

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Katedra psychologie a patopsychologie

Bc. LENKA POŽÁROVÁ

II. ročník navazující magisterský – prezenční studium

Obor: Pedagogika – veřejná správa

Syndrom CAN – povědomí veřejnosti

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Kamila Holásková, Ph.D.

OLOMOUC 2012

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a uvedla všechny použité zdroje a prameny literatury.

V Olomouci dne 18. 6. 2012

Bc. Lenka Požárová

Touto cestou bych ráda poděkovala PhDr. Kamile Holáskové, Ph.D., vedoucí diplomové práce, za pomoc při zpracování, všechny cenné rady, které mi předala, ale také za její ochotu a milý přístup.

Další poděkování patří mojí rodině, která mi po celou dobu studia poskytovala zázemí a podporu.

| | | |
|-------------|---|-----------|
| 1 | ÚVOD | 6 |
| 2 | UVEDENÍ DO PROBLEMATIKY SYNDROMU CAN | 8 |
| 2.1 | DÍTĚ VE SPOLEČNOSTI..... | 8 |
| 2.2 | VÝVOJ POJMU „SYNDROM CAN“ | 10 |
| 3 | JEDNOTLIVÉ FORMY SYNDROMU CAN..... | 12 |
| 3.1 | PSYCHICKÉ TÝRÁNÍ | 12 |
| 3.1.1 | Psychické týrání aktivní formy..... | 14 |
| 3.1.2 | Psychické týrání pasivní formy | 14 |
| 3.2 | FYZICKÉ TÝRÁNÍ..... | 14 |
| 3.2.1 | Fyzické týrání aktivní formy | 15 |
| 3.2.2 | Fyzické týrání pasivního charakteru..... | 16 |
| 3.3 | SEXUÁLNÍ ZNEUŽÍVÁNÍ..... | 17 |
| 3.3.1 | Komerční sexuální zneužívání | 20 |
| 3.4 | ZANEDBÁVÁNÍ | 21 |
| 3.5 | ŠIKANA..... | 22 |
| 3.6 | MÜNCHHAUSEN SYNDROM BY PROXY | 23 |
| 3.7 | SYSTÉMOVÉ TÝRÁNÍ | 24 |
| 3.8 | ORGANIZOVANÉ ZNEUŽÍVÁNÍ | 25 |
| 3.9 | RITUÁLNÍ ZNEUŽÍVÁNÍ | 25 |
| 3.10 | ONLINE NÁSILÍ | 25 |
| 4 | LEGISLATIVA UPRAVUJÍCÍ SYNDROM CAN | 27 |
| 4.1 | LISTINA ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD..... | 27 |
| 4.2 | ÚMLUVA O PRÁVECH DÍTĚTE | 27 |
| 4.3 | ZÁKON O SOCIÁLNĚ-PRÁVNÍ OCHRANĚ DĚTÍ..... | 28 |
| 4.4 | TRESTNÍ ZÁKONÍK | 29 |
| 4.5 | ZÁKON O RODINĚ | 30 |
| 5 | PREVENCE SYNDROMU CAN..... | 32 |

| | | |
|-------|---|----|
| 5.1 | PRIMÁRNÍ PREVENCE..... | 32 |
| 5.2 | SEKUNDÁRNÍ PREVENCE..... | 34 |
| 5.3 | TERCIÁLNÍ PREVENCE | 35 |
| 6 | VLIV SYNDROMU CAN NA PSYCHICKÝ VÝVOJ DÍTĚTE | 36 |
| 6.1 | REAKCE OBĚTI NA SYNDROM CAN | 36 |
| 6.2 | PSYCHICKÁ DEPRIVACE..... | 37 |
| 6.3 | TRANSGENERAČNÍ PŘENOS | 38 |
| 6.4 | SEKUNDÁRNÍ VIKTIMIZACE..... | 39 |
| 6.5 | POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA..... | 40 |
| 7 | POMOC DĚTEM ZASAŽENÝM SYNDROMEM CAN..... | 42 |
| 7.1 | LAICKÁ POMOC BLÍZKÝCH A VEŘEJNOSTI..... | 42 |
| 7.1.1 | Oznámení podezření na syndrom CAN..... | 42 |
| 7.2 | KRIZOVÁ INTERVENCE | 43 |
| 7.3 | TERAPIE..... | 44 |
| 8 | PRAKTICKÁ ČÁST | 46 |
| 8.1 | CÍL EMPIRICKÉ ČÁSTI..... | 46 |
| 8.2 | METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ..... | 46 |
| 8.3 | FORMULOVANÉ VÝZKUMNÉ PŘEDPOKLADY | 47 |
| 8.4 | PODMÍNKY REALIZOVANÉHO ŠETŘENÍ..... | 48 |
| 8.5 | CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU | 49 |
| 8.6 | INTERPRETACE ZÍSKANÝCH VÝSLEDKŮ | 49 |
| 8.7 | DISKUZE..... | 85 |
| 9 | ZÁVĚR | 89 |
| 10 | SEZNAM LITERATURY | 90 |
| 11 | SEZNAM PŘÍLOH | 94 |

1 ÚVOD

**Člověk 21. století je jako rybář nad prutem,
sedí a kouká na svůj splávek, aniž by si všiml,
že se na metr od něj někdo topí.**

Diplomová práce s názvem „Syndrom CAN – povědomí veřejnosti“, pojednávající o problematice týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí, je složena z teoretické a praktické části.

Cílem teoretické části bylo podat přehled poznatků o tomto společensky nepřijatelném jevu, včetně prevence, pomoci a důsledků na další psychický vývoj dítěte.

V úvodu diplomové práce záměrně opomím definování jednotlivých pojmů, pro jejich hojnost je vysvětluji až v dílčích kapitolách. V prvních kapitole diplomové práce se věnuji úvodu do problematiky, konkrétně proměně postavení dítěte v historii společenství a vývoji pojmu „syndrom CAN“ – syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Poté přecházím k popisu jednotlivých forem syndromu CAN. Krátce se zmiňuji také o legislativě vztahující se k problematice násilí na dětech. Pátá kapitola pojednává o tolik důležité prevenci. I zde platí, že se mnohem více vyplatí investovat do kvalitní a účelné prevence než následně řešit problém s bolestnými, nezřídka fatálními následky. V rámci sekundární prevence se zmiňuji o rizikových skupinách dětí a dospělých, které mají větší sklon stát se potencionálně oběťmi a pachateli. V šesté kapitole se zabývám dopady syndromu CAN na další, zejména psychický vývoj oběti. Snažila jsem se vystihnout prožitky oběti počínaje traumatickou událostí, přes vyšetřování, až po celoživotní následky (přenášející se v mnoha případech na další generaci – jak pojednává jedna z podkapitol). Na závěr teoretické části se věnuji pomoci takto zasaženým dětem, od té laické, přes krizovou intervenci, až po terapii.

Cílem praktické části bylo, jak napovídá druhá část názvu diplomové práce, zjistit povědomí veřejnosti o syndromu CAN. Pro účely svého výzkumného šetření jsem zvolila respondenty z okresu Třebíč (kraj Vysočina), abych zmapovala situaci v regionu, ve kterém od narození žiji.

Zmíněné téma diplomové práce jsem si vybrala, abych alespoň malou měrou přispěla k boji proti násilí na dětech. Toužila jsem poznat, jaké příčiny vedou potencionální pachatele (a ve většině případů rodiče!) k ubližování malým tvorečkům, co takové děti prožívají a jak jim pomoci.

Velmi jsem se nechala inspirovat výše uvedeným citátem. Domnívám se, že se v dnešní uspěchané době kladoucí na nás obrovské nároky, orientujeme stále více pozornosti pouze sami na sebe. Komunikujeme více než tváří v tvář přes technologie, sousedy neznáme jmény. Často, přestože o nesnáze druhého tušíme, raději zavíráme oči nebo prostě jen „nemáme čas“ hodit záchranné lano.

Domnívám se, že je více než žádoucí, aby si laická veřejnost (ale rovněž pracovníci např. v pomáhajících profesích či školství) uvědomovala svoji důležitou roli v odhalování případů. Bude-li populace vědět, jak pomoci a bude motivována nezavírat oči před násilím konaným na druhých, dojde k odhalení mnoha případů, jejich řešení, odvrácení následků a, doufejme, i ke spravedlivému potrestání pachatele.

2 UVEDENÍ DO PROBLEMATIKY SYNDROMU CAN

2.1 Dítě ve společnosti

Za poslední desetiletí se postavení dítěte ve společnosti měnilo razantním způsobem. Od pravěku, ale i po celou dobu starověku a středověku, prakticky nemůžeme hovořit o hlubším vztahu dospělého k dítěti (Dunovský a kol., 1995).

Středověk je charakteristický nejen emocionálním odstupem, ale zejména vysokou úmrtností dětí. Násilí fungovalo jako **nástroj pomsty, zadostiučinění** nebo **prostředek k dosažení cíle**. Kruté tresty nebyly ničím neobvyklým nejen ve školách, ale také v rodinách. Právě tam můžeme spatřovat zrod **fyzických trestů**, které se dále přenášely tradicí ve vzorcích chování jako cokoliv jiného (Vaníčková a kol., 1995).

V dobách antiky nemělo dítě prakticky žádná práva. Fungoval silný patriarchát, otec se k dítěti choval, jak uznal za vhodné. Děti byly hubeny ve chvílích, kdy se rodiče dostávali do **existenčních nouzí** a dítě pro ně představovalo jakýsi přítěžek. Starší dítě dostalo přednost před mladším, neboť se předpokládalo, že se dříve začne podílet na zajištění rodiny. V jiném případě, zejména v období starověku, se však nerozlišovalo dle stáří, nýbrž pohlaví. Sprovozovány ze světa byly **výhradně holčičky**. Svoji roli zde hrála zakořeněná představa o vyšší hodnotě mužského pohlaví, a to vzhledem k větší fyzické zdatnosti a „převaze“ v procesu zplození dítěte. Ubývání počtu žen pochopitelně způsobovalo nižší porodnost, což ale v přeneseném důsledku znamenalo, že ostatní zůstali lépe materiálně zajištěni. Muži měli zaručit pocit bezpečí a jistoty, za vlast bojovat ve válkách. V některých případech se děti stávaly **obětí pomsty** – zahubit někomu děti znamenalo zamezit pokračování rodu. Stejně tak bývaly děti **obětovány božstvu** nebo ve **válečných konfliktech**.

Nutno podotknout, že se po celá staletí rigidně odsuzovaly **nemanželské děti**, v určitých dobách a společenstvích to znamenalo odchod ze světa nejen pro dítě, ale i matku.

Ke zvratu dochází s **nástupem křesťanství** a římským zákonem, který považuje hubení dětí za **vraždu**. Děti (přestávají se rozlišovat chlapci a dívky) dosahují stejného významu, jaký mají dospělí. Začínají se prohlubovat emocionální vztahy k dětem. Přesto nelze nezmínit myšlenku koncentračních táborů nebo plynových komor, které během druhé světové války připravily o život nespočetně dětí. I v dnešním vyspělém 21. Století jsou denně stovky dětí denně zasaženy **válkami, náboženskými či etnickými konflikty**.

V 17. století J. A. Komenský přichází se systémem **výchovy a vzdělání** pro všechny (z pohledu společenských vrstev i pohlaví). V polovině 18. století pak Marie Terezie zavádí **povinnou školní docházku**. V této době dochází k dalším změnám k lepšímu, co se týče blaha dětí. K tomu zajisté přispěly myšlenky J. J. Rousseaua, který se věnoval pohledu na dítě ve společnosti.

19. století je známé ostrou kritikou dětské práce, která v kapitalismu a období rozvoje industrializace dosahovala alarmujícího rozsahu. Vzpoura začíná ve Velké Británii a završena je na konci století úplným **zákazem dětské práce**. Ve stejném století se v souvislosti s potřebami dětí začíná hovořit o právech dítěte. Spolu s francouzskou revolucí přichází základ řady medicínských i jiných vědních oborů (psychologie, pedagogika, pediatrie, sociální či zdravotnické vědy), které zapříčinily vznik vědní nauky o dítěti – **pedologii**. Ta prakticky odstartovala moderní péči o dítě (Dunovský a kol., 1995).

20. století se označuje jako **století dítěte**. Dá se říci, že k tomu napomohl dokument „Století dítěte“ od Švédky Ellen Key. O pokrok v právech dítěte se zasloužila Britka Eglantyne Jebb, která prezentovala fotografie válkou poznamenaných, vyhublých dětí. Protože byly nahaté, došlo k trestnému stíhání autorky (Bůžek a kol., 2000).

V průběhu tohoto století vzniká několik zlomových listin. **Všeobecná deklarace lidských práv** nejenže „nařizuje“ zajištění péče o zdraví, právo na vzdělání, ale také ochranu před týráním a zneužíváním dětí. V roce 1924 přijala Společnost národů tzv. **Ženevskou Deklaraci práv dítěte**, která odsuzuje vykořisťování dětí a jejich jakoukoli jinou diskriminaci. Na počátku 50. let vzniká pod záštitou Organizace spojených národů **UNICEF** (Dětský fond spojených národů). Cílem organizace je mezinárodní pomoc obzvláště ohroženým dětem. V roce 1959 po zkušenostech s činností vydává **Chartu práv dítěte** jakožto mezinárodně závaznou normu. U nás měla o pár let později velký vliv na připravovaný zákon o rodině. V roce 1989 byla Organizací spojených národů schválena **Úmluva o právech dítěte** (blíže je o ní pojednáno v kapitole „Legislativa upravující syndrom CAN“) (Dunovský a kol., 1995).

2.2 Vývoj pojmu „syndrom CAN“

Přibližně v polovině dvacátého století si zejména lékaři všímali a odhalovali tělesná poranění dětí, která zjevně nebyla zapříčiněna úrazem. Pojmenovali tyto známky, ať už popáleniny, zlomeniny nebo pohmožděniny, tzv. **neúrazovým zraněním**. V roce 1962 byl Dr. Kempem zaveden pojem „*syndrom bitého dítěte*“. Od této chvíle dochází k citlivějšímu vnímání násilí na dětech a v amerických zemích se začínají prosazovat zákony, které ukládají povinné hlášení podezření na vědomé ubližování dítěti.

Uchopením **aktivní formy fyzického týrání** se zavádí pojem „*Child Abuse*“, tj. **zneužívání** dítěte. Poté dochází k poznání **pasivní formy tělesného týrání**, která je charakteristická neuspokojováním životních potřeb dítěte.

Zkoumáním fyzického týrání se postupně zjišťuje, že tyto děti strádají také duševně. Dochází k „odhalení“ **týrání psychického**, a to jeho **aktivní** (slovní útoky) i **pasivní** (neuspokojování psychických potřeb, psychická deprivace) formy. Přiznání, že může být dítěti ubližováno také „nekonáním“ pachatele, přináší druhou část v názvu syndromu CAN, tj. **Neglect – zanedbávání**.

Zaměříme-li se na vyšetřování syndromu CAN, musíme zmínit **sekundární viktimizaci** (druhotné ubližování), ke které dochází v případě necitlivých, zbytečných úkonů v průběhu šetření. **Systémové týrání** je vyvoláváno nevhodným jednáním institucí, které slouží k ochraně dítěte.

Na začátku sedmdesátých let se do syndromu CAN zahrnuje také **zneužívání sexuálního charakteru**. Brzy byl zavržen názor, že sexuální zneužití probíhá pouze kontaktní formou, nýbrž i bezkontaktní (přihlížení masturbaci dospělého, využití pro dětskou pornografii apod.) Na základě poznání sexuálního zneužívání došlo k vymezení **organizovaného a rituálního zneužívání** dítěte (Dunovský a kol., 1995).

Syndrom CAN bývá vymezován jako „*jakékoliv nenáhodné, preventabilní, vědomé (případně i nevědomé) jednání rodiče, vychovatele anebo 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*“ (Dunovský a kol., 1995, str. 24).

Dunovský a kol. (1995) při vytvoření své definice poukazuje na to, že se jedná o děj, který dané společenství hodnotí výrazně negativně, který nevznikal náhodně, a kterému se

dalo zabránit. Syndrom CAN nezahrnuje pouze projevy spojené s konáním pachatele (včetně sexuálního zneužití), nýbrž také pasivní formy ubližování charakteristické určitým nedostatkem, ať už péče či materiálního zajištění.

Nutno podotknout, že se syndrom vyznačuje výrazně proměnlivými jevy, které se týkají příčin, rozsahu ublížení, vážnosti následků a dopadu nejen na vývoj dítěte. Při odhalování syndromu nesmíme brát v potaz pouze osobu pachatele a oběti, nýbrž vzájemné působení celého prostředí, v němž se jev vyskytuje. V dané společnosti je nezbytné zvažovat její sociokulturní rámec, legislativní úpravu (postavení dítěte), ale také rodinný systém (Dunovský a kol., 1995).

3 JEDNOTLIVÉ FORMY SYNDROMU CAN

| | <i>aktivní</i> | <i>pasivní</i> |
|--|--|--|
| <i>Tělesné týrání, zneužívání a zanedbávání</i> | tržné, zhmožděné rány a poranění, bití, zlomeniny, krvácení, dušení, otrávení, smrt | neprospívání, vyhladovění, nedostatky v bydlení, ošacení, ve zdravotní a výchovné péči |
| <i>Duševní a citové týrání, zneužívání a zanedbávání</i> | nadávký, ponižování, strašení, stres, šikana, agrese | nedostatek podnětů, zanedbanost duševní i citová |
| <i>Sexuální zneužívání</i> | sexuální hry, pohlavní zneužití, ohmatávání, manipulace v oblasti erotogenních zón, znásilnění, incest | exhibice, video, foto, audiopornografie, zahrnutí dětí do sexuálních aktivit dospělých |
| <i>Zvláštní formy:</i> Münchhausenův syndrom v zastoupení systémové týrání a zneužívání organizované týrání a zneužívání rituální týrání a zneužívání | | |

Zdroj: Dunovský a kol. (1995, str. 19)

3.1 Psychické týrání

Psychické týrání, ač nezpůsobuje viditelné rány a bývá zpravidla nejhůře prokazatelné, zanechává stejně bolestné následky jako týrání fyzické (Mufsonová, Kranzová, 1996).

Nutno podotknout, že se velmi často nevyskytuje samostatně, nýbrž jako doprovod fyzického týrání nebo sexuálního zneužívání (Dunovský a kol., 1995).

Bechyňová a kol. (2007) jednotlivé podoby psychického násilí rozděluje následovně:

- ✓ *pohrdání* (posměch, shazování, zavrhování),
- ✓ *terorizování* (vystavování konfliktům mezi rodiči, přihlížení domácímu násilí, vyhrožování),
- ✓ *izolování* (zakazování styku s kamarády; zavírání v malých, tmavých místnostech),
- ✓ *korumpování* (nabádání k negativnímu sociálnímu chování, využívání dítěte k zastoupení chybějícího rodiče),
- ✓ *odpírání emoční opory dítěte* (přehlížení, zavrhování pokusů dítěte o kontakt).

Problém mizivého odhalení emočního týrání často souvisí s nedůvěrou k výpovědím dětí. Při absenci viditelných následků dospělí uplatňují moc nad dítětem a při vyšetřování spoléhají na to, že je dítě vnímáno jako osoba nesvéprávná (Pöethe, 1999).

I přes téměř zoufalou prokazatelnost psychického týrání nesmíme opomenout výrazné změny v chování dítěte, kterými lze emoční násilí „vypátrat“. Máme na mysli zejména **úzkostné a depresivní stavy**, ve kterých se dítě **uzavírá do sebe** a je netečné, nebo naopak **agresivní chování** vůči slabším, kterým ventiluje svoje obavy z méněcennosti (Pöethe, 1999).

Takové děti nezřídka reagují **útekem z domova, záškoláctvím**. Objevují se u nich **psychosomatické reakce** – zvýšené teploty, různé vyrážky (Hanušová, 2006).

Emoční týrání se dostává hluboko pod kůži, **nabourává sebedůvěru** dítěte, což s sebou může nést celoživotní **obtíže v komunikaci s lidmi**, ve vztazích či zaměstnání, ale také rozvinutí různých druhů **závislostí, deprese** či **suicidálního jednání** (Mufsonová, Kranzová, 1996).

Psychické týrání má v nejtragičtějších případech svůj konec právě v suicidálním činu. Děti, které se cítí méněcenné, vystrašené a bez rodičovské lásky, v ní hledají vysvobození. Většina dětí, jež s těmito pocity nedokázala žít, naznačovala svoje úmysly dlouho dopředu (Pöethe, 1999).

K emočnímu týrání dětí u nás dochází nejběžněji v průběhu **komplikovaných rozvodů rodičů**. V takových případech děti četným hádkám přihlížejí nebo poslouchají ostrou kritiku jednoho rodiče na adresu druhého. Nezřídka jeden z nich zakazuje dítěti styk s druhým v domnění, že ho trestá, mnohem vážněji ale strádá dítě, u nějž nedochází k naplnění základních citových potřeb (Pöethe, 1999). V tomto kontextu dnes často slyšíme o tzv. *syndromu zavrženého či odcizeného rodiče* (Bechyňová a kol., 2007). Narůstají případy, kdy z důvodu zabránění styku dítěte s bývalým partnerem rodič falešně obviní druhého ze zneužívání. Dítě pak čelí zdlouhavému vyšetřování, zahanbujícím otázkám a nekončícím výslechům (Pöethe, 1999). V literatuře je tento způsob trestání bývalého partnera popisován jako „*Médein komplex*“ – dle řecké báje (Gjuričová a kol., 2000).

Prakticky neexistuje vývojové období, kdy by dítě nepoznamenal rozvod rodičů, zvláště provází-li ho rozepře. I dítě po narození vnímá atmosféru mezi rodiči a jejich emoce. Velmi často je rozvodem narušováno naplnění dvou základních psychických potřeb – pocitu jistoty a bezpečí. V předškolním a školním vývojovém období bývá znehodnocován pocit identifikace s rodičem stejného pohlaví tím, když ho druhý rodič staví do špatného světla (Matějček a kol., 1999).

Dalším ohrožujícím jevem, který podporuje vznik syndromu CAN, je **domácí násilí**. To se až v 80 % objevuje v rodinách, kde jsou vychovány děti. Dítě, ať chceme či ne, je téměř vždy zasaženo. Je-li proti němu mířeno ze strany rodiče – agresora násilí, ať už psychické, fyzické nebo sexuální, figuruje jako přímá oběť. Přihlíží-li domácímu násilí v roli svědka, stává se sekundární obětí. Jeho vývoj, ať už morální, citový či rozumový, je narušován. Takové dítě vyrůstá v neustálém napětí, strachu a ohrožení, zpravidla je svázáno příslibem o situaci mlčet. Většina dětí se domnívá, že nese podíl na tom, co se doma odehrává. Často se snaží bránit rodiče, který je v roli oběti – v této situaci může dojít ke zranění (Ševčík, Špatenková, 2011).

3.1.1 Psychické týrání aktivní formy

Hovoříme o formě psychického týrání, která je spojena s konáním pachatele. Patří sem **vyhrožování, zesměšňování, ponižující srovnávání** s někým, kdo dosahuje lepších výsledků apod. (Dunovský a kol., 1995).

3.1.2 Psychické týrání pasivní formy

Lze ho vymezit jako nedostatek něčeho, co dítě nutně potřebuje k harmonickému vývoji. Takové dítě trpí **nedostatkem péče, lásky či zájmu**, nezřídka je naopak vystaveno přehnaným nárokům rodičů na jeho osobu.

V dnešní době se začíná hovořit o kariérových manželstvích, kdy rodiče tráví v zaměstnání mnohem více času než s rodinou. Absenci času a zájmu o dítě kompenzují drahými hračkami, mobily, auty. Jako ambiciózní rodiče se pochopitelně nelibě smiřují s tím, pokud dítě nedosahuje toho, co si vysnili, což je zpravidla doprovázeno přísnějšími tresty, zákazy či vyhrožováním (Dunovský a kol., 1995).

3.2 Fyzické týrání

Týrání fyzického rázu Zdravotní komise Rady Evropy vymezuje jako „... *tělesné ublížení dítěti anebo jeho nezabránění, popřípadě nezabránění utrpení dítěte, včetně úmyslného otrávení a udušení dítěte, ...*“ (Pöethe, 1999, str. 35).

Příčiny zmíněného týrání můžeme hledat v neúměrné a nezpracované agresi rodičů nebo jiných dospělých osob. Pachatelé tak využívají svoji sílu a moc nad dítětem, přičemž ho uvádí do značně nepřírozené situace (Dunovský a kol., 1995).

Intenzita bolesti ale rozhodně nemůže být spojována pouze se závažností a četností poranění způsobených na těle. Větší utrpení leckdy představuje doprovodné slovní urážení, vyhrožování či izolování (Pöethe, 1999).

3.2.1 Fyzické týrání aktivní formy

Tato forma pojímá **veškeré tělesné násilí**, dále záměrné nepečování o dítě končící **poraněním** či dokonce **smrtí** (Dunovský a kol., 1995).

Dunovský a kol. (1995) takové týrání člení následovně:

- ✓ **týrání s následným fyzickým poraněním** (bití, popálení, škrcení; ale také neochránění před takovým násilím),
- ✓ **týrání, které nevyústí ve bezprostřední poranění** (dušení, otrávení, násilí spojené se sexuálním zneužitím).

Možná poškození a úrazy při tělesném týrání:

- ✓ **Zavřená poranění** – projevují se poškozením orgánů nebo tkání, bývají způsobena tupými údery do těla, tlakem na tělo, příp. naražením na neostrý předmět (otřesy, pohmoždění; poranění svalů, kostí, vnitřních orgánů či míchy) (Dunovský a kol., 1995).

V rámci výčtu zavřených poranění je nutné zmínit tzv. „*syndrom třeseného dítěte*“, který zapříčiňuje vážné úrazy mozku a mnohačetné hematomy, sekundárně pak různou intenzitu vývojového postižení. Celkově jsou nejzávažnější a pravděpodobně nejhojnější tělesným týráním postiženy děti velmi nízkého věku (do 3. roku života), kdy nemálo z nich na následky umírá či z něj odchází doživotně postiženo (tělesně, duševně, smyslově, ale i kombinovaně). (Bechyňová, 2007).

- ✓ **Otevřená poranění** – spadá sem poranění kůže, povrchu orgánů či sliznice. Vyznačuje se krvácením směrem ven z těla, do tkání a orgánů nebo tělních dutin. Takové krvácení může být vlasečnicové, žilné a tepenní. Dle původu se rány rozdělují od těch

drobných, přes rány řezné, bodné, tržné, sečné, zhmožděné až k ranám střelným. U závažných popálenin dochází ke ztrátě plazmy, při zvracení k přemístění vody z tkání organismu do trávicí trubice (hrozí různé druhy šoků).

- ✓ **Mnohočetná poranění** – hovoříme o narůstajících poraněních v případech, kdy je dítě vystaveno dlouhodobému násilí, nejčastěji právě v rodině. Útoky agresora se opakují, rány bývají různého stáří a závažnosti. Dítě se zpravidla nachází v alarmujícím psychickém stavu. Takové případy se řadí k těm nejnaléhavějším a řeší se zásadním způsobem (Dunovský a kol., 1995).

Fyzické násilí často vychází z používání **tělesných kázeňských prostředků**, které u nás stále patří k oblíbeným a jejichž místo ve výchově se neustále diskutuje. Hranice mezi výchovným trestem a týráním je téměř neuchopitelná (Dunovský a kol., 1995).

Mufsonová a Kranzová (1995) v souvislosti s těmito tresty zmiňují význam pojmů „zdraví a blaho dítěte“. Podle nich, pokud rodič mírně plácne dítě přes zadeček, netrestá ho tedy nijak bolestivým způsobem, nedochází k ohrožení prospěchu dítěte. Jinak tomu bude v případě, kdy rodič dítě uhodí vařečkou tak, že mu způsobí pohmožděninu. Zde už patrně dochází k újmě na zdraví a blahu, protože je dítě trestáno tak, že dostává strach.

Povinností dětského lékaře by proto mělo být důkladně vyšetřit jakýkoli úraz a zvážit všechny možnosti, jak k němu došlo, zvláště, jedná-li se o opakované poranění (Dunovský a kol., 1995).

3.2.2 Fyzické týrání pasivního charakteru

Hovoříme o něm tehdy, nedochází-li k uspokojení primárních tělesných potřeb, zpravidla v návaznosti na potřeby psychické a sociální. Patří sem **nepečování o dítě** (úmyslné i neúmyslné) či **opomenutí v péči**.

Děje se tak zejména u nezralých rodičů, rodičů s psychickými poruchami nebo jinými prioritami, než je rodina. Důsledkem bývá **neprospívající vývoj** dítěte promítající se do všech oblastí života, potažmo **různá intenzita zanedbanosti** (v krajním případě smrt). Rodiče, kteří takto zneužívají svého práva k péči a výchově dítěte, by v něm měli být omezeni, příp. jej zcela zbaveni (Dunovský a kol., 1995).

- ✓ **Porucha v prospívání dítěte neorganického původu** – vyznačuje se nedostatečnou výživou, a to po stránce kvalitativní (např. vitaminu D, C či B) i kvantitativní. Důsledkem této poruchy je podváha; řada fyzických, psychických i sociálních změn (děti ulice; z chudých, nepřízřívových rodin).
- ✓ **Nedostatek zdravotní péče** – jedná se o vědomé odmítání lékařské péče (zvláště preventivní), včetně očkování. Spadají se tam také případy, kdy rodiče (nebo jiné vychovávající osoby) zavinili úraz dítěte a bojí se následků svého jednání, proto se lékaři vyhýbají. Stejně tak sem řadíme neposkytnutí dostatku bezpečí a lásky, zejména v nejranějším věku dítěte.
- ✓ **Nedostatek ve vzdělání a výchově** – jde o nedodržování jednoho z hlavních práv dítěte – práva na vzdělání. Projevuje se zejména v rozvojových zemích nebo některých etnických skupinách. O nedostatečném výchovném působení na dítě se zmiňujeme v souvislosti se zanedbáváním.
- ✓ **Nedostatek přístřeší, ošacení a ochrany** – řadíme sem nezajištění vhodných podmínek k životu, neochránění před nepříznivými vlivy působícími na život a zdraví dítěte. Takové děti často přicházejí o domov, ať už z vůle vlastní nebo důsledkem různých neštěstí – války, emigrace, přírodní katastrofy. V další skupině zasažených dětí se nacházejí děti trpící chudobou svých rodičů.
- ✓ **Vykořisťování dětí** – hovoříme o problému dětské námezdní práce či žebrání dětí, zejména pak dětí uprchlíků a emigrantů, kteří směřují do západní Evropy (Dunovský a kol., 1995).

3.3 Sexuální zneužívání

Rada Evropy v roce 1992 poměrně široce vymezila tuto formu syndromu CAN jako „... nepatřičné vystavení dítěte sexuálnímu kontaktu, činnosti či chování. Zahrnuje jakékoli sexuální dotýkání, styk či vykořisťování kýmkoli, komu bylo dítě svěřeno do péče, anebo kýmkoli, kdo se s dítětem dostane do nějakého styku. Takovou osobou může být rodič,

příbuzný, odborný či dobrovolný pracovník či cizí osoba“ (Hanušová, Sexuální zneužívání, 2006, str. 6).

Do sexuálního zneužívání patří všechno chování se sexuálním podtextem, které způsobuje, že se oběť cítí nelibě (Vaničková a kol., 1999).

V anglosaských zemích je sexuální chování pojmenovávané jako Child Sexual Abuse (zkratka CSA) (Dunovský a kol., 1995).

Sexuální zneužívání se člení na ***kontaktní*** a ***bezkontaktní***.

Do ***kontaktního sexuálního zneužívání*** se zařazují:

- ✓ *aktivity nepenetrativního charakteru* (tj. líbání, mazlení, dotýkání, a to jak přes oblečení, tak i na nahém těle),
- ✓ *aktivity penetrativního* (proniknutí prsty, údu či předměty do genitálu) *rázu*:
 - pohlavní styk,
 - orální styk,
 - anální styk (Hanušová, Sexuální zneužívání, 2006).

Do ***bezkontaktního sexuálního zneužívání*** patří:

- ✓ *slovní sexuální narážky či návrhy*,
- ✓ *sexuální vykořisťování*,
- ✓ *exhibicionismus* (obnažování či masturbace před dítětem),
- ✓ *voyeurismus* (ukájení při pozorování nahého dítěte) (Hanušová, Sexuální zneužívání, 2006).

Sexuální zneužívání můžeme rovněž členit dle toho, kde se odehrává, a to na:

- ✓ ***intrafamiliarní*** – probíhá v rodině, pachatelem je rodič (vlastní či náhradní), sourozenec, či jiný blízký příbuzný,
- ✓ ***extrafamiliarní*** – odehrává se mimo rodinu, pachatelem může být rodinný známý, vzdálenější příbuzný, učitel atp. (Hanušová, Sexuální zneužívání, 2006).

Incest je druh sexuálního zneužívání probíhajícího v rodině. V úplné rodině nejčastěji zaznamenáváme zneužívání dcery otcem. Obecně se pachatelem nejhojněji stává nevlastní otec, popř. druh matky – hovoříme o tzv. *nepravém incestu*.

Incest se objevuje také mezi sourozenci, zpravidla opačného pohlaví. Příčiny spatřujeme ve zvědavosti nebo hře (Hanušová, Sexuální zneužívání, 2006).

Rizikové rodiny k propuknutí incestních vztahů jsou rodiny s nízkým socioekonomickým statusem, rodiny žijící v abnormálně malých prostorech či rodiny osob se závislostí nebo psychickou nemocí (Hanušová, Sexuální zneužívání, 2006). Pro incestní rodinu je typické nerespektování soukromí, nespokojený vztah mezi partnery, kdy otec nachází uspokojení u dcery, které na oplátku poskytuje citový kontakt, který ze strany matky není (Vaníčková a kol., 1999).

Sexuální zneužívání v rodině postihuje zpravidla děti již od předškolního věku, zatímco oběti extrafamiliarního zneužívání bývají starší. Některé studie dokládají, že věk u chlapců (již od dvou až tří let) bývá ještě nižší než u dívek. Dívky na rozdíl od chlapců však bývají zneužívány po delší dobu. Obecně ke zneužívání dochází nejčastěji mezi 10. a 15. rokem. (Vaníčková a kol., 1999).

Nezneužívající rodič, kterým je zpravidla matka, může „přispívat“ ke zneužívání svojí nepřítomností ve večerních či nočních hodinách. O tom, co v rodině probíhá, matky často vědí nebo alespoň tuší. Místo pomoci dítěti však mlčí, aby „nerozbily“ rodinu, neztratily partnera apod.

V případě terapie sexuálního zneužívání se musí pečlivě zvažovat, koho do ní zahrnout, zda odebrat dítě z rodiny apod. (Hanušová, Sexuální zneužívání, 2006).

Syndrom dětského přízpůsobení sexuálnímu zneužívání – syndrom, který zpravidla provází proces (nikoli jednorázový atak) sexuálního zneužívání. Je charakteristický pěti následujícími fázemi:

- ✓ **Utajování** – je podmíněno vyhrožováním zneužívající osoby, která tvrdí, že dítěti nikdo neuvěří, způsobí rozpad rodiny apod.
- ✓ **Bezmocnost** – dítěti je sice nepříjemné jednání zneužívající osoby, na druhou stranu nevěří, že někdo, ke komu má tak blízký vztah by byl schopen dělat něco, co se nesmí.
- ✓ **Přízpůsobení se** – nastupuje, jestliže nedošlo k odhalení případu; dítě situaci přijímá takovou, jaká je, neboť nevěří ve změnu, k charakteristickým projevům patří delikvence, agrese apod.
- ✓ **Opožděné a sporné odhalení** – zpravidla u intrafamiliarního zneužívání; právě pro pozdní odhalení (způsobeno rozvodem, nefunkcí obranných mechanismů) se oběti slova často nevěří.
- ✓ **Odvolání výpovědi** – následuje, nesetká-li se oběť s pochopením. Nabývá dojmu, že obava z odhalení byla oprávněná a je stavěno do role, kdy nese odpovědnost za rozpad

rodiny, případné stíhání pachatele apod. Pokud dítě řekne, že si celou událost vymyslelo, dospělí se utvrzují v tom, že dětem nelze věřit a může dojít k navrácení sexuálního násilí (Vaničková a kol., 1999).

K nejčastějším důsledkům sexuálního zneužívání patří:

- ✓ **pláč, vztek, úzkost, agrese, lítost,**
- ✓ **obránné mechanismy, společenská separace, zhoršení školního prospěchu, suicidální chování, poruchy příjmu potravy** apod. (Hanušová, Sexuální zneužívání, 2006).

Sexuální zneužívání lze odhalit pomocí důsledků fyzického násilí, které je u něj často přítomno. Všimát bychom si měli hematomů, odřenin kolem pohlavních orgánů. Jedná-li se o dívku, je vždy zapotřebí **vyšetření** u dětského gynekologa; musí vyloučit případné těhotenství či nákazu infekční nemocí. Stěry případného spermatu mohou dopomoci k usvědčení pachatele. Stejně důležité je psychologické vyšetření. Vzhledem k nízkému věku některých obětí se jako nástroj k odhalení používá dětská kresba či hra. Byly vynalezeny pomůcky – panenky Jája a Pája, které mají všechny otvory a údy jako živý jedinec. Díky nim děti mohou ukazovat, k čemu docházelo, což je mnohem snadnější než o tom hovořit (mladší děti vzhledem k zásobě slov ani nemohou) (Hanušová, Sexuální zneužívání, 2006).

3.3.1 Komerční sexuální zneužívání

Komerční sexuální zneužívání je charakteristické tím, že se neodehrává pouze mezi jedním pachatelem a obětí. Jsou zde zakomponovány organizované skupiny, které reagují na poptávku a zprostředkovávají uspokojení sexuálním pachatelům.

V současné době je tato forma považována za jednu z nejzávažnějších, což donutilo některé organizace se mu do důsledku zabývat. Nejrapidně se rozmáhá dětská prostituce, a to v rozvojových zemích, Indii, Thajsku apod. (Hanušová, Sexuální zneužívání, 2006).

Dětská pornografie – výraz je odvozen ze slova „porne“ (děvka) a „graphein“ (psát). Obecně lze říci, že se jedná o znázorňování námětů se sexuálním podtextem s cílem pohlavního uspokojení. V drtivé většině zemí je přísně zakazována (Hanušová, Sexuální zneužívání, 2006).

V dnešní době se však pornografie rozmáhá nebývalou rychlostí. To do velké míry způsobil internet, jehož stránky s touto tematikou jsou jedny z nejnavštěvovanějších.

Anonymita pachatelů samozřejmě napomáhá k mizivému odhalení. Děsivé je, že až v 75% jsou uživateli mladiství (Vaničková, 2007).

Dětská pornografie je pak vymezena jako materiál (ať vizuální či zvukový), který v sexuální souvislosti využívá děti; pojímá výrobu, šíření i užívání (Hanušová, Sexuální zneužívání, 2006).

Dětská prostituce – dle studií se na ilegálním trhu každoročně objevuje kolem milionu dětí. Některé byly uneseny a jsou ke styku nuceny, jiné přivádí například chudoba (vidina zlepšení finanční situace). Takové děti chtějí pomoci rodině nebo jen potřebují přežít na ulici. Pachatelé, jejichž nemalou část tvoří pedofilové, které přitahuje pohlavně nevyspělé tělo, si děti volí v domnění, že jsou méně ohroženi např. virem HIV. Pravdou zůstává, že děti jsou k nákaze náchylnější než dospělí jedinci.

V České republice se prostituce dotýká zejména větších měst a oblasti kolem hranic s Německem a Rakouskem. Týká se dětí kolem patnácti let a bývá rafinovaně utajovaná a precizně organizovaná (Hanušová, Sexuální zneužívání, 2006).

3.4 Zanedbávání

Bechyňová a kol. (2007, str. 24) zanedbávání vymezuje jako „*vážné opomíjení rodičovské péče nezbytné pro tělesný a duševní vývoj dítěte. Bývá dále děleno na zanedbávání tělesné, zdravotní, výukové či kulturní a emoční (psychická deprivace).*“

V některých studiích je také zmiňováno **zanedbávání environmentální**, které je vysvětlováno jako „*situace, kdy rodina žije v nebezpečném prostředí s vysokou mírou násilí a nedostává se jí dostatečné sociální opory – dítě tu není chráněno před negativními vlivy mimorodinného násilí.*“ (Bechyňová a kol., 2007, str. 24).

- ✓ **Tělesné zanedbávání** – pojímá nedostatečnou výživu, ošacení, hygienu, ale také strádání v ochraně a péči nebo přímo vystavení dítěte zatěžujícím událostem, ať už v rodině či mimo ni (zmíněné environmentální zanedbávání). Ve spojitosti se vzděláváním a vůbec výchovou dětí se v případě neplnění těchto povinností hovoří o zanedbávání **výchovném**. Nedohlížení na průběh školní docházky, ignorování školního prospěchu nazýváme **kulturní deprivací** (Bechyňová a kol., 2007).

- ✓ **Psychickou deprivací** se rozumí ubližování dítěti díky strádání nedostatkem určitých podnětů, může být různé intenzity, nezřídka tak značné a kruté, že končí smrtí (Dunovský a kol., 1995).

Známy jsou však i lehké formy psychické deprivace, tzv. **subdeprivace**. Zpravidla vyúsťují v **agresivitu, šikanu, toxikomanii** nebo **kriminálnítu**, kde si jedinci nahrazují uspokojování vyšších duševních potřeb.

Naopak, hrůznými oběťmi zanedbanosti jsou děti **vyrůstající v úplné oddělenosti** od společnosti.

K deprivaci nezřídka dochází vlivem ztráty jednoho z rodičů, ať už matky nebo otce. Zatímco matka bývá činitel, který dítěti v raném věku uspokojuje základní psychické potřeby, otec zastupuje roli ochránce a autority. Výchova dítěte jedním z rodičů však rozhodně nemusí automaticky znamenat úrodnou půdu pro vznik zanedbávání.

Dalším z rizikových faktorů bývá **nízká sociálně ekonomická úroveň** rodiny, zvláště je-li umocněna negativními vlivy, jakým jsou závislosti, promiskuita, nevyzrálость rodičů atp.

Naproti tomu také v rodinách společensky „na úrovni“, kde mají rodiče **časově a psychicky náročná zaměstnání**, v nichž nacházejí největší uspokojení, dochází sice k bohatému materiálnímu zajištění dětí, ty však nezřídka prahnou po lásce, zájmu a péči (Dunovský a kol., 1995).

Vaníčková (2009) zmiňuje důsledky deprivace, která vznikla nenaplňováním psychických potřeb ať už z důvodu neúplné či patologické rodiny, ústavní výchovy apod. U děvčat se později potýkáme s **citovou nezralostí, závislým chováním, „zraněnou duší“**. **Útočnost, delikventní, agresivní** či zlomyslné chování jsou charakteristické projevy u chlapců.

3.5 Šikana

Šikanu zpravidla vymezujeme jako nadměrnou agresi jedince (či skupiny) vyvinutou k jinému jedinci (či skupině), který má pro určitý handicap či odlišnost výrazně slabší postavení oproti útočníkovi. Přestože většina definic zdůrazňuje jako charakteristické opakované útoky proti oběti, za šikanu můžeme považovat i jednorázový, výrazně surový a hrubý útok (Lavasová, 2006).

Problematické však bývá stanovení charakteru a intenzity násilí a tím i určení, zda lze hovořit o šikaně (Dunovský a kol., 1995).

Formy šikany (psychické i fyzické) jsou velmi pestré – od **zesměšňování** a **ponižování** přes **vydírání**, **fyzické násilí** až po formy se **sexuálním podtextem** (Vaníčková, 2009).

Ačkoliv motivů agresorů existuje celá řada, od získání pozornosti až po ventilování bolesti z ubližování jeho vlastní osobě, téměř vždy u agresorů zaznamenáváme chladnost, touhu po moci a absenci morálních hodnot (Kolář, 2005).

Dopady šikanování bývají, zejména u pokročilých stádií, velmi závažné, nežádka až tragické. U obětí bývají diagnostikovány psychosomatické poruchy – **potíže s usínáním**, **bolesti hlavy**, **neustálá únava** apod. Přestože následky psychické nejsou viditelné a na první pohled nepůsobí tak „dramaticky“ jako dopady fyzické, znovu platí, že bývají mnohem bolestnější a hůře hojitelné.

U obětí počátečních stádií šikany často hovoříme o intenzivní **frustraci** a vystavení psychickému tlaku, což zcela pochopitelně vede k narušení zdravého vývoje jedince. Ať už jsou intenzita a trvání šikany jakékoli, vždy dochází u oběti k rozvinutí **pocitu bezmoci**, **podřazenosti** vůči agresorovi (Kolář, 2005).

Dopady můžeme spatřovat také u dětí, které šikaně přihlížejí. Dochází u nich k narušení mínění o společnosti, kdy vnímají jako „normální“, že násilí vítězí nad morálními a zákonnými aspekty, což samozřejmě platí o všech formách syndromu CAN (Lovasová, 2006).

Oběťmi se často stávají osoby zakřiknuté, úzkostné nebo zranitelnější, u nichž pachatel pozná, že mu budou jen stěží odporovat. Rodiče často přehnanou starostlivostí o dítě a vyřizováním záležitostí za ně přispívají k tomu, že se stává bezbranné. Takový jedinec se hůře vyrovná s překážkou (potencionální agresor) než jeho vrstevník. Celkově však k postavení dítěte do role oběti, jak již bylo řečeno, může dopomoci jakákoli odlišnost co se týče vzhledu, životního stylu, názorů, postižení apod. (Bourcet, Gravillonová, 2006).

3.6 Münchhausen syndrom by proxy

Zvláštní forma tělesného i psychického týrání, která se vyznačuje navozováním příznaků nemoci a úrazů u vlastní osoby či osoby jiné (by proxy – v zastoupení) se nazývá Münchhausen syndrom. U dětí se setkáváme s tímto syndromem téměř výhradně

„v zastoupení“, kdy těmi, kdo „vyvolává“ příznaky nemocí, bývají rodiče, zejména pak matka (často působící ve zdravotnictví).

Navazování příznaků spočívá v **podávání léků či chemických prostředků**, které mohou dítěti ublížit, ve **znečišťování vzorku moči**, **zapříčinění otravy** či **přivození poranění**. Některými způsoby navozování obtíží je syndrom řazen spíše do fyzického týrání, kdy dítě zažívá neskutečné tělesné útrapy, jinými způsoby spíše do týrání psychického.

Příčinami bývá přehnaná úzkostlivost a jakási labilita, ale také pocit únavy a zoufalosti u matky, která hledá záchranné lano spíše pro sebe. Jako skrytý hnací motor se uvádí získání pozornosti a manipulace okolí.

Dítě je v důsledku takového zneužití vystaveno častým návštěvám u lékaře, neopodstatněnému podávání léků či nadbytečným zákrokům, i když na počátku matka zpravidla žádá o alternativní řešení. Před odborníky se matky k dětem zpravidla chovají láskyplně, citlivě, o samotě však bez jediné pozornosti, až hrubě (Bechyňová a kol., 2007).

3.7 Systémové týrání

Systémové týrání bývá popisováno jako „*forma týrání působena systémem, který byl založen pro pomoc a ochranu dětí a jejich rodin a kterému jsou vystaveny.*“ (Dunovský a kol., 1995, str. 97)

V praxi to znamená, že takový systém dítěti ubližuje, ač by měl pomáhat. Do systémového týrání řadíme např.:

- ✓ *předčasná odebírání dětí z rodin,*
- ✓ *nepřiznání práv dítěte na informace, na vyslyšení,*
- ✓ *nešetrná či zcela zbytečná lékařská vyšetření,*
- ✓ *zdlouhavá soudní líčení, necitlivě prováděné výsledky* (Vaníčková a kol., 1995),
- ✓ *absenci péče v dysfunkčních rodinách či dětských domovech* (Dunovský a kol., 1995).

Z uvedeného vyplývá, že by všechna prováděná šetření (lékařská, právní, sociální) měla být vedena tak, aby se předcházelo druhotnému poškozování dítěte (Vaníčková a kol., 1995). Podstatný je zde multidisciplinární přístup, v jehož popředí stojí zájem dítěte (Dunovský a kol., 1995).

3.8 Organizované zneužívání

Dunovský a kol. (1995, str. 100) uvádí nejčastější formy organizovaného zneužívání:

- ✓ *prostituce dětí*, obzvláště dívek (setkáváme se však i s pornografií u chlapců),
- ✓ *skupinová účast na sexuálních aktivitách s dětmi*,
- ✓ *získávání dětí k sexuálnímu zneužití*, přičemž okruh pachatelů si svoje oběti předává mezi sebou,
- ✓ *veškeré sexuální zneužívání prováděné více osobami*, nikoli jen připravované; sem patří i skupinová soulož osob mladších 15 let (Dunovský a kol., 1995).

3.9 Rituální zneužívání

Tento typ zneužívání patří svými rysy a projevy k těm nejzvláštnějším a často až neuvěřitelným (Dunovský a kol., 1995).

Za rituální zneužívání je bráno „*takové zacházení s dětmi, které se uskutečňuje v souvislosti s nějakými symboly, které mají náboženskou, magickou a nadpřirozenou charakteristiku a jsou součástí nějakého organizovaného společenství. Vzývání těchto symbolů nebo provozování takových aktivit, většinou opakovaných, je užíváno též k nahnání strachu dětem.*“ (Dunovský a kol., 1995, str. 101)

Další definice namítají, že nejde vždy o jev páchaný skupinou nebo jev se opakující. Jedna z nich říká, že může jít o jakoukoli podobu zneužívání dítěte spojenou s určitým rituálem tak, aby došlo k propojení s magií, nadpřirozeností (Dunovský a kol., 1995).

3.10 Online násilí

Hovoříme o poměrně čerstvé, v současné době velmi rozmáhané formě násilí na dětech.

Kyberšikana (cyberbullying) – je druh šikany páchané přes komunikační technologie (vyhrožování, nadávky, obtěžování; ale také vydávání se za oběť na uměle vytvořeném profilu, zveřejňování upravených fotek oběti, apod.) (Kavalír a kol., 2009). Bývá vzhledem k anonymitě pachatelů pro oběť často ještě ohrožující. Internet (např. sociální sítě) či mobilní

telefon, které se pro děti staly nejhojněji využívanými prostředky ke komunikaci, nabízejí prostor pro odhalení soukromí, ulevení od emocí. Toho samozřejmě mohou potenciální pachatelé snadno zneužít (Vaničková, 2009).

Cyber grooming se dá definovat jako manipulace obětí přes SMS zprávy, chaty, ICQ. Zpravidla probíhá v těchto pěti fázích:

- ✓ *navazování důvěry a snaha vyčlenit oběť,*
- ✓ *získávání si oběti pomocí dárků,*
- ✓ *budování citové závislosti,*
- ✓ *osobní shledání,*
- ✓ *obtěžování, často až sexuální zneužití (Vaničková, 2009).*

Happy slapping je označení pro druh šikany, kdy je oběť, která je pachatelem napadena, navíc focena či natáčena a poté v tomto zahanbujícím postavení prezentována na internetu (Vaničková, 2009).

4 LEGISLATIVA UPRAVUJÍCÍ SYNDROM CAN

4.1 Listina základních práv a svobod

Hovoříme o dokumentu, který ustanovilo předsednictvo České národní rady dne 16. prosince 1992 jako součást ústavního systému, tedy právně závazného pro občany České republiky. Stalo se tak na základě trýznivých zkušeností, kdy byla lidská práva, včetně práva na život, výrazně potlačována. Tímto úkonem se náš stát zařadil mezi ty, které nade vše staví hodnoty jako je svoboda, demokracie či lidskost. Listina je tvořena 6 hlavami, které jsou dále členěny do 44 článků.

Čl. 1 zaručuje rovnost a svobodu všem lidem, a to nejen ve věcech právních, ale rovněž v důstojnosti. Zdůrazňuje, že práva nelze odcizit, zrušit ani promlčet. Práva se vztahují ke všem bez ohledu na pohlaví, barvu pleti, náboženské či politické vyznání nebo etnickou příslušnost, jak uvádí čl. 3.

Čl. 6 pojednává o právu na život a ochraně lidského života, která začíná u jedince již před jeho narozením. Čl. 7 zakazuje mučení a vystavení krutému, nedůstojnému jednání, přičemž čl. 10 dodává, že všichni mají právo na humánní zacházení, čest i ochranu pověsti.

Čl. 32 se věnuje přímo ochraně rodiny, zejména pak dětem a mladistvým. Děti narozené v rodině i mimo ni mají stejná práva. Disponují právem na výchovu a péči rodičů, přičemž rodiče mohou být tohoto práva pečovat o děti zbaveni a dítě umístěno mimo rodinu. Rovněž říká, že vychovávající rodiče by měli v případě potřeby dostat pomoc od státu.

Čl. 33 definuje právo všech na vzdělání a ukládá povinnost školní docházky po dobu, kterou vymezí zákon (Listina základních práv a svobod).

4.2 Úmluva o právech dítěte

Úmluva o právech dítěte byla přijata dne 20. listopadu 1989 v New Yorku, Českou a Slovenskou Federativní republikou pak podepsána dne 30. září 1990. Ratifikována byla prezidentem České a Slovenské Federativní republiky a listina uložena u generálního tajemníka OSN. V platnost u nás Úmluva vstoupila dne 6. února 1991, čímž se stala nadzákonnou právní normou (Úmluva o právech dítěte).

Úmluva o právech dítěte tak, jak se ustanovilo na programu světového Summitu o dětech, měla:

- ✓ *snížit úmrtnost malých dětí (také v důsledku nemoci),*
- ✓ *ochránit děti od diskriminace, válek, chudoby,*
- ✓ *bojovat za lepší budoucnost dětí,*
- ✓ *vzdvihnout postavení rodiny v procesu výchovy,*
- ✓ *zvyšovat počet plánovaných rodičovství, zajistit kojení dětí zhruba do půl roku,*
- ✓ *snížit negramotnost atp. (Vaníčková a kol., 1995)*

Úmluva je tvořena 54 články, které jsou rozděleny do tří částí.

Čl. 1 vymezuje, kdo je chápán jako dítě – je to každá lidská bytost mladší 18 let, nebylo-li zletilosti dosaženo dříve.

Čl. 2 – čl. 41 definují všechna práva, která dítěti náleží, přičemž státy, které Úmluvu podepsaly, se zavazují je zabezpečit a dodržovat, a to u všech dětí bez ohledu na pohlaví, etnicitu, postavení rodičů apod. Zájem dítěte by měl být na prvním místě při jakémkoli jednání, při rozhodování uskutečňovaném soudy, správními orgány, zařízeními sociální péče. Dítě má právo na prožití plnohodnotného života se všemi právy, kterými disponují dospělí jedinci (Úmluva o právech dítěte).

V roce 200 byly Organizací spojených národů vydány dva Opční protokoly k Úmluvě. První, který týká dětí angažovaných do válečných konfliktů, Česká republika přijala v roce 2001. Druhý, který se vztahuje k prodeji dětí, prostituci a pornografii, nebyl dosud Českou republikou ratifikován (Hanušová, 2006).

Dodržování Úmluvy o právech dítěte kontroluje Výbor pro práva dítěte (deset členů, při OSN). Státy, které Úmluvu podepsaly, jsou povinny každých pět let předložit zprávu o plnění (Bůžek a kol., 2000).

4.3 Zákon o sociálně-právní ochraně dětí

§1 stanovuje, co se chápe sociálně-právní ochranou dětí:

- ✓ *ochrana práv na harmonický vývoj, řádnou péči a výchovu,*

- ✓ *ochrana oprávněných zájmů, včetně jeho vlastnictví,*
- ✓ *způsoby nápravy narušených funkcí rodin.*

§ 4 upřesňuje, kdo může vykonávat sociálně-právní ochranu dětí. Jsou to zejména:

- ✓ *obecní úřady,*
- ✓ *obecní úřady obcí s rozšířenou působností,*
- ✓ *krajské úřady,*
- ✓ *ministerstva; Úřad pro mezinárodní sociálně-právní ochranu dětí; dále např. komise pro sociálně-právní ochranu dětí nebo osoby pověřené výkonem sociálně-právní ochrany dítěte.*

§ 6 přibližuje, na koho se přednostně sociálně-právní ochrana dětí vztahuje. Jsou to děti, které:

- ✓ *vedou nemravný život, dopouštějí se trestných činů, neplní školní docházku,*
- ✓ *čelily násilí ohrožujícímu jejich zdraví, život, příznivý vývoj, jmění (zejména ze strany rodičů či jiných vychovávajících osob),*
- ✓ *vychováváné jinými osobami než jejich rodiči, pokud neplní povinnosti apod.*

Dále jde o děti, jejichž rodiče:

- ✓ *zesnuli,*
- ✓ *nevykonávají řádně povinnosti (nebo zneužívají práva) související se rodičovskou zodpovědností (Zákon o sociálně právní ochraně dětí).*

4.4 Trestní zákoník

Trestní zákoník č. 40/2009 Sb. u nás vešel v platnost 1. ledna 2010. V úvodu je nezbytné uvést § 126 zák. 40/2009 Sb., který dítě vymezuje jako osobu mladší osmnácti let. Tento právní předpis definuje trestné činy, ke kterým dochází v souvislosti se syndromem týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Uvádíme ty, s nimiž se setkáváme pravděpodobně nejhojněji.

- ✓ § 140 Vražda
- ✓ § 142 Vražda novorozeného dítěte matkou

- ✓ § 143 Usmrcení z nedbalosti
- ✓ § 145 Těžké ublížení na zdraví
- ✓ § 146 Ublížení na zdraví
- ✓ § 149 Mučení a jiné nelidské kruté zacházení
- ✓ § 185 Znásilnění
- ✓ § 186 Sexuální nátlak
- ✓ § 193 Zneužití dítěte
- ✓ § 196 Zanedbání povinné výživy
- ✓ § 198 Týrání svěřené osoby
- ✓ § 199 Týrání osoby ve společné domácnosti
- ✓ § 201 Ohrožování výchovy dítěte
- ✓ § 202 Svádění k pohlavnímu styku (Trestní zákoník)

Povinnost oznámení či překažení trestného činu týrání, zanedbávání či zneužívání je pak zakotvena v těchto dvou paragrafech:

- ✓ § 367 nepřekažení trestného činu
- ✓ § 368 neoznámení trestného činu (Trestní zákoník)

4.5 Zákon o rodině

Tento předpis (č. 94/1963 Sb.) je zásadním pramenem, který upravuje rodinné soužití v České republice. Schválen byl před téměř padesáti léty, konkrétně 4. prosince 1963. Účinnosti nabyl 1. dubna 1964. 1. ledna 2014 by však mělo dojít k jeho zrušení a nahrazení částí nového občanského zákoníku. Člení se na čtyři části (upravující manželství, vztahy mezi rodiči a dětmi, výživné a závěrečná ustanovení).

V části druhé, kde jsou upraveny vztahy mezi rodiči, se hned v § 31 odst. 1 říká, že jsou rodiče zodpovědni za péči o nezletilé dítě v rozsahu péče o zdraví, citový, tělesný, rozumový i mravní vývoj. § 31 odst. 2 pojednává o tom, že mají rodiče povinnost chránit zájmy dítěte, smí užívat jen takových výchovných metod, aby nebyla poškozena čest a důstojnost dítěte či ohroženo jeho zdraví a vývoj. § 31 odst. 3 se váže k tomu, že má být respektován názor dítěte (s ohledem na jeho vyspělost), dítě má právo na vyjádření k rozhodnutím, které se jej dotýkají, má právo na informace.

§ 43 pojednává o tom, že může soud či orgán sociálně-právní ochrany dětí učinit opatření jako: napomenutí dítěte a rodičů (popř. jiných osob), jež mají špatný vliv na jeho výchovu, dohled nad nezletilým dítětem, apod. Taková opatření může uložit i orgán sociálně-právní ochrany dětí, rozhodnutí o odebrání či omezení rodičovských práv však jen soud (§ 42). § 44 pojednává o tom, za jakých okolností může soud zbavit (popř. omezit) rodiče jejich práv na výchovu dětí.

Část třetí se vztahuje k vzájemné vyživovací povinnosti mezi rodiči a dětmi. Oba rodiče jsou povinni přispívat na obživu svých dětí, a to až do té doby, než je dítě schopno se samo živit (Zákon o rodině).

5 PREVENCE SYNDROMU CAN

5.1 Primární prevence

Světová zdravotnická organizace *primární prevenci* vymezuje jako předcházení počátku nepříznivého jevu tak, aby nedošlo k jeho propuknutí (Dunovský a kol., 1995).

Dunovský a kol. (1995), hovoří-li o primární prevenci, pak ji rozděluje do tří vrstev (podle toho, na jakou cílovou oblast je zaměřena):

- ✓ *laická veřejnost*
 - ✓ *rodiče a vychovatelé* (i potencionální)
 - ✓ *odborná veřejnost* (psychologové, lékaři, právníci, sociální pracovníci apod.)
-
- ✓ *Laickou veřejností* pak chápe celé společenství bez ohledu na rozlišení věkové, vzdělanostní či ekonomické se zakotveným sociokulturním či legislativním rámcem. Nástrojem primární prevence je pak v tomto ohledu **široce působená osvěta**, kterou realizují *orgány státní správy* a jejich právní předpisy, směrnice; *nestátní organizace*; instituce *školy, kultury, zdravotnictví; masové prostředky* apod. (Dunovský a kol., 1995). Výsledkem této vrstvy prevence by měla být společnost ctící osobnost dítěte a uvědomující si svoji odpovědnost za ochranu dětí. K tomu přispívá informovanost populace o možnostech a způsobech oznámení podezření na syndrom CAN (Pöethe, 1999),
-
- ✓ Ve druhé rovině, primární prevenci mířené na *rodiče, popř. jiné vychovatele*, pochopitelně pracujeme s konkrétnějšími příjemci, ale také prostředky. Úkolem je připravit rodiče, popř. jiné vychovatele po emocionální a postojoyé stránce na **příchod potomka**. Je zřejmé, že prevence dosahuje mnohem větších úspěchů u rodičů, kteří se na narození dítěte teprve připravují. Zahrnuje však mnohem širší nabídku služeb, která přispívá k pocitu bezpečí nejen matky, nýbrž celé rodiny. Činitelé prevence (*instituce shodné jako u prevence zaměřené na laickou veřejnost*) se v této dimenzi zaměřují zejména na **kvalitní prožití těhotenství** ženy za podpory muže, **zapojení otce** do procesu výchovy, **bezprostřední propojení dítěte s matkou** po porodu, výchovu k **zodpovědnosti v plánování rodičovství** (bezpečný sexuální život, výběr partnera,

apod.) Byť by velkou roli i v této prevenci mohla hrát *masmédia a odborná literatura*, je zde vnímána poměrně velká rezerva (Dunovský a kol., 1995).

Autor Pöethe (1999) se zmiňuje o programech mířených na rodinu jako o nejúčinnějších. Podporování motivace a zodpovědnosti dle něj může nahradit nízkou informovanost či nepřipravenost stát se rodiči.

Jako neopomenutelný činitel by v této dimenzi měla fungovat *škola* – právě v oblasti **sexuální výchovy** (Dunovský a kol., 1995).

- ✓ V rámci třetí vrstvy, tedy prevence vztažené k **odborné veřejnosti**, se objektem stávají *erudovaní odborníci* z různých vědních disciplín, kteří předávají poznatky z výzkumů, studií apod. (Dunovský a kol., 1995).

Primární prevence by měla být promyšlená, účelná a kvalitní, aby nedocházelo k rozšiřování rizikových skupin, které jsou mnohem náchylnější k rozvoji syndromu CAN a na něž je zaměřena prevence sekundární (Dunovský a kol., 1995).

Vaníčková a kol. (1995) rozděluje primární prevenci následovně:

- ✓ **Specifická**
- ✓ **Nespecifická**

Specifická prevence má zamezovat vzniku rizikových skupin obyvatelstva i rizikových životních situací. Spočívá právě v **informovanosti** a **osvětě laické veřejnosti** ať už formou *medií, různých institucí fungujících v pomáhajících profesích* a dotýkajících se dětí či rodiny, ale také formou *legislativy*,

nespecifická prevence se dotýká právě **rodičů, budoucích rodičů** a jiných **vychovatelů** působících na dítě. Informovanost se v této vrstvě vztahuje k **adekvátní péči o dítě, používání „bezpečných“ metod výchovy, volbě trestů, přiměřenosti požadavků na dítě** apod. (Vaníčková a kol., 1995).

5.2 Sekundární prevence

Úkolem *sekundární prevence* je v první řadě odhalení rizikových skupin a situací, které tvoří základ pro vznik syndromu CAN; v druhé řadě pak cílené působení na ně tak, aby bylo týrání, zneužívání a zanedbávání odvráceno, ochráněny nejen potenciální oběti, ale i pachatelé.

Hovoříme-li o rizikových skupinách-obětech, pak je nezbytné zmínit, že zatímco je určitý jedinec potenciálně ohrožen sexuálním zneužitím (např. vyzývavý vzhled, vyspělost), nemusí mít predispozice k tomu stát se obětí psychického týrání a naopak (Dunovský a kol., 1995).

Pöethe (1999) však shrnuje tzv. **rizikové faktory**, které staví některé děti do role náchylnějších stát se obětí syndromu CAN.

Z hlediska biologické dispozice jsou to právě děti:

- ✓ **předčasně narozené, s vrozenými handicap** tělesnými, dušními, smyslovými, mentálními. I když tyto děti vzbuzují lítost a soucit, jsou často velmi závislí na péči druhého. Zneužije-li odkázanosti dotyčný, ať je to činitel z rodiny, školy či jiných institucí, není velká pravděpodobnost, že se o tom někdo dozví, popř. to dítěti uvěří. Obrovské pouto a závislost na pečovateli zajišťovat základní životní potřeby často odstraňuje jakékoli soukromí či hranice v intimnosti, což samozřejmě zneužití napomáhá.
- ✓ Tyto děti, stejně jako děti s **poruchami chování – úzkostlivé, náročně zvladatelné, hyperaktivní** – vyžadují **vyšší intenzitu péče**, která nezřídka graduje vyčerpáním, depresemi či destruktivními pocity matky či jiného pečovatele (Pöethe, 1999).
- ✓ Rovněž to bývají děti, které z určitého důvodu (např. různý stupeň mentální retardace, nezvládnutí školních povinností) **zklamaly naděje a představy** svých rodičů (Vaníčková a kol., 1995).
- ✓ Oběťmi cizích pachatelů se často stávají děti, kterým **chybí pozornost a emocionální vztah ze strany rodičů**. Z radosti, že o ně najednou někdo jeví zájem (alespoň zpočátku), se snadno nechají svést. S tím souvisí, že jde o děti, kterým již v minulosti někdo ubližoval, nebo jsou deprivované (Vágnerová, 2008).

K rizikovým dospělým, nejčastěji právě rodičům a vychovatelům, patří:

- ✓ osoby **psychicky narušené**,
- ✓ osoby **se závislostí**,
- ✓ osoby – **rodiče nevyspělí**,
- ✓ osoby žijící **pod neustálým tlakem, v chronickém stresu** (Dunovský a kol., 1995).

5.3 Terciální prevence

. Úkolem **terciální prevence** je zamezit opakovanému ubližování dítěti. Jde o fázi, kdy již dítě utrpělo nějakou újmu, odstartoval proces šetření, nezřídka se rozhoduje, zda dítě ponechat v rodině či odebrat (Vaníčková a kol., 1995).

V rámci terapie a různých opatření by měla být rodina v *kooperaci s dalšími odborníky*, ať už ze sektoru *státního či nestátního* (Hanušová, 2006).

Hanušová (2006) se zmiňuje o tzv. **prevenci kvartální**. Spočívá v navrácení dítěte do rodiny, jestliže bylo během léčby a řešení případu umístěno mimo ni. O této prevenci se hovoří zejména v anglosaských zemích, kde se ve větší míře dbá na funkci biologické rodiny. Za jistých podmínek a spolupráce řady odborníků by tento model mohl fungovat také v naší zemi.

6 VLIV SYNDROMU CAN NA PSYCHICKÝ VÝVOJ DÍTĚTE

6.1 Reakce oběti na syndrom CAN

Počáteční fáze, která nastává bezprostředně s traumatickou událostí (v našem případě syndromem CAN), se nazývá **primární viktimizace**. Má charakter okamžitých poškození oběti. Mylnou představou laické veřejnosti je, že touto fází proces prožívání končí a oběť je „z nejhoršího venku“. Nezřídka však nastupuje **viktimizace sekundární**, o které pojednává jedna z podkapitol (Čírtková a kol., 2007).

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte se vyznačuje opakovanými útoky, zpravidla se stupňujícími nebo přibývajícími. Nezřídka je trauma s ním umocněno viktimitačními prvky (**utajování** nebo **zapírání**). Neustálé vystavování takovému stresu vede ke krajním psychickým reakcím, jako jsou **suicidální myšlenky** nebo **deprese**. Oběti téměř vždy mají **pocit bezmoci, studu, nedostatku ochrany** z vnějšího prostředí. Tyto pocity se však mohou střídat s touhou **pomstít se, vybit vztek**. Přichází pocit stigmatizace (charakteristický **sebeobviňováním, opovrhováním, nedůvěrou**), stejně jako **pocit zrady**. Důsledky takového traumatu poté ovlivňují komplex osobnosti či sociální vztahy (Bentowim, 1998).

Reakce na trauma se může lišit v závislosti na stáří oběti (dle Čírtkové a kol., 2007):

- ✓ Děti do 6 se projevují **úzkostí, represí, odmítáním jídla, zlými sny**. Jejich trauma se často zobrazí při **hře** nebo v **kresbě**.
- ✓ Děti ve věku od 6 do 12 let zpravidla trpí **poruchami učení, uzavřením do sebe** nebo naopak **agresivními výbuchy**. Objevují se **psychosomatické potíže** – bolesti břicha, hlavy, různé vyrážky.
- ✓ Děti starší 12 let se projevují **úzkostí, nejistotou, agresí** (vůči druhým – zejména autoritě, spolužákům ve škole nebo vůči sobě – sebepoškozování, sebevraždě)

myšlenky). Sklouznout mohou ke **zneužívání návykových látek** (Čírtková a kol., 2007).

6.2 Psychická deprivace

Psychická deprivace nastupuje, nemá-li dítě po dlouhou dobu uspokojovány základní psychické potřeby, tj. potřeba bezpečí, jistoty, lásky. Způsobuje ji nestabilní vztah s rodiči, zejména pak matkou či nedostatečná míra citových podnětů. Hovoříme o dlouhodobějším procesu, který má velmi negativní dopad na další vývoj dítěte (Vágnerová, 2008).

V tomto kontextu je zapotřebí zmínit pojem „*zanedbanost*“. Jde o důsledek vnějších ohrožujících vlivů, které na dítě působí (nedostatečná hygiena, výchova; výrazná chudoba rodiny). I když se projeví v chování dítěte, na rozdíl od deprivace zpravidla zásadně nenarušuje psychický vývoj.

Často se setkáváme s případem, kdy jsou zanedbávané děti pro špatné životní podmínky odebírány z rodiny. Ústavem se sice vyřeší problém zanedbanosti, ale děti jsou vystaveny riziku psychické deprivace (Langmaier, Matějček, 1968).

K nejčastějším důsledkům psychické deprivace patří:

- ✓ **nedostatečné využívání rozumových schopností,**
- ✓ **nedostatečná motivace** k větší snaze (dítě bylo shazováno, nebylo pochváleno),
- ✓ **povrchní vztahy** k druhým, **špatná orientace v emocích**, nízká frustrační tolerance,
- ✓ **pozměněný hodnotový žebříček dítěte** – za každou cenu chtějí dosáhnout pocitu bezpečí a jistoty (Vágnerová, 2008).

Chování psychicky deprivovaných dětí je často typické právě touhou někoho si získat, uspokojit pocit bezpečí, což bývá druhými pojmáno jako dotěrnost. Velmi nelibě tyto děti reagují na změny (Vágnerová, 2008).

V dlouhodobé perspektivě mohou mít deprivované děti obtíže v:

- ✓ **pracovním uplatnění,**

- ✓ **partnerství a budoucí rodině** (promítá se zde touha uspokojovat svoje základní psychické potřeby; v rodičovství chybí zkušenost; osoby, které však dokážou setrvat v partnerství, se zpravila umějí bez větších problémů postarat o své děti),
- ✓ **sociální interakci** (chybí jim sebeovládání, schopnost se rozhodovat, důvěra v ostatní) (Vágnerová, 2008).

6.3 Transgenerační přenos

Děti, na nichž bylo v minulosti pácháno násilí, se stávají zhruba 3-5 krát častěji samy pachateli. Intenzita násilí přeneseného z „generace na generaci“ se odvozuje od stupně a délky týrání (Bentovim, 1998). Je však prokázáno, že ty z nich, které sice v minulosti čelily zneužívání či týrání, ale měly nablízku osobu, ke které si vytvořily vřelý vztah (nebo podstoupily psychoterapii), nemají zdaleka takový sklon stát se samy agresory (Bentovim, 1998).

Bentovim (1998) dále poukazuje na to, že čím větší míry násilí se dopouštějí rodiče na dítěti, tím je ono pak krutější na své sourozence (nebo kamarády), dále čím je jeden z rodičů agresivnější vůči druhému, o to víc si to rodič – oběť vybíjí na dětech.

Také Vaníčková a kol. (1995) poukazuje na důležitost vzorců chování, ať už se jedná o výchovné metody, způsoby řešení konfliktů nebo chování k ostatním členům rodiny, které dítě přejímá od svých rodičů. Zvláště v raném věku je pro dítě v podstatě jediným a velmi zásadním činitelem, co se vzoru týče, rodina. V budoucnosti samozřejmě na vlivu nabývají i jiné skupiny (kamarádi, kolegové, učitelé), v zásadních situacích se však obvykle ožívají prvotní vzorce chování.

Tzv. transgenerační přenos chování je rovněž jedním ze zásadních důsledků domácího násilí. Děti, které vyrůstají v rodině, kde přihlížejí takovému teroru, se mohou v budoucnosti s modelem ztotožnit a samy ho aplikovat, a to nejen v roli agresora, ale i oběti (Ševčík, Špatenková, 2011).

6.4 Sekundární viktimizace

Po primární viktimizaci zpravidla následuje (ne vždy) **viktimizace sekundární**. Druhotná fáze, která v podstatě nesouvisí s konáním pachatele, bývá zapříčiněna zveřejňováním případu, orgány činnými v trestním řízení nebo okolím oběti. Hovoříme o ní tehdy, je-li oběť v průběhu vyšetřování vystavena nadbytečnému emocionálnímu tlaku.

Ač má sekundární viktimizace různé příčiny, můžeme říci, že společnou charakteristikou je absence zájmu o oběť, její ochranu a potřeby. Jestliže je řeč o potřebách, pak mezi ty základní patří bezpečí, důvěra, ale také respekt a dostatek informací (Čírtková a kol., 2007).

V průběhu sekundární viktimizace je oběť postižena tzv. *sekundárními ranami*. Je dokázáno, že mohou ublížit více než újmy získané v té první fázi prožívání. Ve své podstatě jsou vymezeny tři hlavní pocity:

- ✓ **pocit nedůstojnosti** – zpravidla ho vyvolává necitlivý přístup k oběti (ponižujícím způsobem vedené výslechy), který bývá prohlouben reakcí okolí nebo zveřejňováním případu v médiích,
- ✓ **pocit nespravedlnosti** – vzniká jako následek nedostatku podaných informací či protahovaných soudních líčení,
- ✓ **pocit izolace** – nastává jako důsledek změn v chování blízkého okolí, které se nezřídka, ze strachu, jak se chovat, oběti vyhýbá; oběť prochází jakousi duševní zmateností, začíná mít dojem, že ho událost skutečně změnila, což ale naopak není lehké pro ty, kteří jsou připraveni oběti pomoci (Čírtková a kol., 2007).

Strach z druhotného ubližování je jedním z důležitých faktorů nenahlášení trestného činu. Oběť se bojí reakce blízkých lidí, procesu vyšetřování, který bude muset podstoupit (obzvláště u sexuálního zneužívání). To pochopitelně přidává na síle a moci pachatelům.

Nutno podotknout, že zatímco primární viktimizaci v podstatě nemůžeme zamezit, sekundární lze vhodnými způsoby jednání poměrně snadno předejít (Čírtková a kol., 2007).

„Jestliže při nahlížení na pachatele platí presumpce neviny, pak pro zacházení a komunikaci s obětí by měla platit presumpce dobrých mravů a dobrého jména.“ (Čírtková a kol., 2007)

6.5 Posttraumatická stresová porucha

U traumatických činů, jakým zejména závažnější formy syndromu CAN jsou, může propuknout tzv. **posttraumatická stresová porucha**. Ta bývá definována jako „soubor různých poruch chování a prožívání, včetně somatických reakcí (poruchy spánku, potivost, třes, nevolnost apod.), které vznikají jako důsledek extrémního stresového prožitku přesahujícího běžnou lidskou zkušenost“ (Čírtková a kol., 2007, str. 31).

Posttraumatická stresová porucha (PSTP) se u oběti může objevit bezprostředně po reakci na stresující zážitek, po určitém čase, kdy se oběť zdá prakticky „v pořádku“, v některých případech až roky po děsivé události.

Přítomnost posttraumatické poruchy se posuzuje dle následujících bodů:

- ✓ *prožití extrémně náročné události,*
- ✓ *znovuvybavování této traumatické události (děsivé sny, vtíravé myšlenky na tuto událost; zhoršení duševního stavu při shledání s podněty, které evokují trauma),*
- ✓ *intenzivní vyhýbání se osobám, místům či činnostem, které s událostí souvisely (absence zájmu o dříve vyhledávané aktivity, pocit odcizení od ostatních, nemožnost opravdově prožívat emoce, ztráta vidin budoucnosti),*
- ✓ *setrvávání symptomů zvýšené aktivační úrovně (neschopnost se soustředit, intenzivní reakce při setkání s podněty souvisejícími s traumatem, poruchy spánku) (Čírtková a kol., 2007).*

Posttraumatická stresová porucha je nemoc, jejíž diagnóza je podmíněna splněním výše uvedených měřítek (tak jak je stanovila ICD – 10 Světová zdravotnická organizace). Někdy se přidává kritérium, které říká, že se příznaky objeví do 6 měsíců od stresující události. Nezřídka však nastupují později (Haško, Vojtová, 2012).

Výše uvedené příznaky se samozřejmě velmi intenzivně promítají nejen do soukromého života. Trvají-li delší dobu, je téměř nutností zásah odborníků, neboť PSTP má povahu chronických potíží. U přibližně poloviny jedinců, které PSTP postihne, je však zaznamenán přirozený návrat k předešlému stavu.

Je třeba dodat, že PSTP je častým důsledkem traumatizujícího zážitku u všech typů osob, neznamena to tedy, že by daný jedinec byl méně odolný, křehčí. Přesto se uvádí, že u dívek je riziko vzniku poruchy přibližně dvojnásobné (Čírtková a kol., 2007).

Nástup posttraumatické stresové poruchy mohou ovlivnit níže vyjmenované příznaky:

- ✓ *intenzita fyzické i psychické bolesti, kterou dítě zažilo,*
- ✓ *vztah k pachateli, přičemž blízký člověk způsobuje větší újmu (právě v rodině),*
- ✓ *reakce blízkých osob, vliv na sociální zázemí (Čírtková a kol., 2007).*

7 POMOC DĚTEM ZASAŽENÝM SYNDROMEM CAN

7.1 Laická pomoc blízkých a veřejnosti

Začneme-li samotným *chováním se k oběti syndromu CAN*, častou nevhodnou taktikou je „navádění“ k tomu, aby oběť na stresující událost nemyslela či dokonce zapoměla. To však zabraňuje přirozenému procesu se situací se srovnat. Druhou nevhodnou reakcí směrem k dítěti je chovat se tak, jako by dotyčná oběť bylo nemocná, nemohla nic dělat.

Jak již bylo zmíněno, oběť v rámci vyrovnání s traumatem zpracovává pocit viny. Je žádoucí, aby bezprostřední okolí dalo dítěti jasně najevo, že za to, co se přihodilo, je **zodpovědný pachatel**, nikoli ono samo. Dítě bychom měli **ocenit za všechno**, co dokázalo, ať už je to ohlášení syndromu CAN, spolupráce při vyšetřování, za to, jak se zvládlo s událostí poprat. Není na místě jakékoli jeho pocity zlehčovat. Téměř nutností je, aby oběť **ventilovala nahromaděné emoce** z traumatu. Není vhodné dítěti říkat, aby neplakalo, aby nekřičelo. Teprve po **zpracování pocitů** bude schopno o zážitku mluvit a postupně se s ním srovnávat. Oběť (a tady zvláště, jde-li o dítě) velmi ocení, provází-li ji někdo procesem vyšetřování (doprovody, osvětlení situace).

Informace o tom, co oběť prožívá, můžeme načerpat v odborné literatuře či organizacích, které pomáhají podobně zasaženým dětem. (Čírtková a kol., 2007).

7.1.1 Oznámení podezření na syndrom CAN

Případy syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte jsou zpravidla odhalovány prostřednictvím nahlášení ze strany veřejnosti, cíleným vyhledáváním (Policie, linky bezpečí, Orgány péče o rodinu a děti, krizová centra apod.) nebo oznámením pracovníků, kteří se dostávají do kontaktu s dětmi (pedagogičtí pracovníci, lékaři, představitelé zájmových organizací apod.) (Dunovský a kol., 1995).

. Pro účely diplomové práce opomeneme profesionální činitele (lékaře, pedagogy, sociální pracovníky) a zůstaneme u laické veřejnosti. Jak již bylo zmíněno v kapitole „Legislativa upravující syndrom CAN“, neoznámení trestného činu (jakým syndrom CAN je), podléhá sankci. Veřejnost je tedy povinna hlásit podezření z násilí na dětech.

Obrátit se může na *dětské krizové centrum, Oddělení sociální právní ochrany dětí, policii, linku důvěry*, ale také jakéhokoli *psychologa* či *lékaře* (Hanušová, 2006).

Do jisté míry je specifickou formou **anonymní oznámení**. Vyšetřování takového případu probíhá obzvláště šetrně. Celkově by se však v průběhu objasňování jakýchkoli případů měla dodržovat diskrétnost všech, kteří mají podíl na kooperaci při šetření.

Důležitou roli v anonymních ohlášeních hrají linky důvěry. Přestože slouží především k ventilování trápení dětí a mladých lidí, často se na ně obrací lidé, kteří oznamují podstatné informace vedoucí k odhalení případu, prosí o radu atp. (Dunovský a kol., 1995).

Problém nízké angažovanosti ze strany veřejnosti často vězí v nedostatečném povědomí o zmíněném jevu. Dále jsou významným vlivy neochota nějak se zabývat osudy druhých lidí a „ztrácet čas“ spoluprací s institucemi činnými ve vyšetřování, ke kterým mnoho lidí cítí nedůvěru. Jistou roli stále hraje fakt, že neploleté dítě se často „nebere vážně“, nevěří se mu. Dospělý si pak není jistý, zda se skutečně jedná o zásah do jeho práv.

Jak již bylo naznačeno, nemálo lze ovlivnit prevencí primární i sekundární. Je důležité, aby se veřejnost dozvíдалa o tom, jak šetřené případy dopadly, o potrestání pachatele a prospěchu dítěte (zabránění dalšího trápení). Oznamovatelům, kteří přispěli k detekci případu, by mělo být poděkováno (Dunovský a kol., 1995).

Než začneme jednat, mělo by dítě **dostat informace** o všem, co se bude dít. Je vhodné objasnit mu situaci, možná nebezpečí a zároveň ukázat **odhodlání pomoci**. Podávání informací slouží jako nejúčinnější prevence proti ztrátě důvěry. Tajné akce „za zády“ mohou způsobit, že se dítě „zablokuje“, přestane spolupracovat, bude měnit výpovědi apod.

Pokud je bezprostředně ohroženo zdraví, potažmo život dítěte, musíme jednat co nejrychleji, v těchto případech může být vyčkávání na důkazy téměř fatální (Poethe, 1999).

7.2 Krizová intervence

„Krizovou intervencí můžeme vymezit jako specializovanou pomoc osobám, které se ocitly v krizi. Tvoří ji různé formy pomoci, které mají za úkol vrátit jedinci jeho psychickou rovnováhu, narušenou kritickou životní událostí.“ (Špatenková a kol., 2004, str. 15)

Krizovou intervenci vnímáme jako zásah, který má jedince stabilizovat, přičemž po něm v mnoha případech není nutná návaznost další odborné pomoci, např. psychologické či lékařské. Nemusí ji poskytovat pouze erudovaní odborníci, ale také laici, ať už se jedná o příbuzné či přátele (Špatenková a kol., 2004).

Úkolem krizového pracovníka je podpořit oběť tak, aby dokázal zapojit svoje síly a schopnosti a využil je k tomu, aby se situace zdárně vyřešila (Vodáčková a kol., 2007).

Daný proces krizové intervenci je zpravidla složen z těchto aktivit:

- ✓ *navození pocitu bezpečí a zajištění emocionální sounáležitosti,*
- ✓ *podpory uvolňování emocí,*
- ✓ *pomoci se zorientováním v náročné situaci,*
- ✓ *redukce tendencí k zabarvování reality,*
- ✓ *pojmenování nejzávažnějšího problému,*
- ✓ *zaktivování možných zdrojů pomoci ze strany oběti,*
- ✓ *sestavení plánu pomoci (Špatenková a kol., 2004).*

7.3 Terapie

Ve většině případů je zapotřebí, aby krizovou intervenci následovala terapie. Nezaměřuje se pouze na dítě, nýbrž celou rodinu. Ze všeho nejdůležitější je odstranit příčiny tak, aby se situace neopakovala.

Pomocí psychoterapie se odborníci snaží odstranit důsledky týrání, zneužívání či zanedbávání. Napomáhají klientovi zpracovat jeho trauma, dosáhnout emoční stability, přijmout traumatickou událost. Podstatným nástrojem je otevřená komunikace, kdy by dítě mělo cítit bezpečí a podporu. Pokud je to možné, dítě by mělo zůstat v rodině. Hrozí-li pokračování traumatické situace, je dítě z rodiny odejmuto, což však nepochybně představuje další nesmírnou zátěž. Nutno dodat, že bez odstranění všech stresujících činitelů, nebude terapie úspěšná.

Individuální psychoterapie používá techniky hry, psaní příběhu, které napomáhají dosáhnout duševní očisty a vyrovnat se se situací. Osvědčenou technikou je nacvičování žádoucích způsobů jednání tak, aby nedocházelo ke zhoršování postavení oběti. Občas je využívána technika hypnózy.

V rámci *skupinové terapie* oběti syndromu CAN mohou sdílet obdobné traumatizující prožitky, mnohdy cítí „upřímnější“ pochopení od někoho, kdo prožil stejně bolestné chvíle.

Užitečná je spolupráce psychoterapeutů a sociálních pracovníků, kteří se podílí na nápravě rodinného systému, tzv. *socioterapie* (Vágnerová, 2008).

8 PRAKTICKÁ ČÁST

Empirická část diplomové práce se vztahuje k vlastnímu výzkumnému šetření. V první části následující kapitoly bylo nezbytné vymezit cíl šetření, formulovat výzkumné předpoklady, přiblížit použitou metodologii a podmínky realizovaného šetření včetně vybraného vzorku respondentů. Ve druhé části kapitoly přistupuji k vlastnímu vyhodnocení jednotlivých otázek a zobrazení výsledků pomocí tabulek, grafů a komentářů. V poslední části kapitoly konfrontuji výsledky se stanovenými výzkumnými předpoklady a hodnotím význam šetření.

8.1 Cíl empirické části

V rámci empirické části jsem prováděla výzkumné šetření, jehož **cílem bylo zjistit míru povědomí veřejnosti o syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte.** Pro svoje výzkumné šetření jsem zvolila okres Třebíč (kraj Vysočina), abych zmapovala situaci v regionu, kde od narození žiji.

8.2 Metodologie výzkumného šetření

V rámci realizovaného kvantitativního šetření jsem jako hlavní metodu sběru dat zvolila dotazník.

Dotazník se řadí mezi nejhojněji využívané metody, jeho nejznámější výhodou je, že nám během krátké doby poskytne data od velkého množství respondentů. Má však i nevýhody, kterými jsou zejména možná neupřímnost a zkreslenost odpovědí respondentů (Průcha, str. 815).

Nutno podotknout, že šetření s přibližně 170 respondenty nemůžeme považovat za vypovídající, hovořit lze spíše o orientačním náhledu na informovanost v daném regionu.

Vytvořený dotazník (součást přílohy č. 1) se skládá z patnácti otázek, přičemž většina z nich vychází z teoretické části. Samotnému koncipování dotazníku předcházelo studium odborné literatury, internetových článků či jiných zdrojů. Po sestavení dotazníku, který jsem

konzultovala s vedoucí práce, jsem si stanovila hypotézy, jež v závěru empirické části potvrzují či vyvracím.

Úvodní část dotazníku obsahuje tzv. segmentační otázky, které respondenty dělily dle pohlaví (muž, žena) a vzdělání (základní, středoškolské, vysokoškolské). Po vyhodnocení dotazníků jsem však základní a středoškolské vzdělání sloučila v „jiné“ (myšleno nižší než vysokoškolské). Důvodem bylo, že se mezi respondenty se základním a středoškolským vzděláním nepotvrdily prakticky žádné rozdíly. V průběhu vyplňování dotazníků se na mě obraceli někteří respondenti s ukončeným středním odborným učilištěm nebo vyšší odbornou školou s tím, že neví, kterou možnost vzdělání mají v dotazníku zvolit, což později přispělo k rozhodnutí členit respondenty dle ukončeného vzdělání pouze do dvou kategorií.

Výsledky jednotlivých otázek jsem zaznamenala do tabulek a znázornila grafy. Prvním typem grafu je u každé otázky graf sloupcový, který znázorňuje rozdíly mezi odpověďmi jednotlivých skupin respondentů. Druhým typem je graf koláčový, který procentuálně zobrazuje souhrn všech odpovědí na danou otázku. Závěr hodnocení každé otázky obsahuje komentář, kde jsem výsledky okomentovala a vyzdvihla zajímavé rozdíly mezi odpověďmi jednotlivých skupin respondentů.

8.3 Formulované výzkumné předpoklady

1. Jaká bude informovanost o syndromu CAN na Třebíčsku?

Předpokládám, že celková informovanost o syndromu CAN bude na Třebíčsku menší než 50%.

2. Kolik respondentů dokáže vybrat správnou definici syndromu CAN?

Předpokládám, že více než 95 % respondentů dokáže vybrat správnou definici syndromu CAN.

3. Prokážou ženy lepší informovanost o syndromu CAN než muži?

Předpokládám, že ženy disponují větší informovaností o syndromu CAN než muži.

4. Budou lépe informovaní vysokoškolsky vzdělaní respondenti?

Předpokládám, že respondenti s vysokoškolským vzděláním prokážou lepší informovanost o syndromu CAN než respondenti s nižším než vysokoškolským vzděláním.

5. Jaké procento respondentů nepovažuje za trestné, pokud neoznámí podezření na syndrom CAN?

Předpokládám, že více než 70 % respondentů nepovažuje za trestné, pokud neoznámí podezření na syndrom CAN.

6. Jaké procento respondentů uvede, že by při zjištění podezření na syndrom CAN zakročilo a snažilo se pomoci?

Předpokládám, že více než 80 % respondentů uvede, že by při zjištění podezření na syndrom CAN nezůstalo nečinnými a pomohlo by.

7. Jaké procento respondentů nevnímá informace o syndromu CAN podávané médií za dostatečné a objektivní?

Předpokládám, že více než 70 % respondentů nepovažuje informace o syndromu CAN z médií za dostatečné a objektivní.

8.4 Podmínky realizovaného šetření

Koncipovaný dotazník jsem zavěsila na internetový server, který se specializuje na realizaci online výzkumů (<http://www.vyplnto.cz>). Respondenty jsem však sháněla vlastními silami, konkrétně rozesláním internetového odkazu na on-line dotazník mezi své příbuzné, přátele či bývalé spolužáky.

Respondenty jsem v úvodu dotazníku seznámila s tím, že se jedná o výzkumné šetření mezi dospělou populací žijící na okrese Třebíč. Prostřednictvím počáteční řeči jsem je rovněž informovala o účelu šetření a jeho anonymitě. Spolupráci s respondenty vnímám jako průměrnou, někteří byli šetření velmi pozitivně nakloněni, jiní odmítali dotazník vyplnit a argumentovali tím, že „vůbec nevědí, co syndrom CAN znamená“.

8.5 Charakteristika výzkumného vzorku

Realizovaného výzkumného šetření se zúčastnilo 169 respondentů (94 žen a 75 mužů; 65 vysokoškolsky vzdělaných a 104 s nižším než vysokoškolským vzděláním), kteří odeslali kompletně vyplněný dotazník.

První otázka v dotazníku směřovala k tomu, zda respondenti dokážou vybrat ze tří nabízených možností správnou definici syndromu CAN. K tomu jim bylo nápomocno celé znění anglické zkratky CAN (Child abuse and Neglect). Vzhledem k tomu, že se celý dotazník zobrazoval naráz, nikoli po jednotlivých otázkách, mohli se respondenti k první otázce po otázkách dalších, které jim částečně napověděly, vrátit. Celkem devět respondentů však zodpovědělo první otázku špatně. V zájmu zachování objektivnosti a nezkreslenosti výsledků proto byli tito respondenti započítáni pouze u první otázky a následně vyřazeni (ostatní otázky u nich nebyly vyhodnoceny). Po této selekci zůstalo pro další otázky celkem 160 respondentů (92 žen a 68 mužů; 60 vysokoškolsky vzdělaných a 100 s nižším než vysokoškolským vzděláním).

8.6 Interpretace získaných výsledků

Hodnocení rozřazovacích otázek

Tabulka č. 1: Souhrn všech respondentů dle pohlaví

| RESPONDENTI | POČET (%) |
|-------------|-------------|
| ŽENY | 94 (55,6 %) |
| MUŽI | 75 (44,4 %) |
| CELKEM | 169 (100 %) |

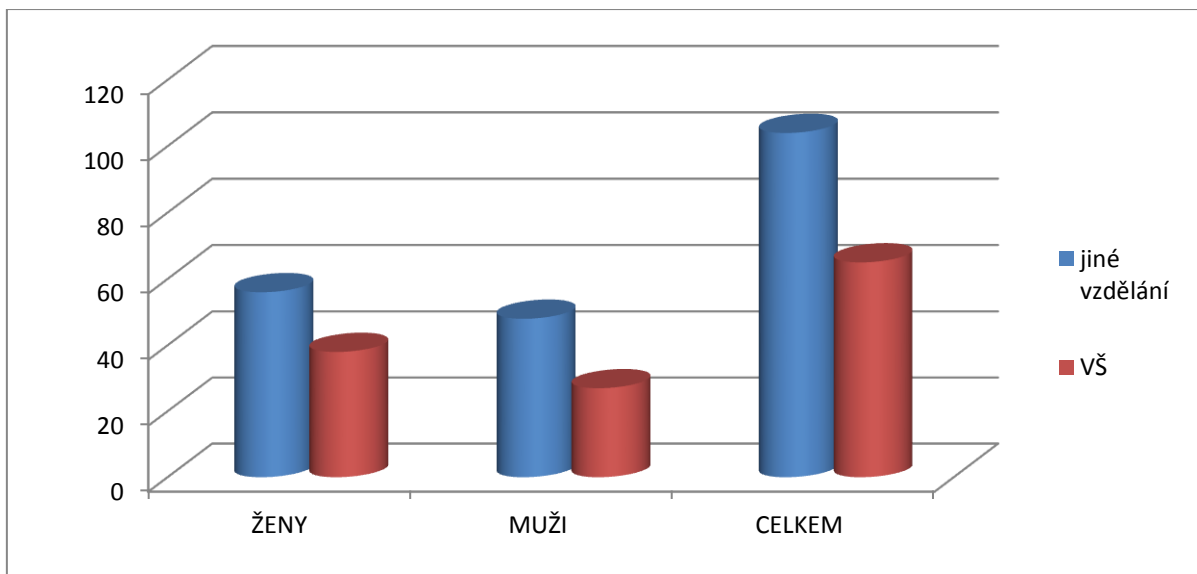
Tabulka č. 2: Souhrn všech respondentů dle dosaženého vzdělání

| RESPONDENTI | POČET (%) |
|---------------|--------------|
| jiné vzdělání | 104 (61,5 %) |
| VŠ | 65 (38,5 %) |
| CELKEM | 169 (100 %) |

Tabulka č. 3: Souhrn všech respondentů dle pohlaví a dosaženého vzdělání

| RESPONDENTI | POČET (%) | | |
|-------------|---------------|-------------|-------------|
| | jiné vzdělání | VŠ | CELKEM |
| ŽENY | 56 (59,6 %) | 38 (40,4 %) | 94 (100 %) |
| MUŽI | 48 (64 %) | 27 (36 %) | 75 (100 %) |
| CELKEM | 104 (61,5 %) | 65 (38,5 %) | 169 (100 %) |

Graf č. 1: Souhrn všech respondentů dle pohlaví a dosaženého vzdělání



Zdroj: vlastní výzkum

Hodnocení otázky č. 1

Otázka: Dokázali byste vybrat správnou definici syndromu CAN (Child abuse and Neglect)?

- a) syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte
- b) syndrom bitého a zlobivého dítěte
- c) syndrom vzorného dítěte

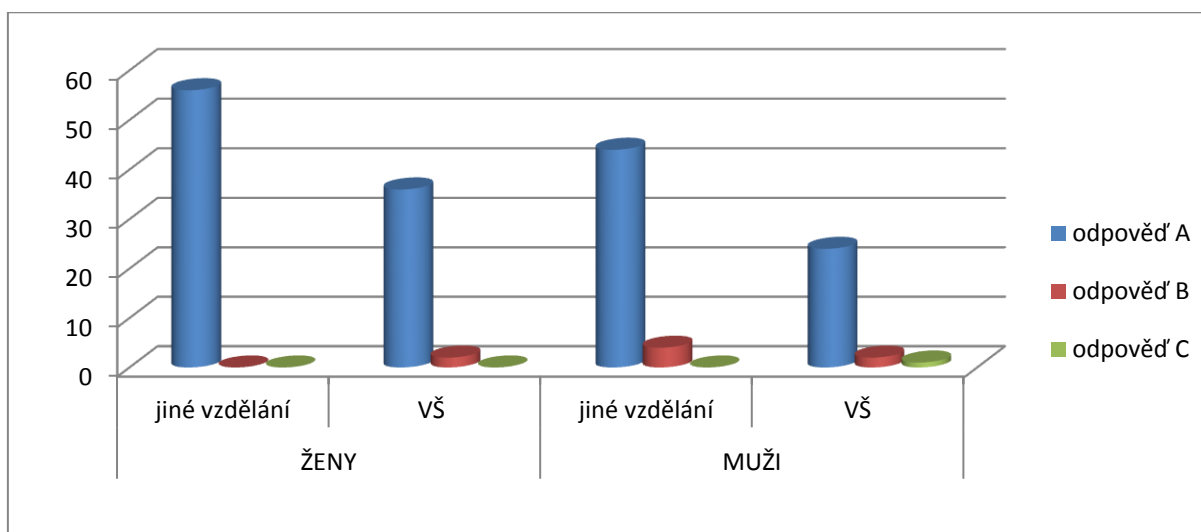
Tabulka č. 4: Souhrn výsledků otázky č. 1

| | ŽENY | | MUŽI | | CELKEM % |
|------------------|---------------|-------------|---------------|-------------|----------|
| | jiné vzdělání | VŠ | jiné vzdělání | VŠ | |
| odpověď A | 56 (100 %) | 36 (94,7 %) | 44 (91,7 %) | 24 (88,9 %) | 94,7 % |
| odpověď B | 0 (0 %) | 2 (5,3 %) | 4 (8,3 %) | 2 (7,4 %) | 4,7 % |
| odpověď C | 0 (0 %) | 0 (0 %) | 0 (0 %) | 1 (3,7 %) | 0,6 % |

Tabulka č. 5: Zobrazení výsledků dle pohlaví a dosaženého vzdělání respondentů

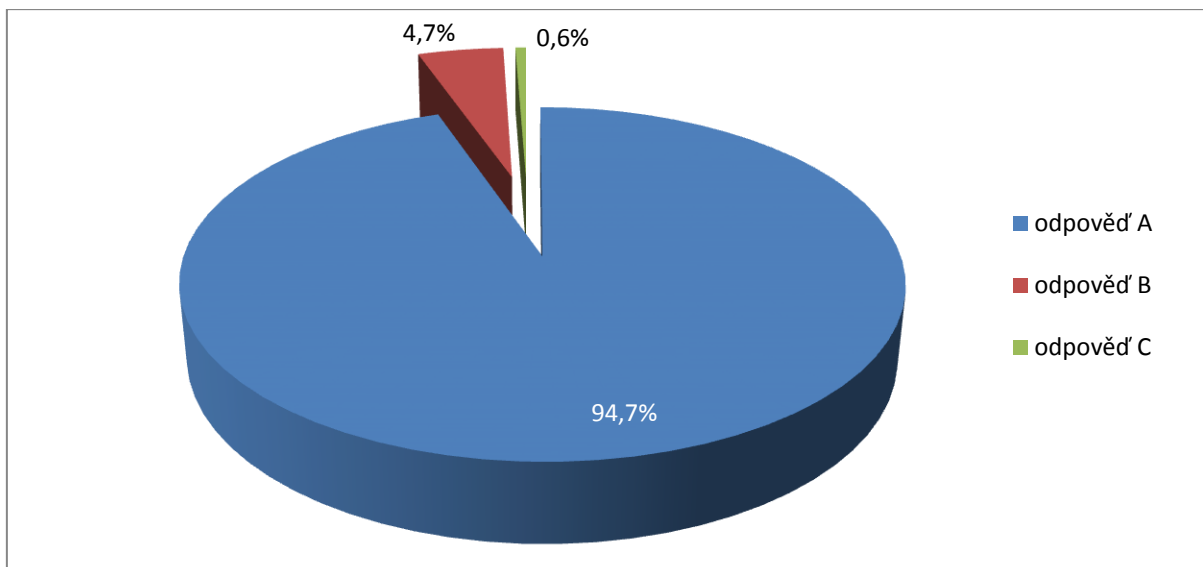
| | ŽENY | MUŽI | | jiné vzdělání | VŠ |
|------------------|------------------|-------------|------------------|---------------|------------------|
| | odpověď A | 94 (97,9 %) | | 68 (90,7 %) | odpověď A |
| odpověď B | 2 (2,1 %) | 6 (8 %) | odpověď B | 4 (3,8 %) | 4 (6,2 %) |
| odpověď C | 0 (0 %) | 1 (1,3 %) | odpověď C | 0 (0 %) | 1 (1,5 %) |

Graf č. 2: Celkové zobrazení odpovědí na otázku č. 1 dle pohlaví a dosaženého vzdělání respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 3: Celkové procentuální zobrazení odpovědí na otázku č. 1



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 1 se vztahovala ke správné definici syndromu CAN (syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte). Respondentům mohly být při zodpovídání nápomocny další otázky v dotazníku, stejně jako celé znění anglické zkratky CAN (Child abuse and Neglect). Správně odpovědělo 160 (94,7 %) ze 169 respondentů, jak znázorňuje koláčový graf č. 3.

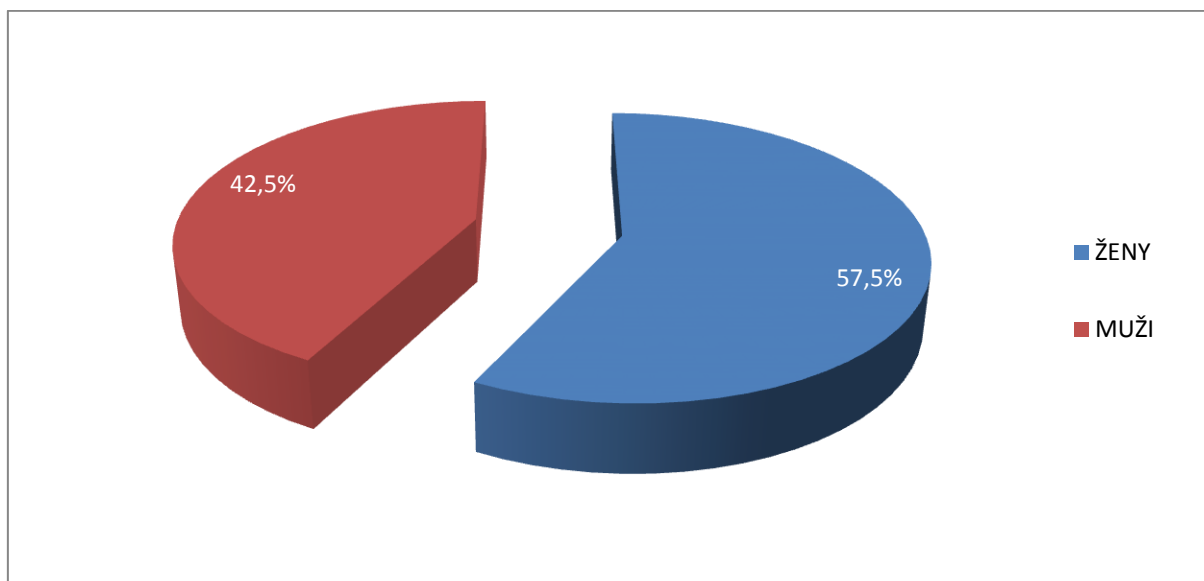
100% informovanost zde prokázaly ženy nižšího než vysokoškolského vzdělání, jak můžeme vidět v grafu č. 2. Odpověď „syndrom vzorného dítěte“ zvolil pouze jeden respondent (muž, vysokoškolské vzdělání), což dokládá graf č. 2.

Zobrazení počtu a složení respondentů po 1. otázce

Tabulka č. 6: Souhrn respondentů dle pohlaví

| RESPONDENTI | POČET (%) |
|-------------|-------------|
| ŽENY | 92 (57,5 %) |
| MUŽI | 68 (42,5 %) |
| CELKEM | 160 (100 %) |

Graf č. 4: Procentuální zobrazení respondentů dle pohlaví

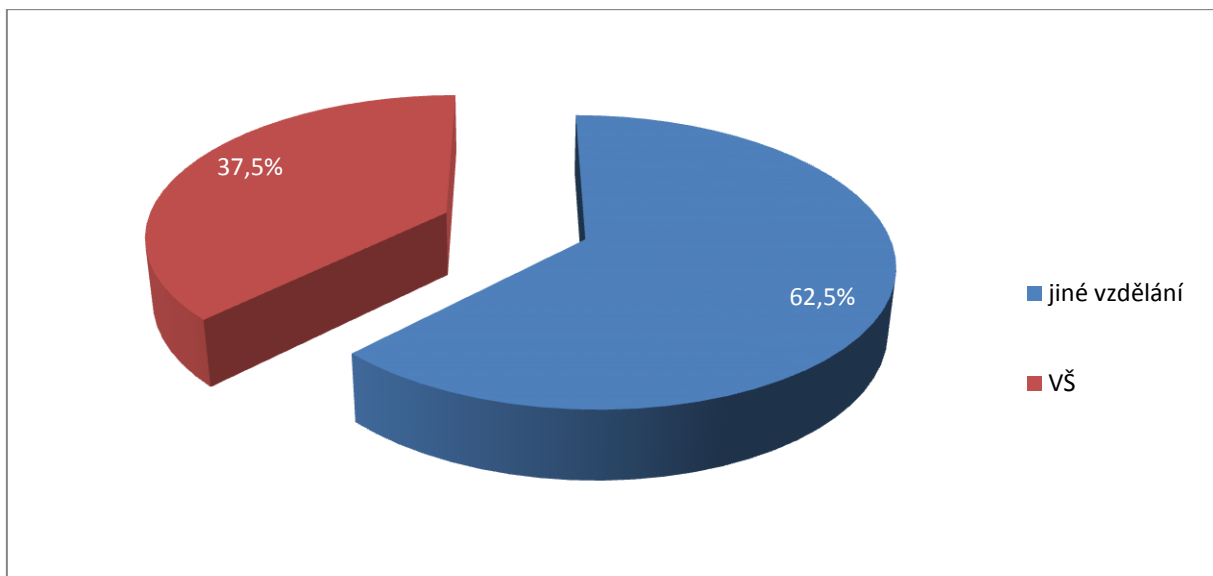


Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 7: Souhrn respondentů dle dosaženého vzdělání

| RESPONDENTI | POČET (%) |
|---------------|--------------|
| jiné vzdělání | 100 (62,5 %) |
| VŠ | 60 (37,5 %) |
| CELKEM | 160 (100 %) |

Graf č. 5: Procentuální zobrazení respondentů dle dosaženého vzdělání

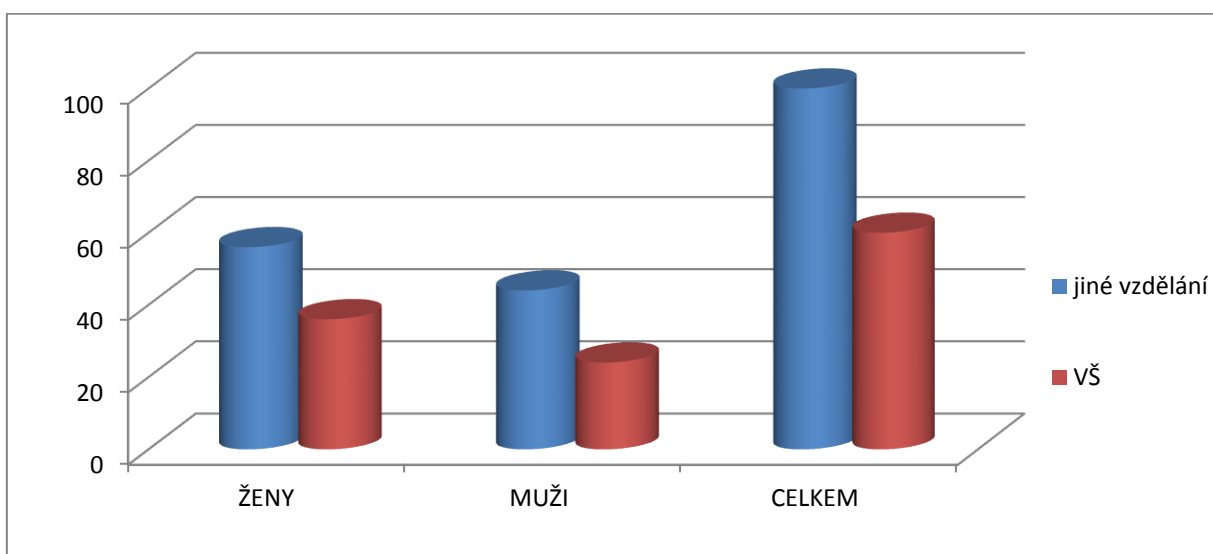


Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 8: Souhrn respondentů dle pohlaví a dosaženého vzdělání

| RESPONDENTI | POČET (%) | | |
|-------------|---------------|-------------|-------------|
| | jiné vzdělání | VŠ | CELKEM |
| ŽENY | 56 (60,9 %) | 36 (39,1 %) | 92 (100 %) |
| MUŽI | 44 (64,7 %) | 24 (35,3 %) | 68 (100 %) |
| CELKEM | 100 (61,5 %) | 60 (38,5 %) | 160 (100 %) |

Graf č. 6: Celkové zobrazení respondentů dle pohlaví a dosaženého vzdělání



Zdroj: vlastní výzkum

Hodnocení otázky č. 2

Otázka: Z jakých zdrojů se o této problematice dozvídáte nejčastěji?

- a) rodina
- b) škola
- c) média (internet, tisk, rozhlas, televize, ...)
- d) odborná veřejnost (Policie ČR, lékaři, sociální pracovníci, ...)
- e) odborná literatura
- f) přátelé a známí
- g) nedozvídám se
- h) jiné (uved'te)

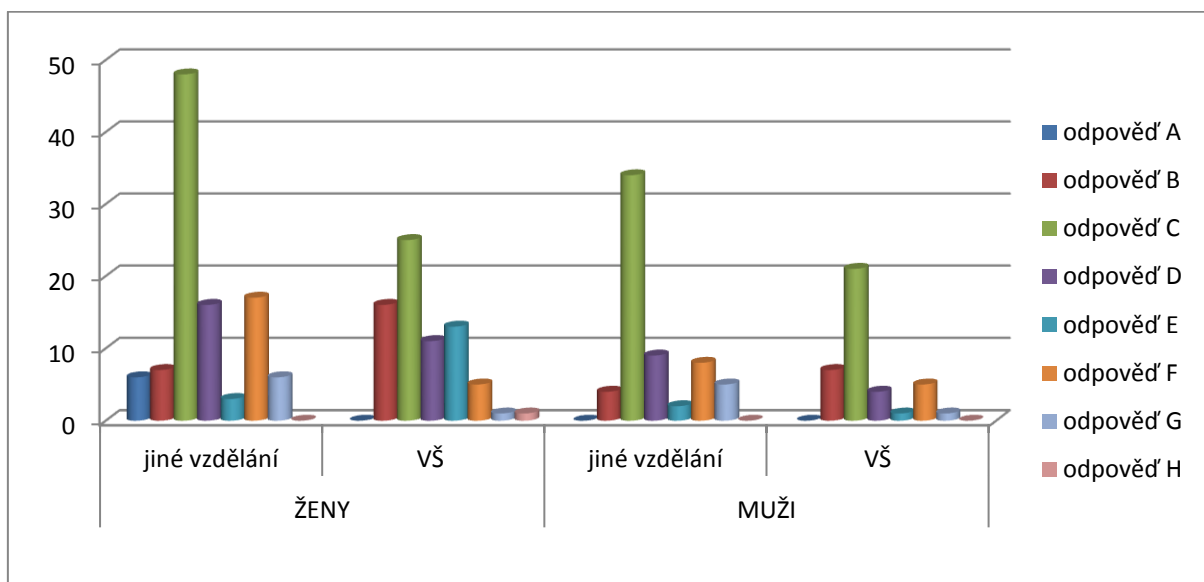
Tabulka č. 9: Souhrn výsledků otázky č. 2

| | ŽENY | | MUŽI | | CELKEM % |
|------------------|---------------|-------------|---------------|-------------|----------|
| | jiné vzdělání | VŠ | jiné vzdělání | VŠ | |
| odpověď A | 6 (10,7 %) | 0 (0 %) | 0 (0 %) | 0 (0 %) | 3,8 % |
| odpověď B | 7 (12,5 %) | 16 (44,4 %) | 4 (9,1 %) | 7 (29,2 %) | 21,3 % |
| odpověď C | 48 (85,7 %) | 25 (69,4 %) | 34 (77,3 %) | 21 (87,5 %) | 80 % |
| odpověď D | 16 (28,6 %) | 11 (30,6 %) | 9 (20,5 %) | 4 (16,7 %) | 25 % |
| odpověď E | 3 (5,4 %) | 13 (36,1 %) | 2 (4,5 %) | 1 (4,2 %) | 11,9 % |
| odpověď F | 17 (5,4 %) | 5 (13,9 %) | 8 (18,2 %) | 5 (20,8 %) | 21,9 % |
| odpověď G | 6 (30,6 %) | 1 (2,8 %) | 5 (11,4 %) | 1 (4,2 %) | 8,1 % |
| odpověď H | 0 (0 %) | 1 (2,8 %) | 0 (0 %) | 0 (0 %) | 0,6 % |

Tabulka č. 10: Zobrazení výsledků dle pohlaví a dosaženého vzdělání respondentů

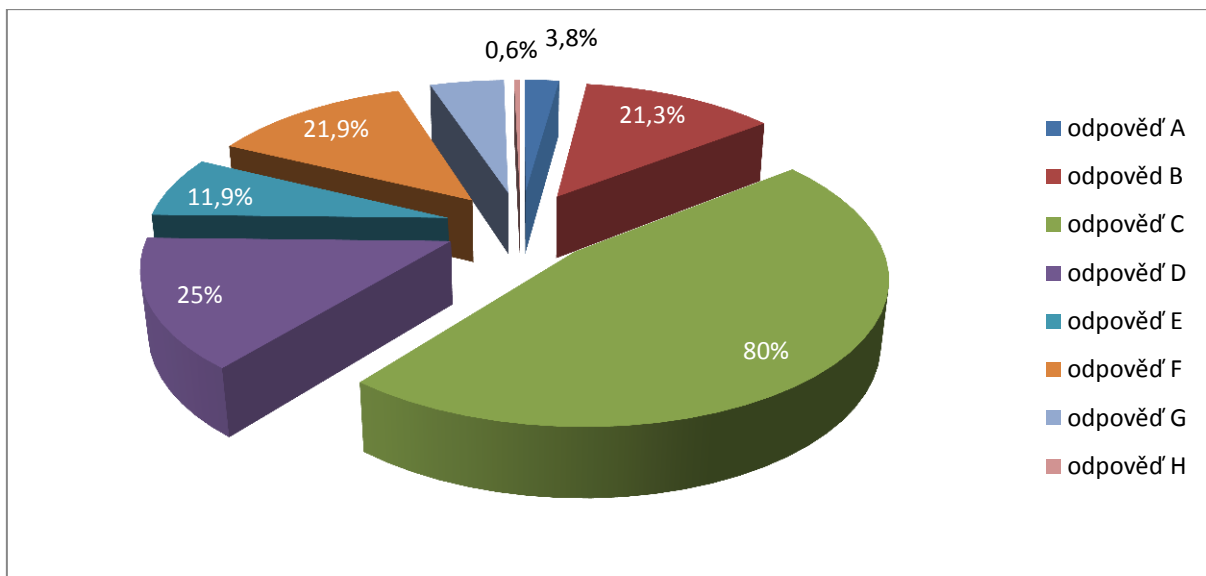
| | ŽENY | MUŽI | | jiné vzdělání | VŠ |
|------------------|-------------|-------------|------------------|---------------|-------------|
| odpověď A | 6 (6,5 %) | 0 (0 %) | odpověď A | 6 (6 %) | 0 (0 %) |
| odpověď B | 23 (25 %) | 11 (16,2 %) | odpověď B | 11 (11%) | 23 (38,3 %) |
| odpověď C | 73 (79,3 %) | 55 (80,9 %) | odpověď C | 82 (82 %) | 46 (76,7 %) |
| odpověď D | 27 (29,3 %) | 13 (19,1 %) | odpověď D | 25 (25 %) | 15 (25 %) |
| odpověď E | 16 (17,4 %) | 3 (4,4 %) | odpověď E | 5 (5 %) | 14 (23,3 %) |
| odpověď F | 22 (23,9 %) | 13 (19,1 %) | odpověď F | 25 (25 %) | 10 (16,7 %) |
| odpověď G | 7 (7,6 %) | 6 (8,8 %) | odpověď G | 11 (11 %) | 2 (3,3 %) |
| odpověď H | 1 (1,1 %) | 0 (0 %) | odpověď H | 0 (0 %) | 1 (1,7 %) |

Graf č. 7: Celkové zobrazení odpovědí na otázku č. 2 dle pohlaví a dosaženého vzdělání respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 8: Celkové procentuální zobrazení odpovědí na otázku č. 2



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 2 se zaměřila na to, odkud respondenti nejčastěji čerpají informace o syndromu CAN. Dotazovaní mohli zvolit více možností.

Většina respondentů (80 %) se o syndromu CAN dozvídá z médií, jak ukazuje graf č. 8. Poměrně vyrovnané zůstaly možnosti „odborná veřejnost“, kam řadíme policisty, lékaře či sociální pracovníky (25 %), „přátelé a známí“ (21,9 %) a „škola“ (21,3 %), jak vidíme v grafu č. 8.

Odbornou literaturu k získávání informací využívají zejména vysokoškolsky vzdělaní (23,3 %), kteří také častěji než respondenti s nižším než vysokoškolským vzděláním získávají informace ve škole (38,3 %), což ukazuje graf č. 7. Nejméně respondentů si informace o syndromu CAN rozšiřuje v rodině (3,8 %), jak dokládá graf č. 8.

V jednom případě byla zakroužkována možnost „jiné“, a to respondentkou vysokoškolského vzdělání, která uvedla, že se o problematice syndromu CAN dozvídá v **zaměstnání**.

Hodnocení otázky č. 3

Otázka: *Kdybyste věděli ve svém okolí o dítěti, kterému je ubližováno, jak byste se zachovali?*

- a) obrátil/a bych se na Policii ČR (popř. Oddělení sociálně právní ochrany dětí)*
- b) zavolal/a bych na linku důvěry*
- c) vyhledal/a bych nejbližší dětské krizové centrum*
- d) svěřil/a bych se někomu ze svých přátel a požádal/a o pomoc*
- e) nechal/a bych to být*
- f) jiné (uveďte)*

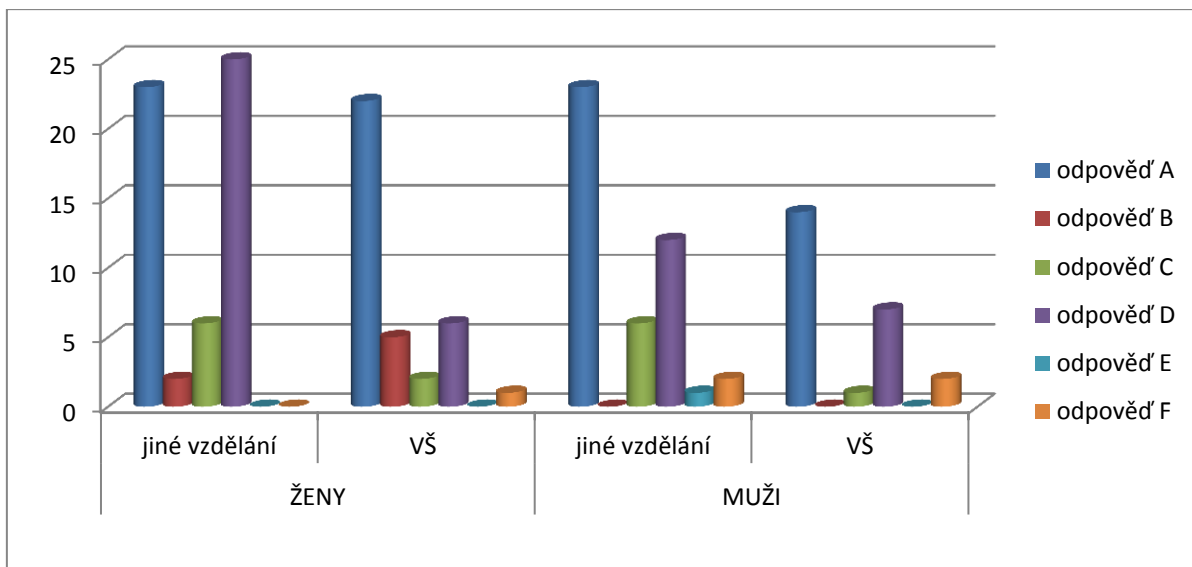
Tabulka č. 11: Souhrn výsledků otázky č. 3

| | ŽENY | | MUŽI | | CELKEM % |
|------------------|---------------|-------------|---------------|-------------|----------|
| | jiné vzdělání | VŠ | jiné vzdělání | VŠ | |
| odpověď A | 23 (41,1 %) | 22 (61,1 %) | 23 (52,3 %) | 14 (58,3 %) | 51,3 % |
| odpověď B | 2 (3,6 %) | 5 (13,9 %) | 0 (0 %) | 0 (0 %) | 4,4 % |
| odpověď C | 6 (10,7 %) | 2 (5,6 %) | 6 (13,6 %) | 1 (4,2 %) | 9,4 % |
| odpověď D | 25 (44,6 %) | 6 (16,7 %) | 12 (27,3 %) | 7 (29,2 %) | 31,2 % |
| odpověď E | 0 (0 %) | 0 (0 %) | 1 (2,3 %) | 0 (0 %) | 0,6 % |
| odpověď F | 0 (0 %) | 1 (2,7 %) | 2 (4,5 %) | 2 (8,3 %) | 3,1 % |

Tabulka č. 12: Zobrazení výsledků dle pohlaví a dosaženého vzdělání respondentů

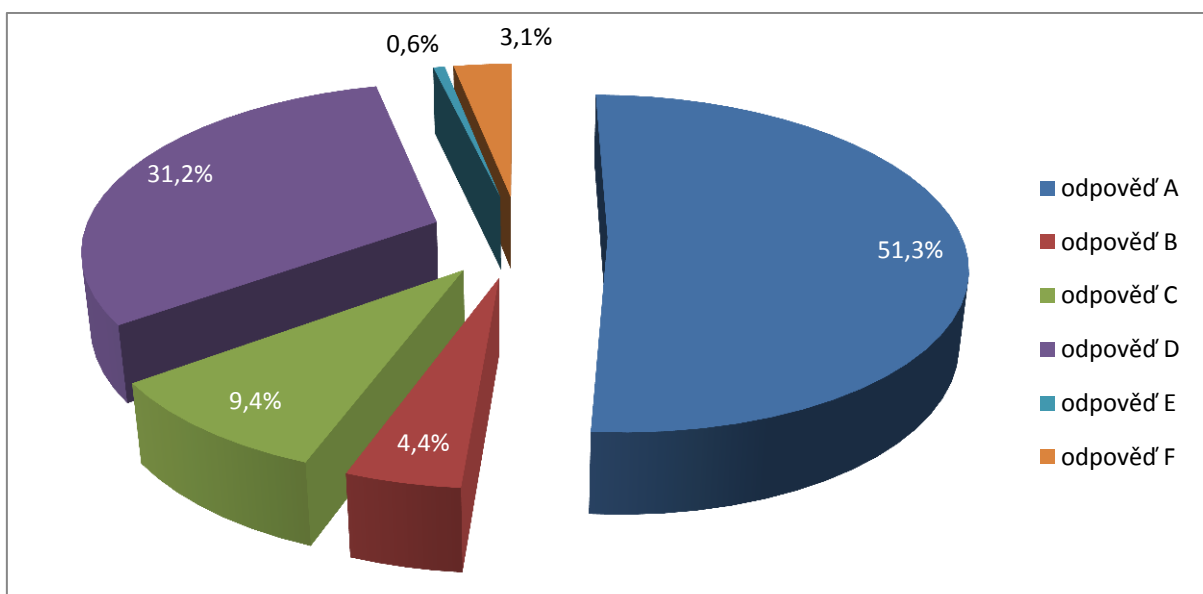
| | ŽENY | MUŽI | | jiné vzdělání | VŠ |
|------------------|-------------|-------------|------------------|---------------|-------------|
| odpověď A | 45 (48,9 %) | 37 (54,4 %) | odpověď A | 46 (46 %) | 36 (60 %) |
| odpověď B | 7 (7,6 %) | 0 (0 %) | odpověď B | 2 (2 %) | 5 (8,3 %) |
| odpověď C | 8 (8,7 %) | 7 (10,3 %) | odpověď C | 12 (12 %) | 3 (5 %) |
| odpověď D | 31 (33,7 %) | 19 (27,9 %) | odpověď D | 37 (37 %) | 13 (21,7 %) |
| odpověď E | 0 (0 %) | 1 (1,5 %) | odpověď E | 1 (1 %) | 0 (0 %) |
| odpověď F | 1 (1,1 %) | 4 (5,9 %) | odpověď F | 2 (2 %) | 3 (5 %) |

Graf č. 9: Celkové zobrazení odpovědí na otázku č. 2 dle pohlaví a dosaženého vzdělání respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 10: Celkové procentuální zobrazení odpovědí na otázku č. 3



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 3 zjišťovala, co by respondenti udělali, kdyby se ve svém okolí dozvěděli o podezření na syndrom týraného, zneužívaného či zanedbávaného dítěte.

Více než polovina dotazovaných (51,3 %) odpověděla, že by se obrátila na Policii ČR, popř. Orgán sociálně právní ochrany dětí, jak ukazuje graf č. 10. Přibližně třetina respondentů (31,2 %) by dle svých odpovědí oslovila někoho z přátel a požádala o pomoc, což rovněž vidíme v grafu č. 10. Zajímavé je, že možnost využití linky důvěry volily pouze ženy, což je

patrné z grafu č. 9. Pouze jeden respondent, a to muž nižšího než vysokoškolského vzdělání, „přiznal“, že by zůstal nečinný a nijak nezasáhl, jak je zřejmé z grafu č. 9.

Čtyři respondenti zvolili možnost „jiné“, přičemž jeden z nich uvedl, že by se obrátil na **psychologickou poradnu**, druhý, že by to **důkladně zkontroloval s blízkými a pak vyhledal dětské krizové centrum**. Další dva blíže nespecifikovali, jak by se zachovali.

Hodnocení otázky č. 4

Otázka: Domníváte se, že je neoznámení podezření na syndrom CAN v České republice trestné?

a) ano

b) ne

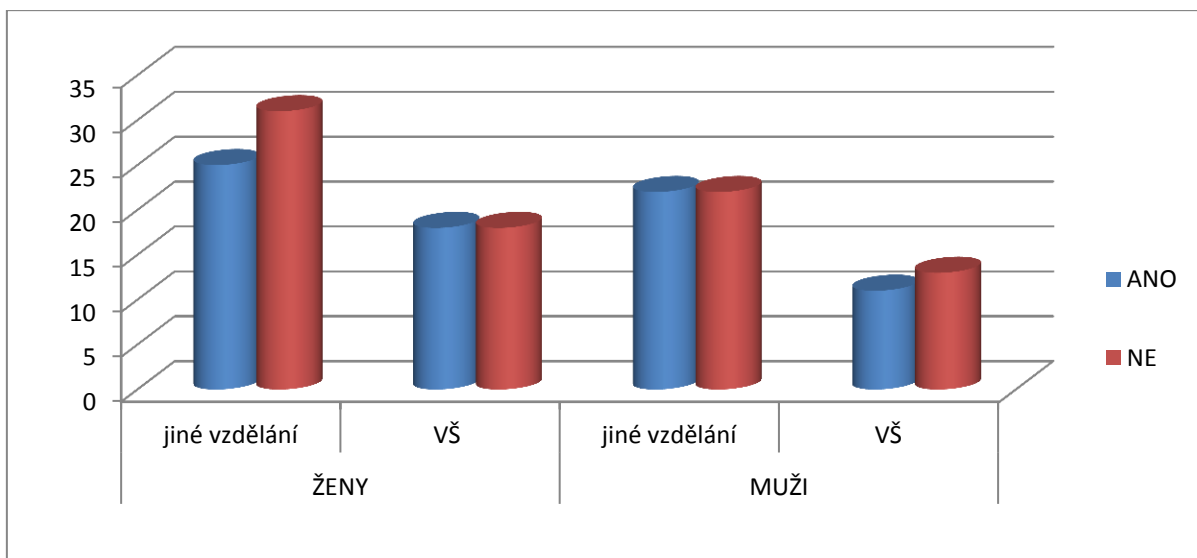
Tabulka č. 13: Souhrn výsledků otázky č. 4

| | ŽENY | | MUŽI | | CELKEM % |
|------------|---------------|-----------|---------------|-------------|----------|
| | jiné vzdělání | VŠ | jiné vzdělání | VŠ | |
| ANO | 25 (44,6 %) | 18 (50 %) | 22 (50 %) | 11 (45,8 %) | 47,5 % |
| NE | 31 (55,4 %) | 18 (50 %) | 22 (50 %) | 13 (54,2 %) | 52,5 % |

Tabulka č. 14: Zobrazení výsledků dle pohlaví a dosaženého vzdělání respondentů

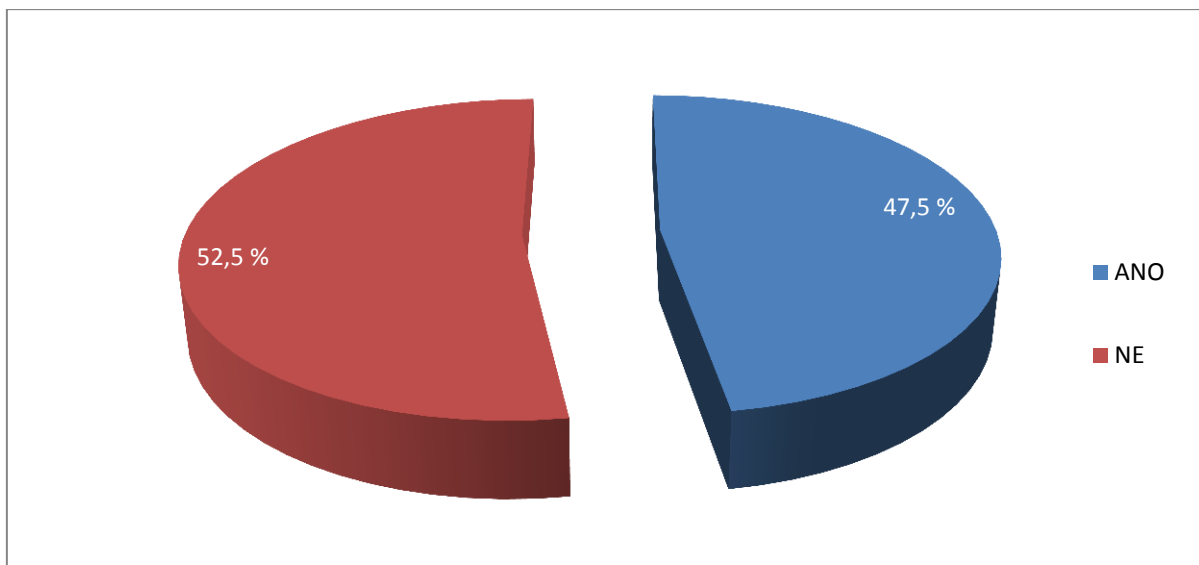
| | ŽENY | MUŽI | | jiné vzdělání | VŠ |
|-----------|-------------|-------------|------------------|---------------|------------------|
| | ANO | 43 (46,7 %) | | 33 (48,5 %) | odpověď A |
| NE | 49 (53,3 %) | 35 (51,5 %) | odpověď B | 53 (53 %) | 31 (51,7%) |

Graf č. 11: Celkové zobrazení odpovědí na otázku č. 4 dle pohlaví a dosaženého vzdělání respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 12: Celkové procentuální zobrazení odpovědí na otázku č. 4



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 4 zjišťovala, zdali respondenti vědí, že je neoznámení podezření na týrané, zneužívané či zanedbávané dítě v České republice trestné.

Více než polovina dotazovaných (52,5 %) má nesprávně za to, že neoznámení podezření na syndrom CAN trestné není, tudíž ho nelze jinak než morálně sankcionovat, jak ukazuje graf č. 12. Rozdíly v odpovědích u obou pohlaví a skupin vzdělání jsou opravdu minimální, což vidíme v grafu č. 11.

Hodnocení otázky č. 5

Otázka: Myslíte si, že lze podezření na syndrom CAN nahlásit také anonymně?

a) ano

b) ne

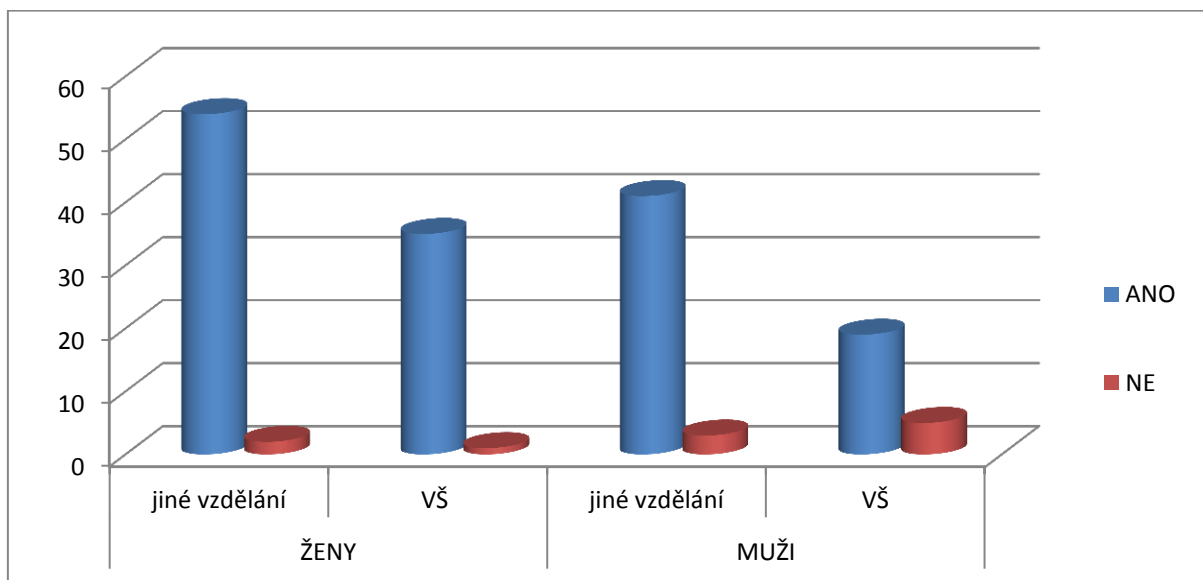
Tabulka č. 15: Souhrn výsledků otázky č. 5

| | ŽENY | | MUŽI | | CELKEM % |
|------------|---------------|------------|---------------|------------|----------|
| | jiné vzdělání | VŠ | jiné vzdělání | VŠ | |
| ANO | 54 (96,4%) | 35 (97,2%) | 41 (93,2%) | 19 (79,2%) | 93,1% |
| NE | 2 (3,6%) | 1 (2,8%) | 3 (6,8%) | 5 (20,8%) | 6,9% |

Tabulka č. 16: Zobrazení výsledků dle pohlaví a dosaženého vzdělání respondentů

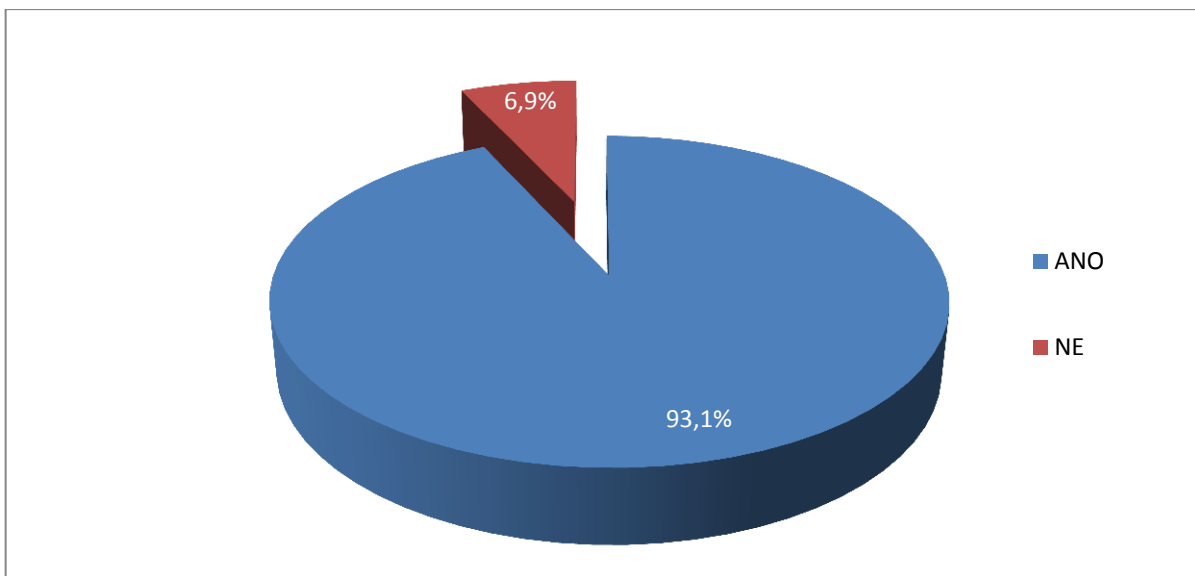
| | ŽENY | MUŽI | | jiné vzdělání | VŠ |
|------------------|------------------|------------|------------------|---------------|------------------|
| | odpověď A | 89 (96,7%) | | 60 (88,2%) | odpověď A |
| odpověď B | 3 (3,3%) | 8 (11,8%) | odpověď B | 5 (5 %) | 6 (10 %) |

Graf č. 13: Celkové zobrazení odpovědí na otázku č. 5 dle pohlaví a dosaženého vzdělání respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č 14: Celkové procentuální zobrazení odpovědí na otázku č. 5



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 5 částečně souvisela s otázkou předchozí. Vázala se k tomu, zda respondenti vědí, že podezření na syndrom CAN lze nahlásit také anonymně.

Téměř všichni respondenti (93,1 %) mají správně za to, že na podezření z týrání, zneužívání či zanedbávání dítěte lze upozornit také anonymně, což dokládá graf č. 14. Rozdíly v odpovědích obou pohlaví i stupních vzdělání jsou nepatrné, jak ukazuje graf č. 13.

Hodnocení otázky č. 6

Otázka: Patří dle vašeho názoru přehlížení, ignorování dítěte do jedné z forem syndromu CAN?

a) ano

b) ne

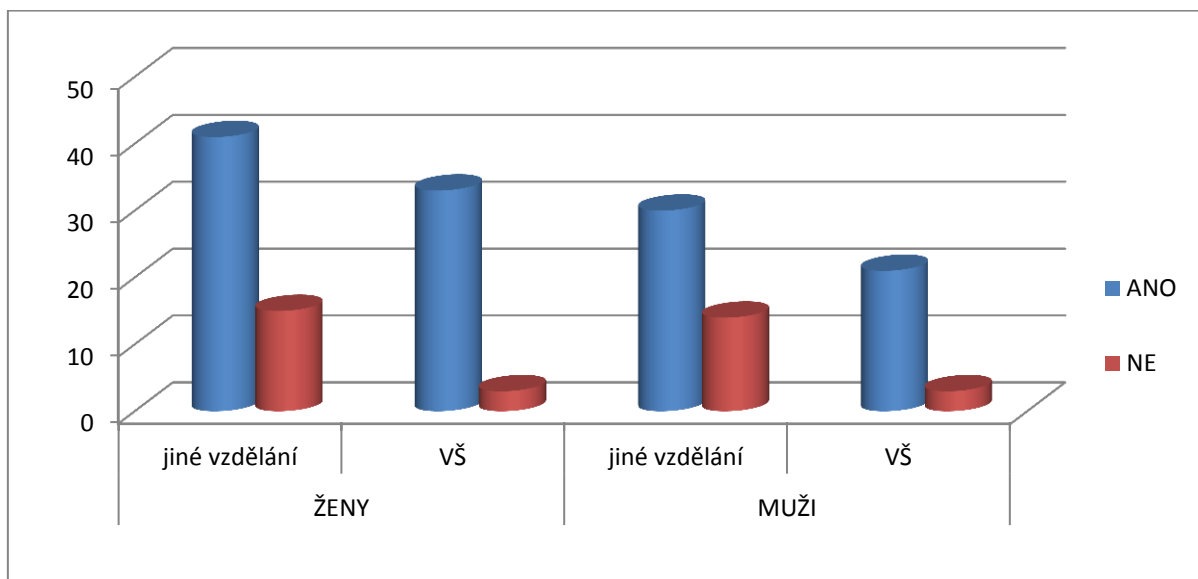
Tabulka č. 17: Souhrn výsledků otázky č. 6

| | ŽENY | | MUŽI | | CELKEM % |
|------------|---------------|-------------|---------------|-------------|----------|
| | jiné vzdělání | VŠ | jiné vzdělání | VŠ | |
| ANO | 41 (73,2 %) | 33 (91,7 %) | 30 (68,2 %) | 21 (87,5 %) | 78,1 % |
| NE | 15 (26,8 %) | 3 (8,3 %) | 14 (31,8 %) | 3 (12,5 %) | 21,9 % |

Tabulka č. 18: Zobrazení výsledků dle pohlaví a dosaženého vzdělání respondentů

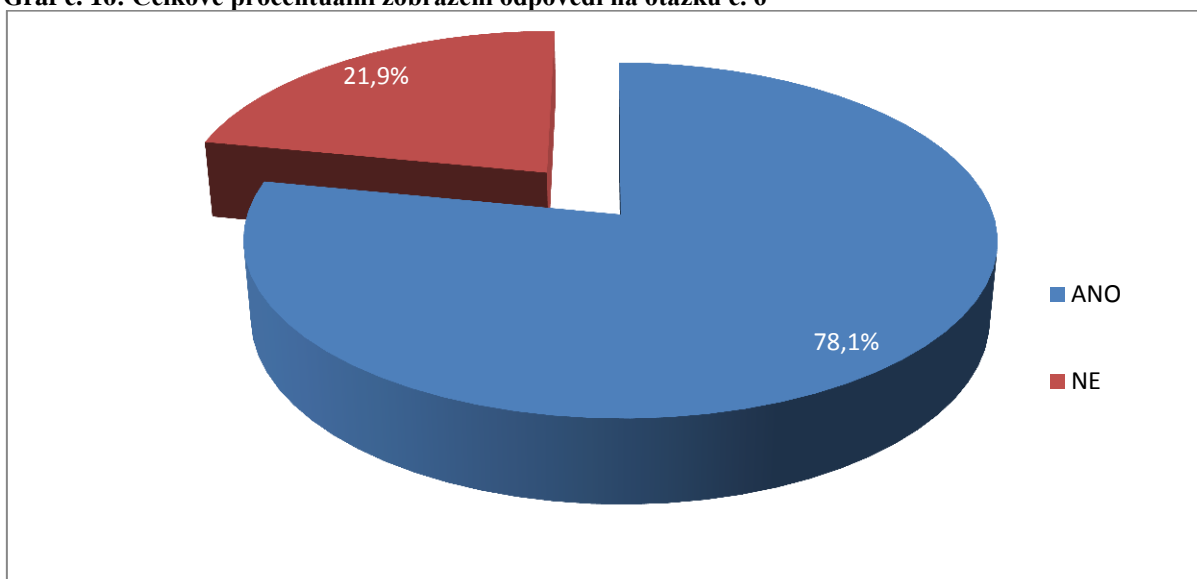
| | ŽENY | MUŽI | | jiné vzdělání | VŠ |
|-----------|-------------|-------------|-----------|---------------|------------|
| | ANO | 74 (80,4 %) | | 51 (75 %) | ANO |
| NE | 18 (19,6 %) | 17 (25 %) | NE | 29 (29 %) | 6 (10 %) |

Graf č. 15: Celkové zobrazení odpovědí na otázku č. 6 dle pohlaví a dosaženého vzdělání respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 16: Celkové procentuální zobrazení odpovědí na otázku č. 6



Zdroj: vlastní výzkum

V otázce č. 6 měli respondenti odpovědět, zda by přehlížení a ignorování dítěte zařadili do některé z forem syndromu CAN.

Více než tři čtvrtiny respondentů (78,1 %) správně uvedly, že ano, jak lze vyčíst z grafu č. 16. Nejvíce mylných odpovědí jsem zaznamenala u respondentů nižšího než vysokoškolského vzdělání. Téměř třetina z nich (29 %) se domnívá, že ignorování dítěte nepatří do jedné z forem týrání, jak můžeme vidět v grafu č. 15.

Hodnocení otázky č. 7

Otázka: *Může být dítě týráno prostřednictvím institucí (soudy, lékaři, policie), které by ho měly primárně ochraňovat?*

a) ano

b) ne

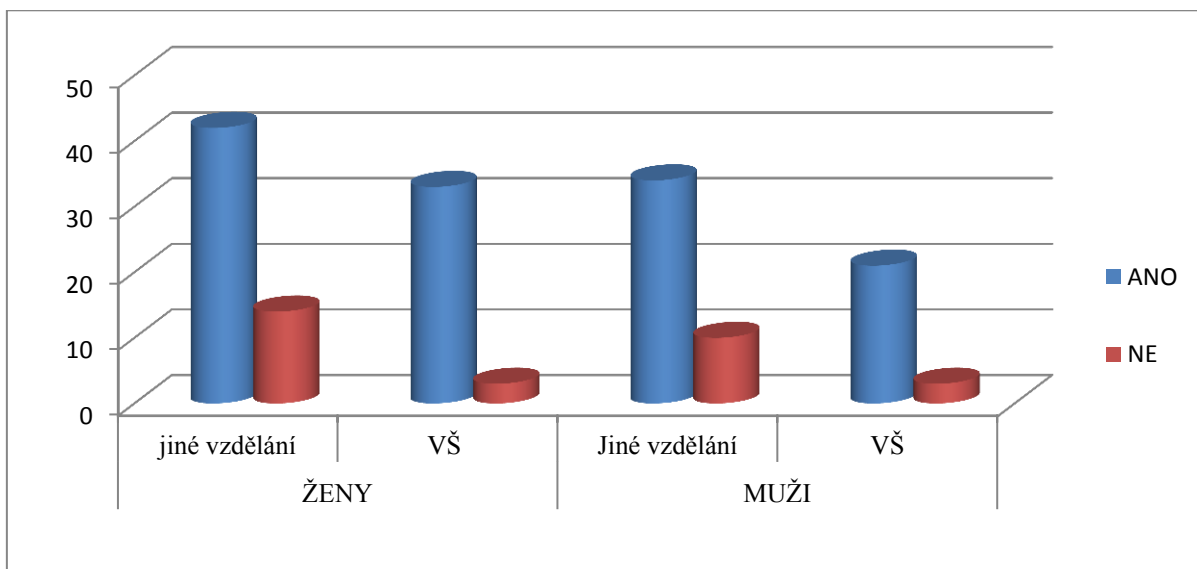
Tabulka č. 19: Souhrn výsledků otázky č. 7

| | ŽENY | | MUŽI | | CELKEM % |
|------------|---------------|-------------|---------------|-------------|----------|
| | jiné vzdělání | VŠ | jiné vzdělání | VŠ | |
| ANO | 42 (75 %) | 33 (91,7 %) | 34 (77,3 %) | 21 (87,5 %) | 81,3 % |
| NE | 14 (25 %) | 3 (8,3 %) | 10 (22,7 %) | 3 (12,5 %) | 18,7 % |

Tabulka č. 20: Zobrazení výsledků dle pohlaví a dosaženého vzdělání respondentů

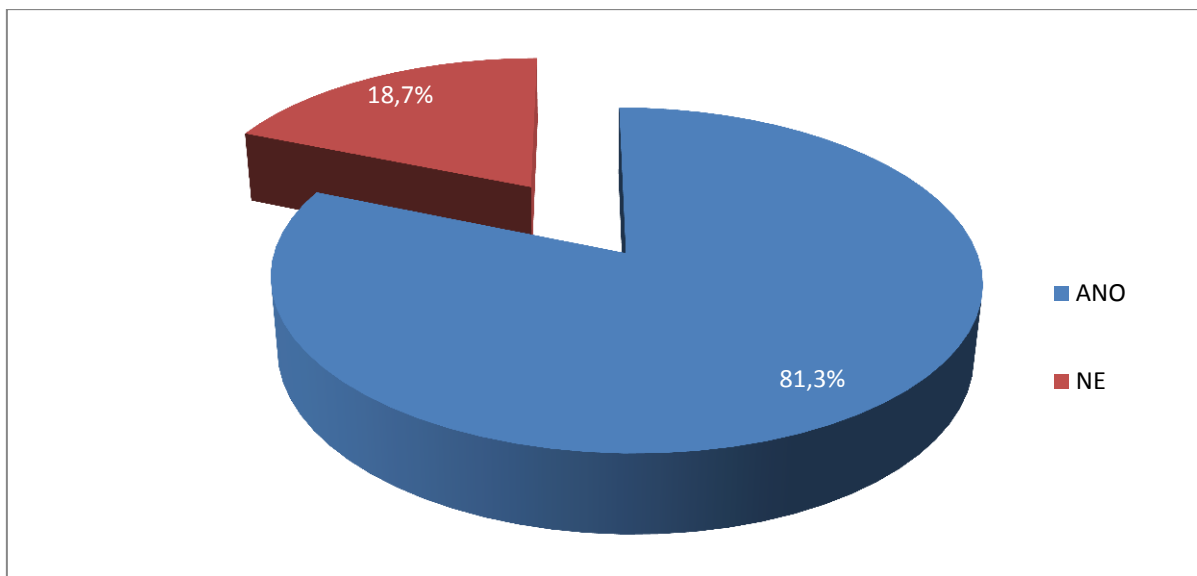
| | ŽENY | MUŽI | | jiné vzdělání | VŠ |
|-----------|-------------|-------------|-----------|---------------|------------|
| | ANO | 75 (81,5 %) | | 55 (80,9 %) | ANO |
| NE | 17 (18,5 %) | 13 (19,1 %) | NE | 24 (24 %) | 6 (10 %) |

Graf č. 17: Celkové zobrazení odpovědí na otázku č. 7 dle pohlaví a dosaženého vzdělání respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 18: Celkové procentuální zobrazení odpovědí na otázku č. 7



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 7 se vztahovala k jiné formě syndromu CAN, a sice k týrání systémovému. Respondentů jsem se tázala, zda mají povědomí o tom, že dítě může být týráno také prostřednictvím institucí (lékaři, policie, soudy), které by ho měly především ochraňovat.

Více než 80 % (81,3 %) respondentů správně odpovědělo, že i ze strany takových institucí může být dítěti ubližováno, jak dokazuje graf č. 18. Pouze necelá pětina dotazovaných (18,7 %) nepřipouští, že by z této strany mohlo docházet k týrání dětí, jak rovněž vidíme v grafu č. 18.

Hodnocení otázky č. 8

Otázka: Která z těchto forem týrání či zneužívání bývá zpravidla nejlépe prokazatelná?

- a) psychické týrání
- b) fyzické týrání
- c) sexuální zneužívání

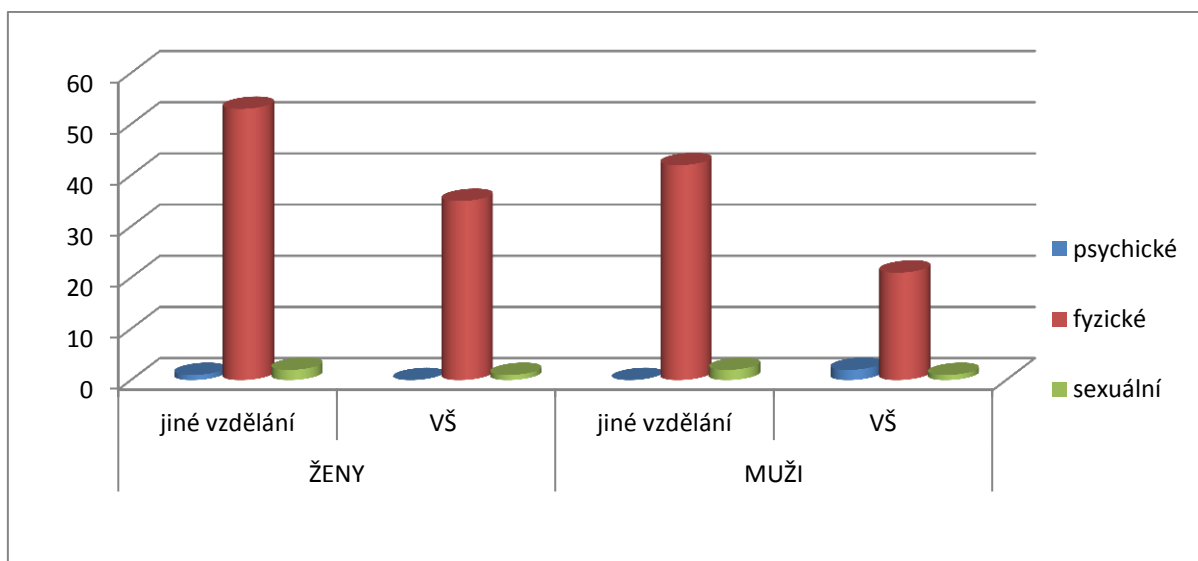
Tabulka č. 21: Souhrn výsledků otázky č. 8

| | ŽENY | | MUŽI | | CELKEM % |
|-----------|---------------|-------------|---------------|-------------|----------|
| | jiné vzdělání | VŠ | jiné vzdělání | VŠ | |
| psychické | 1 (1,8 %) | 0 (0 %) | 0 (0 %) | 2 (8,3 %) | 1,9 % |
| fyzické | 53 (94,6 %) | 35 (97,2 %) | 42 (95,5 %) | 21 (87,5 %) | 94,4 % |
| sexuální | 2 (3,6 %) | 1 (2,8 %) | 2 (4,5 %) | 1 (4,2 %) | 3,7 % |

Tabulka č. 22: Zobrazení výsledků dle pohlaví a dosaženého vzdělání respondentů

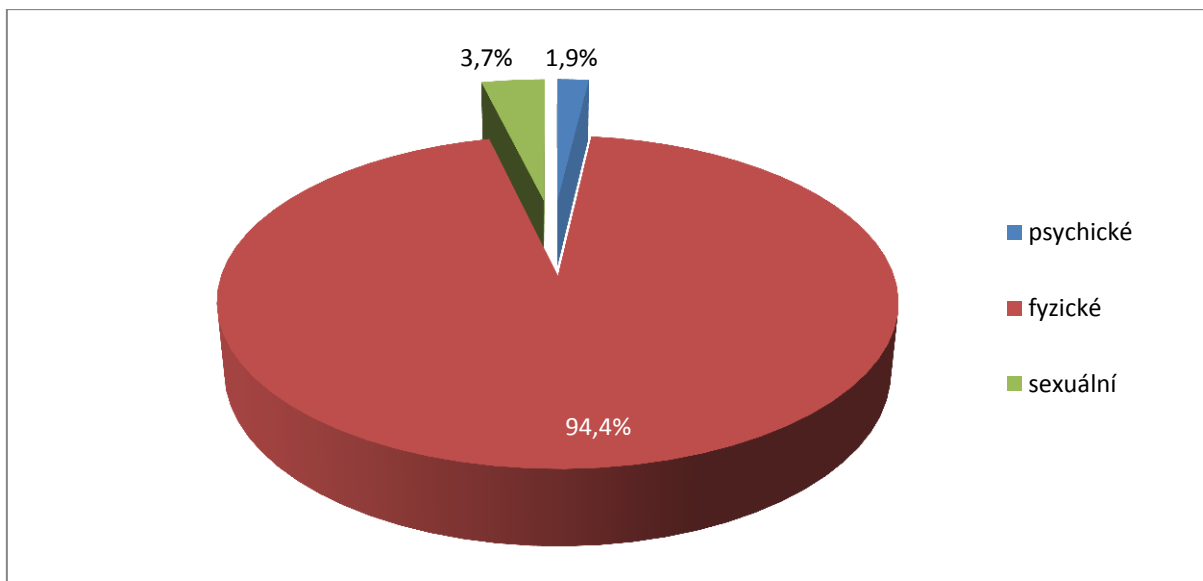
| | ŽENY | MUŽI | | jiné vzdělání | VŠ |
|----------|-------------|-------------|----------|---------------|-------------|
| | psychické | 1 (1,1 %) | | 2 (2,9 %) | psychické |
| fyzické | 88 (95,7 %) | 63 (92,7 %) | fyzické | 95 (95 %) | 56 (93,4 %) |
| sexuální | 3 (3,2 %) | 3 (4,4 %) | sexuální | 4 (4 %) | 2 (3,3 %) |

Graf č. 19: Celkové zobrazení odpovědí na otázku č. 8 dle pohlaví a dosaženého vzdělání respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 20: Celkové procentuální zobrazení odpovědí na otázku č. 8



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 8 se zaměřila na to, která z forem týrání, zneužívání či zanedbávání je dle respondentů nejlépe prokazatelná.

Řeč je o fyzickém týrání, zejména jeho aktivní formě, která, jak je popsáno v teoretické části, zpravidla zanechává viditelné stopy. Správně odpověděla drtivá většina respondentů (94,4 %), což lze vyčíst z grafu č. 20. Pouhých 1,9 % respondentů zvolilo možnost „psychické týrání“, jak rovněž dokládá graf č. 20.

Hodnocení otázky č. 9

Otázka: Vyberte, co nepatří do aktivní formy fyzického týrání.

- a) *kopání*
- b) *třesení dítětem*
- c) *nedostatečná výživa a ošacení*
- d) *ponižování dítěte*
- e) *vystavování pornografickým materiálům*

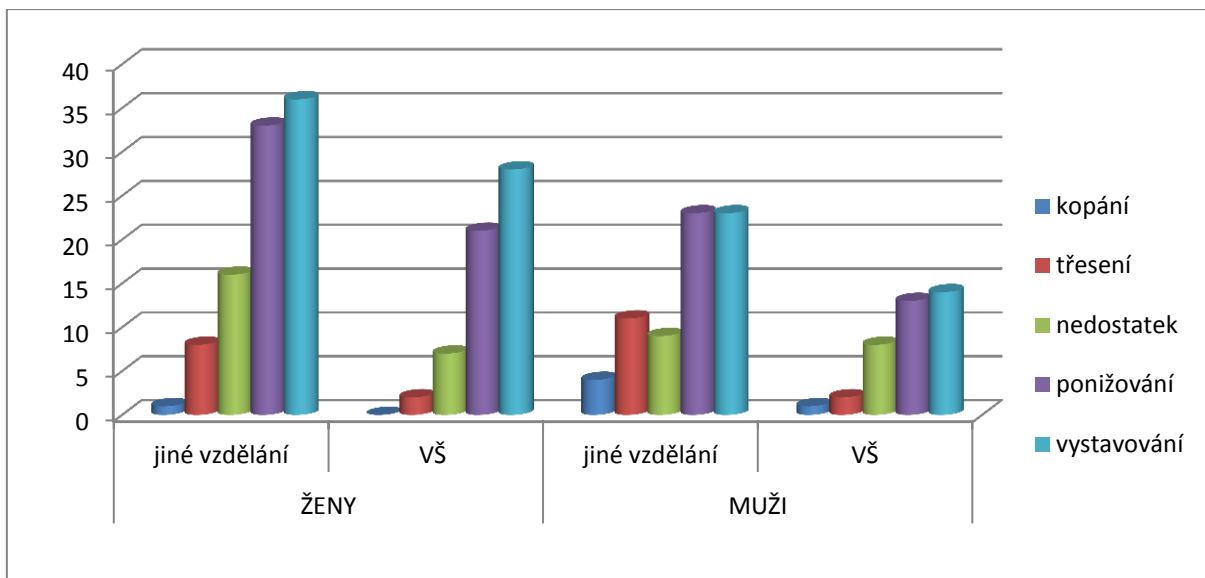
Tabulka č. 23: Souhrn výsledků otázky č. 9

| | ŽENY | | MUŽI | | CELKEM % |
|------------------|---------------|-------------|---------------|-------------|----------|
| | jiné vzdělání | VŠ | jiné vzdělání | VŠ | |
| odpověď A | 1 (1,8 %) | 0 (0 %) | 4 (9,1 %) | 1 (4,2 %) | 3,8 % |
| odpověď B | 8 (14,3 %) | 2 (5,6 %) | 11 (25 %) | 2 (8,3 %) | 14,4 % |
| odpověď C | 16 (28,6 %) | 7 (19,4 %) | 9 (20,5 %) | 8 (33,3 %) | 25 % |
| odpověď D | 33 (58,9 %) | 21 (58,3 %) | 23 (52,3 %) | 13 (54,2%) | 57,5 % |
| odpověď E | 36 (64,3 %) | 28 (77,8 %) | 23 (52,3 %) | 14 (58,3 %) | 63,1 % |

Tabulka č. 24: Zobrazení výsledků dle pohlaví a dosaženého vzdělání respondentů

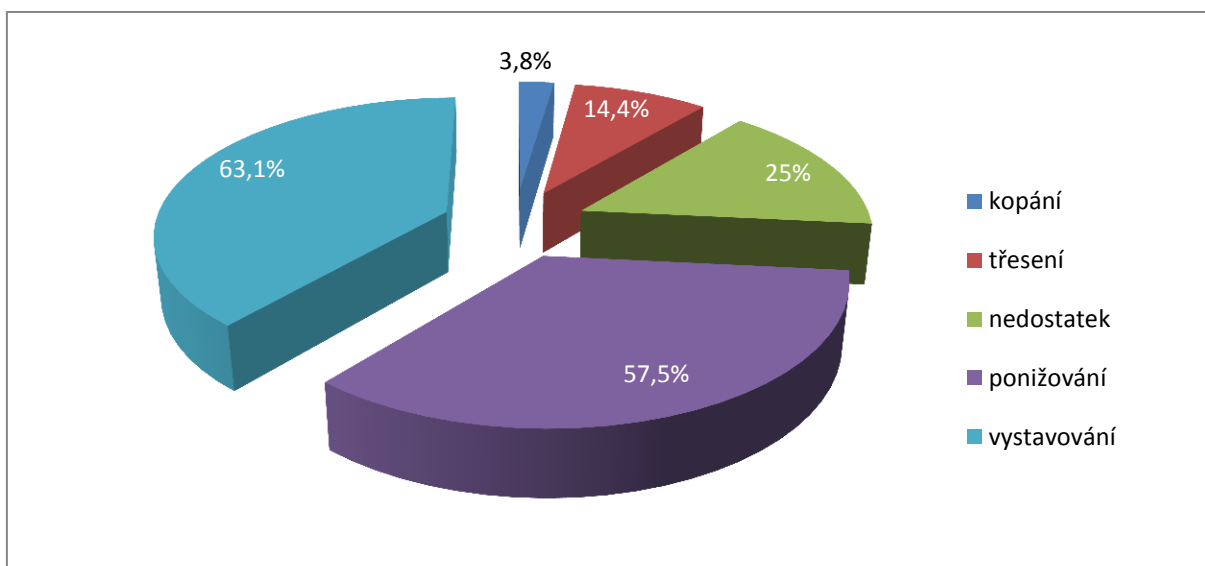
| | ŽENY | MUŽI | | jiné vzdělání | VŠ |
|------------------|-------------|-------------|------------------|---------------|-------------|
| odpověď A | 1 (1,1 %) | 5 (7,4 %) | odpověď A | 5 (5 %) | 1 (1,7 %) |
| odpověď B | 10 (10,9 %) | 13 (19,1 %) | odpověď B | 19 (19 %) | 4 (6,7 %) |
| odpověď C | 23 (25 %) | 17 (25 %) | odpověď C | 25 (25 %) | 15 (25 %) |
| odpověď D | 54 (58,7 %) | 36 (52,9 %) | odpověď E | 56 (56 %) | 34 (56,7 %) |
| odpověď E | 64 (69,6 %) | 37 (54,4 %) | odpověď F | 59 (59 %) | 42 (70 %) |

Graf č. 21: Celkové zobrazení odpovědí na otázku č. 9 dle pohlaví a dosaženého vzdělání respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 22: Celkové procentuální zobrazení odpovědí na otázku č. 9



Zdroj: vlastní výzkum

V otázce č. 9 měli respondenti zakroužkovat všechny možnosti, které by nezařadili do aktivní formy fyzického týrání.

Pouze čtvrtina dotazovaných (25 %) volila nedostatečnou výživu a ošacení (pasivní forma fyzického týrání), což lze vyčíst z grafu č. 22. Možnost „ponižování“ (psychické týrání) správně vybralo 57,5 %, jak ukazuje graf č. 22. Nejvíce respondentů (63,1 %) volilo možnost „vystavování pornografickým materiálům“ (bezkontaktní sexuální zneužívání), jak opět dokládá graf č. 22.

Hodnocení otázky č. 10

Otázka: Domníváte se, že je vtažení dítěte do konfliktu mezi rodiči považováno za týrání?

a) ano

b) ne

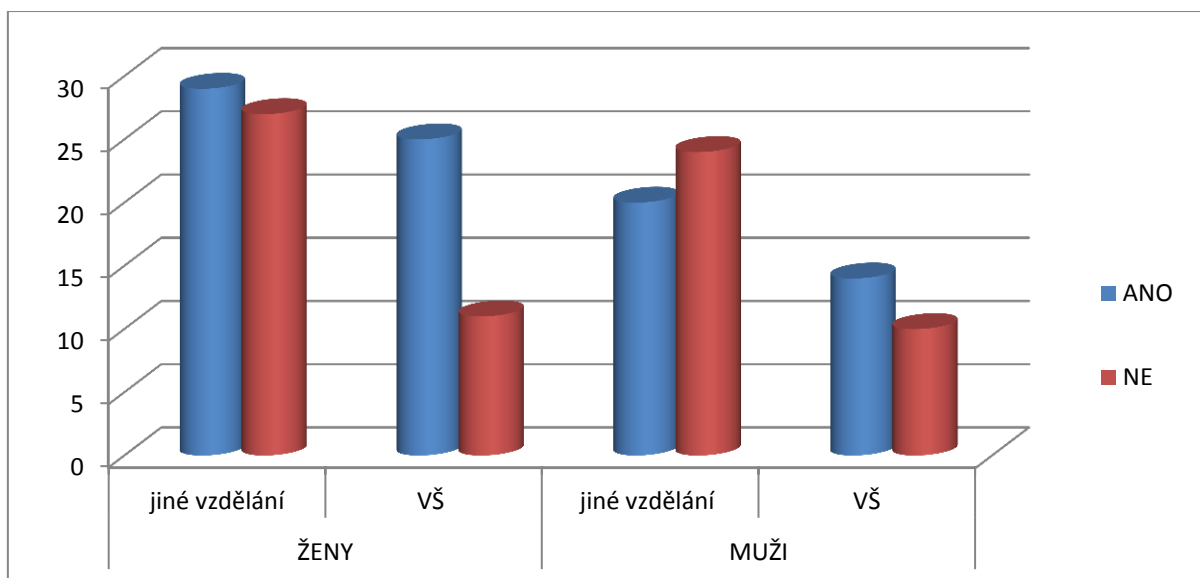
Tabulka č. 25: Souhrn výsledků otázky č. 10

| | ŽENY | | MUŽI | | CELKEM % |
|------------|---------------|-------------|---------------|-------------|-----------|
| | jiné vzdělání | VŠ | jiné vzdělání | VŠ | |
| ANO | 29 (51,8 %) | 25 (69,4 %) | 20 (45,5 %) | 14 (58,3 %) | 88 (55 %) |
| NE | 27 (48,2 %) | 11 (30,6 %) | 24 (54,5 %) | 10 (41,7 %) | 72 (5 %) |

Tabulka č. 26: Zobrazení výsledků dle pohlaví a dosaženého vzdělání respondentů

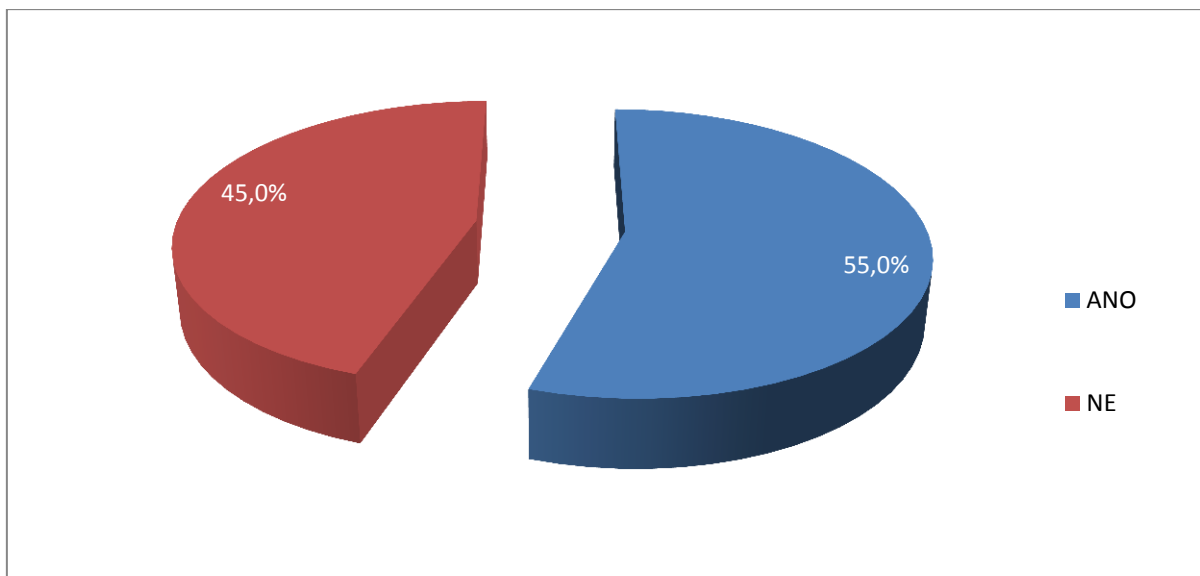
| | ŽENY | MUŽI | | jiné vzdělání | VŠ |
|-----------|-------------|-------------|-----------|---------------|------------|
| | ANO | 54 (58,7 %) | | 34 (50 %) | ANO |
| NE | 38 (41,3 %) | 34 (50 %) | NE | 51 (51 %) | 21 (35 %) |

Graf č. 23: Celkové zobrazení odpovědí na otázku č. 10 dle pohlaví a dosaženého vzdělání respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 24: Celkové procentuální zobrazení odpovědí na otázku č. 10



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 10 zjišťovala, zda může být dítě týráno prostřednictvím zatahování do konfliktů mezi rodiči.

Téměř polovina respondentů (45 %), jak vidíme v grafu č. 24, nepovažuje vystavování dítěte konfliktům mezi rodiči za něco, co dětem velmi ubližuje a zanechává následky na jejich psychice. Srovnáme-li odpovědi jednotlivých skupin respondentů, největší znalost prokázali vysokoškolsky vzdělaní respondenti. 65 % z nich by přihlížení dítěte sporům mezi rodiči správně zařadilo do jedné z forem týrání, jak ukazuje graf č. 23.

Hodnocení otázky č. 11

Otázka: Vyberte, co znamená krizová intervence.

- a) poskytnutí finanční pomoci klientovi
- b) zahájení léčení posttraumatické stresové poruchy
- c) zklidnění klienta a pomoc se zorientováním v jeho situaci

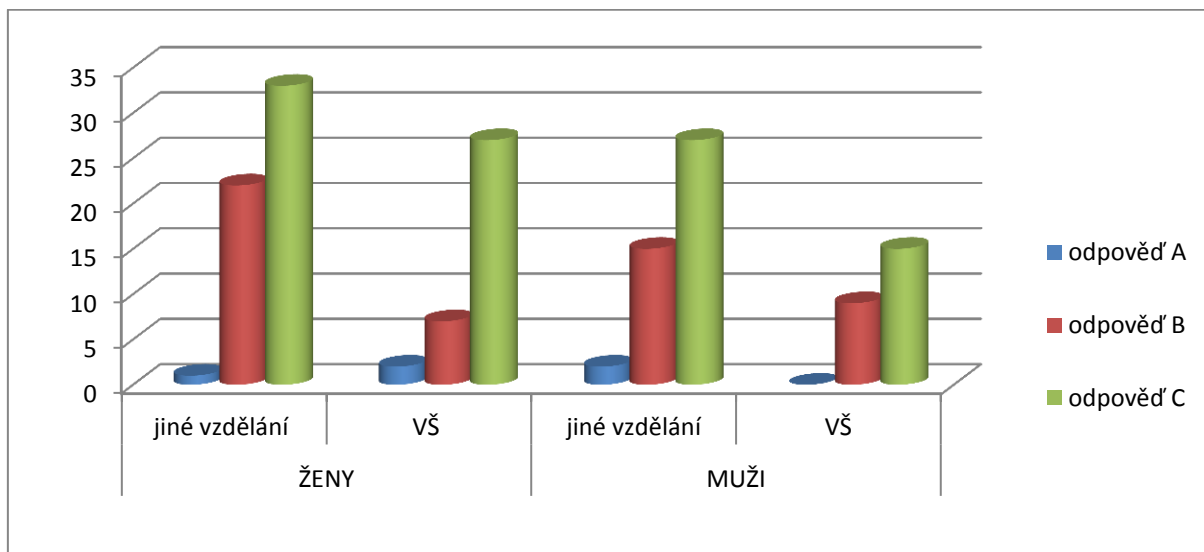
Tabulka č. 27: Souhrn výsledků otázky č. 11

| | ŽENY | | MUŽI | | CELKEM % |
|------------------|---------------|------------|---------------|-------------|----------|
| | jiné vzdělání | VŠ | jiné vzdělání | VŠ | |
| odpověď A | 1 (1,8 %) | 2 (5,6 %) | 2 (4,5 %) | 0 (0 %) | 3,1 % |
| odpověď B | 22 (39,3 %) | 7 (19,4 %) | 15 (34,1 %) | 9 (37,5 %) | 33,1 % |
| odpověď C | 33 (58,9 %) | 27 (75 %) | 27 (61,4 %) | 15 (62,5 %) | 63,8 % |

Tabulka č. 28: Zobrazení výsledků dle pohlaví a dosaženého vzdělání respondentů

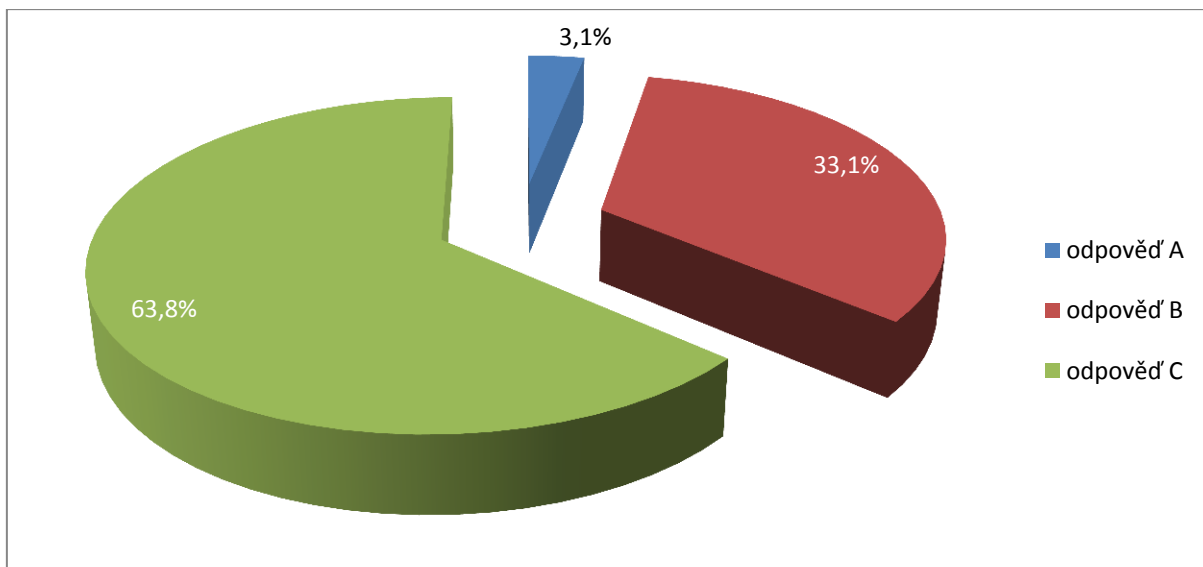
| | ŽENY | MUŽI | | jiné vzdělání | VŠ |
|------------------|-------------|-------------|------------------|---------------|-------------|
| odpověď A | 3 (3,3 %) | 2 (2,9 %) | odpověď A | 3 (3 %) | 2 (3,3 %) |
| odpověď B | 29 (31,5 %) | 24 (35,3 %) | odpověď B | 37 (37 %) | 16 (26,7 %) |
| odpověď C | 60 (65,2 %) | 42 (61,8 %) | odpověď C | 60 (60 %) | 42 (70 %) |

Graf č. 25: Celkové zobrazení odpovědí na otázku č. 11 dle pohlaví a dosaženého vzdělání respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 26: Celkové procentuální zobrazení odpovědí na otázku č. 11



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 11 zjišťovala, zdali respondenti vědí, co znamená termín „krizová intervence“.

Správně odpovědělo 63,8 % respondentů, jak dokládá graf č. 26. Přibližně třetina dotazovaných (33,1 %) si tento termín nesprávně spojuje s posttraumatickou stresovou poruchou, resp. zahájením jejího léčení, jak rovněž vidíme v grafu č 26. 3,1 % dotazovaných se domnívá, že jde o poskytnutí finanční pomoci klientovi, jak dokládá graf č. 25.

Hodnocení otázky č. 12

Otázka: Víte, kde byste hledali nejbližší dětské krizové centrum?

- a) Třebíč
- b) Brno
- c) Jihlava
- d) Olomouc

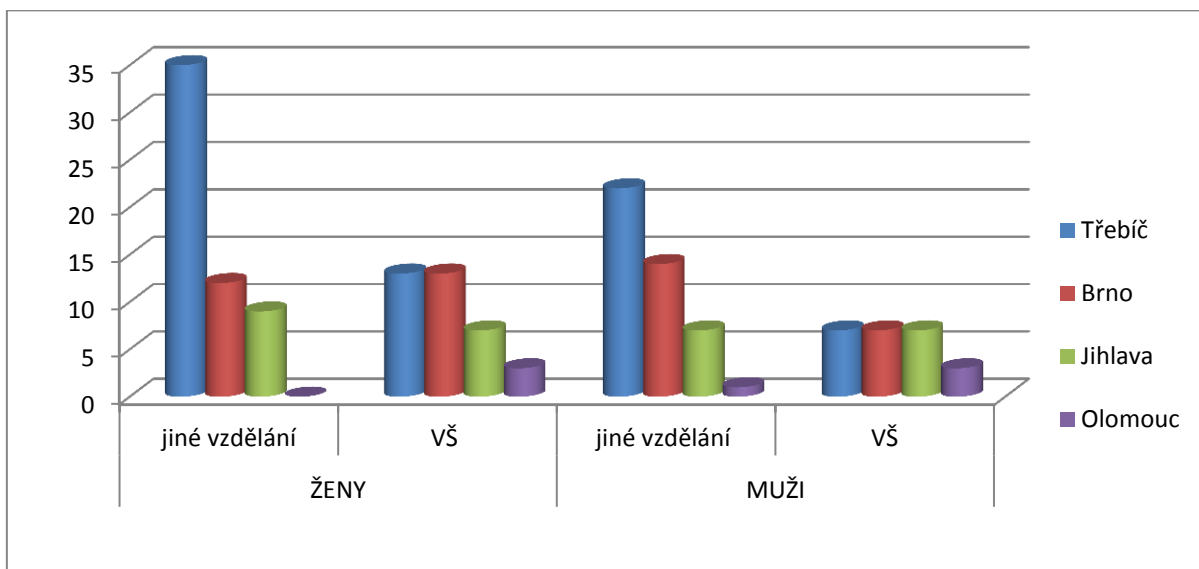
Tabulka č. 29: Souhrn výsledků otázky č. 12

| | ŽENY | | MUŽI | | CELKEM % |
|----------------|---------------|-------------|---------------|------------|----------|
| | jiné vzdělání | VŠ | jiné vzdělání | VŠ | |
| Třebíč | 35 (62,5 %) | 13 (36,1 %) | 22 (50 %) | 7 (29,2 %) | 48,1 % |
| Brno | 12 (21,4 %) | 13 (36,1 %) | 14 (31,8 %) | 7 (29,1 %) | 28,8 % |
| Jihlava | 9 (16,1 %) | 7 (19,4 %) | 7 (15,9 %) | 7 (29,2 %) | 18,8 % |
| Olomouc | 0 | 3 (8,4 %) | 1 (2,3 %) | 3 (12,5 %) | 4,3 % |

Tabulka č. 30: Zobrazení výsledků dle pohlaví a dosaženého vzdělání respondentů

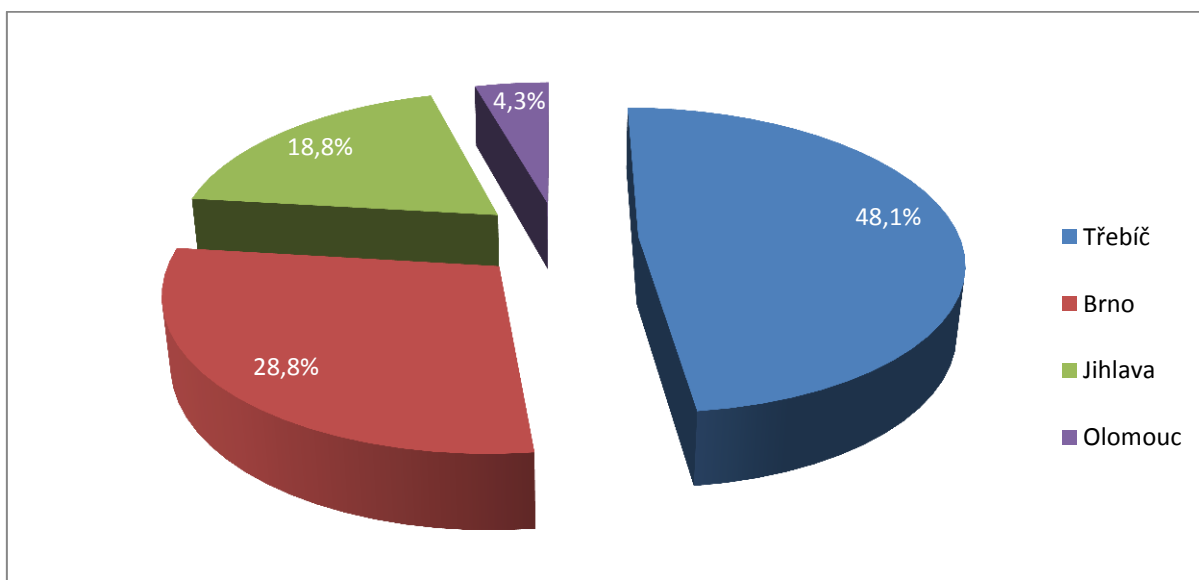
| | ŽENY | MUŽI | | jiné vzdělání | VŠ |
|----------------|-------------|-------------|----------------|---------------|-------------|
| Třebíč | 48 (52,2 %) | 29 (42,6 %) | Třebíč | 57 (57 %) | 20 (33,3 %) |
| Brno | 25 (27,2 %) | 21 (30,9 %) | Brno | 26 (26 %) | 20 (33,3 %) |
| Jihlava | 16 (17,4 %) | 14 (20,6 %) | Jihlava | 16 (16 %) | 14 (23,4 %) |
| Olomouc | 3 (3,2 %) | 4 (5,9 %) | Olomouc | 1 (1 %) | 6 (10 %) |

Graf č. 27: Celkové zobrazení odpovědí na otázku č. 12 dle pohlaví a dosaženého vzdělání respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 28: Celkové procentuální zobrazení odpovědí na otázku č. 12



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 12 se zaměřila na to, zdali respondenti vědí, kde by hledali dětské krizové centrum nejbližší jejich bydlišti.

Vycházela jsem z toho, že jsem v rámci výzkumného šetření oslovovala respondenty z okresu Třebíč. Správně zvolilo možnost „Brno“ jen 28,8 % respondentů, jak vidíme v grafu č. 28. Naopak, téměř polovina respondentů (48,1 %), se mylně domnívá, že se nejbližší dětské krizové centrum nachází přímo v Třebíči.

Hodnocení otázky č. 13

Otázka: Domníváte se, že je u lidí, kteří se v dětství stali obětí syndromu CAN, pravděpodobnější, že se sami stanou pachateli a budou své děti týrat či zneužívat?

- a) někteří ano, jiní ne
- b) ano, vždy
- c) ne, nikdy

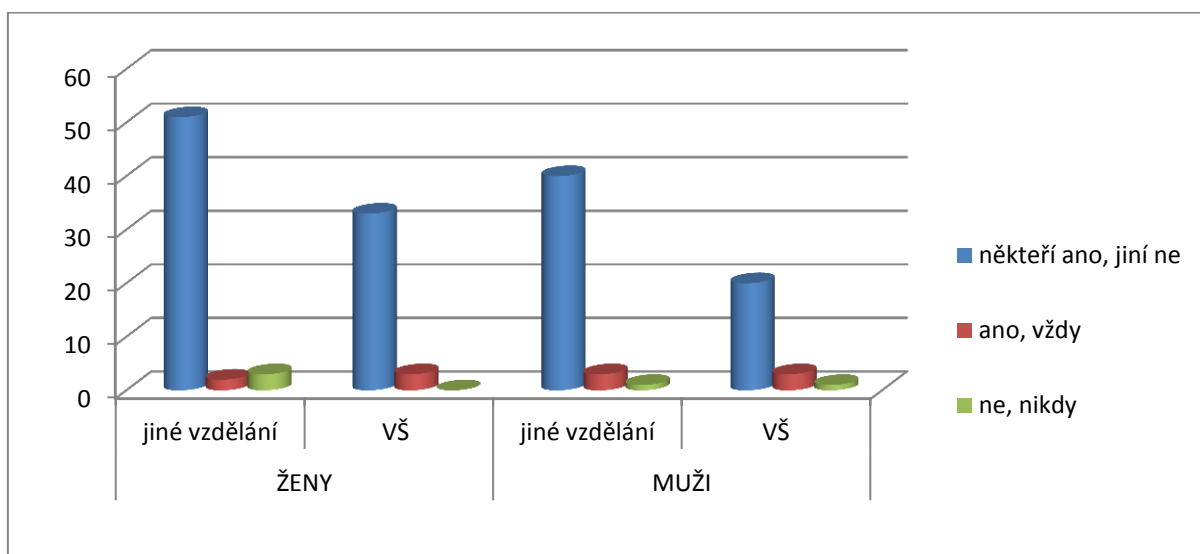
Tabulka č. 31: Souhrn výsledků otázky č. 13

| | ŽENY | | MUŽI | | CELKEM % |
|------------------|---------------|-------------|---------------|-------------|----------|
| | jiné vzdělání | VŠ | jiné vzdělání | VŠ | |
| odpověď A | 51 (91,1 %) | 33 (91,7 %) | 40 (90,9 %) | 20 (83,3 %) | 90 % |
| odpověď B | 2 (3,5 %) | 3 (8,3 %) | 3 (6,8 %) | 3 (12,5 %) | 6,9 % |
| odpověď C | 3 (5,4 %) | 0 | 1 (2,3 %) | 1 (4,2 %) | 3,1 % |

Tabulka č. 32: Zobrazení výsledků dle pohlaví a dosaženého vzdělání respondentů

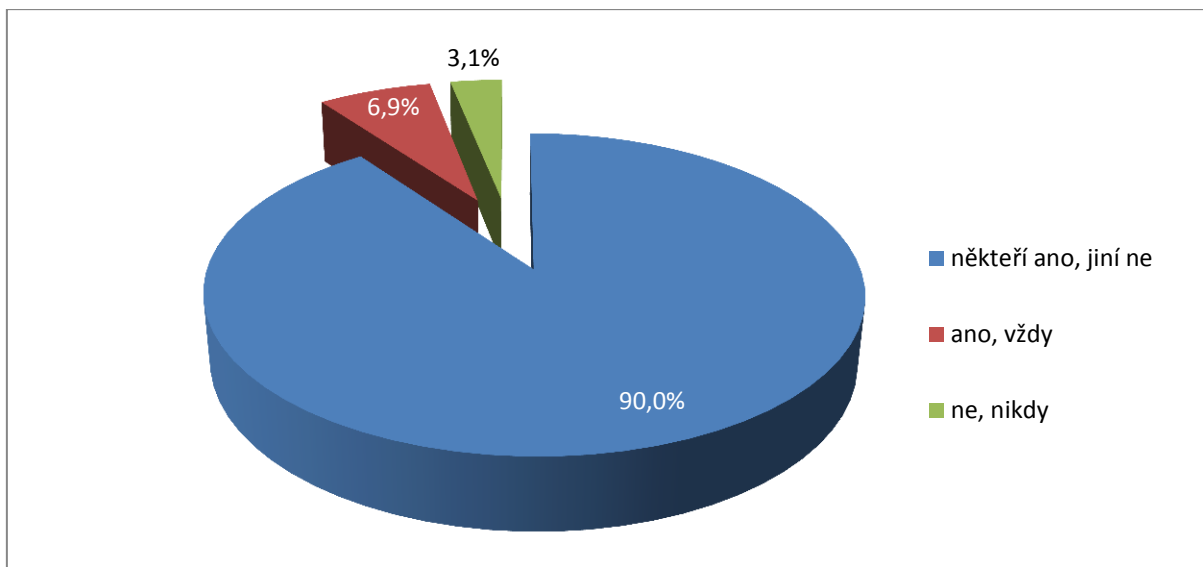
| | ŽENY | | MUŽI | | CELKEM |
|------------------|---------------|-------------|---------------|-------------|-----------|
| | jiné vzdělání | VŠ | jiné vzdělání | VŠ | |
| odpověď A | 84 (91,3 %) | 60 (88,2 %) | 40 (90,9 %) | 20 (83,3 %) | 91 (91 %) |
| odpověď B | 5 (5,4 %) | 6 (8,8 %) | 3 (6,8 %) | 3 (12,5 %) | 5 (5 %) |
| odpověď C | 3 (3,3 %) | 2 (3 %) | 1 (2,3 %) | 1 (4,2 %) | 4 (4 %) |

Graf č. 29: Celkové zobrazení odpovědí na otázku č. 13 dle pohlaví a dosaženého vzdělání respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 30: Celkové procentuální zobrazení odpovědí na otázku č. 13



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 13 se vztahovala k transgeneračnímu přenosu syndromu CAN. Respondenti měli zvolit, zda u lidí, kteří se v minulosti stali oběťmi týrání, zneužívání či zanedbávání, je pravděpodobnější, že se v budoucnosti sami stanou pachateli syndromu CAN.

Celých 90 % respondentů správně zvolilo možnost „někteří ano, jiní ne“, jak lze vyčíst z grafu č. 30. 6,9 % dotazovaných má za to, že lidé, kteří byli týráni, vždy přenáší tento syndrom do svých budoucích rodin, jak ukazuje graf č. 30. Naopak, 3,1 % respondentů, jak rovněž dokládá graf č. 30, se domnívá, že takoví lidé se pachateli syndromu CAN nestávají nikdy.

Hodnocení otázky č. 14

Otázka: *Myslíte si, že Česká republika v minulosti podepsala Úmluvu o právech dítěte a je tedy povinna se jí řídit?*

a) ano

b) ne

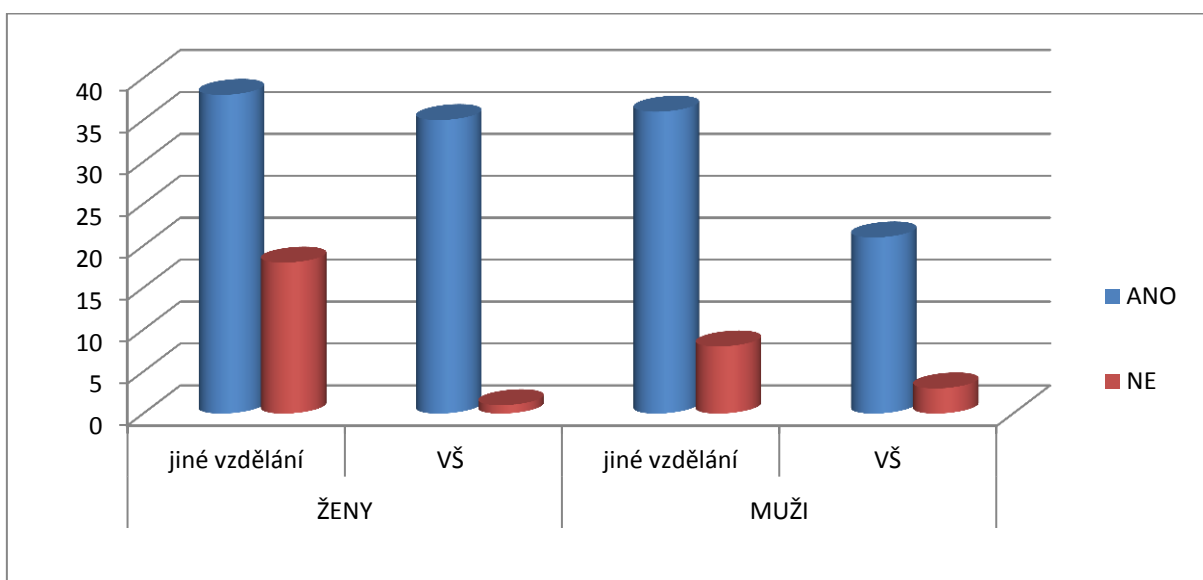
Tabulka č. 33: Souhrn výsledků otázky č. 14

| | ŽENY | | MUŽI | | CELKEM % |
|------------|---------------|------------|---------------|------------|----------|
| | jiné vzdělání | VŠ | jiné vzdělání | VŠ | |
| ANO | 38 (67,9%) | 35 (97,2%) | 36 (81,8%) | 21 (87,5%) | 81,2 % |
| NE | 18 (32,1%) | 1 (2,8%) | 8 (18,2%) | 3 (12,5%) | 18,8 % |

Tabulka č. 34: Zobrazení výsledků dle pohlaví a dosaženého vzdělání respondentů

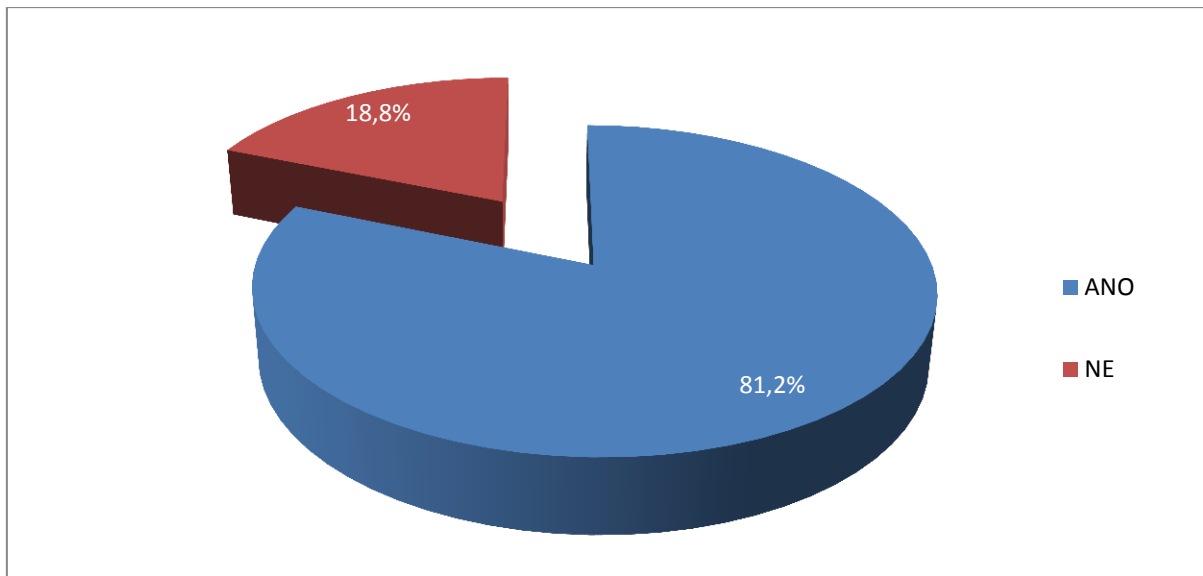
| | ŽENY | MUŽI | | jiné vzdělání | VŠ |
|------------|-------------|-------------|------------|---------------|-------------|
| | ANO | ANO | | ANO | ANO |
| ANO | 73 (79,3 %) | 57 (83,8 %) | ANO | 74 (74 %) | 56 (93,3 %) |
| NE | 19 (20,7 %) | 11 (16,2 %) | NE | 26 (26 %) | 4 (6,7 %) |

Graf č. 31: Celkové zobrazení odpovědí na otázku č. 14 dle pohlaví a dosaženého vzdělání respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 32: Celkové procentuální zobrazení odpovědí na otázku č. 14



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 14 se respondentů dotazovala, zda Česká republika v minulosti podepsala nadzákonnou právní normu Úmluvu o právech dítěte.

Správně odpovědělo 81,2 % dotazovaných, jak ukazuje graf č. 32. Poměrně velké rozdíly jsem zaznamenala v odpovědích žen. Zatímco 67,9 % žen nižšího než vysokoškolského vzdělání se domnívá, že Česká republika Úmluvu podepsala, u žen vysokoškolského vzdělání je to celých 97,2 %, jak vidíme v grafu č. 31.

Hodnocení otázky č. 15

Otázka: Považujete česká média za zdroj, který nás dostatečně a objektivně informuje o problematice syndromu CAN?

a) ano

b) ne

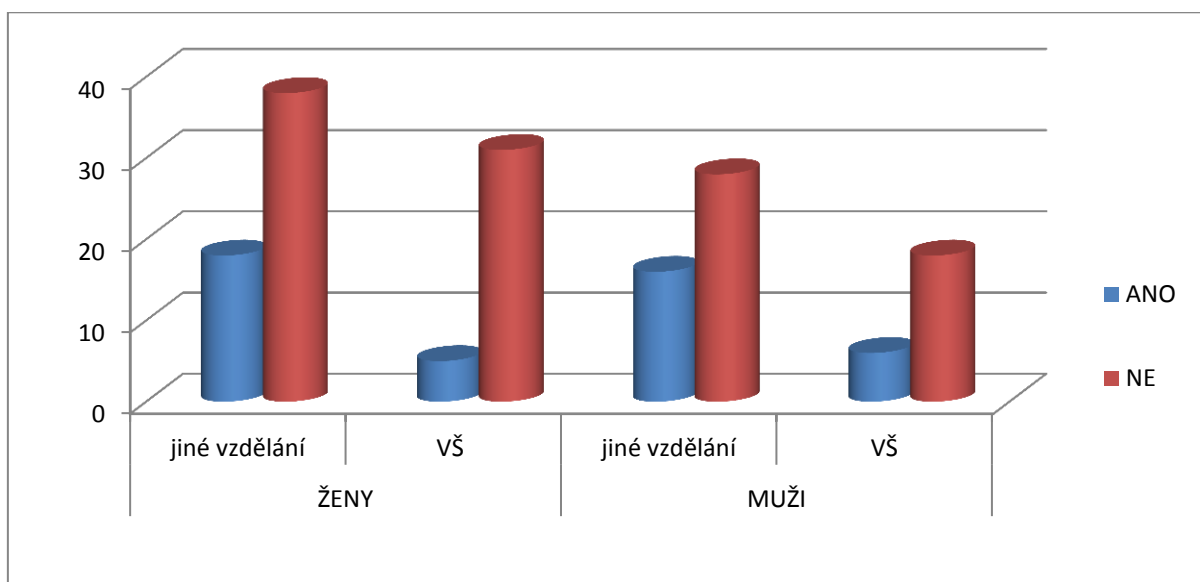
Tabulka č. 36: Souhrn výsledků otázky č. 14

| | ŽENY | | MUŽI | | CELKEM % |
|------------|---------------|-------------|---------------|----------|----------|
| | jiné vzdělání | VŠ | jiné vzdělání | VŠ | |
| ANO | 18 (32,1 %) | 5 (13,9 %) | 16 (36,4 %) | 6 (25%) | 28,1 % |
| NE | 38 (67,9 %) | 31 (86,1 %) | 28 (63,6 %) | 18 (75%) | 71,9 % |

Tabulka č. 37: Zobrazení výsledků dle pohlaví a dosaženého vzdělání respondentů

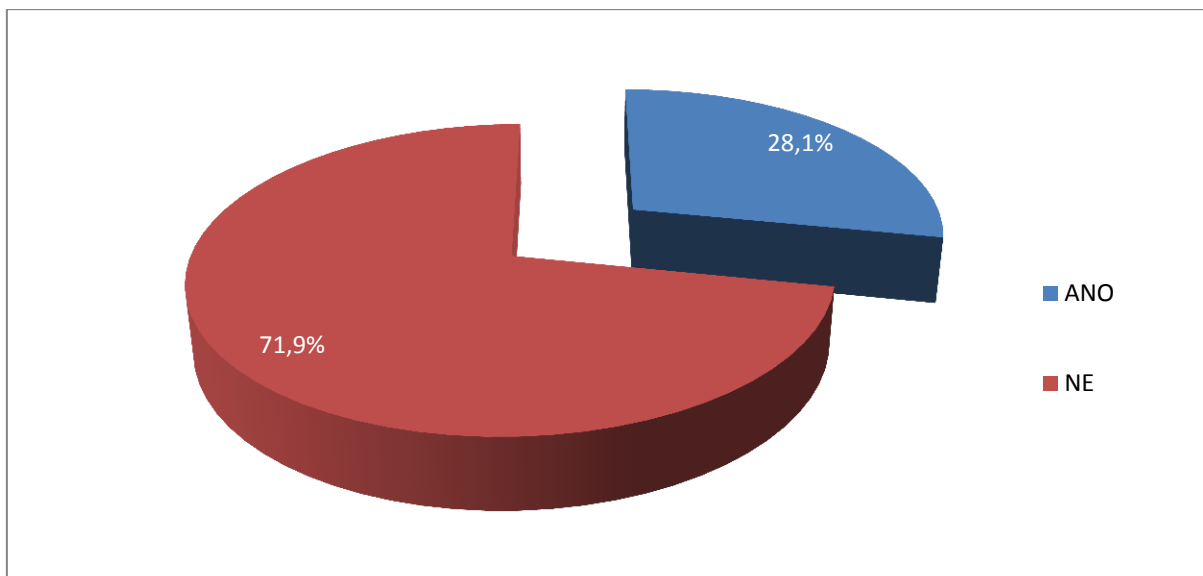
| | ŽENY | MUŽI | | jiné vzdělání | VŠ |
|-----------|------------|-------------|-----------|---------------|-------------|
| | ANO | 23 (25 %) | | 22 (32,4 %) | ANO |
| NE | 69 (75 %) | 46 (67,6 %) | NE | 66 (66 %) | 49 (81,7 %) |

Graf č. 33: Celkové zobrazení odpovědí na otázku č. 15 dle pohlaví a dosaženého vzdělání respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 34: Celkové procentuální zobrazení odpovědí na otázku č. 15



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 15 zjišťovala, jak vnímají respondenti informace o syndromu CAN předávané médií. Celých 71,9 % respondentů, jak dokládá graf č. 34, hodnotí informace jako neobjektivní a nedostatečné. U respondentů s vysokoškolským vzděláním negativně hodnotí informace získávané z masmédií 81,7 % dotazovaných, jak lze vyčíst z grafu č. 33. U žen s vysokoškolským vzděláním je to dokonce 86,1 %, jak rovněž vidíme v grafu č. 33.

8.7 Diskuze

V rámci diskuze bych ráda konfrontovala získané výsledky s výzkumnými předpoklady, které jsem si stanovila na počátku šetření.

Výzkumný předpoklad č. 1: Předpokládám, že celková informovanost o syndromu CAN bude na Třebíčsku menší než 50 %.

K prvnímu výzkumnému předpokladu se vztahovaly všechny otázky vyjma č. 2, 3 a 15. U čtyř otázek (č. 1, 5, 8, 13) respondenti správně odpovídali ve více než 90 %. U dalších tří otázek (č. 6, 7, 14) respondenti prokázali větší než 75% informovanost. U otázky č. 11 správně odpovědělo více než 60 % respondentů. Otázka č. 9 měla více správných možností, zatímco dvě z nich zvolilo přibližně 60 %, třetí, možnost „nedostatečná výživa a ošacení“, pouze 25 %.

Jako neuspokojivý hodnotím výsledek otázky č. 4, kdy více než polovina respondentů (52,5 %) neví, že je neoznámení podezření na syndrom CAN v České republice trestné. Za negativní dále považuji výsledek otázky č. 10. Téměř polovina respondentů (45 %) nevnímá vtažení dítěte do sporů mezi rodiči za jev, který má znaky týrání dítěte. A konečně u otázky č. 12 vědělo pouhých 28,8 % respondentů, kde by hledalo nejbližší dětské krizové centrum.

U ostatních otázek, jak jsem výše uvedla, respondenti prokázali více než dobré znalosti, proto se stanovený *výzkumný předpoklad nepotvrdil*.

Výzkumný předpoklad č. 2: Předpokládám, že více než 95 % respondentů dokáže vybrat správnou definici syndromu CAN.

K tomuto výzkumnému předpokladu se vážala první otázka. Správnou definici syndromu CAN vybralo 94,7 % respondentů, ostatní dotazovaní (5,3 %) nebyli pro zachování objektivitu v dalších otázkách zohledňováni. Domnívám se, že mezi laickou veřejností není termín příliš rozšířen. Respondentům však, jak již bylo zmíněno, mohly být nápomocny další otázky v dotazníku, stejně jako celé znění anglické zkratky CAN (Child abuse and Neglect).

Přestože schopnost vybrat správnou definici prokázala většina respondentů, stanovený *výzkumný předpoklad se nepotvrdil*.

Výzkumný předpoklad č. 3: Předpokládám, že ženy disponují větší informovaností o syndromu CAN než muži.

K tomuto předpokladu se rovněž vztahovaly všechny otázky vyjma č. 2, 3 a 15. Z výzkumu vyplývá, že v povědomí o syndromu CAN není mezi ženami a muži téměř žádný rozdíl. U žádné otázky jsem nezaznamenala větší než 10% rozdíl ve správnosti odpovědí.

S jistotou lze říci, že se ani tento mnou stanovený *výzkumný předpoklad nepotvrdil.*

Výzkumný předpoklad č. 4: Předpokládám, že respondenti s vysokoškolským vzděláním prokazují větší informovanost o syndromu CAN než respondenti s nižším vzděláním.

Tuto hypotézu jsem rovněž konfrontovala s výsledky všech otázek vyjma č. 2, 3 a 15.

U odpovědí na čtyři otázky jsem zaznamenala rozdíl v odpovědích. Otázka č. 6 zjišťovala, zda by respondenti zařadili přehlížení dítěte do jedné z forem týrání. Zatímco 90 % vysokoškolsky vzdělaných respondentů považuje ignorování dítěte za týrání, u respondentů s nižším vzděláním je to o téměř dvacet procent méně (71 %). Otázka č. 7 se zaměřovala na to, zda mohou instituce zřízené na ochranu dítěte nejen pomáhat, ale také dítěti ubližovat. Zatímco 90 % vysokoškolsky vzdělaných respondentů vnímá a připouští systémové týrání, u dotazovaných s nižším vzděláním je to 76 %. Otázka č. 10 se vztahovala k týrání dítěte, které je spojeno s konflikty mezi rodiči. Zatímco 65 % vysokoškolsky vzdělaných spatřuje v přihlížení sporům mezi rodiči ubližování dítěti, u respondentů s nižším vzděláním je to pouze necelá polovina (49 %).

U ostatních otázek však nebyly rozdíly ve správnosti odpovědí větší než 10%, proto je zapotřebí konstatovat, že se stanovený *výzkumný předpoklad nepotvrdil.*

Výzkumný předpoklad č. 5: Předpokládám, že více než 70 % respondentů nepovažuje za trestné, pokud neoznámí podezření na syndrom CAN.

K tomuto výzkumnému předpokladu se vztahovala otázka č. 4. Celých 52,5 % nepovažuje neoznámení podezření na syndrom CAN za trestné.

Přestože jde více než o polovinu respondentů, což je v tomto případě poměrně nepříznivý výsledek, stanovený *výzkumný předpoklad se nepotvrdil.*

*Výzkumný předpoklad č. 6: **Předpokládám, že více než 80 % respondentů uvede, že by při zjištění podezření na syndrom CAN nezůstalo nečinnými a pomohlo by.***

Výzkumný předpoklad se vázal k otázce č. 3, u které měli respondenti uvést, jak by se zachovali, kdyby věděli o dítěti v jejich okolí, kterému je ubližováno. Celých 99,4 % respondentů uvedlo, že by pomohlo a nezůstalo nečinnými. Pouze jeden respondent (muž, nižší než vysokoškolské vzdělání) by dle odpovědi situaci neřešil.

Otázkou samozřejmě zůstává, do jaké míry jsou odpovědi věrohodné a zda by dotazovaní ve skutečnosti jednali tak, jak uváděli. Hovořím o jedné z nevýhod dotazníku, kdy mohou respondenti odpovídat neupřímně, tedy tak, jak by reagovat chtěli, nikoli, jak by se skutečně zachovali.

Protože 99,4 % respondentů uvedlo, že by chtěli zasáhnout a nezůstali nečinnými, stanovený **výzkumný předpoklad se potvrdil.**

*Výzkumný předpoklad č. 7: **Předpokládám, že více než 70 % respondentů nepovažuje informace o syndromu CAN z médií za dostatečné a objektivní.***

Tento výzkumný předpoklad jsem konfrontovala s výsledkem poslední otázky (č. 15). Celých 71,9 % uvedlo, že informace z médií (ať už se jedná o tisk, televizi, internet, rozhlas) nevnímá jako objektivní a dostatečné. Zajímavé je, že většina respondentů (80 %) získává informace o syndromu CAN zejména z médií, což ukazují odpovědi na otázku č. 2.

Domnívám se, že média často informace zkreslují, „vypichují“ získané zajímavosti a pikantnosti, neuvádí výpovědi všech stran a případy „nedotahují“ do konce. Občané pak soudí a vytváří si mínění pouze dle toho, co se dozvěděli.

Z uvedeného konstatování vyplývá, že se stanovený **výzkumný předpoklad potvrdil.**

Domnívám se, že se mi podařilo naplnit stanovený cíl – tedy zjistit povědomí o syndromu CAN na Třebíčsku. Jsem si samozřejmě vědoma, že se jednalo o poměrně malý vzorek dospělé populace, nelze proto hovořit o vše vypovídajícím výzkumu.

Přestože jsem se přesvědčila, že občané disponují poměrně uspokojivou informovaností, v některých oblastech povědomí jsem odhalila podstatné nedostatky.

Respondenti ve více než polovině případů nevnímají jako trestné, pokud neoznámí podezření na syndrom CAN. Přitom právě díky všímavosti okolí vyplyne na povrch spousta případů týrání, zneužívání či zanedbávání, které by jinak zůstaly skryty. Stejně tak respondenti nepřikládají váhu ubližování dítěti formou, kdy musí přihlížet hádkám a sporům mezi rodiči. Dle mého názoru jde o zažitý názor, jehož následky mohou být téměř fatální.

Často právě v období rozvodu rodiče sobecky řeší jeden druhého, svoje chyby či příčiny krachu a zapomínají na blaho dětí. Pouze necelá třetina respondentů věděla, kde by hledala nejbližší dětské krizové centrum.

Právě z důvodu zjištění nedostatků v určitých oblastech povědomí o syndromu CAN bych ráda po dohodě výsledky předala Oddělení sociálně právní ochrany dětí v Třebíči. Jak již bylo řečeno, jsem si vědoma, že výsledky mého šetření nemohou být vypovídající, přesto se domnívám, že mohou být nápomocny v případě zavádění různých kampaní na podporu a zvyšování informovanosti o syndromu CAN v tomto regionu.

V úvahu by mohly přicházet nejen letáčky na veřejných místech, jako jsou ordinace lékařů, pošty, banky, ale také videospoty pouštěné v městské hromadné dopravě, v knihovnách apod. Výsledky by mohly být rovněž užitečné pro učitele či metodiky prevence na školách. Na Třebíčsku se primární prevenci na školách věnují také dvě neziskové organizace, které pořádají besedy a obcházejí školy s přednáškami na různé téma. Dle nastudovaných informací se věnují například tématu šikany či sexuální výchovy.

Stejně tak bych ráda k prevenci přispěla zveřejněním výsledků na internetovém serveru, který se specializuje na provádění průzkumů a kde respondenti dotazník vyplňovali.

9 ZÁVĚR

TO, CO DĚLÁM, JE JEN KAPKOU V MOŘI,

ALE VĚŘÍM, ŽE BY CHYBĚLA, KDYBY TAM NEBYLA.

Tato diplomová práce, která je složena z teoretické a praktické části, se vztahovala k problematice týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí. Cílem teoretické části bylo vytvořit přehled poznatků o syndromu CAN. Abych cíl naplnila, věnovala jsem se nejprve postavení dítěte v historii společenství, vývoji pojmu „syndrom CAN“, jeho jednotlivým formám, dále pak legislativě upravující násilí na dětech, prevenci a konečně jeho důsledkům (zejména na psychický vývoj dítěte) a pomoci. V té jsem se zaměřila nejen na pomoc profesionální, nýbrž i laickou, která se dotýká každého.

Při psaní diplomové práce jsem vycházela z primárních zdrojů a čerpala z knih uznávaných kapacit, jakými jsou např. prof. Dunovský, prof. Matějček nebo doc. Čírtková. Inspirovat jsem se však nechala také zahraniční literaturou. Domnívám se, že se mi podařilo cíl naplnit, jsem si však vědoma, že se jedná o tak rozsáhlou problematiku, že by k úplnosti nestačilo několik knih.

V empirické části diplomové práce bylo cílem zjistit povědomí veřejnosti o syndromu CAN. Prostřednictvím dotazníků jsem oslovila dospělou populaci žijící v okrese Třebíč. Po vyhodnocení dotazníků jsem výsledky zaznamenala do tabulek a grafů a v závěru praktické části konfrontovala s předem stanovenými výzkumnými předpoklady. Přestože jsem zaznamenala poměrně dobré povědomí o problematice, výsledky několika otázek byly neuspokojivé. Proto jsem navrhla, jak by se daly výstupy mého šetření po předání Oddělení sociálně právní ochrany dětí v Třebíči využít. Nutno podotknout, že vzorek o přibližně 170 respondentech však není nijak vypovídající, poskytuje spíše jakýsi náhled na informovanost v tomto regionu.

Také v závěru diplomové práce jsem se nechala inspirovat výše uvedeným citátem. Ráda bych zveřejněním výsledků výzkumného šetření alespoň malou měrou přispěla k prevenci syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Jedině účelnou a smysluplnou prevencí můžeme pomoci k odvrácení násilí páchaného na dětech, jedině kvalifikovanými odborníky a multidisciplinárním přístupem pak k citlivému šetření jednotlivých případů.

Ano, násilí na dětech zaznamenáváme prakticky od počátku našeho společenství a zcela určitě nikdy nedojde k jeho úplnému zamezení, přesto bychom měli dělat všechno pro to, aby bylo co nejvíce eliminováno.

10 SEZNAM LITERATURY

1. DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z., a kol. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1995. ISBN 80-7169-192-5.
2. BECHYŇOVÁ, V., a kol. *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*. 1. vyd. Praha: IREAS, 2007. ISBN 9788086684475.
3. BENTOVIM, A. *Týrání a sexuální zneužívání v rodinách*. 1.vyd. Praha: Grada publishing, 1998. ISBN 80-7169-629-3.
4. VANÍČKOVÁ, E. *Interpersonální násilí na dětech*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády, 2009. ISBN 978-80-7440-001-8.
5. HANUŠOVÁ, J. *Sexuální zneužívání*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-64-4.
6. HANUŠOVÁ, J. *Násilí na dětech – syndrom CAN*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-78-4.
7. KOLÁŘ, M. *Bolest šikanování*. 2. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-014-3.
8. ELLIOTT, M. *Jak ochránit své dítě*. 1. vyd. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-419-2.
9. ČÍRTKOVÁ, L., a kol. *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů: příručka pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2014-2.
10. ŠEVČÍK, D., ŠPATENKOVÁ, N., a kol. *Domácí násilí: kontext, dynamika a intervence*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-690-2.
11. MATĚJČEK, Z., a kol. *Nevlastní rodiče a nevládní děti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-897-0.

12. VANÍČKOVÁ, E., a kol. *Násilí v rodině: Syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte*. Praha: Univerzita Karlova, 1995.
13. VODÁČKOVÁ, D., a kol. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-342-0.
14. ŠPATENKOVÁ, N., a kol. *Krizová intervence pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0586-9.
15. GJURIČOVÁ, Š., a kol. *Podoby násilí v rodině*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2000. ISBN 80-7021-416-3.
16. VANÍČKOVÁ, E., a kol. *Sexuální násilí na dětech: výskyt, podoby, diagnostika, terapie, prevence*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-286-6.
17. PÖTHE, P. *Dítě v ohrožení*. 2. vyd. Praha: G Plus G, 1999. ISBN 80-86103-21-8.
18. MUFSONOVÁ, S., KRANZOVÁ, R. *O týrání a zneužívání*. 1. vyd. Praha: Lidové noviny, 1996. ISBN 80-7106-194-8.
19. LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. 2. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1968.
20. PRŮCHA, J. *Pedagogická encyklopedie*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-546-2.
21. LOVASOVÁ, L. in *Sborník studií: děti a jejich problémy*. Praha: Sdružení Linka bezpečí, 2006. ISBN 80-239-4482-7.
22. HAŠTO, J., VOJTOVÁ, H. *Posttraumatická stresová porucha, bio-psycho-sociální aspekty*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého – Cyrilometodějská teologická fakulta, 2012. ISBN 978-80-244-2944-1.

23. BOURCET, S., GRAVILLONOVÁ, I. *Šikana ve škole, na ulici, doma: Jak bránit své dítě...Praktický průvodce pro rodiče, pedagogy a vychovatele*. 1. vyd. Praha: Albatros, 2006. ISBN 80-00-01552-8.
24. RODIGUEZ, A. *Handbook of child abuse and Neglect*. 1. vyd. New York: Medical Examination Publisher, 1977. ISBN 0-87488-648-1.
25. KAVALÍR, A., a kol. *Kyberšikana a její prevence – příručka pro učitele*. Plzeň: Člověk v tísni, o.p.s, 2009. ISBN 978-80-86961-78-1.
26. BŮŽEK, A., a kol. *Informatorium (nejen) o právech dítěte se zřetelem k otázkám výchovy a vzdělávání*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2000. ISBN 80-244-0054-5.
27. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-63897-414.
28. VANÍČKOVÁ, E., *Dětská prostituce*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2218-4.

Internetové zdroje:

1. Listina základních práv a svobod. Dostupné z: <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>.
2. Úmluva o právech dítěte. Dostupné z: <http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/umluva-o-pravech-ditete.pdf>.
3. Zákon o sociálně právní ochraně dětí č. 359/1999 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7263/Zakon_o_socialne-pravni_ochrane_deti.pdf.

4. Zákon o rodině č. 94/1963 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Dostupné z: <http://www.zakonycr.cz/seznamy/094-1963-sb-zakon-o-rodine.html>.
5. Trestní zákoník č. 40/2009 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Dostupné z: <http://www.business.center.cz/business/pravo/zakony/trestni-zakonik/>.

11 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Dotazník pro respondenty

Příloha č. 1 – Dotazník

Dobrý den,

obracím se na Vás s žádostí o pomoc. Jmenuji se Lenka Požárová a studuji vysokou školu (UP Olomouc), obor Pedagogika – Veřejná práce. V současné době zpracovávám diplomovou práci na téma „Syndrom CAN – povědomí veřejnosti“. Cílem práce je zjistit míru povědomí o problematice zmíněného jevu. Velmi ocením, pokud mi věnujete pár minut a vyplníte dotazník. Výsledky budou použity pouze pro účely diplomové práce. U otázek č. 2 a 9 lze zvolit více možností.

Děkuji za Vaši ochotu a čas v dnešní uspěchané době!

Lenka Požárová

Pohlaví:

- a) žena
- b) muž

Vzdělání:

- a) základní
- b) středoškolské s maturitou
- c) vysokoškolské

1. Dokázali byste vybrat správnou definici syndromu CAN (Child abuse and Neglect)?

- a) **syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte**
- b) syndrom bitého a zlobivého dítěte
- c) syndrom vzorného dítěte

2. Z jakých zdrojů se o této problematice dozvídáte nejčastěji?

- a) škola

- b) rodina
- c) média (internet, tisk, rozhlas, televize,...)
- d) odborná veřejnost (Policie ČR, lékaři, soc. pracovníci, ...)
- e) odborná literatura
- f) přátelé a známí
- g) jiné (uved'te)

3. Kdybyste věděli ve svém okolí o dítěti, kterému je ubližováno, jak byste se zachovali?

- a) obrátil/a bych se na Policii ČR (popř. Oddělení sociálně právní ochrany dětí)
- b) zavolal/a bych na linku důvěry
- c) vyhledal/a bych nejbližší dětské krizové centrum
- d) svěřil/a bych se někomu ze svých přátel a požádal/a o pomoc
- e) nechal/a bych to být
- f) jiné (uved'te)

4. Domníváte se, že je neoznámení podezření na syndrom CAN v České republice trestné?

- a) ano
- b) ne

5. Myslíte si, že lze podezření na syndrom CAN nahlásit také anonymně?

- a) ano
- b) ne

6. Patří dle Vašeho názoru přehlížení, ignorování dítěte do jedné z forem syndromu CAN?

- a) ano
- b) ne

7. *Může být dítě týráno prostřednictvím institucí (soudy, lékaři, policie), které by ho měly primárně ochraňovat?*

- a) **ano**
- b) ne

8. *Která z těchto forem týrání a zneužívání zpravidla bývá nejlépe prokazatelná?*

- a) psychické týrání
- b) fyzické týrání**
- c) sexuální zneužívání

9. *Vyberte, co nepatří do aktivní formy fyzického týrání.*

- a) kopání
- b) třesení dítětem
- c) nedostatečná výživa a ošacení**
- d) dušení dítěte
- e) ponižování dítěte**
- f) vystavování pornografickým materiálům**

10. *Domníváte se, že je vtažení dítěte do konfliktu mezi rodiči považováno za týrání?*

- a) ano**
- b) ne

11. *Vyberte, co znamená krizová intervence*

- a) poskytnutí finanční pomoci klientovi
- b) zahájení léčení posttraumatické stresové poruchy
- c) zklidnění klienta a pomoc se zorientováním v jeho situaci**

12. Víte, kde byste hledali nejbližší dětské krizové centrum?

- a) Třebíč
- b) Brno**
- c) Jihlava
- d) Olomouc

13. Domníváte se, že je u lidí, kteří se v dětství stali obětí syndromu CAN, pravděpodobnější, že se sami stanou pachateli a budou své děti týrat či zneužívat?

- a) ano, vždy
- b) ne, nikdy
- c) někteří ano, jiní ne**

14. Myslíte si, že Česká republika v minulosti podepsala Úmluvu o právech dítěte a je tedy povinna se jí řídit?

- a) ano**
- b) ne

15. Považujete česká média za zdroj, který nás dostatečně a objektivně informuje o problematice syndromu CAN?

- a) ano
- b) ne

ANOTACE

| | |
|--------------------------|---------------------------------------|
| Jméno a příjmení: | Bc. Lenka Požárová |
| Katedra: | Katedra psychologie a patopsychologie |
| Vedoucí práce: | PhDr. Kamila Holásková, Ph.D. |
| Rok obhajoby: | 2012 |

| | |
|------------------------------|--|
| Název práce: | Syndrom CAN – povědomí veřejnosti |
| Název v angličtině: | Syndrome CAN – public awareness |
| Anotace práce: | Diplomová práce s názvem „Syndrom CAN – povědomí veřejnosti“ se zabývá problematikou týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí. V teoretické části pojednává o jednotlivých formách syndromu CAN, o legislativě, prevenci, důsledcích na další psychický vývoj oběti a pomoci takto zasaženým dětem. Praktická část obsahuje výzkumné šetření povědomí dospělé populace prováděné v okrese Třebíč. |
| Klíčová slova: | Týrání, zneužívání, zanedbávání, děti, rodiče, rodina, prevence, legislativa, oběť, pachatel, důsledek, pomoc, intervence, terapie. |
| Anotace v angličtině: | This thesis, „Syndrome CAN – public awareness“ deals with child abuse and Neglect. The teoretici part deals with variol forms of syndrome CAN, on legislation, prevention, consequences for other victims of mental development and thus help affected children. The practical part contains the research carried out public awareness in the district Třebíč. |

| | |
|------------------------------------|---|
| Klíčová slova v angličtině: | Abuse, neglect, children, parents, family, prevention, legislation, victim, offender, consequence, help, therapy. |
| Přílohy vázané v práci: | Příloha č. 1 Dotazník pro respondenty |
| Rozsah práce: | 95 s. (bez příloh), 121 161 znaků |
| Jazyk práce: | český |