

# Týrané dítě - závažný problém společnosti

Jitka Severová

---

Bakalářská práce  
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

  
INSTITUT  
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ

**Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně**

**Fakulta humanitních studií**

**Institut mezioborových studií**

**akademický rok: 2015/2016**

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

**(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)**

Jméno a příjmení: **Jitka Severová**  
Osobní číslo: **H138104**  
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**  
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Týrané dítě – závažný problém společnosti**

### **Zásady pro vypracování:**

**Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v SR UTB ve Zlíně 7/2014, včetně příloh, případně podle dalších materiálů. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím bakalářské práce.**

**S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena na:**

- vymezení pojmu CAN;**
- druhy CAN;**
- možnosti rozpoznání týrání;**
- léčbu a péči o týrané dítě;**
- úlohu sociálního pedagoga při řešení problému.**

**Součástí práce bude empirické šetření zaměřené na zjištění možností rozpoznání týraného dítěte.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**ČMEJRKOVÁ, S., DANEŠ, F., SVĚTLÁ, J. 1999. Jak napsat odborný text. Praha: Leda.**

**DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. A KOLEKTIV. 1995. Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě. Praha: GRADA Publishing.**

**ELLIOTOVÁ, M. 1995. Jak ochránit své dítě. Praha: Portál.**

**CHRÁSKA, M. 2007. Metody pedagogického výzkumu. Základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada.**

**SLANÝ, J. 2008. Syndrom CAN. Ostrava: Ostravská univerzita.**

**VANÍČKOVÁ, E., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., PROVAZNÍKOVÁ, H. 1995. Násilí v rodině. Praha: UK.**

Vedoucí bakalářské práce:

**PhDr. Alena Plšková**

Institut mezioborových studií

Datum zadání bakalářské práce:

**4. prosince 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**29. dubna 2016**

Ve Zlíně dne 4. prosince 2015

  
doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.  
děkanka



  
doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.  
ředitel ústavu

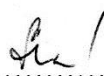
### **Prohlašuji, že**

- beru na vědomí, že odevzdáním 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;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí, že jeden výtisk bakalářské práce bude uložen v příruční knihovně Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a jeden výtisk bude uložen u vedoucího práce;
- byl/a jsem seznámen/a s tím, že na moji 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;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 2 a 3 autorského zákona mohu užít své dílo – bakalářskou práci nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen připouští-li tak licenční smlouva uzavřená mezi mnou a Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně s tím, že vyrovnání případného přiměřeného příspěvku na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše) bude rovněž předmětem této licenční smlouvy;
- beru na vědomí, že pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tedy pouze k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- beru na vědomí, že pokud je výstupem bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá. Neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

### **Prohlašuji,**

- že jsem na bakalářské práci pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.
- že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

V Brně 29. 3. 2016

  
.....  
podpis diplomanta

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce je zaměřena na syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, známého pod zkratkou CAN. Cílem práce je zjistit, zda se zdravotníci v rámci své profese setkávají s týranými dětmi. Jednotlivé kapitoly v teoretické části vymezují základní pojmy spojené s problematikou syndromu CAN, zabývají se formami, projevy a diagnostikou týraných dětí. Dále je pozornost zaměřena na řešení syndromu CAN, včetně možnosti spolupráce se sociálním pedagogem. Praktická část se formou kvantitativního výzkumu věnuje zjišťování znalostí zdravotnických pracovníků o syndromu CAN.

Klíčová slova:

Děti, rodina, syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, CAN, vývoj dítěte, práva dítěte, zdravotnictví, dětská sestra, sociální pedagog

## **ABSTRACT**

This bachelor thesis deals with child abuse and neglect syndrome (CAN). The goal of this thesis is to determine whether medical staff members encounter cases of neglected children in their work. Theoretical part consists of four chapters defining the basic concepts related to CAN syndrome and pursuing forms, manifestations and diagnostics of abused children. Therapy of CAN, including the possibility of cooperation with social pedagogue, is also addressed. Experimental part uses quantitative investigation to determine awareness of CAN syndrome among medical staff members.

Keywords:

Children, family, child abuse and neglect syndrome, CAN, children development, children rights, health care, pediatric nurse, social pedagogue

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala paní PhDr. Aleně Plškové za ochotu, trpělivost, věnovaný čas a užitečné rady, které mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce.

Poděkovat bych chtěla také mé rodině za podporu po celou dobu mého studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>8</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>10</b>
<b>1 SYNDROM TÝRANÉHO A ZNEUŽÍVANÉHO DÍTĚTE</b> .....	<b>11</b>
1.1 VYMEZENÍ POJMU „SYNDROM TÝRANÉHO, ZNEUŽÍVANÉHO A ZANEDBÁVANÉHO DÍTĚTE“ .....	11
1.2 FORMY A PROJEVY SYNDROMU CAN .....	12
1.3 TÝRANÉ DÍTĚ A JEHO VÝVOJ.....	14
<b>2 DIGNOSTIKA</b> .....	<b>17</b>
2.1 VYMEZENÍ POJMU DIAGNOSTIKA .....	17
2.2 DIAGNOSTIKA TĚLESNÉHO TÝRÁNÍ.....	18
2.3 DIAGNOSTIKA PSYCHICKÉHO TÝRÁNÍ.....	23
2.4 DIAGNOSTIKA SEXUÁLNÍHO ZNEUŽÍVÁNÍ .....	25
<b>3 LÉČBA A NÁSLEDNÁ PÉČE O TÝRANÉ DÍTĚ</b> .....	<b>29</b>
3.1 ODHALENÍ SYNDROMU CAN A JEHO DIAGNOSTIKA .....	29
3.2 TERAPIE SYNDROMU CAN .....	30
3.3 MOŽNOSTI ŘEŠENÍ PROBLÉMU .....	31
<b>4 ÚLOHA SOCIÁLNÍHO PEDAGOGA PŘI ŘEŠENÍ PROBLÉMU</b> .....	<b>33</b>
4.1 VYMEZENÍ POJMU SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA .....	33
4.2 SPOLUPRÁCE SE SOCIÁLNÍM PEDAGOGEM VE ZDRAVOTNICTVÍ .....	34
4.3 KAZUISTIKA TÝRANÉHO DÍTĚTE .....	36
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>41</b>
<b>5 DETEKCE SYNDROMU CAN VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH</b> .....	<b>42</b>
5.1 CÍLE, METODY VÝZKUMU A STANOVENÍ HYPOTÉZ.....	42
5.2 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	43
5.3 PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU .....	46
5.4 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	57
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>60</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>63</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK</b> .....	<b>66</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ</b> .....	<b>67</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ</b> .....	<b>68</b>
<b>SEZNAM TABULEK</b> .....	<b>69</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>70</b>

## ÚVOD

*"Domácí násilí je nejrozšířenější formou násilí vůbec, přičemž je současně formou nejméně kontrolovanou a co do své frekvence a závažnosti nejvíce podceňovanou."*

Schneider, H. J.

O výskytu násilí v rodinách, o týrání, o zneužívání a zanedbávání dětí nás stále častěji informují různá média. Každá tato informace nás pohorší, odsoudíme takové jednání, nepochopíme myšlení rodičů, kteří mohou ubližovat svým dětem. Týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte má v dalším životě pro tyto ohrožené děti nedozírné následky. Proto by takové informace měly být stimulem pro nás všechny něco udělat pro včasné odhalení a následné řešení takových případů. V neposlední řadě přispět kvalitní prevencí k tomu, aby nadále bylo takových případů co nejméně.

Řadu let se o tomto tématu nehovořilo. Důvodů je jistě několik. Jedním z nich je, že málokdo si představil, že rodiče nebo jiná blízká osoba, by mohla záměrně ubližovat nevinnému dítěti. Tato představa je pro mnohé prostě nepřijatelná. Až po medializaci případů týrání dětí si lidé uvědomili závažnost takového jednání.

Půjdeme-li do minulosti, nalezneme důkazy, že dětskými právy se společnost zabývala již od konce 19. století. Nejdůležitějším mezníkem ve vývoji dětských práv je rok 1959, kdy Organizace spojených národů vyhlásila Chartu práv dítěte, někdy označovanou jako Deklarace. Cílem přijetí Deklarace bylo, aby děti mohly prožít šťastné dětství, užívat práv a svobod v ní uvedených ku prospěchu vlastnímu i prospěchu společnosti. Dalším přijatým dokumentem Valného shromáždění Organizace spojených národů (dále jen OSN) byla Úmluva o právech dítěte, zabývající se lepším prosazováním zájmů dětí a respektováním jejich práv. Tato Úmluva byla podepsána v New Yorku 20. listopadu 1989. Dne 30. září 1990 byla podepsaná zástupci ČSFR, ratifikována byla 7. ledna 1991 Federálním shromážděním ČSFR. Ratifikace přešla i na oba nástupnické státy ke dni jejich vzniku, pro ČR 1. ledna 1993. Česká republika byla jedna z prvních zemí, která vypracovala a schválila Národní strategii prevence násilí na dětech.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> VANÍČKOVÁ, E. *Deklarace práv dítěte* online, 2016, Dostupné z: <http://icv.vlada.cz/cz/tema/deklarace-prav-ditete-63749/tmplid-560/>



Legislativně jsou práva dítěte ošetřeny, praxe je ovšem v mnohých případech jiná. S různými formami týrání, zneužívání a zanedbávání dětí se bohužel setkáváme poměrně často, byť pouze zprostředkovaně díky médiím. Jsou však profese, které se mohou s takovými případy setkat při výkonu své práce. Mezi ně patří zejména zdravotničtí pracovníci, sociální pracovníci, pedagogové, pracovníci volného času. To, že je dítě doma týrané, se ukáže až odstupem času a je to ve valné většině případů jen díky všímavosti těchto pracovníků. Proto jsem se ve své práci zaměřila na skupinu zdravotníků, kteří s dětmi pracují, a zjišťovala jsem, jak oni tento problém vnímají.

Bakalářská práce má dvě části – teoretickou a praktickou. Teoretická část tvoří čtyři kapitoly, praktická jednu. První kapitola vymezuje pojem syndrom Child Abuse and Neglect (dále jen CAN), jeho formy a projevy, popisuje vývoj týraného dítěte. Druhá kapitola se věnuje diagnostice dětí vykazující známky CAN, čili tělesnému týrání a jeho příznakům a projevům. Kapitola třetí popisuje, z jakých příčin k problému dochází, zabývá se léčbou, psychologickou intervencí a usiluje o řešení problému. Závěrečná čtvrtá kapitola se zamýšlí nad možnostmi sociálního pedagoga, jeho spoluprací se zdravotnickým personálem. Součástí kapitoly je kazuistika týraného chlapce vlastní matkou. Praktická část se zaměřila na zjištění úrovně znalostí problematiky CAN mezi zdravotnickým personálem.

Cílem mé práce bylo zjistit, zda se zdravotníci v rámci své profese setkávají s týranými dětmi. Vzhledem k závažnosti problému by zdravotníci, zejména dětské sestry, měli mít informace o syndromu CAN a vědět, jak v případech podezření z CAN postupovat. I když se násilí, včetně domácího, týká všech věkových kategorií, ve své práci jsem se zaměřila na problematiku týkající se dětského věku.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 SYNDROM TÝRANÉHO A ZNEUŽÍVANÉHO DÍTĚTE

„Moderní věda objevila starou pravdu: dítě potřebuje lásku!“

Matějček, Z.

## 1.1 Vymezení pojmu „syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte“

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte je v anglosaské literatuře označován jako Child Abuse and Neglect (dále jen CAN). Syndrom CAN je soubor nepříznivých příznaků v nejrůznějších oblastech stavu a vývoje dítěte a jeho postavení ve společnosti, především v rodině. Jedná se převážně o úmyslné ubližování dítěti, které je způsobené nejčastěji jeho nejbližšími vychovateli, hlavně rodiči. Nejvyhraněnější podobou syndromu CAN je usmrcení dítěte.<sup>2</sup>

Hovoříme-li o syndromu CAN, máme na mysli jakékoli vědomé i nevědomé aktivity, kterých se dopouští na dítěti rodič, vychovatel či jiná dospělá osoba. Následkem tohoto jednání dochází k poškození zdraví, posléze i zdravého vývoje dítěte.

Syndrom CAN je sám o sobě velice závažný problém. Dle Slaného by neměl být chápán jako nosologická jednotka, což znamená, že ho nelze zcela jasně definovat a jednoznačně vymezit oproti jiným onemocněním. Musíme ho vnímat jako velmi složitý sociální problém.

Dle téhož autora by definice pro CAN zněla takto: „*Jedná se o nenáhodný děj, situaci, pro danou společnost je nepřijatelný a je preventabilní. Jedná se buď o akci, zpravidla opakovanou, nebo naopak o ne-akci. Akce je charakteru tělesného nebo duševního týrání nebo sexuálního zneužívání dítěte. Ne-akcí se rozumí zanedbávání, nepečování o dítě. Veškerá tato chování poškozují tělesný, duševní a sociální status.*“<sup>3</sup>

„*Syndrom CAN je nutno chápat jako multifaktoriální společenský jev, který má nejen prostorový a časový rozměr, ale i svůj rozměr věcný. Toho se chápou různé vědecké disciplíny zabývající se dítětem. Proto jeho poznávání, zjišťování, terapie i rehabilitace,*

---

<sup>2</sup> DUNOVSKÝ, J. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada, 1995, s. 15

<sup>3</sup> SLANÝ, J. *Syndrom CAN*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2008, s. 13

včetně předcházení, je záležitostí interdisciplinární. Odhalení násilí je zpočátku věcí medicínskou, následně pak psychologickou, sociální i trestně právní.“<sup>4</sup>

Odhalení syndromu CAN je spojeno s obtížemi, odhaduje se, že se ročně dotýká 1-2% dětské populace. Anglickému pojmu CAN odpovídá týrání, zanedbávání, zneužívání. Týrání je spojené především s užitím síly proti dítěti, zanedbávání zahrnuje zejména „ne-péči“ o dítě, zneužívání jsou různé formy násilí, agrese, nedostatečné péče.<sup>5</sup>

## 1.2 Formy a projevy syndromu CAN

Syndrom CAN je zahrnutý v Mezinárodní klasifikaci nemocí. Pod mezinárodním kódem jsou uvedeny syndromy týrání - zanedbání, opuštění dítěte; tělesné týrání; sexuální zneužívání; psychické týrání; jiné týrání.

- a) tělesné týrání, syndrom „bitého dítěte“ - poranění vznikají důsledkem bití, popálení, opaření, trestání. Dále sem spadá i Münchhausenův syndrom by proxy,
- b) sexuální zneužívání - dítě je vystaveno pohlavnímu kontaktu, dělí se na bezdotykové a dotykové,
- c) psychické týrání - verbální útoky na dítě, ponižování či zavrhování dítěte,
- d) zanedbávání, opuštění dítěte - nedostatek v oblasti výživy, hygieny, stimulace, bydlení nebo v otázkách zdravotní péče.<sup>6</sup>

Dunovský a kolektiv znázorňují ve své studii tabulku, která jasně a přehledně poukazuje na formy a projevy syndromu CAN.<sup>7</sup>

---

<sup>4</sup> DUNOVSKÝ, J. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada, 1995, s. 20

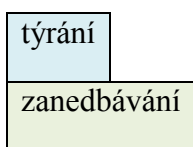
<sup>5</sup> DUNOVSKÝ, J. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada, 1995, s. 21-22

<sup>6</sup> VANÍČKOVÁ, E., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., PROVAZNÍKOVÁ, H. *Násilí v rodině*, Praha: UK, 1995, s. 33-35

<sup>7</sup> DUNOVSKÝ, J. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada, 1995, s. 19

Tabulka 1. Formy a projevy syndromu CAN<sup>8</sup>

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



<sup>8</sup> DUNOVSKÝ, J. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada, 1995, s. 19

Jednotlivým formám a projevům syndromu CAN jsou věnovány následující kapitoly.

Sociální pediatrie uvádí tři rizikové okolnosti, při kterých se může syndrom CAN objevit.

Těmito faktory jsou:

- rizikový rodič (dospělý) - osoba často jednající pod vlivem alkoholu a návykových látek, psychicky nemocní, mentálně retardovaní, frustrovaní jedinci, dospělí, kteří takto byli rovněž vychováni
- rizikové děti - děti handicapované, postižené, s poruchami chování, děti neklidné, instabilní, negativistické. Riziko je vyšší zejména v období batolecího věku a v pubertě. Dále jsou to děti nechtěné
- rizikové situace - dysfunkční rodina, rozvod rodičů, hádky, nový partner, nízká socioekonomická situace rodiny<sup>9</sup>

### 1.3 Týrané dítě a jeho vývoj

V Úmluvě o právech dítěte, která byla přijata Valným shromážděním OSN, podepsána v New Yorku 20. listopadu 1989, se článkem 6 přiznává každému dítěti právo na život. V dalších člancích se mimo jiné státy zavazují k ochraně dětí před násilím, zneužíváním a zanedbáváním, dále pak k podpoře tělesného a duševního zdraví.<sup>10</sup> Jménem České a Slovenské Federativní republiky byla tato smlouva podepsána dne 30. září 1990. Ochrana dítěte je ustanovena i v Listině základních práv a svobod a novém občanském zákoníku.

Legislativně je toto ošetřeno, jsou ovšem zákony dodržovány? Domácí násilí je nebezpečné proto, že je před okolím skryto, odehrává se v soukromí rodiny, jejíž členové o domácí tyranii většinou mlčí. Okolí rodiny je v obtížné situaci. V prvé řadě rozpoznat, že v rodině dochází k násilnému chování a následně pak rozhodnout kdy a zda vůbec zasahovat do rodinného života. Na druhé straně je nutné ochránit ohrožené dítě, a to navíc včas.

*„Dítětem podle Úmluvy o právech dítěte z roku 1989 se rozumí každá lidská bytost mladší 18 let, pokud podle právního řádu není zletilosti dosaženo dříve. Tato definice překračuje hranici narození do období prenatalního a dále stírá v souhlase s novými poznatky dosud*

---

<sup>9</sup> SLANÝ, J. *Syndrom CAN*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2008, s. 17-18

<sup>10</sup> VANÍČKOVÁ, E., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., PROVAZNÍKOVÁ, H. *Násilí v rodině*. Praha: UK, 1995, s. 12

*někde přetrvávající hluboký rozpor mezi prenatálním a postnatálním životem.*<sup>11</sup> Do doby zletilosti je dítě v péči rodičů či jiných pečovatelů, kteří za něj nesou plnou odpovědnost a jednají v jeho zájmu.

*„Vliv prostředí vnímáme jako faktor, který ovlivňuje vývoj jedince, ovšem v kontextu jeho genetických vloh, zejména temperamentu a kognitivních schopností, a to v celém neurobiologickém rozměru osobnosti. Individuální vývoj je výslednicí interakce těchto vlivů. Nedojde-li k významnému narušení vývoje vlivem organické poruchy nebo psychosociální patologie, uplatní se u každého jedince jak genetické faktory, tak i vliv prostředí.“*<sup>12</sup>

Souhra vývoje intelektového, somatického i psychosociálního je předpokladem pro postupnou přeměnu dítěte v dospělého, zralou osobnost. Dítě se vyvíjí v závislosti na prostředí, v němž žije, na jeho socializaci má nenahraditelný vliv jeho rodina. K zajištění dobrého stavu a vývoje dítěte je potřeba zabezpečit dítěti uspokojení jeho biologické, duševní, sociální a vývojové potřeby.<sup>13</sup>

Týrané děti již v útlém věku bývají opožděné ve vývoji duševním i motorickým, na kterém se podílejí vlivy organické, vlivy méně podnětného prostředí, ale i oslabená motivace k učení.

Výraznější a závažnější odchylky v chování jsou zřejmé už od 2-3 let věku dítěte. Některé týrané děti jsou pasivní až apatické, neumí se radovat z činnosti, jsou celkově utlumené, nevyjadřují spokojenost, nespokojenost nebo bolest, vyjadřování emocí je velmi slabé. Další skupina dětí může být naopak velmi agresivní, a to otevřeně agresivní či pasivní s projevy agresivity ve specifických situacích. U těchto dětí je typický i neklid, ostražitost a současně ochranné chování, zejména v přístupu vůči mladším sourozencům.

Sociální kontakt dítě nezahajuje a rovněž jej ani nepřijímá. Emočně se odtahuje, jeho sdělování informací je nepředvídatelné a emoční signály, které dítě vysílá, jsou nejasné.

---

<sup>11</sup> HRODEK, O., VAVŘINEC, J., et al. *Pediatric*. Praha: Galén, 2002, s. 586

<sup>12</sup> HRODEK, O., VAVŘINEC, J., et al. *Pediatric*. Praha: Galén, 2002, s. 2

<sup>13</sup> HRODEK, O., VAVŘINEC, J., et al. *Pediatric*. Praha: Galén, 2002, s. 585-586

Chování týraného dítěte je často ambivalentní - na jednu stranu projevuje potřebu tělesného kontaktu, ale zároveň ho odmítá.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D., a kolektiv. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 1997, s. 213



## 2 DIGNOSTIKA

### 2.1 Vymezení pojmu diagnostika

Základem lékařské péče je správná diagnostika.

Podíváme-li se do klinické praxe, z pohledu lékaře, nemusí být diagnostika jakéhokoliv týrání, zneužívání, či strádání na první pohled zřejmá. Příznaky mohou mít mnoho podob.

Projevy zneužívání: nikoli náhodné zranění (dále jen NNZ), neprospívání, emocionální deprivace, sexuální zneužití, úmyslná otrava, Münchhausenův syndrom by proxy.

Nikoli náhodné zranění je jednou z forem zneužívání dětí, všichni lékaři si tohoto musí být vědomi a mít představu, jak k němu přistupovat. Vzácně se v anamnéze vyskytuje pouze jeden jev svědčící pro NNZ, spíše je to seskupení jistého počtu faktorů, svědčících pro tuto diagnózu.

Skutečnosti, s nimiž se pediatr může setkat a kterým by měla být poskytnuta patřičná pozornost:

1. Děti jsou poslané k pediatrovi učitelem, sociálními pracovníky, policií již s podezřením na NNZ.
2. Suspektní anamnestické údaje:
  - rodiče připustí, že zranění dítěte není náhodné
  - fraktury, které jsou v určitém věku extrémně vzácné
  - poranění neodpovídá udávanému mechanismu úrazu, neodpovídá lokalizací nebo závažností
  - podrobnosti o úrazu se mění
3. Suspektní zjištění při prohlídce:
  - rozložení poranění měkkých částí - u NNZ jsou hematomy na trupu, zádech, hýždích, hlavě, krku
  - rozložení fraktur - při NNZ vícenásobné zlomeniny žeber, vpáčené zlomeniny lebky, šikmé a spirálové zlomeniny i na velkých kostech
  - mnohonásobné poranění v různém čase a různě lokalizované - modřiny odlišující se barvou, na RTG snímku zhojené zlomeniny různého stáří
  - „klasická“ poranění - popálenina od cigarety, opařenina s ostrou linií, podlitina na oku, petechie na krku, kousnutí, poranění genitálií

- jiné známky zanedbávání - špinavý oděv, nevhodné oblečení ve špatném počasí, nedostatečná hygiena.<sup>15</sup>

### **Bezprostřední postup**

Rodiče nelze nikdy přímo obvinít ze lži nebo úmyslného způsobení úrazu. Pokud má pediatr podezření, je nutné podrobné zdokumentování události, včetně zapsání osob, které dítě přivádějí a času jejich příchodu. Lékař provede:

- záznam kompletní anamnézy, společně s doslovným záznamem vysvětlení rodičů. Důležitá je rodinná anamnéza - např. dřívější nehody sourozenců, krvácivé choroby, zvýšená lomivost kostí
- kompletní prohlídku - za přítomnosti svědka vyslečené dítě lékař prohlédne, zakreslí a popíše případné poranění do diagramu
- informování se na Orgánu sociálně-právní ochrany dětí (dále jen OSPOD) dle místa bydliště na rodinné poměry. Zda není rodina vedena jako riziková, jestli již neproběhlo v rodině nějaké šetření. Lékař požádá o následné prošetření poměrů v rodině
- hospitalizaci dítěte - je indikována pouze v případě, že stav dítěte vyžaduje ošetření, terapii nebo pozorování. Pokud stav hospitalizaci nevyžaduje, rozhodnutí, zda se dítě může do rodiny vrátit, je na sociálním pracovníkovi<sup>16</sup>

Na vyhodnocení klinického nálezu a na jeho zvážení je, zda se nejedná o stav způsobený druhou osobou, ať již vědomě či nevědomě.

## **2.2 Diagnostika tělesného týrání**

Tělesné týrání je mezi veřejností pokládáno za typický projev agrese dospělé osoby vůči dítěti. Zásadní je hodnocení situace z hlediska kvantity, kvality (typ a charakter), trvání (opakování nebo jednorázová záležitost) a vyhodnocení kauzality (trestem za něco nebo bezdůvodná agrese).

*„V případě agrese vůči bezbrannému dítěti je nutné vzít v úvahu, že vykonavatelem zranění, bolesti na dítěti je druhý člověk - často navíc blízký, člověk, ke kterému má dítě*

---

<sup>15</sup> O'CALLAGHAN, CH., STEPHENSON, T. *Pediatricie do kapsy*. Praha: Grada, 1995, s. 413-415

<sup>16</sup> O'CALLAGHAN, CH., STEPHENSON, T. *Pediatricie do kapsy*. Praha: Grada, 1995, s. 415-417

*citový vztah, který má mít roli ochránce dítěte, a nikoliv být tím, kdo mu způsobuje bolest.* <sup>17</sup>

Důvodem tělesného týrání a zneužívání dětí může být nevládnutá, nadměrná agrese rodičů a ostatních osob. Dle statistik převažuje četnost násilí vůči dětem v raném věku, čím je dítě menší, je bezmocnější a neschopné jakékoliv obrany.

### **Tělesné týrání aktivní povahy**

Tělesné týrání dětí a jejich zneužívání aktivní povahy zahrnuje všechny druhy násilí na dítěti, které vyústí v jeho poranění nebo smrt. Toto násilí může být s následným poraněním, a to zavřeným nebo otevřeným, anebo bez bezprostředního poranění. K násilnému zacházení řadíme i tělesné tresty dětí, které lehce mohou přejít do týrání.

**Zavřená poranění** se vyznačují poškozením tkání a orgánů bez porušení kůže. Vznikají úderem, tlakem na část těla nebo nárazem na tupý předmět. Jaké jsou důsledky takových poranění, záleží na stupni násilí, a která část těla je postižena.

Mezi tato poranění, která se projevují funkčními poruchami, řadíme zejména otřesy mozku nebo poranění hlavy. Poranění hlavy je častou příčinou neurologických obtíží dítěte a zároveň nejčastější příčinou úmrtí týraného dítěte. Nejčastějším poraněním je otřes mozku, jež se projevuje různě dlouhou ztrátou vědomí. Po poranění hlavy tupým předmětem může dojít k subdurálnímu hematomu, který má opět za následek utlačení mozkové tkáně, jehož důsledkem může být smrt dítěte. Specifickým typem poranění je syndrom třesení dítětem - „shaken baby syndrom“ (dále jen SBS), ke kterému dochází u kojenců a batolat. Vzniká silným třesením dítětem, které dospělý drží v oblasti hrudníku. Tím může dojít k závažnému poškození krční páteře či k intrakraniálnímu krvácení.

Nejčastějším ze zavřených poranění jsou hematomy (modřiny). Vznikají tupým násilím na tělo dítěte, obvykle je postižena nejen kůže, ale dochází i k pohmoždění podkožní tkáně. Tyto modřiny jsou patrné u 90% fyzicky týraných dětí. Na kůži jsou vidět krevní výrony, které bývají rozdílné barvy, neboť zranění se stávají v různém časovém sledu. Hematom obvykle koresponduje s předmětem, který zranění způsobil - otisk ruky, body nebo pruhy vzniklé stlačením, obtisk vařečky, pásku.

---

<sup>17</sup> SLANÝ, J. *Syndrom CAN*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2008, s. 17

Další skupinou jsou poranění kloubů a kostí. Zlomeniny u dětí jsou poměrně časté, určité typy zlomenin mohou však mít neobvyklý charakter. Podezřelé jsou mnohočetné zlomeniny, dále pak fraktury na konci dlouhých kostí, spirální zlomeniny pažní kosti, zlomeniny kosti stehenní u dětí mladší dvou let, mnohočetné zlomeniny žeber. Při diagnostice je významný popis události společně s rentgenovým snímkem. Patologické nálezy, jako jsou nejen akutní zlomeniny, ale i nálezy zhojených fraktur, mohou svědčit pro zranění způsobené týráním.

K velmi závažným poraněním řadíme poranění nitrobřišních orgánů. Projevují se jako náhlá příhoda břišní, přičemž diagnóza se mnohdy stanoví až během operace. Úrazem, nejčastěji tupým úderem, může dojít k roztržení jater, sleziny, pankreatu, žaludku. Příčinou toho může dojít ke krvácení do dutiny břišní, následnému šokovému stavu, což může mít za následek smrt dítěte. Toto zranění je druhou nejčastější příčinou smrti u syndromu CAN.

**Otevřeným poraněním** označujeme úrazy, při kterých je porušená kůže, sliznice nebo povrch nějakého orgánu. Pokud je postižení většího rozsahu, má vliv na celý organizmus a následkem toho pak může dojít k rozvoji šoku. Podle druhu úrazu, mluvíme o hemoragickém, popáleninovém, kombinovaném a dehydratačním šoku.

U syndromu CAN jsou nejčastějšími ranami oděrky, škrábance nehty, kousnutí, řezné a zhmožděné rány. Závažnější jsou rány bodné a sečné.

Rány na hlavě bývají doprovázeny roztrháním lebečních kostí. Ani tento úraz nelze podceňovat, zanedbáním může dojít k poúrazové epilepsii. Násilí na hlavě, úder nebo pád na očníci, či perforace bulbu může mít za následek až slepotu nebo ztrátu oka.

K častým a zároveň i závažným úrazům dětského věku patří popáleniny a opařeniny. Tyto úrazy jsou typické pro děti batolecího věku. Dítě kolem jednoho roku začíná chodit, je zvědavé, při malé pozornosti rodičů lehce dojde k popáleninovému úrazu. V tomto věku dochází nejčastěji k opaření tekutinou, jako je čaj, káva, polévka. K úrazům většinou dojde neopatrností rodičů, ne však ze zlého úmyslu. Je ale velice obtížné rozlišit nešťastnou náhodu a úmysl. U takového úrazu je důležitý popis úrazu, aby bylo možné posouzení důvěryhodnosti. Mnoho vypoví lokalizace postižených ploch. Zdravotníci se setkávají s popáleninami od elektrických spotřebičů, krbových kamen, ohýnků i vyhaslých ohnišť. Popáleniny v okolí úst, které vznikají požitím horkého jídla, mají své specifika. Pokud jsou popálené rty a jejich okolí, svědčí to o násilně podané potravě. Při náhodném požití horké

potravy bývá popálen vnitřek úst. Symetrické opařeniny s ostrou linií ponoru svědčí pro úmyslné způsobení úrazu. Popáleniny způsobené cigaretou jsou typicky hluboké, s kráterem, mohou být vícečetné.

Mnohočetná poranění se v rámci syndromu CAN se objevují v rodinách, kde se situace dítěte stává nepříznivou. Dítě je delší dobu vystavené agresi psychopata, což ho vystavuje velkému nebezpečí. Mnohdy trvá objevení takového chování dlouhou dobu, zejména pokud je agresi vystavena i matka. U dítěte se objevují oděrky, škrábance, pohmožděniny, fraktury, ale i závažná vnitřní krvácení, většinou různého data a původu. Rovněž je patrné těžké psychické a emocionální postižení dítěte. Pokud se včasné problém nediagnostikuje a radikálně se neřeší, prognóza bývá velice nepříznivá.<sup>18 19</sup>

### **Münchhausenův syndrom v zastoupení (by proxy)**

Tento syndrom je pojmenován po šlechtici von Münchhausenovi, proslaveném vyprávěním vymyšlených příběhů. Münchhausenův syndrom je duševní porucha, při které postižený předstírá tělesnou nebo duševní poruchu, pro kterou je následně léčen. Termínem „by proxy“ je označeno, kdy postižený předstírá poruchu u závislé osoby, obvykle u dítěte.

Münchhausenův syndrom je forma týrání dítěte, při které rodiče záměrně vyvolávají různé příznaky nemocí, aby ho vystavovali náročným, často bolestivým vyšetřením, čímž mu způsobují nejen fyzickou, ale i psychickou bolest. Mnohdy tím však způsobují dítěti zdravotní komplikace, ale i trvalé postižení, případně až smrt. Většinou tím, kdo příznaky vyvolává a způsobuje, je matka. V utkvělé představě o nemoci dítěte přichází k lékaři a vyžaduje náročná vyšetření, léčbu i hospitalizaci dítěte. Charakteristickým znakem je to, že veškeré problémy jsou pouze v době, kdy je v péči oné osoby nebo o samotě ve zdravotnickém zařízení. Navenek projevuje svou lásku a starost o dítě, ochotně spolupracuje při léčbě, podává však záměrně nepravdivé údaje, čímž ztěžuje správnou diagnostiku nemoci.

K Münchhausenovu syndromu (by proxy) zařazujeme i záměrné otravy dětí, a to podáváním nevhodných léků, případně jiných škodlivých prostředků.<sup>20</sup>

---

<sup>18</sup> DUNOVSKÝ, J. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada, 1995, s. 41 - 51

<sup>19</sup> SLANÝ, J. *Syndrom CAN*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2008, s. 18 - 23

<sup>20</sup> VLČKOVÁ, M. *Týrané dítě*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2001, s. 100, 101

Úloha pediatra při hodnocení CAN spočívá v podrobné anamnéze, ve které se snaží zjistit rizikové faktory rodiny i u dítěte. Velmi důležité je pečlivé vyšetření a detailní popsání nálezu. Některá zranění jsou nespecifická pro týrání, jejich interpretace není snadná. Pediatrické vyšetření je součástí celkového hodnocení společně se šetřením sociálním, případně s nálezem neurologa, psychiatra, gynekologa nebo jiných specialistů. Při podezření na CAN, je nutné hlášení na policii ČR, která případ dále šetří.

Vzhledem k dětskému věku je důležité zvolit velmi citlivý přístup. Zvláště při násilí v rodině je pro dítě obtížné vypovídat proti svým blízkým, byť jsou to oni, kdo mu ubližovali.

Pečlivé vedení dokumentace je nezbytné, lze posléze vyhodnocovat neprospívání dítěte, opoždění se ve vývoji, případná nalezená poranění. Mimo to si lékař všímá chování dítěte při vyšetřování, sociálních dovedností i slovní úrovně.

### **Tělesné týrání pasivního charakteru**

Nedostatečné uspokojování alespoň nejdůležitějších tělesných potřeb, v návaznosti na sociální a psychické potřeby, považujeme za formu týrání dítěte. Nejde jen o úmyslné nepečování, ale i o neúmyslné a to z důvodu nezralosti rodičů či psychických poruch.

Porucha v prospívání dítěte neorganického původu se vyskytuje zejména v chudých a společensky nepřizpůsobivých rodinách. Hovoříme tedy o nedostatečné výživě kvalitativní, která má za následek různé typy hypovitaminóz, a výživě kvantitativní spojenou s dystrofií a atrofií svalstva až se zastavením růstu. Děti nemají následky jen somatické, ale i psychické a sociální. Jelikož příčin vedoucích k neprospívání, poruchám růstu a vývoje může být řada, správná diagnostika vyžaduje často mnoho náročných vyšetření.

Nedostatek zdravotní péče pro vědomé odmítání péče, zejména myslíme-li léčebnou péči, je v našich zemích spíše výjimkou. Mluvíme-li však o péči preventivní, zejména té, která se dotýká očkování, zde se s odmítavým postojem setkáváme stále častěji. Jiná situace je, pokud rodiče způsobí újmu na zdraví a bojí se následků svého činu. Obávají se navštívit lékaře, čímž dítěti odírají první pomoc a tím ho mohou ohrozit na životě. Do této skupiny řadíme i situace, kdy rodiči není poskytnuta kvalitní hygienická péče, což je pro děti a jejich vývoj velmi důležité.

*„To svým způsobem vede k rozšíření vlastního pojetí syndromu CAN a vyjadřuje názor, že každé dítě, které není milováno, je týráno. Právě v nejtěžším věku života je odepření lásky dítěti vždy těžkým prohřeškem proti jeho potřebám a znásilněním jeho práv.“<sup>21</sup>*

Jedním z práv dítěte je právo na vzdělání, proto i odepření vzdělání řadíme k projevům CAN. Tento nedostatek se týká spíše rozvojových zemí, kde se negramotnost vyskytuje u velkého počtu dětí. Ale ani v rozvinutých zemích není vzdělání vždy stoprocentně zajištěno, zejména mohou být problémy u etnických menšin. Nedostatky ve vzdělávací a výchovné péči se projevují zanedbaností a zaostáváním dítěte.

Za závažný sociálně-ekonomický problém se považuje nedostatek přístřeší, ošacení a ochrany, nezajištění domova a vhodných životních podmínek, špatná ochrana proti faktorům, které mohou ohrozit zdraví a život dítěte. Největší skupinu ohrožených dětí tvoří ty, jejichž rodiče jsou chudí, nezaměstnaní nebo z jakéhokoliv důvodu se o děti nechtějí starat. Takový problém musí příslušné orgány včas řešit, byť je toto pro mnohé spojeno s nepopulárními opatřeními.

Problém, který se spíše týká dětí přistěhovalců a uprchlíků, jsou děti vykořisťované. Zejména v centrech velkých měst se můžeme setkat se žebrajícími dětmi nebo matkami s malými dětmi, které se takto snaží upoutat pozornost okolí. Není-li však ohrožen život dítěte, nemůže žádný orgán v této věci zasahovat.<sup>22</sup>

### **2.3 Diagnostika psychického týrání**

Psychické týrání má mnoho podob. Děti jsou mnohdy ohroženy tam, kde by se to nejméně očekávalo, a to v prostředí svého domova. Rodiče, kteří často mají pověst slušných lidí, mohou být doma psychickými tyrany. Oni sami však takové jednání považují za účinný výchovný nástroj. Bezprostřední stopy na těle nezanechává, zanechává je ale na duši dítěte, což je nejhůře prokazatelné, dokumentovatelné, zároveň i podceňované. Diagnostiku znesnadňuje i ten fakt, že při objasňování podezření méně důvěřujeme dětem a více věříme vysvětlení dospělých.

Oznámené a následně šetřené případy psychického týrání můžeme považovat za špičku ledovce. Častěji se takové jednání odhalí v rodinách, kde je na denním pořádku křik,

---

<sup>21</sup> DUNOVSKÝ, J. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada, 1995, s. 62

<sup>22</sup> DUNOVSKÝ, J. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada, 1995, s. 59-63

v rodinách sociálně slabých, ve spojení s návykovými látkami, anebo pokud týrání trvá tak dlouho, že změny v chování jsou nepřehlédnutelné. Spousta případů se však nikdy neodhalí. Děti si tak odnášejí celoživotní následky v podobě nízkého sebevědomí, zároveň však i model ke špatné výchově svých budoucích dětí.<sup>23</sup>

Psychické týrání zahrnuje jak složku aktivní, to znamená, že se nějaká nepříznivá činnost děje (zesměšňování, ponižování, nadávky, vyhrožování, šikana), tak pasivní, když se naopak neděje to, co je od rodičů očekáváno. Dítě nepocítuje lásku, ale naopak nevšímavost, nezáměr, nedostatek péče. Zařadit sem můžeme i vysoké, nepřiměřené nároky rodičů na výkony dětí, zejména ve školní a sportovní oblasti. Rovněž tlak na dítě ve smyslu „jsi stejný jako tatínek“, „jsi nevděčník, co jsem pro tebe udělal(a)“, „podívej se na svého bratra, sestru“, „s takovými známkami nás utrápíš“, má negativní dopad na psychiku každého dítěte.

Jaké budou dopady takového jednání na psychiku dítěte, závisí na více skutečnostech. Záleží na stupni vývoji dítěte v době takového jednání, na intenzitě a délce trvání. Společným problémem týraných dětí jsou jejich problémy v mezilidských vztazích a v jednání s lidmi. Některé děti jsou úzkostné, ustrašené, snadno se rozpláčou. Neumí se sebezprosadit, vyjádřit svá přání a požadavky. Rovněž sebehodnocení a sebedůvěra jsou velmi nízké. Některé děti však reagují zcela opačně, jsou agresivní a tvrdě se prosazují. Vyskytují se u nich často poruchy chování - záškoláctví, lhaní, útoky z domova.<sup>24</sup>

K psychickému týrání, jako jedna z forem CAN, patří i šikana. Děti, které se stanou terčem šikany, jsou vyděšené, nešťastné, přestávají si hrát, z nejrůznějších důvodů nechtějí chodit do školy, ve vyhrocených situacích se mohou pokusit i o sebevraždu.

*„Šikanování se obvykle definuje jako agrese, které se dopouští jedinec nebo skupina vůči jedinci nebo skupině víceméně bezbranným, ať už pro fyzickou nebo jinou slabost nebo nemožnost účinné obrany. Za charakteristické se považuje opakování agrese vůči téže oběti“.*<sup>25</sup>

Agresor se dopouští šikany na těch, kteří se nemohou či nedovedou bránit, k napadání dochází většinou opakovaně. Zásadní pro vymezení šikany je tedy nemožnost nebo

---

<sup>23</sup> KRAMULOVÁ, D. *Týrání bez modřin*. Psychologie, 2006, č. 6, s. 18

<sup>24</sup> DUNOVSKÝ, J. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada, 1995, s. 67-68

<sup>25</sup> DUNOVSKÝ, J. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada, 1995, s. 69



neschopnost napadaného dítěte se bránit. Může to být z důvodu fyzického nebo psychického handicapu postiženého, jeho nešikovností, anebo jen proto, že se agresori spojí proti oběti, která není schopna se bránit. Šikanu rozdělujeme na přímou a nepřímou.

Šikana přímá se projevuje násilím všeho druhu (působení bolesti, ponižující tělesné zacházení, poškozování a brání osobních předmětů), slovním napadáním, zotročováním.

Šikana nepřímá spočívá v sociální izolaci spolužáka, se kterým se ostatní žáci nebaví, neberou ho na vědomí, odmítají ho vzít do kolektivu. Tato forma je častější v dívčím kolektivu.

Pojem šikana nám asociuje problém mezi vrstevníky, tedy mezi žáky a studenty. Méně častým problémem je ale i agrese ze strany dospělých, což jsou zejména učitelé a rodiče. Před nimi jsou děti ještě bezmocnější.<sup>26</sup>

#### 2.4 Diagnostika sexuálního zneužívání

Sexuální zneužívání dětí je jevem, který se v poslední době dostává do podvědomí odborné i laické veřejnosti. Je ve skutečnosti častější, než se předpokládalo, jelikož je všemi členy rodiny skrýváno. To se týká zejména incestu, kdy otec zneužívá svou dceru nebo se jedná o zneužití sestry bratrem. Zneužívat děti mohou i jiné osoby, se kterými je dítě v kontaktu. Mohou to být například trenéři ve sportovních oddílech, vedoucí letních táborů, pracovníci zájmových kroužků, ale i zcela náhodní lidé, se kterými se dítě ve svém volném čase setká. Znamená to tedy, že je velice důležité vědět, jak dítě tráví svůj volný čas a s kým se dítě při svých volnočasových aktivitách setkává.

Pro sexuální zneužívání dítěte existuje několik definic. Není mezi nimi snadné najít takovou, která by uspokojovala každého. Srozumitelně snad působí definice, kterou ve své knize uvedla Elliotová: „*Sexuálním zneužíváním dítěte se rozumí využívání osoby mladší patnácti let k získávání sexuálních požitků, uspokojení či jiného prospěchu osobou plnoletou, zpravidla výrazně starší. Je-li však dítě na osobě, jež je zneužívá, závislé (rodiče, učitel, apod.), prodlužuje se věková hranice, kdy hovoříme o zneužívání, až do osmnácti let.*“<sup>27</sup>

---

<sup>26</sup> ŘÍČAN P., JANOŠOVÁ, P. *Jak na šikanu*. Praha: Grada, 2010, s. 21-22

<sup>27</sup> ELLIOTOVÁ, M. *Jak ochránit své dítě*. Praha: Portál, 1995, s. 49

Sexuální zneužití lze rozdělit na dotykové a bezdotykové. Za zneužití bezdotykové považujeme takové, kde sice nedochází k tělesnému kontaktu, ale ve styku s dítětem jsou používány vulgarismy, oplzlé řeči, obscénní telefonické hovory. Dále je to setkání s exhibicionisty, přinucení dítěte k obnažování a následnému fotografování, či účast při sledování pornografického záznamu. Při zneužití kontaktním dochází k pohlavnímu kontaktu, orálnímu a análnímu styku, včetně hlazení prsou a pohlavních orgánů dítěte.

### **Syndrom přizpůsobení**

Odborníci se nezabývají pouze samotným sexuálním zneužíváním, ale i tím, co se stane, když se zneužívané dítě svěří a případ se začne vyšetřovat. Mnohé děti své tvrzení odvolaly. Tento jev C. R. Summit nazval syndromem dětského přizpůsobení pohlavnímu zneužití. Konfrontace výpovědi dítěte s tvrzením násilníka vychází v neprospěch dítěte. Pokud je dospělý považován za důvěryhodného, dítěti se nevěří, jeho tvrzení je odmítáno a bagatelizuje se. Pokud se dítěte matka zastane a postaví se proti násilníkovi, dodá to dítěti sílu a sebevědomí, a tím se minimalizují i jeho psychické problémy a další poškození.

Summit tento syndrom rozdělil do 5 fází:

1. Utajování - dítě zneužívání tají ze strachu, navíc je většinou na obtěžujícím závislé. Dítě je násilníkem zpracovávané: „jestli to někomu řekneš, nebudu tě mít rád“, „je to naše tajemství, jiný by tomu nerozuměl“, „rozbije to rodinu, půjdeš do dětského domova“.
2. Bezmocnost - pravděpodobnost, že dítě je obtěžované blízkou osobou, je asi třikrát větší, než obtěžování osobou cizí. Tím, že je dítě svěřené do péče pachatele násilí, se bezmocnost zvětšuje.
3. Svedení a přizpůsobení - jelikož sexuální zneužívání není jednorázovou záležitostí, jedinou možností je skutečnost přijmout a podřídit se. Přijetím této situace dochází k narušení osobnosti, sebetrestání, patologické závislosti. Dítě samo sebe viní z vyprovokování toho, co se mu děje, snaží se získat zpátky lásku agresora tím, že neodporuje jeho požadavkům. Dochází k rozdělení morálních hodnot. Každá z obětí se s takovou situací vyrovnává jinak. Často jsou děti situací frustrované, mohou se projevovat až antisociálním chováním. Stejný vzorec jednání mohou v dospělosti užívat i vůči svým potomkům.

4. Opožděné, konfliktní a nespravedlivé odhalení - oběť ohlásí zneužívání většinou opožděně, má to za následek nevěrohodnost takového prohlášení.
5. Odvolání výpovědi - velmi pravděpodobné je, že vše, co dítě o zneužívání řekne, vezme opět zpět. Má strach z následných výslechů, z rozbití rodiny, obává se zavržení svými rodiči.<sup>28</sup>

## Formy sexuálního zneužívání

Sexuální zneužití lze rozdělit na dotykové a bezdotykové.

Do kategorie bezdotykových forem sexuálního zneužívání zejména patří:

**Exhibicionismus** - dospělý, většinou muž, ukazuje své genitálie okolí. Obnažuje se zejména v parku před osobami různého věku či pohlaví, někteří upřednostňují děti.

**Harassment** - obecně je vymezován jako znepokojování, zneklidňování. Dospělý obtěžuje dítě například slovními výpady, tisknutím k sobě nebo poplácáváním po hýždích. Takové chování má sexuální podtext, přestože dospělý takový motiv popírá.

**Voajérství** - způsob získávání sexuálního uspokojení při pozorování nahého nebo vysvlékajícího se dítěte. Dítě si nemusí být vědomo, že je pozorováno, jindy však může být přímo nuceno, aby se svléklo.

Do kategorie dotykových forem sexuálního zneužívání řadíme:

**Obtěžování** - je to sexuální útok, při kterém dospělý obtěžuje dítě, líbá ho nebo osahává na erotogenních místech, jako jsou prsa, hýždě, genitálie. Toto jednání je často doprovázeno vulgárními slovy, slovními útoky, grimasami, gesty apod.

**Sexuální útok** - forma sexuálního kontaktu, kdy se dospělý za užití síly dotýká erotogenních zón dětského těla, mazlí se s ním. Poškozuje ho tím, že do něj vniká prstem, jazykem nebo různými předměty. K témuž nutí také dítě nebo po dítěti žádá např. masturbaci penisu rukou.

**Znásilnění** - znamená vynucené násilné vniknutí do vagíny, konečníku či úst penisem. Při znásilnění může kromě sexuálního styku dojít i k poranění dítěte. Dochází k němu nejen u dívek, ale i u chlapců.

---

<sup>28</sup> DUNOVSKÝ, J. DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. A KOLEKTIV. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada, 1995, s. 71-74

**Incest** - jedná se o sexuální aktivitu mezi dvěma osobami, které ze zákona nemohou spolu uzavřít sňatek. Jedná se o sexuální styk mezi dítětem a pokrevním rodičem, sourozenci a mezi dítětem a příbuzným či nevlastním rodičem.

**Sexuální turistika** - dětskou prostituci bychom spíše očekávali např. v Thajsku, ale tento jev se rozšiřuje bohužel také u nás. Již i k nám přijíždějí cizinci s cílem sexuálního uspokojení dětmi.<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> DUNOVSKÝ, J. DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. A KOLEKTIV. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada, 1995, s. 74-77

### 3 LÉČBA A NÁSLEDNÁ PÉČE O TÝRANÉ DÍTĚ

#### 3.1 Odhalení syndromu CAN a jeho diagnostika

Cílená pozornost lékařů a sociálních pracovníků může odhalit takové případy týrání, které by zřejmě zůstaly přehlédnuty. Podle zahraničních statistik asi 1/3 úrazů dětí do tří let je způsobena násilím na dítěti. Mnohé z těchto dětí má následky tělesného nebo duševního postižení v intelektové nebo emoční oblasti. Potom je nutná komplexní péče zdravotní, sociální, nápravně-výchovná a mnohdy i psychoterapeutická.

V České republice se tomuto jevu věnuje velká pozornost a tím dochází k častějšímu odhalení týrání dětí. Problém ohrožených dětí je natolik závažný, že vyžaduje pozornost a spolupráci velké řady specialistů. Týrání nemusí mít vždy takovou intenzitu, aby děti musely vyhledat lékařské ošetření, jsou-li však dlouhodobě tělesně trestány a hrubě napadány, zanechá to v jejich vývoji vážné následky.

V případě tělesného týrání je diagnostika poměrně snadná. Týká se to takových případů, jako jsou opakované fraktury, hematomy v různé fázi hojení, neobvyklé popáleniny. Týrání, které se dotýká oblasti psychické nebo sexuální je velmi obtížně rozpoznatelné, obzvláště pokud nejsou viditelné známky somatické. Zde je proto nutná spolupráce s dětským psychologem, psychiatrem, popřípadě dětským gynekologem. Rovněž je nutná spolupráce se sociálními pracovníky ze zdravotnického zařízení a následně pak s příslušnými pracovníky OSPOD. Tento interdisciplinární přístup vyústí v potvrzení či vyvrácení diagnózy CAN.

Ke snazší orientaci v problému je pro lékaře zdravotnických zařízení vydáno Ministerstvem zdravotnictví metodické opatření ZD č. 07/2008 Postup lékařů primární péče při podezření ze syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. V tomto dokumentu jsou vyjmenované důvody, které mohou vést lékaře k podezření na CAN, dále je uvedeno, jak následně postupovat. Ze zdravotního stavu vyšetřovaného dítěte vychází další postup a následně pak záznam do dokumentace, který vyplývá z vyhlášky č. 385/2006 Sb. O zdravotnické dokumentaci. V záznamu je nutné přesně uvést datum a čas, záznam o vlastním šetření, způsob ohlášení a jméno pracovníka OSPOD, kterému je podezření ohlášeno. V tomto metodickém opatření je připomenuta oznamovací povinnost,

a to v souladu s § 10 a § 53 zákona č. 359/1999 Sb. O sociálně-právní ochraně dětí<sup>30</sup> a v ust. § 368 trestního zákoníku č. 40/2009 Sb. V tomto případě je zdravotnický personál zbaven povinné mlčenlivosti.

V souladu s ust. § 67 zákona č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), v platném znění, je nutno ještě podotknout, že pokud ve zdravotnické dokumentaci jsou takové údaje o zákonném zástupci, z nichž lze vyvodit podezření na týrání či zneužívání dítěte, může zdravotnický pracovník odmítnout tomuto zákonnému zástupci nahlédnutí do dokumentace.<sup>31</sup>

### 3.2 Terapie syndromu CAN

*„Z hlediska profesně etického je problematika syndromu CAN pro dětského lékaře převážně velmi obtížná, především pro svou nezvyklost a náročnost. Při jejím řešení je totiž nezbytné nejenom ji dobře vnímat a rozumět jí v celém zdravotně sociálním kontextu, ale vstupovat i do vnitřních vztahů a konfliktů pacientů, zaujímat civilně i trestně právní stanoviska a závěry.“<sup>32</sup>*

Pediatr se při řešení syndromu CAN nezabývá pouze rozpoznáváním tohoto problému, ale i terapií, rehabilitací a následným celkovým řešením. V první řadě se ze své pozice zabývá řešením somatického problému. Na ostatních aktivitách se podílí zprostředkovaně, a to na doporučení postupů od psychoterapeutů, sociálních pracovníků a jiných odborníků.

Mluvíme-li o řešení problematiky CAN, máme na mysli tři roviny terapeutické intervence: akutní, střednědobou a dlouhodobou.

- **akutní**, krizová intervence řeší ohrožení nebo poškození dítěte, zahrnuje první diagnostiku, zjišťuje rozsah a závažnost jednotlivých příznaků pro život a zdraví dítěte. Zároveň určuje způsob a naléhavost ošetření, včetně hospitalizace dítěte v nemocnici. Při hospitalizaci se podává příslušné hlášení o týrání či zneužívání dítěte na příslušné instituce. V závažných případech může být následným

---

<sup>30</sup> Zákony pro lidi online, 2016, *O sociálně-právní ochraně dětí*. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1999-359>

<sup>31</sup> Zákony pro lidi online, 2016, *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování*. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

<sup>32</sup> HRODEK, O., VAVŘINEC, J., et al. *Pediatric*. Praha: Galén, 2002, s. 604

předběžným opatřením soudu dítě umístěno ve vhodném prostředí, a to u soudem určené osoby, případně v sociálním zařízení

- **střednědobá** intervence probíhá po podrobných vyšetřeních, jejich shrnutí, zhodnocení a stanovení konečné diagnózy. Pokračuje se v zahájené léčbě podle komplexního léčebného plánu. Důležité přitom je nezpůsobit svým jednáním dítěti další problémy, které mohou při následném řešení případu nastat
- **dlouhodobá** intervence je komplexní, multidisciplinární. Cílem je odstranění nebo zmírnění škod, které byly způsobené týráním, zneužíváním či zanedbáváním dítěte. Lékař se zabývá léčbou chronického postižení, tělesného či duševního zanedbávání, rehabilitací vad (keloidní jizvy po popáleninách, parézy po intrakraniálním krvácení a jiné). Těžiště je ale v psychoterapeutické léčbě duševních a citových poruch dítěte. Tyto problémy se mohou promítat nejen do jeho budoucnosti, ale i do dalších generací<sup>33</sup>

### 3.3 Možnosti řešení problému

Jen malý počet týrajících rodičů jsou primitivní osobnosti nebo osoby léčící se pro psychickou poruchu. Většina z nich jsou „spořádaní“ inteligentní lidé, kteří jsou dobrými sousedy a spolupracovníky. Porucha osobnosti se projevuje pouze ve vztahu ke svému dítěti. Často je příčina v jejich dětství, kdy byli i oni sami týráním vystaveni. Další příčinou takového chování je nezralost rodičů, těžká ekonomická situace, manželské konflikty, alkoholismus.

Následná nápravná opatření se musí týkat jak rodičů, tak i samotného dítěte. Důležité je zvolení správných prostředků. Je nutné správně rozlišit opatření, které se musí učinit neodkladně, a dlouhodobou péčí o dítě a rodinu.

Bezprostřední opatření se týká rozhodnutí, zda lze vrátit dítě do rodiny z hlediska jeho bezpečnosti. Pokud to situace vyžaduje, dítě se, někdy pouze na přechodnou dobu, umístí do zařízení, které zajistí jeho ochranu.

Dlouhodobé opatření se týká především rodičů, rozlišujeme trojí přístup:

- **punitivní přístup** – sankcionizující - kdo dítě týrá, jak má být potrestán

---

<sup>33</sup> HRODEK, O., VAVŘINEC, J., et al. *Pediatric*. Praha: Galén, 2002, s. 604

- **protektivně-kontrolující přístup** - cílem je ochrana dítěte před dalším poškozením, a to zejména důslednou kontrolou, sociálním dozorem, preventivními prohlídkami a v případě nutnosti odebráním dítěte, zbavením rodičovských práv a umístěním do náhradní péče
- **protektivně-terapeutický přístup** - soustřeďuje se zejména na terapeutickou intervenci poskytovanou celé rodině. Předpokládá se, že je především zapotřebí poskytnout rodině sociální, ekonomickou a psychologickou pomoc. Podpořit ji vyřešením špatné hmotné situace, problémů s bydlením, rodinných konfliktů, léčby alkoholové nebo drogové závislosti. Cílem je zlepšení podmínek v rodině natolik, aby tam dítě mohlo bez dalšího ohrožení zůstat<sup>34</sup>

Nejméně produktivním řešením je punitivní přístup. Optimálním řešením je terapeutický přístup, není ale ve všech případech reálný, potom je namísto pevná kontrola. K tomu, aby byl reálný terapeutický přístup, musí být splněny tyto podmínky:

- poškození dítěte je ojedinělou událostí
- rodič projevuje pocit viny a obavy o dítě
- výchovný postup se příliš neodchyluje od společenské normy a lze jej ovlivnit terapií
- v kritičnosti rodičů se nepromítá nenávisť vůči dítěti
- rodiče jsou schopni pochopit možnosti a individuální zvláštnosti dítěte
- rodiče nejsou extrémně impulzivní, jsou za jistých okolností se schopni ovládat.

---

<sup>34</sup> LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál, 2010, s. 310-313



## 4 ÚLOHA SOCIÁLNÍHO PEDAGOGA PŘI ŘEŠENÍ PROBLÉMU

### 4.1 Vymezení pojmu sociální pedagogika

Sociální pedagogika je samostatná vědní disciplína, jejímž charakteristickým znakem je transdisciplinárnost. Zabývá se každodenním životem jedince, analyzuje jeho životní podmínky a vytváří předpoklady pro změny sociálního prostředí, napomáhá rozvoji jedince ve společnosti. Věnuje se sociálně výchovné pomoci ohroženým skupinám dětí a mládeže, při práci s marginálními skupinami se zaměřuje na výchovně vzdělávací pomoc těmto skupinám a podílí se na vytváření optimálního způsobu života ve společnosti.<sup>35</sup>

Obor sociální pedagogiky je spojený s výchovným působením na rizikové a sociálně znevýhodněné skupiny obyvatelstva. K problémům, kterým se věnuje, patří např. poruchy rodiny a rodičovství, náhradní rodinná výchova, týrané, zneužívané a zanedbávané děti, delikvence a agrese mládeže, dětská prostituce a pornografie, dodržování práv dítěte.<sup>36</sup>

Nejvýznamnějším úkolem sociálního pedagoga je jeho činnost v oblasti integrace a rozvoje jedince. Integrovační funkce se týká jak osob, které potřebují pomoc v různých krizových situacích, tak i jedinců v sociálním nebo psychosociálním ohrožení. Funkce rozvoje jedince se nezabývá specifickými situacemi, ale správným rozvojem osobnosti a týká se vesměs celé populace.<sup>37</sup>

Významnou úlohou sociální pedagogiky je prevence. Prevenci nejčastěji dělíme na primární, sekundární a terciární. Další rozdělení, a to zejména u primární prevence, je rozdělení na specifickou a nespecifickou prevenci.

Primární prevence se snaží předcházet vzniku sociálních deviací, pomáhá přijetí správného postoje k problémům ve společnosti. Spočívá ve vzdělávání, volnočasových aktivitách, na budování správných postojů dětí a mládeže k životu, zaměřuje se zejména na předcházení ohrožujícím situacím. Je to výchova ke zdravému životnímu stylu, k osvojení pozitivního sociálního chování a jednání a zachování integrity osobnosti. Základním článkem primární prevence by měla být rodina.

---

<sup>35</sup> KRAUS, B., POLÁČKOVÁ, V., et al. *Člověk-prostředí-výchova*. Brno: Paido, 2001, s. 12

<sup>36</sup> JŮZL, M. *Základy pedagogiky*. Brno: Institut mezioborových studií, 2010, s. 48

<sup>37</sup> KRAUS, B., POLÁČKOVÁ, V., et al. *Člověk-prostředí-výchova*. Brno: Paido, 2001, s. 34

Primární prevenci lze rozdělit dále na specifickou a nespecifickou. Specifická prevence se zaměřuje na konkrétní sociální problémy (prevence kriminality, šikany, kouření). Nespecifická je založena na pomoci orientování se v rizikových situacích, posiluje odolnost vůči různým nástrahám a věnuje se následnému vypořádání se s obtížnými situacemi, učí asertivitě.

Sekundární prevence je zaměřena na rizikové jedince nebo skupiny. Jedná se o snahu minimalizovat zjevné nebezpečí, ovlivnit a odstranit negativní vlivy. V sekundární prevenci se pracuje s jednotlivci nebo se skupinou dětí, které jsou ohroženy nevhodným rodinným nebo sociálním prostředím. Uskutečňuje se v poradnách, krizových a kontaktních centrech, detoxikačních centrech, zaměřuje se na určité etnické skupiny, ohrožené rodiny, uživatele návykových látek i na sociálně znevýhodněné rodiny.

Terciární prevence se zabývá sociálně deviantními jedinci nebo skupinami, u nichž již problém nastal. Spočívá tedy v resocializaci jedince, ve zmírnění důsledků dosavadního jednání a zamezení recidivy. V terciární prevenci se používá pojem harm reduction, který má za cíl minimalizovat rizika vycházející ze vzniklých situací jako je např. užívání návykových látek.<sup>38</sup>

## 4.2 Spolupráce se sociálním pedagogem ve zdravotnictví

Komplexní terapeutická péče o týrané děti zahrnuje nejen hledisko zdravotní, psychologické, sociální, ale i pedagogické a rodinné. Pro řešení stávající traumatické situace a návrat pacienta do běžného života je velmi důležitá následná péče. Aby tato péče byla opravdu účinná, vyžaduje mezioborovou spolupráci. Mezi pomáhající profese je řazena i sociální pedagogika a sociální pedagog je brán jako člen multiprofesního týmu nemocničního oddělení.

Komplexní terapeutická práce je souhrn opatření od jednorázové intervence přes krátkodobou terapii až po dlouhodobou psychoterapii. Důležitou formou terapie je socioterapie. Tato forma terapie probíhá v rodině, v přirozeném prostředí pro dítě, nebo náhradní rodinné péči či v ústavní péči.

Součástí následné péče o dítě je dispenzární péče. Frekvence dispenzárních prohlídek je určena individuálně, zhruba 4-6x ročně. V dispenzarizaci je dítě vedeno u praktického

---

<sup>38</sup> KRAUS, B., SÝKORA, P. *Sociální pedagogika I*. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 57-58

lékaře, u pedopsychiatra či psychologa, dále na OSPOD, odkud rodinu navštěvuje sociální pracovník.<sup>39</sup>

Nedílnou součástí péče je sociálně-pedagogická pomoc rodině. Mollenhauer vidí funkci sociálního pedagoga všude tam, kde rodina přestala plnit svoji funkci. Německý sociální pedagog Schilling ve své publikaci uvádí: „*Sociální pedagogika se dotýká všech, začíná u problémů, zasazuje se o lepší kvalitu života, podporuje lidskost, zahrnuje všechny věkové skupiny, vytváří společenství.*“<sup>40</sup>

Sociální pedagog se zaměřuje nejen na pomoc dítěti, ale na pomoc celé rodině, ve které k problému došlo. Stresová situace a pocit selhání nastává i pro partnera tyрана, pokud o jeho aktivitách nevěděl. Je nutné tedy dále pracovat s celou rodinou, nejen se samotným dítětem. Snahou zainteresovaných pracovníků, je neodebírat dítě z rodiny, pokud jeho další setrvání v rodině pro něho není dále nebezpečné. V tomto případě je nutné se zaměřit i na samotného agresora, psychoterapeutická intervence je velmi důležitá součást řešení problému.<sup>41</sup>

Sociální pedagogika se zaměřuje na řešení problémů klienta, jeho ochranu a další rozvoj, na dlouhodobou pomoc. Rovněž pomáhá uspokojovat jeho základní potřeby a zaměřuje se na klienty, u kterých je pomoc akutně zapotřebí.

Terapie jedinců, kteří se nacházejí v tíživé životní situaci, spočívá v léčbě medikamenty, psychoterapii a stále častěji se setkáváme s pojmem socioterapie, jejíž součástí je sociální rehabilitace. S nápravou deviantního chování souvisí resocializace a reedukace. Reedukace se snaží o přeměnu chování jedince tak, aby chování odpovídalo normám společnosti. Jde o snahu sociálního pedagoga rozvinout nebo pozměnit osobnostní vlastnosti jedince žádoucím směrem.

Práce sociálního pedagoga spočívá zejména v terénní práci, její součástí je sociálně výchovné působení. U sociálního pedagoga se předpokládá schopnost týmové práce

---

<sup>39</sup> Zdravotnictví a medicína online, 2008. *Postup lékařů primární péče při podezření ze syndromu CAN*, Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn>

<sup>40</sup> BAKOŠOVÁ, Z. *Sociální pedagogika jako životná pomoc*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2008, s. 192

<sup>41</sup> PAVLATOVÁ, E. *Násilí na dětech-jak dál v prevenci syndromu CAN*. Zdravotnické noviny, 2010, č. 16, s. 15

s odborníky jednotlivých lékařských oborů, sociálními pracovníky nebo pracovníky policejních složek.<sup>42</sup>

### 4.3 Kazuistika týraného dítěte

K doplnění informací, získaných z odborné literatury, uvádím kazuistiku týraného chlapce hospitalizovaného na dětském oddělení Kliniky popálenin a rekonstrukční chirurgie (dále jen KPRCH). V této kazuistice popisují případ, který se sice stal již před více než sedmi roky, ale s jehož následky chlapec bojuje dosud.

**Chlapec Tomáš R., narozený v březnu 2005, byl přijatý na KPRCH koncem října 2008 s popáleninami IIb-III. stupně na 1/2 lýtek obou dolních končetin, v celkovém počtu 10% povrchu těla. Na dětské oddělení KPRCH byl přivezen RZP v doprovodu matky. Již při prvotním ošetření vyvstala otázka skutečného mechanismu úrazu vzhledem k nestandardnímu přesnému ohraničení, bez jakýchkoliv dalších opaření.**

Po základním ošetření popálené plochy odebral lékař základní anamnézu. Chlapec žil společně s mladším bratrem pouze s matkou, bez otce. Matka, vysokoškolská studentka, byla v té době na rodičovské dovolené. Pro hyperaktivitu a opožděný vývoj řeči dispenzarizován na neurologii, logopedii a psychiatrii.

Dále cituji z dokumentace:

*„Dnes se kolem 16. hodiny doma opařil na obou dolních končetinách, když vlezl do vany s horkou vodou. Matka ho po několika vteřinách vytáhla, poté chladila studenou vodou. Volána RZP, následný transfer na KPRCH.“*

Prvotní, vstupní ošetření proběhlo na operačním sále, kde lékaři provedli uvolňující nářezy kůže, aby nedošlo k ještě závažnějšímu poškození dolních končetin.

---

<sup>42</sup> KRAUS, B. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál, 2008, s. 151-157

Obrázek 1. První ošetření<sup>43</sup>

Zpočátku byl chlapec léčen konzervativně, každý den u něho probíhaly nepříjemné, bolestivé převazy. Po týdnu následovaly převazy na operačním sále a postižené plochy byly připravovány na autotransplantaci. Po čtrnácti dnech se začalo s autotransplantacemi, které proběhly v několika fázích. Po celou dobu probíhala intenzivní terapie na JIP. Vše, čím chlapec procházel, byly velmi bolestivé a obtížné zákroky.

Obrázek 2. Osmý den po úrazu<sup>44</sup>

---

<sup>43</sup> Foto z archivu autorky.

<sup>44</sup> Foto z archivu autorky.



Obrázek 3. Transplantovaná dolní končetina<sup>45</sup>

Na KPRCH, stejně jako na jiných odděleních, kde jsou hospitalizované děti, mají rodiče možnost trávit se svými dětmi celý den. Této možnosti rodiče, zejména pokud je stav dítěte vážný, velice často a s povděkem využívají. U malého Tomáška to tak nebylo. Matka přicházela pouze na krátké návštěvy, které probíhaly jak u ní, tak u Tomáška bez emocí, mnohdy s ní ani nechtěl komunikovat. Netečný byl i při loučení. Při ošetřování byl Tomášek pasivní, nijak se nebránil, neprojevoval vůli ani nevůli. Rovněž při snaze personálu o herní aktivitu byla jeho hra málo spontánní. Při hře navázal oční kontakt, nabízenou hračku si vzal, dále si s ní však nehrál. Zpočátku téměř nemluvil, na otázky pokyvoval hlavou, jeho mimika byla napjatá, dominovala značná pasivita. Z hraček ho zaujaly obrázkové knížky, uměl pojmenovat zvířátka, pokud chtěl odpovídat, ukázala se u něho bohatá slovní zásoba.

Po získání důvěry se téměř po měsíci svěřil ošetřující sestře, že do vany ho postavila matka. Sestra své zjištění oznámila staniční sestře a vedoucí lékařce JIP, které zkontaktovaly sociální pracovnice FN. Tyto pracovnice podaly žádost o prošetření rodiny na OSPOD dle bydliště dítěte. Při šetření bylo zjištěno, že náznaky týrání již údajně dříve pozorovala babička chlapce, tedy matka matky Tomáška. Svě podezření babička již dříve údajně oznámila sociálním pracovníkům, kteří ale na oznámení nereagovali. Dále cituji slova babičky: „*Úředníci se mi vysmáli. Prý chybí důkazy.*“

Více jak po měsíční léčbě byl chlapec přeložen na dětské oddělení. Na návštěvy chodila pouze babička, matka měla zakázaný kontakt. V době, kdy byl chlapec hospitalizován,

---

<sup>45</sup> Foto z archivu autorky.

proběhlo u Městského soudu v Brně řízení o svěření nezletilého do péče jiné osobě. 15. 12. 2008 bylo vydáno předběžné opatření, jímž byl chlapec předán do péče babičky.

Touto hospitalizací léčba neskončila, během dalších šesti let byl 11x přijat na kliniku k rekonstrukčním operacím ke zmírnění následků popálení. Kromě těchto hospitalizací navštívil nespočetněkrát dispenzarizační ambulanci a několikrát podstoupil laserovou terapii ke zlepšení kvality jizev.



Obrázek 4. Po laserové terapii<sup>46</sup>



Obrázek 5. Kontrola na dispenzarizační ambulanci<sup>47</sup>

---

<sup>46</sup> Foto z archivu autorky.

<sup>47</sup> Foto z archivu autorky.

Po následném vyšetřování byla matce vina prokázána a Krajským soudem v Brně byla odsouzena k odnětí svobody na dobu 32 měsíců. V současné době stále žije chlapec s babičkou.

Z této kazuistiky je vidět, jak důležité je všimnout si varovných signálů, které nás mohou přivést k podezření na týrání dítěte. Z chování dítěte, ať ve vztahu k rodičům nebo z jeho celkového projevu, můžeme vyčíst signály nepřiměřeného zacházení. Rovněž v případě nejasných příčin úrazu nebo nedůvěryhodnosti vysvětlení rodičů jak se úraz stal, se začínáme blíže zabývat situací v rodině.

V tomto konkrétním případě by byl prostor pro práci sociálního pedagoga. Chlapec, který do svého 3,5 roku života vyrůstal společně s mladším bratrem a matkou ve společné domácnosti, se musel přestěhovat ke své babičce, se kterou se do té doby nestýkal. Rovněž pro ženu, která byla zvyklá na klidný styl života, nová situace nebyla jednoduchá.

Komplexní přístup sociálního pedagoga:

- dlouhodobá práce s nově založenou rodinou
- psychologická pomoc
- pomoc se zažádáním o uznání osoby jako zdravotně znevýhodněné
- pomoc s vyřízením sociálních dávek a poskytnutím dávek osobám se zdravotním postižením
- nalezení organizace, která by mohla rodině finančně pomoci
- pomoc s volnočasovými aktivitami.



## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 5 DETEKCE SYNDROMU CAN VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH

Praktická část bakalářské práce je zaměřena na zjištění informovanosti zdravotnických pracovníků o násilí páchaném na dětech, zda se s takovým dítětem setkali a jaký mají k této problematice postoj. K tomuto šetření je v práci využit dotazník, který je součástí přílohy.

### 5.1 Cíle, metody výzkumu a stanovení hypotéz

#### Cíle

Za cíl své práce jsem si stanovila zmapování informovanosti zdravotnického personálu, který se při své práci setkává s dětmi různého věku, o problematice násilí páchaného na dětech. Úkolem bylo nejprve zjistit, zda se s diagnózou CAN respondenti již setkali, a dále pak, jaký je jejich názor na následné řešení problémů nejen dítěte, ale celé rodiny. Rovněž zda personál dětských oddělení ví, jak by měl postupovat, pokud má podezření z týrání dítěte.

#### Stanovení hypotéz

V souladu s vymezeným cílem jsem stanovila **hlavní výzkumnou otázku**: „Setkávají se dětské sestry při své práci s týranými dětmi?“ a dvě otázky doplňující: „Znají respondenti pojem CAN?“ a „Jaký postoj zastávají při řešení odhalení týrání dětí.“

Z výzkumných otázek jsem zformulovala tři hypotézy.

- H1 Více než 50 % respondentů zná pojem CAN.
- H2 S týraným dítětem se při své práci setkalo méně než 40 % zdravotnických pracovníků.
- H3 Více než 75 % respondentů se domnívá, že psychologická intervence by měla být povinná.

#### Metoda výzkumu

Pro zjištění potřebných dat jsem využila metody kvantitativního výzkumu formou dotazníku. Jako metodu výběru jsem zvolila výběr na základě dostupnosti, při níž jsou jedinci vybíráni na základě dostupnosti a výhodnosti.

K získání relevantních dat jsem vytvořila dotazník, který se skládal z 21 uzavřených otázek. Prvních 5 otázek byla demografická data, ostatní otázky se již týkaly jednotlivých hypotéz. Po zpracování dat jsem výsledky statisticky vyhodnotila a následně graficky zobrazila.

Před vlastním dotazníkovým šetřením proběhl u 10 respondentů předvýzkum. Chtěla jsem zhodnotit, zda jsou otázky položeny dostatečně jasně a respondenti se v nich mohou správně orientovat. Dvě otázky respondenti označili za méně srozumitelné a ne zcela jednoznačně pochopitelné. Na základě jejich připomínek jsem tyto otázky upravila.

### Výběr respondentů

Respondenty pro sběr empirických dat jsem hledala mezi pracovníky Fakultní nemocnice Brno. Po žádosti o provedení dotazníkového šetření mi bylo managementem nemocnice umožněno spolupracovat s personálem dětských oddělení Pracoviště dětské medicíny Fakultní nemocnice. V měsíci lednu jsem rozdala na jednotlivá oddělení celkem 100 dotazníků.

Dotazníky jsem rozdala dětským sestřám, které pracují na lůžkových dětských odděleních nebo na ambulancích a každodenně přicházejí do styku s dětskými pacienty. Oslovila jsem 100 respondentů, různého věku, vzdělání, délky praxe v oboru, různých lékařských oborů. Návratnost dotazníků byla 100%. Všechny otázky byly správně vyplněny a mohly tak být použity k vyhodnocení dotazníkového šetření.

Jelikož jsem pracovala s odpověďmi od sta respondentů, ve většině odpovědí je souhlasný počet odpovědí s procentuálními hodnotami. Rozdílly jsou pouze v otázkách, ve kterých měli respondenti možnost výběru více odpovědí.

## 5.2 Metodologie výzkumného šetření

Hendl popisuje ve své knize výzkum jako „*systematické zkoumání přírodních nebo sociálních jevů s cílem získat poznatky, jež popisují a vysvětlují svět kolem nás.*“<sup>48</sup>

Základem výzkumu je stanovení výzkumné otázky, na jejímž základě je vytvořena hypotéza a následně definování měření. Prvořadé je, jak bude znít výzkumná otázka, tedy to, čeho chceme dosáhnout. Dalším krokem je vytvoření hypotézy. Hypotéza není otázka,

---

<sup>48</sup> HENDL, J. *Přehled statistických metod zpracování dat*. Praha: Portál, 2004, s. 19

nýbrž předpoklad a úkolem vlastního šetření je dospět k tomu, zda stanovené hypotézy jsou či nejsou pravdivé. Následným úkolem je určit jakým způsobem se data budou sbírat, což znamená definovat měření.<sup>49</sup>

Gavora ve své publikaci uvádí jednotlivé etapy výzkumu, které následují za sebou, mohou se však zpracovávat a posuzovat souběžně.

Etapy výzkumu:

- stanovení výzkumného problému - přesná formulace předmětu zkoumání – co, koho, kdy a v jakých situacích
- informační příprava problému - studium informačních zdrojů
- příprava výzkumných metod - výběr vhodné výzkumné metody
- sběr a zpracování údajů - použití vybrané metody
- interpretace údajů - vyhodnocení sesbíraných údajů, jejich vysvětlení a uvedení do praxe
- psaní výzkumné zprávy - písemné ukončení, popsání průběhu výzkumu.<sup>50</sup>

Základní dělení výzkumné práce je na kvalitativní a kvantitativní.

Kvalitativní výzkum pracuje s malým souborem respondentů, sbírá a analyzuje subjektivní materiál z pohledu těch, kteří jsou objektem zkoumání. Výzkum se většinou týká příběhů života lidí, jejich chování v různých situacích, vztahů mezi lidmi. Ke kvalitativnímu výzkumu se většinou používají individuální nebo skupinové rozhovory.<sup>51</sup>

Výzkumník, který se zabývá kvantitativním výzkumem, si v prvé řadě definuje výzkumný problém, dále vymezi proměnné výzkumu a stanoví hypotézy.

Výzkumný problém určuje jen základní směr výzkumu, pro získání dalších informací k jeho řešení je zapotřebí stanovení hypotéz. Hypotéza je vědecký předpoklad. Vychází ze zkušeností výzkumníka, anebo z poznatků, které jsou o zkoumaném jevu známy. Ve výzkumném šetření může být několik hypotéz. Výzkumem se hypotézy vyvrátí nebo potvrdí. Pokud se daná teorie vyvrátí, lze, na základě nových poznatků, vytvořit teorii novou. Badatelský proces se tedy vyvíjí cyklicky: teorie - hypotéza - vyvrácení teorie - nová teorie.

---

<sup>49</sup> WALKER, I. *Výzkumné metody a statistika*. Praha: Grada, 2013, s. 23-29

<sup>50</sup> GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000, s. 13-14

<sup>51</sup> KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum ve zdravotnictví*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008, s. 14

Aby byla hypotéza správně stanovená, je nutné, jak uvádí Gavora, dodržet „zlatá pravidla hypotézy.“

1. Hypotéza je tvrzení a je vyjádřena oznamovací větou. Na konci výzkumu se musí tvrzení potvrdit nebo vyvrátit.
2. Hypotéza vyjadřuje vztah mezi dvěma proměnnými.
3. Hypotéza se musí dát testovat, proměnné kategorizovat nebo měřit.<sup>52</sup>

K hromadnému získávání údajů se používá zejména dotazník, který je nejfrekventovanější metodou zjišťování potřebných dat. Je určený zejména pro hromadné získávání informací. Při správně sestaveném dotazníku lze získat potřebná data při relativně malé investici času.<sup>53</sup>

Výzkumník, který sbírá informace pomocí dotazníkového šetření, vybere podle určitého plánu skupinu respondentů. Existují různé metody výběru:

- výběr na základě dobrovolnosti - jedinec se sám rozhodne, zda odpoví
- výběr na základě dostupnosti - jedinci jsou vybráni na základě dostupnosti a výhodnosti
- kvótní výběr - vychází z demografických informací o obyvatelstvu, tazatelé osloví určitý počet jedinců v rozličných kategoriích obyvatelstva
- náhodný výběr - nejlepší pro statistické šetření, je však neuskutečnitelný<sup>54</sup>

Před sběrem dat si výzkumník určí, jaký vzorek respondentů pro svou práci potřebuje. Při sběru dat je nutné dodržovat princip kontroly procesu sběru dat, rovněž důležité je snažit se o maximální kvalitu sbíraných dat a jejich návratnost. Dříve než se začne se sběrem dat, výzkumník vybere metodu distribuce a sběru dotazníku. Respondentům k dotazníku připojí bližší fakta - o čem projekt je, kdo a proč ho provádí, zaručení anonymity, instrukce pro vyplnění a způsob vrácení dotazníku.<sup>55</sup>

Základním úkolem výzkumu je nalezení odpovědí na výzkumné otázky. Při analýze dat se vychází z výzkumných otázek, ze stanovených hypotéz.

---

<sup>52</sup> GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000, s. 48-53

<sup>53</sup> GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000, s. 99-107

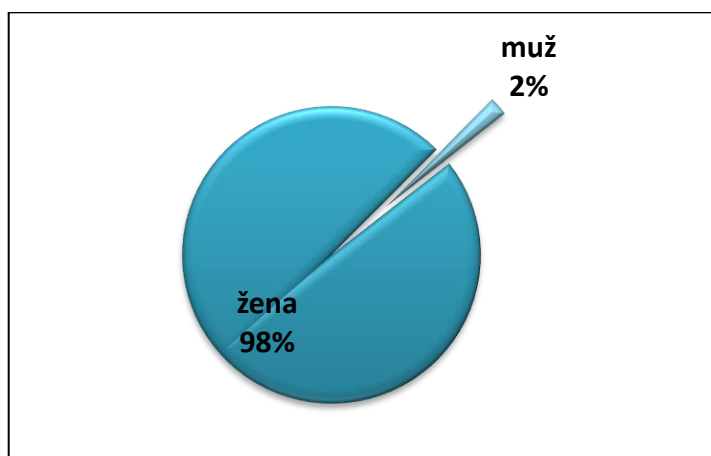
<sup>54</sup> HENDL, J. *Přehled statistických metod zpracování dat*. Praha: Portál, 2004, s. 52

<sup>55</sup> PUNCH, K. F. *Základy kvantitativního šetření*. Praha: Portál, 2008, s. 81-82

Zpracování dat znamená jejich uspořádání a shrnutí a následné převedení do tabulek a grafů. Úkolem výzkumníka je zdůraznění podstatných zjištění, které potvrzují nebo vyvracejí stanovené hypotézy.<sup>56</sup>

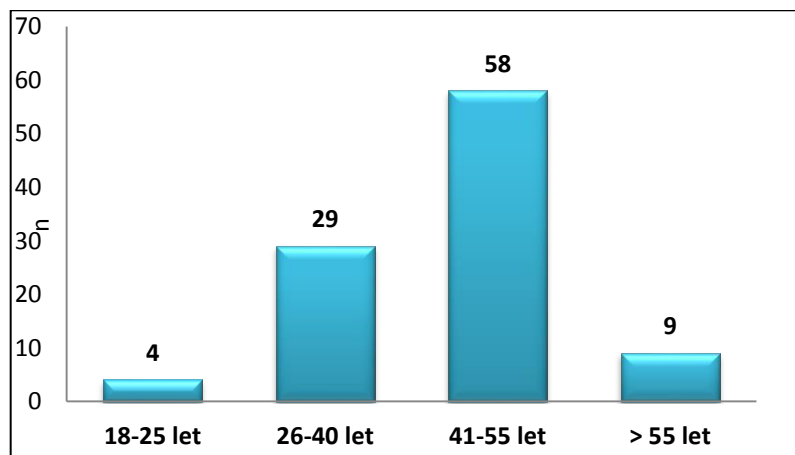
### 5.3 Prezentace výsledků výzkumu

Po analýze výsledků dotazníkového šetření jsem hodnoty převedla do grafů. Prezentovala jsem je ve výsečových a sloupcových grafech.



Graf 1. Pohlaví (otázka č. 1)

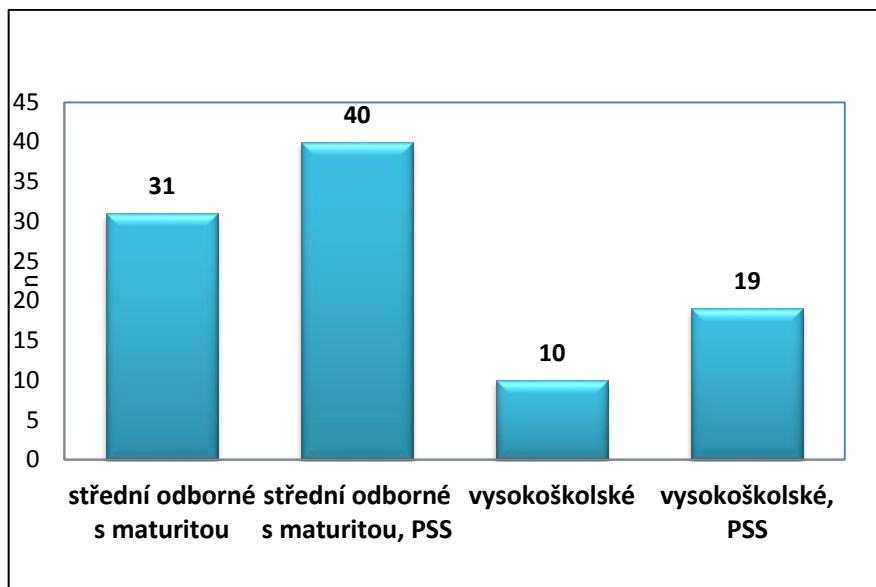
Vzhledem k výběru vzorku respondentů, převažují mezi dotazovanými ženy, a to v 98 %.



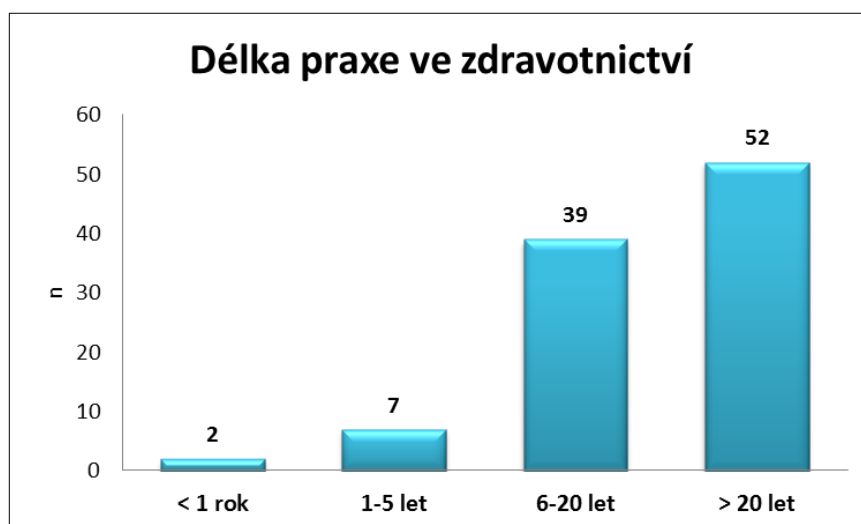
Graf 2. Věk respondentů (otázka č. 2)

Nejvíce dotazovaných bylo ve věku 41-55 let – 58 %, následovaly pak ženy ve věku 25-40 let – 29 % a nad 55 let – 9 %. Nejméně respondentů bylo ve věku do 25 let – 4 %, na což má vliv zřejmě délka vzdělávání sester.

<sup>56</sup> GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000, s. 134



Graf 3. Vzdělání respondentů (otázka č. 3)



Graf 4. Délka praxe ve zdravotnictví (otázka č. 4)



Graf 5. Na jaké pozici pracujete? (otázka č. 5)

Otázky č. 3 a 4 ukazují, s jakým vzděláním a jak dlouho sestry na jednotlivých odděleních pracují. Vyplývá z toho, že nejvíce sester má středoškolské vzdělání s pomaturitním specializačním studiem (dále jen PSS). PSS je akreditované dvouleté studium, kterým sestry získají specializaci v určitém medicínském oboru. Co se týče délky praxe, nejvíce sester pracuje ve zdravotnictví více než 20 let.

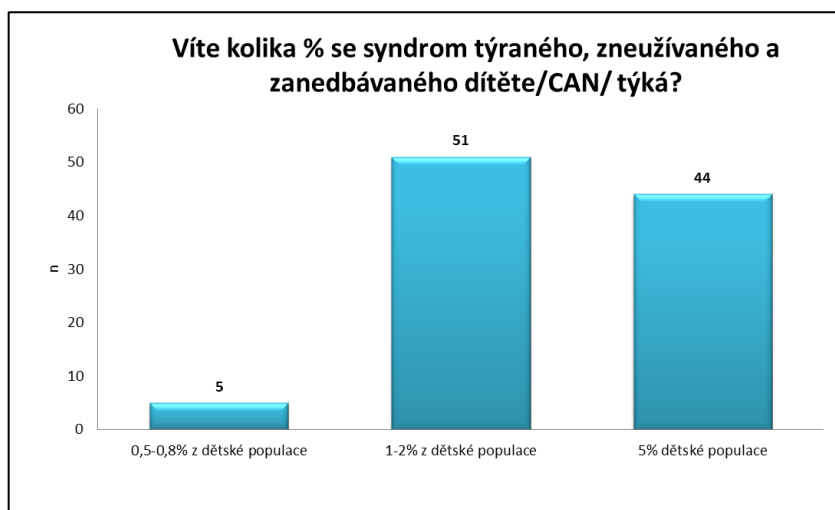
Mezi respondenty jsou zastoupeny sestry pracující ve směnném provozu, staniční či vrchní sestry, sestry z ambulantního provozu a rentgenoví laboranti.



Graf 6. Víte, co znamená zkratka CAN? (otázka č. 6)

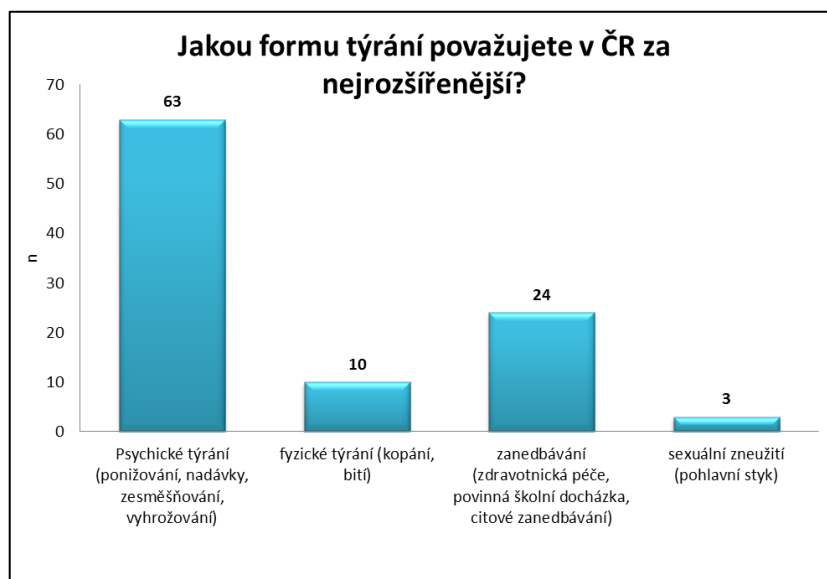


V otázce č. 6 jsou respondenti dotázáni, zda znají pojem CAN. V 68 % respondenti odpověděli kladně, zbývajících 32 % odpovědělo záporně.



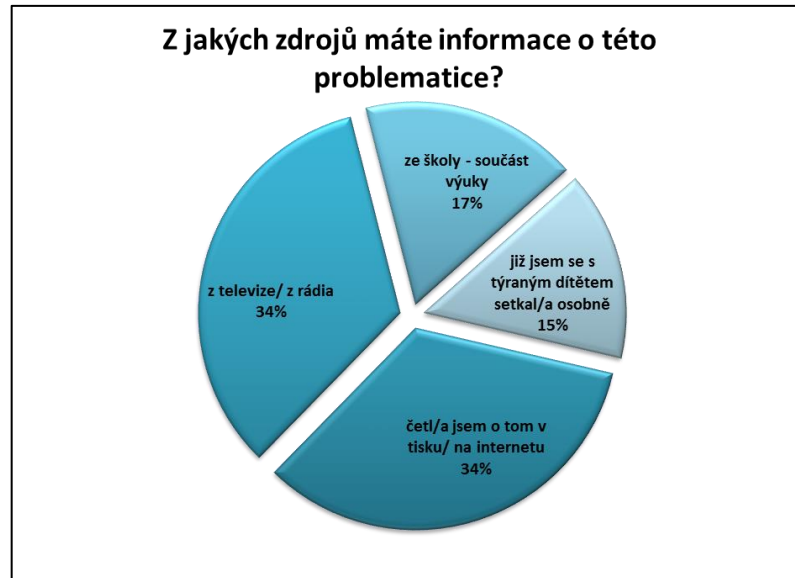
Graf 7. Víte, kolika % se syndrom CAN týká? (otázka č. 7)

Na otázku, která se týká předpokládaného počtu týraných dětí, nejvíce dotazovaných odpovědělo v souladu s dostupnými informacemi organizací, které se touto problematikou zabývají. Poměrně velké procento respondentů předpokládá větší množství týraných dětí, než jsou oficiálně uvedena.



Graf 8. Jakou formu týrání považujete v ČR za nejrozšířenější? (otázka č. 8)

Za nejrozšířenější formu týrání respondenti považují psychické týrání, a to v 63 %, což odpovídá 63 respondentům. Dále pak následuje ve 24 % zanedbávání, v 10 % fyzické týrání a jako poslední sexuální zneužití ve 3 %.



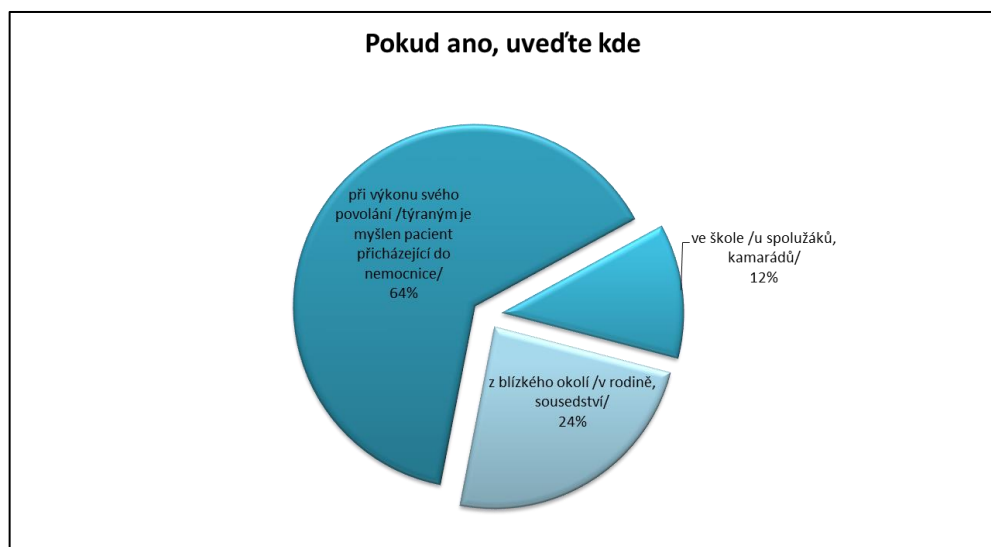
Graf 9. Z jakých zdrojů máte informace o této problematice?  
(otázka č. 9)

V této otázce respondenti označovali více odpovědí, pokud informace přijali z různých médií.

Na dotaz, týkající se zdrojů informací, byly v 34 % jmenovány informace z tisku či internetu, se stejným počtem informace z televize nebo rádia. Tato procentuální hodnota odpovídá 60 respondentům. V 17 %, což odpovídá 31 odpovědím dotázaných, byla tato problematika součástí výuky a 15 %, to znamená 27 respondentů, uvedlo, že se s týraným dítětem setkali osobně.



Graf 10. Setkal/a jste se někdy ve svém blízkém okolí se sexuálním zneužíváním či týráním dětí? (otázka č. 10)



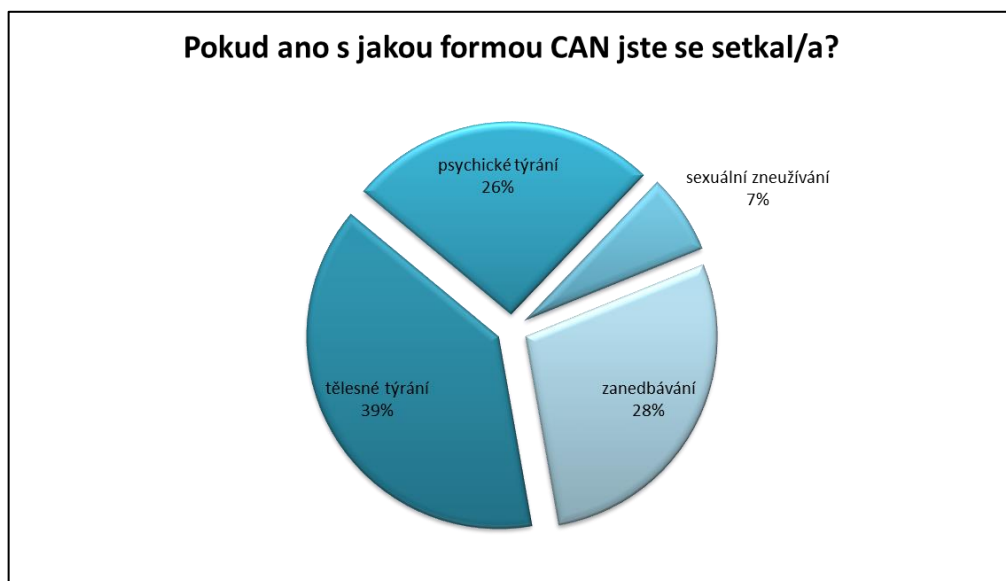
Graf 11. Pokud ano, uveďte kde. (otázka č. 11)

Osobní setkání s nějakou formou týrání v blízkém okolí uvádí 39 % respondentů. Z tohoto počtu bylo 64 % respondentů, kteří se s dítětem setkali jako s pacientem v nemocnici, 12 % u kamarádů či spolužáků a 24 % v blízkém okolí nebo přímo v rodině.



Graf 12. Setkal/a jste se při výkonu svého povolání s týraným, zneužívaným nebo zanedbávaným dítětem? (otázka č. 12)

Na otázku, zda se respondenti setkali při výkonu svého povolání s týraným, zneužívaným nebo zanedbávaným dítětem, pouze 25 % tázaných odpovědělo záporně. Zbýlých 75 % odpovědělo kladně. Z tohoto počtu se 21 % setkala s oběma variantami, jak s již diagnostikovanými případy, tak s pouhým podezřením na týrání. Ve shodném počtu, a to 27%, jedna skupina respondentů odpověděla, že se setkala s prokázaným týráním a další skupina uvedla, že u dítěte bylo pouze podezření, které dál šetřil OSPOD.



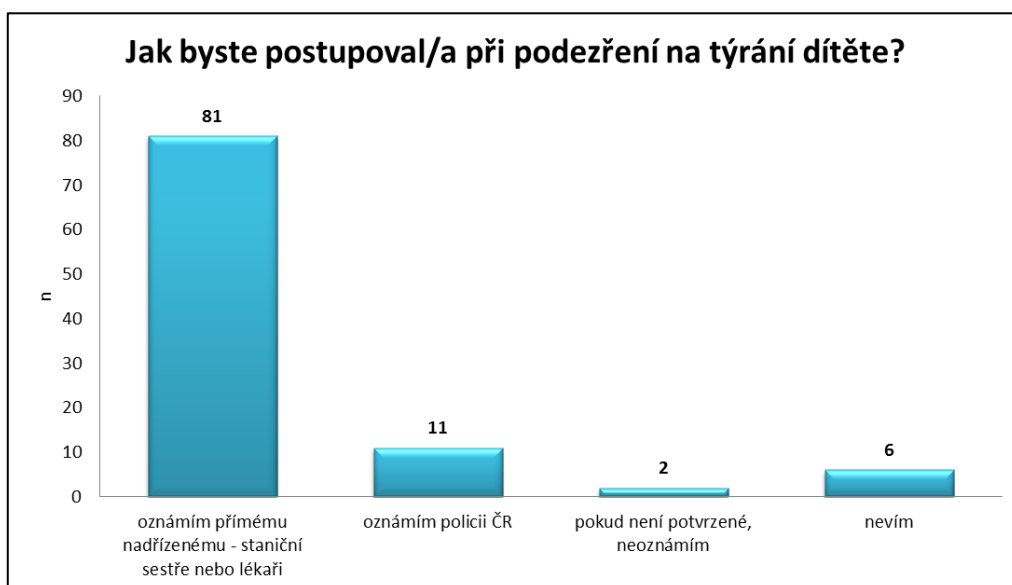
Graf 13. Pokud ano, s jakou formou CAN jste se setkal/a? (otázka č. 13)

Na předcházející otázku odpovědělo 75 % respondentů kladně, to znamená, že se s týraným dítětem již setkali. Dle odpovědí je vidět, že se dotázaní nesetkali pouze s jednou formou CAN, ale s různými podobami CAN. Nejčastějšími formami CAN je dle respondentů týrání tělesné, dále pak s poměrně stejnými hodnotami zanedbávání a psychické týrání.



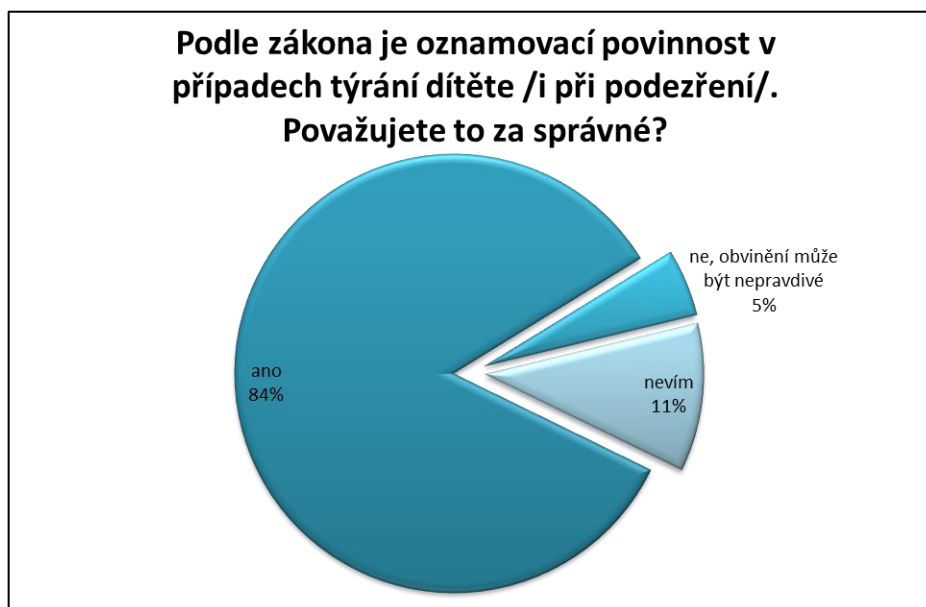
Graf 14. Vyskytuje se podle Vás týrání, zneužívání a zanedbávání jen u dětí sociálně slabších rodin? (otázka č. 14)

Většina respondentů se domnívá, že týrání, zneužívání a zanedbávání se netýká pouze dětí ze sociálně slabších poměrů.



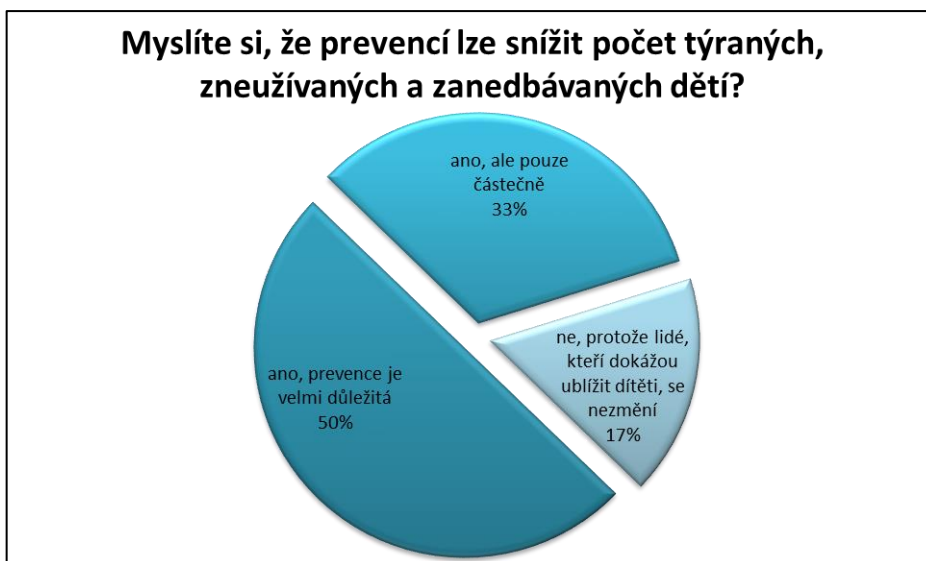
Graf 15. Jak byste postupoval/a při podezření na týrání dítěte? (otázka č. 15)

Na otázku dalšího postupu při podezření na týrání by 81 respondentů své podezření ohlásilo svému nadřízenému, 11 dotázaných by oznámení podalo na policii ČR. Pouze dva respondenti by nic neoznámili, pokud by své podezření neměli potvrzené. Šest respondentů neví, jak postupovat.



Graf 16. Podle zákona je oznamovací povinnost v případě týrání dítěte (i při podezření). Považujete to za správné? (otázka č. 16)

Se zákonem o oznamovací povinnosti občanů souhlasí 84 % dotázaných, nesouhlasí 5 %, zbylých 11 % odpovědělo, že neví.



Graf 17. Myslíte si, že prevencí lze snížit počet týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí? (otázka č. 17)

O důležitosti prevence je přesvědčeno 83 dotázaných, přičemž 50 z nich se domnívá, že je velmi důležitá ke snížení počtu týraných dětí. Ostatních 33 respondentů si myslí, že je, ale pouze částečně. 17 dotázaných se domnívá, že lidé se nezmění.



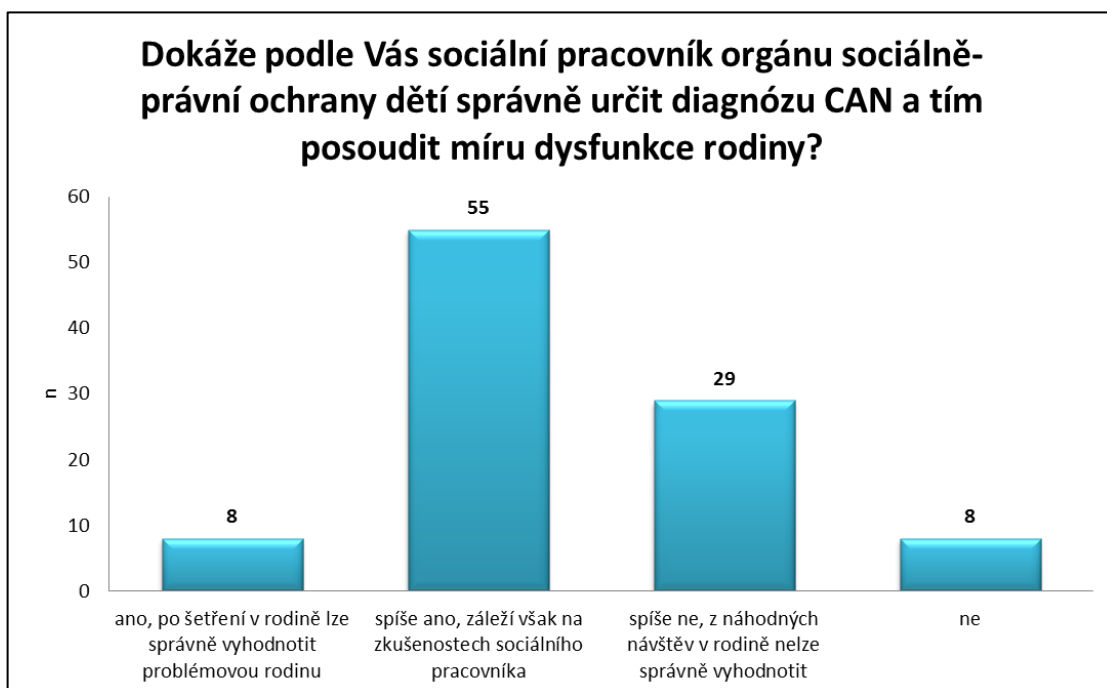
Graf 18. Je nutné odebrat dítě z rodiny, ve které došlo k týrání?  
(otázka č. 18)

K dotazu, zda je nutné odebírat děti z problémových rodin, se 32 % vyjádřilo kladně. Že je zapotřebí se nejprve pokusit o nápravu rodiny, si myslí 66 % dotázaných. Pouze 2 % se domnívá, že děti se mají vždy ponechat v rodině.



Graf 19. Myslíte si, že při odhalování týrání, zneužívání či zanedbávání dochází ke spolupráci více odborníků /např. lékař, psycholog, sociální pracovník, pedagog, sociální pedagog? (otázka č. 19)

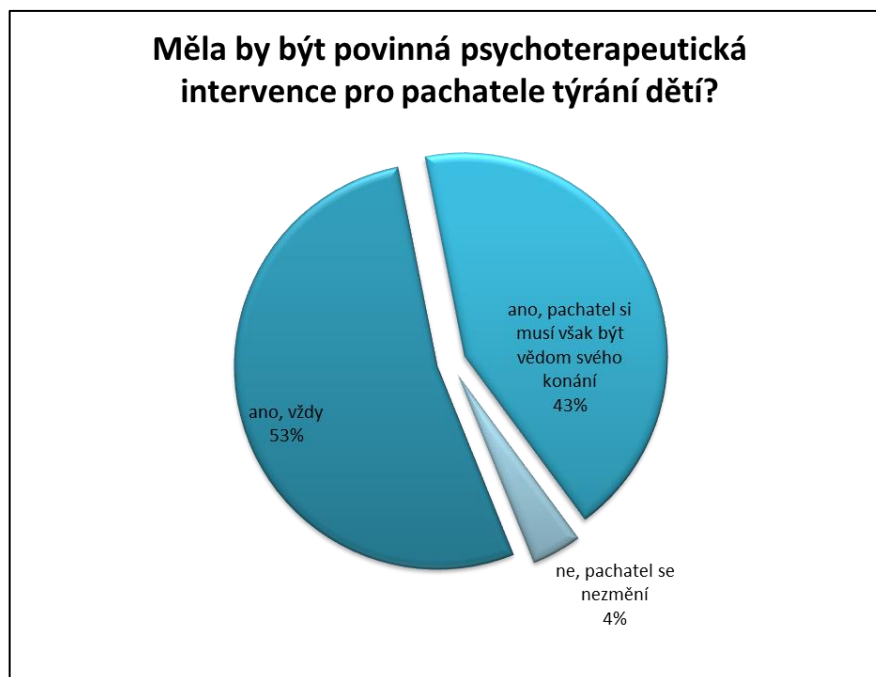
O vzájemné spolupráci odborníků je přesvědčeno 92 respondentů. Že spolu nespolupracují si myslí 8 respondentů.



Graf 20. Dokáže podle Vás sociální pracovník orgánu sociálně-právní ochrany dětí určit diagnózu CAN a tím posoudit míru dysfunkce rodiny? (otázka č. 20)



O správném vyhodnocení problematické rodiny pracovníkem příslušného OSPOD je přesvědčeno 63 respondentů, z nichž 55 odpovědí se přiklání k tomu, že záleží na zkušenostech každého pracovníka. Odpověď, že z náhodných návštěv nemusí být vyhodnocení správné, se objevila u 29 dotázaných. 8 respondentů odpovědělo, že sociální pracovník nedokáže správně posoudit stav rodiny.



Graf 21. Měla by být povinná psychoterapeutická intervence pro pachatele týrání dětí? (otázka č. 21)

Poslední otázka se týká psychoterapeutická intervence pro pachatele týrání. Kladně odpovědělo 96 % dotázaných. Z tohoto počtu odpovědělo, že vždy, 53 %. Zbýlých 43 % si myslí, že si pachatel musí být vědom svého nezákonného chování. Pouze 4 % respondentů se domnívají, že povinná být nemusí, jelikož pachatel se nezmění.

#### 5.4 Analýza a interpretace výsledků

Výsledky, získané dotazníkovým šetřením, byly matematicky zpracované a zadané do grafů. Na základě těchto výsledků se stanovené hypotézy potvrdily či nepotvrdily, jinými slovy, byly verifikovány nebo falzifikovány.

## Vyhodnocení hypotéz:

### **H1 Více než 50 % respondentů zná pojem CAN.**

K ověření hypotézy jsem použila výsledky z otázky č. 6, která zněla: Víte co znamená zkratka CAN? Na tuto otázku 68 % dotázaných odpovědělo kladně, zbylých 32 % odpovědělo záporně. Znamená to, že zkratku CAN zná více jak 50 % dotázaných respondentů.

Na základě získaných výsledků byla hypotéza **H1 verifikována**.

### **H2 S týraným dítětem se při své práci setkalo méně než 40 % zdravotnických pracovníků.**

K potvrzení či vyvrácení hypotézy č. 2 sloužila otázka č. 12: Setkala jste se při výkonu svého povolání s týraným, zneužívaným nebo zanedbávaným dítětem? Kladně na tuto otázku odpovědělo 75 % respondentů. Z tohoto počtu se 48 % dotázaných setkalo s prokázaným týráním, 27 % s případy, kdy bylo vzneseno pouhé podezření na CAN. I přes to, že se část respondentů setkala s pouhým podezřením na týrání dítěte, získané výsledky stačí na to, aby se H2 nepotvrdila.

Na základě získaných výsledků byla hypotéza **H2 falzifikována**.

### **H3 Více než 75 % respondentů se domnívá, že psychoterapeutická intervence by měla být povinná.**

Pro ověření hypotézy č. 3 jsem použila otázku č. 21, která zněla: Měla by být povinná psychoterapeutická intervence pro pachatele týrání dětí? Pouze 4 % dotázaných se domnívá, že intervence pro pachatele domácího násilí nemusí být povinná, jelikož pachatele nezmění. O potřebě intervence je přesvědčeno 96 % dotázaných. Toto vysoké číslo znamená, že se hypotéza č. 3 potvrdila.

Na základě získaných výsledků byly hypotéza **H3 verifikována**.

Co se týče dotazníkového šetření, překvapením byl počet kladných odpovědí u otázek č. 10 a 12, které se týkaly setkáním se s týranými dětmi. To, že se zdravotníci s týráním v nějaké formě setkávají, jsem předpokládala, ale ne v takovém počtu. Pokud statistiky uvádějí, že syndrom CAN se dotýká 1-2 % dětské populace, nejsou tato data však jen špičkou ledovce?

Zajímavým zjištěním pro mne byla část demografických dat, která však nemají přímou souvislost s výzkumnou otázkou. Je to věk sester, které byly respondentkami mého výzkumu. Pouhá 4 % sester je mladší 25 let, téměř 60 % sester je ve věku od 41 do 55 let.

## ZÁVĚR

Syndrom CAN je závažným a v současné době poměrně často diskutovaným tématem. Je to tím, že případů týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí přibývá nebo tím, že se více případů odhalí a medializuje?

Přesná statistika neexistuje, mnoho případů zůstává skryto. Dříve navštěvovali rodiče s dětmi pediatra, který byl v místě jejich bydliště. Děti byly zvány na preventivní zdravotní prohlídky a k povinnému očkování. Pokud se rodiče s dítětem nedostavili, lékař danou rodinu navštívil, případně hlásil sociálním pracovníkům. V dnešní době, kdy máme všichni právo zvolit si lékaře dle svého výběru, může docházet k tomu, že ohrožené děti nejsou nikde zaregistrovány a tím uniknou lékařskému dohledu. Zdraví a mnohdy i život potom závisí na všímavosti okolí a včasném oznámení o podezření na týrání dítěte. V současnosti je oznámení nejen povinnost morální, ale je zakotveno i v našem právním řádu.

V úvodu teoretické části bakalářské práce jsem se zabývala vymezením pojmu, formami a projevy syndromu CAN. Následující kapitoly obsahují diagnostiku, odhalení a terapii syndromu CAN. V závěru teoretické práce se zabývám možnostmi uplatnění sociálního pedagoga při řešení problémů nejen týraných dětí, ale i celé rodiny. Pro informace, potřebné k orientaci v tématu, jsem studovala odborné texty a literaturu s příslušnou tematikou.

Pro praktickou část jsem zpracovala výsledky kvantitativního šetření. Toto šetření jsem uskutečnila pomocí nestandardizovaného dotazníku mezi dětskými sestrami na vybraných odděleních FN Brno.

Výsledky dotazníkového šetření daly odpověď na výzkumné otázky. Základní otázkou bylo, zda se sestry setkávají na svých pracovištích s případy týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí. Počet kladných odpovědí na tuto otázku je dle mého názoru alarmující. U vysokého počtu dětí, se kterými se zdravotničtí pracovníci setkávají, bylo týrání již prokázáno, další případy se ještě prošetřovaly. Nejčastější formou CAN je zmiňováno tělesné týrání a zanedbávání. Tyto indicie jsou většinou patrné téměř na první pohled a tedy i snáze odhalitelné. Psychické týrání však vidět není, zpočátku se můžeme jen domnívat, že dítěti je ubližováno duševně. Rány nejsou na těle, ale na duši, a jsou většinou obtížně léčitelné.

Sestra, která je v každodenním kontaktu s hospitalizovaným dítětem, případně s jeho blízkými, by měla mít určitou míru empatie, aby uměla správně vnímat různé signály, které dítě vysílá. Většina týraných dětí, přes všechno co se jim děje, své rodiče miluje a je pro ně obtížné si připustit, že je jejich rodiče nemají rádi, že jim jsou lhostejné či dokonce na obtíž. Děti jsou existenčně i citově závislé na svých rodičích a to, co se v rodině děje, často považují za normální, protože jiné jednání nezažily. Dalším důvodem je nízký věk dětí, pro který nemohou na problém upozornit. Pozorováním, nenásilnými rozhovory s dítětem i rodiči, kvalitně vedenou sesterskou diagnostikou a v neposlední řadě svými teoretickými znalostmi a praktickými zkušenostmi může sestra přispět k odhalení týrání dítěte.

Jistě je velice těžké označit někoho za násilníka a tyrana a oznámit své podezření příslušným orgánům. Vzhledem k oznamovací povinnosti, je však sdělení pravdivých skutečností nutné. Záleží pak na sociálních pracovnících, případně na policii ČR, zda se podezření podaří prokázat a jaké další kroky v případě budou následovat. Pokud se trestná činnost prokáže, záleží na mnoha faktorech, jaké důsledky to bude pro dítě i celou rodinu mít.

V analýze rodinného prostředí, ve výchovném působení na všechny její členy a v resocializaci rodiny, zde všude je prostor pro práci sociálního pedagoga. Sociální pedagog svou práci koordinuje s dalšími sociálními službami, monitoruje a hodnotí pokrok v práci s rodinou. Pomáhá jedincům nebo rodinám zlepšit jejich sociální fungování, snaží se vyřešit jejich sociální problém. Vstupuje tedy do problémových vztahů v rodině, ve škole, mezi vrstevníky, učí ohrožené i rizikové jedince řešit problémy a zátěžové situace.

Domnívám se, že se mi podařilo splnit cíl bakalářské práce, kterým bylo zmapování informovanosti dětských sester v oblasti týrání dětí. Výsledky dotazníkového šetření mohou být přínosem všem, kteří s dětmi pracují, o danou problematiku se zajímají a kterým není lhostejný osud mnoha neviných dětí.

Poměrně malé množství dotázaných uvedlo jako zdroj informací o syndromu CAN vzdělávací instituci. Z toho vyplývá, že by bylo vhodné, aby se tato problematika stala součástí výuky na školách, zejména u oborů se zdravotnickým nebo sociálním zaměřením. Výsledky mé práce mohou proto sloužit těmto školám jako praktický studijní materiál.

Protože dotazníkové šetření jsem prováděla se souhlasem FN Brno na Pracovišti dětské medicíny FN Brno, zájem o výsledky výzkumu projevil i management FN Brno. Výsledky

dotazníkového šetření mohou být následně použity v dalším vzdělávání středně zdravotnického personálu.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BAKOŠOVÁ, Z. *Sociálna pedagogika jako životná pomoc*. 3. rozšířené a aktualizované vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 2008. 251 s. ISBN 978-80-969944-0-3
- BAKOŠOVÁ, Z. *Sociálny pedagóg. Zborník referátov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou*. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, 2006. 242 s. ISBN 80-223-2205-9
- BAŠTECKÁ, B. GOLDMAN, P. *Základy klinické psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 436 s. ISBN 80-7178-550-4
- ČMEJRKOVÁ, S. DANEŠ, F. SVĚTLÁ J. *Jak napsat odborný text*. 1. vyd. Praha: Leda, 1999. 255 s. ISBN 80-85927-69-1
- DUNOVSKÝ, J. DYTRYCH, Z. MATĚJČEK, Z. A KOLEKTIV. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. 1. vyd. Praha: Grada, 1995. 245 s. ISBN 80-7169-192-5
- ELLIOTOVÁ, M. *Jak ochránit své dítě*. 1. vyd. Praha: Portál, 1995. 173 s. ISBN 80-7178-034-0
- GAVORA P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Brno: Paido, 2000. 207 s. ISBN 80-85931-79-6
- GELDARD, K. GELDARD, D. *Dětská psychoterapie a poradenství*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 328 s. ISBN 978-80-7367-476-2
- HENDL, J. *Přehled statistických metod zpracování dat*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 583 s. ISBN 80-7178-820-1
- HRODEK, O. VAVŘINEC, J. et al. *Pediatric*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 767 s. ISBN 80-7262-178-5
- CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada, 2007. 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4
- Informační centrum vlády, 2016. *Deklarace práv dítěte* [online] [cit. 2016-Březen-8]. Dostupné z: <http://icv.vlada.cz/cz/tema/deklarace-prav-ditete-63749/tmplid-560/>
- JŮZL, M. *Základy pedagogiky*. Brno: Institut mezioborových studií, 2010. 185 s. ISBN 978-80-87182-02-4

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 2. rozšířené a přeprac. vyd. Praha: Portál, 1997. 147 s. ISBN 80-7178-150-9

KRAMULOVÁ, D. *Týrání bez modřin*. Psychologie. 2006. č. 6. s. 18. ISSN 1212-9607

KRAUS, B. *Základy sociální pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 216 s. ISBN 978-80-7367-383-3

KRAUS, B. POLÁČKOVÁ, V. et al. *Člověk-prostředí-výchova*. Brno: Paido, 2001. 199 s. ISBN 80-7315-004-2

KRAUS, B. SÝKORA, P. *Sociální pedagogika I*, Brno: Institut mezioborových studií, 2009. 63 s.

KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum ve zdravotnictví*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. 123 s. ISBN 978-80-244-1877-3

LANGMEIER, J. BALCAR, K. ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 432 s. ISBN 80-7178-381-1

LANGMEIER, J. MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. 4. dopl. vyd. Praha: Karolinum, 2011. 399 s. ISBN 978-80-246-1983-5

MATĚJČEK, Z. *Praxe dětského psychologického poradenství*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. 342 s. ISBN 978-80-262-0000-0

MATĚJČEK, Z. DYTRYCH, Z. *Děti, rodina a stres*. Praha: Galén, 1994. 214 s. ISBN 80-85824-06-X

O'CALLAGHAN, CH. STEPHENSON, T. *Pediatricie do kapsy*. 1. vyd. Praha: Grada, 1995. 496 s. ISBN 80-7169-101-1

PAVLATOVÁ, E. *Násilí na dětech-jak dál v prevenci syndromu CAN*. Zdravotnické noviny, 2010. č. 16, s. 15. ISSN 0044-1996

PROCHÁZKA, M. *Sociální pedagogika*. 1.vyd. Praha: Grada, 2012. 203 s. ISBN 978-80-247-3470-5

PUNCH, K. F. *Základy kvantitativního šetření*. Praha: Portál, 2008. 152 s. ISBN 978-80-7367-381-9

ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti: Obor v pohybu*. 6., revid. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010. 208 s. ISBN 978-80-247-3133-9



ŘÍČAN, P. JANOŠOVÁ, P. *Jak na šikanu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 155 s. ISBN 978-80-247-2991-6

ŘÍČAN, P. KREJČÍŘOVÁ, D. A KOLEKTIV. *Dětská klinická psychologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 1997. 450 s. ISBN 80-7169-512-2

SLANÝ, J. *Syndrom CAN*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2008. 155 s. ISBN 978-80-7368-474-7

VANÍČKOVÁ, E. HADJ-MOUSSOVÁ, Z. PROVAZNÍKOVÁ, H. *Násilí v rodině*. 1.vyd. Praha: UK, 1995. 63 s. ISBN 80-7184-008-4

VLČKOVÁ, M. *Týrané dítě*. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 2001. 171 s. ISBN 80-223-1574-5

WALKER, I. *Výzkumné metody a statistika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 218 s. ISBN 978-80-247-3920-5

Zákony pro lidi, 2016. *Zákon O sociálně-právní ochraně dětí č. 359/1999* [online] [cit. 2016-Březen-8]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1999-359>

Zákony pro lidi, 2016. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (Zákon o zdravotních službách) č.372/2011*[online][cit.2016Březen21]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

Zdravotnictví a medicína, 2008. *Postup lékařů primární péče při podezření ze syndromu CAN* [online] [cit. 2016-Březen-8]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/postup-lekaru-primarni-pece-pri-podezreni-na-syndrom-can-366212>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

apod.	a podobně
CAN	Child Abuse and Neglect.
č.	Číslo
ČR	Česká republika
ČSFR	Česká a Slovenská Federativní Republika
FN	Fakultní nemocnice
JIP	Jednotka intenzivní péče
KPRCH	Klinika popálenin a rekonstrukční chirurgie
např.	například
NNZ	nikoli náhodné zranění
OSN	Organizace spojených národů
OSPOD	Orgánu sociálně-právní ochrany dětí
PSS	Pomaturitní specializační studium
RZP	Rychlá zdravotnická pomoc
sb.	sbírka
SBS	shaken baby syndrom
RTG	rentgenové vyšetření
ZD	zdravotnický dokument
ust.	ustanovení

## **SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obrázek 1. První ošetření.....	37
Obrázek 2. Osmý den po úrazu.....	37
Obrázek 3. Transplantovaná dolní končetina .....	38
Obrázek 4. Po laserové terapii .....	39
Obrázek 5. Kontrola na dispenzarizační ambulanci .....	39

**SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1. Pohlaví (otázka č. 1) .....	46
Graf 2. Věk respondentů (otázka č. 2) .....	46
Graf 3. Vzdělání respondentů (otázka č. 3) .....	47
Graf 4. Délka praxe ve zdravotnictví (otázka č. 4) .....	47
Graf 5. Na jaké pozici pracujete? (otázka č. 5) .....	48
Graf 6. Víte, co znamená zkratka CAN? (otázka č. 6) .....	48
Graf 7. Víte, kolika % se syndrom CAN týká? (otázka č. 7) .....	49
Graf 8. Jakou formu týrání považujete v ČR za nejrozšířenější? (otázka č. 8) .....	49
Graf 9. Z jakých zdrojů máte informace o této problematice? (otázka č. 9) .....	50
Graf 10. Setkal/a jste se někdy ve svém blízkém okolí se sexuálním zneužíváním či týráním dětí? (otázka č. 10) .....	51
Graf 11. Pokud ano, uveďte kde. (otázka č. 11) .....	51
Graf 12. Setkal/a jste se při výkonu svého povolání s týraným, zneužívaným nebo zanedbávaným dítětem? (otázka č. 12) .....	52
Graf 13. Pokud ano, s jakou formou CAN jste se setkal/a? (otázka č. 13) .....	52
Graf 14. Vyskytuje se podle Vás týrání, zneužívání a zanedbávání jen u dětí sociálně slabších rodin? (otázka č. 14) .....	53
Graf 15. Jak byste postupoval/a při podezření na týrání dítěte? (otázka č. 15) .....	53
Graf 16. Podle zákona je oznamovací povinnost v případě týrání dítěte /i při podezření/. Považujete to za správné? (otázka č. 16) .....	54
Graf 17. Myslíte si, že prevencí lze snížit počet týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí? (otázka č. 17) .....	54
Graf 18. Je nutné odebrat dítě z rodiny, ve které došlo k týrání? (otázka č. 18) .....	55
Graf 19. Myslíte si, že při odhalování týrání, zneužívání či zanedbávání dochází ke spolupráci více odborníků /např. lékař, psycholog, sociální pracovník, pedagog, sociální pedagog? (otázka č. 19) .....	56
Graf 20. Dokáže podle Vás sociální pracovník orgánu sociálně-právní ochrany dětí určit diagnózu CAN a tím posoudit míru dysfunkce rodiny? (otázka č. 20) .....	56
Graf 21. Měla by být povinná psychoterapeutická intervence pro pachatele týrání dětí? (otázka č. 21) .....	57

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1. Formy a projevy syndromu CAN .....	13
---	----

## **SEZNAM PŘÍLOH**

- PŘÍLOHA P1 - DOTAZNÍK

## PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Jitka Severová, jsem studentka 3. ročníku bakalářského studia Institutu mezioborových studií – Obor sociální pedagogika.

Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku k mé bakalářské práci na téma: „Týrané dítě - závažný problém společnosti“. Dotazník je určen nelékařským zdravotnickým pracovníkům, kteří pracují na dětských odděleních ve FN Brno.

Předem děkuji za vyplnění.

1. Pohlaví:

a/ žena      b/ muž

2. Věk:

a/ 18 – 25 let    b/ 26 – 40      c/ 41 – 55      d/ nad 55 let

3. Vzdělání:

a/ střední odborné s maturitou  
b/ střední odborné s maturitou, PSS  
c/ vysokoškolské  
d/ vysokoškolské, PSS

4. Ve zdravotnictví pracujete

a/ méně než rok  
b/ 1 – 5let  
c/ 6 – 20 let  
d/ více než 20 let

5. Pracujete na pozici:

a/ sestra u lůžka  
b/ staniční sestra  
c/ jiné /prosím specifikujte/

6. Víte co znamená zkratka CAN?

a/ ano  
b/ ne

7. Víte kolika % se syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte/CAN/ týká?

a/ 0,5 – 0,8% z dětské populace  
b/ 1-2% z dětské populace  
c/ 5% dětské populace

8. Jakou formu týrání považujete v ČR za nejrozšířenější?

- a/ psychické týrání (ponižování, nadávky, zesměšňování, vyhrožování)
- b/ fyzické týrání (kopání, bití)
- c/ zanedbávání (zdravotnická péče, povinná školní docházka, citové zanedbávání)
- d/ sexuální zneužití (pohlavní styk)

9. Z jakých zdrojů máte informace o této problematice?

- a/ četla jsem o tom v tisku/ na internetu
- b/ z televize/ z rádia
- c/ ze školy – součást výuky
- d/ již jsem se s týraným dítětem setkala osobně
- e/ jiné /prosím specifikujte blíže/

10. Setkala jste se někdy ve svém blízkém okolí se sexuálním zneužíváním či týráním dětí?

- a/ ano
- b/ ne

11. Pokud ano, uveďte kde:

- a/ při výkonu svého zaměstnání /týraným je myšlen pacient přicházející do nemocnice /
- b/ ve škole / u spolužáků, kamarádů/
- c/ z blízkého okolí / v rodině, sousedství/

12. Setkala jste se při výkonu svého povolání s týraným, zneužívaným nebo zanedbávaným dítětem?

- a/ ano, dítě bylo hospitalizované pro prokázané týrání
- b/ ano, u dítěte bylo pouze podezření na CAN, dále šetřil OSPOD
- c/ ano, u více případů – jak s prokázanými případy, tak i pouze s podezřením na týrání
- c/ ne

13. Pokud jste odpověděla kladně na předcházející otázku, s jakou formou CAN jste se

u hospitalizovaných dětí setkala? /možno i více odpovědí/

- a/ tělesné týrání
- b/ psychické týrání
- c/ sexuální zneužívání
- d/ zanedbávání

14. Vyskytuje se podle Vás týrání, zneužívání a zanedbávání jen u dětí ze sociálně slabších rodin?

- a/ ano
- b/ ne
- c/ nevím



15. Jak byste postupovala při podezření z týrání dítěte

- a/ oznámím přímému nadřízenému – staniční sestře nebo lékaři
- b/ oznámím policii ČR
- c/ pokud není potvrzené, neoznámím
- d/ nevím

16. Podle zákona je oznamovací povinnost v případech týrání dítěte/i při podezření/.  
Považujete to za správné?

- a/ ano
- b/ ne, obvinění může být nepravdivé
- c/ nevím

17. Myslíte si, že prevencí lze snížit počet týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí?

- a/ ano, prevence je velmi důležitá
- b/ ano, ale pouze částečně
- c/ ne, protože lidé, kteří dokážou ublížit dítěti, se nezmění

18. Je nutné odebrat dítě z rodiny, ve které došlo k týrání?

- a/ vždy
- b/ ne, nejprve je třeba se pokusit o nápravu rodiny
- c/ ne, rodina je vždy lepší než ústavní zařízení

19. Myslíte si, že při odhalování týrání, zneužívání či zanedbávání dochází ke spolupráci více odborníků /např. lékař, psycholog, sociální pracovník, pedagog, sociální pedagog/?

- a/ ano
- b/ částečně tito odborníci spolupracují
- c/ spíše ne
- d/ ne, každý tento problém řeší z pohledu svého oboru

20. Dokáže podle Vás sociální pracovník orgánu sociálně-právní ochrany dětí správně určit diagnózu CAN a tím posoudit míru dysfunkce rodiny?

- a/ ano, po šetření v rodině lze správně vyhodnotit problémovou rodinu
- b/ spíše ano, záleží však na zkušenostech sociálního pracovníka
- c/ spíše ne, z náhodných návštěv v rodině nelze správně vyhodnotit
- d/ ne

21. Měla by být povinná psychoterapeutická intervence pro pachatele týrání dětí?

- a/ ano, vždy
- b/ ano, pachatel si musí být vědom svého konání
- c/ ne, pachatel se nezmění

Děkuji za Váš čas, který jste věnovali vyplnění dotazníku