

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**INFORMOVANOST O PREVENTIVNÍCH PROGRAMECH
ZAMĚŘENÝCH NA SYNDROM CAN**

Bakalářská práce

Autor práce: Pavla Müllerová

Vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Elišková

6. 5. 2010

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Bakalářská práce na téma „Informovanost o preventivních programech zaměřených na syndrom CAN“ je rozdělena do dvou hlavních částí.

Teoretická část bakalářské práce je zaměřena na syndrom CAN neboli syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Popisuje jeho jednotlivé formy a projevy, uvádí charakteristiku nejčastějších obětí a pachatelů a situaci v České republice z hlediska právní úpravy i výskytu syndromu CAN. Podstatná část práce je věnována prevenci týrání, zneužívání a zanedbávání dětí na všech jejích úrovních – tedy prevenci primární, sekundární, terciární a kvartérní. Jako příklady preventivních opatření uvádí práce kampaň STOP násilí na dětech a metodické opatření určující postup lékařů při podezření ze syndromu CAN.

Cílem práce je zjistit míru informovanosti laické a odborné veřejnosti o těchto preventivních programech. K dosažení cíle byl v praktické části práce realizován výzkum. Výzkumnou metodou bylo dotazníkové šetření mezi studenty středních škol a dětskými lékaři, pracovníky sociálně právní ochrany dětí a policisty.

Na základě stanoveného cíle byly formulovány dvě hypotézy. První z nich říká, že studenti posledních ročníků středních škol v Táboře neznají kampaň STOP násilí na dětech. Tato hypotéza se nepotvrdila. Druhá hypotéza pak říká, že dětské lékaři, pracovníci sociálně právní ochrany dětí a policisté v Jihočeském kraji nejsou seznámeni s metodickým opatřením určujícím postup lékařů při podezření ze syndromu CAN. Ani tato hypotéza nebyla potvrzena.

Bakalářská práce může být využita jako zdroj ucelených informací o syndromu CAN. Její hlavní přínos spočívá ve zmapování informovanosti laické i odborné veřejnosti o problematice týrání, zneužívání a zanedbávání dětí a preventivních programech zaměřených na syndrom CAN.

BACHELOR THESIS ABSTRACT

The thesis “Awareness of Preventive Programmes Aimed at the CAN Syndrome” is divided into two main parts.

The theoretical part of the thesis is focused on the CAN syndrome, i.e. a syndrome of a child exposed to violence, abuse or neglect. It describes its different forms and symptoms, presents characteristic of the most frequent victims and offenders and the situation in the Czech Republic in terms of legislation and CAN syndrome occurrence. A substantial part is dedicated to prevention of violence, abuse and neglect of children at all levels – i.e. primary, secondary, tertiary and quaternary prevention. The thesis illustrates preventive measures on the STOP Violence on Children campaign and on methodological measure defining a procedure for doctors having suspicion of CAN syndrome.

The thesis is aimed at finding out the extent of awareness of these prevention programmes among the general public as well as professionals. To reach the aim a research was performed in the practical part. A questionnaire investigation among secondary students, paediatricians, child social-law protection workers and police officers was chosen for the research method.

Two hypotheses based on the given aim were formed. The first one says that students of the last year of secondary schools in Tábor do not know the STOP Violence on Children campaign. The hypothesis was not confirmed. The second hypothesis says that paediatricians, child social-law protection workers and police officers of the South Bohemia Region are not familiar with the methodological measure defining a procedure for doctors having suspicion of CAN syndrome. This hypothesis was not confirmed either.

The Bachelor Thesis may be utilized as a source of consistent information on the CAN syndrome. Its main contribution is in summarizing the awareness of the issues of mistreating, abusing and neglecting children and of preventive programmes aimed at the CAN syndrome among the general public as well as professionals.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Informovanost o preventivních programech zaměřených na syndrom CAN vypracovala 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 práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Táboře 30. dubna 2010

.....

Pavla Müllerová

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Zdeňce Eliškové za odbornou pomoc a vedení. Poděkování patří také mé rodině za pochopení a podporu během celého studia.

OBSAH

ÚVOD	8
1. SOUČASNÝ STAV	10
1.1 Syndrom CAN	10
1.1.1 <i>Formy a projevy syndromu CAN</i>	<i>11</i>
1.1.2 <i>Oběti a pachatelé syndromu CAN.....</i>	<i>15</i>
1.2 Prevence	15
1.2.1 <i>Primární prevence</i>	<i>16</i>
1.2.2 <i>Sekundární prevence</i>	<i>18</i>
1.2.3 <i>Terciární prevence.....</i>	<i>19</i>
1.2.4 <i>Kvartérní prevence</i>	<i>19</i>
1.3 Syndrom CAN v České republice	20
1.3.1 <i>Organizace zabývající se syndromem CAN.....</i>	<i>21</i>
1.4 Právní ochrana dítěte před násilím	21
1.4.1 <i>Trestněprávní úprava týrání, zneužívání a zanedbávání.....</i>	<i>23</i>
1.4.2 <i>Sociálně právní ochrana dětí</i>	<i>24</i>
1.5 Kampaň STOP násilí na dětech.....	25
1.5.1 <i>Realizace kampaně.....</i>	<i>25</i>
1.6 Metodické opatření Ministerstva zdravotnictví ČR určující postup lékařů primární péče při podezření ze syndromu CAN.....	27
1.6.1 <i>Vznik metodického opatření</i>	<i>27</i>
1.6.2 <i>Doporučený postup při podezření ze syndromu CAN.....</i>	<i>29</i>
1.6.3 <i>Záznam úrazu dítěte.....</i>	<i>30</i>
2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	32
2.1 Cíl práce	32
2.2 Hypotézy	32

3.	METODIKA	33
3.1	Použité metody a techniky sběru dat.....	33
3.2	Charakteristika souboru.....	33
4.	VÝSLEDKY.....	35
4.1	Výsledky dotazníku 1 (informovanost studentů)	35
4.2	Výsledky dotazníku 2 (informovanost odborníků)	46
5.	DISKUZE	55
5.1	Diskuze k informovanosti studentů	56
5.2	Diskuze k informovanosti odborníků	61
6.	ZÁVĚR	66
7.	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	68
8.	KLÍČOVÁ SLOVA	72
9.	PŘÍLOHY	73

ÚVOD

O dětech se říká, že jsou naše budoucnost, že jsou to nejcennější, co máme. Měli bychom jim proto poskytnout vše, co potřebují, aby se mohly zdravě rozvíjet a růst. Vytvořit jim podmínky, aby mohly vyrůstat v bezpečném prostředí a zajistit jejich fyzické, psychické i sociální potřeby. Zároveň se často říká, že dnešní svět je plný násilí, a to se bohužel nevyhýbá ani dětem. Často je navíc způsobováno těmi, kteří by měli dítě chránit a poskytovat mu lásku a zázemí, rodiči. Že je děti potřeba před násilím chránit si uvědomuje každý z nás, přesto se najde mnoho dětí, které se s týráním, zneužíváním nebo zanedbáváním setkaly.

Pojem syndrom CAN zahrnuje soubor úmyslného i nedbalostního jednání nejčastěji ze strany rodiče, které má dopad na následný život dítěte, jeho vývoj i postavení ve společnosti. Odborníci vnímají syndrom CAN jako závažný problém. Díky společenské osvětě, informačním kampaním nebo různým publikacím se otázky spojené s týráním, zneužíváním a zanedbáváním dostávají i do popředí zájmu laické veřejnosti. Zájem o problematiku násilí na dětech roste možná také v souvislosti s odhalením některých děsivých případů týrání dětí. Nicméně si myslím, že pozornost věnovaná tomuto neblahému jevu není dostačující a jeho následky se podceňují.

Problematika syndromu CAN je velmi široká, ve své práci jsem se zaměřila na jeho prevenci. Jako v jiných oblastech je i zde prevence velmi důležitá. Jejím cílem je zabránit samotnému vzniku jevu, případně rehabilitovat jeho následky, dále zvýšit informovanost dětí o jejich právech a o tom, kde hledat pomoc.

V úvodu práce je uvedena definice syndromu CAN a popsány jeho formy a projevy, stručně definované nejčastější oběti a pachatelé.

Druhá kapitola popisuje soustavu opatření ve čtyřech základních stupních prevence. Primární prevence má za úkol zabránit vzniku násilí na dětech a probíhá zejména na celospolečenské úrovni. Sekundární prevence se zaměřuje na včasnou detekci rizikových situací, dospělých a dětí, jejich další sledování a zabránění vzniku CAN. Účelem terciární prevence je zabránit prohloubení traumatu u dětí. Prevence

kvartérní není dosud příliš rozšířená, zabývá se návratem odebraného dítěte zpět do rodiny.

Třetí kapitola popisuje současnou situaci v České Republice, uvádím zde počty případů týrání, zneužívání a zanedbávání podle různých statistik. Přesný počet dětí postižených syndromem CAN však zjistit nelze. V této kapitole také uvádím příklady organizací, které se v oblasti násilí páchaného na dětech angažují, ať se jedná o orgány státní správy nebo neziskové organizace.

Ve čtvrté kapitole se věnuji problematice z hlediska její právní úpravy v České Republice. Obecná úprava ochrany před násilím je zaručena lidskými právy každého člověka, konkrétněji je pak popsána v nejrůznějších zákonech. Jedná se například o zákon o sociálně právní ochraně dětí nebo trestní zákoník, který definuje trestné činy, pod které může týrání, zneužívání nebo zanedbávání dětí spadat.

Následující dvě kapitoly se věnují dvěma projektům, které lze označit za preventivní programy zaměřené na syndrom CAN. Jedná se o vládní kampaň STOP násilí na dětech a Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR určující postup lékařů při podezření ze syndromu CAN.

Cílem mé práce je zjistit míru informovanosti o těchto preventivních programech, především míru informovanosti praktických lékařů pro děti a dorost, pracovníků orgánu sociálně právní ochrany dětí a policistů Jihočeského kraje o metodickém opatření určujícím postup při podezření ze syndromu CAN a míru informovanosti studentů posledních ročníků středních škol v Táboře o kampani STOP násilí na dětech. Ke zjištění těchto cílů jsem zvolila kvantitativní výzkum. V dotazníkovém šetření jsem zjišťovala, zda oslovení mají povědomí o problematice vztahující se k syndromu CAN a zda znají dané preventivní programy.

1. SOUČASNÝ STAV

Syndrom CAN neboli syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte označuje soubor úmyslného i nedbalostního chování nejčastěji ze strany rodiče, které má dopad na následný život dítěte, jeho vývoj i postavení ve společnosti. Pro dítě představuje toto ubližování, které může mít mnoho podob a může končit i smrtí dítěte, jedno z největších nebezpečí. Přesná data o tom, kolik dětí je v České republice postiženo syndromem CAN, neexistují. Podle Národní strategie prevence násilí na dětech v ČR na období 2008-2018 (25) je to 1-2%. Zabránit rozšiřování týrání, zneužívání a zanedbávání se snaží nejen profesionálové, ale zájem má i široká veřejnost. Boj proti násilí na dětech se promítl do aktivit legislativních, výkonných i politických na národní i mezinárodní úrovni (6).

Následky týrání jsou různé a jejich forma je proměnlivá, vždy záleží na tom, jaký druh násilí oběť prožila, jak dlouho byla týráná vystavena a jak je schopna se s traumatickým zážitkem vyrovnat. Platí, že čím dříve je týrání rozpoznáno a čím dříve začne jeho náprava – léčení, tím lépe (13). Z toho vyplývá, že jako v jiných oblastech, je i v oblasti násilí na dětech velmi důležitá prevence.

1.1 Syndrom CAN

V oblasti ochrany dětí byla z počátku hlavní pozornost věnována především fyzickému násilí a jeho následkům, zneužívání dětí k práci, nedostatečné péči a výživě. Začala se používat označení jako „špatné zacházení“ nebo „nepečování o dítě“. V roce 1962 byl v USA popsán tzv. syndrom bitého dítěte (Battered Child Syndrom), který vzniká v důsledku záměrného hrubého poškození dětského organismu (13). Na jeho základě došlo ke změně chápání násilí na dětech nejširší veřejností a také k přijetí zákonů o povinném hlášení týrání dítěte. Díky tomu vzniká nový pojem **zneužití dítěte** (Child Abuse). Dochází také k rozlišení fyzického ubližování dítěti na aktivní formu, kdy je dítě ohrožováno nebo poškozováno násilím, a na pasivní formu, kdy je poškozováno nedostatečným uspokojováním jeho životních potřeb.

S poznáváním důsledků fyzického týrání se ukázalo, že všechny jeho oběti trpí také psychicky a emocionálně, a to jak v aktivní tak pasivní formě. Z pasivních forem duševního a citového týrání a v návaznosti na pasivní formy fyzického týrání vzešla formulace pojmu **zanedbávání dítěte** (Child Neglect) (6). V roce 1992 byl pak definován syndrom CAN (Child Abuse and Neglect) tedy syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte.

1.1.1 Formy a projevy syndromu CAN

Syndrom CAN zahrnuje několik kategorií. Dunovský (6) uvádí týrání, zneužívání a zanedbávání tělesné, duševní a citové, dále sexuální zneužívání a zvláštní formy syndromu CAN (příloha 1). Obdobně podle Matouška (21) zahrnuje násilí páchané na dětech tělesné týrání, sexuální zneužívání, zanedbávání a emoční týrání. Dále uvádím stručnou charakteristiku některých typů násilí páchaného na dětech.

1.1.1.1 Fyzické týrání

Fyzické týrání je nejpodrobněji popsáný a prozkoumaný jev v rámci syndromu CAN. Představuje všechny nepřiměřené akty násilí na dítěti, zahrnuje nejen vědomé ubližování, ale i nezabránění takovému jednání vůči dítěti. Vedle fyzického útoku na dítě, který má za následek tělesné poranění, trvalé poškození nebo dokonce smrt dítěte, se do této skupiny řadí i pravidelné užívání tělesných trestů jako výchovného prostředku (5).

Jako příklady fyzického týrání se uvádí bití rukou (pohlavky, facky) nebo nástroji (vařečka, opasek); kopání, údery pěstí (často s následným vnitřním poraněním); popálení cigaretou, opaření horkou vodou; bodné rány; vytrhávání vlasů, nepřiměřené tahání za ušní boltce; odhození dítěte; škrcení, dušení; svazování, připoutání; silné třesení zejména s malým dítětem.

1.1.1.2 *Psychické a emoční týrání*

Psychické a emoční týrání jsou pojmy obecně značně nejasné a také se o nich nehovoří tak často jako o týrání fyzickým nebo sexuálním zneužívání. Problém je to, že psychické týrání lze jen velmi těžko zdokumentovat (6). Je to takové jednání, které má negativní dopad na citový vývoj dítěte, vývoj jeho chování, osobnosti a sebehodnocení a také negativní dopad na rozvoj interpersonálních vztahů. K psychickému týrání dochází vždy, když dítě trpí některou z dalších kategorií syndromu CAN, tj. např. spolu s fyzickým týráním. Může se ale vyskytovat i samo o sobě.

K psychickému týrání dětí může docházet také v souvislosti s řešením předrozvodové, rozvodové a porozvodové situace v rodině (5). Příkladem takového jednání je zatahování dítěte do konfliktů mezi rodiči, jeho zneužívání jako svědka, získávání na svou stranu, negativní ovlivňování proti druhému rodiči nebo bránění ve styku s druhým rodičem.

Psychicky týraných dětí je však mnoho i mimo rozvádějící se rodiny. Děti mohou trpět aktivním týráním, které spočívá v nadávkách, výsměchu, ponižování, zesměšňování, nedůvěře nebo opovrhování. Při pasivní formě psychického týrání dítě „nedostává“ to, co by mělo. Trpí nedostatkem lásky, nezájmem, nevšímavostí či nedostatkem péče. Dalšími příklady psychického týrání dětí jsou cílené vyvolávání strachu až panické hrůzy, odmítání dítěte, citová deprivace, citové vydírání, neustálé srovnávání s úspěšnějším sourozencem, očekávání nereálných výkonů ve škole nebo v zájmové oblasti, násilná izolace nebo nepřiměřené oddělování dítěte od vrstevníků.

1.1.1.3 *Sexuální zneužívání*

Za sexuální zneužívání se považuje každé vystavení dítěte sexuálnímu kontaktu či chování, které vede především k uspokojování sexuálních potřeb zneužívající osoby. Před nevhodnými sexuálními kontakty je dítě chráněno zákonem, sexuální zneužívání je v naší společnosti trestným činem (41). Přesto, podle odhadů je v České republice pohlavně zneužito až 20 tisíc dětí ročně. Mezi oběťmi jednoznačně převažují dívky - na 10 zneužitých dívek připadá 1 zneužitý chlapec (13).

Zneužívatelem bývá nejčastěji někdo, koho dítě dobře zná (příbuzný, rodinný přítel, soused, učitel), méně často je to neznámá osoba. Na okolí může zneuživatel působit dobrým dojmem, může mít dobré vystupování na veřejnosti nebo zastávat prestižní místo v zaměstnání (5). Mlčenlivost dítěte si zneuživatel vynucuje psychickým vydíráním, vyhrožováním nebo různými odměnami či tresty.

Sexuální zneužívání lze dále rozdělit na zneužívání bezdotykové (obnažování se před dítětem, masturbace před dítětem, setkání s exhibicionistou; pozorování nahého dítěte za účelem vlastního sexuálního vzrušení; vystavení dítěte sledování pornočasopisů a pornofilmů; přinucení dítěte sledovat soulož, verbální zneužívání), dotykové (osahávání dítěte na intimních místech, laskání prsou a genitálií; nucení dítěte k manipulaci s pohlavními orgány; orální nebo anální sex; sexuální styk včetně znásilnění) a komerční (zneužití dítěte k dětské pornografii nebo dětské prostituci) (35).

1.1.1.4 *Zanedbávání*

Zanedbávání je definováno jako vážné opomíjení rodičovské péče nutné pro tělesný a duševní vývoj dítěte (18). Znamená takový nedostatek péče, který zapříčiňuje vážnou újmu na vývoji dítěte. Rozlišuje se tělesné zanedbávání, tedy neuspokojování tělesných potřeb, které se projevuje např. nedostatkem jídla, pití, nedostatky v bydlení nebo ošacení. Dále citové zanedbávání, které se projevuje nedostatkem náklonnosti a projevů lásky k dítěti, neuspokojováním jeho citových potřeb. Závadná je také neustálá odůvodněná absence ve škole a nepřiměřená práce bránící přípravě do školy, odpírání lékařské péče či zanedbání prevence (povinné očkování) nebo ponechání hlavně malých dětí bez patřičného dozoru (6).

1.1.1.5 *Šikana*

Další z forem syndromu CAN je šikana. Šikanování se obvykle definuje jako agrese, které se dopouští jedinec nebo skupina vůči jedinci nebo skupině víceméně bezbranným, ať už pro fyzickou nebo jinou slabost nebo nemožnost účinné obrany. Za charakteristické se považuje opakování agrese vůči téže oběti (28). Šikanování je takové jednání agresora, jehož záměrem je ohrožit, ublížit, ponížit nebo zesměšnit oběť (13).

Ve skutečnosti je velmi často obtížné určit hranici mezi běžným škádlením a chováním, které je již šikanou.

1.1.1.6 *Zvláštní formy syndromu CAN*

Mezi zvláštní formy syndromu CAN patří Münchhausenův syndrom by proxy, systémové týrání a zneužívání, organizované týrání a zneužívání a rituální týrání a zneužívání.

Münchhausenův syndrom by proxy (v zastoupení) spočívá ve vymýšlení či zveličování příznaků somatického či duševního onemocnění nebo postižení, kterým dítě (údajně) trpí, v důsledku čehož dochází k opakování vyšetření či léčení, které není objektivně nutné. Rodič manipuluje s vzorky krve, moče a jiných materiálů určených k vyšetřování tak, aby vyzněly patologicky. Může také přímo poškozovat dítě, aby se vyvolalo určité onemocnění. Dospělý se takto chová v případě, že mu vzniklá situace přináší nějaké výhody, např. lítost okolí nebo pobírání dávek (5).

Systémové týrání je týrání dítěte systémem, který původně vznikl na jeho ochranu (6). Ve zdravotnických institucích jde o opakovaná a nadbytečná lékařská vyšetření. Ve školách se systémové týrání projevuje ponižováním, přetěžováním nebo neadekvátním přístupem k dítěti. V kolektivních zařízeních (MŠ, ZŠ, dětské domovy) dochází nejčastěji k zanedbávání či špatné péči. Rozhodování o osudu dítěte bez dostatečné objektivní informovanosti o situaci, oddělení dítěte od rodiny bez nutného důvodu je příkladem systémového týrání způsobovaného orgány sociálně právní ochrany dětí a soudy. Při kontaktu dítěte s policejním a soudním systémem může docházet k opakování výsledků či konfrontaci s dospělým, což způsobuje nadbytečné přetěžování dítěte a prohlubování jeho traumatického zážitku.

Nutnost opakovaných výpovědí, nedůvěra v to, co dítě říká, jeho obviňování nebo přenášení zodpovědnosti za to, co se stalo, se označuje také pojmem **sekundární viktimizace**. Jde o druhotné zraňování a vystavování dítěte nadbytečné psychické zátěži v průběhu vyšetřování pro syndrom CAN. Dítě jako oběť trestného činu se stává navíc obětí vyšetřování (5). K sekundární viktimizaci dochází zpravidla na policii, obsahuje

konfrontaci s policisty, vyšetřovacími a procesními orgány a zahrnuje také reakce okolí (13).

1.1.2 Oběti a pachatelé syndromu CAN

Obětí násilného jednání se může stát kdokoli. Ve snaze včasného rozpoznání násilných činů konaných na dětech a eliminace jejich následků se odborníci snaží najít určité charakteristiky typické pro oběti syndromu CAN. Některé děti se totiž stávají obětí častěji než jiné, někteří dospělí se častěji stávají pachateli násilí na dítěti a také některé situace vyvolávají projevy násilí častěji než jiné. U týrání, zneužívání a zanedbávání se tyto rizikové děti, rizikovní dospělí a rizikové situace liší (6). Jejich specifikací se zabývá sekundární prevence syndromu CAN (viz kapitola 1.2.2).

S pachateli a oběťmi syndromu CAN souvisí také pojem transgenerační přenos. Jasně ho vysvětlují dvě slova – „týraní týrají“. Děti vystavené násilí ve vlastní rodině totiž zpracovávají podněty z vnějšího prostředí jiným způsobem než děti, které násilí vystaveny nebyly. Reagují často naučenou útočností nebo naopak naučenou bezmocí. Dětské oběti fyzického násilí jsou vůči dospělým útočnější již v průběhu dětství a častěji se chovají násilně i v pozdějším životě. Osoba, která byla v dětství obětí násilí, se v dospělosti stává jeho pachatelem. Pro ženy však také platí, že pokud byly obětí v dětství, častěji se jí mohou stát znovu v průběhu dospívání nebo dospělosti (4). Tendence k transgeneračnímu přenosu nepostihuje nutně všechny, týrané děti se mohou stát velmi dobrými rodiči, zejména pokud se jim v dospělosti podaří navázat kvalitní sociální vztahy (13).

1.2 Prevence

Prevence syndromu CAN představuje soustavu opatření, která mají předcházet tomuto nežádoucímu jevu. Rozlišujeme prevenci primární, sekundární, terciární a kvartérní. Účelem primární prevence je zabránit samotnému vzniku násilí páchaného na dětech. Zahrnuje opatření na celospolečenské úrovni i osvětu a vzdělávání zaměřené na konkrétní problematiku. Sekundární prevence se zaměřuje na

včasnou detekci rizikových situací, dospělých i dětí, jejich další sledování a zabránění vzniku CAN. Účelem terciární prevence je zabránit prohloubení traumatu u dětí. Méně často se udává prevence kvartérní, která ošetřuje návrat dítěte zpět domů, jestliže bylo v rámci léčby a ochrany umístěno mimo rodinu (13).

Mezinárodní společnost pro prevenci zneužívání a zanedbávání dětí rozlišuje několik strategií prevence syndromu CAN. Nejrozšířenějšími jsou odborné vzdělávání, mediální kampaně a stíhání pachatelů trestných činů, dále místní služby, preventivní zdravotní péče nebo zvýšení individuální odpovědnosti za ochranu dětí (42).

1.2.1 Primární prevence

Primární prevence znamená jednat tak, aby k určitému neblahému společenskému jevu nedocházelo, předejít jeho vzniku, potlačit jej v zárodku, nedat mu příležitost, aby se rozvíjel. V celosvětovém měřítku je z hlediska primární prevence syndromu CAN důležitá Úmluva o právech dítěte a Světová deklarace o přežití, ochraně a rozvoji dítěte. Primární prevence spočívá v kvalitní přípravě dětí na manželství a rodičovství, v programech pro těhotné ženy a nastávající otce, v posilování vztahu rodičů k dítěti. Důležitá je i znalost a dovednost dětí ochránit sebe sama před možným nebezpečím (12).

Opatření primární prevence lze rozdělit na tři úrovně. Jedná se o zaměřené působení na širokou veřejnost, na rodiče a vychovatele a na odborné pracovníky (6).

1.2.1.1 Primární prevence zaměřená na širokou veřejnost

Prostředkem primární prevence syndromu CAN zaměřené na širokou veřejnost je široce založená osvěta. Má působit na celou společnost, všechny její vrstvy, které se mohou lišit věkově, ekonomicky nebo vzděláním. Tuto osvětu zprostředkovávají zejména instituce s celospolečenskou působností. Jde například o orgány státní legislativy, jimi vytvořené a uplatňované zákony či vyhlášky, které se týkají dítěte či rodiny, školství, zdravotnictví, dále kulturní instituce, sdělovací prostředky nebo nestátní organizace zabývající se touto problematikou (6). Světová

zdravotnická organizace doporučuje na podporu primární prevence na úrovni společnosti také redukci násilí v médiích či veřejnou kampaň s cílem zvyšování citlivosti vůči tématu násilí na dětech (16).

1.2.1.2 *Primární prevence zaměřená na rodiče a vychovatele*

Do cílové skupiny opatření této úrovně patří i ti, kdo se teprve na rodičovskou a vychovatelskou roli připravují, nejen stávající rodiče a vychovatelé. Prevence je již zaměřenější, má určitější cíle i prostředky. Jejím cílem je vybudovat u (budoucích) rodičů a vychovatelů systém hodnot, postojů a vědomostí, který umožní psychické, pokud možno bezvýhradné přijetí dítěte (6). Práce s rodinou je důležitá zejména z toho důvodu, že rodina je nejdůležitější sociální skupinou, ve které člověk žije. Každá rodina je zdrojem specifického systému hodnot, formuje jedince v průběhu jeho vývoje a utváří jeho budoucí společenskou roli a identitu. V některých případech se však rodina stává zátěží, a to tehdy, když je zdrojem vzniku a rozvoje psychických problémů a následných sociálně patologických jevů, při kterých dochází k závažnému narušení psychosociálního vývoje a fungování všech jejích členů, zejména dětí (9).

Primární prevence syndromu CAN probíhá ve škole v rámci sexuální výchovy, která je součástí výchovy ke zdraví. Výuka směřuje k tomu, aby si děti osvojily odpovědné chování, rozhodování a komunikaci v situacích souvisejících s aktivním zdravím, partnerskými vztahy, rodinným životem a rodičovstvím. Učí děti vstupovat do dospělosti s odpovědným přístupem ke zdraví a založení rodiny (17). V našem kulturním prostředí ale není otevřenost v otázkách sexu běžná. Výuka sexuální výchovy vyžaduje od učitele schopnost překonat vlastní zakořeněné postoje a ještě navíc při tom působit přirozeně, aby děti věřily, tomu, co říká. Obsah sexuální výchovy ve školách se proměňuje. V nejužším pojetí zahrnuje poučení o sexualitě v souvislosti s pohlavním životem, má pomoci zabránit předčasným těhotenstvím a šíření pohlavně přenosných chorob. V širším pojetí tvoří sexuální výchova součást výchovy k rodičovství, chápe sexuální vztah jako jednu z podob vztahu mezi lidmi a klade důraz na kvalitu tohoto vztahu. Málo rozšířené je u nás pojetí sexuální výchovy jako prevence

před sexuálním zneužíváním. Dítě by mělo získat nejen informace, ale také určité dovednosti, které jej mohou účinně ochránit před sexuálním zneužitím (36).

Ještě důležitější je sexuální výchova v rodině. V rodině má dítě svůj vzor, nápodobou toho, co vidí doma, získává většinu sociálních dovedností, osvojuje si způsob navazování kontaktů, způsob komunikace a projevování náklonnosti. Je proto důležité, jak se k sobě rodiče chovají a jak se chovají k dítěti, jak si projevují lásku, jaký je jejich vztah k nahotě nebo jestli otevřeně mluví o sexuálních otázkách. Rodiče často cítí ostych, když mají se svými dětmi rozebírat otázky sexuality (36). K jeho překonání může sloužit popularizující literatura vhodně přizpůsobená danému vývojovému období dítěte. Pro nejmenší děti jsou určeny například publikace „Petr, Ida a miminko“ (8) nebo „O čápech, vránách a dětech“ (33). Jakýsi návod pro rodiče, kteří se chtějí věnovat problematice prevence ohrožení dítěte, podává kniha „Jak ochránit své dítě“ (7).

V souvislosti s prevencí nechtěného těhotenství roste úloha samotných mladých lidí, začínajících se sexuálním životem. Nechtěné těhotenství a rodičovství často negativně ovlivňuje postoje rodičů k dítěti. S tím souvisí otázky bezpečného sexu a psychické připravenosti na sex, znalost možností ochrany a schopnost je využívat.

Prostředkem primární prevence na této úrovni jsou také obecná opatření ve prospěch rodin s dětmi (finanční podpora, nabídka služeb atd.).

1.2.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence syndromu CAN spočívá ve vytipování rizikových skupin obyvatelstva a rizikových životních situací, za nichž nejspíše k týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte dochází, a takovém cíleném působení na tyto skupiny lidí a tyto situace, díky kterému se riziko vzniku CAN sníží na minimum (6). Již v úvodní kapitole bylo napsáno, že pro vznik týrání, zneužívání nebo zanedbávání jsou charakteristická odlišná rizika. Jiná situace podněcuje vznik aktivního týrání dítěte, jiná zanedbávání a jiná jeho zneužívání. Odlišují se také lidé, kteří dítěti aktivně a pasivně ubližují, nebo jej zneužívají. A konečně jiné skupiny dětí evokují jiné chování. Děti zlostné, neklidné a křičící provokují k násilí vůči sobě, děti pasivní a nenápadné jsou

častěji vystaveny zanedbávání. Nežádoucí sexuální chování dospělých vyvolávají nejčastěji dívky koketní, s ženskými tvary.

Sekundární prevence má tato rizika odhalovat a držet je pod kontrolou, aby se syndrom CAN nemohl rozvinout. „Rizikovní“ lidé by si měli svou rizikovost uvědomit, k tomu jim může pomoci dodávání informací, poučování, vzdělávání či nabídka pomoci, na druhé straně ale také zastrasování, co by následovalo po spáchání některého z projevů CAN. Dále by měli na sobě začít pracovat, snažit se své rizikovosti zbavit, k tomu jim má napomoci i společnost (6).

1.2.3 Terciární prevence

Terciární prevence obnáší terapii a práci s dítětem a jeho rodinou v rámci plánu následné péče. Jedná se o chování rodiče, pedagoga, lékaře nebo sociálního pracovníka, který reaguje na situaci, v níž k syndromu CAN došlo, a zabraňuje dalšímu týrání, zneužívání nebo zanedbávání dítěte. Do terapie a rehabilitace je možné zapojit celou rodinu, a je-li to z hlediska zájmu dítěte potřebné, také školu a další odborníky (12).

1.2.4 Kvartérní prevence

Kvartérní prevence není dosud rozšířená tolik, jako předešlé druhy prevence. Týká se návratu dítěte, které bylo v rámci léčby a ochrany umístěno do ústavní péče či nemocnice, zpět domů (1). Pro zajištění této roviny prevence je nutná interdisciplinární spolupráce mezi jednotlivými státními i nestátními zařízeními i obory, které se syndromem CAN zabývají (12).

S kvartérní prevencí souvisí pojem sanace rodiny. Jedná se o aktivizační službu pro rodiny s dětmi podle zákona o sociálních službách (38). Jejím cílem je předcházet, zmírnit nebo eliminovat příčiny ohrožení dítěte a poskytnout rodičům i dítěti pomoc a podporu k zachování rodiny jako celku. Sanace rodiny zahrnuje činnosti, které mají odvrátit možnost odebrání dítěte mimo rodinu, pomoci realizovat

kontakty dítěte s rodinou v průběhu jeho umístění do ústavní výchovy a umožnit jeho bezpečný návrat domů (29).

1.3 Syndrom CAN v České republice

Syndrom CAN je problém interdisciplinární, jeho poznávání, zjišťování, terapie a rehabilitace i prevence je záležitostí mnoha oborů zabývajících se dítětem. Je nutné zohlednit medicínský, psychologický, sociální, trestně a civilně právní a sociálně ekonomický aspekt tohoto jevu. Velmi často si prvních známek toho, že dítě trpí syndromem CAN, všimne dětský lékař. Jeho podezření vzniká na základě neobvyklosti zranění a z rozporu mezi předpokládaným vysvětlením útočnicka nebo svědka útoku (6). Již podezření ze syndromu CAN podléhá oznamovací povinnosti dle §10, odstavce 4, zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí (40).

Přesný počet dětí postižených syndromem CAN je však složité zjistit. Ne všechny případy jsou totiž odhaleny nebo nahlášený k prošetření. Podle Národní strategie prevence násilí na dětech v ČR na období 2008-2018 (25) trpí syndromem CAN 1-2 % dětí.

Orgánům sociálně právní ochrany dětí bylo v roce 2008 ohlášeno 1 978 případů týraných, zneužívaných nebo zanedbávaných dětí (23). V následující tabulce uvádím počet těchto dětí rozdělených podle pohlaví.

	Tělesné týrání	Psychické týrání	Sexuální zneužívání	Dětská pornografie	Dětská prostituce
Chlapci	365	291	103	0	0
Dívky	306	277	629	3	4
Celkem	671	568	732	3	4

Zdroj: Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2008

Další údaje lze zjistit z policejních statistik. V roce 2007 bylo evidováno 5 435 trestných činů spáchaných na dětech, nejvíce se jednalo o trestné činy násilné a mravnostní. (25). Počty trestných činů, v kategorii násilné a mravnostní kriminality, spáchaných na dětech udává následující tabulka.

Rok	2004	2005	2006	2007	2008
Počet trestných činů	3 523	3 410	3 017	3 175	3 284

Zdroj: Národní strategie prevence násilí na dětech v ČR na období 2008-2018

Další čísla mohou přinášet nejrůznější výzkumy a studie o domácím násilí, ať již dítě hraje roli oběti nebo je „pouze“ jeho svědkem, o psychickém násilí v rodině, o šikaně ve škole nebo tělesných trestech. O výsledcích všech těchto výzkumů lze říci, že neodpovídají realitě, skutečná data budou vyšší. Důvodem je nízká citlivost vůči interpersonálnímu násilí, vysoká míra utajování násilí na dětech před společností, ospravedlňování chování dospělých vůči dětem, nízká důvěra v oznámení dětí nebo přehlížení známek svědčících o ataku násilí. Podle světového konsensu je reálných případů minimálně 10x více než identifikovaných a 100x více dětí má zkušenost s násilím nízké intenzity (25).

1.3.1 Organizace zabývající se syndromem CAN

Problematika násilí páchaného na dětech se stává čím dál více probíranou. Zájem laické veřejnosti o syndrom CAN se zvyšuje, nejvíce informací přitom čerpá z médií. Díky informačním kampaním se zvyšuje povědomí o právech dětí, možnostech prevence a následné pomoci. Kde vlastně hledat pomoc? Syndromem CAN se zabývají orgány státní správy i nestátní neziskové organizace. Jedná se o orgány sociálně právní ochrany dětí (viz kapitola 1.4.2), Policii ČR, Fond ohrožených dětí nebo krizová centra. Příklady organizací působících v Jihočeském kraji, včetně kontaktů, jsou uvedeny v příloze (příloha 2).

1.4 Právní ochrana dítěte před násilím

Ochrana dětí před násilím by měla být samozřejmou činností každého z nás. Společnost má povinnost chránit děti před tělesným, psychickým i sexuálním násilím, chránit jejich zdravý vývoj a právem chráněné zájmy. Tato ochrana dětí je dána řadou ústavních i mezinárodních právních norem.

Všeobecná deklaráce lidských práv udává v článku 16 právo mužů a žen na uzavření sňatku a založení rodiny, která má nárok na ochranu ze strany společnosti a státu (36). Dalšími mezinárodními dokumenty zabývajícími se ochranou rodiny a mládeže jsou Mezinárodní pakt o občanských a politických právech, Evropská úmluva o ochraně lidských práv a svobod (6) nebo Evropská sociální charta. Ze starších dokumentů lze uvést Ženevskou deklaraci práv dítěte z roku 1924 a Deklaraci práv dítěte z roku 1959. V současné době nejvýznamnějším dokumentem týkajícím se ochrany dětí je Úmluva o právech dítěte, kterou Česká republika ratifikovala v roce 1991.

Úmluva o právech (29) dítěte definuje dítě jako lidskou bytost mladší 18 let. Uvádí základní práva dítěte a povinnosti států, které úmluvu přijaly do svých právních řádů. Vymezuje pojem blaho dítěte a uvádí povinnost smluvních států zajistit dítěti takovou ochranu a péči, která je nezbytná pro jeho zajištění, se zohledněním práv a povinností rodičů nebo odpovědných osob. Úmluva upravuje právo dítěte na život a rozvoj, vlastní jméno, domov a jazyk, právo na život s vlastními rodiči, na volný čas a kamarády, vzdělávání, vlastní názor, život bez hladu, pomoc v nemoci atd.

V prevenci násilí na dětech je důležitý zejména článek 19 Úmluvy o právech dítěte, který udává povinnost smluvních stran úmluvy činit opatření k ochraně dětí před jakýmkoliv tělesným či duševním násilím, urážením nebo zneužíváním, zanedbáváním nebo nedbalým zacházením, trýzněním nebo vykořisťováním. Tato opatření mají zahrnovat postupy k vytvoření sociálních programů zaměřených na poskytnutí nezbytné podpory dítěti a rodičům nebo jiným pečujícím osobám a postupy pro zásahy soudních orgánů v případě zjištění, oznámení, vyšetřování, léčení a sledování uvedených forem špatného zacházení s dítětem (29).

Součástí ústavního pořádku České republiky je Listina základních práv a svobod (39). Základní lidská práva jsou obsažena především v hlavě druhé oddílu prvním, lidská práva vztahující se k problematice ohrožených dětí jsou pak uvedena v hlavě čtvrté týkající se hospodářských, sociálních a kulturních práv. Článek 32 Listiny základních práv a svobod říká, že rodičovství a rodina jsou pod ochranou zákona a že

dětem a mladistvým je zaručena zvláštní ochrana, že péče o děti a jejich výchova je právem rodičů a děti mají na rodičovskou péči a výchovu právo, v zákonem stanovených případech však mohou být práva rodičů omezena a nezletilé děti mohou být od rodičů i proti jejich vůli odloučeny.

1.4.1 Trestněprávní úprava týrání, zneužívání a zanedbávání

Ve výše uvedených dokumentech je zaručena ochrana dětí před násilím pouze obecně. Konkrétní ochranu dětí před vážnými negativními vlivy a zásahy poskytuje trestní zákoník (41). Týráním, zneužíváním a zanedbáváním se pachatel dopouští skutku, který může naplnit znaky skutkové podstaty několika trestných činů. Jedná se o ustanovení o ochraně, která náleží pouze dětem, i o ustanovení týkající se trestných činů, jejichž obětí se může stát kdokoliv, ale jejichž spáchání na dítěti vykazuje větší společenskou nebezpečnost a je podmínkou udělení vyšší trestní sazby.

Trestní zákoník zajišťuje (41):

- ochranu dětí před neplněním povinností rodičů (§ 195 opuštění dítěte nebo svěřené osoby, § 196 zanedbání povinné výživy);
- ochranu dětí proti různým formám a intenzitě agresivního jednání (§ 171 omezování osobní svobody, § 198 týrání svěřené osoby, § 200 únos dítěte nebo osoby stížená duševní poruchou, § 140 vražda, § 141 vražda novorozeného dítěte matkou, § 146 ublížení na zdraví);
- ochranu před obchodováním s dětmi (§ 168 obchodování s lidmi, § 169 svěření dítěte do moci jiného);
- ochranu proti mravnímu ohrožení (§ 201 ohrožování výchovy dítěte);
- ochranu zdravého sexuálního vývoje (§ 185 znásilnění, § 186 sexuální nátlak, § 187 sexuální zneužití, § 188 soulož mezi příbuznými, § 202 svádění k pohlavnímu styku);
- ochranu dětí před pornografií (§ 191 šíření pornografie, § 192 výroba a jiné nakládání s dětskou pornografií, § 193 zneužití dítěte k výrobě pornografie).

1.4.2 Sociálně právní ochrana dětí

Sociálně právní ochranu dětí upravuje zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí. Hlavním důvodem k existenci a fungování sociálně právní ochrany dětí je skutečnost, že v určitých situacích není rodina schopna nebo ochotna zajistit dítěti ochranu a blaho, její roli pak přebírá společnost a stát. Sociálně právní ochrana představuje ochranu práva dítěte na příznivý vývoj a řádnou výchovu, ochranu jeho oprávněných zájmů, včetně ochrany jeho jmění, a působení směřující k obnovení narušených funkcí rodiny (40).

Okruh dětí, na které se sociálně právní ochrana vztahuje, udává zákon. Jejich výčet je pouze demonstrativní, neboť všechny situace, do kterých se děti s rodiči dostávají, nelze přesně taxativně vyjádřit. Jedná se zejména o děti, jejichž rodiče zemřeli, neplní povinnosti nebo zneužívají práva plynoucí z rodičovské zodpovědnosti; děti, které vedou zahálčivý nebo nemravný život a opakovaně se dopouští útěků od rodičů; děti, na nichž byl spáchán trestný čin ohrožující život, zdraví, svobodu, lidskou důstojnost nebo mravní vývoj; děti ohrožené násilím mezi rodiči.

Každý, kdo je obeznámen s některou z výše uvedených situací, by měl informovat sociální pracovníky místně příslušného úřadu. Je při tom chráněn anonymitou. Sociální pracovníci jsou povinni na každé oznámení reagovat, zjistit závažnost situace a po vyhodnocení přijmout opatření k ochraně dítěte (2). Opatření sociálně právní ochrany zahrnují preventivní a poradenskou činnost (§ 10-13) a opatření na ochranu dětí (§ 14-18). Orgány sociálně právní ochrany dětí by měly aktivně vyhledávat ohrožené děti, působit na rodiče tak, aby plnili povinnosti vyplývající z rodičovské zodpovědnosti, pomáhat jim řešit výchovné problémy a poskytovat a zprostředkovávat jim poradenství. V současné době však nejsou, zejména vzhledem k personálnímu vybavení odborů sociálně právní ochrany dětí, pro soustavnou poradenskou a terapeutickou činnost vytvořeny podmínky (21).

Při poskytování sociálně právní ochrany dětí je nutná spolupráce s policií, soudy, dětskými domovy, diagnostickými ústavy, azylovými domy, krizovými centry, psychologickými a zdravotnickými pracovišti i se školskými institucemi.

1.5 Kampaň STOP násilí na dětech

Kampaň STOP násilí na dětech je jedním z probíhajících programů prevence syndromu CAN. Je realizovaná Úřadem vlády ČR a zahájena byla v květnu 2009. Na kampani STOP násilí na dětech spolupracuje například Nadace Naše dítě nebo Dětské krizové centrum.

Kampaň STOP násilí na dětech vychází z Národní strategie prevence násilí na dětech v ČR na období 2008-2018 (25). Jejím cílem je zvýšit povědomí veřejnosti o násilí, jeho formách, příčinách a následcích; přispět ke zvýšení citlivosti vůči násilí a snížit toleranci vůči všem formám násilí na dětech. Má podnítit prohlubování odbornosti a zvýšení osobní angažovanosti profesionálních pracovníků. U rodičovské veřejnosti pak zvýšit zodpovědnost za výchovu dětí a přijmout principy pozitivního rodičovství. Dětem má pomoci porozumět právu na ochranu a zvýšit jejich povědomí o všech formách násilí, se kterými se mohou setkat (31).

1.5.1 Realizace kampaně

Kampaň je rozdělena do tří tematických okruhů – výchova dětí k lidským právům, média a děti a pozitivní rodičovství. Součástí kampaně je Slabikář násilí na dětech, který dokresluje podávané informace. Kampaň se zabývá podporou pozitivního rodičovství, podporou bezpečného internetového prostředí i podporou dětských práv. Dále uvádím stručnou charakteristiku některých součástí kampaně.

1.5.1.1 Slabikář násilí na dětech

Jedním z projektů realizovaných v rámci kampaně je vydání Slabikáře násilí páchaného na dětech. Jedná se o příručku určenou výhradně dospělým, která je seznamuje s méně známými příklady interpersonálního násilí, kterými může být dítě v rodině ohroženo. Slabikář uvádí následující příklady nevhodného chování (31):

- Ignorace a nezájem rodičů o společný čas trávený s dětmi
- Využívání dětí pro manipulaci a vydírání

- Odmítání pomoci
- Děti v roli svědků domácího násilí
- Přehnané nároky
- Sexuální zneužívání
- Přehnané opečovávání a omezování svobody
- Záměrné vystavování strachu a stresu
- Ponižování
- Fyzické týrání
- Šikanování
- Vedení ke špatným návykům

1.5.1.2 *Pozitivní rodičovství*

Pozitivní rodičovství je takové chování rodičů, které je založené na nejlepším zájmu dítěte, které je výchovné, posilující, nenásilné a poskytuje uznání a vedení včetně stanovení mezí umožňujících plný rozvoj dítěte (31). Pozitivní rodičovství má předcházet psychickým či fyzickým trestům, které se snadno mění v týrání s poškozujícími následky. Na špatné chování dítěte má rodič reagovat vysvětlováním, případně nenásilnou vhodnou formou trestu. Rodič má respektovat osobnost dítěte, jeho lidskou důstojnost a práva, má s ním komunikovat, věnovat mu svůj čas, lásku a porozumění (26).

1.5.1.3 *Pořádané akce*

V rámci kampaně bylo dosud realizováno několik akcí. Celá kampaň byla zahájena v květnu 2009 tiskovou konferencí, na které byly oficiálně spuštěny internetové stránky kampaně a jako jeden z hlavních projektů představen Slabikář násilí na dětech. Zahájení se zúčastnily osobnosti zaštiťující kampaň – ministr České republiky pro lidská práva Michael Kocáb, odbornice v oblasti sociální pediatrie a preventivního lékařství MUDr. Eva Vaníčková, vedoucí sekretariátu Rady vlády pro lidská práva Mgr. Lucie Otáhalová a ambasadorka kampaně Ester Janečková. Byla zde

naznačena spolupráce s různými organizacemi, např. Nadací Naše dítě a Dětským krizovým centrem.

Pro ilustraci uvádím příklady jednotlivých aktivit realizovaných v rámci kampaně STOP násilí na dětech, jak jsou prezentovány na jejích webových stránkách (31), ke dni 12. 4. 2010.

- Zahájení kampaně
- Den otevřených dveří v Dětském krizovém centru
- Den pro dětská práva
- Zahájení druhé etapy kampaně (u příležitosti začátku školního roku)
- Konference Online bezpečí
- Seminář na téma Prevence dětských úrazů, prevence násilí na dětech, podpora mentálního zdraví dětí
- Seminář na téma Střídává péče
- Seminář na téma Jde to i bez trestů
- Seminář na téma Rizikové chování dospívajících a jeho prevence
- Seminář na téma Právo dítěte na život ve vlastní rodině
- Seminář na téma Pozitivní rodičovství
- Odborná konference Násilí v rodině a jeho vliv na děti

1.6 Metodické opatření Ministerstva zdravotnictví ČR určující postup lékařů primární péče při podezření ze syndromu CAN

Metodické opatření k postupu lékařů primární péče při podezření ze syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (22) je především pomůckou v každodenní praxi dětského lékaře. Je využitelné všemi zdravotnickými zařízeními, která poskytují zdravotní péči dětem, a plní funkci standardního „lege artis“ postupu.

1.6.1 Vznik metodického opatření

Aplikace metodického opatření je stanovena ve Čtvrté zprávě o naplňování programu Zdraví 21 z roku 2006. Cíl 3 - zdravý start do života, říká, že do roku 2020

mají být vytvořené podmínky, aby všechny narozené děti a děti předškolního věku měly lepší zdraví umožňující jim zdravý start do života (24). Mimo jiné je zde stanoven úkol snížit úmrtnost a zdravotní postižení způsobené nehodami a násilím páchaným na dětech mladších 5 let o 50 %. Jedním z prostředků, jak toho dosáhnout, je zavedení doporučeného postupu pro všechny praktické lékaře při podezření ze syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte do praxe (24). Dalším institutem, který Zpráva zavádí je Záznam o úrazu dítěte.

Současné znění metodického opatření bylo publikováno ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR, částce 3 z května roku 2008. Oproti předchozímu metodickému opatření z roku 2005 bylo doplněno o problematiku domácího násilí ve vztahu k dětem. Počítá s tím, že k odhalení případů týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte dochází často u dětského lékaře nebo ve zdravotnickém zařízení. Obecně je povinností lékaře vyšetřit každé poranění, ošetřit jej nebo zabezpečit potřebné výkony k jeho ošetření. Lékař by měl posoudit i mechanismus vzniku poranění a zvážit i možnost týrání neboli neúrazového vzniku poranění (15). Podezření ze syndromu CAN podléhá oznamovací povinnosti, a to v souladu s § 10 a § 53 zákona o sociálně právní ochraně dětí (40) a § 368 trestního zákoníku (41). Při plnění této oznamovací povinnosti se nelze dovolávat povinnosti zachovat mlčenlivost podle zvláštního právního předpisu.

Metodické opatření k postupu lékařů primární péče při podezření ze syndromu CAN je tvořeno čtyřmi články:

- Diagnostika syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte
- Terapie
- Dispenzární péče
- Prevence syndromu CAN v praxi lékařů primární péče

Nejobsáhleji se metodické opatření věnuje diagnostice. Uvádí definici syndromu CAN, jeho vymezení podle Mezinárodní klasifikace nemocí, charakteristická rizika vedoucí k syndromu CAN. Popisuje klinický obraz fyzického týrání, psychického týrání a šikanování, sexuálního týrání a zneužívání a zanedbávání péče. Věnuje se také

komerčnímu sexuálnímu zneužívání dětí, nedovolené manipulaci s dětmi, pronásledováním a domácím násilím ve vztahu k dítětem. Podstatnou částí je doporučený postup lékařů při podezření ze syndromu CAN.

1.6.2 Doporučený postup při podezření ze syndromu CAN

Při hodnocení syndromu CAN spočívá úloha pediatra v podrobné anamnéze, ve které je nutné zjistit rizikové faktory v rodině i u dítěte, v pečlivém fyzikálním vyšetření a detailním popisu nálezu. Lékařské vyšetření má být součástí celkového hodnocení spolu se sociálním šetřením a je-li to nutné, tak vyšetřením dalších specialistů (dětského psychiatra, neurologa, gynekologa). Po nahlášení případu dojde také k policejnímu šetření (6). Metodické opatření stanoví postup lékaře před vyslovením podezření ze syndromu CAN, úkony, které má provést při podezření, jeho další postup zahrnující vyšetření dítěte nebo záznam do zdravotnické dokumentace a oznámení podezření orgánu sociálně právní ochrany dětí a policii (22).

Schéma postupu je uvedeno v Doporučeném postupu pro praktické lékaře při syndromu zanedbávaného, zneužívaného a týraného dítěte (3), který předcházet vytvoření metodického opatření (příloha 3).

Před vyslovením podezření, že dítě trpí syndromem CAN, má lékař zohlednit předchozí zdravotnickou dokumentaci dítěte a zjistit a zapisovat do ní aktuální sociální zázemí dítěte. Zvýšit svou pozornost by měl, pokud rodič odmítne uvést jméno předchozího praktického lékaře dítěte, nebo pokud je lékař často měněn. Při převzetí dítěte do péče má lékař provést komplexní vyšetření a zaznamenat do dokumentace výšku, hmotnost, obvod hlavy, BMI, vyšetření moče, případné anomálie v chování dítěte, popsány mají být i zhojená poranění a jizvy, úroveň hygieny a stav ošacení (6, 22).

Samotné vyšetření při podezření ze syndromu CAN má probíhat v přátelském prostředí, bolestivá a nepříjemná vyšetření by se neměla opakovat a dítě by nemělo být nuceno opakovaně popisovat traumatizující zážitky. Veškerá zjištění je nutné uvést do dokumentace, opět se popisuje stav výživy, kostry, kůže, sliznic, chrupu a celková

čistota, zvýšenou pozornost by měl lékař věnovat popisu poranění. V případě podezření ze sexuálního zneužívání vyšetřuje lékař i genitál a řitní otvor a zajistí případné známky násilí na prádle dítěte (krev, sperma). O svém podezření musí lékař neprodleně informovat orgán sociálně právní ochrany dětí, v daných případech také policii nebo státního zástupce. Lékař má možnost odeslat dítě k diagnostickému pobytu na příslušné dětské oddělení, nebo nařídí jeho hospitalizaci v případě, že vyhledalo lékařskou prohlídku samo nebo v doprovodu cizí osoby, která vyslovila podezření ze syndromu CAN (22).

Ve zdravotnické dokumentaci dítěte jsou z hlediska syndromu CAN podstatné tyto údaje:

- Datum a čas prvotního podezření ze syndromu CAN
- Záznam vlastního šetření (subjektivní popis potíží vyslovený dítětem nebo doprovodem, komplexní vyšetření dítěte s detailním popisem nálezu)
- Způsob, datum ohlášení a jméno pracovníka OSPOD, kterému lékař podezření ze syndromu CAN nahlásil

1.6.3 Záznam úrazu dítěte

Záznam úrazu dítěte (příloha 4) je formulář vytvořený ve spolupráci Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí ČR. Jeho vyplněním indikuje zdravotník nutnost zahájení sociální práce pro objasnění zdravotně sociálních podmínek v rodině ošetřovaného dítěte. Používá se v případech podezření ze syndromu CAN, zdravotnické zařízení je totiž podle § 10, odstavce 5 zákona o sociálně právní ochraně dětí (40) povinno při ošetřování úrazu dítěte v případě podezření z týrání, zneužívání nebo zanedbávání péče o dítě zajistit zaznamenání úrazu.

Formulář vyplňuje doprovod dítěte nebo dítě samo, uvádí do něj, jak k úrazu došlo. Lékař pak formulář odesílá orgánu sociálně právní ochrany dětí. Svůj názor na uváděný původ úrazu přitom doprovodu dítěte nesděluje, pouze jej, pokud se liší, doplní do záznamu. Formulář se nevyplňuje, pokud je lékař přesvědčen o spáchání trestného

činu na dítěti, protože v tom případě učiní okamžitou oznamovací povinnost orgánu SPOD nebo policii, nebo pokud se jedná o náhodný úraz dítěte.

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

V teoretické části bakalářské práce jsem se věnovala syndromu CAN, popsala jsem jeho jednotlivé formy a projevy, uvedla jsem charakteristiku obětí a pachatelů a situaci v České republice z hlediska právní úpravy i výskytu syndromu CAN. Podstatná část práce se věnuje prevenci na všech jejích úrovních. Do primární prevence lze zahrnout kampaň STOP násilí na dětech jako preventivní program zaměřený na nejširší veřejnost. Dalším příkladem prevence syndromu CAN je aplikace metodického opatření určujícího postup lékařů při podezření ze syndromu CAN. Cílem mé práce je zjistit míru informovanosti o těchto preventivních programech. **Cíl práce**

Cílem práce je zjistit míru informovanosti o preventivních programech zaměřených na syndrom CAN. Konkrétně se jedná se o informovanost studentů posledních ročníků středních škol v Táboře o kampani STOP násilí na dětech a informovanost praktických lékařů pro děti a dorost, pracovníků orgánu sociálně právní ochrany dětí a policistů v Jihočeském kraji o metodickém opatření určujícím postup při podezření ze syndromu CAN.

2.2 Hypotézy

Na základě uvedených cílů byly stanoveny tyto hypotézy:

Hypotéza H1: Studenti posledních ročníků středních škol v Táboře neznají kampaň STOP násilí na dětech.

Hypotéza H2: Praktičtí lékaři pro děti a dorost, pracovníci orgánu sociálně právní ochrany dětí a policisté v Jihočeském kraji nejsou seznámeni s metodickým opatřením určujícím postup lékařů primární péče při podezření ze syndromu CAN.

3. METODIKA

3.1 Použité metody a techniky sběru dat

V praktické části bakalářské práce jsem realizovala výzkum ke zjištění stanovených cílů a ověření nebo vyvrácení hypotéz. Zvolila jsem formu kvantitativního výzkumu, sběr dat probíhal pomocí metody dotazování, technikou dotazníku, jehož výhodou je rychlost, dostupnost, přehlednost a možnost kvalitního zpracování dat.

Dotazníky byly vypracovány ve dvou sadách, první byla určena studentům 4. ročníků středních škol v Táboře („dotazník 1“, příloha 5), druhá praktickým lékařům pro děti a dorost, lékařům na dětských odděleních v nemocnicích, pracovníkům orgánu sociálně právní ochrany dětí a policistům v Jihočeském kraji („dotazník 2“, příloha 6).

Otázky v dotaznících byly formulovány stručně a srozumitelně, s důrazem na to, aby nedocházelo ke zdržování dotazovaných a byla udržena jejich pozornost. V úvodu každého dotazníku byla uvedena žádost o jeho vyplnění, specifikace účelu získaných informací a záruka anonymity. Dotazník určený studentům tvořilo 15 otázek, dotazník určený lékařům, sociálním pracovníkům a policistům tvořilo 14 otázek. Jednalo se o otázky uzavřené, polootevřené i otevřené, týkající se problematiky týrání, zneužívání a zanedbávání dětí a informovanosti o daných preventivních programech. Součástí dotazníků byly i identifikační otázky, jež byly určeny ke zjištění věku, pohlaví a dosaženého vzdělání respondentů.

3.2 Charakteristika souboru

Výzkumný soubor pro dotazníkové šetření tvořili studenti 4. ročníků středních škol v Táboře a dále praktičtí lékaři pro děti a dorost, pracovníci orgánu sociálně právní ochrany dětí a policisté působící v Jihočeském kraji.

V Táboře se nachází 8 středních škol (Gymnázium Pierra de Coubertina, Střední průmyslová škola strojní a stavební, Střední zdravotnická škola, Obchodní akademie, Střední zemědělská škola, Střední škola obchodu služeb a řemesel, Střední

odborná škola a střední odborné učiliště spojů Tábor, Táborské soukromé gymnázium). Na těchto školách jsem rozdala vždy po 20 dotaznících určených pro studenty posledních ročníků, celkem jsem rozdala 160 dotazníků.

Druhé části výzkumného souboru, tedy lékařům, sociálním pracovníkům a policistům, jsem dotazníky předávala osobně nebo pomocí elektronické pošty. Celkem jsem oslovila 60 dětských lékařů (praktičtí lékaři pro děti a dorost a lékaři pracující na dětských odděleních v nemocnicích po celém Jihočeském kraji), 48 pracovníků orgánu sociálně právní ochrany dětí (působící na obecních úřadech obcí s rozšířenou působností, tj. ve městech Blatná, České Budějovice, Český Krumlov, Dačice, Jindřichův Hradec, Kaplice, Milevsko, Písek, Prachatice, Soběslav, Strakonice, Tábor, Trhové Sviny, Třeboň, Týn nad Vltavou, Vimperk a Vodňany) a 30 policistů (působících na obvodních odděleních ve městech České Budějovice, Písek, Prachatice a Tábor).

Výzkum probíhal v měsíci březnu a dubnu 2010. Z celkového počtu 298 distribuovaných (160 „dotazníků 1“ určených studentům a 138 „dotazníků 2“ určených odborníkům) bylo vráceno a správně vyplněno 162 dotazníků (100 „dotazníků 1“ a 62 „dotazníků 2“). Každý z dotazníků byl osobně překontrolován a zahrnut do výsledků. Návratnost dotazníků činila 62,5 %, respektive 45 %. Nižší návratnost dotazníků určených dětským lékařům, pracovníkům OSPOD a policistům si zdůvodňují zejména absencí osobního kontaktu při jejich distribuci a sběru u části respondentů. Celkovou návratnost 54 % přesto považují za úspěšnou.

4. VÝSLEDKY

Pro větší přehlednost jsou výsledky prezentovány ve dvou částech. První část se týká výzkumu míry informovanosti studentů o kampani STOP násilí na dětech, druhá část pak míry informovanosti lékařů, sociálních pracovníků a policistů o metodickém opatření určujícím postup při podezření ze syndromu CAN.

Ke zpracování a vyhodnocování dat jsem měla k dispozici 100 „dotazníků 1“ a 62 „dotazníků 2“.

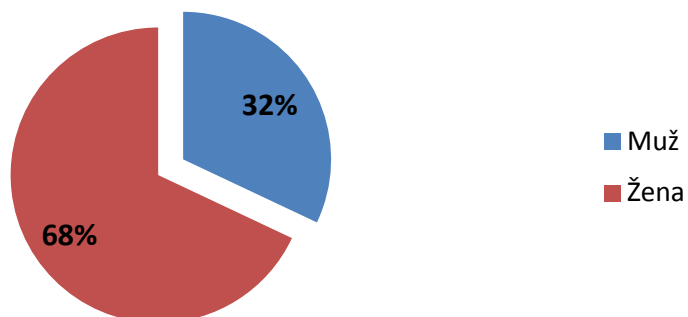
Podrobnější informace o výsledcích jsou uvedeny v následujících grafech. Výsledky jsou uváděny v procentech nebo absolutních hodnotách, mimo grafického znázornění je doplňuje krátký popis.

4.1 Výsledky dotazníku 1 (informovanost studentů)

Dotazník pro zjištění míry informovanosti studentů byl tvořen 15 otázkami.

Vzhledem k jasně definovanému výzkumnému souboru obsahoval jedinou identifikační otázku, a to pohlaví. Další otázky se týkaly problematiky týrání, zneužívání a zanedbávání dětí, prevence tohoto jevu a zkušenosti studentů s předáváním informací o něm ve školách. Závěrečné otázky zjišťovaly informovanost studentů o kampani STOP násilí na dětech.

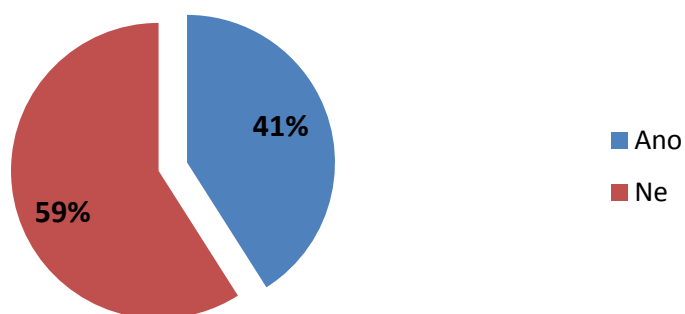
Graf 1 (Otázka 1 – Pohlaví)



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 100 respondentů bylo 68 žen a 32 mužů.

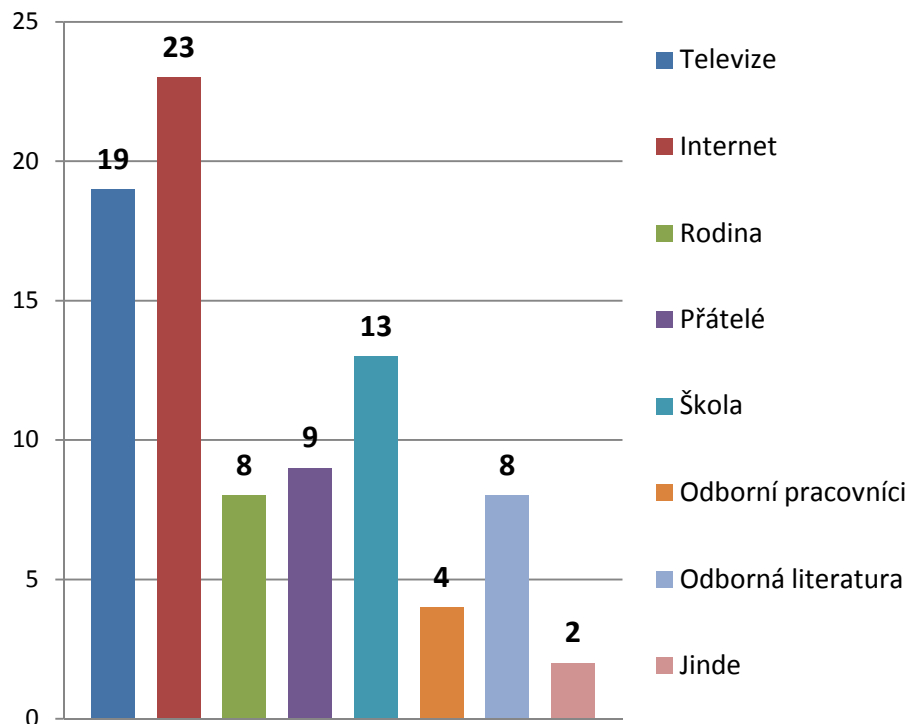
Graf 2 (Otázka 2 – Znáte pojem syndrom CAN – syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte?)



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 100 respondentů neznalo pojem syndrom CAN 59 studentů. 41 studentů uvedlo, že tento pojem zná.

Graf 3 (Otázka 3 – Kde jste se o syndromu CAN dozvěděl/a? Z jakých zdrojů o něm čerpáte informace?)

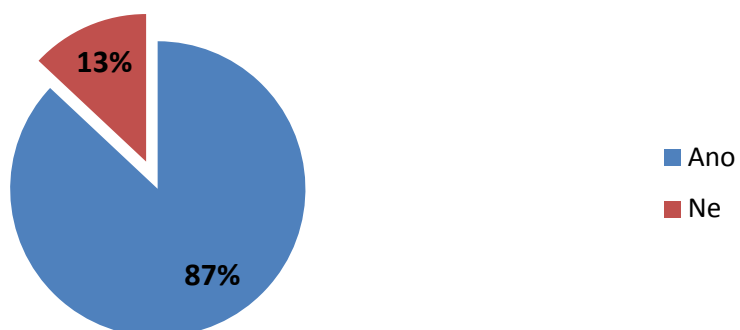


Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku 3 odpovídali pouze ti respondenti, kteří u předchozí otázky zvolili možnost „ano“. Otázka byla položena jako polootevřená s možností vybrat více odpovědí a možností doplnit odpověď vlastní. V grafu jsou uvedena data v absolutních číslech.

23 respondentů uvedlo jako zdroj svých informací o syndromu CAN internet, 19 respondentů televizi, 13 respondentů se o syndromu CAN dozvědělo ve škole, 9 respondentů prostřednictvím přátel, 8 respondentů prostřednictvím rodiny, rovněž 8 respondentů uvedlo, že informace získali z odborné literatury, 4 od odborných pracovníků (lékař, sociální pracovník, psycholog, policista atd.) a 2 respondenti čerpali z jiných zdrojů. Jako jiný zdroj uvedli respondenti přípravný kurz na vysokou školu.

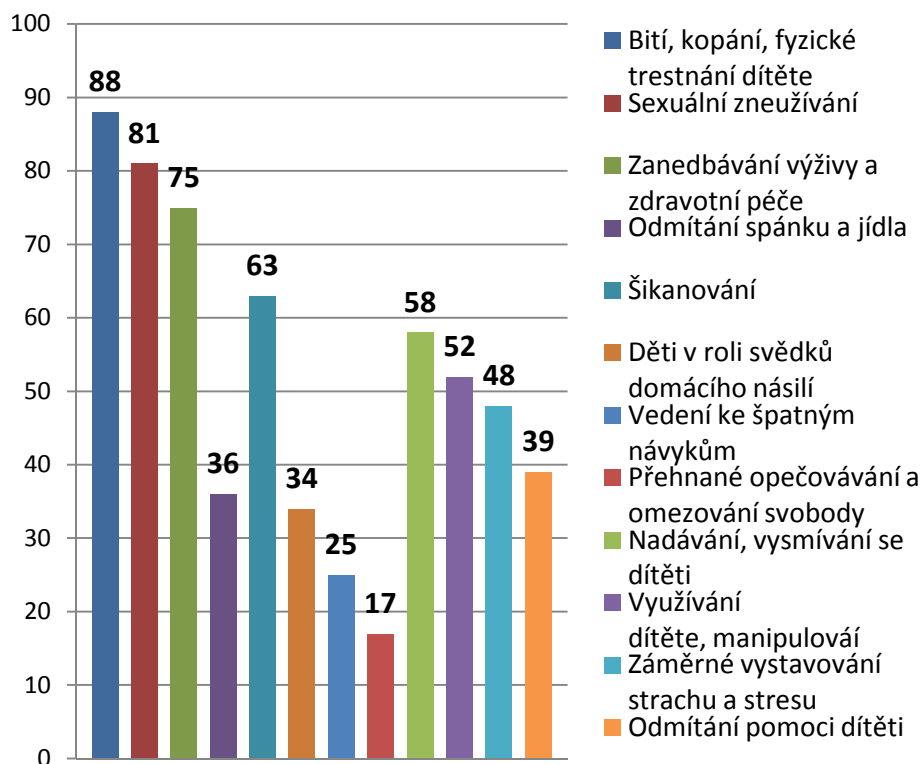
Graf 4 (Otázka 4 – Uvítal/a byste více informací vztahujících se k syndromu CAN?)



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 100 respondentů jich 87 uvedlo, že by uvítalo více informací vztahujících se k syndromu CAN. 13 respondentů více informací nepožaduje.

Graf 5 (Otázka 5 - Které z následujících příkladů podle Vás patří mezi projevy syndromu CAN?)

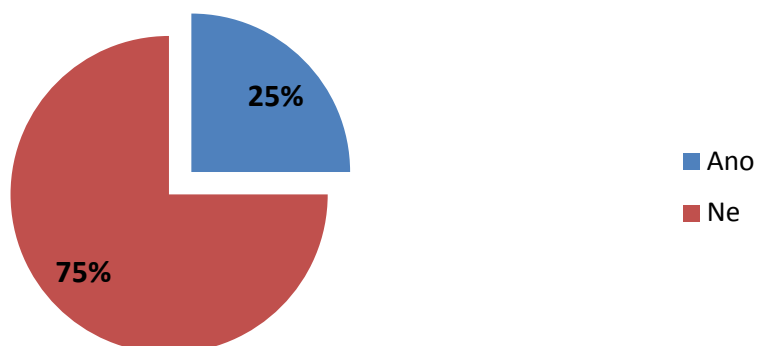


Zdroj: vlastní výzkum

Tato otázka zjišťovala, co si respondenti pod pojmem syndrom CAN představují. Jednalo se o polootevřenou otázku s možností vybrat více odpovědí a doplnit odpověď vlastní. V grafu jsou uvedena data v absolutních číslech.

Žádný z nabízených projevů nebyl zvolen všemi respondenty. Nejčastěji respondenti volili možnosti: bití, kopání, fyzické trestání dítěte (88); sexuální zneužívání (81); zanedbávání výživy a zdravotní péče (75). Další nejčastěji označené projevy jsou: šikanování (63); nadávání, vysmívání se dítěti (58); využívání dítěte, manipulování (52); záměrné vystavování strachu a stresu (48). Třetí skupinu z hlediska počtu voleb tvoří projevy méně známé: odmítání pomoci dítěti (39); odmítání spánku a jídla (36); děti v roli svědků domácího násilí (34); vedení ke špatným návykům (25); přehnané opečovávání a omezování osobní svobody (17).

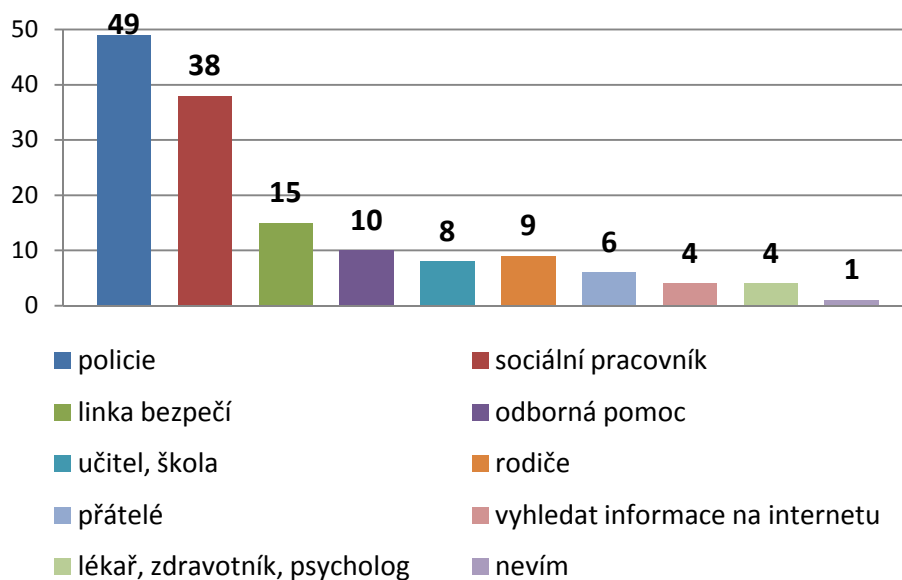
Graf 6 (Otázka 6 – Setkal/a jste se ve svém okolí s projevy syndromu CAN?)



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 100 respondentů jich 75 uvedlo, že se ve svém okolí nesešlo s projevy syndromu CAN. 25 respondentů zkušenost se syndromem CAN ve svém okolí má.

Graf 7 (Otázka 7 – Víte, jak se zachovat v případě, že máte podezření na týrání, zneužívání nebo zanedbávání dítěte? Na koho byste se obrátil/a?)

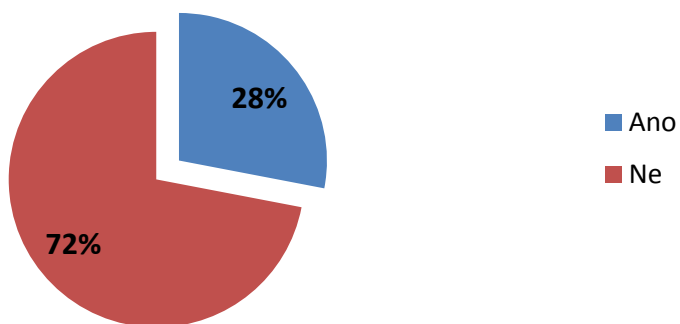


Zdroj: vlastní výzkum

Tato otázka byla otevřená, nejčastější odpovědi jsou seřazeny do okruhů. V grafu jsou uvedena data v absolutních číslech, představují počet voleb respondenty.

49 respondentů by se obrátilo na policii, 38 respondentů na sociálního pracovníka (v dotaznících uváděno jako *sociálka*, *sociální odbor*, *péče o dítě* atd.), 15 respondentů by zavolalo na Linku bezpečí, 10 respondentů by vyhledalo odbornou pomoc, 9 respondentů by o pomoc požádalo rodiče, 8 respondentů by se poradilo ve škole s učitelem, 6 respondentů s přáteli, 4 respondenti by vyhledali informace na internetu a podle nich postupovali, 4 respondenti by se obrátili na lékaře nebo psychologa. 1 respondent uvedl, že neví, jak by postupoval. 14 respondentů na tuto otázku neodpovědělo.

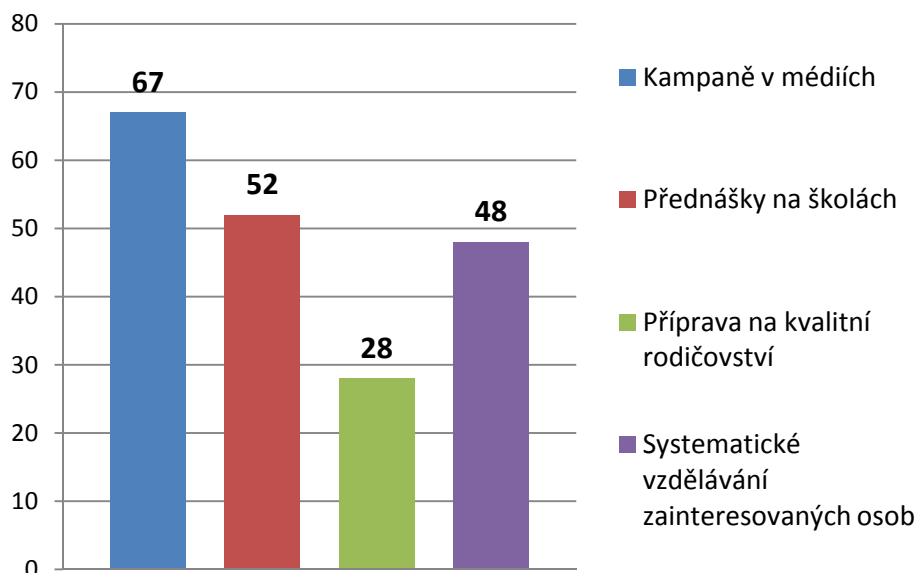
Graf 8 (Otázka 8 – Považujete prevenci týrání, zneužívání a zanedbávání dětí v ČR za dostačující?)



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 100 respondentů považuje 72 studentů preventivní opatření proti týrání, zneužívání a zanedbávání dětí v ČR za nedostačující. 28 studentů za dostačující.

Graf 9 (Otázka 9 – Jaký druh primární prevence násilí na dětech je podle Vás nejúčinnější?)

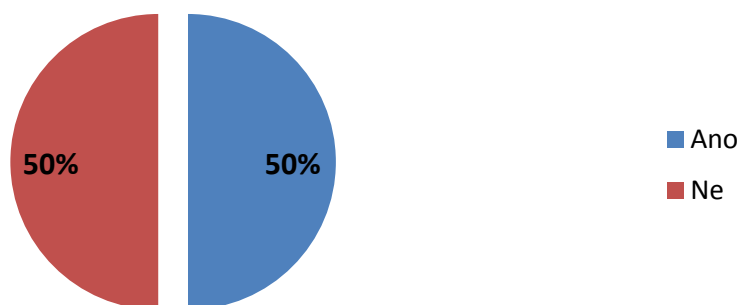


Zdroj: vlastní výzkum

Tato otázka byla polootevřená s možností vybrat více odpovědí a možností doplnit odpověď vlastní. Graf udává druhy primární prevence a počet jejich voleb respondenty v absolutních číslech.

Jako účinný druh prevence násilí na dětech označilo 67 respondentů kampaně v médiích, 52 respondentů přednášky na školách, 48 respondentů systematické vzdělávání zainteresovaných osob (sociálních pracovníků, policistů, lékařů atd.) a 28 respondentů přípravu na kvalitní rodičovství. Možnost uvést vlastní odpověď žádný z respondentů nevyužil.

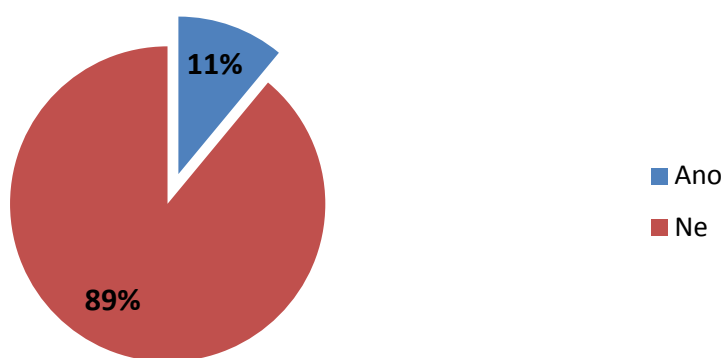
Graf 10 (Otázka 10 – Byl/a jste v rámci školní výuky seznámen/a s problematikou týrání, zneužívání a zanedbávání dětí?)



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 100 respondentů bylo v rámci školní výuky seznámeno s problematikou týrání, zneužívání a zanedbávání 50 studentů. 50 studentů s touto problematikou ve škole seznámeno nebylo.

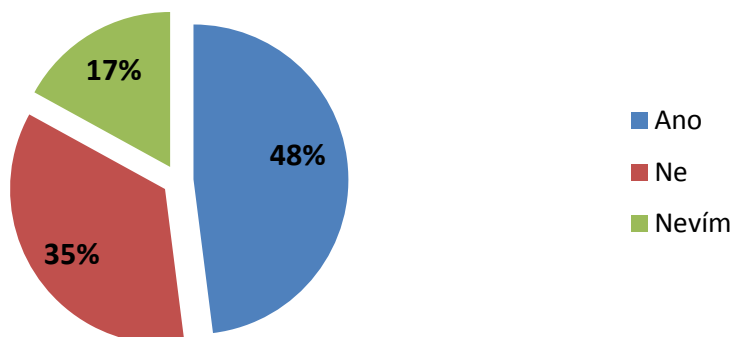
Graf 11 (Otázka 11 – Absolvoval/a jste v rámci své školní docházky primárně preventivní program zaměřený na syndrom CAN?)



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 100 respondentů jich 89 primárně preventivní program zaměřený na syndrom CAN neabsolvovalo. 11 respondentů uvedlo, že ano.

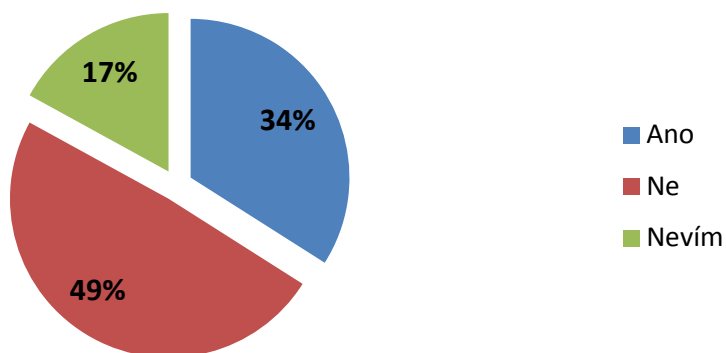
Graf 12 (Otázka 12 – Znáte kampaň STOP násilí na dětech?)



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 100 respondentů zná kampaň STOP násilí na dětech 48 studentů, 35 studentů kampaň nezná, 17 studentů uvedlo, že neví.

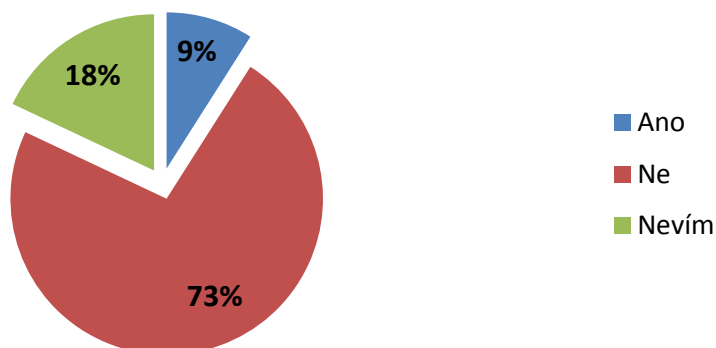
Graf 13 (Otázka 13 – Viděl/a jste televizní spot kampaně STOP násilí na dětech?)



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 100 respondentů nevidělo televizní spot kampaně STOP násilí na dětech 49 studentů, 34 studentů tento spot vidělo a 17 studentů uvedlo, že neví.

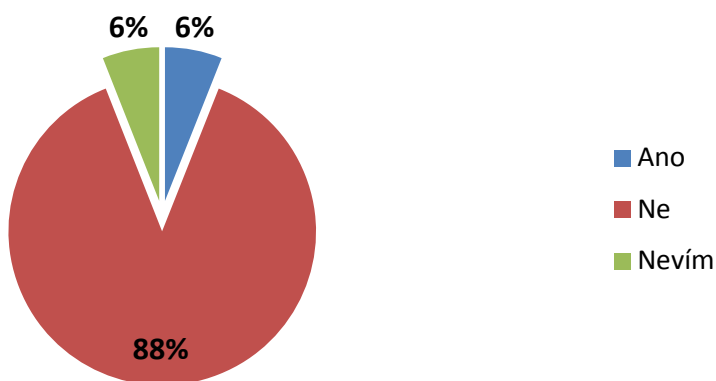
Graf 14 (Otázka 14 – Slyšel/a jste rádiový spot kampaně STOP násilí na dětech?)



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 100 respondentů jich 73 rádiový spot kampaně STOP násilí na dětech neslyšelo, 18 studentů uvedlo, že neví a 9 studentů tento spot slyšelo.

Graf 15 (Otázka 15 – Setkal/a jste se se Slabikářem násilí na dětech?)



Zdroj: vlastní výzkum

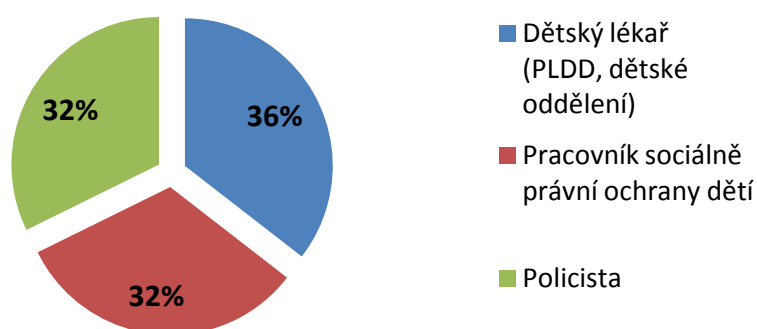
Z celkového počtu 100 respondentů jich 88 Slabikář násilí na dětech nezná, 6 respondentů uvedlo, že se se Slabikářem násilí na dětech setkalo, a 6 respondentů uvedlo, že neví.

4.2 Výsledky dotazníku 2 (informovanost odborníků)

Dotazník pro zjištění míry informovanosti dětských lékařů, pracovníků orgánu sociálně právní ochrany dětí a policistů tvořilo 14 otázek.

V úvodu byly zařazeny otázky identifikační týkající se povolání, pohlaví, věku a dosaženého vzdělání. Další otázky se týkaly problematiky týrání, zneužívání a zanedbávání dětí a jeho prevence. V závěru pak dotazník obsahoval otázky zjišťující informovanost respondentů o metodickém opatření určujícím postup lékařů primární péče při podezření ze syndromu CAN a o doporučeném postupu při CAN.

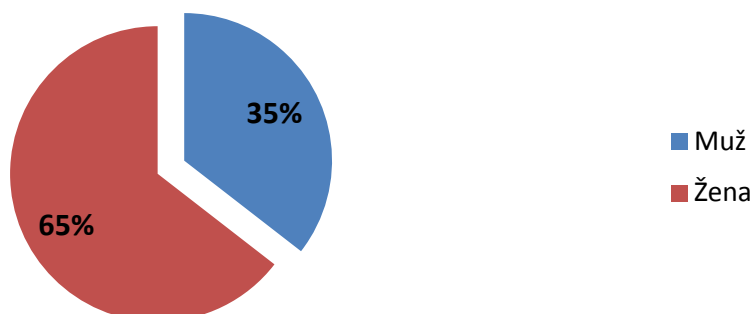
Graf 16 (Otázka 1 – Povolání)



Zdroj: vlastní výzkum

Celkový počet respondentů byl 62. Z nich 22 pracovalo na pozici dětského lékaře (praktického lékaře pro děti a dorost nebo lékaře na dětském oddělení v nemocnici), 20 na pozici pracovníka orgánu sociálně právní ochrany dětí a 20 na pozici policisty.

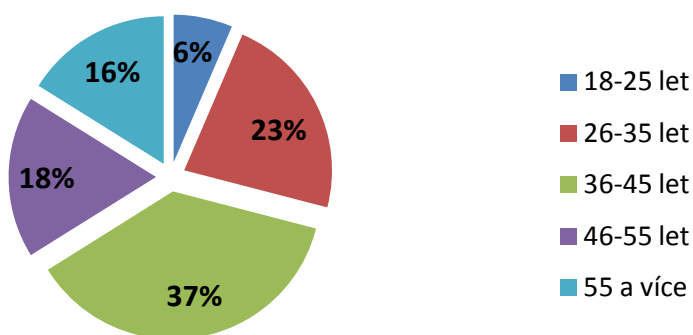
Graf 17 (Otázka 2 – Pohlaví)



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 62 respondentů bylo 40 respondentů pohlaví ženského, 42 respondentů pohlaví mužského. Z hlediska povolání byla obě pohlaví zastoupena rovnoměrně s výjimkou pracovníků OSPOD, mezi kterými výrazně převyšovaly ženy (90%).

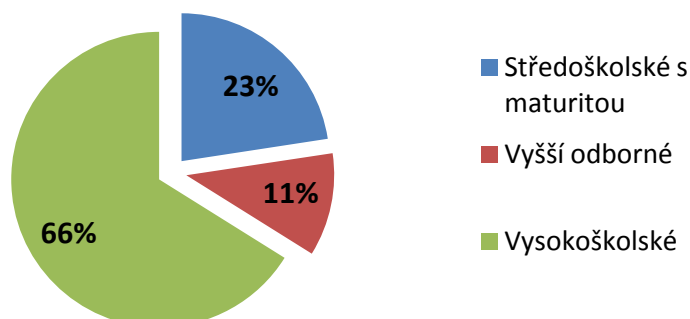
Graf 18 (Otázka 3 – Věk)



Zdroj: vlastní výzkum

Z hlediska věku respondentů byly zastoupeny všechny kategorie. Nejvíce respondentů (37%) bylo ve věku 36 – 45 let.

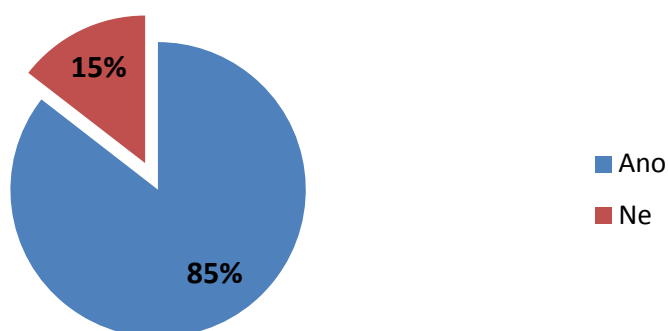
Graf 19 (Otázka 4 – Nejvyšší dosažené vzdělání)



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 62 respondentů uvedlo vysokoškolské vzdělání 41 respondentů (22 dětských lékařů, 12 pracovníků OSPOD a 7 policistů), středoškolské vzdělání 14 respondentů (2 pracovníci OSPOD a 12 policistů) a vyšší odborné vzdělání 7 respondentů (6 pracovníků OSPOD a 1 policista).

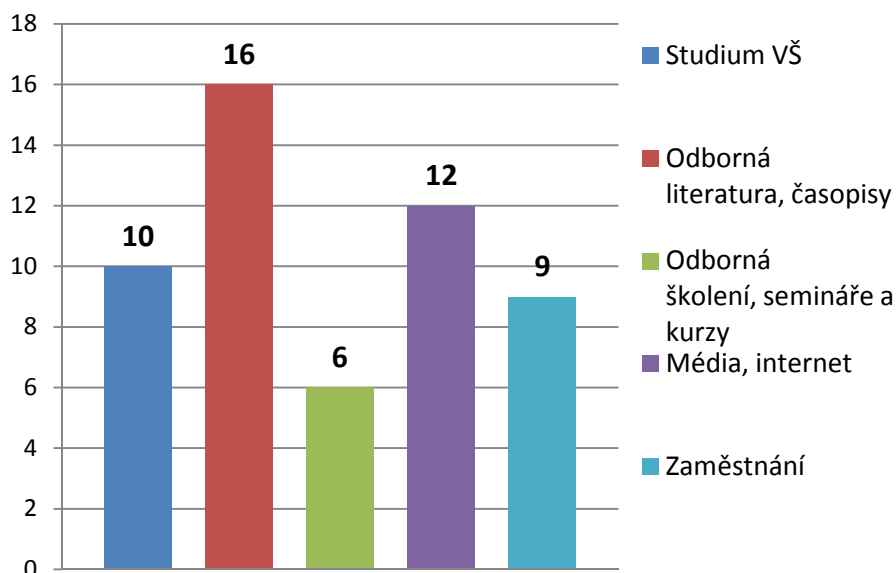
Graf 20 (Otázka 5 – Znáte pojem syndrom CAN?)



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 62 respondentů jich 53 (18 dětských lékařů, 20 pracovníků OSPOD a 15 policistů) uvedlo, že pojem syndrom CAN zná. 9 respondentů (4 dětských lékařů a 5 policistů) tento pojem nezná.

Graf 21 (Otázka 6 – Kde jste se o syndromu CAN dozvěděl/a? Z jakých zdrojů o něm čerpáte informace?)

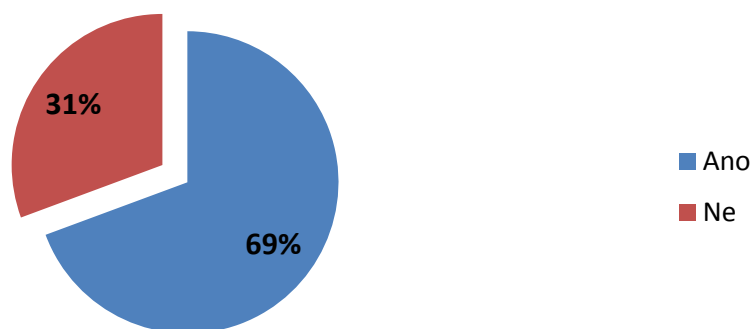


Zdroj: vlastní výzkum

Tato otázka byla otevřená, nejčastější odpovědi jsou seřazeny do okruhů. V grafu jsou uvedena data v absolutních číslech, představují počet voleb respondentů.

16 respondentů uvedlo jako zdroj svých informací o syndromu CAN odbornou literaturu a časopisy, 12 respondentů získává informace z médií a internetu, 10 respondentů má informace ze studia na vysoké škole, 9 respondentů získalo tyto informace v souvislosti se zaměstnáním, 6 respondentů prostřednictvím odborného vzdělávání představovaným školeními, semináři nebo kurzy. 10 respondentů otázku nezodpovědělo.

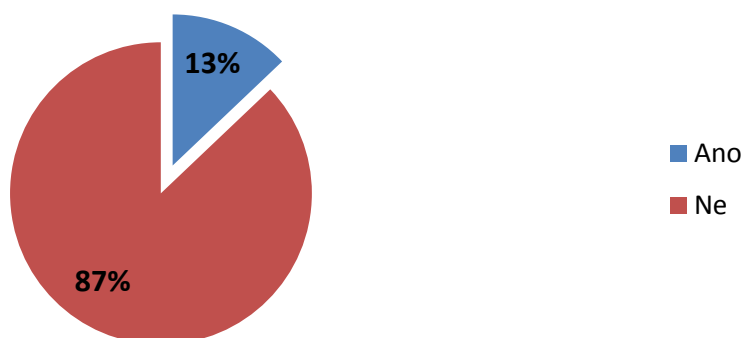
Graf 22 (Otázka 7 – Uvítal/a byste více informací vztahujících se k syndromu CAN?)



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 62 respondentů jich 43 (14 dětských lékařů, 14 pracovníků OSPOD a 15 policistů) uvedlo, že by uvítalo více informací o syndromu CAN. 19 (8 dětských lékařů, 6 pracovníků OSPOD, 5 policistů) více informací nepožaduje.

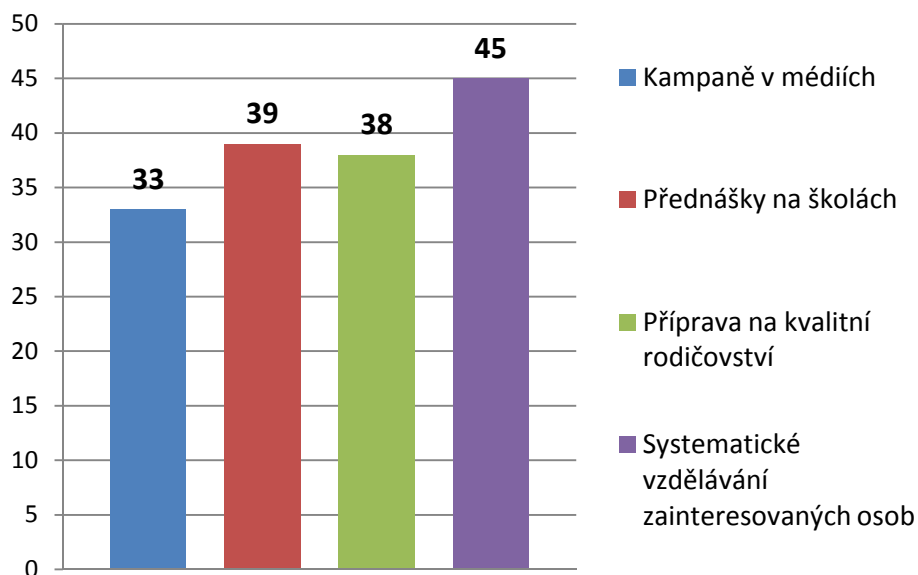
Graf 23 (Otázka 8 – Považujete preventivní opatření proti týrání, zneužívání a zanedbávání dětí v ČR za dostačující?)



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 62 respondentů jich 54 (20 dětských lékařů, 18 pracovníků OSPOD a 16 policistů) považuje preventivní opatření proti týrání, zneužívání a zanedbávání dětí v ČR za nedostačující. 8 respondentů (2 dětských lékařů, 2 pracovníci OSPOD a 4 policisté) považují daná opatření za dostatečná.

Graf 24 (Otázka 9 – Jaký druh primární prevence násilí na dětech je podle Vás nejúčinnější?)

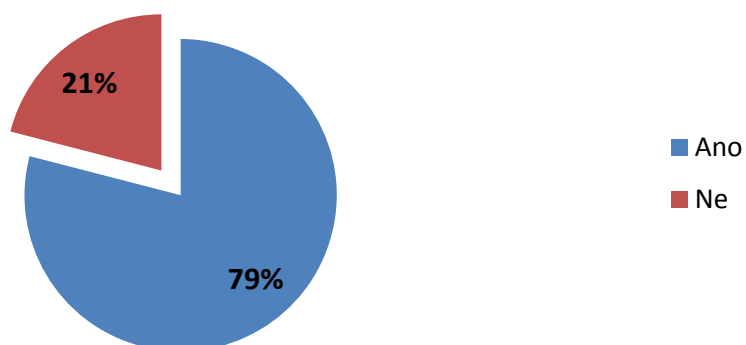


Zdroj: vlastní výzkum

Tato otázka byla polootevřená s možností vybrat více odpovědí a možností doplnit odpověď vlastní. Graf udává druhy primární prevence a počet jejich voleb respondenty v absolutních číslech.

Jako účinný druh primární prevence násilí na dětech označilo 45 respondentů systematické vzdělávání zainteresovaných osob (sociálních pracovníků, policistů, lékařů atd.), 39 respondentů přednášky na školách, 38 respondentů přípravu na kvalitní rodičovství a 33 respondentů kampaně v médiích. Možnost uvést vlastní odpověď žádný z respondentů nevyužil.

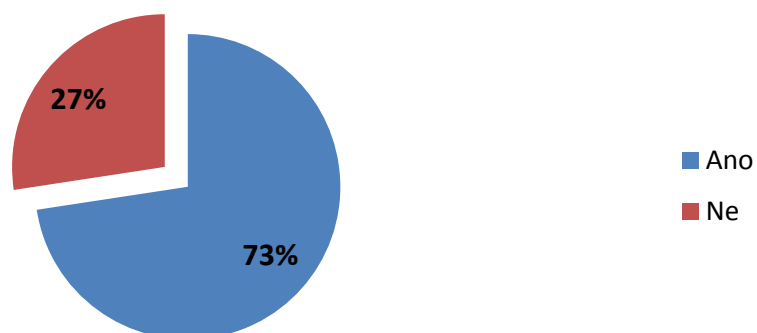
Graf 25 (Otázka 10 – Domníváte se, že větší informovanost veřejnosti o problematice násilí na dětech může snížit počet týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí?)



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 62 udalo kladnou odpověď na tuto otázku 49 respondentů (17 dětských lékařů, 18 pracovníků OSPOD a 14 policistů). Naopak 13 respondentů (5 dětských lékařů, 2 pracovníci OSPOD a 6 policistů) se domnívá, že větší informovanost veřejnosti o problematice nebude mít na počet týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí vliv.

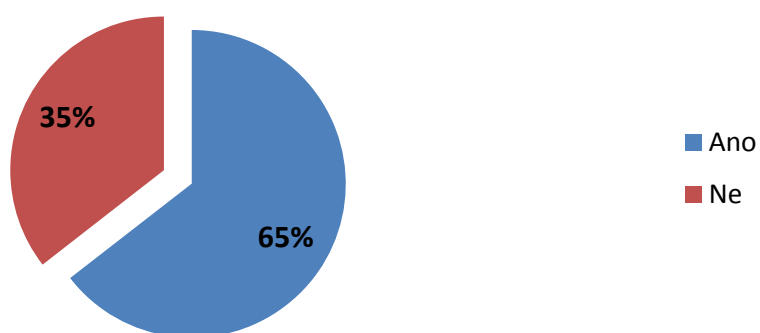
Graf 26 (Otázka 11 – Setkal/a jste se ve své praxi s týraným, zneužívaným nebo zanedbávaným dítětem?)



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 62 respondentů jich 45 (22 dětských lékařů, 14 pracovníků OSPOD a 9 policistů) uvedlo, že se v rámci výkonu svého povolání setkala s týraným, zneužívaným nebo zanedbávaným dítětem. 17 respondentů (6 pracovníků OSPOD a 11 policistů) se s týraným, zneužívaným nebo zanedbávaným dítětem nesetkala.

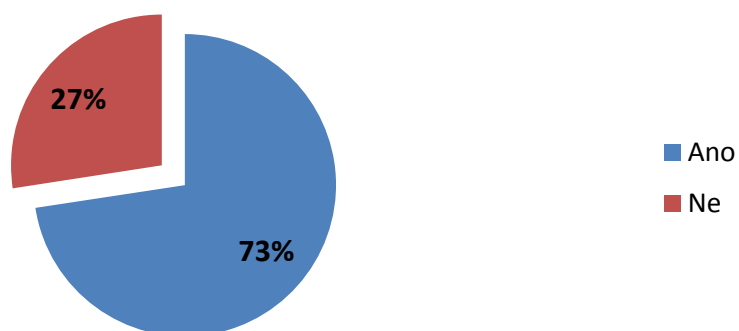
Graf 27 (Otázka 12 – Znáte metodické opatření určující postup lékařů primární péče při podezření ze syndromu CAN?)



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 62 respondentů jich 40 (21 dětských lékařů, 16 pracovníků OSPOD a 3 policisté) uvedlo, že dané metodické opatření zná. 22 respondentů (1 dětský lékař, 4 pracovníci OSPOD a 17 policistů) metodické opatření k postupu lékařů při podezření ze syndromu CAN nezná.

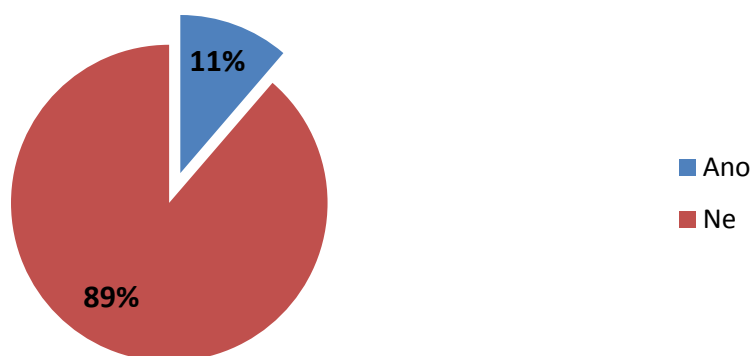
Graf 28 (Otázka 13 – Znáte doporučený postup při podezření ze syndromu CAN?)



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 62 respondentů jich 45 (22 dětských lékařů, 16 pracovníků OSPOD a 7 policistů) ví, jak má postupovat v případě podezření ze syndromu CAN. 17 respondentů (4 pracovníci OSPOD a 13 policistů) doporučený postup nezná.

Graf 29 (Otázka 14 – Využil/a jste již v souvislosti se syndromem CAN formulář „Záznám úrazu dítěte“?)



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 62 respondentů jich 55 (17 dětských lékařů, 18 pracovníků OSPOD a 20 policistů) formulář Záznám úrazu dítěte dosud nevyužilo. 7 respondentů (5 dětských lékařů a 2 pracovníci OSPOD) někdy tento formulář využilo.

5. DISKUZE

Problematika syndromu CAN je velmi široká, pro svou práci jsem zvolila oblast jeho prevence, kterou považuji za velmi důležitou. Jejím cílem je zabránit samotnému vzniku jevu, případně rehabilitovat jeho následky. Smyslem mé práce bylo nahlédnout do problematiky prevence syndromu CAN, zjistit, jaké preventivní programy existují a zda je znají ti, pro které jsou určeny. Jako příklady preventivních opatření jsem zvolila kampaň STOP násilí na dětech a Metodické opatření určující postup lékařů při podezření ze syndromu CAN.

Cílem práce bylo zmapovat a zhodnotit míru informovanosti laické a odborné veřejnosti o preventivních programech zaměřených na syndrom CAN. Laická veřejnost byla představována studenty posledních ročníků středních škol v Táboře, zjišťovala jsem, zda znají kampaň STOP násilí na dětech. Odborná veřejnost byla zastoupená dětskými lékaři, pracovníky orgánu sociálně právní ochrany dětí a policisty. U nich mě zajímalo, zda znají metodické opatření určující postup při podezření ze syndromu CAN. Z důvodů splnění cílů práce jsem realizovala v Táboře, respektive Jihočeském kraji výzkum, a to pomocí dotazníkového šetření.

Ke spolupráci při sběru dat jsem oslovila studenty maturitních ročníků středních škol v Táboře. Tuto skupinu jsem zvolila proto, že se nachází na hranici dětství a dospělosti, mnohé z nich čeká osamostatnění se od rodičů, hledání partnera a zakládání vlastní rodiny (18). Jsou na začátku své životní dráhy v samostatném životě a domnívám se, že jako potenciální budoucí rodiče by již měli mít alespoň základní informace o problematice násilí páchaném na dětech. Úkolem studentů bylo vyplnit dotazník o 15 otázkách. Ze získaných dat jsem zjišťovala, zda mají povědomí o týrání, zneužívání a zanedbávání dětí a prevenci tohoto jevu, jaké mají zkušenosti s předáváním informací o syndromu CAN ve školách a zda znají kampaň STOP násilí na dětech, která si klade za cíl zvýšit povědomí veřejnosti o této problematice.

Druhou skupinu výzkumného souboru tvořili praktičtí lékaři pro děti a dorost, lékaři na dětských odděleních v nemocnicích, pracovníci orgánu sociálně právní ochrany dětí a policisté. Jedná se o odborníky, kteří řeší případy dětí postižených

syndromem CAN a kteří by se měli angažovat i v prevenci tohoto jevu. Dotazník pro tuto skupinu byl tvořen 14 otázkami, týkaly se opět problematiky týrání, zneužívání a zanedbávání dětí, včetně prevence a znalosti doporučeného postupu při podezření ze syndromu CAN.

5.1 Diskuze k informovanosti studentů

Výzkum zaměřený na studenty měl potvrdit nebo vyvrátit hypotézu H1: Studenti posledních ročníků středních škol v Táboře neznají kampaň STOP násilí na dětech. Dílčím cílem bylo zmapovat znalosti studentů o problematice týrání, zneužívání a zanedbávání dětí. Zajímalo mě, zda jsou o této problematice informováni, zda jejich informace pochází ze školní výuky nebo je čerpají z jiných zdrojů.

Graf 1 ukazuje rozložení studentů z hlediska pohlaví. Při distribuci dotazníků jsme se snažila o rovnovážné zastoupení obou pohlaví, z celkového počtu 100 navrácených dotazníků jich bylo 32 od mužů a 68 od žen. Větší zastoupení ženského pohlaví si vysvětluji větší mírou angažovanosti studentek-žen, problematika násilí na dětech je pravděpodobně zasáhla více než studenty-muže. Jinou identifikační otázku dotazník neobsahoval. Věkové složení respondentů bylo stanoveno tím, že se jednalo o studenty maturitních ročníků, tedy 19-21leté. Rovněž nejvyšší dosažené vzdělání bylo u všech stejné.

Otázky č. 2-7 se zaměřovaly na průzkum informovanosti studentů o problematice týrání, zneužívání a zanedbávání dětí.

V otázce č. 2 měli respondenti uvést, zda znají pojem syndrom CAN. Syndrom CAN podrobně rozebírají Dunovský, Dytrych a Matějček ve své publikaci Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě. Uvádí, že se jedná o syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, který je představován souborem nepříznivých příznaků v nejrůznějších oblastech stavu a vývoje dítěte i jeho postavení ve společnosti, a který je převážně výsledkem úmyslného ubližování dítěti způsobeného nejčastěji jeho rodiči (6). Na rozdíl od dotazníku určeného odborníkům, byl v této otázce uveden i popis, že se jedná právě o syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte,

což mohlo respondentům napovědět a mohli uvést, že pojem znají, i když pouze v jeho nezkrácené podobě. Přesto bylo mezi respondenty více těch, kteří pojem neznali (59 %), viz graf 2. Respondenti, kteří uvedli, že pojem syndrom CAN znají (41 %), odpovídali na další otázku týkající se zdroje jejich informací. Když měli vyjádřit, odkud se jim informací dostává nejvíce (viz graf 3), jednoznačně převažovala možnost internet (23 respondentů) a televize (19 respondentů). 13 respondentů uvedlo jako zdroj svých informací školu. Tyto informační zdroje byly v menší míře kombinovány s dalšími, jako získávání informací od přátel, rodiny, z odborné literatury či od odborných pracovníků. 2 respondenti uvedli, že se o syndromu CAN dozvěděli na přípravném kurzu na vysokou školu. K obdobným výsledkům dospěla ve své bakalářské práci i R. Kaiseršatová, která udává, že studenti čerpají informace nejvíce z médií, dále od rodičů či ze školy (14), či B. Gorniaková, podle které jsou studenti o týrání a zneužívání dětí nejčastěji informováni rodiči či ve škole (11).

Graf 4 pak znázorňuje, že 87 % respondentů by uvítalo více informací vztahujících se k syndromu CAN. Tuto odpověď udali, až na 4 respondenty, všichni ti, kteří uvedli, že syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte neznají. Tuto skutečnost považuji za potěšující a doufám, že i díky mému dotazníku získali alespoň minimální povědomí o problematice násilí na dětech, a že si více informací sami aktivně vyhledají.

Jak již bylo výše řečeno, 41 % respondentů uvedlo, že syndrom CAN zná. Znamená to ale, že skutečně vědí, co tento pojem zahrnuje? Je možné, že o týrání, zneužívání nebo zanedbávání mohli něco slyšet, ale nepotvrzuje to, že o něm mají opravdu dostatek informací a znalostí. Tuto problematiku jsem se snažila vyřešit položením otázky č. 5, ve které měli respondenti označit příklady chování, které podle nich patří mezi projevy syndromu CAN. Překvapující pro mě bylo, že žádný z nabízených projevů nebyl zvolen všemi respondenty, a to ani možnosti *bití, kopání, fyzické trestání dítěte, sexuální zneužívání* nebo *zanedbávání výživy a zdravotní péče*, které jsou vyjádřeny přímo v názvu syndromu CAN, tyto možnosti však byly označovány nejčastěji (viz graf 5). Obdobně Kaiseršatová uvádí, že nejvíce studentů se pod pojmem týrání dítěte představí fyzické tresty (14). Naopak nejméně často uváděli

respondenti možnosti *odmítání pomoci dítěti, odmítání spánku a jídla, děti v roli svědků domácího násilí, vedení ke špatným návykům či přehnané opečovávání a omezování osobní svobody*. Je to dáno tím, že se jedná o projevy méně známé a na první pohled méně závažné, ve svém důsledku však i ony způsobují, že dítě strádá a je narušen jeho vývoj i postavení ve společnosti (31). Na méně časté projevy násilí páchaném na dětech se snaží upozornit Slabikář násilí na dětech, který je předmětem jedné z dalších otázek.

Otázka č. 6 se zaměřuje na to, zda se respondenti ve svém okolí s projevy CAN setkali. Jak uvádí M. Ramešová ve sborníku Rukověť pro poskytovatele a zadavatele sociálních a zdravotních služeb v oblasti problematiky dětí a mládeže, v České republice je syndromem CAN zasaženo 20 – 40 tisíc dětí, tedy 1-2 % dětské populace (27), v naprosté většině případů však týrání, zneužívání či zanedbávání dítěte není odhaleno. Na otázku č. 6 uvedla ¼ respondentů, že se ve svém okolí s projevy syndromu CAN setkala (viz graf 6). Ke stejným údajům došla ve své bakalářské práci i Gorniaková, která zjišťovala osobní zkušenost studentů s násilím a zkušenost s násilím v okolí (11). S násilím se podle ní setkala až 1/5 studentů.

Následující otázka zjišťovala, zda studenti vědí, jak se zachovat či na koho se obrátit, pokud mají podezření z týrání, zneužívání nebo zanedbávání dítěte ve svém okolí. Odpověď uvedlo 86 ze 100 respondentů, výsledky znázorňuje graf 7. Povinnost oznámit podezření či přímo týrání dítěte je dána ustanovením § 368 trestního zákoníku, v platném znění (41). Jako postup by respondenti volili nejčastěji informování Policie ČR (49 respondentů) či orgánu sociálně právní ochrany dětí (38 respondentů). S žádostí o pomoc by se obraceli na Linku bezpečí, která poskytuje telefonickou krizovou pomoc a poradenství dětem a mladistvým (19). Dále respondenti uváděli, že by se obrátili na rodiče, svěřili by se učitelům, přátelům nebo by o pomoc požádali lékaře či jiného zdravotnického pracovníka. 4 respondenti uvedli, že by si vyhledali informace na internetu a podle nich dále postupovali. 1 respondent uvedl, že neví, jak by se zachoval. K němu bych si dovolila přiřadit i 14 respondentů, kteří na tuto otázku žádnou odpověď nevedli. Existuje opravdu značné spektrum možností, jak by studenti, potažmo celá široká veřejnost mohla postupovat, pokud by se setkala s projevy syndromu CAN. Podle informací Fondu ohrožených dětí není týrané dítě ve většině případů schopno

samo se dovolat pomoci (10). Proto si myslím, že ať již studenti uvedli jakoukoli odpověď (vyjma odpovědi nevím a neuvedení žádné), všechny varianty by byly správné a vedly by k pomoci ohroženému dítěti. Z odpovědí na tuto otázku lze také vyvodit nutnost multidisciplinárního přístupu k problematice týrání, zneužívání a zanedbávání dětí a nutnost spolupráce institucí při péči o takto ohrožené děti.

Otázky č. 8 a 9 se týkají prevence syndromu CAN. Zaměřila jsem se na prevenci primární, kterou Dunovský člení na záměrné působení na širokou veřejnost, záměrné působení na rodiče a vychovatele a záměrné působení na odborné pracovníky, hlavně lékaře, psychology, sociální pracovníky, právníky či soudce (6). Graf 8 ukazuje, že téměř $\frac{3}{4}$ respondentů považují prevenci týrání, zneužívání a zanedbávání dětí v České republice za nedostatečnou. Graf 9 pak znázorňuje názor respondentů na účinnost různých druhů prevence. Za nejúčinnější považují kampaně v médiích (67 respondentů), dále přednášky na školách (52 respondentů) a vzdělávání zainteresovaných osob (48 respondentů). Nejméně respondentů, a to 28, uvedlo přípravu na kvalitní rodičovství. Zajímavé je srovnání s názory odborníků, kterým byly položeny stejné dvě otázky, srovnání uvádím v diskuzi k informovanosti odborníků.

Otázka č. 10 a 11 zjišťovaly, jak se na šíření informací o syndromu CAN, případně na jeho prevenci podílí školy, na kterých respondenti studují. V současné době se na školách realizuje výuka podle vypracovaných školních vzdělávacích programů. Jako příklad uvádím školní vzdělávací program Gymnázia Pierra de Coubertina, podle kterého by měli být studenti seznámeni s problematikou násilí na dětech a jeho prevencí v rámci několika předmětů (občanský a společenskovední základ, biologie, výchova ke zdraví). Studenti by měli být orientováni v oblasti vývoje lidského jedince, problematice sociální patologie, ochraně lidských práv, měli by mít znalosti o možnostech antikoncepce a s tím souvisejícím zodpovědným přístupem k sexuálnímu životu, o plánovaném rodičovství a důležitosti rodičovských rolí, v neposlední řadě by pak měli vědět o formách násilí a zneužívání atd. (32). Graf 10 ukazuje, že v rámci školní výuky bylo s problematikou týrání, zneužívání a zanedbávání dětí seznámeno 50 % respondentů. Fakt, že celá $\frac{1}{2}$ respondentů uvedla, že o problematice ze školy ví, však nekorresponduje s výsledky, které přinesla otázka č. 3 zjišťující informační zdroje

studentů, ve které školu označilo pouze 13 respondentů. Kaiseršatová uvádí, že informace jsou studentům ve škole předávány prostřednictvím pedagogů, odborníků na danou problematiku či výchovnými poradci, a to nejčastěji formou přednášek, videí, rozhovoru či pomocí brožur a letáků (14). Graf 11 zobrazuje, že 11% respondentů uvedlo, že v rámci školní docházky byl u nich realizován primárně preventivní program zaměřený na syndrom CAN. Jelikož se ale jednalo o respondenty z různých škol, domnívám se, že je nepravděpodobně, že skutečně nějaký primárně preventivní program přímo zaměřený na syndrom CAN absolvovali. Spíše si myslím, že se jednalo o program s tématem šikany, která se také řadí mezi projevy syndromu CAN. Je také možné, že respondenti vůbec nerozlišovali, na jaké téma byl u nich uskutečněný program primární prevence zaměřen, a pouze zaškrtili možnost *ano*, protože si pamatovali, že „nějaký“ program absolvovali.

Poslední čtyři otázky dotazníku se týkaly kampaně STOP násilí na dětech, zjišťovala jsem, zda studenti kampaň znají a zda znají její vybrané součásti (televizní a rádiový spot a Slabikář násilí na dětech). U těchto otázek byla kromě možnosti *ano* a *ne* nabídnuta i možnost odpovědět *nevím*. Domnívám se totiž, že v rychlosti, jakou je dotazník vyplňován, není často v silách studenta přesně si uvědomit, zda konkrétní dotazovanou televizní reklamu či brožuru o násilí zná či nezná, a v případě, že nad svou odpovědí zapochybuje, zvolí raději možnost *nevím*. Pokud by tato varianta odpovědi nabídnuta nebyla, došlo by podle mého názoru ke značnému zkreslení výsledků výzkumného šetření. Při sestavování dotazníku jsem měla obavy, zda studenti nebudou odpověď *nevím* využívat, aby si zjednodušili vyplňování dotazníku, to se však nestalo.

Z uvedených výsledků je patrné, že **stanovená hypotéza H1: Studenti posledních ročníků středních škol v Táboře neznají kampaň STOP násilí na dětech, se nepotvrdila**. Vyplývá to z odpovědí na otázky č. 12, 13, 14 a 15. Kampaň byla zahájena před rokem, za tu dobu byly její webové stránky zobrazeny více než 58tisíc krát (31). Necelá polovina respondentů (48 %) uvedla, že kampaň STOP násilí na dětech zná (viz graf 12). 35 % respondentů uvedlo, že kampaň nezná a 17 % respondentů zvolilo variantu *nevím*. Televizní spot kampaně STOP násilí na dětech zaznamenalo 30% respondentů, rádiový spot kampaně slyšelo 9 % respondentů a se

Slabikářem násilí na dětech, který dle mého názoru jedním z nejzdařilejších projektů z celé kampaně, se setkala 6 % respondentů. Ačkoliv respondenti z řad studentů uvedli, že za nejúčinnější druh primární prevence násilí na dětech považují mediální kampaně, většina z nich nezná jednu z největších, která u nás právě probíhá. Otázkou je, co je důvodem malé informovanosti studentů o této kampani? Možným vysvětlením je nevhodné časové zařazení televizních a rádiových spotů do vysílání. Osobně se musím přiznat, že jsem dané spoty viděla a slyšela pouze prostřednictvím internetových stránek kampaně, přímo v televizi či rádiu nikoliv. Stejně tak Slabikář násilí na dětech jsem měla možnost shlédnout pouze na internetu, ve fyzické podobě se mi nikde do rukou nedostal.

Na závěr této kapitoly si dovoluji napsat, že nepovažuji za až tak důležité, zda studenti znají konkrétní mediální kampaň, ta byla zvolena pouze jako příklad primárně preventivního opatření zaměřeného na širokou veřejnost, ale spíše fakt, zda se k nim informace o problematice syndromu CAN vůbec dostanou a zda mají o týrání, zneužívání a zanedbávání dětí alespoň minimální povědomí.

5.2 Diskuze k informovanosti odborníků

Výzkum zaměřený na dětské lékaře, pracovníky orgánu sociálně právní ochrany dětí a policisty měl potvrdit nebo vyvrátit hypotézu H2: Dětské lékaři, pracovníci orgánu sociálně právní ochrany dětí a policisté v Jihočeském kraji nejsou seznámeni s metodickým opatřením určujícím postup lékařů primární péče při podezření ze syndromu CAN.

Úvodní 4 otázky měly identifikační ráz. Pomocí nich lze charakterizovat soubor, na kterém byl výzkum prováděn. Otázka č. 1 se vztahovala k povolání respondentů. Jak znázorňuje graf 16, mezi dotazovanými bylo 36 % dětských lékařů, 32% pracovníků orgánu sociálně právní ochrany dětí a 32 % policistů. Mým původním záměrem bylo získat informace od více dětských lékařů, bohužel návratnost jim určených dotazníků byla nejmenší, a to 37 %. Na druhou stranu tato skutečnost přinesla výhodu v tom, že v souboru respondentů jsou nyní lékaři, sociální pracovníci a policisté

zastoupení téměř rovnoměrně a získané údaje lze snadno mezi sebou porovnávat. Další otázky se týkaly pohlaví, věku a vzdělání respondentů. 65 % respondentů bylo pohlaví ženského, 35 % mužského. Z hlediska povolání byla obě pohlaví zastoupena rovnoměrně s výjimkou pracovníků OSPOD, mezi kterými výrazně převažovaly ženy (90 %). Z hlediska věku měla největší zastoupení věková kategorie 36-45 let. Nejvíce respondentů (66 %) dosáhlo vysokoškolského vzdělání, takového zastoupení dosaženého vzdělání se u respondentů dalo vzhledem k tomu, že se jedná o odborné pracovníky, očekávat. Výkon lékařského povolání je podmíněn vysokoškolským vzděláním, nároky na doplnění vyššího vzdělání se v současné době kladou také na sociální pracovníky a policisty.

Otázkou č. 4 byl uzavřen okruh identifikačních údajů o respondentech a následovaly otázky č. 5-7, které se týkaly syndromu CAN. 85 % respondentů uvedlo, že zná pojem syndrom CAN, 15 % tento pojem nezná (viz graf 20), z toho byli 4 dětští lékaři a 5 policistů, všichni oslovení pracovníci OSPOD pojem znali. Pojem syndrom CAN neboli syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte se používá již od roku 1992, kdy byl definovaný Radou Evropy jako soubor úmyslného i nedbalostního chování nejčastěji ze strany rodiče, které má dopad na následný život dítěte, jeho vývoj i postavení ve společnosti (6). Považuji za nutné podotknout, že fakt, že někteří respondenti uvedli, že tento pojem neznají, neznamená, že neznají problematiku týrání, zneužívání a zanedbávání dětí. Když měli respondenti vyjádřit, odkud čerpají o syndromu CAN informace (viz graf 21), nejčastěji uváděli odbornou literaturu, případně časopisy, média a internet, studium na vysoké škole, vlastní povolání a účast na odborných školeních či kurzech. Následující otázkou jsem zjišťovala, zda respondenti považují své dosavadní znalosti o syndromu CAN za dostačující. Jak znázorňuje graf 22, 69 % respondentů by uvítalo více informací o syndromu CAN. Tato skutečnost mě poměrně překvapila, protože si myslím, že informace jsou snadno dostupné například na internetu, na druhou stranu je žádoucí, aby se odborní pracovníci neustále „dovzdělávali“ a vyhledávali nové informace a poznatky týkající se oblasti jejich pracovní náplně. Další vzdělávání ve zdravotnictví bylo předmětem bakalářské práce J. Zezulkové (43), ta uvádí, že zvláště v oblasti zdravotnictví, kde se stále hledají

nové postupy v ošetrovateľskej péči či lekářských metodách, není možné zůstat na úrovni vzdělání získaného ve škole. Jako nejčastější formy dalšího vzdělávání jmenuje seminární školení, kurzy, odborné stáže či samostudium.

Následující tři otázky se vztahovaly k prevenci syndromu CAN. Preventivní opatření zahrnují mediální kampaně, odborné vzdělávání osob, které se podílí na řešení syndromu CAN, preventivní zdravotní péči i aktivity směřující ke zvýšení individuální odpovědnosti za ochranu dětí. Preventivně může působit i trestně právní úprava postihů pachatelů, kteří se dopustí týrání, zneužívání nebo zanedbávání (42). Graf 23 zobrazuje, že pouze 13 % respondentů považuje preventivní opatření proti týrání, zneužívání a zanedbávání dětí v ČR za dostačující. 87 % respondentů se domnívá, že prevence syndromu CAN dostačující není. Jako nejúčinnější druh primární prevence, která má předcházet samotnému vzniku syndromu CAN, označili respondenti odborné a systematické vzdělávání zainteresovaných osob (zejména sociálních pracovníků, policistů a lékařů), dále přednášky na školách, přípravu na kvalitní rodičovství a konečně kampaně v médiích (viz graf 24). Více než tři čtvrtiny respondentů odpověděly, že větší informovanost veřejnosti o problematice násilí na dětech nepomůže snížit počty dětí postižených syndromem CAN. To koresponduje i s výsledky předchozí otázky, kde byly kampaně v médiích jako preventivní opatření zaměřené právě na zvýšení informovanosti široké veřejnosti označeny jako nejméně účinný druh prevence. Názory na účinnost různých druhů prevence se u souboru studentů (viz graf 9) a odborníků značně liší. Studenti za nejúčinnější označili *kampaně v médiích*, které odborníci zařadili až na poslední místo, naopak studenty nejméně často označovaná možnost *příprava na kvalitní rodičovství* byla odborníky volena jako druhá nejčastější. I názory na *vzdělávání odborných pracovníků* jsou u studentů a odborníků odlišné, odborníky byla tato možnost označována nejčastěji, studenty jako druhá nejméně častá.

Jak již bylo uvedeno, neexistuje přesná statistika dětí postižených CAN, podle odborných odhadů je však v České republice týráno, zneužíváno nebo zanedbáváno 1 - 2% dětské populace (10). Dunovský zdůrazňuje nutnost interdisciplinární péče o děti postižené syndromem CAN. Interdisciplinární pracovní tým by být tvořen sociálními pracovníky, pediatry, psychology, právníky a v případě

potřeby dalšími odborníky, a měl by navazovat spolupráci s vnějšími institucemi, jako jsou orgány sociálně právní ochrany dětí, policie, soudy či školy (6). Otázka č. 11 proto zjišťuje, zda se zmínění odborníci - dětští lékaři, pracovníci OSPOD a policisté - v rámci své praxe setkali s týraným, zneužívaným či zanedbávaným dítětem. Z výsledků vyplývá, že tři čtvrtiny respondentů se s takovýmto dítětem setkaly, z toho bylo 22 (tedy 100 %) dětských lékařů, 14 (tedy 70 %) pracovníků OSPOD a 9 (tedy 45 %) policistů (viz graf 26).

Otázky č. 12-14 byly zaměřené na průzkum informovanosti o metodickém opatření k postupu lékařů při podezření ze syndromu CAN. Z výsledků je patrné, že **stanovená hypotéza H2: Dětští lékaři, pracovníci orgánu sociálně právní ochrany dětí a policisté v Jihočeském kraji nejsou seznámeni s metodickým opatřením určujícím postup lékařů primární péče při podezření ze syndromu CAN, se nepotvrdila**. Vyplývá to z odpovědí na otázky č. 12, 13 a 14. Při podezření ze syndromu CAN by měli dětští lékaři postupovat v souladu s tímto metodickým opatřením. Jeho současné znění bylo publikováno ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví č. 3/2008. Metodika blíže popisuje diagnostiku syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, charakteristická rizika vedoucí k jeho vzniku, doporučuje postup při podezření ze syndromu CAN včetně terapie, dispenzarizace a oznamovací povinnosti a dále se věnuje preventivním opatřením syndromu CAN v praxi lékařů primární péče (22). Jak znázorňuje graf 27, 65 % respondentů metodické opatření určující postup při podezření ze syndromu CAN zná. Mezi respondenty, kteří opatření neznají, byl 1 dětský lékař, 4 pracovníci OSPOD a 17 policistů. Jelikož se jedná o metodické opatření určené primárně pro dětské lékaře, dá se jeho neznalost u policistů, případně sociálních pracovníků, pochopit. Domnívám se však, že by bylo vhodné, aby i tito pracovníci znali doporučený postup lékařů a věděli, jak s nimi na řešení případů ohrožení či postižení dítěte syndromem CAN spolupracovat. Doporučený postup při podezření ze syndromu CAN zná 73 % respondentů, mezi respondenty, kteří doporučený postup neznali, byli 4 pracovníci OSPOD a 13 policistů (viz graf 28).

Podezření ze syndromu CAN podléhá oznamovací povinnosti podle zákona o sociálně právní ochraně dětí a podle trestního zákoníku (40, 41). Ustanovení § 10

odst. 5-7 zákona č. 359/1999 Sb. ukládá zdravotnickým zařízením při ošetřování úrazu dítěte zajistit zaznamenání tohoto úrazu, a to v případě podezření z týrání, zneužívání nebo zanedbávání dítěte. Využívá se k tomu formulář Záznam úrazu dítěte, který se pak odesílá obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností na odbor sociálně právní ochrany dětí. Záznam úrazu dítěte někdy využilo pouze 11 % respondentů (viz graf 29). Splněním této povinnosti však není dotčena oznamovací povinnost lékařů podle zvláštních předpisů – tedy podle § 53 zákona o sociálně právní ochraně dětí a § 368 trestního zákoníku. I. Truellová (34) ve své disertační práci uvádí, že původním smyslem záznamu o úrazu dítěte měla být informovanost OSPOD o úrazu dítěte ještě před podezřením ze syndromu CAN, a tedy mimo oznamovací povinnost, vzhledem ke stanovené oznamovací povinnosti však lze tento institut považovat za nadbytečný a neúčelný.

Výzkum informovanosti odborníků byl prováděn u dětských lékařů, pracovníků OSPOD a policistů, jsou to totiž spolu s dalšími odbornými pracovníky například z krizových center či psychologických poraden ty osoby, které by měly mít o problematice týrání, zneužívání a zanedbávání dětí dostatek informací a měly by je umět vhodně využít, měly by zajistit interdisciplinární přístup k této problematice a navzájem mezi sebou spolupracovat tak, aby co nejefektivněji pomohly ohroženému dítěti. Jak uvádí Dunovský (6), neměli bychom totiž připustit, aby byl jen jediný dítě nějakým závažným způsobem trpělo, aniž by příslušné instituce, orgány a odpovědní či odpovědnost dobrovolně přijímající lidé o takovéto situaci věděli a mohli účinně pomoci.

6. ZÁVĚR

Týrání, zneužívání a zanedbávání dětí je jev, který každý z nás odsuzuje. Na dětství bychom měli vzpomínat jako na dobu štěstí a bezstarostnosti, bez jakýchkoli nepříjemných zážitků a trápení. Bohužel existují děti, které své dětství takto neprožívají. Podle odhadů je 1-2 % dětí v České republice týráno, zneužíváno nebo zanedbáváno. Ke snížení počtu dětí postižených syndromem CAN může přispět prevence a multidisciplinární přístup odborných pracovníků. Právě oblast prevence syndromu CAN jsem si zvolila jako téma mé bakalářské práce. Cílem práce bylo zjistit míru informovanosti o preventivních programech zaměřených na syndrom CAN. Tento cíl byl splněn.

V teoretické části práce jsem popsala problematiku syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte s důrazem na prevenci tohoto jevu. Jako příklad preventivních programů byla uvedena Kampaň STOP násilí na dětech, jako opatření zaměřené na širokou veřejnost s cílem zvýšit její povědomí o problematice násilí na dětech, a Metodické opatření určující postup lékařů při podezření ze syndromu CAN, které dává odborníkům návod jak postupovat při setkání s týraným, zneužívaným nebo zanedbávaným dítětem.

K naplnění cíle byl v praktické části práce realizován výzkum mezi studenty a mezi odbornými pracovníky setkávajícími se s problematikou CAN v praxi. Byly stanoveny dvě hypotézy. Hypotéza H1, která předpokládala, že studenti posledních ročníků středních škol v Táboře neznají kampaň STOP násilí na dětech, a hypotéza H2, která říkala, že dětské lékaři, pracovníci sociálně právní ochrany dětí a policisté v Jihočeském kraji nejsou seznámeni s metodickým opatřením určujícím postup lékařů primární péče při podezření ze syndromu CAN. Ani jedna z těchto hypotéz nebyla potvrzena.

Výzkumem bylo zjištěno, že zhruba polovina studentů problematiku týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte zná, stejně tak polovina respondentů uvedla, že zná kampaň STOP násilí na dětech. Nejvíce informací přitom studenti čerpají z médií, ale také ze školní výuky. Výhodou dnešní doby je bezesporu fakt, že máme

k dispozici dostatek informací, můžeme je mezi sebou navzájem porovnávat a doplňovat. Proto se domnívám, že pokud se ke studentům nedostaly informace o problematice týrání, zneužívání a zanedbávání dětí v rámci školní výuky, mohou je získat například právě z mediální kampaně STOP násilí na dětech.

Výzkum prováděný u odborníků přinesl zjištění, že tři čtvrtiny z nich znají metodické opatření a stanovený postup při podezření ze syndromu CAN. Dané opatření je primárně určené pro lékaře, do výzkumu jsem však zahrнула i pracovníky OSPOD a policisty, domnívám se totiž, že i ti by měli metodiku k postupu lékařů znát, protože by to zajistilo lepší vzájemnou spolupráci při řešení týrání, zneužívání a zanedbávání dětí. Problematika týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí spadá do kompetence ministerstev práce a sociálních věcí, vnitra, školství, spravedlnosti a zdravotnictví. Péče o ohrožené děti je tedy poněkud roztržštěná. K zajištění multidisciplinárního přístupu k problematice syndromu CAN napomáhá také v roce 2008 zavedený Systém včasné intervence.

Hlavní přínos této bakalářské práce spočívá ve zmapování informovanosti laické i odborné veřejnosti o problematice týrání, zneužívání a zanedbávání dětí a preventivních programech zaměřených na syndrom CAN. Bakalářská práce může dále být využita jako zdroj ucelených informací o syndromu CAN.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BECHYŇOVÁ, V., KONVIČKOVÁ, M.: *Sanace rodiny*. 1. vydání. Praha: Portál, 2008. 152 s. ISBN 978-80-7367-392-5.
2. BÍLÝ KRUH BEZPEČÍ: *Navazující služby v ČR* [online]. [cit. 2010-02-22] Dostupné z: <http://www.bkb.cz/redaction.php?action=showRedaction&id_categoriaNode=259>.
3. BISKUP, P.: *Doporučené postupy pro praktické lékaře. Syndrom zanedbávaného, zneužívaného a týraného dítěte* [online]. [cit. 2010-02-22]. Dostupné z: <<http://cls.cz/seznam-doporucenych-postupu>>.
4. ČÍRTKOVÁ, L., VITOUŠOVÁ, P. a kol.: *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2014-2.
5. *Dětské krizové centrum* [online]. [cit. 2009-11-13] Dostupné z: <www.dkc.cz/syndrom_can.php>.
6. DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. a kol.: *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. 1. Vydání. Praha: Grada Publishing, 1995. 248 s. ISBN 80-7169-192-5.
7. ELLIOTTOVÁ, M.: *Jak ochránit své dítě*. 1. vydání. Praha: Portál, 1995. 176 s. ISBN 80-71-78-034-0.
8. FAGERSTRÖMOVÁ, G.: *Petr, Ida a miminko*. 1. vydání. Praha: Albatros, 1992. 48 s. ISBN 80-00-00253-1.
9. FISHER, S. ŠKODA, J.: *Sociální patologie*. 1. Vydání. Praha: Grada Publishing, 2009. 224 s. ISBN 978-80-247-2781-3. Kapitola 8, Sociálně patologické jevy spojené s prostředím rodiny, s 139-153.
10. FOND OHROŽENÝCH DĚTÍ: *O týrání* [online]. [cit. 2010-04-27]. Dostupné z: <<http://www.fod.cz>>
11. GORNIÁKOVÁ, B.: *Fyzické týrání a zneužívání dětí*. České Budějovice, 2009. Bakalářská práce (Bc.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta.

12. HANUŠOVÁ, J.: *Násilí na dětech – Syndrom CAN*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-78-4.
13. HAŠKOVCOVÁ, H.: *Manuálek o násilí*. 1. Vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 83 s. ISBN 80-7013-397-X.
14. KAISERŠATOVÁ, R.: *Informovanost žáků druhého stupně základních škol v Třeboni o fyzickém násilí páchaném na dětech*. České Budějovice, 2010. Bakalářská práce (Bc.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Teologická fakulta.
15. *Kdo a jak může pomoci?* [online]. [cit. 2010-03-05] Dostupné z: <http://www.zachranny-kruh.cz/kriminalita/kdo_a_jak_muze_pomoci.html>.
16. Kolektiv autorů. *Prevence násilí na dětech v systému zdravotních služeb*. 1. vydání. Praha: UK v Praze – 3. LF, 2008.
17. KUBRICHTOVÁ, L.: *Sexuální výchova*. [online] [cit 2010-02-01]. Dostupné z: <<http://clanky.rvp.cz/clanek/o/z/247/SEXUALNI-VYCHOVA.html>>.
18. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D.: *Vývojová psychologie*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9. Kapitola 6, Ohrožení psychického vývoje, s. 281-306.
19. *Linka bezpečí* [online]. [cit. 2010-04-27]. Dostupné z: <<http://www.linkabezpeci.cz/webmagazine/kategorie.asp?idk=194>>
20. MATĚJČEK, Z.: *Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. 182 s. ISBN 80-247-0870-1.
21. MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P.: *Sociální práce v praxi*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X. Kapitola 2, Sociální práce se zneužívanými, týranými a zanedbávanými dětmi a jejich rodinami, s. 27-42.
22. *Metodické opatření - Postup lékařů primární péče při podezření ze syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte*. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, částka 10, říjen 2005.

23. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR: *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2008*. Praha: MPSV, 2009. ISBN 978-7421-004-4.
24. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR: *Čtvrtá zpráva o plnění programu ZDRAVÍ 21. Cíl 3 – Zdravý start do života*. [online]. [cit. 2010-02-24] Dostupné z: <<http://www.mzcr.cz/Verejne/Pages/21-ctvrta-zprava-o-plneni-programu-zdravi-21.html>>.
25. *Národní strategie prevence násilí na dětech v ČR na období 2008 – 2018*. Věstník vlády pro orgány krajů a orgány obcí, ročník 6, částka 5, vydán 5. 12. 2008.
26. *Pozitivní rodičovství* [online]. [cit. 2010-02-02] Dostupné z: <<http://www.nasedite.cz/webmagazine/kategorie.asp?idk=503>>.
27. RAMEŠOVÁ, M., ŠULEŘOVÁ, K., VLÁŠKOVÁ, L., VOLFOVÁ, I.: *Komplexní přístup k problematice syndromu CAN*. In VELEMÍNSKÝ, M., STUDENOVSKÝ, P.: *Rukověť pro poskytovatele a zadavatele sociálních služeb v oblasti problematiky dětí a mládeže*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2008. s 191-193. ISBN 978-80-7394-064-5.
28. ŘÍČAN, P.: *Agresivita a šikana mezi dětmi: jak dát dětem ve škole pocit bezpečí*. Praha: Portál, 1995.
29. *Sdělení federálního ministerstva zahraničních věcí č. 104/1991 Sb., Úmluva o právech dítěte*.
30. *Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi* [online]. [cit. 2010-04-12] Dostupné z: <http://www.strep.cz/socialni_sluzby.php>.
31. *STOP násilí na dětech* [online]. Praha: Vláda České republiky. [cit. 2009-11-13] Dostupné z: <<http://www.stopnasilinadetch.cz>>.
32. *Školní vzdělávací program: Se vzděláním do života*. Gymnázium Pierra de Coubertina Tábor. Č.j. GT/1272/09
33. TROJAN, O.: *O čápech, vránách a dětech*. Praha: Grada Publishing, 2005. 153 s. ISBN 80-7169-821-1.

34. TRUELLOVÁ, I.: *Systémové řešení prevence dětských úrazů v České republice a činnost praktických lékařů pro děti a dorost*. České Budějovice, 2009. Disertační práce (Ph.D.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta.
35. VANÍČKOVÁ, E., PROVAZNÍK, K., HADJ-MOUSSOVÁ, Z.: *Sexuální zneužívání dětí, I. díl*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1997. 82 s. ISBN 80-7184-479-9.
36. VANÍČKOVÁ, E., PROVAZNÍK, K., HADJ-MOUSSOVÁ, Z.: *Sexuální zneužívání dětí, II. díl*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1999. 90 s. ISBN 80-7184-878-6.
37. *Všeobecná deklarace lidských práv* [online]. Poslední aktualizace 5. 3. 2010 v 18:14 [cit 2010-04-12]. Dostupné z:
<http://cs.wikisource.org/wiki/V%C5%A1eobecn%C3%A1_deklarace_lidsk%C3%BDch_pr%C3%A1v>
38. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění*.
39. *Zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, v platném znění*.
40. *Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, v platném znění*.
41. *Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, v platném znění*.
42. *World Perspectives on Child Abuse: An International Resource Book. Eight Edition* [online]. [cit. 2010-04-12] Dostupné z:
<http://www.ispcan.org/wp/images/Executive_Summary_2008.pdf>.
43. ZEŽULKOVÁ, J.: *Další vzdělávání ve zdravotnictví*. Zlín, 2006. Bakalářská práce (Bc.). UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ. Univerzitní institut.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Dítě

Informovanost

Prevence

Syndrom CAN

Týrání, zneužívání, zanedbávání

9. PŘÍLOHY

Příloha 1 – Formy a projevy syndromu CAN

Příloha 2 – Organizace zabývající se problematikou násilí na dětech

Příloha 3 – Schéma postupu lékařů při podezření ze syndromu CAN

Příloha 4 – Záznam úrazu dítěte

Příloha 5 – Dotazník 1

Příloha 6 – Dotazník 2

Příloha 1

Formy a projevy syndromu CAN

	Aktivní	Pasivní
<i>Tělesné týrání, zneužívání a zanedbávání</i>	Tržné, zhmožděné rány a poranění, bití, zlomeniny, krvácení, dušení, otrávení, smrt	Neprospívání, vyhladovění, nedostatky v bydlení, ošacení, ve zdravotní a výchovné péči
<i>Duševní a citové týrání, zneužívání a zanedbávání</i>	Nadávky, ponižování, strašení, stres, šikana, agrese	Nedostatek podnětů, zanedbanost duševní i citová
<i>Sexuální zneužívání</i>	Sexuální hry, pohlavní zneužití, ohmatávání, manipulace v oblasti erotogenních zón, znásilnění, incest	Exhibice, video, foto, audiopornografie, zahrnutí dětí do sexuálních aktivit dospělých
<p><i>Zvláštní formy:</i> Münchhausenův syndrom v zastoupení</p> <p> systémové týrání a zneužívání</p> <p> organizované týrání a zneužívání</p> <p> rituální týrání a zneužívání</p>		



Týrání



Zanedbávání

Zdroj: Dunovský, Dytrych, Matějček

Příloha 2

Organizace zabývající se problematikou násilí na dětech - příklady organizací působících v Jihočeském kraji:

Arkáda – sociálně psychologické centrum, o.p.s.

- Husovo náměstí 2/24, 397 01 Písek
- Tel.: 382 211 300
- E-mail: info@arkada-pisek.cz
- Web: <http://www.arkadacentrum.cz>

- Provozuje krizové centrum linku důvěry a kontaktní centrum. Zajišťuje poradenské a psychologické služby dětem a dospělým v obtížných životních situacích.

Fond ohrožených dětí, občanské sdružení

- Senovážné náměstí 2, 370 01 České Budějovice
- Tel.: 386 356 868
- E-mail: fodcb@fod.cz
- Web: <http://www.fod.cz>

- Zaměřuje se na pomoc týraným, zneužívaným, zanedbávaným, opuštěným nebo jinak sociálně ohroženým dětem. Vedle poradenské činnosti zajišťuje provoz azylových domů či zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc Klokánek.

Krizové centrum pro děti a rodinu v Jihočeském kraji, občanské sdružení

- Nerudova 2685/53a, 370 04 České Budějovice
- Tel.: 387 410 864, 387 410 870
- E-mail: pomoc@дитеvkrizi.cz
- web: <http://www.ditevkrizi.cz>

- Poskytuje pomoc dětem a jejich rodinám z celého kraje ve zvláště obtížných životních situacích.
- Klientům nabízí: poradenství, diagnostiku, terapii, vzdělávání a krizovou intervenci
- Složení týmu: sociální pracovník, psycholog, metodik prevence, dětský psychiatr, právník, projektový koordinátor, dobrovolníci

Sdružení Linka bezpečí

- Ústavní 91/7, 181 00 Praha
- Tel.: 266 727 979
- E-mail: info@linkabezpeci.cz
- Web: <http://www.linkabezpeci.cz>

- Linka bezpečí (tel.: 116 111) zajišťuje telefonickou krizovou pomoc. Jejím posláním je poskytovat pomoc a poradenství dětem a mladistvým, kteří si nevědí rady se svými problémy, cítí se ohroženi, osamělí, zmatení a z nejrůznějších důvodů se nechtějí nebo nemohou svěřit někomu ze svého okolí.
- Mezi projekty další patří Linka vzkaz domů (tel.: 800 111 113, 724 727 777), Rodičovská linka (tel.: 840 111 234), E-mailová poradna Linky bezpečí (pomoc@linkabezpeci.cz), Chat Linky bezpečí (<http://xchat.centrum.cz/lb/>)

Středisko pro rodinu a mezilidské vztahy a Linka důvěry České Budějovice, o.p.s.

- Nádražní 105/47, 370 01 České Budějovice
- Tel.: 387 428 703
- E-mail: spramv@gmail.com
- Web: <http://www.rodinnaporadnacb.cz>
- Poskytuje odborné psychologické a sociální poradenství a další služby partnerům, manželům, rodinám i jednotlivcům, včetně dětí a mladistvých, při řešení osobních, rodinných a vztahových problémů a životních krizí.
- Složení týmu: vedoucí, psychologové a terapeuti, sociální pracovník
- Provozuje linku důvěry (tel.: 387 313 030)

THEIA, občanské sdružení

- Mánesova 11/3b, 370 01 České Budějovice
- Tel.: 777 232 421
- E-mail: info@theia.cz
- Web: <http://www.theia.cz>
- Poskytuje odbornou pomoc osobám, které se ocitly v obtížné životní situaci, kterou nemohou samy vyřešit. Jedná se zejména o oběti domácího násilí, oběti trestné činnosti, oběti obchodu s lidmi a osoby komerčně zneužívané.

Orgány sociálně právní ochrany dětí

- Informace k sociálně právní ochraně dětí jsou k dispozici na stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (<http://www.mpsv.cz/cs/724>).
- Sociálně právní ochranu dětí zajišťují obecní úřady obcí s rozšířenou působností (v Jihočeském kraji se jedná o města – Blatná, České Budějovice, Český Krumlov, Dačice, Jindřichův Hradec, Kaplice, Milevsko, Písek, Prachatice, Soběslav, Strakonice, Tábor, Trhové Sviny, Třeboň, Týn nad Vltavou, Vimperk a Vodňany).

Oddělení sociálně právní ochrany dětí – Odbor sociálních věcí Magistrátu města České Budějovice

- Kněžská 19, 370 92 České Budějovice
- Vedoucí: Věra Kárová, tel.: 386 804 201, e-mail: karovav@c-budejovice.cz
- Poskytuje sociálně právní a výchovné poradenství dětem i rodičům při řešení rodinných, osobních a sociálních situací. Zaměřuje se na vyhledávání dětí, jejichž rodiče neplní své povinnosti či na děti, na kterých byl spáchán trestný čin. Vedle poradenství rozhoduje o opatřeních na ochranu dítěte.

Další důležité kontakty

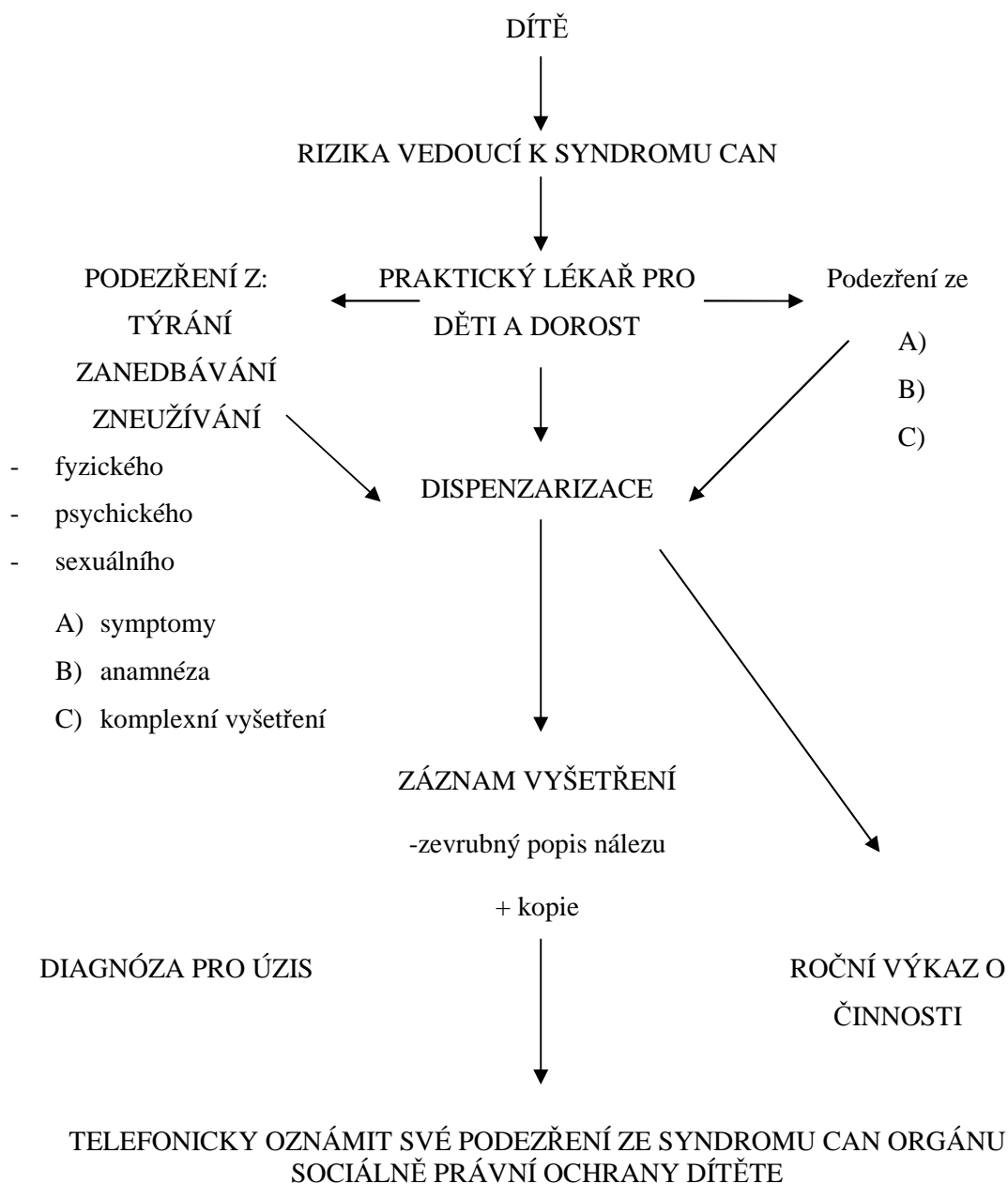
- 158 Policie ČR
- 156 Městská policie
- 155 Rychlá záchranná pomoc
- 112 Integrovaný záchranný systém - jednotné evropské číslo tísňového volání

Zdroj: registr poskytovatelů sociálních služeb, internetové stránky organizací

Příloha 3

Schéma postupu lékařů při podezření ze syndromu CAN

Algoritmus postupu praktického lékaře pro děti a dorost při podezření ze syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte



Zdroj: Biskup

Příloha 4

Záznam úrazu dítěte

ZÁZNAM ÚRAZU DÍTĚTE vypisuje doprovod dítěte	
Jméno a příjmení dítěte:	
Datum a rok narození dítěte:	
Bydliště dítěte:	
Vztah doprovodu k dítěti (rodič, sourozenec, soused, apod.):	
Jméno ošetřujícího praktického lékaře pro děti a dorost:	
Stručný popis úrazu:	
Datum:	Podpis:

Záznam zdravotnického zařízení:	
Indikace sociální práce	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">Datum, razítko a podpis</div>

Zdroj: Biskup

Příloha 5

Dotazník 1 (studenti)

Vážená studentko, vážený studente,

Jmenuji se Pavla Müllerová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského oboru Sociální práce ve veřejné správě na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Chtěla bych Vás požádat o vyplnění následujícího dotazníku, který je anonymní. Získané informace budou sloužit jako podklad pro mou bakalářskou práci na téma „Informovanost o preventivních programech zaměřených na syndrom CAN“.

Děkuji Vám za Vaši ochotu a čas věnovaný vyplnění tohoto dotazníku.

Pavla Müllerová

Správnou odpověď prosím zakroužkujte/zvýrazněte.

Informace o počtu možných voleb je uvedena u každé otázky.

- 1) Pohlaví (jedna správná odpověď)
 - a) Muž
 - b) Žena

- 2) Znáte pojem „syndrom CAN“ (syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte)? (jedna správná odpověď)
 - a) Ano
 - b) Ne (pokračujte otázkou č. 3)

- 3) Kde jste se o syndromu CAN dozvěděl/a? Z jakých zdrojů o něm čerpáte informace? (libovolné množství odpovědí)
 - a) Televize
 - b) Internet
 - c) Rodina

- d) Přátelé
- e) Škola
- f) Odborní pracovníci (lékař, sociální pracovník, psycholog, policista atd.)
- g) Odborná literatura
- h) Jinde, uveďte prosím kde.....

4) Uvítal/a byste více informací vztahujících se k syndromu CAN? (jedna správná odpověď)

- a) Ano
- b) Ne

5) Které z následujících příkladů podle Vás patří mezi projevy syndromu CAN? (libovolné množství odpovědí)

- a) Bití, kopání, fyzické trestání dítěte
- b) Sexuální zneužívání
- c) Zanedbávání výživy a zdravotní péče
- d) Odmítání spánku a jídla
- e) Šikanování
- f) Děti v roli svědků domácího násilí
- g) Vedení ke špatným návykům
- h) Přehnané opečovávání a omezování svobody
- i) Nadávání, vysmívání se dítěti
- j) Využívání dítěte, manipulování
- k) Záměrné vystavování strachu a stresu
- l) Odmítání pomoci dítěti
- m) Jiné, uveďte prosím jaké.....

6) Setkal/a jste se ve svém okolí s projevy syndromu CAN? (jedna správná odpověď)

- a) Ano
- b) Ne

7) Víte, jak se zachovat v případě, že máte podezření na týrání, zneužívání nebo zanedbávání dítěte? Na koho byste se obrátil/a? (prosím vypište)

.....
.....

.....
.....

- 8) Považujete prevenci týrání, zneužívání a zanedbávání dětí v České republice za dostačující? (jedna správná odpověď)
- a) Ano
 - b) Ne
- 9) Jaký druh primární prevence násilí na dětech je podle Vás neúčinnější? (libovolné množství odpovědí)
- a) Kampaně v médiích
 - b) Přednášky na školách
 - c) Příprava na kvalitní rodičovství
 - d) Systematické vzdělávání zainteresovaných osob (sociálních pracovníků, policistů, lékařů atd.)
 - e) Jiné, uveďte prosím jaké.....
- 10) Byl/a jste v rámci školní výuky seznámen/a s problematikou týrání, zneužívání a zanedbávání dětí? (jedna správná odpověď)
- a) Ano
 - b) Ne
- 11) Absolvoval/a jste v rámci své školní docházky primárně preventivní program zaměřený na syndrom CAN? (jedna správná odpověď)
- a) Ano
 - b) Ne
- 12) Znáte kampaň STOP násilí na dětech? (jedna správná odpověď)
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím

- 13) Viděl/a jste televizní spot kampaně STOP násilí na dětech? (jedna správná odpověď)
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
- 14) Slyšel/a jste rádiový spot kampaně STOP násilí na dětech? (jedna správná odpověď)
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
- 15) Setkal/a jste se se Slabikářem násilí na dětech? (jedna správná odpověď)
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím

Zdroj: vlastní výzkum

Příloha 6

Dotazník 2 (lékaři, sociální pracovníci, policie)

Vážená paní, vážený pane,

Jmenuji se Pavla Müllerová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského oboru Sociální práce ve veřejné správě na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Chtěla bych Vás požádat o vyplnění následujícího dotazníku, který je anonymní. Získané informace budou sloužit jako podklad pro mou bakalářskou práci na téma „Informovanost o preventivních programech zaměřených na syndrom CAN“.

Děkuji Vám za Vaši ochotu a čas věnovaný vyplnění tohoto dotazníku.

Pavla Müllerová

Správnou odpověď prosím zakroužkujte/zvýrazněte.

Informace o počtu možných voleb je uvedena u každé otázky.

- 1) Pracujete jako: (jedna správná odpověď)
 - a) Praktický lékař pro děti a dorost, lékař na dětském oddělení
 - b) Lékař na dětském oddělení
 - c) Pracovník orgánu sociálně právní ochrany dětí
 - d) Policista

- 2) Pohlaví (jedna správná odpověď)
 - a) Muž
 - b) Žena

- 3) Věk (jedna správná odpověď)
 - a) 18 – 25 let
 - b) 26 – 35 let
 - c) 36 – 45 let
 - d) 46 – 55 let
 - e) 55 a více

- 4) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? (jedna správná odpověď)
- a) Středoškolské s maturitou
 - b) Vyšší odborné
 - c) Vysokoškolské
- 5) Znáte pojem syndrom CAN? (jedna správná odpověď)
- a) Ano
 - b) Ne
- 6) Kde jste se o syndromu CAN dozvěděl? Z jakých zdrojů o něm čerpáte informace? (prosím vypište)
-
-
-
-
- 7) Uvítal/a byste více informací vztahujících se k syndromu CAN? (jedna správná odpověď)
- a) Ano
 - b) Ne
- 8) Považujete preventivní opatření proti týrání, zneužívání a zanedbávání dětí v České republice za dostačující? (jedna správná odpověď)
- a) Ano
 - b) Ne
- 9) Jaký druh primární prevence násilí na dětech je podle Vás nejúčinnější? (libovolné množství odpovědí)
- a) Kampaně v médiích
 - b) Přednášky na školách
 - c) Příprava na kvalitní rodičovství
 - d) Systematické vzdělávání zainteresovaných osob (sociálních pracovníků, policistů, lékařů atd.)
 - e) Jiné, uveďte prosím jaké.....

- 10) Domníváte se, že větší informovanost veřejnosti o problematice násilí na dětech může snížit počet týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí? (jedna správná odpověď)
- a) Ano
 - b) Ne
- 11) Setkal/a jste se ve své praxi s týraným, zneužívaným nebo zanedbávaným dítětem? (jedna správná odpověď)
- a) Ano
 - b) Ne
- 12) Znáte metodické opatření určující postup lékařů primární péče při podezření ze syndromu CAN? (jedna správná odpověď)
- a) Ano
 - b) Ne
- 13) Znáte doporučený postup při podezření ze syndromu CAN? (jedna správná odpověď)
- a) Ano
 - b) Ne
- 14) Využil/a jste již v souvislosti se syndromem CAN formulář „Záznam úrazu dítěte“? (jedna správná odpověď)
- a) Ano
 - b) Ne

Zdroj: vlastní výzkum

