

Jihočeská univerzita v Českých  
Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Monitoring informovanosti veřejnosti pro problém syndromu  
CAN**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:  
Mgr. Andrea Březinová

Autor práce:  
Simona Hanzálková

2010

## **ABSTRAKT**

### **Monitoring informovanosti veřejnosti pro problém syndromu CAN**

Má bakalářská práce se skládá ze dvou částí – teoretické a empirické. V teoretické části jsem stručně popsala nejdůležitější informace o syndromu CAN. Při psaní teoretické části jsem pracovala jak s psanými zdroji, tak i s internetovými odkazy. V empirické části práce jsem pomocí dotazníkového šetření zjišťovala informovanost pro problém syndromu CAN veřejnosti města Kolín starší osmnácti let. V dotazníku bylo celkem 16 otázek, z toho 8 uzavřených, 4 otevřené a 4 polootevřené. Výzkumné šetření bylo realizováno v lednu 2010. Rozdala jsem 135 dotazníků, v průběhu 14 dnů se mi vrátilo 120 dotazníků, návratnost tedy činila 88,8 %. Výsledky mého dotazníkového šetření jsem znázornila pomocí grafů. Všechny dotazníky jsem vyhodnotila dvěma způsoby – podle věku respondentů a podle jejich nejvyššího dosaženého vzdělání.

Ve své práci mám stanoveny dvě následující hypotézy:

H1: Informovanost veřejnosti pro problém syndromu CAN souvisí s věkem.

H2 : Informovanost veřejnosti pro problém syndromu CAN souvisí se vzděláním.

Myslím si, že informovanost veřejnosti pro problém syndromu CAN je na obstojné úrovni. Moje práce může být v budoucnu využita pro zdokonalení informovanosti veřejnosti, např. na které skupiny obyvatel by se měla propagace informací o syndromu CAN zaměřit a jakým komunikačním médiem informace šířit. Při zvyšování informovanosti veřejnosti jsou dle výsledků výzkumu nejdůležitější internetové zdroje, televizní přijímače a přednášky pro žáky a studenty ve školách. Proto bych se v budoucnosti zaměřila na tvorbu internetových stránek s kvalitními informacemi o syndromu CAN, pořady a diskuze s odborníky v televizi a zajímavé přednášky pro děti a mladé lidi ve školách.

## **ABSTRACT**

### **Monitoring the Public Awareness of CAN syndrome Issue**

My Bachelor Thesis consists of two parts – a theoretical and empirical part. In the theoretical part I have briefly described the significant information related to the CAN syndrome. When compiling the theoretical part I have worked with written sources and web sites references. In the empirical part I have investigated in a questionnaire research the people's awareness of CAN syndrome in the Town of Kolín.

The questionnaire contained 16 questions, of which 8 were closed, 4 were open and 4 were semi-open. The research was carried out in January 2010. I had handed out 135 questionnaires and within two weeks received 120 of them back. The questionnaires return was therefore 88,8 %. I have illustrated the results of the research in charts. I have evaluated all the questionnaires in two ways – from the point of the respondent's age and from the point of their level of education.

There are following two assumptions in my thesis:

Assumption 1 – The public awareness of the CAN syndrome is tied with age.

Assumption 2 – The public awareness of the CAN syndrome is tied with education.

I believe the public awareness of the CAN syndrome is tolerable. My thesis may in future be used for the purpose of improving the public awareness, for instance in decisions which groups of the public should the CAN syndrome promotion be aimed at and which communication media should be used. The research has brought out that the best medium for enhancing the public awareness of CAN syndrome is the worldwide web, television and lectures for pupils and students at schools. Therefore I would concentrate in future on production of web sites offering reliable information related to the CAN syndrome, TV shows and discussions with Professional as well as attractive lectures for children and young people at schools.

Prohlašuji, že svoji bakalářskou – diplomovou – rigorózní – disertační práci jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské – diplomové – rigorózní – disertační práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných .... fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne .....

Simona Hanzálková .....

Na těchto řádcích bych chtěla poděkovat své vedoucí práce, paní Mgr. Andree Březinové, za cenné rady a trpělivost při tvorbě práce. Dále bych chtěla poděkovat své rodině a přátelům za pomoc a podporu, kterou mi věnovali.

## OBSAH

Úvod .....	8
1. Současný stav.....	10
1.1 Syndrom CAN .....	10
1.2 Tělesné a psychické zanedbávání .....	11
1.3 Tělesné týrání.....	13
1.3.1 Shaken Baby Syndrome.....	14
1.4 Psychické týrání .....	14
1.5 Šikana .....	16
1.6 Sexuální zneužívání .....	18
1.7 Zvláštní formy syndromu CAN .....	21
1.8 Výskyt syndromu CAN .....	23
1.9 Prevence syndromu CAN .....	25
1.9.1 Sanace rodiny.....	26
1.9.2 Příslušné organizace.....	27
1.10 Možnosti informování veřejnosti o syndromu CAN .....	28
2 Cíl práce a hypotézy .....	30
2.1 Cíl práce .....	30
2.2 Hypotézy .....	30
3. Metodika .....	31
3.1 Metodika .....	31
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru .....	31
3.3 Způsob vyhodnocení a prezentace dat .....	31
4. Výsledky .....	32
4.1 Vyhodnocení dotazníků dle věku respondentů.....	32
4.2 Vyhodnocení dle nejvyššího dosaženého vzdělání.....	58
5. Diskuze .....	88
6. Závěr .....	92
7. Klíčová slova .....	93
8. Seznam použitých zdrojů .....	94

9. Přílohy .....	98
------------------	----

## ÚVOD

Jako téma své bakalářské práce jsem si vybrala syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, nebo-li syndrom CAN. Problematika takto postižených dětí byla v minulosti opomíjena a do určité míry i tabuizována. V dnešní době se toto téma naopak dostává do popředí zájmu odborné i laické veřejnosti. V médiích se stále častěji objevují případy týraných dětí a mnoho dobročinných organizací se snaží na tento negativní jev upozornit. Týrané děti si totiž nesou následky špatného zacházení celý život a většinou potřebují dlouhodobou péči odborníků (psychologů, psychiatrů), aby se s negativními zážitky z dětství dokázaly vyrovnat. Zároveň je odborníky prokázán tzv. transgenerační přenos syndromu CAN, což znamená, že u týraných dětí je větší pravděpodobnost, že jejich děti budou také vystaveny špatnému zacházení.

Problematika syndromu CAN mě zajímá již delší dobu, protože i přes to, že jsou práva dětí zakotvena v zákoně, jsou děti i nadále vystavovány špatnému zacházení, často i ve vlastních rodinách a od lidí, kteří by je měli milovat a chránit. A právě proto se chci ve své bakalářské práci zabývat informovaností veřejnosti o tomto negativním jevu. Myslím si, že je velmi důležité stále zvyšovat informovanost laické, ale i odborné veřejnosti, protože identifikovat syndrom CAN je velmi obtížné. Řada lidí si většinou nepřipouští, že i jejich dítě se může stát obětí špatného zacházení a neví, jak by se v takovém případě měli zachovat a problém špatného zacházení s dětmi odsouvají někde do pozadí. Odhaduje se, že v současné době trpí syndromem CAN přibližně 1 – 2 % dětí, odborníci se ale shodují, že skutečné číslo bude ve skutečnosti vyšší a tato čísla jsou pouze tzv. špičkou ledovce.

V teoretické části své práce jsem popsala formy a projevy syndromu CAN, jeho výskyt, prevenci, některé organizace, které se zabývají pomocí dětem, se kterými je špatně zacházeno a možnosti informování veřejnosti o tomto negativním jevu. V praktické části práce se zabývám zmapováním informovanosti veřejnosti starší osmnácti let v městě Kolín. Jsem přesvědčena, že i laická veřejnost by měla mít



alespoň základní informace o syndromu CAN, aby věděla, jak se v nutných případech zachovat. Každé dítě má totiž právo na harmonický a správný vývoj jak tělesný, tak duševní, ale především na lásku, bezpečí a pocit domova. Bohužel spousta dětí si o takových věcech může nechat pouze zdát.

# 1. SOUČASNÝ STAV

## 1.1 Syndrom CAN

Syndrom CAN je velmi závažný, multifaktoriální a sociálně patologický jev, se kterým se setkáváme i v naší společnosti. Lékaři v padesátých letech 20. století se začali cíleně zabývat problematikou týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte, kterou souhrnně nazývali „neúrazová poranění“. V roce 1962 byl popsán tzv. syndrom bitého dítěte (Battered Child Syndrome). V pozdějších letech se vžil do povědomí pojem „syndrom CAN“, nebo-li souhrn příznaků týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (14). Tato zkratka CAN (Child Abuse and Neglect) se k označení týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte používá i v dnešní době (17).

Syndrom CAN je definován jako narušení tělesného, duševního i společenského stavu a vývoje dítěte, které vzniká v důsledku působení jakéhokoliv nenáhodného a preventabilního jednání rodičů či jiné osoby (29). Formy syndromu CAN jsou zanedbávání tělesné a psychické. Týrání tělesné, psychické a emocionální, sexuální zneužívání, Münchhausenův syndrom by proxy a zvláštní formy syndromu CAN (19). Za jednu z forem syndromu CAN se dá považovat i šikana (10).

Zákonem je stanoveno, že každý, kdo zjistí u dítěte některou z forem syndromu CAN, je povinen nahlásit tuto skutečnost nebo i závažné podezření orgánu péče sociálně – právní ochrany dětí, v případě akutního ohrožení dítěte přímo policii. Tuto povinnost může splnit i tím, že dítě odešle k lékaři, který dítě vyšetří a zdokumentuje vlastní poranění dítěte a v případě nutnosti odešle dítě do nemocnice k podrobnějšímu vyšetření a léčbě (32). Orgány sociálně právní ochrany dětí jsou: krajské úřady, obecní úřady obcí s rozšířenou působností, obecní úřady, MPSV a Úřad pro mezinárodně právní ochranu dětí. Sociálně – právní ochranu dětí zajišťují dále v samosprávné působnosti kraje a obce, komise pro sociálně právní ochranu dětí a fyzické či právnické osoby, pokud jsou výkonem sociálně – právní ochrany dětí pověřeny (24).

V problematice syndromu CAN se často mluví i o transgeneračním přenosu. Obecně se dá transgenerační přenos definovat jako proces, následkem kterého se

neúmyslně nebo vědomě přenášejí vzorce chování na další generace. Jedná se tedy o to, že dítě, které vyrůstá v rodině, přejímá kladné nebo negativní vzorce chování a později je, často nevědomě, uplatňuje ve své sekundární rodině. To znamená, že pokud je dítě týrané, zneužívané či zanedbávané, je přítomno zvýšené riziko, že i ono bude své děti vychovávat nevhodným způsobem. Tito jedinci své špatné chování často omlouvají tím, že je doma také často trestali a nijak jim to neublížilo. Může se stát, že jedinec v dospělosti zaujme odlišné stanovisko a snaží se vyvarovat stejných chyb, kterých se ve výchově dopouštěli jeho rodiče. Přesto se v situacích afektu nejhlubší vzpomínky zpravidla vynořují a rodič se v napjaté situaci zachová podle vzoru svých vlastních rodičů, ačkoliv toho může po odeznění vypjaté situace litovat.

Transgenerační přenos syndromu CAN nebývá ve většině případů předáván další generaci ve stejné podobě. Často jsou k němu připojovány další prvky, které mu dodávají trochu jiný charakter. Kupříkladu rodič, který byl v dětství psychicky deptaný a ponižovaný, trpí pocity méněcennosti. Na základě toho od členů prokreační rodiny a od sebe očekává dokonalé chování a bezchybné plnění povinností, protože se chce vyhnout dalšímu napomínání za nedostatky či chyby. Jakmile se tedy některý ze členů rodiny dopustí pochybení, je fyzicky potrestán (17).

## **1.2 Tělesné a psychické zanedbávání**

Zanedbávání je závažné opomíjení rodičovské péče, která je nezbytná pro správný tělesný a duševní vývoj dítěte (17).

Tělesné zanedbávání je neuspokojování tělesných potřeb dítěte, což může být nedostatek přiměřeného jídla a pití, ošacení a přístřeší. Do tělesného zanedbávání můžeme dále zařadit nedostatek lékařské péče a zanedbávání prevence, např. povinného očkování (8).

Zanedbávání se může promítnout také do vzdělávací oblasti – může jít například o neschopnost přihlásit dítě v patřičném věku k zahájení povinné školní docházky, o podporu či otevřenou toleranci chronického záškoláctví či neschopnost

věnovat pozornost vzdělávacím potřebám dítěte (23). Následky takového jednání na sebe pochopitelně nenechávají dlouho čekat.

Zanedbávání výchovné spíše postihuje povrchové stránky osobnosti (hygienické návyky, správná životospráva). Oproti psychickému zanedbávání se psychická deprivace týká především hlubších složek osobnosti (psychomotorické opoždění, zpomalení vývoje řeči a sociálních dovedností) (20).

Deprivace se může projevovat v různých formách. Může to být deprivace, která vzniká z nedostatku podnětů působících na dítě – nedostatečná stimulace dítěte, prostředí chudé na podněty. V této souvislosti je nutno upozornit i na problém tzv. over – protektivních matek, zde dochází k opačnému procesu – k přetěžování dítěte. Nepřiměřené množství podnětů bez vazby na opravdové potřeby dítěte. Dalším typem je deprivace, která vznikne jako důsledek nedostatečné styčnosti prostorové či časové. Procesy obklopující dítě jsou velmi neuspořádané, prostředí a vztahy jsou pro dítě dezorganizované, nečitelné a zmatené. Jiným typem je deprivace, která se projeví v procesu integrace vlastního Já jakožto důsledek nedostatečně vyvinutého vztahu s matkou, který je základním předpokladem pro následný vývoj vlastního Já dítěte. Jedním z nejčastěji zmiňovaných a popisovaných typů je deprivace projevující se v procesu socializace. Jde opět o následek chybějícího vztahu mezi dítětem a matkou, popřípadě nezáměrné péče matky o projevy dítěte (17).

V této problematice se hovoří ještě o subdeprivaci, ke které dochází v rodinách, které mají nízkou citovou kulturu, kde chybí citová složka výchovy. Mohou to být rodiče, kteří sami mají málo citových zkušeností, osobnosti citově chudé, psychopatičtí jedinci, rodiny žijící v chronických konfliktech a rodiče, kterým jejich děti překážejí v uskutečnění životních plánů (18).

Všechny typy zanedbávání korelují se špatným sociálním prostředím a chudobou. Proto je někdy obtížné rozlišit, zda je schopnost rodičů či pečovatelů poskytovat dětem přiměřenou péči snížena v důsledku jejich špatné sociální situace nebo odlišných kulturních norem, popřípadě zda jde o záměrné zanedbávání péče o dítě (2).

### 1.3 Tělesné týrání

Tělesné týrání je dle zdravotní komise Rady Evropy definováno jako tělesné ublížení dítěti a nebo vědomé odmítnutí zabránění takovému ublížení.

Formy a následky tělesného týrání jsou velmi rozmanité. Bití řemenem, rukou, gumovou hadicí či železnými řetězy, které zanechávají hematomy, fraktury kostí, tržné rány i jiná poranění, úmyslné popálení dítěte, kopání, třesení, případně bušení dítětem o zem či stěnu. Méně častěji se vyskytují úmyslné dušení, otravy a nebo topení. Tyto formy tělesného týrání mohou mít za následek bezvědomí, nitrolební krvácení až smrt dítěte (17).

Tělesným týráním jsou nejčastěji a také nejvážněji ohroženy děti v prvním a druhém roce života, v tomto období mnoho dětí na následky týrání umírá (27). Poškození dítěte může být různého druhu a závažnosti, a proto se dítě často dostane k úzce zaměřenému specialistovi, který se spokojí s ošetřením dítěte, které se posléze vrací do prostředí, kde je ohrožováno dalším týráním (20).

Výrazné a závažné jsou odchylky v chování týraných dětí, které jsou patrné již v kojeneckém či batolecím věku. Některé z týraných dětí jsou pasivní až apatické, nevyjadřují nespokojenost, bolest a i vyjadřování emocí je velmi slabé. Jiná část týraných dětí je naopak velmi agresivní, buď otevřeně agresivní, nebo jsou tyto děti pasivní, ale s náhlými projevy agresivity. U týraných dětí je častý i neklid a úzkostné soustředění na okolí. Ve školním věku jsou jako jedny z nejčastějších následky týrání udávány deprese, úzkost, autodestruktivní chování, sociální otažitost, nízké sebevědomí, neposlušnost a excesivní agrese (27).

Tělesné týrání, zejména pokud je dlouhodobé a opakované, může vážně ohrozit duševní vývoj a často vede k opakování téhož chování k vlastním dětem (21).

Tím, kdo dítěti ubližuje, může být kdokoliv, kdo má větší moc a je silnější. Velmi často dětem ubližují vlastní rodiče nebo jiní příbuzní. Porucha je přitom pouze u malého procent případů (5 – 10%) podmíněna individuální psychopatií u rodičů samotných. Roli může hrát hlavně deprese, závislost na alkoholu či jiných psychoaktivních látkách, eventuelně psychotické poruchy nebo poruchy osobnosti

rodičů. Do nejzávažnějších rizik patří zejména negativní zážitky rodičů samých z jejich dětství (tedy rodiče týraní). Ublížení dítěti v těchto případech nemusí být obvyklou impulzivní reakcí na přetížení, ale často jde spíše o plánovaný trest, který odpovídá jejich vlastní zkušenosti z dětství, často se ale týrané děti mohou stát i velmi dobrými rodiči. Mezi rizikové rodiče jdou dále zahrnovány i svobodné nebo velmi mladé matky a rodiče osobnostně nezralí s nedostatkem interakčních dovedností, malou schopností empatie, impulzivní lidé s nízkou frustrační tolerancí (17).

### ***1.3.1 Shaken Baby Syndrome***

V souvislosti s tělesným týráním je nutné zmínit i problematiku syndromu třeseného dítěte (angl. Shaken Baby Syndrome). Syndrom třeseného dítěte označuje soubor příznaků, které vznikají při silném a prudkém třesení kojencem nebo malým dítětem. Následky tohoto nešetrného zacházení mohou být následující: poruchy sání nebo polykání, ztráta nebo zhoršení zraku či sluchu, poškození mozku, záchvatová onemocnění, kognitivní poruchy, poruchy chování, paralýza, autismus, případně až smrt. Pachatelem tohoto zacházení s dítětem bývá nejčastěji muž, konkrétně přítel nebo manžel matky.

U dětí postižených tímto syndromem jsou časté některé příznaky, např. křeče, skelný pohled, dráždivost nebo neaktivita, spavost, rozšířené zornice, zhoršené vidění, zvracení, potíže s dýcháním až dušení, zvětšení hlavy dítěte, krvácení na sítnici oka nebo krvácení do mozku (13).

## **1.4 Psychické týráním**

Týráním nemusí být vždy fyzické, ale i psychické, zejména emoční. Podle literatury je rozlišeno pět subtypů psychického týráním:

- Pohrdání – posměch, ponižování, nadávky, zavrhování dítěte, zdůrazňování neschopnosti, popřípadě morální zkaženosti.
- Terorizování – hrozba ublížení na zdraví nebo zabití, přihlížení násilím v rodině.

- Izolování – zabraňování kontaktu s vrstevníky nebo dospělými, zavírání ve sklepě nebo na záchodě nebo v jiné, často tmavé místnosti na delší dobu.
- Korumpování – povzbuzování k antisociálnímu chování, užívání alkoholu nebo jiných psychoaktivních látek, využívání dítěte k péči o ostatní děti v rodině (náhradní rodič).
- Odpírání emoční podpory – ignorování dítěte i jeho pokusů o interakci a psychická nedostupnost rodiče (21).

Psychické týrání vede také nepochybně k závažnému narušení psychického vývoje. Ohroženy bývají častěji děti starší, zejména na začátku školní docházky, tedy mezi šestým až osmým rokem věku, popřípadě v období dospívání. Emoční týrání je velmi obtížně zachytitelné.

Následky psychického týrání mohou být stejně vážné nebo i vážnější než následky fyzického týrání. Postiženo bývá nejčastěji sebepojetí a osobnostní vývoj dítěte, častým následkem jsou úzkosti, pocity deprese a dissociativní prožitky. Velmi zvýšené je i riziko následného suicidálního jednání až dvanáctkrát více oproti běžné populaci. V případě tělesného týrání je riziko suicidálních pokusů pětkrát vyšší oproti běžné populaci (17).

Obsáhlou kategorii týrání tvoří také psychické týrání dětí v souvislosti s předrozvodovou, rozvodovou a porozvodovou situací rodičů, při které bývají děti vystaveny nepřiměřené a dlouhodobé zátěži, která vznikla v souvislosti s rozvodem (26).

V souvislosti s rozvodovou problematikou je nutné zmínit i syndrom zavrženého rodiče, který vzniká, když je dítě závislé na jednom rodiči, který dítě popouzí proti rodiči druhému. Dítě si v těchto případech začne vytvářet vlastní dynamiku postojů vůči druhému rodiči a nakonec ho zavrhne. Popouzející rodič již pak ani nemusí postoje dítě vůči druhému posilovat. Dítě samo dělí všechny své zkušenosti s rodiči do černobílé šablony „hodný rodič“ a „zlý rodič“ a samo se snaží zalíbit tomu rodiči, na kterém je závislé a se kterým žije a kterého má tudíž raději. Dítě ztrácí přirozené spektrum citů pro oba rodiče. Motivace popouzejícího rodiče vyplývá často ze špatných stránek lidské povahy jako je touha po mstě, pocitu moci, trestání, agrese a nenávist, kterým je dán volný průchod. Dále se v těchto případech objevují motivy

velmi pochybné, jako je potřeba vnějšího nepřítele nebo egoistická snaha po naprostém vlivu na utváření psychiky dítěte, což často přechází i v pocit vlastnictví již dospělého a samostatného dítěte. Rovněž i legitimní nárok druhého rodiče je nejen nerespektován, ale i ignorován či zesměšňován.

U dítěte, které má již rozvinutý syndrom zavrženého rodiče, dochází i k průvodním důsledkům tohoto jevu – ztráta téměř všeho, co s druhým rodičem souvisí a dále zabrždění a zdeformování emocionálního i psychosociálního vývoje (1).

Velmi nebezpečná pro správný vývoj dítěte je i tzv. dvojitá vazba. Jde o patologickou formu komunikace, která je založena na rozporu slovního a mimoslovního projevu – matka dítěti říká, že ho má ráda, ale současně ho odstrkuje. Je-li dvojitá vazba běžně přítomna v rodinné komunikaci, tak se velmi negativně odráží na emocionálním vývoji dítěte (14).

## **1.5 Šikana**

Pojem šikana bývá vyhrazen pro násilí, ke kterému dochází mezi žáky, uční či chovanci ve školách, učilištích a nejrůznějších typech výchovných zařízení. Šikana nebo šikanování je jednání jednoho či více agresorů se záměrem ohrožení, ublížení, ponížení nebo zesměšnění oběti.

Konkrétní formou šikany jsou fyzické útoky jakéhokoliv druhu, ale i loupeže nebo poškozování věcí oběti. Za psychickou formu šikany se považuje přehlížení oběti až její ignorace, nadávky a pomluvy. Někdy se podstatou šikany stává i sexuální obtěžování a zneužívání.

V našich podmínkách je relativně novou formou šikany šikana majetková. Dítě z chudších poměrů je ustrkováno za to, že nemá značkové oblečení a obuv nebo nevlastní nejnovější mobilní telefon.

Děti tráví podstatnou část dne ve škole, která by měla být bezpečným, přátelským, ale i inspirativním místem pro každého. Ukazuje se, že mnohé děti jsou vystaveny právě školní šikaně a že je tento neblahý fenomén velkým a relativně častým rizikem. I přes



to, že se odborníci ve svých odhadech liší, většina je přesvědčena, že nejméně 20 % dětí má zkušenost takového typu.

Odpovědnost za poměry a dění škoie a tedy i za případnou přítomnost šikany v prostředí škoie nese nejen učitel, ale i pedagogický sbor, ředitel, popřípadě zřizovatel škoie. Problémem je, že výše uvedené osoby o šikaně zpravidla nevědí nebo ani vědět nechtějí. Někdy se poukazuje na to, že se jedná pouze o „klukovinu“ nebo tolerovatelné škádlení. Zejména menší děti se bojí někomu šikanu nahlásit, ale i rodiče nezřídka kdy váhají ze strachu, že jejich šikanované dítě bude mít ještě horší pozici. Šikanující žák či žáci jsou velmi komplikovaně postižitelní, protože děti nejsou za své činy občanskoprávně ani trestněprávně odpovědné.

Šikana se objevuje nejen ve škoie, ale ve všech uzavřených kolektivech, a to nejen dětských, je přítomna ve výchovných zařízeních a partách mladistvých stejně jako v armádě nebo ve věznicích. Ve všech těchto zařízeních se můžeme setkat s pestrými projevy šikany (11). Šikanování je proces, který se vyvíjí v několika fázích po sobě následujících:

1. fáze je ostrakismus – jedná se zejména o izolaci jednotlivce, dítě nemá kamarády, oběť má hanlivou přezdívku a na její účet se konají různé vtípky a legrácky.
2. fáze je již přitvrzování – agresor mapuje situaci a zkouší, kam až může zajít, již se objevují tělesné útoky a agresor získává obdiv a respekt ostatních dětí.
3. fáze neboli nukleová – ostatní jedinci sympatizují s agresorem, větší organizovanost šikany, pokud se nevytvoří silná pozitivní podskupina jsou vytvořeny předpoklady pro to, aby se šikana stala normou pro celou skupinu.
4. fáze se nazývá mlčící většina – dochází zde k přijetí norem agresorů, sílí tlak ke konformitě na doposud neangažované jedince skupiny, kteří se nakonec většinou aktivně zapojí. Hlavní roli zde hraje strach těchto jedinců, že pokud by se drželi stranou, mohli by se dostat do pozice obětí.
5. fáze je dokonalá šikana – šikana je už zábavou pro celou skupinu, která dokonce agresory odměňuje za zábavu potleskem. Na úkor oběti se i nadále spřádají nejrůznější intriky, dochází k neustálému nárůstu a zdokonalování násilí (22).

Zvláštním a novým druhem šikany je kyberšikana. Kyberšikanu je možné definovat jako druh šikany, která využívá elektronické prostředky (internet, blogy, e-mail, mobilní telefony a sociální sítě). Mezi nejobvyklejší projevy patří zaslání obtěžujících, urážlivých nebo útočných SMS či mailů. Kyberšikana může sloužit také k posilování klasických forem šikany např. nahráváním ponižující scény na mobilní telefon a následné rozeslání známým dotyčného a nebo jejím umístěním na internet. Kyberšikana má některé charakteristické rysy – anonymita, nezávislost na čase a místě, proměna agresora a oběti (není potřeba větší fyzická síla), pobavení po kohokoliv (záruka širokého publika), obtížná kontrola a velmi rychlé šíření.

V souvislosti s kyberšikanou je potřeba zmínit nebezpečí, že dítě může být agresorem pomocí internetu vylákáno na schůzku v reálném světě a tam pohlavně zneužito. Tato forma kyberšikany se nazývá kybergrooming a agresor kybergroomer.

Jako prevenci a obranu proti kyberšikaně lze uvést několik doporučení – ukončit komunikaci a dál na útočníka nereagovat, blokovat útočníka a zamezit mu přístup k vašemu účtu, oznámit útok a poradit se s někým blízkým, uchovat důkazy, vyhledat pomoc psychologa, nebýt nevšímavý, pokud je v okolí přítomna kyberšikana a podporovat její oběti (16).

## **1.6 Sexuální zneužívání**

Sexuální zneužívání je zapojení závislého a vývojově nezralého dítěte či adolescenta do sexuálních aktivit, které dítě nebo adolescent zcela nechápe a přijímá a tyto aktivity narušují jeho sociální tabu v rodinných rolích. Sexuální aktivita vůči dítěti může být doprovázena agresivitou, ale může se obejít i bez ní.

Aby se sexuální chování mohlo označit za zneužití dítěte, měly by být splněny tři následující podmínky: Aktér sexuálního zneužití je mnohem zralejší a starší než dítě, dále je v pečovatelském vztahu nebo v pozici autority vůči dítěti a sexuální aktivity vymáhá na dítěti podvodem nebo silou (12).

Sexuální zneužívání může mít formu dotykovou – pohlavní styk, orální nebo anální sex a laskání pohlavních orgánů, nebo formu bezdotykovou – zneužití exhibicionistou, přihlížení sexuálním aktivitám nebo pornografickým záznamům (17). Specifickým problémem je komerční sexuální zneužívání dětí. Komerční sexuální zneužívání má tyto formy – dětská prostituce, dětská pornografie a obchod s dětmi (obchod s dětmi pro sexuální průmysl a pro jiné účely) (30).

Pachatelé sexuálního zneužívání jsou povětšinou muži, ale je potřeba myslet též na případy, kdy dítě obtěžuje žena (7). Ženy se dopouštějí zneužívání vůči malým chlapcům, agresorkou může být např. nevlastní matka, nevlastní sestra či teta apod. V případech zneužívání jde většinou o naprosto nenápadné lidi, často s dobrým vztahem k dětem.

Příčiny sexuálního zneužívání mohou být různé a spouštěcí podněty rozmanité. Někdy může být příčinou dlouhá sexuální abstinence v důsledku konfliktů mezi partnery, časté pobývání mimo domov a neschopnost agresora najít si vhodný protějšek pro sexuální uspokojení. V jiných případech vede agresor normální sexuální život, ale cítí se nespokojen, touží po změně a může ho začít sexuálně přitahovat dítě.

Agresor může zkusit dítě sexuálně kontaktovat pouze jednou, uvědomí si, že překračuje hranici a své chování již neopakuje. V opačném případě v tomto chování najde zalíbení a již je pro něj velice obtížné přestat. Dítě je dospělým zastrašováno a je mu neustále zdůrazňováno, že musí udržet společné tajemství, je stále drženo v napětí, co by se stalo, kdyby tajemství prozradilo (7).

V problematice sexuálního zneužívání se hovoří o syndromu přizpůsobení. Syndrom přizpůsobení je určen sledem událostí, kde každá možnost představuje naléhavou realitu pro dítě a je často v protikladu představě dospělých. Jedná se o utajování, bezmocnost, svedení a přizpůsobení se, opožděné a nepřesvědčivé odhalení a odvolání výpovědi.

Pro odhalení sexuálního zneužívání existuje velice málo známek. Všechny takto postižené děti trpí studem, strachem a pocitem strašného tajemství. Tyto pocity jsou však bez sdělení neidentifikovatelné. Ve dvou třetinách diagnostikovaných případů k odhalení dojde tak, že se dítě svěří někomu blízkému nebo osobě, které

důvěruje, popřípadě se dítě začne vyptávat takovým způsobem, při kterém vznikne podezření, že sexuální znalosti neodpovídající vývojovému období dítěte vznikly sexuální zkušeností. V jiných případech odhalí dospělí sexuální zneužívání ze změny v chování dospělého vůči dítěti, nebo dojde ke spontánnímu odhalení u starších dětí při vyplňování dotazníků u lékaře (pediatr, pedopsychiatr), ke kterému bylo dítě odesláno pro psychosomatické potíže či poruchy chování (12).

Důsledky sexuálního zneužívání jsou vážné, a to i pokud šlo pouze o jednorázovou událost, kterou dítě zdánlivě již překonalo. Následky se mohou projevit ještě po dlouhé době jak v období dospívání, tak v mladé dospělosti při obtížném navazování zralých erotických vztahů. K dlouhodobým následkům sexuálního zneužívání patří bezmocnost, úzkosti, deprese, disociativní poruchy a poruchy vývoje osobnosti. Dále bývá narušeno sebepojetí dítěte, objevují se pocity studu, viny a ztráta důvěry v okolí. Závažnější důsledky jsou obecně nacházeny v případech, kdy bylo zneužívání kontaktní, opakovalo se, nebo trvalo déle. Vliv má i fakt, zda byla událost spojena s násilím a také pokud šlo o událost uvnitř rodiny a pachatelem byl člověk, který je dítěti emočně blízký. Dalšími faktory jsou například věk dítěte, ale i reakce rodičů na sdělení (17).

V souvislosti se sexuálním zneužíváním dětí je potřeba zmínit i tzv. falešná obvinění ze sexuálního zneužívání. Spontánní výmysl je u dětí velmi řídký a spíše se vyskytuje u řešení soudních rozvodových sporů. Obvykle se jeden z rodičů (více matka) snaží zmařit svěřením dítěte do péče druhému rodiči, nebo se pokouší eliminovat setkávání dítěte s tímto rodičem. U starších dětí se falešné obvinění může objevit, pokud je dítě rozzlobeno na dospělého (v tomto případě je obvinění aktem pomsty) a nebo se takto snaží řešit tíživou situaci (25).

Na falešné obvinění se dá usuzovat, když:

- dítě používá slovník dospělých, který neodpovídá jeho věkové úrovni,
- dítě udává velmi málo podrobností a není schopné popsat specifické detaily,
- dítě rigidně opakuje příběh a není schopné popsat sekvence událostí
- dítě má málo emočních odpovědí a často vymyšlený příběh pouze stereotypně opakuje.

Oproti tomu skutečně zneužívané děti jsou plné strachu a rozpaků, při líčení zneužití dělají pauzy a odhalování je postupné, včetně přidávání detailů.

### **1.7 Zvláštní formy syndromu CAN**

Někdy může psychické a fyzické týrání nabývat zvláštních forem, které jsou ještě hůře identifikovatelné. Jednou z těchto forem je Münchhausenův syndrom by proxy, nebo-li v zastoupení.

Při vlastním Münchhausenově syndromu pacienti předstírají různé fyzické obtíže, snaží se zkreslovat laboratorní výsledky, podrobují se opakovaným lékařským úkonům a invazivním léčebným postupům (17). Při Münchhausenově syndromu by proxy osoba (nejčastěji matka) předstírá a vytváří u dítěte zdravotní potíže, kvůli kterým vyhledává s dítětem zdravotnickou péči, větší děti se mohou podílet na předstírání potíží. Tato forma zneužívání je vzácně identifikovaná, ale představuje nebezpečí pro dítě a komplikace pro systém zdravotní péče.

Matky takto zneužívající své dítě mají za cíl komunikaci s personálem a získání zástupné role nemocného. Tyto matky bývají popisovány jako starostlivé a dobře pečující, takže je těžké si představit, že dítěti ubližují. Přesto jsou popsána úmrtí dětí, která jsou způsobena záměrně špatným dávkováním léků, dušením či jiným narušováním zdravotního stavu. V rámci tohoto syndromu může jít i o předstírání psychických potíží. Dále může jít o neobvyklou variantu - předstírání sexuálního zneužití dítěte.

Mezi rizikové znaky Münchhausenova syndromu by proxy patří:

- opakující se nebo přetrvávající onemocnění, zdravotní poruchy a symptomy, pro které není dostačující vysvětlení,
- jsou rozdíly mezi anamnézou, klinickým nálezem a zdravotním stavem dítěte,
- příznaky nemoci jsou pozorovány v matčině přítomnosti,
- lékaři uvažují o vzácném onemocnění nebo „dosud o takovémto případě neslyšeli“,
- matka působí velmi odpovědně a vždy je s dítětem v nemocnici,
- dítě nereaguje na léčbu,

- matka vypadá, jako by se více zajímala o to, co se děje v nemocnici než o nemoc svého dítěte,
- rodina, ve které došlo k nevysvětlitelnému a náhlému úmrtí dítěte,
- matka má předcházející zkušenosti ve zdravotnické profesi a dlouhou a obsáhlou historii vlastních potíží a nemocí.

Terapie této poruchy je soustředěna především na aktuální krizi, která se projevuje po odhalení zneužívání. Jejím cílem je především zabránění dalšího zneužívání dítěte. Další fází terapie je psychoterapie dítěte a snaha o změnu postojů matky. Terapeutické postupy se v těchto případech se opírají o zkušenosti s terapií dětí týraných či sexuálně zneužívaných v rodině (12).

Další zvláštní formou syndromu CAN je systémové týrání (druhotné zneužívání a ponižování). Tato forma týrání je vlastně působena systémem, který byl založen pro pomoc a ochranu dětí a jejich rodin. Obzvláště závažné jsou takové systémy, které řeší problémy dítěte a jeho rodiny automatickým odebráním dítěte, aniž by předtím byla rodině poskytnuta pomoc a podpora. Dále mezi systémové týrání patří řada zbytečných, opakovaných, necitlivých, poškozujících a osobnost dítěte nerespektujících vyšetření vedených nejrůznějšími odborníky. Při takovém postupu není respektován interdisciplinární a na dítě orientovaný přístup.

Systémové týrání a zneužívání se také označuje jako druhotné ubližování, neboli sekundární vikmitizace.

Za nejméně pochopitelný typ týrání dětí lze označit rituální zneužívání, které má často bizarní a až neuvěřitelné příznaky a rysy. Za rituální zneužívání se považuje takové zacházení s dítětem, které se uskutečňuje v souvislosti se symboly. Symboly mají magickou, náboženskou nebo nadpřirozenou charakteristiku a jsou součástí nějakého společenství.

Mezi organizované zneužívání dětí můžeme zařadit dětskou prostituci a pornografii, obchod s dětmi (ilegální osvojení, dětská námezdní práce až otroctví a vraždy dětí ulice za účelem prodeje orgánů) (7).

## 1.8 Výskyt syndromu CAN

Dítě nejčastěji poškozují rodiče, popřípadě jiní členové rodiny, pokud jsou k dítěti bezohlední a necitliví, pokud je podřizují nebo využívají k vlastnímu uspokojení. Takové chování lze chápat jako zneužití fyzické síly či moci a psychické nadřazenosti nad celkově podřízeným dítětem (29).

K ohroženým skupinám dětí z hlediska syndromu CAN patří děti, jejichž projevy jsou z různých důvodů pro jejich sociální okolí nesrozumitelné, takže je obtížné je vychovávat a dále děti, které svým chováním vychovatele dráždí, vyčerpávají, popřípadě provokují a svádějí. Za rizikové děti (potenciální oběti týrání, zneužívání a zanedbávání) lze proto považovat například děti s lehkou mozkovou dysfunkcí, nevlastní děti, děti neprospívající ve škole, nezapadající do běžné normy či děti neobratné, děti neaktivní a uzavřené a dívky výrazně ženských rysů (14).

Mezi rodiče týrající své děti se dají zařadit lidé, kteří se nedovedou v dostatečné míře ovládat a mají sklon reagovat násilím, jako například jedinci s abnormálním vývojem osobnosti, alkoholici, toxikomani, duševně nemocní a lidé s organickým poškozením mozku, lidé, kteří mají negativní zkušenost v dětství – 70 % násilníků bylo v dětství týráno nebo nepřiměřeně tělesně trestáno, dále pak lidé, kteří se soustředí na své problémy a dítě je nadměrně zatěžuje či lidé se zvýšenou potřebou mít nad dítětem moc (15). Další rizikové faktory jsou i ze strany prostředí.

Negativní vliv individuálních charakteristik rodičů a dítěte bývá zvyšován nepříznivými vlivy prostředí, ohrožené jsou především rodiny, které se musí vyrovnávat s mnohými stresy, konflikty a chudobou. Dalším rizikem je sociální izolace rodiny, kdy se jejím členům nedostává potřebné emoční, ale ani instrumentální podpory. Kupříkladu v případě nechtěného těhotenství nejde jen o vliv špatného emočního stavu matky nebo její osobnostní nezralost, ale i o zevní podmínky, zejména řešení sociální situace (hledání bytu, ekonomické zajištění, nutnost přerušit studia, konflikty s rodiči nebo partnerem apod.). V takovém případě nezbývá matce dostatek času a energie na správnou péči o dítě. Za další rizikový faktor je považována i

prodloužená separace matky a dítěte v raném postnatálním období. Všechny typy rizikových faktorů se navzájem kombinují (27).

Odborníci předpokládají, že syndromem CAN trpí v současné době 1 – 2 % dětí. Přesnější určení počtu takto postižených dětí není možné, jelikož celá řada případů není odhalena (19).

Zanedbávání i týrání mohou být děti vystaveny v raného věku. Zanedbáváním i týráním bývají postiženi chlapci i dívky ve stejné míře (29). Násilí páchané uvnitř rodin se týká všech zúčastněných, nejenom oběti (5).

V kapitole týkající se výskytu syndromu CAN bych dále ráda popsala i postoj okolí k oběti. Dítě, které bylo zneužíváno nebo týráno, získává odtajněním této skutečnosti určité sociální stigma. Podobným způsobem je poznamenána i rodina dítěte. Z pohledu okolí jsou to lidé, kteří se chovali nepatřičně a tudíž do normální společnosti nepatří. Tento postoj se projevuje zamítáním celé rodiny a její izolací. Dítě je sice obětí, ale veřejnost si vůči němu zachovává odstup, zejména pokud bylo zneužíváno. Tím, že se dětská sexualita tabuizuje, se stává zneužívání větším stigmatem, tímto oběť ztrácí svou dětskou roli a její privilegia, což se projevuje v reakcích veřejnosti. (Týrání bez sexuálního obsahu takovou stigmatizaci nepřináší a dítě svou dětskou podstatu neztrácí.)

Dítě-oběť veřejnost obvykle hodnotí ambivalentně. Na jedné straně je litují, ale na straně druhé se od něj distancují, což může pokračovat i v dospělosti. Je nějak poznamenán a zneuctěn a dostává se mimo sociální normu. Chováním společnosti je postižené dítě znevýhodňováno, např. jen těžko by nějaký rodič dovolil, aby se jeho dítě kamarádilo s vrstevníkem, který byl sexuálně zneužíván v rodině. Rodič by se obával, aby i jeho potomek tímto vlivem neutrpěl. Uvedená tendence je výrazem potřeby bránit se skutečnosti jejím popíráním, vytěsňováním, popřípadě striktním oddělením se od této obecně nepřijatelné sociální vrstvy, kde se dějí takové věci. Tato reakce je do určité míry obranou vlastního svědomí, člověk nepomohl ani nezasáhl, ale tato interpretace jej omlouvá (29).



## 1.9 Prevence syndromu CAN

Prevence syndromu CAN se dělí na primární, sekundární a terciální. Účelem primární prevence je zabránit násilí, čehož lze dosáhnout odstraněním jeho příčin nebo vytvořením takových podmínek, aby se násilné chování nemohlo uplatnit. Tato opatření na celospolečenské úrovni vytvářejí klima ve společnosti, jde o nespécifickou primární prevenci. Další opatření, zejména vzdělávání, osvěta atd., jsou pak primární prevencí specifickou.

Při sekundární prevenci je účelem včasné zjištění rizik a zabránění jejich působením tím, že ohrožené děti budou dlouhodobě sledovány lékařem a jejich rodina či sociální prostředí bude sanováno. Toho je možné dosáhnout pravidelným a pečlivým monitoringem na základě screeningu (zjišťování rizik, vyšetření dítěte při preventivních prohlídkách apod.).

Terciální prevence zahrnuje reintegrační a resocializační opatření, která jsou cílená na děti jako na oběti trestných činů, pachatele protiprávní činnosti a na lokality, které jsou touto formou násilí zasaženy. Účelem terciální prevence je zabránit prohlubování traumat, zabránění rozvoji nezvratných následků, komplikací, ale také systémového týrání, které může být zdrojem polyvikmizace dítěte (31).

Novým pojmem a procesem v prevenci syndromu CAN je kvartelní prevence. V tomto procesu se pracovníci ze sociální sféry snaží zrekonstruovat dříve rozpadlou a funkční rodinu, ze které muselo být dítě odebráno a umístěno do ústavní či jiné formy náhradní rodinné péče.

Dobře rozvinutá prevence syndromu CAN předpokládá stanovení jasného cíle jejího působení, určení metodiky a obsahu, který odpovídá danému záměru a respektuje zvláštnosti jedince, skupiny a regionu. Cíle takto pojaté prevence syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte jsou velmi blízké a někdy až totožné s obecnými požadavky na zajištění harmonického vývoje a života dítěte (6). Ráda bych zde ještě uvedla priority národní strategie prevence násilí na dětech:

1. změna postojů ve společnosti s cílem nulové tolerance násilí na dětech na základě obsáhlé a permanentní kampaně,

2. podpora primární prevence v obsáhlém kontextu,
3. profesionalita odborníků a dobrá dostupnost služeb pro děti, které jsou ohroženy násilím,
4. sběr dat – vznik národního monitorovacího střediska, které bude mít za úkol harmonizaci sběru relevantních informací a dat od nejrůznějších orgánů státní správy a analýzu všech aspektů, které mají vliv na správný vývoj dětí, včetně identifikace problémů a návrhů na jejich řešení,
5. participace dětí cílená především na utváření prostředí, v němž děti vyrůstají a na kampaň „STOP“ násilí na dětech (31).

### ***1.9.1 Sanace rodiny***

Do kapitoly prevence syndromu CAN lze zařadit i problematiku sanace rodiny. Sanace rodiny jsou opatření sociálně právní ochrany dětí, sociálních služeb a jiných programů a opatření, která se poskytují nebo ukládají rodičům dítěte a dítěti s ohroženým sociálním, biologickým a psychologickým vývojem.

Základním principem sanace rodiny je podpora a pomoc dítěte prostřednictvím pomoci a podpory jeho rodině. Cílem sanace rodiny je předcházení, zmírnění, popřípadě eliminování příčin ohrožení dítěte a poskytnutí pomoci a podpory k zachování rodiny jako celku. Konkrétně se jedná o opatření, která směřují k odvrácení možnosti odebrání dítěte mimo rodinu, realizaci kontaktu dítěte s rodinou v průběhu jeho umístění mimo ni a nebo umožnění bezpečného návratu zpět domů. Nedílnou součástí sanace rodiny jsou opatření podporující udržitelnost kvalitativních změn v rodině po jeho návratu ze zařízení pro výkon ústavní výchovy.

Pro kvalitní sanaci rodiny je klíčové sestavení multidisciplinárního týmu sanace rodiny s jasným koordinátorem. Členem týmu je vždy pracovník sociálně právní ochrany dětí, dále pracovník centra pro sanaci rodiny, pracovník pro výkon ústavní výchovy a další odborníci, kteří pracují nejen s dítětem, ale i s celou rodinou (např. psycholog, speciální pedagog, učitel, dětský lékař a soudce). Pokud není v dosahu

centrum pro sanaci rodiny, je sanování rodiny pro zbylé odborníky všestranně náročnější, ale lze jej při dodržení multidisciplinarity realizovat. Role a úkoly členů týmu jsou známy všem zúčastněným a tým pracuje podle předem stanovených pravidel. Pravidla jsou známa i sanované rodině a všichni zúčastnění s nimi souhlasí a dodržují je, pokud nedojde k výraznému zhoršení situace dítěte a naléhavé nutnosti zásahu pracovníka sociálně právní ochrany dětí. Rodiče i dítě vědí, že jsou zařazeni v programu sanace rodiny a podíleli se na sestavení sanačního plánu, se kterým souhlasí (2).

### ***1.9.2 Příslušné organizace***

V této kapitole dále považuji za důležité uvést a stručně charakterizovat některé organizace, které se zabývají týranými, zneužívanými a zanedbávanými dětmi a jejich činnost. Snaží se na tuto problematiku upozornit a těmto dětem pomoci.

Asi nejznámější organizací věnující se této problematice je Sdružení Linka bezpečí. Jak vyplývá již z názvu organizace, Sdružení bylo založeno za účelem pomoci nejen dětem, ale i mladým lidem v obtížných životních situacích i při jejich každodenních problémech a starostech. Sdružení je akreditováno v systému sociálně-právní ochrany dětí v České republice. Sdružení je také členem celosvětové asociace dětských linek důvěry Child Helpline International (28).

Další organizací je Bílý kruh bezpečí. Tato organizace vznikla na pomoc obětem trestné činnosti, zlepšení právního postavení poškozených v právním řízení a ve společnosti, zvýšení informovanosti občanů, ale i veřejné správy o problémech obětí trestné činnosti, zvýšení informovanosti o prostředcích a možnostech prevence trestné činnosti, zejména o zásadách, které snižují riziko stát se obětí trestné činnosti, spolupráce s národními institucemi a mezinárodními organizacemi zabývajícími se pomocí obětem trestné činnosti a prevencí kriminality a založení a správa nadace na pomoc obětem trestné činnosti (3).

Významnou organizací je rovněž FOD (Fond ohrožených dětí). FOD je občanské sdružení založené na pomoc týraným, zneužívaným, opuštěným nebo jinak

sociálně ohroženým dětem. Toto sdružení má působnost na celém území České republiky. Mezi hlavní směry činnosti sdružení patří pomoc týraným a jinak sociálně ohroženým dětem se zaměřením na terénní práci a sanaci rodin, provoz krizové linky pro matky tající těhotenství a porod, vyhledávání rodin pro děti obtížně umístitelné. Mezi další aktivity patří provoz Klokánku, což je zařízení poskytující rodinou péči mimo ústavní výchovu, provoz azylových domů pro mládež bez domova a pro rodiny s dětmi, poradenská, ale i hmotná pomoc náhradním i vlastním rodinám, které pomoc potřebují a osvěta a snaha o zlepšení legislativy a praxe v ochraně dětí (9).

Poslední organizací, kterou bych chtěla ve své práci zmínit, je Český výbor pro UNICEF. Český výbor pro UNICEF byl ustaven roku 1991 jako národní nevládní dobrovolná organizace, která reprezentuje a svojí činností podporuje zájmy Dětského fondu OSN – UNICEF v České republice. Tato organizace je jedním ze 37 Národních výborů pro UNICEF, které ve vyspělých průmyslových zemích zabývají úkoly jako například informovat širokou veřejnost o poslání a činnosti UNICEF ve prospěch dětí, upozorňovat veřejnost na situaci dětí nejen ve světě, ale i v České republice. Dále pak získávat pro svou činnost dobrovolné spolupracovníky a příznivce, shromažďovat finanční prostředky pro pomoc strádajícím dětem z celého světa (vyhlášení sbírky, benefiční akce, prodej pohlednic a jiného zboží UNICEF apod.) a podpora a naplňování dětských práv (4).

### **1.10 Možnosti informování veřejnosti o syndromu CAN**

V současné době se problematika týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí začíná dostávat do povědomí i laické veřejnosti. Tomu velmi napomáhá rychlý rozvoj internetu a jiných médií.

Velmi důležitou roli v informování laické veřejnosti hrají některé dobročinné organizace, např. prostřednictvím pořádáním veřejných sbírek, benefičních koncertů s populárními osobnostmi, šířením informačních letáků o projevech syndromu CAN a možnostech pomoci jak pro děti, tak i pro rodiče i pedagogy. Dále plakáty a billboardy

upozorňující na práva dětí. Zajímavé a poučné jsou i diskusní pořady na toto téma s odborníky na práci s týranými dětmi.

Informovanosti napomáhá i to, že problematika syndromu CAN již není tabuizovaná a o případech týrání dětí informuje jak televizní zpravodajství, tak i jiná média. Za velmi důležité považuji i informační programy pro děti přímo ve školách, kde dostanou potřebné informace od odborníků o svých právech, ale i povinnostech. V těchto programech je pozitivní, že o problematice nevykládá vyučující, ale někdo jiný a děti nemají zábrany se na cokoli zeptat.

## 2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

### 2.1 Cíl práce

Cílem práce bylo zjistit informovanost veřejnosti pro problém syndromu CAN v městě Kolín.

### 2.2 Hypotézy

H1: Informovanost veřejnosti pro problém syndromu CAN souvisí s věkem.

H2: Informovanost veřejnosti pro problém syndromu CAN souvisí se vzděláním.

## 3. METODIKA

### 3.1 Metodika

Pro získání výsledků bylo použito kvantitativního šetření. Byl využit anonymní dotazník. Dotazníky byly určeny veřejnosti starší osmnácti let v městě Kolín. Dotazník obsahoval celkem 16 otázek, z toho 8 uzavřených, 4 otevřené a 4 polootevřené. Výzkumné šetření bylo realizováno v lednu 2010.

### 3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Zkoumaný soubor tvoří veřejnost města Kolína starší osmnácti let. Respondenti byli rozděleni do skupin podle vzdělání a podle věku.

Skupiny podle vzdělání jsou následující: základní vzdělání, střední vzdělání bez maturity, střední vzdělání s maturitou, vyšší odborné vzdělání a vysokoškolské vzdělání.

Věkové rozdělení respondentů je takovéto: 1. skupina od 18 do 30 let, 2. skupina od 31 let do 45 let, 3. skupina od 46 let do 65 let, 4. skupina od 66 let a výše.

Rozdala jsem 135 dotazníků, v průběhu 14 ti dnů se vrátilo 120 dotazníků, návratnost tedy činila 88,8 %.

### 3.3 Způsob vyhodnocení a prezentace dat

Výsledky výzkumného šetření jsem znázornila pomocí grafů. Všechny dotazníky jsem vyhodnotila dvěma způsoby – podle věku respondentů a podle nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů.

## 4. VÝSLEDKY

### 4.1 Vyhodnocení dotazníků dle věku respondentů

18 – 30 let 1. skupina – 47 respondentů

31 – 45 let 2. skupina – 30 respondentů

46 – 65 let 3. skupina – 36 respondentů

66 – výše 4. skupina – 7 respondentů

Otázky č. 1, 2 a 3 jsou otázky identifikační

Otázka č. 4

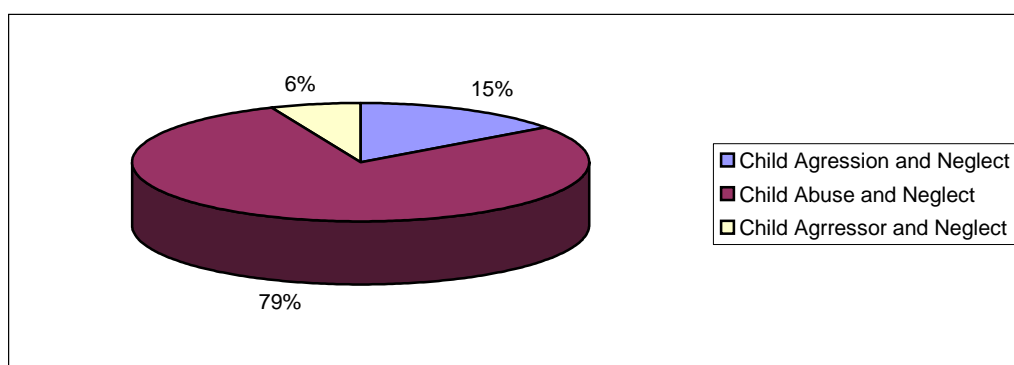
Víte, co znamená zkratka CAN?

a) Child Agression and Neglect

b) Child Abuse and Neglect

c) Child Agressor and Neglect

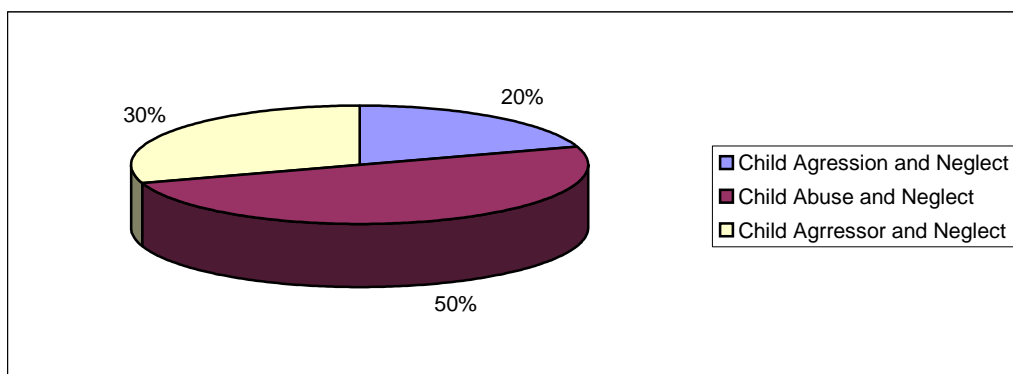
1. skupina (18 – 30 let):



Zdroj: Vlastní výzkum

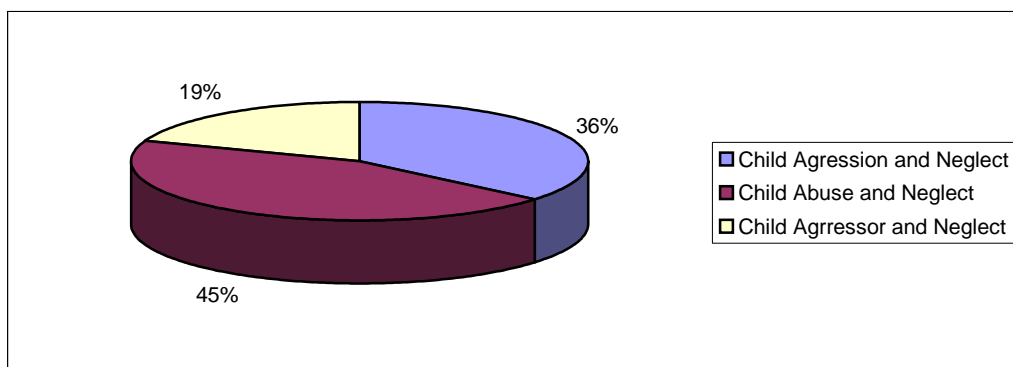


2. skupina (31 – 45 let):



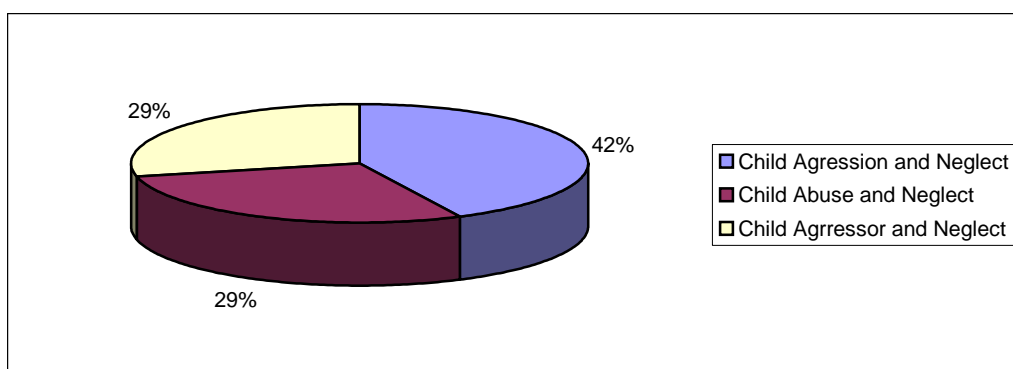
Zdroj: Vlastní výzkum

3. skupina (46 – 65 let):



Zdroj: Vlastní výzkum

4. skupina (66 let a více):



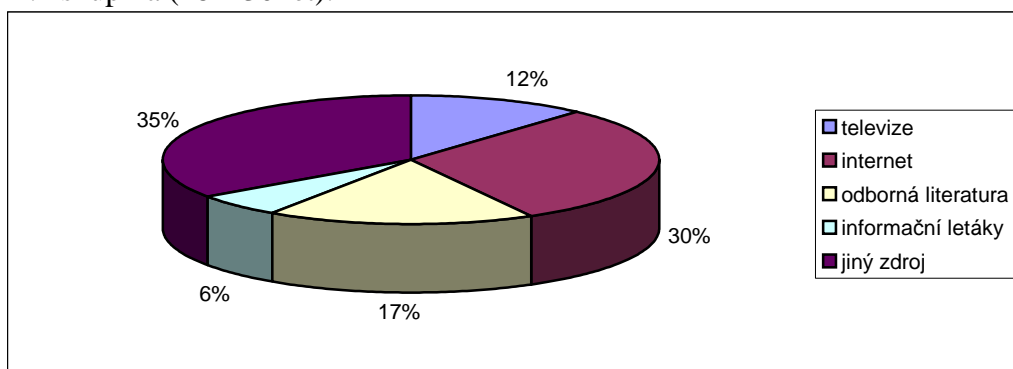
Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku, zda vědí, co znamená zkratka CAN, odpovědělo správně 79 % respondentů z první skupiny, 50 % z druhé skupiny, 45 % ze třetí skupiny a konečně 29 % respondentů ze čtvrté skupiny. Nejvíce správných odpovědí (CAN = Child Abuse and Neglect) tedy uvedla první, tudíž nejmladší skupina (respondenti ve věku 18 – 30 let).

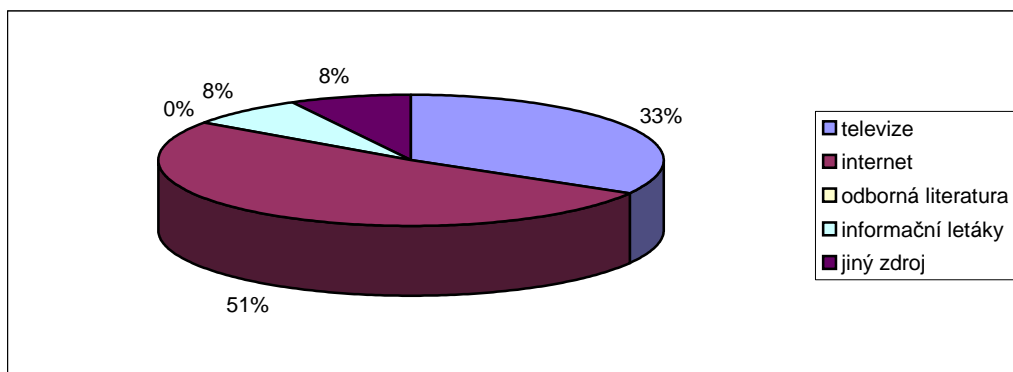
5. Kde jste získal/a informace o syndromu CAN?

- a) televize
- b) internet
- c) odborná literatura
- d) informační letáky
- e) jiné..... (prosím, napište)

1. skupina (18 – 30 let):

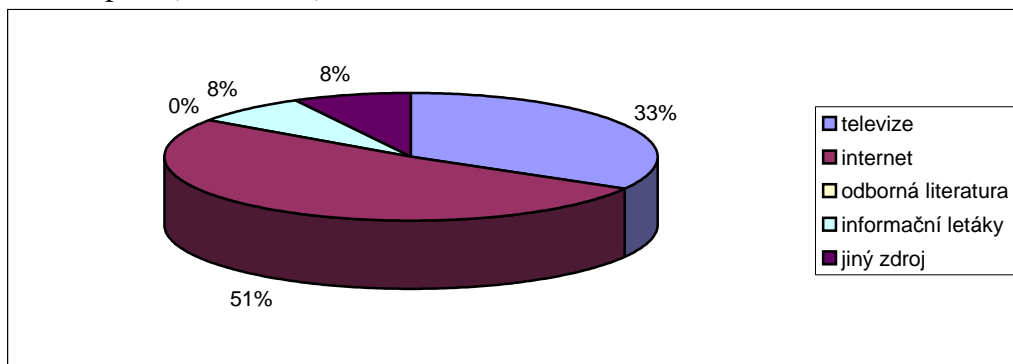


2. skupina (31 – 45 let):



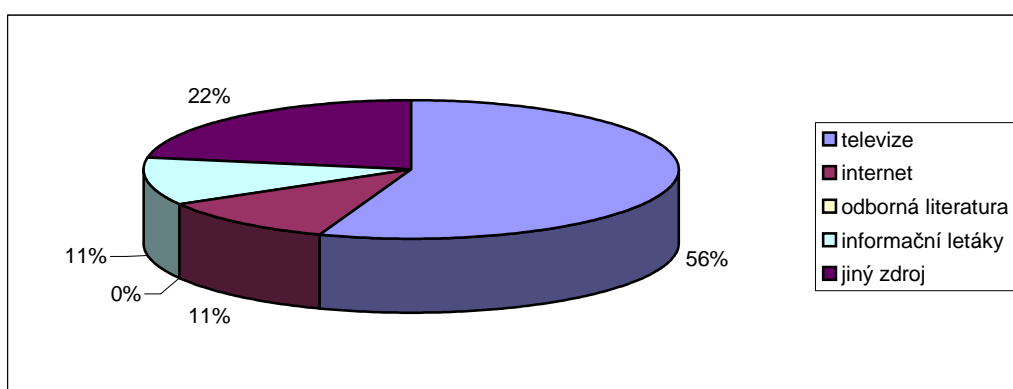
Zdroj: Vlastní výzkum

3. skupina (46 – 65 let):



Zdroj: Vlastní výzkum

4. skupina (66 let a více):



Zdroj: Vlastní výzkum

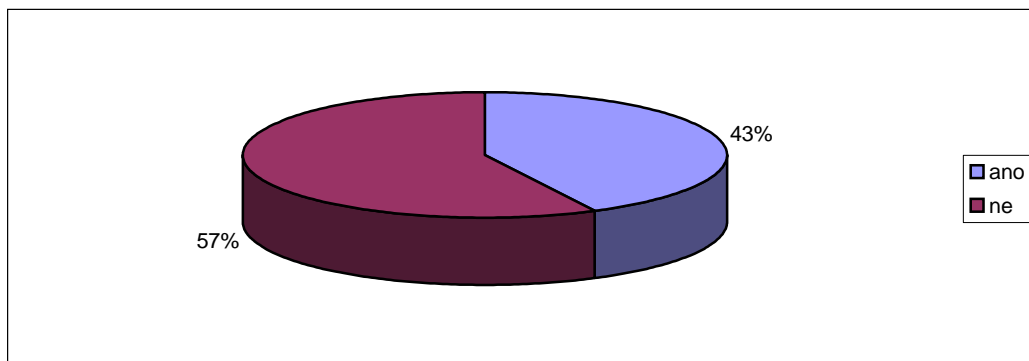
Respondenti z první skupiny získali nejvíce informací o syndromu CAN z jiných zdrojů, dále pak z internetu, odborné literatury, televize a informačních letáků. U dalších věkových skupin se toto pořadí liší následovně: Druhá skupina: internet, televize, jiný zdroj, informační letáky, odborná literatura zde není zastoupena vůbec. U třetí skupiny je pořadí shodné s druhou skupinou, zatímco respondenti ze třetí skupiny získali nejvíce těchto informací z internetu, televize, dále z jiných zdrojů a informačních letáků, odborná literatura zde rovněž není zastoupena. Lze tedy říci, že ve všech věkových skupinách se na některém z prvních tří pořadí umístil internet a televize, pro získávání informací ohledně syndromu CAN lze tedy tato média označit za veřejností nejvyužívanější.

6. Setkal/a jste se někdy s týraným dítětem?

a) ano

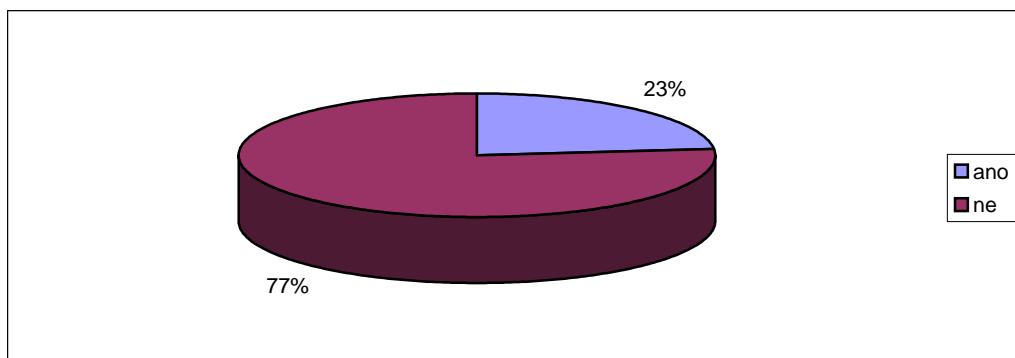
b) ne

1. skupina (18 – 30 let):



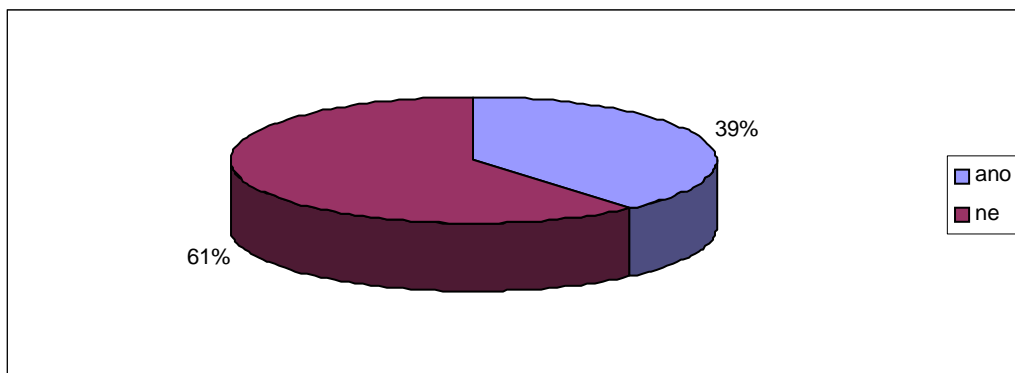
Zdroj: Vlastní výzkum

2. skupina (31 – 45 let):



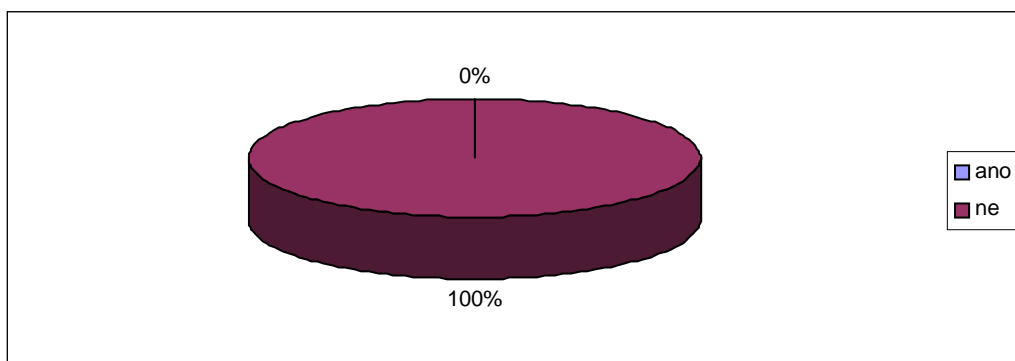
Zdroj: Vlastní výzkum

3. skupina (46 – 65 let):



Zdroj: Vlastní výzkum

4. skupina (66 let a více):

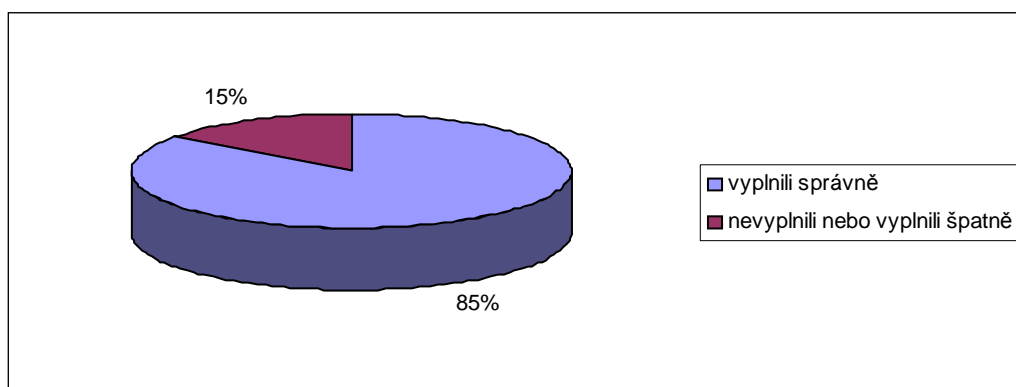


Zdroj: Vlastní výzkum

S týraným dítětem se někdy setkala 43 % respondentů z první věkové skupiny, 23 % respondentů z druhé skupiny, 39 % respondentů z třetí věkové skupiny a žádný respondent ze čtvrté věkové skupiny, z čehož vyplývá, že s dítětem s takovýmto postižením se setkala nejvíce respondentů ve věku 18 – 30 let.

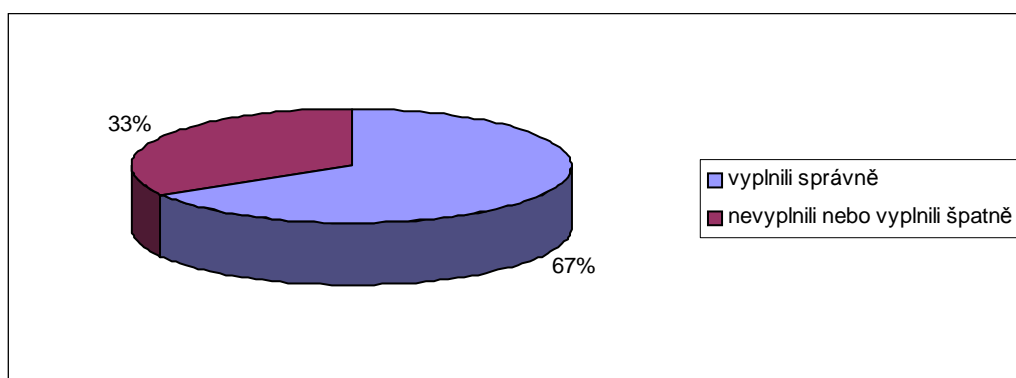
7. Napište alespoň 5 projevů, podle kterých se dá usuzovat, že je dítě týráno

1. skupina (18 – 30 let):



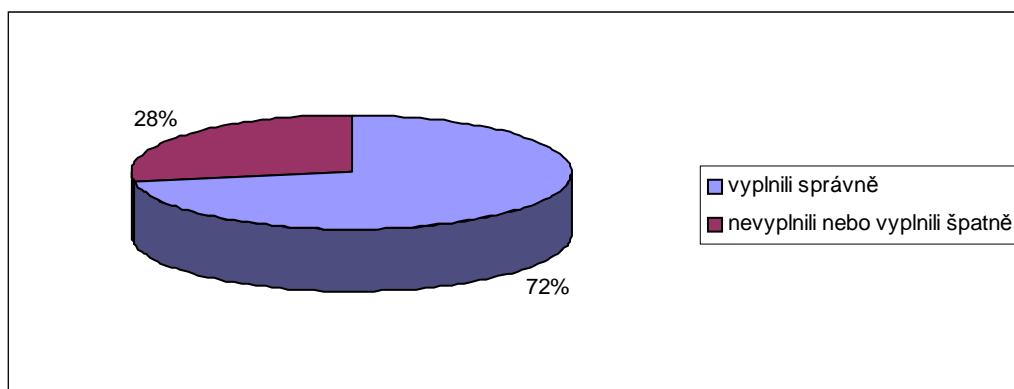
Zdroj: Vlastní výzkum

2. skupina (31 – 45 let):



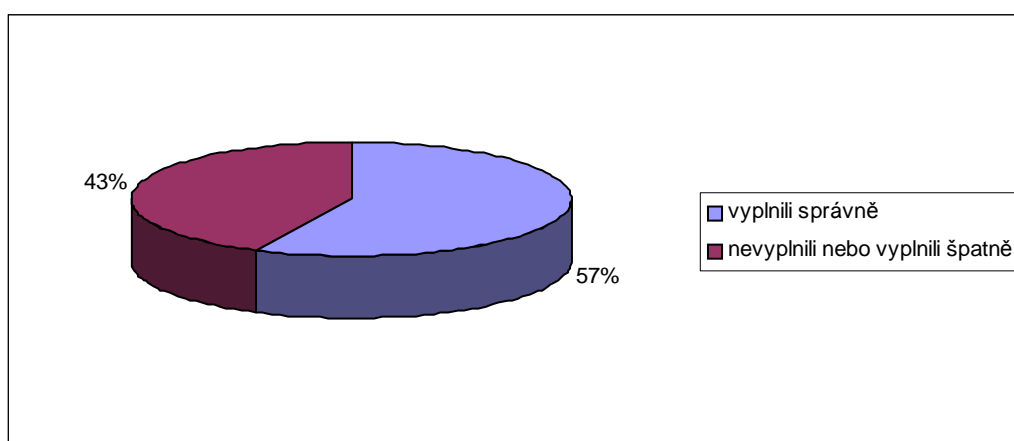
Zdroj: Vlastní výzkum

3. skupina (46 – 65 let):



Zdroj: Vlastní výzkum

4. skupina (66 let a více):



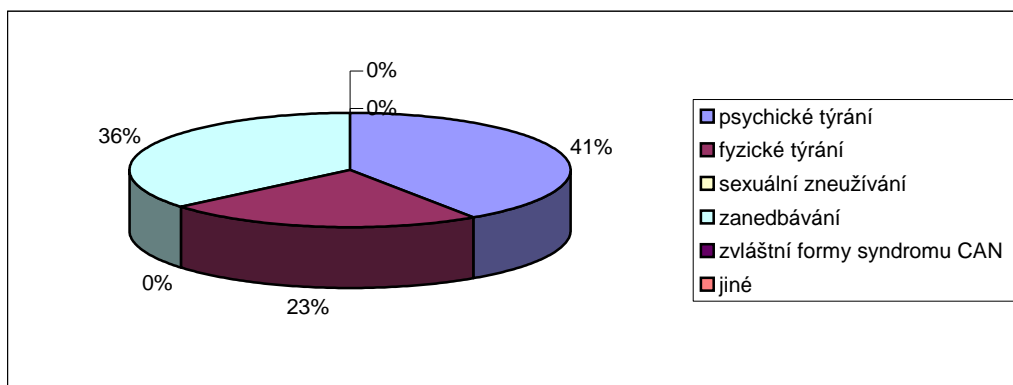
Zdroj: Vlastní výzkum

Minimálně pět projevů, dle kterých lze usuzovat, že je dítě týráno, uvedlo 85 % respondentů z první věkové skupiny, 67 % respondentů z druhé věkové skupiny, 72 % respondentů ze třetí věkové skupiny a 57 % respondentů ze čtvrté věkové skupiny – nejúspěšnější v této otázce tedy byla první věková skupina za kterou následovala třetí, druhá a nakonec čtvrtá. Nejčastěji uváděnými motivy byly viditelné známky poranění (modřiny, škrábance, spáleniny atd.), patrný strach z dospělých a projevovaná nedůvěra, dále pak zhoršené školní výsledky a stranění se kolektivu.

8. Jaká z forem týrání je podle Vás nejčastější?

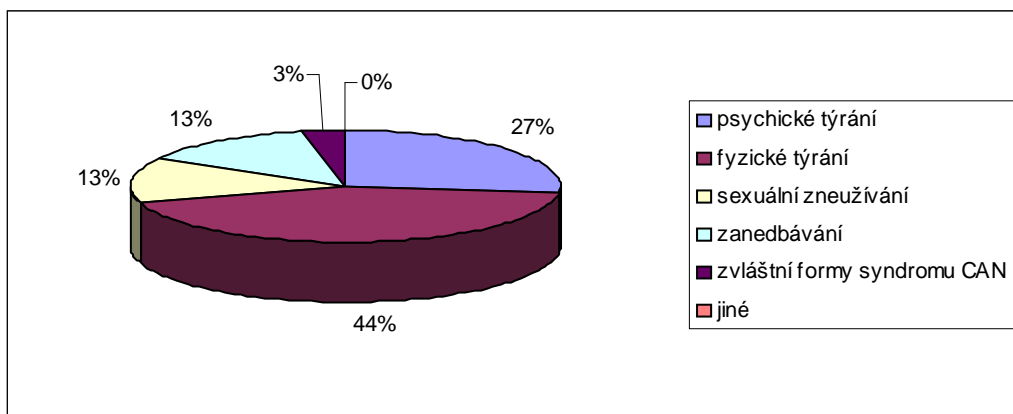
- a) psychické týrání
- b) fyzické týrání
- c) sexuální zneužívání
- d) zanedbávání
- e) zvláštní formy syndromu CAN (Münchhausenův syndrom v zastoupení, systémové týrání a zneužívání, organizované týrání a zneužívání, rituální týrání a zneužívání)
- f) jiné ..... (prosím, uveďte)

1. skupina (18 – 30 let):



Zdroj: Vlastní výzkum

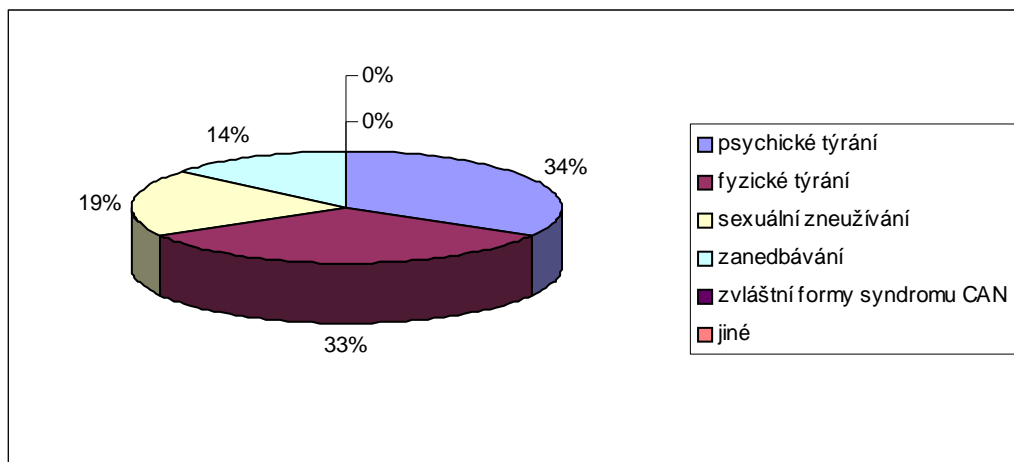
2. skupina (31 – 45 let):



Zdroj: Vlastní výzkum

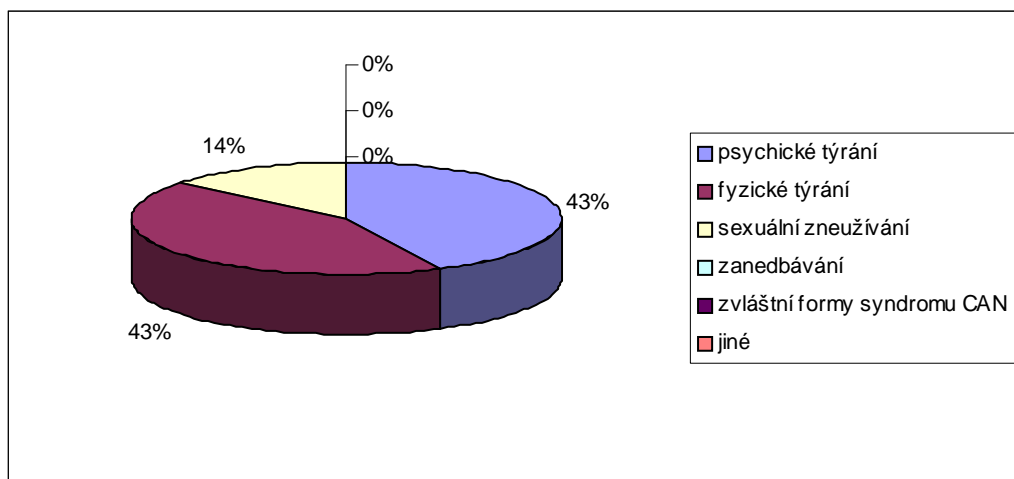


### 3. skupina (46 – 65 let):



Zdroj: Vlastní výzkum

### 4. skupina (66 let a více):



Zdroj: Vlastní výzkum

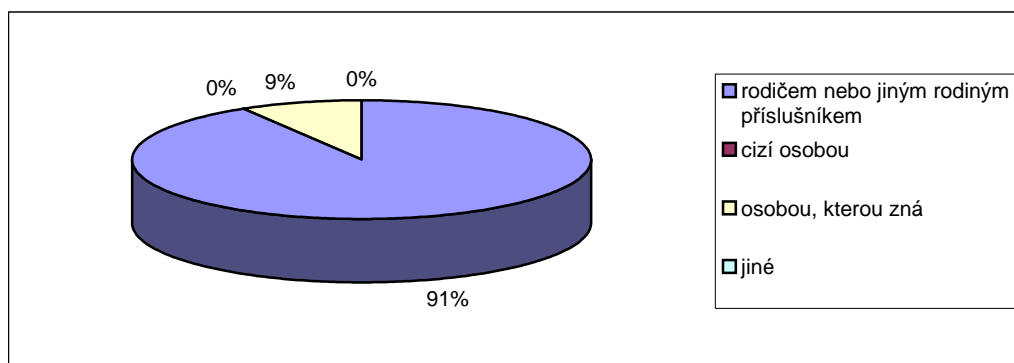
Co se týče forem zneužívání, je dle první skupiny nejčastější psychické týrání, dále pak zanedbávání a fyzické týrání. Druhá skupina se domnívá, že nejčastěji zastoupeno bývá fyzické týrání, následuje psychické týrání, sexuální zneužívání a zanedbávání a nakonec zvláštní formy syndromu CAN. Dle třetí skupiny je nejvíce praktikováno týrání psychické, těsně následuje fyzické, dále pak sexuální zneužívání a konečně zanedbávání. Čtvrtá skupina uvádí ve stejném zastoupení týrání fyzické i

psychické a dále sexuální zneužívání, k ostatním formám syndromu CAN se tato skupina respondentů nevyjadřuje. Z výsledků je patrné, že veřejnost považuje za nejčastější formy syndromu CAN týrání psychické, fyzické, zanedbávání a sexuální zneužívání, ostatní formy syndromu CAN jsou vnímány pouze okrajově

#### 9. Dítě je nejčastěji týráno

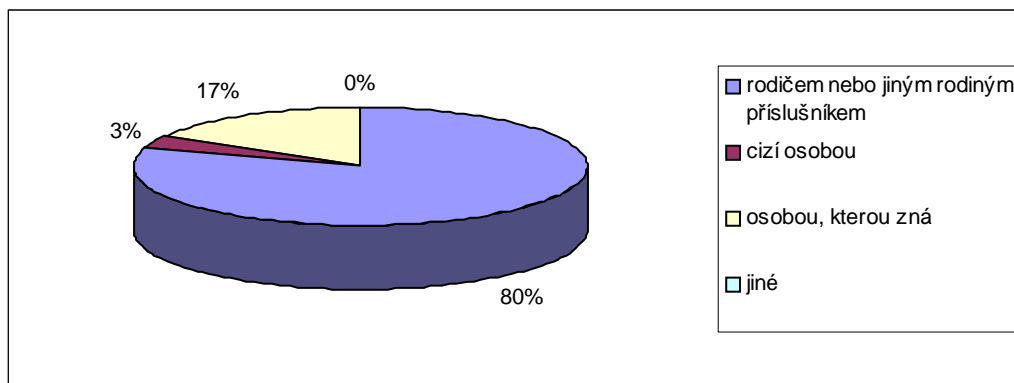
- a) rodičem nebo jiným rodinným příslušníkem
- b) cizí osobou
- c) osobou, kterou zná, např. paní na hlídání, vedoucí dětského kroužku, trenér ve sportovním oddíle....
- d) jiné ..... (prosím uveďte)

##### 1. skupina (18 – 30 let):



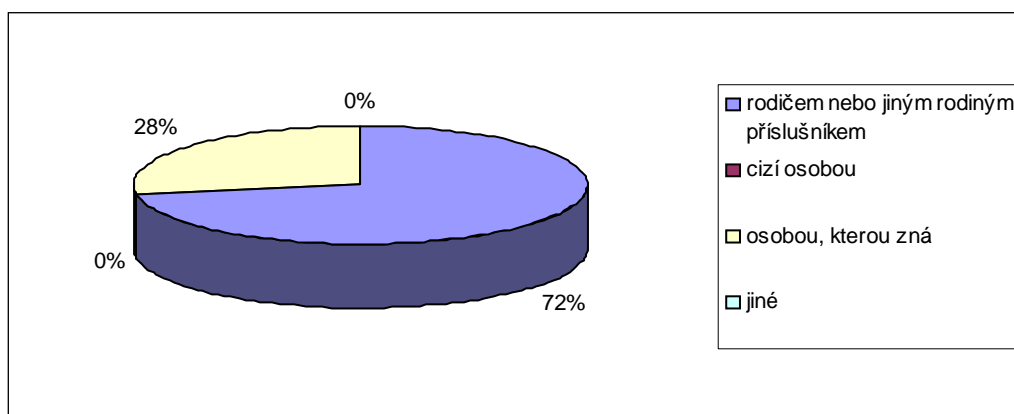
Zdroj: Vlastní výzkum

2. skupina (31 – 45 let):



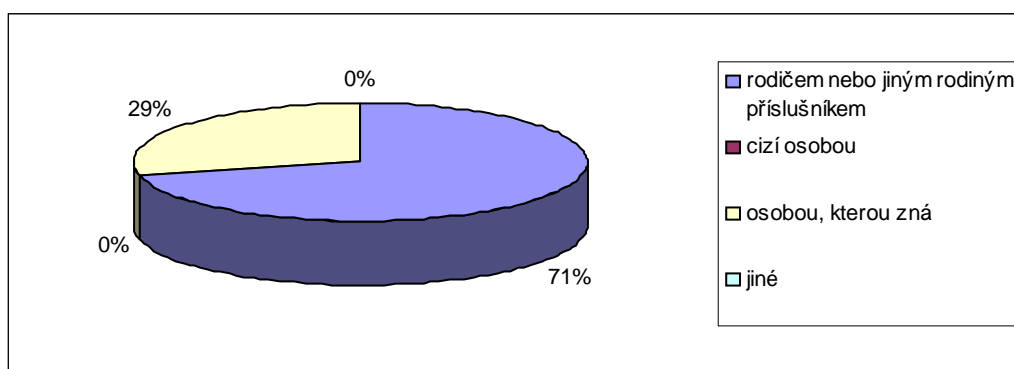
Zdroj: Vlastní výzkum

3. skupina (46 – 65 let):



Zdroj: Vlastní výzkum

4. skupina (66 let a více):



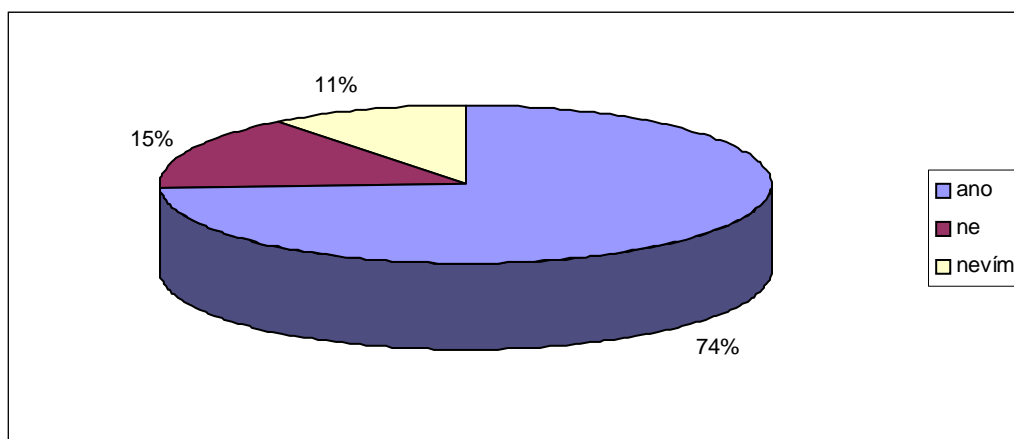
Zdroj: Vlastní výzkum

Dle první skupiny je dítě v 91% případů týráno rodičem či jiným rodinným příslušníkem a ve zbylých 9 % osobou, kterou zná, dle druhé skupiny respondentů tvoří 80 % týrajících osob rodiče či jiní rodinní příslušníci, 17 % osoba, kterou dítě zná a 3 % cizí osoba. Třetí věková skupina se domnívá, že nejčastěji týrá rodič či jiný rodinný příslušník (72 %) a dále osoba, kterou dítě zná (28 %), dle čtvrté skupiny respondentů dítě v 71 % nejčastěji týrá rodič nebo jiný rodinný příslušník a ve 29 % osoba, kterou dítě zná. Všechny věkové skupiny tedy na prvním místě uvádějí rodiče či jiného rodinného příslušníka, na místě druhém pak osobu, kterou dítě zná, možnost týrající cizí osoby připouští pouze druhá skupina.

10. Myslíte si, že je možné předcházet týrání dětí?

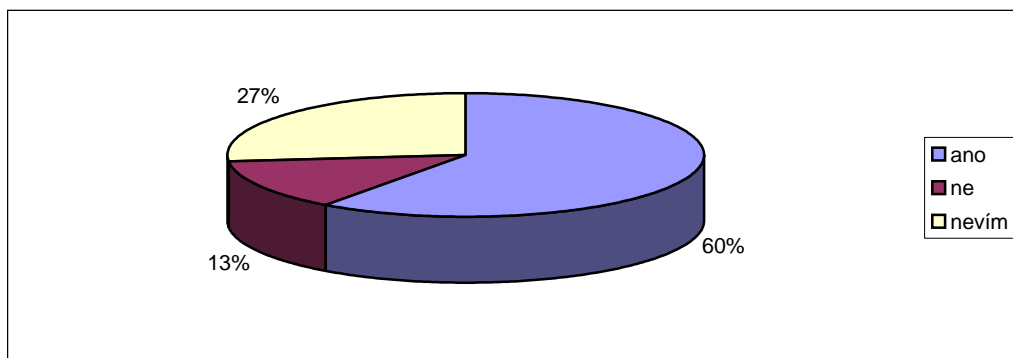
- a) ano
- b) ne
- c) nevím

1. skupina (18 – 30 let):



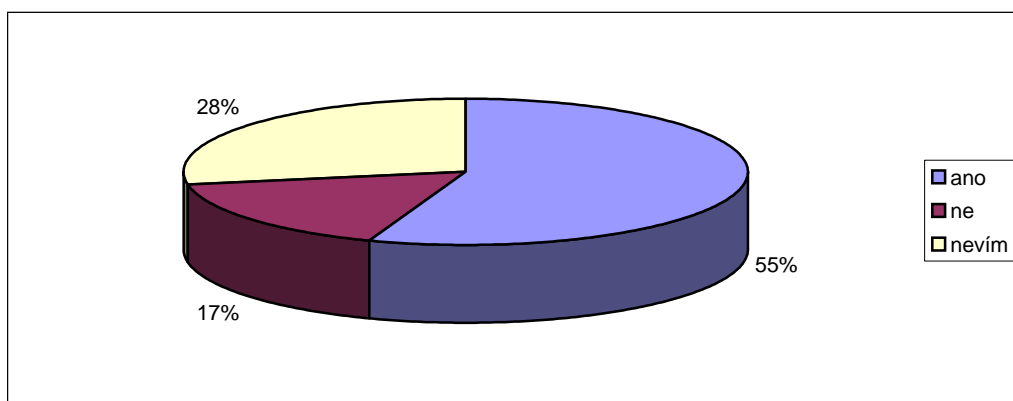
Zdroj: Vlastní výzkum

2. skupina (31 – 45 let):



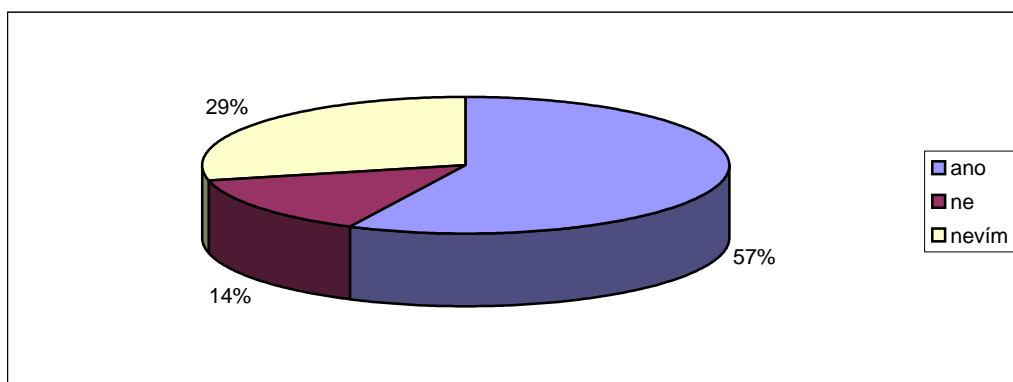
Zdroj: Vlastní výzkum

3. skupina (46 – 65 let):



Zdroj: Vlastní výzkum

4. skupina (66 let a více):



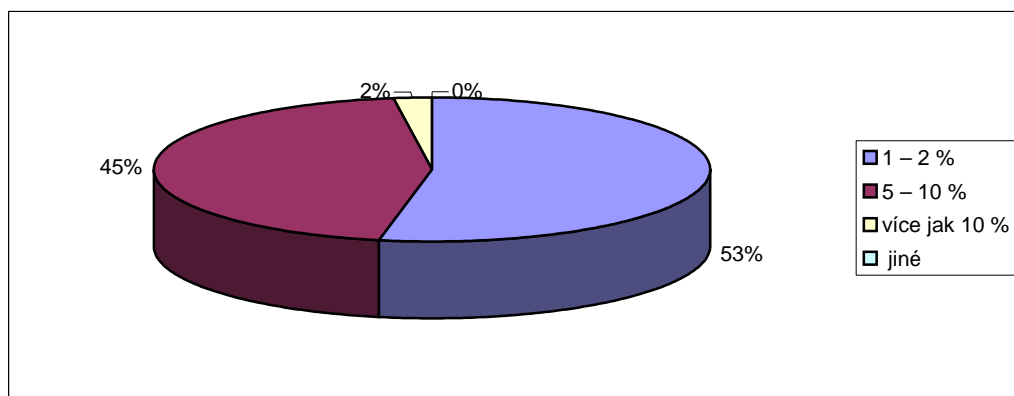
Zdroj: Vlastní výzkum

Předcházet týrání dětí je možné dle 74 % respondentů z první věkové skupiny, 60 % z druhé skupiny, 55 % ze třetí a 57 % ze čtvrté. Toho názoru, že týrání dětí předcházet nelze, je 15 % respondentů patřících do první, 13 % do druhé, 17 % do třetí, a 14 % do čtvrté věkové skupiny. Odpověď „nevím“ uvedlo a 11 % respondentů první věkové skupiny, 27 % druhé, 28 % třetí a 29 % respondentů ze čtvrté skupiny. Většina respondentů ze všech věkových skupin se tedy domnívá, že týrání dětí je možné určitým způsobem předcházet.

#### 11. Kolik dětí trpí v současné době syndromem CAN?

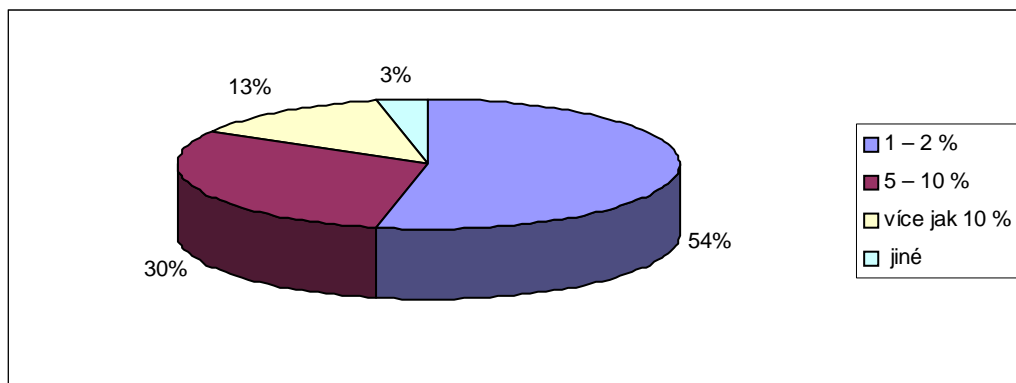
- a) 1 – 2 %
- b) 5 – 10 %
- c) více jak 10 %
- d) jiné – prosím, uveďte.....

##### 1. skupina (18 – 30 let):



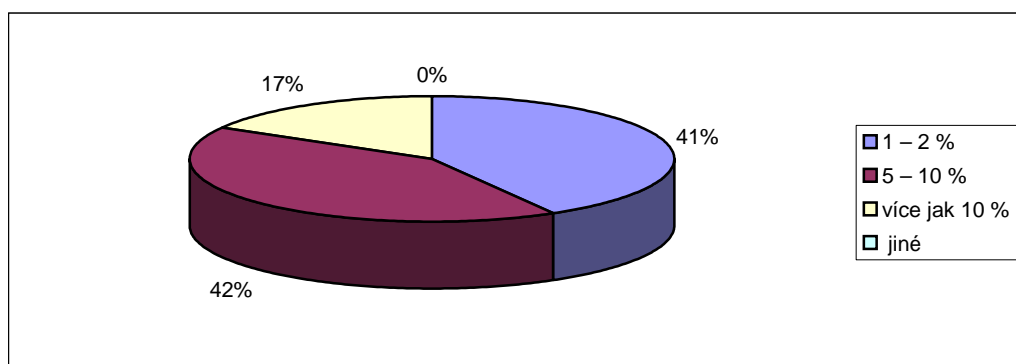
Zdroj: Vlastní výzkum

2. skupina (31 – 45 let):



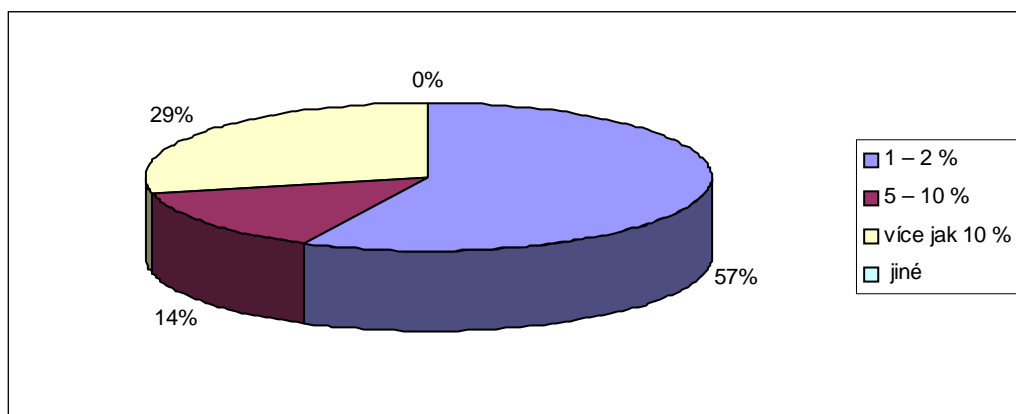
Zdroj: Vlastní výzkum

3. skupina (46 – 65 let):



Zdroj: Vlastní výzkum

4. skupina (66 let a více):

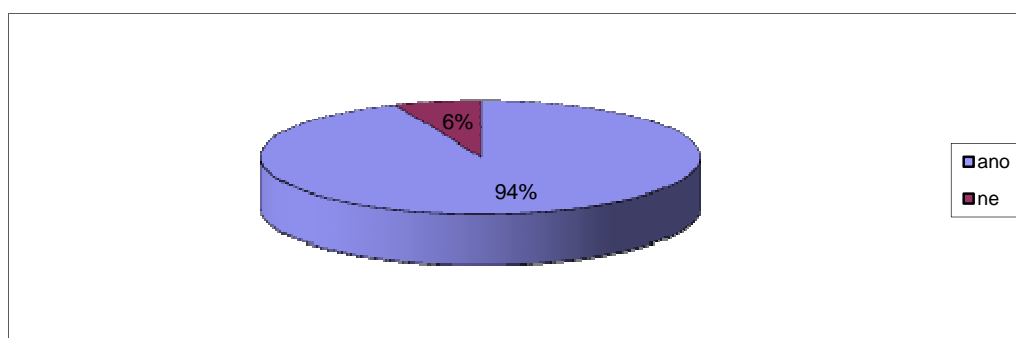


Zdroj: Vlastní výzkum

1 – 2 % dětí v současné době trpí syndromem CAN dle 53 % respondentů z první, 54 % z druhé, 41 % respondentů z třetí a 57 % respondentů ze čtvrté skupiny. 5 – 10 % dětí je týráno dle 45 % respondentů z první, 30 % z druhé, 42 % z třetí a 14 % respondentů ze čtvrté věkové skupiny. Více jak 10 % dětí trpí syndromem CAN dle 2 % respondentů z první, 13 % z druhé, 17 % ze třetí a 29 % respondentů ze čtvrté skupiny. Kromě toho se 3 % respondentů z druhé věkové skupiny domnívají, že toto procentní vyjádření je jiné. Kromě třetí skupiny, kde těsně převažuje rozmezí 5 – 10 %, se tedy mínění veřejnosti shoduje s názorem odborníků, kteří odhadují počet týraných dětí na 1 – 2 %.

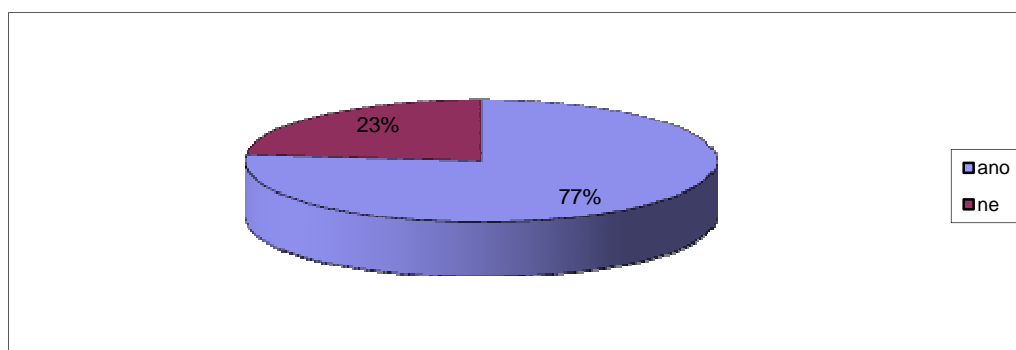
12. Znáte nějakou organizaci, která se zabývá pomocí týraným dětem?

1. skupina (18 – 30 let):



Zdroj: Vlastní výzkum

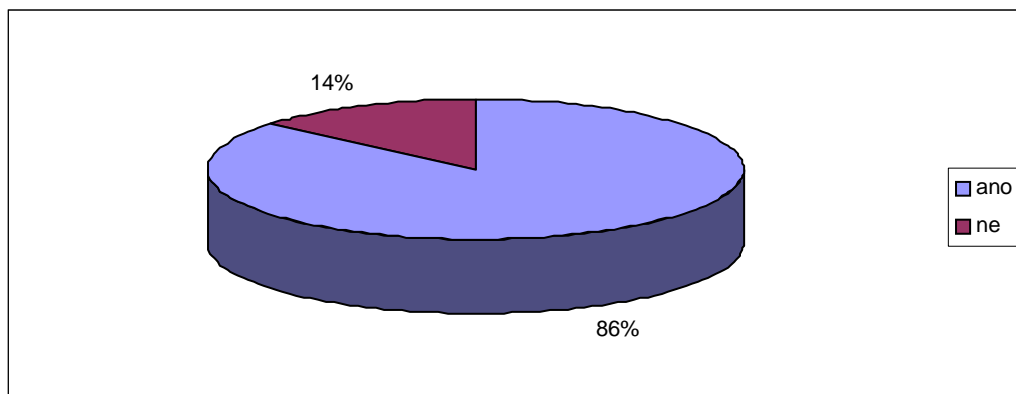
2. skupina (31 – 45 let):



Zdroj: Vlastní výzkum

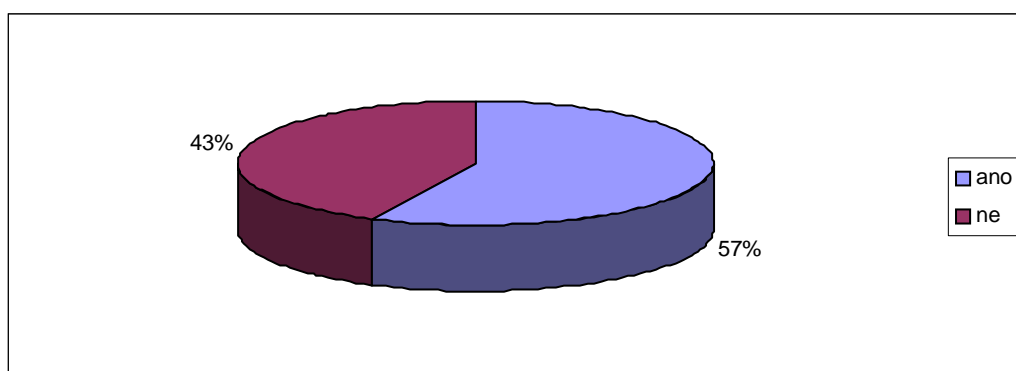


3. skupina (46 – 65 let):



Zdroj: Vlastní výzkum

4. skupina (66 let a více):

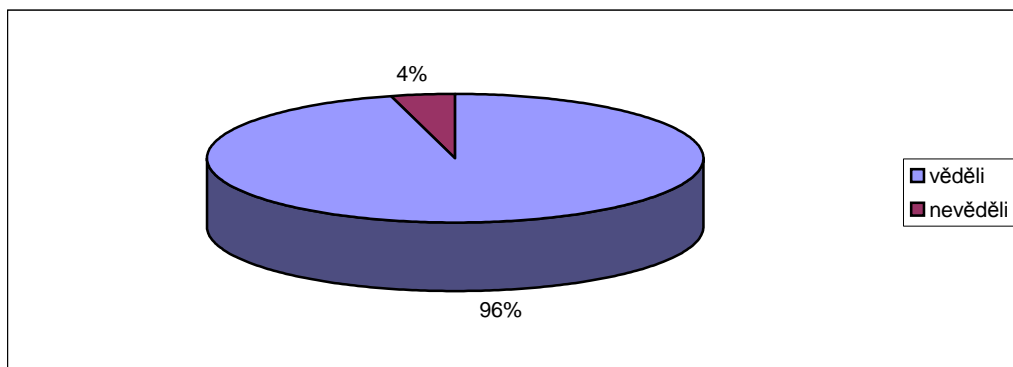


Zdroj: Vlastní výzkum

Libovolnou organizaci, která se zabývá pomocí týraným dětem, zná 94 % respondentů první, 77 % druhé, 86 % třetí a 57 % respondentů čtvrté věkové skupiny, což znamená většinu všech respondentů. Nejčastěji uváděnými organizacemi byly Linka důvěry a Fond ohrožených dětí, specifickou skupinu odpovědí tvořily reakce typu „praktický lékař“ a „policie“, které se pomocí týraným dětem primárně nezabývají, ale je možné se na ně rovněž obrátit.

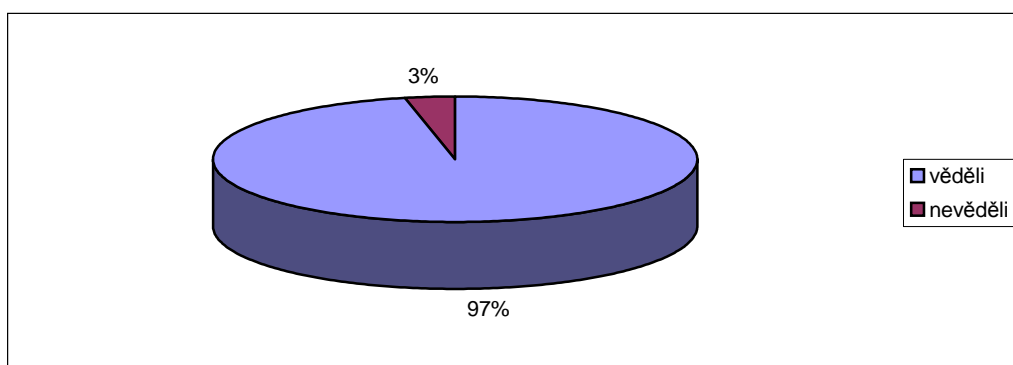
13. Kam byste se obrátili v případě, že byste věděli o týraném dítěti?

1. skupina (18 – 30 let):



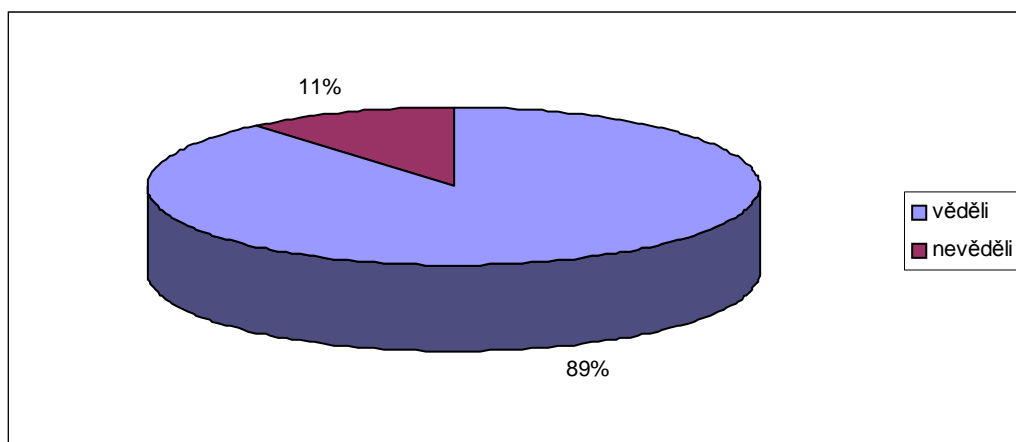
Zdroj: Vlastní výzkum

2. skupina (31 – 45 let):



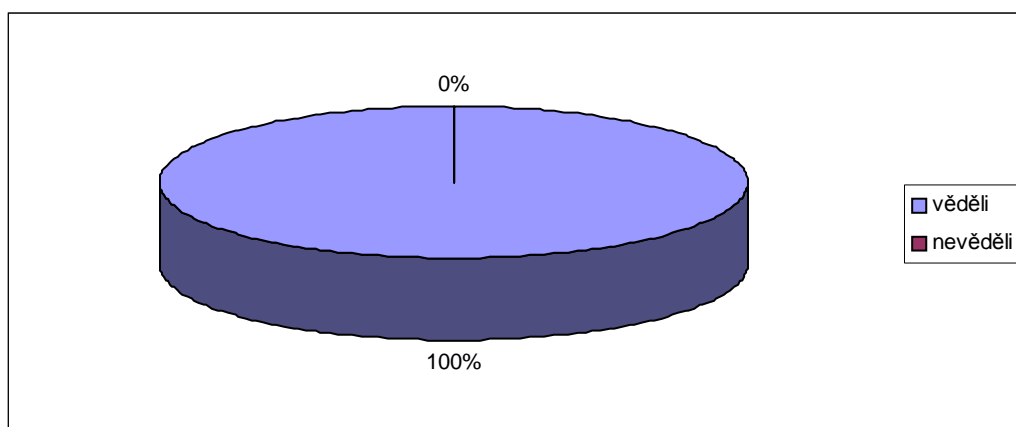
Zdroj: Vlastní výzkum

3. skupina (46 – 65 let):



Zdroj: Vlastní výzkum

4. skupina (66 let a více):



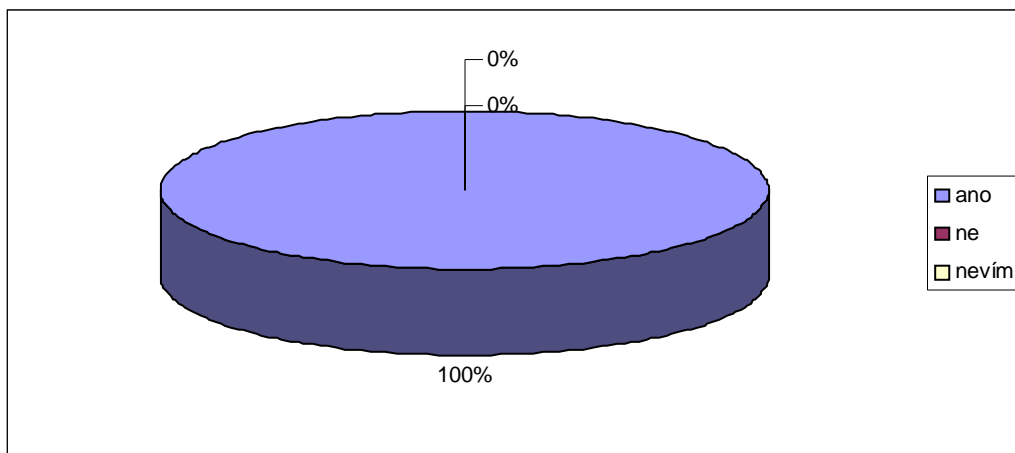
Zdroj: Vlastní výzkum

V případě, kdy by věděli o týraném dítěti, by 96 % respondentů z první, 97 % respondentů z druhé, 89 % ze třetí a všichni respondenti ze čtvrté věkové kategorie vědělo, kam se obrátit. Lze tedy říci, že většina respondentů ze všech věkových kategorií by si v této situaci věděla rady.

14. Myslíte si, že týrané děti si nesou následky týrání i v dospělosti?

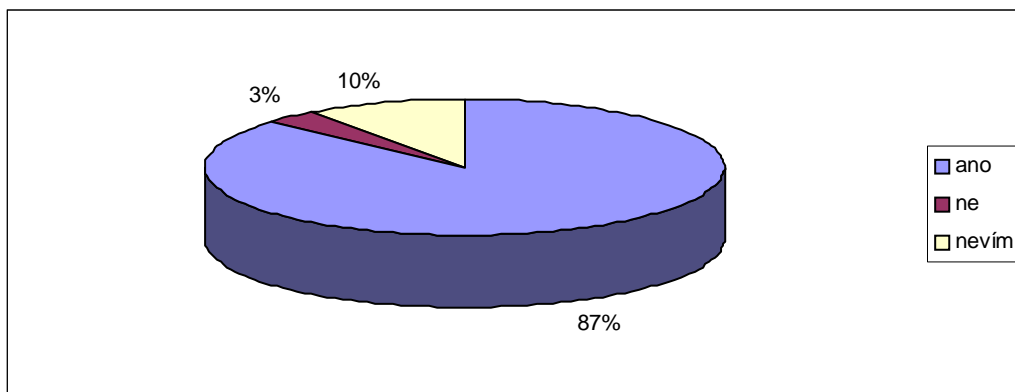
- a) ano
- b) ne
- c) nevím

1. skupina (18 – 30 let):



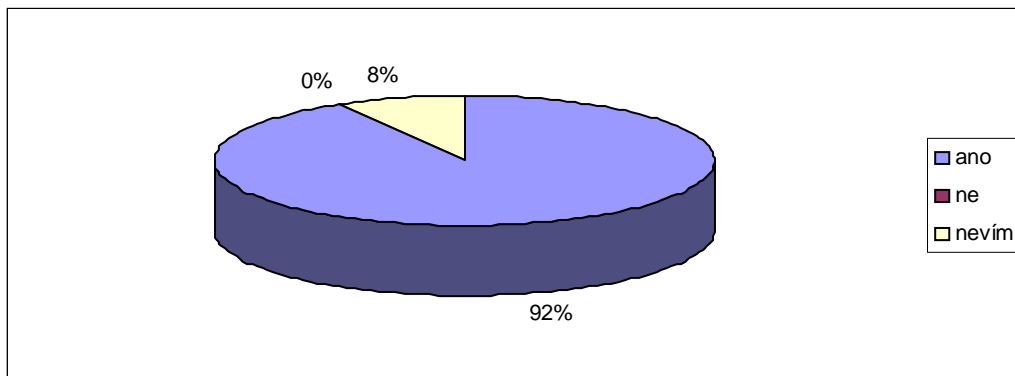
Zdroj: Vlastní výzkum

2. skupina (31 – 45 let):



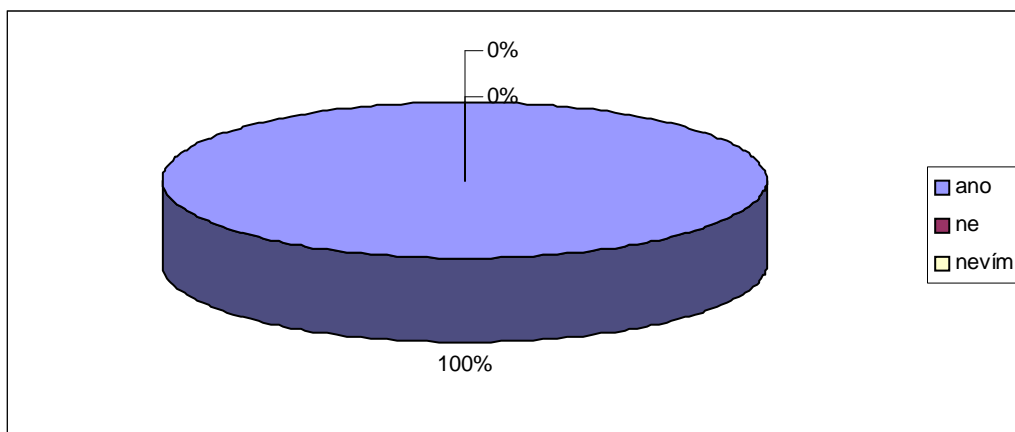
Zdroj: Vlastní výzkum

3. skupina (46 – 65 let):



Zdroj: Vlastní výzkum

4. skupina (66 let a více):



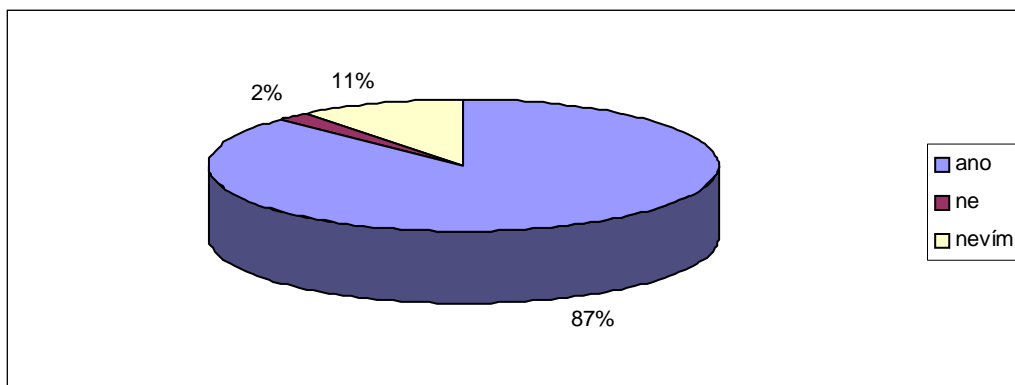
Zdroj: Vlastní výzkum

Všichni respondenti z první a čtvrté věkové skupiny si myslí, že týrané děti si nesou následky i do dospělosti, druhá skupina odpovídá v 87 % shodně, 3 % jsou toho názoru, že si dítě žádné následky nenese a 10 % neví. Co se týče třetí skupiny, 92 % se rovněž domnívá, že si dítě tyto následky do budoucni odnáší, 8 % neví. Názor, že týrané děti si následky do dospělosti nenesou, je tedy pouze okrajový, vyskytuje se pouze u druhé věkové skupiny.

15. Myslíte si, že práva dětí jsou zakotvena v zákoně?

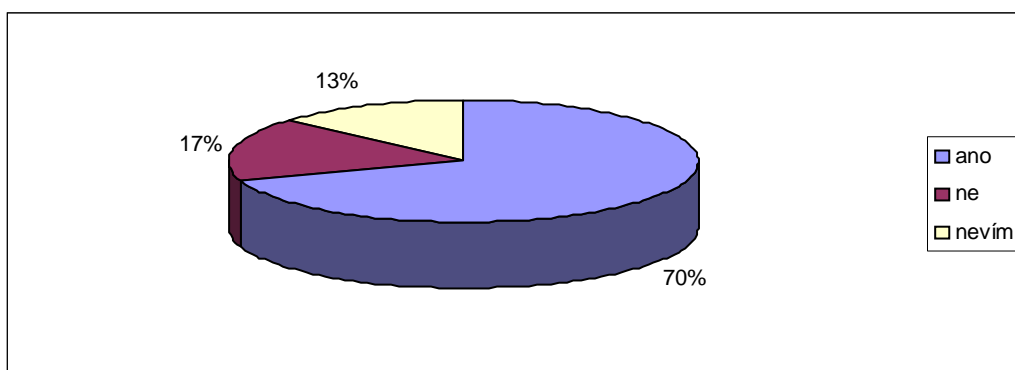
- a) ano
- b) ne
- c) nevím

1. skupina (18 – 30 let):



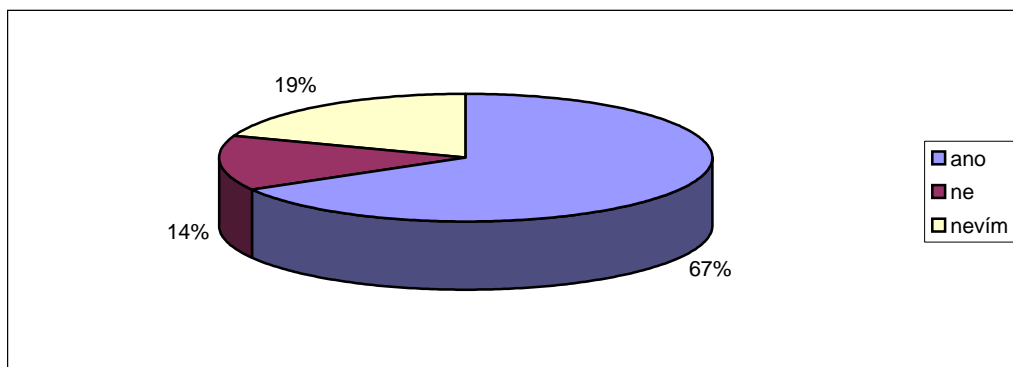
Zdroj: Vlastní výzkum

2. skupina (31 – 45 let):



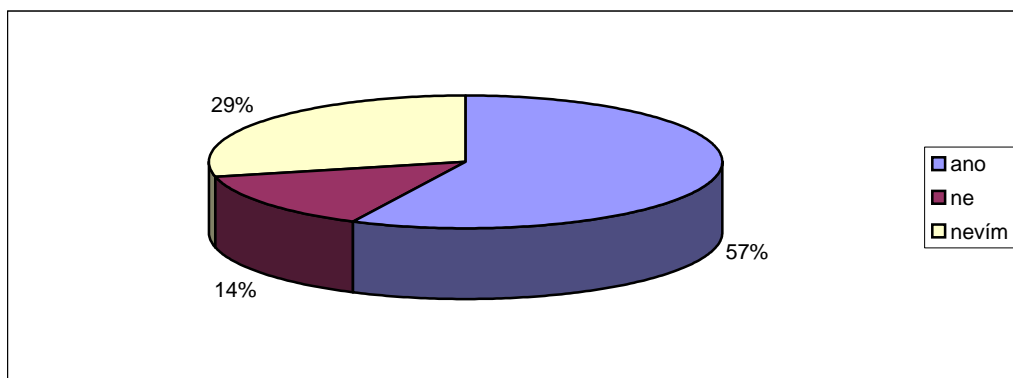
Zdroj: Vlastní výzkum

### 3. skupina (46 – 65 let):



Zdroj: Vlastní výzkum

### 4. skupina (66 let a více):



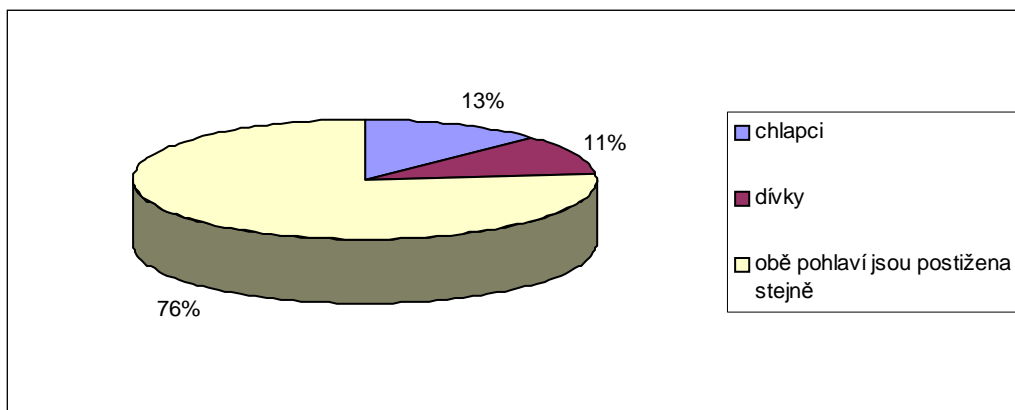
Zdroj: Vlastní výzkum

Práva dětí jsou zakotvena v zákoně dle 87 % respondentů z první, 70 % z druhé, 67 % z třetí a 57 % respondentů ze čtvrté skupiny. Opačného názoru jsou 2 % respondentů z první, 17 % z druhé a po 14 % respondentů ze třetí a čtvrté věkové skupiny. Odpověď „nevím“ zvolilo 11 % respondentů z první, 13 % z druhé, 19 % ze třetí a 29 % respondentů ze čtvrté věkové skupiny. Dle většiny všech respondentů tedy práva dětí v zákoně zakotvena jsou, nicméně nezanedbatelné procento respondentů z druhé, třetí a čtvrté skupiny se domnívá o opaku. Odpověď „nevím“ byla nejfrekventovanější u čtvrté, tedy nejstarší věkové skupiny.

16. Které pohlaví je týráním postiženo častěji?

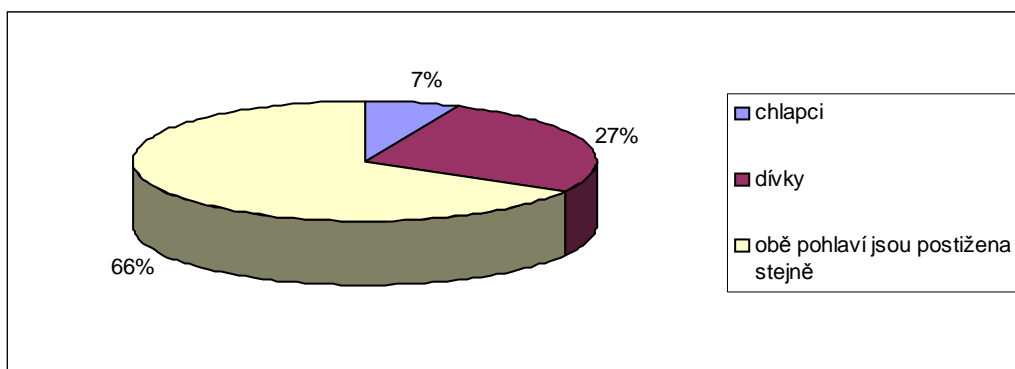
- a) chlapci
- b) dívky
- c) obě pohlaví jsou postižena stejně

1. skupina (18 – 30 let):



Zdroj: Vlastní výzkum

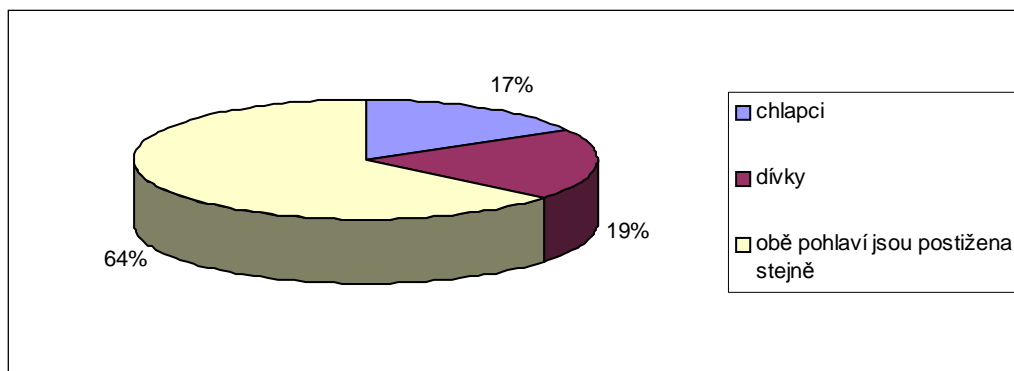
2. skupina (31 – 45 let):



Zdroj: Vlastní výzkum

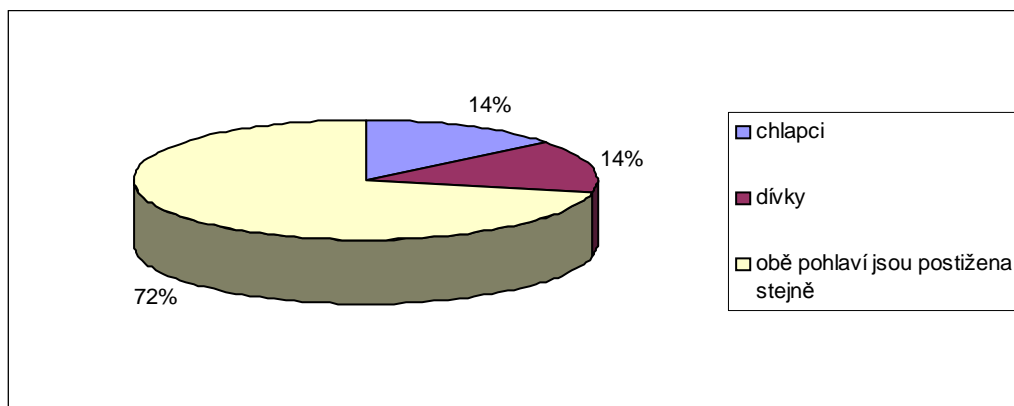


### 3. skupina (46 – 65 let):



Zdroj: Vlastní výzkum

### 4. skupina (66 let a více):



Zdroj: Vlastní výzkum

Co se týče zastoupení pohlaví v četnosti týraných dětí, většina respondentů ze všech věkových skupin zvolila, že obě pohlaví jsou postižena stejně. Vyšší zastoupení mužského pohlaví zvolilo 13 % respondentů z první, 7 % z druhé, 17 % ze třetí a 14 % ze čtvrté věkové skupiny. Oproti tomu dívky jsou častěji týrány dle 11 % respondentů z první, 27 % ze druhé, 19 % ze třetí a 14 % respondentů ze čtvrté věkové skupiny. Většina respondentů si tedy myslí, že v případě týrání dětí nehraje pohlaví oběti roli, na pomyslném druhém místě by se umístily dívky, chlapci až na třetím.

## 4.2 Vyhodnocení dotazníků dle nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů

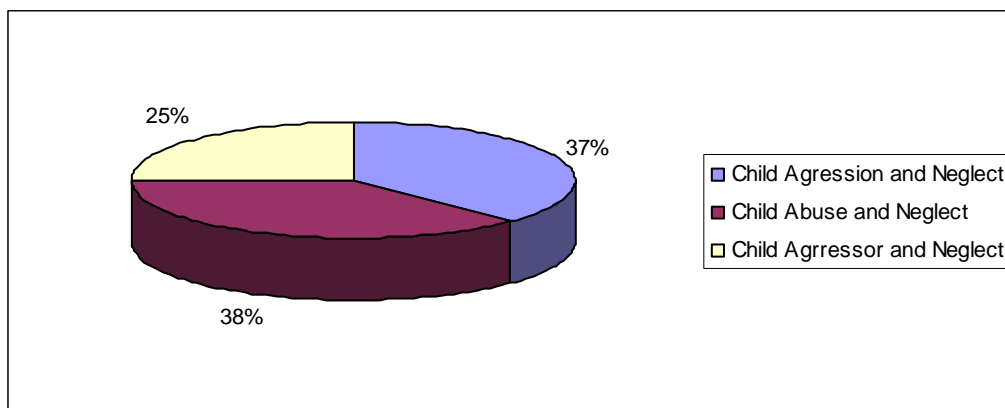
základní	1. skupina - 8 respondentů
střední bez maturity	2. skupina - 17 respondentů
střední s maturitou	3. skupina - 55 respondentů
vyšší odborné	4. skupina - 11 respondentů
vysokoškolské	5. skupina - 29 respondentů

Otázka č. 4

Víte, co znamená zkratka CAN?

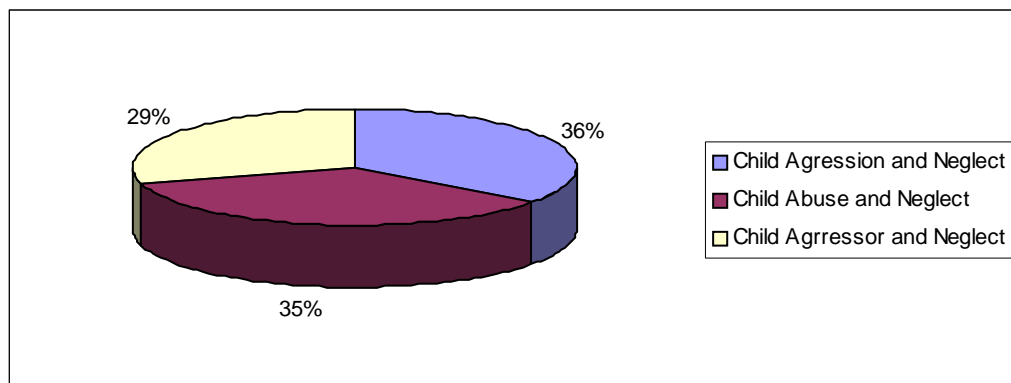
- a) Child Agression and Neglect
- b) Child Abuse and Neglect
- c) Child Agressor and Neglect

1. skupina (základní vzdělání):



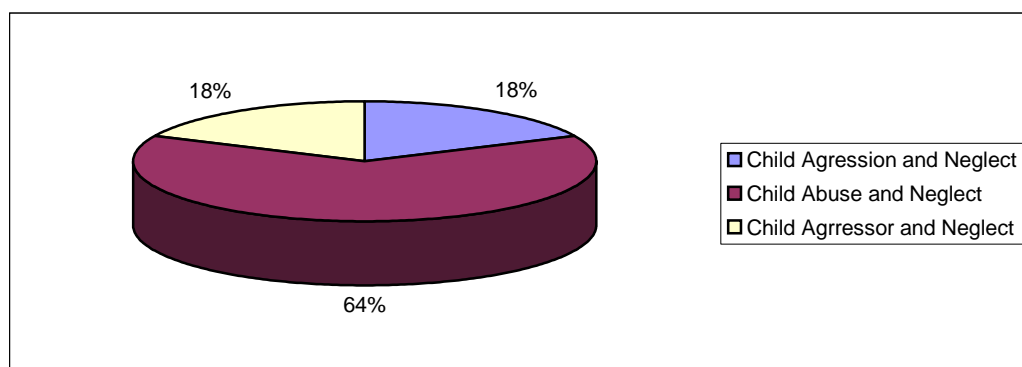
Zdroj: Vlastní výzkum

2. skupina (střední vzdělání bez maturity):



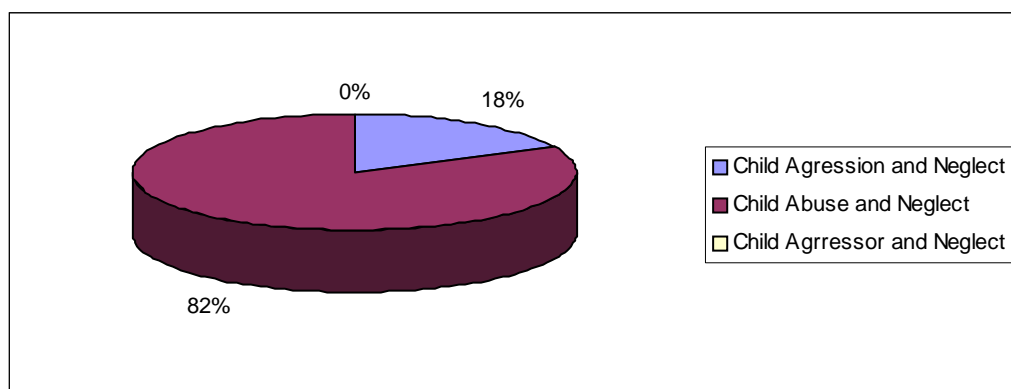
Zdroj: Vlastní výzkum

3. skupina (střední vzdělání s maturitou):



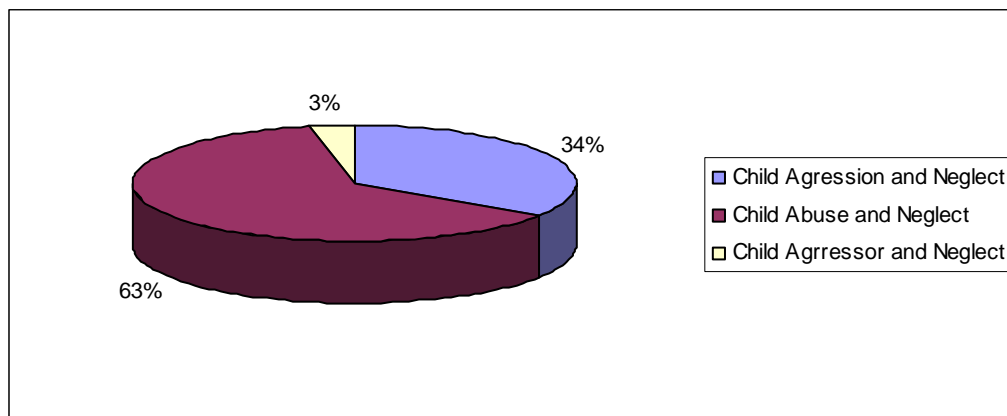
Zdroj: Vlastní výzkum

4. skupina (vyšší odborné vzdělání):



Zdroj: Vlastní výzkum

5. skupina (vysokoškolské vzdělání):



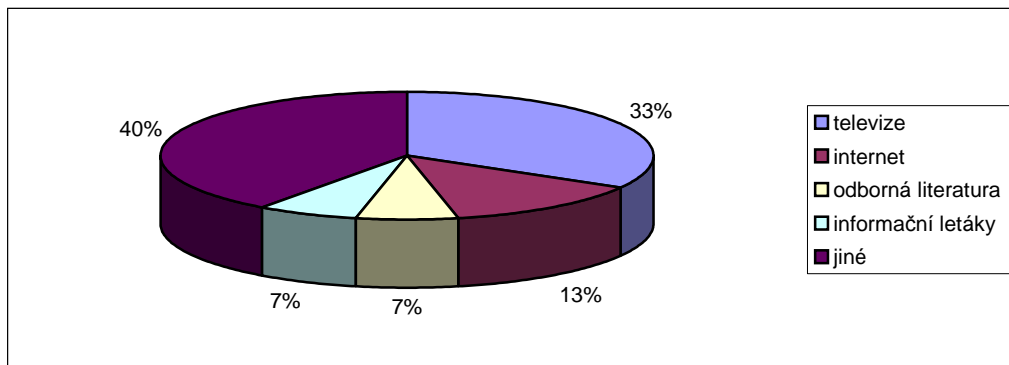
Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku, zda vědí, co znamená zkratka CAN, odpovědělo správně (CAN = Child Abuse and Neglect) 38 % respondentů z první skupiny, 35 % z druhé skupiny, 64 % ze třetí skupiny, 82 % ze čtvrté a konečně 63 % respondentů z páté skupiny. Pořadí skupin dle správnosti odpovědí je tedy následující: čtvrtá (vyšší odborné vzdělání), třetí (střední vzdělání s maturitou), pátá (vysokoškolské vzdělání), první (základní vzdělání), druhá (střední vzdělání bez maturity).

5. Kde jste získal/a informace o syndromu CAN?

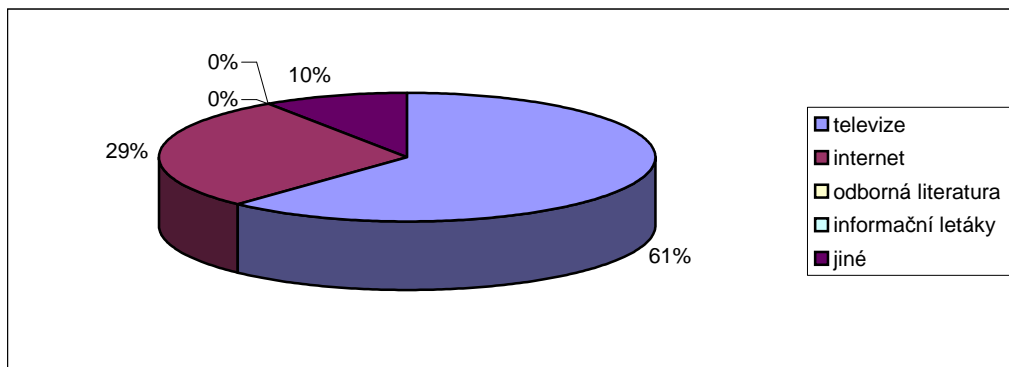
- a) televize
- b) internet
- c) odborná literatura
- d) informační letáky
- e) jiné

1. skupina (základní vzdělání):



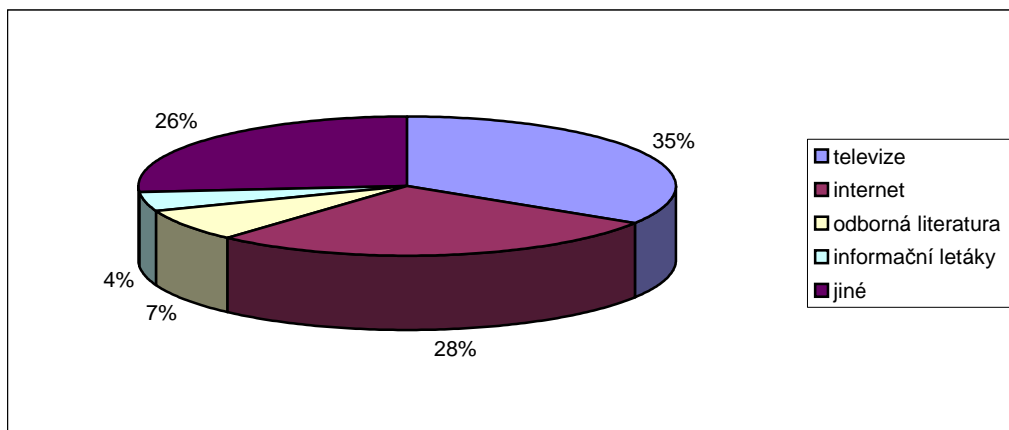
Zdroj: Vlastní výzkum

2. skupina (střední vzdělání bez maturity):



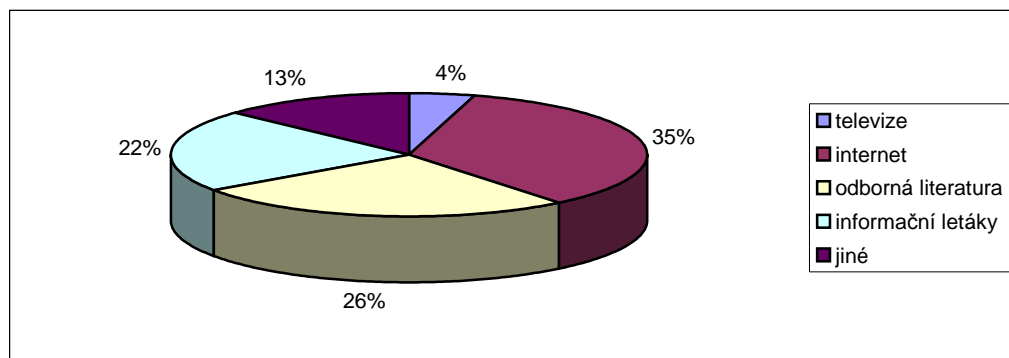
Zdroj: Vlastní výzkum

3. skupina (střední vzdělání s maturitou):



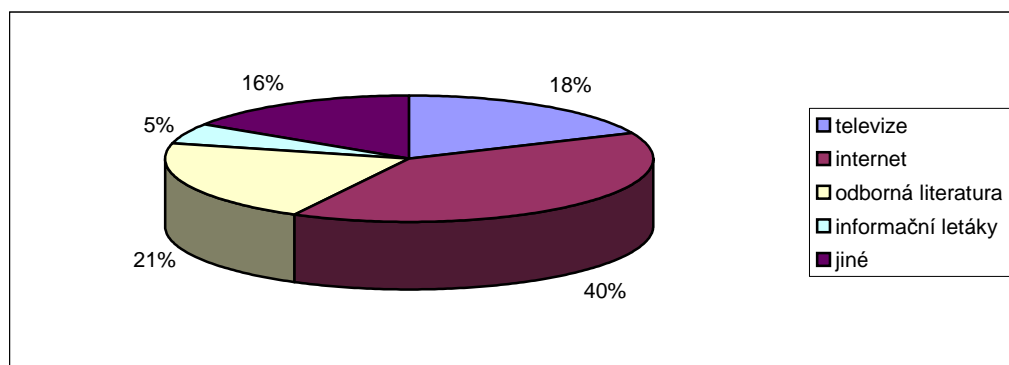
Zdroj: Vlastní výzkum

#### 4. skupina (vyšší odborné vzdělání):



Zdroj: Vlastní výzkum

#### 5. skupina (vysokoškolské vzdělání):



Zdroj: Vlastní výzkum

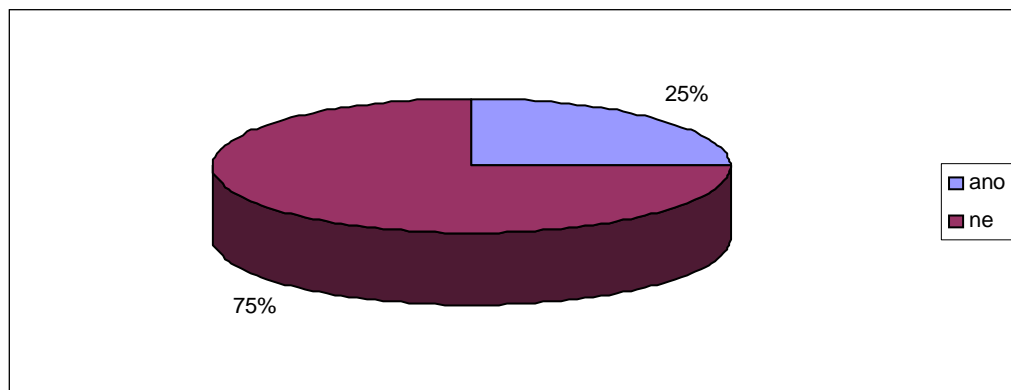
Respondenti z první skupiny získali nejvíce informací o syndromu CAN z jiných zdrojů, dále pak z televize, internetu, odborné literatury a informačních letáků. U dalších skupin se toto pořadí liší následovně: Druhá skupina: televize, internet, jiný zdroj, informační letáky a odborná literatura zde nejsou zastoupeny vůbec. Třetí skupina: televize, internet, jiné zdroje, odborná literatura, informační letáky. Čtvrtá skupina: internet, odborná literatura, informační letáky, jiné zdroje, televize. Pátá skupina: internet, odborná literatura, televize, jiné zdroje, informační letáky. U prvních tří skupin respondentů se tedy na pomyslných prvních třech místech vyskytuje televize, internet a jiné zdroje, u čtvrté a páté skupiny internet zůstává a připojuje se odborná literatura.

6. Setkal/a jste se někdy s týraným dítětem?

a) ano

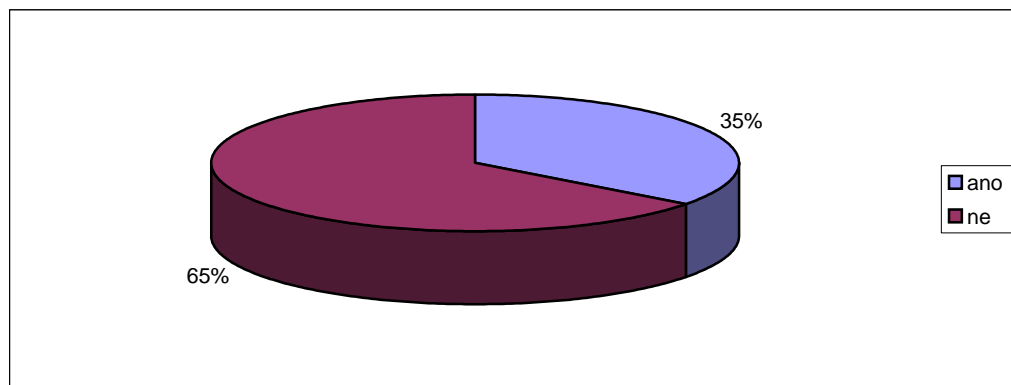
b) ne

1. skupina (základní vzdělání):



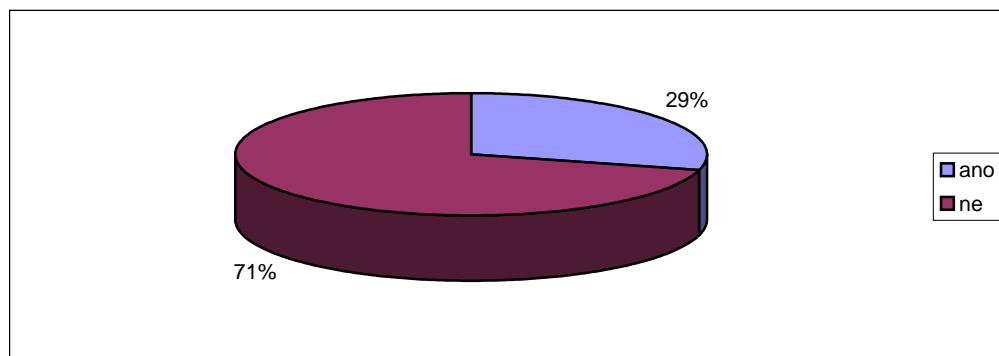
Zdroj: Vlastní výzkum

2. skupina (střední vzdělání bez maturity):



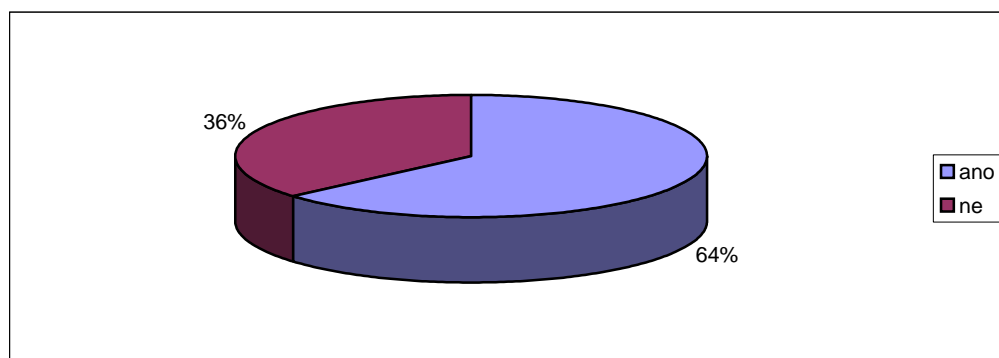
Zdroj: Vlastní výzkum

3. skupina (střední vzdělání s maturitou):



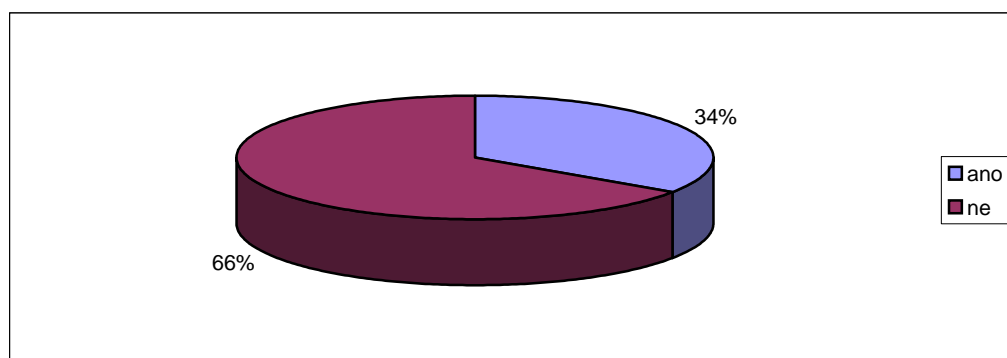
Zdroj: Vlastní výzkum

4. skupina (vyšší odborné vzdělání):



Zdroj: Vlastní výzkum

5. skupina (vysokoškolské vzdělání):



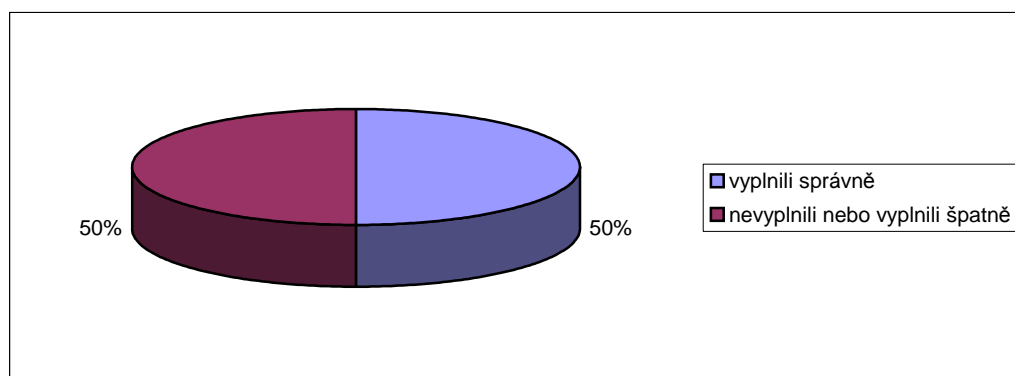
Zdroj: Vlastní výzkum



S týraným dítětem se někdy setkala 25 % respondentů z první, 35 % ze druhé, 29 % ze třetí, 64% ze čtvrté a 34 % respondentů z páté skupiny. S největším počtem takto postižených dětí se tedy setkali respondenti s vyšším odborným vzděláním, dále se středním bez maturity, s vysokoškolským, středním s maturitou a nakonec respondenti s nejvyšším dosaženým základním vzděláním.

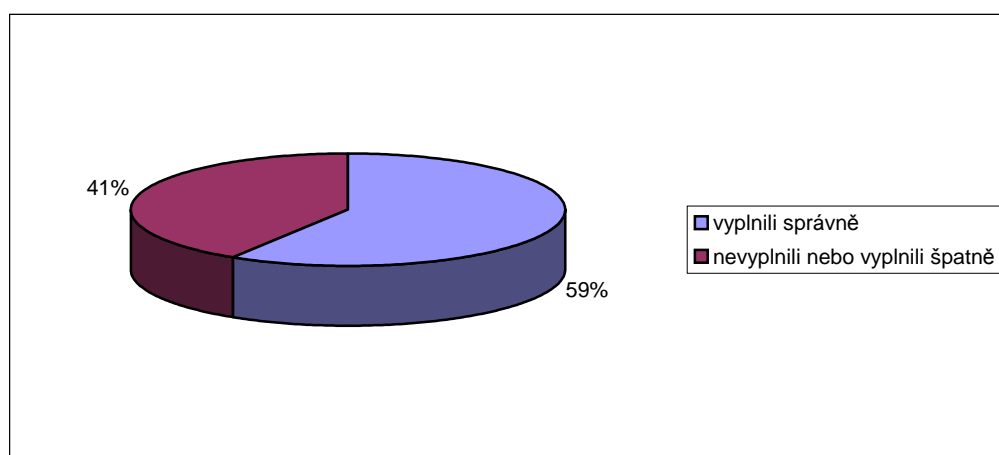
7. Napište alespoň 5 projevů, podle kterých se dá usuzovat, že je dítě týráno

1. skupina (základní vzdělání):



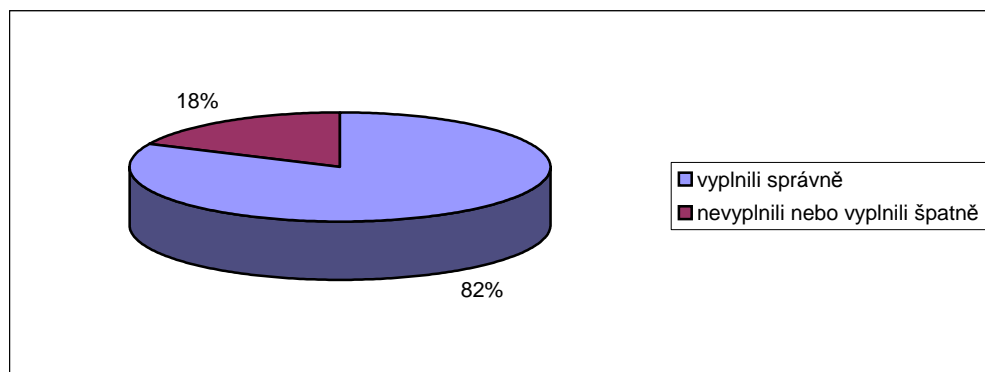
Zdroj: Vlastní výzkum

2. skupina (střední vzdělání bez maturity):



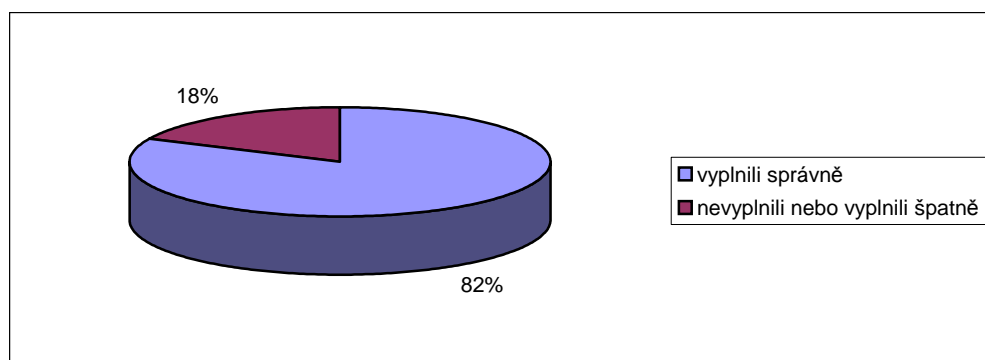
Zdroj: Vlastní výzkum

3. skupina (střední vzdělání s maturitou):



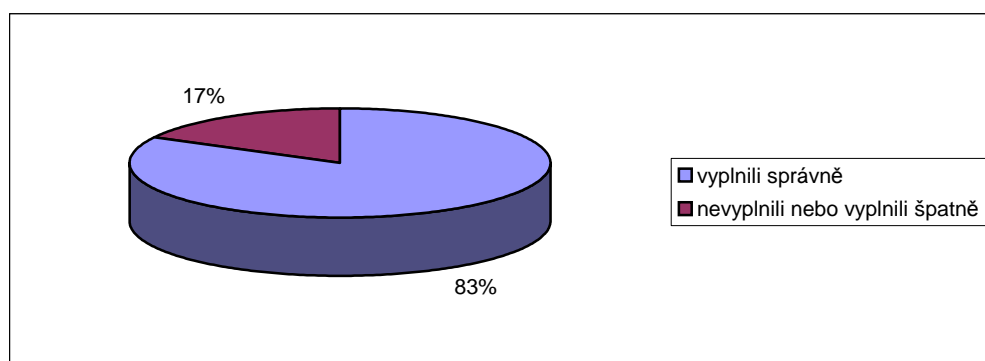
Zdroj: Vlastní výzkum

4. skupina (vyšší odborné vzdělání):



Zdroj: Vlastní výzkum

5. skupina (vysokoškolské vzdělání):



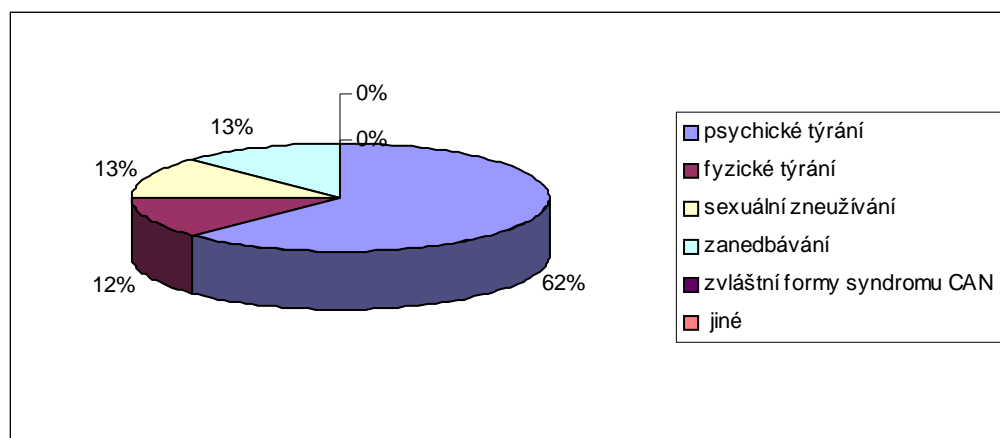
Zdroj: Vlastní výzkum

Minimálně pět projevů, dle kterých lze usuzovat, že je dítě týráno, uvedlo 50 % respondentů z první, 59 % respondentů z druhé, 82 % ze třetí a čtvrté a 83 % respondentů z páté skupiny. V hodnocení této otázky tedy byli neúspěšnější respondenti s vysokoškolským vzděláním v těsném závěsu s respondenty s vyšším odborným a středním vzděláním s maturitou, následují respondenti se středním bez maturity a nakonec základním vzděláním.

#### 8. Jaká z forem týrání je podle Vás nejčastější?

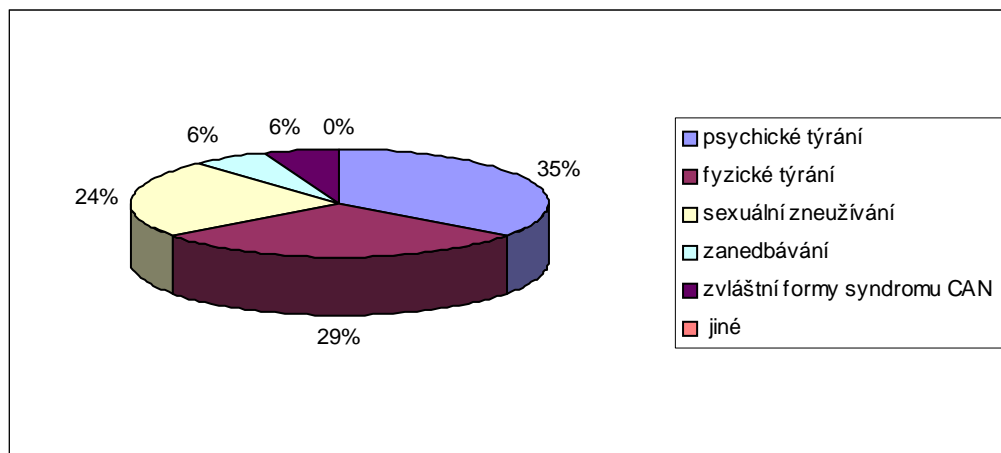
- a) psychické týrání
- b) fyzické týrání
- c) sexuální zneužívání
- d) zanedbávání
- e) zvláštní formy syndromu CAN (Münchhausenův syndrom v zastoupení, systémové týrání a zneužívání, organizované týrání a zneužívání, rituální týrání a zneužívání)
- f) jiné

#### 1. skupina (základní vzdělání):



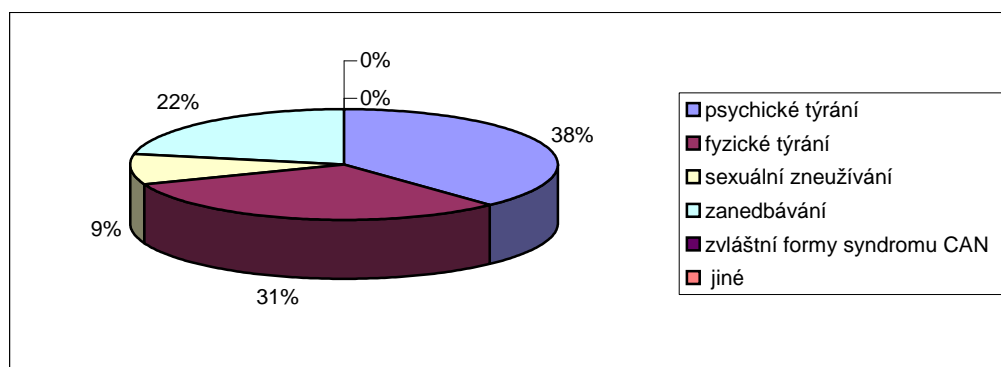
Zdroj: Vlastní výzkum

2. skupina (střední vzdělání bez maturity):



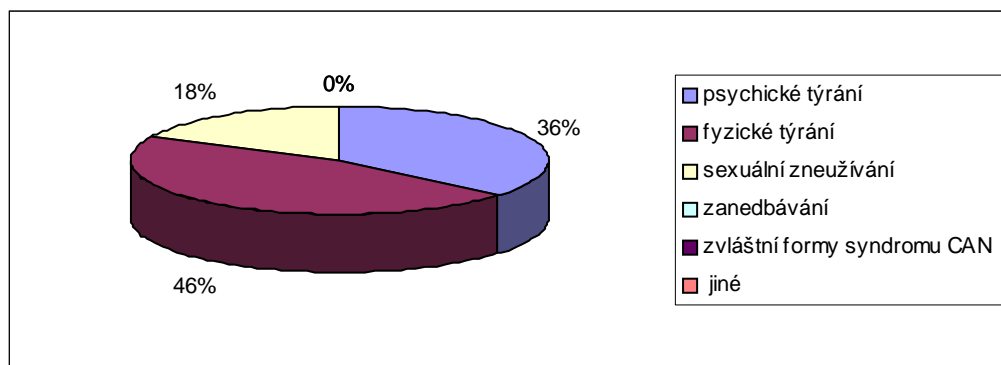
Zdroj: Vlastní výzkum

3. skupina (střední vzdělání s maturitou):



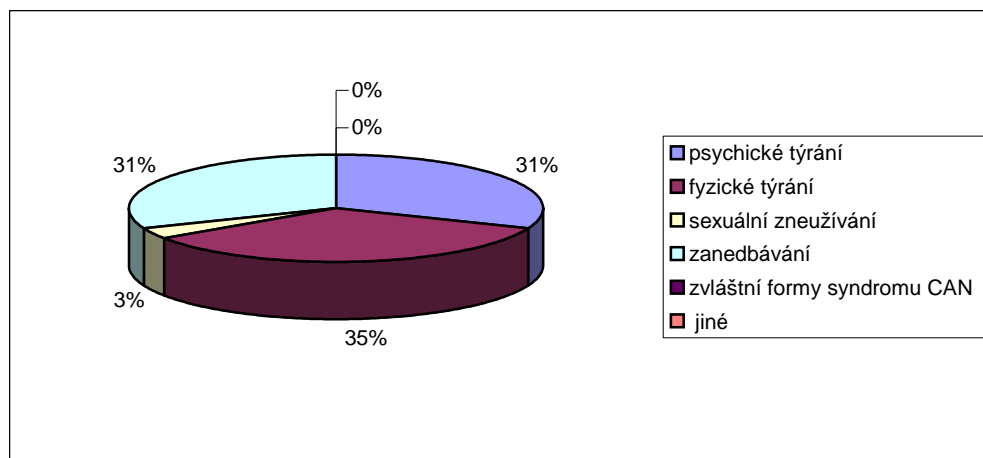
Zdroj: Vlastní výzkum

4. skupina (vyšší odborné vzdělání):



Zdroj: Vlastní výzkum

#### 5. skupina (vysokoškolské vzdělání):



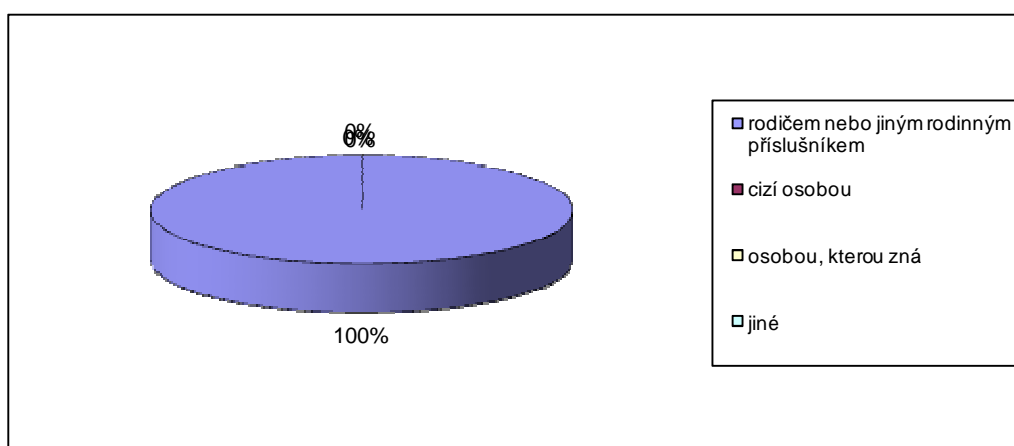
Zdroj: Vlastní výzkum

Co se týče forem zneužívání, 62 % respondentů z první skupiny se domnívá, že nejčastější je psychické týrání, dále pak zanedbávání a sexuální zneužívání (obě formy 13 %), následuje fyzické týrání (12 %). Druhá skupina se domnívá, že nejčastěji zastoupeno bývá psychické týrání (35 %), následuje fyzické týrání (29 %), sexuální zneužívání (24 %) a nakonec zanedbávání a zvláštní formy syndromu CAN (obě tyto formy 6 %). Dle třetí skupiny je nejvíce praktikováno týrání psychické (38 %), těsně následuje týrání fyzické (31 %) zanedbávání (22 %) a nakonec sexuální zneužívání (9 %). Čtvrtá skupina uvádí coby nejčastější formu týrání fyzické (46 %), dále pak psychické týrání (36 %) a sexuální zneužívání (18 %). Pátá skupina respondentů považuje za nejčastější týrání fyzické (35 %), dále pak psychické týrání a zanedbávání (obě formy po 31 %) a nakonec sexuální zneužívání (3 %). První tři skupiny respondentů se tedy domnívají, že nejčastější formou syndromu CAN je násilí psychické, čtvrtá a pátá skupina na tuto pozici staví násilí fyzické. Co se týče celkového hodnocení, lze říci, že dle respondentů je nejčastější násilí psychické, dále pak fyzické, sexuální zneužívání a nakonec zanedbávání. Druhá skupina (střední vzdělání bez maturity) jako jediná reflektuje možnost zvláštních forem syndromu CAN coby nejčastější, respondenti třetí skupiny ani v jednom případě neuvodili možnost zanedbávání.

## 9. Dítě je nejčastěji týráno

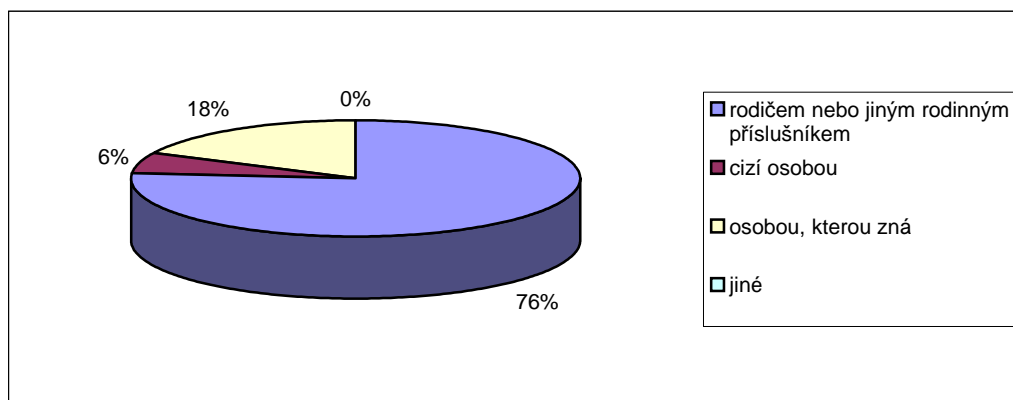
- a) rodičem nebo jiným rodinným příslušníkem
- b) cizí osobou
- c) osobou, kterou zná, např. paní na hlídání, vedoucí dětského kroužku, trenér ve sportovním oddíle....
- d) jiné

### 1. skupina (základní vzdělání):



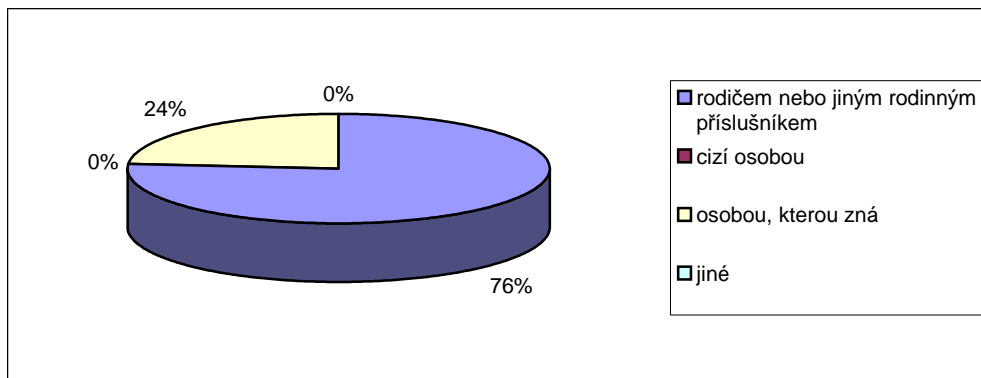
Zdroj: Vlastní výzkum

### 2. skupina (střední vzdělání bez maturity):



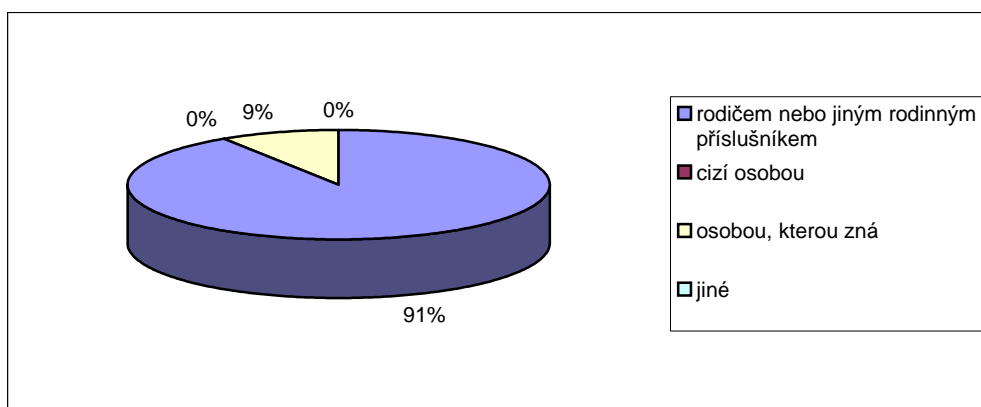
Zdroj: Vlastní výzkum

3. skupina (střední vzdělání s maturitou):



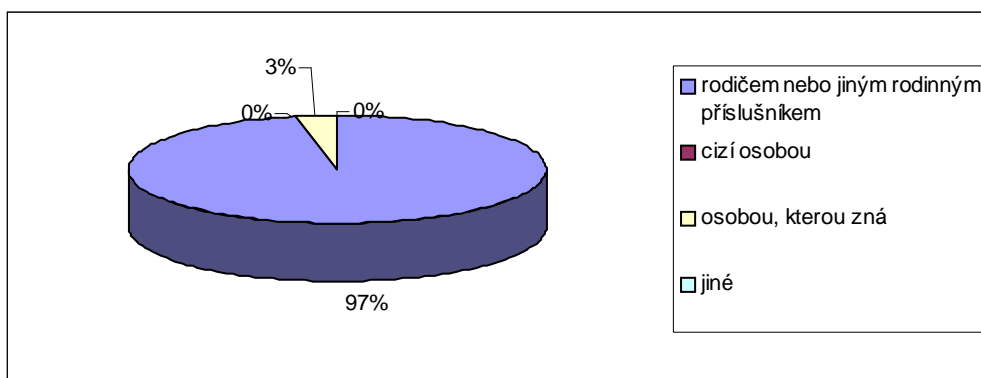
Zdroj: Vlastní výzkum

4. skupina (vyšší odborné vzdělání):



Zdroj: Vlastní výzkum

5. skupina (vysokoškolské vzdělání):



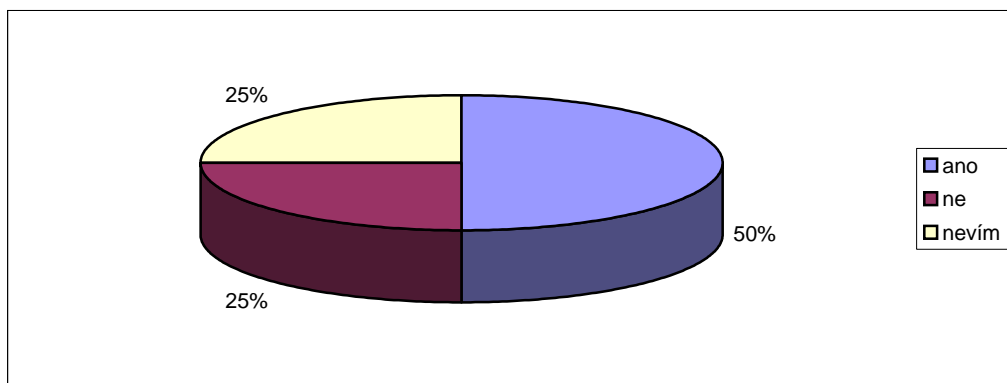
Zdroj: Vlastní výzkum

Všichni respondenti z první skupiny se domnívají, že dítě je nejčastěji týráno rodičem či jiným rodinným příslušníkem, téhož názoru je 76 % respondentů ze druhé a třetí, 91 % ze čtvrté a 97 % respondentů z páté skupiny. Mimo to se 18 % respondentů ze druhé, 24 % ze třetí, 9 % ze čtvrté a 3 % z páté skupiny domnívají, že dítě nejčastěji týrá jiná osoba, kterou dítě zná a dle 6 % respondentů z druhé skupiny je nejčastějším týrajícím cizí osoba. Většina respondentů ze všech skupin je toho názoru, že nejčastěji týrající osobou je rodič či jiný rodinný příslušník, oproti tomu se část respondentů z druhé skupiny domnívá, že touto osobou může být i někdo úplně cizí.

10. Myslíte si, že je možné předcházet týrání dětí?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

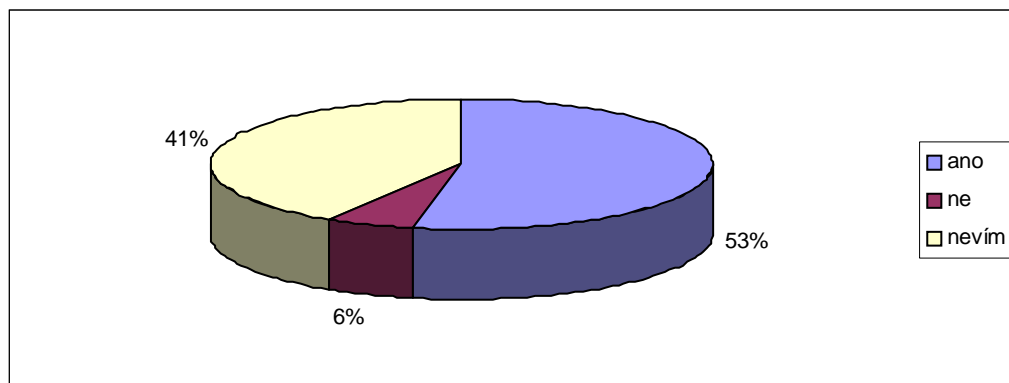
1. skupina (základní vzdělání):



Zdroj: Vlastní výzkum

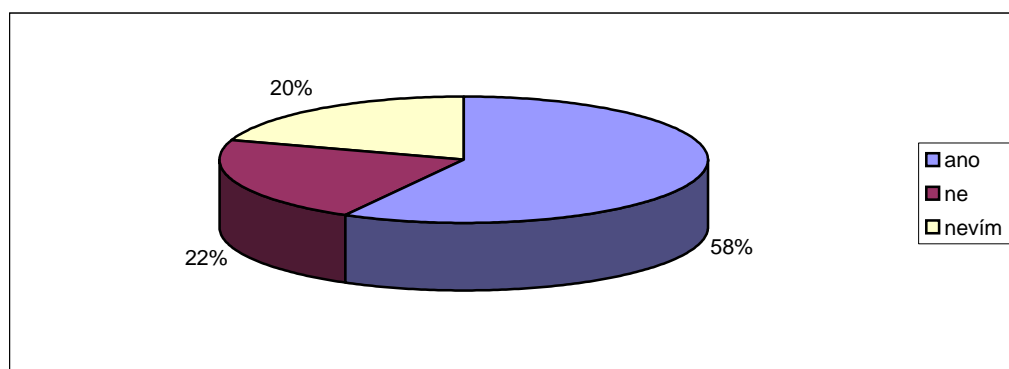


2. skupina (střední vzdělání bez maturity):



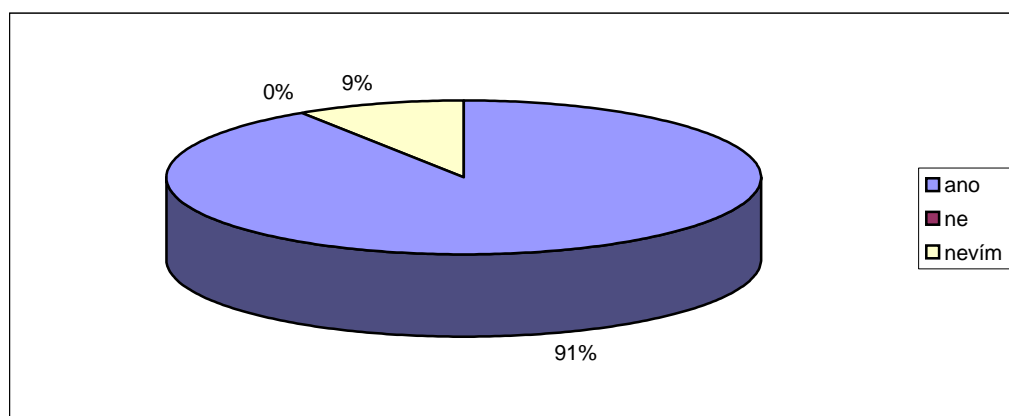
Zdroj: Vlastní výzkum

3. skupina (střední vzdělání s maturitou):



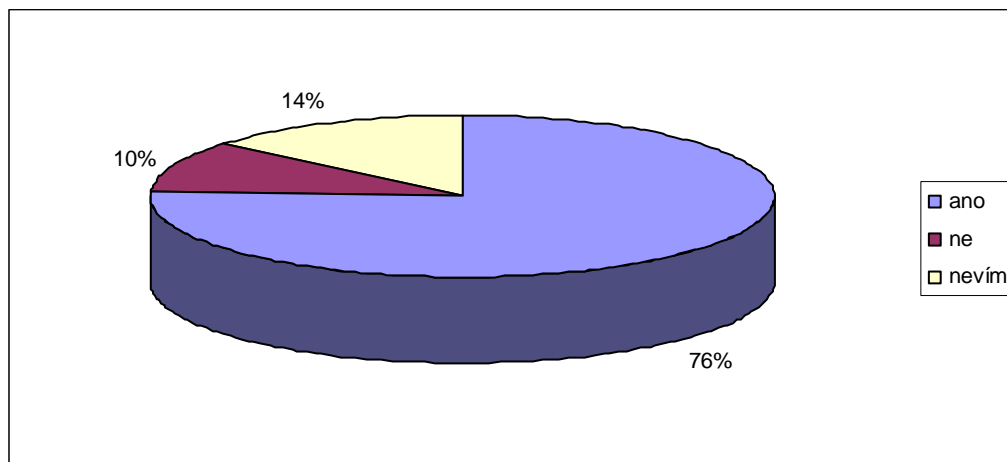
Zdroj: Vlastní výzkum

4. skupina (vyšší odborné vzdělání):



Zdroj: Vlastní výzkum

## 5. skupina (vysokoškolské vzdělání):



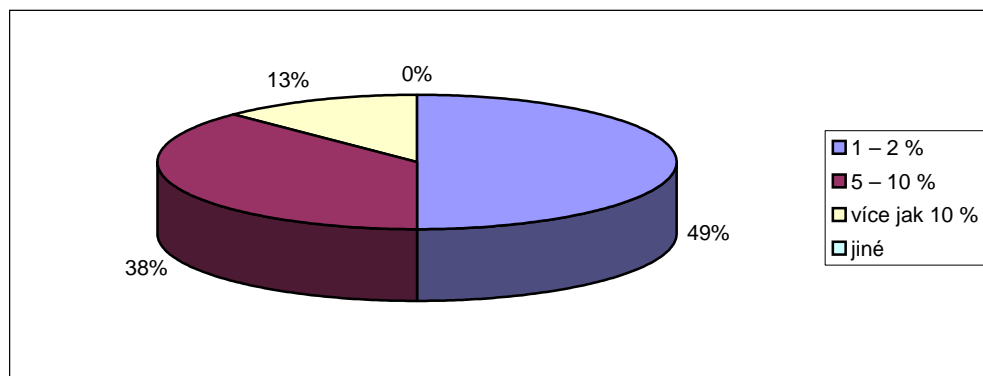
Zdroj: Vlastní výzkum

Předcházet týrání dětí je možné dle 50 % respondentů z první, 53 % z druhé, 58 % ze třetí, 91 % ze čtvrté a 76 % respondentů z páté skupiny. Toho názoru, že týrání dětí předcházet nelze, je 25 % respondentů patřících do první, 6 % do druhé, 22 % do třetí a 10 % respondentů patřících do páté skupiny. Odpověď „nevím“ uvedlo 25 % respondentů první skupiny, 41 % druhé, 20 % třetí, 9 % čtvrté a 14 % respondentů páté skupiny. Lze tedy říci, že, až na fakt „prohození“ čtvrté a páté skupiny, roste míra domněnky možnosti předcházení týrání dětí s výškou dosaženého vzdělání. Kromě toho měli respondenti spadající do první skupiny nejvíce odpovědí „ne“ a „nevím“.

## 11. Kolik dětí trpí v současné době syndromem CAN?

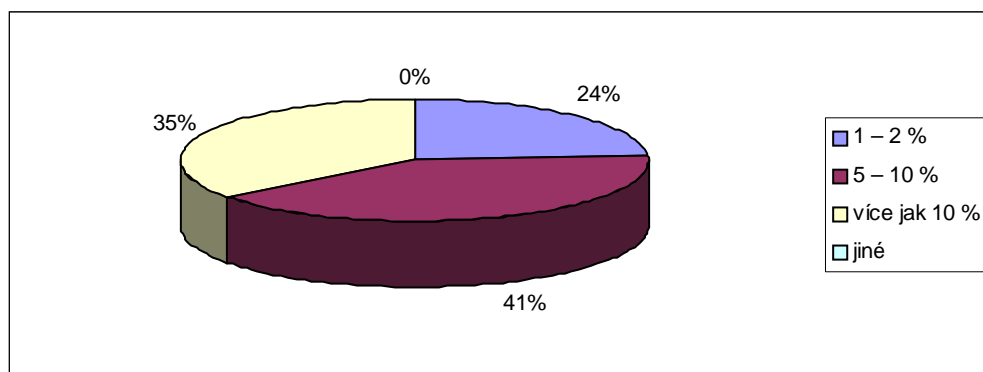
- a) 1 – 2 %
- b) 5 – 10 %
- c) více jak 10 %
- d) jiné

1. skupina (základní vzdělání):



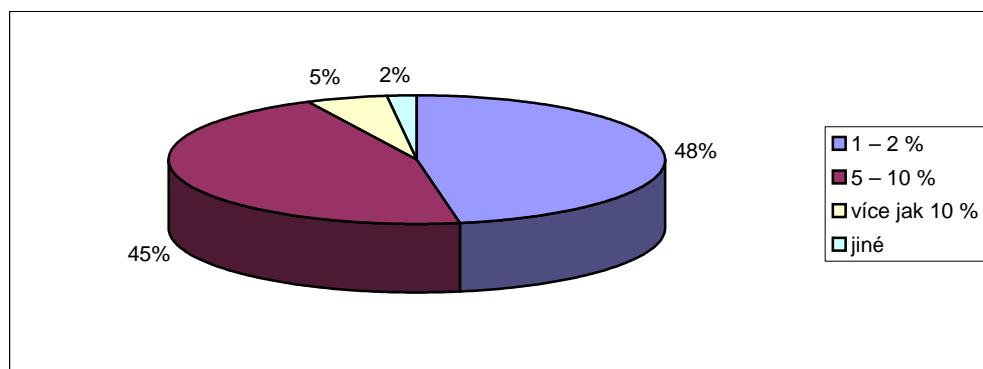
Zdroj: Vlastní výzkum

2. skupina (střední vzdělání bez maturity):



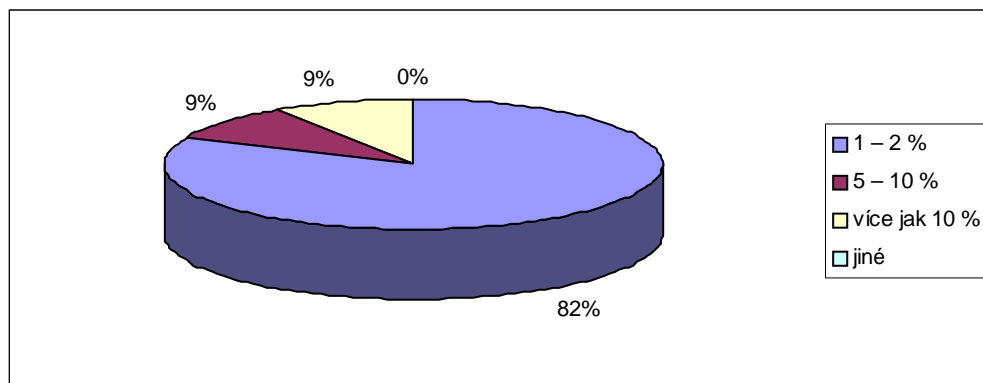
Zdroj: Vlastní výzkum

3. skupina (střední vzdělání s maturitou):



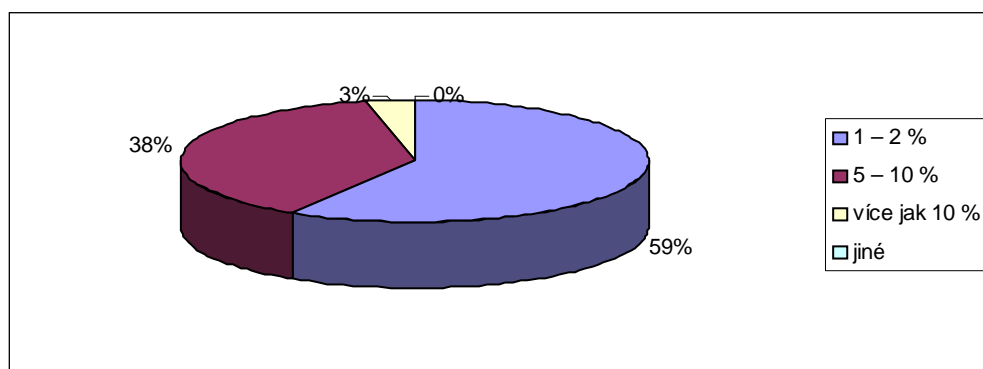
Zdroj: Vlastní výzkum

#### 4. skupina (vyšší odborné vzdělání):



Zdroj: Vlastní výzkum

#### 5. skupina (vysokoškolské vzdělání):



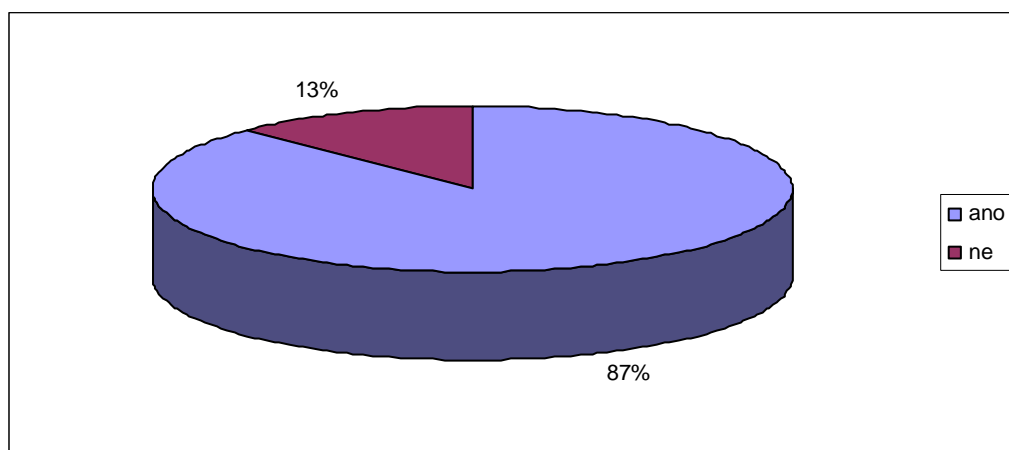
Zdroj: Vlastní výzkum

1 – 2 % dětí v současné době trpí syndromem CAN dle 49 % respondentů z první, 24 % z druhé, 48 % respondentů ze třetí, 82 % ze čtvrté a 59 % respondentů z páté skupiny. 5 – 10 % dětí je týráno dle 38 % respondentů z první, 41 % z druhé, 45 % ze třetí, 9 % ze čtvrté a 38 % respondentů z páté skupiny. Více jak 10 % dětí trpí syndromem CAN dle 13 % respondentů z první, 35 % z druhé, 5 % ze třetí, 9 % ze čtvrté a 3 % respondentů z páté skupiny. Kromě toho se 2 % respondentů ze třetí skupiny domnívají, že toto procentuální vyjádření je jiné. Co se týče počtu týraných dětí, lze říci, že nejpesimističtější je v tomto ohledu skupina respondentů se středním vzděláním bez maturity, následují respondenti se středním vzděláním s maturitou,

základním a vysokoškolským vzděláním. Názorům odborníků je nejbližší mínění respondentů s vyšším odborným vzděláním.

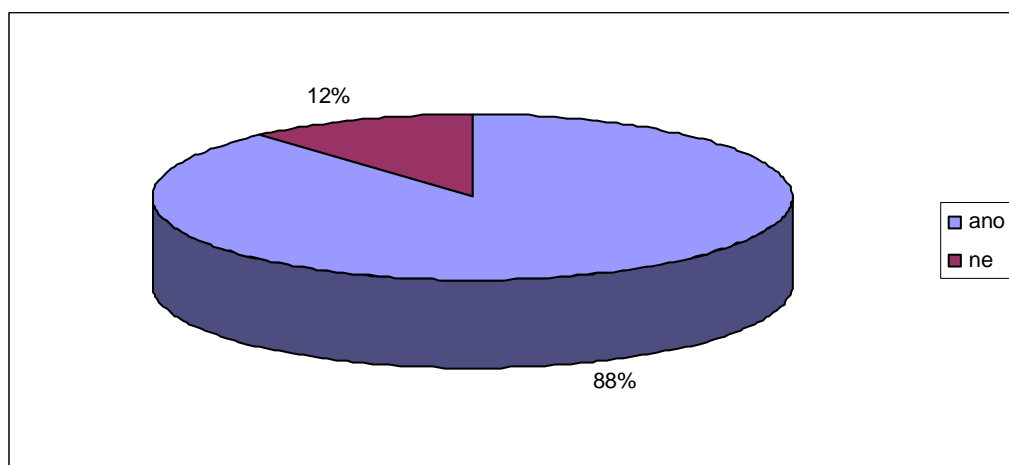
12. Znáte nějakou organizaci, která se zabývá pomocí týraným dětem?

1. skupina (základní vzdělání):



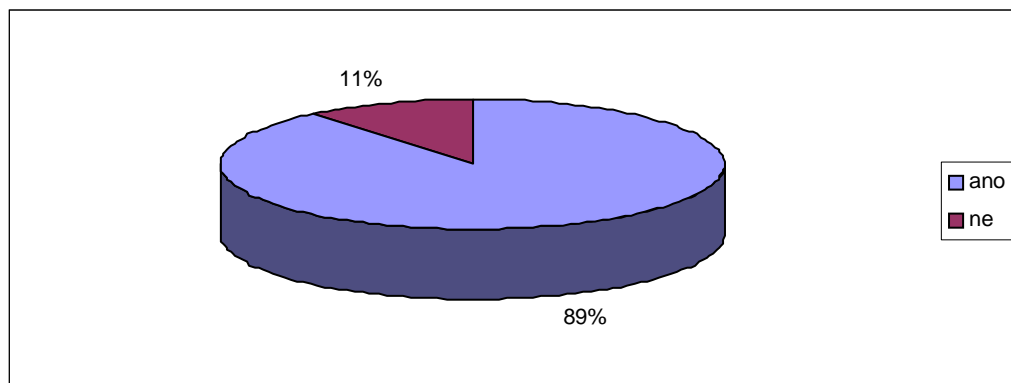
Zdroj: Vlastní výzkum

2. skupina (střední vzdělání bez maturity):



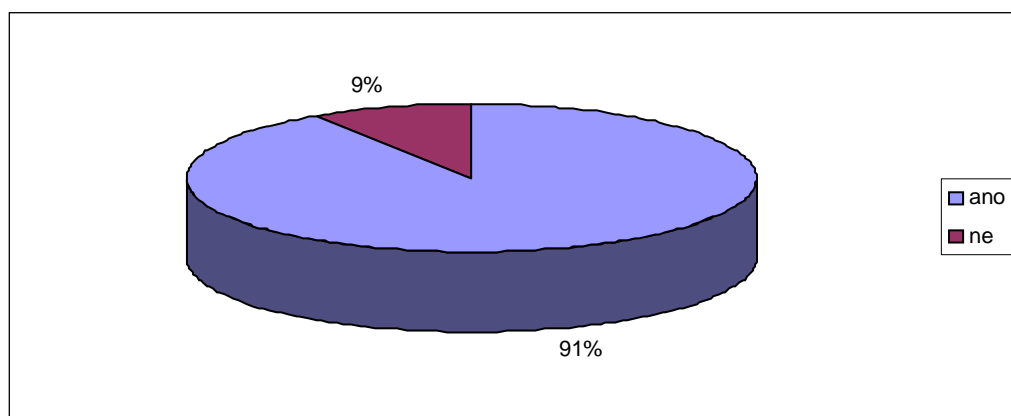
Zdroj: Vlastní výzkum

3. skupina (střední vzdělání s maturitou):



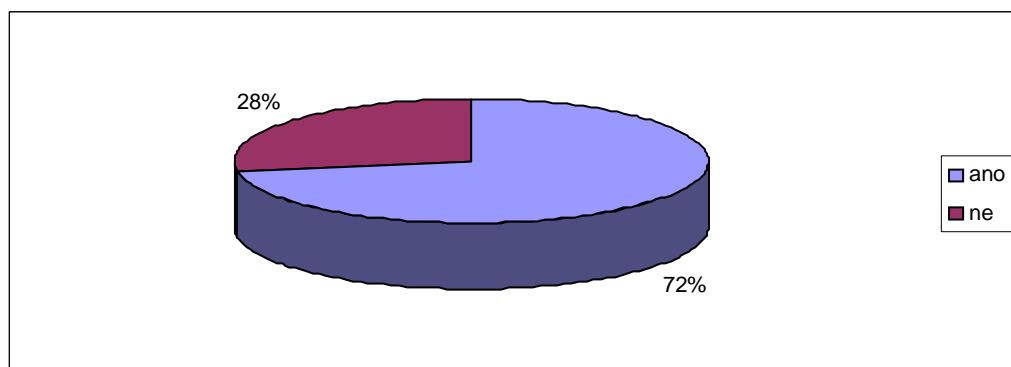
Zdroj: Vlastní výzkum

4. skupina (vyšší odborné vzdělání):



Zdroj: Vlastní výzkum

5. skupina (vysokoškolské vzdělání):

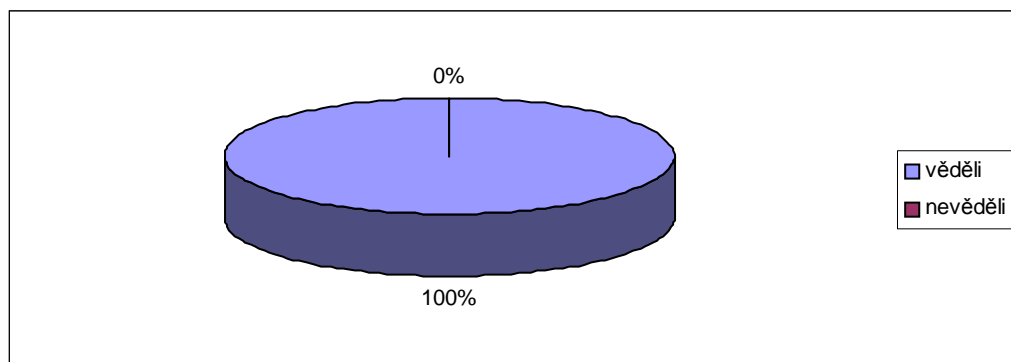


Zdroj: Vlastní výzkum

Libovolnou organizaci, která se zabývá pomocí týraným dětem, zná 87 % respondentů první, 88 % druhé, 89 % třetí, 91 % čtvrté a 72 % respondentů páté skupiny. Zbývající respondenti uvádějí, že žádnou takovou organizaci neznají. Paradoxně se může jevit fakt, že v celkovém součtu respondentů má skupina s nejvyšším dosaženým vzděláním nejnižší počet kladných odpovědí, a to s poměrně velkým odstupem vzhledem k ostatním skupinám.

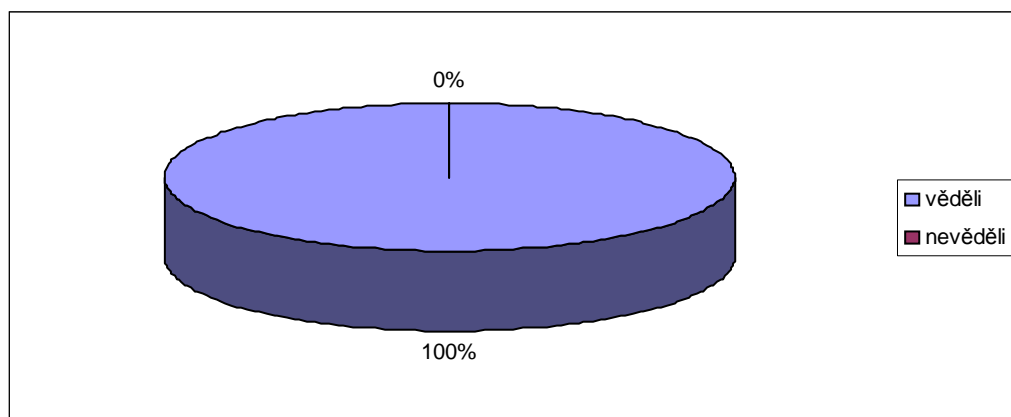
13. Kam byste se obrátili v případě, že byste věděli o týraném dítěti?

1 skupina (základní vzdělání):



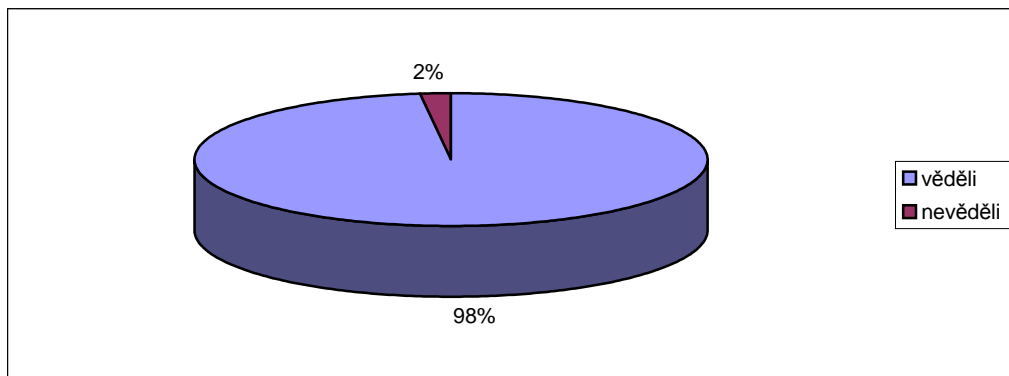
Zdroj: Vlastní výzkum

1. skupina (střední vzdělání bez maturity):



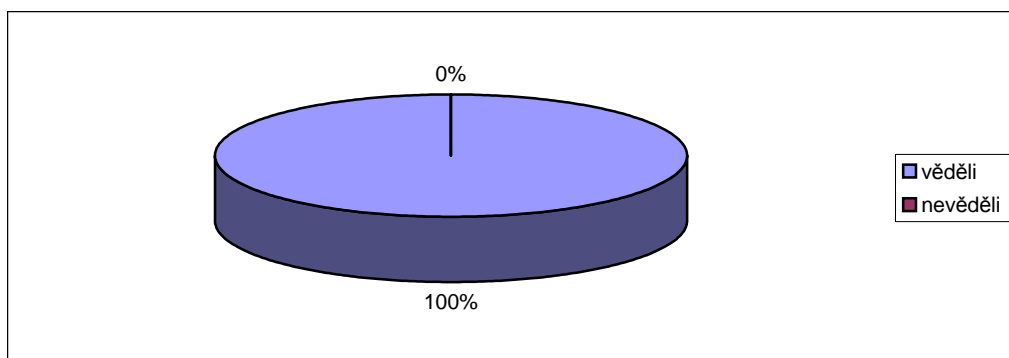
Zdroj: Vlastní výzkum

2. skupina (střední vzdělání s maturitou):



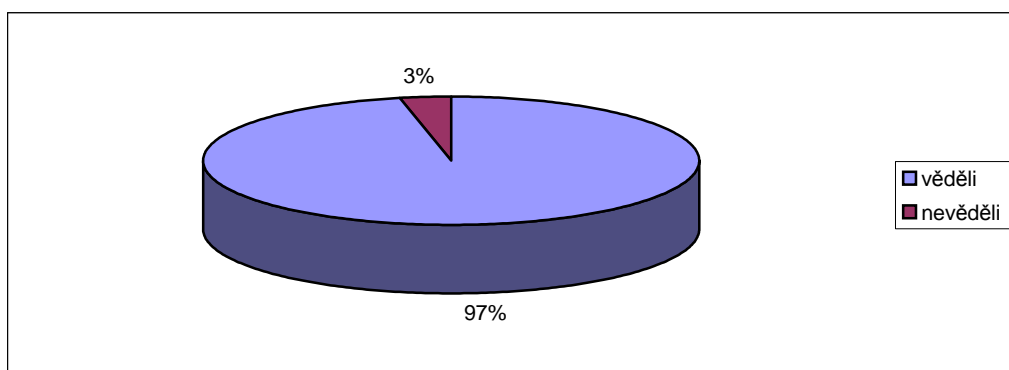
Zdroj: Vlastní výzkum

3. skupina (vyšší odborné vzdělání):



Zdroj: Vlastní výzkum

4. skupina (vysokoškolské vzdělání):



Zdroj: Vlastní výzkum

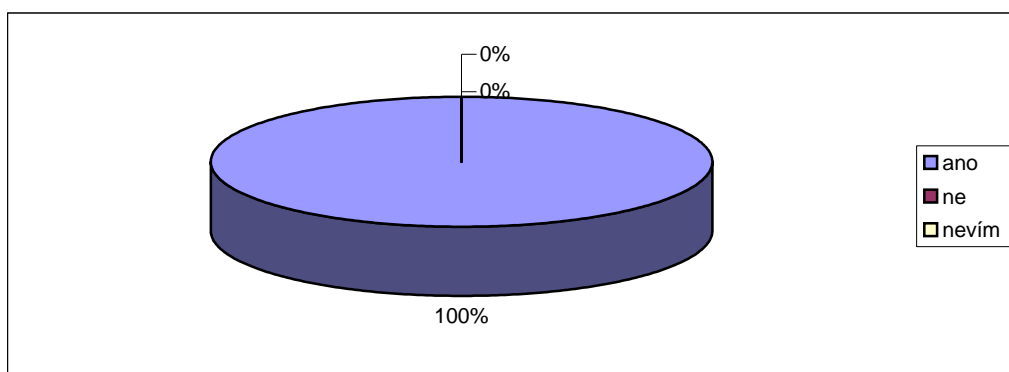


V případě, kdy by věděli o týraném dítěti, by všichni respondenti z první, druhé a čtvrté skupiny věděli, kam se obrátit. Tyto vědomosti by nechyběly ani 98 % respondentů ze třetí a 97 % respondentů z páté skupiny. Nejvíce negativních odpovědí bylo opět uvedeno skupinou s nejvyšším dosaženým vzděláním.

14. Myslíte si, že týrané děti si nesou následky týrání i v dospělosti?

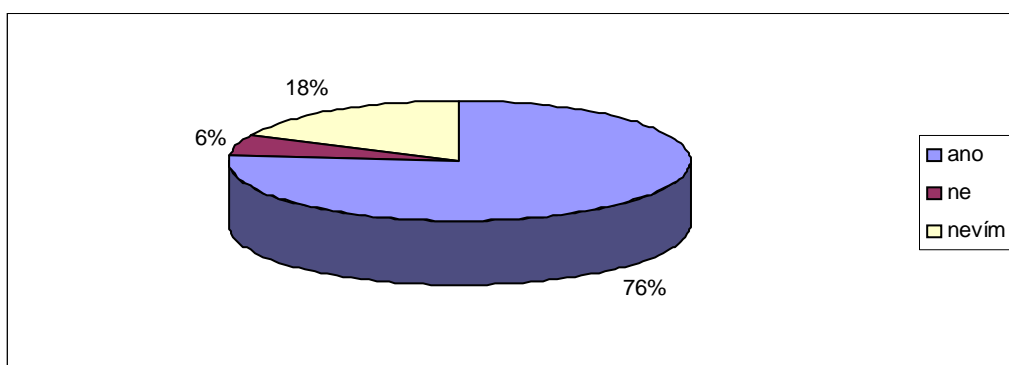
- a) ano
- b) ne
- c) nevím

1. skupina (základní vzdělání):



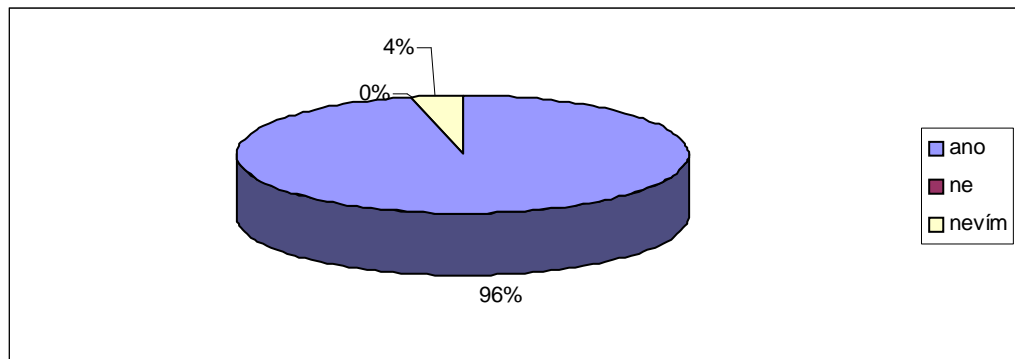
Zdroj: Vlastní výzkum

2. skupina (střední vzdělání bez maturity):



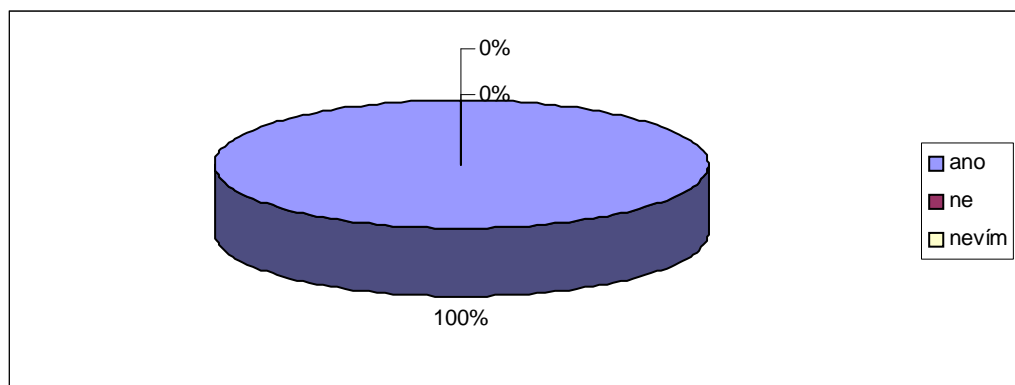
Zdroj: Vlastní výzkum

3. skupina (střední vzdělání s maturitou):



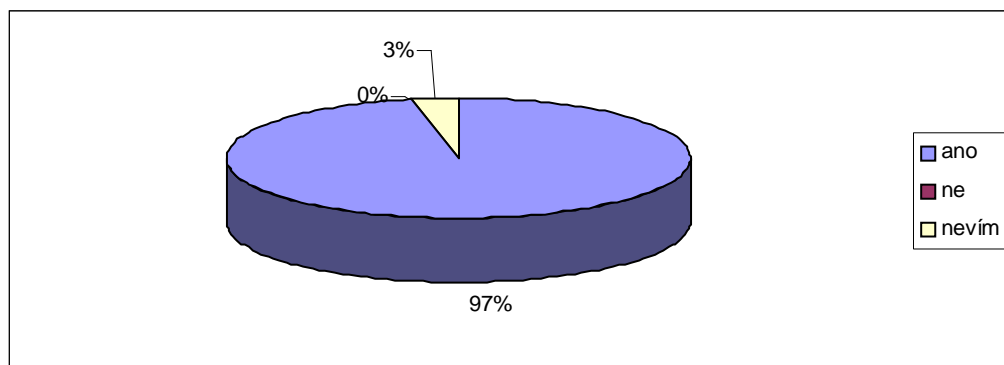
Zdroj: Vlastní výzkum

4. skupina (vyšší odborné vzdělání):



Zdroj: Vlastní výzkum

5. skupina (vysokoškolské vzdělání):



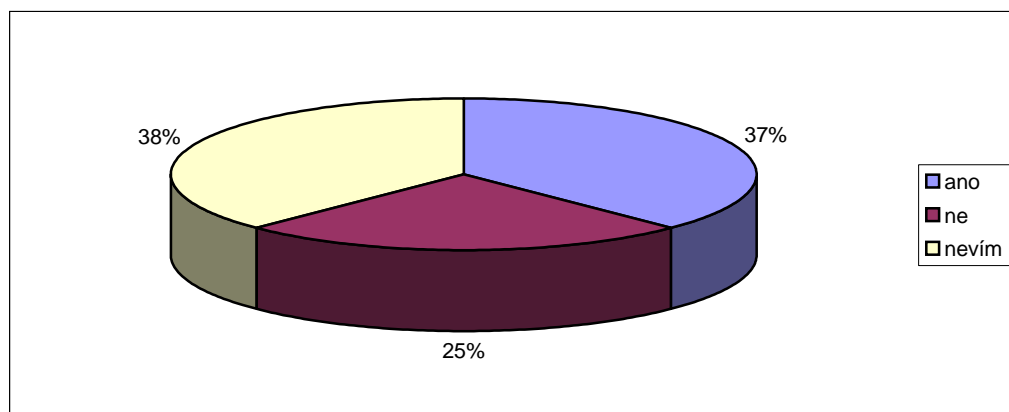
Zdroj: Vlastní výzkum

Všichni respondenti z první a čtvrté věkové skupiny si myslí, že týrané děti si nesou následky i do dospělosti, druhá skupina odpovídá v 76 % shodně, 6 % jsou toho názoru, že si dítě žádné následky nenese a 18 % neví. Co se týče třetí skupiny, 96 % respondentů se rovněž domnívá, že si dítě tyto následky do budoucnosti odnáší, 4 % neví. V páté skupině se 97 % respondentů domnívá, že si dítě nese následky do dospělosti, 3 % neví. Názor, že přenos následků týrání do budoucnosti dítěte se neodehrává, je tedy vlastní pouze určitému počtu respondentů se středním vzděláním bez maturity, tato skupina uvedla též nejvyšší počet odpovědí „nevím“.

15. Myslíte si, že práva dětí jsou zakotvena v zákoně?

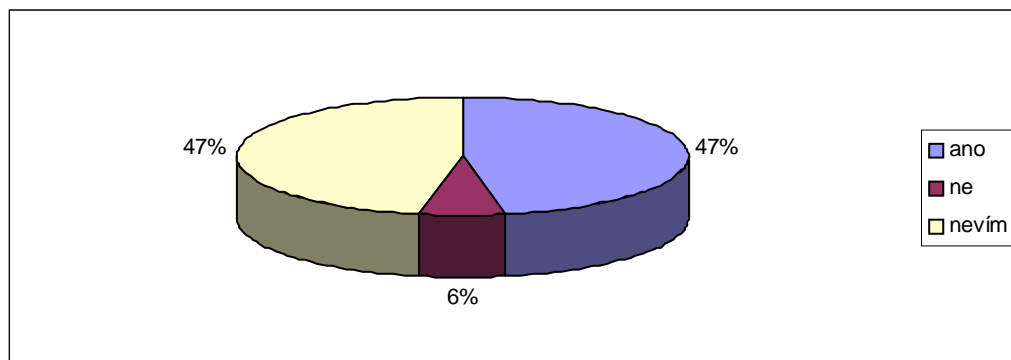
- a) ano
- b) ne
- c) nevím

1. skupina (základní vzdělání):



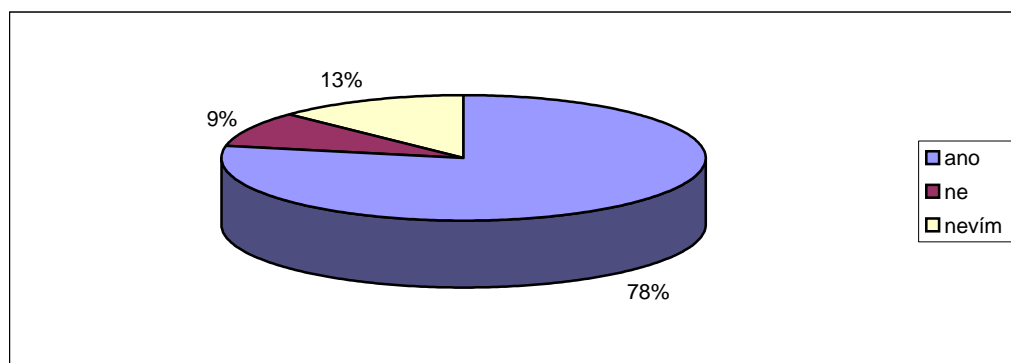
Zdroj: Vlastní výzkum

2. skupina (střední vzdělání bez maturity):



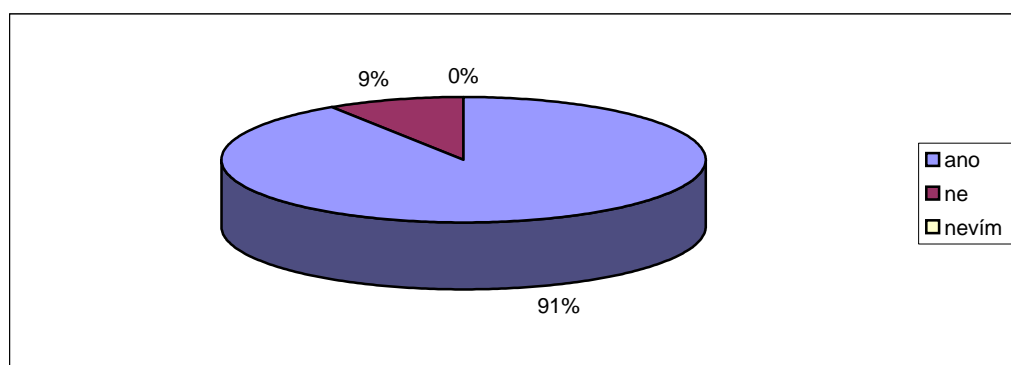
Zdroj: Vlastní výzkum

3. skupina (střední vzdělání s maturitou):



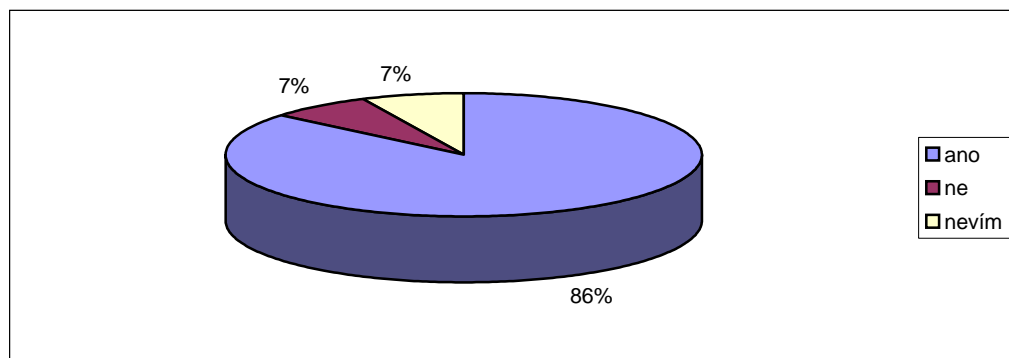
Zdroj: Vlastní výzkum

4. skupina (vyšší odborné vzdělání):



Zdroj: Vlastní výzkum

5. skupina (vysokoškolské vzdělání):



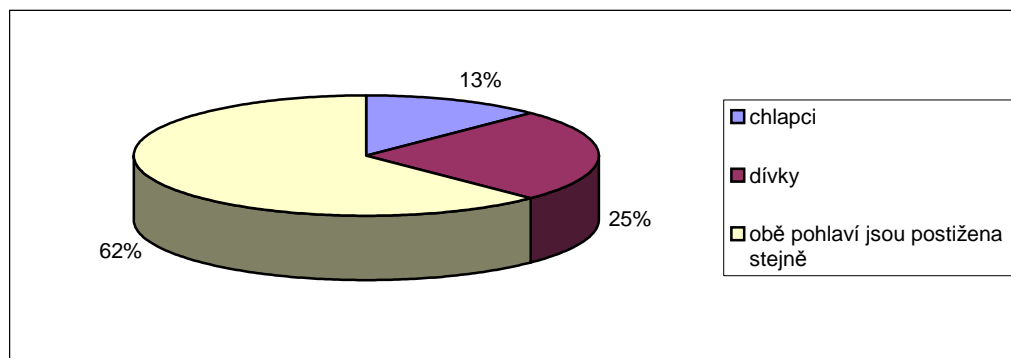
Zdroj: Vlastní výzkum

Práva dětí jsou zakotvena v zákoně dle 37 % respondentů z první, 47 % z druhé, 78 % z třetí a 91 % ze čtvrté a 86 % respondentů z páté skupiny. Opačného názoru je 25 % respondentů z první, 6 % z druhé, 9 % ze třetí a čtvrté a 7 respondentů z páté skupiny. Odpověď „nevím“ zvolilo 38 % respondentů z první, 47 % z druhé, 13 % ze třetí a 7 % respondentů z páté skupiny. Lze tedy, až na „prohození“ čtvrté a páté skupiny, říci, že se vzrůstajícím vzděláním roste u respondentů domněnka zakotvenosti práv dětí v zákoně, o odpovědi „nevím“ platí to samé. Celá čtvrtina respondentů s nejvyšším dosaženým základním vzděláním je toho názoru, že práva dětí v zákoně zakotvena nejsou.

16. Které pohlaví je postiženo častěji týráním?

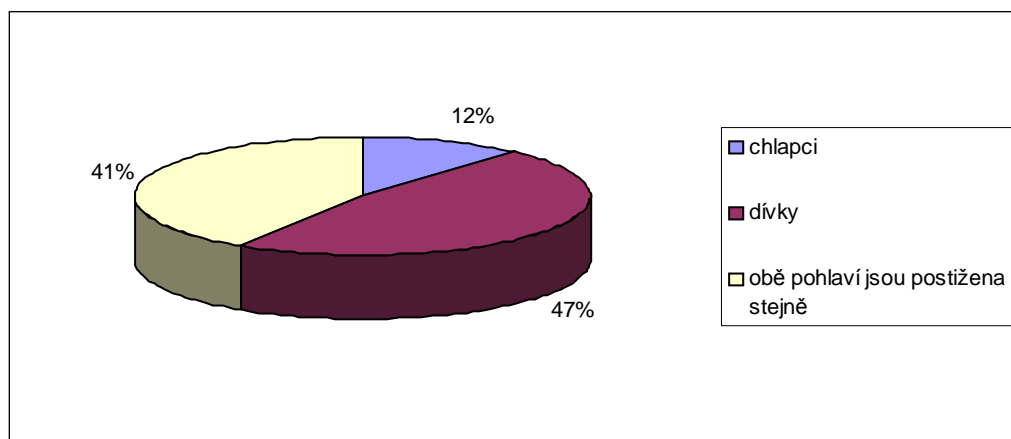
- a) chlapci
- b) dívky
- c) obě pohlaví jsou postižena stejně

1. skupina (základní vzdělání):



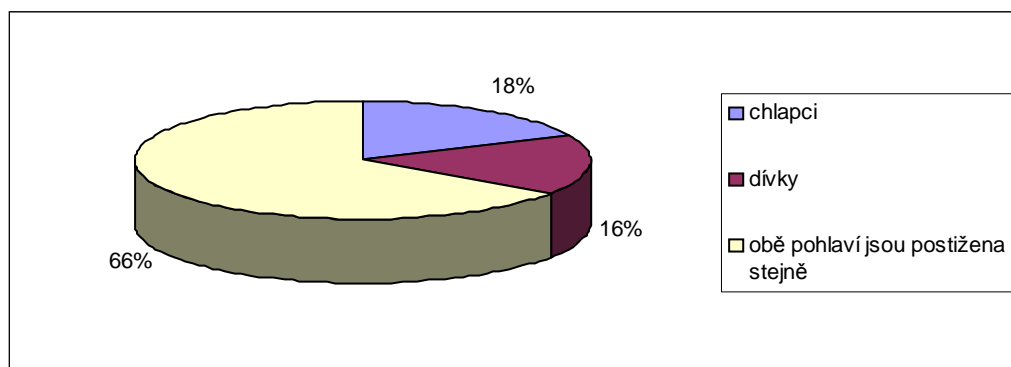
Zdroj: Vlastní výzkum

2. skupina (střední vzdělání bez maturity):



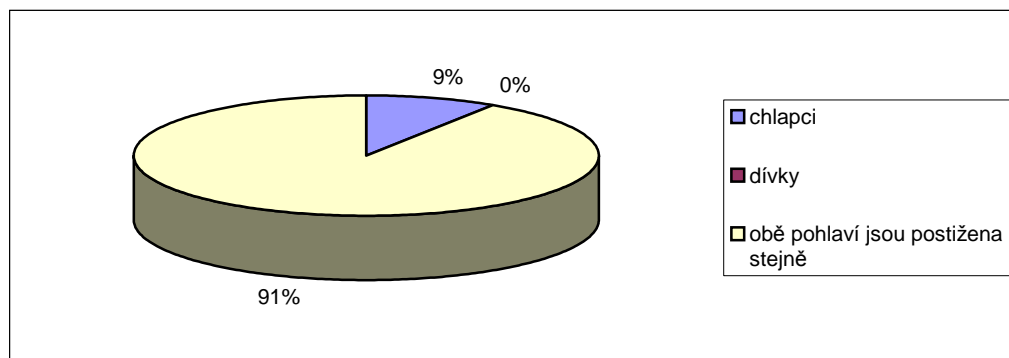
Zdroj: Vlastní výzkum

3. skupina (střední vzdělání s maturitou):



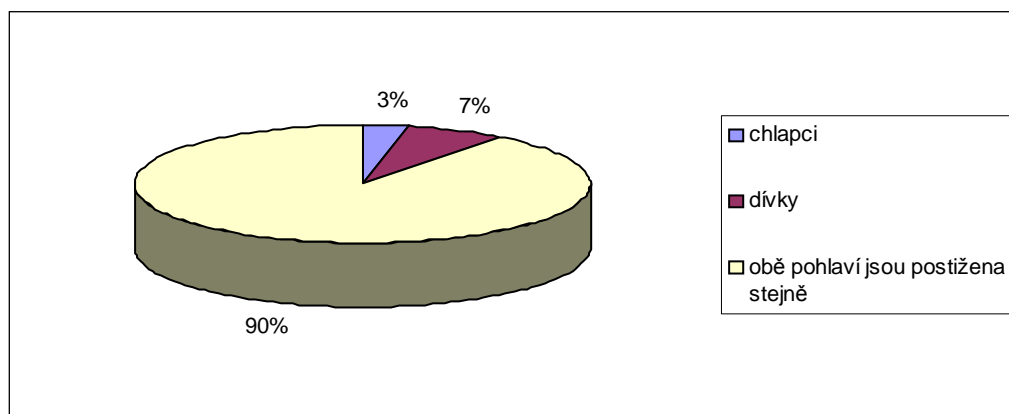
Zdroj: Vlastní výzkum

#### 4. skupina (vyšší odborné vzdělání):



Zdroj: Vlastní výzkum

#### 5. skupina (vysokoškolské vzdělání):



Zdroj: Vlastní výzkum

Co se týče zastoupení pohlaví v četnosti týraných dětí, obě pohlaví jsou postižena stejně dle 62 % respondentů z první, 41 % z druhé, 66 % ze třetí, 91 % ze čtvrté a 90 % respondentů z páté skupiny. Vyšší zastoupení mužského pohlaví zvolilo 13 % respondentů z první, 12 % z druhé, 18 % ze třetí, 9 % ze čtvrté a 3 % z páté skupiny. Oproti tomu dívky jsou častěji týrány dle 25 % respondentů z první, 47 % ze druhé, 16 % ze třetí a 7 % respondentů z páté skupiny. Až na druhou skupinu, která toto neblahé prvenství připisuje dívkám, je většina ostatních respondentů toho názoru, že obě pohlaví jsou týráním postižena stejně. Na pomyslném druhém místě se umisťují dívky.

## 5. DISKUZE

V empirické části své práce se zabývám informovaností veřejnosti pro problém syndromu CAN. Cílem práce bylo zjistit, do jaké míry je veřejnost města Kolína informována o problematice týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí. K tomuto cíli se vztahují obě hypotézy, a to H1: informovanost veřejnosti pro problém syndromu CAN souvisí s věkem a H2: informovanost veřejnosti pro problém CAN souvisí se vzděláním.

Základní soubor mého šetření tvoří veřejnost města Kolín starší osmnácti let. V dotazníku jsem zaměřila otázky 1, 2 a 3 na základní identifikační údaje, jako je pohlaví, věk a vzdělání. Skupiny respondentů rozdělené podle vzdělání jsou následující: základní vzdělání, střední vzdělání bez maturity, střední vzdělání s maturitou, vyšší odborné vzdělání a vysokoškolské vzdělání. Věkové rozdělení respondentů je takovéto: 1. skupina od 18 do 30 let, 2. skupina od 31 do 45 let, 3. skupina od 46 do 65 let, 4. skupina od 66 let a výše.

Dalšími otázkami jsem se již snažila zjistit znalosti jednotlivých respondentů. Dle výsledků se potvrdila hypotéza č. 1, která zní, že informovanost veřejnosti souvisí s věkem. Mladší věkové skupiny měly lepší výsledky než starší věkové skupiny. Domnívám se, že je to způsobeno velkou dosažitelností internetu, kde si mladí lidé mohou najít množství informací o problematice syndromu CAN. Dále se domnívám, že vyšší informovanost u mladší populace je způsobena i přednáškami ve škole. Hypotéza č. 2: informovanost veřejnosti souvisí se vzděláním, se nepotvrdila. Žádná skupina respondentů podle vzdělání neměla výrazně vyšší nebo nižší vědomosti o syndromu CAN. Domnívám se, že tento výsledek je způsoben tím, že někteří respondenti jsou mladí, budou ještě studovat a zatím nedosáhli svého konečného vzdělání, takže jsou například zařazeni do skupiny se základním nebo středoškolským vzděláním, ale s velkou pravděpodobností budou mít vysokoškolské vzdělání. Usuzuji tak proto, že nemalý počet dotazníků jsem získala od studentů gymnázia v Kolíně a od studentů vysokých škol.



Vyšší informovanost mladších generací o syndromu CAN se projevila již v otázce č. 4, kde u respondentů z 1. skupiny byl největší rozdíl mezi správnou odpovědí a odpověďmi špatnými. Z 1. skupiny odpovědělo správně 79 % respondentů, z 2. skupiny 50 % respondentů, ve 3. skupině 45 % respondentů a ve 4. skupině už jen 29 % respondentů. Tyto výsledky samozřejmě mohou být ovlivněné neznalostí anglického jazyka u starších generací, ale přitom je tato zkratka běžně používaná již od sedmdesátých let.

Velmi mě překvapilo, že většina respondentů byla schopna správně vyjmenovat pět příznaků, podle kterých se dá usuzovat na to, že je dítě týrané - z celkového počtu 120 respondentů je vyjmenovalo 90 respondentů. To znamená, že 75 % respondentů odpovědělo správně.

Dalším povzbuzujícím údajem je výsledek otázky, zda respondenti znají nějakou organizaci, která se zabývá pomocí týraným dětem. Ze 120 respondentů nějakou tuto organizaci zná 102 respondentů, což je 85 %. Mezi nejčastěji jmenované patřila Linka důvěry, Fond ohrožených dětí a Bílý kruh bezpečí, všechny tyto organizace jsem stručně charakterizovala v teoretické části práce a také je považuji za nejznámější.

Dalším údajem, který považuji za důležitý zmínit, je výsledek otázky, kam by se respondenti obrátili v případě, že by věděli o týraném dítěti. V této otázce odpovědělo správně (věděli, kam by se obrátil) 113 respondentů, a to je 94 %. Velmi častou odpovědí bylo, že by se respondenti obrátili na policii nebo na orgán sociálně právní ochrany dětí, což považuji za velmi dobré, protože jak uvádím v teoretické části, je hlášení případu týrání dětí ze zákona povinné (32). Výsledky těchto otázek jsem považovala za nejdůležitější z celého dotazníku, a proto je zmiňuji v diskuzi. Správnost odpovědí jsem si ověřovala tak, že respondenti museli napsat jméno organizace i instituci, kam by se obrátili pro pomoc, kdyby se dověděli o týraném dítěti.

Jak uvádím v teoretické části, dítě je nejčastěji týráno rodičem nebo jiným rodinným příslušníkem (29). Na tuto problematiku jsem směřovala otázku č. 9. Také velké množství respondentů (90 %) odpovědělo na tuto otázku shodně s tvrzením

odborníků. Toto povědomí ovlivňují podle mě především silně medializované kauzy týrání dětí jak v České republice, tak i v zahraničí.

V teorii práce se zabývám i prevencí syndromu CAN. Na tento problém byla zaměřena otázka č. 10, ve které respondenti odpovídali, zda si myslí, že je možné předcházet syndromu CAN. Z dotazníků vyplynulo, že 60 % respondentů se domnívá, že týrání dětí lze předcházet.

S prevencí syndromu CAN souvisí i otázka č. 14, kde se ptám, zda si týrané děti nesou následky týrání i v dospělosti. Protože je prokázáný takzvaný transgenerační přenos syndromu CAN, považovala jsem za důležité zeptat se respondentů na tuto problematiku. Celých 90 % respondentů na tuto otázku odpovědělo správně (což znamená, že si týrané děti nesou následky týrání i v dospělosti) a to považuji za velmi dobrý výsledek.

Lidé si často ani neuvědomují, že informace o týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětech mají. Velmi často jsem se setkávala s reakcí, že o tématu nic nevědí a dotazník vyplňovat ani nebudou. Když se mi tyto respondenty podařilo přesvědčit aby dotazník vyplnili, s překvapením zjišťovali, že o tématu přece jen něco vědí a jejich odpovědi byly správné.

Překvapil mě i výsledek otázky, zda se někdy respondent setkal s týraným dítětem. Ze 120 respondentů se 41 setkalo s takto postiženým dítětem, což znamená 34 %. To považuji za velmi alarmující výsledek, když si uvědomím, že všechny případy týrání dětí nejsou odhaleny. V současné době je počet týraných dětí odhadován na 1 – 2 % (19).

Poměrně přesné byly i odpovědi respondentů na otázku ohledně počtu týraných dětí v České Republice. Odborníci počet odhadují na 1- 2 % (19). Správně odpovědět se podařilo celé polovině respondentů.

Myslím si, že systém informování veřejnosti v České Republice je na poměrně dobré úrovni (výsledky vědomostí v dotazníku byly dobré), ale někdy naráží na neochotu nás všech se na chvíli zastavit a poslouchat, že se všechny děti nemají dobře a některé zoufale potřebují podat pomocnou ruku. A proto je velmi důležitá činnost všech

organizací, které se na tento problém snaží upozornit a týraným, zneužívaným a zanedbávaným dětem pomoci.

V dotaznících bylo vidět, že velké množství informací se k lidem dostává přes internet, bohužel někdy jsou tyto informace zkreslené nebo zcela nepravdivé. Bohužel některé odpovědi respondentů byly spíše komické a člověk si musí klást otázku, zda si odpověď vymysleli a nebo se někde dověděli takovou informaci. Naštěstí bylo takových odpovědí jen málo, ale přece jen je to otázka k zamyšlení, zda je informovanost dostatečná.

## 6. ZÁVĚR

Informovanost veřejnosti o syndromu CAN je velmi zajímavým a aktuálním tématem. Je opravdu důležité, aby se informovanost veřejnosti o této problematice stále zlepšovala, protože jen tak se může zlepšit postavení týraných dětí.

Cílem této práce bylo zjistit informovanost veřejnosti pro problém syndromu CAN. Pro práci byly stanoveny dvě hypotézy, ve kterých jsme předpokládali, že informovanost veřejnosti pro problém syndromu CAN souvisí s věkem a se vzděláním. Hypotéza č. 1 – informovanost veřejnosti pro problém syndromu CAN souvisí se vzděláním, se potvrdila. Hypotéza č. 2 – informovanost veřejnosti pro problém syndromu CAN souvisí se vzděláním, se nepotvrdila.

Výsledky této bakalářské práce mohou být použity jako materiál pro organizace, které pomáhají týraným dětem a vytvářejí programy, které mají zvyšovat informovanost veřejnosti.

V teoretické části jsem popsala různé druhy týrání, příznaky týrání, způsoby odhalování špatného zacházení s dětmi a některé organizace, které pečují o zdravý a ničím nerušený vývoj dětí.

I přesto, že informovanost veřejnosti o problematice týrání, zneužívání a zanedbávání dětí je poměrně dobrá a většina respondentů si s dotazníkem dokázala celkem dobře poradit, je důležité stále se snažit informovanost veřejnosti zvyšovat, nejen u mládeže, ale i u dospělé populace a obzvláště u pracovníků, kteří se zabývají pomocí týraným dětem.

Myslím si, že informace by se k veřejnosti dostávaly mnohem snadněji, kdybychom se v dnešní uspěchané době na chvíli zastavili a začali naslouchat i ošklivým a smutným věcem. Týrané děti velmi často naráží na nevšímavost, aroganci a někdy až posměch. Je velmi důležité těmto dětem naslouchat, věřit jim a nezpochybňovat jejich výpověď. Při oslovování respondentů a prosbě o vyplnění dotazníku jsem se někdy setkala s odmítavou až negativní reakcí. Nedokážu si představit, jak by tito lidé reagovali, kdyby se někdy setkali s týraným dítětem.

## 7. KLÍČOVÁ SLOVA

Syndrom CAN

Fyzické týrání

Psychické týrání

Sexuální zneužívání

Zvláštní formy syndromu CAN

Shaken Baby Syndrome

Tělesné a psychické zanedbávání

Šikana

## 8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BAKALÁŘ, E. NOVÁK, D. *Syndrom zavrženého rodiče v České republice*. [online]. [cit. 2010-03-24]. Dostupné z <http://www.iustin.cz/Litera/BAKNOV.asp>
2. BECHYŇOVÁ, V. KONVIČKOVÁ, M. *Sanace rodiny*. 1. vydání. Praha: Portál, 2008. 152 s. ISBN 978-80-7367-392-5
3. Bílý kruh bezpečí. *Poslání a činnost* [online]. [cit. 2010-03-24]. Dostupné z [http://www.bkb.cz/redaction.php?action=showRedaction&id\\_category=Node=240](http://www.bkb.cz/redaction.php?action=showRedaction&id_category=Node=240)
4. Český výbor pro UNICEF. *Český výbor pro UNICEF*. [online]. [cit. 2010-03-28]. Dostupné z <http://www.unicef.cz/index.php?pg=2&id=39&zp=1>
5. ČÍRTKOVÁ, L. VITOUŠKOVÁ, P. *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů: příručka pro pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. 191 s. ISBN 978-80-247-2014-2
6. DUNOVSKÝ, J. *Týrané, zneužívané a zanedbávané děti – možnosti socializačního působení jako prevence nežádoucího vývoje*. Prevence úrazů, otrav a násilí 2005 ISSN 1801-0261
7. DUNOVSKÝ, J. DYTRYCH, Z. MATĚJČEK, Z. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1995. 248 s. ISBN 80-7169-192-5
8. FIŠEROVÁ. *Syndrom CAN (Child Abuse and Neglect)*. [online]. [cit. 2010-2-24]. Dostupné z <http://www.phil.muni.cz/~hump/psychoterapie>

/deti/Papers/CAN\_Fiserova.pdf

9. FOD. *O FOD*. [online]. [cit. 2010-03-28]. Dostupné z <http://www.fod.cz/>
10. HANUŠOVÁ, J. *Násilí na dětech – syndrom CAN*. [online]. [cit. 2010-03-24]. Dostupné z <http://www.icm.cz/files/N%C3%A1sil%C3%AD%20na%20d%C4%9Btech%20-%20syndrom%20CAN.pdf>
11. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o násilí*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004. 83 s. ISBN 80-7013-397-X
12. HORTL, VL. HRDLIČKA, M. KOCOURKOVÁ, J. MALÁ, E. et. al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vydání. Praha Portál, 2000. 496 s. ISBN 80-7178-472-9
13. HUBÁČKOVÁ, J. *Definice, formy, projevy*. [online]. 15. 7. 2005 [cit. 2010-03-18]. Dostupné z <http://www.zkola.cz/zkedu/rodiceaverejnost/socialnepatologickejevyajejichprevence/tyranizneuzivaniazane dbavanidetiidos pelych/fyzicketyranizneuzivaniazane dbavani/zakladnicharakteristika/13651.aspx>
14. HUBÁČKOVÁ, J. *Syndrom CAN: Definice a rizikové faktory*. [online]. 15.8.2007 [cit.2010-03-18]. Dostupné z <http://www.zkola.cz/zkedu/rodiceaverejnost/socialnepatologickejevyajejichprevence/tyranizneuzivaniazane dbavanidetiidospelych/syndromcan/12448.aspx>
15. ICM /Sociálně patologické jevy/ Týrání a zneužívání dětí. [online]. [cit. 2010-03-21]. Dostupné z <http://www.slunceweb.cz/wiki/ICM/Soci%>

C3%A1ln%C4%9B\_patologick%C3%A9\_jevy/T%C3%BDr%C3%A1n%C3%AD\_a\_zneu%C5%BE%C3%ADv%C3%A1n%C3%AD\_d%C4%9Bt%C3%AD

16. KOLEKTIV AUTORŮ *Kyberšikana a její prevence – příručka pro učitele*. [online]. [cit. 2010-03-27]. Dostupné z [http://www.varianty.cz/download/pdf/texts\\_160.pdf](http://www.varianty.cz/download/pdf/texts_160.pdf)
17. KOLEKTIV AUTORŮ. *Syndrom CAN o způsobu péče o rodinný systém*. 1. vydání. Praha: IREAS, 2007. 236 s. ISBN 978-80-86684-47-5.
18. KRÍŽ, J. *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých*. 2. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2004. 127 s. ISBN 80-7040-724-7
19. KUKLA, L. *Úvod do sociální pediatrie*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2007. 44 s. ISBN 978-80-7040-990-9
20. LANGMEIER, J. BALCAR, K. ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 2000. 432 s. ISBN 80-7178-381-1
21. LANGMEIER, J. KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9
22. LOVASOVÁ, L. *Šikana*. 1. vydání. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-65-2
23. MedicineNet.com. *Definition of Battered Child Syndrom* [online]. [cit. 2010-03-28]. Dostupné z <http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=8439>



24. MOJŽÍŠOVÁ, A. *Kapitoly sociální práce v praxi*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2008. 139 s. ISBN 978-80-7394-074-4
25. PAVLOVSKÝ, P. et. al. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 2. rozšířené a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. 204 s. ISBN 80-0542-7
26. *Rádce občana: týráné a zneužívané dítě*. [online]. 19. 11. 2009 [cit. 2010-3-17]. Dostupné z [http://www.mumost.cz/vismo/dokumenty2.asp?id\\_org=9959&id=3945&p1=3100](http://www.mumost.cz/vismo/dokumenty2.asp?id_org=9959&id=3945&p1=3100)
27. ŘÍČAN, P. KREJČÍŘOVÁ, D. et. al. *Dětská klinická psychologie*. 4. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 604 s. ISBN 80-247-1049-8
28. SDRUŽENÍ LINKA BEZPEČÍ. *O sdružení* [online]. [cit. 2010-03-24] . Dostupné z <http://www.linkabezpeci.cz/webmagazine/kategorie.asp?idk=212>
29. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3
30. VANÍČKOVÁ, E. *Dětská prostituce*. 2. doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. 144 s. ISBN 978-80-247-2218-4
31. VANÍČKOVÁ, E. et. al. *Národní strategie prevence násilí na dětech v ČR na období 2008 – 2018*
32. WEISS, P. et. al. *Sexuální zneužívání: pachatelé a oběti*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2000. 212 s. ISBN 80-7169-795-8

## 9. PŘÍLOHY

### **Příloha č. 1: Dotazník pro veřejnost**

Dobrý den,

jsem studentkou Jihočeské univerzity Zdravotně sociální fakulty a pracuji na bakalářské práci, kde se zabývám problematikou informovanosti veřejnosti o syndromu CAN (syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte). Byla bych velmi ráda, kdybyste se podílel(a) na výzkumu k této problematice, a to vyplněním tohoto ANONYMNÍHO dotazníku.

Vřele děkuji. Simona Hanzálková, studentka oboru Rehabilitační-psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory - bakalářské studium.

*(vybrané odpovědi, prosím, kroužkujte)*

1. Pohlaví

- a) žena
- b) muž

2. Věk .....

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

- a) základní
- b) střední bez maturity
- c) střední s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

4. Víte, co znamená zkratka CAN?

- a) Child Agression and Neglect

- b) Child Abuse and Neglect
- c) Child Aggressor and Neglect

5. Kde jste získal/a informace o syndromu CAN?

- a) televize
- b) internet
- c) odborná literatura
- d) informační letáky
- e) jiné..... (prosím, napište)

6. Setkal/a jste se někdy s týraným dítětem?

- a) ano
- b) ne

7. Napište alespoň 5 projevů, podle kterých se dá usuzovat, že je dítě týráno

- a) .....
- b).....
- c) .....
- d) .....
- e) .....

8. Jaká z forem týrání je podle Vás nejčastější?

- a) psychické týrání
- b) fyzické týrání
- c) sexuální zneužívání

d) zanedbávání

e) zvláštní formy syndromu CAN (Münchhausenův syndrom v zastoupení, systémové týrání a zneužívání, organizované týrání a zneužívání, rituální týrání a zneužívání)

f) jiné ..... (prosím, uveďte)

9. Dítě je nejčastěji týráno

a) rodičem nebo jiným rodinným příslušníkem

b) cizí osobou

c) osobou, kterou zná, např. paní na hlídání, vedoucí dětského kroužku, trenér ve sportovním oddíle....

d) jiné ..... (prosím, uveďte)

10. Myslíte si, že je možné předcházet týrání dětí?

a) ano

b) ne

c) nevím

11. Kolik dětí trpí v současné době syndromem CAN?

a) 1 – 2 %

b) 5 – 10 %

c) více jak 10 %

d) jiné – prosím, uveďte.....

12. Znáte nějakou organizaci, která se zabývá pomocí týraným dětem? Pokud ano, napište prosím její název .....

13. Kam byste se obrátili v případě, že byste věděli o týraném dítěti?

..... (prosím, napište)

14. Myslíte si, že týrané děti si nesou následky týrání i v dospělosti?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

15. Myslíte si, že práva dětí jsou zakotvena v zákoně?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

16. Které pohlaví je dle Vás týráním postiženo častěji?

- a) chlapci
- b) dívky
- c) obě pohlaví jsou postižena stejně