

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie a patopsychologie

Bakalářská práce

Markéta Schrammová

Syndrom CAN – Informovanost učitelek mateřských škol

Olomouc 2013

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

Prohlášení autora

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

V Olomouci dne 1. 4. 2013

.....

Poděkování

Děkuji PhDr. Kamile Holáskové, Ph.D. za odborné vedení a poskytování rad k bakalářské práci. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat také své rodině za podporu a toleranci, kterou mi projevíli po celou dobu mého studia a během psaní mé bakalářské práce.

OBSAH

Úvod	5
1 SYNDROM CAN.....	6
1.1 Definice pojmu	6
2 DRUHY SYNDROMU CAN.....	7
2.1 Fyzické týrání	7
2.2 Psychické týrání.....	9
2.3 Sexuální zneužívání.....	10
2.4 Zanedbávání.....	13
2.5 Šikana	14
2.6 Zvláštní formy CAN.....	16
2.6.1 Organizované zneužívání dětí	16
2.6.2 Systémové týrání	17
2.6.3 Münchhausenův syndrom (v zastoupení) by proxy.....	17
3 DŮSLEDKY.....	19
3.1 Psychická deprivace	19
3.2 Posttraumatická stresová porucha	21
4 PREVENCE	23
4.1 Primární prevence.....	23
4.2 Sekundární prevence.....	25
4.3 Terciální prevence	26
5 PRAKTICKÁ ČÁST	27
5.1 Stanovení cílů a výzkumných otázek	27
5.2 Popis metody a vzorku	28
5.3 Vlastní výzkum.....	28
5.3.1 Výsledky a vyhodnocení otázek	29
5.4 Diskuze	52
Závěr.....	58
Seznam použité literatury	59
Seznam příloh.....	61
Anotace	

Úvod

Děti jsou smyslem života. To je věta, kterou jsem už za svůj život slyšela několikrát a také s tímto výrokem souhlasím, i když děti ještě nemám. Myslím si, že děti jsou to nejcennější, co rodiče mají a proto by o ně měli také adekvátně pečovat a vytvořit jim kolem sebe příjemné prostředí ve kterém se budou cítit dobře a kde bude možný předpoklad pro jejich zdravý psychický i fyzický vývoj. Bohužel jsou mezi námi lidé, kteří tento názor nesdílí. Důkazem je v současné době přibližně 1% týraných zneužívaných a zanedbávaných dětí.

O týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětech – neboli o syndromu CAN – se z mého pohledu začalo více mluvit až v posledních letech, kdy média zaplavila veřejnost zprávami o tzv. „Kuřimské kauze“ nebo o případu „vlčích dětí“. Samozřejmě týrání, zneužívání a zanedbávání dětí existovalo už v dobách dřívějších, ale drželo se to pod pokličkou a navíc se nikdo nepozastavoval nad tím, že někdo děti třeba bije nebo jim jinak ubližuje. Dnes je to však trestné a dle mého názoru k velkému posunu ve společnosti došlo také díky přijetí Úmluvy o právech dítěte. V dnešní době je syndrom CAN docela aktuálním a také diskutovaným tématem. Je důležité, aby lidé věděli o tomto problému ve společnosti a aby věděli, co dělat či nedělat pokud zjistí, že dítě v jejich okolí je týráno nebo zneužíváno.

Toto téma pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila proto, protože mě zajímá jaké povědomí o této problematice mají učitelky mateřských škol. Právě ony totiž v rámci své profese mohou odhalit případný syndrom CAN u dítěte, jež vychovávají a vzdělávají, a proto si myslím, že je poměrně důležité aby věděly, jak se v takovém případě zachovat, koho kontaktovat apod. Předpokládám, že tato práce bude i pro mě samotnou přínosem, protože se může stát, že i já se v rámci své budoucí práce s tímto syndromem setkám. Ráda se proto seznámím s novými informacemi a fakty týkající se této problematiky.

Cílem mé bakalářské práce je analyzovat a porovnat úroveň znalostí učitelek mateřských škol dle délky jejich praxe a zároveň dle úrovně jejich vzdělání, protože se domnívám, že tyto dva faktory jejich znalosti ovlivní. Jako podklad pro psaní této práce jsem použila jak odborných knih, tak různých internetových zdrojů zaměřených právě na problematiku týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Kromě těchto knih týkajících se přímo takto poškozovaných dětí jsem pracovala i s knihami týkající se celé společnosti obecně.

1 SYNDROM CAN

1.1 Definice pojmu

K podstatným a převratným změnám, co se týče postavení dítěte ve společnosti, došlo až ve 20. století. Stejná práva dětem jako dospělým byla oficiálně přiznána v Ženevské deklaraci práv dítěte z r. 1924. Dalším důležitým dnem, o kterém se hovoří jako o jednom z nejdůležitějších dní ve vztahu dítěte a společnosti je 20. listopad r. 1989, kdy byla přijata Úmluva o právech dítěte v OSN. I přes všechna tato práva však musíme říci, že vztah dítěte a dospělého nemůže být nikdy vztahem rovným a to už jen proto, že dospělý má nad dítětem určitou moc a při zneužití této moci se malé dítě nemůže účinně bránit. A pojem oběť je ve spojení s dítětem docela častým jevem. (Pöthe, 1999)

Pojem „syndrom CAN“ je souhrnné označení pro týrané, zneužívané a zanedbávané dítě. Samotné „CAN“ je zkratkou z původně anglického termínu Child Abuse and Neglect, což v českém překladu znamená týrané, zneužívané a zanedbávané dítě. (Dunovský, 1995)

Tento syndrom můžeme blíže definovat jako *„jakékoliv nenáhodné, vědomé i nevědomé konání rodičů, vychovatelů nebo jiné osoby vůči dítěti, které je v dané společnosti nepřijatelné nebo odmítané a které poškozuje tělesný, duševní i společenský stav a vývoj dítěte, v krajním případě způsobuje dokonce jeho smrt“*. (Dunovský, 1995, s. 16)

Lékaři, jakožto odborníci, se problematikou týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí začali zabývat až v 50. letech 20. století. Tuto problematiku začali souhrnně nazývat jako „neúrazová poranění“. Roku 1962 bylo toto slovní spojení změněno na „syndrom bitého dítěte“ a až v pozdějších letech se vžilo označení „syndrom CAN“. (Sýkorová, 2012)

V naší zemi se syndromem CAN významně zabýval profesor Dunovský, který dětem týraným, zneužívaným a zanedbávaným pomáhal a který také v roce 1992 založil první zařízení v České republice orientované právě na tyto děti – Dětské krizové centrum. (Skasková, 2011)

2 DRUHY SYNDROMU CAN

2.1 Fyzické týrání

Děti byly obětmi tělesného násilí prakticky odnepaměti. Byly považovány za jakýsi majetek dospělých, kteří nad nimi mají moc a mohou s nimi nakládat dle své libovůle. (Pöthe, 1999)

Je však nutno zmínit, že dítě je velmi citlivé a různá fyzická příkoří na něm konaná jej mohou poznamenat po zbytek jeho života. To znamená, že i ta moc, v tomto případě fyzická moc, již dospělý disponuje, by měla mít své hranice. Pokud překročí únosnou míru, hovoříme o fyzickém týrání. Dle mého názoru snad každé dítě dostalo od rodičů někdy na zadek či výchovný pohrabeček a to z toho důvodu aby si zapamatovalo, že to, co udělalo, nebylo správné a aby se toho příště vyvarovalo. Rodiče to dělají za účelem toho, že chtějí, aby z jejich dítěte vyrostl slušný člověk. Tělesný trest, pokud by byl už nutný, by měl být odůvodněný a měl by přijít až jako poslední možnost tedy pokud slovní domlouvání nepomůže. Za „tyrana“ můžeme považovat už člověka, který dítě bije či jinak fyzicky trestá za každou maličkost, která by se dala vyřešit i jiným způsobem.

Zdravotní komise Rady Evropy z r. 1992 definuje fyzické týrání jako: „*Vědomé tělesné ublížení dítěti anebo nezabránění ublížení či utrpení dítěte, včetně úmyslného otrávení nebo udušení dítěte - pokud je jasné či existuje důvodné podezření, že zranění bylo způsobeno anebo mu vědomě nebylo zabráněno.*“ (Vaničková, 1995, s. 33)

Za identifikační markery tělesného týrání jsou považovány následující :

- Kožní rány, škrábance
- Popáleniny
- Bodová popálení od cigaret
- Četné hematomy různého stáří, zvláštního tvaru s nepravděpodobným umístěním
- Mnohačetná vnitřní poranění
- Otřes mozku a míchy
- Ohraničené lysinky po vytrhání vlasů
- Opakované a neléčené zlomeniny
- Natržený boltec ušní

(Vaničková, 2009)

Mezi identifikační markery nespecifické jsou zařazovány:

- Zvýšený strach a úzkostnost
- Obranné reakce
- Útěky z domova
- Snížené sebehodnocení
- Záškoláctví
- Neochota a rozladěnost před návratem domů
- Agresivní chování, výbuchy hněvu
- Zvýšená konzumace tabáku, alkoholu, drog
- Náhle zhoršený školní prospěch
- Obtíže v sociální komunikaci až vyhýbavé chování

(Vaničková, 2009)

„Fyzické týrání probíhá opakovaně, s mezidobími, kdy rodiče navštěvují lékaře s různými typy poranění dítěte, pro které mají nejasné a nekonzistentní vysvětlení. Agresivně se brání obvinění z týrání dítěte“. (Kocourková in Gjuričová, Kocourková, Koutek, 2000, s. 18)

V literaturách, ve kterých se píše o tělesně týraných dětech se často mluví o těchto dětech jako o dětech mladších 3. let. A to proto, že děti v tomto věku často používají jako prostředek k vyjadřování pláč, což může u některých rodičů vyvolat vztek až agresi. Nebývá obvyklým jevem, aby rodiče týrali dítě stejnou měrou. Realita je taková, že jeden rodič bývá horší, brutálnější a druhý z rodičů není schopen zabránit případnému týrání. Někdy se stává, že se týrajícího partnera snaží krýt před postihem a tím vlastně takovému jednání ještě napomáhá. Často se také stává, že děti týrají nevlastní rodiče. (Kocourková in Gjuričová, Kocourková, Koutek, 2000)

Je třeba si uvědomit, že dítě, jež je obětí tělesného týrání, netrpí pouze tělesným ubližováním, které mu způsobuje bolest, jež může být pouze dočasná, ale dítě může mít v důsledku fyzického týrání i psychické následky, které si ponese po celý život a které mohou ovlivnit i vztahy či chování týraného k ostatním lidem např. ke členům jeho budoucí sekundární rodiny.

Následkem tělesného týrání může být tedy lehčí tělesné poškození, celkové oslabení až po vážné tělesné poškození, poškození mozku, trvalé fyzické následky a v nejhorších případech smrt dítěte. K psychickým následkům, které mohou vyplývat z fyzického týrání, patří např. i tendence dětí ubližovat sami sobě nebo třeba sebevražedné úmysly, které se poškozeným jeví jako jediné možné východisko z prožívaného utrpení. (Mufsonová, Kranzová, 1996)

Posuzování příčin zranění tělesného týrání je poměrně složité. Přihlíží se také k faktorům, které jsou spojené s věkem dítěte, to znamená, že mohla být způsobena náhodně, nešikovností dítěte, vývojovou fází. (Sedlářová et al., 2008)

2.2 Psychické týrání

Kromě fyzického týrání se rodiče (či okolí dítěte) na dětech mohou dopouštět psychického ubližování, které má na dítě mnohdy horší dopad než fyzické násilí. A to z toho důvodu, že bolest psychická přetrvává i dlouho po ublížení a vrací se nám ve vzpomínkách.

Bolest duše může pochopit jen člověk, který s ní má vlastní zkušenost. Bolest psychická je nezměřitelná. Psychická újma může vzniknout jako výsledek opovrhování, nevšímání, výsměchu, ponižování, záměrného zastrasování či nevšímání. Všechny tyto formy psychického ubližování mohou v dítěti vyvolat pocity méněcennosti, nedostatečnosti, stavy úzkosti a nedostatek sebedůvěry. Hrozí také, že se dítě nenaučí vážit samo sebe, pokud bude svým okolím nadměrně kritizované a ponižované. (Pöthe, 1999)

Týrání psychické může obsahovat dvě složky. První složkou je složka aktivní, kde patří např. zesměšňování, nadávky, ponižování a opovrhování. Druhá složka je pasivní, a to znamená, že se vlastně neděje něco, co by se mělo správně dít, jinak řečeno absence něčeho. Může to znamenat, že dítě pociťuje nelásku, nízký zájem, nedostatek péče nebo třeba nevšímavost. (Procházková, Spilková in Dunovský, Dytrych, Matějček et al., 1995)

Při odhalování psychického týrání a dalo by se říci, že i tělesného týrání nám mohou pomoci charakteristiky oběti i agresora. Obětí týrání může být osoba, která je obtížná na péči, může to být osoba nějakým způsobem znetvořená, nemocná, příliš pasivní nebo naopak příliš aktivní, dráždivá, neklidná, plačtivá nebo úzkostná, s výkyvy nálad a s různým stupněm opoždění mentálního vývoje. Rysem týrajícího člověka může být nezralost, výbušnost, nezodpovědnost, citový chlad s disociálními rysy, pocity méněcennosti nezdrženlivost nebo například egocentrismus. (Drtilová in Čírtková, Vítoušová et al., 2007)

Děti jsou často psychickému týrání vystaveni v souvislosti s rozvodem rodičů. Stává se, že jeden z rodičů nechce dítěti dovolit, aby se stýkalo s druhým rodičem, což může bránit v naplnění základních citových potřeb dítěte. (Pöthe, 1999)

Uvádí se také psychické týrání ve formě permanentního srovnávání se sourozencem, kdy rodiče dítěti předhazují, že jeho sourozenec je chytřejší, úspěšnější a ve všem prostě dokonalejší. Kromě nízkého zájmu a nedostatečné péče o dítě se také stává, že bývají na dítě kladeny vysoké nároky ze strany rodičů obvykle v oblasti školní, ale i sportovní či umělecké, které některé děti mohou snášet velmi špatně. Mnohdy jsou nároky na dítě příliš velké a nepřiměřené jak jejich schopnostem, tak možnostem. Rodiče po jeho neúspěchu mohou volit nepřiměřené tresty, ve kterých dítě stejně nemůže obstát. Potom může ze strany rodičů přijít emoční vydírání typu „stydíme se za tebe, že máš takové známky“ nebo vyvíjení tlaku na dítě např. „jsi levý po mamince“. (Procházková, Spilková in Dunovský, Dytrych, Matějček et al., 1995)

Psychické týrání se může projevit opožděním ve vývoji dítěte, tendencí neustále se podceňovat, obavami z každé nové situace, neúměrnou reakcí na své vlastní chyby, ubližováním sama sobě a mnoha dalšími projevy, ovšem nejtragičtější vyústění psychického týrání je sebevražda dítěte. (Eliottová, 1995)

Některé děti psychicky týrané, se stávají ustrašenými, reagují stažením, snadno se rozpláčou. Oproti tomu některé děti reagují spíše agresivně. Jedno však mají tyto dvě skupiny dětí společné, a to problémy v jednání s lidmi. Časté bývají také poruchy chování, jako je např. záškoláctví, lhaní, útěky z domova a další. (Procházková, Spilková in Dunovský, Dytrych, Matějček et al., 1995)

2.3 Sexuální zneužívání

Problematice sexuálního zneužívání dětí se odborníci v řadě evropských zemí začali zabývat až v 70. letech 20. století. V minulosti se sexuální zneužívání dětí praktikovalo, nicméně bývalo přehlíženo. V kontextu vývoje společnosti však problematika zneužívání dětí vstupuje stále více do popředí. (Dunovský, 2001)

Zdravotní komise Rady Evropy (1992) definuje sexuální zneužití následovně:
„Sexuální zneužití dítěte je 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“. (Vaníčková, 1995, s. 34)

Sexuální zneužití můžeme rozdělit na bezdotykové a kontaktní. Bezdotykové zneužití znamená účast na sexuálních aktivitách a setkání s exhibicionisty, při kterém ale nedochází k žádnému tělesnému kontaktu, patří zde např. vystavení dítěte pornografickým videozáznamům. K dotykovému zneužití dítěte řadíme ta zneužití, ve kterých již dochází k pohlavnímu kontaktu včetně pohlavního, orálního či análního styku nebo např. k laskání pohlavních orgánů či prsou dítěte. (Halfarová in Dunovský, Dytrych, Matějček et al., 1995)

Sexuální zneužití dětí často probíhá v typickém sledu několika fází. Nejdříve se začíná vyvíjet důvěrná blízkost a s ní spojené tajnostkářství, poté přicházejí příjemné pocity z fyzických doteků, jež se jeví jako přiměřené, následuje samotné sexuální zneužití a potom často přichází další, opakované zneužívání, s nímž jsou spojeny různé hrozby za účelem udržení ostudného tajemství. Tento obecný vzorec má ale mnoho vyjímek. Dítě může být zneužito, aniž by bylo předem připraveno či svedeno. (Allender, 2006)

Sexuální zneužívání dělíme podle vztahu pachatele k dítěti na intrafamiliární (sexuálního násilí se dopouští rodinný příslušník, např. rodič nebo strýc) a extrafamiliární (sexuálního násilí se dopouští mimo rodinu). (Hort, Hrdlička, Kocourová, Malá et al., 2000)

Formy sexuálního zneužívání

Sexuální zneužívání rozdělujeme do těchto následujících forem:

- Exhibicionismus – spadá do bezdotykové formy, při níž se dospělý obnažuje a ukazuje svoje genitálie okolí
- Harassment – je to forma obtěžování, která je vymezena jako zneklidňování; dospělý může dítě zneklidňovat např. poplácáváním po zadku či tisknutím k sobě, což mívá často sexuální podtext
- Obtěžování – je to dotyková forma, při níž dospělý dítě osahává na různých erotogenních zónách, líbá ho apod.
- Sexuální útok – jedná se o dotykovou formu, o sexuální kontakt, při kterém pachatel často užívá sílu a oběť se brání
- Znásilnění – kontaktní forma sexuálního zneužití, která se vyznačuje vynuceným vniknutím penisu do vaginy, konečníku nebo úst dítěte
- Pedofilní obtěžování – jde o dotykovou formu sexuálního obtěžování dítěte dospělým

- Incest – o této formě hovoříme tehdy, pokud dojde k dotykové sexuální aktivitě mezi dvěma osobami, jimž není zákonem dovoleno uzavřít sňatek, tedy mezi dítětem a pokrevním rodičem, mezi sourozenci nebo mezi dítětem a příbuzným
 - Sexuální útok s následkem smrti – případů, při kterých pachatel dítěti ublížil natolik, že došlo k usmrcení dítěte není mnoho, ale i takové se už staly
- (Halfarová in Dunovský, Dytrych, Matějček et al., 1995)

Muži a chlapci jsou odpovědni až za 95% sexuálního zneužívání. A mezi těmito jedinci je velké procento těch, kteří byli v minulosti sami fyzicky týráni či sexuálně zneužíváni. Chlapci – oběti - se většinou identifikují s trýznitelem a v dospělosti se sami dopouštějí týrání a zneužívání jiných, kdežto dívky většinou reagují způsobem typickým pro oběti. (Bentovim, 1998)

Oběti sexuálních deliktů (v tomto případě děti) často pocházejí z disharmonických rodin, kde nedostatek lásky a odmítání dítěte – hlavně dívek - vede ke vstřícné pasivitě. Dívka s radostí přijme novou náklonnost a velmi brzy se naučí, že uspokojením sexuální touhy někoho jiného lze onu náklonnost získat. (Täubner, 1996)

Vaníčková (2009) hovoří o komerčním sexuálním zneužívání dětí, které rozděluje do následujících oblastí:

- Dětská prostituce – často se k ní nechají zlákat rizikové typy dětí jako např. „dětí ulic“, děti se závislostí, traumatizované děti a další
- Dětská pornografie – představuje ve společnosti obrovský problém už jen proto, že je považována za nejziskovější odvětví filmového průmyslu
- Obchodování s dětmi – jedná se o únosy, najímání nebo koupi dětí ať už se získáním souhlasu těchto dětí nebo jejich rodičů či vychovatelů k jejich transportu a to za použití síly nebo jiných forem nátlaku s úmyslem tyto děti vykořisťovat; může se jednat například o nucení k žebrotě, dětské sňatky, sexuální vykořisťování, získání a prodej orgánů, využívání dětí jako otroků a další. (Vaníčková, 2009)

Sexuální zneužívání může mít příčinu v jednom ze dvou hlavních faktorů:

1. faktor – sexualizace interpersonálních vztahů – nahrazení normálních přátelských kontaktů sexuálním chováním
2. faktor – sexualizace podřízenosti – sexuální násilí, které se praktikuje s cílem získat vládu a moc nad jinou osobou. (Bentovim, 1998)

Následkem sexuálního zneužívání mohou být tělesná poškození dětí, ale zároveň to bývají také psychická poškození, jako tomu je často i u tělesného týrání.

K psychickým následkům sexuálního zneužívání můžeme zařadit poškozené sebevědomí, poruchy příjmu potravy, promiskuitu nebo prostituci dále potom tendence dostávat se do dalších vztahů, v kterých dochází k sexuálnímu zneužívání, myšlenky na sebevraždu a také sexuálně zneužívané děti mohou mít v budoucnu potíže s tím, prožívat příjemné pocity z jiných sexuálních vztahů. (Mufsonová, Kranzová, 1996)

2.4 Zanedbávání

Zanedbaností se zpravidla myslí následky nedostatečné výchovy, péče a nedostatek podnětů pro zdravý rozvoj dítěte. Zanedbané dítě žije často v prostředí jednoduchém s nedostatečnou hygienou, ve kterém chybí správný vzor chování. Takovéto děti nemají ve svém prostředí možnost pro rozvoj svého psychického potenciálu. Kromě toho, že se mnohdy kvůli zanedbanosti nemohou optimálně vyvíjet, mohou být i „mravně zpuštělé“, což může vést dokonce k výskytu kriminality. (Matějček in Dunovský, Dytrych a Matějček et al., 1995)

Zanedbanost by mohla znamenat jakýsi předstupeň psychické deprivace. Deprivaci bychom si mohli přeložit jako strádání, při kterém nejsou v určité míře a po určitou dlouhou dobu uspokojovány základní psychické potřeby dítěte. Deprivace může vést k poškození duševního zdraví jedince. Někdy může být deprivace tak silná a závažná, že může vyústit až ve smrt dítěte. (Matějček in Dunovský, Dytrych a Matějček et al., 1995)

V případě, že dítě je zanedbáváno jen v určitém ohledu, ne ve všech, můžeme použít termín subdeprivace. Dalo by se říci, že tento termín je mírnější podoba termínu deprivace. Zpoždění vývoje dítěte bývá méně výrazné a dítě mezi vrstevníky nijak zvlášť nevybočuje, často to bývá přehlédnuto. (Matoušek, 1993)

Zanedbávání může mít v mnoha případech na dítě horší dopad než-li fyzické týrání. Rodič „tyran“ může sice dítěti fyzicky ublížit, ale i to je reakce, přestože je negativní. Dítě je

pro něj ale ještě stále interakčním partnerem. Děti, které jsou doma týrané, se mohou jevit jako agresivnější nebo ustrašenější než jsou jejich vrstevníci, ale stále s nimi mohou ještě držet krok, co se týče vývoje rozumových schopností. Kdežto zanedbávanému dítěti chybí podněty k tomu, aby se mohl rozvíjet jeho intelekt a mohlo se zdravě vyvíjet. V tomto jsou zanedbávané děti o poznání hůř. (Matoušek, 1993)

Zanedbávané dítě nemá dostatek příležitosti k osvojení si základních civilizačních dovedností. Také může být ohroženo opožděním ve vývoji řeči, pakliže s ním rodiče mluví málo. Mohou se u něj také vyskytovat pohybové automatismy, které mohou suplovat chybějící podněty, a často se stává, že takové dítě má problém s navazováním kontaktů s cizími lidmi. (Matoušek, 1993)

Formy zanedbávání

- Citové zanedbávání - spočívá v neuspokojování citových potřeb dítěte např. dítě může mít pocit nedostatečné náklonnosti
- Tělesné zanedbávání – týká se nedostatečného zabezpečení tělesných potřeb dítěte, jako je např. neposkytování stravy, přístřeší, oblečení
- Zanedbávání výchovy a vzdělání – zde patří např. podpora neustálé absence dítěte ve škole v krajním případě pak izolace dítěte od lidské společnosti
- Zanedbávání v oblasti zdravotní péče – do této skupiny patří např. nedostatečný dohled nad dítětem, který se projevuje zvýšeným počtem úrazů, kterým by se dalo zabránit nebo třeba opomíjení základní preventivní zdravotní péče

(Matoušek, 1993)

2.5 Šikana

Bylo formulováno již mnoho definic, co se týče tohoto negativního jevu. Ve stručnosti můžeme tento pojem vymezit jako „*úmyslné a opakované fyzické i psychické ubližování slabšímu jedinci (skupině) silnějším jedincem (skupinou)*“. (Vágnerová in Vágnerová et al, 2009, s. 11)

Většina lidí si pod pojmem šikana, představí jen fyzické násilí. Proto bývají počáteční projevy psychického násilí často bagatelizovány či podceňovány. Potom hrozí, že se intenzita těchto počátečních projevů bude stupňovat, což je pravděpodobné. (Vágnerová in Vágnerová et al., 2009)

K psychické rovině šikanování patří například zesměšňování, pomlouvání, vyhrožování, udílení příkazů, tělesné ústrky, vydírání a poškození věcí. K tělesné pak kopání, bití či jakékoli jiné tělesné napadání. V poslední době se také objevuje čím dál častěji šikana se sexuálním obsahem, mnohdy až lidsky nedůstojným. K tomu, aby se šikana „ujala“ je zapotřebí naplnění tří podmínek, a to účast potencionální oběti, potencionálního agresora a příznivé klima neboli „mlčící většina“. (Vaníčková, 2009)

Spouštěčem šikanování bývá jakkoliv odlišné dítě ať už pozitivně či negativně. Může to být dítě vzhledově odlišné, které ostatní v kolektivu vnímají jako „nehezké“, dítě s menší fyzickou silou nebo například dítě trpící nízkým sebevědomím, což se navenek projevuje tak, že je nejisté a úzkostné. Oběťmi se zpravidla stávají děti, které se neumí nebo nemohou dostatečně bránit. V poslední době se také stává problémem nízký socio- ekonomický status rodiny, který se může projevit v tom, že se děti nemohou oblékat podle módy, což může vyvolat u dětí posměch. Výzkumy ukázaly, že samy oběti se posuzují jako méně schopné a inteligentní a bývají v kolektivu méně oblíbené než jejich agresor. (Pöthe, 1996)

Šikanovaným se může stát i dítě, které naopak pozitivně vyniká nad svými vrstevníky například nadprůměrnou inteligencí. Tyto děti mohou dráždit své vrstevníky tím, že se vymykají názoru většiny se svými vlastními postoji a názory. (Pöthe, 1996)

Šikanující agresoři mají jeden společný typický rys a to snahu ovládat okolí a být dominantní. Děti, které šikanují ostatní, bývají tělesně zdatné a mají kladný vztah k projevům agrese. Také se u nich vyskytuje hyperaktivita a poruchy pozornosti častěji než u jiných dětí, není to však pravidlem. Šikanování může pramenit z rodinného prostředí. U mnohých šikanujících dětí se potvrdila přítomnost tělesného násilí v rodině, ať už ve vztahu k němu samotnému nebo manželům navzájem, většinou k matkám. Ve výchově převládají tresty, především tělesné, které mohou přerůst v týrání. Agresoři většinou mívají vysoké sebevědomí, ale někteří mohou trpět i hlubokými pocity méněcennosti, které může způsobit například ponižování ze strany rodiče nebo již zmiňované tělesné násilí. Iniciátorem šikany může tedy být i oběť, která si kompenzuje narušené sebevědomí. (Pöthe, 1996)

U obětí šikanování se jako následky šikany mohou objevit poruchy spánku, noční děsy, různé psychosomatické potíže jako jsou například bolesti hlavy, břicha či nevolnost. Při brutálním dlouhodobějším šikanování mohou být následky velmi závažné, zasáhnou celou osobnost a pravděpodobně budou mít celoživotní charakter. V nejhorších případech oběť svou situaci „vyřeší“ sebevraždou. (Kolář, 2001)

Se šikanou se děti mohou setkat jak ve škole tak v různých školských zařízeních, při různých volnočasových aktivitách, například v zájmových kroužcích nebo také třeba na táboře. (Vaničková, 2009)

2.6 Zvláštní formy CAN

2.6.1 Organizované zneužívání dětí

Dunovský (1995, s. 99) definuje organizované zneužívání dětí následovně:

„Organizované zneužívání dětí lze charakterizovat jako zneužití mnoha pachatelů, kteří se spojují za dosažení tohoto cíle“. Pokud bychom vyloučili zneužití dítěte uvnitř rodiny, mohli bychom organizované zneužívání dětí charakterizovat jako aktivity mnoha pachatelů, z nichž někdo nepatří do rodiny oběti anebo ani jeden ze zneužívajících pachatelů nepatří do rodiny oběti. (Dunovský, 1995)

Zneužívání dětí se věnuje čím dál větší pozornost. Dalo by se říct, že za to z velké části může přibývání případů s touto problematikou. Organizovanost zneužívání dětí v současné době přesahuje hranice města, země ba dokonce kontinentu. Dívky jsou nuceny dělat prostituci, z médií se také poměrně často dovídáme informace o provozování a šíření dětské pornografie. Současným problémem je i existence nového „obchodu“, v němž jako zboží figurují děti, a to za účelem dětské práce, ilegálního mezinárodního osvojení až po výše uvedené sexuální účely a v krajních případech za účelem vraždy pro získání jejich orgánů a jejich následnému prodeji. Za nejčastější organizované zneužívání dětí je však v dnešní době považována dětská námezdní práce, které bychom v některých případech mohli nazvat až otroctvím.

V posledních letech se v médiích objevily také zprávy o týrání dětí rituálního charakteru. Jde většinou o nějakou organizaci, skupinu lidí, ve které platí určitá struktura a řád a která je spojena určitou „silou“ ať už nějakou vírou, magií či třeba satanismem. Tato společenství se vyžadují rituálu, ve kterém mnohdy „musejí“ přinést oběť. Touto obětí je často právě i dítě. Oběť však může být i fingovaná. (Dunovský, 1995)

2.6.2 Systémové týrání

Tato zvláštní forma týrání je paradoxně způsobena systémem, který byl založen speciálně pro ochranu a pomoc dětí a také jejich rodiny. Místo toho, aby dítěti těmito institucemi byla zajištěna dostatečná péče, je mu spíše ubližováno. Typickým příkladem takového týrání může být například odebrání dítěte z rodiny, aniž by této rodině nejdříve byla poskytnuta potřebná pomoc a podpora a tudíž to nemusí být nevyhnutelně nutné. Můžeme zde zařadit i špatnou péči o děti v dětských domovech, v problémových rodinách, ve školách, či jiných zařízeních. Časté bývá také systémové týrání dětí opuštěných. (Dunovský, 1995)

Tento způsob týrání se děje pomocí nevhodných norem, vyhlášek a postupů různých organizací. (Haškovcová, 2004)

Vaničková (2009) upozorňuje na fakt, že i dítě má právo být vyslyšeno, a má právo na informace, i když se může jednat o malé nepodstatné věci, ale pro děti mohou být i tyto pro nás nepodstatné informace důležité a neměli bychom jim proto tato práva odepírat. Vyvolat úzkost v dítěti může například i protahování slyšení nebo zkušenost, kdy dítě musí poskytovat svědectví v rámci soudního systému, např. při rozvodovém řízení. Tyto situace bývají pro děti stresující a proto je nutno s dětmi jednat velmi citlivě. (Vaničková, 2009)

Nedostatečná a zanedbaná péče se dítěti může dostat i v nemocnicích při různých necitlivých a často také zbytečných vyšetření, kdy lékaři nerespektují interdisciplinární přístup k dítěti orientovaný hlavně na zájem dítěte. V tomto případě by bylo možné zvolit také termín „druhotné ubližování“. Termín „druhotné ubližování“ se totiž občas používá místo termínu „systémové týrání“ a to z toho důvodu, že po prvním ublížení, např. nějakém úraze či zranění, přichází druhé ubližování a to právě v důsledku necitlivého přístupu některých odborníků k dítěti. (Dunovský, 1995)

2.6.3 Münchhausenův syndrom (v zastoupení) by proxy

V případě Münchhausenova syndromu (v zastoupení) by proxy jde o „*Vymyšlení či zveličování příznaků somatického či duševního onemocnění nebo postižení a v důsledku toho opakování vyšetření či léčení v míře, která neodpovídá objektivní skutečnosti*“. (Spilková, Dunovský in Dunovský, Dytrych, Matějček et al, 1995, s. 51)

Münchhausenův syndrom by proxy znamená, že rodiče (většinou matka) se snaží předstírat nejrůznější nemoci u svého dítěte. A právě proto, že to jsou rodiče, kteří předstírají a zveličují potíže svých potomků, je tento syndrom doplněn slovy „v zastoupení“. Tento syndrom je velmi nebezpečný, děti těžce postihuje a až jedna pětina případů končí smrtí,

nejčastěji zadušením. Rodiče se totiž často v těchto případech nebojí dítěti ublížit. Mohou dětem podávat nejrůznější léky vyvolávající nějaké potíže. Stává se také, že záměrně poškozují vzorky krve, moči a jiných materiálů sloužících k vyšetřování, aby dítě udělali nemocným. (Spilková, Dunovský in Dunovský, Dytrych, Matějček et al, 1995)

Dítě, u kterého je předstíraná nějaká nemoc prochází obvykle řadou vyšetření a ačkoliv jsou mnohdy výsledky bez nálezu, rodiče se vyžadují opakování těchto vyšetření a v důsledku toho bývá dítě také často hospitalizováno v nemocnici.

Pro prokázání tohoto poškozování je možné přerušit styk pacienta s „pečujícím“ rodičem a poté pacientovy potíže náhle vymizí. Z problémů přenesených na dítě může dospělá osoba čerpat nějaké výhody např. pobírání dávek nebo to, že ho okolí lituje. (Spilková, Dunovský in Dunovský, Dytrych, Matějček et al, 1995)

3 DŮSLEDKY

Pokud si dítě projde něčím takovým, jako se syndrom CAN, nepochybně to na něm musí zanechat nějaké následky. I když ne ve všech případech jde o fyzické poškození, ale každopádně si myslím, že na dětské dušičce to nějaké stopy zanechat musí. Dle mého názoru záleží také na tom, v jaké míře je dítěti ubližováno. Je to tedy individuální a závisí to na mnoha faktorech. V následujících odstavcích se budu věnovat důsledky psychickými, přestože syndrom CAN může mít daleko horší důsledky – od vážnějších forem fyzického poškození až po úplný extrém – smrt dítěte. O těchto důsledcích se zmiňuji v kapitole „Fyzické týrání“.

3.1 Psychická deprivace

Psychická deprivace znamená duševní strádání. Nejde tedy o strádání po té fyzické stránce, ale v tomto případě jde o neuspokojování základních psychických potřeb. Děti totiž mají potřebu lásky, citové náklonnosti a podpory, ostatně jako každý člověk. Pokud se tyto prvky dětem dostávají, jsou schopny vynahradit i případný nedostatek hraček či nedostatek vzdělání a výchovy. (Langmeier, Matějček, 1974)

Psychickou deprivaci považujeme za závažné narušení vývoje dítěte. Je podmíněna řadou faktorů, zejména věkem dítěte, závažností deprivace situace a také délkou trvání. Jak již bylo poznamenáno výše, psychická deprivace vzniká při neuspokojování psychických potřeb ať už jedné či více. Mezi základní psychické potřeby patří:

- Vytvoření kladného citového vztahu mezi matkou a dítětem popř. mezi osobou, která ji plně nahradí a dítětem a také kladného vztahu k otci a ostatním členům rodiny, což dává dítěti pocit jistoty, sounáležitosti a bezpečí
- Přísun citových, sociálních, intelektových a věcných podnětů v přiměřené variabilitě a množství
- Stálost prostředí sociálního a věcného, které dítě chápe a poznává prostřednictvím blízké osoby (nejčastěji matky)
- Potřeba mít vzor, identifikovat se s někým, být akceptován v rodině a v širších sociálních skupinách a vytvoření si vědomí vlastní identity

(Koluchová in Koluchová, Vavrdová, 1983)

Ohrožení dětí psychickou deprivací hrozí zejména v těchto situacích:

- a) V rodině – Některé matky si nevytvoří k dítěti žádoucí vztah, který by oba dva obohacoval a stimuloval. Neprojevují mu něžnou laskavost, kterou dítě potřebuje a právě následkem toho může vzniknout deprivace. Deprivace dítěte nehrozí pouze v rodinách s delikventními rodiči nebo např. rodiči alkoholiky, ale odborníci se setkávají i s dětmi trpících psychickou deprivací z rodin úplných a na dobré ekonomické úrovni.
 - b) V ústavním prostředí – U dětí, které jsou umístěny v různých zařízeních ať už např. pro své tělesné či smyslové postižení nebo u dětí, které jsou umístěny v ústavním zařízení, které jim má nahradit rodinu, hrozí vznik psychické deprivace. Dítě může strádat citově i sociálně, protože opouští rodinu a dochází k odloučení od blízké osoby (nejčastěji matky).
- (Koluchová in Koluchová, Vavrdová, 1983)

Projevy psychické deprivace se odvíjí od vývojového stupně dítěte. U malých kojenců se opožďuje psychomotorický vývoj a řeč. Děti začínají později broukat, žvatlat a také později mluvit. Schopnost porozumění je také menší. Pro vývoj řeči je důležité, aby mezi dítětem a hlavně matkou (ale také ostatními členy rodiny) byl navázán hlubší vztah, protože řeč se u dítěte vytváří v individuálním kontaktu, prostřednictvím promlouvání a mazlení.

U starších dětí je deprivace nápadná v sociálním projevu a projevuje se také malou diferenciací osob. U některých výrazně deprivovaných dětí po zvlášť traumatizujícím zážitku a změnami prostředí se objevuje až citová otupělost. Výjimkou nejsou ani projevy neurotické. (Koluchová in Koluchová, Vavrdová, 1983)

V pubertálním období se důsledky prožité deprivace situací projevují zejména ve vztahu ke kolektivu, v oblasti charakteru a později také v partnerských vztazích i rodičovských postojích. „*U mladistvých delikventů se při rozboru motivace činů a při diagnostice jejich osobnosti projevuje jako významný činitel právě deprivace, ať již ústavní nebo rodinná*“ (Koluchová in Koluchová, Vavrdová, 1983, s. 23)

3.2 Posttraumatická stresová porucha

Podle definice Americké psychiatrické asociace se tato porucha projevuje jako panický strach nebo bezmocnost a je doprovázena řadou dalších typických příznaků. Následuje po těžkém stresu, jehož intenzita překračuje běžnou lidskou zkušenost, a který se proto označuje jako trauma – čili těžké „poranění“ duše. (Porterfieldová, 1998)

Porucha se tedy vyskytuje u lidí, kteří prožili nějaký vážný traumatický zážitek. Tato porucha nemusí však vždy být nevyhnutelným důsledkem onoho vážného stresoru, který na člověka nějakým způsobem působil. To, zda se u člověka posttraumatická stresová porucha (PTSP) objeví či neobjeví závisí na několika faktorech jako je např. osobnost jedince, genetické dispozice a další. (Holá, 2010)

Porterfieldová (1998) uvádí mezi možnými příčinami vzniku PTSP (kromě jiných) i fyzické a sexuální násilí, jež bývá spjato se syndromem CAN. Zároveň také poukazuje na změny v chování u dětí, které by nám mohly naznačit, že jde právě o příznaky PTSP.

Patří mezi ně např.:

- Strach a fobie s delším trváním – dítě s PTSP se často obává událostí a věcí, které mu připomínají trauma
- Poruchy chování – u některých dětí se chování po traumatu změní, dělají a říkají věci, které předtím neříkaly a nedělaly, mohou být také podrážděnější a zlobivější, což je způsobeno biochemickými změnami v mozku navozenými stresem
- Problémy se spánkem – děti po traumatech často mluví ze spaní, mívají děsivé noční sny a také trpí např. nočním pomočováním; „noční můry“ se mohou opakovat i několikrát za noc
- Zabývání se traumatem a stažení do sebe – dětem s PTSP často chybí energie, stávají se pasivnějšími, nemají radost z toho, co je dříve těšilo, izolují se od rodiny či přátel a stahují se do sebe
- Tělesné potíže – nejčastějšími obtížemi doprovázející PTSP po tělesné stránce jsou bolesti hlavy a břicha a celková nevolnost, které se však objevují za několik týdnů až měsíců po traumatu
- Regrese – po traumatu, které děti prožijí, se někdy vrátí jakoby vývojově o několik stádií zpět (u dítěte se např. může objevit šišlaní i když před traumatem vyslovovalo již správně a menší děti mohou přestat mluvit úplně) (Porterfieldová, 1998)

Následky traumatu se mohou projevit různým způsobem ve vývoji dítěte. Reakce dítěte je podmiňována fází vývoje, věkem, předchozími zkušenostmi a také jeho obrannými a adaptačními mechanismy, které ke zvládnutí psychického traumatu používá. (Kocourková in Gjuričová, Kocourková, Koutek, 2000)

U některých jedinců příznaky PTSP vymizí bez jakéhokoliv léčení, u jiných se snažíme léčbou alespoň zlepšit jejich stav i když příznaky potrvají po celý život. (Porterfieldová, 1998)

Léčba bývá realizována pomocí psychoterapie, z jejichž psychoterapeutických přístupů dnes dominuje hlavně kognitivně – behaviorální terapie anebo pomocí farmak u nichž přichází léčebný efekt rychleji, ale je nutné, aby pacient užíval léky tak jak má. (Holá, 2010)

4 PREVENCE

Prevence obecně je nesmírně důležitá. Je totiž mnohem lepší vždy problému předcházet než jej potom léčit s rizikem, že zůstanou následky. A u syndromu CAN to platí dvojnásob. Právě u tohoto syndromu by mohlo v případě zanedbání prevence dojít k velkým ztrátám. Proto je důležité věnovat náležitou pozornost tomu, aby společnost věděla čemu se vyvarovat a co dělat či nedělat, aby nedocházelo k neuspokojování potřeb dítěte či jeho strádání. Prevenci rozdělujeme na primární, sekundární a terciální.

4.1 Primární prevence

Primární prevence znamená zabránit výskytu nežádoucího společenského jevu a nedat mu příležitost, vytvořit „úrodnou půdu“ pro jeho vznik a projevení. Pro případ syndromu CAN se používá v rámci lepšího pochopení primární prevence přirovnání k plovoucímu ledovci. To znamená, že odborníci, ať už lékaři, učitelé či jiní specialisté, zachytí problém až v tom stádiu, kdy už je zjevný – kdy se projeví – je nad povrchem. Pro to, aby se však projevil, musí mít příznivé podmínky. Mluvíme o patologii, která ještě ve skutečnosti neexistuje, ale „čeká“ na vhodnou příležitost, aby mohla vypuknout. Úkolem primární prevence je proto zabránit vzniku tomuto riziku, tedy nevytvořit onu „živnou půdu“ pro vznik patologie. (Matějček in Dunovský, Dytrych, Matějček et al., 1995)

Matějček (in Dunovský, Dytrych, Matějček et al., 1995) dále vidí velkou prevenci v zakotvení práv dětí v Úmluvě o právech dítěte a Světové deklaraci o přežití, ochraně a rozvoji dítěte. V rámci primární prevence rozlišuje tři vrstvy působení, které jsou zaměřeny na určité skupiny lidí. Jsou to tyto následující:

- a) Zaměřené působení na širokou veřejnost – Je to zaměření na širokou veřejnost ve smyslu zaměření na společnost obecně. Znamená to tedy působení na všechny obyvatele bez ohledu na vzdělání, zaměstnání či věk. Snažíme se na obyvatelstvo působit tak, aby bylo vnímavější ke svému okolí, aby si uvědomilo, že k dítěti se má přistupovat citlivě a respektovat jeho zájmy a potřeby. K tomu, aby se rozšířily poznatky o tomto neblahém jevu ve společnosti, slouží osvěta, kterou nám zprostředkovávají různé instituce s širokou působností zabývající se určitým způsobem dětmi a jejich životem i když ne vždy primárně. Jsou to

například nevládní organizace dětí a mládeže, organizace zabývající se rodinou, orgány státní legislativy, sdělovací prostředky, školy a církve.

- b) Zaměřené působení na rodiče nynější i budoucí – Zde se jedná o působení na určitější skupinu lidí a to na rodiče, tudíž jde o prevenci v rámci rodiny s již konkrétnějšími cíli. U dětí, které nemají v péči rodiče, se tento druh prevence týká jejich vychovatelů či osob, které tyto děti v péči mají. Cílem je to, aby tito lidé přijali bezpodmínečně děti takové, jaké jsou. Je však důležité, aby už dnešní děti jsme vedli k myšlence, že je třeba přijímat děti takové, jaké jsou. To znamená apelovat už na potenciální budoucí rodiče. Kromě tohoto působení v rámci výchovy nesmíme také opomenout na různá opatření podporující rodinu. Jde například o finanční podporu a o nabídku nejrůznějších služeb. Tato opatření totiž také ovlivňují přijetí dítěte, protože přinášejí jistotu a pocit bezpečí.

A právě rodina má na dítě rozhodující vliv, co se týče jeho přípravy na budoucí rodičovství. Psychologové mluví o klíčových obdobích ve vývoji dítěte, kterým je třeba věnovat náležitou pozornost. Mezi tato důležitá období patří:

- Odpovědné početí s kladně prožitým těhotenstvím a emocionální účast rodiny
- Nové praktiky porodu, možná účast otce u porodu, časná symbióza matky s dítětem, kojení
- U kojenců vytváření podmínek pro „důvěru v lidi“, u batolat vytváření rodinné identity a v předškolním věku navazování základních forem přátelských vztahů
- Výchova k odpovědnosti ve středním školním věku
- Citové a pohlavní dozrávání v pubertě
- Sexuální výchova, plánované rodičovství, volba partnera a používání antikoncepce u mladistvých

- c) Zaměřené působení na odborné pracovníky a veřejné činitele – Tento poslední druh působení znamená zprostředkování informací a poznatků získaných prostřednictvím různých průzkumů obyvatelstva, výzkumů a odborných studií odborníkům z různých věd, kteří se zabývají problematikou syndromu CAN. (Matějček in Dunovský, Dytrych, Matějček et al., 1995)

4.2 Sekundární prevence

Za sekundární prevenci v rámci syndromu CAN považujeme vyhledávání rizikových skupin obyvatelstva a rizikových situací, za kterých dochází k samotnému zanedbávání, týrání a zneužívání dítěte a dále působení na tyto rizikové skupiny a situace s cílem minimalizovat riziko syndromu CAN. (Matějček in Dunovský, Dytrych, Matějček et al., 1995)

Mezi rizikové děti, které jsou ohroženy syndromem CAN patří ty děti, jejichž projevy chování jsou nežádoucí, děti, které je těžké zvládat výchovně a také děti, které svým chováním dráždí a svádějí okolí. Bývají to:

- Děti nadměrně zlostné, provokující, ale také naopak příliš plačtivé a úzkostné
- Děti s LMD, impulzivní, dráždivé, neklidné, se sklonem ke zkratkovitému chování
- Děti špatně prospívající ve škole, neobratné, děti s lehce sníženými intelektovými schopnostmi, poruchami učení a děti, kteří se v jakékoliv oblasti vymykají normě
- Děti s různým stupněm mentální retardace, které přinášejí zklamání rodičům, co se týče například životní perspektivy. Rodiče se mohou k těmto dětem chovat až agresivně a někteří mohou ztratit rodičovský zájem o tyto děti anebo zanedbávat jejich péči.

(Provazníková in Vaníčková, Hadj – Moussová, Provazníková, 1995)

Mezi rizikové dospělé, kteří se často stávají pachateli týrání, zneužívání či zanedbávání patří:

- Rodiče mladí a povahově nezralí
 - Lidé se zvláštním životním stylem například členové náboženských sekt a stoupenci různých zvláštních rituálů
 - Lidé žijící dlouhodobě ve stresu spojeným například s nezaměstnaním
 - Rodiče, kteří se nadměrně věnují práci a nemají čas na své děti
 - Jedinci s agresivní povahou, anomálním vývojem osobnosti a se závislostmi (na drogách, alkoholu,..)
 - Lidé s některou formou psychického onemocnění, například lidé s mentální retardací
- (Provazníková in Vaníčková, Hadj – Moussová, Provazníková, 1995)

Situacemi, které často vedou k týrání, zanedbávání či zneužívání dětí, bývají :

- Různé závislosti (alkohol, drogy)
- Různé stresové situace (rozvody, porozvodové „tahanice“ o děti)
- Bída

(Matějček in Dunovský, Dytrych, Matějček et al., 1995)

4.3 Terciální prevence

Posledním druhem prevence je prevence terciární. O terciární prevenci mluvíme v případě, že k týrání, zanedbávání či zneužívání už došlo a snažíme se proto zajistit, aby k dalšímu poškozování a ubližování dítěte dále již nedocházelo. Je provedeno šetření, které by mělo určit prognózu případu. Na základě této prognózy se pak navrhnou různá opatření, která by byla ku prospěchu dítěte. Rozhoduje se, zda by bylo pro dítě lepší zůstat v rodině nebo se hledá jiné řešení. Jakékoliv jiné řešení může být však pouze dočasné. Ale i v takových životních situacích je třeba k dítěti přistupovat citlivě a brát v úvahu jeho věk. (Provazníková in Vaničková, Hadj – Moussová, Provazníková, 1995)

5 PRAKTICKÁ ČÁST

5.1 Stanovení cílů a výzkumných otázek

Cílem mé bakalářské práce je zjistit informovanost učitelek mateřských škol o syndromu CAN, tedy o syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, přičemž budu zároveň srovnávat znalosti učitelek mateřských škol dle délky praxe (do 10 let – kratší praxe a nad 10 let - delší praxe) a dle výše jejich vzdělání (středoškolské a vysokoškolské vzdělání). Zajímá mě, jak moc jsou s tímto problémem obeznámeny učitelky mateřských škol a zda jejich znalosti ovlivnila délka jejich praxe ve školství či jejich dosažené vzdělání.

Výzkumné otázky

1. otázka: Jsou vysokoškolsky vzdělané učitelky více informovanější o syndromu CAN než středoškolsky vzdělané učitelky a jsou také o syndromu CAN více informovanější učitelky s delší praxí než učitelky s kratší délkou praxe?

2. otázka: Setkaly se s dětmi se syndromem CAN častěji učitelky s delší pedagogickou praxí než učitelky s kratší pedagogickou praxí?

3. otázka: Rozpoznaly dítě se syndromem CAN lépe učitelky s vysokoškolským vzděláním než učitelky se středoškolským vzděláním a rozpoznaly jej také lépe učitelky s delší praxí než učitelky s kratší praxí?

4. otázka: Věděly by učitelky s vysokoškolským vzděláním lépe než učitelky se středoškolským vzděláním na koho se obrátit v případě, že by se v jejich třídě objevilo dítě se syndromem CAN a věděly by také lépe učitelky s delší praxí než učitelky s kratší praxí na koho se obrátit?

5. otázka: Je znalost čísla Linky bezpečí lepší u učitelek s vysokoškolským vzděláním než u učitelek se středoškolským vzděláním a je znalost tohoto čísla lepší také u učitelek s delší praxí než u učitelek s kratší praxí?

5.2 Popis metody a vzorku

Data potřebná pro realizaci této bakalářské práce jsem získala pomocí metody dotazníku. „*Samotný dotazník je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně*“ (Chráska, 2007, s. 163). Při sestavování dotazníku bychom měli brát v zřetel určité zásady a pravidla jako je například:

- Srozumitelnost – otázky v dotazníku by měly být pro respondenty jasné a srozumitelné a také bychom se měli vyvarovat příliš dlouhým otázkám
 - Jednoznačnost – otázky by měly být jednoznačné bez možnosti chápání více způsoby
 - Adekvátní rozsáhlost dotazníku – dotazník by neměl být příliš rozsáhlý
- (Chráska, 2007)

Dotazník je anonymní. Úvod věnuji respondentkám, kterým děkuji za spolupráci a také jim zde objasňuji, o jaký dotazník jde. Samotný dotazník obsahuje 13 otázek. Otázky č. 1, 2, 4, 9 a 13 zjišťují fakta, jsou to otázky dichotomické. Otázky č. 3, 5, 6, 7, 8, 10, 12 jsou otázky polynomicke, respondent zde vybírá z více odpovědí. Pouze otázka č. 11 je otázka otevřená, respondentky zde vytvářejí odpověď samy, bez možnosti daného výběru.

Zkoumaný vzorek tvoří 83 respondentek. Sondáž byla realizovaná na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého, kde byly dotazníky rozdány učitelkám mateřských škol studujících zde v rámci kombinovaného studia a také v samotných mateřských školách.

5.3 Vlastní výzkum

V této části vás seznámím s výsledky dotazníkového šetření. 1. tabulka a s ním spojený 1. graf se týká informací o respondentkách, konkrétně jejich vzdělání a délky praxe. Informace o délce praxe a dosaženém vzdělání jsem zanesla do jedné tabulky a jednoho grafu pro větší přehlednost. V ostatních tabulkách a grafech už jsou přímo vyhodnoceny výsledky odpovědí.

5.3.1 Výsledky a vyhodnocení otázek

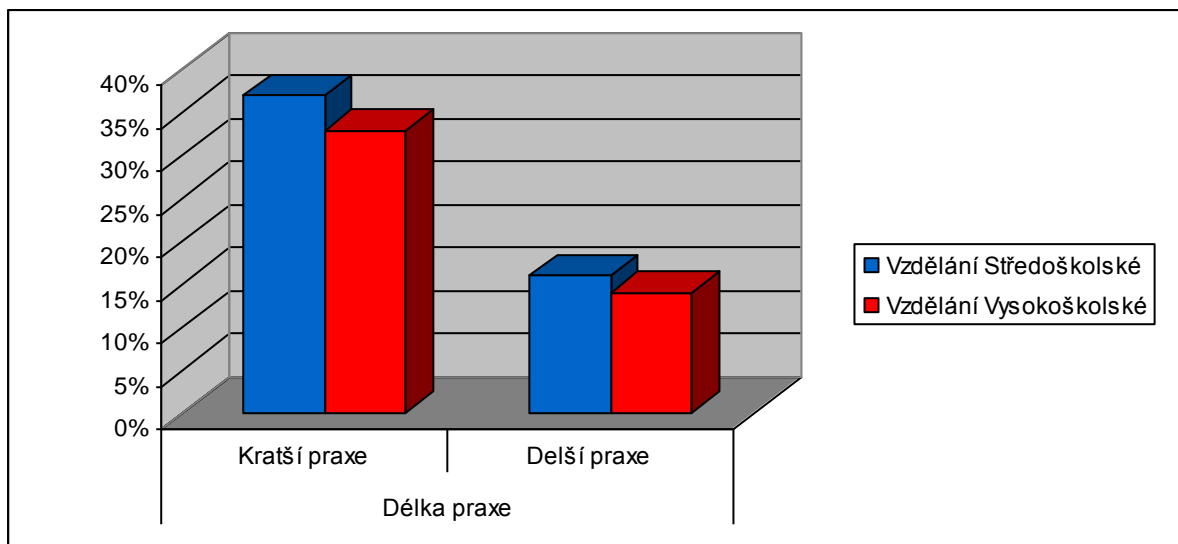
1. otázka: Jaká je délka Vaší praxe?

2. otázka: Jaké je Vaše dosažené vzdělání

Tabulka č. 1: Jaká je délka Vaší praxe? Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

		Délka praxe			
		Kratší praxe		Delší praxe	
		Abs. četnost	Relat. četnost	Abs. četnost	Relat. četnost
Vzdělání	Středoškolské	31	37%	13	16%
	Vysokoškolské	27	33%	12	14%

Graf č. 1: Jaká je délka Vaší praxe? Jaké je Vaše dosažené vzdělání?



Výzkum byl proveden u 83 respondentek. Všechny respondentky byly rozděleny do 1 ze 4 kategorií podle délky své praxe a podle dosaženého vzdělání, což uvidíme v následujících tabulkách. Z tabulky č. 1 i grafu č. 1 je patrné, že mezi respondentkami převažovaly učitelky s pedagogickou praxí do 10 let (dále jen kratší praxe), kterých bylo dohromady 70%, učitelek s délkou praxe nad 10 let (dále jen delší praxe) bylo tedy jen 30%. Respondentek, jež mají „pouze“ středoškolské vzdělání (dále jen SŠ) bylo 53% a vysokoškolské vzdělání (dále jen VŠ) má 47% dotazovaných. Převažují tedy také učitelky, které mají jen středoškolské vzdělání.

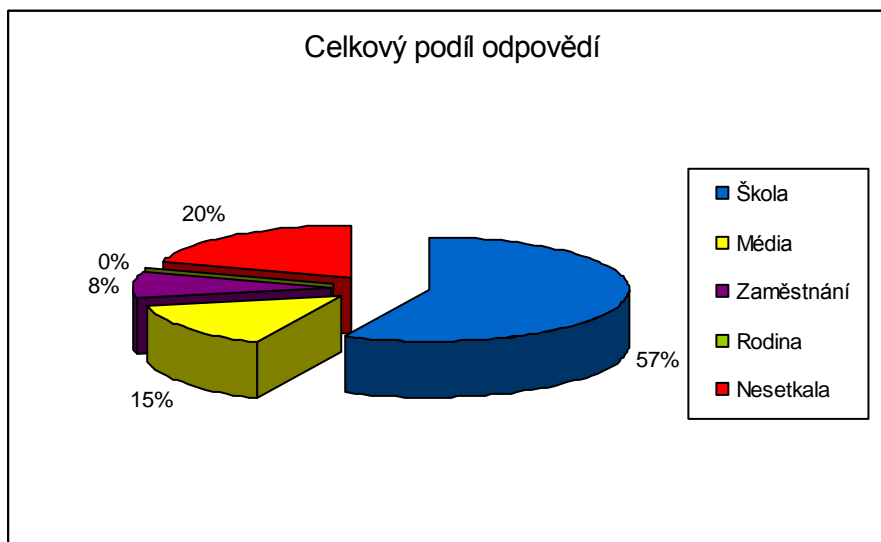
3. otázka: Kde jste se poprvé setkala s pojmem syndrom CAN?

Cílem této otázky je zjistit zda respondentky znají pojem „syndrom CAN“ a pokud ano, tak kde se s tímto pojmem poprvé setkaly. Z tabulky č. 2 a grafu č. 2, kde je znázorněn celkový podíl odpovědí vyplývá, že největší část respondentek se s pojmem „syndrom CAN“ poprvé setkala v rámci školy. Školu z nabízených možností uvedlo 57% učitelek, 15% učitelek uvedlo média, 8% zaměstnání a 20% učitelek se s tímto pojmem ještě vůbec neseťkalo.

Tabulka č. 2 : Kde jste se poprvé setkala s pojmem syndrom CAN?

Celkový podíl odpovědí		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Škola	47	57%
Média	12	15%
Zaměstnání	7	8%
Rodina	0	0%
Neseťkala	17	20%

Graf č. 2: Kde jste se poprvé setkala s pojmem syndrom CAN?



U respondentek z řad učitelek s kratší praxí a SŠ je na prvním místě – co se týče prvního seznámení s tímto pojmem- škola, kterou uváděly až v 42%. Následují média v zastoupení 16% a zaměstnání - 10%. S tímto pojmem se v této kategorii neseťkalo 32% učitelek.

U učitelek s kratší praxí, ale VŠ je pořadí podobné avšak s velmi odlišným procentuelním zastoupením. Převážná většina – 85% učitelek - pojem syndrom CAN zná ze

školy, 7% učitelek o tomto pojmu ještě vůbec neslyšelo, 4% jej znají ze zaměstnání a 4% z médií.

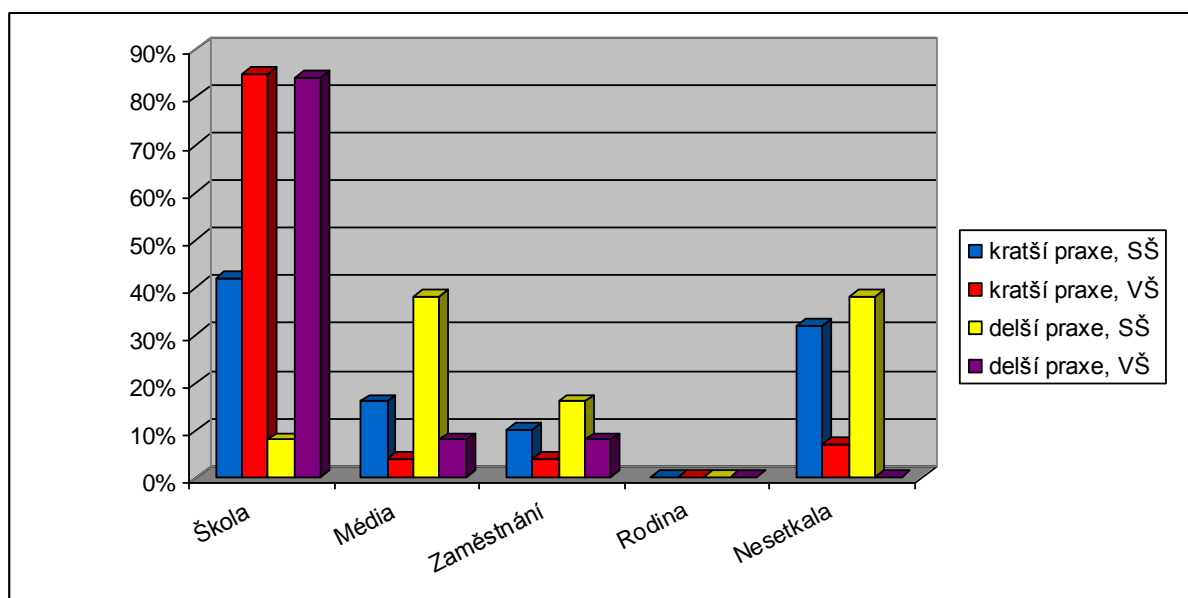
Nejvýraznější rozdíly od ostatních kategorií spatřujeme u kategorie učitelek s delší praxí a SŠ. Zde se s pojmem doposud nesetkalo 38% učitelek, 38% o něm ví z médií, 16% ze zaměstnání a nejméně – 8% - ze školy.

U poslední skupiny, učitelek s delší praxí a VŠ, se na první místo opět dostala škola, kterou uvedlo 84% respondentek, následuje zaměstnání s 8% a média také s 8%. V této kategorii se neobjevil nikdo, kdo by pojem neznal.

Tabulka č. 3: Kde jste se poprvé setkala s pojmem syndrom CAN?

	Kratší praxe, SŠ		Kratší praxe, VŠ		Delší praxe, SŠ		Delší praxe, VŠ	
	Absol. četnost	Relat. četnost	Absol. četnost	Relat. četnost	Absol. četnost	Relat. četnost	Absol. četnost	Relat. četnost
Škola	13	42%	23	85%	1	8%	10	84%
Média	5	16%	1	4%	5	38%	1	8%
Zaměstnání	3	10%	1	4%	2	16%	1	8%
Rodina	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Nesetkala	10	32%	2	7%	5	38%	0	0%

Graf č. 3: Kde jste se poprvé setkala s pojmem syndrom CAN?



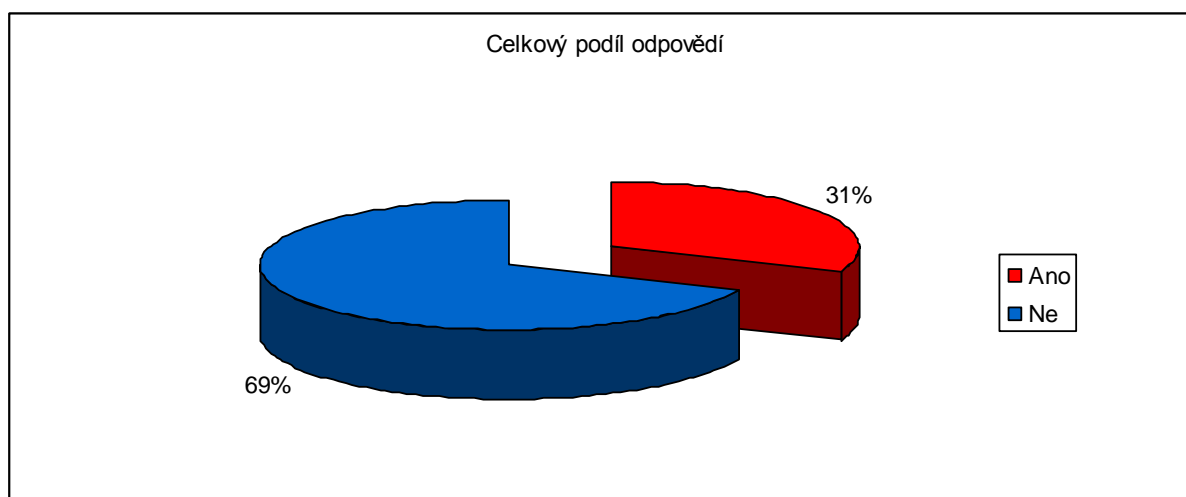
4. otázka: Setkala jste se během své praxe s dítětem se syndromem CAN?

Prostřednictvím této otázky zjišťuji, kolik učitelek se během své pedagogické praxe setkala s dítětem trpícím syndromem CAN a tudíž s ním má i zkušenosti. Z grafu č. 4 i tabulky č. 4, kde je celkový podíl odpovědí, vidíme, že většina učitelek se s dítětem se syndromem CAN nesečkala. S dítětem se syndromem CAN se setkala 31% respondentek.

Tabulka č. 4: Setkala jste se během své praxe s dítětem, které bylo postihnuto syndromem CAN?

Celkový podíl odpovědí		
	Absolut. četnost	Relat. četnost
Ano	26	31%
Ne	57	69%

Graf č. 4: Setkala jste se během své praxe s dítětem se syndromem CAN?



Z tabulky č. 5 vidíme, že co se týče učitelek s kratší praxí a SŠ, tak s dítětem se syndromem CAN se jich během své praxe setkala 23% .

V kategorii učitelek s kratší praxí, ale VŠ má zkušenosti s dítětem se syndromem CAN 15% učitelek.

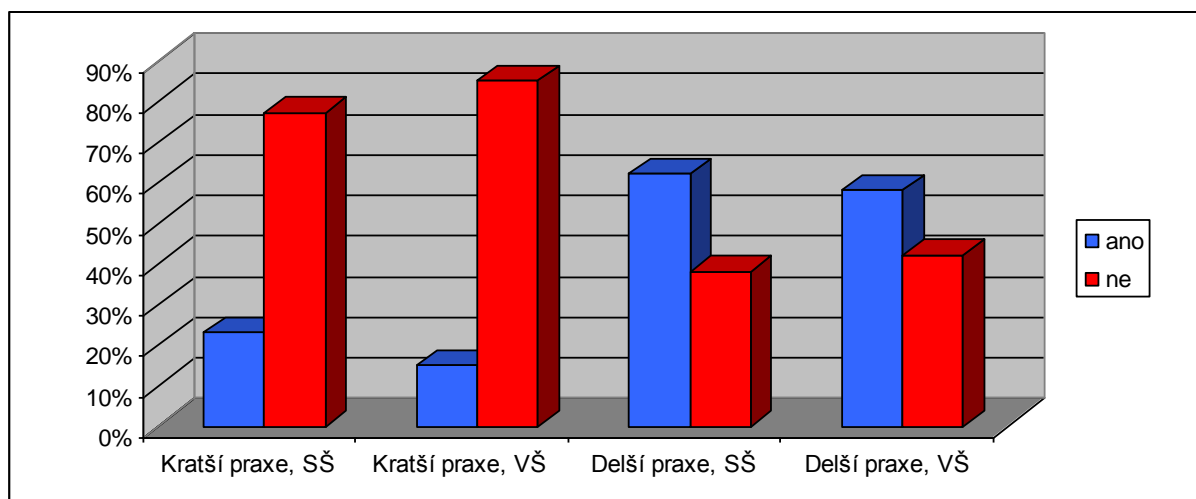
U učitelek s delší praxí se výsledky této otázky liší od výsledků učitelek s kratší praxí, protože na rozdíl od nich se s dítětem se syndromem CAN setkala nadpoloviční většina učitelek. V kategorii učitelek s delší délkou praxe a SŠ to je celých 62%.

U učitelek s delší praxí a VŠ se s dítětem týraným, zneužívaným či zanedbávaným setkala 58% učitelek.

Tabulka č. 5: Setkala jste se během své praxe s dítětem se syndromem CAN?

	Kratší praxe, SŠ		Kratší praxe, VŠ		Delší praxe, SŠ		Delší praxe, VŠ	
	Absol. četnost	Relat. četnost	Absol. četnost	Relat. četnost	Absol. četnost	Relat. četnost	Absol. četnost	Relat. četnost
Ano	7	23%	4	15%	8	62%	7	58%
Ne	24	77%	23	85%	5	38%	5	42%

Graf č. 5: Setkala jste se během své praxe s dítětem se syndromem CAN?



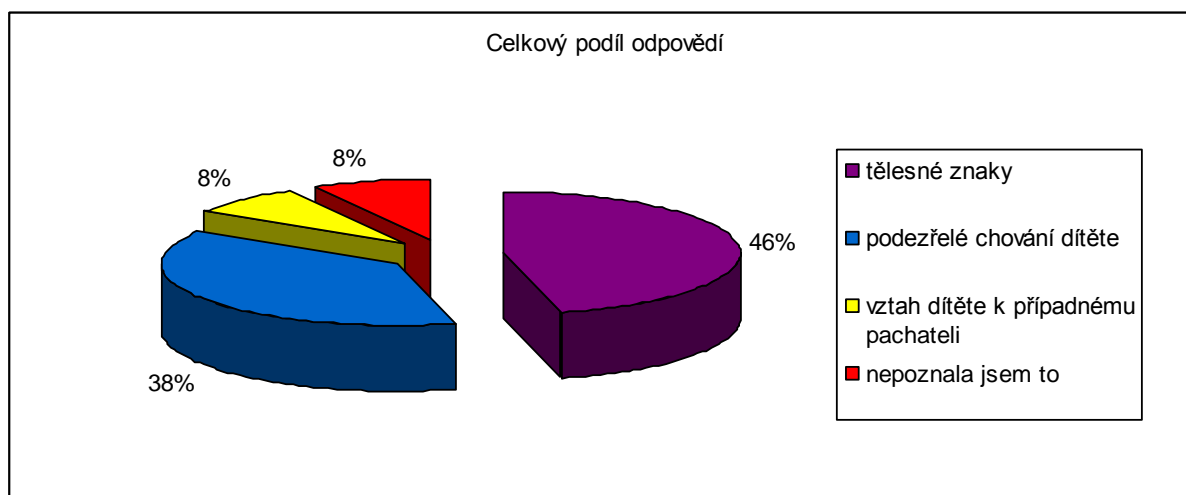
5. otázka: Pokud jste u výše uvedené otázky odpověděla ano, jak jste to poznala?

Na otázku č. 5 odpovídají pouze respondentky, které u předchozí otázky (Setkala jste se během své praxe s dítětem se syndromem CAN), odpověděly ano. Touto otázkou zjišťují, podle jakých znaků učitelky nejčastěji rozpoznaly dítě se syndromem CAN, čeho si všimaly. Z tabulky č. 6 je patrné, že nejvíce respondentek rozpoznalo dítě se syndromem CAN podle tělesných znaků – 46%, 38% potom podle jeho podezřelého chování, 8% podle vztahu dítěte k případnému pachateli a také 8% učitelek nepoznalo dítě se syndromem CAN.

Tabulka č. 6: Pokud jste u výše uvedené otázky odpověděla ano, jak jste to poznala?

Celkový podíl odpovědí		
	Absol. četnost	Relat. četnost
Tělesné znaky	12	46%
Podezřelé chování dítěte	10	38%
Vztah dítěte k případnému pachateli	2	8%
Nepoznala jsem to	2	8%

Graf č. 6: Pokud jste u výše uvedené otázky odpověděla ano, jak jste to poznala?



Z podrobnější analýzy zjistíme, že v kategorii učitelek s kratší praxí a SŠ uváděly respondentky nejčastěji podezřelé chování dítěte a tělesné znaky jako zdroj rozpoznání syndromu CAN u dítěte, jež vychovávaly a vzdělávaly a to v obou dvou případech ve 43%. Jedna učitelka - 14% - dítě se syndromem CAN poznala podle jeho vztahu k případnému pachateli.

Učitelky s kratší praxí, ale VŠ rozpoznaly dítě se syndromem CAN podle tělesných znaků a to v 50% a 50% učitelek podle podezřelého chování dítěte.

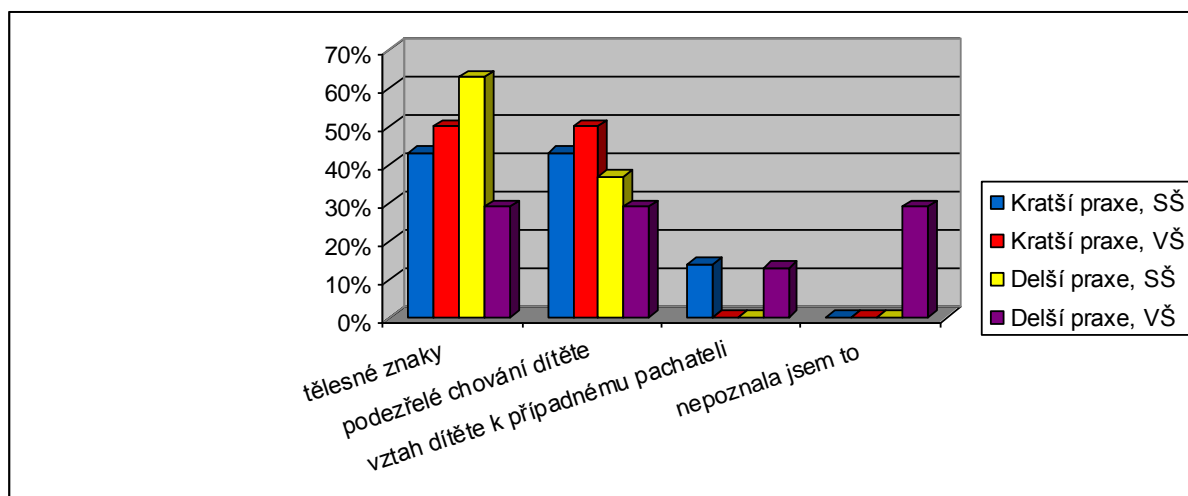
U respondentek s delší praxí a SŠ převažovala odpověď „tělesné znaky“, kterou uvedlo 63% dotazovaných z této kategorie. 37% potom uvedlo podezřelé chování dítěte.

Poslední kategorie, učitelky s delší délkou praxe a VŠ, uváděla podezřelé chování dítěte ve 29%, tělesné znaky ve 29% a 29% učitelek, čemuž odpovídají 2 učitelky, nepoznalo ve své třídě dítě se syndromem CAN.

Tabulka č. 7: Pokud jste u výše uvedené otázky odpověděla ano, jak jste to poznala?

	Kratší praxe, SŠ		Kratší praxe, VŠ		Delší praxe, SŠ		Delší praxe, VŠ	
	Absol. četnost	Relat. četnost	Absol. četnost	Relat. četnost	Absol. četnost	Relat. četnost	Absol. četnost	Relat. četnost
Tělesné znaky	3	43%	2	50%	5	63%	2	29%
Podezřelé chování dítěte	3	43%	2	50%	3	37%	2	29%
Vztah dítěte k případnému pachateli	1	14%	0	0%	0	0%	1	14%
Nepoznala jsem to	0	0%	0	0%	0	0%	2	29%

Graf č. 7: Pokud jste u výše uvedené otázky odpověděla ano, jak jste to poznala?



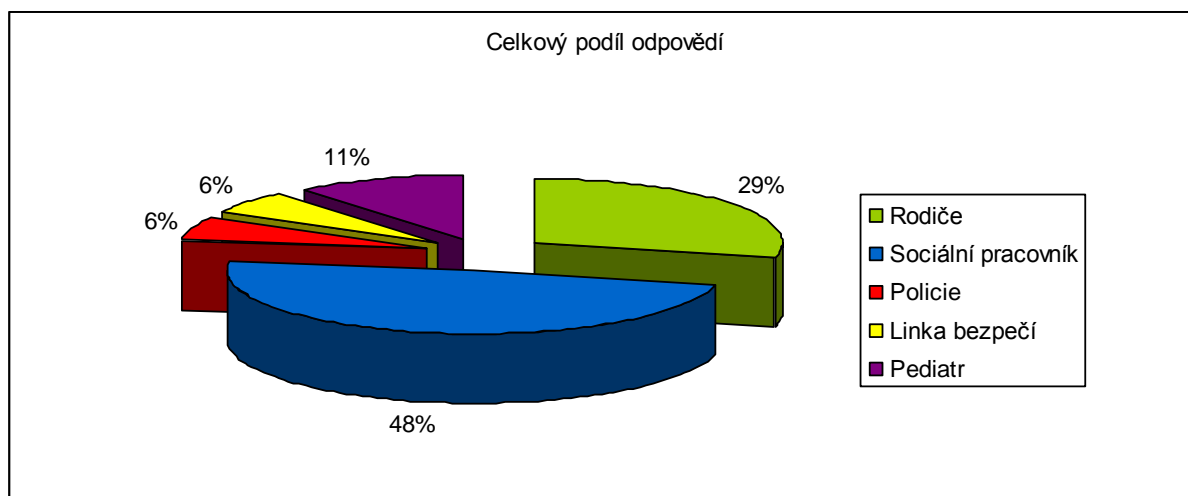
6. otázka: Koho byste nejdříve kontaktovala, pokud byste zjistila, že dítě trpí syndromem CAN?

Otázka č. 6 si klade za cíl zjistit, koho by respondentky v rámci nabízených možností kontaktovaly úplně nejdřív, pokud by měly podezření na dítě se syndromem CAN. Z celkového vzorku odpovědí je patrné, že převážná část respondentek by se nejdříve obrátila na sociálního pracovníka – 48% , 29% potom na rodiče dítěte s údajným syndrom CAN, 11% na pediatra, 6% na policii a 6% na Linku bezpečí.

Tabulka č. 8: Koho byste nejdříve kontaktovala, pokud byste zjistila, že dítě trpí syndromem CAN?

Celkový podíl odpovědí		
	Absol. četnost	Relat. četnost
Rodiče	24	29%
Sociální pracovník	40	48%
Policie	5	6%
Linka bezpečí	5	6%
Pediatr	9	11%

Graf č. 8: Koho byste nejdříve kontaktovala, pokud byste zjistila, že dítě trpí syndromem CAN?



Při vyhodnocování výsledků dle jednotlivých kategorií jsem zjistila, že 39% učitelek s kratší délkou praxe a SŠ by se v případě podezření na syndrom CAN nejdříve obrátilo na sociálního pracovníka - 39%, stejné procento pak na rodiče dítěte, 10% na Linku bezpečí, 6% na pediatra a 6% na policii.

Co se týče učitelek s kratší délkou praxe, ale VŠ tak tam výsledky dopadly podobně v tom, že by většina z nich v první řadě kontaktovala sociálního pracovníka - 59%, 19% potom rodiče, 7% policii, 7% linku bezpečí a také 7% pediatra.

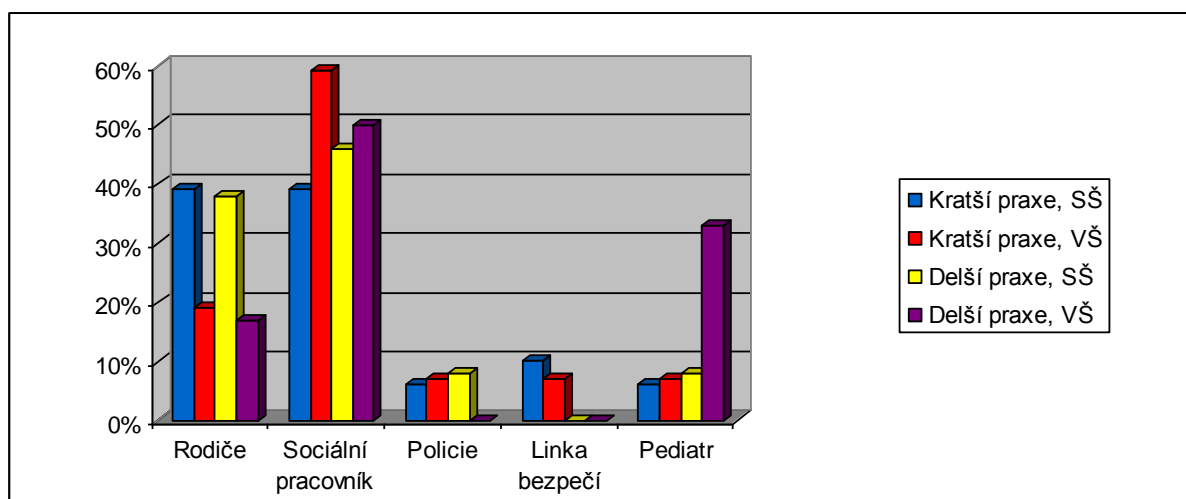
U učitelek s delší pedagogickou praxí a SŠ je na prvním místě opět sociální pracovník, kterého uvedlo 46% respondentek. Na rodiče by se obrátilo 38% učitelek této kategorie, 8% na pediatra a také 8% na policii.

U poslední skupiny, učitelek s delší praxí a VŠ, byla opět nejfrekventovanější odpovědí „sociální pracovník“, kterou uvedlo 50% učitelek. S 33% potom následoval pediatr a se 17% rodiče.

Tabulka č. 9: Koho byste nejdříve kontaktovala, pokud byste zjistila, že dítě trpí syndromem CAN?

	Kratší praxe, SŠ		Kratší praxe, VŠ		Delší praxe, SŠ		Delší praxe, VŠ	
	Absol. četnost	Relat. četnost	Absol. četnost	Relat. četnost	Absol. četnost	Relat. četnost	Absol. četnost	Relat. četnost
Rodiče	12	39%	5	19%	5	38%	2	17%
Sociální pracovník	12	39%	16	59%	6	46%	6	50%
Policie	2	6%	2	7%	1	8%	0	0%
Linka bezpečí	3	10%	2	7%	0	0%	0	0%
Pediatr	2	6%	2	7%	1	8%	4	33%

Graf č. 9: Koho byste nejdříve kontaktovala, pokud byste zjistila, že dítě trpí syndromem CAN?



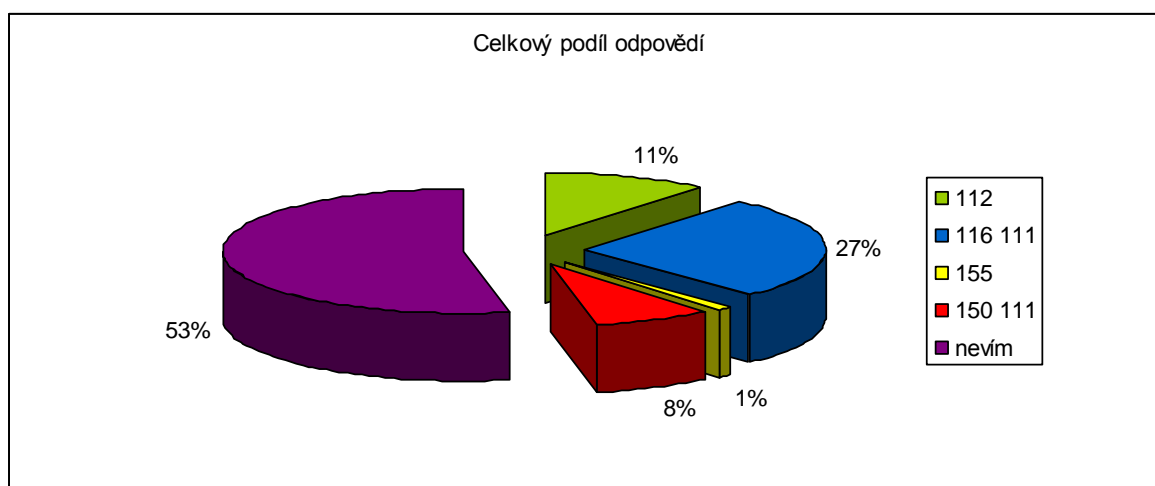
Otázka č.7: Jaké je číslo Linky bezpečí?

Otázka č. 7 si klade za cíl zjistit, zda učitelky MŠ znají číslo Linky bezpečí. Z celkového vzorku všech odpovědí je patrné, že 53% učitelek číslo Linky bezpečí nezná, 22% odpovědělo správně č. 116 111, 11% uvedlo číslo 112, 1% číslo 155 a 8% číslo 150 111.

Tabulka č. 10: Jaké je číslo Linky bezpečí?

Celkový podíl odpovědí		
	Absol. četnost	Relat. četnost
112	9	11%
116 111	22	26%
155	1	1%
150 111	7	8%
Nevím	44	54%

Graf č. 10: Jaké je číslo Linky bezpečí?



Z analýzy dle jednotlivých kategorií zjistíme, že v kategorii učitelek s kratší délkou praxe a SŠ zná číslo Linky bezpečí 16% učitelek, 55% jej nezná, 13% uvedlo č. 112 a 13% č. 150 111. Číslo 155 uvedla 1 respondentka.

Respondentky s kratší délkou praxe, ale VŠ znají číslo Linky bezpečí ve 33%, 52% učitelek neví, 7% uvedlo č. 112 a 7% č. 150 111.

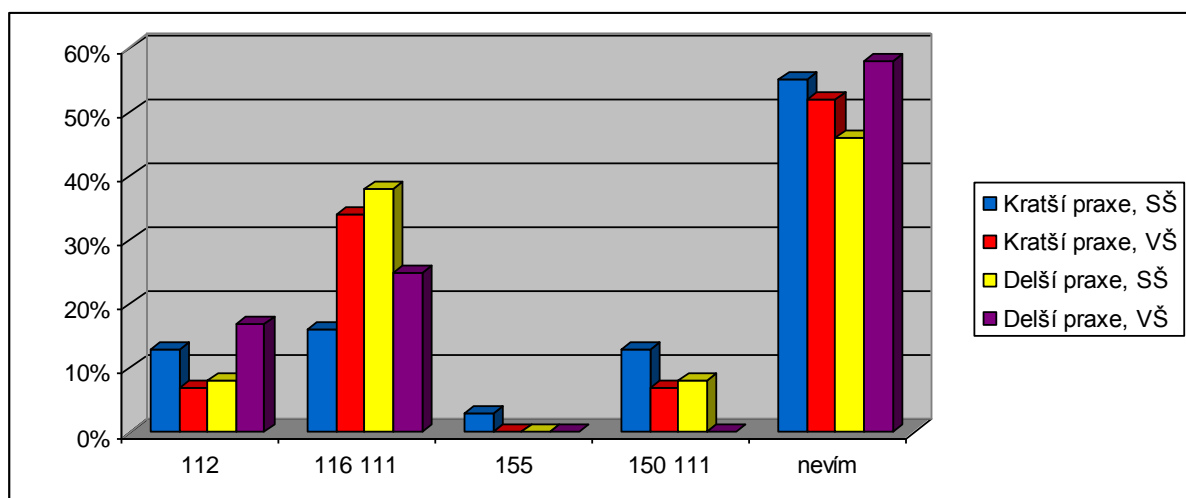
V kategorii učitelek s delší praxí a SŠ nezná číslo Linky bezpečí 46%, 38% odpovědělo správně, 8% uvedlo č. 150 111 a také 8% uvedlo č. 112.

U učitelek s delší praxí, ale VŠ uvedlo správné číslo 25% respondentek, 58% učitelek číslo nezná a 17% učitelek si myslí, že číslo Linky bezpečí je č. 112.

Tabulka č. 11: Jaké je číslo Linky bezpečí?

	Kratší praxe, SŠ		Kratší praxe, VŠ		Delší praxe, SŠ		Delší praxe, VŠ	
	Absol. četnost	Relat. četnost	Absol. četnost	Relat. četnost	Absol. četnost	Relat. četnost	Absol. četnost	Relat. četnost
112	4	13%	2	7%	1	8%	2	17%
116 111	5	16%	9	33%	5	38%	3	25%
155	1	3%	0	0%	0	0%	0	0%
150 111	4	13%	2	7%	1	8%	0	0%
Nevím	17	55%	14	52%	6	46%	7	58%

Graf č. 11: Jaké je číslo Linky bezpečí?



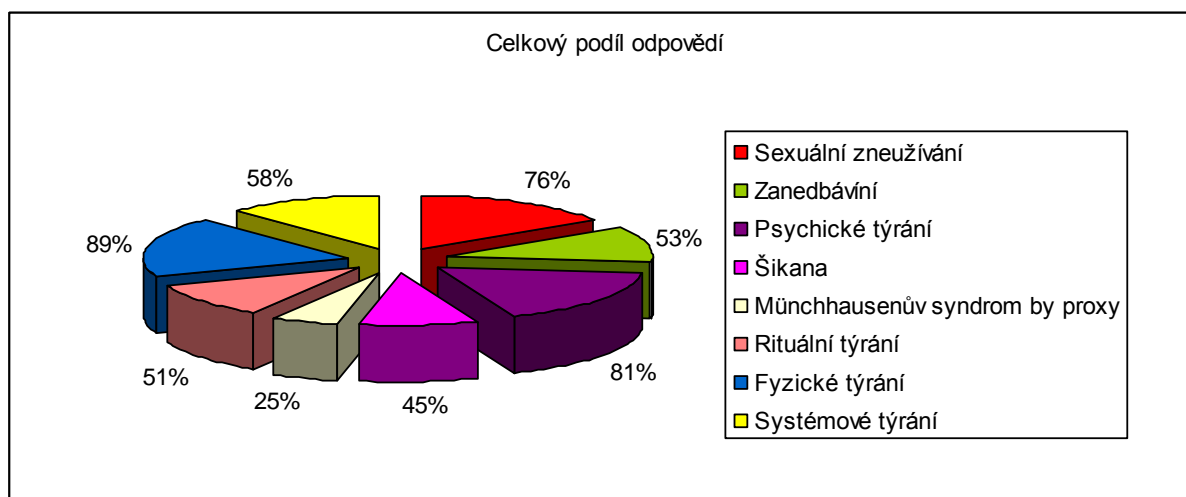
Otázka č. 8 : Vyberte, které z následujících patří mezi druhy syndromu CAN

V návaznosti na tuto otázku je respondentkám nabídnuto 9 druhů syndromu CAN. Respondentky tedy měly označit všech 9 odpovědí. Ani jedna z odpovědí však neměla u respondentek 100% úspěšnost. Největší úspěšnost měla odpověď „fyzické týrání, kterou uvedlo 89% učitelek, dále potom sexuální zneužívání – 76%, systémové týrání – 58%, zanedbávání – 53%, rituální týrání – 51%, šikana – 45% a nejméně uváděly respondenty odpověď „Münchhausenův syndrom by proxy“, kterou uvedlo pouze 25% učitelek.

Tabulka č. 12: Vyberte, které z následujících patří mezi druhy syndromu CAN

Celkový podíl odpovědí		
	Absol. četnost	Relat. četnost
Sexuální zneužívání	63	76%
Zanedbávání	44	53%
Psychické týrání	67	81%
Šikana	37	45%
Münchhausenův syndrom by proxy	21	25%
Rituální týrání	42	51%
Fyzické týrání	74	89%
Systémové týrání	48	58%

Graf č. 12: Vyberte, které z následujících patří mezi druhy syndromu CAN



U učitelek s kratší praxí a SŠ bylo nejčastější odpovědí fyzické týrání, kterou uvedlo 94% respondentek, sestupně pak následuje psychické týrání – 74%, sexuální zneužívání – 71%, systémové týrání – 52%, zanedbávání a šikanu uvedlo 45% učitelek, rituální týrání 42% a Münchhausenův syndrom by proxy pouze 10%.

U učitelek s kratší praxí a VŠ byla na prvním místě odpověď fyzické týrání – 93% spolu s psychickým týráním – 93%. Následovalo sexuální zneužívání – 85%, zanedbávání – 74%, systémové týrání – 63%, rituální týrání – 56%, Münchhausenův syndrom by proxy uvedlo 48% učitelek a šikanu 41% respondentek.

Ve skupině učitelek s delší praxí a SŠ uváděly respondentky opět nejčastěji fyzické týrání – 85%, o něco méně jich správně označilo psychické týrání – 70%, sexuální zneužívání a rituální týrání uvedlo 62% učitelek, systémové týrání 54%, šikanu 38%, zanedbávání 23%

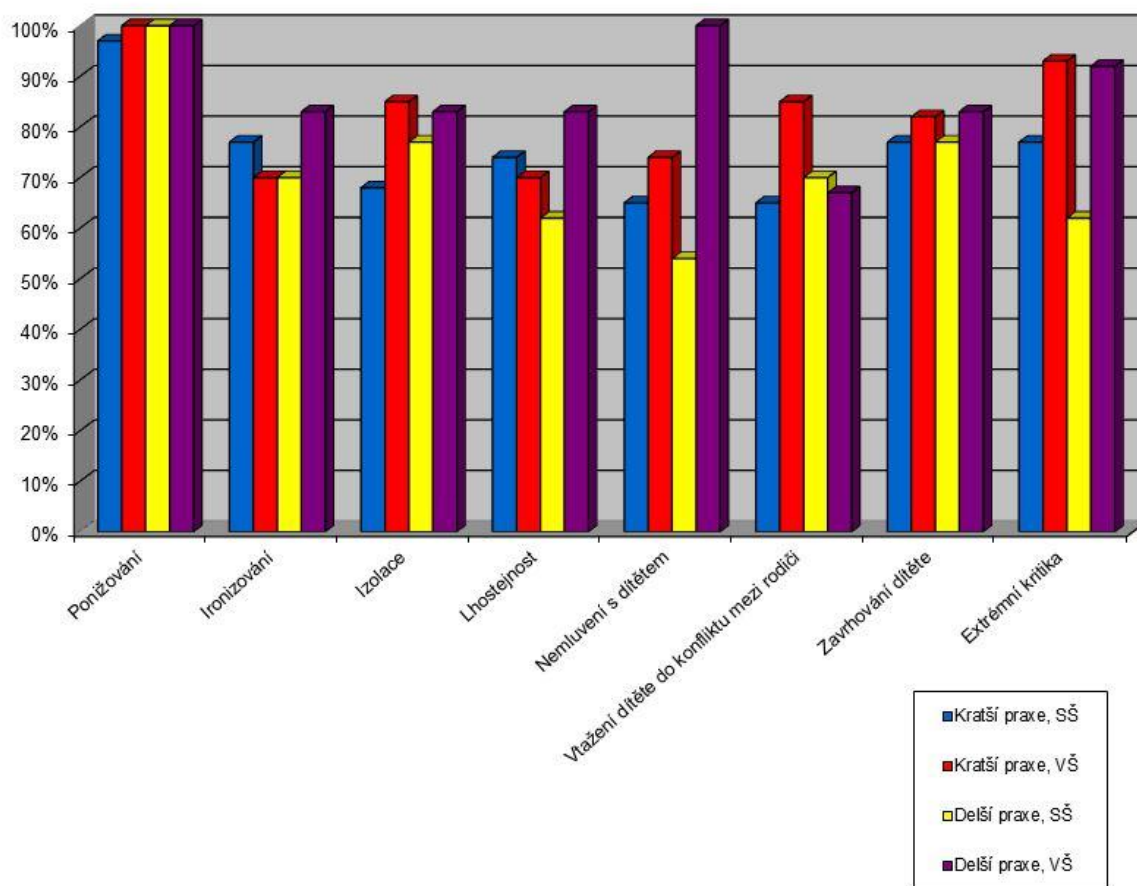
a Münchhausenův syndrom by proxy by do druhů syndromu CAN z této kategorie učitelek zahrnulo pouze 8% respondentek.

U poslední skupiny, učitelek s delší praxí a VŠ, byla nejčastější odpovědí, na rozdíl od ostatních skupin, odpověď „psychické týrání“ a zároveň sexuální zneužívání, jež správně uvedlo 83% respondentek, následuje fyzické týrání – 75%, systémové týrání – 67%, šikana a zanedbávání uvedlo 58% učitelek, rituální týrání 50% a Münchhausenův syndrom by proxy 33% respondentek.

Tabulka č. 13: Vyberte, které z následujících patří mezi druhy syndromu CAN

	Kratší praxe, SŠ		Kratší praxe, VŠ		Delší praxe, SŠ		Delší praxe, VŠ	
	Absol. četnost	Relat. četnost	Absol. četnost	Relat. četnost	Absol. četnost	Relat. četnost	Absol. četnost	Relat. četnost
Sexuální zneužívání	22	71%	23	85%	8	62%	10	83%
Zanedbávání	14	45%	20	74%	3	23%	7	58%
Psychické týrání	23	74%	25	93%	9	69%	10	83%
Šikana	14	45%	11	41%	5	38%	7	58%
Münchhausenův syndrom by proxy	3	10%	13	48%	1	8%	4	33%
Rituální týrání	13	42%	15	56%	8	62%	6	50%
Fyzické týrání	29	94%	25	93%	11	85%	9	75%
Systémové týrání	16	52%	17	63%	7	54%	8	67%

Graf č. 13: Vyberte, které z následujících patří mezi druhy syndromu CAN



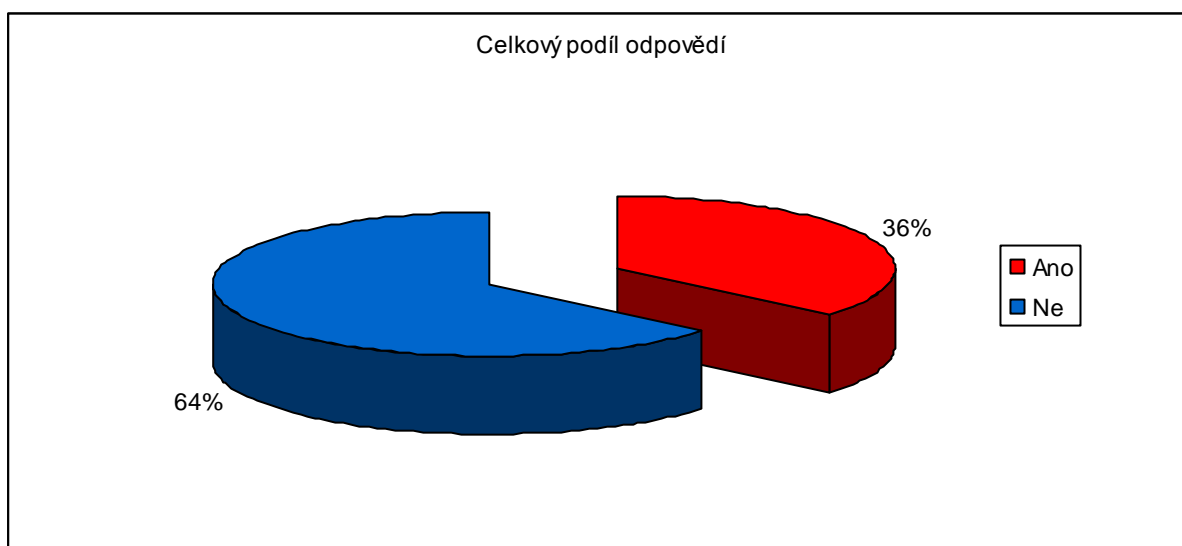
Otázka č 9. Domníváte se, že fyzické týrání vždy zanechává stopy na těle dítěte?

V této otázce zjišťuji, zda si respondentky myslí, že fyzické týrání musí vždy zanechávat viditelné stopy na dítěti. Z tabulky č. 14 a grafu č. 14 je zřejmé, že 36% respondentek si myslí, že fyzické týrání opravdu vždy zanechává stopy na těle dítěte.

Tabulka č. 14: Domníváte se, že fyzické týrání vždy zanechává stopy na těle dítěte?

Celkový podíl odpovědí		
	Absol. četnost	Relat. četnost
Ano	30	36%
Ne	53	64%

Graf č. 14: Domníváte se, že fyzické týrání vždy zanechává stopy na těle dítěte?



Při analýze dle jednotlivých kategorií spatřujeme rozdíly hlavně mezi učitelkami se středoškolským a vysokoškolským vzděláním. 45% učitelek s kratší praxí a SŠ si myslí, že tělesné týrání zanechává vždy stopy na těle dítěte, 55% učitelek této kategorie si to nemyslí.

U učitelek s kratší praxí, ale VŠ odpovědělo kladně 26% učitelek, 74% si však myslí, že stopy po fyzickém násilí vždy na dítěti zůstanou.

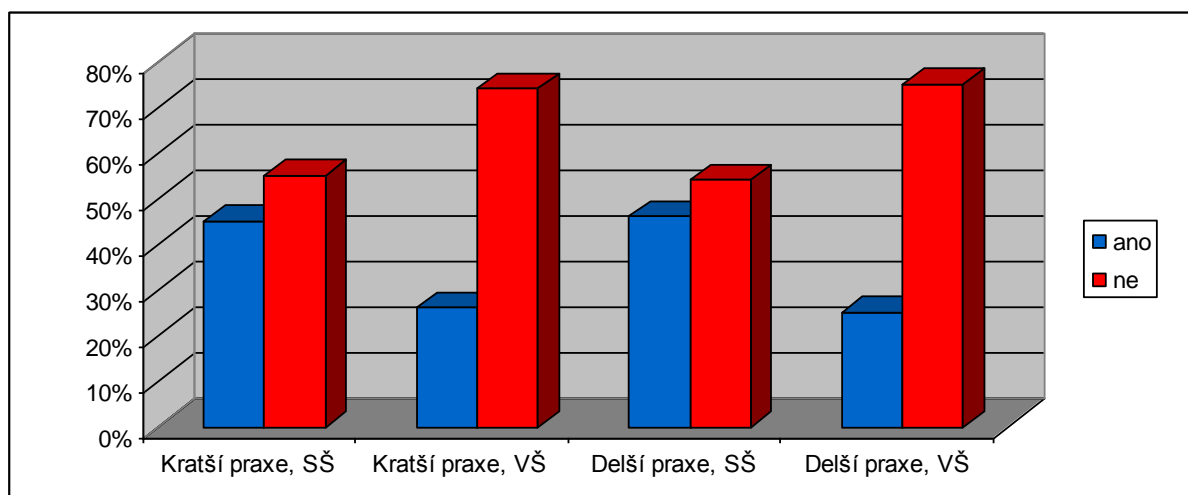
U respondentek s delší praxí a SŠ můžeme pozorovat velmi podobné procentuelní zastoupení jako u respondentek s kratší délkou praxe a SŠ. 46% učitelek odpovědělo, že fyzické týrání se musí na dítěti viditelně projevit.

U poslední kategorie, učitelek s delší praxí a VŠ, je patrná podobnost s učitelkami s kratší praxí a VŠ. 25% respondentek odpovědělo, že vždy stopy zanechává

Tabulka č. 15: Domníváte se, že fyzické týrání vždy zanechává stopy na těle dítěte?

	Kratší praxe, SŠ		Kratší praxe, VŠ		Delší praxe, SŠ		Delší praxe, VŠ	
	Absol. četnost	Relat. četnost	Absol. četnost	Relat. četnost	Absol. četnost	Relat. četnost	Absol. četnost	Relat. četnost
Ano	14	45%	7	26%	6	46%	3	25%
Ne	17	55%	20	74%	7	54%	9	75%

Graf č. 15: Domníváte se, že fyzické týrání vždy zanechává stopy na těle dítěte?



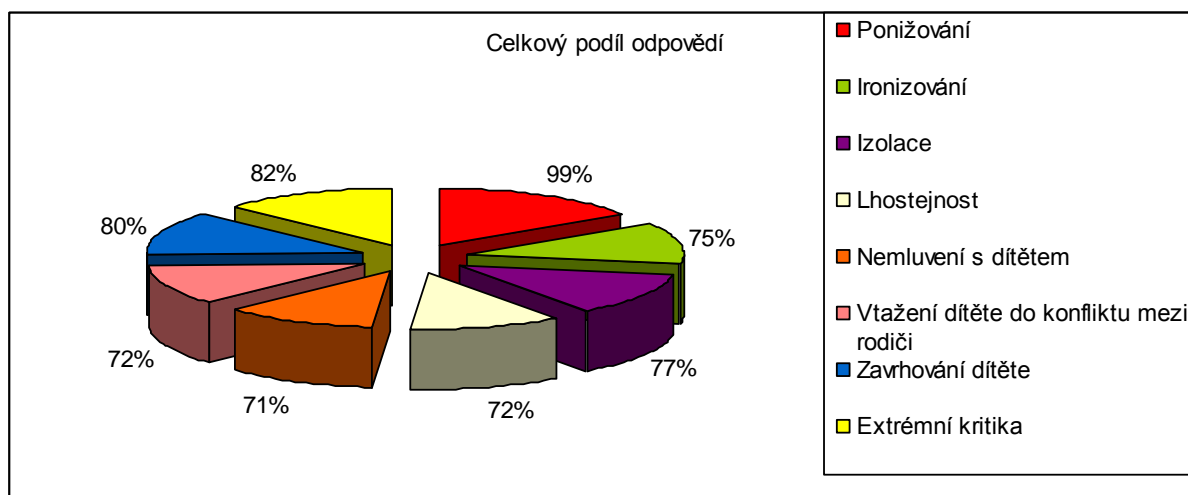
Otázka č. 10: Zakroužkujte formy psychického násilí

V otázce č. 10 je vyjmenováno jednotlivě 8 forem psychického násilí, tudíž by je správně měly respondentky označit všechny. Z grafu č. 16, kde je celkový podíl odpovědí je patrné, že velmi dobrých výsledků dosahovala odpověď ponižování, kterou zvolilo 99% všech respondentek, 82% respondentek potom správně vybralo extrémní kritiku, 80% zavrhování dítěte, 77% izolaci, 75% ironizování, 72% lhostejnost i vtažení dítěte do konfliktu a nejméně 71% nemluvení s dítětem.

Tabulka č. 16: Zakroužkujte formy psychického násilí

Celkový podíl odpovědí		
	Absol. četnost	Relat. četnost
Ponižování	82	99%
Ironizování	62	75%
Izolace	64	77%
Lhostejnost	60	72%
Nemluvení s dítětem	59	71%
Vtažení dítěte do konfliktu mezi rodiči	60	72%
Zavrhování dítěte	66	80%
Extrémní kritika	68	82%

Graf č. 16: Zakroužkujte formy psychického násilí



U učitelek s kratší praxí a SŠ byla nejfrekventovanější odpověď ponižování, ostatně jako i u jiných kategorií, kterou správně označilo 97% respondentek, dále následovaly odpovědi ironizování, extrémní kritika a zavrhování dítěte s procentuelním zastoupením 77%, lhostejnost 74% a nemluvení s dítětem a vtažení dítěte do konfliktu označilo 65% učitelek.

U respondentek s kratší praxí, ale VŠ, by ponižování do forem psychického násilí zahrnuje celých 100% učitelek, extrémní kritiku 93%, izolaci a vtažení dítěte do konfliktu uvedlo 85% učitelek, zavrhování dítěte 82%, nemluvení s dítětem 74% a ironizování a lhostejnost 70%.

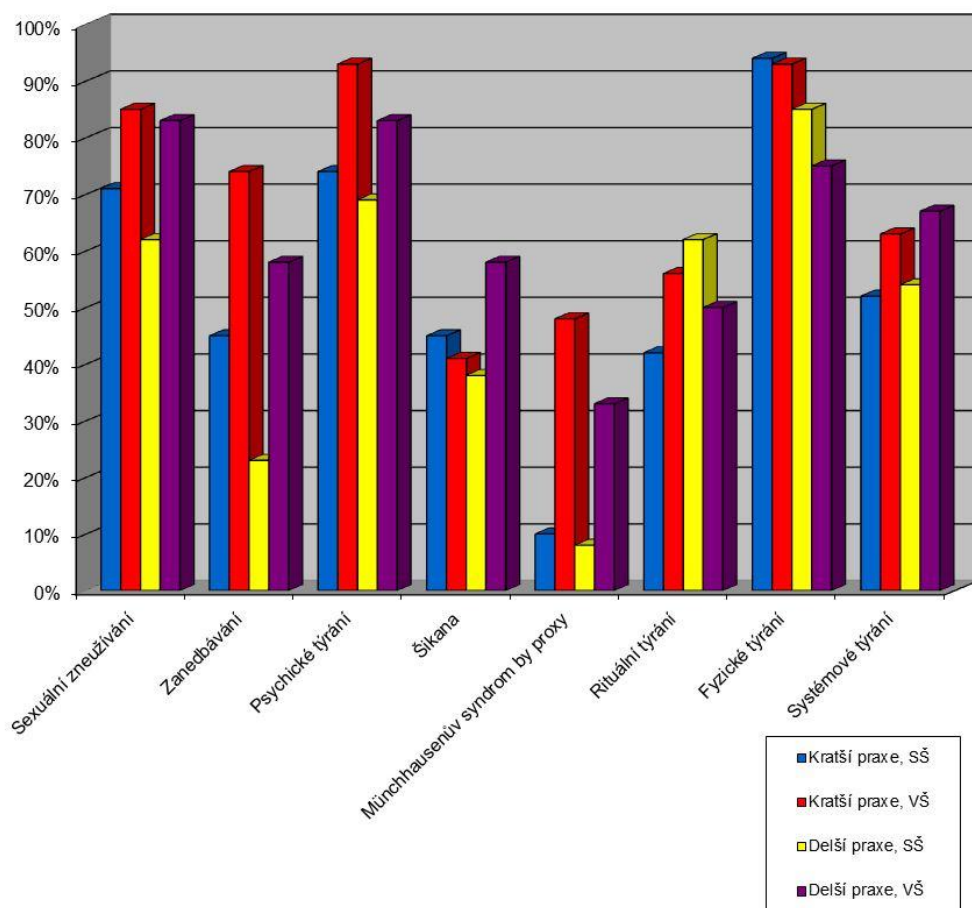
U skupiny učitelek s delší praxí a SŠ bylo ponižování opět 100% odpovědí. Sestupně následovalo zavrhování dítěte a izolace – 77%, ironizování a vtažení dítěte do konfliktu mezi rodiči – 70%, extrémní kritiku a lhostejnost označilo 62% učitelek a nemluvení s dítětem jako formu psychického násilí zvolilo 54% respondentek.

Poslední kategorie, učitelky s delší praxí a VŠ, také volila nejčastěji ponižování, a to ve 100%. Nemluvení s dítětem uvedlo také 100% respondentek této kategorie, což ostatní skupiny označovaly skoro nejméně. Extrémní kritiku uvedlo 92% učitelek a ironizování, izolaci, lhostejnost a zavrhování dítěte uvedlo 83% učitelek. Nejméně častou odpovědí bylo vtažení dítěte do konfliktu, kterou správně označilo 67% učitelek.

Tabulka č. 17: Zakroužkujte formy psychického násilí

	Kratší praxe, SŠ		Kratší praxe, VŠ		Delší praxe, SŠ		Delší praxe, VŠ	
	Absol. četnost	Relat. četnost	Absol. četnost	Relat. četnost	Absol. četnost	Relat. četnost	Absol. četnost	Relat. četnost
Ponižování	30	97%	27	100%	13	100%	12	100%
Ironizování	24	77%	19	70%	9	70%	10	83%
Izolace	21	68%	23	85%	10	77%	10	83%
Lhostejnost	23	74%	19	70%	8	62%	10	83%
Nemluvení s dítětem	20	65%	20	74%	7	54%	12	100%
Vtažení dítěte do konfliktu mezi rodiči	20	65%	23	85%	9	70%	8	67%
Zavrhování dítěte	24	77%	22	82%	10	77%	10	83%
Extrémní kritika	24	77%	25	93%	8	62%	11	92%

Graf č. 17: Zakroužkujte formy psychického násilí



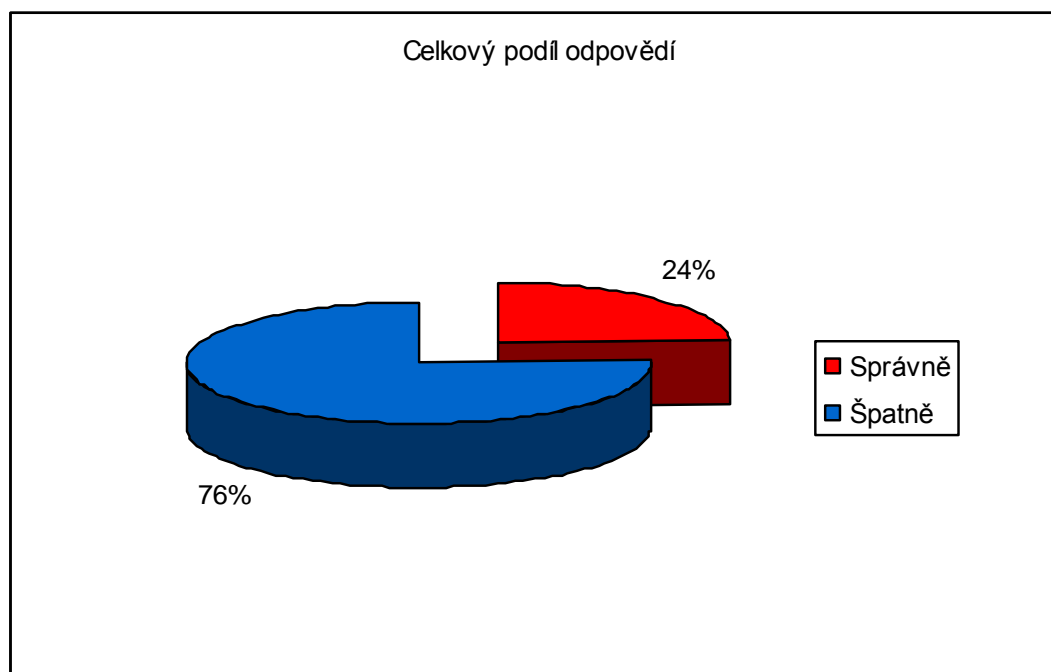
Otázka č. 11: Vysvětlete, co je Münchhausenův syndrom by proxy

K této otázce neměly respondentky žádnou nabídnutou možnost odpovědi, měly ji samy celou doplnit. Z celkového počtu respondentek vědělo, co je Münchhausenův syndrom by proxy pouze 24% respondentek

Tabulka č. 18: Vysvětlete, co je Münchhausenův syndrom by proxy

Celkový podíl odpovědí		
	Absol. četnost	Relat. četnost
Správně	20	24%
Špatně	63	76%

Graf č. 18: Vysvětlete, co je Münchhausenův syndrom by proxy



Mezi jednotlivými kategoriemi učitelek dosahovaly nejlepších výsledků učitelky s vysokoškolským vzděláním. V kategorii učitelek s kratší praxí a SŠ odpovědělo správně pouze 10% učitelek, zbylých 90% neodpovědělo vůbec.

U učitelek se stejnou délkou praxe, ale VŠ znalo Münchhausenův syndrom by proxy 37% učitelek.

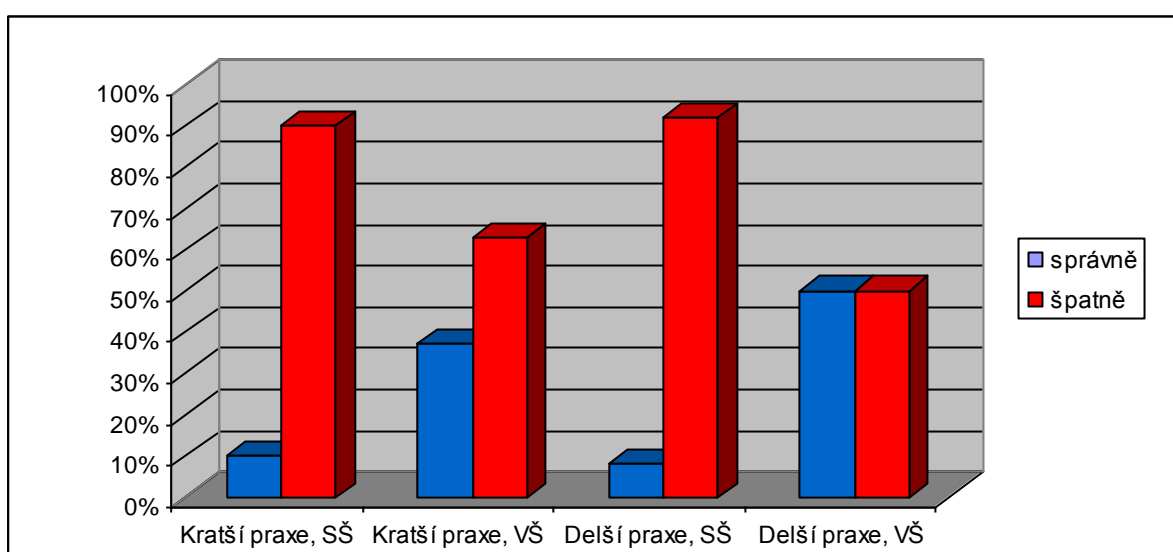
Ve skupině učitelek s delší praxí a SŠ správně doplnilo odpověď 8% respondentek a 92% nechalo otázku bez odpovědi.

Celá polovina učitelek s delší délkou praxe a VŠ věděla, co je Münchhausenův syndrom by proxy, to znamená, že správně odpovědělo 50%.

Tabulka č. 19: Vysvětlete, co je Münchhausenův syndrom by proxy

	Kratší praxe, SŠ		Kratší praxe, VŠ		Delší praxe, SŠ		Delší praxe, VŠ	
	Absol. četnost	Relat. četnost	Absol. četnost	Relat. četnost	Absol. četnost	Relat. četnost	Absol. četnost	Relat. četnost
Správně	3	10%	10	37%	1	8%	6	50%
Špatně	28	90%	17	63%	12	92%	6	50%

Graf č. 19: Vysvětlete, co je Münchhausenův syndrom by proxy



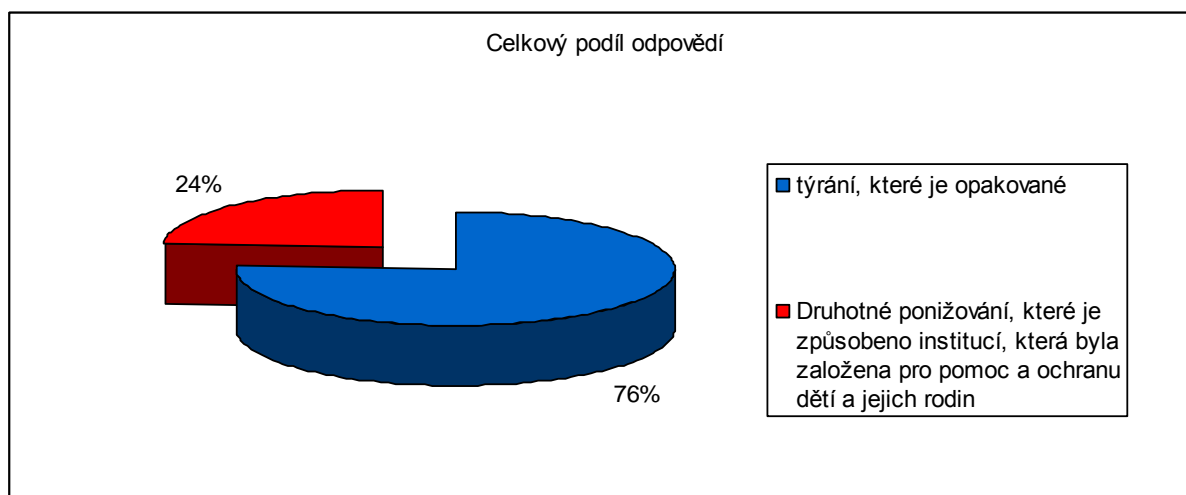
Otázka č. 12: Co znamená systémové týrání?

Tato otázka zjišťovala, zda si respondentky myslí, že systémové týrání je týrání, které je opakované nebo je to druhotné ponižování, které je způsobováno institucemi. 76% všech dotazovaných respondentek si myslí, že je to týrání opakované a 24% se domnívá, že je to druhotné ponižování.

Tabulka č. 20: Co znamená systémové týrání?

Celkový podíl odpovědí		
	Absol. četnost	Relat. četnost
Týrání, které je opakované	30	36%
Druhotné ponižování, které je způsobeno institucí, která byla založena pro pomoc a ochranu dětí a jejich rodin	53	64%

Graf č. 20: Co znamená systémové týrání?



U všech kategorií převažovala odpověď opakované týrání. U učitelek s kratší praxí a SŠ zvolilo tuto odpověď 77% učitelek a 23% uvedlo správnou odpověď druhotné ponižování.

V kategorii učitelek se stejnou délkou praxe, ale VŠ správně odpovědělo 33% respondentek.

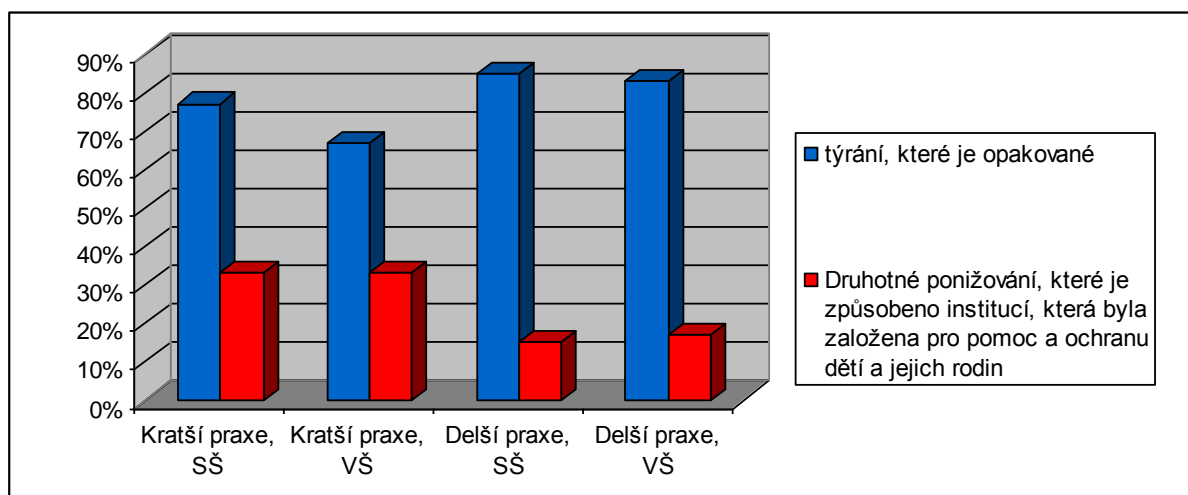
Nejméně správných odpovědí bylo u učitelek s delší praxí a SŠ, jichž uvedlo pouze 15% druhotné ponižování a 85% odpovědělo opakované týrání.

Učitelky s delší praxí a VŠ uvedly druhotné ponižování v 17% a druhou možnost, opakované týrání, v 83%.

Tabulka č. 21: Co znamená systémové týrání?

	Do 10 let, SŠ		Do 10 let, VŠ		Nad 10 let, SŠ		Nad 10 let, VŠ	
	Absol. četnost	Relat. četnost	Absol. četnost	Relat. četnost	Absol. četnost	Relat. četnost	Absol. četnost	Relat. četnost
Týrání, které je opakované	24	77%	18	67%	11	85%	10	83%
Druhotné ponižování, které je způsobeno institucí, která byla založena pro pomoc a ochranu dětí a jejich rodin	7	33%	9	33%	2	15%	2	17%

Graf č. 21: Co znamená systémové týrání?



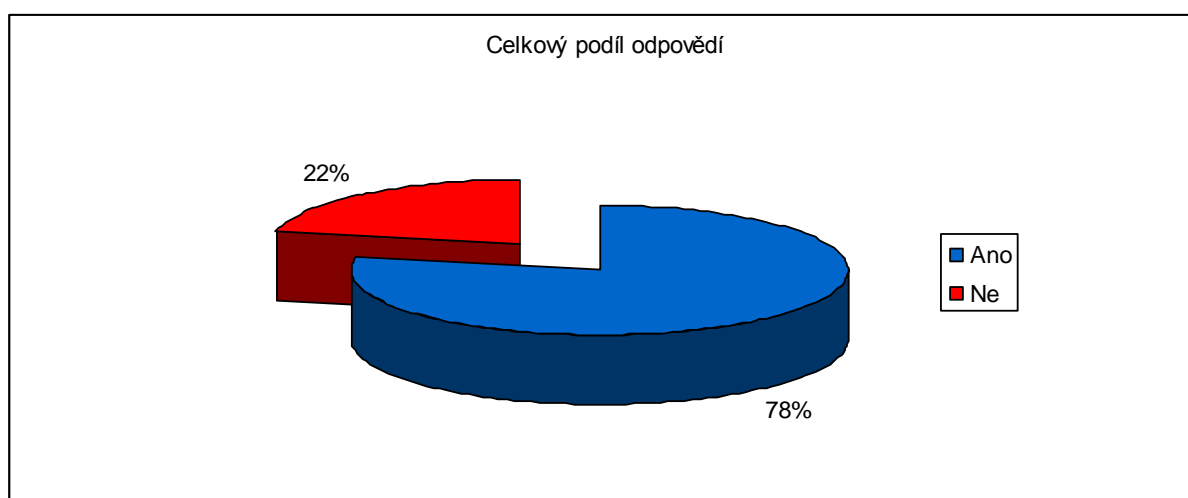
Otázka č. 13: Vyskytlo se v minulosti v ČR rituální týrání?

Touto otázkou zjišťuji, zda si učitelky myslí, že se v minulosti u nás již vyskytlo rituální týrání. Z grafu a tabulky č. 22, kde je znázorněn celkový podíl odpovědí, je patrné, že 78% učitelek se domnívá, že rituální týrání v ČR se už vyskytlo.

Tabulka č. 22: Vyskytlo se v minulosti v ČR rituální týrání?

Celkový podíl odpovědí		
	Absol. četnost	Relat. četnost
Ano	65	78%
Ne	18	22%

Graf č. 22: Vyskytlo se v minulosti v ČR rituální týrání?



Ve všech 4 kategoriích výrazně převažuje odpověď ano – to znamená, že převážná část respondentek si myslí, že se rituální týrání u nás v minulosti už vyskytlo. 68% učitelek s kratší praxí a SŠ odpovědělo kladně na tuto otázku a zbývajících 32% odpovědělo ne.

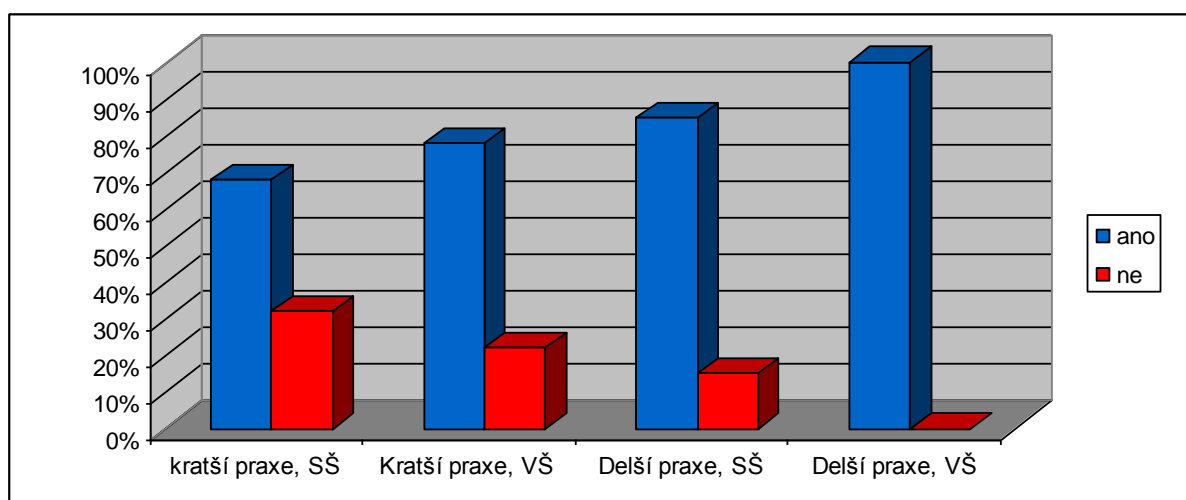
U učitelek se stejnou délkou praxe, ale VŠ správně odpovědělo 78% respondentek, zbývajících 22% si nemyslí, že by se v minulosti v ČR rituální týrání objevilo.

U skupiny učitelek a delší praxí a SŠ uvedlo správnou odpověď, ano, 85% učitelek. 100% úspěšnost byla u učitelek s delší délkou praxe a VŠ, všechny odpověděly správně ano.

Tabulka č. 23: Vyskytlo se v minulosti v ČR rituální týrání?

	Kratší praxe, SŠ		Kratší praxe, VŠ		Delší praxe, SŠ		Delší praxe, VŠ	
	Absol. četnost	Relat. četnost	Absol. četnost	Relat. četnost	Absol. četnost	Relat. četnost	Absol. četnost	Relat. četnost
Ano	21	68%	21	78%	11	85%	12	100%
Ne	10	32%	6	22%	2	15%	0	0%

Graf č. 23: Vyskytlo se v minulosti v ČR rituální týrání?



5.4 Diskuze

Z vyhodnocených dotazníků jsem získala velmi zajímavé výsledky, které mě v mnohém docela překvapily. Provedený výzkum sledoval dílčí cíle, jež byly formulovány ve výzkumných otázkách. Tyto dílčí cíle potom směřují k zjištění cíle obecného, to znamená ke zjištění, jaká je tedy informovanost učitelek MŠ o syndromu CAN a zda je informovanost lepší u učitelek s vysokoškolským vzděláním než u učitelek, které mají jen středoškolské vzdělání a zda jsou na tom lépe, co se týče informovanosti o této problematice i učitelky s delší praxí než učitelky s kratší praxí.

Dílčími cíli bylo zjistit:

1) Zda jsou vysokoškolsky vzdělané učitelky více informovanější o syndromu CAN než učitelky středoškolsky vzdělané a také zda jsou více informovanější o syndromu CAN učitelky s delší pedagogickou praxí než učitelky s kratší praxí

K této výzkumné otázce se vztahuje dotazníková otázka číslo:

3. Kde jste se poprvé setkala s pojmem syndrom CAN?
7. Vyberte, které z následujících patří mezi druhy syndromu CAN
8. Domníváte se, že fyzické týrání vždy zanechává stopy na těle dítěte?
9. Zakroužkujte formy psychického násilí
10. Vysvětlete, co je Münchhausenův syndrom by proxy
11. Co znamená systémové týrání?
12. Vyskytlo se v minulosti v ČR rituální týrání?

U otázky, která zjišťuje, kde se respondentky poprvé setkaly s pojmem syndrom CAN a zda tento pojem vůbec znají, se ukázalo, že více informovanější o syndromu CAN jsou učitelky s vysokoškolským vzděláním. Oproti učitelkám se středoškolským vzděláním se totiž pouze zanedbatelné procento učitelek s pojmem syndrom CAN doposud nesetkalo. Převážná část respondentek se s tímto pojmem poprvé setkala v rámci školy a nejvíce patrné je to právě u vysokoškolsky vzdělaných respondentek, které školu uváděly až v 85%. To, že by však byly lépe informovanější o syndromu CAN učitelky s delší praxí než učitelky s kratší praxí zde neplatí, což dokazuje fakt, že 38% učitelek s delší praxí a SŠ se s tímto pojmem doposud vůbec nesetkalo. Jako dalšího prostředníka poznání tohoto pojmu respondentky uváděly média, jež byla v nejdůležitějším procentuálním zastoupení právě u učitelek s delší praxí a SŠ – celých 38%.

Výsledky otázky, která zjišťuje kolik druhů syndromu CAN učitelky znají, ukazují, že učitelky MŠ nemají moc jasno v tom, co všechno vlastně spadá pod tento syndrom. Jak jsem správně očekávala, učitelky si pod pojmem CAN nejčastěji představí, řekla bych tu nejznámější triádu – fyzické týrání, psychické týrání a sexuální zneužívání. Překvapilo mě však, že relativně málo respondentek považuje šikanu za druh syndromu CAN. Münchhausenův syndrom by proxy byl nejméně voleným druhem syndromu CAN, což jsem ostatně předpokládala. Například Münchhausenův syndrom by proxy a zanedbávání jako druh syndromu CAN volilo výrazně větší procento učitelek s VŠ než učitelek se SŠ a i většinu ostatních druhů syndromu CAN označovaly učitelky s VŠ více než učitelky se SŠ. Úspěšnější tedy ve výběru druhů syndromu CAN byly učitelky s vysokoškolským vzděláním více než učitelky se středoškolským vzděláním a také jak ukazují výsledky, učitelky s kratší délkou praxe byly úspěšnější více než učitelky s delší délkou praxe.

U otázky, zda se učitelky domnívají, že fyzické týrání vždy zanechává stopy na těle dítěte, převažuje ve všech kategoriích odpověď ne. U učitelek vysokoškolsky vzdělaných však s větším procentuelním zastoupením než u učitelek středoškolsky vzdělaných, z čehož je možné usuzovat, že míra vzdělání mohla ovlivnit výsledky odpovědí. Myslím si, že je to dáno i tím, že mnoho učitelek, které mají „jen“ středoškolské vzdělání, tento pojem vůbec nezná, jak jsme se ostatně již přesvědčili, a myslí si, že „syndrom“ ať je jakýkoliv, přece musí zanechat na dítěti nějaké následky. Co se týče srovnání dle délky praxe, tak tam výsledky dopadly procentuelně úplně stejně jak u učitelek s delší délkou praxe, tak u učitelek s kratší délkou praxe, tedy s žádnými rozdíly.

U otázky, která zjišťuje, jaké formy psychického týrání učitelky znají, měla ze všech odpovědí nejmenší úspěšnost odpověď nemluvení s dítětem, a to u učitelek s delší délkou praxe a SŠ - 54%. U všech ostatních odpovědí byla minimálně 62% úspěšnost. Nejvíce respondentek volilo odpověď ponižování, které mělo dokonce ve 3 kategoriích 100% úspěšnost. Nejméně frekventovanou odpovědí bylo vtažení dítěte do konfliktu mezi rodiči a lhostejnost. I u této otázky se ukázalo, že lepší znalosti než učitelky se SŠ mají učitelky s VŠ, protože většina odpovědí měla větší procentuelní zastoupení právě u nich. Více znalostí prokázaly i učitelky s delší praxí v porovnání s učitelkami s kratší praxí avšak s minimálními rozdíly.

U Münchhausenova syndromu by proxy měly respondentky doplnit celou odpověď samy, což se ukázalo, že je pro mnoho z nich problém. Jak jsem správně očekávala, lepších výsledků dosahovaly učitelky s vysokoškolským vzděláním. Učitelky s delší praxí

a vysokoškolským vzděláním správně doplnily Münchhausenův syndrom by proxy dokonce v 50%. Učitelky s delší praxí byly o něco málo úspěšnější, co se týče znalosti Münchhausenova syndromu by proxy než učitelky s kratší praxí, ne však o moc.

Systémové týrání je další otázkou, ve které respondentky hodně tápaly, což je patrné z výsledků. Valná většina učitelek ve všech kategoriích si myslí, že systémové týrání je týrání, které je opakované. Podle mého názoru je to dáno i tím, že učitelky, které neměly vůbec ponětí, co to systémové týrání je, se nechaly svést právě touto možností, protože přímo obsahuje slovo týrání, kdežto druhá možnost ne. Lépe však u této otázky dopadly učitelky s kratší délkou praxe než učitelky s delší praxí. Učitelky s vysokoškolským vzděláním dopadly v porovnání s učitelkami se středoškolským vzděláním o něco lépe, co se týče znalosti systémového týrání, ne však s nějakým výrazným rozdílem.

U otázky rituálního týrání jsem si myslela, že bude více správných odpovědí, protože v posledních letech se v médiích objevilo již několik zpráv o rituálním týrání dětí. Nejvíce znalostí, co se týče této otázky, prokázaly učitelky s delší praxí. Učitelky s delší praxí mají tedy větší přehled o tom, zda se v minulosti v ČR objevilo rituální týrání než učitelky s kratší praxí. Učitelky vysokoškolsky vzdělané měly dohromady také lepší výsledky než učitelky středoškolsky vzdělané.

2) Setkaly se častěji s dětmi se syndromem CAN učitelky s delší pedagogickou praxí než učitelky s kratší pedagogickou praxí?

K této výzkumné otázce se vztahuje dotazníková otázka číslo:

4. Setkala jste se během své praxe s dítětem se syndromem CAN?

Při vyhodnocování této otázky se dokázalo, že se opravdu učitelky s delší délkou praxe setkaly s větším počtem dětí se syndromem CAN. U učitelek s delší praxí a VŠ to bylo 58% učitelek a u učitelek se stejnou délkou praxe, ale SŠ to bylo dokonce 62% respondentek.

U učitelek s kratší délkou praxe výrazně převažovala odpověď ne. Výsledky však podle mého názoru mohlo ovlivnit i to, že některé učitelky, jak jsme se již přesvědčili, neznají pojem syndrom CAN, proto mohly uvést, že se dítětem se syndromem CAN ještě neseťkaly, protože nevěděly, že se jedná zrovna o syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte.

3) Rozpoznaly dítě se syndromem CAN lépe učitelky s vysokoškolským vzděláním než učitelky se středoškolským vzděláním a rozpoznaly jej také lépe učitelky s delší praxí než učitelky s kratší praxí?

K této výzkumné otázce se vztahuje dotazníková otázka číslo:

5. Pokud jste u výše uvedené otázky odpověděla ano, jak jste to poznala?

Ve všech kategoriích učitelky nejčastěji rozpoznaly dítě se syndromem CAN podle tělesných znaků a podezřelého chování dítěte, a to v obou případech se stejným procentuelním zastoupením. U učitelek s delší délkou praxe a SŠ se tyto odpovědi od sebe procentuelně liší – většina uvedla tělesné znaky. Dvě učitelky, jak uvedly, nepoznaly ve své třídě dítě se syndromem CAN, a to paradoxně učitelky s delší praxí a VŠ. Výsledky tedy ukazují, že neplatí, že učitelky s vysokoškolským vzděláním lépe rozpoznaly dítě se syndromem CAN než učitelky se středoškolským vzděláním a neplatí to ani co se týče délky praxe.

4) Věděly by učitelky s vysokoškolským vzděláním lépe než učitelky se středoškolským vzděláním na koho se obrátit v případě, že by se v jejich třídě objevilo dítě se syndromem CAN a věděly by také lépe učitelky s delší praxí než učitelky s kratší praxí na koho se obrátit?

K této výzkumné otázce se vztahuje dotazníková otázka číslo:

6. Koho byste nejdříve kontaktovala, pokud byste zjistila, že dítě ve Vaší třídě trpí syndromem CAN?

I u této otázky se ukázalo, že vysokoškolsky vzdělané učitelky jsou lépe informovanější o syndromu CAN než učitelky se středoškolským vzděláním, ale i mezi těmito učitelkami se stále objevují i ty, které by nejdříve informovaly rodiče dítěte, i když ne v takové míře jako u středoškolsky vzdělaných učitelek. Co se týče informovanosti dle délky praxe, tak tam se ukázalo, že učitelky s delší praxí by věděly lépe na koho se obrátit v případě zjištění syndromu CAN než učitelky s kratší praxí. Ale ve výsledcích byly poměrně malé rozdíly. Pouze u učitelek s kratší délkou praxe a SŠ by se stejné procento učitelek obrátilo v první řadě na rodiče jako na sociálního pracovníka. V ostatních kategoriích převažuje odpověď sociální pracovník. Největší procentuelní zastoupení s touto odpovědí je právě u učitelek vysokoškolsky vzdělaných, volila ji minimálně polovina učitelek. Druhou nejvíce frekventovanou odpovědí však byli rodiče. Pouze u učitelek s delší praxí a VŠ to byl pediatr se 33%.

5) Je znalost čísla Linky bezpečí lepší u učitelek s vysokoškolským vzděláním než u učitelek se středoškolským vzděláním a je znalost tohoto čísla lepší také u učitelek s delší praxí než u učitelek s kratší praxí?

K této výzkumné otázce se vztahuje dotazníková otázka číslo:

7. Jaké je číslo Linky bezpečí?

Z výsledků této otázky je patrné, že skoro ve všech kategoriích více než 50% respondentek netuší, jaké je číslo Linky bezpečí. Hned po odpovědi nevím, však následovala správná odpověď, a sice číslo 116 111, a to opět ve všech kategoriích. Učitelky s vysokoškolským vzděláním byly jen o 4% úspěšnější, co se týče znalosti čísla Linky bezpečí, což je podle mě docela zanedbatelné procento. Učitelky s delší praxí se s číslem Linky bezpečí zřejmě setkávaly častěji než učitelky s kratší praxí, protože dosahovaly lepších výsledků než učitelky s kratší praxí.

Závěrem diskuze bych chtěla podotknout, že jsem docela překvapena z výsledků, které z výzkumu vyšly. Měla jsem totiž za to, že učitelky MŠ minimálně vědí, co syndrom CAN znamená. Podle mého názoru je žádoucí, aby učitelky přinejmenším věděly, koho informovat v případě zjištění syndromu CAN u dítěte v jejich třídě. Z výsledků usuzuji, že učitelky MŠ nejsou dostatečně informovány o syndromu CAN. Jak je však z výsledků patrné nejvíce učitelek se o syndromu CAN dozvědělo ze studia na vysoké škole a i já sama musím uznat, že bližší informace o tomto syndromu jsem získala právě v rámci studia na vysoké škole. Myslím si však, že na středních pedagogických školách by se měly také touto problematikou zabývat, alespoň okrajově, aby učitelky věděly, co dělat či nedělat, pokud by se ve své praxi s dítětem se syndromem CAN setkaly. A jak je známo případů dětí se syndromem CAN stále přibývá a mateřská škola je institucí, kde většina předškolních dětí chodí každý den a je tedy docela pravděpodobné, že právě tam si učitelky všimnou, že něco s dítětem či v rodině není v pořádku a učinit tak patřičné kroky. Z výzkumu tedy vyplývá, že vysokoškolsky vzdělané učitelky jsou informovanější více o syndromu CAN než učitelky, jež mají vystudovanou jen střední školu.

Co se týče informovanosti učitelek dle délky praxe, tak zde jsem výsledky očekávala jiné. Předpokládala jsem, že učitelky s delší praxí budou více informovanější o syndromu CAN než učitelky s kratší praxí, protože z výsledků výzkumu vyšlo, že se setkaly s mnohem větším počtem dětí se syndromem CAN než učitelky s kratší praxí, tudíž by měly mít s těmito dětmi větší zkušenosti a podle mě o tomto syndromu více vědět. Úspěšné byly však relativně stejně v porovnání s učitelkami s kratší délkou praxe. Neplatí tedy, že by učitelky s delší

délkou praxe byly více informovanější o syndromu CAN než učitelky s kratší délkou praxe. Myslím si, že poměrně důležití je i samostudium, což učitelky MŠ podle mého názoru docela podceňují. Předpokládala jsem totiž, že když učitelky MŠ mají ve třídě dítě týrané, zneužívané či zanedbávané, tak se o této problematice budou snažit něco zjistit, z výsledků výzkumu to tak však nevypadá.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zjistit úroveň znalostí učitelek mateřských škol o syndromu CAN s tím, že jsem se zaměřila i na vzdělání a délku praxe respondentek, abych zjistila, zda tyto dva faktory ovlivnily jejich znalosti o této problematice. Z výzkumu vyšlo, že učitelky mateřských škol nejsou dostatečně informovány o syndromu CAN, ale i to, že míra vzdělání ovlivnila znalosti učitelek MŠ o syndromu CAN.

Bakalářská práce se skládá z teoretické a praktické části. V teoretické části jsou uvedeny nejznámější a nejrozšířenější podoby syndromu CAN, ale i ty, o kterých se moc nemluví a mohou být proto pro mnohé novinkou. V rámci teoretické části jsme se také seznámili se všemi možnými důsledky vyplývající z tohoto syndromu a s prevencí, jež je také velmi důležitá. Praktická část je věnována výzkumu. Jsou v ní rozebrány výsledky, které jsem získala metodou dotazníku.

Úplným závěrem bych chtěla říct, že děti jsou poklad, jak tvrdil už sám Komenský. A je to právě rodina, která dítě připravuje do života a měla by proto také dbát na to, aby vyrůstalo v harmonickém prostředí, kde se bude optimálně vyvíjet. Ne vždy tomu tak však je a proto my ostatní, jež po světě chodíme, bychom neměli chodit se zavřenýma očima a všimati si i jevů kolem nás, neboť ne všechno je takové jak se na první pohled může zdát...

Seznam použité literatury

1. ALLENDER, D. *Zraněné srdce*. 1. vydání. Praha: Návrat domů, 2006. 254 s. ISBN 80-7255-141-8
2. BENTOVIM, A. *Týrání a sexuální zneužívání v rodinách*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1998. 117 s. ISBN 80-7169-629-3.
3. ČÍRTKOVÁ, L a VITOUŠOVÁ, P. *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů: příručka pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 191 s. ISBN 978-802-4720-142.
4. DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH Z., MATEJČEK, Z. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1995. ISBN 80-7169-192-5.
5. ELLIOTT, M. *Jak ochránit své dítě*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1995. Rádcí pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-717-8034-0.
6. GJURIČOVÁ, Š., KOCOURKOVÁ, J., KOUTEK J. *Podoby násilí v rodině*. 1. vydání. Praha: Vyšehrad, 2000. 104 s. ISBN 80- 7021- 416-3
7. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o násilí*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004. ISBN 80-7013-397-X
8. HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOUROVÁ, E., MALÁ, E. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-472-9
9. CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu. Základy kvantitativního výzkumu*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
10. KOLÁŘ, M. *Bolest šikanování*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 255 s. ISBN 80-7178-513-X
11. KOLEKTIV AUTORŮ. *Komerční sexuální zneužívání dětí (Násilí na dětech)*. Praha: Humanita Profes, 2001. (Sborník z 1. národní konference)
12. KOLUCHOVÁ, J., VAVRDOVÁ, H. *Kapitoly z patopsychologie dítěte*. 2. vydání. Olomouc: Pedagogická fakulty UP, 1983. 106 s.
13. LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. 3. vydání. Praha: Avicenum, 1974. 397 s. ISBN. 80-049-74
14. MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 1. vydání. Praha: Sociologické nakladatelství, 1993. 124 s. ISBN 80-901424-7-8

15. MUFSON, S, KRANZ, R., *O týrání a zneužívání*. Praha: Lidové noviny, 1996. 131 s. ISBN 80-7106-194-8.
16. PORTERFIELDOVÁ, M. *Jak se vyrovnat s následky traumatu*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1998. 143 s. ISBN 80-7106-262-6
17. PÖTHE, P. *Dítě v ohrožení*. 1 vydání. Praha: G plus G, 1999. 143 s. ISBN 80-901896-5-2.
18. SEDLÁŘOVÁ, P. a kol. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha : Grada, 1998. ISBN 978-80-247-1613-8.
19. TAUBNER, V. *Nejstřelenější tajemství – sexuální zneužívání dětí*. 1. vydání. Praha: Trizonia, 1996. 116 s. ISBN 80-85573-72-5
20. VANÍČKOVÁ, E. *Interpersonální násilí na dětech*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády ČR, 2009. 37 s. ISBN 978-80-7440-001-8.
21. VANÍČKOVÁ, E., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., PROVAZNÍKOVÁ, H. *Násilí v rodině: syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte*. 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova, 1995. 64 s. ISBN 80-7184-008-4.

Internetové zdroje

Dětské krizové centrum. Münchahausenův syndrom by proxy [online]. [citováno 25. 1. 2013].

Dostupné z WWW:<<http://www.kppp.cz/co-vas-zajima/syndrom-tyraneho-ditete>>

Holá, M. 2010. Posttraumatická stresová porucha [online]. [citováno 10. 2. 2013]. Dostupné

z WWW:< <http://trauma.zdrave.cz/posttraumaticka-stresova-porucha/>>

Kohoutek, R. Definice: transgenerační přenos [online]. [citováno 20. 2. 2013]. Dostupné

z WWW:< <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/transgeneracni-prenos>>

Skasková, P. 2011. Osobnosti zabývající se syndromem CAN [online]. [citováno 23. 1. 2013].

Dostupné z WWW: <<http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/rizikove-chovani-dospelého-k-diteti/syndrom-can.shtml>>

Sýkorová, V. 2012. Definice syndromu CAN [online]. [citováno 20. 12. 2012]. Dostupné z WWW: <<http://www.vylecit.cz/1297/syndrom-can-jak-poznat-tyrane-dite>>

Seznam příloh

Příloha 1 - dotazník

Příloha 1

Vážená respondentko,

Jmenuji se Markéta Schrammová a jsem studentkou třetího ročníku oboru Speciální pedagogika předškolního věku na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci a dovoluji si Vás požádat o vyplnění dotazníku na téma „Informovanost učitelek mateřských škol o syndromu CAN“, který je součástí mé bakalářské práce. Předem Vám děkuji za Váš čas a ochotu při vyplnění dotazníku. DOTAZNÍK JE ANONYMNÍ.

INFORMOVANOST UČITELEK MATEŘSKÝCH ŠKOL O SYNDROMU CAN

(Správné odpovědi zakroužkujte)

- 1) Jaká je délka Vaší praxe?
 - Do 10 let
 - Nad 10 let

- 2) Jaké je Vaše dosažené vzdělání?
 - Střední škola
 - Vysoká škola

- 3) Kde jste se poprvé setkala s pojmem syndrom CAN?
 - Škola
 - Média
 - Zaměstnání
 - Rodina
 - Neseťkala jsem se s tímto pojmem

- 4) Setkala jste se během své praxe s dítětem se syndromem CAN?
 - Ano
 - Ne

- 5) Pokud jste u výše uvedené otázky odpověděli ano, jak jste to poznala?
 - Podle tělesných znaků (škrábance, popáleniny, modřiny)
 - Podle podezřelého chování dítěte
 - Podle vztahu dítěte k případnému pachateli
 - Nepoznala jsem to

6) Koho z uvedených byste nejdříve kontaktovala, pokud byste zjistila, že dítě trpí syndromem CAN?

- Rodiče
- Sociálního pracovníka
- Policii
- Linku bezpečí
- Pediatra

7) Jaké je číslo Linky bezpečí?

- 112
- 116 111
- 155
- 150 111
- Nevím

8) Vyberte, které z následujících patří mezi druhy syndromu CAN

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

9) Domníváte se, že fyzické týrání vždy zanechává stopy na těle dítěte?

- Ano
- Ne

10) Zakroužkujte formy psychického násilí

- Ponižování
- Ironizování
- Izolace
- Lhostejnost
- Nemluvení s dítětem
- Vtažení dítěte do konfliktu mezi rodiči
- Zavrhování dítěte
- Extrémní kritika

11) Vysvětlete, co je Münchhausenův syndrom by proxy

12) Co znamená systémové týrání?

- Týrání, které je opakované
- Druhotné ponižování, které je způsobeno institucí, která byla založena pro pomoc a ochranu dětí a jejich rodin

13) Vyskytlo se v minulosti v ČR rituální týrání?

- Ano
- Ne

Anotace

Jméno a příjmení:	Markéta Schrammová
Katedra:	Katedra psychologie a patopsychologie
Vedoucí práce:	PhDr. Kamila Holásková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	Syndrom CAN – Informovanost učitelek mateřských škol
Název v angličtině:	Child abuse and neglect syndrome – a rate of foreknowledge of kindergarten teachers
Anotace práce:	Bakalářská práce se zaměřuje na problematiku syndromu CAN – týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Bakalářská práce je rozdělena do 5 kapitol. První kapitola nás seznamuje s definicí syndromu CAN, druhá kapitola se zabývá druhy syndromu CAN, třetí kapitola se zaměřuje na důsledky tohoto jevu a čtvrtá prevencí. Pátá kapitola je část praktická a ta nás seznamuje s výsledky šetření, jež zjišťovalo informovanost učitelek mateřských škol o syndromu CAN.
Klíčová slova:	Týrání, zneužívání, zanedbávání, prevence, důsledky, informovanost, dítě
Anotace v angličtině:	The bachelor thesis is focused on issue of CAN syndrome - abused and neglected child. The Bachelor thesis is divided into 5 chapters. The first one introduces us with the definition of CAN syndrome, the second chapter deals with types of CAN syndrome, third chapter focuses on consequences of this effect and fourth with prevention. The fifth chapter is a practical part and introduces us with the results of the investigation, which checked an awareness of kindergarten teachers about this syndrome.

Klíčová slova v angličtině:	Child, abuse, neglect, prevention, consequences, awareness
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 - Dotazník
Rozsah práce:	61 s.
Jazyk práce:	český