



UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie a patopsychologie

Problematika syndromu CAN

Bakalářská práce

Lenka Oslíková

Olomouc 2023

Vedoucí práce: PhDr. Kristýna Balátová, Ph.D. + Mgr. Radka Hájková

Abstrakt

Téma bakalářské práce je „syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte“, neboli syndrom CAN. Teoretická část obsahuje definici syndromu CAN jak z pohledu současných autorů, tak i z historického hlediska. Dále rozebíráme jednotlivé formy syndromu CAN a jeho dělení. Součástí bakalářské práce je i stručně vypsaná možná diagnostika syndromu CAN, kterou lze uskutečnit mnoha způsoby. V praktické části se pomocí dotazníku zaměřujeme na sběr dat, které by po zpracování výsledků měly zjistit, jaká je informovanost pedagogů (hlavně v mateřských školách) ohledně syndromu CAN a zda pedagogové vědí, jak s tímto problémem dále pracovat. Jako respondenty jsme si zvolili širší skupinu pedagogů různého zaměření, díky čemuž po vyhodnocení dat lze říci, zda jsou o této problematice dostatečně informováni a zda jsou pedagogové v mateřské škole více informováni, než např. pedagogové ze základních škol. V poslední části jsou shrnuty a porovnány výsledky z vyplněných dotazníků.

Klíčová slova

Syndrom CAN - dítě - sexuální zneužívání - zanedbávání - fyzické tárání - diagnostika

Abstract

The topic of the Bachelor Thesis is the Child Abuse and Neglect Syndrome known as the CAN Syndrome. The theoretical part deals with the definition of the CAN Syndrome as seen by present-day authors as well as the historical point of view on the matter. Further, the individual CAN Syndrome forms are classified and analysed. Another subsection of the theoretical part is a brief description of a possible diagnosis of the CAN Syndrome, which can be carried out in many different ways. In the practical part, we are using a questionnaire to collect data, which, after processing the results, should determine what is the awareness of teachers (mainly in kindergartens) about CAN syndrome and whether teachers know how to work with this problem. As respondents, wide range of teachers of different specializations was chosen. So that after data analysis it is possible to say whether schoolteachers are informed enough about the issue and whether nursery schoolteachers are more informed than e.g., primary, or secondary school teachers. In the last part, the results gathered in the questionnaires are summarized and compared.

Keywords

Syndrome CAN - child - sexual abuse - neglect - physical abuse - diagnosis

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

V Olomouci dne 19. června 2023

.....

Podpis studenta

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala PhDr. Kristýně Balátové a Ph.D. a Mgr. Radce Hájkové za odborné vedení mé bakalářské práce, přínosné konzultace, rady a vstřícný přístup.

Obsah

| | |
|--|-----------|
| ÚVOD..... | 8 |
| SEZNAM ZKRATEK | 10 |
| 1 Syndrom CAN..... | 11 |
| 1.1 Definice pojmu od historie až po současnost | 11 |
| 1.2 Definice pojmu..... | 12 |
| 1.3 Podoba syndromu CAN | 12 |
| 1.3.1 Fyzické týrání | 12 |
| 1.3.2 Psychické týrání | 13 |
| 1.3.3 Sexuální zneužívání | 14 |
| 1.3.4 Zanedbávání | 16 |
| 1.4 Zvláštní formy syndromu CAN | 17 |
| 1.4.1 Systémové týrání..... | 17 |
| 1.4.2 Sekundární viktimizace..... | 17 |
| 1.4.3 Münchhausenův syndrom by proxy..... | 18 |
| 2 Diagnostika syndromu CAN..... | 20 |
| 2.1 Diagnostické postupy a metody | 20 |
| 2.1.1 Pediatriká diagnostika | 20 |
| 2.1.2 Rozhovor..... | 20 |
| 2.1.3 Diagnostika dětské kresby | 21 |
| 2.2 Příznaky a rizikové faktory | 23 |
| 3 Prevence..... | 25 |
| 3.1 Prevence primární | 25 |
| 3.2 Prevence sekundární..... | 25 |
| 3.3 Prevence terciální | 26 |
| 3.4 Prevence kvartérní..... | 26 |
| 4 Terapie a následky..... | 27 |
| 4.1 Terapie..... | 27 |
| 4.1.1 Zásady intervence | 27 |
| 4.2 Následky u dítěte..... | 27 |
| 4.2.1 Psychické následky týrání..... | 28 |
| 4.2.2 Psychické dopady týrání na psychické zdraví dítěte | 30 |
| 5 Organizace SOFA- Society for All | 32 |
| 5.1 Piliře práce této organizace | 32 |
| 5.2 Co organizace nabízí | 32 |
| 5.3 Karta KID..... | 33 |
| 5.3.1 Karta KID pro učitele | 33 |
| 6 Cíl výzkumu | 36 |

| | | |
|---|---|-----------|
| 6.1 | Výzkumné otázky..... | 36 |
| 7 | Metodologie výzkumu | 37 |
| 7.1 | Dotazníkové šetření..... | 37 |
| 8 | Charakteristika výzkumného vzorku | 38 |
| 8.1 | Zpracování sociometrických dat dotazníku | 38 |
| 8.2 | Shrnutí výsledků první části dotazníku | 41 |
| 9 | Vyhodnocení výsledků druhé části dotazníku | 42 |
| 10 | Shrnutí výsledků praktické části | 56 |
| 10.1 | Výzkumné otázky- vyhodnocení..... | 56 |
| DISKUZE | | 58 |
| ZÁVĚR | | 62 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | | 63 |
| SEZNAM ELEKTRONICKÝCH ZDROJŮ | | 65 |
| SEZNAM GRAFŮ | | 66 |
| SEZNAM OBRÁZKŮ | | 67 |

ÚVOD

Téma této bakalářské práce řeší problematiku tzv. syndromu CAN neboli syndromu týraného a zneužívaného dítěte. Tato práce je rozdělena do dvou hlavních částí. První část je zaměřena na teorii a druhá část, praktická, s využitím internetového dotazníku. Nejdříve jsme provedli literární rešerše zabývající se touto problematikou a pokusím se přiblížit, jak se syndrom CAN rozděluje a shrnu co do problematiky všechno patří.

Důvodem, zkoumání tohoto téma byla vlastní zkušenost při odborné praxi, kdy jsem se s tímto syndromem setkala poprvé. V průběhu dosavadního studia jsme se s tímto problémem seznamovali a vzhledem k tomu, že se tato problematika příliš nevyskytuje ve veřejnoprávních médiích a odborné literatuře. Rozhodli jsme se danou problematiku prozkoumat a rozšířit její povědomí.

Cílem bakalářské práce je zjistit na jaké úrovni jsou pedagogové z různých rolích a různého zaměření (vychovatel, asistent pedagoga, ...) o této problematice informováni. Práce bude zaměřena i na historii a současnost dané problematiky, srovnání postoje společnosti a zejména pedagogů s tímto syndromem u nás a v zahraničí.

V praktické části je popsána výzkumná část bakalářské práce, která je realizována pomocí dotazníkového šetření, a to pomocí internetového dotazníku. Vzhledem k tématu bakalářské práce byli zvoleni respondenti pedagogického zaměření s již ukončeným vzděláním, tj. učitelé na vysokých, základních a mateřských školách. Mimo jiné jsme oslovili respondenty i nepedagogických pracovníků, převážně studentů vysokých a středních pedagogických škol.

V práci byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

1. Kolik respondentů z výzkumného souboru se za svoji praxi setkala se syndromem CAN a v jakékoliv podobě?
2. S jakou formou a příčinami syndromu CAN se respondenti nejčastěji setkali?
3. Jaké dlouhodobé následky syndromu CAN u dětí respondenti nejčastěji uvádějí? (Duševní a fyzické zdraví)
4. Jaké následky, podle účastníků výzkumu, může mít jedinec trpící syndromem CAN v rámci vzdělávání a výchovy?
5. Jaké mohou být dle respondentů příčiny či varovné signály syndromu CAN?

Výsledky z dotazníku jsou shrnuty a popisnou statistikou zpracovány v závěru praktické části, za účelem naplnění cílů a hypotéz, které jsou popsány v úvodních kapitolách druhé části práce.

SEZNAM ZKRATEK

| | |
|-------|---|
| CAN | Child abuse and neglect (dítě týrané, zneužívané a zanedbávané) |
| FOD | Fond ohrožených dětí |
| KSZ | Komerční sexuální zneužívání |
| MŠ | Mateřská škola |
| OSPOD | Orgán sociálně-právní ochrany dítěte |
| PČR | Policie České Republiky |
| SVP | Speciální vzdělávací potřeby |
| USA | Spojené státy americké |
| VOŠ | Vyšší odborná škola |
| VŠ | Vysoká škola |
| ZŠ | Základní škola |

TEORETICKÁ ČÁST

1 Syndrom CAN

1.1 Definice pojmu od historie až po současnost

Zhruba v polovině dvacátého století si určití lékaři začali všimnout závažných tělesných poškození na tělech dětí. Tato poškození nebyla způsobena náhodně, ale se záměrem. Úrazy, které byly záměrně způsobeny, dostaly svůj první název, tzv. „*neúrazová zranění*“. Doktoři postupně zjistili, že tato zranění měla za příčinu v rodinném prostředí, což bylo na tuto dobu neobvyklé.

V roce 1962 se na tato zranění zaměřil americký doktor Kempe, který pozměnil původní název na nový, a to „*syndrom bitého či týraného dítěte*“. Toto pojetí se pomalu přiblížilo tomu, které se používá v současnosti. Díky tomu se rozvinul převratný přístup k chápání daného jevu v nejširší společnosti a prosadilo se postupné přijímání zákonů, jež by měly dát povinnost veřejnosti případy hlásit, zákony platily v jednotlivých státech USA. Všechno toto napomohlo k hlubšímu a rozsáhlejšímu vnímání násilí na dětech i v dalších oblastech života dětí a společnosti. Díky upozornění na dané problémy se rozšířil pojem „*syndrom child abuse*“, čili zneužití dítěte (Hanušová, 2006).

Zatímco v české legislativě chybí definice týrání a zanedbávání dítěte v americké legislativě je tato definice zakotvena již od roku 1974 ve federálním zákoně *Child Abuse Prevention and Treatment Act*. Ten definuje „týrání a zanedbávání dítěte“ jako jakékoliv nedávné jednání nebo opomenutí ze strany rodiče nebo pečovatele, které má za následek smrt, vážné fyzické nebo emocionální zranění nebo zanedbání péče o dítě (The Child Abuse Prevention and Treatment Act, 1974).

Už na samém počátku se rozmohlo ubližování dítěti až na aktivní formu. Při rozvoji aktivní formy se začala rozvíjet další forma, a to pasivní. Pasivní podoba obsahuje emocionální a psychické týrání, kdy přispěla k formulaci druhé části syndromu CAN – dítě zanedbávané (z angl. „*child neglect*“). Tento název syndromu se používá do dnešní doby (Hanušová, 2006).

1.2 Definice pojmu

Objevuje se mnoho publikací, kde autoři používají různé definice syndromu CAN. Dle Matějčeka, Dunovského a Dytrycha (1995, str. 7) je syndrom CAN definován, jako „*soubor nepříznivých příznaků v nejrůznějších oblastech stavu a vývoje dítěte i jeho postavení ve společnosti, v rodině především. Jsou výsledkem převážně úmyslného ubližování dítěti, způsobeného nebo působeného nejčastěji jeho nejbližšími vychovateli, hlavně rodiči. Jejich nejvyhraněnější podobou je úplné zahubení dítěte.*“

1.3 Podoba syndromu CAN

Syndrom CAN byl poprvé definován na III. Evropské konferenci, která se konala v Praze roku 1991. Na tyto výsledky dále navázala Zdravotní komise Rady Evropy z roku 1995. Předpokladem ke správnému pochopení tohoto syndromu je jeho jasná definice (Dunovský, et al., 1995).

1.3.1 Fyzické týrání

Fyzické týrání aktivní povahy (fyzické týrání)

Aktivní povaha fyzického týrání zahrnuje veškeré akty násilí vůči dítěti, při kterých dojde k jeho tělesnému zranění, trvalému postižení nebo dokonce k jeho usmrcení. Při tomto druhu násilí dochází k různým zraněním, poškozením orgánů či jejich funkcí, tyto poranění bývají na první pohled zjevná (otevřená, povrchová) nebo skrytá (vnitřní) (Dunovský, et al., 1995).

K aktivnímu tělesnému týrání řadíme surové bití rukama, pěstmi, opaskem, prutem, gumovou hadicí, provazem, a jinými předměty. Dle pak kopání, škrcení, mlácení hlavou o zeď, trhání vlasů, zubů, nehtů, pálení cigaretou, pálení o roztopená kamna či jiný spotřebič, opaření, svazování, topení, dušení, prudké třesení s malým dítětem, házení s dítětem po místnosti nebo do postýlky (Dunovský, et al., 1995).

Nejtypičtějšími vnějšími znaky dle Kukly a kol. (2016) mohou být otřesy, pohmožděniny, zranění nástroji, které byly použity při bití, vytrhané vlasy, poranění svalů, zlomeniny kostí, rýhy a otisky na krku po dušení, tepelná poranění, omrzliny, stopy po svazování, staré hluboké hojené rány a jizvy.

Příznaky se nemusejí projevit jen viditelně, může dojít i k poškození vnitřních orgánů. Dále je také u dítěte možné sledovat změnu v chování. Dítě je vystrašené, neklidné, má zvýšené obranné a úhybné reakce, může se u něj objevit agresivita, lítostivost, vynucování si pozornosti a citů jiných dospělých osob, strach z návratu domů, útky z domova, toulání a další (Dunovský, et al., 1995).

Pasivní forma tělesného týrání

Pasivní forma tělesného týrání představuje nedostatečné uspokojování důležitých biologických potřeb dítěte. Dítěti například mohou dlouhodobě odírat základní výživu, jsou mu podávány nepoživatelné suroviny, které nebyly tepelně zpracovány nebo nedostává dostatek jídla. Dále není věnována dostatečná pozornost jeho hygieně, což může mít za následek vážné opruzeniny nebo nemoci, dítě není dostatečně oblékáno, je ohroženo jeho bezpečí a opomíjena péče o něj, a to i během nemoci (Dunovský, et al., 1995).

Dítě, které dlouhodobě trpí, může být velmi podvyživené, může na něm být vidět zanedbání hygieny, nedostatečným ošacením nebo nedostatkem dohledu. Takto týrané dítě může v kolektivu žebrať o jídlo či peníze (Dunovský, et al., 1995).

Pasivní týrání může být také jako ventil psychického napětí jednoho z rodičů. To se často se toto objevuje u psychicky nervovaných jedinců, kteří zpravidla trpí nějakou formou deprese či úzkostnou poruchou. Tyto projevy se začnou objevovat, když se rodič dostane pod velký psychický nátlak, který nedokáže ovládat. Dítě se tak ocitne v centru agrese rodiče, který si na něm vybije svou zlost, protože se nedokáže bránit a stává se v podstatě obětním beránkem (Pöthe, 1996)

1.3.2 Psychické týrání

U této formy dítěti sice není ubližováno tělesně, i přesto se však jedná o velmi závažnou formu. Také psychické týrání lze rozdělit na aktivní a pasivní. Psychické či emocionální týrání jsou obecně velmi nejasné, a také se o nich zdaleka tak často nehovoří. Nejčastěji se psychické týrání objevuje u rodičů, kteří se rozvádějí a o dítě se přetahují (Hanušová, 2006).

Aktivní formy psychického týrání

Aktivní forma zahrnuje nadávky, nedůvěru, slovní útoky na sebevědomí dítěte, zesměšňování, zavrhování dítěte, opovrhování, srovnávání s jiným dítětem, vyhrožování jemu nebo jeho blízkým osobám apod. Snahou agresora je v dítěti vyvolat pocit strachu (Kukla, a další, 2016).

Pasivní forma psychického týrání

U pasivní formy psychického týrání je typický dlouhodobý nezájem o dítě. Rodič dítě přehlíží, nevšímá si ho, odmítá ho, kontaktu s ním se vyhýbá. Dále se tato forma může projevovat tak, dítě nemá dostatečně zabezpečeny základní duševní a citové potřeby, což se může projevovat například nedostatkem lásky a porozumění ze strany rodičů. (Fedor, 2019)

1.3.3 Sexuální zneužívání

Weiss (2005, str. 10) uvádí že, při „*definici sexuálního zneužívání musíme vycházet především z nutnosti akceptace zachování kontextu s požadavky historického období i sociálních norem. Při úvahách o normalitě sexuálního chování pak v našem kulturně-historickém okruhu hraje nejdůležitější roli předpoklad pokrevní nespřízněnosti i požadavek adekvátní věkové zralosti sexuálních partnerů, resp. nepřijatelnost sexuálních aktivit dospělých či dospívajících jedinců s prepubertálními dětmi, a to i v případě jejich eventuálního „souhlasu“.*“

Když dochází k zneužívání dítěte v rodině mluvíme o tzv. intrafamiliárním sexuálním zneužívání. V opačném případě, když dochází k sexuálnímu zneužívání mimo rodinu, označujeme toto zneužívání jako extrafamiliární (Hanušová, 2006).

Sexuální zneužívání lze rozdělit na následující typy:

Nekontaktní sexuální zneužívání

Dítěte se sice nikdo fyzicky nedotýká, zato pachatel mluví o tom, co by s tím dítětem rád dělal. Doprovázeno je nevhodnými, leckdy nechutnými komentáři mířenými na dětské tělo, tzv. verbálními sexuálními návrhy. Do této problematiky též patří zneužití dítěte na dětskou bezkontaktní pornografii (pořizování fotografií, videí, třeba i bez vědomí dítěte), expozice genitálií pachatele dítěti, masturbace před dítětem, pozorování dítěte bez jeho vědomí za účelem sexuálního uspokojení / vzrušení

(voyerismus), exhibicionismus, nucení dítěte být u dospělého, který se uspokojuje nebo provádí pohlavní styk, ukazování a tlačení dítěte do sledování pornografických obrázku či videí.

Kontaktní sexuální zneužívání (dotykové)

Tato forma jde rozdělit na další dva typy aktivit s dítětem:

Nepenetrativní aktivity – nedochází k pohlavnímu styku napřímo

Penetrativní aktivity – zde dochází k pohlavnímu styku mezi pachatelem a dítětem. Jedná se o sexuální proniknutí prsty nebo předměty do genitálu (Hanušová, 2006).

Komerční sexuální zneužívání

Komerční SZ se stalo mezinárodně závažnou formou zneužívání v posledních deseti letech. Díky tomu se více organizací začalo zaměřovat na tento problém.

Formy komerčního sexuálního zneužívání

A. Dětská pornografie

Dětská pornografie je velmi často vyhledávanou zábavou a má své stále spotřebitele. Slovo pornografie je z řeckého *porne* – děvka a *graphie* – psát. Mnoho zastánců pornografie se obhajuje tím, že je těžké odhalit co je porno a co je pouze umění (Vaníčková, 2007).

Dětská pornografie je definována jako jakýkoliv zvukový či obrazový materiál, ve kterém se dítě objevuje v sexuálním kontextu. Obrazová pornografie zobrazuje dítě při sexuální aktivitě, skutečné či nahrané. Zahrnuje i oplzlé vystavování pohlavních orgánů pro sexuální uspokojení uživatelů, dále také výrobu, rozšiřování či používání takového materiálu (Hanušová, 2006).

B. Dětská prostituce

Dívky a chlapců se bezprostředně začala dotýkat dětská prostituce, když se sexuální zájem konzumentů dospělé prostituce vyčerpal, a začal se soustřeďovat na dospívající dívky a chlapce (Halfarová in Dunovský, 2006).

Samotná dětská prostituce vychází z mnoha faktorů. Děti, které se k prostituci dostanou, jsou často z velmi špatných rodinných podmínek, děti chudé nebo z neúplných rodin. Velkou část trhu tvoří pedofilové. Přitahují je osoby,

kteří ještě nedosáhly plnoletosti. Ovšem konzumenty dětské pornografie jsou čím dál častěji také další osoby (Hanušová, 2006).

C. Sexuální turistika

Sexuální turistika je poměrně nový jev, jenž částečně souvisí se zvýšeným počtem lidí, kteří cestují do zahraničí na služební cesty nebo za zahraniční turistikou. V druhé polovině 20. století došlo k největšímu rozvoji tohoto jevu. Sexuální zneužívání souvisí jak s pedofily, tak i se skupinkami mladých lidí vyhledávajících sexuální kontakt s jedinci pubertálního věku. Dále se také jedná o skupinu, která dítě sexuálně zneužívá příležitostně, aniž by se na ně výhradně orientovala (Hanušová, 2006).

Pöthe (1996) uvádí, že týrané dítě žije v neustálém pocitu psychického a tělesného ohrožení, což je jediný svět, který dítě zná.

1.3.4 Zanedbávání

Zanedbávání se může projevit jako nedostatek jakékoliv péče, který poté vede v poškození vývoje dítěte. Dítě nedostává to, co by mělo dostávat, nejsou plněny žádné základní potřeby dítěte (Kukla, a další, 2016).

Formy zanedbávání:

Tělesné zanedbávání

Do tělesného zanedbávání můžeme zahrnout nedostatek živin, hygieny, potřebné zdravotnické péče a nezajištění dostatečného oblečení (Hanušová, 2006).

Zanedbávání výchovy a vzdělávání

Tato forma se často projevuje v nedodržování povinné školní docházky, značné množství neomluvených vyučovacích hodin, zanedbáváním výchovy, ale i možnosti vzdělání. Dítěti není umožněné, aby dosáhlo svého vzdělávacího potenciálu (Hanušová, 2006).

Rodičovská odpovědnost je souborem práv a povinností rodičů vůči dětem zejména v péči o něho a jeho zdravotní, tělesný, citový, rozumový a mravní vývoj. Dále pak se rodičovská odpovědnost týká jeho ochrany, zajišťování výchovy a vzdělávání. Rodiče určují trvalé bydliště dítěte, zastupují ho a spravují řádně jeho majetek. Rodičovská odpovědnost vzniká narozením dítěte a zaniká nabytím

jeho plné svéprávnosti, pokud soud nerozhodne jinak. (§ 858 Zákona 89/2012 Sb. občanský zákoník)

Emocionální (citové) zanedbávání

Emocionální složka je jednou z nedůležitějších potřeb u dětí. Pokud se jim jí nedostane, může dojít nedostatku rozvoje v mnoha oblastech, může dojít ke zpustnutí dítěte a v krajních případech pak i k jeho smrti. Tato dětská psychická potřeba je uspokojována jen tehdy, když cítí, že je někým milované, že někam patří, má domov a že je u rodičů v bezpečí. U emocionálního zanedbávání však k uspokojování těchto potřeb nedochází.

Emocionálně zanedbávané dítě se vyznačuje chudými nebo velmi špatnými vztahy s rodiči, touhou po pozornosti a citu ze strany dospělého. Dítě většinou nerozlišuje, zda jde o úplně cizího člověka, příbuzný nebo velmi blízký dospělý. Může se u něj objevit i zvýšená touha, a to ať už v jídle (může se projevit hltáním) nebo i po materiálních věcech (Slaný, 2008).

1.4 Zvláštní formy syndromu CAN

1.4.1 Systémové týrání

Patří do zvláštních forem syndromu CAN. V tomto typu týrání hraje roli systém, který je běžně používán k pomoci, ochraně, vzdělávání dětí atd. Nesprávným přístupem k tomuto systému dochází k týrání dítěte, strádání, utrpení a ubližování dítěti.

Může se projevit v oblasti soudnictví a sociálně–právní ochrany dítěte. K systémovému týrání dítěte např. v situacích, kdy je dítě odebráno z rodiny, zbaveno rodinného zázemí, ačkoliv by bylo možné danou situaci v rodině vyřešit například sankcí, či jinou pomocí (Dunovský, et al., 1995).

1.4.2 Sekundární viktimizace

Sekundární viktimizace může být další zvláštní formou syndromu CAN, známá taktéž jako „druhotné zraňování dítěte“. Tento jev se objevuje u dětí, které byly například sexuálně zneužité či fyzicky týrané, tudíž se staly obětí trestného činu, a podruhé se stávají obětí při nesprávném přístupu nebo vyšetřování trestného činu. Může se tedy jednat o nesprávné vedení vyšetřování, nedůvěru v dítě při výslechu, svalování viny

nebo spoluviny na dítě, lékařské vyšetření či zbytečně opakované výsledky a podobně (Kukla, a další, 2016).

1.4.3 Münchhausenův syndrom by proxy

Tento syndrom se objevuje u přehnaně pečujících rodičů či pečujících osob, které si postupem času začínají vymýšlet různé symptomy nemoci, aby dítě mohly mít pod plnou kontrolou. V závažnějších případech se pachatelé snaží zkreslit výsledky lékařských rozborů např. přidáváním krve dítěte do vzorku moči. U dítěte se tak projevují výsledky, které jsou lékařsky nevysvětlitelné a není nalezena jejich příčina. Dítě je zbytečně dokola vyšetřované. Může dojít k hospitalizaci a v závažných případech k operacím. Pachatelé mají velmi často zdravotnické vzdělání, nebo příznaky nemoci sami studují (Kukla, a další, 2016).

Münchhausenův syndrom by proxy je duševní onemocnění, které má formu týrání dětí či svěřené osoby. Zdravotnický personál s těmi matkami rád spolupracuje, protože matky se dobře vyznají v diagnózách a zdravotníci nemají podezření na tento syndrom, protože matky se o ty děti dobře starají. Pečovatelé jsou svým dětem oddáni. (MedlinePlus, 2021).

Příznaky u dětí mohou být například časté návštěvy lékařů a časté hospitalizace a různá vyšetření, přičemž výsledky z těchto vyšetření neodpovídají popisovaným symptomům. Příznaky nemoci jsou hlášeny pečovatelem (matkou), v nemocnici tyto příznaky pominou, ale objeví se vždy, když je dítě zpět v domácí péči. Vzorky krve neodpovídají krevní skupině dítěte a v moči, krvi nebo stolici dítěte se mohou objevovat stopy chemikálií nebo léků. (MedlinePlus, 2021)

Příčinami tohoto chování mohou být následující projevy:

- psychické problémy u pachatele,
- přehnaná výchova, kdy pečující osoba navštěvuje dětského lékaře při menším příznaku nemoci,
- finanční výhody (například u zaměstnaných matek, které musejí s nemocným dítětem zůstat doma, pro zvýšení sociálních dávek u dětí, které trpí dlouhodobou nemocí),

- upoutání pozornosti na pachatele, která může pociťovat nezáměr od lidí ze svého okolí, tento nedostatek si mohou kompenzovat právě u doktorů, zdravotníků, ale i u okolí, které začne pachatele litovat, obdivovat za zvládnání péče o „tak moc nemocné dítě“ (Kukla, a další, 2016).

2 Diagnostika syndromu CAN

2.1 Diagnostické postupy a metody

2.1.1 Pediatrická diagnostika

Pediatric je klinická disciplína, která se zabývá dítětem v nemocnici a mimo jiné také dítětem zdravým, ohroženým a dítětem handicapovaným. Zaměřuje se i na kontext problematiky týraného dítěte, ale také zdravé dítě ohrožené prostředím (Mydlíková, 2021).

2.1.2 Rozhovor

Důležité je vytvořit pocit bezpečí a navázat vztah mezi dítětem a osobou, vedoucí rozhovor. S dítětem se snažíme mluvit pomocí hry, která ho může motivovat k tomu, aby mluvil právě o tom, co potřebujeme od něj zjistit.

Zásadní úspěch pro komunikaci s dítětem v náročné situaci je, aby dítě vědělo, s jakou osobou komunikuje a porozumělo zadaným otázkám. Zásadní roli hraje i věk dítěte. Musíme vědět, jak k jednotlivým dětem přistupovat. U dětí předškolního věku klademe důraz na hru, to platí i u dětí mladšího školního věku a v rané pubertě. U těchto dětí pak zapojíme kreativní techniky podporující rozhovor. Vizualizované informace děti chápou mnohem lépe, mohou se v problému lépe orientovat a takové techniky je baví (Uhlířová, 2013).

Komunikační techniky

Parafráze

Vlastními slovy shrneme to, co jsme od dítěte slyšeli, zda jsme tomu rozuměli a pochopili správný význam sdělení. Nikdy nic nedoplňujeme a nekomentujeme či nehodnotíme, co nám dítě řeklo.

Dítě naše parafrázování chápe jako projev porozumění a pochopení. Díky tomu se mohou utlumit silné emoční projevy dítěte. Pokud uděláme v rekapitulaci chybu dáváme dítěti možnost uvést vše na pravou míru. Při rekapitulaci vedeme rozhovor určitým, námi žádoucím směrem a snažíme se upevnit jeho hlavní téma. Důležité je dbát

na správné parafrázování. Pokud bychom parafrázovali špatně, mohlo by dojít ke zkreslení informací (Uhlířová, 2013).

Práce s emocemi

Dle Uhlířové (2013, str. 8) „*dáváme dítěti najevo porozumění a uznání jeho pocitů. Omezujeme napětí, zvyšujeme vzájemnou důvěru, posilujeme pocit pochopení.*“

Důležité je pojmenovat pocity dítěte, díky tomu dáváme najevo porozumění a vnímáme, že dítě právě něco silně prožívá. Často při této práci využíváme fráze typu: „Slyším, že se zlobíš...“, „Vidím, že máš strach...“ a jiné.

Vysvětlování

Při vysvětlování musíme dbát na to, že dítě má omezenou kapacitu pro přijímání informací či instrukcí. Nemusí vždy všemu rozumět v souvislosti, proto je důležité nezapomínat na rekapitulaci během předávání informací.

Mezi další komunikační techniky patří: vracení rozhovoru k tématu a udržování struktury rozhovoru, komentování procesu, kladení vhodných otázek či oceňování.

2.1.3 Diagnostika dětské kresby

Dětská kresba je jednou z nejvhodnějších přístupů k poznání osobnosti dítěte a jeho vývoje. Již mnoho odborníků bylo přesvědčeno, že na kresbu působí zejména prostředí, kde dítě vyrůstá. Mezi české průkopníky v oblasti využití dětské kresby patří pedagog František Čada, který hodnotil „projev dětské duše“. Vytvořil systém záznamů, které jsou důležité připojit k dětské kresbě (osobní údaje dítěte, věk, pohlaví atd.)

Dítěte pomocí kresby může zmírňovat svoji nejistotu, nedůvěru, odstraňovat překážky ve verbálním styku. Zároveň je kresba považována za projekci psychomotorických dovedností a možností svého autora (Mydlíková, 2021).

Využití kresby v rámci Syndromu CAN

Kresba tvořená dítětem může z diagnostického pohledu skrývat mnohé problémy, např. poruchy pozornosti, specifické vývojové poruchy učení, nedostatečný vývoj grafomotoriky. Existuje pár diagnostických testů využívajících dětskou kresbu (začarovaná rodina, kresba rodiny, kresbu postavy či stromu).

V kresbě dítěte lze najít i mnohé varovné signály toho, že se něco děje. Mohou nás na to upozornit některé črty, varovné znaky, výskyt barev, které mají svoji specifikaci.

Pro lepší diagnostiku je možné zařadit i rozhovor s dítětem, díky kterému můžeme zjistit, zda se opravdu u dítěte objevily nějaké varovné signály v chování či v kresbě (Mydlíková, 2021).

Barvy v dětských kresbách

Barvy mají v kresbách dětí své místo, a to z pohledu psychologického, estetického ale i kulturního kontextu. Barvy v dětských kresbách však nemůžeme brát jako samostatný diagnostický nástroj a stěžejní bod, ale jako podpůrný nástroj pro následující rozhovor a doplněk k dalším diagnostickým metodám.

Bílá barva – V kresbách tato barva symbolizuje nevinnost, čistotu, naivitu a jasnost. Bílá barva je také symbolem sterility či kapitulace. Pokud straší dítě používá hodně bílé barvy může to znamenat nezralou osobnost či sklon k perfekcionismu. Kromě toho všeho může také znamenat plodnost, panenství ba dokonce smrt. Může se také stát, že dítě používá bílou barvu na bílý papír. V tomto případě lze předpokládat, že se snaží něco skrýt. Nějakou svoji bolest, strach či špatný vztah ke svému tělu.

Černá barva – Tato barva je protikladem bílé. Vyjadřuje tajemno, smutek, temnotu. V případě, kdy dítě používá v kresbě nejčastěji černou barvu, značí to u něho depresi, smutek či nějaké trauma. Uvádí se, že zhruba 31 % dětí ve věku 4–10 let spojuje černou barvu s hněvem a negativními emocemi (Šupšáková, 2013).

Červená barva – Pokud dítě používá červenou barvu, může tím vyjadřovat sílu, život a vitalitu. Tuto barvu často a rády používají děti, které mohou být hyperaktivní, ale také děti, které mají sklony k agresivnímu chování. Děti v mladším školním věku ji preferují. Kromě toho tato barva podporuje i sexualitu. Pokud si dítě často kreslí červenou barvou v kombinaci s černou, mohou to být projevy deprese i hněvu.

Fialová barva – Touto barvou vyjadřuje dítě spiritualitu. V křesťanské církvi fialová barva představuje pokání, na druhou stranu může vyjadřovat i smutek a utrpení. Ve spojení s modrou může představovat úzkost (Davido, 2008).

Oranžová barva – Spojením žluté a červené nám vznikne oranžová, díky tomu si ji spojujeme s životní energií a sexualitou (Šicková, 2006).

Varovné signály v kresbách dítěte

Mnoho odborníků se zabývalo specifickými znaky v dětských kresbách. (Šicková, 2006) ve svém výzkumu zjišťovala různé specifické znaky v kresbách dětí, jako signály, které však ne vždy musí ve výsledku znamenat. Proto je nutné zařadit do diagnostiky i rozhovor s dítětem a brát tyto signály pouze jako pomocné pro diagnostiku, a ne jako stěžejní bod.

Možná podezření na dítě trpící syndromem CAN mohou být následující:

- kresba postavy s nohama od sebe,
- těla jsou často bez rukou a paží,
- postavy oblečené v sexy šatech,
- hlava bez těla,
- dezorganizace částí těl,
- ohrazení postav,
- nezvyklé kresby,
- déšť a slzy

Kromě těchto znaků je možno v kresbě objevovat i znaky agrese. Tyto znaky se nejvíce objevují se spontánní kresbě, které si poté dítě úzkostlivě střeží. Dítě poté kresbu roztrhá, zmačká a vyhodí, popřípadě si ji schová na své „tajné místo“. Vždy je důležité vést s dítětem i rozhovor, díky kterému můžeme získat mnoho dalších pohledů na jeho psychickou pohodu či nepohodu (Mydlíková, 2021).

2.2 Příznaky a rizikové faktory

U syndromu CAN lze objevovat i jisté příznaky či rizikové faktory, které nás mohou upozornit na nějaké problémy, které by se mohly v rodině dít.

Mydlíková (2021) vytvořila dotazník, díky kterému se jí podařilo sledovat opakující se rizikové faktory či příznaky.

- Absence citového vztahu dítěte s matkou,
- agresivní dominantní rodič
- bolesti břicha,
- bolest uší, hlavy,
- agresivní chování dítěte k ostatním či záchvaty vzteku při odchodu dítěte domů

- pravidelná absence v mateřské škole,
- dítě může působit apaticky,
- časté střídání partnerů jednoho z rodičů,
- znaky těžké podvýživy.

3 Prevence

Dunovský (1995) uvádí, že prevence syndromu CAN lze chápat jako celostní a aktivní přístup k možným či vzniklým zásahům a škodám, jež se mohou objevovat u dětí, které zažily jakoukoliv formu týrání.

Odpovědnost za prevenci nese stát a mohou ji provádět státní organizace a angažovaní jedinci (Dunovský, et al., 1995). Případně sociální služby podle zákona 108/2006 Sb. – například sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi.

Prevenci lze definovat různě Velemínský in Kulka (2016, str 99) uvádí, že prevence je *„souhrn činností, které mají za cíl snížit počet nových onemocnění nebo zpomalit či zastavit vývoj choroby již existující. Všeobecně je tedy cílem prevence zabránit vzniku nemoci nebo včas zachytit její začátek a zpomalit tak rozvoj choroby nebo minimalizovat důsledky nemoci či poruch zdraví. Rozeznáváme prevenci primární, sekundární a terciární.“*

3.1 Prevence primární

Dle Dunovského (1995, s 109) se primární prevencí rozumí *„všechny aktivity společnosti, nejrozličnějších komunit, školy, rodičů a dalších, které směřují k posilování rodičovství, vytváření vřelé, prorodinné atmosféry ve společnosti, poučení všech zainteresovaných v péči o děti, zvláště o děti ohrožené a zasažené syndromem CAN.“*

Hanušová (2006) zastává názor, že primární prevence spočívá v tom, že dítě musíme připravit na manželství a rodičovství od nejranějšího věku či posilování vztahu mezi rodičem a dítětem. Díky tomu má dítě znalost a dovednost se chránit se před nejrozličnějším nebezpečím.

3.2 Prevence sekundární

Dle Dunovského (1995, s. 109) se za prevenci sekundární považuje *„cílené aktivity usilující o co nejčasnější rozpoznání závažných rizik syndromu CAN i vlastního zasažení jím, sledování různých skupin dětské populace se zřetelem k nebezpečí výskytu tohoto syndromu. Patří sem tedy veškerá péče o dítě v riziku a v samotném začátku jeho vzniku a následné sledování celkové situace dítěte.“* Důležitou součástí sekundární prevence je včasná diagnostika, která vyplývá z velmi důležité spolupráce mezi psychologem,

pediatrem, pedagogem a sociálními pracovníky. Pokud spolupracují, může to vést k prospěchu včasné a kvalitní diagnostice, a tím pádem k většímu úspěchu (Biskup, 2001)

3.3 Prevence terciální

Prevence terciální zahrnuje veškeré aktivity, zabývající se předcházením a zabráněním osobního zasažení dítěte syndromem CAN. Určitým způsobem se prolíná nebo ztotožňuje s terapií či rehabilitací postiženého dítěte. Ve výsledku je to tedy vše, co se událo s dítětem po stanovení diagnózy (Dunovský, et al., 1995).

Weiss (2005) se na terciální prevenci dívá jako na situaci, kdy k negativní zkušenosti již u dítěte došlo. Podstatnou součástí jsou reakce zejména rodičů, pedagogů či lékařů, kteří, když se o situaci dozví, měli by následně hledat možnosti, jak těmto situacím zabránit. Nesmíme dopustit, aby došlo k dalšímu týrání dítěte, proto je nutné zařídit jistá opatření, jako je například rehabilitace nebo terapie. Nezbytnou součástí opatření je spolupráce s rodiči a dalšími odborníky.

3.4 Prevence kvartérní

V 90. letech šlo poměrně o nový pojem a proces. Příslušní sociální pracovníci ze sociálních služeb se snaží zrekonstruovat dříve rozpadlou funkční rodinu, z níž muselo být zasažené dítě odebráno a umístěno do náhradní rodinné péče nebo do náležitého institutu

(Dunovský, et al., 1995).

4 Terapie a následky

4.1 Terapie

U dětí zasažených syndromem CAN je terapie jedna z důležitých cest k uzdravení. Léčba má odstranit, či do největší míry, do které to jde, omezit důsledky špatného zacházení s dítětem. Slouží k obnově nebo vytvoření si žádoucí tělesné, psychické a sociální pohody dítěte. Terapie musí být komplexní a koordinovaná. Konečným cílem terapie by mělo být uzdravení, mnohdy je to bohužel jen ideál (Kukla, a další, 2016).

4.1.1 Zásady intervence

- Pomoc má přednost před trestem,
- nutno vyloučit opakování,
- problém týraného dítěte je problémem týrajících osob,
- prolomení lékařské mlčenlivosti,
- při akutním ohrožení dítěte je nezbytné je umístit mimo rodinu,
- neprodleně zahájit řízení o osudu dítěte,
- oznamovateli činu musí být zachována anonymita,
- prospěch dítěte je vždy na prvním místě. (Kukla, a další, 2016)

4.2 Následky u dítěte

Pozdní důsledky týraných dětí, obzvláště traumata z raného dětství, mohou dlouhodobě ovlivnit funkci hypotalamo-hypofýzo-nadledvinové osy, zvýšit její citlivost na veškerý stres. Díky tomu je velká pravděpodobnost, že u dítěte vznikne porucha související s velkou mírou stresu v různých situacích.

Oběti týrání mívají v raném věku často pocity vlastní bezvýznamnosti, poté jsou děti schopné akceptovat horší sociální pozici i velice nízké ocenění od vnějšího okolí. Dítě se zkušenostmi týrání vede ke ztrátě schopnosti fungovat v sociálním prostředí, z toho do budoucna vyplynou potíže v mezilidských vztazích. K dalším důsledkům týraného dítěte patří například zvýšené riziko asociálního, bezohledného chování, jež se začne projevovat v dospělosti (Vágnerová, 2012).

Vodáčková (2007) se na pohled důsledku a následků u dětí či dospívajících vystavených týrání a zneužívání dívá tak, že se u těchto osob objevuje řada symptomů na tělesné, psychické i sociální úrovni. Děti, které byly vystaveny týrání, ať už dlouhodobě nebo krátkodobě, začnou mít patrné problémy s chováním. Problémy se mohou projevovat jako skleslost, pasivita či stažení se od sebe. Na druhou stranu může být dítě velmi agresivní a neklidné. Ačkoli jsou následky u každého dítěte různé, vzorce chování se mohou opakovat. Děti, které byly sexuálně zneužívány často mění postoj ke svému tělu a přehnaně dodržuje čistotu těla a oděvů.

Mnohdy se u týraných a zneužívaných dětí objevují somatické poruchy, jako je bolest hlavy, břicha nebo končetin (Vodáčková, 2007).

Petersen (2014) uvádí, že děti, které se setkaly ať už se zneužíváním či jinou formou Syndromu CAN, jsou do budoucna vystaveny mnohem většimu riziku různých problémů. Může se jednat o zdravotní, duševní problémy, kromě toho i problémy v chování a učení. Dítě se nedokáže dlouhodobě soustředit, má problémy s navazováním kontaktů se svými vrstevníky. Některé děti však žádné problémové chování mít ani nemusí, velkým aspektem hraje role jeho povahy. A taky resilience (odolnost). Což je schopnost lidí vyrovnávat se s různými obtížemi a překonávat krize. (Matoušek, 2014)

U každé formy syndromu CAN se objevují následky na dítěti, ať už psychické nebo fyzické, které nám mohou usnadnit jejich odhalení. Hypotéza "cyklu násilí" naznačuje, že anamnéza fyzického týrání v dětství předurčuje přeživší k násilí v pozdějších letech. Z výzkumu An Update on the „Cycle of Violence“ vyplývá, že je velká pravděpodobnost, že děti, které v dětství zažily týrání a zanedbávání, budou v budoucnu agresory (Widom, Maxfield, 2001)

4.2.1 Psychické následky týrání

Čím je dítě mladší, objevuje se větší riziko poškození dalšího vývoje psychického i somatického. Psychické následky mohou být v podobě citového prožívání, způsobu uvažování, nápadnosti v chování, obranných reakcí. (Vágnerová, 2012)

Děti, které zažily v dětství týrání či zneužívání, mohou mít v dospělosti psychické problémy, jako jsou deprese, posttraumatická stresová porucha, psychosomatické obtíže (bolesti břicha, častá nevolnost, migrény,...). Všechny tyto důsledky mohou mít

za příčiny zdravotní problémy, které mohou být finančně zatěžující pro zdravotní a sociální systém (Sidebotham a kol, 2001, Widom, Maxfield, 2001, Fang a kol., 2012).

Citové prožívání

Opakované prožívání jakéhokoliv utrpení může vést k inhibici citového prožívání. Jde o obrannou reakci, která snižuje osobní zátěž. Tyto děti mohou být apatické, neschopné prožívat radost, popřípadě neschopnost projevit jakékoliv emoce. Dále může být dítě velmi úzkostné nebo mít pocit ohrožení dokonce i obavy z opuštění rodičem (Vágnerová, 2012).

Rizikové sexuální chování

U dětí a dospívajících osob je možné narazit na rizikovost nevhodných sexuálních projevů, na druhou stranu je potřeba rozlišit i projevy normální a zdravé sexuální zvědavosti či experimentace. Za rizikové chování můžeme pokládat předčasný začátek pohlavního života s vysokou frekvencí pohlavního styku, časté náhodné známosti, prostituční chování, hrubé sexuální praktiky či nechráněný sex. K těmto projevům se může přidružit i agresivní chování, užívání návykových látek a další (Jonášová, 2023).

Způsob uvažování

V důsledku týrání má týrané dítě jiný pohled na svět a jiný způsob uvažování. Rodič dítěti neumožní získat pocit důvěry, svět se jim díky této zkušenosti jeví jako ohrožující a nebezpečný. Díky tomuto dítě nedokáže správně interpretovat běžné projevy jiných lidí, jdou velmi ostražitě, nedůvěřivé a velmi vztahovačné.

Nápadnost v chování

Osoby, které dítě dobře znají, si časem mohou začít všimnout změn v chování dítěte, jež se začne měnit postupně díky nátlaku agresora. Týrané dítě začne být tiché, pasivní, apatické až zakřiknuté. Tyto děti si osvojily sociální interakci s bolestí a mají z opakování podobné situace strach. V jiných případech se může objevovat neklid, hyperaktivita či agresivita (Vágnerová, 2012).

Problémy s myšlenkami na smrt

Myšlenky na smrt mohou pocházet z deprese, kterou dítě reaguje na negativní prožitky ze svého života. Z deprese se mohou rozvinout i obsedantně kompulzivní poruchy nebo rozvíjející se psychóza.

Formy suicidního chování

Suicidní myšlenky – „co by bylo, kdybych tu už nebyl“ nebo „co kdybych se neprobudil.“

Suicidní tendence – je fáze, kdy si dotyčná osoba vytváří v hlavě plán, jaké medikamenty by si mohla vzít či si vybírá způsob, jak se dá zemřít.

Suicidní pokus – je život ohrožující akt s úmyslem způsobit si smrt.

Parasuicidum – účelem není zemřít ale ublížit si, jde zde hlavně o sebepoškození.

Suicidní nehoda – jedná se o akt, kdy se dvě osoby domluví, že společně spáchají sebevraždu.

Suicidum dokonané – jde o čin s následkem smrti, který si osoba způsobí sama s úmyslem ukončit svůj život (Kulhánek, 2023).

Obranné reakce

I když je dítě týráno svými vlastními rodiči, je stále na nich závislé, a i týrající rodiče pro ně představují zázemí. Dítě si snaží udržet myšlenku toho, že jej rodiče mají rádi, a že je rodiči akceptováno. Tyto děti prožívají silný vnitřní konflikt dvou psychických potřeb: chce se zbavit fyzické bolesti, a zároveň si potřebuje udržet pocit bezpečí,

které plyne z domácího prostředí (Vágnerová, 2012).

4.2.2 Psychické dopady týrání na psychické zdraví dítěte

Psychika dítěte je velice křehká, proto vždy záleží na tom, jak dlouho je dítě psychicky týráno, a v jakém období dítě zastihne. Důležité je i jakou povahu má dítě, některé dokáže dlouhodobě odolávat, jiné nikoliv. Dopady mohou mít různou podobu, jako například:

- dítě se uzavře do sebe, může být ustrašené,
- malá sebedůvěra, rychle se vzdává.
- nedokáže vyjádřit svůj názor, má obtíže ho vyjádřit,
- má problémy v komunikaci s lidmi,
- mohou se vyskytovat poruchy chování,
- velice často se mohou objevovat psychosomatické obtíže.

V rodinách se nemusí vždy objevit jen týrání dítěte rodičem, ale také může dítě psychicky týrat své rodiče. Toto se objevuje například u dospělých dětí a starších rodičů, kteří jsou nějakým způsobem na dítěti závislé (Pugnerová, 2016).

5 Organizace SOFA- Society for All

Je to nezisková organizace, která do roku 2022 nesla název ČOSIV (Česká odborná společnost pro inkluzivní vzdělávání). Od roku 2023 byla přejmenována na SOFA – Soceity for All.

K nejvýznamnějším počínům této organizace patří podílení se na inkluzivní reformě roku 2016, přispěla ke stažení nepovedeného návrhu na novelizaci vyhlášky o vzdělávání žáku se SVP, přispěla k podpoře duševního zdraví (SVP ČR 2023+), podílela se na vytvoření systémové podpory wellbeingu a další.

5.1 Pilíře práce této organizace

Kvalitní vzdělání

Zabývají se odstraněním bariér ve vzdělávání a hledají nové možnosti začlenění znevýhodněných dětí mezi jejich vrstevníky. Usilují i o to, aby každé dítě zažilo pocit přijetí a úspěchu ve škole.

Duševní zdraví

Snaží se posilovat duševní zdraví nejen u dětí, ale tematizuje wellbeing a snaží se o to, aby bylo pro společnost stejně důležité jako vzdělání samo. Pouze dítě, které je v bezpečí a v klidu, může naplno rozvinout svůj potenciál.

Pomoc ohroženým dětem

Mají snahu budovat efektivní systém včasné identifikace ohrožených dětí a následné účinné pomoci. Velký důraz je kladen na mezioborovou spolupráci všech, kteří jsou v kontaktu s dětmi.

5.2 Co organizace nabízí

Advokátní činnost

Organizace sleduje připravované zákony v oblasti vzdělávání, sociální péče a také ve zdravotnictví. Vždy poskytuje odborná stanoviska, doporučení.

Pomoc v terénu

Tato organizace nabízí rozmanitou škálu podpory například formou konzultací, kurzů či konferencí. Tyto aktivity je možné navštěvovat po celé ČR.

Strategické poradenství

SOFA zastřešuje a organizuje další neziskové organizace s podobným zaměřením. Snaží se rozšířit působení do té míry, aby jejich aktivita byla co nejrozsáhlejší.

Osvěta a vzdělávání

Zaměřuje se na duševní zdraví, inkluzi, zvládání náročného chování dětí a mnoho dalšího. Postupuje pomocí ověřených přístupů a projektů z celého světa, které se snaží přizpůsobit českému prostředí.

Vytvořila mnoho manuálů, které pomáhají pedagogickým pracovníkům nacházet nejlepší cestu k nahlašování a podpoře ohrožených dětí. (Kdo jsme, SOFA, 2022)

5.3 Karta KID

Pracovníci této organizace vytvořili karty KID, které poskytují vodítka k identifikaci ohrožení života, bezpečí a zdraví dítěte. Tyto karty slouží pro pedagogy, sociální pracovníky, zdravotníky, policisty a další profese, které se mohou setkat s ohroženými dětmi. Karty popisují postupy, které je možné zajistit pro ochranu dětí v souladu s jejich nejlepšími zájmy a platnými předpisy.

5.3.1 Karta KID pro učitele

Tato karta slouží pro informování učitelů. Zkratka KID znamená kooperace, identifikace a důvěra.

V kartě nalezneme, k čemu slouží, například poskytuje vodítka k identifikaci akutního ohrožení života, popisuje postupy podle právních předpisů v případě akutního či chronického ohrožení. Obsahem této metodiky pro učitele je popis toho, co to je špatné zacházení s dítětem, dále také jaká jsou důvodná podezření a jak obecně reagovat. Část metodiky popisuje fyzické znaky špatného zacházení, znaky projevující se ve výchově dítěte, znaky rizikového chování pečující osoby a postup při pomoci ohroženému dítěti. (Karta KID pro učitele, 2022)

Obrázek 1 - Postup pomoci ohroženému dítěti

POSTUP POMOCI OHROŽENÉMU DÍTĚTI

| | |
|---|--|
| <h3 style="background-color: #e0e0e0; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">AKUTNÍ OHROŽENÍ</h3> <p>Jedná se o situace, které mají charakter bezprostředního ohrožení zdraví nebo života dítěte (intervence ve prospěch dítěte je neodkladná a je nutné splnit oznamovací povinnost – tzn. bezodkladně informovat OSPOD a Policii ČR a/nebo státní zastupitelství).</p> <p>Ohlašující osoba se setká s chováním splňujícím znaky ohrožení dítěte blízkou osobou:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Je přítomna napadení dítěte (např. při příchodu/ odchodu dítěte ze školy),➤ Je v kontaktu s dítětem bezprostředně po napadení,➤ dítě pojmenuje situaci, která splňuje znaky špatného zacházení bezprostředně ohrožující zdraví nebo život ze strany pečující osoby,➤ na dítěti jsou viditelné znaky špatného zacházení bezprostředně ohrožující jeho zdraví nebo život. | <h3 style="background-color: #e0e0e0; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">CHRONICKÉ OHROŽENÍ</h3> <p>Jedná se o situace, které mohou mít dlouhodobý vliv na zdraví a vývoj dítěte. Dítě vykazuje znaky chronického špatného zacházení (rizikového chování) a/nebo sděluje informace vypovídající o tom, že bylo vystaveno špatnému zacházení, byť není bezprostředně ohroženo (násilí mezi členy rodiny, častá migrace rodiny a/nebo bytová nestabilita, špatné zacházení vyplývající ze snížených rodičovských kompetencí pečovatelů, experimentování s návykovými látkami atp.).</p> |
|---|--|

DOPORUČENÝ POSTUP

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">➤ Zajistit bezpečí dítěte (fyzické i emocionální).➤ Je-li potřeba, poskytnout první pomoc a zajistit lékařskou péči prostřednictvím zdravotnické záchranné služby.➤ Kontaktovat orgán sociálně-právní ochrany dětí a Policii ČR, nejlépe vyžádat součinnost příslušníka Služby kriminální policie a vyšetřování se zaměřením na trestné činy páchané na dětech, a/nebo státní zastupitelství a postupovat podle jejich Instrukcí.➤ V případě, kdy byly incidentu špatného zacházení (např. napadení dítěte při příchodu/ odchodu ze školy) přítomné jiné děti, zajistit v kontaktu s jejich zákonnými zástupci, popř. ve spolupráci s OSPOD a/nebo orgány činnými v trestním řízení, jejich bezpečí a psychickou pohodu (např. zprostředkováním služeb psychologa či jiného odborníka).➤ Provést záznam (Příloha č. 3 Metodiky včasné identifikace a podpory ohroženého dítěte). | <ul style="list-style-type: none">➤ Konzultovat situaci dítěte s odborníky na kontaktech uvedených na následující straně. Bude-li na základě konzultace vyhodnoceno, že se jedná o ohrožení dítěte, postupovat dále:➤ Zhodnotit míru ohrožení dítěte. Pokud je dítě aktuálně v péči osoby, která ho ohrozila/ jeho ohrožení umožnila – postupovat jako v případě akutního ohrožení, viz informace v levé části.➤ Kontaktovat orgán sociálně-právní ochrany dětí a dále postupovat v souladu s jeho rozhodnutím/ doporučením.➤ Provést záznam (Příloha č. 3 Metodiky včasné identifikace a podpory ohroženého dítěte). |
|--|--|

Zdroj: Karta k identifikaci špatného zacházení s dětmi, SOFA, 2022

PRAKTICKÁ ČÁST

Pro odborné šetření byla vybrána forma dotazníku. Dotazník je zaměřen na odbornou veřejnost. Převážně na pedagogické pracovníky.

Vzorkem je dotazník, který bude zpracován popisnou statistikou. Dotazník obsahuje otázky, které se zabývají syndromem CAN. Po sběru dat bude provedena statistická analýza, jejíž výsledky budou prezentovány v podobě grafů a popisné statistiky, která bude mít za úkol popsat znalost problematiky syndromu CAN v pedagogickém odvětví.

Praktická část této bakalářské práce představuje důležitý krok ve zkoumání všeobecné problematiky syndromu CAN a znalost převážně odborně pedagogických pracovníků. Výsledky této části mohou být užity jako základ pro další nebo detailnější výzkum a implementaci opatření zaměřených na prevenci ohrožení dítěte.

6 Cíl výzkumu

Cílem bakalářské práce je zjistit a popsat, na jaké úrovni jsou nepedagogičtí pracovníci a pedagogové v různých rolích a různého zaměření (vychovatel, asistent pedagoga, ...) informovaní o problematice syndromu CAN. Hlavně jsme se zaměřovali na pedagogické pracovníky, kteří by měli mít rozhled o tom, jak se jednotlivé formy mohou projevit. V dotazníku jsou také otázky, které se zaměřují na způsoby hlášení podezření. Do dotazníku byly přidány i otevřené otázky, kdy účastníci výzkumu mohli napsat vlastní názor. Díky tomu po vyhodnocení dat lze říci, zda mají povědomí o tom, na koho se v případě podezření obrátit.

6.1 Výzkumné otázky

VO1 – Kolik respondentů z výzkumného souboru se za svoji praxi v MŠ setkala se syndromem CAN a v jakékoliv podobě?

VO2 – S jakou formou a příčinami syndromu CAN se respondenti nejčastěji setkali?

VO3 – Jaké dlouhodobé následky syndromu CAN u dětí respondenti nejčastěji uvádějí? (duševní a fyzické zdraví)

VO4 – Jaké následky, podle účastníků výzkumu, může mít jedinec trpící syndromem CAN v rámci vzdělávání a výchovy?

VO5 – Jaké mohou být dle respondentů příčiny či varovné signály syndromu CAN.

7 Metodologie výzkumu

Pro zjištění stanovených cílů je použita kvantitativní výzkumná metoda. Pro tento výzkum jsem zvolila dotazník, který se zaměřuje na získávání informací o množství určitého stanoveného jevu a jeho stěžejním cílem je získat měřitelné číselné údaje. Tento výzkum se může uskutečnit v různých formách jako například: dotazníkové šetření, osobní rozhovor, telefonické dotazování či dotazování přes internet. Metoda dotazníkového šetření, byla zvolena z důvodu získání velkého množství dat, díky tomu mohou být výsledky co nejvíce objektivní. Výzkum se prováděl formou dotazování přes internet u pedagogů, kteří učí na různých stupních škol a pracovníků v pedagogickém odvětví s rozdílnou profesí (asistent pedagoga, vychovatel) (Doskočil, 2019)

7.1 Dotazníkové šetření

Dotazníkové šetření je jednou z nejpoužívanějších metod sběru dat. Důvodů je hned několik. Dotazník je relativně málo náročný na čas i na finance, důležitou roli hraje i to, že díky dotazníku se zachovává určitá anonymita. Nevýhoda dotazníku tkví v tom, že výsledky mohou být zkreslené díky neochotě odpovídat na mnoho otázek za sebou. Není to však jediná nevýhoda, další mohou být v tom, že lidé nemusí odpovídat popravdě, nemusejí pochopit formulaci otázky, a další. Dotazníkové šetření může probíhat ve více formách, jako je například písemný, osobní, telefonický či elektronický dotazník. V praktické části je zvolen elektronický dotazník. Každá forma výzkumu má svoje etapy, a tomu tak je i u dotazníku. První z etap je samotné vytvoření otázek a dotazníku. Následuje etapa sběru dat od určitého počtu respondentů. Jedna z posledních etap je zpracování dat, která jsme získali, a v poslední řadě nesmí chybět etapa interpretace a prezentace výsledků. Jednotlivé etapy je potřeba řádně zpracovat a věnovat jim dostatečnou pozornost.

V praktické části je použit jeden dotazník vlastní konstrukce. Na samém začátku dotazníku jsou nejprve všeobecné otázky, díky kterým zjistíme charakteristiku respondentů, jako je věk či pohlaví apod. Dotazník obsahuje 19 otázek z nichž je jedna otevřená, dvanáct uzavřených a šest polozavřených otázek s možností pro vlastní odpověď či s možností jiné.

8 Charakteristika výzkumného vzorku

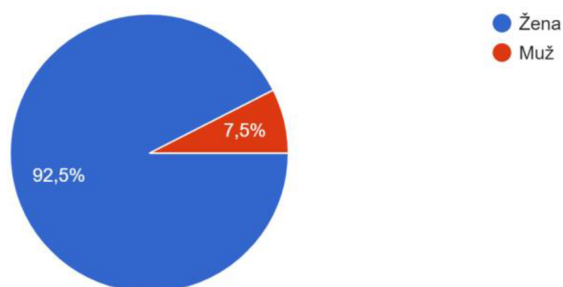
Jako hlavní respondenti byli vybráni převážně pedagogové z mateřských škol, ve kterých byla absolvována studijní praxe v rámci SŠ a VŠ. K těmto respondentům se poté přidali pedagogové z facebookových skupin (Inspirace pro paní učitelky do MŠ, Náměty a inspirace pro paní učitelky a pány učitele, učitelky 1. stupně ZŠ, Předškoláci.cz – náměty a inspirace pro učitelky učitele), které slouží pro inspiraci právě pedagogickým mateřských škol. Respondenti, jež jsme si zvolili, měli vystudovanou převážně vysokou školou pedagogického zaměření. Zbytek respondentů jsou buď pedagogové z jiného odvětví školství anebo úplně s jiným pracovním zaměřením. Respondenti měli za úkol vyplnit základní informace o sobě. V další části dotazníku odpovídali na otázky zaměřené již na samotnou problematiku syndromu CAN.

Dotazník vyplnilo 80 respondentů, díky základním informacím v úvodu dotazníku jsme zjistili pohlaví, dosažené vzdělání respondentů, a zda zúčastněné osoby studují, pracují anebo studují při práci. Díky tomuto můžeme zjistit, zda je i širší veřejnost bez pedagogického zaměření informována o problematice syndromu CAN a ví, jaké organizace mohou v rámci pomoci dítěti kontaktovat, popřípadě můžeme zjistit, zda by veřejnost zajímalo toto téma i v rámci přednášky nebo semináře.

8.1 Zpracování sociometrických dat dotazníku

Graf 1 - Jaké je vaše pohlaví?

1) Jaké je vaše pohlaví?
80 odpovědí

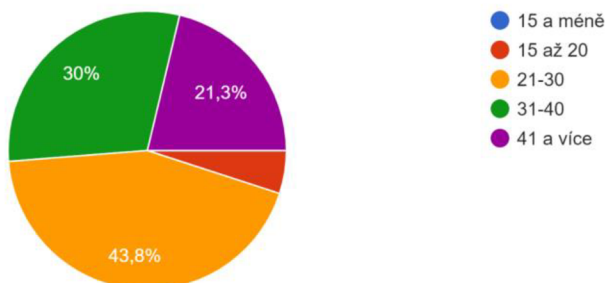


Z grafu vyplývá, že nejvíce respondentů, kteří dotazník vyplnili byly ženy (92,5 %) a zbytek procent (7,5) tvoří muži.

Graf 2 - Kolik Vám je let?

2) Kolik Vám je let?

80 odpovědí

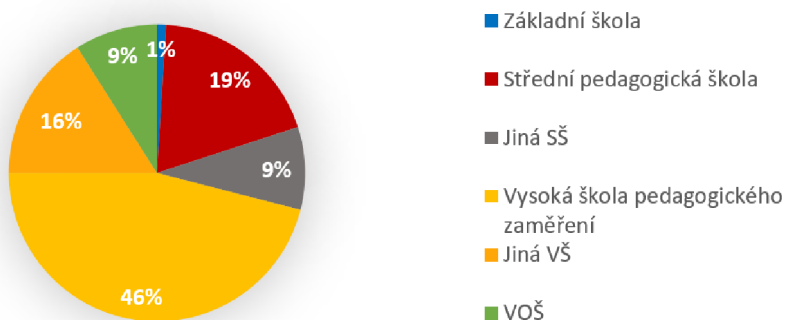


Na druhém grafu můžeme vidět, že nejvíce respondentů je ve věku od 21–30 (43,8 %) a následují respondenti ve věku 31–40 (30 %). Ve věku mezi 41 a více je 21,3 % respondentů. Nejmenší procento zaujímají respondenti ve věku od 15–20 (5 %). Tento graf nás může informovat o rozmanitosti věku pracovníku ve školství.

Graf 3 - Jaké je Vaše dosavadní vzdělání?

3) Jaké je Vaše dosavadní vzdělání?

80 odpovědí

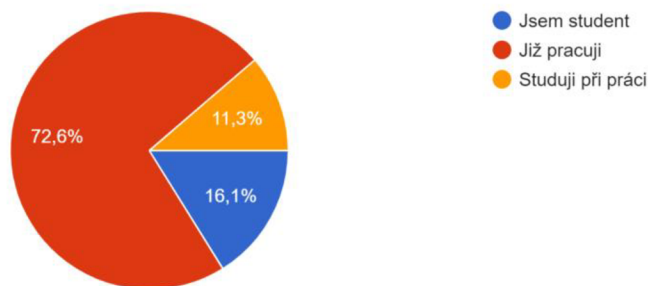


Graf, jenž nám znázorňuje vzdělání respondentů, ukazuje, že většina respondentů má vysokoškolské vzdělání s pedagogickým zaměřením (46 %). Následují respondenti se středoškolským vzděláním, kteří tvoří 19 % všech respondentů. Dotazovaných s jinou VŠ je celkem 16 %. V poslední řadě je tu 9 % respondentů z jinou SŠ a 9 % respondentů VOŠ. Základní vzdělání má 1 % respondentů z vyplněného dotazníku.

Graf 4 - Jste student nebo již pracujete?

4) Jste student nebo již pracujete?

80 odpovědí

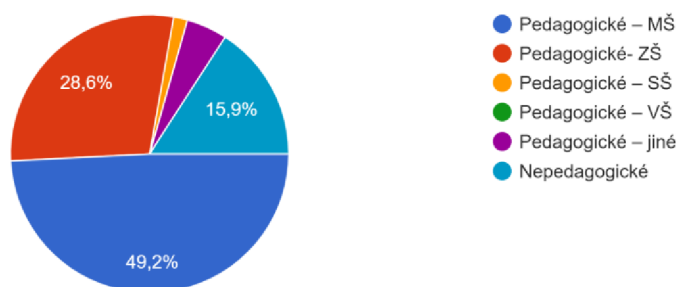


Ze všech respondentů, kteří dotazník vyplnili, je velká většina, již pracujících osob (72,6 %), poté je více než 16 % respondentů studujících. V zastoupení tu máme i malé procento osob, kteří při práci studují (11,3 %).

Graf 5 - Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a: již pracuji popřípadě studuji při práci, jaké je vaše pracovní zaměření?

5) Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a: již pracuji popřípadě studuji při práci, jaké je vaše pracovní zaměření?

63 odpovědí



Jelikož tato otázka nebyla povinná pro toho, kdo ještě studuje máme tady pouze 63 odpovědí z 80 respondentů. Graf nám tak ukazuje, že 49,2 % respondentů má pedagogické zaměření na MŠ, poté následuje pedagogické zaměření na výuku na ZŠ,

což zahrnuje 28,6 % respondentů z 63 vyplněných odpovědí. Dotazník vyplnilo i mnoho respondentů s nepedagogickým zaměřením (15,9 %)

8.2 Shrnutí výsledků první části dotazníku

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit a popsat, na jaké úrovni jsou nepedagogičtí pracovníci a pedagogové v různých rolích a různého zaměření (vychovatel, asistent pedagoga, ...) informovaní o problematice syndromu CAN. Hlavně jsme se zaměřovali na pedagogické pracovníky, kteří by měli mít rozhled o tom, jak se jednotlivé formy mohou projevat a jak mají v určitých situacích reagovat.

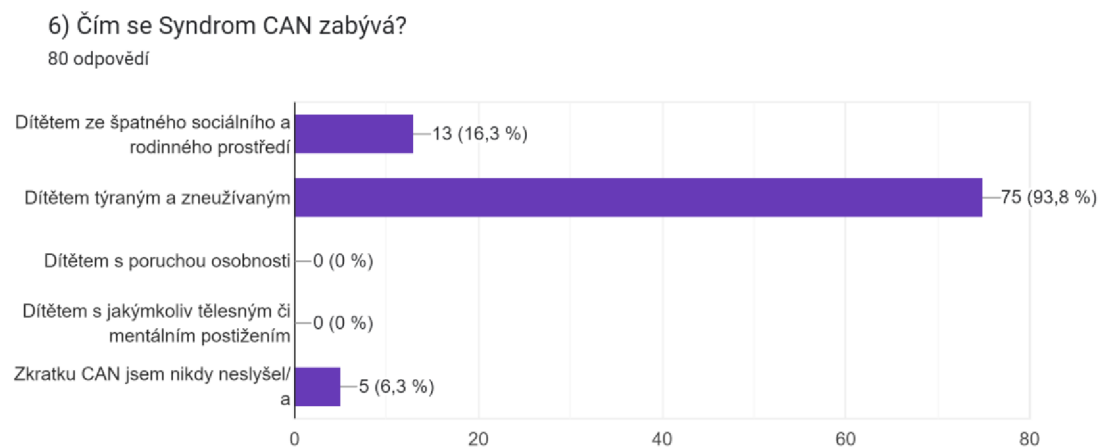
V první části dotazníku byly otázky, díky kterým jsme mohli zjistit základní charakteristiku respondentů, a to jejich pohlaví, věk, zda pracují nebo jsou studenti. Dotazníku se zúčastnilo 80 respondentů, z toho 74 žen a 6 mužů. Nejčastější věk zúčastněných byl 21–30 let, bylo to 35 respondentů. Následovalo 24 osob s věkem od 31 do 40 let. Účastníků nad 41 let bylo 17. Vysokou školu pedagogickou absolvovalo 37 respondentů, dále pak 15 dotazovaných má středoškolské pedagogické vzdělání. Ostatní respondenti byli buď absolventi VŠ, VOŠ nebo SŠ jiného než zaměření. Jeden respondent byl žák základní školy. Z 80 respondentů 45 již pracuje a 7 pracuje při studiu. Zbylí účastníci dotazníku ještě studují. Dotazovaní, kteří již pracují, odpovídali ještě na profesní zaměření a to zda jsou pedagogové nebo mají nepedagogické zaměření. Nejvíce bylo pedagogů z MŠ a to přesněji 31, dále pak 18 dotazovaných má zaměření na ZŠ. Nepedagogické zaměření mělo 10 zúčastněných.

9 Vyhodnocení výsledků druhé části dotazníku

V této části vyhodnotíme jednotlivé otázky na problematiku Syndromu CAN, které byly položeny 80 respondentům. U každé otázky provedeme shrnutí a zhodnocení získaných výsledků a v závěrečném přehledu praktické části zjistíme, zda nám nasbíraná data odpovídají na výzkumné otázky, které jsme si stanovily.

Pro lepší orientaci jsou ke každé otázce vypracovány grafy a pod nimi je krátce shrnut výsledek. Celkový počet respondentů byl 80. Všechny dotazníky byly řádně vyplněny, takže všechny získaná data bylo možné zpracovat a vypracovat výsledky výzkumu.

Graf 6 - Čím se syndrom CAN zabývá?

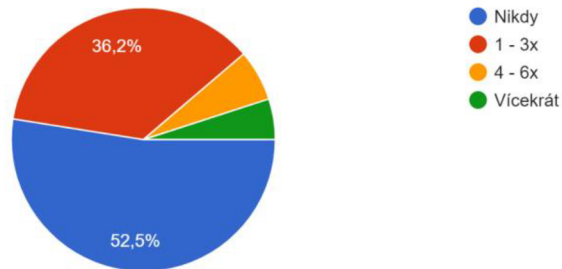


U této otázky bylo na výběr z více možností, každý respondent tedy mohl vybrat více odpovědí. Mnoho z respondentů (93,8 %) zastává názor, že syndrom CAN se zabývá dítětem týraným a zneužívaným, což je v tomto případě správná odpověď. Zhruba 16,3 % dotazovaných zastává názor, že se tato problematika zabývá i dětmi ze špatného sociálního a rodinného prostředí, což by se také dalo považovat za správnou odpověď. Zkratku CAN neslyšelo 6,3 % respondentů, což je v tomto případě poměrně nízký počet.

Graf 7 - Kolikrát jste se za svoji praxi setkal/a s podezřením na fyzické týrání dítěte?

7) Kolikrát jste se za svoji praxi setkal/a s podezřením na fyzické týrání dítěte?

80 odpovědí

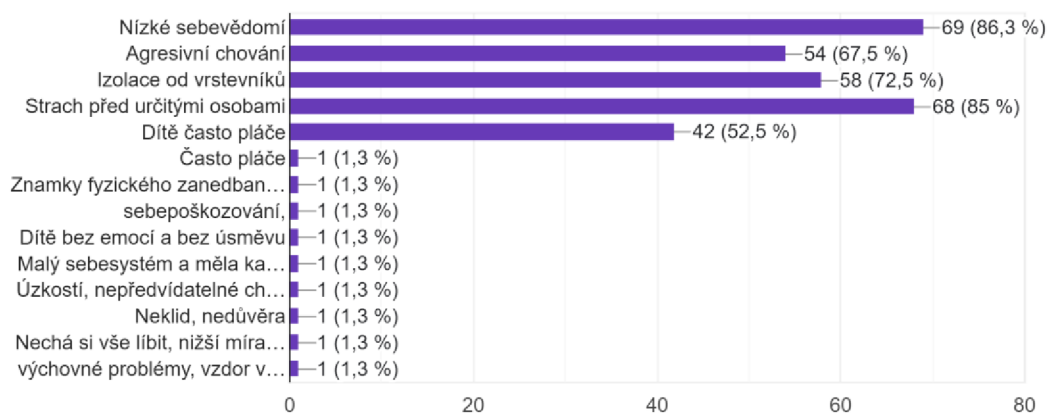


Více než polovina (52,5 %) respondentů se za svoji praxi nesešla s týraným dítětem nebo neví, jak to rozpoznat. Zhruba 36,2 % se setkala s fyzickým týráním dítěte 1–3x za svoji praxi. Malé procento (6,3 %) se za svoji praxi sešlo s týráním 4–6x za dosavadní praxi a pouze 5 % respondentů vícekrát než 6x.

Graf 8 - Jaké znaky u dítěte by podle Vás mohly nasvědčovat psychickému týrání dítěte?

8) Jaké znaky u dítěte by podle Vás mohly nasvědčovat psychickému týrání dítěte?

80 odpovědí

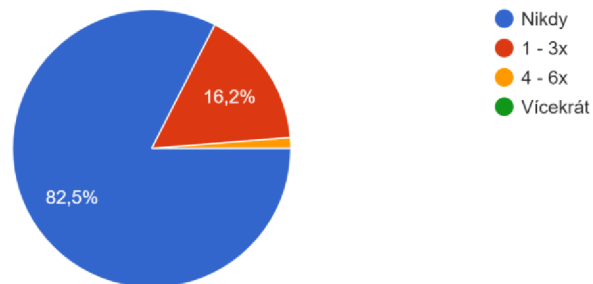


U této otázky mohli respondenti vybírat z více odpovědí, protože je zde více správných možností. Hodně respondentů opakovaně volilo jako nejčastější příčiny psychické týrání: nízké sebevědomí (86,3 %), agresivní chování (67,5 %), izolace od vrstevníků (72,5 %), strach před určitými osobami (85 %), častí pláč dítěte (52,5 %). Respondenti měli možnost napsat i jiné příčiny jako například: *sebepoškozování (1,3 %)*, *dítě bez emocí a bez úsměvu (1,3 %)*, *neklid a nedůvěra (1,3 %)*, *výchovné problémy, vzdor (1,3 %) a další.*

Graf 9 - Jak často jste byli svědkem podezření na sexuální zneužívání u dítěte během své dosavadní praxe?

9) Jak často jste byli svědkem podezření na sexuální zneužívání u dítěte během své dosavadní praxe?

80 odpovědí

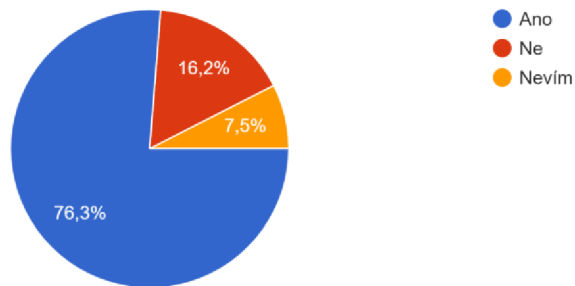


Kolem 82,5 % respondentů za svoji praxi nemělo nikdy podezření na sexuální zneužívání dítěte. 1–3x za praxi se se sexuálním zneužíváním setkala 16,2 % a pouze 1,2 % respondentů mělo podezření na sexuální zneužívání dítěte v jeho blízkosti více než 4–6x.

Graf 10 - Setkali jste se někdy během své praxe s dítětem, které bylo zanedbáváno?

10) Setkali jste se někdy během své praxe s dítětem, které bylo zanedbáváno?

80 odpovědí

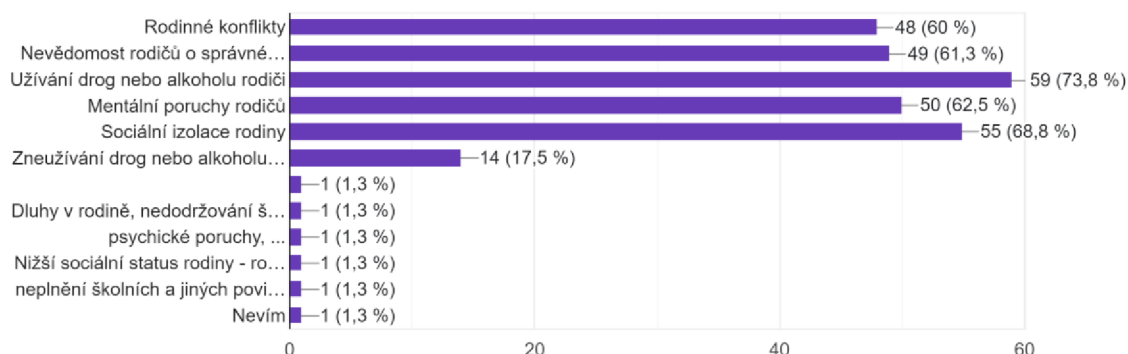


Více než 76,3 % se setkalo s dítětem, které bylo zanedbávané pečující osobou, což je velice velké procento. Na druhou stranu se s tímto problémem nesetkalo 16,2 % a 7,5 % neví, zda se s tím setkali nebo zda se to dalo považovat za zanedbávání.

Graf 11 - Jaké mohou být podle Vás varovné signály zanedbávání dítěte?

11) Jaké mohou být podle Vás varovné signály zanedbávání dítěte?

80 odpovědí

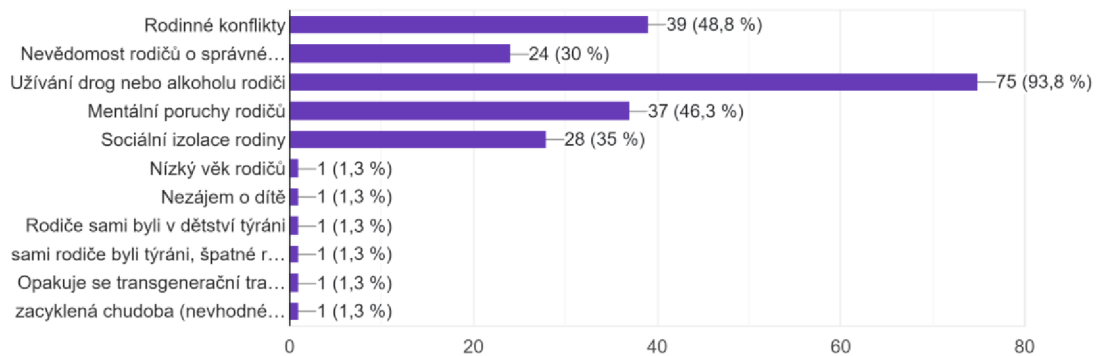


Zde máme další otázku, u které měli respondenti možnost vybírat z více možností, popřípadě napsat svůj vlastní názor. Varovné signály zanedbávání mohou mít více podob, například: rodinné konflikty (60 %), nevědomost rodičů o správné péči o dítě (61,3 %), užívání drog nebo alkoholu rodiči (91,25 %), mentální poruchy rodičů (62,5 %), sociální izolace rodiny (68,8 %). V možnosti jiné respondenti vypsali například: *dluhy v rodině (1,3 %)*, *psychické poruchy rodičů (1,3 %)*, *nevím (1,3 %)*, *neplnění školních a jiných povinností (1,3 %)*, a další.

Graf 12 - Jaké jsou podle Vás nejčastější příčiny týrání dětí?

12) Jaké jsou podle Vás nejčastější příčiny týrání dětí?

80 odpovědí



Příčiny týrání mohou být podle respondentů způsobeny nejčastěji: rodinnými konflikty (48,8 %), nevědomostí rodičů o správné péči o dítě (30 %), užívání drog (93,8 %), mentální poruchy (46,3 %) či sociální izolace rodiny (35 %). Jako další možnosti, které respondenti mohli sami napsat, patří například: *nízký věk rodičů (1,3 %)*, *nezájem o dítě (1,3 %)*, *rodiče byli sami v dětství týráni (1,3 %)* a další.

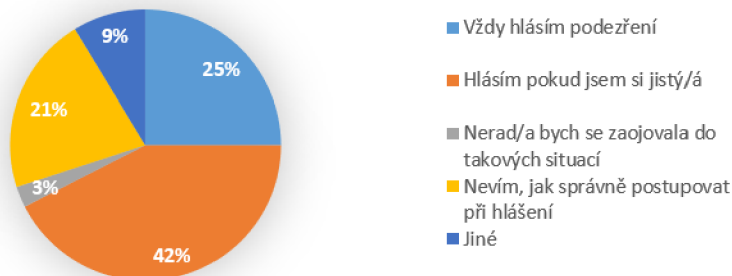
Graf 13 - Jaké mohou být následky týrání dítěte na jeho psychickém zdraví a dalším vývoji?



Více než 80 % respondentů zvolilo, že nejčastější následky týrání na psychice dítěte mohou být: traumata a posttraumatická stresová porucha (88,8 %), poruchy chování (82,5 %), nízké sebevědomí a sebeúcta (86,3 %) a deprese či úzkosti (87,5 %). Podle dalších názorů se k tomu může vztahovat např. i *opožděný vývoj dítěte* (1,3 %), *vyhledávání patologických jevů* (1,3 %) a další.

Graf 14 - Jaké postoje zaujímáte k hlášení podezření Syndromu CAN u dítěte?

14) Jaké postoje zaujímáte k nahlášení podezření Syndromu CAN u dítěte?
80 odpovědí

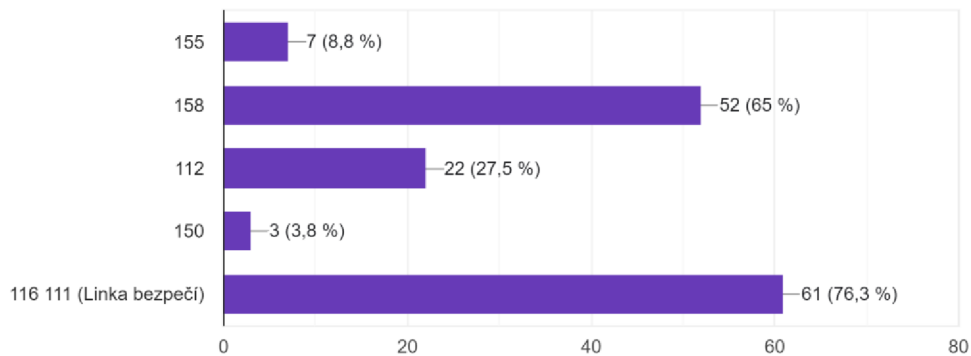


Přes 42 % respondentů hlásí syndrom CAN, pokud jsou si jistí a na druhé straně 25 % hlásí vždy každé podezření. Kolem 21 % respondentů neví, jak postupovat při hlášení. Přesně 3 % respondentů by se nerado zapojovalo do takových situací. Někteří respondenti využili situace a napsali i vlastní názor na postoj hlášení: *nemohu posoudit, takovou situaci jsem nezažila (1,2 %), konzultuji s třídní učitelkou a školním psychologem (1,2 %), po probrání s vedením organizace hlásíme na OSPOD, vždy pracujeme s danou rodinou, pokud se jedná o klientskou rodinu (1,2 %).*

Graf 15 - Které z těchto čísel byste mohli využít při podezření na syndrom CAN?

15) Které z těchto čísel byste mohli využít při podezření na Syndrom CAN?

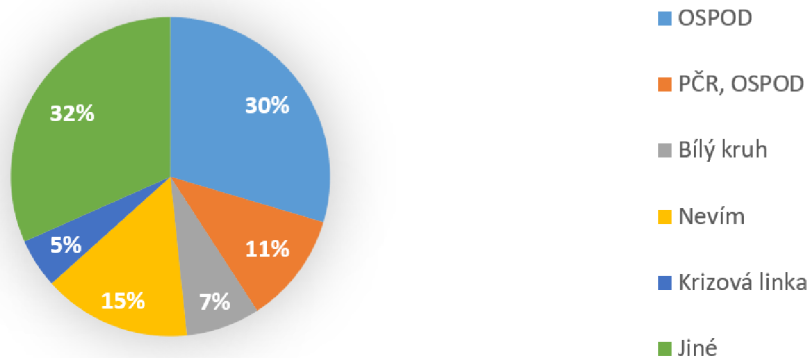
80 odpovědí



Linku bezpečí zvolilo opakovaně mnoho respondentů (76,3 %), hned poté následuje číslo na PČR (65 %). Kolem 27,5 % respondentů by zvolilo číslo 112, někteří dokonce i čísla 155 a 150 (12,6 %).

Graf 16 - Jakou organizaci byste mohli využít při podezření na syndrom CAN?

16) Jakou organizaci byste mohli využít při podezření na Syndrom CAN?
80 odpovědí

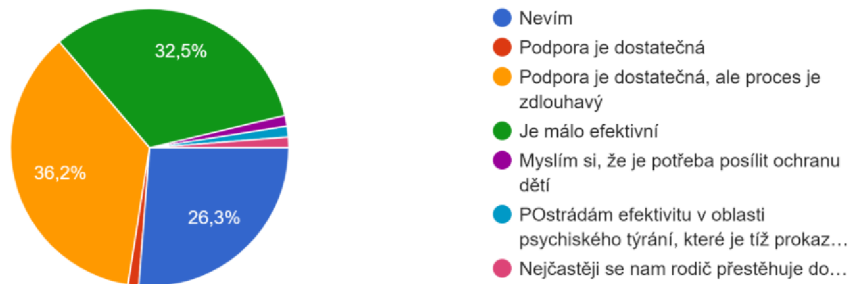


V této otázce respondenti psali mnoho možností, a tak jsme vypsalí ty nejzásadnější a nejčastější: OSPOD (30 %), PČR a OSPOD (11 %), Bílý kruh bezpečí (7 %), nevím (15 %), krizová linka (5 %) a 32 % psalo také další možnosti jako je *Čtyřlístek v Havířově, pediatr, FOD, Nomia, pedagogicko-psychologická poradna, Bílý kříž* či *Maltéžská pomoc a další*.

Graf 17 - Jaký je Váš názor na současný právní rámec týkající se týrání dětí? (psychologická podpora, funkce OSPOD)

17) Jaký je Váš názor na současný právní rámec týkající se týrání dětí? (psychologická podpora, funkce OSPOD)

80 odpovědí

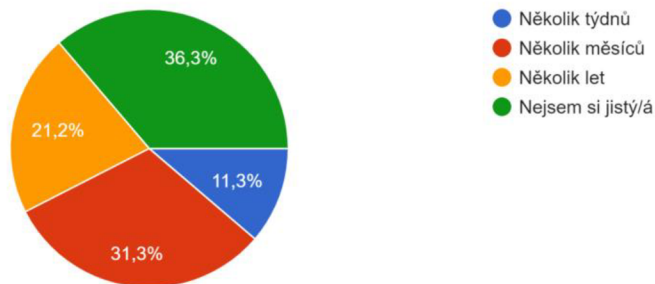


Přes 26,3 % lidí netuší či neví, zda je dostatečný právní rámec týkající se Syndromu CAN. Jen jeden z respondentů zastává názor že je podpora dostatečná. Zbytek zastává názor, že je podpora buď dostatečná, ale proces zdlouhavý, anebo že je tento systém velmi neefektivní (68,7 %). Zbytek respondentů napsalo vlastní názor: je potřeba posílit ochranu dětí (1,2 %), postrádáme efektivitu v oblasti psychického týrání, které není snadno prokazatelné. Procesy jsou často zdlouhavé, není jednotný postup mezi pracovníky i v rámci jednoho OSPOD/soudu, situace v rodinách zachází až příliš daleko, než dojde k odebrání dětí. (1,2 %), rodič se přestěhuje do jiného okresu a nic se nevyřeší (1,2 %) a další.

Graf 18 - Jak dlouho může trvat diagnóza syndromu CAN?

18) Jak dlouho může trvat diagnostika Syndromu CAN?

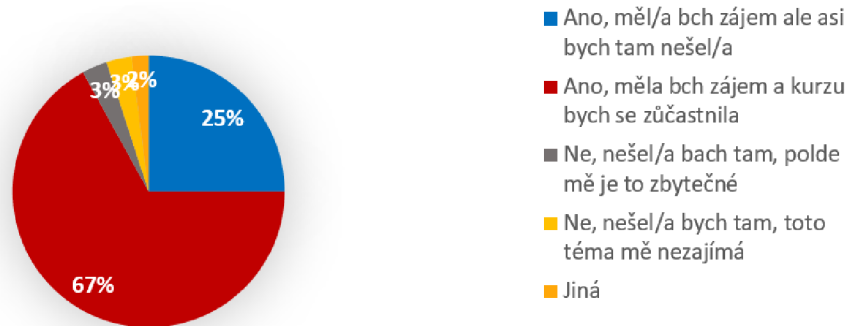
80 odpovědí



Jelikož se se Syndromem CAN tolik respondentů nesešlo, je možné, že právě tito respondenti si nejsou jistí, jak dlouho může trvat samotná diagnostika. Nejlépe by měla diagnostika proběhnout do týdne, ideálně ihned po nahlášení, což si myslí pouze 11,3 % respondentů (Základní vyhodnocení situace dítěte po nahlášení má zákonem stanovenou lhůtu. A to ihned, nejpozději do 7 dnů. Pokud se jedná o podezření na syndrom CAN, měl by OSPOD jednat ihned- §§ 167 a 168 trestního zákona). Přes 31,3 % respondentů si myslí, že diagnostika může trvat i několik měsíců, což se může bohužel stát. Trvání diagnózy několik let zvolilo 21,2 % respondentů.

Graf 19 - Kdyby byla možnost navštívit kurz, který by se zabíral problematikou Syndromu CAN, jaká je pravděpodobnost, že byste jej chtěl/a navštívit?

19) Kdyby byla možnost navštívit kurz, který by se zabíral problematikou Syndromu CAN, jaká je pravděpodobnost, že byste jej chtěl/a navštívit?
80 odpovědí



Kurzu by se zúčastnilo více než 67 % respondentů. Na druhé straně je tu 12,2 % respondentů, kteří by se kurzu nezúčastnili z mnoha důvodů: *téma pro ně není aktuální, nemají zájem o prohlubování vědomostí ohledně Syndromu CAN, musely by se napřed reorganizovat některé systémy (OSPOD, PČR, ...), nepříjde jim důležité nebo nemají potřebu, dokud to nebudou muset řešit třeba u svého klienta. Je zde i mnoho respondentů, kteří se kurzu zúčastnili a měli by zájem jít na další kurz či přednášku na toto téma (4,8 %).*

10 Shrnutí výsledků praktické části

10.1 Výzkumné otázky- vyhodnocení

VO1 – Kolik respondentů z výzkumného souboru se za svoji praxi setkala se syndromem CAN v jakékoliv podobě?

S fyzickým týráním se setkala více než 47,5 % dotazovaných.

Se sexuálními zneužíváním se setkala 17,4 % zúčastněných.

Se zanedbávaným dítětem bylo svědkem 76,3 % respondentů.

VO2 – S jakou formou a příčinami syndromu CAN se respondenti nejčastěji setkali?

S fyzickým týráním se setkala 1–3x za svoji praxi 36,2 % dotazujících, s větším výskytem, a to 4–6x, týráním se setkala 6,3 % účastníků dotazníkového šetření. O pár procent méně (5 %) respondentů se setkala s týráním vícekrát jak 6x.

Se sexuálními zneužíváním se setkala 16,2 %, a to pouze 1–3x za dosavadní praxi. Jeden z respondentů se s tím setkal 4–6x během života.

Situaci, kdy hrálo roli zanedbávání dítěte bylo svědkem 76,3 % dotazovaných a 7,5 % respondentů nedokážou říci, zda to bylo zanedbávání, nebo nikoliv.

VO3 – Jaké dlouhodobé následky syndromu CAN u dětí respondenti nejčastěji uvádějí? (duševní a fyzické zdraví)

Traumata a posttraumatická porucha–88,8 %.

Deprese a úzkosti–87,5 %.

Nízké sebevědomí–86,3 %.

Poruchy chování–82,5 %.

Fyzické zranění, které si může dítě způsobovat samo–57,5 %.

VO4 – Jaké následky podle zúčastněných může mít jedinec trpící syndromem CAN v rámci vzdělávání a výchovy?

Hledání patologických vztahů, poruchy chování, potíže při učení, nízké sebevědomí a sebeúcta.

VO5 – Jaké mohou být dle respondentů příčiny či varovné signály syndromu CAN?

Rodinné konflikty.

Užívání drog nebo alkoholu rodiči.

Nevědomost rodičů o správné péči o dítě.

Mentální poruchy rodičů.

Sociální izolace rodiny.

Dluhy v rodině.

Nižší sociální status.

U příčin či varovných signálů musíme velmi opatrně postupovat. To, že je někdo z horších sociálních podmínek hned nemusí znamenat, že dítě zanedbávají či sexuálně zneužívají. Toto platí u všech uvedených varovných signálů či příčin syndromu CAN. Tyto příklady slouží pouze jako možné situace, které nemusejí být u všech agresorů pravdivé. Na této problematice se může podílet mnohem závažnější a hlubší důvody.

Dotazovaní vědí na koho se v případě podezření mohou obrátit?

Mnoho respondentů volilo odpověď OSPOD či PČR, což je samozřejmě správné, tyto dva orgány jsou stěžejní pro další možnou práci s dětmi. Možné je i zavolat na Linku bezpečí, kde odborník může ať už pedagogům, rodičům nebo dětem dát radu, jak postupovat, koho můžou v rámci nápravy navštívit či kontaktovat. Podle § 10 odstavce 4: „státní orgány, pověřené osoby, školy, školská zařízení a poskytovatelé zdravotních služeb, popřípadě další zařízení určená pro děti, jsou povinni oznámit obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností skutečnosti, které nasvědčují tomu, že jde o děti uvedené v § 6, a to bez zbytečného odkladu poté, kdy se o takové skutečnosti dozví

Zde je pár dalších organizací, které respondenty napadaly v rámci nahlašování podezření: *Bílý kruh bezpečí, Bílý kříž, FOD, Nomia, nadace Naše děti, Čtyřlístek Havířov, Klokánek, Maltéžská pomoc a další.*

DISKUZE

Cílem našeho výzkumu, který byl prováděn formou dotazníku bylo konstatovat, jak jsou pedagogičtí pracovníci a také laická veřejnost informováni o problematice syndromu CAN.

Výzkum pro praktickou část bakalářské práce probíhal mezi respondenty pedagogického a nepedagogického zaměření. Podrobné informace jsme zjišťovali pomocí internetového dotazování na facebookových skupinách (Inspirace pro paní učitelky do MŠ, Náměty a inspirace pro paní učitelky a pány učitele, učitelky 1. stupně ZŠ, Předškoláci.cz – náměty a inspirace pro učitelky učitele). Dotazník obsahoval 19 otázek a vyplnilo jej 80 respondentů z toho 74 žen a 6 mužů.

Otázka číslo 6 byla první, která se zabírala tématem syndrom CAN. U této otázky jsme se ptali, čím se syndrom zabývá a z výsledku je nám patrné, že 75 dotazovaných vyplnilo odpověď, že jde o dítě týrané a zneužívané, což dle našeho názoru je velmi dobrý výsledek, pouze 5 respondentů tento pojem slyšelo poprvé.

V otázce číslo 7 a 9 nás zajímalo, kolikrát se respondenti během své praxe setkali s podezřením na fyzické týrání a sexuální zneužívání. U fyzického týrání jsme došli k výsledku, že se s tímto podezřením nikdy nesetkalo kolem 42 respondentů. Jednou až třikrát se s tímto podezřením setkalo 29 dotazovaných, čtyřikrát až šestkrát 5 respondentů a vícekrát 4 účastníci. Výsledky u otázky 9 jsou podle našeho názoru mnohem uspokojivější, protože 66 zúčastněných se s tímto jevem nikdy nesetkalo, což je pozitivní zjištění. Je zde 13 respondentů, kteří se s podezřením na sexuální zneužívání setkalo jednou až třikrát během praxe.

Osmá otázka se zaměřuje na možné projevy psychicky týraných dětí. Zde jsme dali možnost vybrat více odpovědí, či napsat i jiné možné varovné signály. Odpovědi, které byly pevně dané jsou například: nízké sebevědomí, agresivní chování, strach z určitých osob a jiné. Nejvíce zvolených varovných signálu bylo nízké sebevědomí – 69 odpovědí, strach před určitými osobami – 68 odpovědí, izolace od vrstevníků – 58 odpovědí, agresivní chování – 54 odpovědí. Je i mnoho jiných varovných signálů, které na první pohled nemusí být znatelné, např. sebepoškozování, úzkost či deprese, o kterých se respondenti zmiňovali.

Velice překvapivý výsledek jsme dostali u otázky 10, kde jsme se respondentů ptali, kolikrát se během praxe setkali se zanedbáváním. 61 dotazovaných se s tímto problémem setkalo, 13 se nesetkalo a 6 respondentů odpovědělo, že neví.

Jedenáctá otázka je velmi podobná osmé, snažíme se od respondentů zjistit, jaké mohou být varovné signály zanedbávaného dítěte. Zde jsme opět dali možnost více odpovědí a šanci napsat vlastní názor. Jako nečastější možný projev zanedbávání respondenti volili užívání návykových látek rodiči, tuto možnost zvolilo 59 respondentů, dále pak 55 dotazovaných uvedlo jako častý jev sociální izolaci rodiny, častou volbou byly i mentální poruchy rodičů. Dle našeho názoru je velmi těžké přesně identifikovat, jak se zanedbávání může projevovat a není jeden ucelený vzorec, podle kterého to lze poznat. V odborné literatuře ale můžeme najít dělení zanedbávání na tělesné, emocionální a duševní, toto rozdělení například definuje Hanušová (2006), Slaný (2008) či nám to definuje § 858 Zákona 89/2012 Sb. Občanský zákoník.

Důležitá otázka v dotazníku je také otázka č. 13, díky které můžeme zjistit jaké mohou být následky týrání dítěte na jeho psychickém zdraví a dalším vývoji. Pugnerová (2006) ve své publikaci, která nese název Přehled poruch psychického vývoje, uvádí, že dítě je velmi křehká bytost, do které se zapíše každá negativní či silná emocionální zkušenost. Traumata a posttraumatickou stresovou poruchu jako následek týraného dítěte zvolilo 71 respondentů, deprese a úzkost je hned další, která byla nejčastěji volena (70 respondentů). Jako další následky byly vybrány nízká sebedůvěra, poruchy chování či fyzická zranění. Každá z odpovědí může být správná, protože každé dítě má jinou povahu a jinak se s traumaty vyrovnává (Matoušek, 2014).

Nedílnou součástí našeho dotazníku je i otázka 14. U této otázky je pro nás důležité, jaký postoj pedagogové zaujímají k hlášení podezření na syndrom CAN. Nejčastější volená odpověď byla, že hlásíme podezření jen když jsme si jisti. V tomto případě to hraje velkou roli, protože při každém neoprávněném nahlášení to může narušit vztahy mezi pedagogy a rodinami a zároveň to může mít fatální následky. Z odpovědí jsme zjistili, že 17 respondentů vůbec neví, jak by postupovalo. Předpokládáme, že pedagogičtí pracovníci informace o správném postupu mají. Tyto informace je možné nalézt v kartách KID, které vytvořila organizace SOFA právě pro učitele i další profese – policisté, hasiči, zdravotníci (Karta KID pro učitele, 2022).

Otázka číslo 15 částečně navazuje na otázku 14 a 16. Zde nás zajímá, jaké telefonní číslo by respondenti kontaktovali při podezření nebo na základě podložené informace, že je dítě postiženo syndromem CAN. Číslo linky bezpečí zvolilo 61 respondentů a číslo policie 52 dotazovaných. Tísňové volání zvolilo 22 respondentů, záchranou službu zvolilo 7 dotazovaných a 3 zvolili telefonní číslo hasičského záchranného sboru. Dle našeho názoru je velmi nejasné, proč respondenti volili číslo na hasičský záchranný sbor, s největší pravděpodobností šlo o záměnu linky 150 s linkou 158.

Nejdůležitější otázka v našem dotazníku je otázka č. 16, díky které můžeme zjistit, kolik respondentů ví, kterou organizaci kontaktovat. Zde jsme vybrali ty nejčastější a nejzásadnější odpovědi: OSPOD – 24 odpovědí, PČR a OSPOD – 8 odpovědí, nevím – 12 odpovědí, Bílý kruh – 6 odpovědí. Byly zde odpovědi i Krizová linka, FOD, pediatr, Kílý kříž (předpokládáme, že respondent si spletl dvě různé organizace – Bílý kruh bezpečí a Červený kříž).

Otázka 17 nám zjišťuje, jaký názor mají respondenti na právní rámec týkající se týraných dětí. Odpověď „nevím“ zvolilo 21 respondentů. Proces se zdá zdlouhavý pro 29 dotazovaných a 26 respondentů zvolilo, že podpora je málo efektivní. Pouze jeden respondent zastává názor, že je podpora dostatečná.

Na otázku č. 17 navazuje otázka 18 která se snaží zjistit, jak dlouho může trvat diagnostika syndromu CAN. Tato otázka je velmi složitá, protože základní vyhodnocení situace dítěte po nahlášení má zákonem stanovenou lhůtu. A to ihned, nejpozději do 7 dnů. Pokud se jedná o podezření na syndrom CAN, měl by OSPOD jednat ihned (§§ 167 a 168 trestního zákona). V našich statistikách je 29 respondentů, kteří si nejsou jisti dobou diagnostikování. Dále je 25 dotazovaných přesvědčeno, že to může trvat i několik měsíců a 17 respondentů zvolilo i několik let.

Poslední otázka v našem dotazníku se snažila zjistit, kolik respondentů by mělo zájem o přednášku či kurz na dané téma. Zájem o absolvování kurzu by mělo 48 respondentů. Ostatní respondenti nemají zájem nebo se takového kurzu zúčastnili. Jeden z respondentů napsal velmi zajímavou poznámku a to: *„Nešla bych tam, musela by se nejprve udát změna právní a velká reorganizace OSPOD“*.

Všechny tyto informace se ovšem nedají zobecnit. Důvodem mohou být různé faktory, jako například, že si respondenti mohli některé odpovědi dohledat na internetu.

Největší roli bude hrát to, zda respondenti odpovídali popravdě nebo si vymýšleli, či odpovědi pouze tipovali. Dotazník vyplnilo celkem 80 respondentů, což lze označit jako menší počet pro vyvození konečných závěrů. Z hlediska zastoupení pedagogických pracovníků jde o velmi malé procento. Pro důkladnější výzkum by bylo zapotřebí, např. na vládní úrovni, vytvořit obdobný dotazník pro všechny pedagogické pracovníky. Lze říci, že dnešní literatura na danou problematiku nabízí nespočet pohledů autorů a o tom vypovídají i odpovědi respondentů, na jejichž odpovědích lze sledovat základní informovanost a povědomí související s tímto problémem.

ZÁVĚR

V teoretické části bakalářské práce jsou shrnuty teoretické poznatky o syndromu CAN. Všechny formy syndromu CAN jsou teoreticky vymezeny dle různých autorů. V této části jsme také popsali zvláštní formy syndromu CAN jako je např. systémové týrání. Jistou pozornost věnujeme i diagnostice tohoto syndromu z různých pohledů, jako je diagnostika pomocí kresby či rozhovoru. Za touto kapitolou jsou následně popsány a vysvětleny jednotlivé typy prevence, které je možné uplatnit. V závěru teoretické části jsou také rozebrány možné následky, které se mohou u dětí objevit po prožitém syndromu CAN.

Na základě teoretické části je vypracován dotazník, který je v první řadě určen pro pedagogické pracovníky z MŠ, v druhé řadě i širšímu okolí, ať už s pedagogickým či nepedagogickým zaměřením. Dotazník vyplnilo 80 respondentů různého věku a různého pracovního zaměření.

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit jaká je informovanost o syndromu CAN mezi pedagogy, ale i mezi nepedagogickými pracovníky. Výzkumem bylo zjištěno, že o syndromu CAN z 80 respondentů pouze 5 nikdy neslyšelo a neví, jakou cílovou skupinou se zabývá. Dále bylo zjištěno, že účastníci dotazníku by ve většině případů věděli, jak reagovat a koho zkontaktovat při nahlášení. Také je velmi důležité rozpoznat varovné signály, které nám mohou dát prvotní impulz, že se v rodině něco děje. Velká většina respondentů odpověděla na tyto otázky správně či vhodně.

Dotazníkové šetření nám ukázalo, že i když o této problematice někteří dotazovaní slyšeli, měli by zájem se zúčastnit dalšího vzdělávání. Ostatní osoby, které zvolily odpověď, že je problematika syndromu CAN nezajímá, mohou být převážně osoby, které nepracují v odvětví pedagogiky. Jeden respondent napsal, že by se takové akce zúčastnil hned poté, co by se změnil právní rámec a fungování OSPOD.

Zvolené téma je teoreticky velmi rozsáhlé, a je mnoho způsobů, jak jej zpracovat a jakým způsobem vytvořit dotazník. Samozřejmě jsou i respondenti, kteří pojem syndromu CAN slyšeli poprvé, ale díky dnešním možnostem přístupu k informacím, prostřednictvím internetu je možné v případě potřeby si informace dohledat.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BISKUP, Pavel. 2001. Diagnostika syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte - doporučený postup určený lékařům primární péče. *Pediatr. praxi*, 2001/12/31 2001, vol. 2, no. 4, p. 164-168.

DAVIDO, Roseline. 2001 *Kresba jako nástroj poznání dítěte: [dětská kresba z pohledu psychologie]*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-449-4.

DOSKOČIL, Radek. 2019. *Kvantitativní metody: studijní text pro prezenční a kombinovanou formu studia. Vydání druhé, přepracované a doplněné*. Brno: Akademické nakladatelství CERM. ISBN 978-80-214-5716-4.

DUNOVSKÝ, Jiří. 1995. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada,. ISBN 80-7169-192-5.

FANG, Xiangming et al. "The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention." *Child abuse & neglect* vol. 36,2 (2012): 156- 65. doi:10.1016/j.chiabu.2011.10.006

FEDOR, Marián. 2019. *Týrané, zneužívané a zanedbávané děti*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-484-1

HANUŠOVÁ, Jaroslava. 2006. *Násilí na dětech - syndrom CAN*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí,. ISBN 80-86991-78-4.

KUKLA, Lubomír. 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3874-1.

MATOUŠEK Oldřich a PAZLAROVÁ Hana. 2014. *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny: v kontextu plánování péče*. 2. rozš. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262- 0522-7.

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

PETERSEN, Anne C., 2014. *New Directions in Child Abuse and Neglect Research*. Washington, D.C.: National Academies Press. ISBN 978-030-9285-124.

PÖTHE, Peter. 1996. *Dítě v ohrožení*. Praha: G plus G. Zde a nyní (G plus G). ISBN 80-901896-5-2.

- PUGNEROVÁ, Michaela a Jana KVINTOVÁ. 2016. Přehled poruch psychického vývoje. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5452-9.
- SIDEBOTHAM, P. a kol. "Child maltreatment in the "children of the nineties" a longitudinal study of parental risk factors." Child abuse & neglect vol. 25,9 (2001): 1177-200. doi:10.1016/s0145-2134(01)00261-7
- SLANÝ, Jan. 2008. *Syndrom CAN (syndrom týraného dítěte)*. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita.,. 155 s. ISBN 978-80-7368-474-7.
- ŠICKOVÁ, Fabrici. 2006. Arteterapia - úžitkové umenie. Bratislava: Petrus. ISBN 8089233104
- ŠUPŠÁKOVÁ, Božena. 2013. Detský výtvarný prejav. Bratislava: Dolis. ISBN 9788097041915.
- VANÍČKOVÁ, Eva. c2007. Dětská prostituce. 2., dopl. a aktualiz. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2218-4.
- VÁGNEROVÁ, Marie. 2012. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0225-7
- VODÁČKOVÁ, Daniela. 2007. Krizová intervence. Praha: Remedium: Portál. ISBN 978-80-262-1704-6
- WEISS, Petr. 2005. Sexuální zneužívání dětí. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0929-5.
- WIDOM, C. S., MAXFIELD, M. G. (2001). An Update on the "Cycle of Violence". National Institute of Justice, 1-8.

SEZNAM ELEKTRONICKÝCH ZDROJŮ

JONÁŠOVÁ, Iveta. Rizikové sexuální chování. Šance dětem [online]. 2023, 2023 [cit. 2023-06-16]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/rizikove-sexualni-chovani>

Karta KID pro učitele: Signály. Society for All [online]. Society for All, 2022, 2022 [cit. 2023-06-18]. Dostupné z: <https://www.societyforall.cz/karta-kid>

Kdo jsme. Society for All [online]. Society for All, 2022, 2022 [cit. 2023-06-18]. Dostupné z: <https://www.societyforall.cz/o-nas>

KULHÁNEK, Jan. Problémy s myšlenkami na smrt. Šance dětem [online]. Sirius, o. p. s, 2023, 2023 [cit. 2023-06-16]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/rizikove-sexualni-chovani>

Munchausen syndrome by proxy. MedlinePlus: Trusted Health Information for You [online]. Rockville Pike: Bethesda, 2023, 2021 [cit. 2023-06-13]. Dostupné z: <https://medlineplus.gov/ency/article/001555.htm>

The Child Abuse Prevention and Treatment Act. [cit. 2023-06-13]. Dostupné z: <https://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/documents/cb/capta.pdf>

UHLÍŘOVÁ, Veronika. Vedení rozhovoru s dítětem. Velký vůz Sever: poradenské a vzdělávací centrum [online]. Nový Bor: Velký vůz Sever, 2018, 2013 [cit. 2023-05-29]. Dostupné z: <https://www.velkyvuz-sever.cz/downloads/vedeni-rozhovoru-s-ditetem.pdf>

§ 858 Zákona 89/2012 Sb. občanský zákoník Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89>

SEZNAM GRAFŮ

| | |
|---|----|
| Graf 1 - Jaké je vaše pohlaví? | 38 |
| Graf 2 - Kolik Vám je let? | 39 |
| Graf 3 - Jaké je Vaše dosavadní vzdělání? | 39 |
| Graf 4 - Jste student nebo již pracujete? | 40 |
| Graf 5 - Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a: již pracuji popřípadě studuji při práci, jaké je vaše pracovní zaměření? | 40 |
| Graf 6 - Čím se syndrom CAN zabývá? | 42 |
| Graf 7 - Kolikrát jste se za svoji praxi setkal/a s podezřením na fyzické týrání dítěte? .. | 43 |
| Graf 8 - Jaké znaky u dítěte by podle Vás mohly nasvědčovat psychickému týrání dítěte? | 44 |
| Graf 9 - Jak často jste byli svědkem podezření na sexuální zneužívání u dítěte během své dosavadní praxe?..... | 45 |
| Graf 10 - Setkali jste se někdy během své praxe s dítětem, které bylo zanedbáváno? ... | 46 |
| Graf 11 - Jaké mohou být podle Vás varovné signály zanedbávání dítěte? | 47 |
| Graf 12 - Jaké jsou podle Vás nejčastější příčiny týrání dětí? | 48 |
| Graf 13 - Jaké mohou být následky týrání dítěte na jeho psychickém zdraví a dalším vývoji? | 49 |
| Graf 14 - Jaké postoje zaujímáte k hlášení podezření Syndromu CAN u dítěte?..... | 50 |
| Graf 15 - Které z těchto čísel byste mohli využít při podezření na syndrom CAN? | 51 |
| Graf 16 - Jakou organizaci byste mohli využít při podezření na syndrom CAN? | 52 |
| Graf 17 - Jaký je Váš názor na současný právní rámec týkající se týrání dětí? (psychologická podpora, funkce OSPOD)..... | 53 |
| Graf 18 - Jak dlouho může trvat diagnóza syndromu CAN? | 54 |
| Graf 19 - Kdyby byla možnost navštívit kurz, který by se zabíral problematikou Syndromu CAN, jaká je pravděpodobnost, že byste jej chtěl/a navštívit? | 55 |

SEZNAM OBRÁZKŮ

| | |
|--|----|
| Obrázek 1 - Postup pomoci ohroženému dítěti..... | 34 |
|--|----|