

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Ústav sociálních studií

Týrání a sexuální zneužívání dětí

Bakalářská práce

Autor: Dominik Tobola
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální patologie a prevence
Vedoucí práce: prof. PhDr. Blahoslav Kraus, CSc.
Oponent práce: Ph.D. Lucie Křivánková, Mgr.



Zadání bakalářské práce

Autor:	Dominik Tobola
Studium:	P19P0164
Studijní program:	B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor:	Sociální patologie a prevence
Název bakalářské práce:	Týrání a sexuální zneužívání dětí
Název bakalářské práce AJ:	Child abuse and sexual harrasment

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Práce se zaměřuje na zanedbávání a sexuální zneužívání dětí do 18 let. V teoretické části je charakterizován tento jev, jeho formy, konkrétní typy a další nežádoucí jevy spjaté s problematikou syndromu CAN. Cílem dále bude poukázat na fyzické a mentální důsledky u dětí (trvalé i dočasné) a seznámit s příčinami. Cílem empirické části bude zjistit informovanost o syndromu CAN u studentů vysoké školy různých oborů a provést komparaci. Jako metoda bude využit dotazník.

1. SLANÝ, Jaroslav. Syndrom CAN: (syndrom týraného dítěte). V Ostravě: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2008. ISBN 978-80-7368-474-7.
2. DUNOVSKÝ, Jiří. Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-192-5.
3. KRAUS, Blahoslav a Jolana HRONCOVÁ. Sociální patologie. Vyd. 2. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. ISBN 9788074350801.
4. WEISS, Petr. Sexuální zneužívání dětí. Praha: Grada, 2005. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0929-5.
5. GAVORA, Peter. Úvod do pedagogického výzkumu. 2., rozš. české vyd. Přeložil Vladimír JÚVA, přeložil Vendula HLAVATÁ. Brno: Paído, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.

Garantující pracoviště:	Ústav sociálních studií, Pedagogická fakulta
Vedoucí práce:	prof. PhDr. Blahoslav Kraus, CSc.
Oponent:	Mgr. Lucie Křivánková, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	1.2.2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracoval pod vedením vedoucího práce prof. PhDr. Blahoslava Krause, CSc., samostatně a uvedl jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 25. 4. 2022

.....

Dominik Tobola

Poděkování

Rád bych poděkoval panu prof. PhDr. Blahoslavu Krausovi, CSc., za ochotu, vstřícnost, čas a pomoc při vypracování této bakalářské práce.

Anotace

TOBOLA, Dominik. *Týrání a sexuální zneužívání dětí*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2022. 80 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zaměřuje na týrání, zanedbávání a sexuální zneužívání dětí do 18 let. V teoretické části je charakterizován tento jev, jeho oběti a pachatelé společně s historickým vývojem syndromu CAN. Jsou zde představeny typy a konkrétní formy týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte a další nežádoucí jevy spjaté s problematikou syndromu CAN. Cílem dále bude poukázat na fyzické a mentální důsledky u dětí (trvalé i dočasné), seznámit s příčinami a představit, jak vypadá diagnostika týraného dítěte. Práce také vymezuje konkrétní rizikové skupiny pachatelů a jejich obětí, u kterých se s touto problematikou setkává společnost nejčastěji. Cílem empirické části je zjistit informovanost o syndromu CAN u studentů různých oborů vysoké školy Univerzity Hradec Králové a provést komparaci. Jako metoda bude využit dotazník.

Klíčová slova: syndrom CAN, týrání, zneužívání, dítě, pachatel

Annotation

TOBOLA, Dominik. *Child abuse and sexual harrasment*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2022. 80 pp. Bachelor Thesis.

The bachelor thesis focuses on abuse, neglect and sexual abuse of children under 18 years of age. The theoretical part characterizes this phenomenon, its victims and perpetrators, together with the historical development of the CAN syndrome. The types and specific forms of child abuse, abuse and neglect and other undesirable phenomena related to the CAN syndrome are presented. The aim will also be to highlight the physical and mental consequences in children (both permanent and temporary), to introduce its causes and what the diagnosis of an abused child looks like. The thesis also identifies the specific risk groups of perpetrators and their victims, who are most frequently encountered by society with this issue. The aim of the empirical part is to find out the awareness of CAN syndrome among students of different academic disciplines of the University of Hradec Kralové and to make a comparison. A questionnaire will be used as a method.

Keywords: CAN syndrome, abuse, neglect, child, perpetrator

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2017 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, disertačními a habilitačními pracemi na UHK).

Datum:

Podpis:

Obsah

Úvod	10
1 Charakteristika týrání a sexuálního zneužívání dětí	12
1.1 Charakteristika pachatelů	14
1.2 Charakteristika obětí	15
2 Typy a formy týrání dětí	17
2.1 Tělesné týrání	17
2.2 Psychické týrání	20
2.3 Sexuální zneužívání	22
2.4 Zanedbávání dítěte	24
3 Příčiny týrání a sexuálního zneužívání dětí	27
3.1 Riziková dospělí	32
3.2 Rizikové děti	34
4 Diagnostika a následky týrání dítěte.....	36
4.1 Navázání kontaktu s dítětem	37
4.2 Základní vyšetření	38
4.3 Psychické příznaky	39
4.4 Dlouhodobé důsledky týrání	40
5 Výzkumné šetření informovanosti studentů vysoké školy o syndromu CAN.....	42
5.1 Metodologie výzkumného šetření	42
5.2 Analýza a interpretace výsledků	45
5.3 Komparace výsledků a verifikace hypotéz	60
5.4 Shrnutí výsledků.....	66
Závěr	68
Seznam použitých zdrojů	70

Seznam obrázků	74
Seznam grafů.....	75
Seznam tabulek	76
Příloha.....	77

Úvod

Pro bakalářskou práci bylo zvoleno téma „Týrání a sexuální zneužívání dětí“. Téma bakalářské práce bylo směřováno tímto směrem z několika důvodů. Autor osobně byl jako dítě obětí psychického a fyzického násilí spolu s částečným zanedbáváním. Ve společnosti je to navíc stále velmi tabuizované a citlivé téma. Dalším důvodem je, že autor osobně zná několik lidí, kteří byli v dětství obětí týrání. Mnoho lidí zasažených tímto jevem o něm nemluví a nebrání se kvůli strachu nebo si celou situaci vykládají jako svoji vlastní chybu. Týrání dítěte se projevuje nejrůznějšími a špatnými návyky chování. V útlém věku si dítě osvojuje vzory chování svých nejbližších osob, především pak rodičů. V případě špatných vzorů je narušen hlavně psychický vývoj dítěte, který může v důsledku znamenat celou řadu rizikových a nežádoucích jevů. S týráním, sexuálním zneužíváním a zanedbáváním by se neměl potýkat nikdo, ani dospělá osoba, a už vůbec ne dítě. Lidé by se tomuto tématu měli více věnovat především v mateřských a na základních školách, kde je nevyšší pravděpodobnost výskytu syndromu CAN.

Cílem teoretické části je seznámit s jevem týrání dítěte v jeho základních formách a dalšími negativními jevy spjatými s problematikou syndromu CAN. Dále poukázat na fyzické a mentální důsledky u dítěte a seznámit s příčinami tohoto jevu. V teoretické části se práce v první kapitole věnuje samotné charakteristice a historii týrání a sexuálního zneužívání dítěte společně s obecným označením syndromu CAN. Je zde uvedeno, co syndrom CAN představuje, seznámení s jeho jednotlivými formami a také charakteristika pachatelů a obětí týrání. Druhá kapitola obsahuje podrobnější popis jednotlivých typů a forem týrání dítěte, které se člení podle způsobu násilí na dítěti. Jsou zde uvedeny členění od různých autorů s konkrétními projevy, příznaky či reakcí dítěte. Třetí kapitola přináší seznámení s hlavními příčinami týrání dětí i přes to, že neexistuje jednotné a pevné vymezení příčin. Je zde uvedena celá řada konkrétních příčin spolu s rizikovými faktory, které utvářejí vhodné podmínky pro tento nežádoucí jev a následný vznik syndromu CAN. Jsou zde také popsáni rizikovní dospělí a rizikové děti, u kterých je z různých důvodů vyšší pravděpodobnost výskytu tohoto jevu. Poslední kapitola teoretické části se zabývá procesem diagnostiky týraného dítěte a navázání kontaktu s dítětem. Při odhalení týraného dítěte je zde uveden postup základního vyšetření spolu s psychickými příznaky a představení nejčastějších a dlouhodobých poruch v důsledku týrání dítěte.

Jak již bylo zmíněno výše, týrání dětí je stále téma, kterému se ve společnosti nevěnuje takové pozornosti a příliš se o něm nemluví. Cílem praktické části bakalářské práce je zjistit, do jaké míry jsou studenti různých oborů pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové informováni o týrání a sexuálním zneužívání dětí. Cílová skupina byla zvolena na základě úsudku, který předpokládá, že jako budoucí pedagogové, učitelé a pracovníci v sociální oblasti budou v blízkém kontaktu s dětmi potenciálně ohroženými týráním a syndromem CAN. Jsou zde uvedeny výsledky sběru dat pomocí dotazníku, analýza výsledků a jejich následná komparace s poznatky zjištěnými v teoretické části. V závěru kapitoly je uvedeno shrnutí empirické části.

1 Charakteristika týrání a sexuálního zneužívání dětí

Již v dávné minulosti bylo ubližování a týrání dětí v nejrůznějších formách (včetně usmrcení) bráno jako běžnou a normální skutečností. Děti v dávné minulosti byly pojímány jako druh otcova majetku, se kterým si otec mohl libovolně nakládat dle svého zamyšlení, a dokonce rozhodovat o jejich osudu. Obdobně tomu bylo i u žen, manželek a matek, které byly otci podřízené vzhledem k tehdejší patriarchální společnosti.

To se začíná měnit počátkem středověku díky stále se více rozvíjejícímu křesťanství. Společnost začíná dítě ideově vnímat již jako svébytnou bytost. Tehdejší vládce Konstantinopolu ve 4. století n. l. stanovil zákaz zabíjení dětí. Nicméně děti měly stále velmi mizivé postavení ve společnosti a namísto zabíjení dětí se začíná stále více objevovat odkládání či opouštění dětí. To vede k postupnému zakládání sirotčinců a nalezinců (Dunovský, 2005).

V roce 1883 vzniká jedna z prvních dobrovolných organizací hledající formy a způsoby, jak pečovat o děti a jak je ochránit před takovýmto zacházením. Tato organizace je v provozu dodnes a nazývá se Národní společnost prevence proti krutostem na dětech. Dnes tato společnost také představuje model a významnou instituci pro řadu dalších organizací v této oblasti. Hlavní pozornost věnovala tato organizace především tělesnému týrání, násilí na dětech a jeho vykořisťování v důsledku nedostatečné péče a výživě. Zde se poprvé začíná formovat hlavní obsahová náplň syndromu CAN, kterou je fyzické týrání. Nicméně před samotným syndromem CAN se tyto jevy v zahraničí od roku 1962 označují jako syndrom bílého dítěte podle dětského lékaře Kempa. Na základě syndromu bílého dítěte se převratně začíná rozvíjet přístup k chápání tohoto jevu v celé společnosti a začínají se přijímat první zákony o povinném hlášení týrání dítěte v jednotlivých státech USA. To pak mělo za následek vznik v nového širšího pojmu syndromu Child abuse, tedy zneužití dítěte (Dunovský, 1995).

„Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, obecně označovaný v anglosaské literatuře jako Child Abuse and Neglect (CAN) a odtud převzatý i do naší terminologie, je soubor nepříznivých příznaků v nejrůznějších oblastech stavu a vývoje dítěte i jeho postavení ve společnosti, v rodině především. Jsou výsledkem převážně úmyslného ubližování dítěti, způsobeného nebo působeného nejčastěji jeho nejbližšími vychovateli, hlavně rodiči. Jejich nejvyhraněnější podobou je úplné zahubení dítěte.

Jde o syndrom se značně různorodými jevy, jak co do příčin, mechanismů, tak co do charakteru, závažnosti i dopadu na život dítěte a jeho nejbližšího i vzdálenějšího prostředí. Současně však zdaleka nejde jenom o jednostranný akt ze strany jejich původce či pachatele (abusora), ale o zvláštní interakci všech zúčastněných osob, složek a podmínek, v nichž tento proces probíhá. Je přitom více či méně určen společensko-kulturním vzorcem vztahů dospělých a dětí, postavením rodičovství a jeho významu ve společnosti. Dále jeho právní úpravou, vyúsťující v hodnotu dítěte v ní, a samozřejmě osobností rodičů. Vedle těchto a celé řady biopsychosociálních faktorů daného prostředí není bez významu ani osobnost dítěte samého a jeho zvláštnosti či odchylky, které se podílejí na závažnosti poškozujících nebo ničících aktivit (či škodících neaktivit) dospělých, jeho schopnosti jim čelit či naopak jim nadměrně podléhat“ (Dunovský, 1995, str. 15).

Slaný (2008, str. 14) definuje syndrom CAN následovně: *„jde o nenáhodný děj, situaci (dospělý si je obvykle dobře vědom, co činí, akce proti dítěti se neděje v afektu, vzplanutím, ale plánovaně, chtěně, cíleně), který je v dané společnosti nepřijatelný či odmítaný (k tomuto již viz výše), je preventabilní (lze mu předcházet), jedná se buď o akci (útok, násilí vůči dítěti), zpravidla opakovanou, charakteru tělesného týrání a/nebo týrání duševní a/nebo sexuální zneužívání dítěte, a/nebo je to naopak ne-akce (tedy zanedbávání, nepečování o dítě, případně je to duševní deprivace), a toto chování dospělého poškozuje tělesný, duševní a sociální status.“*

Podle Dunovského (1995) syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte je v podstatě souhrn jakýchkoli nežádoucích či nepříznivých důsledků ve vývoji dítěte zapříčiněných zpravidla nepřijatelným a záměrným (i nezáměrným) jednáním vůči dítěti, kdy toto jednání jednoznačně poškozuje vývoj dítěte a jeho společenský stav. Nejčastějšími pachateli jsou rodiče nebo jiné dítěti blízké osoby. V nejhorších případech takové jednání končí i smrtí dítěte (Hroncová, 2010).

Hudecová (2010, str. 243) zmiňuje Miňovou (1998), která zahrnuje do syndromu CAN od roku 1992 tyto aspekty:

- 1. „telesné týranie (telesné ublíženie dieťaťa alebo nezabránenie ublíženiu či utrpeniu dieťaťa),*
- 2. pohlavné týranie (nepatričné vystavovanie dieťaťa pohlavnému kontaktu, činnosti, správaniu),*

3. *citové týranie (správanie, ktoré má negatívny vplyv na citový vývoj dieťaťa a na vývoj jeho správania),*
4. *zanedbávanie (akýkoľvek nedostatok starostlivosti, ktorý spôsobuje vážne narušenie vývoja dieťaťa alebo ohrozuje dieťa),*
5. *systémové týranie – druhotné ponižovanie (týranie, ktoré je spôsobené systémom, ktorý bol založený na pomoc a ochranu detí a ich rodin)“.*

1.1 Charakteristika pachateľů

Přestože skutková podstata týrání a zneužívání dětí je jasně vymezená, tak u charakteristiky pachatelů je to zcela jiné. Obecně lze předpokládat, že nejčastějšími pachateli těchto trestných činů jsou především osoby, které mají k dětem nejbližší, a tedy jejich rodiče, blízcí příbuzní, učitelé, ale i sousedé. Nicméně to tak nemusí být vždy.

Pachatelem týrání může být prakticky kdokoli, kdo sdílí domácnost s jinou, zpravidla slabší osobou. Různé druhy zneužívání jsou prostoupeny každou vrstvou společnosti a mnohdy tyto pachatelé mají velmi rozdílné rysy. Ve společnosti se pachatelé jeví sympaticky, mile a nevykazují žádné známky agrese. Avšak ve skutečnosti jim chybí schopnosti empatie, sebevědomí a sebereflexe, díky kterým by přestali využívat své fyzické převahy a postavení nad dětmi (Šímová, 2011).

Kranzová (1996) tvrdí, že pachatelé trestných činů a sexuálního zneužívání na dětech mají často vypěstovanou závislost na alkoholu, ale i jiných drogách. Je to způsobené účinky alkoholu, které obnáší u mnoha jedinců mimo agrese i žárlivost nebo výrazné odbourání společenských zábran, v tomto případě násilí, zanedbání a sexuální zneužití dětí. Malá (1995) uvádí, že ve výzkumném souboru pachatelů trestné činnosti spjatými s dětmi se celkem prokázala pouze u 1 % pachatelů přítomnost duševního onemocnění nebo nějaké sexuální poruchy (Špeciánová, 2003).

Sexuálně motivované agresory můžeme podle Malé (1995) rozdělit na situační pachatele a preferenční pedofily. **Situační pachatelé** nejsou sexuálně primárně orientovaní na děti a do styku s nimi přicházejí z různých příčin. Podle toho se člení na 4 dílčí skupiny:

- a) regradování – nízké sebevědomí, děti jsou náhradním uspokojujícím objektem, často dojde k útoku na dítě v důsledku stresové situace;
- b) morálně narušení – využívají bezbrannosti dítěte a příležitosti kriminální aktivity;
- c) sexuálně nevyzrálí – nevyzrálý pud, experimentují;
- d) inadekvátní – příznaky duševní choroby.

Naproti tomu **Preferenční pedofilové** podléhají nepřirozené struktuře svých sexuálních pudů. Dělí se na 3 dílčí skupiny:

- a) svádíví – berou děti jako normální sexuální partnery bez rozdílu;
- b) introvertní – obtížně komunikují s dětmi, vybírají si menší děti, obchází místa, kde se děti pohybují (školy, hřiště), obnažují se před nimi a lákají je;
- c) sadističtí – sexuálně se vzrušují pouze za předpokladu fyzického nebo psychického týrání dítěte, poměrně vzácná skupina (Vaníčková, 1999).

Z těchto výsledků vyplývá, že v podstatě naprostá většina těchto pachatelů si je vědoma svého nežádoucího a nevhodného chování vůči dítěti, přičemž netrpí žádnou duševní nemocí, ale podléhají své nevyspělé morálce.

1.2 Charakteristika obětí

Obětí domácího násilí, týrání či zneužívání se může stát kdokoli, a proto nejsou jasně vymezené rysy a predispozice, které by měly všechny oběti stejné. Až na jejich věk, tedy osoby do 18 let. Je zde nutno podotknout, že dítě se stává obětí týrání a násilí i za předpokladu, že těmto jevům není přímo vystaveno, ale může s nimi přijít do styku například u rodičů.

Děti, které jsou svědky domácího násilí, mají tendenci se s těmito jevy ztotožňovat a přijímat je jako projev samozřejmý. To je doprovázeno řadou negativních skutečností, jako jsou emoční traumata, pocity viny, strach a bezmoc, ale i již překonané vývojové období jako dětinské chování, pomočování a další. Každé dítě na tyto jevy reaguje různě podle charakteru a intenzity jevu (Čech, 2011).

Podle Vágnerové (2004) reagují na konfliktní situaci zvýšenou hostilitou, tedy negativním až agresivním postojem proti jiným osobám. Okolní svět jim připadá

nebezpečný a nepřátelský, a pokud dítě nemá správný vzor chování, může volit agresi jako správný vzor chování a tím dosažení svého cíle (Hudecová, 2006).

Dítě jako oběť týrání, zanedbávání či sexuálního zneužívání může mít za následek nejrůznější formy psychosomatických obtíží a psychických problémů – teploty, závislosti, deprese, úzkosti, bolesti hlavy a břicha, poruchy příjmu potravy a mnoho dalších. Není ojedinělé, že dětské oběti se v dospělosti chovají obdobně jako pachatelé. Může se jednat o převzetí modelu chování rodiče nebo naopak apatie, nízké sebevědomí a pochybnosti k okolním lidem (Čech, 2011).

U sexuálního zneužívání jde podle Halfarové (1995) především o děti, které nemají nejen žádné informace o sexuálním chování obecně, ale ani informace o svém těle a o tom, jak vypadá sexuální obtěžování a agrese.

Rodina se dodnes pokládá za nejzákladnější a nejvlivnější sociální skupinu pro každého jednotlivce. Děti vystavené těmto jevům především uvnitř rodiny budou mít v budoucnosti pravděpodobně velmi zvýšené riziko problémů v osobním, sociálním, ale také vztahovém a profesním životě.

Podle Slaného (2008) se odhaduje, že syndromem CAN je zasaženo 1–2 % dětské populace. Současné dílo diagnostiky syndromu CAN od Mydlíkové (2021) zmiňuje stejná procenta.

2 Typy a formy týrání dětí

Do jakékoli formy týrání spadají veškeré vědomé i nevědomé aktivity dospělých, které mají za následek poškození vývoje a psychického či fyzického zdraví dítěte. Dunovský (1995) vymezuje základní formy a projevy syndromu CAN následovně:

Tabulka 1 – Formy a projevy syndromu CAN

	aktivní	pasivní
Tělesné týrání, zneužívání a zanedbávání	tržné, zhmožděné rány a poranění, bití, zlomeniny, krvácení, dušení, otrávení, smrt	neprospívání, vyhladovění, nedostatky v bydlení, ošacení, zdravotní a výchovné péči
Duševní a citové týrání, zneužívání a zanedbávání	nadávky, ponižování, strašení, stres, šikana, agrese	nedostatek podnětů, zanedbanost duševní i citová
Sexuální zneužívání	sexuální hry, pohlavní zneužití, ohmatávání, manipulace v oblasti erotogenních zón, znásilnění, incest	exhibice, video, foto, audiopornografie, zahrnutí dětí do sexuálních aktivit dospělých
Zvláštní formy: Münchhausenův syndrom v zastoupení, systémové týrání a zneužívání, organizované týrání a zneužívání, rituální týrání a zneužívání		

Zdroj: Dunovský, 1995, str. 19

2.1 Tělesné týrání

Přesné vymezení tělesného týrání se může lišit podle různých autorů. Zdravotní komise Rady Evropy charakterizuje tělesné týrání dítěte takto: „*Tělesné týrání je tělesné ublížení dítěti anebo jeho nezabránění, popřípadě nezabránění utrpení dítěte, včetně úmyslného otrávení nebo udušení dítěte, a to tam, kde je určitá znalost či důvodné podezření, že zranění bylo způsobeno anebo že mu vědomě nebylo zabráněno.*“ (Pöthe, 1999. str. 35).

Mufsonová a Kranzová (1996) tvrdí, že tělesné týrání dítěte spočívá v ubližování nebo zanedbávání ze strany odpovědné osoby dítěte za podmínek, kdy odpovědná osoba svým jednáním poškozuje či ohrožuje zdraví a blaho dítěte. To znamená, že jakýkoli fyzický čin poškozující zdraví osoby pod 18 let je považován za týrání a je protizákonný. Mezi takové činy řadí tělesný kontakt zanechávající zlomeniny, modřiny, popáleniny a podlitiny. Dále bití pěstmi či různými předměty, škracení, dušení, svazování a jakékoli nucení k nepohodlným pozicím. V neposlední řadě také odpírání spánku a potravy.

Tělesné týrání dítěte můžeme obecně rozlišit na týrání aktivní a pasivní povahy. Charakteristické rysy obou forem popisuje Dunovský společně se Spilkovou (1995), jejichž rozdělení ve svém díle zmiňuje i Špeciánová (2003).

U **aktivního tělesného týrání** hovoříme o všech činnostech vědomého a záměrného násilí na dítěti, a to včetně opomenutí péče o dítě vedoucí k jeho poranění či dokonce smrti. V závislosti na formě týrání se rozlišují děti s následným poraněním a naproti nim jsou děti, jež nemají bezprostřední známky tělesného poranění. U dětí s následným poraněním jsou jasně viditelné známky týrání v důsledku popálení, bití, opaření, ale i záměrné nechránění před jiným násilím. U druhé skupiny nejsou na první pohled zjevné fyzické znaky týrání, nicméně tyto děti snášejí mnohdy i větší utrpení v důsledku dušení, otrávení, sexuálního zneužívání, ale i dalších obdobných typů násilí.

Dále v důsledku tělesného týrání vznikají u dětí různá poranění orgánů a funkcí. Tato poranění se člení na zavřená, otevřená a mnohočetná (Dunovský, Spilková, 1995). Pro zavřená poranění je typické poškození tkání a orgánů tupým násilím bez zjevného porušení kůže. Do této kategorie spadají především otřesy, pohmožděniny, vytrhané chomáče vlasů, kousance, ale i poranění svalů, kostí a hlavy. Jedním z velmi extrémních násilí s katastrofickým dopadem je třesení dětí – „**Shaken Infant Syndrom**“. Vede k trvalým neurologickým obtížím od poruch učení k závažným poruchám nebo smrti. Třesení způsobuje nitrolebeční krvácení, které může vést k pohmoždění mozku, ale také k poranění míchy. Poraněná mícha má za následek poruchy funkcí, krátkodobé ochrnutí, necitlivost či trvalé ochrnutí. Obdobnými zraněními, které jsou druhou nejčastější příčinou úmrtí u týraných dětí, jsou poranění nitrobřišních orgánů, které jsou způsobené nejčastěji tupými údery do oblasti břicha (Dunovský, Spilková, 1995).

Otevřená poranění jsou velmi snadno rozeznatelná, neboť sem spadá každé narušení kůže, orgánu či sliznice. U otevřených ran dochází často ke ztrátě krve navenek,

ale i do tělních dutin a orgánů. Podle druhu ztráty krve můžeme hovořit o hemoragickém, popáleninovém, kombinovaném a o dehydratačním šoku. K příznakům šoku patří malý pulz, neklid, zvracení, bledost a arteriální hypertenze (nízký a vysoký krevní tlak). Při těžkém vstupním šoku mohou být tyto příznaky doprovázeny rychlým dechem, studeným potem, nestálým krevním tlakem, poruchou dýchání a ztrátou vědomí. Existuje několik typů ran, které se rozlišují podle způsobu vzniku (sečná, bodná, tržná...), podle vzhledu (čistá, znečistěná, infikovaná) a podle projevu krvácení (vlásečnicová, žilná, tepenná). Mezi závažné otevřené poranění můžeme také jednoznačně řadit rány na hlavě, nitrooční krvácení v důsledku úderů do oka, rány na hrudníku a popáleniny. Nejčastějšími příznaky při akutních stavech týrání jsou bezvědomí, bolesti břicha a hlavy, závratě a postižení centrální nervové soustavy, která má za následek poruchy dýchání, krevního oběhu, svalové napětí a křečových stavů (Dunovský, Spilková, 1995).

Týrané dítě vystavené psychické, fyzické a emocionální zátěži delší dobu představuje velmi nepříznivou situaci. Mnohočetná zranění jsou v podstatě otevřená a uzavřená zranění dohromady, a to v delším časovém úseku. Je zde naprosto nutný a nezbytný zásah, jinak u dítěte vzniká čím dál tím více nepříznivá prognóza a život dítěte je v ohrožení. **Münchhausenův syndrom v zastoupení (by proxy)** označuje případy, kdy rodiče kromě úmyslných otrav dítěte také vymýšlejí nejrůznější příznaky různých onemocnění a snaží se je uměle vyvolávat tak, aby dítě bylo léčeno. Podle Rosenbergerové (1987, 117 případů) vyplývá, že Münchhausenův syndrom v zastoupení těžce postihuje děti a téměř každé páté dítě v důsledku toho umírá, přičemž je tento jev mylně považován za výjimečný. Spilková a Dunovský (1995, str. 46–50) zmiňují vysvětlení Münchhausenova syndromu v zastoupení podle Vondráčka a Schneiberga (1993) následovně: „*V zastoupení – myšleno zřejmě na rodiče, kteří zveličovali či předstírali potíže svých potomků.*“. Obdobně definují tento syndrom Malá a kol. (1995) s přesvědčením, že rodič trpí duševní poruchou, ale nemusí to být podmínkou.

Pasivní tělesné týrání spočívá v nedostatečném uspokojení základních a nejdůležitějších tělesných potřeb dítěte, ale také sociálních a psychických potřeb. Lze to pochopit také jako nepečování o dítě z různých důvodů bez ohledu na úmyslné či neúmyslné opomenutí dítěte. Rodič dostatečně nesplňuje rodičovskou roli z důvodu nezralosti, psychické poruchy, otupělosti či jiných priorit. Dítě, které je pasivně tělesně týráno, přitom ztrácí schopnosti rozvíjet svou osobnost ve všech oblastech svého života.

Z právního hlediska se jedná o případ, kdy rodič zneužívá svá práva a neplní povinnosti vůči dítěti.

Jednou z forem pasivního týrání dítěte je **porucha v prospívání dítěte** („failure to thrive“). Tento syndrom je typickým pro oblast chudých a nepřizpůsobivých rodin, nicméně to není podmínkou. Syndrom je charakteristický špatnou výživou dítěte z kvantitativního, ale také kvalitativního hlediska. Absence kvantitativní výživy se projevuje ve výrazné podváze a v krajních případech může vést až k zastavení růstu dítěte. Naproti tomu špatná kvalitativní výživa způsobuje nedostatek potřebných látek pro správný vývoj dítěte. Jde především o vitaminy, jako jsou vitamin D, C, B a další, jejichž absence neprospívá imunitnímu systému, centrální nervové soustavě, jejich celkovému vývoji a vede k řadě psychosomatických obtíží. V případě kombinace fyzického, psychického a sociálního pasivního týrání vzniká velké riziko těžkého postižení dítěte, či dokonce smrt (Dunovský, 1995).

Zamezení základních práv dítěte je samozřejmě velký problém. Nedostatky ve vzdělání a výchově způsobují negramotnost nebo sníženou gramotnost, bez které se dítě v běžném životě neobejde. Je sice pravda, že podíl negramotných dětí nebo třeba vědomé odmítání zdravotní péče je spíše záležitostí rozvojových zemí nebo nepochopení závažnosti stavu dítěte, ale není to podmínkou. Vědomé odmítání zdravotní péče dítěte lze rozhodně pochopit jako pasivní týrání. Jiná situace je, kdy rodič nebo jiná blízká osoba způsobí dítěti újmu na zdraví a následně odmítne lékařskou pomoc. V tomto případě se již jedná o aktivní tělesné týrání. Nezabezpečení domova, vhodných podmínek pro život nebo přehlížení nepříznivých vlivů ohrožujících zdraví dítěte je kritickou situací, kdy rodič odírá dítěti lásku, jeho základní potřeby a práva. Dítě, které není milováno, je týráno (Dunovský, 1995).

2.2 Psychické týrání

V porovnání s fyzickým týráním či sexuálním zneužíváním je psychické týrání obecně podceňováno. Na rozdíl od fyzického poškozování nelze diagnostikovat či doložit psychické či emoční týrání stejně snadno. Navíc se o něm tak často nehovoří a obtížně se dokládá. S psychickým a emočním týráním přichází také několik nejistot z hlediska emočního a psychického týrání. Procházková a Spilková (1995) se domnívají, že z odborně psychologického hlediska se emoční a psychické týrání liší, nicméně jsou

návazné a nelze je od sebe oddělit. Z praktického hlediska se totiž toto odlišení nehodí, neboť každé psychické týráné zasahuje a souvisí i s emocemi dítěte. Při úvaze nad nejběžnějším výskytem psychického týráné dítěte se nejvíce nabízí situace rozvádějících se rodičů, kteří o děti bojují právní cestou, avšak případů psychického týráné je mnoho i mimo rámec rodiny. Může se jednat například o šikanu. Nikoli pouze fyzické napadání, ale také soustavné hrubé nadávky, výsměch, shazování nebo emocionální manipulace a neumožnění obrany (Procházková, Spilková, 1995).

Psychické týráné v pojetí Ondrejkooviče (1999) se projevuje takovým chováním dospělé osoby vůči dítěti, které má negativní vliv na emoční a psychický vývoj dítěte. Toto chování rozděluje do dvou základních forem:

„Aktívna forma – nadávky, verbálne útoky na sebavedomie dieťaťa, zosmiešňovanie alebo jeho zavrhovanie.

Pasívna forma – prejavuje se nezáujmom o dieťa, odmietaním lásky, nevšímavosťou, nedostatkom starostlivosti apod.“ (Hudecová, 2010, str. 246).

Na aktivní a pasivní složku rozděluje psychické týráné také autor Chytrý (1997), přičemž aktivní složku vysvětluje jako cílené a záměrné jednání v neprospěch dítěte. Naopak pasivní složku pojímá jako absenci skutečností, které by se správně dít měly. (Špeciánová, 2003).

Špeciánové pojetí tohoto jevu (2003) se projevuje slovními útoky na sebevědomí dítěte, ponižováním, zavrhováním, ale také vystavováním vážným konfliktům v domácnosti s cílem vyvolat emoční napětí nebo citové ohrožení.

Pöthe, jeden z nejznámějších současných dětských psychiatrů a psychoterapeutů, vnímá psychické týráné jako razantní změnu v psychice dítěte. Tato změna zapříčiní vznik depresivních a úzkostných poruch. Změní projevy a chování jeho osobnosti a v tragickém případě povede ke smrti dítěte (Pöthe, 1999).

Samotný fenomén psychického týráné má však i jinou kategorii. Ta spočívá v tom, že se rodič chová a jedná, jako kdyby byl dítě on sám a od dítěte očekává, že se naopak bude chovat jako rodič. Je to v podstatě situace, kdy se rodič snaží u dítěte vyvinout domněnku, že by mělo prvně myslet na své rodiče a jejich blaho a až potom na to své. Takové dítě se stává emocionálně zneužívané, protože lásku začíná vnímat jako zaslouženou hodnotu, o kterou se musí snažit. Tento případ je typický pro dysfunkční

rodiny s jedním nebo více dospělými, kteří jsou závislí na alkoholu nebo jiných drogách. Dítě je pak nuceno se starat samo o sebe a někdy i o závislého rodiče. Tato kategorie psychického týrání představuje stejné, ne-li vyšší riziko pro vývoj dítěte (Mufsonová, Kranzová, 1996).

2.3 Sexuální zneužívání

Se sexuálním zneužíváním dětí se lidé setkávají už od dávných dob. Tento další velmi negativní jev se prolíná napříč všemi dobami a kulturami v historii lidstva. Nejjednodušší charakteristika zní, že se při sexuálním obtěžování dospělý jedinec sexuálně uspokojuje dítětem nebo dítě sexuálně zneužívá v oblasti pornografie či prostituce, přičemž je tento jev v anglosaské literatuře znám jako Child Sexual Abuse (CSA) a je součástí syndromu CAN. Halfarová (1999, str. 71–72) také uvádí nejširší a obecnou definici zdravotní komise Rady Evropy z roku 1992 (Strasbourg, 1992), kterou vysvětluje sexuální zneužití dítěte jako: *„nepatřičné vystavení dítěte sexuálnímu kontaktu, činnosti či chování. Zahrmuje jakékoliv sexuální dotýkání, styk, či vykořisťování kýmkoliv, komu bylo dítě svěřeno do péče, anebo kýmkoliv, kdo se s dítětem dostal do nějakého styku. Takovou osobou může být rodič, příbuzný, přítel, odborný či dobrovolný pracovník či cizí osoba“*. Tuto charakteristiku zdravotní komise Rady Evropy z roku 1992 cituje nebo jinak uvádí mimo Halfarové celá řada odborníků a autorů, jako jsou například Ondrejko (2009), Pöthe (1999), Hroncová (2010) a další.

Neexistuje mnoho obtížnějších oblastí lidského chování, než je sexuální zneužívání dětí. Dodnes ve společnosti panuje představa, že se nejedná o běžný jev, ale o těžce přijatelnou skutečnost, o které se raději nemluví a nikdo o ní nechce slyšet. Z historického hlediska lze odvodit, že sexuální zneužívání dětí se prolíná napříč celou historií lidstva. Důsledkem těchto odmítavých postojů vůči tomuto jevu je pak neschopnost preventivního šetření.

Při sexuálním zneužití se však nesmíme dívat pouze na aktivní zneužívání dítěte dospělou osobou, ale také na pasivní účast dítěte při sexuálních činnostech, kdy nutně nedochází k přímému fyzickému kontaktu. Takové činnosti lze shrnout jako nekontaktní sexuální zneužití, kam spadá například záměrné odhalování dětských genitálií za účelem vzrušení. Naopak do kontaktního zneužívání můžeme zařadit masturbaci, osahávání, orální, vaginální či anální styk (Pöthe, 1999).

Některé děti po odhalení sexuálního zneužívání a začátku vyšetření začínají svá tvrzení odvolávat, nebo dokonce popírat. Summit (1983) tento syndrom pojmenoval **syndromem dětského přizpůsobení pohlavnímu zneužití**. Tento syndrom vysvětlil tak, že odhalení zneužívání dítěte může znamenat jeho neprospěch, nedůvěryhodnost a vymyšlená tvrzení. Za předpokladu, že rodiče jsou proti němu a jsou považováni za důvěryhodné, vina spadá na dítě. To je v tomto případě z psychologického hlediska osiřelé. Nemá blízkou osobu, která by mu dodala sílu a sebevědomí se chránit. Dítěti se nevěří a často jsou jeho tvrzení odmítána, a tak je nuceno přijmout svou bezbrannou budoucnost (Halfarová, 1999).

Na základě příkladů z praxe Dětského krizového centra rozděluje Pickington (1995) sexuální zneužívání na **bezdotykovou** formu a **dotykovou** formu. Do kategorie bezdotykového CSA spadá:

- a) **exhibicionismus** – odhalování, ukazování svých genitálií dítěti;
- b) **harassment** – znepokojování či zneklidňující chování se sexuálním podtextem, například verbální nadávky, nucení k obnažení a fotografování, může dojít i ke kontaktní formě, například osahávání hýždí;
- c) **obscénní telefonické hovory** – nemravné hovory.

Do kategorie kontaktního CSA řadíme:

- a) **obtěžování** – sexuální útok v podobě líbání, obtěžování, osahávání erotogenních zón s doprovodem slovních útoků;
- b) **sexuální útok** – sexuální kontakt dítěte s dospělým, který použije sílu k průniku do dítěte prsty, jazykem, různými předměty nebo intenzivní dotyky v oblasti erotogenních zón, intrafemorální styk (mezi stehna);
- c) **znásilnění** – vynucený pohlavní, orální či anální styk;
- d) **incest** – kontaktní sexuální aktivity mezi osobami, kterým není ze zákonných důvodů povoleno uzavřít sňatek (dítě s rodičem, dítě s příbuzným, sourozenci);
- e) **pedofilní obtěžování** – sexuální obtěžování prepubertálního dítěte;
- f) **sexuální turistika, skupinové zneužívání** – dětská pornografie;
- g) **sexuální útok s následkem smrti** – výjimečné případy usmrcení dítěte dospělým sexuálním deviantem (Halfarová, 1999).

2.4 Zanedbávání dítěte

Zanedbanost dítěte se někdy mylně zaměňuje s deprivací. Deprivaci dítěte můžeme pochopit jako situaci, kdy nejsou uspokojovány jeho potřeby v konkrétní míře a určité době. Na rozdíl od deprivace se za zanedbanost dítěte považují následky špatné výchovy, a to především z hlediska nízké sociální a ekonomické úrovně. Dítě, které se považuje za zanedbané, pochází zpravidla ze špinavého, jednoduchého a primitivního prostředí bez správných vzorů chování a hygienických návyků. V důsledku zanedbání a absence správných návyků není možné, aby se takovému dítěti plně rozvinul jeho psychický potenciál a socioekonomické vnímání. Z dnešní praxe vyplývá, že počet situací typické zanedbanosti dítěte celosvětově klesá. Ukázalo se, že zdrojem těchto negativních jevů může být i perfektní prostředí v kontextu hygieny, ekonomického zajištění a příležitostí pro duševní rozvoj. Syndrom CAN tedy vymezuje zanedbanost dítěte jako situaci, ve které je akutní nedostatek různých podnětů, přičemž tyto podněty jsou nezbytné ke zdravému vývoji dítěte z fyzického i psychického hlediska (Matějček, 1995).

Zanedbávání dítěte je nestimulující chování vůči dítěti v nestimulujícím prostředí. To znamená, že dítě nemá uspokojené základní biologické potřeby s následkem narušeného tělesného a psychického vývoje. U zanedbávání se věk dítěte do 3 let považuje za nejrizikovější, protože vede k vývojové retardaci dítěte. Pokud rodič vědomě odmítá zdravotnickou péči u dítěte například z důvodu náboženství, hovoříme o vědomém zanedbávání. U nevědomého zanedbávání rodič odmítá zdravotní péči dítěte, protože podceňuje příznaky zdravotních komplikací nebo se bojí odhalení agrese páchané na tomto dítěti. Samotné zanedbávání však nemá spojitost pouze se zdravotní péčí. Nezajištění bezpečí, domova, potravin, ochrany, ošacení a dalších skutečností se také posuzuje jako zanedbávání dítěte. Nejčastější příčinou je slabá sociálně-ekonomická úroveň rodiny. Dítě, které nemá v důsledku zanedbávání osvojené základní hygienické návyky, nedostává kvalitní a vyváženou stravu nebo se mu odepírá lékařská péče, nedostává základní podněty pro svůj psychický a fyzický vývin. V těchto případech navíc mnohdy nechybí ani izolace dítěte ze společenského prostředí (Ondrejko, 2009).

Hudecová (2010) chápe zanedbávání dítěte jako jakýkoli nedostatek starostlivosti vůči dítěti, který vede k vážnému poškození jeho vývoje. Také tento jev označuje za psychickou deprivaci a strádání, tedy nedostatek něčeho. Do různých podob a projevů zanedbávání zařazuje:

„zanedbávanie telesné: dieťaťu sa nedostáva primeraná výživa, dostatočná osobná hygiena, dieťa sa nenaučí bežným hygienickým návykom, spôsob životosprávy ohrozuje jeho vývin, nedostatočná zdravotnícka starostlivosť, neprimerané oblečenie, neprimeraný dohľad a ochrana pred úrazmi, nedostatky v bývaní a pod.

zanedbávanie výchovy a vzdelávania: chápeme ako neposkytnutie možnosti dieťaťu dosiahnuť naplnenie jeho vzdelanostného potenciálu. Spája sa s nedostatočnou výchovnou starostlivosťou rodičov o dieťa, ich nezáujmom o výchovu dieťaťa. U dieťaťa sa prejavuje stála absencie v škole. Príčinou môže byť napríklad pomoc v domácnosti alebo mimo nej na úkor jeho vzdelávania v škole. Znevažovanie jeho intelektuálneho rozvoja sa prejavuje ďalšími následkami, napríklad zaostávaním v rozvoji jeho poznávacích funkcií. Najnápadnejšie je zaostávanie v psychomotorickej oblasti v najútlejšom veku.

zanedbávanie emocionálne: ide o neuspokojenie základných psychických potrieb dieťaťa, potrebu lásky, istoty, a prejavov náklonnosti zo strany rodičov. Vo svojej podstate ide o psychickú depriváciu dieťaťa. Dlhodobé neuspokojovanie psychických potrieb dieťaťa sa premieta do rôznych oblastí jeho vývinu. Je to napríklad opozdenie vo vývoji reči, sociálnych a hygienických návykov, nerozvinutá emotivita alebo prejav nezvládnutých afektívnych výbuchov zo strany dieťaťa.“ (Hudecová, 2010, str. 247).

Kromě různých podob a projevů zanedbávání také rozlišujeme jeho stupně pro případné posuzování typu zanedbání, a to na **těžké zanedbávání** (zdravotní péče, výživa, přítomnost situací bezprostředně ohrožujících jejich životy nebo zdraví) a na **všeobecné zanedbávání** (nekvalitní jídlo, ošacení, alkoholismus u rodičů, toxikomanie, nepreventivní lékařská péče) (Špeciánová, 2003).

I přes rozdíly v pojetí typů a forem týrání dětí od různých autorů a odborníků jasně plyne, že podstata těchto nežádoucích jevů je stejná. Aktivně i pasivně se podílejí na negativním vývoji dítěte, ohrožují bezprostředně jeho psychický a fyzický stav a mohou vést v krajních případech až ke smrti dítěte. V podstatě každý autor zdůraznil propojenost těchto forem týrání a neexistuje tedy situace, kdy by dítě bylo pouze a výhradně jenom týráno psychicky nebo fyzicky nebo sexuálně, či bylo pouze zanedbáváno. Každá forma týrání dítěte přímo či nepřímo navazuje a je propojena s dalšími formami týrání. Tyto nežádoucí jevy dohromady tvoří syndrom CAN, jeden z nejzávažnějších a nejrozšířenějších syndromů u týraných dětí po celém světě. Zároveň je nutné zdůraznit,

že týrání, sexuální zneužívání nebo zanedbávání dětí není záležitost pouze rozvíjejících se zemí, chudinských oblastí či socioekonomicky slabých rodin, ale je hojně zastoupeno i ve vyspělé společnosti s vhodnými podmínkami pro kvalitní vývoj dítěte.

3 Příčiny týrání a sexuálního zneužívání dětí

Dnes je již známo, že neexistuje jednotné vymezení příčin týrání a sexuálního zneužívání dětí. Uvádí se, že někteří dospělí jedinci mají zkrátka k fyzickému, psychickému a sexuálnímu útoku na děti blíže než ostatní. A to platí i pro dětské oběti, které žijí v různých podmínkách nahrávajících těmto jevům. Etiologický seznam páchání těchto trestných činů je velmi různorodý, avšak různá šetření dokazují, že pachatele a oběti spojují podobné historické, ekonomické a sociokulturní podmínky. Takové podmínky tvoří rizikové situace, při kterých dochází k ubližování dětem nejčastěji. Nejběžnějším spouštěčem je akutní stres dospělého, přičemž důvod tohoto stresu může být nejrůznějšího charakteru. Obecně lze říci, že se jedná o rodinné konflikty, nechtěné děti, alkohol, drogy, nezaměstnanost, společenskou izolovanost a v neposlední řadě určitě fyzické a psychické onemocnění (Matějček, 1994).

Jeden z nejvýznamnějších dětských psychiatrů a odborník na děti v ohrožení Peter Pöthe (1999) tvrdí, že jednoduché vymezení příčin neexistuje. Podle něj ubližování dětí v jakékoli formě není přímočarý proces s jasnou příčinou. Při vzniku těchto jevů hrají roli desítky skutečností ze strany rodičů, rodiny, prostředí, ale i samotného dítěte. V nežádoucí situaci kombinace těchto skutečností zapříčiňuje špatné zacházení s dítětem, kdy dochází k fyzickému a psychickému týrání, zanedbávání či sexuálnímu zneužívání. Těmto skutečnostem říkáme **rizikové faktory**. Zde je ale nutno podotknout, že ačkoli samotné dítě může vykazovat rizikové faktory, nikdy nestojí v centru působení těchto podmínek, a tak je zodpovědností dospělé osoby těmto rizikovým faktorům předcházet.

Různé rizikové faktory utvářející vhodné podmínky pro vznik týrání a zanedbávání dětí také můžeme rozlišit následujícími příčinami podle Slaného (2021):

- ztráta rodičů nebo rodiče;
- úplná izolace od společnosti (např. případ „Vlčích dětí“);
- nízká sociální, ekonomická nebo vzdělanostní úroveň rodiny;
- rizikovní dospělí (alkoholismus, drogy, látkové i nelátkové závislosti, duševní onemocnění, nevyzrálost rodičů, lhostejnost a další...);
- migrace a imigrace;
- náboženství a příslušnost různých minorit;
- nestabilita rodiny (neplní funkce, hádky partnerů, velký počet dětí);

- rizikové děti (pomalé, mentálně retardované, hendikepované, problémové...).

Gelles (2006) uvádí, že každý případ týrání a špatného zacházení s dítětem má multifaktoriální etiologii bez ohledu na to, zda se jedná o aktivní agresi, nebo pasivní formu zanedbávání. Tyto faktory jsou určeny především působením řadou sociálních a kulturních aspektů. Ty členíme do **čtyř základních kategorií příčin násilí vůči dítěti**:

- Přenos násilí** – zde se popisují tři cesty přenosu násilí. Jsou to přenosy domácího násilí, transgenerační přenos a imprese sociálních vzorců chování. U přenosu násilí se příkládá významný podíl zavlečení násilí z jiného sociálního prostředí. To může být například mobbing nebo jiný, zcela samovolný proces rodiny se sníženou ochranou přežívat. Zde je typický vztah přenosu násilí mezi osobou nejsilněji mocensky postavenou k osobě s nižším mocenským postavením uvnitř rodiny. U transgeneračního přenosu násilí je situace obdobná jako u přenosu násilí. Zde bývá jedna generace v silnějším mocenském postavení vůči jiné, slabší generaci, jako jsou senioři nebo děti. Poslední, třetí cestou je imprese sociálních vzorců chování. Nejčastěji se tak děje u dětí, které si násilí vtiskují do paměti z vlastních zkušeností. Podle intenzity násilí a emočního vnímání dítěte se odvíjí hloubka tohoto vtisku do dětské paměti. Dítě pak vnímá násilí jako přirozený a běžný nástroj pro řešení nejrůznějších situací. Zde je důležité, jestli si děti uvědomí, že chování jejich rodičů je špatné a nevhodné, nebo věří tomu, že se chovají spravedlivě a takové chování je zasloužené (Vaníčková, 2007).
- Sociální stres** – stres je produktem vlivů vnějšího prostředí a projevuje se jako psychická zátěž. Podnětům vyvolávajícím stres se říká stresory, které vycházejí především z biologické nebo psychosociální oblasti. Stres tedy vyvolávají dlouhodobě a negativně působící situace, jako je například nezaměstnanost, nemoc v rodině, tělesné postižení člena rodiny, špatné podmínky pro živobytí, úmrtí člena rodiny a podobně. U dětí je to například narození sourozence, úmrtí mazlíčka nebo kamaráda, stěhování, rodinné hádky a další. Stres také zvyšuje strach z neúspěchu. Pokud je mu dítě vystaveno, může svým chováním vyprovokovat agresivní reakce ze strany rodičů, kteří potom dítě trestají bez porozumění jeho problému. Charakteristickými rysy pro dítě ve stresu jsou výbuchy vzteku, agrese, plachost, stydlivost nebo také sklony k lhaní, krádežím, nespavosti a mnoho dalších. Stres má však dynamickou povahu. Může zapříčinit

nežádoucí chování, pokud přímo působí na rodiče, ale také dítě pod vlivem stresu může vyvolávat rodičovskou agresí (Vaničková, 2007).

- c) **Sociální izolace a nízké zapojení do občanského a komunitního života** – jednoznačný důkaz, na který poukazují všechny studie zneužívání a týrání dětí, je, že pachatelé těchto činů drží nebo mají tendenci držet děti a rodinu v sociální izolaci. Dále studie poukázaly na méně přátelských kontaktů a kontaktů s dalšími příbuznými. Nedostatečná sociální interakce má za následek absenci dovedností k vyhledání pomoci a pochopení jejich aktuální situace. Rodič se takto snaží uzavřít okruh kolem své rodiny s domněnkou, že nikdo jiný nemůže jejich problémům porozumět, nicméně jsou známy i případy, kdy se rodič naopak chová velmi společensky a přátelsky, čímž maskuje své jednání (Vaničková, 2007).
- d) **Struktura rodiny** – struktura dnešních rodin je narušena absencí nebo diferenciací vzorců sociálního chování žen v roli matek a mužů v roli otců, především v porovnání s minulostí. Například stále narůstající fenomén svobodných matek s fyzickou absencí otce se v očích odborníků vnímá jako jeden z nejrizikovějších faktorů ve výchově dětí, který může vést k vyšší náchylnosti k agresí až ke kriminálnímu jednání, zejména u chlapců. Tyto děti pak nemají ani příležitost naučit se pohybovat v konkrétních rolích rodiny a přejímat správné vzorce chování. Pokud je ale dítěti kompenzována role otce přítomností muže ve výchově, nejedná se o zásadní problém. Rizikovou strukturou rodiny je nová rodina, která je doplněná nebo sloučená s původně jinou rodinou. Pro komplexní pohled na tuto problematiku je ale třeba také zmínit jiné příčiny násilí rodiče vůči dítěti, které pramení z oblasti rodinné struktury. Jde o rodiny s členy, kteří trpí na tělesné či psychické postižení, ale také vztah rodiny k dítěti doprovázený rodinnou poruchou. Obecně lze rodinnou poruchu chápat jako selhání některého člena rodiny v plnění základních rodinných funkcí z nejrůznějších důvodů. Jedním z nejběžnějších důvodů je ten, že rodiče zkrátka nedokážou vhodně plnit základní funkce rodiny z důvodu nezralosti (například předčasné těhotenství nebo nevyrovnanost rodiče). Druhým důvodem je fakt, že rodič se o dítě starat nechce a dítě opouští. V neposlední řadě to je pak rodina, kde se o dítě starat chtějí, ale nemohou kvůli různým nepříznivým životním podmínkám a situacím. S těmito základními důvody také souvisejí poruchy rodičovství, kde je nejběžnější situací

likvidace dítěte ihned po narození. Těmi trpí hlavně svobodné matky, nezletilé matky, rodiče s poruchou osobnosti a další (Vaničková, 2007).

Strukturu rodiny ve vztahu k dítěti, kdy rodiče se o dítě starat nemohou, nechtějí nebo nedovedou z různých příčin, charakterizoval Dunovský (1986) jako poruchy socializačně-výchovné funkce.

Bentonovim (1992) uvádí, že existuje velké množství faktorů ve spojitosti s násilím a sexuálním zneužíváním v rodině. Obdobně Gelles (2006) považuje za stěžejní faktory mezigenerační přenos násilí, nepříznivou ekonomickou a sociální deprivaci související se stresem, neschopnost ovládat agresi a nespokojenost, ale také zmiňuje interakční procesy mezi dítětem a rodičem v závislosti na kulturním kontextu, kde je násilí na dětech tolerováno.

Samostatnou, avšak propojenou oblastí páchání násilí na dětech je samozřejmě etiologie sexuálního zneužívání dětí. Nejčastěji vnímanou příčinou odborníků tohoto jevu je trauma a obdobná zkušenost pachatelů z jejich dětství. Objasnění pedofilních delikventů nebo sexuálních násilníků je ale stále nedořešené. Nicméně dostatečný počet studií incestního typu nebo homosexuálního zneužívání v dětství potvrzuje přítomnost zneužívání v dětství u většiny pachatelů. Příčiny sexuálního zneužívání dětí se charakterizují na základě psychodynamických teorií, evolučně-biologických příčin a mozkových anomálií. Zastánci **psychodynamických teorií** příčin sexuálního zneužívání dětí zmiňují, že základní příčinou tohoto typu násilí na dítěti je přítomnost sexuálního násilí v dětství pachatelů, a to dokonce ve větší míře. Tento jev je typický pro dysfunkční rodinné prostředí a disharmonické vztahy mezi rodinnými příslušníky. Podle těchto teorií vedou defektní rodinné vztahy k pozdější sexuální nedůvěře v romantické a vrstevnické vztahy, následkem čehož sexuální delikvent vidí děti, jako lehce kontrolovatelný sexuální objekt, který ho nemůže ohrozit. Většinu sociálních dovedností, především nezastupitelnou emoční stránku, se přitom děti učí od svých rodičů. Abusivní rodičovská výchova způsobí špatné vnímání intimního života. Dítě v tomto případě nemá vzorec pro správné vztahové dovednosti, které jsou nezbytné k navázání vhodného vztahu (Weiss, 2005).

Evolučně-biologické příčiny představují preferenci dospělé osoby pro prepubescentní objekty. Předpokládá se, že normální sexuální preference je relevantní z hlediska reprodukce. Existuje mnoho výzkumů, které potvrzují u nepedofilních

a heterosexuálních mužů preferenci žen s průměrnou hmotností, typickým ženským poměrem mezi boky a pasem a normálními obličejovými charakteristikami. Je tomu tak z důvodu zajištění optimální fertility (plodnosti) a signalizace nepřítomnosti genetických a fyzických anomálií. Například výzkum Singha a Luise (1995) nebo Kendricka a Keffeho (1992). Psychologové Quinsey a Lalumiére (1995) přisuzují možnost vzniku pedofilního chování špatné organizaci mužského sexuálně preferenčního systému. Tvrdí, že tento systém je komplexem různých „modulů“, které jsou významné při volbě sexuálního partnera (například již zmíněné preference tvaru těla, obličeje, absence genetických anomálií a podobně). Porucha v činnosti některých z těchto modulů pak vede k odlišným sexuálním preferencím. Porucha detekce tvaru těla mezi dospělou osobou a dítětem je pak základ pro pedofilii (Weiss, 2005).

Vedle psychodynamických teorií a evolučně-biologických příčin existují také výzkumy potvrzující částečně organickou propojenost sexuální preference dětí. Při výzkumu a neuropsychologickém vyšetření 96 léčených pedofilních delikventů a 46 neléčených delikventů kanadským psychiatrem Flor-Henrym a jeho spolupracovníky (1991) se našly u zástupců obou skupin **mozkové anomálie**. Pomocí elektronického měření mozkové aktivity se prokázala určitá mozková specifika jako zvýšení některých mozkových vln a snížená soudružnost mezi hemisférami. Všechny tyto anomálie se týkaly jedinců se sexuální preferencí objektů do dvanácti let věku (Weiss, 2005).

Příčin sexuálního zneužívání dětí je mnoho a spouštěče jsou různé. U každého sexuálního agresora se jedná o individuální spouštěče. Někdy to bývá dlouhá sexuální abstinence z důvodu neschopnosti navázání vhodného vztahu, konfliktu, nemoci nebo duševního postižení a podobně. V dalších případech sexuální delikvent vede normální, klasický sexuální život, ale cítí se být nespokojen a touží po změně nebo zkoušce něčeho nového. Takový delikvent může sexuálně zneužít dítě jednou a uvědomit si, že je to špatné a neopakovat své jednání. V druhém případě se mu to zalíbí a ve svém jednání pokračuje. Poměrně častým tvrzením ze strany pachatelů je takové, že dítě je samo provokovalo svým jednáním a o sex si řeklo samo. Děti mají tendence se chovat mile a mazlit se, když se cítí v bezpečí. Pachatelovo špatné pochopení dětského jednání je také jednou z možných příčin (Halfarová, 1995).

V souvislosti vzniku syndromu CAN také existují obecné **rizikové faktory**, které zapříčiňují zejména stresovou zátěž a vyčerpávají kapacitu adaptačních mechanismů ke zvládnutí stresu. Lze je rozdělit do pěti základních úrovní:

úroveň celospolečenská – dynamický rozvoj společnosti žádající stále větší schopnost adaptace, dnešní a moderní rodiny v souvislosti s genderovou rovností, neplodností, sloučení rodiny a kariéry, absence kvality vzorů a aktivit ve školství;

úroveň individuální predispozice dítěte – genetiky, oslabení plodu v těhotenství, odchylky v osobnostním vývoji, zdravotní problémy či mentální retardace;

úroveň rodiny – závislosti rodičů, dysfunkční rodiny, špatný výchovný systém;

úroveň ekologická – špatné životní prostředí, nevhodné okolí;

úroveň kulturní – společenské klima, mýty, zvyky, předsudky, negativní vzory (Vaničková, 2007).

Řadu let se mnozí autoři pokoušejí nalézt odpověď na otázku, jaká skupina lidí s konkrétními vlastnostmi, predispozicemi, v konkrétních situacích a z jakých příčin ubližuje dětem. Jednoduchá odpověď neexistuje. Jev týrání a zneužívání dítěte není přímočarý a jednoduchý násilný projev dospělého vůči nevinné oběti. Při jeho vzniku hrají roli desítky skutečností, a to nikoli pouze na stranách rodiče a dítěte, ale také rodiny, prostředí a společnosti, ve které žijí a ve které se narodili (Pöthe, 1999).

3.1 Rizikové dospělí

Mufsonová a Kranzová (1996) tvrdí, že společnost na celou situaci zneužívání občas nahlíží ze špatného úhlu. Celý problém zlehčuje a myslí si, že taková situace není až tak závažná a že týrat, zneužívat a zanedbávat jsou schopné jen určité typy lidí a určitě ne osoby, které známe. Skutečnost je ale taková, že pachatelé těchto jevů se vyskytují ve všech skupinách společnosti. Jsou to muži a ženy různých náboženství, různé rasy a nejrůznějšího věku. Žijí stejně jako ostatní ve městech a na vesnicích a jsou to také lidé s nejrůznějším vzděláním.

Odpovědnost za jakoukoli formu ubližování dítěti nese vždy dospělý jedinec bez ohledu na počet rizikových faktorů u dospělého jedince. Na rozdíl od dítěte má dospělý možnost se svobodně rozhodnout, zdali použije svou fyzickou a psychickou převahu proti dítěti a způsobí mu tak zdravotní či emoční bolest. Ovšem to neplatí ve všech případech,

neboť stejné, ne-li vyšší riziko představuje dospělý jedinec s duševním onemocněním. Podobný stav duševní nemoci se může ocitnout například u nových matek. Tento stav se projevuje zoufalstvím a ztrátou přehledu o světě, o sobě a o svém okolí. Takový jev se nazývá tzv. **laktační psychóza**. Nebezpečný psychický stav s depresivními účinky může vést k bezprostřednímu ohrožení dítěte nebo k dlouhodobému narušení vztahu mezi matkou a dítětem. Dalším rizikem u dospělého ve vztahu k dítěti jsou různé druhy psychického onemocnění, emoční, ekonomická a sociální nezralost osoby bez kvalitního zázemí. Dále jsou to osoby ovlivněné transgeneračním přenosem násilí z jejich dětství, ale může se také jednat o zdánlivě funkční rodiny se zdravými vztahy, kde rodiče mají příliš vysoké nároky a očekávání vůči dítěti. Samostatným a velmi výrazným zastoupením rizikového dospělého je samozřejmě osoba závislá na alkoholu a jiných drogách (Pöthe, 1999).

Podle Mydlíkové (2021) se mezi velmi rizikové dospělé osoby v kontextu násilí a týrání dětí řadí jedinci, kteří jsou svému okolí známí, jako velmi slušní a spořádaní lidé. Tito jedinci jsou obecně spíše muži, sexuálně hyperaktivní s nízkou sebekontrolou, často se sexuální deviací (odchylkou od normy) bez diagnózy a s možnou drogovou závislostí.

Jako riziková dospělí v souvislosti vzniku syndromu CAN se jeví zejména:

„- *anomální osobnosti, agresivní jedinci vůbec;*

- *nezralé osobnosti, frustrovaní dospělí (neúspěchy v životě, profesi atd.), „slaboši“, dospělí s nízkou úrovní své identity;*

- *když „děti mají děti“;*

- *duševně nemocní, mentálně retardovaní;*

- *dospělí závislí na návykových látkách;*

- *dospělí vyznávající odlišný životní styl (náboženský, rituální atd.);*

- *dospělí, kteří jako děti byli taktéž takto vychovávaní („kruhová kauzalita“);*

- *není zde závislost na formálně dosaženém vzdělání dospělého.*“ (Slaný, 2008, str. 17).

Matějček (1995) je toho názoru, že riziko u dospělého není to samé, co je nebezpečí, nebo nutně neznamená, že riziková dospělí bezprostředně ohrožují děti. Riziko vnímá jako eventualitu a možnost konkrétní nežádoucí situace, které se můžeme vyhnout. U rizikových dospělých jsou to všichni, kdo se chovají „zvláště“. Takové chování je už

samo o sobě vnesení rizika do nějaké situace, která se v důsledku stává také rizikovou pro jeho okolí. Rizikovým dospělým je člověk s duševním onemocněním, nevyspělostí či zaostalostí, kterého můžeme nazvat psychotikem. Ale ne každý psychotik musí nutně znamenat nebezpečí. Jiná situace je zajisté u osob, které jsou závislé na alkoholu a jiných drogách. V kontextu zanedbávání a týrání dítěte to dále mohou být nevyzrálí, mladiství rodiče nebo osoby citově ochuzené a deprivované z vlastního dětství.

Ze sexuálního hlediska jsou riziková pak především muži, kteří nedokážou kontrolovat své sexuální touhy a vzrušení z představ a fantazií nad sexuálním stykem s dítětem. Příčinou takového stavu může být opět alkohol, drogy, vliv psychózy, nezralost, mentální retardace s kongruencí (emocionální shoda) nebo transgenerační přenos a další (Weiss, 2005).

Z pojetí a charakteristik různých autorů je zřejmé, že riziková dospělá vykazují celou řadu společných znaků, zejména pak látkové závislosti, duševní onemocnění, transgenerační přenos a mentální nevyzrálost. Je však nutné poznamenat, že se jedná o velice komplexní problematiku a jistá rizika a nebezpečí mohou znamenat i osoby, které nevykazují žádné patologické předpoklady.

3.2 Rizikové děti

Rizikové děti jsou nebo byly vystaveny psychické deprivaci, nezájmu a zanedbávání. Takové děti se často nacházejí v rodinách, kde rodiče neplní základní rodinné funkce. Takové rodiny označujeme jako dysfunkční. Ale ani zde se rizika netýkají pouze dětí z dysfunkčních rodin. I děti z funkčních, úplných a ideálních rodin se mohou stát oběťmi násilí a sexuálních útoků, neboť ne všechny projevy agrese a násilí přichází ze strany rodičů (Halfarová, 1995).

Slaný (2008, str. 17–18) uvádí rizikové děti, které se jeví zejména jako:

„- děti problémové (lehká mozková dysfunkce, specifické poruchy učení – ADHD syndrom, děti neklidné, instabilní, dráždivé, negativistické – rizikovost v této oblasti stoupá zejména v obdobích tzv. prvního negativismu, což je batolecí věk, a v druhém období negativismu, pubertě. Dále jsou na tom děti úzkostné, snadno pláčivé, labilní) /79/;

- syndrom „obětního beránka“, kdy dítě „přitahuje“ svou osobností, chováním na sebe agresi, šikanu okolí v rodině či škole a kolektivech vůbec;
- děti mentálně či jinak retardované, což vyvolává frustraci ze strany rodičů vzhledem k očekávaným výkonům dítěte (škola, sport, zájmy apod.), děti autistické;
- sociálně obtížně přizpůsobivé, nestandardně psychomotoricky vyžívající děti;
- děti nechtěné! („Být nechtěný je to nejhorší, co může člověka potkat!“ Matka Tereza z Kalkaty).“

Dítě se považuje za rizikové i v případě, že je vystaveno **nepřímé viktimizaci**. To znamená, že dítě je sekundární obětí u jakékoli formy domácího násilí. Nepřímá viktimizace ohrožuje příznivý vývoj dítěte, jeho emoční vnímání okolí, ale také rozum. Děti v prostředí domácího násilí tedy nemusejí být obětí **přímé viktimizace**, primárním cílem týrání a zneužívání, aby se považovaly za rizikové (Ševčík, 2011).

Stejného názoru je i Čírtková (2021), která tvrdí, že dítě, které bylo dříve považováno za sekundární oběť, dnes lze vnímat i formou primární oběti, neboť se na tuto problematiku nahlíží jako na formu psychického násilí na dítěti, například asistence u násilí na některém členu rodiny. Odkazuje se na vědecké poznatky (Kavemann, 2000; Heynen, 2001; Kindler, 2006; Eisenberg, 2011) a na reakci právního systému v České republice, který přítomnost dítěte při domácím násilí od roku 2019 považuje za mravní a citovou ohroženost jeho vývoje. „*pokud je dítě přítomno domácímu násilí, tak není vyloučeno jednání pachatele posoudit jako jednočinný souběh trestného činu podle § 199 trestního zákoníku a podle § 201 trestního zákoníku, když obviněný tím, že týral svoji manželku za přítomnosti nezletilých dětí, tímto jednáním zároveň ohrožoval citový a mravní vývoj svých nezletilých dětí.*“ (Čírtková, 2021, str. 170).

4 Diagnostika a následky týraní dítěte

Diagnostika je jednou z nutných fází při zjišťování syndromu CAN. Diagnostice předchází ohlášení daného jevu a po diagnostice dochází k potvrzení, či vyloučení diagnózy týraní dítěte. Odhalení, zjištění nebo detekce syndromu CAN se uskutečňuje pomocí nahlášení nebo cíleného vyhledávání odborných státních, krizových nebo charitativních orgánů (krizová centra, charity, orgány pro péči o rodinu a děti, školy, linky bezpečí, pedagogická centra a další) prostřednictvím vyškolených pracovníků, kteří jsou velmi obezřetní a důkladní v objevování těchto situací (Dunovský, 1995).

První fáze **ohlášení** závisí na osobě, která se s daným jevem setkává a je schopná ho rozpoznat jako nežádoucí. V takovém případě je povinna toto jednání nahlásit příslušným orgánům, ale ne vždy to tak je. Ohlášení závisí na mnoha různých faktorech, které se rozdělují do třech základních činitelů – profesionální inhibitory, profesionální facilitátory a inhibitory laického oznamování syndromu CAN.

Profesionální inhibitor – zabraňující činitelé, jako jsou strach z odplaty, nedůvěra vůči příslušným orgánům, nedostatek znalostí, nechuť tvoření dalších problémů,

Profesionální facilitátory – osobní angažovanost a umožnění každého pracovníka v řešení těchto problémů s jeho odbornou znalostí, vzděláním a přípravou odpovídající potřebám dítěte a jejich porozumění,

Inhibitory laického oznamování syndromu CAN – neznalost, lhostejnost a podceňování problematiky ze strany laické veřejnosti, dále nechuť být součástí nepříjemných událostí a komunikací s různými institucemi či policií (Dunovský, 1995).

Existuje několik druhů oznámení výskytu týraní dítěte. Nejčastějším druhem je **anonymní hlášení**. Zde je na místě vysoká míra opatrnosti v prověřování pravdivosti hlášení. Po maximální míře diskrétnosti a dodržování anonymity však oznamovatel (často sama oběť nebo jiná blízká osoba oběti) může vystoupit ze svého anonymního postavení vzhledem k získané důvěře vůči pomáhajícímu orgánu. Důvěra zde hraje velkou roli v úspěchu odhalení této trestné činnosti vůči dítěti. Možnou formou detekce syndromu CAN jsou i různé telefonní linky, linky bezpečí a krizové linky, které poskytují pomoc, informace a poradenství v situacích ohrožujících psychické a fyzické zdraví dítěte.

Druhá fáze je samotná **diagnostika**. Tou rozumíme komplexní činnosti odborného týmu (psychologové, lékaři, sociální pracovníci, policie) ke zjištění špatného zacházení

s dítětem a jeho následky. Kompletní diagnóza obsahuje rodinnou, medicínskou i osobní anamnézu (předešlý stav dítěte od jeho narození), aby se objevily jakékoli známky související s týráním, zanedbáváním a zneužíváním dítěte. Po zjištění anamnézy následuje vyšetření dítěte dětským psychologem, ale i dospělého, který se považuje za možného původce týrání či zanedbávání dítěte. Někdy je také vhodné dítě přijmout k diagnostickému pobytu k zajištění neutrálního prostředí a následnému pozorování jeho chování, především psychology a sociálními pracovníky.

Potvrzení nebo vyloučení diagnózy představuje třetí, poslední část šetřeného případu. Při potvrzení případ přebírá příslušný orgán pečující o rodinu a děti (dnes Orgán sociálně právní ochrany dětí). V případě vyloučení se případ nadále považuje za podezřelý a nahlíží se na něj jako na rizikový a je pravděpodobný budoucí výskyt syndromu CAN. Významnou roli v této fázi hrají pedagogicko-psychologická a dětská centra (Dunovský, 1995).

4.1 Navázání kontaktu s dítětem

Navázání kontaktu s dítětem zasaženým syndromem CAN musí být koordinované, mít stanoveny co nejvíce šetrné způsoby a postupy s cílem zajistit zájem a prospěch dítěte v co největší možné míře. Musí se postupovat podle potřeb a hodnocení z diagnózy. Navázání kontaktu a následná léčba má obnovit nebo zajistit žádoucí tělesnou, psychickou i sociální pohodu dítěte (Dunovský, 1995).

Předpoklad správného navázání kontaktu je takový, že si dítě vytvoří s odborníkem vzájemně důvěrný vztah, v jehož rámci se bez obav může svěřit se vším, co ho trápí. Dítě si začne samo uvědomovat špatné zacházení ze strany rodičů, pokud prožije i stav opačné a důvěrné kvality vztahu s jinou osobou. Pocit bezpečí, klidu a psychické pohody mu ukáže dosud nepoznané zkušenosti, které zajistí pozitivní zážitek. Za předpokladu, že se podaří takový vztah navázat, mohou odborníci blíže nahlédnout do konkrétních problémových situací. Ovšem budování důvěry není krátkodobá záležitost, jde o proces trvající i několik měsíců, který ovlivňuje zejména odborníkova trpělivost a vůle pomoci dítěti zasaženému syndromem CAN. Celý proces získávání důvěry může doprovázet celá řada provokací a různých forem násilí ze strany dítěte (nadávky, výsměch, urážky, agrese...). K zajištění bezpečí dítěte je dobré mu vysvětlit, proč se tak cítí, říci mu, do jaké situace se dostal, upozornit ho na nebezpečí a dát mu jasně najevo, že ani jedna

negativní situace, kterou je součástí, není jeho chybou. Prolomení nedůvěry a ujištění dítěte, že jeho důvěru nezneužijeme v žádném ohledu, mu dává jasně najevo, že v nás může shledat bezpečí (Pöthe, 1999).

Důležitost navázání správného kontaktu a důvěry mezi dítětem a jinou osobu v souvislosti syndromu CAN zdůrazňuje také Weiss (2005). Tvrdí, že přístup k dítěti by měl být individuální z hlediska potřeb a psychomotorického vývoje dítěte. Při prvním osobním kontaktu bychom u dítěte měli sledovat neverbální složky komunikace (dýchání, barva kůže, pocení, mimika, neklid...) a jeho celkové vyjadřování. Zvláštní pozornost by se pak měla uchýlit k dětem s nějakým druhem postižení. Dítěti je třeba ukázat podporu v řešení těchto situací, ukázat, že je mu nasloucháno, že se mu věří a že existuje pomoc v jeho trápení. Je k tomu potřeba vhodného pracovníka s odbornou znalostí a vlastní motivací dítěti pomoci.

4.2 Základní vyšetření

Po násilném jednání a jeho prokázání je nezbytným prvním krokem odborné a kompletní lékařské vyšetření k zjištění tělesného stavu dítěte k případnému vyloučení pohlavní infekce či stavu bezprostředně ohrožujícího zdraví dítěte. První osobou, která s dítětem navazuje kontakt, by měl být maximálně odborný specialista ve své oblasti (dětský lékař, chirurg, gynekolog). Je nutné brát v potaz fyzický a duševní stav dítěte. Nutnou podmínkou je také nevystavovat dítě opakovaným vypyptáváním se na citlivé oblasti traumatu, které už tak opakovaně musí sdělovat dalším odborníkům (Spilková, 1999).

V případě jednoznačného neprokázání týrání či zneužití je vyšetření podle Malé (1995) založené na otevřeném a podpůrném přístupu s ujištěním, že dítě bude v pořádku. Hlavní zásadou je etický postoj, nevytvářet tlak na dítě, vycházet z jeho potřeb a empaticky podporovat jeho vyjadřování.

Z fyzického hlediska se mimo interní vyšetření zjišťuje také hmotnost, výška, obvod paže, hlavy a hrudníku. Důraz je dbán na celkové vyšetření tělesného stavu dítěte. Kontroluje se možnost vnitřních poranění, tlak krve, pulz, oční zornice, úroveň hygieny. Dále stopy různých typů ran na kůži, hematomy, popáleniny a samozřejmě při podezření na sexuální zneužívání se kontroluje poranění genitálií, konečníku, erotogenních zón, těhotenství či přítomnost pohlavní nemoci (Weiss, 2005).

Po lékařské prohlídce následuje psychologická intervence dětským psychologem. Psycholog má možnost využít medikamentů v případě, že si to situace žádá. Například k dočasnému vyřešení problému nespavosti a zklidnění. Psychoterapie by měla být hlavním nástrojem ke zvládnutí krize a správné orientaci v této problematice. Různé druhy psychoterapií se určují na základě detailního šetření konkrétních problémů a anamnézy dítěte (Spilková, 1999).

Jednou z nejvhodnějších forem psychického vyšetření dítěte je dětská kresba. V případě, kdy dítě není z nějakého důvodu schopné se vyjádřit, využívá se forma kreslení, která odráží velmi efektivně projevy dětského myšlení a problémů. Kresba otestuje především mentální úroveň dítěte, jeho komunikační dovednosti, afektivitu syndromu CAN a poskytne informace o znalostech dítěte o jeho těle a situaci, ve které se nachází. Je velmi významná při diagnostice a navazování vztahu s odborníky, neboť odbourává stres a napětí a umožňuje sebevyjádření bez nutnosti verbálního projevu (Mydlíková, 2021).

4.3 Psychické příznaky

Dítě vystavené některé formě násilí vnímá toto jednání velmi intenzivně. Někdy může cítit loajálnost a podporu takového jednání, jindy odmítají s rodičem jakýkoli kontakt a žijí v permanentním strachu. V každém případě takové narušení vzájemných vztahů může trvale a negativně dítě ovlivnit.

Z psychického hlediska dítě žije v neustálém stresu a atmosféře ohrožení. Cítí se spoluzodpovědné za to, co se doma děje. Takový pocit bezmoci může spustit různé poruchy chování, poruchy spánku, nízkou sebeúctu, neklid, agresi a v krajních případech sebevražedné touhy a myšlenky (Ševčík, 2011).

Voňková a Spoustová (2016) popisují reakce a příznaky dítěte vystavenému násilí, které vycházejí především z úzkosti nebo hostility. Zatímco dívky mají tendenci násilí prolínat spíše do emočního prožívání, chlapci více do svého chování. Je to dáno tím, že dívky se identifikují s rolí obětí a chlapci s rolí agresora (opět důkaz transgeneračního přenosu). Dítě v důsledku týrání zažívá průtok emocí, které často vyústí až k depresivním poruchám. Má strach a tendenci přebírat zodpovědnost za situaci kolem týrání a domácího násilí. Každé dítě reaguje individuálně, ale nejčastěji děti vystavené

syndromu CAN vykazují známky agrese, úzkostí, strachu, nedůvěry, deprese a pocitu viny.

Psychické příznaky se liší v závislosti na charakteru týrání, jeho délce, intenzitě, věku dítěte a dalších okolnostech. V zásadě existují dvě možné reakce s odlišnými příznaky. Jednou reakcí je, že dítě vykazuje známky agrese a sebeprosazení použitím síly, a druhou reakcí je úzkostnost a nízká sebedůvěra. V prvním případě dítě využívá sílu vůči svému okolí k dosažení svého cíle s následným problémem navazování vztahů s dalšími jedinci. Takové jednání doprovází různé poruchy chování, nespokojenost se sebou samým a emoční vydírání druhých lidí. V druhém případě je dítě plaché, bojí se navazovat vztahy a jeho identita je velmi oslabená. Obě reakce doprovází různé psychosomatické obtíže (křivost, pomočování, poruchy spánku a další), regrese psychomotorického vývoje (např. růstová retardace), problematické psychické a osobnostní konstelace (hanba, deprese, úzkosti, strach, nedůvěra...) (Slaný, 2008).

4.4 Dlouhodobé důsledky týrání

Prvním dlouhodobým důsledkem týrání a zneužívání je **psychická deprivace**, tedy stav, kdy dítěti není umožněno uspokojit jeho základní potřeby. Psychická deprivace velmi často znamená bezcitnost, sociální izolaci a dezorientaci ve vztazích spolu s neuvědoměním si sebe sama, naší potřeby a společenských hodnot, neboť vědomí naší užitečnosti prožíváme nejvíce tehdy, pokud nás někdo potřebuje.

V souvislosti s psychickou deprivací vzniká také celá řada poruch, které se mohou projevit v oblasti smyslů, poruch řeči, motorických poruch (například hyperaktivita nebo nesoustředěnost), absence attachmentu (vazby, přijetí druhou osobou), neschopnosti navázání zdravých vztahů a dalších (Šulová, 2007).

Posttraumatická stresová porucha (PTSD) je velmi frekventovaná porucha u obětí syndromu CAN. První příznaky se začínají projevovat v rozmezí několika týdnů do maximálně šesti měsíců. Tato porucha se projevuje opakovaným prožíváním traumatu v živých vzpomínkách a snech. Tyto projevy doprovází akutní stres, pocit neklidu a nebezpečí, strach, vyděšení a znovuprožití nepříjemných pocitů (Preiss, 2007).

Transgenerační přenos je vzorec nevědomého chování přenášeného z jedné generace na druhou. Jedná se o jeden z nejvíce nebezpečných důsledků týrání, ale také příčin. V našem kontextu jde tedy o přenos negativních projevů vůči dítěti na své dítě.

V důsledku přenosu dítě přijímá agresivní jednání jako běžnou formu prosazování svých zájmů. Naučené vzorce chování pak dítě v budoucí roli rodiče bude aplikovat ve výchově svých dětí a bude tak docházet k cyklu transgeneračního přenosu týrání, zneužívání a zanedbávání dětí (Dydňanská, 2007).

Mufsonová a Kranzová (1996) vymezují důsledky týrání a sexuálního zneužívání do tří kategorií v závislosti na typu násilí. V rámci tělesného týrání u dítěte může docházet k celkovému oslabení imunity, fyzickému poškození (například trvalé postižení mozku nebo smrt), poškození sebevědomí nebo sebepoškozování řezáním, pálením či jiným způsobem. Dítě si také může vytvořit závislosti na návykových látkách s cílem útěku z reality. Psychické a emocionální týrání se dlouhodobě projevuje jako poškozené sebevědomí, vštípená bezmoc a přání sobě či jinému ubližovat. Výjimkou nejsou ani poruchy nejrůznějšího charakteru od poruch příjmu potravy po deprese, úzkosti a psychózy. Dlouhodobé důsledky sexuálního zneužívání jsou v podstatě stejné, jaké byly uvedeny výše, doplněné o náchylnost k promiskuitě, prostituci, potíže s nalezením příjemných pocitů při sexuálním vztahu v budoucnosti nebo úplnou sexuální abstinenci. Výjimkou není ani frigidita, tedy porucha sexuálních funkcí a nezájem o sexuální život.

Samotný stres má velmi výrazný vliv na organismus a psychosomatiku. Jeho dlouhodobé vystavení vede k chronickému stresu, který může vyvolávat řadu tělesných poruch (vysoký krevní tlak, žaludeční vředy, srdeční choroby), ale také třeba poškozovat imunitní systém (Nolen-Hoeksema, 2012).

5 Výzkumné šetření informovanosti studentů vysoké školy o syndromu CAN

V poslední kapitole se bakalářská práce zaměřuje na vymezení cíle výzkumného šetření a návrhy hypotéz. Podrobnější rozebrání výzkumného šetření je součástí podkapitoly, která se zaměřuje na metodologii šetření a charakteristiku výzkumného souboru. Následně jsou výsledky z šetření interpretovány a analyzovány. Poslední část je věnována komparaci výsledků z dotazníkového šetření a zjištěných poznatků z odborné literatury v teoretické části práce společně s ověřením stanovených hypotéz. V závěru kapitoly je uvedeno shrnutí výsledků výzkumného šetření.

5.1 Metodologie výzkumného šetření

Hlavním cílem výzkumného šetření je zjistit informovanost o syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte z pohledu studentů různých oborů pedagogické fakulty na Univerzitě Hradec Králové a provést komparaci s poznatky uvedenými v teoretické části bakalářské práce.

Na základě výzkumného cíle, informací získaných v teoretické části a vlastní zkušenosti autora bylo stanoveno 7 hypotéz, které v následné komparaci s výsledky výzkumného šetření budou přijaty nebo zamítnuty.

Podle Gavory (2000) je hypotéza vědecký předpoklad, vyvozený z vědecké teorie, který by měl vycházet ze známých poznatků nebo praktických zkušeností výzkumníka. Účelem hypotézy je potvrdit nebo zpochybnit tyto poznatky či teorie. Obdobnou charakteristiku hypotézy zastává Chráska (2007), v jehož pojetí je hypotéza tvrzení, které je vyjadřováno oznamovací větou. Aby se dalo hovořit o vědecké hypotéze, musí vyjadřovat vztah mezi dvěma proměnnými, které musí být možno empiricky ověřovat a být měřitelné.

Hlavní výzkumná otázka

Do jaké míry jsou studenti různých oborů na pedagogické fakultě Univerzity Hradec Králové informováni o syndromu CAN?

Hypotéza 1: Nadpoloviční většina respondentů zastává názor, že nejčastějšími pachateli týrání a sexuálního zneužívání dítěte jsou jejich rodiče.

Tato hypotéza vychází z předpokladu, že na syndromu CAN se podílejí hlavně rodiče dětí, tedy osoby, které mají k dítěti nejbližší už od raného věku a počátku života. Dále vychází z vlastní zkušenosti autora a opírá se o poznatky z odborné literatury použité v teoretické části mé práce, a to především v podkapitolách zaměřujících se na charakteristiku pachatelů nebo rizikové dospělé.

Hypotéza 2: Alespoň 75 % respondentů je toho názoru, že týrání, zanedbávání a sexuální zneužívání dětí má vždy více příčin.

Tato hypotéza předpokládá, že minimálně 3/4 všech respondentů si je vědoma z hlediska příčin komplexního charakteru tohoto jevu a nezastává mylnou domněnku o jedné příčině. Dále je hypotéza podložena o poznatky z odborné literatury, která byla použita v teoretické části bakalářské práce, a to konkrétně v kapitole zaměřující se právě na etiologii týrání a sexuálního zneužívání dětí.

Hypotéza 3: Více než 75 % ženských respondentek je toho názoru, že pachatelem sexuálního zneužívání dítěte jsou v drtivé většině muži.

Tato hypotéza vyplývá z předpokladu, že více než 75 % respondentek je přesvědčeno o tom, že muži jsou hlavními činiteli sexuálního zneužívání dětí v nejrůznějších formách. Je podložena poznatky z odborné literatury a názory několika odborníků, kteří poukazují na sexuálně hyperaktivní muže s nízkou sebekontrolou především v podkapitole zaměřující se na rizikové dospělé. Také vychází z vlastní zkušenosti autora práce při zjišťování názoru respondentek.

Hypotéza 4: Minimálně 5 % respondentů se setkalo s týráním v dětství osobně nebo u známého.

Tato hypotéza je stanovena na základě odhadovaného výskytu týrání dítěte podle různých autorů (1–2 %), který je ale s obecným předpokladem až několikanásobně vyšší vzhledem k latentnímu charakteru tohoto jevu. Hypotéza se dále opírá o poznatky z odborné literatury v podkapitole zaměřující se na charakteristiku obětí.

Hypotéza 5: Více jak 50 % respondentů poprvé slyšelo o týrání a sexuálním zneužívání dětí především ve škole.

Tato hypotéza se opírá o autorovy vlastní zkušenosti a zjištění. Při předběžném zjišťování informovanosti o tomto jevu bylo poměrně časté setkávání se s odpověďmi, které odkazovali na vzdělávací systém ve školství, ale v hojném zastoupení prvního styku

s touto problematikou také z jiných zdrojů. Mimo jiné se hypotéza opírá o samotnou příručku Ministerstva školství, tělovýchovy a mládeže v rámci sexuální výchovy na základních školách, která obsahuje doporučená témata, včetně syndromu CAN (MŠMT, 2010, online).

Hypotéza 6: Za hlavní příčinu zanedbávání dítěte pokládají respondenti slabou socio-ekonomickou úroveň rodiny.

Tato hypotéza vychází z poznatků zjištěných z odborné literatury, použitých v teoretické části bakalářské práce. Předpokládá, že zanedbávání, jako pasivní forma týrání dítěte, se nejčastěji projevuje nedostatkem starostlivosti o dítě a špatným socio-ekonomickým zázemím.

Hypotéza 7: Za hlavní příčinu fyzického a psychického násilí na dítěti pokládají respondenti transgenerační přenos.

Tato hypotéza vychází z vlastních zkušeností autora a opět se opírá o poznatky zjištěné v odborné literatuře, která byla použita v teoretické části, především v kapitole zaměřující se na příčiny těchto jevů. Odkazuje se na předpokládanou a správnou informovanost respondentů, že fyzické a psychické týrání dítěte je způsobeno především přenosem násilí z dětství pachatele a jde o komplex více příčin a skutečností s jednou hlavní příčinou.

Jako metoda pro výzkumné šetření informovanosti studentů různých oborů na Univerzitě Hradec Králové bylo vybráno dotazníkové šetření. Cílem je zjistit do jaké míry jsou studenti učitelských i neučitelských oborů seznámeni s problematikou syndromu CAN.

Dotazník

Dotazník je způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí. Jde o kvantitativní šetření a používá se především při získávání údajů u velkého počtu respondentů s nízkou investicí času. Základní podmínkou je formulace konkrétního cíle dotazníku. Obvykle by se měl skládat ze tří základních částí. První část se nazývá vstupní a skládá se z hlavičky (název, jméno autora, cíl dotazníku, význam respondentových odpovědí). Druhá část obsahuje samotné otázky v dotazníku, které by na prvních místech měly být lehčí a přitažlivější z psychologických důvodů a motivace respondenta odpovídat. Následují důvěrnější a složitější otázky. V Poslední, třetí části, bývá poděkování respondentovi za vyplnění a spolupráci (Gavora, 2000).

Typy otázek

Základní dělení otázek v dotazníku je podle stupně otevřenosti na uzavřené, polouzavřené a otevřené. U tvorby otázek je nutné dbát na jejich stručnost, jasnost, srozumitelnost, ale také se vyhnout neurčitým výrazům, dvojitým otázkám, záporným výrazům nebo předpojatosti.

Uzavřené otázky nabízí hotové alternativní odpovědi, kdy mají respondenti možnost si vybrat z předem stanovených odpovědí.

Otevřené otázky dávají respondentovi volnou možnost odpovědi na stanovenou otázku. Nevybírání si z alternativních odpovědí, ale odpovídá na základě svého uvážení.

Polouzavřené otázky jsou kombinací uzavřených a otevřených otázek. Respondent má možnost zvolit alternativní odpověď nebo odpovědět formou své vlastní odpovědi (Gavora, 2000).

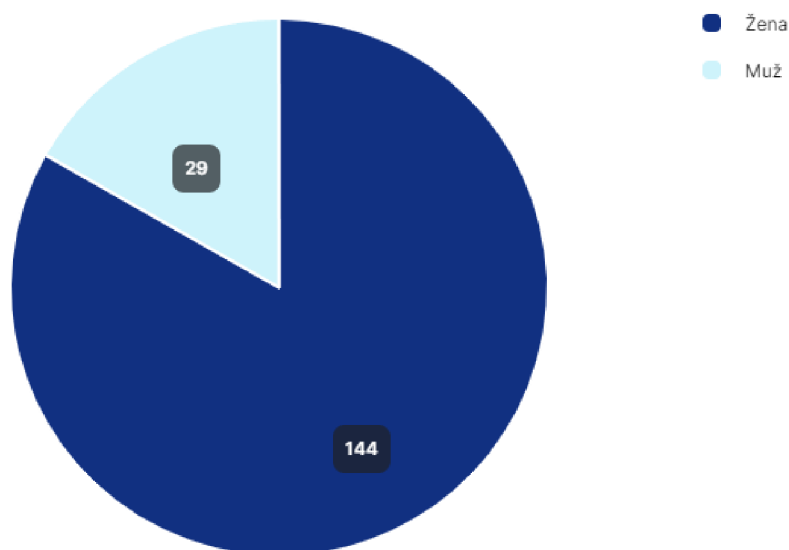
Pro tuto část empirického šetření byl stanoven dotazník v kombinaci polouzavřených a uzavřených otázek v celkovém množství 14 otázek orientujících se na fenomén syndromu CAN, jeho výskyt, příčiny a pachatele (viz. Příloha A). Všechny otázky v šetření byly povinné a nedaly se přeskočit. Dotazníkem bylo osloveno celkem 245 respondentů, přičemž 74 respondentů dotazník nevyplnilo. Žádný dotazník nebyl vyřazen z důvodu nesprávného či nedostatečného vyplnění. Výzkumný vzorek tedy po vytřídění tvořilo 173 respondentů skládajících se ze studentů různých oborů pedagogické fakulty na Univerzitě Hradec Králové. Úspěšnost vyplněných dotazníků je 70 % z oslovených respondentů, z toho 144 žen a 29 mužů.

5.2 Analýza a interpretace výsledků

V této podkapitole jsou shrnuty a analyzovány celkové výsledky z výzkumného šetření. Data jsou získána a znázorněna prostřednictvím grafů a tabulek. Grafy znázorňují četnost všech odpovědí, zatímco tabulky znázorňují četnost odpovědí a jejich % zastoupení. Kompletních a validních dotazníků bylo po vyplnění a vytřídění celkem 171 z oslovených 245 respondentů. Dotazník byl rozeslán prostřednictvím internetu na sociálních sítích do skupin, jejichž členové jsou cílovou skupinou mé empirické části v bakalářské práci. Sběr dat trval 14 dní.

Před samotným dotazníkovým šetřením jsem provedl předvýzkum, kterého se účastnilo 5 respondentů. Na základě předvýzkumu jsem následně jasněji formuloval a upravil stanovené dotazníkové otázky a možnosti jejich odpovědí, které mi respondenti ve zpětné vazbě označili za zavádějící nebo nejasné.

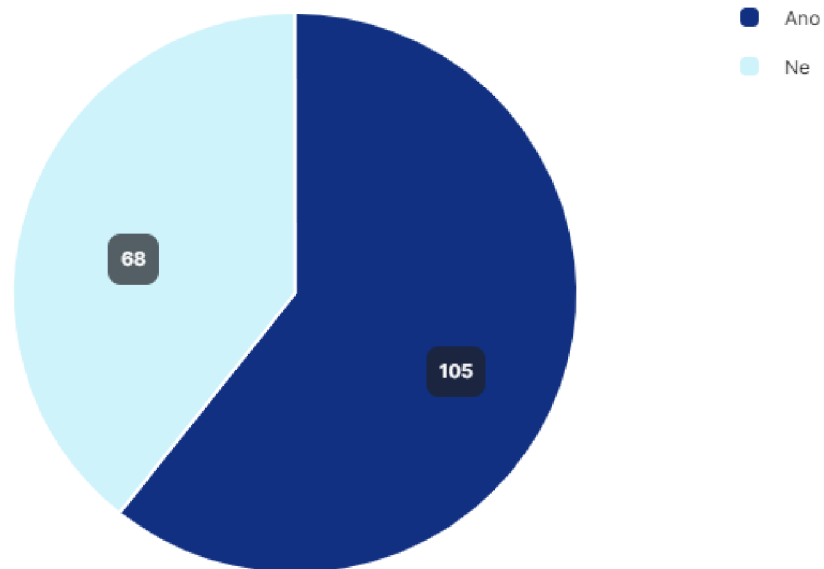
Otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?



Graf 1 – Pohlaví respondentů

První otázka byla uzavřeného typu. Respondent měl na výběr ze dvou možností. Zjišťovala poměr zastoupení mužů a žen, kteří se výzkumného šetření účastnili. Počet zastoupení žen je zde 144 respondentek (83,2 %) a zastoupení mužů je 29 respondentů (16,8 %). Z důvodu stále většího zastoupení žen v oblasti učitelských a sociálních oborů jsem již v předvýzkumu předpokládal, že zastoupení žen bude výrazně vyšší. Dále je to podloženo výzkumem mezi zeměmi OECD (organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj) mezi roky 2005 až 2014, kde zájem žen v uplatnění ve školství obecně vzrostl z 61 % na 68 % a stále se zvyšuje (OECD, 2017, online). V roce 2019 pak učitelé na základních školách členských zemí tvořily především ženy, a to v průměru 84 % (OECD, 2021, online). Obdobně je tomu tak i v sociálních sféře a službách, kde se průměr žen v tomto odvětví pohybuje kolem 80 % (Český statistický úřad, 2020, online).

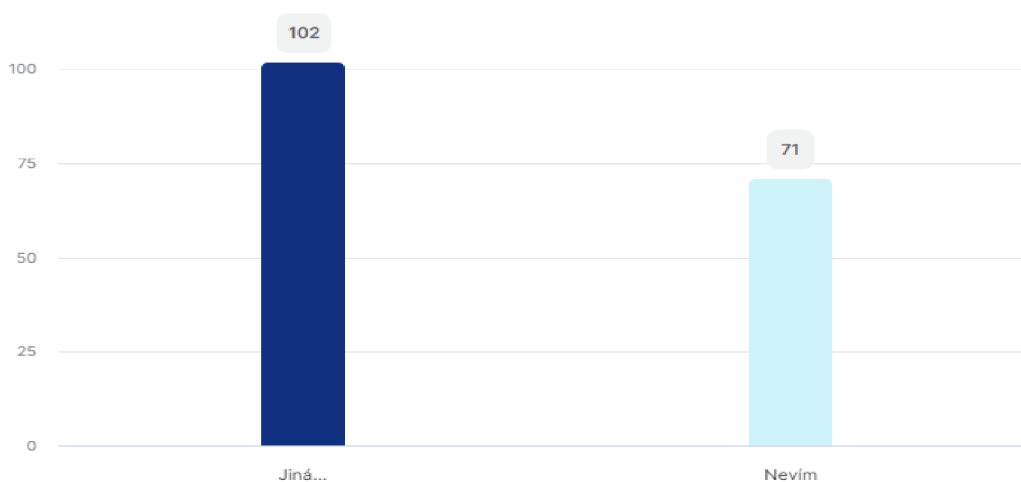
Otázka č. 2: Slyšel/a jste někdy o syndromu CAN?



Graf 2 – Registrace syndromu CAN

Tato otázka byla opět uzavřená a mapuje četnost respondentů, kteří někdy slyšeli o syndromu CAN nebo kteří přišli někdy v životě do styku s tímto pojmem. Z grafu můžeme vyčíst, že 105 respondentů (60,7 %) někdy v životě slyšelo o syndromu CAN. Dalších 68 respondentů (39,3 %) nikdy o syndromu CAN neslyšela. Z celkového množství odpovědí vyplývá, že téměř 2/3 respondentů registrovalo tento jev alespoň jednou v životě.

Otázka č. 3: Co podle Vás představuje syndrom CAN?



Graf 3 – Míra informovanosti respondentů o syndromu CAN

Tato otázka byla polouzavřeného typu. Zde měl respondent možnost si vybrat z předem stanovené odpovědi nebo uvést svůj názor a myšlenky o čem syndrom CAN je nebo co představuje. Otázka měla posloužit jako podklad pro zjištění kolik respondentů (zejména těch kteří o syndromu CAN již slyšeli) dokáže stručně charakterizovat, co syndrom CAN představuje. Z celkového počtu respondentů jich dokázalo 102 (59 %) uvést své odpovědi a 71 respondentů uvedlo, že neví, co syndrom CAN představuje.

Po důkladné analýze vlastních odpovědí respondentů jsem z důvodu nevalidní odpovědi vyřadil 2 odpovědi. Po vyřídění bylo tedy validních 100 odpovědí. Mezi nejčastějšími odpověďmi respondentů patřilo jednoznačně samotné vymezení pojmu syndromu CAN a v návaznosti na to řada nejrůznějších následků, příznaků a vývoje dítěte.

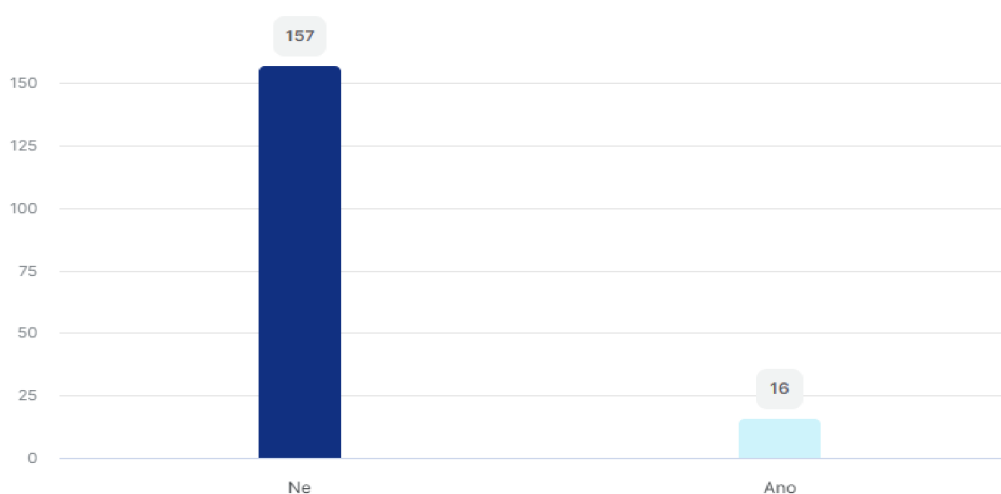
Nejvíce frekventované kategorie validních odpovědí, vztahující se k vymezení syndromu CAN:

- Syndrom týraného, zanedbávaného a sexuálně zneužívaného dítěte (Child abuse and neglect);
- vědomé, nenáhodné konání vůči dítěti ohrožující jeho vývoj;
- psychické příznaky dítěte při týrání (PTSD a jiné);
- negativní následky a špatný tělesný, psychický a sociální vývoj dítěte v důsledku týrání;

- nepříznivý fyzický stav dítěte a narušení psychického vývoje;
- soubor příznaků a důsledků týraného jedince.

Výše zmíněné a vyřazené 2 odpovědi se nemohou považovat za validní, neboť jedna z nich se nevztahovala ke zkoumanému tématu a druhá špatně vymezovala pojem syndromu CAN jako „pedofilii“.

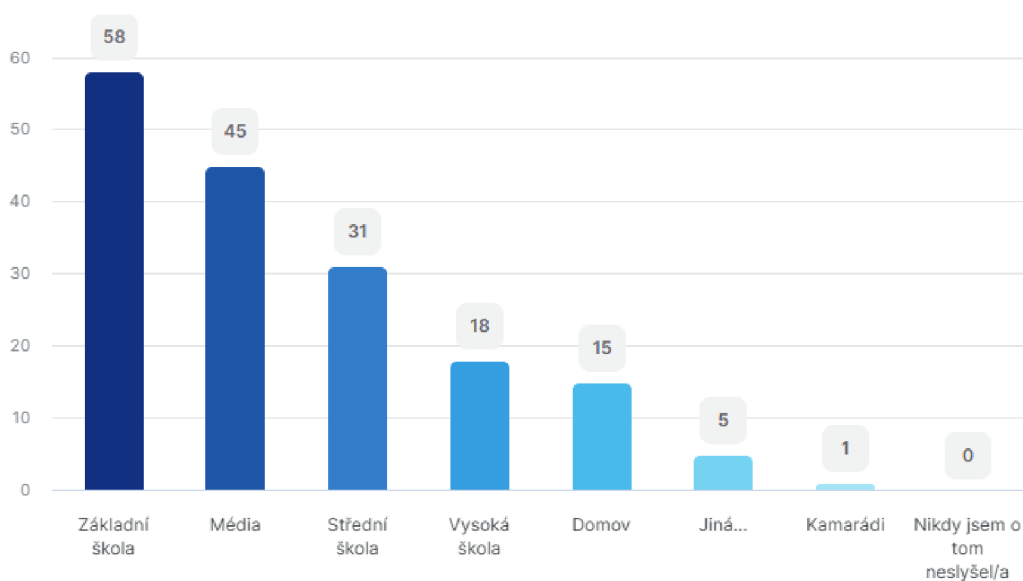
Otázka č. 4: Syndrom CAN představuje soubor nežádoucích následků týrání dítěte v nejrůznějších oblastech jeho vývoje a postavení ve společnosti. Potýkal/a jste se jako dítě s týráním, sexuálním zneužíváním či zanedbáváním?



Graf 4 – Osobní zkušenost s týráním, sexuálním zneužíváním a zanedbáváním v dětství respondenta

Tato otázka byla uzavřeného typu, kdy měl respondent na výběr opět ze dvou možností. Zaměřovala se na zjištění výskytu týrání, sexuálního zneužívání a zanedbávání v dětství respondenta z hlediska jeho vlastní zkušenosti. Celkem 157 respondentů (90,8 %) uvedlo, že se nepotýkalo s žádnou z forem týrání ve svém dětství. Naproti tomu 16 respondentů (9,2 %) v průběhu dětství osobně zažilo některou z forem týrání na vlastní kůži. Z toho vyplývá, že každý 19 respondent byl obětí některé formy týrání a zasáhl ho syndrom CAN.

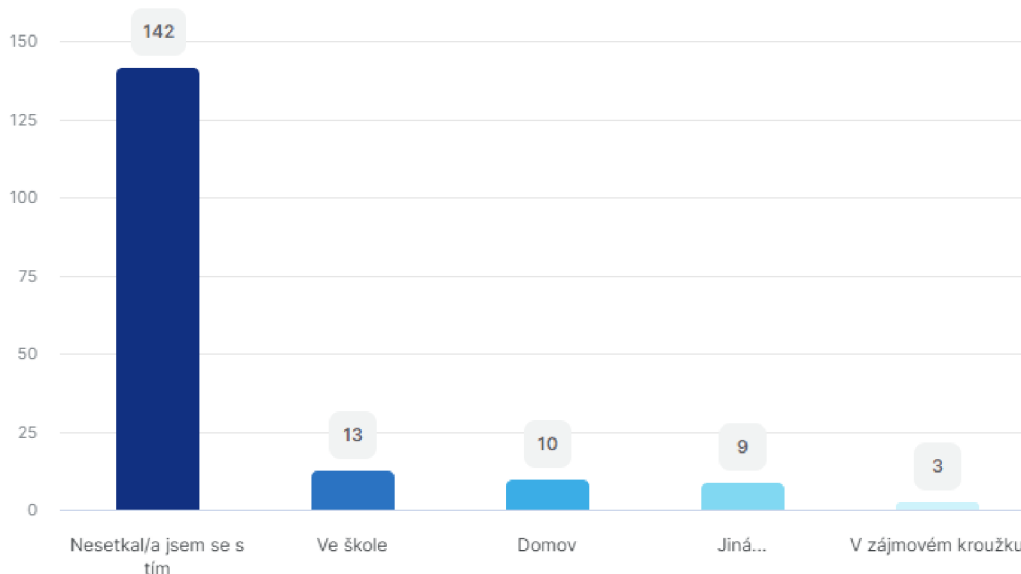
Otázka č. 5: Kde jste poprvé slyšel/a o týrání a zneužívání dětí?



Graf 5 – Místo prvního kontaktu s problematikou týrání a zneužívání dětí

Tato otázka byla polouzavřeného typu, kde měl respondent na výběr z několika odpovědí včetně své vlastní. Měla za úkol zjistit, kde respondenti poprvé slyšeli o jevu týrání a zneužívání dětí. Z celkového počtu respondentů byl největší podíl zastoupen u základní školy v počtu 58 respondentů (33,5 %), následovaly média se 45 respondenty (26 %), poté základní škola s 31 respondenty (17,9 %) a další. Z obecnějšího hlediska můžeme odvodit, že poprvé o týrání a zneužívání dětí slyšeli respondenti ve školství, kde při součtu odpovědí základní, střední a vysoké školy tento vzorek zaujímá dohromady 107 respondentů (61,8 %). V možnosti vlastní odpovědi uvedli respondenti další místa prvního kontaktu s touto problematikou jako například „v *dětském domově*“ nebo „v *zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc*“.

Otázka č. 6: Pokud jste se setkali se syndromem CAN osobně, uveďte prosím kde.

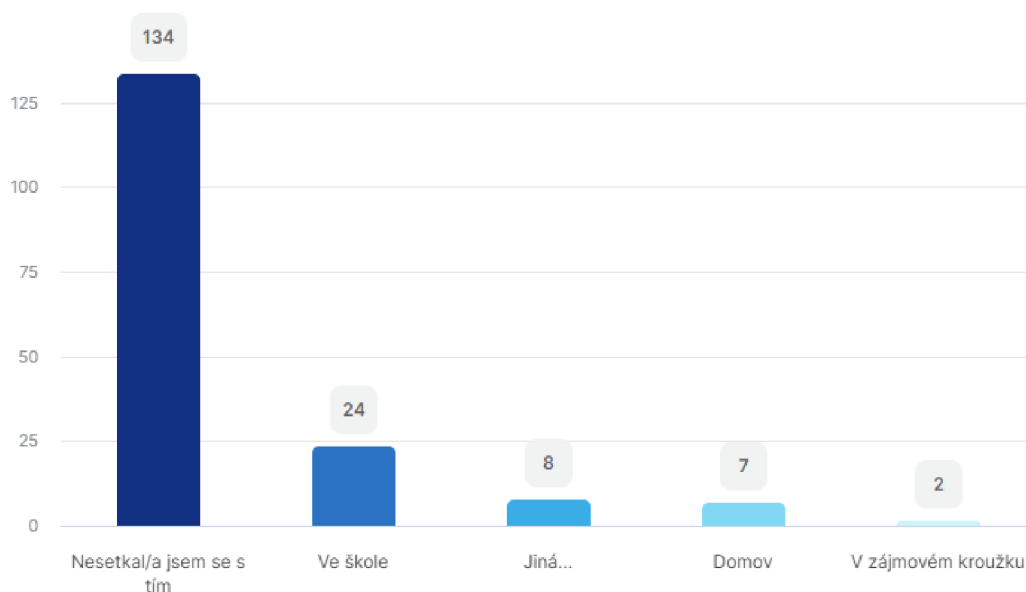


Graf 6 – Místo, kde se respondenti osobně setkali se syndromem CAN

Tato otázka byla také polouzavřeného typu, kde měl respondent možnost vybrat si více odpovědí z předem stanovených nebo si vybrat svou vlastní odpověď. Otázka měla za úkol zjistit, zda se respondent osobně setkal s následky týrání, sexuálního zneužívání či zanedbávání a pokud ano, kde to bylo. Z celkového souboru 173 respondentů se jich osobně se syndromem CAN setkala 13 (7,5 %) ve škole, 10 (5,8 %) doma a 3 (1,7 %) v zájmovém kroužku. 142 respondentů (82,1 %) se osobně se syndromem CAN nesetkalo. U vlastních odpovědí uvedlo celkem 9 respondentů (5,2 %) místa jako jsou:

- zaměstnání sociálního pracovníka;
- jiný typ školy;
- běžné zaměstnání;
- orgán sociálně-právní ochrany dětí;
- dětský domov.

Otázka č. 7: Pokud jste se setkali se syndromem CAN u Vám známé osoby, uveďte prosím kde.



Graf 7 – Místo, kde se známá osoba respondenta setkala se syndromem CAN

Tato otázka byla opět polouzavřeného typu s možností více zvolených odpovědí. Jejím úkolem bylo zaprvé zjistit, zda se respondent setkal se syndromem CAN u své známé osoby, příbuzného, kamaráda a dalších blízkých osob. V případě, že ano, tak za druhé měla zjistit, kde tomu tak bylo. Z celkového počtu 173 respondentů se jich 134 (77,5 %) s tímto jevem nesetkalo u své známé osoby. Nejčastější odpovědí z hlediska setkání se syndromem CAN u známé osoby byla škola v počtu 24 (13,9 %), následoval domov v počtu 7 odpovědí (4 %) a 2 respondenti (1,2 %) uvedli zájmový kroužek. 8 respondentů (4,6 %) uvedlo možnost svých vlastních odpovědí, které se dají zařadit do kategorií jako jsou:

- zaměstnání;
- příbuzní;
- školka;
- praxe;
- domov kamarádů.

Otázka č. 8: Kdo je podle Vás nejčastějším pachatelem týrání, sexuálního zneužívání a zanedbávání dítěte?

Tabulka 2 – Nejčastější pachatel týrání, sexuálního zneužívání a zanedbávání dítěte

ODPOVĚĎ	RESPONZÍ	PODÍL
Rodič	123	71.1%
Příbuzní	40	23.1%
Cizí osoba	6	3.5%
Kamarádi	2	1.2%
Jiná...	1	0.6%
Učitel	1	0.6%

Tato otázka se zaměřovala na nejčastějšího pachatele týrání dítěte z hlediska respondenta. Byla polouzavřeného charakteru z předem stanovených odpovědí a s možností vlastní odpovědi. Respondenti nejčastěji uváděli rodiče, a to v počtu 123 odpovědí (71,1 %), dále příbuzné v počtu 40 odpovědí (23,1 %), 6 respondentů (3,5 %) uvedlo jako nejčastějšího pachatele cizí osobu a pouze 3 respondenti (1,8 %) uvedli kamarády nebo učitele. Pouze 1 respondent uvedl možnost své vlastní odpovědi „*kněz*“.

Otázka č. 9: Jaká je podle Vás nejčastější příčina zanedbávání dítěte?

Tabulka 3 – Nejčastější příčina zanedbávání dítěte

ODPOVĚĎ	RESPONZÍ	PODÍL
Alkohol a drogy	59	34.1%
Špatná socio-ekonomická situace v rodině	46	26.6%
Transgenerační přenos (obdobná zkušenost z dětství)	37	21.4%
Nelátkové závislosti (internet, hazardní hry a automaty, workoholismus...)	10	5.8%
Psychické onemocnění	10	5.8%
Jiná...	8	4.6%
Sociální izolace	2	1.2%
Promiskuita nebo prostituce	1	0.6%
Sexuální nezralost	0	0%

Tato otázka byla polouzavřeného charakteru s cílem zjistit respondentův názor na nejčastější příčinu zanedbávání dítěte. Z celkového počtu 173 responzí je 59 (34,1 %) názoru, že nejčastější příčinou zanedbávání dítěte je alkohol a drogy. Druhou nejčastější odpovědí je špatná socio-ekonomická úroveň rodiny v celkovém počtu 46 responzí (26,6 %). Následující v řadě odpovědí je na třetím místě transgenerační přenos v počtu 37 odpovědí (21,4 %) a poté nelátkové závislosti spolu s psychickým onemocněním, kde tyto příčiny získaly každá po 10 odpovědích (5,8 %) a další příčiny s několika jednotkami respondentů. Ve vlastních odpovědích uvádělo 8 respondentů (4,6 %) kategorie jako jsou:

- nechtěné těhotenství;
- nízké IQ rodičů;
- kombinace uvedených příčin;
- nezáměr a lhostejnost k dítěti.

Otázka č. 10: Jaká je podle Vás nejčastější příčina fyzického týrání dítěte?

Tabulka 4 – Nejčastější příčina fyzického týrání dítěte

ODPOVĚĎ	RESPONZÍ	PODÍL
Alkohol a drogy	69	39.9%
Transgenerační přenos (obdobná zkušenost z dětství)	51	29.5%
Psychické onemocnění	31	17.9%
Špatná socio-ekonomická situace v rodině	11	6.4%
Nelátkové závislosti (internet, hazardní hry a automaty, workoholismus...)	4	2.3%
Sociální izolace	3	1.7%
Jiná...	2	1.2%
Sexuální nezralost	1	0.6%
Promiskuita nebo prostituce	1	0.6%

Tato otázka byla opět polouzavřeného charakteru. Za úkol měla zjistit, jakou příčinu shledávají respondenti jako nejčastější při fyzickém týrání dítěte. Jako nejčastější příčinu tohoto jevu uváděli respondenti nejvíce alkohol a drogy v zastoupení 69 odpovědí (39,9 %). O několik méně respondentů pak zvolilo možnost transgeneračního přenosu násilí na dítě v počtu 51 odpovědí (29,5 %). Následovala odpověď psychického onemocnění s počtem 31 responzí (17,9 %). Dále 11 respondentů (6,4 %) volilo nepříznivou socio-ekonomickou situaci v rodině. Další odpovědi jsou zastoupeny v několika jednotkách. V kategorii vlastní odpovědi 2 respondenti (1.2 %) uvedli „*nudí se*“ nebo „*nízké IQ pachatele*“.

Otázka č. 11: Jaká je podle Vás nejčastější příčina psychického týrání dítěte?

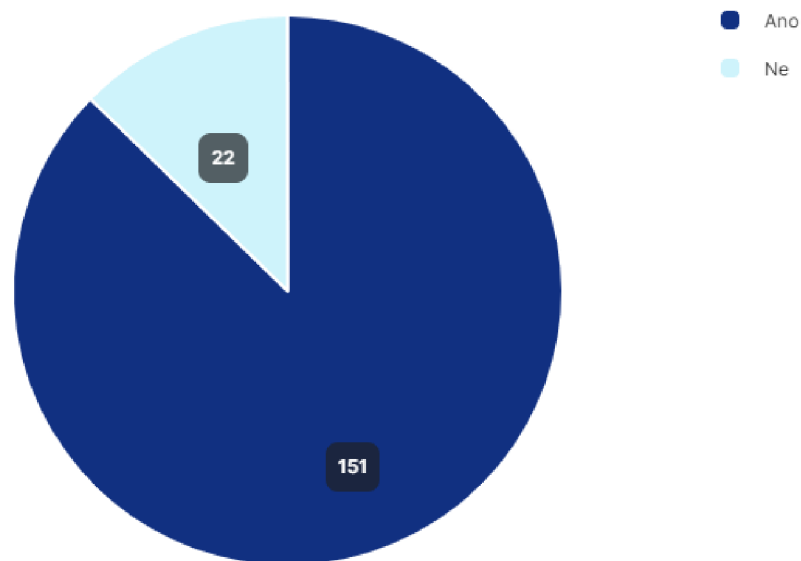
Tabulka 5 – Nejčastější příčina psychického týrání dítěte

ODPOVĚĎ	RESPONZÍ	PODÍL
Transgenerační přenos (obdobná zkušenost z dětství)	56	32.4%
Psychické onemocnění	41	23.7%
Alkohol a drogy	38	22%
Špatná socio-ekonomická situace v rodině	19	11%
Sociální izolace	8	4.6%
Jiná...	5	2.9%
Nelátkové závislosti (internet, hazardní hry a automaty, workoholismus...)	4	2.3%
Sexuální nezralost	1	0.6%
Promiskuita nebo prostituce	1	0.6%

V této otázce se respondent opět setkal s polouzavřeným typem otázek. Na výběr měl řadu příčin, ze kterých měl podle svého názoru vybrat jednu nejčastější, která je hlavním činitelem psychického týrání dítěte. Ze 173 respondentů jich 56 (32,4 %) zvolilo transgenerační přenos jako nejčastější příčinu tohoto nežádoucího jevu. Dalších 41 respondentů (23,7 %) uvedlo psychické onemocnění pachatele jako hlavní příčinu. Téměř stejným počtem odpovědělo 38 respondentů (22 %) možnostem alkohol a drogy. Špatnou socio-ekonomickou situaci v rodině jako hlavní příčinu uvedlo 19 respondentů (11 %). Následovala sociální izolace v zastoupení 8 respondentů (4,6 %) a další příčiny v několika jednotkách responzí. V kategorii vlastní odpovědi uvedlo 5 respondentů (2,9 %) následující příčiny:

- autoritářský styl výchovy;
- zvýšení sebevědomí pachatele;
- důkaz moci nad jinou osobou;
- strach z osamostatnění dítěte;
- nechtěné dítě.

Otázka č. 12: Má podle Vašeho názoru týrání dětí vždy více příčin?



Graf 8 – Polyetiologie týrání dětí

Tato otázka ve výzkumném šetření nabídla možnost dvou uzavřených odpovědí. Ptala se na respondentův názor v souvislosti s jednou či více příčin jevu týrání dítěte. Celkem 151 respondentů (87,3 %) se domnívá, že tento nežádoucí a nepříznivý jev nemá pouze jednu příčinu, ale že se jedná o komplex několika příčin. Dalších 22 respondentů (12,7 %) zvolilo odpověď předpokládající pouze jednu příčinu.

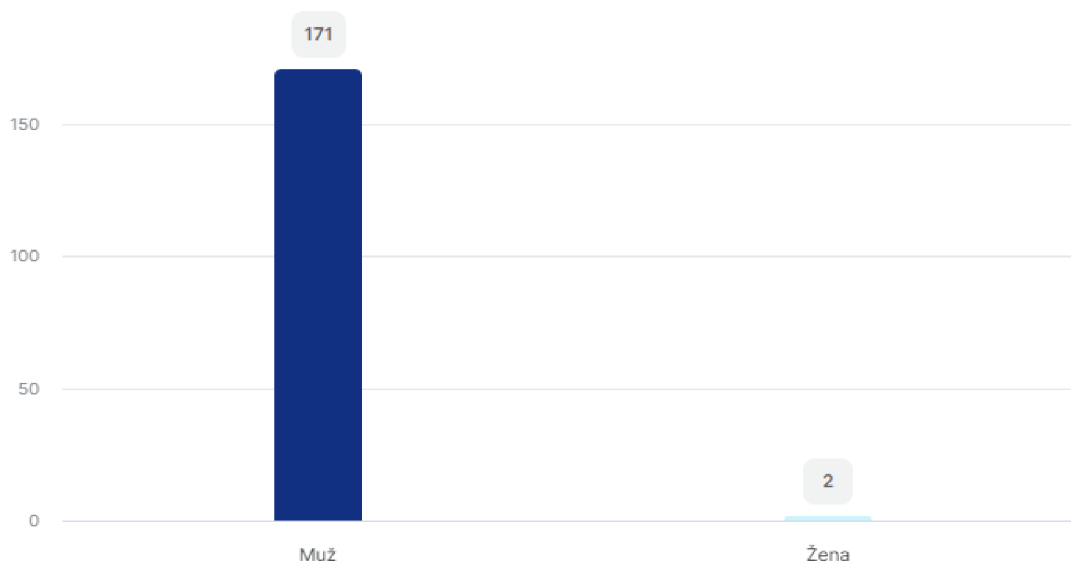
Otázka č. 13: Vnímáte různé formy týrání (fyzické, psychické, sexuální zneužívání a zanedbávání) jako vzájemně propojené?

Tabulka 6 – Propojenost různých forem týrání

ODPOVĚĎ	RESPONZÍ	PODÍL
Ano	158	91,3%
Ne	15	8,7%

Tato otázka je předposlední ve výzkumném šetření a byla uzavřeného charakteru, kde měl respondent na výběr ze dvou možností. Úkolem otázky bylo zjistit, zda respondent vnímá různé formy týrání (fyzické, psychické, sexuální zneužívání a zanedbávání) jako vzájemně propojené. V drtivé většině 158 respondentů (91,3 %) vnímá výše uvedené formy jako vzájemně propojené z celkového množství 173 respondentů. Zbýlých 15 respondentů (8,7 %) je toho názoru, že formy týrání propojené nejsou.

Otázka č. 14: Jakého pohlaví je podle Vašeho názoru nejčastěji pachatel/ka sexuálního zneužívání dítěte?



Graf 9 – Pohlaví pachatele sexuálního zneužívání dětí

Poslední otázka ve výzkumném šetření byla uzavřená a respondent měl na výběr ze dvou odpovědí. Za úkol měla zjistit jakého pohlaví je nejčastěji podle respondentů

pachatel sexuálního zneužívání dítěte. Z grafu je patrné, že téměř všichni respondenti, konkrétně 171 (98,8 %), vnímají muže jako jednoznačně nejčastějšího pachatele sexuálního zneužívání dítěte. Ze všech 173 respondentů pouze 2 respondenti (1,2 %) označili ženu.

V další části empirické práce bude provedeno testování hypotéz a komparace zjištěných poznatků z odborné literatury v teoretické části bakalářské práce a výzkumného šetření.

5.3 Komparace výsledků a verifikace hypotéz

Hlavním cílem empirické části bakalářské práce bylo zjistit, do jaké míry jsou studenti různých oborů na pedagogické fakultě Univerzity Hradec Králové informováni o syndromu CAN. Následně budou porovnány výsledky z výzkumného šetření a zjištěných poznatků v teoretické části.

H1: Nadpoloviční většina respondentů zastává názor, že nejčastějšími pachateli týrání a sexuálního zneužívání dítěte jsou jejich rodiče.

K hypotéze se vztahovala dotazníková otázka č. 8: „*Kdo je podle Vás nejčastějším pachatelem týrání, sexuálního zneužívání a zanedbávání dítěte?*“

Obecný předpoklad charakteristiky pachatele při týrání dítěte je, že jde o osobu, která má k dítěti nejbližší. Jde zejména o rodiče a blízké osoby, kteří páchají násilí na dítěti z nejrůznějších příčin.

Výsledek výzkumného šetření (tabulka č. 2) nám ukázal, že 123 respondentů (71,1 %) vnímá jako nejčastějšího pachatele týrání, sexuálního zneužívání a zanedbávání dítěte jeho rodiče. Dalších 40 respondentů (23,1 %) uvedlo na tuto otázku odpověď odkazující na příbuzné dítěte. Tyto 2 odpovědi činí dohromady 163 (94,2 %) ze všech 173 odpovědí a odpovídají poznatkům z teoretické části.

Pro přijetí hypotézy byla stanovena hranice nadpoloviční většiny respondentů, tedy více než 50 % respondentů zastává názor, že jde především o rodiče. Při komparaci stanovené hypotézy se zaměřením na zjištěné výsledky se potvrzuje, že více než 50 % respondentů vnímá jako nejčastějšího pachatele tohoto jevu rodiče, a to v celkovém množství 71,1 % ze všech odpovědí.

Hypotéza H1 se přijímá

H2: Alespoň 75 % respondentů je toho názoru, že týrání, zanedbávání a sexuální zneužívání dětí má vždy více příčin.

K hypotéze se vztahovala dotazníková otázka č. 12: „*Má podle Vašeho názoru týrání dětí vždy více příčin?*“ a otázka č. 13: „*Vnímáte různé formy týrání (fyzické, psychické, sexuální a zanedbávání) jako vzájemně propojené?*“

Hypotéza předpokládá, že jakákoli forma týrání dítěte má sice vždy hlavní příčinu, ale zároveň je výsledkem několika různých příčin a nikoli pouze jedné příčiny. Úkolem hypotézy je ověřit, zda jsou respondenti dostatečně informovaní o polyetiologické povaze tohoto jevu.

Z výsledků výzkumného šetření (graf č. 8) vyplývá, že 151 respondentů (87,3 %) si uvědomuje celý komplex příčin a situací, které vedou k týrání, zanedbávání a sexuálnímu zneužívání dětí. Dalších 22 respondentů (12,7 %) se domnívá, že tento jev má pouze jednu příčinu. Z dalších výsledků (tabulka č. 6) je patrné, že z celkových 173 respondentů jich 158 (91,3 %) vnímá různé formy týrání jako vzájemně propojené.

Pro přijetí hypotézy byla stanovena hranice 75 % odpovědí respondentů, které se vztahují k více příčinám. Při komparaci stanovené hypotézy a zjištěných výsledků z výzkumného šetření lze odvodit, že více než 75 % respondentů je skutečně přesvědčeno o polyetologii zkoumaného a nežádoucího jevu, a to v celkovém množství 87,3 % možných odpovědí.

Hypotéza H2 se přijímá.

H3: Více než 75 % ženských respondentek je toho názoru, že pachatelem sexuálního zneužívání dítěte jsou v drtivé většině muži.

K této hypotéze se vztahovala otázka č. 14: „*Jakého pohlaví je podle Vašeho názoru nejčastěji pachatel/ka sexuálního zneužívání dítěte?*“ a demografická otázka č. 1: „*Jaké je Vaše pohlaví?*“. Po konzultaci s vedoucím práce další demografické otázky do dotazníku nebyly zařazeny, neboť nebyly pro výzkumné šetření podstatné.

Hypotéza zkoumala především názor žen na nejčastějšího pachatele sexuálního zneužívání dítěte. Byla určena především na základě předvýzkumu, ze kterého byla patrná větší četnost účasti žen oproti mužům ve výzkumu.

Z výsledků výzkumného šetření (graf č. 9) je jasné, že téměř každý respondent bez ohledu na pohlaví vnímá muže jako nejběžnějšího pachatele sexuálního zneužívání dětí.

Pro přijetí hypotézy je však potřeba vyfiltrovat odpovědi žen vztahující se k otázce na pohlaví pachatele sexuálního zneužití dětí. V následující tabulce jsou znázorněny odpovědi na otázku č. 14 s filtrem, který zahrnuje pouze odpovědi žen:

Tabulka 7 – Pohlaví pachatele sexuálního zneužívání dětí z pohledu žen

ODPOVĚĎ	RESPONZÍ	PODÍL
Muž	143	99,3%
Žena	1	0,7%

Z celkového množství ženských respondentek 144 označilo 143 (99,3 %) muže jako nejčastějšího pachatele sexuálního zneužívání dítěte. Pouze 1 respondentka (0,7 %) uvedla ženu. Při komparaci stanovené hypotézy a zjištěných výsledků lze vyvodit, že více než 75 % respondentek, konkrétně 99,3 %, vnímá muže jako jednoznačně nejvíce zastoupené pohlaví z hlediska pachatele sexuálního týrání a zneužívání dítěte.

Hypotéza H3 se přijímá.

H4: Minimálně 5 % respondentů se setkalo s týráním v dětství osobně nebo u známého.

K této hypotéze se vztahovala otázka č. 4: „*Syndrom CAN představuje soubor nežádoucích následků týrání dítěte v nejrůznějších oblastech jeho vývoje a postavení ve společnosti. Potýkal/a jste se jako dítě s týráním, sexuálním zneužíváním či zanedbáváním?*“, otázka č. 6: „*Pokud jste se setkali se syndromem CAN osobně, uveďte prosím kde.*“ a otázka č. 7: „*Pokud jste se setkali se syndromem CAN u Vám známé osoby, uveďte prosím kde.*“.

Hypotéza byla stanovena k ověření několikanásobně vyššího výskytu týrání dítěte na základě odhadovaného výskytu tohoto jevu v rozmezí 1–2 %, který je ale s obecným předpokladem až několikanásobně vyšší, vzhledem k jeho latentnímu charakteru.

Z výsledků výzkumného šetření (graf č. 4) vyplývá, že z celkového výzkumného souboru 173 respondentů se jich 16 (9,2 %) potýkalo v dětství osobně s některou formou týrání. Dalších 157 respondentů (90,8 %) se s tímto jevem osobně v dětství nesetkalo.

Výsledky šetření v 6. otázce (graf č. 6) naznačují, že respondenti, kteří se osobně potýkali v dětství s některou z forem týrání, uváděli více míst tohoto výskytu. Celkem 142 respondentů (82,1 %) uvedlo, že se osobně nesetkali se syndromem CAN a 35 responzí (17,9 %) od 31 respondentů získala různá místa výskytu tohoto jevu. Je zde nutno podotknout, že se někteří respondenti setkávali se syndromem CAN osobně, aniž by oni sami byli obětí týrání nebo oběť znali.

Výsledky otázky č. 7 (graf č. 7) vztahující se k této hypotéze vypovídají, kolik respondentů se setkala se syndromem CAN u své známé či blízké osoby. Ve velké většině se 134 respondentů (77,5 %) nesetkalo s tímto syndromem ani u své známé osoby. Dohromady 41 responzí (22,5 %) od 39 respondentů uvedlo různá místa, kde se respondenti se syndromem CAN setkali u své známé osoby.

Pro přijetí hypotézy byla stanovena hranice 5 % výskytu tohoto jevu u dotazovaných osob, případně v jejich blízkém okolí. Při komparaci stanovené hypotézy a zjištěných výsledků se dá zjistit, že 9,2 % respondentů se osobně setkalo s týráním v dětství osobně, dále 17,9 % respondentů se setkalo s osobou se syndromem CAN a 22,5 % respondentů se setkalo se syndromem CAN u své známé osoby.

Hypotéze H4 se přijímá.

H5: Více jak 50 % respondentů poprvé slyšelo o týráním a sexuální zneužívání dětí především ve škole.

K hypotéze se vztahovala otázka č. 2: „*Slyšel/a jste někdy o syndromu CAN?*“, otázka č. 3: „*Co podle Vás představuje syndrom CAN?*“ a otázka č. 5: „*Kde jste poprvé slyšel/a o týráním a zneužívání dětí?*“.

U této hypotézy se předpokládá, že respondenti slyšeli a jsou informováni o týráním a sexuální zneužívání dětí již od svého dětství, především pak ze základní školy nebo jiném stupni vzdělávacího systému.

Z výsledků výzkumného šetření (graf č. 2) lze vyčíst, že 105 respondentů (60,7 %) někdy v životě slyšelo o syndromu CAN a dalších 68 respondentů (39,3 %) neví, co syndrom CAN je. U následující otázky (graf č. 3) dokázalo 100 respondentů (57,8 %) uvést své vlastní odpovědi o podstatě syndromu CAN a 71 respondentů (41 %) připustilo, že nedokážou napsat svou vlastní odpověď.

Další výsledky (graf č. 5) vztahující se k této hypotéze ověřily, kde respondenti poprvé slyšeli o týrání a zneužívání dětí. Na základní škole respondenti poprvé slyšeli o týrání a sexuálním zneužívání v počtu 58 (33,5 %), na střední škole 31 respondentů (17,9 %) a na vysoké škole 18 respondentů (10,4 %). Mimo instituce určených pro vzdělávání pak měla velké zastoupení média v počtu 45 responzí (26 %).

Při komparaci zjištěných výsledků vyplývá, že o tomto jevu se respondenti dozvěděli především ve školství v počtu 107 responzí (61,8 %) z celkových 173 responzí.

Hypotéza H5 se přijímá.

H6: Za hlavní příčinu zanedbávání dítěte pokládají respondenti slabou socio-ekonomickou úroveň rodiny.

K této hypotéze se vztahovala otázka č. 9: „*Jaká je podle Vás nejčastější příčina zanedbávání dítěte?*“

Hypotéza měla za úkol ověřit, zda situace slabé socio-ekonomické úrovně rodiny může nejčastěji za zanedbávání dítěte, kterým se rozumí nezajištění bezpečí, ochrany, správné výživy, ošacení či lékařské péče.

Výsledek výzkumného šetření (tabulka č. 3) ukázal, že nejvíce zastoupená odpověď z celkového počtu responzí jsou alkohol a drogy v počtu 59 (34,1 %). Druhá, nejčtenější odpověď je pak již zmiňovaná špatná socio-ekonomická situace v rodině v počtu 46 responzí (26,6 %).

Při komparaci výsledků z dotazníkového šetření s poznatky zjištěných v teoretické části vyplývá, že respondenti považují za nejčastější příčinu zanedbávání dítěte závislost rodiče na alkoholu a jiných drogách a špatnou socio-ekonomickou situaci v rodině až jako druhou nejčastější. Samotná závislost na drogách a alkoholu je sama o sobě velmi rizikovou záležitostí a samostatnou kapitolou, která je mnohdy hlavní příčinou jakékoli formy týrání dítěte. Z hlediska zanedbávání se však jedná o nestimulující chování rodiče vůči dítěti, kdy nejčastější příčinou je podle Ondrejkooviče (2009) slabá sociálně-ekonomická úroveň rodiny.

Hypotéza H6 se zamítá.

H7: Za hlavní příčinu fyzického a psychického násilí na dítěti pokládají respondenti transgenerační přenos.

Poslední hypotéza je spjata s otázkou č. 10: „*Jaká je podle Vás nejčastější příčina fyzického týrání dítěte?*“ a otázkou č. 11: „*Jaká je podle Vás nejčastější příčina psychického týrání dítěte?*“

Hypotéza byla stanovena na základě poznatků z teoretické části bakalářské práce a měla ověřit nejčastěji vyskytovanou příčinu v souvislosti s fyzickým a psychickým týráním dítěte.

Z výsledků šetření (tabulka č. 4) je známo, že 69 respondentů (39,9 %) zvolilo za nejběžnější příčinu fyzického týrání dítěte závislost rodiče na alkoholu a drogách. Transgenerační přenos volili respondenti v počtu 51 responzí (29,5 %).

U výsledků šetření druhé otázky (tabulka č. 5), která se vztahovala k této hypotéze, uvedli respondenti z celkového počtu 173 respondentů dohromady 56 responzí (32,4 %) zastupující transgenerační přenos násilí. Druhou nejpočetnější odpovědí bylo psychické onemocnění v počtu 41 (23,7 %).

Při komparaci výsledků těchto dvou otázek a poznatků zjištěných v teoretické části a odborné literatury plyne, že za nejčastější příčinu fyzického násilí respondenti považují drogy a alkohol (39,9 %) a u psychického násilí transgenerační přenos (32,4 %). Respondenti opět uvedli u jedné z otázek, obdobně jako u hypotézy H6, jako hlavní příčinu alkohol a drogy, která má jistě velmi výrazné zastoupení v páchání tohoto jevu. Nicméně pro přijetí hypotézy byla potřeba shoda odpovědí transgeneračního přenosu násilí jako hlavní příčiny těchto dvou forem týrání.

Hypotéza H7 se zamítá.

5.4 Shrnutí výsledků

Pro účel zpracování výzkumného šetření spolu se splněním cíle výzkumu byla zvolena kvantitativní metoda dotazníku. Dotazník byl strukturován ze 14 otázek v kombinaci uzavřených a polouzavřených možností odpovědi a jeho cílem bylo zjistit, do jaké míry jsou studenti různých oborů na pedagogické fakultě Univerzity Hradec Králové informováni o syndromu CAN. Výzkumný soubor tvořilo 173 respondentů z různých oborů na pedagogické fakultě Univerzity Hradec Králové, přičemž zde bylo zastoupení 144 žen (83,2 %) a 29 mužů (16,8 %). Výsledky z dotazníku měly zamítnout či přijmout stanovených 7 hypotéz.

Celkem bylo ze 7 hypotéz přijato 5 a 2 byly zamítnuty. Při porovnání výsledků informovanosti respondentů s poznatky zjištěnými v teoretické části bakalářské práce vyplývá, že respondenti, studenti pedagogické fakulty různých oborů na Univerzitě Hradec Králové, jsou dobře informováni o jevu týrání, sexuálního zneužívání a zanedbávání dítěte. V souvislosti s tím stále nadpoloviční většina všech 173 respondentů dokázala stručně popsat syndrom CAN a prokázat základní informovanost tohoto fenoménu.

Je zde ale dobré podotknout, že stále velké procento respondentů (téměř 40 %) nikdy neslyšelo o samotném syndromu CAN. Tento syndrom spadá do doporučených témat v rámci doporučení Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy k realizaci sexuální výchovy na základních školách. Mimo jiné byl výzkumný soubor respondentů zaměřen na studenty pedagogické fakulty, kde se do výzkumného šetření zapojili studenti učitelských, neučitelských a sociálních oborů. Právě tyto skupiny lidí by měly být, pokud možno v co nejvíce možné míře informováni o syndromu CAN.

Více než 1/4 respondentů poprvé slyšelo o týrání, sexuálním zneužívání a zanedbávání z médií, které by neměly být prvním zdrojem informovanosti o tomto negativním a nežádoucím jevu. Nejvíce respondentů se o tomto tématu poprvé dozvěděli ve školství, konkrétně pak na základní škole. Zároveň se potvrdil latentní charakter týrání dítěte oproti zjištěným případům, kterých je několikanásobně méně. Z velké většiny byly respondenti také správně informováni o polyetiologii týrání dítěte (87,3 %) a vzájemné propojenosti všech forem týrání dítěte (91,3 %).

Z hlediska nejčastějších příčin jednotlivých forem týrání respondenti uváděli především závislost rodiče na drogách a alkoholu, která je bezesporu velkým a častým

činitelem a spouštěčem týrání dítěte. Jiné faktory nesouvisející s látkovými závislostmi uváděli respondenti méně často.

Závěr

Cílem teoretické části bakalářské práce „Týrání a sexuální zneužívání dětí“ bylo seznámit s tímto jevem, jeho formami a dalšími negativními jevy, které jsou spjaté se syndromem CAN. Dále poukázat na fyzické a mentální důsledky týrání a seznámit s nejčastějšími příčinami takového jednání společně s možnou diagnostikou týraného dítěte.

Jev týrání, sexuální zneužívání a zanedbávání dítěte provází lidskou společností odnepaměti. V průběhu vývoje společnosti se postupem času zřizovaly zákony, které takové chování zakazují. Dnešní záznamy a případy dětí se syndromem CAN ani zdaleka však neodpovídají skutečnému množství případů týrání dětí, které je až několikanásobně vyšší. Jev týrání dítěte prostupuje celou společností, od vyspělých až po rozvojové země, ovlivňuje jeho celkový vývoj a společenský status. Děti samotné někdy ani nevědí, že jsou týrány, jednání rodičů považují za trest. Každý by ale měl vědět, že nikdo nemá právo dítěti cíleně ubližovat.

Z hlediska příčin se jedná o komplex několika příčin, jako jsou nejrůznější rizikové faktory, rizikové situace, rizikové osobnosti pachatelů a obětí. Jednotné vymezení příčin neexistuje, neboť každá osoba je jiná a jedinečná. V případě týrání dětí je situace o to více závažná, protože dítě se stěží bude samo bránit, a pokud nejsou známky týrání zjevné, mnohdy bude násilí na něm páchané samo popírat.

Existuje celá řada negativních a nežádoucích důsledků tohoto jevu, které mohou pro dítě, mimo nežádoucího vývoje, v krajním případě znamenat i smrt. Vzhledem k latentnímu charakteru týrání dětí je na místě být maximálně všímavý ke všem projevům chování dítěte u podezření na syndrom CAN. Žádné dítě neneso vinu za to, jak je s ním nakládáno, a je na nás, dospělých, abychom zajistili co nejvhodnější a nejžádanější vývoj dítěte.

Cílem empirické části bylo zjistit informovanost o syndromu CAN u studentů různých oborů pedagogické fakulty na Univerzitě Hradec Králové. Sběr dat proběhl kvantitativní metodou pomocí dotazníku, ve kterém byla kombinace 14 polouzavřených a uzavřených otázek. Hypotézy byly stanoveny na základě zjištěných poznatků z odborné literatury v teoretické části. Ze 7 hypotéz jich bylo 5 přijato a 2 zamítnuty.

Ukázalo se, že respondenti byli o jevu týrání a sexuálního zneužívání dětí poměrně dobře informováni. Informace o tomto jevu získali především ze školy nebo z médií.

Dokonce se podle responzí potvrdil latentní charakter výskytu týrání a sexuálního zneužívání. U syndromu CAN pak dokázala více než polovina všech respondentů stručně charakterizovat tento syndrom, nicméně podle předpokladu se očekávalo, že jich bude více. O propojenosti a polyetiologii týrání dítěte byli respondenti také v drtivé většině dobře informováni. Jako hlavní příčinu jednotlivých forem týrání respondenti vnímají především drogy a alkohol, která je bezesporu velmi výrazná. Předpokládanou hlavní příčinu transgenerační přenos násilí nevnímají respondenti jako hlavní příčinu fyzického týrání a obdobně je tomu tak u předpokládané hlavní příčiny špatné socio-ekonomické situace u zanedbávání dítěte.

Seznam použitých zdrojů

Odborná literatura

BENTOVIM, Arnon. *Týrání a sexuální zneužívání v rodinách*. Praha: Grada, 1998. Psyché (Grada). 117 s. ISBN 80-7169-629-3.

BECHYŇOVÁ, Věra. *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*. Praha: IREAS, 2007. 229 s. ISBN 978-80-86684-47-5.

ČECH, Ondřej. *Domácí násilí: z pohledu pracovníků v oblasti sociálních služeb*. České Budějovice: Theia, 2011. 137 s. ISBN 978-80-904854-0-2.

ČÍRTKOVÁ, Ludmila. *Domácí násilí: nebezpečné rodinné vztahy ve 21. století*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2020. 307 s. ISBN 978-80-7380-806-8.

DUNOVSKÝ, Jiří. *Dítě a poruchy rodiny*. Praha: Avicenum, 1986. Hálkova sbírka pediatrických prací (Avicenum). 139 s. ISBN 08-040-86.

DUNOVSKÝ, Jiří. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada, 1995. 245 s. ISBN 80-7169-192-5.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. Edice pedagogické literatury. 207 s. ISBN 80-85931-79-6.

HUDECOVÁ, Anna a Matúš CABAN. *Násilie v rodině: společenský problém*. [Beckov]: Dotyk, 2006. 39 s. ISBN 80-969589-9-2.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.

KRAUS, Blahoslav a Jolana HRONCOVÁ. *Sociální patologie*. Vyd. 2. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. 325 s. ISBN 978-80-7435-080-1.

MALÁ, Eva, Zdeněk SOVÁK a Jiří RABOCH. *Sexuálně zneužívané děti*. Praha: Psychiatrické centrum, 1995. Zprávy (Psychiatrické centrum). 128 s. ISBN 80-85121-99-9.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Co děti nejvíc potřebují: eseje z dětské psychologie*. Praha: Portál, 1994. Rádcí pro rodiče a vychovatele. 108 s. ISBN 80-7178-006-5.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Děti, rodina a stres: Vybrané kapitoly z prevence psychické zátěže u dětí*. Praha: Galén, 1994. 214 s. ISBN 80-85824-06-X.

MUFSON, Susan a Rachel KRANZ. *O týrání a zneužívání*. Přeložil Eva HAUSEROVÁ. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1996. Linka důvěry. 131 s. ISBN 80-7106-194-8.

MYDLÍKOVÁ, Eva, Jaroslav SLANÝ a Mariana KOVÁČOVÁ. *Diagnostika syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte*. Přeložil Milada HOLIČKOVÁ. Praha: Portál, 2021. 134 s. ISBN 978-80-262-1834-0.

NOLEN-HOEKSEMA, Susan. *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. Vyd. 3., přeprac. Přeložil Hana ANTONÍNOVÁ. Praha: Portál, 2012. 884 s. ISBN 978-80-262-0083-3.

ONDREJKOVIČ, Peter. *Sociálna patológia*. 3. dopl. a preprac. vyd. Bratislava: Veda, 2009. 577 s. ISBN 978-80-224-1074-8.

PÖTHE, Petr. *Dítě v ohrožení*. 2. rozš. vyd. Praha: G plus G, 1999. Zde a nyní (G plus G). 186 s. ISBN 80-86103-21-8.

SLANÝ, Jaroslav. *Syndrom CAN: (syndrom týraného dítěte)*. V Ostravě: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2008. 155 s. ISBN 978-80-7368-474-7.

ŠEVČÍK, Drahomír a Naděžda ŠPATENKOVÁ. *Domácí násilí: kontext, dynamika a intervence*. Praha: Portál, 2011, 186 s. ISBN 978-80-7367-690-2.

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

VANÍČKOVÁ, Eva. *Sexuální násilí na dětech: výskyt, podoby, diagnostika, terapie, prevence*. Praha: Portál, 1999. 118 s. ISBN 80-7178-286-6.

VOŇKOVÁ, Jiřina a Ivana SPOUSTOVÁ. *Domácí násilí z pohledu žen a dětí: právní stav k 1.1.2016*. 3. přepracované vydání. Praha: proFem, 2016. 253 s. ISBN 978-80-904564-5-7.

WEISS, Petr. *Sexuální zneužívání dětí*. Praha: Grada, 2005. Psyché (Grada). 264 s. ISBN 80-247-0929-5.

Online zdroje

Český statistický úřad. Zaostřeno na muže a ženy 2020. In: *czso.cz* [online]. 2020[cit. 2022-03-16].

Dostupné

z: <https://www.czso.cz/documents/10180/120583268/30000220.pdf/45d09d6e-670e-4d7f-842d-3f2a5bfc4201?version=1.3>

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. Doporučení MŠMT k realizaci sexuální výchovy v základních školách. In: *msmt.cz* [online]. 2010 [cit. 2022-03-16]. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/vzdelavani/zakladni-vzdelavani/doporuceni-msmt-k-realizaci-sexualni-vychovy-v-zakladnich>

Organisation for Economic Co-operation and Development. Why so many women want to become teachers? In: *oecdutoday.com* [online] 2017 [cit. 2022-03-25]. Dostupné z: <https://oecdutoday.com/why-do-so-many-women-want-to-become-teachers/>

Organisation for Economic Co-operation and Development. Why is the gender ratio of teachers imbalanced? In: *oecd-ilibrary.org* [online] 2022 [cit. 2022-03-25]. Dostupné z: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/8fea2729-en.pdf?expires=1650282155&id=id&accname=guest&checksum=59D488F1DEC3FBA58A7329057A581FFA>

Seznam obrázků

Obrázek 1 – Dotazník 1/4.....	77
Obrázek 2 – Dotazník 2/4.....	78
Obrázek 3 – Dotazník 3/4.....	79
Obrázek 4 – Dotazník 4/4.....	80

Seznam grafů

Graf 1 – Pohlaví respondentů	47
Graf 2 – Registrace syndromu CAN	48
Graf 3 – Míra informovanosti respondentů o syndromu CAN	49
Graf 4 – Osobní zkušenost s týráním, sexuálním zneužíváním a zanedbáváním v dětství respondenta	50
Graf 5 – Místo prvního kontaktu s problematikou týrání a zneužívání dětí	51
Graf 6 – Místo, kde se respondenti osobně setkali se syndromem CAN.....	52
Graf 7 – Místo, kde se známá osoba respondenta setkala se syndromem CAN	53
Graf 8 – Polyetiologie týrání dětí.....	58
Graf 9 – Pohlaví pachatele sexuálního zneužívání dětí	59

Seznam tabulek

Tabulka 1 – Formy a projevy syndromu CAN	17
Tabulka 2 – Nejčastější pachatel týrání, sexuálního zneužívání a zanedbávání dítěte	54
Tabulka 3 – Nejčastější příčina zanedbávání dítěte	55
Tabulka 4 – Nejčastější příčina fyzického týrání dítěte	56
Tabulka 5 – Nejčastější příčina psychického týrání dítěte	57
Tabulka 6 – Propojenost různých forem týrání.....	59
Tabulka 7 – Pohlaví pachatele sexuálního zneužívání dětí z pohledu žen.....	62

Příloha

Příloha A – Dotazník

Týrání a sexuální zneužívání dětí

Dobrý den všem studentům a studentkám,

jmenuji se Dominik Tobola a jsem studentem oboru Sociální patologie a prevence ve 3. ročníku. Chtěl bych Vás poprosit o vyplnění dotazníku pro moji bakalářskou práci. Dotazník se tematicky orientuje na týrání, sexuální zneužívání a zanedbávání dětí. Jeho cílem je zjistit informovanost o tomto jevu u studentů různých oborů na pedagogické fakultě Univerzity Hradec Králové.

Vím, že se jedná o citlivé téma, ale dotazník je zcela anonymní a veškerá data poslouží pouze ke zpracování empirické části v mé bakalářské práci.

Děkuji za Váš čas a ochotu při vyplňování mého dotazníku!

1 Jaké je Vaše pohlaví?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

Muž Žena

2 Slyšel/a jste někdy o syndromu CAN?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

Ano Ne

3 Co podle Vás představuje syndrom CAN?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

Nevím
 Jiná...

4 Syndrom CAN představuje soubor nežádoucích následků týrání dítěte v nejrůznějších oblastech jeho vývoje a postavení ve společnosti. Potýkal/a jste se jako dítě s týráním, sexuálním zneužíváním či zanedbáváním?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Ano Ne

5 Kde jste poprvé slyšel/a o týrání a zneužívání dětí?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Domov Základní škola Střední škola Vysoká škola Kamarádi Média
 Nikdy jsem o tom neslyšel/a
 Jiná...

6 Pokud jste se setkali se syndromem CAN osobně, uveďte prosím kde.

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- Domov Ve škole V zájmovém kroužku Nasetkal/a jsem se s tím
 Jiná...

7 Pokud jste se setkali se syndromem CAN u Vám známé osoby, uveďte prosím kde.

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- Domov Ve škole V zájmovém kroužku Nasetkal/a jsem se s tím
 Jiná...

8 Kdo je podle Vás nejčastějším pachatelem týrání, sexuálního zneužívání a zanedbávání dítěte?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Rodič Kamarádi Příbuzní Učitel Cizí osoba
 Jiná...

9 Jaká je podle Vás nejčastější příčina zanedbávání dítěte?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Alkohol a drogy Psychické onemocnění Transgenerační přenos (obdobná zkušenost z dětství) Nelátkové závislosti (internet, hazardní hry a automaty, workoholismus...)
- Promiskuita nebo prostituce Špatná socio-ekonomická situace v rodině Sociální izolace Sexuální nezralost
- Jiná...

10 Jaká je podle Vás nejčastější příčina fyzického týrání dítěte?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Alkohol a drogy Psychické onemocnění Transgenerační přenos (obdobná zkušenost z dětství) Nelátkové závislosti (internet, hazardní hry a automaty, workoholismus...)
- Promiskuita nebo prostituce Špatná socio-ekonomická situace v rodině Sociální izolace Sexuální nezralost
- Jiná...

11 Jaká je podle Vás nejčastější příčina psychického týrání dítěte?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Alkohol a drogy Psychické onemocnění Transgenerační přenos (obdobná zkušenost z dětství) Nelátkové závislosti (internet, hazardní hry a automaty, workoholismus...)
- Promiskuita nebo prostituce Špatná socio-ekonomická situace v rodině Sociální izolace Sexuální nezralost
- Jiná...

12 Má podle Vašeho názoru týrání dětí vždy více příčin?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Ano Ne

13 Vnímáte různé formy týrání (fyzické, psychické, sexuální a zanedbávání) jako vzájemně propojené?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

Ano Ne

14 Jakého pohlaví je podle Vašeho názoru nejčastěji pachatel/ka sexuálního zneužívání dítěte?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

Muž Žena