



**HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA
UNIVERZITY KARLOVY V PRAZE**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Praha 2009

Markéta Donátová



**HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA
UNIVERZITY KARLOVY V PRAZE**

Katedra psychosociálních studií

DIPLOMOVÁ PRÁCE

**TÝRÁNÍ, ZNEUŽÍVÁNÍ A ZANEDBÁVÁNÍ DĚTÍ
V RODINĚ**

DOMESTIC CHILD ABUSE AND NEGLECT

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a jen s využitím pramenů uvedených v seznamu literatury.

.....
Markéta Donátová

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí mé diplomové práce PhDr. Anně Arnoldové za odbornou pomoc, vedení a cenné rady. Poděkování patří taktéž mé rodině a blízkým za jejich pochopení a podporu během celého studia.

Obsah

Úvod	7
1. Rodina a dítě	8
1.1 Funkce rodiny	10
1.2 Rodina a potřeby dítěte	11
2. Postavení dítěte ve společnosti z historického pohledu.....	13
3. Syndrom CAN.....	14
4. Jednotlivé formy syndromu CAN	17
4.1 Týrání.....	17
4.1.1 Tělesné týrání.....	17
4.1.1.1 Tělesné týrání aktivní povahy.....	17
4.1.1.2 Tělesné týrání pasivní povahy	20
4.1.1.3 Münchhausenův syndrom v zastoupení	21
4.1.2 Psychické týrání	21
4.2 Zanedbávání.....	23
4.2.1 Psychická deprivace	25
4.3 Sexuální zneužívání.....	26
4.3.1 Bezdotykové sexuální zneužívání	28
4.3.2 Dotykové sexuální zneužívání.....	29
5. Důsledky syndromu CAN v rodině	30
5.1 Důsledky týrání.....	30
5.2 Důsledky sexuálního zneužívání.....	32
5.3 Důsledky zanedbávání.....	33
6. Transgenerační přenos.....	34
7. Nechtěné děti.....	36
8. Prevence	37
8.1 Primární prevence.....	37
8.2 Sekundární prevence	40
8.3 Terciální prevence.....	43
8.4 Úloha lékaře.....	44
9. Prenatální týrání a zanedbávání	46
10. Průzkumné šetření.....	51
10.1 Cíl průzkumného šetření a pracovní hypotézy	51
10.2 Metody a techniky průzkumného šetření	52
10.3 Charakteristika zkoumaného souboru.....	52

Závěr	73
Shrnutí	75
Resumé	76
Seznam literatury a pramenů.....	77
Seznam tabulek	79
Seznam obrázků	80
Seznam příloh	81
Příloha 1	82
Příloha 2.....	85

Úvod

Jako téma své diplomové práce jsem si vybrala „Týrání, zneužívání a zanedbávání dětí v rodině“. Již samotné tyto jevy jsou pro dítě respektive společnost dosti ohrožující. Pokud se ještě k tomu toto děje v rodině, která by měla být pro dítě místem lásky, ochrany a bezpečí, jsou tyto jevy ještě nebezpečnější. Rodina by měla vytvářet co nejlepší a nejvhodnější podmínky pro jeho zdravý psychický, fyzický i sociální vývoj svých dětí. To znamená také dostatečně uspokojovat jeho potřeby. Ale ne všem dětem jsou tyto podmínky ze strany rodiny poskytovány. Některé děti naopak ve svých rodinách strádají. Násilí, týrání, zneužívání, zanedbávání, strach či napětí je pro ně každodenním „chlebem“. Všechny tyto zkušenosti, které si dítě z původní rodiny odnese se poté promítají do celého jeho života. Promítnou se do jeho partnerského a rodičovského života. Mají dopad na celkovou jeho osobnost. Tento dopad se také projeví ve společnosti, ve které dítě žije.

Ve společnosti se syndrom CAN (jak se týrání, zneužívání a zanedbávání souhrnně pojmenovává) v rodině vyskytuje více než bychom si mysleli. Společnost před tímto problémem zavírá oči, někteří si jej ani nechtějí připouštět. Nebezpečí syndromu CAN v rodině také spočívá v tom, že se děje za zavřenými dveřmi, ukryt před zraky sousedů, společnosti. Rodina může navenek vypadat jako zcela idylická. Ale nenechme se mýlit, syndrom CAN v rodině se vyskytuje v každé společnosti, v každé společenské vrstvě.

Touto prací bych chtěla apelovat na každého jednotlivce, aby si ve svém okolí všiml i někdy možná nenápadných znaků a pomohl tak k odhalení ubližování dětem.

V české literatuře se jen velmi málo upozorňuje na jev, který se děje již před narozením dítěte, a to na prenatální týrání a zanedbávání. Já bych na tento jev chtěla upozornit zvláště. Tím, jak se chová matka k dítěti (plodu) již v době těhotenství, může být určen jejich vztah i po narození dítěte. Nemluvě o tom, že matka (ale i otec) může v prenatální období ohrozit jeho vývoj.

1. Rodina a dítě

Rodina je nejvýznamnější sociální skupinou. Rodina je malá sociální skupina jedinců, kteří jsou spojeni pokrevními vztahy, právními svazky (manželství, adopce) a společnou domácností. Je tedy vymezena přímým kontaktem, strukturovaností. Každý člen má svůj osobní význam, každý jedinec má přesně vymezenou svou roli. Dospělí členové pak zodpovídají za výchovu dětí (Vágnerová, 2000; Matoušek, 2003a).

Rodina je první skupinou, se kterou se dítě setkává. Rodina je ale pro dítě také tou nejdůležitější skupinou. Je přirozeným rámcem vrůstání dítěte do společnosti. Pöthe (1996:17) správně poznamenává, že i když rodina v poslední době prochází mnoha změnami, tak ale ústřední rolí pro ni stále zůstává ochrana a výchova dětí. „Pro zdravý psychický vývoj dítěte má fungující rodina význam zásadní.“¹

Vágnerová (2000:22) uvádí obecné znaky psychického vývoje:

1. „Psychický vývoj lze charakterizovat jako zákonitý proces, který má podobu posloupnosti na sebe navazujících vývojových fází. Pořadí změn, typických pro jednotlivé fáze, se řídí určitými zákonitostmi: je stabilní a nelze je libovolně měnit.
2. Vývoj je celistvý proces, který zahrnuje somatickou i psychickou složku v jejich vzájemné interakci.
3. Vývoj je za normálních okolností procesem typických proměn. V rámci rozvoje psychických vlastností a procesů dochází k jejich diferenciaci a integraci.
4. Psychický vývoj nebývá zcela plynulý a rovnoměrný.
5. Proces vývoje, jeho průběh i jednotlivé vlastnosti a kompetence jsou vždy individuálně specifické. Vývoj každého jedince probíhá určitým tempem. Obecné zákonitosti určují individuální vývoj pouze rámcově. Jeho konkrétní průběh je dán interakcí konkrétních dědičných dispozic a určitých životních podmínek.“

Na dítě během jeho života působí mnoho činitelů, které ho více či méně formují, ovlivňují. „Nejvýznamnější sociální skupinou, fungující jako primární socializační činitel, je rodina.“² Rodina je nezbytná pro zdravý vývoj jedince, jeho začlenění a fungování ve společnosti. Vágnerová (2000:19) uvádí: „Jde o tzv. proces socializace, rozvíjející takové vlastnosti a kompetence, které umožňují postupnou integraci jedince do určité společnosti.“ Dále autorka (s. 22) konstatuje: „Rodina dítěti individualizovaně a pro ni specifickým způsobem zprostředkovává sociokulturní zkušenost, tj. normy chování, dovednosti sociální

¹ PÖTHE, P. *Dítě v ohrožení*, s. 17.

² VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*, s. 20.

komunikace, řeč, způsoby uvažování a hodnocení, žádoucí způsoby chování ve formě rolí apod.“ Pokud tedy rodina v tomto ohledu selže, má to velmi neblahé důsledky nejen pro rodinu a její jednotlivé členy (nejvíce pak na děti), ale také pro celou společnost.

Vágnerová (2000:20) píše, že rodina dítě vychovává a tak rozvíjí jeho psychické funkce i celou osobnost. Dále konstatuje, jak rodina na každé dítě působí individuálně specificky, což se projevuje hlavně v oblastech:

- „Mírou pozitivního citového vztahu, akceptace dítěte, která bude podporovat jeho osobní jistotu a vyrovnanost. V tomto smyslu bude mít význam i pro učení, protože posílí jeho efekt, a tím i další rozvoj dítěte.
- Úrovní kontroly dítěte a zpětnou vazbou při plnění rodičovských požadavků.“³

„Postoj rodičů neovlivní jenom aktuální učení, ale bude podporovat i rozvoj určitých osobnostních vlastností dítěte. Mezi chováním rodičů a rozvojem mnoha dětských vlastností a projevů může být velice těsný vztah. Postoje rodičů ovlivňují např. rozvoj osobní jistoty a samostatnost v řešení problémů, nebo opačnou tendenci, úzkostnost a potřebu dodržovat naprosto přesně stanovená pravidla.“⁴

Tuto citaci zde uvádím, abych co nejdříve v mé práci upozornila na to, jak velmi dítě ovlivňuje postoj rodiče vůči němu. A může to mít pro dítě následky na celý život.

Dle Vaníčkové et al. (1995:22) se dítě z reakcí rodičů, z odměn a trestů za svoje chování dozvídá nejen to, co je správné či špatné, ale i to, jak je ve svých činnostech úspěšné; tím se vlastně dozvídá jaké je. „Sebepojetí dítěte je tedy zásadně formováno sociálně zprostředkovanými reakcemi z jeho okolí.“⁵ Stejně tak jako pozitivní reakce (např. pochvala) je ale důležitá i negativní reakce. Rodiče by však nikdy neměli zavrhnout dítě jako takové (Vaníčková et al. 1995:22). „Rodina a její vztah k dítěti ovlivňuje podstatným způsobem základní vztah **důvěry**, který si dítě vytváří k okolnímu světu. Ujistění o tom, že svět se dobrý a že je možno mu důvěřovat, získává dítě z pocitu bezpečí a lásky, který mu poskytují milující rodiče.“⁶

Vaníčková et al.(1995:22) dále konstatuje, že v rodině se také formuje základ struktury osobnosti – vytvářejí se **rysy osobnosti**. Celkově jsou rysy ovlivněny sebehodnocením a sebepojetím. Sebepojetí a sebehodnocení je závislé na obrazu, který sociální prostředí dítěti sděluje. Tím se určitý způsob chování buď upevňuje, nebo naopak vyhasíná, „tak se původně

³ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*, s. 20.

⁴ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*, s. 20-21.

⁵ VANÍČKOVÁ, E. *Tělesné tresty dětí: definice – popis – následky*, s. 21.

⁶ VANÍČKOVÁ, E., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., PROVAZNÍKOVÁ, H. *Násilí v rodině. Syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte*, s. 22.

možná náhodné způsoby řešení nějaké situace stávají trvalými rysy chování a tím vytvářejí rysy osobnosti jedince. Způsoby chování, přijímání či odmítání dítěte či dokonce jeho týrání a zneužívání proto nepůsobí pouze aktuálně, ale mají dlouhodobé důsledky pro celkový vývoj dítěte.“⁷

„Dítě se v rodině učí mnoha dovednostem, jež jsou závislé na jeho pohlaví. Učí se však také své sexuální roli. Rozhodujícím obdobím pro toto učení je předškolní věk a podstatnou podmínkou úspěchu je přítomnost dobře přijímaného rodičovského vzoru.“⁸ Pro formování sexuální role je samozřejmě podstatný i kontakt s rodičem opačného pohlaví.“⁹

Podstatným znakem rodiny je společné bydlení. Podstatnou podmínkou pro vychování dětí je stabilita domova a také určitá skrytost před zraky ostatních (Matoušek, 1993:11). Tato skrytost se ale stává, v souvislosti s týráními, zneužíváním a zanedbáváním, pro dítě jednou z největších pastí.

1.1 Funkce rodiny

Některé funkce rodiny se během času měnily, některé postupně začal přebírat stát (např. péči o nemocné, seniory apod.). Ač stát tedy znatelně vstoupil do života rodiny, některé funkce jsou státem přece jen nenahraditelné. Někdy je ale zásah státu do rodiny nutný. Právě v tom případě, kdy je dítě třeba chránit před ubližováním v rodině nebo v případě nefunkční rodiny.

Základní funkce nukleární rodiny¹⁰, které definuje Dunovský et al. (1999:92-93) jsou tyto:

Biologicko-reprodukční funkce

Rodina je hlavním místem, které zabezpečuje udržení života početím a porozením nového člověka. Udržení života se sice může dít bez rodiny, ale jen rodina může dítěti zajistit potřebné podmínky života a další jeho vývoj.

Ekonomicko-zabezpečovací funkce

Tato funkce se vztahuje na všechny členy rodiny. Rodina je především spotřební jednotkou zcela závislou na výrobní činnosti společnosti. Je stále ale také výrobní jednotkou, a to zvláště ve své vnitřní činnosti (úklid, příprava stravy, nejrůznější domácí činnosti, které

⁷ VANÍČKOVÁ, E., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., PROVAZNÍKOVÁ, H. *Násilí v rodině. Syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte*, s. 22.

⁸ MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*, s. 9.

⁹ MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*, s. 9.

¹⁰ Rodina, kterou tvoří otec, matka a jejich děti.

nejsou koníčkem, ale nutností). Zabezpečovací funkce se vztahuje nejen na oblast materiální, ale i na oblasti sociální a duševní, v nichž poskytuje svým členům životní jistoty.

Emocionální funkce

Emocionální funkce zajišťuje rodině jistotu a citové zázemí pro všechny její členy. Je potřebná jak pro dospělé, tak pro děti. Emocionalita zajišťuje pocit uspokojení a životního naplnění.

Socializačně-výchovná funkce

Spočívá v opravdovém zájmu o dítě, který dítěti zabezpečuje kvalitní péči, výchovu, přijetí, rozvoj jeho schopností, jsou uspokojovány jeho potřeby i požadavky. Těžištěm této funkce je v podstatě ochrana a prosazování práv dětí, jak jsou obsaženy v Úmluvě o právech dítěte.

Samozřejmě ne každá rodina plní všechny tyto funkce. Funkčností rodiny se zabývalo u nás více autorů. Například Jiří Dunovský rozdělil podle dotazníku funkčnosti rodiny¹¹ rodiny z tohoto hlediska do čtyř kategorií: funkční, dysfunkční, problémové a afunkční. Matoušek (1993; 2003a) hovoří o rodinách, které fungují bez vážnějších problémů jako o rodinách neklinických. O rodinách, kde se vyskytuje nějaký specifický problém, pro který rodina nemůže plnit své základní funkce (jako je například právě rodina s týraným, zneužívaným či zanedbávaným dítětem), mluví Matoušek jako o rodinách klinických.

1.2 Rodina a potřeby dítěte

Dítě se rodí jako slabé a plně závislé na dospělém člověku-rodíči. Proto je také dítěti ubližováno, protože je slabé a závislé. Někteří rodiče tuto moc nad dítětem, ať už z kterýchkoli důvodů, jednoduše zneužívají.

Dunovský et al. (1989:120) charakterizuje ohrožené děti jako ty, „u nichž se jejich prostředí či podmínky života natolik odchýlily od normy, že mohou bezprostředně poškozovat jejich vývoj a začlenění do společnosti.“ Dítě se do ohrožující situace dostává, jestliže není dostatečně naplněna některá z jeho základních potřeb.

Mezi základní potřeby dítěte, které uvádí Matějček (2003), patří tyto:

¹¹ Tento dotazník se opírá o hodnocení osmi diagnostických kritérií: složení rodiny, stabilita rodiny, sociálně ekonomická situace (vycházející z věku, z rodinného stavu, vzdělání, zaměstnání rodičů, z příjmu a bydlení rodiny), osobnost rodičů (jejich zdravotní i psychický stav a úroveň jejich společenské adaptace), osobnost sourozenců, osobnost dítěte, zájem o dítě, péče o dítě.

1. **Biologické potřeby** - zahrnují dostatek kvalitní výživy, uspokojování základních hygienických potřeb, dostatek tepla, péče o zdraví dítěte.
2. **Psychické potřeby** – psychickou deprivací v dětství se dlouhá léta zabývali psychologové Z. Matějček a J. Langmeier, kteří formulovali pět hlavních psychických potřeb dítěte:
 - dostatečný přísun smyslových podnětů, který dítěti poskytne stimulaci v pravý čas, v dostatečném množství a v patřičné kvalitě,
 - potřeba smysluplnosti světa, kdy je třeba, aby dítě porozumělo okolnímu světu tak, aby se do něj mohlo včlenit. Ze všech podnětů, které k nám tak přicházejí, se stávají zkušenosti, poznatky a pracovní strategie,
 - potřeba bezpečí, jistota osobního vztahu. Přináší dítěti pocit vnitřní jistoty,
 - uvědomování si vlastního já, vlastní identity, potřeba společenského uplatnění a společenské hodnoty,
 - potřeba otevřené budoucnosti, kdy se dítě může těšit na něco budoucího.
3. **Sociální potřeby** – patří mezi ně potřeba lásky a bezpečí, potřeba přijetí dítěte a jeho akceptace takového, jaké je, identifikace s dítětem.
4. **Vývojové potřeby** – zahrnují motivaci a činnosti, kterými se dítě rozvíjí.

„Rodina uspokojuje biologické potřeby dítěte, poskytuje však také uspokojení jeho základních psychických potřeb, především potřebu bezpečí a trvalého citového vztahu. Rodina rovněž poskytuje základní výkladové vzorce pro poznávání světa a působí na vytváření představy dítěte o sobě samém – na jeho sebepojetí a sebehodnocení. Tím se rodina stává podstatným činitelem i při utváření osobnosti dítěte – ovšem tím i vzniku případných odchylek a deformací.“¹²

„Stálá přítomnost vysoce citově angažovaných rodičů je dnes považována za nepostradatelnou podmínku zdravého duševního i tělesného vývoje dítěte. Další takovou podmínkou je bezpečí domova jako stabilního a chráněného prostředí. Obojí může dítěti poskytnout jen rodina, a to nezastupitelně.“¹³

¹² VANÍČKOVÁ, E., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., PROVAZNÍKOVÁ, H. *Násilí v rodině. Syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte*, s. 21.

¹³ MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*, s. 9.

2. Postavení dítěte ve společnosti z historického pohledu

V dobách antiky se s dítětem zacházelo v podstatě jako s věcí, s majetkem. Dítě nemělo žádné právo. Dobře známé z historie je římské právo „potestas patrias“, podle kterého bylo dítě považováno za majetek otce a on s ním mohl jednat jak se mu zlíbí. Třeba ho i usmrtit, odmítnout nebo prodat. Dobře známá je i Taygetská skála v řecké Spartě, ze které se shazovaly nemocné či nechtěné děti. O tom, jestli dítě bude žít či zemře, nebo bude prodáno a obecně jak bude s dítětem nakládáno, rozhodoval otec dítěte. To, že o dítěti rozhodoval otec dítěte, za to mohla obecně přijatá představa, že muž má zásluhu za zplození nového lidského jedince. R. 313 bylo Ediktem milánských uznáno za státní náboženství křesťanství. Dítě začalo být vnímáno jako samostatná lidská bytost. Průlom v úplném bezpráví dětí znamenal roku 374 po Kr. římský zákon, ve kterém je již zabití dítěte považováno za vraždu v dnešním slova smyslu (Matějček in: Dunovský et al., 1995:32; Pöthe, 1996:21).

Matějček (in: Dunovský et al., 1995:33) dále uvádí, že od středověku až do 16. století se dítě stává malým dospělým již ve věku mezi 6. - 7. rokem svého života a plně se zapojuje do společenského života (především pracuje). Až od 16. století se rodina mění a s ním i pojetí dětství. Rodiče věnují dětem více času, láskyplně je vychovávají. Pomalu se do života dítěte začleňuje i škola, kde se dětem dostává disciplíny a vědomostí. Povinná školní docházka byla u nás zavedena Marií Terezií roku 1774. Ve 2. polovině 18. století také působili osvícenci, mezi nimi zejména J. J. Rousseau, kteří proklamovali, že na výchově i vzdělání dětí velmi záleží, protože jsou budoucností společnosti. S nástupem industriální společnosti však dochází k zneužívání dětí pro práci. Výdělečná práce dětí do 15 let byla zakázána až koncem 19. století.

K týrání, zneužívání, zanedbávání dětí docházelo vždy a pravděpodobně k němu docházet i bude. Důležité ale je, že od poloviny 20. století se na tyto sociální jevy začalo výrazně poukazovat a naším cílem by mělo být zejména snížit počet takto poškozovaných dětí na minimum.

3. Syndrom CAN

Syndrom je skupina, současný výskyt několika typických příznaků. Syndrom CAN je syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte a v současné odborné literatuře je uváděn právě pod touto zkratkou CAN, která je odvozena od anglického Child Abuse and Neglect. Child Abuse and Neglect v překladu znamená zneužívané a zanedbávané dítě. Slovo „týrané“ bylo přidáno v češtině, aby tento jev byl označen výstižněji.

„Definice je velmi široká a zahrnuje do sebe jakékoliv vědomé či nevědomé aktivity, kterých se dopouští dospělý člověk (rodič, vychovatel nebo jiná osoba) na dítěti a následkem kterých dochází k poškození zdraví a zdravého vývoje dítěte.“¹⁴ Definice vychází z doporučení Rady Evropy z roku 1992.

Dunovský et al. (1995:24) vytvořil svou pracovní verzi definice:

„Za týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte považujeme: jakékoliv nenáhodné, preventabilní, vědomé (případně i nevědomé) jednání rodiče, vychovatele anebo jiné osoby vůči dítěti, jež je v dané společnosti nepřijatelné nebo odmítané a jež poškozuje tělesný, duševní i společenský stav a vývoj dítěte, popřípadě způsobuje jeho smrt.“

„Neadekvátní péče o dítě má řadu forem, přechody mezi nimi jsou přitom plynulé a všechny uvedené typy špatného zacházení s dětmi se velmi často vyskytují současně.

Rozlišovány jsou tři základní formy ohrožení dítěte:

1. týrání (tělesné i psychické),
2. zneužívání (k uspokojení vlastních sexuálních, fyzických i psychických potřeb),
3. zanedbávání (tělesné i emoční, tj. psychická deprivace).“¹⁵

Všechny uvedené formy se týkají jak dětí vyrůstajících v rodinném prostředí, tak i dětí vychovávaných v ústavech (Krejčířová in: Kolektiv autorů, 2007:29). Tato práce se zaměřuje na děti vyrůstající v rodinném prostředí.

Do popředí zájmu veřejnosti se tento problém dostává v polovině 20. století, kdy si mnoho lékařů, mezi nimi především americký dr. C. Henry Kempe, začíná všimnout velkého počtu případů „nešťasných náhod“, které se stávaly dětem a jejich rodiče nedovedli

¹⁴ VANÍČKOVÁ, E., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., PROVAZNÍKOVÁ, H. *Násilí v rodině. Syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte*, s. 33.

¹⁵ KOLEKTIV AUTORŮ. *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*, s. 10-11.

uspokojivě vysvětlit, jak se to jejich dítěti vlastně stalo, nebo si vymýšleli nepravděpodobné příhody. Doktor C. H. Kempe vydává se svými spolupracovníky v roce 1962 práci s názvem „The battered child syndrom“ (*syndrom bitého dítěte*), kde také tento syndrom definuje. Díky této publikaci se konečně lhostejnost odborné lékařské veřejnosti začíná měnit v zájem o tyto závažné sociální jevy. Tato práce se vlastně stala mezníkem v otázce syndromu CAN.¹⁶ „Ukázalo se, že vedle fyzického týrání může být dítě poškozováno i psychických týráním, sexuálním zneužíváním, zanedbáváním péče či citovou deprivací. To vedlo k přijetí širšího nového termínu „syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte“, pro který užíváme zkraku CAN (Child Abuse and Neglect).“¹⁷

20. století se také nazývá stoletím dítěte. Do té doby bylo násilí na dětech celkem běžné, byla to přirozená součást života. Když už to tak běžné nebylo, tak násilí bylo zatajováno a vznikla tak iluze, že problém násilí na dětech vlastně ani neexistuje (Vaníčková et al., 1995:5). Dunovský et al. (1995:36) o 20. století píše: „Celé toto století je vlastně stoletím boje o úplné uznání právní subjektivity dítěte a dosažení pro ně v podstatě všech práv, která vyplývají pro každou lidskou bytost ze Všeobecné deklarace lidských práv. V ní je zakotvena i povinnost zajistit aspoň uspokojivou péči o jeho zdraví, vzdělání a ochranu před všemi možnými druhy nebezpečí, hlavně před týráním, zneužíváním, zanedbáváním, vykořisťováním apod.“

Také v článku 32 Listiny základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku České republiky je „zvláštní ochrana dětí a mladistvých zaručena.“

V minulém století byly přijaty i významné dokumenty, které byly velmi důležité z hlediska práv dětí. Za nejdůležitější dokument lze považovat **Úmluvu o právech dítěte**, která byla přijata Organizací spojených národů dne 20. listopadu 1989. A dne 30. září 1990 byl v New Yorku vyhlášen desetibodový program světového Summitu o dětech. První bod¹⁸ programu, ukládá všem vládám ratifikovat Úmluvu o právech dítěte. Česká republika ji ratifikovala v lednu roku 1991 (v té době ještě jako ČSFR). Významnými předchůdci Úmluvy

¹⁶**Srovnej:** GJURIČOVÁ, Š., KOCOURKOVÁ, J., KOUTEK, J. *Podoby násilí v rodině*, s. 16; KOLEKTIV AUTORŮ. *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*, s. 12; VANÍČKOVÁ, E., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., PROVAZNÍKOVÁ, H. *Násilí v rodině. Syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte*, s. 6; MUFSONOVÁ, S., KRANZOVÁ, R. *O týrání a zneužívání*, s. 6-7.

¹⁷ GJURIČOVÁ, Š., KOCOURKOVÁ, J., KOUTEK, J. *Podoby násilí v rodině*, s. 16.

¹⁸ O dalších bodech in: VANÍČKOVÁ, E., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., PROVAZNÍKOVÁ, H. *Násilí v rodině. Syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte*, s. 6.

o právech dítěte byla Ženevská deklarace práv dítěte z roku 1924 a Deklarace práv dítěte přijatá Organizací spojených národů v roce 1959.¹⁹

„Zdravotní komise Rady Evropy podrobně definovala syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte v roce 1992. Definovala tělesné, pohlavní, citové týrání, zanedbávání a systémové týrání (druhotné ponižování). Ani tato definice neodstranila svojí formulací některé nejasnosti, nicméně je prvním závažným pokusem o definici problému, a tím nesmírně stoupá její hodnota.“²⁰

¹⁹ **Srovnej:** VANÍČKOVÁ, E., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., PROVAZNÍKOVÁ, H. *Násilí v rodině. Syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte*, s. 5-6;
ŠPECIÁNOVÁ, Š. *Ochrana týraného a zneužívaného dítěte*, s. 29;
PÖTHE, P. *Dítě v ohrožení*, s. 22.

²⁰ VANÍČKOVÁ, E., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., PROVAZNÍKOVÁ, H. *Násilí v rodině. Syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte*, s. 7.

4. Jednotlivé formy syndromu CAN

Chtěla bych zopakovat, že jednotlivé formy týrání, zneužívání a zanedbávání se jen velmi zřídka objevují samostatně. Většinou dochází k jejich překrývání. Zejména tělesné týrání a sexuální zneužívání se dle mého názoru vyskytuje vždy i s týráním psychickým, nebo „alespoň“ s psychickým utrpením. K sexuálnímu zneužívání někdy přistupuje i týrání fyzické.

4.1 Týrání

4.1.1 Tělesné týrání

„Tělesné týrání je tělesné ublížení dítěti anebo jeho nezabránění, případně nezabránění utrpení dítěte včetně úmyslného otrávení nebo udušení dítěte, a to tam, kde je určitá znalost či důvodné podezření, že zranění bylo způsobeno anebo že mu vědomě nebylo zabráněno“ (Definice Zdravotní komise Rady Evropy z roku 1992, in: Pöthe, 1996:27).

Již v počátcích formování definice syndromu CAN bylo tělesné týrání rozděleno na tělesné týrání **aktivní** a **pasivní** povahy.

4.1.1.1 Tělesné týrání aktivní povahy

„Tělesné týrání dětí a jejich zneužívání aktivní povahy zahrnuje všechny akty násilí (commission) na dítěti. Patří sem záměrné opomenutí v péči o dítě, které vyústí v jeho poranění nebo smrt.“²¹ Ano, smrt dítěte je nejkrajnějším případem týrání dětí. Největší nebezpečí smrti hrozí dětem v raném věku, protože „čím je dítě menší, tím je bezmocnější a méně schopné obrany.“²² Krejčířová (in: Kolektiv autorů, 2007:14) píše, že nejvíce jsou tělesným týráním ohroženy děti v prvním a druhém roce života, kdy mnoho dětí na následky týrání umírá. Dále autorka konstatuje, že mezi těmito malými dětmi, které týrání přežijí, je vysoké procento (autorka uvádí 50 %) těch, které zůstávají celoživotně postižené, ať už tělesně, mentálně, smyslově či kombinovaně.

Spilková a Dunovský (in: Dunovský et al., 1995:41) uvádí jako další oběti tělesného týrání dětí, „u nichž vzniklo poranění v důsledku bití, popálení, opaření, trestání a také ovšem též selhání ochrany dítěte před násilím.“

²¹ DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*, s. 41.

²² DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*, s. 41.

Tělesné tresty naplňující definici tělesného týrání

Většina autorů se shoduje, že jedním z hlavních východisek násilí na dětech jsou tělesné tresty. (Nejen) u nás v České republice jsou velmi běžné tělesné tresty dětí. Někteří rodiče tělesné tresty považují za nezbytný a normální prostředek výchovy svých dětí. Může tak být i proto, že oni sami byli v dětství tělesně trestáni. Možná ani je a mnoho dalších nenapadlo, že některé tělesné tresty spadají již do tělesného týrání. Všichni si také jistě pamatujeme na momenty z dětství, kdy jsme dostali přes ruku, na zadek apod. Týrali nás snad i naši rodiče, když jsme dostali vařečkou na zadek? Kde najít hranici, kdy jde ještě o tělesný trest a kdy už je to týrání? Definovat tuto hranici, si myslím, je velice obtížné, ale přesto se o to někteří autoři pokusili. „Tuto definici poprvé formuloval kolektiv amerických autorů a později byla konsenzuálně přijata Výborem pro lidská práva dětí Organizací spojených národů a úřadovnou pro týrání dětí Světové zdravotnické organizace. Definice říká, že tělesný trest je tělesným týráním, dochází-li k potrestání za pomoci předmětu, je-li bití směřováno na citlivé části těla (hlava, břicho, oblast genitálií, plosky a dlaně), nebo také tehdy, zůstávají-li na těle po ranách stopy (modřiny, škrábance apod.)“ (Vaníčková, 2004:33).

Vaníčková (2004:64) uvádí výsledky své epidemiologické studie, která proběhla v roce 2003 v České republice:

- 25,8 % dětí je bito předmětem,
- 21,3 % dětí je bito na citlivou část těla,
- 27,2 % dětí má po výprasku na těle stopy.

Autorka konstatuje, že se jedná o skupiny dětí, které jsou někdy trestány tak, že jejich trest odpovídá definici tělesného týrání.

Impulzivní reakce rodiče na přetížení

Ubližování dítěti může být i impulzivní reakcí rodiče na přetížení (Krejčířová in: Kolektiv autorů, 2007:13).

„Obětí tělesného týrání se dítě může stát i v situaci, kdy je tělesné napadání ventilem psychického napětí rodiče. Děje se tak obvykle u psychicky nevyrovnaných, neurotických jedinců, trpících zpravidla nějakou formou úzkostné či depresivní poruchy. Když se takový rizikový rodič ocitne v zátěžové situaci, kterou nedokáže zvládnout, dítě se může stát

předmětem jeho agresivity. Ocitne se tak v pozici obětního beránka sloužícího vybytí negativních emocí mocného dospělého bez možnosti se ubránit.“²³

Následky i formy tělesného týrání jsou velmi rozmanité. Pöthe (1996:27-28) uvádí, že mezi nejrozšířenější způsoby záměrného tělesného ubližování patří:

- bití rukou, gumovou hadicí, elektrickou šňůrou či klasickou vařečkou,
- kopání,
- pálení cigaretou či zápalkou,
- opaření vařící vodou,
- kousání,
- řezání,
- kroucení a svazování končetin,
- trhání vlasů.

Krejčířová (in: Kolektiv autorů, 2007:13) doplňuje také bití řemenem, holí, železnými řetězy. Děti jistě bývají bity ještě dalšími předměty, ale myslím, že tento výčet pro představu utrpení, kterým si některé děti prochází, stačí.

Jak Pöthe (1996:28) správně poznamenává, všechny tyto formy týrání zanechávají viditelné stopy na těle, a proto se u těchto případů dá relativně dobře tělesné týrání dítěte rozeznat. Horší je to pak s dušením nebo trávením. To viditelné stopy na těle dítěte nenechává. Spilková, Dunovský (in: Dunovský et al., 1995:41) dodávají, že i v těchto případech dítě velmi trpí či mu hrozí smrt.

Důsledkem tělesného týrání dochází k různým poraněním, v nejkrajnějším případě až smrti dítěte. Dochází k různým zavřeným poraněním - otřesům (hlavně mozku a míchy), pohmožděním (modřinám), poranění svalů, šlach, nervů, cév, kloubů, kostí, hlavy, míchy, nitrobřišních orgánů. Dochází také k otevřeným poraněním – ranám na hlavě, nitroočnímu krváčení, ranám na hrudníku, popáleninám. Objevují se i mnohočetná zranění, která jsou pro dítě obzvláště nebezpečná. Nejčastějšími příznaky při akutních stavech jsou: bezvědomí, bolesti břicha (může je doprovázet zástava plynů, horečka, krev v moči, výtok, krváčení z pohlavních orgánů, bolest při močení), bolesti hlavy, závrať (může být provázena nutkáním na zvracení, zvracením), křečové stavy.²⁴

²³ PÖTHE, P. *Dítě v ohrožení*, s. 29.

²⁴ DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*, s. 49-50.

„Poranění hlavy je nejčastější příčinou smrti u týraných dětí.“²⁵ V této souvislosti zmiňuje Spilková a Dunovský (in: Dunovský et al., 1995:45) „shaken infant syndrom“, tj. třesení s dítětem. Tento syndrom uvádí v souvislosti s vysokou možností úmrtí či postižení dítěte také Krejčířová (in: Kolektiv autorů, 2007:13). Jako druhou nejčastější příčinu smrti u týraných dětí Spilková a Dunovský (in: Dunovský et al., 1995:46) uvádí poranění nitrobřišních orgánů.

4.1.1.2 Tělesné týrání pasivní povahy

Tělesné týrání pasivního charakteru je nedostatečné uspokojení alespoň těch nejdůležitějších tělesných potřeb dětí, a to i v souvislosti s psychickými a sociálními potřebami. Při tomto týrání je dítě a jeho vývoj ohroženo pasivitou rodiče - rodičů. Tzn. úmyslným či neúmyslným nepečováním při závažných psychických poruchách či značné nezralosti rodičů. Dále sem spadá opomenutí v péči o dítě. Svou roli tu může hrát i nepochopení rodičovské role. Výsledkem je zanedbanost dítěte, jeho neprospívání, nedostatečné rozvinutí jeho sil i schopností. V krajním případě může dojít až k úmrtí dítěte (Dunovský et al., 1995:59).

Dále autor (s. 59-63) popisuje několik projevů tohoto týrání.

- Porucha v prospívání dítěte neorganického původu.

Je to nedostatečná výživa jak po stránce kvalitativní, tak po stránce kvantitativní. V krajních případech může dojít až k zástavě růstu.

- Nedostatek zdravotní péče.

Vědomé či nevědomé odmítání zdravotní péče. Odpírání preventivní péče, léčebné péče, očkování.

- Nedostatky ve vzdělání a výchově.

Právo na vzdělání má každé dítě, bohužel ne u všech dětí a ve všech zemích je toto právo uspokojováno. Negramotnost se vyskytuje u velkého počtu dětí obzvláště v rozvojových zemích. V rozvinutých zemích se nedostatek ve vzdělání projevuje především tak, že vzdělanostní úroveň neodpovídá možnostem dítěte. Nedostatky ve výchově se projevují zanedbaností v jejím širším pojetí.

- Nedostatek přístřeší, ošacení a ochrany.

²⁵ DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*, s. 44.

Jde zejména o děti bez domova, a to z různých důvodů. Nejvíce takto postižené jsou děti chudých a nezaměstnaných rodičů, zanedbávání se zde projevuje jako velmi vážný sociálně-ekonomický problém.

- Vykořisťované děti.

Jedná se zvláště o dětskou námezdní práci. Dále také o žebrající děti, které se objevují obzvláště u uprchlíků a přistěhovalců.

4.1.1.3 Münchhausenův syndrom v zastoupení²⁶

Münchhausenův syndrom v zastoupení (by proxy) je zvláštní případ syndromu CAN. Rodiče (většinou matky) si u svých dětí vymýšlejí různá onemocnění, případně dělají všechno proto, aby nějaké onemocnění, zranění u svého dítěte vyvolali, způsobili. (Při vlastním Münchhausenově syndromu si lidé vymýšlejí různá onemocnění sami u sebe.) Dělají to tak, že dítěti podávají různé léky, chemické látky, velké množství jiné látky, která dítěti přivozuje obtíže. Jindy rodiče používají fyzické násilí, bití různými předměty, aby dítěti přivodili zranění a mohli s ním k lékaři. Někdy také zkreslují různá vyšetření, třeba tím, že do moči svého dítěte přidávají krev. Všechna tato jednání ale ohrožují zdraví dítěte i jeho fyzický a psychický vývoj. Někdy rodič tímto jednáním může dítěti přivodit až smrt.

„Složený tým medicínsko-psychologický dospěl k názoru, že jde o způsobování zdravotních obtíží dítěte, které pro rodiče (matky) většinou představuje způsob řešení závažných osobních nebo manželských obtíží. Hlubokou skrytou motivací bývá zřejmě zejména získání obdivu jako „ideální rodič“, potřeba uznání za péči o vážně nemocné dítě, získání pozornosti lékařů i širšího okolí a manipulace s „mocnými zdravotníky“; někdy bývá proto řazeno pod zneužívání“ (Dana Krejčířová in: Kolektiv autorů, 2007:17).

Závěrem této kapitoly doplním, že tělesné týrání bývá spojeno s týráním emočním, psychickou deprivací, zanedbáváním a dalšími typy násilí v rodině. Pro nás je důležité si uvědomit, že vývoj dítěte – kognitivní, emoční i tělesný – může být celoživotně poškozen (Krejčířová in: Kolektiv autorů, 2007:14).

4.1.2 Psychické týrání

Psychické týrání je také velmi závažná forma týrání. Co je ale dle mého názoru ještě závažnější, je to, že takovéto násilí je velmi špatně rozeznatelné. Na rozdíl od tělesného týrání

²⁶ Většina autorů řadí tento syndrom do zvláštních forem CAN. Já se ale těmito formami ve své práci nezabývám, proto tento syndrom řadím pod tělesné týrání.

totiž psychické týrání nezanechává na těle žádné viditelné stopy. Ale za to nechává velké stopy na duši. Vede k vážnému narušení psychického vývoje, postižené bývá hlavně sebepojetí, sebevědomí dítěte.

Psychické týrání je jednání, které se dítěti děje opakovaně a dlouhodobě. Rozhodně si nemyslím, že když matka svému dítěti dvakrát za život řekne, že je „úplně levé“, tak že by to dítě hned muselo být nějak psychicky poznamenáno.

Procházková a Spilková (in: Dunovský et al., 1995:65) i Dana Krejčířová (in: Kolektiv autorů, 2007:15) mluví o týrání **psychickém a emocionálním** (emočním). „Termín psychické týrání v sobě zahrnuje kromě jiných komponent i složku týrání emocionálního.“²⁷

Jak Špeciánová (2003:21) tak Procházková a Spilková (in: Dunovský et al., 1995:67) uvádí, že psychické týrání má složku **aktivní** a **pasivní**. Aktivní složkou se rozumí takové jednání, které má na dítě nepříznivý vliv, je na dítě směřováno cíleně (např. ponižování, zesměšňování, urážení apod.). Pasivní složkou rozumíme i absenci něčeho, co se neděje, ale správně by se dítěti dít mělo. Každé dítě má např. právo na lásku. A dítě, které lásku nedostává, je tedy psychicky týráno.

K psychickému týrání patří i přehnané nároky na dítě. Ať už v oblasti školních výsledků, sportu či umění (Procházková a Spilková in: Dunovský et al. 1995:67). K těmto přehnaným nárokům dochází i proto, že rodič se v té určité činnosti chtěl prosadit, když byl on sám dítě, ale nepovedlo se mu to, tak své sny, naděje vkládá do svého dítěte. Rodiče často ani nenapadne, že to jeho dítě nebaví nebo že pro to prostě nemá vlohy. Autorky zde upozorňují na bludný kruh nepřiměřených nároků a trestů, který může v tomto případě vzniknout, protože rodič nemůže nebo nechce přijmout skutečnost, že jeho dítě prostě obstát nemůže. Autorky také správně poukazují na stále častější jev obou podnikajících rodičů, kteří svému podnikání věnují skoro veškerý svůj čas a na své děti ho skoro nemají (velmi často také dochází k zanedbávání, viz níže). Vše je „v pořádku“ až do doby, kdy dítě začne nosit ze školy špatné známky, (což může být i následek toho, že se rodiče dítěti dostatečně nevěnují) a rodiče mnohdy začnou obviňovat právě dítě, že je neschopné a začnou mu to dávat najevo. Dítě tak psychicky strádá.

Další formu psychického týrání uvádí Procházková a Spilková (in: Dunovský et al., 1995:67) permanentní srovnávání se sourozencem, který je dle jejich názoru lepší po všech stránkách. Může ale také docházet ke srovnávání s jiným členem rodiny. Autor zmiňuje

²⁷ DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*, s. 65.

„házení do stejného pytle“ dítěte s otcem, kterým je zase naopak po všech stránkách neschopný.

Děti často bývají obětí psychického týrání při rozvodových sporech (Pöthe 1996:34). Manželé se o dítě přetahují, hází na sebe navzájem „špínu“ nebo se může stát, že dokonce druhého rodiče obviní z nějakého druhu týrání. Neuvědomují si ale, že dítě právě oni týrají psychicky.

4.2 Zanedbávání

Zanedbávání se vyznačuje jakýmkoli nedostatkem, opomíjením péče o dítě. Tento nedostatek značně ohrožuje tělesný a duševní vývoj dítěte. Dítě nedostatkem strádá. Toto strádání se označuje termínem **deprivace**.

Matějček (in: Dunovský et al., 1995:88) píše, že zanedbávaným dítětem se míní dítě, které se ocitá v situaci, kdy je akutně a vážně ohroženo nedostatkem podnětů důležitých k svému zdravému fyzickému i psychickému rozvoji.

Podobně píše i Kocourková (in: Gjuričová et al., 2000): „Za zanedbávání můžeme také považovat narušování intelektového vývoje dítěte (například nedostatkem stimulace a podnětů potřebných pro vývoj).“

Zanedbávání můžeme rozdělit do několika podskupin:

Tělesné zanedbávání

Neuspokojování tělesných potřeb dítěte: neposkytování přiměřené výživy, ošacení, přístřeší, hygieny, zdravotní péče²⁸, ochrany před ohrožením.

Citové zanedbávání

Neuspokojování citových (emočních) potřeb dítěte, a to zejména co se týče potřeby v oblasti náklonnosti a pocitu dítěte, že někam patří.

Zanedbávání výchovy a vzdělání

Neposkytnutí možnosti dítěti rozvinout jeho plný vzdělanostní potenciál. Příčinnou může být např. nepřiměřená dětská práce v domácnosti, vysoká absence ve škole.²⁹

²⁸ Někteří autoři uvádějí tento typ zanedbávání jako samostatnou podskupinu.

²⁹ Školský zákon povoluje ve spolupráci se základní školou výuku doma. Dítě musí být pravidelně přezkušováno.

„Zanedbáváním obecně je pak označována především situace nedostatečné či nepřiměřené výživy, hygieny, zdravotní péče a dohledu, event. i zanedbávání vzdělání a kulturních potřeb dítěte (překrývá se tedy s tzv. kulturní deprivací) – nejčastěji v rodinách s nízkou socioekonomickou úrovní.“³⁰

Krajním případem zanedbávání je izolovanost dítěte od lidské společnosti (Matějček in: Dunovský et al., 1995:88). Nejznámějším případem je případ „vlčích dětí“, které vychovala vlčice. Děti se nechovaly jako lidé, ale jako vlci.

Faktory, které přispívají k zanedbávání dítěte lze rozčlenit na **vnější** a **vnitřní** (Matějček in: Dunovský et al., 2007:90).

Vnější faktory

Složení rodiny

Děti, které vyrůstají bez otce, jsou více ohrožené deprivací než děti, které vyrůstají s otcem. Ještě více jsou ohroženy děti, které vyrůstají bez matky. Nejvíce jsou pak ohroženy děti, které vyrůstají bez obou rodičů.

Ekonomická situace a postavení rodiny ve společnosti

Více jsou ohroženy děti z rodin, které mají *nízkou socioekonomickou úroveň*.

Kulturní úroveň rodiny

Znovu platí, že vyšší riziko hrozí dětem v rodinách s omezeným kulturním rozhledem či vzděláním.

Dále jsou ohroženy děti, které žijí v rodinách, kde se vyskytuje alkoholismus nebo narkomanie. A také děti, jejichž rodiče jsou sexuálně promiskuitní.

Všechny tyto faktory se většinou v rodinách kombinují, jen vzácně se vyskytují samostatně.

Vnitřní faktory:

Jedná se zejména o psychiku a osobnost lidí, které dítě vychovávají (v našem případě rodičů). Více o rizikových rodičích viz kapitola „Sekundární prevence“.

Ohroženými dětmi mohou být také příslušníci některých etnických skupin obyvatelstva.³¹

V současné době se v souvislosti se zanedbáváním dostávají do středu pozornosti děti z rodin, které neovlivňuje ani jeden z výše popsaných faktorů. Je to, řekla bych, nový

³⁰ KOLEKTIV AUTORŮ. *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*, s. 27.

³¹ DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*, s. 90-95.

fenomén dnešní doby. Jsou to děti, které pocházejí z rodin s vysokou socioekonomickou úrovní, rodiny mají i dobrý kulturní přehled, dostatečné vzdělání, v rodině se nevyskytuje alkoholismus ani narkomanie, rodiče jsou citově i povahově vyspělí, nemají ani žádnou jinou poruchu. Jedná se ale o rodiče, kteří pro své časově či psychicky **náročné povolání** nemají na své děti (dítě) čas. Náročné povolání rodičů patří podle Matějčka (in: Dunovský et al., 1995:91) také do vnějších činitelů. Já jsem na tento faktor chtěla ale upozornit zvlášť, protože si myslím, že by se na toto mělo zvlášť upozornit, protože tento konkrétní jev se v naší společnosti vyskytuje čím dál tím častěji. A někoho ani nenapadne, že by mohlo jít o zanedbávání. Někdy naopak spolužáci dítěte z takové rodiny, dotyčnému závidí, že nosí značkové oblečení, má hodně hraček a bydlí v krásném velkém domě. Bohužel toto všechno jsou jakési náhražky, které dítěti rozhodně nemohou nahradit péči a lásku rodičů. Naneštěstí někdy může docházet i k tomu, že spolužáci takto zanedbanému dítěti všechny ty věci, které od rodičů dostává závidí, a spolužáka se straní, vyřazují ho z kolektivu. Takovéto dítě pak strádá dvojnásobně.

Spilková a Dunovský (in: Dunovský et al., 2004:54) uvádějí i **stupně zanedbávání**:

- **Těžké zanedbávání** (výživy, zdravotní péče a psychického vývoje). Pokud jsou děti zanedbávány *těžce*, znamená to, že je bezprostředně ohrožen jejich život či zdraví.
- **Všeobecné zanedbávání** odpovídajícího jídla, lékařské péče, ošacení, kontaktu s dalšími vrstevníky a lidmi. Spadá sem i ponechání dětí bez dozoru, tady jejich nedostatečná ochrana před nebezpečím úrazu a také nezájem o jejich trávení volného času, což znamená i nedostatečnou ochranu před alkoholismem, toxikomanií, gamblerstvím, kriminalitou.

4.2.1 Psychická deprivace

Psychickou deprivaci představil a definoval u nás poprvé Zdeněk Matějček spolu s Jiřím Langmaierem roku 1963 v publikaci „Psychická deprivace v dětství“. V této publikaci je psychická deprivace definována jako psychický stav, vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost uspokojovat některé základní psychické potřeby v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu.

Pokud nejsou psychické potřeby patřičně uspokojovány, nemůže se dítě vyvíjet v osobnost psychicky zdravou a zdatnou (Matějček, Dytrych, 1994:196).

Psychická deprivace byla roku 1992 „Doporučením Rady Evropy“ zahrnuta pod pojem „*citového zanedbávání*“. Psychickou deprivací tedy myslíme dlouhodobý nedostatek v uspokojování v oblasti lásky, náklonnosti, vřelosti, pocitu příslušnosti a v oblasti dostatečného přísunu náležitých podnětů z okolí.

„Takovýto stav vzniká ochuzením o přívod určitých žádoucích podnětů, takže postiženému jedinci není dána možnost, aby své základní psychické potřeby rozvinul a ve svém životním prostředí uplatnil.“ (Matějček, Dytrych, 1994:196).

Pro mírnější případy psychické deprivace se užívá termínu „*psychická subdeprivace*“.

„V případě subdeprivace máme před sebou také deprivaci obraz příznaků, jenomže v méně výrazné, méně určité, méně dramatické podobě, než jsme dříve nacházeli u dětí vyrůstajících v chudobě emocionálních vztahů, zpravidla v ústavních zařízeních, mimo vlastní rodinu apod.“ (Matějček, Dytrych, 1994:201).

4.3 Sexuální zneužívání

Sexuálním zneužitím dítěte míníme nepatřičné vystavení dítěte sexuálnímu chování, činnosti či kontaktu. Pachatel dítě zneužívá k uspokojení svých vlastních sexuálních potřeb. Pachatel dítě zneužívá ke svému sexuálnímu vzrušení, popřípadě uspokojení. „Ústřední dynamikou sexuálního zneužívání dětí rodiči je zneužití moci. Čím méně je zneužívající rodič asertivní na veřejnosti, tím mocnější je ve svém soukromí.“³²

Sexuální zneužívání dětí je ve světové literatuře označováno jako CSA-Child Sexual Abuse. Zdravotní komise Rady Evropy roku 1992 definovala sexuální zneužívání takto (in: Vaníčková et al., 1997:8): „Sexuální zneužívání dítěte je nepatřičné vystavení dítěte sexuálnímu kontaktu, činnosti či chování. Zahrnuje jakékoli sexuální dotýkání, styk či vykořisťování kýmkoli, komu bylo dítě svěřeno do péče anebo kdo s dítětem přišel do styku. Takovou osobou může být rodič, příbuzný, přítel, odborný či dobrovolný pracovník či cizí osoba.“

Myslím, že je třeba zdůraznit to, že nejvíce jsou děti sexuálně zneužívány blízkým člověkem, rodinným příslušníkem. Většina autorů se shoduje, že nejčastěji dítě zneužívá vlastní rodič či nevlastní otec.

Oběť je velmi často, tak jako u ostatních forem syndromu CAN v rodině, na pachateli existenčně závislá.

³² Weiss, P. Sexuální zneužívání – pachatelé a oběti, s. 93.

Aby se mohlo jednat o zneužití, musejí být splněny kumulativně tři podmínky:

- aktér je zralejší,
- většinou starší než dítě,
- často má autoritu vůči dítěti,
- často aktivitu vymáhá na dítěti silou.³³

Sexuální zneužití může spáchat také člověk mladší 18 let, pokud je významně starší než oběť nebo když je v pozici, která mu dává nad druhým dítětem moc (Mufsonová et al., 1996:46).

„Pachatelé sexuálního zneužívání dětí jsou většinou muži. Je však třeba myslet i na případy, kdy dítě obtěžuje žena.“³⁴ Častěji jsou sexuálně zneužívány dívky, nesmíme ale opomenout ani to, že mohou být zneužíváni i chlapci. Rozhodně bych nevyklučovala ani homosexuální zneužívání v rodině. K tomu, si myslím, dochází hlavně právě v případech, kdy homosexuální osoba vstoupí do manželství (do domácnosti) s osobou opačného pohlaví a nemá poté tedy možnost rozvíjet své homosexuální vztahy s vhodným dospělým partnerem, např. protože se bojí svou homosexualitu přiznat a z manželství (domácnosti) vystoupit.

Někteří pachatelé dítě zneužívají, protože nejsou schopni navázat plnohodnotný sexuální vztah s jiným dospělým člověkem. Velmi často je sexuální zneužívání spojeno s fyzickým násilím, někdy dochází k citovému vydírání. Elliottová (1995:50) ve své definici sexuálního zneužívání mimo jiné konstatuje, že se může jednat o jednotlivou událost nebo aktivity-zneužívání, které trvá léta.

V rodině k sexuálnímu zneužití dochází velmi často opakovaně. To pro dítě (ze začátku) znamená i velký psychický tlak, může být v neustálém stresu, protože neví, kdy k dalšímu zneužití, násilí dojde.

Při rozdělení sexuálního zneužívání budu pokračovat v definici sexuálního zneužití dle Rady Evropy z roku 1992 (in Vaníčková et al., 1997:8):

„Pohlavní zneužívání se dělí na **dotykové** a **bezdotykové**. Bezdotykové zneužití zahrnuje setkání s exhibicionisty a účast na sexuálních aktivitách, kde nedochází k žádnému tělesnému kontaktu např. vystavení dítěte pornografickým videozáznamům. Kontaktní zneužití je takové, kde dochází k pohlavnímu kontaktu, včetně laskání prsou a pohlavních orgánů dítěte, pohlavnímu styku, orálnímu či análnímu sexu.“

³³ HANUŠOVÁ, J. *Násilí na dětech - syndrom CAN*, s. 14.

³⁴ DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*, s. 77.

4.3.1 Bezdotykové sexuální zneužívání

U bezdotykového sexuálního zneužití nedochází k žádnému tělesnému kontaktu (někdy se také tomuto typu zneužití říká bezkontaktní). Může se jednat o setkání s exhibicionistou, účasti na sexuálních praktikách, vystavování, nucení dítěte dívání se na pornografické záznamy. Někdo může toto chování vůči dítěti považovat za ne tak závažné či dokonce „celkem normální“. Ale i bezdotyková forma sexuálního zneužívání má na dítě značný negativní vliv.

Mezi bezdotykové formy sexuálního zneužívání řadí Hajd-Mousová (in: Vaníčková et al., 1997:15-17) především **voyeurismus**. Voyeurismus je taková forma sexuálního uspokojení, při kterém ho osoba získává tak, že se dívá na obnažené části těla (hlavně genitálie) jiných osob (v tomto případě dětí). Dítě tedy může být pozorováno při svlékání, aniž by o tom vědělo, ale může být i k svlékání nuceno. Osobě, která žije s dítětem ve společné domácnosti je nahé dítě velmi jednoduše dostupné.

Sexuálního uspokojení dosahuje dále voyeurista pozorováním dítěte při sexuálních aktivitách, ke kterým je pachatelem nuceno. Ať už je to masturbace, sexuální aktivity s jinou osobou nebo i se zvířetem.

Špeciánová (2003:22) píše také o fotografování nahých dětí.

Dále Hajd-Mousová (in: Vaníčková et al., 1997:15) do bezdotykového sexuálního zneužívání řadí již výše zmíněný **exhibicionismus**. „Exhibicionismus je sexuální úchylka, při které pachatel dosahuje sexuálního uspokojení odhalováním svých genitálií pohledům jiných osob. Může být doprovázen i masturbací. Blízká je i jistá forma obráceného voyeurství – vystavování dítěte pohledu na sexuální aktivity jiných osob, buď přímo, nebo prostřednictvím pornografických videozáznamů či fotografií.“³⁵ Dále autorka píše o **verbálním zneužívání**. Jedná se např. o obscénní řeči se sexuálním podtextem, popisování sexuálních praktik dítěti. Pachatel se někdy s dítětem spojuje i telefonicky, jde většinou o anonymní telefonáty. Při těchto telefonátech může docházet k nucení dítěte se svléknout nebo k provozování sexuálních aktivit.

Halfarová (in: Dunovský et al., 1995:74) i Špeciánová (2003:22) mluví o tzv. **harassmentu**, který vymezují jako znepokojování, zneklidňování dítěte. Ať už řečmi nebo tisknutím dítěte k sobě nebo poplácáním ho po zadku nebo pak pochopitelně kombinací těchto činností.

³⁵ VANÍČKOVÁ, E., PROVAZNÍK, K., HADJ-MOUSSOVÁ, Z. *Sexuální zneužívání dětí. 1.díl*, s. 15.

4.3.2 Dotykové sexuální zneužívání

U dotykového neboli kontaktního neboli pohlavního zneužívání dochází k pohlavnímu kontaktu. Jedná se o pohlavní styk vaginální, orální či anální styk s dítětem. Mezi dotykové pohlavní zneužívání řadíme i dotýkání se nebo laskání prsou, pohlavních orgánů. Autoři uvádějí také interfemorální pohlavní styk, což je styk mezi stehna dítěte.

Mezi dotykové (kontaktní) formy sexuálního zneužívání Hajd-Mousová (in: Vaníčková et al., 1997:15-17) řadí **osahávání**, zejména genitálních částí dítěte. Obecně se jedná o erotogenní zóny dítěte. Dále **masturbaci**, dítě bývá nuceno aby masturbovalo pachatele, sebe samo, ale i pachatel může masturbovat dítě nebo může jít o masturbaci vzájemnou. Někdy si pachatel přináší sexuální uspokojení tím, že tře své genitálie o genitálie dítěte, aniž by ale u toho došlo k znásilnění dítěte, jde o **simulovanou soulož**. Zvláště ohrožující je **znásilnění** neboli **penetrace** - soulož s dítětem. K penetraci anální nedochází pouze u chlapců, ale i u dívek. Je to velice kruté zneužití dítěte, mnohokrát dochází ke zranění dítěte. Ke znásilnění dochází penisem, rukou, prsty pachatele, ale i předmětem. Pokud ke znásilnění dojde penisem, může tu být i riziko otěhotnění (u starších dívek). Objevuje se tu i riziko pohlavně přenosných nemocí. Dále může jít o **sadomasochistické aktivity**; obecně u takovýchto aktivit je osoba vzrušována popřípadě pak uspokojena tím, že trápí jinou osobu (dochází k bití, svazování atd.). Může dojít až k usmrcení dítěte a následnému styku s ním, tedy v tomto případě k nekrofilii. Dítě se ještě může stát obětí **orálních sexuálních aktivit**. Což je líbání dítěte, laskání či dráždění pohlavních orgánů dítěte pachatelem nebo naopak, dítě je nuceno orálně uspokojovat pachatele. Pachatel také může oběť nutit k **sexuálním aktivitám se zvířaty**.

Zvláštní formou sexuálního zneužívání dětí je **komerční sexuální zneužívání**; jedná se o dětskou pornografii, dětskou prostituci.³⁶ Pokud k takovéto činnosti zneužívá (nevlastní) rodič své dítě, považují to za vrcholně odporné.

V souvislosti se sexuálním zneužíváním v rodině je třeba zmínit **incest**. Incestem rozumíme sexuální styk mezi:

1. dítětem a pokrevním rodičem,
2. dítětem a příbuzným, včetně nevlastního rodiče,
3. mezi sourozenci.³⁷

³⁶ VANÍČKOVÁ, E., PROVAZNÍK, K., HADJ-MOUSSOVÁ, Z. *Sexuální zneužívání dětí 1. díl*, s. 55.

³⁷ DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*, s. 75-76.

Toto nejsou zdaleka všechny formy sexuálního zneužívání. Formy sexuálního zneužívání jsou bohužel velice různorodé. Dochází samozřejmě také ke kombinacím forem zneužívání nebo ke stupňování (od forem bezdotykových k formám dotykovým).

„Nejedná se tedy o určité specifické formy sexuálního chování, neznámé v jiných případech, ale specifická je sexuální orientace na dítě.“³⁸ Toto je, myslím, třeba zdůraznit. Ať už pachatel zneužil dítě tak či tak, vlastně tou nejpodstatnější věcí je, že zneužil dítě (a tedy i svou moc). A pro ono postižené dítě to může mít následky pro celý jeho život.

„Obětí je primárně dítě, které bylo sexuálně zneužito, sekundárně je jí však i celá rodina.“³⁹

5. Důsledky syndromu CAN v rodině

Většina autorů se shoduje, jak se týrání a zneužívání projevuje jak akutně, tak v budoucím životě dítěte.

Akutně se syndrom CAN projevuje zejména v chování dítěte, respektive v jeho změnách. U fyzického týrání je třeba si všimnout také stop násilí po těle dítěte. Někdy se u dětí projevuje strach, právě v té chvíli, kdy mají jít ze školy domů. Dítě může začít chovat úzkostně, ztratit zájem o své koníčky, kamarády, může se zhoršit jeho školní prospěch. Některé děti se začínají stranit lidí a to hlavně dospělých.

U některých dětí se může začít projevovat agresivita, jiné můžou být naopak pasivní až apatické. Syndrom CAN se také může projevit ve stravování dítěte, buď nejí (téměř) vůbec, nebo se přejídá. Objevují se i somatické potíže jako bolesti břicha, hlavy, poruchy spánku apod.

5.1 Důsledky týrání

Jakákoliv forma týrání dítě tělesně či duševně poškozuje a ohrožuje tak i jeho další vývoj. Jde o závažnou komplexní zátěžovou situaci, která zahrnuje jak deprivaci zkušenost, tak silný stres. Dítě žije v neustálém stresu z toho, kdy přijde další útok. Týrání, zneužívání či zanedbávání nepřináší dítěti jenom aktuální trýznění, ale ovlivní i jeho život, vztahy, chování v budoucnosti. Ovlivní zejména jeho výběr partnera a později i jeho chování ke svým dětem. Nebezpečný je v tomto směru transgenerační přenos násilí. Protože „podstatným činitelem chování k dítěti je vlastní zkušenost z dětství“ (Radka Dydnanská in: Kolektiv autorů,

³⁸ VANÍČKOVÁ, E., PROVAZNÍK, K., HADJ-MOUSSOVÁ, Z. *Sexuální zneužívání dětí. 1. díl*, s. 17.

³⁹ VANÍČKOVÁ, E., PROVAZNÍK, K., HADJ-MOUSSOVÁ, Z. *Sexuální zneužívání dětí. 2. díl*, s. 27.

2007:121). Z psychologického hlediska je důležité, že dítěti velmi často ubližují jeho rodiče, kteří by jej naopak měli chránit a poskytnout mu bezpečné zázemí. „I tady však platí, že týrající rodič je pro něho jedinou alternativou rodiče. Proto ho nechce ztratit“.⁴⁰

I proto mají někdy týrané děti tendenci tuto činnost popírat. Nechtějí své rodiče ztratit, protože i přes všechno utrpení, které musejí prožívat, mohou mít ke svým rodičům silný citový vztah. Některé děti mají zase tendenci obviňovat samy sebe, žijí v představě, že si takové chování ze strany rodičů zaslouží, že ony jsou těmi špatnými. Zejména chlapci mají někdy tendenci se s agresorem-otcem ztotožnit. Začínají se chovat stejně agresivně.

Riziko poškození dalšího vývoje, psychického i somatického, je tím větší, čím je postižené dítě mladší. Také je podstatné, jak dlouho a v jaké míře bylo dítěti ubližováno. Čím déle a čím ve větší míře, tím jsou pak následky horší.

Dítě v rodině získává základní zkušenost důvěry. Na základě této zkušenosti si vytváří i představu o světě a o ostatních dospělých. Pokud se tedy od malička setkává doma s násilím, ztrácí ke světu důvěru.

Týrané děti mívají ve škole horší prospěch než děti ostatní. Bývají také nesoustředěné. Násilí na nich páchané se odráží také na jejich sebehodnocení, sebepojetí. Sami sebe podceňují, negativně se hodnotí, nevěří si. V budoucím životě se někdy, právě pro své negativní sebehodnocení, automaticky staví do podřízené role. Může se tedy stát, že si najdou partnera, který bude násilnický. Týrané děti mají v pozdějším životě potíže v mezilidských vztazích.

Někdy se týrané dítě chová vůči svým vrstevníkům agresivně. Je to proto, že si své pocity méněcennosti kompenzují. Někdy se tak ale děje proto, že to nemohou rodiči vrátit, tak si to vybíjejí na jedincích hlavně slabších než je ono samo. Někdy se naopak týrané děti uzavírají do sebe, přestávají se stýkat s vrstevníky, někdy mohou přestat i verbálně komunikovat.

Obranným mechanismem u týraných dětí bývá zadržování pocitů, aby pro ně utrpení bylo co nejmenší. Později se to ale může projevit až apatií vůči všemu. Dítě není schopno projevovat ani radost, někdy jakékoli emoce. Týrané děti bývají úzkostné, mají větší sklon k depresím.

V pozdějším životě se týrané děti stávají často závislými na alkoholu nebo na jiných návykových látkách.

⁴⁰ PÖTHER, P. *Dítě v ohrožení*, s. 31.

5.2 Důsledky sexuálního zneužívání

Stejně jako u týrání i v tomto případě záleží na tom, kdy ke zneužívání začalo, jak dlouho trvalo, kým bylo dítě zneužíváno, v jaké míře a jakou formou. Pokud se dítě se svou bolestí někomu svěří, pak také záleží jestli u něj najde oporu, nebo bude označeno za lháře (Vágnerová, 1999:345).

Čím bližší člověk dítě zneužívá, tím větší trauma dítě prožívá. Tato práce se zabývá sexuálním zneužíváním v rodině, tedy intrafamiliárním zneužíváním. Intrafamiliární zneužívání prožívá dítě hůř než extrafamiliární (také proto, že extrafamiliární bývá většinou jednorázové), protože ho zneužil blízký člověk, kterému dítě důvěřovalo, má k němu blízký citový vztah. Dítě je zmatené a přestává důvěřovat i veškerému okolnímu světu, ostatním lidem. Dítě se cítí zrazené, bezmocné. Tato bezmocnost a nedůvěra k okolnímu světu se ještě prohloubí, pokud si dítě říkalo o pomoc a bylo odmítnuto. Dítě se také cítí méněcenné, což může mít vliv také na jeho sebehodnocení i v průběhu jeho dalšího života.

Prvními příznaky sexuálního zneužívání jsou změny v chování dítěte. Varovnými signály, kromě těch, které jsem uvedla výše, může být odmítání se svlékat před hodinou tělocviku, nepřiměřené sexuální chování nepřiměřené věku dítěte.

I v případě sexuálního zneužívání si děti myslívají, že udělaly něco, čím si to zasloužily. Prožívají pocity viny, studu, cítí se být pošpiněné.

„Oběť incestu je přesvědčena o vlastní špinavosti, o skvrnách na těle, které nelze ničím smýt. Součástí stigmatizace je pocit viny za incestní vztah a nemožnost zařadit se zpátky do společnosti. Řečeno slovy S. Freuda: „Kdo přestoupil tabu, stal se tím sám tabu.“⁴¹

Během pohlavního zneužívání dochází ze strany násilníka také k fyzickému nebo psychickému násilí. Násilník tak s dítětem manipuluje. Zneužívané dítě tak nabývá pocitu, že ono samo svůj život ovlivnit nemůže. Ztrácí pocit své hodnoty (někdy ho ani nenabude).

Bentovim (1998) popisuje, že dívky se uchylují spíše k *internalizaci*. Mají pocit viny, vytvářejí si o sobě negativní úsudky. To se projevuje tak, že se sebepoškozují, propadají anorexii, žijí promiskuitním životem, upínají se na svého agresora, žijí s nevhodnými partnery. Mají tendenci se tedy i v budoucnosti stát obětí sexuálního zneužívání. Autor také konstatuje, že někdy také dochází k poruše osobního vývoje a to, že si vytváří několik fiktivních já. Dále autor shledává, že v dětství zneužívání chlapci mají tendenci si v budoucnu naopak hledat někoho, kdo je slabší než oni, aby ho mohli zneužívat. Je to proto, aby překonali svůj pocit bezmoci. Problémy ve vztazích jsou společné všem zneužívaným dětem.

⁴¹ WEISS, P. et al. *Sexuální zneužívání - pachatelé a oběti*, s. 105.

Sexuálně zneužívané děti také v dospělosti často žijí promiskuitním životem. Hrozí také zvýšené riziko zneužívání alkoholu či jiných návykových látek. Mohou také trpět úzkostmi, depresemi. Proto také hrozí vyšší riziko sebepoškození či sebevraždy.

5.3 Důsledky zanedbávání

U zanedbávaných dětí se mohou důsledkem nedostatečného zájmu matky o dítě projevit nedostatky v řeči a komunikaci. Později dítě ani nemá potřebu s někým komunikovat, protože mu chybí osobně blízký člověk, se kterým by chtělo být v kontaktu. Rozumové schopnosti zanedbávaného dítěte nemusí být závažně postiženy, ale jsou nedostatečně rozvíjeny a využívány. Dále dochází ke změně citového prožívání a vztahů k okolí (děti jsou nedůvěřivé, citově chudé, lhostejné a agresivní k ostatním lidem), nerozumí svým vlastním pocitům, chybí jim empatie a mají sníženou schopnost chovat se adekvátním způsobem. Dítě přirozeně přejímá názor nejbližších osob a jestliže tito lidé budou dítě hodnotit stále negativně, dítě se s jejich hodnocením ztotožní. U těžších forem zanedbávání může u dítěte dojít k poruchám tělesného vývoje (neprospívání, poruchy růstu, kdy výška, váha nebo obvod hlavy neodpovídá věku) (Vágnerová, 1999:323-325).

6. Transgenerační přenos

V souvislosti s rizikovými dospělými bych ráda poukázala na **transgenerační přenos násilí**. Mnozí dospělí mají jistě tu zkušenost, že si vědomě říkali, že nechtějí být takoví jako byli jejich rodiče. Pak se ale přistihnou v nějaké situaci, že se chovají stejně jako jejich matka či otec. Je to proto, že se jejich chování naučili. Je to proto, že žádné jiné vzorce chování pro určité situace neznají. Ijzendoorn (1992) (in: Kolektiv autorů, 2007:119) transgenerační přenos definuje jako „proces, následkem kterého se vědomě nebo neúmyslně přenášejí vzorce chování do další generace.“

Násilí prožívané v dětství se pak tedy může opakovat i v příští generaci. Ne všechny dětské oběti násilí dále přenáší. Většina autorů se přiklání k hypotéze, že k přenosu násilné výchovy na své děti dochází asi u třetiny dětských obětí, třetina takto jedná v afektu a ze třetiny se stanou „normální“ rodiče (Radka Dydňanská, in: Kolektiv autorů, 2007:119).

Je několik teorií, které se snaží transgenerační přenos násilí vysvětlit. Jedna z nich je, jak je již zmíněno výše, že rodič násilí na své dítě přenáší proto, že vlastně ani netuší, neví, že dítě může potrestat nějak jinak, protože nikdy nic jiného nepoznal. Radka Dydňanská (in: Kolektiv autorů, 2007:120) píše také o „mechanismu agování“. Je to nevědomé přehrávání vlastní zkušenosti s rodičem. Dítě, na kterém bylo v minulosti pácháno násilí si přálo toto konání zastavit, eventuálně oplatit. Oplatit ho může ale až v tu chvíli, kdy je v pozici silnějšího, v našem případě rodiče. Násilí tedy přenáší dále na své dítě. A vzniká tu riziko, že toto dítě přenesse násilí zase na své dítě.

Radka Dydňanská (in: Kolektiv autorů, 2007:123) také uvádí, že:

„Transgenerační přenos syndromu CAN ve většině případech nebývá předávám následující generaci ve stejné podobě. Často jsou k němu přidružovány další prvky, které mu dávají trochu jiný charakter.“

Bentovin (1998:25) k tomu říká:

„Míra následného násilí závisí na intenzitě a délce týrání a zneužívání.“

Zde tedy vidíme, že následky mohou být dalekosáhlé, mohou ohrožovat i další generaci, ale generace. Proto by se neměly řešit pouze aktuální následky, ale měli bychom se také zaměřit právě na snahu tento transgenerační přenos zastavit.

Vaníčková (2004:82) také mluví o řetězci rodinného násilí. Tento řetězec znamená předávání násilí ze silnějšího jedince na slabšího (tzn. z otce na matku, z matky na dítě, dítě to může přenášet na mladšího sourozence atd.). Děje se proto tak, že násilí, které je na nich pácháno nemohou oplatit jeho původci, protože je silnější. Proto přenáší násilí na jedince slabšího.

Bentovim (1998:25) se vyjadřuje podobně:

„Čím více jsou manželé hrubí na manželky, tím hrubější je manželka na své děti.“

7. Nechtěné děti

V souvislosti se syndromem CAN bych chtěla poukázat na to, jak je plánování těhotenství důležité jak vůči budoucímu dítěti, tak i celé společnosti. Do středu pozornosti se nechtěné děti dostaly v šedesátých letech minulého století. Těmito dětmi se u nás zabýval a zkoumal je Zdeněk Dytrych a Zdeněk Matějček. V oblasti vědeckého výzkumu těchto dětí má Česká republika světový primát. Tento výzkum trval třicet let.

Když mluvíme o nechtěných dětech, myslíme tím ty děti, které matka mít nechce či nechtěla. V dnešní době matky neplánované děti nechtějí z důvodu neblahé sociální, finanční situace, zdravotního rizika, nátlaku okolí, partnera či z důvodu jiné okolnosti. Ve zmiňovaném českém výzkumu byly zkoumány děti, které byly neplánované a i po narození nechtěné. Tyto nechtěné děti byly porovnávány s dětmi chtěnými. Nechtěné děti v pozdějších letech vykazovaly horší školní prospěch, výkon, jejich chování bylo negativně hodnoceno jak ze strany učitelů, tak spolužáků. Z výzkumu také vyplynulo, že nechtěné děti mají také větší sklon k závislostem na alkoholu a dalších toxických látkách. Hrozí u nich také větší riziko kriminality. Také se v jejich životě vyskytovalo více konfliktů, ať už v oblasti osobního či pracovního života a ony samy byly se svým životem nespokojeny (Dytrych in: Dunovský et al., 1995:147-148; Matějček, Dytrych, 1994:180-195).

Tyto děti trpěly **subdeprivací**, protože jejich matka nemohla plně uspokojovat jejich základní psychické potřeby. Bylo to tak právě proto, že je nechtěla a tudíž se k nim stavěla negativně. Tyto děti jsou samozřejmě také více ohroženy **týráním**, **zneužíváním** a **zanedbáváním**. V těchto případech také hrozí riziko transgeneračního přenosu. Tyto děti jsou také více ohroženy již v prenatálním období.

8. Prevence

8.1 Primární prevence

Kapitola o prevenci v publikaci *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě* se nazývá *Předcházet je lépe než léčit*. S tímto názvem resp. názorem plně souhlasím. Dítě, které již vykazuje příznaky syndromu CAN je již pravděpodobně deprivováno, popřípadě bude procházet vyšetřeními, výslechy, které pro něj znamenají další jistou psychickou zátěž. Seznamujme tedy širokou veřejnost s tímto problémem, znovu a znovu upozorněme a uvádějme všechny nebezpečí a příznaky syndromu CAN. Nedovolme, aby se k tomu lidé stavěli lhostejně, nebo aby dokonce žili v „bludu“, že tento problém neexistuje, nebo že se např. děje pouze v rodinách s nízkou socioekonomickou úrovní.

Jak už jsem výše naznačila, primární prevence v tomto případě znamená vzdělávání. Vzdělávání veřejnosti, ať již rodičů, učitelů, vychovatelů, sociálních pracovníků či samotných dětí, které jsou potencionálními oběťmi. Primární prevence je hlavně snaha o předcházení ubližování dětem.

Podle definice Světové zdravotnické organizace (in: Dunovský et al., 1995:103) primární prevence znamená: „Počítat si tak, aby k určitému neblahému společenskému jevu nedocházelo – tedy předejít jeho vzniku, potlačit jej v zárodku, nedat mu příležitost, nedat mu půdu, v níž by mohl zapustit kořeny.“

„V případě CAN je samozřejmě rozhodující prevence primární, tj. taková, která má zabránit, aby se dítěti vůbec ubližovalo.“⁴²

K tomuto bych jen chtěla podotknout, že se domnívám, že tento neblahý společenský jev má (již) v naší společnosti zapuštěné kořeny. My bychom se měli snažit tyto kořeny vymýt a postupně se snažit toto zlo odstraňovat a zabraňovat tomu, aby se vytvořily nové a další zárodky.

⁴² MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z., *Děti, rodina a stres*, s. 14.

V primární prevenci lze rozlišovat tři vrstvy (Matějček in: Dunovský et al., 1995:104; Matějček, Dytrych, 1994:14):

1. záměrné působení na širokou veřejnost;
2. záměrné působení na rodiče a vychovatele, jakož i na ty, kdo se na rodičovství nebo profesionální vychovatelství připravují;
3. záměrné působení na odborné pracovníky a veřejné činitele – hlavně lékaře, psychology, sociální pracovníky, právníky, soudce, politiky apod.

Záměrné působení na širokou veřejnost

„Cílem této osvětové činnosti je celkové povznesení hodnoty dítěte a hodnoty dobře fungující rodiny pro společnost jako celek.“⁴³

Velmi podstatnými činiteli jsou zde všechny instituce a hlavně sdělovací prostředky, které významným způsobem působí na veřejnost. Je to tedy především televize, školy, církve, organizace zabývající se dětmi a mládeží, rodinami. Jsou to ale i politické strany a také všechny orgány státní legislativy, které se zabývají dítětem a rodinou (Matějček, Dytrych, 1994:14-15; Matějček in: Dunovský et al., 1995:104).

„Nejde však jenom o podmínky a opatření s bezprostředním dosahem psychologickým a společenským, ale také o pomoc finanční, vzdělávací, rekreační aj., a to dříve, než se rodina a s ní i dítě dostanou do tíživé či problematické situace.“⁴⁴

V této souvislosti bych ráda apelovala na každého jednotlivce, aby si všímal, co se kolem něj děje. Dnes žijeme ve městech v anonymitě, aniž bychom někdy dokonce znali i sousedy. Ale rozhodně bychom neměli být lhostejní vůči svému okolí a už rozhodně ne vůči budoucí společnosti-dětem. A někdy právě vy, jako sousedi, známí, můžete být ti, kdo dítě vysvobodí od jeho utrpení. Nezavírejme oči před dětským křikem, slzami nebo strachem. Vždyť malé dítě je v této situaci ve skrytu před zraky veřejnosti téměř bezbranné. Buďme tedy obezřetní a informovaní, abychom věděli, kam se obrátit pro pomoc.

Záměrné působení na rodiče a vychovatele

Cílem je vybudovat v systému hodnot rodičů či vychovatelů podmínky pro vnitřní přijetí dítěte.

Významná je výuka sexuální výchovy. Je třeba působit na budoucí rodiče tak, aby své rodičovství zodpovědně plánovali. To znamená, aby měli dítě s tím, s kým ho chtějí mít a ve

⁴³ MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z., *Děti, rodina a stres*, s. 14.

⁴⁴ MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z., *Děti, rodina a stres*, s. 15.

vhodnou dobu, kdy na to již budou po všech stránkách připraveni (Dytrych et al., 1975 in: Dunovský et al., 1995:104). Aby byli poučeni o správné výživě dítěte, o správné životosprávě, o správné výchově, o tom, jak o dítě správně pečovat atd. Je třeba také vyzdvihovat úlohu otcovské role v rodině.

S plánováním rodičovství také souvisí propagace antikoncepce. Jak autoři píší „s důrazem na antikoncepci mužskou“ (Matějček, Dytrych, 1994:15; Matějček in: Dunovský et al., 1995:106). Myslím, že to je v dnešní době velmi „horké“ téma, protože někteří muži, mám pocit, vlastně při sexuálním styku v tomto ohledu žádné riziko nevnímají. Oni se totiž hlídat nemusí, protože oni by případně to dítě nečekali. Domnívám se, že propagace mužské antikoncepce je více než nutná. Stejně tak by ale ruku v ruce měla společnost (rodina, škola, média atd.) působit na muže v oblasti otcovské odpovědnosti. A stejně tak k odpovědnosti ve vztazích sexuálních, partnerských, protože tam to vlastně všechno začíná. Tato osvěta se samozřejmě týká i žen a dívek. Ty by se totiž o dítě měly začít odpovídajícím starat již těsně po jeho početí. Příprava na těhotenství by ale měla předcházet již početí. Jak ze strany matky, tak otce. Významným působícím činitelem je v tomto ohledu především rodina a škola.

„Na závěr možno předchozí úvahy shrnout v tom smyslu, že primární prevencí na této úrovni, tj. cíleně zaměřenou na rodinu a nynější i budoucí vychovatele dětí, je všechno, co zabraňuje, aby nevznikalo to, čeho se týká sekundární prevence – tj. aby nevznikaly rizikové skupiny obyvatelstva a rizikové životní situace, jež jsou pak onou „úrodnou půdou“ pro CAN.“⁴⁵

Záměrné působení na odborné pracovníky a veřejné činitele

Cílem je zprostředkování odborných studií, poznatků z výzkumů, průzkumů obyvatelstva. Cílovou skupinou jsou lidé z vědních oborů, kteří se zabývají problematikou CAN (Matějček in: Dunovský et al., 1995:107).

Já ještě doplním, záměrné působení na děti:

V tomto směru hraje hlavní roli škola. Ano, je pravda, že některé děti jsou postihnuti syndromem CAN již při nástupu do školy, ale ty děti nemusí vědět, že to, co se jim děje doma, je špatné. Některé děti to ani vědět nemůžou, protože nikdy nic jiného nepoznaly. V tomto případě by se již nejednalo o primární prevenci, ale alespoň o prevenci zhoršujících se následků. Anebo ještě k zanedbávání, týrání či sexuálnímu zneužití nedošlo, ale riziko tady je vždycky. Proto by o tom měly být děti informováni, aby si případně později mohly spojit určitou situaci s konkrétní formou CAN. Mohly by se pak účinněji bránit, věděli by, kam se

⁴⁵ DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*, s. 106.

s tím určitým problémem obrátit. Hlavně aby si uvědomily, že to problém je a uměly ho rozpoznat.

„Například v případě pohlavního zneužívání nebezpečí ohrožení stoupá s mírou nepoučenosti a neinformovanosti dítěte o možnosti zneužití“ (Pöthe, 1996:61).

To tedy znamená, že neinformované dítě je zároveň dítě rizikové.

„Výchova dítěte je zásadní sociální projekt rozvoje osobnosti dítěte, který rozvíjí a kultivuje dispoziční bázi dítěte, připravuje je pro jeho společenské fungování a zároveň zprostředkovává kulturní dědictví lidstva“ (Weiss et al., 2000:45).

Jistě jste v nedávné době zaregistrovali nápad ministerstva pro menšiny a lidská práva⁴⁶ na neobvyklý slabikář. Ten by měl pomocí kreseb a básniček ukazovat, jak rodiče mohou ubližovat dětem. Vedle přehnaných trestů a ponižování se ve slabikáři objevují kupříkladu příliš vysoké rodičovské nároky, přehnané opečovávání, nedostatek času či hádky před dětmi. Slabikář by měl poukázat hlavně na týrání psychické. Slabikář je součástí kampaně *Stop násilí na dětech*. Autorkou kampaně je Eva Vaníčková, která je v tomto směru zkušenou odbornicí. Slabikář by se měl během následujícího půl roku dostat k rukám jak dospělých tak dětí.⁴⁷ Michael Kocáb však ještě nemá přesnou představu o tom, jak by se měl slabikář prezentovat. Myslím, že by bylo více než zajímavé během nebo po skončení této kampaně provést výzkum o její úspěšnosti.

8.2 Sekundární prevence⁴⁸

Sekundární prevence má za cíl vyhledávat rizikové skupiny dospělých i dětí a rizikové situace z hlediska syndromu CAN. Po vyhledání těchto skupin a situací nastupuje na řadu působení na tyto lidi a situace, aby riziko CAN bylo co nejmenší.

Matějček (in: Dunovský et al., 1995:135) uvádí tři skupiny dětí, které přitahují násilí:

„Děti s rizikem tohoto druhu můžeme rozdělit do několika skupin:

1. děti, které svými projevy aktivně své dospělé vychovatele zatěžují, dráždí, vyčerpávají, a to buď a) fyzicky, nebo b) psychicky, nebo c) v obou složkách.
2. děti, jejichž projevy jsou dospělým vychovatelům málo srozumitelné.

⁴⁶ V současné době je ministrem Michael Kocáb.

⁴⁷ Kocáb veršuje proti týrání dětí: Julia pije. Pepa smaží. Ola šlape [online]. Dostupné na WWW: <http://zpravy.idnes.cz/kocab-versuje-proti-tyrani-deti-jula-pije-pepa-smazi-ola-slape-p62-domaci.asp?c=A090519_215648_domaci_lpo> [cit. 22. 5. 2009].

⁴⁸ MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z. (1994:14-18) ještě tuto prevenci řadí k prevenci primární.

3. děti, které nesplňují očekávání svých vychovatelů.“

I když tyto děti násilí přitahují, je třeba zdůraznit, že za příkoří, které se jim děje nemohou.

Rizikové děti, dospělí, situace⁴⁹ a další faktory z hlediska CAN

Fyzické týrání

Rizikové děti:

- s lehkou mozkovou dysfunkcí – s ADHD,
- děti neklidné, nesoustředěné, dráždivé, s výkyvy nálad, impulsivní,
- dráždivé, zlostné, trucovité, plačtivé, úzkostné,
- děti s mentální retardací (většinou totiž nesplní rodičovská očekávání),
- neaktivní, utlumené,
- se sníženými intelektovými schopnostmi, ve škole nedobře prospívající, se specifickými poruchami učení (dyslexie, dysgrafie, atd.).

Souhrnně jsou to tedy děti, které nenaplní rodičovská očekávání nebo je jejich chování dospělým těžko srozumitelné.

Rizikové rodiny:

- neúplné,
- neúčinně fungující,
- rodiny, kde je jeden z rodičů rodičem rizikovým (viz níže).

Rizikovní rodiče:

- s anomálním vývojem osobnosti, s agresivními povahovými rysy, impulsivní, s neurotickými obtížemi,
- závislí na drogách či alkoholu,
- nepřipraveni na rodičovskou roli, mladí rodiče,
- lidé se zvláštním životním stylem (příslušníci náboženských sekt apod.),
- chronicky ve stresové situaci z důvodů finančních, bytových, pracovních atd.,
- nezaměstnaní, neúspěšní,

⁴⁹ Podle: DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*, s. 108-111.

- příliš pracovně vytížení, nemají čas na rodinu,
- psychicky nemocní,
- mentálně retardovaní,
- s deprivací historii (je zde tendence přenosu na další generaci).

Rizikové situace:

Je to především akutní stres dospělého, pramenící hlavně z rodinných konfliktů, rozvodových situací. Velmi rizikovým faktorem je alkohol a drogy, zvláště v akutní fázi intoxikace. Dále je to nezaměstnanost, společenská izolovanost, stísněný prostor apod.

Sexuální zneužívání

Rizikové dospělí:

Jak již bylo řečeno, pachatelé jsou v naprosté většině muži. Rizikovými muži jsou hlavně:

- muži trpící sexuální deviacemi,
- muži v sexuální oblasti hyperaktivní,
- starší muži, kteří z různých důvodů již nejsou schopni kontrolovat, ovládat své chování,
- závislí na alkoholu či drogách.

Rizikové děti:

Ve většině případů sexuálně zneužívá muž dívku. Rizikové jsou zejména dívky:

- s typickými ženskými tvary,
- přítulné, s chováním, které **připomíná** svůdné ženské chování.

Rizikové situace:

- malý nedostačující životní prostor rodiny,
- situace, která si požaduje intenzivnější tělesný kontakt s dítětem (např. péčování v době nemoci dítěte),
- situace, kdy jsou v rodině muži, kteří nejsou vlastním rodičem dítěte a rodinu často navštěvují, bydlí tam,
- intoxikace (ať již drogová, alkoholová či jiná),
- celkově volná sexuální stav v rodině.

Zanedbávání

Rizikovní dospělí:

- s mentální retardací,
- postižení a nemocní ať už fyzicky či psychicky, invalidní,
- s deprivací či subdeprivací historií,
- lidé bez práce, bez domova, lidé neúspěšní, lidé žijící v bídě,
- vytížení či spíše přetížení svou prací, zájmy apod.

Rizikové děti:

- děti pomalé, neaktivní, nepřitahující pozornost,
- s mentální retardací nebo jinak mentálně či pohybově postižené nebo omezené,
- podvyživené,
- apatické aj.

Obecně jsou to tedy děti, které nepřitahují pozornost nebo o které rodiče (zejména ti rizikovní) ztratí zájem.

Co se týká rizikových situací u zanedbávání, je třeba znovu upozornit, že **zanedbávání je děj dlouhodobý**, proto žádná **jednotlivá riziková situace neexistuje**.

Nejrizikovější situací je, když se setká rizikový rodič s rizikovým dítětem v rizikové situaci.

8.3 Terciální prevence

Jak píše Matějček, Dytrych (1994:21) k terciální prevenci⁵⁰ se přistupuje v tu chvíli, kdy už k nějakému násilí či ublížení došlo. Cílem terciální prevence je zabránit, aby se to již neopakovalo a aby se důsledky ublížení projevily co nejméně. Je zahájen proces diagnostický, ze kterého má vyústit prognóza případu, z které dále plyne návrh na další opatření ve prospěch dítěte. Je třeba v zásadě rozhodnout, zda:

- dítě nadále ve své rodině setrvává,
- dítě nadále ve své rodině nesetrvává a bude se hledat jiné nejvhodnější východisko jeho životní situace.

⁵⁰ MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z. (1994:21) ještě tuto prevenci označili jako sekundární.

Toto rozhodnutí nemusí být ale jednou provždy neměnné. Pro změnu rozhodnutí však musejí být závažné a ověřené důvody. Každé rozhodování by mělo být co možná nejrychlejší, aby dítě nebylo vystavováno zbytečně dlouho stresu. To by měli mít na paměti především soudci, sociální pracovníci, lékaři a všichni ostatní, kdo by s tímto problémem měli co do činění. Velmi důležité je brát v úvahu věk dítěte, neboť v určitém vývojovém období by zbytečné prodlužování případu mohlo zanechat na dítěti větší následky než v jiném vývojovém období.

8.4 Úloha lékaře

U syndromu CAN může být role dětského lékaře k odhalení týrání velmi důležitá. Zvláště na dětské pohotovosti by měli být lékaři obezřetní a být všímavý na určité varovné znaky. „Uvádí se také, že 10 % úrazů dětí ošetřených na dětské pohotovosti je důsledkem tělesného týrání“ (Krejčířová in: Kolektiv autorů, 2007:13). Autorka píše také o výstražných znacích, při kterých by měli lékaři zpozornět. Je to zejména když závažnost poranění neodpovídá uváděnému mechanismu úrazu, když rodič nedokáže uspokojivě vysvětlit, jak se úraz dítěti stal, pokud rodič mění své popisy úrazu (Krejčířová zde uvádí, že změny popisu se vyskytují až u 90 % případů týrání). Někteří týrající rodiče také uvádějí jako příčinu úrazu pokus o resuscitaci dítěte doma. Jiní zase odmítají dát souhlas k hospitalizaci dítěte, jiní „pro jistotu“ mění velmi často lékaře dítěte.

Důležitá je role pediatriů, kam by měl rodič s dítětem docházet pravidelně. Pediatr by měl mít přehled o pacientově vývoji. Dobře zachytitelný (podle výšky, váhy) je vývoj fyzický. Podle určitých znaků by měl pediatr rozeznat zanedbávání dítěte. Pediatr by měl být samozřejmě obezřetný ke všem znakům, které by mohli poukazovat na týrání, zneužívání či zanedbávání.

Ochrana dětí má přednost před povinnou mlčenlivostí zdravotnických pracovníků. „Oznamovací povinnost zdravotnických zařízení vůči orgánům sociálně právní ochrany dětí a vůči policejním orgánům či státnímu zástupci ve smyslu shora uvedených ustanovení pak zdůrazňuje v části 1.5 i metodické opatření Ministerstva zdravotnictví ČR o postupu lékařů primární péče při podezření ze syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (sy. CAN)“.⁵¹

⁵¹ DOSTÁL, O. *Výjimky z povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků v souvislosti se sociálně právní ochranou dětí. Zdravotnictví a právo*, s. 10.

Část 1.5 metodického opatření Ministerstva zdravotnictví ČR o postupu lékařů primární péče při podezření ze sy. CAN, viz příloha 1.

Úloha lékaře je velmi důležitá také během těhotenství, zvláště pak během prvního těhotenství. Lékař by měl nastávající matku poučit a informovat o tom, jak se o sebe a tedy i své dítě starat. V tomto směru by na dívku, ženu měla již před těhotenstvím působit rodina a škola. Lékař by se na to ale rozhodně neměl spoléhat a i z důvodu prevence týrání a zanedbávání dítěte matku o všech zásadách poučit.

9. Prenatální týrání a zanedbávání

Prenatální období

„Moderní biologie ovšem přináší důkazy o tom, že člověk je jedinečnou bytostí, individuem, již od okamžiku oplodnění (početí). Oplodněná vaječná buňka totiž prokazatelně obsahuje od samého počátku kompletní genetický program jedince“ (Jankovský, 2003:115-116).

„Na samém počátku matka a dítě skutečně jsou jedním tělem“ (Jankovský, 2003:126).

První měsíce těhotenství jsou pro dítě nejvýznamnější z hlediska jeho vývoje.

Uvádím zde popis prenatálního období podle Vágnerové (2000:35-38):

Prenatální období trvá 9 měsíců, člení se na 3 fáze. První fáze je fáze *oplození*. Druhá fáze se nazývá *embryonální*, trvá od 4. do 12. týdne. Embryo v této fázi intenzivně roste a proto je velmi citlivé na působení různých teratogenních (škodlivých) faktorů, které by mohly být důvodem ke vzniku vážných vývojových vad. *Fetální* fáze, tak se nazývá třetí období, kdy dochází k dokončování vývoje orgánových systémů. Toto období trvá od 12. týdne do narození.

Pro nás je v souvislosti s týráním a zanedbáváním důležité to, že „v prenatálním období se vytvářejí všechny potřebné předpoklady pro budoucí samostatný život plodu. Lidský mozek, jehož funkce je nezbytným předpokladem přiměřeného duševního vývoje, se rozvíjí v průběhu celé prenatální fáze. Vzhledem k tomu je také po celou dobu vnímavý vůči všem možným toxickým vlivům.“⁵²

To znamená, že plod je vysoce citlivý na nikotin, alkohol, drogy, léky apod.

Matku a plod spojuje placenta. To, co se děje v organismu matky se projeví také v organismu ještě nenarozeného dítěte. „*tímto způsobem se přenáší např. signál intenzivní emoční reakce matky na plod. Proto může plod trpět stresem matky.*“⁵³ Přes placentu prochází

⁵² VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*, s. 35.

⁵³ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie :dětství, dospělost, stáří*, s. 36.

krev z organismu matky do organismu plodu. Spolu s krví tam putují i ty látky, které krev obsahuje. To samozřejmě plod ovlivňuje. Někdy může dojít až k přetížení organismu plodu (Vágnerová, 2000:36).

„Vazba, která se rozvíjí mezi matkou a dítětem po narození, je pokračováním vztahu vytvořeného v prenatalním období.“⁵⁴

Znamená to tedy velké riziko, že pokud matka dítě týrá, zanedbává již v prenatalním období, bude toto jednání z její strany pokračovat dále i po narození dítěte.

Prenatální týrání a zanedbávání

S tímto termínem, tématem jsem se v české literatuře setkala jen výjimečně. „Obětí týrání – zneužívání – zanedbávání se může stát člověk v kterémkoliv věku. Může být týrán již prenatalně – matka dělá záměrně to, o čem je přesvědčena, že to může poškodit plod (např. se bije různou silou do břicha - tzv. „syndrom bitého plodu“).“⁵⁵

Ano, souhlasím, s tím, že člověk může být týrán již prenatalně a chtěla bych na toto téma upozornit, protože se na to skutečně v české literatuře zapomíná. Nesouhlasím ale s tím, že prenatalní týrání je pouze konání toho, o čem je matka přesvědčena, že to může poškodit plod. Domnívám se, že o některém jednání matka ani neví, že by mohlo být pro dítě - plod rizikové. Stejně tak to platí ale i o syndromu CAN po narození dítěte. I když si rodič nemusí být vědom, že dítěti ubližuje, stále je to týrání, zneužívání či zanedbávání. Ale nemělo by i zde platit, že neznalost neomlouvá?! A neměla by i společnost (rodina, škola, zdravotnictví a další) v této otázce na jedince již od raného mládí preventivně působit?!

V souvislosti s prenatalním týráním vystupují do popředí zejména rizikovní rodiče - dospělí. Berme v úvahu ale i rizikové situace. Dle mého názoru bychom mohli mluvit i o rizikových dětech - plodech, ale jen v tom případě, že by u nich již v prenatalním období byla zjištěna nějaká vada, poškození. Ale to bych nechala stranou a zaměřila bych se na aktivní chování nastávajících rodičů. Jak matek, tak i otců či partnerů žen čekajících dítě.

Kazuistiky:

Ze svého okolí uvádím případ jedné své známě, která je v současné době v šestém měsíci těhotenství. Otěhotněla s mužem, kterého potkala na jedné party a strávila s ním jednu noc. Do té doby pila skoro každý den větší množství alkoholu, kouřila asi 20 cigaret za den a

⁵⁴ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*, s. 38.

⁵⁵ KOLEKTIV AUTORŮ. *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*, s. 28.

asi půl gramu marihuany. Potkala jsem jí nedávno, v jedné restauraci, a to dosti zakouřené. Nastávající matka si sice dala vodu, ale hned si zapálila cigaretu a po jejím vykouření si začala balit svojí pravidelnou cigaretu marihuany. Řekla mi, že sice během těhotenství nepije, ale že tak 3-5 cigaret denně vykouří, ale hlavně, že si prostě neodpustí ten svůj půl gram marihuany denně.

Dalším příkladem z mého z mého okolí je matka mého bývalého přítele, silná kuřačku, která když zjistila, že čeká dítě, naložila se do horké vany a nalívala se červeným vínem s „nadějí“, že takovýmto způsobem potratí. Ale nepotratila a své cigarety si kouřila bez jakéhokoliv omezení dále.

Ještě si vzpomínám na matku, u které příležitostně uklízí moje kamarádka. Je to rodina s vysokou socioekonomickou úrovní, matka pětileté dívky zastává vysokou pozici u jedné známé kosmetické firmy. I v době svého těhotenství měla nastávající matka pocit, že je ve zaměstnání nepostradatelná a chodila do práce i ve vyšším stupni těhotenství. Pod stresem pracovala i deset a více hodin denně, jedla, pila a spala nepravidelně a málo. Nakonec se z toho zhroutila a až do svého porodu strávila čas v nemocnici ve stavu rizikového těhotenství.

Posledním případem z mého širšího okolí je nešťastná životní epizoda mé kamarádky. Ta si našla přítele, ke kterému se po krátké době nastěhovala. Od té doby mi přestala reagovat na telefonáty, sms zprávy. Myslela jsem si, že v takovém stádiu zamilovanosti, že se o své další okolí nezajímá a že se mi po nějakém čase ozve, až to opadne. Po půl roce se mi opravdu ozvala. Ale ten půl rok rozhodně nežila v „růžovém“ světě. Jak jsem se od ní dozvěděla, téměř okamžitě se svým přítelem otěhotněla, ten ji ale začal fyzicky napadat. Toto fyzické napadání se začalo časem stupňovat. Jednou jí zmlátil až do bezvědomí, a ona potratila. De facto by se dalo říci, že své nenarozené dítě umlátíl k smrti.

Rizikové jednání během těhotenství ze strany matky:

- kouření,
- konzumace alkoholu,
- konzumace drog,
- vystavování se (a tedy i plod) nadměrné psychické zátěži, stresu,

- vystavování se (a tedy i plod) nadměrné fyzické zátěži.

Nedovoluji si tvrdit, že veškeré toto jednání je týrání dítěte v prenatálním období. Ale rozhodně by jím být mohlo. Rizikové jednání se stává týráním v té chvíli, kdy je ohroženo zdraví či vývoj dítěte. Dost záleží, v jaké míře je rizikovému jednání dítě vystavováno a také jestli dochází ke kombinacím těchto jednání.

Týrání dítěte během těhotenství ze strany matky:

- aktivní pokus o potrat dítěte bez lékařského dohledu (bití se do břicha, bodání se nožem do břicha, zvýšené pití alkoholu v horké koupeli apod.).

V tomto případě již k ohrožení života či vývoje dítěte dochází. Toto jednání tedy můžeme definovat jako prenatální týrání.

V této souvislosti uvádím rizikové matky:

- kuřačky,
- alkoholičky, toxikomanky,
- mladistvé (svobodné) matky,
- psychicky nemocné matky,
- matky, které samy mají zkušenost s ubližováním v dětství,
- matky s nízkou socioekonomickou úrovní, žijící v hmotné bídě,
- matky žijící s násilnickým nebo psychicky ubližujícím partnerem,
- matky žijící dlouhodobě ve stresové situaci,
- matky s vysokou pracovní vyčerpáním.

Rizikové jednání ze strany otce dítěte či partnera nastávající matky:

- nevšímavost,
- agresivita.

Týrání může být spojeno s domácím násilím. Obětí může být ze strany muže jak jeho žena (družka), tak i dítě. Tak tomu může být i u prenatálního týrání. Pokud muž ženu fyzicky napadá, dochází i k bití plodu. Již jsem tu zmínila bití plodu matkou, ale může docházet k bití matky a zároveň tedy i plodu ze strany otce, druha.

K fyzickému napadání přistupuje často i psychický teror ze strany muže. To samozřejmě traumatizuje také plod.

Týrání dítěte v prenatálním období ze strany otce:

- fyzické násilí (vůči matce – tedy i dítěti),
- psychické násilí (vůči matce – tedy i dítěti).

Rizikovní otcové jsou totožní s rizikovými dospělými týrány (viz kapitola „Sekundární prevence“).

Pokud bychom vycházeli z definice tělesného týrání dítěte aktivní povahy podle Spilkové a Dunovského (in: Dunovský et al., 1995:41), pak by výše uvedené týrání ze strany otce, pokud by došlo k poranění dítěte, bylo i týrání ze strany matky. Autoři totiž mezi toto týrání zahrnují i selhání ochrany dítěte před násilím.

Prenatální zanedbávání:

Kromě prenatálního týrání může také docházet k prenatálnímu zanedbávání dítěte (tak se děje ze strany matek). Zanedbávající matky zanedbávají své nenarozené dítě zejména tělesně. Neposkytují mu dostatečnou výživu, zdravotní péči či ho dostatečně nechrání před ohrožením.

V naší společnosti dochází např. k situacím, kdy matka po tom, co zjistí, že je těhotná (pravidelně) nenavštěvuje svého gynekologa. Tím, tedy dochází k zanedbávání plodu, konkrétně k zanedbávání preventivní lékařské péče.

Matka své dítě může zanedbávat i citově. Již v těhotenství tedy mohou být položeny základy psychické deprivace.

Prenatální sexuální zneužívání můžeme vyloučit.

V souvislosti s prenatálním týráním a zanedbáváním bych chtěla znovu vyzdvihnout význam prevence. Zejména zodpovědné plánování rodičovství. Děti nechtěné/neplánované jsou vystaveny většímu riziku jak po narození, tak i v období prenatálním. Někdy ani nastávající matka nemusí vědět, že je těhotná a bude dále konzumovat alkohol, kouřit cigarety, brát drogy, léky, provozovat extrémní sporty apod. A přitom, jak je již výše uvedeno, první měsíce těhotenství jsou pro dítě nejvýznamnější z hlediska jeho vývoje.

10. Průzkumné šetření

Stěžejním bodem průzkumného šetření je výzkum pomocí dotazníku (viz příloha 2, s.85). V této kapitole jsou popsány cíle práce a pracovní hypotézy, použitá metoda výzkumu, popis zkoumaného vzorku a analýza, interpretace zjištěných dat.

10.1 Cíl průzkumného šetření a pracovní hypotézy

1. Cíl

Zjistit výskyt rizikového jednání (potencionálního prenatalního týrání) vůči dítěti v prenatalním období a vědomí či nevědomí rizik tohoto jednání u matek dítěte.

Hypotézy

Předpokládám, že během prvního těhotenství jsou nenarozené děti vystavovány rizikům chování rodičů více než u těhotenství druhého.

Předpokládám, že minimálně 80 % respondentek, které během prvního či druhého těhotenství vystavovaly svůj plod určitým rizikům, si bylo těchto rizik vědomo.

2. Cíl

Zjistit, jestli informovanost těhotných žen ze strany lékaře byla dostatečná, a pokud ne, kde jinde sháněly ženy informace o tom, jak se o sebe (a tedy i dítě) mají starat.

Hypotézy

Předpokládám, že minimálně 80 % žen lékař poskytl dostatečné informace o tom, jak se mají o sebe a dítě během těhotenství starat.

Předpokládám, že alespoň polovina žen, která od lékaře v tomto směru dostatečně informována nebyla, sháněla informace v odborných publikacích.

3. Cíl

Zjistit chování druhého rodiče (v tomto případě otce) během těhotenství a zjistit, jestli již narozené děti se svým otcem žijí či nikoliv.

Hypotéza

Předpokládám, že na ženách, jejichž děti vyrůstají se svým otcem, se otec dítěte během těhotenství nedopouštěl fyzického ani psychického násilí.

10.2 Metody a techniky průzkumného šetření

Pro metodu průzkumného šetření jsem zvolila dotazník. Je to skupina připravených a správně formulovaných otázek, které jsou smysluplně seřazeny. Respondent odpovídá písemně. Nevýhodou této metody je, že nezjišťujeme, jací respondenti jsou, ale jak sami sebe vidí, chtějí být viděni či jejich subjektivní vnímání určitých situací. Výhodou této metody je rychlé a ekonomické shromažďování dat od většího počtu respondentů. V dotazníku jsem použila 9 otázek. 7 otázek je uzavřených (strukturovaných), 1 otázka je otevřená (nestrukturovaná) a 1 je kombinovaná - z části otevřená, z části uzavřená. Z 7 otázek uzavřených jsou 3 dichotomické a 4 polynomické. Z části otevřená otázka je dichotomická. Ze 4 otázek polynomických je 1 výběrových a 3 výčtové. Dotazníky jsem distribuovala během července 2009. Sběr vyplněných dotazníků skončil 25. července 2009. Dotazníky jsem se snažila distribuovat do co nejširšího spektra populace jak po stránce věkové, vzdělanostní či sociální. Dotazníky byly distribuovány v Praze, Karlových Varech, Českých Budějovicích a Jižní Moravě. Dotazníky byly distribuovány jak osobně, tak i elektronicky. Protože se otázky týkají těhotenství, všichni respondenti jsou ženského pohlaví.

10.3 Charakteristika zkoumaného souboru

Pro výzkumné šetření jsem využila skupinu 43 respondentek. Některé respondenty jsou mi známé z mého okolí, většina ale byla vybrána zcela náhodně.

Ve vzorku převažují respondenty se středním vzděláním (26), z toho většina (20) má ukončeno střední vzdělání maturitou, menšina (6) jsou ženy vyučeny bez maturity. Další skupinou jsou respondenty s vyšším odborným vzděláním (4). Vysokoškolské vzdělání má ve vzorku ukončeno deset respondentek. Nejmenší skupinou jsou matky se základním vzděláním (3).

Věk respondentek se pohybuje od 17 do 60 let. Největší zastoupení má věková kategorie 31 až 40 let se čtrnácti respondentkami. Druhou v pořadí je zastoupena věková kategorie 21 až 30 let, další věkovou kategorií je rozmezí 41 až 50 let, poté následuje kategorie 51 až 60 let. Poslední a zároveň nejmladší věková kategorie, kde jsou dvě respondenty, je 17 až 20 let.

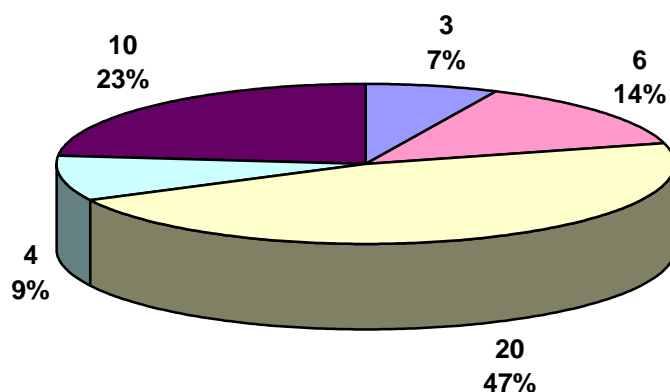
Počet prvních těhotenství ve skupině respondentek je tolik, kolik odpovídalo matek, tedy 43. Počet druhých těhotenství pak 30. Počet třetích těhotenství je 5. Je třeba upozornit, že tento počet 5 není statisticky významný, ale protože i třetí těhotenství bylo v dotazníku předmětem mého zájmu, jednotlivé výsledky uvádím.

Tabulka 1 - Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní	3	7
Vyučena bez maturity	6	14
Střední s maturitou	20	47
Vyšší odborné	4	9
Vysokoškolské	10	23
Celkem	43	100

Obr. 1

Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



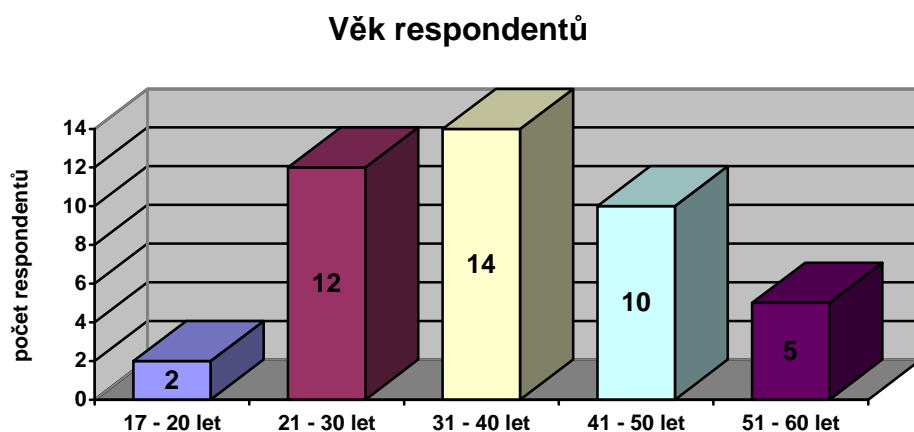
■ základní ■ vyučena bez maturity ■ střední s maturitou ■ vyšší odborné ■ vysokoškolské

Na otázku týkající se nejvyššího dosaženého vzdělání odpovědělo všech 43 respondentů, tedy 100 %. Ve vzorku byly 3 (7,00 %) se základním vzděláním. Vyučeno v oboru bez maturity bylo 6 (14,00 %) respondentek. Střední školu s maturitou vystudovalo 20 (47,00 %) respondentek. Vyšší odborné vzdělání uvedly 4 respondentky (9,00%). Vysokoškolské vzdělání označilo 10 (23,00 %) respondentek.

Tabulka 2 – Věk respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
17 - 20 let	2	5
21 - 30 let	12	28
31 - 40 let	14	32
41 - 50 let	10	23
51 - 60 let	5	12
Celkem	43	100

Obr. 2

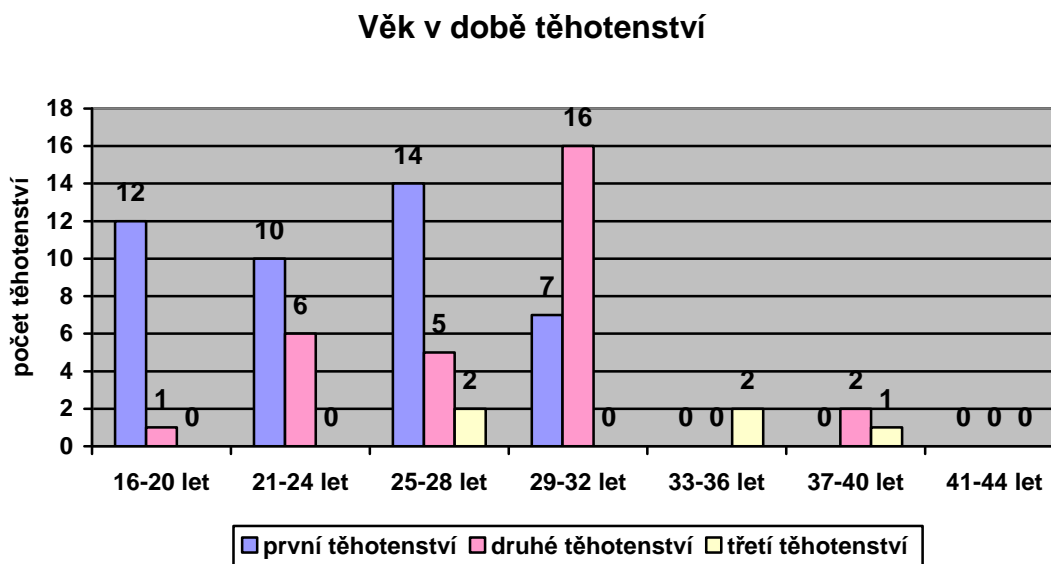


Na otázku týkající se věku odpovědělo 43 (tedy 100 %) respondentek. 2 (5,00 %) ve věku 17 - 20 let, 12 (28,00 %) ve věku 21 – 30 let, 14 (32,00 %), tedy nejvíce, ve věku 31 – 40 let, 10 (23 %) respondentek ve věku 41 – 50 let a 5 (12 %) ve věku 51 – 60 let.

Tabulka 3 – Věk v době těhotenství

	První těhotenství		Druhé těhotenství		Třetí těhotenství	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
16 – 20 let	12	28	1	3	0	0
21 – 24 let	10	23	6	20	0	0
25 – 28 let	14	33	5	17	2	40
29 – 32 let	7	16	16	53	0	0
33 – 36 let	0	0	0	0	2	40
37 – 40 let	0	0	2	7	1	20
41 – 42 let	0	0	0	0	0	0
Celkem	43	100	30	100	5	100

Obr. 3



První těhotenství

Nejvíce respondentek, tj. 14 (33 %) ze 43, prodělalo první těhotenství mezi 25 – 28 lety věku, 12 (28 %) ve věku 16 – 20 lety, 10 (23 %) pak ve věku 21 – 24 lety a 7 (16 %) mezi 29 – 32 lety.

Druhé těhotenství

16 (53 %) dotázaných ze 30 bylo s druhým dítětem těhotných mezi 29 – 32 lety, 6 mezi 21 – 24 lety, 5 (17 %) mezi 25 – 28 lety, 2 dotázané ženy (7 %) mezi 37 – 40 lety a 1 respondentka mezi 16 – 20 lety.

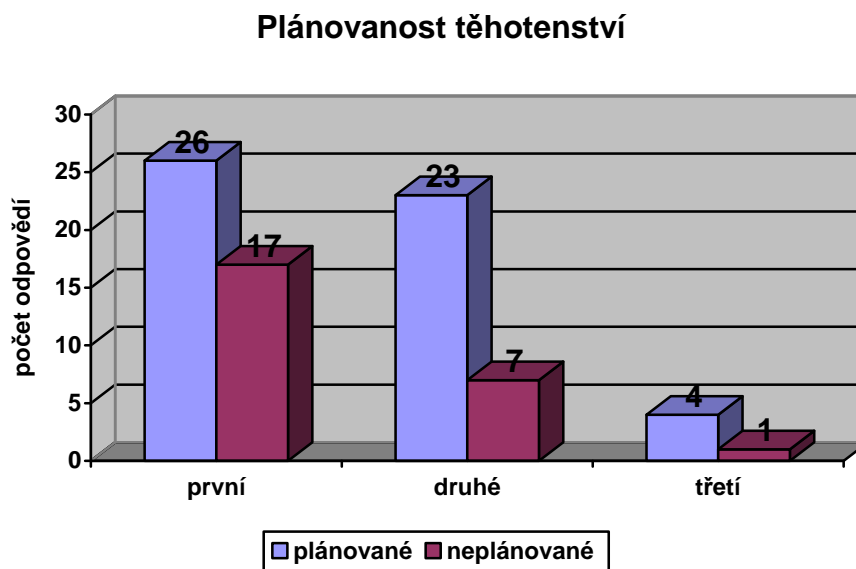
Třetí těhotenství

2 respondentky (40 %) z 5 otěhotněly se třetím dítětem mezi 25 – 28 lety věku, další 2 (40 %) mezi 33 – 36 lety a 1 (20 %) mezi 37 a 40 lety.

Tabulka 4 – Plánovanost těhotenství

	První těhotenství		Druhé těhotenství		Třetí těhotenství	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Plánované	26	60	23	77	4	80
Neplánované	17	40	7	23	1	20
Celkem	43	100	30	100	5	100

Obr. 4



První těhotenství

26 (60 %) dotázaných matek ze 43 podle odpovědí své první těhotenství plánovalo, 17 (40 %) odpovědělo, že jejich první těhotenství bylo neplánové.

Druhé těhotenství

Respondentky své druhé těhotenství plánovaly ve 23 (77 %) případech ze 30, v 7 (23 %) případech ho neplánovaly.

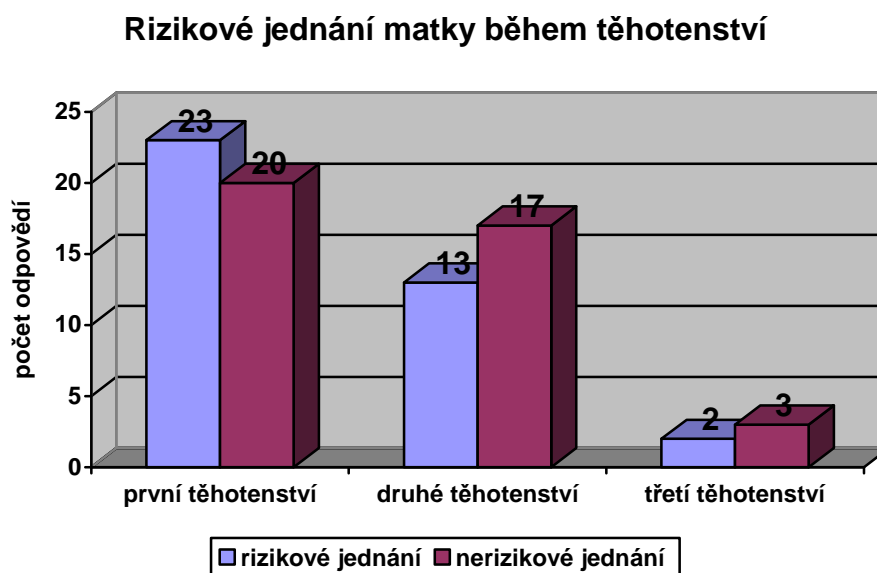
Třetí těhotenství

4 respondentky (80 %) z 5 otěhotněly odpovědělo, že třetí těhotenství plánovalo, 1 (20 %) pak odpověděla, že nikoliv.

Tabulka 5 - Rizikové jednání matky během těhotenství

	První těhotenství		Druhé těhotenství		Třetí těhotenství	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rizikové jednání	23	53	13	43	2	40
Nerizikové jednání	20	47	17	57	3	60
Celkem	43	100	30	100	5	100

Obr. 5



První těhotenství

23 respondentek (53 %) ze 43 zaškrtno alespoň jednu z nabízených možností (kouření, konzumace alkoholu, konzumace drog, nadměrná fyzická zátěž, nadměrná fyzická zátěž, rizikové sporty). 13 respondentek zaškrtno jednu možnost, 9 zaškrtno dvě možnosti, tři možnosti zaškrtnla jedna jedna dotazovaná matka. 20 (47 %) pak nezaškrtno žádnou možnost.

Druhé těhotenství

13 respondentek (43 %) z 30 zaškrtno alespoň jednu z nabízených možností. 5 zaškrtno jednu možnost, 7 označilo dvě možnosti, tři možnosti zaškrtnla jedna respondentka. 17 (57 %) nevedlo žádnou možnost.

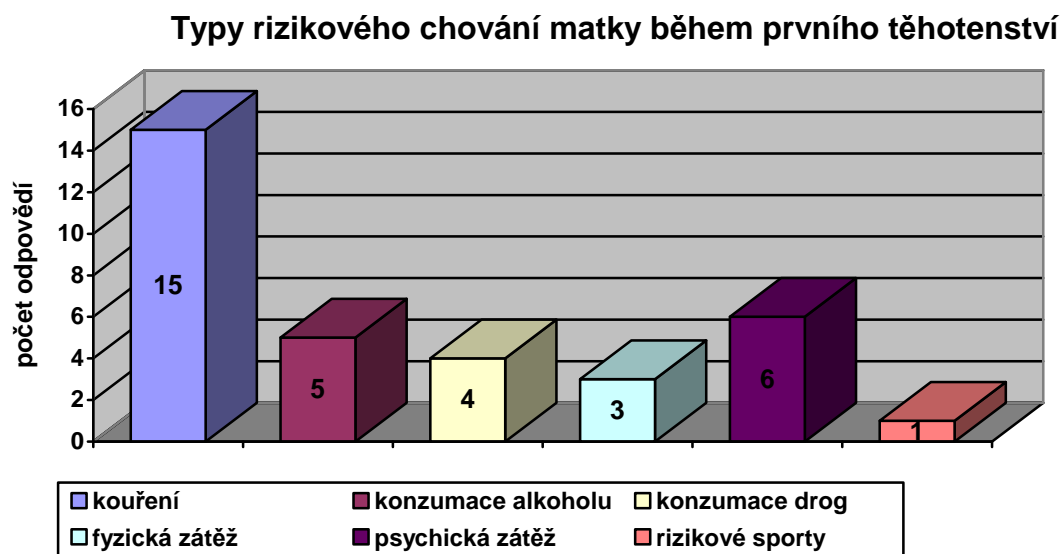
Třetí těhotenství

2 (40 %) dotázané z 5 zaškrtny alespoň jednu z nabízených možností. Obě dvě tyto respondenty označily dvě možnosti. (60 %) pak nezaškrtny ani jednu možnost.

Tabulka 6 – Typy rizikového jednání matky během prvního těhotenství

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Kouření	15	35
Konzumace alkoholu	5	12
Konzumace drog	4	9
Vystavování nadměrné fyzické zátěži	3	7
Vystavování nadměrné psychické zátěži	6	14
Rizikové sporty	1	2

Obr. 6



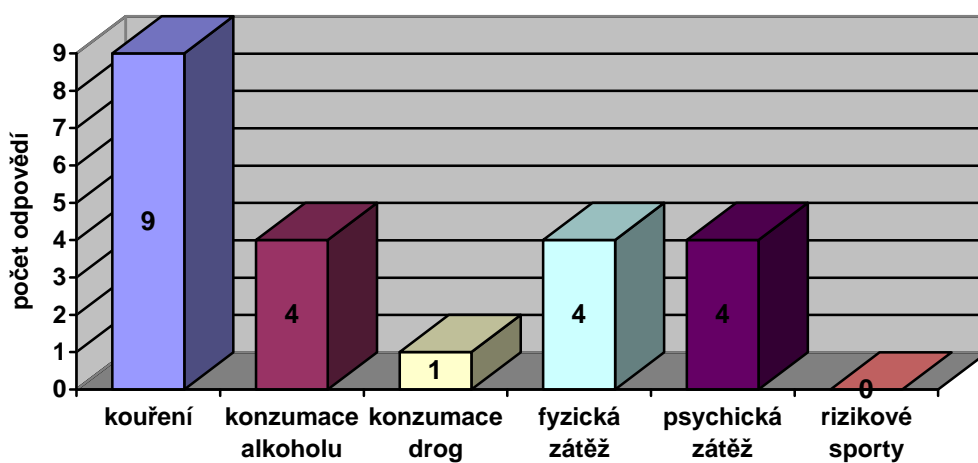
Nejvíce matek, tj. 15 (35 %), podle výzkumu během prvního těhotenství vystavovalo své dítě rizikům kouření. 6 (14 %) uvedlo nadměrnou psychickou zátěž, 5 (12 %) zaškrtnulo konzumaci alkoholu, 4 respondentky (9 %) připustily během prvního těhotenství konzumaci drog. 2 z těchto respondentek k této odpovědi připsaly, že konzumovaly „pouze marihuanu“. Nadměrné fyzické zátěži vystavovaly sebe a tedy i svůj plod podle odpovědí 3 respondentky (7 %). Rizikové sporty zaškrtnula jedna (2 %).

Tabulka 7 - Typy rizikového jednání matky v době druhého těhotenství

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Kouření	9	30
Konzumace alkoholu	4	10
Konzumace drog	1	3
Vystavování nadměrné fyzické zátěži	4	10
Vystavování nadměrné psychické zátěži	4	10
Rizikové sporty	0	0

Obr. 7

Typy rizikového jednání matky během druhého těhotenství



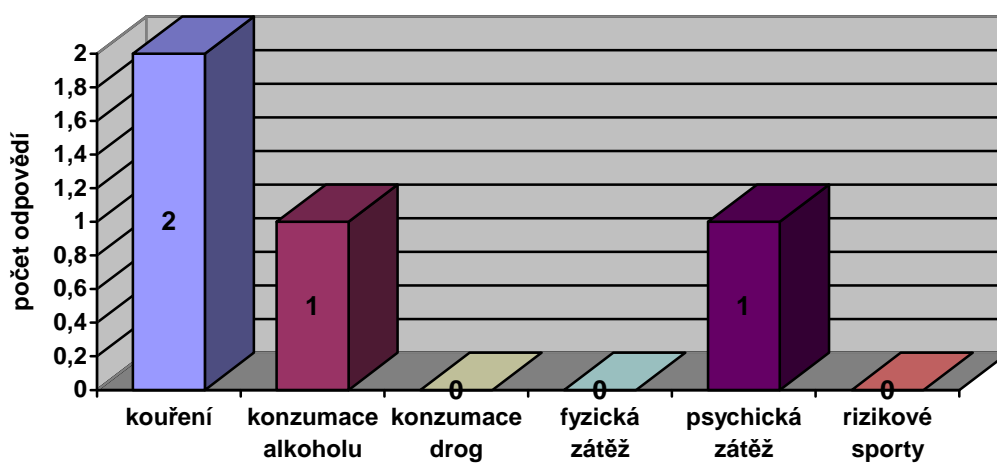
Nejvíce tyto matky, stejně tak jako u prvního těhotenství, podle výzkumu, vystavovaly své dítě rizikům kouření. Kouření zaškrtno 9 (30 %) respondentek. 4 (10 %) uvedly konzumaci alkoholu. Stejný počet respondentek, tj. 4 (10 %), připustil nadměrnou fyzickou zátěž. 4 (10 %) dotázané uvedly nadměrnou zátěž psychickou. Žádná z dotazovaných neuváděla rizikové sporty.

Tabulka 8 - Typy rizikového jednání matky v době třetího těhotenství

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Kouření	2	40
Konzumace alkoholu	1	20
Konzumace drog	0	0
Vystavování nadměrné fyzické zátěži	0	0
Vystavování nadměrné psychické zátěži	1	20
Rizikové sporty	0	0

Obr. 8

Typy rizikového jednání během třetího těhotenství



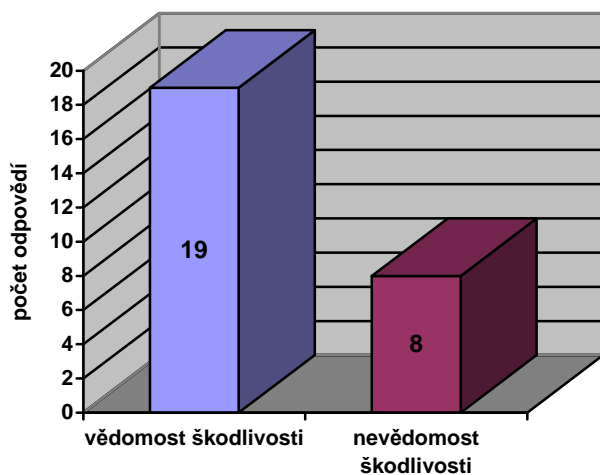
Stejně tak jako u prvního a druhého těhotenství, i v tomto případě, nejvíce matek kouřilo. Kouření uvedly 2 (40 %) respondenty. 1 dotázaná (20 %) zaškrtnula konzumaci alkoholu, 1 (20 %) pak vystavování nadměrné psychické zátěži. Konzumaci drog, vystavování nadměrné psychické zátěži a rizikové sporty neoznačila ani jedna matka.

Tabulka 9 – Vědomost možné škodlivosti jednání

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vědomost rizikovosti	19	70
Nevědomost rizikovosti	8	30
Celkem	27	100

Obr. 9

Vědomost možné škodlivosti jednání



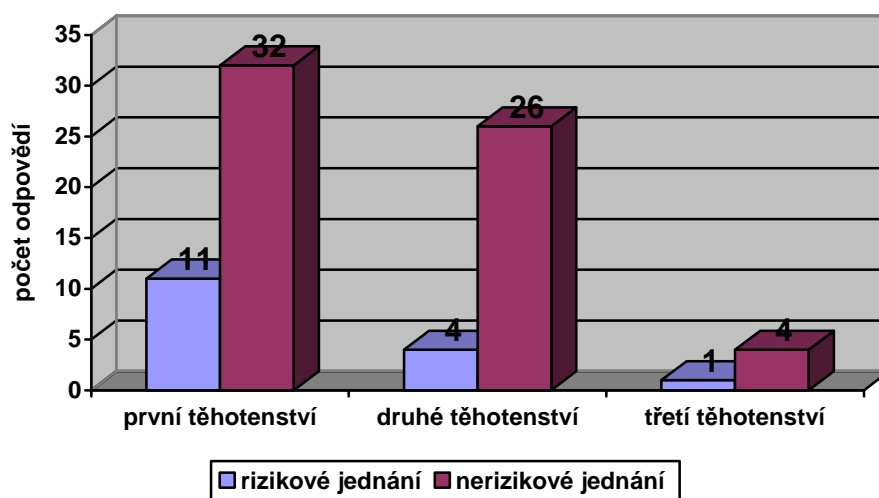
V prvním, druhém či třetím těhotenství rizikové jednání označilo 27 (63 %) z 43 respondentek alespoň jeden typ rizikového jednání. Možné škodlivosti jednání vůči dítěti si bylo vědomo 19 (70 %) z těchto 27 respondentek. 8 (30 %) respondentek si možné škodlivosti vědomo nebylo.

Tabulka 10 - Rizikové jednání ze strany otce během těhotenství

	První těhotenství		Druhé těhotenství		Třetí těhotenství	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rizikové jednání	11	26	4	13	1	20
Nerizikové jednání	32	74	26	87	4	80
Celkem	43	100	30	100	5	100

Obr. 10

Rizikové jednání ze strany otce během těhotenství



První těhotenství

11 (26 %) dotazovaných uvedlo alespoň jednu z možností (nevšímavost, agresivita, fyzické násilí, psychické násilí) rizikového jednání ze strany otce dítěte. 32 (74 %) respondentek neoznačilo žádnou z uvedených možností.

Druhé těhotenství

Během druhého těhotenství se dle odpovědí respondentek vůči nim chovali otcové dítěte rizikově ve 4 (13 %) případech. Ostatních 26 (87 %) dotazovaných nezaškrtnulo žádnou z nabízených možností.

Třetí těhotenství

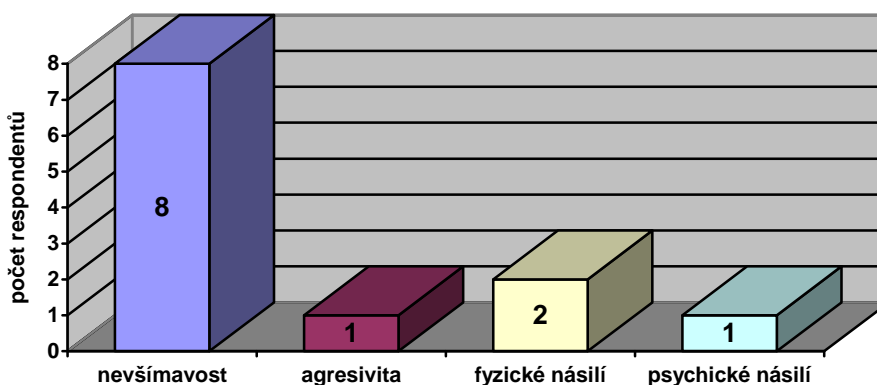
Jednu možnost označila 1 respondentka (20 %) z 5. Ostatní 4 (80 %) neuvedly žádné rizikové chování ze strany otce dítěte.

Tabulka 11 - Typy rizikového jednání ze strany otce v během prvního těhotenství

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nevšímavost	8	19
Agresivita	1	2
Fyzické násilí	2	5
Psychické násilí	1	2

Obr. 11

**Typy rizikového chování ze strany otce dítěte
během prvního těhotenství**



8 respondentek (19 %) ze 43 uvedlo nevšímavost, 2 (5 %) uvedly fyzické násilí, 1 (2 %) zaškrtnula agresivitu a 1 (2 %) psychické násilí.

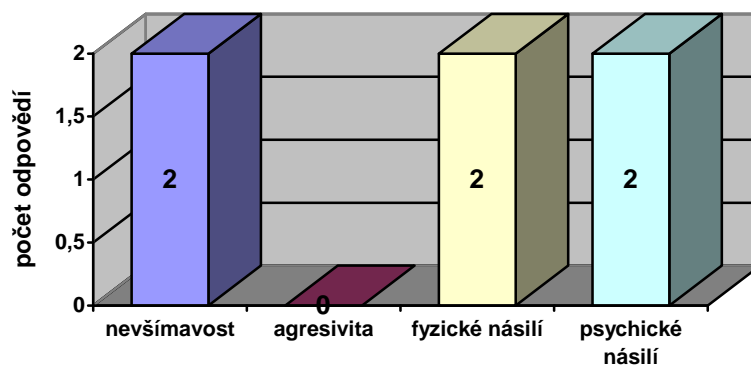
10 dotazovaných uvedlo jednu možnost, 1 dvě možnosti, a to nevšímavost a fyzické násilí.

Tabulka 12 - Typy rizikového jednání ze strany otce během druhého těhotenství

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nevšímavost	2	7
Agresivita	0	0
Fyzické násilí	2	7
Psychické násilí	2	7

Obr. 12

Typy rizikového chování ze strany otce dítěte během druhého těhotenství



2 (7 %) tázané ze 30 uvedly ze strany otce dítěte nevšímavost; 2 (7 %) fyzické násilí a další 2 (7 %) násilí psychické.

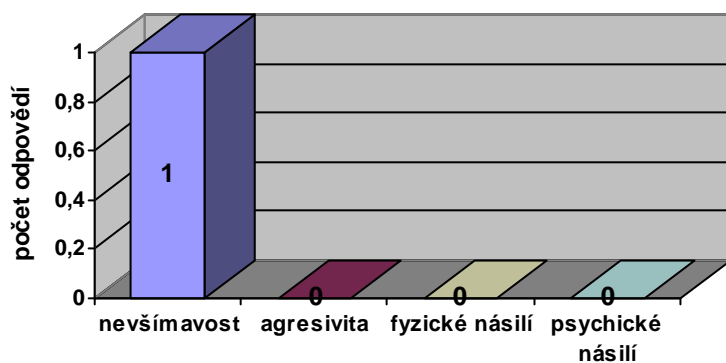
3 z těchto šesti respondentek uvedly po jednom rizikovém chování, jedna uvedla 3 typy rizikového chování ze strany otce dítěte!

Tabulka 13 - Typy rizikového jednání ze strany otce během třetího těhotenství

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nevšímavost	1	20
Agresivita	0	0
Fyzické násilí	0	0
Psychické násilí	0	0

Obr. 13

Typy rizikového chování ze strany otce dítěte během třetího těhotenství



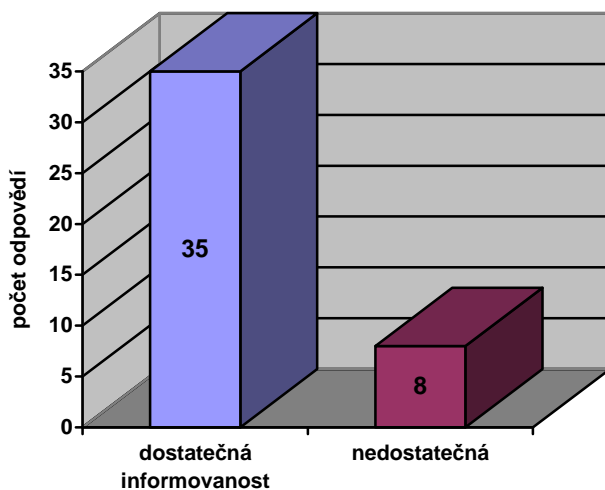
Respondentka (20 %) uvedla nevšímavost.

Tabulka 14 – Informovanost od lékaře

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dostatečná informovanost	35	81
Nedostatečná informovanost	8	19
Celkem	43	100

Obr. 14

Informovanost od lékaře



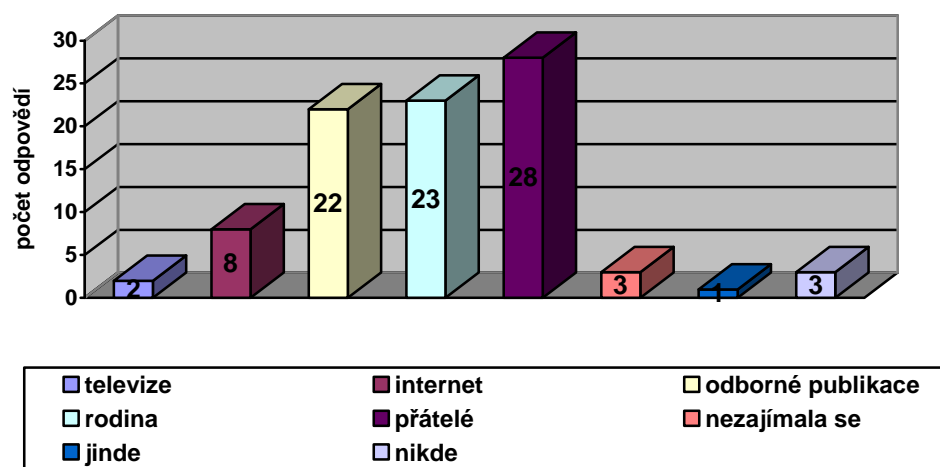
Podle odpovědí bylo dostatečně informováno o tom, jak se mají o sebe i dítě během těhotenství starat 35 (81 %) respondentek, 8 (19 %) uvedlo, že dostatečně informováno nebylo.

Tabulka 15 - Získávání informací jinde než u lékaře

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Televize	2	5
Internet	8	19
Odborné publikace	22	51
Rodina	23	53
Přátelé	28	65
Nezajímala se	3	7
Jinde	1	2
Nikde	3	7

Obr. 15

Získávání informací jinde než u lékaře



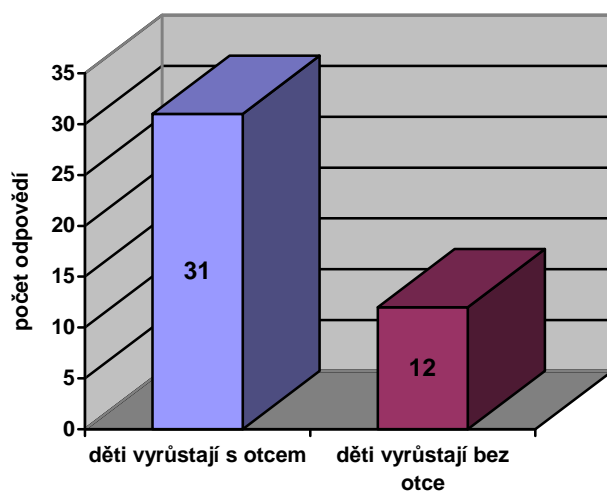
28 (65 %) respondentek v dotazníku uvedlo, že informace získávaly od přátel, 23 (53 %) od rodiny, 22 (51 %) z odborných knih nebo časopisů, 8 (19 %) dotázaných matek hledalo informace na internetu, 3 (7 %) respondentky nezískávaly informace už nikde, 3 (7 %) uvedly, že se nezajímaly, 2 (5 %) ženy z dotázaných označily televizi a 1 (2 %) uvedla možnost jinde.

Tabulka 16 – Vyrůstání s otcem

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	31	72
Ne	12	28
Celkem	43	100

Obr. 16

Vyrůstání s otcem



31 (72 %) dotázaných uvedlo, že jejich děti vyrůstají se svým otcem, 12 (28 %) uvedlo opak. (Resp. 30 respondentek uvedlo, že děti vyrůstají s otcem, 11 uvedlo opak a 2 uvedly, že první dítě s otce nežije a druhé ano).

Cíle a hypotézy

Ve své práci jsem si stanovila tři cíle.

První cíl zněl: zjistit výskyt rizikového jednání vůči dítěti v prenatálním období a vědomí rizik tohoto jednání u matek dítěte.

První hypotéza zněla: předpokládám, že během prvního těhotenství jsou nenarozené děti vystavovány rizikům chování rodičů více než u těhotenství druhého.

Tuto hypotézu mohu na základě zjištěných dat potvrdit. 23 ze 43 respondentek, což je **53 %**, označilo alespoň jedno rizikové jednání během prvního těhotenství. U druhého těhotenství alespoň jedno rizikové jednání označilo 13 ze 30 respondentek, to je **43 %** (viz Tabulka 5 a Obr. 5).

Během prvního těhotenství kouřilo 35 % matek, během druhého 30 %. Konzumaci alkoholu u prvního těhotenství označilo 12 % žen, u druhého 10 %. 9 % nastávajících matek v průběhu prvního těhotenství připustilo konzumaci drog, v průběhu druhého označily konzumaci drog 3 %. Zde tedy můžeme sledovat nejklesavější tendenci, o 6 %. Svě dítě nadměrné fyzické zátěži dle odpovědí vystavovalo během prvního těhotenství 7 % žen, během druhého 10 % žen. U tohoto jevu můžeme naopak sledovat tendenci vzrůstající, na rozdíl od všech ostatních sledovaných. 14 % respondentek u prvního těhotenství své dítě vystavovalo nadměrné zátěži psychické, u druhého 10 %. Rizikové sporty v průběhu prvního těhotenství provozovaly 2 % dotázaných, u druhého již žádné procento (viz Tabulka 6, Obr. 6, Tabulka 7, Obr.7).

Druhá hypotéza zněla: předpokládám, že minimálně 80 % respondentek, které vystavovaly svůj plod během těhotenství určitým rizikům, si bylo těchto rizik vědomo.

Zjištěná data mě vedla k zamítnutí této hypotézy. Alespoň jeden typ rizikového jednání označilo během prvního, druhého či třetího těhotenství 63 % respondentek. Možné škodlivosti jednání vůči dítěti si bylo vědomo (dle mého názoru pouze) 70 % těchto žen (Tabulka 9, Obr. 9).

Myslím, že právě zde je vidět, že primární prevence, tedy vzdělávání široké veřejnosti, zejména budoucích rodičů, v tomto případě matek, je resp. byla nedostatečná. Je třeba se tedy zasadit o to, aby se dostatečné informace o možné škodlivosti určitých jevů, určitého jednání dostaly do vědomí ještě více lidí.

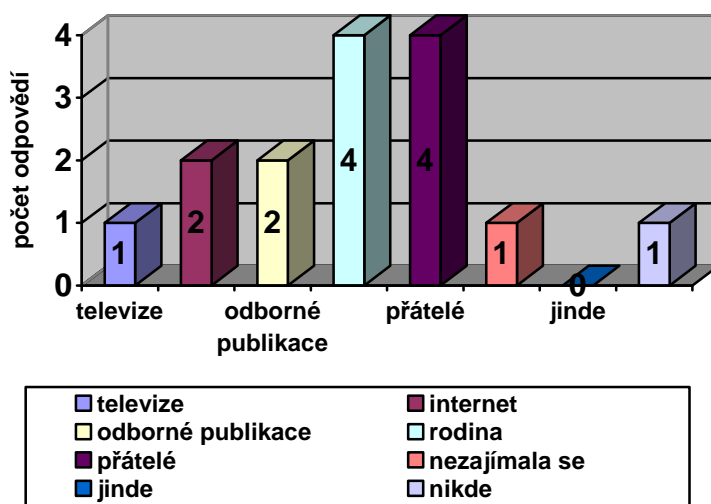
Druhý cíl zněl: zjistit, jestli informovanost těhotných žen ze strany lékaře byla dostatečná, a pokud ne, kde jinde sháněly ženy informace o tom, jak se o sebe (a tedy i dítě) mají starat.

První hypotéza zněla: předpokládám, že minimálně 80 % žen lékař poskytl dostatečné informace o tom, jak se mají o sebe a dítě během těhotenství starat.

Tuto hypotézu mohu na základě zjištěných dat potvrdit. 81 % respondentek uvedlo, že je lékař dostatečně informoval o tom, jak se mají o sebe a své nenarozené dítě během těhotenství starat (viz. Tabulka 14, Obr. 14).

Druhá hypotéza zněla: předpokládám, že alespoň polovina žen, která od lékaře v tomto směru dostatečně informována nebyla, sháněla informace v odborných publikacích.

Zjištěná data mě vedla k zamítnutí této hypotézy. 50 % nedostatečně od lékaře informovaných žen shánělo informace v rodině, 50 % u svých přátel. Pouze 25 % odpovědělo, že informace hledalo také v odborných publikacích. 25 % hledalo na internetu. 13 % uvedlo televizi, 13 % se pak nezajímalo a nikde informace neshánělo.



Na tento poslední případ, kdy respondentka uvedla, že nebyla od lékaře dostatečně informována a zároveň uvedla, že ani nikde jinde informace, jak se o dítě starat, nezískávala resp. se nezajímala upozorňuji zde zvláště, protože v tomto případě mám podezření na minimálně prenatalní zanedbávání.

Třetí cíl zněl: zjistit chování druhého rodiče, v tomto případě otce, během těhotenství a zjistit, jestli již narozené děti se svým otcem žijí či nikoliv.

Třetí hypotéza zněla: předpokládám, že na ženách, jejichž děti vyrůstají se svým otcem, se otec dítěte během těhotenství nedopouštěl fyzického ani psychického násilí.

Zjištěná data mě vedla k zamítnutí této hypotézy. U této hypotézy jsem zpracovávala chování otce dítěte ve 32 případech (i když Tabulka 16 a Obr.16 mluví o 31 případech, kdy děti vyrůstají s otcem. 30 respondentek uvedlo, že děti vyrůstají s otcem, 11 uvedlo opak a 2 uvedly, že první dítě s otcem nežije a druhé ano. Proto jsem tyto případy rozdělila napůl. V případě této hypotézy ale pracuji vždy s jejich druhým dítětem těchto dvou respondentek, které s otcem vyrůstá) .

4 respondentky ze 32 případů uvedly alespoň jedno rizikové jednání ze strany otce dítěte. 2 respondentky z těchto 4, uvedly mezi těmito jednáními otce i fyzické nebo psychické násilí.

Obě tyto respondentky mají dvě děti a fyzické nebo psychické násilí uvedly v obou případech těhotenství. I zde na tyto případy upozorňuji, protože v obou případech pravděpodobně tedy dochází k násilí na matkách dětí a patrně tedy docházelo i k násilí na dětech již během jejich prenatálního života.

Závěr

Na stránkách této práce jsem se snažila uceleně zpracovat problematiku týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte v rodině. Prací jsem také chtěla ověřit své domněnky o tom, do jaké míry nastávající rodiče ohrožují své nenarozené dítě již v prenatálním období.

Syndrom CAN představuje vysoce nebezpečný sociálně-patologický jev, který hluboce ovlivňuje vývoj a budoucí život dítěte. Zvláště, pokud se tak děje v rodině. Přestože jsou dítěti garantována práva a svobody, je řada oblastí na které je zapotřebí zaměřit svou pozornost a zlepšit ochranu dítěte. Týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte vyžaduje pozornost společnosti. Vyžaduje pozornost každého z nás, abychom byli schopni tyto jevy rozeznat a také se jich nedopouštěli.

V souvislosti se syndromem CAN je třeba poukázat na význam prevence a to hlavně primární. Neinformovaný dospělý může být právě ten, který se ubližování dopouští. Neinformované dítě je zároveň dítětem rizikovým, protože nemusí ubližování vůči němu vůbec za něco špatného považovat. Rizikové dítě se pak lehce stane také rizikovým dospělým, který může přenášet ubližování do další generace. Tento transgenerační přenos násilí, tak jako syndrom CAN, je problémem celé společnosti. Do určité míry je to bohužel i její obraz.

K týrání či zanedbávání dítěte může docházet v jakémkoli vývojovém stupni. Tedy i v prenatálním období. Přesvědčila jsem se, že v některých případech k tomu opravdu může docházet. Vztah mezi rodičem a nenarozeným dítětem se často přenáší i do dalších vývojových a životních etap. Pokud tedy rodič své dítě v prenatálním období ohrožuje na zdraví či životě, je zde velké riziko, že ubližování dítěti bude pokračovat i po jeho narození. S prenatálním ubližováním a prevencí také souvisí zodpovědné plánování rodičovství. Jak bylo ve výzkumu ukázáno velké množství zejména prvních těhotenství je neplánovaných. To znamená, že mnoho nastávajících matek ze začátku ani nemusí o svém těhotenství vědět a své jednání tedy těhotenství ani nepřizpůsobí. A přitom první měsíce těhotenství jsou pro dítě těmi nejdůležitějšími. Prenatální týrání může mít souvislost i s chováním druhého rodiče - otce.

Jak bylo ukázáno, někteří rodiče si svého rizikového jednání vůči nenarozenému dítěti nejsou ani vědomi. Myslím, že v této nevědomosti žije i mnoho dalších rodičů, kteří ubližují

již svému narozenému dítěti. A pokud máme podchytit jak tyto případy, tak i ty, kdy rodič o svém ubližování vůči dítěti ví, je třeba se v tomto problému angažovat, možná by i stačilo, kdybychom ke svému okolí nebyli lhostejní.

Shrnutí

Ve své diplomové práci jsem se pokusila nastínit problematiku týkající se týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí v rodině.

Práce je rozdělena do deseti kapitol a má teoretickou a praktickou část.

První kapitola se týká vztahu rodiny a dítěte. Jaké funkce a jaké nezastupitelné místo v životě každého dítěte rodina má.

Druhá kapitola se věnuje postavení dítěte ve společnosti z historického pohledu.

Třetí kapitola je nejobsáhlejší. Je zaměřena na syndrom CAN, jeho definici, historii a jednotlivé jeho formy.

Ve čtvrté kapitole popisují, jaké důsledky může týrání a sexuální zneužívání pro dítě mít.

Pátá kapitola se dotýká transgeneračního přenosu násilí.

Kapitola šestá zmiňuje nechtěné děti a také rizika, která jim v životě hrozí.

Sedmá kapitola se zaměřuje na prevenci syndromu CAN. Dotýká se také úlohy lékaře, která může být při odhalování ubližování dítěti v rodině velmi důležitá.

Osmá kapitola popisuje prenatální období a také týrání a zanedbávání dítěte (plodu) právě v této životní etapě.

V deváté kapitole uvádím seznam linek bezpečí a krizových center.

V praktické části je vyhodnocen dotazník, který se respondentek dotazoval na jejich chování a jednání v době těhotenství. Na základě tohoto dotazníku jsou v této části zpracovány i hypotézy týkající se prenatálního ubližování dětem.

Resumé

In my MA thesis I focus on problems regarding domestic child abuse and neglect.

This thesis is divided into ten chapters and consists of a theoretical and practical part.

The first chapter describes the relations between family and child. It discusses the essential functions and the irreplaceable role a family plays in the life of every child.

The second chapter discusses the position of children in society from a historical point of view.

The third chapter is the most extensive. It focuses on the CAN syndrome, its definition, history and forms.

In the fourth chapter I describe the possible consequences of sexual abuse for children.

The fifth chapter touches upon the subject of trans-generational transfer of violence.

The sixth chapter briefly deals with unwanted children and the risks which they might face.

The seventh chapter deals with the prevention of the CAN syndrome. This chapter also touches upon the crucial role a doctor can play in discovering the occurrence of child abuse.

The eighth chapter describes the prenatal period and gives examples of prenatal abuse and neglect.

The ninth chapter consists of a list of available helplines and crisis centres.

In the practical part I evaluate the questionnaires which surveyed the behaviour of respondents during their gravidity. The results of this survey also form the data against which my hypotheses concerning prenatal harm were checked.

Seznam literatury a pramenů

BENTOVIM, A. *Týránění a sexuální zneužívání v rodinách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-629-3.

DOSTÁL, O. Výjimky z povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků v souvislosti se sociálně právní ochranou dětí. *Zdravotnictví a právo*. 2007, roč. XI, č. 5, s. 10. ISSN 1211-6432

DUNOVSKÝ, J., EGGERS, H. et al. *Sociální pediatrie*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1989.

DUNOVSKÝ, J. et al. *Sociální pediatrie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-254-9.

DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH Z., MATĚJČEK, Z. a kol. *Týranění, zneužívané a zanedbávané dítě*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1995. ISBN 80-7169-192-5.

ELLIOTTOVÁ, M. *Jak ochránit své dítě*. 1. vyd. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-034-0.

GJURIČOVÁ, Š., KOCOURKOVÁ, J., KOUTEK, J. *Podoby násilí v rodině*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2000. ISBN 80-7021-416-3.

HANUŠOVÁ, J. *Násilí na dětech – syndrom CAN*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86-991-78-4.

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

MATĚJČEK, Z. *Co děti nejvíc potřebují*. 3. vyd. Praha: Portál. 2003. ISBN 80-7178-853-8

MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z. *Děti, rodina a stres*. 1. vyd. Praha: Galén, 1994. ISBN 80-85824-06-X.

MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1993. ISBN 80-901424-7-8.

MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. ISBN 80-86429-19-9.

MUFSONOVÁ, S., KRANZOVÁ, R. *O týránění a zneužívání*. Praha: Lidové noviny, 1996. ISBN 80-7106-194-8.

PÖTHE, P. *Dítě v ohrožení*. 1. vyd. Praha: G plus G, 1996. ISBN 80-901896-5-2.

ŠPECIÁNOVÁ, Š., *Ochrana týraného a zneužívaného dítěte*. Praha: Linde, 2003.

ISBN 80-86131-44-0.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.

VÁGNEROVÁ, M. *Úvod do psychologie*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0015-3.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-246-0956-8.

VANÍČKOVÁ, E., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., PROVAZNÍKOVÁ, H. *Násilí v rodině: syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7184-008-4.

VANÍČKOVÁ, E. *Tělesné tresty dětí: definice – popis – následky*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0814-0.

VANÍČKOVÁ, E., PROVAZNÍK, K., HADJ-MOUSSOVÁ, Z. *Sexuální zneužívání dětí. 1. díl*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-479-9.

VANÍČKOVÁ, E., PROVAZNÍK, K., HADJ-MOUSSOVÁ, Z. *Sexuální zneužívání dětí. 2. díl*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-878-6.

WEISS, P. et al. *Sexuální zneužívání: pachatelé a oběti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-795-8.

Kocáb veršuje proti týrání dětí: Julia pije. Pepa smaží. Ola šlape [online]. Dostupné na WWW: <http://zpravy.idnes.cz/kocab-versuje-proti-tyrani-deti-jula-pije-pepa-smazi-ola-slape-p62-/domaci.asp?c=A090519_215648_domaci_lpo> [cit. 22. 5. 2009].

Seznam tabulek

TABULKA 1 - NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ RESPONDENTŮ.....	53
TABULKA 2 – VĚK RESPONDENTŮ.....	54
TABULKA 3 – VĚK V DOBĚ TĚHOTENSTVÍ.....	55
TABULKA 4 – PLÁNOVANOST TĚHOTENSTVÍ.....	56
TABULKA 5 - RIZIKOVÉ JEDNÁNÍ MATKY BĚHEM TĚHOTENSTVÍ.....	57
TABULKA 6 – TYPY RIZIKOVÉHO JEDNÁNÍ MATKY BĚHEM PRVNÍHO TĚHOTENSTVÍ.....	58
TABULKA 7 - TYPY RIZIKOVÉHO JEDNÁNÍ MATKY V DOBĚ DRUHÉHO TĚHOTENSTVÍ.....	59
TABULKA 8 - TYPY RIZIKOVÉHO JEDNÁNÍ MATKY V DOBĚ TŘETÍHO TĚHOTENSTVÍ.....	60
TABULKA 9 – VĚDOMOST MOŽNÉ ŠKODLIVOSTI JEDNÁNÍ.....	61
TABULKA 10 - RIZIKOVÉ JEDNÁNÍ ZE STRANY OTCE BĚHEM TĚHOTENSTVÍ.....	62
TABULKA 11 - TYPY RIZIKOVÉHO JEDNÁNÍ ZE STRANY OTCE V BĚHEM PRVNÍHO TĚHOTENSTVÍ.....	63
TABULKA 12 - TYPY RIZIKOVÉHO JEDNÁNÍ ZE STRANY OTCE BĚHEM DRUHÉHO TĚHOTENSTVÍ.....	64
TABULKA 13 - TYPY RIZIKOVÉHO JEDNÁNÍ ZE STRANY OTCE BĚHEM TŘETÍHO TĚHOTENSTVÍ.....	65
TABULKA 14 – INFORMOVANOST OD LÉKAŘE.....	66
TABULKA 15 - ZÍSKÁVÁNÍ INFORMACÍ JINDE NEŽ U LÉKAŘE.....	67
TABULKA 16 – VYRŮSTÁNÍ S OTCEM.....	68

Seznam obrázků

OBR. 1.....	53
OBR. 2.....	54
OBR. 3.....	55
OBR. 4.....	56
OBR. 5.....	57
OBR. 6.....	59
OBR. 7.....	60
OBR. 8.....	61
OBR. 9.....	62
OBR. 10.....	62
OBR. 11.....	64
OBR. 12.....	65
OBR. 13.....	66
OBR. 14.....	67
OBR. 15.....	68
OBR. 16.....	68

Seznam příloh

Příloha 1.....	82
Příloha 2.....	85

Příloha 1

1.5. DOPORUČENÝ POSTUP PŘI PODEZŘENÍ ZE sy. CAN

A) Důvody, které vedou lékaře k podezření ze sy. CAN:

Před vyslovením podezření ze sy. CAN je třeba, současně s převzetím dítěte do péče, aby lékař primární péče:

- a) získal „Zprávu o propuštění novorozence“ či „Protokol o předání pacienta“,
- b) zjišťoval a zapisoval do zdravotnické dokumentace aktuální sociální zázemí dítěte a jejich změny,
- c) pojal podezření na dítě žijící v rizikovém prostředí, pokud rodič nebo zákonný zástupce (dále jen „rodič“) dítěte odmítl udat jméno a adresu posledního praktického lékaře pro děti a dorost,
- d) pojal podezření na dítě žijící v rizikovém prostředí u rodičů, kteří často mění ošetřujícího lékaře nebo vyhledali opakovaně lékaře a uváděli nedůvěryhodnou anamnesu potíží dítěte,
- e) rozeznal užívání nedoporučených postupů v léčbě dítěte,
- f) rozeznal chybné způsoby péče o dítě včetně stravování dítěte,
- g) provedl komplexní vyšetření dítěte při převzetí do péče, včetně výšky, hmotnosti, obvodu hlavičky, BMI, vyšetření moče. Důležité je zaznamenat anomálie v chování a v navazování kontaktu s dítětem. Obzvláštní pozornosti je potřeba věnovat popisu zhojených poranění, jizvám, tetováním, opruzeninám, úrovni hygieny včetně stavu oblečení,
- h) řádně, čitelně a úplně provedl o vyšetření zápis do zdravotnické dokumentace.

Při podezření ze sy. CAN je třeba, aby lékař:

- a) zachoval profesionální jistotu v komunikaci s dítětem a jeho doprovodem,
- b) zabránil konfrontačnímu pohovoru s doprovodem dítěte,
- c) zaznamenal údaje získané od doprovodu dítěte (dle možností i od dítěte) ve vztahu k aktuálním potížím dítěte,

- d) provedl cílené vyšetření dítěte, včetně výšky, hmotnosti, obvodu hlavičky, BMI, vyšetření moče. Důležité je zaznamenat způsob chování a případné obtíže v navazování kontaktu s dítětem. Obzvláštní pozornosti je potřeba věnovat popisu poranění, úrovni hygieny včetně stavu oblečení,
- e) v případě podezření na sexuální zneužívání zvláště pozorně vyšetřil genitál a řitní otvor. Mnohdy jsou známky násilí patrné na prádle, které je potřeba zajistit (stopy krve, spermatu),
- f) písemně zaznamenal všechny údaje ze svého vyšetření do zdravotnické dokumentace (viz dále),
- g) na základě subjektivních i objektivních údajů **neprodleně** telefonicky informoval o svém podezření Orgán sociálně právní ochrany dětí (dále jen „OSPOD“). Dle reálné situace oznámí OSPOD svůj další postup a kam dítě odesílá.

B) Další postup lékaře (alternativy) při podezření na sy. CAN:

Další postup lékaře vyplývá ze zdravotního stavu dítěte a reálné situace:

- vyšetří a ošetří dítě,
- poučí doprovod,
- pozve ke kontrolnímu vyšetření (popř. zařadí do dispenzarizace),
- popř. zajistí hospitalizaci (dle situace a zdravotního stavu dítěte, vždy u dítěte, které vyhledalo lékařskou péči samo, u dítěte v doprovodu cizí osoby, která vyslovila podezření ze sy. CAN). V případě, že rodiče nedali souhlas s hospitalizací, je postupováno v souladu s § 23 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů,
- v případě doprovodu cizí osoby, která vyslovila podezření ze sy. CAN, lékař zaznamená do zdravotnické dokumentace kontakt na tuto osobu (jméno, bydliště, telefon).

C) Zápis do zdravotnické dokumentace dítěte:

Zápis do zdravotnické dokumentace dítěte by měl obsahovat:

1. datum a čas prvotního podezření ze sy. CAN,
2. záznam vlastního šetření:
 - 2.1. subjektivní popis potíží vyslovený dítětem nebo doprovodem,
 - 2.2. komplexní vyšetření dítěte **s popisem nálezů,**

3. **způsob, datum ohlášení a jméno pracovníka OSPOD**, kterému lékař podezření ze sy. CAN vždy nahlásí,
4. výpis ze zdravotnické dokumentace s popisem nálezu předá lékař **na vyžádání OSPOD**, a to v souladu s § 53 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů.

D) Oznamovací povinnost lékaře:

Podezření na sy. CAN podléhá oznamovací povinnosti, a to v souladu s § 10 a § 53 zákona č. 359/1999 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Oznamovací povinnost je taktéž stanovena v ust. § 168 trestního zákona. V případě podezření na sy. CAN by se mohlo jednat o naplnění skutkové podstaty trestného činu týrání svěřené osoby, uvedeného v ust. § 215 trestního zákona.

Příloha 2

DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Markéta Donátová a jsem studentkou oboru „psychosociální studia“ na HTF UK. Před sebou máte dotazník, který je součástí mé diplomové práce zaměřené na vývoj dítěte. Moc mi pomůžete, když ho vyplníte pravdivě a poctivě. Tento dotazník je anonymní a bude použit pouze pro mou diplomovou práci.

Děkuji Vám za Vaši pomoc.

Markéta Donátová

1. Vaše dosažené vzdělání:

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

2. Váš současný věk:

3. Těhotenství v letech (prosím, zaškrtněte také informace v závorce):

První (plánované/neplánované):

Druhé (plánované/neplánované)

Třetí (plánované/neplánované):

4. Vaše jednání a chování v době těhotenství (prosím, zaškrtněte i více možností):

U prvního těhotenství:

- a) Kouření
- b) Pití alkoholu
- c) Braní (kouření) drog
- d) Vystavování nadměrné fyzické zátěži
- e) Vystavování nadměrné psychické zátěži (např. při rozvodu, rozchodu apod.)
- f) Rizikové sporty

U druhého těhotenství:

- a) Kouření
- b) Pití alkoholu
- c) Braní (kouření) drog
- d) Vystavování nadměrné fyzické zátěži
- e) Vystavování nadměrné psychické zátěži (např. při rozvodu, rozchodu apod.)
- f) Rizikové sporty

U třetího těhotenství:

- a) Kouření
- b) Pití alkoholu
- c) Braní (kouření) drog
- d) Vystavování nadměrné fyzické zátěži
- e) Vystavování nadměrné psychické zátěži (např. při rozvodu, rozchodu apod.)
- f) Rizikové sporty

5. Pokud jste činila nějakou činnost popsanou v otázce 4, byla jste si vědoma toho, že to Vašemu dítěti může ublížit?

- a) Ano
- b) Ne

6. Chování otce dítěte během těhotenství (prosím, zaškrtněte, pokud otec vykazoval některé známky uvedeného chování):

U prvního těhotenství:

- a) Nevšímavost
- b) Agresivita
- c) Fyzické násilí
- d) Psychické násilí

U druhého těhotenství:

- a) Nevšímavost
- b) Agresivita
- c) Fyzické násilí
- d) Psychické násilí

U třetího těhotenství:

- a) Nevšímavost
- b) Agresivita
- c) Fyzické násilí
- d) Psychické násilí

7. Poskytl Vám Váš lékař dostatečné informace o tom, jak se máte o sebe a dítě během těhotenství starat?

- a) Ano
- b) Ne

8. Kde jste (ještě) získávala informace o tom, jak se máte o sebe a dítě během těhotenství starat?

- a) Z televize
- b) Na internetu
- c) Z odborných knih/časopisů
- d) Od rodiny
- e) Od přátel
- f) Nezajímala jsem se
- g) Jinde
- h) Nikde

9. Moje dítě/děti vyrůstá/vyrůstají se svým otcem (položku „Ano“ zaškrtněte i v případě, že dítě/děti máte ve střídavé péči).

- a) Ano
- b) Ne