

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

Pedagogická fakulta

Katedra psychologie a patopsychologie

Bakalářská práce

Lenka Krátká, DiS

Syndrom CAN – informovanost dospělé populace

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 1.4.2012

.....

Poděkování

Děkuji PhDr. Kamile Holáskové, Ph.D. za odborné vedení, poskytování rad a materiálových podkladů k bakalářské práci.

V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině za podporu a toleranci, kterou mi projevíli po celou dobu mého studia a během psaní mé bakalářské práce.

Obsah

I Úvod	6
II Teoretická část	7
1. Syndrom CAN	7
1.1 Definice.....	8
1.2 Rizikové děti	10
1.3 Rizikovní dospělí.....	12
1.4 Rizikové životní situace	13
2. Druhy syndromu CAN	14
2.1 Tělesné týrání	14
2.2 Psychické týrání	16
2.3 Sexuální zneužívání	17
2.4 Zanedbávání	20
2.5 Systémové týrání	21
2.6 Sekundární viktimizace	22
2.7 Rituální zneužívání	22
2.8 Münchhausenův syndrom by proxy	22
2.9 Šikanování	23
2.10 Jiné druhy syndromu CAN	26
3. Prevence	27
3.1 Primární prevence	27
3.2 Sekundární prevence	28
3.3 Terciální prevence	28
3.4 Postup při zjištění zneužívání	28
3.5 Legislativa	29
III Praktická část	30
1. Stanovení cíle a hypotéza	30
2. Popis metody a vzorku	30
3. Hodnocení a výsledky	34
3.1 Hodnocení a výsledky otázka č.1.....	34

3.2 Hodnocení a výsledky otázka č.2.....	35
3.3 Hodnocení a výsledky otázka č.3.....	37
3.4 Hodnocení a výsledky otázka č.4.....	38
3.5 Hodnocení a výsledky otázka č.5.....	39
3.6 Hodnocení a výsledky otázka č.6.....	40
3.7 Hodnocení a výsledky otázka č.7.....	41
3.8 Hodnocení a výsledky otázka č.8.....	43
3.9 Hodnocení a výsledky otázka č.9.....	44
3.10 Hodnocení a výsledky otázka č.10.....	45
4. Diskuze	47
IV Závěr	53
Seznam doporučené literatury	54
Seznam příloh	56
Anotace	

I Úvod

*„Děti mají dostat takové bohatství,
o které by nepřišly, ani kdyby se při
ztroskotání zachránily nahé.“*

Fernandéz de Lizardi

Děti jsou nejcennějším pokladem, který máme. Proto je nutné je hýčkat a vychovávat v harmonickém prostředí rodiny. Je důležité zajistit dětem takové prostředí, aby se v něm cítily bezpečně, měly zajištěny všechny psychické, fyzické, sociální potřeby. Ne každému z nás se to podaří. V naší společnosti se vyskytuje přibližně jedno procento dětí týraných, zneužívaných, zanedbávaných. Jsou případy, o kterých víme, ale najdou se i případy, které nikdo nikdy neobjeví. Myslím si, že velmi důležitá je prevence syndromu CAN. Je důležité seznámit širokou veřejnost se syndromem CAN, jeho družích, příčinách, příznacích a důsledcích. V prevenci syndromu CAN má naše společnost rezervy. Je důležité, pokud se setkáme s týraným dítětem, nebát se možnosti postihu, nebát se reakce okolí, že nás odsoudí, pokud oznámíme podezření příslušným institucím. Ze zákona nám vyplývá oznamovací povinnost. Je důležité také vědět, na koho a kam se v těchto případech obrátit. Je mnoho případů dětí ohrožených i postižených syndromem, o kterých se instituce nikdy nedozví.

Toto téma jsem si vybrala, jelikož pracuji s dětmi, které jsou odebrány z rodiny a umístěny do dětského domova do pěti let. Děti jsou odebírány z rodin z různých důvodů, mezi které patří i týrání a zanedbávání. Je smutné dívat se na děti, které přijdou z rodiny a nemluví, jsou zanedbané, špinavé, hladové, mají na sobě známky fyzického týrání. Je krásné pracovat s dětmi, když vidíme, jak nám vykvétají pod rukama. Ještě lepší pocit je, když jsou děti umístěny do rodiny, a to buď zpět do biologické rodiny, nebo do náhradní rodinné péče. Rodina má stále výsadní postavení v ochraně a výchově dětí, pro jejich správný psychický i fyzický vývoj.

Ochrana dítěte před nepříznivými vlivy není pouze výsadou několika profesí a odborníků. Ochrana dítěte by měla být vlastní každému z nás.

Cílem bakalářské práce je zjistit informovanost dospělé populace o syndromu CAN a porovnat odlišnosti ve znalostech zdravotníků a laické veřejnosti.

II Teoretická část

1. Syndrom CAN

Se syndromem CAN se setkáváme již v historii. Muži ve starověkém Římě měli právo dle libosti nakládat se svými dětmi jako se svým majetkem. Toto právo bylo nazýváno „potestas patris“. Vycházelo z předpokladu, že muži mají zásluhy na zplození dítěte. Děti byly zabíjeny hned po narození, pokud byly pro stát socio – ekonomicky nežádoucí. Ve starověké Spartě byly neduživé, nemocné, znetvořené, zdravotně znevýhodněné děti shazovány ze skály. Nebyly pro stát žádoucí v období válek. Zvrat přichází v roce 374, kdy Římský zákon kvalifikoval zabití dítěte jako vraždu. (Pöethe, 1999)

S příchodem křesťanství a Desatera se do všeobecného morálního povědomí občanů dostává příkazání „Nezabiješ“. V této době byly zakládány tzv. nalezince, které poskytovaly opuštěným, nechtěným dětem základní péči. Začalo převládat umisťování dětí do těchto zařízení nad jejich usmrcováním. Nalezince v této době byly zakládány především církví. V době, kdy nebyla dostatečná hygiena, však byla vysoká kojenecká úmrtnost. Tyto děti se nedožily ani věku, aby mohly odejít do pěstounských rodin. (Pöethe, 1999)

Ovšem dál pokračuje tradice zneužívání dětí jako pracovní síly v nově budovaných továrnách. Roku 1855 byla zakázána v Rakousku Uhersku práce dětí mladších 14 let. V této době dochází k rozvoji prvních zákonů na ochranu dětí. Tato opatření ještě nejsou dostatečně využívána. (Langmeier, Krejčířová, 2009)

V roce 1924 byla práva dítěte zakotvena v Ženevské deklaraci jako následek nutnosti ochrany dětských práv. Následuje ji Deklarace práv dítěte přijatá Spojenými národy v roce 1959, ve které se říká: „*Dítě pro tělesnou a duševní nezralost potřebuje zvláštní záruky, péči a odpovídající právní ochranu před narozením i po něm.*“ Historický přelom nastal v roce 1989, kdy OSN 20. listopadu téhož roku přijala Úmluvu o právech dítěte, která byla ratifikována Federálním shromážděním tehdejšího Československa v roce 1991. (Pöethe, 1999)

Revoluci v diagnostice tělesného týrání přinesl rozvoj radiologie. První diagnostické studie poranění, která vznikla jako důsledek týrání, publikoval v roce 1946 John Caffey. Zabýval se frakturami (zlomeninami) dlouhých kostí a etiologií subdurálních hematomů. V roce 1962 napsal americký pediatr C.H.Kempe publikaci „Syndrom bitého dítěte“ na základě rozsáhlého

výzkumu dětí s různými poraněními. Došel k závěru, že 3-5% takovýchto poranění končí smrtí dítěte. (Poethe, 1995)

1.1 Definice

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte je označován v literatuře jako syndrom CAN (Child Abuse and Neglect). Je to nenáhodný děj, společensky nepřijatelný a nepřipustný, preventabilní (lze mu předcházet). Je definován jako „*soubor nepříznivých příznaků v nejrůznějších oblastech stavu a vývoje dítěte i jeho postavení ve společnosti, v rodině především.*“ (Dunovský, 1995, s. 15). Syndrom CAN je následek úmyslného ubližování dítěti. Nejčastěji dítě poškozují rodiče, osoby blízké a vychovatelé. Nejvyhrocenější formou syndromu CAN je usmrcení dítěte. Syndrom CAN není jen následkem jednostranné interakce, jde o multifaktoriální jev, na kterém se podílí nejen pachatel, ale i společnost, postavení rodiny ve společnosti, socio – ekonomické faktory rodiny, naučené vzorce chování, výchova i vzdělání, morálně – etické faktory, faktory na straně dítěte. Nejde jen o aktivní ubližování, ale i špatnou péči, špatné zacházení s dítětem, což může vést k nedostatečnému uspokojování potřeb dítěte. „*Různé způsoby ubližování mohou vést k rozdílným důsledkům, a proto odlišujeme problémy vzniklé deprivací, to je nedostatečným uspokojováním různých potřeb, týráním a zneužíváním.*“ (Sedláková, Kalátová, 2010, s. 13). Syndrom CAN má závažný dopad na vývoj dítěte, jeho další život, zařazení do společnosti a jeho postavení v ní.

V roce 1977 byla založena mezinárodní společnost ISPCAN (The International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect), která začala ve stejném roce vydávat časopis s názvem Child Abuse and Neglect. (Poethe, 1999)

Na základě doporučení Rady Evropy z roku 1992 byly sjednoceny základní pojmy týrání, zneužívání a zanedbávání dětí.

Příznaky, které se objevují u dětí trpících syndromem CAN:

- nespavost
- nechutenství
- bolesti břicha nebo hlavy
- noční můry
- pomočování
- zranění, které dítě nedovede vysvětlit
- hematomy na různých částech těla. (Pöethe, 1999)

Velmi časté jsou projevy změn v chování dítěte typu:

- nezájem o okolí, uzavřenost do sebe
- vyhýbání se kontaktům okolního světa, včetně vrstevníků
- zvýšená opatrnost v kontaktu s dospělými, projevy úzkosti v komunikaci s dospělou osobou
- vyhýbání se školním i mimoškolním aktivitám
- zhoršení školního prospěchu
- agresivní chování, projevy šikany, sexuální napadání vrstevníků
- nesoustředěnost, poruchy pozornosti
- nechůť jít po škole domů
- bulimie, mentální anorexie, potíže s příjmem potravy
- útky z domova
- sebepoškozování, pokusy o sebevraždu
- pocity méněcennosti, nedostatek sebedůvěry
- vyhýbání se situacím, kdy se dítě má převléknout, vyslékat
- náhlé vady řeči. (Pöethe, 1999)

Kromě aktuálních příznaků a následků týrání se mohou dále vyskytnout pozdní důsledky. Lidé s deprivací zkušeností mohou mít v dospělosti potíže s nalezením zaměstnáním, potíže s navazováním partnerských vztahů, ve vymezení rolí matky či otce, obecně potíže v sociální adaptaci. (Vágnerová, 2008)

Ovšem na syndrom CAN nelze usuzovat pouze z jednoho uvedeného projevu. Syndrom CAN lze předvídat tehdy, pokud se současně vyskytne několik z výše uvedených změn v chování nebo příznaků, popřípadě pokud se tyto příznaky a projevy v chování vyskytují v krátké časové linii. (Dunovský, 1995)

Prožité trauma může na dítěti zanechat různé následky. Reakce jsou různé a jsou ovlivněny i různými faktory, mezi které patří věk dítěte, poměr dítěte k pachateli, druhy zneužití, míra a doba trvání zneužití, reakce z okolí a pomoc, která se dítěti dostane. (Elliot, 1995)

Předpokládá se, že syndromem CAN je postiženo asi 1 – 2%. (Dunovský, 1995)

Diagnostika syndromu CAN záleží na typu zneužití, použitého stupně násilí, věku a mentálním schopnostem dítěte, četnosti a délce trvání zneužívání. U dětí je potřeba důsledně zmapovat sociální anamnézu, provést důkladné somatické a psychologické vyšetření. (Sedlářová a kol., 2008)

Léčba a řešení (rehabilitace) syndromu CAN je velice rozmanitá a zdlouhavá. Je nutný multidisciplinární komplexní přístup k dítěti. Pediatři (dětští lékaři) se zabývají léčbou především somatických potíží. Duši dítěte léčí psychoterapeut pomocí psychoterapeutických intervencí. Psychoterapeutické intervence u dítěte se syndromem CAN se dělí na tři typy: krizovou (akutní) intervenci, střednědobou a dlouhodobou intervenci. (Dunovský, 1999).

Hlavní důraz terapie syndromu CAN se klade na psychoterapii. Farmakoterapie se může použít. Bývá však využívána pouze v počátku, a to ke zklidnění úzkosti (anxiety). K léčbě syndromu CAN je důležitá nejen spolupráce odborníků z různých oborů, ale i spolupráce celé rodiny. (Hort, Hrdlička, Kocourová, Malá a kol., 2000)

1.2 Rizikové děti

Obětí týrání, zneužívání nebo zanedbávání se může stát jakákoliv osoba bez rozdílu věku. S týráním se můžeme setkat již prenatálně. „*Matka dělá záměrně to, o čem je přesvědčena, že to může poškodit plod, např. se bije různou silou do břicha.*“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 290)

Při vzniku syndromu se hovoří o tzv. rizikových dětech, tzn. o dětech, které mají větší předpoklady stát se obětí týrání. Tyto teorie byly poprvé zveřejněny v 70. letech 20. století. Mezi rizikové děti patří:

- děti nedonošené s nízkou porodní váhou
- děti s obtížně zvladatelným temperamentem
- plačtivé děti, děti s horší adaptabilitou
- děti chronicky nemocné (děti s tělesným, smyslovým či mentálním handicapem)
- děti s vrozenými vadami – tělesnými i duševními. (Pöethe, 1999, s. 89)

Dunovský (1995) rozděluje děti s rizikem do 3. skupin dle projevů chování.

- a. První skupinu charakterizuje jako děti, které rodiče zatěžují nebo vyčerpávají, a to buď psychicky, nebo fyzicky, popřípadě v kombinaci obou složek. Tyto děti se projevují častým pláčem, vztekáním, neklidně a málo spí. V dalších životních etapách dítěte je hlavním znakem vzdorovitost, která je na vrcholu kolem třetího roku života dítěte a v pubertě. Do této skupiny lze zařadit i děti hyperaktivní, impulzivní, děti s poruchami chování.
- b. Druhou skupinu dětí tvoří ty, jejichž chování je pro rodiče nesrozumitelné. Do této skupiny Dunovský řadí děti autistické, děti s poruchami komunikace (mutismus, kóktavost, nedoslýchavost), děti se specifickými poruchami učení, děti trpící tiky.
- c. Ve třetí skupině jsou ty děti, které nesplňují očekávání svých rodičů. K této skupině dětí patří děti mentálně retardované, děti s intelektovým vývojem v pásmu podprůměru, s tělesnými, smyslovými vadami, s nápadným vnějším tělesným vzhledem.

Je důležité zamyslet se i nad kombinacemi rizik vyjmenovaných skupin. (Dunovský, 1995)

Rizikovými dětmi se dále stávají děti, které nejsou zaregistrovány během těhotenství matky, kdy matka porodí utajeně. (Sedláková, Kolátová, 2010)

1.3 Rizikovní dospělí – pachatelé - abuzéři

Nejen děti, ale i rodiče mohou tvořit rizikové skupiny pro vznik syndromu CAN. Rizikovní rodiče tvoří několik skupin.

Mezi rizikové rodiče patří skupina tzv. nezralých rodičů. Adolescentní matky nejsou dostatečně připraveny na rodičovství, nejsou schopny prioritně plnit potřeby dítěte, často preferují plnění svých potřeb. K této skupině se dají přiřadit i děti, které nejsou chtěné. (Langmeier, Krejčířová 2006)

Do skupiny tzv. rizikových dospělých patří osoby s duševním onemocněním. Jednou z poruch u žen po porodu, kdy může být dítě ohroženo až na životě, je laktační psychóza v období šestinedělí. Mezi další duševní poruchy, které mohou vážně ohrozit dítě, jsou různé druhy demence u dospělých. K dalším duševním onemocněním, kterými mohou trpět dospělí a která mohou být ohrožující pro dítě, jsou řazeny psychózy, neurózy, poruchy osobnosti (psychopatie). Mezi psychotická onemocnění patří např. schizofrenie, jejíž podstatou je odtržení jedince od reality. Nemocný trpí často bludy či halucinacemi. Jednou z forem je paranoidní schizofrenie, kdy jedinec má představu, že je neustále pronásledován, slyší různé hlasy, které mu dávají příkazy. K afektivním poruchám patří deprese, maniodepresivita. Do skupiny neuróz patří úzkostné či fobické poruchy, obsedantní poruchy. K poruchám osobnosti je řazena např. pedofilie. (Dunovský, 1995)

Mezi situace, kdy může být dítě ohroženo, patří i vypjaté životní situace, např. u příliš úzkostných matek, či matek samoživitelek. K tomu můžeme přidat i skupinu rodičů, kteří dítě nechtějí, a přesto se jim narodilo. Mezi problémové skupiny dospělých patří autoritativní rodiče, kteří nepodporují budování sebedůvěry dítěte, spíše se jedná o výchovu, která je založena na principu strachu. „*Obecně se věří, že významnou roli při vzniku týrání hraje alkohol.*“ (Pöethe, 1999, s. 98)

Rizikovou skupinou dospělých jsou i ti, kteří byli jako děti samy týráni. Hovoříme o tzv. transgeneračním přenosu. Toto je uváděno přibližně u 30% týraných dětí. (Hort, Hrdlička, Kocourová, Malá a kol., 2000, s.294)

Jsou definovány tři skupiny faktorů, které zvyšují riziko možnosti týrání v této skupině. Do první skupiny patří vystavení agresi, kdy jedinec je svědkem násilí. Do druhé skupiny patří vystavování stresorům (chronickým či akutním). Poslední skupinou je omezený přístup ke zdrojům pomoci a podpory. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

Malá (2000) uvádí velmi kontroverzní tvrzení, že z trestajících rodičů je 70 – 80% vysokoškoláků.

1.4 Rizikové životní situace

Dítě se rodí do rodiny, aniž by si ji mohlo vybrat. Nevybírání si ani životní situace. Může se stát obětí osudu. Rizikem pro dítě se stává soužití s rodiči. Dítě přichází do kontaktu hned se dvěma problémy. Jednak s tím, že je nějakým způsobem týráno, jednak tím, „že přebírá od svých patologicky se chovajících rodičů nesprávné životní hodnoty, postoje vůči sobě samému i vůči ostatním lidem, zkreslené pohledy na svět a takové vzorce chování, které je mohou připravit v dalším životě k vlastnímu selhávání v zátěžových životních situacích.“ (Dunovský, 1999, s. 141)

Nepříznivé životní situace pro dítě mohou vznikat z různých příčin, nejčastěji v rodinné struktuře. Pro vznik nežádoucích situací, které mohou děti ohrožovat, je velmi nízký věk rodičů, a to pod hranici zletilosti. Velmi mladí rodiče nejsou připraveni na rodičovství, nemají sociální zázemí, řeší otázky bydlení, péče o rodinu, otázky financí, mnohdy i školní docházky. Nermalou úlohu zde hrají vrstevníci, kteří nejsou rodiči. Všechny tyto situace mohou vést k přetížení a vyčerpanosti mladých rodičů, nezvládnutí situace. Může docházet k vybití agrese na dítěti. S otázkou nezletilých rodičů je velice úzce spjata otázka nechtěného těhotenství, následně nechtěných dětí a dětí rodičích se mimo manželství matkám samoživitelkám. U těchto matek velmi často dochází k přetížení. Nedostatek finančních prostředků a náročná péče o dítě může vést k jeho zanedbávání nebo týrání. (Dunovský, 1995)

Dalším vlivem, kdy je dítě poškozeno situací rodičů, je rozvod, rozpad manželství. Dítě najednou ztrácí pocit bezpečí a jistoty. Může docházet ke snaze jednoho z rodičů zmanipulovat dítě proti druhému rodiči. Dítě se najednou ocitá ve sporu dvou dospělých. (Dunovský, 1999)

Pokud se rodina nachází v tíživé životní situaci, žije v chudobě, rodiče jsou nezaměstnaní, žijí v nepřiměřených a nevyhovujících bytových podmínkách, může to být pro dítě další situace, kdy může být ohroženo některým z druhů syndromu CAN.

Další, pro rodinu velmi těžce akceptovatelnou situací je narození těžce poškozeného dítěte. Rodiče vkládají do narození dítěte své ambice a přichází zklamání. (Dunovský, 1995)

2. Druhy syndromu CAN

2.1 Tělesné týrání

Je definováno podle zdravotní komise Rady Evropy (1992) jako „*tělesné ublížení dítěti anebo jeho nezabránění, popřípadě nezabránění utrpení dítěte, včetně úmyslného otrávení nebo udušení dítěte, a to tam, kde je určitá znalost či důvodné podezření, že zranění bylo způsobeno anebo že mu vědomě nebylo zabráněno.*“

Mezi formy tělesného týrání patří:

- nepřiměřené bití rukou nebo různými nástroji (vařečkou, hadicí)
- kopání
- popáleniny (např. cigaretou, opaření horkou vodou)
- kousání
- bodné a sečné rány (např. nůžkami)
- kroucení a svazování končetin
- trhání vlasů
- škrčení, dušení
- silné třesení (hlavně u malých dětí). (Pöethe, 1999, s. 35)

Tělesné týrání většinou začíná nenápadně jako ukáznění neposlušného dítěte. Avšak neustálé tělesné trestání může být základem, rizikovým faktorem, pro vznik tělesného týrání. Velmi často je dítě prostředkem k ventilaci psychického napětí dospělého. Slouží jako hromosvod jeho problémů. Dítě se neumí bránit. (Pöethe, 1999)

Typické pro tělesné týrání dětí jsou tyto znaky:

- dětský pláč za dveřmi
- výkřiky a nadávky dospělých
- celkově nešťastný vzhled dítěte
- modřiny a odřeniny na těle dítěte
- určité druhy poranění, zejména na hlavě, zádech, pažích
- stopy po popáleninách, provazech
- v chování sledujeme vyplašené a úzkostné chování ve vztahu k dospělým. (Pöethe, 1999, s. 41)
- nepravděpodobná zdůvodnění poranění a nechut' o těchto poranění hovořit
- neochota dítěte odhalovat paže a nohy, strach z převlékání před jinými lidmi
- útky z domů. (Elliot, 1995, s.95)

Tělesné týrání může způsobovat různé typy poranění dítěte. Tělesná poranění se dělí na uzavřená a otevřená.

Uzavřená poranění jsou charakterizována především tupým násilím, vznikají na základě prudkého úderu nebo tlaku na tělo dítěte. Mezi uzavřená poranění patří otřesy, pohmoždění, poranění svalů, kostí, hlavy, míchy, poranění nitrobřišních orgánů. K otřesům řadíme otřesy mozku a míchy. Pohmožděninny vznikají na základě úderu tupým násilím, kdy dochází k nitrokožnímu krvácení, krevnímu výronu pod kůži (vzniku hematomu). Pohmožděny mohou být i vnitřní orgány. U poranění svalů může dojít k jejich ruptuře, částečné nebo úplné. Zlomeniny u dětí bývají velmi časté. Etiologie zlomenin je různá, stejně jako jejich dělení. Zlomeniny mohou být subperiostální (neúplné) nebo úplné. Dle mechanismu vzniku je dělíme na přímé nebo nepřímé, flekční (způsobené posunem), trakční (způsobené tahem), torzní (točivé), kompresivní (způsobené tlakem). Dalším nejčastějším zraněním u dětí, které způsobuje jejich smrt, je poranění hlavy. K nejčastějším mechanismům vzniku poranění hlavy patří tzv. „Shaken Infant Syndrom“ neboli třesení, které může způsobit smrt, popřípadě vyvolat ireverzibilní (nevratné) neurologické potíže dítěte. K častým poraněním mozku dále patří subdurální hematom, komoče (otřes) nebo kontuze (zhmoždění) mozku. Velmi závažná jsou i poranění míchy, která mohou vést k nezvratným neurologickým potížím, patří zde pohmoždění míchy, její přerušeni nebo stlačení. Poranění nitrobřišních orgánů jsou velmi nebezpečná svým atypickým průběhem u dětí. Ve většině případů mají projev náhlé příhody břišní. (Dunovský, 1995)

K otevřeným poraněním řadíme všechna poranění, kdy dochází k poruše integrity tkáně. Dochází u nich ke ztrátám krve, což může vyvolat např. hemoragický či hypovolemický šok při krvácení. Při popáleninách může dojít k popáleninovému šoku. Následkem šokového stavu může dojít ke smrti dítěte. Mezi otevřená poranění řadíme tržné rány na hlavě, rány na hrudníku, popáleniny. Tyto situace řadíme mezi akutní stavy, které mohou dítě přímo ohrozit na životě. Příznaky, které můžeme diagnostikovat, jsou např. bezvědomí, bolesti břicha, bolesti hlavy, neurologické potíže jako závratě. (Dunovský, 1995)

Posuzování příčin zranění tělesného týrání je složité. Přihlíží se rovněž k faktorům, které jsou spojené s věkem dítěte, tzn. že mohla být způsobena náhodně, nešikovností dítěte, vývojovou fází. (Sedlářová a kol., 2008)

2.2 Psychické týrání

Na základě sjednocení Rady Evropy je psychická deprivace zahrnuta do psychického zanedbávání, „*kteřé je definováno jako neuspokojování emočních potřeb dítěte.*“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 289)

Psychické zanedbávání je výsledkem netečnosti vůči dítěti, psychického nátlaku, urážení, opovrhování dítětem, jeho ponižování, zastrašování. Může být způsobeno nedostatkem lásky. Velmi často vede k dlouhotrvajícím pocitům opuštěnosti, bezcennosti, ke sníženému sebevědomí, k pocitům nepotřebnosti. Psychické týrání není pouze tady a teď, ale má velké následky v budoucím životě dítěte. Dítě se nemá rádo, neumí si vážit samo sebe, přestává komunikovat s okolím, může mít agresivní útoky vůči okolí. V nejvyhrocenějších situacích dochází k suicidálním myšlenkám, které může dítě dokončit. Mezi známky sebevražedného chování patří varovné příznaky, které můžeme nacházet v jeho chování. Dítě se straní společnosti, izoluje se, přetrvává smutná nálada, dítě propuká v neodůvodněný pláč. Střídají se návaly zlosti a netečnosti. Důležitým znakem může být psaní dopisů na rozloučenou, filozofování na téma smrti a co po ní přichází. (Pöethe, 1999)

Velmi běžné je psychické týrání dětí u rodičů, kteří se rozvádějí. Často dochází k přetahování dítěte na jednu nebo druhou stranu, vyvolávání odporu k druhému rodiči. V tomto případě se může jednat o manipulaci jako formu zneužívání dítěte. K tomuto rovněž patří i „kupování“ si dítěte na stranu rodiče pomocí dáreků či finančních prostředků, popřípadě vydírání dítěte pod hrozbou odmítnutí lásky rodiče. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

Velmi častým znakem u dětí, jejichž rodiče se rozvádějí, je zhoršení školního prospěchu. Ten může být jako důsledek dlouhotrvajícího stresu. Dítě může být úzkostné, zhoršuje se koncentrace dítěte. V této fázi přicházejí výčitky od rodičů, že zhoršení školního prospěchu je výsledkem špatné výchovy druhého rodiče. Jeden z rodičů přisuzuje negativní vlastnosti druhého rodiče dítěti, např. „Jsi stejný lajdák jako tvůj otec.“ (Dunovský, 1999)

Mezi formy psychického týrání patří:

- citové vydírání, odmítání lásky dítěti
- nadávky, ponižování
- nepřiměřené zatěžování dítěte např. péčí o domácnost, o sourozence, ve škole, v zájmových činnostech
- izolace dítěte

- zatahování dítěte do rozvodových problémů rodičů, negativní ovlivňování dítěte proti druhému rodiči, bránění kontaktu s druhým rodičem po rozvodu
- srovnávání dítěte se sourozencem, který je dle rodičů úspěšnější. (Pöethe, 1999)

Mezi znaky, které se vyskytují u citově zanedbávaných dětí, patří mj. projevy psychomotorického opoždění vývoje, neurotické chování (např. dítě si cucá prsty), nedůvěra k dospělým, podceňování sebe sama, děti se nemají rády, zvýšená agresivita. (Pöethe, 1999)

Dále se u dětí objevují známky sníženého sebehodnocení, ustrašenost, časté jsou poruchy chování, především ve škole, absence ve školní docházce. (Dunovský, 1995)

Jako následek citové deprivace u velmi malých dětí, nedostatečného zájmu, nedostatečné řečové stimulace, může docházet ke zpomalení nebo zastavení řečového vývoje. Děti nemají odezvu na své komunikační pokusy, vývoj řeči není posilován. Nedochází k rozvoji slovní zásoby, ta zůstává chudá. (Vágnerová, 2008)

Dále mezi znaky emočního zneužívání dětí patří nepřiměřené reakce na vlastní chyby, obavy z neznámých a nových situací, přičítání si viny za vše. (Elliot, 1995)

2.3 Sexuální zneužívání

Zdravotní komise Rady Evropy definuje sexuální zneužívání jako: „*Child Sexual Abuse – CSA – jako nepatřičné vystavení dítěte sexuálnímu kontaktu, činnosti či chování. Zahrnuje jakékoliv pohlavní dotýkání, styk či vykořisťování kýmkoli, kdo dítě zneužívá. Takovou osobou může být rodič, příbuzný, přítel, odborný či dobrovolný pracovník či cizí osoba.*“

Sexuální zneužívání se může pro dítě stát aktivitou, kterou nechápe, nezná její smysl a význam. Dítě ví, že se o tom nesmí mluvit. Nedokáže určit, zda je toto jednání správné nebo ne. Není ještě dostatečně připraveno k těmto aktivitám. (Vágnerová, 2008)

U sexuálního zneužívání hodnotíme tři kritéria k jeho naplnění. Patří zde:

1. věk aktéra – aktér musí být nepoměrně starší než dítě
2. pozice aktéra – aktér je v nadřazené pozici, má větší moc, autoritu
3. vynutitelnost – sexuální praktiky nejsou ze strany dítěte dobrovolné. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

Sexuální zneužívání zahrnuje tyto posloupnosti. Dospělí zradí důvěru dítěte, z pozice dospělého zneužije svou moc. Dítě není schopno dát vědomý souhlas k jednotlivým

sexuálním aktivitám. Dospělý si souhlas dítěte vynucuje i fyzicky. S dítětem je emočně manipulováno. Dítě má pocit ohrožení bez ohledu na způsob zneužívání. (Pöethe, 1999)

Sexuální zneužívání se dělí na formu dotykovou a bezdotykovou. U bezdotykových (bezkontaktních) forem sexuálního zneužívání nemusí dojít k tělesnému kontaktu. Do této skupiny patří např. exhibicionismus (odhalování pohlavních partií dospělých i dětí za účelem pohlavního vzrušení), harassment (znepokojování, dospělý zneklidňuje dítě slovně), vystavování dětí projekci pornografie. K dotykové (kontaktní) formě patří osahávání, dotýkání, hlazení, masturbování před dítětem, sexuální styk vaginální či anální, dále znásilnění a incest. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

Dále lze sexuální zneužívání dělit dle technik na penetrativní (sexuální styk) a nepenetrativní (mazlení, dotýkání), dle vztahu pachatele k dítěti na intrafamiální (sexuálního násilí se dopouští rodinný příslušník – rodič, strýc) a extrafamiální (mimo rodinu). (Hort, Hrdlička, Kocourová, Malá a kol., 2000)

Jedním z forem sexuálního zneužívání je komerční sexuální zneužívání, kam řadíme dětskou prostituci a dětskou pornografii. (Vágnerová, 2008)

Mezi nejvíce ohrožené děti sexuálními zneužíváními patří děti z rozvedených rodin, z rodin kde má druhý rodič nového partnera, rodiče vykazují hostilitu a násilí vůči sobě i dětem, psychotický rodič, děti mentálně nebo fyzicky hendikepované. Tato forma se poměrně často vyskytuje ve vyspělých zemích. Pro dítě má sexuální zneužívání velmi časté, vážné a trvalé psychické následky. Dítě po prožitém sexuálním zneužití cítí velkou bezmocnost. Často naráží na nepochopení druhého rodiče v případě, že se mu svěří. (Hort, Hrdlička, Kocourová, Malá a kol., 2000)

Sexuální zneužívání je jen těžko rozpoznatelné. Velmi často ho rozpozná pouze odborník. Viditelná jsou tělesná poranění pohlavních orgánů, konečnicků a močové trubice. Děti si stěžují na bolest právě v těchto oblastech. U dívek jsou pak časté záněty pohlavních a močových orgánů, mohou se vyskytnout i chronické pohlavní choroby. (Pöethe, 1999)

Mezi tělesné příznaky pohlavního zneužívání řadíme bolestivost při močení, defekaci, zácpu, potíže při chůzi, potíže při sezení, psychosomatické obtíže, krvácení, které by mohlo být považováno za časnou menstruaci. (Dunovský, 1995)

Mezi znaky, které se nacházejí u dětí, které jsou sexuálně zneužívány, patří:

- U malých dětí: křik při přebalování, silný strach při přítomnosti konkrétní osoby, hysterické projevy při svlékání, regrese v chování (např. opětovné pomočování, zlé sny, při hře např. s panenkami napodobují sexuální chování atd.).
- U mladších školních dětí: děti mají tajemství, které nesmějí nikomu říct, mají finanční prostředky nevysvětlitelného původu, trpí děsivými sny, pomočováním, infekcí močových cest, sexuální aktivita je nepřiměřená věku, udávají zažívací potíže, deprese, pokoušejí se o sebevraždy, utíkají z domova.
- U dětí starších školních dětí a adolescentů: stejně jako v předešlé skupině, dále užívají drogy a alkohol, projevují se vyzývavým sexuálním chováním, udávají chronické bolesti hlavy nebo žaludku, psychosomatické potíže, dochází k enuréze (pomočování), projevují se prudkými výbuchy hněvu a podrážděností. (Elliot, 1995)
- U dětí se objevují pocity viny, hanby, deprese, nízké sebehodnocení. Dochází ke zhoršení školního prospěchu. (Dunovský, 1995)

Mezi pachatele sexuálního zneužívání patří v 95% muži. (Hort, Hrdlička, Kocourová, Malá a kol., 2000)

U sexuálně zneužívaných dětí se může vyvinout „*Syndrom dětského přizpůsobení pohlavnímu zneužití*“, který popsal poprvé C. R. Summit v roce 1983. Dítě prochází 5 fázemi: utajováním, bezmocností, svedení a přizpůsobením, opožděným, nespravedlivým a konfliktním odhalením, odvoláním výpovědi. (Dunovský, 1995)

Důsledky sexuálního zneužívání jsou tedy krátkodobé (iniciální) a dlouhodobé. Dlouhodobé následky se mohou přenášet až do dospělosti. V dospělosti se jim nedaří navazování partnerských vztahů, mohou mít obtíže s vlastní sexualitou. Mohou odmítat sex jako takový. Na druhé straně může jako následek sexuálního traumatu vzniknout sexuální lhostejnost, promiskuitní chování a prostituce. (Vágnerová, 2008)

V diagnostice pohlavního zneužívání je důležitá psychologická intervence. Psychologické metody napomáhají zjistit situaci různými metodami. Základní metodou je pozorování a rozhovor. Psychologové dále využívají specifické metody, mezi které patří demonstrace s anatomickými panenkami. Tato metoda je velmi vhodná u dětí, které nejsou vybaveny dostatečným slovním potenciálem, využívají se i u dětí, které se stydí. Dále je vhodná kresba rodiny. (Dunovský, 1995)

2.4 Zanedbávání

Zanedbávání definuje Zdravotní komise Rady Evropy jako „*jakýkoliv nedostatek péče, který způsobuje vážnou újmu ve vývoji dítěte anebo dítě ohrožuje. Tělesné zanedbávání je pojímáno jako neuspokojování tělesných potřeb dítěte. To zahrnuje neposkytování přiměřené výživy, oblečení, přístřeší, zdravotní péče a ochrany před zlem. Citové zanedbávání je neuspokojování citových potřeb dítěte, a to pokud se týká náklonnosti i pocitu dítěte, že někam patří.*“

Pro rozvoj dítěte je důležitá všestranná podpora ze strany rodičů. Další definice zanedbávání, ze které vyplývá i nenaplňování rodičovských povinností, zní: „*Vážné opomíjení rodičovské péče nezbytné pro tělesný a duševní život dítěte.* (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 286) Zahrnuje v sobě také zajištění školní docházky, dohled nad plněním školních úkolů, trávení volného času dítěte, zájem rodičů a nezájem rodičů.

Dunovský (1995) rozlišuje dvě kategorie zanedbávání péče, a to těžké zanedbávání, kdy je ohroženo zdraví či život dítěte, a všeobecné zanedbávání, kam řadí opomíjení lékařské péče, izolace od okolního světa, snížení příjmu potravin, nedostatek ošacení. Nejkrajnějším případem je sociální zanedbanost, kde je dítě zcela izolováno od lidské společnosti. Tyto případy se vyskytují zřídka. V minulosti jsou popsány případy indických dětí Kamala a Amala, případ německého chlapce Kaspara Hausera z roku 1928. Vágnerová (2008) toto nazývá sociokulturní deprivací, která svým nedostatkem podnětů brání rozvoji schopností a dovedností dítěte.

Zanedbávání lze rozdělit do 4 skupin:

1. *Tělesné zanedbávání* – nedostatečně saturované základní potřeby (jídlo, potřeba spánku tepla, nedostatečné oblečení), nedodržování základní preventivní lékařské péče.
2. *Psychické zanedbávání* – jako následek nedostatečného uspokojování potřeb lásky, nedostatečně podnětného prostředí.
3. *Zanedbání výchovy a vzdělání* – nedodržování základní povinné školní docházky.
4. *Zanedbání dozoru* – ponechání dětí bez dozoru.

Zanedbávání působí na dětskou psychiku přímo (např. nezájem o vzdělávání) nebo nepřímou (kvantitativní nebo kvalitativní nedostatek výživy, která může způsobovat podváhu, hypovitaminozy nebo avitaminózy). (Langmeier, Krejčířová, 2006)

K ukazatelům zanedbání péče patří:

- nedostatek lékařské a stomatologické péče, nedodržování preventivních prohlídek
- únava a ospalost dítěte
- dítě je špinavé, nedostatečně oblečené
- dítě má známky asociálního chování, může být depresivní, projevují se poruchy chování, má nedostatečně vyvinutou řeč
- nedostatečný dohled nad dítětem
- nezdravé domácí podmínky
- nevyhovující nutriční hodnota jídla, špatné stravovací návyky. (Dunovský, 1995)

Činitele, kteří přispívají k zanedbávání, Dunovský (1995) dělí do dvou skupin, na vnější a vnitřní. K vnějším příčinám řadí složení rodiny, socioekonomickou úroveň a celkové postavení ve společnosti. Ve složení rodiny hraje důležitou roli matka, její ztráta je pokládána za tíživější než ztráta otce. Socioekonomická úroveň při zanedbávání je důležitá nejen u rodin sociálně slabších, často se zanedbávání objevuje u rodin, které jsou dobře finančně zabezpečeny. V těchto rodinách jsou rodiče velmi zaměstnáni, jejich práce je vyčerpává, na dítě nemají čas a neprojevují o ně přiměřený zájem. Ve druhé skupině – vnitřních potencionálních podmínek – figuruje psychika a osobnost vychovatele. Psychická nezralost rodičů, rodiče s duševními nemocemi, mentálními retardacemi, smyslovými poruchami se mohou stát hrozbou pro dítě. Dále mohou být ohroženy děti z etnických skupin a děti, jejichž rodiče jsou příslušníci náboženských sekt. (Dunovský, 1995)

2.5 Systémové týrání

Systémové týrání je dle definice zdravotní komise Rady Evropy (1992) „*forma týrání působená systémem, který byl založen pro pomoc a ochranu dětí a jejich rodin*“. (Sedlářová a kol., 2008, s. 191)

Tento způsob týrání se děje např. pomocí nevhodných norem, vyhlášek, postupů různých organizací. Za hospitalizace ve zdravotnických zařízeních můžeme uvést nedostatečnou informovanost rodičů, nepovolení návštěv dítěte. (Haškovcová, 2004)

2.6 Sekundární viktimizace

„Viktimizace je název pro proces, ve kterém se v důsledku násilí z člověka stává oběť.“
(Haškovcová, 2004, s. 27)

Viktimizace v sobě zahrnuje tři fáze. Primární viktimizace znamená přímý akt násilí na oběti. Sekundární viktimizace je většinou prováděna na úřadech (např. na policii), terciální viktimizace znamená pro oběť buď vyrovnání se s činem na ní provedeným, nebo stále očekává, že se jí stane opět něco podobného. (Haškovcová, 2004)

Sekundární viktimizace neboli druhotné zraňování může být následkem vystavování dítěte nadbytečné psychické zátěži v průběhu vyšetřování syndromu CAN. Dítě je po prožitém prvním traumatu vystaveno druhotnému týrání právě těmi osobami, od kterých očekává pomoc. Dále může být zraňováno necitlivými zásahy, např. umístění do dětského domova, opakovanými výslechy při trestním řízení. (Hort, Hrdlička, Kocourová, Malá a kol., 2000)

2.7 Rituální zneužívání

Za rituální zneužívání je považováno zacházení s dětmi, při kterém se využívají různé symboly, které mají náboženský, mystický, magický či nadpřirozený charakter. Vyzývání a pozorování těchto náboženských relikvií vede k navození strachu u dětí. Ve většině případů jsou děti tomuto vystavovány opakovaně. Dětské oběti božstvu jsou doloženy z minulosti, z různých kultur i různých dob. (Dunovský, 1995)

2.8 Múnchhausenův syndrom by proxy

Múnchusenův syndrom by proxy (v zastoupení) je zvláštní, velmi těžce a vzácně identifikovatelná forma zneužívání. Patří do skupiny tzv. předstíraných poruch. Ve většině případů předstírá nebo vytváří matka potíže u dítěte, pro které vyhledává s dítětem lékařskou pomoc. Dítě nechává vyšetřovat různými diagnostickými metodami. U dítěte předstírá, popř. může vyvolávat, krvácení, zvýšené teploty, nevolnosti. Může podávat dítěti léky k vyvolání příznaků, měnit dávkování určených léků, zaměňovat léky. Může rovněž manipulovat s nálezy dítěte, např. přidáním menstruační krve do moči dítěte. Matky těchto dětí jsou popisovány jako velice pečující a starostlivé ženy. Velmi dobře navazují vztahy se zdravotníky. (Hort, Hrdlička, Kocourová, Malá a kol., 2000)

V literatuře se poprvé setkáváme s tímto pojmem v roce 1977, kdy jej Meadow popsal jako formu zneužívání dítěte. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

Mezi znaky, které se objevují u Múnchhausenova syndromu by proxy, patří:

- recidivující onemocnění u dítěte
- zdravotní potíže, které nemají vysvětlení
- rozpory v odebrané anamnéze, v klinických nálezech a zdravotním stavem dítěte
- příznaky onemocnění jsou u dítěte viditelné v přítomnosti matky
- matka je velmi pečovatelská, navazuje vztahy se zdravotníky
- není viditelná reakce dítěte na léčbu onemocnění
- matka se dobře orientuje ve zdravotnictví
- rodina, v níž došlo nevysvětlitelnému úmrtí dítěte. (Hort, Hrdlička, Kocourová, Malá a kol., 2000)

Diagnostika a přesné stanovení diagnózy Múnchhausenova syndromu by proxy je velmi obtížné. (Hort, Hrdlička, Kocourová, Malá a kol., 2000)

2.9 Šikanování

„Pod pojmem šikana nebo šikanování mezi dětmi se rozumí široký okruh chování dítěte nebo skupiny dětí s cílem ohrozit, zastrašit, ponížít nebo jinak ublížit jinému dítěti nebo skupině dětí. Šikana zahrnuje slovní ponižování, nadávání a neustálé kritizování, výsměch, hrubé žertování, vydírání, omezování svobody, pohrdání, poškozování oděvu a osobních věcí, tělesné napadání.“ (Pöthe, 1999, s. 140)

Zjednodušeně řečeno pod pojmem šikana si můžeme představit ubližování někomu, kdo se neumí nebo nemůže bránit. Šikana může být mezi spolužáky, studenty, potom hovoříme o šikaně ve stejném postavení. Dále je šikana závislá na osobě agresora, oběť šikany se agresora bojí, je zde nerovnoměrný vztah mezi nimi. V tomto případě hovoříme o osobním asymetrickém vztahu moci. Šikanu lze dělit na přímou a nepřímou. (Říčan, Janošová, 2010)

K formám přímé šikany patří:

- působení bolesti – bodání, kopání, pálení, bití, fyzické napadání, omezování svobody

- ponižující tělesná manipulace – obnažování, nucení do jídla a pití, konzumace alkoholických nápojů, požívání omamných látek
- nucení k sexuálním praktikám
- poškozování a brání osobních věcí
- slovní napadání – posměch, narážky, urážení, kritika
- zotročování
- vydírání a vyhrožování.

K formám nepřímé šikany patří:

- sociální izolace – vyloučení ze skupiny
- ignorování
- nadávání a neustálé kritizování
- ponižování. (Říčan, Janošová, 2010)

Typické pro šikanu je použití násilí, manipulace, ponižování, dominance nad slabší osobou. Fyzicky mají šikanující děti tělesnou převahu. Mezi charakteristiky šikanujícího dítěte patří známky agresivity, impulzivity, bez kontroly impulzivity, často s destruktivními rysy. Častěji se šikanování dopouštějí děti s poruchami chování spojené s hyperaktivitou a poruchou pozornosti. Pöethe (1995) dále uvádí děti s nižším IQ a poruchami čtení. Většina šikanujících dětí vykazuje vyšší sebevědomí, u jedné třetiny nacházíme spíše pocity méněcennosti. Pöethe (1995)

Agresori mohou mít rovněž psychosociální poruchu, což je „*narušená interakce mezi individuálním chováním dítěte a jeho užším rodinným či širším kolektivním společenským prostředím.*“ (Machová, Kubátová, 2009, str. 121)

Vliv na osobnost agresora má oblast výchovy a rodiny. Ve výchově dítěte lze najít fyzické tresty, které mohou být předzvěstí týrání. Své postavení doma dítě oplácí jiným. (Pöethe, 1999)

Za oběti si násilníci vybírají děti, které jsou fyzicky méně zdatné, jsou menší, děti se sníženým intelektem, s mentální retardací, dále děti s nižším socioekonomickým statutem rodiny, děti odlišné barvy pleti, jiného etnika. (Říčan, Janošová, 2010)

Obecně lze říci, že šikana je kombinace více faktorů. Nelze brát v úvahu pouze osobu agresora a oběti, ale musíme se dívat i na okolní vlivy a podmínky. K těmto dalším faktorům

lze zařadit třídní publikum, zastánce oběti, pedagogy, rodiče zúčastněných dětí, místní komunitu a veřejnost. (Říčan, Janošová, 2010)

Následky šikany jsou různé, dle její frekvence a délky trvání. Počáteční pocity strachu u oběti z možné události mohou vystřídat pocity úzkosti až deprese. Typickým projevem jsou poruchy usínání, spánku, noční buzení, noční můry, bolesti břicha, hlavy, zvracení. Tyto potíže se projevují především ráno při odchodu do školy.

Mezi projevy šikany patří:

- strach a nechuť jít do školy
- záškoláctví
- zhoršení prospěchu ve škole
- nedostatek kamarádů
- nízké sebevědomí
- časté bolesti břicha a hlavy bez lékařského nálezu
- vyhledávání blízkosti učitelů o přestávkách
- návraty ze školy jsou opožděné, dítě jsou hladové, oblečení může být poškozené
- stopy po tělesném týrání po těle jako jsou modřiny, škrábance. Pöethe (1995)

Šikana je na našich školách velice častým jevem. Až 18% žáků bylo někdy šikanováno. (Pöethe, 1995) Oproti tomu Machová (2007) uvádí, že na základních školách je šikanováno až 41% žáků.

Školy jsou zodpovědné za to, aby šikaně předcházely. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy vydalo metodický pokyn k prevenci a řešení šikanování mezi žáky škol a školních zařízení. Příloha č. 1 (Machová, Kubátová a kol., 2009)

2.10 Jiné druhy syndromu CAN

Dítě ve válce

Války provázejí lidstvo od nepaměti. Války s sebou nesou důsledky. Jsou jak přímé, mezi které patří zabití, invalidita, tak nepřímé, kam řadíme ohrožení psychického vývoje, traumata z prožitých válečných hrůz. „Zpráva UNICEF za rok 1996 odhaduje, že za posledních deset let zahynuly v ozbrojených konfliktech asi dva miliony dětí, 4 – 5 milionu jich bylo zmrzačeno, 12 milionů dětí ztratilo své domovy a nespočet dalších je ohroženo podvýživou a infekčními nemocemi.“ (Langmeier, Krejčířová, 2009, s. 305)

Děti ve válečných konfliktech bývají využíváni jako nosiči min, sebevražední útočníci, jsou obětmi znásilňování. Důsledkem prožití hrůz války se může vyvinout posttraumatická stresová porucha. První zkušenosti s dětmi a válkou popsala již Anna Freudová a Dorothy T. Burlinghgamová v roce 1943. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

V ČR není Dítě ve válce aktuální formou syndromu CAN.

3. Prevence

Prevence týrání dětí by měla být přirozeným systémem ochrany dětí ve společnosti. Cílem prevence je předcházení vzniku traumatického zážitku dítěte se všemi jeho důsledky, zabránění pokračování týrání dítěte, zabránění následkům psychickým, zdravotním a sociálním. Prevence je dělena na primární, sekundární a terciální. Jednotlivé typy se mezi sebou vzájemně prolínají. Jako neúčinnější programy prevence jsou uváděny programy zaměřené na rodinu, zvláště pak příprava na rodičovství. (Pöethe, 1999)

3.1 Primární prevence

Primární prevence, neboli celospolečenská, zahrnuje všechna opatření, která mají za úkol zabránění vzniku násilí páchaných na dětech, jak psychického tak fyzického. Tyto programy jsou specificky zaměřeny. Mají za úkol kvalitní přípravu dětí pro manželství a rodinu, a to již od nejútlejšího věku. Programy jsou zaměřeny dle věku, v mateřských školách, na základních a středních školách, na prevenci nechtěného početí. Na přípravu na rodičovství se zaměřují preventivní programy v kurzech pro těhotné ženy a nastávající rodiče. Primární prevence je neúčinnější, pokud je zahájena velmi brzy. Proto se začíná pracovat s rodiči již v době ženina těhotenství. (Říčan, Krejčířová, 1997)

Primární prevenci Dunovský (1995) dělí na 3 vrstvy dle cílových skupin:

- a. Prevence zaměřená širokou veřejností – prostředkem primární prevence je zde široce založená osvěta. Na osvětě se podílí veškeré instituce společensko-kulturního života společnosti. Patří zde legislativa, církve, školy, vzdělávací centra, sdělovací prostředky, nevládní organizace dětí a mládeže, apod.
- b. Prevence zaměřená na rodiče a vychovatele – prostředky práce pro tuto skupinu jsou specifičtější. Jedná se o vytvoření pevného citového vztahu mezi rodičem a dítětem. Patří zde všechna opatření ve prospěch rodiny, tzn. finanční podpora, sociální služby pro rodiny s dětmi, apod. Školní programy zaměřené na prevenci se týkají sexuální výchovy, výchovy dětí k rodičovství, prevence nechtěného těhotenství, propagace antikoncepce a plánování rodiny. Primární prevence v tomto smyslu se zaměřuje na to, aby nedocházelo ke vzniku rizikových skupin a rizikových situací.
- c. Prevence zaměřená na odborné pracovníky a veřejné činitele – v této skupině jde o předávání nových poznatků z výzkumů a studií. Cílem není zprostředkování základních informací, nýbrž rozvíjení nových přístupů. (Dunovský, 1995)

3.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence je zaměřená na aktivní vytipování a vyhledání nejen jedinců, ale i rodin (tzv. screening). Je zaměřená na rizikové jedince, skupiny rodin, jejich pozitivní ovlivňování, zkvalitňování jejich životních podmínek. Z hlediska depistáže se vyhledávají rizikové děti, rizikovní dospělí, rizikové rodiny a rizikové situace. Cílem je působení jak na jedince, tak i na skupinu, aby se eliminovalo riziko vzniku syndromu CAN. Dále je cílem depistáže odhalení syndromu CAN a kontrola rizik. (Dunovský, 1995)

3.3 Terciální prevence

Terciální prevence znamená působení lékaře, pedagoga, rodiče, sociálního pracovníka již v situaci, kdy došlo k týrání, zneužívání dítěte. Prostředkem terciální prevence je terapie a rehabilitace, do které je možno zahrnout kromě dítěte i celou rodinu. Vychází se z interdisciplinární spolupráce. (Dunovský, 1999)

3.4 Postup při zjištění zneužívání

Základem přístupu k dítěti při zjišťování možného zneužívání a týrání dítěte je vytvoření si pevného vztahu založeného na důvěře. Důležité je, abychom dítěti, které se nám svěří, věřili, když hovoří o prožitém traumatu, zneužívání. Důležité je nebagatelizovat jeho povídání, nechat dítě hovořit, nepřerušovat jej, pokud mluví samo, neklást sugestivní otázky. Ujistit dítě, že se nemusí bát, že nebude trestáno, za cokoliv, co nám řekne. Ujistit dítě, že to, co prožilo, není jeho vina. Je důležité, aby dítě vědělo, že s námi může mluvit kdykoliv. Je nutné najít si pro dítě dostatek času. (Sedlářova a kol., 2008)

Při zjištění zneužívání či zanedbávání je nutné tuto skutečnost ohlásit příslušným orgánům. V případě nutnosti je dobré vyhledat lékařskou pomoc, psychologickou pomoc a terapeutickou skupinu pro dítě. Zjišťování syndromu CAN se děje prostřednictvím hlášení nebo cíleným vyhledáváním jednotlivých případů. Zastoupeny jsou zde státní i nestátní organizace, oddělení péče o rodinu a dítě, policie, krizová centra, poradny, školní zařízení, zdravotnická zařízení, linky bezpečí apod. Hlášení o týraném dítěti lze podat i anonymně. (Novotná, Feit, 2009)

U dítěte, které je hospitalizováno v zdravotnickém zařízení a je u něj podezření na jakýkoliv druh týrání, musí toto být zaznamenáno a musí být kontaktovány příslušné úřady.

Trestný čin týrání podléhá oznamovací povinnosti a zbavuje lékaře povinné mlčenlivosti – dle novelizace Trestního zákona z roku 1994. (Trestní zákon, 1994)

K základním formám detekce CAN patří různé linky důvěry a bezpečí. Na linku bezpečí se dítě dovolá z celého území ČR bezplatně. Dostupná je 24 hodin denně. Konzultanti linek bezpečí jsou teoreticky připraveni na konfrontaci s dětskými problémy. (Poethe, 1999)

3.5 Legislativa

Ochrana rodiny a mládeže je zakotvena v základních mezinárodních dokumentech a úmluvách, kam patří Všeobecná deklarace lidských práv. V našem právním systému je ochrana rodiny zakotvena v Listině základních práv a svobod. K velmi důležitým smlouvám patří Úmluva o právech dítěte z roku 1989, kterou tehdejší Československo ratifikovalo v roce 1991. Zdůrazňuje povinnost států chránit dítě před týráním, zanedbáváním a zneužíváním (viz Příloha č. 2). Dále najdeme ochranu dítěte v ČR v zákoně č. 359/1999Sb., o sociálně právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů. Ochranou dětí před zneužíváním dětskou prací se zabývá Zákoník práce a zákon č. 435/2004 Sb., o nezaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů. (Novotná, Feit, 2009)

V Trestním zákoně č. 65/ 1994 Sb. je zakotvena skutková podstata trestného činu týrání svěřené osoby § 215, Dále zde nalezneme trestný čin znásilnění §241, trestný čin pohlavního zneužívání § 242. A je zde zakotveno v §167, že ten kdo se hodnověrně dozví, že jiný připravuje nebo páchá trestný čin a neohlásí jej, se dopouští trestného činu nepřekažení trestného činu.

Dalšími důležitými zákony jsou Zákon č. 94/1963 o rodině, ve znění pozdějších předpisů, Zákon č.109/202 Sb., o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů.

Ochrana týraných a zneužívaných dětí se poskytuje v rámci působnosti orgánů sociálně – právní ochrany. Základem pro sociálně právní ochranu dětí jsou všechny obecní úřady. Tyto úřady mají za úkol vyhledávat a přijímat oznámení, prošetřovat, získávat veškerá dostupná data. Podle míry nebezpečnosti zakročí. Může zakročit několika způsoby. Uvědomí rodiče, zajistí uspokojení základních potřeb dítěte, podá soudu návrh na rozhodnutí o předběžném opatření, umístí dítě do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, popř. podá trestní oznámení. (Novotná, Feit. 2009)

III Praktická část

1. Stanovení cíle a hypotéz

Cílem bakalářské práce je zjistit informovanost dospělé populace o syndromu CAN, srovnat znalosti zdravotnických pracovníků s laickou veřejností, a to pomocí dotazníkového šetření.

Hypotézy:

1. Předpokládám, že zdravotníci mají více informací o syndromu CAN než nezdravotnická část populace. Informace o syndromu CAN získávají zdravotníci ze školy či studiem odborné literatury.
2. Předpokládám, že zdravotníci znají všechny druhy syndromu CAN.
3. Předpokládám, že zdravotníci znají všechny důsledky syndromu CAN.

2. Popis metody a vzorku

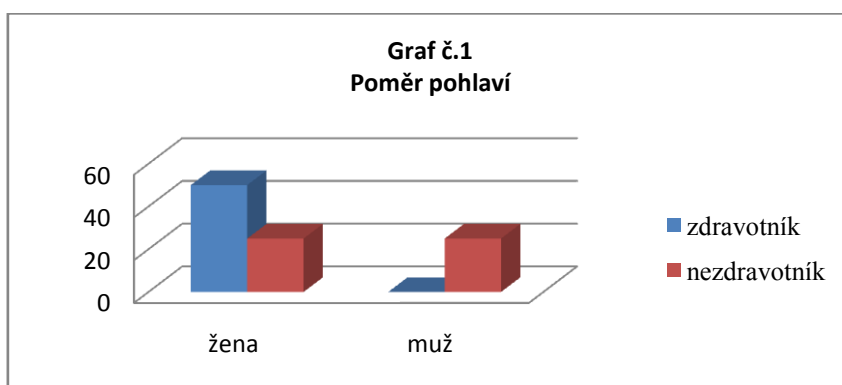
K získání potřebných dat jsem využívala metody dotazníku. Dotazník je písemná forma explorativní (výzkumné) metody používané na hromadné zjišťování určitého jevu. Výzkumník v krátkém časovém intervalu obdrží potřebné množství informací. (Chráška, 2007)

Dotazník v úvodu obsahuje stručnou charakteristiku, poděkování za spolupráci, jméno, informace o věkové struktuře, pohlaví, vzdělání a povolání respondentů. Dotazník je anonymní. V dotazníku je obsaženo uzavřených 10 otázek. Respondenti vybírají u otázek č.1, 3, 5, 6, 8 a 9 pouze z dichotomických položek odpovědi ano a ne. U otázek 2 a 7 jsou uvedeny body, u kterých je rovněž na výběr pouze ano a ne. Respondenti zde mají určit, které jsou druhy syndromu CAN a změny v chování, které se u dětí mohou vyskytnout. Otázky 4 a 10 jsou výběrové, respondenti mají možnost vybrat více možných odpovědí.

Dotazník skupině zdravotníků jsem osobně rozdala ve Sdružených zařízeních pro péči o dítě a na Dětské klinice Fakultní nemocnice v Olomouci. Dotazník pro laickou veřejnost vyplnili zaměstnanci nejmenované olomoucké firmy.

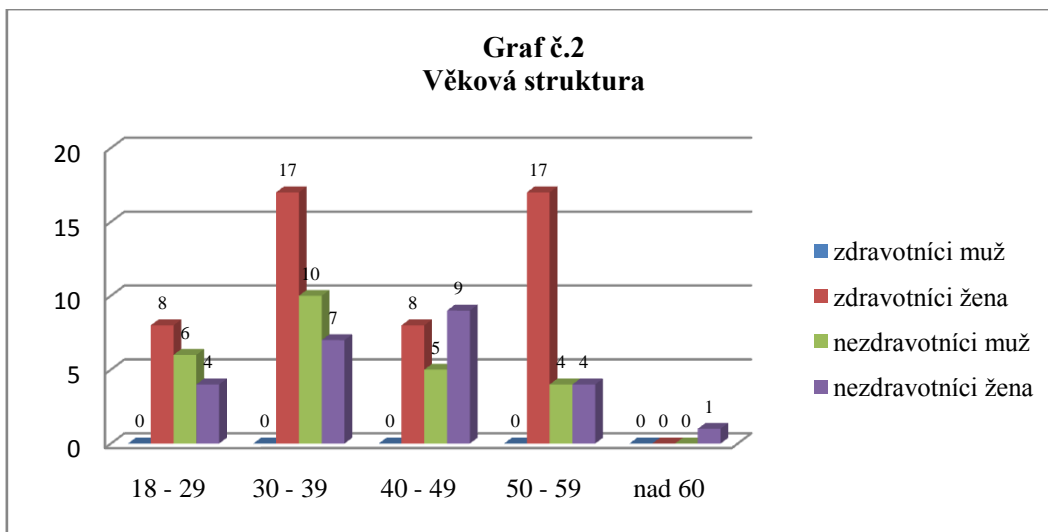
Ve skupině zdravotníků jsou mezi respondenty pouze ženy. Ve skupině laické veřejnosti je poměr žen a mužů vyrovnaný úmyslně, jak lze vidět v tabulce č. 1 a grafu č.1.

	žena		Muž	
	abs.četnost	relat.četnost	absol.čet.	relat.četnost
zdravotník	50	100%	0	0%
nezdravotník	25	50%	25	50%



Ve věkové struktuře u skupiny zdravotníků převažují skupiny ve věku od 30 – 39 let a 50 – 59 let se stejným procentuelním zastoupením 34%. Věková kategorie 18 – 29 let a 40 – 49 let je rovněž zastoupena stejným zastoupením 16%. Ve skupině nezdravotníků u mužů je nejvíce zastoupena věková kategorie 30 – 39 let, a to v procentuelním zastoupení 20%, u žen kategorie 40 – 49 let, a to 18%, jak znázorňuje tabulka a graf č.2.

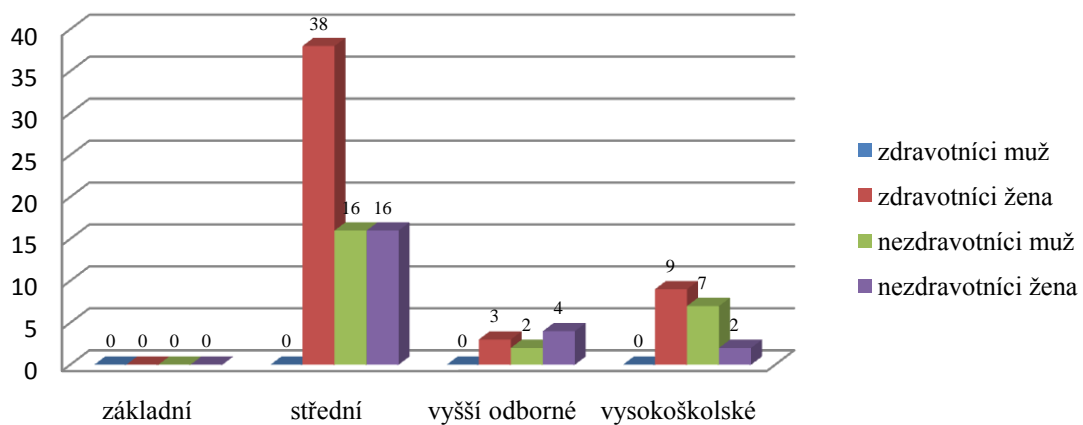
	zdravotníci				nezdravotníci			
	muž		žena		muž		Žena	
	absol.četn.	relat.četn.	absol.četn.	relat.četn.	absol.četn.	relat.četn.	absol.četn.	relat.četn.
18 - 29	0	0%	8	16%	6	12%	4	8%
30 - 39	0	0%	17	34%	10	20%	7	14%
40 - 49	0	0%	8	16%	5	10%	9	18%
50 - 59	0	0%	17	34%	4	8%	4	8%
nad 60	0	0%	0	0	0	0%	1	2%
celkem	0	0%	50	100%	25	50%	25	50%



Ve struktuře vzdělání převažuje u zdravotníků typ středního vzdělávání, a to v 76%. Typ vzdělání na vyšší odborné škole je zastoupeno v 6%, vysokoškolské vzdělání v 18%. U skupiny nezdravotníků převažuje rovněž skupina se středoškolským vzděláním, a to s 68%. U nezdravotníků je větší podíl s vysokoškolským vzděláním, a to u 20%, z čehož 14% zaujímají muži, jak je patrné v tabulce a grafu č.3. Vyšší odborné vzdělání je rovněž zastoupeno více u skupiny nezdravotníků než u zdravotníků, a to ve 12%.

	zdravotníci				nezdravotníci				celkem
	muž		žena		muž		žena		
	absol.četn.	relat.četn.	absol.četn.	relat.četn.	absol.četn.	relat.četn.	absol.četn.	relat.četn.	
základní	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0%
střední	0	0%	38	76%	16	32%	18	36%	68%
vyšší odborné	0	0%	3	6%	2	4%	4	8%	12%
vysokoškolské	0	0%	9	18%	7	14%	3	6%	20%
celkem	0	0%	50	100%	25	50%	25	50%	100%

Graf č. 3
Vzdělanostní struktura



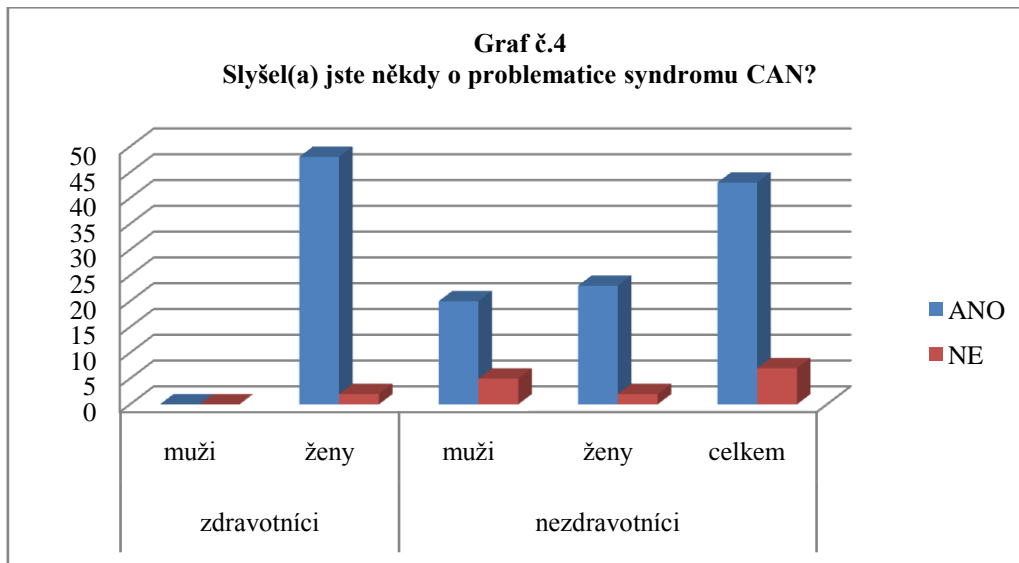
3. Hodnocení a výsledky

3.1 Hodnocení a výsledky otázka č. 1

Slyšel jste někdy o problematice syndromu CAN?

První otázka se zaměřuje na to, zda se respondenti někdy setkali s pojmem syndromu CAN. Zdravotnická část respondentů uvedla z 96%, že někdy slyšela o problematice syndromu CAN. Nezdravotnická část uvádí, že se tímto pojmem setkala v 86%. 14% nezdravotníků se nikdy nesešlo s pojmem CAN, z toho počtu je 10% mužů, jak lze vidět v tabulce a grafu č.4.

Tabulka č.4 - Slyšel(a) jste někdy o syndromu CAN?										
	zdravotníci				nezdravotníci					
	absol.četn.	relat.četn.	absol.četn.	relat.četn.	absol.četn.	relat.četn.	absol.četn.	relat.četn.	absol.čet.	relat.čet.
	muži		ženy		muži		ženy		celkem	
ANO	0	0%	48	96%	20	40%	23	46%	43	86%
NE	0	0%	2	4%	5	10%	2	4%	7	14%
celkem	0	0%	50	100%	25	50%	25	50%	50	100%



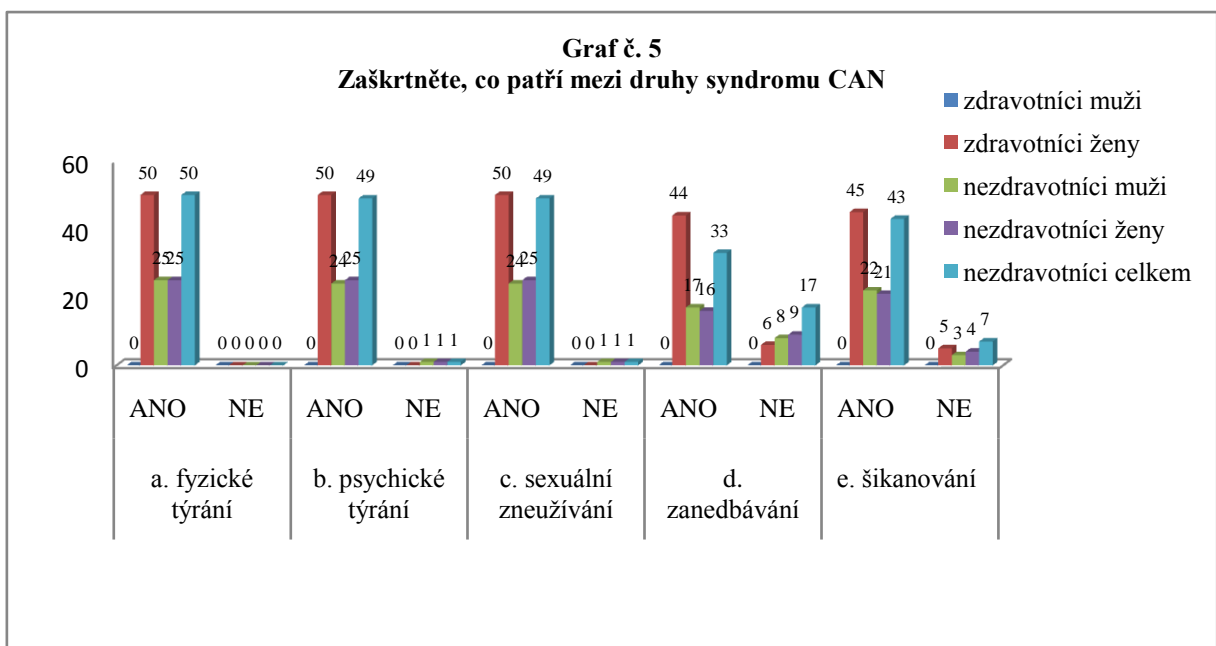
3.2 Hodnocení a výsledky otázka číslo 2

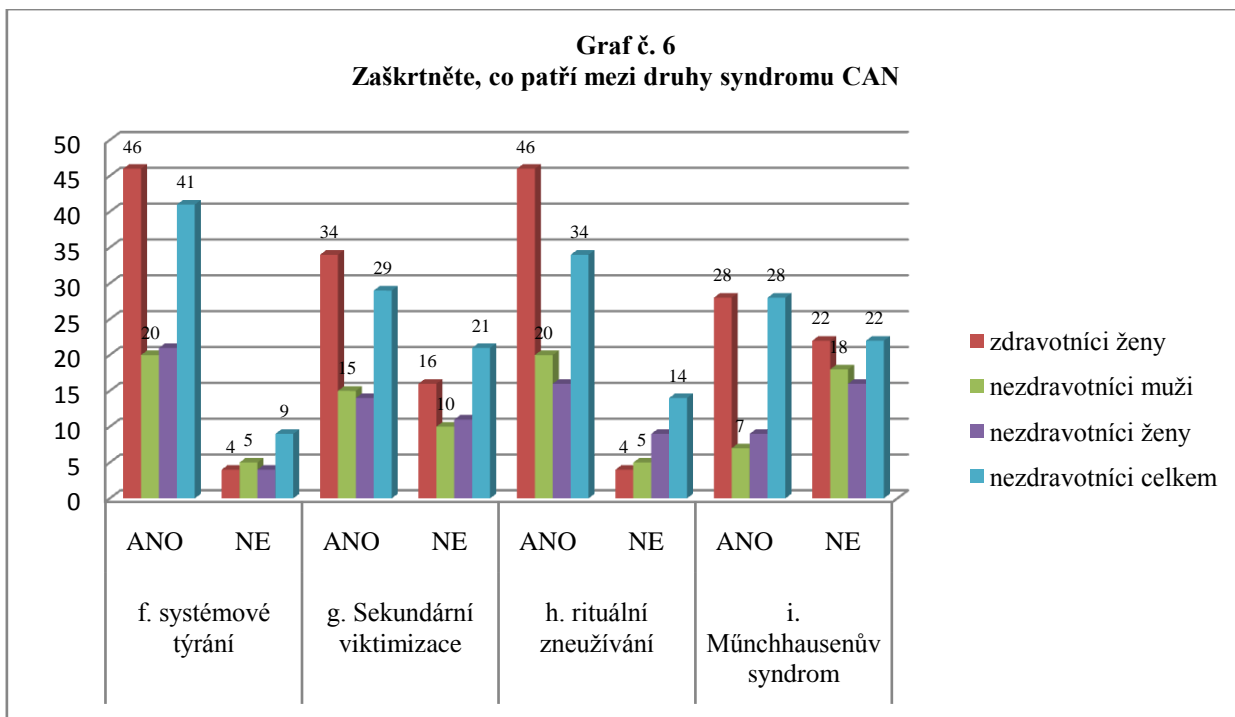
Zaškrtněte, co patří mezi druhy syndromu CAN

Ve druhé otázce je vyjmenováno jednotlivě devět druhů syndromu CAN (viz příloha č.3 - Dotazník). Je zde dotaz na fyzické týrání, psychické týrání, sexuální zneužívání, zanedbávání, šikanování, systémové týrání, sekundární viktimizaci, rituální zneužívání a Münchhausenův syndrom. Správná odpověď je u všech jednotlivých bodů ano. Stoprocentní výsledky jsou u zdravotníků pouze u bodu a. fyzické týrání, bodu b. psychické týrání a bodu c. sexuální zneužívání. V těchto prvních třech bodech i nezdravotníci odpovídají z 98% správně. V 92% udávají zdravotníci správně bod f. systémové týrání a bod h. rituální zneužívání. U těchto bodů se již liší počet správných odpovědí u nezdravotníků. Systémové týrání by do druhu syndromu CAN zahrnuje 82% laických respondentů, z čehož polovina je mužů a polovina žen. Rituální zneužívání by do druhu syndromu CAN zahrnuje 72% respondentů z okruhu nezdravotníků. Bod e. šikanování by jako druh syndromu CAN uvedlo 90% zdravotníků a 86% nezdravotníků. U bodu d. zanedbávání jsou vidět markantní rozdíly v pojetí tohoto pojmu. 88% zdravotníků si myslí, že zanedbávání patří mezi druhy syndromu CAN. Pouze 64% nezdravotníků by zanedbávání začlenilo jako druh syndromu CAN. Poměr žen a mužů je vyrovnaný, muži si toto myslí z 34% a ženy z 32%, jak je patrné v tabulce č.5 a grafu č.5 Bod g. sekundární viktimizaci uvedlo 68 zdravotníků a 48% nezdravotníků. Nejméně známý, jak pro zdravotníky, tak i pro laiky, je bod i. Münchhausenův syndrom. Pouze 56% zdravotníků a 32% nezdravotníků by jej zařadilo mezi druhy syndromu CAN, jak je možné vidět v tabulce č.5 a grafu č.5 a 6.

Tabulka č.5 - Zaškrtněte, co patří mezi druhy syndromu CAN

	Zdravotníci				nezdravotníci						
	absol.četn		relat.četn		absol.četn		relat.četn		absol.četn		relat.četn
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	celkem	celkem	celkem	celkem	
Fyzické Týrání	0	0%	50	100%	25	50%	25	50%	50	100%	
Psychické Týrání	0	0%	50	100%	24	48%	25	50%	49	98%	
Sexuální zneužívání	0	0%	50	100%	24	48%	25	50%	49	98%	
Zanedbávání	0	0%	44	88%	17	34%	16	32%	33	64%	
Šikanování	0	0%	45	90%	22	44%	21	42%	43	86%	
Systémové Týrání	0	0%	46	92%	20	40%	21	42%	41	82%	
Sekundární viktimizace	0	0%	34	68%	15	30%	14	28%	29	48%	
Rituální zneužívání	0	0%	46	92%	20	40%	16	32%	36	72%	
Münchhaus. syndrom	0	0%	28	56%	7	14%	9	18%	16	32%	



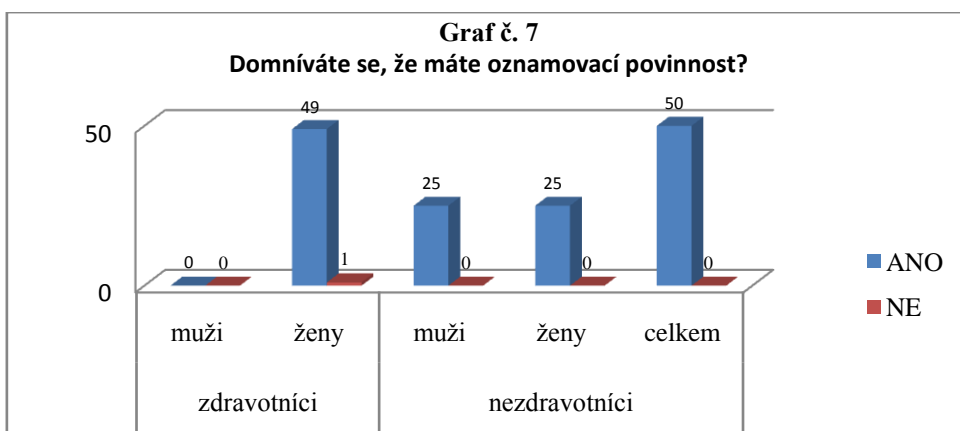


3.3 Hodnocení a výsledky otázka číslo 3

Domníváte se, že máte oznamovací povinnost, pokud víte o případu týraného dítěte?

Otázka 3 je zaměřena na znalost zákonů. Ověřuje, zda občané znají své povinnosti. 98% respondentů zdravotníků uvedlo, že si myslí, že mají oznamovací povinnost. 100% respondentů nezdravotníků uvedlo, že si myslí, že mají oznamovací povinnost, viz tabulka č. 6 a graf č. 7.

	zdravotníci				nezdravotníci					
	absol.četn.	relat.četn.	absol.četn.	relat.četn.	absol.četn.	relat.četn.	absol.četn.	relat.četn.	absol.četn.	relat.četn.
	muži		ženy		muži		ženy		celkem	
ANO	0	0%	49	98%	25	50%	25	50%	50	100%
NE	0	0%	1	2%	0	0%	0	0%	0	0%

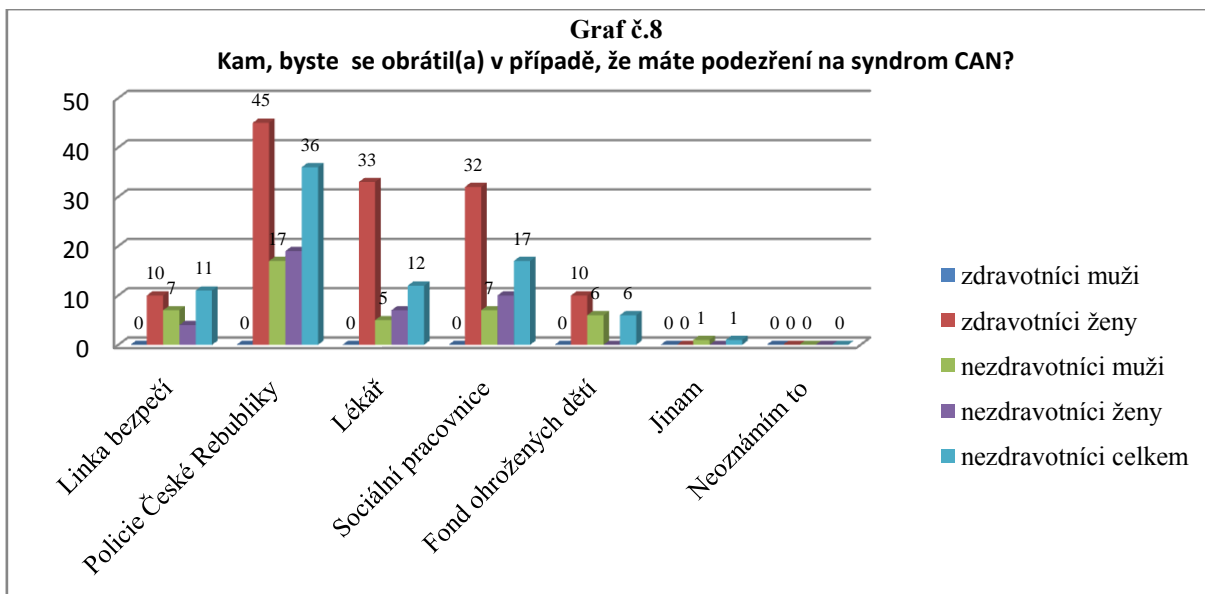


3.4 Hodnocení a výsledky otázka č.4

Kam byste se obrátil(a) v případě, že máte podezření na syndrom CAN?

Čtvrtá otázka je zaměřena na možnosti, kam se občané mohou obrátit v případě podezření na syndrom CAN. Respondenti mohli v této otázce zatrhnout i více možností. Zde jsou vidět rozdíly ve výběru možností, kam by se obraceli zdravotníci a nezdravotníci. Na Linku bezpečí by se obrátilo 20% zdravotníků a 22% nezdravotníků, z čehož je 14% mužů a 8% žen. Na Policii České republiky by se obrátilo 90% zdravotníků a 72% nezdravotníků, jak je vidět v tabulce č.7 a grafu č.8. Procentuelní zastoupení mužů a žen je srovnatelné. Zdravotníci by se obrátili na lékaře v 66%, nezdravotníci pouze ve 24%, z čehož by kontaktu s lékařem využilo 12% z dotázaných žen a 10% z dotázaných mužů. Sociální pracovníci by kontaktovalo 64% zdravotníků a pouze 34% nezdravotníků, z čehož je 20% žen a 14% mužů. Na Fond ohrožených dětí by se obrátilo 20% zdravotníků a 12% nezdravotníků, takto odpověděli pouze muži. V možnosti jinam odpovídal pouze jeden nezdravotník – muž, a bylo by to Krizové centrum, v procentuelním zastoupení jsou to 2% z celkového počtu respondentů nezdravotníků, jak vidíme v tabulce č.7 a grafu č.8.

	zdravotníci				nezdravotníci					
	absol.četn.	relat.četn.	absol.četn.	relat.četn.	absol.četn.	relat.četn.	absol.četn.	relat.četn.	absol.čet.	relat.čet.
	muži	Ženy	muži	ženy	celkem					
Linka bezpečí	0	0%	10	20%	7	14%	4	8%	11	22%
PČR	0	0%	45	90%	17	34%	19	38%	36	72%
Lékař	0	0%	33	66%	5	10%	7	14%	12	24%
SP	0	0%	32	64%	7	14%	10	20%	17	34%
FOD	0	0%	10	20%	6	12%	0	0%	6	12%
Jinam	0	0%	0	0%	1	2%	0	0%	1	2%
Neoznámím	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

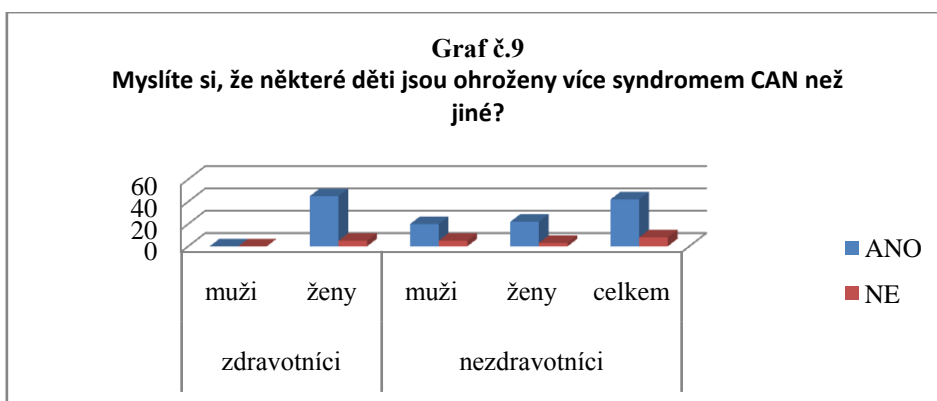


3.5 Hodnocení a výsledky otázka č.5

Myslíte si, že některé děti mohou být ohroženy více syndromem CAN než jiné?

Otázka č.5 je zaměřena na skupiny dětí, které mohou být ohroženy více syndromem CAN než jiné. 90% respondentů ze skupiny zdravotníků si myslí, že některé děti mohou být ohroženy více syndromem CAN než jiné. Totéž si myslí i 84% respondentů ze skupiny nezdravotníků. 16% nezdravotníků, z toho 10% mužů, si myslí, že nejsou skupiny dětí, které by mohly být více ohroženy syndromem CAN, jak je vidět v tabulce č. 8 a grafu č.9.

	zdravotníci				nezdravotníci					
	absol.četn. muži	relat.četn.	absol.četn. ženy	relat.četn.	absol.četn. muži	relat.četn.	absol.četn. ženy	relat.četn.	absol.četn. celkem	relat.četn.
ANO	0	0%	45	90%	20	40%	22	44%	42	84%
NE	0	0%	5	10%	5	10%	3	6%	8	16%



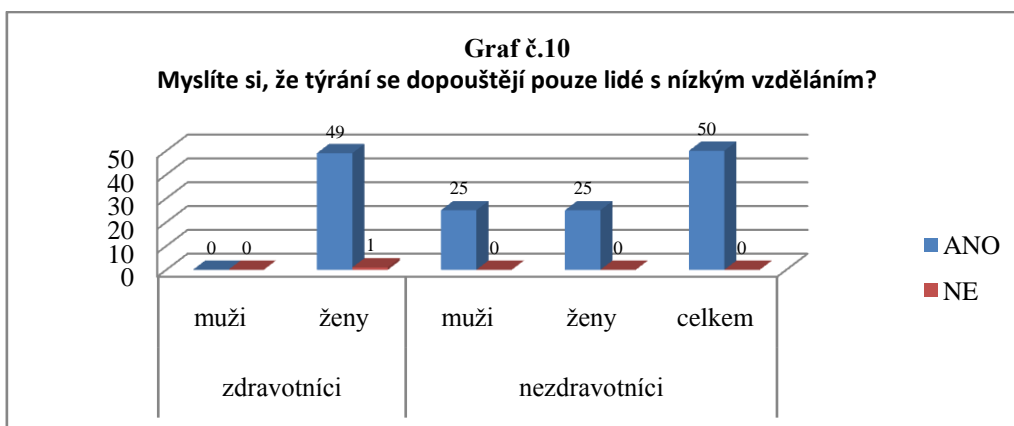
3.6 Hodnocení a výsledky otázka č.6

Myslíte si, že týrání se dopouštějí pouze lidé s nízkým vzděláním?

Otázka č.6 zjišťuje, zda si respondenti myslí, že pouze lidé s nízkým stupněm formálního vzdělání se dopouští týrání. Z výsledků vyplývá, že pouze jeden zdravotník, což jsou 2% z celkového počtu zdravotníků se myslí, že týrání se dopouštějí pouze lidé s nízkým vzděláním. 100% respondentů nezdravotníků si myslí, že nejen lidé s nízkým vzděláním se mohou dopouštět týrání viz tabulka č.9 a graf č.10.

Tabulka č.9 - Myslíte si, že týrání se dopouštějí pouze lidé s nízkým vzděláním?

	zdravotníci				nezdravotníci					
	absol.četn.	relat.četn.	absol.četn.	relat.četn.	muži		ženy		celkem	
ANO	0	0%	49	98%	25	100%	25	100%	50	100%
NE	0	0%	1	2%	0	0%	0	0%	0	0%



3.7 Hodnocení a výsledky otázka č.7

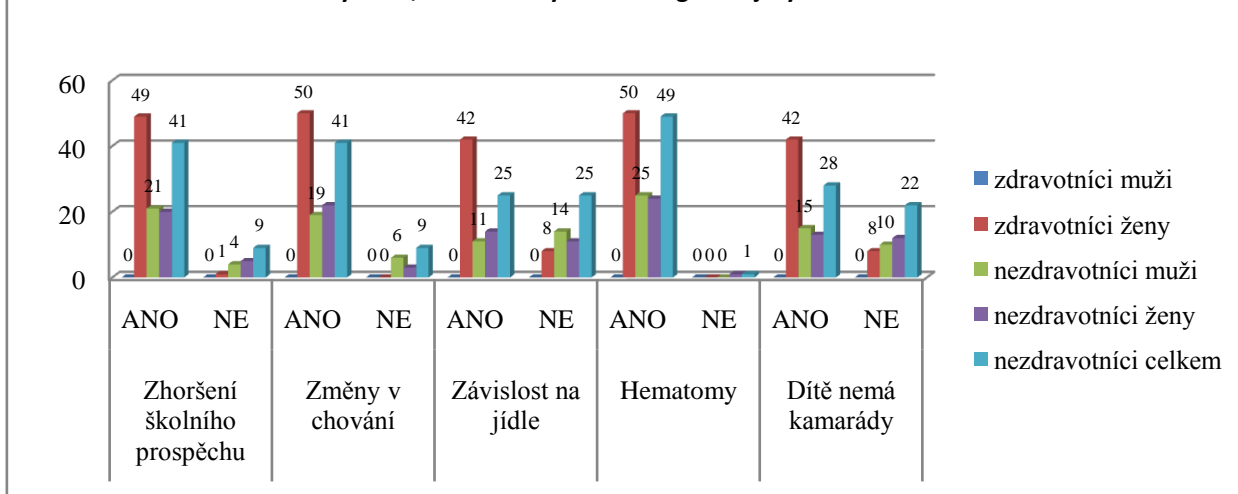
Vyberte, které změny v chování signalizují syndrom CAN.

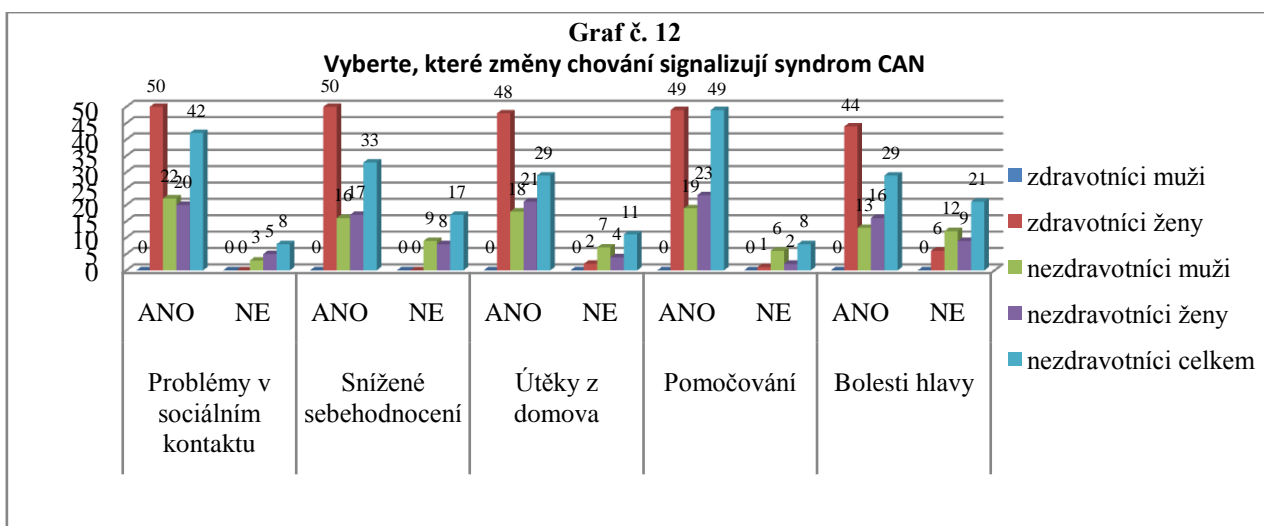
Otázka č.7 se zaměřuje na zjišťování vědomostí příznaků, které nás mohou informovat a varovat o tom, že se s dítětem něco děje. Zdravotníci by tyto příznaky měli znát všechny. 100% shodu mají zdravotníci v bodě b. změny v chování, v době d. hematomy, v době f. problémy v sociálním kontaktu a v bodě g. snížené sebehodnocení. U respondentů ze skupiny nezdravotníků jsou již vidět rozdíly ve znalostech. V bodech, kde mají zdravotníci 100% úspěšnost, uvádí nezdravotníci v bodě b. ano v 82%, v bodě d. v 98%. V tomto bodě jsem předpokládala, že i u nezdravotníků bude 100% odpovězeno ano. Dle tabulky č. 10 a grafu č. 11 vidíme, že jedna žena by hematomy nezařadila jako obraz typický pro syndrom CAN. Bod f. by zařadilo mezi signály syndromu CAN 84% respondentů nezdravotníků a bod g. pouze 64% respondentů nezdravotníků. Dále zdravotníci uvedli v 98% bod a. zhoršení školního prospěchu jako signál syndromu CAN, tento bod uvedli respondenti nezdravotníci z 82%. Stejně tak uvedli zdravotníci i bod i. pomočování. Z 98% si myslí, že pomočování může být příznakem syndromu CAN. Respondenti nezdravotníci uvádějí pomočování v 84%. Zde jsou vidět rozdíly mezi muži a ženami. Ženy pomočování uvedly ve 42%, muži ve 38%. 96% respondentů zdravotníků označilo bod h. útoky z domova za signál syndromu CAN. Pouze 58% respondentů nezdravotníků si myslí, že útoky dítěte z domova by mohly značit problémy ve smyslu týrání. V bodech c. závislost na jídle a e. dítě nemá kamarády uvádí ano 84% zdravotníků. V bodě c. ovšem uvádí ano pouze 50 respondentů nezdravotníků. V době e. dítě nemá kamarády 56% respondentů nezdravotníků, jak je vidět v tabulce číslo 10 a grafu č. 12.

Tabulka č. 10 – Vyberte, které změny chování signalizují syndrom CAN.

	Zdravotníci				nezdravotníci															
	absol.četn		relat.četn		absol.četn		relat.četn		absol.četn		relat.četn									
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy								
a. Zhoršení šk.prospěchu	0	0%	49	98%	21	42%	20	40%	41	82%	0	0%	1	2%	4	8%	5	10%	9	18%
b. Změny v Chování	0	0%	50	100%	19	38%	22	44%	41	82%	0	0%	0	0%	6	12%	3	6%	9	18%
c. Závislost na jídle	0	0%	42	84%	11	22%	14	28%	25	50%	0	0%	8	16	14	28%	11	22%	25	50%
d. Hematomy	0	0%	50	100%	25	50%	24	48%	49	98%	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%	1	2%
e. Dítě nemá kamarády	0	0%	42	84%	15	30%	13	26%	28	56%	0	0%	8	16%	10	20%	12	24%	22	44%
f. Problémy v soc.kontaktu	0	0%	50	100%	22	44%	20	40%	42	84%	0	0%	0	0%	3	6%	10	20%	8	16%
g. Snížené sebehodnocení	0	0%	50	100%	16	32%	17	34%	33	64%	0	0%	0	0%	9	18%	8	16%	17	34%
h. Útěky z domova	0	0%	48	96%	18	36%	21	42%	29	58%	0	0%	2	4%	7	14%	4	8%	11	22%
i.Pomočování	0	0%	49	98%	19	38%	23	46%	42	84%	0	0%	1	2%	6	12%	2	4%	8	16%
j. Bolesti hlavy	0	0%	44	88%	13	26%	16	32%	29	58%	0	0%	6	12%	12	24%	9	18%	21	42%

Graf č.11
Vyberte, které změny chování signalizují syndrom CAN.



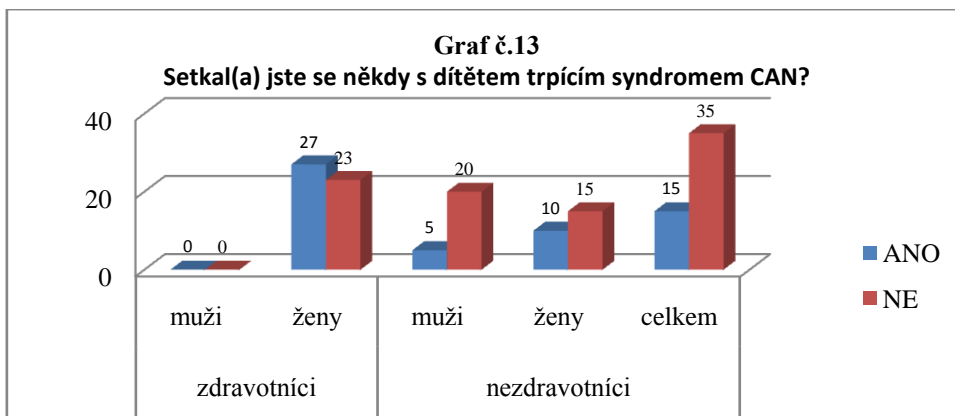


3.8 Hodnocení a výsledky otázka č.8

Setkal(a) jste se někdy s dítětem trpícím syndromem CAN ve vašem okolí?

Otázka 8 zjišťuje, zda se respondenti v osobním životě setkali s dítětem trpícím syndromem CAN. 56% respondentů zdravotníků se setkalo s dítětem trpícím syndromem CAN. 30% respondentů nezdravotníků se rovněž setkalo ve svém okolí s dítětem trpícím syndromem CAN. Jak je vidět v tabulce č.11 a grafu č. 13, ze skupiny nezdravotníků se 20% žen setkalo ve svém okolí s dítětem trpícím syndromem CAN a 10% mužů.

	zdravotníci				nezdravotníci					
	absol.četn.	relat.četn.	absol.četn.	relat.četn.	absol.četn.	relat.četn.	absol.četn.	relat.četn.	absol.čet.	relat.čet.
	muži		Ženy		muži		ženy		celkem	
ANO	0	0%	27	56%	5	10%	10	20%	15	30%
NE	0	0%	23	46%	20	40%	15	30%	35	70%

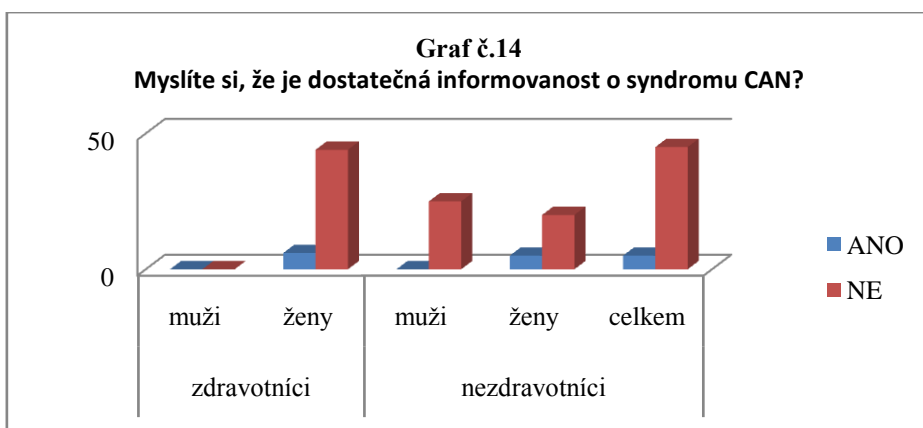


3.9 Hodnocení a výsledky otázka č.9

Myslíte si, že je dostatečná informovanost o syndromu CAN?

Devátá otázka je zaměřena na zjištění dostatečné informovanosti dospělé populace o syndromu CAN. 88% respondentů z řad zdravotníků si myslí, že není dostatečná informovanost o syndromu CAN, 90% respondentů nezdravotníků si myslí totéž. 10% respondentů nezdravotníků si myslí, že je dostatečná informovanost. Z této skupiny, jak lze vidět v tabulce č.12 a grafu č.14, jsou to pouze ženy, které uvádí dostatečnou informovanost o syndromu CAN.

	zdravotníci				nezdravotníci						
	absol.četn.		relat.četn.		absol.četn.		relat.četn.		absol.čet.		relat.čet.
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	celkem				
ANO	0	0%	6	12%	0	0%	5	10%	5	10%	
NE	0	0%	44	88%	25	50%	20	40%	45	90%	



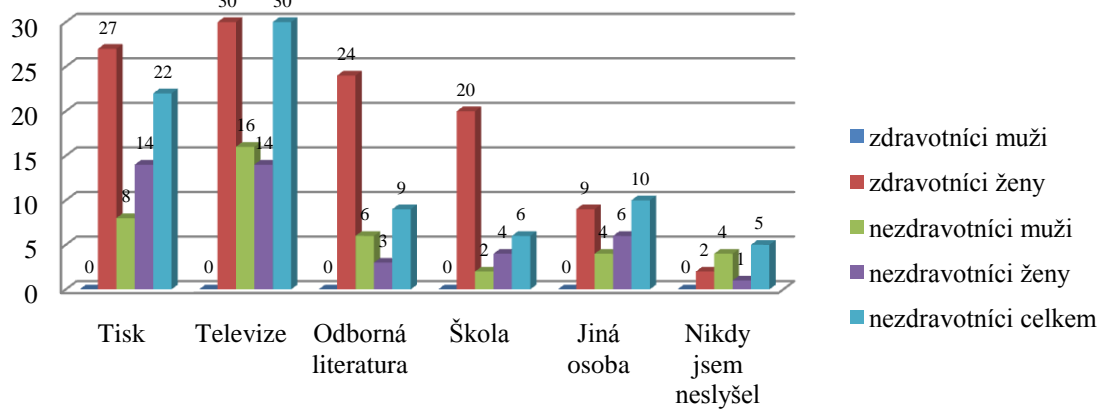
3.10 Hodnocení a výsledky otázka č.10

Odkud znáte pojem syndrom CAN?

Desátá otázka zjišťuje odkud znají respondenti pojem syndrom CAN, pokud tento termín znají. U této otázky si respondenti mohli vybrat více odpovědí. U respondentů z řad zdravotníků je na prvním místě televize, kterou uvedlo 60% respondentů. Na druhém místě s 54% je tisk. 48% zdravotníků zná pojem syndrom CAN z odborné literatury a pouze 40% zdravotníků ze školy. V 18% slyšeli tento termín od jiné osoby. Jak je možno vidět v tabulce č.13 a grafu č.15 respondenti z řad nezdravotníků znají tento pojem stejně jako zdravotníci ze 60% z televize, ze 48% z tisku, ve 20% slyšel tento pojem od jiné osoby, pouze v 18% z odborné literatury, ve 12% ze školy a v 10% tento pojem nikdy neslyšeli.

	zdravotníci				nezdravotníci					
	absol.četn.	relat.četn.	absol.četn.	relat.četn.	absol.četn.	relat.četn.	absol.četn.	relat.četn.	absol.četn.	relat.četn.
	muži	ženy	muži	ženy	celkem					
Tisk	0	0%	27	54%	8	16%	14	28%	22	44%
Televize	0	0%	30	60%	16	32%	14	28%	30	60%
Odborná literatura	0	0%	24	48%	6	12%	3	6%	9	18%
Škola	0	0%	20	40%	2	4%	4	8%	6	12%
Jiná osoba	0	0%	9	18%	4	8%	6	12%	10	20%
Nikdy jsem neslyšel	0	0%	2	4%	4	8%	1	2%	5	10%

Graf č.15
Odkud znáte pojem syndrom CAN?



4. Diskuze

Z vyhodnocených dotazníků jsem získala zajímavé výsledky. Dalo se počítat, že ve skupině zdravotníků budou zcela chybět muži. Jako zdravotníky jsem si vybrala skupinu zdravotních sester pracujících v kojeneckém ústavu a dětském domově a skupinu sester pracujících na dětské klinice. A to zejména proto, že obě tyto skupiny mají blízký vztah k dětem a mohou se častěji setkávat s dítětem trpícím nějakou z forem syndromu CAN. Bohužel ve zdravotnických zařízeních se stále velmi málo setkáváme s mužským středním zdravotnickým personálem. Druhou referenční skupinu tvořili zaměstnanci nejmenované olomoucké firmy. V obou referenčních skupinách je podobná věková struktura, jak je patrné v tabulce a grafu č. 2. Výběr respondentů byl náhodný, jsou zde vidět nuance ve vzdělanostní struktuře. Zdravotníci mají větší podíl respondentů se středním vzděláním, u nezdravotníků je rozdíl ve vyšším odborném a vysokoškolském vzdělání. Může to souviset s někdejší systémem vzdělávání zdravotních sester, kdy byly důležitější doškolovací zařízení než vysokoškolský systém vzdělávání nelékařských profesí ve zdravotnictví. V dnešní době se situace pomalu mění. Na střední zdravotnický personál je kladem velký tlak na dozdělování se a účasti na odborných kurzech a seminářích. Tento trend lze vidět i u otázky číslo 10, kde 60% zdravotníků odpovědělo, že informace získali z televize a 54% z tisku. Tato informace je dost zarážející. Předpokládala jsem, že zdravotníci získávají své odborné vědomosti ve škole a studiem odborné literatury. Studium odborné literatury je na třetí pozici se 48% a škola na čtvrté pozici se 40%, jak lze vidět v tabulce číslo 13 a grafu číslo 14. Je také pravda, že věková struktura 50 -59 let tvoří 34% z celkového počtu zdravotníků. Tím bych si vysvětlovala, že v době studia této věkové kategorie, se o syndromu CAN nehovořilo v takové míře jako dnes.

Problematiku syndromu CAN zná dle dotazníkového šetření 96% zdravotníků a 86% nezdravotníků, jak lze vidět v tabulce a grafu č. 4. 14% nezdravotníků o této problematice nikdy neslyšelo. 14% z celkového počtu nezdravotníků je 7 osob z celkových 50. Myslím si, že je to poměrně velký počet. Z čehož může rovněž vyplývat, že informovanost dospělé populace není optimální. Z otázky číslo 9 je to signifikantní. Zdravotníci se myslí, že není dostatečná informovanost o problematice syndromu CAN z 88%, nezdravotníci až z 90%, jak je patrné z tabulky č.12 a grafu č.13. Myslím si, že zdravotníci by měli problematiku syndromu CAN znát všichni. Každý ze zdravotníků se může setkat s dítětem postiženým nebo ohroženým syndromem CAN. Samozřejmě pokud jde o zdravotníky pracující na dětských odděleních, kojeneckých ústavech, v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost, tito by měli znát problematiku syndromu CAN bez výhrad. Laická

část populace by měla být v rámci prevence proškolená také. Je důležité vědět, kam se obrátit v případě, že narazíme na dítě trpící syndromem CAN.

Z dotazníkového šetření vyplývá, že 90% zdravotníků a 72% nezdravotníků by se v případě podezření na syndrom CAN obrátilo na Policii České republiky. O podezření na syndrom CAN by informovalo lékaře 66% zdravotníků a pouze 24% respondentů ze skupiny nezdravotníků, jak je patrné v tabulce č.7. Myslím si, laická část populace nevidí účelnost kontaktování lékaře v případě dítěte ohroženého nebo trpícího syndromem CAN. Pokud kontaktujeme lékaře, ten musí prošetřit uvedené skutečnosti, častěji dítě zvat na preventivní prohlídky, zmapovat situaci v domácím prostředí, popřípadě může sám kontaktovat Odbor sociálně právní ochrany dětí. Sociální pracovníci by kontaktovalo 64% z dotázaných zdravotníků a 34% nezdravotníků, z čehož je 20% žen a 14% mužů. Myslím si, že není v naší zemi běžné, aby občan sám v případě podezření na týrání a zanedbávání sám kontaktoval Odbor sociálně právní ochrany dětí. Tento fakt může vycházet z mylné představy občanů o tom, že by se mohlo vyrazit jejich jméno a lidé tímto obvinění by se jim mohli mstít. Oznámení na podezření týrání lze podat anonymně. Pokud není anonymní, ze zákona je dáno zachování anonymity osoby podávající oznámení. Ve spisu vedeném o případě jsou nacionálně této osoby překryty, popřípadě se vedou dva spisy. Důvody, proč by veřejnost kontaktovala sociální pracovníci pouze v 34% mohou být různé. Myslím si, že lidé mají mylnou představu o tom, že děti jsou v takovýchto případech ihned odebírány z rodiny a předávány do péče kojeneckých ústavů a dětských domovů bez další možnosti návratu domů. Na Fond ohrožených dětí by se obrátilo 20% z dotázaných zdravotníků a 12% nezdravotníků. Odpověď jinak uvedl pouze jeden muž, což jsou 2% z celkového počtu nezdravotníků. Tento muž by se obrátil na Krizové centrum. Krizová pomoc dle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších zákonů, je terénní, ambulantní nebo pobytová služba, které je poskytována v situaci, která ohrožuje člověka na zdraví nebo na životě, která poskytuje i základní či odborné sociální poradenství. Na Linku bezpečí by se obrátilo 20% respondentů ze skupiny zdravotníků a 22% respondentů ze skupiny nezdravotníků. V tomto případě jde dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších zákonů, o službu sociální prevence, jejichž hlavním úkolem je krizová práce s osobou při jednorázovém či opakujícím se telefonním kontaktu. Poskytuje základní sociální poradenství. Na Linkách bezpečí jsou nepřetržitě 24 hodin k dispozici vyškolené osoby, které mohou poradit ohroženému dítěti nebo dospělé osobě, která má podezření na týrání či zanedbávání, kam se obrátit.

V podstatě nyní víme, kam se obrátit v případě podezření na syndrom CAN. Ale musíme tuto skutečnost opravdu někam hlásit? Ano. Oznamovací povinnost nám vyplývá přímo z Trestního zákona. Jsou zde uvedeny i sankce při neoznámení při podezření na týrání či zneužívání dětí. 98% respondentů ze skupiny zdravotníků a 100% respondentů ze skupiny nezdravotníků si myslí, že má oznamovací povinnost, jak lze vidět v tabulce č.6 a grafu č.7.

Týrání a zneužívání dětí se dopouštějí osoby bez rozdílu vzdělání. Jak je možné vidět v tabulce č.9 a v grafu č.10 všichni respondenti ze skupiny nezdravotníků si myslí, že nejen lidé s nízkým stupněm formálního vzdělání se mohou dopouštět týrání dětí. Pouze jeden zdravotník, což jsou 2% celkového počtu zdravotníků, si myslí, že pouze lidé s nízkým vzděláním se mohou dopouštět týrání.

Některé skupiny dětí mají větší předpoklady stát se obětí týrání. O tomto jevu je přesvědčeno 90% respondentů ze skupiny zdravotníků a 84% respondentů ze skupiny nezdravotníků. 16% respondentů ze skupiny nezdravotníků (viz tabulka č.8 a graf č.9) nevidí rozdíly ve skupinách dětí, které jsou více ohroženy, což by znamenalo, že všechny děti jsou ohroženy stejně.

Důležitá je především znalost jednotlivých druhů syndromu CAN. Jak je vidět v tabulce č.5 a grafu č.5 není zcela v povědomí, že i zanedbávání je jednou z forem syndromu CAN. Sami zdravotníci uvádějí zanedbávání jako druh syndromu CAN v 88%. Skupina nezdravotníků pouze v 64%, což je poměrně malé číslo. Zanedbávání není jen výsadou nižší sociální vrstvy naší populace. Zanedbávání můžeme nalézt i ve skupině obyvatel, kteří jsou zaměřeni na svou práci a na dítě mají podstatně méně času. Rodiny, kde jsou oba rodiče pracovní velmi vytížení, jsou na pozici úspěšných managerů, mohou ač nechtěně, rovněž dítě zanedbávat.

Se šikanou se ve školách můžeme setkávat čím dál tím častěji, proto je důležitá prevence, dobrá informovanost rodičů, spolupráce rodičů, a v neposlední řadě informovanost dětí o této problematice. V tabulce č.5 a grafu č.5 vidíme, že 90% zdravotníků si myslí, že šikanování patří mezi druhy syndromu CAN a 86% nezdravotníků rovněž. Poměr žen a mužů ve skupině nezdravotníků je vyrovnaný.

Systémové týrání je považováno za druh syndromu CAN 92% zdravotníků a 86% nezdravotníků. Opět nejsou rozdíly ve skupině nezdravotníků v poměru muži a ženy správných odpovědích. Systémové týrání, stejně tak jako sekundární viktimizace by se neměly v profesním světě vůbec vyskytovat.

Rituální zneužívání nepovažuje za druh syndromu CAN 28% zdravotníků, z čehož takto odpovědělo 18% žen a 10% mužů. Rituální zneužívání je zvláštní forma syndromu CAN.

Otázka č. 2 ověřovala znalosti jednotlivých druhů syndromu CAN. Zdravotníci by měli znát všechny druhy syndromu CAN. Ovšem z výzkumu vyplývá, že ani skupina zdravotníků není dostatečně informována o jednotlivých druzích syndromu CAN. Zdravotníci si nejsou jisti u druhů syndromu CAN, které nejsou až tak časté, jako např. Münchhausenův syndrom by proxy, popřípadě sekundární viktimizace. Münchhausenův syndrom by proxy nezařadilo do druhů syndromu CAN 44% zdravotníků a 68% nezdravotníků, což je poměrně vysoké číslo v obou případech. Tento jev bych odůvodnila tím, že se jedná o velmi vzácný a velmi těžko diagnostikovatelný druh syndromu CAN. Sekundární viktimizaci by do druhů syndromu CAN nezařadilo 32% zdravotníků a 42% nezdravotníků. Zde si myslím, že se zdá nemožné, aby někdo mohl ubližovat dítěti ať již úmyslně nebo neúmyslně dále po prožitém traumatu.

Ve značné míře se rozcházejí i výsledky symptomů, které se mohou u dětí trpících syndromem CAN vyskytnout. Málo pravděpodobně se laické veřejnosti zdají poruchy příjmu potravy, vidíme to v tabulce č.10 a grafu č.11. Poruchy příjmu potravy zařadilo do signálů syndromu CAN 50% respondentů nezdravotníků, z toho 22% mužů a 28% žen. Ve skupině zdravotníků zařazuje 84% respondentů poruchy příjmu potravy jako varovný signál. Poměrně velký procentuelní rozdíl je možno vidět i otázce interpersonálních vztahů, kdy dítě nemá kamarády. 44% respondentů si myslí, že tento symptom nepatří k signálům syndromu CAN. V porovnání se skupinou zdravotníků, kteří vykazují odpověď ne v 16%, je to velký rozdíl. Laická veřejnost pravděpodobně podceňuje potíže v interpersonální komunikaci a uzavírání dítěte do sebe, ve změnách chování, stejně tak jako v sebehodnocení dítěte. 34% respondentů nezdravotníků si myslí, že snížené sebehodnocení nepatří jako symptom syndromu CAN. V tomto bodě mají zdravotníci 100% odpovědi. U hodnocení hematomů jako příznaku syndromu CAN odpověděla jedna žena ze skupiny nezdravotníků, že hematomy nepatří do příznaku syndromu CAN. V tomto případě doufám, že je to pouhý omyl. Hematomy na těle mohou být velmi pravděpodobným signálem fyzického týrání dětí.

Jedním z možných příznaků týrání dětí jsou jejich útoky z domova, nechť vracet se domů po škole. Ovšem pouze 58% respondentů nezdravotníků se přiklání k tomuto jevu jako signálu syndromu CAN.

Častým znakem syndromu CAN jsou psychosomatické potíže u dětí, ke kterým řadíme bolesti hlavy a pomočování. Pomočování uvedlo 84% respondentů nezdravotníků

a 98% respondentů zdravotníků jako signál syndromu CAN. Bolesti hlavy pak 58% respondentů nezdravotníků a 88% respondentů zdravotníků, poměr pohlaví lze vidět v tabulce č.10.

Vyhodnocení hypotéz

Hypotéza č.1 Předpokládám, že zdravotníci jsou lépe informováni o syndromu CAN než nezdravotnická část populace. Informace získávají ze školy či studiem odborné literatury.

Z výzkumu je patrné, že zdravotníci jsou lépe informováni o syndromu CAN než nezdravotnická část populace. Myslím si, že není dostatečná informovanost zdravotníků ohledně druhů syndromu CAN jako je sekundární viktimizace a Münchhausenův syndrom by proxy. Tyto druhy syndromu jsou vzácnější, ale mohou se vyskytnout v praxi zdravotníka. Proto si myslím, že jsou důležité znalosti všech druhů.

Dle mého názoru není dostatečná výuka syndromu CAN. Informace o syndromu CAN získávají zdravotníci spíše z televize a z tisku. Pouze ve 48% z odborné literatury a ze 40% ze školy. Ze školy znají pojem syndrom CAN dle mého názoru spíše mladší věkové skupiny. Pro skupiny zdravotníků, kteří pracují na pracovištích, kde se mohou setkat s tímto problémem, by měly být organizovány přinejmenším semináře o této problematice.

Hypotéza č.2 Předpokládám, že zdravotníci znají všechny druhy syndromu CAN.

Zdravotníci znají základní druhy syndromu CAN jako fyzické, psychické a sexuální týrání. Méně vyskytující se druhy syndromu CAN, jako je sekundární viktimizace a Münchhausenův syndrom by proxy, neznají všichni zdravotníci.

Hypotéza č. 3 Předpokládám, že zdravotníci znají všechny důsledky syndromu CAN.

Z výzkumu vyplývá, že zdravotníci mají přehled o možných důsledcích syndromu CAN na dítě. Pouze v případě poruch v příjmu potravy, sociálním kontaktu, bolestí hlavy neodpověděli správně všichni zdravotníci.

Je na každém zdravotníkovi, aby si opakoval a obnovoval své znalosti ohledně syndromu CAN.

IV Závěr

Na závěr bych ráda shrnula to, co vyplývá z mé práce. Syndrom CAN je častý nežádoucí patologický jev v naší společnosti. Dle mého názoru nemáme dostatečně připravené zdravotníky v problematice syndromu CAN. V přípravě na budoucí povolání se na tuto problematiku zapomíná, je vyučována pouze okrajově. Je to možné i díky tomu, že v oblasti středního vzdělávání zdravotnických pracovníků zcela vymizel obor dětská sestra. Tento obor připravoval zdravotníky právě na práci s dětmi na dětských odděleních, kde je nejvyšší prevalence syndromu CAN. Příprava dětských sester je možná v současné době pouze na Institutech dalšího vzdělávání nelékařských profesí.

Myslím si, že není ani dostatečná informovanost laické veřejnosti o syndromu CAN. Informace získávané z medií nejsou celistvé. Pomocí medií jsou nám předkládány jednotlivé případy týraných dětí, nicméně obecně o příčinách, druzích a následcích informování nejsme.

Hlavní důraz, dle mého mínění, by měl být kladen na prevenci, a to především na prevenci primární. Zaměřit se již na základních školách na možnosti, kterých můžeme v prevenci využívat. Důležitá je dostatečná informovanost dětí o tom, aby věděly, co mají dělat v případě zneužívání či týrání, popřípadě šikanování. Kam se mohou obrátit s tak důvěrnými informacemi, komu se svěřit. Je důležité, aby děti věděly, že se nemusí obávat postihu, pokud řeknou dospělé osobě o případu jiného dítěte.

Světovým dnem prevence týrání a zneužívání dětí byl vyhlášen organizací The Women's World Summit Foundation 19. listopad. Je to den, kdy si veřejnost připomíná, že 20. listopadu 1989 byla Valným shromážděním OSN přijata Úmluva o právech dítěte.

Na závěr bych chtěla jen říct, že děti jsou křehké květiny. Děti jsou naším pokladem, naší budoucností. Děti si musíme hýčkat, starat se o ně, předcházet nežádoucím jevům. Děti mají vyrůstat v harmonickém prostředí tak, aby z nich mohly vyrůst po všech stránkách osobnosti. Děti mají právo na to, aby si užívaly své dětství a v dospělosti mohly na své dětství vzpomínat.

Seznam použité literatury

1. DUNOVSKÝ, J. – DYTRYCH, Z. – MATĚJČEK, Z. a kol. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha : Grada, 1995. ISBN
2. DUNOVSKÝ, J a kol. *Sociální pediatrie*. Praha : Grada. 1999. ISBN 80-7169-254-9.
3. ELLIOT, M. *Jak ochránit své dítě*. Praha : Portál, 1995. ISB 80-7178-156-6
4. CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
5. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o násilí*. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004. ISBN 80-7013-397-X
6. HORT, V. – HRDLIČKA, M. – KOCOUROVÁ, E. – MALÁ, E. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-472-9
7. LANGMEIER, J. – KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247- 1284-9
8. MACHOVÁ J. – KUBÁTOVÁ, D a kol. *Výchova ke zdraví*. Praha : Grada, 2009.
9. NOVOTNÁ V, FEJT V. *Sociálně – právní ochrana dětí*. Praha : Univerzita Jana Ámose Komenského, 2009. ISBN 978-80-86723-77-8
10. PŮETHE, P. *Dítě v ohrožení*. Praha : G plus G, 1999. ISBN 80-86-103-21-8
11. ŘÍČAN, P. – JANOŠOVÁ, P. *Jak na šikanu*. Praha : Grada. 2010. ISBN 978-80-247-2991-6.

12. ŘÍČAN, P. – KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. Praha : Grada, 1997. ISBN 80-7169-512-2
13. SEDLÁKOVÁ, S. – KOLÁTOVÁ, D. a kol. *Vybrané ošetrovatelské modely a týrané dítě*. Praha : Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-412-4
14. SEDLÁŘOVÁ, P. a kol. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha : Grada, 1998. ISBN 978-80-247-1613-8.
15. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4

Internetové zdroje

Metodický pokyn k prevenci a řešení šikanování mezi žáky - <http://www.msmt.cz/pro-novinare/metodicky-pokyn-k-prevenci-a-reseni-sikanovani-mezi-zaky>

Úmluva o právech dítěte - <http://www.mpsv.cz/cs/7264>

Právní předpisy

Zákon č.108/2006 Sb, o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů-
<http://www.mpsv.cz/cs/7264>

Zákon č. 140/1961 SB., trestní zákon, ve znění pozdějších předpisů-
<http://www.mpsv.cz/cs/7264>

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů.
<http://www.mpsv.cz/cs/7264>

Seznam příloh

Příloha 1 - Metodický pokyn MŠMT

Příloha 2 - Úmluva o právech dítěte

Příloha 3 - Dotazník

Příloha 1

Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci a řešení šikanování mezi žáky škol a školských zařízení

Šikanování je mimořádně nebezpečná forma násilí, která ohrožuje základní výchovné a vzdělávací cíle školy. V místech jejího výskytu dochází ke ztrátě pocitu bezpečí žáků, který je nezbytný pro harmonický rozvoj osobnosti a efektivní výuku. Na rozdíl od jiných druhů násilí je šikana zvláště zákeřná, protože často zůstává dlouho skrytá. Tak i při relativně malé intenzitě šikany může u jejích obětí docházet k závažným psychickým traumatům s dlouhodobými následky a k postupné deformaci vztahů v kolektivu.

Vzhledem k tomu, že šikana se v zárodečných fázích vyskytuje v téměř každé škole, je potřeba věnovat tomuto jevu zvláštní pozornost. Důraz je nutné zaměřit na vytváření dobrých vztahů uvnitř třídních kolektivů, zabývat se vztahy v třídních kolektivech ještě před vznikem šikanování. K tomuto je potřeba zajistit další vzdělávání pedagogických pracovníků v oblasti problematiky vytváření dobrých vztahů, v práci s dynamikou skupiny, v podpoře a upevňování zdravých třídních norem dětí, žáků a studentů jako prevenci šikanování.

Na prevenci šikany i při řešení jednotlivých případů by měli spolupracovat pedagogičtí pracovníci podle předem dohodnutých postupů. K tomu je nutné zajistit další vzdělávání pedagogických pracovníků v oblasti problematiky šikanování.

Cílem předkládaného metodického pokynu je upozornit na závažnost šikanování, poskytnout pedagogickým pracovníkům základní informace k prevenci a řešení tohoto specifického problému.

Tento metodický pokyn je určen pro právnické osoby vykonávající činnost škol zřizovaných MŠMT. Podpůrně je doporučován k využití i ostatním školám zapsaným do školského rejstříku a poskytovatelům služeb souvisejících se vzděláváním a výchovou.

Čl. 1 Charakteristika šikanování

(1) Šikanování je jakékoliv chování, jehož záměrem je ublížit, ohrozit nebo zastrašovat žáka, případně skupinu žáků. Spočívá v cílených a opakovaných fyzických a psychických útocích jedincem nebo skupinou vůči jedinci či skupině žáků, kteří se neumí nebo z nejrůznějších důvodů nemohou bránit. Zahrnuje jak fyzické útoky v podobě bití, vydírání, loupeží, poškozování věcí, tak i útoky slovní v podobě nadávek, pomluv, vyhrožování či ponižování. Může mít i formu sexuálního obtěžování až zneužívání. Nově se může realizovat i prostřednictvím elektronické komunikace, jedná se o tzv. kyberšikanu. Ta zahrnuje útoky pomocí e-mailů, sms zpráv, vyvěšování urážlivých materiálů na internetové stránky apod. Šikana se projevuje i v nepřímé podobě jako demonstrativní přehlížení a ignorování žáka či žáků třídní nebo jinou skupinou spolužáků. Nebezpečnost působení šikany spočívá zvláště v závažnosti, dlouhodobosti a nezřídka v celoživotních následcích na duševní a tělesné zdraví oběti.

(2) Šikanování se ve své zárodečné formě vyskytuje prakticky na všech školách. Pocit bezpečí každého jedince a jeho začlenění do třídního kolektivu je základní podmínkou vytváření produktivního prostředí a dobrého sociálního klimatu třídy a školy. Všechny školy a školská zařízení mají povinnost předcházet všem náznakům násilí a šikanování. Šikanování v jakékoli formě a podobě nesmí být pracovníky školy akceptováno. Samotní pedagogičtí pracovníci nesmí svým jednáním s některými žáky a chováním vůči nim podněcovat zhoršování vztahů směřující k šikanování těchto žáků jejich spolužáky.

Čl. 2

Projevy šikanování

(1) Šikanování má ve svých projevech velice různou podobu. Mezi základní formy šikany patří:

- Verbální šikana, přímá a nepřímá – psychická šikana (součástí je i kyberšikana, děje se pomocí ICT technologií).
- Fyzická šikana, přímá a nepřímá (patří sem i krádeže a ničení majetku oběti).
- Smíšená šikana, kombinace verbální a fyzické šikany (násilné a manipulativní příkazy apod.).

(2) Za určitých okolností může šikanování přerůst až do forem skupinové trestné činnosti a v některých opravdu závažných případech může nabýt i rysy organizovaného zločinu. Příklady šikanování jsou uvedeny v příloze.

Čl. 3

Odpovědnost školy

(1) Škola či školské zařízení má jednoznačnou odpovědnost za děti a žáky. V souladu s ustanovením § 29 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů, jsou školy a školská zařízení povinny zajišťovat bezpečnost a ochranu zdraví dětí, žáků a studentů v průběhu všech vzdělávacích a souvisejících aktivit, a současně vytvářet podmínky pro jejich zdravý vývoj a pro předcházení vzniku rizikového chování (sociálně patologických jevů). Z tohoto důvodu musí pedagogický pracovník šikanování mezi žáky předcházet, jeho projevy neprodleně řešit a každé jeho oběti poskytnout okamžitou pomoc.

(2) Z hlediska trestního zákona může šikanování žáků naplňovat skutkovou podstatu trestných činů či provinění (dále jen trestných činů) vydírání (§ 235), omezování osobní svobody (§ 213), útisku (§ 237), ublížení na zdraví (§ 221-224), loupeže (§ 234), násilí proti skupině obyvatelů a proti jednotlivci (zvláště § 197a), poškozování cizí věci (§ 257), znásilnění (§ 241), kuplířství (§ 204) apod.

(3) Pedagogický pracovník, kterému bude znám případ šikanování a nepřijme v tomto ohledu žádné opatření, se vystavuje riziku trestního postihu pro neoznámení, případně nepřekažení trestného činu (§168, 167 trestního zákona). V úvahu přicházejí i další trestné činy jako např. nadřizování (§ 166 tr. zákona) či schvalování trestného činu (§165 tr. zákona), v krajním případě i podněcování (§ 164 tr. zákona). Skutkovou podstatu účastenství na trestném činu (§ 10 tr. zákona) může jednání pedagogického pracovníka naplňovat v případě, že o chování žáků věděl a nezabránil spáchání trestného činu např. tím, že ponechal šikanovaného samotného mezi šikanujícími žáky apod.

Čl. 4

Školy a školská zařízení v prevenci šikanování

(1) Základem prevence šikanování a násilí na školách je podpora pozitivních vzájemných vztahů mezi žáky (a mezi žáky a učiteli). Školy a školská zařízení při efektivní realizaci prevence šikanování usilují o vytváření bezpečného prostředí a za tím účelem:

- podporují solidaritu a toleranci,
- podporují vědomí sounáležitosti
- posilují a vytváří podmínky pro zapojení všech žáků do aktivit třídy a školy

- uplatňují spolupráci mezi dětmi a rozvíjí jejich vzájemný respekt
- rozvíjí jednání v souladu s právními normami a s důrazem na právní odpovědnost jedince.

(2) Ředitelé škol a školských zařízení odpovídají za systémové aktivity školy v oblasti prevence šikanování a násilí. Vychází přitom z komplexního pojetí preventivní strategie, která je ve smyslu *Metodického pokynu k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních* č. j. 20 006/2007-51 součástí Minimálního preventivního programu školy. Ředitelé zejména:

- Zajistí vzdělávání pracovníků (pedagogických i nepedagogických) v akreditovaných kurzech k problematice šikanování. Vzdělávání pedagogických pracovníků se řídí § 10 vyhlášky č. 317/2005 Sb., o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků, akreditační komisi a kariérním systému pedagogických pracovníků, ve znění vyhlášky č. 412/2006 Sb. Vzdělávání školního metodika prevence ve specializačním studiu se řídí § 9 vyhlášky č. 317/2005 Sb.
- Zajistí v souladu s pracovním řádem dohled pedagogických pracovníků nad žáky zejména ve škole před vyučováním, o přestávkách mezi vyučovacími hodinami, mezi dopoledním a odpoledním vyučováním, podle potřeby při přecházení žáků mezi budovami školy, do zařízení školního stravování a do školní družiny. Především v prostorách, kde k šikanování již došlo nebo kde by k němu mohlo docházet.
- Zajistí, aby žáci i pedagogičtí pracovníci byli seznámeni s negativními důsledky šikanování, a to jak pro jeho oběti a pachatele, tak i pro celý třídní (školní) kolektiv. Za zvlášť nebezpečnou je třeba považovat tendenci podceňovat počáteční projevy šikanování.
- Zajistí doplňování školní knihovny o literaturu z oblasti problematiky násilného chování a šikanování

(3) Pedagogičtí pracovníci vedou důsledně a systematicky žáky a studenty k osvojování norem mezilidských vztahů založených na demokratických principech, respektujících identitu a individualitu žáka. Pomáhají rozvíjet pozitivní mezilidské vztahy a úctu k životu druhého člověka.

Všichni pedagogičtí pracovníci by měli vnímat vztahy mezi žáky a atmosféru v třídních kolektivech, kde působí, jako nedílnou a velmi důležitou součást své práce. Důležité aktivity školy nelze spojovat jen s určitým vyučovacím předmětem nebo skupinou předmětů. Vztahy a chování pedagogických i nepedagogických pracovníků vůči sobě a vůči žákům, ovlivňují chování žáků.

(4) Ve školním řádu budou jasně stanovena pravidla chování včetně sankcí za jejich porušení.

Čl. 5

Program proti šikanování

(1) Každá škola si vytvoří vlastní Program proti šikanování, pokud ho doposud nemá. Tento program se stane součástí Minimálního preventivního programu.

(2) Na tvorbě a realizaci programu se podílejí všichni pedagogičtí pracovníci školy. Koordinace jeho tvorby patří ke standardní činnosti školního metodika prevence. Ten podle potřeby spolupracuje s metodikem prevence v PPP. Za realizaci a hodnocení programu je odpovědný ředitel školy.

3) Cílem programu je vytvořit ve škole bezpečné, respektující a spolupracující prostředí. Důležité je zaměřit se na oblast komunikace a vztahů mezi žáky ve třídách, a to bez ohledu na to, zda tam k projevům šikany již došlo či ne. Současně je třeba stanovit smysluplnou strukturu programu.

(4) Hlavní součástí programu je krizový plán, který eliminuje či minimalizuje škody v případě, že k šikanování ve školním prostředí dojde. Měly by z něj jednoznačně vyplynout kompetence jednotlivých osob a specifický postup a způsob řešení. Konkrétně je nutné rozpracovat dva typy scénářů:

1. První zahrnuje situace, které škola zvládne řešit vlastními silami. Do této skupiny patří postupy pro počáteční stádia šikanování a rámcový třídní program pro řešení zárodečného stádia šikanování.
2. Druhý zahrnuje situace, kdy škola potřebuje pomoc z venku a je nezbytná její součinnost se specializovanými institucemi (viz čl. 9) a policií. Sem patří řešení případů pokročilé a nestandardní šikany, např. výbuchu skupinového násilí vůči oběti.

(5) S krizovým plánem jsou vždy na začátku školního roku prokazatelně seznámeni žáci (přiměřeně jejich věku), studenti a jejich zákonní zástupci.

Čl. 6

Postupy řešení šikanování

(1) Odhalení šikany bývá obtížné. Významnou roli při jejím zjišťování hraje strach, a to nejen strach obětí, ale i pachatelů a dalších účastníků. Strach vytváří obvykle prostředí „solidarity“ agresorů i postižených.

(2) Účinné a bezpečné vyšetření šikany vychází z kvalifikovaného odhadu stádia a formy šikanování. Existuje rozdíl mezi vyšetřováním počátečních a pokročilých stádií šikanování. Jednotlivá stádia jsou blíže popsána v příloze č. 2 Stádia šikanování.

(3) Metody vyšetřování šikanování:

A. Pro vyšetřování počáteční šikany (se standardní formou) lze doporučit strategii v těchto pěti krocích:

1. Rozhovor s těmi, kteří na šikanování upozornili a s oběťmi.
2. Nalezení vhodných svědků.
3. Individuální, případně konfrontační rozhovory se svědky (nikoli však konfrontace obětí a agresorů).
4. Zajištění ochrany obětem.
5. Rozhovor s agresory, případně konfrontace mezi nimi.

B. Pokročilá šikana s neobvyklou formou – výbuch skupinového násilí vůči oběti, tzv. třídního lynčování, vyžaduje následující postup:

1. Překonání šoku pedagogického pracovníka a bezprostřední záchrana oběti.
2. Domluva pedagogických pracovníků na spolupráci a postupu vyšetřování.
3. Zabránění domluvě agresorů na křivé výpovědi.
4. Pokračující pomoc a podpora oběti.
5. Nahlášení policii.
6. Vlastní vyšetřování.

(4) V rámci první pomoci je nutné při pokročilých, brutálních a kriminálních šikanách spolupracovat s dalšími institucemi a orgány, a to zejména s pedagogicko-psychologickou poradnou, střediskem výchovné péče, orgánem sociálně právní ochrany dítěte, Policií ČR. Doporučuje se seznámit pedagogické pracovníky s informací MŠMT ČR č.j.: 25 884/2003-24 *Spolupráce předškolních zařízení, škol a školských zařízení s Policií ČR při prevenci a při vyšetřování kriminality dětí a mládeže a kriminality na dětech a mládeži páchané.*

(5) V případě negativních dopadů šikanování na oběť je nutné zprostředkovat jí péči pedagogicko-psychologické poradny, střediska výchovné péče, speciálně pedagogického centra nebo dalších odborníků – klinických psychologů, psychoterapeutů nebo psychiatrů.

(7) Podrobnější informace k článkům 5 a 6 jsou v příloze č. 3 Doporučená literatura.

Čl. 7 **Výchovná opatření**

(1) Doporučuje se dále pracovat s agresorem (jeho náhled na vlastní chování, motivy, rodinné prostředí). V případě potřeby mu zprostředkovat péči pedagogicko-psychologické poradny, střediska výchovné péče nebo jiných odborníků – klinických psychologů, psychoterapeutů nebo psychiatrů.

(2) Pro potrestání agresorů lze užít i následující běžná výchovná opatření:

- Napomenutí a důtka třídního učitele, důtka ředitele, podmíněné vyloučení a vyloučení ze studia na střední škole.
- Snížení známky z chování.
- Převedení do jiné třídy.

(3) Pro nápravu situace ve skupině je potřeba pracovat s celým třídním kolektivem. Je nezbytné vypořádat se i s traumaty těch, kteří přihlíželi, ale nezasáhli (mlčící většina).

(4) V mimořádných případech se užijí další opatření:

- Ředitel školy doporučí rodičům dobrovolné umístění dítěte do pobytového oddělení SVP, případně doporučí realizovat dobrovolný diagnostický pobyt žáka v místě příslušném diagnostickém ústavu.
- Ředitel školy podá návrh orgánu sociálně právní ochrany dítěte k zahájení práce s rodinou, případně k zahájení řízení o nařízení předběžného opatření či ústavní výchovy s následným umístěním v diagnostickém ústavu.

Čl. 8 **Spolupráce s rodiči**

Pokud rodiče informují školu o podezření na šikanování, je za odborné vyšetření záležitosti zodpovědný ředitel školy. Při nápravě šikanování je potřebná spolupráce vedení školy nebo školského zařízení, školního metodika prevence, výchovného poradce a dalších pedagogických pracovníků, jak s rodinou oběti, tak i s rodinou agresora. Při jednání s rodiči dbají pedagogičtí pracovníci na taktní přístup a zejména na zachování důvěrnosti informací. Je nutné předem informovat rodiče o tom, co dělat v případě, když se dozvědí o šikanování (viz Čl. 5 odst. 5).

Čl. 9 **Spolupráce se specializovanými institucemi**

(1) Při předcházení případům šikany a při jejich řešení je důležitá spolupráce vedení školy nebo školského zařízení, školního metodika prevence, výchovného poradce, nebo zástupce školy s dalšími institucemi a orgány. Zejména:

- v resortu školství – s pedagogicko-psychologickými poradnami, středisky výchovné péče, speciálně pedagogickými centry,
- v resortu zdravotnictví – s pediatry a odbornými lékaři, dětskými psychology, psychiatry a zařízeními, která poskytují odbornou poradenskou a terapeutickou péči, včetně individuální a rodinné terapie,
- v resortu sociální péče - s oddělením péče o rodinu a děti, s oddělením sociální prevence (možnost vstupovat do každého šetření, jednat s dalšími zainteresovanými stranami, s rodinou),
- případně s NNO specializujícími se na prevenci a řešení šikany.

(2) Dojde-li k závažnějšímu případu šikanování nebo při podezření, že šikanování naplnilo skutkovou podstatu trestného činu (provinění), ředitel školy nebo školského zařízení oznámí tuto skutečnost Policii ČR.

(3) Ředitel školy oznámí orgánu sociálně právní ochrany dítěte skutečnosti, které ohrožují bezpečí a zdraví žáka. Pokud žák spáchá trestný čin (provinění), popř. opakovaně páchá přestupky, ředitel školy zahájí spolupráci s orgány sociálně právní ochrany dítěte bez zbytečného odkladu.

Čl. 10

Selhání školy v řešení šikany

(1) V případech podezření nebo již prokazatelných projevů šikany, které nejsou bezodkladně a uspokojivě řešeny v pravomoci pedagogických pracovníků včetně metodika prevence či výchovného poradce, je zcela na místě obrátit se na ředitele příslušné školy nebo školského zařízení.

Pokud se však projeví nečinnost i ze strany ředitele, je možné jednat v této záležitosti se zřizovatelem školy nebo podat stížnost na školu České školní inspekci. Stížnost podaná písemně, osobně nebo v elektronické podobě se přijímá ve všech pracovištích ČŠI.

Stížnost je možné adresovat příslušnému inspektorátu ČŠI, samozřejmě je možno podat stížnost i na ústředí tzn. na adresu: Fráni Šrámka 37, 150 21 Praha 5, resp. elektronicky na adresu posta@csicr.cz.

(2) Současně je potřebné v odůvodněných případech zajistit oběti šikanování pomoc psychologa, speciálního pedagoga (etopeda) popřípadě jiného specialisty.

Čl. 11

Závěrečné ustanovení

- Zrušuje se Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci a řešení šikanování mezi žáky škol a školských zařízení č. j. 28 275/2000 - 22
- Tento pokyn nabývá účinnosti dnem jeho zveřejnění ve Věstníku MŠMT ČR.

Příloha č. 1

Příklady přímých a nepřímých znaků šikanování

1. Nepřímé (varovné) znaky šikanování mohou být např.:

- Žák je o přestávkách často osamocený, ostatní o něj nejeví zájem, nemá kamarády.
- Při týmových sportech bývá jedinec volen do mužstva mezi posledními.
- O přestávkách vyhledává blízkost učitelů.
- Má-li žák promluvit před třídou, je nejistý, ustrašený.
- Působí smutně, nešťastně, stísněně, mívá blízko k pláči.
- Stává se uzavřeným.
- Jeho školní prospěch se někdy náhle a nevysvětlitelně zhoršuje.
- Jeho věci jsou poškozené nebo znečištěné, případně rozházené.
- Zašpiněný nebo poškozený oděv.
- Stále postrádá nějaké své věci.
- Odmítá vysvětlit poškození a ztráty věcí nebo používá nepravděpodobné výmluvy.
- Mění svoji pravidelnou cestu do školy a ze školy.
- Začíná vyhledávat důvody pro absenci ve škole.
- Odřeniny, modřiny, škrábance nebo řezné rány, které nedovede uspokojivě vysvětlit.
- (Zejména je třeba věnovat pozornost mladším žákům nově zařazeným do třídy, neboť přízpusobovací konflikty nejsou vzácností!)

2. Přímé znaky šikanování mohou být např.:

- Posměšné poznámky na adresu žáka, pokořující přezdívka, nadávky, ponižování, hrubé žerty na jeho účet. Rozhodujícím kritériem je, do jaké míry je daný žák konkrétní přezdívkou nebo "legrací" zranitelný.
- Kritika žáka, výtky na jeho adresu, zejména pronášené nepřátelským až nenávisným, nebo pohrdavým tónem.
- Nátlak na žáka, aby dával věcné nebo peněžní dary šikanujícímu nebo za něj platil.
- Příkazy, které žák dostává od jiných spolužáků, zejména pronášené panovačným tónem, a skutečnost, že se jim podřizuje.
- Nátlak na žáka k vykonávání nemorálních až trestných činů či k spoluúčasti na nich.
- Honění, strkání, šťouchání, rány, kopání, které třeba nejsou zvlášť silné, ale je nápadné, že je oběť neoplácí.
- Rvačky, v nichž jeden z účastníků je zřetelně slabší a snaží se uniknout.

3. Rodiče žáků se doporučuje upozornit zejména na to, aby si všímali těchto možných příznaků šikanování:

- Za dítětem nepřicházejí domů spolužáci nebo jiní kamarádi.
- Dítě nemá kamaráda, s nímž by trávalo volný čas, s nímž by se telefonovalo apod.
- Dítě není zváno na návštěvu k jiným dětem.
- Nechut' jít ráno do školy (zvláště když dříve mělo dítě školu rádo). Dítě odkládá odchod z domova, případně je na něm možno při bedlivější pozornosti pozorovat strach. Ztráta chuti k jídlu.
- Dítě nechodí do školy a ze školy nejkratší cestou, případně střídá různé cesty, prosí o dovoz či odvoz autem.
- Dítě chodí domů ze školy hladové (agresoři mu berou svačinu nebo peníze na svačinu).
- Usíná s pláčem, má neklidný spánek, křičí ze snu, např. "Nechte mě!"
- Dítě ztrácí zájem o učení a schopnost soustředit se na ně.

- Dítě bývá doma smutné či apatické nebo se objeví výkyvy nálad, zmínky o možné sebevraždě. Odmítá svěřit se s tím, co je trápí.
- Dítě žádá o peníze, přičemž udává nevěrohodné důvody (například opakovaně říká, že je ztratilo), případně doma krade peníze.
- Dítě nápadně často hlásí ztrátu osobních věcí.
- Dítě je neobvykle, nečekaně agresivní k sourozencům nebo jiným dětem, možná projevuje i zlobu vůči rodičům.
- Dítě si stěžuje na neurčité bolesti břicha nebo hlavy, možná ráno zvrací, snaží se zůstat doma. Své zdravotní obtíže může přehánět, případně i simulovat (manipulace s teploměrem apod.)
- Dítě se vyhýbá docházce do školy.
- Dítě se zdržuje doma víc, než mělo ve zvyku.

Příloha č. 2

Stádia šikanování

Motto: Školní šikanování je nemoc skupinové demokracie a má svůj zákonitý vnitřní vývoj.

První stadium se v podstatě odehrává v jakékoliv skupině. Všude je někdo neoblíbený nebo nevlivný, na jehož úkor je prima si dělat „legrácky“. Pak to ale jde dál, skupina si najde jakéhosi otloukánka. Třetí stadium už je klíčové. Vydělí se jádro útočníků a systematicky začne šikanovat nejvhodnější oběti. Do této chvíle lze věci jasně řešit. Následně ale dojde k bodu zlomu, kdy se šikanování stane nepsaným zákonem i pro opravdu slušné děti a celá skupina se stává krutou. V pátém stadiu – totalitě – se stane šikanování skupinovým programem.

Michal Kolář

První stadium: Zrod ostrakismu

Jde o mírné, převážně psychické formy násilí, kdy se okrajový člen skupiny necítí dobře. Je neoblíben a není uznáván. Ostatní ho více či méně odmítají, nebaví se s ním, pomlouvají ho, spřádají proti němu intriky, dělají na jeho účet „drobné“ legrácky apod. Tato situace je již zárodečnou podobou šikanování a obsahuje riziko dalšího negativního vývoje.

Druhé stadium: Fyzická agrese a přitvrzování manipulace

V zátěžových situacích, kdy ve skupině stoupá napětí, začnou ostrakizovaní žáci sloužit jako hromosvod. Spolužáci si na nich odreagovávají nepříjemné pocity například z očekávané těžké písemné práce, z konfliktu s učitelem nebo prostě jen z toho, že chození do školy je obtěžuje. Manipulace se přitvrzuje a objevuje se zprvu ponejvíce subtilní fyzická agrese.

Třetí stadium: Klíčový moment (vytvoření jádra)

Vytváří se skupina agresorů, úderné jádro. Tito šířitelé „viru“ začnou spolupracovat a systematicky, nikoliv již pouze náhodně, šikanovat nejvhodnější oběti. V počátku se stávají jejich oběťmi ti, kteří jsou už osvědčeným objektem ostrakizování. Jde o žáky, kteří jsou v hierarchii nejnižší, tedy ti „slabí“.

Čtvrté stadium: Většina přijímá normy

Normy agresorů jsou přijaty většinou a stanou se nepsaným zákonem. V této době získává neformální tlak ke konformitě novou dynamiku a málokdo se mu dokáže postavit. U členů

„virem“ přemožené skupiny dochází k vytvoření jakési alternativní identity, která je zcela poplatná vůdcům. I mírní a ukáznění žáci se začnou chovat krutě – aktivně se účastní týrání spolužáka a prožívají při tom uspokojení.

Páté stadium: Totalita neboli dokonalá šikana

Násilí jako normu přijímají všichni členové třídy. Šikanování se stává skupinovým programem. Obrazně řečeno nastává éra „vykořisťování“. Žáci jsou rozděleni na dvě sorty lidí, které jsem pro přehlednost označil jako „otrokáře“ a „otroky“. Jedni mají všechna práva, ti druzí nemají práva žádná.

Stadia šikanování podle Michala Koláře, 1990, 1996, 1997, 2000 aj.

Příloha č. 3

Doporučená literatura z oblasti školního šikanování

Kolář, M. (2001, 2005). Bolest šikanování. Praha: Portál.

Kolář, M. (1997, 2000). Skrytý svět šikanování ve školách. Praha: Portál.

Kolář, M. (2005). Školní násilí a šikanování. Ostrava: CIT, Ostravská univerzita.

Kolář, M. (Ed.) (2004). Školní šikanování. Sborník z první celostátní konference konané v Olomouci na PF UP 30.3.

Kolář, M. (2003). Specifický program proti šikanování a násilí ve školách a školských zařízeních. Praha: MŠMT ČR.

Parry, J., Carrington, G. (1997). Čelíme šikanování: sborník metod. Praha, IPPP.

Říčan, P. (1995). Agresivita a šikana mezi dětmi: jak dát dětem ve škole pocit bezpečí. Praha: Portál.

Časopisy

Kolář, M. (2007). Český školský program proti šikanování. Perspektivy. In: Sociálna prevencia. Bratislava: Národné osvetové centrum.

Kolář, M. (2007). Český školní program proti šikanování. Právo a rodina č.3/2007

Kolář, M. (2006). Jak na šikanu? Psychologie dnes 2 (12), 16-18

Kolář, M. (2005). Devět kroků při řešení počáteční šikany aneb pedagogická chirurgie. Prevence 7 (2), 3-7.

Kolář, M. (1998). Soudce Lynch na českých školách? Vyšetřování a léčba specifických typů šikan; in Sborník „Prevence šikanování ve školách“, Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, Praha.

Příloha č. 4

Příklady šikanování

1. Příklad: Zpověď oběti počátečního stadia šikanování

(doslovný přepis)

- nadávaj mi
- dělaj mi naschvály
- maj na mne poznámky když přijdu po nemoci
- rejpať do mne
- když se učitel rozhoduje koho vyzkoušet tak mu poraděj mne
- když nejsem ve škole říkaj učitelům, co není pravda
- když něco provedou, snaží se to svalit na mne
- když se učitel zeptá jestli někdo má tahák, hned se všichni ozvou, že mám já
- vo hodině, když písemka, tak zničeho nic se ozve abych neopisoval
- všichni maj strašnou radost když dostanu špatnou známku
- když jsem služba, tak všichni udělaj ve třídě nepořádek
- nepouští mne mezi sebe když si povídají
- když si řeknu o sešit tak řeknou, že ho nemají dopsanej a pak ho pučej někomu jinýmu
- ve frontě na oběd mne předbíhají
- když je ve třídě smrad tak hned řeknou že jsem si prd
- povyšujou se nade mne
- Nic mi nepučej
- když něco udělám, hned to všem řeknou
- plivnou mi na židli a na všechny ostatní, abych si nemohl najít jinou
- na výtvarce si ode mne vezmou štětec a nic mi neřeknou a maj z toho strašnou srandu, když ho hledám
- když v matice někdo počítá na tabuli, tak mu raděj a řeknou mu i výsledky. Ale mně ne. Když už mi poraděj, tak špatně
- někdy mi tašku zamknou do skříně a říkaj ťe od ní nemaj klíč
- když se učitel zeptá kdo chybí tak místo mého jména řeknou nějakou nadávku

2. Příklad: „Premiantka třídy“ – za určitých okolností se může stát obětí šikany kterékoliv dítě.

Půvabná třináctiletá dívka, premiantka třídy závodně hrající tenis, se stala terčem kritiky a nemilosti skupiny spolužáků. Nedokázala se zapojit do společné zábavy, snad působila poněkud křečovitě a byla příliš orientována na výkon. To však neopravňovalo zdatného a oblíbeného chlapce, aby jí dlouhodobě fyzicky ubližoval. Jelikož ale ona byla zdatná a odvážná dívka, pokoušela se mu někdy postavit a vrátit mu způsobené příkoří, ovšem proti jeho brutalitě neměla šanci. Schytala od něj tvrdé rány a kopance. Nikdo se jí nezastal. Po takovém střetu často plakala. Rodiče a učitelé se nikdy o jejím trápení nedověděli. Obětí agresivity tohoto „gentlemana“ se krátkodobě staly dvě další dívky s výborným prospěchem. Po příchodu nového žáka, který byl jednoznačně nejsilnější a přitom povahově mírný a jemný, násilí zmíněného chlapce ustalo.

Je zajímavé, že dívka, která se mi s tímto příběhem svěřila a kvůli níž jsem navázal spolupráci s mimořádně obětavou výchovnou poradkyní, si po delší době téměř na nic nevzpomněla. Její bolestivé vzpomínky byly vytěsněny mimo vědomou oblast.

Kolář M. (2005) Bolest šikanování. Praha: Portál, 2005

Příloha č. 5

Informační leták pro žáky ZŠ a pro studenty SŠ

Nikdo nemá právo druhému ubližovat!
Spolužáci se k tobě chovají nepřátelsky, ubližují ti a ty nevíš, jak dál.
Víš o někom, kdo je šikanován, a je ti ho líto.

PŘEKONEJ STRACH A ZAJDI ZA UČITELEM, KTERÉMU DŮVĚŘUJEŠ (ŠKOLNÍM METODIKEM PREVENCE, ŠKOLNÍM PSYCHOLOGEM, VÝCHOVNÝM PORADCEM).

Co je to šikanování?

Za šikanování se považuje to, když jeden nebo více žáků úmyslně, většinou opakovaně ubližuje druhým. Znamená to, že ti někdo, komu se nemůžeš ubránit, dělá, co ti je nepříjemné, co tě ponižuje, nebo to prostě bolí. Strká do tebe, nadává ti, schovává ti věci. Ale může ti znepríjemňovat život i jinak. Pomlouvá tě, intrikuje proti tobě, navádí spolužáky, aby s tebou nemluvili a nevšímali si tě.

Později se otravování života stupňuje a zdokonaluje. Nastupuje fyzické násilí (bití, krádeže a poškozování věcí). Šikanování je vážná věc a v řadě případů bývá trestným činem.

Proč bývá člověk šikanován?

Není to proto, že by byl špatný, nebo proto, že by si to nějak zasloužil. Chyba není v něm, ale ve špatných vztazích mezi některými spolužáky. Převládá v nich bezohlednost a násilí.

Jak se můžeš bránit?

Když se ptali jednoho zoufalého žáka, proč o svém trápení neřekl rodičům, odpověděl: „Já nevím, když přijdu domů, tak se na to snažím nemyslet. A doufám, že už to bude lepší.“ Myslet si, že to bude lepší, je omyl. Nikomu nic neříct, je strkání hlavy do písku, které situaci jenom zhoršuje. Nevzdávej to a udělej následující:

- Obrat' se na učitele, kterému důvěřuješ. Může ti skutečně pomoci, bude ti věřit a neprozradí tě.
- Svěř se svým rodičům.
- V případě, že nenajdeš odvahu říct to ani svým rodičům, zavolej na pražskou Linku bezpečí, telefon 800 155 555 nebo 116 111. Bezplatně můžeš telefonovat z celé republiky. Nepotřebuješ k tomu peníze ani telefonní kartu. Tito lidé ti budou věřit, protože nejsi sám, komu se něco podobného děje.

Příloha 2

Úmluva o právech dítěte

104/1991 Sb.

SDĚLENÍ

federálního ministerstva zahraničních věcí

Federální ministerstvo zahraničních věcí sděluje, že dne 20. listopadu 1989 byla v New Yorku přijata Úmluva o právech dítěte. Jménem České a Slovenské Federativní Republiky byla Úmluva podepsána v New Yorku dne 30. září 1990.

S Úmluvou vyslovilo souhlas Federální shromáždění České a Slovenské Federativní Republiky a prezident České a Slovenské Federativní Republiky ji ratifikoval. Ratifikační listina byla uložena u generálního tajemníka OSN, deponitáře Úmluvy, dne 7. ledna 1991.

Úmluva vstoupila v platnost na základě svého článku 49 odst. 1 dnem 2. září 1990. Pro Českou a Slovenskou Federativní Republiku vstoupila v platnost v souladu se svým článkem 49 odst. 2 dnem 6. února 1991.

Český překlad Úmluvy se vyhlašuje současně.

ÚMLUVA o právech dítěte

Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, majíce na zřeteli, že podle zásad vyhlášených v Chartě Spojených národů je uznání přirozené důstojnosti a rovných a nezcizitelných práv všech příslušníků lidské rodiny základem svobody, spravedlnosti a míru ve světě, majíce na mysli, že lid Spojených národů v Chartě znovu potvrdil svou víru v základní lidská práva, v důstojnost a hodnotu lidské osobnosti a že vyjádřil své odhodlání podporovat sociální pokrok a zlepšovat životní úroveň při větší svobodě, uznávajíce, že Spojené národy ve Všeobecné deklaraci lidských práv a v mezinárodních paktech o lidských právech prohlásily a dohodly se na tom, že každému přísluší v nich stanovená práva, a to bez jakéhokoli rozlišování podle rasy, barvy pleti, pohlaví, jazyka, náboženství, politického nebo jiného smýšlení, národnostního nebo sociálního původu, majetku, rodu nebo jiného postavení, pamětliv, že ve Všeobecné deklaraci lidských práv Spojené národy prohlásily, že dětství má nárok na zvláštní péči a pomoc, přesvědčeny, že rodina, jako základní jednotka společnosti a přirozené prostředí pro růst a blaho všech svých členů a zejména dětí, musí mít nárok na potřebnou ochranu a takovou pomoc, aby mohla beze zbytku plnit svou úlohu ve společnosti, uznávajíce že v zájmu plného a harmonického rozvoje osobnosti musí dítě vyrůstat v rodinném prostředí, v atmosféře štěstí, lásky a porozumění, majíce na zřeteli, že dítě musí být plně připraveno žít ve společnosti vlastním životem a vychováno v duchu ideálů prohlášených v Chartě Spojených národů, a to zejména v duchu míru, důstojnosti, snášenlivosti, svobody, rovnosti a solidarity, majíce na mysli, že potřeba zabezpečit dítěti zvláštní péči byla zakotvena v Ženevské deklaraci práv dítěte z r. 1924 a v Deklaraci práv dítěte přijaté Spojenými národy v r. 1959 a uznána ve Všeobecné deklaraci lidských práv, v Mezinárodním paktu o občanských a politických právech (zejména v článcích 23 a 24), v Mezinárodním paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech (zejména v článku 10) a ve statutech a příslušných dokumentech odborných organizací a mezinárodních organizací zabývajících se péčí o blaho dětí, majíce na mysli, že, jak je uvedeno v Deklaraci práv dítěte přijaté Valným shromážděním Organizace Spojených národů 20. listopadu 1959, "dítě pro svou tělesnou a duševní nezralost potřebuje zvláštní záruky, péči a odpovídající právní ochranu před narozením i po něm", pamětliv ustanovení Deklarace sociálních a právních zásad ochrany a zajištění blaha dětí, se zvláštním ohledem na vnitrostátní a ezinárodní úpravu umístování do institucí náhradní péče, Minimálních standardních pravidel OSN týkajících se výkonu soudnictví za účasti mladistvých (Pekingská pravidla), Deklarace o ochraně žen a dětí za mimořádných událostí a za ozbrojených konfliktů, uznávajíce, že ve všech zemích světa jsou děti žijící ve výjimečně obtížných podmínkách a že tyto děti vyžadují zvláštní pozornost, berouce náležitý ohled na význam tradic a kulturních hodnot každého národa pro ochranu a harmonický rozvoj dítěte, uznávajíce význam mezinárodní spolupráce pro zlepšování životních podmínek dětí v každé zemi a zejména v zemích rozvojových, dohodly se na následujícím:

ČÁST I

Čl.1

Pro účely této úmluvy se dítětem rozumí každá lidská bytost mladší osmnácti let, pokud podle právního řádu, jenž se na dítě vztahuje, není zletilosti dosaženo dříve.

Čl.2

1. Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, se zavazují respektovat a zabezpečit práva stanovená touto úmluvou každému dítěti nacházejícímu se pod jejich jurisdikcí bez jakékoli diskriminace podle rasy, barvy pleti, pohlaví, jazyka, náboženství, politického nebo jiného smýšlení, národnostního, etnického nebo sociálního původu, majetku, tělesné nebo duševní nezpůsobilosti, rodu a jiného postavení dítěte nebo jeho rodičů nebo zákonných zástupců.

2. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, učiní všechna potřebná opatření k tomu, aby dítě bylo chráněno před všemi formami diskriminace nebo trestání, které vyplývají z postavení, činnosti, vyjádřených názorů nebo přesvědčení jeho rodičů, zákonných zástupců anebo členů rodiny.

Čl.3

1. Zájem dítěte musí být předním hlediskem při jakékoli činnosti týkající se dětí, ať už uskutečňované veřejnými nebo soukromými zařízeními sociální péče, soudy, správními nebo zákonodárními orgány.

2. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, se zavazují zajistit dítěti takovou ochranu a péči, jaká je nezbytná pro jeho blaho, přičemž berou ohled na práva a povinnosti jeho rodičů, zákonných zástupců nebo jiných jednotlivců právně za něho odpovědných, a činí pro to všechna potřebná zákonodárná a správní opatření.

3. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, zabezpečí, aby instituce, služby a zařízení odpovědné za péči a ochranu dětí odpovídaly standardům stanoveným kompetentními úřady, zejména v oblastech bezpečnosti a ochrany zdraví, počtu a vhodnosti svého personálu, jakož i kompetentního dozoru.

Čl.4

Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, učiní všechna potřebná zákonodárná, správní a jiná opatření k provádění práv uznaných touto úmluvou. Pokud jde o hospodářská, sociální a kulturní práva, státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uskutečňují taková opatření v maximálním rozsahu svých prostředků a v případě potřeby i v rámci mezinárodní spolupráce.

Čl.5

Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, se zavazují respektovat odpovědnost, práva a povinnosti rodičů nebo, v odpovídajících případech a v souladu s místním obyčejem, členů širší rodiny nebo obce, zákonných zástupců nebo jiných osob právně odpovědných za dítě, které směřují k zabezpečení jeho orientace a usměřování při výkonu práv podle úmluvy v souladu s jeho rozvíjejícími se schopnostmi.

Čl.6

1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají, že každé dítě má přirozené právo na život.

2. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, zabezpečují v nejvyšší možné míře zachování života a rozvoj dítěte.

Čl.7

1. Každé dítě je registrováno ihned po narození a má od narození právo na jméno, právo na státní příslušnost, a pokud to je možné, právo znát své rodiče a právo na jejich péči.

2. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, zabezpečují provádění těchto práv v souladu se svým vnitrostátním zákonodárstvím a v souladu se svými závazky vyplývajícími z příslušných mezinárodněprávních dokumentů v této oblasti se zvláštním důrazem na to, aby dítě nezůstalo bez státní příslušnosti.

Čl.8

1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, se zavazují respektovat právo dítěte na zachování jeho totožnosti, včetně státní příslušnosti, jména a rodinných svazků v souladu se souladu se zákonem a s vyloučením nezákonných zásahů.

2. Je-li dítě protizákonně částečně nebo zcela zbaveno své totožnosti, zabezpečí mu státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, potřebnou pomoc a ochranu pro její urychlené obnovení.

Čl.9

1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, zajistí, aby dítě nemohlo být odděleno od svých rodičů proti jejich vůli, ledaže příslušné úřady na základě soudního rozhodnutí a v souladu s platným právem a v příslušném řízení určí, že takové oddělení je potřebné v zájmu dítěte. Takové určení může být nezbytným v některém konkrétním případě, například, jde-li o zneužívání nebo zanedbávání dítěte rodiči nebo žijí-li rodiče odděleně a je třeba rozhodnout o místě pobytu dítěte.

2. V jakémkoli řízení podle odstavce 1 se poskytuje všem dotčeným stranám možnost zúčastnit se řízení a sdělit svoje stanoviska.

3. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají právo dítěte odděleného od jednoho nebo obou rodičů udržovat pravidelné osobní kontakty s oběma rodiči, ledaže by to bylo v rozporu se zájmy dítěte.

4. Jestliže oddělení dítěte od rodičů je důsledkem jakéhokoli postupu státu, který je smluvní stranou úmluvy, jako je vazba, uvěznění, vypovězení, deportace nebo smrt (včetně smrti, která nastala z jakékoli příčiny v době, kdy dotyčná osoba byla v opatrování státu) jednoho nebo obou rodičů dítěte, tento stát, který je smluvní stranou úmluvy, na požádání poskytne rodičům, dítěti, nebo případně jinému členu rodiny nezbytné informace o místě pobytu nepřítomného (nepřítomných) člena (členů) rodiny, ledaže by poskytnutí takové informace odporovalo zájmu dítěte.

Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, kromě toho zabezpečí, aby podání takové žádosti samo o sobě nemělo žádné nepříznivé důsledky pro dotčenou osobu (dotčené osoby).

Čl.10

1. Za účelem spojení rodiny a v souladu se závazkem podle čl. 9 odst. 1 státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, posuzují žádosti dítěte nebo jeho rodičů o vstup na území státu, který je smluvní stranou úmluvy, nebo o jeho opuštění pozitivním, humánním a urychleným způsobem. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, dále zabezpečí, aby podání takové žádosti nemělo žádné nepříznivé důsledky pro žadatele nebo členy jeho rodiny.

2. Dítě, jehož rodiče pobývají v různých státech, má až na výjimečné okolnosti právo udržovat pravidelné osobní kontakty a přímé styky s oběma rodiči. Za tímto účelem a v souladu se svým závazkem podle čl. 9 odst. 2 státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají právo dítěte a jeho rodičů opustit kteroukoli zemi, i svou vlastní, a vstoupit do své vlastní země. Právo opustit kteroukoli zemi podléhá pouze takovým omezením, která stanoví zákon a která jsou nutná pro ochranu národní bezpečnosti, veřejného pořádku, veřejného zdraví nebo morálky nebo práv a svobod druhých a která jsou v souladu s ostatními právy uznanými v této úmluvě.

Čl.11

1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, činí opatření k potírání nezákonného přemísťování dětí do zahraničí a jejich nenavrácení zpět.

2. Za tímto účelem budou státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, usilovat o uzavření dvoustranných a mnohostranných dohod a o přístup k existujícím dohodám.

Čl.12

1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, zabezpečují dítěti, které je schopno formulovat své vlastní názory, právo tyto názory svobodně vyjadřovat ve všech záležitostech, které se jej dotýkají, přičemž se názorům dítěte musí věnovat patřičná pozornost odpovídající jeho věku a úrovni.

2. Za tímto účelem se dítěti zejména poskytuje možnost, aby bylo vyslyšeno v každém soudním nebo správním řízení, které se jej dotýká, a to buď přímo, nebo prostřednictvím zástupce anebo příslušného orgánu, přičemž způsob slyšení musí být v souladu s procedurálními pravidly vnitrostátního zákonodárství.

Čl.13

1. Dítě má právo na svobodu projevu; toto právo zahrnuje svobodu vyhledávat, přijímat a rozšiřovat informace a myšlenky všeho druhu, bez ohledu na hranice, ať ústně, písemně nebo tiskem, prostřednictvím umění nebo jakýmkoli jinými prostředky podle volby dítěte.

2. Výkon tohoto práva může podléhat určitým omezením, avšak tato omezení budou pouze taková, jaká stanoví zákon a jež jsou nutná:

- a) k respektování práv nebo pověstí jiných;
- b) k ochraně národní bezpečnosti nebo veřejného pořádku, veřejného zdraví nebo morálky.

Čl.14

1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají právo dítěte na svobodu myšlení, svědomí a náboženství.

2. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají práva a povinnosti rodičů, a v odpovídajících případech zákonných zástupců, usměrňovat dítě při výkonu jeho práva způsobem, který odpovídá jeho rozvíjejícím se schopnostem.

3. Svoboda projevovat náboženství nebo víru může být podrobena pouze takovým omezením, jaká předpisuje zákon a která jsou nutná k ochraně veřejné bezpečnosti, pořádku, zdraví nebo morálky nebo základních práv a svobod jiných.

Čl.15

1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají právo dítěte na svobodu sdružování a svobodu pokojného shromažďování.

2. Výkon těchto práv nesmí být žádným způsobem omezován s výjimkou těch omezení, jež stanoví zákon a jež jsou nutná v demokratické společnosti v zájmu národní bezpečnosti nebo veřejné bezpečnosti, veřejného pořádku, veřejného zdraví nebo morálky či ochrany práv a svobod jiných.

Čl.16

1. Žádné dítě nesmí být vystaveno svévolnému zasahování do svého soukromého života, rodiny, domova nebo korespondence ani nezákonným útokům na svou čest a pověst.

2. Dítě má právo na zákonnou ochranu proti takovým zásahům nebo útokům.

Čl.17

Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají důležitou funkci hromadných sdělovacích prostředků a zabezpečují dítěti přístup k informacím a materiálům z různých národních a mezinárodních zdrojů, zejména takovým, které jsou zaměřeny na rozvoj sociálního, duchovního a mravního blaha dítěte a také jeho tělesného a duševního zdraví. Za tímto účelem státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, povzbuzují:

- a) hromadné sdělovací prostředky k šíření informací a materiálů, které jsou pro dítě sociálně a kulturně prospěšné a které odpovídají duchu článku 29 této úmluvy,
- b) mezinárodní spolupráci při tvorbě, výměně a rozšiřování takových informací a materiálů z různých kulturních, národních a mezinárodních zdrojů,
- c) tvorbu a rozšiřování knih pro děti,

- d) hromadné sdělovací prostředky k tomu, aby braly zvláštní ohled na jazykové potřeby dětí náležejících k menšinové skupině či domorodému obyvatelstvu,
- e) tvorbu odpovídajících zásad ochrany dítěte před informacemi a materiály škodlivými pro jeho blaho, majíce na mysli ustanovení článků 13 a 18 úmluvy.

Čl.18

1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, vynaloží veškeré úsilí k tomu, aby byla uznána zásada, že oba rodiče mají společnou odpovědnost za výchovu a vývoj dítěte. Rodiče, nebo v odpovídajících případech zákonní zástupci, mají prvotní odpovědnost za výchovu a vývoj dítěte. Základním smyslem jejich péče musí přitom být zájem dítěte.

2. Za účelem zaručení a podpory práv stanovených touto úmluvou poskytují státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, rodičům a zákonným zástupcům potřebnou pomoc při plnění jejich úkolu výchovy dětí a zabezpečují rozvoj institucí, zařízení a služeb péče o děti.

3. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, činí všechna potřebná opatření k tomu, aby bylo zabezpečeno právo dětí pracujících rodičů využívat služeb a zařízení péče o děti, která jsou pro ně určena.

Čl.19

1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, činí všechna potřebná zákonodárná, správní, sociální a výchovná opatření k ochraně dětí před jakýmkoli tělesným či duševním násilím, urážením nebo zneužíváním, včetně sexuálního zneužívání, zanedbáváním nebo nedbalým zacházením, trýzněním nebo vykořisťováním během doby, kdy jsou v péči jednoho nebo obou rodičů, zákonných zástupců nebo jakýchkoli jiných osob starajících se o dítě.

2. Tato ochranná opatření zahrnují podle potřeby účinné postupy k vytvoření sociálních programů zaměřených na poskytnutí nezbytné podpory dítěti a těm, jimž je svěřeno, jakož i jiné formy prevence. Pro účely zjištění, oznámení, postoupení, vyšetřování, léčení a následné sledování výše uvedených případů špatného zacházení s dětmi zahrnují rovněž podle potřeby postupy pro zásahy soudních orgánů.

Čl.20

1. Dítě dočasně nebo trvale zbavené svého rodinného prostředí nebo dítě, které ve svém vlastním zájmu nemůže být ponecháno v tomto prostředí, má právo na zvláštní ochranu a pomoc poskytovanou státem.

2. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, zabezpečí takovému dítěti v souladu se svým vnitrostátním zákonodárstvím náhradní péči.

3. Tato péče může mezi jiným zahrnovat předání do výchovy, institut "kafala" podle islámského práva, osvojení a v nutných případech umístění do vhodného zařízení péče o děti. Při volbě řešení je nutno brát potřebný ohled na žádoucí kontinuitu ve výchově dítěte a na jeho etnický, náboženský, kulturní a jazykový původ.

Čl.21

Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy a které uznávají a (nebo) povolují systém osvojení, zabezpečí, aby se v první řadě bral do úvahy zájem dítěte, a

- a) zabezpečí, aby se osvojení dítěte povolovalo jen k tomu kompetentními orgány, které v souladu s příslušným zákonem a ve stanoveném řízení na základě všech odpovídajících a spolehlivých informací určí, že osvojení je přípustné z hlediska postavení dítěte ve vztahu k rodičům, příbuzným a zákonným zástupcům a že, vyžaduje-li se to, dotčené osoby daly vědomý souhlas k osvojení po takovém projednání, které se může ukázat nutným;
- b) uznávají, že osvojení v cizí zemi lze považovat za náhradní způsob péče o dítě, pokud dítě nemůže být předáno do výchovy v zařízení péče o děti nebo rodině osvojitele nebo o ně nemůže být pečováno jiným vhodným způsobem v zemi jeho původu;
- c) zabezpečí, aby dítě osvojené v jiné zemi využívalo stejných záruk a práv, která by platila v případě osvojení ve vlastní zemi;
- d) činí všechna opatření potřebná k zajištění toho aby osvojení v cizí zemi nevedlo k neoprávněnému finančnímu zisku zúčastněných osob;

- e) podporují v nutných případech cíle tohoto článku uzavíráním dvoustranných nebo mnohostranných dohod nebo smluv a v jejich rámci usilují o to, aby umístění dítěte do péče v jiné zemi bylo uskutečňováno k tomu příslušnými úřady nebo orgány.

Čl.22

1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, činí opatření potřebná k zabezpečení toho, aby dítě žádající o přiznání postavení uprchlíka nebo které je v souladu s platným mezinárodním nebo vnitrostátním právem a postupem považováno za uprchlíka, ať už je v doprovodu svých rodičů, jiných osob, anebo bez doprovodu, obdrželo potřebnou ochranu a humanitární pomoc při využívání práv stanovených touto úmluvou a jinými dokumenty v oblasti mezinárodního humanitárního práva a lidských práv, jichž jsou uvedené státy smluvními stranami.

2. Za tímto účelem státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, podporují, budou-li to považovat za potřebné, součinnost v úsilí Spojených národů a jiných příslušných mezivládních organizací nebo nevládních organizací spolupracujících se Spojenými národy k ochraně a pomoci takovému dítěti a k vyhledávání rodičů nebo jiných členů rodiny dítěte-uprchlíka s cílem získat informace potřebné k jeho opětovnému spojení s rodinou. Jestliže rodiče nebo jiné členy rodiny nelze nalézt, poskytuje se dítěti stejná ochrana jako každému jinému dítěti z jakéhokoliv důvodu trvale nebo přechodně zbavenému své rodiny, jak je stanoveno touto úmluvou.

Čl.23

1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají, že duševně nebo tělesně postižené dítě má požívat plného a řádného života v podmínkách zabezpečujících důstojnost, podporujících sebedůvěru a umožňujících aktivní účast dítěte ve společnosti.

2. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají právo postiženého dítěte na zvláštní péči, v závislosti na rozsahu existujících zdrojů podporují a zabezpečují oprávněnému dítěti a osobám, které se o ně starají, požadovanou pomoc odpovídající stavu dítěte a situaci rodičů nebo jiných osob, které o dítě pečují.

3. Uznávající zvláštní potřeby postiženého dítěte se pomoc v souladu s odstavcem 2 poskytuje podle možností bezplatně, s ohledem na finanční zdroje rodičů nebo jiných osob, které se o dítě starají, a je třeba k zabezpečení účinného přístupu postiženého dítěte ke vzdělání, profesionální přípravě, zdravotní péči, rehabilitační péči, přípravě pro zaměstnání a odpočinku, a to způsobem vedoucím k dosažení co největšího zapojení dítěte do společnosti a co nejvyššího stupně rozvoje jeho osobnosti, včetně jeho kulturního a duchovního rozvoje.

4. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, v duchu mezinárodní spolupráce podporují výměnu odpovídajících informací v oblasti preventivní zdravotní péče a medicínského, psychologického a funkčního léčení v případě postižených dětí, včetně rozšiřování a přístupu k informacím týkajícím se metod rehabilitační výchovy a profesionální přípravy k tomu, aby státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, mohly zlepšovat své možnosti a znalosti a prohloubit tak své zkušenosti v těchto oblastech. V tomto směru se bere zvláštní ohled na potřeby rozvojových zemí.

Čl.24

1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají právo dítěte na dosažení nejvyšší dosažitelné úrovně zdravotního stavu a na využívání léčebných a rehabilitačních zařízení. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, usilují o zabezpečení toho, aby žádné dítě nebylo zbaveno svého práva na přístup k takovým zdravotnickým službám.

2. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, sledují plné uskutečňování tohoto práva a zejména činí potřebná opatření:

- a) ke snižování kojenecké a dětské úmrtnosti;
- b) k zajištění nezbytné lékařské pomoci a zdravotní péče pro všechny děti s důrazem na rozvoj základní lékařské péče;
- c) k potírání nemocí a podvýživy též v rámci základní lékařské péče, mimo jiného také využíváním snadno dostupné technologie a poskytováním dostatečné výživné stravy a čisté pitné vody, přičemž se bere ohled na nebezpečí a rizika znečištění životního prostředí;
- d) k poskytnutí odpovídající péče matkám před i po porodu;

- e) k zabezpečení toho, aby všechny složky společnosti, zejména rodiče a děti, byly informovány o zdraví a výživě dětí, přednostech kojení, hygieně, sanitárních podmínkách prostředí dětí i o předcházení nešťastným případům, a aby měly přístup ke vzdělání a byly podporovány při využívání těchto základních znalostí;
- f) k rozvoji osvěty a služeb v oblasti preventivní zdravotní péče, poradenské služby pro rodiče a výchovy k plánovanému rodičovství.

3. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, činí všechna účinná a nutná opatření k odstranění všech tradičních praktik škodících zdraví dětí.

4. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, se zavazují podporovat mezinárodní spolupráci pro postupné dosažení plného uskutečňování práva uznaného v tomto článku. V této souvislosti se bere zvláštní zřetel na potřeby rozvojových zemí.

Čl.25

Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají právo dítěte, které bylo svěřeno příslušnými orgány do péče, ochrany nebo léčení tělesného či duševního zdraví náhradnímu zařízení, na pravidelné hodnocení zacházení s dítětem a všech dalších okolností spojených s jeho umístěním.

Čl.26

1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají právo každého dítěte na výhody sociálního zabezpečení včetně sociálního pojištění a činí nezbytná opatření k dosažení plného uskutečňování tohoto práva v souladu s vnitrostátním právem.

2. Tyto výhody se podle situace poskytují s ohledem na zdroje a možnosti dítěte a osob, které se o ně starají, jakož i s ohledem na veškerá další hlediska, která jsou spojena se žádostí o poskytnutí těchto výhod podanou dítětem nebo ve prospěch dítěte.

Čl.27

1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají právo každého dítěte na životní úroveň nezbytnou pro jeho tělesný, duševní duchovní, mravní a sociální rozvoj.

2. Rodič(e) nebo jiné osoby, které se o dítě starají, nejsou v rámci svých schopností a finančních možností základní odpovědnost za zabezpečení životních podmínek nezbytných pro rozvoj dítěte.

3. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, v souladu s podmínkami daného státu a v rámci svých možností činí potřebná opatření pro poskytování pomoci rodičům a jiným osobám, které se o dítě starají, k uskutečňování tohoto práva a v případě potřeby poskytují materiální pomoc a podpůrné programy, zejména v oblasti zabezpečení potravin šatstva a bydlení.

4. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, činí všechna opatření nezbytná k zabezpečení obnovy péče o dítě ze strany rodičů nebo jiných osob, které nesou za dítě finanční odpovědnost, ať už na území státu, který je smluvní stranou úmluvy, nebo v zahraničí. Zejména v těch případech, kdy osoby, které nesou za dítě finanční odpovědnost, žijí v jiném státě než dítě, státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, podporují přístup k mezinárodním dohodám nebo uzavírání takových dohod a rovněž tak dosahují jiných odpovídajících dohod.

Čl.28

1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají právo dítěte na vzdělání a s cílem postupného uskutečňování tohoto práva a na základě rovných možností zejména:

- a) zavádějí pro všechny děti bezplatné a povinné základní vzdělání;
- b) podněcují rozvoj různých forem středního vzdělání zahrnujícího všeobecné a odborné vzdělání, je přijatelné a dostupné pro každé dítě a přijímají jiná odpovídající opatření, jako je zavádění bezplatného vzdělání a, v případě potřeby, poskytování finanční podpory;
- c) zpřístupňují všem dětem informace a poradenskou službu v oblasti vzdělání a odborné přípravy k povolání;
- d) přijímají opatření k podpoře pravidelné školní docházky a ke snížení počtu těch, kteří školu

nedokončí.

2. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, činí všechna opatření nezbytná k tomu, aby kázeň ve škole byla zajišťována způsobem slučitelným s lidskou důstojností dítěte a v souladu s touto úmluvou.

3. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, rozvíjejí a podporují mezinárodní spolupráci ve věcech týkajících se vzdělání, zejména s cílem přispět k odstranění nevědomosti a negramotnosti ve světě a s cílem usnadnit přístup k vědeckotechnickým poznatkům a moderním metodám výuky. V souvislosti s tím bude brán zvláštní ohled na rozvojové země.

Čl.29

1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, se shodují, že výchova dítěte má směřovat k:

- a) rozvoji osobnosti dítěte, jeho nadání a rozumových i fyzických schopností v co nejširším objemu;
- b) výchově zaměřené na posilování úcty k lidským právům a základním svobodám, a také k zásadám zakotveným v Chartě Spojených národů;
- c) výchově zaměřené na posilování úcty k rodičům dítěte, ke své vlastní kultuře, jazyku a hodnotám, k národním hodnotám země trvalého pobytu, jakož i země jeho původu, a k jiným civilizacím;
- d) přípravě dítěte na zodpovědný život ve svobodné společnosti v duchu porozumění, míru, snášenlivosti, rovnosti pohlaví a přátelství mezi všemi národy, etnickými, národnostními a náboženskými skupinami a osobami domorodého původu;
- e) výchově zaměřené na posilování úcty k přírodnímu prostředí.

2. Žádná část tohoto článku nebo článku 28 nesmí být vykládána způsobem omezujícím svobodu jednotlivců a organizací zřizovat a řídit výchovné instituce. Za všech okolností je však třeba zabezpečit dodržování principů stanovených v odstavci 1 tohoto článku a podmínek, aby vzdělání poskytované těmito institucemi odpovídalo minimálním standardům stanoveným státem.

Čl.30

V těch státech, v nichž existují etnické, náboženské nebo jazykové menšiny nebo osoby domorodého původu, nesmí být dítěti náležejícímu k takové menšině nebo domorodému obyvatelstvu odíráno právo společně s příslušníky své skupiny užívat vlastní kultury, vyznávat a praktikovat své vlastní náboženství a používat svého vlastního jazyka.

Čl.31

1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají právo dítěte na odpočinek a volný čas, na účast ve hře a oddechové činnosti odpovídající jeho věku, jakož i na svobodnou účast v kulturním životě a umělecké činnosti.

2. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají a zabezpečují právo dítěte na všestrannou účast v kulturním a uměleckém životě a napomáhají k tomu, aby dětem byly poskytovány odpovídající a rovné možnosti v oblasti kulturní, umělecké, oddechové činnosti a využívání volného času.

Čl.32

1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají právo dítěte na ochranu před hospodářským vykořisťováním a před vykonáváním jakékoli práce, která může být pro něho nebezpečná nebo bránit jeho vzdělávání, nebo která by škodila zdraví dítěte nebo jeho tělesnému, duševnímu, duchovnímu, mravnímu nebo sociálnímu rozvoji.

2. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, přijímají zákonodárná, správní, sociální, a výchovná opatření k zabezpečení provádění tohoto článku. Za tímto účelem a s ohledem na příslušná ustanovení jiných mezinárodních dokumentů státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, zejména:

- a) stanoví nejnižší věkovou hranici nebo hranice pro vstup do zaměstnání;
- b) stanoví odpovídající úpravu pracovní doby a podmínek zaměstnání;
- c) stanoví odpovídající pokuty nebo jiné sankce k účinnému zabezpečení plnění tohoto článku.

Čl.33

Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, přijímají všechna nezbytná opatření, včetně zákonodárných, správních, sociálních a kulturních opatření, k ochraně dětí před nezákonným užíváním narkotických a psychotropních látek definovaných příslušnými mezinárodními smlouvami a k zabránění využívání dětí při jejich nezákonné výrobě a obchodování s těmito látkami.

Čl.34

Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, se zavazují chránit dítě před všemi formami sexuálního vykořisťování a sexuálního zneužívání. K zabezpečení tohoto závazku státy zejména přijímají nezbytná vnitrostátní, dvoustranná a mnohostranná mezinárodní opatření k zabránění:

- a) svádění nebo donucování dětí k jakékoli nezákonné sexuální činnosti;
- b) využívání dětí k prostituci nebo k jiným nezákonným sexuálním praktikám za účelem finančního obohacování;
- c) využívání dětí v pornografii a při výrobě pornografických materiálů za účelem finančního obohacování.

Čl.35

Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, přijímají všechna nezbytná vnitrostátní, dvoustranná a mnohostranná opatření k zabránění únosů dětí, prodávání dětí a obchodování s nimi za jakýmkoli účelem a v jakékoli podobě.

Čl.36

Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, chrání dítě před všemi ostatními formami vykořisťování, které jakýmkoli způsobem škodí blahu dítěte.

Čl.37

Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, zabezpečí aby:

- a) žádné dítě nebylo podrobeno mučení nebo jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání. Za trestné činy spáchané osobami mladšími osmnácti let nebude ukládán trest smrti a trest odnětí svobody na doživotí bez možnosti propuštění na svobodu;
- b) žádné dítě nebylo nezákonně nebo svévolně zbaveno svobody. Zatčení, zadržení nebo uvěznění dítěte se provádí v souladu se zákonem a používá se pouze jako krajní opatření a na nejkratší nutnou dobu;
- c) s každým dítětem zbaveným svobody bylo zacházeno s lidskostí a s úctou k vrozené důstojnosti lidské bytosti a způsobem, který bere ohled na potřeby daného věku. Především musí být každé takové dítě umístěno odděleně od dospělých, leda že by se uvážilo, že neoddělovat je od dospělých je v jeho vlastním zájmu, a s výjimkou závažných okolností musí mít právo udržovat písemný a přímý styk se svou rodinou;
- d) každé dítě zbavené svobody mělo právo okamžitého přístupu k právní nebo jiné odpovídající pomoci, jakož i právo odvolávat se k soudu nebo jinému pravomocnému, nezávislému a nestrannému orgánu proti rozhodnutí o odnětí svobody a v každém takovém případě na přijetí neodkladného rozhodnutí.

Čl.38

1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, se zavazují uznávat a zabezpečovat dodržování norem mezinárodního humanitárního práva, které se na ně vztahují v případě ozbrojených konfliktů a které se dotýkají dítěte.

2. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, činí všechna proveditelná opatření k zabezpečení toho, aby se osoby, které nedosáhly věku patnácti let, přímo neúčastnily bojových akcí.

3. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, se zdržují povolávání do svých ozbrojených sil osob mladších patnácti let. Při povolávání osob, které dosáhly věku patnácti let, avšak mladších osmnácti let, přijímají přednostně osoby starší.

4. V souladu se svými závazky podle mezinárodního humanitárního práva, které mají vztah k

ochraně civilního obyvatelstva za ozbrojených konfliktů, státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, přijímají všechna proveditelná opatření k zabezpečení ochrany dětí postižených konfliktem a péče o ně.

Čl.39

Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, činí všechna nezbytná opatření k podpoře tělesného i duševního zotavení a sociální reintegrace dítěte, které je obětí jakékoli formy zanedbání, využívání za účelem finančního obohacování nebo zneužívání, mučení nebo jiné formy krutého, nelidského či ponižujícího zacházení nebo trestání anebo ozbrojeného konfliktu. Zotavení a reintegrace se uskutečňují v místě a prostředí podporujícím zdraví, sebeúctu a důstojnost dítěte.

Čl.40

1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají právo dítěte obviněného, obžalovaného nebo uznaného vinným z porušení trestního práva na takové zacházení, které rozvíjí smysl dítěte pro důstojnost a čest, které znovu posiluje úctu dítěte k lidským právům a základním svobodám jiných a bere ohled na věk dítěte, napomáhá znovu začlenění a zapojení dítěte do prospěšného působení ve společnosti.

2. Za tímto účelem a s ohledem na příslušná ustanovení mezinárodněprávních dokumentů státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, zejména zabezpečují, aby:

- a) žádné dítě nebylo obviněno, obžalováno nebo uznáno vinným z porušení trestního práva pro jednání nebo opomenutí, která nebyla zakázána vnitrostátním nebo mezinárodním právem v době, kdy k nim došlo;
- b) každé dítě obviněné nebo obžalované z porušení trestního práva mělo přinejmenším tyto následující záruky;
 - i) být považováno za nevinné až do doby, kdy podle zákona je prokázána vina;
 - ii) být okamžitě a přímo, v nutných případech prostřednictvím svých rodičů nebo zákonného zástupce, informováno o obviněních proti němu vznášených, a mít při přípravě a při uplatnění své obhajoby právní nebo jinou potřebnou pomoc;
 - iii) aby věc byla bez odkladu rozhodnuta v souladu se zákonem příslušným, nezávislým a nestranným úřadem nebo soudním orgánem ve spravedlivém procesu v přítomnosti právního zástupce nebo jiné odpovídající osoby a v přítomnosti rodičů nebo zákonných zástupců dítěte, ledaže by se zvažilo, že jejich přítomnost, zejména s ohledem na věk a situaci dítěte, není v jeho zájmu;
 - iv) aby nebylo nuceno vypovídat nebo přiznávat vinu; aby se mohlo seznamovat s výpověďmi svědků buď přímo anebo prostřednictvím jiných a aby byla zabezpečena rovnoprávná účast svědků obhajoby a hodnocení jejich výpovědí;
 - v) jestliže bylo rozhodnuto, že se dítě provinilo proti trestnímu zákonu, aby toto rozhodnutí, jakož i jakákoli v důsledku toho přijatá opatření, byla v souladu se zákonem přezkoumatelná vyšším pravomocným, nezávislým a nestranným orgánem nebo soudním orgánem;
 - vi) aby mu byla zajištěna bezplatná pomoc tlumočnicka, jestliže dítě nerozumí jazyku v řízení používanému nebo jím nehovoří;
 - vii) aby ve všech stádiích řízení bylo plně uznáváno jeho soukromí.

3. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, usilují o vypracování zákonů a zákonných procedur, o zřizování orgánů a institucí zvláště určených pro děti obviněné, obžalované nebo uznané vinnými z porušení trestního práva a zejména o:

- a) stanovení nejnižší věkové hranice, před jejímž dosažením se děti považují za nezpůsobilé porušit trestní právo;
- b) v případě potřeby přijetí opatření k zacházení s takovými dětmi bez užití soudní procedury za předpokladu plného dodržování lidských práv a právních záruk.

4. Je nezbytné vytvořit různé záruky, jako je pečovatelská služba, pravidla o poradenství a dozoru; konzultativní služby; zavedení zkušební lhůty; náhradní péče; programy vzdělávání a přípravy zabezpečení takového zacházení s dětmi, které odpovídá jejich blahu, jakož i jejich poměrům a spáchanému deliktu.

Čl.41

Nic v této úmluvě se nedotýká ustanovení, která ve větší míře napomáhají uskutečnění práv dítěte a která mohou být obsažena v:

- a) právním řádu státu, který je smluvní stranou, nebo
- b) mezinárodním právem, které je pro takový stát závazné.

ČÁST II

Čl.42

Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, se zavazují s využitím odpovídajících prostředků široce informovat o zásadách a ustanoveních této úmluvy jak mezi dospělými, tak mezi dětmi.

Čl.43

1. Pro zjišťování pokroku dosaženého státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, při plnění závazků přijatých touto úmluvou se zřizuje Výbor pro práva dítěte, který vykonává níže stanovené funkce.

2. Výbor se skládá z deseti odborníků vysokého morálního charakteru a uznávaných schopností v oblasti, která je předmětem této úmluvy. Členové výboru jsou voleni státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, z řad jejich státních příslušníků a vykonávají tuto funkci jako soukromé osoby, přičemž je brán ohled na spravedlivé zeměpisné rozdělení a na zastoupení hlavních právních systémů.

3. Členové výboru jsou voleni tajným hlasováním ze seznamu osob navržených státy, které jsou smluvní stranou úmluvy. Každý stát, který je smluvní stranou úmluvy, může ze svých občanů jmenovat jednu osobu.

4. První volby do výboru se konají nejpozději do šesti měsíců ode dne, kdy tato úmluva nabude účinnosti, a poté každé dva roky. Nejméně čtyři měsíce přede dnem konání každých voleb generální tajemník Spojených národů dopisem vyzve státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, aby do dvou měsíců předložily své návrhy. Generální tajemník pak připraví seznam všech takto navržených osob v abecedním pořádku s udáním států, které tyto osoby navrhly, a předloží je státům, které jsou smluvní stranou úmluvy.

5. Volby se konají na zasedáních států, které jsou smluvní stranou úmluvy, svolaných generálním tajemníkem do sídla Spojených národů. Na těchto zasedáních, na kterých dvě třetiny států, které jsou smluvní stranou úmluvy, tvoří kvorum, jsou do výboru zvoleny ty osoby, které obdrží největší počet hlasů a absolutní většinu hlasů přítomných a hlasujících zástupců států, které jsou smluvní stranou úmluvy.

6. Členové výboru jsou voleni na období čtyř let. Vystupujícího člena lze volit znovu, je-li navržen. Funkční období pěti členů výboru zvolených v prvních volbách uplyne koncem druhého roku; neprodleně po prvních volbách předseda vylosuje na zasedání jména těchto pěti členů.

7. Jestliže člen výboru zemře nebo odstoupí nebo oznámí, že z jakéhokoli důvodu nemůže dále plnit své povinnosti ve výboru, stát, který je smluvní stranou úmluvy a který jej navrhl za kandidáta, jmenuje jiného svého občana, který se souhlasem výboru vykonává funkci po zbytek funkčního období.

8. Výbor vypracuje vlastní jednací řád.

9. Výbor zvolí své funkcionáře na období dvou let.

10. Zasedání výboru se normálně konají v sídle Spojených národů anebo v jiném vyhovujícím místě určeném výborem. Výbor se pravidelně schází jednou ročně. Dobu trvání zasedání výboru určují a v případě potřeby kontrolují státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, na svém zasedání, s výhradou schválení Valným shromážděním.

11. Generální tajemník Spojených národů poskytne personál a zařízení potřebné k účinnému

plnění funkcí výboru podle této úmluvy.

12. Se souhlasem Valného shromáždění obdrží členové výboru utvořeného podle této úmluvy odměnu z prostředků Spojených národů za podmínek, o nichž rozhodne Valné shromáždění.

Čl.44

1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, se zavazují předkládat prostřednictvím generálního tajemníka Spojených národů zprávy o opatřeních přijatých k uvedení práv uznaných v této úmluvě v život a o pokroku, jehož bylo při užívání těchto práv dosaženo:

- a) do dvou let ode dne, kdy se staly smluvní stranou úmluvy;
- b) poté každý pět let.

2. Ve zprávách podle tohoto článku se poukáže na případné skutečnosti a obtíže, které se týkají stupně plnění závazků podle této úmluvy. Zprávy rovněž obsahují informace dostatečné k tomu, aby byl zabezpečen úplný přehled výboru o provádění úmluvy v dotyčné zemi.

3. Stát, který je smluvní stranou úmluvy, který předložil výboru komplexní úvodní zprávu, nemusí v následujících zprávách předložených na základě odstavce 1 písm. b) opakovat základní informace poskytnuté dříve.

4. Výbor může od států, které jsou smluvní stranou úmluvy, požadovat další informace významné pro provádění úmluvy.

5. Výbor prostřednictvím Hospodářské a sociální rady předkládá Valnému shromáždění Spojených národů každé dva roky zprávu o své činnosti.

6. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, své zprávy zpřístupňují široké veřejnosti ve vlastní zemi.

Čl.45

Pro zajištění účinného provádění úmluvy a podněcování mezinárodní spolupráce v oblasti upravené touto úmluvou:

- a) Odborné organizace, UNICEF a jiné orgány Spojených národů mají právo být přítomny jednání o v provádění těch ustanovení této úmluvy, která spadají do oblasti jejich činnosti. Výbor může vyzvat odborné organizace, UNICEF a jiné příslušné orgány podle své úvahy, aby podaly názory odborníků na provádění úmluvy v oblastech spadajících do jejich činnosti.
- b) Výbor podle své úvahy postupuje odborným organizacím, UNICEF a jiným příslušným orgánům zprávy došlé do států, které jsou smluvní stranou úmluvy, obsahující požadavek nebo ukazující na potřebu technické rady nebo pomoci, případně doplněné o poznámky nebo návrhy výboru týkající se těchto požadavků nebo oznámení.
- c) Výbor může doporučit Valnému shromáždění, aby požádalo generálního tajemníka, aby z pověření Valného shromáždění provedl šetření týkající se specifických otázek, které mají vztah k právům dítěte.
- d) Výbor může činit návrhy a všeobecná doporučení založená na informacích získaných na základě článků 44 a 45 této úmluvy. Tyto návrhy a všeobecná doporučení se postupují dotčenému státu, který je smluvní stranou úmluvy, a sdělují Valnému shromáždění zároveň s případnými připomínkami států, které jsou smluvní stranou úmluvy.

ČÁST III

Čl.46

Tato úmluva je otevřena k podpisu všem státům.

Čl.47

Tato úmluva podléhá ratifikaci. Ratifikační listiny se ukládají u generálního tajemníka Spojených národů.

Čl.48

Tato úmluva podléhá ratifikaci. Ratifikační listiny se ukládají u generálního tajemníka Spojených národů.

Čl.49

1. Tato úmluva vstoupí v platnost třicátý den po dnu uložení dvacáté ratifikační listiny nebo listiny o přístupu u generálního tajemníka Spojených národů.

2. Pro každý stát, který úmluvu ratifikoval nebo k ní přistoupil po uložení dvacáté ratifikační listiny nebo listiny o přístupu, vstoupí úmluva v platnost třicátý den po uložení jeho ratifikační listiny nebo listiny o přístupu.

Čl.50

1. Kterýkoli stát, který je smluvní stranou úmluvy, může navrhnout změnu úmluvy a předložit ji generálnímu tajemníkovi Spojených národů. Generální tajemník poté seznámí s pozměňovacím návrhem státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, se žádostí, aby mu sdělily, zda jsou pro svolání konference států, které jsou smluvní stranou úmluvy, která by návrh posoudila a rozhodla o něm.

Generální tajemník svolá tuto konferenci pod záštitou Organizace spojených národů, vysloví-li se alespoň třetina států pro její uspořádání. Každý pozměňovací návrh přijatý většinou států, které jsou smluvní stranou úmluvy, přítomných a hlasujících na konferenci bude předložen Valnému shromáždění Organizace spojených národů ke schválení.

2. Změna odsouhlasená na základě odstavce 1 tohoto článku vstoupí v platnost, bude-li schválena Valným shromážděním Spojených národů, a přijata dvoutřetinovou většinou států, které jsou smluvní stranou úmluvy.

3. Vstoupí-li změna v platnost, stává se závaznou pro státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, které ji přijaly. Ostatní státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, jsou nadále vázány jen ustanoveními této úmluvy a kterýmikoli dřívějšími změnami, jež přijaly.

Čl.51

1. Generální tajemník Spojených národů přijímá a rozesílá všem státům text výhrad, které státy učinily při ratifikaci nebo přístupu k úmluvě.

2. Výhrada, neslučitelná s předmětem a účelem této úmluvy, se nepřipouští.

3. Výhrady mohou být kdykoli odvolány oznámením zaslaným generálnímu tajemníkovi Spojených národů, který o tom informuje všechny státy. Takové oznámení je účinné dnem, ve kterém bylo doručeno generálnímu tajemníkovi.

Čl.52

Stát, který je smluvní stranou úmluvy, může tuto úmluvu vypovědět písemným oznámením generálnímu tajemníkovi Spojených národů. Vypovězení se stane účinným jeden rok po dni, ve kterém bylo doručeno generálnímu tajemníkovi.

Čl.53

Tato úmluva bude uložena u generálního tajemníka Spojených národů.

Čl.54

U generálního tajemníka Spojených národů bude uložen původní text této úmluvy, jehož anglické, arabské, čínské, francouzské, ruské a španělské znění má stejnou platnost.

Na důkaz toho níže podepsaní zmocněnci, kteří jsou k tomu řádně pověřeni svými vládami, podepsali tuto úmluvu.

Dáno v New Yorku dne 20. listopadu 1989.

Příloha 3

Dotazník – informovanost o syndromu CAN (syndrom týraného a zneužívaného dítěte)

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila téma Syndrom CAN – informovanost dospělé populace. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění anonymního dotazníku týkající se této problematiky.

Předem děkuji za ochotu k vyplnění tohoto dotazníku.

Lenka Krátká, DiS, studentka
3.ročníku Pedagogické fakulty UP

Pohlaví	<input type="checkbox"/> žena	<input type="checkbox"/> muž		
Věková kategorie	<input type="checkbox"/> 18 – 29	<input type="checkbox"/> 30 – 39	<input type="checkbox"/> 40 – 49	<input type="checkbox"/> 50 – 59
	<input type="checkbox"/> nad 60			
Vzdělání	<input type="checkbox"/> základní	<input type="checkbox"/> střední	<input type="checkbox"/> vyšší odborné	<input type="checkbox"/> vysokoškolské
Obor působnosti	<input type="checkbox"/> zdravotník	<input type="checkbox"/> jiné:.....		

1. Slyšel jste někdy o problematice syndromu CAN

- Ano
 Ne

2. Zaškrtněte, co patří mezi druhy syndromu CAN

- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| a. Fyzické týrání | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> ne |
| b. Psychické týrání | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> ne |
| c. Sexuální zneužívání | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> ne |
| d. Zanedbávání | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> ne |
| e. Šikanování | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> ne |
| f. Systémové týrání (druhotné ubližování dítěti po prožitém traumatu) | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> ne |
| g. Sekundární viktimizace (zraňování např. při vyšetřování syndromu CAN) | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> ne |
| h. Rituální zneužívání | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> ne |
| i. Münchhausenův syndrom (vymyšlení příznaků onemocnění) | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> ne |

3. Domníváte se, že máte oznamovací povinnost, pokud víte o případu týraného dítěte?

- Ano
 Ne

4. Kam byste se obrátil(a) v případě, že máte podezření na syndrom CAN?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Linka bezpečí | <input type="checkbox"/> Lékař |
| <input type="checkbox"/> Policie České Republiky | <input type="checkbox"/> Sociální pracovnice |
| <input type="checkbox"/> Fond ohrožených dětí | |
| <input type="checkbox"/> Jinam | |
| <input type="checkbox"/> Neoznámím to | |

5. Myslíte si, že některé skupiny dětí mohou být ohroženy více syndromem CAN než jiné?

- Ano
 Ne

6. Myslíte si, že týrání se dopouštějí pouze lidé s nízkým vzděláním?

- Ano
 ne

7. Vyberte z možností změny v chování dítěte, které signalizují týrání.

- | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| a. Zhoršení prospěchu ve škole | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> ne |
| b. Změny v chování např. agresivita | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> ne |
| c. Závislost na jídle (bulimie, anorexie) | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> ne |
| d. Hematomy (modřiny) | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> ne |
| e. Dítě nemá kamarády | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> ne |
| f. Problémy v sociálním kontaktu (uzavírá se do sebe) | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> ne |
| g. Snížené sebehodnocení | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> ne |
| h. Útěky z domova | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> ne |
| i. Pomočování | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> ne |
| j. Bolesti hlavy | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> ne |

8. Setkal(a) jste se někdy s dítětem trpícím syndromem CAN ve Vašem okolí?

- Ano
 Ne

9. Myslíte si, že je dostatečná informovanost o syndromu CAN

- Ano
 Ne

10. Odkud znáte pojem syndrom CAN

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tisk | <input type="checkbox"/> Škola |
| <input type="checkbox"/> Televize | <input type="checkbox"/> Jiná osoba |
| <input type="checkbox"/> Odborná literatura | <input type="checkbox"/> Nikdy předtím jsem tento pojem neslyšel(a) |

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Lenka Krátká, DiS
Katedra:	Katedra psychologie a patopsychologie
Vedoucí práce:	PhDr. Kamila Holásková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2012

Název práce:	Syndrom CAN – informovanost dospělé populace
Název v angličtině:	CAN syndrome - awareness of the adult population
Anotace práce:	<p>Bakalářská práce se zabývá syndromem CAN, charakteristikou jednotlivých druhů syndromu CAN. Cílem bakalářské práce je zjistit informovanost dospělé populace o syndromu CAN a porovnat odlišnosti ve znalostech zdravotníků a laické veřejnosti.</p> <p>Bakalářská práce je rozdělena do 4 kapitol. V první kapitole nás seznamuje s problematikou syndromu CAN. Druhá kapitola se zabývá definicí syndromu CAN, druhy syndromu CAN a prevencí syndromu CAN. Třetí praktická část nás seznamuje s výsledky provedeného výzkumu. Ve čtvrté části je celkové zhodnocení.</p>
Klíčová slova:	Syndrom CAN, druhy syndromu CAN, prevence syndromu CAN, informovanost dospělé populace.
Anotace v angličtině:	Bachelor Thesis deals with CAN syndrome, characteristic of each type CAN syndrome. The aim of this work is to determine awareness of the adult population of the CAN syndrome and compare the differences in knowledge of health professionals and the general public.

	<p>The thesis is divided into 4 chapters. The first chapter introduces the problem CAN syndrome. The second chapter deals with the definition of the CAN syndrome, CAN syndrome types and prevention of CAN syndrom. The third practical part introduces the results of the research. In the fourth part of the overall evaluation.</p>
Klíčová slova v angličtině:	CAN syndrome (Child Abuse and Neglect), kind of CAN syndrome, CAN syndrome prevention, awareness of the adult population
Přílohy vázané v práci:	<p>Metodický pokyn MŠMT</p> <p>Úmluva o právech dítěte</p> <p>Dotazník</p>
Rozsah práce:	56 stran
Jazyk práce:	Český