



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra sociální práce

Diplomová práce

Zdravotně - sociální dopady násilí páchaného na dětech a jeho prevence

Vypracoval: Bc. Zuzana Klementová
Vedoucí práce: Mgr. Jana Gabrielová, Ph.D.

České Budějovice 2015

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá zdravotně - sociálními dopady násilí páchaného na dětech a jeho prevencí z pohledu sociálních pracovníků.

Teoretická část diplomové práce vychází z odborných zdrojů a vysvětluje základní pojmy, které s problematikou souvisí. První část se zabývá násilím, oběťmi násilí a špatným zacházením obecně. V druhé části je popisován syndrom CAN i s jeho historií a obsahuje také postoje společnosti k týrání, zneužívání a zanedbávání. Následuje kapitola rizikových faktorů, kde jsou rozebírány rizikové faktory týrání, zanedbávání a zneužívání zvláště. V další části jsou popisovány zdravotně - sociální dopady násilí páchaného na dětech, úloha sociálního pracovníka při práci s dětmi, které jsou oběťmi násilí, legislativa, která se zabývá problematikou násilí na dětech a služby poskytující pomoc zanedbávaným, týraným a zneužívaným dětem a jiné formy pomoci. Poslední část teoretické části se zaměřuje na prevenci násilí páchaného na dětech, která zahrnuje preventivní programy a Národní strategii prevence násilí na dětech v ČR na období 2008-2018.

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit zdravotně - sociální dopady a prevenci násilí páchaného na dětech z pohledu sociálního pracovníka. Dále byly stanoveny tři dílčí cíle, kterými jsou: zjistit důsledky násilí páchaného na dětech, zjistit názory sociálních pracovníků na prevenci násilí páchaného na dětech, zjistit doporučení a návrhy sociálních pracovníků týkající se prevence. Pro splnění výše uvedených cílů byly stanoveny tři výzkumné otázky: Jaké jsou zdravotně sociální dopady násilí páchaného na dětech z pohledu sociálních pracovníků? Jaký je subjektivní názor sociálních pracovníků na prevenci násilí páchaného na dětech? Jaká doporučení a návrhy týkající se prevence násilí mají sociální pracovníci?

Pro zpracování praktické části byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie. Pro sběr dat byla použita metoda dotazování – technika polostrukturovaný rozhovor. Data byla analyzována prostřednictvím metody trsů. Výzkumný soubor tvořilo 5 respondentů, kteří byli vybráni na základě záměrného výběru. Výběr výzkumného souboru byl proveden prostřednictvím Registru poskytovatelů sociálních služeb.

Celkem bylo vybráno 7 organizací pracujících s týranými, zneužívanými a zanedbávanými dětmi. Z těchto 7 organizací byl vždy osloven sociální pracovník. Na spolupráci přistoupilo 5 sociálních pracovníků. Jednalo se o sociální pracovníky z Orgánu sociálně - právní ochrany dětí a nestátních neziskových organizací. Další 2 sociální pracovníci spolupráci odmítli. Rozhovory vždy probíhaly na pracovištích sociálních pracovníků.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že nejčastěji vyskytujícími se zdravotně - sociálními dopady násilí páchaného na dětech jsou sebepoškozování, psychické poruchy, identifikace s rolí násilníka a problémy v budoucích vztazích. Co se týká prevence násilí na dětech je u většiny respondentů považována za dostačující, dále ovšem uvádí, že se neustále dá co zlepšovat. U jednoho respondenta jsem se setkala s názorem, že prevence je dle jeho názoru nedostatečná, jelikož je systém nekoordinovaný, chybí ucelená metodika a kontinuální přístup k dětem. Z výzkumného šetření dále vyplynulo, že je dle respondentů potřeba zlepšit prevenci násilí na dětech tím, že bude vypracována ucelená metodika a dojde k integraci tohoto tématu do školních osnov.

Práce reflektuje v současné době diskutované téma. Násilí na dětech je celosvětovým problémem a aktuálnost této problematika je velmi vysoká z důvodu velkého výskytu tohoto jevu.

Diplomová práce by mohla upozornit společnost na násilí páchané na dětech a informovat ji o výskytu tohoto jevu. Dále by diplomová práce mohla být využita v oblasti prevence násilí na dětech, kde by mohla posloužit jako informační materiál odborníkům zabývajícím se prevencí násilí na dětech a mohla by být motivem k jejímu zlepšení. Práce by také mohla být stimulem pro lepší provázanost spolupráce mezi státními a nestátními organizacemi zabývajícími se problematikou násilí na dětech.

Klíčová slova: násilí, prevence, syndrom CAN, zdravotně - sociální dopady

Abstract

The diploma thesis deals with health and social impacts of child abuse and its prevention from the perspective of social workers.

The theoretical part of the diploma thesis draws on scholarly resources and explains basic terms related to the topic. The first part focuses on violence, victims of violence and abuse in general. The second part describes the CAN syndrome and its history. Moreover, it informs about general attitude towards abuse, maltreatment and neglect in the society. The next chapter concentrates on risk factors of abuse, maltreatment and neglect respectively. The following part addresses health and social impacts of child abuse and the role of social workers when working with child victims of violence. Next, it focuses on legislation that deals with child abuse and services designated to help abused, neglected and maltreated children. The last section of the theoretical part concentrates on child abuse prevention that includes prevention programs and National Strategy on Prevention of Violence against Children in the Czech Republic for the period 2008-2018.

The main aim of the thesis was to determine health and social impacts of violence and child abuse prevention from the perspective of a social worker. Next, three following sub-goals were specified: to identify the consequences of child abuse, to determine opinions of social workers on prevention of violence against children and to establish social workers' suggestions for prevention. To fulfill the aforementioned objectives, three research questions were defined: What are the health and social impacts of child abuse from the perspective of social workers? What is the subjective opinion of social workers on child abuse prevention? What are the suggestions and recommendations of social workers for violence prevention?

The practical part was conducted by means of qualitative research strategy. The data were collected by a survey method, specifically by a semi-structured interview. The data were analyzed using a clustering method. The research group consisted of five respondents who were selected intentionally. The research group was chosen from the Registry of social services providers. Altogether seven organizations working with

abused, maltreated and neglected children were selected. A social worker from each of these seven organizations was contacted. Consequently, five social workers agreed to participate in the research. These social workers were from the Authority of Social and Legal Protection of Children and from other non-governmental organizations. Two other social workers refused to take part in the research. The interviews were always held in the social workers' workplace.

The research survey showed that the most common health and social impacts of child abuse are self-harm, mental disorders, identification with the role of a bully and problems in the future relationships. Most respondents stated that prevention of violence against children is sufficient but they added that there is still room for improvement. One respondent said that the level of prevention is inadequate because the process is uncoordinated and coherent methodology as well as continuous approach to children is missing. Furthermore, the research established that the respondents think it is vital to improve child abuse prevention by developing comprehensive methodology and integrating this topic to the school curriculum.

All in all, the thesis focuses on a widely discussed topic – child abuse is a worldwide up-to-date problem since it occurs very frequently.

The purpose of this diploma thesis could be to call attention of the society to child abuse and inform about its occurrence. Next, this thesis could also prove useful in the area of child abuse prevention since it might serve as an information source for experts who deal with prevention of violence against children. It may also motivate people to improve current prevention methods. Finally, the thesis could also stimulate cooperation between governmental and non-governmental organizations dealing with child abuse.

Keywords: violence, prevention, CAN syndrome, health and social impacts

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracoval (a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 18. 5. 2015

.....

Zuzana Klementová

Poděkování

Děkuji Mgr. Janě Gabrielové, Ph. D. za její odborné vedení, cenné rady, ochotu a trpělivost při zpracování diplomové práce.

Obsah

1	Současný stav.....	13
1.1	Násilí	13
1.1.1	Oběti násilí.....	13
1.2	Špatné zacházení s dítětem.....	15
1.3	Syndrom CAN	17
1.3.1	Historie syndromu CAN.....	18
1.3.2	Definice syndromu CAN.....	19
1.3.3	Týrání dítěte.....	19
1.3.4	Zneužívání dítěte.....	21
1.3.5	Zanedbávání dítěte	25
1.3.6	Postoje společnosti k týrání, zneužívání a zanedbávání.....	26
1.4	Rizikové faktory syndromu CAN	26
1.4.1	Rizikové faktory tělesného týrání.....	28
1.4.2	Rizikové faktory psychického týrání	28
1.4.3	Rizikové faktory zneužívání	29
1.4.4	Rizikové faktory zanedbávání dítěte.....	30
1.5	Zdravotně-sociální dopady násilí páchaného na dětech.....	31
1.5.1	Psychická deprivace	32
1.5.2	Posttraumatická stresová porucha.....	34
1.6	Úloha sociální pracovníka	35
1.7	Legislativa vztahující se k násilí páchanému na dětech.....	37
1.7.1	Úmluva o právech dítěte.....	37
1.7.2	Sociálně právní ochrana dětí (zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí v platném znění).....	38
1.7.3	Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník.....	39
1.8	Organizace poskytující pomoc zanedbávaným, týraným a zneužívaným dětem a jiné formy pomoci.....	41

1.8.1	Krizová intervence	42
1.8.2	Dětské krizové centrum.....	43
1.8.3	Neziskový sektor.....	46
1.8.4	Zásady komunikace s dětskou obětí.....	48
1.9	Prevence násilí na dětech.....	48
1.9.1	Preventivní programy	49
1.9.2	Národní strategie prevence násilí na dětech v ČR na období 2008-2018 ..50	
2	Cíle práce a výzkumné otázky	53
2.1	Cíle práce	53
2.2	Výzkumné otázky.....	53
3	Metodika.....	54
3.1	Výzkumná strategie.....	54
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	55
3.2.1	Způsob výběru výzkumného souboru	55
3.2.2	Výzkumný soubor	56
3.2.3	Realizace výzkumu	56
4	Výsledky.....	57
4.1	Pohled sociálních pracovníků na zdravotně – sociální dopady násilí páchaného na dětech	58
4.2	Subjektivní názor sociálních pracovníků na prevenci násilí na dětech.....	61
4.3	Doporučení a návrhy sociálních pracovníků týkající se prevence násilí na dětech.....	66
5	Diskuze	68
5.1	Diskuze k výsledkům výzkumné otázky č. 1.....	68
5.2	Diskuze k výsledkům výzkumné otázky č. 2.....	70
5.3	Diskuze k výsledkům výzkumné otázky č. 3.....	72
6	Závěr.....	76
7	Seznam literatury	78
8	Přílohy	86

Seznam použitých zkratk

Syndrom CAN – Child Abuse and Neglect

ISPCAN - The International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect

OSN – Organizace spojených národů

FOD – Fond ohrožených dětí

OSPOD – Orgán sociálně - právní ochrany dětí

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

Úvod

Každé dítě má své základní potřeby, které by měl každý rodič naplňovat. V současné době je svět plný násilí, které postihuje i děti.

Násilí na dětech je dnes celosvětovým problémem a jeho výskyt neustále stoupá. Tento fenomén postihuje 1 - 2% dětí. Je tedy potřeba děti před násilím chránit. Jelikož výskyt násilí na dětech neustále stoupá, jeho dopady mohou být velice závažné a mohou mít vliv na celý život jedince, rozhodla jsem se tomuto tématu věnovat ve své diplomové práci.

Děti, na kterých je páchano násilí, často nejsou schopny upozornit na jednání svých rodičů a zavolat si pomoc. Právě z tohoto důvodu je zdraví a život dítěte závislý na všímavosti jeho okolí. Je tedy nutné dobře informovat společnost o tomto jevu, aby byla schopna tento jev včas rozeznat a oznámit skutečnosti, které týrání nasvědčují. Oznámení skutečností, které násilí na dětech nasvědčují, jsou v současné době nejen povinností morální, ale i povinností právní, za jejíž zanedbání hrozí možnost trestního postihu. Je tedy smutné, že i přes tento fakt je spousta lidí k projevům násilí lhostejných. Na druhou stranu je mnohdy velice obtížné identifikovat, zda se opravdu jedná o násilí.

Diplomová práce je rozdělena do dvou částí – teoretické a praktické. Teoretická část se zabývá násilím obecně, oběťmi násilí, syndromem CAN, rizikovými faktory syndromu CAN, zdravotně - sociálními dopady násilí páchaného na dětech, postoji společnosti k týrání, zneužívání a zanedbávání, úlohou sociálního pracovníka, legislativou stěžejní pro tuto problematiku, službami, které jsou poskytované týraným, zneužívaným a zanedbávaným dětem, jinými formami pomoci, zásadami správné komunikace s dětskou obětí a prevencí násilí páchaného na dětech. Praktická část se zaměřuje na splnění cíle práce a zodpovězení výzkumných otázek.

Při zpracování praktické části diplomové práce jsem se zaměřila na sociální pracovníky pracující s týranými, zanedbávanými a zneužívanými dětmi v Českých Budějovicích. Prostřednictvím polo strukturovaných rozhovorů jsem zjišťovala pohled

sociálních pracovníků na zdravotně – sociální dopady, jejich subjektivní názor na prevenci násilí na dětech a jaké mají konkrétní návrhy týkající se prevence.

Tato práce by mohla posloužit jako informační materiál, podnět ke zlepšení prevence násilí na dětech a jako stimul ke zdokonalení spolupráce mezi státními a nestátními organizacemi zabývajícími se problematikou násilí na dětech.

1 Současný stav

1.1 Násilí

Násilí je definováno jako úmyslné použití či hrozba použití fyzické síly proti sobě samému, jiné osobě, skupině či komunitě, a to takové síly, která má nebo pravděpodobně bude mít, za následek poranění, smrt, psychickou újmu a poruchu vývoje či osobnosti. **(12)**

Násilí je možné rozdělit na: násilí hravé, reaktivní, za účelem pomsty, destruktivní jako zdroj otřesení víry a násilí jakožto kompenzace. **(14)**

Násilí hravé je pozitivní formou násilí, jelikož je motivováno získáním nové dovednosti, např. ve hře. Reaktivní násilí je možné označit jako násilí nejčastější a jeho odvrácenou stranou je strach. Spouštěčem bývá především stav ohrožení, frustrace, závist nebo žárlivost. Násilí za účelem pomsty vzniká z touhy odčinit příkoří, ke kterému došlo již dříve. Hlavním cílem lidí se tedy stává pomsta. U destruktivního násilí jako zdroji otřesení víry dochází k postupné ztrátě víry. K této ztrátě dochází u každého dítěte a v dospělém věku vyústí uje zklamáním. Lidé, kteří nemají dostatečné emocionální zdraví, mohou na zklamání reagovat patologicky (např. hledáním mocných autorit nebo okázalým prohlubováním své nezávislosti.) Násilí jakožto kompenzace znamená patologickou náhradu nějakou produktivní činností, kterou daný jedinec postrádá. Jediným smyslem života se u těchto jedinců stává agrese a násilí **(14)**

1.1.1 Oběti násilí

Nauka, která se zabývá oběťmi trestných činů, se nazývá viktimologie. **(12)** Ve své podstatě se jedná o relativně novou oblast, která vznikla v druhé polovině 20. století. Za kolébku viktimologie lze považovat USA, Německo a Izrael. V Německu v roce 1979 byla založena „Světová společnost pro viktimologii („World Association of

Victimology). Tato Světová společnost má statut konzultanta pro OSN. Viktimologie jako taková se zaměřuje na široký okruh otázek. Mezi ty nejdůležitější patří práva obětí v trestním řízení, ale i mimo něj a sledování výskytu viktimizace. **(3)** Viktimizace je proces, který má za následek to, že se v důsledku násilí stává z člověka oběť. Viktimizace má 3 fáze: primární, sekundární a terciální. Do primární viktimizace lze zahrnout bezprostřední akt násilí a důsledek trestného činu. **(12)** Oběti je způsobena újma, které zahrnuje tzv. primární rány. Primární rány zahrnují:

- Fyzickou újmu (např. lehčí zranění, těžké ublížení na zdraví či usmrcení)
- Finanční újmu (např. poškození majetku, náklady na léčení)
- Emocionální újmu (např. emocionální rány, které se odvíjejí v prožívání oběti).

(3)

Sekundární viktimizace je fáze, které je pro oběť velmi stresující a náročná. **(12)** Probíhá na policii, kde si oběť musí vzpomenout na veškeré události spojené s trestným činem a referovat o prožitcích cizím lidem. **(3,12)**

Ve fázi terciální viktimizace se oběť vyrovnává s násilím, které prožila nebo se ztotožňuje s modelem tzv. kriminální kariéry (tzn., oběť očekává, že se jí zase „něco stane“). **(12)**

Proces viktimizace je potřeba dobře znát a v určitých případech mu věnovat dostatečnou pozornost, která je základem pro náležitou a kvalifikovanou pomoc. **(12)**

Dalším velmi důležitým okruhem, viktimologie je psychologie obětí. Vědci se snaží objasnit podstatu traumatizace, zjistit jak oběť trestný čin prožívala, jak se s ním vyrovnává a jaké dopady na ní trestný čin má. Dále se věnují tomu, co obětem pomáhá a co znemožňuje jejich návrat do běžného života. I když viktimologie vznikla jako vědní oblast, její poznatky vedou k pochopení problémů a životní situace všech osob, které se stali obětí. **(3)**

Je tedy zřejmé, že obětí násilí se může stát každý člověk. Ovšem mezi nejohroženější skupinu patří děti a staří lidé. Problematika násilí na dětech je dnes rozšířeným problémem po celém světě a proto je potřeba jí věnovat dostatečnou pozornost. **(12, 25)**

1.2 Špatné zacházení s dítětem

„Špatné zacházení s dítětem je úmyslné nebo neúmyslné chování pečující osoby, které se vymyká společenským normám a ohrožuje dítě.“ (20, str. 27)

Téměř každé špatné zacházení s dítětem, ať už ve smyslu aktivního (týrání, zneužívání) nebo pasivního agresivního chování (zanedbávání) má multifaktoriální etiologii. Špatné zacházení s dítětem je výsledkem působení řady osobnostních, sociálních a kulturních faktorů, které jsou rozděleny do 4 kategorií příčin. Jedná se o: přenos násilí, sociální stres, sociální izolaci a s tím související nízké zapojení do komunitního života a strukturu rodiny. (14)

Přenos násilí

Násilí má tři možné cesty přenosu – řetězec rodinného násilí, transgenerační přenos a imprese sociálních vzorců chování. (14)

První cestou přenosu je přenos násilí přes řetězec rodinného násilí. V této cestě přenosu je násilí do rodiny zataženo z jiného sociálního prostředí a je vždy namířeno od osoby se silnějším mocenským postavením k osobě s nižším mocenským postavením.

Druhou cestou přenosu je transgenerační přenos. Transgenerační přenos je obecně definován jako *„proces, následkem kterého se vědomě nebo neúmyslně přenášejí vzorce chování do další generace.“ (1, str. 36)* Pro tuto cestu přenosu je tedy typické, že generace, která má silnější mocenské postavení užívá násilí proti generaci slabší (děti, senioři). (14)

Třetí cesta přenosu násilí se děje impresí sociálních vzorců, kdy se dětem do paměti vtiskují různé situace, kterými se dítě učí řešit rozmanité sociální situace. Pokud se v dospělosti dostane do obdobné situace automaticky je spuštěna naučená reakce. (14)

Sociální stres

Stres je definován jako nepřiměřená zátěž. Tato zátěž je výsledkem působení vlivů vnějšího prostředí na jedince a jeho vnitřními předpoklady se s těmito nároky vyrovnat. Podněty, které stres vyvolávají, se nazývají stresory a mnohou vycházejí z biologické či

psychosociální oblasti. Psychosociální stresory zahrnují negativní situace, které na jedince dlouhodobě působí a jsou jimi např. nezaměstnanost, chronická nemoc v rodině, přítomnost člena rodiny se zdravotním postižením a úmrtí člena rodiny. Dále mohou zahrnovat i pozitivní stres, kterým je např. příchod nového dítěte do rodiny. **(14)**

Nejčastějšími stresory, které vycházejí ze životních změn dítěte, jsou např.: narození nového člena rodiny, úmrtí kamaráda, domácího zvířete, rozvod rodičů, časté hádky mezi rodiči, stěhování, pobyt v nemocnici, změna školy, dlouhodobá nemoc v rodině či nový partnerský vztah rodiče a nevlastní sourozenci. Dle Vaníčkové mezi nejčastějšími stresory u dětí patří také traumata, jako jsou např. šikanování, komplexy méněcennosti, školní neúspěšnost, posměch, domácí násilí, násilí tělesné, psychické, sexuální a závažná operace či úraz. **(49)** Dítě, které je vystaveno stresu lze poznat podle toho, že bývá plačtivé, agresivní, podrážděné, náladové, lže, má problémy s jídlom a spánkem, má strach jít spát nebo jít na návštěvu, klesá u něj koncentrace pozornosti, má časté nucení na močení, je úzkostné a má svalové napětí v krční oblasti. **(14, 49)**

Sociální izolace a nízké zapojení do komunitního života

Je prokázáno, že rodiče, kteří své děti zneužívají, mají sklon k tomu držet celou svou rodinu v sociální izolaci a málo se zapojují do komunitních organizací. Rodina má mnohem méně přátelských vztahů a proto dochází k nedostatku sociálních interakcí, což způsobuje nedostatek sociální podpory (např. nabídka terapie následků stresu). Děti tedy nemají nadhled nad svojí situací, chybí jim sociální dovednosti k vyhledání pomoci, a proto svůj stav berou jako neměnný. **(14)**

Struktura rodiny

V dnešní době existuje pět forem rodin: rodina funkční (představuje 85% rodin ve společnosti a je v ní zajištěn správný vývoj dítěte), rodina problémová (představuje 12% rodin ve společnosti a vyskytují se v ní problémy, které mají závažnější charakter, vývoj dítěte ale neohrožují), rodina dysfunkční (představuje 2-3% rodin ve společnosti a je v ní ohrožen vývoj a prospěch dítěte), rodina afunkční (představuje cca 0,5% rodin ve

společnosti, rodina neplní své základní funkce z důvodu poruch rodinného systému) **(14)**

Problémem dnešních rodin je chybění vzorců sociálního chování (např. žen v roli matek, mužů v roli otců) a široká odlišnost struktury rodiny. Příčinami násilí vůči dítěti v této oblasti jsou: přítomnost člena rodiny se zdravotním postižením, který vyžaduje celodenní péči, poruchy rodiny a poruchy rodičovství. **(14)**

Porucha rodiny je taková situace, kdy rodina neplní své základní úkoly, které jí jsou dané společenskou normou a vyjádřené v očekávání na přiměřené začlenění jejích členů do společnosti. Poruchu rodiny lze také obecně vysvětlit jako selhání některého člena rodiny, který nedostatečně plní své rodinné funkce. Příčiny poruch rodiny jsou: objektivní (na vůli rodičů nezávislé) a subjektivní (na vůli rodičů závislé). Mezi důvody proč se rodiče nemohou o své děti starat, zařazujeme nepříznivé životní podmínky. Tyto důvody jsou doprovázeny velkým zájmem o děti. Pokud se rodiče o své děti nemohou nebo neumí postarat je důležité příčiny těchto problémů hledat v rodinném systému nebo v rodičích samých, kdy důvodem bývá nezralost rodičů či neschopnost se vyrovnat s rozvodem. **(14)**

Mezi poruchy rodičovství patří takové případy, kdy je dítě okamžitě po narození odvrženo a předáno do péče jiných osob. Dítě není svými rodiči přijato, z toho důvodu, protože jsou např. velmi mladí, nemocní nebo trpí poruchou osobnosti a chování. **(14)**

1.3 Syndrom CAN

Syndrom CAN je závažným sociálně patologickým jevem, jelikož je možné se ve společnosti setkat s dětmi, které žijí v takovém rodinném prostředí, ve kterém probíhají interakce, jež je možné označit za společensky nepřijatelné. **(1, 10)** Tyto děti mohou být poškozeny ve fyzické, psychické či sociální oblasti. Poškozování je ve většině případů úmyslné a jeho základními formami jsou: týrání, zneužívání a zanedbávání, jimiž se budu zabývat dále. **(10)**

1.3.1 Historie syndromu CAN

Historie syndromu CAN je velmi dlouhá. Ve své podstatě v každém období a v každé zemi existovalo mnoho dětí, jejichž vývoj byl ohrožen v důsledku negativních vnějších vlivů. Postoje okolí ke špatnému zacházení s dětmi se v různých společnostech liší. **(14)** V 50. letech se lékaři začali zabývat problémem závažných poranění (např. poraněním vnitřních orgánů, mnohačetným frakturám či vnitřnímu krvácení). Tato závažná poranění nebylo možné vysvětlit nahodilým poraněním a tak je lékaři nazvali jako poranění neúrazová. **(18)** V roce 1962 byl vydán článek amerického pediatra C. H. Kempeho s názvem „The battered child syndrom“ (syndrom bitého dítěte). Cílem tohoto článku bylo vyburcovat odbornou lékařskou veřejnost z lhostejnosti k těmto závažným negativním sociálním jevům. **(14)** Kempe tak rozvířil kampaň proti týrání dítěte a ve světě i u nás byla tomuto jevu věnovaná dostatečná pozornost. **(14, 18)** V roce 1977 byla založena mezinárodní společnost ISPCAN (The International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect).**(14)**

Ve 20. století se zvýšila citlivost vůči násilí na dětech, která je vyjádřena v dokumentech, které ochraňují děti před všemi formami interpersonálního násilí. Jedná se především o tyto dokumenty:

- Charta práv dítěte (1924)
- Konvence o právech dítěte (1959)
- Úmluva o právech dítěte (1989) **(15)**

V roce 1991 byl poprvé na třetí evropské konferenci o zneužívaných a zanedbávaných dětech definován syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte. V následujícím roce Zdravotní komise rady přijala definici tohoto syndromu, která by měla sjednotit a upřesnit náhled na celou problematiku syndromu CAN. **(15,22)**

V České republice se termínem syndrom CAN zabýval prof. Jiří Dunovský, který vypracoval mnoho výzkumných studií a v roce 1992 založil Dětské krizové centrum. **(42)**

1.3.2 Definice syndromu CAN

Týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte je označováno zkratkou CAN (Child Abuse and Neglect). „*Syndrom CAN je obvykle definován jako poškození fyzického, psychického nebo sociálního stavu a vývoje dítěte, který vzniká v důsledku jakéhokoliv nenáhodného jednání rodičů nebo jiné dospělé osoby a které je v dané společnosti a kultuře hodnoceno jako nepřijatelné.* (14 str. 9). Je možné, že poškození dítěte může mít vážné důsledky pro rozvoj jedince i v jeho dospělosti. (9) Pojem CAN v sobě zahrnuje všechny základní formy ohrožení dítěte prostředím.

Rozlišujeme 3 základní formy ohrožení dítěte:

- Týrání (tělesné a psychické)
- Zneužívání
- Zanedbávání (tělesné i emoční)

Tyto formy se často kombinují a jsou velice rozmanité. (9, 14)

1.3.3 Týrání dítěte

Týrání je v současnosti velmi studovaným, ale neúplně objasněným jevem, vyskytujícím se v každé společnosti a je hlavní příčinou nerovností ve zdraví. (14, 36). Nejedná se pouze o jednorázový akt násilí, ale o dlouhodobý proces, jehož intenzita se může snižovat i zvyšovat. (48) Rozlišujeme dva druhy týrání: týrání tělesné a týrání psychické. (14)

Tělesné týrání

„Tělesné týrání je podle zdravotní komise Rady Evropy definováno jako tělesné ublížení dítěti nebo vědomé odmítnutí zabránit takovému ublížení.“ (14 str. 11)

V současné době je ve většině zemí právně zakotvena povinnost společnosti každé podezření na týrání dítěte hlásit. Ovšem počet případů týrání v dnešní době stále roste. Do tělesného týrání lze zařadit bití rukou, holí, gumovou hadicí i železnými řetězy,

kteřé zanechává četné hematomy, kopání, škrcení, tržné rány, fraktury kostí, úmyslné popálení, třesení dítětem, popř. bušení s ním o zem („shaken baby syndrome“). Následkem třesení dítěte může být dlouhé bezvědomí, nitrolební krvácení a smrt. Při vyhledávání ohrožených dětí je nutné věnovat pozornost celé rodině, jelikož v mnoha případech jsou týrány i další děti z rodiny. Tím, kdo ubližuje, jsou nejčastěji vlastní rodiče dětí. V cca 5-10% je porucha podmíněna psychopatologií rodičů (např. poruchy osobnosti rodičů, závislost na alkoholu nebo jiných psychoaktivních látkách, atd.) Nejzávažnějším rizikem je negativní zážitek rodičů z jejich dětství. Sklon k intergeneračnímu přenosu se dle některých autorů týká až 70% případů špatného zacházení s dětmi. Dále jsou mezi rizikové faktory zařazeny svobodné nebo velmi mladé matky, rodiče osobnostně nezralí, kteří mají malou schopnost empatie, impulsivní lidé a lidé s nízkou frustrační tolerancí. Tělesné týrání v rodině je často spojeno s mnoha dalšími nepříznivými faktory – týráním emočním, psychickou deprivací a zanedbáváním. Nejčastější ohroženou skupinou jsou velmi malé děti (v prvním a druhém roce života). Tyto děti mnohdy na následky týrání umírají. Další ohroženou skupinou bývají děti celoživotně tělesně, smyslově, mentálně či kombinovaně postižené. **(14)**

Psychické týrání

Psychickým týráním jsou často ohroženy děti starší, zejména na začátku povinné školní docházky nebo v období dospívání. Tento druh týrání bývá obtížně zachytitelný a jeho hranice jsou neostré. Psychické týrání postihuje zejména sebepojetí a osobnostní vývoj dítěte. Velmi častým důsledkem psychického týrání bývají pocity deprese či úzkosti a je zde také zvýšené riziko budoucího sebevražedného jednání.

Rozlišujeme 5 subtypů psychického týrání:

- Pohrdání (např. ponižování, posměch, hrubé nadávky, zdůrazňování neschopnosti atd.)
- Terorizování (např. hrozba tělesného ublížení)
- Izolování (např. zabránění interakce s vrstevníky, zavírání ve sklepě či jiné místnosti)

- Korumpování (např. povzbuzování k užívání drog nebo alkoholu, využívání dítěte k roli náhradního rodiče)
- Odpírání emoční opory (např. ignorování dítěte) **(14)**

Zvláštní formou tělesného a psychického týrání je tzv. Münchhausenův syndrom by proxy (v zastoupení). **(47)** Münchhausenův syndrom je také označována jako syndrom barona Prášila. **(14)** U Münchhausenova syndromu by proxy jde o vytváření příznaků nemoci, nadměrné využívání lékařské péče či vymyšlení důvodů, proč je potřeba dítě komplikovaně vyšetřovat. **(18)** Motivací k častým návštěvám bývá ve většině případů stres matky, která hledá pomoc převážně sama pro sebe. **(14)**

Další zvláštní formou týrání je poškozování dítěte různými zákroky, které byly primárně určeny k jeho prospěchu. Patří sem například necitlivé vedení výslechu na policii, zbytečné opakované vyšetřování lékařem, odebrání dítěte z rodiny a umístění do ústavu. **(14)** Poslední zvláštní formou je zvláště nebezpečné organizované týrání dětí, do kterého lze zařadit rituální týrání, které bývá spojeno s magickým významem (např. vyřezávání křížů do kůže dětí na zádech). **(14, 18)**

1.3.4 Zneužívání dítěte

Pojem zneužívání dítěte zahrnuje sexuální zneužívání, zneužívání dítěte k věku nepřiměřené práci nebo ekonomické zneužívání, kdy je dítě přinuceno k žebrání či krádežím. **(14)** Zneužívání dítěte v rodině i mimo domov slouží k uspokojení vlastních potřeb. Mezi nejčastěji zneužívané děti patří děti slabé a závislé na dospělých, děti z rozvedených rodin, děti rodičů, které požívají alkohol či drogy, děti žijící s psychotickými rodiči a děti s mentálním, smyslovým, tělesným či kombinovaným postižením. **(14, 53)**

Zneužívání nezletilých dětí k práci nepřiměřené jejich věku

Tato forma zneužívání existovala již odedávna a na počátku průmyslového rozvoje v Evropě a Severní Americe se stala obzvláště závažným společenským jevem. V průběhu 19. století se rozšířilo pracovní vykořisťování dětí. Děti mnohdy vykonávaly mnohahodinové práce v dolech, továrnách či v zemědělství. Ve společnosti proti takovému zacházení vzrostl odpor a státy tedy začaly vydávat zákony, které měly sloužit na ochranu dětí a zakazovaly dětskou práci. I přes všechna zákonná opatření je v mnoha státech světa práce dětí stále rozšířeným jevem. **(14)**

Sexuální zneužívání

Sexuální zneužívání dětí je časté ve vyspělých zemích a může mít trvalé a závažné následky pro psychický vývoj dětí. Intenzivní pozornost je tomuto jevu věnována až od 70. let minulého století. I když je sexuálnímu zneužívání v posledních letech věnována mimořádná pozornost, je zachycováno poměrně malé procento případů. „*Sexuální zneužívání dětí je obvykle vymezováno jako nepatřičné vystavení dítěte sexuálnímu kontaktu nebo aktivitě.*“ **(14, str. 20)**. Pod tento pojem je také možné zařadit jakoukoli sexuální aktivitu vůči osobě, která není schopna vyjádřit s touto aktivitou příslušný souhlas. **(16)** Sexuální zneužívání může probíhat v rodině nebo mimo rodinu. Rodiny ve kterých je přítomno sexuální zneužívání jsou charakterizovány tím, že v nich:

- Je sexuální zneužívání utajováno
- Dítě je drženo pocitem viny (např. „když to řekneš, tak“)
- Dítě dostává od pachatele signály (např. „vždyť se ti to líbí“)
- Je přítomno zastrašování (např. „maminka se se mnou rozvede“)
- Děti jsou zbaveni dětských rolí
- Rodiče o zneužívání nikdy nemluví
- Odhalení v případě incestu může způsobit rozpad rodiny
- I když je zneužívání odhaleno, neznamená to, že je ukončeno **(15)**

Rozlišujeme dvě formy sexuálního zneužívání: formu kontaktní (dotykovou), kdy dochází k pohlavnímu styku, orálnímu nebo análnímu sexu či laskání pohlavních

orgánů a formu bezkontaktní (bezdotykovou), kdy dítě přihlíží sexuálním aktivitám nebo je nuceno ke sledování pornografických videozáznamů. **(14, 15)**

Pachateli sexuální zneužívání jsou lidé různého věku, pohlaví a vzdělání. **(14)** Jedná se o osoby, které zneužívají svou moc, sílu a autoritu. Mezi příčiny zneužívání ze strany pachatelů lze zařadit: osobnostní strukturu pachatelů a sexuální deviaci pachatelů. V případě osobnostní struktury se jedná o osoby citově ploché, egocentrické a osoby s nižším sebevědomím. V některých případech je možné, že se k těmto předpokladům přidá i alkoholismus, sociální zanedbanost či frustrující zážitky z dětství. Pro pachatele sexuálního zneužívání jsou děti svou dostupností jen a pouze náhradním objektem. Co se týká sexuální deviace pachatelů, pouze 10 % pachatelů jsou osoby pedofilního zaměření. Pedofilní jednání patří do skupiny duševních poruch. Pedofil není schopen své jednání sám ovládnout a oběti si vyhledává náhodně, nebo cíleně (např. vyhledává povolání ve společnosti dětí). Typického pedofila lze charakterizovat jako osobu uzavřenou, obcházející dětská hřiště a telefonující dětem. Mezi formy sexuálního zneužívání u pedofila lze zahrnout: exhibicionismus, obapolné svlékání, prohlížení či osahávání při záměrném „organizování her“. Co se týká těžšího ublížení na zdraví, to hrozí pouze u těch deviantů, u kterých je pedofilie spojena s patologickou sexuální agresivitou. Tito devianti se vzruší pouze tehdy, když své oběti fyzicky či psychicky týrají. Sexuálním zneužíváním jsou častěji ohroženy dívky, ale není to výjimkou ani u chlapců. **(15)**

Sexuálně zneužívané dítě na první pohled nelze poznat. O zneužívání se často dozvíme prostřednictvím sdělení dítěte či odborným vyšetřením. U sexuálně zneužívaného dítěte je možné pozorovat tyto změny: nepřiměřené chování věku dítěte, nezáměr o okolí, zvýšená opatrnost, vyhýbání se kontaktům s vrstevníky a ostatními lidmi, poruchy soustředění, poruchy příjmu potravy, zhoršení prospěchu, zvýšená nemocnost, náhlé pomočování a poranění v oblasti genitálu. **(15)** Sexuální zneužívání vyvolává u dětí dlouhodobé následky, do kterých můžeme zařadit: deprese, pocit bezmocnosti, nízké sebehodnocení, pocity viny a studu, přetrvávající úzkost a poruchy příjmu potravy a narušení sebepojetí. **(14)**

Sexuální zneužívání je pro dítě traumatizující zážitek, se kterým se vyrovnává mnoha způsoby. Protože dítě nemůže na realitě zneužívání nic změnit, často si vytváří vnitřní obranné mechanismy, jak se se situací vyrovnat. Hlavním obranným mechanismem je disociace, jejíž význam spočívá ve vytěsnění negativního prožívání z vědomí. **(15)**

Dítě, může být také zneužíváno i z komerčních důvodů. Komerční sexuální zneužívání je definováno jako „každé užití dětí pro sexuální účely za finanční či jinou odměnu.“ **(7, str. 21)** nebo jako „použití dítěte pro sexuální účely výměnou za peníze nebo odměnu v naturáliích mezi dítětem a zákazníkem, dítětem a prostředníkem nebo dítětem a agentem nebo jinými osobami, které vydělávají na obchodu s dětmi pro tyto účely.“ Znění druhé definice bylo přijato v roce 1996 Ve Stockholmu na 1. světovém kongresu proti komerčnímu sexuálnímu vykořisťování dětí. **(50)**

Mezi rizikové faktory komerčního sexuálního zneužívání patří: bída a chudoba nebo osobní zkušenost se sexuálním zneužitím v dětství. **(15)**

Komerční sexuální zneužívání má tři formy:

- Obchodování s dětmi - jedná se o nelegální převoz dětí přes státní hranice, s cílem je přinutit k sexuálně a ekonomicky vykořisťujícím činnostem
- Dětská prostituce – zahrnuje zjednání nebo nabízení sexuálních služeb dítěte, v ČR výrazně vzrostla po roce 1989, kdy došlo k otevření hranic
- Dětská pornografie – zahrnuje obrazový či textový materiál, ve kterém je dítě využíváno v sexuálním kontextu

Důsledky komerčního sexuálního zneužívání dětí zahrnují: riziko HIV a AIDS, pohlavně přenosné choroby a devastace osobnosti dítěte. **(7, 15)**

Oběti komerčního sexuálního zneužívání lze rozdělit do tří kategorií:

- Příležitostné oběti – mají nad svým jednáním kontrolu, mohou se rozhodnout, že ze situace odejdou
- Oběti pod dohledem – mají omezenou kontrolu, jsou závislé na materiálním zisku z prostituce, do které se dostávají únosem, sliby nebo donucením
- Oběti připoutané- nemají žádnou kontrolu. **(15)**

Komerční sexuální zneužívání je označováno jako trestný čin a proto vyžaduje účast orgánů činných v trestním řízení. (7)

1.3.5 Zanedbávání dítěte

„Zanedbávání je definováno jako vážné opomíjení rodičovské péče nezbytné pro tělesný a duševní vývoj dítěte.“ (14, str. 24) Zanedbávání dítěte bývá rozdělováno na zanedbávání tělesné, zdravotní, výukové, kulturní a emoční (psychická deprivace). Jiným typem zanedbávání může být zanedbávání „environmentální“. „Environmentální“ zanedbávání je taková situace, ve které rodina žije v nebezpečném prostředí s vysokou mírou násilí a nedostává se jí dostatečné sociální podpory. (14)

Tělesné zanedbávání

Do tělesného zanedbávání zařazujeme nedostatek přiměřené výživy, oblečení, nezbytného přístřeší, ochrany a hygieny. Dále sem může spadat také nedostatečný dohled či léčba a vystavování dítěte stresovým situacím doma i mimo domov. U dětí školního věku je nejčastější formou výukové a výchovné zanedbávání, nedostatečné zajištění školní docházky, nedostatečný dohled nad přípravou domácích úkolů, nezájem o školní prospěch dítěte a nedostatečný dozor nad tím, kde a s kým dítě tráví svůj volný čas. Mnozí autoři zdůrazňují, že existuje souvislost mezi zanedbáváním a ekonomickou chudobou. (14) Tělesné zanedbávání vyúsťuje v neprospěch dítěte a může skončit až smrtí. (18)

Zanedbávání dítěte je pravděpodobně nejčastějším typem špatného zacházení s dítětem a dle odhadů tvoří cca polovinu všech případů ohrožení dítětem prostředím. (14)

Psychická (emoční) deprivace

Psychická deprivace je zařazena pod pojem „citové zanedbávání.“ Citové zanedbávání je definováno jako neuspokojení citových potřeb dítěte. Psychická deprivace také znamená dlouhodobý nedostatek uspokojení potřeb lásky, vřelého vztahu

a dostatečného přísunu podnětů z prostředí. Důsledkem psychické deprivace je narušení psychomotorického vývoje a narušení vývoje osobnosti dětí s postižením. Nejvíce ohroženou skupinou psychické deprivace jsou děti malé. (14)

1.3.6 Postoje společnosti k týrání, zneužívání a zanedbávání

Násilí na dětech, jako bezbranných bytostech, je laickou veřejností jednoznačně odsuzováno. Negativně hodnocena bývá obvykle matka dítěte, která je považována za spoluviníka, jelikož své dítě nedokázala ochránit a nechovala se takovým způsobem, jak se od ní očekává. Laická veřejnost se k násilí páchanému na dětech staví negativně, ale přesto pasivně, má tendenci nemíchat se do záležitostí cizích rodin, protože se chce vyhnout případným nepříjemnostem. Na skutečnost, že by dítě mohlo být týráno nebo zneužíváno se proto snaží neupozorňovat. (47)

Dítě, které bývá týráno, zneužíváno či zanedbáváno získává uveřejněním tohoto problému sociální stigma. Sociálním stigmatem je poznamenána také rodina, která je společností vnímána jako ta, která se chovala nepatříčně. Tento fakt vede tedy k tomu, že je celá rodina odmítána a dostává se do sociální izolace. (47)

Dítě, které se stalo obětí násilí, bývá hodnoceno ambivalentně, tzn., že lidé dítě litují, ale zároveň se od něj udržují odstup. (47)

1.4 Rizikové faktory syndromu CAN

Rizikové faktory syndromu CAN jako celku je možné rozdělit do pěti skupin.

První skupinou jsou rizikové faktory na úrovni celospolečenské, do kterých lze zařadit:

- Virtuální realitu
- Rychlé společenské změny vyžadující neustálou adaptaci
- Rodinu v novém konceptu (genderová rovnost, neplodnost)

- Absenci pozitivních vzorů ve škole a společnosti
- Nízký socioekonomický status
- Stresující životní události
- Nedostatek lékařské péče
- Dlouhodobou nezaměstnanost rodičů
- Sociální izolace rodiny
- Násilí v komunitě, společnosti a mediální násilí

Druhou skupinou jsou rizikové faktory na úrovni individuálních predispozic dítěte, do kterých patří:

- Genetická zátěž
- Biologické oslabení plodu v těhotenství
- Odchylky ve vývoji osobnosti dítěte
- Mentální retardace
- Zdravotní postižení
- Předčasný porod
- Nízká porodní váha
- Trauma v dětství
- Vrozená vývojová vada
- Chronická nemoc

Třetí skupinou jsou rizikové faktory na úrovni rodiny, do kterých zahrnujeme:

- Závislé chování rodiče/ů na alkoholu nebo drogách,
- Chybný výchovný systém
- Osobnostní faktory rodičů (nadměrná kontrola dítěte, nízká frustrační tolerance, zvýšená úzkostnost, pocity nejistoty a bezpečí),
- Osobní zkušenost rodičů s násilím
- Chudou interakci mezi rodiči a dětmi
- Rozvod rodičů
- Nedostatek sociálních služeb

- Nedostatek znalostí

Čtvrtou skupinou jsou rizikové faktory na ekologické úrovni, do kterých patří zhoršené životní prostředí.

Pátou skupinou jsou rizikové faktory na kulturní úrovni, do kterých zařazujeme:

- Klima ve společnosti
- Mýty a předsudky
- Negativní vzory dospělých

Všechny již zmíněné rizikové faktory propojují příčiny syndromu CAN a to tak, že zvyšují stresovou zátěž a vyčerpávají kapacitu adaptačních mechanismů, které jsou potřebné ke zvládnutí stresu u každého jedince. Jedinec se tedy ocitá v takové sociální situaci, kterou není schopen řešit sám vlastními silami, protože jeho adaptační mechanismy jsou již vyčerpány. **(14)**

1.4.1 Rizikové faktory tělesného týraní

Mezi rizikové faktory tělesného týraní patří zejména: nízký věk rodičů, nezralost rodičů, nedostatek financí a nedostatečné bytové podmínky. Je tedy možné říci, že tělesné týraní dětí se vyskytuje v rodinách, kde jsou přítomny všechny již zmiňované faktory. Není ovšem výjimkou, že tělesné týraní se objevuje i u rodin vysokoškolsky vzdělaných a u lidí s nadprůměrným ziskem. **(14)**

1.4.2 Rizikové faktory psychického týraní

Identifikace rizikových faktorů u psychického týraní je nesnadná, jelikož osobnost každého jedince je jedinečná. Předpokladem tohoto násilí je, že dítě bude násilím poškozeno nebo mu bude způsobena bolest. K rizikovým faktorům této skupiny patří: zablokovaná komunikace v rodině, citový chlad rodičů, podceňování či přeceňování

dítěte, nenaplněné touhy a přání rodičů, osobní zkušenost rodičů s emocionálním násilím a poruchy osobnosti rodiče. Nejzávažnější charakter má ovšem zablokovaná komunikace a citový chlad. **(14)**

1.4.3 Rizikové faktory zneužívání

U každého dítěte v kterémkoliv věku je možné, že se může stát obětí zneužívání. Z hlediska syndromu CAN existují rizikové faktory, které zvyšují jeho výskyt. Jedná se o rizikové faktory ze strany dítěte, ze strany dospělých a ze strany společnosti. **(15)**

Rizikové faktory ze strany dítěte: věk a vzhled.

S rostoucím věkem dochází ke snižování rizikovosti. Nejvíce rizikovou skupinou jsou kojenci, batolata a děti v předškolním věku. Rizikovou skupinou jsou také děvčata, která mají výrazně ženské tvary. **(15)** Oběťmi špatného zacházení se mohou stát také děti s vrozeným poškozením, děti nechtěné, předčasně narozené, děti s příznaky autismu, děti trpící psychickými poruchami či děti, které se chovají v rozporu s představami rodičů. **(20)**

Rizikové faktory ze strany dospělých: ze strany rodičů a ze strany rodiny.

Mezi rizikové rodiče patří nevlastní rodiče, osoby osamělé, nezralé, v dětství zneužívané nebo týrané. **(15)** Ke špatnému zacházení dochází také v mnoho problémových rodinách, kde se hromadí důsledky osobních a sociálních znevýhodnění. K osobním a sociálním znevýhodněním patří například závislost na návykových látkách, nezaměstnanost, chudoba či duševní nemoci. **(20)**

Rizikovými faktory ze strany rodiny jsou přítomnost násilí, dysfunkční prostředí, sociální izolace celé rodiny a nízký socioekonomický status rodiny.

Rizikovými faktory ze strany společnosti jsou nezaměstnanost, nedostatečná právní ochrana, hodnotová krize a nízké právní povědomí laické veřejnosti. **(15)**

Děti, se kterými je špatně zacházeno, jsou často nemocné, neklidné, pláčou, v noci se pomočují, špatně se učí, mohou trpět sníženým sebevědomím, úzkostmi či poruchami

příjmu potravy. U těchto dětí se může vyskytovat sebepoškozování či pokusy o sebevraždu. (20)

1.4.4 Rizikové faktory zanedbávání dítěte

U rizikových faktorů na úrovni rodiny není možné opominout plnění základních rodičovských povinností. Obsahem výchovy dětí je naplňování jejich základních potřeb, což je prvotní rodičovskou povinností. Nedostatek naplňování těchto potřeb je kvalifikováno jako zanedbávání dítěte. Základní potřeby dětí tvoří základ v etiologii násilí, rozvoji traumatu a terapii týraného dítěte.(14)

Základní potřeby dětí můžeme rozdělit na potřeby: **psychické** (potřeba náležitého přívodu podnětů, citové a sociální vazby pro utváření vztahů dítěte, potřeba vědomí vlastní identity, potřeba otevřené budoucnosti a potřeba jistoty), **biologické** (vzduch, voda, teplo, kvalitní výživa, spánek, odpočinek, zájmové činnosti, přiměřené bydlení a ošacení, ochrana dítěte před nemocemi a úrazy, potřeba dostatečné obranyschopnosti – očkování), **sociální** (sociální dovednosti, vzory pravidel chování, zvládání stresu a sociální podpora ze strany klíčové osoby), **emocionální** (pozitivní výchova, bezpodmínečná akceptace dítěte, porozumění neverbální komunikaci a schopnost empatie), **duchovní** (potřeba hierarchie životních hodnot, potřeba přiměřeného sebepojetí). (14)

Nejvíce závažným rizikem pro syndrom CAN jsou děti, které jsou nechtěné, děti, jejichž matky v těhotenství kouřily či konzumovaly alkohol, děti, které nebyly přivítány s láskou a děti, které vyrůstají v odmítavém klimatu. (14)

1.5 Zdravotně-sociální dopady násilí páchaného na dětech

Mezi zdravotně-sociální dopady násilí páchaného na dětech je možné zahrnout určité psychické a sociální důsledky týrání či zneužívání, psychickou deprivaci a posttraumatickou stresovou poruchu.

Týrané děti jsou často apatické, nejsou schopné prožívat radost, projevovat emoce, nedovedou své pocity popsat, převažuje u nich úzkostné vyladění a strach, jsou přecitlivělé, mají neustále pocit ohrožení, jsou nedůvěřivé k ostatním lidem, reagují odtažitě, nedovedou si správně vyložit běžné projevy jiných lidí, mají horší školní prospěch, chybí jim motivace, jsou nesoustředěné, očekávají pouze neúspěch, velmi často se podceňují, mají nedostatek sebedůvěry, mohou být tiché a pasivní, nemají zájem o své okolí, odmítají kontakt s jinými lidmi, mají snahu se izolovat, jsou neklidné a mohou se sebepoškozovat. Týrání v období dětství může mít také své pozdní důsledky v dospělosti. Je pravděpodobné, že v dospělosti budou přetrvávat nízké sebehodnocení, sebedůvěra a nedostatek sebeúcty. Dále mohou mít děti, které byly týrány v dětství, potíže v mezilidských vztazích a je u nich zvýšené riziko asociálního chování. (47)

Sexuální zneužívání může vést k tomu, že je dítě opuštěné uvnitř vlastního domova a rodiny, která neplní své funkce. Jedná se o tzv. home alone syndrom. Jde především o dlouhodobý stres, kdy se dítě nedokáže bránit, protože nemá v rodině oporu. (47) Zneužívání dětí má vážné fyzické a psychosociální dopady na zdraví dítěte. (5) Zneužívané děti mohou pociťovat stud, vinu, ponížení a beznaděj. Tyto pocity se mohou projevovat smutkem, depresí či hněvem. Sexuálně zneužívané dítě má také tendenci k izolaci, bývá nápadně pasivní a mění se jeho hodnocení světa i sebe samého. Mohou být přítomny i somatické potíže, jako jsou poruchy spánku a poruchy příjmu potravy (bolesti břicha, přejídání se nebo nauzea). Dítě, které je sexuálně zneužíváno, se jakéhokoliv projevu sexuality bojí a tak dochází k jejímu potlačení. Mezi pozdní důsledky sexuálního zneužívání patří ztráta zábran, které může vést k prostituci, sexuální dysfunkce, zvýšené riziko selhání v partnerství, problémy v rodičovské roli, pocity méněcennosti, pocit ztráty kontroly nad svým životem, pocity beznaděje, sociální

izolace a ztotožnění se s agresorem (tzn., oběť se v budoucnu stává sama sexuálním násilníkem) (47)

1.5.1 Psychická deprivace

Deprivace znamená strádání, které je výsledkem nedostatečného uspokojování potřeb. (47)

Existuje 5 forem deprivace. První formou je deprivace, která vznikne jako následek nedostatku podnětů působících na dítě v jeho přirozeném prostředí, kdy dítě nemůže rozvíjet své smyslové vnímání, estetické cítění a nemá možnost vnímat odlišnosti. Druhou formou je deprivace, ke které dojde tehdy, pokud je dítě přetěžováno. Dochází tedy k nepřiměřenému množství podnětů ze strany matky, které nemají vazbu na skutečné potřeby dítěte a na konkrétní situaci. Třetí formou je deprivace, která vznikne jako důsledek nedostatečné časové a prostorové styčnosti, tzn., že dítě neustále mění prostředí, které ho obklopuje, mění se jeho denní režim a osoby, které o něj pečují. Další formou deprivace je deprivace, která vznikne jako důsledek nedostatečně rozvinutého vztahu dítěte s jeho matkou. Tato deprivace se projeví zejména v procesu integrace vlastního já. Poslední formou deprivace je taková deprivace, která se projeví v procesu socializace. Tato forma deprivace vzniká také jako důsledek nezájmu matky o projevy dítěte a neschopností matky přijmout svoji mateřskou roli. (14) Deprivace jako taková má své faktory, která ovlivňují její vznik a rozvoj. Mezi tyto faktory patří:

- Extrémní formy sociální izolace
- Ústavní výchova
- Separáčnické prožitky
- Rodina
- Faktory, která působí na straně dítěte

Extrémní formy sociální izolace

Jedná se o takové případy, kdy jsou děti izolovány od lidské společnosti (např. jsou vychovávány se zvířaty) **(14)**

Ústavní výchova

Ústavní výchova je jedním ze základních činitelů deprivace, jelikož je dítě dlouhodobě odtrženo od matky. **(14)**

Separční prožitky

Vznikají tehdy, pokud je dítě dlouhodobě odloučeno od matky v prvních 3-5 letech jeho života. Dlouhodobé odloučení dítěte od matky může vést k narušení jeho duševního zdraví a zanechávat stopy v dospělosti. **(14)**

Rodina

Tento faktor vede ke vzniku deprivace zejména proto, že rodina neplní své základní funkce. Můžeme rozlišit 6 případů, ve kterých je dítě vystavováno deprivacním činitelům. Jedná se o takové případy, kdy se rodiče o své děti nemohou postarat (např. narušení rodinného systému – invalidita, nepříznivý zdravotní stav dítěte), rodiče se o své děti nedovedou postarat (např. rodiče nejsou schopni uspokojit základní potřeby dětí- vlastní nezralost nebo narození dítěte s postižením), rodiče se nechtějí o dítě starat (např. rodiče trpí poruchou osobnosti), rodiče dítě týrají nebo zneužívají (nepřátelský vztah rodičů vůči dětem) a rodiče, kteří se o dítě starají nadměrně (např. rozmazlování, nerespektování druhých). **(14)**

Faktory, které působí na straně dítěte

Do této skupinu faktorů patří především věk, ve kterém je dítě vystaveno negativním činitelům a předchozí historie dítěte. Dále do této skupiny patří také děti, které jsou více zranitelné než ostatní. Důvodem pro vznik deprivace nemusí být pouze neuspokojení potřeb dítěte v jeho prostředí, může to být překážka v dítěti samém. Jedná se zejména o smyslové (např. slepota či hluchota), motorické (např. lehká mozková

dysfunkce) či mentální poruchy, které dítěti znemožňují uspokojení základních potřeb běžnou cestou. **(14)**

1.5.2 Posttraumatická stresová porucha

Posttraumatická stresová porucha vznikla po 2. světové válce jako důsledek mimořádných zkušeností ve válce. Posttraumatická stresová porucha je definována jako *„opožděná a protrahovaná (vleklá) odpověď na stresovou událost nebo situaci krátkého nebo dlouhého trvání, která má výjimečně nebezpečný nebo katastrofický charakter, a která by pravděpodobně způsobila hluboké rozrušení téměř u kohokoliv.“* **(32)**

Popis posttraumatické stresové poruchy je uveden v mezinárodní klasifikaci nemocí. Jako každá porucha má i posttraumatická stresová porucha své projevy!! Tyto projevy zahrnují opakující se znovuprožívání traumatu ve vzpomínkách či ve snech, intenzivní pocity úzkosti a strachu, pokud je člověk vystaven něčemu, co mu původní zážitek připomíná, snaha vyhnout se myšlenkám, které se týkají negativního zážitku, snížený zájem o věci, které byly pro člověka dříve důležité, pocity izolovanosti, silné úlekové reakce a psychosomatické poruchy (např. poruchy spánku, poruchy pozornosti, zvýšená bdělost). **(14)** Posttraumatická stresová porucha vzniká po traumatu jako zpožděná reakce a její příznaky se objevují v období latence. Latence po traumatu trvá zhruba několik týdnů nebo měsíců, ale neměla by překročit půl roku. **(11, 14)** Její průběh je kolísavý, ale obvykle dochází k úpravě. **(31)** Posttraumatická stresová porucha u dětí vzniká jako následek expozice dítěte větší traumatické události. **(19)** U dětí se proces, kterým dítě prochází po traumatickém zážitku, dá shrnout do pěti fází. První fází je akutní vyděšenost, kdy dítě nerozumí tomu, co se stalo. Druhou fází je popření zážitku a projevují se v ní psychosomatické symptomy (např. nespavost, poruchy paměti či strnulost). Další fází je znovuprožívání zážitků. Tyto zážitky se objevují ve snech a spánek se tak stává nekvalitním. Poslední fází je pochopení příčin. Dítě pochopí, co se stalo a následuje poslední fáze, kdy dochází k tomu, že si dítě vytváří plán do budoucnosti a celý tento proces se ukončuje. **(14)** Základem terapie této

poruchy je rozhovor, kterému zpravidla přechází kresba. Kresba by měla být zacílena na ten konkrétní zážitek nebo může být definována, tak, aby dítě nakreslilo cokoliv, ovšem takovým způsobem, aby bylo schopné k obrázku říci příhodu. Po kresbě následuje rozhovor o obrázku a přechází se tak, k traumatickému zážitku. Poté dochází k uklidnění dítěte, plánování budoucnosti a směřuje se ke konkrétním cílům a činnostem. **(14)**

1.6 Úloha sociální pracovníka

Sociální pracovník v oblasti syndromu CAN se orientuje zejména na terénní sociální práci, která spočívá v prevenci, poradenské činnosti a sociálně-právní ochraně dětí. **(43)** Práce v terénu je základním článkem pro správnou orientaci, jak při vyšetřování tak i při následné terapii. **(8)** Sociální pracovník by měl v rámci terénní sociální práce včas a přiměřeně reagovat na zjištěné skutečnosti. **(43)** Pro správnou orientaci v dané problematice musí vycházet z komplexní anamnézy a z posudku o vývoji a chování dítěte. Sociální pracovníci získávají informace o týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětech z vlastního šetření, vypracovávají anamnézu, která slouží jako vstup do obsáhlého šetření a jako primární zdroj pro ostatní pracovníky. Anamnéza by měla zahrnovat zdravotní a sociální údaje, včetně prenatalních a perinatálních a popis dítěte ve zdraví i nemoci. Anamnéza slouží jako podklad pro sociální diagnózu. **(8)**

Sociální diagnóza znamená zhodnocení současné situace dítěte na třech rovinách, tyto roviny charakterizují zdraví – tělesné, duševní a společenské. Diagnóza zaznamenává všechny odchylky v těchto rovinách, hodnotí sociální situaci a vztahy dítěte s okolím, prostředím, ve kterém dítě žije a jeho vliv na vývoj dítěte, strukturu rodiny, její stabilitu, osobnost rodičů a dalších členů rodiny. Důležitou složkou sociální diagnózy je i posouzení toho, jak je dítě schopné se zapojit do společenského života. Na stanovenou sociální diagnózu navazuje sociální terapie. **(8)**

Sociální terapii lze definovat jako soubor zásahů a opatření (medicínských, psychologických, pedagogických, sociálních, právních, ekonomických apod.), které směřují ve prospěch dítěte. **(8)**

Další činností sociálního pracovníka je koordinace, která je důležitá pro správné fungování týmové spolupráce všech pracovníků pracujících s rodinou. Tito pracovníci se snaží podporovat rodinu, posilovat v ní kladné vlivy a odstranit nebo zmírnit vlivy negativní. **(8)**

Předpokladem práce sociálních pracovníků je dobré zmapování sítě spolupracujících subjektů. V první řadě by sociální pracovníci měli navázat spolupráci s lékaři, u kterých by měli podporovat snahu oznamovat podezření na týrání, zneužívání a zanedbávání dětí. Je důležité je upozornit na možnost trestního postihu v případě, že nesplní zákonnou oznamovací povinnost. Sociální pracovníci nespolupracují pouze s praktickými lékaři pro děti a dorost, ale také s lékaři nemocnic (ortoped, chirurg, gynekolog, lékař z oddělení popálenin). Právě tyto specialisté mohou nejčastěji na projevy týrání, zneužívání a zanedbávání upozornit. Lze podotknout, že tyto lékaři nejčastěji zachytí projevy až v takovém stádiu, kdy je nutná hospitalizace dítěte. V druhé řadě by měli sociální pracovníci spolupracovat s pracovníky škol a školských zařízení, jelikož tyto pracovníci mohou na případ týrání, zneužívání a zanedbávání upozornit jako první, neboť jsou s dětmi v kontaktu nejčastěji. **(43)**

K účinnosti pomoci týraným, zneužívaným a zanedbávaným dětem a k jejich prevenci je potřeba navázat spolupráci se soudy a orgány činnými v trestním řízení. V kompetenci soudu je totiž rozhodnutí o svěřením dítěte do výchovy a sociální pracovník vypracovává zprávu o poměrech dítěte, která je důležitá pro konečné rozhodnutí. U orgánů činných v trestním řízení, zejména u Policie ČR pracují specialisté, kteří se zaměřují na problematiku trestné činnosti mládeže. Ovšem měli by se více orientovat na vyhledávání trestné činnosti páchané na mládeži. Při činnosti orgánů činných v trestním řízení, soudů v občanském soudním řízení a správních orgánů vystupuje sociální pracovník jako opatrovník dítěte. **(43)**

1.7 Legislativa vztahující se k násilí páchanému na dětech

Týranými, zneužívanými a zanedbávanými dětmi se zabývá Úmluva o právech dítěte, zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí a zákon č.40/2009 Sb., trestní zákoník.

1.7.1 Úmluva o právech dítěte

Úmluva o právech dítěte byla přijata Valným shromážděním OSN dne 20. 11. 1989 a vstoupila v platnost 2. 9. 1990. V roce 1991 byla Úmluva ratifikována a Česká republika ji přijala 1. 1. 1993. Úmluva o právech dítěte zahrnuje všechna lidská práva a svobody člověka a vymezuje základní pojmy s nimi spojené. **(15, 45)** Prioritou Úmluvy o právech dítěte jsou zájmy dětí. Zájmy dětí by měly vždy převažovat nad zájmy ostatních. Tento právní dokument přiznává dětem po celém světě plná lidská práva a zavazuje členské státy k tomu, aby práva dětí zakotvily do vlastního zákonodárství. **(51)** Úmluva dítěte se skládá z 54 článků, rozdělených do 4 kategorií: hlavní zásady, právo na přežití a rozvoj, právo na ochranu a právo na zapojení se do společnosti. **(45)**

V článcích souvisejících s právem na přežití a rozvoj, je vypsáno vše, co je potřebné k tomu, aby dítě mohlo správně růst a rozvíjet se. Právo na zapojení se do společnosti by mělo každému dítěti zaručovat právo na to, aby mu ostatní naslouchali ve všech věcech, které se ho týkají. **(45)**

Stěžejními články pro tuto problematiku jsou: článek 1 – definice dítěte; článek 3 – nejlepší zájem dítěte; článek 4 – právo na ochranu; článek 12 – respekt k názoru dětí; článek 19 - ochrana před všemi formami násilí; článek 34 – sexuální zneužívání; článek 36 – další formy zneužívání a článek 39 – rehabilitace dětských obětí. **(45)**

Úmluva o právech dítěte z roku 1989 nemá konečnou podobu dětských práv, a proto k ní OSN v roce 2000 vydalo dva Opční protokoly. První opční protokol se týká zapojování dětí do ozbrojených konfliktů a Česká republika ho ratifikovala v roce 2001. Druhý opční protokol se týká prodeje dětí, dětské prostituce a dětské pornografie. Tento protokol ČR ještě nepodepsala. **(51)**

1.7.2 Sociálně právní ochrana dětí (zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí v platném znění)

Sociálně právní ochrana dětí se řídí zákonem č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, v platném znění. V popředí sociálně-právní ochrany dětí stojí zájem a blaho dítěte. Sociálně právní ochrana je dětem poskytována bezplatně a za ochranu dětí zodpovídá stát. **(51)**

Dle zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí se sociálně-právní ochranou rozumí především ochrana práva dítěte na příznivý vývoj a řádnou výchovu, ochrana oprávněných zájmů dítěte, včetně ochrany jeho jmění a působení směřující k obnovení narušených funkcí rodiny **(56)**

V roce 2012 byl zákon o sociálně právní ochraně dětí novelizován. Novela byla definičně schválena 7. 11. 2012 a nabývá účinnosti od 1. 1. 2013. Ve sbírce zákonů tato novela vyšla pod č.401/2012 Sb. **(26)**

Co se týče ochrany týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí je poskytována nejen v rámci působnosti orgánů sociálně-právní ochrany dětí, ale i v působnosti jiných institucí, se kterými orgány sociálně-právní ochrany dětí spolupracují. Proto je potřeba, aby vyhledávání dětí ohrožených syndromem CAN a řešení jeho následků nebylo v kompetenci pouze orgánů sociálně-právní ochrany dětí, ale i v kompetenci těch, kterým to právní předpisy ukládají i všech občanů, kteří by neměli být lhostejní k utrpení dětí. Ochrana těchto dětí není pouze záležitostí mezíresortní, ale i občanskou a vyžaduje interdisciplinární přístup. Dále je důležité včas zahájit sociální práci s dítětem, rodiči a jinými osobami zodpovědnými za výchovu dětí. **(17)**

Sociální práce je velmi významným článkem v sociálně-právní ochraně dětí, protože aplikace metody sociální práce v samém počátku může zabránit dalšímu poškozování dítěte a kriminalizaci rodičů nebo jiných osob zodpovědných za výchovu. Aby byl aplikován správný postup při pomoci dětem ohroženým syndromem CAN, je potřeba znalost všech forem a následků týrání, zneužívání a zanedbávání. Základními

elementy v zajišťování sociálně-právní ochrany dětí ohrožených syndromem CAN jsou všechny obecní úřady, které by měly děti vyhledávat, přijímat oznámení o ohrožených dětech, v rámci své působnosti začít problém řešit a provést základní opatření proti dalšímu ohrožování dětí. **(17)** Obecní úřady mají svá oddělení sociálně právní ochrany dětí, které má v kompetenci přijímání oznámení, provádění šetření týkající se dítěte a jeho rodiny, zajišťování práv dětí, vedení spisové dokumentace, sdílení informací s jinými institucemi, podávání návrhů k soudu a vyřizování stížností. **(27)** Jak již bylo řečeno pomoc dětem ohrožených syndromem CAN je záležitostí mezioborovou a vyžaduje spolupráci s lékaři, psychology, pedagogy, orgány činnými v trestním řízení, soudy a nestátními subjekty. **(17)**

1.7.3 Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník

Také trestní zákoník rozlišuje dvě skutkové podstaty týkající se týrání a jednu skutkovou podstatu pohlavního zneužívání. Jedná se o §198 Týrání svěřené osoby, §199 týrání osoby žijící ve společně obývaném bytě nebo domě a §187 pohlavní zneužívání.

- **§198 Týrání svěřené osoby**

(1) „ Kdo týrá osobu, která je v jeho péči nebo výchově, bude potrestán odnětím svobody na jeden rok až pět let.

(2) Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán,

a) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 zvláště surovým nebo trýznivým způsobem,

b)způsobí-li takovým činem těžkou újmu na zdraví,

c)spáchá-li takový čin nejméně na dvou osobách, nebo

d) páchá-li takový čin po delší dobu.

(3) Odnětím svobody na pět až dvanáct let bude pachatel potrestán, způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1

- a) těžkou újmu na zdraví nejméně dvou osob
- b) smrt.“

- **§199 Týrání osoby žijící ve společně obývaném bytě nebo domě**

(1) „Kdo týrá osobu blízkou nebo jinou osobu žijící s ním ve společném obydlí, bude potrestán odnětím svobody na šest měsíců až čtyři léta.

(2) Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán,

- a) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 zvláště surovým nebo trýznivým způsobem,

- b) způsobí-li takovým činem těžkou újmu na zdraví,

- c) spáchá-li takový čin nejméně na dvou osobách

- d) páchá-li takový čin po delší dobu.

(3) Odnětím svobody na pět až dvanáct let bude pachatel potrestán, způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1

- a) těžkou újmu na zdraví nejméně dvou osob

- b) smrt.“

- **§187 Pohlavní zneužívání**

(1) „Kdo vykoná soulož s dítětem mladším patnácti let nebo kdo je jiným způsobem pohlavně zneužije, bude potrestán odnětím svobody na jeden rok až osm let.

(2) Odnětím svobody na dvě léta až deset let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 na dítěti mladším patnácti let svěřeném jeho doзору, zneužívaje jeho závislosti nebo svého postavení a z něho vyplývající důvěryhodnosti nebo vlivu

(3) Odnětím svobody na pět až dvanáct let bude pachatel potrestán, způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 těžkou újmu na zdraví.

(4) Odnětím svobody na deset až osmnáct let bude pachatel potrestán, způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 smrt.

(5) Příprava je trestná.“(57)

1.8 Organizace poskytující pomoc zanedbávaným, týraným a zneužívaným dětem a jiné formy pomoci

Ohroženým dětem jsou poskytovány takové služby, které by měly obsahovat péči o dětské oběti a programy pro rodiče, kteří svým chováním a jednáním dítě ohrožují **(20)**

Pokud je prokázáno špatné zacházení s dítětem, pravomoc rozhodovat o kontaktu dítěte s rodinou má ten, kdo řeší otázku, zda by nebylo pro dítě vhodnější rodinu opustit. Při tomto rozhodování se vždy porovnává závažnost dvou traumat, které mohou nastat. Jedná se o trauma ze špatného zacházení versus trauma ze ztráty kontaktu s rodinou a se ztrátou domova. V České republice je ohrožené dítě odesílané do azylového zařízení, kde pobývá se svým rodičem nebo je umisťováno do ústavu, ze kterého se případně vrací do své nebo náhradní rodiny. Je také možné, že dítě zůstává v ústavní péči až do své dospělosti. V určitých případech je považováno za dostačující pouze krátkodobé umístění dítěte do náhradní rodiny a poskytnutí přiměřené pomoci rodině. Naopak v jiných případech je náhradní péče či odchod pachatele z domova mnohdy jedinou variantou, jak dítě ochránit před hrozícím nebezpečím. V České republice nelze dospělému soudně uložit zákaz vstupu do domácnosti, kde svým chováním ohrožoval dítě. Z toho tedy vyplývá, že není jiná možnost než odchod dítěte z domova. Pokud se podaří zamezit tomu, aby dítě bylo vystavováno nevhodnému zacházení, nastává psychoterapeutická pomoc. Psychoterapeutická pomoc pomáhá k tomu, aby dítě zpracovalo traumatické zážitky spojené s nevhodným zacházením. Dítě, se kterým je špatně zacházeno může být postiženo posttraumatickým stresovým syndromem. Psychoterapie se tedy snaží o to, aby byl dítěti poskytnut prostor, který mu umožní vyjádřit své pocity, a aby získalo realistický nadhled na celou situaci, zejména toho co se v stalo v rodině, jelikož dítě mívá pocit, že nevhodné chování rodiče zavinilo samo. Dále se psychoterapie věnuje snížení strachu a úzkosti, tlumení agresivity a

zlepšení vrstevnických vztahů či vztahů v rodině. V České republice psychoterapeutickou pomoc poskytuje jen několik málo krizových center. (20)

Mezi programy orientované na rodinu patří také intervenční programy. Tyto programy vycházejí z potřeb rodiny, mapují rodinné vztahy a zaměřují se na nepřiměřené vnímání dětí ze strany rodičů, hledají možnosti jak u rodičů podpořit zvládání stresu a jak přiměřeně reagovat na potřeby dítěte. Intervenční programy mohou být poskytovány jak v domácím prostředí, tak v nějaké instituci. Poskytování pomoci v domácím prostředí je vhodné především pro ty rodiny, ve kterých se vyskytuje zanedbávání. Programy dále mohou pomáhat rodinám, které mají problémy s výchovou dítěte, tehdy kdy je rodič páchající nevhodné chování z domova odstěhován. (20)

1.8.1 Krizová intervence

Krizová intervence je první pomocí při řešení případů týrání, zneužívání a zanedbávání dětí a snaží se zamezit dalšímu ohrožení oběti. (47)

Krizovou intervencí se rozumí specializovaná pomoc, která je poskytována osobám, které se ocitly v krizi. Dle Špatenkové má krizová intervence své specifické znaky, kterými jsou: okamžitá pomoc, redukce ohrožení (zajištění pocitu bezpečí a jistoty), individuální přístup, soustředění se na problém „tady a teď“, časové ohraničení (6-10 setkání, pravidelně alespoň 1x týdně), intenzivní kontakt krizového intervenanta s klientem a strukturovaný, aktivní až direktivní přístup (od empatického naslouchání až po direktivní zásah v situaci ohrožení zdraví nebo života). V praxi tvoří krizovou intervenci tyto činnosti: poskytnutí bezpečí, emocionální podpora, podpora ventilace emocí, usnadnění komunikace, vedení klienta ve snaze řešit krizi s využitím vlastních zdrojů, dodávání naděje, identifikace nejdůležitějšího problému, vytvoření plánu pomoci a mobilizace zdrojů pomoci. (44)

Jako každý proces, tak i krizová intervence má své etapy. První etapou je zahájení krizové intervence, kdy by mělo docházet k navázání kontaktu s klientem a mělo by být zajištěno bezpečí klienta. Druhou etapou je realizace krizové intervence, která je

založená na získávání relevantních informací. Krizový intervent by se měl v této fázi pokusit zjistit co, kdy, kde a jak krizi vyvolalo. Nedílnou součástí této fáze je vytvoření plánu, jak krizi řešit. Poslední fází je ukončení krizové intervence. Krizovou intervencí je možné ukončit pouze tehdy, je-li stav klienta stabilizován, a pokud si sám klient uvědomuje, co u něj krizi vyvolalo a jak ji měl překonat. (44)

Krizová intervence má dvě formy: prezenční a distanční. Prezenční forma je založena na osobní přítomnosti aktérů a zahrnuje terénní, ambulantní a pobytové služby. Distanční forma je taková, kdy je krizový intervent od klienta vzdálen prostorově. Do této formy tedy patří telefonická (např. Linka důvěry) a internetová pomoc. (44)

Krizová intervence by měla být tedy zaměřena nejen na úpravu současné situace, ale i na odstranění příčin, které problém způsobily. Pomoc při řešení případů týrání, zneužívání a zanedbávání, i když jde jen o podezření, může poskytnout nejbližší krizové centrum. Pro skupinu týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí se jedná o dětské krizové centrum. (47)

1.8.2 Dětské krizové centrum

Dětské krizové centrum se sídlem v Praze bylo založeno v roce 1992, a bylo to první zařízení, které se specializovalo na problematiku syndromu CAN. (37, 14) U zrodu dětského krizového centra stál prof. MUDr. Jiří Dunovský, DrSc. Cílem dětského krizového centra je prevence, diagnostika a terapie syndromu CAN. V roce 2000 bylo dětské krizové centrum pověřeno Ministerstvem práce a sociálních věcí pověřeno výkonem k výkonu sociálně-právní ochrany těchto dětí v tomto rozsahu: depistáž dětí, na které se sociálně-právní ochrana dětí zaměřuje, pomoc rodičům při řešení výchovných či jiných problémů týkajících se péče o děti, poskytování či zprostředkování poradenství rodičům při výchově a vzdělávání dětí, pořádání přednášek a kurzů zaměřených na řešení výchovných, sociálních či jiných problémů souvisejících s péčí o děti, činnost zaměřená na ochranu dětí před nepříznivými vlivy a přecházení

jejich vzniku zařizování a provoz odborného poradenství pro péči o děti. Za celou dobu svého působení přijalo dětské krizové centrum kolem 5200 klientů. (37)

Od roku 2007 má dětské krizové centrum dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách registrované tyto sociální služby: krizová pomoc (§60), telefonická krizová pomoc (§55) a sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi (§65). (37)

- **§55 Telefonická krizová pomoc**

(1) *„Služba telefonické krizové pomoci je terénní služba poskytovaná na přechodnou dobu osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života nebo v jiné obtížné životní situaci, kterou přechodně nemohou řešit vlastními silami.*

(2) *Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:*

a) telefonickou krizovou pomoc,

b) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“ (54)

Posláním telefonické krizové pomoci je poskytování nepřetržité odborné krizové pomoci, která se specializuje na krizové životní situace. Pomoc vychází z určených individuálních potřeb klientů. Cílem telefonické krizové pomoci je nabídka bezpečného prostoru klientovi, bezpečné doprovázení při zvládnání obtížné životní situace, stabilizace emočního stavu, snižování rizik, která vyplývají z krizového stavu klienta, zvyšování informovanosti a posilování kompetencí klienta. (37) Telefonická Linka důvěry dětského krizového centra je poskytovaná nonstop a právě proto, že se jedná vždy o anonymní kontakt je jednou z nejužívanějších cest kontaktu. (37, 52)

Vodáčková uvádí, že v rámci telefonické krizové pomoci existují obecná doporučení, pokud volá dítě, které přímo či nepřímo hovoří o tom, že je týráno či zneužíváno. Tyto doporučení jsou: soustředit se na vytvoření a udržení kontaktu, nikdy neoznačovat popisované prožitky dříve, než to udělá volající, dát najevo, že linka důvěry je správné místo, kam se mohl obrátit, nabízet nepřímo další varianty pomoci, dát dítěti najevo, že mu věříme a že stojíme na jeho straně, pochvala za to, že našlo sílu

a odvahu zavolat, zdůraznit že není se svým problémem samo na světě, kdo má tento problém, pomoc dítěti pochopit, že to co se děje není jeho vina.(52)

- **§60 Krizová pomoc**

(1) „Krizová pomoc je terénní, ambulantní nebo pobytová služba na přechodnou dobu poskytovaná osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života, kdy přechodně nemohou řešit svoji nepříznivou sociální situaci vlastními silami.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,*
- b) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,*
- c) sociálně terapeutické činnosti,*
- d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“ (54)*

Krizová pomoc vychází z určených individuálních potřeb klientů a jejím cílem je zajistit ochranu a bezpečí ohroženým dětem, poskytovat dětem a jejich rodinám psychickou podporu, stabilizovat jejich emoční stav, doprovázet je při zvládnutí obtížné životní situace, podporu rodiny v aktivním řešení obtížné situace, rozvíjení samostatnosti rodiny a její dovednost řešit dlouhodobě nepříznivou sociální situace, minimalizovat negativní dopad na dítě, a pokud je to v zájmu dítěte, zachovat rodinné vazby a znovu začlenění se do společnosti. (37)

- **§ 65 Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi**

(1) „Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi jsou terénní, popřípadě ambulantní služby poskytované rodině s dítětem, u kterého je jeho vývoj ohrožen v důsledku dopadů dlouhodobě krizové sociální situace, kterou rodiče nedokáží sami bez pomoci překonat, a u kterého existují další rizika ohrožení jeho vývoje.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,*

- b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- c) sociálně terapeutické činnosti,*
- d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“ (54)*

Posláním sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi je poskytování odborné psychosociální pomoci. Pomoc vychází z určených individuálních potřeb klientů. Cílem této služby je minimalizovat následky, které plynou z nepříznivé životní situace, posílení a obnova fungování rodinného systému, rozvoj rodičovských kompetencí a schopností zvládat nepříznivou sociální situaci, podpora přizpůsobení se životním změnám, provázení obtížnou situací a rozvíjení samostatnosti a schopnosti rodiny řešit dlouhodobě nepříznivou sociální situaci. (37)

Všechny tyto služby jsou dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách poskytovány bez úhrady. (54)

1.8.3 Neziskový sektor

Nevládní neziskové organizace jsou pouze určitou variantou a doplněním práce státních orgánů, jako jsou např. Policie ČR, soudy, orgány sociálně-právní ochrany dětí a zdravotníci. Nevládní neziskové organizace jsou většinou spojovacím článkem, kdy se na ně oběť obrátí s prosbou o pomoc a obdrží tak, informace o tom jak má v určitých případech postupovat a kontakty na odborníky. (4)

Mezi nejznámější nevládní organizace poskytující pomoc týraným, zneužívaným a zanedbávaným dětem patří Fond ohrožených dětí a Nadace Naše dítě.

Fond ohrožených dětí (FOD)

Fond ohrožených dětí je nevládní nezisková organizace, která poskytuje pomoc ohroženým dětem a má pověření k výkonu sociálně - právní ochrany dětí. Fond ohrožených dětí vznikl v roce 1990 z podnětu pěstounů a osvojitelů. Sídlí v Praze a má celorepublikovou působnost. Co se týče financování je Fond ohrožených dětí

financován z veřejných zdrojů (např. dotace MPSV, krajů a obcí a individuálních projektů krajů), darů ze stran veřejnosti a příjmů z vlastní činnosti. **(54)**

Mezi hlavní činnosti Fondu ohrožených dětí patří: zřizování a provoz zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc Klokánek, zřizování a provoz azylových domů pro rodiny s dětmi, vyhledávání ohrožených dětí, pomoc ohroženým dětem přímo v terénu, sanace rodin, poradensko-relaxační akce pro náhradní rodiny, letní dětské tábory, hmotná a poradenská pomoc náhradním či vlastním rodinám, provoz krizové linky po matky, které utajují své těhotenství, osvěta a snaha o zlepšení legislativy na úseku ochrany dětí. Týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí se týká činnost pomoc ohroženým dětem. **(54)**

Fond ohrožených dětí považuje za ohrožené dítě takové dítě, které je ohroženo týráním, zneužíváním a zanedbáváním. Pomoc ohroženým dětem tedy spočívá v provozování rozsáhlé sítě poboček FOD, které se věnují práci s rodinami, jež jsou ohroženy sociální krizí. Pobočky poskytují poradenskou a hmotnou pomoc rodinám, které se ocitly v akutní krizi (např. rozvodové spory, vážná nemoc) a mají na starosti také osvětovou činnost mezi dětmi, občany a širokou veřejností. Dále má FOD ve správě několik azylových domů, kam se obrací rodiče s dětmi, pokud jsou ve svém původním prostředí ohroženy. Nejčastěji jde o matky s dětmi, které jsou ohroženy domácím násilím. Pokud se jedná pouze o dítě, které je ve svém původním prostředí ohroženo, může být umístěno v Klokánku. Mezi další činnosti FOD na pomoc ohroženým dětem patří vydávání Zpravodaje FOD a terapeutické doprovázení při řešení rozvodových sporů. **(54)**

Nadace Naše dítě

Nadace naše dítě pomáhá týraným, zneužívaným, handicapovaným, opuštěným a ohroženým dětem, které se nachází v obtížné životní situaci. Pomoc těmto dětem je poskytována již od roku 1993. **(28)**

Nadace pomáhá dětem prostřednictvím přímé finanční podpory (např. granty), osvětové činnosti (např. pořádání kampaní a vydávání letáků) a uplatňováním legislativních úprav, které by měly směřovat ke zlepšení systému ochrany dětí. Nadace

Naše dítě spolupracuje s celou řadou mezinárodních organizací a účastní se programů ochrany dětí rámci Evropské unie. **(28)**

1.8.4 Zásady komunikace s dětskou obětí

Komunikace s dětskou obětí má své zásady. První zásadou při komunikaci s dítětem je nezhoršovat situaci. Komunikace by měla být vedena šetrným způsobem a vyžaduje trpělivost. V opačném případě může dítěti způsobit trauma, ať už stejné nebo větší, než trauma, které mu bylo způsobeno projevy násilí. Při komunikaci s dětskou obětí je potřeba dodržovat tyto body:

- Akceptovat věk dítě a specifika vývoje
- Respektovat individualitu dítěte a jeho osobnosti
- Používat výrazy, kterým rozumí
- Vytvořit příjemnou atmosféru
- Naslouchat

Dále je potřeba dítě ujistit, že to co se odehrává doma, není jeho vina. V případě potřeby dát dítěti do ruky hračku (s ohledem na jeho věk), aby došlo k uvolnění stresu. **(4)**

1.9 Prevence násilí na dětech

Prevence neboli předcházení se rozděluje na primární (specifická x nespecifická), sekundární a terciální.

Primární prevence má dvě formy. Jedná se o specifickou primární prevenci a nespecifickou primární prevenci. Smyslem nespecifické primární prevence je zamezit násilí, a to tak, že jsou odstraněny příčiny, nebo vytvořeny takové podmínky, aby násilí nemohlo být uplatněno. Specifická primární prevence zahrnuje osvětu, vzdělávání a

podporu zdravého vývoje dítěte a rodiny. Má jasně stanovený cíl, který je zaměřen na změnu postojů a chování občanů, odborníků a dětí. **(24, 51)**

Sekundární prevence se zaměřuje na práci s ohroženými rodinami a jejím smyslem je včasné odhalení rizik. **(24, 51)** Sekundární prevence se snaží zabránit jejich působení, a to tak, že ohrožené děti budou dlouhodobě sledovány lékařem a jejich rodiny budou sanovány. Tento požadavek je možné naplnit tak, že děti budou pravidelně monitorovány. Monitoring bude založen na anamnestické zjišťování rizik, fyzikálním vyšetření dítěte v rámci preventivních prohlídek apod., což ve zkratce znamená na základě screeningu. **(24)**

Terciární prevence je zaměřená na terapeutickou péči o děti a jejich rodiny, které jsou syndromem CAN zasaženy a zahrnuje resocializační a reintegrační opatření. **(24, 51)** Tato opatření jsou zaměřena na děti jako oběti trestných činů, pachatele trestných činů a na lokality, které jsou určitou formou násilí postiženy. Smyslem této prevence je předejít prohloubení traumatu, a zabránit tak rozvoji nevratných následků násilí. **(24)**

1.9.1 Preventivní programy

Preventivní programy se zaměřují na všechny faktory, které vymezují špatné zacházení s dětmi. Dle Matouška jsou jimi: osobnostní „výbava“ rodičů, výchovné strategie, ekonomické a materiální podmínky života rodiny, podpůrné sítě rodiny a dostupnost sociálních či zdravotnických služeb. Preventivní programy jsou zacíleny na rodiče, učitele, lékaře, sociální pracovníky a další odborníky, kteří se dostanou do kontaktu s rodinou, ve které je předpoklad k ohrožení dítěte. Tito odborníci by měli být schopni rozeznat známky rodinné dysfunkce a navrhnout příslušný postup. Mezi cílovou skupinu je možné zařadit i děti, které by měly být poučeny o tom, kde je pomezí mezi vhodným a nevhodným chováním rodičů. Dále by děti měly vědět co je potřeba udělat, když rodič tuto hranici překračuje. Prevence by měla také směřovat i na širokou veřejnost. Do povědomí veřejnosti by se měl dostat fakt, že ke špatnému zacházení s dětmi dochází a měla by být informována o možnosti kvalifikované pomoci a o

výchovných strategiích, které jsou na hranici týrání. Na širokou veřejnost je možné působit prostřednictvím masových sdělovacích prostředků. **(20)**

Dalším typem preventivního programu mohou být skupinové programy pro rodiče. Programy mohou být svépomocné nebo mohou být vedeny odborníkem. Je možná i kombinace těchto dvou způsobů. Tyto programy se většinou konají v komunitních centrech, které rodinám nabízí i další služby. Cílovou skupinou skupinových programů jsou rodiče, kterým se v nedávné době narodilo dítě a rodiče, kteří se nachází v náročných životních situacích.**(20)**

Prevence jako taková by tedy měla být důležitou složkou funkčního systému služeb, ve kterém by subjekt organizující preventivní programy měl tuto funkčnost ověřovat a případně v tomto systému navrhnout změny. **(20)**

1.9.2 Národní strategie prevence násilí na dětech v ČR na období 2008-2018

V České republice existuje národní strategie prevence násilí vypracovaná na období 2008-2018. Tato strategie si klade za cíl posílit účinnost boje proti násilí na dětech a obsahuje 7 hlavních úkolů. K naplnění těchto úkolů jsou konkretizovány specifické cíle, které jsou součástí národního akčního plánu. „*Cílem Strategie je na národní, regionální a místní úrovni zvýšit ochranu dětí před všemi formami násilí, ke které se státy zavázaly ratifikací Úmluvy o právech dítěte.*“ Zpracováním Národní strategie prevence násilí na dětech Česká Republika realizuje doporučení Světové zprávy o násilí na dětech a klade si za cíl odstranit roztržitost primárně preventivních programů a zvýšit tak jejich efektivitu. **(40)**

Mezi priority národní strategie prevence násilí na dětech patří: změna postojů společnosti, která má za cíl nulovou toleranci násilí proti dětem, dále pak podpora primární prevence, profesionalita odborníků (vytvoření vzdělávacích programů), dostupnost služeb pro ohrožené děti, sběr dat (vytvoření národního monitorovacího střediska) a participace dětí, která je zaměřená na vytváření prostředí, v němž děti vyrůstají.**(24)**

Jak již bylo řečeno Národní strategie prevence násilí na dětech má 7 hlavních cílů:

1. Cíl – „Podporovat rozvoj rodičovských kompetencí“
2. Cíl – „Vytvářet na školách a na pracovištích klima rovnocenného partnerství a respektu plné sociální komunikace“
3. Cíl – „Zajistit dostupnou nabídku volnočasových, zájmových a sportovních aktivit“
4. Cíl – „Naplnovat speciální práva dětí umístěných do zařízení ústavní výchovy“
5. Cíl – „Usilovat o utváření bezpečných komunit“
6. Cíl – „Zprostředkovat porozumění právu dětí na ochranu před násilím v celé společnosti s cílem změny postojů“
7. Cíl – „Koordinace – hlavní princip multioborového přístupu“ **(24)**

Každý z těchto cílů má svá východiska a specifické cíle.

První cíl má tato základní východiska: podpora pozitivního rodičovství a porozumění rodičů základním potřebám a právům dětí. Jeho specifické cíle zahrnují: poradenské, zdravotnické a sociální služby pro děti a rodinu; péči o těhotné ženy; nabídku služeb pro zakládající rodinu nebo rodiny s malými dětmi; pružnou síť nízkoprahových, alternativních a svépomocných služeb pro rodinu v riziku, která má nějaké speciální potřeby. **(24)**

Základní východiska druhého cíle jsou: podpora sociálních vztahů a podpora participace dětí na rozhodovacích procesech. Mezi jeho specifické cíle patří: důsledná kontrola respektování zákazu všech forem násilí ve školách, sportovních a volnočasových aktivitách, zařízeních ústavní výchovy; vyšší ochrana dětí před násilím; tvorba modelu přátelské školy, jejíž prioritou je podpora duševního zdraví a podpora tolerance, respektu a úcty v sociální komunikaci. **(24)**

Základním východiskem třetího cíle jsou: příspěvky k naplňování všech potřeb dětí, které jsou současně ochranou před sociálně patologickými jevy. Specifické cíle třetího hlavního cíle jsou: dostupná nabídka volnočasových aktivit; sociální spravedlnost a rovné příležitosti. **(24)**

Čtvrtý cíl vychází z prevence emocionální deprivace dětí a z vytváření důstojného prostředí. Mezi jeho specifické cíle patří: respektování základních principů ústavní

výchovy; podpora spolupráce s občany a podpora neústavních alternativ péče o děti. **(24)**

Základními východisky u pátého cíle jsou: zajištění pocitu bezpečí, jistoty a dobrá znalost prostředí, ve kterém dítě žije. Jeho specifické cíle jsou: snižování rizik v komunitě, utváření přátelských míst dětem, specifikace ochrany práv dětí v provozních nebo organizačních řádech provozovatelů či poskytovatelů služeb pro děti; sledování podmínek v regionu a urbanistická řešení sídel. **(24)**

Základní východiska šestého cíle zahrnují: zvýšený výkon práva dětí na ochranu před násilím, respektování zájmu dětí při každodenním politickém rozhodování a uplatňování rovného přístupu k ochraně dětí a dětských obětí násilí. Specifické cíle zahrnují: veřejnou kampaň, jejíž cílem je zvýšit citlivost vedoucí ke změně postojů vůči násilí páchaného na dětech, vypracování Národního akčního plánu aktivit Národní strategie prevence násilí na dětech a podpora zainteresovaného přístupu veřejnosti k ochraně práv dětí. **(24)**

Sedmý cíl má pouze specifické cíle, kterými jsou: podpora primární prevence, která si klade za cíl zvýšit včasné zachycení specifických i nespecifických známek násilí a změnu postojů; podpora výzkumu týkajícího se výskytu, forem, příčin a následků násilí na dětech; rozšíření nabídky poradenských a sociálních služeb v souladu se společenskou potřebou a cíli strategie; sběr dat a naplňování Úmluvy o právech dítěte při každé aktivitě. **(24)**

2 Cíle práce a výzkumné otázky

Pro výzkumnou část diplomové práce byl stanoven jeden hlavní cíl, tři cíle dílčí a tři výzkumné otázky.

2.1 Cíle práce

Hlavní cíl:

Zjistit zdravotně sociální dopady a prevenci násilí páchaného na dětech z pohledu sociálního pracovníka.

Dílčí cíle:

Zjistit důsledky násilí páchaného na dětech.

Zjistit názory sociálních pracovníků na prevenci násilí páchaného na dětech.

Zjistit doporučení a návrhy sociálních pracovníků týkající se prevence.

2.2 Výzkumné otázky

VO1: Jaké jsou zdravotně sociální dopady násilí páchaného na dětech z pohledu sociálních pracovníků?

VO2: Jaký je subjektivní názor sociálních pracovníků na prevenci násilí páchaného na dětech?

VO3: Jaká doporučení a návrhy týkající se prevence násilí mají sociální pracovníci?

3 Metodika

3.1 Výzkumná strategie

Pro zpracování praktické části diplomové práce byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie. „*Termínem kvalitativní výzkum rozumíme jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace.*“ (41, str. 10)

Hendl uvádí, že neexistuje obecně uznávaný způsob, jak kvalitativní výzkum vymezit nebo jak ho provádět. V kvalitativním výzkumu se na začátku nejdříve vybírá téma výzkumu a poté se určí výzkumné otázky, které je možné v průběhu výzkumu upravovat nebo doplňovat. (13)

Kvalitativní výzkumník vyhledává a analyzuje kteroukoliv informaci, která přispívá k osvětlení výzkumných otázek a pracuje přímo v terénu. Etapa sběru dat a jejich následná analýza v kvalitativním výzkumu probíhají v delších časových intervalech. (13)

Hendl ve své knize dále uvádí, že kvalitativní výzkum má své výhody i nevýhody. Výhody kvalitativního výzkumu Hendl spatřuje v tom, že kvalitativní výzkum umožňuje získávat podrobný popis a vhled při zkoumání jedince, skupiny či určitého jevu, umožňuje zkoumat jev v přirozeném prostředí, dobře reaguje na místní situace a podmínky, hledá lokální a příčinné souvislosti, umožňuje navrhnout teorie a studovat procesy. Nevýhodami kvalitativního výzkumu dle Hendla jsou snadnější ovlivnění výsledků výzkumníkem a jeho osobními preferencemi, nezobecnitelné získané znalosti na celou populaci a časová náročnost analýzy dat a jejich sběru. (13)

Při realizaci výzkumu byla použita metoda dotazování, technika polostrukturovaného rozhovoru. Miovský uvádí, že polostrukturovaný rozhovor je nejrozšířenější technikou dotazování, které vyžaduje náročnější technickou přípravu. Při polostrukturovaném rozhovoru si tazatel vytváří určité schéma, které je pro něj závazné. Toto schéma upřesňuje okruh otázek, na které se tazatel v průběhu rozhovoru bude ptát.

V průběhu rozhovoru je možné zaměřovat pořadí okruhů dle potřeby, aby bylo možné maximalizovat výtěžnost rozhovoru. Pořadí a znění některých otázek je ponecháno spíše na tazateli, u některých se naopak vyžaduje jejich přesné dodržení. Polostrukturovaný rozhovor má tzv. jádro, které je definováno jako minimum témat a otázek, které musí tazatel v průběhu rozhovoru probrat. Výhodou polostrukturovaného rozhovoru je možnost klást doplňující otázky, kterými můžeme dosáhnout větší přesnosti a výtěžnosti. Nevýhod polostrukturovaný rozhovor mnoho nemá. **(23)**

Výsledky praktické části byly zpracovány prostřednictvím metody trsů. Metoda vytváření trsů je používána k seskupování určitých výroků do skupin, které by měly vznikat na základě vzájemné podobnosti. **(23)**

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

3.2.1 Způsob výběru výzkumného souboru

Pro výběr výzkumného souboru byla použita metoda záměrného výběru. Miovský uvádí metodu záměrného výběru jako metodu nejrozšířenější. Za záměrný výběr je považován takový postup, kdy jsou cíleně vyhledáváni účastníci dle určitých vlastností. Kritériem záměrného výběru je určitá vlastnost, tzn., že na základě určitého kritéria se vybírají ti jedinci, kteří toto kritérium splňují a jsou ochotni se zapojit do výzkumu. **(23)** Kritériem výběru pro účely této práce byla práce s týranými, zneužívanými a zanedbávanými dětmi a ochota poskytnout rozhovor.

Výběr výzkumného souboru byl proveden prostřednictvím Registru poskytovatelů sociálních služeb. Celkem bylo vybráno 7 organizací pracujících s týranými, zneužívanými a zanedbávanými dětmi. Z každé organizace byl vždy osloven sociální pracovník. Na spolupráci přistoupilo 5 sociálních pracovníků. Další 2 sociální pracovníci spolupráci bohužel odmítli.

3.2.2 Výzkumný soubor

Výzkumným souborem byli sociální pracovníci pracující s týranými, zneužívanými a zanedbávanými dětmi z Českých Budějovic. Jednalo se o sociální pracovníky z Orgánu sociálně - právní ochrany dětí a nestátních neziskových organizací.

3.2.3 Realizace výzkumu

Setkání s respondenty bylo domluveno telefonicky nebo přes e-mail. Před zahájením rozhovoru jsem respondenty seznámila s cíli výzkumné části, ujistila je o zachování anonymity a dotázala se, zda by bylo možné si rozhovory nahrávat na diktafon. Ve dvou případech jsem se setkala s nesouhlasem respondentů rozhovor nahrávat. Ostatní respondenti s nahráváním rozhovorů ústně souhlasili. K rozhovorům jsem měla předem připravené okruhy otázek, které jsem dle průběhu rozhovoru upravovala a kladla doplňující otázky. Okruhy se zaměřovaly na zdravotně-sociální dopady násilí páchaného na dětech, prevenci násilí páchaného na dětech, znalosti Národní strategie prevence násilí na dětech na období 2008-2018 a doporučení či návrhů sociálních pracovníků, které se týkají zlepšení prevence násilí páchaného na dětech. Nahrávky rozhovorů mám uložené ve svém osobním archivu. Rozhovory probíhaly po celý měsíc březen 2015, vždy na pracovištích respondentů. Z důvodu zachování anonymity byli respondenti označeni pomocí čísel (Respondent č. 1- Respondent č. 5).

4 Výsledky

Výsledky jsou rozděleny do 3 dle podkapitol výzkumných otázek. Podkapitola 4.1 se váže k výzkumné otázce č. 1, která se zabývá zdravotně - sociálními dopady násilí páchaného na dětech z pohledu sociálních pracovníků. Podkapitola 4.2 se týká výzkumné otázky č. 2, která mapuje subjektivní názory sociálních pracovníků na prevenci násilí páchaného na dětech. Podkapitola 4.3 se zaměřuje na výzkumnou otázku č. 3, v rámci které byly zjišťovány doporučení a návrhy sociálních pracovníků zaměřené na zlepšení prevence.

U každé oblasti je uveden stručný popis informací, které byly zjišťovány. Dále následuje tabulka se stručným přehledem odpovědí respondentů a pod každou tabulkou se nachází porovnání zjištěných informací a přímé citace respondentů. Přímé citace respondentů jsou původní, bez jazykové korekce.

Na začátku každého rozhovoru byli respondenti dotázáni na jejich identifikační údaje, které obsahovaly věk, délku praxe, vzdělání a pohlaví. Pro lepší přehlednost jsem vytvořila Tabulku 1 Identifikační údaje respondentů.

Tabulka 1 Identifikační údaje respondentů

Respondent	Pohlaví	Věk	Délka praxe	Vzdělání
1	Žena	41 let	8 let	Vysokoškolské
2	Žena	32 let	9 let	Vysokoškolské
3	Muž	36 let	6 let	Vysokoškolské
4	Žena	35 let	6 let	Vysokoškolské
5	Žena	36 let	9 let	Vyšší odborné

Respondenty tvořili čtyři ženy a jeden muž. Jejich věkové rozmezí se pohybuje od 32 let do 41 let. Čtyři z dotazovaných respondentů mají vysokoškolské vzdělání. Jedna respondentka má vyšší odborné vzdělání. Délka praxe respondentů se pohybuje v rozmezí od 6 do 9 let. Všichni pracují na pozici sociálního pracovníka.

Získaná data byla zpracována prostřednictvím metody trsů, kdy jednotlivé výroky respondentů byly rozděleny dle podobnosti.

4.1 Pohled sociálních pracovníků na zdravotně – sociální dopady násilí páchaného na dětech

VO1: Jaké jsou zdravotně-sociální dopady násilí páchaného na dětech z pohledu sociálních pracovníků?

V rámci této oblasti byli respondenti dotazováni na to, jaké jsou dle jejich názoru zdravotně-sociální dopady násilí. Všichni dotazovaní respondenti odpovídali nejdříve na zdravotní dopady násilí páchaného na dětech (Tabulka 2) a teprve poté se zaměřili na sociální dopady násilí páchaného na dětech (Tabulka 3). Převážná většina odpovědí na toto téma se do určité míry shoduje. Jsou zde ovšem patrné i výpovědi rozdílné.

Tabulka 2 Zdravotní dopady násilí páchaného na dětech z pohledu sociálních pracovníků

Respondent	Zdravotní dopady
1	Psychické poruchy, sebepoškozování, psychosomatické potíže, poruchy příjmu potravy, depresivní stavy
2	Sebepoškozování, zlomeniny, vnitřní poranění, psychické poruchy, smrt
3	Psychické poruchy, sebepoškozování, smrt
4	Určuje lékař
5	Psychické poruchy, pohmožděny, zlomeniny

Zdroj: vlastní výzkum

Čtyři z pěti dotázaných respondentů se shodli na tom, že za zdravotní dopady považují sebepoškozování a psychické poruchy. Další zdravotní dopady byli u těchto respondentů odlišné, uváděli, že se jedná např. o zlomeniny, vnitřní poranění, pohmožděniny či dokonce smrt.

Respondent č. 1 k této problematice uvádí: „*ty děti co mají tuhle zkušenost tak potom můžou mít nějaký psychosomatický potíže, můžou tam být i nějaký depresivní stavy, nebo jako psychický poruchy, pokud se jedná o to zdravotní hledisko, může tam být nějaká retraumatizace, nějaký jiný prožitky jim to můžou spustit zpátky, dále sebepoškozování a taky se tam objevují poruchy příjmu potravy.*“ K retraumatizaci ještě dodává: „*děti můžou mít nějaký úzkosti, může to třeba nějakou dobu vypadat, že je relativně klid, pak to znova něco spustí, právě nějaká situace, nějaký spouštěč se objeví a může je to znova opakovaně poškozovat.*“

Respondent č. 3 říká: „*může tady docházet až k nějakými sebepoškozování až třeba, že dojde k tomu, že ty děti se pokusí nebo dokonce provedou pokus o sebevraždu, některý ho dokonce spáchají a samozřejmě jsou tam i nějaký psychický poruchy.*“ Pouze jeden respondent uvedl, že zdravotní dopady a jejich určení jsou v kompetenci lékaře.

Tabulka 3 Sociální dopady násilí páchaného na dětech z pohledu sociálních pracovníků

Respondent	Sociální dopady
1	Identifikace s rolí násilníka, problémy ve vztazích (syndrom oběti)
2	Identifikace s rolí násilníka, izolace, problémy v budoucích vztazích, nemožnost navázat bližší kontakt, vyčlenění z kolektivu, problémy ve společenském začlenění
3	Identifikace s rolí násilníka, problémy v budoucích vztazích
4	Ztráta kontaktů s vrstevníky, identifikace s rolí násilníka
5	Problémové navázání kontaktu s vrstevníky, problémy v budoucích vztazích, problémy ve škole – šikana, prosazení se v kolektivu

Zdroj: vlastní výzkum

Všichni dotázaní respondenti se shodli na tom, že děti, kteří mají zkušenost s násilím, se mohou identifikovat s rolí násilníka nebo mohou mít problémy v budoucích vztazích.

Respondent č. 1 říká: *„ty sociální jsou to určitě problémy ve vztazích, buď jako syndrom oběti, kdy si znovu hledají ty následky nebo se můžou chovat násilnický, samy potom v těch vztazích, to je různý.“*

Dva respondenti se shodli na tom, že děti, na kterých je pácháno násilím mohou mít problémy v kolektivu. Respondent č. 2 k tomuto tématu uvádí: *„Ty sociální jak říkám vyčlenění z kolektivu, izolace.“* Obdobný názor sdílí Respondent č. 5, který říká, že děti mohou mít problémy prosadit se v kolektivu a že se tento problém vyskytuje převážně u

děti psychicky týraných. Dále uvádí, že děti mohou mít problémy ve škole – mohou být šikanovány.

Dalšími dva respondenti zastávají názor, že děti mohou mít problém ve vztahu k vrstevníkům. Respondent č. 5 uvedl, že dítě může mít problém s navázáním kontaktu s vrstevníky. K tomu se váže odpověď respondenta č. 4, kteří říká, že u dětí může dojít ke ztrátě veškerých kontaktů s vrstevníky.

Ostatní sociální dopady se u respondentů lišili a jsou uvedené v Tabulce 3.

4.2 Subjektivní názor sociálních pracovníků na prevenci násilí na dětech

VO2: Jaký je subjektivní názor sociálních pracovníků na prevenci násilí páchaného na dětech?

V rámci tohoto okruhu byli respondenti dotazováni na jejich názor na prevenci násilí na dětech. Zda je z jejich pohledu dostatečná či nedostatečná. Odpovědi na tuto problematiku znázorňuje Tabulka 4. Pokud respondenti považovali prevenci násilí za nedostatečnou, byla položena podotázka, která se zaměřovala na konkrétní příklad nedostatečnosti prevence. Dále byli respondenti dotazováni na to, zda jsou v rámci výkonu své profese seznámeni s Národní strategií prevence násilí na dětech v ČR na období 2008 – 2018 (Tabulka 5). Další podotázka v této oblasti se týkala účasti respondentů na preventivních programech, zaměřených na násilí na dětech. (Tabulka 6). Poslední položená podotázka se zabývala Účastí sociálních pracovníků na vzdělávacích kurzech týkající se prevence násilí na dětech (Tabulka 7)

Tabulka 4 Pohled sociálních pracovníků na prevenci

Respondent	Názor na prevenci
1	Nedostatečná
2	Dostatečná
3	Dostatečná
4	Nedostatečná
5	Dostatečná

Zdroj: vlastní výzkum

Tři z pěti dotázaných respondentů považují prevenci násilí na dětech za dostatečnou.

Respondent č. 3 k této problematice říká: „*Současná prevence, myslím si, že je jí docela hodně, děti s tím jsou seznamovaný, myslím si, že co se týká prevence k dětem, jsou daleko víc zvýhodněný, z toho důvodu, že právě, když tam vstupuje sociálně - právní ochrana, že jsou hlídaný školou. V porovnání s jakoukoliv skupinou se o tom mluví hodně.*“ Respondent č. 5 považuje prevenci násilí páchaného na dětech v dnešní době už za dostatečnou. Její dostatečnost spatřuje ve spolupráci státních institucí s neziskovým sektorem.

Odlišný názor na prevenci násilí na dětech mají Respondent č. 1 a Respondent č. 4. Respondent č. 1 uvádí, že primární prevence z jeho pohledu dostatečná není a zároveň popisuje, v čem spatřuje nedostatečnost prevence násilí na dětech: „*když začneme od té primární, tak ta určitě dostatečná není, není brána cíleně, jsou to jen takový výkřiky, jakoby že by byla nějaká metodika, nějaký kontinuální přístup k těm dětem, tak to chybí, občas nějaký neziskovky se na to zaměřují, je to spíš takový nekoordinovaný, nejednotný. Ty děti často neví, jak se v té situaci zachovat, neví vůbec, neumí poznat, že to co se jim děje je vlastně špatně, zvláště u těch mladších dětí, protože oni nemají to srovnání s vrstevníky, že to co prožívají doma, berou jako normu, že to takhle má být. Potom už stačí, že když začnou chodit k těm vrstevníkům nebo se o tom baví, tak ty kamarádi to můžou poznat, že to má doma jinak a tak potom zase neví co s tím, tuší že je něco špatně, ale neví kam se obrátit, neví jak si požádat o tu pomoc, komu, občas jsou*

v povědomí nějaký ty kontakty na linky, to se určitě zlepšilo ta informovanost, ale nějaké praktické nácviky dětí v rámci té primární prevence, aby to nebylo opravdu jen na škole, tak to není. Něco dělá i policie, ale je to takový nejednotný, jakože by se něco učilo v rámci školních osnov, to jsou taky jen okrajový výkřiky. Takhle mi to přijde spíš jako na náhodě, náhodnej výběr, jestli se s tím děti na nějaký škole setkají. Jsou různé způsoby jak to ty děti učit, ale takový to vyjmenovávání těch rizik, to dětem proteče a potom když jsou v té rizikové situaci, stejně nebudou vědět jak se zachovat. Je lepší, si to třeba nějak zahrát. Například hra co kdyby, že dáváte dítěti konkrétní situace a co uděláš, když u tebe zastaví auto. Potom už to těm dětem třeba líp naskočí. Občas je i nějaký film nebo brožury. Respondent č. 4 sdílí podobný názor jako Respondent č. 1 a k této problematice uvádí: „prevence dostatečná určitě není, není tady vůbec nějaký ucelený systém, tahle problematika je pro všechny strašně roztráštěná.“

Tabulka 5 Znalost sociálních pracovníků Národní strategie prevence násilí na dětech v ČR na období 2008 – 2018

Respondent	Seznámen s Národní strategií prevence násilí na dětech v ČR na období 2008 - 2018
1	Ano
2	Ne
3	Ano
4	Ne
5	Ano

Zdroj: vlastní výzkum

Tři z pěti dotázaných respondentů uvedli, že v rámci výkonu své profese jsou seznámeni s Národní strategií prevence násilí na dětech v ČR na období 2008-2018. Respondent č. 3 uvádí: „ano jsem, museli jsme v rámci akreditace MŠMT.“

Ostatní respondenti v rámci výkonu své profese s Národní strategií prevence násilí na dětech seznámeni nejsou.

Tabulka 6 Účast sociálních pracovníků na preventivních programech

Respondent	Účast na preventivním programu
1	Ano
2	Ano
3	Ano
4	Ne
5	Ano

Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, zda se respondenti zúčastnili preventivního programu, odpověděli čtyři z pěti dotázaných, že se preventivních programů účastnili. Všichni čtyři respondenti se účastnili preventivních programů organizací, ve kterých vykonávají svá povolání.

Respondent č. 1 uvádí: *„Preventivní programy jsme měli, měli jsme tady kolegyni, se kterou jsme chodili do tříd v rámci primární prevence nebo i potom v těch dalších, když už se někde objevila i šikana, ale v tuhle chvíli to máme stoplé. Do školy nechodíme, je to jenom když se na nás někdo obrátí, rodina nebo škola, pokud se na ně týraný dítě obrátilo, že se něco děje u nich doma, tak potom individuální případy řešíme, ale do škola teď cíleně nechodíme.“* Respondent č. 3 říká: *„děláme programy, akreditovaný MŠMT, chodíme s policií, my chodíme jednu hodinu, policie druhou.“*

Tabulka 7 Účast sociálních pracovníků na vzdělávacích kurzech týkajících se prevence násilí na dětech

Respondent	Účast na školení
1	Ne
2	Ano i ne
3	Ano
4	Ne
5	Ano

Zdroj: vlastní výzkum

Na poslední otázku v této oblasti Respondent č. 1 a Respondent č. 4 odpověděli, že se vzdělávacího kurzu týkajícího se prevence násilí na dětech neúčastnili.

Respondent č. 3 a respondent č. 5 se vzdělávacích kurzů týkajících se prevence násilí na dětech účastnili. Respondent č. 5 uvádí: „*ano, vzdělávacích kurzů se účastním, jedná se o pravidelné vzdělávací kurzy naší organizace a dalších neziskových organizací.*“

Respondent č. 2 na tuto otázku odpovídá: „*tak vzdělávací kurzy přímo máme, nemáme, máme Asociaci pracovníků, v rámci těchto schůzek se tyto věci řeší, potom máme různé kulaté stoly na téma domácí násilí, kde s tím vlastně pracujeme a předáváme si zkušenosti a postřehy. Je to takovej náš interní materiál. No a potom se zúčastníme toho Zuřivce, to je dánský film, kde je to vlastně jakoby příběh o chlapci, který v rodině zažívá to domácí násilí. A vlastně na tom filmu je to terapeuticky postavený, že se to tam vlastně rozřeší, tak jak by to mělo být a ten film, se potom používá právě na různé besedy, zážitkový semináře, při práci s dětmi a jsou tam přímo programy i na ten film, jak prostě vést třeba diskuzi, na co se ptát, na co si dávat pozor, takže to je teď novinka. Myslím, že je to fakt dobrý, dětem můžeme říkat různé informace, ale když to potom vidí na tom filmu a jakoby si to odžijou, identifikují se s tím dítětem nebo postavou je to lepší.*“

4.3 Doporučení a návrhy sociálních pracovníků týkající se prevence násilí na dětech

VO3: Jaká doporučení a návrhy týkající se prevence násilí mají sociální pracovníci?

V poslední oblasti dotazování respondenti odpovídali na otázky spojené s potřebou zlepšit prevenci násilí na dětech (Tabulka 8). Dále navrhovali konkrétní řešení, jak by bylo možné tuto prevenci zlepšit. (Tabulka 9). Respondenti považovali prevenci převážně za dostatečnou, ale vždy dle jejich názoru existuje něco, co by se dalo v prevenci násilí na dětech zlepšit.

Tabulka 8 Názor sociálních pracovníků na zlepšení prevence

Respondent	Potřeba zlepšení prevence
1	Ano
2	Ano
3	Ano
4	Ano
5	Ne

Zdroj: vlastní výzkum

Čtyři z pěti dotázaných respondentů se shodli na tom, že je potřeba prevenci násilí na dětech zlepšit. V další tabulce jsou obsaženy konkrétní návrhy respondentů na zlepšení prevence.

Respondent č. 5 uvedl, že z jeho pohledu je prevence dostatečná a že není potřeba jí zlepšovat.

Tabulka 9 Konkrétní návrhy na zlepšení prevence z pohledu sociálních pracovníků

Respondent	Návrhy na zlepšení
1	Vypracování metodiky, integrace do osnov
2	Integrace do osnov
3	Není
4	Lepší propojení systému, začínat od mala, větší spolupráce se školou
5	Není

Zdroj: vlastní výzkum

Jelikož je prevence násilí na dětech dle respondenta č. 1 nedostatečná, považuje za zlepšení prevence vypracování metodiky, aby byl celý systém provázaný a zařazení prevence do školních osnov. Jako nedostatečnou považoval prevenci také respondent č. 4 a sdílí obdobný názor jako respondent č. 1. Jeho konkrétním návrhem, jak by bylo možné prevenci zlepšit, je lépe propojit systém, začínat s prevencí už u malých dětí (tzn. předškolního věku) a více spolupracovat se školou.

Respondent č. 2 považoval prevenci za dostatečnou. I když je z jeho pohledu dostatečná, vždy existuje něco, co se dá zlepšit. Uvádí: *„bylo by dobrý to zaintegrovat do občanské nauky, my máme přednášky v rámci tohoto předmětu, tak se na to možná víc zaměřit v rámci osnov.“*

Předchozí tvrzení jsou v rozporu s výpovědí respondenta č. 3, který říká: *„prevence může být vždycky lepší, myslím si, že se o tom mluví docela dost, mám pocit, že to i ve školách je dneska stanovený v osnovách.“*

Dva z dotázaných respondentů konkrétní návrh nepředložili.

5 Diskuze

Tato práce se zabývá zdravotně-sociálními dopady a prevencí násilí páchaného na dětech. Práce si klade za cíl zjistit, jaké jsou dle sociálních pracovníků zdravotně-sociální dopady násilí páchaného na dětech a jaký názor mají sociální pracovníci na prevenci násilí na dětech. V souvislosti s cílem práce byly stanoveny 3 výzkumné otázky, na které byly v rámci výzkumné části hledány odpovědi.

5.1 Diskuze k výsledkům výzkumné otázky č. 1

VO 1: Jaké jsou zdravotně-sociální dopady násilí páchaného na dětech z pohledu sociálních pracovníků?

Násilí páchané na dětech není možné žádným způsobem ospravedlnit. Na začátku života může násilí těžce poškodit celý organismus dítěte a ovlivnit tak, jeho budoucí život. Všechny případy týrání, zneužívání a zanedbávání tedy vyžadují dlouhodobou, někdy až celoživotní péči specialistů. **(29)** Dopady násilí páchaného na dětech se mohou projevit mnoha příznaky či reakcemi, které mohou být krátkodobé či dlouhodobé. Jestliže příznaky trvají delší dobu, postupně přechází do posttraumatické stresové poruchy. **(42)**

Zážitky dětí spojené s týráním, zneužíváním a zanedbáváním mohou mít psychologický dopad na celý jejich život. Proto je nutné, aby tyto traumatické zážitky byly řešeny včas. Dle mého názoru je tedy velmi důležité, aby široká veřejnost měla povědomí o násilí na dětech a jeho dopadech a aby byla schopna oznámit včas skutečnosti, které násilí na dětech nasvědčují. V současné době má každý z nás oznamovací povinnost, kterou by měl v těchto případech vždy splnit, aby zabránil fatálním následkům násilí. Protože pokud tyto skutečnosti neohlásí nejen, že mu za to hrozí trestní postih, ale způsobí i to, že zážitky dětí spojené s násilím nebudou řešeny

včas. Pokud tedy nebudou tyto zážitky včas řešeny, může u dětí docházet k takovému narušení psychiky, že se začne chovat sebedestruktivně, což znamená, že se začne sebepoškozovat nebo se pokusí spáchat sebevraždu. **(34)** Děti, které prožívají nějakou formu násilí, volí sebepoškozování jako formu bolesti, která přehlušuje bolest jinou. **(29)** S těmito skutečnostmi souhlasí čtyři z pěti dotazovaných respondentů, kteří uvedli, že za zdravotní dopady násilí považují především psychické poruchy a sebepoškozování. Jeden z dotazovaných respondentů uvedl, že zdravotní dopady určuje lékař. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že dalšími zdravotními dopady jsou dle respondentů poruchy příjmu potravy, psychosomatické obtíže, vnitřní zranění, depresivní stavy, smrt, pohmožděniny či zlomeniny. Článek z odborného časopisu Zdravotnictví a medicína uvádí, že nejčastější známkou fyzického týrání jsou pohmožděniny a fraktury, které utrpí 15-20% týraných dětí. Charakteristickými zlomeninami jsou zlomeniny žeber a dlouhých kostí. (postup lékařů) Dále je známo, že děti, které žijí v domácím násilí, často zažívají pocity strachu, úzkosti, smutku a pocitu viny. Proto si hledají určité způsoby chování, jak tyto nepříjemné pocity zvládnout. Mohou se u nich tedy objevit tyto reakce: deprese, problémy v chování, poruchy příjmu potravy, psychosomatické obtíže či poruchy spánku. Což je v souladu s tvrzeními respondentů. **(6)**

Jak již bylo uvedeno, děti jako oběti násilí jsou nejvíce ohroženy psychickou deprivací, jsou násilím silně traumatizovány a může u nich dojít i k transgeneračnímu přenosu. Transgenerační přenos znamená, že se vzorce chování, vědomě či nevědomě přenáší na další generace. **(21)** Jde tedy o tom, že dítě přebírá od rodičů pozitivní i negativní vzorce chování, která pak aplikuje ve své rodině. Je tedy možné konstatovat, že dítě, které je týráno, zneužíváno či zanedbáváno bude v budoucnu své děti vychovávat stejně nevhodným způsobem, jako bylo vychovááno samo. **(14)** Všichni dotazovaní respondenti uvedli, že sociálním dopadem násilí je dle jejich názoru zejména identifikace s rolí násilníka, což je v souvislosti s předchozím tvrzením. Vágnerová ve své knize uvádí, že týrané, zanedbávané a zneužívané děti jsou nedůvěřivé k ostatním lidem, odmítají kontakt s jinými lidmi, mají snahu se izolovat a v budoucnu mohou mít potíže v mezilidských vztazích. **(47)** Někteří respondenti se ztotožňují s názorem

Vágnerové a uvádí, že sociálními dopady mohou být izolace, nemožnost navázat bližší kontakt a problémy v budoucích vztazích. Dalšími sociálními dopady jsou dle respondentů vyčlenění z kolektivu, ztráta kontaktů s vrstevníky, problémové navázání kontaktů s vrstevníky, problémy ve škole, které souvisí s šikanou a prosazení se v kolektivu. Zdravotní a sociální dopady se u každého respondenta liší, což je dle mého názoru způsobeno jejich různorodou zkušeností s násilím. Ačkoliv respondenti uváděli zdravotní a sociální dopady odděleně, je potřeba zdůraznit jejich vzájemnou provázanost. S tím souvisí také fakt, že pokud se člověk setká s násilím již v dětství, často si s sebou nese důsledky násilí až do dospělosti.

5.2 Diskuze k výsledkům výzkumné otázky č. 2

VO2: Jaký je subjektivní názor sociálních pracovníků na prevenci násilí páchaného na dětech?

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte má svoji prevenci. Výskyt násilí, které je pácháno na dětech, je přímo úměrný tomu, jaká je úroveň prevence tohoto sociálně patologického jevu. **(38)** Pokud budou preventivní programy v této oblasti působit účinně, může dojít k omezení či úplné eliminaci tohoto jevu. **(29)**

V roce 2008 byl pro Úřad vlády proveden agenturou INRES-SONES sociologický průzkum, který se zabýval postoji občanů ČR k vybraným otázkám práv dětí. V tomto průzkumu byl kladen důraz na téma násilí páchaného na dětech. Součástí toho průzkumu bylo také zjistit, jaký názor mají občané ČR na prevenci násilí na dětech. Celkem bylo osloveno 1793 občanů. Z průzkumu vyplynulo, že občané ČR považují prevenci násilí na dětech za nedostatečnou. Největší část občanů (38,9%) zastává názor, že prevence násilí na dětech je nedostatečná, jelikož násilí na dětech stále přibývá. Dalších 28,4 % občanů zastává ten názor, že prevence je nedostatečná a pokud existuje, tak se jedná pouze o prevenci formální. 18,1 % občanů považuje prevenci za

neefektivní. Kladný přístup k prevenci násilí na dětech má 14,6% občanů, z toho 12,3 % považuje prevenci za dostatečnou, ale pouze v takových případech pokud se lidé o ni sami zajímají a vyhledávají si informace. Pouze 2,3 % občanů považuje prevenci za dostatečnou a zastává ten názor, že lidé mají dostatečný přísun informací. **(38)** V rámci výzkumného šetření pro účely této práce bylo zjištěno, že tři z pěti dotázaných respondentů považují prevenci násilí páchaného na dětech za dostatečnou a dva dotázaní respondenti za nedostatečnou. Respondenti, kteří považují prevenci násilí za dostatečnou, uváděli, že v médiích je prevence zpracována dobře, v porovnání s jinou skupinou (např. seniory) se o ní mluví často, děti jsou s ní seznamovány a státní instituce v současné době spolupracují s neziskovým sektorem, ve srovnání s předchozími lety. Dva respondenti se shodují v tom, že prevence násilí na dětech dostatečná není, jelikož dle jejich názoru, zde chybí ucelený systém, určitá metodika a kontinuální přístup k dětem. Oba respondenti považují tuto problematiku za roztržštěnou a nekoordinovanou. S těmito tvrzeními je v souladu Národní zpráva ČR z roku 2011, ve které je uvedeno, že roztržštěnost této problematiky mezi rezorty způsobuje a znemožňuje vytváření koncepčních materiálů a strategií. V této zprávě je dále obsaženo, že v oblasti ochrany dětí před násilím chybí jednotné metodické postupy a standardizované metody sociální práce. **(33)** Na předchozí tvrzení navazuje názor MUDr. Biskup, který pro odborný časopis Zdravotnictví a medicína uvádí, že v ČR funguje vysoký počet neziskových organizací, které se zabývají problematikou násilí na dětech, ale ve spoustě případů nepracují tak jak by měli, jelikož nemají dostatek finančních prostředků. Konstatuje: *„Ne vždy je úplně vzorná spolupráce mezi úředníky státu a některými neziskovkami. Lze to charakterizovat slovy rivalita a neschopnost nalézt společnou řeč mezi konkrétními lidmi. V tomto směru jsou v České republice v oblasti prevence násilí na dítěti ještě obrovské rezervy.“* **(29)**

5.3 Diskuze k výsledkům výzkumné otázky č. 3

VO3: Jaká doporučení a návrhy týkající se prevence násilí mají sociální pracovníci?

V souvislosti se zlepšením prevence vznikl roce 2007 program, který byl zaměřený na prevenci veškerých forem násilí páchaného na dětech, mladých lidech a ženách a dále na ochranu obětí a ohrožených skupin. Tento program vznikl na období 2007 – 2013 a byl součástí obecného programu „ Základní práva a spravedlnost.“ Příjemci tohoto programu byli oběti násilí nebo lidé, jimž hrozilo, že se obětí stanou (tzn. děti, mladí lidé 15-25 let a ženy). Cílovými skupinami tohoto programu byli rodiny, učitelé, sociální pracovníci, nevládní organizace, veřejné orgány, policie a pracovníci zdravotnických služeb. Cíle programu zahrnovali:

- Podporu nevládních organizací, které vyvíjejí úsilí proti násilí
- Vytvoření víceborových sítí, které by měli mít za cíl posílit spolupráci mezi nevládními organizacemi
- Přípravu a provádění osvětových akcí
- Studium jevů, které souvisejí s násilím a jeho dopady na oběti i na společnost (např. náklady na zdravotní péči)
- Přípravu podpůrných programů pro oběti a ohrožené osoby a intervenčních programů pro pachatele (2)

Za zmínku v této oblasti také stojí Národní strategie prevence násilí na dětech pro rok 2008 – 2018, kterou Vláda ČR schválila v roce 2008 a která se týká práv dětí na ochranu a respekt jejich zájmu. Tato strategie reaguje na doporučení OSN, WHO a Rady Evropy, které se týká přijetí účinného opatření prevence násilí na dětech. Národní strategie prevence násilí na dětech by měla být systémovým krokem k řešení prevence násilí na dětech. Jejím cílem je odstranit roztržitost preventivních programů a přispět tak, ke zvýšení jejich efektivity. Preventivní programy jsou součástí primární prevence, která se snaží zabránit násilí prostřednictvím toho, že snaží odstranit příčiny nebo

vytvořit takové podmínky, aby násilí nemohlo být uplatněno. Do primární prevence patří zejména osvěta a vzdělávání. Národní strategie prevence má 7 hlavních cílů a každý z hlavních cílů má své cíle specifické. Cíle Národní strategie jsou definovány na základě zjištěných problémů, kterými jsou např. nedostatečná provázanost multioborového přístupu či nedostatečná podpora primární prevence. **(24)** V rámci výzkumné části jsem se zajímala také o to, zda jsou respondenti v rámci výkonu své profese seznámeni s Národní strategií prevence násilí na dětech na období 2008 -2018, jelikož dle mého názoru je znalost této strategie důležitou složkou jejich práce a významným podkladem pro tvorbu preventivních programů. Tři z pěti respondentů uvedli, že jsou seznámeni s Národní strategií prevence násilí na dětech na období 2008 - 2018. Jeden z těchto tří respondentů uvedl, že s ní musel být seznámen v rámci akreditace preventivního programu, připravovaného organizací, ve které ze zaměstnán. Dva respondenti uvedli, že s Národní strategií seznámeni nejsou.

Prevence násilí na dětech je také jednou z priorit Ministerstva zdravotnictví (MZ), které má své dotační programy. V jejich rámci je od roku 2008 podpořen pilotní sběr dat o úrazech dětí do 19 let. Tento sběr také zahrnuje úrazy dětí způsobené násilím. MUDr. Truellová z odboru zdravotních služeb MZ ČR říká: *„Sběr umožňuje zaznamenat každý úraz z hlediska příčin jeho vzniku a vývoje, charakteru postižení, postupu léčení, výsledků léčby i možných zdravotních komplikací“*. Tímto způsobem je možné nejlépe zabezpečit diagnostiku, terapii a především prevenci úrazů. Důležitou složkou je propojení těchto získaných dat s údaji dalších resortů. Cílem tohoto sběru je nastavit účinné preventivní opatření. MZ se také soustředí na podporu pozitivního rodičovství, spolupráci s rodinami, které mají dětmi. Dále na včasné rozpoznání rizikových faktorů v rodinách a včasnou diagnostiku syndromu týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte a to zejména v primární péči. **(29)**

MZ se dále zabývá zlepšováním kvality a dostupnosti pedopsychiatrické péče, přeměnou kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let na dětská centra, která by se měla zaměřovat na pomoc ohroženým dětem a rodinám nacházejícím se v krizi. MZ také participuje na vytváření terapeutických programů pro pachatele domácího násilí na dětech. **(29)** Dle mého názoru jsou terapeutické programy pro

pachatele násilí dobrou myšlenkou, jelikož při řešení násilí je potřeba spolupracovat s celou rodinou. Pracovat nejen s dítětem, ale i s rodičem agresorem, jak bylo řečeno jedním respondentem. V současné době se také klade důraz na to, aby dítě zůstalo ve své rodině a nebylo umisťováno do ústavní péče. Tyto programy by tedy mohli vést k upravení vztahu mezi rodičem agresorem a dětmi. Pokud by k upravení vztahu nedošlo, dítě by mělo být umístěno do ústavní péče, aby se zabránilo dalšímu prohlubování traumatu.

Domnívám se, že důležitou součástí prevence je také Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí na mládeže na období 2013 -2018. Při položení otázky, jaké návrhy a doporučení mají sociální pracovníci týkající se prevence, jsem se setkala s tím, že by bylo nutné lépe propojit systém, začínat s prevencí od malých dětí (tzn. předškolního věku) a více spolupracovat s ostatními institucemi (např. školou). Shodu těchto výpovědí najdeme v principech Strategie, kterými jsou zejména partnerství a společný postup, komplexní řešení problematiky primární prevence rizikového chování a včasný začátek preventivních aktivit (v předškolním věku). První princip – partnerství a společný postup pojednává o tom, že společný koordinovaný postup všech členů v systému prevence zejména v rámci resortu školství zvyšuje účinnost působení a úspěchu při plnění cílů. Pokud jsou respektovány kompetence, Strategie podporuje partnerství a spolupráci na všech úrovních. Druhý princip – komplexní řešení problematiky primární prevence obsahuje tezi, že preventivní programy je nutné vytvářet komplexně ve spolupráci různých institucí. V rámci tohoto principu se tedy Strategie zabývá definicí vzájemného propojení různých subjektů. Dále je tedy možné konstatovat, že primární prevence bude efektivní, pokud bude realizována v úzké spolupráci různých subjektů (např. OSPOD, škola, nestátní neziskové organizace apod.) Poslední princip – Včasný začátek preventivních aktivit říká, že čím dříve se s prevencí začne, tím je efektivnější, jelikož se postoje a názory formují již v raném věku dětí. **(39)**

Dalšími názory, se kterými jsem se setkala v rámci otázky zaměřené na doporučení a návrhy na zlepšení prevence násilí páchaného na dětech, jsou vypracování metodiky a integrace prevence do osnov. Návrh respondenta na integraci prevence do osnov

koresponduje s cílem Strategie, který říká, že všeobecná primární prevence by měla být zahrnuta do běžné činnosti škol. Tuto prevenci by měli dělat sami učitelé. K tomu by mohla posloužit možnost využití třídnických hodin. Dalším cílem korespondujícím s tímto názorem je koordinace povinných, povinně volitelných i volitelných předmětů, které participují na prevenci v oblasti rizikového chování (např. etická výchova, výchova k občanství a ke zdraví, multikulturní výchova). **(39)**

Ztotožňuji se s názorem, že prevence jakéhokoliv rizikové jevu by měla být integrovaná do školních osnov a že by měla být z části prováděna pedagogy. Jelikož v současné době preventivní programy poskytují především nestátní neziskové organizace. Některé z nich se v dnešní době potýkají s finančními problémy a není v jejich silách ani možnostech preventivní programy zabezpečit. Proto spatřuji v této integraci velké plus.

6 Závěr

Problematika násilí páchaného na dětech je v současné době celosvětovým a aktuálním problémem, kdy jeho aktuálnost spočívá především ve vysokém výskytu tohoto jevu.

Cílem teoretické části bylo popsat násilí a oběti násilí obecně, následně popsat syndrom CAN společně s jeho rizikovými faktory, zdravotně-sociální dopady násilí, úlohu sociální pracovníka při práci s dětmi, legislativu a služby, které jsou na tuto problematiku zaměřené.

Cílem praktické části bylo zjistit jaké má násilí na dětech zdravotně-sociální dopady a jaká je jeho prevence z pohledu sociálních pracovníků. Dílčími cíli bylo zjistit důsledky násilí páchaného na dětech, zjistit subjektivní názor sociálních pracovníků na prevenci násilí na dětech a zjistit doporučení a návrhy sociálních pracovníků, které se týkají zlepšení prevence násilí páchaného na dětech. Pro splnění cíle práce byly stanoveny 3 výzkumné otázky vztahující se k tématu.

VO1: Jaké jsou zdravotně-sociální dopady z pohledu sociálních pracovníků?

VO2: Jaký je subjektivní názor sociálních pracovníků na prevenci násilí na dětech?

VO3: Jaká doporučení a návrhy týkající se prevence násilí mají sociální pracovníci?

Ke sběru dat byla použita kvalitativní výzkumná strategie, metoda dotazování, technika polostrukturovaný rozhovor. Výzkumu se účastnilo 5 sociálních pracovníků, kteří jsou zaměstnáni v organizacích zabývajících se týranými, zneužívanými a zanedbávanými dětmi v Českých Budějovicích. Organizace byly vybrány prostřednictvím Registru poskytovatelů sociálních služeb.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že za nejčastější zdravotně- sociálními dopady násilí páchaného na dětech považují sociální pracovníci sebepoškozování, psychické poruchy, identifikaci s rolí násilníka a problémy v budoucích vztazích.

Co se týká prevence násilí na dětech je převažujícím názorem její dostatečnost. Dle názoru sociálního pracovníka je ale vždy co zlepšovat. Dle jednoho respondenta je prevence násilí na dětech nedostatečná. Její nedostatečnost spatřuje především

v nekoordinovaném systému, v chybějící ucelené metodice a kontinuálním přístupu k dětem.

Z výzkumného šetření dále vyplynulo, že konkrétními návrhy jak zlepšit prevenci násilí na dětech jsou dle sociálních pracovníků vypracování ucelené metodiky a integrace tohoto tématu do školních osnov, resp. zahrnutí tohoto tématu do občanské nauky.

Diplomová práce by mohla posloužit jako informační materiál pro společnost. Společnost by v současné době měla být informována o všech skutečnostech, které násilí na dětech nasvědčují, aby byla schopna včas tuto skutečnost oznámit. Včasné oznámení této skutečnosti může zabránit budoucím důsledkům násilí na dětech. Diplomová práce by také mohla být přínosem v oblasti prevence násilí na dětech – posloužila by jako informační materiál odborníkům zabývajícím se prevencí a mohla by být považována jako podnět pro její zlepšení. Dále by mohla být stimulem pro lepší provázanost spolupráce mezi státními a nestátními organizacemi zabývajících se problematikou násilí na dětech.

7 Seznam literatury

1. BENEŠOVÁ, Veronika, Pavel ŠULC a Dominika ŠEBLOVÁ. Zpráva o průběhu mezinárodního semináře o prevenci dětských úrazů. *Urgentní medicína: Časopis pro neodkladnou lékařskou péči*. 2010, roč. 13, č. 1, s. 34-36. Dostupné z: http://urgentnimediceina.cz/casopisy/UM_2010_01.pdf
2. Boj proti násilí páchanému na dětech, mladistvých a ženách: program Daphné III (2007–2013). *Europa: přehledy právních předpisů* [online]. [cit. 2015-04-24]. Dostupné z: http://europa.eu/legislation_summaries/human_rights/fundamental_rights_with_in_european_union/l33600_cs.htm
3. ČÍRTKOVÁ, Ludmila, Petra VITOUŠOVÁ a Kolektiv AUTORŮ. *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů: příručka pro pomáhající profese*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, 191 s. ISBN 978-80-247-2014-2
4. ČECH, Ondřej. *Domácí násilí z pohledu pracovníků v oblasti sociálních služeb*. České Budějovice: Theia, 2011, 137 s. ISBN 978-80-904850-2
5. DEVASIA, V. V a Ajith, KUMAR. *Social Work Concerns and Challenges in the 21st Century*. APH Publishing, 2009. ISBN: 978-81-313-0467-9
6. Děti a domácí násilí. *Intervenční centrum Brno: pro osoby ohrožené domácím násilím* [online]. [cit. 2015-04-24]. Dostupné z: <http://www.ic-brno.cz/deti-domaci-nasili>

7. DUNOVSKÝ, Jiří. *Problematika dětských práv a komerčního sexuálního zneužívání dětí u nás a ve světě*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005, 251 s. ISBN 80-247-1201-6
8. DUNOVSKÝ, JIŘÍ, Zdeněk DYTRYCH a ZDENĚK MATĚJČEK. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada Publishing, a.s., 1995, 245 s. ISBN 80-7169-192-5.
9. FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: Závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozšířené a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014, 231 s. ISBN 978-80-247-5046-0
10. FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009, 218 s. ISBN 978-80-247-2781-3.
11. HANUŠOVÁ, Jaroslava. *Násilí na dětech- syndrom CAN*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, 24 s. ISBN 80-86991-78-4
12. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Manuálek o násilí*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004, 83 s. ISBN 80-7013-397-X
13. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, 408 s. ISBN 80-7367-040-2
14. KOLEKTIV AUTORŮ. *Syndrom CAN a způsob péče rodinný systém*. Praha: IREAS, 2007, 229 s. ISBN 978-80-86684-47-5

15. KOLEKTIV AUTORŮ. *Sociálně patologické jevy: některé formy násilí na dětech a ženách*. Vyd. 3. Brno: Drom o.p.s, 2005, 60 s. ISBN 80-903472-3-1
16. KOVÁŘ, Petr. *Sexuální agrese*. Praha: Maxdorf, 2008, 292 s. ISBN 978-80-7345-161-5
17. KRAUSOVÁ, Lucie a Věra NOVOTNÁ. *Sociálně právní ochrana dětí*. Praha: ASPI, a.s., 2006, 228 s. ISBN 80-7357-214-1.
18. KUKLA, Lubomír. *Úvod do sociální pediatrie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta, 2007, 44 s. ISBN 978-80-7040-990-9
19. LUBIT, Roy H. Posttraumatic Stress Disorder in Children. *Medscape*[online]. [cit. 2015-02-04]. Dostupné z: <http://emedicine.medscape.com/article/918844-overview#aw2aab6b2b5>
20. MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální práce v praxi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010, 352 s. ISBN 978-80-7367-818-0
21. MATYSKOVÁ, Andrea. Syndrom týraného dítěte CAN. *O psychologii.cz* [online]. 2014 [cit. 2015-04-24]. Dostupné z: <http://www.opsychologii.cz/clanek/139-syndrom-tyraneho-ditete-can/>
22. MELICHAROVÁ, Dita. Dítě jako svědek a oběť domácího násilí. *Acta iuridica olomucensis*, Vol. 1, 2005, No. 2, pp. 62-65.

23. MIOVSKÝ, Michal. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada Publishing,a.s., 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4
24. Národní strategie prevence násilí na dětech v ČR 2008-2018. *Vláda ČR* [online]. [cit. 2015-04-24]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/scripts/file.php?id=61422>
25. Násilí na dětech je celosvětový problém, nevyhýbá se ani Česku. *Ministerstvo zdravotnictví* [online]. [cit. 2014-11-27]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/nasili-na-detech-je-celosvetovy-problemnevyhyba-se-ani-cesku_8350_2778_1.html
26. Novela zákona o sociálně-právní ochraně dětí. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [cit. 2014-11-02]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/14402/Prezentace_180113.pdf
27. Oddělení sociálně-právní ochrany. *Město Písek* [online]. [cit. 2014-10-29]. Dostupné z: <http://www.mesto-pisek.cz/odbory-mestskeho-uradu/DIR-odbor-socialnich-veci/CL-oddeleni-socialne-pravni-ochrany-deti/26>
28. O nadaci. *Nadace Naše dítě* [online]. [cit. 2014-10-29]. Dostupné z: http://www.nasedite.cz/cs/o_nadaci
29. PAVLATOVÁ, Eva. Násilí na dětech - jak dál v prevenci syndromu CAN. *Zdravotnictví a medicína* [online]. 2010 [cit. 2015-04-24]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/nasili-na-detech-jak-dal-v-prevenci-syndromu-can-451186>
30. Postup lékařů primární péče při podezření na syndrom CAN. *Zdravotnictví a medicína* [online]. 2008 [cit. 2015-04-24]. Dostupné

z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/postup-lekaru-primarni-pece-pri-podezreni-na-syndrom-can-366212>

31. Posttraumatická stresová porucha. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. [cit. 2015-04-24]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F40-F48.html>
32. Posttraumatická stresová porucha v kontextu domácího násilí. *Intervenční centrum Praha* [online]. [cit. 2014-11-23]. Dostupné z: http://www.intervencnicentrum.cz/images/knihy/Postrauematicka_stresova_porucha_v_kontextu_DN_2012.pdf
33. Práva dětí pro všechny: hodnocení dodržování Úmluvy OSN o právech dítěte u dětí s mentálním postižením Národní zpráva České republiky. *Speciální vzdělávací potřeby dětí a žáků se vzácným onemocněním* [online]. 2011 [cit. 2015-04-24]. Dostupné z: http://svp-vzacnaonemocneni.cz/portal/wp-content/uploads/3-Zprava_prava_MR_deti_CZ.pdf
34. Psychické následky po traumatu. *Záchranný kruh* [online]. [cit. 2015-04-24]. Dostupné z: <http://www.zachranny-kruh.cz/pro-verejnost/kriminalita-rizikovechovani/sexualni-zneuzivani-deti/psychicke-nasledky-po-traumatu.html>
35. Roční výkaz o výkonu sociálně-právní ochrany dětí za rok 2013. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [cit. 2014-12-08]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/7260>
36. SETHI, Dinesh. European report on prevention child maltreatment. *World health organization* [online]. [cit. 2014-11-27]. Dostupné z:

<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-report-on-preventing-child-maltreatment>

37. Sociální služby. *Dětské krizové centrum* [online]. [cit. 2014-10-29]. Dostupné z: <http://www.ditekrize.cz/socialni-sluzby>
38. Sociologický průzkum. *STOP násilí na dětech* [online]. [cit. 2015-04-24]. Dostupné z: http://stopnasilinadetch.cz/pdf/nazory_obcanu_na_preveni_nasili.pdf
39. Strategie primární prevence 2013 -2018. *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy* [online]. [cit. 2015-04-24]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/file/28077>
40. Strategie prevence násilí na dětech. *Vláda ČR* [online]. [cit. 2015-04-24]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/ppov/rlp/dokumenty/strategie-prevence-nasili-na-detch/strategie-prevence-nasili-na-detch-59898/>
41. STRAUSS, Anselm a Juliet CORBINOVÁ. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999, 196 s. ISBN 80-85834-60-X
42. Syndrom CAN. *Šance dětem*[online]. [cit. 2014-11-23]. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/rizikove-chovani-dospelého-k-diteti/syndrom-can.shtml>
43. ŠPECIÁNOVÁ, Šárka. *Ochrana týraného a zneužívaného dítěte*. Praha: LINDE nakladatelství, s.r.o., 2003, 156 s. ISBN 80-86131-44-0

44. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol. *Krizová intervence pro praxi. 2.*, aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing,a.s., 2011, 195 s. ISBN 978-80-247-2624-3
45. Úmluva o právech dítěte. *Unicef* [online]. [cit. 2015-04-24]. Dostupné z: <http://www.unicef.cz/aktualne/82292-umluva-o-pravech-ditete>
46. Úmluva o právech dítěte. *OSN* [online]. [cit. 2014-10-29].. Dostupné z:<http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/umluva-o-pravech-ditete.pdf>
47. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4
48. VALLOVÁ, Jana a Jozef BOŽIK. Deti jako obeť domáceho násillia. *Prohuman: vedecko -odborny internetový časopis-sociálna práca, psychológia, pedagogika, sociálna politika, zdravotníctvo, ošetrovatelstvo*[online]. [cit. 2015-04-24]. Dostupné z: <http://www.prohuman.sk/socialna-praca/deti-ako-obeť-domáceho-nasillia>
49. VANÍČKOVÁ, Eva. *Tělesné tresty dětí: definice-popis-následky*. Praha: Grada Publishing,a.s., 2004, 116 s. ISBN 80-247-0814-0
50. VANÍČKOVÁ, Eva. *Dětská prostituce*. Praha: Grada publishing, a.s., 2005, 135 s. ISBN 80-247-1138-9
51. VELEMÍNSKÝ Miloš a Petr STUDENOVSKÝ. *Rukověť pro poskytovatele a zadavatele sociálních služeb v oblasti problematiky dětí a mládeže*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta, 2008, 249 s. ISBN 978-80-7394-064-5
52. VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence. 2. vyd.* Praha: Portál, 2007, 543 s. ISBN 978-80-7367-342-0

53. VOLFOVÁ, Iva, Zdeňka KOZÁKOVÁ a Miloš VELEMÍNSKÝ. *Prevence sexuálního zneužívání dětí a adolescentů se specifickými potřebami*. Praha: Triton, 2008, 76 s. ISBN 978-80-7387-129-1
54. Základní informace. *Fond ohrožených dětí* [online]. [cit. 2014-10-29]. Dostupné z: <http://www.fod.cz/o-nas/zakladni-informace>
55. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*. Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. 2014. [cit. 2014-10-29]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf
56. *Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí*. Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7263/Zakon_o_socialne-pravni_ochrane_deti.pdf
57. *Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník*. Ministerstvo vnitra ČR [online]. 2014. [cit. 2014-10-29]. Dostupné z: www.mvcr.cz/soubor/sb011-09-pdf.aspx

8 Přílohy

Příloha 1: Statistický přehled za rok 2013 – Týrané, zneužívané a zanedbávané děti

Příloha 2: Statistický přehled za rok 2013 – Týrané, zneužívané a zanedbávané děti,
pokračování

Příloha 3: Statistický přehled za rok 2014 – Týrané, zneužívané a zanedbávané děti

Příloha 1 - Statistický přehled za rok 2013 – Týrané, zneužívané a zanedbávané děti

V (MPSV) 20-01 str. 6/16

X.A Týrané, zneužívané a zanedbávané děti		Číslo řádku	Počet dětí													
			tělesné týrání		psychické týrání		sexuální zneužívání		dětská pornografie		dětská prostituce		zanedbávání dětí		celkem	
			chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky
a		b	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Nahlášeno případů	do 1 roku	119	18	16	13	18	0	1	0	1	0	0	162	168	193	204
	od 1 roku do 3 let	120	41	38	55	73	3	25	0	1	0	0	289	305	388	442
	od 3 do 6 let	121	100	70	124	94	27	80	1	1	0	0	448	428	700	673
	od 6 do 15 let	122	289	188	313	266	112	544	5	19	1	4	1228	1036	1948	2057
	od 15 do 18 let	123	43	56	40	71	15	81	2	3	0	12	320	279	420	502
	CELKEM	123a	491	368	545	522	157	731	8	25	1	16	2447	2216	3649	3878
	z ř. 123a zdravotně postižených	124	6	1	2	2	1	16	0	0	0	0	66	30	75	49
	z ř. 123a	125	213	164	235	230	74	371	4	12	0	3	1167	1058	1693	1838
	opakované	126	218	171	262	245	51	256	1	5	1	10	1139	1062	1672	1749
	nezjištěno	126a	60	33	48	47	32	104	3	8	0	3	141	96	284	291
Oznamovat el	matka	127	75	34	115	90	34	173	0	5	0	0	180	152	404	454
	otec	128	40	23	24	22	13	40	0	1	0	0	89	80	166	166
	dítě samo	129	25	42	18	16	6	54	0	0	0	0	20	21	69	133
	sourozenec	130	8	5	2	5	2	3	0	0	0	0	15	9	27	22
	jiný příbuzný	131	35	28	28	21	6	29	0	0	0	1	115	119	184	198
	cizí osoba	132	33	16	10	19	12	29	0	0	0	4	98	88	153	156
	zdrav. zařízení	133	43	35	12	10	21	67	0	0	0	0	303	328	379	440
	škola	134	77	53	18	37	9	41	4	7	0	1	854	659	962	798
	police	135	81	63	251	231	42	224	2	9	1	6	225	226	602	759
	NNO	136	6	4	9	3	1	15	0	0	0	0	32	35	48	57
anonym	137	38	31	17	17	8	14	0	0	0	0	156	146	219	208	
jiný	138	27	35	44	51	5	43	2	2	0	3	361	351	439	485	
Sociální prostředí dítěte	úplná rodina	139	175	151	263	274	43	231	1	6	0	5	820	814	1302	1481
	neúplná rodina bez matky	140	24	17	16	23	9	34	1	0	0	1	80	76	130	151
	neúplná rodina bez otce	141	145	114	161	148	61	272	5	14	1	5	1097	967	1470	1520
	doplněná rodina o matku	142	23	15	4	5	2	12	0	1	0	0	38	22	67	55
	doplněná rodina o otce	143	104	58	86	54	28	135	0	3	0	1	305	261	523	512
	náhradní rodina	144	19	12	14	18	9	29	0	0	0	0	72	54	114	113
ústavní péče	145	1	1	1	0	5	18	1	1	0	4	35	22	43	46	
Přijatá opatření	poradenství - ambulantně	146	313	219	417	409	121	593	5	19	1	13	1615	1481	2472	2734
	uložení dohledu	147	43	20	24	19	4	26	0	0	0	0	201	169	272	234
	umístění dítěte v širší rodině	148	40	35	13	7	5	20	1	1	0	0	80	57	139	120
	umístění dítěte do ZDVOP nebo jiného zařízení	149	43	56	18	15	9	27	0	0	0	0	113	115	183	213
	umístění dítěte do ÚV	150	26	21	9	10	4	19	0	0	0	1	90	66	129	117
umístění dítěte do NRP	151	5	9	3	7	0	1	0	0	0	0	49	40	57	57	
Dopad na dítě	hospitalizace	152	51	36	5	4	4	20	0	0	0	1	42	29	102	90
	tělesné poškození	153	54	34	3	0	3	22	0	0	0	0	13	15	73	71
	posttr. stresová porucha	154	73	47	143	131	16	115	0	1	0	0	205	191	437	485
	úmrť	155	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	8	1
	těhotenství	155a						36		0		0				36

Při vyplňování tabulky nutno dodržet tyto

1) součet sloupců 1, 3, 5, 7 a 9 a 11 se musí rovnat sl. 12

2) součet řádků 119 až 123 se musí rovnat řádku 123a v jednotlivých sloupcích a rovněž součet řádků 125 až 126a se musí rovnat ř. 123a v jednotlivých sloupcích

3) součet řádků 119 až 123 se musí rovnat součtu řádků 127 až 138 v jednotlivých sloupcích

4) součet řádků 119 až 123 se musí rovnat součtu řádků 139 až 145 v jednotlivých sloupcích

5) součet sloupců 2, 4, 6, 8 a 10 a 12 se musí rovnat sl. 14

6) Sloupce 13 a 14 obsahují v elektronické formě (Excel) již předdefinovaný součet

Zdroj: Roční výkaz o výkonu sociálně-právní ochrany dětí za rok 2013. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [cit. 2014-12-08]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/7260>

Příloha 2 – Statistický přehled za rok 2013 – Týrané, zneužívané a zanedbávané děti

X.A Pokračování oddílu - Týrané, zneužívané a zanedbávané děti										
		Číslo řádku	Počet dětí						celkem	
			tělesné týrání	psychické týrání	sexuální zneužívání	dětská pornografie	dětská prostituce	zanedbávaní děti		
a		b	1	2	3	4	5	6	7	
Zneužívající nebo týrající osoba	matka	156	255	139	16	12	0	2007	2429	
	otec	157	260	507	119	1	0	748	1635	
	oba rodiče	158	97	180	5	0	0	1580	1862	
	partner matky	159	140	137	102	2	0	72	453	
	partnerka otce	160	17	2	6	0	0	24	49	
	sourozenec	161	5	3	21	1	0	2	32	
	prarodič	162	8	13	24	0	0	53	98	
	jiný příbuzný	163	11	9	55	0	0	9	84	
	jiná osoba	164	55	52	481	13	7	16	624	
	nevlastní sourozenec	165	3	1	17	0	0	0	21	
	jiná zodpovědná osoba (učitel, vychovatel)	166	8	3	12	1	0	14	38	
nezjištěno	166a	12	12	25	4	9	21	83		
Postih zneužívající, týrající nebo zanedbávající osoby	sankce v přestupk. řízení	167	58	39	4	0	0	331	432	
	podnět na zahájení TS	168	303	159	408	12	1	395	1278	
	z toho	zahájeno TS	169	238	121	384	15	6	255	1019
		zastaveno TS	169a	49	6	65	2	0	41	163
		odloženo TS	170	118	40	175	2	0	80	415
odsouzení	171	45	15	70	5	0	117	252		

Zdroj: Roční výkaz o výkonu sociálně-právní ochrany dětí za rok 2013. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [cit. 2014-12-08]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/7260>

Příloha 3 - Statistický přehled za rok 2014 – Týrané, zneužívané a zanedbávané děti

V (MPSV) 20-01 str. 6/14

IX. Týrané, zneužívané a zanedbávané děti		Číslo řádku	Počet dětí													
a			tělesné týrání		psychické týrání		sexuální zneužívání		dětská pornografie		dětská prostituce		zanedbávání dětí		celkem	
			chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky
b		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Nahlášeno případů	do 1 roku	119	23	15	26	33	0	1	0	0	0	0	203	183	252	232
	od 1 roku do 3 let	120	44	34	52	55	8	16	1	1	0	0	366	350	471	456
	od 3 do 6 let	121	69	60	124	120	31	77	1	2	0	0	471	482	696	741
	od 6 do 15 let	122	234	199	301	326	119	528	12	50	2	1	1510	1272	2178	2376
	od 15 do 18 let	123	41	68	53	81	26	126	2	18	0	14	325	322	447	629
	CELKEM	123a	411	376	556	615	184	748	16	71	2	15	2875	2609	4044	4434
	z ř. 123a zdravotně postižených	124	9	7	3	4	9	15	1	1	0	1	36	16	58	44
z ř. 123a	jednorázově	125	201	199	206	230	93	396	4	23	0	3	1458	1232	1962	2083
	opakovaně	126	161	129	311	341	51	230	9	39	2	11	1242	1213	1776	1963
	nezjištěno	126a	49	48	39	44	40	121	3	9	0	1	175	165	306	388
Oznamovatel	matka	127	48	32	128	126	46	172	0	2	0	3	170	196	392	531
	otec	128	48	30	44	33	21	36	0	1	0	0	143	123	256	223
	dítě samo	129	26	43	45	57	4	58	0	0	0	0	7	39	82	197
	sourozenec	130	2	1	1	8	0	6	0	0	0	0	24	14	27	29
	jiný příbuzný	131	32	22	16	10	18	45	0	4	0	0	162	170	228	251
	cizí fyzická osoba	132	14	19	24	24	14	38	1	4	0	4	175	213	228	302
	zdrav. zařízení, škola, školské zařízení	133	125	111	60	50	24	110	1	1	1	0	1403	1142	1614	1414
	policej, jiný státní orgán	135	78	96	221	272	51	261	12	59	1	3	469	458	832	1149
NNO nebo jiná právnická osoba	136	13	14	5	13	2	7	0	0	0	0	72	88	92	122	
anonym	137	25	12	16	22	4	15	2	0	0	5	252	240	299	294	
Sociální prostředí dítěte	úplná rodina	139	127	135	227	250	66	222	6	37	0	5	971	884	1397	1533
	neúplná rodina	140	165	156	245	259	72	307	7	26	2	6	1383	1251	1874	2005
	doplňná rodina	143	100	74	74	92	29	151	3	6	0	0	419	393	625	716
	náhradní rodina	144	16	10	9	11	6	44	0	2	0	2	83	66	114	135
	ústavní péče	145	3	1	1	3	11	24	0	0	0	2	19	15	34	45
Přijata opatření	poradenství - ambulantly	146	234	224	405	431	107	451	11	44	1	8	1916	1698	2674	2856
	uložení dohledu	147	22	15	11	27	8	12	0	0	0	1	205	203	246	258
	umístění dítěte v širší rodině	148	45	29	27	22	3	33	1	2	0	0	66	70	142	156
	umístění dítěte do ZDVOP nebo jiného zařízení	149	29	37	18	17	6	26	1	0	0	1	164	168	218	249
	umístění dítěte do ÚV	150	17	23	11	16	8	26	0	1	0	2	139	102	175	170
	umístění dítěte do NRP	151	5	6	11	12	4	10	1	1	0	1	44	43	65	73
	podání trestního oznámení	151a	136	105	61	81	78	292	1	24	0	3	221	190	497	695
Dopad na dítě	hospitalizace	152	44	46	10	15	7	26	0	0	0	0	49	43	110	130
	tělesné poškození	153	30	31	5	2	1	11	0	0	0	0	8	8	44	52
	postr. stresová porucha	154	54	37	56	49	31	131	2	8	0	1	150	148	293	374
	úmrtí	155	1	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	1	1	5
	těhotenství	155a						45		0		0				47

Při vyplňování tabulky nutno dodržet tyto vztahy:
1) součet sloupců 1, 3, 5, 7, 9 a 11 se musí rovnat sl. 13

2) součet řádků 119 až 123 se musí rovnat řádku 123a v jednotlivých sloupcích a rovněž součet řádků 125 až 126a se musí rovnat ř. 123a v jednotlivých sloupcích

3) součet řádků 119 až 123 se musí rovnat součtu řádků 127 až 137 v jednotlivých sloupcích

4) součet řádků 119 až 123 se musí rovnat součtu řádků 139 až 145 v jednotlivých sloupcích

5) součet sloupců 2, 4, 6, 8, 10 a 12 se musí rovnat sl. 14

6) Sloupce 13 a 14 obsahují v elektronické formě (Excel) již předdefinovaný součet

Zdroj: Roční výkaz o výkonu sociálně-právní ochrany dětí za rok 2014. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [cit. 2014-12-08]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/7260>

