

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**PROBLEMATIKA SYNDROMU CAN Z POHLEDU UČITELŮ  
ZÁKLADNÍCH ŠKOL**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Autor: Bc. Martina Jandová

Vedoucí práce: Ing. Renata Švestková, Ph.D.

2011

## **Abstract**

### **THE PROBLEMS OF CAN SYNDROM FROM LOOK THE BASIC SCHOOLS TEACHERS'**

Occurrence of Child Abuse and Neglect (CAN) has recently become quite frequent. Even though the number of experts dealing with this issue is increasing and there is a lot of professional literature available, the numbers of children abused and neglected are on increase. Traumas and pathological behaviour, which children experience in their families, are often carried over to adulthood and new families in the form of behavioural patterns. Basic school teachers, who spend substantial part of the day with children in the classes, play an important role not only in prevention, but also in detecting CAN cases.

The objective of the diploma thesis was to observe the level of awareness among teachers regarding CAN and related issues and to find out whether they know what to do in case a child is suspected of being abused or neglected. Also, it was aimed at learning whether the awareness is influenced by microregion the teachers live in and respondents' age.

The hypotheses were established to observe whether the teachers of basic schools in Jindřichův Hradec have better awareness of the issues relating to CAN than the teachers of basic schools in Třeboň, and whether the teachers of basic schools in Jindřichův Hradec have better awareness of the issues relating to CAN than the teachers of basic schools in Dačice. Next hypothesis dealt with whether basic school teachers under 40 years of age demonstrate better CAN awareness than teachers above 40 years of age.

A quantitative research using the method of interview and technique of questionnaire was used to verify the hypotheses. The research corpus comprised of teachers of basic schools in the microregions of Dačice, Jindřichův Hradec and Třeboň. The finite corpus comprised of 193 respondents.

The teachers of basic schools in the microregion of Jindřichův Hradec did not demonstrate better awareness of the issues relating to CAN than the teachers of basic

schools the microregions of Třeboň and Dačice. Also, the teachers under 40 years of age did not demonstrate better awareness of the issues at hand than the teachers above 40 years of age. Analysis of the outcomes retrieved from the performed research did not confirm validity of the hypotheses H1, H2 and H3.

The outcomes of the thesis imply that awareness of the basic school teachers, who were included in the research corpora in the given microregions, regarding the issues relating to CAN do not relate either to given microregions, where teachers work, or the age of the respondents. In general, respondents showed substantial awareness of CAN. It should be noted that CAN is very serious social problem and each society should pay proper attention to it.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu literatury.

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

V Českých Budějovicích 23.5.2011

---

Bc. Martina Jandová

## **Poděkování**

Zvláštní poděkování bych chtěla věnovat Ing. Renatě Švestkové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a ochotu při psaní mé diplomové práce.

Velmi děkuji mé rodině a kolegyním ze zaměstnání za obrovskou trpělivost, pomoc a podporu v průběhu celého studia. Také děkuji za ochotu a spolupráci všem osloveným učitelům základních škol.

## Obsah

Úvod .....	8
<b>1.Současný stav .....</b>	<b>10</b>
1.1 Historický vývoj CAN .....	11
1.2 Historie násilí páchaného na dětech.....	12
1.3 Dokumenty upravující dětská práva v souvislosti se syndromem CAN .....	14
1.3.1 Mezinárodní dokumenty .....	14
1.3.2 Dokumenty platné pro Českou republiku .....	17
1.4 Dělení syndromu CAN .....	19
1.4.1 Týraní.....	19
1.4.1.1 Tělesné týraní.....	20
1.4.1.2. Psychické týraní .....	24
1.4.1.3 Šikana.....	27
1.4.2 Zanedbávání dítěte .....	29
1.4.3 Zneužívání dítěte.....	31
1.4.3.1 Zneužívání nezletilých dětí k práci nepřiměřené jejich věku .....	31
1.4.3.2 Sexuální zneužívání dětí .....	32
1.4.4 Komerční sexuaální zneužívání.....	40
1.4.4.1 Dětská prostituce.....	41
1.4.4.2 Dětská pornografie.....	41
1.4.4.3 Obchodování s dětmi .....	42
1.4.5 Zvláštní formy týraní a zneužívání .....	42
1.4.5.1 Systémové týraní.....	42
1.4.5.2 Organizované zneužívání dětí.....	43
1.4.5.3 Rituální zneužívání .....	43
1 4.5.4 Sexuální turismus.....	43
1.4.6 Münchhausenův syndrom by proxy.....	44
1.5. Trestněprávní aspekty syndromu CAN.....	45
1.6 Prevence syndromu CAN .....	50

1.6.1 Primární prevence .....	50
1.6.2 Sekundární prevence .....	52
1.6.3 Terciální prevence .....	52
1.7 Úloha školy při odhalování ohrožených dětí syndromem CAN.....	53
1.8 Krizová intervence .....	55
<b>2. Cíl práce a hypotézy .....</b>	<b>58</b>
<b>3. Metodika .....</b>	<b>59</b>
3.1 Použitá metodika.....	59
3.2 Charakteristiky výzkumného souboru .....	59
<b>4. Výsledky.....</b>	<b>60</b>
4.1 Popisná statistika.....	60
4.2 Sumarizace výsledků vzhledem k hypotézám .....	99
4.3 Statistické testy .....	102
<b>5. Diskuse .....</b>	<b>109</b>
<b>6. Závěr .....</b>	<b>117</b>
<b>7. Seznam použitých zdrojů .....</b>	<b>118</b>
<b>8. Klíčová slova.....</b>	<b>127</b>
<b>9. Přílohy .....</b>	<b>128</b>

## Úvod

Téma své diplomové práce jsem si vybrala záměrně, na podkladě osobního setkání s touto negativní zkušeností. Chlapec, který byl oběma rodiči opakovaně fyzicky a psychicky týrán, hledal pomoc u svého třídního učitele, ten byl bohužel k problémům svého žáka němý. Chlapec svoji tíživou situaci řešil sebevražedným pokusem.

Plně se ztotožňuji s citátem Stefana Garzyňského, který zní: „Dítě, na jehož natažené ruce se často odpoví odmítnutím, může navždy ztratit schopnost projevat svou něžnost a vycházet vstříc (Velká kniha citátů 1, 1998, s. 248).“

V současné době se naše společnost prostřednictvím médií stále častěji seznamuje s otřesnými kauzami dětí, které jsou úmyslně týrány, zanedbávány či zneužívány ve svých rodinách svými nejbližšími. Dle statistických údajů, každoročně zveřejňovaných Ministerstvem práce a sociálních věcí, je zřejmé, že počet dětí, které jsou ohroženy syndromem CAN, se neustále rok od roku zvyšuje. Pokud si uvědomíme, že statistiky udávají pouze případy nahlášené příslušným orgánům, pak nás musí zamrazit pocit, kolik takovýchto případů zůstává utajeno za „dveřmi rodin“, kolik dětí zažívá fyzickou a psychickou bolest, aniž by měly naději na pomoc.

Rodina je přirozená instituce, která poskytuje svým dětem ochranu, výchovu, lásku, pomoc, porozumění. Pokud dítě vyrůstá v rodině, kde se stává obětí násilí, je ohrožen jeho vývoj do budoucnosti, neboť během dětství si utváří vztah k okolnímu světu. Týrání dítěte v rodině může zanechat na jeho dětském organismu i psychice vážné následky.

Společnost, a obzvláště kompetentní osoby, by v žádném případě neměly být k problematice syndromu CAN netečné. U dětí, které jsou v rodinách vystavovány opakovanému násilí, dochází k ohrožení jejich zdraví i života, jsou potlačována jejich lidská práva vyplývající z mezinárodních i vnitrostátních předpisů.

Mezi kompetentní osoby řadíme jednoznačně také učitele základních škol, kteří mají jedinečnou možnost odhalit násilí páchané na dětech. Tráví s dětmi nejvíce času a mohou včas zachytit varovné signály svědčící pro syndrom CAN. Učitelé mají v této problematice dvojí důležitou úlohu. Jednak mohou včas podchytit násilí páchané na



žácích a mají možnosti jak vzniklou situaci sami řešit, jednak působí v rámci primární prevence syndromu CAN. Otázkou je, do jaké míry se učitelé základních škol v dané problematice orientují, jak dokáží uplatnit své znalosti v praxi, zda jsou ochotni udělat pro svého žáka ohroženého syndromem CAN něco více, než pouze zajistit jeho vzdělávání.

## 1. Současný stav

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, obecně označovaný jako Child Abuse and Neglect (CAN), je soubor nepříznivých příznaků v nejrůznějších oblastech stavu a vývoje dítěte i jeho postavení ve společnosti, především v rodině. Je výsledkem převážně úmyslného ubližování dítěti, které je způsobené nejčastěji nejbližšími vychovateli, hlavně rodiči (Dunovský, 1995).

Dnešní společnost, vyrůstající z tzv. západní civilizace, je pedocentrická, tedy zaměřená na děti, děti vysoce hodnotící. Toto ve větší či menší míře platí ve všech větších společnostech našeho světa. Dětství má v obecné rovině v dnešní společnosti takovou hodnotu, jakou nemělo nikdy předtím. Nikdo z nás si nedovede představit svět bez tak typicky „dětských institucí“, jako jsou např. školy, bez takových vědních oborů, jako je pedagogika, bez takových oblastí společenské praxe, jako je dětské lékařství. Můžeme říci, že „blaho dítěte“ je společenským argumentem na úrovni osobní a rodinné i na úrovni mezinárodní a celosvětové (Dunovský, 1995).

Proto se v současné době u nás i ve světě mnoho pozornosti soustřeďuje na děti, které žijí v ohroženém prostředí – jedná se především o děti týrané a sexuálně zneužívané (Kocourková, 2006). Na týrání, zneužívání a zanedbávání lze nahlížet ve dvou rovinách. Z hlediska diagnostického rozlišujeme případy CAN, které jsou jasné, podezřelé či rizikové. Z hlediska symptomatického je rozdělujeme na těžké, které v 3 - 5 % končí smrtí dítěte, dále střední a lehké (Weiss, 2005).

Dle Dunovského se v zemích, které jsou srovnatelné s Českou republikou, pohybuje výskyt syndromu CAN mezi 1-2 %. Jestliže budeme brát tento údaj jako pravdivý, pak by se ročně stalo obětí syndromu CAN cca 25 000 dětí ve věku do 18 let (Fischer, 2009). Přesnější určení počtu dětí ohrožených syndromem CAN není možné, neboť celá řada případů není zachycena (Vágnerová, 2008).

Výskyt jevu v populaci se nejčastěji zjišťuje retrospektivními metodami, které mohou mít podobu telefonických hovorů, či strukturovaného osobního rozhovoru. U nejtěžších forem zneužívání, týrání a zanedbávání se setkáváme i s objektivními

důkazy syndromu CAN (Špeciánová, 2007). Z těchto výzkumů vyplývá, že syndromu CAN jsou vystaveny děti od raného věku bez rozdílu pohlaví (Vágnerová, 2008).

Zneužívání či zanedbávání dítěte má prokazatelně negativní vliv na kognitivní funkce oběti a také na jeho školní prospěch jak na základní škole, tak i později v adolescentním věku (Mills, 2011).

Incidenční data výskytu syndromu CAN ve společnosti předkládají resorty ministerstva zdravotnictví, práce a sociálních věcí a ministerstvo vnitra. Tyto resorty vedou statistiky dané problematiky. Resort školství, mládeže a tělovýchovy nevede vlastní statistiku, i když školští pracovníci mají povinnost hlásit každý případ podezření na ohrožení dítěte orgánu sociálně právní ochrany dětí prostřednictvím ředitele školy nebo školského zařízení (Staněk, 2006).

## **1.1 Historický vývoj CAN**

Jednou z prvních dobrovolných organizací zabývajících se touto problematikou byla Národní společnost prevence proti krutostem na dětech, která vznikla v roce 1883 v Liverpoolu a v roce 1884 v Londýně. Postupně se začal formovat a vyvíjet pojem CAN, jehož hlavní obsahovou náplní bylo zpočátku fyzické týrání. V roce 1949 J. Coffey vytvořil první práci týkající se zneužívání a zanedbávání dítěte. Bohužel v této době o tuto problematiku nebyl ve společnosti velký zájem.

V polovině devatenáctého století si rentgenologové, ortopedi a chirurgové začali všimnout závažných somatických poškození dětí, které jim byly způsobeny záměrně. Tato poškození (zlomeniny, popáleniny, různé rány, dokonce smrt) nazvali „neúrazovými zraněními.“ Šetření odhalila původce tohoto úmyslného ubližování dítěti – někdo z členů rodiny (Dunovský, 1995).

V roce 1962 byl poprvé popsán tzv. syndrom bitého dítěte – Battered Child Syndrome (Syndrom CAN – charakteristika, 2006).

V 50. letech se setkáváme s označením NAI - non-accidental injurie tj. neúrazové, úmyslné poškození v rámci krutého zacházení s dítětem. Tento pojem vyústil v nový, širší pojem – Child Abuse, čili zneužití dítěte (Dunovský, 1995).

V pozdějších letech se vžilo označení „syndrom CAN“ – Child Abuse and Neglect, což znamená soubor příznaků týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (Syndrom CAN – charakteristika, 2006). V naší zemi se odborníci těmito problémy začali zabývat až v 70. letech. Jiří Dunovský a jeho pracovní skupina definovali tento společenský jev jako „jakoukoliv nenáhodnou, preventabilní, vědomou či nevědomou aktivitu či neaktivitu, jíž se vůči dítěti dopouští rodič, vychovatel nebo jiná osoba a jež je v dané společnosti nepřijatelná nebo odmítaná a poškozuje tělesný, duševní i společenský stav a vývoj dítěte, popřípadě způsobuje jeho smrt – za týrání dítěte se považuje i jeho pohlavní zneužívání (Matějček, 1999, s.11).“

Dnes se v literatuře častěji setkáváme s upravenou verzí této definice. Syndrom CAN je definován jako „poškození tělesného, duševního i společenského stavu a vývoje dítěte, které vznikne v důsledku jakéhokoli nenáhodného jednání rodičů nebo jiné dospělé osoby a jež je v dané společnosti hodnoceno jako nepřijatelné. Jde o soubor negativních důsledků špatného zacházení s dítětem“ (Vágnerová, 2008).

Podle Zdravotní komise Rady Evropy z roku 1992 jsou do syndromu CAN zahrnuty kategorie - psychické a fyzické týrání, sexuální zneužívání, zanedbávání, šikanování, systémové týrání, sekundární viktimizace a Münchhausenův syndrom by proxy (Syndrom CAN – charakteristika, 2006).

## **1.2 Historie násilí páchaného na dětech**

Složitosti a různorodost syndromu CAN lze sledovat především v jeho vývoji (Dunovský, 1995).

Postavení dítěte ve společnosti se dnes, tak jako v minulosti, odvozuje od vztahu mezi dítětem a dospělým. Tento vztah byl vždy nerovný, založený na uplatňování moci dospělého. Nerovný proto, že v případě, kdy je této moci zneužito, dítě nemá šanci se bránit (Pöthe, 1999).

Postoje okolí k negativnímu zacházení s dětmi se v různých historických dobách a různých lidských společnostech značně lišily a odborníci jim po dlouhou dobu věnovali pouze minimální pozornost (Krejčířová, 2007).

Násilí na dětech, včetně násilí krajního (zahubení dítěte), můžeme rozdělit do několika kategorií, které nemají vždy jasné časové určení, tudíž se různě překrývají a kombinují. *Mezi tyto kategorie patří:*

- Zahubení dítěte při ohrožení samotné existence rodičů, starších dětí nebo širšího rodinného společenství, kdy se dítě stává existenční přítěží v době hladu, nouze či jiného těžkého strádání.
- Kategorie podobná té první, ale je více „výběrová“. Z důvodu nouze a existenčního ohrožení dospělých byly utraceny především děti právě narozené či děti nejmenší. Tato regulace se může týkat jen dětí jednoho pohlaví.
- Fyzická likvidace dětí, která byla umožněna zvykovým právem a morálkou dřívějších dob, byla „pomsta nepříteli“. Tím, že nebude mít děti, nebude mít potomstvo – dědice, tím bude zničen jednou provždy.
- Pojetí dítěte jako „oběti“. Dítě, jako cenný předmět, je obětováno božstvu na usmíření, získání jeho přízně, ochrany, podpory či obětováno před započatím války.
- Zahubení dítěte z hanby, studu a strachu před společenským zavržením. Takového činu se dopouští většinou vlastní, zpravidla svobodná, opuštěná či v jiné sociální tísně se nacházející matka krátce po porodu dítěte.
- Společenské praktiky, zpravidla rituální, které sice nevedou přímo ke smrti dítěte, ale přesto je fyzicky poškozují (Dunovský, 2005).

V devatenáctém století se vycházelo z právního vztahu rodiče - děti, kdy tento vztah byl chápán a vyjadřován jako otcovská moc. Otec měl právo jednat s dítětem, jak chtěl, včetně zabití nebo odložení. Za počátek novodobého přístupu k mládeži je považována druhá polovina osmnáctého století, kdy díky myšlenkám osvícenců počalo být dítě chápáno jako občan. Od té doby otázky právní ochrany dítěte prošly postupným vývojem v závislosti na tom, jak se měnilo chápání postavení dítěte v mezinárodním měřítku, ve společnosti a v rodině (Zoubková, 2001).

Od počátku našeho století dochází k oslabování důrazu na poslušnost, zdůrazňuje se „rozumovost“ výchovy dítěte. Dosavadním vrcholem celého vývoje v pojetí dětství a přístupu k němu je pravděpodobně přijetí Úmluvy o právech dítěte, jež je také

i výzvou celosvětové společnosti k dalšímu domýšlení a zabezpečování potřeb nových lidských generací a jejich prosperity (Dunovský, 2005).

### **1.3 Dokumenty upravující dětská práva v souvislosti se syndromem CAN**

Pohled do historie nás přesvědčí o tom, že v oblasti plnění dětských práv došlo v posledních staletích k významným posunům. Současná společnost zaštiťuje práva dětem, ale dříve tomu zcela nebylo a dalo by se říci, že dítě nemělo často práva žádaná. Vývoj dětských práv by se dal rozdělit do přibližně šesti etap: období infanticidy (starověk až 3. st. po Kristu), období zanedbávání a nezájmu o dítě (4. až 13. století), období ambivalentního přístupu k dítěti (14. až 17. století), období intruze (18. století), období socializační (19. až polovina 20. století), období podpory a pomoci dítěti ve vyrovnání všech jeho nezralostí, způsobených stupněm vývoje a náležitě nerozvinuté obranyschopnosti a nutnosti mu pomáhat zvládat nejrůznější zátěže (od poloviny 20. století) (Dětská práva, 2008).

Dvacáté století bylo stoletím boje o úplné uznání právní subjektivity dítěte a dosažení pro něho v podstatě všech práv, které vyplývají pro každou lidskou bytost (Dunovský, 1995). Lidská práva bývají buď pokládána za samozřejmá, nebo jsou zakotvena v liberální koncepci přirozených práv daného státu. Jsou pokládána za nezczizitelná a jsou přiznávána jedinci na základě jeho příslušnosti k lidskému rodu (Jandourek, 2001).

Povinnost státu chránit děti před tělesným, psychickým a sexuálním násilím vyplývá pro Českou republiku z řady norem ústavního a mezinárodního charakteru (Špeciánová, 2007).

#### **1.3.1 Mezinárodní dokumenty**

- **Ženevská Deklarace práv dítěte.** Tento mezinárodní dokument, týkající se právního postavení dítěte ve společnosti, včetně závazků zúčastněných států poskytnout dítěti potřebnou ochranu byl přijat Společností národů v roce 1924. Jsou v ní shrnuty základní principy chránící dítě před jakýmkoliv nebezpečím,

vykořisťováním a neštěstím, zajišťující mu optimální mentální, tělesný vývoj, který má směřovat ku prospěchu lidství (Dunovský, 1995).

- **Všeobecná deklarace lidských práv.** Tato deklarace, která upravuje tzv. Mezinárodní listinu práv byla přijata Valným shromážděním OSN v roce 1948. Všeobecná deklarace lidských práv byla z důvodu rozdílných kontrolních mechanismů rozdělena do dvou paktů. V Mezinárodním paktu o občanských a politických právech je zastoupena ochrana rodinněprávních vztahů, a to úpravou v článku 23 a především v článku 24 (Potočný, 2006), který zní: „Každé dítě má bez jakékoli diskriminace podle rasy, barvy, pohlaví, jazyka, náboženství, národnostního nebo sociálního původu, majetku nebo rodu právo na takovou ochranu, která mu přísluší s ohledem na jeho postavení nezletilce, ze strany jeho rodiny, společnosti a státu (Mezinárodní pakt o občanských a politických právech, 2006).“
- **Charta práv dítěte.** Tato nová právní norma byla přijata v New Yorku Valným shromážděním OSN v roce 1959. Vznikla na ochranu dítěte před již vznikajícím problémem týrání a zneužívání dětí, který začínal být závažným celospolečenským problémem (Dunovský, 1995).
- **Evropská sociální charta.** Jedná se o významný dokument v oblasti péče o dítě přijatý Radou Evropy v roce 1961. Vymezuje a definuje obsah jednotlivých práv a zvláště zdůrazňuje práva určitých kategorií osob vyžadující zvláštní ochranu.
- **Evropská úmluva o osvojení dítěte.** Byla přijatou téže organizací v roce 1967 (Špeciánová, 2007).
- **Úmluva o právech dítěte (č.104/1991 Sb.).** Nejvýznamnější dokument v této oblasti byl jednomyslně přijat Valným shromážděním OSN roce 1989. Tato smlouva vstoupila v platnost v září 1990 a k 30. listopadu 2000 ji ratifikovalo celkem 191 států. Tehdejší Česká a Slovenská Federativní republika ji podepsala hned první den její platnosti, tedy 30. září 1990 a ratifikovala ji. Česká republika je Úmluvou o právech dítěte vázána dnem svého vzniku, tedy od 1. ledna 1993 (Úmluva o právech dítěte, 2006). Jako celek je součástí našeho právního řádu a její ustanovení vzhledem k tomu, že jde o mezinárodní dokument, mají

přednost před zákonem, což vyplývá z článku 10 Ústavy ČR 1/1991 Sb. (Výklad Úmluvy o právech dítěte, 2006). Na rozdíl od dřívějších mezinárodních dokumentů, které měly především deklarativní charakter, tentokrát OSN vypracovala k Úmluvě prováděcí směrnici, tj. Světovou deklaraci o přežití, ochraně a rozvoji dítěte, která byla v září v roce 1990 v New Yorku na Světovém summitu dítěte podepsána hlavami mnoha států. Preambule Úmluvy o právech dítěte klade důraz na zlepšení životních podmínek dětí v každé zemi, zvláště rozvojových, ochraňovat harmonický rozvoj dítěte a věnovat se dětem ve výjimečně obtížných situacích (Dunovský, 1995). Mezi články Úmluvy, které mají vztah k problematice syndromu CAN řadíme 10 článků. Článek č. 1 definuje dítě, jako lidskou bytost mladší 18 let, pokud zletilost není zákonem stanovena dříve. Článek č. 2 je charakterizován nediskriminací. Tím se rozumí, že všechna práva se bez výjimky vztahují na každé dítě. Je závazkem států chránit je před jakoukoliv formou diskriminace a přijímat pozitivní opatření k podpoře jejich práv. Článek č. 3 pojednává o tom, že všechny činnosti týkající se dítěte mají brát v úvahu plně a přednostně jeho zájmy. V článku č. 9 je zakotveno právo dítěte žít s rodiči, pokud to není v rozporu s jeho zájmy. Pokud je dítě odděleno od jednoho či obou rodičů má právo se s nimi stýkat. Článek č. 11 řeší problematiku únosů nebo zadržování dětí v cizině jedním z rodičů nebo třetí osobou. Povinnost státu chránit dítě před násilím a všemi formami špatného zacházení ze strany rodičů nebo osoby starající se o dítě je upraveno v článku č. 19. Článek č. 34 zaručuje dítěti ochranu před sexuálními vykořisťováními a týráním včetně prostituce a před jejich zneužitím v pornografii. Článek č. 35 obsahuje povinnost státu učinit všechna opatření k prevenci prodeje, obchodování a únosů dětí. V článku č. 36 je obsaženo právo dítěte na ochranu před všemi formami vykořisťování. Článek č. 39 zaručuje prostřednictvím státu všem dětem, které se staly oběťmi mučení, zanedbávání, zneužívání nebo vykořisťování zabezpečit vhodné léčebné prostředky k jejich zotavení (Úmluva o právech dítěte, 2006).



- **Opční protokol k Úmluvě o právech dítěte týkající se prodeje dětí, dětské prostituce a dětské pornografie.** Tento dokument byl přijat k Úmluvě o právech dítěte v roce 2000. Jak vyplývá z názvu chrání děti před obchodováním s dětmi, prostitucí a pornografií. Tento protokol nebyl Českou republikou ratifikován. (Brůžek, 2011).
- **Deklarace sexuálních práv.** Byla přijata ve Španělsku v roce 1997 a ukládá každé společnosti vytvářet takové podmínky, které by uspokojovaly potřeby plného rozvoje jednotlivce a respektovaly jeho sexuální práva. Mezi tato práva patří - právo na svobodu, právo na autonomii, integritu a bezpečnost těla, právo na sexuální rovnost, právo na sexuální zdraví, právo na informace o lidské sexualitě, právo na dostatečnou sexuální výchovu, právo se svobodně stýkat, právo svobodné a odpovědné volby a právo soukromí (Vaníčková, 2004).
- **Úmluva proti zločinu v kybernetickém prostoru.** Tato úmluva byla dána k podpisu v roce 2001 v Budapešti. Vznikla z podnětu Rady Evropy, Evropské unie a UNESCO, s cílem řešit tuto problematiku na mezinárodní úrovni (Špeciánová, 2007).

### 1.3.2 Dokumenty platné pro Českou republiku

- **Základní listina práv a svobod.** Jedná se o ústavní zákon č. 2/1993 Sb., který je součástí ústavního pořádku České republiky a je pro Českou republiku důležitým dokumentem. Práva, která mají úzký vztah k problematice ohrožených dětí jsou zakotvena především v hlavě druhé oddílu prvním a zejména v hlavě čtvrté, pojednávající o hospodářských, sociálních a kulturních právech a to v článku č. 32, který se věnuje ochraně rodiny a rodičovství (Špeciánová, 2007).
- **Zákon o rodině č. 94/1963 Sb.** Tento zákon navazuje na Chartu práv. Jeho zásadní novela byla přijata v roce 1998, která upravuje rodinné vztahy. Postavení rodičů a rodiny bylo touto novelou výrazně posíleno a stabilizováno v souladu s mezinárodními normami. Zákon stanovuje jasná pravidla, za kterých lze zasahovat do rodinného systému v zájmu dětí, případně omezovat nebo zbavovat rodiče jejich práv. Uvádí, že stát prostřednictvím svých institucí

a orgánů, je-li o to požádán nebo zjistí-li sám nedostatky v péči o dítě, má rodině nejprve nabídnout podporu a pomoc, a pak teprve použít represivních nástrojů. V situacích, kdy rodiče nemohou některou ze svých rodičovských povinností plnit, mohou požádat podporu státu, což je uvedeno v ustanoveních tohoto zákona (Ptáček, 2006) dle § 41 ods. 2, který zní: „Jestliže rodičům brání překážky ve výkonu rodičovské odpovědnosti vůči dítěti, popřípadě je-li dítě ohroženo, je každý z nich oprávněn dovolat se pomoci orgánů sociálně právní ochrany dětí, jiných státních orgánů, školských a zdravotnických či poradenských zařízení a orgánů obce (Zákon o rodině).“

- **Úmluva o občanskoprávních aspektech mezinárodních únosů dítěte.** Tato úmluva byla přijata Haagskou konferencí o mezinárodním právu soukromém v roce 1980. Jsou v ní zakotveny rodinně-právní vztahy. V České republice byla vyhlášena jako sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 34/1998 Sb. (Špeciánová, 2007).
- **Úmluva o ochraně dětí a spolupráci při mezinárodním osvojení.** Byla také přijata Haagskou konferencí v roce 1993 a vyhlášena jako sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 43/2000 Sb., neboť na děti, které se stali předmětem únosu je pohlíženo jako na děti psychicky týrané (Špeciánová, 2007).
- **Národní plán boje proti komerčnímu zneužívání.** Jedná se o usnesení na ochranu dětí před komerčním sexuálním zneužíváním, které navrhuje i možné úpravy ke zlepšení situace v této problematice (Špeciánová, 2007).
- **Zákon o sociálně právní ochraně č. 359/1999 Sb.** Tento zákon vešel v České republice v platnost v roce 1999. Zajišťuje sociálně právní ochranu dětí orgány sociálně právní ochrany dětí (Špeciánová, 2007). Z tohoto zákona vyplývá, že předním hlediskem sociálně právní ochrany je zájem a blaho dítěte. Dítětem se pro tyto účely rozumí osoba mladší 18 let. V kontextu syndromu CAN se sociálně právní ochrana zaměřuje dle § 6 tohoto zákona na děti, jejichž rodiče neplní povinnosti plynoucí z rodičovské zodpovědnosti nebo nevykonávají či zneužívají práva plynoucí z rodičovské zodpovědnosti, na děti, na kterých byl spáchán trestný čin ohrožující život, jejich zdraví, lidskou důstojnost, a mravní

vývoj (Brabenec, 2002). Hlavním a nejdůležitějším článkem tohoto zákona v rámci sociálně právní ochrany dětí je oddělení sociálně právní ochrany dětí obecního úřadu obce s rozšířenou působností, popřípadě úřadu městské části ve statutárních městech (Špeciánová, 2007).

## 1.4 Dělení syndromu CAN

Tab. 1: Formy a projevy syndromu CAN

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



Zvláštní formy syndromu CAN:
Münchhausenův syndrom v zastoupení
systemové týrání a zneužívání
organizované týrání a zneužívání
rituální týrání a zneužívání

Zdroj: Dunovský J., Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě

### 1.5.1 Týrání

Zdravotní komise Rady Evropy definovala v roce 1992 tělesné týrání jako tělesné ublížení dítěti anebo jeho nezabránění, popřípadě nezabránění utrpení dítěte, včetně úmyslného otrávení nebo udušení dítěte, a to tam, kde je určitá znalost či

důvodné podezření, že zranění bylo způsobeno anebo že mu vědomě nebylo zabráněno (Špeciánová, 2007).

#### **1.5.1.1 Tělesné týrání**

Je definováno jako tělesné ublížení dítěti nebo vědomé odmítnutí zabránit takovému ublížení. Docházelo k němu v rodinách i mimo ně odedávna a tělesné tresty – i velmi kruté – byly pokládány za oprávněný a často i nezbytný výchovný prostředek.

Uvádí se, že až 10 % úrazů dětí, které jsou ošetřeny na dětské pohotovosti je důsledkem tělesného týrání. Varovnými znaky, které by měly vést lékaře k podezření na týrání, by měla být skutečnost, že uváděný mechanismus poranění neodpovídá závažnosti poranění. Podezření na týrání dítěte může vyvolat i situace, kdy rodiče odmítnou dát souhlas s hospitalizací dítěte nebo časté změny lékařů. V tomto případě je třeba věnovat pozornost celé rodině, protože v mnoha případech mohou být týrány i další děti v rodině (Krejčířová, 2007).

Děti, které jsou vystaveny fyzickému týrání bývají často mladší než tři roky. Pro takto malé dítě je běžným prostředkem pro vyjadřování afektivních stavů pláč. Právě to může být podnět, který u určitého typu rodičů vyvolává zlost a neovladatelnou agresi. Obvykle oba rodiče netýrají dítě stejnou měrou, většinou je jeden z rodičů brutálnější a druhý rodič není schopen tomuto týrání zabránit. Někdy takovému jednání napomáhá či kryje partnera před postihem (Gjuričová, 2000).

Tělesné týrání se dělí na týrání aktivní a pasivní povahy (Špeciánová, 2007).

##### **➤ Aktivní tělesné týrání**

zahrnuje všechny akty násilí na dítěti. Do této skupiny patří záměrné opomenutí v péči o dítě, které vyústí v jeho poranění či smrt. První podskupina tělesného týrání aktivní povahy zahrnuje tělesné týrání s následným poraněním, kdy poranění vzniklo v důsledku bití, popálení, opaření, trestání a selhání ochrany dítěte před násilím. Druhou podskupinou je tělesné týrání dětí, které nemá bezprostřední známky tělesného poranění, ale děti jsou zasaženy utrpením, které je způsobeno dušením, otrávením nebo jinými podobnými zkušenostmi. Do této skupiny lze zařadit případy dětí, které jsou záměrně vystavovány opakovaným lékařským vyšetřováním a dětí sexuálně zneužívaných za užití násilí.

V důsledku použití fyzického násilí vznikají oběti tělesná poranění a postižení funkcí a orgánů, které lze dělit na poranění otevřená a zavřená. Skupiny zavřených poranění se vyznačují poškozením tkání a orgánů tupým násilím, zpravidla bez porušení kůže. Řadí se sem otřesy, pohmoždění, vytrhávání vlasů, kousnutí, poranění svalu, šlach, nervů, cév, kloubů, kostí, častá jsou poranění hlavy, poranění míchy a nitrobřišních orgánů. U novorozenců se můžeme setkat s „Shaken Infant Syndromem, kdy dítětem je třeseno za použití extrémní síly, která může způsobit intrakraniální krvácení, nitrooční hemoragii, ale i léze na kostech.

Otevřená poranění jsou taková, kde dochází k porušení kůže, sliznice nebo povrchu některého orgánu. Do této skupiny patří rány způsobené pachatelem na hlavě oběti, nitrooční krvácení, rány na hrudníku či popáleniny. V návaznosti na tyto poranění se u dítěte objevuje šokový stav, bezvědomí, bolesti břicha, hlavy, závratě, poruchy dýchání a krevního oběhu či křečové stavy.

Většinou tam, kde je dítě dlouhodobě vystavěno fyzickému týrání dochází k mnohočetným poraněním. Není výjimkou, kdy případ mnohočetných poranění v rámci CAN končí smrtí dítěte (Dunovský, 1995).

#### ➤ *Pasivní tělesné týrání*

se vyznačuje nedostatečným uspokojením nejdůležitějších tělesných potřeb dítěte, a to i v návaznosti na sociální a psychické potřeby. Jedná se o úmyslné, ale i neúmyslné neposkytování péče. Do této skupiny lze začlenit opomenutí v péči o dítě, které vyústí v jeho poranění či smrt. Dítě neprospívá, je zanedbané a vyznačuje se nedostatečným rozvojem v mnoha oblastech. Nejzávažnějším důsledkem pasivního tělesného týrání je zpustnutí dítěte, v krajním případě jeho smrt. Do této skupiny řadíme poruchu v prospívání dítěte neorganického původu (nedostatečná výživa jak po stránce kvantity, tak kvality), nedostatek zdravotní péče, nedostatek ve vzdělání a výchově, nedostatek přístřeší, ošacení a ochrany a dětí, které jsou vykořisťované (problematika námezdní práce) (Dunovský, 1995).

Tělesné týrání v rodině bývá obvykle spojeno s řadou dalších nepříznivých faktorů – s týráním emočním, psychickou deprivací, zanedbáváním či s dalšími typy rodinného násilí. Tělesné týrání, zvláště je-li opakované a dlouhodobé, zanechává

„rány na duši“. Zvyšuje úzkostnost, ale i agresivitu a vede mnohdy k opakování téhož chování v pozdějším věku na vlastních dětech. Hovoříme o tzv. transgeneračním přenosu (Krejčířová, 2007). U osob, které byly v dětství vystaveny fyzickému týrání se v dospělosti často setkáváme s agresivním a destruktivním chováním (Teisl, 2008).

Je zřejmé, že někteří lidé mají k aktům fyzického týrání blíže než lidé ostatní (Dunovský, 1995). Existuje silné spojení mezi fyzickým týráním v dětství a nebezpečím fyzického týrání v dospělosti (Miller, 2010). O osobách, které mají dispozice k týrání hovoříme jako o rizikových dospělých (Dunovský, 1995). Zpravidla se jedná o primární vychovatele dítěte. Jedná se o osoby s poruchou osobnosti, s neurotickými obtížemi, alkoholiky, toxikomany, mladistvé rodiče, osoby povahově nezralé, příslušníky některých společenských skupiny s agresivním programem nebo lidé, které jsou dlouhodobě vystaveni stresovým situacím.

Také na druhé straně se setkávám s dětmi, které jsou častěji vystaveny fyzickému týrání než druhé děti. Takovéto děti označujeme jako rizikové děti. Do této skupiny řadíme děti s lehkou mozkovou dysfunkcí, neklidné, nesoustředěné, impulzivní, úzkostné, mentálně retardované, s lehce sníženými intelektovými schopnostmi, ve škole neprospívající, děti tělesně neobratné, nešikovné, děti sociálně neobratné, které svým chováním urážejí, provokují, děti, které se chovají „nechutně“ (například v důsledku tělesného postižení) či děti, kterým v důsledku jejich „zvláštností“ není dobře rozumět (není lehké se v nich vyznat a výchovně je usměrňovat – vychovatele dráždí, unavují, vyčerpávají).

K fyzickému týrání dítěte přispívají rizikové situace, kde určitou roli hrají situační činitelé. Prototypem bývají zkratovitá jednání rodičů v návalu žárlivé pomstychtivosti, když objevili „zradu“ toho druhého a chtějí mu ublížit na tom nejcelejším, co mají – tzv. Medein komplex. Dále jakékoliv stresové situace (například při somatickém onemocnění, fyzické či psychické vyčerpanosti), drogová, alkoholová nebo jiná intoxikace či hmotná bída, pokud je pro postiženého stresovou situací (Dunovský, 1995).

Velmi diskutovanou otázkou je otázka tělesných trestů dětí. Hranice mezi společností přijatelnou mírou tělesného trestání a týráním je neurčitá a snadno překročitelná. (Krejčířová, 2007).

Tělesný trest definujeme jako úmyslné či záměrné způsobení bolesti atakem na tělo pro kázeňský přestupek. Forma tělesných trestů je rozmanitá. Mezi nejčastěji používané tělesné tresty patří: facka, políček, výprask rukou, výprask předmětem, výprask na holou, kopanec, rána, rána předmětem, odhození, třesení, praštění hlavou o zeď, štípání, tahání až vytrhávání vlasů, kroucení ušním boltcem, údery knihou, burák, škracení, cvrnkání do ucha, klečení po delší dobu, kliky a dřepy, kroucení ruky, píchání špendlíkem, přivazování ke stolu, svazování končetin, zalepování úst leukoplastí, ponořování končetin do horké či ledové vody. Při pohledu na tento výčet si uvědomíme, že se jedná spíše o seznam agresivního chování než o přehled doporučených výchovných počinů.

Nejčastějším tělesným trestem je facka. Nejedná se jen o let ruky vzduchem v krátkém okamžiku života dítěte a rodiče, ale je to projev síly a obrovské riziko, že rodič neodhadne daný úkon a rána může dopadnout na citlivé místo a způsobit nejen bolest, ale také poškození. To je projev moci a síly nad dítětem.

Tělesný trest musíme vidět nejenom v rovině tělesné a psychické, ale také v rovině emocionální. Přijímat tělesný trest od někoho, koho milujeme, je i rizikem pro vytvoření spojení bolesti s láskou.

Pro úplnost doplníme definici tělesného trestu, která svojí intenzitou a formou naplňuje termín násilí, a je tedy považován za tělesné týránění (Vaničková, 2004). „Definice říká, že tělesný test je tělesným trestáním, dochází-li k potrestání za pomoci předmětu, je-li bití směřováno na citlivé části těla (hlava, břicho, oblast genitálií, plosky a dlaně), nebo také tehdy, zůstává-li na těle po ranách stopy (modřiny, škrábance ap.) (Vaničková, 2004, s. 33)“.

Tělesný trest nezanechává jen jizvy na duši raněného dítěte, ale často také stopy na těle. Tyto stopy označujeme jako specifické identifikační tělesné známky. Mezi známky svědčící o tělesném týránění, ke kterému došlo v rámci uplatnění tělesného trestu patří nejčastěji: mnohočetné modřiny na neobvyklém místě, škrábance, rány na

neobvyklém místě, malé lysinky po vytrhaných vlasech, natržený ušní boltec, opakované zlomeniny, vyražený či ulomený zub, poranění měkkých částí dutiny ústní, popáleniny (Vaníčková, 2004).

#### **1.5.1.2 Psychické týrání**

Představuje takové chování vůči dítěti, které má negativní dopad na citový vývoj dítěte, na vývoj jeho chování, osobnosti a sebehodnocení či negativní dopad na rozvoj interpersonálních vztahů. Psychické týrání v podstatě vždy provází ostatní diagnostické kategorie syndromu CAN - fyzické týrání, sexuální zneužívání, šikanování, navíc se může vyskytovat samo o sobě (Syndrom týraného dítěte – syndrom CAN, 2010).

Není na místě stavět vedle sebe týrání psychické a týrání emocionální, citové. Citové týrání je podmnožinou týrání psychického (Staněk, 2006). Zatímco pod pojmem fyzické týrání či sexuální zneužívání si lze představit konkrétní události a činy, psychické a emocionální týrání jsou pojmy obecně značně nejasné. Je nejrozšířenějším a zároveň nejhůře rozpoznatelným druhem týrání (Dunovský, 1995).

Psychické týrání obsahuje složku aktivní, která zahrnuje cílené, záměrné a účelné jednání. Pasivní složka psychického týrání je opakem něčeho, co by se za normálních okolností dítěti mělo dít. V důsledku tohoto nejsou uspokojovány základní potřeby dítěte (Chytrý, 1997).

Tento druh týrání může mít formu slovních útoků na sebevědomí dítěte, opakované ponižování, odmítání či zavrhování dítěte. Půjde však i případy, kdy je dítě vystavováno domácím konfliktům, je násilně izolováno, kontrolováno s cílem vyvolat pocit citového ohrožení. Může být podryvána jeho sebedůvěra a sebevědomí opakovaným urážením či podceňováním (Špeciánová, 2007). Jinou situací je postoj vysoce ambiciózních rodičů, které mají na své děti vysoké nároky týkající se výkonů např. ve škole, sportu, zájmech, kdy dítě je za případný neúspěch tvrdě potrestáno různými zákazy, ale také je emočně rodiči vydíráno. Fenomémem dnešní doby se stává patologie rodiny označována jako dvoukariérové manželství, kdy oba rodiče, jsou časově a osobně zahlceny svou kariérou, což s sebou přináší nedostatek času a pozornosti pro své dítě, který kompenzují drahými dárky a vysokým kapesným (Slaný, 2008).



Lze rozlišit **6 typů psychického týrání** - ústrky a odmítání, terorizování, izolování a izolace, využívání, korumpování a kažení, odmítání citové odezvy, zanedbávání a nezájem o duševní, tělesné zdraví dítěte a jeho výchovu a vzdělání.

- **Ústrky a odmítání** zahrnují verbální i neverbální projevy pečovatelů, kterými dítě odmítají či ponižují.
- **Terorizováním** pečovatel ohrožuje či vystavuje dítě újmě na zdraví, smrti či opuštění. Vystavuje dítě nebezpečným situacím, vyhrožuje mu násilím či přímo páchá násilí na dětech nebo věcech, které děti milují.
- **Izolování a izolace** představuje takové jednání pečovatele, kterým je dítěti neustále odmítána příležitost k uspokojování potřeby interakce a komunikace s vrstevníky či dospělými doma a mimo domov. Pečovatel může dítě zavírat, omezovat jeho svobodu, stanovit nesmyslné a „nezdravá“ omezení či zákazy sociální interakce s vrstevníky či dospělými.
- Do skupiny **využívání, korumpování a kažení** řadíme takové jednání pečovatele, které povzbuzuje jeho antisociální, kriminální, maladaptivní, autodestruktivní či deviantní chování.
- **Odmítání citové vazby** obsahuje takové jednání pečovatele, které ignoruje pokusy a potřebu dítěte o interakci a nevykazuje žádné emoce při interakci s dítětem, neschopnost či neochotu vyjádřit náklonnost, zájem, péči a lásku k dítěti.
- **Zanedbáváním a nezájmem o duševní či tělesné zdraví dítěte a jeho výchovu a vzdělání** pečovatel opomíjí či odmítá připustit či nedovede poskytnout péči nezbytnou pro duševní a tělesné zdraví dítěte, pro jeho vzdělání, výchovu např. ignorováním, odmítáním, zanedbáváním potřeby poskytnout či zprostředkovat nutnou péči či pomoc v případě vážných zdravotních problémů, poruch chování a nenaplnování potřeb dítěte (Staněk, 2006).

Psychické týrání dětí úzce souvisí s problematikou rozvodů jejich rodičů. Rozvod je pro stávající rodinu destrující procesem. V době rozvodu dítě přestává být chráněno a je předčasně konfrontováno s partnerskými problémy otce a matky (Gjuričová, 2000). Často se také setkáváme se vzájemným vydíráním rodiče či rodičů dítětem a také

vydírání partnera prostřednictvím dítěte (Slaný, 2008). Pro školní děti je rozvod rodičů výrazně zraňující. Děti kromě ztráty jednoho rodiče pociťují svojí odlišnost od vrstevníků, stud za konfliktní vztahy v rodině. Je pro ně velmi zatěžující, když se musí zabývat emočními vazbami a konflikty v sobě, kdy je pro něj adekvátnější zájem o školu, vrstevníky a mimoškolní záliby (Gjuričová, 2000). Chlapci i dívky mohou mít potíže se soustředěním na školní povinnosti, neboť v duchu stále přemýšlejí nad domácími problémy. Některé děti mívají potíže se spánkem a soustředěností, což se odráží na školním prospěchu (Teyber, 2007).

Jako následek psychické týrání mohou u dětí vzniknout různé druhy závislostí, poruchy příjmu potravy či deprese, pocity dítěte, že není rodiči milováno, podceňování dítěte, nevyrovnanost a proměnlivost psychických projevů, agrese, potíže dítěte v mezilidských vztazích, přetrvávající do dospělosti, mnohdy celý život, tendence stát se obětí psychického týrání v dalších vztazích, viktimizace. Mezi další negativní společenské jevy patří např. to, že děti se stávají obětí šikany, mobbingu na pracovišti, mají pocity úzkosti, objevuje se riziko budoucího suicidálního jednání či následného psychického týrání vlastního dítěte (Špeciánová, 2007). Týrané děti mívají často horší školní prospěch, než by odpovídalo jejich předpokladům. Chybí jim motivace, jejich pozornost ve školní odvádějí jejich problémy. Vztah ke školní práci je narušen nesoustředěností, mívají nedostatečnou důvěru ve vlastní schopnosti, často se podceňují, očekávají jen vlastní neúspěch (Beers, 2002).

Jako velmi častý důsledek všech forem psychického týrání bývá citová deprivace či citová subdeprivace.

Citová deprivace je způsobena nedostatkem pozitivních emočních podnětů. Vzniká tehdy, když matka nemá o dítě zájem, zanedbává ho či zaujímá k němu ambivalentní, nebo dokonce hostilní postoj. Dítě se nemůže proti citovému zanedbávání bránit. Jedná se o dlouhodobý negativně působící proces, který ovlivňuje vývoj dítěte od narození a jelikož dítě nemá žádnou jinou zkušenost, považuje tento stav za normu.

Citová subdeprivace je mírnější variantou deprivace zkušenosti. Její riziko spočívá v tom, že se obtížně identifikuje a proto se takto znevýhodněnému dítěti nedostane potřebné pomoci (Vágnerová, 2005).

### 1.5.1.3 Šikana

Šikana se řadí mezi rizikové chování, které lze definovat jako jakékoliv cílené jednání či aktivitu jednotlivce, jehož následkem může být zranění, smrt, trvalé postižení nebo jiné snížení kvality života riskujícího nebo dalších lidí, stejně jako narušení vztahů, psychiky, nebo i ekonomické a hmotné škody. Tyto aktivity jsou prováděny jedincem samotným nebo ve skupině s dalšími (Rizikové chování, 2010).

O šikaně hovoříme tehdy, když jeden nebo více žáků úmyslně, většinou opakovaně týrá a zotročuje spolužáka či spolužáky a používá k tomu agresi a manipulaci. Šikanování je jev všudypřítomný a může doprovázet celý život. Začíná v rodině mezi sourozenci, pokračuje ve školce, školách, zájmových skupinách, v partnerských vztazích, v zaměstnání, v nemocnicích a končí například týráním seniorů v rodině či domově důchodců. Nejčastěji bývá rozšířená právě školní šikana (Kolář, 2001).

Rozlišujeme dva pojmy - šikanu a teasing. Za teasing označujeme takové chování, které zdánlivě připomíná šikanu, ale jde o nevinné škádlení mezi dětmi. Pokud budeme mluvit o šikaně, musí toto chování splňovat tyto základní podmínky - vždy jde o převahu síly nad obětí, oběť vnímá útok jako nepříjemný, útok může být krátkodobý, ale i dlouhodobý (Martínek, 2003).

Způsob šikanování má rozmanitou podobu, od fyzické agrese a používání zbraní agresora, přes slovní agresi a zastrašování zbraněmi, krádeže, ničení a manipulaci s věcmi, násilné a manipulativní příkazy k zraňování izolací a „uměleckými“ výtvoři (Kolář, 2001).

Oběti šikany můžeme zařadit do určitých typů - oběť na první pohled (děti do okolí vysílají signál slabosti, bojácnosti, osamocenosti), oběti setrvávající dlouho pod ochrannými křídly matek či babiček, handicapované děti (problematika integrace dětí s postižením do základních škol), učitelské děti.

Učitel, by měl být vnímavý a orientovaný v dané problematice. Ve školách se vyskytují „varovná místa šikany“, místa, kde se šikana vyskytuje nejčastěji. Jedná se jednoznačně o třídu, toalety, tělocvičny, šatny, jídelnu, skrytá místa ve škole, pokoje

na výletech a horách. Také oběť šikany vysílá varovné signály, ke kterým by zkušený učitel neměl být netečný (Martínek, 2003). V problematice šikanování je velmi důležitý vztah žák – učitel. Neautoritativní učitel ovlivňuje pozitivně své žáky a snáze si u nich získává důvěru (Prokopova, 2006).

U šikanovaného dítěte se často setkáváme s náhlým zhoršením prospěchu, téměř ve všech předmětech, nesoustředěností, samotou, somatizací, dítě vyhledává kontakty v nižších ročnících, dítě často ztrácí své věci, bojí se odpovídat před tabulí, bývá často terčem „přátelských“ kanadských žertíků, chodí na WC o hodinách, je v nepříznivém emočním stavu (stísněnost, špatná nálada, ustrašenost), dostává od svých spolužáků povýšené příkazy, bývá ostatními okřikován, komandován, mívá hanlivou přezdívku (Martínek, 2003).

V současné době se mezi dětmi velmi často setkáváme s **kyberšikanou** (cyberbullying). Jedná se o specifickou formu šikany, kterou lze definovat jako „zneužití informačních komunikačních technologií, zejména mobilních telefonů a internetu, k takovým činnostem, které mají někoho záměrně vyvést z rovnováhy.“ V praxi to představuje zasílání obtěžujících, urážejících, útočných mailů, SMS, vytváření stránek a blogů dehonestujících ostatní, nahrávání scény na mobilní telefon a jejího následného zaslání známým dotyčného nebo vystavení na internetu. Řada projevů kyberšikany může spadat do oblasti kriminálních činů.

Mezi charakteristické rysy kyberšikany patří: anonymita, nezávislost na čase a místě, proměna agresora i oběti, pro pobavení kohokoli a obtížná kontrola a rychlé šíření.

Rozlišujeme dva typy kyberšikany – přímé útoky (zprávy posílané přímo obětem) a kyberšikanu v zastoupení (využívání druhých pro šikanu oběti v kyberprostoru).

Velmi nebezpečný je tzv. kybergrooming. Jedná se o chování internetových uživatelů, které má v dítěti vyvolat falešnou důvěru a připravit je na schůzku v reálném světě s cílem dítě pohlavně zneužít. Velmi úzce souvisí s kyberšikanou, neboť groomer vytváří na oběť různé formy nátlaku např. zveřejněním choulostivých fotografií oběti.

Také u kyberšikanů může učitel zachytit varovné signály oběti, že se něco děje, že něco není v pořádku. Většina signálů může být shodná s „offline šikanou“. Škola je institucí, která má důležitou roli v diagnostice, ale hlavně prevenci před kyberšikanou (Kolektiv autorů, 2009).

Otázka, jak předcházet šikaně na školách, trápí téměř každou současnou školu. Klíčovou roli zde zastává nepochybně učitel, ovšem vybavený potřebnými kompetencemi. Proto na vysokých školách pedagogických se budoucí učitelé v rámci vysokoškolské výuky systematicky zabývají syndromem CAN, zneužíváním návykových látek, ochranou před sexuálním zneužíváním, agresivitou, násilím a kriminalitou (Staněk, 2006).

Vzhledem k závažnosti šikanování na školách vydalo Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy soubor opatření o možnosti řešení této problematiky. Jedná se například o Metodický pokyn (č.j. 20 006-2007) ministra školství, mládeže a tělovýchovy k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže ve školách a školských zařízeních, který podrobněji informuje o šikanování mezi žáky a o možnostech řešení této problematiky a Metodický pokyn (č.j. 24 246-2008-6) ministra školství k prevenci a řešení šikanování mezi žáky škol a školských zařízení (Rydlo, 2009).

#### **1.4.2 Zanedbávání dítěte**

Zanedbávání se vyznačuje nedostatkem péče, který způsobuje závažné ohrožení vývoje dítěte nebo nebezpečí pro dítě.

Rozlišujeme tělesné zanedbávání spočívající v selhání při zabezpečení tělesných potřeb dítěte, citové zanedbávání se vyznačující se selháním v zabezpečení citových potřeb dítěte v oblasti lásky, zanedbávání vzdělání, vyznačující se selháním v zabezpečení plných možností vzdělání dítěte (Dunovský, 1995), environmentálním zanedbáváním, které je definováno jako situace, kdy rodina žije v nebezpečném prostředí s vysokou mírou násilí a nedostává se jí dostatečné sociální opory (Krejčířová, 2007). Dalším druhem zanedbávání je zanedbávání v oblasti zdravotní péče

v případech, kdy dítě potřebuje zdravotní péči, v případech, kdy je opomíjena základní preventivní zdravotní péče a nedostatečný dohled přiměřený věku dítěte (Špeciánová, 2007). Krajním případem zanedbávání je izolování dítěte od lidské společnosti (Dunovský, 1995).

Existují určití činitelé, kteří přispívají k zanedbávání dítěte v rodině. Tyto činitele dělíme na vnější a vnitřní. Vnější činitele zahrnují např. osíření dítěte, nepřítomnost otce, nízká ekonomická úroveň rodiny, náročná povolání rodičů, alkoholismus či drogová závislost v rodině, promiskuitní sexuální vztahy a nestálost prostředí v rodině dítěte, rodiny utečenců či migrantů. K vnitřním činitelům, kterými se míní především psychika a celková osobnost primárních vychovatelů dítěte, řadíme např. citovou nezralost a povahovou nevypělost matky či otce, mladistvý věk rodičů, duševní poruchy rodičů, nemoci rodičů, hlubší či lehčí formy mentální retardace rodičů, vážné smyslové poruchy, pohybovou invaliditu, zvláštní životní postoje, praktiky, zásady příslušníků náboženských sekt, příslušnost k některým etnickým skupinám (Dunovský, 1995).

Zanedbání dítěte si většinou všimnou sousedé v místě bydliště nebo osoby, které jsou v každodenním kontaktu s dítětem. Velmi cenné informace lze získat právě od učitelů, kteří mají možnost zaregistrovat charakteristické projevy u dítěte ohrožené syndromem CAN. Tyto děti mají trvale hlad, mohou mít poruchy příjmu potravy, nedodržují základní hygienická pravidla, mohou být chronicky unavené, mají poruchy řeči, nosí omšelé, znečištěné či zapáchající oblečení, které může být neadekvátní pro dané roční období, často chodí pozdě do školy, projevují sklony k sebepoškozování, mají malou sebedůvěru, často opakovaně utíkají z domova (Špeciánová, 2007).

U zanedbávání dítěte rozlišujeme dva stupně zanedbání – těžké a všeobecné zanedbání. Těžké zanedbávání se vyznačuje přítomností dětí v takových situacích, které bezprostředně ohrožují jejich život. Všeobecné zanedbávání zahrnuje zanedbávání v oblasti stravování, ošacení, lékařské péče, kontaktu s jinými vrstevníky a lidmi, nedostatečnou ochranu před nebezpečím úrazu či patologickými sociálními jevy (Dunovský, 1995).

Z hlediska zanedbávání nelze vyhranit rizikové situace. Zanedbávání je dlouhodobý děj, který není věcí jednotlivce, ale zpravidla celého prostředí, ve kterém dítě vyrůstá. Je důležité si uvědomit, že dítě není obětí agrese dospělého, nýbrž jeho neaktivity. Proti nezájmu dospělého však aktivní obrana není. Můžeme pouze vytipovat rizikové děti, které se častěji stávají obětí zanedbávání. Mezi takovéto děti řadíme např. děti, které jsou svým temperamentem neaktivní, pomalé, děti s mentálním postižením, smyslovými vadami, pohybovým omezením, děti somaticky nemocné, vyčerpané, apatické, děti podvyživené aj. (Dunovský, 1995).

### **1.4.3 Zneužívání dítěte**

Jedná se o zneužívání dítěte pro uspokojování vlastních potřeb. Do této kategorie se řadí především sexuální zneužívání, ekonomické zneužívání (dítě je nuceno ke krádežím či žebřání) nebo zneužívání dítěte k věku nepřiměřené práci. Rozlišujeme:

#### **1.4.3.1 Zneužívání nezletilých dětí k práci nepřiměřené jejich věku**

Tato forma zneužívání existovala již odedávna. V průběhu 19. století došlo k rozšíření pracovního vykořisťování dětí k námezdní těžké práci v dolech, továrnách, v zemědělství a podobně. Ve společnosti začal rychle narůstat odpor proti takovému zacházení s dětmi a začaly se vydávat zákony na ochranu dětí, které zakazovaly dětskou práci.

I přes všechna zákonná opatření jednotlivých států a mezinárodních organizací je námezdní práce dětí ve světě neustále rozšířeným jevem. Odhaduje se, že 120-250 mil. dětí ve věku 5-14 let jsou nuceny k výdělečné práci. Nejhorší situace je v Asii, Africe, Latinské Americe, ale tato problematika se také týká USA a evropských zemí (Krejčířová, 2007).

Dětská práce je podle článku č. 32 Úmluvy o právech dítěte vyhlášené v České republice omezena a upravena v zákoně č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v § 121. Dle tohoto zákona se dítětem považuje osoba mladší 15 let nebo osoba starší 15 let, pokud nemá ukončenou školní docházku až do jejího ukončení.

Dítě může vykonávat pouze uměleckou, kulturní, sportovní a reklamní činnost pro právnickou či fyzickou osobu, která má tuto činnost v předmětu své činnosti, jen jestliže je tato činnost přiměřená jeho věku, není pro něj nebezpečná, nebrání jeho vzdělávání nebo docházce do školy a účasti na výukových programech, nepoškozuje jeho zdravotní, duševní, morální nebo společenský rozvoj (Kutý, 2007).

Povolení o výkonu činnosti dítěte rozhoduje úřad práce na základě písemné žádosti podané zákonným zástupcem dítěte nebo jinou osobou odpovědnou za výchovu dítěte, do jejíž péče bylo dítě svěřeno rozhodnutím soudu (Zákon o zaměstnanosti).

#### **1.4.3.2 Sexuální zneužívání dítěte**

(CSA, Child Sexual Abuse syndrom)

„Zdravotní komise Rady Evropy definuje (1992) pohlavní týrání jako nepatřičné vystavení dítěte pohlavnímu kontaktu, činnosti či chování. Zahrnuje jakékoliv pohlavní dotýkání, styk či vykořisťování kýmkoliv, komu bylo dítě svěřeno do péče, nebo kýmkoliv, kdo dítě zneužívá. Touto osobou může být rodič, příbuzný, přítel, odborný či neodborný pracovník či cizí osoba (Kocourková, 2006, s. 292).“

„Někdy se dává přednost termínu „nežádoucí sexuální zkušenost“, která je definována jako jakýkoliv druh sexuálního kontaktu, který je špatný, nepříjemný či vynucený; o sexuální zneužívání jde ovšem také vždy, když je dítě zapojeno do sexuální aktivity, které nemůže rozumět nebo pro níž není vývojově připraveno a nemůže k ní podat souhlas (Krejčířová, 2008, s.21).“

Sexuální zneužití v dětském věku se týká přibližně 15-45 % dívek a 3-9 % chlapců (Kocourková, 2006). Sexuálnímu zneužívání chlapců se v posledních letech věnuje zvýšená pozornost. Situace mužských obětí je často obtížnější než situace zneužitých dívek, protože role oběti je pro ně společensky méně přijatelná. U chlapců je pachatelem sexuálního zneužití často cizí člověk (Weiss, 2000).



Tab. .2: Vývoj sexuálního zneužití dítěte v letech 2005-2009

Rok	Počet nahlášených případů sexuálního zneužití dětí							
	Dívky				Hoši			
	do 1roku	od 1-3 let	od 3-6 let	od 6-15let	do 1roku	od 1-3 let	od 3-6 let	od 6-15 let
2005	3	13	41	410	1	1	19	89
2006	4	8	43	352	0	1	10	73
2007	0	7	31	444	1	3	17	83
2008	3	13	51	476	1	4	19	72
2009	0	14	48	498	0	5	18	119

Zdroj: MPSV

Aby sexuální chování mohlo být označeno za zneužití musí splňovat tři podmínky:

- aktér je mnohem starší a zralejší než dítě,
- je v pozici autority či pečuje o dítě,
- a vymáhá aktivity na dítěti silou nebo podvodem (Malá, 2008).

Sexuální zneužívání se dělí na zneužívání bezdotykové, či-li kontaktní a dotykové, či-li nekontaktní. Mezi bezdotykové formy sexuálního zneužívání řadíme zejména exhibicionismus, harassment, obscénní telefonické hovory či přinucení dítěte k obnažení a fotografování, k prohlížení si časopisů s pornografií (Špeciánová, 2007). Kontaktní sexuální chování zahrnuje aktivity nepenetrativní – dotýkání, mazlení, dráždění na prsou, genitálu, anální krajině rukou, genitáliemi, a to jak přes oblečení, tak na nahém těle. Mezi penetrativní aktivity patří proniknutí pohlavním údem, prsty nebo předměty do genitálu. Rozlišuje se tak sexuální akt orálně-genitální, análně-genitální a genitálně-genitální (Čírtková, 2007). Mezi dotykové formy sexuálního zneužívání bývá řazen sexuální útok s následkem smrti, znásilnění, incest, intrafamiliární pohlavní styk, komerční sexuální zneužívání, pedofilní obtěžování, sexuální turistika či skupinové zneužívání (Dunovský, 1995).

Podle své závažnosti se sexuální zneužití dětí dělí do tří kategorií. Velmi závažné formy sexuálního zneužití zahrnují formy orálního styku, kdy oběť je donucena být aktivním účastníkem, orální styk, kdy oběť je pasivním účastníkem sexuální agrese, vaginální či anální styk uskutečněný penisem. Druhou kategorií jsou středně závažné formy sexuálního zneužití, které zahrnují hnětení a líbání prsou oběti, vnikání do vagíny prsty nebo předměty, pronikání prsty, jazykem nebo různými předměty do anusu,

vzájemné dotýkání se genitálií. Nejméně závažné formy sexuálního zneužití představují vzájemné svlékání, nepatřičné líbání s pronikáním jazyka do úst, fotografování, sexuální dotyky, laskání genitálií prsty, jazykem, vynucená masturbace (Špeciánová, 2007).

Do skupiny dětí, které jsou ve zvýšené míře ohroženy sexuálním zneužíváním řadíme děti z rozvedených rodin, z dysfunkčních rodin, tam, kde dítě žije dlouhodobě s jedním rodičem, děti z rodiny, kde matka má dalšího partnera (nevlastní otec či tzv. strýček či blízký přítel), děti, jejichž rodiče vykazují hostilitu a násilí vůči sobě i dětem, jejichž rodiče pijí alkohol a zneužívají drogy, které žijí s psychotickým rodičem, které jsou psychicky nebo fyzicky handicapované (s mentálním postižením, slepé atd.) (Malá, 2008). V takovýchto rodinách bývá komunikace mezi členy rodiny velmi špatně organizovaná, chaotická nebo direktivně řízená jedním členem rodiny, většinou převažují projevy negativních emocí a chybí empatie pro pocity druhého (Caspi, 2004).

Dále můžeme sexuální zneužívání dětí dělit na extrafamiliární a intrafamiliární tj. sexuální zneužívání v rodině a sexuální zneužívání mimo rodinu. U extrafamiliárního zneužívání bývá pachatelem sexuálního násilí např. soused, ten, kdo se o dítě stará, osoba známá dítěti, osoba známá rodině, matčin přítel, otcova přítelkyně, dobrý rodinný přítel či jiný příbuzný. Velkou polemiku na veřejnosti vyvolávají případy sexuálního zneužití osobou, která je ve společnosti respektována a je pokládána za důvěryhodnou, například učitel, trenér, politik, kněz (Krejčířová, 2008). Intrafamiliární – incestní- zneužití mívá následky nejtragičtější (Weiss, 2000). „**Incest** znamená „nestoudný a nízký, chovající se jako zvíře“. Obvykle se definuje jako sexuální aktivita mezi osobami, které mají povoleno uzavřít manželství (Pöthe, 2000, s.82).“ Z psychosociálního hlediska pod pojmem incest rozumíme každou sexuální aktivitu mezi dítětem a rodičem, nevlastním rodičem, náhradní rodičovskou postavou, sourozencem nebo členy širší rodiny. Jedná-li se o vztah mezi nevlastním otcem a dcerou hovoříme o tzv. nepravém incestu či pseudoincestu. Incestní vztah mezi sestrou a bratrem může být stejně traumatizující jako rodičovský incest. Platí to zejména v případech, kdy je pubescentí dívka nucena k sexuálním praktikám bratrem. Bezmocnost, kterou v těchto vztazích oběti prožívají, je podmíněna jednak fyzickou

převahou „silnějšího“ sourozence, ale i výsadní pozicí, kterou se synové těší u svých matek. Incestní vztah dětí a matek figuruje ve statistikách sexuologů i kriminalistů velmi nízko a to celosvětově (Pöthe, 2000).

Incest je především příznakem závažné rodinné patologie. Oběti incestu většinou pocházejí z rodin, kde dominuje autoritativní otec, kde ve výchově absentuje matka, z rodin s konzervativními a rigidními postoji k sexu (Weiss, 2005).

Rodiny, ve kterých je jedno nebo více dětí vystaveno sexuálnímu zneužívání kontinuálně s pravidelnou či nepravidelnou frekvencí, označujeme jako rodiny incestní. Incestní tabu je integrační prvek celé rodiny. Narušením incestního zákazu dochází k rozpadu rodinných struktur. Ale ve většině případů jsou rodinné struktury narušené ještě dříve než dojde k incestnímu vztahu. Sexuální zneužívání dítěte v rodině je ve většině případech spíše symptomem než příčinou dysfunkčních rodinných vztahů. Dysfunkční rodinné vztahy jsou odrazem patologických interakcí mezi dětmi a rodiči a rodiči navzájem. Chronická emoční frustrace všech členů uzavřeného rodinného systému dříve či později ústi do vzniku násilí, jehož obětí se stávají ti nejslabší z nich (Pöthe, 2000). Rodiny, kde se můžeme setkat s problémem incestu vykazují typické charakteristiky. K těmto charakteristikám patří setřené generační hranice, dysfunkční rodičovská dyáda, zhoršení rodičovského sexuálního vztahu, nefungující normální tabu, utlumení afektivního prožívání, izolace rodiny, „stav dusna“ panující v rodině, patologické přeznačkování rodinné role a jejich rigidita, patologické narušení sourozeneckých vztahů. V těchto rodinách bývá potlačeno afektivní prožívání, interpersonální vztahy se pohybují v extrémech, členové rodiny mají problémy v kategoriích společenství. Sexuální zneužívání dítěte v rodině je proces vyznačující se specifickou časovou a vztahovou dynamikou (Pöthe, 2005).

Rodiče, kteří sexuálně zneužívají své děti, můžeme rozdělit podle hledisek zahrnujících různá kritéria a přístupy. Ale ze sociologického hlediska se neliší od ostatní populace. Mají stejnou úroveň vzdělání, zaměstnání, etnický původ, náboženství a inteligenci stejnou jako je společenský průměr (Pöthe, 2000).

Tito lidé najdeme ve všech socioekonomických vrstvách společnosti, což vyvrací stereotyp, že k sexuálnímu zneužívání dochází jen v chudých a znevýhodněných

rodinách (Waiss, 2005). Odlišnost těchto lidí netkví v demografických ukazatelích, ale ve způsobech, jakými dosahují uspokojení svých emočních potřeb. Uspokojení nenaplněných emočních potřeb zneužívající rodič dosahuje prostřednictvím jejich sexualizace s obětí. Sexuální motivace většinou nebývá primární motivací zneužívání dítěte (Pöthe, 2000).

Pachatele sexuálního zneužívání dětí může rozdělit dle primární sexuální orientace a úrovně psychosexuálního vývoje na fixované a regredované jedince. Do skupiny fixovaných jedinců patří ti, u nichž jsou primárním sexuálním objektem děti. U fixovaných jedinců se častěji setkáváme se zneužíváním chlapců. I když se nejedná o pravidlo, v případech incestu mezi otcem a synem, se většinou jedná o fixovaného pedofila. U regredovaného jedince jsou zneužívané děti substitucí za dospělé osoby. Na rozdíl od fixovaných jedinců, kteří se s dětmi identifikují a přejí si být jako oni, regredovaní jedinci berou děti jako své dospělé partnery a udělují jim pseudodospělou roli. Většina případů sexuálního zneužívání v rodině je iniciována regredovanými jedinci (Pöthe, 2005).

K odhalení incestu mezi dítětem a rodičem může dojít buď z iniciativy účastníků nebo náhodným odhalením. Na náhodu jsou zneužívané děti odkázány zejména ve společnostech, kde sexuální zneužívání dětí je vážným a traumatizujícím fenoménem. Zde klíčovou roli sehrávají lékaři, například při diagnostice pohlavně přenosných nemocí či graviditě dítěte, ale také škola. Učitelé mohou být na možnost sexuálního zneužívání dítěte upozorněni především chováním zneužívaného dítěte. K vědomému porušení tajemství dochází zpravidla tím, že se dítě se svou zkušeností někomu svěří. Vývoj událostí po odhalení incestního vztahu se odvíjí od reakcí jednotlivých aktérů.

Nejčastější obranou rodiče je útok proti zneužívanému dítěti, například, tvrdí, že si dítě sexuální zneužívání vymyslelo či, že si zneužívání dokonce samo přálo (Pöthe, 2000). Pozici dítěte ztěžuje fakt, že po celou dobu objasňování dané situace k němu má zneužívající rodič neomezený přístup. K tomu, aby dítě v této situaci obstálo, potřebuje jednak značnou dávku odvahy a statečnosti, ale také důvěru a podporu svého okolí a to především ze strany nezneužívajícího rodiče (Pöthe, 2005).

Můžeme se také setkat se situací, kdy dítě sdělí údaje, které je možno interpretovat jako sexuální zneužívání, ale toto je pro pachatele neúnosné a na dítě je vyvíjen přímý nebo nepřímý tlak, aby svoji výpověď popřelo. U dítěte se mohou objevit pocity viny za rozpad rodiny, pocity studu, strachu zklamání (Kocourková, 2006).

V problematice odhalování sexuálního zneužívání dětí hraje důležitou roli matka zneužívaného dítěte. Chování matky může zásadním způsobem ovlivnit průběh i řešení tohoto problému. Většinu matek tato situace traumatizuje, cítí se zrazena a ponížena. Na ohrožené dítě reaguje hněvem, depresemi, pocity zoufalství, tendencemi sebeobviňování či úzkostí. Matky na vzniklou situaci reagují dvojitým způsobem. Tam, kde zneužívání v rodině trvá obvykle jen krátce, matka poskytne dítěti jednoznačnou ochranu i za cenu konfliktů, rozpadu rodiny a vlastní sociální újmy. Dítěti zůstává zachován pocit jistoty a zázemí, matka k němu zaujme ochranný postoj. V druhém případě matka dítěti nevěří, resp. mu nechce věřit, popírá, že by se něco takového mohlo stát nebo není schopna situaci řešit. Někdy může nastat i taková situace, kdy matka dítě citově vydírá, aby nic neprozradilo. Takového matky selhávají v mateřské roli, nejsou schopny poskytnout dítěti ochranu. V těchto rodinách trvá zneužívání dítěte většinou dlouhou dobu, někdy i několik let (Vágnerová, 2004).

Americký dětský psychiatr R. Summit popsal v roce 1983 syndrom dětského přizpůsobení se sexuálnímu zneužití, který rozdělil do 5 fází. V první fázi, utajování ataku sexuálního zneužití, zneuživatel psychicky působí na dítě a vytváří s obětí jakousi alianci. Zneuživatel v dítěti vyvolává dojem, že pokud se se svým zážitkem svěřív někomu dalšímu, stane se cosi zlého, nepatřičného. Zneuživatel dítěti takto vyhrožuje a zastrašuje ho, v dítěti narůstá pocit beznaděje (2. fáze), který může postupně přerůst do fáze svedení a přizpůsobení (3. fáze). Dítě přijímá a podřizuje se opakovaným atakům sexuálního zneužití (4. fáze). Zpracovává tuto bolestnou situaci tak, že se samo viní z vyprovokované situace. Po této fázi může nastat fáze opožděného a nepřesvědčivého odhalení sexuálního zneužití (5. fáze). V praxi dochází poměrně často k tomu, že dítě nahlásí případ sexuálního zneužití se značným časovým odstupem od doby, kdy ke zneužití skutečně došlo. Toto působí pochopitelně nevěrohodně a oběť je ve velmi obtížné situaci, která je psychicky traumatizující. Proto se můžeme v další

fázi setkat s odvoláním původní výpovědi o sexuálním zneužití (Špeciánová, 2007). Počáteční vztek dítěte se mění na pocit viny a strachu zejména ze zavržení rodiči, rozbití rodiny, ale také z reakce zneuživatele. Dítě mnohdy nepravdivě uvádí, že si celou situaci vymyslelo. Je zde velká pravděpodobnost, že zneuživatel bude pokračovat ve svém jednání vůči dítěti (Dunovský, 1995). Je důležité, aby o této reakci zneužitého dítěte byla informována odborná veřejnost, zejména pracovníci orgánů činných v trestném řízení. Dítěti by měla být poskytnuta psychická podpora, aby k 5. fázi popsaného syndromu dětského přizpůsobení se sexuálnímu zneužití nedošlo (Špeciánová, 2007).

Statistiky udávají, že maximálně 5-10 % ze všech obvinění sexuálního zneužití jsou falešná. Falešná obvinění mohou být inscenována jak ze strany rodičů, tak ze strany dítěte. Ze strany rodičů tyto situace může nastat tehdy, pokud osoba trpí vážnou duševní chorobou s psychotickou produkcí, pokud běžné mazlivé chování a efektivní projevy jsou posuzovány jako sexuálně abnormální, tehdy jedná-li se o přímou instruktáž dítěte proti obviňovanému rodiči formou účelového lhaní. Jako falešná obvinění inscenována dětmi lze uvést fantazijní zpracování chování rodiče, misinterpretace chování rodiče či účelová lež. Na falešné obvinění dítěte usuzujeme tehdy, jestliže dítě při rozhovoru s vyšetřujícím používá slovník dospělých, udává mnohem méně podrobností, není schopno popsat specifické detaily, rigidně popisuje příběh, není schopno popsat sekvenci událostí či často stereotypně opakuje smyšlený příběh (Malá, 2008).

### ***Důsledky sexuálního zneužívání***

Důsledky sexuálního zneužívání jsou tím destruktivnější, čím dříve začíná, čím déle trvá a také čím je intenzivnější (Kocourková, 2006). I tehdy, kdy se jednalo o jednorázovou událost, kterou dítě zdánlivě překonalo, se mohou následky projevit v pozdějším věku – v dospívání či v dospělosti (Krejčířová, 2007). Pod vlivem této zkušenosti může být ovlivněn jeho vztah k sexualitě, může dojít k extremizaci vztahu k sexu. Na jedné straně se můžeme setkat se ztrátou zábran, na straně druhé s různými sexuálními dysfunkcemi (Vágnerová, 2004). Existují důkazy, že děti, které byli v dětství vystavené pohlavnímu zneužívání měli velké problémy v navazování

sexuálních vztahů v pozdějším věku (Krahe, 2004). Vážnější důsledky pozorujeme tam, kdy šlo o zneužívání kontaktní a také pokud šlo o událost v rodině, kdy pachatelem byl člověk dítěti emočně blízký (Špeciánová, 2007).

Druh potíží, které lze u zneužívaného dítěte objevit závisí na následujících faktorech: věku a fázi vývoje, ve kterém ke zneužití dochází, druhu zneužívání, ke kterému došlo, kvalitě adaptačních mechanismů dítěte, faktorech životního prostředí, chování a vrozeném mechanismus pro zvládání emocí, které zneužívání vyvolá na straně pečující osoby (Elliot, 2002).

Obecně se dá říci, že nějakými následky trpí minimálně 50 % sexuálně zneužívaných dětí. Intrafamiliární zneužívání postihuje oběť zneužívání komplexněji a závažněji. Může vést ke vzniku tzv. home alone syndromu, kdy je dítě opuštěno uvnitř vlastního domova, rodiny, která neplní své funkce a dítě poškozuje. Matka není schopna ochránit své dítě. V oblasti citového prožívání vyvolává sexuální zneužívání u dítěte negativní citovou reakci (odpor, strach, úzkost, zlost), pocity studu, viny a ponížení, ve vztahu k budoucnosti pocity beznaděje. Vztah k samotnému pachateli bývá ambivalentní, kdy dítě tohoto člověka nechce ztratit a zároveň k němu cítí odpor. Vzácněji se může vytvořit pozitivní vazba, kdy dítě je na pachateli nějakým způsobem fixováno. Tato varianta bývá označována jako stockholmský syndrom (Vágnerová, 2004).

Často se u sexuálně zneužitých dětí objevují tělesné příznaky. Mezi ně řadíme obtíže při chůzi, sezení pro bolest v oblasti anální či genitální, krvácení, bolestivost při močení, u chlapců trhlinky na předkožce, poranění nebo dráždění anální nebo genitální oblasti, výtok, pohlavně přenosné choroby (AIDS, herpes, syphilis, trichomonas, gonorea, chlamydie), psychosomatické obtíže (bolestivost žaludku, hlavy) (Dunovský, 1995).

Nepříjemný, traumatizující zážitek spojený se zneužíváním mění u dítěte hodnocení světa sebe samého. Svět je posuzován jako zdroj možného ohrožení. Dítě zažívá zkušenost zrady, kdy ztrácí pocit jistoty, bezpečí, důvěry v nejbližší lidi, členy rodiny. Dítě nikomu nevěří, ztrácí základní pocit důvěry v bezpečný svět. Prožitek zrady se logicky promítne i do jeho postoje k okolnímu světu. Dítě propadá

sebehodnocení, objevuje se u něj nízká sebeúcta a pocity bezmocnosti. Prožitá bezmocnost vede k pasivitě a rezignaci, k pocitu závislosti na vnějších vlivech.

Změny v chování dítěte mohou být až extrémní. Dítě může být nápadně pasivní či naopak dráždivé, objevují se u něj tendence k izolaci. U starších dětí můžeme pozorovat poruchy chování, agresivního a hostilního typu. Ve škole může dojít k selhání, jehož příčinou není nedostatek inteligence, ale chybějící motivace. Často se setkáváme se záškoláctvím (Vágnerová, 2004). Sexuálně zneužívané děti se ve škole projevují jako úzkostné, nepozorné a neschopné pochopit, co se od nich očekává. Často zůstávají stranou kolektivu, jsou velmi závislí na učitelích (Elliot, 2002).

Je důležité vědět, že děti se sexualitě učí, že nepřijdou na svět s vrozenou znalostí této oblasti. Z toho vyplývá, že vyskytuje-li se u nich neskrývaná sexualita, je to způsobeno tím, co viděly či prožily. Zneužívané malé děti se celkem bez zábran chovají sexuálně (Elliot, 2002). Objevuje se u nich masivně masturbace, někdy i na veřejnosti a tendence opakovat zážitky sexuálního zneužívání. Setkáváme se i s urychleným počátkem sexuálního života těchto dětí (Vágnerová, 2004).

#### **1.4.4 Komerční sexuální zneužívání**

Fenomén komerčního sexuálního zneužívání dětí, který je v anglosaské literatuře označován zkratkou CSEC – Commercial Sexual Exploitation of Children, představuje formu sexuálního zneužívání dětí a obecně se vymezuje jako každé užití dítěte k sexuálnímu účelu za finanční či jinou odměnu (Milfait, 2008).

V roce 1996 se ve Stockholmu konal 1. světový kongres proti komerčnímu sexuálnímu vykořisťování dětí, který komerční sexuální zneužívání dětí, definoval jako použití dítěte pro sexuální účely výměnou za peníze nebo odměnu v naturáliích mezi dítětem a zákazníkem, dítětem a prostředníkem nebo dítětem a agentem nebo jinými osobami vydělávající na obchodu s dětmi pro tyto účely (Vaníčková, 2005).

Rozlišujeme tři formy CSEC – dětskou prostituci, dětskou pornografii a obchod s dětmi pro sexuální průmysl (Milfait, 2008).



#### ***1.4.4.1 Dětská prostituce***

„Pojmem dětské prostituce se rozumí využívání dětí při sexuálních aktivitách za úplatu nebo poskytnutí jiného plnění (Dunovský, 2005, s. 141).“ Tento jev se rozvíjí s ohromným nárůstem prostituce obecně a zahrnuje celou řadu forem nebo na ni navazuje (například únos dítěte do zahraničí, sexuální turistika a další). Také v České republice její výskyt narůstá, často ve spojení s jinými negativními jevy (HIV/AIDS, drogy). Prostituce je zde laciná a tresty, za sociálně patologické jevy, které prostituci doprovázejí, jsou nízké. Uskutečňuje se jednak v podobě klasické prostituce, od její pouliční formy zabezpečované „pasáky“ až k prostituci provozované ve speciálních salónech (Dunovský, 2005).

Prostituce je úzce spjata s drogovou problematikou. Drogy jsou jednak přinucovacím prostředkem pro prostituci, děti jsou pod vlivem drogy více promiskuitní a jednak u dobrovolné prostituce slouží k povzbuzení či potlačení bolesti (Vaníčková, 2005).

#### ***1.4.4.2 Dětská pornografie***

„Pojmem dětská pornografie se rozumí jakékoliv spodobnění dítěte účastnícího se skutečné nebo předstírané explicitní sexuální aktivity, ať už je toto spodobení provedeno jakýmkoliv způsobem, a rovněž tak jakékoliv spodobení sexuálních orgánů dítěte určené primárně k sexuálním účelům (Dunovský, 2005, s. 142).“

Dětskou pornografii můžeme také definovat jako jakýkoliv obrazový nebo textový materiál, který používá děti v sexuálním kontextu. Z uvedeného vyplývá, že dětskou prostituci dělíme na obrazovou a zvukovou (Milfait, 2008).

Dětská pornografie je silně provázána s dětskou prostitucí. Přibližně 38 % dětí, které se živí prostitucí je svými pasáky pravidelně zneužíváno k výrobě pornografického materiálu. Je celkem zarážející, že největším konzumentem pornografie je mládež. 93 % patnáctiletých chlapců si prohlíží pornografii opakovaně a nejčastěji je to na internetu (Vaníčková, 2005).

#### ***1.4.4.3 Obchodování s dětmi***

„Pod pojmem obchodování s dětmi se rozumí jakákoliv transakce, na jejímž základě je dítě předáno jednou osobou nebo skupinou osob jiné osobě nebo skupině osob, a to za úplatu nebo poskytnutí jiného plnění (Dunovský, 2005, s. 141).“

Obchodování s dětmi zahrnuje obchod s dětmi pro sexuální průmysl a obchod s dětmi pro jiné účely např. adopci, dětskou práci, prodej orgánu. V problematice obchodování s dětmi hraje Česká republika roli jednak tranzitní a cílové země, ale také se výjimečně stává i zemí zdrojovou. Dítě může být obchodováno vlastními rodiči, blízkými osobami, ale také může být uneseno, nebo prodáno rodičem v dobrém úmyslu, že se mu dostane lepších podmínek než ve vlastní rodině (Vaníčková, 2005).

#### **1.4.5 Zvláštní formy týrání a zneužívání**

Do této skupiny řadíme systémové týrání, organizované zneužívání dětí, rituální zneužívání a sexuální turismus (Špeciánová, 2007).

##### ***1.4.5.1 Systémové týrání***

Bývá také označováno jako **sekundární viktimizace** (Špeciánová, 2007). I když bývá sexuální zneužívání či týrání dítěte odhaleno, trápení dítěte tím nemusí končit. Může být dále traumatizováno vyšetřováním, chováním ostatních lidí, strachem, že se rozpadne rodina. Jedná se o sekundární viktimizaci, která vznikne druhotně, na základě souhrnného působení všech negativních vlivů, které vyplývají z necitlivého řešení dané situace, zvyšujícího emoční zátěž působením cizího prostředí, které může být dítětem vnímáno jako ohrožující, změnou chování lidí v jeho okolí (Dušková, 2003).

Obecně k nejčastějším institucím, kde se dítě může setkat se sekundární viktimizací patří právě škola, policie a zdravotnická zařízení (Finkelhorn, 2011).

Dítě, o němž se ví, že bylo týráno nebo zneužíváno, získává určité sociální stigma. Dítě je sice obětí, ale lidé vůči němu zachovávají určitý odstup. Protože dětská sexualita je tabuizována, stává se sexuální zneužívání větším stigmatem, oběť ztrácí dětskou roli s jejími privilegii, což se projevuje v reakcích společnosti. Zneužívané dítě

bývá veřejností většinou hodnoceno ambivaletně. Lidé je často litují, ale zároveň se od nich distancují (Vágnerová, 2005).

#### ***1.4.5.2 Organizované zneužívání dětí***

Jedná se o případy závažných forem sexuálního zneužívání s rostoucím důrazem na jeho organizovanost, která přesahuje hranice města, země či kontinentu. Lze jej charakterizovat jako zneužití mnoha pachatelů, kteří se spojují za dosažení tohoto cíle. Tak vznikl nový obchod, kde děti figurují jako zboží. A to nejen pro sexuální účely, ale i v rámci ilegálního mezinárodního osvojení, dětské práce, segregace až po vraždy dětí ulice za účelem prodeje jejich orgánů. Nejčastějším organizovaným zneužíváním dětí je dětská práce až otroctví (Dunovský, 1995).

#### ***1.4.5.3 Rituální zneužívání***

Je vymezeno jako zacházení s dětmi, které se uskutečňuje v souvislosti se symboly, které mají náboženskou, magickou nebo nadpřirozenou charakteristiku a které jsou součástí určitého organizovaného společenství. Nemusí se vždy jednat o skupinový jev. Někdy může být vzývání těchto symbolů a provozování aktivit užíváno k nahnání strachu dítěti (Vaníčková, 1999).

#### ***1.4.5.4 Sexuální turismus***

Cizinci přijíždějí do cizí země již se záměrem vyhledat dítě k tomu, aby se jím sexuálně uspokojil (Dunovský, 1995). V exotických destinacích si lze děti, které většinou pochází z velmi chudých rodin, zakoupit na dobu celého pobytu a nebývá výjimkou situace, kdy jsou děti kupovány partnerským párem. Vybrané pláže různých zemí nabízejí také homosexuální prostituci mladých mužů, mezi nejznámější patří pláže na Srí Lance a v Thajsku (Vaníčková, 2005).

### **1.4.6 Münchhausenův syndrom by proxy**

„Münchhausenův syndrom by proxy (v zastoupení) patří do skupiny předstíraných poruch, kdy jedna osoba (nejčastěji matka) předstírá nebo vytváří u dítěte potíže, kvůli nimž vyhledává s dítětem zdravotnickou péči (Kocourková, 2006, s. 401).“

Tento nebezpečný syndrom byl poprvé popsán Meadowem v roce 1977, u nás na něj poprvé upozornil Marten v roce 1985 (Dunovský, 1995).

Tato forma zneužívání je nebezpečná pro dítě a komplikací pro systém zdravotnické péče. Předstírané potíže u dítěte představují celé spektrum poruch, od pouhého referování neexistujících poruch přes manipulování s nálezy. Cílem těchto matek, které takto zneužívají své dítě, je komunikace se zdravotnickým personálem a získání „zástupné“ role nemocného. Matky bývají popisovány jako pečující a starostlivé osoby, takže je velmi obtížné si představit, že by ubližovaly svému dítěti (Kocourková, 2006). V anamnéze těchto matek bývají zjišťovány charakteristiky typu: fyzické či sexuální zneužívání v dětství, poruchy chování v dětství a adolescenci spojené se sebepoškozováním, historie jídelních poruch, přítomnost somatizačních poruch, matka sama může vykazovat příznaky Múchhausenova syndromu, inklinace ke zdravotnickým a ošetrovatelským profesím. (Kocourková, 2008).

Chování, kdy matka za účelem vyhledání zdravotnické pomoci předstírá potíže u dítěte, je podmíněno třemi základními faktory. Jedná se o matčinu zkušenost zneužití nebo odmítání v dětství, její patologický vztah s dítětem a způsob, jakým na její chování reaguje zdravotnický systém, který může zneužívající chování matky posilovat. Úloha případného partnera (otce dítěte) bývá v rodině oslabena.

V případě této poruchy je velmi obtížná terapie. Matky na odhalení problematiky reagují dramaticky, brání se konfrontaci. Terapie je ovlivněna mnoha faktory, například intenzita a doba trvání abúzu, osobnostní a psychopatologická charakteristika matky či ochota matky ke spolupráci (Kocourková, 2006).

### **1.5 Trestněprávní aspekty syndromu CAN**

Týráním, zneužíváním či zanedbáváním dítěte se osoba trestně odpovědná dopouští skutku, který může naplnit znaky skutkové podstaty několika trestných činů, vycházející ze zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákona, ve znění pozdějších předpisů, který vešel v platnost 1. ledna 2010 (Špeciánová, 2007).

V mnoha případech jednání osoby, která způsobila násilí na dětech, svou intenzitou nenaplňuje skutkovou podstatu některého či některých trestných činů uvedených v trestním zákoníku č. 40/2009 Sb., ve znění pozdějších předpisů. V takovýchto případech je toto jednání posuzováno podle zákona č. 360/1999 Sb., kterým byl novelizován § 28 zákona č. 200/1990 Sb. o přestupcích jako přestupek. Sankcí za spáchání přestupku dle tohoto paragrafu je pokuta až do výše 10 000 Kč. (Špeciánová, 2007).

### ➤ **Trestné činy proti rodině a dětem**

#### **§ 195 Opuštění dítěte nebo svěřené osoby**

Dle tohoto zákona bude potrestán, odnětím svobody na jeden rok až pět let, ten, kdo opustí dítě mladší tří let nebo jinou osobu, o kterou má povinnost pečovat a která si sama nemůže opatřit pomoc a vystaví ji tím nebezpečí smrti nebo ublížení na zdraví (Trestní zákon).

Dle tohoto zákona může být pachatelem tohoto trestného činu jen osoba, které náleží povinnost pečovat o dítě. Touto osobou může být rodič, poručník dítěte, pracovník ústavu, kde dítě vykonává ochrannou či ústavní výchovu, osoba, které bylo dítě svěřeno soudním rozhodnutím do výchovy, pěstoun a fakticky každá osoba, která převzala péči o dítě na základě dohody uzavřené s tím, komu jinak náleží povinnost o dítě pečovat (Špeciánová, 2007).

#### **§ 196 Zanedbání povinné výživy**

Dle tohoto paragrafu bude potrestána osoba, která nesplní, byť jen i z nedbalosti, svou zákonnou povinnost vyživovat nebo zaopatřovat jiného po dobu delší než čtyři měsíce, odnětím svobody až na dvě léta. Ten kdo se úmyslně vyhýbá plnění těchto povinností bude potrestán odnětím svobody v rozmezí šesti měsíců až tři léta (Trestní zákon).

Objektem trestného činu zanedbání povinné výživy je právo na výživu, které vyplývá ze zákona o rodině č. 94/1963 Sb., o rodině. Zanedbáním povinné výživy se rozumí nejen neplnění výživného v penězích, ale i neplnění povinností vyživovat jinou osobu v naturální formě a povinnost zaopatřovat jiného (Špeciánová, 2007).

### ***§198 Týrání svěřené osoby***

Ten, kdo týrá osobu, kterou má ve své péči či výchově bude dle tohoto paragrafu potrestána odnětím svobody na jeden rok až pět let. Odnětím svobody na dva až osm let bude potrestána osoba, která týrala svěřenou osobu zvlášť surovým nebo trýznivým způsobem, způsobila jí takovým chováním těžkou újmu na zdraví či páchala tento čin delší dobu. Osoba, která uvedeným chováním způsobila svěřené osobě smrt bude potrestána odnětím svobody na pět až dvanáct let (Trestní zákon).

### ***§ 202 Svádění k pohlavnímu styk***

Skutkovou podstatu tohoto paragrafu naplní osoba, která nabídne, slíbí nebo poskytne dítěti nebo jinému za pohlavní styk s dítětem s dítětem, pohlavní sebeukájení dítěte, jeho obnažování nebo jiné srovnatelné chování za účelem pohlavního uspokojení úplatu, výhodu nebo prospěch. Tato osoba bude za tento trestný čin potrestána odnětím svobody na šest měsíců až pět let (Trestní zákon).

### ***§ 204 Podání alkoholu dítěti***

Osoba, která prodá ve větší míře či opakovaně poskytne nebo podá dítěti alkohol, bude potrestána odnětím svobody až na jeden rok (Trestní zákon).

## **➤ Trestné činy proti lidské důstojnosti v sexuální oblasti**

### ***➤ § 185 Znásilnění***

Ten, kdo osobu mladší patnácti let násilím nebo pohrůzkou násilí nebo pohrůzkou jiné těžké újmy donutí k pohlavnímu styku, nebo kdo k takovému činu zneužije jeho bezbrannosti, bude potrestán odnětím svobody na pět až dvanáct let (Trestní zákon).

Od 1. května 2001 je rozšířen rozsah odpovědnosti pachatele za tento trestný čin. Předmětem útoku nemusí být pouze osoba ženského pohlaví a postihuje se nejenom donucení k souloží, ale také k jinému obdobnému pohlavnímu styku (orální či anální styk). Skutkové podstata trestného činu předpokládá dvojí jednání – násilné jednání a soulož či obdobný pohlavní styk (Špeciánová, 2007).

### ***§ 186 Sexuální nátlak***

Odnětím svobody na jeden až pět bude potrestán pachatel, který donutí dítě násilím či pod pohrůzkou násilí nebo pohrůzkou jiné těžké újmy k pohlavnímu sebeukájení, k obnažování nebo jinému srovnatelnému chování, nebo k takovému chování přiměje

jiného zneužívaje jeho bezbrannosti. Spáchá-li tento čin na dítěti mladší patnácti let bude potrestán odnětím svobody na pět až dvanáct let, na deset až šestnáct let, pokud tímto svým chováním způsobí smrt (Trestní zákon).

#### **§ 187 Pohlavní zneužití**

Osoba, která vykoná soulož s dítětem mladším patnácti let nebo je jiným způsobem pohlavně zneužije, bude potrestána odnětím svobody na jeden rok až osm let, pokud spáchá uvedený čin na dítěti mladší patnácti let svěřeném jeho doзору, zneužije jeho závislosti, pak odnětím svobody na dvě léta až deset let. Pokud pachatel způsobí, činem uvedeným výše, dítěti mladší patnácti let smrt bude potrestán odnětím svobody na deset až osmnáct let (Trestní zákon).

Pachatelem tohoto trestného činu může být jak muž tak žena a ani pohlaví zneužitých osob není rozhodující, tento paragraf trestního zákona chrání děti mladší patnácti let před škodlivými zásahy do jejich pohlavní sféry. Zákon rozlišuje dvě formy tohoto trestného činu – formu soulože a formu pohlavního zneužití, které je vykonáno jiným způsobem. Pod pojmem jiným jsou považovány intenzivnější zásahy do pohlavní sféry poškozených osob, které jsou mladší patnácti let.

U pachatelů, kteří se zaměřují na zneužívání dětí, je nutno rozlišovat, zda a do jaké míry je jejich jednání projevem sexuální aberace a zda je třeba u pachatele se zmenšenou přičetností uložit vedle trestu také ochranné léčení.

Společně s naplněním skutkové podstaty tohoto paragrafu trestního zákona může trestně odpovědný pachatel naplnit skutkovou podstavu vydírání dle ustanovení § 175 trestního zákoníka (Špeciánová, 2007).

#### **§ 188 Soulož mezi příbuznými**

Trestem odnětím svobody až na tři léta bude potrestána osoba, která vykoná soulož s příbuznými v přímém pokolení nebo se sourozencem (Trestní zákon).

#### **§ 189 Kuplířství**

Ten, kdo přiměje, zjedná, najme, zláká nebo svede k provozování prostituce, nebo kdo kořistí z prostituce provozované jiným, bude potrestán odnětím svobody na šest měsíců až na čtyři léta. Ten, kdo tímto jednáním způsobí smrt bude potrestán odnětím svobody na osm až patnáct let (Trestní zákon)

### ***§ 190 Prostituce ohrožující mravní vývoj dítěte***

Odnětím svobody až na dva roky bude potrestána osoba, která provozuje prostituci v blízkosti školy, školského nebo jiného odborného zařízení nebo místa, které je vyhrazeno nebo určeno pro pobyt nebo návštěvu dětí (Trestní zákon).

### ***§ 191 Šíření pornografie***

Osoba, která nabízí, přenechává nebo zpřístupňuje dítěti písemné, fotografické, filmové, počítačové, elektronické či jiné pornografické dílo, bude potrestána odnětím svobody až na dvě léta či propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty (Trestní zákon).

### ***§ 192 Výroba a jiné nakládání s dětskou pornografií***

Osoba přechovávající fotografické, filmové, počítačové, elektronické nebo jiné pornografické dílo zobrazující nebo jinak využívající dítě, bude potrestána odnětím svobody až na dva roky.

Odnětím svobody na šest měsíců až tři léta, zákazem činnosti nebo propadnutí věci či jiné majetkové hodnoty bude potrestán ten, kdo vyrobí, doveze, vyveze, proveze, nabídne, činí veřejně přístupným, zprostředkuje, uvede do oběhu, zobrazuje nebo jinak jinému opatří fotografické, filmové, počítačové, elektronické nebo jiné pornografické dílo zobrazující nebo jinak využívající dítě, anebo kdo kořistí z takového pornografického díla (Trestní zákon).

### ***§ 193 Zneužití dítěte k výrobě pornografie***

Trestem odnětí svobody na jeden rok až pět let bude potrestán ten, kdo přiměje, zjedná, najme, zláká, svede nebo zneužije dítě k výrobě pornografického díla nebo kořistí z účasti dítěte na takovém pornografickém díle (Trestní zákon).

## **➤ Trestné činy proti životu a zdraví**

### ***§ 140 Vražda***

Dle tohoto paragrafu bude potrestána osoba, která úmyslně usmrtí dítě mladší patnácti let, odnětím svobody na patnáct až dvacet let, či výjimečným trestem (Trestní zákon).

### ***§ 141 Zabití***

K naplnění skutkové podstaty tohoto paragrafu dojde tehdy, pokud pachatel úmyslně usmrtí v silném rozrušení ze strachu, úleku, zmatku nebo jiného omluvitelného hnutí



mysli anebo v důsledku předchozího zavrženíhodného jednání dítě mladší patnácti let. Pachateli za tento trestný čin hrozí odnětí svobody na pět až patnáct let (Trestní zákon).

#### **§ 145 Těžké ublížení na zdraví**

Odnětím svobody na pět až dvanáct let bude potrestán pachatel, který úmyslně způsobí těžké ublížení na zdraví na dítěti mladším patnácti let (Trestní zákon).

#### **§ 146 Ublížení na zdraví**

Osoba, která způsobí úmyslné ublížení na zdraví osobě mladší patnácti let bude potrestána odnětím svobody na jeden až pět let (Trestní zákon).

#### **§ 149 Mučení a jiné nelidské a kruté zacházení**

Podle tohoto paragrafu bude potrestána, odnětím svobody na pět až dvanáct let, osoba, která mučením nebo jiným nelidským a krutým zacházením způsobí tělesné nebo duševní utrpení na dítěti mladším patnácti let (Trestní zákon).

### **➤ Trestné činy proti svobodě**

#### **➤ § 168 Obchodování s lidmi**

Kdo přiměje, zjedná, najme, zláká, svede, dopraví, ukryje, zadržuje nebo vydá dítě, aby ho bylo užito jiným k pohlavnímu styku, jiným formám sexuálního zneužití nebo obtěžování, k výrobě pornografického díla, nuceným pracím či jiným formám vykořisťování bude potrestán odnětím svobody na dva až deset let (Trestní zákon).

Úprava trestného činu obchodování s dětmi dle tohoto paragrafu trestního zákoníka mimo jiné postihuje i jednání, které lze zařadit pro svůj prvek sexuální i komerční mezi případy komerčního sexuálního zneužívání (Špeciánová, 2007).

#### **§ 169 Svěření dítěte do moci jiného**

Skutkovou podstatu tohoto paragrafu naplní osoba, která za odměnu svěří dítě do moci jiného za účelem adopce nebo pro jiný obdobný účel. Tato osoba bude potrestána odnětím svobody až na tři léta (Trestní zákon).

#### **§ 170 Zbavení osobní svobody**

Osoba, která jiného bez oprávnění uvězní, nebo jiným způsobem zbaví osobní svobody bude potrestána odnětím svobody v rozmezí pěti až dvanácti let. Pokud takovým to jednáním způsobí druhé osobě smrt bude potrestán odnětím svobody v rozmezí osmi až šestnácti let (Trestní zákon).

### ***§ 171 Omezování osobní svobody***

Na dva roky až osm let bude potrestán pachatel, který jinému bez oprávnění brání užívat osobní svobody a takovým to činem mu způsobí fyzické či psychické útrapy či těžkou újmu na zdraví (Trestní zákon).

### **➤ Trestné činy proti pořádku ve věcech veřejných**

#### ***§ 367 Nepřekážení trestného činu***

Osoba, která se hodnověrným způsobem dozví, že jiný připravuje nebo páchá trestní čin mučení a jiného nelidského a krutého zacházení, obchodování s lidmi, znásilnění, pohlavního zneužití, zneužití dítěte k výrobě pornografie, týrání svěřené osoby bude potrestán odnětím svobody na tři léta (Trestní zákon).

#### ***§ 368 Neoznámení trestního činu***

Odnětím svobody na tři léta bude potrestán ten, kdo se hodnověrným způsobem dozví, že jiný spáchal trestný čin těžkého ublížení na zdraví, mučení a jiného nelidského a krutého zacházení, obchodování s lidmi, zneužití dítěte k výrobě pornografie, týrání svěřené osoby, zbavení osobní svobody (Trestní zákon).

## **1.6 Prevence syndromu CAN**

Světový den prevence týrání a zneužívání dětí si každoročně svět připomíná 19. listopadu. Byl vyhlášen Nadací ženského světového summitu a mezinárodní koalicí 150 nevládních organizací ze šedesáti zemí. V České republice si den prevence týrání a zneužívání dětí připomínáme od roku 2001 (Nadace naše dítě – Kalendárium, 2009).

### ***1.6.1 Primární prevence***

Primární prevence podle definice Světové zdravotnické organizace znamená počínat si tak, aby k určitému neblahému společenskému jevu nedocházelo, to znamená předejít vzniku či potlačit jej v zárodku (Dunovský, 2005).

Primární prevence sama o sobě představuje velmi obsáhnou a mnohotvárnou oblast společenské praxe a lze v ní rozlišit zhruba dvě základní vrstvy – širokou osvětu veřejnosti a obecná opatření ve prospěch rodin s dětmi a specifickou informovanost a osvětu nynějších i budoucích primárních vychovatelů. Právě do této kategorie patří

také osvěta učitelů ve školách (Matějček, 1994). Pověření učitelé a ředitelé škol musí být vyškoleni, aby věděli, jak se zachovat v případech podezření na syndrom CAN u žáků a seznámit se s úlohou ostatních kompetentních organizací. Všichni zaměstnanci škol musí navíc projít základním školením o příznacích a projevech zneužití a o postupech, které škola v tomto směru dodržuje (Kyriacou, 2005).

Neodmyslitelnou součástí prevence je také vzdělávání stávajících a budoucích učitelů základních škol v problematice syndromu CAN (Weiss, 2005). Informovanost pedagogů o týrání, zneužívání a zanedbávání dětí jako základním předpokladu pro včasné odhalení jakékoliv formy násilí na dětech je nízká (Kachlík, 2001). Proto například pedagogické fakulty zahrnují do svých programů pedagogických a psychologických disciplín projekt sexuální výchovy, jehož součástí je i prevence sexuálního zneužívání dětí (Weiss, 2005). Na tuto problematiku se zaměřuje například Pedagogická fakulta Karlovy univerzity, která má ve svém studiu (v rámci dlouhodobého programu vzdělávání pedagogů) zařazen speciální modul, určený pro studenty - studium učitelství I. stupně, jehož součástí je problematika ochrany dětí před sexuálním zneužíváním. V rámci magisterského programu lze zde studovat obor rodinná výchova. Dále jsou fakultou nabízeny pro učitele v praxi doškolovací kurzy a semináře poskytující odbornou, zejména metodickou přípravu (Špeciánová, 2007).

Pod pojmem široká veřejnost si představíme společnost jako celek, všechny instituce se širokou společenskou působností, které se dotýkají nějakým způsobem života dítěte. Tato prevence je založena především na osvětě. Mezi činitele této osvěty patří například orgány státní legislativy, politické strany a jejich programy, církve, školy a školství, zdravotnictví, kulturní instituce, sdělovací prostředky (rozhlas, televize), nevládní organizace dětí, organizace zabývající se rodinou (Dunovský, 1995).

Je na dané škole a učiteli, jakým způsobem zařadí do výuky informace o problematice nebezpečí týrání dětí. Měla by žáky seznámit s právy dítěte, z kterých vyplývá, že nikdo nesmí dítěti ubližovat, s takzvanými tabu zónami na jeho těle. Každé dítě by mělo vědět na koho se obrátit a kam zavolat, pokud mu někdo začne ubližovat, nebo i když má jen pochybnosti o správnosti chování svých blízkých vůči své osobě

(Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních, 2010).

### ***1.6.2 Sekundární prevence***

Sekundární prevence ve spojitosti se syndromem CAN představuje vytipování rizikových skupin obyvatelstva a rizikových životních situací, při kterých nejčastěji k týrání, zanedbávání nebo zneužívání dítěte dochází. Za účasti všech zainteresovaných stran organizovat cílené vzdělávací programy zaměřené na tyto skupiny lidí a situace (Barth, 2009).

Prevence je tím účinnější, čím dříve je zahájena, proto se v některých případech začíná pracovat s rodiči již v těhotenství. Existuje například program „Překonání minulosti“, který pracuje s matkami, které byly samy v minulosti zneužívány nebo týrány (Ščerbová, 2004).

### ***1.6.3 Terciální prevence***

Smyslem terciální prevence je takové chování pedagoga, lékaře atd., které má za cíl reagovat na situaci, v níž došlo k násilí či zneužívání dítěte, a následně zabránit jeho dalšímu zneužívání.

Terciální prevenci lze rozčlenit na dvě etapy – diagnostickou a pomocnou, ochrannou a terapeutickou. V diagnostické etapě odborné pracoviště zhodnotí míru poškození dítěte. První podezření pochází většinou z pedagogické diagnózy, kterou nejčastěji provede učitel. Smyslem etapy pomocné, ochranné a terapeutické je rozhodnutí odborného pracoviště, zda dítě zůstane či nezůstane nadále v rodině (Weiss, 2000). Pokud je dítě v rodině ponecháno, pak velkou roli zde hraje sanace rodiny. (Bechyňová, 2008). Sanace rodiny či podpora rodiny zahrnuje postupy podporující fungování rodiny, které jsou opakem postupů vyčleňujících některého člena rodiny kvůli ohrožení jiné osoby, případně kvůli tomu, že je sám někým z rodiny ohrožen. (Matoušek, 2008). Cílem je předcházet, zmírnit či eliminovat příčiny ohrožení dítěte a poskytnout rodičům i dítěti pomoc a podporu k zachování rodiny jako celku (Bechyňová, 2008).

## 1.7. Úloha školy při odhalování ohrožených dětí syndromem CAN

Škola má povinnost informovat kromě orgánů činných v trestním řízení také orgán sociálně-právní ochrany dětí (Špeciánová, 2007). Dle ustanovení § 53 odst. 1 písm. c) zákona č.359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dítěte mají školy a školská zařízení povinnost sdělit bezplatně údaje pro poskytování sociálně-právní ochrany dětí. Povinnosti zachování mlčenlivosti se nelze dovolávat, jestliže mají být sděleny údaje o podezření z týrání, zneužívání nebo zanedbávání péče o něj (Zákon o sociálně právní ochraně dítěte).

Vzhledem k závažnosti této problematiky je nesmírně důležité vést pečlivě záznamy, které musí obsahovat učiněné výpovědi, zvolené následné postupy a reakce na ně. Je-li obviněný pachatel souzen, mohou být učitelé požádáni o provedení svědecké výpovědi. V případě, kdy jde o podezření ze zneužití dítěte, je velmi důležité udržet důvěrné informace v tajnosti (Kyriacou, 2005).

Učitel je pedagogický pracovník, který vykonává přímou vyučovací, přímou výchovnou, přímou speciálně pedagogickou nebo přímou pedagogicko-psychologickou činnost přímým působením na žáka (Zákon o pedagogických pracovnících). Jedná se o důležitou osobnost, která má velký vliv při vytváření atmosféry, sociálního klimatu a interpersonálních vztahů mezi učiteli a žáky ve škole. Velký podíl na tom mají především pedagogicko-psychologické schopnosti učitele. Předpokladem systematického a cílevědomého rozvoje interpersonálních vztahů mezi učitelem a žákem je individuální přístup, to znamená přistupovat ke každému dítěti dle jeho schopností, zájmů a osobních vlastností. K tomu, aby učitel mohl realizovat individuální přístup k žákům, měl by poznat jejich rodinnou situaci, zdravotní stav, předcházející učební výsledky a jejich mimoškolní aktivity.

Učitelé, kteří jsou se žákem v každodenním kontaktu, hrají klíčovou roli při rozpoznávání známek zneužití. Učitel má čtyři klíčové role v práci s dítětem se syndromem CAN - naslouchání, zjištění problému, postoupení případu k prošetření a pomoc (Kyriacou, 2005). Učitelé jsou po zdravotnických zařízeních druhými nejčastějšími iniciátory ohlášení (Dunovský, 1995).

Úmluva o právech dítěte ukládá nejružnějším institucím, ke kterým patří i školy, povinnost spolupracovat při odhalování případů zneužití dětí a pomáhat ohroženým dětem (Kyriacou, 2005). V současné době jednou z funkcí, které škola zastává, je funkce ochranná. Ochranná funkce je zakotvena i v zákonech a u nezletilých je považována za samozřejmou. K této ochraně na všech školských stupních patří mimo jiné právě ochrana před sociálně patologickými vlivy (Havlík, 2002).

Na základě podnětů či stížností provádí na dané škole svou inspekční činnost Česká inspekční komise, která jednotlivá tvrzení uvedená ve stížnosti a výsledek šetření předá zřizovateli k dalšímu řízení (Zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělání).

Ochranu žákům před syndromem CAN poskytuje zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělání. V § 29 je uvedeno, že školy a školská zařízení jsou povinny při poskytování vzdělávání a školských služeb předcházet vzniku sociálně patologických jevů. Dle § 30 je povinen ředitel školy vydat školní řád, ředitel školského zařízení vnitřní řád, který upravuje podmínky ochrany žáků před sociálně patologickými jevy či násilím. V § 164 se říká, že ředitel školy a školského zařízení odpovídá za zajištění dohledu nad dětmi ve škole a školském zařízení (Zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělání).

Důležitou roli zde sehrávají již výše zmiňované metodické pokyny, které jsou cíleně vydávány Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy.

Zaměstnanci škol, tedy i učitelé, mají podle předpisu 14 269/2001-26 Pracovního řádu v čl. 13 odst.13 povinnost ohlašovat řediteli školy podezření na šikanování či týrání žáků ve škole i mimo školu (Špeciánová, 2007). Tímto předpisem není dotčena oznamovací povinnost učitelů podle § 367 (nepřekážení trestního činu), § 368 (neoznámení trestného činu) trestního zákoníku, pokud získá důvěryhodným způsobem poznatky o tom, že někdo připravuje, páchá, nebo již spáchal jednání, které lze posoudit, jako týrání dítěte. Překazit trestný čin lze včasným oznámením policejnímu orgánu nebo státnímu zástupci, ale také každým jednáním, kterým lze

v konkrétní situaci zabránit dokončení protiprávního jednání (Pracovní řád pro zaměstnance škol a školských zařízení, 2007).

## **1.8 Krizová intervence**

Nejen psychologové, sociální pracovníci, ale také učitelé se mohou dostat do situace, která vyžaduje rychlé a neodkladné řešení. Obvykle se jedná o případy, kdy je ohroženo psychické či fyzické zdraví žáka. Takovéto případy lze označit jako krizové situace, které mají pro oběť zcela subjektivní charakter (Lazarová, 2005).

Krizová intervence představuje v užším pojetí vyřešení akutní krizové situace, což představuje rozsah několika hodin. Pomáhá zpřehlednit a strukturovat prožívání žáka a zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování (Vodáčková, 2007).

Praxe ukázala, že je pro rozpoznání krize (problematika syndromu CAN) a poskytnutí pomoci a sociální opory výhodné, když ji podává někdo, kdo dítě dobře zná, a to bývá učitel (Vališová, 2007). Sociální oporu můžeme chápat v širším slova smyslu jako pomoc, která je poskytována dítěti v krizi a která jeho zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje (Křivohlavý, 2001).

Učitel základní školy je v poskytování krizové intervence spíše laikem. Laická pomoc v sobě nese riziko přehlédnutí vážných signálů (např. hrozící sebevraždy), nicméně účinná krizová intervence učitele – „vyškoleného laika“ – může být první účinnou podporou a může naplnit aktuální cíl, tj. uklidnit jedince v krizi, stabilizovat jeho stav a snížit nebezpečí (Lazarová, 2005).

Učitel by měl žákovi vyjádřit své pochopení a podpořit ho ve chvíli, kdy se musí vypořádat s okolnostmi, s nimiž je konfrontován. Měl by přitom postupovat opatrně. Dodejme ještě, že učitelé musí být schopni oddělit vlastní názory na problematiku CAN od profesionálního přístupu k danému problému.

Každá škola by měla jmenovat v pedagogickém sboru jednu osobu odpovědnou za koordinaci kroků v rámci školy a za spolupráci s ostatními institucemi. Tuto funkci na základních školách zastává školní metodik prevence (Kyriacou, 2005). Mezi standardní

činnosti školního metodika prevence patří mimo jiné koordinace tvorby, kontrola realizace preventivních programů školy v oblasti sociálně patologických jevů, metodické vedení a vzdělávání pedagogických pracovníků školy v oblasti prevence sociálně patologických jevů, vedení písemných záznamů dokládající rozsah a obsah jeho činnosti, navrhovaná a realizovaná opatření, vyhledávání a orientační šetření žáků s rizikem či projevy sociálně patologického chování a poskytování poradenských služeb těmto žákům, spolupráce s třídními učiteli při zachycování varovných signálů spojených s možností rozvoje sociálně patologických jevů u žáků (Vyhláška o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních).

Každá škola musí mít připravený postup v případě podezření na zneužití svých žáků, avšak skutečná odpovědnost při vyšetřování takových případů leží na odpovědných organizacích (Kyriacou, 2005). V rámci krizové intervence by měl učitel žáku ohroženému syndromem CAN vytvořit správné prostředí a dát mu najevo, že ho jeho problém zajímá, že je mu průvodcem v jeho problému. Učitel neradí, nebagatelizuje, nemoralizuje, neslibuje a nesnaží se o nemožné, nebojí se přiznat, že něco neví, snaží se maximálně podpořit žáka v hovoru. Nezapomíná na etiku práce a nesnaží se přebírat větší zodpovědnost než mu přísluší (Sociálně-patologické jevy, 2008).

Rozhovoru se žákem by měl učitel věnovat velkou pozornost a dodržovat určité zásady:

- dítě musí být na rozhovor připraveno,
- je vhodné se na rozhovoru domluvit.
- neodvádět dítě z vyučování,
- vysvětlit mu, že budeme hovořit o tom, co se stalo,
- hovořit tak, jako o jiných problémech (např. o potížích ve škole),
- s dítětem komunikujeme jazykem, který odpovídá jeho vývojovému stupni,
- k popisu vzniklé situace učitel používá výrazy vlastní dítěti, nebojí se intimních otázek a bere v úvahu otázky dítěte,



- v žádném případě nesmí dítěti vsugerovat odpovědi, vyvíjet na něj jakýkoliv nátlak, kritizovat jeho vyjadřování, nabízet odměnu, dávat najevo vlastní zděšení a údiv a dítě obviňovat (Špaténková, 2007).

Učitel musí žákovi, který se mu svěří, že je fyzicky či psychicky týrán nebo sexuálně zneužíván, nabídnout klidnou atmosféru plnou porozumění a péče. Přijme jeho sdělení v klidu a věří mu. Žák musí cítit, že mu učitel důvěřuje a že je na jeho straně (Jak podpořit dítě, 2008).

## **2. Cíl práce a hypotézy**

### **2.1 Cíl práce**

Cílem práce je zmapovat, jak jsou učitelé základních škol informováni o problematice syndromu týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte (syndromu CAN). Dále si ověřit, zda vědí, jak postupovat, pokud mají podezření, že jejich žák(yně) je ohrožen(a) syndromem CAN.

### **2.2. Hypotézy**

H1: Učitelé základních škol v Jindřichově Hradci mají vyšší informovanost o problematice syndromu CAN než učitelé základních škol v Třeboni.

H2: Učitelé základních škol v Jindřichově Hradci mají vyšší informovanost o problematice syndromu CAN než učitelé základních škol v Dačicích.

H3: Učitelé základních škol ve věkové kategorii do 40 let prokazují vyšší znalost problematiky syndromu CAN než učitelé ve věkové kategorii nad 40 let.

### **3. Metodika**

#### **3.1 Použitá metodika**

Pro praktickou část diplomové práce byl použit kvantitativní výzkum, metoda dotazování, technika dotazníku. Dotazníky (Příloha 1), které byly sestaveny na základě hypotéz, byly učitelům základních škol rozdány pomocí kontaktní osoby - ředitele základní školy. Sběr dat probíhal od listopadu 2010 do února 2011.

Dotazník pro učitele základních škol obsahoval 20 otázek a byl rozdělen do dvou oblastí. První oblast tvořily čtyři identifikační otázky a druhá oblast se 16 otázkami byla přímo zaměřena na znalosti učitelů o syndromu CAN a krizové intervenci při podezření na syndrom CAN. Z dvaceti otázek dotazníku byla 1 otázka otevřená, 4 otázky polootevřené a 15 otázek bylo uzavřených.

Vyhodnocení dotazníkového šetření bylo prováděno analýzou a syntézou dat pomocí programu SPSS 16.0 a Microsoft Office Excel 2010. Pro vyhodnocení statisticky významných vztahů u vybraných proměnných byly použity kontingenční tabulky, Pearsonův chí kvadrát test a Fisherův exaktní test.

#### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

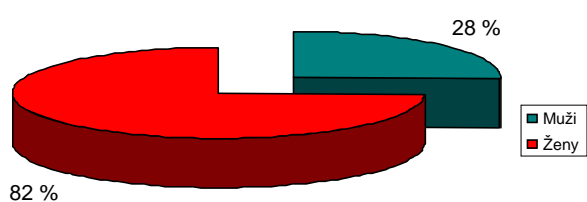
Výzkum byl zaměřen na zjištění úrovně informovanosti učitelů základních škol v mikroregionu Jindřichův Hradec, Dačice a Třeboň. Výzkumný soubor tvořili učitelé základních škol. V mikroregionu Dačice bylo osloveno 5 ZŠ, v mikroregionu Jindřichův Hradec 6 ZŠ a v mikroregionu Třeboň 4 ZŠ. V mikroregionu J. Hradec odmítla spolupráci jedna ZŠ. Celkem byly rozdány respondentům 232 dotazníky. Zpět se vrátilo 206 vyplněných dotazníků, z tohoto počtu bylo 13 dotazníků vyplněno neúplně, a proto byly z výzkumu vyřazeny. Do závěrečného hodnocení byly použity 193 validní dotazníky.

## 4. Výsledky

### 4.1 Popisná statistika

#### 4.1.1 Pohlaví respondentů

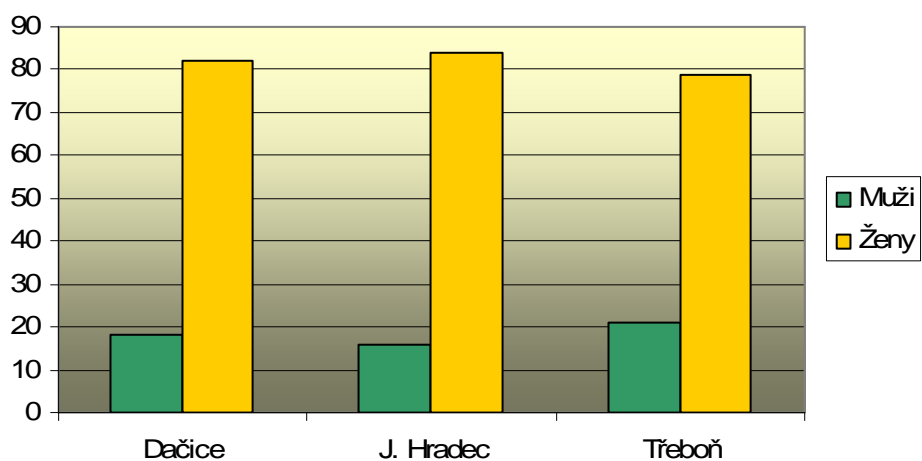
Graf 1: Pohlaví respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum 2011

Z celkového počtu 193 respondentů (100 %) bylo 159 respondentek (82 %) a 34 respondentů (28 %).

Graf 2: Pohlaví respondentů vzhledem k jednotlivým mikroregionům

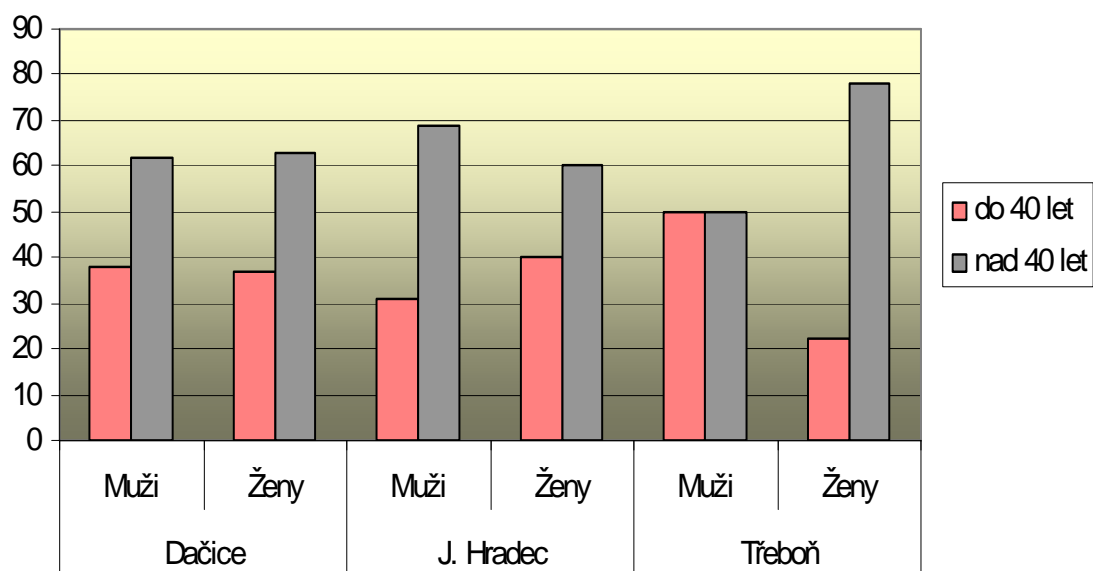


Zdroj: Vlastní výzkum 2011

V mikroregionu Dačice bylo z celkového počtu 45 respondentů (100 %) 37 respondentek (82 %) a 8 respondentů (18 %). V mikroregionu J. Hradec bylo z celkového počtu 101 respondentů (100 %) 85 respondentek (84 %) a 16 respondentů (16 %). V mikroregionu Třeboň bylo z celkového počtu 47 respondentů (100 %) 37 respondentek (79 %) a 10 respondentů (21 %).

#### 4.1.2 Věk respondentů

Graf 3: Věk respondentů vzhledem k jednotlivým mikroregionům

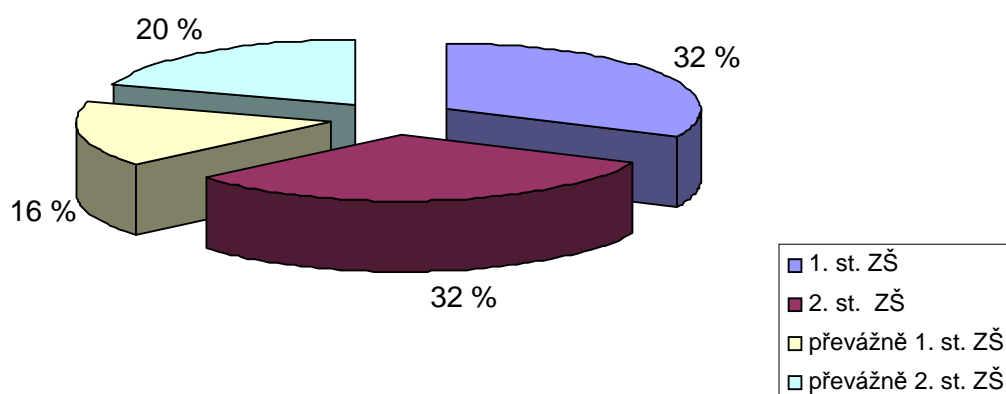


Zdroj: Vlastní výzkum 2011

V mikroregionu Dačice bylo ve věkové kategorii do 40 let 14 respondentek (37 %) a 3 respondenti (38 %), ve věkové kategorii nad 40 let 23 respondentky (63 %) a 5 respondentů (62 %). V mikroregionu J. Hradec bylo ve věkové kategorii do 40 let 43 respondentky (31 %) a 5 respondentů (37 %), ve věkové kategorii nad 40 let 51 respondentka (69 %) a 11 respondentů (69 %). V mikroregionu Třeboň bylo ve věkové kategorii do 40 let 8 respondentek (22 %) a 5 respondentů (50 %), ve věkové kategorii nad 40 let 29 respondentek (78 %) a 5 respondentů (50 %).

#### 4.1.3. Profesní zařazení respondentů na základní škole

**Graf 4: Profesní zařazení respondentů na základní škole**

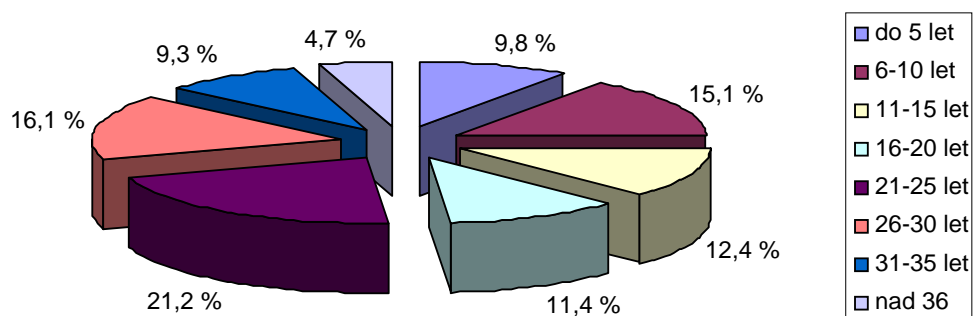


Zdroj: Vlastní výzkum 2011

Z celkového počtu 193 respondentů (100 %) vykonávalo svoji profesi 62 respondenti (32 %) pouze na 1. stupni základní školy, 62 respondenti (32 %) pouze na 2. stupni základní školy, 31 respondent (16 %) převážně na 1. stupni základní školy a 38 respondentů (20 %) převážně na 2. stupni základní školy.

#### 4.1.4 Délka výkonu praxe respondentů na základní škole

**Graf 5: Délka výkonu praxe respondentů na základní škole**



Zdroj: Vlastní výzkum 2011

Z celkového počtu 193 respondentů (100 %) 19 respondentů (9,8 %) vykonávalo svoji praxi na základní škole méně než 5 let, 29 respondentů (15,1 %) pracovalo ve školství 6-10 let, 24 respondentů (12,4 %) 11-15 let, 22 respondenti (11,4 %) 16-20 let, 41 respondent (21,2 %) 21-25 let, 31 respondent (16,1 %) 26-30 let, 18 respondentů (9,3 %) 31-35 let a 9 respondentů (4,7 %) strávilo na postu učitele více jak 36 let.



#### 4.1.5 Přesné vymezení definice syndromu CAN

**Tab.1: Vymezení definice syndromu CAN vzhledem k mikroregionům respondentů**

		město			Celkem	
		Dačice	Jindřichův Hradec	Třeboň		
Frequency	Znalost definice syndromu CAN	ano	43	100	44	187
		ne	2	1	3	6
		Celkem	45	101	47	193
Percent	Znalost definice syndromu CAN	ano	95,6%	99,0%	93,6%	96,9%
		ne	4,4%	1,0%	6,4%	3,1%
		Celkem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

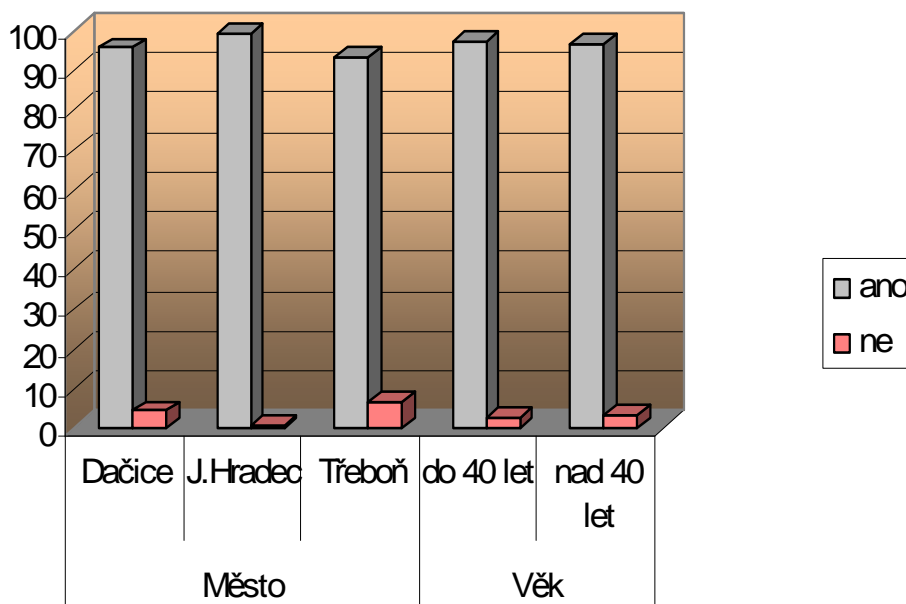
Zdroj: Vlastní výzkum 2011

**Tab. 2: Vymezení definice syndromu CAN vzhledem k věku respondentů**

		Věk respondentů		Celkem	
		do 40 let	nad 40 let		
Frequency	Znalost definice syndromu CAN	ano	67	120	187
		ne	2	4	6
		Celkem	69	124	193
Percent	Znalost definice syndromu CAN	ano	97,1%	96,8%	96,9%
		ne	2,9%	3,2%	3,1%
		Celkem	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Vlastní výzkum 2011

**Graf 6: Vymezení definice syndromu CAN vzhledem k mikroregionům a věku respondentů**



Zdroj: Vlastní výzkum 2011

V mikroregionu Dačice přesnou definici syndromu CAN určilo z celkového počtu 45 respondentů (100 %) 43 respondenti (95,6 %), definici neurčili 2 respondenti (4,4 %). V mikroregionu J. Hradec přesnou definici určilo z celkového počtu 101 respondentů (100 %) 100 respondentů (99 %), neurčil ji 1 respondent (1 %). V mikroregionu Třeboň určilo přesnou definici syndromu CAN z celkového počtu 47 respondentů (100 %) 44 respondentů (93,6 %), neurčili ji 3 respondenti (6,4 %).

Ve věkové kategorii do 40 let přesnou definici syndromu CAN z celkového počtu 69 respondentů (100 %) přesně definovalo 67 respondentů (97,1 %), nedefinovali ji 2 respondenti (2,9 %). Ve věkové kategorii nad 40 let ji přesně určilo z celkového počtu 124 respondentů (100 %) 120 respondentů (96,8 %), neurčili ji 4 respondenti (3,2 %).

#### 4.1.6 Znalost respondentů o prevalenci syndromu CAN

**Tab. 3: Znalost respondentů o prevalenci syndromu CAN vzhledem k mikroregionu respondentů**

		město			Celkem	
		Dačice	Jindřichův Hradec	Třeboň		
Frequency	Prevalence sy CAN dle respondentů	nevím	1	22	1	24
		snižuje	4	1	0	5
		v průběhu let nemění	13	19	10	42
		zvyšuje	27	59	36	122
	Celkem		45	101	47	193
Percent	Prevalence sy CAN dle respondentů	nevím	2,2%	21,8%	2,1%	12,4%
		snižuje	8,9%	1,0%	,0%	2,6%
		v průběhu let nemění	28,9%	18,8%	21,3%	21,8%
		zvyšuje	60,0%	58,4%	76,6%	63,2%
	Celkem		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Vlastní výzkum 2011

V mikroregionu Dačice si z celkového počtu 45 respondentů (100 %) 27 respondentů (60 %) myslelo, že počet dětí, které jsou ohrožené syndromem CAN se zvyšuje, 4 respondenti (8,9 %) si mysleli, že se snižuje, 13 respondentů (28,9 %) si myslelo, že se tento počet v průběhu let nemění a 1 respondent (2,2 %) nevěděl. V mikroregionu J. Hradec si z celkového počtu 101 respondentů (100 %) 59 respondentů (58,4 %) myslelo, že se počet dětí ohrožených syndromem CAN zvyšuje, 1 respondent (1,0 %) si myslel, že se snižuje, 19 respondentů (18,8 %) si myslelo, že tento počet se v průběhu let nemění a 22 respondentů (21,8 %) nevědělo. V mikroregionu Třeboň si z celkového počtu 47 respondentů (100 %) 36 respondentů (76,6 %) myslelo, že počet dětí ohrožených syndromem CAN se zvyšuje, žádný respondent (0,0 %) si nemyslel, že se snižuje, 10 respondentů (21,3 %) si myslelo, že se tento počet v průběhu let nemění a 1 respondent (2,1 %) nevěděl.

**Tab. 4: Znalost respondentů o prevalenci syndromu CAN vzhledem k věku respondentů**

		Věk respondentů		Celkem	
		do 40 let	nad 40 let		
Frequency	Prevalence sy CAN dle respondentů	nevím	9	15	24
		snižuje	3	2	5
		v průběhu let nemění	17	25	42
		zvyšuje	40	82	122
	Celkem	69	124	193	
Percent	Prevalence sy CAN dle respondentů	nevím	13,0%	12,1%	12,4%
		snižuje	4,3%	1,6%	2,6%
		v průběhu let nemění	24,6%	20,2%	21,8%
		zvyšuje	58,0%	66,1%	63,2%
		Celkem	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Vlastní výzkum 2011

Ve věkové kategorii do 40 let z celkového počtu 69 respondentů (100 %) odpovědělo 40 respondentů (58,0 %), že se počet dětí ohrožených syndromem CAN zvyšuje, 3 respondenti (4,3 %), že se snižuje, 17 respondentů (24,6 %) odpovědělo, že se tento počet v průběhu let nemění a 9 respondentů (13,0 %) nevědělo. Ve věkové kategorii nad 40 let z celkového počtu 124 respondentů (100 %) odpovědělo 82 respondentů (66,1 %), že se počet dětí ohrožený syndromem CAN zvyšuje, 2 respondenti (1,6 %) že se snižuje, 42 respondenti (21,8 %) odpověděli, že se počet v průběhu let nemění a 24 respondenti (12,4 %) nevěděli.

#### 4.1.7 Znalost respondentů o obecném vymezení syndromu CAN

**Tab. 5: Znalost respondentů o obecném vymezení syndromu CAN vzhledem k mikroregionům respondentů**

			město			Celkem
			Dačice	Jindřichův Hradec	Třeboň	
Frequency	Obecné vymezení pojmu syndrom CAN	ano	20	54	17	91
		ne	25	47	30	102
	Celkem		45	101	47	193
Percent	Obecné vymezení pojmu syndrom CAN	ano	44,4%	53,5%	36,2%	47,2%
		ne	55,6%	46,5%	63,8%	52,8%
	Celkem		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

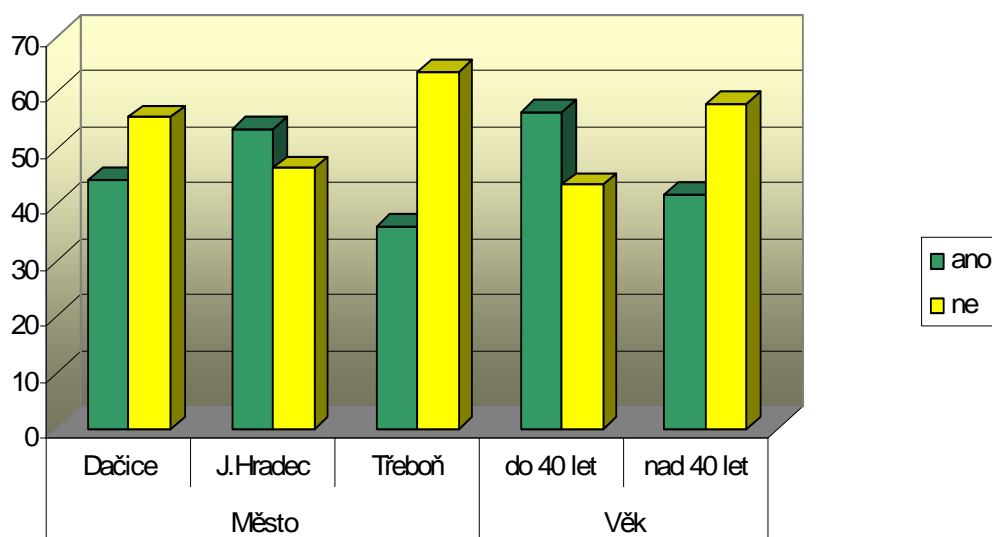
Zdroj: Vlastní výzkum 2011

**Tab. 6: Znalost respondentů o obecném vymezení syndromu CAN vzhledem k věku respondentů**

			Věk respondentů		Celkem
			do 40 let	nad 40 let	
Frequency	Obecné vymezení pojmu syndrom CAN	ano	39	52	91
		ne	30	72	102
	Celkem		69	124	193
Percent	Obecné vymezení pojmu syndrom CAN	ano	56,5%	41,9%	47,2%
		ne	43,5%	58,1%	52,8%
	Celkem		100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Vlastní výzkum 2011

**Graf 7: Znalost respondentů o obecném vymezení syndromu CAN vzhledem k mikroregionům a věku respondentů**



Zdroj: Vlastní výzkum 2011

V mikroregionu Dačice z celkového počtu 45 respondentů (100 %) umělo vyjmenovat všechny kategorie syndromu CAN, alespoň z 80 % 20 respondentů (44,4 %), 25 respondentů (55,6 %) je neumělo vyjmenovat. V mikroregionu J. Hradec z celkového počtu 101 respondentů (100 %) toto dokázali 54 respondenti (53,5 %) a 47 respondentů (46,5 %) nedokázalo vyjmenovat všechny kategorie syndromu CAN. V mikroregionu Třeboň umělo tyto kategorie alespoň z 80 % vydefinovat z celkového počtu 47 respondentů (100 %) 17 respondentů (36,2 %) a 30 respondentů (63,8 %) je vydefinovat neumělo.

Ve věkové kategorii do 40 let z celkového počtu 69 respondentů (100 %) umělo vyjmenovat všechny kategorie syndromu CAN alespoň z 80 % 39 respondentů (56,5 %) a 30 respondentů (43,5 %) je vyjmenovat neumělo. Ve věkové kategorii nad 40 let z celkového počtu 124 respondentů (100 %) uměli tyto kategorie vydefinovat 52 respondenti (41,9 %) a 72 respondenti (58,1 %) toto neuměli.

#### 4.1.8 Znalost respondentů o rizikových skupinách dětí, které jsou ve zvýšené míře ohroženy syndromem CAN

**Tab. 7: Znalost respondentů o rizikových skupinách dětí ohrožených syndromem CAN vzhledem k mikroregionům respondentů**

		město			Celkem	
		Dačice	Jindřichův Hradec	Třeboň		
Frequency	Jsou rizikové skupiny	ano	20	53	20	39
		ne	25	48	27	154
	Celkem		45	101	47	193
Percent	Jsou rizikové skupiny	ano	44,4%	52,0%	42,5%	20,3%
		ne	55,6%	48,0%	57,5%	79,7%
	Celkem		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

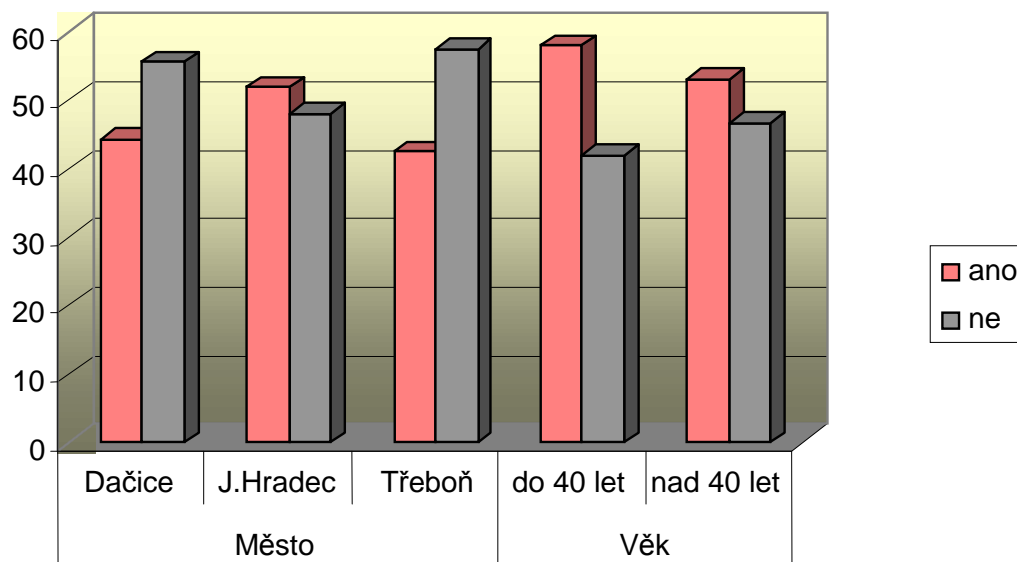
Zdroj: Vlastní výzkum 2011

**Tab. 8: Znalost respondentů o rizikových skupinách dětí ohrožených syndromem CAN vzhledem k věku respondentů**

		Věk respondentů		Celkem	
		do 40 let	nad 40 let		
Frequency	Jsou rizikové skupiny	ano	40	66	39
		ne	29	58	154
	Celkem		69	124	193
Percent	Jsou rizikové skupiny	ano	58,0%	53,2%	20,3%
		ne	42,0%	46,8%	79,7%
	Celkem		100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Vlastní výzkum 2011

**Graf 8: Znalost respondentů o rizikových skupinách dětí ohrožených syndromem CAN vzhledem k mikroregionům a věku respondentů**



Zdroj: Vlastní výzkum 2011

V mikroregionu Dačice se z celkového počtu 45 respondentů (100 %) 20 respondentů (44,4 %) domnívalo, že jsou určité skupiny dětí ve zvýšené míře ohroženy syndromem CAN, 25 respondentů (55,6 %) se domnívalo, že nikoli. V mikroregionu J. Hradec se z celkového počtu 101 respondentů (100 %) 53 respondentů (52 %) domnívalo, že určité skupiny dětí jsou ve zvýšené míře ohroženy syndromem CAN, 48 respondentů (48 %) si to nemyslelo. V mikroregionu Třeboň se z celkového počtu 47 respondentů (100 %) 20 respondentů (42,5 %) domnívalo, že určité skupiny dětí jsou ve zvýšené míře ohroženy syndromem CAN, 27 respondentů (57,5 %) si to nemyslelo.

Ve věkové skupině do 40 let se z celkového počtu 124 respondentů (100 %) 40 respondentů (58,0 %) domnívalo, že určité skupiny dětí jsou ve zvýšené míře ohroženy syndromem CAN, 29 respondentů (42,0 %) se domnívalo, že nikoli. Ve věkové skupině nad 40 let se z celkového počtu 124 respondentů (100 %) 66 respondentů (53,2 %) domnívalo, že tento vztah existuje, 58 respondentů (46,8 %) se toto nedomnívalo.



#### 4.1.9 Orientace respondentů v problematice sexuálního zneužívání dětí

**Tab. 9: Orientace respondentů v problematice sexuálního zneužívání dětí vzhledem k mikroregionům respondentů**

			město			Celkem
			Dačice	Jindřichův Hradec	Třeboň	
Frequency	Orientace respondentů v problematice sexuálního zneužívání	ano	30	91	40	161
		ne	15	10	7	32
	Celkem		45	101	47	193
Percent	Orientace respondentů v problematice sexuálního zneužívání	ano	66,7%	90,1%	85,1%	83,4%
		ne	33,3%	9,9%	14,9%	16,6%
	Celkem		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

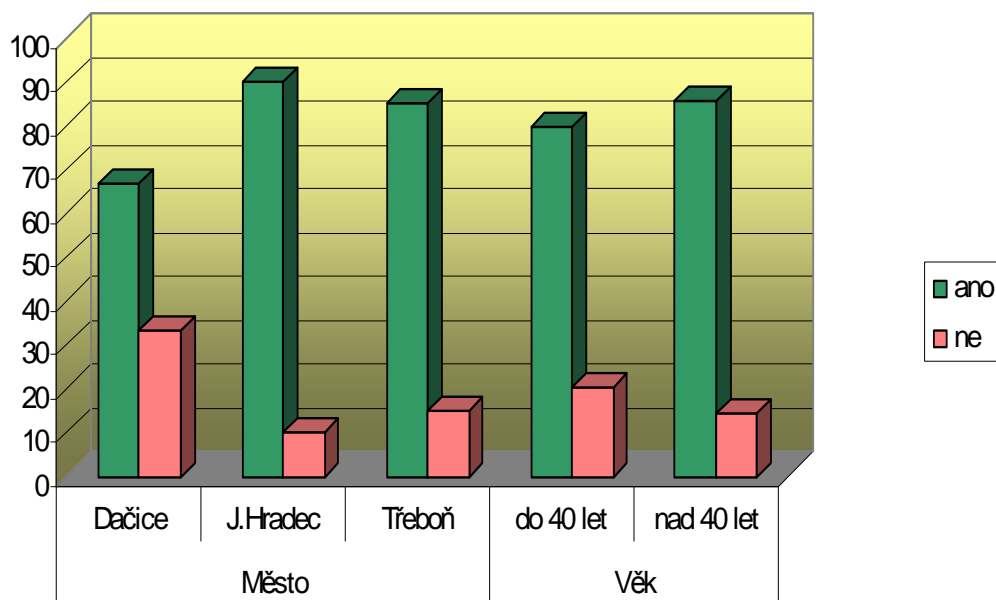
Zdroj: Vlastní výzkum 2011

**Tab. 10: Orientace respondentů v problematice sexuálního zneužívání dětí vzhledem k věku respondentů**

			Věk respondentů		Celkem
			do 40 let	nad 40 let	
Frequency	Orientace respondentů v problematice sexuálního zneužívání	ano	55	106	161
		ne	14	18	32
	Celkem		69	124	193
Percent	Orientace respondentů v problematice sexuálního zneužívání	ano	79,7%	85,5%	83,4%
		ne	20,3%	14,5%	16,6%
	Celkem		100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Vlastní výzkum 2011

**Graf 9: Orientace respondentů v problematice sexuálního zneužívání dětí vzhledem k mikroregionům a věku respondentů**



Zdroj: Vlastní výzkum 2011

V mikroregionu Dačice se z celkového počtu 45 respondentů (100 %) 30 respondentů (66,7 %) domnívalo, že sexuální zneužívání může mít bezkontaktní formu, 15 respondentů (33,3 %) nikoli. V mikroregionu J. Hradec se z celkového počtu 101 respondentů (100 %) 91 respondent (90,1 %) domníval, že sexuální zneužívání má bezkontaktní formu, 10 respondentů (9,9 %) se nedomnívalo. V mikroregionu Třeboň z celkového počtu 47 respondentů (100 %) by 40 respondentů (85,1 %) zařadilo mezi sexuální zneužívání bezdotykovou formu, 7 respondentů (14,9 %) nikoli.

Ve věkové kategorii do 40 let z celkového počtu 69 respondentů (100 %) si 55 respondentů (79,7 %) myslelo, že sexuální zneužívání obnáší i bezdotykovou formu, 14 respondentů (20,3 %) si to nemyslelo. Ve věkové kategorii nad 40 let by mezi sexuální zneužívání zařadilo 106 respondentů (85,5 %) bezdotykovou formu, 18 respondentů (14,5 %) by ji k sexuálnímu zneužívání nepřičítalo.

#### 4.1.10 Následky psychického týrání dítěte z pohledu respondentů

**Tab. 11: Následky psychického týrání dítěte z pohledu respondentů vzhledem k mikroregionům respondentů**

			město			Celkem
			Dačice	Jindřichův Hradec	Třeboň	
Frequency	Znalost respondentů o následcích psychického týrání dětí	ano	28	69	24	121
		ne	17	32	23	72
	Celkem		45	101	47	193
Percent	Znalost respondentů o následcích psychického týrání dětí	ano	62,2%	68,3%	51,1%	62,7%
		ne	37,8%	31,7%	48,9%	37,3%
	Celkem		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

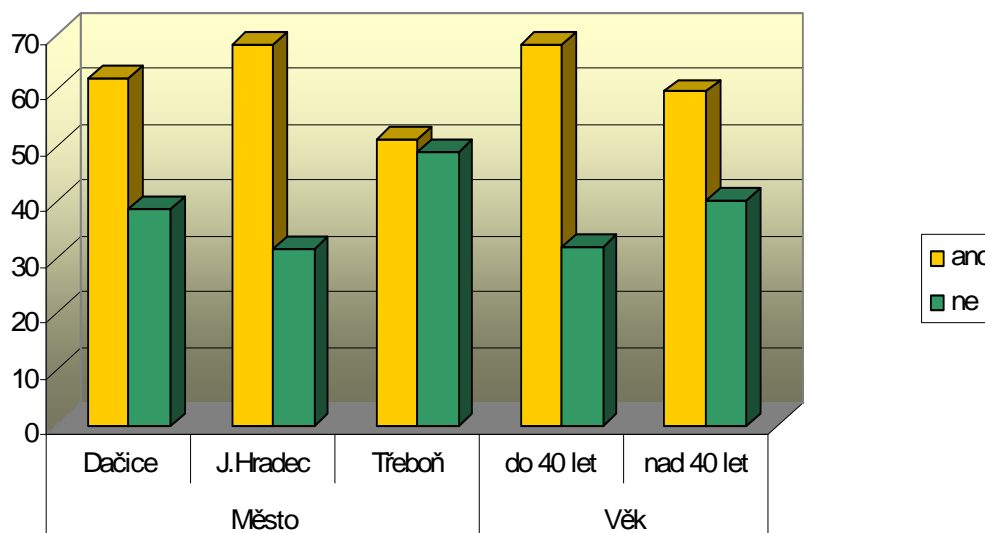
Zdroj: Vlastní výzkum 2011

**Tab. 12: Následky psychického týrání dítěte z pohledu respondentů vzhledem k věku respondentů**

			Věk respondentů		Celkem
			do 40 let	nad 40 let	
Frequency	Znalost respondentů o následcích psychického týrání dětí	ano	47	74	121
		ne	22	50	72
	Celkem		69	124	193
Percent	Znalost respondentů o následcích psychického týrání dětí	ano	68,1%	59,7%	62,7%
		ne	31,9%	40,3%	37,3%
	Celkem		100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Vlastní výzkum 2011

**Graf 10: Následky psychického týrání dítěte z pohledu respondentů vzhledem k mikroregionům a věku respondentů**



Zdroj: Vlastní výzkum 2011

V mikroregionu Dačice se z celkového počtu 45 respondentů (100 %) alespoň v 80 % 28 respondentů (62,2 %) domnívalo, že psychické týrání dítěte se odráží na osobnosti dítěte, 17 respondentů (37,8 %) mělo opačný názor. V mikroregionu J. Hradec se z celkového počtu 101 respondentů (100 %) domnívalo 69 respondentů (68,3 %), že psychické týrání má vliv na osobnost žáka, 32 respondenti (31,7 %) nikoli. V mikroregionu Třeboň se z celkového počtu 47 respondentů (100 %) 24 respondenti (51,1 %) domnívali, že psychické týrání se odráží na osobnosti dítěte, 27 respondentů (48,9 %) nikoli.

Ve věkové kategorii do 40 let si z celkového počtu 69 respondentů (100 %) alespoň v 80 % 47 respondentů (68,1 %) myslelo, že psychické týrání žáka má vliv na jeho osobnost, 22 respondenti (31,9 %) si to nemysleli. Ve věkové kategorii nad 40 let se z celkového počtu 124 respondentů (100 %) 74 respondenti (59,7 %) domnívali, že existuje vztah mezi psychickým týráním dítěte a vlivem na jeho osobnost, 50 respondentů (40,3 %) se domnívalo, že tomu tak není.

#### 4.1.11 Vztah psychického týrání dětí a školy

**Tab. 13: Znalost respondentů o následcích psychického týrání ve škole vzhledem k mikroregionům respondentů**

			město			Celkem
			Dačice	Jindřichův Hradec	Třeboň	
Frequency	Vztah fyzického týrání dětí a školy	ano	8	26	5	39
		ne	37	74	42	153
	Celkem		45	100	47	192
Percent	Vztah fyzického týrání dětí a školy	ano	17,8%	26,0%	10,6%	20,3%
		ne	82,2%	74,0%	89,4%	79,7%
	Celkem		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

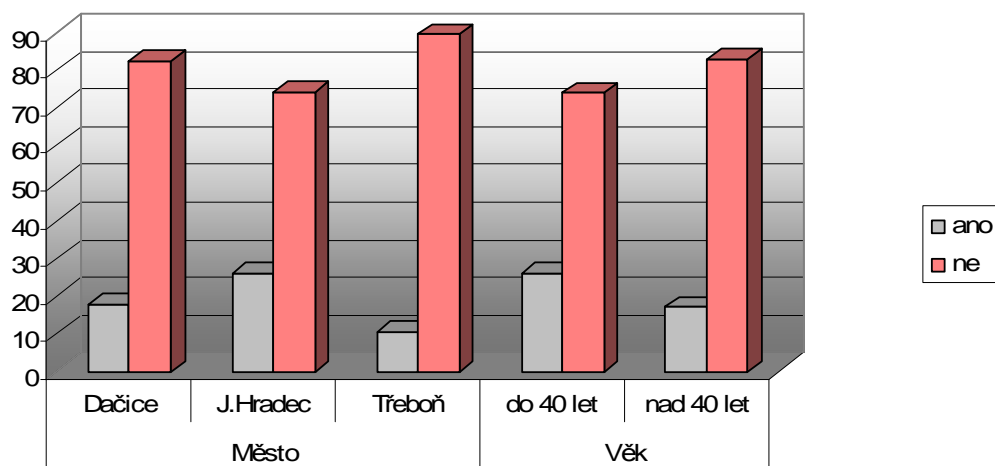
Zdroj: Vlastní výzkum 2011

**Tab. 14: Znalost respondentů o následcích psychického týrání ve škole vzhledem k věku respondentů**

			Věk respondentů		Celkem
			do 40 let	nad 40 let	
Frequency	Vztah fyzického týrání dětí a školy	ano	18	21	39
		ne	51	102	153
	Celkem		69	123	192
Percent	Vztah fyzického týrání dětí a školy	ano	26,1%	17,1%	20,3%
		ne	73,9%	82,9%	79,7%
	Celkem		100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Vlastní výzkum 2011

**Graf 11: Znalost respondentů o následcích psychického týrání ve škole vzhledem k mikroregionům a věku respondentů**



Zdroj: Vlastní výzkum 2011

V mikroregionu Dačice se z celkového počtu 45 respondentů (100 %) 8 respondentů (17,8 %) domnívalo, že psychické týrání dítěte se odráží na jeho prospěchu ve škole, 37 respondentů (82,2 %) mělo opačný názor. V mikroregionu J. Hradec se z celkového počtu 101 respondentů (100 %) 26 respondentů (26,0 %) domnívalo, že psychické týrání má vliv na školní prospěch žáka, 32 respondentů (72,0 %) nikoli. V mikroregionu Třeboň se z celkového počtu 47 respondentů (100 %) 5 respondentů (10,6 %) domnívalo, že psychické týrání se odráží na prospěchu dítěte ve škole, 42 respondenti (89,4 %) nikoli.

Ve věkové kategorii do 40 let si z celkového počtu 69 respondentů (100 %) 18 respondentů (26,1 %) myslelo, že psychické týrání žáka má vliv na jeho školní prospěch, 51 respondent (73,9 %) si to nemyslel. Ve věkové kategorii nad 40 let se z celkového počtu 124 respondentů (100 %) 21 respondent (17,1 %) domníval, že existuje vztah mezi psychickým týráním dítěte a jeho školním prospěchem, 102 respondentů (82,9 %) se domnívalo o opaku.

#### 4.1. 12 Sekundární viktimizace z pohledu respondentů

**Tab. 15: Znalost definice sekundární viktimizace z pohledu respondentů vzhledem k mikroregionům respondentů**

		město			Celkem	
		Dačice	Jindřichův Hradec	Třeboň		
Frequency	Sekundární viktimizace z pohledu respondentů	ano	26	42	24	92
		ne	19	59	23	101
Celkem			45	101	47	193
Percent	Sekundární viktimizace z pohledu respondentů	ano	58,1%	41,4%	49,0%	47,3%
		ne	41,9%	58,6%	51,0%	52,7%
Celkem			100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

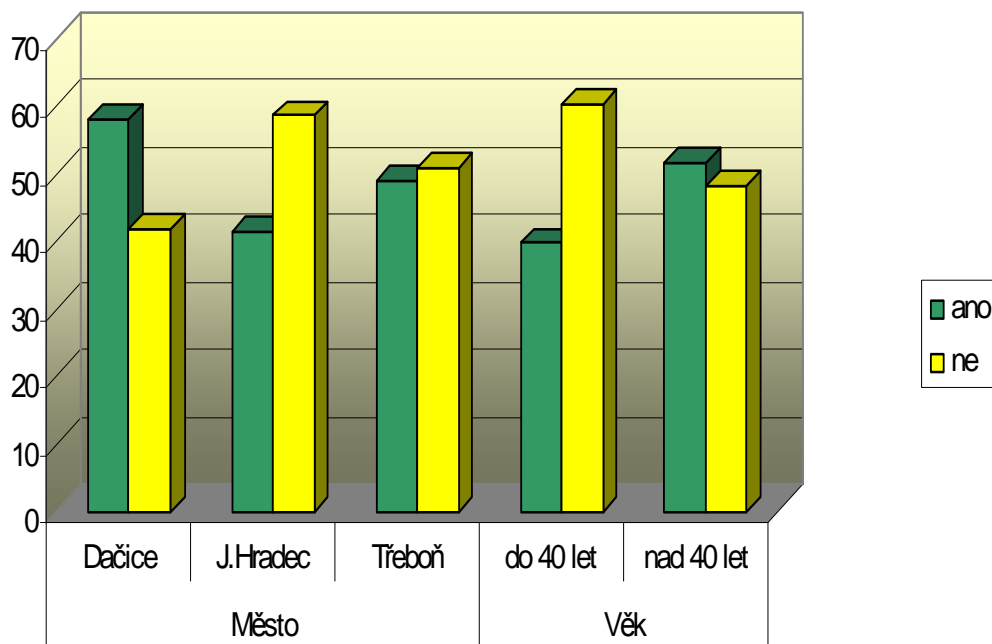
Zdroj: Vlastní výzkum 2011

**Tab. 16: Znalost definice sekundární viktimizace z pohledu respondentů vzhledem k věku respondentů**

		Věk respondentů		Celkem	
		do 40 let	nad 40 let		
Frequency	Sekundární viktimizace z pohledu respondentů	ano	28	64	92
		ne	41	60	101
Celkem			69	124	193
Percent	Sekundární viktimizace z pohledu respondentů	ano	39,7%	51,7%	47,3%
		ne	60,3%	48,3%	52,7%
Celkem			100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Vlastní výzkum 2011

**Graf 12: Znalost definice sekundární viktimizace z pohledu respondentů vzhledem k mikroregionům a věku respondentů**



Zdroj: Vlastní výzkum 2011

V mikroregionu Dačice z celkového počtu 45 respondentů (100 %) správně určilo definici sekundární viktimizace 26 respondentů (58,1 %), 19 respondentů (41,9 %) ji neurčilo. V mikroregionu J. Hradec z celkového počtu 101 respondentů (100 %) definici sekundární viktimizace správně určili 42 respondenti (41,4 %) a 59 respondentů (58,6 %) ji určilo špatně. V mikroregionu Třeboň z celkového počtu 47 respondentů (100,0 %) definovalo sekundární viktimizaci 24 respondentů (51,0 %) správně a 23 respondenti (49,0 %) ji definovali nesprávně.

Ve věkové kategorii do 40 let z celkového počtu 69 respondentů (100 %) správně určilo definici sekundární viktimizace 28 respondentů (39,7 %) a 41 respondent (60,3 %) ji neurčil správně. Ve věkové kategorii nad 40 let z celkového počtu 124 respondentů (100 %) definovali sekundární viktimizaci 64 respondenti (51,7 %) správně a 60 respondentů (48,3 %) ji definovalo nesprávně.



#### 4.1.13 Münchhausenův syndrom by proxy z pohledu respondentů

**Tab. 17: Znalost definice Münchhausenova syndromu by proxy z pohledu respondentů vzhledem k mikroregionům respondentů**

		město			Celkem	
		Dačice	Jindřichův Hradec	Třeboň		
Frequency	Munchhäusenův sy by proxy z pohledu respondentů	ano	25	54	29	108
		ne	20	47	18	85
	Celkem		45	101	47	193
Percent	Munchhäusenův sy by proxy z pohledu respondentů	ano	55,6%	53,5%	61,7%	56,0%
		ne	44,4%	46,5%	38,3%	44,0%
	Celkem		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

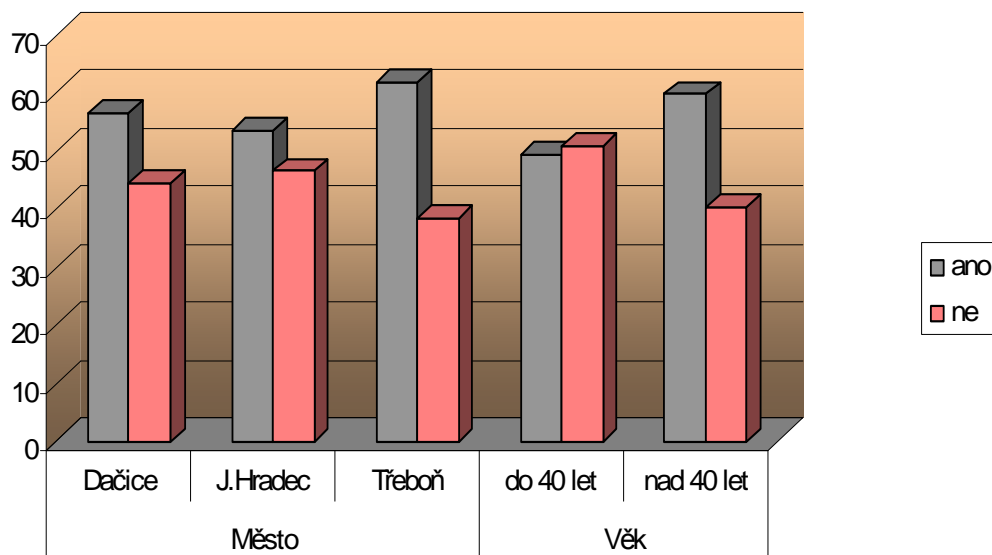
Zdroj: Vlastní výzkum 2011

**Tab. 18: Znalost definice Münchhausenova syndromu by proxy z pohledu respondentů vzhledem k věku respondentů**

		Věk respondentů		Celkem	
		do 40 let	nad 40 let		
Frequency	Munchhäusenův sy by proxy z pohledu respondentů	ano	34	74	108
		ne	35	50	85
	Celkem		69	124	193
Percent	Munchhäusenův sy by proxy z pohledu respondentů	ano	49,3%	59,7%	56,0%
		ne	50,7%	40,3%	44,0%
	Celkem		100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Vlastní výzkum 2011

**Graf 13: Znalost definice Münchhausenova syndromu by proxy z pohledu respondentů vzhledem k mikroregionům a věku respondentů**



Zdroj: Vlastní výzkum 2011

V mikroregionu Dačice z celkového počtu 45 respondentů (100 %) 25 respondentů (56,6 %) určilo definici Münchhausenova syndromu by proxy, 20 respondentů (44,4 %) nikoli. V mikroregionu J. Hradec z celkového počtu 101 respondentů (100 %) 54 respondenti (53,5 %) správně určili Münchhausenův syndrom by proxy, 47 respondentů (46,5 %) jej neurčilo. V mikroregionu Třeboň z celkového počtu 47 respondentů (100 %) 29 respondentů (61,7 %) určilo správně definici Münchhausenova syndromu by proxy, 18 respondentů (38,3 %) nikoli.

Ve věkové kategorii do 40 let z celkového počtu 69 respondentů (100 %) 34 respondenti (49,3 %) správně určili definici Münchhausenova syndromu by proxy, 35 respondentů (50,7 %) nikoli. Ve věkové kategorii nad 40 let z celkového počtu 124 respondentů (100 %) 74 respondenti (59,7 %) určili definici Münchhausenova syndromu by proxy, 50 respondentů (40,3 %) ji neurčilo.

#### 4.1.14 Postoj respondentů k oznamovací povinnosti při podezření na syndrom CAN

**Tab. 19: Postoj respondentů k oznamovací povinnosti při podezření na syndrom CAN vzhledem k mikroregionům respondentů**

		město			Celkem	
		Dačice	Jindřichův Hradec	Třeboň		
Frequency	Oznamovací povinnost respondentů	ano	40	96	46	182
		ne	5	5	1	11
	Celkem		45	101	47	193
Percent	Oznamovací povinnost respondentů	ano	88,9%	95,0%	97,9%	94,3%
		ne	11,1%	5,0%	2,1%	5,7%
	Celkem		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Vlastní výzkum 2011

**Tab. 20: Postoj respondentů k oznamovací povinnosti při podezření na syndrom CAN vzhledem k mikroregionům respondentů**

		Věk respondentů		Celkem	
		do 40 let	nad 40 let		
Frequency	Oznamovací povinnost respondentů	ano	65	117	182
		ne	4	7	11
	Celkem		69	124	193
Percent	Oznamovací povinnost respondentů	ano	94,2%	94,4%	94,3%
		ne	5,8%	5,6%	5,7%
	Celkem		100,0%	100,0%	100,0%

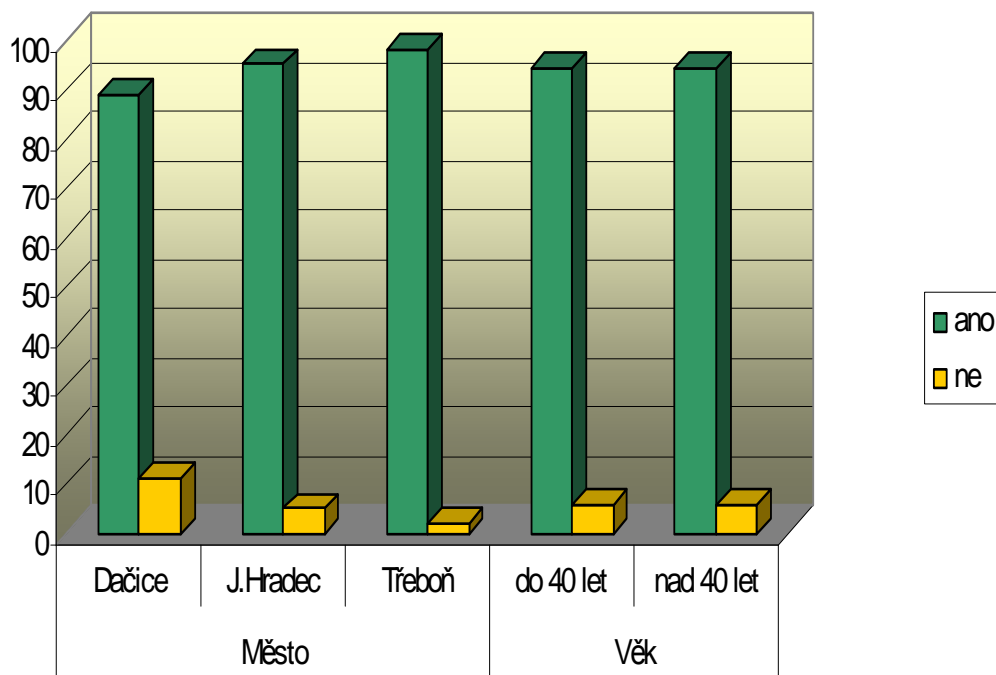
Zdroj: Vlastní výzkum 2011

**Tab. 21: Pořadí kompetentních osob, ke kterým mají respondenti oznamovací povinnost**

	Město			Věk		Celkem
	Dačice	J.Hradec	Třeboň	do 40 let	nad 40 let	
Ředitel zákl.školy	10	8	14	17	15	32
Ředitel zákl.školy, soc.pracovník	2	12	8	11	11	22
Ředitel zákl.školy, vých., poradce	7	3	10	11	9	20
Sociální pracovník	2	2	17	6	15	21
Sociální pracovník, Policie ČR	0	3	11	1	13	14
Ředitel zákl.školy, soc.pracovník, Policie ČR	1	6	3	2	8	10

Zdroj: Vlastní výzkum 2011

**Graf 14: Postoj respondentů k oznamovací povinnosti při podezření na syndrom CAN vzhledem k mikroregionům a věku respondentů**



Zdroj: Vlastní výzkum 2011

V mikroregionu Dačice z celkového počtu 45 respondentů (100 %) 40 respondentů (88,9 %) odpovědělo, že má oznamovací povinnost při podezření na syndrom CAN, 5 respondentů (11,1 %) odpovědělo, že nemá. V mikroregionu J. Hradec z celkového počtu 101 respondentů (100 %) se 96 respondentů (95,0 %) domnívalo, že má oznamovací povinnost při podezření na syndrom CAN, 5 respondentů (5,0 %) se toto nedomnívalo. V mikroregionu Třeboň si z celkového počtu 47 respondentů (100 %) 46 respondentů (97,9 %) myslelo, že má oznamovací povinnost, při podezření na syndrom CAN, 1 respondent (2,1 %) si to nemyslel.

Ve věkové kategorii do 40 let se z celkového počtu 69 respondentů (100 %) 65 respondentů (94,2 %) domnívalo, že má oznamovací povinnost, 4 respondenti (5,8 %) se nedomnívali. Ve věkové kategorii nad 40 let z celkového počtu

124 respondentů (100 %) odpovědělo 117 respondentů (94,4 %), že má oznamovací povinnost při podezření na syndrom CAN, 7 respondentů (5,6 %) odpovědělo, že nikoli.

U této polootevřené otázky mohli respondenti dopsat, k jaké osobě/osobám a v jakém pořadí mají oznamovací povinnost při podezření na syndrom CAN. Nejčastěji respondenti odpovídali, že touto osobou je ředitel školy.

#### 4.1.15 Definice krizové intervence z pohledu respondentů

**Tab. 22: Definice krizové intervence z pohledu respondentů vzhledem k mikroregionům respondentů**

		město			Celkem	
		Dačice	Jindřichův Hradec	Třeboň		
Frequency	Definice krizové intervence z pohledu respondentů	ano	34	70	32	136
		ne	11	31	15	55
	Celkem		45	101	47	193
Percent	Definice krizové intervence z pohledu respondentů	ano	75,6%	70,7%	68,1%	71,2%
		ne	24,4%	29,3%	31,9%	28,8%
	Celkem		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

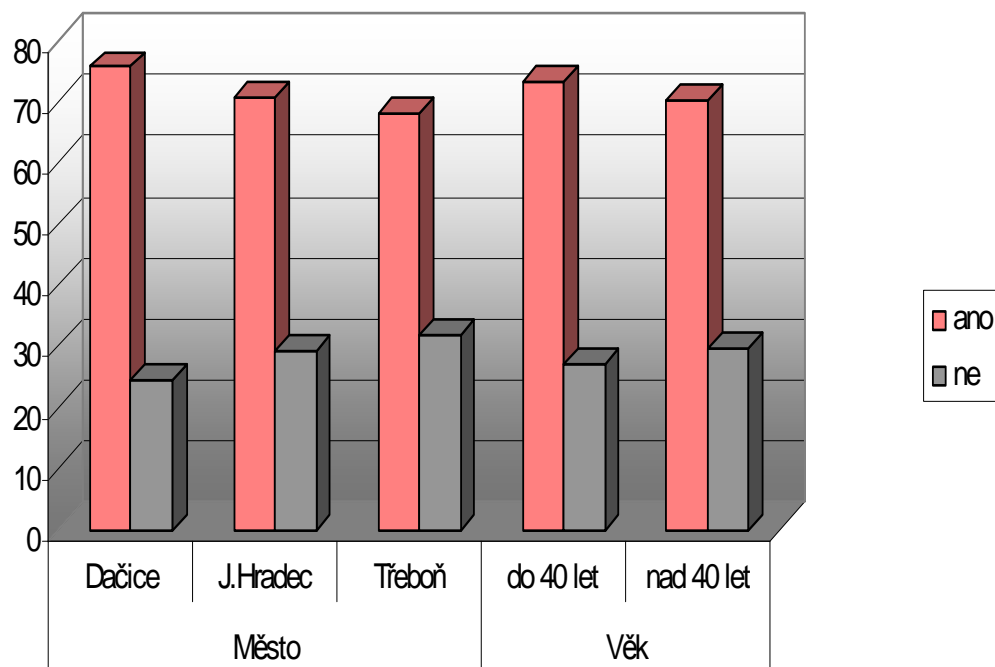
Zdroj: Vlastní výzkum 2011

**Tab. 23: Definice krizové intervence z pohledu respondentů vzhledem k věku respondentů**

		Věk respondentů		Celkem	
		do 40 let	nad 40 let		
Frequency	Definice krizové intervence z pohledu respondentů	ano	50	87	136
		ne	19	37	55
	Celkem		69	124	193
Percent	Definice krizové intervence z pohledu respondentů	ano	73,1%	70,2%	71,2%
		ne	26,9%	29,8%	28,8%
	Celkem		100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Vlastní výzkum 2011

**Graf 15: Definice krizové intervence z pohledu respondentů vzhledem k mikroregionům a věku respondentů**



Zdroj: Vlastní výzkum 2011

V mikroregionu Dačice z celkového počtu 45 respondentů (100 %) 34 respondenti (75,6 %) určili definici krizové intervence, 11 respondentů (24,4 %) ji neurčili. V mikroregionu J. Hradec definici určilo z celkového počtu 101 respondentů (100 %) 70 respondentů (70,7 %) a 31 respondent (29,3 %) ji neurčil. V mikroregionu Třeboň z celkového počtu 47 respondentů (100 %) definici krizové intervence rozpoznali 32 respondenti (68,1 %), 15 respondentů (31,9 %) nikoli.

Ve věkové kategorii do 40 let z celkového počtu 69 respondentů (100 %) 50 respondentů (73,1 %) určilo definici krizové intervence, 19 respondentů (26,9 %) ji neurčilo. Ve věkové kategorii nad 40 let ji z celkového počtu 124 respondentů (100 %) určilo 87 respondentů (70,2 %) a 37 respondentů (29,8 %) definici krizové intervence neurčilo.

#### 4.1.16 Úloha školy při krizové intervenci u žáků se syndromem CAN

**Tab. 24: Znalost respondentů o úloze školy ve vztahu ke krizové intervenci vzhledem k mikroregionům respondentů**

		město			Celkem	
		Dačice	Jindřichův Hradec	Třeboň		
Frequency	Úloha školy v krizové intervenci	ano	28	50	26	104
		ne	17	51	21	89
	Celkem		45	101	47	193
Percent	Úloha školy v krizové intervenci	ano	62,2%	49,5%	55,3%	53,9%
		ne	37,8%	50,5%	44,7%	46,1%
	Celkem		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Vlastní výzkum 2011

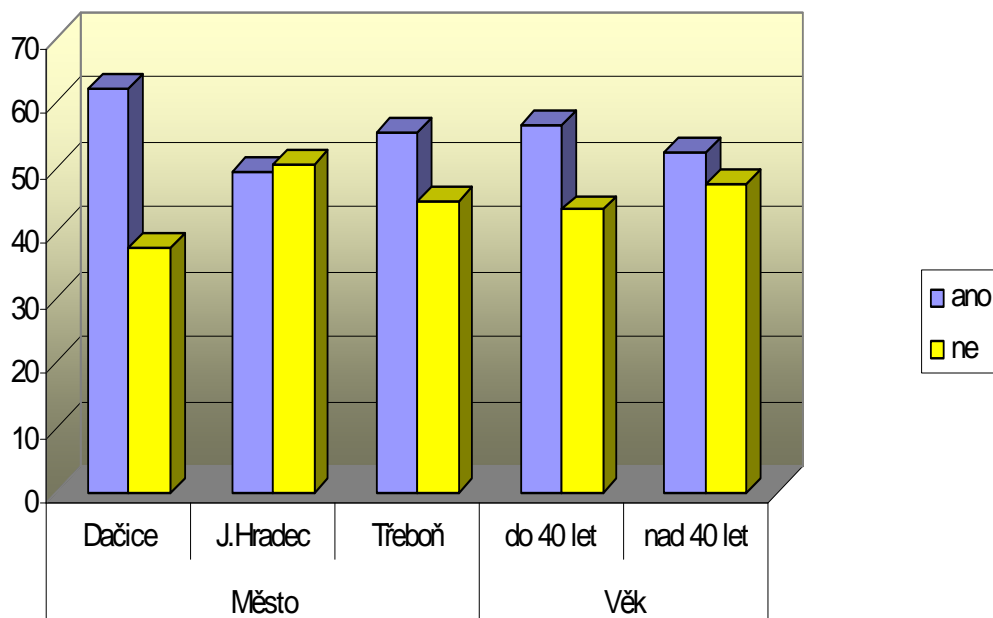
**Tab. 25: Znalost respondentů o úloze školy ve vztahu ke krizové intervenci vzhledem k věku respondentů**

		Věk respondentů		Celkem	
		do 40 let	nad 40 let		
Frequency	Úloha školy v krizové intervenci	ano	39	65	104
		ne	30	59	89
	Celkem		69	124	193
Percent	Úloha školy v krizové intervenci	ano	56,5%	52,4%	53,9%
		ne	43,5%	47,6%	46,1%
	Celkem		100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Vlastní výzkum 2011



**Graf 16: Znalost respondentů o úloze školy ve vztahu ke krizové intervenci vzhledem k mikroregionům respondentů a věku respondentů**



Zdroj: Vlastní výzkum 2011

V mikroregionu Dačice se z celkového počtu 45 respondentů (100 %) 28 respondentů (62,2 %) domnívalo, že každá škola má vypracovaný postup krizové intervence, 17 respondentů (37,8 %) nikoli. V mikroregionu J. Hradec si z celkového počtu 101 respondentů (100 %) 50 respondentů (49,5 %) myslí, že každá škola má tento plán, 51 respondent (50,5 %) nikoli. V mikroregionu Třeboň odpovědělo kladně, že každá škola má vypracovaný plán, z celkového počtu 47 respondentů (100 %) 26 respondentů (55,3 %), 21 respondent (44,7 %) si myslel opak.

Ve věkové kategorii do 40 let se z celkového počtu 69 respondentů (100 %) 39 respondentů (56,5 %) domnívalo, že každá škola má vypracovaný tento postup, 30 respondentů (43,5 %) nikoli. Ve věkové kategorii nad 40 let z celkového počtu 124 respondentů (100 %) odpovědělo kladně 65 respondentů (52,4 %) a záporně 59 respondentů (47,6 %).

#### 4.1.17 Kompetentní osoba v problematice syndromu CAN na základní škole

**Tab. 26: Kompetentní osoba v problematice syndromu CAN na základní škole z pohledu respondentů vzhledem k mikroregionům respondentů**

		město			Celkem	
		Dačice	Jindřichův Hradec	Třeboň		
Frequency	Kompetentní osoba na ZŠ v problematice sy CAN	ano	40	80	42	162
		ne	5	21	5	31
Celkem			45	101	47	193
Percent	Kompetentní osoba na ZŠ v problematice sy CAN	ano	88,9%	79,2%	89,4%	83,9%
		ne	11,1%	20,8%	10,6%	16,1%
Celkem			100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Vlastní výzkum 2011

**Tab. 27: Kompetentní osoba v problematice syndromu CAN na základní škole z pohledu respondentů vzhledem k věku respondentů**

		Věk respondentů		Celkem	
		do 40 let	nad 40 let		
Frequency	Kompetentní osoba na ZŠ v problematice sy CAN	ano	57	105	162
		ne	12	19	31
Celkem			69	124	193
Percent	Kompetentní osoba na ZŠ v problematice sy CAN	ano	82,6%	84,7%	83,9%
		ne	17,4%	15,3%	16,1%
Celkem			100,0%	100,0%	100,0%

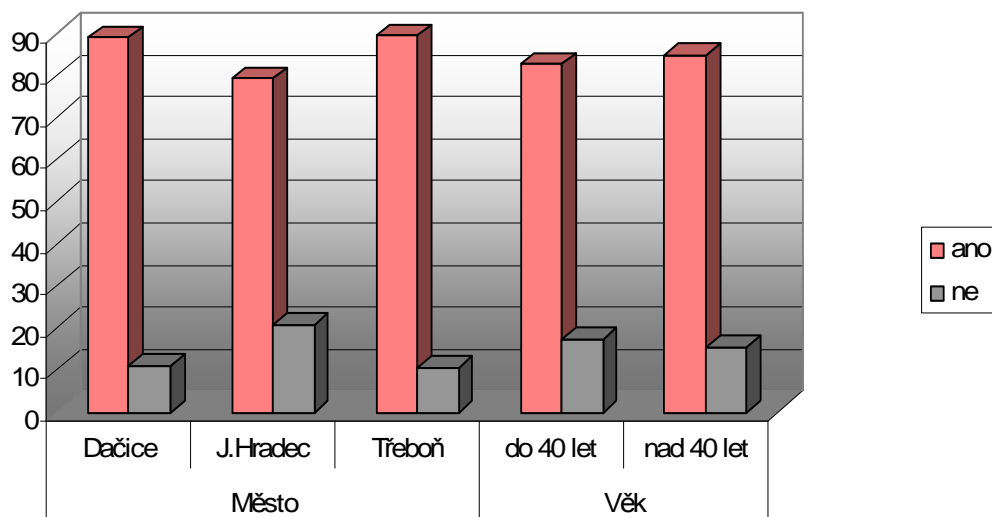
Zdroj: Vlastní výzkum 2011

**Tab. 28: Pořadí kompetentních osob na základní škole dle respondentů**

	Město			Věk		Celkem
	Dačice	J. Hradec	Třeboň	do 40 let	nad 40 let	
Preventista soc. patolog. jevů	2	5	3	6	4	10
Psycholog	0	0	2	0	2	2
Ředitel školy	0	5	3	1	7	8
Výchovný poradce	9	14	8	19	22	31

Zdroj: Vlastní výzkum 2011

**Graf 17: Kompetentní osoba v problematice syndromu CAN na základní škole z pohledu respondentů vzhledem k mikroregionům respondentů a věku respondentů**



Zdroj: Vlastní výzkum 2011

V mikroregionu Dačice z celkového počtu 45 respondentů (100 %) 40 respondentů (88,9 %) odpovědělo, že ve škole je kompetentní osoba při podezření na syndrom CAN, 5 respondentů (11,1 %) odpovědělo záporně. V mikroregionu J. Hradec z celkového počtu 101 respondentů (100 %) 80 respondentů (79,2 %) odpovědělo kladně, 21 respondent (20,8 %) odpověděl záporně. V mikroregionu Třeboň odpověděli z celkového počtu 47 respondentů (100 %) 42 respondenti, že každá škola má kompetentní osobu pro sociálně-patologické jevy, 5 respondentů (10,6 %) odpovědělo záporně.

Ve věkové kategorii do 40 let z celkového počtu 69 respondentů (100 %) 57 respondentů (82,6 %) odpovědělo, že ve škole je kompetentní osoba pro problematiku syndromu CAN, 12 respondentů (17,4 %) odpovědělo záporně. Ve věkové kategorii nad 40 let z celkového počtu 124 respondentů (100 %) 105 respondentů (84,7 %) odpovědělo kladně a 19 respondentů (15,3 %) odpovědělo záporně.

U této polootevřené otázky respondenti nejčastěji odpovídali, že na škole je touto kompetentní osobou výchovný poradce, poté preventista sociálně patologických jevů, ředitel školy a na posledním místě uváděli psychologa.

#### 4.1.18 Přístup učitelů základní školy k dítěti ohroženému syndromem CAN

**Tab. 29: Přístup učitelů základní školy k dítěti ohroženému syndromem CAN z pohledu respondentů vzhledem k mikroregionům respondentů**

		město			Celkem	
		Dačice	Jindřichův Hradec	Třeboň		
Frequency	Přístup respondentů k dítěti ohroženému sy CAN	ano	35	68	38	141
		ne	10	33	9	52
		Celkem	45	101	47	193
Percent	Přístup respondentů k dítěti ohroženému sy CAN	ano	77,8%	67,3%	80,9%	73,1%
		ne	22,2%	32,7%	19,1%	26,9%
		Celkem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

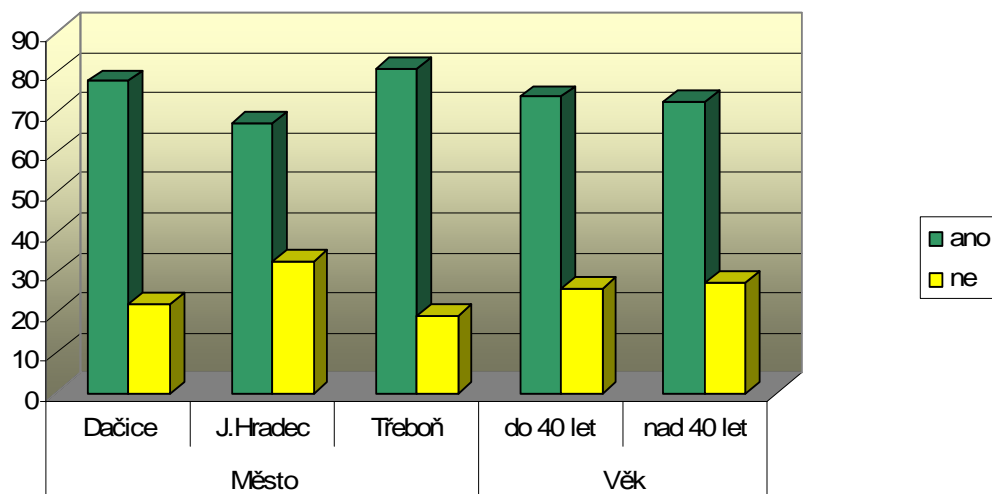
Zdroj: Vlastní výzkum 2011

**Tab. 30: Přístup učitelů základní školy k dítěti ohroženému syndromem CAN z pohledu respondentů vzhledem k věku respondentů**

		Věk respondentů		Celkem	
		do 40 let	nad 40 let		
Frequency	Přístup respondentů k dítěti ohroženému sy CAN	ano	51	90	141
		ne	18	34	52
		Celkem	69	124	193
Percent	Přístup respondentů k dítěti ohroženému sy CAN	ano	73,9%	72,6%	73,1%
		ne	26,1%	27,4%	26,9%
		Celkem	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Vlastní výzkum 2011

**Graf 18: Přístup učitelů základní školy k dítěti ohroženému syndromem CAN z pohledu respondentů vzhledem k mikroregionům a věku respondentů**



Zdroj: Vlastní výzkum 2011

V mikroregionu Dačice z celkového počtu 45 respondentů (100 %) 35 respondentů (77,8 %) určilo, jak správně přistupovat k dítěti ohroženému syndromem CAN, 10 respondentů (22,2 %) tento přístup správně neurčilo. V mikroregionu J. Hradec z celkového počtu 101 respondentů (100 %) 68 respondentů (67,3 %) správně určilo daný přístup, 33 respondenti (32,7 %) nikoli. V mikroregionu Třeboň z celkového počtu 47 respondentů (100 %) správně tento přístup určilo 38 respondentů (80,9 %) a nesprávně ho určilo 9 respondentů (19,1 %).

Ve věkové kategorii do 40 let z celkového počtu 69 respondentů (100 %) určit 51 respondent (73,9 %) jak správně přistupovat k dítěti ohroženému syndromem CAN, 18 respondentů (26,1 %) tento přístup správně neurčilo. Ve věkové kategorii nad 40 let z celkového počtu 124 respondentů (100 %) 90 respondentů (72,6 %) tento přístup určilo správně a 34 respondentů (27,4 %) nikoli.

#### 4.1.19 Zásady při komunikaci s dítětem se syndromem CAN z pohledu respondentů

**Tab. 31: Zásady při komunikaci s dítětem se syndromem CAN z pohledu respondentů vzhledem k mikroregionům respondentů**

		město			Celkem	
		Dačice	Jindřichův Hradec	Třeboň		
Frequency	Zásady rozhovoru respondentů s dítětem ohroženým sy CAN	ano	43	94	45	182
		ne	2	7	2	11
Celkem			45	101	47	193
Percent	Zásady rozhovoru respondentů s dítětem ohroženým sy CAN	ano	95,6%	93,0%	95,7%	94,3%
		ne	4,4%	7,0%	4,3%	5,7%
Celkem			100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

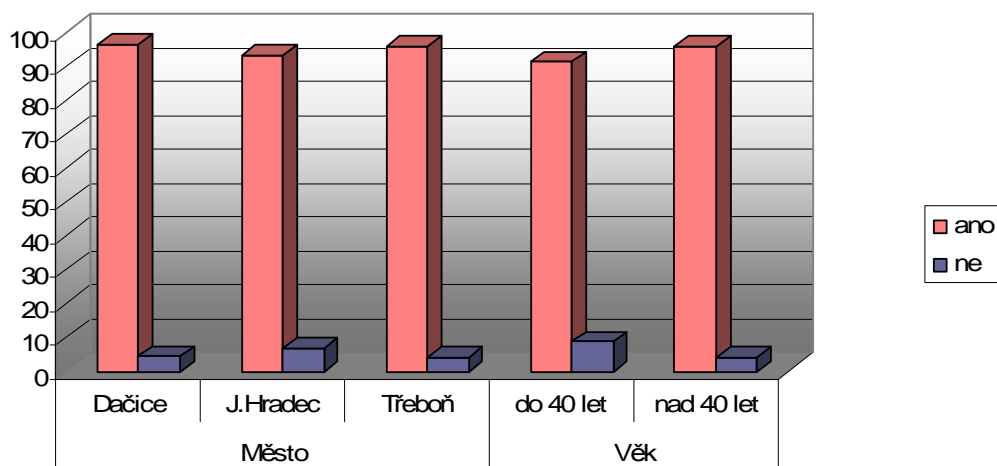
Zdroj: Vlastní výzkum 2011

**Tab. 32: Zásady při komunikaci s dítětem se syndromem CAN z pohledu respondentů vzhledem k mikroregionům respondentů**

		Věk respondentů		Celkem	
		do 40 let	nad 40 let		
Frequency	Zásady rozhovoru respondentů s dítětem ohroženým sy CAN	ano	63	119	182
		ne	6	5	11
Celkem			69	124	193
Percent	Zásady rozhovoru respondentů s dítětem ohroženým sy CAN	ano	91,3%	95,9%	94,3%
		ne	8,7%	4,1%	5,7%
Celkem			100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Vlastní výzkum 2011

**Graf 19: Zásady při komunikaci s dítětem se syndromem CAN z pohledu respondentů vzhledem k mikroregionům a věku respondentů**



Zdroj: Vlastní výzkum 2011

V mikroregionu Dačice z celkového počtu 45 respondentů (100 %) 43 respondenti (95,6 %) správně odpověděli, že existují dané zásady pro komunikaci s dítětem ohroženým syndromem CAN, nesprávně odpověděli 2 respondenti (4,4 %). V mikroregionu J. Hradec z celkového počtu 101 respondentů (100 %) tyto zásady určili správně 94 respondenti (93,0 %), neurčilo je 7 respondentů (7,0 %). V mikroregionu Třeboň kladně odpovědělo z celkového počtu 47 respondentů (100 %) 45 respondentů (95,7 %), záporně odpověděli 2 respondenti (4,3 %).

Ve věkové kategorii do 40 let z celkového počtu 69 respondentů (100 %) správně odpovědělo, že jsou dané zásady pro komunikaci s dítětem ohroženým syndromem CAN 63 respondenti (91,3 %), nesprávně odpovědělo 6 respondentů (8,7 %). Ve věkové kategorii nad 40 let z celkového počtu 124 respondentů (100 %) 119 respondentů (95,9 %) odpovědělo správně a 5 respondentů (4,1 %) odpovědělo nesprávně.



#### 4.1.20 Otázka důvěry učitele základní školy k žákovi ohroženému syndromem CAN

**Tab. 33: Otázka důvěry učitele základní školy k žákovi ohroženému syndromem CAN vzhledem k mikroregionům respondentů**

		město			Celkem	
		Dačice	Jindřichův Hradec	Třeboň		
Frequency	Důvěra respondentů s dítětem ohroženým sy CAN	ano	24	59	36	119
		ne	21	42	11	74
Celkem			45	101	47	193
Percent	Důvěra respondentů s dítětem ohroženým sy CAN	ano	53,3%	58,0%	76,6%	61,5%
		ne	46,7%	42,0%	23,4%	38,5%
Celkem			100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

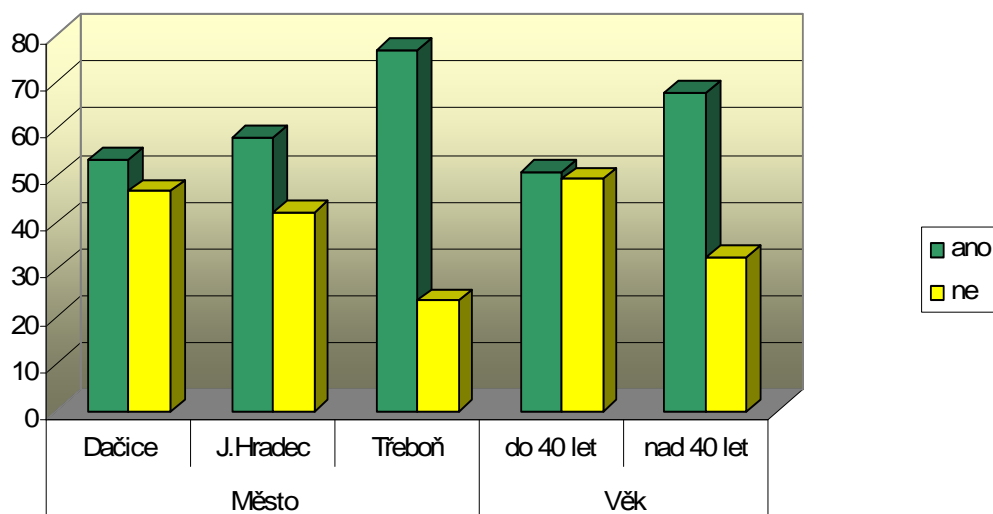
Zdroj: Vlastní výzkum 2011

**Tab. 34: Otázka důvěry učitele základní školy k žákovi ohroženému syndromem CAN vzhledem k věku respondentů**

		Věk respondentů		Celkem	
		do 40 let	nad 40 let		
Frequency	Důvěra respondentů s dítětem ohroženým sy CAN	ano	35	84	119
		ne	34	40	74
Celkem			69	124	193
Percent	Důvěra respondentů s dítětem ohroženým sy CAN	ano	50,7%	67,5%	61,5%
		ne	49,3%	32,5%	38,5%
Celkem			100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Vlastní výzkum 2011

**Graf 20: Otázka důvěry učitele základní školy k žákovi ohroženému syndromem CAN vzhledem k věku respondentů**



Zdroj: Vlastní výzkum 2011

V mikroregionu Dačice z celkového počtu 45 respondentů (100 %) 21 respondent (46,7 %) označil, že je třeba důvěřovat výpovědi žáka ohroženého syndromem CAN, 24 respondenti (53,3 %) opověděli opačně. V mikroregionu J. Hradec z celkového počtu 101 respondentů (100 %) se pro důvěřování ohroženému žáku vyslovili 42 respondenti (42,0 %), proti se vyslovilo 59 respondentů (58,0 %). V mikroregionu Třeboň z celkového počtu 47 respondentů (100 %) 11 respondentů (23,4 %) označilo, že by důvěřovalo výpovědi žáka ohroženého syndromem CAN, 36 respondentů (76,6 %) by nedůvěřovalo.

Ve věkové kategorii do 40 let z celkového počtu 69 respondentů (100 %) 34 respondenti (49,3 %) označili, že je třeba důvěřovat výpovědi žáka ohroženého syndromem CAN, 35 respondentů (50,7 %) opovědělo opačně. Ve věkové kategorii nad 40 let z celkového počtu 124 respondentů (100 %) by žáku důvěřovalo 40 respondentů (32,5 %), nedůvěřovali by 84 respondenti (67,5 %).

## 4.2 Sumarizace výsledků vzhledem k hypotézám

### 4.2.1 H1: Učitelé základních škol v Jindřichově Hradci mají vyšší informovanost o problematice syndromu CAN než učitelé základních škol v Třeboni

Tab. 35: Sumarizace výsledků vzhledem k hypotéze H1

	Město	
	J.HRADEC	TŘEBOŇ
Znalost definice syndromu CAN	99,0 %	93,6 %
Prevalence syndromu CAN	58,4 %	76,6 %
Obecné vymezení syndromu CAN	53,5 %	36,2 %
Znalost respondentů o rizikových skupinách dětí ohrožených syndromem CAN	52,0 %	42,5 %
Orientace respondentů v problematice sexuálního zneužívání dětí	90,1 %	85,1 %
Následky psychického týrání dítěte	68,3 %	51,1 %
Znalost respondentů o následcích psychického týrání ve škole	26,0 %	10,6 %
Znalost definice sekundární viktimizace	41,4 %	49,0 %
Znalost definice Münchhausenova syndromu by proxy	53,5 %	61,7 %
Postoj respondentů k oznamovací povinnosti při podezření na syndrom CAN	95,0 %	97,9 %
Definice krizové intervence	70,7 %	68,1 %
Úloha školy při krizové intervenci	49,5 %	55,3 %
Kompetentní osoba v problematice CAN na základní škole	79,2 %	89,4 %
Přístup učitele základní školy k dítěti ohroženého syndromem CAN	67,3 %	80,9 %
Zásady při komunikaci s dítětem ohroženého syndromem CAN	93,0 %	97,5 %
Otázka důvěry učitele základní školy k žáky ohroženého syndromem CAN	42,0 %	23,4 %

Zdroj: Vlastní výzkum 2011

Učitelé základních škol v mikroregionu Jindřichův Hradec odpověděli ze 16 znalostních otázek výzkumného dotazníku na 8 otázek v nižší procentuální míře než učitelé základních škol v mikroregionu Třeboň.

#### 4.2.2 H2: Učitelé základních škol v Jindřichově Hradci mají vyšší informovanost o problematice syndromu CAN než učitelé základních škol v Dačicích

Tab. 36: Sumarizace výsledků vzhledem k hypotéze H2

	Město	
	J.HRADEC	DAČICE
Znalost definice syndromu CAN	99,0 %	95,6 %
Prevalence syndromu CAN	58,4 %	60,0 %
Obecné vymezení syndromu CAN	53,5 %	44,4 %
Znalost respondentů o rizikových skupinách dětí ohrožených syndromem CAN	52,0 %	44,4 %
Orientace respondentů v problematice sexuálního zneužívání dětí	90,1 %	66,7 %
Následky psychického týrání dítěte	68,3 %	92,2 %
Znalost respondentů o následcích psychického týrání ve škole	26,0 %	17,8 %
Znalost definice sekundární viktimizace	41,4 %	58,1 %
Znalost definice Münchhausenova syndromu by proxy	53,5 %	55,6 %
Postoj respondentů k oznamovací povinnosti při podezření na syndrom CAN	95,0 %	88,9 %
Definice krizové intervence	70,7 %	75,6 %
Úloha školy při krizové intervenci	49,5 %	62,2 %
Kompetentní osoba v problematice CAN na základní škole	79,2 %	88,9 %
Přístup učitele základní školy k dítěti ohroženého syndromem CAN	67,3 %	77,8 %
Zásady při komunikaci s dítětem ohroženého syndromem CAN	93,0 %	95,6 %
Otázka důvěry učitele základní školy k žákovi ohroženého syndromem CAN	42,0 %	46,7 %

Zdroj: Vlastní výzkum 2011

Učitelé základních škol v mikroregionu Jindřichův Hradec odpověděli ze 16 znalostních otázek výzkumného dotazníku na 10 otázek v **nižší** procentuální míře než učitelé základních škol v mikroregionu Dačic.

### 4.2.3 H3: Učitelé základních škol ve věkové kategorii do 40 let prokazují vyšší znalost problematiky syndromu CAN než učitelé ve věkové kategorii nad 40 let

Tab. 37: Sumarizace výsledků vzhledem k hypotéze H3

	DO 40 LET	NAD 40 LET
Znalost definice syndromu CAN	97,1 %	96,8 %
Prevalence syndromu CAN	58,0 %	66,1 %
Obecné vymezení syndromu CAN	56,5 %	41,9 %
Znalost respondentů o rizikových skupinách dětí ohrožených syndromem CAN	58,0 %	53,2 %
Orientace respondentů v problematice sexuálního zneužívání dětí	79,7 %	85,5 %
Následky psychického týrání dítěte	68,1 %	59,7 %
Znalost respondentů o následcích psychického týrání ve škole	26,1 %	17,1 %
Znalost definice sekundární viktimizace	39,7 %	51,7 %
Znalost definice Münchhausenova syndromu by proxy	49,3 %	59,7 %
Postoj respondentů k oznamovací povinnosti při podezření na syndrom CAN	94,2 %	94,4 %
Definice krizové intervence	73,1 %	70,2 %
Úloha školy při krizové intervenci	56,5 %	52,4 %
Kompetentní osoba v problematice CAN na základní škole	82,6 %	84,7 %
Přístup učitele základní školy k dítěti ohroženého syndromem CAN	73,9 %	72,6 %
Zásady při komunikaci s dítětem ohroženého syndromem CAN	91,3 %	95,9 %
Otázka důvěry učitele základní školy k žákovi ohroženého syndromem CAN	49,3 %	32,5 %
Otázka důvěry učitele základní školy k žákovi ohroženého syndromem CAN	42,0 %	23,4 %

Zdroj: Vlastní výzkum 2011

Učitelé základních škol ve věkové kategorii do 40 let odpověděli ze 16 znalostních otázek výzkumného dotazníku na 6 otázek v nižší procentuální míře než učitelé základních škol ve věkové kategorii nad 40 let.

### 4.3. Statistické testy

V prvním kroku statistického zpracování dat se posuzoval vztah faktorů pomocí kontingenčních tabulek, které jsou základem pro testování závislosti. Byl použit chi-kvadrát test o vzájemné nezávislosti v kontingenční tabulce. Tabulky, které měly menší obsazení políček, byly testovány Fisherovým testem. Test o vzájemné nezávislosti v kontingenční tabulce, Fisherův test patří k přesným testům nezávislosti.

Byly zvoleny dvě hladiny významnosti 1% a 5%. Tomu odpovídají p-value menší než 0,01 a 0,05. To znamená, že je-li p-value menší než 0,01 hypotézu o nezávislosti lze zamítnout, neboť závislost je vysoce významná, je-li p-value menší než 0,05 hypotézu o nezávislosti lze zamítnout, neboť závislost je významná.

Tab. 38: Fisherův exaktní test

	Město	Věk resp.
Znalost definice syndromu CAN	0,130	1,000
Prevalence syndrom CAN	0,000	0,526
Obecné vymezení syndromu CAN	0,140	0,710
Znalost respondentů o rizikových skupinách dětí ohrožených syndromem CAN	0,095	0,141
Orientace respondentů v problematice sexuálního zneužívání dětí	0,003	0,318
Následky psychického týrání dítěte	0,128	0,279
Znalost respondentů o následcích fyzického týrání ve škole	0,095	0,141
Znalost definice sekundární viktimizace	0,174	0,130
Znalost definice Münchhausenova syndromu by proxy	0,655	0,176
Postoj respondentů k oznamovací povinnosti při podezření na syndrom CAN	0,218	1,000
Definice krizové intervence	0,741	0,739
Úloha školy při krizové intervenci	0,370	0,652
Kompetentní osoba v problematice CAN na základní škole	0,197	0,689
Přístup učitele základní školy k dítěti ohroženého syndromem CAN	0,180	0,867
Zásady při komunikaci s dítětem ohroženého syndromem CAN	0,776	0,207
Otázka důvěry učitele základní školy k žákovi ohroženého syndromem CAN	0,042	0,030

Zdroj: Vlastní výzkum 2011

Danou metodou byly zpracovány všechny otázky dotazníku (Příloha 1) vzhledem k mikroregionům výkonu praxe respondentů a věkové kategorii respondentů. V tabulce jsou barevně označeny ty otázky, které jsou statisticky významné a dále podrobněji rozpracované. Červeně jsou označeny otázky s hladinou významnosti 1 %, zeleně otázka s hladinou významnosti 5 %.

### 4.3.1. Vztah prevalence syndromu CAN dle respondentů a mikroregionu výkonu praxe respondentů

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsem stanovila nulovou a alternativní hypotézu

HO: Názor na prevalenci syndromu CAN se nemění v závislosti na mikroregionu

HA: Názor na prevalenci syndromu CAN se mění v závislosti mikroregionu

**Tab. 39: Chi-Square Tests – Znalost respondentů o prevalenci syndromu CAN versus mikroregion**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	27,225	6	,000	,000
Likelihood Ratio	28,707	6	,000	,000
Fisher's Exact Test	24,727			,000
N of Valid Cases	193			

Zdroj: Vlastní výzkum 2011

Kontingenční tabulka prezentuje, že statistickou analýzou užití testu nezávislosti - - Fisherův exaktní test nezávislosti v kontingenční tabulce, byla vypočtena hodnota testovaného kritéria a dosažené hladiny významnosti pro závislost mezi názorem na prevalenci syndromu CAN a mikroregionu výkonu praxe respondentů. Na základě dosažené hladiny významnosti ( $p\text{-value} = 0,000$ ) lze zamítnout s **99%** spolehlivostí nulovou hypotézu. Lze tedy prohlásit, že mezi názorem na prevalenci syndromu CAN a mikroregionem výkonu praxe respondentů je statisticky významný vztah.

**Tab. 40: Kontingenční tabulka – Prevalence syndromu CAN dle respondentů versus mikroregion**

		město				
			Dačice	J.Hradec	Třeboň	Total
Count	Prevalence sy CAN dle respondentů	nevím	1	22	1	24
		snižuje	4	1	0	5
		v průběhu let nemění	13	19	10	42
		zvyšuje	27	59	36	122
	Total		45	101	47	193
% within město	Prevalence sy CAN dle respondentů	nevím	2,2%	21,8%	2,1%	12,4%
		snižuje	8,9%	1,0%	,0%	2,6%
		v průběhu let nemění	28,9%	18,8%	21,3%	21,8%
		zvyšuje	60,0%	58,4%	76,6%	63,2%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0 %
Adjusted Residual	Prevalence sy CAN dle respondentů	nevím	-	+++	-	
		snižuje	++	o	o	
		v průběhu let nemění	o	o	o	
		zvyšuje	o	o	+	

Zdroj: Vlastní výzkum 2011

Tabulka znázorňuje procentuální zastoupení odpovědí respondentů za celý výzkumný soubor a za jednotlivá města, kde respondenti vykonávají svoji učitelskou praxi. Srovnáním relativních četností odpovědí je zřejmé, že respondenti nejvíce odpovídali, že se prevalence syndromu CAN zvyšuje. V mikroregionu Třeboň z celkového počtu respondentů takto odpovědělo 76,7 %, v mikroregionu Dačice 60,0 % a v mikroregionu J. Hradec 58,4 % respondentů.

- +++** *velmi vysoká závislost mezi odpovědí respondentů a mikroregionem*
- ++** *vysoká závislost mezi odpovědí respondentů a mikroregionem*
- +** *existuje významná závislost mezi odpovědí respondentů a mikroregionem*
- o** *není průkazný rozdíl*



#### 4.3.2. Vztah orientace respondentů v problematice sexuálního zneužívání a mikroregionu výkonu praxe respondentů

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsem stanovila nulovou a alternativní hypotézu

HO: Orientace respondentů v problematice sexuálního zneužívání není závislá na mikroregionu výkonu praxe respondentů

HA: Orientace respondentů v problematice sexuálního zneužívání je závislá na mikroregionu výkonu praxe respondentů

**Tab. 41: Chi-Square Tests – Orientace respondentů o problematice sexuálního zneužívání versus mikroregion**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,486	2	,002	,002
Likelihood Ratio	11,306	2	,004	,004
Fisher's Exact Test	11,303			,003
N of Valid Cases	193			

Zdroj: Vlastní výzkum 2011

Kontingenční tabulka prezentuje, že statistickou analýzou užití testu nezávislosti - – Fisherův chí-kvadrát test nezávislosti v kontingenční tabulce, byla vypočtena hodnota testovaného kritéria a dosažené hladiny významnosti pro závislost mezi znalostí respondentů a mikroregionem výkonu praxe respondentů. Na základě dosažené hladiny významnosti ( $p\text{-value} = 0,002$ ) lze zamítnout s **99%** spolehlivostí nulovou hypotézu. Lze tedy prohlásit, že mezi orientací respondentů v problematice sexuálního zneužívání a mikroregionem výkonu praxe respondentů je statisticky významný vztah.

**Tab. 42: Kontingenční tabulka - Orientace respondentů v problematice sexuálního zneužívání versus mikroregion**

		město				
		Dačice	J. Hradec	Třeboň	Total	
Count	Orientace respondentů v problematice sexuálního zneužívání	ano	30	91	40	161
		ne	15	10	7	32
	Total		45	101	47	193
% within město	Orientace respondentů v problematice sexuálního zneužívání	ano	66,7%	90,1%	85,1%	83,4%
		ne	33,3%	9,9%	14,9%	16,6%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Adjusted Residual	Orientace respondentů v problematice sexuálního zneužívání	ano	---	++	o	
		ne	+++	--	o	

Zdroj: Vlastní výzkum 2011

Tabulka znázorňuje procentuální zastoupení odpovědí respondentů za celý výzkumný soubor a za jednotlivé mikroregiony, kde respondenti vykonávají svoji kantorskou praxi. Srovnáním relativních četností odpovědí je zřejmé, že v dané problematice se orientuje 90,1 % respondentů v mikroregionu J. Hradec, 85,1 % respondentů v mikroregionu Třeboň a 66,7 % respondentů v mikroregionu Dačice.

**+++ velmi vysoká závislost mezi odpovědí respondentů a mikroregionem**

**++ vysoká závislost mezi odpovědí respondentů a mikroregionem**

**o není průkazný rozdíl**

### 4.2.3. Vztah důvěry respondentů k žákovi ohroženému syndromem CAN a věkem respondentům

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsme stanovili nulovou a alternativní hypotézu

HO: Důvěra respondentů k žákovi ohroženému syndromem CAN není závislá na věku respondentů

HA: Důvěra respondentů k žákovi ohroženému syndromem CAN je závislá na věku respondentů

**Tab. 43: Chi-Square Tests – Důvěra respondentů k žákovi ohroženému syndromem CAN versus věk respondentů**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,239	1	,022	,030	,017
Continuity Correction	4,555	1	,033		
Likelihood Ratio	5,196	1	,023	,030	,017
Fisher's Exact Test				,030	,017
N of Valid Cases	192				

Zdroj: Vlastní výzkum 2011

Kontingenční tabulka prezentuje, že statistickou analýzou užití testu nezávislosti - - Fisherův exaktní test nezávislosti v kontingenční tabulce, byla vypočtena hodnota testovaného kritéria a dosažené hladiny významnosti pro závislost mezi znalostí respondentů a věk respondentů. Na základě dosažené hladiny významnosti ( $p\text{-value} = 0,030$ ) lze zamítnout s **95%** spolehlivostí nulovou hypotézu. Lze tedy prohlásit, že mezi důvěrou respondentů k žákovi ohroženému syndromem CAN a věkem respondentů je statisticky významný vztah.

**Tab. 44: Kontingenční tabulka – Důvěra respondentů k žákovi ohroženému syndromem CAN versus věk respondentů**

		Věk respondentů		Total	
		do 40 let	nad 40 let	do 40 let	
Count	Postup jednání respondentů s dítětem ohroženým sy CAN	ano	35	83	118
		ne	34	40	74
	Total		69	123	192
% within Věk respondentů	Postup jednání respondent s dítětem ohroženým sy CAN	ano	50,7%	67,5%	61,5%
		ne	49,3%	32,5%	38,5%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%
Adjusted Residual	Postup jednání respondent s dítětem ohroženým sy CAN	ano	-	+	
		ne	+	-	

Zdroj: Vlastní výzkum 2011

Tabulka znázorňuje procentuální zastoupení odpovědí respondentů za celý výzkumný soubor a jednotlivé věkové kategorie. Srovnáním relativních četností odpovědí je zřejmé, že s důvěrou by k žákovi ohroženému syndromem CAN přistupovalo 49,3 % respondentů ve věkové kategorii do 40 let, 32,5 % respondentů ve věkové kategorii nad 40 let.

**+** *existuje významná závislost mezi odpovědí respondentů a věkem*

## 5. Diskuse

Cílem mé diplomové práce bylo zjistit, jak jsou učitelé základních škol informováni o problematice syndromu CAN. Zjistit, zda na jejich znalosti má vliv mikroregion, kde vykonávají svoji učitelskou praxi nebo jejich věk.

Pro kvalitativní výzkum byl vytvořen dotazník, který byl kontaktní osobou rozdán učitelům základních škol v mikroregionech Dačice, Jindřichův Hradec a Třeboň. Celkově bylo respondentům rozdáno 232 dotazníků (100 %), pro výzkum bylo použito 193 dotazníků (82 %).

První čtyři otázky dotazníku byly identifikační. Zjišťovalo se pohlaví a věk respondentů, délka výkonu jejich praxe a profesní zařazení na základní škole. Zbylé otázky byly znalostní, výsledky byly vzhledem k hypotézám porovnávány ve vztahu k mikroregionu výkonu praxe a věku respondentů.

Otázka č. 1 (Graf 1, Graf 2) se týkala pohlaví respondentů. Z celkového počtu respondentů bylo 82 % respondentek a 28 % respondentů. Pokud se zaměříme na jednotlivé mikroregiony, i v každém jednotlivém mikroregionu byla vyšší převaha respondentek nad respondenty.

Otázka č. 2 (Graf 3) se zabývala věkovým složením respondentů. Vzhledem k hypotéze H3, kde se porovnávají znalosti dané problematiky mezi respondenty ve věkové kategorii do 40 let a nad 40 let, byla otázka postavena tak, že se respondenti řadili do dané věkové skupiny. V mikroregionu J. Hradec a Dačice bylo ve výzkumném souboru téměř stejný počet respondentek a respondentů. Převažovali zde respondenti ve věkové kategorii nad 40 let. V mikroregionu Třeboň, byly ve věkové kategorii do 40 let více zastoupeni respondenti, ve věkové kategorii nad 40 let respondentky.

Otázka č.3 (Graf 4) se týkala profesního zařazení učitelů základních škol. Ve výzkumném souboru lehce převažovali respondenti, kteří vykonávají svoji učitelskou praxi pouze na prvním a druhém stupni základní školy nad respondenty, kteří ji vykonávají buď převážně na prvním nebo převážně na druhém stupni.

V otázce č. 4 (Graf 5) respondenti udávali délku výkonu své praxe na základní škole. Odpovědi respondentů byly rozškálovány do kategorií po pěti letech výkonu praxe. Respondenti byly téměř rovnoměrně rozvrstveni ve všech kategoriích.

V otázce č. 5 (Graf 6, Tab.1, Tab. 2) bylo zjišťováno, zda respondenti znají přesnou definici syndromu, CAN, která zní: syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (Dunovský, 1995). Na tuto otázku odpověděli respondenti v mikroregionu J. Hradec lépe než respondenti v Třeboni nebo Dačicích. Ve věkové kategorii do 40 let bylo více respondentů, kteří na tuto otázku odpověděli správně.

Otázka č. 6 (Tab. 3, Tab.4) zjišťovala názor respondentů na prevalenci syndromu CAN. Dle statistických údajů Ministerstva práce a sociálních věcí se počty nahlášených případů týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí zvyšují. V roce 2006 bylo v této věkové kategorii nahlášeno 1049 případů, v roce 2007 1220 případů, v roce 2008 1194 případů a v roce 2009 1276 případů (Statistiky, 2010). Dle statistického zpracování výsledků dotazníku, byla u této otázky zjištěna vysoce významná závislost mezi odpovědí respondentů a mikroregionem výkonu jejich praxe. Na tuto otázku odpověděli správně v nejvyšší procentuální výměře respondenti z mikroregionu Třeboň a respondenti ve věkové kategorii do 40 let. Z výsledků vyplývá, že správně na tuto otázku odpověděla přibližně polovina respondentů, což je z mého pohledu malý počet vzhledem k tomu, že problematika syndromu CAN je v poslední době hodně medializována a navíc se stále často prostřednictvím televize a tisku setkáváme s novými a novými případy týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí.

Otázka č.7 (Graf. 7, Tab. 5, Tab. 6) testovala respondenty, zda znají všechny kategorie, které patří do syndromu CAN. Stoprocentní odpověď respondentů měla obsahovat tyto kategorie – tělesné, psychické a sexuální zneužívání, fyzické a psychické týrání, psychické a fyzické zanedbávání, sekundární viktimizace, zvláštní formy syndromu CAN (Münchhausenův syndrom by proxy, systémové týrání a zneužívání, organizované týrání a zneužívání, rituální týrání a zneužívání) (Dunovský, 1995). V této otázce prokázali nejvyšší znalosti respondenti v mikroregionu J. Hradec oproti respondentům v mikroregionu Dačice a Třeboň a ve věkové kategorii do 40 let.

Otázka č.8 (Graf 8, Tab. 7, Tab. 8) zjišťovala, zda respondenti umí určit rizikové skupiny dětí, které jsou ve zvýšené míře ohroženy syndromem CAN. Mezi rizikové děti řadíme děti integrované s postižením, např. děti s tělesným, smyslovým či mentálním postižením, děti s dietními problémy, úzkostné, žijící v neúplné rodině, děti z rodin, kde je zaznamenána alkoholická či drogová anamnéza (Krejčířová, 2007). Tyto rizikové skupiny dětí uměli lépe definovat respondenti v mikroregionu J. Hradec než respondenti v mikroregionu Třeboň a Dačice a respondenti ve věkové kategorii do 40 let. Pokud budu posuzovat celkově tuto otázku, prokázali v ní respondenti pouze padesátiprocentní znalosti. Myslím si, že tato otázka byla jednou z klíčových. Souhlasím s Kyriacou (2005), že učitel a zvláště třídní učitel, by měl přistupovat ke každému žákovi individuálně, měl by znát např. jeho zdravotní stav, jeho rodinnou situaci. Domnívám se tedy, že by měl umět děti, které patří do rizikové skupiny „vytipovat“ a věnovat jim zvýšenou pozornost, aby mohl eventuálně včas dítěti poskytnout odbornou pomoc. Proto je důležité, aby tyto rizikové skupiny dětí znal.

Otázka č.9 (Graf 9, Tab. 9, Tab. 10) se věnovala znalostem respondentů v problematice sexuálního zneužívání. Dle Špeciánové (2007) se sexuální zneužívání dělí na kontaktní a nekontaktní formu. Nekontaktní forma zahrnuje zejména exhibicionismus, harassment, obscénní telefonické hovory či přinucení dítěte k obnažování a fotografování, k prohlížení časopisů s pornografií (Špeciánová, 2007). Učitelé mohou být upozorněni na sexuální zneužívání dítěte především jeho chováním (Pöthe, 2000). Někdy mohou být změny v chování až extrémní, dítě může být pasivní nebo naopak dráždivé až agresivní, často zůstává stranou kolektivu, je velmi závislé na učitelích (Elliot, 2002). Také u této otázky byla dle statistického zpracování výsledků dotazníku zjištěna vysoce významná závislost mezi odpovědí respondentů a mikroregionem výkonu jejich praxe. Správně tuto otázku zodpověděli respondenti v mikroregionu J. Hradec a respondenti ve věkové kategorii nad 40 let.

Otázka č. 10 (Graf 10, Tab.11, Tab. 12) zjišťovala, zda respondenti vědí, že psychické týrání dítěte se může promítnout do jeho osobnostních rysů. Dle mne je problematika psychického týrání důležitá především proto, že je nejhůře rozpoznatelná a přesto že jde o nejrozšířenější typ týrání, (Dunovský, 1995) bývá často

podceňována. Jako následek psychického týrání mohou u dětí vzniknout různé druhy závislostí, poruchy příjmu potravy či poruchy chování, mohou se objevit psychosomatické potíže, narušení mezilidských vztahů, kdy dítě má tendenci izolovat se, v nejhorších případech i suicidální jednání (Špeciánová, 2007). Pokud u dítěte nastane výše jmenovaná změna v chování, měl by to být pro učitele varovný impuls, že v okolí dítěte (rodině) se může odehrávat něco závažného. U této otázky prokázali nejvyšší znalosti respondenti v mikroregionu J.Hradec a ve věkové kategorii do 40 let.

V otázce č. 11 (Graf 11, Tab. 13, Tab.14) se respondenti rozhodovali, zda následky fyzického týrání dítěte mají spojitost se školou. Dle Dunovského (1995) se u těchto dětí často setkáváme s náhlým zhoršením školního prospěchu. Děti jsou na výuku nepřipravené, nesoustředěné, během výuky se v myšlenkách obírají svými problémy. Dítěti začne být zcela jedno, jakou známku ve škole dostane. Z veselého žáka se často stane úzkostný a neprůbojný žák (Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních, 2010). Myslím si, že v tomto případě, v odhalení týrání dítěte, může učitel sehrát klíčovou roli, pokud nevidí za zhoršeným školním prospěchem jen lajdáctví dítěte a jeho nechut k učení. Na tuto otázku v nejvyšší procentuální míře odpověděli respondenti z mikroregionu J.Hradec a respondenti ve věkové kategorii do 40 let. Pokud bych posuzovala odpovědi na tuto otázku globálně, byly velmi neuspokojivé.

V otázce č.12 (Graf 12, Tab.15, Tab.16) měli respondenti do syndromu CAN zařadit sekundární viktimizaci. Sekundární viktimizace představuje druhotné traumatizování dítěte ohroženého syndromem CAN vyšetřováním či chováním ostatních lidí (Dušková, 2003). Tato otázka byla do dotazníku zařazena proto, aby si respondenti uvědomili, jak důležité je citlivé jednání s dítětem, které je ohroženo syndromem CAN, že pro dítě jsou zatěžující i následné rozhovory. Myslím si, že tato kategorie syndromu CAN je často opomíjena. Respondenti v mikroregionu Dačice a ve věkové kategorii nad 40 let prokázali nejvyšší znalost definice sekundární viktimizace.

V otázce č. 13 (Graf 13, Tab. 17, Tab.18) měli respondenti zařadit k syndromu CAN definici Münchhausenova syndromu by proxy. Tento syndrom patří do skupiny předstíraných poruch, kdy nejčastěji matka předstírá nebo vytváří u dítěte potíže, kvůli



nimž s dítětem vyhledává opakovaně zdravotnickou péči (Kocourková, 2006). Zde si myslím, že si může učitel všimnout, když jeho žák je rodiči často omlouván z výuky z důvodů opakovaných návštěv lékaře, či opakovaných vyšetření. Na tuto otázku odpověděli nejpřesněji respondenti z mikroregionu Třeboň a ve věkové kategorii nad 40 let.

Otázka č. 14 (Graf 14, Tab. 19, Tab. 20, Tab. 21) se týkala oznamovací povinnosti učitelů při věrohodném podezření, že jejich žák je ohrožen syndromem CAN. Jak uvádí Špeciánová (2007), mají učitelé dle předpisu 14 269/2001-26 Pracovního řádu povinnost ohlašovat řediteli školy podezření na šikanování či týrání ve škole či mimo školu. V této otázce prokázali respondenti velmi kvalitní znalosti svých povinností. Respondenti, pokud na tuto otázku odpověděli kladně, měli možnost písemně označit osobu, ke které mají oznamovací povinnost. Z těch respondentů, kteří využili možnosti označit tuto osobu, největší počet označil správně ředitele školy. Nejvíce respondentů, kteří správně odpověděli na tuto otázku bylo z mikroregionu Třeboň a ve věkové kategorii nad 40 let.

Otázka č.15 (Graf 15, Tab.22, Tab. 23) zkoumala, zda respondenti umí určit definici krizové intervence. Jak uvádí Vodáčková (2007), jedná se o akutní řešení krizové situace, které pomáhá zpřehlednit a strukturovat chování žáka a zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování. Krizová intervence učitele – vyškoleného laika – může být první oporou žáka a může stabilizovat jeho stav (Lazarová, 2005). Velkou roli zde hrají i doškolovací kurzy a školení a semináře poskytující odbornou či metodickou přípravu, které jsou učitelům základních škol nabízeny vysokými školami (Špeciánová, 2007). Nejvíce respondentů, kteří správně určili definici krizové intervence, bylo z mikroregionu Dačice a ve věkové kategorii do 40 let.

Otázka č. 16 (Graf 16, Tab. 24, Tab.25) zkoumala, zda respondenti vědí, že každá základní škola má vypracovaný postup krizové intervence při řešení problematiky syndromu CAN svých žáků (Kyriacou, 2005). Škola se při vytváření tohoto plánu opírá o Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních. V tomto metodickém doporučení je zakotveno, jak

má rámcově postupovat učitel základní školy při podezření na fyzické týrání, sexuální zneužívání či šikanu. Nejvíce správných odpovědí bylo zaznamenáno u respondentů v mikroregionu Dačice a ve věkové kategorii do 40 let. Celkově na tuto otázku správně odpovědělo ve všech mikroregionech i ve věkové kategorii do a nad 40 let přibližně 50 %, což dle mého je malé číslo. Předpokládám, že pokud respondenti nevědí, že existuje krizový plán práce s dítětem ohroženým syndromem CAN, nemohou mu poskytnout včasnou, účinnou a profesionální pomoc.

Otázka č. 17 (Graf. 17, Tab. 26, Tab. 27, Tab. 28) zjišťovala, zda ve škole mají respondenti možnost konzultovat případné obavy či nejasnosti týkající se žáka se syndromem CAN s osobou kompetentní pro danou problematiku. Každá škola by měla mít v rámci svého pedagogického sboru jednu odpovědnou osobu, věnující se rizikovému chování na škole (Kyriacou, 2005). Tuto funkci na základní škole zastává školní metodik prevence. Jeho činnost vyplývá z Vyhlášky č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. Jednou z těchto činností je právě spolupráce s třídními učiteli při zachycování varovných signálů spojených s možností rozvoje sociálně patologických jevů u žáků (Vyhláška o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních). Na tuto otázku nejlépe odpověděli respondenti z mikroregionu Třeboň a ve věkové kategorii nad 40 let. Celkově bylo pro mne potěšující, že ve všech mikroregionech a obou věkových kategoriích respondenti správně odpovídali přibližně v 80 – 90 %. U této odpovědi mohli respondenti vypsát konkrétní kontaktní osobu. Respondenti, kteří využili této možnosti, nejčastěji uváděli jako kontaktní osobu preventistu sociálně patologických jevů.

Otázka č. 18 (Graf 18, Tab. 29, Tab. 30) zkoumala osobní přístup respondentů k žákovi ohroženému syndromem CAN. Otázka zněla, zda má učitel jednat empaticky či se má striktně držet profesionálního přístupu. Dle Kyriacou (2005) i přesto, že by se učitel měl zabývat vlastními pocity, postoji a hodnotami souvisejícími se zneužitím, měl by s žákem jednat opatrně a hlavně by měl umět oddělit své vlastní názory a pocity od profesionálního přístupu k problému. U této otázky prokázali nejlepší znalosti respondenti z mikroregionu Třeboň a ve věkové kategorii do 40 let. Celkově mne zde

respondenti pozitivně překvapili správnými odpověďmi, které se ve všech mikroregionech a věkových kategoriích pohybovali mezi 70-80 %.

Otázka č. 19 (Graf 19, Tab. 31, Tab.32) se věnovala komunikaci respondentů s žákem ohroženým syndromem CAN. Jedná se o velmi citlivé téma. Učitel by měl rozhovoru věnovat velkou pozornost a dodržovat určité zásady. Musí dítěti vytvořit vhodné prostředí k rozhovoru, žáka na rozhovor připravit, neodvádět ho z vyučování, vysvětlit mu téma rozhovoru, nehovořit s ním nějak jinak než neobvykle, komunikovat s ním jazykem, který odpovídá jeho vývojovému stupni, používat výrazy vlastní dítěti, nebát se intimních otázek, brát v úvahu otázky dítěte, v žádném případě mu nevsugerovat odpovědi, vyvíjet na něj jakýkoliv nátlak, kritizovat a neobviňovat ho, nabízet odměnu či dávat najevo své vlastní zděšení či údiv (Špaténková, 2007). Z uvedeného je zřejmé, že na takovýto rozhovor se musí učitel důkladně připravit a vyžaduje jeho profesionální přístup. Nejvíce správných odpovědí na tuto otázku jsem zaznamenala v mikroregionu Třeboň a ve věkové kategorii nad 40 let. Respondenti ve všech regionech a obou věkových kategoriích u této otázky prokázali velmi dobré znalosti, správné odpovědi se pohybovaly na hranici 95 %.

Otázka č. 20 (Graf 20, Tab. 33, Tab.34) se týkala důvěry respondentů k žákovi ohroženému syndromem CAN. Učitel, kterému se mu žák svěří, že je fyzicky nebo psychicky týrán či sexuálně zneužíván, by měl přijmout sdělení v klidu a věřit mu. Žák musí mít pocit, že může učiteli zcela důvěřovat a že tento dospělý je na jeho straně (Jak podpořit dítě, 2009). Učitel by měl postupovat podle zvoleného postupu na škole a být připraven na to, že žákova výpověď může být vymyšlená (Malá, 2008). Jak uvádí Malá 5-10 % dětských obvinění ze sexuálního zneužívání je falešných. Dle statistického zpracování výsledků dotazníku byla u této otázky zjištěna významná závislost mezi odpověďmi respondentů a věkem respondentů. Důvěru k žákovi ohroženému syndromem CAN projevilo nejvíce respondentů v mikroregionu Dačice a ve věkové kategorii do 40 let. U této otázky byl zaznamenán významný rozdíl v odpovědích vzhledem k mikroregionu a věkové kategorii. Zatímco vzhledem k mikroregionu se správné odpovědi pohybovaly na hranici 25-45 %, tak u věkové kategorie to bylo na hranici 50-70 %. Dle mého názoru, by učitel měl vždy odpovědně a s důvěrou přistupovat ke

každé jednotlivé výpovědi svého žáka, která se týká problematiky syndromu CAN. Vždy je lepší, když se prokáže falešné obvinění než když se dítěti, které je opravdu týráno, zanedbáváno či zneužíváno nedostane včasné intervence a následné péče. V současné době, kdy se setkáváme s velmi skrytými formami týrání je někdy výpověď žáka jediná možnost jak odhalit syndrom CAN.

## 6. Závěr

Cílem diplomové práce bylo zjistit informovanost učitelů základních škol o problematice syndromu CAN (týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte). Informovanost respondentů byla zjišťována vzhledem k mikroregionům, kde respondenti vykonávali svoji učitelskou praxi a věku respondentů.

K ověření hypotéz byl použit dotazník, který byl anonymní a byl určen učitelům základních škol v mikroregionu Dačice, Jindřichův Hradec a Třeboň. Výzkumný soubor by tvořen 193 respondenty.

Z výsledků provedeného výzkumu vyplynulo, že rozsah informací, které mají učitelé základních škol o dané problematice, nezáleží ani na mikroregionu, kde respondenti vykonávají svoji pedagogickou praxi, ani na jejich věku. Učitelé základních škol v Jindřichově Hradci nemají vyšší informovanost o problematice syndromu CAN než učitelé základních škol v Třeboni a Dačicích. Tudíž hypotézy H1 a H2 se nepotvrdily. Dále pak učitelé základních škol ve věkové kategorii do 40 let neprokázali vyšší znalost problematiky syndromu CAN než učitelé ve věkové kategorii nad 40 let. Tedy ani hypotéza H3 se nepotvrdila.

Ze sumarizace výsledků vyplývá, že znalosti respondentů o dané problematice a o krizové intervenci při podezření na syndrom CAN, jsou celkově nízké. Každý učitel základní školy může pomoci týranému či zneužívanému dítěti. Tráví s dětmi nejvíce času a může zachytit včas varovné signály. Musí ovšem znát základní informace o syndromu CAN, o právech dítěte a v neposlední řadě blíže poznat osobní a rodinnou anamnézu ohrožených dětí. Musí vědět, jak se v dané situaci zachovat, jak postupovat, na jaké kompetentní osoby či instituce se obrátit.

Na podkladě výsledků mé diplomové práce si myslím, že je potřeba zabývat se kvalitnějším a cíleným vzděláváním učitelů základních škol v této problematice. Klíčovou roli zde mohou sehrát nestátní neziskové organizace zabývající se problematikou syndromu CAN, které mohou zajistit školám vzdělávání učitelů, intervenční programy či programy zaměřené na prevenci syndromu CAN.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. BARHT, Richard. Preventing Child Abuse and Neglect with Parent Training: Evidence and Opportunities. *Future for children*, February 2009, vol.19, no.2, s. 95-118. ISSN 1054-8289.
2. BEERS, Sue. R - DE BELLIS, Michael. D. Neuropsychological Function in Children With Maltreatment-Related Posttraumatic Stress Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, March 2002, vol. 159, no. 3, s. 483-486.
3. BECHYŇOVÁ, Věra – KONVIČKOVÁ, Marta. *Sanace rodiny*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 152 s. ISBN 978-80-7367-392-5.
4. BRABENEC, František. *Zákon o sociálně právní ochraně dětí*. 2. akt. a dopl. vyd. Praha: Lind, 2002. 306 s. ISBN 80-86131-31-9.
5. BURDOVÁ, Eva – NOVOTNÁ, Věra. *Zákon o sociálně právní ochraně dětí*. 3. akt. a dopl. vyd. Praha: Linde, 2007. 471 s. ISBN 978-80-86131-72-6.
6. CASPI, Avshalom – MOFFITT, Terrie E. – MOGRAN, Julia et al. Maternal expressed emotion predicts children's antisocial behavior problems: Using monozygotic-twin differences to identify environmental effects on behavioral development. *Developmental Psychology*, 2004, vol. 40, no. 2, s. 146-161. ISSN 0012-1649.
7. ČÁP, Jan – MAREŠ, Jiří. *Psychologie pro učitele*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 656 s. ISBN 80-7178-463-X.
8. ČÍRTKOVÁ, Ludmila – VITUŠOVÁ, Petra at al. *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 191 s. ISBN 978-80-247-2014-2.
9. DRTILOVÁ, Jana. Zranitelné oběti a svědci. In *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. s. 51-56. ISBN 978-80-247-2014-2.
10. DUNOVSKÝ, Jiří et. al. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. 1. vyd. Praha: Grada, 1995. 243 s. ISBN 80-7169-192-5.

11. DUNOVSKÝ, Jiří. Komerční sexuální zneužívání dětí. In *Sexuální zneužívání dětí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. s. 141. ISBN 80-247-0929-5.
12. DUNOVSKÝ, Jiří. Komerční sexuální zneužívání dětí. In *Sexuální zneužívání dětí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. s. 141. ISBN 80-247-0929-5.
13. DUNOVSKÝ, Jiří. Komerční sexuální zneužívání dětí. In *Sexuální zneužívání dětí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. s. 142. ISBN 80-247-0929-5.
14. DUŠKOVÁ, Zora. Problematika dětí týraných, zneužívaných a zanedbávaných. In *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence*. 1. vyd. Praha: Free Teens Press, 2003. 260 s. ISBN 80-902898-3-5.
15. ELLIOT Julian – PLACE Maurice. *Dítě v nesnázích*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 208 s. ISBN 80-247-0182-0.
16. FINKELHORN, David – ORMROD, Richard – TURNER, Heather. School, Police, and Medical Authority Involvement With Children Who Have Experienced Victimization. *Archives of Pediatrics & Adolescent medicine*, Januar 2011, vol. 165, no. 1, s. 9-15. ISSN 1072-4710.
17. FISCHER, Slavomil – ŠKODA, Jiří. *Sociální patologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 224 s. ISBN 978-80-247-2781-3.
18. GJURIČOVÁ, Šárka – KOCOURKOVÁ, Jana – KOUTEK, Jiří. *Podoby násilí*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2000. 104 s. ISBN 80-7021-416-3.
19. HAVLÍK, Radomír – KOŤA Jaroslav. *Sociologie výchovy a školy*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 184 s. ISBN 80-7178-635-7.
20. CHYTRÝ, Michal et. al. *Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte – agresivita očima dětí*. 1. vyd. Praha: Dětské krizové centrum, 1997.
21. JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 288 s. ISBN 80-7178-535-0.

22. KACHLÍK, Petr et. al. Syndrom CAN je problém i v české škole. In *Psychologické otázky adolescence*. Blansko: Albert Reprocentrum, 2001. s. 87-102. ISBN 80-7326-001-8.
23. KOCOURKOVÁ, Jana. Münchhausenův syndrom by proxy. In *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2 vyd. Praha: Portál, 2008. s. 401. ISBN 978-80-7367-404-5.
24. KOCOURKOVÁ, Jana. Münchhausenův syndrom by proxy. In *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2 vyd. Praha: Portál, 2008. 401-404 s. ISBN 978-80-7367-404-5.
25. KOCOURKOVÁ, Jana. Myslíme na syndrom Münchhausen by proxy? *Pediatric pro praxi*. 2008, roč. 9, č.3, s. 14. ISSN 1213-0494.
26. KOCOURKOVÁ, Jana. Sexuální zneužívání dětí. In *Dětská klinická psychologie*. 4. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. s. 291-295. ISBN 80-247-1049-8.
27. KOCOURKOVÁ, Jana. Sexuální zneužívání dětí. In *Dětská klinická psychologie*. 4. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. s. 292. ISBN 80-247-1049-8.
28. KOLÁŘ, Michal. *Bolest šikanování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 255 s. ISBN 80-7178-513-X.
29. Kolektiv autorů. *Kyberšikana a její prevence – příručka pro učitele*. 1. vyd. Plzeň: Dragon Press, 2009. 108 s. ISBN 978-80-86961-78-1.
30. KRAHE, Barbara – SCHEINBERBERGER, Renate – WAIZENHÖFER, Eva. Childhood sexual abuse and revictimization in adolescence. *Child Abuse & Neglect*, September, 2004, vol. 23, no. 4, s.383-394.
31. KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální politiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 216 s. ISBN 978-80-7367-383-3.



32. KREJČÍŘOVÁ, Dana. Syndrom týraného dítěte. In *Dětská klinická psychologie*. 4. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. s. 289-291. ISBN 80-247-1049-8.
33. KREJČÍŘOVÁ, Dana. Týrání, zneužívání a zanedbávání dětí. In *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*. 1. vyd. Praha: Ireas, 2007. s. 9-45. ISBN 978-80-86684-47-5.
34. KREJČÍŘOVÁ, Dana. Týrání, zneužívání a zanedbávání dětí. In *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*. 1. vyd. Praha: Ireas, 2007. s. 21. ISBN 978-80-86684-47-5.
35. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie zdraví. 3. vyd. Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
36. KUTÝ, Jan – JÚZA, Štěpán. *Bezpečnost mimoškolní práce s dětmi a mládeží*. 1. vyd. Praha: Sdružení mladých ochránců přírody, 2007. 224 s. ISBN 978-80-903969-1-3.
37. KYRIACOU, Chris. *Řešení výchovných problémů ve škole*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 151 s. ISBN 80-7178-945-3.
38. LAZAROVÁ, Bohumíra. *Netradiční role učitele*. 1. vyd. Praha: PAIDO, 2005. 70 s. ISBN 80-7315-115-4.
39. MALÁ, Eva. Týrané, zanedbávané a sexuálně zneužívané dítě. In *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. s. 391-392. ISBN 978-80-7367-404-5.
40. MARTÍNEK, Zdeněk. *Agresivita a kriminalita školní mládeže*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 152 s. ISBN 978-80-247-2310-5.
41. MATĚJČEK Zdeněk. *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní*. 1. vyd. Praha: Portál, 1994. 98 s. ISBN 80-85282-83-6.
42. MATĚJČEK, Zdeněk. *Děti, rodina a stres*. 1. vyd. Praha: Galén, 1994. s.11. ISBN 80-85824-06-X.

43. MATĚJČEK, Zdeněk. *Po dobrém nebo po zlém?* 5. vyd. Praha: Portál, 2000. 109 s. ISBN 80-7178-486-9.
44. MATĚJČEK, Zdeněk. Týrané dítě. In *Výbor z díla*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. s. 339-358. ISBN 80-246-1056-6.
45. MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 271 s. ISBN 978-80-7367-368-0.
46. MILFAIT René. *Komerční sexualizované násilí na dětech*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 216 s. ISBN 978-80-7367-320-8.
47. MILLS, Ryan – ALATI, Rosa - O'Callaghan, Michael. Child abuse and neglect and cognitive function at 14 years of age: Findings from a birth cohort. *Child abuse & neglect*, January 2011, vol. 127, no. 1, s. 4-10. ISSN 00314005.
48. MILNER, Joel S. – THOMSEN, Cynthia J. – CROUCH, Julie L. Do trauma symptoms mediate the relationships between childhood physical abuse and adult child abuse risk? *Child Abuse & Neglect*, 2010, vol. 34, no. 5, s. 332-344. ISSN 0145-2134.
49. *Násilí na dětech. „Násilí nezná hranice, ale zanechává stopy.“* Praha: Humanita – Profes, 2003. s. 43. ISBN 80-903392-0-4.
50. NELEŠOVSKÁ, Alena. *Pedagogická komunikace v teorii a praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 172 s. ISBN 80-247-0738-1.
51. PEŠOVÁ, Ilona – ŠAMALÍK, Miroslav. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1216-4.
52. PÖTHE, Peter. *Dítě v ohrožení*. 1. vyd. Praha: G PLUS G, 1999. 186 s. ISBN 80-86103-21-8.
53. POTOČNÝ, Miroslav. *Mezinárodní právo veřejné. Zvláštní část*. 5. vyd. Praha: C.H. Beck, 2006. 512 s. ISBN 80-7179-536-4.
54. PROKOPOVA, Alice. The influence of the personality of a teacher on the pro-sociality of pupils. *School and health*, 2006, vol. 21, no. 1, s. 355-365.

55. PTÁČEK, Radek. Zanedbávání dětí – psychologické, sociální a právní aspekty. *Kriminalistika*, 2006, roč. 39, č.3, s. 200-210. ISBN 1210-9150.
56. SLANÝ, Jaroslav. *Syndrom CAN (syndrom týraného dítěte)*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2008.156 s. ISBN 978-80-7368-474-7.
57. SMITH, Heather. *Děti a rozvod*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 184 s. ISBN 80-7178-906-2.
58. STANĚK, Antonín. *Násilí páchané na dětech*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 73 s. ISBN 80-244-1430-9.
59. ŠPATĚNKOVÁ, Naděžda et. al. *Krizová intervence v praxi*.1. vyd. Praha: Grada, 2004. 200 s. ISBN 80-247-0586-9.
60. ŠPECIÁNOVÁ, Šárka. *Ochrana týraného a zneužívaného dítěte*. 1. vyd. Praha: Linde, 2007. 156 s. ISBN 80-86131-44-0.
61. ŠPECIÁNOVÁ, Šárka. *Sociálně-právní ochrana dětí*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. 36 s. ISBN 978-80-86991-6.
62. TEISL, Michael – CICCHETTI, Dante. Physical abuse, cognitive and emotional processes, and aggressive/disruptive behavior problems. *Social development*, 2008, vol. 17, no. 1, s. 1-23. ISSN 0961-205X.
63. TEYBER, Edward. *Děti a rozvod*. 1. vyd. Návrat domů, 2007. 232 s. ISBN 978-80-7255-163-7.
64. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7367-414-9.
65. VÁGNEROVÁ, Marie. *Školní poradenská psychologie pro pedagogy*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2005. s. 430. ISBN 80-246-1074-4.
66. VALIŠOVÁ, Alena – KASÍKOVÁ, Hana et. al. *Pedagogika pro učitele*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 404 s. ISBN 978-80-247-1734-0.
67. VANÍČKOVÁ, Eva et. al. *Sexuální násilí na dětech*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 118 s. ISBN 80-7178-286-6.

68. VANÍČKOVÁ, Eva. *Dětská prostituce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 136 s. ISBN 80-247-1138-9.
69. VANÍČKOVÁ, Eva. *Tělesné tresty dětí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 116 s. ISBN 80-247-0814-0.
70. *Velká kniha citátů I*. 1.vyd. Praha: Tempo, 1998. s. 248.
71. VODÁČKOVÁ, Daniela et.al. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 544 s. ISBN 978-7367-342-0.
72. WEISS, Petr et. al. *Sexuální zneužívání – pachatelé a oběti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. 212 s. ISBN 80-7169-795-8.
73. WEISS, Petr et. al. *Sexuální zneužívání dětí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 158 s. ISBN 80-247-0929-5.
74. WISSOW, Lawrence S. Societa Cista of Child Abuse. *Child abuse & neglect*, May 2005, vol. 152, no. 1, s. 335-339. ISSN 03043959.
75. ZOUBKOVÁ, Ivana. Kriminalita páchaná na mládeži. *Kriminalistika*. 2001, roč. 34, č. 2, s. 93-99. ISSN 1615-9453.

### **Internetové zdroje:**

1. BRŮŽEK, Antonín. Století dítěte a práva dítěte [on line]. 31.1.2011 [cit. 2011-04-13]. Dostupné z: < <http://dcicz.org/userfiles/file/sdpd.pdf> >.
2. Dětská práva [on line]. 26.8.2008 [cit. 2010-11-28]. Dostupné z: <<http://absolventi.gymcheb.cz/2007/mihrubo/detska%20prava.html>>.
3. *Jak podpořit dítě* [on line]. Stop násilí.cz, 2008 [cit. 2011-03-28]. Dostupné z:<<http://www.stopnasili.cz/verejnost/dn-pro-pedagogy-a-vychovne-poradce-zs/jak-podporit-dite.html>>.

4. *Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních* [on line]. 9.11.2010 [cit. 2011-02-15]. Dostupné z: <<http://www.ssos-sou.cz/files-vse-v-jednom.pdf>>.
5. *Mezinárodní pakt o občanských a politických právech* [on line]. 6.11.2006 [cit. 2011 – 08-01]. Dostupné z: <<http://www.vlada.cz/scripts/detail.php?id=19852>>.
6. *Nadace naše dítě – Kalendárium* [on line]. 2009 [cit. 2011-02-10]. Dostupné z:<<http://www.nasedite.cz/webmagazine/kategorie.asp?idk=203>>.
7. *Pracovní řád pro zaměstnance škol a školských zařízení* [on line]. 13.9.2007 [cit. 2011-02-13]. Dostupné z: <<http://www.skolaonline.cz/crripts/detail.php.id=156>>.
8. *Rizikové chování dětí a mladistvých. Příčiny/následky/prevence.* [on line]. 13.7.2010 [cit. 2011-03-23]. Dostupné z: <[http://www.urazneninahoda.cz/dokumenty/unn\\_brozura\\_rizikove\\_chovani.pdf](http://www.urazneninahoda.cz/dokumenty/unn_brozura_rizikove_chovani.pdf)>.
9. RYDLO, Jan. *Prevence šikanování ve škole* [on line]. 10.3.2009 [cit.2010-11-08]. Dostupné z: <[http://www.vosezlin.cz/legislativa/sikana\\_vose.pdf](http://www.vosezlin.cz/legislativa/sikana_vose.pdf)>.
10. ŠČERBOVÁ, Denisa. *Syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte* [on line]. 22.11.2004 [cit. 2011-03-17]. Dostupné z: <<http://www.phil.muni.cz/hump/psychoterapie/deti.pdf>>.
11. *Sociálně-patologické jevy* [on line]. 13.10.2008 [cit. 2008-03-02]. Dostupné z: <<http://www.zs-stitna.cz/wp-content/dokumenty/socialne-patologicke-jevy.pdf>>.
12. *Statistiky* [on line]. Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2010 [cit.2010-11-08]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/7260>>.
13. *Syndrom CAN – charakteristika* [on line]. 2006 [cit. 2010-10-10]. Dostupné z:<<http://www.icm.cz/syndrom-can-charakterisktika/>>.
14. *Syndrom týraného dítěte – syndrom CAN* [on line]. 4.10.2010 [cit. 2011-02-17]. Dostupné z:<<http://www.kppp.cz/co-vas-zajima/syndrom-tyraneho-ditete.html>>.

15. *Úmluva o právech dítěte* [on line]. 15.11.2006 [cit. 2011-01-05]. Dostupné z: < <http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/umluva-o-pravech-ditete.pdf>>.
16. *Výklad Úmluvy o právech dítěte* [on line]. 2006 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z:< <http://www.crdm.cz/publikace/umluva/uvod.html>>.

### **Zákony a vyhlášky:**

1. Vyhláška 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních
2. Zákon č. 40/2009, trestní zákon
3. Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí
4. Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti
5. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělání
6. Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících
7. Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině

## **8. Klíčová slova**

Dítě

Krizová intervence

Rodina

Syndrom CAN

Učitel základní školy

Žák základní školy

## **9. Přílohy**

### **Příloha 1** Dotazník



## **Příloha 1**

### **Dotazník pro učitele základních škol**

5.12.2010

Vážená paní učitelko, pane učiteli,

dovoluji si Vás oslovit s prosbou o vyplnění přiloženého dotazníku. Jmenuji se Martina Jandová a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory. V současné době pracuji na diplomové práci na téma „Problematika syndromu CAN z pohledu učitelů základních škol“. Cílem mé práce je zjistit jak se učitelé základních škol orientují v dané problematice.

Vámi vyplněné informace budou využity jen pro účel diplomové práce. **Dotazník je zcela anonymní.**

Děkuji Vám za pochopení a Vaš čas věnovaný vyplnění dotazníku. Vámi vybranou variantu zaškrtněte křížkem.

#### **1. Jste:**

- žena
- muž

#### **2. Patříte do věkové kategorie:**

- 40 let a méně
- 41 let a více

#### **3. Vykonáváte pedagogickou činnost na:**

- pouze 1. stupni ZŠ
- pouze 2. stupni ZŠ
- převážně na 1. stupni ZŠ
- převážně na 2. stupni ZŠ

#### **4. Délka Vaší praxe v oboru činí:**

.....rok(ů)/ let

#### **5. Syndrom CAN (Child Abuse Neglect) znamená:**

- syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte
- syndrom týraného, zneužívaného a odmítaného dítěte
- syndrom bitého, zneužívaného a zanedbávaného dítěte

**6. Podle Vás se počet dětí se syndromem CAN v České republice:**

- zvyšuje
- snižuje
- v průběhu let nemění
- nevím

**7. Do syndromu CAN bych zařadil/a (možno zaškrtnout více odpovědí):**

- fyzické zneužívání
- psychické zneužívání
- psychické odmítání
- fyzické týrání
- psychické týrání
- bití dítěte
- sexuální zneužívání
- sekundární viktimizaci (druhotné poškození oběti vyšetřujícími postupy)
- psychické zanedbávání
- fyzické zanedbávání
- zvláštní formy syndromu CAN (Münchhausenův syndrom v zastoupení, systémové týrání  
a zneužívání, organizované týrání a zneužívání, rituální týrání a zneužívání)
- jiné (vypište) .....

**8. Syndromem CAN jsou ve zvýšené míře ohroženy (možno zaškrtnout více odpovědí):**

- děti integrované s postižením (např. tělesným, smyslovým, mentálním)
- děti s dietními problémy (např. obézní, podvyživené)
- děti úzkostné
- děti nápadně se oblékající
- děti žijící v neúplné rodině
- děti z rodin, kde je alkoholická či drogová anamnéza
- děti s vynikajícím prospěchem
- jiné (vypište).....

**9. Mezi sexuální zneužívání řadíme také bezkontaktní formy (např. exhibicionismus, harassment či vystavení dítěte sledování pornografických časopisů):**

- ano
- ne

**10. Mezi následky psychického týrání bych zařadil/a (lze zaškrtnout více možností):**

- vznik různých druhů závislostí (kouření, alkoholismus, drogová závislost)
- poruchy příjmu potravy (např. anorexie, bulimie)
- poruchy chování (např. deprese, změny osobnosti, sebevražedné pokusy)
- psychosomatické obtíže (např. bolesti hlavy, zvýšené teploty bez příčiny)
- uzavření žáka do sebe (např. odmítání chodit mezi spolužáky, do školy, do zájmových kroužků, na výlety)

**11. Jak se může projevit fyzické týrání žáka:**

- žák často vyrušuje v průběhu vyučování
- zhoršený prospěch ve škole
- neprojevuje se

**12. Do syndromu CAN patří také děti, u kterých pečující osoba předstírá nebo vytváří zdravotní potíže, kvůli nimž s nimi opakovaně vyhledává zdravotnickou péči:**

- ano
- ne

**13. Mezi zvláštní formu týrání a zneužívání řadíme případy dětí, které jsou po prvotním traumatu následně traumatizovány osobami, které by je měli chránit např. opakovanými lékařskými prohlídkami, policejními výslechy, výslechy u soudu:**

- ano
- ne

**14. Pokud má učitel věrohodné podezření, že žák je ohrožen syndromem CAN, má oznamovací povinnost:**

- ano – koho bych informoval (vypište dle pořadí) .....
- ne

**15. Krizová intervence pomůže zpřehlednit a strukturovat prožívání žáka v souvislosti se syndromem CAN a zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování.**

- ano
- ne

**16. Každá škola má vypracovaný postup krizové intervence při řešení problematiky syndromu CAN svých žáků:**

- ano
- ne

**17. Ve škole má učitel možnost konzultovat případné obavy a nejasnosti, týkající se žáka se syndromem CAN s kompetentní osobou na danou problematiku:**

- ano, s kým.....
- ne

**18. Pro žáka se syndromem CAN je přínosné, když učitel při řešení dané problematiky opustí od striktně profesionálního přístupu a jedná empaticky:**

- ano
- ne

**19. Při komunikaci s dítětem se syndromem CAN musí učitel dodržovat určité zásady:**

- ano
- ne

**20. Učitel by neměl již při prvním setkání uvěřit výpovědi žáka, který je údajně ohrožen syndromem CAN, ale měl by vyčkat na vyhodnocení věrohodných důkazů:**

- ano
- ne