

Česká zemědělská univerzita v Praze

Institut vzdělávání a poradenství

Katedra celoživotního vzdělávání a podpory studia



**Prevence syndromu týraného, zneužívaného
a zanedbávaného dítěte**

Bakalářská práce

Autor: **Ing. Andrea Rybková**

Vedoucí práce: **PhDr. Jitka Jirsáková, Ph.D.**

2021

ČESKÁ ZEMĚDĚLSKÁ UNIVERZITA V PRAZE

Institut vzdělávání a poradenství

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Ing. Andrea Rybková

Specializace v pedagogice
Učitelství odborných předmětů

Název práce

Prevence syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte

Název anglicky

Prevention of Syndrome of Child Abuse and Neglect

Cíle práce

Cílem bakalářské práce je zjistit povědomí pedagogických pracovníků o syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (syndrom CAN) a na základě dotazníkového šetření následně navrhnout a vytvořit manuál pro pedagogy týkající se problematiky syndromu CAN.

Metodika

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části bude popsána problematika syndromu CAN, budou zde uvedeny a popsány jednotlivé formy syndromu, rizikové faktory a prevence.

V praktické části bakalářské práce bude pomocí dotazníkového šetření zjišťována informovanost pedagogických pracovníků středních odborných škol různých oborů o problematice syndromu CAN a bude vytvořen manuál pro pedagogy, jak poznat, odhalit a jak postupovat v případě zjištění syndromu CAN u jejich žáků ve třídě.

Doporučený rozsah práce

dle pravidel pro psaní bakalářských prací

Klíčová slova

syndrom CAN, pedagogický pracovník, střední škola, žák, manuál

Doporučené zdroje informací

- Petersen, Anne C. New directions in child abuse and neglect research. Washington, D.C.: National academies Press, 2014. ISBN 978-030-9285-124.
- Razdan, Priyanka, Sing, Chanchal, Patthi, Basavaraj. Child abuse and neglect. Lap Lambert Academic Publishing, 2017. ISBN 978-3-330-06609-0.
- Slaný, Jaroslav. Syndrom CAN (syndrom týraného dítěte). Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2008. ISBN 978-80-7368-474-7.
- Špeciánová, Šárka. Ochrana týraného a zneužívaného dítěte. Praha: Linde, 2003. ISBN 80-861-3144-0.
- Vágnerová, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008. 4. Vyd. ISBN 978-80-7367-414-4.

Předběžný termín obhajoby

2020/21 LS – IVP

Vedoucí práce

PhDr. Jitka Jirsáková, Ph.D.

Garantující pracoviště

Katedra celoživotního vzdělávání a podpory studia

Elektronicky schváleno dne 8. 3. 2021

PhDr. Lucie Smékalová, Ph.D. et Ph.D.

Vedoucí katedry

Elektronicky schváleno dne 8. 3. 2021

Ing. Karel Němejc, Ph.D.

Pověřený ředitel

V Praze dne 28. 03. 2021

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma:

Prevence syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte

vypracovala samostatně a citovala jsem všechny informační zdroje, které jsem v práci použila a které jsem rovněž uvedla na konci práce v seznamu použitých informačních zdrojů.

Jsem si vědoma, že na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, především ustanovení § 35 odst. 3 tohoto zákona, tj. o užití tohoto díla.

Jsem si vědoma, že odevzdáním bakalářské práce souhlasím s jejím zveřejněním podle zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a to i bez ohledu na výsledek její obhajoby.

Svým podpisem rovněž prohlašuji, že elektronická verze práce je totožná s verzí tištěnou a že s údaji uvedenými v práci bylo nakládáno v souvislosti s GDPR.

V dne

.....
(podpis autora práce)

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí bakalářské práce PhDr. Jitce Jirsákové, PhDr. za velmi vstřícný přístup, mnoho cenných rad a odborné vedení při zpracovávání bakalářské práce. Poděkování patří mnohým pedagogickým pracovníkům za pomoc při sběru dat týkající se řešené problematiky. V neposlední řadě patří mé díky rodině a přátelům za poskytnutí morální podpory a korekce práce.

Abstrakt

Bakalářská práce pojednává o problematice syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte a jeho prevenci. Hlavním cílem práce bylo zjistit, jaké povědomí pedagogičtí pracovníci o této problematice mají. K tomuto zjištění byla použita kvantitativní metoda v podobě dotazníkového šetření.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část je věnována odborným poznatkům a obsahuje definice syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, jeho formy, projevy, následky a způsoby prevence. Dále popisuje legislativu a činnost školního metodika prevence. Praktická část obsahuje samotné dotazníkové šetření, jeho vyhodnocení a vlastní doporučení. V závěru práce je vytvořen podpůrný materiál v podobě distančního textu, určeného pro pedagogické pracovníky, za účelem zvyšování povědomí o syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte.

Klíčová slova

Syndrom CAN, pedagogický pracovník, střední škola, žák, manuál.

Abstract

The bachelor thesis deals with the issue of the syndrome of child abuse and neglect and its prevention. The main aim of the thesis was to find out how well-known the teaching staff are about this issue. Quantitative collection of information in the form of a questionnaire survey was used for this finding.

The bachelor thesis is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part is devoted to professional knowledge and contains definitions of CAN syndrome, its forms, manifestations, consequences and methods of prevention. It also describes the legislation and activities of the school prevention methodology.

The practical part contains the questionnaire survey itself, its evaluation and its own recommendations.

At the end of these thesis, supporting material is created in the form of a distance text intended for teaching staff in order to raise awareness of CAN syndrome.

Keywords

CAN syndrome, pedagogical worker, secondary school, pupil, manual.

OBSAH

ÚVOD	10
TEORETICKÁ VÝCHODISKA	
1 Cíl a metodika	11
2 Rizikové chování	12
2.1 Typy rizikového chování.....	12
2.2 Rizikové chování v období adolescence	13
3 Syndrom CAN	15
3.1 Definice a vývoj pojmu.....	15
3.2 Rizikové faktory syndromu CAN	17
3.3 Formy syndromu CAN	17
3.3.1 Fyzické týrání	18
3.3.2 Psychické týrání	22
3.3.3 Sexuální zneužívání	23
3.3.4 Zanedbávání.....	25
3.3.5 Zvláštní formy syndromu CAN	27
3.4 Následky syndromu CAN.....	30
4 Prevence.....	32
4.1 Typy prevence	32
4.2 Legislativa oblasti primární prevence ve školství	34
4.3 Školní metodik prevence.....	35
5 Prevence vzniku syndromu CAN	37
5.1 Prevence primární	37
5.2 Prevence sekundární.....	38
5.3 Prevence terciární.....	38

5.4	Prevence kvartérní.....	39
-----	-------------------------	----

PRAKTICKÁ ČÁST

6	Dotazníkové šetření	40
6.1	Respondenti.....	40
6.2	Vyhodnocení dotazníkového šetření	42
6.3	Vyhodnocení výzkumné otázky a doporučení	54
	ZÁVĚR	56
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	57
	SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK, GRAFŮ, PŘÍLOH.....	64
	SEZNAM ZKRATEK	65
	SEZNAM PŘÍLOH.....	66

ÚVOD

Tématem bakalářské práce je „Prevence syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte“. Této problematice, která v lidech vzbuzuje velmi silné emoce, je poslední dobou věnována stále větší pozornost. Tyto emoce, pramenící z představy o optimálním rodičovství, vyvolávají nad jakýmkoliv ubližováním dítěti pohoršení, rozčílení, lítost, a v mnohých lidech vybízí k touze pomáhat. Děti, které jsou obětí takového nežádoucího jednání, si vzniklé následky nesou po zbytek svého života. V mnoha případech se takového nežádoucího chování vlivem traumatu z dětství dopouštějí samy na svých dětech.

Teoretická část bakalářské práce je zaměřena na detailní popsání celé problematiky. Zabývá se například obecnými pojmy, rizikovými faktory syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (dále syndrom CAN), jednotlivými formami, jeho následky a prevencí syndromu CAN.

V praktické části bylo provedeno dotazníkové šetření, zaměřené na zjištění informovanosti pedagogických pracovníků o syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte.

Na základě získaných výsledků dotazníkového šetření byl vyhotoven manuál, zvyšující informovanost pedagogických pracovníků o této problematice. V manuálu jsou uvedené veškeré potřebné informace k rychlé orientaci v problematice syndromu CAN, jsou zde uvedeny jeho formy, možné projevy vedoucí k odhalení tohoto nežádoucího jevu a instruktáž jak postup v případě zjištění syndromu CAN u žáků ve třídě. Manuál je dále doplněn důležitými kontakty, které lze v případě potřeby využít.

Téma věnované problematice syndromu CAN jsem si vybrala z důvodu zvýšení povědomí o tomto problému mezi pedagogickými pracovníky a za účelem seznámení pedagogů s jeho projevy, v případě podezření, že je jejich žák obětí některé z forem syndromu CAN.

TEORETICKÁ VÝCHODISKA

1 Cíl a metodika

Cílem bakalářské práce bylo zjistit povědomí pedagogických pracovníků o syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (syndrom CAN) a na základě dotazníkového šetření následně navrhnout a vytvořit manuál pro pedagogy týkající se problematiky syndromu CAN.

Bakalářská práce byla rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části byla popsána problematika syndromu CAN, byly zde uvedeny a popsány jednotlivé formy syndromu CAN, rizikové faktory a prevence. V praktické části bakalářské práce byla pomocí dotazníkového šetření zjišťována informovanost pedagogických pracovníků středních odborných škol různých oborů o problematice syndromu CAN a byl vytvořen manuál pro pedagogy, jak poznat, odhalit a jak postupovat v případě zjištění syndromu CAN u jejich žáků ve třídě.

2 Rizikové chování

Pod pojmem rizikové chování si lze představit širokou škálu forem chování, které negativně ovlivňují zdraví jedince, jeho sociální či psychologické oblasti a zároveň ohrožují jeho sociální okolí (Moivský a kol., 2015, s. 162). Z důvodu různosti teoretických východisek a zdůrazňování zdravotního, normativního a sociálního kontextu neexistuje pro termín rizikové chování jednotná definice (Nielsen Sobotková a kol., 2014, s. 39).

Macek a kol. (2007, s. 477) definují rizikové chování jako sociální konstrukt zahrnující rozmanité formy chování, způsobující zdravotní, sociální či psychologické ohrožení ať už jedince samotného či jeho sociálního okolí.

Dolejš (2010, s. 9) jej popisuje jako chování jedince či skupiny zapříčiňující evidentní nárůst vývojových, zdravotních, psychologických, sociálních a fyziologických rizik pro jedince i společnost.

Dle Nielsen Sobotkové a kol. (2014, s. 40) se jedná o chování, které přímo či nepřímo způsobuje psychosociální či zdravotní poškození jedince, dalších osob, majetku a prostředí.

Mioviský a kol. (2010, s. 24) rizikové chování popisuje jako souhrn fenoménů, jejichž existenci a důsledky lze podrobit vědeckému výzkumu a následně je ovlivňovat preventivní či léčebnou intervencí.

2.1 Typy rizikového chování

Existuje celá řada typů rizikového chování, vždy se však jedná o výsledky interakce biologických, psychologických sociálních a duchovních proměnných (Dolejš, 2010, s. 19-23).

Mezi základní formy uváděné na portálu MŠMT se řadí (MŠMT, 2019, s. 6):

- Šikana, kyberšikana, agrese, násilí, domácí násilí, vandalismus, antisemitismus, intolerance, extremismus, rasismus a xenofobie, homofobie, loupeže a krádeže, vydírání a vyhrožování.
- Záškoláctví

- Chování závislostní, užívání návykových látek, gambling, netolismus.
- Rizikové sporty, rizikové chování v dopravě, prevence úrazů.
- Spektrum poruch potravy, negativní působení sekt a sexuální rizikové chování.

Miovský a kol. (2015, s. 161, 162) rozděluje formy rizikového chování na:

- Rizikové zdravotní návyky jako je např. kouření, pití alkoholu, nezdravé stravovací návyky a užívání drog.
- Sexuální chování, kam zahrnuje předčasnou pohlavní aktivitu, promiskuitu, předčasné mateřství a rodičovství.
- Interpersonální agresivní chování zahrnující šikanu, agresí, týrání, xenofobii a extremismus.
- Delikventní chování vztahující se na hmotný majetek – krádeže, sprejerství a vandalismus.
- Gambling.
- Rizikové chování ke společenským institucím, kam patří záškoláctví a neplnění školních povinností.
- Rizikové sportovní aktivity projevující se adrenalinovými či extrémními sporty.

Nielsen Sobotková a kol. (2014, s. 40-41) zařazuje mezi typy rizikového chování kromě výše zmíněných ještě:

- Lhaní
- Rizikového chování na internetu v podobě navštěvování nelegálních stránek, nadměrný čas strávený na internetu a oslovení cizí osobou.
- Nezdravé stravovací návyky a užívání anabolik a steroidů.

2.2 Rizikové chování v období adolescence

Období adolescence je pro jedince nejdynamičtější vývojová etapa, při které dochází k výrazným změnám ve všech oblastech osobnosti (Dolejš, Orel, 2017, s. 29). Jedná se o přechodnou dobu mezi dětstvím a dospělostí, při které nastává komplexní přeměna osobnosti, ať už v oblasti somatické, psychické a sociální. Průběh těchto

změn závisí na konkrétních kulturních a společenských podmínkách ve vztahu k dospívajícímu (Vágnerová, 2012, s. 367). Dochází zde k různým typům experimentování, poznávání sebe samého, svého okolí a světa (Dolejš, Orel, 2017, s. 29). Tyto radikální změny dané dospíváním, jsou pro jedince velmi citlivým obdobím, které může vést ke vzniku rizikového chování (Kabíček a kol., 2014, s. 32).

Nielsen Sobotková a kol. (2014, s. 34) popisují tzv. ustálené adaptační úkony a aspekty socializace charakteristické pro období adolescence, napomáhající jedinci toto období přejít. Tyto adaptační úkony a aspekty jsou následně spojovány s rizikovým chováním. Mezi tyto adaptační úkony a aspekty patří (Nielsen Sobotková a kol., 2014, s. 34):

- Formování identity, při kterých adolescent napodobuje dospělé, vyhledává nové zážitky a experimentuje.
- Vztahy s vrstevníky – komunikace, sdílení emocí a zážitků.
- Vztahy s dospělými – zkoumání limitů, opozice, diferenciacce.

Stále větší část adolescentů se dnes zapojuje do chování, vyvolávající negativní zdravotní důsledky. V případě návykových látek mají adolescenti mnohem nižší míru tolerance, oproti dospělým, rychleji se stávají závislými a oproti dospělým jim stačí k vytvoření závislosti mnohem menší dávky návykové látky (Miovský a kol. 2010, s. 59).

Nielsen Sobotková a kol. (2014, s. 45) uvádějí, že rizikové chování napomáhá jedincům k začlenění do kolektivu, zvyšuje sebedůvěru a sebevědomí. V případě, že chování není pouze přechodného charakteru a jedinec přejímá problémový způsob života, nastává fatální problém.

3 Syndrom CAN

Na dětství se tradičně pohlíží jako na období bezstarostné zábavy a nevinnosti. Pro tisíce dětí je však součástí každodenního života násilí páchané v jejich vlastních domovech, rukou dospělých, kteří by je měli milovat a starat se o ně (Hornor, 2005, s. 4). Fyzické a psychické týrání, sexuální zneužívání a různé formy zanedbávání patří dnes již mezi běžné problémy, s nimiž se setkáváme (Zeanah, Humpreys, 2018, s. 637). Syndrom CAN neboli syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, je vážným globálním sociálně patologickým jevem (Bechyňová a kol., 2007, s. 5), vyskytující se v různých formách (Krug, Dahlberg, Mercy a kol., 2002, s. 59). V evropských zemích se syndrom CAN objevuje u 1 – 2 % dětské populace, to představuje zhruba 20 – 40 000 dětí mladších 15 let (Nováková, Zášková, 2016, s. 3). Dítětem se rozumí každá lidská bytost mladší osmnáct let, v případě, že není zletilosti dosaženo dříve na základě právního řádu, jenž se na dítě vztahuje (MPSV, 2021).

3.1 Definice a vývoj pojmu

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte je v současné době globálně označován anglosaskou zkratkou CAN (Bechyňová a kol., 2007, s. 9), odkud je také převzatý do české terminologie (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995, s. 7).

Vágnerová (2008, s. 593) definuje syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte jako poškození duševního, tělesného, společenského stavu dítěte a jeho vývoje, vznikajícího na základě nenáhodného jednání dospělé osoby, které je v rámci dané společnosti nepřijatelné. Jedná se o soubor negativních důsledků způsobených špatným zacházením s dítětem – aktivním ubližováním nebo nedostatečnou péčí, kdy jsou zanedbány důležité životní potřeby. Podle definice Světové zdravotnické organizace (WHO) zahrnuje týrání a zneužívání dětí veškeré formy špatného fyzického a psychického zacházení s dětmi, sexuální zneužívání, zanedbávání, komerční či jiné vykořisťování, které má za následek skutečné nebo potencionální poškození zdraví dítěte, jeho vývoj nebo důstojnost (Razdan, Singh, Basaravaj, 2017, s. 8).

Připuštění možného zneužívání dětí v moderní medicíně začalo v 19. století prací francouzského forenzního lékaře Ambroise Tardie, který popsal širokou škálu fyzických a sexuálních zranění dětí, včetně meningeálního krvácení a fatálních poranění mozku u zneužívaných kojenců (Razdan, Singh, Basaravaj, 2017, s. 7). V průběhu 20. století nastaly výrazné změny v postavení dětí ve společnosti oproti starověku a to díky proměnám ve společenské, politické, ekonomické a ideologické sféře, technického a vědeckého pokroku, změn v hierarchii hodnot a mnoha dalších činitelů (Dunovský, 2005, s. 106). Pozornost veřejnosti se zaměřila na problematiku fyzického týrání a to především z medicínského hlediska. V roce 1962 probíhal pod vedením amerického pediatra Carla Henryho Kempeho rozsáhlý výzkum, na jehož základě byl popsán syndrom bitého dítěte (Battered child syndrom). Jednalo se o komplex abnormálních poranění dětí, která nebyla způsobena úrazem (Matoušek a kol., 2017, s. 21). Tento výzkum se stal významným podnětem k vyburcování odborné lékařské veřejnosti z lhostejnosti vůči násilí páchanému na dětech a začala být tomuto jevu věnována dostatečná pozornost (Bechyňová a kol., 2007, s. 9). Na přelomu 60. a 70. let 20. století, byla pozornost zaměřena kromě fyzického týrání také na sexuální zneužívání, na základě čehož vznikla definice CAN. Název syndrom CAN pochází z anglického označení „Child abuse and neglect“, kdy pojem „abuse“ označuje zneužívání a pojem „neglect“ nedostatečnou péči o dítě – zanedbávání. V případě české odborné terminologie byla zkratka CAN rozšířena o pojem týrání a tak jej můžeme volně přeložit jako syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (Matoušek a kol., 2017, s. 21). V roce 1977 byla pod nátlakem získaných informací o výskytu a závažnosti tohoto problému založena mezinárodní společnost ISPCAN (The International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect), která ve stejném roce zahájila publikování časopisu Child abuse and neglect (Bechyňová a kol., 2007, s. 9).

Současné postoje ohledně týrání dětí vycházejí právě z publikace Dr. Carla Henryho Kempeho, ve které autor uvádí, že syndrom týraného dítěte by měl být zvažován při každé diferenciální diagnostice zahrnující poranění dětí. Podezření na zneužívání by mělo být zvažováno u každého dítěte, které vykazuje známky zlomenin, subdurálního hematomu, otok měkkých tkání nebo zevních hematomů (Razdan, Singh, Basaravaj, 2017, s. 7). Dále pak u každého dítěte, které náhle zemřelo nebo u

kterého je stupeň a typ zranění v rozporu s uvedenou historií traumatu (Kempe, Denver, Silverman a kol., 1985, s. 143).

3.2 Rizikové faktory syndromu CAN

Možné rizikové faktory vedoucí ke vzniku syndromu CAN lze identifikovat na několika rovinách (Bechyňová a kol., 2007, s. 75). Mnohdy je nalzáme jak na straně dospělého- rodičů, tak i na straně samotného dítěte (Hanušová, 2006, s. 8), dále pak na straně prostředí, ve kterém dítě vyrůstá. Jedná se tedy o souhrn určitých vlivů, které se ve stejnou dobu protnou (Dydňanská, 2016, s. 4).

Mezi rizikové faktory nacházející se na straně dospělé osoby- rodičů patří například psychické poruchy, nezralé osobnosti rodičů, užívání návykových látek, nadměrný stres a špatná ekonomická situace (Dydňanská, 2016, s. 4). Jedná se o rizikovou skupinu zahrnující osoby, které byly v dětství sami týrány, zneužívány či jinak deprimovány. Dále sem patří svobodné, mladé matky (Hanušová, 2006, s. 8), lidé chudí, nezaměstnaní a osoby s nižším vzděláním (Krug, Dahlberg, Mercy a kol., 2002, s. 67).

Do rizikových faktorů pocházející z prostředí patří například nedostatek osobního prostoru (velká rodina), nezaměstnanost, nízké morální hodnoty projevující se vulgarismy, podporou agrese a dále například členství v sektě (Dydňanská, 2016, s. 4). Vliv velikosti rodiny na vznik jakékoliv formy zneužívání dětí potvrzují také Krug, Dahlberg a kol. (2002, s. 67), kteří uvádějí studii, ve které byly děti z více početné rodiny postiženy jakoukoliv formou násilí až 3x častěji.

V případě rizikových faktorů ze strany dítěte se může jednat o jakýkoliv druh postižení (Hanušová, 2006, s. 9). Dále do této rizikové skupiny spadají předčasně narozené děti, děti s temperamentem odlišným od rodičů, děti nešikovné, vtíravé a plačtivé, děti z nechtěného těhotenství a v případě sexuálního zneužívání také holčičky s vyzývavým a svádívným chováním (Dydňanská, 2016, s. 4-5).

3.3 Formy syndromu CAN

Nevhodná péče o děti má mnoho forem. Jednotlivé formy syndromu CAN jsou velmi rozmanité, přechody mezi nimi jsou plynulé a ve většině případů se vzájemně

kombinují (Bechyňová a kol., 2007, s. 9, s. 10). Každá z jednotlivých forem syndromu CAN se odlišuje svou příčinou, projevem, důsledky a formou následné intervence (Pemová, Ptáček, 2012, s. 169). Mezi základní formy možného ohrožení dětí patří fyzické a psychické týrání, zneužívání, zanedbávání a zneužívání sexuální (Bechyňová a kol., 2007, s. 10, s. 11; DiLillo, Fortier, Perry, 2005, s. 5). Šance dětem (2012) uvádí kromě výše zmíněných forem syndromu ještě zvláštní formy týrání a zneužívání, mezi které patří sekundární viktimizace způsobená orgány pro pomoc a ochranu dětí a jejich rodin a Münchhausenův syndrom v zastoupení (by proxy). Dunovský, Dytrych, Matějček a kol. (1995, s. 3) mezi zvláštní formy syndromu CAN řadí ještě organizované zneužívání dítěte, rituální zneužívání a sexuální turismus.

Tabulka1: Formy a projevy syndromu CAN

	Tělesné týrání, zneužívání a zanedbávání	Duševní a citové týrání, zneužívání a zanedbávání	Sexuální zneužívání
Aktivní	tržné, zhmožděné rány a poranění, bití, zlomeniny, krvácení, dušení, otrávení, smrt	nadávky, ponižování, strašení, stres, šikana, agrese	sexuální hry, pohlavní zneužívání, ohmatávání, manipulace v oblasti erotogenních zón, znásilnění, incest
Pasivní	neprospívání, vyhladovění, nedostatky v bydlení, ošacení, ve zdravotní a výchovné péči	nedostatek podnětů, zanedbanost duševní i citová	exhibice, video, foto, audiopornografie, zahrnutí dětí do sexuálních aktivit dospělých
Zvláštní formy			
Münchhausenův syndrom v zastoupení (by proxy) Systémové týrání a zneužívání Organizované týrání a zneužívání Rituální týrání a zneužívání			

Zdroj: Dunovský, 1995, s. 10.

3.3.1 Fyzické týrání

Od nepaměti byly děti oběťmi fyzického týrání. Po dlouhá staletí byly děti označovány za majetek rodičů, především otců, kteří s nimi mohli nakládat a jednat podle vlastního úsudku. Také v současné době je možné setkat se s tělesnými tresty, důležité jsou však vymezené hranice mezi surovým bitím a běžným naplácáním.

Tyto hranice však nelze pokaždé určit s přesností, záleží také na mnoha dalších okolnostech a faktorech (Bechyňová a kol., 2007, s. 76). Nutné je však uvést, že veškeré tělesné tresty, které jsou vykonané za pomoci předmětu (vařečka, řemen, apod.), na citlivou část těla jako je hlava, břicho, dlaně, plosky nohou a genitálie nebo tělesné tresty, po nichž zůstávají stopy po těle dítěte (škrábane, modřiny) lze na základě definice považovat za fyzické týrání (Vaníčková, 2009, s. 8).

Fyzické týrání je v rámci syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte nejprozkoumanějším a nejdělněji popsáným jevem, ze kterého se utvářely základní přístupy k jeho poznávání a následnému řešení (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995, s. 27). Zdravotní komise Rady Evropy jej definovala jako ublížení dítěti nebo vědomé nezabránění ublížení (Bechyňová a kol., 2007, s. 12) a utrpení, včetně záměrného udušení či otrávení dítěte v případě, že existuje určité podezření, že zranění byla způsobena záměrně nebo mu nebylo vědomě zabráněno (Gjuričová, Kocourková, Koutek, 2000, s. 16).

Mezi projevy fyzického týrání patří těžké tělesné tresty, bití, popálení, otravy (Razdan, Singh, Basaravaj, 2017, s. 11), vpichy, zlomeniny, třes (Honor, 2005, s. 5) a další způsoby nepřiměřeného trestání (Razdan, Singh, Basaravaj, 2017, s. 11). Jakákoliv forma fyzického násilí na dětech je porušením práv dítěte definovaných v úmluvě OSN o právech dětí (Radford, Corral, Bradley a kol., 2011, s. 44). Při vyhledávání ohrožených dětí je nutné počítat s rozmanitostí jednotlivých forem a následků fyzického týrání (Bechyňová a kol., 2007, s. 13).

Dunovský, Dytrych, Matějček a kol. (1995, s. 8) rozdělují fyzické týrání na formu aktivní, při které je dítě ohroženo a poškozováno nejrůznější podobou tělesného násilí a na formu pasivní, kdy dítě trpí převážně nedostatečným uspokojením svých životních potřeb.

Aktivní forma fyzického týrání zahrnuje veškeré akty fyzického násilí spáchané na dítěti a úmyslné opomenutí péče o dítě, které končí jeho poraněním nebo usmrcením.

Fyzicky týrané děti je možné rozdělit do dvou skupin a to na skupinu týraných dětí s následným poraněním a na skupinu dětí bez bezprostředních známek násilí (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995, s. 27). Do skupiny fyzicky týraných dětí s následným poraněním patří ty děti, u nichž bylo poranění způsobeno bitím,

popálením, opařením, trestáním a jako důsledek selhání ochrany dětí před násilím. Skupinu týraných dětí bez bezprostředních známek násilí tvoří ti jedinci, u nichž se fyzické násilí projevilo formou dušení, otravou či dalšími podobnými způsoby násilí a dále pak například děti, které byly opakovaně vystavovány lékařským prohlídkám (Hanušová, 2006, s. 9).

Tělesná poranění, ke kterým v důsledku aktivního fyzického týrání dochází lze rozdělit na poranění zavřená, otevřená (Hanušová, 2006, s. 10) a mnohočetná poranění (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995, s. 34).

Pro uzavřené poranění je typické poškození tkání a orgánů, které je způsobené tupým násilím (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995, s. 28). Patří sem otřesy, zejména mozku a míchy (Hanušová, 2006, s. 10), projevující se funkční poruchou bez patologického nálezu. Dalším typem je pohmoždění, při kterém dochází k mírnému nitrokožnímu krvácení, vyznačujícím se krevními výrony – modřinami na kůži (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995, s. 28). Právě modřiny jsou nejčastějším projevem fyzického násilí (Honor, 2005, s. 6). Pohmoždění kůže může být také způsobené vytrháváním vlasů. Ty jsou často vytrhávány v celých chomáčích, po kterých zůstávají na hlavě okrouhlé lysiny. Ve většině případů je tento nález považován za určitou formu alopecie (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995, s. 29). Dále sem patří poranění svalů, šlach, kloubů, nervů, cév (Hanušová, 2006, s. 10), poranění kostí a poranění hlavy. Poranění hlavy je podstatnou příčinou chronických neurologických poruch a nejčastější příčinou úmrtí týraných dětí. V případě poranění nitrobršních orgánů je možné hovořit jak o poranění zavřeném, tak i o poranění otevřeném. Záleží, jakou formou násilí k poranění došlo, neboť i tupý úder může způsobit roztržení sleziny, žaludku, jater nebo například pankreatu (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995, s. 30).

Otevřená poranění jsou taková poranění, při nichž dochází k narušení kůže, sliznice či povrchu určitého orgánu. Následkem tohoto poranění může dojít ke ztrátě většího množství krve, díky kterému se může rozvinout hypovolemický šok. Mezi otevřená poranění řadíme rány na hlavě, které často provází roztržení lebečních kostí. Pokud dojde k zanedbání lékařské péče, může mít toto zranění za následek poúrazovou epilepsii (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995, s. 31). Dále sem patří nitrooční

krvácení způsobené úderem či pádem na očníci nebo hlavu a perforace bulbu, u kterého je oko ohroženo slepotou, případně jeho ztrátou. Dalším nebezpečným poraněním jsou rány na hrudníku, při nichž proniká vzduch do pohrudniční dutiny a vzniká tak pneumotorax (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995, s. 32). Jednou z dalších forem otevřených poranění jsou popáleniny (Hanušová, 2006, s. 10). Popáleniny vznikají tepelným poškozením kůže a podkožní tkáně. Příčinným mechanismem mohou být opaření horkou kapalinou, kontakt se zdrojem tepla či ohněm, popálení chemikáliemi či elektrickým proudem (Hornor, 2005, s. 8). Některé popáleniny odrážejí tvar předmětu, který je způsobil. Razdan, Singh a Basaravaj (2017, s. 21) tento typ popálenin označuje jako „tetování“. Nejčastější příčinou dětských popálenin, náhodných nebo záměrných, je opaření horkou tekutinou. Pro úmyslné popálení jsou charakteristické určité vzory poškození kůže. Popáleniny rukou a nohou, tzv. punčochy vznikají ponořením dítěte do horké kapaliny. Popáleniny tohoto typu mají ostře ohraničené hrany mezi opařenou a zdravou kůží (Hornor, 2005, s. 8) s popálením hýždí a genitálií (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995, s. 32). Dunovský, Dytrych, Matějček a kol. (1995, s. 33, 34) do skupiny otevřených poranění zahrnuje ještě bezvědomí, bolesti hlavy, bolesti břicha, závratě a křečové stavy.

Posledním typem poranění, ke kterému v rámci aktivního fyzického týrání dochází, jsou mnohočetná poranění. Při tomto typu poranění lze vedle mnoha oděrek a pohmožděnin rozpoznat také fraktury a vnitřní krvácení spolu s těžkým emocionálním a psychickým zasažením dítěte (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995, s. 34).

Pasivním fyzickým týráním označujeme takovou formu týrání, při které dochází k nedostatečnému uspokojování nejdůležitějších fyzických, psychických a sociálních potřeb (Hanušová, 2006, s. 11). Jedná se o nedostatečnou zdravotní péči, kdy rodič či opatrovník odmítá preventivní péči o dítě, včetně jeho očkování. Dále sem patří nedostatky ve výchově a vzdělávání projevující se negramotností a celkovou zanedbaností (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995, s. 43). V případě nedostatku ošacení, ochrany a přístřeší se jedná o nezabezpečení domova, optimálních životních podmínek a nedostatku pozornosti vůči nepříznivým vlivům ohrožující zdraví a život dítěte (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995, s. 44).

Jedná se především o děti, které přišly nějakým způsobem (přírodní katastrofy, úmrtí, války, útek, ...) o svůj domov (Hanušová, 2006, s. 11). Poslední uváděnou formou pasivního fyzického týrání dětí je vykořisťování, kam patří námezdní práce a žebrání (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995, s. 44).

3.3.2 Psychické týrání

Psychické týrání dětí a dospívajících může být nejnáročnější a převládající formou zneužívání a zanedbávání dětí, přesto, se mu donedávna věnovala relativně malá pozornost (Hibbard, Barlow, MacMillan, 2012, s. 371). Psychické týrání, známé také jako emoční zneužívání zahrnuje takové jednání nebo nečinnost rodičů či opatrovníků, které způsobuje nebo by mohlo způsobit vážné behaviorální, kognitivní, emocionální nebo mentální poruchy. Pod takovým jednáním si lze představit extrémní či bizarní formy trestu, jako je uvěznění v temné místnosti, přivazování, vyhrožování a terorizování dítěte. Mezi méně vážné, ale neméně škodlivé činy patří klamání, odmítání léčby, užívání hanlivých výrazů vůči dítěti, obviňování (Razdan, Singh, Basaravaj, 2017, s. 42), ponižování a podceňování (Špeciánová, 2003, s. 21). Psychické týrání obsahuje jak složku aktivní, to znamená, že se dítě setkává s určitým nevhodným chováním (například nadávky, opovrhování, zesměšňování), tak i složku pasivní, kdy je dítěti odepřeno něco, co by za normálních podmínek měl mít (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995, s. 46). Jedná se tedy o neschopnost vytvořit vývojově vhodné a podpůrné prostředí, včetně absence primární postavy pro attachment, díky kterým si dítě vytváří stabilní škálu psychických a sociálních schopností, odpovídajících jeho osobnímu potenciálu a kontextu společnosti, ve kterém dítě žije (Razdan, Singh, Basaravaj, 2017, s. 42). Jednou z obtíží při jasném definování toho, co takové týrání zahrnuje, je absence společenského konsensu o rozlišení mezi špatným psychickým zacházením a suboptimálním rodičovstvím (Hibbard, Barlow, MacMillan, 2012, s. 372).

Bechyňová a kol., uvádějí 5 subtypů psychického týrání. Prvním z nich je pohrdání, které zahrnuje ponižování, hrubí nadávky, zavrnutí, zdůraznění morální zkaženosti a neschopnosti zneuctění, zesměšňování a odcizení. Dalším subtypem psychického týrání je terorizování. Sem patří jakákoliv hrozba fyzického násilí, usmrcení nebo přihlížení rodinnému násilí. Patří sem také vystavování dětí do nebezpečných situací

a přísná, nerealistická očekávání doprovázená hrozbami, pokud nejsou splněna. Třetím typem je izolování, kdy je dítěti bráněno v interakci s dospělými a se svými vrstevníky. Zároveň bývá dítě po delší dobu izolováno v temné místnosti, například ve sklepě či na toaletě. Předposledním subtypem je korupování, zahrnující modelování, povolování nebo povzbuzování antisociálního nebo vývojově nevhodného chování, jako je například užívání alkoholu a drog, omezení vlastní autonomie a kognitivního vývoje. Posledním subtypem, který Bechyňová a kol. uvádějí je odpírání emoční opory, projevující se psychologickou nedostupností, ignorací, absencí chvály a interakcemi pouze v případě potřeby. Hibbard, Barlow a MacMillan uvádějí ještě jeden subtyp psychického týrání a to konkrétně duševní, lékařské a výchovné zanedbání. V tomto případě je dítěti omezen přístup k nezbytné zdravotní péči, není zajištěno emoční a fyzické zdraví dítěte a jsou mu odepřeny vzdělávací potřeby (Bechyňová a kol., 2007, s. 15; Hibbard, Barlow, MacMillan, 2012, s. 373).

Od ostatních forem syndromu CAN se psychické týrání liší tím, že je velmi těžko prokazatelné, a to z toho důvodu, že po sobě nezanechává žádné viditelné stopy. Ty se nacházejí na dětské duši, kde přetrvávají ještě dlouho poté, co k ublížení došlo. Jelikož po sobě nezanechává žádné prokazatelné stopy, je pro jeho odhalení podstatná všímavost okolí, zaměřená na projevy chování dětí navenek. Psychický týrané děti trpí ve většině případů úzkostnými stavy, nedostatkem sebedůvěry a uzavřením se do sebe. Nebo se naopak mohou stát sami agresory a napadat fyzicky slabší vrstevníky, kvůli kompenzaci citové frustrace pocitem moci vůči druhým (Pöethe, 1996, s. 34).

3.3.3 Sexuální zneužívání

Nejhorší možnou formou syndromu CAN, po které v dítěti zůstávají bolestivé vzpomínky po celý život a která výrazně ovlivňuje jeho budoucí život, je sexuální zneužívání (Vaníčková, Provazník, Hadj-Mousova a kol., 1999, s. 20). Jedná se o celosvětově velmi rozšířený problém, postihující zhruba 20 % dívek a 5 – 10 % chlapců (Sabella, 2016, s. 48). Sexuální zneužívání dětí, označované anglickou zkratkou CSA (Child Sexual Abuse) je častým jevem, který vede k poškození milionů dětí, chlapců i dívek, ve velkých i malých komunitách, napříč kulturami a

socioekonomickým zázemím. Tyto činy jsou páčány mnoha typy pachatelů, včetně mužů a žen, jednotlivými členy rodiny či blízkými přáteli, lidmi různých forem sexuální orientace, socioekonomických tříd a kulturních prostředí (Murray, Nguyen, Cohen, 2014, s. 1).

Rada Evropy definovala v roce 1992 sexuální zneužívání jako nepatřičné vystavení dítěte sexuálnímu kontaktu, chování či činnosti (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995, s. 50), které plně nerozumí, není na ni vývojově připraveno a není schopno dát informovaný souhlas k jejímu vykonání (Razdan, Singh, Basaravaj, 2017, s. 36). Sexuální zneužívání tedy představuje jakékoliv sexuální dotyky, styk a vykořisťování dospělou osobou (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995, s. 50).

Chování sexuálního zneužívání se rozděluje na aktivity kontaktní (dotykové) a nekontaktní (bezdotykové). Kontaktní aktivity lze dále rozdělit podle toho, zda dochází či nedochází k následné penetraci. Patří sem aktivity penetrativní, při kterých dochází k proniknutí prstů či předmětů do genitálu a to buď orální, anální nebo genitální cestou, a na aktivity nepenetrativní, které zahrnují doteky a mazlení se na genitáliích či prsou a to jak na nahém těle, tak i přes oblečení (Hanušová, 2006, s. 6). Do kontaktních aktivit spadá také obtěžování, kdy je dítě dospělou osobou líbáno, osaháváno na erotogenních zónách, kterými jsou prsa, hýždě a genitálie a je slovně, vulgárně obtěžováno. Druhou dotykovou formou je sexuální útok, kdy se dospělý opět dotýká erotogenních zón dítěte, mazlí se s ním a vniká do něho předměty, prsty nebo jazykem. Po dítěti může být vyžadována masturbace penisu či intrafemorální koitus. Dále zahrnuje dotyková forma sexuálního zneužívání znásilnění, označující vynucené vniknutí do pochvy, úst nebo konečníku dítěte penisem a incest. Mezi nekontaktní formy CSA patří exhibicionismus, při kterém předvádí dospělý jedinec své genitálie svému okolí, především dětem. Dalším typem je tzv. harassment, kdy je dítě zneklidňováno například slovními útoky a poplácáváním se sexuálním podtextem ze strany dospělého (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995, s. 52). Dále sem patří nucení dětí sledovat pornografii, listování v pornografických časopisech, sledování masturbace (Sabella, 2016, s. 50), zneužití dítěte k dětské pornografii a voyeurismus (Hanušová, 2006, s. 6).

Jedná se opět o velmi těžce prokazatelný jev, který je v mnoha případech promlčen. A to z toho důvodu, že pachatel donucuje svou oběť nátlakem a vydíráním k mlčení, mnohdy i po mnoho dalších let. Prokazatelnost zneužívání je však už po takové době obzvláště složitá, až téměř nemožná (Bentovim, 1998, s. 51). Bentovim (1998, s. 51) rovněž uvádí, že zatímco se zanedbávání a týrání dětí dopouštějí ženy i muži ve srovnatelné míře, v sexuálním zneužívání jasně převládají muži, a to z celých 95 %.

Příznaky a projevy sexuálně zneužívaných dětí má krátkodobé, ale také dlouhodobé následky. Mezi ty krátkodobé patří úzkost, strach, pocit viny, zahanbení, deprese a nízká sebeúcta. U dětí se projevují změny v chování, jsou nedůvěřiví vůči dospělým a zhoršuje se jejich školní prospěch. Z pohledu somatických obtíží může docházet k bolestem hlavy, břicha, k enuréze, poruše spánku a příjmu potravy. Mezi nejnápadnější příznaky patří neadekvátní sexuální chování, sebepoškozování a suicidální chování. V případě dlouhodobých následků se kromě výše zmiňovaným příznakům přidává ještě dissociativní porucha chování (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995, s. 57).

3.3.4 Zanedbávání

Jednou z dalších neméně závažných forem (Ptáček, Pemová, Gerlová, 2006, s. 200) a dle DePanfilis (2006, s. 9) také nejčastější formou syndromu CAN je zanedbávání dítěte. Spolu s psychickým týráním patří zanedbávání mezi nejméně prozkoumané formy tohoto syndromu (Hanušová, 2006, s. 15).

Pojem zanedbávání představuje neschopnost opatrovníka zajistit bezpečný rozvoj dítěte v jakékoliv sféře jeho života a to konkrétně v oblasti zdravotní péče, vzdělávání, v jeho emočním vývoji, ale rovněž v oblasti přístřeší a bezpečných životních podmínek (Razdan, Singh, Basaravaj, 2017, s. 63). Zanedbávání je tedy jakákoliv nedostatečná péče o dítě, která má za následek ohrožení dítěte a závažnou újmu v jeho vývoji (Pöethe, 1999, s. 50). Tato vývojová újma se týká jak oblasti tělesné – nedostatek potravy, zanedbání zdravotní péče, tak i oblasti duševní – neuspokojení citových potřeb, zanedbávání školní docházky (Kajanová, 2014, s. 31). DePanfilis (2006, s. 9) uvádí, že zanedbávání může být pro raný vývoj mozku dítěte dokonce mnohem škodlivější, než fyzické nebo sexuální zneužívání. Na rozdíl od týrání je proces zanedbávání kontinuální a postihuje všechny děti v rodině. Rodiče či

opatrovníci, kteří se zanedbávání svého dítěte dopouštějí, mívají zpravidla slabší intelektové schopnosti a nižší socioekonomickou úroveň (Gjuričová, Kocourková, Koutek, 2000, s. 20).

Zanedbávání dětí je možné rozdělit na 2 stupně zanedbanosti a to na zanedbávání těžké a zanedbávání všeobecné. V případě těžkého zanedbávání je bezprostředně ohroženo zdraví či samotný život dítěte. Co se týče všeobecného zanedbávání, tak zde se jedná o zanedbání potravy, zdravotní péče, oblečení, zanedbání sociálních interakcí a ochrany před nebezpečím (Mühlpachr, 2002, s. 81).

Mezi jednotlivé základní formy zanedbávání dětí patří zanedbávání fyzické, zdravotní, zanedbávání emoční a vzdělávací (Bechyňová a kol., 2007, s. 24) a zanedbávání environmentální (DePanfilis, 2006, s. 11).

Fyzické zanedbání je jednou z neuznávanějších forem zanedbávání (DePanfilis, 2006, s. 12). V rámci fyzického zanedbávání nejsou uspokojeny tělesné potřeby dítěte (Hanušová, 2006, s. 7). To zahrnuje zanedbání nutriční, projevující se dlouhodobým hladověním a podvýživou. Dále pak nedostatek vhodného oblečení vzhledem k danému ročnímu období (DePanfilis, 2006, s. 12), přístřeší, nedostatečný dohled a ochrana, nedostatek hygieny a případné zdravotní léčby (Bechyňová a kol., 2007, s. 24).

Do zanedbávání v oblasti lékařské péče spadá odmítnutí zdravotní péče, kdy opatrovník neposkytne či zamítne potřebné lékařské ošetření doporučené kompetentním zdravotním personálem (DePanfilis, 2006, s. 12).

Posouzení emočního zanedbávání bývá obvykle složitější než u ostatních forem, avšak jeho následky jsou oproti fyzickému zanedbávání dlouhodobější a závažnější. Často se vyskytuje současně s dalšími formami zanedbávání. Zahrnuje přetrvávající výraznou nepozornost opatrovníků vůči potřebám dítěte k náklonnosti, emoční podpoře a pozornosti. Dále pak povolené užívání drog, alkoholu a izolace dítěte od svých vrstevníků (DePanfilis, 2006, s. 14).

V rámci zanedbávání vzdělávání není dítěti poskytnuta možnost dosáhnout plnohodnotného edukačního potenciálu, způsobeného například častou absencí ve vyučování nebo dětskou prací (Hanušová, 2006, s. 8).

Některé z výše uvedených charakteristik lze považovat za důsledky zanedbávání prostředí, ve kterém dítě vyrůstá. V takovéto situaci hovoříme o zanedbávání environmentálním (DePanfilis, 2006, s. 14). Patří sem zároveň vystavování dítěte stresovým situacím či jakémukoliv nebezpečí v rámci domova a mimo něj (Bechyňová a kol., 2007, s. 24).

3.3.5 Zvláštní formy syndromu CAN

Kromě výše uvedených forem syndromu CAN rozeznáváme ještě tzv. zvláštní formy, mezi které patří sekundární viktimizace, Münchhausenův syndrom v zastoupení (by proxy) (Šance dětem, 2012), organizované zneužívání, rituální zneužívání dětí a sexuální turismus (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995, s. 3).

Sekundární viktimizace neboli druhotné zneužívání a ponižování (systémové týrání) je zvláštní forma týrání způsobená systémy, které byly založeny pro pomoc a ochranu dětí a jejich rodin (Vaníčková, 2009, s. 14). Místo toho, aby byl takovýto systém dítěti ku prospěchu, je naopak dítě tímto systémem poškozováno (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995, s. 66).

Příkladem sekundární viktimizace je upření dítěti práva na informace a práva být slyšen, vystavení dítěte opakovaným lékařským prohlídkám, které jsou mnohdy nesmyslné či necitelné, či způsobování úzkostí způsobených v rámci jeho interakcí s právním systémem (Hanušová, 2006, s. 8), kdy je dítě poškozováno zkušenostmi jako svědek nebo je soudní slyšení popotahováno. Dále pak pokud je dítě neprávem odloučeno od své rodiny či pokud byly dítěti poskytnuty nedostatečné zdroje či služby pomoci k setrvání u své rodiny (Spravedlnost dětem, 1993).

Dle Vaníčkové (2009, s. 14) může trauma vzniklé touto sekundární viktimizací poškodit dítě více, než trauma původní.

V průběhu získávání poznatků o syndromu CAN se ukázalo, že kromě již zmiňovaných forem existují také případy, při kterých si rodiče kromě úmyslného trávení svých dětí vymýšlejí a připravují všelijaké onemocnění a příznaky, na které by mělo být dítě léčeno (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995, s. 35). Tento jev, označovaný jako **Münchhausenův syndrom v zastoupení (by proxy)** zahrnuje

jak fyzické zneužívání, tak lékařské zanedbání a psychické týrání (Stirling, 2007, s. 1026).

Münchhausenův syndrom byl poprvé popsán roku 1951 lékařem Richardem Asherem, který u svých pacientů vyzoroval chorobné vymyšlení nejrůznějších příznaků a nemocí (Razdan, Singh, Basaravaj, 2017, s. 53). K pojmenování syndromu použil lékař Richard Asher postavu barona von Munchhausena z Hannoveru (Palmer, Yoshimura, 1984, s. 503), u nás známého jako barona Prášila (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995, s. 35), který proslul svými smyšlenými historkami (Urban, Masopust, 2004, s. 82). V roce 1977 byl tento pojem rozšířen na Münchhausenův syndrom v zastoupení britským pediatrem Royem Meadowem, který popsal extrémní formu týrání, ve kterých matka nepravdivě uváděla příznaky nemoci u svých dětí nebo tyto příznaky úmyslně vyvolávala (Razdan, Singh, Basaravaj, 2017, s. 53). Anamnéza prvního dítěte spočívala v opakujícím se výskytu krve v moči, zatímco druhé dítě trpělo recidivující hypernatremií. U prvního dítěte, u něhož se příznaky projevovaly pouze v přítomnosti matky, došlo ke zlepšení zdravotního stavu poté, co matka podstoupila psychiatrické léčení. Ve druhém případě, kdy bylo dítě postiženo recidivující hypernatremií, docházelo k projevům onemocnění pouze ve chvíli, kdy byl pacient v domácí péči. V tomto případě bohužel dítě zemřelo na následky těžké hypernatremie, způsobené otravou solí (Abdulhamid, Siegel, 2008 s. 1).

Princip Münchhausenova syndromu v zastoupení spočívá ve smýšlení patologických symptomů, poškozování krevních vzorků, vzorků moči a dalšího biologického materiálu (např. přidáním krve do vyšetřovaného vzorku moči) určených k vyšetření tak, aby v nich byl prokázán patologický nález (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995, s. 35). Děti, které jsou tomuto syndromu vystaveny, mají vysoké absence ve školní docházce, jsou vystaveny četným, bolestným a nesmyslným lékařským vyšetřením a jsou rodiči fyzicky a psychicky zneužívány. V případě, že toto zneužití přežijí, trpí dlouhodobými psychickými poruchami (Walk, Davies, 2010, s. 4).

Abdulhamid a Siegel (2008, s. 2) uvádějí, že více jak 95 % případů je způsobeno matkou. Stejného výsledku dosáhl také výzkum Mary S. Sheridan z roku 2003, ve kterém tvořily případy MSBP způsobené matkou 76,5 %.

Symptomy onemocnění se vyskytují převážně v přítomnosti matky, při jejím odchodu obvykle vymizí (Abdulhamid, Siegel, 2008 s. 2). Z výzkumu Mary S. Sheridan bylo zjištěno, že pachatelé MSBP mají mnohdy odborné vzdělání v oblasti zdravotní péče, nejčastějším uváděným zaměstnáním tak byla zdravotní sestra. Pachatelé MSBP mají také často diagnostikovaný Münchhausenův syndrom nebo projevují chování shodné s touto diagnózou. 22,8 % pachatelů zařazených do výzkumu trpělo určitým typem psychické poruchy, nejčastěji depresí a poruchou osobnosti (Walk, Davies, 2010, s. 4).

Munchhausenův syndrom v zastoupení se nejčastěji vyskytuje u kojenců a malých dětí ve věku 3 let (Abdulhamid, Siegel, 2008 s. 3). Jeho diagnostika je velmi komplikovaná a to z toho důvodu, že rodič obvykle podává mylné informace o stavu dítěte a popírá jakoukoliv vinu za zdravotní stav dítěte (Münchhausenův syndrom v zastoupení, 2018). Pro odhalení syndromu je důležitá podrobná dokumentace zdravotní historie dítěte a jeho rodiny a předchozí hospitalizace dítěte. Dále jsou potřebné rozhovory s rodinnými příslušníky a hospitalizace dítěte, při které by měly být důkladně sledovány případné příznaky v nepřítomnosti matky (Abdulhamid, Siegel, 2008 s. 6).

V případě **organizovaného zneužívání** se jedná o zneužívání dítěte mnoha pachateli, spolupracujícími za účelem dosažení tohoto cíle (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995, s. 68). Organizované zneužívání je závažnější forma sexuálního zneužití, konajícího se především ve velkých městech. Zahrnuje dětskou pornografii, prostituci (Vaníčková, Provazník, Hadj-Moussová a kol., 1999, s. 104), dětskou námezdní práci, ilegální mezinárodní adopce a usmrcení dětí za účelem prodeje orgánů (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995, s. 67).

Za nejpodivnější či bizarní formu syndromu CAN lze považovat **rituální zneužívání**. Jedná se o zacházení s dítětem vykonané ve spojení s určitými symboly, které jsou součástí určitého organizovaného společenství a mají magickou, náboženskou nebo nadpřirozenou charakteristiku (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995, s. 70). Při tomto typu týrání je zneužívání dětí spojeno s vírou, rituály a magií vyžadující oběti (Vaníčková, Provazník, Hadj-Moussová a kol., 1999, s. 10).

Sexuální turismus je relativně nový jev (Hanušová, 2006, s. 15), spadající do kontaktní formy sexuálního zneužívání (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995, s. 54), k jehož rozvoji došlo především ve druhé polovině dvacátého století (Hanušová, 2006, s. 15). Sexuální turistika spočívá v cestování do cizích zemí za účelem vyhledání vhodného dítěte k vlastnímu sexuálnímu uspokojení (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995, s. 71).

3.4 Následky syndromu CAN

Jedním z primárních zjištění v 80. letech bylo, že jakýkoliv typ násilí na dětech, ať už se jedná o sexuální zneužívání, fyzické týrání či zanedbávání, mají na děti devastující vliv (Christoffersen, DePanfilis, 2009, s. 25). Jakékoliv zkušenosti s násilným chováním mohou mít negativní vliv na psychický vývoj dítěte (Hubáčková, 2014). V mnoha případech vykazují tyto děti různé společenské a emocionální problémy, například nepřátelství, agresivitu, edukační problémy, nízkou úroveň sebeúcty a zvýšenou kriminalitu (Christoffersen, DePanfilis, 2009, s. 25).

V případě fyzického týrání představují dlouhodobé následky zvýšené riziko vzniku násilné kriminality, poruchy chování, asociální chování, sebevražedné sklony, depresivní poruchy a problémy se závislostmi (Christoffersen, DePanfilis, 2009, s. 25). Dodaj a Sesar (2020, s. 3) uvádějí, že u dětí trpících fyzickým týráním došlo k redukci hippocampu, k abnormalitám frontotemporální oblasti, cerebrální atrofii a ischemii, ke zvýšení hladiny stresového hormonu kortizolu a ke změně spánkového rytmu, kdy vykazovali zvýšenou aktivitu během spánku.

Následky psychického týrání závisí na délce jeho trvání, na jeho intenzitě a na věku oběti (Hanušová, 2006, s. 12). U oběti se může projevit psychická deprivace, při které dítě dlouhodobě strádá v některé ze základních psychických potřeb a to zejména v oblasti citových vztahů, jejímž důsledkem může být porucha motorického vývoje, kognitivního vývoje a vývojová retardace (Nováková, Záškodná, 2016, s. 7). Psychické týrání zároveň zvyšuje riziko vzniku fyzických zdravotních problémů, a to konkrétně ischemických srdečních poruch, diabetu druhého typu, migrén, plicních, neurologických a onkologických onemocnění (Dodaj, Sesar, 2020, s. 3).

Násilí spojené se sexuálním zneužíváním je pro dítě obzvláště bolestivý zážitek, jehož následkem je narušený vztah k sobě samému. Dále dochází ke změnám interpersonálních vztahů, ke změnám v chování, v důvěře k lidem, ke změnám postojů a samozřejmě také k řadě somatických problémů. Mezi běžné následky patří pocity viny, strach, úzkosti a pocit bezmoci (Nováková, Zášková, 2016, s. 8). Děti se uzavírají do sebe, podřizují se, trpí psychosomatickými poruchami, poruchami příjmu potravy, závislostmi a identifikují se s pozicí oběti. Z pohledu vnějšího chování se u nich objevují sklony k sebepoškozování, zhoršené školní výsledky, negativismus, nepřátelství, agrese a násilnictví, chování se sexuálním podtextem či mučení a zabíjení zvířat (Nováková, Zášková, 2016, s. 9).

4 Prevence

Společnost se v současné době setkává s nárůstem rizikového chování u mladistvých. To je ovlivněno schopnostmi, vlastnostmi jedince a prostředím. Z tohoto důvodu je více než důležitá výchova vedoucí ke zdravému způsobu života a to především ve školách a školských zařízeních (Kastnerová, Žižková, Kotrbová, Vurm, 2006, s. 119).

Průcha, Walterová a Mareš (2003, s. 178) popisují prevenci jako soubor opatření, které jsou zaměřené na předcházení jakýmkoliv nežádoucím jevům, a to především poškození, onemocnění či sociálně patologickým jevům. Miovský a kol. (2010, s. 24) ji popisuje jako jakýkoliv typ sociální, vzdělávací, výchovné, zdravotní či jiné intervence, směřující k předcházení vzniku rizikového chování a k zamezení jeho dalšího progresu.

Ciklová (2014, s. 8) uvádí, že na prevenci lze nahlížet jako na soubor aktivit či opatření, které mají za úkol podporovat pozitivní chování a předcházet vzniku negativních jevů.

4.1 Typy prevence

Mezi základní typy prevence patří prevence primární, sekundární a terciární.

Prevence primární je soubor veškerých výchovných, zdravotních, sociálních a dalších intervencí a opatření, jejichž cílem je předcházet vzniku nežádoucího rizikového chování. V případě potřeby toto chování zmírňují a napomáhají řešit jeho důsledky (Manuál pro školní metodiky prevence, 2017, s 5). Základní faktorem primární prevence jsou výchovní činitelé, zejména rodina, škola, lokální prostředí a volnočasové organizace. Je možné ji dále rozdělit na primární prevenci specifickou a nespecifickou (Miovský a kol., 2015a, s. 144).

Specifická primární prevence zahrnuje veškeré aktivity a programy zaměřené na konkrétní formu určitého rizikového chování (Miovský a kol., 2015b, s. 30). Dle zaměření cílové skupiny se dále dělí na všeobecnou, selektivní a indikovanou primární prevenci.

- **Všeobecná primární prevence** je určena pro běžnou populaci dětí a mládeže, kdy jediným zohledňovaným faktorem je věk cílové skupin (Manuál pro školní metodiky prevence, 2017, s. 7).
- **Selektivní primární prevence** je cílena na skupiny lidí, u nichž lze předpokládat, že dojde k výskytu rizikového chování. Důležitou roli zde hraje prostředí, které může tyto jedince negativně ovlivňovat (Miovský a kol., 2015b, s. 61).
- **Indikovaná primární prevence** je orientována na jedince, u nichž je vysoký předpoklad vzniku a progresu rizikového chování a na jedince, u kterých se již jakákoliv forma rizikového chování projevila (Manuál pro školní metodiky prevence, 2017, s. 8). V této fázi preventivních opatření je důležité zařadit individuální práci s ohroženými jedinci, vykonanou kompetentním pracovníkem (Miovský a kol., 2015b, s. 61).

Nespecifická primární prevence je založena na volnočasových, kulturních či rekreačních aktivitách. Cílem tohoto typu prevence je výchova v oblasti zdravého životního stylu a rozvoje osobnosti (Manuál pro školní metodiky prevence, 2017, s. 8). Je zaměřena na oblasti fyzického a duševního zdraví, volnočasové a sportovní aktivity. Důraz je kladen na vytváření vhodných forem chování, na kvalitní využití volného času jedince a na uvědomění si zdravého životního stylu. Vzhledem k tomu, že se jedná o základ preventivního působení na jedince, je nutné, aby tyto programy a aktivity byly lehce dostupné a dostatečně atraktivní (Pavlas Martanová a kol., 2012, s. 15).

Sekundární prevence je zaměřena na jedince, kteří jsou rizikovým chováním ohroženi, lze ji tedy využít u situací, zahrnující prvky konfliktu či násilí (Herzog, 2009, s. 37). Jejím primárním cílem je zamezit jeho progresy (Manuál pro školní metodiky prevence, 2017, s. 8).

V případě **prevence terciární** se jedná o minimalizaci následků rizikového chování vůči společnosti a jedinci samotnému (Manuál pro školní metodiky prevence, 2017, s. 8).

4.2 Legislativa oblasti primární prevence ve školství

Aby mohla být ve školském prostředí realizována primární prevence, je nutné mít jistou oporu, která by vymezovala zásady primární prevence, kompetence jednotlivých subjektů a nezbytnou dokumentaci. Toto vše by měla zajišťovat legislativa daného státu.

Jedním z hlavních a základních dokumentů, upravujících oblasti primární prevence rizikového chování je Školský zákon č. 561/2004 Sb., o předškolní, základní, střední, vyšší odborné a jiném vzdělávání. Jeho primární úlohou je klást povinnosti k vytváření podmínek pro zdravý vývoj dětí, žáků, studentů a podmínek vedoucí k předcházení výskytu rizikového chování. V roce 2017 byl školský zákon doplněn paragrafy, které upravují práva a povinnosti pedagogických pracovníků, dále pak paragrafy o postupu v případě zjištění závažného porušení povinností stanovených zákonem. Tato právní úprava by měla vést k lepší ochraně žáků před psychickými a fyzickými útoky a zároveň ke zlepšení ochrany pedagogických pracovníků.

Důležitým předpisem školského zákona je vyhláška 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. Jedná se o klíčový předpis vymezující základní systém školské prevence, definuje kompetence školního metodika prevence a metodika prevence v pedagogicko-psychologické poradně, vymezuje školám povinnosti zpracovávat a uskutečňovat preventivní programy, určuje rozsah a standardní činnosti poradenských zařízení.

Dalším, neméně důležitým zákonem je zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů, určující pracovní dobu, vzdělávání, kompetence pro vykonávání činnosti pedagogických pracovníků a kariérní systém.

Důležitým předpisem upravujícím určením rozsahu přímé výchovné, přímé vyučovací, přímé speciálně pedagogické a přímé pedagogicko-psychologické činnosti pedagogických pracovníků je Nařízení vlády č. 75/2005 Sb. (MŠMT, 2019, s. 18-20).

4.3 Školní metodik prevence

Na každé základní a střední škole v České republice se nachází pozice školního metodika prevence, jehož úkolem je koordinace v oblasti prevence rizikových projevů chování. Náplň jeho práce je uvedena ve vyhlášce č. 72/2005 Sb., o poskytnutí poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních v příloze č. 3 (Ciklová, 2014, s. 16).

Školní metodik prevence vykonává koordinační, metodické, poradenské a informační činnosti, které jsou zaměřené na prevenci. Veškeré tyto preventivní činnosti musejí být písemně zdokumentované (Miovský a kol., 2015, s. 185).

Mezi základní aktivity školního metodika prevence patří (MŠMT, 2005):

1. Metodické a koordinační činnosti

- Koordinace tvorby a kontrola preventivního programu školy.
- Koordinace a podílení se na realizaci aktivit školy, které jsou zaměřené na prevenci, násilí, závislostí, záškoláctví a dalších sociálně patologických jevů.
- Metodika vedení pedagogických pracovníků v oblasti prevence a koordinace jejich vzdělávání.
- Koordinace a realizace aktivit napomáhajících začlenění multikulturních prvků do vzdělávání a integraci cizinců.
- Koordinace spolupráce s orgány státní správy a samosprávy s kompetencemi v problematice prevence rizikového chování.
- Spolupráce s odpovídajícím odborným pracovištěm a participace na intervencích v případě výskytu rizikového chování.
- Vedení dokumentace o žácích v poradenské péči, o navržených a realizovaných opatřeních.

2. Informační činnost

- Poskytnutí informací, nabídek preventivních programů a projektů, metod a forem specifické primární prevence pedagogickým pracovníkům školy.

- Vedení databáze spolupracovníků školy v oblasti prevence – orgány státní správy a samosprávy, střediska výchovné péče, zdravotnická zařízení, Policie ČR, orgány sociálně-právní ochrany dětí, centra krizové intervence.
- Vedení dokumentace, evidence a administrativy.

3. Poradenské činnosti

- Detekce a orientační šetření žáků s projevy či rizikem vzniku rizikového chování a zajištění poradenských služeb těmto žákům.
- Kooperace s pedagogy při detekci varovných signálů související s možným rozvojem rizikového chování.
- Příprava vhodných podmínek k integraci žáků se specifickými poruchami chování a poskytnutí poradenských a preventivních služeb těmto žákům.

Školní metodik prevence koordinuje a kontroluje tvorbu a realizaci minimální preventivního programu. Jedná se o dokument, zaměřený na výchovu a vzdělávání žáků, vedoucí ke zdravému životnímu stylu, k osobnostnímu, emočně sociálnímu a komunikačnímu rozvoji. Na tvorbě minimálního preventivního programu se podílejí všichni pedagogičtí pracovníci (Ciklová, 2014, s. 21-22).

5 Prevence vzniku syndromu CAN

Prevenci syndromu CAN je možné chápat jako souhrn celostních přístupů a aktivit zaměřených proti možným či již vzniklým škodám napáchaných na dětech (Dunovský, 2005, s. 109). Jedná se tedy o souhrn opatření, jejichž cílem je předcházet určitým nežádoucím jevům (Weiss a kol., 2005, s. 42). V případě syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte rozlišujeme prevenci primární, sekundární, terciální a kvartérní (Dunovský, 2005, s. 109).

Předpokladem jakéhokoliv druhu prevence je formulace cíle jejího působení, volba obsahu a metodiky, která jednak odpovídá danému záměru a rovněž respektuje zvláštnosti jedince, skupiny a regionu.

5.1 Prevence primární

Úloha primární prevence spočívá v samotném předcházení vzniku tohoto syndromu, případně v jeho potlačení v době, kdy je ještě v zárodku (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995, s. 72). Jedná se tedy o veškeré aktivity společnosti, školy, komunit a rodičů, jejichž cílem je vytvořit vřelou, prorodinnou atmosféru, posílit rodičovství a poučit jedince v péči o děti (Dunovský, 2005, s. 109). Na základě toho, na jakou skupinu osob je primární prevence cílena, ji můžeme rozdělit na prevenci zaměřenou na širokou veřejnost, prevenci se zaměřením na rodiče a vychovatele a prevenci zaměřenou na odborné pracovníky a veřejné činitele.

Smyslem prevence zaměřené na širokou veřejnost je vytvořit citovější a citlivější přístup k dětem a ke vnímání jejich zájmů a potřeb. Cílem je vytvořit takovou životní atmosféru, ve které se jakýkoliv druh nebezpečí sníží na minimum, a ve kterém veškeré násilí bylo nepřehlédnutelné. Prostředkem této prevence by měla být osvěta, jejímiž činiteli jsou veškeré instituce, které se zabývají způsobem života dětí. Jedná se například o orgány státní legislativy, politické strany, církve, školství, organizace zabývající se dětmi a mládeží (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995, s. 73).

Účelem prevence zaměřené na rodiče a vychovatele je vytvořit v systému hodnot, názorů, postojů a vědomostí takové podmínky, které umožní vnitřní „psychické“ přijetí dítěte takové, jaké je. Dále sem patří veškerá obecná opatření, jako je finanční

podpora, nabídka služeb, která zvyšují pocit bezpečí a jistoty rodiny. V případě prevence zaměřené na odborné pracovníky a veřejné činitele jde o zprostředkovávání poznatků z odborných studií, výzkumů a průzkumů (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995, s. 75).

5.2 Prevence sekundární

Sekundární prevence spočívá ve vytipování možných rizikových skupin osob a situací, ve kterých by mohlo docházet k případnému násilí na dětech. Dalším úkolem je působit na tyto rizikové faktory tak, aby bylo riziko syndromu sníženo na minimum (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995, s. 76).

Dle Říčana, Krejčířové a kolektivu (1997, s. 221) je prevence účinnější při jejím časném zahájení. U dětí, která jsou postižena či zdravotně ohrožena v průběhu těhotenství, je vhodné s rodiči pracovat před narozením dítěte. Rodičům jsou tak poskytnuty důležité informace, dovednosti péče o dítě, emoční podpora a sociální pomoc.

Langmeier, Balcer a Špitz (2000, s. 316) uvádějí, že lze rozpoznat určité charakteristiky rodičů, kteří jsou náchylných k týrání dítěte ještě před jeho narozením. Pomocí dotazníků překládaných matkám v porodnicích, sledováním chování matky na porodním sále a při návštěvě pediatra, lze zajistit přibližný screening rizikových rodičů. Tito rodiče jsou následně bedlivě sledováni a vedeni ke zvládnutí rodičovství.

5.3 Prevence terciární

O terciární prevence hovoříme ve chvíli, kdy již došlo k projevu jakéhokoli násilí na dítěti a je nutné zajistit, aby se tato situace již neopakovala a aby se vzniklé poškození omezilo na minimum (Vaníčková, Hadj-Mousová, Provazníková, 1995, s. 39). Odborníci, mezi které patří lékaři, pedagogové a psychologové musejí vyvodit takové závěry, které zamezí opětovnému násilí na dítěti (Weiss a kol., 2005, s. 58).

5.4 Prevence kvartérní

Prevence kvartérní je poměrně nový proces, jehož smyslem je zrekonstruovat dříve funkční rodinu, ze které bylo dítě odebráno (Dunovský, 2005, s. 109).

PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část obsahuje kvantitativní dotazníkové šetření mezi pedagogickými pracovníky středních odborných škol, zaměřené na jejich znalosti v oblasti syndromu CAN a jeho prevenci.

6 Dotazníkové šetření

Dotazníkové šetření bylo zvoleno z toho důvodu, že se jedná o nástroj zjišťování informací kvantitativního charakteru. Zároveň se k němu váže anonymita zajišťující ochranu respondentů (Průcha, Švaříček, 2009, s. 99). Dotazník ověřoval stanovenou výzkumnou otázku – „Jaké je povědomí učitelů středních odborných škol o syndromu CAN a jeho prevenci“. Dotazník byl rozeslán od 1. února 2021 do 6. března 2021. Celkem jej vyplnilo 88 pedagogů ze středních odborných škol ve Středočeském, Plzeňském a Jihočeském kraji.

Respondenti byli osloveni na základě e-mailů, rozesláním elektronického dotazníku či jeho osobním předáním v tištěné podobě. Emailové adresy pedagogických pracovníků byly získány pomocí internetových stránek Středníškoly.cz (<https://www.stredniskoly.cz/>).

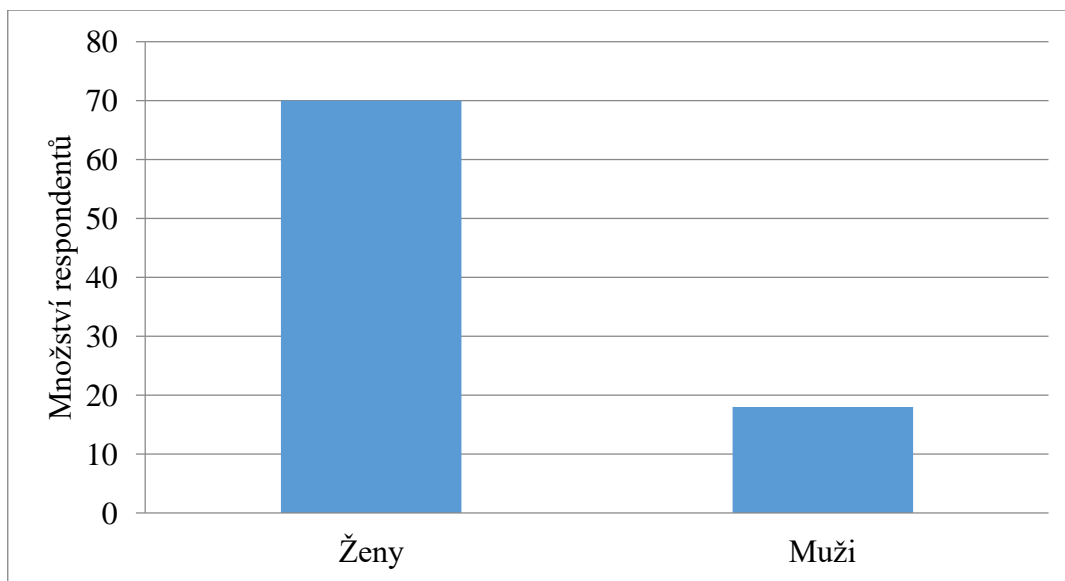
Respondenti byli dotazováni celkem na 21 otázek, uzavřeného i otevřeného typu. Dotazování bylo orientováno na zjištění základních údajů o respondentech (pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání), na zjištění orientace respondentů v problematice syndromu CAN a na sdělení vlastní názoru ohledně tohoto problému.

Na základě zjištěných informací byl pro pedagogické pracovníky vytvořen manuál s potřebnými informacemi o syndromu CAN, napomáhající jeho rozpoznání a orientaci v postupu při jeho zjištění. Dotazník i manuál pro pedagogy je součástí příloh bakalářské práce (viz Příloha 1 a 2).

6.1 Respondenti

Do dotazníkového šetření bylo započítáno celkem 88 pedagogických pracovníků. Z grafu 1 je patrné, že mezi respondenty převládala ženská populace, která čítala celkem 70 jedinců (80 %), oproti populaci mužské, která byla zastoupena 18 jedinci (20 %).

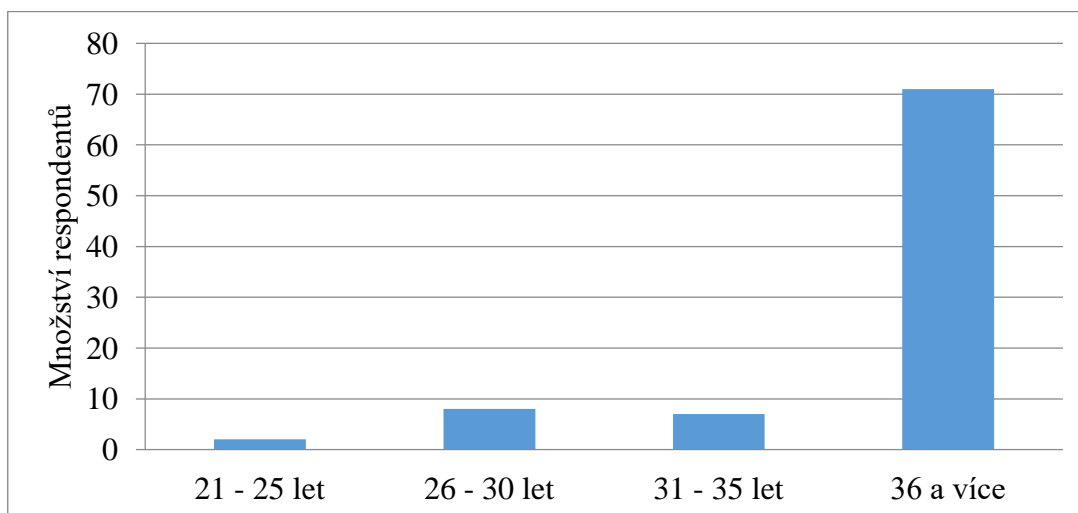
Graf 1 Zastoupení pohlaví respondentů dotazníkového šetření.



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 2 znázorňuje zastoupení věkových kategorií respondentů zařazených do studie. Věková kategorie od 21 - 25 let byla zastoupena počtem 2 jedinců (2 %), kategorie od 26 - 30 let byla tvořena 8 pedagogickými pracovníky (9 %) a 7 pedagogů dosahovalo věku od 31 – 35 let (8 %). Nejpočetněji zastoupenou věkovou kategorií byla kategorie od 36 let a více, která čítala celkem 71 respondentů (81 %).

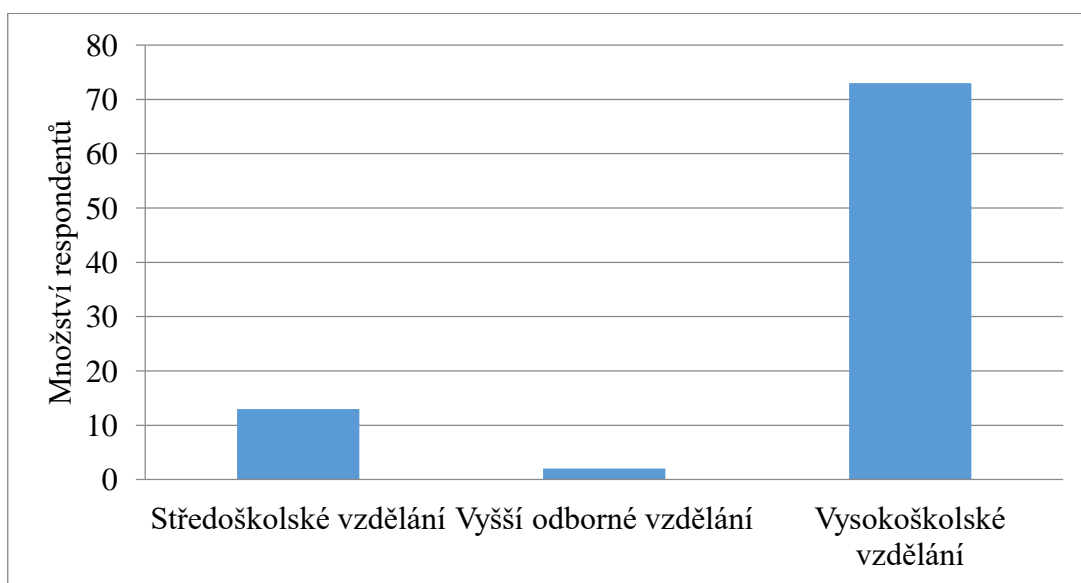
Graf 2 Zastoupení věkových kategorií respondentů zařazených do studie.



Zdroj: vlastní zpracování

Nejvyšší dosažené vzdělání dotazovaných pedagogických pracovníků znázorňuje graf 3. Z grafu je patrné, že převážná většina pedagogů dosáhla vysokoškolského vzdělání. Tato kategorie byla zastoupena celkem 73 pedagogy (83 %). Počtem 13 respondentů (15 %) byla zastoupena kategorie středoškolského vzdělání. Nejméně početnou kategorií ve výzkumném souboru činila kategorie vyššího odborného vzdělání, která zahrnovala pouze 2 respondenty (2 %).

Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů dotazníkového šetření.

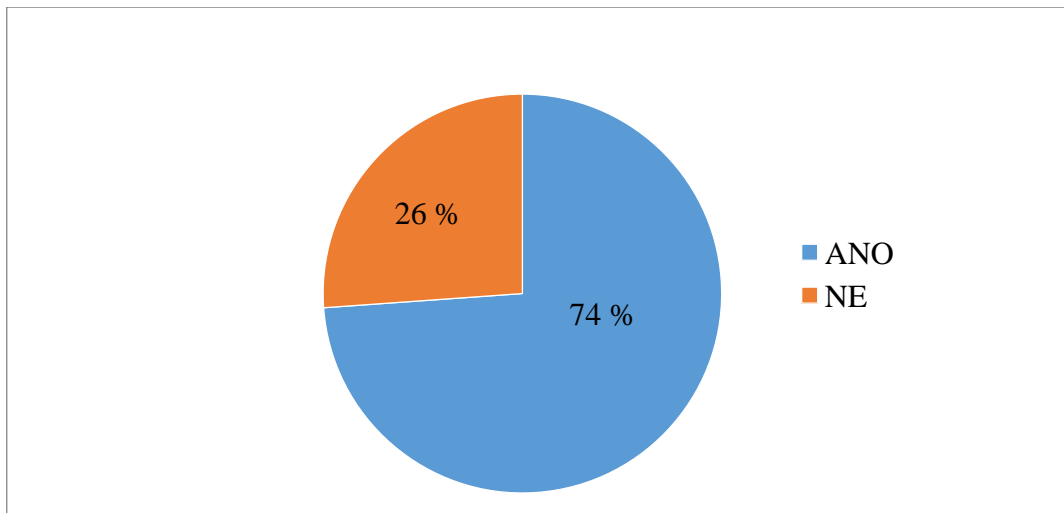


Zdroj: vlastní zpracování

6.2 Vyhodnocení dotazníkového šetření

Hlavní část dotazníku byla věnována samotné problematice syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Otázka č. 1 směřovala ke zjištění, zda pedagogičtí pracovníci znají pojem syndrom CAN. Z grafu 4 vyplývá, že většina respondentů, to je 65 pedagogů (74 %) se již s pojmem syndrom CAN setkala. Zbýlých 23 respondentů (26 %) bylo s touto problematikou seznámeno pomocí tohoto dotazníku. Na základě získaných odpovědí byl potvrzen předpoklad, že více jak polovina dotazovaných, se s pojmem syndrom CAN již setkala.

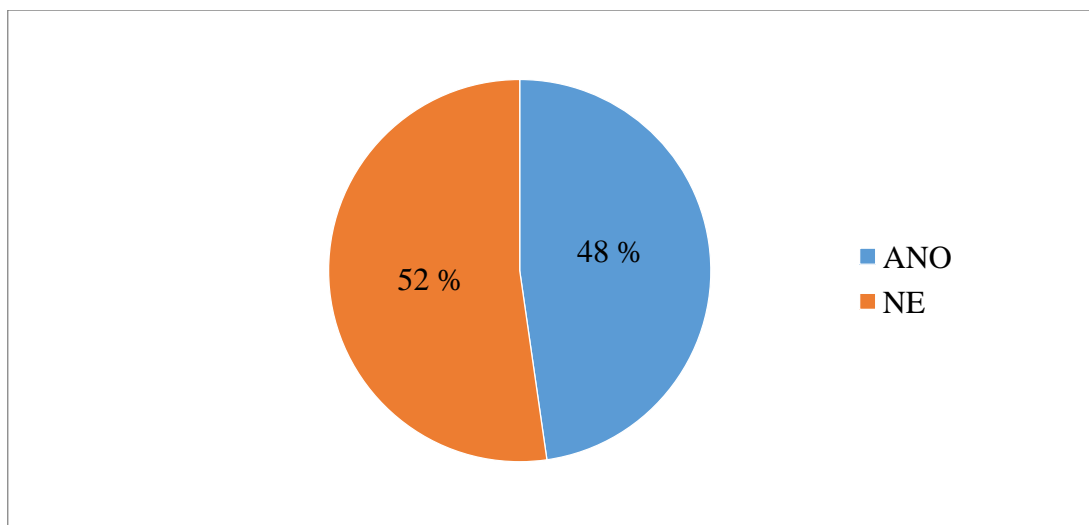
Graf 4 Znalost pojmu syndrom CAN.



Zdroj: vlastní zpracování

Cílem následujících dvou otázek bylo zjistit, zda pedagogičtí pracovníci souhlasí s používáním fyzických trestů ve výchově dětí. Respondenti mohli volit mezi dvěma odpověďmi - „ANO“ či „NE“. Odpověď „ANO“ zvolilo celkem 42 respondentů (48 %), zbylých 46 respondentů (52 %) vybralo odpověď „NE“ (viz graf 5). Ti respondenti, kteří souhlasí s používáním fyzických trestů ve výchově dětí, měli v následující otázce vypsát formy trestu, které považují za adekvátní. Téměř všichni respondenti se shodli, že dle závažnosti prohřešku se přiměřeným trestem jeví plácnutí přes ruku, plácnutí přes zadek, pohlavek či pevný stisk. V rámci této otázky byla vyvrácena hypotéza, že více jak 50 % respondentů souhlasí s používáním lehkých fyzických trestů ve výchově dětí, byť se jedná o pouhé plácnutí či pohlavek.

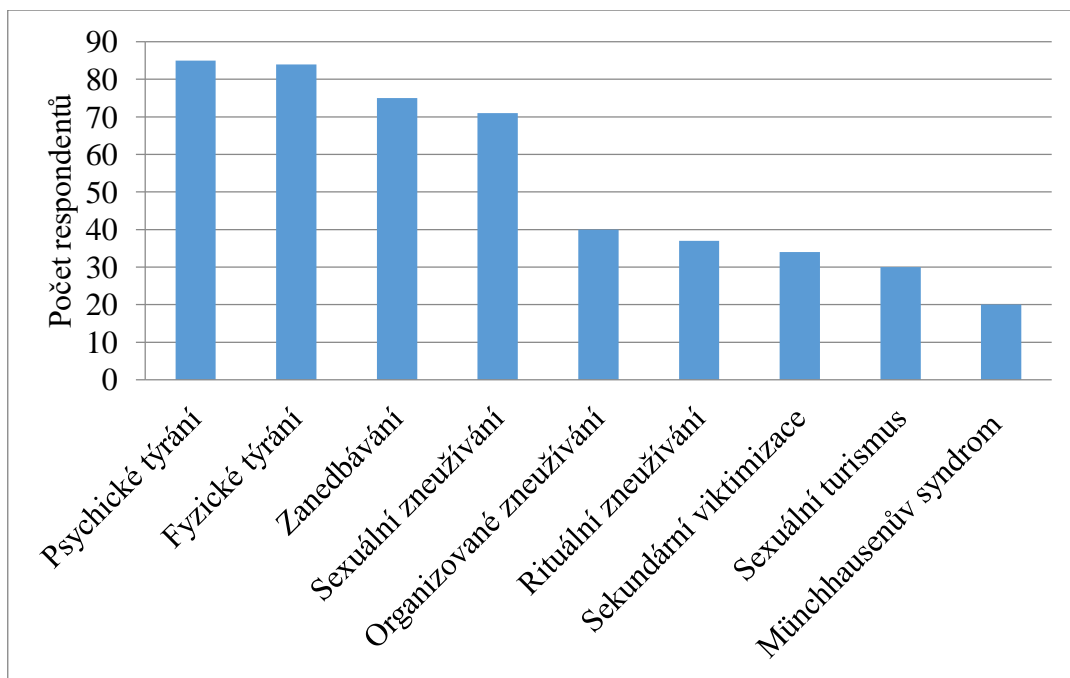
Graf 5 Poměr souhlasu používání fyzických trestů ve výchově dětí.



Zdroj: vlastní zpracování

Následující otázky dotazníkového šetření byly orientovány na zjištění informovanosti pedagogických pracovníků o možných formách a projevech syndromu CAN. Mezi odpověďmi na otázku, co vše si respondenti představují pod definicí syndromu CAN (viz graf 6), převažovalo psychické týrání, které zvolilo 85 respondentů (96 %) a týrání fyzické, s 84 odpověďmi (96 %). Dalšími častými odpověďmi bylo zanedbávání se 75 responsemi (85 %) a sexuální zneužívání, které správně označilo 71 respondentů (82 %). Mezi formy syndromu CAN patří však také tzv. zvláštní formy syndromu CAN a to konkrétně organizované zneužívání zvolené 40 respondenty (46 %), rituální zneužívání se 37 responsemi (40 %), sekundární viktimizace (druhotné zraňování) označené 34 respondenty (39 %) a sexuální turismus, které do forem vhodně zařadilo 30 respondentů (34 %). Pouhých 20 respondentů (23 %) správně zařadilo mezi formy syndromu CAN také Münchhausenův syndrom v zastoupení (by proxy).

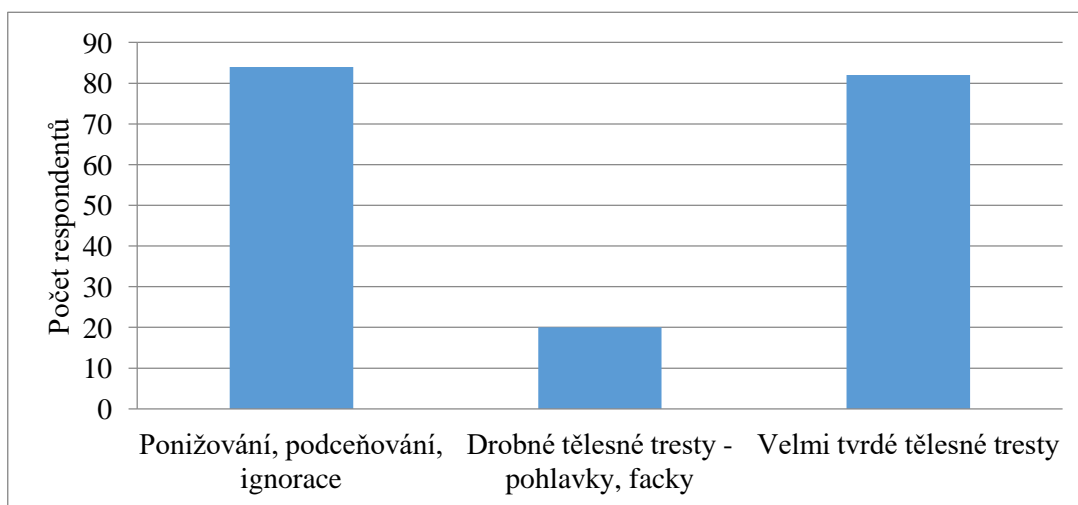
Graf 6 Co zahrnuje definice syndromu CAN.



Zdroj: vlastní zpracování

Na otázku, za jakých okolností lze hovořit o týrání dětí zvolilo 84 respondentů (96 %) odpověď, že o týrání lze hovořit v případě, kdy je dítě ponižováno, podceňováno a ignorováno. Dále pak při používání velmi tvrdých trestů, které zvolilo 82 respondentů (93 %). Naopak drobné tělesné tresty, jakou jsou pohlavky, či facky označilo za týrání pouhých 20 respondentů (23 %) (viz graf 7).

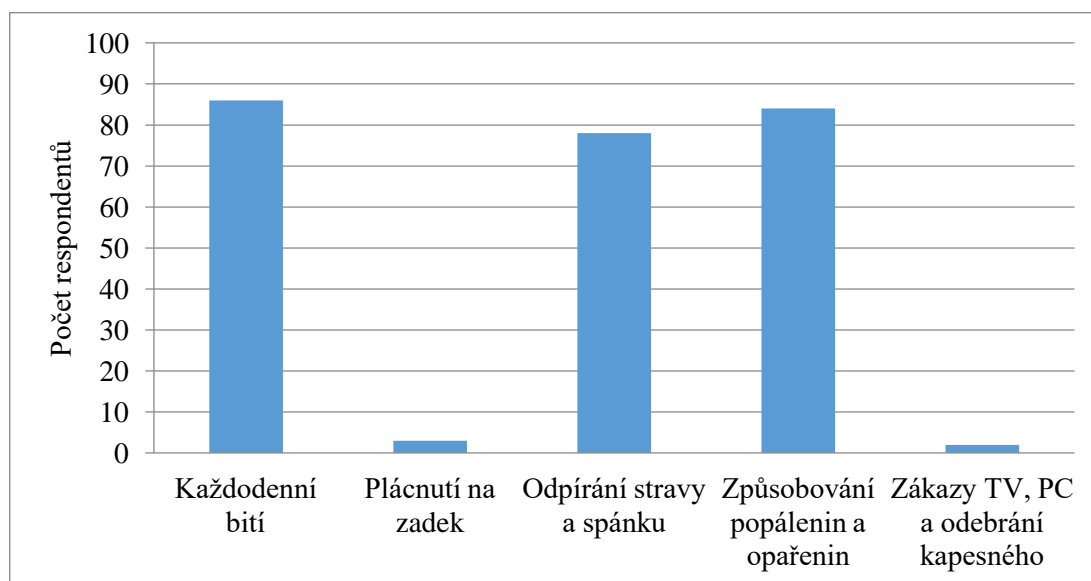
Graf 7 Zhodnocení za jakých okolností lze hovořit o týrání dítěte.



Zdroj: vlastní zpracování

V případě projevů fyzického týrání (viz graf 8) zaznamenalo nejvíce odpovědí každodenní bití, které mělo 86 responzí (98 %) a způsobování popálenin či opaření, které zvolilo 84 respondentů (96 %). Odpírání stravy a spánku zahrnuje do fyzického týrání 78 dotazovaných (89 %). Projevy fyzického týrání jako je plácnutí na zadek či tresty v podobě zákazu TV, PC a odebrání kapesného zvolilo minimum odpovídajících. V případě plácnutí na zadek se jednalo o 3 respondenty (3 %) a tresty v podobě zákazu TV, PC a odebrání kapesného zvolili pouze 2 dotazování (2 %).

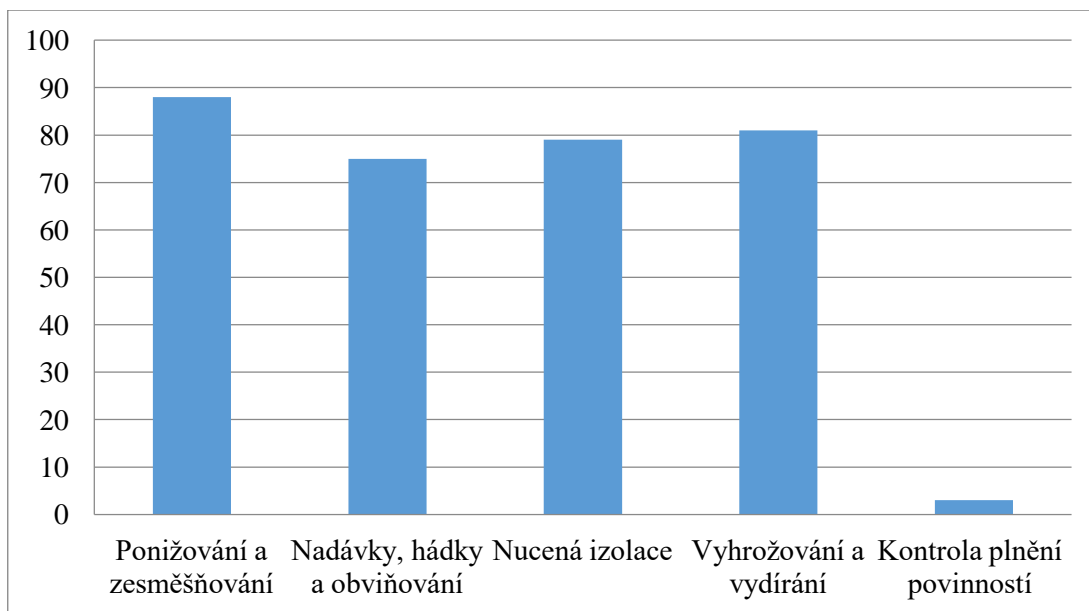
Graf 8 Projevy fyzického týrání.



Zdroj: vlastní zpracování

Mezi projevy psychického týrání správně zařadilo všech 88 dotazovaných (100 %) ponižování a zesměšňování (viz graf 9). 81 respondentů (92 %) sem vhodně zařadilo také vyhrožování a vydírání, 79 respondentů (90 %) nucenou izolaci dítěte, 75 odpovídajících (85 %) sem vhodně zahrnují nadávky, hádky a obviňování. Kontrolu plnění povinností, jako je například pomoc v domácnosti, úklid pokoje a plnění domácích úkolů zahrnují mezi možné projevy psychického týrání 3 dotazování (3 %).

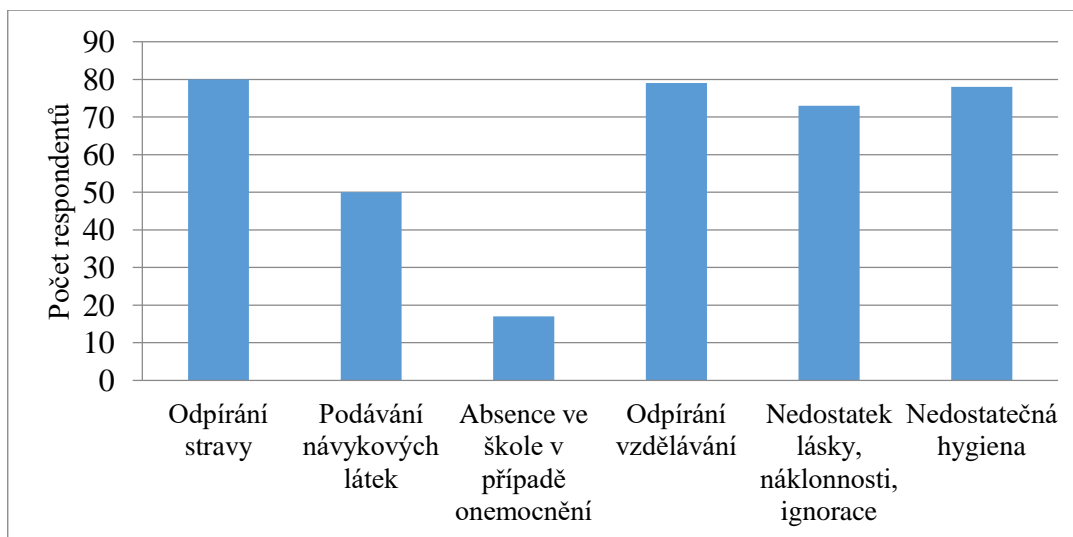
Graf 9 Projevy psychického týrání.



Zdroj: vlastní zpracování

Nejvíce odpovědí v případě zanedbávání získalo odpírání stravy, které zvolilo celkem 80 respondentů (91 %). 79 respondentů (90 %) považuje za zanedbávání stav, kdy je dítěti odpíráno vzdělávání, dále pak nedostatečná hygiena se 78 odpověďmi (89 %), nedostatek lásky, náklonnosti, ignorace se 73 odpověďmi (83 %) a podávání návykových látek, které zaznamenalo 50 odpovědí (57 %). 17 dotazovaných (19 %) označilo za zanedbávání dítěte také absenci ve škole způsobenou onemocněním (viz graf 10).

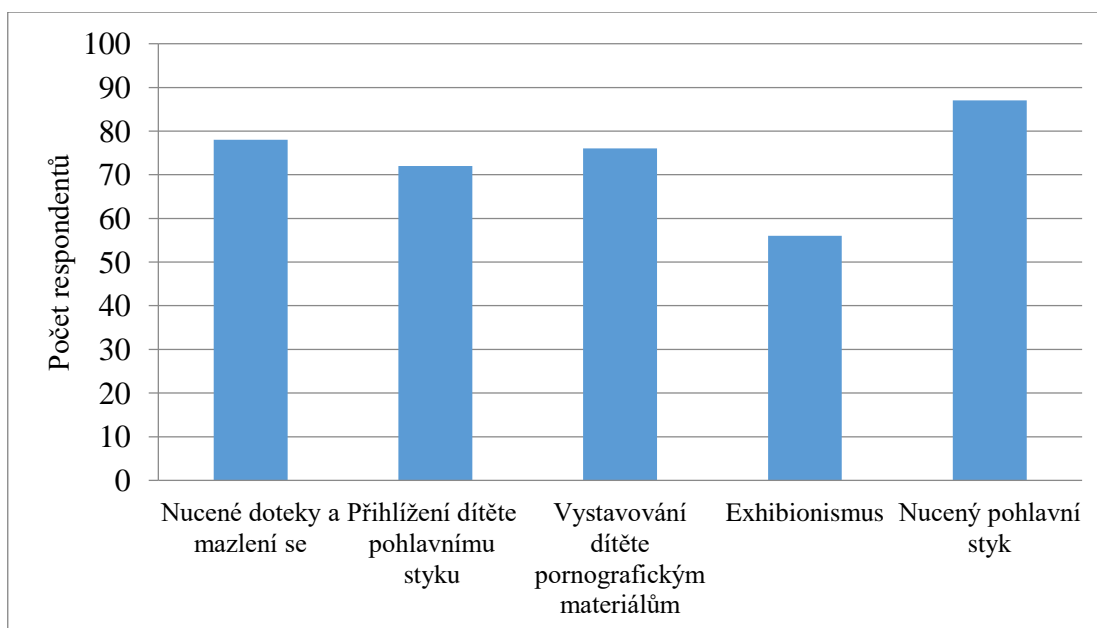
Graf 10 Projevy zanedbávání.



Zdroj: vlastní zpracování

Další formou syndromu CAN, jejíž projevy byly zkoumány, je sexuální zneužívání. Z grafu 11 je patrné, že nejčastější odpovědí, kterou zvolili téměř všichni respondenti (87 respondentů, 99 %) je nucený pohlavní styk. Dotazovaní se dále domnívají, že mezi další časté projevy této formy syndromu CAN jsou nucené doteky a mazlení se (78 respondentů, 89 %), vystavování dítěte pornografickým materiálům (76 respondentů, 86 %), přihlížení dítěte pohlavnímu styku (72 respondentů, 82 %) a exhibicionismus, který zvolilo 56 dotazovaných (64 %).

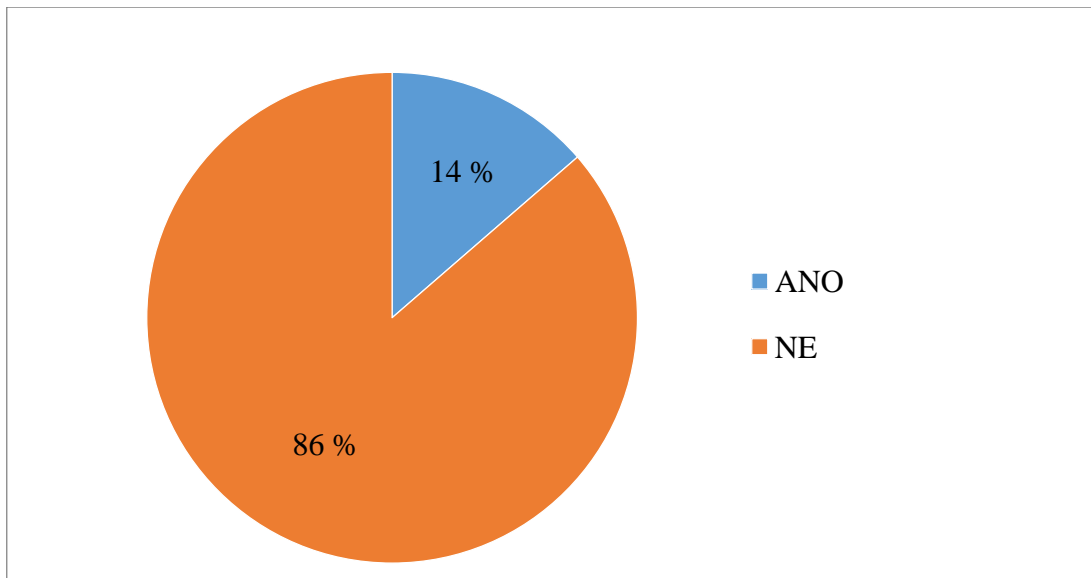
Graf 11 Projevy sexuálního zneužívání.



Zdroj: vlastní zpracování

Následující dvě otázky dotazníkového šetření byly orientovány na informovanosti respondentů o tzv. zvláštních formách syndromu CAN (viz graf 12). Na otázku, zda pedagogičtí pracovníci tyto jiné formy syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte znají, odpovědělo „ANO“ pouhých 12 respondentů (14 %), oproti zbylým 76 dotazovaným (86 %), jejichž odpověď zněla „NE“. Ti respondenti, kteří odpověděli „ANO“, měli v následující otázce vypsát, jaké zvláštní formy syndromu CAN znají. Mezi vypsány odpověďmi byl nejčastější zvláštní formou syndromu CAN sexuální turismus, organizované zneužívání a rituální zneužívání. Pouze dva respondenti znají pojem Münchhausenův syndrom v zastoupení (by proxy) a sekundární viktimizace.

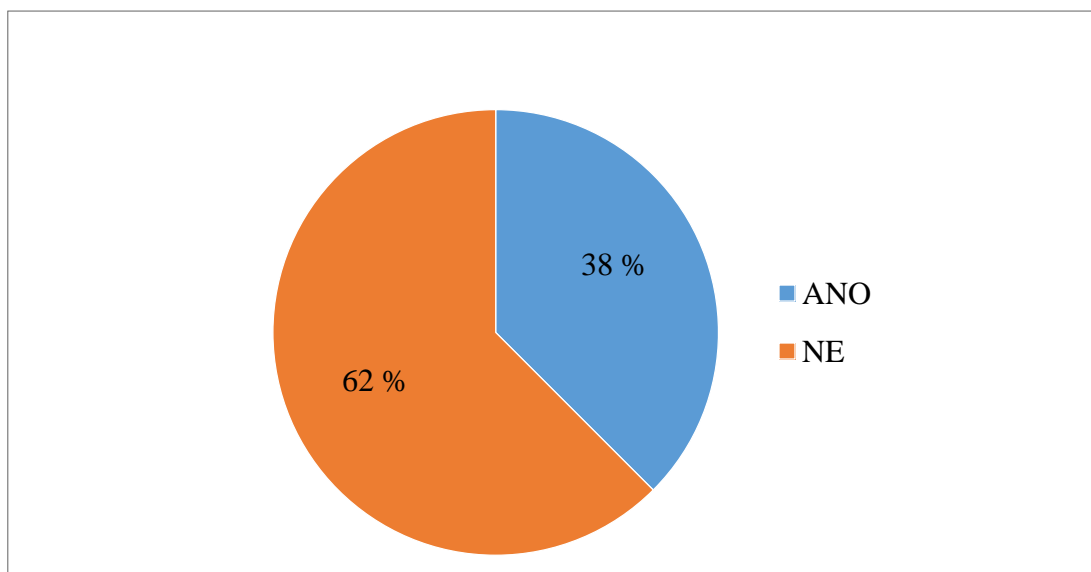
Graf 12 Informovanost respondentů o tzv. zvláštních formách syndromu CAN.



Zdroj: vlastní zpracování

Následující otázka byla zaměřena na zjištění, zda se respondenti setkali s někým, kdo byl obětí některé z forem syndromu CAN. Z grafu 13 vyplývá, že 55 respondentů (62 %) nemá se syndromem týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte žádné zkušenosti, avšak 33 dotazovaných (38 %) odpovědělo na otázku „ANO“. Tito respondenti měli následovně uvést, o jaké formy syndromu se týkalo. Nejčastěji zastoupenou formou bylo zanedbávání, které uvedlo 26 respondentů, dále pak fyzické týrání zastoupené 20 responsemi, psychické týrání se 16 odpověďmi a sexuální zneužívání s 11 responsemi. Formy syndromu CAN, jako je sekundární viktimizace a organizované zneužívání bylo uvedené 4x, Münchhausenův syndrom v zastoupení a rituální zneužívání uvedli 2 dotazovaní.

Graf 13 Zkušenosti se syndromem CAN.

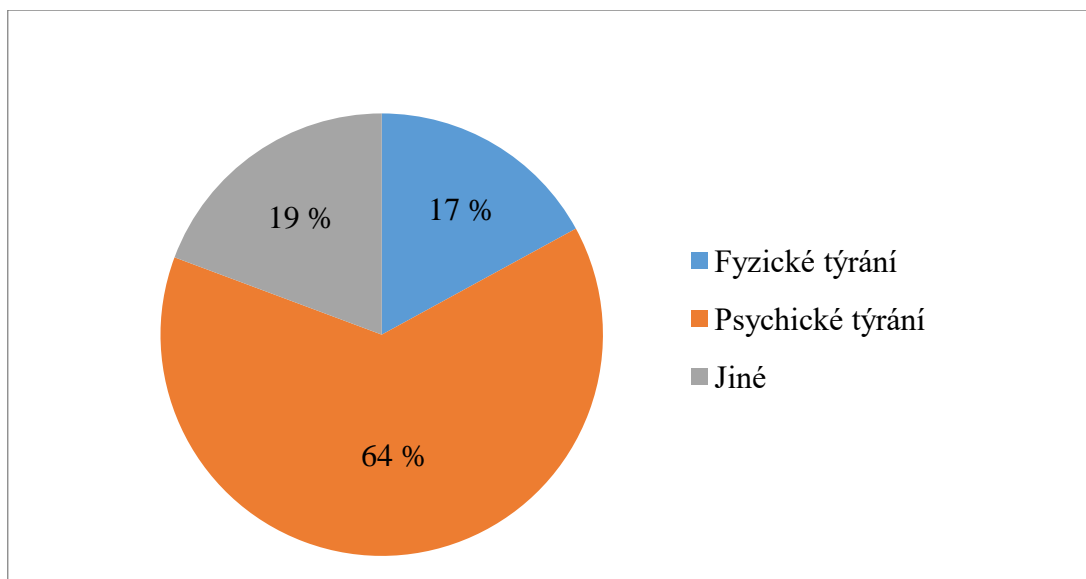


Zdroj: vlastní zpracování

V následující části dotazníku se nacházely otázky zaměřené na vlastní názor respondentů. Respondenti zde měli posoudit, jaká forma týrání je dle jejich názoru horší (graf 14). 56 respondentů (64 %) zvolilo odpověď psychické týrání a to z důvodu, že je na první pohled očím neviditelné. Z tohoto výsledku byla potvrzena hypotéza, že psychické týrání se respondentům jeví jako horší forma týrání, než je týrání fyzické. Mezi 88 respondenty se našla dotazovaná, která má s fyzickým i psychickým týráním vlastní zkušenosti z dětství. Její vlastní matka do ní kopala, tahala ji za vlasy, zesměšňovala ji, ponižovala a to jen proto, že se narodila jako děvče, místo vytouženého syna. Celou situaci dále zhoršoval fakt, že se děvče narodilo s rozštěpem. Tato paní popisuje celou situaci tak, že tělesné tresty se jí v průběhu života podařilo vstřebat, avšak následky trestů psychických si sebou nese stále.

15 dotazovaných (17 %) označilo za horší formu syndromu CAN týrání fyzické, bez uvedení důvodu a 17 respondentů (19 %) zvolilo odpověď „jiné“. Jako odůvodnění zde bylo často uváděné, že se dotazovaní nemohli rozhodnout, jaká forma týrání je horší. Všech 17 respondentů se shodlo, že veškeré formy týrání jsou pro dítě devastující a mohou způsobit vážné změny ve vývoji dítěte. Zároveň zde bylo zmíněno, že záleží na intenzitě a délce projevů týrání (viz graf 14).

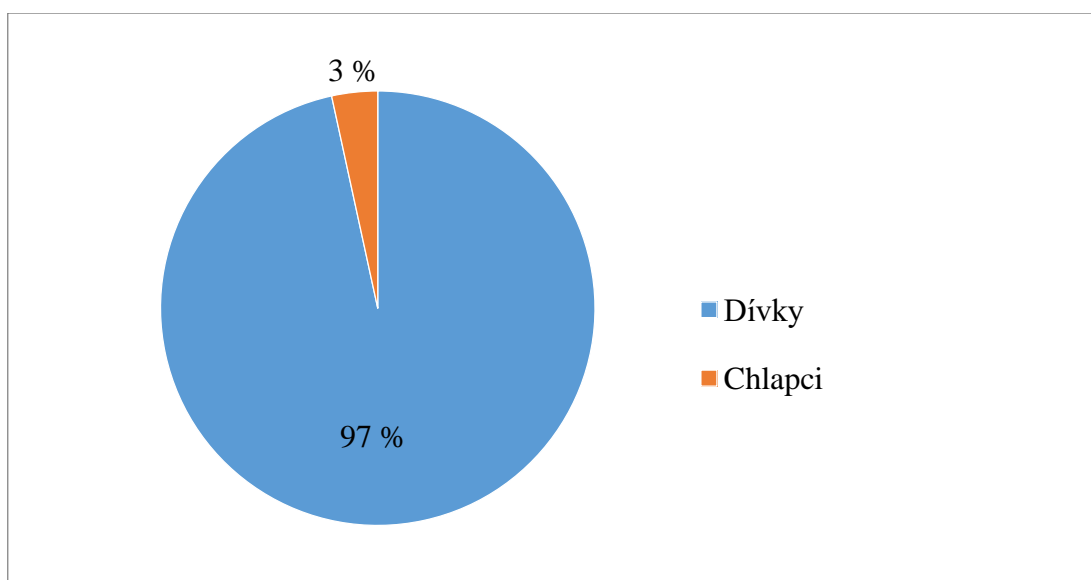
Graf 14 Zhodnocení postojů k závažnosti fyzického a psychického týrání.



Zdroj: vlastní zpracování

V otázce zaměřené na názory, zda jsou podle respondentů oběťmi sexuálního zneužívání častěji dívky než chlapci, odpovědělo 85 respondentů (97 %), že častěji tato forma syndromu CAN postihuje dívky (graf 15). Zbylí 3 respondenti (3 %) se domnívají, že jsou sexuálním zneužíváním častěji postiženi chlapci.

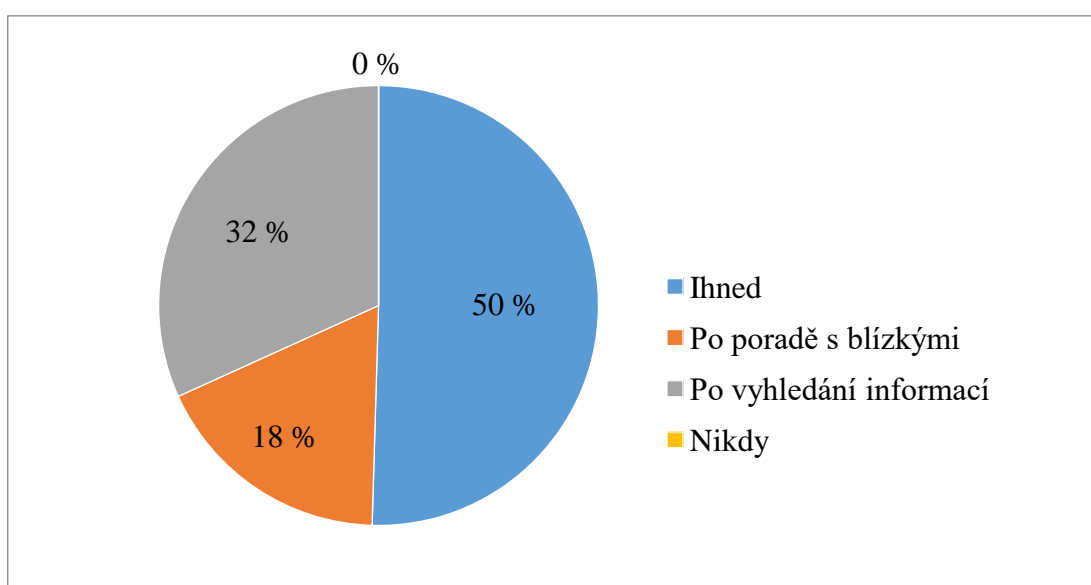
Graf 15 Vliv pohlaví dítěte na sexuální zneužívání dětí.



Zdroj: vlastní zpracování

Poslední dvě otázky dotazníkového šetření byly orientovány na zjištění informací ohledně ohlášení podezření na týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte. Z grafu 16 je patrné, že 54 respondentů (61 %) by jakékoliv podezření na probíhající týrání dítěte oznámila ihned po jeho zjištění. 34 respondentů (39 %) by nejprve vyhledalo potřebné informace týkající se této problematiky a až poté by své podezření ohlásila. Na základě porady se svými blízkými by podezření na možné týrání dítěte oznámilo 19 dotazovaných (22 %). Nikdo z dotazovaných respondentů nezvolil odpověď „nikdy“.

Graf 16 Oznámení podezření na týrání dítěte.



Zdroj: vlastní zpracování

V případě ohlašování podezření na možné týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte by se většina respondentů obracela na Orgán sociálně-právní ochrany dětí a na Policii ČR. Značná část respondentů by se zároveň vyhledala pomoc u vedení příslušné školy, u služebně starších kolegů, výchovných poradců a u školních metodiků prevence či školních psychologů. Mezi zaznamenanými odpověďmi byli také uvedeni pediatři, pedagogicko-psychologické poradny, dětská krizová centra, linka bezpečí a linka důvěry. 7 dotazovaných na otázku odpovědělo, že nevědí, na koho se v případě potřeby obrátit. Za tímto účelem a na základě získaných informací byl vytvořen distanční text, napomáhající získat potřebné informace o problematice syndromu CAN, o jeho projevech a postupu při ohlašovací povinnosti.

6.3 Vyhodnocení výzkumné otázky a doporučení

Z informací získaných z bakalářské práce vyplynuly závěry, které je možné využívat v oblasti pedagogické praxe. Vzhledem k tomu, že pedagogičtí pracovníci zastávají velmi významné a specifické postavení v životě dítěte a tráví s ním mnoho času, mohou z jejich verbálního či neverbálního projevu rozpoznat určité zvláštnosti. Tyto zvláštnosti mohou nasvědčovat, že je dítě obětí některé z forem týrání, zneužívání či zanedbávání.

Na základě získaných odpovědí byla zodpovězena položená výzkumná otázka týkající se informovanosti pedagogů o syndromu CAN, byl potvrzen předpoklad, že více jak polovina (74 %) respondentů, se s tímto pojmem již setkala. Ačkoliv množství pedagogů, kteří mají ohledně této problematiky určité znalosti, přesáhlo více jak 50 %, je více než důležité seznamovat je s problematikou týkající se syndromu CAN, zajistit jejich informovanost, koordinovat jejich vzdělávání a metodiku v oblasti prevence.

Za tímto účelem je nutné mít na každé škole schopného školního metodika prevence, který nejenom že zajistí výše zmíněnou informovanost a koordinaci vzdělávání pedagogů, ale zároveň se bude aktivně zapojovat a realizovat ve školních aktivitách zaměřených na prevenci. Dále bude zprostředkovávat nabídky preventivních programů, projektů, metod a forem primární prevence.

Z pohledu žáků a zároveň i pedagogů by mohlo být vhodnou variantou vedoucí ke zvyšování povědomí o problematice syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte oslovení organizací, zajišťující poskytování primární prevence sociálně patologických jevů. Mezi tyto organizace, které se zabývají primární prevencí, patří například Dětské krizové centrum, Bílý kruh bezpečí a Krizové centrum RIAPS. Za jejich pomoci by mohly být pro žáky realizovány přednášky, programy, rozvíjející jejich informovanost o sociálně patologických jevech a zároveň jim zajistit určitou poradenskou službu.

Pro zvýšení informovanosti pedagogických pracovníků o syndromu CAN a ke zvýšení orientace v této problematice byl vyhotoven distanční text, zabývající se

definicí syndromu CAN a jeho formami, projevy a jejich rozpoznáním a v neposlední řadě také postupem pomoci a důležitými kontakty.

ZÁVĚR

Tématem bakalářské práce byla problematika zaměřená na prevenci sociálně patologického jevu, konkrétně syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Cíle bakalářské práce směřovaly ke zjištění, zda je mezi pedagogickými pracovníky povědomí o této problematice a na základě získaných údajů následně vytvořit manuál zvyšující jejich informovanost. Stanoveného cíle bakalářské práce tak bylo dosaženo.

Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části byla vytvořena rešerše odborné literatury týkající se teoretických poznatků o syndromu CAN. Jsou zde vymezeny definice, jednotlivé formy syndromu CAN, následky a druhy prevence.

Praktická část byla zaměřena na získávání potřebných informací od pedagogických pracovníků středních škol, za pomoci dotazníkového šetření. Po jeho vyhodnocení bylo zjištěno, že většina respondentů se s pojmem syndrom CAN již setkala. Více jak 50 % dotazovaných nesouhlasí s používáním fyzických trestů ve výchově dětí, byť by se jednalo o lehké fyzické tresty, jako je například plácnutí či pohlavek. 64 % respondentů označilo psychické týrání za horší formu syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, oproti týrání fyzickému. A to převážně z toho důvodu, že se jedná o týrání dítěte, které je na první pohled neviditelné a pomoc tedy nemusí vždy přijít včas. Podezření na možné probíhající týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte, by většina respondentů oznámila ihned, případně po vyhledání potřebných informací či poradě s blízkými. Své podezření by nejčastěji ohlašovali na Orgán sociálně-právní ochrany dětí a Policii ČR.

Po prostudování veškerých odpovědí získaných od respondentů byl vyhotoven distanční text pro pedagogické pracovníky napomáhající jim lépe se v této problematice orientovat. Jsou zde uvedeny potřebné kontakty a postup jednotlivých kroků při podezření na syndrom CAN. Tento distanční text byl vyhotoven zejména proto, že včasným odhalením týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte můžeme alespoň částečně eliminovat jeho důsledky, které si dítě nese po zbytek svého života. Z tohoto důvodu je velice důležité, aby se o problematice týkající se syndromu CAN dostatečně hovořilo, a to zejména mezi pedagogickými pracovníky.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

MONOTEMATICKE PUBLIKACE

BECHYŇOVÁ, Věra a kol. Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém. Vyd. 1. Praha: Ireas, 2007. 236 s. ISBN 978-80-86684-47-5.

BENTOVIM, Arnon. Týrání a sexuální zneužívání v rodinách. Praha: Grada, 1998. 118 s. ISBN 80-7169-629-3.

CIKLOVÁ, Kateřina. Rizikové chování ve škole s vazbou na legislativní úpravu: rádce školního metodika prevence. Ostrava: EconomPress, 2014. 207 s. ISBN 9788090506596.

DEPANFILIS, Diane. Child Neglect: A Guide for Prevention, Assessment, and Intervention. 2006.

DILILLO, K., David, FORTIER, A. Michelle, PERRY, R., Andrea. Child abuse and neglect. Injury Prevention for Children and Adolescents: Integration of Research, Practice, and Advocacy. Washington, DC: American Public Health Association Press, 2005. 461 s. ISBN 978-0875530055.

DODAJ, Arta, SESAR, Kristina. Consequences of Child Abuse and Neglect. Narrative Review. The Central European Journal of Paediatrics. 2020. 16 (2).

DOLEJŠ, Martin. Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 189 s. ISBN 978-80-244-2642-6.

DOLEJŠ, Martin, OREL, Miroslav. Rizikové chování u adolescentů a impulzivita jako predátor tohoto chování. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2017. 107 s. ISBN 978-80-244-5252-4.

DUNOVSKÝ, Jiří, DYTRYCH, Zdeněk, MATĚJČEK, Zdeněk a kol. Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě. Vyd. 1. Praha: Grada, 1995. 248 s. ISBN 80-7169-192-5.

DYDŇANSKÁ, Radka. Rizikové faktory syndromu CAN v mezigeneračním kontextu. Speciální pedagogika: časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky, 2016. 26 (1). 3-12 s.

- GJUROVIČOVÁ, Šárka, KOCOURKOVÁ, Jana, KOUTEK, Jiří. Podoby násilí v rodině. Praha: Vyšehrad, 2000. 101 s. ISBN 80-7021-416-3.
- HANUŠOVÁ, Jaroslava. Násilí na dětech- syndrom CAN. Praha: Vzdělávací institut dětí, 2006. 24 s. ISBN 80-86991-78-4.
- HANUŠOVÁ, Jaroslava. Sexuální zneužívání. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 33 s. ISBN 80-86991-64-4.
- HIBBARD, Roberta, BARLOW, Jane, MACMILLAN, Harriet. Clinical Report: Psychological Maltreatment. Pediatrics. 2012. 130 (2). 372-378 s.
- HORNOR, Gail. Physical abuse: Recognition and reporting. J Pediatr Health Care, 2005. 19 (1). 4-11 s.
- CHRISTOFFERSEN, Mogens, DEPANFILIS, Diane. Prevention of child abuse nad neglect and improvements in child deveploment. Child Abuse Review. 2009. 18. 24-40 s.
- KABÍČEK, Pavel a kol. Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví. Vyd. 1. Praha: Triton, 2014. 343 s. ISBN 978-80-7387-793-4.
- KAJANOVÁ, Alena. Sociální patologie-vybrané kapitoly. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2014. 87 s. ISBN 978-80-7394-449-0.
- KASTNEROVÁ, Markéta, ŽIŽKOVÁ, Blanka, KOTRBOVÁ, Kvetoslava, VURM, Vladimír. Prevence vzniku sociálně patologických jevů. Prevence úrazů, otrav a násilí, 2006. 2. 119-152 s.
- KEMPE, C., Henry, SILVERMAN, N., Frederic, STEEL, F., Brandt, DROEGEMUELLER, William, SILVER, K., Henry. The battered child syndrome. Child abuse and neglect. 1985. 9 (2). 143-154 s.
- KRUG, G, Etienne, DAHLBERG, L. Linda, MERCY, A. James a kol. World report on violence and health. Geneva: Wolrd Helath Organization, 2002. 360 s. ISBN 92-4-154561-5.
- LANGMEIER, Josef, BALCAR, Karel, ŠPITZ, Jan. Dětská psychoterapie. Praha: Portál, 2000. 432 s. ISBN 80-7178-381-1.

MACEK, Petr, ŠIRŮČEK, Jan, ŠIRŮČKOVÁ, Michaela. Sociální opora rodičů a vrstevníků a její význam pro rozvoj rizikového chování v adolescenci. Československá psychologie. Praha: ČSAV, 2007. 51 (5). s. 476-488. ISSN 0009-062X.

MARTANOVÁ, Pavlas, Veronika a kol. Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze, 2012. 183 s. ISBN 978-80-87258-75-0.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. Dítě traumatizované v blízkých vztazích: manuál pro profesionály a rodiny. Vyd. 1. Praha: Portál, 2017. 207 s. ISBN 978-80-262-1242-3.

MIOVSKÝ, Michal, ADÁMKOVÁ, Tereza, BARTÁK, Miroslav a kol. Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování. Vyd. 2. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze, 2015a. 272 s. ISBN 978-80-7422-391-4.

MIOVSKÝ, Michal, SKÁCELOVÁ, Lenka, ZAPLETALOVÁ a kol. Prevence rizikového chování ve školství. Vyd. 2. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze, 2015b. 328 s. ISBN 978-80-7422-392-1.

MÜHLPACHR, Pavel. Sociální patologie. Vyd. 2. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2002. 104 s. ISBN 80-210-2511-5.

MURRAY, K., Laura, NGUYEN, Amanda, COHEN, A., Judith. Child sexual abuse. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, 2014. (2). 321-337 s.

PALMER, J., Allen, YOSHIMURA, G. Joji. Munchausen Syndrome by Proxy. Journal of the American of Child Psychiatry, 1984. 23 (4). 503-508 s.

PÖETHE, Petr. Dítě v ohrožení. Vyd. 1. Praha: G plus G, 1996. 143 s. ISBN 80-901896-5-2.

PRŮCHA, Jan, WALTEROVÁ, Eliška, MAREŠ, Jiří. Pedagogický slovník. Vyd. 4. Praha: Portál, 2003. 322 s. ISBN 80-7178-772-8.

PTÁČEK, Radek, PEMOVÁ, Terezie. Sociálně-právní ochrana dětí pro praxi. Vyd. . Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4317-2.

PTÁČEK, Radek, PEMOVÁ, Terezie, GERLOVÁ, Erika. Zanedbávání dětí-
psychologické, sociální a právní aspekty. Kriminallistika, 2006. 39 (3). 200-210 s.
ISSN 1210-9150.

RAZDAN, Priyanka, BASARAVAJ, Patthi, SINGH, Chanchal. Child Abuse and
Neglect. Lap Lambert Academic Publishong, 2017. 116 s. ISBN 978-3-330-06609-0.

ŘÍČAN, Pavel, KREJČÍŘOVÁ, Dana. Dětská klinická psychologie. Vyd. 3. Praha:
Grada, 1997. 456 s. ISBN 80-7169-512-2.

SABELLA, Donna. CE: Mental Health Matters: Revisiting Child Sexual Abuse and
Survivor Issues. The American Journal of Nursing, 2016. 116 (3). 48-54 s.

SOBOTKOVÁ, Nielsen, Veronika a kol. Rizikové a antisociální chování
v adolescenci. Praha: Grada, 2014. 152 s. ISBN 978-80-247-4042-3.

STIRLING, Jonh. Beyond Munchausen syndrome by proxy: identification and
treatment of child abuse in a medici petting. Academy of Pediatrics Committee on
Child Abuse and Neglect. Pediatrics. 119 (5). 1026-1030 s.

ŠPECIÁNOVÁ, Šárka. Ochrana týraného a zneužívaného dítěte. Praha: Linde, 2003.
156 s. ISBN 80-86131-44-0.

URBAN, Aleš, MASOPUST, Jiří. Münchhausenův syndrom. Psychiatr pro praxi.
2004. 5 (2). 63 s.

VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 4. Praha:
Portál, 2008. 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie: dětství a dospívání. Vyd. 2. Praha:
Karolinium, 2012. 467 s. ISBN 978-80-246-2153-1.

VANÍČKOVÁ, Eva. Interpersonální násilí na dětech. Vyd. 1. Praha: Úřad vlády ČR,
2009. 38 s. ISBN 978-80-7440-001-8.

VANÍČKOVÁ, Eva, HADJ-mousová, Zuzana, PROVAZNÍKOVÁ, Hana. Násilí
v rodině: Syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Praha“ Karolinium, 1995.
64 s. ISBN 80-7184-008-4.

VANÍČKOVÁ, Eva, PROVAZNÍK, Kamil, HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana, SPILKOVÁ, Jana. Sexuální násilí na dětech. Vyd. 1. Praha: Portál, 1999. 118 s. ISBN 80-7178-286.

WALK, Elizabeth, Alexandra, DAVIES, C. Susan. Munchausen Syndrome by Proxy: Identification and Intervention. National Association of School Psychologists. 2010. 4. 39 s.

WEISS, Petr a kol. Sexuální zneužívání dětí. Praha: Grada, 2005. 264 s. ISBN 80-247-0929-5.

ZEANAH, Charles, HUMPHREYS, Kathryn. Child Abuse and Neglect. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2018. 57. 637-644 s.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

ABDULHAMID, Ibrahim, SIEGEL, T., Patricia. Munchausen Syndrome by proxy. [online]. Copyright © [cit. 2020-08-12]. Dostupné z: <http://www.ocfcpacourts.us/assets/files/list-770/file-989.pdf>

DUNOVSKÝ, Jiří. Týrané, zneužívané a zanedbávané děti- možnosti socializačního působení jako prevence nežádoucího vývoje. [online]. Copyright © obsah [cit. 2020-09-13]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/prevence-urazu-otrav-a-nasili/clanky/2~2005/84-tyrane-zneuzivane-a-zanedbavane-deti-moznosti-socializacniho-pusobeni-jako-prevence-nezadouciho-vyvoje>.

HUBÁČKOVÁ, Jitka. Některé psychosociální důsledky tělesného týrání dětí. NICM. [online]. Copyright © 2014 [cit. 12.09.2020]. Dostupné z: <https://www.icm.cz/nektere-psychosocialni-dusledky-telesneho-tyrani-deti>.

MPSV. Legislativa a systém sociálně-právní ochrany. *Průvodce* [online]. Copyright © [cit. 2021-02-16]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/legislativa-a-system-socialne-pravni-ochrany>.

NOVÁKOVÁ, Jitka, ZÁŠKODNÁ, Helena. Syndrom CAN, sociálně právní ochrana dětí, sanace rodiny. *Zdravotníci sobě* [online]. Copyright ©G [cit. 2021-02-03]. Dostupné z: https://zdravotnici-sobe.cz/wp-content/uploads/2016/03/Jitka_Novakova.pdf.

KLEMENTOVÁ, Jana, SYCHROVÁ, Markéta. Manuál pro školní metodiky prevence. Pedagogické-psychologická poradna Ústí nad Orlicí, 2017. [online]. Copyright © [cit. 2021-03-02]. Dostupné z: <https://www.klickevzdelani.cz/Portals/0/Dokumenty/Manu%C3%A1l%20pro%20C5%A1koln%C3%AD%20metodiky%20prevence.pdf>.

MŠMT ČR. *Národní strategie primární prevence*. [online]. [cit. 2021-02-25]. Dostupné z: https://www.msmt.cz/uploads/narodni_strategie_primarni_prevence_2019_27.pdf.

MŠMT ČR. Školský zákon ve znění účinném od 25. 8. 2020. [online]. [cit. 2021-02-25]. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/dokumenty-3/skolsky-zakon-ve-zneni-ucinnem-od-25-8-2020>.

MŠMT ČR. Výklad vyhlášky č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských zařízeních, ve znění vyhlášky č. 116/2011 Sb. [online]. [cit. 2021-02-17]. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/vyklad-vyhlasiky-c-72-2005-sb-o-poskytovani-poradenskych-1>.

PRŮCHA, Jan, ŠVAŘÍČEK, Roman. Etický kodex české pedagogické vědy a výzkumu. [online]. [cit. 2021-03-05]. Dostupné z: http://www.ped.muni.cz/pedor/archiv/2009/pedor09_2_etickykodexceskepedagogick-evedy_pruchasvaricek.pdf.

RADFORD, Lorraine, CORRAL, Susana, BRADLEY, Christine, FIDHER, L., Helen. Child Abuse and neglect in the UK Today. National Society for the Prevention of Cruelty to Children, 2011. [online]. Copyright © [cit. 2020-11-11]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/230558737_Child_Abuse_and_Neglect_in_the_UK_Today.

SPRAVEDLNOST DĚTEM. Definice týrání podle Zdravotní komise Rady Evropy z roku 1992. [online]. Copyright © [cit. 2020-12-11]. Dostupné z: https://iustin.cz/Ruzne/DEF_TYR.asp.

ŠANCE DĚTEM. Münchhausenův syndrom v zastoupení – když rodič dělá ze zdravého dítěte nemocné. [online]. Copyright © Nadace Sirius [cit. 2020-08-12]. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/psychicke-problemy-v-rodine/munchhausenuv-syndrom-v-zastoupeni-kdyz-rodic-dela-ze-zdraveho-ditete-nemocne.shtml#odhaleni>.

ŠANCE DĚTEM. Syndrom CAN. [online]. Copyright © Nadace Sirius [cit. 2020-08-11]. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/syndrom-can>.

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK, GRAFŮ, PŘÍLOH

Tabulka 1 Formy a projevy syndromu CAN (str. 17).

Graf 1 Zastoupení pohlaví respondentů dotazníkového šetření (str. 41).

Graf 2 Zastoupení věkových kategorií respondentů dotazníkového šetření (str. 41).

Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů dotazníkového šetření (str. 42).

Graf 4 Znalost pojmu syndrom CAN (str. 43).

Graf 5 Poměr souhlasu používání fyzických trestů ve výchově dětí (str. 44).

Graf 6 Definice syndromu CAN (str. 45).

Graf 7 Zhodnocení za jakých okolností lze hovořit o týrání dítěte (str. 45).

Graf 8 Projevy fyzického týrání (str. 46).

Graf 9 Projevy psychického týrání (str. 47).

Graf 10 Projevy zanedbávání (str. 48).

Graf 11 Projevy sexuálního zneužívání (str. 49).

Graf 12 Informovanost respondentů o tzv. zvláštních formách syndromu CAN (str. 50).

Graf 13 Zkušenosti se syndromem CAN (str. 51).

Graf 14 Zhodnocení postojů k závažnosti fyzického a psychického týrání (str. 52).

Graf 15 Vliv pohlaví dítěte na sexuální zneužívání (str. 52).

Graf 16 Oznámení podezření na týrání dítěte (str. 53).

Příloha 1 Dotazník k bakalářské práci „Prevence syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte.

Příloha 2: Distanční text na téma „Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte“.

SEZNAM ZKRATEK

Syndrom CAN - syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Dotazník pro pedagogy

Příloha č. 2 – Distanční text na téma „Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte.“

PŘÍLOHA Č. 1

Dotazník k bakalářské práci „Prevence syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte.“

Dobrý den,

Jsem studentkou IVP v Praze a píši bakalářskou práci na téma „Prevence syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte“. Ráda bych Vás poprosila o vyplnění tohoto krátkého dotazníku, kterým mi velice pomůžete získat potřebné informace týkající se této problematiky. Cílem tohoto dotazníku je zjistit informovanost pedagogických pracovníků středních škol o problematice syndromu CAN.

Děkuji Vám za Váš čas.

S pozdravem,

Ing. Andrea Rybková

1. Pohlaví (Vyberte jednu odpověď)

- Žena
- Muž

2. Věk (Vyberte jednu odpověď)

- 21 – 25 let
- 26 – 30 let
- 31 – 35 let
- 36 a více let

3. Nejvyšší dosažené vzdělání (Vyberte jednu odpověď)

- Středoškolské
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské

4. Setkala/setkal jste se někdy s pojmem „syndrom CAN“ (syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte)? (Vyberte jednu odpověď)

- ANO
- NE

5. Souhlasíte s používáním fyzických trestů ve výchově dětí? (Vyberte jednu odpověď)

- ANO
- NE

6. Pokud ano, vypište jaká forma trestu je dle Vás adekvátní.

--

7. Víte, co vše zahrnuje definice syndromu CAN? (Vyberte jednu nebo více odpovědí)

- Fyzické týrání
- Psychické týrání
- Zanedbávání
- Sexuální zneužívání
- Münchhausenův syndrom v zastoupení (by proxy)

- Sekundární viktimizace (druhotné zneužívání)
- Organizované zneužívání
- Rituální zneužívání
- Sexuální turismus

8. Za jakých okolností lze hovořit o týrání dětí? (Vyberte jednu nebo více odpovědí)

- Ponižování, podceňování, ignorace
- Drobné tělesné tresty – pohlavky, facky
- Velmi tvrdé tělesné tresty

9. Mezi projevy fyzického týrání patří: (Vyberte jednu nebo více odpovědí)

- Každodenní bití
- Plácnutí na zadek
- Odpírání stravy a spánku
- Způsobování popálenin a opařenin
- Tresty v podobě zákazu TV, PC a odebrání kapesného

10. Mezi projevy psychického týrání patří: (Vyberte jednu nebo více odpovědí)

- Ponižování a zesměšňování
- Nadávky, hádky a obviňování
- Nucená izolace
- Vyhrožování a vydírání
- Kontrola plnění povinností (pomoc v domácnosti, úklid pokoje, domácí úkoly, ...)

11. Mezi projevy zanedbávání patří: (Vyberte jednu nebo více odpovědí)

- Odpírání stravy
- Podávání návykových látek
- Absence ve škole v případě onemocnění
- Odpírání vzdělávání
- Nedostatek lásky, náklonnosti, ignorace
- Nedostatečná hygiena

12. Mezi projevy sexuálního zneužívání patří: (Vyberte jednu nebo více odpovědí)

- Nucené doteky a mazlení se
- Přihlížení dítěte pohlavnímu styku
- Vystavování dítěte pornografickým materiálům
- Exhibionismus
- Nucený pohlavní styk

13. Znáte některé jiné formy (tzv. zvláštní formy) syndromu CAN? (Vyberte jednu odpověď)

- ANO
- NE

14. Pokud ano, vypište, jaké další formy syndromu CAN znáte.

15. Setkala/setkal jste se s někým, kdo byl obětí některé z forem syndromu CAN?
(Vyberte jednu odpověď)

- ANO
- NE

16. Pokud ano, o jakou formu se jednalo? (Vyberte jednu nebo více odpovědí)

- Fyzické týrání
- Psychické týrání
- Zanedbávání
- Sexuální zneužívání
- Münchhausenův syndrom v zastoupení (by proxy)
- Sekundární viktimizace (druhotné zneužívání)
- Organizované zneužívání
- Rituální zneužívání
- Sexuální turismus

17. Jaká forma týrání je podle Vašeho názoru horší? (Vyberte jednu odpověď)

- Fyzické týrání
- Psychické týrání
- Jiné

18. Svůj názor prosím odůvodněte.

19. Oběťmi sexuálního zneužívání jsou podle Vás častěji: (Vyberte jednu odpověď)

- Dívky
- Chlapci

20. Podezření na možné týrání, zneužívání a zanedbávání dětí bych oznámila:
(Vyberte jednu nebo více odpovědí)

- Ihned
- Po poradě s blízkými
- Po vyhledání informací
- Nikdy

21. Víte, na koho se v případě podezření na jakoukoliv formu syndromu CAN obrátit?

Děkuji Vám za Váš čas.

PŘÍLOHA č. 2

Distanční text na téma „Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte“.

RYBKOVÁ_ANDREA

DISTANČNÍ TEXT

SYNDROM TÝRANÉHO, ZNEUŽÍVANÉHO A ZANEDBÁVANÉHO DÍTĚTE

Po prostudování této kapitoly se budete orientovat v problematice sociální patologie, především v oblasti syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (syndrom CAN). Dozvíte se, co syndrom CAN znamená, jaké jsou jeho formy a projevy. Získané informace Vám napomohou rozpoznat možné projevy syndromu CAN a na koho se v případě podezření obrátit.

Klíčová slova: rizikové chování, prevence, metodik prevence, syndrom CAN

Termín **sociální patologie** představuje veškeré společensky nežádoucí jevy, které porušují sociální, právní a morální normy. Zároveň se tak označuje vědní disciplína zabývající se podmínkami a příčinami vzniku těchto jevů ve společnosti.

V případě školní prevence je tento termín nahrazován pojmem **rizikové chování**, v jehož důsledku dochází k prokazatelnému nárůstu sociálních, výchovných, zdravotních a mnoha dalších rizik pro jedince či společnost.

Základními typy rizikového chování jsou záškoláctví, šikana, extrémní projevy agrese, rasismus, xenofobie, působení sekt, sexuální rizikové chování a závislostní chování. V širším kontextu dále pak spektrum poruch příjmu potravy a problémy související se syndromem týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte.

Pod pojmem **prevence** si lze představit soustavu různých opatření zahrnující veškeré typy výchovných, vzdělávacích, sociálních a jiných intervencí, jejichž úlohou je předcházet výskytu rizikového chování, zamezit jeho progresi, zmírnit jeho existenci a projevy vedoucí ke vzniku nežádoucího jevu. V případě již existující formy rizikového chování napomáhá řešit jeho důsledky.



SOCIÁLNÍ
PATOLOGIE

RIZIKOVÉ
CHOVÁNÍ

TYPY
RIZIKOVÉHO
CHOVÁNÍ

PREVENCE

Z obecného hlediska se prevence rozděluje na prevenci primární, sekundární a terciární.

- Primární prevence je orientovaná na populaci a zabývá se aktivitami s cílem předcházet projevům rizikového chování.
- Sekundární prevence je zaměřena na jedince se zvýšeným nebezpečím vzniku rizikového chování. Jejím cílem je předcházet vzniku, rozvoji a přetrvávání rizikového chování pomocí včasných intervencí, poradenstvím a léčbou.
- Terciární prevence se zabývá jedinci, kteří již mají osobní negativní zkušenost s konkrétním problémem. Jejím cílem je pomocí resocializace a reintegrace zamezit dalšímu progresu problému a recidivě.

Školní primární prevenci je možné označit za jádro preventivních programů, neboť působí na hlavní, nejpočetnější cílové skupiny – děti, mládež a mladé dospělé. Jejím cílem je působit na jednotlivce či ohraničenou sociální skupinu v tzv. prepatologické fázi, kdy sice existuje reálné ohrožení jedince, ale zatím nedošlo k rozvoji nežádoucího stavu v jeho plném rozsahu. Při její realizaci musí být zohledněna charakteristika cílové skupiny, rizikovost prostředí a musejí být respektovány zásady pro poskytnutí preventivních programů.

Při školní prevenci lze využít čtyři hlavní skupinu metod – slovní, dialogické slovní, aktivizační a komplexní metody prevence.

- Slovní metody – vyprávění, vysvětlování, přednáška.
- Dialogické slovní metody – rozhovor, napodobování, práce s textem.
- Aktivizační metody – diskuze, řešení problémů, metody inscenační a situační.
- Komplexní metody – brainstorming, mediální technologie.

Oblastí prevence rizikového chování se zabývá **školní metodik prevence**. Jeho metodická a koordinační činnost zahrnuje tvorbu a kontrolu preventivních programů, poskytnutí poradenské služby, vyhledávání rizikových žáků, koordinaci a realizaci aktivit orientovaných na prevenci rizikového chování a integraci žáků, metodické vedení a vzdělávání pedagogů v oblasti prevence,

**ŠKOLNÍ
PRIMÁRNÍ
PREVENCE**

**METODIK
PREVENCE**

spolupráci s orgány státní správy, evidenci veškeré dokumentace v poradenské péči v rámci prevence rizikového chování a evidenci činnosti školního metodika prevence s navrženými a realizovanými opatřeními.

K problematice prevence rizikového chování se vztahuje množství zákonů, norem a metodických pokynů. V roce 2019 zveřejnilo Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy **Národní strategii primární prevence rizikového chování dětí a mládeže** s potřebnými zákony a vyhláškami. Hlavním legislativním dokumentem je **Školský zákon 561/2004 sb.**, o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. Jeho obsahem je povinnost vytvořit vhodné podmínky pro zdravý vývoj dětí, žáků a studentů a podmínky pro předcházení vzniku jakéhokoli rizikového chování.

Vyhláška 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, vymezující základní systém školní prevence, kompetence školního metodika prevence, vymezuje povinnosti zpracovávat a realizovat preventivní programy.

Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů, stanovující pracovní dobu, vzdělávání a kompetence pro vykonávání pedagogické činnosti.

SYNDROM TÝRANÉHO, ZNEUŽÍVANÉHO A ZANEDBÁVANÉHO DÍTĚTE

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte je možné definovat jako soubor negativních důsledků způsobených na základě nevhodného chování dospělé osoby k dítěti. Jedná se o jakoukoliv formu týrání, zanedbávání a zneužívání, které jsou pro naši společnost zcela nepřijatelné.

Statistiky uvádějí, že zhruba 1-2 % (20 – 40 tisíc) dětí žijící v ČR trpí jakoukoliv formou syndromu CAN.

LEGISLATIVA

DEFINICE

Mezi **základní formy syndromu CAN** patří:

- **Fyzické týrání**, které lze rozdělit na aktivní a pasivní formu
 - Aktivní fyzické týrání
 - neadekvátní bití rukou či předměty, kopání, údery pěstí
 - bodná, sečná, řezná zranění, kousání dítěte, popáleniny
 - vytrhávání vlasů, tahání za ušní boltce, svazování
 - škracení, dušení, třesení, otravy, podávání návykových látek
 - Pasivní fyzické týrání
 - poruchy z nekvalitní a nedostatečné stravy
 - odepírání zdravotní péče, základní hygieny
 - nedostatky ve vzdělání a výchově
 - nedostatek ošacení, ochrany a přístřeší
 - vykořisťování dětí nucenou prací a žebráním
- **Psychické týrání**
 - Aktivní psychické týrání
 - nadávky, opovrhování, zesměšňování, vyhrožování, terorizování
 - izolace dítěte
 - vystavování dítěte stresovým situacím
 - Pasivní psychické týrání
 - odepírání zdravotní péče a vzdělávacích potřeb
 - nedostatečný zájem o dítě
- **Zanedbávání**
 - Fyzické zanedbávání
 - hladovění a podvýživa
 - nevhodné ošacení
 - nedostatek ochrany a dohledu, přístřeší, hygieny
 - Zdravotní zanedbávání
 - Odmítnutí zdravotní péče
 - Emoční zanedbávání

FORMY SYNDROMU CAN

- nedostatek náklonnosti, emoční podpory a pozornosti
 - návykových látek
 - izolace dítěte od vrstevníků
- Zanedbávání vzdělávání
 - časté školní absence
 - dětská práce
- Environmentální zanedbávání
 - vystavování dítěte stresovým situacím
 - nebezpečí v místě domova a mimo něj
- **Sexuální zneužívání**
 - Kontaktní sexuální zneužívání
 - vynucený pohlavní styk a intrafemurální pohlavní styk
 - osahávání erotogenních zón, specifické dráždění
 - nucení dítěte k masturbaci pachatele
 - orální sexuální aktivity
 - Bezkontaktní sexuální zneužívání
 - Exhíbiionismus, voyeurství, verbální zneužívání

Dále existují tzv. **zvláštní formy syndromu CAN**, kam patří:

- **Münchhausenův syndrom v zastoupení**
 - rodič zveličuje, falzifikuje příznaky nemoci u dítěte a tím vystavuje dítě četným, lékařským vyšetřením
 - nejčastější příznaky: zástavy dechu, stravovací potíže, nechutenství, průjmy, epiletické a křečové záchvaty, alergie, astma, horečky, cyanóza.
- **Sekundární viktimizace**
 - druhotné vystavování a zraňování dítěte psychické zátěží v průběhu vyšetřování
- **Organizované zneužívání**
 - Zneužití dítěte mnoha pachateli – dětská pornografie, prostituce
- **Rituální zneužívání**
 - zneužívání dětí spojené s vírou, magií, rituály, které vyžadují oběti

ZVLÁŠTNÍ FORMY SYNDROMU CAN
--

- **Sexuální turismus**

- vycestování za účelem nalezení vhodného dítěte k sexuálnímu uspokojení

Kromě na první pohled viditelných projevů syndromu CAN může jakákoliv zkušenost dítěte s tímto negativně ovlivnit také psychický vývoj dítěte, projevující se problematickým navazováním a udržováním vztahů s ostatními lidmi. Opakované či jednorázové trauma ohrožuje osobnostní integritu, bezpečí, ovlivňuje vývoj sexuální role, osobnostní identitu a intimní vazby. U předškolních dětí se objevuje strach, noční můry, regrese, internalizované a sexualizované chování. Školní děti se mohou projevovat nezralým, agresivním nebo hyperaktivním chováním. U adolescentů se převážně objevují deprese, vzdorovitost, provokativní chování, psychosomatické problémy, sebevražedné sklony, útoky z domova, promiskuitní chování a užívání návykových látek. Dalšími projevy může být nepřístupnost, stranění se kolektivu a citový chlad. To vše vyplývá z negativního sebepojetí a nízkého sebevědomí způsobené traumatem.

Pro rozpoznávání a zachycení varovných signálů vyplývajících z neadekvátního chování dětí mají významné postavení pedagogičtí pracovníci. Jejich úkolem by mělo být monitorování informovanosti dětí o dané problematice, jejich postojů, názorů a efektivně na děti působit v oblasti prevence. V případě podezření na dítě ohrožené jakoukoliv formou syndromu CAN by měl být schopen spolupracovat s příslušnými orgány.

**PROJEVY
SYNDROMU
CAN**

**ROZPOZNÁNÍ
SYNDROMU
CAN**

Při každém podezření o výskytu některé formy syndromu CAN je nutné informovat ředitele školy!

Jak postupovat při podezření na syndrom CAN?**POSTUP
POMOCI****1. Navázání kontaktu**

- V případě podezření, že je žák obětí syndromu CAN je nutné navázat s ním osobní kontakt. Dotázat se například proč má na těle modřiny, proč se po vyučování toulá.

2. Kontaktování ředitele, školního metodika prevence, výchovného poradce**3. Kontaktování zákonných zástupců**

- V této fázi by měl učitel žádat vysvětlení rodičů vztahující se k vyzorovanému problému. Pedagog se tak může přesvědčit o sociálním prostředí, ve kterém dítě žije.

4. Kontaktování odborníka

- Pokud po rozhovoru s rodiči přetrvává, podezření na týrání dítěte je nezbytné kontaktovat příslušné orgány - zejména OSPOD, případně policii České republiky.

Důležité kontakty:

- Dětské krizové centrum: 241 484 149
- RIAPS linka důvěry: 222 580 697
- Linka bezpečí: 800 155 555



Sociální patologie se zabývá společensky nežádoucími jevy, podmínkami a příčinami jejich vzniku. Ve školním prostředí je tento termín nahrazován pojmem rizikové chování zahrnující záškoláctví, šikanu, agresi, rasismus a xenofobii, působení sekt, rizikové sexuální chování, závislostní chování, poruchy příjmu potravy a problémy související se syndromem týraného,



zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Předcházet výskytu rizikového chování, zmírnit jeho projevy či zamezit vzniku nežádoucích jevů napomáhá prevence. Tu je možné rozdělit na prevenci primární, sekundární a terciární. Oblastí prevence rizikového chování se zabývá školní metodik prevence, jehož úlohou je metodická, koordinační a poradenská činnost.

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte je soubor negativních důsledků, způsobených nevhodným zacházením s dětmi. Mezi jeho formy patří fyzické a psychické týrání, zanedbávání, zneužívání a sexuální zneužívání, Münchhausenův syndrom v zastoupení, sekundární viktimizace, organizované zneužívání dítěte, rituální zneužívání a sexuální turismus. Vedle na první pohled viditelných projevů syndromu CAN může být ovlivněn také psychický vývoj dítěte projevující se například poruchou integrity, depresemi, citovým chladem či sebevražednými sklony. Pro včasné rozpoznání projevů jakékoliv formy syndromu CAN mají významné postavení pedagogové, jejichž úkolem je na děti efektivně působit v oblasti prevence.

1. Vysvětlete pojem rizikové chování.
2. Co je cílem primární prevence?
3. Tvorbou preventivních programů, poradenskými službami a vzděláváním pedagogů v oblasti prevence se zabývá
4. Vysvětlete pojem „syndrom CAN“.
5. Uveďte příklady pasivní formy psychického týrání.
6. Jaké jsou možné projevy syndromu CAN?
7. Jaké příslušné orgány budete kontaktovat při podezření, že je dítě obětí syndromu CAN?



BECHYŇOVÁ, Věra a kol. Syndrom CAN a způsoby péče o rodinný systém. Praha, Ireas, Institut pro strukturální politiku. 2007. ISBN 978-80-86684-47-5.



DUNOVSKÝ, Jirí, DYTRYCH, Zdeněk, MATĚJŠEK, Zdeněk a kol. Týrané zneužívané a zanedbávané dítě. 1. vyd. Praha. Grada OPublishing. 1995. ISBN 80-7169-192-5.

Legislativa a systém sociálně-právní ochrany. Průvodce [online]. Copyright © [cit. 17-02.2021]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/legislativa-a-system-socialne-pravni-ochrany>.

MIOVSKÝ, Michal a kol. Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování. 2. vyd. Praha, Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze. 2015. ISBN 978-80-7422-391-4.

MŠMT. Školský zákon ve znění účinném od 25.8.2020, MŠMT ČR. MŠMT ČR [online]. Copyright © 2013 [cit. 17-02.2021]. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/dokumenty-3/skolsky-zakon-ve-zneni-uccinem-od-25-8-2020>.

MŠMT ČR. Národní strategie primární prevence. [online]. [cit. 2021-02-06]. Dostupné z: https://www.msmt.cz/uploads/narodni_strategie_primarni_prevence_2019_27.pdf.

MŠMT ČR. Metodické dokumenty (doporučení a pokyny). [online]. [cit. 2021-02-06]. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/metodicke-dokumenty-doporuceni-a-pokyny>.

MŠMT. Výklad vyhlášky č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění vyhlášky č. 116/2011 Sb., MŠMT ČR [online]. Copyright © 2013 [cit. 17-02.2021]. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/vyklad-vyhlasky-c-72-2005-sb-o-poskytovani-poradenskych-1>.

NOVÁKOVÁ, Jitka, ZÁŠKODNÁ, Helena. Syndrom CAN, sociálně právní ochrana dětí, sanace rodiny. Zdravotníci sobě. 2016; 1-30. ISBN 978-80-905751-3-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. 4. vyd. Praha, Portál. 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

ZÁCHRANNÝ KRUH. Fyzické týrání. [online]. Copyright © [cit. 2021-03-03]. Dostupné z:<https://www.zachranny-kruh.cz/pro-verejnost/kriminalita-rizikove-chovani/tyrane-deti/fyzicke-tyrani.html>.