

**Univerzita Palackého v Olomouci**  
**Cyrlometodějská teologická fakulta**

**Katedra křesťanské sociální práce**

*Charitativní a sociální práce*

Lisa Antonetti

*Problematika syndromu CAN z pohledu žáků 8. třídy  
základní školy v Olomouci*

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Jan Vančura, Ph.D.

**2017**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.

V Olomouci dne 23. 03. 2017

Lisa Antonetti

## **Poděkování**

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucímu své bakalářské práce PhDr. Janu Vančurovi Ph.D. za odborné vedení práce a cenné rady. Také bych chtěla poděkovat základní škole, která mi dala možnost provést výzkum a všem respondentům. Mé poděkování patří také mému příteli a přátelům, bez jejichž podpory, bych tuto práci nedokončila.

# Obsah

Úvod.....	6
Teoretická část.....	8
1. Definice syndromu CAN.....	9
1.1 Vývoj pojmu.....	9
2. Formy syndromu CAN.....	11
2.1 Tělesné týrání.....	11
2.1.1 Symptomy.....	13
2.2 Emoční týrání.....	14
2.2.1 Symptomy.....	15
2.3 Sexuální zneužívání dětí.....	16
2.3.1 Symptomy.....	18
2.4 Zanedbávání.....	19
2.4.1 Symptomy.....	19
3. Prevence syndromu CAN.....	21
3.1 Primární prevence.....	21
3.2 Sekundární prevence.....	22
3.2.1 Rizikové dospělí.....	22
3.2.2 Rizikové děti.....	23
3.2.3 Rizikové situace.....	23
3.2.4 Rizikové faktory v mezigeneračním kontextu.....	24
4. Poskytování pomoci dítěti.....	26
4.1 Jednání na základě podezření.....	27
4.2 Jednání s obětí.....	27
5. Kde hledat pomoc.....	29
Praktická část.....	30

6.	Metodologie výzkumu .....	31
6.1	Cíle výzkumu .....	31
6.2	Výzkumné metody .....	32
7.	Realizace výzkumu .....	34
7.1	Výzkumný vzorek .....	35
7.2	Respondenti .....	35
7.3	Zpracování a analýza dat .....	36
8.	Výsledky .....	37
8.1	Jak jsou žáci základní školy informováni o syndromu CAN? .....	37
8.1.1	Dílčí závěr .....	39
8.2	Jak by se žáci zachovali v krizové situaci? .....	40
8.2.1	Dílčí závěr .....	42
8.3	Koho by žáci oslovili v případě nouze? .....	43
8.3.1	Dílčí závěr .....	44
8.4	Hlavní diskuze .....	44
	Závěr .....	46
	Literární zdroje .....	48
	Seznam příloh .....	51

## Úvod

Za normálních okolností bývá období dětství a dospívání považováno za období bez starostí, ve kterém je dítě rodinou a blízkým okolím chráněno a je o ně pečováno. Avšak některé děti takové štěstí nemají a setkávají se s různými formami ubližování. Právě o formách ubližování dětem tato bakalářská práce pojednává. Syndrom týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte (CAN) je závažná forma ubližování, se kterou se setkává část dětské populace, nicméně odhadnout procento ubližovaných dětí je velmi obtížné. Vágnerová (2004, s. 593) uvádí, že 1 – 2 % dětí jsou oběťmi syndromu CAN, dá se však předpokládat, že tato cifra, která se v České republice pohybuje okolo 25 000 případů, je pouze špičkou ledovce dané problematiky. Například Podaná (2015, s. 60-61) uvádí, že až 30 % dospělých přiznává, že zažilo nějakou formu špatného zacházení v dětství.

V posledních dvaceti letech se syndromem CAN zabývá celá řada autorů. Nebylo tomu tak v minulosti, kdy dítě bylo považováno za majetek otce a fyzické tresty byly zcela přípustné ve většině kultur, o ubližování dětem se tedy nemluvalo. Syndrom CAN je v dnešní době vnímán jako velmi závažný a nežádoucí problém, který se i přes veškeré snahy a opatření stále vyskytuje. Proto si myslím, že je důležité se opakovaně touto problematikou zabývat a věnovat jí výzkum a čas, aby společnost dospěla k novým opatřením, jež by mohla snižovat výskyt syndromu CAN.

Dospělí lidé se mohou setkat s problematikou syndromu CAN téměř denně, a to v médiích nebo v odborné literatuře. Psychologové pátrají po příčinách vzniku těchto jevů, kdežto sociální pracovníci se snaží, aby k takovým jevům nedocházelo, a když se tak stane, být s dítětem zahájena okamžitá intervence. Pediatři a pedagogové se s tím mohou setkat ve své profesi, přičemž je velmi důležité, aby si všimli příznaků.

Ale odkud čerpají informace o ubližování samy děti? Znájí vůbec nějaké formy ubližování? Jak by se zachovaly v případě, že by bylo ubližováno kamarádce/kamarádovi? Komu by to řekly? Na tyto otázky jsem se snažila odpovědět pomocí kvalitativního výzkumu na nejmenované základní škole v Olomouci, kde byly tyto otázky kladeny žákům 8. třídy s cílem získat odpověď na výzkumnou otázku: „*Jakou mají děti 8. třídy základní školy v Olomouci představu o syndromu CAN?*“

Porozumění problematice syndromu CAN je velmi náročný proces a řešení tohoto sociálního fenoménu vyžaduje spolupráci s odbornými pracovníky z různých oborů. Každý případ je ojedinělý a vyžaduje odbornou pomoc, nicméně nejprve je potřeba chránit dítě, což ve většině případu zajistí sociální pracovníci v různých organizacích.

Bakalářská práce má dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části se zabývám závažným tématem syndromu CAN z hlediska poznané teorie, přičemž nejdříve se věnuji jeho definici jako takové a jeho vývoji v čase, jelikož jak jsem již uvedla, postavení dítěte se historickým vývojem změnilo. Dále zjišťuji, jaké formy syndromu CAN existují a jaké jsou příznaky každé z těchto forem ubližování dítěti. Ve třetí kapitole popisuji formy prevence, jelikož ta je lepší než léčba. Následně se zabývám tím, jak bychom měli jednat s dítětem, u kterého máme podezření, že je obětí syndromu CAN, a také s dítětem, o kterém víme, že je skutečně obětí. Poslední kapitola teoretické části je věnována organizacím či institucím, které se zabývají problematikou a mohly by tedy pomoci.

Ve druhé, praktické části této práce se věnuji metodologii kvalitativního výzkumu, kde jsem zvolila metodu skupinového ohniskového rozhovoru neboli *focus group*. Dále popisuji cíl výzkumu, doplňuji hlavní výzkumnou otázku dílčími otázkami a popisuji výzkumný vzorek. Mým výzkumným vzorkem byli žáci 8. třídy vybrané ZŠ v Olomouci, kteří byli rozděleni do skupin po 4 až 5 respondentech. Další kapitola se zabývá analýzou dat a výsledků výzkumu, kterou rozděluji pro lepší přehlednost podle dílčí otázek na dílčí závěry. Na konci praktické části se snažím vyhodnotit dosažené výsledky a odpovědět na výzkumné otázky.

## **Teoretická část**



# 1. Definice syndromu CAN

Pojem *syndrom CAN* je obecně označován v anglosaské literatuře jako *Child Abuse and Neglect* (CAN). Tento termín bývá obecně převzatý v české literatuře jako syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 7). V psychologickém slovníku je definován jako vědomé nebo nevědomé aktivity, kterých se dopouští dospělá osoba na dítěti, jejichž následkem dochází k poškození zdraví dítěte nebo jeho zdravého vývoje a které v nejhorších případech mohou skončit smrtí dítěte (Hartl, 2010, s. 73).

*„Za týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte považujeme: jakékoli nenáhodné, preventabilní, vědomé (případně i nevědomé) jednání rodiče, vychovatele anebo jiné osoby vůči dítěti, jež je v dané společnosti nepřijatelné nebo odmítané a jež poškozuje tělesný, duševní i společenský stav a vývoj dítěte, popřípadě způsobuje jeho smrt.“* (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 14)

Podle Krejčířové je pojem *syndrom* z medicínského hlediska příliš úzký a nepřesný, protože formy a projevy ohrožování dítěte jsou velmi rozmanité, a nelze tedy popsat přesný souhrn příznaků pro oběti CAN, jak tomu bývá pro jiné medicínské syndromy (Krejčířová In Bechyňová, 2007, s. 9).

Obecně můžeme tedy považovat syndrom CAN za jakékoliv jednání dospělého člověka vůči dítěti, které způsobuje újmu na zdraví dítěte jak fyzického, tak psychického rázu. Moc se neliší ani definice Provaníkové (1995), která rovněž uvádí, že se může jednat také o nevědomé jednání. V tom se naopak liší definice Slaného (2008), který nepovažuje za týrání, zneužívání nebo zanedbávání dítěte, když dospělý jedná nevědomě.

Pro účely této bakalářské práce budu pracovat s konceptem syndromu CAN podle Vágnerové (2004, s. 593), kde je syndrom CAN definován jako úmyslné jednání dospělé osoby vůči dítěti, kterým poškozuje tělesný, duševní nebo společenský stav a vývoj dítěte. Takto může být dítě ohroženo v důsledku aktivního ubližování nebo zanedbávání jeho základních životních potřeb.

## 1.1 Vývoj pojmu

Historie jevu CAN je velmi dlouhá. Můžeme předpokládat, že v každé době byly děti ohroženy v důsledku negativních vnějších jevů. To, co se za léta změnilo, je postoj

okolí k zacházení s dětmi. Dlouhá léta odborníci věnovali jen minimální pozornost tomuto jevu. Hlavním důvodem této skoro lhostejnosti bylo postavení dítěte ve společnosti, kde bylo možno zaznamenat značnou nerovnost ve vztahu k dospělým hlavně kvůli jeho neschopnosti bránit se před útoky dospělých (Pöthe, 1999, s. 16, Krejčířová In Bechyňová, 2007, s. 9).

V polovině 20. století si lékaři začali všimnout specifických tělesných poškození dětí, které nebyly způsobené úrazem, ale spíše záměrně, a mezi něž patřily například různé zlomeniny, popáleniny, krvácení nebo dokonce smrt. Tato zranění nazvali Caffey (1946) a Silvermann (1953) jako „neúrazovými zraněními“ (*non-accidental injuries / NAI*). Postupné řešení odhalilo tvůrce těchto úmyslných poškození – blízká osoba dítěte, někdo z rodiny, nejčastěji rodič. V roce 1962 popsal americký pediatr Dr. Kempe v jednom článku tzv. syndrom bitého či týraného dítěte (*Battered Child Syndrom*), který začal formovat hlavní obsahovou náplň dnešního syndromu CAN, kde se začalo upozorňovat na špatné zacházení a nepečování o dítě. Právě tento článek měl probudit odbornou lékařskou veřejnost z lhostejnosti vůči takovému ohrožení dětí. Teprve po publikaci této průkopnické práce začal svět věnovat větší pozornost danému jevu. Postupně se v jednotlivých státech začalo rozvíjet chápání této problematiky v široké veřejnosti a prosadily se nové zákony o povinném hlášení týrání dítěte. V roce 1977 byla založena mezinárodní společnost ISPCAN – The International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 7-10, Dunovský, 1999, s. 235-236, Krejčířová In Bechyňová, 2007, s. 9-10).

K tomuto syndromu se připojil nový, širší pojem syndromu - *Child abuse*, tedy zneužití dítěte. Od samého začátku se mluvilo jen o aktivní formě týrání dětí, časem však bylo potřeba zapojit do tohoto syndromu také pasivní formu, protože formy týrání dětí se rozšířily na několik druhů. Nemáme tedy jen akci proti dítěti (v aktivní formě), ale také absenci nějaké aktivity (pasivní forma), kdy dospělý zanedbává dítě tím, že mu nedává dostatečnou péči, neuspokojuje jeho životní potřeby atd. Pasivní forma týraného dítěte přispěla k formulaci druhé části syndromu CAN – tj. *Child Neglect* (zanedbávání dítěte) (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 7-10, Dunovský, 1999, s. 236).

## 2. Formy syndromu CAN

Většina autorů, kteří pracují se syndromem CAN, používá definici, kterou vymezila zdravotní komise Rady Evropy v roce 1992. Například Matoušek (2005, s. 27-28) uvádí čtyři formy zraňování dítěte, které ovlivňují zdraví nebo zdravý vývoj dítěte, a to:

- **Tělesné týrání** – aktivní nebo pasivní týrání,
- **Emoční týrání**,
- **Sexuální zneužívání** – dotykové a bezdotykové,
- **Zanedbávání** – tělesné, citové a výchovné.

Rada Evropy mezi formy syndromu CAN zařazuje také **systémové týrání** (Vaníčková, 2007, s. 59), které je charakteristické tím, že pachatelem je systém, který původně vznikl na ochranu dětí. Patří sem například odebrání dítěte z rodiny, nedostatečná péče v dysfunkčních rodinách, školách nebo institucích. Závažným problémem syndromu CAN je druhotné vystavení zraňování dítěte, tzv. **sekundární viktimizace**, ke které dochází při vyšetřování (např. OSPODem, policií, pracovníky v krizové intervenci, soudy, školami...). Jako velmi pozitivní iniciativu ze strany města Brno vidím Policejní skupinu Domácího násilí, která vznikla v roce 2005. Tato policejní skupina je vyškolená k tomu, aby uměla citlivě a profesionálně zacházet s obětí nebo osobou ohroženou domácím násilím, díky čemuž je snadnější předcházet sekundární viktimizaci oběti domácího násilí, a tedy většině případů syndromu CAN (Dunovský, Dytrich, Matějček, 1995, s. 66, Bajer, 2006c s. 24-25).

Je nutno si uvědomit, že formy syndromu CAN se prolínají mezi sebou, to znamená, že sexuálně zneužívané dítě je následně také psychicky týrané a může dojít k fyzickému týrání (znásilnění, sexuální útok atd.).

### 2.1 Tělesné týrání

**Aktivní fyzické týrání** je v oblasti syndromu CAN nejlépe popsáným jevem. Zdravotní komise Rady Evropy definuje tělesné týrání jako tělesné ublížení dítěti nebo vědomé odmítnutí zabránit takovému ublížení. Jde o neadekvátní tělesné trestání nepřiměřené věku a schopnosti dítěte rozumět, proč je trestáno. Zařazují se sem všechny akty násilí, které vedou k poškození dítěte, případně i k jeho fyzické likvidaci (Vodáčková, 2002, s. 459).

Hlavně v minulosti, ale i v současnosti dochází k tělesným trestům v rámci výchovy, která je podle rodičů oprávněná a nezbytná. Důležité je rozpoznat hranice mezi týráním a výchovou. Trestání se může snadno a rychle stupňovat a rodič nebo osoba zodpovědná za výchovu si nemusí uvědomit, že takové trestání je týráním dítěte (Pöthe, 1999, s. 35-37, Krejčířová In Bechyňová, 2007, s. 11). Podle výboru OSN pro práva dětí je každý tělesný trest násilím. Jak jsem již zmínila, každý trest má svou intenzitu a také svou formu. Vaníčková (2009) uvádí, že tělesný trest je fyzickým týráním, pokud je použit nějaký předmět (vařečka, pásek atd.) nebo je vykonán na citlivé části těla (na hlavě, břichu, dlaních, v oblasti genitálií atd.) či na těle zanechává stopy (modřiny, škrábance atd.).

Přestože je dnes ve většině vyspělých zemí zakotvena povinnost, morální i zákonná, nahlásit podezření o ubližování dítěti, počet případů násilí na dětech spíše stoupá. Různé studie uvádějí, že 30 % dospělých lidí přiznává zážitky špatného zacházení z dětství (Krejčířová In Bechyňová, 2007 s. 12-13). Podle výzkumu městské mládeže (2015) 42,1 % zkoumaných chlapců a 43,9 % dívek zažilo lehčí formy násilí. Těžkou formu násilí (kopání, údery pěstmi, údery předmětem, zmlácení atd.) zažilo až 8,9 % chlapců a 9,6 % dívek (Podaná, 2015, s. 60-61).

Mufsonová a Kranzová (1996, s. 36-37) do aktivní formy týrání řadí:

- jakýkoliv tělesný dotyk, který způsobí škrábance, zlomeniny nebo podlitiny;
- bití pěstmi nebo různými předměty (řemeny, řetězy, pásky atd.);
- popáleniny a opařeniny;
- silné třesení, především s malými dětmi (*shaken infant syndrom*);
- škrcení a dušení;
- smýkání dítětem nebo sražení dítěte na zem;
- přinucení dítěte stát nebo sedět v nepohodlné pozici v místě, kde se dítě bojí;
- svazování či připoutávání dítěte;
- dítěti je odpírán spánek nebo potrava, také může být nuceno podstoupit nějaké fyzické utrpení.

Do **pasivního** charakteru fyzického týrání zařazujeme hlavně nedostatečné uspokojení nejdůležitějších životních potřeb dítěte. Jsou to potřeby nejen fyzického rázu, ale také psychického a sociálního. Může jít o nepečování o dítě, ale také o opomenutí

(*omission*) péče. Následky tohoto nekonání mohou dle Dunovského, Dytrycha a Matějčka (1995, s. 41-44) být:

- **Porucha v prospívání dítěte neorganického původu** – tato porucha se vyskytuje hlavně v nejchudších a společensky málo přizpůsobivých rodinách. Jde hlavně o nedostatečnou výživu (kvalitativně nebo kvantitativně). Následky podvýživy mohou být: dystrofie, atrofie, zástava růstu a chybějící látky v těle dítěte.
- **Nedostatek zdravotní péče** – vědomé nebo nevědomé odmítání zdravotní péče (preventivní prohlídky, očkování, zákroky atd.). Někdy se také stává, že rodič dítěti neumožní zdravotní péči, protože je jeho stav důsledkem týrání ze strany dospělého, který by následně mohl čelit právním následkům.
- **Nedostatky ve vzdělání a ve výchově** – vzdělání je právo každého dítěte. Toto právo není dodržováno nejen v rozvojových zemích, ale někdy není zajištěno ani ve vyspělých zemích, hlavně v případech, kdy má dítě nedostatečně rozvinuté mentální schopnosti kvůli nedostatečné stimulaci.
- **Nedostatek přístřeší, ochrany, ošacení** – tohle je hlavním problémem dětí bez domova, kde hraje roli hlavně sociálně-ekonomická stránka rodiny.
- **Děti vykořisťované** – v této problematice nalezneme hlavně žebrající děti.

### 2.1.1 Symptomy

Tělesné týrání je nejlépe rozpoznatelný jev syndromu CAN (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 27).

**Zavřená poranění:** poškození tkání a orgánů tupým násilím, zpravidla bez porušení kůže. Závažnost a následky jsou posuzovány podle intenzity násilí a umístění na těle. Příkladem jsou pohmožděniny hlavně měkkých částí těla, poranění kostí (chip zlomeniny) a poranění hlavy, což je nejčastější příčina smrti u týraných dětí a významná příčina chronických a neurotických potíží (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 28-34).

**Otevřená poranění:** každé porušení kůže, sliznice nebo povrchu orgánu, jako jsou například rány na hlavě, nitrooční krvácení (které je častým důsledkem pádů, úderu nebo násilí na hlavě), rány do hrudníku, popáleniny, hlavně nevysvětlitelného původu nebo charakteristického tvaru (od cigarety, kontaktní gril atd.), bolesti břicha, hlavy atd.

Z hlediska chování dítěte mohou být příznaky: strach ze styku s rodiči nebo obavy jít domů, nechut' o tom hovořit, nepravděpodobná zdůvodnění poranění (i ze strany rodičů), neochota dítěte odhalovat paže a nohy, oblékání nadměrné vrstvy oblečení, strach z lékařské pomoci, sklon k sebepoškozování, agresivita, násilnické sklony nebo naopak apatie a bojácnost, chronické útky z domovů. U adolescentů se vyskytují hlavně deprese, sebepoškozování, sebevražedné sklony, poruchy spánku a jídla (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 39-40, Elliottová, 1995, s. 61-63).

## 2.2 Emoční týrání

*„Bolest psychická či bolest duše je nezměřitelná. Může ji pochopit jenom ten kdo má zkušenost se svou vlastní bolestí.“*

Peter Pöthe

Zatímco za fyzickým týráním, zneužíváním nebo zanedbáváním si člověk dokáže představit konkrétní události či aktivity, psychické týrání je v naší kultuře nejasné a méně prozkoumané, přestože psychické týrání patří mezi jeho nejrozšířenější formu. Nejsou jasně definované hranice psychického týrání, čímž je zároveň nejhůře rozpoznatelné, protože se odehrává v srdci a mysli dítěte. Navíc je špatně dokazatelné při jednání a těžko dokumentovatelné. Psychicky týrané dítě musí neustále poslouchat řeči o tom, jak je hloupé, nechťené, ošklivé, neužitečné atd., až si nakonec dítě vsugeruje takové informace a opravdu si myslí, že takové je (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 45, Elliottová, 1995, s. 63-64).

Podle K. P. O'Hagan není správné psát a diskutovat o emocionálním týráním jako o totožném s psychickým týráním, jelikož výrazy *emocionální* a *psychické* nejsou synonyma. Odborníci se však shodují, že emoční týrání dětí má za následek poškození psychického vývoje a ohrožuje jeho osobnost (Dunovský, 1995, s. 45). Pro účely této bakalářské práce je nepodstatné rozlišovat emoční od psychického týrání, jelikož spolu souvisejí a většina autorů odborné literatury je používá jako synonyma, například Krejčířová (In Bechyňová, 2007, s. 15), Dunovský (1995) a další.

Psychické týrání spadá do oblasti neurotizujících faktorů a situací, které vedou k úzkostem a jiné těžké psychopatologii. Jedná se o aktivity dospělých, při kterém ohrožují sebeúctu a sebedůvěru dítěte. Podstatou této formy týrání je odpírání emoční

podpory – bezcitná výchova. Krejčířová (In Bechyňová, 2007, s. 15) rozlišuje tyto typy psychického týrání:

- **Pohrdání** – ponižování, posměch, hrubé nadávky, shazování, zdůrazňování neschopnosti („Jsi k ničemu“, „Děláš mi ostudu“).
- **Terorizování** – vyhrožování o ublížení nebo zabití („Já ti ukážu!“).
- **Izolování** – bránění sociálnímu kontaktu s ostatními lidmi, zavírání v místnosti (často tmavé).
- **Korumpování** – povzbuzování k antisociálnímu chování, užívání omamných látek, využívání dítěte.
- **Odpírání emoční opory** – psychologická nedostupnost, ignorování dítěte („Nemám čas“, „neotravuj“). Láska je dítěti buď upírána, nebo vázána nějaké podmínce, musí si lásku vysloužit.

Velmi často dochází k emočnímu týrání při rozvodovém řízení rodičů, jeho zatahování do konfliktů mezi rodiči nebo v případech domácího násilí, kdy je dítě svědkem a zároveň obětí násilí (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 45).

### 2.2.1 Symptomy

Dopady emočního týrání jsou závislé na intenzitě, délce trvání a na tom, na jakém vývojovém stupni rozvoje osobnosti k tomuto jednání dochází. Jsou děti, které reagují stažením do sebe, jsou ustrašené a úzkostlivé. Mají nízkou sebedůvěru, snadno se vzdávají, protože se podceňují, na své chyby reagují neúměrně. Těžce vyjadřují svá přání nebo názory. Přičítají si vinu za nejrůznější situace. V mnoha případech děti reagují opačným způsobem, snaží se napodobovat chování dospělých, jsou agresivní, razantně prosazují své, provokují ostatní (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 47, Elliottová, 1995, s. 64).

Děti trpící emočním týráním charakterizují: poruchy chování (lhaní, záškoláctví, vulgarismy atd.), útoky z domova, sklony k sebepoškození, užívání drog nebo požívání alkoholu, deprese, poruchy příjmu potravy, vývojová regrese, psychosomatické potíže, problémy v jednání s lidmi (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 47, Elliottová, 1995, s. 64).

## 2.3 Sexuální zneužívání dětí

Sexuální zneužívání dětí je označováno v anglosaské literatuře jako *Child Sexual Abuse* (CSA). Nejširší definice vychází z Rady Evropy z roku 1992, která považuje sexuální zneužívání za

*„nepatřičné vystavování dítěte pohlavnímu styku, činnosti i chování. Zahrnuje jakékoliv pohlavní dotýkání, styk či vykořisťování kýmkoliv, komu bylo dítě svěřeno do péče, anebo kýmkoliv, kdo dítě zneužívá. Takovou osobou může být rodič, příbuzný, přítel, odborný či dobrovolný pracovník či cizí osoba.“* (Hanušová, 2006, s. 7)

Podle Národního centra pro zneužívané a zanedbané děti (NCCAN) je pohlavní týrání definováno takto:

*„Kontakty nebo interakce mezi dítětem a dospělým, při kterých je dítě použito pro sexuální stimulaci pachatele nebo jiné osoby. Sexuální zneužití může spáchat také člověk mladší osmnácti let, pokud je významně starší než oběť nebo když je v pozici, která mu dává nad druhým dítětem moc.“* (Mufsonová, Kranzová, 1996, s. 46)

Objevit a prokázat sexuální zneužití bylo vždy komplikované. I když se tento jev vyskytoval ve všech dobách lidstva, byl dlouho bagatelizován a pozornost je mu věnována až od 70. let minulého století. Souviselo to s kulturou společnosti, kdy v některých společnostech byly aktivity tohoto typu tolerovány nebo dokonce podporovány. Dnes patří CSA mezi nejstudovanější formy ubližování dítěti. Jev sexuálního zneužívání je velmi široký a složitý, rozděluje se na dotykové a bezdotykové zneužívání (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 49- 50, Krejčířová In Bechyňová, 2007, s. 20-21).

**Bezdotykové sexuální zneužívání** neboli bezkontaktní týrání může zahrnout exhibicionismus, kde dospělý ukazuje své genitálie dítěti, nebo harassment, dospělý dítě napadá slovy se sexuálním podtextem, poplácává ho atd. Dále sem patří účast na sexuálních aktivitách, kde nedochází k tělesnému kontaktu, masturbace před dítětem, špehování dítěte při intimních úkonech atd. (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, 52-55, Karkošková, 2014, s. 20).



**Dotykové sexuální zneužívání** neboli kontaktní je takové, kde dochází k pohlavnímu kontaktu, včetně laskání intimních partií dítěte, pohlavnímu styku, orálnímu či análnímu sexu. Často k takovým aktivitám dochází proti vůli dítěte, dochází tedy k sexuálnímu útoku a znásilnění. Definuje se jako incest, pokud k takovým aktivitám dochází mezi dvěma osobami, jimž není zákonem dovoleno uzavřít sňatek – mezi dítětem a rodičem nebo příbuzným a mezi sourozenci (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 52-55, Karkošková, 2014, s. 20).

Další kategorie sexuálního zneužívání je **komerční zneužívání dětí**, kde jsou děti použity pro sexuální účely výměnou za peníze. Nástroji jsou dětská pornografie, dětská prostituce a obchod s dětmi – pro sexuální průmysl nebo pro jiné účely, adopce, dětská práce, prodej orgánů atd. Do komerčního zneužívání dětí zařazujeme také sexuální turistiku, která je poměrně novým fenoménem, který souvisí s provozováním cestovních kanceláří, které zprostředkovávají pobytové zájezdy včetně sexuálních služeb (Vaničková, 2007, 25-32, Hanušová, 2006, 14-15).

Pachatelé sexuálního zneužívání jsou statisticky většinou muži. Znepokojivá informace je, že se často jedná o osoby, které dítě zná a kterým důvěřuje (podle odhadů 70 – 85 %). Podle statistiky České republiky je 63 % případů spácháno příbuznou osobou, 23 % osobou, kterou dítě zná, a jen 13 % neznámou osobou (Karkošková, 2014, s. 24). Starší statistika Dětského krizového centra (1994) uvádí, že až 47,8 % případů bylo spácháno vlastním rodičem dítěte (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 54-55). Neexistuje všeobecný psychosociální profil pachatele, v mnoha případech to jsou nenápadné osoby s dobrým vztahem k dítěti. Možné příčiny přiřazuje Matějček (In Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 55) k sexuální deviaci pachatele či psychopatii nebo vážnějšímu psychickému onemocnění, avšak výzkumy potvrzují, že v 50 % případů osoby, které se dopouštějí sexuální činnosti na dětech, nemají sexuální deviaci ani žádnou patologii. Spíše než sexuální motiv je pro pachatele na těchto aktivitách lákavá moc nad obětí, jde především o zneužití moci, o manipulaci, o využití stavu závislosti a o vykořisťování (Karkošková, 2014, s. 23-25).

Existují faktory, které zvyšují míru traumatu při CSA, jako pocit viny, když dítě cítí sexuální vzrušení při zneužívání: *"Líbilo se mi to, bylo to příjemné, říkal, že mi to ukáže, abych věděla, jak se to dělá, měla jsem takové elektrizování po celém těle..."* (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 57). Dále je to narušená identifikace s pachatelem, který se k oběti chová většinou mile, starostlivě, oběť obdaruje, čímž si dítě může vytvořit

k pachateli i emocionální pouto. Rovněž se jedná o povinnost uchovat tajemství, jelikož ve většině případů by jim dospělí stejně nevěřili. Dalším rizikem jsou obavy z negativních reakcí okolí při odhalení situace (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 57, Karkošková, 2014, s. 14).

### **2.3.1 Symptomy**

Psychické trauma, které následuje po sexuálním zneužití, má krátkodobé a dlouhodobé následky. Symptomy a následky mohou být různé, souvisí s věkem dítěte, délkou trvání zneužívání atd. Mezi krátkodobé příznaky, kterých je možno si všimnout u většiny dětí, patří strach, úzkost, pocity viny a hanby a nízká sebeúcta, dítě se vyhýbá doteku atd. Také přestává dospělým důvěřovat, může dojít k rychlým změnám v chování, zhoršení školního prospěchu. Běžné jsou poruchy soustředění, spánku, noční děsy a pomočování. U těžké traumatizace je častá vývojová regrese, kde se děti vrací ke svým rituálům, hračkám a zvyklostem ze své minulosti. Mezi somatické problémy patří bolesti hlavy, břicha, enuréza, poruchy spánku, poruchy příjmu potravy atd. Nejvíce si můžeme všimnout nepřiměřeného sexuálního chování, například i při hraní s panenkami nebo ostatními dětmi mívají sebepoškozující a sebevražedné sklony (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 57, Elliottová, 1995, s. 50-55, Vodáčková, 2002, s. 461-462). Zneužívání dětí do pěti let věku je možné poznat také kvůli hysterickému křiku při přebalování nebo svlékání, často napodobují sexuální chování, opakují slova pachatele, jsou agresivní a podrážděné a neustále o sobě říkají, že jsou zlé, špatné. Děti od pěti do dvanácti let někdy naznačují, že skrývají nějaké tajemství, které nemohou nikomu říct, mohou naznačit zneužívání vyprávěním svého problému, přenesením na kamaráda, kreslí sexuálně inspirované obrázky atd. Starší, dospívající děti trpí spíše depresemi, úzkostmi, ale kromě změn v chování a myšlení se snaží skrývat svou situaci. Výrazně se objevuje jejich negativní názor na sebe, zvláště ve vztahu k vlastnímu tělu. Mění se jejich pohled na svět dospělých a zdůrazňují jejich neochotu akceptovat společenské hodnoty a normy. S tím souvisí delikvence jako odplata za utrpení (Elliottová, 1995, s. 50-55, Vodáčková, 2002, s. 461-462).

Mezi dlouhodobé následky můžeme zařadit disociativní poruchu chování, problémy ve vztazích, neschopnost najít důvěru v partnerovi nebo transgenerační přenos (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 57, 69).

## 2.4 Zanedbávání

Zanedbávání je vážné opomíjení rodičovské péče, která je nezbytná pro tělesný a duševní vývoj dítěte. Zanedbávání je možné rozdělit na tělesné zanedbávání a citovém zanedbávání. **Tělesné zanedbávání** zahrnuje nedostatek výživy, ošacení, přístřeší, ochrany a hygieny. Takto zanedbávané dítě ve většině případů vyrůstá v rodině, která je na nízké socioekonomické úrovni. Nedostatečné zajištění školní docházky, dohled nad domácí přípravou do školy, nezáměr o školní prospěch dítěte nebo nedostatečnou výchovu zařazuje Krejčířová (In Bechyňová, 2007) do **zanedbávání výukového a výchovného**, neboli do tzv. kulturní deprivace. Abychom mohli mluvit o zanedbávání v souvislosti se syndromem CAN, musí se zanedbávané dítě ocitnout v takové situaci, kdy je vážně ohroženo nedostatkem podnětů, které jsou důležité pro jeho fyzický a psychický rozvoj (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 61-62, Krejčířová In Bechyňová, 2007, s. 24-27).

Je důležité rozlišit pojem deprivace od zanedbanosti. Deprivace (strádání) je výsledek životní situace, kdy jsou dítěti odepírány jeho základní psychické potřeby, přičemž jsou duševní zdraví a vývoj takového dítěte v ohrožení. Mluvíme tedy o psychické deprivaci neboli **citovém zanedbávání**. Když budeme pátrat v minulosti, děti, které byly zanedbávané nebo byly sirotky, byly umístěovány do ústavů. I když ústavy byly vedeny s dobrými úmysly, pediatři a psychologové ve 20. století upozorňovali na to, že duševní vývoj dětí v ústavní péči byl velmi odlišný od duševního vývoje dětí vychovaných v rodinách. V roce 1951 J. Bowlby přesvědčivě poukázal na závažnou problematiku ústavní výchovy na duševní zdraví dětí, díky čemuž byla psychická deprivace uznána za zvláštní formu ohrožení psychického vývoje dítěte (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 61-62, Krejčířová In Bechyňová, 2007, s. 25-28).

### 2.4.1 Symptomy

Mezi charakteristické příznaky fyzického zanedbávání patří malnutrice, dítě má trvale hlad, opruzeniny, nedodrhuje základní hygienická pravidla (hrozí nákaza hepatitidou), nevhodné oblečení vzhledem k ročnímu období, někdy špinavé a zapáchající, neúčastní se preventivních lékařských prohlídek, trpí chronickou únavou. Při kulturní deprivaci dítě často chybí ve škole, postrádá sociální chování. U emocionálního zanedbávání má dítě podobné příznaky jako u psychického týrání, má nízkou sebeúctu,

sebedůvěru, je sociálně izolované a někdy může vykazovat neurotické chování (Elliottová, 1995, s. 65, Pešová, Šamalík, 2006, s. 120-122, Sedlářová, 2008, 194-195).

### 3. Prevence syndromu CAN

*Předcházet je lepší než léčit.* Takto zní motto snad každého lékaře, psychologa, sociálního pracovníka a ani v případě syndromu CAN tomu není jinak. Jak jsem již zmínila v předchozí kapitole, následky tohoto jevu jsou velmi ohrožující pro zdravý vývoj dítěte. Představa, že by člověk dokázal ubližovat dětem, je některým lidem velmi nepříjemná a nedokáže si na otázku *Proč se dětem ubližuje?* odpovědět. Ale přestože si přejeme, aby se takové věci nestávaly, přeci jen se některé děti napříč celým světem setkávají s takovým zacházením, a to mnohem častěji, než jsme ochotni si připustit. Otázkou však je, co je potřeba udělat, aby se tomu dalo přecházet. Preventivních opatření existuje spousta, v této kapitole si představíme některé z nich.

Typy prevence jsou v literatuře rozdělené na primární a sekundární (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995). Provazníková (In Vaničková, 1995) k primární a sekundární prevenci přidává i terciární. Pöthe (1999, s. 106-107) nepovažuje dělení prevencí za použitelné u syndromu CAN, jelikož se jednotlivé formy překrývají a kombinují.

#### 3.1 Primární prevence

Primární typ prevence znamená podle Světové zdravotnické organizace jednat tak, aby k určitému jevu nedocházelo – předejít jejímu vzniku. Matějček (In Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 72) přirovnává jevy syndromu CAN k ledovci, kde pomáhající profese zachycují především viditelnou část ledovce, přičemž jak je známo, pod hladinou je mnohem větší část ledu, která je potenciálně připravena stát se viditelnou, pokud k tomu bude mít příznivé podmínky. Lze tedy tvrdit, že existují příčiny týrání, zneužívání nebo zanedbávání dítěte, které jsou motivovány různými důvody. V ubližování dítěti hrají roli desítky faktorů ze strany dítěte, jeho pachatele, prostředí, ve kterém rodina žije, a společnosti. Tyto rizikové faktory vytvářejí situaci, kdy dospělý dítěti ubližuje (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 72, Pöthe, 1999, s. 87-88).

Když budeme nadále pracovat s představou o syndromu CAN jako o velkém ledovci, je jasné, že nejlepší opatření bude zvýšení teploty ovzduší a vody, aby ledovce vůbec nevznikaly. To je u CAN úkolem dnešní společnosti, která by měla tedy záměrně působit na veřejnost, na rodiče, vychovatele a na odborné pracovníky (lékaře, psychology, sociální pracovníci, právníky atd.) (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s.

72-75). Podle americké příručky do primární prevence je zařazováno také zvyšování povědomí společnosti o syndromu CAN pomocí kampaní informující obyvatele jak a kde nahlásit podezření o ubližování dítěti, ale také kampaně podporující použití nenásilné výchovy (vlastní překlad, Salus, Wolcott, Kennedy, 2003, s. 42).

Podle Koloničné, sociální pracovnice v Krizovém centru pro děti a mládež – Spondea, jsou prevence a osvěta domácího násilí nebo násilí na dětech nutné už na základních školách. Podle pracovnice je důležité naučit děti již v raném věku, co je dobré a co špatné chování a jak se v případě špatného zacházení bránit. Také by měly vědět, za kým mohou jít se svými starostmi a kde mohou hledat pomoc. Existují programy mateřských škol, které seznamují děti s pojmem domácího násilí formou her, například loutkovým představením. Důležitou roli hraje také všímavost společnosti, která v mnoha případech vidí domácí násilí jak na dětech, tak na partnerech jako soukromou záležitost rodiny a necítí se kompetentní ohlásit takovou událost. Odrazuje je ale také fakt, že i policisté vnímají násilí mezi blízkými jako něco privátního, do čeho by neměli příliš zasahovat. Jako příklad uvádím případ paní Evy, která zavolala na policii po fyzickém napadení jejím opilým manželem (roky psychicky týral ji a jejich děti). I když policisté měli důkazy svědčící o manželově chování, neudělali nic a paní poradili, aby se s dětmi zamkla do jiného pokoje. *„Policajti závažnost problému zcela shodili, řekli mi, že není trestné, když manžel přijde opilý domů. Když nic nerozbije a neustále mě fyzicky nenapadá, takže vlastně se nic neděje...“* (Bajer, 2006a, s. 3-4, 2006b, s. 13-16, 2006d, s. 30-32)

## **3.2 Sekundární prevence**

Jak jsem již uvedla, existují různé rizikové faktory, které působí jako spouštěč pro různá jednání. Úkolem sekundární prevence je vytipovat skupiny obyvatelstva a situace, v nichž většinou dochází k syndromu CAN. Cílem je programové působení na tyto rizikové skupiny, aby se riziko výskytu syndromu CAN snížilo na minimum nebo se odstranilo (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 76).

### **3.2.1 Riziková dospělí**

Dospělý člověk, který se dopouští týrání dítěte, může být rodič, vychovatel, blízký přítel rodiny, příbuzný aj. Riziková dospělí bývají často alkoholici, toxikomani, lidé ve

stresu, mladiství rodiče povahově nezralí, osoby s psychickými poruchami, lidé agresivní (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 77).

U sexuálního zneužívání to jsou v naprosté většině muži, lidé trpící sexuálními úchylkami, sexuálně hyperaktivní, muži staršího věku, u kterých schopnost kontroly ochabuje a následkem demence nedokáží kontrolovat své pudové jednání. Rizikovní dospělí bývají rozděleni na osoby pedofilně zaměřené, které pociťují náklonnost k dětem a dospělé osoby je sexuálně nezajímají, a osoby regresního typu, které mají sexuální touhu po dětech jen v případě, že se dostanou do stresové situace a hledají si většinou náhradu za partnerku (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 78, Elliottová 1995, s. 58-61).

Rizikovní dospělí v případě zanedbávání můžou být mentálně retardovaní jedinci, somaticky nemocní, osaměle žijící osoby, alkoholici a toxikomani, nezralí rodiče, lidé v hmotné chudobě, osoby příliš zaujaty jinými zájmy nebo povinnostmi (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 79).

### **3.2.2 Rizikové děti**

I mezi dětmi je určitá skupina, která může být považována za ohroženější, například děti s lehkými mozkovými dysfunkcemi, které bývají často neklidné, zlostné, nesoustředěné a to pro některé rodiče může být zdrojem agresivity. Dále se jedná o děti mentálně retardované nebo se sníženými intelektovými schopnostmi, jejichž rodiče bývají často frustrováni a zklamání z jejich chování a zpomalení (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 77-79).

Rizikovými dětmi u sexuálního zneužívání jsou převážně dívky, avšak také u chlapců je třeba dbát na příznaky zneužívání. Nejčastějším věkem je předškolní a mladší školní věk. Je prokázáno, že chlapci bývají poprvé zneužíváni dříve než dívky, a to ve věku mezi druhým a třetím rokem života, u dívek je to mezi třemi a osmi roky života. U nejmenších dětí pohlaví nebo chování prakticky nerozhoduje. Od předškolního věku, kdy jsou ohrožené převážně dívky, to jsou holčičky výrazných ženských tvarů, jemné, koketní, mazlivé atd. (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 78).

### **3.2.3 Rizikové situace**

Větší rizikovou situaci pro týrání či zanedbávání dítěte vytváří stres, manželské konflikty, rozvodové situace, milenecké vztahy aj. V takových situacích často dochází k tzv. Medein komplex, kde jeden z rodičů v návalu žárlivosti nebo pomstychtivosti chce

partnerovi ublížit na tom nejcennějším, co má, na jeho dítěti (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 77).

Naopak v případě sexuálního zneužití může situaci zhoršit celkově „uvolněná“ sexualita v rodině (neexistence zábran, výskyt promiskuitních vztahů, v některých případech se jedná o mentálně postiženého rodiče) nebo také stísněný prostor v rodině (hlavně v minulosti), kdy děti a rodiče spali v jedné posteli. Nemoc dítěte může vytvořit příležitost k napadení, jelikož je zde potřeba většího tělesného kontaktu. Větší riziko je také u cizích mužů žijících s dítětem, pěstounských rodičů, u vychovatelů v dětském domově, u ošetřovatelů v nemocnicích atd., zde se totiž nevytváří sexuální tabu, které se zpravidla vytváří u rodičů nebo sourozenců (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 78, Drtilová In Čírtková, Vitoušová, 2007, s. 52-53).

### **3.2.4 Rizikové faktory v mezigeneračním kontextu**

*„Děti musejí snášet hlouposti dospělých, dokud nejsou dost veliké, aby je opakovaly.“*

Jaeen Anouilh

Ačkoli je téma syndromu CAN a jeho rizikových faktorů velmi studovaný a popisovaný jev v odborné literatuře, s rizikovými faktory, které mohou být vysledovány v několika generacích, se setkáme jen zřídka. Je však důležité si uvědomit, že některé vzorce chování se přenášejí z generace na generaci, tedy z rodičů na děti. Možný důvod pro ubližování dětem vysvětluje Dunovský a kol. (1995, s. 77) jako potřebu uspokojovat své potřeby, ventilovat frustraci a tenzi. Podle Dydňanské (2016, s. 5-11) můžeme v některých případech právě tyto důvody nalézt v mezigeneračním kontextu, a to v několika teoriích. Bowlbyho teorie vazby mezi matkou a dítětem zní: Vazba, kterou naváže dítě s klíčovou osobou, se stane modelovou vazbou, na jejímž základě dítě v budoucnosti naváže vztahy s lidmi a také s vlastním dítětem. Další teorií je sociální učení podle sociálního psychologa Bandury, kde člověk volí takové způsoby chování, které se naučil pozorováním (Dydňanská, 2016, s. 5-7).

Poslední teorii, kterou budu popisovat, je teorie transgeneračního přenosu. Transgenerační přenos je definován jako proces, při kterém vědomě nebo neúmyslně dítě přenáší vzorce chování ve své rodině do další generace a má tendenci se chovat dle toho, jak se k němu chovali dospělí v dětství. Jinak řečeno dítě, kterému bylo v dětství ubližováno, bude více náchylné k tomu, že v dospělosti bude své děti vychovávat stejně,



jako bylo vychovááno ono, například bude také používat fyzické tresty. Tímto tématem se v ČR zabývala studie *Týraná a netýraná děvčata – dětství, partnerství, mateřství* autorů Kukly a Bouchalové (2012), kde autoři zkoumali 3 848 žen, ze kterých 48,3 % byly v dětství týrané. Zde lze předpokládat, že děti, které byly týrané, budou mít větší předpoklad k týraní svých dětí. Autoři zjistili, že matky, které byly týrané v dětství, se chovaly s větší fyzickou a psychickou krutostí a hrubostí vůči svým dětem než ostatní matky. Jejich vztahy v rodině se velice podobaly vztahům v jejich původních rodinách a často opakovaly na svých dětech chování, které praktikovali jejich rodiče na nich (Vaničková, Moussová, Provazníková, 1995, s. 23, Dydňanská, 2016, s. 7-11).

*„Nemůžeme být opravdu šťastní, pokud naši předkové uvnitř nás trpí. Učiníme-li krok vědomě, svobodně a šťastně, děláme to pro všechny generace; předchozí i budoucí. Ti všichni se pak navrátí domů ve stejný okamžik jako my.“*

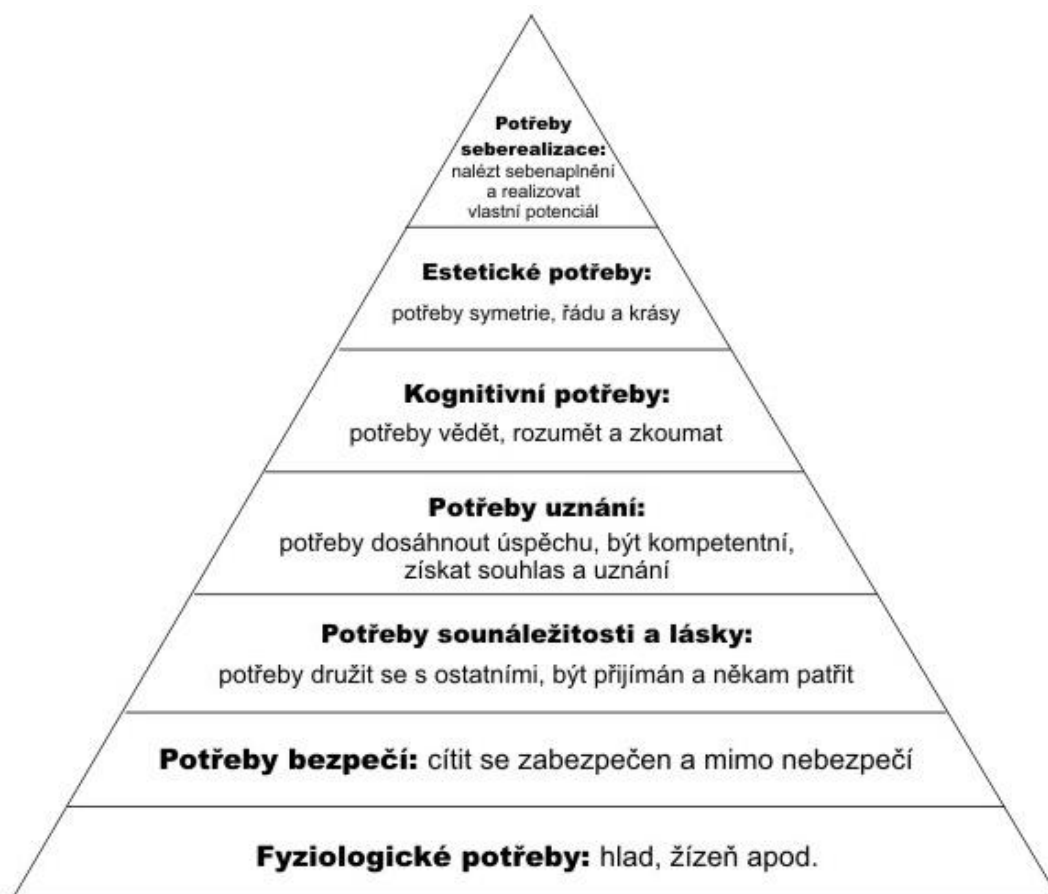
Thich Nhat Han

To, že je riziko mezigeneračního přenosu méně zkoumané než ostatní rizikové faktory, považuje Dydňanská (2016, s. 11) jako závažný nedostatek. Dodnes v ČR neexistuje program, který by připravoval rizikové dospělé, které jsem vymezila již v předchozích kapitolách, na cílenou podporu a pomoc při přípravě na vlastní děti a na jejich výchovu. Také chybí program primární prevence, který by pomáhal dospělým vypořádat se s traumatem z dětství a připravit se na rodičovskou roli. Takové programy by byly klíčové jak pro dospělé, tak pro následující generace.

## 4. Poskytování pomoci dítěti

Cílem této bakalářské práce není seznámit odbornou veřejnost s jednotlivými postupy, jak poskytovat krizovou intervenci obětem syndromu CAN. O tom pojednávají různí autoři jako například Vodáčková (2002), Špatenková (2011) a další. Krizová intervence k dětem je velmi specifická, zvláště pro oběti syndromu CAN. V této kapitole se budu zabývat obecnými radami, jak by měl člověk jednat s podezřením o syndromu CAN nebo přímo s prokázanou obětí, čemu je důležité věnovat naši pozornost.

Každý jedinec má ve svém životě potřeby a je nutné to mít na mysli vždy, když chceme někomu pomáhat. Proto když chceme pomoci dítěti, které je obětí syndromu CAN, měli bychom myslet na to, jak naplnit jeho základní potřeby. Při saturaci potřeb je důležité postupovat podle hierarchické Maslowovy pyramidy potřeb (Vymětal, 2009, s. 70).



Obr. 1: Maslowova pyramida potřeb.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Obr. 1: <http://www.filosofie-uspechu.cz/maslowova-pyramida-lidskych-potreb/>.

## 4.1 Jednání na základě podezření

Důležité je uvědomit si, že většina případů syndromu CAN je těžko pozorovatelná. Jak jsem již uvedla v kapitole o fyzickém týrání, právě tato forma je nejlépe viditelná. Ostatní formy syndromu musíme dobře rozpoznat podle symptomů, které je charakterizují (viz kapitola 2) a následně jednat na základě podezření. Pokud takové podezření máme a nejsme z rodiny dítěte, je nejlepším řešením kontaktovat policejní orgány, orgány sociální či právní ochrany dětí, či organizace zabývající se touto problematikou, které budu popisovat v následující kapitole. Osoba z nejbližšího okruhu rodiny své jednání musí velmi pečlivě zvažovat. Je vhodné, když se sama připraví na to, jak postupovat v případě, že se jí dítě se svou situací svěří, aby nebyla zaskočena a věděla, jak jednat. Je vhodné s dítětem mluvit o tom, co je dobré a špatné, co se může tajit a co by se nemělo. Takové otázky nemusíme pokládat najednou, může se tak dít i v průběhu několika dní. Pokud si myslíme, že je dítě připraveno, můžeme se ho zeptat přímou otázkou, na kterou je jednodušší odpovědět hlavně pro malé děti, které nepřímým otázkám často nerozumí. Vhodné také je, aby dospělý, který má podezření, zašel do takové organizace, která mu může poradit, jak postupovat. Zjistíme-li zneužívání, týrání či zanedbávání, je důležité dbát na bezpečnost dítěte jak ze strany pachatele, tak případného nového ublížení například systémovým týráním (policie, soudy atd.) (Elliottová, 1995, s. 66-70).

## 4.2 Jednání s obětí

Vycházíme-li z Maslowovy pyramidy potřeb, můžeme tvrdit, že každé dítě má základní potřeby, které se musí naplnit. U oběti syndromu CAN je tomu stejně, ale musíme se zaměřit hlavně na specifické potřeby, které takové oběti mají. V první řadě jde o naplnění základních **fyzilogických potřeb**, jako jsou jídlo, ošacení, ubytování a hygiena (například v případě zanedbávaného dítěte). Pro děti, které zažily traumatickou událost, je běžné, že nevnímají své potřeby, musíme tomu tedy věnovat zvýšenou pozornost. Zajištěním **pocitu bezpečí** dítěte je myšleno například místo, kde se dítě cítí dobře. Je třeba dbát na bezpečnost dítěte, jelikož děti, které jsou zanedbávané či týrané, většinou nebyly vychovány tak, aby rozpoznaly, co je dobré a co je zlé, nebezpečné nebo naopak (děti, které vyrostly ve „zlaté kleci“ maximálního bezpečí rovněž nedokáží rozpoznat hranice bezpečného a nebezpečného). V podpoře pocitu bezpečí hraje velkou

roli také zajištění informací o dítěti, pocit, že je mimo nebezpečí, že už je se vším konec, že to nakonec zvládlo, a také je důležité ho ujistit, že to, co se stalo, není jeho vina, že za to není zodpovědný. Třetí schůdek pyramidy je **potřeba podpory** a lásky. Dítě musí vědět, že mu věříme, že v nás má oporu, že může naplno vyjadřovat své emoce – plakat, naříkat, vyjadřovat bezmoc, že nemusí držet negativní emoce v sobě (Elliottová, 1995, s. 70-72, Vodáčková, 2002, s. 469-473, Vymětal, 2009, s. 70-71).

## 5. Kde hledat pomoc

Případů, kdy se obětem nedostane pomoci, je spousta. Dítě, které je obětí syndromu CAN, ve spoustě případů pomoc nevyhledává, přičemž důvodů je celá řada, například v případech, kdy je dítě moc malé, kdy neví, že to, čemu je vystaveno, je špatné, nezákonné. Dle Mufsonové a Kranzové (1996, s. 85-91) jsou důvody zejména: pocit viny, pocit studu, strach z postojů a zachování rodiny a společnosti, strach ze ztráty lásky a z ohrožení pachatele, ke kterému má dítě někdy zvláštní vztah. V případě, že dítě překoná tyto obavy, má možnost zkontaktovat různé organizace, které mu mohou pomoci.

Elliottová (1995) poukazuje na sociálně právní ochranu dětí, kdy jsou orgány upraveny zákonem č. 359/1999 Sb. o sociálně-právní ochraně dětí a jedná se o obecní úřady, obecní úřady obcí s rozšířenou působností, krajské úřady, Ministerstvo práce a sociálních věcí a Úřad pro mezinárodně právní ochranu dětí. Mezi nestátními neziskovými organizacemi v současné době existuje rozsáhlá a komplexní síť služeb, které pomáhají obětem syndromu CAN. Poskytované služby jsou v různém rozsahu, některé poskytují jen poradenství formou konzultací (osobní, telefonickou nebo e-mailovou), jiné organizace mohou poskytovat také azylové ubytování (Krizové centrum Charity Olomouc, FOD), ale také psychologickou a právní pomoc. Problematikou syndromu CAN se zabývají hlavně Dětská krizová centra (DKC), Krizová centra, Linky důvěry, Pedagogicko-Psychologické poradny (PPP) aj. (Elliottová, 1995, s. 137, Bajer, 2006b, s. 16).

V příloze č. 1 může čtenář najít dostupné organizace v Olomouci, kam se dítě nebo dospělý může obrátit v případě potřeby a kde najde pomoc a podporu.

## **Praktická část**

## 6. Metodologie výzkumu

V předchozí části své bakalářské práce jsem vymezila teoretické koncepty tak, abych mohla vytyčit, co je syndrom CAN, jaké má formy a příznaky, jaké jsou preventivní opatření vůči takovému jevu, jak se zachovat v případě rozpoznání oběti a kde hledat odbornou pomoc. Tato teorie mě přivádí k otázce, zda i děti vědí, co je syndrom CAN a zda by věděly, co dělat. Hlavní výzkumná otázka zní: „*Jakou představu o syndromu CAN mají žáci 8. třídy základní školy v Olomouci?*“ V následujících kapitolách budu z teoretických konceptů vyvozovat dílčí výzkumné otázky, které pomohou lépe odpovědět na hlavní výzkumnou otázku.

### 6.1 Cíle výzkumu

Odborná veřejnost, sociální pracovníci, lékaři či pedagogové, ale také rodiče se mohou dozvědět o syndromu CAN v odborné literatuře, článcích nebo internetových stránkách, kde mohou poznat jeho formy, příznaky a také kde vyhledat pomoc. Je ale spousta dětí, které nejspíše tento pojem neznají a informace ohledně syndromu CAN se jim dostávají ztěžka. Pak je pro ně náročnější pochopit, zda je ono samo obětí nebo zda někdo potřebuje pomoc. Pro dítě, které prožívá situaci, kdy je mu ubližováno a je v ohrožení, je důležité, aby znal svá práva. Proto je také podstatné, aby dospělí či pracovníci v pomáhajících profesích věděli, jakou mají představu o syndromu CAN dětí. Děti mohou být také v blízkém kontaktu s obětí, v některých případech bych řekla, že mohou být jedinou blízkou osobou oběti. Je tedy důležité, aby i dítě vědělo, jak poznat, že kamarádovi je ubližováno, a na koho se může obrátit.

Hlavní výzkumný cíl bude odpověď na otázku: „*Jakou mají děti 8. třídy základní školy v Olomouci představu o syndromu CAN?*“ Pomocí tohoto výzkumu bych chtěla dosáhnout lepší informovanosti laické (rodiče) a odborné veřejnosti o tom, jaký postoj mají děti k závažnému tématu syndromu CAN. Díky tomu by bylo snadnější pro sociální pracovníky a pedagogy implementovat vhodný vzdělávací prostředek k posílení povědomí o syndromu CAN. K tomu, abych zjistila odpověď na svou výzkumnou otázku, jsem vybrala několik dílčích cílů:

DC1: Jak jsou žáci základní školy informováni o syndromu CAN?

DC2: Jak by se žáci zachovali v krizové situaci?

DC3: Koho by žáci oslovili v případě nouze?

Otázky, které jsem pokládala žákům, příkládám v příloze č. 2.

## 6.2 Výzkumné metody

Po důkladném nastudování odborné literatury jsem se rozhodla, že pro svůj výzkum použiji kvalitativní formu. Definovat kvalitativní způsob výzkumu jako takový je obtížné, dokonce ani jeden z nejrozsáhlejších sociologických slovníků – *Velký sociologický slovník* neobsahuje samostatnou definici. Hlavním důvodem je snaha nevytvářet umělou bariéru mezi kvalitativním a kvantitativním přístupem. Hendl (1997, s. 12) popisuje kvalitativní výzkum takto: „*Kvalitativní výzkum zahrnuje popis a interpretaci sociálních nebo individuálních lidských problémů a jeho podstatou je vytvoření komplexního, holistického obrazu o zkoumaném problému. Důraz se klade na způsob, jakým lidé interpretují jevy sociálního světa a svoji zkušenost.*“ (Hendl, 1997, s. 12, Miovský, 2006, s. 13) To, že je náročné definovat, co kvalitativní výzkum je, potvrzují také Švaříček a Švédová (2007, s. 13-17), kteří pro popis rozdělují definice na několik typů: podle použité metody sběru dat, podle metody usuzování, podle typu dat a podle způsobu analýzy dat, kde se potvrdí, že pro definici kvalitativního výzkumu je třeba také znát kvantitativní výzkum a najít rozdíly mezi nimi.

Výhodou kvalitativního výzkumu je sběr dat bez toho, abychom si na počátku stanovili hypotézu. Jde spíše o prozkoumání určitého jevu a o to přinést maximální množství informací, a získat tak podrobný popis zkoumaného jevu. Teprve po nasbírání dat může výzkumník hledat pravidelnosti v odpovědích a formulovat předběžné závěry. Díky tomu můžeme formulovat novou hypotézu, která je platná pro vyzkoumaný vzorec a která by se v případě kvantitativního výzkumu mohla potvrdit či vyvrátit (Švaříček, Švédová, 2007, s. 24-25).

Metodu kvalitativního výzkumu jsem si vybrala proto, že dle definic a výhod výše uvedených se domnívám, že je tou nejlepší strategií. Důvodem je, že odpověď na danou výzkumnou otázku nelze najít pouze sečtením statistických údajů, ale je důležité hlouběji prozkoumat odpovědi respondentů. Navíc, jelikož cílovou skupinou jsou děti 8. třídy základní školy, si myslím, že dané téma syndromu CAN je lepší řešit rozhovorem s dítětem, kde se může otevřít debata, což je nejlepší možná metoda kvantitativního šetření na rozdíl od jiných, které by mohly mít negativní dopad na vývoj dítěte a mohly



by způsobit například sekundární viktimizaci. Tím, že jsem byla s každým účastníkem výzkumu v přímém kontaktu, jsem mohla omezit tohle riziko.

Pro techniku sbírání dat jsem zvolila metodu **polostrukurovaného ohniskového rozhovoru** neboli *focus group*. Miovský (2006) popisuje, že *focus group* je alternativou k individuálnímu interview, kde můžeme nejen zkoumat odpovědi respondentů, ale také jejich skupinovou interakci, která vnáší do výzkumu další informační hodnoty, povzbuzuje spontaneitu a umožňuje pozorovat členy cílové populace aktuálně reagující na dané téma. Navíc pro některé respondenty je to příjemnější než individuální rozhovor, kde dotazovaný může cítit velký tlak na odpověď na otázku. V období pubescence, ve které se žáci nacházejí, je velmi důležité cítit se součástí nějaké skupiny, kde se cítí mnohem sebevědoměji. Také jsem se rozhodla, že nechám na respondentech, aby si vybrali, do které skupiny chtějí patřit. Při výzkumu jsem nechtěla, aby se žáci cítili pod tlakem jako např. před zkouškou. Chtěla jsem, aby společně přišli na odpovědi tak, aby po rozhovoru každý žák cítil, že už ty odpovědi zná. Pomoci ohniskové skupiny žáci by mohli přijít na odpovědi společně, spolupracovat, lépe se ztotožnit ve své skupině a cítit větší sebevědomí (Vágnerová, 2000, s. 226, Miovský, 2006, s. 174-181, Švaříček, Švédová, 2007, s. 184-186).

Dále jsem zvolila techniku polostrukurované ohniskové skupiny, která je založena na základních tematických okruzích, kde však pořadí a přesné znění otázek není závazné a záleží na průběhu skupiny a vývoji situace (Miovský, 2006, s. 179-180).

## 7. Realizace výzkumu

S ředitelkou školy jsem se domluvila na den, kdy jsem si místo výuky mohla převzít žáky a uskutečnit skupinové rozhovory, dne 18. ledna 2017. Rozdělila jsem 13 respondentů, od kterých jsem dostala podepsaný souhlas od rodičů, na tři skupiny, dvě po čtyřech a jedna po pěti dle jejich preferencí. Prostor, který mi byl dán k dispozici, byla prázdná sborovna, kterou jsem podle svých potřeb upravila. Nachystala jsem kruh ze židlí, doprostřed jsem dala malý konferenční stolek s menší hostinou. Podle Miovského (2006, s. 182) je důležité vytvořit příjemnou atmosféru, zajistit pohodlí a klid respondentů a kromě občerstvení jsem tedy také zajistila, abychom při rozhovoru nebyli vyrušeni jinými osobami. Nachystala jsem si také kameru na videozáznam a diktafon tak, abych měla jistotu, že zachyťím všechny důležité aspekty rozhovoru ve skupině.

Nechala jsem respondenty vybrat si místo, kde si sednou, jen jsem vyznačila své místo svými věcmi, aby bylo jasné, kde bude výzkumník sedět. Úvodem jsem představila sebe a svou bakalářskou práci, kde jsem jim v krátkosti vysvětlila, jaký je můj cíl. Žádala jsem je o souhlas s videozáznamem a se zvukovým záznamem a ujistila je, že vše je zcela anonymní a záznamy budou použity jen mnou. Všichni účastníci souhlasili.

Jelikož syndrom CAN je velmi citlivé téma, respondenty jsem ujistila, že pokud nebudou chtít odpovědět na otázku nebo budou chtít ukončit rozhovor či odejít, můžou tak učinit, a také že není vůbec problém, pokud na nějakou otázku neznají odpověď.

Před začátkem rozhovoru jsem žáky informovala o pravidlech, které musí dodržet, aby mohl výzkum ve skupině fungovat, a to: aby hovořila vždy pouze jedna osoba a každý má právo říci svůj názor a nikdo jej nemůže odsuzovat. Pro uvolnění atmosféry jsem se nejdříve zeptala účastníků, v jakém jsou vztahu mezi sebou, jak dlouho se znají atd. Na závěr rozhovoru jsem se vždy ptala, zda by chtěli probrat ještě něco, co nebylo řečeno, také jsem se jich zeptala, co by chtěli dělat v budoucnosti – zda si už vybrali střední školu, kam by chtěli chodit, nebo jaké mají vysněné zaměstnání. Také jsem jim řekla, že jsem k dispozici, kdyby se na mě chtěli někdy obrátit, a poděkovala jsem za účast. Každý skupinový rozhovor trval 25 – 30 minut.

Poté co jsem sesbírala data, jsem je přepsala z videozáznamu a zvukového záznamu do elektronické formy a vyhodnotila jsem výsledky, který budu analyzovat v následujících kapitolách.

## 7.1 Výzkumný vzorek

Jako výzkumný vzorek jsem si vybrala žáky 8. třídy jedné základní školy v Olomouci. Mým prvním účelem bylo udělat širší výzkum na základních školách v Olomouci, nicméně i když jsem zkontaktovala přibližně 20 olomouckých základních škol, na můj dotaz odpověděla, pouze jediná škola, kde jsem následně provedla výzkum. V této škole mi byla ředitelem školy doporučena jedna 8. třída, která má 25 žáků. Jelikož žáci byli nezletilí, musela jsem požádat o svolení rodiče/opatrovníky, přičemž žákům bylo rozdáno povolení k účasti, které měli nechat podepsat. Podepsaných se jich vrátilo 13.

## 7.2 Respondenti

### Skupina č. 1

<b>Žák</b>	<b>Věk</b>	<b>Pohlaví</b>
Ž1	13	Dívka
Ž2	13	Dívka
Ž3	14	Dívka
Ž4	13	Dívka

Tabulka 1 Respondenti skupiny č. 1

### Skupina č. 2

<b>Žák</b>	<b>Věk</b>	<b>Pohlaví</b>
Ž5	14	Dívka
Ž6	14	Dívka
Ž7	14	Dívka
Ž8	13	Dívka
Ž9	14	Dívka

Tabulka 2 Respondenti skupiny č. 2

### Skupina č. 3

Žák	Věk	Pohlaví
Ž10	13	Chlapec
Ž11	14	Chlapec
Ž12	14	Chlapec
Ž13	13	Chlapec

Tabulka 3 Respondenti skupiny č. 3

### 7.3 Zpracování a analýza dat

Po uskutečnění rozhovorů jsem provedla komentovanou transkripci rozhovorů, abych měla zaznamenanou i řeč těla respondentů a jejich zdůraznění. Poté jsem pomocí otevřeného kódování naznačila v textu klíčové odpovědi, slova a myšlenky respondentů, se kterými budu moci odpovědět na výzkumné otázky. Pro větší přehlednost a zrychlení následné analýzy dat jsem použila techniku barvení textu, kde jsem označila v textu podobné pasáže a odpovědi respondentů stejnou barvou a následně jsem je mohla přiřazovat na obecné kategorie neboli kódy.

Jako metodu analýzy kvalitativních dat jsem použila tzv. metodu vytváření trsů. Tato metoda předpokládá, že kódování dat je samo o sobě analytický postup a že k analýze nám stačí utřídění, klasifikace a deskripce dat. V této metodě seskupujeme data do určitých trsů na základě vzájemné podobnosti a vytváříme tedy obecnější jednotky (Miovský, 2006, s. 220-221). Dále bych chtěla uvést příklad jednoho z hlavních trsů, které jsem ve své analýze vytvořila:

- Kdo žáky informuje o syndromu CAN?

Cílem bylo zjistit, odkud žáci znají pojmy, jako jsou týrání, zneužívání a zanedbávání. V textu jsem vyznačila svou otázku a následně odpověď každého respondenta, abych se mohla lépe zorientovat ve výsledcích.

## 8. Výsledky

V této části své bakalářské práce se budu zabývat analýzou dat, která byla zjištěna v rámci ohniskových rozhovorů, které jsem provedla se žáky 8. třídy vybrané základní školy v Olomouci. Pro zachování anonymity respondentů budou označováni jako Ž1 – Ž4 (ze skupiny č. 1), Ž5 – Ž9 (ze skupiny č. 2) a Ž10 – Ž13 (ze skupiny č. 3).

Tuto kapitolu člením na podkapitoly, které se budou zabývat dílčími výzkumnými otázkami mého výzkumu, poslední podkapitola se bude zabývat prezentací a interpretací výsledků výzkumu, kde odpovím na hlavní výzkumnou otázku výzkumu a to:

*„Jakou mají děti 8. třídy základní školy v Olomouci představu o syndromu CAN?“*

DC1: Jak jsou žáci základní školy informováni o syndromu CAN?

DC2: Jak by se žáci zachovali v krizové situaci?

DC3: Koho by žáci oslovili v případě nouze?

Důležité pro můj výzkum bylo také sledování skupinové dynamiky, která se vytvořila uvnitř skupiny. Proto jsem nechala respondenty vybrat si členy své skupiny, kde ve skupině č. 1 byly jen dívky, které se považovaly za kamarádky už od první třídy a velmi dobře se znaly. Skupina č. 2 byla také dívčí a podle výpovědi žákyň jsem si všimla, že se vnímají spíše jako spolužačky než kamarádky. Ve skupině č. 3 byli na druhou stranu jen chlapci, kteří se považovali za kamarády. V následujících kapitolách se budu snažit podávat jejich výpovědi takovým způsobem, aby byla vidět jejich skupinová interakce.

### 8.1 Jak jsou žáci základní školy informováni o syndromu CAN?

Zodpovězení dílčí výzkumné otázky *Jak jsou žáci základní školy informováni o syndromu CAN?* je pro účely výzkumu velmi důležité. Zaměřila jsem se především na znalost forem syndromu CAN, na to, kde o jevech syndromu CAN slyšeli, zda se o tom baví otevřeně i doma a zda se setkali s týraným, zanedbávaným nebo zneužívaným dítětem ve svém okolí.

Všichni žáci už někdy slyšeli o týrání dětí, avšak nikdo z nich to nezná jako pojem syndrom CAN. Ve většině případů vyplynulo, že se o tom žáci dozvěděli ve škole

v hodinách předmětu *Základy společenských věd* nebo v televizi. Podle **Ž12** se ve škole baví o týrání dětí, ale spíše v souvislosti se šikanou a jen málo o týrání ze strany dospělého. **Ž12**: „*Ve škole máme přednášky o tom, spíš o šikaně ale, mi přijde, že nám řekli o tom zneužívání jen jednou asi...*“

Někteří respondenti říkají, že se o tom baví v rodině, **Ž7** říká, že se o tom baví doma, jen když se něco takového stalo. **Ž12** tvrdí, že se o tom baví, jen když je to důležité. Celá první skupina (**Ž1** – **Ž4**) na otázku, zda se o jevech CAN baví s rodiči, kroutí hlavou, a ani **Ž10** a **Ž11** se o syndromu CAN v rodině nebaví.

Většina odpovědí žáků na otázku „*Co podle vás znamená být týraný?*“ byly zaměřené na fyzickou formu týrání, a to hlavně ve skupině č. 1 a č. 3, kdy do této formy týrání přiřazují především bití, **Ž10**: „*Tak týraný, že ho třeba někdo bije? Třeba páskem... nebo ho kope.*“ Skupina č. 2 se velmi lišila od ostatních dvou skupin, na tuto otázku **Ž6** odpověděla: „*Jakože to dítě nemá správný domov, je mu ubližováno, není jistý... může to předávat dál,*“ a **Ž5** na to navázala: „*Já si myslím, že třeba když je ve třídě, tak ostatní děti mají tu... lásku, tu podporu toho rodiče a všechno a on potom přijde a strašně se diví, že tohle někdo má, že tohle někdo má normálně, a je úplně standartní, že jim závidí.*“ **Ž9** to doplnila: „*Také musí být ten člověk psychicky slabý, že když je z domova špatný, tak pak bude špatný i ve škole, že se třeba nechává šikanovat, nebo tak a celý to může dopadnout špatně... i potom v budoucnosti, v práci...*“

Ostatní skupiny také dokázaly rozlišit fyzické a psychické týrání. Skupina č. 1 se shoduje, že formy psychického týrání jsou například vydírání, zakazování neprávem nebo odepření lásky, **Ž3**: „*Tak třeba když jim rodiče nedávají lásku, neříkají jim, že je mají rádi, nebo třeba že je vydírá, jako že mu něco udělá nebo aby mu dával peníze.*“ **Ž10** ze skupiny č. 3 odpověděl jenom: „*Třeba vydírání, nebo že mu zabije křečka...*“

Na otázku „*Víte, co je být zanedbáván?*“ skupina č. 1 nedokázala odpovědět, ve skupině č. 2 **Ž6** odpověděla: „*Že se ty rodiče vůbec nestarají... dělají, jako by neexistovali.*“ **Ž9** si také uvědomovala, že dítě, o které není řádně postaráno, si může dělat, co chce, což celá skupina vnímala jako negativní jev. Skupina č. 3 tvrdila, že dítě, které je zanedbáno, nemá dostatek jídla, také nechodí do školy a není o něho pečováno.

Na otázku „*Co znamená být zneužíván?*“ jsem odpovědi našla jen ve skupině č. 1 a 2, skupina č. 3 o daném tématu spíše vtipkovala, ale bylo znát, že odpověď na otázku znají, ale že to přirovnávají jen k sexuálnímu zneužívání. Skupina č. 2 naopak

ihned rozdělila zneužívání na fyzické, psychické a sexuální. Fyzické zneužívání přirovnala k dětské práci a psychické k vydírání, sexuální zneužívání zůstalo nepopsáno. **Ž8:** „*Tak třeba fyzické zneužívání by mohlo být, když dítě využívají k práci... třeba že musí uklízet celý byt nebo chodit pracovat... a psychické, když ho vydírají, že třeba když něco neudělá, nedostane jídlo nebo tak...*“ Skupina č. 1 také otevřela téma sexuálního zneužívání dětí, kde **Ž3** velmi stydlivě odpověděla, že to je sexuální akt s dítětem a ostatní dívky příkyvovaly, **Ž3:** „*Tak když dospělý má sex s dítětem...*“

Dále bylo pro mě relevantní se žáků zeptat, zda se někdy setkali s obětí syndromu CAN ve svém okolí. 11 respondentů řeklo, že ne, **Ž10** navázal na spolužáka (**Ž13**) s tím, že někdo z jeho známých byl fyzický týrán, ale **Ž13** to popřel, že to nebylo týrání, ale spíše použití fyzických trestů. **Ž13:** „*Ne... to tak nebylo, spíš on ji bil, ale protože třeba přišla pozdě domů... nebo měla škaredé známky, ale to nebylo týrání, to sem tam byla nějaká facka, to je vše... to přece není týrání.*“

### **8.1.1 Dílčí závěr**

Odpovědi na otázky této části výzkumu se shodují s odbornou literaturou. To, že žáci se dozvěděli o jevech syndromu CAN v televizi, je značný důkaz o tom, že média v dnešní době hrají velkou roli v socializaci dítěte. Obecně média dokážou dítěti formovat a ukazovat různé způsoby chování a komunikaci. To, že jsou takové informace publikované v médiích, je samozřejmě pozitivní, ale dítě je více náchylné k tomu se socializovat podle vzorců chování, které vidí, a je tedy riziko, že když se dítě dozví o jevech syndromu CAN v médiích, bude více náchylné k tomu, že takové vzorce chování bude v budoucnosti napodobovat. Informovanost žáků byla také daná školou, kde děti získaly informace skrze socializaci, což je také považováno za nejdůležitější zdroj informací pro děti ve školním věku. To, že některé děti nemluví o jevech syndromu CAN s rodinou, je podle mého názoru zakotveno v teorii, že každý rodič musí uspokojovat celou řadu psychických potřeb dítěte, přičemž jeden z cílů rodiče je být zdrojem jistoty a bezpečí. Tím, že by rodič znejistil své dítě informací o jevech syndromu CAN, by narušil tuto jistotu bezpečí a také svou roli (Vágnerová, 2000, s. 171, 184-188).

Respondenti dokázali nejlépe popsat, co je fyzické týrání, což koresponduje s Vodáčkovou (2002, s. 459), která popisuje, že fyzická forma syndromu CAN je nejvíce popisovaná forma. To, že žáci dokázali také popsat psychické týrání dětí, je překvapující, jelikož Dunovský a kol. (1995, s. 45) popisuje psychické týrání jako málo popsané téma.

Odpověď jedné respondentky je také potvrzena v teorii, která popisuje týrané dítě jako dítě, které ve většině případu neví, že jeho situace není v pořádku, myslí si, že je takové chování od rodičů normální a oprávněné a jen když se dívá na kontrast mezi sebou a ostatními dětmi, pozná rozdíl a může začít hledat pomoc. Za důležité v tomto bodě pokládám také odpověď jednoho respondenta, který ukázal svůj pohled na rozdíl mezi fyzickým trestem a týráním, Pöthe (1999, s. 35-27) ve své literatuře poukázal na tenkou hranici mezi fyzickým trestem a týráním a na pozornost, kterou musíme tomu dávat.

Popis zanedbávání se také shodoval s literaturou. Co mě však překvapilo, je, že jedna celá skupina nebyla schopná popsat, co znamená být zanedbávaným. O tématu zneužívání respondenti málo mluvili a bylo cítit, že se nechtějí moc vyjadřovat a že se stydí o takovém tématu mluvit. Je znát, že téma sexualita je ve věku respondentů (13 – 14 let) velkým tabu.

Na dílčí výzkumnou otázku *Jak jsou žáci základní školy informováni o syndromu CAN?* můžu tedy díky svému výzkumu odpovědět poměrně kladným způsobem, tedy že informovanost je poměrně vysoká, jelikož respondenti věděli o jevech docela dost. Odpovědi se lišily od skupiny ke skupině na základě vědomostí, které mají a které získaly prostřednictvím výuky ve škole nebo v médiích. Většina respondentů dokázala rozlišit různé druhy syndromu CAN a popsat formy ubližování dítěte.

## **8.2 Jak by se žáci zachovali v krizové situaci?**

Abych mohla odpovědět na svou výzkumnou otázku, pokládám za důležité vědět, jak by se zachovali žáci v krizové situaci, kdy mají podezření o ubližování dítěti, například svému kamarádovi. V tomto bodě je také nutné se dozvědět, zda by uměli rozpoznat symptomy syndromu CAN a jak by v případě potřeby komunikovali s obětí nebo s podezřelou obětí. Proto jsem se žáků ptala, jak by oběť syndromu CAN vypadala, jaké by měla příznaky a co by udělali, když by měli podezření. Odpovědi na otázky byly velmi ovlivněné skupinovou dynamikou, která se vytvořila a kdy se respondenti doplňovali a zůstali spíše u jednoho tématu. Proto jsem se rozhodla u některých otázek rozdělit odpovědi žáků podle toho, v jaké skupině se nacházeli.

Na otázku „*Jak by vypadalo dítě, které je týrané, zneužívané nebo zanedbávané?*“ odpověděly všechny skupiny tak, že by v případě fyzického týrání byly vidět znaky na těle jako modřiny a škrábance. **Ž4:** „*Podle toho, jak by vypadala, třeba kdyby jí někdo*



*bil, takže bude mít něco na sebe, jako modřiny třeba...“ Ž11: „No že se bojí, že s nikým není... má modřiny.“ Ž13: „By nechtěl asi chodit domů, měl by modřiny, škrábance...“*

Ve skupině č. 1 a 2 padl názor, že by oběť nechtěla komunikovat o své situaci, že by popřela původ zranění nebo to skryla. Ž6: *„Pokud by měla něco na těle, modřiny, tak by zapírala, odkud je má, by řekla, že spadla.“ Ž2: „Já si myslím, že by se o tom s námi nebavila, snažila by se to krýt...“*

Na druhou stranu, ve skupině č. 3 byli v rozporu, Ž12 si myslí, že by oběť přiznala, že jí někdo ubližuje, ale ostatní členové skupiny mu rozporují, že by ubližování spíše zatajovala. Odpověď Ž12, která se mírně odklonila od názoru skupiny, mě překvapila, a nakonec tvrdil, že kdyby se mu něco takového stalo, tak by to někomu hned oznámil. Ostatní členové reagovali překvapením. Ž12: *„No já, kdyby se to stalo mě... já bych to řekl.“*

Z hlediska chování ubližovaného dítěte se také všechny tři skupiny shodly. Ve většině případů odpověděly, že by oběť úplně změnila v chování, přestala by se bavit s osobami, které jí byly blízké, bála by se doteků a obecně ostatních lidí, její prospěch ve škole by se zhoršil. Ž2: *„Asi by se zhoršila ve škole.“*

Ž6: *„Že nechce vůbec komunikovat s tím okolím, úplně by se změnila... přestala by se smát, přestala by se chovat tak, jako jsme byli zvyklí...“ Ž5: „Přestala by se bavit s těma, který jí byli blízký, hodně?“ Ž7: „Měl by prostě strach ze všech.“*

Ž10: *„Asi by se začal chovat úplně jinak, i k té osobě.“ Ž13: „By se mu nelíbily doteky, ani od kamarádů...jako by cukal.“ Ž11: „Měl by kruhy pod očima, protože by se asi doma moc nevy spal, ne?“ Ž12: „By nechtěl asi chodit domů, měl by modřiny.“*

Skupina č. 2 sama otevřela téma sexuálního zneužívání a vypověděla dost o symptomu sexuálního zneužívání na dětech, vnímala také riziko traumatu, které přetrvává v budoucích vztazích. Ž5: *„Ovlivňuje to i vztah v budoucnosti s budoucím partnerem.“ Ž8: „Nejspíš by si ani nenašla tu důvěru v partnerovi.“ Ž7: „Mohl by být i nedůvěřivý k ostatním... k starším lidem, než je on, kdyby mu připomínali toho, kdo je zneužíval.“ Ž5: „A vůbec by neříkal svoje pocity, třeba?“*

Otázka *„Myslíte, že byste věděli, co máte dělat, kdyby se někomu něco takového stalo?“* přinesla rozdílné odpovědi v jednotlivých skupinách. Skupina č. 1 se shodla na tom, že v té situaci by bylo mnohem těžší jednat než se o tom jen bavit, Ž3: *„No, ono to*

*je lehký se o tom bavit, ale v té situaci by to bylo asi těžší, no.*“ Kdyby **Ž3** měla podezření, že se s kamarádkou něco děje, snažila by se získat od ní informace, a pokud by se to nepodařilo, obrátila by se na dospělého. **Ž3**: *„Já bych se jí zeptala, co se děje, a kdyby mi nechtěla odpovědět nebo tak, tak bych to buď doma řekla rodičům, nebo ve škole učitelům...“* Velmi mě potěšila její reakce na otázku, jak by od ní získala informace: *„No já bych si ji klidně vzala domů, na chvíli, aby viděla, že mám o ní zájem a že ji chci pomoci...“* Ostatní členky skupiny jen kývaly hlavou a potvrdily to, co jejich spolužačka říká. Na konci rozhovoru se mě **Ž4** zeptala, co bych dělala já, být v té situaci. Tuto její reakci vnímám jako velmi pozitivní a uvědomuji si, že někteří respondenti by měli zájem o získání více informací o syndromu CAN a hlavně jak reagovat na krizové situace.

Skupina č. 2 cítila bezmoc v řešení takové situace a **Ž7** ihned prohlásila, že by si s tím poradili jen dospělí. **Ž7**: *„No my asi s tím nic neuděláme, to musí nějaký dospělý...“* na to navázala celá skupina příkyvováním.

I ve skupině č. 3 se řešilo, že by měli získat informace od kamaráda opatrně, **Ž10**: *„Bych pomalu táhl z něho informace, jak sopel.“* **Ž13**: *„Naopak bych chtěl, aby oběť mluvila o své situaci sama a nahlásila to dospělému.“* **Ž13**: *„Já bych ho nějak přinutil, aby to řekl on... bych se o tom s ním začal bavit a nějak bych se dostal k tomu, aby to někomu nahlásil, že to tak bude pro něho nejlepší...“* Odpověď **Ž12** mě dost překvapila, nejdříve tvrdil, že by se snažil takové osobě pomoci, ale nakonec řekl, že neví, zda by pomohl osobě, které by to přál. **Ž12**: *„Pomohl bych, ale podle toho, kdo by to byl, kdybych mu to přál...“* Celá skupina na jeho výrok reagovala velmi negativně. **Ž13**: *„Když se to pak stane tobě, se nediv...“*

### **8.2.1 Dílčí závěr**

Odpovědi žáků na moje otázky docela korespondovaly s literaturou. Z hlediska příznaků, které žáci uvedli, se zaměřovali hlavně na symptomy fyzického týrání. To je zcela normální, protože jak uvádí Dunovský a kol. (1995), fyzické týrání je nejlépe rozpoznatelné právě proto, že nechává rozpoznatelné stopy. Žáci dokázali také popsat nejen viditelné jevy, jako jsou modřiny nebo škrábance, ale také změny v chování, které mohou nastat v životě oběti, velká změna v chování, nechut' chodit domů (nebo do místa, kde se ubližování děje), nechut' hovořit o své situaci. Jedna skupina dokonce dokázala identifikovat nebezpečné následky sexuálního zneužívání a uvědomovat si jeho

dlouhodobé následky pro budoucí život (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 27, Elliottová, 1995, s. 50-55, Vodáčková, 2002, s. 461-462).

Také debaty, které vytvořili ohledně oběti, která by sama nahlásila nebo nenahlásila svou situaci, jsou oprávněné. Jak píšou Mufsonová a Kranzová (1996, s. 85-91), dítě, kterému je ubližováno, má více důvodů, proč nechce nahlásit nebo někomu říct svou situaci, a tedy i všichni respondenti kromě jednoho si uvědomovali tuto podstatnou situaci, když tvrdili, že oběť by to sama spíše neřekla a popřela to. Na druhou stranu mě překvapila odpověď jediného respondenta, který se rozhodl jít proti proudu a oznámil, že on by někoho informoval o své situaci. Jeho odpověď mi přijde velmi statečná, je tedy jasné, že si uvědomuje problematičnost tohoto jevu a že je důležité to řešit co nejrychleji.

Chování v rizikové situaci řešily dvě skupiny spíše tím, že by to někomu řekly, nějakému dospělému. Dva respondenti (a jejich skupiny č. 1 a 3 souhlasily) řešili, že by měli získat informace od podezřelé oběti pomalu a opatrně. Tyto odpovědi, které mi dali žáci, také korespondují s teorií Maslowovy pyramidy, protože je důležité dát oběti pocit bezpečí a podpory. Respondentka správně řekla, že by si kamarádku vzala k sobě domů (bezpečí), aby věděla, že ji poslouchá a chce jí pomoci (podpora) (Vodáčková, 2002, s. 469-473, Vymětal, 2009, s. 70-71).

Dílčí cíl *Jak by se žáci zachovali v krizové situaci?* byl tedy zodpovězen tím, že by se to žáci snažili řešit s dospělou osobou a pokusili by se získat co nejvíce informací od podezřelé oběti. Žáci jsou informováni o symptomech syndromu CAN a vědí, na jaké příznaky by si měli dát pozor.

### **8.3 Koho by žáci oslovili v případě nouze?**

Když jsem se zeptala žáků, co by dělali v případě, že by někdo byl ohrožený syndromem CAN, všichni respondenti odpověděli, že by každopádně zašli za dospělým. Mým dílčím cílem tedy bylo zjistit, koho by žáci kontaktovali v případě nouze. Jako budoucí sociální pracovníci mě také zajímalo, zda žáci vědí, že mohou v případě potřeby zkontaktovat odbory sociálně-právní ochrany dětí nebo neziskové organizace, které se ubližovaným dětem věnují.

Poté, co mi žáci řekli, že kdyby měli podezření na oběť syndromu CAN a uvědomili by dospělého, zeptala jsem se tedy na otázku: „*Za kým byste šli, kdybyste měli podezření o týrání či zneužívání?*“ 9 respondentů uvedlo vlastní rodiče, 5 žáků odpovědělo, že by

to řeklo učitelům v případě, že by to byl spolužák, protože ho znají také, jeden respondent uvedl ředitele školy, jeden respondent by zkontaktoval policii nebo sociální odbor pro právní ochranu dětí a jedna respondentka si vzpomněla na Linku bezpečí. Ž12 odpověděl, že neví, zda by mu rodiče věřili, kdyby jim něco takového řekl.

Na otázku, zda mají někoho ve škole, komu by věřili nebo komu by se mohli svěřit, všichni souhlasili. Řekli by to buď učitelce, nebo řediteli školy. 12 žáků znalo od poslechu Linku důvěry nebo Linky bezpečí, kterou by mohli zkontaktovat v případě potřeby. Nikdo z žáků neznal telefonní číslo na linky a ani nevěděli, že by mohli zůstat v anonymitě nebo je zkontaktovat elektronicky přes chat na jejich webových stránkách.

### **8.3.1 Dílčí závěr**

Z odpovědí žáků jsem zjistila, že většina z nich by v případě, že by věděli o ubližování nějakého dítěte, oznámila problém svým rodičům, což je velmi důležité, protože vidí podporu z jejich strany, a také to znamená, že věří, že by proti tomu něco udělali. Trošku mě znejistila odpověď jednoho respondenta, který si myslí, že by mu jeho rodiče nevěřili. To ale také odpovídá obavám obětí syndromu CAN, které někdy nenahlásí svou situaci z obavy, že jim nebudou věřit nebo protože je pachatel o tom ujistil (Karkošková, 2014, s. 14).

Výpovědi respondentů, že by se svěřili učiteli nebo řediteli školy, mě ujistily v tom, že kdyby žáci měli problém, vědí, že se mohou obrátit na někoho ve škole, a tím škola plní svou poradenskou a intervenční funkci. Překvapila mě odpověď respondenta, který by situaci nahlásil na sociální odbor pro právní ochranu dětí nebo na policii.

Pozitivně vnímám, že skoro všichni žáci znali Linku bezpečí nebo Linku důvěry, ale moc toho o nich nevěděli. Nevěděli, že mohou kontaktovat tyto linky i pro jiné problémy nebo že mohou zůstat v anonymitě. To vidím jako velkou mezeru v jejich reklamách, protože je nevnímám moc jako cílenou ke své skupině klientů. Na druhou stranu si žádný z respondentů nevzpomněl na jiné neziskové organizace, které by mohli v případě potřeby zkontaktovat.

## **8.4 Hlavní diskuze**

Již v dílčích závěrech jsem se pokusila najít odpovědi respondentů v teorii a odpovědět na své dílčí výzkumné otázky. Pomocí těchto rozborů v této závěrečné diskusi

odpovím na svou hlavní výzkumnou otázku, která zní: *Jakou mají děti 8. třídy základní školy v Olomouci představu o syndromu CAN?*

Hlavní výzkumná otázka byla díky mému výzkumu odpovězena. Pomocí dílčích otázek, jsem vysvětlila, co si žáci 8. třídy základní školy představují pod pojmy, jako je týrání, zanedbávání a zneužívání. Odpovědi žáků se shodly s teorií popsanou v literatuře a znalosti čerpali hlavně ze školského prostředí a z médií. Žáci dokáží popsat, jaké příznaky takové ubližování dětí může nést, a dokáží také popsat, jaké formy chování by mohly následovat. Navíc si uvědomují závažnost takových činů, které mají negativní následky i v budoucnu. Respondenti si uvědomují, že aby mohli někomu pomoci, je nutné obrátit se na dospělého jedince. Nejvíce by se svěřili žáci svým rodičům, pak učitelům ale také by to oznámili policii nebo odboru sociálně právní ochrany dětí. Neziskové organizace zabývající se ubližováním dětí zůstaly v pozadí, ale téměř všichni respondenti znali Linku důvěry, ačkoli ji nedokázali popsat a moc nevěděli, jak by jim mohla pomoci.

Podle výpovědí žáků je vidět, že žáci jsou dobře seznámeni s jevem syndromu CAN, a v případě ohrožení někoho blízkého by věděli, jak to poznat a koho kontaktovat.

Metoda *focus group* se osvědčila pro získávání dat. Respondenti vytvořili příjemnou atmosféru, kde společně odpověděli na otázky, doplňovali odpovědi spolužáků a v některých bodech rozvíjeli diskuze. Na druhou stranou metodu ohniskového rozhovoru bych mohla vnímat také jako slabinu, a to z důvodu, že právě tato jejich interakce mi nedovolila hodnotit znalost každého žáka zvlášť, ale jak jsem již zmínila, to nebylo mým cílem.

Jako doporučení pro další práci bych uvedla například vytvoření podobného výzkumu, ale s učiteli. Na základě svého výzkumu bych doporučila větší reklamu neziskových organizací, které přesto, že jsou velmi důležité, jsou podle výpovědí respondentů málo známé. Uvítala bych například kampaně v televizi, odkud respondenti čerpali informace o syndromu CAN, nebo rozvěšení letáků ve školách atd. Dle otázky jedné respondentky, která se chtěla dozvědět více o tom, jak se zachovat v případě krizové situace, si myslím, že by také bylo dobré a vítané ze strany žáků i učitelů, kdyby neziskové organizace nabízely workshopy nebo přednášky na školách, a to minimálně jednou ročně.

## Závěr

V posledních desetiletích nastala řada významných změn ve vnímání práv dětí. Přesto je na světě stále velká skupina dětí, kterým je ubližováno. Tyto problémové situace jsou pro správný vývoj dítěte a pro jeho zdraví velmi nebezpečné, a je proto nutné proti tomu bojovat. Abychom mohli proti tomu bojovat, je důležité být schopní poznat jako první, jaké jsou symptomy syndromu CAN, a vědět, jak s takovým dítětem jednat. Nejen dospělí by mohli takové příznaky poznat. Také děti, které jsou s vrstevníky v těsném kontaktu a které s nimi tráví spoustu času, by mohly takové symptomy rozpoznat a vyhledat tedy pomoc, což by pro oběť bylo klíčové. Aby se tak stalo, je nicméně nutné, aby i děti byly o syndromu CAN informovány. Proto bylo cílem mé bakalářské práce zjistit: *Jakou mají představu děti 8. třídy základní školy v Olomouci o syndromu CAN?*

V teoretické části jsem se zabývala syndromem CAN, jeho definicí i vývojem. Dále jsem vymezila formy syndromu a jeho symptomy. Důležité bylo také upozornit čtenáře na možnosti prevence, popsala jsem rizikové dospělé, děti i situace a také problematiku transgeneračního přenosu syndromu CAN. V následujících kapitolách jsem mluvila o možnosti pomoci dítěti v případě, že máme podezření na jeho ubližování, jak s ním komunikovat a na co si dávat pozor, a dále jak jednat s obětí a kde vyhledat odbornou pomoc.

V praktické části popisuji svůj výzkum. Výzkum jsem provedla metodou *focus group* v jedné základní škole v Olomouci, kde se žáci 8. třídy rozdělili do skupin. Svou výzkumnou otázku jsem rozdělila do několika dílčích otázek, na které jsem se pomocí otázek ve *focus group* snažila najít odpověď. Z výpovědí respondentů jsem zaznamenala, že žáci 8. třídy jsou o syndromu CAN poměrně dobře informováni. Dokáží pojmenovat formy ubližování dítěti a také některé symptomy, přičemž nejvíce odkazovali na fyzickou formu týrání. Děti věděly, že v případě podezření musí kontaktovat dospělou osobu, což by ve většině případů byli rodiče nebo učitelé. O organizacích zabývajících se syndromem CAN měli jen malé povědomí, ale neznali jejich funkci.

Na bakalářské práci o tématu syndromu CAN se mi pracovalo velmi dobře, měla jsem dostatek informačního materiálu hlavně ve formě odborné literatury. Navíc mě velmi zajímal postoj dětí k této problematice, kterou vnímám jako velmi podstatnou.

Vědomí, že se děti chtěly dozvědět více o tomto jevu, mi dává naději, že většina z nich nezůstane lhostejná, když bude mít podezření o ubližování jinému dítěti.

## Literární zdroje

1. BAJER, P. (2006a). Oběť domácího násilí prožívá bezmoc. *Sociální práce / sociálna práca*. 2006 č. 2, str. 3 - 4.
2. BAJER, P. (2006b). Prevence a osvěta jsou nutné už na základních školách. *Sociální práce / sociálna práca*. 2006 č. 2, str. 13-16.
3. BAJER, P. (2006c). Účinnou pomoc poskytují interdisciplinární týmy. *Sociální práce / sociálna práca*. 2006 č. 2, str. 24-25.
4. BAJER, P. (2006d). Policie: Hledání pravdy přímo v krizových situacích není jednoduché. *Sociální práce / sociálna práca*. 2006 č. 2, str. 30-32.
5. DYDŇANSKÁ, R. (2016). *Rizikové faktory syndromu CAN v mezigeneračním kontextu. Speciální pedagogika*. 2016 č. 1, str. 3-12. ISSN 1211-2720.
6. DRTILOVÁ, J. (2007). Zranitelné oběti a svědci. In ČÍRTKOVÁ, L. a VITOUŠOVÁ P. *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů: příručka pro pomáhající profese*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2014-2.
7. DUNOVSKÝ, J. DYTRYCH, Z. a MATĚJČEK, Z. (1995). *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-192-5.
8. DUNOVSKÝ, J. (1999). *Sociální pediatrie: vybrané kapitoly*. Praha. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-254-9.
9. ELLIOTTOVÁ, M. (1995). *Jak ochránit své dítě*. Praha: Portál. Rádcí pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-7178-034-0.
10. HANUŠOVÁ, J. (2006). *Násilí na dětech - syndrom CAN*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 80-86991-78-4.
11. HARTL, P. a HARTLOVÁ, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-686-5.
12. HENDL, J. (1997). *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-549-3.
13. KARKOŠKOVÁ, S. (2014). *Obete sexuálního zneužívání dětí mezi nami. Velký Šariš – Kanaš: ASCEND*. ISBN 978-80-971470-1-3.
14. KREJČÍŘOVÁ, D. (2007). Týrání, zneužívání a zanedbávání dětí. In BECHYŇOVÁ, V. *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém* (s. 9-46). Praha: IREAS. ISBN 978-80-86684-47-5.



15. MATOUŠEK, O. KODYMOVÁ, P. a KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
16. MIOVSKÝ, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Psyché. ISBN 80-247-1362-4.
17. MUFSONOVÁ, S. a KRANZOVÁ, R. (1996). *O týrání a zneužívání*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. Linka důvěry. ISBN 80-7106-194-8.
18. PEŠOVÁ, I. a ŠAMALÍK, M. (2006). *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1216-4.
19. PODANÁ, Z. (2015). *Násilí na dětech – současná situace v ČR a vývoj od roku 1999*. [online]. [cit. 07.02.2017].  
[http://forumsocialniproce.ff.cuni.cz/wpcontent/uploads/sites/10/2016/12/zuzana\\_podan%C3%A1\\_53-66.pdf](http://forumsocialniproce.ff.cuni.cz/wpcontent/uploads/sites/10/2016/12/zuzana_podana%20C3%A1_53-66.pdf)
20. PÖTHE, P. (1999). *Dítě v ohrožení*. 2., rozš. vyd. Praha: Nakladatelství G plus G. ISBN 80-86103-21-8.
21. SALUS, J., WOLCOTT, D., KENNEDY, K. (2003). *A Coordinated Response to Child Abuse and Neglect: The Foundation for Practice*. [online]. [cit. 12.02.2017]  
<http://centerforchildwelfare.fmhi.usf.edu/kb/trprev/a%20coordinated%20response%20to%20child%20abuse%20and%20neglect-the%20foundation%20for%20practice.pdf>
22. SEDLÁŘOVÁ, P. (2008). *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1613-8.
23. SLANÝ, J. (2008). *Syndrom CAN: (syndrom týraného dítěte)*. V Ostravě: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7368-474-7.
24. ŠPATENKOVÁ, N. (2011). *Krizová intervence pro praxi*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2624-3.
25. ŠVAŘÍČEK, R. a ŠEĐOVÁ, K. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
26. VÁGNEROVÁ, M. (2000). *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-308-0.
27. VÁGNEROVÁ, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3.

28. VANÍČKOVÁ, E., HADJ-MOUSSOVÁ, Z. a PROVAZNÍKOVÁ, H. (1995). *Násilí v rodině: syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte*. Dot. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-008-4.
29. VANÍČKOVÁ, E. (2007). *Dětská prostituce*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1138-9.
30. VANÍČKOVÁ, E. (2009). *Interpersonální násilí na dětech*. Praha: Úřad vlády ČR. ISBN 978-80-7440-001-8.
31. VODÁČKOVÁ, D. (2002). *Krizová intervence: [krize v životě člověka: formy krizové pomoci a služeb]*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-696-9.
32. VYMĚTAL, Š. (2009). *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2510-9.

# Seznam příloh

## Příloha č. 1 Dostupné organizace v Olomouci

### **Bílý kruh bezpečí**

linka bezpečí: 116 006

adresa: Švermova 1, Olomouc

Tel. Číslo: 585 423 857 nebo 732 700 533

e-mail: [bkb.olomouc@bkb.cz](mailto:bkb.olomouc@bkb.cz)

web: <https://www.bkb.cz/>

### **Fond ohrožených dětí**

Adresa: Peřinova 341/2, Olomouc

Krizový tel: 724 567 038

e-mail: [klokane.olomouc@fod.cz](mailto:klokane.olomouc@fod.cz)

web: <http://www.fod.cz/>

### **Charita Olomouc Středisko sv. Kryštofa pro krizovou pomoc a poradenství**

Adresa: Wurmova, 5, Olomouc

Tel. Číslo: 734 435 078 nebo 585 203 100

e-mail: [skp@olomouc.charita.cz](mailto:skp@olomouc.charita.cz)

web: <http://www.olomouc.charita.cz/sluzby/krizova-pomoc-a-poradenstvi/>

### **Intervenční centrum pro osoby ohrožené domácím násilím Středisko sociální prevence Olomouc**

Adresa: Na Vozovce 26, Olomouc

Tel. Číslo: 585 754 736 nebo 774 406 453

e-mail: [intervencnicentrum@ssp-ol.cz](mailto:intervencnicentrum@ssp-ol.cz)

web: <http://ssp-ol.cz/socialni-sluzby/intervencni-centra/>

## **Příloha č. 2: Otázky respondentům *Focus Group***

DC1: Jak jsou žáci základní školy informováni o syndromu CAN?

1. Víte něco o syndromu CAN? Víte co to je?
2. Kde jste o tom slyšeli?
3. Bavíte se o tom někdy doma?
4. Co pro vás znamená být týraný?
5. Víte co je být zanedbávaný?
6. Co znamená být zneužívaný?
7. Setkali jste se někdy s týraným nebo zneužívaným dítětem ve vašem okolí?

DC2: Jak by se žáci zachovali v krizové situaci?

8. Jak by vypadalo dítě, které je týrané, zneužívané nebo zanedbávané?
9. Myslíte, že byste věděli, co dělat, kdyby se někomu něco takového stalo?

DC3: Koho by žáci oslovili v případě nouze?

10. Za kým byste šli, kdybyste měli podezření o týrání či zneužívání?
11. Máte ve škole nějakou osobu, komu byste se mohli svěřit?
12. Znáte nějakou organizaci? Kterou byste mohli zkontaktovat?