

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI**

**Pedagogická fakulta**

Katedra psychologie a patopsychologie

**Syndrom CAN – fyzické týrání**

**Bakalářská práce**

Klára Nezhybová

Obor: Sociálně zdravotní práce se zaměřením na vzdělávání

V Olomouci 2013

Vedoucí práce: PhDr. Kamila Holásková, Ph.D.

Prohlášení

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

V Olomouci dne 6. 4. 2012

.....

## Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala PhDr. Kamile Holáskové, Ph.D. za odborné vedení, poskytování cenných rad, které mi předala, ale také za její ochotu a milý přístup.

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.

*„Přímka je nejkratší vzdálenost mezi dítětem a čímkoli, co se dá rozbít.“*

*Jeff Rovin*

## Obsah

ÚVOD .....	7
TEORETICKÁ ČÁST .....	9
1. Syndrom CAN .....	9
1.2. Vývoj pojmu syndrom CAN .....	9
1.3. Definice syndromu CAN.....	11
2. Rizikové faktory syndromu CAN.....	15
2.1. Rizikové děti .....	15
2.2. Rizikovní dospělí .....	16
2.3. Rizikové situace .....	17
3. Formy syndromu CAN .....	19
3.1. Tělesné týrání .....	19
3.1.1. Tělesné tresty .....	22
3.1.2. Definice tělesného trestu.....	22
3.1.3. Tělesné tresty a jejich charakteristika.....	22
3.1.4. Funkce trestů.....	23
3.2. Psychické týrání .....	24
3.2.1. Psychická deprivace.....	25
3.2.2. Základní psychické potřeby dítěte .....	26
3.3. Zanedbávání dítěte .....	27
3.4. Pohlavní zneužívání .....	28
4. Zvláštní formy syndromu CAN.....	32
4.1. Münchhausenův syndrom / Münchhausenův syndrom v zastoupení (by proxy).....	32
4.2. Sexuální turistika.....	33
4.3. Systémové týrání.....	33
4.4. Organizované zneužívání dětí .....	34
4.5. Rituální zneužívání.....	34
4.6. Šikana.....	35
5. Prevence a ochrana dětí před syndromem CAN.....	38
5.1. Primární prevence .....	38
5.2. Sekundární prevence .....	40
5.3. Terciální prevence.....	40
6. Mravní vývoj dítěte Mravní vývoj dítěte.....	42
6.1. Lawrence Kohlberg.....	42
6.2. Faktory podmiňující proces morálního vývoje .....	44
6.3. Analýza procesu mravního vývoje.....	44

7. Legislativa .....	45
PRAKTICKÁ ČÁST .....	46
1. Stanovení cíle .....	46
2. Metodologie výzkumného šetření .....	46
2.1. Charakteristika zkoumaného vzorku.....	47
2.2. Formulované výzkumné předpoklady.....	47
3. Výsledky a vyhodnocení získaných dat .....	49
4. Diskuze .....	64
ZÁVĚR .....	67
SEZNAM LITERATURY .....	68
SEZNAM PŘÍLOH.....	70

## ÚVOD

Bakalářská práce s názvem „Syndrom CAN – fyzické týrání“, se zabývá problematikou týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí. Skládá se ze dvou částí - teoretické a praktické.

**Cílem teoretické části je podat souhrnné a ucelené poznatky o problematice syndromu CAN.** V mé práci jsou uvedeny nejdůležitější poznatky, které se týkají tohoto jevu. Dalším úkolem bakalářské práce je, aby se dané téma dostalo do podvědomí lidem, kteří neměli příležitost se s touto oblastí blíže seznámit.

První kapitola mé bakalářské práce je věnována vývoji pojmu syndrom CAN, konkrétně proměně postavení dítěte ve společnosti. Dále zde definuji „*syndrom CAN*“ – syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte.

Druhou kapitolu jsem zaměřila na faktory, které ovlivňují danou problematiku.

Ve třetí kapitole jsou popsány jednotlivé formy syndromu CAN a jejich dopady na dítě. Podrobněji zde definuji fyzické týrání, které je zaměřeno na tělesné tresty. Dále jsou v této kapitole uvedeny zvláštní druhy syndromu CAN.

Čtvrtá kapitola pojednává o prevenci a ochraně dětí před týráním, zanedbáváním a zneužíváním. Myslím si, že jde o velmi důležitou kapitolu, které by se měla věnovat náležitá pozornost. Pokud bude populace dostatečně informována jak pomoci a nebude zavírat oči před násilím konaným na druhých, dojde k odkrytí mnoha případů.

Kapitola číslo pět je zaměřena na morální vývoj dítěte, popisují zde morální vývoj dítěte a morální stádia dle Kohlberga.

Na závěr praktické části se krátce zmiňuji o legislativě vztahující se k problematice násilí na dětech.

**Cílem praktické části bylo zjistit povědomí vysokoškolských studentů o syndromu CAN a jejich toleranci k fyzickým trestům.** Pro účely svého výzkumného šetření jsem zvolila respondenty z vysokých škol, abych zmapovala situaci mezi studenty.

Zmíněné téma bakalářské práce jsem si zvolila hned z několika důvodů. Psychologie je zajímavý obor, který lze aplikovat na všechny věci všedního života, ale také pomocí něj můžeme rozpoznat nějakou patologii. Především jsem si téma vybrala, protože mě zajímá a chtěla bych i já přispět aspoň kapkou do moře k boji proti násilí na dětech. Dalším důvodem bylo vystudování střední pedagogické školy, na které jsme tuto problematiku probírali. Velmi mě tohle téma zaujalo.

Domnívám se, že syndrom CAN je aktuálním jevem ve společnosti, který se stále více rozmáhá. Proto je velmi důležité informovat společnost o této problematice, aby před ní nezavírali oči, ale aby obětem pomohli.



# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Syndrom CAN

### 1.2. Vývoj pojmu syndrom CAN

Složitost a různorodost syndromu CAN můžeme sledovat v jeho vývoji.(Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995)

V každé době a v každé zemi bylo mnoho dětí a dospívajících, jejichž vývoj byl v důsledku negativních vnějších vlivů vážně ohrožen. Postoje k negativnímu zacházení s dětmi se v různých historických dobách a lidských společnostech liší.

Ve starověkém Římě „*patria potestas*“ znamenalo právo muže (otce) nakládat s dítětem jako s vlastním majetkem. Pokud nebylo dítě žádoucí, bylo zabito hned po narození. Tyto praktiky přetrvávají v některých zemích s nízkým hospodářským a kulturním rozvojem dodnes a jsou běžně akceptovány.(Bechyňová a kol., 2007)

Středověk bývá označován jako období, ve kterém je pro rodinu typický nedostatek citů, díky vysoké úmrtnosti malých dětí. Byla to emocionální ochrana rodičů před opakovanými ztrátami a bolestí. V řadě evropských zemí pracovali, již desetileté děti a byly vystavovány stejně krutým trestům jako dospělí. Násilí bylo akceptováno jako spravedlivá odplata, nástroj satisfakce. Fyzické tresty měly své místo ve škole, kde díky akceptaci společnosti setrvaly až do minulého století.(Vaničková, hadj-Moussová, Provazníková, 1995)

Nový pohled na dítě přineslo křesťanství. Nahlíželo na dítě jako na samostatnou lidskou bytost, na kterou se vztahovalo přikázání „*Nezabiješ!*“.(Bechyňová a kol., 2007)

V 19. Století se do popředí snah společnosti, státu a samosprávy a dobrovolných organizací stalo hledání a uplatňování způsobů a forem péče o děti a jejich ochrana před takovýmto zacházením. Jednou z prvních dobrovolných organizací byla Národní společnost prevence proti krutostem na dětech, vzniklá v r. 1883 v Liverpoolu a v r. 1884 v Londýně.(Lynch, 1985 in Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995)

Dnes představuje významnou instituci a je modelem pro celou řadu dalších dobrovolných organizací v této oblasti. Hlavní pozornost byla z počátku věnována především fyzickému násilí na dětech a jeho důsledkům, stejně tak jako vykořisťování dětí prací, nedostatečné péči a výživě.(Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995)

Dříve bylo násilí a zlo tolerováno jako přirozená součást života, později pak nezvyklé násilí na dětech bylo u nás záměrně zatajováno. Vznikla iluze, že tento problém neexistuje. Tento klam je hmatatelný – násilí na dětech existuje i v současné době. Co se však změnilo v minulém století, je citlivost, s jakou je toto násilí rozlišováno.

Minulé století je někdy nazýváno stoletím dítěte. Byly v něm přijaty tři závažné dokumenty, týkající se práv dítěte:

- Charta práv dítěte 1924
- Konvence o právech dítěte 1959
- Úmluva o právech dítěte 1989

(Vaníčková, Hadj-Mousová, Provazníková, 1995)

Významným podmětem pro změnu se stala práce amerického pediatra C. H. Kempeho a jeho spolupracovníků vydaná v roce 1962 pod titulem „*The battered child syndrome*“ (syndrom bitého dítěte). Cílem článku bylo vyburcovat odbornou lékařskou veřejnost z lhostejnosti vůči těmto negativním sociálním jevům. Od publikace práce začala být ve světě a postupně i u nás tomuto jevu věnována dostatečná pozornost. Pod tlakem zjišťovaných faktů o závažnosti a častém výskytu špatného zacházení s dětmi byla v roce 1977 založena mezinárodní společnost ISPCAM (The International Society for Prevention of Child abuse and Neglect), která začala v témže roce vydávat časopis *Child Abuse and Neglect*. (Bechyňová a kol., 2007)

Se zvyšujícím se chápáním dětství jako specifického vývojového období člověka, byla popřena dřívější obecná představa, že s dítětem je možno zacházet podle vůle dospělých. Stále jasněji vystupuje do popředí, že každé nedostatečné uspokojení potřeb dětí přináší závažné ohrožení jejich zdraví a dobrého rozvoje. Nejobávanější je však možnost jeho zabití. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995)

### 1.3. Definice syndromu CAN

Týrání, zneužívání a zanedbávání dětí je v současnosti obecně souhrnně označováno anglosaskou zkratkou CAN (Child Abuse and Neglect). Syndrom CAN je obvykle definován „jako poškození fyzického, psychického nebo sociálního stavu a vývoje dítěte, které vzniká v důsledku jakéhokoli nenáhodného jednání rodičů nebo jiné dospělé osoby a které je v dané společnosti a kultuře hodnoceno, jako nepřijatelné.“ (Bechyňová a kol., 2007, s. 9)

*„Pro identifikaci syndromu týrání, zneužívání a zanedbávání musí být splněna podmínka a tou je příčinná souvislost mezi aktivitou agresora vůči dítěti, s přímými a nepřímými následky této aktivity na stav a vývoj dítěte nebo na jednotlivé oblasti jeho života.“* (Sedláková, Kalátová a kol., 2010, s. 13)

Syndrom CAN je následkem aktivního ubližování nebo nedostatečné péče, způsobeného nebo působeného nejčastěji jeho nejbližšími vychovateli, hlavně rodiči. Nejvyhraněnější podobou syndromu CAN je usmrcení dítěte. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995)

Pojem syndrom CAN se vztahuje na všechny základní formy ohrožení dítěte prostředím (týrání tělesné i psychické, zanedbávání, zneužívání) – tyto formy jsou rozmanité a často se navzájem kombinují. (Bechyňová a kol., 2007)

Syndrom CAN je nutno chápat jako multifaktoriální společenský jev, který má svůj prostorový, časový a věcný rozměr.

Nejde jen o jednostranný akt ze strany pachatele, ale o interakci všech zúčastněných osob, složek a podmínek, v nichž tento proces probíhá. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995)

Společenství školy, obce, sousedů a příbuzných, stejně jako širší rámec kulturních a duchovních tradic určuje do určité míry očekávané rodičovské chování. Problém je, že hranice mezi společností přijatelnou mírou tělesného trestání a týrání, je neurčitá a snadno překročitelná.

Násilí na dítěti se podepisuje okamžitě a výrazně zhoršuje kvalitu prožívaného dětství. (Bechyňová a kol., 2007)

Varovné příznaky, které se objevují u dětí postižených syndromem CAN:

#### Změny v chování dítěte

- absurdní chování
- uzavřenost, ustrašenost
- zhoršení prospěchu ve škole
- změna kamarádů
- strach z návratu domů
- potulování, útky z rodiny

#### Tělesná poranění

- hematomy, rány
- opakované zlomeniny
- vytrhané vlasy, natrhnuté ucho
- popáleniny, opařeniny
- rány, otoky kolem konečníku nebo genitálu
- krvácení z konečníku, genitálu
- bolesti břicha, noční pomočování

#### Poškození v růstu a vývoji

- podvýživa
- opoždění psychomotorického vývoje (Novotná, 1999)

Projevy u týraného dítěte mohou být různé, často nevyrovnané a proměnlivé. Obvykle bývají těžko stanovitelné. Reakce na poškozování závisí na několika aspektech: na osobnosti dítěte, na věku dítěte, na okolnostech děje, na osobnosti rodičů a síle jejich vlivu na dítě, na závažnosti činu. (Sedláková, Kalátová a kol., 2010)

Následky utrpeného traumatu se mohou projevit v pozdějším vývoji dítěte různými způsoby. Odezva dítěte je podmíněna věkem, fází vývoje, zkušenostmi, jeho adaptačními a obrannými mechanismy, které ke zvládnutí psychického traumatu používá.

Emoční prožitek je spojen s pocity bezmoci, ztráty rodinného zázemí, s pocity studu, s úzkostí. Trauma postupem času nemizí. Tento prožitek se transformuje do specifické osobnostní struktury obětí. Tito lidé nějakým způsobem opakují stará emoční zranění v současných vztazích. (Gjuričová, Kocourková, Koutek, 2000)

Transgenerační přenos dětské zkušenosti týrání, zneužívání nebo zanedbávání se může projevit v pozdější vlastní rodičovské roli.(Gjuričová, Kocourková, Koutek, 2000)

Obětí týrání, zneužívání a zanedbávání se může stát kterýkoliv člověk, v jakémkoliv věku.

K týrání může docházet již v prenatálním období. Matka se záměrně bije různou silou do břicha. Hovoříme o tzv. „ *syndromu bitého plodu*. “(Bechyňová a kol., 2007)

Syndromem CAN trpí v České republice 1-2% dětské populace. (Slaný, 2008)

I přesto že dnes je ve většině zemí zakotvena právní povinnost společnosti každé podezření na týrání dítěte hlásit, počet případů narůstá. V dnešní době trpí špatným zacházením více dětí než všemi ostatními chronickými chorobami dohromady. V populačních studiích uvádí až 30% dospělých zážitků špatného zacházení ve svém dětství. Je pravděpodobné, že skutečná četnost je vyšší, protože traumatické prožitky bývají z vědomí vytěsněny.(Bechyňová a kol., 2007)

Diagnostika syndromu CAN je komplexní činností interdisciplinárního týmu, který zjišťuje a posuzuje všechny okolnosti odhaleného případu špatného zacházení s dítětem. Modelem pro tuto situaci je diagnostický postup v lékařství, rozšířený o souhrnou spolupráci se všemi dalšími angažovanými obory.

Důležitou složkou je komplexní sociální, rodinná, osobní, lékařská anamnéza a současný stav dítěte. Významnou roli zde sehrává také typ zneužití, použitý stupeň násilí, věk, mentální schopnosti dítěte, četnost a délka trvání zneužívání.(Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995)

Vážným problémem se jeví rozlišení mezi poraněním způsobeným náhodou, úrazem, nedbalostí, nebo úmyslným útokem proti dítěti (např. neorganická porucha prospívání proti poruše organické či syndrom náhlého úmrtí proti udušení kojence). (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995)

Léčba týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte je velmi složitý a zdlouhavý proces. Při léčbě syndromu CAN je nutný komplexní multidisciplinární přístup k dítěti. Dětské lékaři se zabývají somatickým poškozením dítěte, odhalováním a diagnostikou syndromu CAN. Na jeho terapii, rehabilitaci a celkovém řešení se podílí spíše zprostředkovaně. Těžištěm dlouhodobé komplexní terapie je psychoterapeutická léčba duševních a citových poruch postiženého dítěte. Pošramocený vnitřní svět dítěte léčí psychoterapeut prostřednictvím terapeutických intervencí.(Dunovský, 1999)

Terapeutickou intervenci můžeme rozdělit na tři typy:

- akutní krizovou intervenci,
- střednědobou intervenci,
- dlouhodobou intervenci.(Dunovský, 1999)

## 2. Rizikové faktory syndromu CAN

Jednoznačná predikace syndromu CAN neexistuje. Je zde ale mnoho faktorů, ze kterých lze vyslovit podezření jako společenská situace, sociální prostředí dítěte, aktuální zdravotní stav a psychický vývoj dítěte. Dítě nebo jeho sourozenci, žijící v takto rizikovém prostředí se nacházejí ve velmi obtížné situaci. Tito jedinci potřebují zvláštní pomoc společnosti, multidisciplinární a mezirezortní přístup. (Sedláková, Kalátová a kol., 2010)

### 2.1. Rizikové děti

V 70. letech 20. století byly zveřejněny teorie o existenci určitých charakteristik na straně dítěte, které by jej „předurčovaly“ k tomu, aby se stalo obětí násilí.

Na základě těchto teorií začali vědci zkoumat přítomnost specifických vlastností dětí, které by mohli „přitahovat“ agresivitu. Rozpoznalo se několik tzv. biologických faktorů, které zahrnují nedonošenost dítěte, nízkou porodní váhu, obtížný temperament, chronickou nemoc nebo vrozenou tělesnou či mentální vadu. (Pöethe, 1996)

Předčasně narozené děti s nízkou porodní váhou jsou často vnímány jako obtížně utišitelné, vzhledově méně atraktivní a celkově hůře odpovídající na podněty. Tyto děti vyžadují více pozornosti a náročné péče, to je spojené s vyšší mírou úzkosti matky, s depresemi a pocity selhání. Negativní pocity matky z vlastního selhání vedou k nižšímu počtu pozitivních interakcí mezi matkou a dítětem. (Pöethe, 1996)

Vaníčková, Hadj-Mousová, Provazníková (1995) charakterizují rizikové děti z hlediska syndromu CAN jako ty, jejichž projevy jsou z různých důvodů sociálnímu okolí „nesrozumitelné“ a není lehké je výchovně zvládat a usměrňovat. Dále mezi rizikové jedince řadí děti, které svým chováním vychovatele unavují, vyčerpávají, dráždí, nebo v případě pohlavního zneužívání i svým způsobem provokují či svádí. Bývají to děti:

- s tzv. lehkými mozkovými dysfunkcemi, které bývají neklidné, nesoustředěné, dráždivé, s častými výkyvy nálad, impulsivní, mají sklony ke zkratkovitému chování,
- z jiných příčin nadměrně dráždivé, zlostné, trucovité, ale bývají to i děti plačtivé nebo úzkostné (často v důsledku somatického onemocnění, chronicky špatného zdravotního stavu, podvýživy atd.)

- s různým stupněm mentální retardace, přinášející svým rodičům zklamání v jejich životních nadějích, a tím vyvolávají mnohdy jejich agresivní postoje nebo dávají podnět k omezení rodičovského zájmu a rodičovské péče s následným zanedbáváním,

- s lehce sníženými intelektovými schopnostmi, chronicky ve škole neprospívající, děti s tzv. specifickými poruchami učení, děti neobratné, úzkostné nebo jakkoliv nezapadající do běžné normy a rodičovského očekávání,

(Vaničková, Hadj-Mousová, Provazníková, 1995)

- obtížně sociálně přizpůsobivé, neobvykle psychomotoricky vyzrávající.

(Slaný, 2008)

Z hlediska zanedbávání jsou zvýšenému riziku vystaveny děti neaktivní, utlumené, které mají omezenou schopnost sociální odezvy. Děti, které nedovedou zájem dospělého v náležitě intenzitě vzbudit, ani udržovat.(Vaničková, Hadj-Mousová, Provazníková, 1995)

Obecně se předpokládá, že dítě hraje větší roli v průběhu týrání než při jeho vzniku. Platí, že odpovědnost leží na straně dospělého.(Pöethe, 1996)

## **2.2. Rizikový dospělí**

Kategorie rizikový dospělý se snaží charakterizovat jedince, kteří by mohli být potencionálními pachateli syndromu CAN.

Jako rizikový dospělý se jeví zejména:

- lidé s anomálním vývojem osobnosti (psychopatie), zvláště jedinci s agresivními povahovými rysy,
- lidé se zvláštním životním stylem, příslušníci sekt, stoupenci agresivních rituálů apod.
- lidé dlouhodobě stresovaní, např. nezaměstnaní, lidé „uražení a poníženi“,
- muži trpící sexuálními úchylkami (sexuální devianti),
- muži sexuálně hyperaktivní,
- morálně narušení a sexuálně nevyzrálí muži, kteří trpí poruchou osobnosti. Tito jedinci nejsou pedofilně zaměřeny, ale využívají příležitosti a bezbrannosti dítěte nebo experimentují s různými sexuálními objekty.

(Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995; Sedláková, Kalátová a kol., 2010)



- dále sem patří muži, kteří ztrácejí schopnost kontroly pudového jednání z důvodu onemocnění – schizofrenie, demence nebo v důsledku abúzu alkoholu nebo drog
- duševně nemocní a mentálně retardovaní jedinci, kteří na péči o dítě „nestačí“ (zvláště zůstávají-li v péči o dítě bez pomoci),
- somaticky nemocní, smyslově či pohybově postižení, invalidní,
- lidé žijící samy,
- lidé se zvýšenou potřebou moci nad dítětem sloužící jako kompenzace pocitů méněcennosti a nejistoty
- lidé s negativními zkušenostmi z dětství, kteří byli sami zanedbáváni či týráni

Týrajícím rodiče bývá častěji muž, vlastní nebo nevlastní otec dítěte. Ženy – matky jsou spíše v roli pasivního účastníka. Násilný způsob zacházení s dítětem tolerují, důvody jejich chování mohou být různé. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995; Sedláková, Kalátová a kol., 2010)

### **2.3. Rizikové situace**

Ne všechna rizika týrání dítěte můžeme odvodit z rysů osobnosti dospělých a dětí. Určitou roli zde sehrávají i situační činitelé. Společným znakem rizikových situací bývá skutečnost, že pro dítě znamenají ohrožení v celkovém pohledu jak po fyzické, psychické tak i sociální stránce. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995)

Typickou variantou rizikové situace je zkratkovité jednání, tzv. Medien komplex. Jedná se o stav, kdy jeden z partnerů trestá druhého prostřednictvím dítěte. Například bije dítě, protože nemůže přímo ublížit dospělému. (Matějček, Dytrych, 1999 in Sedláková, Kalátová, 2010)

Mezi další rizikové situace patří např.:

- narušené vztahy mezi členy rodiny – nedostatečná komunikace, převažuje netolerance, kritika a odmítání. Členové těchto rodin nejsou schopni spolupracovat při řešení problémů, chybí vzájemná podpora. V tomto případě převažuje napětí a nespokojenost, které je řešeno násilným způsobem.
- dítě žijící v afunkční, dysfunkční rodině,
- rozvodové situace – po rozvodové spory o děti,

- lidé, kteří nemají k rodičovství dostatečnou motivaci – mladí nezralí rodiče, lidé zaujatí vlastní kariérou, zálibami
- děti imigrantů, uprchlíků hledajících azyl, děti rodičů s HIV/AIDS,
- nechtěné děti
- narození postiženého dítěte
- „cizí“ muži žijící nebo navštěvující rodinu. Návštěvníci, přátelé apod., u kterých se nedošlo k vytvoření sexuálního tabu, jaké se zpravidla vytváří u vlastních rodičů a sourozenců dítěte. Z tohoto pohledu se v náročné rizikové situaci nachází i pěstouni, vychovatelé v dětských domovech a jiných dětských zařízeních, ošetřovatelé v nemocnicích, ozdravovnách apod.
- závislost na návykových látkách u členů rodiny,
- nízká socioekonomická situace rodiny. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995; Sedláková, Kalátová, 2010; Slaný, 2008)

### 3. Formy syndromu CAN

Neadekvátní péče o dítě má řadu forem. Přechody mezi jednotlivými formami jsou plynulé a všechny uvedené typy špatného zacházení s dětmi se často vyskytují současně. Rozlišovány jsou tři základní formy ohrožení dítěte:

1. týrání (tělesné i psychické),
2. zneužívání (k uspokojování vlastních sexuálních, fyzických i psychických potřeb),
3. zanedbávání (tělesné i emoční, tj. psychická deprivace). (Bechyňová a kol., 2007)

#### 3.1. Tělesné týrání

Tělesné týrání je jedním z prvních popsanych pojmů, který je součástí dnešního syndromu CAN. Jde o typ týrání dítěte laickou a širokou odbornou veřejností pokládaný za „typický“. Podle obecného názoru je považován za nejčastější projev agrese vůči dítěti. (Slaný, 2008)

Zdravotní výbor Rady Evropy (1992) definuje tělesné týrání jako „*tělesné ublížení dítěti anebo nezabránění tomuto ublížení včetně úmyslného otrávení či udušení dítěte, a to tam, kde je určitá znalost či důvodné podezření, že zranění bylo způsobeno anebo že mu vědomě nebylo zabráněno.*“ (Pöethe, 1996)

Důležitý je fakt, že používání nepřiměřeného násilí, které může nebo poškozuje dítě, je aktivita, které lze předcházet. (Dunovský, 1992 in Vaničková, Hadj-Mousová, Provazníková, 1995)

Tělesné týrání zahrnuje všechny akty násilí na dítěti. Jeho součástí je i záměrné opomenutí v péči o dítě, které vyústí v jeho poranění nebo smrt. Jedním z hlavních východisek násilného zacházení s dětmi je tělesné trestání. Toto jednání snadno přechází do týrání, přičemž hranice mezi trestem a týráním je téměř nezjistitelná. (Bůžek, 1996)

Mezi formy fyzického násilí je kromě bití řazeno také odpírání pití, jídla a léků, odpírání základních hygienických potřeb. Dále sem řadíme promyšlené vystavování oběti chladu nebo extrémnímu teplu atp.

Ustálená spojení jako například škoda každé rány, která padne vedle, nebo rákoska musí tancovat a podobně, jsou dokladem dlouhodobé tolerance tělesného týrání. (Haškovcová, 2004)

Tělesné tresty, i velmi kruté, byly pokládány za oprávněný a mnohdy nezbytný prostředek výchovy. Nejčastěji a nejvážněji jsou tělesným týráním ohroženy děti mladší tří let. Mnoho těchto dětí na následky týrání umírá. U dětí, které týrání přežijí, zůstává vysoké procento (kolem 50%) celoživotně tělesného, smyslového, mentálního nebo kombinovaného postižení.(Bechyňová a kol., 2007)

Pro tak malé dítě je vyjadřovacím prostředkem afektivní pláč. Pláč dítěte může být podnětem pro vyvolání agrese u určitého typu rodičů.(Gjuričová, Kocourková, Koutek, 2000)

K nejčastějšímu typu postižení patří následky „*třesení dítětem*“ („shaken baby syndrom“). Jedná se o extrémní násilí, které vede k těžkým úrazům mozku, mnohočetným subdurálním hematomům a často i k úmrtí dítěte. U těchto dětí dochází k opoždování ve vývoji.(Bechyňová a kol., 2007)

Další velmi rizikovou skupinu pro použití nepřiměřené agrese patří děti mentálně retardované a děti s lehkou mozkovou dysfunkcí.

(Vaníčková, Hadj-Mousová, Provazníková, 1995)

*„Oběti tělesného týrání se dítě může stát i v situaci, kdy je tělesně napadání ventilem psychického napětí. Děje se tak obvykle u psychicky nevyrovnaných, neurotických jedinců, trpících zpravidla nějakou formou úzkostné či depresivní poruchy.“* (Pöethe, 1996, s. 29)

Vaníčková, Hadj-Mousová, Provazníková (1995) uvádějí, že nejčastěji se s nadměrnou agresí vůči dětem setkáváme u narkomanů a alkoholiků. Násilí je nepřiměřenou reakcí dospělého na chování dítěte. Je příznakem selhání dospělého v komunikaci dítětem. Toto chování je časté v zátěžových situacích, jako je například rozvod, dlouhodobá nemoc, u rodin s vysokým pracovním vypětím.

Obecně platí, že čím je dítě menší, tím je bezmocnější a není schopné se bránit. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995)

Příznaky, které vykazují děti nebo mládež, trpí-li fyzickým týráním. Mohou to být:

- poranění nebo popáleniny, nevysvětlitelného původu, které se vyskytují opakovaně
- nepravděpodobná zdůvodnění těchto poranění dítětem či rodičem
- nechť dítěte o poraněních hovořit
- poranění v důsledku neúměrných trestů
- strach ze styku s rodiči
- lysiny (Elliottová, 1997)

- tržné rány na hlavě
- nitrooční krvácení
- rány do hrudníku (Slaný, 2008)
- pohmoždění “*měkkých částí těla* “ – tváří, stehen, nadloktí
- neochota dítěte odhalovat paže a nohy i v horkých letních dnech
- strach ze svlékání před hodinou tělesné výchovy
- strach jít domů
- strach z lékaře či lékařské pomoci
- sklony k sebetrýznění
- agresivita vůči ostatním
- chronické útky od rodičů (Elliottová, 1997)

Z výpovědí fyzicky týraných dětí vyplývá, že mezi nejrozšířenější způsoby záměrného tělesného ubližování patří:

- bití rukou, gumovou hadicí, elektrickou šňůrou nebo vařečkou
- kopání
- pálení cigaretou či zápalkou
- opaření vařící vodou
- řezání
- kousání
- kroucení, svazování končetin
- trhání vlasů (Pöethe, 1996)

Většina z uvedených způsobů zanechává viditelné známky tělesného poškození, na jejichž základě můžeme týrání rozpoznat. V případě dušení nebo například trávení známky tělesného poranění nevidíme. (Pöethe, 1996)

U tělesně týraných dětí, pokud nedojde k úmrtí, zůstávají trvalé následky tělesného a psychického poškození. Počet fyzicky týraných dětí je tak vysoký, že vyžaduje pozornost lékařů, psychologů, sociálních pracovníků a kriminalistů. O počtu poškozených dětí jsou u nás neúplné informace. Nebezpečí trvalého poškození vývoje dítěte je podceňováno. (Vaníčková, Hadj-Moussová, Provazníková, 1995)

### 3.1.1. Tělesné tresty

Mnoho dětí se v rodině setkává s tělesným násilím, které je omlouváno výchovou. (Vaníčková, Hadj-Mousossová, Provazníková, 1995)

Jednou z možností násilného zacházení s dětmi můžeme pokládat tělesné tresty. Hranice mezi trestem a týráním je téměř nezjistitelná. (Dunovský, 1991 in Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995)

### 3.1.2. Definice tělesného trestu

Definice říká, že „*tělesný trest je tělesným týráním, dochází-li k potrestání za pomoci předmětu, je-li bití směřováno na citlivé části těla (hlava, břicho, oblast genitálií, plošky a dlaně) nebo také tehdy zůstávají-li na těle po ranách stopy (modřiny, škrábance apod.)*“ (Vaníčková, 2004, s. 33)

Nejčastěji užívaným tělesným trestem je facka. Je projevem síly a představuje riziko, že rodič neodhadne sílu v ruce, místo úderu a může dopadnout na citlivé místo dítěte a způsobit poškození. Facka je známkou síly a moci nad dítětem. Přijímání tělesného trestu od milované osoby, způsobuje riziko, že dítě si vytvoří spojení mezi bolestí a láskou.

Fackování učí děti agresi a podněcuje je k násilnému řešení vlastních problémů. (Vaníčková, 2004)

### 3.1.3. Tělesné tresty a jejich charakteristika

Tělesný trest je charakteristický tím, že:

- porušuje tělesnou integritu dítěte
- s rostoucím věkem dítěte pozbývá svou účinnost a smysl
- primitivní tresty tlačí dítě k primitivní reakci a brzdí jeho osobnostní vývoj
- u tělesného trestu je důležitá i stránka jeho spravedlnosti a srozumitelnosti
- je doprovázen stresem
- děti, které se učí sociálnímu chování, si ukládají tělesné týráním do paměti jako metodu řešení obtížných životních situací
- zvyšuje pohotovost dítěte k agresi
- pokud je naplněna definice násilí v tělesném trestu, stává se trest týráním dítěte
- vede k naučenému postoji bezmoci, podřízenosti a poslušnosti (Vaníčková, 2004)

- opakuje-li se, je zde možnost odchodu dítěte z rodiny nebo z ústavu
- pokud dochází opakovanému týrání nebo krutým trestům, je zde riziko rozvoje sebepoškozujícího chování (Vaníčková, 2004)

#### **3.1.4. Funkce trestů**

Každý z trestů má tři základní funkce.

##### **1. Napravit škodu.**

Trest je způsobem spravedlnosti. Je velmi důležité, aby si dítě bylo vědomo svého provinění. Uložení trestu vyžaduje rozvahu a klid.

##### **2. Zabránit opakování.**

Trest se používá k nápravě chyby na základě učení špatnou zkušeností.

##### **3. Zbavit viníka pocitu viny.**

Prožívání viny by mělo být krátkodobé. Pocit provinění je bolestivý, nicméně tvoří jádro trestu. Je důležité, aby byl prohřešek smazán a dále se dítěti nepřipomínal.(Vaníčková, 2004)

### 3.2. Psychické týrání

Týrání nemusí mít jen podobu fyzického násilí, ale objevuje se i ve formě psychického zejména emočního týrání.(Bechyňová a kol., 2007)

Podle zdravotní komise Rady Evropy je psychická deprivace zahrnuta do psychického zanedbávání, „*kteřé je definováno jako neuspokojování emočních potřeb dítěte (náklonnosti i pocitu dítěte, že někam patří).*“ (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 276)

Mezi nezbytné psychické potřeby můžeme řadit potřebu podmětové proměnlivosti (stimulace), potřebu kongnitivního řádu, potřebu emoční vazby, potřebu autonomie a nakonec potřebu otevřené budoucnosti a akceptované vlastní minulosti.(Bechyňová a kol., 2007)

V literatuře je možné nalézt rozlišení psychického týrání do pěti subtypů:

- Pohrdání – ponižování, výsměch, hrubé nadávky, zavrhování, pohrdání, zdůrazňování neschopnosti nebo morální zkaženosti.
- Terorizování – hrozba tělesného ublížení nebo zabití, přihlížení násilí v rodině.
- Izolování – bránění interakci s vrstevníky nebo dospělými, zavírání na záchodě, ve sklepě nebo jiné tmavé místnosti, především na delší dobu.
- Korumpování – povzbuzování k antisociálnímu chování, k užívání drog či alkoholu.
- Odpírání emoční opory – nedostupnost, ignorování dítěte a jeho pokusů o interakci.  
(Bechyňová a kol., 2007)

Psychické týrání se často vyskytuje společně a fyzickým týráním a pohlavním zneužíváním.(Vaníčková, Hadj-Mousová, Provozníková, 1995)

Emocionální zneužívání nebývá snadné odhalit, protože se odehrává v srdci a mysli dítěte. Postižený jedinec neustále poslouchá řeči o tom, jak je hloupé, neužitečné, nechtěné, ošklivé až nakonec uvěří tomu, že takové opravdu je. Láska se dětem upírá nebo se přinejmenším váže na nějaké podmínky.(Elliottová, 1997)

Psychickému ubližování ze strany rodičů jsou u nás děti vystaveny v souvislosti s rozvodovými spory. Často dochází k manipulaci dítěte, kdy jeden z rodičů vyvolává v dítěti odpor k druhému rodiči. Nechce dítěti dovolit, aby se stýkalo s bývalým partnerem. Ve své zaslepené víře si neuvědomuje, že jeho uzavřenost a neústupnost brání naplnění základních citových potřeb dítěte.(Pöethe, 1999)



Následky psychického týrání záleží na intenzitě, délce trvání a také na vývojovém stupni rozvoje osobnosti. Psychicky týrané děti mají v dospělosti problémy s utvářením mezilidských vztahů, obtíže se sebehodnocením, podceňují se nebo naopak se přeceňují. (Vaničková, Hadj-Mousová, Provazníková, 1995)

Emoční týrání dětí vede k vážnému narušení psychického vývoje a ohrožuje osobnost v její identitě. Působí na složky psychického vývoje jako je například rozvoj inteligence, pozornost, vnímání aj. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995)

Na rozdíl od fyzického týrání nezanechává na těle oběti žádné zřetelné stopy nebo známky poškození. Prokazatelné jsou akutní změny v psychice dítěte, depresivní úzkostné reakce, případně dlouhodobé psychické poruchy, které se vyskytují v kontextu násilného a citově chladného rodiče. (Pöethe, 1996)

### **3.2.1. Psychická deprivace**

*„Psychická deprivace je psychický stav, vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost uspokojovat některé základní psychické potřeby v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu“.* (Matějček, 2005 in Bechyňová, 2007, s. 87)

Psychická deprivace vzniká při dlouhodobém neuspokojování základních psychických potřeb dítěte. (Dunovský a kol., 1999)

Psychicky dítě strádá v rodině, kde nedochází k uspokojování především potřeby citového přijetí, lásky a bezpečí. (Vaničková, Hadj-Mousová, Provazníková, 1995)

Nejčastěji se objevuje u dětí vychovaných od raného věku v ústavních zařízeních či v nemocničním prostředí. (Dunovský a kol., 1999)

Mezi důsledky rané emoční deprivace patří narušení kognitivního i pohybového vývoje, narušení vývoje osobnosti a somatického vývoje postižených dětí. Stupeň retardace bývá různý a závisí na deprivacní zkušenosti jedince. (Langmeier, Krejčířová, 1998)

Langmeier, Krejčířová (1998) uvádí, že u jinak zdravých dětí vyrůstajících v kojeneckých ústavech a dětských domovech do 3 let pozorujeme lehké vývojové opožďení. A to zejména v oblasti vývoje řeči, kde můžeme pozorovat výraznější retardaci, a sociálních dovedností, které v případě včasného umístění dítěte do kvalitní rodiny se většinou rychle napraví.

V dětském domově mnoho dětí citově strádá. Tyto děti jsou pro život mimo ústavní péči nedostatečně připraveny a často se stávají obětmi sexuálního zneužívání, jsou nuceni k organizované prostituci a zatahováni do kriminálních aktivit. (Bechyňová a kol., 2007)

Velmi často se také můžeme setkat s projevy psychické deprivace i u dětí z tzv. „dobrých rodin“. Kdy dítě je zabezpečeno po materiální stránce, ale rodiče pro vlastní nezralost, osobní problémy či psychické onemocnění nejsou schopni dítěti poskytnout dostatek lásky a vřelosti.(Bechyňová a kol., 2007)

Psychická deprivace se projevuje sociální izolací, emoční plochostí, agresivním chováním, provokativním chováním vůči dospělým, vynucování si pozornosti neklidem či častým žalováním, ubližováním zvířatům, přejídáním nebo narcistickými tendencemi. (Dunovský a kol., 1999)

Psychickou deprivací jsou nejvíce ohroženy malé děti, ale měli bychom si být vědomi toho, že může poškodit člověka v kterémkoli období.(Bechyňová a kol., 2007)

### **3.2.2. Základní psychické potřeby dítěte**

1. „*Potřeba stimulace*“, tj. náležitý přívod podnětů týče se množství, kvality a proměnlivosti. Uspokojení této potřeby vede k aktivitě organismus.
2. „*Potřeba smysluplného světa*.“ Pokud se z jednotlivých podnětů mají stát poznatky a zkušenosti, musí být v těchto podnětech nějaký řád. Uspokojení této potřeby umožňuje dítěti učit se, získávat zkušenosti, přizpůsobovat se životním podmínkám, osvojovat si účelně pracovní postupy a strategie společenského chování atd.
3. „*Potřeba životní jistoty*.“ Uspokojením této potřeby se člověk zbavuje úzkosti, dodává mu pocit bezpečí a umožňuje mu cílevědomou aktivitu poznávací, pracovní, společenskou. Naplňována je především v mezilidských citových vztazích.
4. „*Potřeba pozitivní identity (vlastního já)*“ znamená přijetí sebe sama a své společenské hodnoty. Opakem identity je anonymita. Jedná se o patřičnou sebeúctu a sebevědomí, které je podmínkou uspokojivého zařazení ve společnosti.
5. „*Potřeba otevřené budoucnosti*“, naděje a životní perspektivy. Umožňuje uspokojivé prožívání osobního běhu života. Ztráta životní perspektivy (uzavřená budoucnost) vede k zoufalství.(Matějček a kol., 1999, s. 56)

### 3.3. Zanedbávání dítěte

Zanedbávání stejně jako týrání je ohrožujícím jevem, jestliže je systematicky organizované. Je to patrně nejčastější typ špatného zacházení s dětmi. (Krejčířová, Langmeier, 1998)

*„Zanedbávání je definováno jako vážné opomíjení rodičovské péče nezbytné pro tělesný a duševní vývoj dítěte. Bývá děleno na zanedbávání tělesné, zdravotní, výukové či kulturní a emoční (psychická deprivace).“* (Bechyňová a kol., 2007, s. 24)

Zanedbávání můžeme rozdělit na nedostatek péče v oblasti uspokojování tělesných potřeb a potřeb výchovných, kdy nejsou poskytovány dostatečné podmínky pro rozvoj schopností s dovednostmi dítěte, rozvoj chování a mravního jednání. I v těchto případech dochází k citovému zanedbávání. (Vaníčková, Hadj-Mousová, Provazníková, 1995)

Tělesné zanedbávání je chápáno, jako neuspokojování tělesných potřeb dítěte. Radíme sem neposkytování přiměřené výživy, přístřeší, oblečení, zdravotní péče a ochrany před zlem. (Vaníčková, Hadj-Mousová, Provazníková, 1995)

Citové zanedbávání je podle Rady Evropy 1992 definováno jako *„neuspokojování citových potřeb dítěte, a to pokud se týká náklonnosti i pocitu dítěte, že někam patří.“* (Pöethe, 1996, s. 36)

Ve školním věku je nejčastější formou zanedbávání výukové a výchovné, kdy není zajištěna řádná školní docházka. Rodiče nedostatečně dohlíží na přípravu domácích úkolů a nejeví zájem o školní prospěch dítěte. (Bechyňová a kol., 2007)

Zanedbávání dítěte se může projevat následujícím:

- dítě má trvale hlad
- nedodrhuje základní hygienická pravidla
- může být trvale chronicky unavené
- může nosit znečištěné a zapáchající oblečení
- může být vyhublé
- často chodí pozdě do školy, nebo chodí za školu
- trpí neléčenými zdravotními problémy
- může projevovat sklony k sebepoškozování
- může vykazovat neurotické chování
- postrádat sociabilní chování
- může mít nutkání ke krádežím nebo shromažďování odložených věcí
- chronické útěky z domova (Elliottová, 1997)

Zanedbávání dítěte na rozdíl od týrání probíhá souvisle, postihuje všechny děti v rodině.(Elliottová, 1997)

Kocourková a kol. (2000) uvádějí, že zanedbávající rodiče mají nižší socioekonomickou úroveň a sami vykazují slabší intelektovou kapacitu. Zanedbávání se objevuje i u velmi mladých matek bez dostatečného rodinného zázemí.

Zanedbáváním může postihnout i dospělého člověka, pokud je slabý nebo závislý kvůli tělesné či duševní nemoci nebo stáří. (Langmeier, Krejčířová 1998)

### **3.4. Pohlavní zneužívání**

Podle definice zdravotní komise Rady Evropy 1992 je pohlavní zneužití dítěte *„nepatřičné vystavení dítěte pohlavnímu kontaktu, činnosti či chování. Zahrnuje jakékoli pohlavní dotýkání, styk či vykořisťování kýmkoli, komu bylo dítě svěřeno do péče, anebo kýmkoli, kdo dítě zneužívá. Takovou osobou může být rodič, příbuzný, přítel, odborný či dobrovolný pracovník či cizí osoba.“* (Pöethe, 1996, s. 39)

Abychom sexuální chování mohli označit za zneužívání, musí splňovat tři podmínky:

1. Aktér je mnohem starší a zralejší než zneužívané dítě.
2. Aktér je v roli autority nebo v pečovatelském vztahu s dítětem.
3. Aktivity si vymáhá silou nebo podvodem (například nutí dítě, aby se pachatele dotýkalo).(Hanušová, 2006)

Sexuální zneužití rozdělujeme jako bezdotykové a kontaktní (dotykové).(Slaný, 2008)

U bezkontaktního sexuálního chování bývá používán termín *„nežádoucí sexuální zkušenost“*, která je definována jako *„jakýkoli druh sexuálního kontaktu, který je špatný, nepříjemný či vynucený. O sexuální zneužívání jde ovšem také vždy, když je dítě zapojeno do sexuální aktivity, které nemůže rozumět nebo pro níž není vývojově připraveno a nemůže k ní podat souhlas.“*(Bechyňová a kol., 2007, s. 23)

Mezi nekontaktní (bezdotykové) sexuální chování řadíme:

- sexuální návrhy verbální
- zneužití dítěte pro dětskou pornografii
- expozice genitálu masturbace – exhibicionismus
- voyeurismus – u pachatele dochází k sexuálnímu vzrušení při pozorování nahého nebo svlékajícího se dítěte (Hanušová, 2006)
- harassment – znepokojujání, zneklidňování či slovní obtěžování dítěte (Bůžek, 1996)

Kontaktní týrání je takové chování, při němž dochází k pohlavnímu kontaktu, včetně laskání prsou a pohlavních orgánů, pohlavnímu styku nebo análnímu pohlavnímu styku. (Vaníčková, Hadj-Mousová, Provazníková, 1995)

Mezi formy kontaktního sexuálního chování zahrnujeme:

- nepenetrativní aktivity – dotýkání, mazlení na genitálu nebo prsou předměty, rukou či genitálem (jak přes oblečení, tak na nahém těle)
- penetrativní aktivity - sexuální proniknutí do genitálu prsty nebo předměty (Hanušová, 2006)

Bůžek (1996) uvádí jako formy dotykové zneužívání následující:

- Obtěžování - je často provázeno vulgárními slovy, grimasy a gesty.
- Sexuální útok – dospělý se za použití síly dotýká erotogenních zón dětského těla, pokouší se do něj vniknout prstem, jazykem nebo předměty, může se pokusit o styk mezi stehna.
- Znásilnění – jde o vynucené vniknutí do vagíny, konečníku nebo úst dítěte penisem.
- Incest – sexuální aktivita mezi dvěma osobami, jimiž není zákonem povoleno uzavřít sňatek. Jedná se o sexuální styk mezi:
  1. dítětem a pokrevním rodičem,
  2. dítětem a příbuzným včetně nevlastního rodiče,
  3. mezi sourozenci.
- Pedofilní obtěžování – objevuje se v podobě dětské pornografie a prostituce, jedná se vždy o kontaktní formu zneužívání.

Nejzávažnější formou sexuálního zneužívání je incest. Nejčastěji jsou uváděny případy zneužívání dcery vlastním nebo nevlastním otcem. (Vaníčková, Hadj-Moussová, Provazníková, 1995)

Pöethe (1996) tvrdí, že jako nejrizikovější rodinná struktura v případě pohlavního zneužívání se jeví přítomnost cizího člověka v roli tatínka, dospívající dcera a častá nepřítomnost matky v rodině. Ve velké většině případů byl za pachatele označen nevlastní otec.

Raboch (1993) uvádí, že muži obvinění ze sexuálního zneužití nevlastních dcer mají společné některé znaky: pocházejí z rodin s více sourozenci, jejich průměrný věk je nižší než 40 let, mají nižší vzdělání, často se u těchto mužů projevují poruchy osobnosti a problémy s alkoholem.

Incest je projevem, závažné rodinné a partnerské patologie, a je pravděpodobné, že se s ním budeme častěji setkávat. (In Vaníčková, Hadj-Moussová, Provazníková, 1995)

Příznaky pohlavně zneužitých dětí se projevují hned v několika rovinách, a to v tělesné, psychické a sociální.

#### Tělesné příznaky sexuálního zneužívání

Příznaky diagnostikuje dětský lékař, v případě podezření na sexuální styk se dívky vyšetřují na oddělení dětské gynekologie, provádí se testy na pohlavně přenosné choroby a test těhotenství.

Mezi tělesné příznaky pohlavního zneužívání patří obtíže při chůzi nebo sezení pro bolesti v anální či genitální oblasti, dále psychosomatické obtíže jako například bolesti žaludku, hlavy, pomočování, poruchy spánku a jiné. Může se také objevit krvácení, které by mohlo být považováno za časnou menstruaci. (Bůžek, 1996)

#### Psychické a sociální projevy sexuálně zneužívaných dětí

U malých dětí se projevuje jako regres v psychomotorickém vývoji například cucání palce nebo spaní s hračkou u dětí, které tuto fázi již překonaly. Objevují se také růstové retardace.

U sexuálně zneužívaných dětí jsou typické změny v psychické a osobnostní oblasti ať už se jedná o akutní, jako pocity viny, hanby, deprese, úzkosti, strachu, ztráta důvěry vůči dospělým, či dlouhodobé, jako disociační porucha chování, poruchy osobnosti, obtíže při navazování partnerských vztahů. (Bůžek, 1996; Slaný, 2008)

Rizikovou skupinu pro sexuální zneužívání tvoří děti psychicky deprivované, opomíjené a zanedbávané, děti z dysfunkčních a afunkčních rodin. Velmi ohroženou skupinou jsou děti mentálně retardované, kdy pachatel počítá s tím, že dítě bude o zneužívání mlčet nebo že mu nikdo neuvěří. (Slaný, 2008)

Nejčastějšími pachateli pohlavního zneužívání jsou muži. Ze zkušeností vyplývá, že se jedná o rodinné příslušníky nebo lidi z blízkého okolí, které dítě zná. Pachatel je většinou nenápadný člověk s tzv. dobrým vztahem k dětem. Pachatelé pohlavního zneužívání pocházejí ze všech sociálních vrstev a mohou mít i vysokoškolské vzdělání. (Bůžek, 1996)

Pohlavní týrání se vyskytuje častěji, než se předpokládá. Obvykle je velmi dobře skrýváno členy rodiny. Rodina i dítě se za své chování stydí. Světová organizace uvádí, že kolem 10% až 40% žen a 5% až 20% mužů bylo v dětství nebo dospívání zneužito. (Vaníčková, Hadj-Mousová, Provazníková, 1995)

Na hranici tělesného ubližování a sexuálního zneužívání jsou i některé výkony prováděné na genitálu, které jsou součástí náboženského rituálu. Mezi nejznámější patří obřízka, která je nařízená u dětí mužského pohlaví podle starozákonního ustanovení.

Závažnější a nebezpečnější jsou podobné výkony prováděné na genitálu dospívajících dívek jako součást iniciačního obřadu. Obřadem je dívka uváděna do společenství dospělých, tento rituál zahrnuje různě rozsáhlé odstranění stydkých pysků.

Doposud se tyto praktiky provádějí u mnoha afrických, indiánských a jiných kmenů, a to za nevyhovujících hygienických podmínek, takže nezdědka vedou k úmrtí. (Langmeier, Krejčířová, 1998)

## 4. Zvláštní formy syndromu CAN

### 4.1. Münchhausenův syndrom / Münchhausenův syndrom v zastoupení (by proxy)

Tělesné i psychické týrání může nabývat zvláštních forem, které bývají hůře rozpoznatelné. Jednou z těchto forem je tzv. Münchhausenův syndrom/v zastoupení (by proxy), který je pojmenován po von Münchhausenovi, u nás známém baronu Prášilovi. Baron Prášil je známý svým chorobným lhaním a vymyšlenými příhodami.

V psychiatrických manuálech je uváděn pod pojmem „faktitativní“ či předstíraná porucha.(Bechyňová a kol., 2007; Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995; Slaný, 2008)

Syndrom byl poprvé popsán v roce 1951. U vlastního Münchhausenova syndromu, jde o situaci, kdy pacienti předstírají řadu příznaků nemoci, navštěvují opakovaně celou řadu lékařů, zkreslují laboratorní nálezy. Zdravotní potíže popisují s vysokou znalostí, což působí velmi věrohodně. Tito lidé jsou vysoce vstřícní vyšetřovacím postupům, ochotně se podrobují opakovaným lékařským vyšetřením včetně náročných invazivních postupů i operačních výkonů. (Bechyňová a kol., 2007; Slaný, 2008)

Obvyklým klinickým obrazem jsou akutní břišní příhody, ztráty vědomí, bolesti hlavy, různé záchvaty nebo nejrůznější kožní nálezy.(Bechyňová a kol., 2007; Slaný, 2008)

Slaný (2008) udává, že poměr žen k mužům trpící Münchhausenovým syndromem je cca 2:1. Obvykle se u těchto jedinců rozkryje skutečnost, že v dětství trpěly syndromem CAN.

Specifickým případem týrání dětí, který je řazen k fyzickému týrání, je tzv. Münchhausenův syndrom v zastoupení (by proxy).(Gjuričová, Kocourková, Koutek, 2000)

Jones (1994) charakterizuje mechanismus Münchhausenova syndromu v zastoupení jako „*rodičovskou „fabrikaci“ patologických příznaků, poškozování vzorků krve, moči a jiných materiálů k vyšetřování tak, aby vyzněly patologicky (nejčastěji příměsí krve do vyšetřované moči, porušení sterility odebíraných vzorků na mikrobiologické vyšetření apod.) i přímým poškozováním dítěte simulujícím to či ono onemocnění. Obecně se "jako průkaz" tohoto poškozování dětí užívá vzdálení rodiče z bezprostředního dosahu dítěte.*“ (In Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 51)

Gjuričová, Kocourková, Koutek (2000) uvádí, že nejčastějším pachatelem je matka, která působí na okolí jako starostlivá a pečující, zatímco své dítě zároveň poškozuje.



V přítomnosti cizí osoby či lékaře se tyto matky chovají k dítěti citlivě a vřele, předvádějí hluboký vztah. Obrat nastává ve chvíli, kdy matka zůstává s dítětem sama, v tom případě dítě ignoruje nebo je k němu až krutá. (Bechyňová a kol., 2007)

Dosud je u nás tento syndrom pokládán za výjimečný, ačkoli tomu tak není. Münchhausenův syndrom v zastoupení těžce postihuje děti, až v jedné pětině případů končí smrtí dítěte, nejčastěji zadušením. Tato skutečnost je zvláště významná z hlediska diferenciální diagnózy syndromu náhlého úmrtí u kojenců. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995)

## **4.2. Sexuální turistika**

Pojem sexuální turistika je poměrně nový jev, který je spojen se zvýšeným počtem lidí cestujících do zahraničí. Tento jev se začal rozvíjet ve druhé polovině 20. století. (Hanušová, 2006)

Cizinci k nám přijíždějí s cílem, že se zde sexuálně uspokojí na dítěti. Tato forma sexuálního zneužívání je vždy kontaktní. (Dytrych, Dunovský, Matějček a kol., 1995)

Sexuální zneužívání dětí v souvislosti s turistikou se netýká pouze pedofilů, jedná se také o skupiny lidí, kteří vyhledávají sexuální kontakt s jedinci pubertálního věku. Tito lidé zneužívají děti příležitostně, aniž by se na děti přímo orientovali. (Hanušová, 2006)

## **4.3. Systémové týrání**

Systémové zneužívání se také označuje jako druhotné ponižování (sekundární viktimizace). Po prvním traumatu či poranění dítěte následuje druhotné týrání. Je působeno těmi, kteří by měli dítě chránit a po útoku na ně zamezit dalším škodám a prvotní odstranit. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995)

Systémové týrání je způsobeno systémem, který byl založen pro pomoc a ochranu dětí a jejich rodin. (Gjuřičová, Kocourková, Koutek, 2000)

Příklady takového týrání jsou:

- dítěti je upíráno právo na informace,
- dále je mu upřeno právo být slyšeno,
- dítě je neprávem odděleno od rodičů,

- zanedbávání nebo špatná péče v denních zařízeních, ve školách, pěstounském zařízení, v domově nebo v jiném prostředí,
- trauma způsobené dítěti necitlivými či zbytečnými lékařskými prohlídkami
- úzkost způsobená dítěti v rámci jeho kontaktu se soudním systémem (např. protahování slyšení či poškozování dítěte zkušenostmi, které podstupuje jako svědek),
- odepření rodičovských práv na informovanost a na účast na rozhodování, kdykoliv je to pro dobro dítěte,
- nedostatečné služby či zdroje pomoci týranému dítěti, aby mohlo vyrůstat se svou rodinou, kdykoliv je to možné.

(Vaníčková, Hadj-Mousová, Provazníková, 1995, s. 46)

#### **4.4. Organizované zneužívání dětí**

Organizované zneužívání dětí charakterizují Dunovský, Dytrych, Matějček a kol. (1995) spolu s La Fontainovou (1993) jako „*zneužití mnoha pachatelů, kteří se spojují za dosažení tohoto cíle. Jde tedy o situace, kdy je zde více zneuživatelů a kde je časový rozměr zneužívání dětí.*“ (In Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 99)

Jde o případy závažných forem sexuálního zneužívání s důrazem na jeho organizovanost, která přesahuje hranice města, země, kontinentu. Do této skupiny spadá dětská prostituce a dětská pornografie. Setkáváme se s novým typem obchodních aktivit, kdy dítě figuruje jako zboží. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995)

#### **4.5. Rituální zneužívání**

Mc Fadyen (1993) definuje rituální zneužívání jako „*fyzické, psychické nebo sexuální ubližování dítěti spojené s opakovanými aktivitami ("rituálem"), jejichž účelem či smyslem je spojit toto zneužívání s náboženským, magickým nebo nadpřirozeným kontextem.*“ (In Dunovský, Dytrych, Matejcek, 1995, s. 102)

Tuto podobu zneužívání dítěte můžeme označit za nejpodivuhodnější. Rituální zneužívání se projevuje bizarními nebo pro dnešní dobu neuvěřitelnými rysy. Je obestřeno tajemnem, magií a nadpřirozeností. (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995)

Charakteristickým rysem u rituálního zneužívání je zacházení s dětmi, které se uskutečňuje v souvislosti se symboly, které mají určitou náboženskou, magickou moc a jsou součástí určitého organizovaného společenství. Nejedná se vždy o skupinový jev a nelze předpovídat chování pachatele k dítěti. Provozování takových aktivit, většinou opakovaných, slouží především k nahnání strachu dítěti.(Vaničková, Hadj-Mousová, Provazníková, 1999)

Rituální zneužití není nemoc, kterou lze klasickým způsobem diagnostikovat. Jde o soubor jevů, které lze všestranným poznáním "poskládat" do jednoho společného, byť specifického syndromu CAN.(Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995)

#### 4.6. Šikana

Jednou z forem syndromu CAN je šikanování. Šikanování je druhem týrání, jež posiluje pocit moci nad obětí. Je projevem sociální patologie. Pojem pochází z francouzského slova *chicane*, které znamená zvláštní druh agrese. (Bůžek, 1996; Haškovcová, 2004)

Kořeny šikany jsou zakotveny v iniciačních obřadech a ve vytváření neformálních struktur, kde vůdce stanoví rituál odměn a trestů k ovládnutí celé komunity.(Bůžek, 1996)

Říčan (1994) šikanování definuje jako *„formu agrese, které se dopouští jedinec nebo skupina vůči jedinci nebo skupině víceméně bezbranným, ať už pro fyzickou nebo jinou slabost nebo nemožnost účinné obrany.“* (In Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995, s. 69)

Haškovcová (2004, s. 33) uvádí, že *„šikanování je takové jednání agresora, jehož záměrem je ohrozit, ublížit, ponižovat nebo zesměšnit oběť.“*

Za charakteristický rys šikany je považována opakovaná agrese vůči téže oběti. Hlavním zájmem šikany je někomu ublížit. Od obyčejné agrese se liší záměrem ublížit a navíc profitovat libovolnou odměnou ve svůj prospěch.

Je obtížné určit způsob a míru agrese, která rozhoduje o tom, zda lze určité jednání považovat za šikanování.(Bůžek, 1996; Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995)

Typickou formou šikany je hrubé násilí či ponižující manipulace, jako např. obnažení oběti před skupinou. Oběť může být pod hrozbou násilí donucena k jednání, které ji ponižuje nebo jinak traumatizuje, např. požití výkaly, někoho zbit, poskytovat ponižující služby nebo vydat něco ze svého majetku.(Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995)

Dalším typem je šikana psychická, která má podobu přehlížení až ignorace, nadávání, pomluv a hrubého posměchu.

U nás je relativně novým druhem „šikana majetková“, jde o situaci kdy dítě z chudší rodiny je zesměšňováno za to, že nemá značkové oblečení nebo obuv a nevlastní mobilní telefon.(Haškovcová, 2004)

Děti podstatnou část svých dní tráví ve škole. Ačkoliv by tato instituce měla být bezpečným, přátelským a inspirativním místem není tomu tak. Ukazuje se, že mnohé děti jsou vystaveny školní šikaně. Tento neblahý fenomén se stává velkým a relativně častým rizikem.(Haškovcová, 2004)

Školní dítě bývá vystaveno šikanování ze strany vrstevníků, které může trvat několika let. Ve třídě nebo skupině, kde k šikaně dochází, je demoralizována celá skupina dětí. Přehlížením a nečinností k ubližování bezbranným jedincům se dítě učí tolerovat bezpráví, které často nabývá charakteru trestné činnosti.(Bůžek, 1996)

Učitelé někdy mlčky přehlíží náznaky šikany ze strany starších dětí k udržení např. kázně v šatnách u mladších dětí, protože jim to ulehčí práci. Mylně se domnívají, že děti se učí sami dodržovat pořádek, ale opak je pravdou – jedná se často o zárodky šikany, které se mohou přenést do dalších vztahů mezi dětmi.(Bůžek, 1996)

Šikanování působí dětem obrovskou bolest. Agresor provokuje, neboť sám trpí problémy, a hledá si vhodnou oběť. Oběťmi se stávají inteligentní, jemné a kreativní děti ze slušných rodin. Šikanující si na své oběti najde něco, co lze neustále připomínat. Děti, které se staly terčem tohoto zla, jsou vyděšené, nezúčastněné, nešťastné, přestávají si hrát. V extrémních případech dochází k útěkům z domova nebo k pokusům o sebevraždu. U jiných dětí dochází ke zhoršení školního prospěchu, jejich život je poznamenán pocitem marnosti, klesá úroveň jejich sebehodnocení, ztrácejí víru ve spravedlnost a přestávají věřit lidem. V krajních případech velmi nelítostného a dlouhodobého šikanování se oběť může nechat unést touhou po pomstě a pokusí se zranit nebo zabít svého trýznitele. Oběti šikanování jsou často tak zdrceny, že se nikomu nesevěří, co se jim děje. Šikanování se, stejně jako jiným formám syndromu CAN daří v atmosféře tajemství. (Bůžek, 1996; Elliottová, 1997)

Agresori si osvojují názory, že agresivitou mohou vnučovat svou vůli lidem, ovládat jiné zastrašováním a pohrdat slabostmi jiných. Domnívají se, že pokud budou dost agresivní, slovně nebo fyzicky, nikdo je nezastaví. Na soucit pohlížejí jako na slabost. Sílu a moc se ověřují násilím a trýzní, kterou působí slabším.

Z individuální charakteristiky agresorů vyplývá, že šikanující jedinci jsou všeobecně agresivní k vrstevníkům, učitelům i rodičům a sourozencům.

Tito jedinci bývají od raného dětství temperamentově impulzivní, dominantní, s malou schopností vcítění do druhého. Agresoři mívají citově chladné rodiče, kteří jsou tolerantní k jejich agresivnímu chování.(Bůžek, 1996; Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995)

Šikanování je třeba preventivně předcházet, jakož ho léčit.

Preventivní programy jsou koncipovány na třech úrovních:

Prevence primární

- atmosféra ve společnosti – ve školách
- citové zázemí v rodinách – podpora rodin

Prevence sekundární

- identifikace potencionálních agresorů (uplatnění a ocenění v zájmové činnosti, podpora pozitiv)
- podpora a ochrana potencionálních obětí (techniky sebeprosazování se, umění říkat NE)

Prevence terciální

- když se šikana vyskytne, zabránit, aby pokračovala a opakovala se (otevřená komunikace, organizační změny, nový režim).(Bůžek, 1996, s. 12)

Haškovcová (2004) většina odborníků je přesvědčena, že nejméně 20% dětí má zkušenost se školní šikanou.

Jelikož dodnes neexistuje celostátní sledování výskytu syndromu CAN, nelze jednoznačně říci, zdali počet případů vzrůstá. Celkový dojem může být ovlivněn i vyšší informovaností veřejnosti s touto problematikou.(Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995)

## 5. Prevence a ochrana dětí před syndromem CAN

Prevence týrání, sexuálního zneužívání a zanedbávání dětí by měla tvořit přirozený systém ochrany dětí ve společnosti. Základním východiskem účinné prevence je důsledné rozeznání individuálních i environmentálních rizikových činitelů a porozumění jejich vzájemné interakci při vzniku ubližování. Cílem prevence je předcházení vzniku traumatického zážitku dítěte se všemi jeho důsledky, zabránění opětovnému týrání dítěte, zabránění následkům jak psychickým, tak zdravotním a sociálním.

Prevenici syndromu CAN rozdělujeme na primární, sekundární a terciální. Jednotlivé typy se mezi sebou vzájemně překrývají a navzájem se kombinují. Mezi neúčinnější programy prevence patří programy zaměřené na rodinu, zvláště pak příprava na rodičovství (Vaničková, Hadj-Mousová, Provazníková, 1995; Pöethe, 1996; Pöethe 1999)

### 5.1. Primární prevence

Primární prevence je celospolečenský fenomén, spočívá především v kvalitní přípravě dětí pro rodičovství a manželství, které by mělo probíhat již od nejranějšího věku. Dále by primární prevence měla být zahrnuta v programech pro těhotné ženy a nastávající otce („školy rodičovství“). Je také úzce spjata s posilováním vztahu obou rodičů k dítěti ihned po jeho narození (např. účast otců při porodu). (Říčan, Krejčířová a kol., 1997)

Vaničková, Hadj-Mousová, Provazníková (1995) cílem primární prevence je snížit pravděpodobnosti výskytu a vzniku poškození.

Primární prevenci můžeme rozdělit na:

**specifickou** – je zaměřena proti rizikům, které vedou ke vzniku poškození (brání vzniku rizikových skupin obyvatelstva, rizikovým situacím),

**nespecifickou** – zaměřuje se na podporu zdravého vývoje dítěte a rodiny (vytváření podmínek pro zdravý vývoj, vytváření vzdělávacích a intervenčních programů). (Vaničková, Hadj-Mousová, Provazníková, 1995)

Zaměření a metody primární prevence jsou velmi rozmanité. Opatření, která jsou v rámci primární prevence syndromu CAN podnikána lze rozdělit do čtyř základních skupin:

### **Široká osvěta veřejnosti a obecná opatření ve prospěch rodin s dětmi**

Aktivita tohoto typu jsou zaměřené na působení společnosti tak, aby se dětem vytvářela příznivá společenská atmosféra. Podstatnou úlohu zde plní tisk, sdělovací prostředky, škola a všechny instituce, které se problematikou dětí zabývají. Radíme sem také zákony, vyhlášky, směrnice, které se dotýkají života dětí a jejich rodin. (Vaníčková, Hadj-Mousová, Provazníková, 1995)

### **Vzdělávání rodičů, pedagogů a vychovatelů dítěte**

V této části primární prevence je kladen důraz na rodičovskou odpovědnost a profesionální odpovědnost pedagogů. Je orientována na osvětu rodičů a pedagogů zaměřenou na informace o právech dítěte, o zabezpečování přiměřené péče odpovídající věku dítěte, a s tím související přiměřenosti požadavků kladených na užívání drog a alkoholu. Neměli bychom opomenout zvyšující se riziko výskytu některých závažných chorob o volbě vhodných výchovných metod podle schopností a vlastností dítěte. (Vaníčková, Hadj-Mousová, Provazníková, 1995)

### **Pregraduální výchova pedagogů a lékařů**

Při přípravě budoucích lékařů a pedagogů je potřeba zabezpečit výuku, jež se bude týkat ochrany zdraví, podpory zdraví a zdravého vývoje dětí a mládeže. Výuka by měla pokrýt znalosti obecných vývojových zákonitostí, věkových zvláštností a kritická vývojová období dětí a mládeže. Jak lékař, tak i učitel musí zvládnout poznatky o psychické, fyzické, sociální a emoční zátěži ve vzájemné interakci s životním a pracovním prostředím dítěte. Musí znát rizika poškození zdraví a zdravého vývoje, jež vyplývá z nepřiměřené zátěže organismu. (Vaníčková, Hadj-Mousová, Provazníková, 1995)

### **Výchova dětí a mládeže**

V této kategorii by se působení mělo zaměřit především na program sexuální výchovy k rodičovství. Děti by měli být informovány o možných rizicích poškození svého zdraví i o způsobech, jak těmto nebezpečím předcházet. Dále je třeba vytvářet zajímavé volnočasové programy a měnit tak jejich pasivní přístup k zábavě na využívání jejich tvůrčí aktivity. (Vaníčková, Hadj-Mousová, Provazníková, 1995)

## 5.2. Sekundární prevence

*„Sekundární prevence má za cíl vyhledávat rizikové skupiny obyvatelstva (rizikové dospělé a rizikové děti) a rizikové životní situace z hlediska syndromu CAN. Okolnosti, které ovlivňují riziko poškození dítěte, vycházejí z dítěte samého.“*(Vaníčková, Hadj-Mousová, Provazníková, 1995, s. 49)

Cílem je programové působení na tyto skupiny lidí a na tyto situace tak, aby se riziko vzniku syndromu CAN snížilo na minimum.

Tento typ prevence se snaží o posílení pozitivních faktorů a zlepšení životních podmínek u skupin zvláště ohrožených (chudinské čtvrti velkoměst).(Langmeier, Krejčířová, 1998)

Mezi rizikové skupiny patří především dysfunkční a afunkční rodiny dále sem patří děti postižené, nedonošené či jinak zdravotně ohrožené.(Dunovský a kol., 1999)

## 5.3. Terciální prevence

O terciální prevenci hovoříme v době kdy k násilí nebo k jinému ublížení dítěti, již došlo.(Vaníčková, Hdj-Mousová, provazníková, 1995)

Hanušová (2006) terciální prevencí rozumíme takové chování pedagoga, lékaře, rodiče, kdy reaguje na situaci, v níž došlo k týrání nebo zneužívání dítěte. Následně zamezuje jeho dalšímu týrání. Smyslem terciální prevence je zamezení dalšího násilí či zneužívání na dítěti.

Terciální prevence vyplývá s vlastní terapie a rehabilitace postižených dětí CAN.

Cílem je zabránit dalšímu zhoršování jejich situace a pomoci jim najít co nej přijatelnější řešení.(Dunovský a kol., 1999)

Do terapie a rehabilitace můžeme zahrnout i rodinu, pokud je to z hlediska zájmu dítěte možné, dále školu a další odborníky. Měli bychom vycházet z interdisciplinární spolupráce.(Hanušová, 2006)

Je třeba zajistit, aby poškození, k němuž došlo, bylo ve svých důsledcích omezeno na minimum. V zájmu dítěte je zahájen diagnostický proces, který má vyústit v prognózu případu. Z této prognózy dále plyne návrh na pomocná, ochranná, terapeutická a další opatření ve prospěch dítěte.



Po zachycení případu syndromu CAN a po jeho zhodnocení na základě získaných materiálů a vlastních diagnostických šetřeních je třeba rozhodnout zda

- dítě i nadále zůstane v rodině,
- dítě nezůstane ve své rodině a bude se hledat jiné optimální řešení jeho životní situace.(Vaníčková, Hjd-Mousová, provazníková, 1995)

Mezi jedince, kterým je terciální prevence poskytována řadíme například prepubertální a pubertální dívky, sexuálně zneužívané v rodině, kdy se podařilo prokázat vinu obviněného (nedostatek důkazů, vynucené odvolání obvinění).(Dunovský a kol., 1999)

## 6. Mravní vývoj dítěte

Svár dobra a zla je zde, již od prvopočátku dějin člověka a bude přítomen do konce „lidských“ dnů. Zásadním problémem morálky je otázka, co je dobré a co špatné. Odlišná historická zkušenost, odlišná kritéria a snaha nalézt nejvyšší morální hodnoty vedly k různorodému výkladu pojmu dobra a zla.(Vacek, 2000)

Jedním z nejstarších přístupů k svědomí je jeho chápání, jako „dar božského principu“ v jedinci. Slovo morálka je odvozeno z latinského slova „mos“, které označovalo vůli bohů nebo panovníků.(Šulová, 2004)

Mravné činy jsou v souladu s příkazy bohů či panovníků. Později je mravné to, co je v souladu s pravidly celku. Je to schopnost člověka rozpoznat dobro od zla.

*„Dobro bylo hledáno v řádu kognitivním (dobro je vědění), v řádu eudaimonistickém (dobro je blaženost), v řádu hédonistickém (dobro je rozkoš), v řádu utilitárním (dobro je užitek), v řádu sociálním (dobro je láska k bližnímu), v řádu estetickém (dobro je harmonie) atd.“* (Kučerová, 1990 in Vacek, 2000, s. 5)

Raná interakce dítěte s rodiči tvoří nejpodstatnější stavební kámen pro vývoj svědomí, chápání morálně etických principů, jejich přijetí a integraci do vlastních životních postojů. Rodina formuje vztahy dítěte ke společnosti i k sobě samému. Umožňuje dítěti identifikovat se s normami, přijmout pravidla a časem formovat vlastní postoj k normám a hodnotám tak kvalitně, aby byl schopen je předat další generaci.

Při uplatňování výchovných postupů se využívá úzkého citového pouta rodičů s dítětem. Užívají se odměny a tresty, což Z. Matějček často uvádí jako podstatný znak výchovných úspěchů.(Šulová, 2004)

### 6.1. Lawrence Kohlberg

Kohlberg se zabýval psychologickými aspekty morálky. Zajímal se, na základě čeho pokládají lidé určité jednání za spravedlivé nebo nespravedlivé. Zkoumal vnímání morálních problémů a způsob jak je lidé řeší.(Vacek, 2000)

Na základě analýzy dětských reakcí na různá dilemata dospěl k názoru, že morální vývoj prochází neměnným sledem tří morálních úrovní. Usoudil, že každá tato úroveň se skládá ze dvou samostatných morálních stádií, z nichž každé zastupuje určitou metodu myšlení spíše než určitý typ morálního rozhodnutí. Kohlbergovy morální úrovně a stádia můžeme charakterizovat následovně.(Sheehy,2005)

### **Úroveň I: Předkonvenční morálka**

Na této úrovni se dítě přizpůsobuje pravidlům, která jsou uložena autoritou, aby se vyhnulo trestu nebo získalo osobní odměnu.

Stádium 1: Orientace na trest a poslušnost. Správnost či nesprávnost činu je dána jeho důsledky.

Stádium 2: Naivní hédonismus. Člověk v tomto stádiu morálního vývoje dodržuje pravidla, aby získal odměnu nebo dosáhl osobních cílů.

### **Úroveň II: Konvenční morálka**

Jedinec na této úrovni se snaží dodržovat pravidla a sociální normy, aby si zasloužil uznání a udržel sociální řád. Hmatatelné odměny a tresty v roli motivačních faktorů etického chování nahrazuje snaha být pochválen a vyhnout se odsouzení.

Stádium 3: Morálka „hodného“ dítěte. Morální je to chování, které dělá radost jiným, pomáhá jim, nebo které schvalují.

Stádium 4: Morálka udržování sociálního řádu. Dítě zvažuje perspektivu zobecněného jiného – vůli skupiny či společnosti, jak je vyjádřena v zákoně. „Správné“ je to co odpovídá pravidlům legitimní autority.

### **Úroveň III: Postkonvenční (zásadová) morálka**

Na této úrovni se dobré a špatné definuje z hlediska obecných zásad spravedlnosti, které by mohly být v rozporu s psaným zákonem nebo nařízením autority.

Stádium 5: Morálka smlouvy, individuálních práv a demokraticky přijatého zákona. V tomto stádiu, stádiu společenské smlouvy, si člověk uvědomuje, že smyslem spravedlivých zákonů je vyjadřovat vůli většiny a podporovat lidské hodnoty. Zákony, které tyto cíle splňují a jsou uplatňovány nestranně, se chápou jako sociální smlouvy, které má člověk za povinnost dodržet, kdežto vynucené zákony, které ohrožují lidská práva či důstojnost, se pokládají za nespravedlivé a je třeba je zpochybnit.

Stádium 6: Morálka individuálních zásad svědomí. V tomto „nejvyšším“ morálním stádiu definuje člověk správné a špatné na základě etických principů svého svědomí, které si sám zvolil. Tyto principy jsou abstraktními morálními vodítky a odrážejí univerzální spravedlnost transcendingující jakýkoli zákon či společenskou smlouvu, které by mohly být v rozporu. (Sheehy, 2005, s. 122-123)

Kohlberg se domnívá, že základem rozvoje morálního uvažování je kognitivní vývoj spolu s odpovídajícími sociálními zkušenostmi. (Sheehy, 2005)

## **6.2. Faktory podmiňující proces morálního vývoje**

Muszynski rozděluje faktory podmiňující morální rozvoj na vnitřní a vnější. Mezi vnitřní proměnné patří intelektuální schopnosti, vzdělanostní úroveň, emocionalita, sociální zkušenosti, postoje a volní charakteristiky. K vnějším činitelům řadí morální standard sociokulturního prostředí, respektované hodnoty, sociální vzory morálního chování, obsah a metody výchovy. (Muszynski, 1983 in Vacek, 2000)

## **6.3. Analýza procesu mravního vývoje**

Některé studie rozlišují mezi kognitivní a emoční složkou morálního vývoje. V tomto vývojovém procesu jsou bezpochyby zastoupeny v různé míře obě složky a při analýze konkrétního mravního jednání jsou obtížně odlišitelné. Podle Bulla morální postoje a rozhodnutí musí být zdůvodněny, má-li být morálka něčím víc než “heteronomní poslušností otoka“ nebo sociální konformitou závislou na odměně a trestu. (Bull, 1973 in Vacek, 2000)

Výpovědi dětí reagujících na morální situace, jsou výjimečně jen kognitivní. Jsou téměř vždy více či méně “nasyčené“ emocí. Nedostatečné mravní cítění amorálních jednotlivců znemožňuje vybudovat (si) vnitřní kontrolu. Pocity strachu, viny, hlas svědomí – to vše je možno vnímat jako podstatné emocionální momenty morálního vývoje. (Bull, 1973 in Vacek, 200)

## 7. Legislativa

Ochrana rodiny a mládeže je zakotvena v mezinárodních dokumentech a úmluvách, kam řadíme Všeobecnou deklaraci lidských práv článek 16, dále Mezinárodní pakt o občanských a politických právech článek 23 a Evropské úmluvy o ochraně lidských práv a svobod článek 12. (Bůžek, 1996)

V právním řádu České republiky zakotvuje ochranu rodiny Listina základních práv a svobod, která je podle článku 3 Ústavy součástí ústavního pořádku České republiky. Velmi důležitou smlouvou je Úmluva o právech dítěte přijatá Valným shromážděním OSN 20. 11. 1989, která byla ratifikována Československem v únoru 1991, v České republice je v platnosti od března 1993. Český překlad Úmluvy byl publikován ve Sbírce zákonů pod č. 104/1991 Sb.

V této smlouvě stojí, že povinností státu je ochránit dítě před všemi formami násilí. (Bůžek, 1996; Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995; Vaničková, Hadj-Moussová, Provazníková, 1995)

Ochranu dítěte v České republice nalezneme v novele zákona č. 234/92Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů, dále s touto problematikou souvisí 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. (Bůžek, 1996; Sláný, 2008)

Ochranou dětí před zneužíváním dětskou prací se zabývá Zákoník práce a zákon č. 435/2004 Sb., o nezaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů. V Trestním zákoně č. 65/1994 Sb. je zakotvena skutková podstata trestného činu týrání svěřené osoby § 215. Dále sem řadíme trestný čin znásilnění § 241, patří zde trestný čin pohlavního zneužívání § 242 (platí na jedince do dne svých 15. narozenin), trestný čin nepřekažení trestného činu § 167. Dalšími důležitými zákony jsou Zákon č. 94/1963 o rodině, ve znění pozdějších předpisů. (Bůžek, 1996; Sláný, 2008)

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 1. Stanovení cíle

Hlavním cílem praktické části mé bakalářské práce bylo zjistit, do jaké míry vnímají studenti vysokých škol problematiku syndromu CAN. Jejich informovanost a toleranci k tomuto jevu, který je ve společnosti aktuálním problémem.

## 2. Metodologie výzkumného šetření

V rámci praktické části jsem prováděla výzkumné šetření metodou kvantitativního výzkumu. Jako výzkumnou techniku jsem zvolila metodu dotazování pomocí nestandardizovaného dotazníku (viz příloha 1).

Dotazník je jedna z nejužívanějších metod pro získání dat v pedagogickém výzkumu. Jde o písemnou formu výzkumné metody, která se používá na hromadné zjišťování určitého jevu. Výhodou dotazníku je dosti rychlé a ekonomické shromáždění dat od velkého počtu respondentů.(Chrásková, 2007)

V úvodu dotazníku jsem uvedla jméno, stručnou charakteristiku, poděkování za spolupráci, informaci komu byl dotazník určen, pokyny pro vyplnění. Dotazník byl anonymní. Obsahoval celkem 15 otázek. Respondenti u otázek č. 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 a 15 vybírali pouze z dichotomických (dvě možnosti) položek odpovědi ANO nebo NE. Otázky 3 a 12 byly výběrové, respondenti měli na výběr ze 4 možných odpovědí. Otázka č. 4 byla polootevřená. První otázka byla identifikační, která byla zaměřena na pohlaví respondenta. Prostřednictvím následujících otázek jsem chtěla zjistit, jaká je informovanost studentů vysokých škol o problematice syndromu CAN.

## 2.1. Charakteristika zkoumaného vzorku

Prostřednictvím dotazníku jsem oslovila zkoumaný vzorek – studenty vysokých škol prezenčního studia, muže i ženy ve věku od 19 do 26 let. Dotazníky jsem rozdávala na Přírodovědecké a Pedagogické fakultě v Olomouci.

Při vyhodnocování dat jsem měla k dispozici výzkumný vzorek, který obsahoval celkem 100 respondentů. Záměrně jsem si dotazované roztřídila do dvou skupin, a to na skupinu 50 mužů a skupinu 50 žen za účelem přehlednější prezentace výsledků.

Spolupráci s respondenty hodnotím kladně, byli ochotní a vstřícní. Neměla jsem s oslovenými vůbec žádný problém. Téma mé bakalářské práce hodnotili jako zajímavé.

## 2.2. Formulované výzkumné předpoklady

1. Jaké procento studentů se setkalo s pojmem syndrom CAN?

*Předpokládám, že se s pojmem syndrom CAN setkalo více než 70%.*

2. Jaká je celková informovanost o problematice syndromu CAN?

*Předpokládám, že celková informovanost o problematice syndromu CAN je 60%.*

3. Které pohlaví je tolerantnější k fyzickým trestům?

*Předpokládám, že tolerantnější k fyzickým trestům budou spíše muži než ženy.*

4. U kolika procent studentů používali rodiče při jejich výchově fyzické tresty?

*Předpokládám, že fyzické tresty používali rodiče u 70% oslovených respondentů.*

5. Jaký bude nejčastěji používaný fyzický trest u oslovených respondentů?

*Předpokládám, že nejčastěji používaným fyzickým trestem bude pohlavek.*

6. Jaké procento studentů by používalo při výchově svých dětí fyzické tresty?

*Předpokládám, že při výchově svých dětí by fyzické tresty používalo 60% oslovených.*

7. Kolik procent studentů by podpořilo návrh zákona o zákazu tělesných trestů ministryně pro menšiny a lidská práva Džamily Stehlíkové?

***Předpokládám, že návrh zákona o zákazu tělesných trestů ministryně pro menšiny a lidská práva Džamily Stehlíkové by podpořilo více než 50% studentů.***



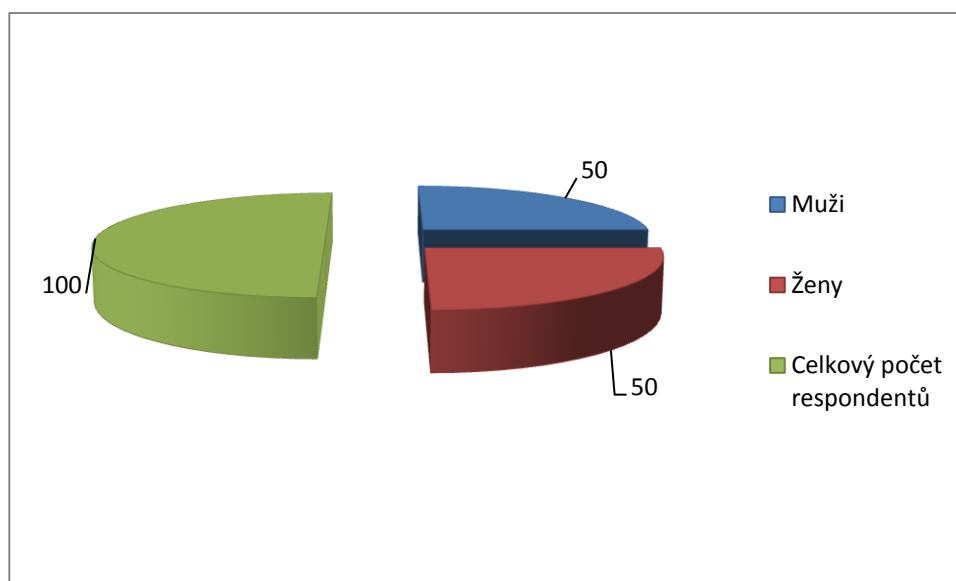
### 3. Výsledky a vyhodnocení získaných dat

#### Otázka č. 1 – Jaké je vaše pohlaví?

První položkou dotazníku byla otázka identifikační orientována na pohlaví respondenta. K vyhodnocování výsledků mi sloužil vzorek 50 respondentů mužského a 50 respondentů ženského pohlaví.

**Tabulka 1** Pohlaví respondentů

<b>Muži</b>	50 (50%)
<b>Ženy</b>	50 (50%)
<b>Celkový počet respondentů</b>	100 (100%)

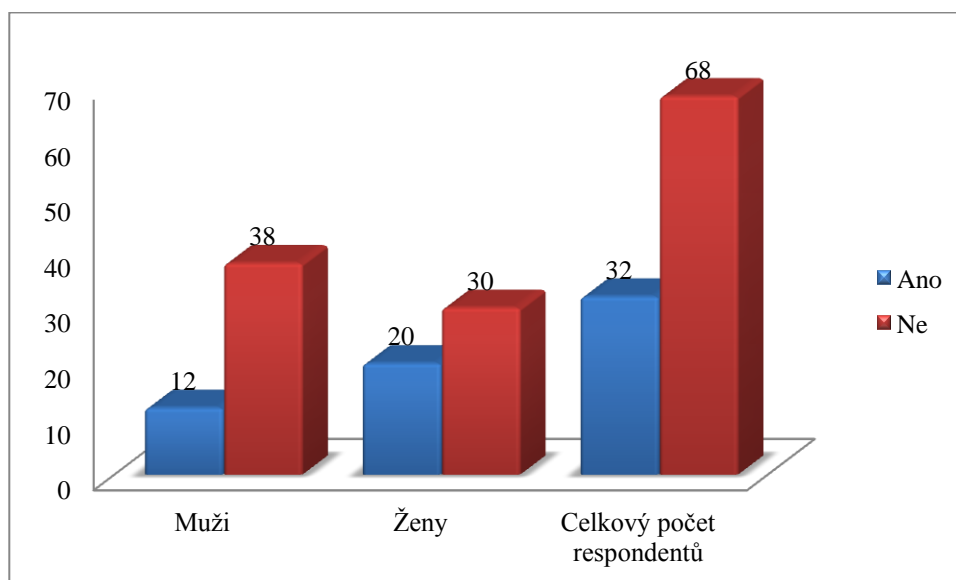


**Graf 1** Pohlaví respondentů

**Otázka č. 2 – Setkali jste se někdy s pojmem syndrom CAN (syndrom týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte)?**

**Tabulka 2** Počet respondentů, kteří se setkali s pojmem syndrom CAN

	Ano	Ne
<b>Muži</b>	12 (37, 5%)	38 (55, 88%)
<b>Ženy</b>	20 (62, 5%)	30 (44, 12%)
<b>Celkový počet respondentů</b>	32 (32%)	68 (68%)



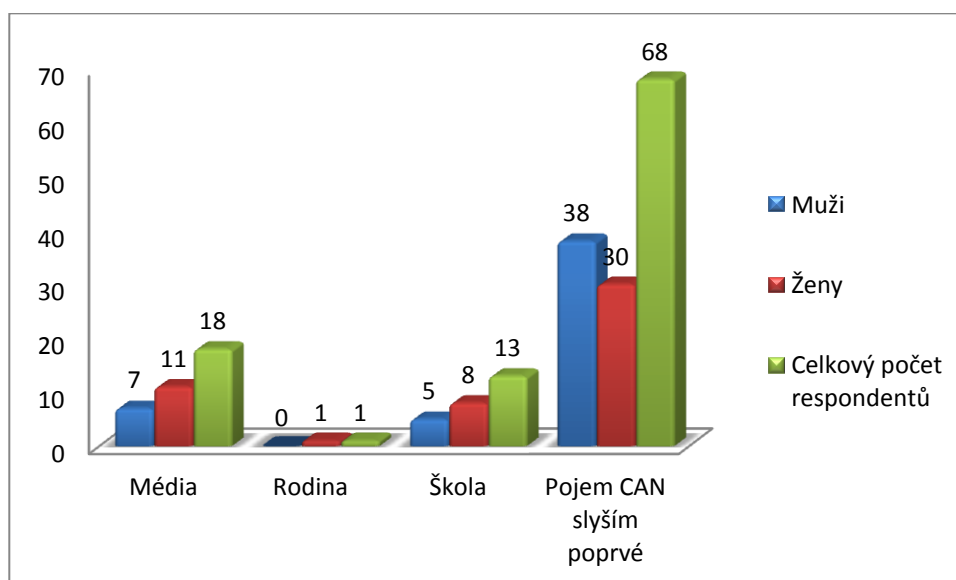
**Graf 2** Počet respondentů, kteří se setkali s pojmem syndrom CAN

Z celkového počtu dotazovaných se pouhých 32 respondentů setkalo s pojmem syndrom CAN (z toho 12 mužů a 20 žen), zbylých 68 respondentů (z toho 38 mužů a 30 žen) uvedlo, že pojem syndrom CAN nikdy neslyšeli.

### Otázka č. 3 Kde jste poprvé slyšely pojem syndrom CAN?

Tabulka 3 Kde poprvé respondenti slyšeli pojem syndrom CAN

	Média	Rodina	Škola	Pojem syndrom CAN slyším poprvé
<b>Muži</b>	7 (38,89%)	0 (0%)	5 (38,46%)	38 (55,88%)
<b>Ženy</b>	11(61,11%)	1 (100%)	8 (61,54%)	30 (44,12%)
<b>Celkový počet respondentů</b>	18 (18%)	1 (1%)	13 (13%)	68 (68%)



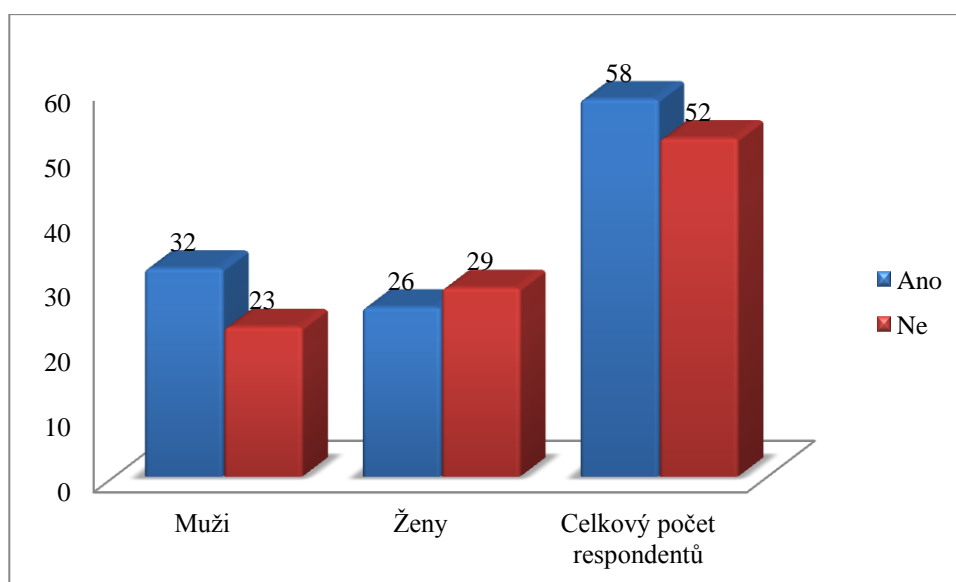
Graf 3 Kde poprvé respondenti slyšeli pojem syndrom CAN

Z celkového počtu dotazovaných slyšelo pojem syndrom CAN poprvé 68 respondentů (z toho 38 mužů a 30 žen). 7 respondentů uvedlo, že s pojmem syndrom CAN se setkali prostřednictvím médií (z toho 7 mužů a 11 žen), pouze 1 respondent uvedl rodinu (z toho 0 mužů a 1 žena) a 13 respondentů se s pojmem syndrom CAN setkalo ve škole (z toho 5 mužů a 8 žen).

#### Otázka č. 4 – Používali Vaši rodiče při výchově fyzické tresty?

**Tabulka 4** Používání tělesných trestů při výchově respondentů

	Ano	Ne
Muži	32 (55,17%)	23 (44,23%)
Ženy	26 (44,83%)	29 (55,77%)
Celkový počet respondentů	58 (58%)	52 (52%)



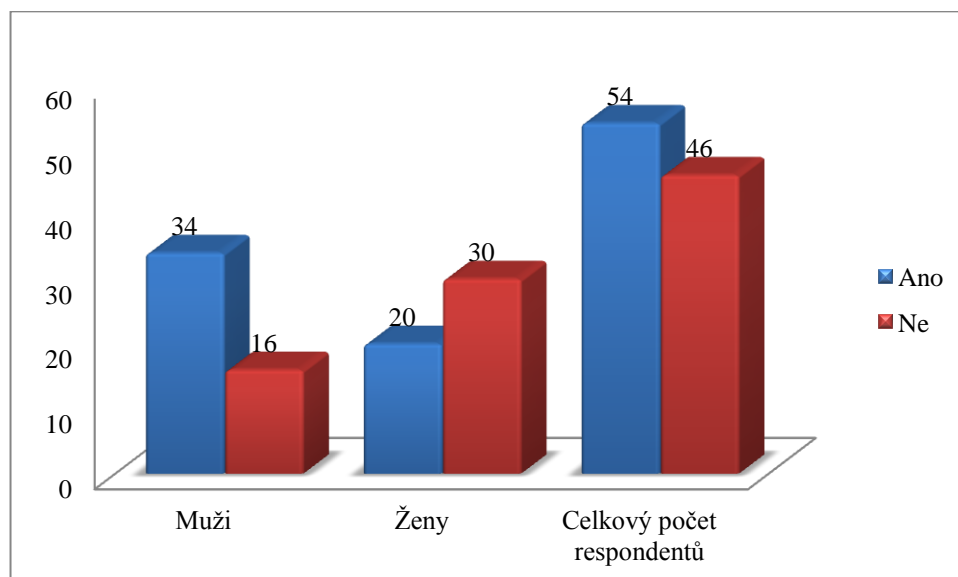
**Graf 4** Používání tělesných trestů při výchově respondentů

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, u kolika z oslovených respondentů používali rodiče při výchově tělesné tresty. 58 respondentů (z toho u 32 mužů a 26 žen) uvedlo, že jejich rodiče používali k výchově tělesné tresty. U 52 respondentů (z toho 23 mužů a 29 žen) rodiče nepoužívali při výchově tělesné tresty.

## Otázka č. 5 – Souhlasíte s používáním fyzických trestů při výchově dětí?

**Tabulka 5** Souhlas s používáním fyzických trestů při výchově dětí

	Ano	Ne
Muži	34 (62,96%)	16 (34,78%)
Ženy	20 (37,04%)	30 (65,22%)
Celkový počet respondentů	54 (54%)	46 (46%)



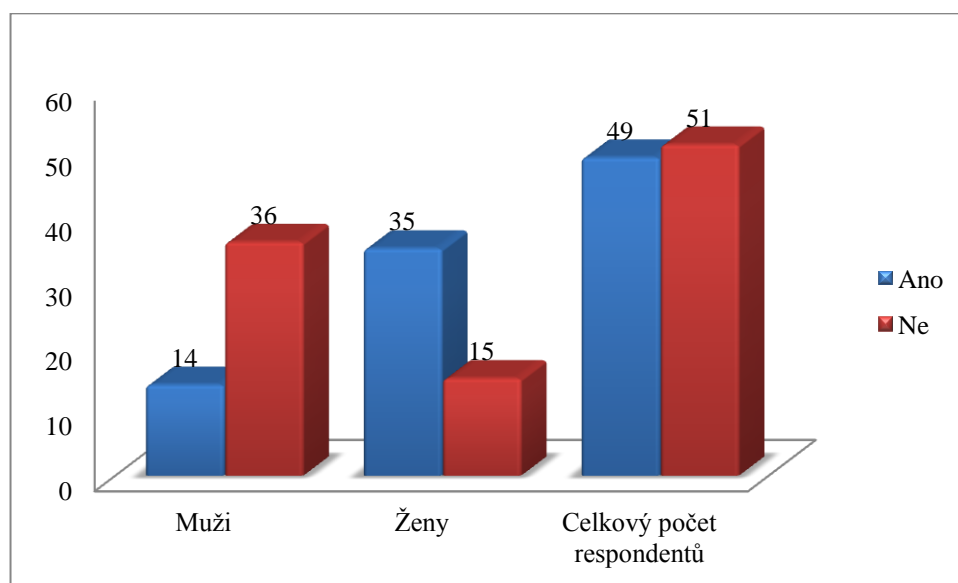
**Graf 5** Souhlas s používáním fyzických trestů při výchově dětí

Z celkového počtu dozovaných 54 respondentů (z toho 34 mužů a 20 žen) souhlasí s používáním tělesných trestů při výchově dětí. Dalších 46 (z toho 16 mužů a 30 žen) respondentů nesouhlasí s používáním tělesných trestů při výchově dětí.

**Otázka č. 6 - Domníváte se, že použití nástroje (lepačka, opasek, klepač, vařečka ...) je považováno za fyzické týrání?**

**Tabulka 6** Je použití nástroje za fyzickým týráním

	Ano	Ne
<b>Muži</b>	14 (28, 57%)	36 (70, 59%)
<b>Ženy</b>	35 (71, 43%)	15 (29, 41%)
<b>Celkový počet respondentů</b>	49 (49%)	51 (51%)



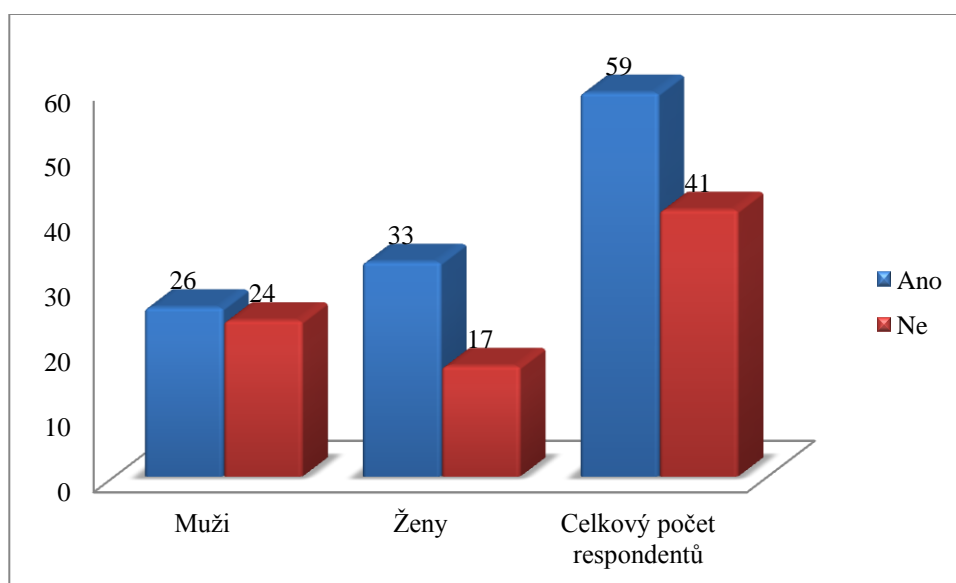
**Graf 6** Je použití nástroje za fyzickým týráním

Z celkového počtu dotazovaných 51 respondentů nepovažuje použití nástroje za fyzické týrání (z toho 36 mužů a 15 žen), zbylých 49 respondentů považuje použití nástroje za fyzické týrání (z toho 14 mužů a 35 žen).

**Otázka č. 7 V případě, že trest nezanechá stopy, domníváte se, že jde o fyzické týrání (stání s předpaženými rukama, klečení ...)?**

**Tabulka 7** Pokud trest nezanechá stopy na těle je to fyzické týrání

	Ano	Ne
<b>Muži</b>	26 (44, 07%)	24 (58, 54%)
<b>Ženy</b>	33 (55, 93%)	17 (41, 46%)
<b>Celkový počet respondentů</b>	59 (59%)	41 (41%)



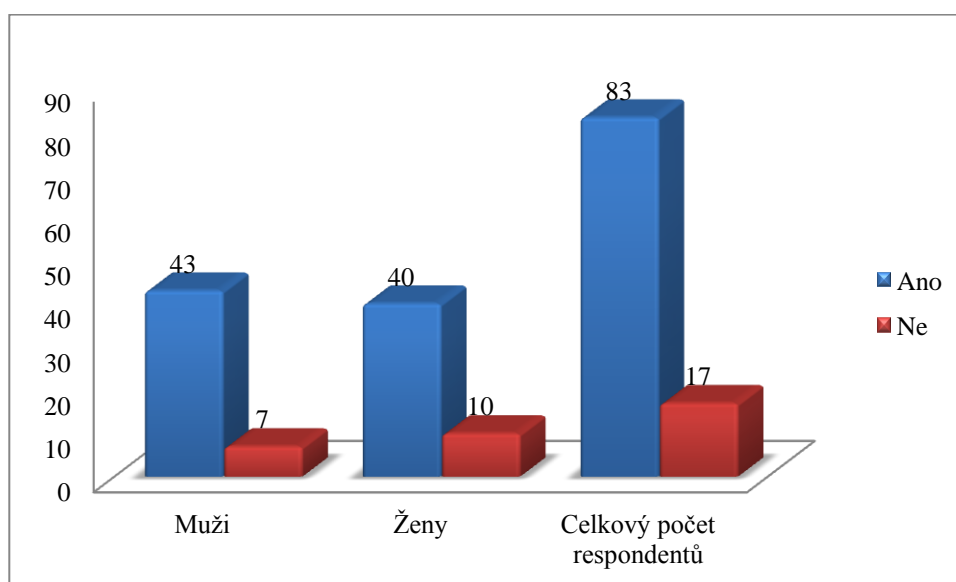
**Graf 7** Pokud trest nezanechá stopy na těle je to fyzické týrání

Pokud trest nezanechaná na těle oběti stopy, jedná i v tomto případě o fyzické týrání. 59 respondentů (z toho 26 mužů a 33 žen) se oprávněně domnívá, že jde o druh fyzického týrání. Naopak 41 respondentů (z toho 24 mužů a 17 žen) mylně uvedlo, že se nejedná o fyzické týrání.

**Otázka č. 8 – Používali byste při výchově svých dětí donucovací prostředky (plesknutí po zadečku, po rukách ...)?**

**Tabulka 8** Počty respondentů, kteří by při výchově svých dětí používali donucovací prostředky

	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
<b>Muži</b>	43 (51, 81%)	7 (41, 18%)
<b>Ženy</b>	40 (48, 19%)	10 (58, 82%)
<b>Celkový počet respondentů</b>	83 (83%)	17 (17%)



**Graf 8** Počet respondentů, kteří by při výchově svých dětí používali donucovací prostředky

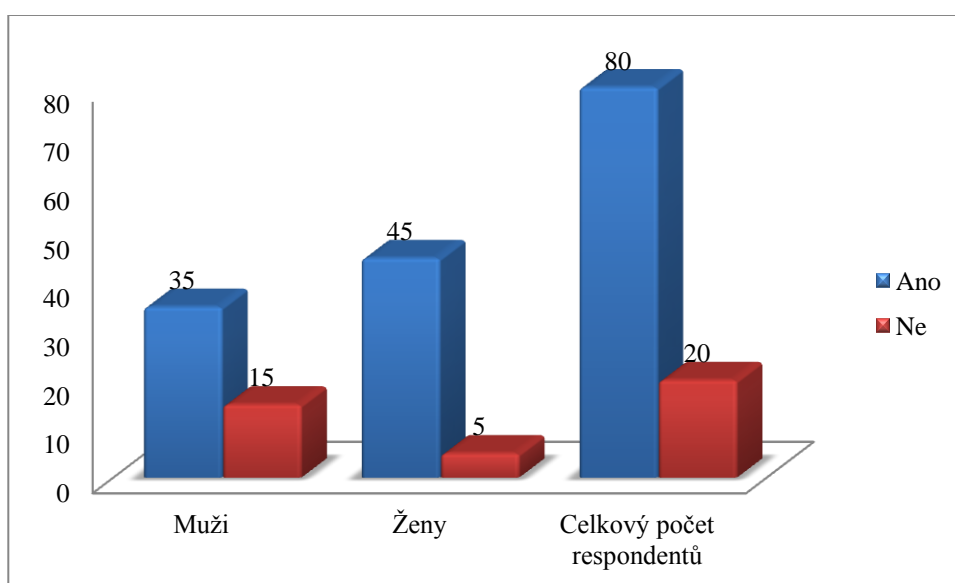
83 dotazovaných (z toho 43 mužů a 40 žen) označilo odpověď, že by při výchově svých dětí používalo donucovacích prostředků (plácnutí po zadečku, plácnutí po rukách). Dalších 17 respondentů (z toho 7 mužů a 10 žen) by při výchově svých dětí nepoužívali donucovacích prostředků.



**Otázka 9 – Myslíte si, že fyzické týrání je ošetřeno v legislativě České republiky?**

**Tabulka 9** Je fyzické týrání zakotveno v legislativě ČR

	Ano	Ne
<b>Muži</b>	35 (43,75%)	15 (75%)
<b>Ženy</b>	45 (56,25%)	5 (25%)
<b>Celkový počet respondentů</b>	80 (80%)	20 (20%)



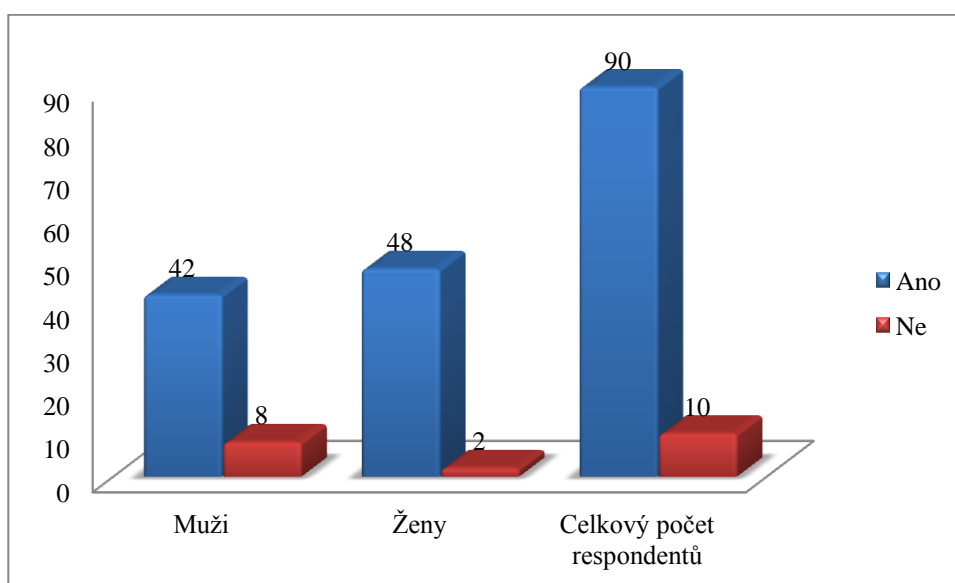
**Graf 9** Je fyzické týrání zakotveno v legislativě ČR

Podle 80 dotazovaných respondentů (z toho 35 mužů a 45 žen) je fyzické týrání zakotveno v legislativě ČR. Zbýlých 20 respondentů se domnívá, že fyzické týrání není zakotveno v legislativě ČR. Fyzické týrání je zakotveno v legislativě České republiky a to v trestním zákoně č. 65/ 1994 Sb., kde je zakotvena skutková podstata trestného činu týrání svěřené osoby § 215.

**Otázka č. 10 – Myslíte si, že lze podezření na syndrom CAN nahlásit také anonymně?**

**Tabulka 10** Lze podezření na syndrom CAN hlásit anonymně

	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
<b>Muži</b>	42 (46, 67%)	8 (80%)
<b>Ženy</b>	48 (53, 33%)	2 (20%)
<b>Celkový počet respondentů</b>	90 (90%)	10 (10%)



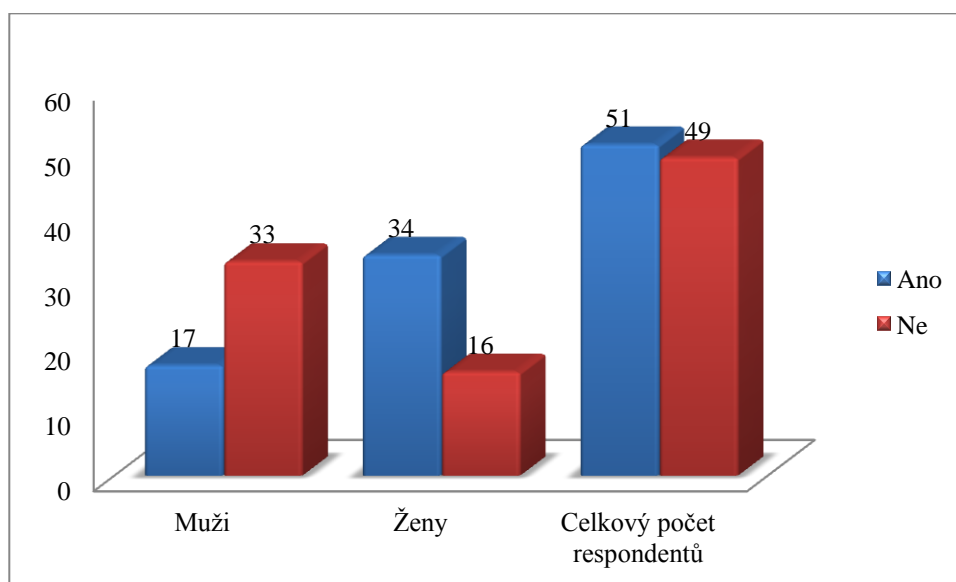
**Graf 10** Lze podezření na syndrom CAN hlásit anonymně

Z celkového počtu oslovených se 90 respondentů (z toho 42 mužů a 48 žen) domnívá, že podezření na syndrom CAN lze hlásit anonymně. Zbýlých 10 oslovených (z toho 8 mužů a 2 ženy) se domnívá, že nikoli.

**Otázka č 11 – Podpořili byste návrh zákona o zákazu tělesných trestů exministrně pro menšiny a lidská práva Džamily Stehlíkové?**

**Tabulka 11** Podpora návrhu zákona Džamily Stehlíkové

	Ano	Ne
<b>Muži</b>	17 (33, 33%)	33 (67, 35%)
<b>Ženy</b>	34 (66, 67%)	16 (32, 65%)
<b>Celkový počet respondentů</b>	51 (51%)	49 (49%)



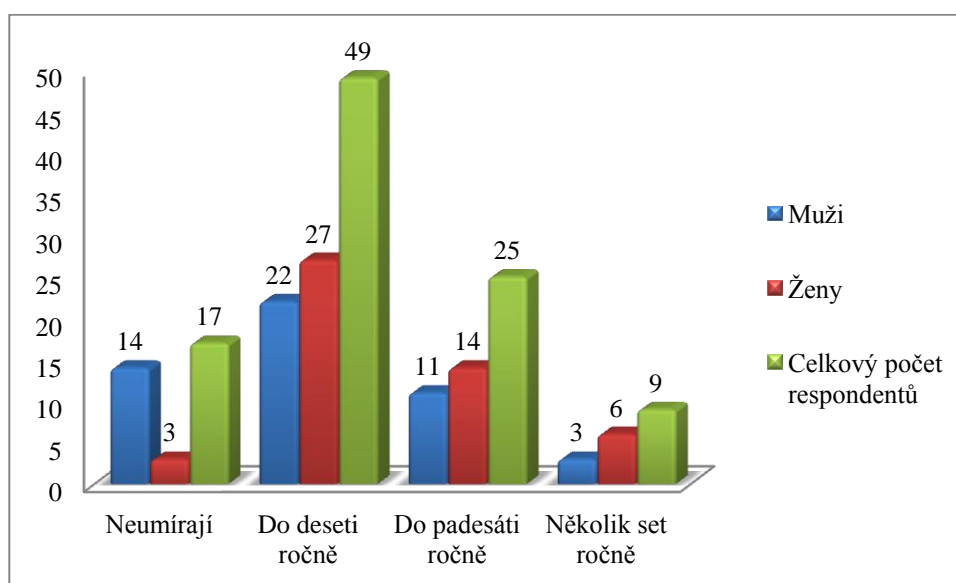
**Graf 11** Podpora návrhu zákona Džamily Stehlíkové

51 dotazovaných (17 mužů, 34 žen) by podpořilo návrh zákona o zákazu tělesných trestů ministryně pro menšiny a lidská práva Džamily Stehlíkové. 49 respondentů (z toho 33 mužů a 16 žen) bylo proti tomuto zákonu.

Otázka č. 12 – Domníváte se, že na následky fyzického týrání v České republice umírají děti?

Tabulka 12 Následky fyzického týrání

	Neumírají	Do deseti ročně	Do padesáti ročně	Několik set ročně
<b>Muži</b>	14 (82, 35%)	22 (44, 9%)	11 (44%)	3 (33, 33%)
<b>Ženy</b>	3 (17, 65%)	27 (55, 1%)	14 (56%)	6 (66, 67%)
<b>Celkový počet respondentů</b>	17 (17%)	49 (49%)	25 (25%)	9 (9%)



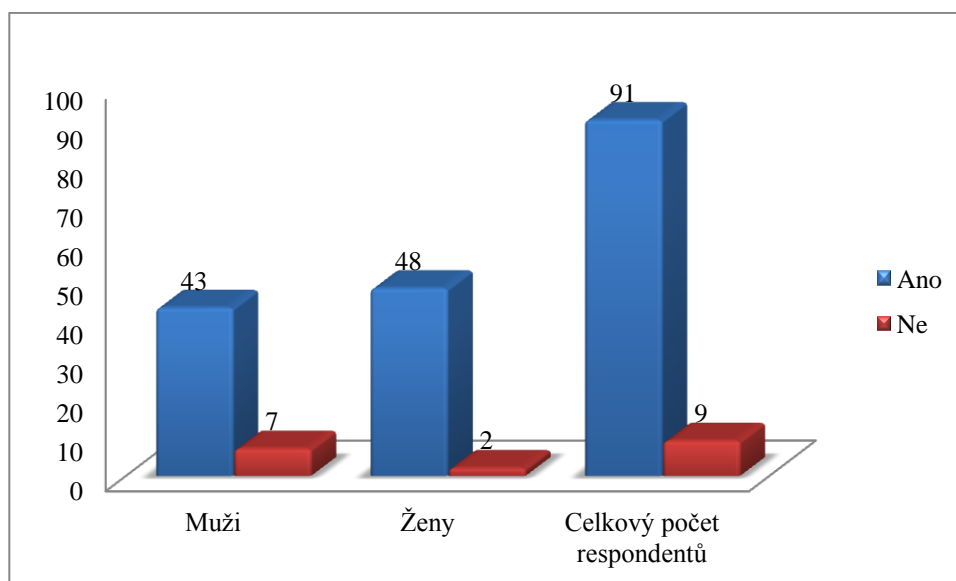
Graf 12 Následky fyzického týrání

K této otázce jsem nabídla respondentům možnosti Neumírají/ Do deseti ročně/ Do padesáti ročně/ Několik set ročně. Správnou odpovědí je, že na následky týrání, zneužívání a zanedbávání zemře **DO PADESÁTI DĚTÍ ROČNĚ**. Správnou odpověď tedy **DO PADASÁTI ROČNĚ** označilo 25 respondentů (z toho 11 mužů a 14 žen). Nejvíce dotazovaných se domnívá, že na následky syndromu CAN umírá **DO DESETI DĚTÍ ROČNĚ** – 49 (z toho 22 mužů a 27 žen). 17 respondentů (z toho 14 mužů a 3 žen) si myslí, že děti neumírají na následky syndromu CAN a zbylých 9 dotazovaných (z toho 3 muži a 6 žen) se domnívá, že na následky umírá **NĚKOLIK SET DĚTÍ ROČNĚ**. U této otázky nelze s jistotou říci, že respondenti, kteří zvolili správnou odpověď, si byli naprosto jistí, jelikož jsem do možných odpovědí nezahrnula možnost „nevím“. Proto výsledek otázky nelze pokládat za zcela uspokojující.

### Otázka č. 13 – Domníváte se, že fyzické týrání je zároveň i psychické týrání?

Tabulka 13 Je fyzické týrání zároveň psychickým týráním

	Ano	Ne
Muži	43 (47, 25%)	7 (77, 78%)
Ženy	48 (52, 75%)	2 (22, 22%)
Celkový počet respondentů	91 (91%)	9 (9%)



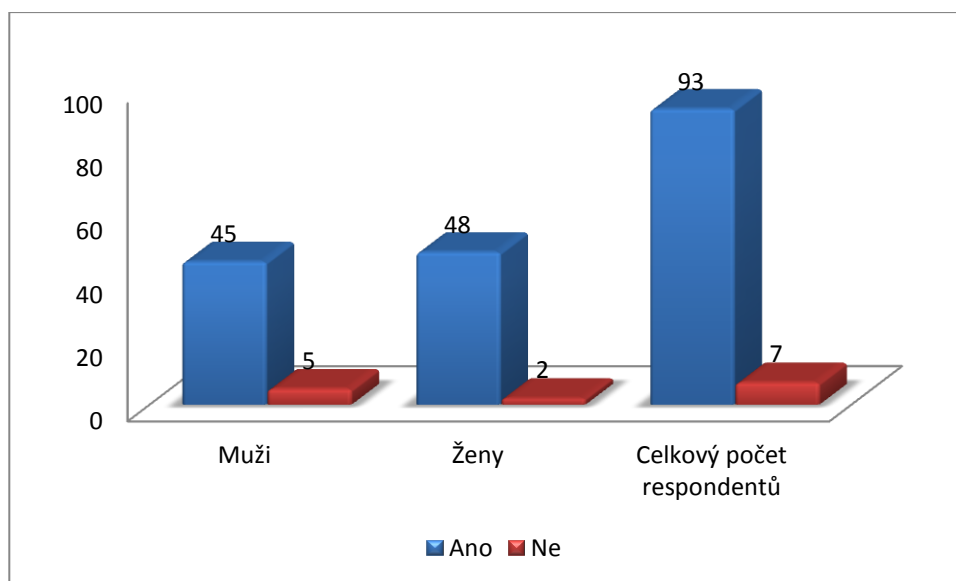
Graf 13 Je fyzické týrání zároveň psychickým týráním

K této otázce jsem respondentům nabídla odpovědi ano/ne. 91 dotazovaných (z toho 43 mužů a 48 žen) je toho názoru, že fyzické týrání je zároveň i psychické týrání. Podle 9 respondentů (z toho 7 mužů a 2 žen) není psychické týrání zároveň psychickým týráním.

**Otázka č. 14 – V případě, že je dítě týráno, domníváte se, že u něj dojde ke zpomalení mravního vývoje?**

**Tabulka 14** Dochází u týraného dítěte ke zpomalení mravního vývoje

	Ano	Ne
<b>Muži</b>	45 (48, 39%)	5 (71, 42%)
<b>Ženy</b>	48 (51, 61%)	2 (28, 58%)
<b>Celkový počet respondentů</b>	93 (93%)	7 (7%)



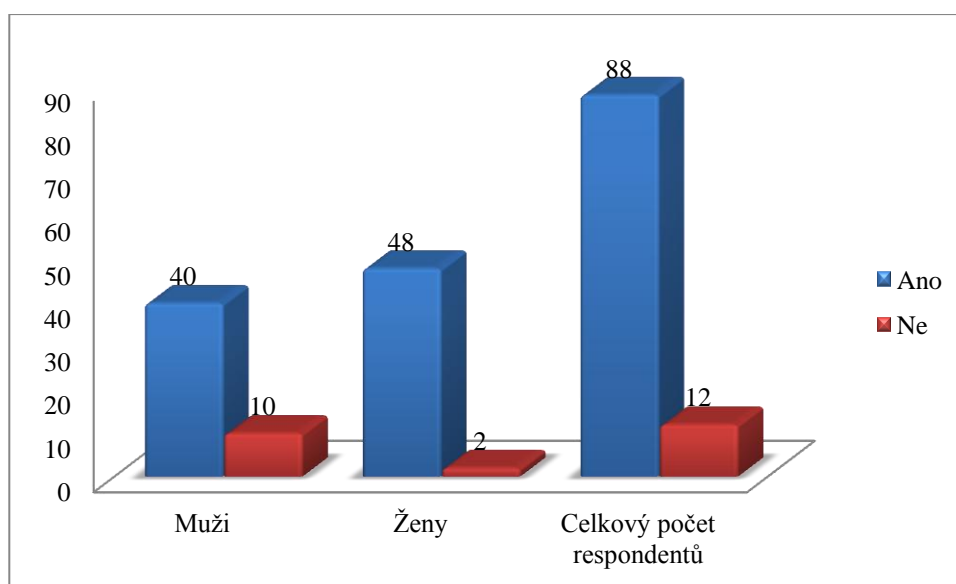
**Graf 14** Dochází u týraného dítěte ke zpomalení mravního vývoje

Ve většině případů týraných dětí dochází ke zpomalení jejich mravního vývoje. 93 respondentů (z toho 45 mužů a 48 žen) se oprávněně domnívá, že u týraného dítěte dochází ke zpomalení mravního vývoje. Zbýlých 7 (z toho 5 mužů a 2 ženy) oslovených si myslí, že u týraného dítěte nedochází ke zpomalení mravního vývoje.

**Otázka č. 15 – Myslíte si, že když rodič týrá dítě, dochází u něj (u rodiče) ke zvyšování agresivity?**

**Tabulka 15** Zvyšuje se agresivita rodiče, když týrá dítě

	Ano	Ne
<b>Muži</b>	40 (45, 45%)	10 (83, 33%)
<b>Ženy</b>	48 (54, 54%)	2 (16, 67%)
<b>Celkový počet respondentů</b>	88 (88%)	12 (12%)



**Graf 15** Zvyšuje se agresivita rodiče, když týrá dítě

88 respondentů (z toho 40 mužů a 48 žen) se domnívá, že se agresivita rodiče při týrání dítěte zvyšuje. Zbýlých 12 dotazovaných (z toho 10 mužů a 2 ženy) si myslí, že se agresivita rodiče nezvyšuje.

## 4. Diskuze

Výzkumného šetření s názvem „Syndrom CAN – fyzické týrání“ se zúčastnilo celkem 100 respondentů, z toho 50 bylo mužského pohlaví a 50 ženského pohlaví. V této části práce bych ráda konfrontovala získané výsledky s výzkumnými předpoklady, které jsem si stanovila na počátku mé práce.

*Výzkumný předpoklad č. 1: Předpokládám, že se s pojmem syndrom CAN setkalo více než 70%.*

Druhou otázkou v mém dotazníku byla „Setkali jste se někdy s pojmem syndrom CAN (syndrom týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte)?“ Zarážející pro mě bylo zjištění, že 68% oslovených se s pojmem syndrom CAN nesetkalo. Většina respondentů tento pojem nezná. Po vysvětlení českého názvu respondenti uvedli, že o problematice týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte slyšeli.

*Výzkumný předpoklad se nepotvrdil.*

*Výzkumný předpoklad č. 2: Předpokládám, že celková informovanost o problematice syndromu CAN je 60%.*

K druhému výzkumnému předpokladu se vztahovaly všechny otázky kromě č. 4, 5, 8, 11. Velmi nemile mě překvapil fakt, že informace o syndromu CAN jsou tak nedostupné. Pouze 18% respondentů uvedlo, že pojem slyšelo z médií. Dalších 13% zná problematiku ze školy a pouhé 1% oslovených bylo o problematice informováno v rodině. U otázek č. 7, 9, 10, 13, 14 a 15 respondenti prokázali více než 80% informovanost. U otázek č. 6 a 11 dotazovaní prokázali více než 50% informovanosti.

Respondenti prokázali více než dobré znalosti, proto se *výzkumný předpoklad se nepotvrdil.*

*Výzkumný předpoklad č. 3: Předpokládám, že tolerantnější k fyzickým trestům budou spíše muži než ženy.*

K tomuto výzkumnému předpokladu se vztahovaly otázky č. 5, 8, 11. S používáním fyzických trestů souhlasilo 34 mužů a 20 žen. 43 mužů a 40 žen uvedlo, že by při výchově svých dětí používalo donucovací prostředky.



Návrh zákona o zákazu tělesných trestů exministrně pro menšiny a lidská práva Džamily Stehlíkové by nepodpořilo 33 mužů a 16 žen.

Respondenti mužského pohlaví u výše uvedených otázek **potvrdili výzkumný předpoklad**, že jsou tolerantnější k fyzickým trestům než ženy.

*Výzkumný předpoklad č. 5: **Předpokládám, že fyzické tresty používali rodiče u 70% oslovených respondentů.***

K pátému výzkumnému předpokladu se vztahovala otázka č. 4. 58% oslovených uvedlo, že při jejich výchově rodiče používali tělesné tresty. Toto zjištění mě velmi překvapilo, čekala jsem vyšší číslo.

Otázkou zůstává, do jaké míry jsou odpovědi věrohodné a zda dotazovaní nechtěli, aby jejich rodiče vypadali, jako „tyrani“. Hovořím zde o jedné z nevýhod dotazníku, kdy mohou respondenti odpovídat neupřímně.

***Výzkumný předpoklad se nepotvrdil.***

*Výzkumný předpoklad č. 6: **Předpokládám, že nejčastěji používaným fyzickým trestem bude pohlavek.***

Výzkumný předpoklad se vázal opět k otázce č. 4. Tato položka dotazníku byla rozepisovací. Respondenti v případě, že jejich rodiče při výchově používali fyzické tresty, měli uvést jaké. 58% respondentů uvedlo, že při jejich výchově rodiče používali tělesné tresty. Nejčastěji uváděli jako fyzický trest facku. Mezi dalšími uváděnými fyzickými tresty byly bití opaskem, vařechou, lepačkou, rákoskou, klečení s přepaženými rukama se zátěží.

Jeden respondent mužského pohlaví uvedl, že když neuposlechl, dostal pohlavek, ale vždy věděl za co.

Respondentka uvedla, že byla opakovaně bita vařechou, kterou si sama musela nosit.

Jiná respondentka napsala do dotazníku, že byla bita elektrickým kabelem.

Jedna z respondentek uvedla krásnou věc, že její maminka ji bila, když si zasloužila, ale nikdy ji nezbila nástrojem. Napsala, že její maminka není zastáncem fyzických trestů, ale někdy to dítěti jinak nevysvětlíte než plácnutím. A řekla: „ Když jsem tě plácla, tak jedinež rukou, abych si i já uvědomila, že je to špatné a také mě to zabolelo.

Zarážejícím fyzickým trestem pro mě bylo bití lžící na boty a elektrickým kabelem.

***Výzkumný předpoklad se potvrdil.***

*Výzkumný předpoklad č. 7: Předpokládám, že při výchově svých dětí by fyzické tresty používalo 60% oslovených.*

K tomuto výzkumnému předpokladu se vztahovala otázka č. 8. 83% oslovených uvedlo, že by při výchově svých dětí používalo donucovací prostředky. U 58% používali rodiče fyzické tresty. Domnívala jsem se, že každý má zafixovaný vzorec chování z rodiny a bude se chovat tak, jak se jeho rodiče chovali k němu. Samotnou mě uvedené procento překvapilo, když uvážím u kolika respondentů, používali rodiče fyzické tresty.

Já osobně jsem se domnívala, že procento bude nižší. ***Stanovený výzkumný předpoklad se nepotvrdil.***

*Výzkumný předpoklad č. 8: Předpokládám, že návrh zákona o zákazu tělesných trestů exministrně pro menšiny a lidská práva Džamily Stehlíkové by podpořilo více než 50% studentů.*

Tuto hypotézu jsem konfrontovala s otázkou č. 11. 51% respondentů uvedlo, že by návrh zákona o zákazu tělesných trestů exministrně pro menšiny a lidská práva Džamily Stehlíkové podpořilo. Zbylých 49% respondentů uvedlo, že nikoli.

U dvou dotazníků byla poznámka, že „český národ není připraven na takové velké změny“.

Myslím si, že tento názor je oprávněný. Jak jsem již uvedla v teoretické části, fyzické tresty mají hluboké kořeny, které se dají jen těžko přetrhat. Je to smutné, ale mnoho lidí razí heslo „než kde jaké domlouvání, lepší je dobře mířená facka.“

***Výzkumný předpoklad se potvrdil.***

Domnívám se, že stanovený cíl se mi podařilo naplnit – tedy zjistit do jaké míry vnímají studenti vysokých škol problematiku syndromu CAN. Jejich informovanost a toleranci k tomuto jevu, který je ve společnosti aktuálním problémem.

Jsem si vědoma, že jsem pracovala s poměrně malým vzorkem studentů vysokých škol, nelze proto hovořit o vše vypovídajícím výzkumu.

Přesvědčila jsem se, že studenti vysokých škol jsou poměrně uspokojivě informováni, co se týká legislativy. V oblasti znalosti pojmu syndrom CAN jsem odhalila velké nedostatky, které by se u studentů vysokých škol objevovat neměly. Jsem si vědoma toho, že každý obor má svá specifika. Avšak syndrom CAN je aktuálním problémem, a proto by měli být informováni i studenti, kteří nestudují obor zaměřený na sociální sféru.

## ZÁVĚR

Tato bakalářská práce seznamuje čtenáře s problematikou týrání, zneužívání a zanedbávání dětí. Souhrnné označením pro tyto nepříznivé jevy je pojem syndrom CAN, který je v dnešní společnosti aktuální problematikou s fatálními následky pro vývoj dítěte. Jedná se o častý patologický jev současné společnosti.

Cílem práce bylo získat teoretické a praktické znalosti, na základě kterých jsem mohla přiblížit a vykreslit podoby tohoto nežádoucího jevu ve společnosti.

Bakalářská práce je složena z teoretické a praktické části.

Teoretickou část byla zpracovávána na základě shromážděných informací, které pocházely z odborné literatury a dalších zdrojů. Tato část byla zaměřena na vytvoření přehledu poznatků o syndromu CAN. V první kapitole jsem se věnovala postavení dítěte v historii společenství, vývoji pojmu „syndrom CAN“, rizikovým faktorům, které ovlivňují syndrom CAN. Dále pak jeho jednotlivým formám, prevenci a ochraně dětí před tímto patologickým jevem, mravnímu vývoji dítěte a konečně legislativě upravující násilí na dětech.

Domnívám se, že cíl mé bakalářské práce se mi podařilo naplnit. Uvědomuji si však, že se jedná o velmi rozsáhlou problematiku. K její úplnosti nestačí jen několik knih.

V praktické části práce bylo cílem zjistit povědomí studentů vysokých škol o syndromu CAN. Prostřednictvím anonymních dotazníků jsem oslovila studenty vysokých škol ve věku od 19 do 26 let. Následovalo vyhodnocení dotazníků. Vyhodnocená data jsem zaznamenala do tabulek a grafů. Na závěr empirické části jsem vyhodnocená data konfrontovala s předem stanovenými výzkumnými předpoklady.

Zveřejněním výsledků výzkumného šetření bych ráda přispěla k prevenci syndromu CAN. Účelná a smysluplná prevence může pomoci k odvrácení či odstranění násilí, které je páčáno na dětech.

Násilí na dětech zaznamenáváme od počátku našeho společenství. Zcela jistě nikdy nedojde k jeho úplnému zamezení. Měli bychom dělat všechno pro to, aby bylo co nejvíce eliminováno.

## SEZNAM LITERATURY

- 1) BECHYŇOVÁ, Věra (2007). *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*. Praha: IREAS.
- 2) BŮŽEK, Antonín (1996). *Ochrana dítěte před sociálně patologickými jevy. Díl 1., Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Olomouc: Pedagogická fakulta Univerzity Palackého, Středisko celoživotního vzdělávání.
- 3) DUNOVSKÝ, Jiří, DYTRYCH, Zdeněk, MATĚJČEK, Zdeněk (1995). *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada.
- 4) DUNOVSKÝ, Jiří (1999). *Sociální pediatrie*. Praha: Grada.
- 5) GJURIČOVÁ, Šárka, KOCOURKOVÁ, Jana a KOUTEK, Jiří (2000). *Podoby násilí v rodině*. Praha: Vyšehrad.
- 6) HANUŠOVÁ, Jaroslava (2006). *Násilí na dětech - syndrom CAN*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí.
- 7) HAŠKOVCOVÁ, Helena (2004). *Manuálek o násilí*. V Brně: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
- 8) CHRÁSKA, Miroslav (2007). *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada.
- 9) PÖTHE, Petr (1996). *Dítě v ohrožení*. Praha: G plus G.
- 10) PÖTHE, Petr (1999). *Dítě v ohrožení*. Praha: G plus G.
- 11) LANGMEIER, Josef a KREJČÍŘOVÁ, Dana (1998). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing.

- 12) MATĚJČEK, Zdeněk (1999). *Náhradní rodinná péče*. Praha: Portál.
- 13) NÁSILÍ V RODINĚ A JEHO DŮSLEDKY a NOVOTNÁ, Věra, ed. *Násilí v rodině a jeho důsledky: sborník vybraných přednášek z 9. konference Společnosti sociálních pracovníků*. Vyd. 1. Praha: JAN, 1999. 95 s. ISBN 80-85529-56-4.
- 14) ELLIOTT, Michele (1997). *Jak ochránit své dítě*. Praha: Portál.
- 15) SHEEHY, Noel (2005). *Encyklopedie nejvýznamnějších psychologů*. Brno: Barrister & Principal.
- 16) SEDLÁKOVÁ, Gabriela a kol (2010). *Vybrané ošetrovatelské modely a týrané dítě*. Praha: Triton.
- 17) SLANÝ, Jaroslav (2008). *Syndrom CAN: (syndrom týraného dítěte)*. V Ostravě: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta.
- 18) ŠULOVÁ, Lenka (2004). *Raný psychický vývoj dítěte*. Praha: Karolinum.
- 19) ŘÍČAN, Pavel a KREJČÍŘOVÁ, Dana (1997). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada.
- 20) VANÍČKOVÁ, Eva (2004). *Tělesné tresty dětí: definice, popis, následky*. Praha: Grada Publishing.
- 21) VACEK, Pavel (2000). *Morální vývoj v psychologických a pedagogických souvislostech*. Hradec Králové: Gaudeamus.
- 22) VANÍČKOVÁ, Eva, HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana a PROVAZNÍKOVÁ, Hana (1995). *Násilí v rodině: syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte*. Praha: Karolinum.

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1 – Dotazník pro respondenty

## **Příloha č. 1**

Dobrý den,

jmenuji se Klára Nezhybová. Studuji 3. ročník oboru Sociální práce se zaměřením na vzdělávání na Univerzitě Palackého v Olomouci.

Tímto bych vás chtěla požádat o vyplnění následujícího dotazníku. Tento dotazník je součástí mé bakalářské práce na téma „*Syndrom CAN- fyzické týrání*“ a má sloužit k mému výzkumu v praktické části práce. Dotazník je anonymní. Získané informace budou použity pouze pro účely mé bakalářské práce.

Dotazník je určen studentům vysokých škol prezenčního studia.

**Pokyny pro vyplnění:** Odpovědi, se kterými se shodujete, prosím, tučně zvýrazněte.

Předem vám moc děkuji za vyplnění dotazníku a za váš čas.

Klára Nezhybová

### **1. Vaše pohlaví**

- Žena
- Muž

### **2. Setkali jste se někdy s pojmem syndrom CAN (syndrom týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte)?**

- Ano
- Ne

### **3. Kde jste poprvé slyšely pojem Syndrom CAN?**

- Média
- Rodina
- Škola
- Pojmem syndrom CAN slyším poprvé

**4. Používali Vaši rodiče fyzické tresty?**

Ano – prosím uveďte jaké:

.....  
.....  
.....  
.....

Ne

**5. Souhlasíte s požíváním fyzických trestů při výchově dětí?**

Ano

Ne

**6. Domníváte se, že použití nástroje (lepačka, opasek, klepač, vařecha ...) je považováno za fyzické týrání?**

Ano

Ne

**7. V případě, že trest nezanechá stopy, domníváte se, že jde o fyzické týrání (stání s předpaženými rukama, klečení ...)?**

Ano

Ne

**8. Používali byste při výchově svých dětí donucovací prostředky (plesknutí po zadečku, po rukách ...)?**

Ano

Ne

**9. Myslíte si, že fyzické týrání je ošetřeno v legislativě České republiky?**

Ano

Ne



**10. Myslíte si, že lze podezření na syndrom CAN nahlásit také anonymně?**

- Ano
- Ne

**11. Podpořili byste návrh zákona o zákazu tělesných trestů exministrně pro menšiny a lidská práva Džamily Stehlikové?**

- Ano
- Ne

**12. Domníváte se, že na následky fyzického týrání v České republice umírají děti?**

- Neumírají
- Do deseti dětí ročně
- Do padesáti dětí ročně
- Několik set dětí ročně

**13. Domníváte se, že fyzické týrání je zároveň i psychické týrání?**

- Ano
- Ne

**14. V případě, že je dítě týráno, domníváte se, že u něj dojde ke zpomalení mravního vývoje?**

- Ano
- Ne

**15. Myslíte si, že když rodič týrá dítě, dochází u něj (u rodiče) ke zvyšování agresivity?**

- Ano
- Ne

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Klára Nezhybová
<b>Katedra:</b>	Psychologie a patopsychologie
<b>Vedoucí práce:</b>	PhDr. Kamila Holásková, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2013

<b>Název práce:</b>	Syndrom CAN – fyzické týrání
<b>Název práce v angličtině:</b>	Syndrome CAN – physical abuse
<b>Anotace práce:</b>	<p>Teoretická část se zabývá problematikou týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí. Pojednává o rizikových faktorech, jednotlivých formách syndromu CAN, o prevenci, mravním vývoji dítěte a legislativě. Praktická část obsahuje výzkumné šetření, které se týká informovanosti studentů vysokých škol o problematice syndromu CAN.</p>
<b>Klíčová slova:</b>	týrání, zanedbávání, zneužívání, prevence, mravní vývoj, legislativa
<b>Anotace v angličtině:</b>	<p>Theoretical part deals with problems of child abuse and neglect syndrome. It discusses risk factors, various forms of CAN syndrome, prevention, moral development of the child and legislation. Practical part contains research relates to university students awareness about CAN syndrome issue.</p>
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	maltreatment, neglect, abuse, prevention, moral development, legislation
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Příloha č. 1: Dotazník
<b>Rozsah práce:</b>	70 s. (bez příloh)
<b>Jazyk práce:</b>	Čeština