

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie a patopsychologie

Bakalářská práce

Veronika Špačková

**Informovanost pedagogických pracovníků základních škol o
syndromu CAN**

Olomouc 2022

Vedoucí práce: PhDr. Kristýna Balátová, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci Informovanost pedagogických pracovníků základních škol o syndromu CAN vypracovala jen s využitím uvedené literatury a zdrojů.

V Olomouci dne 18. 6. 2022

.....

Veronika Špačková

Poděkování

Děkuji paní PhDr. Kristýně Balátové, Ph.D. za vedení mé bakalářské práce a vstřícný přístup.

Obsah

ÚVOD	7
TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1 SYNDROM CAN	8
1.1 Definice	8
1.2 Historický vývoj společenského postavení dítěte.....	8
1.3 Vývoj pojmu	10
1.4 Příčiny.....	10
2 FORMY SYNDROMU CAN	12
2.1 Tělesné týrání	12
2.1.1 Tělesné týrání aktivní povahy	12
2.1.2 Tělesné týrání pasivní povahy.....	12
2.2 Psychické týrání.....	13
2.3 Sexuální zneužívání	14
2.3.1 Bezdotykové zneužívání	14
2.3.2 Dotykové zneužívání.....	15
2.4 Zanedbávání.....	16
2.5 Šikana	17
2.6 Zvláštní formy syndromu CAN	17
2.6.1 Systémové týrání (druhotné ubližování)	17
2.6.2 Organizované zneužívání dětí	18
2.6.3 Rituální týrání a zneužívání.....	18
2.6.4 Sexuální turismus	18
2.6.5 Münchhausenův syndrom by proxy (v zastoupení)	18
3 PREVENCE.....	20
3.1 Primární prevence.....	20
3.1.1 Veřejnost včetně sdělovacích prostředků a státních institucí.....	20
3.1.2 Vzdělávání rodičů a pedagogů	21
3.1.3 Pregraduální výchova pedagogů a lékařů.....	21
3.1.4 Výchova dětí a mládeže	22
3.2 Sekundární prevence.....	22
3.2.1 Rizikové dospělí.....	23
3.2.2 Rizikové děti	23
3.2.3 Rizikové situace	24

3.3	Terciální prevence	24
3.3.1	Etapa diagnostická.....	24
3.3.2	Etapa pomocná, ochranná a terapeutická	24
4	INTERVENCE A LÉČBA SYNDROMU CAN	26
4.1	Oznamovací povinnost	26
4.1.1	Sociálně právní ochrana dětí	26
4.1.2	Následky nepřežžení a neoznámení trestného činu	27
4.2	Pedagogická intervence a zásady komunikace s dítětem	28
4.3	Léčba syndromu CAN	29
5	ZHODNOCENÍ AKTUÁLNÍHO STAVU PROBLEMATIKY	31
	PRAKTICKÁ ČÁST	34
6	VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	34
6.1	Výzkumné cíle a otázky	34
6.2	Metoda sběru dat	35
6.3	Popis výzkumného vzorku.....	35
6.4	Předvýzkum	35
6.5	Průběh výzkumného šetření.....	35
7	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	37
7.1	Výsledky dotazníkového šetření.....	37
7.2	Vyhodnocení informovanosti pedagogických pracovníků o syndromu CAN.....	54
7.2.1	Kritéria pro vyhodnocení získaných údajů.....	54
7.2.2	Popis získaných údajů	57
8	DISKUZE	59
	ZÁVĚR.....	62
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ	63
	SEZNAM ZKRATEK A SYMBOLŮ	66
	SEZNAM GRAFŮ	67
	SEZNAM TABULEK.....	68
	SEZNAM PŘÍLOH.....	69
	ANOTACE.....	74

ÚVOD

Každé dítě je cennou lidskou bytostí, která si zaslouží poskytnutí dostatečného množství lásky, jistoty, bezpečí a péče pro její optimální vývoj. Některým dětem se bohužel naplnění těchto potřeb nedostává. Tento deficit a nevhodné zacházení s dítětem má mnohdy za následek celoživotní dopady na oběť. Děti jsou zanedbávány, týrány a zneužívány dospělými osobami, které tímto způsobem uplatňují svou moc nad nezletilým. Často se jedná o jejich samotné rodiče či osoby v blízkém okolí. Je tedy velmi důležité klást důraz na dostatečnou informovanost veřejnosti v rámci této problematiky. Zejména pak tedy pedagogických pracovníků, kteří s dítětem tráví několik hodin denně a mají příležitost zaznamenat změny na jeho těle či duši a zabránit tak dalšímu ubližování. Z tohoto důvodu je potřebné znát současný stav znalostí pedagogů v této oblasti a dále realizovat jejich edukaci, díky které budou schopni syndromu CAN předcházet.

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit informovanost pedagogických pracovníků základních škol o syndromu CAN, především se zaměřením na jeho prevenci a intervenci. Z tohoto cíle jsou odvozeny cíle dílčí.

První kapitola teoretické části práce bude věnována definici pojmu syndrom CAN, historickému vývoji postavení dítěte ve společnosti, vývoji pojmu syndrom CAN a jeho příčinám. Obsah druhé kapitoly bude tvořit popis jednotlivých forem syndromu CAN. Ve třetí kapitole bude rozebrána prevence syndromu CAN, která bude rozdělena na primární, sekundární a terciální. Čtvrtá kapitola bude věnována intervenci a léčbě syndromu CAN. Pátá a zároveň poslední kapitola teoretické části bude zaměřena na zhodnocení aktuálního stavu problematiky.

Praktická část bakalářské práce bude zaměřena na výzkumné šetření. V první kapitole praktické části práce budou vymezeny výzkumné cíle a otázky. Následně se budeme věnovat metodě sběru dat, popisu výzkumného vzorku, předvýzkumu a průběhu výzkumného šetření. Obsah druhé kapitoly budou tvořit výsledky výzkumného šetření a jejich vyhodnocení. Poslední třetí kapitola praktické části bude věnována diskuzi.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SYNDROM CAN

Tato kapitola bude věnována definici syndromu CAN, společenskému postavení dítěte z historického kontextu, vývoji pojmu a příčinám syndromu CAN.

1.1 Definice

Syndrom CAN je podle Vágnerové (2014, s. 539) *„tělesné či duševní poškození nebo narušení vývoje dítěte, které vznikne v důsledku nenáhodného jednání rodičů nebo jiné dospělé osoby, jež je v dané společnosti považováno za nepřijatelné. Může vzniknout následkem aktivního ubližování nebo nedostatečné péče a zanedbávání důležitých potřeb dítěte.“*

Dle Provazníkové (in Hadj-Mousová, Vaníčková, Provazníková, 1995, s. 33) zahrnuje syndrom CAN *„jakékoliv vědomé či nevědomé aktivity, kterých se dopouští dospělý člověk (rodič, vychovatel nebo jiná osoba) na dítěti a následkem kterých dochází k poškození zdraví a zdravého vývoje dítěte.“*

Dunovský (in Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 24) definuje syndrom CAN, tedy syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte jako *„jakékoliv nenáhodné, preventabilní, vědomé (případně i nevědomé) jednání rodiče, vychovatele nebo jiné osoby vůči dítěti, jež je v dané společnosti nepřijatelné nebo odmítané a jež poškozuje tělesný, duševní i společenský stav a vývoj dítěte, popřípadě způsobuje jeho smrt.“*

1.2 Historický vývoj společenského postavení dítěte

Postavení dítěte uvnitř společnosti se v dnešní době, stejně jako dříve, odvíjí od vztahu mezi ním a dospělým. Jedná se o vztah nerovný, jelikož se zakládá na využívání moci dospělé osoby, která může být realizována v rámci státu či rodiny. V chudých zemích dítě představuje levný prostředek k námezdní práci. Dále stát může využívat svou moc nad dítětem ve chvíli, kdy se rodiče ubližováním dítěti zbavují psychického napětí, vyvolaného sociálním stresem. Dítě se tak stává obětí. Tento pojem s ním souvisel odnepaměti (Pöthe, 1999, s. 16).

Až do období starověku tvořilo pokládání lidských obětí, včetně dětských, obsah náboženských rituálů. K zabíjení dětí ovšem nedocházelo z důvodu agresivity či hostility, ale kvůli dřívějšímu vnímání, uchopování a chápání světa (Mydlíková, Slaný, Kováčová, 2021, s. 14–15).

Tehdejší zacházení s dítětem se tedy vzhledem k jeho motivu výrazně lišilo od infanticidy, které měla sloužit jako regulace populace. Ve starořecké Spartě byli novorozené děti, které rada starších označila za nemocné, nošeny do hor Taygétu a usmrceny hozením do propasti. V Římě doby králů docházelo k shazování těchto dětí ze skály Kapitolu či do stoky Cloaca maxima, které odváděla splašky do Tibery (Mydlíková, Slaný, Kováčová, 2021, s. 15–16).

Dítě nemělo v rámci společnosti takřka po celou dobu její existenci faktickou a právní svébytnost. V antickém Římě došlo k sociální akceptaci novorozeného dítěte do rodiny a umožnění jeho přežití, až po vyjádření jeho přijetí otcem (Mydlíková, Slaný, Kováčová, 2021, s. 16). Toto právo se označovalo jako „potestas patris“ a mělo základ v přesvědčení o zásluze muže na zplození nové osoby (Pöthe, 1999, s. 16–17). Zabití dítěte bylo jako vražda poprvé označeno v římském zákoníku z roku 374. Došlo k tomu poté, co bylo křesťanství přijato jako oficiální státní náboženství (Mydlíková, Slaný, Kováčová, 2021, s. 16).

Zabíjení dětí ve středověku nahradilo jejich odkládání do nalezinců, které stavěla a spravovala církev. Na přelomu 18. a 19. století začal být kladen větší důraz na potřebu láskyplného přístupu k dítěti uvnitř rodiny a jeho osobitost. Velmi výrazně tomu přispěly myšlenky J. J. Rousseaua, týkající se sirotků, jejichž rodiče byli usmrceni ve válce (Pöthe, 1999, s. 17).

V roce 1959 bylo v Ženevské deklaraci práv dítěte přijaté Spojenými národy uznáno, že děti mají stejná práva jako dospělí a že jejich práva je nutné ochraňovat prostřednictvím speciálních zákonů. Důležitým okamžikem v rámci historie vztahu mezi společností a dítětem byl také 20. listopad 1989, kdy OSN přijala Úmluvu o právech dítěte. Dalším významným dokumentem je Listina základních práv a svobod, ve které je zaručena zvláštní ochrana dětí a mladistvých (Pöthe, 1999, s. 17–18).

1.3 Vývoj pojmu

Dlouhou dobu lidé věřili, že ke zneužívání jakéhokoliv druhu dochází pouze zřídka. Ve společnosti panoval názor, že málokterí rodiče jsou dostatečně špatní, aby týrali své děti a věřilo se, že většině dětí nehrozí žádné nebezpečí. Tak tomu bylo do doby, dokud si někteří lékaři nezačali všimnout zlomenin a pohmožděnin, které nebylo možné vysvětlit běžnými úrazy (Mufsonová, Kranzová, 1996, s. 6–7).

Významnou osobností, která výrazně ovlivnila pohled na tuto problematiku, byl americký pediatr Henry Kempe z USA, který v roce 1961 zavedl pojem syndrom bité dítě (battered child). Díky tomu došlo k výrazné změně porozumění tomuto jevu ve společnosti a k přijetí zákonů o povinném hlášení týrání dítěte v rámci jednotlivých států v USA (Pöthe, 1999, s. 34).

Nezaměstnanost, chudoba, žádné nebo nedostačující bydlení, zrušení životního prostředí, nevyhovující vzdělání, zdravotní péče a výchova výrazně ovlivnily další formy fyzického týrání, u kterého se ovšem nejednalo pouze o fyzické násilí. Jednalo se o akce proti dítěti (commission), avšak také o ne-akce nebo nedostatečné množství aktivity (omission), tedy nepostačující péči, nepřiměřené uspokojování potřeb dítěte či nenaplnění (nejčastěji úmyslné) alespoň základních podmínek pro přiměřený rozvoj schopností a sil dítěte. Již na začátku se tedy rozčlenilo fyzické ubližování dítěti na aktivní formu, kdy dochází k poškozování nebo ohrožování dítěte násilím různé podoby, a na pasivní formu, v jejímž rámci je dítě poškozováno zejména v oblasti tělesné, nepostačujícím naplňováním jeho životních potřeb. Rozpoznání zmíněného pasivního emocionálního a psychického týrání výrazně pomohlo k formulování druhé části syndromu CAN – tedy zanedbávání dítěte (Child Neglect), v souvislosti s pasivními formami tělesného týrání (Dunovský in Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 16–17).

V průběhu let bylo do syndromu CAN zařazeno také sexuální zneužívání dětí (Hanušová, 2006, s. 6).

1.4 Příčiny

Všechny případy nevhodného zacházení s dítětem, ať už aktivní agrese (zneužívání, týrání) či pasivně agresivního chování (zanedbávání), mají multifaktoriální etiologii a tvoří výsledek různých sociálních, osobnostních a kulturních vlivů. Ty se dělí do čtyř základních kategorií

příčin násilí vůči dítěti: přenos násilí, sociální stres, sociální izolace a nízké zapojení do občanského a komunitního života a struktura rodiny (Bechyňová, 2007, s. 67–68).

Bechyňová (2007, s. 68) uvádí, že existují tři cesty přenosu násilí – řetězec rodinného násilí, transgenerační přenos a impresie sociálních vzorců chování. K přenosu násilí řetězcem rodinného násilí může dojít přenesením násilí do rodiny z jiného sociálního prostředí (např. mobbing). Pro transgenerační přenos násilí je typické, že generace, která se nachází ve větším mocenském postavení k slabším generacím (senioři, děti), používá násilí, kterého se sama může stát ve stáří obětí. Třetí cestou je přenos násilí impresí sociálních vzorců chování. Dochází v něm k učení řešení sociálních situací, a pokud dítě v dospělosti bude v podobné situaci, reaguje tak, jak bylo naučeno, tedy násilím.

Dle Vágnerové (2014, s. 542) příčinu syndromu CAN tvoří jen nevhodné chování, ale také způsob, kterým dochází ke zpracování negativních podnětů, na který působí genetické dispozice dítěte a jeho citlivost. Dlouhodobá přítomnost stresujících situací nebo nízké množství podnětů zajišťujících stimulaci, může negativně ovlivnit vývoj mozku, zejména oblastí CNS a mít tak za následek změny v chování, prožívání a myšlení.

2 FORMY SYNDROMU CAN

Tato kapitola bude věnována formám syndromu CAN. Konkrétně bude zaměřena na jejich charakteristiku, obsahující daná specifika jednotlivých forem a jejich příznaky.

Popisovanými formami bude tělesné týrání, psychické týrání, sexuální zneužívání, zanedbávání, šikana a zvláštní formy syndromu CAN.

2.1 Tělesné týrání

Zdravotní komise Rady Evropy definuje tělesné týrání tímto způsobem: „*Tělesné týrání je tělesné ublížení dítěti nebo jeho nezabránění, případně nezabránění utrpení dítěte včetně úmyslného otrávení nebo udušení dítěte, a to tam, kde je určitá znalost či důvodné podezření, že zranění bylo způsobeno anebo že mu vědomě nebylo zabráněno.*“ (Zdravotní komise Rady Evropy in Pöthe, 1999, s. 35)

Spilková a Dunovský (in Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 41) rozdělují tělesné týrání na týrání aktivní povahy. A dále na týrání pasivní povahy (Dunovský in Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 59).

2.1.1 Tělesné týrání aktivní povahy

Mezi tělesné týrání dětí aktivní povahy patří všechny akty násilí na dítěti, zahrnující úmyslné zanedbání péče o dítě, které má za následek poranění nebo smrt. Dítětem tělesně týraným s následným poraněním se rozumí dítě, u kterého je poranění způsobeno opařením, trestáním, popálením, bitím nebo také nezabráněním páčání násilí na dítěti. Další podskupinu tvoří tělesně týrané děti bez bezprostředních známek tělesného poranění, které jsou ale poškozeny v důsledku otrávení, dušení nebo jiného podobného násilí. Jsou zde řazeny také děti podrobované opakujícím se lékařským prohlídkám (Spilková, Dunovský in Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 41).

2.1.2 Tělesné týrání pasivní povahy

Tělesným týráním pasivního charakteru je chápáno nepostačující naplnění nejdůležitějších tělesných potřeb dětí i v souvislosti se sociálními a psychickými potřebami. Jedná se o záměrnou, ale i nezáměrnou absenci péče v případě závažných psychických poruch nebo nezralosti rodičů. Následně se jedná o opomenutí (omission) v rámci péče o dítě nebo neporozumění rodičovské roli, kvůli otupělosti, nezralosti či odlišným hodnotám, než těm, které se týkají dětí. Důsledky tvoří menší nebo větší zanedbanost, strádání dítěte, nepostačující rozvinutí jeho schopností a sil v rámci všech životních oblastí i vztahu ke

vzdálenému a blízkému okolí. Mezi nejvíce vážné následky tohoto jednání vůči dítěti se řadí jeho zpustnutí, v extrémních případech úmrtí (Dunovský in Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 59).

Mezi příznaky fyzického týrání mohou dle Elliotové (1995, s. 61–62) patřit obavy z kontaktu s rodiči, uvedení nevěrohodných příčin poranění pečující dospělou osobou nebo dítětem, nezáměr dítěte vést o poraněních rozhovor, opakující se útoky od rodičů, agresivní chování k ostatním lidem, tendence k sebetryznění, strach z pobytu doma, strach z lékařských zákroků či pomoci. Dále, pokud dítě nechce odhalovat končetiny i v případě horkého počasí a obavy ze svlékání před hodinou tělesné výchovy bez kulturního nebo náboženského opodstatnění.

2.2 Psychické týrání

Psychické týrání podle Provozničkové (in Hadj-Mousová, Vaníčková, Provozničková, 1995, s. 35) „*zahrnuje takové chování dospělé osoby, které má vážný negativní vliv na citový vývoj dítěte a vývoj jeho chování.*“ K psychickému týrání může docházet prostřednictvím odmítání nebo častého ponižování dítěte a verbálního napadání sebevědomí dítěte. Dále může mít podobu navozování situací, během kterých dítě téměř vždy pociťuje strach, a kdy zažívá dlouhodobou životní nejistotu, která má za následek citové ublížení. Je zde řazeno také omezování dítěte a jeho nucená izolace nebo vystavování vážným konfliktům či násilí. Dysfunkce rodiny či přehnané ambice jejich dospělých členů přispívají mnohdy k neustálým útokům na dítě.

Dopady psychického týrání jsou ovlivněny tím, jak dlouho k týrání dochází, jeho intenzitou a vývojovým stupněm rozvoje dítěte. U některých dětí se jejich reakce na psychické týrání projevuje uzavřením, kdy dítě začíná být úzkostné a bázlivé. Dochází k snadnému pláči. Mají nízké sebehodnocení a malou sebedůvěru. V různých případech mají tendence se dopředu vzdávat. Problém pro ně nepředstavuje pouze projevení svých požadavků, názorů, přání, ale také prosazení se. Ostatní děti mívají naopak agresivní reakce. Mnohdy svým způsobem vyjadřování napodobují chování dospělých v rámci jejich blízkého prostředí. Jejich jednáním provokují vrstevníky a dospělé (Procházková, Spilková in Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 68).

Všechny tyto děti mají společné potíže v mezilidských vztazích a jednání s lidmi. Dále se u těchto dětí často vyskytují poruchy chování, jako například záškoláctví, útoky z domova nebo

lhaní. Mnohdy dochází také k psychosomatickým obtížím, které se projevují například ekzémy, bolestmi břicha a hlavy či bezdůvodným zvýšením teploty (Procházková, Spilková in Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 68).

I přes závažnost dlouhodobých dopadů na psychické zdraví dítěte, dochází k identifikaci psychického týrání zřídka. Je to způsobeno jeho složitým prokazováním. To, co ale dokázat lze, jsou úzkostné a depresivní reakce, náhlé změny psychického stavu dítěte či dlouhodobé psychické poruchy, k jejichž rozvoji dochází v případech, že rodina dítěti psychicky ubližuje (Pöthe, 1999, s. 46).

Dítě je v naší zvyklosti stále vnímáno jako nesvéprávná bytost, které nelze důvěřovat. Pokud jsou důkazy nedostatečné, stává se hodnota výpovědi dítěte nepatrnou. Za důkaz je naopak často považována výpověď dospělého (Pöthe, 1999, s. 50).

2.3 Sexuální zneužívání

Odhalit a prokázat sexuální zneužití nikdy nebylo snadné, jelikož k němu docházelo ve všech kulturách a časových obdobích a přítomné byly pouze výkyvy vnímavosti a citlivosti vůči němu. Během sexuálního zneužívání dochází k sexuálnímu uspokojování dospělého dítětem nebo zneužívání dítěte k pornografii a prostituci. Následně je dítě donuceno k mlčenlivosti prostřednictvím vyhrožování, psychického vydírání, trestů a odměn. Ačkoliv ve většině případů není použita fyzická síla, dítě udržuje své utrpení v tajnosti, jelikož se obává reakce okolí, které jsou často horší, než samotný akt (Halfarová in Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 71).

Rada Evropy chápe sexuální zneužití dítěte jako „*nepatřičné vystavení dítěte sexuálnímu kontaktu, činnosti či chování. Zahrnuje jakékoliv sexuální dotýkání, styk, vykořisťování kýmkoliv, komu bylo dítě svěřeno do péče anebo kýmkoliv, kdo dítě zneužívá.*“ (Rada Evropy in Täubner, 1996, s. 10) Pachatelem může být příbuzný, rodič, přítel, dobrovolný nebo odborný pracovník nebo cizí jedinec (Říčan, Krejčířová, 1997, s. 215).

Hadj-Moussová (in Hadj-Moussová, Provazník, Vaníčková, 1997, s. 15) rozděluje sexuální zneužívání na bezdotykové a dotykové.

2.3.1 Bezdotykové zneužívání

Bezdotykovým zneužíváním je zejména voajérství (voyeurismus). Jedná se o způsob dosahování sexuálního uspokojování prostřednictvím pozorování ostatních osob nahých, během svlékání nebo sexuálního styku. Řadíme sem i obrácené voajérství, tedy nucení dítěte

sledovat sexuální aktivity ostatních osob přímo či prostřednictvím pornografických fotografií, nebo videozáznamů (Hadj-Moussová in Hadj-Moussová, Provazník, Vaníčková, 1997, s. 15). Dále sem patří exhibicionismus, během kterého pachatel odhaluje své genitálie za účelem jejich spatření dítětem (Mydlíková, Slaný, Kováčová, 2021, s. 30).

K verbálnímu zneužívání dochází slovními komentáři se sexuálně zbarveným obsahem. Může být realizováno také obscénními telefonními hovory, které v dítěti vyvolávají pocity strachu, jelikož jim nerozumí a vyhrožováním možnými následky, pokud by dítě pachatele prozradilo (Vágnerová, 2014, s. 564).

2.3.2 Dotykové zneužívání

Jsou do něj zařazeny všechny praktiky, během kterých dochází ke kontaktu dítěte s pachatelem (Vágnerová, 2014, s. 564). Do dotykového zneužívání patří obtěžování, během kterého bývá dítě líbáno a osaháváno zejména na erotogenních částech těla. K jednání dochází obvykle za slovního doprovodu (Mydlíková, Slaný, Kováčová, 2021, s. 30).

Druhem dotykového zneužívání je také masturbace. Jde o dráždění nebo dotýkání zejména klitorisu a vaginy, penisu či anální dráždění. Masturbaci může vykonávat pachatel na dítěti či dítě nutit, aby ji vykonalo na něm, nebo se může jednat o vzájemnou masturbaci. Dále je zde řazeno frotérství, což je získávání sexuálního uspokojování třením o jinou osobu. Dítě se obětí této formy může stát například v dopravním prostředku nebo v davu natlačeném na sobě. Další kategorií je simulovaná soulož, během které pachatel tře své genitálie o genitálie dítěte za účelem získání sexuálního uspokojení, bez penetrace dítěte. Penetrace (znásilnění) je soulož s dítětem. Penetrace může být análního nebo vaginálního typu. Anální penetrace se netýká pouze chlapců, pokud se jedná o homosexuálně orientovaného pachatele, ale i dívek, převážně mladších. Oblastí dotykového zneužívání jsou také sadomasochistické aktivity, které jsou sexuální úchylkou, během které pachatel získává sexuální vzrušení nebo uspokojení mučením druhé osoby nebo tím, že je mučen. Děti jsou mnohdy sexuálně zneužity prostřednictvím orálních sexuálních aktivit. Zde se může jednat o líbání, během kterého proniká pachatel jazykem do úst dítěte, ale také dráždění nebo olizování genitálií. Oběť také může být přinucena k orálnímu uspokojování a dráždění pachatele. Do aktivit patří také nucení oběti k dráždění jiného dítěte stejným způsobem (Hadj-Moussová in Hadj-Moussová, Provazník, Vaníčková, 1997, s. 15–17).

Během sexuálního zneužívání dětí se může vyskytnout fetišismus, kdy dochází například k nucení dítěte, aby se převléklo do vyzývavého oblečení nebo také nucení k sexuálním aktivitám se zvířaty (Hadj-Mousová in Hadj-Mousová, Provazník, Vaníčková, 1997, s. 17).

Spilková (in Weiss, 2000, s. 76–77) uvádí, že u zneužitého dítěte se mohou vyskytovat psychické příznaky, jako je úzkost, strach, deprese, afektivní chování nebo obsedantní udržování čistoty. U dětí předškolního věku se jedná o nápadnou masturbaci, poruchy chování, sebepoškozování, sexuální hry, které jsou nepřiměřené vzhledem k věku, poruchy příjmu potravy, poruchy spánku nebo agresivní chování. Mezi příznaky u školních dětí patří agresivita, absence schopnosti učit se, problémy s učením, antisociální chování, potíže ve vztahu vůči okolí a dalším vrstevníkům, uzavření se do sebe. Sexuální zneužívání se může také projevat nezvladatelným sexualizovaným chováním, prostitucí, častým střídáním sexuálních partnerů, delikvencí a úteků z domova. U dětí středního školního věku se poruchy chování projevují prostřednictvím snů se sexuálním podtónem, výrazně sexualizovanými hrami, depresemi, úzkostností, vztekem, zhoršením výkonu ve škole, sebevražednými sklony a sebepoškozováním. Mezi projevy u mladistvých se vyskytuje prostituce, hněv, strach, sebepoškozování, sebevražednost, zvýšené sexuální chování, deprese, agresivita, zneužívání alkoholu a drog. Přítomné jsou výchovné problémy, úteků z domova a zhoršení školního výkonu.

2.4 Zanedbávání

Provazníková (in Hadj-Mousová, Vaníčková, Provazníková, 1995, s. 35) uvádí: „Zanedbávání je pojímáno jako jakýkoliv nedostatek péče, který způsobuje vážnou újmu vývoji dítěte a nebo ohrožuje dítě.“ Tělesným zanedbáváním se rozumí nenaplňování tělesných potřeb dítěte, což lze chápat jako nezajištění dostatečné výživy, zdravotní péče, přístřeší, oblečení nebo ochrany před zlem. Citové zanedbávání znamená nenaplňování citových potřeb dítěte, ať už z hlediska náklonosti či pocitu sounáležitosti ze strany dítěte. Zanedbávání výchovy a vzdělávání je neumožnění dítěti, aby dosáhlo svého největšího potenciálu ve vzdělávání, například dětskou prací v domácnosti a mimo ni a častými absencemi ve škole. Snižování rozvoje dítěte v oblasti intelektu tímto způsobem (zraněními, nedostatečnou stimulací, zanedbáváním) má za následek invaliditu a zaostávání.

Zanedbávání lze klasifikovat na nedostatek péče zejména v rámci oblasti naplňování tělesných potřeb a výchovné, kdy dochází k neumožnění postačujících podmínek, vedoucích k rozvoji dovedností a schopností dítěte, rozvoji mravního jednání a chování. V rámci všech

situací dochází k citovému zanedbávání (Provazníková in Hadj-Mousová, Vaničková, Provazníková, 1995, s. 35).

Podle Elliotové (1995, s. 65) se zanedbávání může u dětí a mladistvých osob projevovat neustálými pocity hladu, dlouhodobou únavou, nedodržováním hygienických návyků, pozdními příchody do školy, záškoláctvím, nošením zapáchajícího a špinavého oblečení, vyhublostí a opakovanými útekami z domova. Dítě může mít neřešené zdravotní problémy, sebedestruktivní sklony, nízkou sebeúctu, neurotické chování, absenci společenského chování a vnitřní nutkání ke sbírání odložených předmětů či krádežím.

Pemová a Ptáček (2016, s. 71) uvádí, že následky zanedbávání mohou být dlouhodobého, ale i krátkodobého charakteru a netýkají se pouze dítěte samotného, ale celé společnosti. U zanedbávaných dětí dochází k horšímu prospívání, mívají horší školní výsledky a ve zvýšené míře u nich v dospívání dochází k projevům antisociálního chování. Dospělé osoby, které byly v minulosti zanedbávané, trpí častěji poruchami osobnosti a alkoholismem.

2.5 Šikana

Šikana bývá obvykle definována jako „*agrese, které se dopouští jedinec nebo skupina vůči jedinci nebo skupině víceméně bezbranným, ať už pro fyzickou nebo jinou slabost nebo nemožnost účinné obrany.*“ Podmínkou jsou opakované agresivní projevy vůči stejné oběti (Říčan, 1994, in Procházková, Spilková in Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 69).

Mezi projevy šikany řadíme strach z chození ze školy či do školy, nechuť chodit do školy, požadování vyzvedávání ze školy autem, změny trasy během cesty do školy, zhoršení prospěchu, lhostejnost, zadržávání během řeči, vyhrožování sebevraždou nebo pokus o ni. Patří sem také noční můry či křik ze spaní, neochota svěřit se s problémy, šikanování ostatních dětí či sourozence, bezdůvodný hněv vůči rodičům a nedůvěryhodná objasnění jakéhokoliv ze zmíněného chování (Elliotová, 1995, s. 90–91).

2.6 Zvláštní formy syndromu CAN

2.6.1 Systémové týrání (druhotné ubližování)

Jedná se o formu týrání, ke které dochází prostřednictvím systému, který slouží k ochraně a pomoci dětem a jejich rodinám, a kterému jsou vystaveny. Velmi vážným problémem jsou systémy, které dítě ihned odebírají z jeho rodiny bez toho, aniž by nejdříve jeho rodině poskytly pomoc a podporu. Jde o takové jednání, které není v souladu se zájmy dítěte. Je zde zařazeno nedostatečné množství péče o děti v dysfunkčních nebo problémových rodinách či

nedostačující a nevhodná péče ve školách, denních zařízeních apod. Součástí systémového týrání je také trauma nebo nadměrné zatěžování dítěte v rámci kontaktu se soudním či policejním systémem, ke kterému dochází konfrontací s dospělým nebo opakováním výslechů (Presslerová, 2012).

2.6.2 Organizované zneužívání dětí

Organizované zneužívání dětí lze definovat jako zneužití více pachatelů, kteří spolupracují za účelem splnění zmíněného cíle. Jedná se o případy, na kterých se podílí několik zneuživatelů a kde je přítomno časové rozmezí zneužívání dětí (Dunovský in Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 99). Tito pachatelé ovládají širokou síť osob a je jim k dispozici obsáhle rozmezí prostředků, které přesahují hranice měst, zemí, ale také kontinentů. Tato forma souvisí s tělesným a psychickým týráním. Mezi jeho hlavní formy patří dětská pornografie, dětská prostituce, využívání dětí k těžké práci a obchodování s dětmi (Švarcová, 2009, s. 109–110).

2.6.3 Rituální týrání a zneužívání

Jde o zacházení s dětmi, ke kterému dochází ve spojitosti s magickými symboly v rámci satanistické bohoslužby nebo kultu. Extrémními případy jsou hromadné sebevraždy společnosti dospělých, včetně dětí. Dále je sem řazena „lčba“ dítěte bitím nebo zaříkáváním, jehož cílem má být „vyhnat Dábla“ (Bechyňová, 2007, s. 18).

2.6.4 Sexuální turismus

Jedná se o cestování cizinců do cizích zemí za účelem sexuálního uspokojení dítětem (Dunovský in Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 102).

Sexuální turistiky se dopouští nejen pedofilové, ale také jedinci, kteří preferují sexuální kontakt s osobami pubertálního věku a také skupina pachatelů, která sexuálně zneužívá děti příležitostně, bez toho, aby se orientovala pouze na ně (Provazník in Hadj-Mousova, Provazník, Vaníčková, 1997, s. 63).

2.6.5 Münchhausenův syndrom by proxy (v zastoupení)

Dle Švarcové (2009, s. 108) se za Münchhausenův syndrom by proxy považuje jednání rodičů, kteří se u dětí záměrně dopouštějí otrav čistícími prostředky nebo léky či u nich falsifikují různá onemocnění a symptomy. Příznaky bývají vytvářeny uměle se záměrem vyšetřování a léčení dítěte.

Odborná vyšetření z dlouhodobého hlediska nevedou k jasným závěrům a nebývá nalezena příčina. Jindy bývá somatická příčina vyloučena. Může být přítomna časová provázanost příznaků s tím, u jakého rodiče je dítě v danou chvíli v péči. Rodiče s duševním onemocněním, častěji zejména matky, popírají svůj vliv na vznik obtíží. Nejčastěji udávanými symptomy jsou stravovací potíže, zástavy dechu, průjmy, nechutenství, křečové či epileptické záchvaty, alergie, astma, cyanóza a horečky (Boukalová, 2018).

3 PREVENCE

Tato kapitola bude věnována prevenci syndromu CAN, která zde bude rozdělena na primární, sekundární a terciální.

Podmínkou úspěšné prevence je řádné určení individuálních rizikových faktorů, týkajících se dospělého a dítěte. Dále environmentálních, tedy týkajících se prostředí, a zkoumání, jak na sebe navzájem působí. Prevence ubližování dětem by měla být zahrnuta v každém systému, určeném k ochraně dětí a v rámci všech společností (Pöthe, 1999, s. 106).

3.1 Primární prevence

Dle Světové zdravotnické organizace primární prevence znamená „*počínat si tak, aby k určitému neblahému společenskému jevu nedocházelo – tedy předejít jeho vzniku, potlačit jej v zárodku, nedat mu příležitost, nedat mu půdu, v níž by mohl zapustit kořeny.*“ (Světová zdravotnická organizace in Matějček in Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 103)

Dle Říčana a Krejčířové (1997, s. 221) je primární, celospolečenská prevence založena zejména na vhodné přípravě dětí na rodičovství a manželství již od útlého věku, programech pro těhotné ženy a budoucí otce a budování vztahu rodičů k dítěti po narození.

Täubner (1996, s. 64–66) rozlišuje následující čtyři cílové skupiny poskytování primární prevence.

3.1.1 Veřejnost včetně sdělovacích prostředků a státních institucí

Matějček (in Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 104) uvádí, že pojem široká veřejnost představuje celkovou společnost včetně všech jejích vrstev. Úkolem prevence je ovlivnit zmíněnou společnost tak, aby se stala více senzitivní a citlivou k potřebám a blahu dítěte. Dále, aby ve společnosti vznikla životní atmosféra, kde dochází k poklesu rizika násilí proti dětem na co nejmenší množství a kde by každý projev násilí k sobě přitahoval pozornost a stal se nepřehlédnutelným.

Dle Täubnera (1996, s. 64) je cílem záměrného působení médií na širokou veřejnost utváření veřejných přesvědčení, které budou pro dítě prospěšná. Konceptem metody je osvěta, které má díky své funkci široké možnosti využití, zejména v médiích, ale z pohledu její účinnosti bývá málo efektivní, z důvodu nízké pravděpodobnosti, že jejím prostřednictvím dojde ke změně chování a názorů jedinců, kterých se převážně týká – obětí a pachatelů. Zákon a vyhláška vycházejí z restrikce, tedy omezení, které uvádí, jaké zacházení s dítětem je

zakázáno, ale nezmiňuje správné chování a jak jej u jedinců docílit. Rozvoj efektivity osvěty nastává ve chvíli, kdy tvoří část vědomí veřejnosti v rámci zvnitřněného a identifikovaného veřejného mínění a veřejnost samostatně provádí kontrolu, zda dochází k plnění normy a oznamuje týrání, zanedbávání či zneužívání dítěte nebo jeho podezření.

3.1.2 Vzdělávání rodičů a pedagogů

Podle Matějčka (in Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 105) primární prevence v této vrstvě disponuje již konkrétnějším objektem, který ovlivňuje, konkrétnějšími cíli a pracovními prostředky. Jedná se o dítě v rámci jeho nejbližšího prostředí, tedy v rodině, a o jeho vychovatele, které většinou tvoří rodiče či lidé, kteří psychologicky či právně zastupují jejich roli. Cílem je vytvoření podmínek v rámci systému jejich postojů, hodnot, vědomostí a názorů pro psychické akceptování dítěte.

Pöthe (1999, s. 109) uvádí, že v prevenci ubližování dítěti mají hlavní a nezastupitelnou úlohu vychovatelé a učitelé dítěte. Učitel tráví s dítětem během dne větší množství času, než rodiče a je s ním v dlouhodobém kontaktu, díky kterému má příležitost zaznamenat změny v jeho chování, fyzickém stavu či náladě.

Dle Täubnera (1996, s. 65) mají mít vychovatelé, učitelé a rodiče, kteří se o děti starají, vzdělávají a vychovávají, znalosti, prostředky a metody, jak žáky a děti vést k chování, které snižuje jejich týrání, zanedbávání a zneužívání.

3.1.3 Pregraduální výchova pedagogů a lékařů

Na této úrovni již nehovoříme o základních informacích a osvětě, ke které na jejich bázi dochází. Zde se jedná o poskytnutí informací z odborných studií, výzkumů a průzkumů obyvatelstva (Matějček in Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 107).

Výchova lékařů a pedagogů tvoří velmi důležitou část v rámci primární prevence. Zejména profesionální příprava učitelů je klíčovým prvkem prevence syndromu CAN (Täubner, 1996, s. 66).

Příležitost identifikovat tělesné a psychické týrání, zanedbávání a zneužívání dítěte je výrazně ovlivněna schopností učitele rozeznat jeho projevy. Obsahem odborného vzdělávání by měly být nejen techniky rozeznání příznaků sexuálního zneužívání a týrání, ale i trénink komunikace s dítětem (Pöthe, 1999, s. 109–110).

Podle Täubnera (1996, s. 66) by pregraduální příprava lékařů měla probíhat ve dvou základních rovinách.

- Rovina odborná zahrnuje poskytování psychologické a zdravotnické péče a samotnou diagnostiku.
- V rovině pedagogicky osvětové se jedná o osvětovou pedagogickou činnost určenou pro učitele, rodiče, policii, sociální pracovníky a další zapojenou veřejnost.

3.1.4 Výchova dětí a mládeže

Záměrem není dítě vystrašit před tím, co mu hrozí, ale jedná se především o zvyšování a podporování sebevědomí dítěte a jeho síly se bránit a odhadnout možné nebezpečí. Pokud obětí dítě už je, cílem je zajistit, aby bylo schopno vyhledat pomoc. Dítě si musí být vědomo svých schopností a věřit samo sobě (Täubner, 1996, s. 66–67).

Elliotová (1995, s. 44) jako prostředek prevence uvádí diskuzi s dětmi o jejich právech. Dále ji lze rozvíjet vyprávěním příběhů například o šikanování či případech s cizími osobami a následným pobídnutím k diskuzi o způsobech řešení situace. S vyprávěním příběhů, kdy je pachatelem osoba z blízkého okolí dítěte, je vhodné počkat, až budou děti schopné informaci zpracovat. Na příběh může být poté navázáno diskuzí o dilematu a tajnostech, a komu se svěřit.

Jinou formou prevence mohou být hry typu „co kdyby“. Vhodným rozvinutím odpovědi může být vytvořena zábavná hra, která dětem přinese poučení. S dětmi mladšího věku je vhodné začít méně závažnými otázkami a postupně používat náročnější otázky (Elliotová, 1995, s. 29).

3.2 Sekundární prevence

Podle Matějčka (in Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 107) se v souvislosti se syndromem CAN sekundární prevencí rozumí:

- odhadnutí skupin v rámci obyvatelstva, které představují riziko a rizikových životních situací, během kterých pravděpodobně dochází k zanedbávání, zneužívání či týrání dítěte,
- programové a cílené ovlivňování těchto rizikových skupin osob a situací tím způsobem, aby došlo ke zmenšení rizika syndromu CAN na minimum.

3.2.1 Riziková dospělí

V rámci týrání dítěte se jedná o osoby s depresí, psychotickými poruchami nebo poruchami osobnosti a osoby, které byly v dětství samy oběťmi týrání (Krejčířová, 1997, s. 218). Dále jde o jedince s agresivními povahovými charakteristikami, anomálním vývojem osobnosti, jedince impulzivní, osoby závislé na alkoholu a drogách, osoby nevyspělé, mladistvé rodiče a osoby, které jsou členy sekt nebo zvláštních rituálů (Provazníková in Hadj-Mousová, Vaničková, Provazníková, 1995, s. 38).

Jako rizikové dospělé v rámci pohlavního zneužívání dítěte Matějček (in Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 109) uvádí sexuální devianty, starší muže, muže trpící demencí nebo onemocněním, kvůli kterému dochází ke snížení kontroly pudového jednání, muže sexuálně hyperaktivní, alkoholově a drogově závislé.

V rámci zanedbávání jsou zde řazeny osoby závislé na drogách a alkoholu, osoby izolované od společnosti, mladistvé rodiče, rodiče, kteří odmítají pečovat o dítě, rodiče s nízkou úrovní mentálních schopností, osoby v chronickém stresu a osoby žijící v chudobě (Pemová, Ptáček, 2016, s. 45–59).

3.2.2 Rizikové děti

Rizikovými dětmi s hlediska týrání jsou děti s mentální retardací a lehkými mozkovými dysfunkcemi, děti nekoncentrované a neklidné, impulzivní, nesoustředěné, dráždivé, s výraznými změnami nálad, děti vznětlivé, úzkostné, děti s mentální retardací a lehkými mozkovými dysfunkcemi, se sníženým intelektem, ve škole neprospívající (Provazníková in Hadj-Mousová, Vaničková, Provazníková, 1995, s. 38).

V rámci pohlavního zneužívání dítěte se jedná o děti nedonošené, děti s lehkou mozkovou dysfunkcí, děti s chronickým onemocněním, trpící podvýživou, děti s mentální retardací, děti ve škole neúspěšné (Täubner, 1996, s. 68). Matějček (in Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 109) jako rizikové děti v oblasti pohlavního zneužívání uvádí dívky, které disponují ženskými tvary, baculaté, koketní, přítulné, chovající se žensky a svůdně.

V rámci zanedbávání jsou to děti, které svým chováním vychovatele dráždí, vyčerpají a představují pro něj zátěž, děti, které nemohou komunikovat srozumitelně a děti s chronickým onemocněním či postižením (Pemová, Ptáček, 2016, s. 64–66).

3.2.3 Rizikové situace

Matějček (in Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 109) jako rizikové situace z hlediska týrání dítěte uvádí konflikty milenecké a v rámci manželství, během jejich akutní fáze, situace vyvolávající stres, zneužívání drog a alkoholu, hmotnou bídu, spory o děti v době po rozvodu. Dále stres vyvolaný situacemi při tělesném onemocnění a při tělesném nebo psychickém vyčerpání.

V rámci pohlavního zneužívání dítěte jde o stresující situace v rodině, zneužívání alkoholu a drog, uvolněnou sexualitu v rodině (Täubner, 1996, s. 72). Dále rodiny žijící ve stísněném prostoru, přítomnost cizích mužů v rodině, přátel a návštěvníků (Matějček in Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 109–110).

Rizikovými situacemi v rámci zanedbávání je chudoba, vyloučení ze společnosti, izolace rodiny od společnosti, život ve vyloučených komunitách, pro které je typická zvýšená kriminalita, sociálně patologické jevy a nízký přístup ke kvalitním vzdělávacím a sociálním službám (Pemová, Ptáček, 2016, s. 43–47).

3.3 Terciální prevence

Splývá s terapií a rehabilitací dětí se syndromem CAN. Cílem je zabránění zhoršení situace, ve které se děti nachází a pomoc nalezení nejvhodnějšího řešení i za nejhorších okolností (Dunovský, 1999, s. 241). Terciální prevenci můžeme rozdělit na etapu diagnostickou a etapu pomocnou, terapeutickou a ochrannou (Täubner in Weiss, s. 71).

3.3.1 Etapa diagnostická

V rámci této etapy dochází k odborné diagnóze míry poškození dítěte, která je prováděna specializovaným pracovištěm v oblasti lékařské, právní a psychologické (Täubner, 1996, s. 73). Po stanovení diagnózy je určena prognóza, která je výchozím bodem k další etapě preventivní práce s dítětem a vytváření dalších terapeutických, ochranných, pomocných a dalších opatření (Provazníková in Hadj-Mousová, Vaníčková, Provazníková, 1995, s. 39).

3.3.2 Etapa pomocná, ochranná a terapeutická

V této etapě dochází zejména k rozhodnutí odborného pracoviště, jestli:

- Dítě zůstane dále v rodině – K tomu obvykle dochází v případech, kdy je rodina schopna dítěti zajistit ochranu a bezpečí před pachatelem a poskytnutí ideálních podmínek pro terapii a výchovu.

- Dítě nezůstane v rodině a bude potřeba najít jiné vhodné situace – Pachatel pochází z prostředí blízkého dítěti, nelze zabránit jeho ovlivňování dítěte a v případě, pokud dojde k jeho odstranění, rodina stále nejeví známky zajištění vhodné terapie a výchovy dítěte (Täubner, 1996, a. 73).

4 INTERVENCE A LÉČBA SYNDROMU CAN

Tato kapitola bude zaměřena na oznamovací povinnost, intervenci při zjištění syndromu CAN pedagogickým pracovníkem a léčbu syndromu CAN.

4.1 Oznamovací povinnost

4.1.1 Sociálně právní ochrana dětí

Dle § 6 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí se sociálně-právní ochrana vztahuje především na děti,

- jejichž rodiče zemřeli, či neplní povinnosti vyplývající z rodičovské odpovědnosti, či nevykonávají nebo zneužívají práva vyplývajícího z rodičovské odpovědnosti;
- které byly svěřeny do výchovy jiné osoby odpovědné za výchovu dítěte, pokud tato osoba neplní povinnosti plynoucí ze svěřeni dítěte do její výchovy;
- které zanedbávají školní docházku, nepracují, i v případě, že nemají dostatečný zdroj obživy, užívají návykové látky či alkohol, jsou vystaveni riziku závislosti, žijí se prostitutci, spáchaly trestný čin nebo, jde-li o děti mladší než patnáct let, spáchaly čin, který by jinak byl trestným činem, nepřetržitě či opakovaně páchají přestupky podle zákona upravujícího přestupky či jiným způsobem ohrožují občanské soužití;
- které se opakovaně dopouští útěků od rodičů či jiných právnických či fyzických osob odpovědných za výchovu dítěte;
- na kterých byl spáchán trestný čin ohrožující zdraví, život, svobodu, jejich lidskou důstojnost, mravní vývoj nebo jmění, nebo je podezření ze spáchání takového činu;
- které jsou na základě žádostí rodičů či jiných osob odpovědných za výchovu dítěte opakovaně umístěny do zařízení, které poskytují neustálou péči o děti, či jejich umístění v takových zařízeních trvá delší časové rozmezí, než 6 měsíců;
- které jsou ohrožovány násilím mezi rodiči nebo jinými osobami, které jsou odpovědné za výchovu dítěte, popřípadě násilím mezi jinými fyzickými osobami;
- které jsou žadateli o udělení mezinárodní ochrany, osobami požívajícími doplňkové ochrany či azylanty, a které se na území České republiky nacházejí bez doprovodu rodičů či jiných osob odpovědných za jejich výchovu;

v případě že dané situace dosahují takové intenzity či k nim dochází po takovou dobu, že mají negativní vliv na vývoj dětí nebo mohou být jeho příčinou (Zákon č. 359/1999 Sb.).

§ 7 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí uvádí, že:

- „(1) Každý je oprávněn upozornit na škodlivé chování dětí jejich rodiče.
- (2) Každý je oprávněn upozornit orgán sociálně-právní ochrany na porušení povinností nebo zneužití práv vyplývajících z rodičovské odpovědnosti, na skutečnost, že rodiče nemohou plnit povinnosti vyplývající z rodičovské odpovědnosti, nebo na skutečnosti uvedené v § 6 písm. b) až h); tím není dotčena povinnost vyplývající ze zvláštního právního předpisu. 6)“ (Zákon č. 359/1999 Sb.)

V případě, že je nevhodné zacházení trestným činem, mají občané České republiky oznamovací povinnost dle § 368 zákona č.40/2009 Sb. (Zákon č. 40/2009 Sb.).

4.1.2 Následky nepřekazení a neoznámení trestného činu

V odst. 1 zákona 40/2009 Sb., o trestním zákoníku § 367 je uvedeno, že kdo se hodnověrně dozví o páčání nebo připravování trestného činu těžkého ublížení na zdraví, pohlavního zneužití, mučení a jiného nelidského a krutého zacházení, týrání svěřené osoby nebo zneužití dítěte k výrobě pornografie druhou osobou je povinen tento čin překazít. K překazení trestného činu může dojít i oznámením policejnímu orgánu či státnímu zástupci. V případě, že čin nepřekazí, bude mu uložen trest odnětí svobody až na dobu tří let. Nepřekazení není trestné, pouze pokud čin nemohl být překážen bez značných nesnází nebo neuvedení sebe nebo blízké osoby v nebezpečí smrti, ublížení na zdraví, trestního stíhání či jiné závažné újmy (Zákon č. 40/2009 Sb.).

Dle odst. 1 zákona 40/2009 Sb., o trestním zákoníku § 368 se uvádí, že kdo se hodnověrně dozví, o páčání nebo připravování trestného činu těžkého ublížení na zdraví, pohlavního zneužití, mučení a jiného nelidského a krutého zacházení, týrání svěřené osoby nebo zneužití dítěte k výrobě pornografie druhou osobou je povinen tento čin oznámit bez odkladu policejnímu orgánu či státnímu zástupci. Pokud trestný čin neoznámí, bude mu uložen trest odnětí svobody až na tři roky. Neoznámení není trestné v případě, že by došlo k uvedení sebe nebo blízké osoby v nebezpečí smrti, ublížení na zdraví, trestního stíhání či jiné závažné újmy (Zákon č. 40/2009 Sb.).

Odst. 4 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí § 10 pojednává o povinnosti pověřených osob, státních orgánů, školských zařízení, škol, dalších zařízení určených pro děti a poskytovatelů zdravotních služeb nahlásit obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností skutečnosti, které naznačují, že se jedná o děti uvedené v § 6, bez

zbytečného odkládání. V případě, že o to ten, kdo podle první věty skutečnosti oznámil, požádá, obecní úřad s rozšířenou působností mu do 30 od obdržení oznámení sdělí, jestli shledal, že se jedná o dítě uvedené v § 6. Během plnění povinností podle první a třetí věty se není možné dovolávat povinností zachovat mlčenlivost na základě zvláštního právního předpisu (Zákon č. 359/1999 Sb.).

4.2 Pedagogická intervence a zásady komunikace s dítětem

Změna přístupu rodičů k vlastnímu dítěti je velice náročná a většinou požaduje, kromě zjištění, že dochází k týrání dítěte, i profesionální pomoc. Z tohoto důvodu by měli utrpení týraného dítěte věnovat pozornost zejména ti, u kterých psychické a fyzické zdraví dítěte souvisí s jejich profesí. Ne jen kvůli tomu, že se jedná o jejich povinnost, ale také proto, že oproti rodičům, jejichž reakce jsou často iracionální a souvisí s vlivy, které si rodič mnohdy plně neuvědomuje, by profesionálové, tedy učitelé, měli disponovat schopností kontrolovat a analyzovat své chování a reakce (Hadj-Mousová in Hadj-Mousová, Vaničková, Provazníková, 1995, s. 48).

Příležitosti zasáhnout, pokud je dítě týráno, neovlivňuje pouze zjištění týrání, ale i společenské normy. V případě, že dítě není v tak vážném zdravotním stavu, aby to bylo rozpoznatelné na první pohled, nemusí být zřejmé, že v domácím prostředí dochází k týrání. Situace se stává ještě složitější, pokud se jedná o psychické týrání dítěte, jelikož jeho následky a normy bývají zejména velmi nenápadné a je obtížné si jich všimnout. Vliv na zásah mají také již zmíněné sociální normy, jelikož zasahovat do záležitostí ostatních lidí zejména, pokud se týkají rodiny, je v rámci naší kultury velice složité. Je nutné v tomto ohledu navodit atmosféru obecné zodpovědnosti či umožnit dětem svěřit se s potížemi i s potenciálním následným řešením (Hadj-Mousová in Hadj-Mousová, Vaničková, Provazníková, 1995, s. 49).

Učitel by měl být schopný identifikovat týrané dítě v rámci třídy. Měl by rozpoznat projevy chování i náznaky týkající se vzhledu dítěte, jelikož je osobou, která má příležitost děti dlouhodobě pozorovat a všimnout si tak změn. Nelze předpokládat, že dítě požádá učitele o pomoc a oznámí mu své problémy, i když k němu cítí důvěru. Je to tak z toho důvodu, že dítě z části cítí vinu za chování rodičů a má potíže situaci verbalizovat. I tak se však většinou snaží vyhledat pomoc a je pouze na učitelích, zda bude schopný projevy vnímat a rozpoznat (Hadj-Mousová in Hadj-Mousová, Vaničková, Provazníková, 1995, s. 49).

Kaliba a Kalibová (2014) doporučují následující postup pro učitele, jak jednat s týraným nebo se zneužitým dítětem:

- Pedagog by se měl vyhnout projevům nadřazenosti nad dítětem, vhodné je při rozhovoru s ním sedět ve stejné úrovni jako dítě.
- Pedagog by měl navodit důvěrnou atmosféru.
- Během rozhovoru s dítětem přizpůsobit svou řeč jeho rozumovým schopnostem a věku a zkontrolovat, zda dítě všemu porozumělo,
- klást otázky pomalu a citlivě.
- Nesnažit se donutit dítě ke komunikaci, ale pokusit se otázku zformulovat jinak a zeptat se na ni později.
- Neklást dítěti otázky typu „proč“, jelikož se kvůli nim může dítě cítit provinile,
- pachatele neodsuzovat,
- nesnažit se dítě ovlivnit.
- Nedávat najevo vlastní emoce a poskytnout dítěti příležitost kdykoliv požádat pedagoga znovu o pomoc, ohledně dalších kroků a postupů.

4.3 Léčba syndromu CAN

Dle Bentovima (1998, s. 105) je potřeba se při práci s obětí soustředit na dva procesy:

- Emocionální zpracování – Jedná se o práci s procesy, které byly vyvolány traumatickou událostí. Mezi ně patří například opakované prožívání nebo vtíravé myšlenky, které se mohou projevovat vytěšňováním, vyhýbáním se a zatemňováním. V rámci terapeutické práce dochází k verbalizaci, přijetí a nacvičování v různých prostředích a za přítomnosti změn a jejich porozumění.
- Kognitivní zpracování – Je proces, jehož prostřednictvím lze revidovat zdůvodnění traumatické události a jeho vlivu na způsoby prožívání, vnímání a přisuzování významu vztahů. Lze vytvořit očekávání a skutečnost, která nejsou pro jedince výrazně rizikové. Rozsah terapie se odvíjí rozsahu a závažnosti traumatických následků a traumatizujícího chování.

Při práci s pachatelem je nutná detailní analýza zneužívání či týrání. K ní by mělo dojít v kontextu podpory, nikoliv kritizujícího přístupu. Jeho prostřednictvím může být dosaženo vyrovnání se způsobem, kterým zneužívání nebo týrání ovlivnilo jeho život a život jeho blízkých osob. Je potřeba věnovat pozornost popření, racionalizacím a bagatelizování, které

se týkají konkrétních detailů zneužívání nebo týrání, změně zlosti na agresi, svému vzrušením, detailům svého chování, pocitům během a po zneužívání nebo týrání, vyrovnání se se situací, která nastala, fantaziím, studu, vině a opakování přání a další realizace zneužívání či týrání (Bentovim, 1998, s. 105–106).

Cílem dlouhodobé terapie je poskytnutí pomoci celému rodinnému systému. Musí se soustředit na změnu současné situace, ale i na odstranění příčin, které se na vzniku problému podílely (Vágnerová, 2014, s. 575).

Lékařská péče je nutná během léčby bezprostředních důsledků, jako například zranění. (Vágnerová, 2014, s. 575). Její součástí je diagnóza zahrnující rozsah, závažnost a postižená místa, včetně stupně ohrožení na základě konkrétních příznaků pro zdraví a život dítěte. Také určuje naléhavost a způsob ošetření (Dunovský, 1999, s. 240).

Psychoterapie tvoří hlavní způsob léčby následků sexuálního zneužívání nebo týrání. Jejím cílem je akceptace traumatu, jeho zpracování a emoční odreagování. Jejím prostřednictvím lze dosáhnout rovnováhy, katarze a vyrovnaného přístupu k situaci, která je neměnná. Důležitá je otevřená komunikace, dítěti by měla být poskytnuta příležitost dát najevo své emoce. Dítě by mělo mít pocit jistoty, podpory a porozumění (Vágnerová, 2014, s. 575–576).

Součástí dlouhodobé intervence jsou interdisciplinární aktivity v zájmu dítěte. Jejich cílem je zmírnit nebo odstranit všechny následky, týkající se postižení syndromem CAN. Dochází zde k léčbě chronických postižení, jako například duševního a tělesného zanedbání, těžké podvýživy a rehabilitaci vad (Dunovský, 1999, s. 240).

5 ZHODNOCENÍ AKTUÁLNÍHO STAVU PROBLEMATIKY

Tato kapitola bude představovat úvod do praktické části bakalářské práce a bude věnována zhodnocení aktuálního stavu problematiky syndromu CAN. Budou zde uvedeny výzkumy ze zahraničí a údaje z České republiky, které byly publikovány v časovém období let 2011–2021. Výzkumy a zveřejněná data budou chronologicky řazeny od nejstarších po nejnovější.

Výzkumem, který se zabýval týráním dětí, bylo Posouzení informovanosti o týráním dětí mezi určitými sociálními skupinami. Autory výzkumu je Ewa Emich-Widera, Ilona Kopyta, Monika Kaluzna-Czyz a Beata Kazek. Výzkum byl publikován v roce 2011. Záměrem výzkumu bylo posouzení znalostí, postojů a zkušeností mezi lékaři, studenty medicínských oborů a učiteli týkajícími se nahlašování týráním a zanedbávání dětí. Zkoumaná skupina se skládala ze 139 učitelů, 131 studentů medicínských oborů a 53 lékařů. Mezi učiteli, pedagogové, kteří měli více než 10 let zkušeností, tvořili 67 %. Lékařské časopisy a odborná průprava byly hlavním zdrojem znalostí pro lékaře, zatímco televize a rádio byly hlavním zdrojem pro učitele výrazně častěji, než pro další skupiny. Dle výzkumu se 58 % učitelů setkalo s případy týráním dětí. Většina lékařů a studentů medicínských oborů tvrdí, že nízký sociální status a nevzdělané rodiny jsou rizikovým faktorem špatného zacházení s dítětem, zatímco většina učitelů tvrdí, že neexistuje žádný rozdíl (Emich-Widera a kol., 2011).

Povědomí o problematice syndromu CAN, bylo tématem výzkumu Samostatně ohlášená informovanost o špatném zacházení s dítětem mezi školními odborníky v Saúdské Arábii: vliv CRC ratifikace. Autory studie je Fadia S. AlBuhairan, Sarah S. Inam, Majid A. AlEissa, Ismail K. Noor a Maha A. Almuneef. K publikaci výzkumu došlo v prosinci 2011. Výzkumu se účastnilo 3777 školních odborníků. 55 % odborníků mělo alespoň 10 let pracovních zkušeností. Nízká míra informovanosti o špatném zacházení s dítětem byla shledána u 1/3 odborníků. Pouze 1,9 % školních odborníků se někdy účastnilo specifického školení o špatném zacházení s dítětem. Přesto bylo 69,3 % těch, kteří se ho nezúčastnili, ochotných se prostřednictvím školení v budoucnu vzdělávat. Pouze 22 % ohlásilo povědomí o CRC Článku 19 či strategiích a postupech týkajících se špatného zacházení s dítětem (AlBuhairan a kol., 2011).

Výzkumem věnujícím se sexuálnímu zneužívání dětí bylo Preventivní školení proti sexuálnímu zneužívání dětí pro odborníky pečující o děti: Nezávislý mnohostranný náhodný kontrolovaný pokus Stewardů dětí. Výzkum byl publikován v roce 2014. Cílem výzkumu bylo provést nezávislou mnohostrannou kontrolovanou evaluaci existujícího preventivního

programu sexuálního zneužívání dětí, Stewardi dětí, nabízeného v prezenční nebo v online webové formě. Studie se účastnilo 352 odborníků pečujících o děti. Závislé proměnné zahrnovaly znalosti o sexuálním zneužívání dětí, postoje k sexuálnímu zneužívání dětí a samostatně nahlašované preventivní chování. Výsledky naznačily, že Stewardi ovlivnili znalosti, postoje a preventivní chování. Výsledky značí, že krátké školení pro odborníky pečující o děti může ovlivnit snahu o prevenci sexuálního zneužívání dětí (Rheingold a kol., 2014).

Výzkumem autorek Tess M. Huppe a Maragaret C. Stevenson byly Záměry učitelů nahlašovat podezření na týrání dětí: vliv únavy ze soucitu. Výzkum byl publikován v roce 2019 a byl zaměřen na znalost učitelů a školních administrátorů o nařízení nahlašovat týrání a jejich oznámených úmyslech ohlásit hypotetické případy podezření o týrání dětí. Také byl zkoumán vztah mezi únavou ze soucitu (jako je pracovní vyhoření a druhotný traumatický stres, pramenící z vystavení traumatu klienta) a postoje učitelů k nahlašování podezření o týrání dětí. Výrazná minorita učitelů naznačila, že by nenahlásila podezření na týrání dětí. I po eliminaci 10,3 % učitelů, kteří nevěděli o nařízení požadujícím po učitelích nahlašovat podezření na týrání dětí. V souladu s hypotézami, se zvýšením únavy ze soucitu zvýšily negativní postoje k nahlašování týrání dětí (Huppe, Stevenson, 2019).

Kanadským výzkumem, který se zabýval jednou z forem syndromu CAN, konkrétně sexuálním zneužíváním byla Schopnost, sebejistota a výcvik kanadských vyučujících a školních zaměstnanců rozpoznat a reagovat na sexuální zneužívání a internetové vykořisťování jejich studentů. Autory studie byli David Lindebach, Olivia Cullen, Ashmita Bhattarai, Rosemary Perry. Ruth L. Diaz, Scott B. Pattern a Gina Dimitropoulos. Studie se zúčastnilo 450 vyučujících. Dle získaných údajů 28 % školních zaměstnanců uvedlo, že pracovali se studentem, který se za poslední rok zasažen sexuálním zneužíváním. V porovnání 25 % zaměstnanců uvedlo práci se studentem, který se stal obětí groomingu, 17 % zaměstnanců pracovalo se studentem, který byl lákán a 14 % pracovalo s oběťmi sexuálního zneužívání prostřednictvím obrazových materiálů (Lindenbach a kol., 2021).

Podle údajů zveřejněných MPSV (Ministerstvem práce a sociálních věcí) České republiky bylo v roce 2021 odhaleno celkově 7 619 případů týrání, zneužívání a zanedbávání dětí. Nejvyšší počet případů se týkal věkové kategorie od 6 do 15 let, která tvořila 52,82 % případů. Rozdíly v počtu obětí na základě pohlaví dítěte byly v celkovém počtu nepatrné, 48,49 % obětí byli chlapci a 51,50 % dívky. Nejvýraznější rozdíly z hlediska pohlaví dítěte na

základě formy syndromu CAN bylo možné zaznamenat u dětské pornografie, ke které bylo zneužito 10 % chlapců a z 90 % dívek. Dále u sexuálního zneužívání, které se týkalo 14,46 % chlapců a 85,53 % dívek. Další kategorií s výrazným rozdílem z hlediska pohlaví oběti, byla dětská prostituce, kterou bylo postiženo 25 % chlapců a 75 % dívek. Nejvíce zastoupenou formou syndromu CAN bylo zanedbávání dětí, které tvořilo 72,55 % z celkového počtu případů. Následně psychické týrání, které tvořilo 9,79 % případů a sexuální zneužívání, jehož podíl byl 9,34 % z celkového počtu případů (MPSV, 2021, s. 6).

PRAKTICKÁ ČÁST

6 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Tato kapitola bude zaměřena na výzkumné šetření. Konkrétně bude věnována na stanovení výzkumných cílů a otázek, metodu sběru dat, popis výzkumného vzorku, předvýzkum a průběh výzkumného šetření.

6.1 Výzkumné cíle a otázky

Hlavním cílem výzkumného šetření je zjistit informovanost pedagogických pracovníků základních škol o syndromu CAN, především se zaměřením na jeho prevenci a intervenci.

Hlavní výzkumnou otázkou je:

- Jaká je informovanost pedagogických pracovníků základních škol o syndromu CAN, především se zaměřením na jeho prevenci a intervenci?

Dílními cíli je:

- Zjistit, jaké formy dle respondentů patří do syndromu CAN.
- Zjistit, u jakých dětí je dle respondentů přítomno riziko syndromu CAN.
- Zjistit, jak se dle respondentů syndrom CAN projevuje.
- Zjistit, jak by respondenti v případě podezření komunikovali s dítětem.
- Zjistit, zda si respondenti myslí, že má pedagog oznamovací povinnost v případě podezření na syndrom CAN.
- Zjistit, komu by respondenti oznámili své podezření na syndrom CAN u dítěte.

Na základě dílních cílů byly stanoveny následující výzkumné otázky:

- Jaké formy dle respondentů patří do syndromu CAN?
- U jakých dětí je dle respondentů přítomno riziko syndromu CAN?
- Jak se dle respondentů syndrom CAN projevuje?
- Jak by respondenti v případě podezření na syndrom CAN komunikovali s dítětem?
- Myslí si respondenti, že má pedagog oznamovací povinnost v případě podezření na syndrom CAN?
- Komu by respondenti oznámili své podezření na syndrom CAN u dítěte?

6.2 Metoda sběru dat

K vypracování praktické části bakalářské práce byla zvolena kvantitativně zaměřená metodologie a kvantitativní metodou sběru dat byl dotazník, který byl vytvořen v online formě prostřednictvím webové stránky Survio. Gavora (2010, s. 121) definuje dotazník jako „*způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí*“. Dotazník tvoří soustava připravených a svědomitě formulovaných otázek, které jsou logicky řazeny. Metoda dotazníku nabízí ekonomický a rychlý sběr dat od velkého počtu respondentů (Chrásková, 2016, s. 158).

Dotazník tvořilo celkově 17 položek, z nichž 11 bylo uzavřených a 6 polouzavřených. Z uzavřených položek bylo 8 dichotomických a 3 polytomické. 4 z 6 polouzavřených položek byly výčtové a respondenti tak měli možnost zvolit více odpovědí. 2 polouzavřené položky byly výběrové. První sada položek (č. 1–4) byla identifikačních a zjišťovala pohlaví, věk, délku pedagogické praxe a stupeň základní školy, na kterém respondenti vyučují. Druhá sada položek (č. 5–10) byla zaměřena především na povědomí a informovanost respondentů o syndromu CAN. Třetí sada položek (č. 11–17) se soustředila zejména na intervenci v případě podezření na výskyt syndromu CAN u dítěte a zjišťovala názory respondentů na další edukaci o této problematice.

6.3 Popis výzkumného vzorku

Respondenty byly pedagogičtí pracovníci základních škol. Místo sběru dat nebylo konkrétně určeno. Výběr respondentů probíhal v rámci vybraných základních škol, po oslovení jejich ředitelů emailem a dále prostřednictvím skupin na sociální síti Facebook, které spravuje Pedagogická komora, z. s. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 78 respondentů.

6.4 Předvýzkum

Před distribucí dotazníku se uskutečnil předvýzkum, s cílem zjistit, zda jsou položky srozumitelné a vhodně formulovány. Byli osloveni dva pedagogičtí pracovníci základní školy. Na základě zpětné vazby nebyly provedeny žádné úpravy a dotazník byl rozeslán.

6.5 Průběh výzkumného šetření

Příprava dotazníkového šetření započala koncem února 2022. Po stanovení výzkumných otázek, pracování metodologické části a formulaci položek byl dotazník odeslán k předvýzkumu. Distribuce dotazníku a sběr dat proběhli začátkem dubna 2022.

Dotazník byl zpracován v elektronické podobě a rozeslán v rámci pedagogických skupin na sociální síti Facebook a vybraných základních škol po oslovení ředitelů škol emailem.

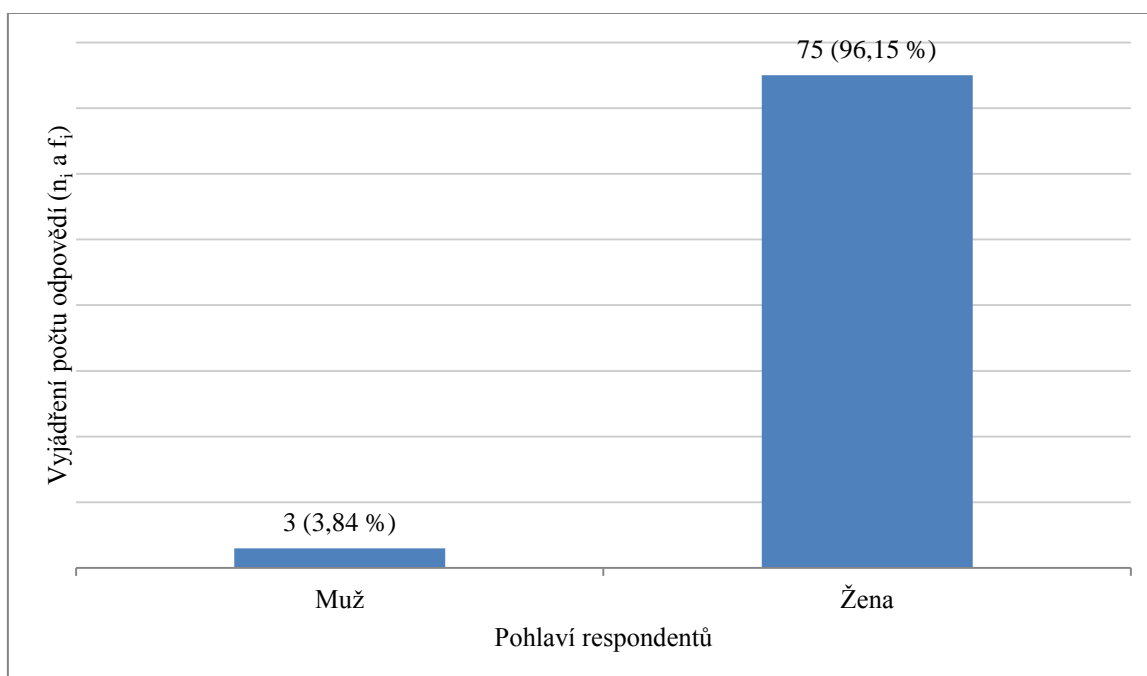
7 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Tato kapitola bude věnována výsledkům výzkumného šetření. První podkapitola bude obsahovat popis výsledků dotazníkového šetření. Druhá podkapitola bude zaměřena na vyhodnocení informovanosti pedagogických pracovníků o syndromu CAN.

7.1 Výsledky dotazníkového šetření

Jednotlivé položky budou zaznamenány v grafech s absolutní (n_i) a relativní (f_i) četností, která bude uvedena v procentech. Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkově 78 respondentů.

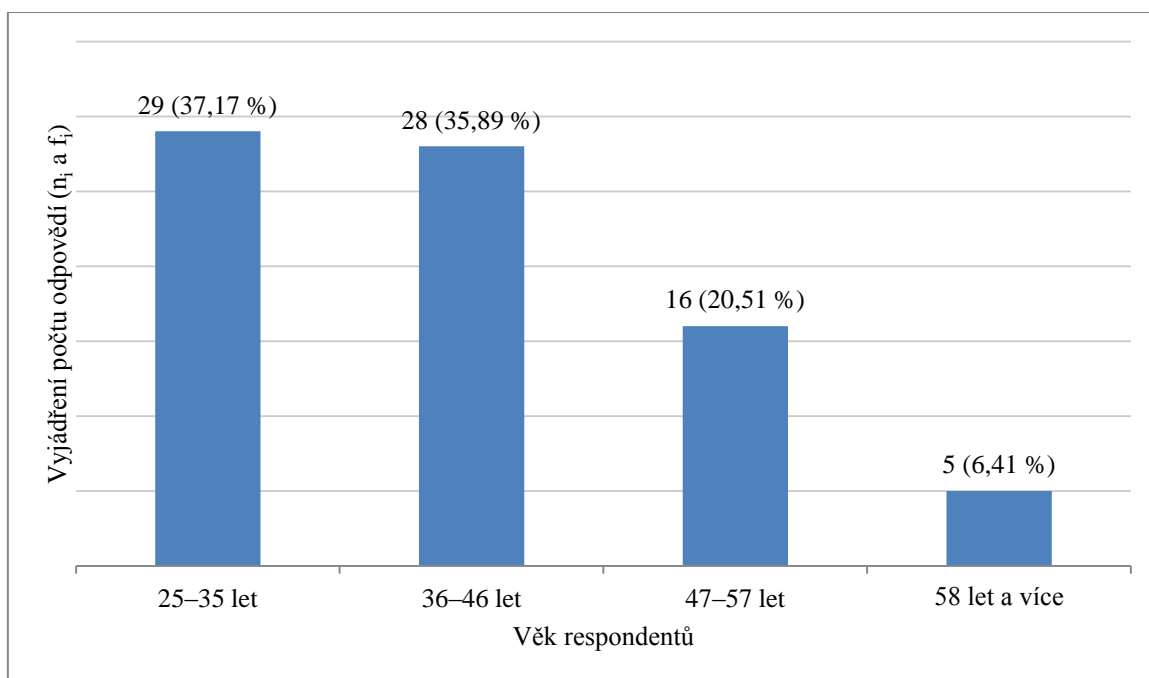
Položka č. 1: Uveďte vaše pohlaví.



Graf č. 1: Pohlaví respondentů

Z celkového počtu 78 respondentů se dotazníkového šetření zúčastnilo 75 žen (96,15 %) a 3 muži (3,84 %).

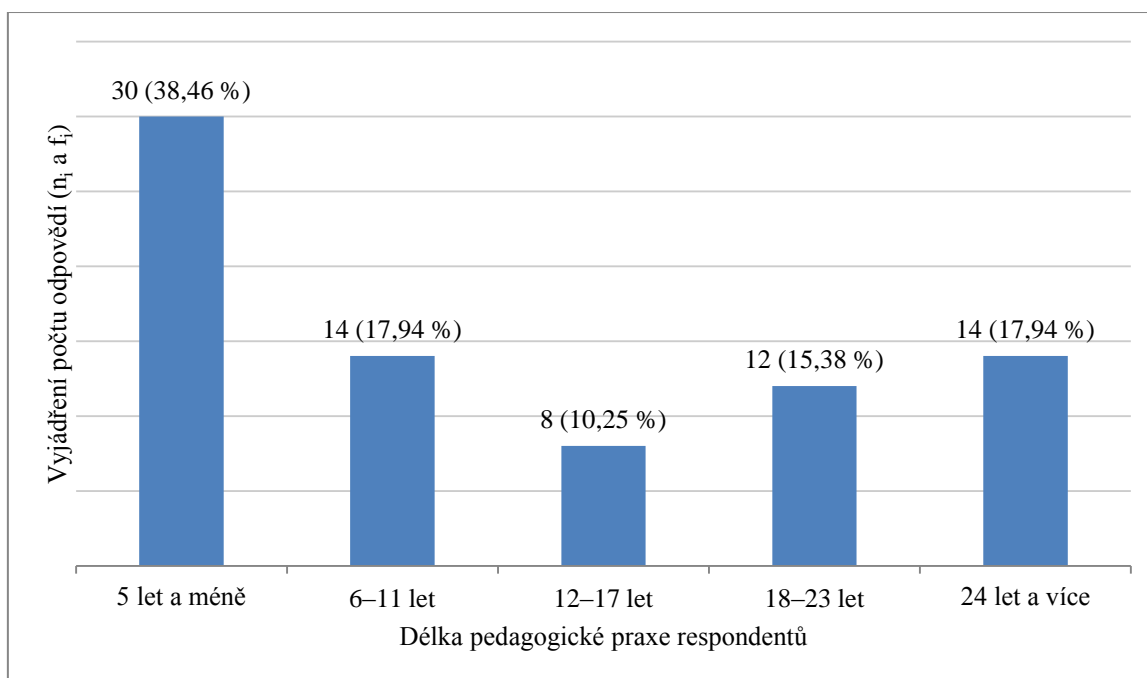
Položka č. 2: Uveďte váš věk.



Graf č. 2: Věk respondentů

Nejpočetnější skupinu respondentů tvořili pedagogičtí pracovníci ve věku 25–35 let, kterých bylo 29 (37,17 %). Ve věkovém rozmezí 36–46 let odpovědělo 28 (35,89 %) respondentů. V rámci věkové kategorie 47–57 let se dotazníkového šetření účastnilo 16 (20,51 %) respondentů. Nejméně početnou skupinou byli respondenti ve věku 58 let a více, kterých bylo 5 (6,41 %).

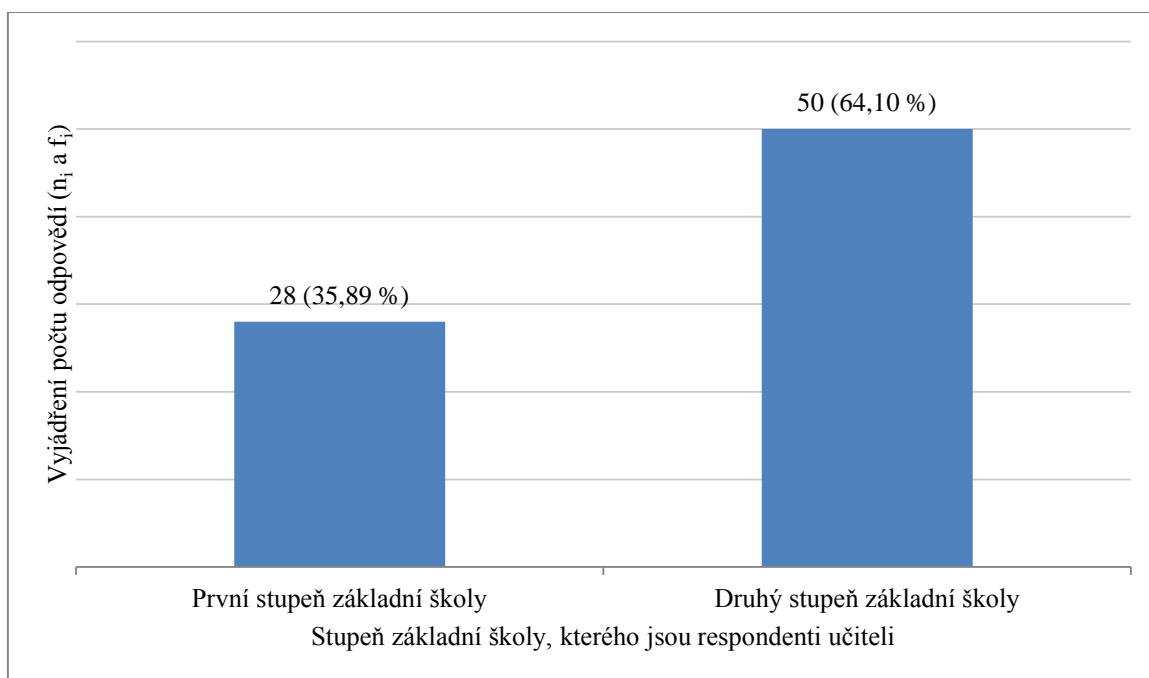
Položka č. 3: Jaká je délka Vaší pedagogické praxe?



Graf č. 3: Délka pedagogické praxe respondentů

Nejčastěji uváděnou délkou pedagogické praxe bylo 5 let a méně, kterou označilo 30 (38,46 %) respondentů. V kategorii 6–11 let praxe bylo 14 (17,94 %) respondentů. Nejméně uváděnou délkou praxe bylo 12–17 let, kterou označilo 8 (10,25 %) respondentů. Kategorii 18–23 let uvedlo 12 (15,38 %) respondentů. V Kategorii 24 let a více bylo 14 (17,94 % respondentů).

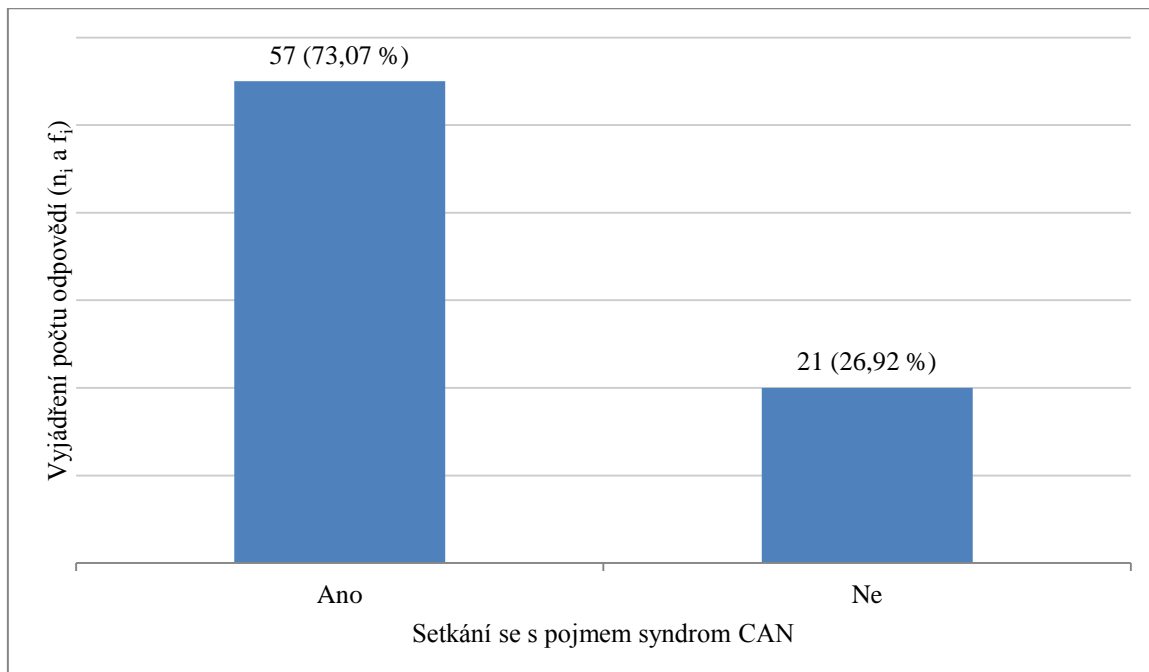
Položka č. 4: Jste učitelem/učitelkou prvního nebo druhého stupně základní školy?



Graf č. 4: Stupeň základní školy, kterého jsou respondenti učiteli

Z celkového počtu 78 dotazovaných převažovali učitelé druhého stupně, kterými bylo 50 (64,10 %) respondentů. Učiteli prvního stupně bylo 28 (35,89 %) respondentů.

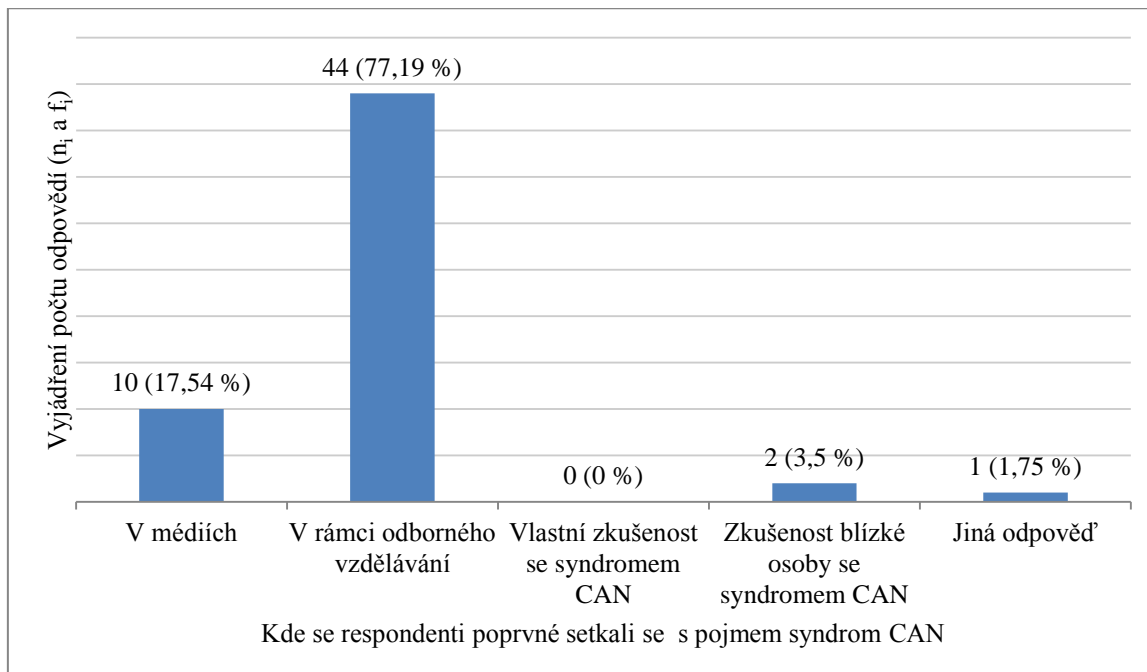
Položka č. 5: Setkal/a jste se někdy s pojmem syndrom CAN (syndrom týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte)?



Graf č. 5: Setkání se s pojmem syndrom CAN

Z celkového počtu 78 respondentů se s pojmem syndrom CAN setkala 57 (73,07 %) respondentů. S pojmem syndrom CAN se neseťkalo 21 (26,92 %) respondentů.

Položka č. 6: Kde jste se s pojmem syndrom CAN poprvé setkal/a? Odpověď uveďte jen v případě, že jste na otázku číslo 5 odpověděl/a ano.

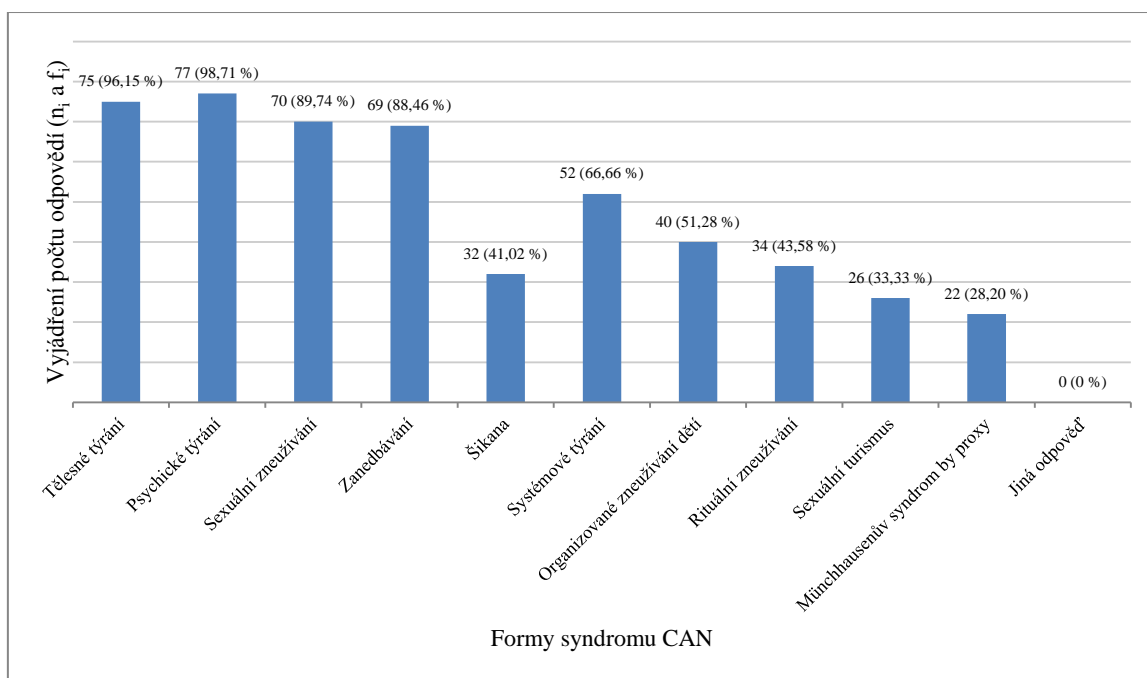


Graf č. 6: Kde se respondenti poprvé setkali s pojmem syndrom CAN

Na položku číslo 6 odpovědělo 63 respondentů. Je zde uvedeno pouze 57 odpovědí, jelikož zbývající odpovědi nebyly relevantní, vzhledem k položce číslo 5. Zbýlých 6 odpovědí bylo vyřazeno.

Z celkového počtu 57 respondentů se s pojmem syndrom CAN poprvé setkalo v rámci odborného vzdělávání 44 (77,19 %) respondentů. V médiích se s pojmem syndrom CAN poprvé setkalo 10 (17,54 %) respondentů. Zkušeností blízké osoby se syndromem CAN se s pojmem syndrom CAN poprvé setkali 2 (3,5 %) respondenti. Jinou odpověď, kde se s pojmem syndrom CAN poprvé setkal, uvedl 1 (1,75 %) respondent. V kategorii jiná odpověď bylo uvedeno: „Leták ve škole“. Vlastní zkušeností se syndromem CAN se se syndromem CAN setkalo 0 (0 %) respondentů.

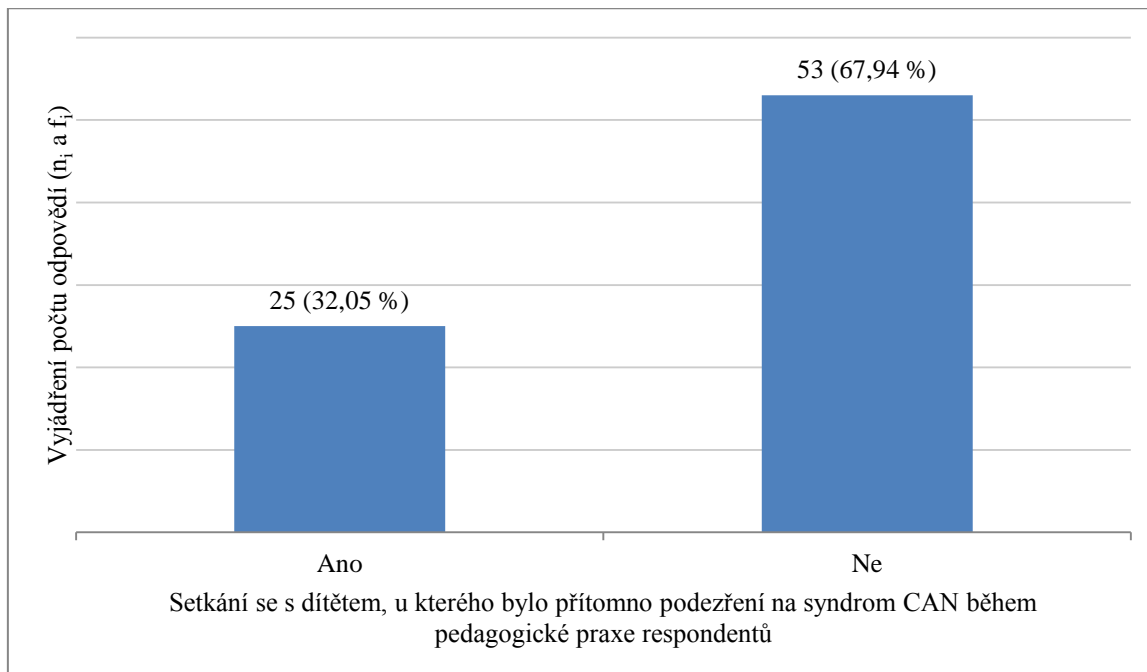
Položka č. 7: Které formy podle Vás patří do syndromu CAN? Můžete zvolit více možností.



Graf č. 7: Formy syndromu CAN

U položky číslo 7 mohli respondenti zvolit více možností. Nejčastější odpovědí bylo psychické týrání, které uvedlo 77 (98,71 %) respondentů. Tělesné týrání označilo 75 (96,15 %) respondentů. Sexuální zneužívání uvedlo 70 (89,74 %) respondentů. Zanedbávání zvolilo 69 (88,46 %) respondentů. Pro systémové týrání hlasovalo 52 (66,66 %) respondentů. Organizované zneužívání dětí volilo 40 (51,28 %) respondentů. Rituální zneužívání označilo 34 (43,58 %) respondentů. Šikanu uvedlo 32 (41,02 %) respondentů. Pro sexuální turismus hlasovalo 26 (33,33 %) respondentů. Münchhausenův syndrom by proxy označilo 22 (28,20 %) respondentů. Jinou odpověď volilo 0 (0 %) respondentů.

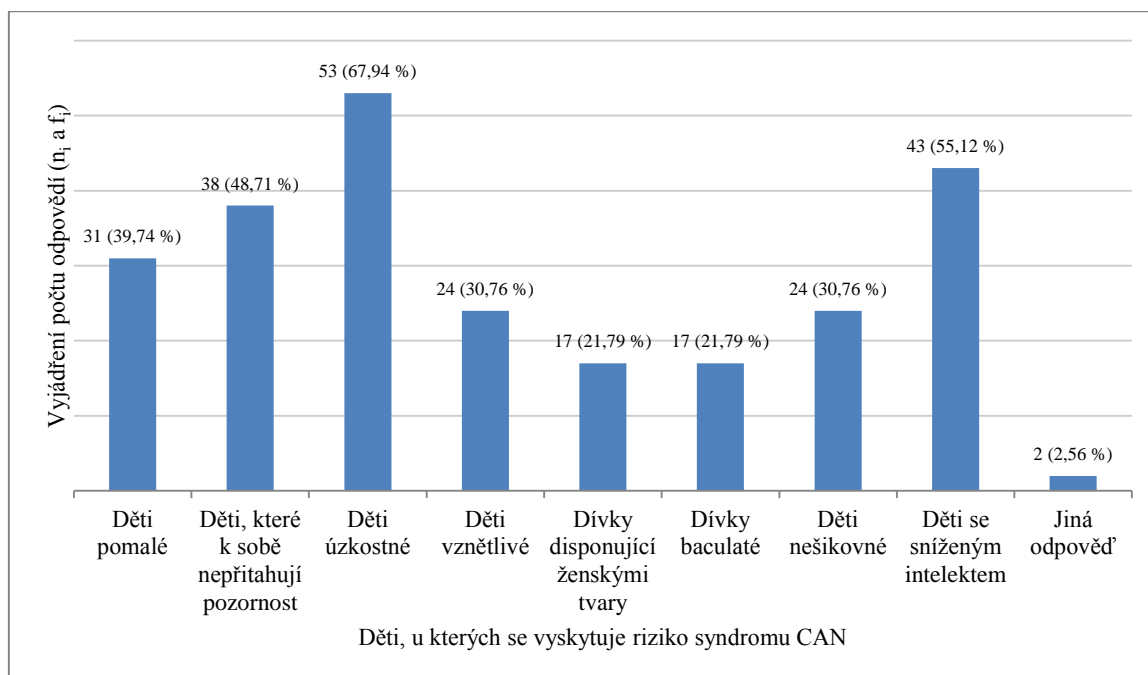
Položka č. 8: Setkala/a jste se někdy během vaší pedagogické praxe s dítětem, u kterého bylo přítomno podezření na syndrom CAN?



Graf č. 8: Setkání se s dítětem, u kterého bylo přítomno podezření na syndrom CAN během pedagogické praxe respondentů

Z celkového počtu 78 respondentů se někdy během jejich pedagogické praxe nesetkalo s dítětem, u kterého bylo přítomno podezření na syndrom CAN 53 (67,94 %) respondentů. S dítětem, u kterého bylo přítomno podezření na syndrom CAN, se někdy během jejich pedagogické praxe setkalo 25 (32,05 %) respondentů.

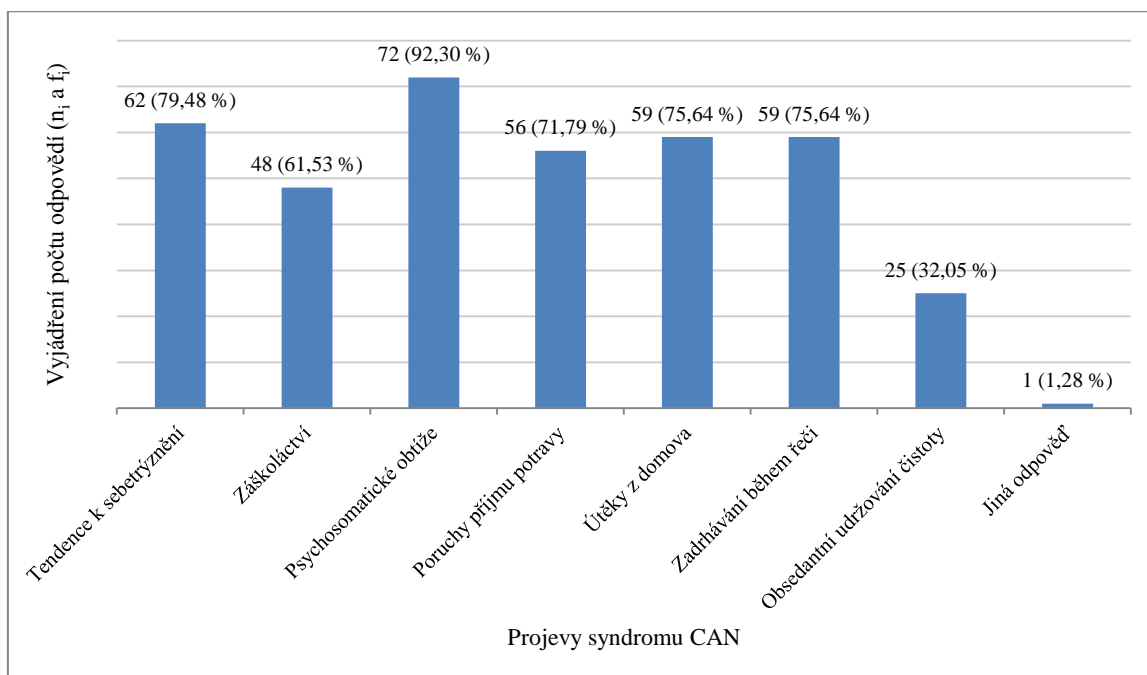
Položka č. 9: U kterých dětí se podle Vás vyskytuje riziko syndromu CAN? Můžete zvolit více možností.



Graf č. 9: Děti, u kterých se vyskytuje riziko syndromu CAN

U položky číslo 9 mohli respondenti zvolit více možností. Nejčastější odpovědi byly děti úzkostné, které zvolilo 53 (67,94 %) respondentů. Děti se sníženým intelektem uvedlo 43 (55,12 %) respondentů. Děti, které k sobě nepřitahují pozornost, označilo 38 (48,71 %) respondentů. Děti pomalé uvedlo 31 (39,74 %) respondentů. Děti vznětlivé volilo 24 (30,76 %) respondentů. Pro děti nešikovné hlasovalo 24 (30,76 %) respondentů. Dívky disponující ženskými tvary uvedlo 17 (21,79 %) respondentů. Dívky baculaté označilo 17 (21,79 %) respondentů. Nejméně častá byla jiná odpověď, kterou zvolili 2 (2,56 %) respondenti. V kategorii jiná odpověď byly uvedeny „Děti s volným oblečením. Široké mikiny. Dlouhé rukávy“ a „děti opuštěné“.

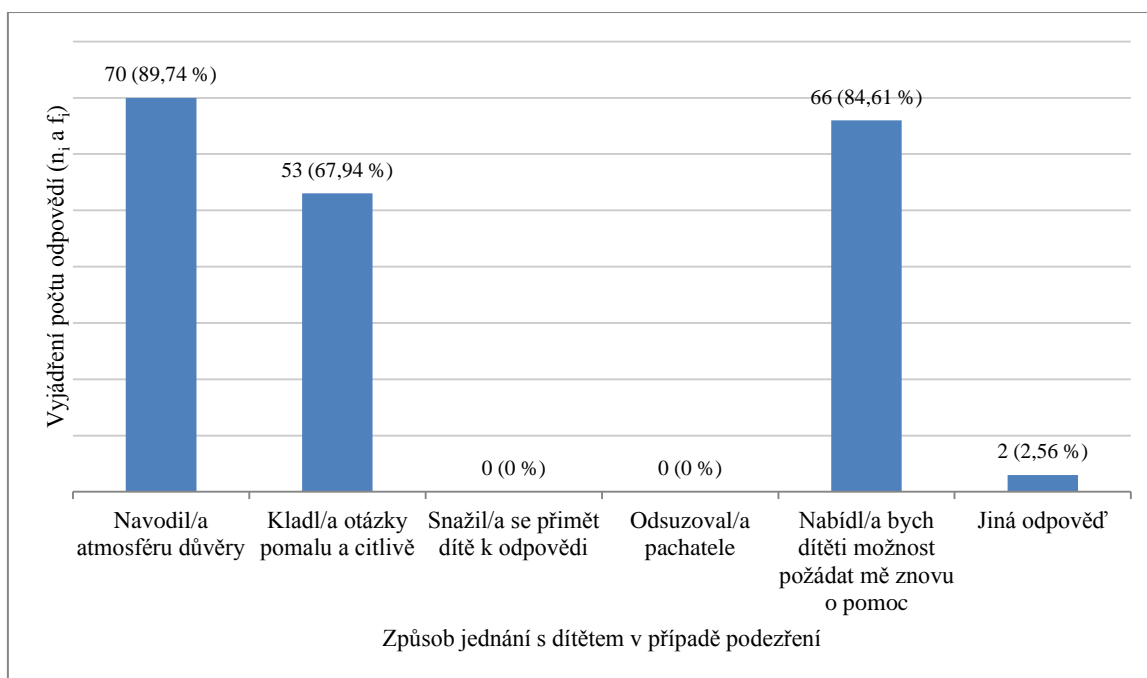
Položka č. 10: Co podle Vás patří mezi možné projevy syndromu CAN? Můžete zvolit více možností.



Graf č. 10: Projevy syndromu CAN

U položky číslo 10 mohli respondenti zvolit více možností. Nejčastější odpovědi byly psychosomatické obtíže, pro které hlasovalo 72 (92,30 %) respondentů. Tendence k sebetřýznění volilo 62 (79,48 %) respondentů. Zadržávání během řeči uvedlo 59 (75,64 %) respondentů. Útěky z domova označilo 59 (75,64 %) respondentů. Poruchy příjmu potravy odpovědělo 56 (71,79 %) respondentů. Záškoláctví uvedlo 48 (61,53 %) respondentů. Pro obsedantní udržování čistoty hlasovalo 25 (32,05 %) respondentů. Nejméně častá byla jiná odpověď, pro kterou hlasoval 1 (1,28 %) respondent. Jako jinou odpověď respondent uvedl „Podhodnocení sebe sama“.

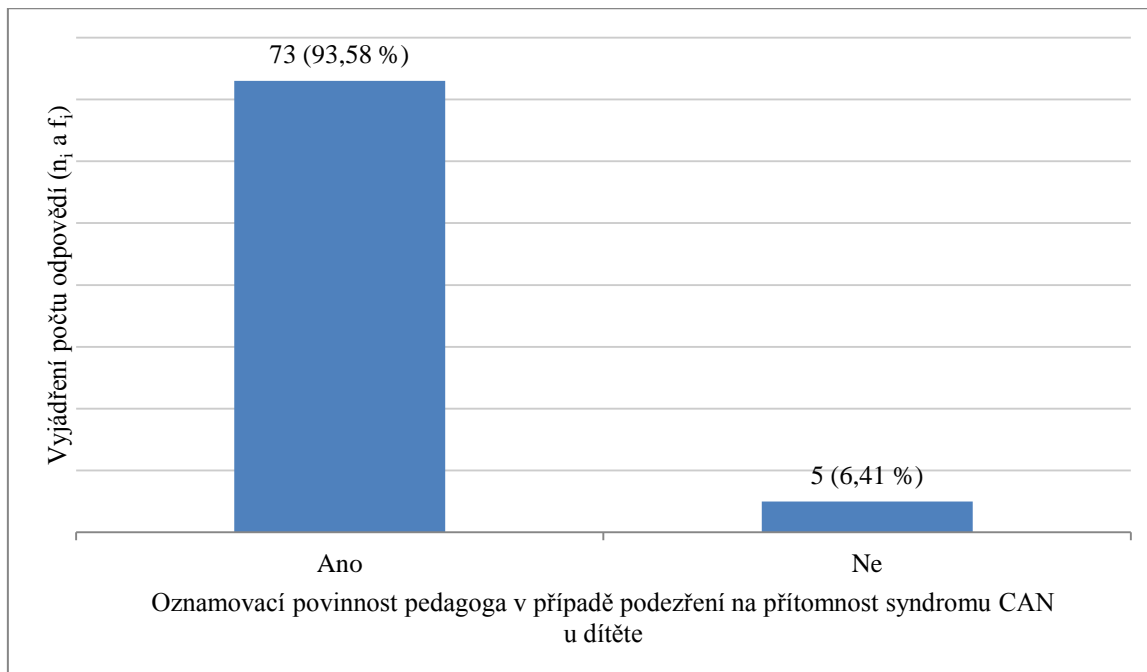
Položka č. 11: Jak byste v případě podezření jednal/a s dítětem? Můžete zvolit více možností.



Graf č. 11: Způsob jednání s dítětem v případě podezření

U položky číslo 11 mohli respondenti zvolit více možností. Nejčastější odpovědí bylo navození atmosféry důvěry, které zvolilo 70 (89,74 %) respondentů. Nabídnutí dítěti možnost požádat mě znovu o pomoc označilo 66 (84,61 %) respondentů. Kladení otázek pomalu a citlivě uvedlo 53 (67,94 %) respondentů. Jinou odpověď zvolili 2 (2,56 %) respondenti. V kategorii jiná odpověď bylo uvedeno: „Přizvala bych při podezření odborníka“ a „Poradila bych se se školním psychologem“. Snahu přimět dítě k odpovědi označilo 0 (0 %) respondentů a pro odsuzování pachatele hlasovalo 0 (0 %) respondentů.

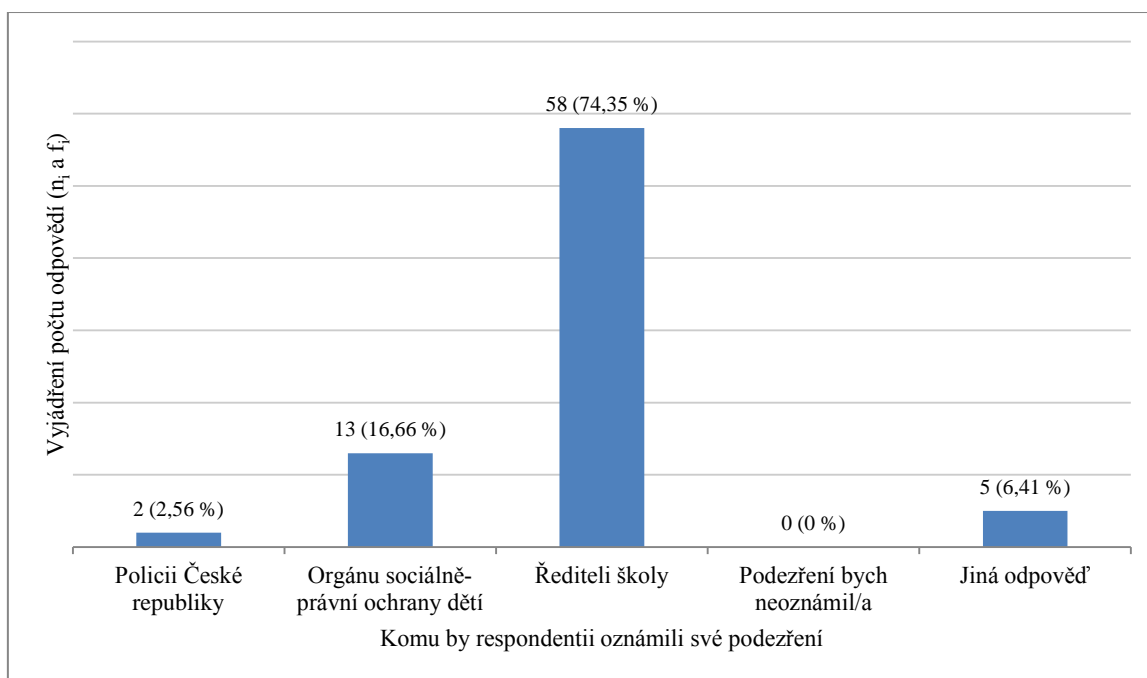
Položka č. 12: Domníváte se, že má pedagog oznamovací povinnost, v případě podezření na přítomnost syndromu CAN u dítěte?



Graf č. 12: Oznamovací povinnost pedagoga v případě podezření na přítomnost syndromu CAN u dítěte

Z celkového počtu 78 respondentů se 73 (93,58 %) respondentů domnívá, že pedagog má oznamovací povinnost v případě podezření na přítomnost syndromu CAN u dítěte. 5 (6,41 %) respondentů se domnívá, že pedagog oznamovací povinnost nemá, v případě podezření na přítomnost syndromu CAN u dítěte.

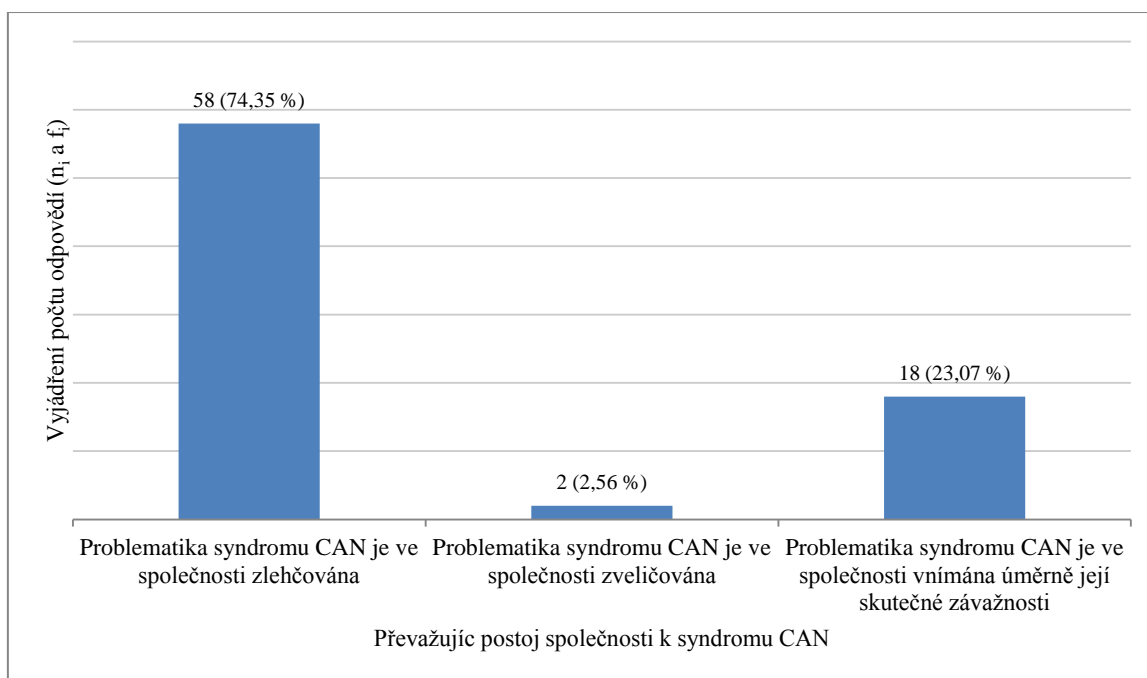
Položka č. 13: Komu byste oznámil/a své podezření?



Graf č. 13: Komu by respondenti oznámili své podezření

Z celkového počtu 78 respondentů by oznámilo své podezření řediteli školy 58 (74,35 %) respondentů. Orgánu sociálně-právní ochrany dětí by oznámilo své podezření 13 (16,66 %). Jinou odpověď uvedlo 5 (6,41 %) respondentů. Jako jinou odpověď respondenti uvedli výchovného poradce. Policii České republiky by oznámili své podezření 2 (2,56 %) respondenti. Pro neoznámení svého podezření hlasovalo 0 (0 %) respondentů.

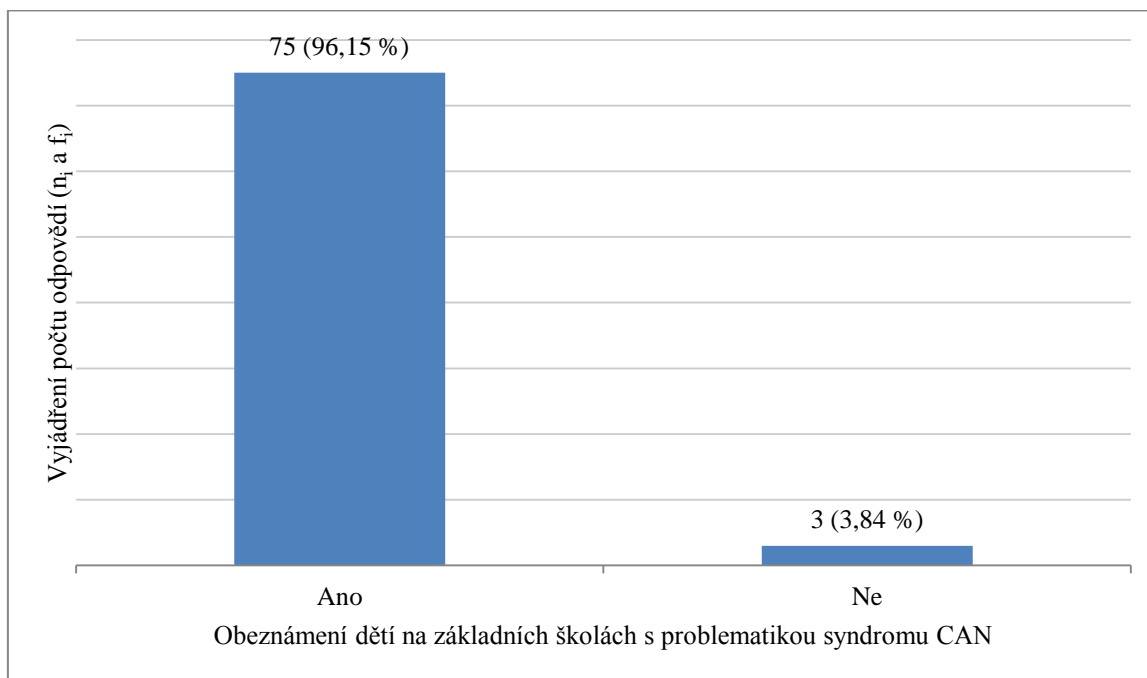
Položka č. 14: Jaký je podle Vás převažující postoj společnosti k syndromu CAN?



Graf č. 14: Převažující postoj společnosti k syndromu CAN

Z celkového počtu 78 respondentů, pro problematika syndromu CAN je ve společnosti zlehčována, hlasovalo 58 (74,35 %) respondentů. Problematika syndromu CAN je ve společnosti vnímána úměrně její skutečné závažnosti uvedlo 18 (23,07 %) respondentů. Problematika syndromu CAN je ve společnosti zveličována, označili 2 (2,56 %) respondenti.

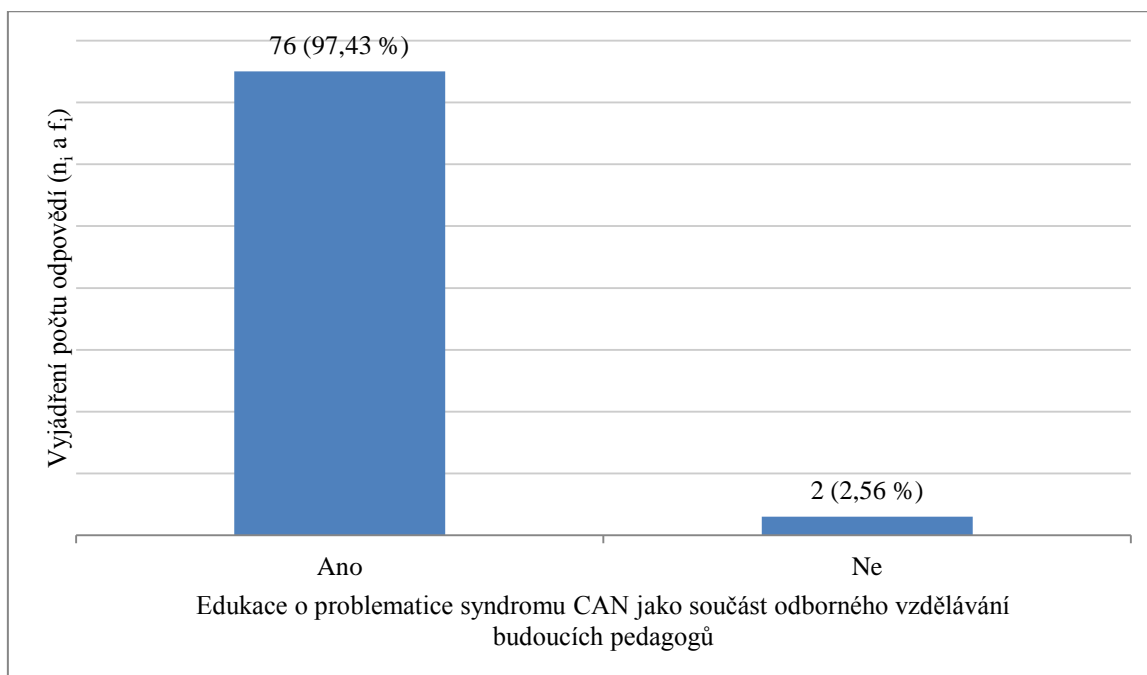
Položka č. 15: Myslíte si, že by měly být děti na základních školách obeznámeny s problematikou syndromu CAN (například prostřednictvím povídek či her žáky edukovat, jaké chování dospělých je nevhodné)?



Graf č. 15: Obeznamení dětí na základních školách s problematikou syndromu CAN

Z celkového počtu 78 dotazovaných 75 (96,15 %) respondentů uvedlo, že by děti na základních školách měly být obeznámeny s problematikou syndromu CAN. 3 (3,84 %) respondenti uvedli, že by děti na základních školách neměly být obeznámeny s problematikou syndromu CAN.

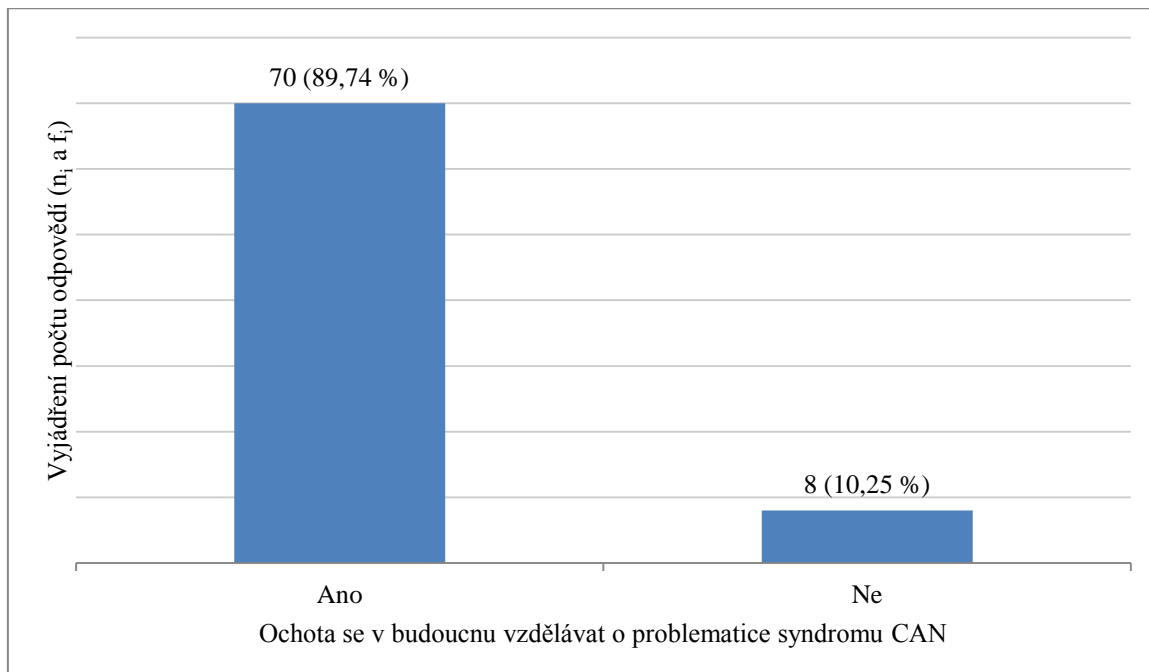
Položka č. 16: Myslíte si, že by měla být edukace o problematice syndromu CAN součástí odborného vzdělávání budoucích pedagogů?



Graf č. 16: Edukace o problematice syndromu CAN jako součást odborného vzdělávání budoucích pedagogů

Z celkového počtu 78 respondentů si myslí, že by měla být edukace o problematice syndromu CAN součástí odborného vzdělávání pedagogů, 76 (97,43 %) respondentů. 2 (2,56 %) respondenti si myslí, že by neměla být edukace o problematice syndromu CAN součástí odborného vzdělávání budoucích pedagogů.

Položka č. 17: Byl/a byste ochotný/á se v budoucnu vzdělávat o problematice syndromu CAN (například v rámci školení)?



Graf č. 17: Ochota se v budoucnu vzdělávat o problematice syndromu CAN

Z celkového počtu 78 dotazovaných by bylo ochotných se v budoucnu vzdělávat o problematice syndromu CAN 70 (89,74 %) respondentů. 8 (10,25 %) by nebylo ochotných se v budoucnu vzdělávat o problematice syndromu CAN.

7.2 Vyhodnocení informovanosti pedagogických pracovníků o syndromu CAN

Kritéria pro vyhodnocení budou vycházet ze zdrojů použitých v teoretické části bakalářské práce. Kritériem hodnocení dat bude, zda tudíž korespondují s bakalářskou prací. Pro ověření informovanosti budou použity položky č. 7, 9, 10, 11, 12 a 13. Následně budou údaje popsány.

Tabulka č. 1 bude obsahovat úspěšnost odpovědí u jednotlivých položek vyjádřenou v absolutní (n_i) a relativní (f_i) četností v procentech.

Tabulka č. 2 bude zobrazovat míru informovanosti respondentů o syndromu CAN. K výpočtu dojde pomocí aritmetického průměru, tedy součtem všech správných odpovědí u jednotlivých respondentů a jejich vydělením počtem položek. Údaje budou zaznamenány v tabulce s absolutní (n_i) a relativní (f_i) četností v procentech.

Míra informovanosti o syndromu CAN:

- 0–30 % – nízká informovanost
- 31–65 % – střední informovanost
- 66–100 % – vysoká informovanost

7.2.1 Kritéria pro vyhodnocení získaných údajů

Za 100% úspěšnost lze u položek č. 7, 9, 10 a 11 považovat označení všech požadovaných odpovědí, pouze pokud je případná uvedená „Jiná odpověď“ v souladu s teoretickou částí bakalářské práce. V případě, že respondent uvede veškeré požadované odpovědi, kromě „Jiná odpověď“, není její uvedení považováno za podmínku 100% úspěšnosti.

Položka č. 7: „Které formy podle Vás patří do syndromu CAN? Můžete zvolit více možností.“ – za 100% úspěšnost je považováno označení odpovědí 1–10.

- Tělesné týrání
- Psychické týrání
- Sexuální zneužívání
- Zanedbávání
- Šikana
- Systémové týrání

- Organizované zneužívání dětí
- Rituální zneužívání
- Sexuální turismus
- Münchhausenův syndrom by proxy
- Jiná odpověď: _____

Položka č. 9: „U kterých dětí se podle Vás vyskytuje riziko syndromu CAN? Můžete zvolit více možností.“ – za 100% úspěšnost je považováno označení odpovědí 1–8.

- Děti pomalé
- Děti, které k sobě nepřitahují pozornost
- Děti úzkostné
- Děti vznětlivé
- Dívky disponující ženskými tvary
- Dívky baculaté
- Děti nešikovné
- Děti se sníženým intelektem
- Jiná odpověď: _____

Položka č. 10: „Co podle Vás patří mezi možné projevy syndromu CAN? Můžete zvolit více možností.“ – za 100% úspěšnost je považováno označení odpovědí 1–7.

- Tendence k sebetrýznění
- Záškoláctví
- Psychosomatické obtíže
- Poruchy příjmu potravy
- Útěky z domova
- Zadrhávání během řeči
- Obsedantní udržování čistoty
- Jiná odpověď: _____

Položka č. 11: „Jak byste v případě podezření jednal/a s dítětem? Můžete zvolit více možností.“ – za 100% úspěšnost je považováno označení odpovědí č. 1, 2 a 5. Odpovědi „Snažil/a se dítě přimět k odpovědi“ a „Odsuzoval/a pachatele“ mají prisouzenou hodnotu 0 %.

- Navodil/a atmosféru důvěry

- Kladl/a otázky pomalu a citlivě
- Snažil/a se dítě přimět k odpovědi
- Odsuzoval/a pachatele
- Nabídl/a bych dítěti možnost požádat mě znovu o pomoc
- Jiná odpověď: _____

Položka č. 12: „Domníváte se, že má pedagog oznamovací povinnost, v případě podezření na přítomnost syndromu CAN u dítěte?“ – za 100% úspěšnost je považováno označení odpovědi „Ano“. Odpověď „Ne“ má přisouzenou hodnotu 0 %.

- Ano
- Ne

Položka č. 13: „Komu byste oznámil/a své podezření?“ – za 100% úspěšnost je považováno označení jedné z odpovědí č. 1, 2 a 3 či „Jiná odpověď“, pokud je v souladu s teoretickou částí bakalářské práce. Odpověď „Podezření bych neoznámil/a“ má přisouzenou hodnotu 0 %.

- Policii České republiky
- Orgánu sociálně-právní ochrany dětí
- Řediteli školy
- Podezření bych neoznámil/a
- Jiná odpověď: _____

7.2.2 Popis získaných údajů

	Správné odpovědi (n _i)	Špatné odpovědi (n _i)	Správné odpovědi (f _i)	Špatné odpovědi (f _i)
Položka č. 7	12	66	15,38 %	84,61 %
Položka č. 9	9	69	11,53 %	88,46 %
Položka č. 10	16	62	20,51 %	79,48 %
Položka č. 11	43	35	55,12 %	44,87 %
Položka č. 12	73	5	93,58 %	6,41 %
Položka č. 13	73	5	93,58 %	6,41 %

Tabulka č. 1: Úspěšnost odpovědí u jednotlivých položek

Nejvyšší procento úspěšnosti bylo zjištěno u položky č. 13 a položky č. 12, na které ze 78 respondentů odpovědělo správně 73 (93,58 %) respondentů a špatně 5 (6,41 %) respondentů. Převažující míra úspěšnosti byla zjištěna také u položky č. 11, na kterou zvolilo správnou odpověď 43 (55,12 % respondentů) a špatnou odpověď zvolilo 35 (44,87 %) respondentů. Za ní následovala položka č. 10, u které uvedlo správnou odpověď 16 (20,51 %) respondentů a špatnou odpověď uvedlo 62 (79,48 %) respondentů. U položky č. 7 označilo správnou odpověď 12 (15,38 %) respondentů a špatnou odpověď uvedlo 66 (84,61 %) respondentů. Nejnižší úspěšnost byla naměřena u položky č. 9, na kterou odpovědělo správně pouze 9 (11,53 %) respondentů a špatně odpovědělo 69 (88,46 %) respondentů.

	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost (f_i)
0–30 %	4	5,12 %
31–65 %	55	70,51 %
66–100 %	19	24,35 %

Tabulka č. 2: Míra informovanosti respondentů o syndromu CAN

Nejvíce respondentů dosáhlo 31–65% úspěšnosti. V této kategorii se ze 78 respondentů umístilo 55 (70,51 %) respondentů. 66–100% úspěšnost získalo 19 (24,35 %) respondentů. Nejméně respondentů bylo v kategorii 0–30% úspěšnosti, kde se umístili 4 (5,12 %) respondenti. Z výsledků tedy vyplývá, že většina pedagogických pracovníků základních škol je pouze středně informovaná o syndromu CAN.

8 DISKUZE

Předchozí kapitola byla věnována výsledkům výzkumného šetření. Tato kapitola bude zaměřena na interpretaci získaných dat v souvislosti s výzkumnými otázkami, stanovenými v kapitole 6. V rámci srovnání některých údajů budou využity také výzkumy, obsažené v kapitole 5.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit informovanost pedagogických pracovníků základních škol o syndromu CAN, především se zaměřením na prevenci a intervenci. Na základě výsledků dotazníkového šetření bylo zjištěno, že převážná část pedagogů, 70,51 %, má střední míru informovanosti o syndromu CAN. Vysoce informovaných bylo 24,35 % pedagogů a nízké míry informovanosti dosáhlo 5,12 % pedagogů.

První výzkumná otázka z hlediska dílčích cílů se týkala forem, které dle respondentů patří do syndromu CAN. Respondenti nejvíce uváděli psychické týrání, které zvolilo 77 (98,71 %) respondentů. Dále tělesné týrání, které zvolilo 75 (96,15 %) respondentů a sexuální zneužívání, které označilo 70 (89,74 %) respondentů.

V porovnání s údaji MPSV z roku 2021 tvořilo právě psychické týrání (9,79 %) a sexuální zneužívání (9,34 %) jedny z nejčastějších forem syndromu CAN (MPSV, 2021, s. 6).

Cílem druhé výzkumné otázky bylo zjistit, u jakých dětí je dle respondentů přítomno riziko syndromu CAN. Třemi nejčastějšími odpověďmi byli děti úzkostné, které uvedlo 53 (67,94 %) respondentů. Děti se sníženým intelektem, které označilo 43 (55,12 %) respondentů. A dále děti, které k sobě nepřitahují pozornost, pro které hlasovalo 38 (48,71 %) respondentů. Nejméně častá byla jiná odpověď, kterou uvedli 2 (2,56 %) respondenti. V kategorii jiná odpověď respondenti uvedli: „Děti s volným oblečením. Široké mikiny. Dlouhé rukávy“ a „děti opuštěné“.

V rámci výzkumu autorů Emich-Widera a kol. se většina lékařů a studentů medicínských oborů domnívala, že nízký sociální status a nevzdělané rodiny jsou rizikovým faktorem špatného zacházení s dítětem. Naopak většina učitelů zastávala názor, že rozdíl neexistuje (Emich-Widera a kol., 2011).

Třetí výzkumná otázka byla zaměřena na projevy syndromu CAN u dítěte. Nejčastější tři odpovědi byly psychosomatické obtíže, pro které hlasovalo 72 (92,30 %) respondentů. Dále tendence k sebetrýznění, které označilo 62 (79,48 %) respondentů. A následně zadržování

během řeči, které zvolilo 59 (75,64 %) respondentů. Nejméně častá byla jiná odpověď, kterou označil 1 (1,28 %) respondent. Jako jiná odpověď bylo uvedeno: „Podhodnocení sebe sama“.

Autoři Walsh, Schweitzer a Farrell ve svém výzkumu uvádí, že nejčastějšími varovnými signály, které přimějí učitele situaci nahlásit, bývají emoční indikátory a indikátory v chování. A déle tělesné příznaky týrání nebo zanedbávání (Walsh, Schweitzer, Farrell, 2005, s. 35).

Čtvrtá výzkumná otázka se zabývala způsobem, jakým by respondenti v případě podezření komunikovali s dítětem. Nejvíce respondentů volilo navození atmosféry důvěry. Ze 78 respondentů pro tuto odpověď hlasovalo 70 (89,74 %) respondentů. Mezi další nejčastěji zvolené odpovědi patřilo nabídnutí dítěti možnost požádat mě znovu o pomoc, kterou označilo 66 (84,61 %) respondentů a kladení otázek pomalu a citlivě, kterou zvolilo 53 (67,94 %) respondentů.

Pátá výzkumná otázka byla věnována názoru respondentů na to, zda má pedagog oznamovací povinnost v případě podezření na syndrom CAN. Z výsledků vyplývá, že se ze 78 respondentů 73 (93,58 %) respondentů domnívá, že pedagog oznamovací povinnost má. Pouze 5 (6,41 %) respondentů si myslí, že pedagog oznamovací povinnost v případě podezření na syndrom CAN u dítěte nemá.

Danou problematikou se zabýval výzkum Tess M. Huppe a Maragaret C. Stevenson. Bylo zjištěno, že 10,3 % učitelů nevědělo o nařízení nahlašovat podezření na týrání dětí (Huppe, Stevenson, 2019).

Šestá výzkumná otázka se zaměřovala na to, komu by respondenti oznámili své podezření na syndrom CAN u dítěte. Z výsledků bylo zjištěno, že ze 78 respondentů by své podezření oznámilo řediteli školy 58 (74,35 %) respondentů. 13 (16,66 %) by své podezření oznámilo Orgánu sociálně-právní ochrany dětí. 5 (6,41 %) respondentů označilo jinou odpověď. 2 (2,56 %) respondenti by své podezření oznámili Policii České republiky. 0 (0 %) respondentů by své podezření neoznámilo.

Je potřeba, aby každý, kdo se dozví o spáchání trestného činu na dítěti, tento čin bez odkladu oznámil Policii České republiky (Zákon č. 40/2009 Sb.). V případě, že pedagogický pracovník tuto skutečnost nejprve oznámí řediteli školy, je nutné, aby škola podala oznámení Orgánu sociálně právní ochrany dětí nebo Policii České republiky (Zákon č. 359/1999 Sb.). Z našeho výzkumu vyplývá, že by všichni respondenti své podezření oznámili. Ve srovnání s

výzkumem Tess M. Huppe a Maragaret C. Stevenson, by své podezření nenahlásila výrazná minorita učitelů (Huppe, Stevenson, 2019).

Za limit našeho výzkumného šetření považujeme zejména nemožnost kontroly, zda respondenti odpovídají pravdivě.

Tuto bakalářskou práci vnímáme jako přínosnou pro samotné pedagogické pracovníky základních škol, pro které mohla být účast v rámci dotazníkového šetření zdrojem seznámení se s pojmem syndrom CAN a motivací se o této problematice dále vzdělávat.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se věnovala Informovanosti pedagogických pracovníků základních o syndromu CAN. Teoretická část byla rozdělena do pěti kapitol a praktickou část tvoří tři kapitoly.

V první kapitole teoretické části bakalářské práce byl vymezen pojem syndrom CAN. Dále jsme se v první kapitole věnovali tomu, jak se v historickém kontextu měnilo společenské postavení dítěte. Popsali jsme vývoj pojmu syndrom CAN a jeho příčiny. Druhá kapitola se zabývala formami syndromu CAN. Vymezili jsme si tělesné týrání, psychické týrání, sexuální zneužívání, zanedbávání, šikanu a zvláštní formy syndromu CAN. Ve třetí kapitole zaměřené na prevenci jsme si charakterizovali prevenci primární, sekundární a terciální. Čtvrtá kapitola byla věnována intervenci a léčbě syndromu CAN. Zabývali jsme se oznamovací povinností, pedagogickou intervencí a způsoby, jak vhodně komunikovat s dítětem. Poslední pátá kapitola teoretické části byla zhodnocením aktuálního stavu problematiky, ke kterému jsme využili především zahraniční výzkumy.

Praktická část bakalářské práce byla zaměřena na výzkumné šetření. V první kapitole došlo k vymezení hlavních a dílčích cílů, na základě kterých byly stanoveny výzkumné otázky, které vedly k vytvoření dotazníku. Následně byla popsána metoda výzkumného šetření. Poté byl charakterizován výzkumný vzorek, dále jsme se zaměřili na předvýzkum a průběh výzkumného šetření. Druhá kapitola byla věnována výsledkům výzkumného šetření. Poslední kapitola obsahovala diskuzi o získaných datech.

Byla zvolena kvantitativní výzkumná metoda anonymního dotazníkového šetření. Dotazník obsahoval celkově 17 polouzavřených a uzavřených položek. Pro zpracování výsledků byla použita absolutní a relativní četnost, a dále aritmetický průměr v rámci vyhodnocení informovanosti.

Z výsledků bakalářské práce vyplývá, že většina pedagogů má pouze částečné znalosti o syndromu CAN a někteří se s tímto pojmem vůbec nesetkali. Z tohoto důvodu je potřebné věnovat této problematice více pozornosti. Domníváme se, že je žádoucí pedagogy dále vzdělávat prostřednictvím kurzů a školení v rámci prevence syndromu CAN, informovat je o jeho projevech, vhodných způsobech a možnostech intervence, a vytvořit tak příležitost zamezit případnému ubližování a předejít jeho následkům co nejdříve.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ

Literární zdroje

BECHYŇOVÁ, Věra. Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém. Praha: IREAS, 2007. ISBN 9788086684475.

BENTOVIM, Arnon. Týrání a sexuální zneužívání v rodinách. Přeložil Daniel BOGUŠOVSKÝ, přeložil Vratislav JANDA. Praha: Grada, 1998. ISBN 8071696293.

DUNOVSKÝ, Jiří. Sociální pediatrie: vybrané kapitoly. Praha: Grada, 1999. ISBN 8071692549.

DUNOVSKÝ, Jiří, Zdeněk DYTRYCH a Zdeněk MATĚJČEK. Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě. Praha: Grada Publishing, 1995. ISBN 8071691925.

ELLIOTTOVÁ, Michele. Jak ochránit své dítě. Přeložil Jiří BUMBÁLEK. Praha: Portál, 1995. ISBN 8071780340.

GAVORA, Peter. Úvod do pedagogického výzkumu. 2., rozš. české vyd. Přeložil Vladimír JŮVA, přeložil Vendula HLAVATÁ. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.

HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana, Kamil PROVAZNÍK a Eva VANÍČKOVÁ. Sexuální zneužívání dětí. Díl 1. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 8071844799.

HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana, Eva VANÍČKOVÁ a Hana PROVAZNÍKOVÁ. Násilí v rodině: syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 8071840084.

HANUŠOVÁ, Jaroslava. Násilí na dětech - syndrom CAN. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-869-9178-4.

CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika. ISBN 978-80-247-5326-3.

KALIBOVÁ, Petra a KALIBA, Martin. Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě v kontextu současného školství. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-507-3.

MUFSONOVÁ, Susan a Rachel KRANZOVÁ. O týrání a zneužívání. Přeložila Eva HAUSEROVÁ. Praha: Lidové noviny, 1996. ISBN 8071061948.

MYDLÍKOVÁ, Eva, Jaroslav SLANÝ a Mariana KOVÁČOVÁ. Diagnostika syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Přeložila Milada HOLÍČKOVÁ. Praha: Portál, 2021. ISBN 978-80-262-1834-0.

PEMOVÁ, Terezie a Radek PTÁČEK. Zanedbávání dětí: příčiny, důsledky a možnosti hodnocení. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5695-0.

PÖTHER, Petr. Dítě v ohrožení. 2. rozšíř. vyd. Praha: G plus G, 1999. ISBN 8086103218

ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. Dětská klinická psychologie. 3., přeprac. a dopl. vyd., V Grada Publishing vyd. 2. Praha: Grada Publishing, 1997. ISBN 8071695122.

ŠVARCOVÁ, Eva. Vybrané kapitoly z etopedie a sociální patologie: učební text. Gaudeamus, 2009. ISBN 978-807-0419-595.

TÄUBNER, Vladimír. Nejstřeženější tajemství - sexuální zneužívání dětí. Praha: Trizonia, 1996. ISBN 8085573725.

VÁGNEROVÁ, Marie. Současná psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

WEISS, Petr. Sexuální zneužívání: pachatelé a oběti. Praha: Grada, 2000. Psyché. ISBN 8071697958.

Internetové zdroje

ALBUHAIRAN, Fadia S. a kol. Self reported awareness of child maltreatment among school professionals in Saudi Arabia: Impact of CRC ratification. In: sciencedirect.com [online]. 2011. [cit. 12.4.2022]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0145213411002341#!>

BOUKALOVÁ, Hedvika. Münchhausenův syndrom v zastoupení - když rodič dělá ze zdravého dítěte nemocné. In: sancedetem.cz [online]. 11.7.2018. 17.3.2022 [cit. 12.4.2022]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/munchhausenuv-syndrom-v-zastoupeni-kdyz-rodic-dela-ze-zdraveho-ditete-nemocne>

EMICH-WIDERA, Ewa a kol. The assessment of awareness of child abuse among certain social groups. In: iospress.com [online]. 2011. [cit. 12.4.2022]. Dostupné z: <https://content.iospress.com/articles/journal-of-pediatric-neurology/jpn00504>

HUPE, Tess M. a Margaret C. STEVENSON. Teachers' intentions to report suspected child abuse: the influence of compassion fatigue. In: tandfonline.com [online]. 16.9.2019. [cit. 12.4.2022]. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15379418.2019.1663334>

LINDENBACH, David a kol. Capacity, confidence and training of Canadian educators and school staff to recognize and respond to sexual abuse and internet exploitation of their students. In: sciencedirect.com [online]. 2021. [cit. 12.4.2022]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0145213420305536>

MPSV. Roční výkaz o výkonu sociálně právní ochrany dětí za rok 2021. In: MPSV.cz [online]. Praha: MPSV, 2021. [16.5.2022]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225508/SUM++V20+-+%C4%8Cesk%C3%A1+republika+2021.xls/1f5d2e71-afd3-d2ca-0376-8fd161ca97>

PRESSLEROVÁ, Pavla. Syndrom CAN. In: sancedetem.cz [online]. 2.5.2012. 17.3.2022 [cit. 12.4.2022]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/syndrom-can>

RHEINGOLD, Alyssa A. a kol. Child Sexual Abuse Prevention Training for Childcare Professionals: An Independent Multi-Site Randomized Controlled Trial of Stewards of Children. In: springer.com [online]. 12.7.2014. [cit. 12.4.2022]. Dostupné z: <https://content.iospress.com/articles/journal-of-pediatric-neurology/jpn00504>

WALSH, Kerryann, SCHWEITZER, Robert a Ann, FARRELL. Critical factors in teachers' detecting and reporting child abuse and neglect: Implications for practice. In: gut.edu.au [online]. 2005. [cit. 15.6.2022]. Dostupné z: https://eprints.qut.edu.au/777/1/ACT_Complete_Report.pdf

Legislativní dokumenty

Zákon č. 359/1999 Sb. Zákon o sociálně-právní ochraně dětí.

Zákon č. 40/2009 Sb. Trestní zákoník.

SEZNAM ZKRATEK A SYMBOLŮ

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

n_i – absolutní četnost

f_i – relativní četnost

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Pohlaví respondentů

Graf č. 2: Věk respondentů

Graf č. 3: Délka pedagogické praxe respondentů

Graf č. 4: Stupeň základní školy, kterého jsou respondenti učiteli

Graf č. 5: Setkání se s pojmem syndrom CAN

Graf č. 6: Kde se respondenti poprvé setkali s pojmem syndrom CAN

Graf č. 7: Formy syndromu CAN

Graf č. 8: Setkání se s dítětem, u kterého bylo přítomno podezření na syndrom CAN během pedagogické praxe respondentů

Graf č. 9: Děti, u kterých se vyskytuje riziko syndromu CAN

Graf č. 10: Projevy syndromu CAN

Graf č. 11: Způsob jednání s dítětem v případě podezření

Graf č. 12: Oznamovací povinnost pedagoga v případě podezření na přítomnost syndromu CAN u dítěte

Graf č. 13: Komu by respondenti oznámili své podezření

Graf č. 14: Převažující postoj společnosti k syndromu CAN

Graf č. 15: Obeznamení dětí na základních školách s problematikou syndromu CAN

Graf č. 16: Edukace o problematice syndromu CAN jako součást odborného vzdělávání budoucích pedagogů

Graf č. 17: Ochota se v budoucnu vzdělávat o problematice syndromu CAN

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Úspěšnost odpovědí u jednotlivých položek

Tabulka č. 2: Míra informovanosti respondentů o syndromu CAN

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: dotazník

Příloha č. 1: dotazník

Dobrý den, jmenuji se Veronika Špačková a jsem studentkou třetího ročníku Vychovatelství na Univerzitě Palackého. Prosím Vás o vyplnění anonymního dotazníku k mé bakalářské práci Informovanost pedagogických pracovníků základních škol o syndromu CAN.

Předem děkuji za spolupráci.

1. Uved'te vaše pohlaví.

- Muž
- Žena

2. Uved'te váš věk.

- 25–35 let
- 36–46 let
- 47–57 let
- 58 let a více

3. Jaká je délka Vaší pedagogické praxe?

- 5 let a méně
- 6–11 let
- 12–17 let
- 18–23 let
- 24 let a více

4. Jste učitelem/učitelkou prvního nebo druhé stupně základní školy?

- Prvního stupně základní školy
- Druhého stupně základní školy

5. Setkal/a jste se někdy s pojmem syndrom CAN (syndrom týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte)?

- Ano
- Ne

6. Kde jste se s pojmem syndrom CAN poprvé setkal/a? Odpověď uveďte jen v případě, že jste na otázku číslo 5 odpověděl/a ano.

- V médiích
- V rámci odborného vzdělávání
- Vlastní zkušenost se syndromem CAN
- Zkušenost blízké osoby se syndromem CAN
- Jiná odpověď: _____

7. Které formy podle Vás patří do syndromu CAN? Můžete zvolit více možností.

- Tělesné týrání
- Psychické týrání
- Sexuální zneužívání
- Zanedbávání
- Šikana
- Systémové týrání
- Organizované zneužívání dětí
- Rituální zneužívání
- Sexuální turismus
- Münchhausenův syndrom by proxy
- Jiná odpověď: _____

8. Setkala/a jste se někdy během vaší pedagogické praxe s dítětem, u kterého bylo přítomno podezření na syndrom CAN?

- Ano
- Ne

9. U kterých dětí se podle Vás vyskytuje riziko syndromu CAN? Můžete zvolit více možností.

- Děti pomalé
- Děti, které k sobě nepřitahují pozornost
- Děti úzkostné
- Děti vznětlivé

- Dívky disponující ženskými tvary
- Dívky baculaté
- Děti nešikovné
- Děti se sníženým intelektem
- Jiná odpověď: _____

10. Co podle Vás patří mezi možné projevy syndromu CAN? Můžete zvolit více možností.

- Tendence k sebetrýznění
- Záškoláctví
- Psychosomatické obtíže
- Poruchy příjmu potravy
- Útěky z domova
- Zadržávání během řeči
- Obsedantní udržování čistoty
- Jiná odpověď: _____

11. Jak byste v případě podezření jednal/a s dítětem? Můžete zvolit více možností.

- Navodil/a atmosféru důvěry
- Kládl/a otázky pomalu a citlivě
- Snažil/a se dítě přimět k odpovědi
- Odsuzoval/a pachatele
- Nabídl/a bych dítěti možnost požádat mě znovu o pomoc
- Jiná odpověď: _____

12. Domníváte se, že má pedagog oznamovací povinnost, v případě podezření na přítomnost syndromu CAN u dítěte?

- Ano
- Ne

13. Komu byste oznámil/a své podezření?

- Policii České republiky
- Orgánu sociálně-právní ochrany dětí

- Řediteli školy
- Podezření bych neoznámil/a
- Jiná odpověď: _____

14. Jaký je podle Vás převažující postoj společnosti k syndromu CAN?

- Problematika syndromu CAN je ve společnosti zlehčována
- Problematika syndromu CAN je ve společnosti zveličována
- Problematika syndromu CAN je ve společnosti vnímána úměrně její skutečné závažnosti

15. Myslíte si, že by měly být děti na základních školách obeznámeny s problematikou syndromu CAN (například prostřednictvím povídek či her žáky edukovat, jaké chování dospělých je nevhodné)?

- Ano
- Ne

16. Myslíte si, že by měla být edukace o problematice syndromu CAN součástí odborného vzdělávání budoucích pedagogů?

- Ano
- Ne

17. Byl/a byste ochotný/á se v budoucnu vzdělávat o problematice syndromu CAN (například v rámci školení)?

- Ano
- Ne

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Veronika Špačková
Katedra:	Katedra psychologie a patopsychologie
Vedoucí práce:	PhDr. Kristýna Balátová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2022

Název práce:	Informovanost pedagogických pracovníků základních škol o syndromu CAN
Název v angličtině:	Awareness of primary schools pedagogical staff about CAN syndrome
Anotace práce:	Bakalářská práce se zabývá informovaností pedagogických pracovníků základních škol o syndromu CAN. V teoretické části je popsán syndrom CAN, jeho formy, prevence a způsoby intervence. Praktická část je zaměřena na dotazníkové šetření a vyhodnocení získaných dat.
Klíčová slova:	Pedagogický pracovník, základní škola, informovanost, prevence, intervence, syndrom CAN
Anotace v angličtině:	The bachelor's thesis looks into awareness of primary schools pedagogical staff about CAN syndrome. In theoretical part, CAN syndrome, its forms, prevention and ways of intervention are described. Practical part is focused on questionnaire survey and evaluation of obtained data.
Klíčová slova v angličtině:	Pedagogical worker, primary school, awareness, prevention, intervention, CAN syndrome
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1: dotazník
Rozsah práce:	69 s.
Jazyk práce:	Čeština