

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Klára Kaplanová

*Povědomí žáků o syndromu CAN na středních školách
se zaměřením na sociální činnost*
Bakalářská práce

vedoucí práce: PhDr. Mgr. Ivana Olecká, Ph.D.

2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně na základě použitých pramenů a literatury uvedených v bibliografickém seznamu.

V Olomouci 28.6.2022

.....

Kaplanová Klára

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Mgr. Ivaně Olecké, Ph.D. za všestrannou pomoc, množství cenných a inspirativních rad, podnětů, doporučení, připomínek a zároveň za velkou trpělivost s obdivuhodnou ochotou při konzultacích poskytnutých ke zpracování této práce. Současně bych chtěla poděkovat všem respondentům a školám za zprostředkování bez nichž by tato práce nebyla. Velké díky patří mé rodině, přítelovi a všem přátelům, kteří mě při vytváření této práce podpořili, a bez jejichž pomoci by nebylo možné práci dokončit.

Obsah

Úvod	7
1. Syndrom CAN.....	9
1.1. Definice.....	9
1.2. Jednotlivé formy	9
1.2.1. Fyzické týrání	10
1.2.3. Zanedbávání	11
1.2.4. Sexuální zneužívání.....	12
1.4. Následky	14
2. Prevence	17
2.1. Primární prevence	17
2.2. Sekundární prevence.....	18
2.3. Terciální prevence	21
3. Pomoc dětem zasaženým syndromem CAN.....	23
3.1. Sociální práce.....	23
3.1.1. Sociální pracovník	23
3.1.2. Pracovník v sociálních službách.....	24
3.2. Sociální služby	25
3.3. Využití metody sociální práce při terapii	26
3.4. Legislativa.....	27
4. Profil absolventa	31
5. Přehled výzkumů na dané téma	33
5.1. Metodika mapující rešerši.....	33
5.2. Přehled realizovaných výzkumů v oblasti syndromu CAN	35
6. Metoda a výzkumná technika	37
6.1. Výzkumný soubor.....	37
6.2. Cíle výzkumu	38
6.3. Operacionalizace dílčích cílů.....	39
6.4. Interpretace výsledků výzkumu	42
7. Diskuse.....	55
8. Závěr	57
Bibliografie:.....	59
Seznam grafů	63
Přílohy	65

Úvod

Bakalářská práce s názvem „Povědomí žáků o syndromu CAN na středních školách se zaměřením na sociální činnost“ pojednává o problematice týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí, ale také o tom, jaké mají právě studenti sociální činnosti znalosti o této problematice. Tuto práci jsem se rozhodla napsat z důvodu toho, že díky Ministerstvu práce a sociálních věcí, které každoročně vydává výkaz o výkonu sociálně-právní ochrany, jsem si uvědomila, jak je toto téma důležité, protože kolem nás se nachází spousta dětí, které potřebují pomoc, a těchto dětí každoročně přibývá. V roce 2021 se zjistilo 7619 případů, kdy šlo o týrání, zanedbávání a zneužívání dítěte. (MPSV, Roční výkaz OSPOD 2020). MPSV ve svých výkazech eviduje, kdo je nejčastějším oznamovatel. Jsou to právě zdravotnická zařízení, školy, různá školská zařízení, zařízení vyžadující okamžitou pomoc či ústavní zařízení, ve kterých budou pracovníci v sociálních službách nebo sociální pracovníci jednou pracovat či s nimi spolupracovat, a proto by studenti na školách měli získávat informace o problematice Syndromu CAN.

V prvních kapitolách představím základní informace o Syndromu CAN, nejprve představím různé definice, jak se na toto téma dívají jednotliví autoři, a následně představím jednotlivé formy, následky a prevenci. V dalších kapitolách vysvětlím, jak lze pomáhat dětem prostřednictvím sociální práce, jak se musí sociální práce zapojovat, co řeší sociální pracovníci a jaké máme sociální služby pro týrané, zanedbávané a zneužívané děti nebo jaké využíváme metody sociální práce při terapii či legislativu.

Cílem mé práce je zanalyzovat, jaký je vliv studia na zvyšování informovanosti o syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte na středních odborných školách se zaměřením na sociální činnost. Pro účely svého výzkumného šetření jsem zvolila respondenty z dvou středních škol, které mají studenty v oboru sociální činnost. Výzkum jsem provedla v jednotlivých třídách napříč ročníky, abych zmapovala jejich informovanost a zjistila, zda studenti, když vychází ze školy, mají dostatečné informace a umí si s tím poradit.

Domnívám se, že je žádoucí, aby studenti sociální činnosti byli informováni o této problematice, aby dokázali rozeznat jednotlivé formy, věděli, jak pomoci člověku, který je v této situaci, a hlavně se snažili tomuto problému předcházet. Studenti sociální činnosti se

Syndromem CAN mohou setkat v osobním životě, v práci nebo také při praxích, kterých se účastní v průběhu studia.

1. Syndrom CAN

V první kapitole se věnuji vydefinování problému, jednotlivým formám, zvláštním formám a následkům syndromu CAN. Tyto podkapitoly jsou pro moji práci důležité, protože jsou to základy, které by měl alespoň trochu znát každý člověk, protože nikdy nevíme, kdy se kolem nás objeví někdo, kdo bude potřebovat naši pomoc, a proto by lidé měli vědět, jak rozeznat určité znaky.

1.1. Definice

Syndrom týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte má několik definic, které se od sebe výrazně neliší, jde především o nenáhodný děj, který je v naší společnosti spíše odmítaný, a dokonce nepřijatelný. V současnosti se obecně tento jev označuje zkratkou CAN (Child Abuse and Neglect).

Syndrom CAN definuje Krejčířová jako: *„poškození fyzického, psychického nebo sociálního stavu a vývoje dítěte, které vzniká v důsledku nenáhodného jednání rodičů nebo jiné dospělé osoby a které je ve společnosti nepřijatelné“* (Krejčířová a kol., 2007, str. 9).

Definice od Dunovského (1995) je více rozšířená, a to na: *„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, Dytrych, Matějček, 1995, str. 24).

1.2. Jednotlivé formy

Existuje několik forem domácího násilí na dětech, protože každý autor má svoji vlastní typologii, ale zpravidla se jedná o společný cíl, jak získat a udržet si moc nad ostatními. Násilníci využívají všechny možné taktiky a intriky, aby k tomuto cíli došli a udrželi ho, může jít o použití fyzické síly, izolování, zastrasování, ponižování a další (Špatenková, Ševčík, 2011, str. 47).

Dle Krejčířové (2007) můžeme jednotlivé formy rozdělit na týrání (fyzické a psychické), zneužívání (k práci, sexuální zneužívání nebo zneužívání emoční) a zanedbávání (tělesné, psychická deprivace/citové zanedbávání). Týrání, zanedbávání a zneužívání se často propojuje.

V mnoha případech je například tělesné týrání spojeno se zanedbáváním (Krejčířová, 2007, str. 10).

1.2.1. Fyzické týrání

Podle zdravotní komise Rady Evropy se tělesné týrání definuje jako: „*tělesné ublížení dítěti anebo nezabránění ublížení či utrpení dítěte, včetně úmyslného otrávení nebo udušení dítěte, a to tam, kde je určitá znalost či důvodné podezření, že zranění bylo způsobeno anebo že mu vědomě nebylo zabráněno*“ (Pothe, 1999, str. 35).

Už z historie známe, že tělesné tresty se používaly jako výchovný prostředek, který dodnes lidé používají. Dříve byly i velmi kruté tresty pokládány za oprávněné, dnes jsou tělesné tresty pořád využívány jako výchovný prostředek s občasným použitím. V určitých společenských skupinách je to spíše očekávaná norma. Mezi přijatelnou mírou trestání a týráním je velice tenká a překročitelná hranice (Krejčířová, 2007, str. 11).

Fyzické neboli tělesné týrání je jedna z nejznámějších forem syndromu CAN, je totiž nejlépe odhalitelná, ale jeho psychologické důsledky mohou být dlouhotrvající a závažné. Predátor chce oběti hlavně ublížit, zastrašit, přivodit bolest a fyzické utrpení např. škrcením, vytrháváním vlasů, třesením, mlácením o zeď, bitím rukou nebo předměty, svazováním, řezáním atd.

1.2.2. Psychické týrání

Pod fyzickým týráním jsme si většinou schopni více představit konkrétní situace nebo činy, které jsou lépe prokazatelné a viditelné na člověku. U psychického týrání je to komplikovanější a těžko definovatelné, ale negativně se podepisuje na psychickém stavu dítěte, chování nebo navazování sociálních vztahů. Psychickým týráním dítěte může být ponižování, křičení na dítě, obviňování, odpírání, zesměšňování nebo nerespektování soukromí apod.

Bechyňová a kolektiv (2007) rozlišují pět typů psychického týrání:

- Pohrdání (ponižování, posměch, hrubé nadávky)
- Terorizování (vyhrožování ubližováním nebo smrtí, přihlížení domácímu násilí)
- Izolování (zavírání v místnostech, izolování od vrstevníků a dospělých)
- Korumpování (nabádání k užívání drog a alkoholu)
- Odpírání emoční opory (ignorování dítěte) (Bechyňová, 2007, str. 15).

Psychickým týráním na dětech může být úmyslné, cílené a záměrné chování, kdy rodič má např. vysoké nároky na dítě, ale také to může být nedostatečná péče, kdy se dětem nedostává toho, co by mělo správně být, jako např. nezáměr, nelásku... (Dunovský, 1995, str. 67).

U dětí, které zažily psychické týránění, často dochází ke stažení, stávají se úzkostnými, jsou plačtivé, jejich sebevědomí je velice nízké, a proto vše vzdávají, neprosazují se a nedokážou vyjádřit své názory a přání. Nebo některé spíše reagují agresivně, prosazují si svoje názory, svým chováním provokují vrstevníky a dospělé. U všech dětí se ale projevují společné problémy v mezilidských vztazích nebo v jednání s lidmi, lhaní, záškoláctví (Dunovský, 1995, str. 68).

1.2.3. Zanedbávání

Zanedbávání spadá pod syndrom CAN, ale jeho vydefinování není jednoznačné a jednoduché, protože se jeho podoby překrývají s ostatními formami. Aby došlo k odhalení, musí je trvat delší dobu a musí dosáhnout určitého stupně, aby mohlo dojít k lékařské, psychologické nebo sociální diagnostice (Pemová, 2016, str. 33).

Zanedbávané dítě se podle pojmu CAN definuje jako „*dítě, jež se ocitá v situaci, kdy je akutně a vážně ohroženo nedostatkem podnětů důležitých k svému zdravému fyzickému i psychickému rozvoji*“ (Dunovský, 1995, str. 88).

Rodiče mohou dítě zanedbávat proto, že dítěti nejsou schopni poskytnout dostačující péči, kterou by dítě potřebovalo, například z důvodů socio-ekonomických podmínek rodiny, zdravotního postižení jednoho z rodičů, užívání psychotropní látky či alkoholu nebo psychiatrickými problémy rodičů (Pemová, 2016, str. 57).

U dětí, kterým není věnována pozornost, často dochází k psychické deprivaci, která značí „*ztrátu něčeho, strádání nedostatkem uspokojení nějaké důležité potřeby. Nejde o strádání fyzické, ale o nedostatek uspokojení základních duševních potřeb. Všeobecně se má za to, že dítě ke svému zdravému vývoji v první řadě potřebuje citovou vřelost, lásku. Dostává-li se mu citové podpory, pak to dokáže vynahradit i nedostatek jiných psychických prvků – nedostatek výchovy, vzdělání, nedostatek hraček*“ (Langmeier, 1974, str.19).

1.2.4. Sexuální zneužívání

Podle Národního centra pro zneužívané a zanedbávané děti jde o kontakt nebo interakci mezi dítětem a dospělým, při kterých je dítě použito pro sexuální stimulaci pachatele nebo jiné osoby. Sexuální zneužití může páchat člověk i mladší osmnácti let, pokud je významně starší než oběť nebo když je v pozici, která mu dává nad druhým dítětem moc (Mufsonová, 1996, str. 46).

Sexuální zneužívání může být formou dotykovou nebo bezdotykovou. Do dotykové formy můžeme zařadit např. pohlavní styk, anální nebo orální sex, laskání pohlavních orgánů, líbání, obtěžování. Do bezdotykové formy lze zařadit: exhibicionismus, přihlížení sexuálním aktivitám, pornografické snímky nebo videozáznamy a další (Krejčířová, 2007, str. 20-21).

Existuje málo známek svědčících pro sexuální zneužívání, ale všechny děti trpí strachem, tajemstvím, studem, úzkostí, hanbou nebo nízkou sebeúctou. U dětí a mládeže se mohou objevovat i somatické obtíže, jako jsou bolesti břicha, hlavy, porucha příjmu potravy, spánku nebo sebepoškozovací či sebevražedné jednání (Dunovský, 1995, str. 80).

1.3. Zvláštní formy CAN

V této podkapitole se zaměřím na čtyři zvláštní formy, které se vyskytují také pod syndromem CAN. Rozhodla jsem se je sem zařadit z toho důvodu, že pro budoucí sociální pracovníky mohou být tyto formy jednou důležité, protože i s těmito zvláštními formami se mohou při své odborné praxi nebo budoucí práci setkat.

Münchhausenův syndrom (by Proxy)

Tento syndrom je nazývaný jako syndrom Barona Prášila podle německého důstojníka, který proslul svým vypravěčským uměním a smyšlenými historkami a stal se díky tomu předlohou tohoto syndromu.

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí Münchhausenův syndrom spadá mezi skupiny předstíraných poruch, kdy pacienti trpí psychosomatickými obtížemi, které předstírají s cílem získat si pozornost svého okolí. Častěji je jejich porucha úmyslná a pacienti opakovaně předstírají příznaky různých nemocí, opakovaně navštěvují lékaře a vystavují sami sebe opakování testů.

Podle Mydlíkové a eds. (2021, str. 36) jsou nejčastější tyto problémy: akutní bolesti břicha, krvácivé příhody, ztráty vědomí, bolesti hlavy, záchvaty, kožní nálezy. Tyto problémy rozepsali ještě více Urban a Masopust (2004), kteří uvádějí předstírání somatických onemocnění, nejčastěji náhlé příhody břišní, kdy dochází k opakovaným operacím. Mezi další časté příznaky patří krvácení ze zažívacího nebo dýchacího traktu, záchvaty, křeče, bolesti hlavy, nauzea, hypoglykémie, zvýšená teplota, zvracení a průjem. U pacientů se při zjišťování příčin onemocnění lze setkat i s citovou deprivací, se zneužíváním nebo ztrátou rodičů v dětství. Nemocnice jim poskytovala zájem a péči a tím uspokojovala jejich potřeby (Urban, 2004, str. 81-82).

Podle Marten 1995; Jones 1994, cit. dle Mydlíkové a kol. (2021, str. 36) je Münchhasenův syndrom v zastoupení (by proxy) situace, kdy rodiče zneužívají dítě opakovaným vyšetřováním na základě příčin nemocí, které jsou smyšlené.

Systémové týrání

Je zapříčiněno týráním systémem, který měl sloužit na pomoc a ochranu dětí a jejich rodin, proto se často toto týrání označuje jako druhotné ubližování neboli sekundární viktimizace, kdy po prvním traumatu, poranění následuje druhotné týrání těmi, kteří jim měli problém pomoci odstranit anebo zamezit dalším problémům. Způsobení traumatu může vzniknout podstupováním zbytečných lékařských vyšetření, nadbytečným stykem se soudním systémem, upření práv na informace či neoprávněné odloučení od rodičů (Dunovský, 1995, str. 97).

Aby k tomuto týráním systémem nedocházelo, je důležité, aby se pediatři, psychologové, sociální pracovníci, policie snažili o multidisciplinární přístup a společně spolupracovali a nevyslýchali dítě po jednom. Jde o společný přístup a ochranu dítěte, které by mělo být na prvním místě všech. V případě spolupráce těchto systémů by sepsali detailní protokol s ohledem na specifické role jednotlivých institucí, které by využívaly všechny instituce (Malá, 1995, str.61).

Organizované zneužívání dětí

Dle Dunovského (1995) můžeme organizované zneužívání definovat jako „*aktivita mnoha pachatelů, z nichž někdo nebo všichni nepatří do rodiny oběti.*” Rozdělil organizované zneužívání do několika typů:

- Kolektivní zneužívání dětí při sexuálních aktivitách
- Zneužívání a předávání obětí dalším pachatelům

- Prostituce dětí, spíše u dívek (setkáváme se i s pornografií u chlapců)
- Sexuální zneužívání, které bylo způsobené více než jednou osobou (Dunovský, 1995, str. 100).

Rituální zneužívání

Rituální zneužívání je často na první pohled nevěrohodný a nejzvláštnější v případě, pokud děti samy vysvětlují tento typ zneužívání. Rituální zneužívání definuje Dunovský (1995) jako specifické zacházení s dětmi, které je uskutečňováno pomocí symbolů, které mají náboženskou, magickou nebo nadpřirozenou charakteristiku a jsou součástí určitého společenství. Rituální zneužívání lze popsat jako soubor jevů, které se opakují, mají svůj řád a význam a jsou spojeny se zneužíváním pomocí výše uvedených symbolů (Dunovský, 1995, str. 101).

Sexuální turismus

Je to chápáno jako způsob vycestování do jiné země výhradně se záměrem hledat dítě k sexuálnímu uspokojení.

1.4. Následky

Dítě, které bylo vystaveno v dětství určitému násilí v rodině, ať už jako svědek nebo má osobní zkušenost, si odnáší určité následky, se kterými se musí naučit pracovat. Míra dopadu je závislá na několika faktorech – na věku dítěte, formě, délce vystavení, pohlaví nebo rodině. Jakákoliv forma může ovlivnit jeho vývoj, ztrátu bezpečí a neustálé objevování traumatizujících zážitků. A proto je důležité rozeznat, jaký následek si dítě odnáší a jak s tím nadále pracovat.

Posttraumatická stresová porucha

Posttraumatická porucha vzniká reakcí na jednorázový traumatický zážitek nebo dlouhodobě trvající stresovou situaci, přichází opožděně s odstupem času několika týdnů až měsíců, ale nemělo by to být déle než půl roku. Vzniká opožděně, protože tělo nedokáže zpracovat traumatickou událost, která se projevuje ať už psychickými nebo somatickými potížemi. Příčinou vzniku jsou hlavně vnější vlivy.

V průběhu života se člověk setkává se zátěžovými situacemi, stresy a traumaty, které každého ovlivňují jinak, protože každý vnímá problémy subjektivně. Traumatický zážitek narušuje uvažování a chování postiženého člověka, ohrožuje jeho duševní zdraví, bezpečnost a integritu člověka (Vágnerová, 2012, str. 425-426). Dle Malé, Rabocha a Sováka (1995) se u posttraumatické poruchy mění i rytmus spánku, dochází i k disociativním změnám (amnésie, alteralizace osobnosti až k mnohočetné osobnosti), nebo ke změně imunologie, která vede k opakování infekcí, kdy se dítě nemůže uzdravit (Malá, 1995, str. 57).

Mezi specifické jednorázové traumatické události můžeme zařadit přepadení, znásilnění, mučení, společenské nebo živelné katastrofy (povodeň, válka). Ovlivnit člověka a vyvolat posttraumatickou poruchu může cokoliv, například závažné onemocnění, smrt, ztráta rodinného zázemí, těžký úraz aj. (Vágnerová, 2012, str. 425).

Dle Vizinové a Preiss (1999) rozdělujeme terapii traumatu do tří hlavních fází, a to na fázi počáteční, fázi zpracování a fázi zakončení. Celkově musí jít o komplexní přístup, který se snaží zahrnovat jak sociální, tak biologické aspekty člověka. V počáteční fázi se zaměřujeme na vytvoření bezpečného vztahu, sdělení svých potíží, sledujeme důvody vyhledání pomoci. Následně se dítě svěruje a vypráví bez přerušování terapeuta své zážitky. V druhé fázi zpracování se pracuje na rekonstrukci traumatu, terapeut se snaží pomáhat formovat myšlenky, pocity, snaží se klientovi pomoci se s tím vyrovnat. Ve fázi zakončení se terapeut ujistí, že klient je schopen navázat na nový vztah sám k sobě, nalézá a rozvíjí přání a potřeby a následně, když je klient sám schopen vztah s terapeutem ukončit, znamená i ukončení léčby (Vizinová, 1999, str. 46-49).

Psychická deprivace

Deprivaci popisuje Langmaier a Matějček (1974) jako nedostatek uspokojení základních psychických potřeb, v první řadě jde o vřelost a lásku u dětí. V případě, že se dítěti těchto potřeb dostává, dokáže to vynahradit nedostatek jiných potřeb (nedostatek výchovy, vzdělávání, nedostatek hraček či smyslových podmětů) (Langmajer, 1974, str. 19). Oproti tomu Vágnerová (2012) popisuje deprivaci jako nepřiměřené uspokojení potřeb biologických a významných v přijatelné míře a odpovídajícím způsobem po určitou dobu, která je ovlivněna vývojovou fází člověka, kdy v určitých fázích může být citové strádání větší (Vágnerová, 2012, str. 53).

Dle Bechyňové a kol. (2007) se deprivace může projevat různými formami, a to například deprivací z důvodů nedostatku podnětů v jeho prostředí (žije v prázdných prostorách, nedokáže stimulovat estetické citění, smyslové vnímání) nebo deprivací z důvodu nepřiměřeného množství podnětů (kdy dochází k přetěžování dítěte, nejsou vazby na skutečné potřeby dítěte) (Bechyňová, 2006, str. 87).

Děti mají určité potřeby, které sepsala Bechyňová (2007) podle několika publikací Z. Matějčka. Potřeby vycházejí z výše popsaných deprivací.

- Potřeba stimulace (Stimulovat dítě v aktivitách dříve, než s tím začne samo.)
- Potřeba smysluplného světa (Pomáhat dítěti formovat denní rituály, aby se svět stal smysluplným.)
- Potřeba životní jistoty (Potřebuje stabilní prostředí, kde žije, aby schopno překonávat úzkosti a nejistoty.)
- Potřeba pozitivní identity (Uvědomění si vlastního Já, formování vlastní identity.)
- Potřeba otevřené budoucnosti (Umožňuje k něčemu směřovat, uvědomovat si minulost, přítomnost i budoucnost.) (Bechyňová, 2007, str. 88-89).

Transgenerační přenos

Jedná se o stav, kdy člověk nevědomky přebírá kladné nebo negativní vzorce chování a následně je uplatňuje ve svém životě a v rodině. V případě Syndromu CAN je zvýšená pravděpodobnost rizika, že i své dítě bude vychovávat nevhodným způsobem (Bechyňová, 2007, str. 119).

Jde tedy o přenos týrání napříč generacemi díky tomu, že si člověk vsugeruje určité chování, jak se zachovat v konfliktních situacích, a konfliktní situace řeší nepřiměřeným trestem. Často může jít o kompenzaci, kdy si vybíjí zlost z dětství na svých dětech, protože má potřebu se postavit do pozice silnějšího, a tímto zase zatěžuje další generaci. V případě, že si člověk dokáže uvědomit, že toto není správné chování a to, jak ho vychovávali rodiče, chce změnit, může dojít k situaci, kdy se cyklus transgeneračního přenosu přeruší a ponaučí se z chyb rodičů a své děti vychová jinak. Ve vypjatých situacích se ale může stát, že člověku se vrátí vzpomínky a zachová se podle vzoru rodičů (Bechyňová, 2007, str. 120-121).

2. Prevence

Tato kapitola je velice důležitá především pro studenty sociálních oborů, ale i pro veřejnost, protože v této kapitole rozlišuji tři prevence, které jsou potřebné k tomu, abychom dokázali snížit rizikové faktory, které jsou spojeny se syndromem CAN. Abychom dokázali snížit počet týraných dětí, musíme vytvořit ochranné faktory, které by pomohly dítě ochránit. Prevence by měla být směřována ke všem věkovým skupinám (National Academies of Sciences, 1993, str. 161-162).

2.1. Primární prevence

„Primární prevence podle definice Světové zdravotnické organizace znamená počínat si tak, aby k určitému neblahému společenskému jevu nedocházelo – tedy předejít jeho vzniku, potlačit jej v zárodku, nedat mu příležitost, nedat mu půdu, v níž by mohl zapustit kořeny” (Dunovský, 1995, str. 103).

Podle Hanusové (2006, str. 20) primární prevence slouží ke kvalitní přípravě dětí do manželství od co nejranějšího věku, zahrnuje programy pro těhotné a nastávající otce nebo programy pro posilování vztahu rodiče k dětem.

Primární prevence se tedy snaží o eliminaci rizik tak, aby k problémům vůbec nedocházelo, a k tomu nám slouží i Úmluva o právech dítěte nebo Světová deklarace o přežití, ochraně a rozvoji dítěte.

Podle Dunovského a kol. (1995, str. 104-106) můžeme primární prevenci rozdělit do tří vrstev

- působení na širokou veřejnost
- působení na rodiče a jiné vychovatele nyní i budoucí
- působení na odborné pracovníky a veřejné činitele.

Působení na širokou veřejnost

Tato prevence je založena na celém společenství buď jednotlivců, nebo malých skupin, jako jsou např. rodiny. Jejím prostředkem je osvěta, která se snaží zasáhnout do života dětí prostřednictvím působení různých institucí: politické strany s programy, církve, orgány státní

legislativy a jimi vytvořené zákony, vyhlášky, směrnice, školy a školství, organizace zabývající se rodinou nebo nevládní organizace dětí a mládeže (Dunovský, 1995, str. 104).

Působení na rodiče a jiné vychovatele nynější i budoucí

Cílem této primární prevence je pomoci dítěti v jeho známém prostředí a okolí (rodina, nejbližší vychovatelé...) vybudovat systém hodnot a postojů, díky kterým bude společností přijato. Hlavním prostředkem jsou obecná opatření ve prospěch rodiny s dětmi (finanční podpora, nabídky rekreačních možností či nabídky nejrůznějších služeb aj.). Tato opatření zvyšují pocit bezpečnosti a jistoty a tím přispívají k psychické pohodě v rodině. Úloha připravit dítě na další rodičovství připadá samotné rodině, aby dítěti sama vysvětlila určitá vývojová období. Škola na dítě působí v oblasti sexuální výchovy, výchovy k rodičovství, v prevenci nechtěného těhotenství (Dunovský, 1995, str. 105-106).

Působení na odborné pracovníky a veřejné činitele

Jde o prevenci, ve které jde o prostudování určitých výzkumů, studium odborných studií a průzkumů obyvatelstva, aby došlo k odbornému prostudování a sepsáním nových publikací, které se budou zabývat dalšími otázkami syndromu CAN (Dunovský, 1995, str. 107).

Neziskové organizace pro děti poskytují pomoc obětem domácího násilí. V České republice máme několik neziskových organizací, např. Bílý kruh bezpečí, Centrum Rosa – centrum pro týrané, Krizové centrum RIAPS, ProFem, o.p.s., ACORUS, Centrum nové naděje, Diakonie ČCE, Persefona o.s, ADRA, Slezská diakonie, Česká katolická charita – projekt Magdala. Činnostmi některých organizací se budu zabývat v další kapitole mé práce.

2.2. Sekundární prevence

Sekundární prevenci jde o depistáže neboli aktivní vyhledávání potencionálních, ale i stávajících obětí, pachatelů nebo vyhledávání rizikových situací, aby se riziko syndromu CAN snížilo na minimum.

Tuto prevenci jsem rozdělila do tří částí, kde v prvních dvou částech řeším jednotlivé formy syndromu CAN (znaky obětí a pachatelů) a v následující části budu řešit rizikové situace.

2.2.1. Oběti

Obětí u syndromu týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte se nejčastěji stávají děti s vrozeným poškozením, děti, které nesplňují očekávání svých rodičů nebo děti, které dospělého vyčerpávají. Mezi děti, které dospělého vyčerpávají, patří děti plačtivé, vztekající se, nespavé, ukřičené, hyperaktivní, neklidné. Můžeme sem také zařadit děti s poruchami chování. U dětí, které nesplňují očekávání rodičů, může díky tomu dojít k ponižování, k nepřiměřenému nebo vícenásobnému trestání. Sem zařazujeme děti mentálně retardované, spíše s lehčí formou či děti s lehkou mentální dysfunkcí (Dunovský, 1995, str. 135-140).

Podle Matouška (2005, str. 29) to mohou být i děti nechtěné, předčasně narozené, děti s příznaky autismu nebo děti trpící psychickými poruchami.

Týrání

Děti, které jsou ohroženy týráním psychickým nebo fyzickým, mohou být děti, které nesplňují očekávání rodičů (nešikovné, sociálně neobratné, postižené dítě), děti, které potřebují specifickou pomoc (děti neslyšící, mentálně postižené, úzkostlivé), děti, které si vymáhají pozornost (Vágnerová, 2012, str. 595-596).

Zanedbávání

Mezi děti, které bývají obvykle zanedbávány, můžeme zařadit děti, které nedokážou rodiče zaujmout (jsou nevýrazné, pasivní, apatické) nebo děti znevýhodněné (nemocné či postižené), protože nevědomě zklamaly rodiče v jejich očekávání (Vágnerová, 2012, str. 594).

Sexuální zneužívání

Děti často mohou být oběťmi, pokud jsou z rozvedených nebo dysfunkčních rodin, kde dítě už dlouho žije osaměle s rodiči nebo kde matka žije s novým partnerem. Dále bývají oběťmi děti, jejichž rodiče užívají alkohol nebo drogy, děti žijící s psychotickým rodičem nebo děti, které jsou fyzicky nebo psychicky handicapované, např. slepé, mentálně retardované... (Malá, Raboch, Sovák, 1995, str. 25).

2.2.2. Pachatelé

Někteří lidé se dopouštějí svého jednání vědomě a jiní nevědomě a neuvědomují si, že by se měli chovat jinak. Tito lidé potřebují pomoc a vzdělání. Může jít o mladistvé rodiče, dospělé závislé na návykových látkách, rodiče přenášející staré pocity z dětství na dítě, rodiče neschopné projevovat city (Mufsonová, 1996, str. 55-59).

Týrání

Mezi týrající rodiče Vágnerová (2012) zařazuje lidi, kteří mají sklony k násilí (alkoholici, duševně nemocní, toxikomani či jedinci s anomálním vývojem), lidi, kteří se soustředí na sebe a svoje zájmy, lidi, kteří mají zvýšenou potřebu moci nad dítětem, lidi, kteří nestojí o děti nebo lidi, kteří mají negativní osobní zkušenosti z dětství (Vágnerová 2012, str. 595).

Zanedbávání

Nízký věk rodičů je považován za jeden z nejrizikovějších faktorů zanedbávání dětí. Za nízký věk se považuje věk adolescentní nebo věk těsně po dosažení plnoletosti. Zanedbávání může být spojeno i s nedostatečnou empatií rodičů nebo s neschopností ovládat a projevovat svoje pocity. Zanedbávání dětí se více vyskytuje v neúplných rodinách, a to v souvislosti s prací rodiče, který kvůli užití rodiny pracuje více a z toho důvodu nemá dostatek času na své dítě a nemá nikoho, kdo by mu pomohl, nebo nedokáže uspokojit specifické potřeby dítěte (Pemová, 2016, str. 50–52).

Zneužívání

Podle Malé, Rabocha a Sováka (1995, str. 85-86) můžeme rozdělit u sexuálního zneužívání pachatele do dvou skupin dle motivace ke svému jednání.

Preferenční pedofilové si oproti situačním vybírají mnohem větší počet obětí a mají specifikovaný svůj výběr věku a pohlaví dítěte. Někteří se snaží pracovat na vztahu, aby si dítě všimlo jejich náklonnosti, dítěti nosí dárky a následně směňují sex za výhody.

Situační pachatelé nejsou sexuálně orientováni na děti, ale do kontaktu se s nimi dostávají z několika různých příčin. Podle toho je můžeme rozdělit do čtyř podskupin, kdy se jedná o muže:

- Regredované (Nemají zájem o dětskou pornografii, zaměřují se především na vlastní děti.)
- Morálně narušené (Využívají a podplácejí nejčastěji děti dospívající a opačného pohlaví.)
- Sexuálně nevyzrálé (Vyhledávají velké množství různých sexuálních partnerů, např. osoby přestárlé, děti.)
- Inadekvátní (Vyznačují se nízkou inteligencí a zpravidla mají duševní poruchu, např. mentální retardaci, schizofrenii; jejich výběr dětí je náhodný.).

2.2.3. Rizikové situace

Dle Vaníčkové at al. 1994, cit. dle Mydlíkové a kol. (2021) je vydefinovaných několik rizikových situací, jako například rozvod rodičů, nízká socioekonomická situace rodiny, nefunkční či dysfunkční rodina, závislost na návykových látkách u člena rodiny (Mydlíková, 2021, str. 39).

2.3. Terciální prevence

Hanusová (2006) popisuje terciální prevenci jako určité chování, které reaguje, na již vzniklé situace, snaží se zabránit dalšímu týrání a smyslem této prevence je zamezit dalšímu domácímu násilí na dětech. K tomu, aby tato prevence byla účinná, se musí vytvořit systém opatření, která pomohou jedinci, ale i celé rodině. Do terapie lze zahrnout, pokud je to možné, i další odborníky a školu (Hanusová, 2006, str. 21).

Ačkoliv spousta autorů terciální prevenci definuje podobně, za nejlepší považují vydefinování terciální prevence podle Ševčíka a kol. (2011), kdy se snaží zmírnit nepříznivé dopady domácího násilí. Je zaměřeno na odstranění a zmírnění následků domácího násilí a jeho hlavním aspektem je snažit se o znovu začlenění do společnosti, aby se zasažené osoby mohly vrátit k normálnímu životu a zvýšila se kvalita jejich života. Snaží se zahrnovat sociální rehabilitaci, u dětí i pedagogickou rehabilitaci, resocializační činnosti, reintegraci (Ševčík, 2011, str. 153).

3. Pomoc dětem zasaženým syndromem CAN

V této kapitole se budu věnovat tomu, jak lze pomoci obětem, které zažily nějakou formu syndromu CAN, pomocí sociální práce. V sociální práci se nejvíce se syndromem CAN setkávají sociální pracovníci, kteří pracují v sociálních službách. Využívají určité metody a legislativu pro vyřešení situace dítěte nebo celé rodiny, proto všechny tyto oblasti zde rozepíšu podrobněji.

3.1. Sociální práce

Domácí násilí je situace, kterou nejsme schopni předvídat a obzvláště často zvládnout vyřešit sami, oběti potřebují zpravidla pomoc materiální, psychickou nebo právní. Může se jednat o zajištění bydlení, finančních prostředků, poradenství, sociální podpory a další (Ševčík, 2011, str. 131).

Sociální práce dokáže všechny tyto oblasti a další, např. psychologickou či psychiatrickou pomoc, zabezpečit díky multidisciplinárnímu týmu, který se skládá z několika odborníků z odlišných profesí nebo spolupracovníků z jiných organizací. Využití této formy pomoci je pro oběti zasažené domácím násilím důležité, jelikož pokud by spolupráce policie, sociálních služeb, OSPOD, psychologa a dalších nebyla dostatečná, situace dítěte by se s odstupem času nemusela zlepšovat, ale spíše by se zhoršovala. Sociální pracovník má s touto formou pomoci většinou hodně zkušeností, jelikož to je v dnešní době velice užitečný komplexní přístup pro klienta, v tomto týmu sociální pracovník většinou zastává roli koordinátora a pomáhá klientům zajistit podporu, provést komplexní posouzení situace a zajišťuje plán pomoci (Kodymová, 2015, str. 5).

3.1.1. Sociální pracovník

Sociální pracovník poskytuje klientovi potřebné informace, odborné služby, důležité rady a pomáhá se zastupováním klienta. Kompetentní pracovník se vyznačuje tím, že ovládá i základní znalosti sociologie, psychologie, sociální politiky a práva, díky kterým dokáže zjistit konkrétní potřeby člověka a dokáže s nimi pracovat, hledat vhodná řešení a v případě, pokud se nejedná o sociální práci, odkáže na jiné odborníky (Matoušek, 2007 A, str. 179-180). Pracovník navazuje kontakty a spolupracuje s klienty a jejich rodinou, pracuje se skupinami, s místní

komunitou či s organizacemi. Při spolupráci pracovník navazuje individuální vztah s klientem, kdy dochází k participaci klientů u rozhodování, upevňování práv. Klient může o svém životě rozhodovat, projevit nesouhlas s dalšími postupy nebo s možnostmi řešení jeho problému a situace (Matoušek, 2008, str. 13).

Dle Dunovského (1995) má sociální pracovník zásadní úlohu při řešení syndromu CAN, protože se zabývá širší skupinou lidí a spolupracuje s dětmi i jejich rodinami či společenstvím (škola, družina, kroužky). Při zjištění syndromu CAN spolupracuje s dalšími odbornými pracovníky, např. lékaři, psychology, učiteli atd. Pracovník pracuje převážně v terénu, kde zjišťuje údaje pro stanovení správné anamnézy či následné terapie. Komplexní anamnéza vypracovaná sociálním pracovníkem obsahuje sociální diagnózu, která hodnotí rodinu, jejich stabilitu, charakterizuje tělesné, duševní zdraví a prostředí dítěte. Tato anamnéza slouží jako základní materiál pro ostatní pracovníky, lékaře, policii atd. Pro dobré sestavení musí být sociální pracovník kvalifikovaný, zkušený a musí umět jednat s lidmi (Dunovský, 1995, str. 211).

Při týmové spolupráci jako je řešení Syndromu CAN je důležité myslet na koordinaci jednotlivých pracovníků, toto se snaží sociální pracovníci často hlídat, aby neodcházelo k přehlcení rodiny informacemi, výsledky nebo rozdílnými postupy práce. Cílem je rodinu podporovat, odstranit negativní jevy a začít posilovat pozitivní vlivy v rodině (Dunovský, 1995, str. 212).

3.1.2. Pracovník v sociálních službách

Pracovník v sociálních službách vykonává podle zákona č. 108/2006 sb. o sociálních službách v § 116 přímou obslužnou péči, která spočívá v nácviu jednoduchých každodenních činností s klientem, jako např. pomoc při oblékání, osobní hygieně, nápomoc při manipulaci se speciálními pomůckami či přístroji nebo s pečovatelskou činností v domácnosti. Pracovník v sociálních službách pomáhá s podporou soběstačnosti, aktivizací a naplnění potřeb člověka. Dále poskytuje výchovnou nepedagogickou činnost, která se snaží o získávání a udržení osobních, pracovních, hygienických a společenských návyků nebo pomoc s rozvojem osobnosti, aktivit a zájmů člověka. Pracovník může spolupracovat se sociálním pracovníkem a pod jeho dohledem pracovat a poskytovat základní sociální poradenství, depistáž, pomoci klientům zprostředkovat kontakt se společenským prostředím, s uplatňováním práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (zákon č. 108/2006 sb. §116).

Studenti, kteří se připravují na budoucí povolání a studují střední školu zaměřenou na sociální činnost a brzy z nich budou pracovníci sociálních službách, by měli ze školy odcházet se znalostmi v oblasti domácího násilí či syndromu CAN, protože v navazujícím studiu na vyšší odborné škole nebo vysoké škole sociální se s tímto tématem mohou setkat nejen v životě osobním či pracovním, ale mohou se s tím setkat i na praxích, např. při práci na Orgánu sociálně právní ochrany dětí, v zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc či v jiné organizaci zaměřující se na týrané děti. Se syndromem CAN se ale budou setkávat zejména ve své práci a měli by si s tímto problémem umět poradit.

3.2. Sociální služby

Matoušek (2007 A) rozděluje sociální služby na dvě základní skupiny, a to sociální služby nestátní a sociální služby státní. Státní služby jsou zřizovateli služeb jako veřejnosprávní a tyto služby stát plně financuje. Nestátní služby jsou zřizovány jako soukromoprávní, které většinou nazýváme jako nestátní neziskové organizace. Nestátní neziskové organizace mohou uzavřít smlouvu se státem a díky tomu získávají státní podporu, ostatní služby si finance shánějí sami vlastními silami (Matoušek, 2007 A, str. 178).

Jejich cílem je naplňování specifických potřeb obyvatelstva poskytnutím služby určitým skupinám. V širším slova smyslu chápeme sociální služby jako služby spojené s poradenstvím, bydlením, vzděláváním, zdravím a s cílem poskytovat klientům široké množství informací v různých sférách (Krebs, 2015, str. 68). Oproti tomu Matoušek (2007 B) říká, že se zčásti sociální služby překrývají se službami veřejnými, které jsou zaměřeny na celou veřejnost. Sociální služby by měly pomoci lidem, kteří jsou společensky znevýhodnění, a pomoci jim se zlepšením kvality jejich života a pomoci se znovu začlenit do společnosti či ochránit celou společnost před riziky (Matoušek, 2007 B, str. 9).

V České republice máme několik organizací, které se zaměřují na pomoc dětem, které jsou oběťmi domácího násilí, jako např. Intervenční centrum, Sociálně aktivizační služby, Centrum Rosa, Centrum Locika, Krizové centrum RIAPS, ProFem, o.p.s., ACORUS, Persefona o. s, Bílý kruh bezpečí, ADRA, Slezská diakonie a další.

Vybrala jsem si z výše vypsaneho seznamu dvě neziskové organizace, které popíšu více dopodrobna, jak se snaží pomáhat obětem domácího násilí.

Jako první službu jsem si vybrala neziskovou organizaci Persefona o. s, která se snaží o komplexní pomoc obětem domácího násilí a sexuálního zneužívání, snaží se pomoci i lidem, kteří chtějí pomoci oběti ve svém okolí. Tato služba je určena pro osoby starší 16 let, které se staly oběťmi domácího či sexuálního násilí. Násilníkem je zpravidla osoba blízká, která má potíže se zvládnutím agrese. Obětem poskytuje odborné právní, psychologické a sociální poradenství, doprovod na jednání s úřady, soudy a policií. Tato organizace se snaží pořádat vzdělávací kurzy i pro veřejnost, aby se o tomto tématu více mluvilo (O persefoně, Persefona, 2015, [online]).

Jako další službu jsem si vybrala Centrum Locika, která pomáhá dětem, které byly svědky násilného jednání nebo se staly přímou obětí v rodině. Organizace se rozhodla pomáhat ve třech rovinách, kdy pomáhá samotným dětem, rodičům a potom celkově celé rodině. Dětem nabízí individuální nebo skupinovou terapii traumatu, komplexní psychodiagnostiku a doprovod na jednání s úřady, policií, k soudu. Rodičům organizace poskytuje terapii násilí, podporu zvládnutí rodičovských kompetencí a pomáhá jim zapracovat na zdravém vztahu s dětmi, aby byly naplněny potřeby dítěte. Při spolupráci s celou rodinou se snaží pomáhat se stabilizací jejich situace, se zastavením násilí a odkazuje na spolupráci s dalšími odborníky (O nás, Centrum Locika, 2015, [online]).

3.3. Využití metody sociální práce při terapii

Pro svou práci jsem si vybrala jako jednu z metod sociální práce krizovou intervenci, protože je pro oběti domácího násilí důležitá, jelikož pomůže obětem se s jejich problémem vypořádat a zároveň i najít řešení.

Krizová intervence obsahuje specifické formy pomoci, které mají za cíl pomoci člověku navrátit jeho psychickou rovnováhu, která se díky jeho životní situaci změnila. Intervence není pouze o stabilizaci, ale o přemýšlení, jak situaci zvládnout a následně vyřešit, popřípadě na koho dalšího se obrátit. V praxi tato intervence obsahuje několik aktivit, které může poskytovat osobám v nepříznivé sociální situaci, např. podpora emoční, v komunikaci, zajištění bezpečí, zjištění a následné řešení problému, vytvoření plánu pomoci a zajištění zdrojů pomoci atd. (Špatenková, 2017, str. 43-46). Aby krizová intervence byla účinná, je zapotřebí se zaměřit na cíle a rozsah intervence, protože spolupráce je časově omezená. V případě stanovení více či náročných cílů by mohlo dojít ke zklamání nebo k pocitům selhání (Gentry, 1994, str. 23-24).

Dle Dobrýnska-Mesterhazy (Badura-Madej, 1999) je důležité u krizové intervence s dítětem, které zažilo domácí násilí, vzít v úvahu i několik různých okolností, hlavně pokud se jedná o první setkání, například dokázat rozeznat symptomy zneužívání a týrání, popřípadě doporučit lékařské vyšetření z důvodu zranění dítěte či sexuálního zneužití, posoudit, zda domácí prostředí pro dítě není nebezpečné, a případně ochránit dítě před dalším poškozením, shromážďovat všechny údaje a informace, které mohou pomoci při řešení situace, prošetřit, zda se jiné děti v rodině nepotýkají se stejným problémem, nabídnout specializovanou psychologickou pomoc dětem i rodině v oblasti násilí a nakonec navázat spolupráci s dalšími službami (policie, zdravotnické zařízení, orgán sociálně právní ochrany dětí a jiné). Při rozhovoru s dítětem by krizový pracovník měl dítěti vyjádřit podporu, připravit ho na rozhovor, řešit s dítětem problémy, nedávat najevo své emoce, zohledňovat styl jazyka odpovídající věku dítěte, za žádných okolností nepodstrkovat dítěti odpovědi, nevyvíjet na dítě žádný nátlak nebo soudit vyjadřování dítěte (Budura-Madej, 1999, str. 134-137).

Do krizové intervence můžeme zařadit také telefonickou krizovou intervenci, která je díky své anonymitě pro oběti často snazší, protože se nesetkají s odmítanou reakcí, zděšením či popřením nebo s obviněním, že jeho situace je vymyšlená, pokud by se svěřily někomu ve svém okolí. Oběti se většinou v rozhovoru nechtějí svěřit ihned, ale prvně si otestují službu s náhradním tématem, až poté se dokážou otevřít a začít mluvit o svém problému. V případě, že obětí je dítě, které se svěřuje přímo či nepřímo, že je obětí týrání či zneužívání, je pro pracovníka důležité se soustředit na to, že jeho cílem není situaci vyřešit, ale zprostředkovat krizovou intervenci, kde musí navázat a udržet kontakt, pochválit, že je důležité, že zavola práve sem, že našel odvahu zavolat. Pracovník se snaží oběť navádět k tomu, aby dítě samo přišlo na to a řeklo, co má za problém (např. „Říkáš, že tě otec divně osahával...co ti na tom přesně přijde divného?“), podpořit ho, že v tom není samo, že není první, kdo sem volal se stejným problémem, ptát se na to, co dítě už vyzkoušelo, aby se situace neopakovala, pátrat po tom, jak říct „ne“, popřípadě nabídnout další formy pomoci, kam se může obrátit i v rodině. Nakonec dítě podpoří, aby se na tu osobu obrátilo a aby společně navštívili organizaci nabízené instituce (Dětské krizové centrum, psychologa či znovu kontaktování linky důvěry) (Vodáčková, 2012, 462-464).

3.4. Legislativa

V této podkapitole se zaměřím na několik zákonů, které se týkají tohoto tématu, a to např. Listina základních práv a svobod, Trestní zákon, Zákon na ochranu před domácím násilím.

Listina základních práv a svobod

Základní lidská práva v České republice zajišťují práva pro všechny, ochraňují každého bez rozdílu pohlaví, rasy, jazyka, víry a náboženství, sociálního původu Mezi základní lidská práva pro ohrožené děti patří: každý má právo na život, nikdo nesmí být zbaven života, je zaručena nedotknutelnost osoby, právo nebýt mučen ani jinak zacházet s člověkem či stanovovat trest, právo nebýt donucen k nuceným pracím nebo službám (Usnesení č. 2/1993 sb., čl. 3-9).

Trestní zákoník

Trestní zákoník upravuje pojetí trestnosti činů, trestný čin je podle trestního zákoníku v § 13 definován jako „*protiprávní čin, který trestní zákon označuje za trestný a který vykazuje znaky uvedené v takovém zákoně.*“. Pokud zákon nestanoví jinak, trestný čin je klasifikován jako úmyslné zavinění (Zákon č. 40/2009 sb. §13).

Trestní zákoník stanovuje několik trestných činů, které jsou směřované k syndromu CAN nebo jinému domácímu násilí. Zákoník je rozděluje do několika skupin, a to na trestné činy proti životu a zdraví, svobodě, lidské důstojnosti v sexuální oblasti nebo proti rodině a dětem. V § 140–168 trestního zákoníku definuje trestné činy proti životu a zdraví jako vražda, zabití, vražda novorozeného dítěte matkou, těžké ublížení na zdraví, ublížení na zdraví, mučení a jiné nelidské a kruté zacházení, neposkytnutí pomoci. Trestné činy proti svobodě jsou popsány v § 168 až §184; pro domácí násilí je důležitý §168, který pojednává o obchodování s lidmi. §185-193 definuje několik trestných činů proti lidské důstojnosti v sexuální oblasti, které jsou pro syndrom CAN velice důležité. Je to např. znásilnění, sexuální nátlak, pohlavní zneužití, zneužití dítěte k výrobě pornografie. Trestné činy proti rodině a dětem §194-204 definuje jako opuštění dítěte nebo svěřené osoby, zanedbání povinné výživy, týrání svěřené osoby, ohrožování výchovy dítěte, svádění k pohlavnímu styku (zákon č. 40/2009 sb. §140-204).

Trestní zákoník také stanovuje v § 367 nepřekažení trestného činu a § 368 neoznámení trestného činu. V případě, že se někdo dozví, že jiná osoba se chystá spáchat trestný čin definovaný v trestním zákoníku a nepokusí se tento čin zastavit nebo se rozhodne čin nenahlásit, může osoba, která tento čin nezastavila/neohlásila, být potrestána odnětím svobody až na 3 roky (zákon č. 40/2009 sb. §367). U pracovníků v sociální oblasti jsou tyto dva paragrafy velmi

důležité s ohledem na spolupráci s klientem, kdy by měl pracovník dodržovat mlčenlivost a musí se řídit výčtem trestných činů v trestním zákoníku oproti veřejnosti, která může nahlásit jakýkoliv trestný čin. Oznamovací povinnost je situace, která už nastala oproti překažovací, kterou někdo připravuje anebo páchá. V případě, že se pracovník doslechne o nějakém trestném činu, musí správně vyhodnotit situaci, jestli má oznamovací nebo překažovací povinnost. Trestné činy lze ohlásit na policejní orgán nebo státnímu zástupci, v případě sociálního pracovníka by tuto skutečnost měl oznámit vedoucí organizace buď osobně, nebo písemně (Časopis sociální práce, Lásková, 2021, online).

Zákon na ochranu před domácím násilím

V české legislativě máme zákon č. 135/2006 sb., díky kterému se mění některé zákony v oblasti ochrany před domácím násilím. Zákon navazuje na několik dalších zákonů, jako např. Zákon o sociálně právní ochraně dětí, Zákon o sociálních službách aj. Tento zákon umožňuje policistům vykázat násilnickou osobu ze společně obývaného bytu/domu na dobu 10 dní (Bílý kruh bezpečí, Zákon na ochranu před domácím násilím, 2006, online). Sociální pracovník z intervenčního centra do 48 hodin zkontaktuje rodinu a může jí nabídnout pomoc, jak zvládnout situaci, jaké kroky vykonat k zajištění bezpečí dětí a sebe. Poradí ohledně právních kroků, jak zvládnout posttraumatické poruchy, jak obstarat dlouhodobější bezpečí (Hodková, Sociální pracovník v intervenčním centru, 2020, online). Týrané děti se mohou obrátit na OSPOD, který za dítě do 16 let může podat žádost na soud za něj; od 16 let může podat dítě žádost samo nebo se obrátit na Policii České republiky.

Zákon o sociálně právní ochraně dětí

Zákon o sociálně právní ochraně dětí pojednává o ochraně práv, oprávněných zájmů dítěte, o pomoci s obnovením rodiny nebo zabezpečení náhradního rodinného prostředí pro dítě. Zásadním úkolem sociálně právní ochrany dětí je zvýšit zájem rodičů o blaho dítěte, ochránit rodinu a zkoumat širší sociální prostředí dítěte. Sociálně právní ochrana pomáhá dětem, kterým rodiče zemřeli nebo kteří neplní, nevykonávají či dokonce zneužívají práva získané rodičovskou odpovědností. Tento zákon upravuje, že dítě má právo i bez souhlasu rodiče nebo jiné osoby, která je odpovědná za jeho výchovu, požádat o sociálně právní ochranu různé státní

orgány (školy, školská zařízení, poskytovatele zdravotních služeb aj.). OSPOD následně bere v úvahu přání a pocity dítěte s ohledem na jeho věk (Zákon 359/1999 sb., § 1-8).

Orgány sociálně právní ochrany dětí o probíhajícím domácím násilí neboli syndromu CAN dostávají informace prostřednictvím Policie ČR, která zasahuje u jednotlivých incidentů v rodině, od veřejnosti, jiných organizací nebo díky svému sociálnímu šetření.

4. Profil absolventa

Absolvent oboru sociální činnost se uplatní jako pracovník v sociálních službách v různých terénních, ambulantních nebo pobytových sociálních službách. Dokáže poskytovat péči dětem i dospělým. Vědomosti a dovednosti získané ve škole dokáže využít při zajišťování přímé obslužné péče, osobní asistence v terénních službách, nepedagogické výchovné vzdělávací činnosti s dětmi a dospělými nebo v managementu sociálních služeb.

V České republice existuje Národní program pro předškolní, základní, střední a vyšší odborně a jiné vzdělání. Kurikulární dokumenty jsou tvořeny na dvou úrovních: státní rámcový vzdělávací program (dále jako RVP) a školní vzdělávací programy (dále jako ŠVP).

RVP pro střední odborné vzdělávání vydává stát. Obsahuje pedagogické dokumenty k jednotlivým oborům, které definují požadavky na vzdělávání, jichž by žák na konci studia měl dosáhnout. RVP usiluje v rámci středního odborného vzdělávání pouze o vymezení požadovaných výsledků vzdělávání a nezbytných prostředků pro jejich dosažení, na druhou stranu způsob výuky je čistě na školách. Následně se snaží usilovat o zvýšení kvality vzdělávání a lepší uplatnění absolventů na trhu práce.

V kurikulárním rámci jednotlivých oblastí ve vzdělávání se snaží v oblasti Sociální vztahy a komunikace formovat personální a komunikativní sociální kompetence žáků, aby studenti dokázali porozumět psychickému prožívání a chování klientů, aplikovali vhodné přístupy při práci s klienty. V předmětu psychologie by se školy měly zabývat problematikou týrání a zneužívání a její prevence, student by měl být schopen nabídnout potřebná opatření ke zlepšení situace (MŠMT, RVP sociální činnost, 2012).

ŠVP je kurikulární dokument, který je vytvořen zaměstnanci školy pomocí RVP a později schvalován a vydáván ředitelem školy. Tento dokument slouží k uskutečnění vzdělání na konkrétní škole a musí být veřejně přístupný. ŠVP musí obsahovat učební plány a osnovy jednotlivých předmětů.

Z důvodu anonymity škol nebudu uvádět přesnější informace o školním vzdělávacím plánu, ale studenti sociální činnosti v první škole se syndromu CAN věnují ve 2. ročníku v předmětu Pedagogika, následně ve 3. a 4. ročníku v Psychologii a okrajově se ho dotýkají i v předmětu Řízení sociálních služeb v tématu Multiproblémová rodina.

Druhá škola nechce poskytnout přesnější informace o tom, v jakém ročníku a v kterém předmětu se o tomto tématu učí. Škola mi nedovolila nahlédnout do školního vzdělávacího plánu, na stránkách školy není uveden v elektronické podobě.

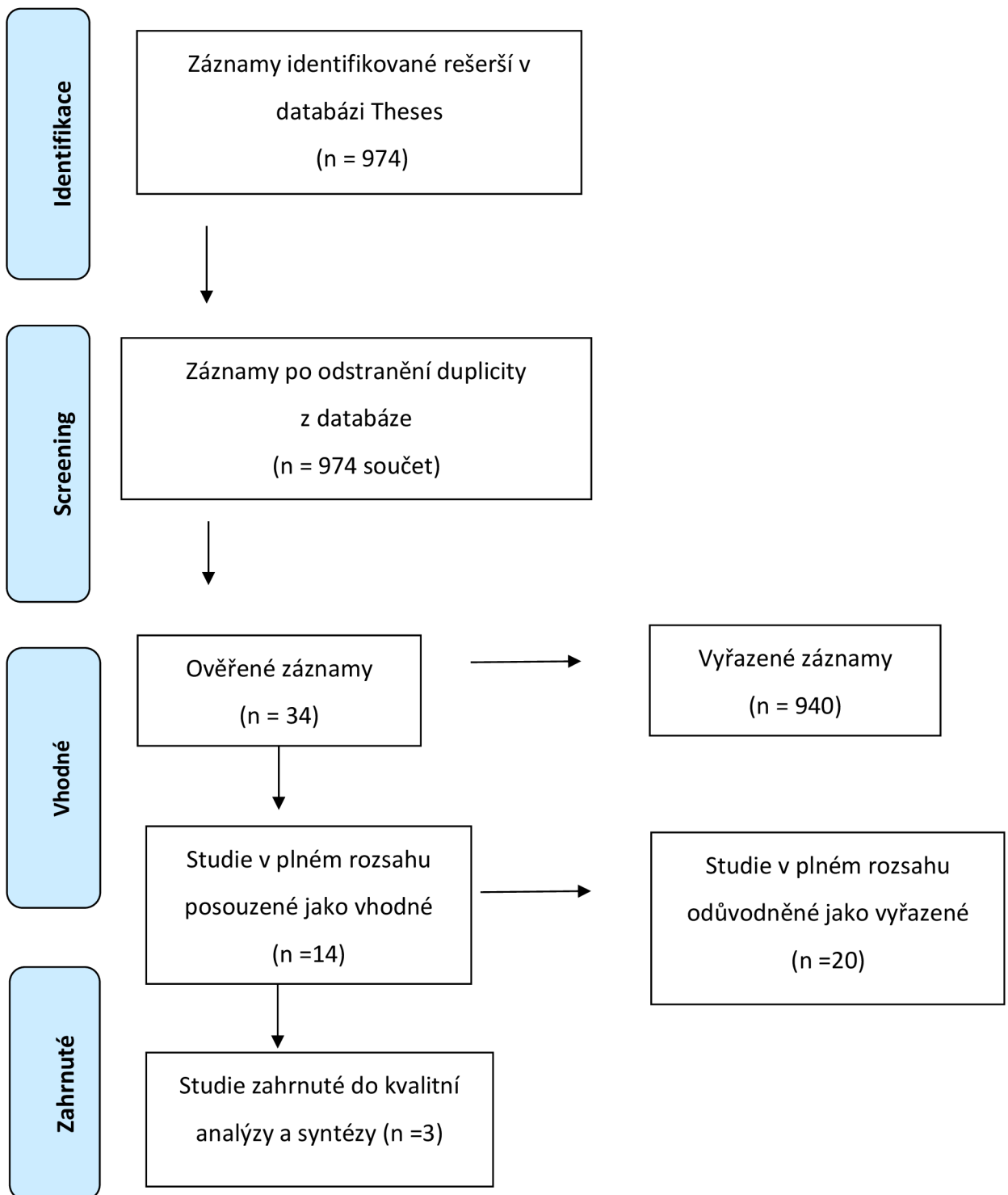
5. Přehled výzkumů na dané téma

Pro svoji teoretickou část jsem se také rozhodla využít jako podklad jednu kapitolu z odborných zdrojů, kde jsem provedla analýzu odborných textů, které byly vytvořeny v České republice. Jednalo se hlavně o práce bakalářské a diplomové.

5.1. Metodika mapující rešerši

Pro rešerši primárních zdrojů jsem využila metodu kvalitativního výzkumu – převážně analýzu odborných textů (bakalářské a diplomové práce), které jsem vyhledávala na základě několika klíčových slov: povědomí žáků, syndrom CAN. Práce byly vyhledávány prostřednictvím vyhledávače Theses. Ve vyhledávači bylo celkem nalezeno 974 zdrojů. Na základě vyhodnocení jsem vyřadila 960 zdrojů, které neodpovídaly zadaným klíčovým slovům nebo ve vyhledávači práce nebyly dostupné a byly zde pouze anotace. Ze zbylých 14 zdrojů jsem do své práce zařadila 3 relevantní práce, které mému tématu odpovídaly nejvíce.

PRISMA Flow Diagram



5.2. Přehled realizovaných výzkumů v oblasti syndromu CAN

Při vyhledávání a analýze některých bakalářských a diplomových prací jsem zjistila, že těchto prací na toto téma je hodně, proto jsem zvolila nejvíce podobné mé práci a snažila jsem se hledat práce zaměřené na výzkumy v oblasti střední školy. Vybrala jsem si dvě vhodné bakalářské práce z České republiky, které se alespoň zčásti věnovaly středním školám, a jednu, která se věnovala výzkumu informovanosti žáků na základní škole.

První bakalářská práce měla za cíl zjistit povědomí žáků 2. stupně základní školy a střední odborné školy oboru sociální činnost a veřejnosprávní činnost v okrese Kutná Hora. Pro svůj výzkum měla celkově 175 respondentů, z toho bylo 86 respondentů ze střední školy. K získání dat využila kvantitativní šetření pomocí dotazníkové metody. Práce měla stanoveny 3 dílčí cíle a všechny byly v bakalářské práci zodpovězeny. Obecně se respondenti nejvíce setkávají se syndromem CAN na internetu a mají určitou představu o fyzickém i psychickém týrání. Menší počet respondentů se setkal s osobou trpící syndromem CAN a mají povědomost o možnostech pomoci obětem (Lohniská, 2018, str. 47-72).

Druhá bakalářská práce se zaměřila na čtyři skupiny respondentů – na studenty závěrečných ročníků středních škol v Táboře, praktické lékaře pro děti a dorost, pracovníky orgánu sociálně právní ochrany dětí a policisty v Jihočeském kraji. Jejím cílem bylo zjistit míru informovanosti o preventivních programech zaměřených na syndrom CAN. V bakalářské práci byl zvolen kvantitativní výzkum pomocí dotazníků, byly zvoleny dvě hypotézy, které byly následně vyvráceny. Výsledky práce jsou rozděleny do dvou částí podle studentů a odborníků. Respondentů celkem bylo 162, 100 studentů středních škol a 62 odborníků. Zaměřila jsem se pouze na tu část, která se zabývá studenty středních škol. Hypotéza pro laickou veřejnost byla založena na znalostech kampaně „STOP násilí na dětech“, dílčím cílem hypotézy bylo: jaké znalosti o problematice syndromu CAN respondenti mají a odkud tyto znalosti získali. Hypotéza byla vyvrácena z toho důvodu, že skoro polovina studentů v otázkách týkajících se této hypotézy odpověděla, že o této kampani už slyšela. Respondenti na střední škole byli z větší poloviny seznámeni s pojmem syndrom CAN, s tímto tématem se setkali hlavně na internetu. Studenti prokázali, že mají určitou představu o projevech tohoto problému a vědí, kam se obrátit s žádostí o pomoc. Z primární prevence by považovali jako nejúčinnější kampaně v médiích nebo přednášky na školách (Müllerová, 2010, str. 32-61).

Jako poslední jsem zvolila diplomovou práci, která se zabývá informovaností žáků na základních školách o syndromu CAN. Pro svůj výzkum zvolila kvantitativní výzkum pomocí dotazníkového šetření, kterého se zúčastnilo celkově 167 žáků ze základních škol a základních škol praktických. Jejím hlavním cílem bylo zjistit, jaké mají žáci základních škol povědomí o syndromu CAN. Zvolila si několik dalších dílčích cílů, jako např. zjistit, zda se žáci setkali s tímto pojmem, co podle nich je fyzické a psychické týrání, sexuální zneužívání či zanedbávání, jak by tyto formy poznali, kdo podle nich může být pachatelem a jak by pomohli jinému dítěti v tísní a další. Její hlavní cíl se podařil naplnit, protože žáci většinou prokázali, že mají alespoň nějakou představu o syndromu CAN. Pojem syndromu CAN žáci spíše neznali a pokud ano, tak se o něm většinou dozvěděli z internetu než ve škole. V dalších otázkách už žáci prokazovali větší představivost o syndromu CAN, dokázali odpovídat i na otevřené otázky a napsat své názory a představy o tom, kdo může být pachatelem (rodiče, dospělý...), z jakých důvodů jsou děti týrány (pro zábavu nebo nechtěné děti) aj. (Bakusová, 2011, str. 47-67).

6. Metoda a výzkumná technika

Pro svoji práci jsem si vybrala jako metodu výzkumného šetření kvantitativní sběr dat. Dle Punche (2008, s. 12) je kvantitativní výzkum práce s kvantitativními nebo číselnými údaji. Označuje přístup nebo jiný způsob myšlení, který zahrnuje skupinu metod a data v numerické podobě. Oproti tomu Disman (2011, str. 286) ve své knize zmiňuje, že kvantitativní výzkum má omezený rozsah informací a je zaměřen na spoustu jedinců a sesbíraná data, která potřebujeme k testování hypotéz, aby výstupem šetření mohlo být přijetí nebo zamítnutí hypotéz. Ve své knize Disman (2011) popisuje také výhody a nevýhody využití dotazníku, velikou výhodou je anonymita jedinců, náklady na výzkum jsou nízké nebo také to, že lze za krátký čas získat spoustu informací od velkého počtu lidí. Oproti tomu jejich nevýhodou je určení dotazované osoby, tazatel má možnost přeskočit otázku a také jeho návratnost je vždy nízká (Disman, 2011, str. 141).

Kvantitativní sběr dat byl proveden výzkumnou technikou prováděnou dotazníkovým šetřením na stránkách Formuláře Google. V dotazníku se vyskytují uzavřené, otevřené a polouzavřené otázky. Nejprve jsem rozeslala 5 dotazníků svým spolužákům, abych se ujistila, že veškeré možnosti, které dotazník nabízí, lze využít, jako např. vepsání odpovědi, zatrhnutí odpovědi, zvolení jiné odpovědi atd. Jelikož jsme nezjistili žádnou chybu, rozeslala jsem vybraným středním školám hotové dotazníky pomocí speciálního odkazu. Jednotlivé otázky jsem následně vyhodnotila formou sloupcových grafů. Dotazník naleznete v příloze č. 1.

6.1. Výzkumný soubor

Dotazníkové šetření bylo realizováno na dvou náhodných středních odborných školách se zaměřením na sociální činnost v České republice. Respondenti tohoto výzkumu jsou studenti sociální školy v prvním, druhém, třetím a čtvrtém ročníku. Žáci byli vybráni náhodně podle tříd. Školy upřednostňovaly online podobu dotazníku. Celkový počet oslovených studentů byl 202, vyplněných dotazníků se navrátilo celkem 145. V prvním ročníku se zúčastnilo 44 studentů, ve druhém ročníku pouze 29, ve třetím ročníku 49 a v posledním ročníku pouze 23 studenti. Návratnost nebyla 100 %, protože dotazníkové šetření bylo prováděné v online prostoru a v určitém vymezeném čase ve škole, kdy někteří žáci chyběli. Celková návratnost tedy byla 71,8 %.

6.2. Cíle výzkumu

Cílem mé práce je zanalyzovat, jaký je vliv studia na zvyšování informovanosti o syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte na středních odborných školách se zaměřením na sociální činnost.

1. Určení výzkumného problému

- Zvyšuje se informovanost studentů o syndromu CAN v průběhu studia?

Výzkumné otázky

- I. Jaký je rozsah informovanosti o syndromu CAN u studentů středních škol v oboru sociální činnost ve 4. ročníku studia.
- II. V jakém ročníku se nejvíce zvyšuje informovanost o syndromu CAN.

Cíl výzkumu

Cílem mého výzkumu je zjistit, zda se informovanost na odborných školách v oboru sociální činnost zvyšuje pomocí studia, popřípadě v kterém ročníku, a jestli jsou znalosti o tomto tématu relevantní.

Následně jsme zvolili dílčí cíle:

- Z jakých zdrojů získávají studenti informace o syndromu CAN?
- Analyzovat, jaká je informovanost o jednotlivých formách syndromu CAN
- Jaká je informovanost studentů o první pomoci syndromu CAN
- Jak jsou studenti informováni o prevenci Syndromu CAN

2. Stanovení hypotézy

U studentů se v průběhu studia bude zvyšovat informovanost.

6.3. Operacionalizace dílčích cílů

Stanovené otázky v dotazníkovém šetření jsem sestavila podle 2. - 4. ročníku z jedné školy, kde jsem získala různé okruhy, které probírají v průběhu studia. U studentů sociální činnosti se školy zaměřovaly na základní formy Syndromu CAN, první pomoc a především prevenci. Jednotlivé otázky byly sestaveny z toho, co se studenti učí, protože jsem mohla nahlédnout do zápisků studentů.

Výzkumný cíl 1: Z jakých zdrojů získávají studenti informace o syndromu CAN?

Informační zdroj lze vydefinovat jako prostředek společenské komunikace, která je tvořena množinou informací. Informační zdroj je nominální proměnná, která nabývá hodnot: 1. internet, 2. rodina, 3. škola, 4. jiné. Zjišťováno bude otázkou č. 1–3.

U první otázky, pokud respondent odpoví ano, musí následně vybrat odpověď v doplňující otázce č. 2, aby otázka mohla být hodnocena jako správně zodpovězená.

Výzkumný cíl 2: Analyzovat, jaká je informovanost o jednotlivých formách syndromu CAN

Dle Maříkové a kol. považujeme informovanost za velké množství informací, kterými disponuje jedinec nebo určitá skupina lidí a která se šíří aktivně. Informovanost jedince nebo skupin nemusí obsahovat pravdivé informace, ale může zahrnovat zkreslené údaje, hypotézy nebo neadekvátní představy. V užším slova smyslu za informovanost pokládáme sumu prověřených a skutečně odpovídajícím informacím. (Maříková a kol., 1996, s. 429)

Informovanost považujeme za ordinální proměnnou, která se rozděluje do čtyř hodnot 1. žádná, 2. mírná, 3. střední, 4. vysoká. Zjistíme to položenými otázkami 4-6.

Na otázku č. 4 považuji za správnou odpověď: „Syndrom týraného dítěte; Syndrom zanedbávaného dítěte, Syndrom zneužívaného dítěte, Child Abuse and Neglect; syndrom týraného, zanedbávaného, zneužívaného dítěte, Domácí násilí na dětech“.

Na otázku číslo 5 považuji za správnou odpověď, pokud respondent správně napíše alespoň 3 správné příčiny. Za správné odpovědi považuji dvě oblasti odpovědí, a to oblast dětí a rodičů. V oblasti dětí považuji za správné odpovědi: děti s vrozeným poškozením, děti, které nesplňují

očekávání svých rodičů (nešikovné, sociálně neobratné, postižené), děti, které dospělého vyčerpávají, děti, které nejsou schopny rodiče zaujmout (nevýrazné, pasivní, apatické či nevýrazné), děti, kteří se odchyľují od normálu (ADHD, autisti, agresivní děti), děti, které potřebují specifickou pomoc (dětí neslyšící, zdravotně postižené, mentálně postižené, úzkostlivé), ale také děti nechtěné a adoptované.

V oblasti rodičů považuji za správné odpovědi: rodič užívající návykové látky (drogy), závislý na alkoholu, závislý na sociálním systému (nemá práci, požívá soc. dávky), rodič s postižením/ s psychickými problémy (psychická nevyrovnanost, problémy s hněvem), rodič nepřipravený na rodičovství, rodič, který prožil trauma (sám byl v dětství týrán, rozvod, ztráta práce, ztráta bydlení), není schopen zabezpečit rodinu finančně nebo rodič, který nesplňuje rodičovskou odpovědnost (nezajišťuje výchovu, vzdělání, citové potřeby), rodič hlídající nevlastní dítě.

U otázky č. 6, která se týká znaků u sexuálního zneužívání, považuji za správné odpovědi alespoň 4 z níže vybraných znaků: bolest břicha, oteklé hrdlo, pohmožděny, rány, pomočování, pokálení, bolestivé vyprazdňování, poševní nebo anální krvácení, poruchy příjmu potravy, masturbace nebo změny v chování (uzavřenost, agrese, apatie, ztráta zájmů náhlé změny chování, zhoršení prospěchu). Změny na psychické úrovni – bezmoc, snížené sebevědomí, sklony k závislosti, noční běsy, ulpívající chování, obtíže s odloučením, náhlý odpor k určitému člověku, činnosti nebo místu.

Za vysokou informovanost považuji zodpovězení tří otázek, za střední dvě ze tří otázek a za mírnou zodpovězení jedné otázky. Za správné zodpovězení otázky považujeme, jestliže odpověď v jednotlivém ročníku přesáhne 50 % respondentů.

Výzkumný cíl 3: Jaká je informovanost studentů o první pomoci syndromu CAN

Informovanost je ordinální proměnnou, nabývající hodnot: 1. žádná, 2. mírná, 3. střední a 4. vysoká. Zjišťovat ji budeme otázkami č. 7-12.

Na otázku č. 8 považuji za správnou odpověď: zdravotnická zařízení, školy.

U otázky č. 9 považuji za správnou odpověď 2 vybrané neziskové organizace nebo sdružení z níže vypsanych organizací: Bílý kruh bezpečí, Centrum Rosa – centrum pro týrané, Krizové centrum RIAPS, ProFem, o.p.s., ACORUS, Centrum nové naděje, Diakonie ČCE, Persefona

o.s, ADRA, Slezská diakonie, Česká katolická charita – projekt Magdala, Fond ohrožených dětí, Nadace Naše dítě, Dětské krizové centrum, Magdalenium, Pomoc v nouzi o.p.s.

U otázky č. 10 je nominální proměnná a považujeme za správnou odpověď: ANO

U otázky č. 11 je nominální proměnná a považujeme za správnou odpověď: ANO

U otázky č. 12 je nominální proměnná a považujeme za správnou odpověď: ANO

Za vysokou informovanost považují zodpovězení šesti otázek, za střední čtyři otázky ze šesti a za mírnou zodpovězení dvou otázek. Za správné zodpovězení otázky považujeme, jestliže odpověď v jednotlivém ročníku přesáhne 50 % respondentů.

Výzkumný cíl 4: Jak jsou studenti informováni o prevenci Syndromu CAN

Informovanost je ordinální proměnná, nabývající hodnot: 1. žádná, 2. mírná, 3. střední a 4. vysoká. Zjišťovat budeme otázkami č. 13-15.

Na otázku č. 13 považují za správnou odpověď: Primární, sekundární, terciální.

Na otázku č. 14 považují za správnou odpověď: Sekundární prevence

Na otázku č. 15 považují za správnou odpověď: Primární

Za vysokou informovanost považují zodpovězení tří otázek, za střední dvě otázky ze tří a za mírnou zodpovězení jedné otázky. Za správné zodpovězení otázky považujeme, jestliže odpověď v jednotlivém ročníku přesáhne 50 % respondentů.

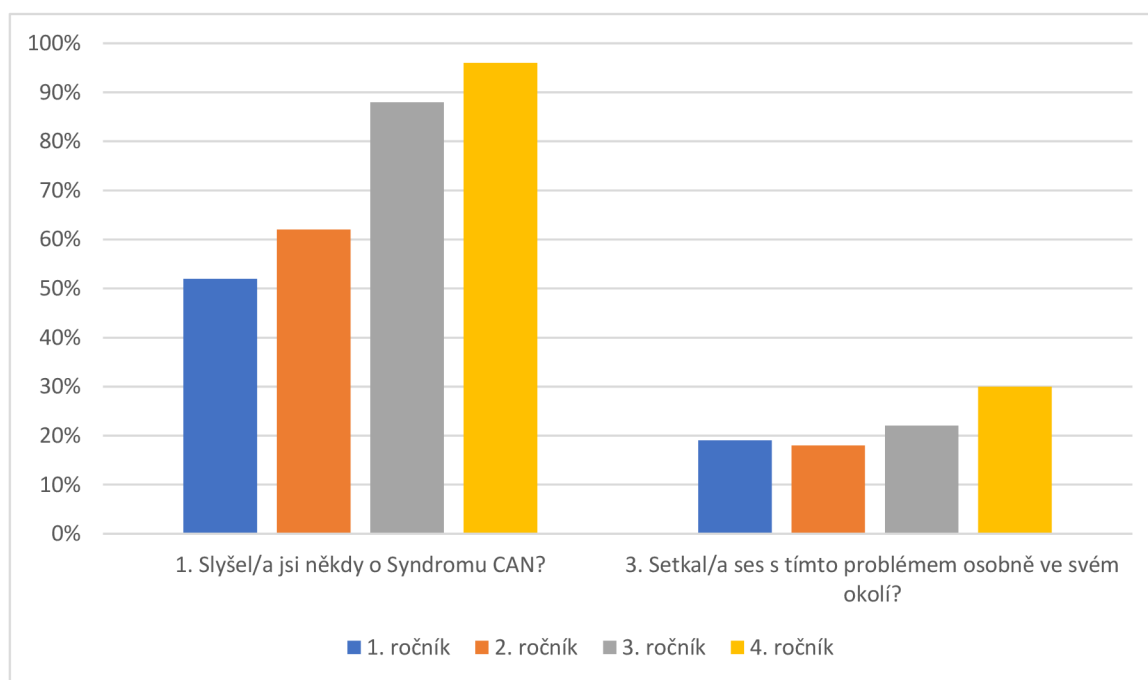
Ročník studia – je ordinální proměnná, zjišťována bude otázkou č. 16

6.4. Interpretace výsledků výzkumu

Jak už bylo uvedeno v předchozí kapitole, cílem mého výzkumu bylo zjistit, zda se informovanost na odborných školách v oboru sociální činnost zvyšuje pomocí studia, popřípadě v kterém ročníku, a jestli jsou znalosti o tomto tématu relevantní. Tento hlavní cíl byl rozdělen do dalších dílčích cílů, které zde budu vyhodnocovat na základě otázek z dotazníků. Data, které jsem získala od respondentů, jsem zpracovávala v softwaru Microsoft Excel. V práci jsem využila sloupcové grafy.

Dílčí cíl 1: Z jakých zdrojů získávají studenti informace o syndromu CAN?

Zdroje, z kterých studenti získávají informace o syndromu CAN, jsem zjišťovala pomocí stanoveného dotazníku u otázek č. 1-3. V první otázce jsem se zaměřila na to, zda studenti pojem Syndrom CAN znají a následně pokud odpověděli ANO, museli zatrhnout i to, odkud se o tomto problému dozvěděli. Třetí otázka směřovala ke zjištění, zda se s tímto problémem osobně setkali.



Graf 1: Dílčí cíl 1: Z jakých zdrojů získávají studenti informace o syndromu CAN?

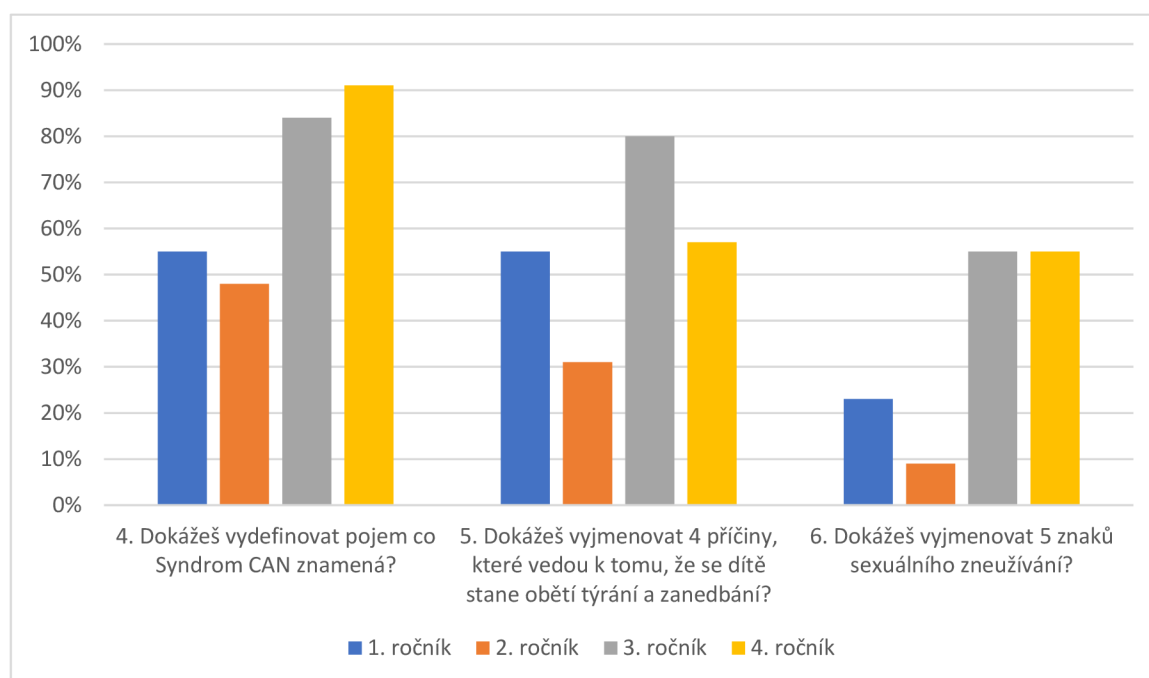
Na otázky respondenti odpovídali pouze „Ano“ či „Ne“. Z celkového počtu 145 respondentů na první otázku odpovědělo „Ano“ 106 studentů. V prvním ročníku je to 52 % studentů, kteří o tomto pojmu slyšeli, ale v druhém už 62 %, ve třetím ročníku se informovanost zvyšuje na

88 % a v posledním ročníku je to už 96 % respondentů. V případě, že o tom slyšeli, následovala otázka Kde se o tomto tématu dozvěděli. 61 % studentů prvního ročníku uvedlo, že se o syndromu CAN dozvídali z internetu, v ostatních ročnících zde rostla informovanost prostřednictvím školy, ve druhém ročníku uvedlo 61 % respondentů školu, ve třetím a čtvrtém ročníku 77 %.

Další otázka směřovala ke zjišťování, zda se s problematikou studenti setkali ve svém okolí. V prvním ročníku uvedli studenti, že se s tímto setkalo 19 % (8) respondentů, v druhém 18 % (5), ve třetím ročníku 22 % (11) a v posledním ročníku 30 % (7). Tato otázka byla zvolena z toho důvodu, že jsem chtěla zjistit, jakou se Syndromem CAN mají osobní zkušenost jako budoucí pracovníci, kteří se s tímto mohou ve své praxi setkat.

Dílčí cíl 2: Analyzovat, jaká je informovanost o jednotlivých formách

Informovanost o jednotlivých formách budu zjišťovat pomocí otázek 4-6. Zvolila jsem otevřené otázky, aby se prokázalo, zda mají studenti povědomí o Syndromu CAN a dokážou se slovně vyjádřit k otevřeným otázkám. V první otázce jsem se zaměřila na to, zda studenti znají syndrom CAN a dokážou ho správně definovat. Následně jsem se zaměřila na to, zda mají povědomí o příčinách, které vedou k týrání a zanedbávání. V poslední otázce jsem se zaměřila to, aby studenti vyjmenovali určité znaky sexuálního zneužívání.



Graf 2 Dílčí cíl 2: Analyzovat, jaká je informovanost o jednotlivých formách

Z grafu 2 vyplývá, že studenti se s problematikou ve škole musí potýkat, jelikož se jejich informovanost v průběhu studia zvyšuje. Studenti třetího a čtvrtého ročníku mají větší přehled o jednotlivých formách Syndromu CAN. Studenti od třetího ročníku dokážou lépe formulovat své odpovědi a znají správné odpovědi k daným otázkám. Níže to popíšu detailněji.

Ve čtvrté otázce studenti v prvním ročníku odpovídali nejčastěji tak, že se jedná o „týrané děti“ celkově správně odpovědělo 55 % (22) respondentů. V druhém ročníku správně odpovědělo pouze 48 % (13) zde se nejčastěji objevovala odpověď „syndrom týraného“ nebo spojení dvou forem, jako např. syndrom zneužívaného, týraného, syndrom zneužívaného a zanedbávaného“. Ve třetím ročníku se informovanost zvedla na 84 % (37) respondentů a studenti třetího ročníku nejčastěji odpovídali „syndrom týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte“. Ve čtvrtém

ročníku se informovanost ještě zvýšila až na 91 % (20). Studenti v této otázce odpovídali stejně jako studenti třetího ročníku.

V páté otázce jsem považovala za správnou odpověď, pokud napsali dobře alespoň 3 příčiny. Studenti v prvním ročníku nejčastěji odpovídali „Rodič užívající návykové látky (drogy, alkohol), rodič, který má trauma z dětství nebo nějaké psychické problémy a také, že se jedná často o děti nechtěné, postižené, adoptované“. Správně odpovědělo 55 % (23) respondentů. V druhém ročníku se nejčastěji objevovaly odpovědi „dítě nechtěné, rodiče závislí na návykových látkách (drogy)“. Správně odpovědělo 31 % (8) respondentů. Ve třetím ročníku informovanost u této otázky stoupla na 80 % (35). Nejčastěji se u této otázky vyskytovaly odpovědi „špatná finanční situace rodiny, trauma z dětství, návykové látky (alkohol, drogy). Ve čtvrtém ročníku správně odpovědělo 57 % (13) respondentů, nejčastější odpověď byla „dítě nechtěné, postižené, nešikovné nebo vyčerpávající“.

V šesté otázce považujeme za správnou odpověď, pokud studenti zvládli vyjmenovat správně alespoň 4 znaky. U studentů v prvním ročníku to zvládlo pouze 23 % (7) respondentů, nejčastěji popisovali psychické znaky u sexuálního zneužívání, a to „nevhodné komentáře nebo sexuální návrhy“. Ve druhém ročníku na tuto otázku zvládlo odpovědět pouhých 9 % (2). U těchto studentů se objevila odpověď „změna chování (uzavře se, přestává komunikovat, straní se společnosti, zhoršené chování ve škole)“. Ve třetím ročníku se informovanost o sexuálním zneužívání zvýšila na 55 % (22). V tomto ročníku se nejvíce objevovaly odpovědi spojené se změnou chování - „dítě se stane odtahované, bojí se určité osoby, straní se lidem, stane se uzavřeným“ anebo gynekologické obtíže, např. „bolesti břicha, hematomy, krvácení z genitálií, bolesti při chůzi“. Ve čtvrtém ročníku je informovanost 55 % (11), nejčastějšími odpověďmi byly „změny chování-úzkosti, agrese, apatie nebo nedůvěra k lidem“.

Na základě odpovědí z dotazníku mohu stanovit míru informovanosti u jednotlivých ročníků. Míru informovanosti u jednotlivých ročníků lze stanovit jako nízkou, střední či vysokou, tyto hodnoty se odvíjí podle zodpovězení otázek. Za vysokou informovanost považujeme, pokud studenti v ročníku zodpoví všechny tři otázky. Za střední dvě ze tří a za mírnou zodpovězení jedné otázky. Správnou otázku vyhodnocuji, jestliže více jak 50 % respondentů z ročníku odpovědělo správně.

Informovanost u prvního ročníku považují za střední, jelikož studenti správně odpověděli na 2 otázky ze tří, tedy více jak 50 % respondentů uvedlo správnou odpověď. Otázky č. 4 a 5 ukázaly, že studenti mají určitý přehled o tom, co Syndrom CAN představuje a dokázali určit příčiny týrání a zanedbávání. U otázky č. 6 jejich informovanost nebyla dostatečná, jelikož nedosáhla hranice více jak 50 %.

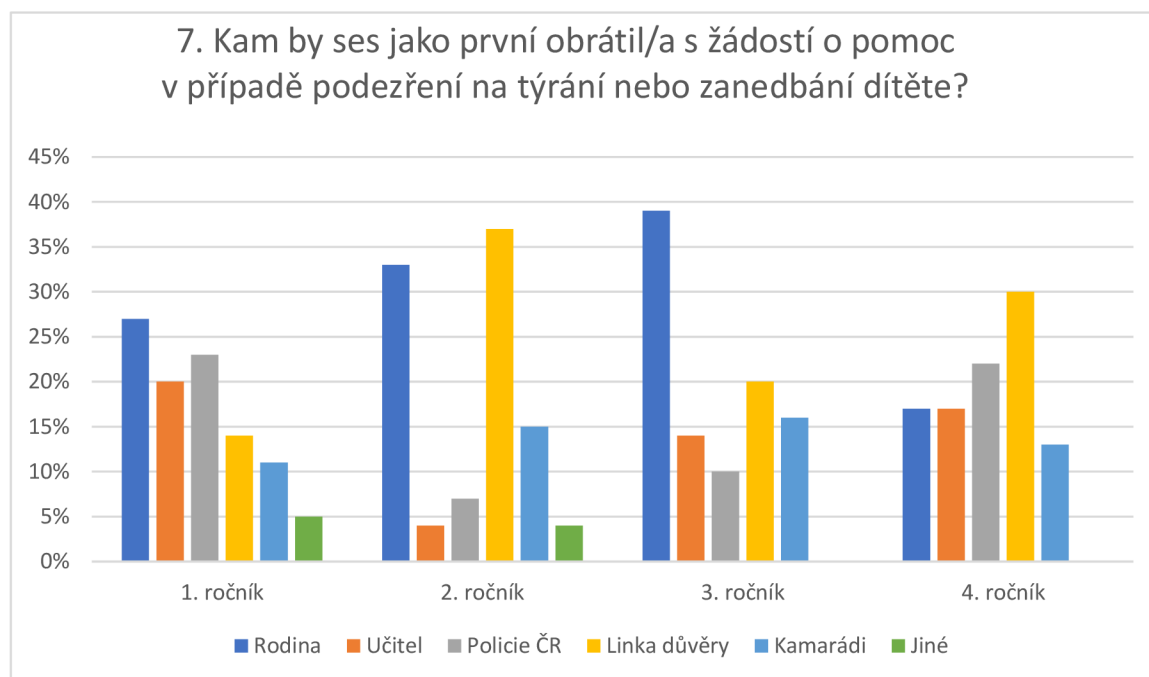
Informovanost studentů druhého ročníku byla nízká z toho důvodu, že nedokázali odpovědět ani na jednu otázku správně, tudíž tak, aby odpověděla víc jak polovina respondentů správně.

Informovanost studentů třetího ročníku byla vysoká, jelikož zvládli odpovědět na všechny položené otázky a mají přehled o jednotlivých formách Syndromu CAN. Jejich informovanost u otázky č. 5 byla nejlepší ze všech ročníků.

Informovanost studentů čtvrtého ročníku byla také vysoká, jelikož zvládli odpovědět na všechny položené otázky a mají přehled o jednotlivých formách Syndromu CAN. Nejlépe odpovídali na otázky č. 4 a 6. Studenti čtvrtého ročníku zde předvedli, že mají v této oblasti přehled.

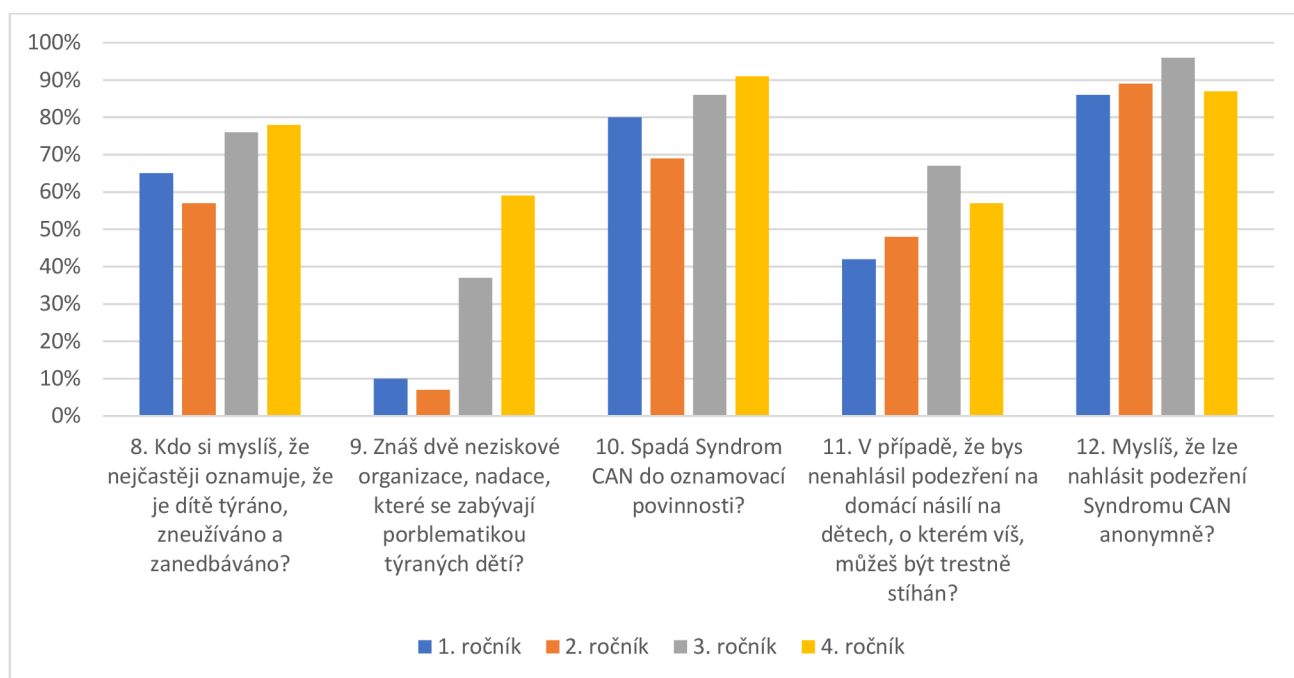
Dílčí cíl 3: Jaká je informovanost studentů o první pomoci syndromu CAN

Informovanost studentů o první pomoci jsem zjišťovala pomocí stanovených otázek 7-12. Tyto otázky se zaměřovaly na to, kam by se studenti jako první obrátili na pomoc, kdo si myslí, že nejčastěji oznamuje syndrom CAN, jestli dokážou vyjmenovat neziskové organizace, které se zaměřují na pomáhají týraným dětem, nebo také zda máme oznamovací povinnost či za to můžu být trestně stíhán a zda to můžou nahlásit anonymně.



Graf 3: četnost odpovědi na otázku č. 7. Kam by ses jako první obrátil/a s žádostí o pomoc v případě podezření na týrání nebo zanedbání dítěte?

Sedmá otázka se zaměřovala na první pomoc a kam by se student jako první obrátil s žádostí o pomoc. Šlo o polouzavřenou otázku, kde si student mohl vybrat z různých možností nebo napsat svoji vlastní. Možnost jiné využili 3 studenti a v odpovědích se objevilo, že by se obrátili na sociálku, snažili se řešit problém přímo s obětí anebo zavolali policii. V prvním a třetím ročníku nejvíce lidí vybralo odpověď „Rodina“, tudíž by se jako první raději obrátili na rodinu a situaci by řešili s rodinou než s někým jiným, u druhého a čtvrtého ročníku nejvíce lidí vybralo odpověď „Linku důvěry“.



Graf 4 Dílčí cíl 3: Jaká je informovanost studentů o první pomoci syndromu CAN

Graf 4. znázorňuje, kolik procent respondentů z každého ročníku dokázalo správně odpovědět na stanovené otázky. Tento graf znázorňuje, že výsledky se u každé třídy a otázky velmi liší.

Na otázku č. 8 „Kdo si myslíš, že nejčastěji oznamuje, že je dítě týráno, zneužíváno a zanedbáváno?“ byla nejčastější odpověď „Zdravotnické zařízení/škola“, což považuji za správnou odpověď z toho důvodu, že Ministerstvo práce a sociálních věcí vydává výkaz o výkonu sociálně-právní ochrany dětí, kde nejčastějším oznamovatelem je zdravotnické zařízení a škola. Tuto odpověď zvolilo 99 respondentů z 145, což činí celkově 68 %. V prvním ročníku tuto možnost využilo 65 % třídy, u druhého ročníku se procenta snížila na 57 % a od třetího ročníku se tato odpověď zase začala zvyšovat na 76 % v třetím ročníku a u čtvrtého ročníku dosáhla hodnoty 78 %. Respondenti měli v možnostech odpověď „jiné“, kde se vyskytovaly odpovědi jako: kamarádi nebo jiné osobě, které se týraný svěřil.

Devátá otázka se zaměřovala na to, zda studenti mají nějaký přehled o neziskových organizacích v České republice. V grafu jsem znázornila, kolik lidí zvládlo napsat dvě organizace. V prvním a druhém ročníku zde studenti moc organizací nevěděli, oproti tomu ve třetí a čtvrtém ročníku se jejich informovanost o neziskových organizacích zvyšovala. V prvním ročníku pouze 10 % (4) znali dvě organizace, nejčastěji se zde objevovaly odpovědi jako: „Bílý kruh bezpečí, linka bezpečí“. V druhém ročníku dvě organizace znalo pouze 7 % (2) respondentů, zde se objevovaly nejčastěji stejné organizace jako u prvního ročníku.

Třetí ročník už prokázal větší znalost organizací, jelikož dvě organizace zvládlo už 37 % (14) respondentů, nejčastěji se objevovaly odpovědi „BKB, linka bezpečí, Centrum ROSA, ACORUS“. Čtvrtý ročník prokázal největší znalosti, zde 59 % (13) respondentů dokázalo popsat dvě organizace. Nejčastěji se u čtvrtého ročníku objevovaly předchozí již zmíněné a dále „ADRA, Fond ohrožených dětí či Dětské krizové centrum“.

V 10. otázce se nejčastěji objevovala odpověď „ANO“ na otázku „Jestli Syndrom CAN spadá do oznamovací povinnosti?“, což považujeme za správnou odpověď. U prvního ročníku tuto odpověď označilo 80 % respondentů (35), u druhého ročníku se procento správných odpovědí snížilo na 69 % (20) z toho důvodu, že 21 % (6) respondentů využilo možnost „NE“, u třetího ročníku se procenta u odpovědi „ANO“ zvýšila na 86 % (42) a u čtvrtého ročníku až na 91 % (21). Celkově tuto možnost využilo 81 % studentů, a kromě druhého ročníku se zde informovanost postupně zvyšuje.

V jedenácté otázce „V případě, že bys nenahlásil podezření na domácím násilí na dětech, o kterém víš, můžeš být trestně stíhán?“ se také nejvíce objevovala odpověď „ANO“, což považujeme za správnou odpověď. V prvním ročníku tuto odpověď zvolilo 42 % (18), u druhého ročníku se odpověď ANO objevila u 48 % (14), u třetího ročníku se počet odpovědí ANO ještě zvýšil, a to na 67 % (32), a u čtvrtého je to 57 % (13). Odpověď ANO celkově využilo 53 % studentů.

Ve 12. otázce zaměřené na to, zda jde nahlásit Syndrom CAN anonymně, studenti vybírali možnost „ANO“. V prvním ročníku takto odpovědělo 86 % (37), ve druhém ročníku 89 % (25), ve třetím ročníku je to dokonce 96 % (47) a ve čtvrtém ročníku 87 % (20) studentů. Celkově tuto odpověď využilo 89 % respondentů. Správná odpověď je „ANO“.

Na základě odpovědí z dotazníku lze zkonstatovat, že studenti se v průběhu studia získávají více informací v oblasti první pomoci, jelikož se míra informovanosti u každé jednotlivé otázky se s vyšším ročníkem zvyšuje. Studenti ve třetím a čtvrtém ročníku jsou o této oblasti dobře informováni. Míru informovanosti u jednotlivých ročníků lze stanovit jako nízkou, střední či vysokou, tato informovanost se odvíjí podle zodpovězení otázek. Za vysokou informovanost považujeme, pokud studenti v ročníku zodpoví všech šest otázek. Za střední čtyři ze šesti a za mírnou zodpovězení dvou otázek ze šesti. Správnou otázku vyhodnocuji, jestliže více jak 50 % respondentů z ročníku odpovědělo správně.

Studenti v prvním ročníku ohledně první pomoci Syndromu CAN prokázali, že je jejich informovanost střední, jelikož správně odpověděli na 5 otázek ze 6. Odpovědi na otázku č. 9 nebyly dostačující, studenti prvního ročníku neznali organizace, které se zaměřují na pomoc se Syndromem CAN.

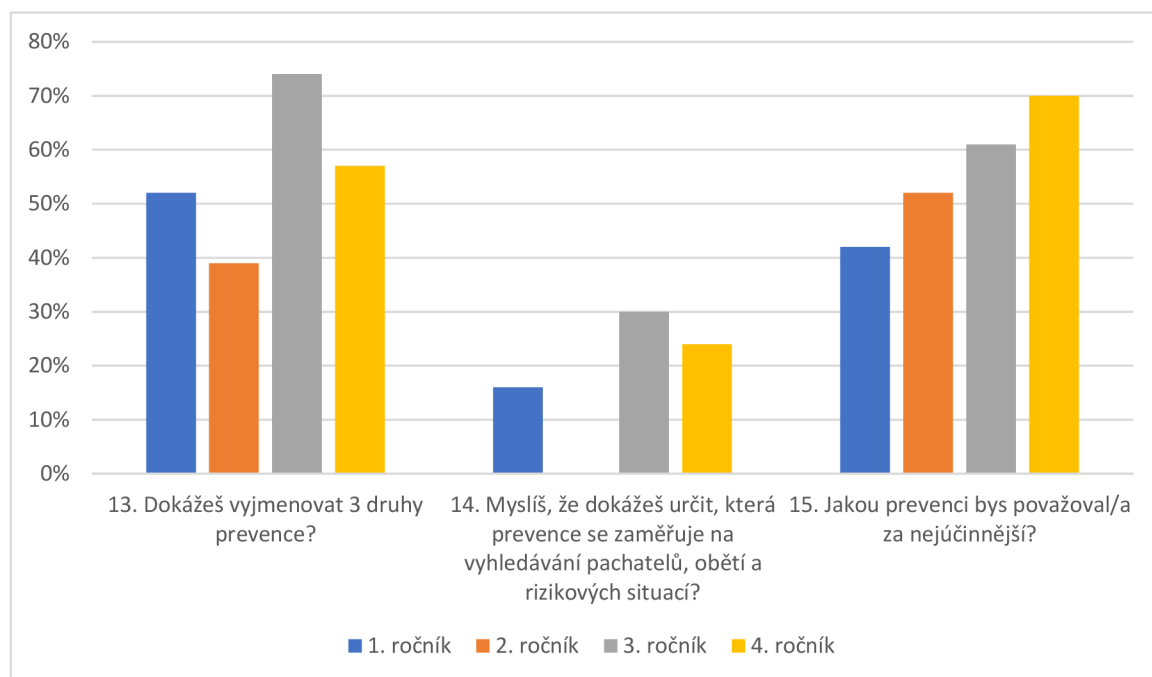
Studenti druhého ročníku také u otázky č. 9 neprokázali dostatečné znalosti, protože zodpověděli 5 ze 6 otázek, proto jejich informovanost považují za střední.

U studentů třetího ročníku hodnotím jejich informovanost za střední, jelikož zvládli odpovědět na 5 ze 6 otázek. Nejlépe odpovídali na otázku č. 11 a 12, ale někteří respondenti neznali odpověď na otázku č. 9 dostatečně.

U studentů čtvrtého ročníku hodnotím míru jejich informovanosti jako vysokou, protože zvládli odpovědět na všechny otázky. Nejlépe odpovídali u otázky č. 8. 9. 10. Studenti čtvrtého ročníku mají dostatečný přehled o každé otázce.

Dílčí cíl 4: Jak jsou studenti informováni o prevenci Syndromu CAN

Informovanost studentů o prevenci Syndromu CAN jsem zjišťovala pomocí stanovených otázek 13-15. Tyto otázky se zaměřovaly na to, zda studenti dokážou vyjmenovat druhy prevence, jestli je dokážou rozpoznat a poslední se zaměřuje na to, jakou prevenci považují za nejúčinnější. První dvě otázky byly otevřené a poslední byla uzavřená, kde měli na výběr tři možnosti.



Graf 5 Dílčí cíl 4: Jak jsou studenti informováni o prevenci Syndromu CAN

Graf č. 5 znázorňuje, kolik procent respondentů z každého ročníku dokázalo správně odpovědět na stanovené otázky. Tento graf znázorňuje, že výsledky se u každé třídy a otázky velmi liší. Níže si je rozebereme více do detailu.

Z grafu č. 5 vyplývá, že se u otázky č. 13 mezi prvním a čtvrtým ročníkem informovanost zvyšuje hlavně ve třetím ročníku. V otázce č. 14 je evidentní, že studenti ve většině případů neznali správnou odpověď, ačkoliv se informovanost mezi prvním a čtvrtým ročníkem lehce zvyšuje. V poslední otázce č. 15 se zde informovanost postupně zvyšuje.

Ve 13. otázce v prvním ročníku dokázalo správně odpovědět 52 % (14) respondentů, u druhého ročníku se zde procenta snižují dokonce na 39 % (7), třetí ročník zde byl nejvíce informovaný, protože 74 % (28) respondentů dokázalo správně odpovědět, a u posledního

ročníku to bylo pouze 57 % (13). Celkově 43 % (62) z celkových 145 respondentů odpovědělo správně „primární, sekundární a terciální“.

Na otázku č. 14 jsem považovala za správnou odpověď „sekundární“, v grafu výše je evidentní, že studenti nemají přehled, na co se jednotlivé prevence zaměřují, jelikož v minulé otázce byli někteří schopni rozepsat jednotlivé prevence, tak v této otázce nebyli schopni správně odpovědět. V prvním ročníku pouhých 16 % (5) respondentů, ve druhém ročníku dokonce 0 %, ve třetím ročníku alespoň 30 % (10) a ve čtvrtém ročníku pouze 24 % (5) respondentů. Informovanost se lehce zvýšila oproti prvnímu a druhému ročníku. Z celkového počtu 145 respondentů dokázalo správně určit sekundární prevenci pouze 20 studentů, což činí pouhých 14 %. V odpovědích se nacházel spíše odpovědi „Nevím“ či „Terciální“.

Na otázku č.15 byla nejčastěji odpověď „primární prevence“, kterou považují za správnou. U prvního ročníku tuto odpověď vybralo 42 % (15), v druhém ročníku se počet zvyšuje na 52 % (12), v třetím ročníku na 61 % (28) a u studentů posledního ročníku dokonce už na 70 % (16).

Na základě odpovědí z dotazníku lze prohlásit, že studenti v průběhu studia získávají informace v oblasti prevence, jelikož se míra informovanosti u jednotlivých otázek s vyšším ročníkem studia postupně zvyšuje. Studenti jsou schopni popsat druhy prevence, ale často si je pletou. Míru informovanosti u jednotlivých ročníků lze stanovit jako nízkou, střední či vysokou, tato informovanost se odvíjí podle zodpovězení otázek. Za vysokou informovanost považujeme, jestliže respondenti v ročníku zodpoví všechny tři otázky. Za střední dvě ze tří a za mírnou zodpovězení jedné otázky. Správnou odpověď vyhodnocuji, jestliže více jak 50 % respondentů z ročníku odpovědělo správně.

V prvním ročníku je informovanost mírná, jelikož dokázali správně odpovědět na otázku č. 13, což je jedna ze tří. Na otázku č. 14 a 15 nebyly odpovědi dostačující, jelikož výsledky nedosahovaly alespoň 50 %, aby odpověď mohla být hodnocena jako dostačující.

V druhém ročníku je informovanost mírná, studenti druhého ročníku zde neprokázali u 13. a 14. otázky dostatečné znalosti, pouze u otázky č. 15 byla informovanost vyšší než 50 %.

V třetím ročníku je informovanost střední z toho důvodu, že studenti odpověděli správně na dvě ze tří otázek. Správně odpověděli na otázku č. 13 a 15, kde také byla informovanost vyšší než 50 %.

Ve čtvrtém ročníku je informovanost střední z toho důvodu, že dokázali odpovědět pouze na dvě otázky ze tří. Odpověďmi na otázku č. 13 a 15 zde prokázali míru informovanosti vyšší než 50 %.

7. Diskuse

Výzkum pro mou praktickou část bakalářské práce probíhal na dvou anonymních středních školách, které jsou zaměřeny na obor sociální činnost. Školy se nacházejí na území České republiky a jejich výběr závisel na tom, které školy byly ochotny na výzkumu spolupracovat. Informace jsem zjišťovala pomocí dotazníku, který obsahoval 16 otázek. Celkem se výzkumu zúčastnilo 145 studentů.

V této kapitole bych chtěla představit některé výsledky svého výzkumu, které jsou návazné na odbornou literaturu, se kterou jsem pracovala v teoretické části práce.

V teoretické části jsem zmínila, že studenti v oboru sociální činnost mají být seznámeni s problematikou Syndromu CAN, kterou jim stát nařizuje pomocí Rámcového vzdělávacího programu. Kdyby se například v předmětu psychologie měla vyučovat problematika týrání a zneužívání a její prevence, následně by student měl být schopen nabídnout potřebná opatření ke zlepšení situace (MŠMT, RVP sociální činnost, 2012). Na vybraných školách v mém šetření se potvrdilo, že jsou studenti informováni o problematice Syndromu CAN od druhého ročníku díky výuce, na toto poukazuje položená otázka č. 2, kde 61 % studentů prvního ročníku napsalo, že se o tomto problému dozvěděli z internetu, ale v druhém, třetím a čtvrtém ročníku se zde zvyšovala odpověď „ve škole“.

Výsledky mého výzkumu potvrdily, že se informovanost o Syndromu CAN zvyšuje pomocí studia nejvíce ve třetím ročníku, kdy studenti nejvíce prokázali znalosti. Otevřené otázky č. 4, 5, 6, 9 a 13 jsem považovala za nejdůležitější z toho důvodu, že si studenti nemohli vybrat z různých možností, ale museli projevit opravdové znalosti. Třetí ročník projevil v těchto otázkách velmi rozdílnou informovanost oproti druhému ročníku, a proto tento ročník považuji za ročník, ve kterém se studenti nejvíce dozívají o syndromu CAN.

Mé výsledky výzkumu se liší od výzkumu Müllerové (2010, str. 35-45), která v rámci kvantitativního výzkumu prováděla dotazníkové šetření na 100 studentech posledního ročníku střední školy. 59 % studentů na otázku, zda slyšeli o Syndromu CAN, odpovědělo, že tento pojem vůbec nezná, i když byl pojem předem vydefinován. Ostatní tento pojem znali pomocí internetu. Stejně to popisuje i Lohniská (2018) ve své práci, která byla zaměřena na střední školu a základní školu, kde žáci informace o této problematice znají díky internetu, ačkoliv podle dalších otázek se o tomto tématu bavili i ve škole. Naopak z mého výzkumu vyplývá, že

96 % studentů tento pojem zná díky škole. V dalších otázkách se zaměřila Müllerová na projevy syndromu CAN, kde studenti nejčastěji znali fyzické týrání. I Lohniská popisuje (2018, str. 54), že studenti si více představí fyzické týrání než jinou formu Syndromu CAN. Studenti v oboru sociální činnost s tímto nemají problémy. Osobní setkání s obětí popisuje Lohniská i Müllerová podobně, kdy se 30 % respondentů s problémem setkala a jako první by se obraceli na Policii ČR. Naopak studenti sociální činnosti by se obraceli přímo na Linku bezpečí nebo na rodinu. Lohniská a Müllerová mají výrazně podobnější výsledky, jelikož se jednalo o studenty, kteří se o této problematice ve škole převážně neučí, oproti mému výzkumu, kde se respondenti s touto problematikou setkávají už od prvního ročníku.

Cílem práce bylo zjistit míru informovanosti o preventivních programech zaměřených na syndrom CAN. Konkrétně se jedná se o informovanost studentů posledních ročníků středních škol v Táboře o kampani STOP násilí na dětech a informovanost praktických lékařů pro děti a dorost, pracovníků orgánu sociálně právní ochrany dětí a policistů v Jihočeském kraji o metodickém opatření určujícím postup při podezření ze syndromu CAN.

Limitem této práce byl nízký počet respondentů v některých ročnících. Dalším limitem je nevyváženost počtu respondentů v jednotlivých třídách, která si myslím byla zapříčiněna špatným způsobem podání dotazníku. Dnes bych přehodnotila způsob podání dotazníků a zvolila bych metodu osobního setkání se studenty a možnost podat jim dotazníky osobně. Toto by mohlo změnit ochotu studentů vyplnit dotazník, což by vedlo ke zkvalitnění výzkumu.

8. Závěr

Výzkum, který jsem prováděla, mohu zhodnotit díky předloženým grafům výše, které jsem hodnotila v závislosti na ročníku a daných otázkách. Z grafů výše je jasné, že studenti čtvrtého ročníku mají středně vysokou informovanost o problematice Syndromu CAN, protože 91 % respondentů ze čtvrtého ročníku správně vydefinovalo pojem Syndrom CAN, ale také víc jak 50 % studentů dokázalo odpovídat na otázky ohledně vyjmenování příznaků u týraných dětí, znaky, které jsou u sexuálního zneužívání či jaké máme neziskové organizace nebo prevenci. V některých oblastech je jejich informovanost nižší než v jiných, a proto jejich informovanost nepovažuji za vysokou, ale za středně vysokou. Díky tomuto byl naplněn výzkumný cíl I., který pojednával o rozsahu informovanosti o syndromu CAN ve čtvrtém ročníku studia.

Výzkumná otázka č. II. byla zaměřena na to, v jakém ročníku se nejvíce zvyšuje informovanost. Z výše popsaných grafů vyplývá, že nejvíce se zvyšuje informovanost mezi druhým a třetím ročníkem, u studentů ve čtvrtém ročníku je informovanost nejvyšší, ale není zde tak veliký posun jako mezi druhým a třetím ročníkem. Studenti třetího ročníku zvládali správně odpovídat i na otevřené otázky.

Cílem mého výzkumu bylo zjistit, zda se informovanost na odborných školách v oboru sociální činnost zvyšuje pomocí studia, popřípadě v kterém ročníku, a jestli jsou znalosti o tomto tématu relevantní. Z výsledku provedených dotazníkovým šetření je patrné, že studenti na středních školách v oboru sociální činnost jsou informováni o syndromu CAN díky škole, jelikož se jejich informovanost postupně zvyšuje. Studenti čtvrtého ročníku jsou více informováni oproti studentům v prvním ročníku. Z výsledků šetření je patrné, že se studenti o tématu Syndromu CAN dozívají nejvíce ve třetím ročníku, jelikož oproti druhým ročníkům se míra informovanost většinou zvýšila mnohonásobně. Informace, které prokázali studenti hlavně třetího a čtvrtého ročníku, považuji za relevantní až vyšší, než jsem očekávala.

Tento výzkum jsem vytvořila z toho důvodu, že jsem chtěla poukázat na znalosti studentů sociální činnosti na středních školách této problematiky a zároveň se přesvědčit, zda studenti opravdu mají přehled a vědí například, kam se obrátit s žádostí o pomoc. Toto téma je důležité jak pro veřejnost, tak i pro pracovníky v sociálních službách, kteří se s touto problematikou

mohou setkávat v práci, na praxi nebo v osobním životě, a proto je důležité, aby informovanost zde byla co nejvyšší a studenti si s tím dokázali poradit.

Bibliografie:

BAKUSOVÁ, Lenka. 2011. Informovanost žáků základních škol o syndromu CAN. Olomouc. diplomová práce. UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Pedagogická fakulta

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

BADURA-MADEJ, Wanda 1999. Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej. [online]. [cit.2022-03-30]. Dostupné z: <https://docer.pl/doc/n0cec0s>

DUNOVSKÝ J., DYTRYCH Z., MATĚJČEK Z. (eds.) 1995. Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-192-5

DISMAN, Miroslav. Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele. 4., nezměn. vyd. Praha: Karolinum, 2011, 372 s. ISBN 978-80-246-1966-8.

GENTRY, C. E., & U.S. Department of Health and Human Services. 1994. Crisis intervention in child abuse and neglect. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau.

Hanušová, Jaroslava. 2006. Násilí na dětech – syndrom CAN. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 24 s. ISBN 80-86991-78-4.

HODKOVÁ. Sociální pracovník v Intervenčním centru pro osoby ohrožené domácím násilím »Sociální práce. Oficiální stránky časopisu »Sociální práce [online]. 2020 [cit. 02.04.2022]. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/profesiogramy/socialni-pracovnik-v-intervenčním-centru-pro-osoby-ohrozene-domacim-nasilim/>

MUFSONOVÁ S., KRANZ Z. 1996. O týrání a zneužívání. Přeložil HAUSEROVÁ E. Praha: Lidové noviny. ISBN 80-7106-1949

KODYMOVÁ, Pavla. 2015. Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu. Sešit sociální práce Ministerstvo práce a sociálních věcí, č.3, str. 5. ISBN 978-80-7421-088-4

KREBS, V., et. al. Sociální politika 6.přepřacované a aktualizované vydání. Praha: Wolters Kluwer, 2015. ISBN 978-80-7478-921-2

KREJČÍŘOVÁ, Dana. 2007. Týraní, zneužívání a zanedbávání dětí In: BECHYŇOVÁ, Věra. 2007. Syndrom Can a způsob péče o rodinný systém. Praha: IREAS, Institut pro strukturální politiku, o.p.s. ISBN 978-80-86684-47-5. str. 9-38

LANGMEIER, Josef a MATĚJČEK Zdeněk. 1974. Psychická deprivace v dětství. 3. dopl. vyd. Praha: Avicenum, 397 s. ISBN 735-21-08/20

LÁSKOVÁ. Oznamovací/překazovací povinnost v internetovém prostoru – část I. Sociální práce. Oficiální stránky časopisu Sociální práce [online]. 2021 [cit. 02.04.2022]. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/online-clanky/oznamovaci-prekazovaci-povinnost-v-internetovem-prostoru-cast-i/>

LOHNISKÁ, Andrea. 2018. Syndrom CAN. Hradec Králové. bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové. Ústav sociální práce.

MALÁ, Eva, Jiří RABOCH a Zdeněk SOVÁK. Sexuálně zneužívané děti. Praha: Psychiatrické centrum, 1995, 128 s. ISBN 80-85121-99-9.

MAŘÍKOVÁ, Hana, Miloslav PETRUSEK, Alena Vodáková. 1996. Velký sociologický slovník. I, A-O. Praha: Karolinum, 747 s. ISBN 8071843113.

MATOUŠEK, Oldřich. Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. Praha: Portál, 2007 B. 183 s. ISBN 978-80-7367-310-9.)

MATOUŠEK, Oldřich. Metody a řízení sociální práce. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008, 380 s. ISBN 978-80-7367-502-8.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. 2005, Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál, 351 s. ISBN 80-7367-002-X.

MATOUŠEK, Oldřich. Základy sociální práce. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007 A. 309 s. ISBN 978-80-7367-331-4.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. Statistiky. Roční výkaz o výkonu sociálně právní ochrany dětí za rok 2021. [online]. 2021. [cit.2022-02-18]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/statistiky-1>).

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. Rámcový vzdělávací program Sociální činnost. [online]. 2012. [cit.2022-03-12]. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/file/23368>

MUFSONOVÁ, Susan a Rachel KRANZ. 1996. O týrání a zneužívání. Přeložil Eva HAUSEROVÁ. Praha: Lidové noviny, 131 s. ISBN 8071061948.

MÜLLEROVÁ, Pavla. 2010. Informovanost o preventivních programech zaměřených na syndrom CAN. České Budějovice. Bakalářská práce. JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta

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

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 1993. Understanding Child Abuse and Neglect. Washington, DC: The National Academies Press. Dostupné z: <https://nap.nationalacademies.org/read/2117/chapter/7>

O Persefoně | Persefona.cz. Persefona – Pomoc obětem domácího násilí a znásilnění [online]. Persefona 2015 [cit. 16.03.2022]. Dostupné z: <https://www.persefona.cz/o-nas>

O nás | Centrum LOCIKA. Centrum LOCIKA [online]. 2015 [cit. 16.03.2022] Dostupné z: <https://www.centrumlocika.cz/o-nas#co-delame-a-proc>

PEMOVÁ, Terezie a Radek PTÁČEK. Zanedbávání dětí: příčiny, důsledky a možnosti hodnocení. Praha: Grada, 2016, 200 s. ISBN 978-80-247-5695-0.

PÖTHE, P. 1999. Dítě v ohrožení. 2. vyd. Praha: G Plus G, ISBN 80-86103-21-8.

PUNCH, Keith. Úspěšný návrh výzkumu. Praha: Portál, 2008. ISBN 9788073674687.

ŠEVČÍK D., ŠPATENKOVÁ N. (eds.) 2011. Domácí násilí kontext, dynamika a intervence. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-690-2

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. Krize a krizová intervence. Praha: Grada, 2017, 285 s. Psyché. ISBN 978-80-247-5327-0.

URBAN a MASOPUST. Munchhausenův syndrom. *Medicína v praxi* [online]. 2004, 2004(2), 4 [cit.2022-02-03]. Dostupné z:

<https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2004/02/07.pdf>

VÁGNEROVÁ, Marie. 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0225-7.

VITOUŠOVÁ P. Durdík T. *Zákon na ochranu před domácím násilím*. Bílý Kruh Bezpečí [online]. 2006 [cit. 02.04.2022]. Dostupné z: <https://www.bkb.cz/aktuality/n144-zakon-na-ochranu-pred-domacim-nasilim/>

VIZINOVÁ, Daniela a Marek PREISS. *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD): psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. Praha: Portál, 1999, 158 s. ISBN 807178284X.

VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. 3. vyd. Praha: Portál, c2012, 543 s. ISBN 978-80-262-0212-7.

Zákony

Listina základních práv a svobod, Usnesení č. 2/1993 sb., čl. 3-9

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 sb. §116

Zákon trestní zákoník č. 40/2009 sb. §13

Zákon, kterým se mění některé zákony v oblasti ochrany před domácím násilím č. 135/2006 sb.

Zákon o sociálně-právní ochraně dětí 359/1999 sb., § 1-8.

Seznam grafů

Graf 1: Dílčí cíl 1: Z jakých zdrojů získávají studenti informace o syndromu CAN?.....	42
Graf 2 Dílčí cíl 2: Analyzovat, jaká je informovanost o jednotlivých formách.....	44
Graf 3: četnost odpovědí na otázku č. 7. Kam by ses jako první obrátil/a s žádostí o pomoc v případě podezření na týrání nebo zanedbání dítěte?	47
Graf 4 Dílčí cíl 3: Jaká je informovanost studentů o první pomoci syndromu CAN.....	48
Graf 5 Dílčí cíl 4: Jak jsou studenti informováni o prevenci Syndromu CAN	51

Přílohy

Příloha č. 1 Dotazník

Dobrý den,

jsem studentkou oboru Charitativní sociální práce na Univerzitě Palackého v Olomouci. Tento dotazník slouží k získání informací pro zpracování bakalářské práce. Chtěla bych Vás poprosit o několik minut vašeho času k vyplnění následujícího dotazníku. Dotazník je anonymní a poslouží pouze ke studijním účelům.

Děkuji za Váš čas a za pomoc při tvorbě bakalářské práce

Kaplanová Klára

1. Slyšel/a jsi někdy o syndromu CAN
 - Ano
 - Ne

2. Pokud jsi odpověděl/a ANO, kde jsi se o tom dozvěděl/a
 - Z internetu
 - V rodině
 - Ve škole
 - Jiné.....

3. Setkal/a ses s tímto problémem osobně ve svém okolí?
 - Ano
 - Ne

4. Dokážeš vydefinovat pojem co Syndrom CAN znamená

.....
.....

5. Dokážeš vyjmenovat 4 příčiny, které vedou k tomu, že se dítě stane obětí týrání a zanedbávání.

.....
.....

6. Dokážeš vyjmenovat 5 znaků sexuálního zneužívání?

-
-
-
-
-

7. Kam by ses jako první obrátil/a s žádostí o pomoc v případě podezření na týrání nebo zanedbání dítěte?

- Kamarádi,
- Rodina,
- Učitel,
- Policie ČR,
- Linka důvěry,
- Jiné.....

8. Kdo si myslíš, že nejčastěji oznamuje, že je dítě týráno, zneužíváno a zanedbáváno?

- Rodič
- Dítě samo
- Rodina
- Zdravotnické zařízení/škola
- Policie
- Neziskové organizace zaměřující na syndrom CAN
- OSPOD
- Jiné.....

9. Znáš dvě neziskové organizace, nadace, které se zabývají problematikou týraných dětí?

.....
.....

10. Spadá syndrom CAN do oznamovací povinnosti? Tudiž pokud mám podezření na domácí násilí u dítěte, je mojí povinností to nahlásit?

- Ano
- Ne
- Nevím

11. V případě, že bys nenahlásil podezření na domácím násilí na dětech, o kterém víš, můžeš být trestně stíhán?

- Ano
- Ne
- Nevím

12. Myslíš, že lze nahlásit podezření Syndromu CAN anonymně?

- Ano
- Ne
- Nevím

13. Dokážeš vyjmenovat 3 druhy prevence?

.....

.....

.....

14. Myslíš, že dokážeš určit, která prevence se zaměřuje na vyhledávání pachatelů, obětí a rizikových situací?

.....

15. Jakou prevenci bys považoval/a za nejúčinnější?

- Primární
- Sekundární
- Terciální

16. Jaký ročník studuješ?

- 1. ročník
- 2. ročník
- 3. ročník
- 4. ročník

Anotace

Bakalářská práce se zabývá informovaností o problematice syndromu CAN na středních školách v České republice. V bakalářské práci se postupně věnuji tématům syndromu CAN, role sociálního pracovníka či pracovníka v sociálních službách, který se zabývá problematikou týraného dítěte. Dále v práci definuji možnosti pomoci dětem postihnutým syndromem CAN z pohledu sociální práce. Cílem mé práce je zanalyzovat, jaký je vliv studia na zvyšování informovanosti o syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte na středních odborných školách se zaměřením na sociální činnost. Výzkum byl realizován kvantitativní metodou. Diskuse a závěr shrnuje celou práci a výsledky výzkumu.

Klíčová slova: Syndrom, týrání, zanedbávání, zneužívání, dítě, Syndrom CAN, sociální pracovník, pracovník v sociálních službách, sociální práce, studenti, střední škola, sociální činnost.

Annotation

The bachelor's thesis deals with awareness of CAN syndrome issues in secondary schools in the Czech Republic. In my bachelor's thesis, I gradually focus on CAN syndrome, the role of a social worker or a worker in social services who deals with the issue of abused child. Furthermore, in thesis, I define the possibilities of helping children affected by CAN syndrome from the point of view of social work. The aim of my thesis is to analyse the impact of studying on raising awareness of abused and neglected child syndrome in secondary vocational schools with a focus on social activity. The research was carried out using a quantitative method. The discussion and conclusion summarize the entire thesis and results of the research.

Key words: Syndrome, abuse, neglect, child, CAN syndrome, social worker, social services worker, social work, students, secondary school.