

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5**

**SYNDROM TÝRANÉHO DÍTĚTE Z POHLEDU SESTRY**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**MARTINA HUDECOVÁ, DiS.**

**Praha 2014**

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5**

**SYNDROM TÝRANÉHO DÍTĚTE Z POHLEDU SESTRY**

Bakalářská práce

MARTINA HUDECOVÁ, DiS.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jana Kovaříková, PhD.

Praha 2014



**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.**  
*se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00*

**Hudecová Martina**  
**3. C VS**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 22. 9. 2013 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Syndrom týraného dítěte z pohledu sestry

*Syndrome of Abused Child from Nurse's Point of View*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Kovaříková, PhD.  
Konzultant bakalářské práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

V Praze dne: 1. 11. 2013

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

# PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne: 31. března 2014

-----

*podpis*

# PODĚKOVÁNÍ

Děkuji vedoucí bakalářské práce PhDr. Janě Kovařikové, PhD. za cenné rady a metodické vedení práce a Mgr. Yvoně Kohoutkové za jazykovou kontrolu.

## ABSTRAKT

HUDECOVÁ, Martina. DiS. *Syndrom týraného dítěte z pohledu sestry*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jana Kovaříková, PhD. Praha. 2014. 88 s.

Bakalářská práce byla rozdělena na dvě části, a to teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývala syndromem týraného dítěte neboli syndromem CAN. V první kapitole se text věnoval hlavním příčinám týrání a následkům zanechaným na dětských obětech. Dále bylo v této části uvedeno několik forem syndromu CAN, jmenovitě - fyzické týrání, psychické týrání, sexuální zneužívání, zanedbávání a kromě toho byly zde i popsány zvláštní formy, jako je například systémové týrání. Práce podhalila i základní projevy týrání. Druhá kapitola se zabývala prevencí výskytu syndromu CAN. Třetí část absolventské práce podávala informace o péči o týrané dítě v rodině, v náhradní rodinné péči a ve Fondu ohrožených dětí. Poslední, čtvrtá kapitola teoretické části se zabývala právními aspekty syndromu CAN. Empirickou část tvořil výzkum, který měl dva cíle: první cíl zjišťoval, jaké byly vědomosti sester o ohrožených dětech, a druhý cíl hledal odpovědi na otázku, zda sestry věděly, co dělat při setkání se s ohroženým dítětem. Výsledky výzkumu byly zpracovány na základě dotazníkového šetření mezi všeobecnými sestrami na dětských odděleních.

Klíčová slova

Ošetřovatelská péče. Prevence. Sestra. Syndrom týraného dítěte. Syndrom CAN.

## **ABSTRACT**

HUDECOVÁ, Martina. DiS. *Syndrome of Abused Child from Nurse's Point of View*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Jana Kovaříková, PhD. Prague. 2014. 88 pages.

The thesis is divided into two parts, theoretical and practical. The theoretical part deals with the syndrome of an abused child, CAN Syndrome. First chapter focuses on main causes of abusing and consequences of abusing left on children victims. This part also describes several forms of CAN Syndrome, specifically physical abuse, psychological abuse, sexual abuse, neglect, bullying and in addition, this part describes special forms of abusing like systemic abuse and Münchausen syndrome. This thesis has also revealed basic displays of abusing. Second chapter deals with prevention against occurrence of Syndrome CAN. Third part of the thesis provides care for an abused child in the family, in the substitute family care and in FOD. Last chapter of the theoretical part describes the legal aspects of Syndrome CAN. The empirical part consists of research, which has two main goals: the first of them is to find out the knowledge of a nurse about abused children. The second goal looks for the answers to the question, whether nurse knows what to do when she meets a threatened child. The results are based on a questionnaire survey among general nurses in pediatric wards.

### Key words

CAN Syndrome. Nurse. Nursing Care. Prevention. Syndrome of an Abused Child

# OBSAH

## SEZNAM TABULEK

## SEZNAM GRAFŮ

## SEZNAM ZKRATEK

ÚVOD .....	16
<b>1 SYNDROM TÝRANÉHO A ZANEDBÁVANÉHO DÍTĚTE.....</b>	<b>17</b>
<b>1.1 PŘÍČINY A NÁSLEDKY SYNDROMU TÝRANÉHO A ZANEDBÁVANÉHO DÍTĚTE.....</b>	<b>17</b>
<b>1.2 FORMY A PROJEVY SYNDROMU TÝRANÉHO A ZANEDBÁVANÉHO DÍTĚTE .....</b>	<b>19</b>
1.2.1 ZANEDBÁVÁNÍ.....	20
1.2.2 TĚLESNÉ TÝRÁNÍ.....	20
1.2.3 PSYCHICKÉ TÝRÁNÍ .....	21
1.2.4 SEXUÁLNÍ ZNEUŽÍVÁNÍ.....	22
1.2.5 ZVLÁŠTNÍ FORMY SYNDROMU CAN .....	25
<b>1.3 DIAGNOSTIKA.....</b>	<b>26</b>
1.3.1 VÝSLECH DÍTĚTE.....	26
1.3.2 DĚTSKÉ KRESBY .....	27
<b>2 PREVENCE.....</b>	<b>29</b>



2.1 PRIMÁRNÍ PREVENCE.....	29
2.2 SEKUNDÁRNÍ PREVENCE.....	31
2.3 TERCÍÁRNÍ PREVENCE.....	32
<b>3 PÉČE O TÝRANÉ DÍTĚ .....</b>	<b>34</b>
3.1 RODINA .....	34
3.2 NÁHRADNÍ RODINNÁ PÉČE.....	35
3.2.1 ADOPCE (OSVOJENÍ).....	35
3.2.2 PĚSTOUNSKÁ PÉČE .....	36
3.2.3 PORUČENSTVÍ.....	36
3.2.4 OPATROVNICTVÍ.....	37
3.3 FOND OHROŽENÝCH DĚTÍ.....	37
3.3.1 KLOKÁNEK .....	38
3.3.2 POČET DĚTÍ V KLOKÁNCÍCH ZA TŘI ROKY.....	39
3.4 ROLE SETRY V PÉČI O TÝRANÉ DÍTĚ .....	40
<b>4 PRÁVNÍ OCHRANA TÝRANÉHO DÍTĚTE V ČR.....</b>	<b>43</b>
4.1 LISTINA ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD .....	43
4.2 ÚMLUVA O PRÁVECH DÍTĚTE .....	44
4.3 SOCIÁLNĚ PRÁVNÍ OCHRANA DĚTÍ .....	45
<b>5 ZNALOSTI VŠEOBECNÝCH SESTER O SYNDROMU TÝRANÉHO DÍTĚ .....</b>	<b>47</b>

5.1	CÍLE PRŮZKUMU A PRŮZKUMNÁ TVRZENÍ .....	47
5.2	METODOLOGIE A METODA PRŮZKUMU.....	48
5.3	CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMNÉHO VZORKU .....	48
6	ANALÝZA VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU .....	52
6.1	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU.....	52
6.2	DISKUSE .....	80
6.3	ZÁVĚR PRŮZKUMU A DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....	84
	ZÁVĚR.....	85
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	87
	PŘÍLOHY	

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Přehled statistických údajů.....	39
Tabulka 2 Charakteristika souboru dle délky praxe .....	49
Tabulka 3 Nejvyšší dosažené vzdělání.....	50
Tabulka 4 Pracoviště sester .....	51
Tabulka 5 Definice syndromu CAN.....	52
Tabulka 6 Definice syndromu CAN - rozdělení dle pracovišť sester.....	53
Tabulka 7 Kdo se dopouští sexuálního zneužívání .....	55
Tabulka 8 Kdo se dopouští sexuálního zneužívání - rozdělení dle pracovišť .....	56
Tabulka 9 Vliv alkoholu a drog na týrání .....	57
Tabulka 10 Vliv alkoholu a drog na týrání - rozdělení dle pracovišť.....	58
Tabulka 11 Kdo zneužívá chlapce .....	59
Tabulka 12 Kdo je nejčastěji tyranem.....	60
Tabulka 13 Co je u dítěte postiženého syndromem CAN negativně ovlivněno.....	61
Tabulka 14 Co je u dítěte postiženého syndromem CAN negativně ovlivněno – rozdělení dle vzdělání sester.....	62
Tabulka 15 Může být zanedbávání či týrání příčinou úmrtí .....	63
Tabulka 16 Může být zanedbávání či týrání příčinou úmrtí – rozdělení dle dosaženého vzdělání.....	64
Tabulka 17 První známky syndromu CAN.....	65

Tabulka 18 Projevy fyzického týrání .....	67
Tabulka 19 Projevy psychického týrání .....	68
Tabulka 20 Zda se sestry setkaly s postiženým syndromem CAN.....	70
Tabulka 21 Řešení situace, pokud zjistím, že je dítě týráno či zanedbáváno.....	71
Tabulka 22 Informace od dítěte, potřebuji jich co nejvíce.....	72
Tabulka 23 Řeknu dítěti větu, vím, jak se cítíš.....	73
Tabulka 24 Zásady komunikace s dítětem .....	74
Tabulka 25 Organizace, kde se zabývají syndromem CAN.....	75
Tabulka 26 Stopy tělesného týrání .....	76
Tabulka 27 Postup při setkání se s dítětem ohroženým syndromem CAN .....	77

## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Délka praxe sester .....	49
Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání.....	50
Graf 3 Pracoviště sester.....	51
Graf 4 Definice syndromu CAN.....	53
Graf 5 Definice syndromu CAN – rozdělení dle pracovišť sester.....	54
Graf 6 Kdo se dopouští sexuálního zneužívání.....	55
Graf 7 Kdo se dopouští sexuálního zneužívání - rozdělení dle pracovišť.....	56
Graf 8 Vliv alkoholu a drog na týrání.....	57
Graf 9 Vliv alkoholu a drog na týrání - rozdělení dle pracovišť.....	58
Graf 10 Kdo zneužívá chlapce.....	59
Graf 11 Kdo je nejčastěji tyranem.....	60
Graf 12 Co je u dítěte postiženého syndromem CAN negativně ovlivněno.....	61
Graf 13 Co je u dítěte postiženého syndromem CAN negativně ovlivněno – rozdělení dle vzdělání sester.....	63
Graf 14 Může být zanedbávání či týrání příčinou úmrtí.....	64
Graf 15 Může být zanedbávání či týrání příčinou úmrtí – rozdělení dle dosaženého vzdělání.....	65
Graf 16 První známky syndromu CAN.....	66
Graf 17 Projevy fyzického týrání.....	67

Graf 18 Projevy psychického týrání.....	69
Graf 19 Zda se sestry setkaly s postiženým syndromem CAN.....	70
Graf 20 Řešení situace, pokud zjistím, že je dítě týráno či zanedbáváno.....	71
Graf 21 Informace od dítěte, potřebuji jich co nejvíc.....	72
Graf 22 Řeknu dítěti větu, vím, jak se cítíš.....	73
Graf 23 Zásady komunikace s dítětem .....	74
Graf 24 Organizace, kde se zabývají syndromem CAN .....	76
Graf 25 Stopy tělesného týrání .....	77
Graf 26 Postup při setkání se s dítětem ohroženým syndromem CAN .....	78

## SEZNAM ZKRATEK

<b>CAN</b>	Child Abuse and Neglect
<b>Dr.</b>	Doktor
<b>OSPOD</b>	Orgán sociálně právní ochrany dítěte
<b>FOD</b>	Fond ohrožených dětí
<b>n</b>	celkový počet respondentů

## ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá syndromem CAN (Child Abuse and Neglect) neboli syndromem týraného, zneužívaného a zanedbaného dítěte. V současnosti aktuální téma se čím dál častěji objevuje i v hledáčku médií. Zaráží nás mimo jiné i fakt, jak je možné, že nedojde k odhalení týrání či zneužívání dříve, než dosáhnou nejvyššího stupně. Je smutné, že i v 21. století se stále vyskytují děti trpící syndromem CAN. Bohužel velmi často není problém odhalen včas, dítě je týráno, zneužíváno či zanedbáváno řadu let a okolí buď vůbec nic netuší, nebo všemu jen tiše přihlíží a mlčí. Doba středověku i Marie Terezie je sice už dávno pryč, ale přesto se stále najdou dospělé osoby, které práva dětí tak či onak neuznávají. Děti jsou z jejich strany vystaveny ponižování, fyzickému násilí, jsou zanedbávané či zneužívané, případně musí vykonávat práci nepříslušící jejich věku a postavení ve společnosti. A my se s údivem ptáme: „Jak je možné, že si toho nikdo v jejich okolí nevšimne?“ Dítě přece chodí do školky, školy, dochází na pravidelné lékařské prohlídky; pokud se jedná o sociální rodinu, navštěvuje je pravidelně sociální pracovnice, jsou v kolektivu dalších dětí a podobně.

Tato práce je rozdělena na dvě části. Teoretická část se zabývá charakteristikou syndromu CAN, rozebírá, jak se projevuje na dětech, kdo bývá pachatelem, jak lze týrání předejít a jak nejnadhěji s postiženým dítětem komunikovat. V průzkumné části této práce jsme se snažili zjistit, jaké mají o této problematice znalosti všeobecné sestry – zda vědí, kde hledat známky tělesného týrání, jak se projevuje psychické týrání, zda znají zásady komunikace s dítětem zasaženým syndromem CAN, znají-li správný postup při oznámení nově zjištěného případu. Průzkum byl prováděn ve třech nemocnicích a dvaceti ambulancích dětských lékařů formou nestandardizovaného dotazníku s 21 otázkami. Výsledky jsou zpracovány do grafů a tabulek.



# 1 SYNDROM TÝRANÉHO A ZANEDBÁVANÉHO DÍTĚTE

V polovině dvacátého století si rentgenologové, ortopedi a chirurgové povšimli poranění u dětí, která nebyla způsobena náhodným úrazem, nýbrž šlo o úmyslné zranění. Především to bývaly různé popáleniny, zlomeniny, krvácení a další různé druhy ran, v nejzazším případě dokonce i smrt dítěte. Tyto „úrazy“ nazvali prozatímně „neúrazovými poraněními“. Roku 1962 Američan Dr. Kempe změnil pojem na „syndrom bitého či týraného dítěte“ neboli „Battered Child Syndrome“. Postupem času se tento pojem rozšířil a vznikl název CAN, neboli „Child Abuse and Neglect“, v češtině souhrn příznaků týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (HANUŠOVÁ, 2006).

Zdravotní komise Rady Evropy v roce 1992 definovala syndrom CAN následovně: „Syndrom zanedbávaného a zneužívaného dítěte: jde o jakékoliv vědomé či nevědomé aktivity, kterých se dopouští člověk (rodič, vychovatel nebo jiná osoba) na dítěti a jejichž následkem dochází k poškození zdraví a zdravého vývoje dítěte. Jejich nejvýhradnější podobou je úplné zahubení dítěte“ (ŠPECIÁNOVÁ, 2003, s. 20).

## 1.1 PŘÍČINY A NÁSLEDKY SYNDROMU TÝRANÉHO A ZANEDBÁVANÉHO DÍTĚTE

Vyjmenovat konkrétní faktory, které stoprocentně určí, jaké dítě je syndromem CAN ohrožené, nelze. Ve většině případů jde o obyčejnou náhodu. Jsou však známy podněty, které pachatele přitahují více. Například „sexy“ vystupování u dívek, minisukně, svůdné prádlo, u chlapců zženštělé chování, obarvené vlasy, noční procházka zapadlou uličkou. Odborníci často agresi vysvětlují takzvanou „okolností trestného činu“, což znamená místem, jednáním oběti či povahou útočníka. Pachatel si spíše vybere „snadnou“ oběť, která je bázlivá, nesmělá, má ustrašené držení těla, je shrbená, má sklopené oči s uhýbavým pohledem. Dalším „lákadlem“ mohou být znaky

odlišující dítě od okolí jako je např. piercing, akné v obličeji, brýle, psychické či fyzické postižení dítěte.

Dříve popsané faktory se týkají neznámého útočnicka, ale dětem bohužel ubližují i vlastní či nevlastní rodiče. A proč si otec „vybere“ například mladší dceru a ne tu starší? V těchto případech je hlavní příčinou doba strávená s obětí o samotě (s mladší dcerou je dvě hodiny doma sám, zatímco matka pracuje a starší sestra je ve škole) (BOURCET, 2006).

Byly provedeny odborné studie, z kterých vyplynuly nejčastější motivy jednání útočníků:

- útok zvyšuje útočnickovo sebehodnocení, sebevědomí, chce si tím potvrdit svoji jedinečnost,
- kompenzace toho, že on sám byl zneužíván, týrán,
- má rád pocit moci a kontroly,
- je rád středem pozornosti a chce být uznáván,
- chce si potvrdit svoji identitu (ZAJÍC, 2009).

Může se stát, že dítě bývá často doma samo, protože na něj rodiče nemají čas a případné jeho problémy zlehčují, neřeší nebo dítě osočí ze lži. Rodiče nejen že dítěti nepomohou, ale navíc mu ublíží. Dítě se cítí bezmocně a snaží se najít kohokoliv, kdo ho vyslechne, kdo mu poradí a dá najevo svou lásku. „Spřízněnou duší“ se může stát kamarád, který ho vyslechne a pomůže mu vyřešit problém. Nebo se tak nestane a dítě se na sebe snaží upozornit. A tady záleží na tom, kdo si jeho volání o pomoc všimne. Existují lidé, kteří vyhledávají právě tyto děti a využívají jejich bezmocnost ve svůj prospěch; dítě je potom ochotné splnit jakékoliv jejich přání (HANUŠOVÁ, 2006).

Každé dítě je individuální, a proto se případ od případu liší i následky syndromu CAN. Záleží také na způsobu ublížení dítěti, zda jde o psychické týrání, zanedbávání, fyzické týrání, šikanu a v jaké míře. Dalšími ovlivňujícími faktory jsou typ pachatele – jestli danou osobu dítě zná a důvěřuje jí, či zda mu ublížila neznámá osoba. Velkou roli hraje taktéž opakování činu na dítěti – pokud je dítěti den co den ubližováno, je zřejmé,

že následky budou jiné, než pokud se incident stal jen jednou jedinkrát. Předem nelze jednoznačně říci, jak se bude psychický stav oběti vyvíjet. Objektivně velmi těžký případ ubližování může nakonec být celkem dobře „stráven“, zatímco očividně lehčí případ způsobí strašný zlom v životě dotyčné osoby (BOURCET, 2006).

Nejčastěji pozorované následky syndromu CAN:

- „selhávání ve škole, útky z domova, odmítání komunikace,
- neurotické poruchy, tenze, poruchy spánku, úzkost, pocity viny,
- sebeobviňování, fobie, depresivní stavy, sklony k sebevraždám,
- psychosomatické reakce,
- poruchy sexuálního chování,
- poruchy v sociálních vztazích: nízké sebehodnocení, poruchy komunikace, poruchy interpersonálních vztahů, neschopnost empatie,
- zneužívání návykových látek, závislost,
- poruchy individuálního vývoje dítěte“ (NÁSLEDKY, 2013).

Dítě je v těchto případech ohroženo posttraumatickými stresovými poruchami. Tyto poruchy vznikají na základě extrémně traumatických událostí. Mezi ně patří události ohrožující na životě, znásilnění, týrání, mučení, havárie, přepadení a další.

## **1.2 FORMY A PROJEVY SYNDROMU TÝRANÉHO A ZANEDBÁVANÉHO DÍTĚTE**

Syndromu CAN se dopouštějí lidé ve všech vrstvách společnosti. Patří ke všem rasám, náboženstvím i věkovým skupinám. Není rozdíl v tom, kde žijí; tyran se najde jak na vesnici, tak i ve velkém městě či na předměstí. Vzdělání a finance taktéž nehrají žádnou roli. Pachatelem bývají jak lidé s vysokoškolským vzděláním, tak i lidé se základním vzděláním a podobné je to i se sociálním statusem, může se jednat o člověka, který má zámek či naopak žije v chatrči. Trestného činu na dětech se dopouští muži i ženy a oběťmi jsou jak chlapi, tak dívky. Přehledný seznam forem syndromu CAN naleznete v příloze A (HEDVÁBNÁ, 2012).

### 1.2.1 ZANEDBÁVÁNÍ

Za zanedbávání je považován stav, kdy rodiče nevykonávají své rodičovské povinnosti nezbytné pro fyzický a psychický vývoj dítěte. Je jedním z nejčastějších forem ohrožení dítěte. Zanedbávání lze rozdělit do dvou skupin, a to na tělesné zanedbávání a psychickou deprivaci.

Tělesné zanedbávání: jedná se například o nedostatek výživy, oblečení, hygieny či život v nedostačujících sociálních podmínkách (takzvané environmentální zanedbávání). Zahrnuje i nedostatek vědomostí, kdy dítě buď nechodí pravidelně do školy či neplní domácí úkoly a do výuky chodí nepřipraveno (BECHYŇOVÁ, 2007).

Psychická deprivace: jde zejména o nedostatek lásky, vřelosti a porozumění. Někteří rodiče o své děti nejeví žádný zájem. Tyto děti jsou umístovány v ČR do Klokánků, dětských domovů a podobně, kde i přes veškerou péči touží po rodině, především po matce. Nedochozí jim, že o ně nemají rodiče zájem. Lásku se jim snaží dávat tety, ale i přes veškerou jejich snahu jim „cizí“ paní nemůže rodičovskou lásku vynahradiť. Dítě umístěné do Klokánku, kojeneckého ústavu či doma pro mládež může být kdykoliv vráceno zpět rodičům nebo přejít do náhradní péče, a proto si myslíme, že dítě je stále ohroženo psychickou deprivací. Nelze ke každému dítěti přilnout tak, jako by bylo vaše vlastní, dát mu potřebnou lásku a pak se s ním loučit. (VODIČKOVÁ, 2009)

### 1.2.2 TĚLESNÉ TÝRÁNÍ

Vaničková (2004) ve své knize za tělesné týrání považuje tělesný trest, který je vykonán pomocí předmětu, či útoky směřované na citlivé části těla, jako je například hlava, břicho, genitál, plosky nohou a další. Druhým kritériem jsou takové tresty, po kterých na těle dítěte zůstávají nějaké stopy – například modřiny, popáleniny, škrábance, zlomeniny a podobně. Tělesné týrání se dělí na aktivní a pasivní týrání:

- aktivní týrání zahrnuje podskupiny - první podskupinou je záměrné opomenutí péče o dítě s následkem jeho poranění či smrti, jde o děti bité, pálené nebo děti nechráněné před násilím; druhá podskupina zahrnuje děti tělesně týrané, ale bez

známek tělesného poranění, dále děti vystavované opakovaně zbytečným prohlídkám u lékařů či sexuálně zneužívané za užití násilí, tento druh týrání se jen velmi těžko dokazuje, neboť je obtížné zjistit, zda k poranění došlo nešťastnou náhodou (například úrazem) nebo šlo pouze o nedostatečnou péči a pozornost rodičů,

- pasivní týrání znamená neuspokojení bio-psycho-sociálních potřeb dítěte. Patří sem nedostatek výživy, vzdělání, ošacení, bydlení, výchovy a také zdravotní péče (HANUŠOVÁ, 2006).

Každé jednání zanechává na účastnících, ať už pachatel, či oběti, následky. Můžou to být následky příjemné, kdy si dotyčný dané chvíle užil, nebo následky nepříjemné, kdy účastník doufá, že se něco takového nebude již nikdy opakovat. Následky tělesného týrání na dětech jsou shrnuty v knize od autorek Sedláková, Kalátová a kol., vyjmenujeme pouze některé z nich:

- poruchy integrity kůže, které se vyskytují současně nebo v krátkém časovém sledu (může dojít i ke ztrátě krve a jiných tělesných tekutin),
- trvalé následky nebo smrt,
- poškozené sebevědomí,
- špatné známky a špatné pracovní výkony,
- sklon vybírat si později v životě vztahy, v nichž dochází k týrání či zneužívání,
- sebevražedné úmysly,
- nedostatek zdravotní péče,
- nedostatky ve výchově a vzdělávání – negramotnost dětí (SEDLÁKOVÁ, 2010).

### **1.2.3 PSYCHICKÉ TÝRÁNÍ**

Psychické týrání má velmi vážný dopad na chování či citový vývoj dítěte. V knize Vaníčkové Interpersonální násilí na dětech autorka rozvádí detailní členění psychického násilí dle odborníků:

- ústrky a odmítání (znevažování, ponižování, bagatelizování, zesměšňování, stálá kritika, odmítání odměn, veřejné pokoření),
- terorizování (vystavování dítěte nesrozumitelným podmínkám, nebezpečným situacím, vyhrožování násilím a vyhrožování násilím na lidech, zvířatech a věcech, které dítě miluje),
- odmítání citové odezvy (netečnost, lhostejnost, interakce s dítětem jen v nevyhnutelně nutných případech, neschopnost či neochota vyjádřit zájem, lásku, péči či podporu),
- izolace (zavírání dítěte, omezování svobody pohybu dítěte, omezování v sociální interakci s vrstevníky),
- nezájem o výchovu (ignorování, odmítání pomoci, odmítnutí pomoci v případě vážných zdravotních problémů či potřeb dítěte, odmítnutí či přehlížení nutné pomoci v případě výchovných či učebních problémů)“ (VANÍČKOVÁ, 2009, s.10).

Psychické týrání nezanechává viditelné stopy na těle dítěte, jeho výsledkem jsou následky na psychice dítěte. Proto bývá tato forma týrání jen velmi těžko zjištělná. Ale jak je známo, každá akce musí zákonitě vyvolat reakci, a tak to funguje i v případě psychického týrání. Pokud dochází k citové deprivaci, můžeme pozorovat na dítěti nespécifické znaky v jeho chování, jako je například plačtivost, vztek, apatie, podceňování, nerozhodnost, poruchy v chování – lhaní, snížené sebehodnocení, poruchy příjmu potravy, deprese, dítě je samotářské, ustrašené či agresivní. Může se projevat i psychosomatickými stavy, jako jsou například bolest hlavy, břicha, zvýšená teplota, ekzémy, pomočování nebo neurotické projevy. (VANÍČKOVÁ, 2010)

#### **1.2.4 SEXUÁLNÍ ZNEUŽÍVÁNÍ**

„Sexuální zneužívání je nepatřičné vystavení dítěte sexuálnímu kontaktu, aktivitě či chování. Zahrnuje jakékoliv dotýkání se dítěte se sexuálním podtextem, vykořisťování dítěte jakoukoliv osobou v sexuální rovině či pohlavní styk s dítětem. Zneužívatelem může být rodič, příbuzný, přítel, či pro dítě cizí osoba. Sexuální zneužití

se dělí na zneužití bez tělesného dotyku (tzv. bezdotykové) a s tělesným kontaktem (tzv. dotykové)“ (ŠPECIÁNOVÁ, 2003, s. 22).

Nekontaktní zneužívání zahrnuje:

- exhibicionismus,
- natáčení dětské pornografie,
- telefonické hovory se sexuálním podtextem,
- harašení – slovní výpady směrem k dítěti, objímání, plácání po zadku a podobně se sexuálním podtextem,
- prohlížení porno časopisů, videí,
- voyerismus – sexuální vzrušení při pohledu na svlékající se dítě (ZAJÍC, 2009).

Kontaktní zneužívání má tři stupně:

- první stupeň (nejméně závažná forma) – zahrnuje vzájemné svlékání, fotografování, polibky a doteky na sekundárně pohlavních znacích,
- druhý stupeň (středně závažná forma) – hnětení a líbání prsou, francouzské polibky, vnikání prsty, jazykem nebo předměty do vagíny či anusu, vzájemný dotek na genitáliích,
- třetí stupeň (velmi závažná forma) – orální styk, všechny formy a způsoby pohlavního styku) (ZAJÍC, 2009).

„Sexuálně zneužívané dítě často dlouho nerozumí tomu, co se s ním děje, nechápe, že chování dospělého vůči němu je vlastně nepřipustné. Hroznou skutečnost si pak uvědomuje až po několika letech, obvykle po nástupu puberty“ (ČIHÁK, 2011, s. 325). Děti v pubertě, které jsou sexuálně zneužívány, se pachateli přizpůsobují v pěti vzájemně se prolínajících fázích. Nejprve dítě vše utajuje, za což mohou nejčastěji výhrůžky ze strany pachatele. Druhou fází je bezmocnost, kdy dítě si uvědomuje závislost na agresorovi. V další fázi, třetí, se dítě přizpůsobuje dané situaci a podřizuje se. Ve čtvrté fázi oběť trauma nezvládá nebo chce získat určitou výhodu, a proto vše oznamuje - takzvané opožděné oznámení. A v páté, poslední fázi, dítě svoji výpověď odvolá, neboť je často dětské oběti kladena vina za rozpad rodiny a následné

ekonomické problémy. V tomto období bývá dítě také nařčeno ze lži a výmyslů (VANÍČKOVÁ, 2009).

Následky sexuálního zneužívání:

- specifické symptomy
  - pohlavně přenosné choroby,
  - poranění v oblasti anální a genitální,
  - hematomy na pohlaví,
  - kompulzivní nebo excesivní masturbace,
  - opakované sexualizované hry,
  - excesivní rozrušení,
  - noční běsy,
  - ulpívající chování,
  - obtíže s odloučením,
  - agresivní chování,
  - náhlá, prudká změna chování,
- nespecifické
  - bolest břicha,
  - pomočování, pokálení,
  - bolestivé vyprazdňování,
  - svědění pochvy a poševní výtok,
  - opakované a na antibiotika resistantní záněty močové roury,
  - poruchy příjmu potravy – nechutenství, zvracení,
  - poruchy spánku,
  - hysterie,
  - deprese,
  - útky z domova,
- informovanost o sexu, která neodpovídá věku a zralosti dítěte (SEDLÁKOVÁ, 2010), (VANÍČKOVÁ, 2009).



## **Pedofilie**

Pedofilie je sexuální deviace a bývá definována jako erotická přitažlivost vůči dětem. Pedofil touží po dítěti, většinou předpubertálního či pubertálního věku, podobně jako dospělý muž po dospělé ženě. Ne všichni pedofilové ale útočí na děti, většina z nich se za tuto odchylku stydí a u některých dokonce jejich odchylka od normálu vede k sebevraždě (PEDOFILIE, 2013).

### **1.2.5 ZVLÁŠTNÍ FORMY SYNDROMU CAN**

#### **Systémové týraní**

Systémové týraní je definováno jako druhotné ponižování, které je způsobeno tím systémem, který byl založen na pomoc a ochranu dětí a jejich rodin. Jedná se o případy, kdy je dítě neprávem odebráno rodičům. Jiným příkladem může být špatná péče či zanedbávání dítěte v nemocnici, ústavu. Zahrnuje to i zbytečné vyšetřování dítěte lékaři či psychology, protahování případů, kde dítě hraje roli svědka a podobně.

Aby se tomuto systémovému týraní předešlo, je potřeba, aby lidé, kteří přijdou do styku s ohroženými dětmi, věděli, jak správně postupovat při diagnostice a léčbě dítěte (VANÍČKOVÁ, 2009).

#### **Syndrom třeseného dítěte**

Syndrom třeseného dítěte neboli Shaken Baby Syndrome je způsoben, jak již jeho název napovídá, třesením kojence. U kojence je patrna triáda poškození centrální nervové soustavy. Jedná se o subdurální nebo subarachnoidální krvácení, za druhé akutní encefalopatii a za třetí krvácení do sítnice. U postiženého dítěte lze najít i zlomeniny humeru (kosti pažní) či costae (žeber). Patofyziologie poranění není doposud zcela známá. Hlavní roli hraje velká a těžká hlava kojence proti jeho tělu a neúplně vyvinuté krční svaly dítěte. Kojenec, s kterým bylo třeseno, trpí nechutenstvím, zvracením, nespavostí, stálým pláčem. Při diagnostice nalézáme hematomy, při doteku reaguje plačtivě. Syndrom třeseného dítěte je velmi brutální čin, dítě může umřít v průběhu

třesení či po zatřesení. U takto zemřelých dětí je určující pitevní nález (HAVRÁNEK, 2012).

### **1.3 DIAGNOSTIKA**

Diagnostika ale není vůbec jednoduchá, nedá se stoprocentně rozlišit úmyslné ublížení od náhodného zranění dítěte. Je tedy potřeba, aby zdravotnický personál při poranění dítěte měl v povědomí i možnost, že se jedná o syndrom CAN.

Ať už je dítě týráno fyzicky, psychicky či je zneužíváno nebo zanedbáváno, hlavním úkolem je odhalit tento čin co nejdříve. Je důležité, aby dítě nebylo ohrožováno po celé jeho dětství. Výše uvedené následky týrání patří mezi první symptomy, které lze na dětech pozorovat. Pokud si někdo povšimne například změn v chování, zhoršení prospěchu, opakovaných zlomenin, podlitin či toho, že dítě opakovaně utíká z domova, nerado chodí na kroužek, který si s nadšením vybralo samo, neměl by jen slepě přihlížet. (VANÍČKOVÁ, 2009).

#### **1.3.1 VÝSLECH DÍTĚTE**

„Podle zákona č. 141/ 1961 Sb., ustanovení §102 odst. 1 trestního řádu je třeba provádět výslech o okolnostech, jejichž ožívování v paměti by vzhledem k věku mohlo nepříznivě ovlivňovat duševní a mravní vývoj dítěte, zvláště šetrně a po obsahové stránce vyčerpávajícím způsobem tak, aby výslech v dalším řízení zpravidla už nebylo třeba opakovat. Nový výslech dítěte o těchto skutečnostech v dalším řízení je možný jen v nutných případech“ (ŠPECIÁNOVÁ, 2003, s. 106). Zákon byl v roce 2012 novelizován, ale výše zmiňovaný paragraf a odstavec stále platí.

K výslechu nezletilých dětí je možno přibrat jednu další osobu. Může jí být rodič, pedagog nebo osoba, která se zabývá výchovou dětí. Zákon č. 265/2001 Sb. ve znění pozdějších předpisů upravuje postavení dětských svědků – nově je umožněno osobě, která je přítomna u výslechu, do něj zasahovat. Může navrhnout přerušování výslechu či odložení na později z důvodu nepříznivého vlivu na psychiku vyslýchaného dítěte. Další osobou přítomnou výslechu je obhájce obžalovaného a státní obhájce. Oba

dva mají právo na položení několika otázek. Celý výslech dítěte se většinou natáčí na kameru, která zachytí nejen odpovědi dítěte, ale i jeho reakce (mimiku, nervozitu a podobně) (ŠPECIÁNOVÁ, 2003).

Při výpovědi dítěte je potřeba dodržet několik zásad. Je nutné brát ohled na fakt, že dítě může být prchlivé, stydět se a vracet se k nepříjemným situacím v jeho životě ve společnosti neznámých lidí pro něj může být velmi složité. Proto je důležité, aby v místnosti bylo co nejméně osob, aby se na dítě netlačilo, aby mělo dostatek času – může dělat pauzy, plakat. Hodně záleží i na prostředí, v kterém je dítě vyslýcháno. Místnost, kde výslech probíhá, by měla být dítěti známá, mělo by se v ní cítit dobře a bezpečně. V místnosti by měl být klid a je také vhodné minimalizovat rušivé faktory zvenčí (telefonáty, návštěvy a podobně).

Výslech dětí mladšího školního věku se provádí pomocí hračky. Používají se kupříkladu dvě hadrové panenky, které mají na tělech anatomické otvory. Obě postavičky jsou ze začátku oblečené a nemají sekundární pohlavní znaky. Dítě tedy může názorně ukázat, jakým způsobem byly sexuálně zneužity. Takto lze postupovat i u starších dětí, které se stydí o svém zneužití mluvit. Ale nemusí se jednat jen o sexuální delikt, podobně lze postupovat i v případě ostatních forem syndromu CAN. Osoba vedoucí výslech může navázat kontakt s dítětem prostřednictvím plyšáků a hraček, získat si jeho důvěru a přimět dítě, aby se svěřilo se svým problémem.

### **1.3.2 DĚTSKÉ KRESBY**

Každé dítě rádo kreslí, dejte mu tužku a papír a bude spokojeno. Dětské kresby jsou zaměřeny především na to, co je pro ně důležité. V kresbách nalezneme domy, rodiče, stromy, kamarády, zvířata. Děti se neumí ovládat tak jako dospělí, a proto nám své prožitky snáze sdělí skrze kresbu. Pokud dostanete dětský výkres, to nejdůležitější pro ně bude zvýrazněno, například velikostí. Pokud prožijí nějaký silný negativní zážitek, můžeme si být jisti, že ho budou kreslit. Dítě může mít problém s mluvou, ale ono přesně ví, co prožilo či co vidělo, a jestliže se obraz dostane do správných rukou, je odhaleno to, co mělo být skrýváno a na veřejnost se nemělo nikdy dostat (PETERSON, 2002).

Bez verbálního vyjadřování se dá právě díky kresbám odhalit, že se dítě stalo obětí fyzického týrání, sexuálního zneužívání, citového týrání a podobně.

## 2 PREVENCE

I ve 21. století se stále setkáváme s týráním a zneužíváním dětí. Velkou roli v problematice CAN hraje prevence. Světová zpráva o násilích na dětech píše: „Každé násilí je neospravedlnitelné, neomluvitelné, nepřijatelné, v rozporu s právy dětí a lze mu předcházet“ (VANÍČKOVÁ, 2009, s. 3).

Organizace OSN ve spolupráci s WHO vypracovala Světovou zprávu o násilí na dětech a Česká vláda v souladu s jejím doporučením vypracovala Národní strategii prevence násilí na dětech. „Cílem strategie je na národní, regionální i místní úrovni zvýšit ochranu dětí před všemi formami násilí, ke které se státy zavázaly ratifikací Úmluvy o právech dítěte“ (VANÍČKOVÁ, 2009, s. 3).

Národní strategie vytvořila několik prioritních bodů pro prevenci násilí na dětech. V první řadě jde o postoj společnosti k problematice násilí vůči dětem. Měla by být spuštěna veřejná kampaň, která má za cíl změnit postoj společnosti k násilí a zajistit nulovou toleranci násilí na dětech. Za další jde o podporu primární prevence, profesionalizaci pracovníků, kteří pracují s ohroženými dětmi, a dostupnost organizací věnujících se ohroženým dětem. Čtvrtým bodem strategie je zřízení monitorovacích středisek, kde budou probíhat analýzy všech vlivů na zdravý vývoj dětí, zjišťování problémů a návrhy jejich řešení. V neposlední řadě chce, aby se děti účastnily vytváření prostředí, v němž samy vyrůstají, a na kampani „Stop násilí na dětech“ se podílely (VANÍČKOVÁ, 2009).

### 2.1 PRIMÁRNÍ PREVENCE

„Primární prevence zahrnuje veškeré aktivity realizované s cílem předejít problémům spojeným s výskytem sociálně patologických jevů“ (Žáková, 2009). Definice z knihy Násilí na dětech – syndrom CAN (Hanušová, 2006) říká, že prevence spočívá především v přípravě dětí na manželství, na budoucí roli rodičů. Tato příprava má probíhat již od raného dětství. Aby byly opravdu „děti“ připraveny na roli rodičů,

doporučuje se navštěvovat programy pro těhotné ženy či nastávající otce. Je důležité, aby dítě znalo a dovedlo chránit samo sebe před nejrůznějšími nebezpečím, například před šikanou, úrazy, sexuálními či psychickými útoky. Cíle primární prevence jsou:

- „informovanost nejširší laické i odborné veřejnosti, včetně dětské,
- vytváření multidisciplinárních týmů pro osvětu a podporu spolupráce mezi školami, zdravotnickými zařízeními, policií, sociálními pracovníky i dalšími subjekty a osobami, které mohou mít na děti a dospívající vliv,
- specializace a odborné vzdělání sociálních a dalších pracovníků, kteří jsou v kontaktu s dětmi a dospívajícími“ (ZAJÍC, 2009, s. 15).

Primární prevence tedy pojednává o předcházení týrání a zneužívání, a proto jde především o edukaci jak dětí, rodičů, tak i odborníků (pedagogové, sociální pracovníci, zdravotnický personál) i laické veřejnosti. Dítě by mělo vědět, jakým nebezpečným situacím může být v životě vystaveno, a mělo by i vědět, na koho se může obrátit v případě ohrožení. Pokud se týrání odehrává za zdí rodinného domu, nabízí se například učitel, který dítě vyslechne a pomůže mu, existují telefonní linky, na které může dítě v nouzi zavolat. Pokud se týrání či zneužívání děje ve škole nebo na ulici, mělo by dítě vědět, že se může obrátit na rodiče či pedagogy, kteří ho vyslechnou, budou mu věřit a zařídí, aby se situace již neopakovala, a útočníky potrestá. Úlohou rodičů a odborníků tedy je, aby dítě mělo dostatek informací.

Klíčovou roli hraje v prevenci u dětí několik málo prvků:

- Vztah k vlastnímu tělu a následně i k sexualitě samotné – chápání vlastního těla jako „věci“, na kterou má právo jen ono samo, potřeba rozlišit, koho a jak připustí do své intimní sféry.
- Důvěra, možnost se někomu svěřit – je důležité brát dítě vážně, rozvíjet u dítěte schopnost vyjadřovat se o svém vnitřním životě.
- Nebezpečí nelze předem vyloučit, protože může přijít z naprosto nečekané strany – z internetu, rodiny, školy, ulice. Proto je důležité, aby dítě například objetí od rodičů, kamarádů, sourozenců či pedagogů nebralo jako zneužívání, ale aby dokázalo rozpoznat, když se děje něco závažného. Jsou známy případy, kdy

byl obviněn nevinný člověk, který se pak jen těžko může bránit nařčení (ZAJÍC, 2009).

Weis (2000, s. 54 - 55) ve své knize uvádí „Desatero, jak zajistit dítěti bezpečnost“. Jedná se spíše o příručku pro rodiče, kterým radí, jak mají zajistit bezpečí svému dítěti.

Zkrácený souhrn rad zní:

- Děti mladší osmi let by nikdy neměly být samy. I při hře s ostatními dětmi mají být pod dozorem důvěryhodné dospělé osoby.
- Nikdy nenechávejte malé dítě bez dozoru. Neopouštějte dítě v kočárku.
- Naučte co nejdříve dítě jeho celé jméno, adresu a číslo telefonu domů.
- Od dvou let učte dítě, že nikdy nesmí odejít s kýmkoliv – ani s osobou, kterou znají, pokud se vás nezeptají.
- Učte své děti, aby vám vždy řeklo, s kým a kam jde, kdy se vrátí. Získejte od něj adresu nebo telefon, kam mu můžete zavolat.
- Učte děti bezpečnému chování na silnici.
- Na frekventovaných místech si s dítětem dohodněte, kde vás najde, jestliže se ztratí. Naučte dítě, koho má požádat o pomoc (policie atd.).
- Budujte v dítěti sebevědomí láskou, pochvalou a pozorností. Často jsou ohrožené děti zanedbané, osamocené a nejisté.
- Vysvětlete dětem, že by nikdy neměly s dospělými nebo většími dětmi dělat to, co se jim nelíbí a co nechťejí.

## **2.2 SEKUNDÁRNÍ PREVENCE**

Sekundární prevence se orientuje na problémové rodiny, na skupiny lidí, které jsou nějakým způsobem rizikové, dále na situace a podmínky v okolí, které mohou zvyšovat riziko týrání, zanedbávání či zneužívání. V sekundární prevenci se tyto faktory snažíme odhalit včas a tím předcházet činu. Jinými slovy, problém je znám (například: v okolí se pohybuje pedofil) a my se snažíme, aby nedošel do „konečné fáze“ – například syndromu CAN. Problematiku sekundární prevence lze rozdělit na několik skupin (ZAJÍC, 2009).

### **Rizikové děti**

- jde převážně o děti hyperaktivní, které jsou nesoustředěné, neklidné, impulsivní, zbrklé a svým chováním rodiče i vychovatele jak fyzicky, tak psychicky vyčerpávají,
- děti úzkostné, ustrašené (ačkoliv k tomu nemají žádný důvod),
- mentálně retardované děti či děti s lehkými mozkovými dysfunkcemi, jejichž vývojová opožděnost vyvolává u rodičů zklamání.

### **Riziková dospělí**

- lidé s agresivními povahovými rysy,
- lidé závislí na alkoholu či jiných návykových látkách,
- mladiství rodiče,
- lidé dlouhodobě ve stresu,
- workoholici,
- lidé se sexuálními úchylkami,
- psychicky nemocní lidé (anomálie ve vývoji osobnosti – psychopatie),
- mentálně retardovaní,
- sociálně izolovaní lidé.

### **Rizikové situace**

- rozvodová situace,
- hmotná bída,
- stísněný životní prostor rodiny – jedna místnost na spaní pro celou rodinu,
- nový člen rodiny – (přítel matky, přítelkyně otce),
- cizí osoba v rodině – příbuzní, přátelé (WEIS, 2000)

## **2.3 TERCIÁRNÍ PREVENCE**

„Terciární prevence je soubor opatření směřujících k zastavení nebo omezení probíhajícího zasažení dítěte CAN a všech dalších škod, které z toho vyplývají.



Terciární prevence navazuje na terapeutické a rehabilitační aktivity a usiluje o rychlý návrat k normě a vyloučení podmínek a faktorů, které syndrom CAN vyvolaly.“ (DANIELOVÁ, 2011, s. 47)

Cílem terciární prevence je co nejvíce napravit již vzniklé škody. Zejména jde o to, aby se poškozování dítěte dále neopakovalo - například odebráním dítěte z rodiny. Nejprve je třeba určit míru poškození dítěte, následky na psychice dítěte či jeho fyzickém stavu. Podle toho se teprve postupuje dál; nelze dítě jeden den z rodiny odebrat a druhý den jej vrátit zpět. Je nutné vše důkladně prověřit a rozhodnutí musí být učiněno v co nejlepší prospěch dítěte. Odebrané děti mohou být umístěny do Klokánků nebo dětských domovů, kde se o ně starají „tety“.

Do této prevence také patří terapie a rehabilitace ohrožených dětí. Při terapii mohou pomáhat jak rodiče, tak i škola či další odborníci z řad psychologů, psychiatrů. Po skončení terapie, vyžadující umístění dítěte do zařízení nemocničního typu či dětského domova, by dítě mělo být schopno se navrátit domů (pokud tyranem nebyli rodiče) (DANIELOVÁ, 2011).

### 3 PÉČE O TÝRANÉ DÍTĚ

Děti, které vyrůstaly v násilí, mají zcela jiné potřeby, než děti ve správně fungujících rodinách. Potřebují cítit jistotu, bezpečí, vědět, že jsou někým milovány, chráněny a že jsou pro někoho jedinečné. Musí jim být nasloucháno. Během péče o týrané dítě je důležité ukázat mu jiný pohled na svět a zajistit, aby dítě nepokládalo násilí za běžný komunikační prostředek.

#### 3.1 RODINA

Domov je místo, kde má být dítě v bezpečí. Rodiče se v něm o dítě mají starat, chránit ho, naslouchat mu, být mu oporou. Místo toho se čím dál častěji stává, že rodiče péči o dítě nezvládají, dítě není v rodině žádoucí či je vlastními rodiči dokonce týráno nebo zneužíváno. Domov se pro dítě stává místem hrůzy, kam se nerado vrací či z tohoto místa utíká. Šťastná rodina je základním předpokladem pro zdravý duševní vývoj dítěte. Správný růst a vývoj dítěte probíhá, pokud jsou uspokojeny jeho biologické, psychické a sociální potřeby, které se navíc v jednotlivých vývojových fázích mění. Rodiče by na dítě měli klást přiměřené nároky, akceptovat osobnost dítěte, respektovat ho, poskytnout mu volnost, uznávat jeho potřeby a zájmy. Dítě je ve všem na své rodiče odkázáno. Proto kvalita i kvantita rodinného života je rozhodujícím faktorem ve vývoji dítěte a při formování jeho osobnosti. Vliv rodiny je důležitý i pro utváření sebepojetí a sebehodnocení dítěte. Zkušenosti z dětství si neseme po celý svůj život a promítáme je i do výchovy vlastních dětí.

Kniha Vybrané ošetřovatelské modely a týrané dítě (SEDLÁKOVÁ, KALÁTOVÁ, 2010) uvádí prvky modifikovaného chování rodičů a reakce dítěte na toto chování. V první řadě se budeme zabývat chováním rodičů. Rodiče, když zjistí, že je jejich dítěti ubližováno, by měli dítě vyslechnout, nechat mu čas na rozmyšlenou a na jeho samovolné vyjádření pravdy o činu. Rodiče musejí brát dítě vážně a stát při něm, rozhodně nebrat jeho slova na lehkou váhu či mu vyjadřovat nedůvěru. Během

rozhovoru se rodiče snaží zjistit co nejvíce o situaci, která se dítěti přihodila. Je třeba k dítěti přistupovat citlivě, trpělivě a povzbuzovat ho. V rodině musí cítit lásku, oporu, porozumění a pocit jistoty a bezpečí. Dítě reaguje na projevy rodičů velmi citlivě, zprvu nechce rodiče zatěžovat a přidělovat jim starosti, známky týrání skrývá a neříká skutečnou pravdu. Teprve správným přístupem rodičů dítě postupně sdělí celou pravdu.

Rodič nese za své dítě zodpovědnost. Podle Zákona o rodině č. 94/1966 Sb. zní rodičovská zodpovědnost následovně: „Rodičovská zodpovědnost je souhrn práv a povinností a) při péči o nezletilé dítě, zahrnující zejména péči o zdraví, jeho tělesný a citový rozum a mravní vývoj, b) při zastoupení nezletilého dítěte, c) při správě jeho jmění.“

## **3.2 NÁHRADNÍ RODINNÁ PÉČE**

Náhradní rodinná péče má několik forem: adopce, pěstounská péče, poručenství a opatrovnictví. Do náhradní rodinné péče je umístěno dítě, které není možno umístit zpátky do rodiny. Jeho rodiče nejsou schopni plnit základní potřeby dítěte, většinou nemají kde bydlet, jsou nezaměstnaní, závislí na alkoholu či drogách a nehodlají nebo nemohou se svou situací nic dělat.

### **3.2.1 ADOPCE (OSVOJENÍ)**

Jde o stav, kdy mezi osvojeným dítětem a osvojitelem vzniká vztah rodiče-dítě. Osvojitelem se může stát fyzická osoba, která je způsobilá k právním úkonům. Tímto aktem osvojitel přebírá rodičovskou zodpovědnost za výchovu osvojeného dítěte. O celém procesu osvojení rozhoduje soud. Adoptována může být jen nezletilá osoba. Aby celý tento proces mohl začít, je potřeba souhlas biologické matky (rodičů). Souhlas s adopcí může matka udělit nejdříve po uplynutí šestinedělí buď u orgánu sociální ochrany dětí (dále jen OSPOD) nebo před soudem. Souhlas lze odvolat do doby, než je dítě umístěno na základě rozhodnutí do péče k adoptivním rodičům. Stává se, že je v rodném listě uveden i otec a ten je neznámého pobytu. Pokud se jeho podpis nepodaří zajistit, je nutné vyčkat na dvouměsíční nezájem o dítě ze strany otce a celou situaci

řešit soudní cestou. OSPOD podá po dvou měsících žádost k soudu o určení nezájmu ze strany otce.

Může se stát, že ani jeden z rodičů po dobu šesti měsíců (po narození po dobu dvou měsíců) nejeví o dítě opravdový zájem. V takové situaci není potřeba ani jednoho podpisu k uvolnění dítěte k adopci. Adoptované dítě musí projít lékařským vyšetřením včetně psychologického. Psychologické vyšetření obsahuje doporučení psychologa ve smyslu, jaká rodina je pro dítě nejvhodnější. Kupříkladu v případě, kdy je dítě vývojově zaostalejší, je vhodné mu zajistit rodiče, kteří na něj nebudou klást přehnaně vysoké nároky.

Lékařskými prohlídkami musí projít i osvojitelé, musí být finančně zaopatření, bezúhonní a splňovat další kritéria, aby jim dítě mohlo být svěřeno do péče. K osvojení může dojít jen tehdy, jestliže to bude ve prospěch dítěte. Osvojenec získává příjmení osvojitele. Toto osvojení nelze zrušit (VODIČKOVÁ, 2007).

### **3.2.2 PĚSTOUNSKÁ PÉČE**

V případě dítěte umístěného do pěstounské péče neztrácejí biologičtí rodiče rodičovskou povinnost. Mezi pěstounem a dítětem tedy nevzniká vztah rodič-dítě. Celý proces začíná svěřením dítěte do péče Klokánku. Během jeho pobytu v tomto ústavu rodiče dítě občas navštěvují, ale nedokáží mu vytvořit podmínky k návratu.

Právní vztah mezi dítětem a pěstounem končí dosažením zletilosti dítěte. Dítě může být navráceno zpět biologickým rodičům, pokud tito pro něj mezitím vytvoří vhodné podmínky. Žádost o navrácení rodiče podají k soudu, který o návratu dítěte rozhodne.

### **3.2.3 PORUČENSTVÍ**

„Jestliže rodiče dítěte zemřeli, byli zbaveni rodičovské zodpovědnosti, výkon jejich rodičovské zodpovědnosti byl pozastaven nebo nemají způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu, ustanoví soud dítěti poručníka, který bude nezletilého vychovávat, zastupovat a spravovat jeho majetek místo jeho rodičů“ (ZÁKON O

RODINĚ 94 / 1963 Sb.). Poručníkem může být někdo z příbuzných dětí, známá osoba rodiny či jiná fyzická osoba. Pokud nemůže být žádná z fyzických osob poručníkem, soud ustanoví poručníkem orgán sociálně-právní ochrany dětí.

### **3.2.4 OPATROVNICTVÍ**

Opatrovnictví zajišťuje ochranu práv a zájmů dítěte. O jeho ustanovení rozhoduje soud, který zároveň určí práva a povinnosti opatrovníka. Opatrovník na rozdíl od poručníka vykonává jen některá práva a povinnosti, které normálně náleží rodičům. Opatrovníkem bývá dost často pověřen orgán sociálně-právní ochrany dětí (ZÁKON O RODINĚ 94 / 1963 Sb.).

## **3.3 FOND OHROŽENÝCH DĚTÍ**

Fond ohrožených dětí (FOD) vznikl svoláním ustavující schůze Členského shromáždění dne 23. 6. 1990 a jeho stanovy zaregistroval příslušný orgán Ministerstva vnitra České republiky dne 2. 4. 1990. Občanské sdružení Fond ohrožených dětí působí na celém území České republiky a patří mezi největší neziskové organizace v úseku sociálně-právní ochrany dětí. Jeho posláním je pomoci dětem, které jsou týrány, zanedbávány, zneužívány, opuštěny či jinak sociálně ohroženy. V roce 2013 má FOD 24 poboček, z toho je 18 rodinných zařízení Klokánek určených pro děti, které potřebují okamžitou péči a 6 azylových domů (FOND OHROŽENÝCH DĚTÍ, 2013).

„Hlavní směry činnosti:

- Pomoc dětem týraným i jinak sociálně ohroženým, se zaměřením na terénní sociální práci a sanaci rodin.
- Provoz krizové linky 776 833 333 pro matky, které tají těhotenství a porod.
- Vyhledávání náhradních rodin pro obtížně umístitelné děti.
- Klokánek – rodinná péče místo ústavní výchovy.
- Provoz azylových domů pro rodiny s dětmi a mládež bez domova.
- Poradenská a hmotná pomoc náhradním i potřebným vlastním rodinám.

- Osvěta a snaha o zlepšení legislativy a praxe na úseku ochrany dětí“ (FOND OHROŽENÝCH DĚTÍ, 2008, s. 1)

### 3.3.1 KLOKÁNEK

FOD je zakladatelem rodinného alternativního ústavu Klokánek, který nabízí přechodnou rodinnou péči po dobu, kdy děti nemohou být umístěny ve své vlastní rodině nebo do doby, než je jim nalezena náhradní rodinná péče. Klokánek je zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. První Klokánek byl zprovozněn v Žatci v září roku 2000. K roku 2013 má třináct poboček na území celé republiky s kapacitou 210 míst pro ohrožené děti. Děti jsou do Klokánku přijímány na základě žádosti:

- rodičů,
- soudní – žádost soudu podává OSPOD, dochází-li k zanedbávání týraní či zneužívání a je vydáno tzv. „rychlé předběžné opatření“, soud musí rozhodnout do 24 hodin,
- orgánů péče o dítě OSPOD,
- samotného dítěte,
- osoby, která dítě nalezne opuštěné nebo v jiné krizové situaci (FOND OHROŽENÝCH DĚTÍ, 2008)

Snahou Klokánku je, aby děti nezůstávaly dlouho v ústavních zařízeních, ale aby se mohly buď co nejdříve vrátit domů, jestliže se tam mezitím zlepšily podmínky péče, nebo aby byly umístěny do náhradní rodinné péče příbuzných či jiných osob. Do Klokánku je možno spolu s ohroženým dítětem přijmout i jeho sourozence bez ohledu na věk. Sourozenci se nemusí rozdělovat, a nedochází tak k dalšímu traumatizování dítěte.

Pokud Klokánek při přijímání dítěte zjistí, že je velmi zanedbávané či týrané, postupuje následovně. Modřiny, škrábance a další zřetelné stopy jsou fotograficky zdokumentovány „tetou“ a následuje návštěva lékaře, který sepiše podrobnou zprávu o stavu dítěte. Neprodleně je informován OSPOD s tím, že je na Policii ČR podán podnět na zahájení trestního stíhání osoby, která měla dítě na starosti. Fotografie a lékařská

zpráva je předána policii. Klokánek vyžaduje při přijetí tyto doklady: průkaz zdravotní pojišťovny, rodný list dítěte a očkovací průkaz, informace o trvalém pobytu dítěte, kontakt na ošetřujícího lékaře, u kterého bylo dítě doposud v péči za účelem vyžádání zdravotnické dokumentace. Pokud se jedná o dítě školního věku, zajistí i kontakt na školu, kterou navštěvovalo.

### 3.3.2 POČET DĚTÍ V KLOKÁNCÍCH ZA POSLEDNÍ TŘI ROKY

Statistiku nám poskytla paní místopředsedkyně Fondu ohrožených dětí PhDr. Zdeňka Tesařová.

Tabulka 1 Přehled statistických údajů

	rok 2010	rok 2011	rok 2012
Nově přijaté děti	483	610	515
Odešlo z Klokánku	428	516	475
Z předchozího roku zůstalo v Klokánku	359	380	459
Kapacita zařízení	375	474	511
Počet neuspokojených žadatelů	831	1181	1169

Zdroj: Hudecová, 2014

V roce 2010 se v Klokánku nacházelo celkem 842 dětí (100 %) a během roku jich Klokánek opustilo 428 (51 %). Zpět domů se vrátilo 198 dětí (46 %), do azylového domu s rodiči odešlo 51 dětí (12 %), svěřeno do péče druhého z rodičů bylo 26 dětí (6 %), k někomu z příbuzných odešlo 18 dětí (4 %), do osvojení bylo svěřeno 11 dětí (3

%), do pěstounské péče cizích osob odešlo z Klokánku 41 dětí (10 %), do jiného Klokánku bylo přemístěno 34 dětí (8 %), do ústavního zařízení bylo převezeno 42 dětí (10 %) a 7 dětí dosáhlo v průběhu umístění do Klokánku zletilosti (2 %).

V roce 2011 bylo v Klokánku umístěno celkem 990 dětí (100 %). Propuštěno bylo 516 dětí (52 %), z toho zpět do domácího prostředí odešlo 258 dětí (50 %), což je o 4 % více než v předchozím roce. Do azylového domu s rodiči bylo propuštěno 47 dětí (9 %), do péče druhého rodiče bylo svěřeno 19 dětí (4 %) a k příbuzným odchází 43 dětí (8 %). Do osvojení bylo svěřeno 16 dětí (3 %) a do pěstounské péče cizích osob odešlo 50 dětí (10 %). Do ústavních zařízení odešlo oproti roku 2010 o 3 % dětí více, konkrétně 68 dětí (13 %) a zletilosti dosáhlo 15 dětí (3 %).

V roce 2012 bydlí v Klokánku celkem 974 dětí (100 %), propuštěno bylo 475 dětí. Zpět domů se vrátilo 269 dětí (57 %) a lze tedy opět pozorovat vzrůstající snahu o návrat dítěte do domácího prostředí. Do azylového domu s rodiči odešlo 34 dětí (7 %), do péče druhého rodiče bylo svěřeno 16 dětí (3%) a k příbuzným bylo umístěno 34 dětí (7 %). Do osvojení bylo svěřeno 11 dětí (4 %), do pěstounské péče cizích osob odešlo 60 dětí (22 %), do ústavního zařízení bylo umístěno 35 dětí (13 %) a 16 dětí dosáhlo zletilosti během pobytu v Klokánku (6 %).

### **3.4 ROLE SETRY V PÉČI O TÝRANÉ DÍTĚ**

Sestra plní hlavní funkci v řízení a poskytování ošetrovatelského procesu. Pacient, natož dítě, nemůže být chápán jako objekt pro provedení výkonu, ale musí s ním spolupracovat a pracovat společně s ním. Role sestry vychází z ošetrovatelství, které nabízí pomoc jednotlivým pacientům a jejich rodinám v bio-psycho-sociálních potřebách. Pacient očekává pochopení jeho problémů a situace, do které se dostal. Je proto důležité probudit v dítěti pocit jistoty, věnovat mu svoji pozornost a projevit profesionální přístup. O týrané dítě se stará multidisciplinární tým složený ze sociálních pracovníků, pediatrií, sester, psychologů, psychoterapeutů, pedagogů a právníků.

„Sestra má v interdisciplinárním týmu nezastupitelnou roli, ať se jedná o její působení v primární péči, nebo ještě výrazněji při hospitalizaci dítěte. Na sestru jsou



v souvislosti s touto problematikou kladeny velké nároky: je nutné, aby měla dostatek vědomostí a zkušeností s touto problematikou. Ošetřování takto postižených dětí vyžaduje profesionalitu, neboť péče vychází z komplexního rozboru celé skutečnosti. Sestra zde nevystupuje pouze v roli poskytovatelky ošetřovatelské péče, manažerky, edukátorky, ale také hlavně v roli advokátky“ (SEDLÁKOVÁ, 2010, s. 14).

Nejdůležitějším článkem celého týmu je sestra, která tráví s dítětem nejvíce času. Měla by s ním navázat „přátelský vztah“. Získat si důvěru dítěte je velmi důležité pro další spolupráci. Sestra k dítěti musí vždy přistupovat individuálně. Ukázat mu jiný směr cesty, než na který bylo doposud zvyklé. Dát mu najevo lásku, vstřícnost, něhu, přátelství, které doma nezažilo. Dítě si musí uvědomovat, že je rovnocennou bytostí a nemusí tolerovat bití, nadávání, sexuální obtěžování, vyhrožování od kohokoliv (včetně rodičů) z okolí. Sestra na základě anamnézy, fyzikálního vyšetření, pozorování a výpovědi okolí určí ošetřovatelské problémy.

Jak je napsáno výše, důležité je přistupovat k dítěti jako k individuální bytosti, která má své potřeby, city, a proto je potřeba mít na mysli určitá specifika týkající se této problematiky. S dítětem je důležité komunikovat trpělivě, citlivě. Nepoužívat fráze typu: „Já vím, jak ti je.“ Tím se dítě uzavře více do sebe, protože my nemůžeme vědět, jak mu je, my jsme týráni či zneužíváni nebyli. Zachovat si profesionalitu je další velmi důležitý aspekt. Nesmíme si dítě pustit až moc „k tělu“, aby bylo pro nás vším a naopak k rodičům si vybudovalo averzi.

Při přijímání dítěte na oddělení si povšimněte jeho oblečení a chování, a pokud existuje možnost, vyptejte se dítěte, co se mu stalo. V první řadě se snažte získat informace anamnézou. Tu je později nutné ověřit ještě z dalších zdrojů. V anamnéze osobní zjistěte základní informace ohledně růstu a vývoje, výživy, účasti na preventivních prohlídkách, zajistěte předchozí lékařské péče, dodržování očkovacího kalendáře a podobně. V rodinné anamnéze se zajímáte o choroby vyskytující se v rodině – chronické, psychické či abúzy, hygienické návyky rodiny, sourozence, kulturní i etnická specifika rodiny. Nezastupitelná je i sociální anamnéza, kde zjišťujete rodinné zázemí, vzdělání a zaměstnání rodičů.

Hned od přijetí na dětské oddělení dítě pozorujeme a posuzujeme. Sledujeme jeho reakce na rozhovor s dospělými, reakce při provádění osobní hygieny, reakce na ostatní děti v jeho okolí. Kromě pozorování i posloucháme a nasloucháme. Vstupní období je pro dítě náročné a těžké, dítě může pociťovat strach, úzkost či zoufalství, což se projevuje jak verbálně, tak i neverbálně. Je na nás, abychom zachytili toto „volání o pomoc“ v ten správný okamžik, dítě vyslechnout a věřit mu.

Neméně důležité je i fyzikální vyšetření. Anamnéza může být neúplná nebo zkreslená oproti reálnému stavu dítěte. Jde nám v první řadě o objektivní obraz psychomotorického vývoje. Celé naše snažení je potřeba rozšířit o výpovědi svědků, mezi které se řadí pedagogové, sousedé a příbuzní dětí. Zatajení syndromu CAN by pro lékaře i sestru mělo trestně právní následky. (SEDLÁKOVÁ, 2010)

## 4 PRÁVNÍ OCHRANA TÝRANÉHO DÍTĚTE V ČR

V dávné lidské historii si společnost s dětskými právy moc starostí nedělala, dítě nemocné či jinak nevhodné bylo nemilosrdně usmrceno. Zlom nastal až za vlády Marie Terezie, kdy bylo uznáno nejen právo dítěte na život, ale i na vzdělání. V 18. století začíná společnost řešit problematiku dětských potřeb, byla zavedena povinná školní docházka a začíná se řešit i problematika dětských prací. Na přelomu 19. a 20. století se politikům daří zakomponovat do legislativy první návrh, týkající se potřeb dítěte. V 19. století byly sice ve Francii potřeby dítěte sepsány na papír, ale nikdo je nedodrží. Největší pokrok nastává ve 20. století, které je nazývané „Stoletím dítěte“. Byla vypracována Všeobecná deklarace lidských práv, práva nyní platí pro všechny lidské bytosti včetně dětí. První dokument týkající se pouze dětí je takzvaná Ženevská deklarace práv dítěte, přijatá roku 1924 Společností národů. Deklaraci následovaly další legislativní normy, které se vzájemně prolínají a doplňují, například Charta práv dítěte (1959), Zákon o rodině (1963), Úmluva o právech dítěte (1989).

K posuzování týrání, zneužívání a zanedbávání je nutné vědět, jaké chování je přípustné a jaké je již odmítané. Je tedy nutno mít zakotvená práva a povinnosti dětí v rámci legislativy. Tato kapitola se věnuje Zákonu o sociálně právní ochraně dětí, Listině základních práv a svobod a Úmluvě o právech dítěte.

### 4.1 LISTINA ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD

Nejvýše postaveným zákonem v České republice je Ústava ČR (Ústavní zákon ČR č.1/1993 Sb. v platném znění), v níž nalezneme Listinu základních práv a svobod. V demokracii musí platit: „Co není zakázáno, je povoleno“ (DAVID, 2001, s. 166). Oba naše ústavní zákony se k demokracii vyjadřují: „Každý může činit, co není zakázáno, a nikdo nesmí být nucen činit, co zákon neukládá“ (DAVID, 2001, s. 166).

Listina základních práv a svobod se skládá ze šesti hlav, které definují základní lidská práva. Článek 1 obsahuje základní vymezení pojmu lidských práv: „Lidé jsou

svobodní a rovní v důstojnosti i v právech. Základní práva a svobody jsou nezadatelné, nezcizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné.“ Čl. 3 vymezuje, kdo všechno má nárok na základní práva a svobody, tedy že tyto podmínky musí být zaručeny všem, bez rozdílu pohlaví, rasy, jazyka, náboženství, politického smýšlení, příslušnosti k etnickým menšinám. Hlava druhá čl. 5 nás upozorňuje: „Každý je způsobilý mít práva.“ Čl. 6 říká, že každý člověk má právo na život již před narozením, nikoho nelze zbavit života, tedy trest smrti není povolen. Z Listiny základních práv a svobod vyplývají i další lidská práva a svobody, jako například:

- nikdo nesmí být vystaven krutému zacházení (čl. 7),
- podmínky zbavení svobody (čl. 8),
- zachování důstojnosti, dobré pověsti a ochrana jména (čl. 10),
- ochrana dětí a mladistvých (čl. 32),
- právo na rodičovskou výchovu, možnosti odloučení od rodičů proti jejich vůli na základě zákona (čl. 32),
- právo na bezplatné vzdělání v základních a středních školách (čl. 33) apod. (DAVID, 2001)

## 4.2 ÚMLUVA O PRÁVECH DÍTĚTE

Úmluva o právech dítěte je mezinárodní domluva, která stanovuje občanská, politická, ekonomická, sociální a kulturní práva dětí. Na to, jak jsou práva dětí dodržována, dohlíží Výbor pro práva dítěte při OSN. Úmluva byla přijata 20. listopadu 1989 Valným shromážděním OSN a k dnešnímu dni ji ratifikovalo 193 států (ÚMLUVA O PRÁVECH DÍTĚTE, 1989).

Úmluva doplňuje základní lidská práva a rozšiřuje je o práva dětí. Děti jsou totiž nesvéprávné a je potřeba je tedy chránit více než dospělého jedince. „Úmluva o právech dítěte byla na území ČR ratifikována 6. 2. 1991 tehdy ještě Federálním shromážděním ČSFR. Po rozpadu ČSFR se Úmluva o právech dítěte stala součástí právního řádu České republiky.“ (ZEMÁNKOVÁ, 2012, s. 48) Jak již je psáno v Listině základních práv a svobod, i zde se nachází vymezení základních práv bez

rozdílu věku, pohlaví, národnosti rodičů atd. Dítětem se rozumí lidská bytost, která je mladší 18 let, není-li zletilosti dosaženo dříve podle zákona. Dítě musí být chráněno před nepřiměřeným trestáním a diskriminací. „Každé dítě je registrováno ihned po narození a má od narození právo na jméno, právo na státní příslušnost, a pokud to je možné, právo znát své rodiče a právo na jejich péči“ (ÚMLUVA O PRÁVECH DÍTĚTE, 1989).

Při posuzování jakýchkoliv událostí souvisejících s dítětem stojí v popředí zájmy a blaho dítěte. Úmluva o právech dítěte zahrnuje nejen dětská práva, ale vymezuje i způsoby jejich ochrany (ZEMÁNKOVÁ, 2012).

### **4.3 SOCIÁLNĚ PRÁVNÍ OCHRANA DĚTÍ**

„Sociálně právní ochranou dětí (dále jen sociálně právní ochrana) se rozumí zejména:

- a) ochrana práva dítěte na příznivý vývoj a řádnou výchovu,
- b) ochrana oprávněných zájmů dítěte, včetně ochrany jeho jmění,
- c) působení směřující k obnovení narušených funkcí rodiny“ (§1 čl. 1 ZÁKON č.359/1999 Sb. ve znění pozdějších předpisů).

Ochrana se týká všech dětí, které mají trvalý pobyt na území ČR či pobytu cizinců, který upravuje zákon. Hlavním hlediskem sociálně-právní ochrany je blaho dítěte. Zabývá se především dětmi:

- jejichž rodiče zemřeli,
- rodiče neplní rodičovskou zodpovědnost,
- které byly umístěny do náhradní rodinné péče,
- zanedbávají školní docházku,
- požívají alkohol či jiné návykové látky,
- spáchaly trestný čin,
- utíkají opakovaně z domovů,
- na kterých byl spáchán trestný čin,

- které jsou ohrožené násilím.

V zákoně o sociálně-právní ochraně je kromě toho vypsáno například:

- kdo je povinen nahlásit jakékoliv špatné chování vůči dítěti – tuto povinnost má každý z nás,
- podmínky svěřování dítěte do výchovy jiných fyzických osob než jsou rodiče,
- péči o dítě, které vyžaduje zvýšenou pozornost,
- kdo může zřizovat a jak fungují zařízení sociálně-právní ochrany dětí.

## **5 ZNALOSTI VŠEOBECNÝCH SESTER O SYNDROMU TÝRANÉHO DÍTĚ**

V naší práci bychom se chtěli zabývat následujícím problémem: Statistika uvádí, že je v České republice týráno 40 tisíc dětí a v naprosté většině tento čin není odhalen a trvá po celé dětství dítěte. K odhalení by mělo docházet při praktických prohlídkách či hospitalizaci, a proto se ptáme, jaké jsou znalosti všeobecných sester o ohrožených dětech?

### **5.1 CÍLE PRŮZKUMU A PRŮZKUMNÁ TVRZENÍ**

Práce je zaměřena na problematiku týraného dítěte z pohledu sestry.

Cíl 1: Zjistit, jaké jsou vědomosti všeobecných sester o ohrožených dětech.

Cíl 2: Zjistit, zda všeobecné sestry ví, co dělat při setkání se s ohroženým dítětem.

Na základě výzkumného problému a výzkumných cílů jsme zformulovali následující hypotetické tvrzení:

Hypotetické tvrzení 1: Předpokládáme, že většina všeobecných sester ví, co je syndrom CAN.

Hypotetické tvrzení 2: Předpokládáme, že většina všeobecných sester pozná projevy týrání na dítěti.

Hypotetické tvrzení 3: Předpokládáme, že většina všeobecných sester ví, jak postupovat při kontaktu s ohroženým dítětem.

## **5.2 METODOLOGIE A METODA PRŮZKUMU**

Základní metodou našeho průzkumu byl dotazník. Pro získání potřebných údajů jsme využili vlastní dotazník, který naleznete v příloze D. Dotazník se skládá z 21 otázek, z toho je 13 otázek uzavřených, 5 otázek je otevřených a 3 otázky jsou polouzavřené. Z celkového počtu 80 distribuovaných dotazníků se vrátilo zcela vyplněných 56 dotazníků.

Úvod tvoří stručný text pro respondenty s žádostí o vyplnění. Dotazník zahrnuje obecné identifikační otázky týkající se pracoviště, vzdělání a délky praxe všeobecných sester. Ostatní otázky jsou zaměřeny na problematiku týraného dítěte.

Než jsme začali realizovat distribuci dotazníků, písemně jsme oslovili vedení dvou oblastních nemocnic a jedné fakultní nemocnice. V Oblastní nemocnici Příbram, a.s. jsme se obrátili nejprve na vrchní sestru dětského oddělení, posléze na hlavní sestru a poté jsme odeslali žádost na etickou komisi, která dotazníkové šetření na svém zasedání schválila. Do Fakultní nemocnice v Motole jsme poslali žádost náměstkyni pro ošetrovatelskou činnost, která nám dotazníkové šetření taktéž schválila. Třetí oblastní nemocnice si přeje zůstat v anonymitě, ale dotazníkové šetření nám rovněž schválila. Ambulantní sestry jsme požádali o vyplnění dotazníku osobně, případně byly osloveny formou e-mailu. Průzkum probíhal v období března a dubna 2013. Při zpracování dotazníku jsme použili relativní a absolutní četnost. Zajímalo nás, zda se odpovědi liší podle vzdělání sester či podle pracovišť a proto jsme položky číslo 4, 5 a 6 rozdělili podle pracovišť sester a položku 9 a 10 podle vzdělání.

## **5.3 CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMNÉHO VZORKU**

Výběrový vzorek tvořily všeobecné sestry (dále jen sestry) pracující na dětských odděleních nebo v ambulancích pediatrů. Celkem se průzkumu zúčastnilo 80 sester, z toho plně vyhovovalo průzkumu pouze 56 sester. Výběrový soubor nám charakterizuje délka praxe sester, nejvyšší dosažené vzdělání a pracoviště sester.

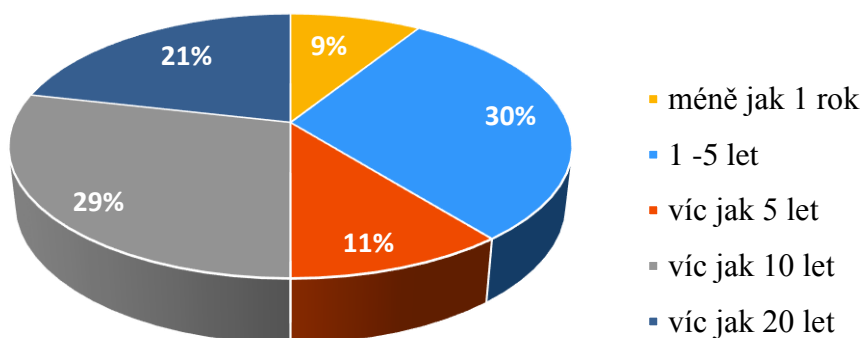


## Položka 1 Charakteristika souboru respondentů dle délky praxe

Tabulka 2 Délka praxe sester

	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost (%)</b>
méně jak 1 rok	5	9
1-5 let	17	30
více jak 5 let	6	11
více jak 10 let	16	29
více jak 20 let	12	21
celkem	56	100

Graf 1 Délka praxe sester – n=56



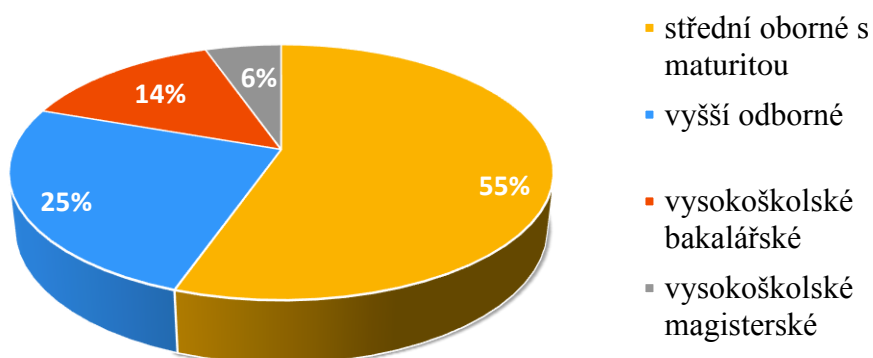
Z tabulky 2 a grafu 1 vyplývá, že 9 % (5) respondentů (dále jen R) pracuje jako dětská sestra méně jak 1 rok, 30 % (17) R pracuje jako dětská sestra 1-5 let, 11 % (6) R na dětském oddělení pracuje více jak 5 let, 29 % (16) R pracuje na dětském oddělení více jak 10 let a 21 % (12) R na dětském oddělení pracuje více jak 20 let.

## Položka 2 Charakteristika respondentů dle dosaženého vzdělání

Tabulka 3 Nejvyšší dosažené vzdělání

	absolutní četnost	relativní četnost v %
střední odborné s maturitou	31	55
vyšší odborné	14	25
vysokoškolské bakalářské	8	14
vysokoškolské magisterské	3	6
celkem	56	100

Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání – n=56



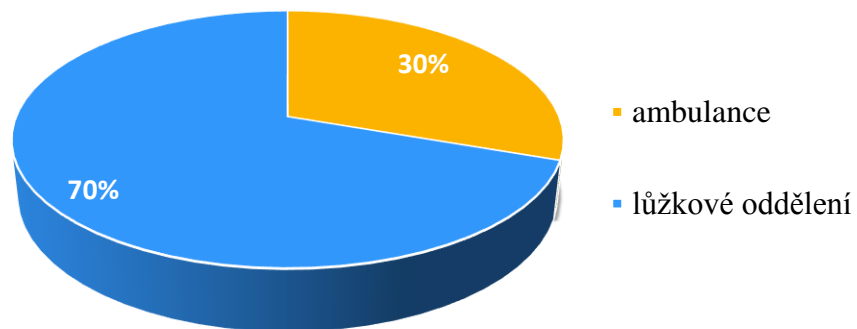
Z tabulky 3 a grafu 2 vyplývá, že 55 % (31) R má střední odborné vzdělání s maturitou, 25 % (14) R uvádí vyšší odborné vzdělání, 14 % (8) R má vysokoškolské bakalářské vzdělání a 6 % (3) uvádí vysokoškolské magisterské vzdělání.

### Položka 3 Charakteristika respondentů dle pracoviště

Tabulka 4 Pracoviště sester

	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost v %</b>
ambulance	17	30
lůžkové oddělení	39	70
celkem	56	100

Graf 3 Pracoviště sester – n=56



Tabulka 4 a graf 3 charakterizuje pracoviště, na kterých výzkumný vzorek pracuje. Na ambulancích pracuje 30 % (17) R, na lůžkovém oddělení 70 % (39) R.

## 6 ANALÝZA VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

Výsledky průzkumu jsou vyjádřeny v počtech respondentů a procentech v následujících tabulkách a grafech.

### 6.1 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

#### Hypotetické tvrzení 1

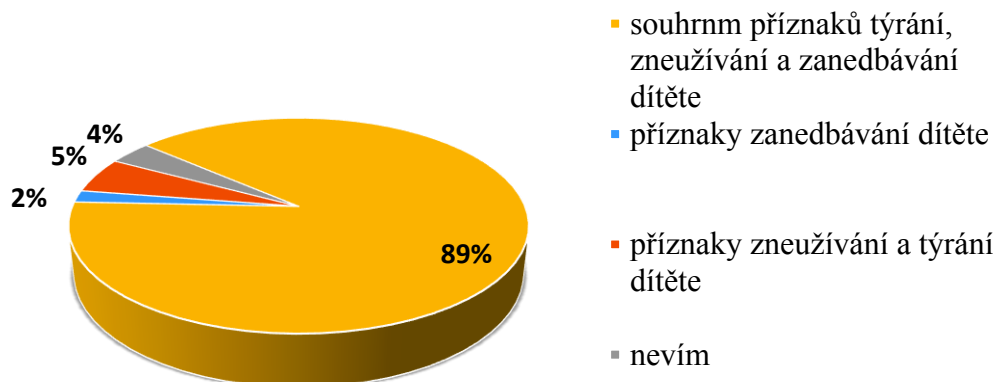
Předpokládáme, že většina všeobecných sester ví, co je syndrom CAN. (většina = více než 75% respondentů)

#### Položka 4 Co znamená syndrom CAN:

Tabulka 5 Definice syndromu CAN

	absolutní četnost	relativní četnost %
<b>souhrn příznaků týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte</b>	<b>50</b>	<b>89</b>
příznaky zanedbávání dítěte	1	2
příznaky zneužívání a týrání dítěte	3	5
nevím	2	4
celkem	56	100

Graf 4 Definice syndromu CAN – n=56



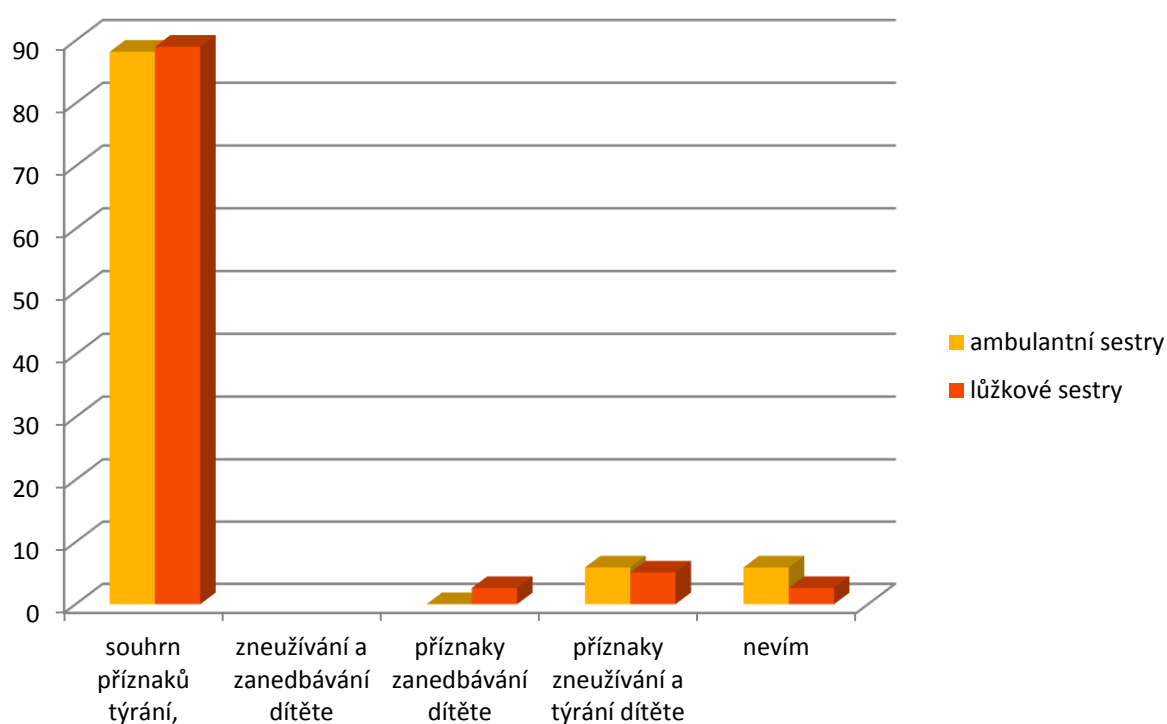
Z grafu 4 a z tabulky 5 vyplývá, že 89 % (50) R uvedlo, že syndrom CAN je souhrn příznaků týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte, 2 % (1) R odpovědělo, že syndrom CAN je příznak zanedbávání dítěte, 5 % (3) R zaškrtnulo, že syndrom CAN jsou příznaky zneužívání a týrání dítěte a 4 % (2) R neví, co syndrom CAN znamená.

Tabulka 6 Definice syndromu CAN - rozdělení dle pracovišť sester

	ambulantní sestry		lůžkové sestry	
	absolutní četnost	relativní četnost %	absolutní četnost	relativní četnost %
souhrn příznaků týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte	15	88	35	90
příznaky zanedbávání dítěte	0	0	1	2

příznaky zneužívání a týrání dítěte	1	6	2	6
nevím	1	6	1	2
celkem	17	100	38	100

Graf 5 Definice syndromu CAN – rozdělení dle pracovišť sester – n=56



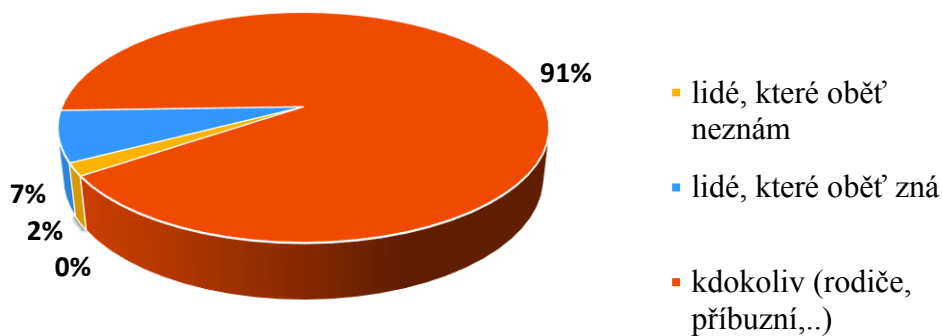
Z tabulky 6 a grafu 5 vyplývá, že jak ambulantní sestry, tak sestry z lůžkových oddělení odpověděly na otázku týkající se syndromu CAN totožně. Přes 80% R z lůžkové části i z ambulantní odpovědělo, že syndrom CAN je souhrn příznaků týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte. Ostatní odpovědi se pohybují v rozmezí 2 – 5 %.

## Položka 5 Kdo se dopouští sexuálního zneužívání?

Tabulka 7 Kdo se dopouští sexuálního zneužívání

	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost v %</b>
lidé, které oběť nezná	1	2
lidé, které oběť zná	4	7
<b>kdokoliv (rodiče, příbuzní, učitelé apod.)</b>	<b>51</b>	<b>91</b>
nevím	0	0
celkem	56	100

Graf 6 Kdo se dopouští sexuálního zneužívání – n=56

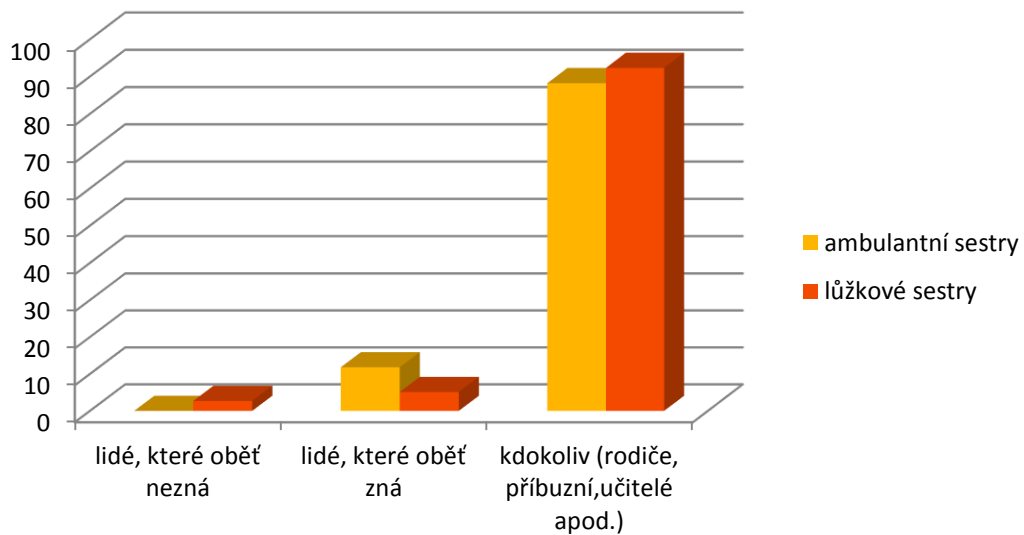


Z grafu 6 a z tabulky 7 vyplývá, že 2 % (1) R uvedla, že sexuálního zneužívání se dopouštějí nejčastěji lidé, které oběť nezná, 7 % (4) odpovědělo, že zneužívání se dopouštějí lidé, které oběť zná a 91 % (51) R uvedlo, že sexuálního zneužívání se dopouští kdokoliv, například rodiče, příbuzní, učitelé.

Tabulka 8 Kdo se dopouští sexuálního zneužívání - rozdělení dle pracovišť

	ambulantní sestry		lůžkové sestry	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
lidé, které oběť nezná	0	0	1	2,7
lidé, které oběť zná	2	11,8	2	5,1
<b>kdokoliv (rodiče, příbuzní, učitelé apod.)</b>	<b>15</b>	<b>88,2</b>	<b>36</b>	<b>92,3</b>
celkem	17	100	39	100

Graf 7 Kdo se dopouští sexuálního zneužívání - rozdělení dle pracovišť – n=56



Na otázku o sexuálním zneužívání opět odpověděla nadpoloviční většina sester, že kdokoliv (rodiče, příbuzní, učitelé apod.) může sexuálně zneužívat dítě, což vyplývá z grafu 7 a tabulky 8. Z ambulantních sester se jednalo o 88,2 %, a sester z lůžkových



oddělení takto odpovědělo 92,3 %. 11,8 % sester z ambulantní péče si myslí, že dítě zneužívají osoby, které oběť zná. Zbylé položky se pohybovaly od 0 - 5,1% R.

**Položka 6 Vyberte nesprávnou odpověď: „Týrá-li někdo dítě pod vlivem alkoholu nebo drog“**

Tabulka 9 Vliv alkoholu a drog na týrání

	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost v %</b>
<b>pokud se zbaví této závislosti, přestane i týrání</b>	<b>30</b>	<b>54</b>
alkohol ani droga nikdy týrání nevyvolávají	9	16
alkohol a droga pouze odstraňují zábrany	17	30
jiná odpověď (prosím doplňte)	0	0
celkem	56	100

Graf 8 Vliv alkoholu a drog na týrání – n=56

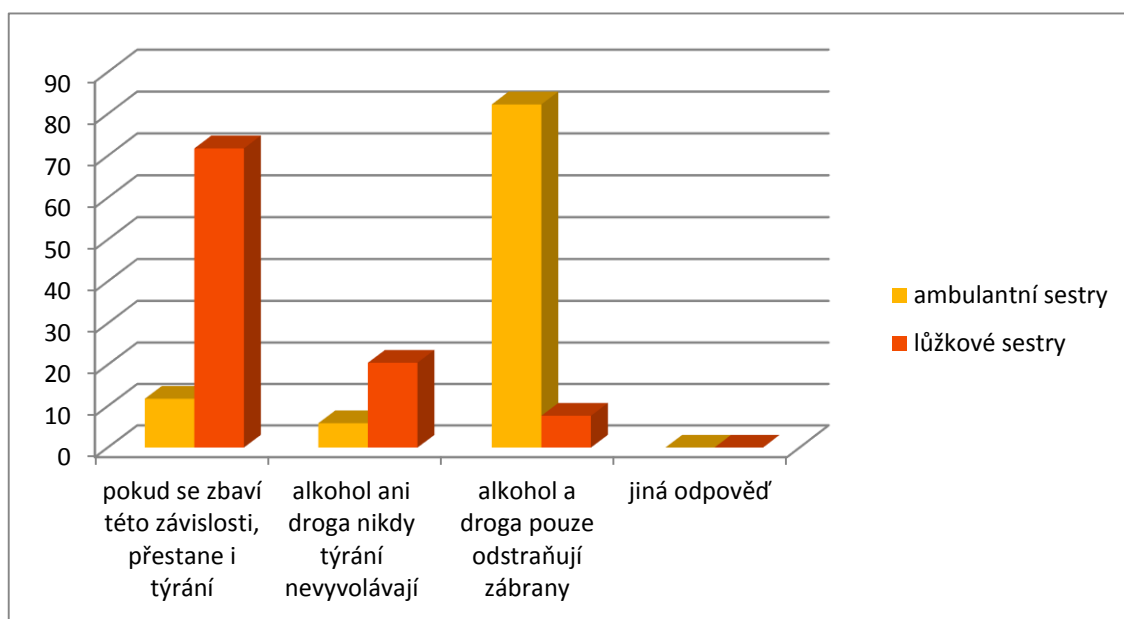


Z grafu 8 a tabulky 9 vyplývá, že 54 % (30) R si myslí, že týrá-li někdo dítě pod vlivem alkoholu nebo drog, tak pokud se zbaví této závislosti, přestane i týrán, 16 % (9) R na tuto otázku odpovědělo, že alkohol ani droga nikdy týrán nevyvolávají a 30 % (17)R v odpovědi na tento dotaz uvedlo, že alkohol a droga pouze odstraňují zábrany.

Tabulka 10 Vliv alkoholu a drog na týrán - rozdělení dle pracovišť

	ambulantní sestry		lůžkové sestry	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
pokud se zbaví této závislosti, přestane i týrán	2	11,8	28	71,8
alkohol ani droga nikdy týrán nevyvolávají	1	5,9	8	20,5
<b>alkohol a droga pouze odstraňují zábrany</b>	<b>14</b>	<b>82,3</b>	<b>3</b>	<b>7,7</b>
jiná odpověď (prosím doplňte)	0	0	0	0
celkem	17	100	39	100

Graf 9 Vliv alkoholu a drog na týrání - rozdělení dle pracovišť – n=56



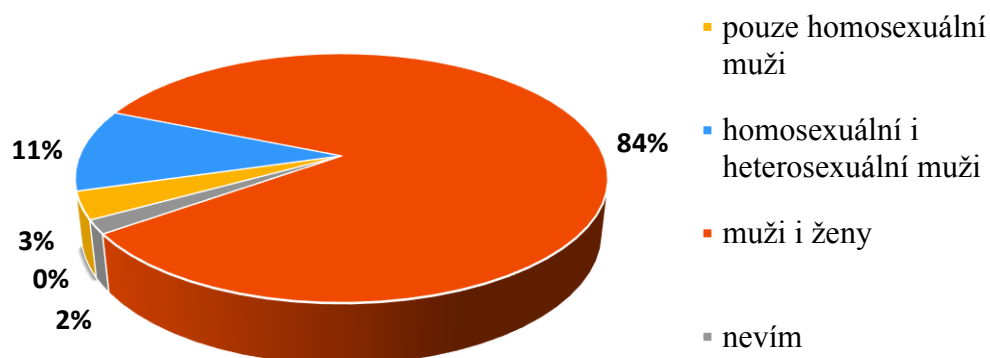
Z grafu 9 a tabulky 10 vyplývají tyto výsledky. V této otázce se odpovědi ambulantních sester od sester z lůžkových oddělení poměrně lišily. 82,3 % ambulantních sester si myslí, že alkohol a droga pouze odstraňují zábrany. Nadpoloviční většina lůžkových sester neboli 71,8% si myslí, že pokud se pachatel zbaví závislosti, přestane i týrání.

### Položka 7 Chlapce zneužívají...

Tabulka 11 Kdo zneužívá chlapce

	absolutní četnost	relativní četnost v %
pouze homosexuální muži	2	3
homosexuální i heterosexuální muži	6	11
ženy	0	0
<b>muži i ženy</b>	<b>47</b>	<b>84</b>
nevím	1	2
celkem	56	100

Graf 10 Kdo zneužívá chlapce – n=56



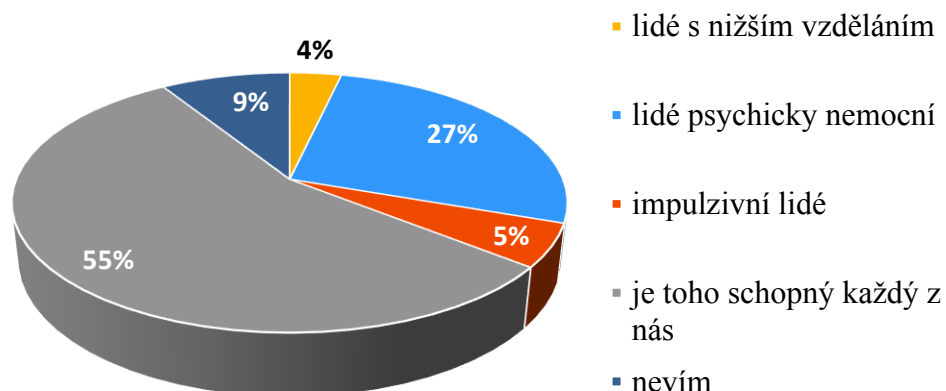
Na položku č. 7, kdo zneužívá chlapce, odpověděli respondenti následovně: 3 % (2) R, že chlapce zneužívají pouze muži, 11 % (6) R si myslí, že chlapci bývají zneužíváni homosexuálními i heterosexuálními muži; nejvíce, a sice 84 % (47) R odpovědělo, že chlapce zneužívají jak muži, tak i ženy a 2 % (1) R uvedla, že na tuto otázku nezná odpověď.

### **Položka 8 Kdo podle Vás se častěji dopouští týrání?**

Tabulka 12 Kdo je nejčastěji tyranem

	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost v %</b>
lidé s nižším vzděláním	2	4
lidé psychicky nemocní	15	27
impulzivní lidé	3	5
<b>týrání je schopný každý z nás</b>	<b>31</b>	<b>55</b>
nevím	5	9
celkem	56	100

Graf 11 Kdo je nejčastěji tyranem – n=56



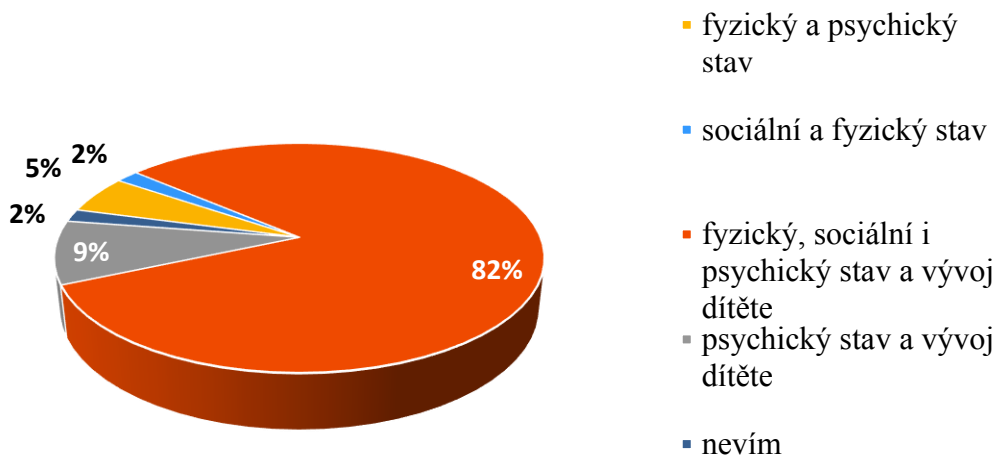
Z tabulky 12 a grafu 11 vyplývá, že si většina 55% (31) R myslí, že týrání je schopný každý z nás, 27% (15) R odpovědělo, že tyranem bývají lidé psychicky nemocní, 9% (5) R nezná na tuto otázku odpověď, 5% (9) R uvedlo, že tyranem jsou impulzivní lidé a 4% (2) si myslí, že tyranem jsou lidé s nižším vzděláním.

#### **Položka 9 Při syndromu CAN je u dítěte narušen:**

Tabulka 13 Co je u dítěte postiženého syndromem CAN negativně ovlivněno

	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost v %</b>
fyzický a psychický stav	3	5
sociální a fyzický stav	1	2
<b>fyzický, sociální i psychický stav a vývoj dítěte</b>	<b>46</b>	<b>82</b>
psychický stav a vývoj dítěte	5	9
nevím	1	2
celkem	56	100

Graf 12 Co je u dítěte postiženého syndromem CAN negativně ovlivněno. – n=56



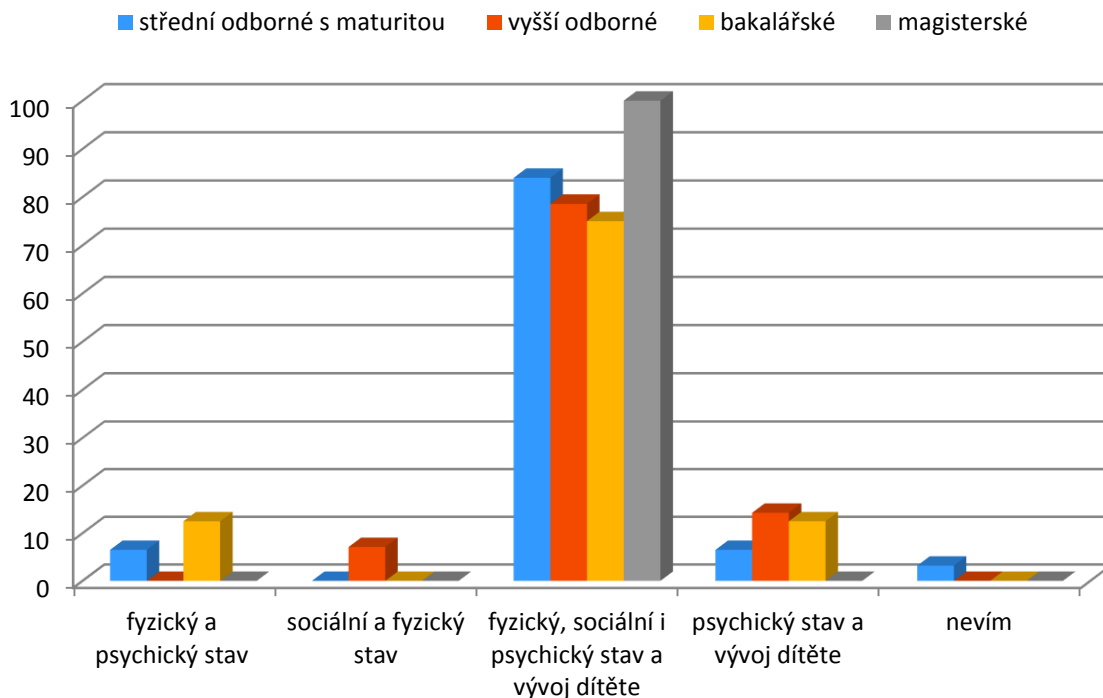
V položce č. 9 se ptáme, co je nejčastěji narušeno u dítěte postiženým syndromem CAN. 82 % (46) R odpovědělo, že je narušen fyzický, sociální i psychický stav dítěte a vývoj dítěte, 9 % (5) R uvádí, že je narušen psychický stav a vývoj dítěte, 5 % (3) R si myslí, že je porušen fyzický a psychický stav dítěte, 2 % (1) uvádí, že u dítěte je narušen sociální a fyzický stav a 2 % (1) na tuto otázku nezná odpověď.

Tabulka 14 Co je u dítěte postiženého syndromem CAN negativně ovlivněno – rozdělení dle vzdělání sester

	střední odborné s maturitou		vyšší odborné		bakalářské		magisterské	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
fyzický a psychický stav	2	6,5	0	0	1	12,5	0	0

sociální a fyzický stav	0	0	1	7,1	0	0	0	0
<b>fyzický, sociální i psychický stav a vývoj dítěte</b>	<b>26</b>	<b>84</b>	<b>11</b>	<b>78,6</b>	<b>6</b>	<b>75</b>	<b>3</b>	<b>100</b>
psychický stav a vývoj dítěte	2	6,5	2	14,3	1	12,5	0	0
nevím	1	3,2	0	0	0	0	0	0
celkem	31	100	14	100	8	100	3	100

Graf 13 Co je u dítěte postiženého syndromem CAN negativně ovlivněno – rozdělení dle vzdělání sester – n=56



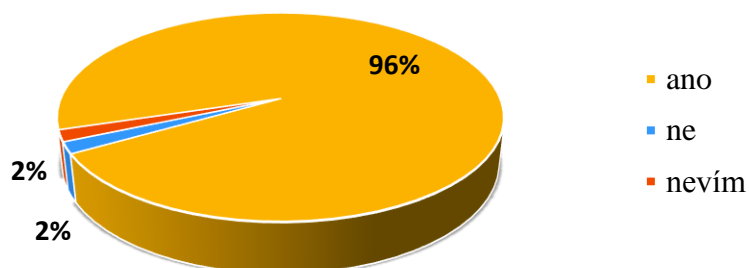
Tabulka 14 a graf 13 nám rozdělují odpovědi na položku č. 9 podle vzdělání sester. Jak je vidět, sestry, bez rozdílu vzdělání, vždy v nadpoloviční většině odpověděly, že u dítěte postiženého syndromem CAN je narušen fyzický, sociální i psychický stav a vývoj dítěte

### **Položka 10 Může být zanedbávání a týrání příčinou úmrtí u dětí?**

Tabulka 15 Může být zanedbávání či týrání příčinou úmrtí

	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost v %</b>
<b>ano</b>	<b>54</b>	<b>96</b>
ne	1	2
nevím	1	2
celkem	56	100

Graf 14 Může být zanedbávání či týrání příčinou úmrtí – n=56



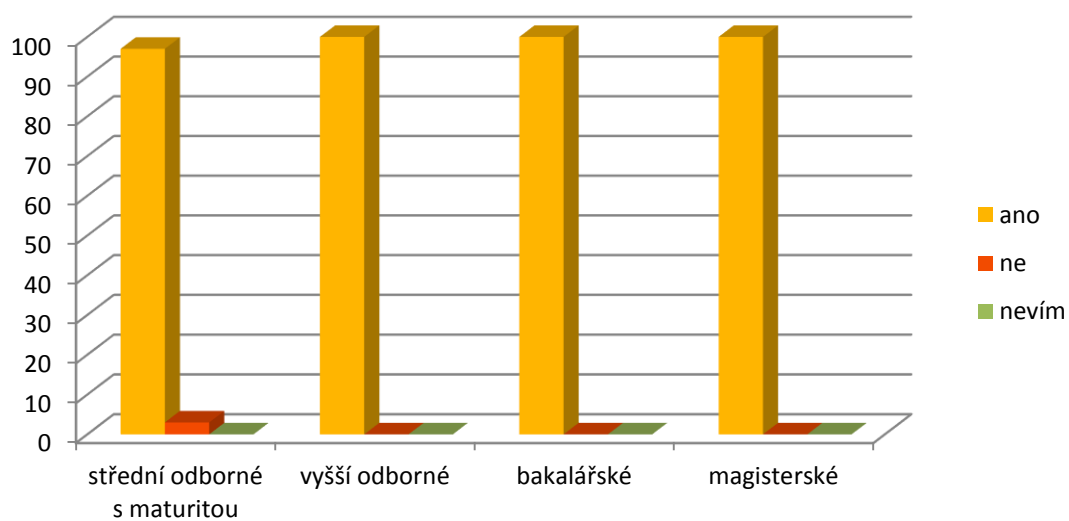
Položka č. 10 zjišťovala, zda může být zanedbávání a týrání příčinou úmrtí dítěte. 96 % R (54) R odpovědělo, že zanedbávání a týrání by mohlo být příčinou úmrtí, 2 % (1) R uvádí, že zanedbávání a týrání nemůže být příčinou úmrtí, a 2 % (1) R neví, zda týrání a zanedbávání je příčinou úmrtí u dětí.



Tabulka 16 Může být zanedbávání či týrání příčinou úmrtí – rozdělení dle dosaženého vzdělání

	střední odborné s maturitou		vyšší odborné		bakalářské		magisterské	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
<b>ano</b>	<b>31</b>	<b>97</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>100</b>
ne	1	3	0	0	0	0	0	0
nevím	0	0	0	0	0	0	0	0
Celkem	32	100	14	100	8	100	3	100

Graf 15 Může být zanedbávání či týrání příčinou úmrtí – rozdělení dle dosaženého vzdělání – n=56

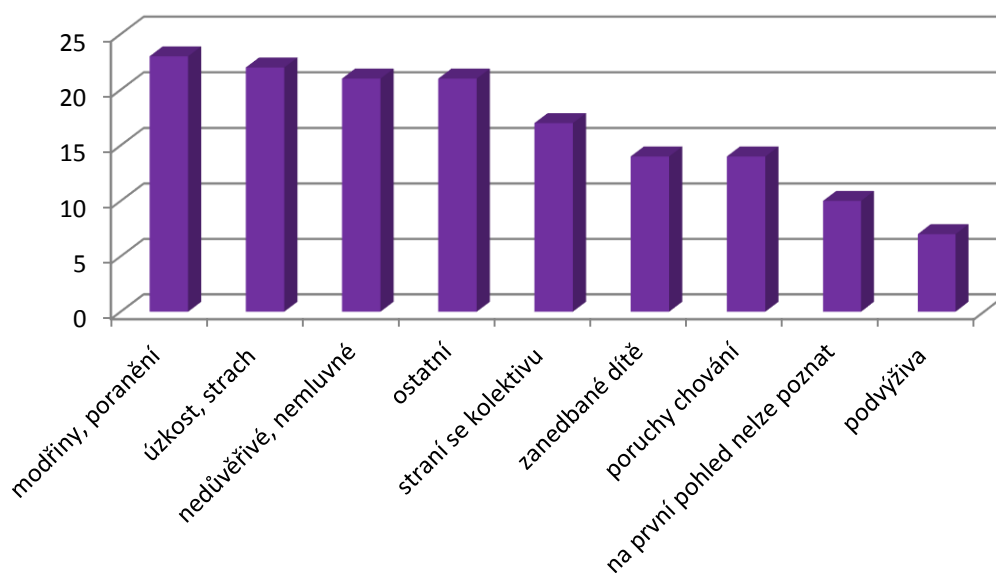


**Položka 11 Jak na dítěti na první pohled poznám, že je ohroženo syndromem CAN?**

Tabulka 17 První známky syndromu CAN

	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost v %</b>
<b>modřiny, poranění</b>	<b>23</b>	<b>41</b>
úzkost, strach	22	39
nedůvěřivé, nemluvné	21	38
ostatní	21	38
straní se kolektivu	17	30
zanedbané dítě	14	25
poruchy chování	14	25
na první pohled nelze poznat	10	18
podvýživa	7	12

Graf 16 První známky syndromu CAN



V položce 11 jsme zjišťovali, jak sestry na dítěti na první pohled poznají, že je ohroženo syndromem CAN. Tato otázka byla otevřená a R mohli vypsát více možností, nejčastěji ale odpovídali následovně: 30 % (17) R odpovědělo, že dítě se straní kolektivu, 41 % (23) R udává, že dítě má modřiny či jiná poranění po těle, 39 % (22) R si myslí, že dítě je úzkostné a má strach, 18 % (10) R uvádí, že nelze na první pohled poznat, že je dítě ohroženo syndromem CAN, 25 % (14) R si myslí, že dítě bude vypadat zanedbaně, 37 % (21) R odpovědělo, že dítě nebude komunikovat a bude nedůvěřivé, 12 % (7) R uvádí, že dítě bude podvyživené, 25 % (14) R si myslí, že dítě bude mít poruchy v chování a 38 % (21) R odpovědělo jinak, například: absence ve školní docházce, agresivita, útky z domova, pomočování, hyperaktivita, plačtivost, narušený spánek či roztěkanost.

## Hypotetické tvrzení 2

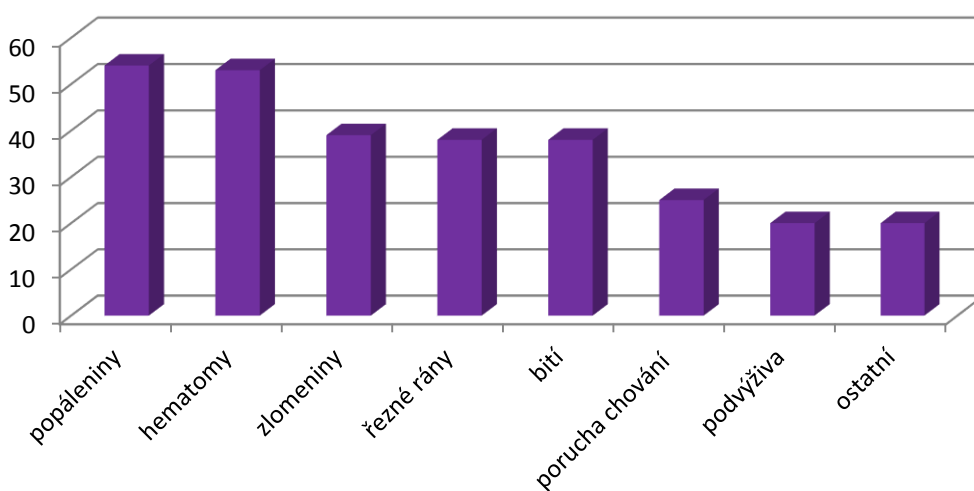
Předpokládáme, že většina všeobecných sester pozná projevy týrání na dítěti.  
(většina = více než 75 respondentů)

### Položka 12 Vyjmenujte alespoň pět projevů fyzického týrání na dítěti:

Tabulka 18 Projevy fyzického týrání

	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost v %</b>
<b>popáleniny</b>	<b>54</b>	<b>96</b>
hematomy	53	95
zlomeniny	39	69
řezné rány	38	67
bití	38	67
porucha chování	25	45
podvýživa	20	36
ostatní	20	36

Graf 17 Projevy fyzického týrání



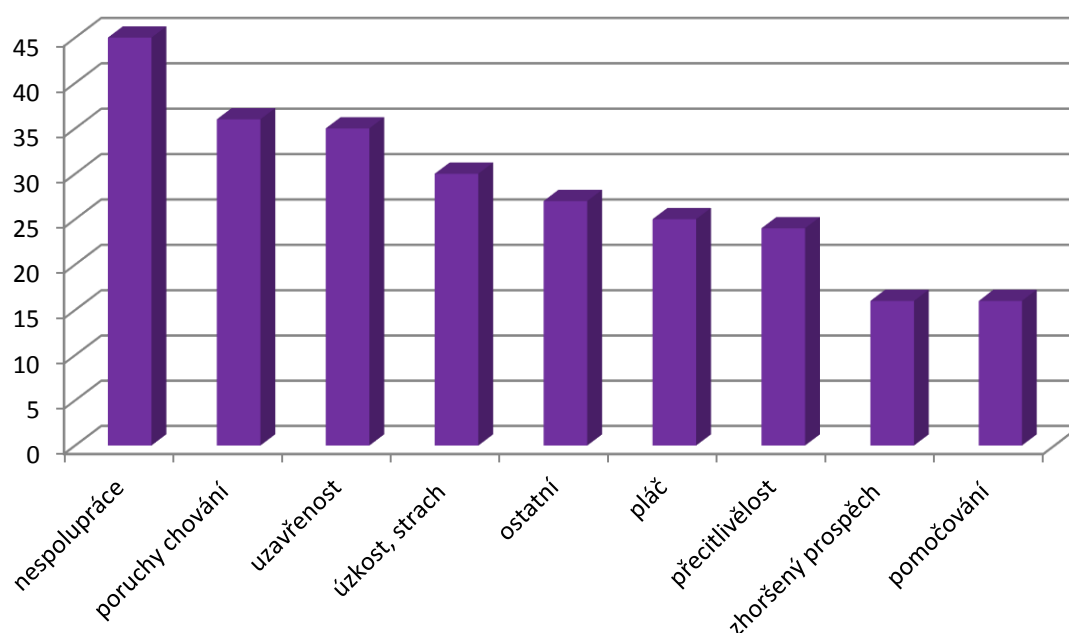
V položce 12 jsme zjišťovali, zda sestry znají projevy fyzického týrání. Tato otázka byla otevřená a R měli vypsát pět projevů fyzického týrání. Mezi nejčastěji uvedenými odpověďmi byly: 95 % (53) R uvedlo hematomy, 69 % (39) R zlomeniny, 96 % (54) R si myslí, že projevem jsou popáleniny, 67 % (38) R uvedlo řezné rány jako projev fyzického týrání, 67 % (38) uvedlo, že bytí je jeden z projevů, 36 % (20) R uvedlo podvýživu, 46 % (25) R jako projev uvádí poruchu chování a 36 % (20) R uvedlo, že se jedná například o inkontinenci, nechutenství, zvracení, vytrhávání vlasů, omrzliny, zanedbávání, znemožňování pohybu dítěti nebo zneužívání dítěte. 100 % (56) R uvedlo 5 příznaků fyzického týrání.

**Položka 13 Vyjmenujte alespoň pět projevů psychického týrání dítěte:**

Tabulka 19 Projevy psychického týrání

	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost v %</b>
<b>nespolupráce</b>	<b>45</b>	<b>80</b>
poruchy chování	36	64
uzavřenost	35	68
úzkost, strach	30	53
ostatní	27	48
pláč	25	45
přecitlivělost	24	43
zhoršený prospěch	16	29
pomočování	16	29

Graf 18 Projevy psychického týrání



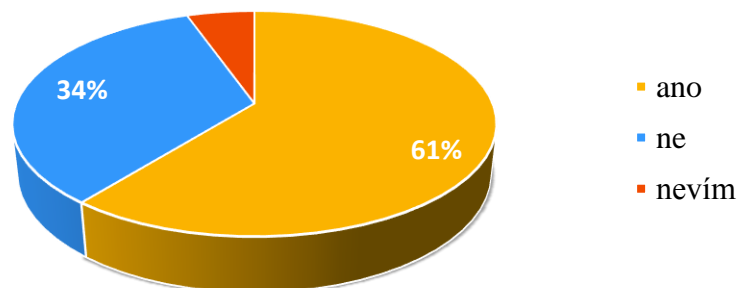
Tabulka 19 a graf 18 zobrazují odpovědi na otázku, v které jsme chtěli vyjmenovat alespoň pět projevů psychického týrání. Tato otázka byla otevřená a R odpověděli následovně: 68 % (35) R uvedlo jako jeden z projevů uzavřenost, 45 % (25) R pláč, 80 % (45) R si myslí, že jedním z projevů psychického týrání je odmítání spolupráce, 64 % (36) R napsalo, že dítě má poruchy chování, 29 % (16) R uvedlo zhoršený prospěch ve škole a stejný počet 29 % (16) R pomočování. 53 % (30) R si myslí, že dítě má strach a je úzkostné, 43 % (24) R si myslí, že dítě je přecitlivělé. 48 % (27) R zahrnuje jiné odpovědi, například to, že dítě je lekávé, trpí nespavostí, nevolností, má nízké sebevědomí, odmítá jídlo či se sebepoškozují. Z celkového počtu 56 R nám 89 % (50) R uvedlo všech pět příznaků, 11 % (6) R znalo pouze 4 příznaky psychického týrání.

**Položka 14 Setkala jste se někdy s týraným, zneužívaným či zanedbávaným dítětem?**

Tabulka 20 Zda se sestry setkaly s postiženým syndromem CAN

	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost v %</b>
<b>ano</b>	<b>34</b>	<b>61</b>
ne	19	34
nevím	3	5
celkem	56	100

Graf 19 Zda se sestry setkaly s postiženým syndromem CAN – n=56



Z tabulky 20 a grafu 19 vyplývá, že 61 % (34) R se setkalo s týraným dítětem, 34 % (19) R v kontaktu s týraným dítětem doposud nebylo, a 5 % (3) R neví, zda se někdy s týraným dítětem setkalo.

### Hypotetické tvrzení 3

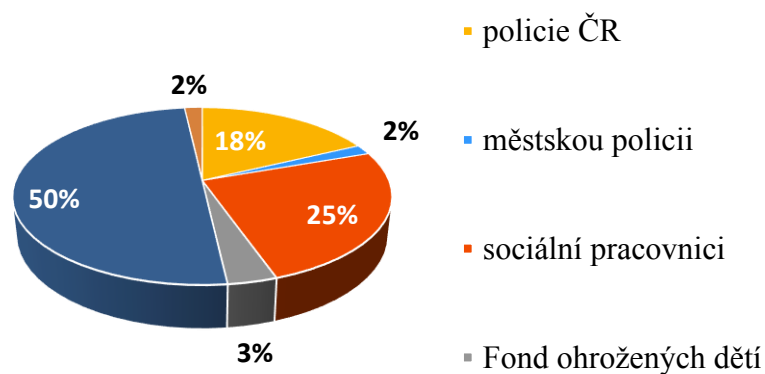
Předpokládáme, že většina všeobecných sester ví, jak postupovat při kontaktu s ohroženým dítětem. (většina = více než 75% respondentů)

#### Položka 15 Když zjistím, že je dítě týráno či zanedbáváno, tak zavolám:

Tabulka 21 Řešení situace, pokud zjistím, že je dítě týráno či zanedbáváno

	absolutní četnost	relativní četnost v %
policie ČR	10	18
městská policie	1	2
sociální pracovníce	14	25
Fond ohrožených dětí	2	3
<b>je jedno, kam z výše uvedených institucí zavolám, oni si to mezi sebou předají</b>	<b>28</b>	<b>50</b>
jiná odpověď (prosím doplňte)	1	2
celkem	56	100

Graf 20 Řešení situace, pokud zjistím, že je dítě týráno či zanedbáváno – n=56





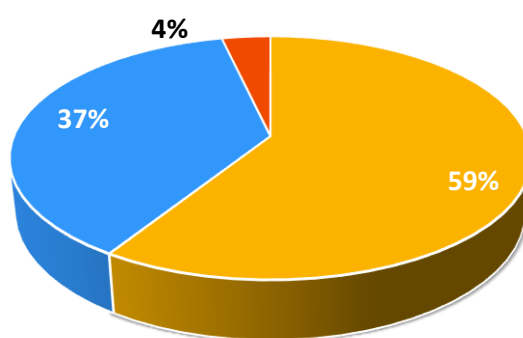
V položce 15 jsme zjišťovali, kam by se R obrátili v případě, že poodhalí týrání či zanedbávání dítěte. 50 % (28) R uvedlo, že nezáleží, kterou z daných institucí zavolají, 18 % (10) R by zavolalo Policii ČR, 2 % (1) R si myslí, že vše zařídí Městská policie, 25 % (14) R by se obrátilo na sociální pracovníci, 3 % (2) R by kontaktovali Klokánek a 2% (1) R uvedla jinou odpověď, konkrétně kontaktování ošetřujícího lékaře dítěte.

**Položka 16 Když zjistím, že je dítě týráno, zneužíváno či zanedbáváno, rychle potřebuji zjistit co nejvíce informací od dítěte, abych věděl(a), jak danou situaci dále řešit.**

Tabulka 22 Informace od dítěte, potřebuji jich co nejvíce

	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost v %</b>
<b>ano</b>	<b>33</b>	<b>59</b>
ne	21	37
nevím	2	4
celkem	56	100

Graf 21 Informace od dítěte, potřebuji jich co nejvíce – n=56



■ ano ■ ne ■ nevím

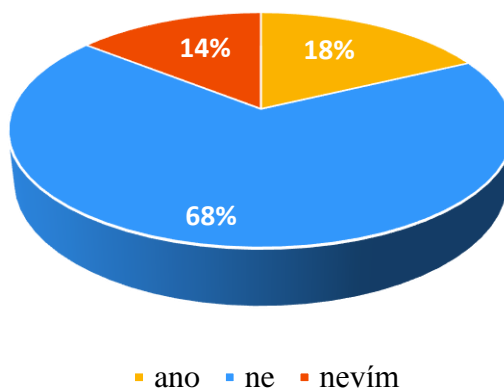
Tabulka 22 a graf 21 uvádí, že 59 % (33) R si myslí, že pokud je dítě týráno, zneužíváno či zanedbáváno, potřebují od něj rychle zjistit co nejvíce informací, abych věděla, jak danou situaci dále řešit. 37 % (21) R si myslí, že nepotřebují mít rychle a co nejvíce informací o problému a 4 % (2) R nezná na tuto otázku odpověď.

**Položka 17 Dítěti, které bylo zneužito či fyzicky týráno, řeknu větu: „Vím, jak se cítíš.“ abych ho uklidnila a navázala s ním lepší kontakt:**

Tabulka 23 Řeknu dítěti větu, vím, jak se cítíš

	absolutní četnost	relativní četnost v %
ano	10	18
<b>ne</b>	<b>38</b>	<b>68</b>
nevím	8	14
celkem	56	100

Graf 22 Řeknu dítěti větu, vím, jak se cítíš – n=56



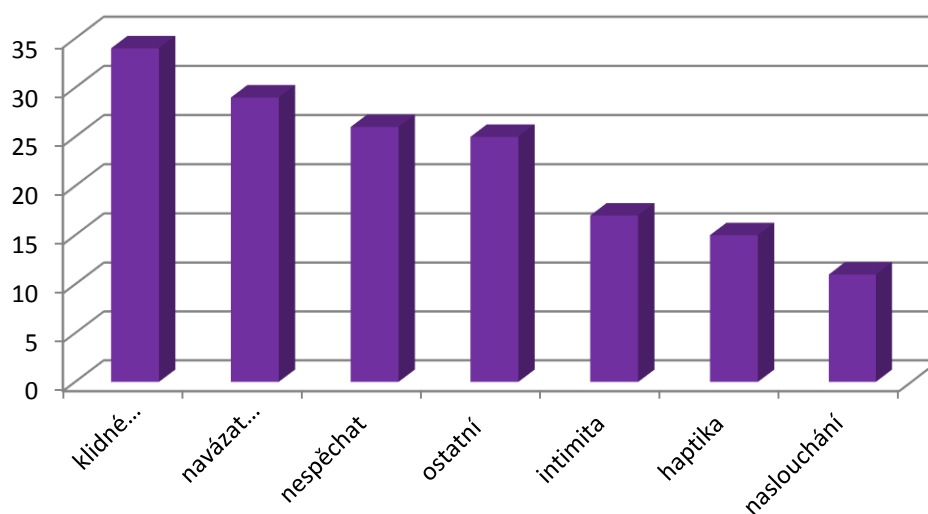
Z tabulky 23 a grafu 22 vyplývá, že 18 % (10) R si myslí, že je správné dítěti říci větu „Vím, jak se cítíš“, 68 % (38) R uvedlo, že tuto větu dítěti neřeknou a 14 % (8) R nezná odpověď.

**Položka 18 Vyjmenujte alespoň tři zásady komunikace s dítětem postiženým syndromem CAN.**

Tabulka 24 Zásady komunikace s dítětem

	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost v %</b>
<b>klidné prostředí</b>	<b>34</b>	<b>61</b>
navázat důvěru	29	52
nespěchat	26	46
ostatní	25	45
intimita	17	30
haptika	15	27
naslouchání	11	20

Graf 23 Zásady komunikace s dítětem



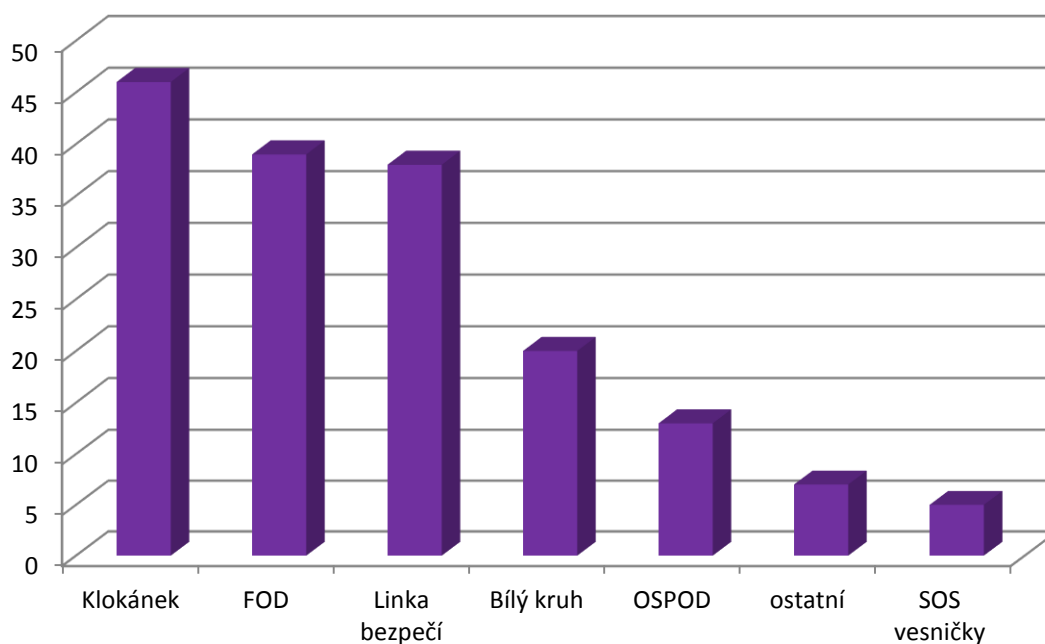
V položce 18 jsme zjišťovali, zda R znají zásady komunikace s dítětem postiženým syndromem CAN. Tato otázka byla otevřená a R měli vypsát tři zásady komunikace. Na tuto otázku odpovídali následovně: 52 % (29) R by nejprve navázalo s dítětem důvěrný vztah, 61 % (34) R by vyhledalo klidné prostředí pro komunikaci, 46 % (26) R by na dítě nespěchalo, nechalo by mu prostor, 30 % (17) R si myslí, že je důležitý takový přístup, který nenarušuje intimitu dítěte, 20 % (11) R považuje za jednu ze zásad komunikace naslouchání a 27 % (15) R by využilo ke kontaktu s dítětem haptiku. Mezi dalšími odpověď nám uvedlo 45 % (25) R například: pohled z očí do očí, dítěti nelhat, nechat ho kreslit, využít hm-efekt či tichý hlas a zapojení dítěte do skupiny, kolektivu. 100 % (56) R vyjmenovalo všechny 3 zásady komunikace s dítětem.

**Položka 19 Znáte organizace, kde se zabývají syndromem CAN u dětí? (vypište alespoň dvě organizace)**

Tabulka 25 Organizace, kde se zabývají syndromem CAN

	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost v %</b>
<b>Klokánek</b>	<b>46</b>	<b>82</b>
FOD	39	70
Linka bezpečí	38	68
Bílý kruh	20	35
OSPOD	13	23
ostatní	7	12
SOS vesničky	5	9

Graf 24 Organizace, kde se zabývají syndromem CAN



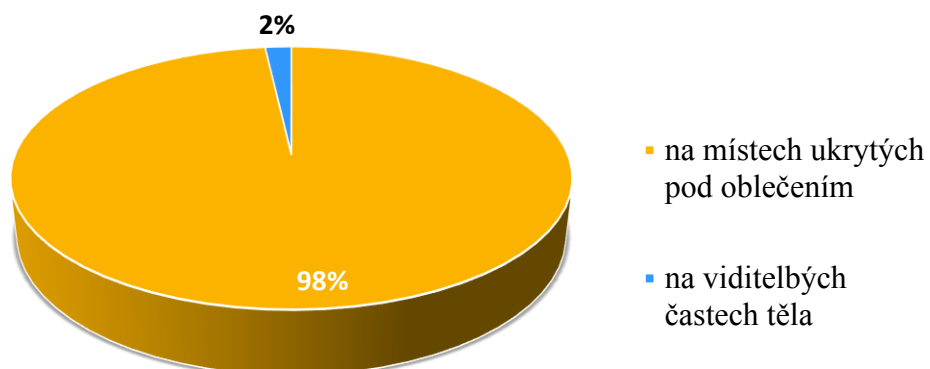
Tabulka 25 a graf 24 znázorňují odpovědi na otevřenou otázku č. 18, ve které chceme po R napsat dvě organizace, které se zabývají syndromem CAN. Na tuto otázku R odpovídali následovně: 68 % (38) R uvedlo Linku bezpečí, 82 % (46) R napsalo Klokánek, 70 % (39) R uvedlo FOD, 35 % (20) R zná organizaci Bílý kruh, 23 % (13) napsalo OSPOD, 9 % (5) R uvedlo SOS vesničky, 12 % (7) odpovědí jsme shrnuli do skupiny ostatní, ve které jsou zastoupeny například: Dětské krizové centrum, Naše dítě, Linka důvěry, WHO, Dům tří přání a podobně. 100 % (56) R vypsalo 2 organizace, které se podle nich zabývají syndromem CAN.

## Položka 20 Kde na těle dítěte byste nejčastěji hledali stopy tělesného týrání?

Tabulka 26 Stopy tělesného týrání

	absolutní četnost	relativní četnost v %
<b>na místech ukrytých pod oblečením</b>	<b>55</b>	<b>98</b>
na viditelných částech těla	1	2
nevím	0	0
celkem	56	100

Graf 24 Stopy tělesného týrání – n=56



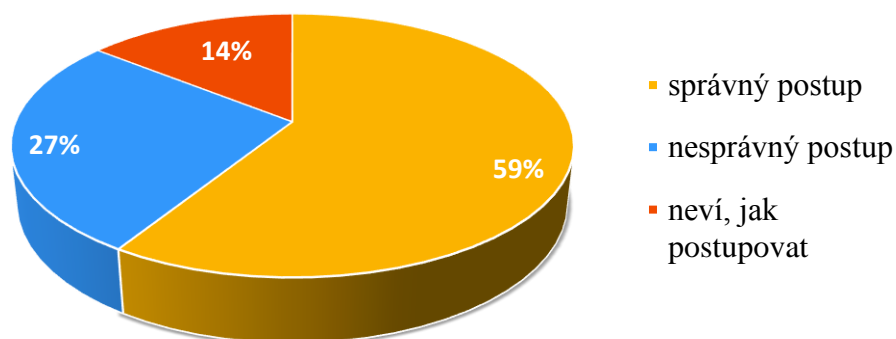
V položce 20 jsme se ptali, kde nejčastěji na těle hledat známky tělesného týrání. 98 % (55) R odpovědělo, že známky týrání by hledali na místech ukrytých pod oblečením a 2 % (1) R si myslí, že známky týrání jsou na viditelných částech těla.

**Položka 21 Jak byste postupoval(a) při setkání s dítětem ohroženým syndromem CAN? (v bodech vypište)**

Tabulka 27 Postup při setkání se s dítětem ohroženým syndromem CAN

	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost v %</b>
správný postup	33	59
nesprávný postup	15	27
neví, jak postupovat	8	14
celkem	56	100

Graf 25 Postup při setkání se s dítětem ohroženým syndromem CAN – n=56



Odpovědí na položku č. 21 byl popis postupu při setkání s dítětem ohroženým syndromem CAN. 59 % (33) R uvedlo správný postup, 27 % (15) R nezná správný postup a 14 % (8) R neví, jak by v dané situaci postupovali.

## 6.2 DISKUSE

Syndrom týraného dítěte je celosvětovým problémem a bohužel na většinu případů se nikdy nepříjde. Je smutné, že se v 21. století najde někdo, kdo nelidským způsobem ublíží dítěti, a že okolí nic nevidí a neslyší. Každá všeobecná sestra by měla v rámci svých možností, zkušeností a dosaženého vzdělání co nejrychleji rozpoznat, že dítě je ohroženo a tuto situaci co nejlépe řešit.

V naší bakalářské práci jsme se zabývali syndromem týraného dítěte z pohledu všeobecné sestry. V empirické části jsme zjišťovali, zda všeobecné sestry znaly syndrom CAN či zda věděly, jak postupovat, když se setkaly s dítětem ohroženým tímto syndromem. Z důvodu průzkumného šetření jsme vytvořili anonymní dotazník. Průzkumný vzorek tvořilo celkem 56 respondentů, kteří splnili podmínky průzkumu. V naší práci jsme si stanovili tři hypotetické tvrzení, které se nám buďto otázkami z dotazníku potvrdily, nebo vyvrátily.

V úvodu dotazníku bylo zařazeno několik identifikačních otázek pro respondenty. Jednalo se o délku praxe všeobecných sester, nejvyšší dosažené vzdělání a oddělení, na kterém všeobecné sestry pracují. Necelá polovina sester pracovala jako dětská sestra mezi 1-5 lety a druhou nejpočetnější skupinu tvořily sestry pracující více jak deset let, ale méně než dvacet let. Nadpoloviční většina sester uvedla nejvyšší dosažené vzdělání střední s maturitou. Nejmenší vzorek bylo vzdělání bakalářské a následně magisterské. Nadpoloviční většina dotazovaných pracovala na lůžkovém oddělení.

V hypotetickém tvrzení 1 jsme zjišťovali, co sestry ví o syndromu CAN. Hanušová, (2006) ve své knize definuje syndrom CAN (Child Abuse and Neglect) jako souhrn příznaků týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. A v naší práci tuto definici označila nadpoloviční většina respondentů. Syndrom CAN má několik forem a my pro potvrzení či vyvrácení hypotetických tvrzení jsme dále zjišťovali problematiku sexuálního zneužívání. Necelých sto procent všeobecných sester si myslelo, že zneužít dítě může, nejen jeden z rodičů, někdo z příbuzných či učitelů, ale i kdokoliv z jejich okolí. Špeciánová, (2003, s. 22) sexuální zneužívání definuje: „Zahrnuje jakékoliv



dotýkání se dítěte se sexuálním podtextem, vykořisťování dítěte jakoukoliv osobou v sexuální rovině či pohlavní styk s dítětem. Zneužívatelem může být rodič, příbuzný, přítel, či pro dítě cizí osoba.“ V problematice zneužívání nás zajímalo ještě, kdo zneužívá chlapce. Tři čtvrtiny dotazovaných uvedli, že chlapce zneužívají jak muži, tak i ženy. Jak uvádí kniha Hedvábné, (2012), syndromu CAN se dopouštějí lidé ve všech vrstvách společnosti, patří ke všem rasám, náboženstvím i věkovým skupinám. Vzdělání, finance a ani rozdíl v tom, kde žijí, nehraje žádnou roli. Trestného činu se dopouští muži i ženy a oběťmi jsou jak chlapci, tak dívky. V další otázce nás zajímalo, zda drogy a alkohol mají vliv na týrání. Zde respondenti nejvíce uvedli odpověď, že pokud se tyran zbaví závislosti, tak zároveň přestane i týrání. Tato odpověď je nesprávná, protože drogy a ani alkohol týrání nikdy nevyvolávají a ani neodstraňují zábrany v souvislosti s týráním. Je známé, že pachatelem může být kdokoliv z nás a nezáleží na požití omamných látek. A právě i na to jsme se ptali sester v následující otázce, kde odpověděla nadpoloviční většina, že týrání je schopný každý z nás, tato odpověď byla správná, druhá nejčastější odpověď byla, že týrání se dopouští pouze lidé psychicky nemocní, toto není správná odpověď

Každé dítě je individuální a dopad zneužívání je proto rozdílný. Nelze jednoznačně určit, jaké následky týrání či zneužívání na dítěti zanechá. U dítěte je narušen vždy jak fyzický tak sociální i psychický stav a vývoj dítěte, což si myslí i 82 % respondentů. V médiích se objevují i informace o úmrtí dítěte následkem postižení syndromem CAN a 96% sester uvádí, že týrání a zanedbávání mohou vést k úmrtí dítěte.

Lze na dítěti na první pohled poznat, že je ohroženo? Na to jsme se zeptali 56 respondentů. Chtěli jsme, aby nám vypsali možnosti, jak by týrání poznali. Nejvyšší četnost tvořili modřiny a poranění, na druhém místě psali respondenti, že dítě je úzkostné, má strach z okolí, 38 % nám napsali, že dítě je nedůvěřivé, je zaražené a nemluví, dále se může stranit kolektivu či je podvyživené. 10 (18%) sester uvedlo, že na první pohled nelze poznat, že jde o týrané či zanedbávané dítě. Pokud by se dalo na první pohled poznat, že je dítě týráno, zneužíváno či zanedbáváno, statistická čísla ve FODU by byla mnohem vyšší a hlavně by děti nebyly několik let týrání bez povšimnutí

okolí. Leda, že by naše společnost byla lhostejná ke svému okolí. Rodiče se samozřejmě snaží (pokud je dítě týrané rodiči), aby na to okolí a i zdravotnický personál nepřišel. Modřiny a jiná poranění jsou skryté, a pokud se na ně přijde, vymýšlí si historky, jak se poranění stalo. A je už jen na sestřích, jak se k tomu postaví, zda rodičům uvěří či zda budou pátrat dále a zjišťovat jak k úrazu opravdu došlo. Pokud se jedná o psychické týrání, tak si myslíme, že opravdu na první pohled nelze poznat, že je dítě týrané. A zanedbávání by podle nás měli odhalit ve škole pedagogové či blízké okolí. Pokud dítě nechodí pravidelně do školy, nenosí úkoly, či jinak zaostává za svými vrstevníky, tak si myslíme, že by škola měla podat hlášení na OSPOD, kde by s tím sociální pracovníci měli dále pracovat.

V hypotetickém tvrzení dvě nás zajímalo, zda sestry poznají projevy syndromu CAN na dítěti. V knize Vaníčková (2004) je za tělesné týrání považován tělesný trest, který je vykonán pomocí předmětu, či útoky směřované na citlivé části těla, jako je například hlava, břicho, genitál, plosky nohou a další. Druhým kritériem jsou takové tresty, po kterých na těle dítěte zůstávají nějaké stopy – například modřiny, popáleniny, škrábance, zlomeniny a podobně. Sedláková, Kalátová a kol. uvádějí například poruchy integrity kůže, trvalé následky či smrt dítěte, poškozené sebevědomí. Respondenti měli uvést pět příznaků fyzického týrání a mezi nejčastější projevy uváděli popáleniny, hematomy, zlomeniny, řezné rány, poruchy chování či podvýživu. Dále jsme zjišťovali pět projevů psychického týrání. Oproti fyzickému násilí se psychické týrání jen velmi těžko zjišťuje, jak uvádí Vaníčková (2009) v knize Interpersonální násilí na dětech, psychické týrání nezanechává viditelné stopy na těle dítěte, jeho výsledkem jsou následky na psychice dítěte. Na dítěti lze pozorovat změny v chování, jako je například, plačtivost, vztek, podceňování, dítě je agresivní, bojí se, můžeme pozorovat i psychosomatické stavy jako jsou bolesti hlavy, zvýšená teplota, ekzémy či pomočování. Respondenti uváděli mezi projevy psychického týrání nejčastěji nespůlupráci dítěte se zdravotnickým personálem, poruchy chování, uzavřenost, úzkost a strach, dále uvádějí, že dítě je plačtivé, přecitlivělé a může se i pomočovat. I toto hypotetické tvrzení se nám potvrdilo. Sestry vypsaly nejčastější projevy fyzického i psychického týrání správně. V poslední otázce této hypotézy jsme zjišťovali, zda se dotazovaní setkali někdy

s týraným dítětem, 61 % respondentů se s dítětem postiženým syndromem CAN setkala.

Ve třetím hypotetickém tvrzení jsme chtěli prozkoumat, jak by sestry měly správně postupovat, když při jejich službě bude přijato dítě se syndromem CAN. 50 % respondentů uvádí, že je jedno, zda zavoláte na policii ČR, městskou policii, sociální pracovníci či zda kontaktujete FOD. Za správnou odpověď považujeme, kontaktovat sociální pracovníce příslušného úřadu sociální ochrany dítěte. Tuto odpověď zaškrtno pouze 25 % dotázaných. Následující otázky byly zaměřeny na přístup k dítěti. Dítěti nesmíme nikdy říci větu, že víme, jak se cítí, tím rozhodně lepší kontakt nenavážeme. Myslíme si, že totiž nemůžeme vědět, jak se cítí, když jsme nikdy jeho situaci neprožili. Nevíme, jak mu bylo ubližováno ani kým, a proto nelze tuto větu dítěti postiženému syndromem CAN říci. Tím se dítě naopak „zasekne“ a přestane s vámi úplně komunikovat. Zásady komunikace s dítětem uvedla nadpoloviční většina respondentů správně. Ke komunikaci se využívá klidné prostředí, je potřeba, aby s dítětem byl navázán kontakt, aby dítě spolupracovalo. Nesmíme na něj spěchat, musíme mu nechat prostor na pláč, křik, musíme mu naslouchat, lze využít i hm – efekt či haptiku.

V další otázce měli respondenti vyjmenovat dvě organizace zabývající se syndromem CAN. 82 % dotázaných uvedlo Klokánek. Do Klokánku jsou přijímány jak děti zneužívané, zanedbávané tak i psychicky a fyzicky týrané. FOD (Fond ohrožených dětí) je zřizovatelem Klokánků a do dotazníku nám ho uvedlo 70 % respondentů. Mezi další organizace byly uvedeny například: Linka bezpečí, Bílý kruh (tato organizace se zabývá poskytováním pomoci obětem a svědkům trestných činů, myslíme si, že mezi organizací zabývající se syndromem CAN patří), OSPOD (orgán sociálně-právní ochrany dětí) či SOS vesničky (zajišťují náhradní rodinnou péči o děti z nefungujících rodin, které nelze adoptovat). Všechny uvedené organizace se zabývají různými trestnými činy, které jsou způsobeny na dětech. 100% sester tedy zná organizace zabývající se syndromem CAN. Hlavně je důležité, aby pouze při podezření na syndrom CAN nepřihlíželi, ale aby jednaly, je jedno, na kterou z linek se obrátí a tam již už poradí, jak postupovat dále. Hypotetické tvrzení tři se nám potvrdila, většina

respondentů, neboli více než 75 % R, ví, jak komunikovat s ohroženým dítětem a zná správný postup při oznamování syndromu CAN.

### **6.3 ZÁVĚR PRŮZKUMU A DOPORUČENÍ PRO PRAXI**

Cíle, které jsme si stanovili, v bakalářské práci se nám povedlo splnit. Lze ale navrhnout několik změn pro zlepšení informovanosti sester o syndromu CAN. Ne všechny sestry mají dostatek informací o ohrožených dětech, a proto bychom rádi uvedli několik doporučení pro praxi.

Navrhujeme tyto opatření pro vrchní sestry:

- využívat informační leták a relevantní materiály středním a líniovým managementem a tím zvýšit informovanost o syndromu CAN
- informovat sestry o možnostech výskytu na oddělení
- vypracovat standard ošetrovatelské péče o týrané dítě
- zařídit seminář na správnou komunikaci s dítětem

Pro všeobecné sestry navrhujeme tyto opatření:

- nezapomínat na intimitu dítěte
- vzdělávat se v dané problematice
- nepodceňovat příznaky syndromu CAN

Předpokládáme, že sestra ví, že kterékoliv dítě, může být postiženo syndromem CAN. Sestra by měla samozřejmě vědět, jak přistupovat k dítěti, u kterého je detekován syndrom CAN.

## ZÁVĚR

Cílem naší práce bylo zjistit, jak jsou sestry pracující na dětských odděleních informované o syndromu CAN a zda vědí, jak mají postupovat, pokud je na jejich oddělení přijato týrané dítě. Oba naše cíle se nám podařilo splnit.

Téma, kterému jsme se v této práci věnovali, nás velmi zaujalo, neboť se jedná o celosvětový problém. Může se týkat kteréhokoliv dítěte a nikdy nevíme, kdy se u nás na dětském oddělení může dítě postižené syndromem CAN vyskytnout. V teoretické části charakterizujeme syndrom CAN, popisujeme jeho rozdělení na formy a v krátkosti popisujeme jednotlivé projevy. Příčiny a následky bývají u každého jedince různé, a proto vypisujeme pouze ty, které jsou relevantní pro ošetrovatelskou praxi. Každé protiprávní úkony by měly být řádně potrestány, ale nejprve musí dojít k diagnostice problému. Zmiňujeme zde Zákon č. 141/1961 Sb. ve znění pozdějších předpisů Zákon o trestním řízení soudním (trestní řád), který ustanovuje, jak lze u dítěte provádět výslech. Jako další techniku diagnostiky zde uvádíme dětské kresby. Dále v práci popisujeme a vysvětlujeme prevenci a způsoby, jak lze dítě před týráním, zneužíváním ochránit, či jak včas detekovat, že „se něco děje“. V kapitole péče o týrané dítě se zabýváme situací, kdy je třeba se o dítě postižené syndromem CAN postarat. Zde uvádíme péči v rodině, v náhradní rodinné péči, Fondu ohrožených dětí, kam zahrnujeme i neznámější organizaci zabývající se syndromem CAN, a to Klokánek.

Důležitá součást bakalářské práce teoretické části je i role sestry v péči o týrané dítě, jedná se o situaci, kdy dítě je přivedeno na ambulanci či je přivezeno na dětské lůžkové oddělení. Problematika právní ochrany dětí je dlouhodobá a především celospolečenská záležitost, která se neustále vyvíjí. V práci je jako příklad uveden Zákon o sociálně právní ochraně dětí, Listinu základních práv a svobod a Úmluvu o právech dítěte.

V empirické části bakalářské práce jsme zpracovali a vyhodnotili výsledky dotazníkového šetření a obdrželi jsme odpovědi na stanovené pracovní hypotézy.

Průzkum jsme prováděli ve dvou oblastních nemocnicích a jedné fakultní, dále v ambulancích dětských praktických lékařů. Stanovili jsme si dva cíle. První cíl měl zjistit, jaké vědomosti sester o ohrožených dětech a druhý cíl zjišťoval, zda všeobecné sestry ví, co dělat se při setkání se s ohroženým dítětem. Výsledky v průzkumu nám vyšli následovně: sestry mají povědomí o syndromu CAN, vědí, jak mají postupovat při setkání se s ohroženým dítětem.

Každá sestra by měla mít na mysli, že kterékoliv dítě, které stojí před ní, může být týrané, zneužívané či zanedbávané. Měla by proto být připravena vždy tuto situaci řešit.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BECHYŇOVÁ, V. a kol. 2007. *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*. 1. vyd. Praha: Institut pro strukturální politiku, ISBN 978-80-86684-47-5.

BOURCET, S. – I. GRAVILLONOVÁ, 2006. *Šikana ve škole, na ulici, doma, Jak bránit své dítě*. Praha: Albatros, ISBN 80-00-01552-8.

DANIELOVÁ, K. 2011. *Problematika sexuálně zneužívaných a týraných dětí, syndrom "CAN"*. Diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Právnická fakulta.

DAVID, R. 2001. *Ústava České republiky z r. 1993 a Listina základních práv a svobod*. 3. vyd. Olomouc: Olomouc, ISBN 80-7182-109-8.

FISHEROVÁ, A. *Syndrom CAN* [online]. 2013 [citováno 5. 11. 2013]. Dostupné z: [http://www.phil.muni.cz/~hump/psychoterapie/deti/Papers/CAN\\_Fiserova.pdf](http://www.phil.muni.cz/~hump/psychoterapie/deti/Papers/CAN_Fiserova.pdf)

Fond ohrožených dětí [online]. 2012 [citováno 5. 1. 2013]. Dostupné z: <http://www.fod.cz/>

HANUŠOVÁ, J. 2006. *Násilí na dětech – syndrom CAN*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, ISBN 80-86991-78-4.

HEDBÁVNÁ, S. *Syndrom zneužívaného dítěte* [online]. 2012 [citováno 30. 10. 2012]. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Věra Vojtová. Dostupné z: <[http://is.muni.cz/th/173715pedf\\_m](http://is.muni.cz/th/173715pedf_m)>

Následky CAN *Šance dětem* [online]. 2013 [citováno 5. 1. 2013]. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/rizikove-chovani-dospelého-k-diteti/syndrom-can.shtml>

PETERSON, L. W. – M. E. HARDIN, 2002. *Děti v tísní: příručka pro screening dětských kreseb*. 1.vyd. Praha: Triton, ISBN 80-7254-237-0.

SEDLÁKOVÁ, G. – D. KALATOVÁ, 2010. *Vybrané ošetřovatelské modely a týrané dítě*. 1.vyd. Praha: Triton, ISBN 978-80-7387-412-4.

ŠPECIÁNOVÁ, Š. 2003. *Ochrana týraného a zneužívaného dítěte*. Praha: Linde, ISBN 80-86131-44-0.

Úmluva o právech dítěte *centrumosn* [online]. 2013 [citováno 10. 03. 2013]. Dostupný z <http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/umluva-o-pravech-ditete.pdf>

Úmluva o právech dítěte [online]. 2013. Wikipedia [citováno 28. 02. 2013]. Dostupný z: [http://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=%C3%9Amluva\\_o\\_pr%C3%A1vech\\_d%C3%ADt%C4%9Bte&oldid=9798954](http://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=%C3%9Amluva_o_pr%C3%A1vech_d%C3%ADt%C4%9Bte&oldid=9798954)

VANÍČKOVÁ, E. 2009. *Národní strategie prevence násilí na dětech v ČR na období 2008 – 2018*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, ISBN 978-80-87041-86-4.

VANÍČKOVÁ, E. 2009. *Interpersonální násilí na dětech*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády v rámci vládní kampaně Stop násilí na dětech, ISBN 978-80-7440-001-8.

VODIČKOVÁ, D. 2007. *Průručka pro sociální pracovníce Klokánku*. [citováno 27. 1. 2013].

WEISS, P. 2005. *Sexuální zneužívání dětí*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 80-247-0929-5.

ZAJÍC, J. – M. PŘÍLEPKOVÁ, 2009. *Hranice bezpečí: metodický průvodce prevencí sexuálního zneužívání dětí a mladistvých I*. 1.vyd. Praha: Česká rada dětí a mládeže, ISBN 978-80-254-7123-4.

Zákon č. 94/1963 Sb., 2003. *O rodině ve znění pozdějších zákonů*. Ostrava: Sagit, ISBN 80-7208344-9.

ŽÁK, K. *Definice pedofilie*. [online]. 2010 [citováno 23. 2. 2014] Dostupné z: <http://www.pedofilie-info.cz/definice/>

ŽÁKOVÁ, M. *Primární prevence* [online]. 2009. [citováno 23. 11. 2012] Dostupné z: <http://www.nicm.cz/primarni-prevence-charakteristika>



# **PŘÍLOHY**

Příloha A – Přehled forem syndromu CAN

Příloha B – Dotazník

Příloha C – Žádost o povolení průzkumu

Příloha D – Čestné prohlášení

Příloha E – Leták syndrom CAN

## Příloha A

### Přehled forem syndromu CAN

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

zdroj: FISHEROVÁ, 2013

## **Příloha B**

### **Dotazník**

Vážené kolegyně a kolegové,

jsem studentkou Vyšší odborné školy zdravotnické v Příbrami. Téma mé absolventské práce je „Syndrom týraného dítěte z pohledu sestry“. A proto bych Vás chtěla požádat, zda mi zodpovíte několik otázek, týkajících se problematiky týraní dětí. U každé otázky označte pouze jednu odpověď. Dotazník je anonymní a odpovědi budou použity pouze pro účely mé absolventské práce. Předem děkuji za Váš čas.

Martina Hudecová

1. Jak dlouho pracujete jako dětská sestra?
  - a) méně jak 1 rok
  - b) 1 – 5 let
  - c) více jak 5 let
  - d) více jak 10 let
  - e) více jak 20 let
  
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
  - a) střední odborné s maturitou
  - b) vyšší odborné
  - c) vysokoškolské bakalářské
  - d) vysokoškolské magisterské
  
3. Na jakém pracovišti pracujete?
  - a) ambulance
  - b) lůžkové oddělení
  
4. Co znamená syndrom CAN?
  - a) souhrn příznaků týraní, zneužívání a zanedbávání dítěte
  - b) příznaky zanedbávání dítěte
  - c) příznaky zneužívání a týraní dítěte
  - d) nevím

5. Sexuálního zneužívání se dopouštějí?
- a) lidé, které oběť nezná
  - b) lidé, které oběť zná
  - c) kdokoliv (rodiče, příbuzní, přátelé, učitelé,...)
  - d) nevím
6. Vyberte nesprávnou odpověď: „Týrá-li někdo dítě pod vlivem alkoholu nebo drog...“
- a) pokud se zbaví této závislosti, přestane i týrání
  - b) alkohol ani droga nikdy týrání nevyvolávají
  - c) alkohol a droga pouze odstraňují zábrany
  - d) jiná odpověď (prosím doplňte)
- .....
7. Chlapce zneužívají:
- a) pouze homosexuální muži
  - b) homosexuální i heterosexuální muži
  - c) ženy
  - d) muži i ženy
  - e) nevím
8. Kdo podle Vás se častěji dopouští týrání?
- a) lidé s nižším vzděláním
  - b) lidé psychicky nemocní
  - c) impulzivní lidé
  - d) je toho schopný každý z nás
  - e) nevím
9. Při syndromu CAN je u dítěte narušen:
- a) fyzický a psychický stav
  - b) sociální a fyzický stav
  - c) fyzický, sociální i psychický stav a vývoj dítěte
  - d) psychický stav a vývoj dítěte
  - e) nevím
10. Může být zanedbávání a týrání příčinou úmrtí u dětí?
- a) ano
  - b) ne
  - c) nevím

11. Když zjistím, že je dítě týráno či zanedbáváno, tak zavolám:
- a) policii ČR
  - b) městskou policii
  - c) sociální pracovníci
  - d) Fond ohrožených dětí
  - e) je jedno, kam z výše uvedených institucí zavolám, oni si to mezi sebou předají
  - f) jiná odpověď (prosím doplňte)

.....

12. Vyjmenujte alespoň pět projevů fyzického týrání na dítěti:

-  
-  
-  
-  
-

13. Vyjmenujte alespoň pět projevů psychického týrání dítěte:

-  
-  
-  
-  
-

14. Když zjistím, že je dítě týráno, zneužíváno či zanedbáváno, rychle potřebuji zjistit, co nejvíce informací od dítěte, abych věděl(a), jak danou situaci dále řešit:

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

15. Dítěti, které bylo zneužito či fyzicky týráno, řeknu větu: „Vím, jak se cítíš“ abych ho uklidnila a navázala s ním lepší kontakt:

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

16. Vyjmenujte alespoň tři zásady komunikace s dítětem postiženým syndromem CAN.

-  
-  
-

17. Setkal(a) jste se někdy s týraným, zneužívaným či zanedbávaným dítětem?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

18. Znáte organizace, kde se zabývají syndromem CAN u dětí? (vypište alespoň 2 organizace)

-  
-

19. Kde na těle dítěte byste nejčastěji hledali stopy tělesného týrání?

- a) na místech ukrytých pod oblečením
- b) na viditelných částech těla
- c) nevím

20. Jak na dítěti na první pohled poznám, že je ohroženo syndromem CAN?

-----  
-----  
-----

21. Jak byste postupoval(a) při setkání s dítětem ohroženým syndromem CAN? (v bodech vypište)

-----  
-----  
-----

## Příloha C

### Schválení dotazníkového průzkumu

Martina Hudecová  
Vrchotovy Janovice 75  
257 53

Fakultní nemocnice v Motole  
Mgr. Jana Nováková, MBA  
V Úvalu 84  
150 56 Praha 5

Vrchotovy Janovice, 22. 2. 2013

#### Žádost o schválení dotazníkového průzkumu

Vážená paní náměstkyně,

obracím se na Vás s žádostí o povolení distribuce dotazníků k provedení průzkumu na téma „Syndrom týraného dítěte z pohledu sestry“. Dotazníky bych chtěla rozdat všeobecným a dětským sestrám na dětských klinikách Fakultní nemocnice v Motole. Dotazníkové šetření bude zcela dobrovolné, anonymní a na sestry nebude vyvíjen nátlak ohledně vyplnění. Jako přílohu zasílám ukázkový dotazník. Schválenou žádost si u vás vyzvednu 4. 3. 2013.

Předem děkuji za kladné vyřízení.

S pozdravem

Martina Hudecová

Schvaluji / ~~neschvaluji~~ dotazníkový průzkum na dětském oddělení.



Mgr. Jana Nováková, MBA  
náměstkyně pro oš. péči FN Motol

razítko, podpis

Martina Hudecová  
Vrchotovy Janovice 75  
257 53

Etická komise Oblastní nemocnice Příbram, a. s.  
Podbrdská 269  
261 95 Příbram V - Zdaboř

Vrchotovy Janovice, 15. 1. 2013

### Žádost o schválení dotazníkového průzkumu

Vážená etická komise,

obracím se na Vás s žádostí o povolení distribuce dotazníků k provedení průzkumu na téma „Syndrom týraného dítěte z pohledu sestry“. Dotazníky bych chtěla rozdat všeobecným a dětským sestrám na dětském oddělení Oblastní nemocnice Příbram, a. s. Dotazníkové šetření bude zcela dobrovolné, anonymní a na sestry nebude vyvíjen nátlak ohledně vyplnění. Jako přílohu zasílám ukázkový dotazník a schválení dotazníkového průzkumu hlavní sestrou Mgr. Ivanou Králíčkovou a vrchní sestrou Mgr. Zuzanou Jíchovou. Dále přikládám stvrzenku o zaplacení poplatku

Předem děkuji za kladné vyřízení.

S pozdravem

Martina Hudecová

  
Mgr. Ivana Králíčková, LiD

Etická komise  
Vzala na vědomí dne: 4.3.2013  
*a nemá námitek k provedení*

Etická komise  
OBLASTNÍ NEMOCNICE PŘÍBRAM, a.s.  
Podbrdská 269, Příbram V - Zdaboř  
PSČ 261 95  
☎ 318 654 311, 775 057 103  
MUDr. JAN JANTOCHA, CSc. - PŘEDSEDA  
EK



Martina Hudecová  
Vrchotovy Janovice 75  
257 53

Vrchotovy Janovice, 22. 2. 2013

#### Žádost o schválení dotazníkového průzkumu

Vážená paní,

obracím se na Vás s žádostí o povolení distribuce dotazníků k provedení průzkumu na téma „Syndrom týraného dítěte z pohledu sestry“. Dotazníky bych chtěla rozdat všeobecným a dětským sestrám na dětském oddělení nemocnice v . Dotazníkové šetření bude zcela dobrovolné, anonymní a na sestry nebude vyvíjen nátlak ohledně vyplnění. Jako přílohu zasílám ukázkový dotazník


Předem děkuji za kladné vyřízení.

S pozdravem

Martina Hudecová

Schvaluji /  neschvaluji dotazníkový průzkum na dětském oddělení u všeobecných a dětských sester.

*U protivi nebude uveden žádný adresářský  
materiál! pr!*

  
.....  
HLAVNÍ SESTRÁ

razítko a podpis

## **Příloha D**

### **Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce**

#### **Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Syndrom týraného dítěte z pohledu sestry v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

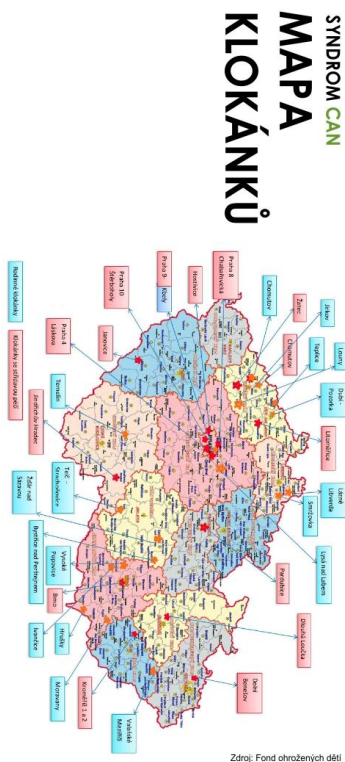
V Praze dne 31. března 2014

.....

Martina Hudecová, DiS.

# Příloha E

## Leták syndrom CAN



**SYNDROM CAN ORGANIZACE**

FOND OHROŽENÝCH DĚTÍ

Fond ohrožených dětí, Na Poříčí 6, Praha 1  
tel.: 224 236 655,  
e-mail: fod@fod.cz

Klokánek, Láskova 1803/12, Praha 4  
tel.: 271 912 500, 724 667 672  
e-mail: klokane.laskova@fod.cz

Sdružení SOS dětských vesniček,  
Revoluční 17, Praha 1  
tel.: 212 246 212

**SPONDEA**

Spondea, o.p.s., Sýpka 25,  
Brno – Černá Pole  
tel.: +420 541 235 511  
e-mail: krizovapomoc@spondea.cz

Zdroj: www.sancedetem.cz, www.ospod.cz

**SYNDROM CAN**

**CHILD ABUSE AND NEGLECT**  
TÝRÁNÍ, ZNEUŽÍVÁNÍ A ZANEDBÁVÁNÍ  
DÍTĚTE

Martina Hudecová  
VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOVNICKÁ, o. p. s., Praha 5  
Leták je součástí bakalářské práce na téma  
Syndrom týraného dítěte z pohledu sestry, 2014

**SYNDROM CAN NÁSLEDKY**

- selhávání ve škole, útesy z domova, odmítání komunikace
- neurotické poruchy, poruchy spánku, úzkost, pocity viny
- sebeobviňování, depresivní stavy, sklony k sebevraždám, poruchy sexuálního chování
- nízké sebehodnocení, poruchy komunikace, poruchy interpersonálních vztahů, neschopnost empatie
- zneužívání návykových látek, závislost
- poruchy individuálního vývoje dítěte

**SYNDROM CAN PRÁVNÍ OCHRANA**

**LISTINA ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD**

- nikdo nesmí být vystaven krutému zacházení
- podmínky zbavení svobody
- zachování důstojnosti, dobré pověsti a ochrana jména
- ochrana dětí a mladistvých
- právo na rodičovskou výchovu, možnosti odloučení od rodičů proti jejich vůli na základě zákona
- právo na bezplatné vzdělání v základních a středních školách

**ÚMLUVA O PRÁVECH DÍTĚTE**

Mezinárodní domluva, která stanovuje občanská, politická, ekonomická, sociální a kulturní práva dětí. Na to, jak jsou práva dětí dodržována, dohlíží Výbor pro práva dítěte při OSN.

**SYNDROM CAN PRÁVNÍ OCHRANA**

**SOCIÁLNĚ PRÁVNÍ OCHRANA DĚTÍ**

- ochrana práva dítěte na příznivý vývoj a řádnou výchovu
- ochrana oprávněných zájmů dítěte, včetně ochrany jeho jméni
- působení směřující k obnově narušených funkcí rodiny