



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra sociální práce

Bakalářská práce

# Znalosti pedagogů mateřských škol v Českých Budějovicích o syndromu CAN

Vypracoval: Iva Divoká

Vedoucí práce: doc. Ing. Lucie Kozlová, Ph.D.

České Budějovice 2015

## Abstrakt

Tato bakalářská práce je zaměřena na problematiku syndromu CAN. Téma jsem si zvolila, abych zjistila, zda se pedagogové v mateřských školách v Českých Budějovicích s touto problematikou setkávají, a zda o ní mají patřičné znalosti.

Práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část je složena ze čtyř hlavních kapitol. V první kapitole je definován syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte a pohled do historie této problematiky. V druhé kapitole jsou podrobně popsány jednotlivé formy syndromu CAN, se kterými se můžeme setkat. Třetí kapitola je věnována důsledkům špatného zacházení s dětmi. Charakterizují zde psychickou deprivaci, posttraumatickou stresovou poruchu a transgenerační přenos. Důležitou roli hraje v prevence, proto je jí věnována čtvrtá kapitola. Vysvětlují, co spočívá v primární, sekundární a terciární prevenci.

V praktické části je cílem zjistit informovanost pedagogů mateřských škol v Českých Budějovicích o syndromu CAN. Zjistit jejich postoj k dané problematice, a četnost setkávání s tímto problémem.

Dále jsem si určila hypotézu, ve které předpokládám, že vysokoškolsky vzdělaný pedagog má vyšší informovanost o syndromu CAN než pedagog se středoškolským vzděláním. Po statistickém vyhodnocení dat se ukázalo, že tomu tak opravdu je. Hypotéza je vyhodnocena pomocí chí kvadrát testu v programu Microsoft Excel.

Dále jsem v praktické části popsala metodiku práce. Realizace výzkumu byla prováděna kvantitativní strategií. Potřebná data jsem získala metodou dotazování. Sestavila jsem si vlastní dotazník, zcela anonymní obsahující 11 otázek zaměřených na znalosti respondentů o syndromu CAN. Dotazník se skládal z uzavřených, polouzavřených a otevřených otázek.

Sběr dat probíhal v mateřských školách v Českých Budějovicích. Rozdáno bylo 63 dotazníků, z toho návratnost činila 84 %.

Z výsledků je patrné, že vysokoškolsky vzdělaní mají větší informovanost o syndromu CAN než středoškolsky vzdělaní lidé. Vyplynulo to především z otázky, kde měli respondenti definovat tento syndrom. Vysokoškolsky vzdělaní měli také větší povědomí o formách syndromu. Co se týče postoje k problematice, žádný

vysokoškolsky vzdělaný pedagog neuvedl, že by o této situaci nikoho neinformoval, což středoškolsky vzdělaný uvedl.

Práce by mohla sloužit pedagogům k získání více odborných informací o syndromu CAN. Pomohla by jim ke zkvalitnění prevence násilí na dětech či k včasnému odhalení problému. Práce by mohla být vhodným zdrojem informací též široké veřejnosti.

Klíčová slova:

pedagog, prevence, syndrom CAN, týrání, zanedbávání, zneužívání

## **Abstract**

This bachelor thesis concentrates on the problem of the CAN syndrome. I chose this topic to find out if the kindergarten teachers in České Budějovice are faced with this problem and if they have sufficient knowledge about it.

The thesis consists of a theoretical and a practical part. The theoretical part has got four main chapters. The first chapter defines the Child Abuse and Neglect syndrome and looks into its history. The second chapter describes in detail the various forms of the CAN syndrome we can encounter. The third chapter concentrates on the consequences of child abuse. Here I describe the mental deprivation, the post-traumatic stress disorder and the trans-generational transfer. Prevention plays an important role, so the fourth chapter concentrates on it. I explain what constitutes primary, secondary and tertiary prevention.

The goal of the practical part is to find out how informed the kindergarten teachers in České Budějovice are about the CAN syndrome; what is their attitude to this problem and how often do they encounter it.

I also postulated a hypothesis, wherein I assume that a college educated person is more informed about the CAN syndrome than a person with high school education. The statistical evaluation has shown that to be the case. The hypothesis was evaluated using the chi square test in Microsoft Excel.

The practical part also describes my work method. The research used quantitative strategy. I gathered the needed data by questioning. I prepared my own questionnaire, fully anonymous, consisting of eleven questions focused on the respondents' knowledge of the CAN syndrome. The questionnaire consisted of closed, semi-closed and open questions.

The data collecting took place in kindergartens in České Budějovice. 63 questionnaires were handed out, with a return of 84%.

It is clear from the results that people with college education are more informed about the CAN syndrome than people with high school education. This became obvious mainly when the respondents were asked to define the syndrome. College educated people were also more familiar with the various forms of the syndrome. As for the

attitude to the problem, no teacher with college education had said they would not inform anyone about such a situation, while someone with a high school education had.

The thesis could be used by the teachers to gain more scientific information about the CAN syndrome. It could help them prevent violence on children or to recognize the problem sooner. The thesis could also be a good source of information for the general public.

Keywords:

Teacher, prevention, CAN syndrome, violence, neglect, abuse

## **Prohlášení**

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na 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 zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 4. 5. 2015

.....

Iva Divoká

## **Poděkování**

Ráda bych touto cestou poděkovala doc. Ing. Lucii Kozlové, Ph.D. za její cenné rady, ochotu a trpělivost při vedení mé bakalářské práce. Poděkování patří též mé rodině, která mě po celou dobu studia podporovala.

## Obsah

Úvod.....	10
1 Současný stav .....	12
1.1 Definice pojmu .....	12
1.2 Formy syndromu CAN.....	14
1.2.1 Psychické týrání.....	14
1.2.2 Tělesné týrání.....	16
1.2.3 Sexuální zneužívání .....	18
1.2.4 Zanedbávání.....	20
1.2.5 Šikana.....	22
1.2.6 Zvláštní formy syndromu CAN .....	23
1.3 Důsledky syndromu CAN .....	27
1.3.1 Psychická deprivace.....	27
1.3.2 Posttraumatická stresová porucha.....	28
1.3.3 Transgenerační přenos .....	29
1.4 Prevence .....	30
1.4.1 Primární prevence .....	30
1.4.2 Sekundární prevence.....	31
1.4.3 Terciární prevence .....	31
2 Cíle práce a hypotézy .....	32
2.1 Cíle práce .....	32
2.2 Hypotéza .....	32
3 Metodika.....	33
3.1 Použité metody a techniky sběru dat.....	33
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru .....	34
4 Výsledky.....	35
4.1 Výsledky dotazníkového šetření .....	35
4.2 Statistické vyhodnocení hypotézy.....	49



5	Diskuse .....	50
6	Závěr.....	57
7	Seznam informačních zdrojů.....	59
	Seznam grafů .....	63
	Seznam tabulek .....	64
8	Přílohy.....	65

## Úvod

Dětství by mělo být nejveselejším obdobím každého člověka. Bohužel se ve společnosti setkáme s dětmi, které místo radostného dětství prožívají utrpení a jsou každodenně ohrožovány násilím. Podle statistik WHO je každoročně týráno či zanedbáváno 10 milionů dětí. Jen v České republice některou z forem násilí zažívá asi 1 – 2 % dětské populace do 15 let, což je až 40 000 dětí ročně. Naprosto přesné statistiky o počtech týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí však neexistují. Mnoho případů zůstává zatajeno, a tak se absolutní cifry dají jen odhadovat.

Týrání, zneužívání a zanedbávání dětí se objevovalo od nepaměti, jen mu nebyla připisována taková pozornost. Nikdo se nepozastavoval nad tím, že rodič dítě bije či mu jinak ubližuje. V dnešní době se však této problematice věnuje značná pozornost, a to jak mezi odborníky, tak v médiích. Známou mediální kauzou například bylo týrání dětí v Kuřimi, kdy byla matka za brutální týrání synů odsouzena na devět let. A právě tyto mediální kauzy, které se dostanou na veřejnost, přispívají k tomu, že se o dané problematice více mluví.

Pro svou bakalářskou práci jsem si toto téma zvolila, jelikož jsem se chtěla dozvědět, jaké znalosti o syndromu CAN mají pedagogové v mateřských školách. Domnívám se, že tito učitelé jsou jedni z těch, kteří týrané, zneužívané a zanedbávané dítě mohou odhalit. Proto si myslím, že v jejich profesi jsou znalosti k této problematice důležité. Zároveň by měli vědět, na koho se obrátit, jakmile týrané dítě odhalí. Získané poznatky budou pro mě zajímavé, jelikož v rámci studijního zaměření se v budoucím povolání s touto problematikou mohu setkat.

Při výzkumu se tedy budu soustřeďovat na pedagogy mateřských škol v Českých Budějovicích. Mým cílem je zjistit jejich informovanost v této problematice. Předpokládám, že rozdíly ve vzdělání odhalí také rozdíly ve znalostech.

Práce se bude skládat z teoretické a praktické části. Teoretická část je zaměřena na vysvětlení základních pojmů. Zde budu charakterizovat definici syndromu CAN a nastíním historický exkurs této problematiky. Dále budu charakterizovat jednotlivé formy týrání, zneužívání a zanedbávání dětí, včetně forem zvláštních. Zabývat se budu

těž důsledky, které se u dětí následkem špatného zacházení mohou objevit. A samozřejmě se budu věnovat prevenci, která je v této problematice důležitá.

V praktické části uvedu cíl práce a předpokládanou hypotézu. Také popíši metody a postupy použité při výzkumu.

V diskusi uvedu výzkum a zhodnotím ho. V závěru budou shrnuty poznatky a možnosti uplatnění práce.

Podkladem pro psaní práce byly odborné knihy a internetové zdroje zaměřené na tuto problematiku.

# 1 Současný stav

## 1.1 Definice pojmu

Anglosaskou zkratkou CAN (Child Abuse and Neglect) je v současnosti souhrnně označováno týrání, zneužívání a zanedbávání dětí. Obvykle je syndrom CAN definován jako poškození psychického, fyzického nebo sociálního stavu a vývoje dítěte. Poškození vzniká v důsledku jakéhokoli nenáhodného a v dané společnosti a kultuře nepřijatelného jednání rodičů nebo i jiné dospělé osoby. Syndrom se vyznačuje různými příznaky, které vznikají následkem aktivního ubližování nebo nedostatečné péče. [21] Pokud nejde o nejtěžší formy zanedbávání, jsou oběti zanedbávání společně s oběťmi psychického násilí nejhůře zjištělné. Syndrom CAN je nejpravděpodobnější a nejčastější formou špatného zacházení s dětmi. [1]

Z historického hlediska zjistíme, že syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte byl poprvé popsán na III. Evropské konferenci pro prevenci týrání dětí konané v roce 1991 v Praze. Zdravotní komise Rady Evropy navázala na odborné výstupy z konference a v roce 1992 definovala jednotlivé formy syndromu CAN. Syndrom byl charakterizován následovně: *„Jde o jakékoli vědomé či nevědomé aktivity, kterých se dopouští dospělý člověk (rodič, vychovatel nebo jiná osoba) na dítěti. Jejich následkem dochází k poškození zdraví a zdravého vývoje dítěte. Jejich nejvyhraněnější podobou je úplné zahubení dítěte.“* [1]

Až v 50 letech 20. století se lékaři začali problematikou týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí zabývat. Všímal si somatických poškození, jako byly popáleniny, zlomeniny a další rány, jež byly způsobeny záměrně. Souhrnně tuto problematiku začali nazývat „neúrazová zranění“. Roku 1962 C. H. Kempe popsal „syndrom bitého a týraného dítěte“. V pozdějších letech se přidaly pojmy zneužití a zanedbávání a vžilo se označení syndrom CAN. [13]

V České republice se touto problematikou dlouhodobě zabýval profesor Dunovský. Dětem týraným, zneužívaným a zanedbávaným pomáhal. V roce 1992 v ČR založil první organizaci na pomoc těmto dětem – Dětské krizové centrum. [33]

Dle mínění Dunovského se v zemích, které můžeme srovnávat s Českou republikou, pohybuje výskyt syndromu CAN mezi 1 – 2 %. Pokud budeme brát tato čísla jako pravdivá, znamená to, že by se ročně stalo obětí syndromu CAN asi 25 000 dětí ve věku do 18 let. Bohužel přesnější určení počtu obětí tohoto syndromu není možné, neboť celá řada případů není zachycena. [10]

Syndrom CAN představuje velký společenský problém, jehož podstatou je hrubé, odmítavé, ponižující zacházení s dětmi. Je ohroženo nejen jejich zdraví, ale i důstojnost. Každá z forem ubližování je pro dítě nepříznivá a ohrožuje jeho psychický, tělesný, sociální i emoční vývoj. Důsledky špatného zacházení si nesou děti po celý svůj život. [33]

## 1.2 Formy syndromu CAN

Neadekvátní péče o dítě má řadu forem. Tyto formy jsou velmi rozmanité a často se navzájem kombinují. [21]

Dle profesora Dunovského mezi základní formy syndromu CAN řadíme:

- Psychické týrání
- Tělesné týrání
- Sexuální zneužívání
- Zanedbanost, zanedbávání
- Zvláštní formy syndromu CAN [7]

Někteří autoři zařazují mezi základní formy též šikanu.

### 1.2.1 Psychické týrání

Psychické týrání je takové chování k dítěti, které má negativní dopad na jeho citový vývoj, chování, sebehodnocení i na rozvoj interpersonálních vztahů. Psychické týrání téměř vždy provází ostatní diagnostické kategorie syndromu CAN (sexuální zneužívání, fyzické týrání), objevuje se však i samostatně. [10]

Existuje celá řada forem psychického týrání, podívejme se na ty nejčastější:

- **Pohrdání** – Toto chování zahrnuje verbální i neverbální projevy dospělých vůči dítěti. Může sem patřit ponižování, posměch, hrubé nadávky, zavrhování.
- **Terorizování** – Dítě nejedná ze svobodné vůle, jeho jednání je vynucováno výhrůzkami ze strany dospělého - hrozba tělesného ublížení na zdraví nebo zabití.
- **Izolování** – Dítěti je zakazován kontakt s vrstevníky nebo s jinými dospělými, je zavíráno ve sklepě nebo v jiné (často tmavé) místnosti, zejména na delší dobu.
- **Korumpování** – Dítě je povzbuzováno k antisociálnímu chování, k užívání drog či alkoholu.
- **Odpírání emoční podpory** – Dospělý odmítá či zcela ignoruje pokusy dítěte o navázání vztahu. Nastává, pokud dospělý nedokáže vyjádřit lásku, náklonnost, zájem, nevykazuje žádné emoce při kontaktu s dítětem.

- **Permanentní srovnávání s úspěšnějším sourozencem** – Časté je srovnávání se starším sourozencem, který je chytřejší, hodnější, dokonalejší, zatímco druhé dítě je rodiči odmítáno.
- **Nepřiměřené zatěžování dítěte domácími povinnostmi** – Rodič dítě přetěžuje, neboť v něm vidí zmenšeninu dospělého, a tak není schopen vnímat meze možností dítěte. Dítě může být též přetěžováno velkým množstvím zájmových aktivit.
- **Vystavování dítěte závažným domácím konfliktům, nepřiměřená psychická zátěž před rozvodem** – Rodiče si mezi sebou vyřizují účty skrze dítě, každý se snaží dítě přetáhnout na svou stranu. [18]

Psychické týrání se skládá ze složky aktivní a pasivní. Aktivní zahrnuje účelné, záměrné jednání. Jedná se o ponižování, zesměšňování, vysmívání se, urážení či zastrašování.

Ve složce pasivní se jedná o situace, ve kterých nenastává něco, co nastat má. Jsou to situace důležité pro správný duševní vývoj dítěte. Patří sem ignorování dítěte, nevšímavost, nedostatek pozornosti. [34]

Psychické týrání zanechává na dítěti neblahé následky a mnoho rodičů si důsledky vůbec neuvědomuje. Samozřejmě záleží na délce trvání, na intenzitě, ale i na věku dítěte. Také je důležité, na jakém vývojovém stupni rozvoje osobnosti k tomuto jednání dochází. [13]

Děti nejčastěji na psychické týrání reagují stažením, stávají se ustrašenými, úzkostnými. Jejich sebedůvěra je velmi nízká. V různých situacích se předem vzdávají, obtížně dokážou vyjádřit svá přání, požadavky a názory. Jiné děti reagují spíše agresivně, prosazují si své. Může se stát, že napodobují chování dospělých ve svém okolí a vystupováním dospělé i vrstevníky provokují. U těchto dětí se často vyskytují poruchy chování – lhaní, útky z domova, záškoláctví. Výjimkou není ani výskyt psychosomatických obtíží nejrůznějších projevů – nevysvětlitelné zvýšení teploty, bolesti břicha, bolesti hlavy, ekzémy. [13]

Následkem psychického týrání mohou u dětí vzniknout poruchy příjmu potravy, různé druhy závislostí, deprese, proměnlivost psychických projevů, potíže

v mezilidských vztazích. U psychicky týraných dětí se též objevuje horší školní prospěch. Děti v duchu spíše přemýšlejí nad domácími problémy a nesoustředí se na školní povinnosti. Objevují se i problémy se spánkem, což se také odráží na školním prospěchu. [36, 37]

Téměř ve většině případů si psychicky týrané děti nesou psychická zranění do dospělosti, kde se projeví v různých oblastech života, ať v partnerských, pracovních či sociálních. Objevuje se např. tendence stát se obětí ve vztahu, mobbing na pracovišti, je zde i riziko budoucího psychického týrání vlastního dítěte či partnera. [36]

Emoční týrání je velmi obtížně zachytitelné a jeho následky mohou být stejně závažné či závažnější než následky fyzického týrání. Také se o něm tak často, jako o fyzickém týrání, nemluví.

### 1.2.2 Tělesné týrání

Týrání je dnes velmi studovaným, ale stále neúplně objasněným společenským jevem, který se nejčastěji týká dětí. [21]

Podle zdravotní komise Rady Evropy (1992) je tělesné týrání definováno jako „*tělesné ublížení dítěti nebo vědomé odmítnutí zabránit takovému ublížení.*“ Je jisté, že k němu v rodinách donedávna docházelo a tělesné tresty byly pokládány za oprávněný, nezbytný výchovný prostředek. Bohužel i dnes různé kruté praktiky, jako např. zabíjení dětí ihned po narození, přetrvávají v řadě zemí s nízkým hospodářským a kulturním rozvojem a jsou tam stále akceptovány. [21]

Tělesné týrání dělíme na aktivní a pasivní.

Mezi časté formy aktivního týrání patří - nepřiměřené bití rukou či různými nástroji, kopání do dítěte, údery pěstí, bodné rány, popáleniny, škrcení, svázání, vytrhávání vlasů a mnohé další trestání nechávající na těle viditelná poranění. [22]

Tělesné týrání aktivní povahy můžeme rozdělit na dvě podskupiny:

- S následným poraněním, kdy k poranění došlo důsledkem – bití, popálení, opaření



- Bez bezprostředních známek tělesného poranění – dušení, otrávení, sekundární viktimizace – dítě je záměrně vystavované opakovanému lékařskému vyšetření. [36]

Mezi pasivní formu tělesného týrání se řadí úmyslné i neúmyslné nepečování o dítě, opomenutí v jeho péči, které vyústí v poranění, v nejhorším případě ve smrt. U týrání pasivního charakteru můžeme konkrétně sledovat: nedostatečnou zdravotní péči, nedostatečnou výchovnou a vzdělávací péči, nevhodné životní podmínky (nedostatek ochrany, ošacení, přístřeší), nedostatečnou výživu, vykořisťování dítěte (dětská práce, žebrání). [36, 7]

V literaturách, kde se problematikou týrání dětí zabývají, se nejčastěji dočteme, že nejvíce týrané jsou děti do 3. let. Děti v tomto věku používají často jako prostředek k vyjadřování pláč, což může některé rodiče pobudit ke vzteku a agresii. Nebývá obvyklé, aby oba rodiče týrali dítě stejnou měrou. Realita je taková, že je jeden rodič horší, brutálnější. Zato druhý se snaží zabránit případnému týrání. Stává se, že děti týrají spíše nevlastní rodiče. [11] Mezi další rizikové rodiče jsou zařazovány svobodné nebo velmi mladé matky a obecně rodiče osobnostně nezralí s nedostatkem interakčních dovedností a malou schopností empatie, ovšem také lidé impulsivní s nízkou frustrační tolerancí. Tito rodiče bývají současně až příliš úzkostní a nejistí. Vůči dítěti projevují mnohdy ambivalentní postoje – na jedné straně dítě přehnaně hýčkají, současně však dítě popisují jako výchovně obtížné. Kladou na dítě nerealistické požadavky a drobný přestupek či neposlušnost vnímají jako rodičovské selhání. Tělesné týrání je zde impulsivní reakcí, rodič si své selhání uvědomuje a trpí pocity viny. Je ovšem pravděpodobné, že v podobné situaci se týrání bude opakovat. [21]

Uvádí se, že až 10 % dětských úrazů ošetřených na dětské pohotovosti jsou důsledkem tělesného týrání. [21] Je velmi obtížné posoudit příčinu zranění fyzického týrání. Přihlíží se k faktorům, které jsou spojeny s věkem dítěte, to znamená, zda zranění nemohla být způsobena náhodně, nešikovností dítěte či vývojovou fází. [32] Varovným znakem, který vede lékaře k podezření na týrání, může být, že uváděný mechanismus úrazu neodpovídá závažnosti poranění, neurčitost popisu úrazu či změny

popisu. Podezření může též vyvolat odmítnutí souhlasu rodiče k hospitalizaci dítěte i časté změny praktických lékařů. Děti při vyšetření a následných rozhovorech spíše týrání popírají nebo zmenšují jeho význam – nejspíše ve snaze rodiče chránit, jelikož k nim mají stále silnou emoční vazbu nebo i ze strachu z dalšího týrání. [21]

### **1.2.3 Sexuální zneužívání**

Odborníci z různých evropských zemí se začali problematice sexuálního zneužívání věnovat až v 70. letech minulého století. I když se v minulosti takové zacházení s dětmi vyskytovalo, bylo přehlíženo. V kontextu vývoje společnosti vystupuje tato problematika do popředí. [8]

Sexuální zneužití můžeme rozdělit opět do dvou podskupin, a to na sexuální zneužití bezdotykové (bezkontaktní) a dotykové (kontaktní).

Mezi dotykové formy sexuálního zneužívání patří osahávání či líbání dítěte na intimních místech, laskání prsou, genitálií, nucení dítěte, aby manipulovalo s pohlavními orgány svými či zneuživatele, orální a anální sex, sexuální styk. Mezi dotykové formy sexuálního zneužívání je řazen i sexuální útok s následkem smrti, incest, komerční sexuální zneužívání, pedofilní obtěžování, sexuální turistika, skupinové zneužívání. [10]

Do zneužívání bezdotykového patří obnažování se před dítětem, masturbace, pozorování nahého dítěte za účelem vlastního sexuálního vzrušení a uspokojení, přinucení dítěte sledovat soulož, vystavení dítěte k sledování pornografických časopisů a filmů. [10]

Z pohledu rodiny hovoříme také o dvou podskupinách. Je to zneužívání intrafamiliální – sexuálního násilí se dopouští rodinný příslušník (rodič, strýc, bratr) či zneužívání extrafamiliální – zneužívání se dopouští pachatel mimo rodinu (vychovatel, důvěrní známí rodičů, matčin přítel, otcova přítelkyně, sused). [40]

Zneužívat může kdokoli, ale nejčastěji se jedná o osobu dítěti či rodině dobře známou. Zneužívání osobou cizí či méně známou je málo časté. [10]

Aby mohlo být sexuální zneužití za zneužití považováno, musí být splněny tyto tři podmínky:

- Aktér je mnohem starší a zralejší než dítě.
- Aktér je v pozici autority nebo o dítě pečuje.
- Aktér vymáhá po dítěti aktivity silou nebo podvodem. [23]

Pachateli sexuálního zneužívání jsou z 95 % muži a chlapci. Z nich velké procento bylo fyzicky týráno či sexuálně zneužíváno v dětství. Chlapci, jakožto oběti se s trýznitelem identifikují a v dospělosti týrají a zneužívají jiné. [3]

Sexuálním zneužitím jsou ohroženy více děti, které nemají dostatečné znalosti o sexuálním chování. Děti, které jsou psychicky deprivované, zanedbávané nebo trpící mentální retardací. Dále děti z dysfunkčních rodin, z rozvedených rodin, z rodin, kde dítě žije dlouhodobě jen s jedním rodičem, děti, jejichž rodiče užívají drogy. [7, 23]

Dopad na zneužívané chlapce a dívky může být různý. Záleží na délce zneužívání – zda šlo o jednorázové zneužití či opakované, dále na míře násilí, které bylo použito, i na věku a na osobě, která dítě zneužívala. [40]

U sexuálně zneužívaného dítěte můžeme pozorovat, že jeho chování neodpovídá věku ani etickým normám v oblasti sexuality. Všimnout si můžeme agresivního sexuálního chování k hračkám, vrstevníkům či mladším sourozencům, objevují se noční děsy. U dospívajících můžeme pozorovat promiskuitní chování, poškozené sebevědomí, poruchy příjmu potravy a další. [6]

Specifickou formou sexuálního zneužívání je komerční sexuální zneužívání dětí, které je definováno jako použití dítěte pro sexuální účely za peníze nebo odměny. Má tři formy: dětskou prostituci, dětskou pornografii a obchod s dětmi. Pro označení této problematiky se používá zkratka CSEC. [25]

**Dětská prostituce** – vychází z mnoha faktorů. Jedná se například o děti pocházející z neúplných, chudých rodin, děti traumatizované, děti závislostní. Tyto rizikové typy se pak nechají snadno zlákat. [14]

**Dětská pornografie** - jedná se o zvukový nebo obrazový materiál, který v sexuálním kontextu používá děti. Zobrazení dětí při sexuální činnosti, vystavování pohlavních orgánů pro sexuální uspokojení uživatele, to vše může být příkladem obrazové pornografie. Zvuková pornografie využívá dětský hlas,

jenž uživatele uspokojuje. Obsahuje též výrobu, používání a rozšiřování takového materiálu. [14]

**Obchodování s dětmi** – je definováno jako přesun osob mladších 18 let za účelem jejich vykořisťování, výhrůzek, falešných slibů. To vše prostřednictvím násilí. Obchod s dětmi je globálním problémem spojeným s dalšími zločiny a korupcí. Tento obchod patří mezi velmi výdělečné činnosti. Existují dokonce agentury, které se specializují na nábor dětských pracovníků či nevěst pro bohaté muže. [12]

Dětem, které se stanou obětí obchodu, hrozí mnoho nebezpečí. Je zde riziko nákazy virem HIV, fyzické násilí. Některým dětem jsou podávány drogy, aby se staly závislými a nebránily se. [12]

#### 1.2.4 Zanedbávání

Zanedbávání dítěte se vyznačuje nedostatečnou péčí rodičů, zpravidla nereflektovanou, často generačně opakovanou. Jeho dopady na dítě zjišťují profesionálové, jako je lékař, učitelka ve školském zařízení, sociální pracovník. Ti s dětmi přicházejí do pravidelného kontaktu. Obvykle rozlišujeme čtyři druhy zanedbávání: fyzické, výchovné, emoční, zanedbávání zdravotní péče. V rodině se často tyto druhy vyskytují společně. [1]

Dubowitz a DePanfilis rozlišují následné formy zanedbávání:

- **Zanedbávání výživy**, kdy dítě v průběhu dne opakovaně hladoví či mu není poskytováno vhodné jídlo. Případy této formy zanedbávání obvykle rozpozná dětský lékař podle nízké váhy dítěte či dle jeho špatného prospívání.
- **Zanedbávání ošacení** - zde jde o situace, kdy je zdraví dítěte ohroženo důsledkem toho, že není oblékáno adekvátně k počasí nebo nosí oblečení, které je mu malé, nebo velké.
- **Bezdomovectví** – tato forma se netýká jen dětí, které žijí s rodiči na ulici nebo v situaci blízké bezdomovectví, ale týká se to i dětí, které s rodiči často střídají bydliště, např. bydlí střídavě u známých, kde nemají vlastní místo.

- **Zanedbávání zdravotní péče** - neznamená jen zanedbávání preventivní péče, ale i péče specifické, které dítě potřebuje.
- **Zanedbávání vzdělání** je patrné u dětí, které mají vysoké absence, neboť nejsou pravidelně posílány do školy.
- **Neadekvátní dohled** znamená, že je dítě ponecháno samo bez dohledu na dobu, která neodpovídá jeho vývojovému stupni.
- **Zanedbávání ochrany dítěte před nebezpečím z okolního prostředí** – zde je zanedbána prevence vzniku úrazu dítěte. Například nenasazení helmy při jízdě na kole, neposazení dítěte do sedačky při jízdě automobilem.
- **Zanedbávání emoční** je vážná forma. Dítěti se v rodině nedostává náklonnosti, lásky, dítě emočně strádá. [1]

Dle Dunovského je důležité každý případ zanedbávání řešit individuálně a všechna opatření přizpůsobit danému dítěti. Je ovšem možné vyzorovat, za jakých podmínek či rodinných situací k zanedbávání nejčastěji dochází. [7]

Mezi nejčastější příčiny zanedbávání řadíme izolaci dítěte od společnosti, ztrátu matky či otce, závislost rodičů na návykových látkách, workoholismus, nízkou socioekonomickou úroveň rodiny, velký počet dětí v rodině, náklonnost k sektám, děti migrantů, citovou nevypělost rodičů. [34]

Z tohoto výčtu nejvíce forem zanedbávání koreluje s chudobou a špatným sociálním postavením rodin. Chudoba rodiny může způsobit rodičům výrazná omezení v péči o dítě. Je tedy složité u některých forem určit, zda se jedná o zanedbávání či rodiče poskytují péči v určitém směru sniženou, kvůli své finanční situaci. Proto by sociální služby zaměřené na pomoc zanedbávanému dítěti a jeho rodině měly nejdříve koncentrovat na stabilizaci sociální situace rodiny, dále pak na rozvoj rodičovských dovedností v péči o dítě. Důležitou součástí je nácvik a podpora pečujícího rodičovského chování. [1]

V dnešní uspěchané době se ovšem čím dál častěji dostávají v této problematice do popředí rodiny, které jsou velmi dobře ekonomicky zajištěné. Jejich domácí prostředí se

jeví ideální k výchově dítěte. Je čisté, plné nejnovějších vymožeností. A právě v těchto rodinách děti trpí nedostatkem času svých rodičů., citově strádají. [7]

Také v rodinách, kde panuje chaotičnost, změny v postavách rodičovských rolí – časté střídání otců, najdeme zanedbávání. V těchto rodinách jsou rodiče na aktivitách dítěte zainteresováni v malé míře a kontrola dítěte není dostatečná. [28]

Mezi extrémní případy zanedbávání patří izolování od společnosti lidí. V literatuře nalezneme případy, kdy děti v přírodě přežily jen díky zvířatům. Zmiňují se však i situace, kdy jsou děti izolovány uvnitř lidské společnosti - příběh Kaspara Hausera. [7]

### 1.2.5 Šikana

Šikanování můžeme definovat jako stav, kdy „jeden nebo více žáků úmyslně, většinou opakovaně týrá a zotročuje spolužáka či spolužáky a používá k tomu agresi a manipulaci“. [19]

Šikana je specifickým typem syndromu CAN. Bohužel se tento psychopatologický jev, šikanující chování, vyskytuje u dětí a mládeže čím dál častěji. [24] Dokonce se šikana, dle Michala Koláře, objevuje již v mateřských školách.

U šikanujícího a šikanovaného jsou jasně rozdělené role. První z nich je agresor, druhý je obětí. Není možné, aby si role navzájem vyměnily. Pokud ano, poté by se nejednalo o šikanu. Šikanou tedy není, když se kluci poperou, děvčata se pohádají a urazí, ale jde o ubližování slabšímu, který se nedokáže bránit. Je zde nepoměr sil, převaha agresora nad obětí. [2]

Šikana začíná zpravidla pomalu a nenápadně. Časem se stupňuje. [2]

Šikana může být psychická a fyzická.

Agresorem mohou být chlapci i dívky. Avšak mezi chlapci najdeme více agresorů i obětí než mezi dívkami. Dívky používají spíše nepřímé šikany – zvláště intriky, nekomunikace, vyloučení ze společenských her, pomluvy. Chlapci při šikaně užívají fyzické násilí. [31]

Obětí jsou často děti, které do okolí vysílají signál slabosti. Už jejich fyziognomie je nápadná- jsou hubené, v obličeji zrcadlí slabost. Neumí se ve třídě prosadit, jsou

zamlklé, osamocené, pokud se stanou terčem legráček, neumí se bránit. Může se jednat o děti, které jsou už od raného věku přehnaně ochraňovány matkami, ty jim dávají najevo, jak je okolní svět pro ně nebezpečný. Velmi snadnou obětí se stávají handicapované děti. [24]

Motivů šikany může být mnoho. Může se jednat např. o upoutání pozornosti. Šikanující se snaží udělat něco, aby získali obdiv ostatních. Často žárlí na žáka, který má přízeň učitelů, snaží se podniknout něco, aby si dokázali, že nejsou outsidersy. [19]

Problém je, že některé děti znají šikanující chování z rodiny, kde se může takové chování oceňovat. Tyto děti poté nechápou, že je šikana špatná.

Dnes se často setkáváme s termínem kyberšikana. Jde o to, že agresori zveřejňují na internetu pomluvy o oběti, věci z jejího soukromí, věci choulostivého charakteru. Agresor může přikládat i různé upravené fotografie, které jsou upraveny tak, aby oběť co nejvíce ponížily. Agresor zde bývá často neodhalený. [31]

### **1.2.6 Zvláštní formy syndromu CAN**

Mezi zvláštní formy syndromu CAN je dle Dunovského řazeno:

- Systémové týrání
- Organizované zneužívání
- Rituální zneužívání
- Sexuální turistika
- Münchhausenův syndrom (v zastoupení) by proxy [7]

#### *1.2.6.1 Systémové týrání*

Jedná se o týrání způsobeno systémem, který byl založen na pomoc a ochranu dětí, včetně jejich rodin. Místo, aby tyto instituce zajistily péči a pomoc, dítěti ubližují. Příkladem takového ubližování může být odebrání dítěte z rodiny, aniž by rodině byla nejdříve nabídnuta pomoc a podpora, a tudíž by odebrání nemuselo být nezbytně nutné. Můžeme sem zařadit i špatnou péči o děti v dětských domovech, ve školách a jiných

zařízeních. Patří sem i necitlivé a často zbytečné vyšetření, kdy se lékaři nezabývají zájmem dítěte. V tomto případě můžeme zvolit termín „druhotné ubližování“ používaný pro systémové týrání. Prvotní ublížení je způsobeno nějakým zraněním dítěte a druhotné nastává necitlivým přístupem odborníků. [7]

Pro děti je též nepříznivé protahování soudního líčení či nutnost podat před soudem svědectví. Tyto situace je stresují.

#### *1.2.6.2 Organizované zneužívání*

V této formě zneužívání děti figurují jako „zboží“. Nejedná se jen o sexuální služby, které spadají do komerčního sexuálního zneužívání popsané v předešlé kapitole, ale jde o dětskou práci, ilegální mezinárodní osvojení, vraždy dětí na ulici za účelem získání jejich orgánů k následnému prodeji. Za nejčastější formu organizovaného zneužívání je považována dětská námezdní práce, která se v některých případech blíží až k otroctví. [7]

#### *1.2.6.3 Rituální zneužívání*

Za nejpodivnější způsob zneužívání dětí můžeme označit rituální zneužívání. Příznaky nám mohou přijít neuvěřitelné a nepochopitelné. Většinou se jedná o skupinu lidí vyznávající určitou víru, řád, magii. Součástí jejich shromáždění jsou různé rituály, ve kterých musí obětovat „oběť“, kterou může být právě dítě. [7]

Tuto formu zneužívání je velmi obtížné rozpoznat. Je nutné snažit se pochopit symboliku, pravidla a řád daného společenství.

#### *1.2.6.4 Sexuální turismus*

Sexuální turistika představuje poměrně nový jev.

Neznamená, že by děti vyjížděly za turisty do jejich rekreačních lokalit nabízet jim své služby, [38] ale turisté přijíždějí do cizí země s cílem vyhledat děti k sexuálnímu uspokojení. Turista, který je daleko od svého domova tak využívá anonymity, která ho zbavuje určitého omezení. [7] Chce zažít dobrodružství, a protože by takové



dobrodružství nemělo být drahé, cíl turistů leží v chudých zemích. Dívky ze sociálně slabé rodiny se ve snaze pomoci finančně svým rodinám, prodávají za pár drobných, což sexuálním turistům vyhovuje. [16]

Sexuální turistika může být též chápána jako zprostředkování služeb cestovních kanceláří, které nabízejí turistické pobytové zájezdy včetně služeb sexuálních. Typickým příkladem jsou zájezdy do Thajska, Kambodži či Vietnamu. Děti jsou pak hotely nakupovány. V těchto zemích si lze objednat děti na celou dobu pobytu. Výjimkou není ani pořízení dítěte manželi. [38]

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

Münchhausenův syndrom je psychické onemocnění, kdy si pacient vymýšlí onemocnění, předstírá symptomy, nechává se neustále vyšetřovat. Motivací je patologická snaha po onemocnění a získání statusu pacienta. [4]

Münchhausenův syndrom (v zastoupení) by proxy je specifickou formou. Pacient zde přenáší příznaky onemocnění na jinou, na něm závislou osobu – dítě. V drtivé většině se jedná o matky, které takto zneužívají své děti. Jedná se tedy o týrání a zneužívání. [4]

Tato porucha se může objevit v několika formách. U těch mírnějších rodič přehání nepatrné symptomy dítěte, vodí ho po lékařských vyšetřeních, dokonce falšuje lékařskou dokumentaci. U závažnějších forem rodič dokáže manipulovat s laboratorním materiálem, snaží se, aby výsledky vyšly pozitivně – například přidává do moče dítěte krev. [4]

U všech forem dítě trpí neustálými lékařskými vyšetřeními, které mohou být nepříjemně bolestivé či nebezpečné. Případné hospitalizace jsou na psychiku dítěte taktéž náročné. [4]

Nejnebezpečnější formou je záměrné poškozování dítěte rodičem. Jsou známy případy, kdy jsou dítěti podávány nepřiměřené dávky projímadel či velké množství léků na uklidnění. Objevuje se i trávení jedy, výjimkou není případ podání dávky inzulínu. Tyto případy mohou končit smrtí dítěte. [4]

Velké množství matek, které tímto způsobem své děti týrá, má psychické problémy. V jejich anamnéze můžeme najít sexuální zneužívání, poruchy příjmu potravy, týrání či samotný Münchhausenův syndrom. Často se tato choroba vyskytuje u lékařek, zdravotních sestřiček či ošetřovatelek. Tyto ženy se dobře orientují v nemocničním prostředí, mají značné medicínské znalosti, vyznají se ve zdravotní dokumentaci. [4]

Matky absolvují se svými „nemocnými“ dětmi veškerá vyšetření a hospitalizace, tráví s nimi dny i noci. Okolí je vnímá jako osoby zasluhující si nesmírný obdiv za svou péči, což může být pro matky s touto poruchou motivací. [4]

Münchhausenův syndrom v zastoupení se stal inspirací pro různé televizní a filmové inscenace. [4]

### 1.3 Důsledky syndromu CAN

Je jasné, že každé zneužívání a zanedbávání zanechá na dítěti následky. Dítě během tohoto týrání (zanedbávání a zneužívání) ztrácí podmínky pro vytvoření adekvátního sebevědomí, ztrácí schopnost důvěřovat a milovat, ztrácí schopnost svobodného myšlení a intenzivní produktivity. [27]

Následky fyzického týrání, jako jsou modřiny, odřeniny, se zahojí. Daleko horší bývají následky psychické, které nemusejí být dlouhou dobu odhaleny.

Psychická deprivace, posttraumatická stresová porucha či transgenerační přenos, to vše jsou jednoznačné psychické následky, se kterými se můžeme setkat.

#### 1.3.1 Psychická deprivace

„Psychická deprivace je psychický stav vzniklý následkem životních situací, kdy subjektu není dána příležitost uspokojovat některé základní psychické potřeby v dostačující míře a dosti dlouhou dobu.“ [20]

Jednou z příčin psychické deprivace je nedostatek podnětů vůči dítěti v jeho prostředí nebo naopak je podnětů tolik, že dochází k přetěžování dítěte. Dále se může deprivace vyvinout jako důsledek nedostatečné styčnosti, což je způsobeno například neustálým stěhováním, změnami denního režimu. Dítěti se poté vše jeví jako chaotické, zmatené. Další případ vzniku psychické deprivace je spojen s integrací vlastního já. Jde o nerozvinutý vztah mezi matkou a dítětem v prvních třech letech života. Následkem tohoto nerozvinutého vztahu se objevuje problém s formováním vlastního sebepojetí, sebedůvěry, sebeobrazu. [20]

Vznik a rozvoj deprivace souvisí tedy s určitými faktory. Mezi tyto faktory jsou zařazovány formy sociální izolace, ústavní výchova, kdy je dítě odtrženo od matky, rodina a rodinné prostředí, které by mělo být nejlepším zázemím dítěte. Ovšem v některých případech pro zajištění zdravého vývoje dítěte je nutné z rodinného prostředí dítě odebrat. [20]

### 1.3.2 Posttraumatická stresová porucha

Pod termínem posttraumatická stresová porucha se nachází soubor různých poruch chování, prožívání, včetně somatických reakcí, které vznikají důsledkem extrémního stresového prožitku, který přesahuje běžnou lidskou zkušenost. [6]

Posttraumatická stresová porucha (PTSD) se tedy vyskytuje u lidí, kteří si prošli určitým traumatickým zážitkem. Jedná se o normální reakci na zkušenosti vymykající se běžným událostem. Avšak příznak poruchy se nemusí projevit u každého. Závisí na určitých faktorech jedince, jako jsou např. genetické dispozice, osobnost jedince. [17] Příznaky začínají po období latence trvající několik týdnů, maximálně však šest měsíců. U poloviny případů dochází k uzdravení do tří měsíců po traumatu, řada má však symptomy trvající déle než rok. V malém počtu pacientů může chronický průběh trvat léta, a tím nastává trvalá změna osobnosti. [30]

#### **Projevy PTSD můžeme rozdělit do tří skupin:**

1. **Opakované znovuprožívání traumatu ve vzpomínkách, snech** - dítě náhle zaplaví pocity, že se celá událost opakuje. Objevují se intenzivní pocity strachu při setkání s něčím, co může původní zážitek připomínat.
2. **Snaha vyhnout se myšlenkám nebo prožitkům, které se týkají inkriminované události** - může jít o snížený zájem o věci, které pro dítě byly dříve důležité.
3. **Psychosomatické projevy** – poruchy spánku, poruchy pozornosti, nadměrná živost. [30]

U dětí dochází po traumatickém zážitku k procesu, který lze shrnout do pěti fází. Nejprve je typická akutní vyděšenost doprovázená bezprostředním zážitkem. Dítě zpravidla nerozumí tomu, co se stalo. Následuje období popření zážitku, kde se projevují různé psychosomatické symptomy, jako je právě nespavost, poruchy paměti, strnulost, nebo naopak nadměrná živost. V období znovuprožívání zážitku se mu nepříjemný zážitek opakuje ve snech nebo vzpomínkách. Tento proces ukončuje – pochopení příčin toho, co se vlastně stalo, projev smutku a celý proces ukončují plány do budoucna. [30]

Léčba PTSD bývá nejčastěji provozována pomocí psychoterapie. Psychoterapeutické přístupy zahrnují podpůrnou psychoterapii, kognitivně – behaviorální terapii a hypnózu. U všech přístupů je nutná potřeba postupné rekonstrukce traumatické události, vzpomínání na ni, uvolnění traumatických emocí a především podpora postiženého s navozením pocitu bezpečí. [29]

### **1.3.3 Transgenerační přenos**

*„Proces, následkem kterého se vědomě nebo neúmyslně přenáší vzorce chování do další generace“*, takto je obecně transgenerační přenos definován. Jde tedy o to, že dítě přebírá kladné či záporné vzorce chování ze své rodiny a ty následně, i když nevědomě, uplatňuje v dospělosti. Pokud je dítě během dětství týráno, zneužíváno či zanedbáváno, je zde zvýšené riziko, že bude své dítě také vychovávat takto nevhodným způsobem. [9]

Týrání dětí napříč generacemi je jednou z nejpůvodnějších forem týrání dětí. Navzdory tomu se odborníci málo věnují objasnění, proč k přenosu dochází. Jednou z teorií jistě může být, že dítě, které je doma krutě trestáno, si utvoří představu, že to tak má být a za neposlušnost si takový trest zaslouží. Poté když se v dospělosti dostane se svým dítětem do podobné situace, často ho ani nenapadne, že by se situace dala zvládnout jinak než neúměrným trestem. Druhým důvodem může být pocit bezmoci a vzteku týraného dítěte. V dospělosti chce oplatit křivdu, která mu byla způsobena, a to se mu nabízí právě u svého dítěte. Dostává se do pozice silnějšího a své utrpení z dětství si kompenzuje na potomkovi. Tím se mu uleví, jelikož má možnost vědomě prožít to, co ho léta tíží. Předává bolest dítěti a zatěžuje další generace. [9]

## 1.4 Prevence

Důležitou roli v dané problematice hraje prevence, bez které by nemohl existovat účinný boj proti tomuto závažnému jevu. Je nutné ji koncipovat co nejširěji, a to na všech jejích rovinách a ve všech cílových oblastech. [8]

Kromě legislativních změn a zkvalitnění edukace by mělo dojít k rozšíření sítě dětských psychiatrických ambulancí, ale především ke zkvalitnění institucionální i terénní práce s konfliktní rodinou. [26]

### 1.4.1 Primární prevence

Primární prevence spočívá ve snaze zabránit výskytu tomuto nežádoucímu jevu, a tak mu nedat příležitost k jeho vzniku a projevení. Většina odborníků, ať lékařů, učitelů či dalších specialistů, zachytí problém, až když je patrný, zjevný. Úkolem primární prevence je tedy zabránit tomu, aby k této patologii vůbec docházelo. [7]

V rámci prevence lze rozlišit tři vrstvy působení zaměřené na určité skupiny lidí, kterými jsou:

- 1. Nynější i budoucí rodiče** – zde se působí na určitou skupinu lidí – na rodiče. Cíl je, aby tito lidé přijímali dítě takové, jaké je. Abychom tohoto cíle dosáhli, musíme už od mala děti k tomu vést. Mimo působení v rámci výchovy nesmíme opomenout opatření podporující rodinu. Jedná se o nabídku různých služeb či podporu finanční. Tato opatření příznivě přispívají k přijetí dítěte, jelikož přinášejí pocit bezpečí a jistoty.
- 2. Široká veřejnost** – jde o snahu působit na obyvatelstvo bez ohledu na pohlaví, vzdělání, zaměstnání či věk. Cílem je docílit toho, aby veřejnost byla všímavější ke svému okolí, aby si uvědomila, jak se má k dítěti přistupovat a že je nutné respektovat jeho potřeby a zájmy.

K rozšíření poznatků o tomto patologickém jevu šíří informace různé instituce. Jsou to například organizace zabývající se rodinou, nevládní organizace dětí a mládeže, církve, školy či orgány státní legislativy.

### **3. Odborní pracovníci a veřejní činitelé** – zde jde o zprostředkování informací získaných z různých průzkumů obyvatelstva, odborných studií. [7]

Primární prevence tohoto celospolečenského rizika musí být především podpořena a formulována ze strany politiky státu. Práce sociálních pracovníků orgánů sociálně – právní ochrany dětí, která je mnohdy opakovaně kontrolována, se výrazně zlepšila. V mnoha případech pracují s rodinami, které své děti znevýhodňují, a to nejen ve smyslu CAN, ale i tím, že děti neposílají do školy či je nutí ke krádežím. [26]

#### **1.4.2 Sekundární prevence**

Za sekundární prevenci v rámci syndromu CAN je považováno vyhledávání rizikových situací a rizikových skupin obyvatelstva, ve kterých dochází k samotnému zanedbávání týrání a zneužívání. [7]

Syndromem CAN jsou především ohroženy takové děti, jejichž projevy chování jsou nežádoucí, děti, které se dají výchovně hůře zvládat, ale také děti, které svým chováním dráždí okolí. Může se jednat o děti – nadměrně zlostné, plačtivé, úzkostné, děti špatně prospívající ve škole, děti s různým stupněm mentální retardace. [39]

U sekundární prevence záleží nejen na včasném rozpoznání, ale také na spolupráci mezi pediatry, psychology, pedagogy a sociálními pracovníky.

#### **1.4.3 Terciární prevence**

Pokud k týrání, zanedbávání či zneužívání již došlo, mluvíme o terciární prevenci. Tato prevence spočívá ve snaze zabránit tomu, aby k dalšímu ubližování a poškozování dítěte již nedocházelo. Provádí se šetření, na základě kterého se navrhuje různá opatření prospěšná dítěti. Rozhoduje se, zda dítě zůstane v rodině, nebo pro něj bude lepší jiné řešení. Vždy se musí brát v úvahu věk dítěte a přistupovat k němu citlivě. [39]

## 2 Cíle práce a hypotézy

### 2.1 Cíle práce

Pro svou bakalářskou práci jsem stanovila jeden hlavní cíl:

Zjistit informovanost pedagogů mateřských škol v Českých Budějovicích o syndromu CAN, jejich postoj k této problematice, a zda se s tímto problémem setkávají.

### 2.2 Hypotéza

Vysokoškolsky vzdělaný pedagog má vyšší informovanost o syndromu CAN než pedagog se středoškolským vzděláním.

#### Operacionalizace pojmů

**Vysokoškolsky vzdělaný pedagog** – učitel, který získal odbornou kvalifikaci vysokoškolským studiem v akreditovaném studijním programu v oblasti pedagogických věd zaměřených na přípravu učitelů mateřské školy. [5]

**Pedagog se středoškolským vzděláním** - učitel, který získal odbornou kvalifikaci středním vzděláním s maturitní zkouškou získanou ukončením vzdělávacího programu středního vzdělávání v oboru zaměřeném na přípravu učitelů mateřské školy. [5]

**Syndrom CAN** – „*Jde o jakékoli vědomé či nevědomé aktivity, kterých se dopouští dospělý člověk (rodič, vychovatel nebo jiná osoba) na dítěti. Jejich následkem dochází k poškození zdraví a zdravého vývoje dítěte. Jejich nejvyhraněnější podobou je úplné zahubení dítěte.*“ [1]



## 3 Metodika

### 3.1 Použité metody a techniky sběru dat

Pro svou bakalářskou práci jsem zvolila kvantitativní strategii výzkumu. Potřebná data jsem získala pomocí metody dotazování, technika vlastního dotazníku

Metodu dotazování jsem si zvolila především pro její dvě velké výhody. Zaprvé – pro rychlý sběr dat a zadruhé - pro získání dat od většího počtu respondentů. Dotazník byl zcela anonymní a byl určen pro pedagogy mateřských škol v Českých Budějovicích.

Vzhledem k vytiženosti pedagogů bylo nutné dotazník sestavit tak, aby jeho vyplnění nezabralo příliš času. Dotazník tedy obsahoval 11 otázek, z toho 6 otázek uzavřených, 4 otázky polouzavřené a 1 otázku otevřenou. V prvních 4 otázkách zjišťuji identifikační údaje respondentů - pohlaví, věk, dosažené vzdělání a délku praxe. Zbylé otázky jsou zaměřeny již na problematiku týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte.

Dotazníkovému šetření předcházela pilotáž. Ta byla provedena u 10 pedagogů v MŠ Sedmikráska. Cílem bylo zjistit, zda jsou pedagogům otázky zcela srozumitelné. Respondenti neměli k dotazníku žádné otázky ani připomínky. Vyhodnocené dotazníky jsem sjednotila do konečné podoby. Jediné co bylo v dotazníku potřeba upravit, bylo, aby respondenti, kteří se se syndromem CAN během své praxe dosud nesetkali, nevyplňovali následující otázku, kde se ptám, jak týrané dítě rozpoznali.

Jelikož pro úspěch každého dotazníkového šetření je důležitým předpokladem ochota respondentů spolupracovat, osobně jsem pedagogy v mateřských školách navštěvovala. Stručně jsem jim vysvětlila smysl prováděného šetření. Zároveň jsem je ujistila, že vyplnění dotazníku je zcela anonymní a slouží jen k účelu této bakalářské práce.

### **3.2 Charakteristika zkoumaného souboru**

Výzkumný soubor tvoří pedagogové mateřských škol v Českých Budějovicích. Z celkového počtu mateřských škol, které se v Českých Budějovicích nachází, bylo 17 školek ochotno spolupracovat. Výběr pedagogů z těchto 17 školek byl totální – dotazník byl předán všem pedagogům.

Celkem bylo rozdáno 63 dotazníků. Jejich návratnost činila 84 %, odevzdáno tedy bylo 53 dotazníků. 3 dotazníky nebyly vyplněny úplně, proto byly vyřazeny. K vyhodnocení bylo celkem použito 50 dotazníků. Sběr dat probíhal v březnu 2015 v Českých Budějovicích.

## 4 Výsledky

### 4.1 Výsledky dotazníkového šetření

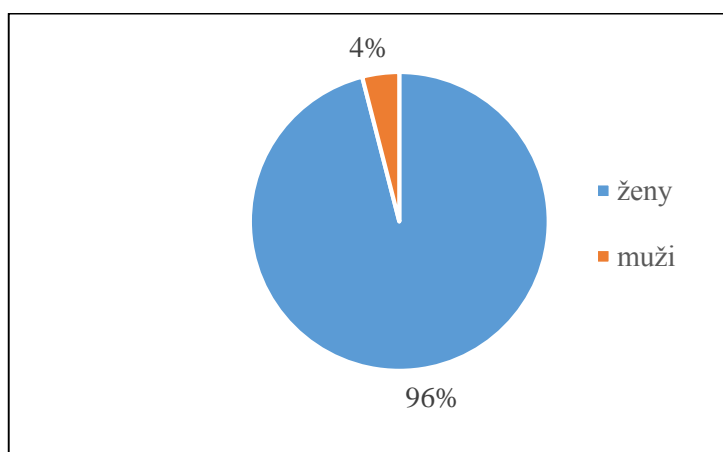
V této části bakalářské práce budou představeny výsledky dotazníkového šetření.

Získaná data jsou shrnuta v grafech. Graficky znázorněné výsledky jednotlivých otázek jsou vyjádřeny v procentech.

První čtyři grafy jsou zaměřené na identifikační údaje respondentů - jejich pohlaví, věk, délku praxe, vzdělání. V grafech následujících jsou již vyhodnoceny konkrétní odpovědi týkající se problematiky syndromu CAN.

Data byla zpracována v procesoru Microsoft Excel.

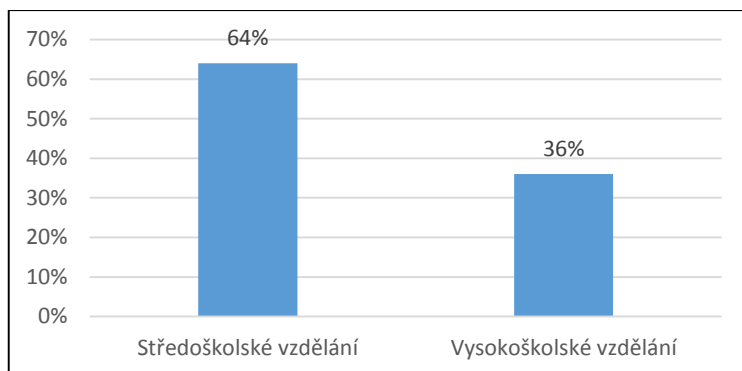
**Graf 1: Procentuální zastoupení respondentů dle pohlaví**



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 50 respondentů (100 %) bylo 48 žen (96 %) a 2 muži (4 %). Z tohoto procentuálního zastoupení respondentů vidíme, že muži v předškolním školství značně chybí.

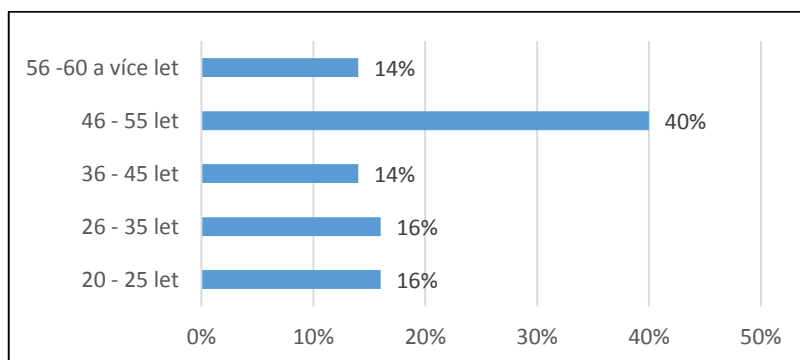
**Graf 2: Dosažené vzdělání respondentů**



Zdroj: vlastní výzkum

Dle zákona č. 563/ 2004 Sb., o pedagogických pracovnících musí mít pedagog v mateřské škole nejméně středoškolské vzdělání s maturitní zkouškou. V grafu 2 vidíme, že u respondentů středoškolské vzdělání převažuje. Z celkového počtu oslovených pedagogů mělo 32 (64 %) vzdělání středoškolské a 18 (36 %) vzdělání vysokoškolské.

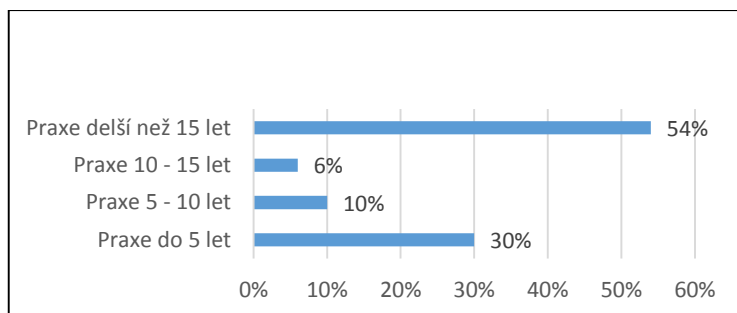
**Graf 3: Věk respondentů**



Zdroj: vlastní výzkum

V grafu 3 můžeme vidět velkou převahu pedagogů ve věku 46 – 55 let, kteří tvoří 40 % z oslovených respondentů. Pedagogové ve věkovém rozmezí 20 – 25 let a 26 -35 let jsou zastoupeni 16 %. Shodně jsou též zastoupeni pedagogové ve věkovém rozmezí 36 – 45 let a 56 – 60 a více let, a to 14 %.

**Graf 4: Délka pedagogické praxe**

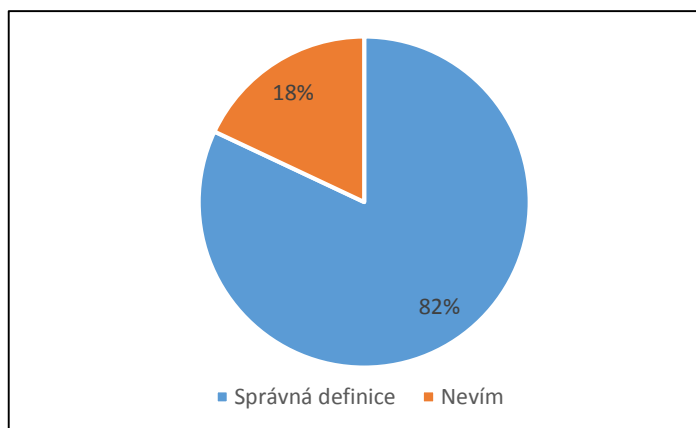


Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 50 (100 %) respondentů 15 (30 %) působí na pozici pedagoga v mateřské škole do 5 let, 5 respondentů (10 %) pracuje v mateřské škole 5 – 10 let, 3 respondenti (6 %) mají praxi 10 – 15 let, 27 (54 %) respondentů vykonává toto povolání více než 15 let.

Otázka č. 5 v dotazníku zněla: Jak byste definoval/a syndrom CAN?

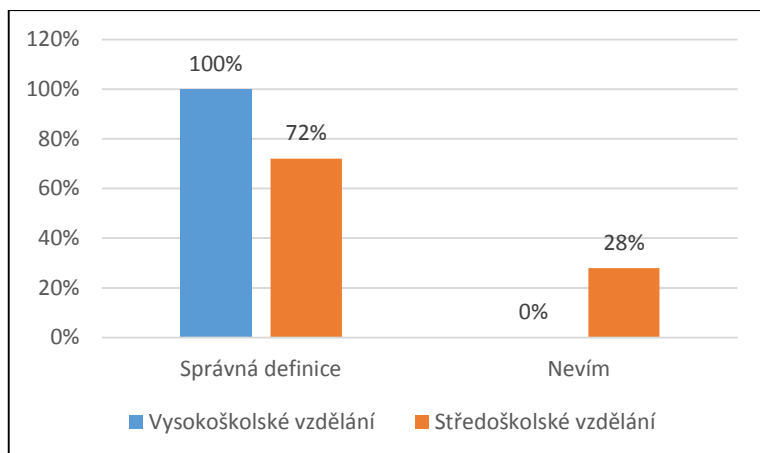
**Graf 5: Znalost definice syndromu CAN - celkový podíl odpovědí**



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu 5 je patrné, že z oslovených respondentů (50) 82 % znalo správnou definici syndromu CAN. 18 % respondentů definici syndromu CAN neznalo či nebyla správná.

**Graf 6: Znalost definice syndromu CAN dle dosaženého vzdělání**



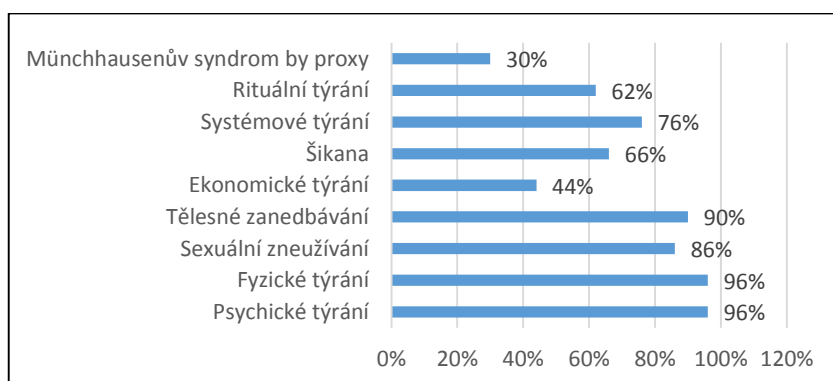
Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 32 respondentů se středoškolským vzděláním 23 respondentů (72 %) správně definovalo syndrom CAN, 9 respondentů (28 %) syndrom CAN definovat neumělo. Z těchto 9 respondentů 5 uvedlo, že se s tímto názvem setkává poprvé, ale domnívají se, že se jedná o nějakou formu týrání.

Respondenti, kteří uvedli jejich dosažené vzdělání jako vysokoškolské, uměli správně syndrom CAN definovat. To znamená, že z 18 vysokoškolsky vzdělaných respondentů 100 % znalo definici syndromu CAN.

Otázka č. 6 v dotazníku zněla: Co vše byste do syndromu CAN zařadil/a?

**Graf 7: Co vše byste do syndromu CAN zařadila/a? – celkový podíl odpovědí**

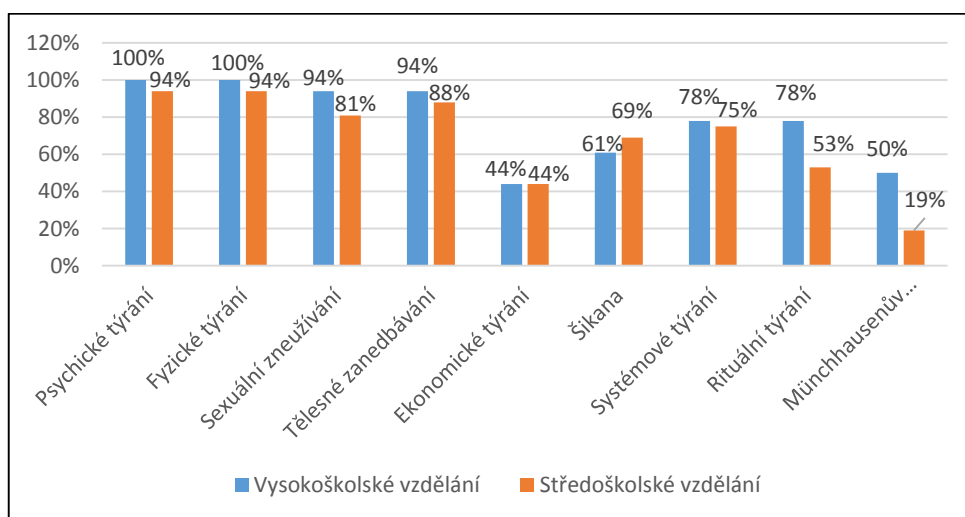


Zdroj: vlastní výzkum

V této otázce bylo respondentům nabídnuto 9 forem syndromu CAN. Respondenti měli správně označit všech 9 odpovědí. Jednalo se o otázku polouzavřenou, čili případně mohli dopsat některou variantu, kterou považovali za správnou. Této možnosti nikdo nevyužil.

Ani jedna z odpovědí nedosáhla u respondentů 100 %. Největší úspěšnost měly odpovědi – psychické a fyzické týrání, které správně označilo 48 respondentů, tedy 96 %. Následovala odpověď tělesné zanedbávání, kterou vybralo 90 % respondentů, dále sexuální zneužívání - 86 %, systémové týrání – 76 %, šikana – 66 %, rituální týrání – 62 %, ekonomické týrání 44 % a Münchhausenův syndrom by proxy, který vybralo jen 30 % pedagogů.

**Graf 8: Co vše byste zařadil/a do syndromu CAN – rozdělení dle vzdělání**



Zdroj: vlastní výzkum

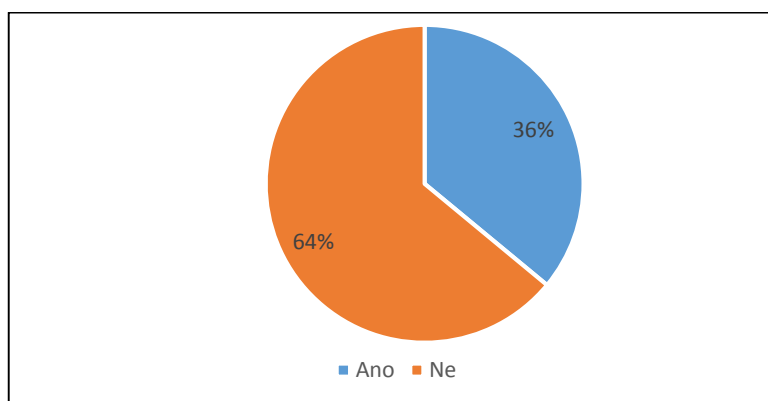
U pedagogů se středoškolským vzděláním mezi nejčastější odpovědi patřilo psychické a fyzické týrání, které vybralo shodně 94 % respondentů. Dále následovalo tělesné zanedbávání, které zvolilo 88 % respondentů, sexuální zneužívání označilo 81 % respondentů. Tyto základní 4 formy syndromu CAN správně vybrala skoro většina středoškolsky vzdělaných pedagogů. Z ostatních forem zvolilo 75 % respondentů systémové týrání, 69 % šikanu, 53 % rituální týrání, 44 % ekonomické týrání a pouhých 19 % respondentů vybralo Münchhausenův syndrom v zastoupení (by proxy). Z těchto

výsledků lze říci, že pedagogové se středoškolským vzděláním mají spíše větší znalosti o základních formách týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte než o formách zvláštních – viz Münchhausenův syndrom.

U pedagogů s vysokoškolským vzděláním je na prvním místě odpověď psychické týrání – 100 % spolu s fyzickým týráním, které rovněž dosáhlo 100 %. Následuje sexuální zneužívání a tělesné zanedbávání, které zvolilo 94 % respondentů, 78 % respondentů dále označilo systémové a rituální týrání, 61 % šikanu, 50 % Münchhausenův syndrom v zastoupení (by proxy) a nejméně respondentů zvolilo ekonomické týrání – 44 %.

Otázka č. 7 v dotazníku zněla: Setkal/a jste se během své praxe se syndromem CAN?

**Graf 9: Setkal/a jste se během své praxe se syndromem CAN? – celkový podíl odpovědí**

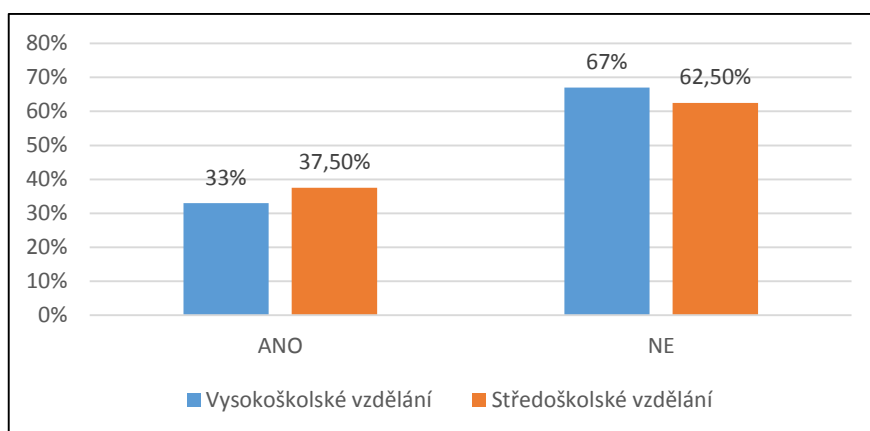


Zdroj: vlastní výzkum

Touto otázkou zjišťuji, kolik pedagogů se během své pedagogické praxe se syndromem CAN již setkalo. Z grafu 9, kde je uveden celkový podíl odpovědí, je patrné, že 64 % respondentů se s dítětem se syndromem CAN dosud neseťkalo. 36 % respondentů má s týraným, zneužívaným a zanedbávaným dítětem již zkušenost.



**Graf 10: Setkal/a jste se během své praxe se syndromem CAN? – rozdělení dle vzdělání**



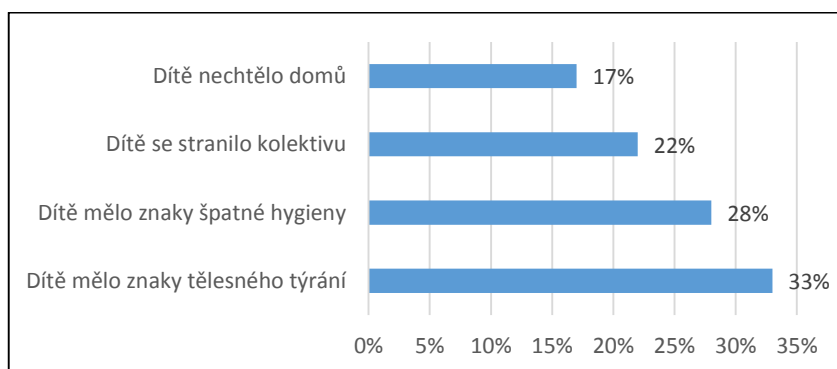
Zdroj: vlastní výzkum

62,5 % pedagogů se středoškolským vzděláním se dosud se syndromem CAN nesetkalo. 37,5 % uvedlo, že zkušenost s takto ohroženým dítětem již má.

U vysokoškolsky vzdělaných se dosud s týraným, zneužívaným a zanedbávaným dítětem nesetkalo 67 % pedagogů. 33 % ano.

Otázka č. 8 v dotazníku zněla: Pokud ano, jak jste ho poznal/a?

**Graf 11: Pokud ano, jak jste to poznal/a? – celkový podíl odpovědí**



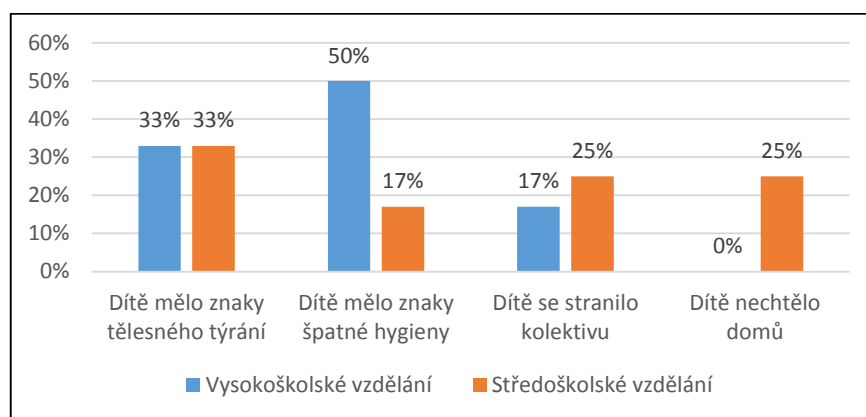
Zdroj: vlastní výzkum

Na tuto otázku odpovídali jen ti respondenti, kteří v předešlé otázce (Setkal/a jste se během své praxe se syndromem CAN?) uvedli, ano.

Touto otázkou se snažím zjistit, podle jakých znaků pedagogové poznali, že se jedná o dítě se syndromem CAN. Jednalo se o otázku polouzavřenou. Respondenti mohli mimo uvedených znaků, uvést i jiné. Této možnosti žádný respondent nevyužil.

Jak je vidět z grafu 11 33 % pedagogů odhalilo dítě se syndromem CAN dle tělesných znaků, jakými jsou například modřiny, popáleniny. Dle znaků špatné hygieny odhalilo týrané, zneužívané a zanedbávané dítě 28 % pedagogů. Tím, že se dítě stranilo kolektivu, odhalilo tento problém 22 % pedagogů a 17 % pedagogů uvedlo, že tím, že se dítěti nechtělo domů, rozpoznalo syndrom CAN. Žádný z pedagogů, který se se syndromem CAN již setkal, nevedl, že by týrané, zneužívané a zanedbávané dítě nerozpoznal.

**Graf 12: Pokud ano, jak jste ho poznal/a? – rozdělení dle vzdělání**



Zdroj: vlastní výzkum

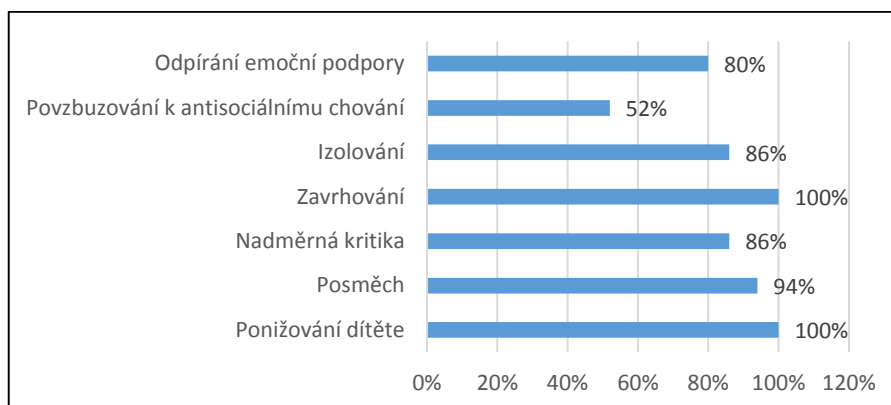
Středoškolsky vzdělání pedagogové nejčastěji uváděli, že rozpoznali syndrom CAN díky znakům tělesného týrání na těle dítěte. Uvedlo to 33 % pedagogů. Dále 25 % uvedlo, že pokud dítě nechtělo domů či se stranilo kolektivu, rozpoznali syndrom týraného, zneužívaného či zanedbávaného dítěte. 17 % odhalilo problém dle znaků špatné hygieny.

U pedagogů s vysokoškolským vzděláním převažovala odpověď – znaky špatné hygieny, kterou uvedlo 50 % respondentů této kategorie. Dále 33 % zvolilo odpověď

– znaky tělesného týrání a 17 % - dítě se stranilo kolektivu. Variantu – dítě nechtělo domů, nevybral žádný vysokoškolsky vzdělaný respondent.

Otázka č. 9 v dotazníku zněla: Co se domníváte, že spadá pod psychické týrání?

**Graf 13: Co se domníváte, že spadá pod psychické týrání? – celkový podíl odpovědí**

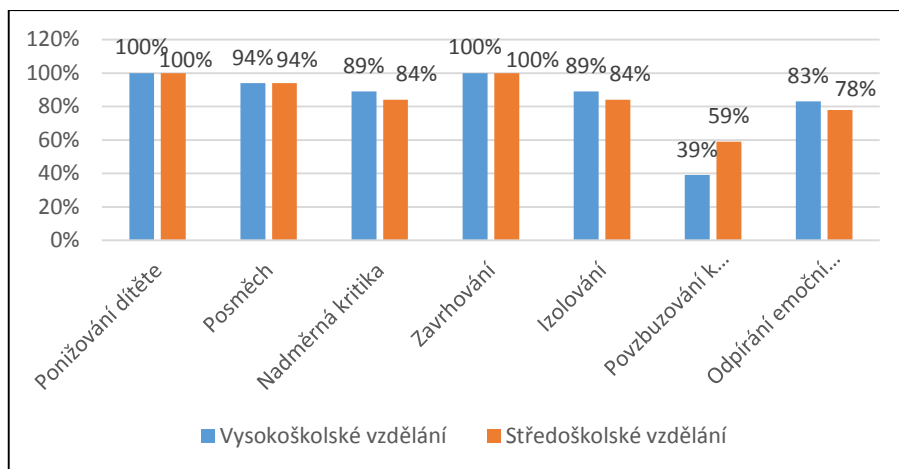


Zdroj: vlastní výzkum

V této otázce měli respondenti uvedeno 7 druhů psychického týrání. Správně měli označit všechny. Dále zde byla možnost vypsát jiný druh psychického týrání, který respondentům v nabídce mohl chybět. Toto opět nikdo z dotazovaných nevyužil.

Jak z grafu 13, kde je uveden celkový podíl odpovědí, můžeme vidět, dvě odpovědi dosáhly velmi dobrého výsledku. Zavrhování a ponižování dítěte považuje správně za formu psychického násilí všech 50 (100 %) oslovených respondentů. Posměch uvedlo 94 % respondentů. Shodný počet respondentů 86 % správně vybralo nadměrnou kritiku a izolování, 80 % zvolilo odpírání emoční podpory a nejméně respondentů – 52 % považuje za formu psychického týrání povzbuzování k antisociálnímu chování.

**Graf 14: Co se domníváte, že spadá pod psychické týrání? – rozdělení dle vzdělání**



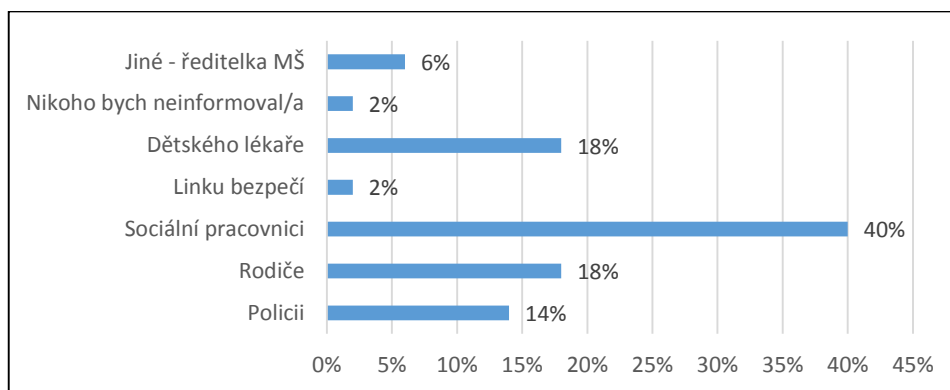
Zdroj: vlastní výzkum

U středoškolsky vzdělaných pedagogů jednoznačně zvítězily odpovědi – ponižování a zavrhování dítěte, které zvolilo 100 % dotazovaných. Dále 94 % správně označilo posměch, shodného počtu – 84 % dosáhly odpovědi nadměrná kritika a izolování, 78 % zvolilo odpírání emoční podpory a povzbuzování k antisociálnímu chování označilo 59 % pedagogů.

U vysokoškolsky vzdělaných pedagogů rovněž 100 % považuje za formy psychického týrání ponižování a zavrhování dítěte. Následoval posměch, který označilo 94 % pedagogů. Nadměrnou kritiku a izolování dítěte shodně označilo 89 % respondentů. Odpírání emoční podpory 83 %. Jen 39 % vysokoškolsky vzdělaných označilo povzbuzování k antisociálnímu chování.

Otázka č. 10 v dotazníku zněla: Koho byste nejdříve kontaktoval/a, pokud byste měla podezření, že dítě trpí syndromem CAN.

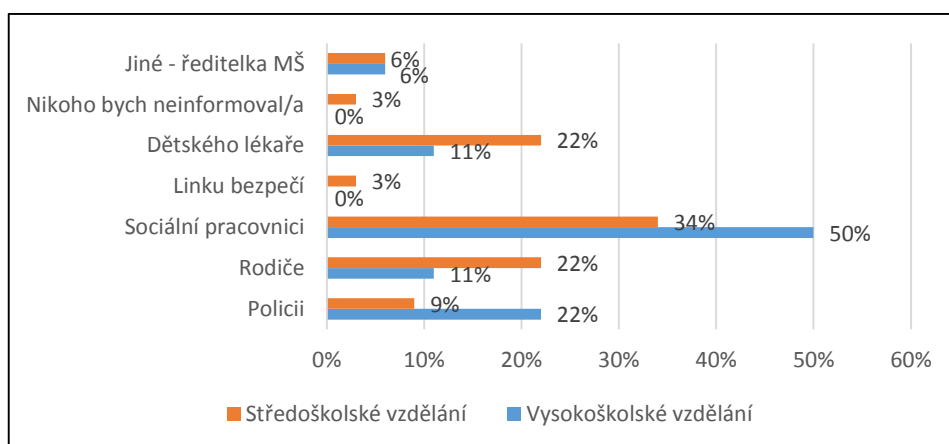
**Graf 15: Koho byste nejdříve kontaktoval/a, pokud byste měla podezření, že dítě trpí syndromem CAN? – celkový podíl odpovědí**



Zdroj: vlastní výzkum

Jestliže má pedagog podezření, že je některé dítě ohroženo syndromem CAN, měl by také vědět, koho o tomto podezření informovat. 40 % oslovených pedagogů uvedlo, že by nejdříve kontaktovali sociální pracovníci, 18 % by se obrátilo na dětského lékaře a na rodiče, 14 % na policii. V této otázce mohli také respondenti dopsat jinou instituci či osobu, na kterou by se obrátili. Této možnosti využilo 6 % respondentů, kteří se shodli na kontaktování ředitelky MŠ. Dále 2 % pedagogů by kontaktovaly linku bezpečí a zároveň 2 % pedagogů by nikoho nekontaktovala.

**Graf 16: Koho byste nejdříve kontaktoval/a, pokud byste měla podezření, že dítě trpí syndromem CAN? – rozdělení dle vzdělání**



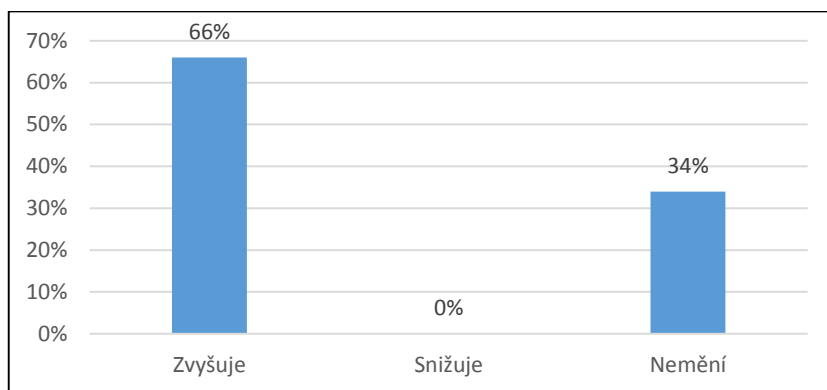
Zdroj: vlastní výzkum

Vyhodnocení dle vzdělání dopadlo následovně – nejvíce středoškolsky vzdělaných pedagogů (34 %), by se obrátilo na sociální pracovníci. 22 % se přiklání k variantě kontaktovat dětského lékaře a stejný počet (22 %) na rodiče dítěte. 9 % respondentů by věc oznámilo na policii, 6 % se shodlo na předání informací ředitelce MŠ, která má v řešení větší kompetence. 3 % pedagogů uvedla, že by kontaktovala Linku bezpečí a též 3 % by nikoho nekontaktovala.

Vysokoškolsky vzdělaní pedagogové by též nejdříve kontaktovali sociální pracovníci. Uvedlo to 50 % dotázaných. 22 % by kontaktovalo policii, 11 % dětského lékaře a též 11 % rodiče dítěte. 6 % uvedlo kontaktování ředitelky MŠ. Linku bezpečí by nekontaktoval žádný z oslovených vysokoškolsky vzdělaných respondentů.

Otázka č. 11 v dotazníku zněla: Myslíte si, že počet dětí ohrožených syndromem CAN se v ČR: zvyšuje, snižuje, nemění

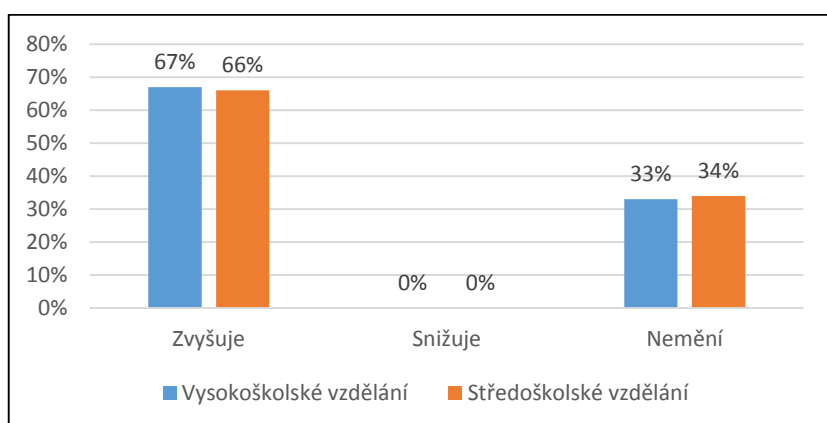
**Graf 17: Myslíte si, že počet dětí ohrožených syndromem CAN se v ČR: zvyšuje, snižuje, nemění – celkový podíl odpovědí**



Zdroj: vlastní výzkum

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda mají pedagogové povědomí o tom, že počet dětí ohrožených syndromem CAN každým rokem narůstá. 66 % pedagogů se tedy správně domnívá, že se počet ohrožených dětí zvyšuje. Dále 34 % uvedlo, že se počet nemění. Žádný z oslovených pedagogů si nemyslí, že by se počet dětí ohrožených týráním, zanedbáváním a zneužíváním snižoval.

**Graf 18: Myslíte si, že počet dětí ohrožených syndromem CAN se v ČR: zvyšuje, snižuje, nemění – rozdělení dle vzdělání**



Zdroj: vlastní výzkum

Většina (66 %) středoškolsky vzdělaných pedagogů uvedla, že se počet ohrožených dětí syndromem CAN každým rokem zvyšuje, 34 % pedagogů si myslí, že se počet nemění. Žádný ze středoškolsky vzdělaných pedagogů se nedomnívá, že by se počet ohrožených dětí v této problematice snižoval.

U vysokoškolsky vzdělaných jsou odpovědi téměř totožné. 67 % uvádí, že se počet zvyšuje, 33 % se domnívá, že se počet ohrožených dětí syndromem CAN nemění. Také žádný z vysokoškolsky vzdělaných pedagogů nevedl, že by se počet ohrožených dětí snižoval.



## 4.2 Statistické vyhodnocení hypotézy

K vyhodnocení hypotézy jsem využila chí kvadrát, díky kterému jsem hypotézu mohla potvrdit.

Níže uvádím tabulku, se kterou jsem pracovala při vyhodnocování hypotézy.

Hypotézu jsem počítala v programu Microsoft Excel.

Hypotéza zní: Vysokoškolsky vzdělaný pedagog má vyšší informovanost o syndromu CAN než pedagog se středoškolským vzděláním.

**Tabulka 1: Kontingenční tabulka**

	Četnosti			Procenta	
	Středoškolsky	Vysokoškolsky	Celkem	Středoškolsky	Vysokoškolsky
<b>Správná definice</b>	23	18	41	72 %	100 %
<b>Nevím</b>	9	0	9	28 %	0 %
<b>Celkem</b>	<b>32</b>	<b>18</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní výzkum

Zvolila jsem si nulovou hypotézu, které zněla: Vysokoškolsky vzdělaný pedagog nemá vyšší informovanost o syndromu CAN než pedagog se středoškolským vzděláním.

Ve funkci chí test, v programu Microsoft Excel, jsem zadala údaje o skutečné a předpokládané četnosti. Hodnota signifikace testu vyšla  $p=0,01$ . V sociálních vědách je hladina významnosti určena na 0,05. Jelikož je  $p$ -hodnota 0,01, je dosažená hladina významnosti statisticky průkazná. Mohu tedy konstatovat, že vysokoškolsky vzdělaní pedagogové mají více informací o syndromu CAN než pedagogové se středoškolským vzděláním.

## 5 Diskuse

Cílem bakalářské práce bylo zjistit informovanost pedagogů mateřských škol v Českých Budějovicích o syndromu CAN. Zjistit jejich postoj k této problematice, a zjistit, zda se s tímto problémem setkávají.

Pro výzkumnou část bakalářské práce jsem si sestavila dotazník, který se skládá z 11 otázek. První čtyři otázky jsou identifikační. Zjišťuji pohlaví, dosažené vzdělání, věk a délku praxe respondenta. Následující otázky jsou již zaměřené na znalosti problematiky syndromu CAN. Vzhledem k hypotéze byly výsledky porovnávány dle dosaženého vzdělání respondentů.

Dle Duškové [20] syndrom CAN neboli syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte představuje závažný patologický jev. Je velkým mýtem, že období dětství je vždy naplněné láskou. Smutným faktem je, že mnoho dětí kolem nás je právě vystaveno týrání, zneužívání a zanedbávání, a to po většinu dětství, aniž by někdo tuto nepříznivou situaci rozpoznal či zahájil kroky k pomoci a ochraně dítěte.

Proto se domnívám, že je velmi důležité, aby pedagogové v mateřských školách měli o této problematice patřičné znalosti. Aby uměli dítě ohrožené syndromem rozpoznat, věděli, jak postupovat a na koho se obrátit. Ve výzkumu jsem se tedy na pedagogy v předškolním zařízení zaměřila a zjistila jsem následující informace.

Jak je z grafu 1 (str. 35) patrné, bylo z celkového počtu oslovených respondentů 96 % žen a 4 % mužů. Z tohoto procentuálního zastoupení vidíme, že muži v předškolním školství značně chybí. Otázkou je, proč tomu tak je. Jednou z možností proč toto povolání muže příliš neláká je nedostatečné finanční ohodnocení. Dalším důvodem může být, že profese je vysoce feminizována. Přitom ale, jak se shoduje řada odborníků, muž jako učitel je velmi žádoucí.

Dle Lábusové [15] je prokázáno, že chlapci v mateřských školách potřebují něco jiného než dívky. Mají jiný způsob hry, potřebují více dobrodružství, více pohybu, jsou daleko hlučnější. A právě muž - pan učitel - je může dobře provést těmito dětskými chlapeckými aktivitami. Učitelé mají větší pochopení pro tento chlapecký způsob hry než učitelky, které mají spíše naopak tendenci chlapce okřikovat. Dále Lábusová [15]

připouští, že důvodem, proč je mužů pedagogů málo, je i nedůvěra Čechů k nezvyklému.

V následující otázce jsem se zaměřila na dosažené vzdělání respondentů. Dle zákona č. 563/ 2004 Sb., o pedagogických pracovních musí mít pedagog v mateřské škole nejméně středoškolské vzdělání s maturitní zkouškou. Jak v grafu 2 (str. 36) vidíme, tak právě pedagogové se středoškolským vzděláním ve výzkumu převažovali, tvořili 64 % z oslovených respondentů. Pedagogů s vysokou školou bylo osloveno 36 %.

Graf 3 (str. 36) ukazuje věkové rozdělení pedagogů. Nejvíce oslovených respondentů bylo ve věku 46 – 55 let, tvořili velkou převahu, a to 40 %. Následovali pedagogové ve věku 20 – 25 let a 26 – 35 let, kteří byli zastoupeni shodným počtem, a to 16 %. Shodně byli též zastoupeni pedagogové ve věkovém rozmezí 36 – 45 let a 56 – 60 let, a sice 14 %.

V poslední identifikační otázce zjišťuji délku praxe. V grafu 4 (str. 37) je vidět, že 54 % pedagogů má praxi s předškolním vzděláváním více než 15 let. 10 – 15 let působí na této pozici 16 % pedagogů, 10 % 5 – 10 let a praxi do 5 let uvedlo 30 % oslovených respondentů.

Můj průzkum potvrzuje, že je ve školství málo mladých pedagogů. Nejvíce pedagogů je ve věkovém rozmezí 46 – 55 let, což vyplynulo i z analýzy Ústavu informací ve vzdělávání. Důvodem, proč převažují spíše starší pedagogové, může být, že tito pedagogové by hůře hledali nové zaměstnání. Zatímco pokud mladý pedagog zjistí, že ho práce již nenaplňuje, snáze najde nové zaměstnání.

Další část výzkumu je již zaměřena na znalosti respondentů o syndromu CAN. První otázkou zjišťuji, zda oslovení respondenti znají definici syndromu. Zároveň na této otázce testuji hypotézu: Vysokoškolsky vzdělaný pedagog má vyšší informovanost o syndromu CAN než pedagog se středoškolským vzděláním.

Dle Krejčířové [21] je obvykle definice následující: jde o poškození fyzického, psychického nebo sociálního stavu a vývoje dítěte, které vzniklo jako důsledek nenáhodného jednání rodičů či jiné dospělé osoby.

Hanušová [13] syndrom CAN definuje jako soubor nepříznivých příznaků ve vývoji dítěte i v jeho postavení ve společnosti, především v rodině. Důsledkem je úmyslné ubližování dítěti, které je způsobeno nejčastěji jeho nejbližšími vychovateli, rodiči.

Dunovský [7] považuje za týrání, zneužívání a zanedbávání jakékoliv nenáhodné vědomé (či nevědomé) jednání rodiče, vychovatele či jiné dospělé osoby, jež poškozují tělesný, duševní a společenský stav a vývoj dítěte.

Hanušová [13], Krejčířová [21] i Dunovský [7] se tedy shodují a stanovují jako týrající osobu rodiče dítěte, vychovatele či jiné dospělé osoby.

Jak je z grafu 5 (str. 37) patrné, 82 % respondentů definici uvedlo správně. Pokud se podíváme na rozdělení dle dosaženého vzdělání, pro které slouží graf 6 (str. 38), vidíme, že všichni vysokoškolsky vzdělaní (100 %) respondenti znali definici syndromu CAN. Ze středoškolsky vzdělaných znalo přesnou definici 72 % pedagogů. Z toho lze usoudit, že vysokoškolsky vzdělaní o tomto syndromu mají větší informovanost. Po statistickém zpracování se má hypotéza potvrdila.

V další otázce zjišťují, jaké formy týrání by respondenti do syndromu CAN zařadili.

Dle Dunovského [7] do syndromu CAN spadá především fyzické týrání, psychické týrání, sexuální zneužívání, tělesné zanedbávání. Do zvláštních forem potom řadí systémové týrání, rituální týrání, Münchhausenův syndrom v zastoupení (by proxy) a organizované zneužívání.

Hanušová [13] i mnoho dalších autorů řadí do syndromu CAN též šikanu, kterou Dunovský [7] vynechává.

Jak je vidět z grafu 7 (str. 38) pedagogové si pod syndromem CAN nejčastěji představí ty nejzákladnější formy – psychické týrání, fyzické týrání, tělesné zanedbávání a sexuální zneužívání. Velmi mě překvapilo, že systémové týrání označilo daleko více pedagogů než ekonomické týrání, které podle mého názoru moc velké procento pedagogů nezvolilo. Mezi odpovědi s nejmenším počtem procent dále patřilo rituální týrání a šikana. Jelikož se o šikaně mluví spíše v souvislosti se základní školou, mohlo to být příčinou, proč pouze 66 % pedagogů tuto variantu označilo. Ovšem

dle Koláře [19] se šikana čím dál častěji vyskytuje již v mateřinkách. Úplně nejméně volenou formou syndromu CAN se stal Münchhausenův syndrom v zastoupení (by proxy), což jsem předpokládala. Jedním z důvodů, proč pedagogové tuto formu příliš neznají, může být, že ani v literatuře mu není velká pozornost věnována. Neexistuje ani žádný přesný výčet znaků, jak tuto problematiku rozpoznat. Jediné co může pedagogy upozornit na výskyt tohoto syndromu, jsou náhlé nevysvětlitelné obtíže či nemoci. U této otázky (č. 6) jsem se také domnívala, že pedagogové využijí možnost dopsat jiné formy syndromu, které v nabídce nebyly uvedeny, což se nestalo. V grafu 8 (str. 39) najdeme odpovědi respondentů dle vzdělání. Vysokoškolsky vzdělaní pedagogové dosahovali lepších výsledků především, co se týče zvláštních forem syndromu CAN. Výrazně větší procento jich volilo rituální týrání – 78 % a Münchhausenův syndrom v zastoupení (by proxy) – 50 %. Naopak šikanu zařadilo jako druh syndromu CAN více středoškolsky vzdělaných pedagogů (69 %) než vysokoškolsky vzdělaných (61 %). Celkově lepších výsledků však dosáhli pedagogové s vysokoškolským vzděláním.

V následující otázce se respondentů dotazují, zda se během praxe se syndromem týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte již setkali.

Jak je z grafu 9 (str. 40) patrné, 64 % pedagogů se během své praxe se syndromem CAN neseťkalo. Tudíž zkušenost s týraným, zanedbávaným a zneužívaným dítětem má jen 36 % respondentů. Co se týče rozdělení dle vzdělání, tak 67 % vysokoškolsky vzdělaných a 62,5 % středoškolsky vzdělaných nemá se syndromem CAN zkušenost.

Jak uvádí Dunovský [7] odhalení syndromu CAN je velmi obtížné.

Je tedy možné, že se někteří z pedagogů, kteří uvedli, že se se syndromem CAN neseťkali, v podstatě setkat mohli a jen týrané dítě neodhalili.

Další otázka byla určena jen pro ty respondenty, kteří se s týraným, zanedbávaným a zneužívaným dítětem setkali. Zjišťují, podle čeho takové dítě poznali.

V grafu 11 (str. 41) vidíme, že nejvíce si pedagogové všimají znaků tělesného týrání, které uvedlo 33 % dotazovaných. 28 % si u týraných dětí všimlo špatné hygieny, 22 % rozpoznalo problém dle toho, že se dítě stranilo kolektivu, 17 % tím, že se dítěti nechtělo domů. Graf 12 (str. 42) ukazuje na to, že středoškolsky vzdělaní respondenti

(33 %) dítě se syndromem CAN rozpoznali dle modřin, škrábanců či popálenin na těle – čili dle tělesných znaků. Zatímco vysokoškolsky vzdělaní (50 %) rozpoznali tento problém dle toho, že dítě mělo znaky špatné hygieny.

Dle Pešové [27] k odhalení dítěte, které je týráno, zneužíváno a zanedbáváno mohou značně přispět naše pocity a intuice. Často nám dítě, u kterého je následně odhalen syndrom CAN, může připadat podivné, zvláštní. Toho si můžeme všimnout zejména, pokud s dítětem máme možnost být častěji.

Snowman [35] uvádí, že dobrý pedagog se pozná dle pochopení, že všichni žáci nejsou stejní, a snaží se každému věnovat individuálně, dle jeho potřeb.

Myslím si, že pedagogové by neměli čekat, až objeví na dítěti některé ze znaků týrání. Měli by věřit svým pocitům a intuicím, které se ve většině případů nemýlí.

V další z otázek zjišťuji, co se respondenti domnívají, že spadá pod psychické týrání.

Dana Krejčířová [21] do psychického týrání zařazuje tyto formy: ponižování, posměch, nadměrnou kritiku, zavrhování, izolování, povzbuzování k antisociálnímu chování, odpírání emoční podpory.

Jak můžeme vidět v grafu 13 (str. 43) 100 % respondentů si pod pojmem psychické týrání představí ponižování dítěte a zavrhování dítěte. Velký počet dotazovaných - 92 % by ještě do této formy týrání zařadilo, posměch. 82 % označilo též nadměrnou kritiku a izolování. Mezi nejméně procentuálně zastoupené patřilo odpírání emoční podpory, které zvolilo 80 % pedagogů. Tuto odpověď jsem čekala na prvních příčkách. Na posledním místě s 52 % se objevilo povzbuzování k antisociálnímu chování.

Graf 14 (str. 44) nám ukazuje rozdíl v odpovědích u středoškolsky a vysokoškolsky vzdělaných pedagogů. Výraznější odchylka v počtu dosažených procent se objevila u odpovědi – povzbuzování k antisociálnímu chování, kterou zvolilo 59 % středoškolsky vzdělaných pedagogů, ale jen 39 % vysokoškolsky vzdělaných. Příčinou může být, jak uvádí sama Krejčířová [21], že tato forma by se dala zařadit taktéž do zneužívání.

Dle Hubáčkové [18] jsou původci psychického týrání v dětství převážně matky, otcové či učitelé a vychovatelé.

Dle Pešové [27] je psychické týrání ze všech forem syndromu CAN nejhůře prokazatelné.

V jedné z posledních otázek se od respondentů snažím zjistit, koho by kontaktovali v případě, že by měli podezření, že některé z dětí trpí syndromem CAN.

Špeciánová [36] uvádí, že v zákoně o sociálně-právní ochraně dítěte existuje právní úprava oznamovací povinnosti pedagogů. Ta pedagogům nařizuje ohlásit jakékoliv podezření na týrání, zanedbávání či zneužívání dítěte.

Dále Dunovský [40] uvádí, že pedagogové mají z povinného ohlašování obavy, konkrétně se bojí jednání s policií. Také z jeho výzkumů usoudil, že pedagogové o postupech a návodech, co činit při zachycení takového případu mnoho neví.

Dle průzkumu Špeciánové [36] nejvíce případů týrání bylo v minulosti ohlášeno lékařem dále policií, orgánem sociálně-právní ochrany či psychologem. Nejméně případů bylo nahlášeno jiným subjektem, kam zařazujeme školu a školská zařízení. Z tohoto průzkumu je jasně zřetelné, že ačkoliv pedagogům oznámení případů násilí na dětech nařizuje zákon, moc se na něm nepodílejí.

V grafu 15 (str. 45) vidíme, že jen 2 % z oslovených pedagogů by nikoho o týraném, zneužívaném a zanedbávaném dítěti neinformovala. Předpokládala jsem ovšem, že se žádný takový pedagog nenajde. Dále z grafu 15 (str. 45) vidíme, že 40 % pedagogů by informovalo nejdříve sociální pracovníci, 18 % kontaktovalo dětského lékaře či rodiče dítěte, 14 % policii. Objevily se i názory kontaktovat nejdříve ředitelku MŠ, tu by kontaktovalo 6 %. 2 % by se s tímto problémem obrátila na Linku bezpečí.

Graf 16 (str. 46) ukazuje, že vysokoškolsky i středoškolsky vzdělaní největším počtem procent označili kontaktování sociální pracovníce, v případě podezření na týrané, zanedbávané a zneužívané dítě.

V závěrečné otázce se ptám, zda se pedagogové domnívají, že se počet dětí ohrožených syndromem CAN v ČR zvyšuje, snižuje či nemění.

Jak uvádí Krejčířová [21] ačkoli se syndromu CAN věnuje větší pozornost než v letech dřívějších, počet násilí na dětech narůstá.

Graf 17 (str. 47) dokazuje, že více než polovina vysokoškolsky i středoškolsky vzdělaných pedagogů se shodla na tom názoru, že se počet takto ohrožených dětí zvyšuje. Kladně hodnotím, že žádný z pedagogů neuvedl, že by se počet snižoval.



## 6 Závěr

Bakalářská práce se skládala z teoretické a praktické části. V teoretické části jsem se zabývala historií syndromu CAN, jeho definicí, popsala jsem jeho formy, včetně forem zvláštních. Dále jsem se zaměřila na následky, které se důsledkem týrání, zanedbávání a zneužívání mohou u dítěte objevit. Poslední kapitola byla zaměřena na prevenci.

V praktické části jsem popsala metodiku výzkumného šetření, způsob výběru výzkumného souboru a jeho charakteristiku. Seznámili jsme se s výsledky výzkumu.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit informovanost pedagogů mateřských škol v Českých Budějovicích o syndromu CAN. Zjistit jejich postoj k této problematice, a zda se s tímto problémem setkávají.

Výzkum byl proveden u pedagogů mateřských škol v Českých Budějovicích pomocí dotazníkového šetření.

Z výzkumu jsem zjistila, že se pedagogové se syndromem CAN příliš nesetkávají. Jednou z příčin může být, že některé formy tohoto syndromu nelze lehce odhalit. Může to tedy být tak, že se pedagog s týraným, zanedbávaným a zneužívaným dítětem setkal, ale problém neodhalil. Dále jsem zjistila, že si pedagogové pod tímto syndromem nejčastěji představí jeho základní čtyři formy – psychické týrání, fyzické týrání, tělesné zanedbávání a sexuální zneužívání. O některých zvláštních formách mělo povědomí jen velmi malé procento respondentů (viz. Münchhausenův syndrom v zastoupení). Kladně hodnotím postoj pedagogů k tomuto problému. Jen jeden pedagog z celkového počtu oslovených respondentů uvedl, že by nikoho neinformoval v případě, že by měl podezření na týrané, zneužívané a zanedbávané dítě.

Stanovila jsem si hypotézu, ve které předpokládám, že vysokoškolsky vzdělaný pedagog má větší informovanost o syndromu CAN než pedagog se středoškolským vzděláním. Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že vysokoškolsky vzdělaní mají skutečně o této problematice více informací. Lepších výsledků dosáhli především v definování syndromu CAN. Následně i v zařazení jednotlivých forem spadajících

do této problematiky. Také žádný vysokoškolsky vzdělaný neuvedl, že by v případě odhalení dítěte se syndromem CAN nikoho neinformoval.

Z výzkumu tedy plyne, že vysokoškolsky vzdělaní pedagogové jsou o této problematice patřičně informováni. Středoškolsky vzdělaní jsou na tom s informovaností o trochu hůře. Nemohu ovšem říci, že by žádné informace neměli. Mají spíše jen informace základní, proto bych navrhovala pro takto vzdělané pedagogy školení či kurzy, díky kterým by získali širší informace.

Celkově mě výsledky překvapily. Domnívala jsem se, že daleko více pedagogů budeme mít se syndromem CAN zkušenost. Také jsem očekávala, že všichni pedagogové budou znát jeho definici. Vzhledem k jejich profesi si myslím, že znalost této problematiky je potřebná.

Má práce by mohla sloužit pedagogům k získání více odborných informací o syndromu CAN. Mohla by jim pomoci ke zkvalitnění prevence násilí na dětech či k včasnému odhalení problému. Práce by mohla být vhodným zdrojem informací široké veřejnosti.

## 7 Seznam informačních zdrojů

- [1] BECHYŇOVÁ, Věra a Marta KONVIČKOVÁ. *Sanace rodiny: sociální práce s dysfunkčními rodinami*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-392-5.
- [2] BENÍŠKOVÁ, Tereza. *První třídou bez pláče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, s. 153 -154. ISBN 978-80-247-1906-1.
- [3] BENTOVIM, Arnon. *Týrání a sexuální zneužívání v rodinách*. 1. vydání. Praha: Grada, 1998, 117 s. ISBN 80-7169-629-3.
- [4] ČERNÁ, Kateřina. Münchhausenův syndrom v zastoupení. In: *Maminka.cz* [online]. 2011 [cit. 2015-03-22]. Dostupné z:<http://www.maminka.cz/clanek/munchhausenuv-syndrom-v-zastoupeni>
- [5] ČESKO. *Zákon č. 563 ze dne 24. září 2004 o pedagogických pracovnících ve znění pozdějších předpisů*.
- [6] ČÍRTKOVÁ, Ludmila a Petra VITOUŠOVÁ. a kol. *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů. Příručka pro pomáhající profese*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2007, 191 s. ISBN 978-80-247-2014-2.
- [7] DUNOVSKÝ, Jiří, Zdeněk DYTRYCH a Zdeněk MATĚJČEK. a kol. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. 1.vyd. Praha: Grada, 1995, 248 str. ISBN 80-7169-192-5.
- [8] DUNOVSKÝ, Jiří. Problematika dětských práv a komerčního sexuálního zneužívání dětí u nás a ve světě. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, 251 s. ISBN 80-247-1201-6.
- [9] DYDŇANSKÁ, Radka. Transgenerační přenos. In *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*. 1. vyd. Praha: Ireas, 2007, s. 119 – 120. ISBN 978-80-86684-47-5.
- [10] FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 224 s. ISBN 978-80-247-2781-3.
- [11] GJURIČOVÁ, Šárka, Jana KOCOURKOVÁ a Jiří KOUTEK. *Podoby násilí v rodině*. 1. vydání. Praha: Vyšehrad, 2000, 104 s. ISBN 80- 7021- 416-3.
- [12] GRARUP, Jan. Boj proti obchodu s dětmi. In: *Unicef* [online]. 2011 [cit. 2015-03-22]. Dostupné z:<http://www.unicef.cz/aktualne/4956-boj-proti-obchodu-s-detmi>

- [13] HANUŠOVÁ, Jaroslava. *Násilí na dětech – syndrom CAN*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, 24 s. ISBN 80-86991-78-4.
- [14] HANUŠOVÁ, Jaroslava. *Sexuální zneužívání*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, 36 s. ISBN 80-86991-64-4.
- [15] HAVLÍKOVÁ, Magdalena. Ve školách a školkách chybí mužské vzory. Chlapci kvůli tomu selhávají. In: *Idnes.cz* [online]. 2015 [cit. 2015-04-13]. Dostupné z: [http://ona.idnes.cz/muzske-vzory-muzi-ve-skolstvi-failing-boys-few-/deti.aspx?c=A150325\\_211133\\_deti\\_haa](http://ona.idnes.cz/muzske-vzory-muzi-ve-skolstvi-failing-boys-few-/deti.aspx?c=A150325_211133_deti_haa)
- [16] HIRSCHER, Petra. *Otázky a odpovědi pro holky - dospívání, láska, sex*. 2. vyd. Praha: Fragment, 2015, 220 s. ISBN 978-80-253-2363-2.
- [17] HOLÁ, Michaela. Posttraumatická stresová porucha. In: *Zdravě.cz* [online]. 2010 [cit. 2015-03-22]. Dostupné z: <http://trauma.zdrave.cz/posttraumaticka-stresova-porucha/>
- [18] HUBÁČKOVÁ, Jitka. Formy a následky psychického týrání, zneužívání a zanedbávání. In: *Národní informační centrum pro mládež* [online]. 2008, 2014 [cit. 2015-03-26]. Dostupné z: <http://www.nicm.cz/formy-a-nasledky-psychickeho-tyrani-zneuzivani-a-zanedbavani>
- [19] KOLÁŘ, Michal. *Bolest šikanování*. 2. vyd. Praha: Portál, 2005, 256 s. ISBN 80-7367-014-3.
- [20] KOLEKTIV AUTORŮ. *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*. 1. Vyd. Praha: IREAS, Institut pro strukturální politiku, o. p. s., 2007, 236 str. ISBN 978-80-86684-47-5.
- [21] KREJČÍŘOVÁ, Dana. Týrání, zneužívání a zanedbávání dětí. In *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*. 1. vyd. Praha: Ireas, 2007, s. 9 - 15. ISBN 978-80-86684-47-5.
- [22] KUDLOVÁ, Pavla. *Sociokulturní kontexty v ošetrovatelství a porodní asistenci, příspěvek k podpoře humánnější péče o člověka*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, s. 77. ISBN 80-244.1424-4.
- [23] 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.
- [24] MARTÍNEK, Zdeněk. *Agresivita a kriminalita školní mládeže*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, s. 139 -140. ISBN 978-80-247-2310-5.

- [25] MÜLLEROVÁ, Dana a kol. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2014, s. 177. ISBN 978-80-246-2510-2.
- [26] PAVLATOVÁ, Eva. Násilí na dětech – jak dál v prevenci syndromu CAN. In: *Zdraví e15* [online]. 2010 [cit. 2015-03-22]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/nasili-na-detech-jak-dal-v-prevenci-syndromu-can-451186>
- [27] PEŠOVÁ, Ilona a Miroslav ŠAMALÍK. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, s. 117. ISBN 80-247-1216-4.
- [28] PÖTHE, Peter. *Dítě v ohrožení*. 1. vyd. Praha: G plus G, 1996, 143 s. ISBN 80-901896-52.
- [29] PRAŠKO, Ján. Posttraumatická stresová porucha. *Zdravíe15* [online]. 2005 [cit. 2015-03-26]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/posttraumaticka-stresova-porucha-165282>
- [30] PREISS, Marek. Posttraumatická stresová porucha. In *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*. 1. vyd. Praha: Ireas, 2007, s. 103. ISBN 978-80-86684-47-5.
- [31] ŘÍČAN, Pavel a Pavlína JANOŠOVÁ. *Jak na šikanu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, s. 24-30. ISBN 978-80-247-2991-6.
- [32] SEDLÁŘOVÁ, Petra a kol. *Základní ošetřovatelství v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, s. 191. ISBN 978-80-247-1613-8.
- [33] SKASKOVÁ, Pavla. Syndrom CAN. *Šance dětem* [online]. 2012 [cit. 2015-03-26]. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/rizikove-chovani-dospelého-k-díteti/syndrom-can.shtml>
- [34] SLANÝ, Jaroslav. *Syndrom CAN (syndrom týraného dítěte)*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2008, 155 s. ISBN 978-7368-474-7.
- [35] SNOWMAN, Jack, Rick McCOWN, Robert BIEHLER. *Psychology Applied to Teaching*. 13th Edition. Wadsworth: CENGAGE Learning, 2011. ISBN-13: 9781111298111.
- [36] ŠPECIÁNOVÁ, Šárka. *Ochrana týraného a zneužívaného dítěte*. 1. vyd. Praha: Linde, 2007, 156 s. ISBN 80-86131-44-0.
- [37] TEYBER, Edward. *Děti a rozvod: [jak pomoci dětem vyrovnat se s rozvodem rodičů]*. 1. vyd. Návrat domů, 2007, 232 s. ISBN 978-80-7255-163-7.

[38] VANÍČKOVÁ, Eva. *Dětská prostituce*. 2. vyd. Praha: Grada, 2007, 144 s. ISBN 978-80-247-2218-4.

[39] VANÍČKOVÁ, Eva, Zuzana HADJ – MOUSSOVÁ a Hana PROVAZNÍKOVÁ. *Násilí v rodině: syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte*. 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova, 1995, 64 s. ISBN 80-7184-008-4.

[40] WEISS, Petr. a kol. *Sexuální zneužívání - pachatelé a oběti*. 1. vyd. Praha: Grada, spol. s r. o., 2000, 212 s. ISBN 80-7169-795-8.

## Seznam grafů

Graf 1: Procentuální zastoupení respondentů dle pohlaví.....	35
Graf 2: Dosažené vzdělání respondentů.....	36
Graf 3: Věk respondentů.....	36
Graf 4: Délka pedagogické praxe.....	37
Graf 5: Znalost definice syndromu CAN - celkový podíl odpovědí.....	37
Graf 6: Znalost definice syndromu CAN dle dosaženého vzdělání.....	38
Graf 7: Co vše byste do syndromu CAN zařadila/a? – celkový podíl odpovědí.....	38
Graf 8: Co vše byste zařadil/a do syndromu CAN – rozdělení dle vzdělání.....	39
Graf 9: Setkal/a jste se během své praxe se syndromem CAN? – celkový podíl odpovědí.....	40
Graf 10: Setkal/a jste se během své praxe se syndromem CAN? – rozdělení dle vzdělání.....	41
Graf 11: Pokud ano, jak jste to poznal/a? – celkový podíl odpovědí.....	41
Graf 12: Pokud ano, jak jste ho poznal/a? – rozdělení dle vzdělání.....	42
Graf 13: Co se domníváte, že spadá pod psychické týrání? – celkový podíl odpovědí.....	43
Graf 14: Co se domníváte, že spadá pod psychické týrání? – rozdělení dle vzdělání.....	44
Graf 15: Koho byste nejdříve kontaktoval/a, pokud byste měla podezření, že dítě trpí syndromem CAN? – celkový podíl odpovědí.....	45
Graf 16: Koho byste nejdříve kontaktoval/a, pokud byste měla podezření, že dítě trpí syndromem CAN? – rozdělení dle vzdělání.....	46
Graf 17: Myslíte si, že počet dětí ohrožených syndromem CAN se v ČR: zvyšuje, snižuje, nemění – celkový podíl odpovědí.....	47
Graf 18: Myslíte si, že počet dětí ohrožených syndromem CAN se v ČR: zvyšuje, snižuje, nemění – rozdělení dle vzdělání.....	47

## Seznam tabulek

Tabulka 1: Kontingenční tabulka .....	49
---------------------------------------	----



## **8 Přílohy**

Příloha č. 1: Dotazník

## **Příloha č. 1: Dotazník**

### **DOTAZNÍK**

Vážená paní učitelko, Vážený pane učiteli,

jmenuji se Iva Divoká a jsem studentkou třetího ročníku oboru Sociální práce ve veřejné správě na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a dovoluji si Vás požádat o vyplnění dotazníku na téma „*Znalosti pedagogů mateřských škol v Českých Budějovicích o syndromu CAN*“, který je součástí mé bakalářské práce.

Vámi vyplněné informace budou použity jen pro účel této bakalářské práce. Dotazník je zcela ANONYMNÍ.

Pokud není uvedeno jinak, prosím o zaškrtnutí pouze jedné odpovědi.

Děkuji Vám za ochotu a Váš čas věnovaný vyplnění dotazníku.

### **ZNALOSTI PEDAGOGŮ MATEŘSKÝCH ŠKOL V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH O SYNDROMU CAN**

#### **1) Pohlaví?**

- Žena
- Muž

#### **2) Jaké je Vaše dosažené vzdělání?**

- Středoškolské
- Vysokoškolské

#### **3) Věk?**

- 20 – 25 let
- 26 – 35 let
- 36 – 45 let
- 46 – 55

- 56 - 60 a více let

**4) Jaké je Vaše délka praxe?**

- Do 5 let
- 5 – 10 let
- 10 – 15 let
- Více jak 15 let

**5) Jak byste definoval/a syndrom CAN?**

.....  
.....

- Nevím

**6) Co vše byste do syndromu CAN zařadil/a? (lze označit více možností)**

- Psychické týrání
- Fyzické týrání
- Sexuální zneužívání
- Tělesné zanedbávání
- Ekonomické týrání
- Šikana
- Systémové týrání
- Rituální týrání
- Münchhausenův syndrom v zastoupení (by proxy)
- Jiné .....

**7) Setkal/a jste se během své praxe se syndromem CAN?**

- Ano
- Ne (na otázku č. 8 neodpovídejte)

**8) Pokud ano, jak jste ho poznal/a?**

- Dítě mělo na těle znaky tělesného týrání (modřiny, škrábance, popáleniny)
- Dítě mělo znaky špatné hygieny
- Dítě se stranilo kolektivu, bylo zakřiknuté
- Dítě nechtělo domů
- Nepoznala jsem to
- Jiné .....

**9) Co se domníváte, že spadá pod psychické týrání? (lze označit více možností)**

- Ponižování dítěte
- Posměch
- Nadměrná kritika
- Zavrhování
- Izolování
- Povzbuzování k antisociálnímu chování
- Odpírání emoční podpory
- Jiné .....

**10) Koho byste nejdříve kontaktoval/a, pokud byste měla podezření, že dítě trpí syndromem CAN?**

- Policii
- Rodiče
- Sociální pracovníci
- Linku bezpečí
- Dětského lékaře
- Nikoho bych neinformovala
- Jiné .....

**11) Myslíte si, že počet dětí ohrožených syndromem CAN se v ČR:**

- Zvyšuje
- Snižuje
- Nemění