

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte

Lenka Čermáková

Bakalářská práce
2009



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lenka ČERMÁKOVÁ**

Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury k dané problematice.

Stanovení základních pojmů.

Zpracování teoretické části práce.

Příprava kvantitativního výzkumu a jeho realizace.

Zpracování a interpretace výsledků.

Přijetí odpovídajících závěrů.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

BENTOVIM, A. Týrání a sexuální zneužívání v rodinách. Praha : Grada, 1998. ISBN 80-7169-629-3.

DUNOVSKÝ J., DYTRYCH Z., MATĚJČEK Z. a kol. Týrané, zneužívané a zanebávané dítě. Praha : Grada, 1995. ISBN 80-7169-192-5.

ELLIOTTOVÁ M. Jak ochránit své dítě. Praha : Portál, 1995. ISBN 80-7178-034-0.

ŠPECIÁNOVÁ Š. Ochrana týraného a zneužívaného dítěte. Praha : Linde, 2007. ISBN 80-86131-44-0.

VANIČKOVÁ E. Tělesné tresty dětí. Praha : Grada, 2004. ISBN 80-247-0814-0.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Antonín Bůžek, Ph.D.**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **16. února 2009**

Termín odevzdání bakalářské práce: **15. května 2009**

Ve Zlíně dne 16. února 2009



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan

L.S.

Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ/DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové/bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová/bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji diplomovou/bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou/bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové/bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové/bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Ve Zlíně 9.3.2009

Čermákova Lenka

¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělčně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlédnutí veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výtisky, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užití či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tématem mé bakalářské práce je syndrom CAN. V teoretické části své práce se zabývám dítětem a jeho právy, které jsou nezbytnou součástí ochrany dítěte před nebezpečím. Práce nadále pojednává o syndromu CAN obecně, kde také uvádím rizikové rodiče, děti a situace syndromu CAN. Další kapitoly jsou věnovány problematice fyzického a psychického týrání, zanedbávání a sexuálního zneužívání dítěte včetně jejich forem, které nadále zahrnují nejběžnější typy týrání, citové prožívání dítěte na tyto formy a znaky upozorňující jak na fyzické, psychické týrání, zanedbávání či sexuální zneužívání dítěte. V neposlední řadě se také se zmiňuji o terapii dítěte postiženého syndromem CAN, kde tuto část své práce uzavírám kam se v takovém případě obrátit pro radu, pokud se setkáme s týraným dítětem, včetně institucí, které tuto pomoc poskytují. Praktická část mé bakalářské práce je věnována výzkumu, který se zabýval otázkou, do jaké míry jsou rodiče obeznámeni s problematikou syndromu CAN. Výzkum jsem si stanovila u tří skupin odlišných povolání rodičů, abych tak mohla zjistit jejich obeznámenost s touto problematikou. Výzkum probíhal od začátku listopadu 2008 do konce ledna 2009 ve městě Luhačovice.

Klíčová slova:

CAN syndrom, fyzické týrání, psychické týrání, zanedbávání, zneužívání, komerční zneužívání, sexuální turistika, terapie, prevence

ABSTRACT

This Bachelor thesis discusses the CAN syndrome problems. The theoretical part deals with the child and his rights being an essential and integral part of child protection against danger. Further the thesis concerns with the CAN syndrome in general, herewith I bring in the issue of risky parents, children and potential situations of the CAN syndrome. The following chapters introduce the problems of physical and mental abuse, uncare and sexual abuse of children including all its's possible forms. These also include the most common forms of abuse, child's emotional perception of the situation and signs drawing attention to physical, mental or sexual abuse of the child. Then I suggest therapy for children suffering from the CAN syndrome. The theoretical part is concluded by proposals where to turn to for help in case you meet any abused child, I also list institutions providing such help. The practical part brings up the results of the survey which monitored parental awareness of the CAN syndrome. The survey was conducted in free different groups of parents having various jobs so that I could have found out knowledge of the

CAN syndrome in the different groups. The survey was carried out from early November 2008 to late January 2009 in the town of Luhačovice.

Keywords:

the CAN syndrome, physical abuse, mental abuse, uncare abuse, commercial abuse, sexual tourism, therapy, prevention.

Děkuji panu PhDr. Antonínu Bůžkovi Ph. D. za laskavé vedení a užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytl při vypracování této bakalářské práce.

Dále děkuji také všem respondentům za jejich čas a ochotu ke spolupráci.

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 DÍTĚ A JEHO PRÁVA	14
2 OBECNĚ O SYNDROMU CAN	17
2.1 RIZIKOVÍ RODIČE SYNDROMU CAN.....	18
2.2 RIZIKOVÉ DĚTI SYNDROMU CAN	20
2.3 RIZIKOVÉ SITUACE SYNDROMU CAN	21
3 FYZICKÉ TÝRÁNÍ DĚTÍ	23
3.1 NEJBĚŽNĚJŠÍ FYZICKÉ TRESTY PÁCHANÉ NA DĚTECH	24
3.2 CITOVÉ PROŽÍVÁNÍ FYZICKY TÝRANÉHO DÍTĚTE	24
3.3 ZNAKY UPOZORŇUJÍCÍ NA FYZICKÉ TÝRÁNÍ.....	25
4 PSYCHICKÉ TÝRÁNÍ DĚTÍ	26
4.1 NEJBĚŽNĚJŠÍ TYPY PSYCHICKÉHO TÝRÁNÍ NA DĚTECH	26
4.2 CITOVÉ PROŽÍVÁNÍ PSYCHICKY TÝRANÉHO DÍTĚTE	27
4.3 ZNAKY UPOZORŇUJÍCÍ NA PSYCHICKÉ TÝRÁNÍ	27
5 ZANEDBÁVÁNÍ DĚTÍ	28
5.1 TĚLESNÉ ZANEDBÁVÁNÍ.....	28
5.2 EMOCIONÁLNÍ ZANEDBÁVÁNÍ	29
6 SEXUÁLNÍ ZNEUŽÍVÁNÍ DĚTÍ	31
6.1 FORMY SEXUÁLNÍHO ZNEUŽÍVÁNÍ.....	31
6.1.1 Kategorie závažnosti sexuálního násilí	32
6.2 KOMERČNÍ FORMA ZNEUŽÍVÁNÍ	33
6.2.1 Dětská pornografie	33
6.2.2 Dětská prostituce	33
6.2.3 Sexuální turistika.....	34
6.3 CITOVÉ PROŽÍVÁNÍ POHLAVNĚ ZNEUŽÍVANÉHO DÍTĚTE.....	34
6.4 ZNAKY UPOZORŇUJÍCÍ NA POHLAVNÍ ZNEUŽÍVÁNÍ	35
7 TERAPIE DÍTĚTE SE SYNDROMEM CAN	36
7.1 KAM SE OBRÁTIT PRO POMOC	38
7.1.1 Druhy institucí kam se obrátit pro pomoc.....	38
II PRAKTICKÁ ČÁST	41
8 PROJEKT VÝZKUMU	42
8.1 CÍL VÝZKUMU	42
8.2 STANOVENÍ HYPOTÉZ	42
8.3 METODA VÝZKUMU.....	43
8.4 VÝZKUMNÝ VZOREK	43
9 REALIZACE A ZPRACOVÁNÍ VÝZKUMU	49
9.1 REALIZACE VÝZKUMU	49
9.2 ZPRACOVÁNÍ VÝZKUMU	49
9.2.1 Výsledky výzkumu.....	50

9.3	INTERPRETACE A DISKUZE.....	84
9.4	OVĚŘOVÁNÍ HYPOTÉZ	88
10	NÁMĚTY A DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	90
	ZÁVĚR	92
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	94
	SEZNAM CITOVANÉ LITERATURY	96
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	97
	SEZNAM GRAFŮ	98
	SEZNAM TABULEK.....	100
	SEZNAM PŘÍLOH.....	102

ÚVOD

Problematika týrání, zneužívání a zanedbávání dětí se v lidské společnosti vyskytuje již od nepaměti. V historickém kontextu období byl tento jev vnímán jako zcela normální, jelikož rodič se svým dítětem mohl naložit podle svých představ. I když však doba kulturně pokročila, nadále tato hrůzostrašná problematika pokračuje. Malé děti především předškolního věku jsou týrány svými nejbližšími, nejčastěji rodiči. Rodič je schopen vymýšlet takové metody týrání, aby své dítě co nejvíce pokořil. Mnoho lidí se domnívá, že ubližování dítěte se děje spíše u rodičů méně vzdělaných a kultivovaných. Pravda je však taková, že čím je rodič vzdělanější, tím větší je jeho fantazie a představy pro tvorbu a zdokonalování hrůzných činů, které se dějí na té nejkřehčí osobě. S těmito jevy se v dnešním konzumním světě setkáváme denně. Slýcháváme o týrání nejčastěji z médií, ale vyšla i spousta publikací, která detailně popisuje činnosti, které rodič praktikoval na svém dítěti. Mělo by být velmi alarmující, že tento počet týraných, zanedbávaných a zneužívaných dětí se nijak rapidně nezmenšuje. Tato problematika má velkou statistiku, která však ještě není zcela přesným údajem k tomu, abychom skutečně mohli poznat jakým negativním jevem je pro naši společnost. O spoustě případech nemáme totiž ani ponětí, jelikož rodič dokáže velmi dobře „maskovat“ svou rodičovskou nenávisť. I když se nacházíme v 21. století, veřejnost stále nemá dostatečné povědomí o dětech, které trpí následkem svých rodičů. Tyto děti, jež jsou oběťmi neuvěřitelného nakládání, si mohou jen málokdy stěžovat na svého trýznitele, kterým je nejčastěji jeho vlastní rodič. Dítě je naplněno hněvem i vztekem na sebe samého, protože si dává za vinu, že za chování rodiče může samo. V dnešní době sice vznikají knihy, které se případy dětí zabývají, ale veřejnost ještě stále není dost dobře srozuměna s něčím, co je pro někoho nepřijatelné. Tito lidé ve většině případech nechápují reálnou hloubku utrpení, které dítě prožívá.

Cílem mé práce je tedy zjistit, nakolik jsou rodiče s problematikou syndromu CAN obeznámeni, tedy s týraným, zneužívaným a zanedbávaným dítětem. Pokusím se srovnat rodiče z různých profesních tříd, jako jsou úředníci, zdravotníci, manuálně pracující a posoudit tak jejich vědomosti na základě této problematiky. Mými dílčími cíli je pak tyto vědomosti rozčlenit na jednotlivé oblasti, které se týkají obeznámenosti, projevů, charakteristiky a prevence v oblasti syndromu CAN a pomocí dotazníku posoudit nakolik jsou vědomosti rodičů z odlišných profesí dostatečné a v kterých oblastech jsou jejich vědomosti naopak nedostatečné. Tím poté navazuji na základní výzkumnou otázku: „*Do jaké míry jsou rodiče obeznámeni s problematikou syndromu CAN.*“

Teoretická část je zpočátku věnována dítěti a jeho právům, které jsou nezbytnou součástí jeho ochrany před tím, kdo by mu chtěl ublížit. Následuje kapitola, která vymezuje syndrom CAN a jeho historii, nadále se zabývám rizikovými rodiči, dětmi a situacemi, které k této problematice mají blíže než ostatní. Následují kapitoly, které jsou věnovány fyzickému, psychickému týrání, zanedbávání a zneužívání dítěte včetně jeho nejběžnějších typů, které nadále zahrnují citové prožívání a znaky, upozorňující na fyzické, psychické či sexuální týrání. Na tyto kapitoly navazuje ta poslední, která se zabývá terapií dítěte zasaženého syndromem CAN s následujícími podkapitolami kam se obrátit pro pomoc a druhy institucí poskytující pomoc těmto dětem, které se staly obětí týrání, zanedbávání či zneužívání.

V praktické části realizuji vlastní kvantitativní šetření, jehož prostřednictvím bych chtěla získat odpověď na výše uvedenou výzkumnou otázku. Výzkumná část práce je rozdělena do tří kapitol. První kapitola je věnována metodologii výzkumu, ve druhé části kapitoly se zabývám realizací a zpracování výzkumu, včetně uvedení výsledků daného výzkumu, interpretace a diskuze. Poslední kapitolu tvoří náměty a doporučení pro praxi, kde doporučuji vhodné řešení, kterými by se měla zlepšit obeznámenost rodičů a veřejnosti. Práce je uzavřena závěrem, který zahrnuje informace zjištěné tímto šetřením.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DÍTĚ A JEHO PRÁVA

Dítě by mělo být darem v kterékoliv rodině, do které se narodí, a proto k němu musíme takto přistupovat. Nemělo by být překážkou, ale tím nejcennějším, co můžeme mít. Mnoho rodičovských párů touží po dítěti, ale zdravotní důvody jim to nedovolují, tyto páry by daly cokoli za to, aby se jim jednou narodil potomek a oni ho mohli vychovávat, dávat mu cenné rady do života a milovat jej celým svým srdcem. Ale jsou tu i páry, které dítě mít mohou, ale je to pro ně spíše trest než požehnání do života, a také se podle toho k dítěti chovají. Měli bychom si uvědomit, že dítě není žádná věc, kterou lze kdykoliv odložit a pak si ji zase vzít, ale živá bytost, která touží, aby ji někdo zahrnoval svou láskou, chránil ji a pečoval o ni. Tím někdo by měli být jeho rodiče, kteří ho přivedli na svět a kterým je dán tento dar o dítě s láskou a srdcem plným něhy pečovat. Ale pokud tak rodič neučiní, nastává problém, který se velmi podepíše na celkovém stavu dítěte. Je také obrovský počet rodičů, kteří o své dítě natolik pečují a starají se o něj, že posléze, jakmile jejich potomek dosáhne období puberty, jejich zájem a nadšení z malého dítěte se velmi rychle vytratí a není pro ně problém mu zničit jejich jediný domov. Tento případ se řadí k těm lepším, ale jsou odstrašující případy, kde je v rodině s dítětem nakládáno velmi špatně, kde dochází k týrání, zneužívání a zanedbávání.

Dítě je křehká bytost, která se neumí bránit, a proto v roce 1989, třicet let po vyhlášení Deklarace o právech dítěte byla přijata OSN Úmluva o právech dítěte. Tato úmluva, která má charakter konvence (Convention on the rights of the child) se pokouší chránit všechny děti bez rozdílu pohlaví, rasy, barvy pleti, jazyka, náboženství, politického nebo jiného smýšlení, národnostního, etnického nebo sociálního původu, majetku, tělesné nebo duševní nezpůsobilosti, rodu a jiného postavení dítěte či jeho rodičů nebo zákonných zástupců. Dítětem se zde rozumí každá lidská bytost do 18 let, pokud podle právního řádu není zletilostí dosaženo dříve. Úmluva se zabývá celkovou škálou dětských práv od občanských přes práva politická, ekonomická až k právům sociálním a kulturním. To, zda tyto předpoklady tato úmluva splňuje, kontroluje Výbor pro práva dítěte, který se obvykle skládá z deseti odborníků, kteří by měli vykazovat velmi dobré sociální cítění, empatii a vysoký morální charakter s žádoucími schopnostmi. Tyto členy volí stát, kde je Úmluva o právech dítěte ratifikována. V červenci 1992 byla ratifikována 120 státy. V České republice tato smlouva vstoupila v platnost 6. 2. 1991. Úmluva o právech dítěte se skládá ze tří částí a padesáti čtyř článků, z nichž každý popisuje detailně práva dítěte, které také evokují minimálně jednu povinnost dítěte. (Sdělení FMZV, 1991).

Další povinnosti státu vůči dítěti vyplývající z Úmluvy o právech dítěte jsou obsaženy v jednotlivých zákonech jako Zákon o rodině, Zákon o sociálně právní ochraně dětí, Zákoník práce, Trestní zákoník, Zákon o soudnictví o mladistvých.

Úmluva o právech dítěte zahrnuje tzv. zásady „TŘI P“, které se skládají z anglických pojmů:

- Provisision – zahrnující přežití a rozvoj dětí, zajišťování či zabezpečování vývoje dětí včetně zachování života a uspokojení základních potřeb dítěte, umožnění harmonického rozvoje dítěte včetně práva na vzdělání, volný čas a na svobodu myšlení a vyznání.
- Protection – ochrana dětí před násilím, všemi druhy zneužívání a zanedbávání.
- Participation – účast dětí na životě společnosti a jeho právní subjektivita včetně možnosti dítěte vyjádřit svůj názor ve všech záležitostech, které se ho týkají. (http://www.detskaprava.cz/pedagog/opravech_umluva.asp).

Jelikož mnozí z nás si myslí, že týrání se vyskytuje pouze v necivilizovaných oblastech našeho světa a u rodičů, kteří nemají dostatečné vzdělání, opak je pravdou. Jak podotkl profesor Jiří Dunovský: „*Vůbec není pravda, že týrání dětí je pouze sociální zlo. Každý člověk má v sobě zakořeněnou agresi i pasivitu. Týrání dětí bývá zvláště kruté v rodinách intelektuálů, kde dokážou vymyslet takové hrůzy, že mi z nich běhá mráz po zádech. Na druhou stranu jsem se nesetkal s týraným romským dítětem.*“ (Úmluva o právech dítěte, s. 61).

Není tedy pravdou, že k týrání se odhodlávají jen lidé z necivilizované oblasti a rodiče s nedostatečným vzděláním, ale mohou to být i rodiče, kteří vystupují velmi kultivovaně a mají řadu titulů z vysokoškolského vzdělání. Tato Úmluva o právech dítěte se tedy vztahuje ke všem lidem na světě, i k těm nejvzdělanějším a měli by se podle ní řídit, neboť jak popisuje Deklarace práv dítěte přijatá valným shromážděním Organizace spojených národů 20. listopadu 1959: „*dítě pro svou tělesnou a duševní nezralost potřebuje zvláštní záruky, péči a odpovídající právní ochranu před narozením i po něm.*“ (Úmluva o právech dítěte, s. 11).

Pokud někdo ve svém okolí odhalí projevy či známky týrání, zanedbávání nebo zneužívání u dítěte, je nezbytně nutné, aby toto neprodleně ohlásil. Jak upozorňuje Zákon o sociálně právní ochraně dětí, část druhá §7 (2) : „*Každý je oprávněn upozornit orgán sociálně-právní ochrany na porušení povinností nebo zneužití práv vyplývajících*

z rodičovské zodpovědnosti, na skutečnost, že rodiče nemohou plnit povinnosti vyplývající z rodičovské zodpovědnosti, nebo na skutečnosti uvedené v §6 odst. 1 písmeno b) až e). (Sdělení FMZV, 1991).

Z uvedeného zákona nadále vyplývá, že od 1. 1. 1994 platí oznamovací povinnost ohledně zjištění týraní svěřené osoby. Kdo tak neučiní a neohlásí tento závažný problém, stává se sám pachatelem trestného činu. Oznámení se může podat u policie či státního zastupitelství.

Znění jednotlivých zákonů a práv dítěte v plném obsahu lze nalézt v Úmluvě o právech dítěte a v Zákonu o sociálně-právní ochraně dětí, které jsou k dispozici jak v tištěné podobě ve většině knihoven, tak v elektronické podobě na internetu.

2 OBECNĚ O SYNDROMU CAN

Týrání dětí se stává obrovským problémem i v dnešních vyspělých zemích. Avšak tato nelehká problematika, se kterou se potýkáme i dnes v 21. století, je stále zatím velmi diskutovaná, i když řadu let si většina lidí myslela, že zneužívání všeho druhu je spíše jev vzácný a ojedinělý. Spousta lidí se domnívala, že dítě je velmi křehké stvoření, kterému se nedá ublížit, natož aby dítěti mohl ublížit někdo z jeho vlastních rodičů. Opak je však pravdou a k týrání dětí se odhodlávají ve větší míře přímo rodinní příslušníci.

Aby se tak obzor rozšířil a lékaři upozornili veřejnost na tyto případy týraných dětí, které se opravdu dějí a to nejčastěji od rodinných příslušníků, vydali dr. C. Henry Kempe a dr. Ray E. Helfer knihu s názvem *Týrané dítě* (Mufsonová, Kranzová 1996), ve které velmi detailně rozebírali případy týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí, poukazovali na různé zvláštnosti tohoto jevu a pozastavovali se v této knize nad velkým množstvím „nehod“ a „nešťastných“ úrazů, které se údajně staly ratolestem svých rodičů. Byly to převážně popáleniny, zlomeniny končetin, pohmožděny lebky a ve velké míře zlomeniny žeber, u kterých se jen tak často nestane, aby se zlomily při dětských hrách. Tyto jevy popsal dr. Kempe v roce 1962 jako „syndrom bitého dítěte“ (battered child syndrom). Avšak i přes všechny důležité informace v této knize, kterou tyto lékaři vydali, veřejnost stále ještě nemohla uvěřit tomu, že něco takového by mohli napáchat vlastní rodiče svému dítěti a už vůbec ne, že by k týrání mohlo docházet v takovém rozsahu. Avšak zásluhou dr. Kempeho, který na tuto problematiku neustále upozorňoval širokou veřejnost, se postupně prosadil zákon o povinném hlášení týraných dětí v jednotlivých státech. To vyústilo v pojem Child abuse – což znamená zneužití dětí a díky prohlubování poznatků o psychickém týrání dětí se významně ovlivnil i název druhé části syndromu CAN, a to Child neglect – zanedbávání dítěte. Práce s názvem *Plač tiše! Vyprávění o zneužívání dětí* od O. Hydeové popisuje odhady týrání, zneužívání, zanedbávání a uvádí velmi zajímavou statistiku a to tu, že od jednoho do pěti miliónů dětí v USA se setká se zneužitím každého typu a každý den je dvanáct dětí zbito takovým způsobem, že trpí velmi těžkým a trvalým poškozením mozku. Nejzávažnější však je zahubení dítěte, které se nejvíce vyskytuje u dětí, které jsou předškolního věku. (Mufsonová, Kranzová 1996).

Ve světové literatuře je týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte označováno jako syndrom CAN, což je zkratka, která vychází z anglosaské literatury a která se používá pro tyto tři typy týrání. Tento pojem vychází z angličtiny „child abuse and neglect“. J. Dunovský

a jeho pracovní skupina (1993) definují tento společenský jev jako „*jakoukoliv nenáhodnou, preventabilní, vědomou či nevědomou aktivitu či neaktivitu, jíž se vůči dítěti dopouští rodič, vychovatel nebo jiná osoba a jež je v dané společnosti nepřijatelná nebo odmítaná a poškozuje tělesný, duševní i společenský stav a vývoj dítěte, popřípadě způsobuje jeho smrt – za týrání dítěte se považuje i jeho pohlavní zneužívání*“.
(Matějček, Dytrych, 1994, s. 12).

2.1 Rizikové rodiče syndromu CAN

Je velmi pravděpodobné, že někteří dospělí lidé mají k tělesnému týrání, zneužívání a zanedbávání blíže než lidé ostatní. Obvykle to bývá dospělý rodič, který má vysokou autoritu nad svým dítětem, a který tuto autoritu vůči němu využívá v tom smyslu, že dítěti ubližuje. Mezi tyto rizikové rodiče dle Matějčka a Dytrycha (Matějček, Dytrych, 1994) řadíme:

- Lidé s anomálním vývojem osobnosti, kteří mají zvýšený sklon k agresivnímu chování a jednání a pro které je typická nezvladatelná výbušnost v různých situacích, kterou nejsou schopni zvládnout. Obvykle velmi často jsou to lidé, kteří pocházejí z dysfunkčních rodin, u kterých je běžné, že partneři mezi sebou měli časté konflikty a ty často řešily pomocí násilného charakteru. Či naopak lidé, kteří trpí neurotickými obtížemi, jsou neustále podráždění a to kompenzují ve svých rodinách. Obvykle neurotická rodina nevychová nikoho jiného jak neurotického jedince.
- Lidé závislí na drogách, alkoholu a pod vlivem tohoto abúzu podléhající svým představám, ztrácející zábrany vůči okolnímu světu a navenek vystupující jejich skryté „já“, které ve většině případů bývá agresivního a vznětlivého charakteru.
- Rodiče ve velmi mladistvém věku – tito lidé nemají dostatek zralosti a zodpovědnosti vychovávat dítě, necítí se na to dostatečně připraveni. Velkým problémem je, že nemají dostatek finančních prostředků a smysl pro založení rodinného a harmonického prostředí. Jedinci se nedokáží bez pomoci druhých postarat o dítě. Sami tito lidé jsou ještě dětmi, kteří i nadále potřebují rodičovskou lásku, pomoc a jejich podporu. Tito lidé nemají dostatek zkušeností a nejsou psychicky vyspělí k tomu mít své vlastní dítě.
- Lidé se zvláštním životním stylem – bývají to obvykle lidé, kteří jsou zastánci různých sekt či hnutí a různých rituálů, kteří se nechávají vést svými idejemi,

a snaží se je dodržovat v rámci svých skupin a společenství. Tito lidé mají jiný smysl pro povinnost a jejich myšlení se podřizuje různým duchovním či okultním obřadům, které jim vnucují své zásady.

- Lidé neustále žijící ve chronické situaci – často jsou to takoví jedinci, kteří dlouhodobě usilují o zaměstnání z důvodů finanční jistoty a nemohou stále najít své umístění v pracovním žebříčku či jedinci, kteří jsou v práci neúspěšní a chtějí neustále dosahovat úspěchu. U těchto lidí se střídají pocity dlouhodobého zklamání svým životem a deprivace. Do této skupiny se řadí i jedinci, které zasáhla smrt někoho blízkého a dlouhodobě se s touto jejich ztrátou blízkého člověka nemohou vyrovnat.

V případech zanedbávání dítěte mezi rizikové rodiče dále řadíme :

- Osoby, které trpí různými formami psychického onemocnění – kde je nejčastěji uváděna endogenní deprese, což je stav, kdy se člověk v jednu chvíli cítí naprosto úžasně, vše se mu zdá krásné a dokonalé, ale jakmile toto časové období pomine, začne se tato euforie ze života vytrácet do stavu, kde lidé vidí celý svět jako ten nejhorší, nemají z ničeho radost, nic je netěší a začínají upadat do obrovských depresí se sebevražednými myšlenkami. (Vágnerová, 2004).
- Osoby mentálně retardované – jedinci, kteří nejsou mentálně vyspělí k tomu, aby se dokázali postarat o dítě a vytvořit mu bezpečné, harmonické prostředí s poskytnutím dosti vývojových podnětů pro jeho život.
- Osoby, které v minulosti trpěly deprivací či subdeprivací – deprivace i subdeprivace se velmi často přenáší na další generace.
- Osoby, žijící jen pro svou práci a lidé psychicky „přeangažovaní“ – často jedinci, kteří jsou zapálení jen pro svou kariéru a je to jejich jediná priorita v životě, nic jiného jak kariéra a postavení v pracovním žebříčku je obvykle nezajímá, často to bývají i neurotičtí jedinci, kteří před celým světem „unikají“ do zaměstnání. (Matějček, Dytrych, 1994).

V případech sexuálního zneužívání dítěte mezi rizikové rodiče řadíme:

- Sexuální devianty
- Osoby sexuálně hyperaktivní
- Osoby se sníženou sebekontrolou – často to bývají muži trpící demencí, či kteří jsou v pokročilém věku svého života. (Matějček, Dytrych, 1994).

Tímto jsme popsali výčet osob, kteří mají nejpravděpodobnější sklon k týrání, zneužívání a zanedbávání dětí. Ale je také spousta jedinců, kteří se sami v dětství stali obětí týrání svých rodičů. „*Mnoho rodičů, kteří byli v dětství týráni či zneužíváni, týrá nebo zneužívá i vlastní děti proto, že si potřebují dokázat, že jejich rodiče jednali správně. Proto jednají se svými dětmi přesně tak, jak jejich rodiče jednali s nimi.*“ (Mufsonová, Kranzová 1996, s. 56). Tento jev je pak odborně nazýván jako transgenerační přenos.

2.2 Rizikové děti syndromu CAN

Na zaznamenání znaků u dítěte, které by mohly vést k tomu, že by se stalo terčem násilí, bylo poukázáno v sedmdesátých letech. Vědci velmi pozorným zkoumáním a sledováním dětí zaznamenávali specifické charakteristiky, které by vzbuzovaly agresivitu u okolí, hlavně u rodičů. Nejdříve se zkoumaly odlišnosti v tělesné konstituci dítěte a v posledních letech se pozornost spíše upínala na děti s trvalými tělesnými a duševními poruchami. (Pöthe, 1996).

Rizikovými dětmi z hlediska syndromu CAN jsou:

- Děti s lehkými mozkovými dysfunkcemi (LMD) – tyto děti se diagnostikují jako nepozorné, trpí neustálou neklidností, netrpělivostí a nepozorností. Charakteristické jsou u nich výkyvy nálad, kde se střídá euforické chování s chováním impulzivním.
- Děti, které jsou nadměrně úzkostné, trpící častou plačtivostí či naopak děti zlostné a trucovité s doprovázenými afektivními projevy, čímž u svých rodičů vyvolávají znelíbení a odpor.
- Děti s různým stupněm mentální retardace – tyto děti u svých rodičů vzbuzují nenaplněná očekávání, rodiče se v dětech nemohou realizovat, tak jak by chtěli a to u rodičů zvyšuje jejich agresivní jednání vůči dítěti a také mu často dávají najevo omezení jeho rodičovského zájmu a jejich péče, kterou tyto děti potřebují jako zvláštní a zvýšenou. I tato neustále zvýšená péče než o „zdravé“ dítě u některých rodičů vzbuzuje negativní emoce, s kterými se nemohou vyrovnat a smířit.
- Děti se sníženými intelektovými schopnostmi – obvykle trpící poruchami učení jako dyspraxií, dyslexií, dysortografií apod. či děti, které ve škole velmi špatně prospívají. To vše má opět vliv na zmaření rodičovských tužeb, očekávání a přání a děti se pro ně stávají spíše příkořím. (Matějček, Dytrych, 1994).

Je opravdu udivující, že někteří rodiče své dítě odmítají z důvodu, že přesně nenaplňuje jejich očekávání, touhy a přání. Dítě, které se narodí, bychom měli milovat a pečovat o ně a přijmout ho, i když trpí některou poruchou či skupinou těchto poruch. Protože kdo jiný než rodič by měl umět pochopit své vlastní dítě, jeho pocity, přání a milovat jej takové jaké je. Avšak tato skutečnost, která by měla být samozřejmostí v dnešní době je stále na velmi nízké úrovni, pokud jde o postoje zejména rodičů.

2.3 Rizikové situace syndromu CAN

Následující znaky rodičů a dětí, které se podílejí na týrání, se uplatňují v kontextu prostředí. Tento kontext prostředí obklopuje nás všechny. Aby rodina správně fungovala a mohla dítě správně vychovávat, potřebuje kolem sebe příznivý vliv vnějších i vnitřních předpokladů. Důležité z těchto vnitřních předpokladů jsou vztahy mezi jednotlivými členy v rodině. Výzkumy jednoznačně prokazují, že pokud dochází v rodině k týrání, zneužívání či zanedbávání, mají na to velký podíl narušené vztahy v rodině, které jsou charakteristické nesnášenlivostí mezi členy, přítomností napětí a agresivním jednáním. Toto agresivní jednání, napětí a celkové konfliktní chování manželů se přenáší do vztahů mezi sourozenci a vzniká tak bludný kruh agresivity v rodině. Pro případy zanedbávání dětí je v rodině pak typická chaotičnost, nejasné rodičovské role, střídání partnerů a tedy v tom důsledku omezená autorita mezi rodiči. Z toho v nejčastějších situacích vzniká velmi liberální styl výchovy dětí, kde pro tento styl výchovy je charakteristické neuspokojování základních potřeb dítěte, neprojevení hlubších emocí dítěte a celková nezainteresovanost rodiče na aktivity dítěte. (Pöthe, 1996).

Naopak u rodin, kde jsou na dítě kladeny náročné požadavky na vysoké výkony, které by měly střídání co nejlepší úspěchy, bývají tyto rodiny autoritářsky zaměřené. Za každý neúspěch, ba i menší, je dítě trestáno a omezováno v jeho oblíbených aktivitách. Tyto rodiny nejsou zastánci pochval úspěchu u dítěte, ale spíše trestajícími v situacích jejich neúspěchu. (Pöthe, 1996).

Pokud vezmeme v úvahu hledisko sociálně-ekonomického statusu rodiny, tak nejen bída a materiální nedostatek vždy vyvolá týrání dítěte, ale samozřejmě k tomu mají vyšší předpoklady. Různé formy týrání jsou běžné i ve velmi dobrých a finančně zajištěných rodinách. Tato problematika se tedy rozhodně nevyhýbá žádné společenské a ekonomické vrstvě. (Pöthe, 1996).

Ve vnějším prostředí hraje velkou roli nezaměstnanost, která má vliv na finanční situaci v rodině. Je opět vědecky prokázáno, že u lidí dlouhodobě nezaměstnaných dochází ve větším množství k týrání dětí, které je způsobeno jak nepříznivou finanční situací v rodině, tak i deprivací rodičů ze ztráty či dlouhodobého hledání zaměstnání. (Vágnerová, 2006).

Rodinu však ovlivňuje i prostředí širších členů rodiny jako jsou prarodiče či přátelé, kteří mají různé názory a zaujímají svá stanoviska vůči výchově dětí, kterými v nemalé míře mohou ovlivnit rodiče. Ale i naopak nedostatek kontaktů a sociální izolovanost rodiny, jak s příbuznými, tak i s přáteli, má vyšší vliv na patologické vzorce chování v této rodině. Samozřejmě hraje velkou roli i to, kde rodina žije – zda na vesnici, ve městě či obci, a jak zde může naplňovat své sociální kontakty s jinými lidmi a dodržovat i určité tradice.

Riziková situace může nastat i v případě prostředí školy, pokud pedagog nemá dostatečné informace a znalosti týkající se týrání, zneužívání či zanedbávání dětí a nemůže takto rozpoznat a identifikovat takový problém u svého žáka. Ta může zapříčinit neúmyslné zanedbání pomoci dítěte a přenechání ho tak jeho osudu. Avšak nejen pedagogové ale i zdravotnický personál, sociální pracovníci by měli mít výborné povědomí o tom, jak takový problém rozpoznat, jelikož jsou s dětmi v neustálém kontaktu. (Pöthe, 1996).

3 FYZICKÉ TÝRÁNÍ DĚTÍ

Fyzické týrání se objevuje již od nepaměti. V historickém kontextu období byl tělesný trest považován jako běžná součást života dítěte. Rodič se svým dítětem mohl nakládat podle své vůle, dokonce jej i zabít. Dítě nemělo žádná práva, kterými by mohlo být chráněno před nebezpečím, které na něj číhalo na každém rohu. V historickém období především v novověku byly používány tak přísné tělesné tresty pro dítě, které bychom dnes bezpodmínečně označili jako tělesné týrání. (Vágnerová, 2004).

Zřejmě kdokoliv z nás se pravděpodobně stal svědkem situace, kdy nějaký dospělý uhodil na ulici své dítě. Obvykle se tyto situace stávají u hračkářství, kdy si dítě vyhlídne nějakou hračku a nechce bez ní odejít, či když dítě truceje na ulici, kde nervózní maminka či tatínek již po opakovaném slovním napomenutí se uchýlí k výchovnému tělesnému opatření. Takových situací bychom mohli uvést několik i ze zkušeností, kterých jsme byli i my přímo svědky. Ovšem musíme umět rozlišit, zda jde o tzv. „výchovný pohlavek“ či o hrubé tělesné týrání.

Definice Zdravotní komise Rady Evropy z roku 1992 (Pöthe, 1996, s. 27) popisuje, že *„tělesné týrání je tělesné ublížení dítěti anebo jeho nezabránění, případně 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.“*

Každý fyzický akt použitý proti dítěti zahrnuje fyzickou bolest, která se u dítěte projeví jako tíživá myšlenka, že něco udělalo špatně, a proto je mu uzpůsobována tato tělesná nepříjemnost. Pokud je navíc tato fyzická síla nepřiměřeně používána proti dítěti i když nic špatného neudělalo a rodiče si tak na dítěti kompenzují jen své psychické napětí, tak zde již můžeme hovořit, že jde o oběť tělesného týrání. Tato ventilace psychického napětí u rodičů na dítě je obvykle způsobena jejich silnou psychickou nevyrovnaností a úzkostnými či depresivními poruchami, což vypovídá o tom, že jakákoli zátěžová situace u rodiče, která nastane, vyvrcholí v jeho agresivní jednání, které je poté následně používáno jako zdroj pomsty na jeho dítěti. Dítě se tak stává terčem velmi negativních emocí a přísných tělesných trestů, kterým se nemůže ubránit. (Pöthe, 1996).

3.1 Nejběžnější fyzické tresty páchané na dětech

Mezi nejběžnější tělesné tresty zahrnuje Mufsonová, Kranzová (1996) tyto akty napadení:

- Velmi časté je bití pěstmi, zbraněmi nebo předměty jako je lampa, elektrické šňůry od spotřebičů, rákosky, hole.
- Děti bývají velmi často popálené a opažené od horké vody, louhy nebo od rozpáleného tuku.
- Malé děti podléhají tomu, že rodiče s nimi velmi silně třesou.
- Obvyklé a velmi časté je škrcení, dušení.
- Smýkání s dítětem ze schodů, „házení“ s dítětem proti stěně nábytku.
- Připoutání, svazování, kdy má dítě zápěstí rozedřené do krve.

Elliotová (1995) popisuje tyto nejčastější formy tělesného týrání vyzorované na dětech:

- Poranění na celém těle včetně obličeje, vzniklá z neúměrných trestů.
- Byly zpozorovány sklony k sebetýrání u dítěte – jako trichotylomanie či řezání se do rukou a bušení hlavou o zeď do krve.
- Pohmožděniny „měkkých“ částí těla – tváře, stehna, nadloktí.
- Strach ze svlékání před tělocvikem s neochotou dítěte odhalovat paže a nohy v horkých letních dnech, často tyto místa prozrazují obrovské modřiny, které děti skrývají.

Tato skutečnost je opravdu nepředstavitelná, že by tak něco drastického mohli praktikovat vlastní rodiče na svém dítěti. Avšak tato realita je skutečná a tyto věci se ve velké míře stávají dětem vlastních rodičů. Oběťmi takového týrání se nejčastěji stávají děti již předškolního věku.

3.2 Citové prožívání fyzicky týraného dítěte

Pro velké množství dětí je velmi těžké uvěřit, že jim rodiče ubližují záměrně a že jde o akt fyzického týrání. Velmi často si tyto situace vysvětlují tím, že jsou takto trestány oprávněně a vzniká tak ztotožnění se dítěte s týrajícím rodičem. Obvykle to bývají sami rodiče, kteří svým dětem vnucují myšlenky a ospravedlňují tak své chování, že kdyby dítě bylo hodné a nezlobilo, nemusely by podstupovat žádný takový fyzický trest, i když se však žádného prohřešku nedopustilo. To je však nesmysl, neboť pro žádného rodiče

neexistuje takové ospravedlnění a žádný dobrý důvod k tomu, aby tak násilně ubližoval svému dítěti, za které je zodpovědný. (Mufsonová, Kranzová, 1996).

Dítě, které je fyzicky týráno, prožívá nekonečný pocit strachu psychického a tělesného nebezpečí. Neví, co v kterých situacích má očekávat od jediných jeho důležitých lidí, které v životě má, a které má tak moc rádo. Rodič či jeho blízká osoba je jeho jediným smyslem pro život, jelikož pro něj je to nepostradatelná osoba, která zajišťuje jeho šance na přežití. Důležitá je tzv. bezpečná vazba (secure attachment), která je pro dítě významná z hlediska jistoty a bezpečí mezi ním a jeho matkou. Dítě ví, že se na matku může spolehnout v jakékoliv situaci a je pro něj oporou. V této vazbě jsou důležité fyzické kontakty matky a dítěte jako je přivnutí dítěte k matce pokaždé, kdy dítě tuto potřebu projeví. Tuto vazbu popsal anglický dětský psychiatr John Bowlby. Jde o základní zkušenost dítěte vůči světu, v kterém se může spolehnout, že matka je ochránitel a milující bytost. Ovšem tam, kde dochází k fyzickému napadání dítěte, a kde dítě nemůže najít vřelou náruč u svých rodičů, se vyskytuje tzv. vazba nejistá (insecure attachment). Avšak se stoupajícím věkem dítěte, kdy si i ono samo začíná týráním naplno uvědomovat, je pro něj rodič i nadále jedinou nepostradatelnou bytostí a i nadále je zde silné ztotožnění se s trýznitelem. (Pöthe, 1996).

3.3 Znaky upozorňující na fyzické týránění

Tělesné týránění jde vcelku velmi dobře rozpoznat, pokud nejsme k této problematice lhostejní. Avšak některé týrané osoby velmi často popírají, že by se staly akty fyzického ubližování. Naše jednání by se tedy mělo lišit podle věku dítěte a dle důkazů, které máme. (Mufsonová, Kranzová, 1996). Jako důkazy nám mohou být sousedské výpovědi - sousedi slýchávají neustále dětský pláč a hrůzostrašný křik. Dále nás mohou zaujmout modřiny, odřenininy na těle dítěte a často také lysiny na hlavě dítěte. Mnohé děti jsou velmi zakřiknuté, bojácné, nechťejí komunikovat a straní se svým spolužákům či naopak jsou podrážděné, mají sklony jednat agresivním způsobem, šikanují ostatní děti ve škole nebo jsou příliš apatické, nic je nezajímá a nebaví. Důležité však je, aby jak pedagogovi, který s dítětem tráví čas ve škole, tak i dětskému lékaři, neunikly takové podstatné znaky. Lékaře by měly znejistit určité druhy zranění, popáleniny žehličkou a modřiny na netypických místech dítěte, které by pak měl neprodleně ohlásit. (Pöthe, 1996).

4 PSYCHICKÉ TÝRÁNÍ DĚTÍ

Psychické týrání neboli emocionální týrání je nejméně rozpoznatelný typ týrání vůbec, stává se však nejběžnějším typem. Avšak má také daleko horší dopady na celkový stav dítěte než týrání tělesné. Rodiče dítětem v mnoha případech opovrhují, vysmívají se mu, nerespektují jeho pocity, přání a záměrně dítě zastrahují. K psychickému týrání u nás dochází velmi často, pokud jsou rodiče v rozvodovém řízení a na dítěti si tak kompenzují své nepřiměřené jednání. Velká většina rozvodových sporů soutěží o to, který z rodičů je pro dítě lepší. Z těchto vznikajících agresivních útoků dochází u dítěte k pocitům úzkosti, které rodiče vědomě prohlubují. (Pöthe, 1996).

Poškození celkového vývoje jak psychického, tak i tělesného, má největší dopady u dítěte mladšího věku. Záleží však také na celkové délce psychického týrání a velkou roli hraje celková závislost dítěte na trýzniteli. Tyto děti nejen trpí obrovským komplexem méněcennosti, často také trpí citovým zanedbáním, které je tou nejhorší možnou kombinací, která u dítěte může nastat, zvláště v době hledání své identity, kde dítě potřebuje vědět, že má kolem sebe milujícího člověka. (Vágnerová, 2004).

4.1 Nejběžnější typy psychického týrání na dětech

Typů psychického týrání je nepřehledné množství. Rodiče mají opravdu velkou představivost v tom, jak svému dítěti co nejvíce ublížit. Jako nejběžnější prof. Hanušová (2006) uvádí tyto případy emocionálního týrání prováděné na dětech:

- Výhrůžky dítěti
- Zastrahování dítěte
- Nadávky
- Ponižování
- Opovrhování
- Hostilita
- Nedůvěra

Pro dítě je tento typ emocionálního týrání o to horší, že se nemá o koho opřít, na koho se spolehnout a obrátit, jelikož rodiče jsou jedinou základnou uspokojování jeho potřeb, kterou dítě má. Avšak pokud se tato role rodičů neplní, nastává v životě dítěte výrazný obrat k horšímu.

4.2 Citové prožívání psychicky týraného dítěte

Pokud se dítě stane obětí psychického týrání, obvykle reaguje stažením se do sebe, prožívá silné strachy spojené až s úzkostnými poruchami. Dítě dokáže sebemenší událost vyvést z míry a svou bezbrannost projevují častou plačtivostí a nedůvěrou k okolnímu světu. Tyto děti se nedokážou pro nic nadchnout, nic je netěší. Často jsou i v kolektivu odstrkovány, protože nejsou vítané svou ustrašeností a vyplašeností. Obvykle se i druhým dětem vyhýbají, protože si s nimi nemají co říct a neumějí projevovat a hájit své zájmy, jelikož trpí silným komplexem méněcennosti.

Naopak některé děti reagují spíše agresivnějším postojem, který zaujímají ke svému okolí a razantně prosazují své zájmy mezi druhými a podrobují si ostatní. Takovéto chování odráží jeho vlastní rodiče v rodině. Tyto děti trpí poruchami chování, mezi které nejčastěji můžeme zařadit šikanu ostatních dětí ve škole, záškoláctví a útěky z domova bývají také velmi častým jevem, který se u těchto dětí vyskytuje. Kromě toho se u dětí objevují psychosomatické potíže, jako jsou bolesti břicha, nevysvětlitelné teploty, bolesti hlavy a časté bývají ekzémy na rukou a nohou dětí. (Hanušová, 2006).

4.3 Znaky upozorňující na psychické týrání

Psychické týrání je velmi obtížně prokazatelné, jelikož emocionální týrání na těle dítěte nezanechává žádné stopy jako týrání fyzické. To, co je varující skutečností a signálem, který by nás měl upozornit na emocionální týrání, jsou vážné změny v psychickém uvažování dítěte. Obvykle to bývají nevysvětlitelné úzkostné a fobické strachy. Problémem v prokázání psychického týrání pramení ve větší míře z nedůvěry k dětem. Bez prokazatelných důkazů je pouhá výpověď dítěte nevěrohodná. Pro dítě se tato skutečnost stává velmi traumatizujícím zážitkem. Psychické týrání bývá ve většině případech přidruženo s týráním fyzickým. Jedinými znaky, které by nás měly na tuto problematiku upozornit, jsou tedy změny v citovém prožívání dítěte a samozřejmě také podložené důkazy ne dítětem, ale dospělým jedincem. Avšak neměli bychom zapomínat, že vždy mezi jednotlivými formami ubližování dítěte je časté propojení všech forem týrání. (Pöthe, 1996).

5 ZANEDBÁVÁNÍ DĚTÍ

Zanedbávání se většinou vyskytuje v kombinaci s psychickým týráním. Zdravotní komise Rady Evropy definuje zanedbávání dítěte následovně: „*Zanedbávání je jakýkoli nedostatek péče, který způsobuje vážnou újmu vývoji dítěte anebo ohrožuje dítě*“. (Pöthe, 1996, s. 36).

Zanedbávání vážně ohrožuje zdravý vývoj dítěte jak v rovině psychické tak tělesné. Rodiče se většinou dopouštějí zanedbávání dítěte z důvodů agresivních pohnutek a jejich zakořeněné patologické osobnosti. Avšak velmi často to mohou být i rodiče, kteří nejsou pro rodičovství dostatečně vyzrálí a momentálně se o dítě nemohou starat nebo to mohou být lidé, kteří nemají dostatek motivace pro rodičovství a jsou ve velké míře zaujati sami sebou. Riziko tohoto týrání je ve větší míře prohlubováno u rodin, kde jsou jejich vztahy mezi jednotlivými členy této rodiny velmi silně narušené. Takovéto narušení rodin často vede ke špatné spolupráci mezi členy rodiny, v rodině sílí napětí, které se mezi těmito členy neustále stupňuje. Vzájemná podpora a uspokojování jednotlivých potřeb mezi rodinnými příslušníky je zaměněna za nenávist a agresivitu, která je většinou vystupňována proti dítěti. Typický je tzv. Medein komplex, kdy rodič záměrně ubližuje svému dítěti z důvodu pokoření, potrestání svého partnera, jelikož mu vědomě ublížit nemůže. (Vágnerová, 2004).

Zajímavým jevem pak je, že na nejčastější příčině zanedbávání se podle Matějčka, Dytrycha (1995) podílejí ty děti, které dospělé nějakým způsobem provokují a tím je vyčerpávají. To vše má za následek, že děti vzbuzují domněnku, že svým chováním schválně dráždí své rodiče.

5.1 Tělesné zanedbávání

Tělesné zanedbávání se dle Mufsonové, Kranzové (1996) vyznačuje tak, že:

- dítě nedostane přiměřené množství potravy a přístřeší, které potřebuje ke svému vývoji
- jeho oblečení neodpovídá danému počasí, prostředí, věku a pohlaví dítěte, dítě je ušpiněné bez dostatečné hygieny
- malé dítě je ponecháno doma bez dozoru, bez dozoru jakékoli dospělé osoby, která by za dítě zodpovídala
- nepřiměřené práce, které dítě doma musí zastávat bez ohledu na jeho věk a neúměrnost těžké práce. Dítě tak nemá dostatek času na školní povinnosti a zájmy

- starší sourozenec je neustále povinen hlídat a starat se o své mladší sourozence více než dvě hodiny denně

Fyzické zanedbávání bývá často spojováno s rodinami, které trpí finanční bídou či členové rodin jsou závislí na alkoholu nebo drogách. Ovšem tyto faktory se mohou vyskytovat i společně. U dospívajících dětí je často obvykle požadovaná neúměrná práce několik hodin denně. Ať již k této problematice dochází z finančních problémů rodiny nebo závislosti rodičů na návykových látkách, tak žádný rodič nemá právo své dítě vykořisťovat a tomuto dítěti je nutné poskytnout neodkladnou pomoc. (Mufsonová, Kranzová 1996).

5.2 Emocionální zanedbávání

Emocionální zanedbávání je pojímáno jako neuspokojení citových potřeb dítěte. I zde, pokud hovoříme o emocionálním zanedbávání, se tato problematika velmi těžce prokazuje. Velká spousta dětí bude mít v budoucím životě velké problémy se zařazením se do společnosti, jelikož nebudou mít dostatečné sebevědomí k tomu, aby prosadily své myšlenky a zájmy. Toto nedostatečné sebevědomí, které se u dětí prohlubuje, pramení ze způsobu jednání jejich rodičů. Pokud s nimi totiž rodiče jednají nevhodným a nevyhovujícím způsobem, děti zastávají silný pocit, že si takové jednání zaslouží i od jiných lidí, a tudíž si nezasluhují, aby s nimi někdo v budoucnu jednal dobře, jelikož rodič je pro dítě v životě to nejdůležitější a má vždy pravdu. (Kranzová, Mufsonová, 1996).

Mezi emocionální týrání dle Kranzové, Mufsonové (1996) patří:

- Urážky dítěte
- Ponižování dítěte s projevy lásky – rodič se v jednu chvíli nad dítětem rozplývá chválou a druhou chvíli zahlcuje dítě nemístnými urážkami
- Zahanbování dítěte
- Posměšky, které se mohou týkat vzhledu či inteligence dítěte
- Shazování dítěte týkající se jeho úspěchu
- Neustálá nespokojenost vůči dítěti
- Vulgární oslovování dítěte
- Vyvolávání nepřiměřeného strachu u dítěte

Citové prožívání a znaky upozorňující na zanedbávání se velmi podobají psychickému týrání, kde dítě neustále prožívá úzkostné a fobické strachy před okolním světem, kde jsou

typické neurotické poruchy chování a mnohé další, které jsou již popsány v kapitole psychické týrání.

6 SEXUÁLNÍ ZNEUŽÍVÁNÍ DĚTÍ

Sexuální zneužívání dětí je diferencován jako samostatný syndrom označovaný jako CSA – Child Sexual Abused syndrome.

Definice pohlavního zneužívání dle znění zákoníku § 242 trestního zákona zní: „*ten, kdo vykonává soulož s osobou mladší než 15 let nebo kdo takovou osobu jiným způsobem pohlavně zneužije, bude potrestán odnětím svobody na jeden až osm let*“ (Weiss a kol., 2000, s. 138). Dle § 243 trestního zákona ten : „*kdo zneužívaje závislosti osoby mladší 18 let nebo osoby svěřené do jeho dozoru, přiměje ji k mimomanželské souloži, nebo kdo takovou osobu, zneužívaje její závislosti, jiným způsobem pohlavně zneužije, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta...*“ (Weiss a kol., 2000, s. 138).

V poslední době se u nás začíná soustřeďovat více pozornosti na děti, které jsou obětí sexuálního zneužívání. To je dáno do souvislosti s rozvojem feministického a emancipačního hnutí žen, kdy se o problematice existence sexuálního zneužití a incestu v rodinách začalo otevřeně hovořit.

Ve státech USA se výrazně liší věk zákonem povoleného pohlavního styku a to v rozsahu věku od 11 do 18 let, což je velmi zajímavé v tom, že spousta dívek je tedy chráněna, i když ve většině zemí by zákonem chráněna nebyla. U nás je jako trestný čin považován fyzický kontakt pachatele na dítě vedoucí k sexuálnímu vzrušení, v USA je za trestný čin definována verbální komunikace s podkladem erotického obsahu, vystavování dítěte erotickým obrazovým materiálům i vystavení pohledu na nahé dítě je zde považováno za trestný čin. Přes tyto údaje však velká spousta dětí je vystavena pohlavnímu zneužívání opakovaným způsobem. To však mívá katastrofální následky v dalším budoucím psychosexuálním vývoji oběti. (Weiss a kol., 2000).

6.1 Formy sexuálního zneužívání

Mezi formy sexuálního zneužívání se řadí nekontaktní sexuální aktivity a kontaktní sexuální aktivity.

Nekontaktní sexuální aktivity dle Vágnerové (2004) zahrnují tyto oblasti zneužívání dítěte:

- Verbální komentáře se sexuálním obsahem – jako jsou obscénní telefonáty, jimiž pachatelé svou verbální komunikací nahánějí dětem strach, jelikož dítě v danou chvíli tomuto obsahu nerozumí a neví, co se děje, proč s ním někdo takovým stylem

komunikuje. Dítě se cítí zmatené a neví, jak se v takové situaci zachovat, jelikož pachatelé, kteří tyto obscénní telefonáty vykonávají, často dítě upozorňují, že pokud něco prozradí rodičům či jiným lidem, budou za to silně potrestáni sami děti či jejich nejbližší, a tomu dítě samozřejmě rozumí velmi dobře a proto tyto nebezpečné situace udržují v tajnosti pře okolím.

- Exhibicionismus – do této kategorie sexuálního zneužívání se řadí obnažování nahých mužů, kteří své genitálie ukazují veřejnému okolí, ale především je těší představa vykonávat obnažení před dítětem. Tato forma však nemá až tak nepříznivý dopad.
- Voyeurismus – pachatel se uspokojuje při tajném sledování dítěte, nebo otevřeně pozoruje dítě při svlékání, oblékání, při hygieně, což má za následek jeho silné vzrušení.

Mezi kontaktní formy sexuálního násilí řadí Vaničkova a kol. (1999) tyto oblasti sexuálního zneužívání:

- Pohlavní styk vaginální, anální či orální
- Intrafemorální pohlavní styk – což je ukájení pachatele mezi stehny dítěte
- Dotýkání se erotogenních míst dítěte – jako jsou genitálie, stehna, hlazení břicha dítěte
- Zavádění prstů, jazyka či předmětů do vaginy nebo anusu dítěte
- Laskání prsou a genitálií dítěte

6.1.1 Kategorie závažnosti sexuálního násilí

Russel (1983) dává do spojitosti formy kontaktního a nekontaktního sexuálního zneužívání do tří kategorií dle závažnosti:

- Velmi závažné formy – mezi tyto formy se řadí vynucený orální styk, kdy je dítě hlavním iniciátorem tohoto aktu, orální sex, kdy je dítě pasivním účastníkem tohoto aktu, uskutečněný pohlavní vaginální styk penisem, anální pohlavní styk uskutečněný na dítěti penisem.
- Středně závažné formy – osahávání a laskání dítěte na intimních partiích jeho těla, zavádění různých předmětů či prstů do vaginy dítěte.

- Nejméně závažné formy – fotografování nahého těla dítěte, vášnivé polibky pachatele s dítětem, vzájemné svlékání pachatele a oběti, ukazování pornografických časopisů dítěti.

6.2 Komerční forma zneužívání

Komerční forma zneužívání – commercial sexual child abuse, zaujímá velmi význačné místo na světovém trhu pornografie, který se stále rozrůstá. Do této kategorie se sem zařazují především dětské pornografie obrazového či zvukového charakteru, dětská prostituce a sexuální turistika.

6.2.1 Dětská pornografie

Obrazová pornografie slouží k vyobrazení dítěte při skutečné či hrané souloži s vystavováním intimních částí těla pro sexuální uspokojení uživatelů.

Zvuková pornografie slouží k sexuálnímu uspokojení uživatele za pomoci dětského hlasu, který je opět simulovaný či skutečný. (Vaníčková a kol., 1999).

Pornografie je pak: *„porušováním práv dítěte, a to porušením, které má závažné následky v rovině fyzické a emocionální. Patří k nim zejména zbrždění psychosociálního vývoje dítěte, uzavření se do sebe, protispolečenské chování, náhlé změny nálady, deprese, strach, úzkost, nemoc a poškození. Jde však o složitou otázku zahrnující různé stupně násilí“*. (Vaníčková a kol., 1999, s. 93).

Pornografie dětí je velmi výnosná jak pro výrobce, prostředníky, tak i distributory. Velkou spoustu těchto pornografických nahrávek s využitím dětí nabízí ve velké škále internet, který má neustále se rostoucí okruh těchto pedofilů, kteří tyto stránky neustále navštěvují a není tak velkým problémem se k nim dostat. Avšak videokazety a velké množství DVD nosičů jsou neustále v přenosu a distribuci mezi pedofilními jedinci navzájem. Tato dětská pornografie se nadále obohatila o sexuální vraždy, což je známé pod názvem snuff movies. Tento název pochází od amerického novináře z roku 1976, kde oběť netuší za jakým účelem je scéna pořízena. (Vaníčková a kol., 1999).

6.2.2 Dětská prostituce

Dle odhadů na dětský trh vstoupí nelegálně přes jeden milión dětí, jejichž obraty dosahují několika miliard. Většina dětí sem spadají z donucení, unesení, či byly prodány a donuceny k sexuálním účelům. Pro tyto účely se spíše využívají dívky, ale i chlapci nebývají

výjimkou. Obvykle občané, kteří děti využívají k těmto praktikám, jsou řádnými občany státu. Mezi hlavní faktory přispívající k dětské prostituci patří zejména finanční tíseň rodin, avšak ne vždy je příčinou tohoto jevu. Velkou část na této problematice hraje konzumní společnost, která prahne po materiálním blahobytu. Tato konzumní společnost vede lidi k tomu, že v dětech nevidí živé bytosti, ale jen prostředek ke zbohatnutí a nabytí materiálních hodnot, které jsou pro tyto občany cennější než děti. (Vaníčková a kol., 1999).

Ovšem v České republice neexistuje žádné speciální ustanovení, které by hájilo děti před prostitucí. Prostituce tedy celková, která zahrnuje i dospělé osoby legislativou České republiky, postihována není. Ovšem osoby mladší patnácti let i osoby mladší osmnácti let jsou chráněny ustanoveními trestního zákona. Jako je např. § 204 o kuplířství, který definuje, že za trestný čin je postihován ten: „*kdo jiného zjedná, přiměje nebo svede k provozování prostituce, nebo kdo kořistí z prostituce provozované jiným*“.
(Vaníčková a kol., 1999, s. 102).

6.2.3 Sexuální turistika

Sexuální turistika je poměrně mladý jev, který vznikl v polovině dvacátého století. Sexuální turistika nespadá jen do moci pedofilních jedinců, ale i na skupiny lidí, kteří vyhledávají sexuální kontakt s dětmi pouze příležitostně. Nejčastěji jsou vyhledávány děti pubertálního věku. Sexuální turistika se značně rozmáhá díky svobodnému cestování do většiny částí země, ať již z důvodů pracovních či rekreačních. Tito sexuální turisté však obvykle přijíždějí z ekonomicky rozvinutých zemí. U této problematiky je značně nutné posílit spolupráci členských zemí v soudní oblasti proti vykořisťování dětí z hlediska sexuální turistiky. Tato sexuální turistika je zcela typická pro asijské země, kde je vykořisťování dětí normálním jevem. (Vaníčková a kol., 1999).

6.3 Citové prožívání pohlavně zneužívaného dítěte

Dítě nebo mladistvá osoba, která se stane obětí pohlavního zneužívání, se s touto situací vyrovnává velmi špatně. Jako první nastává tzv. fáze šoku, kdy si oběť vytěšňuje ze své mysli nepříjemné zážitky a celkové trauma, kterému byl hlavním aktérem. Po období několika dnů až měsíců dochází k mobilizaci obranných mechanismů. U oběti často dochází k regresi se sebedestruktivním chováním, u mladistvých se k tomu obvykle přidává užívání návykových látek, sebepoškozování i pokusy o vraždu nejsou výjimkou.

V průběhu tohoto bouřlivého období však dochází i ke stimulaci těchto projevů a nastává tzv. znovunalezení rovnováhy, které trvá několik měsíců či rok. (Vaníčková a kol., 1999).

Odolnost dítěte postavit se této traumatické události závisí na několika faktorech, jakými jsou jeho osobnostní charakteristiky, schopnost zvládnání zátěžových situací a zda je jeho rodina funkční či dysfunkční. Významným činitelem v této situaci je postoj osoby, která chce dítěti pomoci a profesionální pomoc odborníků. Pokud totiž dítě takové pomoci nedosáhne, ve většině případech u dítěte vzniká posttraumatická stresová porucha s nebezpečím se sebevražednými sklony. (Vaníčková a kol., 1999).

U dítěte do půl roku po aktu ve velké míře nastávají psychosomatické stavy jako je špatné trávení, neustálé pocení, zrychlené bušení srdce, bolesti hlavy a bolesti břicha, které jsou doprovázeny stavy úzkosti jako je celkový nezájem, neschopnost se soustředit. Do velké míry se k těmto stavům přidružují pocity strachu, které jsou charakteristické vyhybavým chováním v různých situacích doprovázenými depresivními sklony s narušenou celkovou duševní rovnováhou, která zapříčiňuje sebevražedné sklony již v dětském věku, která je nejčastější příčinou úmrtí již malých dětí hned po úrazech. (Vaníčková a kol., 1999).

6.4 Znaky upozorňující na pohlavní zneužívání

Elliotová (1995) zaznamenala tyto znaky týkající se pohlavně zneužitých dětí:

- Často se vyjadřují neslušnými výrazy, opakují neslušná slova, které se dítě naučilo od svého pachatele
- Nemají zájem o zábavné aktivity jako je čtení pohádek a hraní si s ostatními dětmi
- Často kreslí pohlavní orgány a dvě postavy mužského a ženského pohlaví
- Při hraní s panenkami napodobují sexuální chování svého pachatele
- Při svlékání spodního prádla je přepadají hysterické pohyby a na spodním prádle se často nachází krev
- Trpí bolestmi či zánětlivými změnami v krční, anální nebo genitální oblasti
- Trpí bolestí při chůzi
- Trpí infekcemi močových cest a zvýšenou citlivostí v genitální či anální oblasti
- Jejich sexuální chování je neúměrně jejich věku
- Jsou smutné, bez nálady či projevují nadměrnou agresivitu
- Je zde časté noční pomočování

7 TERAPIE DÍTĚTE SE SYNDROMEM CAN

Problematicke terapie dítěte se syndromem CAN by měla předcházet systematická prevence, spočívající v předcházení příčin vzniku syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Počínaje *primární prevencí*, kterou rozumíme konkrétní aktivity realizované s cílem předejít problémům a jejich následkům. *Sekundární prevence* jako specifický druh prevence, který se uskutečňuje v rámci podpurných programů zaměřených na rizikové skupiny dětí. *Terciární prevence* se zaměřuje na děti, u kterých syndrom CAN je již rozvinutý a další řešení je v efektivní terapii. Konkrétními náměty pro zlepšení prevence vzniku syndromu CAN u dětí se zabývám v kapitole 10 Náměty a doporučení pro praxi.

Nezákladnějším rysem terapie u dítěte, které se stalo obětí syndromu CAN či CSA je odstranit bariéru v mlčení. To však může být velmi těžké, protože dítě, které zažije takové trauma, bývá ve většině případů uzavřené a velmi úzkostné.

První část terapie by měla být zaměřena na délku a rozsah násilného charakteru, prováděném na dítěti a především zajištění ochrany této oběti. U ochrany dítěte je velmi důležité i postavení nějakého člena rodiny, který by byl schopen oběti plně důvěřovat a podporovat jej. Prolomení tzv. mlčenlivosti by mělo nastat otevřeným diskutabilním přiznáním rodiny oběti. Tato diskutabilní forma by se měla zaměřovat na věci, které se v rodině přihodily a vedly tak k tomuto závažnému jevu, ale především je nutné, aby se terapeut u jednotlivých členů rodiny zaměřil na faktory, které vedly k týrání a zneužívání. Pro dítě je těžké hovořit o týrání nebo zneužívání, velmi těžce se totiž zapojuje do terapeutického procesu. Nicméně terapeut se musí snažit navozovat příjemné prostředí pro dítě a je zapotřebí, aby se dítě o svých zážitcích „rozmluvilo“. Je nutno také prozkoumat jednotlivé oblasti rodiny, které by terapeutovi napomohly k tomu, aby oběti co nejefektivněji pomohl. Podstatným faktorem je, aby se zastavil cyklus týrání a zneužívání provozovaném na dítěti. Důležité je, aby si terapeut získal jeho důvěru, což je v mnoha případech opravdu těžké. Hlavní součástí prvního kroku terapie je přiznat si, že k tomuto traumatickému jevu došlo a rozebírat příčiny, které k syndromu CAN vedly, a rozpracovat i ty příčiny související s touto problematikou, které však měly charakter mlčení v celém kontextu rodiny. (Bentovim, 1998).

Druhá část terapie by měla být soustředěna taktéž na ochranu oběti a vhodné prostředí pro práci s osobami, které jsou součástí této problematiky. Je podstatné, aby terapeut v této fázi

navodil techniky emocionálního a kognitivního zpracování ve vztahu k problémům, které v rodině vedly k týrání, zneužívání a zanedbávání. (Bentovim, 1998).

Třetí část terapie je složena z rehabilitace. Zde jde o zvážení, zda se dítě může do původní rodiny vrátit a zda je možné dále fungovat normálním životem bez tyranského člena rodiny, nebo zda je rodina tak narušena, že dítě se již do své rodiny vrátit nemůže. (Bentovim, 1998).

Čtvrtá část terapie se nazývá kontext nové rodiny. Zde jde především o to, že pokud dítě nebude mít možnost vrátit se do své původní rodiny, bude zapotřebí dítě umístit krátkodobě či trvale do náhradní rodinné péče a většina dětí nadále zůstává v rukou terapeutů, včetně těch, které jsou přemístěny do náhradních rodin. Incidence syndromu CAN však může být vysoká i v pěstounské péči, což do značné míry ovlivňuje dětská opakovaná traumatická zkušenost a způsob postavení se k této problematice daných pěstounů. (Bentovim, 1998).

Vizinová, Preiss (1999) uvádějí, že základem terapie by měl být vždy osobní kontakt tzv. face to face mezi dítětem a terapeutem. Pynoos a Spencer (Vizinová, Preiss, 1999) rozdělili postup při terapii s dítětem, které se stalo obětí syndromu CAN do jednotlivých fází.

První fáze by mělo být tzv. *otvírání*, kdy dítě nejčastěji prostřednictvím hry vyjadřuje své trauma na událost, která se mu přihodila. Nadále se využívají projektní techniky, do které bychom mohli zařadit volnou kresbu či vyprávění příběhu. Především je hlavní, aby se v této první fázi utvořila důvěra mezi terapeutem a dítětem. Dítě musí mít jistotu, že terapeut je tu za účelem mu pomoci.

Druhá fáze se nazývá *trauma*, kde již dětská pozornost se přesouvá od projektních technik a dochází již k přímé diskuzi mezi ním a terapeutem. Je nezbytné, aby odborník postupoval velmi citlivě a byl chopen s dítětem sdílet jeho neštěstí s nabídkou terapeutovi fyzické útěchy.

Třetí fáze je *uzavírání*, kdy je vhodné s dítětem zopakovat a znovu projít celý průběh terapie. Je zapotřebí aby dítěti zdůraznil, že pocity, které prožívá, jsou zcela normální a že v budoucnu může nastat situace, kdy se tyto pocity mohou objevovat. Je však důležité, aby terapeut dítěti pomohl překonat pocity osamocení, čímž se dítě stává schopnější přijímat budoucí pomoc.

7.1 Kam se obrátit pro pomoc

Pokud zjistíme ve svém okolí, že někdo týrá, zneužívá či zanedbává dítě, je nezbytné, aby tuto skutečnost neprodleně ohlásil. Zákonem je stanoveno že: „*každý, kdo zjistí u dítěte některou z forem CAN a CSA, je povinen ohlásit tuto skutečnost či jen závažné podezření na ni orgánu péče o rodinu a děti okresních či městských úřadů, v případě nutnosti přímo policii.*“ (Weiss a kol., 2000, s. 128). Tuto povinnost občan splní i v případě, pokud dítě odešle k lékaři, který jej důkladně vyšetří a na základě vyšetření posoudí jeho aktuální stav, zdokumentuje vlastní poranění či poranění, které si dítě nezpůsobilo svou vinou a v případě nutnosti tento lékař odešle dítě do nemocnice k detailnějšímu vyšetření a dané léčbě, která bude přiměřeně vyhovující jeho stavu. Toto se poté stává dalším krokem, který splňuje povinnost nazývanou se – zamezení dalšímu zneužívání dítěte. Poté se dítě posílá na speciálně medicínské – gynekologické vyšetření a následuje sociální a psychologická terapie, kterou jsem již popsala v předešlé kapitole. (Weiss a kol., 2000).

7.1.1 Druhy institucí kam se obrátit pro pomoc

1. Dětské krizové centrum (DKC)

Tato pracoviště nabízejí pomoc dětem a mladistvým, kteří se nacházejí v životně krizové situaci. Jejich péče se však soustřeďuje i na péči, která je věnována dětem zdravým, nemocným i ohroženým. Dětem postiženým syndromem CAN či CSA poskytuje pomoc intervenční, diagnostickou, terapeutickou a rehabilitační ve spolupráci s poradenskou činností. Práce odborníků nepůsobí pouze na „půdě“ centra ale pracovníci provádějí i terénní práce, které se tak zaměřují na rizikové skupiny. (Weiss a kol., 2000).

2. Pedagogicko-psychologická poradna (PPP)

Tyto poradny se soustřeďují na děti a mladistvé osoby od tří do patnácti let, které mají problémy jak v rodinném tak školním životě a zaměřují se na způsoby co neoptimálnějšího řešení. Objednání se však do této poradny je nutno telefonicky několik dnů předem. (Mufsonová, Kranzová 1996).

3. Poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy

Tato poradna není vymezena věkem klientům. Poradna se zabývá vztahy mezi partnery navzájem, rodiči a dětmi a zabývá se taky vztahy mezi generacemi. Do této poradny může

člověk přijít individuálně nebo s celou rodinou. Objednání je opět nutné sjednat několik dnů předem. (Mufsonová, Kranzová 1996).

4. Psychoterapeutická centra a psychoterapeutická pracoviště

Tato centra a pracoviště obvykle mívají určený věkový rozsah svých klientů, ale ve většině případů se tato pracoviště věnují dětem a mladistvým. Obvykle se sem přichází na doporučení jiného pracovníka. Tato pomoc je zaměřena na osobní či rodinné problémy, se kterými se dotyčný neví rady a jedince doprovází pocity úzkostí a deprese. Na začátku sezení se psychiatr pokusí zmapovat situaci či použije psychologický test na prozkoumání dotyčné osobnosti. (Mufsonová, Kranzová 1996).

5. Linka důvěry

Bývají součástí krizového centra, psychoterapeutického centra nebo poradny ale také mohou fungovat jako samostatná pracoviště. Hovory na linku důvěry jsou anonymní a slouží k řešení jakéhokoli problému. Na lince důvěry pracují terapeuti, psychologové, lékaři či sociální pracovníci. (Mufsonová, Kranzová 1996).

6. Intervenční centrum

Intervenční centrum je zaměřeno na pomoc lidem, kteří jsou ohroženi násilným chováním ze strany svých blízkých či žijících s nimi ve společné domácnosti. Tato pomoc je poskytována nepřetržitě a všem věkovým kategoriím. Pomoc se nabízí jak psychologická, sociální, lékařská a právní povahy. Je taktéž zaměřena na sociálně terapeutickou pomoc. (Hanušová, 2006).

7. Oddělení sociálně právní ochrany dětí (OSPOD)

Tento orgán se především zaměřuje na ochranu práv, zájmů a potřeb dětí, které jsou důležité pro jejich vývoj a řádnou výchovu. Působí i v situacích, kde jsou funkce rodiny silně narušeny. OSPOD nadále sleduje, jakým způsobem jsou dodržována práva dítěte, které se ocitli v ústavní péči a toto oddělení má povinnost toto dítě pravidelně navštěvovat a sledovat jeho vývoj a zároveň přezkoumat situaci natolik, zda by dítě mohlo být vráceno zpět do rodiny či mu být poskytnuta některá z forem náhradní rodinné péče. (Hanušová, 2006).

8. Fond ohrožených dětí (FOD)

Toto občanské sdružení napomáhá opuštěným, týráním a zanedbávaným dětem. Po dobu své existence toto sdružení napomohlo stovkám dětí, které se staly obětí syndromu CAN. (Pelzer, 1995).

9. Česká společnost na ochranu dětí

Následující společnost je zaměřena na ochranu a pomoc dětem, které žijí v násilnických rodinách. InSTITUTE vyvíjí úsilí na podporu zdraví a zdravého vývoje dítěte vyrůstajících jak ve vlastních rodinách či mimo rodinu. (Pelzer, 1995).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

8 PROJEKT VÝZKUMU

Ve výzkumné části své práce se zaměřuji na zjištění odpovědi na můj výzkumný problém, který zní: „*Do jaké míry jsou rodiče obeznámeni s problematikou syndromu CAN.*“ Jde mi především o zjištění toho, na kolik jsou rodiče seznámeni s pojmem syndromu CAN, jeho projevy, problematikou, charakteristikou a prevencí. Zároveň mi výsledky mého výzkumu umožní získat ty oblasti problematiky syndromu CAN, v nichž jsou vědomosti rodičů dostatečné stejně jako ty, v nichž jsou nedostatečné. Vzhledem k tomu, že byl výzkum uskutečněn u tří profesně odlišných skupin rodičů, jsem získala možnost srovnání jejich vědomostí ve vztahu k jejich profesi.

8.1 Cíl výzkumu

Cílem mého výzkumu je zjistit na kolik jsou rodiče obeznámeni s problematikou syndromu CAN, s jeho projevy, charakteristikou a prevencí. Výsledky získám od tří profesně odlišných skupin rodičů, které mi umožní vzájemné srovnání. Tyto tři skupiny rodičů tvoří: rodiče ze zdravotnických profesí, rodiče z úřednických profesí a rodiče pracující v manuálních profesích.

Ze získaných informací rozlišných skupin rodičů hodláme odvodit, ve kterých oblastech jsou jejich znalosti z problematiky syndromu CAN dostatečné a ve kterých nikoli. Na základě toho lze pak konstatovat, jaké znalosti by u rodičů měly být zlepšeny a prohloubeny.

Díličními cíli výzkumu chceme získat odpovědi na následující otázky:

- 1) Jaká je obeznámenost rodičů s problematikou se syndromem CAN?
- 2) Jaká je problematika projevů syndromu CAN?
- 3) Jaká je charakteristika syndromu CAN?
- 4) Jaká je prevence syndromu CAN?

8.2 Stanovení hypotéz

Jelikož výzkum, který jsem realizovala pomocí dotazníkového šetření, je výzkumem kvantitativním, zaměřeným taktéž na vzájemné srovnání tří skupin rodičů, jsem formulovala dvě hypotézy.

Problém 1: Mají rodiče ze zdravotnických profesí v oblastech syndromu CAN vyšší úroveň vědomostí než rodiče z manuálních profesí a úřednických profesí?

Hypotéza (H1): Rodiče ze zdravotnických profesí mají v oblastech syndromu CAN vyšší úroveň vědomostí než rodiče z manuálních profesí a úřednických profesí.

Problém 2: Mají rodiče z úřednických profesí v oblastech syndromu CAN vyšší úroveň vědomostí než rodiče z manuálních profesí?

Hypotéza (H2): Rodiče z úřednických profesí mají v oblastech syndromu CAN vyšší úroveň vědomostí než rodiče z manuálních profesí.

8.3 Metoda výzkumu

Pro výzkum problematiky syndromu CAN jsem si zvolila metodu dotazníkového šetření, která spadá do oblasti kvantitativního výzkumu. Dotazník je anonymní a zahrnuje 21 položek týkajících se dané problematiky. Dotazník jsem sestavila samostatně ve spolupráci s vedoucím bakalářské práce. K formulaci položek dotazníku jsem využila poznatky získané z teorie.

V dotazníku jsou kombinovány otázky polootevřené (3, 4, 5, 6, 7, 9), které umožňují respondentovi vybrat odpověď jak z nabídky odpovědí, tak i vlastními slovy, a otázky uzavřené polytomické (1, 2, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21), které respondentům nabízejí pouze výběr z předem připravených odpovědí, a jedna dichotomická (20), která dává na výběr pouze jednu z možností. Při vytváření položek dotazníku jsem brala v úvahu i fakt, že většina respondentů pojem syndromu CAN ode mne uslyší zřejmě poprvé.

Po navrácení vyplněných dotazníků proběhlo zpracování dat a interpretace výsledků. Konkrétně jsem tedy provedla kontrolu odpovědí (zda jsou vyplněny všechny položky dotazníku) a grafické zpracování dat (Microsoft Word – tabulky, Excel – sloupcové grafy). Následně jsem poté provedla srovnání výsledků s hypotézami a cíli výzkumu.

8.4 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek pro mé šetření tvořily tři profesně odlišné skupiny rodičů ve městě Luhačovicích – rodiče ze zdravotnických profesí, rodiče z úřednických profesí a rodiče pracující v manuálních profesích. Jejich výběr byl prováděn záměrným výběrem. Nejprve jsem navázala kontakt a spolupráci se zdravotním střediskem Luhačovice a Lázněmi Luhačovice pro získání respondentů ze zdravotnických profesí (lékaři, zdravotní sestry a zdravotní personál). Následně jsem kontaktovala Městský úřad Luhačovice pro získání spolupráce s úředníky a pro spolupráci poslední skupiny manuálně pracujících rodičů jsem

kontaktovala firmu Zálesí Luhačovice, která se orientuje na výrobu laminátových tub pro kosmetický, farmaceutický a potravinářský průmysl.

Mnou zvolený výzkumný vzorek v daném složení však postrádá rysy reprezentativnosti a proto závěry budu vztahovat pouze k tomuto výběrovému souboru.

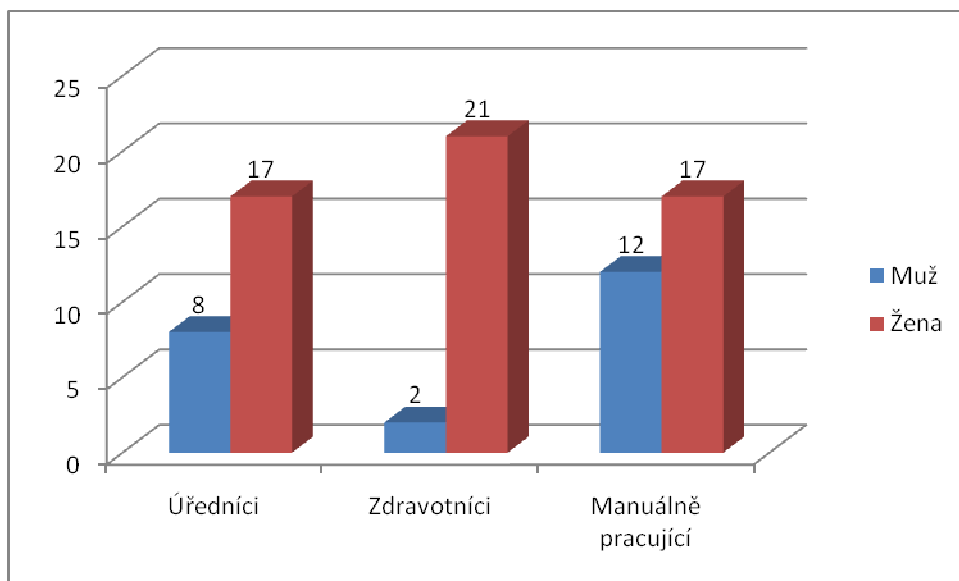
Počet dotazníků, které jsem v rámci svého výzkumu rozdala, byl 90. Jejich návratnost byla 89 %, což představuje 80 dotazníků. Z těchto 80 navrácených dotazníků jsem však musela 3 vyřadit z důvodu jejich neúplného vyplnění. Celkový počet dotazníků, které jsem tedy vyhodnotila je 77.

Ze 77 získaných správně vyplněných dotazníků pocházelo od 22 mužů (29 %), z nichž 2 muži jsou ve věkovém rozmezí 25 – 30 let, 8 mužů je v rozmezí 30 – 40 let a 12 mužů v rozmezí 40 – 60 let, a 55 žen (71 %), z nichž 6 žen je ve věkovém rozmezí 25 – 30 let, 10 žen je v rozmezí 30 – 40 let a 39 žen je v rozmezí mezi 40 – 60 roky.

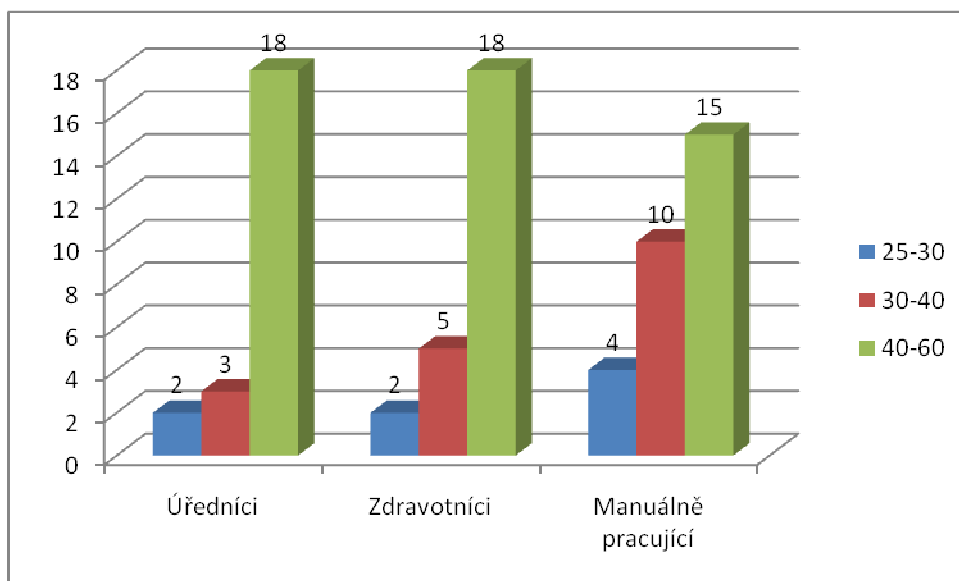
Tab. 1: Rozdělení respondentů dle pohlaví a věku

Věkové rozmezí	Úředníci		Zdravotníci		Manuálně pracující		Celkem pohlaví
	muž	žena	muž	žena	muž	žena	
25 - 30	0	2	1	1	1	3	8
30 - 40	1	2	2	3	5	5	18
40 - 60	1	17	5	13	6	9	51
Absolutní četnost	2	21	8	17	12	17	77
Relativní četnost	2,60%	27,27%	10,39%	22,08%	15,58%	22,08%	100,0%

Graf č. 1 Rozdělení respondentů podle pohlaví



Graf č. 2 Rozdělení respondentů podle věku

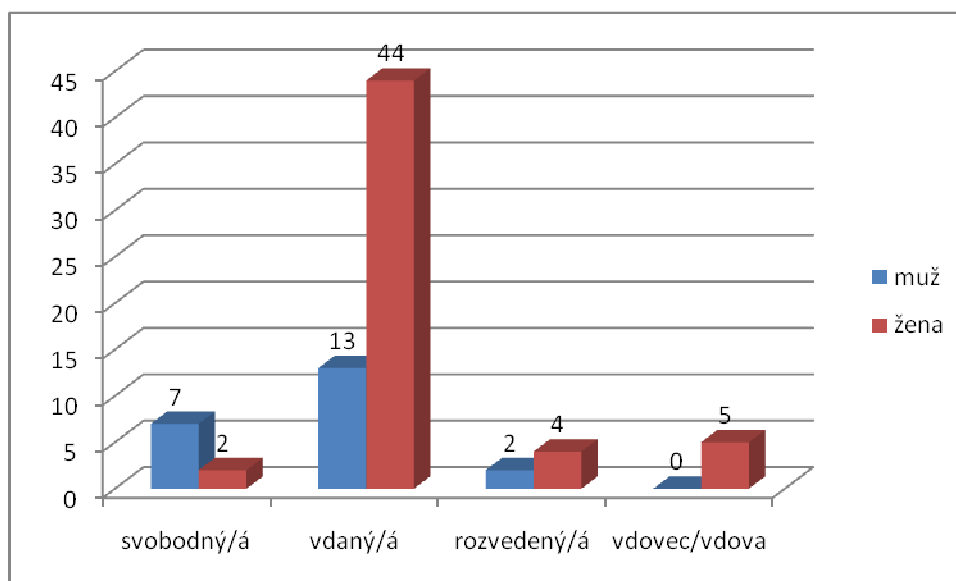


Z hlediska rodinného stavu je z 22 respondentů mužů 7 svobodných (31,82 %), 13 ženatých (59,09 %) a 2 rozvedení (9,09 %). Mezi ženami jsou pak 2 svobodné (3,64 %), 44 vdaných (80 %), 4 rozvedené (7,27 %), 5 vdov (9,09 %).

Tab. 2: Rozdělení respondentů podle rodinného stavu

Rodinný stav	Muž	Vyjádřeno v % muži	Žena	Vyjádřeno v % ženy
Svobodný/á	7	31,82	2	3,64
Ženatý/vdaná	13	59,09	44	80,0
Rozvedený/á	2	9,09	4	7,27
Vdovec/vdova	0	0	5	9,09
Celkem	22	100,00	55	100,00

Graf č. 3 Rozdělení respondentů podle rodinného stavu

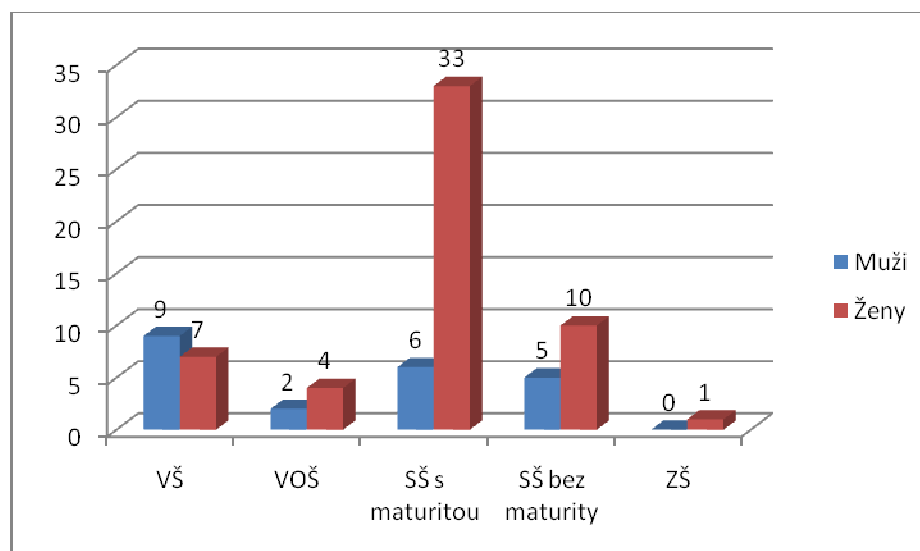


Pokud jde o nejvyšší ukončené vzdělání respondentů, pak u mužů dosáhlo vysokoškolského vzdělání 9 mužů (40,91 %), vyššího odborného vzdělání dosáhli 2 muži (9,09 %), středoškolského vzdělání s maturitou 6 mužů (27,27 %), středoškolského vzdělání bez maturity 5 mužů (22,73 %), jen základní vzdělání nemá nikdo. U žen jsou pak z hlediska nejvyššího ukončeného vzdělání tyto počty: vysokoškolského vzdělání dosáhlo 7 žen (12,73 %), vyššího odborného vzdělání 4 ženy (7,27 %), středoškolského s maturitou 33 žen (60 %), středoškolského bez maturity 10 žen (18,18 %) a 1 žena (1,82 %) se základním vzděláním.

Tab. 3: Rozdělení respondentů podle nejvyššího ukončeného vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	Muži	Vyjádřeno v % muži	Ženy	Vyjádřeno v % ženy
Vysokoškolské vzdělání	9	40,91	7	12,73
Vyšší odborné vzdělání	2	9,09	4	7,27
Středoškolské vzdělání s maturitou	6	27,27	33	60,0
Středoškolské vzdělání bez maturity	5	22,73	10	18,18
Základní vzdělání	0	0	1	1,82
Celkem	22	100,00	55	100,00

Graf č. 4 Nejvyšší ukončené vzdělání

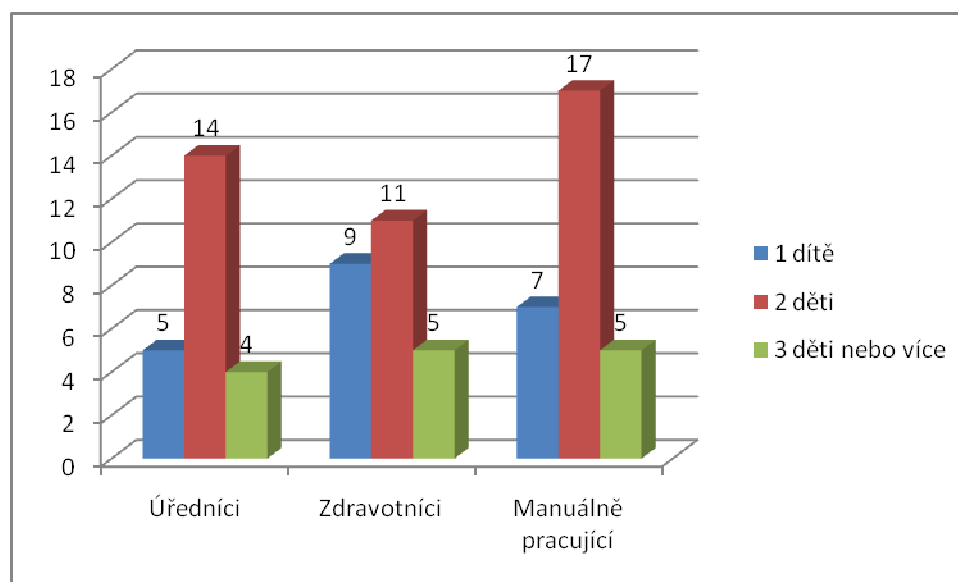


Ve skupině rodičů z profese úředníků 1 dítě uvedlo 5 respondentů (21,74 %), 2 děti uvedlo 14 respondentů (60,87 %) a 3 děti nebo více uvedli 4 respondenti (17,39 %). Počet dětí pro skupinu rodičů z profese zdravotnických činí: 1 dítě uvedlo 9 respondentů (36 %), 2 děti uvedlo 11 respondentů (44 %) a tři děti nebo více uvedlo 5 respondentů (20 %). Počet dětí pro skupinu rodičů z manuálních profesí činí: 1 dítě uvedlo 7 respondentů (24,14 %), 2 děti uvedlo 17 respondentů (58,62%) a 3 nebo více dětí uvedlo v dotazníku 5 respondentů (17,24 %).

Tab. 4: Rozdělení respondentů podle počtu dětí

Počet dětí	Úředníci	Vyjádřeno v % úředníci	Zdravotníci	Vyjádřeno v % zdravotníci	Manuálně pracující	Vyjádřeno v % manuálně pracující
1 dítě	5	21,74	9	36,0	7	24,14
2 děti	14	60,87	11	44,0	17	58,62
3 děti nebo více	4	17,39	5	20,0	5	17,24
Celkem	23	100,00	25	100,0	29	100,00

Graf č. 5 Počet dětí



9 REALIZACE A ZPRACOVÁNÍ VÝZKUMU

9.1 Realizace výzkumu

Výzkum u jednotlivých skupin rodičů probíhal od začátku listopadu 2008 do konce ledna 2009 ve městě Luhačovice. Rodiče jsem si rozdělila podle tří profesí, jejichž skupiny tvořili respondenti z úřednických profesí, ze zdravotnických profesí a manuálních profesí. Kontakty s úředníky jsem tedy navázala na Městském úřadě, se zdravotníky na Zdravotním středisku a v Lázních Luhačovice. Za manuálně pracující respondenty jsem kontaktovala firmu Zálesí. V rámci spolupráce jsem navázala kontakty s vedoucími pracovníky jednotlivých zařízení, s nimiž jsem si domluvila informační schůzku. Na této schůzce jsem vedoucí pracovníky seznámila se svým výzkumem, s jeho obsahem a jeho cíli. Zároveň jsem jim představila dotazník, který sloužil jako výzkumná metoda k mému výzkumu. Po společné konzultaci a dohodě mi bylo umožněno dotazníky v daných zařízeních rozdat. Každý rozdaný dotazník obsahoval průvodní dopis s instrukcí (viz. Příloha P1), každý respondent byl navíc ještě seznámen o účelu dotazníkového šetření a jeho průběhu. Respondenti byli obeznámeni s anonymitou dotazníku a s důvěrností sdělených informací. Po vyplnění dotazníků respondenty jednotlivých zařízení došlo k jejich sběru, který pro mě zrealizovali vedoucí těchto zařízení a následně mě kontaktovali pro vyzvednutí si dotazníků. Následnou administraci jsem poté prováděla sama.

9.2 Zpracování výzkumu

Z celkového počtu 90 rozdaných dotazníků se jich navrátilo 80, se kterými jsem dále pracovala. Těchto 80 dotazníků prošlo čištěním dat, tedy kontrolou odpovědí – zda jsou vyplněny všechny. Na základě toho jsem vyřadila 3 dotazníky, jejichž vyplnění nebylo kompletní. Celkový počet zpracovaných dotazníků činí 77.

Samotné zpracování proběhlo na základě analýzy odpovědí respondentů a interpretování výsledků v grafickém zpracování dat. Použila jsem přitom Microsoft Word a Microsoft Excel, kde jsem vytvořila tabulky a sloupcové grafy.

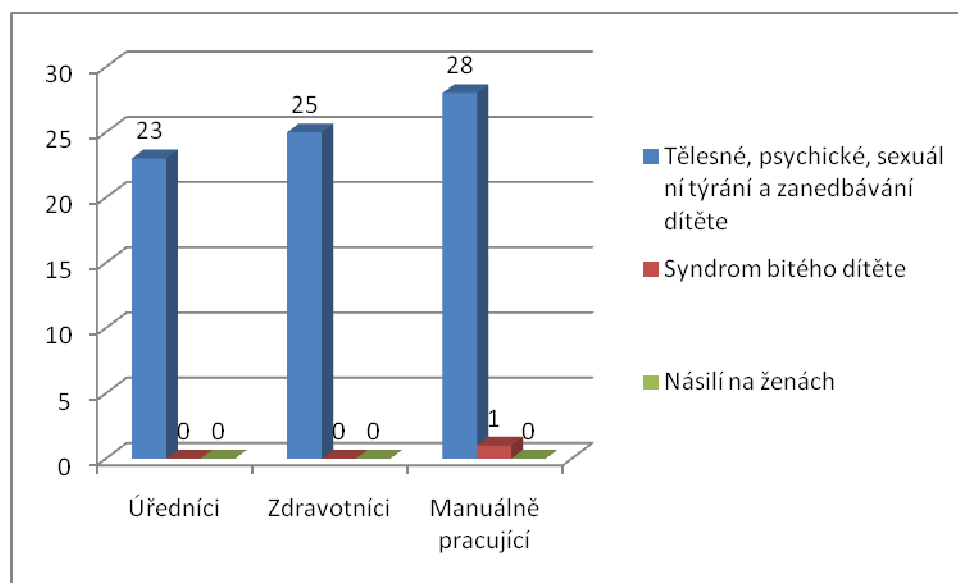
9.2.1 Výsledky výzkumu

Otázka č. 1: Co podle Vás znamená syndrom CAN?

Tab. 5: Odpovědi respondentů na otázku co je to syndrom CAN

	Úředníci	Vyjádřeno v % úředníci	Zdravotníci	Vyjádřeno v % zdravotníci	Manuálně pracující	Vyjádřeno v % manuálně pracující
Tělesné, psychické, sexuální týrání a zanedbávání dítěte	23	100,0	25	100,0	28	96,55
Syndrom bitého dítěte	0	0	0	0	1	3,45
Násilí na ženách	0	0	0	0	0	0
Celkem	23	100,0	25	100,0	29	100,00

Graf č. 6 Odpovědi respondentů na otázku co je to syndrom CAN



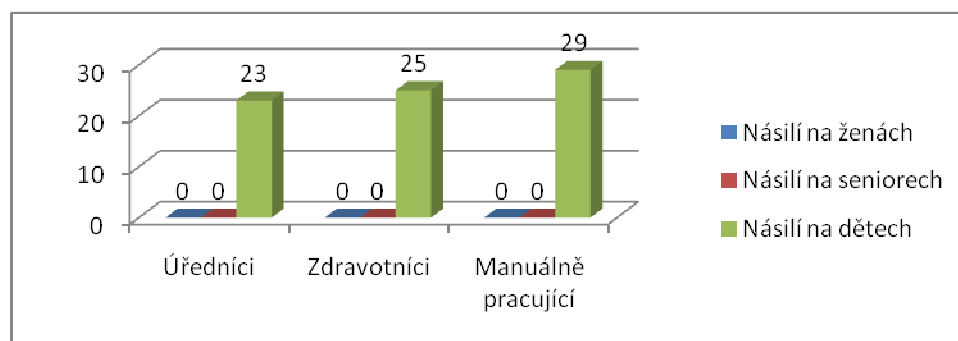
Tabulka 5 a graf č. 6 ukazují, že rodiče v profesních skupinách zdravotníků a úředníků mají 100 % povědomí o tom, co znamená pojem syndrom CAN, zatímco ve skupině rodičů manuálně pracujících se vyskytl 1 respondent (3,45 %), který na danou otázku odpověděl nesprávně, a to tak, že syndrom CAN je syndrom bitého dítěte.

Otázka č. 2: Jaké projevy byste do syndromu CAN zahrnul/a?

Tab. 6: Odpovědi respondentů na otázku, co syndrom CAN zahrnuje

	Úředníci	Vyjádřeno v % úředníci	Zdravotníci	Vyjádřeno v % zdravotníci	Manuálně pracující	Vyjádřeno v % manuálně pracující
Násilí na ženách	0	0	0	0	0	0
Násilí na seniorech	0	0	0	0	0	0
Násilí na dětech	23	100,0	25	100,0	29	100,0
Celkem	23	100,0	25	100,0	29	100,0

Graf č. 7 Odpovědi respondentů na otázku, co syndrom CAN zahrnuje



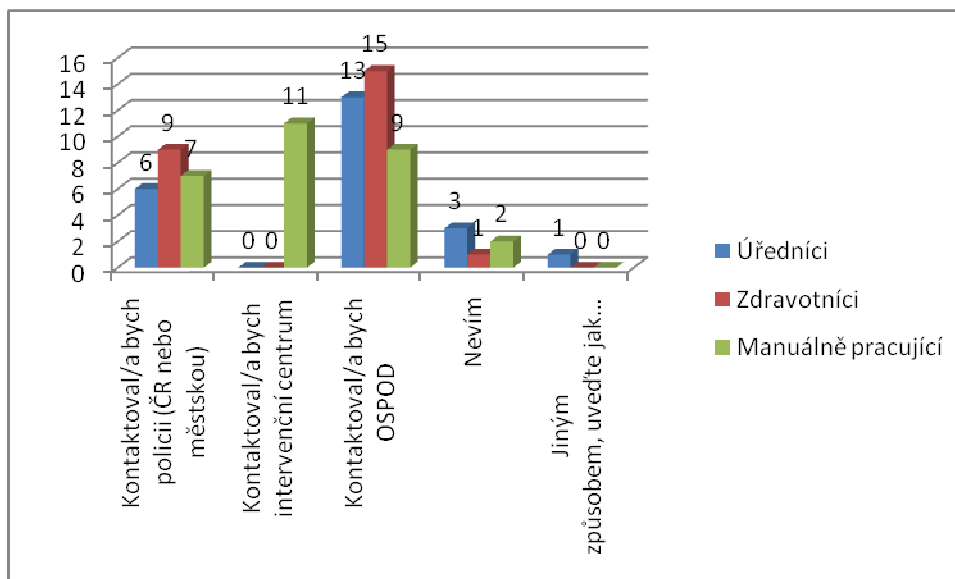
Tabulka 7 a graf č. 8 ukazují, že rodiče ze všech profesních skupin zvolili správnou možnost odpovědi, tedy že do syndromu CAN by zahrnuli násilí na dětech.

Otázka č. 3: Jak sám/sama byste zareagoval/a, kdybyste se setkal/a u někoho ve svém okolí s projevy syndromu CAN?

Tab. 7: Reakce respondentů na setkání se syndromem CAN

	Úředníci	Vyjádřeno v % úředníci	Zdravotníci	Vyjádřeno v % zdravotníci	Manuálně pracující	Vyjádřeno v % manuálně pracující
Kontaktoval/a bych policii (ČR nebo městskou)	6	26,09	9	36,0	7	24,14
Kontaktoval/a bych intervenční centrum	0	0	0	0	11	37,93
Kontaktoval/a bych OSPOD	13	56,52	15	60,0	9	31,03
Nevím	3	13,04	1	4,0	2	6,90
Jiným způsobem, uveďte jak...	1	4,35	0	0	0	0
Celkem	23	100,00	25	100,0	29	100,00

Graf č. 8 Reakce respondentů na setkání se syndromem CAN



Skupina rodičů pracujících v úřednické profesi odpověděla, že 6 respondentů (26,09 %) by kontaktovalo policii, orgán sociálně právní ochrany dětí by kontaktovalo 13 respondentů (56,52 %), 3 respondenti (13,04 %) odpověděli nevíím a 1 respondent (4,35 %) si vybral

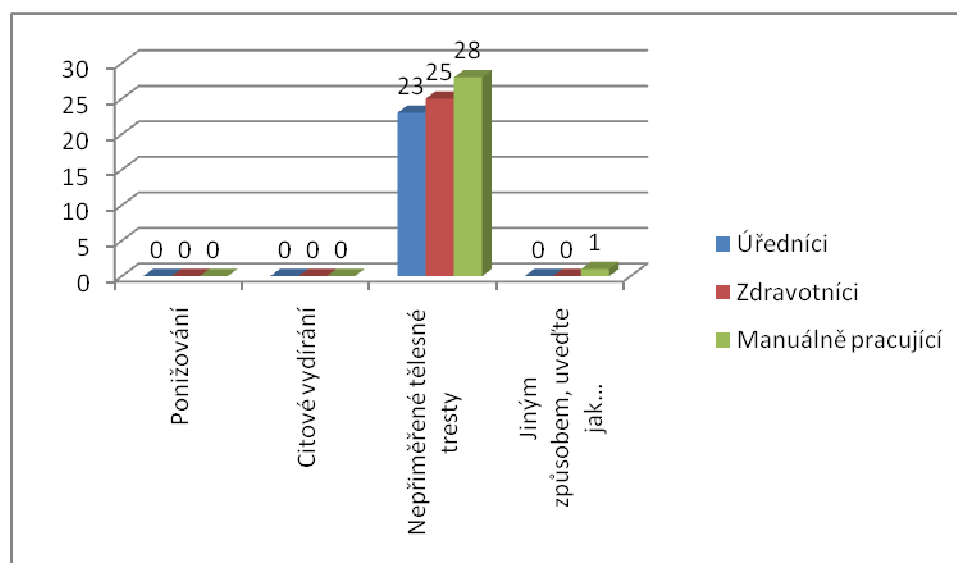
možnost odpovědět jinak - tento respondent by kontaktoval sociální odbor. Skupina rodičů pracujících v oblasti zdravotnictví odpověděla, že 9 z nich (36 %) by kontaktovalo policii, 15 respondentů (60 %) by kontaktovalo orgán sociálně právní ochrany dětí a 1 respondent (4 %) odpověděl nevím. Rodiče z manuálních profesí odpovídali následovně a to tak, že 7 respondentů (24,14 %) by kontaktovalo policii, 11 respondentů (37,93 %) by navázali spojení s intervenčním centrem, 9 respondentů (31,03 %) by kontaktovalo oddělení sociálně právní ochrany dětí a 2 respondenti (6,90 %) odpověděli na danou otázku nevím.

Otázka č. 4: Co si představujete pod pojmem fyzické týrání?

Tab. 8: Představy respondentů o pojmu fyzické týrání

	Úředníci	Vyjádřeno v % úředníci	Zdravotníci	Vyjádřeno v % zdravotníci	Manuálně pracující	Vyjádřeno v % manuálně pracující
Ponižování	0	0	0	0	0	0
Citové vydírání	0	0	0	0	0	0
Nepřiměřené tělesné tresty	23	100,0	25	100,0	28	96,55
Jiným způsobem, uveďte jak...	0	0	0	0	1	3,45
Celkem	23	100,0	25	100,0	29	100,00

Graf č. 9 Představy respondentů o pojmu fyzické týrání



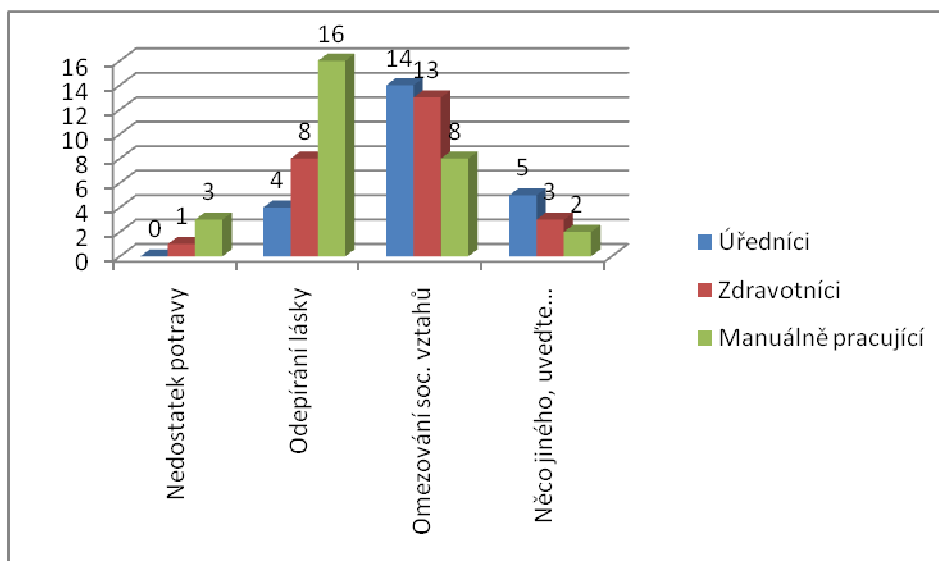
Dle tabulky 8 a grafu č. 9 odpověděli rodiče z úřednických profesí a ze zdravotnických profesí, že pod pojmem fyzické týrání si představují nepřiměřené tělesné tresty, zatímco 1 rodič (3,45 %) z manuálních profesí využil možnosti odpovědět jiným způsobem – konkrétně si pod pojmem fyzické týrání představuje jak ponižování, citové vydírání tak i tělesné tresty a zbylých 28 respondentů (96,55 %) z manuálních profesí si pod tímto pojmem představují nepřiměřené tělesné tresty.

Otázka č. 5: Co si představujete pod pojmem psychické týrání?

Tab. 9: Představy respondentů o pojmu psychické týrání

	Úředníci	Vyjádřeno v % úředníci	Zdravotníci	Vyjádřeno v % zdravotníci	Manuálně pracující	Vyjádřeno v % manuálně pracující
Nedostatek potravy	0	0	1	4,0	3	10,34
Odepírání lásky	4	17,39	8	32,0	16	55,17
Omezování sociálních vztahů	14	60,87	13	52,0	8	27,59
Něco jiného, uveďte...	5	21,74	3	12,0	2	6,90
Celkem	23	100,00	25	100,0	29	100,00

Graf č. 10 Představy respondentů o pojmu psychické týrání



Na otázku č. 5 Co si představujete pod pojmem psychické týrání? rodiče z úřednických profesí odpovídali následovně: 4 respondenti (17,39 %) si pod tímto termínem představují odepírání lásky, 14 respondentů (60,87 %) se domnívá, že jde o omezování sociálních vztahů a dalších 5 respondentů (21,74 %) uvedlo jako možnost uvést jinak svůj názor, kde první z nich popsal, že jako psychické týrání se mu jeví ponižování a citové vydírání, druhý respondent vypsals jako svůj názor psychický nátlak, třetí respondent uvedl, že je to zastrašování dítěte, čtvrtému respondentu se jeví psychické týrání jako vyžadování nadměrného výkonu u dítěte a pátý respondent se ztotožňuje s tím respondentem, který

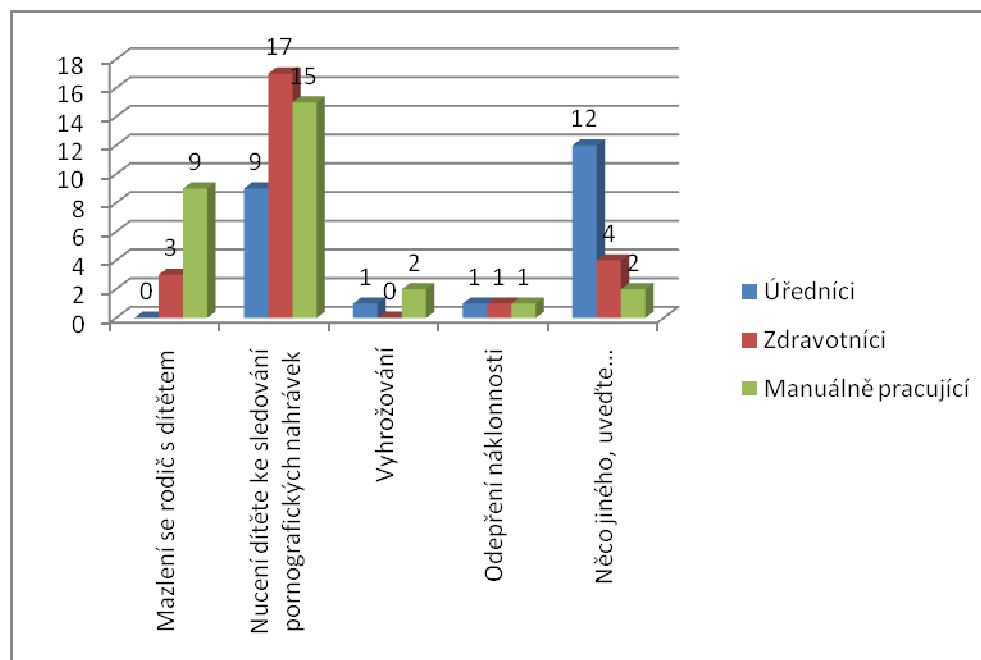
uvedl jako svůj názor ponižování dítěte. Rodiče ze zdravotnických profesí odpovídali takto: 1 respondent (4 %) se domnívá, že jde o nedostatek potravy, 8 respondentů (32 %) uvedlo jako možnost odepírání lásky, 13 respondentů (52 %) souhlasilo s možností, že jde o omezování sociálních vztahů a 3 rodiče (12 %) využili možnost uvést jinak, kde první z nich uvedl, že pod psychickým týráním si představuje posmívání se rodiče dítěti, druhý respondent si konkrétně představuje extrémně vystupňovanou nespokojenost rodiče s dítětem a třetí uvedl jako svůj názor citové vydírání. Rodiče z manuálních profesí uvedli jako možnost psychického týráním odepírání lásky, přičemž tak odpovědělo 16 respondentů (10,34 %), 8 respondentů (55,17 %) uvedlo jako možnost omezování sociálních vztahů, 3 respondenti (27,59 %) si pod tímto pojmem představují nedostatek potravy pro dítě a 2 respondenti (6,90 %) využili možnosti vypsát svůj vlastní názor, kde první respondent vypsál citové vydírání dítěte a druhý respondent uvedl, že jde o týráním duše dítěte.

Otázka č. 6: Co si představujete pod pojmem sexuální zneužívání?

Tab. 10: Představy respondentů o pojmu sexuální zneužívání

	Úředníci	Vyjádřeno v % úředníci	Zdravotníci	Vyjádřeno v % zdravotníci	Manuálně pracující	Vyjádřeno v % manuálně pracující
Mazlení se rodič s dítětem	0	0	3	12,0	9	31,03
Nucení dítěte ke sledování pornograf. nahrávek	9	39,13	17	68,0	15	51,72
Vyhrožování	1	4,35	0	0	2	6,90
Odepření náklonnosti	1	4,35	1	4,0	1	3,45
Něco jiného, uveďte...	12	52,17	4	16,0	2	6,90
Celkem	23	100,00	25	100,0	29	100,00

Graf č. 11 Představy respondentů o pojmu sexuální zneužívání



Dle tabulky 10 a grafu č. 11 odpověděli rodiče z úřednických profesí takto: 9 respondentů (39,13 %) z této skupiny si představuje pod pojmem sexuální zneužívání nucení dítěte ke sledování pornografických nahrávek, 1 respondent (4,35 %) uvedl vyhrožování, odepření náklonnosti zaznamenal taktéž 1 respondent (4,35 %) a dalších 12 respondentů

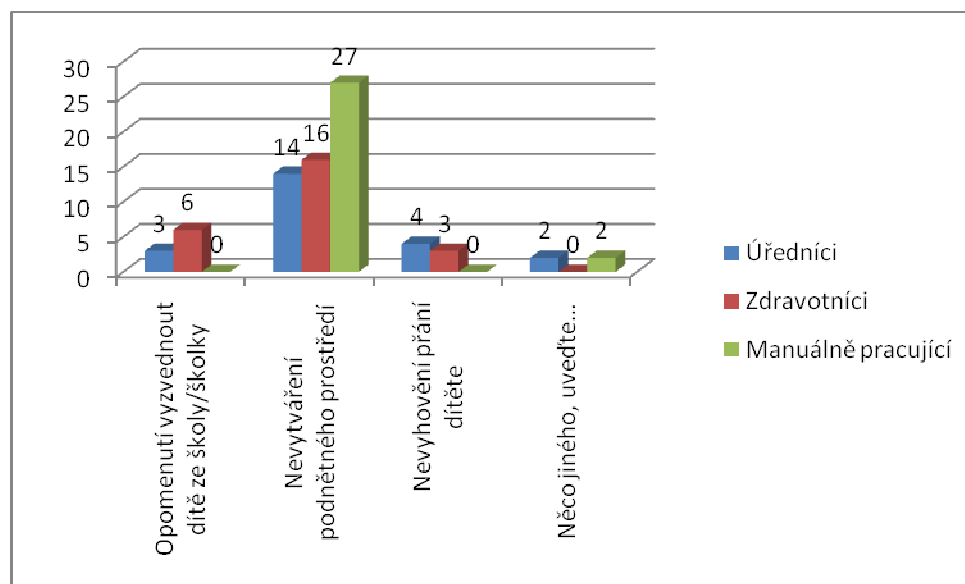
(52,17 %) vepsalo do dotazníku svůj vlastní názor, z čehož 8 respondentů se shodovalo s názorem, že jde o nechtěný pohlavní styk dítěte s dospělým, 2 respondenti uvedli jako svůj názor osahávání dítěte na intimních místech, 1 respondent uvedl dětskou prostituci a poslední respondent pornografické nahrávky dítěte proti jeho vlastní vůli. U rodičů ze zdravotnických profesí převažovala nejvíce odpověď – nucení dítěte ke sledování pornografických nahrávek, což bylo celých 17 respondentů (68 %), 3 respondenti (12 %) uvedli mazlení se rodič s dítětem, 1 respondent (4 %) se shodoval s možností odepření náklonnosti dítěti a 4 respondenti (16 %) uvedli svůj vlastní názor, který se týkal vynucování pohlavního styku na dítěti, což uvedli všichni 4 respondenti. Rodiče pracující v manuálních profesích odpovídali tak, že 9 z nich (31,03 %) si pod pojmem sexuální zneužívání zvolilo možnost mazlení se rodiče s dítětem, nucení dítěte ke sledování pornografických nahrávek zvolilo 15 respondentů (51,72 %), vyhrožování dítěti uvedli 2 respondenti (6,90 %), odepření náklonnosti zvolil 1 respondent (3,45 %) a 2 respondenti (6,90 %) vypsali svůj vlastní názor. Názor prvního respondenta se vztahoval k veškerému sexuálnímu násilí a praktikám na dítěti, druhý respondent uvedl jako svůj názor osahávání dítěte na intimních místech.

Otázka č. 7: Co si představujete pod pojmem zanedbávání dítěte?

Tab. 11: Představy respondentů o pojmu zanedbávání dítěte

	Úředníci	Vyjádřeno v % úředníci	Zdravotníci	Vyjádřeno v % zdravotníci	Manuálně pracující	Vyjádřeno v % manuálně pracující
Opomenutí vyzvednout dítě ze školy/školky	3	13,04	6	24,0	0	0
Nevytváření podnětného prostředí	14	60,87	16	64,0	27	93,10
Nevyhovění přání dítěte	4	17,39	3	12,0	0	0
Něco jiného, uveďte...	2	8,70	0	0	2	6,90
Celkem	23	100,00	25	100,0	29	100,00

Graf č. 12 Představy respondentů o pojmu zanedbávání dítěte



Na otázku č. 7 odpovídali rodiče z úřednických profesí takto: 3 respondenti (13,04 %) si představují pod pojmem zanedbávání dítěte opomenutí vyzvednout dítě ze školy či školky, 14 respondentů (60,87%) zahrlo možnost nevytváření podnětného prostředí, 4 respondenti (17,39 %) si naopak myslí, že jde o nevyhovění přání dítěte, zatímco zbylí 2 respondenti (8,70 %) uvedli jako možnost uvést svůj názor, kde první respondent si představuje pod pojmem zanedbávání dítěte to, že rodiče své dítě ignorují, nezajímají

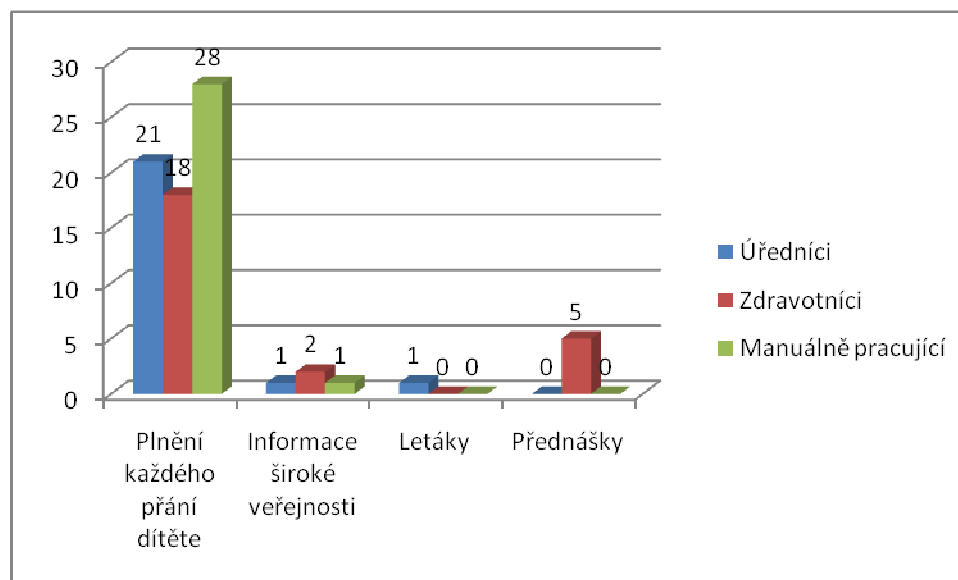
se o jeho potřeby, přání a odepírají mu lásku. Druhý respondent, který taktéž uváděl svůj názor, podotkl, že zanedbávání je dle něj špatná hygiena dítěte. Rodiče ze zdravotnických profesí uváděli, že zanedbávání pro ně taktéž znamená opomenutí vyzvednout dítě ze školy či školky, kde takto odpovědělo 6 respondentů (24 %), pro možnost nevytváření podnětného prostředí pro dítě uvedlo tuto možnost celých 16 respondentů (64 %), zatímco s pojmem nevyhovění přání dítěte souhlasili 3 respondenti (12 %). Rodiče pracující v manuálních profesích odpovídali následovně: celých 27 respondentů (93,10 %) uvedlo možnost nevytváření podnětného prostředí pro dítě, zatímco pouze 2 respondenti (6,90 %) uvedli jako možnost vypsát svůj vlastní názor, kde první respondent popisoval, že zanedbávání dítěte pro něj znamená neplnění potřeb dítěte pro jeho růst a rozvoj, druhý respondent popisoval zanedbávání jako nezajištění potravy, oblečení a školní docházky dítěte.

Otázka č. 8: Co byste do prevence syndromu CAN nezahrnul/a?

Tab. 12: Co by respondenti do prevence syndromu CAN nezahrnuli

	Úředníci	Vyjádřeno v % úředníci	Zdravotníci	Vyjádřeno v % zdravotníci	Manuálně pracující	Vyjádřeno v % manuálně pracující
Plnění každého přání dítěte	21	91,30	18	72,0	28	96,55
Informace široké veřejnosti	1	4,35	2	8,0	1	3,45
Letáky	1	4,35	0	0	0	0
Přednášky	0	0	5	20,0	0	0
Celkem	23	100,00	25	100,0	29	100,00

Graf č. 13 Co by respondenti do prevence syndromu CAN nezahrnuli



Na otázku č. 8 odpovídali rodiče z úřednických profesí následovně: 21 respondentů (91,30 %) zvolilo možnost, že do prevence syndromu CAN by nezahrnulo plnění každého přání dítěte, 1 respondent (4,35 %) uvedl informovanost široké veřejnosti, 1 respondent (4,35 %) by do prevence syndromu CAN nezahrnul letáky. Rodiče dětí ze zdravotnických profesí odpověděli, že 18 respondentů (72 %) by nezahrnulo plnění každého přání dítěte, 2 respondenti (8 %) uvedli možnost informace široké veřejnosti a celých 5 respondentů (20 %) uvedlo, že by do prevence nezařadili přednášky. Rodiče pracující v manuálních

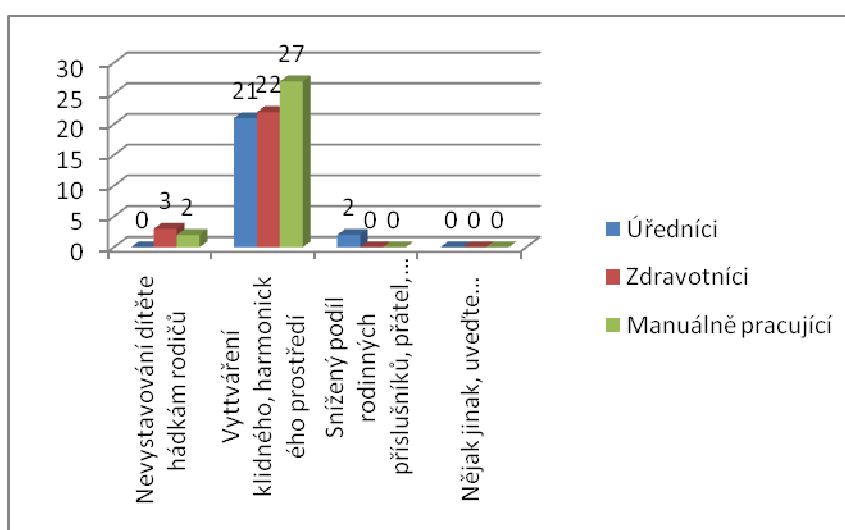
profesích zvolilo, že všech 28 respondentů (96,55 %) by do prevence nezahrnuli plnění přání dítěte, zatímco pouze 1 respondent (3,45 %) z této profese zvolil, že by sem nezahrnul informovanost široké veřejnosti.

Otázka č. 9: Jaký přístup ve výchově byste doporučoval/a, aby syndrom CAN u dítěte nevznikl?

Tab. 13: Co by respondenti ve výchově doporučili, aby syndrom CAN u dítěte nevznikl

	Úředníci	Vyjádřeno v % úředníci	Zdravotníci	Vyjádřeno v % zdravotníci	Manuálně pracující	Vyjádřeno v % manuálně pracující
Nevystavování dítěte hádkám rodičů	0	0	3	12,0	2	6,90
Vytváření, klidného, harmonického prostředí pro dítě	21	91,30	22	88,0	27	93,10
Snížený podíl rodinných příslušníků, přátel, sousedů na výchovu dítěte	2	8,70	0	0	0	0
Nějak jinak, uveďte...	0	0	0	0	0	0
Celkem	23	100,00	25	100,0	29	100,00

Graf č. 14 Co by respondenti ve výchově doporučili, aby syndrom CAN u dítěte nevznikl



Odpověď na otázku č. 9 byla u rodičů z úřednických profesí následující: 21 respondentů (91,30 %) zvolilo možnost vytváření harmonického prostředí a 2 respondenti (8,70 %) si vybrali možnost snížení podílu rodinných příslušníků, přátel a sousedů na výchově

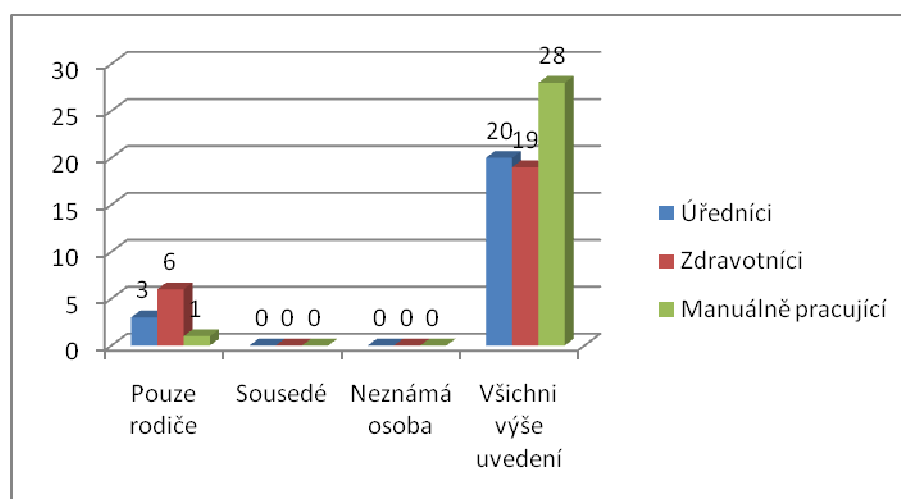
dítěte. Rodiče ze zdravotnických profesí odpovídali tak, že všech 22 respondentů (88 %) zvolilo odpověď vytváření harmonického prostředí a 3 respondenti (12 %) vybrali odpověď nevystavování dítěte hádkám rodičů. Rodiče pracující v manuálních profesích se nejvíce shodovali v možnosti ve vytváření klidného, harmonického prostředí pro dítě, což bylo 27 respondentů (93,10 %) a pouze 2 respondenti (6,90 %) zvolili odpověď nevystavování dítěte hádkám rodičů.

Otázka č. 10: Kdo podle Vás může být pachatelem syndromu CAN?

Tab. 14: Kdo by podle respondentů mohl být pachatelem syndromu CAN

	Úředníci	Vyjádřeno v % úředníci	Zdravotníci	Vyjádřeno v % zdravotníci	Manuálně pracující	Vyjádřeno v % manuálně pracující
Pouze rodiče	3	13,04	6	24,0	1	3,45
Sousedé	0	0	0	0	0	0
Neznámá osoba	0	0	0	0	0	0
Všichni výše uvedení	20	86,96	19	76,0	28	96,55
Celkem	23	100,00	25	100,0	29	100,00

Graf č. 15 Kdo by podle respondentů mohl být pachatelem syndromu CAN



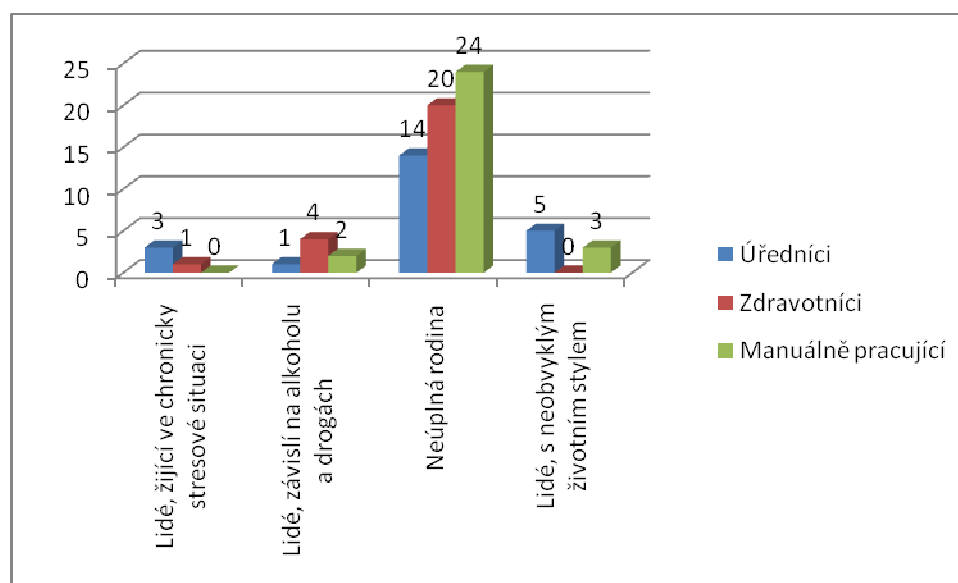
Na otázku č. 10 odpovídali rodiče z úřednických profesí následovně: pouze 3 respondenti (13,04 %) souhlasili s možností, že pachatelem syndromu CAN může být pouze rodič, zatímco 20 respondentů (86,96 %) zvolili odpověď, že pachatelem mohou být všichni výše uvedení – tedy jak rodiče, sousedé tak i neznámá osoba. Rodiče ze zdravotnických profesí uvedli jako pachatele pouze rodiče, což bylo 6 respondentů (24 %), dalších 19 respondentů (76 %) uvedlo, že to mohou být všichni výše uvedení. 28 rodičů (96,55 %) pracujících v manuálních profesích souhlasilo s možností – všichni výše uvedení, pouze 1 respondent (3,45 %) zvolil možnost, že pachatelem může být pouze rodič.

Otázka č. 11: Co podle Vás **nepatří** mezi rizikové faktory na straně dospělých, které mohou vést k syndromu CAN?

Tab. 15: Co podle respondentů nepatří mezi rizikové faktory u dospělých, vedoucích k syndromu CAN

	Úředníci	Vyjádřeno v % úředníci	Zdravotníci	Vyjádřeno v % zdravotníci	Manuálně pracující	Vyjádřeno v % manuálně pracující
Lidé, žijící ve chronicky stresové situaci	3	13,04	1	4,0	0	0
Lidé, závislí na alkoholu a drogách	1	4,35	4	16,0	2	6,90
Neúplná rodina	14	60,87	20	80,0	24	82,76
Lidé, s neobvyklým životním stylem	5	21,74	0	0	3	10,34
Celkem	23	100,00	25	100,0	29	100,00

Graf č. 16 Co podle respondentů nepatří mezi rizikové faktory u dospělých, vedoucích k syndromu CAN



Na otázku č. 11 odpovídali rodiče z úřednických profesí následovně: 3 respondenti (13,04 %) se domnívají, že mezi rizikové faktory nepatří lidé žijící ve chronicky stresové

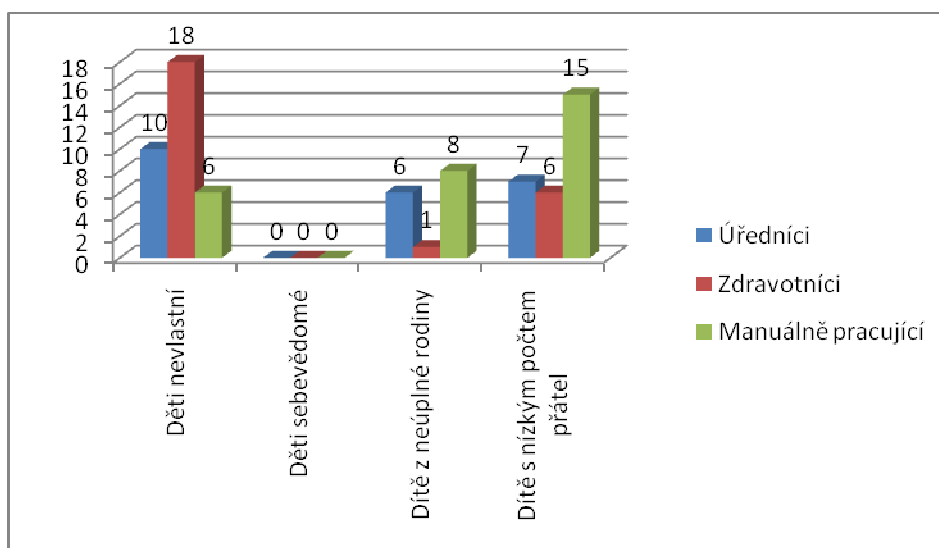
situaci, 1 respondent (4,35 %) uvádí možnost lidé závislí na alkoholu a drogách, 14 respondentů (60,87 %) zvolilo možnost neúplné rodiny a 5 respondentů (21,74 %) zvolilo, že mezi rizikové faktory nepatří lidé s neobvyklým životním stylem. Rodiče ze zdravotnických profesí nejvíce odpovídali, že mezi rizikové faktory nepatří neúplná rodina, s čímž souhlasilo 20 respondentů (80 %), 4 respondenti (16 %) uvedli možnost lidé závislí na alkoholu a drogách a pouze 1 respondent (4 %) uvedl jako možnost lidé žijící ve chronicky stresové situaci. Naopak rodiče pracující v manuálních profesích uvedli, že mezi rizikové faktory nepatří neúplná rodina, což odpovědělo 24 respondentů (82,76 %), 3 respondenti (10,34 %) uvedli možnost lidé s neobvyklým životním stylem a pouze 2 respondenti (6,90 %) odpověděli lidé závislí na alkoholu a drogách.

Otázka č. 12: Které děti jsou podle Vás náchylnější ke vzniku a rozvoji syndromu CAN?

Tab. 16: Které děti jsou podle respondentů náchylnější k syndromu CAN

	Úředníci	Vyjádřeno v % úředníci	Zdravotníci	Vyjádřeno v % zdravotníci	Manuálně pracující	Vyjádřeno v % manuálně pracující
Děti nevlastní	10	43,48	18	72,0	6	20,69
Děti sebevědomé	0	0	0	0	0	0
Dítě z neúplné rodiny	6	26,09	1	4,0	8	27,59
Dítě s nízkým počtem přátel	7	30,43	6	24,0	15	51,72
Celkem	23	100,00	25	100,0	29	100,00

Graf č. 17 Které děti jsou podle respondentů náchylnější k syndromu CAN



Na otázku č. 17 rodiče z úřednických profesí odpovídali následujícím způsobem: 10 respondentů (43,48 %) uvedlo, že náchylnější ke vzniku a rozvoji syndromu CAN jsou děti nevlastní, 6 respondentů (26,09 %) odpovědělo dítě z neúplné rodiny a 7 respondentů (30,43 %) souhlasilo s tvrzením, že náchylnější ke vzniku a rozvoji syndromu CAN jsou děti s nízkým počtem přátel. Rodiče ze zdravotnických profesí nejvíce souhlasili s tvrzením, že jde o děti nevlastní, což bylo 18 respondentů (72 %), 1 respondent (4 %) uvedl dítě z neúplné rodiny a 6 respondentů (24 %) zvolilo možnost, že náchylnější jsou děti s nízkým počtem přátel. U rodičů pracujících v manuálních profesích převažovala odpověď – dítě s nízkým počtem přátel, tuto možnost uvedlo

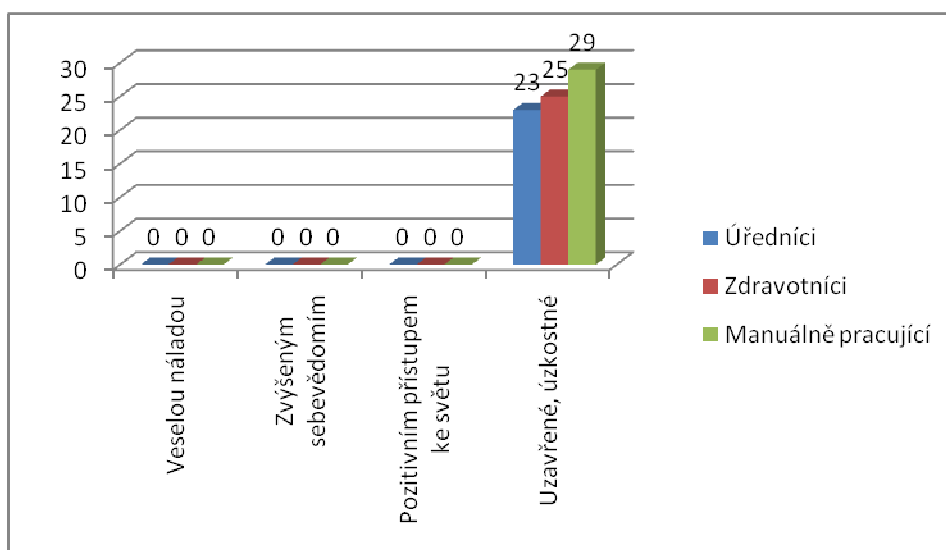
15 respondentů (51,72 %), zatímco 8 respondentů (27,59 %) zvolilo dítě z neúplné rodiny a zbylých 6 respondentů (20,69 %) uvedlo jako správnou odpověď děti nevlatní.

Otázka č. 13: Čím se podle Vás vyznačuje týrané dítě?

Tab. 17: Čím se podle respondentů vyznačuje týrané dítě

	Úředníci	Vyjádřeno v % úředníci	Zdravotníci	Vyjádřeno v % zdravotníci	Manuálně pracující	Vyjádřeno v % manuálně pracující
Veselou náladou	0	0	0	0	0	0
Zvýšeným sebevědomím	0	0	0	0	0	0
Pozitivním přístupem ke světu	0	0	0	0	0	0
Uzavřené, úzkostné	23	100,0	25	100,0	29	100,0
Celkem	23	100,0	25	100,0	29	100,0

Graf č. 18 Čím se podle respondentů vyznačuje týrané dítě



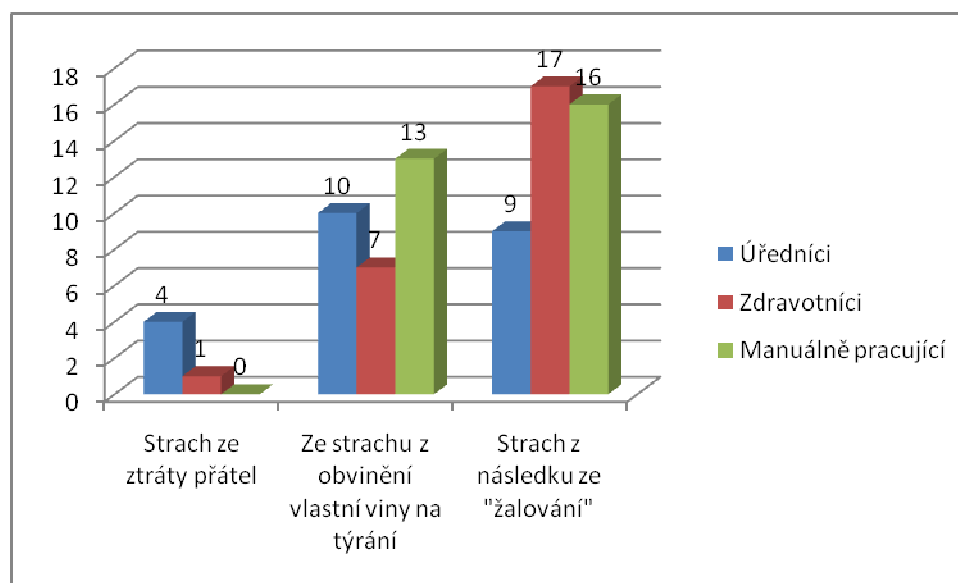
Z otázky č. 13 vyplývá, že rodiče jak z úřednických a zdravotnických profesí, tak i rodiče pracující v manuálních profesích mají 100 % povědomí o tom, že týrané dítě se vyznačuje jako uzavřené a úzkostné.

Otázka č. 14: Z jakého důvodu podle Vás nepožádá týrané dítě o pomoc?

Tab. 18: Důvod proč týrané dítě nepožádá o pomoc z hlediska respondentů

	Úředníci	Vyjádřeno v % úředníci	Zdravotníci	Vyjádřeno v % zdravotníci	Manuálně pracující	Vyjádřeno v % manuálně pracující
Strach ze ztráty přátel	4	17,39	1	4,0	0	0
Ze strachu z obvinění vlastní viny na týrání	10	43,48	7	28,0	13	44,83
Strach z následku ze „žalování“	9	39,13	17	68,0	16	55,17
Celkem	23	100,00	25	100,0	29	100,00

Graf č. 19 Důvod proč týrané dítě nepožádá o pomoc z hlediska respondentů



Na otázku č. 14 skupina rodičů z úřednických profesí uvedla: 4 respondenti (17,39 %) se domnívají, že týrané dítě nepožádá o pomoc z důvodu obavy ze ztráty přátel, 10 respondentů (43,48 %) je toho názoru, že jde o strach z obvinění vlastní viny na týrání a 9 respondentů (39,13 %) uvedlo strach z následku ze žalování. Rodiče ze zdravotnických profesí se nejvíce shodovali, že jde hlavně o strach z následku ze „žalování“, což uvedlo 17 respondentů (68 %), 7 respondentů (28 %) zvolilo strach z obvinění vlastní viny na týrání a pouze 1 respondent (4 %) uvedl strach ze ztráty přátel. Rodiče pracující v manuálních profesích se více ztotožňovali s odpovědí, že se jedná o strach z následku

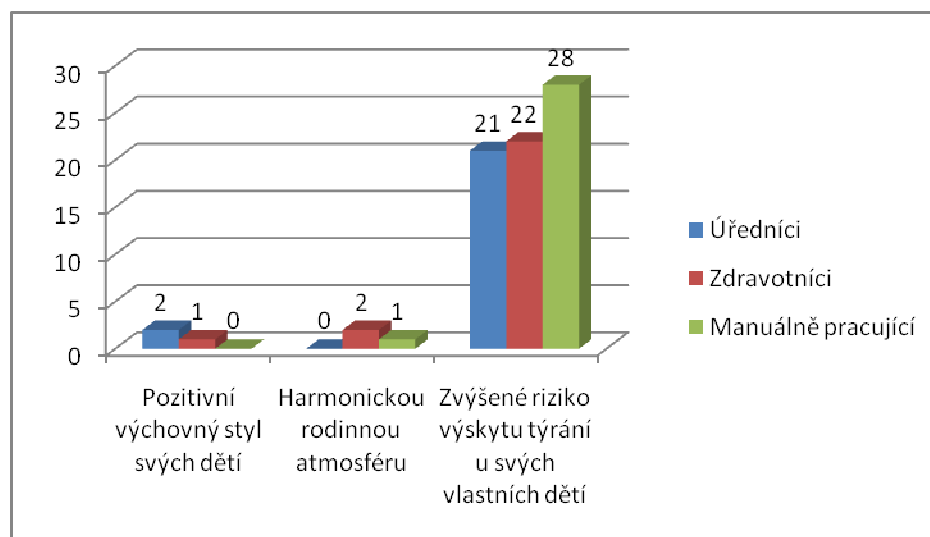
ze „žalování“, což bylo 16 respondentů (55,17 %) a 13 respondentů (44,83 %) uvedlo strach z obvinění vlastní viny na týrání.

Otázka č. 15: Jaké důsledky z týrání si podle Vás týraný jedinec přenáší v dospělosti do své vlastní rodiny?

Tab. 19: Co si týraný jedinec přenáší z dětství do své vlastní rodiny z hlediska repondentů

	Úředníci	Vyjádřeno v % úředníci	Zdravotníci	Vyjádřeno v % zdravotníci	Manuálně pracující	Vyjádřeno v % manuálně pracující
Pozitivní výchovný styl svých dětí	2	8,70	1	4,0	0	0
Harmonickou rodinnou atmosféru	0	0	2	8,0	1	3,45
Zvýšené riziko výskytu týrání u svých vlastních dětí	21	91,30	22	88,0	28	96,55
Celkem	23	100,00	25	100,0	29	100,00

Graf č. 20 Co si týraný jedinec přenáší z dětství do své vlastní rodiny z hlediska respondentů



Na otázku č. 15 odpovídali rodiče z úřednických profesí následovně: 21 respondentů (91,30 %) zvolilo možnost zvýšeného rizika výskytu týrání u svých vlastních dětí, 2 respondenti (8,70 %) odpověděli, že týraný jedinec si do dospělosti přenáší pozitivní výchovný styl svých dětí. Naopak rodiče ze zdravotnických profesí se spíše ztotožňovali se zvýšeným rizikem výskytu týrání u svých dětí, což bylo 22 respondentů (88 %), 2 respondenti (8 %) vybrali možnost harmonickou rodinnou atmosféru a 1 respondent

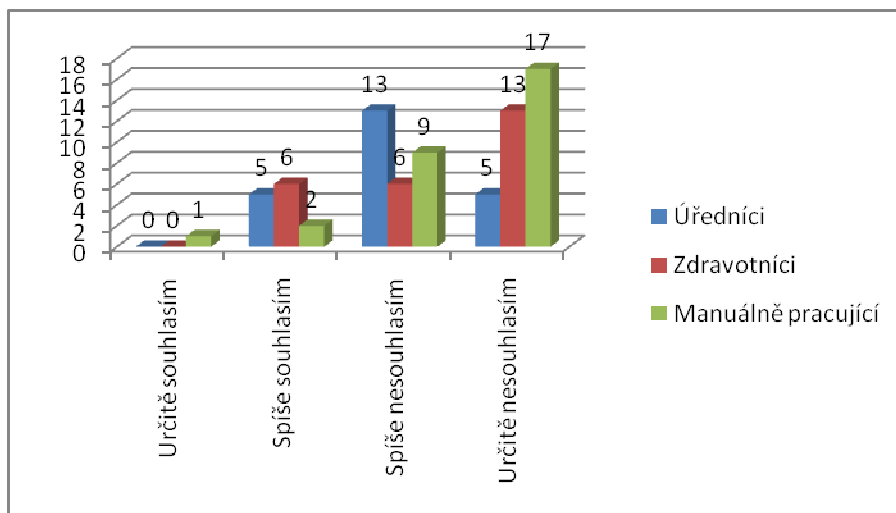
(4 %) se domníval, že týraný jedinec si do své vlastní rodiny přenáší pozitivní výchovný styl svých dětí. Rodiče pracující v manuálních profesích volili možnost zvýšeného rizika výskytu týrání u svých vlastních dětí, tak odpovědělo 28 respondentů (96,55 %), 1 respondent (3,45 %) se domníval, že týraný jedinec si přenáší z původní rodiny zkušenost harmonické rodinné atmosféry do své vlastní rodiny.

Otázka č. 16: Řekli byste, že týrání se častěji vyskytuje v pěstounské péči než v biologické rodině?

Tab. 20: Odpověď respondentů, zda se týrání častěji vyskytuje v pěstounské péči než v biologické rodině

	Úředníci	Vyjádřeno v % úředníci	Zdravotníci	Vyjádřeno v % zdravotníci	Manuálně pracující	Vyjádřeno v % manuálně pracující
Určitě souhlasím	0	0	0	0	1	3,45
Spíše souhlasím	5	21,75	6	24,0	2	6,90
Spíše nesouhlasím	13	56,52	6	24,0	9	31,03
Určitě nesouhlasím	5	21,74	13	52,0	17	58,62
Celkem	23	100,00	25	100,0	29	100,00

Graf č. 21 Odpověď respondentů, zda se týrání častěji vyskytuje v pěstounské péči než v biologické rodině



Na otázku č. 16 odpovídali rodiče z úřednických profesí následovně: 13 respondentů (56,52 %) nejvíce volilo možnost spíše nesouhlasím, 5 respondentů (21,74 %) spíše souhlasím a zbylých 5 respondentů (21,74 %) určitě nesouhlasím. Rodiče ze zdravotnických profesí se spíše shodovali v možnosti určitě nesouhlasím, což bylo 13 respondentů (52 %), 6 respondentů (24 %) uvedlo spíše nesouhlasím a posledních 6 respondentů (24 %) ze skupiny zdravotnických profesí uvedlo možnost spíše nesouhlasím. Rodiče pracující v manuálních profesích se čteněji ztotožňovali v odpovědi

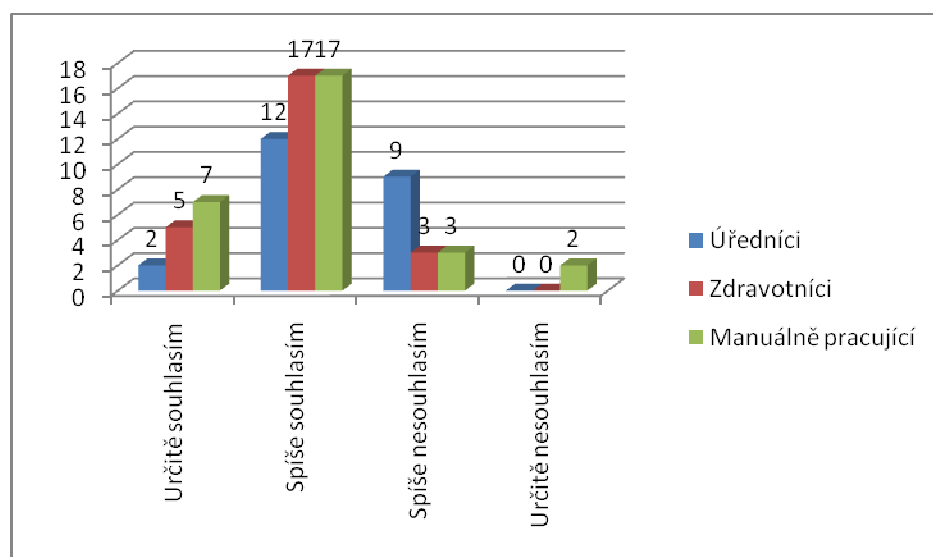
určitě nesouhlasím, což bylo 17 respondentů (58,62 %), 9 respondentů (31,03 %) uvedlo spíše nesouhlasím, 2 respondenti (6,90 %) vybrali možnost spíše souhlasím a 1 respondent (3,45 %) ze skupiny manuálních profesí uvedl svou vybranou odpověď jako určitě souhlasím.

Otázka č. 17: Domníváte se, že výskyt syndromu CAN v České republice je častý?

Tab. 21: Představy respondentů o výskytu syndromu CAN v České republice

	Úředníci	Vyjádřeno v % úředníci	Zdravotníci	Vyjádřeno v % zdravotníci	Manuálně pracujících	Vyjádřeno v % manuálně pracujících
Určitě souhlasím	2	8,70	5	20,0	7	24,14
Spíše souhlasím	12	52,17	17	68,0	17	58,62
Spíše nesouhlasím	9	39,13	3	12,0	3	10,34
Určitě nesouhlasím	0	0	0	0	2	6,90
Celkem	23	100,00	25	100,0	29	100,00

Graf č. 22 Představy respondentů o výskytu syndromu CAN v České republice



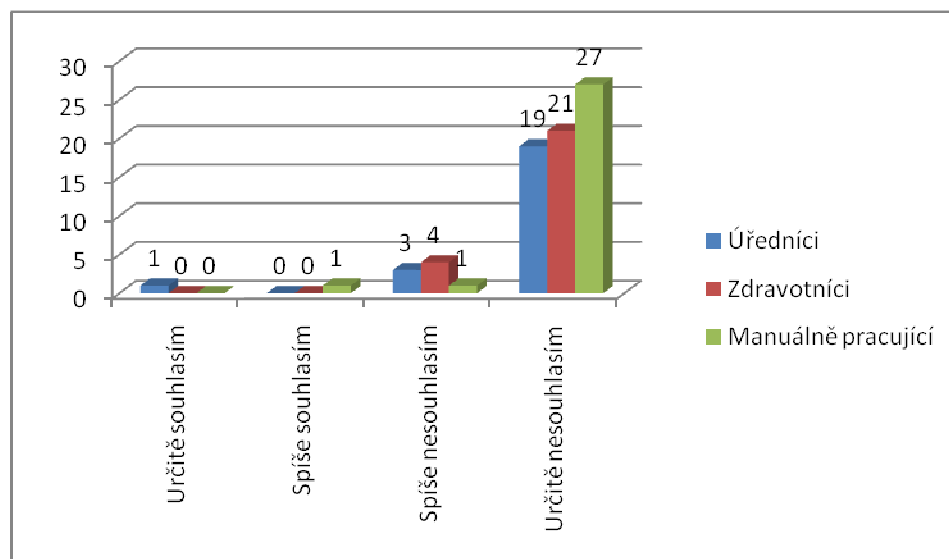
Na otázku č. 17 odpovídali rodiče z úřednických profesí takto: 12 respondentů (52,17 %) se ztotožňovalo s možností spíše souhlasím, 9 respondentů (39,13 %) zvolilo spíše nesouhlasím a 2 respondenti (8,70 %) odpověděli určitě nesouhlasím. Rodiče ze zdravotnických profesí se nejvíce ztotožňovali s možností spíše souhlasím, což bylo 17 respondentů (68 %), 5 respondentů (20 %) uvedlo určitě souhlasím a naopak 3 respondenti (12 %) zvolili jako možnost spíše nesouhlasím. 17 respondentů (58,62 %) pracujících v manuálních profesích uvedlo spíše souhlasím, 7 respondentů (24,14 %) odpovědělo určitě souhlasím, 3 respondenti (10,34 %) zvolili možnost spíše nesouhlasím a 2 zbylí respondenti (6,90 %) odpověděli určitě nesouhlasím.

Otázka č. 18: Souhlasíte s tvrzením, že syndrom CAN je soukromý problém, do kterého by **neměla** společnost zasahovat?

Tab. 22: Představy rodičů o tom, zda by do syndromu CAN neměla společnost zasahovat

	Úředníci	Vyjádřeno v % úředníci	Zdravotníci	Vyjádřeno v % zdravotníci	Manuálně pracující	Vyjádřeno v % manuálně pracující
Určitě souhlasím	1	4,35	0	0	0	0
Spíše souhlasím	0	0	0	0	1	3,45
Spíše nesouhlasím	3	13,04	4	16,0	1	3,45
Určitě nesouhlasím	19	82,61	21	84,0	27	93,10
Celkem	23	100,00	25	100,0	29	100,00

Graf č. 23 Představy rodičů o tom, zda by do syndromu CAN neměla společnost zasahovat



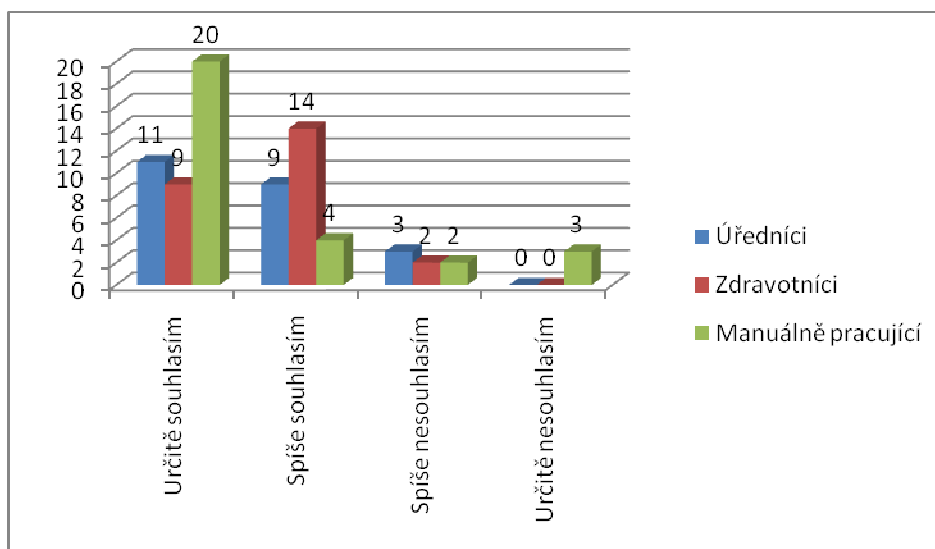
Na otázku č. 18 odpovídali rodiče z úřednických profesí takto: 19 respondentů (82,61 %) zvolilo určitě nesouhlasím, 3 respondenti (13,04 %) uvedli spíše nesouhlasím, 1 respondent (4,35 %) z této profese uvedl určitě souhlasím. Rodiče ze zdravotnických profesí se spíše ztotožňovali v možnosti určitě nesouhlasím, což bylo 21 respondentů (84 %), 4 respondenti (16 %) vybrali odpověď spíše nesouhlasím. Rodiče pracující v manuálních profesích zvolili určitě nesouhlasím, to uvedlo 27 respondentů (93,10 %), 1 respondent (3,45 %) odpověděl spíše nesouhlasím a další 1 respondent (3,45 %) zvolil spíše souhlasím.

Otázka č. 19: Jste toho názoru, že by do týrání dítěte mělo zasahovat nejbližší okolí (sousedé, příbuzní)?

Tab. 23: Názory respondentů na to, zda by do týrání mělo zasahovat nejbližší okolí

	Úředníci	Vyjádřeno v % úředníci	Zdravotníci	Vyjádřeno v % zdravotníci	Manuálně pracující	Vyjádřeno v % manuálně pracující
Určitě souhlasím	11	47,83	9	36,0	20	68,97
Spíše souhlasím	9	39,13	14	56,0	4	13,79
Spíše nesouhlasím	3	13,04	2	8,0	2	6,90
Určitě nesouhlasím	0	0	0	0	3	10,34
Celkem	23	100,00	25	100,0	29	100,00

Graf č. 24 Názory respondentů na to, zda by do týrání mělo zasahovat nejbližší okolí



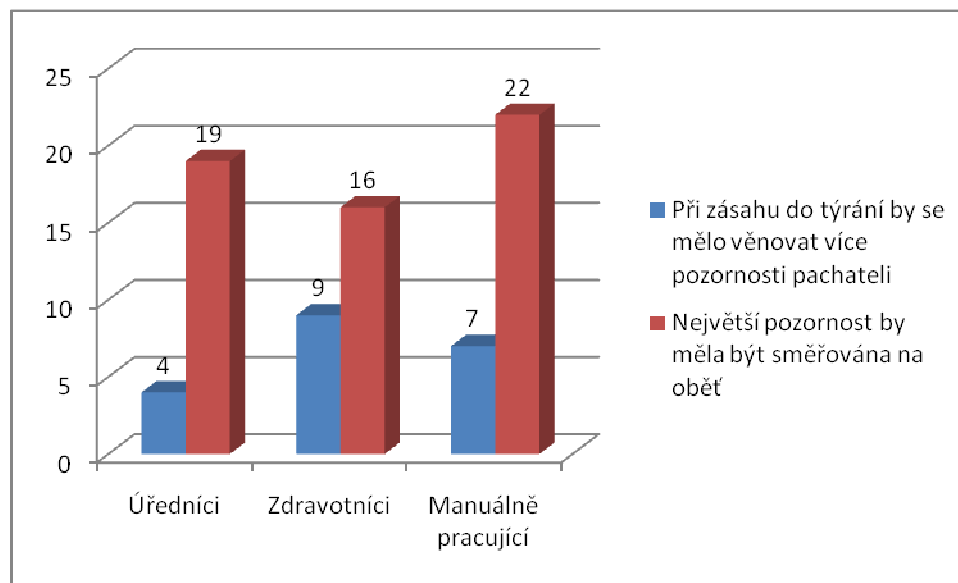
Na otázku č. 19 odpovídali rodiče z úřednických profesí následovně: 11 respondentů (47,83 %) zvolilo možnost určitě souhlasím, 9 respondentů (39,13 %) odpovědělo spíše souhlasím, zatímco 3 respondenti (13,04 %) spíše nesouhlasili. Rodiče ze zdravotnických profesí uvedli, že 9 z nich (36 %) určitě souhlasí, 14 respondentů (56 %) zvolilo možnost spíše souhlasím, zbylí 2 respondenti (8 %) uvedli, že spíše nesouhlasí. Rodiče pracující v manuální profesi se shodovali v odpovědi, že určitě souhlasí, což bylo 20 respondentů (68,97 %), 4 respondenti (13,79 %) uvedli spíše souhlasím, 3 respondenti (10,34 %) odpověděli určitě nesouhlasím, zatímco 2 respondenti (6,90 %) spíše nesouhlasili.

Otázka č. 20: Se kterým z následujících výroků se spíše ztotožňujete?

Tab. 24: Ztotožnění respondentů s danými výroky

	Úředníci	Vyjádřeno v % úředníci	Zdravotníci	Vyjádřeno v % zdravotníci	Manuálně pracující	Vyjádřeno v % manuálně pracující
Při zásahu do týrání by se mělo věnovat více pozornosti pachateli	4	17,39	9	36,0	7	24,14
Největší pozornost by měla být směřována na oběť	19	82,61	16	64,0	22	75,86
Celkem	23	100,00	25	100,0	29	100,00

Graf č. 25 Ztotožnění respondentů s danými výroky



Na otázku č. 25 odpovídali rodiče z úřednických profesí následovně: 4 respondenti (17,39 %) uvedli, že při zásahu do týrání by se mělo věnovat více pozornosti pachateli, 19 respondentů (82,61 %) uvedlo možnost, že největší pozornost by měla být směřována na oběť. Rodiče ze zdravotnických profesí spíše volili odpověď, že by se mělo věnovat více pozornosti na oběť, což bylo 16 respondentů (64 %), zbylých 9 respondentů (36 %) naopak tvrdilo, že pozornost by měla být více věnována pachateli. Rodiče pracující v manuálních profesích se taktéž nejvíce ztotožňovali s odpovědí, že pozornost by měla být

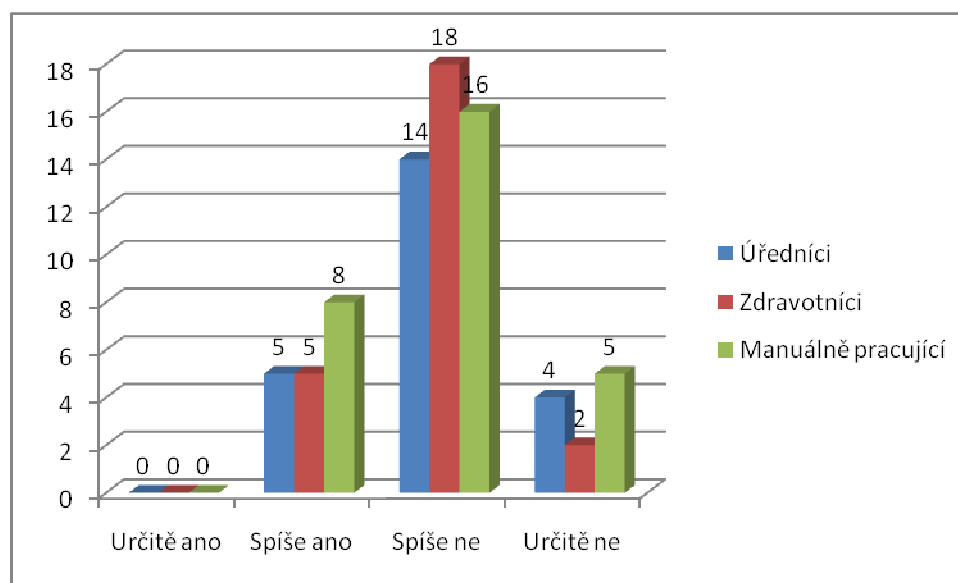
soustředěna hlavně na oběť, což tímto způsobem odpovědělo 22 respondentů (75,86 %) a pouhých 7 respondentů (24,14 %) zvolilo možnost více věnovat pozornost pachateli.

Otázka č. 21: Domníváte se, že je informovanost rodičů o syndromu CAN dostatečná?

Tab. 25: Představy respondentů o informovanosti o syndromu CAN

	Úředníci	Vyjádřeno v % úředníci	Zdravotníci	Vyjádřeno v % zdravotníci	Manuálně pracující	Vyjádřeno v % manuálně pracující
Určitě ano	0	0	0	0	0	0
Spíše ano	5	21,74	5	20,0	8	27,59
Spíše ne	14	60,87	18	72,0	16	55,17
Určitě ne	4	17,39	2	8,0	5	17,24
Celkem	23	100,00	25	100,0	29	100,00

Graf č. 26 Představy respondentů o informovanosti o syndromu CAN



Na otázku č. 26 rodiče z úřednických profesí odpovídali následovně: 14 respondentů (60,87 %) se domnívá, že informovanost rodičů je spíše nedostatečná, zatímco 5 respondentů (21,74 %) uvedlo spíše dostatečnou a zbylí 4 respondenti (17,39 %) se ztotožňují s tím, že rodiče určitě nemají dostatečnou informovanost o syndromu CAN. Skupina rodičů ze zdravotnických profesí se více shodovala s tím, že informovanost je spíše nedostatečná, což uvedlo 18 respondentů (72 %), 5 respondentů (20 %) ji naopak uvedlo jako spíše dostatečnou a 2 zbylí rodiče (8 %) z této skupiny uvedli určitě nedostatečnou informovanost o této problematice. Rodiče pracující v manuálních profesích odpovídali obdobně jako skupina z úřednických a manuálních profesí, 16 respondentů

(55,17 %) se shodovalo se spíše nedostatečnou informovaností, 8 respondentů (27,59 %) se shodovalo se spíše dostatečnou a posledních 5 respondentů (17,24 %) se domnívalo, že rodiče určitě nemají dostatečné povědomí o syndromu CAN.

9.3 Interpretace a diskuze

Pro zhodnocení svého výzkumu budu vycházet z předem stanovených cílů a jejich hypotéz. Za hlavní cíl jsem si určila zjistit, na kolik jsou rodiče obeznámeni s problematikou syndromu CAN, s jeho projevy, charakteristikou a prevencí.

Dílčí cíl výzkumu č. 1 bylo zjistit jaká je **obeznámenost s problematikou se syndromem CAN** a tomu se v rámci mého výzkumu vztahovaly následující otázky dotazníku: č. 1, 3, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18 a 20.

Ve výzkumu se ukázalo, že obeznámenost s pojmem syndrom CAN je u rodičů z úřednických a zdravotních profesí 100 %, u rodičů manuálně pracujících 96,55 %. Celkově tedy 98,86 % rodičů ze všech skupiny ví, že syndrom CAN znamená syndrom týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte.

Otázka č. 3 zjišťovala obeznámenost rodiče s jejich reakcí při setkání se syndromem CAN, přičemž správně, tedy s možností kontaktovat policii souhlasilo 26,09 % rodičů z úřednických profesí, 36 % rodičů ze zdravotnických profesí a 24,14 % rodičů manuálně pracujících. Průměrně tedy na danou otázku správně odpovědělo 28,74 % respondentů, z čehož lze odvodit, že se správným postupem jak zareagovat nejsou rodiče dostatečně srozuměni.

Otázka č. 9 zjišťovala, zda rodiče vědí, jaký přístup ve výchově u dítěte aplikovat, aby nedocházelo ke vzniku syndromu CAN. Z výzkumu vyplynulo, že 91,30 % rodičů z úřednických profesí vědí, že nejvhodnějším přístupem je vytváření klidného, harmonického prostředí pro dítě, tuto správnou odpověď také zvolilo 88 % rodičů ze zdravotnických profesí a 93,10 % rodičů z manuálních profesí. Z daných informací vyplývá, že informovanost v této oblasti je poměrně vysoká 90,8 %.

Otázka č. 10 zjišťovala, kdo podle respondentů může být pachatelem syndromu CAN? Správná odpověď zní, že pachatelem mohou být jak rodiče, sousedé tak i neznámá osoba, tedy všichni výše uvedení. Na tuto otázku odpovědělo správně 89,96 % rodičů z úřednických profesí, 76 % ze zdravotnických profesí a 96,55 % rodičů pracujících v manuálních profesích. Výsledky tedy ukazují, že rodiče mají v této problematice dostatečné znalosti, průměrně 87,50 %.

Otázka č. 11 zjišťovala, jaké faktory na straně dospělých mohou vést k syndromu CAN. Správnou odpovědí je neúplná rodina, tuto možnost zvolilo 60,87 % rodičů z úřednických

profesí, 80 % rodičů ze zdravotnických profesí a 82,76 % rodičů z manuálních profesí, z čehož vyplývá, že rodiče jsou v průměru informováni o rizikových faktorech, které mohou vést k syndromu CAN na 74,54 %. Povědomí o této problematice je tedy relativně dobré.

Otázka č. 12 zjišťovala to, které děti jsou náchylnější ke vzniku a rozvoji syndromu CAN? Z výsledků vyplynulo, že 43,48 % rodičů z úřednických profesí, 72 % rodičů ze zdravotnických profesí a 20,69 % rodičů z manuálních profesí vědí, že správná odpověď jsou děti nevlastní. Informovanost o této problematice je tedy v průměru 45,39 %, což svědčí spíše o nízkém povědomí.

Otázka č. 14 zjišťovala, z jakého důvodu týrané dítě nepožádá o pomoc. U rodičů z úřednických profesí se ukázalo, že 43,48 % ví, že je to z důvodu ze strachu z obvinění vlastní viny na týrání, stejně jako to ví 28 % rodičů ze zdravotnických profesí a 44,83 % rodičů z manuálních profesí. Z těchto výsledků tedy vyplývá, že jejich znalosti v této problematice nejsou zcela optimální, průměrně to ví pouze 38,77 % respondentů.

Otázka č. 15, která zjišťuje znalosti rodičů ohledně důsledků z týrání na týraného jedince naznačuje, že 91,30 % rodičů z úřednických profesí, 88 % rodičů ze zdravotnických profesí a 96,55 % rodičů z manuálních profesí ví, že daným jedincům hrozí zvýšené riziko u svých vlastních dětí. Povědomí u daných respondentů je v této oblasti relativně dostatečné, blíží se v průměru k hranici 91,95 % jejich znalostí.

Otázka č. 16, která zkoumala u daných profesně rozličných rodičů vědomosti o tom, zda se týrání častěji vyskytuje v pěstounské péči, než v biologické rodině naznačuje, že 56,52 % rodičů z úřednických profesí s tímto tvrzením nesouhlasí, stejně jako 24 % rodičů ze zdravotnických profesí a 31,03 % rodičů pracujících v manuálních profesích. V průměru tedy správně odpovědělo 37,18 % respondentů, což ukazuje na nízkou úroveň znalostí.

Na otázku č. 17, která zjišťuje, na kolik si respondenti myslí, že je výskyt syndromu CAN v České republice častý odpovědělo 52,17 % respondentů z úřednických profesí spíše ano, 68 % respondentů ze zdravotnických profesí a 58,62 % respondentů z manuálních profesí odpovědělo taktéž spíše ano. Z toho vyplývá, že 59,60 % respondentů odpovědělo na danou otázku správně a úroveň vědomostí je tedy relativně dobrá.

Otázka č. 18 zkoumá, na kolik rodiče souhlasí s tvrzením, že syndrom CAN je soukromý problém, do kterého neměla společnost zasahovat. Syndrom CAN je problémem

společnosti a tudíž je nutné, aby se mu věnovala. S tím souhlasí 82,61 % rodičů z úřednických profesí, 84 % rodičů ze zdravotnických profesí a 93,10 % rodičů z manuálních profesí. Obeznamenost rodičů v této oblasti je tedy na úrovni 86,57 %, což je dostatečné.

Otázka č. 20 se zabývá problematikou, zda se má pozornost více věnovat pachateli či oběti. Je samozřejmé, že pozornost musí být věnována jak pachateli, tak oběti, na kterou se však má soustředit o něco více. S daným tvrzením souhlasilo 82,61 % rodičů z úřednických profesí, 64 % ze zdravotnických profesí a 75,86 % rodičů z manuálních profesí. Průměrná informovanost zde tedy činí 74,16 %, což je relativně dostačující.

Souhrnně lze konstatovat, že v oblasti obeznamenosti se syndromem CAN je u úředníků 68,37 %, zdravotníků 67,33 % a manuálně pracujících 67,82 % správných odpovědí.

Dílčí cíl výzkumu č. 2 je problematika *projevů syndromu CAN*, v mém výzkumu se k tomu vztahovaly otázky č. 2, 13.

Otázka č. 2 zjišťovala, jaké projevy by rodiče do syndromu CAN zahrnuli. Správnou odpovědí bylo násilí na dětech, s čímž se správně ztotožnilo všech 100 % dotázaných rodičů ze všech profesních skupin. Jejich znalosti co se týká projevů syndromu CAN, jsou tedy velmi dobré.

Otázka č. 13 se zabývala projevy týraného dítěte, které se jeví obvykle ve všech případech jako uzavřené a úzkostné. Odpovědi rodičů byly opět 100 % správné, z čehož lze vyvodit, že rodiče mají výborné povědomí, čím se týrané dítě vyznačuje.

Celkově tedy vyplývá, že znalosti rodičů ve všech třech profesně odlišných skupinách jsou stejné, představují 100 % správných odpovědí.

Dílčí cíl výzkumu č. 3 je *charakteristika syndromu CAN* a v mé výzkumné části se k ní vztahují otázky č. 4, 5, 6, 7.

Otázka č. 4 se věnovala představě respondentů o problematice fyzického týrání. Rodiče z úřednických a zdravotnických profesí se 100 % shodli, že pod pojmem fyzické týrání si představují nepřiměřené tělesné tresty, u rodičů z manuálních profesí se s touto možností ztotožnilo 96,55 %. Průměrně je tedy povědomí o této problematice je 98,85 %, je tedy zřejmé, že zde jsou znalosti rodičů vysoké.

Otázka č. 5 zjišťovala názory respondentů o pojmu psychické týrání. Rodiče z úřednických profesí souhlasících s názorem, že psychické týrání je odepírání lásky tvořilo 17,39 %,

rodiče ze zdravotnických profesí souhlasili v počtu 32 % a rodiče manuálně pracující 55,17 %. Dále zde však 21,74 % rodičů z úřednických profesí uvedlo svůj jiný názor na pojem psychické týrání, který byl taktéž správný stejně jako 12 % rodičů ze zdravotnických a 6,90 % rodičů z manuálních profesí. Průměrně lze tedy říci, že 48,40 % všech rodičů má dostatečné povědomí o pojmu psychické týrání, jelikož však celkový počet těchto rodičů nečiní ani polovinu měla by být informovanost o této problematice zlepšena.

Otázka č. 6 se zaměřovala na pojem sexuálního zneužívání. Správnou odpověď, tedy že pojem sexuální zneužívání znamená nucení dítěte ke sledování pornografických nahrávek, zvolilo 39,13 % rodičů z úřednických profesí, dalších 52,17 % však uvedlo svůj jiný, taktéž správný názor. U rodičů ze zdravotnických profesí správně odpovědělo 84 % včetně rodičů, kteří uváděli svůj vlastní názor. U rodičů z manuálních profesí správnou z nabízených možností zvolilo 51,72 % a dalších 6,90 % uvedlo jinou správnou odpověď. V rámci této problematiky má tedy 77,97 % rodičů dostatečné znalosti.

Otázka č. 7 se zaměřovala na zanedbávání dítěte, kde dobře, tedy že zanedbávání dítěte je nevytváření podnětného prostředí pro dítě, odpovědělo 60,87 % rodičů z úřednických profesí, z čehož ještě 8,70 % vepsalo svůj vlastní správný názor. Rodiče ze zdravotnických profesí se s tímto tvrzením shodli v 64 % a rodiče manuálně pracující ve 100 %. Z těchto 100 % se 6,90 % rozhodlo pro svůj vlastní názor, který byl taktéž správný. Celkové povědomí o významu pojmu zanedbávání dítěte má 77,86 %, což se dá říci, že se jeví jako uspokojivé.

Souhrnně lze konstatovat, že v oblasti charakteristiky syndromu CAN představují znalosti rodičů z úřednických profesí 85 %, zdravotnických profesí 73 % a manuálních profesí 79,31 % správných odpovědí.

Dílčí cíl výzkumu č. 4 sledoval problematiku *prevence syndromu CAN*, v mé dotazníkové části se k tomu řadí otázky č. 8, 19, 21.

Otázka č. 8 směřovala ke zjištění, co by rodiče do prevence syndromu CAN nezahrnuli. Do prevence se zde neřadí plnění každého přání dítěte, což správně takto odpovídalo 91,30 % rodičů z úřednických profesí, 72 % rodičů ze zdravotnických profesí a 96,55 % rodičů z manuálních profesí. Průměrně lze tedy říci, že správnost odpovědi je 86,62 %, což se jeví jako velmi dobré.

Otázka č. 19 zkoumala, zda by v případě vyskytnutého týrání mělo zasahovat nejbližší okolí. Samozřejmě že by okolí mělo zasáhnout, pokud zjistí případy jakéhokoli týrání, jelikož to není soukromý, ale vážný veřejný problém, který by se měl co nejdříve řešit, a okolí by k němu nemělo být lhostejné. Na tuto odpověď odpovědělo správně 47,83 % rodičů z úřednických profesí, 36 % rodičů ze zdravotnických profesí a 68,97 % rodičů z manuálních profesí. Průměrná informovanost zde tedy činí 50,93 %, čemuž se dá říci, že je obstojná.

Otázka č. 21 směřovala přímo na můj výzkumný problém, a to ten, zda se respondent domnívá, jestli je úroveň informovanosti rodičů o syndromu CAN dostatečná. Správnou odpovědí je, že informovanost o této velmi závažné problematice se spíše jeví jako nedostatečná. Tuto možnost také potvrdilo 60,87 % rodičů z úřednických profesí, 72 % rodičů ze zdravotnických profesí a 55,17 % rodičů z manuálních profesí, což je průměrně 62,68 % rodičů z daných skupin, kteří se domnívají, že informovanost o týraných, zanedbávaných a zneužívaných dětech neboli o syndromu CAN je spíše nedostatečná.

Souhrnně lze konstatovat, že v oblasti prevence syndromu CAN představují znalosti úředníků 66,67 %, zdravotníků 60 % a manuálně pracujících 73,56 % správných odpovědí.

9.4 Ověřování hypotéz

Pokud jde o hypotézy, které jsem si stanovila na začátku své výzkumné části a které předpokládají, jaký je asi vztah mezi znalostmi tří profesně odlišných skupin rodičů.

Na základě svých hypotéz mohu posoudit obeznámenost rodičů o problematice syndromu CAN, tedy v jaké míře se skutečně shoduje s výsledky mého výzkumu.

Hypotéza H1: *„Rodiče ze zdravotnických profesí mají v oblastech syndromu CAN vyšší úroveň vědomostí než rodiče z manuálních profesí a úřednických profesí.“*

Na základě výsledků šetření a interpretace vědomostí rodičů v jednotlivých oblastech syndromu CAN, můžeme konstatovat, že v oblasti obeznámenosti se syndromem CAN rodiče z úřednických profesí dosáhli 68,37 %, rodiče ze zdravotnických profesí 67,33 % a rodiče z manuálních profesí 67,82 %. Je tedy vidět, že rodiče ze zdravotnických profesí získali celkově menší procentuální ohodnocení než rodiče z úřednických profesí a dokonce i než rodiče z manuálních profesí. V oblasti projevů syndromu CAN jsou znalosti rodičů ve všech profesních skupinách 100 %. Z hlediska charakteristiky syndromu CAN jsou

vědomosti rodičů z úřednických profesí 85 %, rodičů ze zdravotnických profesí 73 % a u rodičů manuálně pracujících 79,31 %. Ukazuje se tedy, že v této oblasti jsou znalosti zdravotníků nejnižší, i zde je také manuálně pracující rodiče předčili. V poslední oblasti, kterou tvoří prevence, získali úředníci 66,67 % vědomostí, zdravotníci 60 % a manuálně pracující 73,56 % znalostí. V rámci prevence manuálně pracující rodiče prokázali nejvyšší úroveň svých vědomostí, zdravotníci naopak nejnižší úroveň svých znalostí.

Závěr k hypotéze (H1):

Rodiče ze zdravotnických profesí mají ve všech oblastech kromě oblasti projevu syndromu CAN nižší úroveň vědomostí než zdravotníci a dokonce i než manuálně pracující rodiče. *Lze tedy konstatovat, že se první hypotéza nepotvrdila.*

Hypotéza H2: *„Rodiče z úřednických profesí mají v oblastech syndromu CAN vyšší úroveň vědomostí než rodiče z manuálních profesí.“*

Na základě výsledků šetření a interpretace úrovně vědomostí respondentů zjišťujeme, že rodiče z úřednických profesí mají vědomostí vyšší než manuálně pracující rodiče v oblasti obeznámenosti a charakteristice syndromu CAN. Z hlediska projevu syndromu CAN mají tyto dvě skupiny rodičů rovnocenné znalosti a v oblasti prevence vyšla skupina manuálně pracujících rodičů lépe.

Závěr k hypotéze (H2):

Znalosti rodičů z úřednických jsou na vyšší úrovni než u rodičů manuálně pracujících, avšak daný rozdíl není nijak velký. *Lze tedy konstatovat, že se druhá hypotéza potvrdila.*

10 NÁMĚTY A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Přesto, že se celkově znalosti rodičů ze všech profesních skupin ukázaly jako relativně dostačující (nejnižší úroveň vědomostí byla 60 %), je i tak třeba nadále zvyšovat a rozšiřovat jejich obeznámenost s touto problematikou.

Důležitá by především měla být *prevence primární*, kde jako konkrétní návrhy řešení zdůrazňuji nutnost zvyšovat a zkvalitňovat širokou osvětu veřejnosti, která by zahrnovala obecná opatření ve prospěch rodin s dětmi, jako jsou povznesení hodnoty dítěte a hodnoty dobře fungující rodiny pro společnost jako celek, jakožto i důležitá úloha sdělovacích prostředků. Také by bylo vhodné zařadit do široké osvěty veřejnosti zákony, vyhlášky, směrnice, které by se zabývali problematikou týraných dětí jak v jejich rodinách, tak i mimo rodinu. (Matějček, Dytrych, 1994).

V rámci specifické informovanosti a osvěty nynějších i budoucích primárních vychovatelů dítěte by se měl klást důraz na správnost postojů rodiče k dítěti, poučení o výživě a správné životosprávě dítěte, poučení o výchově, povznesení otcovské role, výchova k rodičovství ve školách, kam by samozřejmě měla spadat i prevence nechtěného těhotenství, propagace antikoncepce zvláště pro mladé dívky a podobně. Dále by se pro zvýšení všeobecného povědomí měly konat odborné přednášky, školení, podávat letáky se základními informacemi o tomto problému a mělo by se více zaměřit na vyhledávání rizikových skupin obyvatel, u kterých by mohlo k týrání dojít. Velmi důležité je však zlepšit povědomí odborníků a veřejných činitelů, hlavně lékařů, jelikož jak ukázal můj výzkum, tak lékaři nemají dostatečné povědomí o problematice týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí, což je opravdu velmi špatné, neboť zdravotní personál by se měl velmi dobře o této problematice orientovat. Měla by se zde zařadit i pozornost na rizikové skupiny rodičů, kteří mají k aktům fyzického násilí vůči dítěti, k pohlavnímu jeho zneužívání či k jeho zanedbávání blíže než ostatní rodiče. Obvykle se do těchto rizikových skupin z hlediska CAN řadí rodiče, kteří sami v dětství byli týráni, rodiče závislí na alkoholu nebo drogách, rodiče, kteří jsou v chronicky životní situaci, jako je dlouhodobá nezaměstnanost či jsou zklamáni životem, rodiče s psychickým onemocněním atd. Pozornost by se měla věnovat také rizikovým dětem z hlediska CAN, které se jeví jako velmi mazlivé, úzkostné, nadměrně dráždivé, zlostné a děti s různým stupněm retardace apod. Důležité je i vytipování rizikových situací, což může být za určitých okolností velmi složité. (Matějček, Dytrych, 1994).

Prevence sekundární by se měla zaměřovat na situace, kdy už k týrání jakéhokoli druhu došlo. Hlavním úkolem je, aby se týrání již za žádnou cenu neopakovalo, kam by se měla zařadit pomoc ochranná a terapeutická. Je nutno zabývat se diagnostickým šetřením, zda dítě zůstane dál v rodině či nezůstane dále ve své rodině a bude se hledat jiné optimální řešení jeho životní situace, což je pro dítě velmi obtížné, jelikož je v mnohých případech obvykle přesvědčeno, že rodiče se na něm dopouštějí týrání oprávněně. Děti mají tak snížené sebevědomí, že již nedokážou rozlišovat, co udělali špatně nebo dobře, domnívají se jen, že jsou týrány oprávněně, protože tak v mnohých případech obhajují své rodiče. (Matějček, Dytrych, 1994).

Prevence terciární by se měla zaměřovat na prožívání a vyrovnávání se týraného dítěte s tak obtížnými situacemi, které v průběhu svého života zažilo. Rodinná dysfunkce, která v dítěti zakořenila, má opravdu velmi těžké následky na jeho život, které si ponese i do budoucna. Je dokázáno, že člověk, který byl v dětství týrán má 3 – 5 krát vyšší pravděpodobnost ubližování i svým dětem. Jen nepatrné procento týraných jedinců si ke svým dětem vytvoří pozitivní vztah. A proto je velmi důležitá terapeutická pomoc, jelikož čím dříve se problém podchytne a začne se s ním pracovat, je menší riziko výskytu týrání jedinců v rodinách, kde samotný rodič týrání zažil. (Matějček, Dytrych, 1994).

Hlavní je aby se zlepšila prevence primární, aby k prevenci sekundární a terciární vůbec docházet nemuselo. Čím více bude veřejnost dobře srozuměna s tímto problémem a nebude k těmto hrůzostrašným jevům pouze přihlížet jak to v mnohých případech je, tak pevně věřím, že by se tento jev mohl v určité míře omezit nebo alespoň rozpoznat včas a o to mi v mé práci jde především.

ZÁVĚR

Týrání, zneužívání a zanedbávání dětí je celosvětový problém, který se vyskytuje od nepaměti. V dávné historii nebylo týrání považováno za něco špatného, patologického. Rodič mohl se svým dítětem nakládat podle jeho vůle, tudíž i svého potomka zahubit. Toto časové historické vymezení bylo charakteristické zejména pro antické období. Po nastolení křesťanství se postoj k dítěti nepatrně zlepšil a to v tom smyslu, že nežádoucí děti již nebyly zabíjeny, jak tomu bylo v antickém období. Středověk i novověk byl charakteristický nepřiměřenými tresty, které by se daly popsat jako týrání.

I přestože jsme v 21. století, týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte je nedílnou součástí každodenního života. Odstrašujícím případem je například příběh Natashy Kampusch, která byla vězněna svým trýznitelem více jak osm let v podzemní kobce. Tento případ snad zahrnoval všechny prvky týrání a zanedbávání i s prvky sexuálního zneužívání, o kterých však Natascha ve své knize nikdy nechtěla mluvit. Nejen Natascha Kampusch ale také kauza týrání v Kuřimi, která je i dnes pořád nejasnou a skýtá mnohá tajemství. V naší České republice je týráno okolo 1 – 2% dětí, což když uvedu v číslech je okolo 20 – 40 000 dětí ročně. Počet je opravdu varující a to stále nejsou ještě přesné údaje, jelikož většina týrání se nikdy neodhalí. To vše mě inspirovalo k tomu, abych mohla napsat tuto bakalářskou práci a zjistit tak povědomí rodičů o této problematice.

Teoretická část mé bakalářské práce mi umožnila seznámit se s problematikou týrání, zneužívání a zanedbávání. Studium odborné literatury, právních dokumentů a sborníků zabývajících se syndromem CAN jsem tak měla možnost proniknout do hlouběji do oblasti týraných dětí a spatřit tak, jakým úskalím a nelehkým bojem tyto křehké bytosti prochází. Nicméně se domnívám, že tato práce mě obohatila ve znalostech a emočním chápání těchto dětí. Na druhou stranu bych podotkla, že ačkoliv se dnes k týrání, zneužívání a zanedbávání média vyjadřují více než dříve a je zde více ohlasů na tuto problematiku, stále ještě není dostatečné množství literatury týkající se této nelehké záležitosti k tomu, abychom mohli v co nejvyšší míře pochopit, poznat a především pocítit, jaký dopad to může na dítěti zanechat. Je velmi důležité, aby publikace nebyly příliš odborné ale hlavním přínosem by měla být srozumitelnost i pro laickou veřejnost, která by tak měla možnost se zapojit do problematiky syndromu CAN tedy týraným, zneužívaným a zanedbávaným dítětem.

V praktické části mé bakalářské práce jsem měla možnost realizovat svůj výzkum a tím se taktéž obohatit ve zkušenostech jak z jednání s lidmi, tak i s navazováním kontaktů s danými respondenty. Největším úskalím pro mě byla spolupráce s respondenty ze zdravotnických profesí, kteří často svou neochotou ukazovali svůj nezájem k vyplnění dotazníku a tím také realizaci mého výzkumu. Nejlépe se mi naopak spolupracovalo s respondenty z úřednických a manuálních profesí, kteří byli velmi vstřícní a ochotní. Prostřednictvím výzkumu, který jsem realizovala, jsem mohla hlouběji proniknout do vědomostí respondentů z jednotlivých profesí a srovnat tak jejich úroveň, která byla velmi překvapivá, a tyto výsledky mi pomohly ukázat, jak jsou respondenti schopni porozumění se syndromem CAN.

Můj výzkum jednoznačně ukazuje, že je opravdu nutno neustále zvyšovat povědomí jak rodičů, tak i celé veřejnosti o této závažné problematice. Přestože jsou o syndromu CAN dostupné základní informace, stále ještě nejsou natolik rozšířené, aby se staly součástí běžného lidského povědomí. V mé práci mi jde především o hledání cesty, jak zvýšit znalosti jednak rodičů, jednak celé veřejnosti o této složité problematice, což pokládám za největší přínos své bakalářské práce.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BENTOVIM, A. *Týrání a sexuální zneužívání v rodinách*. Praha : Grada, 1998. ISBN 80-7169-629-3.
- [2] CONWAYOVÁ, H. *Domácí násilí*. Praha : Albatros, 2007. ISBN 978-80-00-01550-7.
- [3] DĚTSKÁ PRÁVA [online]. 2004, [cit.5.4.2009]. Dostupné z http://www.detskaprava.cz/pedagog/opravech_umluva.asp.
- [4] ELLIOTTOVÁ, M. *Jak ochránit své dítě*. Praha : Portál, 1995. ISBN 80-7178-419-2.
- [5] FORWARDOVÁ, S.; BUCK, C. *Když nám rodiče ničí život*. Praha : Motto, 2008. ISBN 978-80-7246-417-3.
- [6] GOLDMANOVÁ, J. *Jak si nenechat ublížit*. Praha : Portál, 1995. ISBN 80-7178-090-1.
- [7] HALL A., LEIDIG, M. *Natascha Kampusch – dívka ze sklepa*. Praha : Práh, 2006. ISBN 80-72-52-162-4.
- [8] HANUŠOVÁ, J. *Násilí na dětech – syndrom CAN*. Praha : Vzdělávací institut ochrany dětí o.p.s., 2006. ISBN 80-86991-78-4.
- [9] MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z. *Děti, rodina a stres*. Praha : Galén, 1994. ISBN 80-85824-06-X.
- [10] MUFSONOVÁ, S., KRANZOVÁ, R. *O týrání a zneužívání*. Praha : Lidové noviny, 1996. ISBN 80-7106-194-8.
- [11] PELZER, D. *Dítě zvané „To“*. Praha : Columbus, 1998. ISBN 80-7249-004-4.
- [12] PÖTHE, P. *Dítě v ohrožení*. Praha : G plus G, 1996. ISBN 80-901896-5-2.
- [13] Sdělení FMZV č. 104/1991 Sb., o přijetí Úmluvy o právech dítěte.
- [14] *Úmluva o právech dítěte*. Praha : Dokumenty OSN, 1991.
- [15] VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0.
- [16] VANÍČKOVÁ, E., PROVAZNÍK, K., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., SPILKOVÁ, J. *Sexuální násilí na dětech*. Praha : Portál, 1999. ISBN 80-7178-286-6.

- [17] VIZINOVÁ, D., PREISS, M. *Psychické trauma a jeho terapie*. Praha : Portál, 1999. ISBN 80-7178-284-X.
- [18] WEISS, P. a kol. *Sexuální zneužívání pachatelé a oběti*. Praha : Grada, 2000. ISBN 80-7169-795-8.

SEZNAM CITOVANÉ LITERATURY

- BENTOVIM, A. *Týrání a sexuální zneužívání v rodinách*. Praha : Grada, 1998.
ISBN 80-7169-629-3.
- CONWAYOVÁ, H. *Domácí násilí*. Praha : Albatros, 2007. ISBN 978-80-00-01550-7.
- DĚTSKÁ PRÁVA [online]. 2004, [cit.5.4.2009]. Dostupné z http://www.detskaprava.cz/pedagog/opravech_umluva.asp.
- ELLIOTTOVÁ, M. *Jak ochránit své dítě*. Praha : Portál, 1995. ISBN 80-7178-419-2.
- FORWARDOVÁ, S., BUCK, C. *Když nám rodiče ničí život*. Praha : Motto, 2008.
ISBN 978-80-7246-417-3.
- GOLDMANOVÁ, J. *Jak si nenechat ublížit*. Praha : Portál, 1995. ISBN 80-7178-090-1.
- HANUŠOVÁ, J. *Násilí na dětech – syndrom CAN*. Praha : Vzdělávací institut ochrany dětí o.p.s., 2006. ISBN : 80-86991-78-4.
- MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z. *Děti, rodina a stres*. Praha : Galén, 1994.
ISBN 80-85824-06-X.
- MUFSONOVÁ, S., KRANZOVÁ, R. *O týrání a zneužívání*. Praha : Lidové noviny, 1996.
ISBN 80-7106-194-8.
- PELZER, D. *Dítě zvané „To“*. Praha : Columbus, 1998. ISBN 80-7249-004-4.
- PÖTHE, P. *Dítě v ohrožení*. Praha : G plus G, 1996. ISBN 80-901896-5-2.
- Sdělení FMZV č. 104/1991 Sb., o přijetí Úmluvy o právech dítěte.
Úmluva o právech dítěte. Praha : Dokumenty OSN, 1991.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 2002.
ISBN 80-7178-678-0.
- VANÍČKOVÁ, E., PROVAZNÍK, K., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., SPILKOVÁ, J. *Sexuální násilí na dětech*. Praha : Portál, 1999. ISBN 80-7178-286-6.
- VIZINOVÁ, D., PREISS, M. *Psychické trauma a jeho terapie*. Praha : Portál, 1999.
ISBN 80-7178-284-X.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

apod.	A podobně
atd.	A tak dále
CAN	Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte
č.	Číslo
cit.	Citace
FMZV	Federální ministerstvo zahraničních věcí
s.	Strana
Sb.	Sbírka
str.	Strana
roč.	Ročník
Tab.	Tabulka

SEZNAM GRAFŮ

- Graf č. 1 Rozdělení respondentů podle pohlaví
- Graf č. 2 Rozdělení respondentů podle věku
- Graf č. 3 Rozdělení respondentů podle rodinného stavu
- Graf č. 4 Nejvyšší ukončené vzdělání
- Graf č. 5 Počet dětí
- Graf č. 6 Odpovědi respondentů na otázku co je to syndrom CAN
- Graf č. 7 Odpovědi respondentů na otázku, co syndrom CAN zahrnuje
- Graf č. 8 Reakce respondentů na setkání se syndromem CAN
- Graf č. 9 Představy respondentů o pojmu fyzické týrání
- Graf č. 10 Představy respondentů o pojmu psychické týrání
- Graf č. 11 Představy respondentů o pojmu sexuální zneužívání
- Graf č. 12 Představy respondentů o pojmu zanedbávání dítěte
- Graf č. 13 Co by respondenti do prevence syndromu CAN nezahrnuli
- Graf č. 14 Co by respondenti ve výchově doporučili, aby syndrom CAN u dítěte nevznikl
- Graf č. 15 Kdo by podle respondentů mohl být pachatelem syndromu CAN
- Graf č. 16 Co podle respondentů nepatří mezi rizikové faktory u dospělých, vedoucí k syndromu CAN
- Graf č. 17 Které děti jsou podle respondentů náchylnější k syndromu CAN
- Graf č. 18 Čím se podle respondentů vyznačuje týrané dítě
- Graf č. 19 Důvod proč týrané dítě nepožádá o pomoc z hlediska respondentů
- Graf č. 20 Co si týraný jedinec přenáší z dětství do své vlastní rodiny z hlediska respondentů
- Graf č. 21 Odpověď respondentů, zda se týrání častěji vyskytuje v pěstounské péči než v biologické rodině
- Graf č. 22 Představy respondentů o výskytu syndromu CAN v České republice

Graf č. 23 Představy rodičů o tom, zda by do syndromu CAN neměla společnost zasahovat

Graf č. 24 Názory respondentů na to, zda by do týrání mělo zasahovat nejbližší okolí

Graf č. 25 Ztotožnění respondentů s danými výroky

Graf č. 26 Představy respondentů o informovanosti o syndromu CAN

SEZNAM TABULEK

- Tab. 1: Rozdělení respondentů podle pohlaví a věku
- Tab. 2: Rozdělení respondentů podle rodinného stavu
- Tab. 3: Rozdělení respondentů podle nejvyššího ukončeného vzdělání
- Tab. 4: Rozdělení respondentů podle počtu dětí
- Tab. 5: Odpovědi respondentů na otázku co je to syndrom CAN
- Tab. 6: Odpovědi respondentů na otázku, co syndrom CAN zahrnuje
- Tab. 7: Reakce respondentů na setkání se syndromem CAN
- Tab. 8: Představy respondentů o pojmu fyzické týrání
- Tab. 9: Představy respondentů o pojmu psychické týrání
- Tab. 10: Představy respondentů o pojmu sexuální zneužívání
- Tab. 11: Představy respondentů o pojmu zanedbávání dítěte
- Tab. 12: Co by respondenti do prevence syndromu CAN nezahrnuli
- Tab. 13: Co by respondenti ve výchově doporučili, aby syndrom CAN u dítěte nevznikl
- Tab. 14: Kdo by podle respondentů mohl být pachatelem syndromu CAN
- Tab. 15: Co podle respondentů nepatří mezi rizikové faktory u dospělých, vedoucí k syndromu CAN
- Tab. 16: Které děti jsou podle respondentů náchylnější k syndromu CAN
- Tab. 17: Čím se podle respondentů vyznačuje týrané dítě
- Tab. 18: Důvod proč týrané dítě nepožádá o pomoc z hlediska respondentů
- Tab. 19: Co si týraný jedinec přenáší z dětství do své vlastní rodiny z hlediska respondentů
- Tab. 20: Odpověď respondentů na otázku, zda se týrání častěji vyskytuje v pěstounské péči než v biologické rodině
- Tab. 21: Představy respondentů o výskytu syndromu CAN v České republice

Tab. 22: Představy rodičů o tom, zda by do syndromu CAN neměla společnost zasahovat

Tab. 23: Názory respondentů na to, zda by do týrání mělo zasahovat nejbližší okolí

Tab. 24: Ztotožnění respondentů s danými výroky

Tab. 25: Představy respondentů o informovanosti o syndromu CAN

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Vážená paní,

vážený pane,

jsem studentka Lenka Čermáková 3. ročníku prezenčního bakalářského studia Sociální pedagogika na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

Obracím se na Vás s anonymním dotazníkem, který je součástí mé bakalářské práce, zabývající se syndromem CAN. Vyplnění tohoto dotazníku Vám zabere nejvýše 10 minut. Vyberte pouze jednu odpověď a tu zakroužkujte, u odpovědi s nabídkou: „*uved'te jinak*“....., můžete vepsat svůj vlastní názor. Veškeré údaje, které vyplníte, budou použity jen pro studijní účely.

Děkuji za vyplnění tohoto dotazníku.

Lenka Čermáková

1) Co podle Vás znamená syndrom CAN?

- A) tělesné, psychické, sexuální týrání a zanedbávání dítěte
- B) syndrom bitého dítěte
- C) násilí na ženách

2) Jaké projevy byste do syndromu CAN zahrnul/a?

- A) násilí na ženách
- B) násilí na seniorech
- C) násilí na dětech

- 3) Jak sám/a byste zareagoval/a kdybyste se setkal/a u někoho ve svém okolí s projevy syndromu CAN?
- A) kontaktoval/a bych policii (ČR nebo městskou)
 - B) kontaktoval/a bych intervenční centrum
 - C) Oddělení sociálně právní ochrany dětí
 - D) nevím
 - E) jiným způsobem, uveďte jak.....
- 4) Co si představujete pod pojmem fyzické týrání?
- A) ponižování
 - B) citové vydírání
 - C) nepřiměřené tělesné tresty
 - D) něco jiného, uveďte.....
- 5) Co si představujete pod pojmem psychické týrání?
- A) nedostatek potravy
 - B) odepírání lásky
 - C) omezování sociálních vztahů
 - D) něco jiného, uveďte.....
- 6) Co si představujete pod pojmem sexuální zneužívání?
- A) mazlení se rodič s dítětem
 - B) nucení dítěte ke sledování pornografických nahrávek
 - C) vyhrožování
 - D) odepření náklonnosti
 - E) něco jiného, uveďte.....

7) Co si představujete pod pojmem zanedbávání dítěte?

- A) opomenutí vyzvednout dítě ze školy/školky
- B) nevytváření podnětného prostředí
- C) nevyhovění přání dítěte
- D) něco jiného, uveďte.....

8) Co byste do prevence syndromu CAN **nezahrnul/a**?

- A) plnění každého přání dítěte
- B) informovanost široké veřejnosti
- C) letáky
- D) přednášky

9) Jaký přístup ve výchově byste doporučoval/a, aby syndrom CAN u dítěte **nevznikl**?

- A) nevystavování dítěte hádkám rodičů
- B) vytváření klidného, harmonického prostředí pro dítě
- C) snížený podíl rodinných příslušníků, přátel, sousedů na výchovu dítěte
- D) nějak jinak, uveďte.....

10) Kdo podle Vás může být pachatelem syndromu CAN?

- A) pouze rodiče
- B) sousedé
- C) neznámá osoba
- D) všichni výše uvedení

11) Co podle Vás **nepatří** mezi rizikové faktory na straně dospělých, které mohou vést k syndromu CAN?

- A) lidé, žijící ve chronicky stresové situaci (dlouhodobě nezaměstnaní, neúspěšní...)
- B) lidé, závislý na alkoholu a drogách
- C) neúplná rodina
- D) lidé, s neobvyklým životním stylem (členové sekt apod.)

12) Které děti jsou podle Vás náchylnější ke vzniku a rozvoji syndromu CAN?

- A) děti nevlastní
- B) děti sebevědomé
- C) dítě z neúplné rodiny
- D) dítě s nízkým počtem přátel

13) Čím se podle Vás vyznačuje týrané dítě?

- A) veselou náladou
- B) zvýšeným sebevědomím
- C) pozitivním přístupem ke světu
- D) uzavřené, úzkostné

14) Z jakého důvodu podle Vás týrané dítě nepožádá o pomoc?

- A) strach ze ztráty přátel
- B) ze strachu z obvinění vlastní viny na týrání
- C) strach z následku ze „žalování“

15) Jaké důsledky z týrání si podle Vás týraný jedinec přenáší v dospělosti do své vlastní rodiny?

- A) pozitivní výchovný styl svých dětí
- B) harmonickou rodinnou atmosféru
- C) zvýšené riziko výskytu týrání u svých vlastních dětí

16) Řekli byste, že týrání se častěji vyskytuje v pěstounské péči než biologické rodině?

- A) určitě souhlasím
- B) spíše souhlasím
- C) spíše nesouhlasím
- D) určitě nesouhlasím

17) Domníváte se, že výskyt syndromu CAN v České republice je častý?

- A) určitě souhlasím
- B) spíše souhlasím
- C) spíše nesouhlasím
- D) určitě nesouhlasím

18) Souhlasíte s tvrzením, že syndrom CAN je soukromý problém, do kterého by **neměla** společnost zasahovat?

- A) určitě souhlasím
- B) spíše souhlasím
- C) spíše nesouhlasím
- D) určitě nesouhlasím

19) Jste toho názoru, že by do týrání dítěte mělo zasahovat nejbližší okolí (sousedé, příbuzní)?

- A) určitě souhlasím
- B) spíše souhlasím
- C) spíše nesouhlasím
- D) určitě nesouhlasím

20) Se kterým z následujících výroků se spíše ztotožňujete?

- A) při zásahu do týrání by se mělo věnovat více pozornosti pachateli
- B) největší pozornost by měla být směřována na oběť

21) Domníváte se, že je informovanost rodičů o syndromu CAN dostatečná?

- A) určitě ano
- B) spíše ano
- C) spíše ne
- D) určitě ne

Osobní údaje

Jste

- A) muž
- B) žena

Váš věk

- A) 25 – 30
- B) 30 – 40
- C) 40 – 60

Jaký je Váš rodinný stav?

- A) svobodný/á
- B) ženatý/vdaná
- C) rozvedený/rozvedená
- D) vdovec/vdova

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- A) nedokončené základní
- B) základní
- C) vyučen/vyučena bez maturity
- D) středoškolské s maturitou
- E) vyšší odborné
- F) vysokoškolské

Pracuji

- A) ve zdravotnictví jako
 - lékař
 - zdravotní sestra
 - ostatní personál
- B) na MěÚ v Luhačovicích
 - odbor, uveďte.....
- C) manuálně pracující

Jste matkou/otcem či pěstounkou/pěstounem? (podtrhněte a poté označte odpověď)

- A) 1 dítěte
- B) 2 dětí
- C) 3 a více dětí