

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Informovanost studentů PedF UK jakožto možných budoucích učitelů k
problematice syndromu CAN

Awareness of Charles University Faculty of Education students, as possible
future teachers, towards the problem and subsequent solution of child abuse
or neglect

Laura Godešová

Vedoucí práce: PhDr. Hanušová Jaroslava, Ph.D.
Studijní program: Pedagogika
Studijní obor: Pedagogika se sdruženým studiem Anglický jazyk se zaměřením na
vzdělávání

2024

Odevzdáním této bakalářské práce na téma *Informovanost studentů PedF UK jakožto možných budoucích učitelů k problematice syndromu CAN* potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Rakovníku dne 9. 7. 2024

Ráda bych poděkovala vedoucí mé práce PhDr. Jaroslavě Hanušové, PhD., za odborné vedení, rady a trpělivost během konzultací. Zároveň bych také chtěla poděkovat všem respondentům, bez kterých by tato práce nemohla vzniknout.

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zabývá syndromem CAN a informovaností o této problematice mezi studenty PedF UK. Teoretická část pojednává o různých druzích syndromu CAN. Podkapitoly se věnují tělesnému a psychickému týrání (špatnému psychickému zacházení), zanedbávání, zneužívání a zvláštním formám syndromu CAN, které nebývají příliš často popsány.

Praktická část se skládá z dotazníkového šetření, jehož výzkumným vzorkem bylo 83 studentů PedF UK. Šetření se skládalo z 26 otázek zaměřených na charakteristiku respondentů, na získání dat ohledně jejich znalostí týkajících se syndromu CAN a na zhodnocení dvou fiktivních modelových situací.

Šetřením se dotazník pokoušel zjistit, jak na tom studenti vědomostně ohledně syndromu CAN jsou, jak jsou si svými vědomostmi jistí a jestli se dají jejich znalosti nějakým způsobem připsat studiu, kterým prošli na PedF UK. Provedeným výzkumným šetřením jsem dospěla k závěru, že studenti určité povědomí mají. Vědomostní část dotazníku měla průměrnou správnost 75,04 %. Nicméně studenti mají zvláštní mezery, například 41 (49,40 %) z nich o syndromu CAN nikdy neslyšelo a 64 respondentů (72,73 %) nezná žádnou organizaci, která by se syndromem CAN zabývala. Zároveň jsem nebyla schopna bezpečně připsat toto povědomí jakémukoliv vzdělání, kterým studenti prošli na PedF UK, protože 61 respondentů (73,49 %) neabsolvovalo žádný předmět, který by je informoval o syndromu CAN. Sebevědomí studentů není příliš velké, jelikož sami sebe hodnotí velmi kriticky, medián subjektivního ohodnocení se pohybuje kolem známky 4 (dostatečné), a to i přes relativně dobře zvládnutou vědomostní část dotazníkového šetření.

KLÍČOVÁ SLOVA

Informovanost, studenti, syndrom CAN, týrání, učitelé, zanedbávání

ABSTRACT

This bachelor's thesis delves into the Syndrome of Child Abuse and Neglect and the awareness about this problem among the students of Charles University Faculty of Education. The theoretical part explains the different types of abuse and neglect that fall under the Syndrome of Child Abuse and Neglect. The chapters define and explain physical abuse, emotional abuse (psychological maltreatment), neglect, and special types of abuse falling under Syndrome CAN, which are not often described.

The practical part is composed by a questionnaire survey. The research sample consists of 83 students of Charles University Faculty of Education. The questionnaire consisted of 26 questions aimed at characterizing the respondents, obtaining data regarding their knowledge about Syndrome CAN and evaluating two fictional model situations.

The survey attempted to find out how deep the knowledge of CAN syndrome among the students, how confident they were in their knowledge, and whether their knowledge could be attributed in any way to the studies they had undergone at Charles University Faculty of Education. By conducting the research, I concluded that students have some awareness about the Syndrome of Child Abuse and Neglect. The knowledge part of the questionnaire had an average accuracy of 75.04%. However, the students have peculiar gaps in their knowledge. For example, 41 (49.40%) of them have never heard of CAN syndrome, and 64 respondents (72.73%) do not know any organization dealing with CAN syndrome. At the same time, I have not been able to safely attribute the existing awareness to any education the students have undergone at Charles University Faculty of Education, as 61 respondents (73.49%) had not taken any course that informed them about CAN syndrome. The student's confidence is not high, as they evaluate themselves very critically, with the median subjective rating being around grade 4, despite managing to answer the questionnaire part aimed at their knowledge relatively well.

KEYWORDS

Awareness, students, syndrome CAN, abuse, teachers, neglect

Obsah

Úvod	7
1 Syndrom CAN	8
1.1 Tělesné týrání	9
1.1.1 Rizikové faktory	10
1.1.2 Syndrom třeseného dítěte	10
1.1.3 Münchhausenův syndrom (syndrom „navození nemoci“)	11
1.2 Psychické týrání (špatné psychické zacházení)	12
1.3 Zanedbávání	13
1.3.1 Typy zanedbávání péče o dítě	15
1.3.2 Rizikové faktory, následky a možné indikátory	16
1.3.3 Psychická deprivace	18
1.4 Zneužívání	20
1.4.1 Komerční sexuální zneužívání	20
1.4.2 Rizikové faktory, možné následky a indikátory	21
1.5 Zvláštní formy syndromu CAN	23
1.5.1 Systémové týrání	23
1.5.2 Organizované zneužívání	24
1.5.3 Rituální zneužívání	24
2 Praktická část	25
2.1 Cíle a výzkumné otázky	25
2.2 Metodologie	25
2.3 Výsledky šetření	26
2.4 Analýza výsledků a komparace dat	68
Doporučení	77
Závěr	78

Seznam použitých informačních zdrojů	79
Seznam tabulek.....	82
Seznam grafů	83

Úvod

Učitelé a další pedagogický personál jsou stejně jako lékaři jednou z prvních záchranných sítí, která může podchytit, pokud je dítě v rodině týráno, zanedbáváno nebo zneužíváno. Povinností učitelů, jiného pedagogického personálu a všech, kdo pracují s dětmi a mladistvými, je jednat v nejlepším zájmu svých svěřenců. Od nejmenované spolužačky, rovněž studující na fakultě, jsem se dozvěděla, že se strachuje, jestli bude vůbec schopna všimnout si během své budoucí praxe varovných náznaků. Pokud studenti učitelství mají o svých schopnostech a znalostech pochyby i ve 3. ročníku, tak je něco velice špatně. Sama jsem si nebyla schopna vybavit předmět, kde bychom se problematikou syndromu CAN nějak hlouběji zabývali. Tato skutečnost mne dovedla k vytvoření této práce a ke zmapování toho, jak se studenti PedF UK v tomto tématu orientují. Mají studenti PedF UK o syndromu CAN nějaké povědomí? Dokáží bezpečně rozpoznat varovné známky, nebo si také sami sebou nejsou jistí jako moje kolegyně? Vybavují si nějaký předmět, díky kterému se o syndromu CAN něco dozvěděli nebo si prohloubili své znalosti?

Teoretická část mé práce se zabývá definicí syndromu CAN a jeho různými formami a subkategoriemi. Jelikož se jedná o velmi závažný a často zkoumaný jev s dlouhou historií, tak je vždy o čem psát.

Praktická část se skládá z mého vlastního dotazníkového šetření, které jsem předložila studentům PedF UK, a následně z analýzy sesbíraných dat. Dotazník se zaměřoval na syndrom CAN – na vědomosti, které studenti mají, popř. na charakteristiku respondentů samotných (např. jestli chtějí vůbec pracovat jako učitelé nebo jestli tak aktuálně pracují.). Ke komfortnímu vyobrazení výsledků jsem využila různé druhy grafů (spojnicové, koláčové), a zejména tabulky pro utřídění většího množství dat.

1 Syndrom CAN

Syndrom CAN (Child abuse and Neglect) je ve společnosti poměrně rozšířený fenomén – dle ročního výkazu výkonu sociálně právní ochrany dětí bylo za rok 2022 zjištěno celkem 8 497 případů (MPSV, 2024). Tímto neblahým syndromem je obecně zasaženo zhruba 1–2 % dětské populace (Mydlíková et al., 2021), proto je důležité věnovat mu zaslouženou pozornost.

Syndrom CAN je většinou definován jako poškození fyzického, psychického nebo sociálního statusu a vývoje dítěte, které vzniká v důsledku jakéhokoli nenáhodného jednání rodičů nebo jiné osoby a které je v dané společnosti a kultuře označováno jako nepřijatelné (Krejčířová, 2007). Dunovský (1995) za týrání, zanedbávání nebo zneužívání považují jakékoliv nenáhodné, preventabilní, vědomé (popř. nevědomé) jednání dospělého vůči dítěti, které je nepřijatelné v dané společnosti a které poškozuje tělesný, duševní nebo společenský stav či vývoj dítěte, popřípadě způsobuje i jeho úmrtí. Rovněž Mydlíková et al. (2021) popisují pediatrickou definici syndromu CAN jako nenáhodný, preventabilní děj či akci (nebo naopak ne-akci), která je v dané společnosti nepřijatelná a poškozuje tělesný, duševní a sociální stav dítěte. WHO (World Health Organization, 2022) považuje za špatné zacházení s dítětem všechny formy fyzického a citového týrání, sexuální zneužívání, zanedbávání nebo nedbalé zacházení či komerční nebo jiné vykořisťování, které mohou vést k poškození zdraví, přežití, vývoje nebo důstojnosti. Nejčastěji příkoří dětem způsobují právě jejich blízké osoby, které je mají chránit, zejména rodina, další příbuzní a lidé podílející se na jejich výchově (Presslová, 2012).

Z těchto definic můžeme usuzovat, že syndrom CAN má dlouhou historii podmíněnou aktuálním společenským stavem a hodnotami. Pozice a postavení dítěte se totiž v průběhu historie měnilo a bylo rozdílné i mezi kulturami. Tomuto závažnému tématu nicméně nebyla dlouhodobě věnována žádná pozornost, nebo se jednalo pouze o pozornost minimální. Teprve až v druhé polovině 20. století vyšla práce amerického pediatra a virologa C. H. Kempeho s názvem „The battered child syndrome“ doufající v osvětu odborné, zejména lékařské veřejnosti (The Kempe Foundation, 2024). Tato práce se věnovala neúrazovým (non-accidental) zraněním způsobených úmyslně, případně hrubou nedbalostí, které by šlo výkonem klasických rodičovských povinností předejít. Postupem času vyšlo najevo, že oběti netrpí pouze fyzicky, ale mohou strádat i psychicky či

emocionálně (Hanušová, 2006). Všechny formy syndromu CAN mají na oběť neblahý vliv. Ohrožují vývoj psychický, tělesný, sociální i emoční (Presslová, 2012).

U nás se tímto jevem zabýval prof. Jiří Dunovský od počátku 70. let minulého století (Hanušová, 2006).

V následujícím textu se budu blíže zabývat formami syndromu CAN – tělesným týráním, psychickým týráním, zanedbáváním, sexuálním zneužíváním a různými subkategoriemi tohoto hlavního rozdělení.

1.1 Tělesné týrán

Týrán je velmi rozsáhle zkoumaným jevem. Dle rady Evropy (1992) je tento pojem vnímán jako fyzické ublížení či vědomé odmítání mu zabránit. Pachatelem může být jakákoliv dospělá osoba, nicméně jsou to často lidé v rodinném vztahu k dítěti. Dle Mydlíkové et al. (2021) se situace musí posuzovat z hlediska kvantity, typu a charakteru, trvání a vyhodnocení kauzality (např.: úměrnost nebo adekvátnost, pokud je takové jednání trestem). Krejčířová (2007) říká, že tělesné týrán má za následek až 10 % úrazů na dětských pohotovostech.

Tento jev bývá mnohdy spojen s dalšími formami syndromu CAN – například zanedbáváním. Vyskytuje se v rodinách s vysokou stresovou zátěží a nedostatkem sociálního zázemí či opory. Fyzické týrán bývá dlouhodobý a opakující se jev. Pravděpodobnost recidivy je mezi 20–60 % (Krejčířová, 2007).

Fyzické týrán rozlišujeme na formy aktivní a pasivní. Mezi aktivní formy se počítají veškeré akty fyzického násilí na dítěti (bití, popálení, řezání, dušení, otrava atp.), ale i záměrné opomenutí péče o poraněné dítě, které vyústí v jeho smrt. Mezi pasivní náleží úmyslné i neúmyslné akce, kvůli nimž dítě neprospívá (Pugnerová, 2016).

Tělesná poranění lze rozlišit (Spilková & Dunovský, 1995) na zavřená a otevřená.

Zavřená poranění se v publikaci Týrané zneužívané a zanedbávané dítě dělí následovně:

1. Otřesy – Počítají se zde především otřesy mozku a míchy (Spilková & Dunovský, 1995).
2. Pohmoždění – Vyskytuje se na kůži a dochází zde ke zhmoždění podkožní tkáň (Spilková & Dunovský, 1995). Mohou mít charakteristický tvar například otisku

ruky a může dojít až k úplnému odtržení kůže či zranění hlubších tkání (Hanušová, 2006).

3. Poranění svalů.
4. Poranění kostí – Charakteristickým znakem je tzv. chip fraktura na konci dlouhých kostí vznikající kroucením, tahem nebo šubnutím. Další podezřelá zranění mohou být spirální zlomenina pažní kosti, zlomenina stehenní kosti u dítěte mladšího dvou let, zlomenina lopatky a zlomenina zevní části klíční kosti (Spilková & Dunovský, 1995).
5. Poranění hlavy – Toto zranění bývá nejčastější příčinou úmrtí u dětí trpících syndromem CAN (Hanušová, 2006).
6. Poranění míchy.
7. Poranění nitrobřišních orgánů – Dle Pugnerové (2016) se může takové poranění projevit jako náhlá příhoda břišní a diagnóza bývá upřesněna až v průběhu operačního zákroku.

Otevřená poranění Spilková a Dunovský (1995) ve stejnojmenné publikaci dělí takto:

1. Rány na hlavě – Mohou být také provázeny roztržitím lebečních kostí (Spilková & Dunovský, 1995).
2. Nitrooční krvácení.
3. Rány na hrudníku.
4. Popáleniny – Mohou mít podobu objektů např. grilu či cigarety. Malé děti bývají do vařící vody ponořeny, starší bývají horkou vodou polity (Hanušová, 2006).

1.1.1 Rizikové faktory

Slaný (2008) uvádí nejrůznější rizikové faktory pro vznik tělesného týrání na straně rodiče. Jmenuje například anomální a nevyzrálé osobnosti, agresivní jedince, frustrované dospělé závislé na návykových látkách a dospělé, kteří byli sami takto vychováni (tento jev se označuje jako tzv. kruhová kauzalita). Mezi ty, které jsou rizikem více ohrožené, patří děti úzkostné, mající specifické poruchy učení, neklidné, plačtivé, mentálně znevýhodněné, sociálně obtížně přizpůsobivé, nechtěné a ty, které trpí tzv. syndromem obětního beránka.

1.1.2 Syndrom třeseného dítěte

Syndrom třeseného dítěte je závažnou formou tělesného týrání. Vzniká agresivním třesením kojence pevně držného za trup nebo paže, hlavička dítěte při tom vykonává

pohyb od prudké flexe do násilné hyperextenze (Havránek et al., 2012). Podle Americké asociace neurochirurgů (American Association of Neurological Surgeons, 2024) může takové jednání dítěti způsobit subdurální hematom, subarachnoidální krvácení, nevratné poškození mozku, krvácení do sítnice, fraktury lebky a dalších kostí jako například žeber, končetin nebo klíčních kostí. Středisko pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC, 2010) píše, že děti se syndromem třeseného dítěte zvracejí, ztrácí vědomí, mají problémy s dýcháním (dýchání samotné je nepravidelné nebo takové děti nedýchají vůbec), mají křeče či záchvaty, mají změnu spánkového režimu, nejsou schopny se nakojit, jsou podrážděné, nereaktivní a nekontrolovatelně a ustavičně pláčou.

Mezi následky syndromu třeseného dítěte patří smrt, slepota, mentální retardace nebo opožděný vývoj, těžká motorická dysfunkce, spasticita a záchvaty (CDC, 2010). Oběťmi bývají kojenci do osmi měsíců života a tohoto jednání se dopouštějí častěji muži (Gregora, 2012).

1.1.3 Münchhausenův syndrom (syndrom „navození nemoci“)

Zvláštní kapitolou fyzického týrání je Münchhausenův syndrom, někdy též v českém pojetí nazýván jako syndrom Barona Prášila (Mydlíková et al., 2021). Münchhausenův syndrom nebo tzv. syndrom nemocničního tuláctví (Svoboda et al., 2006) se vyznačuje tím, že pacient předstírá své obtíže. Sám se dobrovolně podrobuje nejrůznějším lékařským zákrokům bez ohledu na jejich invazivnost, i když je ve skutečnosti nepotřebuje. Zdánlivě nemocní totiž většinou působí velmi věrohodně (Mydlíková et al., 2021).

Pro účely této práce je podstatná subkategorie tohoto jevu - Münchhausenův syndrom v zastoupení (by proxy). Defínuje se tím, že pečovatel (velice často matka) navozuje, předstírá či zveličuje problémy dítěte, pro které se poté dožaduje zdravotnické intervence (Koutek, 2014). Typické je navštěvování zástupu lékařů a lékařských zařízení, podrobné popisování nejrůznějších příznaků a symptomů. Obvykle to mohou být akutní břišní příhody s opakovanými laparotomiemi, různé krvácivé příhody, ztráty vědomí, záchvaty nebo kožní nálezy (Mydlíková et al., 2021). Závažné případy mohou končit doživotním poškozením, nebo dokonce úmrtím dítěte. Syndrom může končit smrtí až v pětině případů (Dunovský, 1995). Krejčířová (2007) nicméně uvádí, že navozená nemoc nemusí být jen tělesná, ale i psychická, např.: navozování deliriózních stavů a bludů.

Tabulka č. 1: Typické znaky Münchhausenova syndromu

Porucha je multisystémová, dlouhotrvající, neobvyklá nebo vzácná
Symptomy jsou nepřiměřené či nekongruentní
Symptomy mizí, nejsou-li rodiče/rodič přítomni
V rodině se vyskytuje syndrom náhlého úmrtí kojence
Dítě reaguje neobvyklým způsobem na terapii
Rodič je úzce připoután k dítěti a má medicínské znalosti
Rodič požaduje od zdravotnického personálu další vyšetření dítěte

Zdroj: Koutek (2014, s. 654).

Motivem takového jednání mnohdy bývá získání obdivu a chvály jakožto rodiče, který se obětavě stará o nemocné dítě (Krejčířová, 2007).

1.2 Psychické týrání (špatné psychické zacházení)

Psychické týrání je jev, který se dá zdokumentovat jen velice obtížně narozdíl od týrání fyzického, jež se dá objektivně doložit třeba fotodokumentací (Procházková & Spilková, 1995). Může mít formu ponižování, nadávek nebo odmítavosti, nevšimavosti a nezájmu. Těžko se prokazuje a jako součást syndromu CAN podléhá aktuální společenské situaci a přístupu k výchově. Z odborného hlediska je nicméně doložitelný fakt, že pokud dítě prochází fyzickým týráním či sexuálním zneužíváním, bude logicky také současně procházet týráním psychickým (Pugnerová, 2016).

Krejčířová (2007) rozlišuje 5 typů psychického týrání:

1. Pohrdání – Zahrnuje nadávky, ponižování a posměch.
2. Terorizování – Do tohoto typu se počítá přihlížení násilí v rodině nebo vyhrožování násilím dítěti.
3. Izolování – Tento typ chápeme jako bránění sociální interakci.
4. Korumpování – Zahrnuje vedení dítěte k antisociálnímu chování či abúzu návykových látek, využívání dítěte jako náhradního rodiče (Takové jednání je označováno jako tzv. parentifikace.).
5. Odpírání emoční opory – Ignorování emočních potřeb dítěte.

Mydlíková et al. (2021) jmenují jako klasické případy psychického týrání rozvod rodičů (kde se o dítě přetahují či haní druhého rodiče), protěžování sourozence a rodiče, kteří mají na potomky vysoké nároky (lpění na známkách, sportovní výkony). Pugnerová (2016) se domnívá, že rozvod a následné tzv. přetahování o dítě je nejčastěji se vyskytující situace, při níž se diagnostikuje psychické týrání, na druhé straně zmiňuje i situace, kdy se rodiče o dítě zkrátka nezajímají, nevšímají si jej nebo bagatelizují jeho problémy. Též podotýká, že pokud je na dítě vyvíjen tlak pomocí vysokých nároků, tak se při nenaplnění rodičovských představ mohou množit manipulace a vyvolávání pocitu viny v dítěti.

Pugnerová (2016) rovněž rozlišuje psychické týrání na aktivní a pasivní. Mezi aktivní počítá situace, kdy se dítěti dějí nějaké nepříznivé události nebo je vystaveno nepříznivé činnosti např.: nadávkám a zesměšňování. Mezi pasivní zahrnuje to, co by mělo ve výchově správně probíhat, ale neděje se to.

Následky takového jednání vůči dítěti mohou být velice závažné pro jeho řádný vývoj. Procházková a Spilková (1995) jmenují například nízké sebehodnocení, úzkosti, neprůbojnost, agresivitu, poruchy chování a psychosomatické obtíže. Psychicky týrané děti mívají problémy v sociálních situacích a v mezilidských vztazích. Pugnerová (2016) dodává snadnou plačtivost, ustrašenost, úzkostnost, obtížnost vyjadřovat názor, lhaní, záškoláctví a útoky z domova. Rovněž dodává, že u dětí, které vyrůstaly v atmosféře nějakého (jakéhokoliv) násilí, lze předpokládat riziko pro vznik přenesených vzorců chování. Děti jednoduše pojmu tyto věci za své a naučí se, že je to jeden ze způsobů řešení problémů. Takové děti mohou vyrůst jak v další agresory, tak i nadále setrvávat v roli obětí.

1.3 Zanedbávání

Zanedbávání péče o dítě je ze všech forem špatného zacházení s dítětem nejméně ustálenou oblastí. Definice termínu je v odborné literatuře neustálena, přestože se jedná o pravděpodobně nejrozšířenější fenomén problematiky syndromu CAN (Bechyňová & Konvičková, 2020). Pojem zanedbávání úzce souvisí s lidskou kulturou a kvalita péče je vždy posuzována dle hodnot a měřítek současné společnosti. Abychom mohli zanedbávání řádně analyzovat, musíme znát kulturní, ekonomické, právní a sociální podmínky jednotlivých zemí. (Pemová & Ptáček, 2016). Podle Pemové a Ptáčka (2016) se totiž jinak hodnotí situace, kdy je dítě zanedbané, protože je s rodiči uprostřed válečného konfliktu,

postiženo živelnou katastrofou nebo žije v zemi s nízkým ekonomickým potenciálem na rozdíl od případů, kdy rodiče nedostatečně uspokojují potřeby dítěte, i když žijí v relativním blahobytu rozvinuté společnosti. Zdravotní komise Rady Evropy v roce 1992 definovala zanedbávání jako jakýkoliv nedostatek péče, jenž způsobuje vážnou újmu ve vývoji dítěte nebo jej přímo ohrožuje. Zanedbávané děti bývají společně s těmi vystavenými psychickému teroru nejhůře zjištělné (Bechyňová & Konvičková, 2020), protože takové děti totiž nejsou oběťmi agrese, ale trpí deficitem v aktivním zájmu o jejich blaho ze strany pečovatелů. Při zanedbávání je tedy dítě ohroženo akutně, nebo chronicky, nedostatkem podnětů a faktorů podstatných pro svůj zdravý rozvoj (Mydlíková et al., 2021).

Terminologie je ještě více zkalena faktem, že psychická deprivace není synonymem pro zanedbávání. Psychická deprivace je strádání, jež bylo zkoumáno u dětí v ústavní výchově (Langmeier & Matějček, 2011), nicméně k deprivaci může docházet i v rodinách (Bechyňová & Konvičková, 2020).

Každý člověk má určité potřeby, které musí být pro jeho řádný vývoj a život uspokojovány. Pugnerová (2016) popisuje několik základních psychických potřeb, které jsou pro tuto kapitolu významné:

1. Potřeba vnější stimulace (podnětů)
 - Tyto potřeby uspokojujeme pomocí podnětů (stimulů). Prostředí každého člověka, dítěte i dospělého, by mělo mít bohaté a podnětné a přiměřené vývojové úrovni. Přehnaně mnoho podnětů ale může vést k tzv. psychickému přesycování.
2. Potřeba vnější struktury (učení)
 - Tato potřeba navazuje na potřebu stimulace. Vyznačuje se potřebou učit se, získáváním zkušeností, orientací v prostředí a hledáním pravidelnosti. Aby měl kontakt prostředí a dítěte smysl, musí obsahovat strukturu, které dítě bude rozumět.
3. Potřeba specifického sociálního objektu (lásky)
 - Matka nebo obdobný sociální objekt v raných fázích vývoje reprezentuje svět, proto je interakce s pečující osobou pro dítě motivující a základní.

4. Potřeba osobně-sociálního významu (sebenaplnění, osobní integrita, nezávislost)
 - Během vývoje dítě dospěje do stadia, kdy je schopno vykonávat činnosti samostatně. Bývá na své výkony hrdé a klade si vlastní nové cíle, jejichž dosažení mu přináší další motivaci.
5. Potřeba otevřené budoucnosti (naděje, životní perspektivy)
 - Ztráta naděje a životních perspektiv vede k zoufalství.

1.3.1 Typy zanedbávání péče o dítě

V literatuře je rozlišeno několik typů zanedbávání. V rodinách se často mohou vyskytovat v různých kombinacích. V literatuře se většinou rozlišují čtyři různé typy zanedbávání, například Bechyňová a Konvičková (2020) je rozlišují následovně:

1. Fyzické – neuspokojování tělesných potřeb.

Dítě například nedostává vhodné jídlo vzhledem ke svému věku či dietárním omezením, což vede k jeho špatnému prospívání. Při posuzování stravy je nutné přihlížet k finanční situaci dané rodiny a jejímu kulturnímu zázemí. Dalšími příklady jsou neadekvátní ošacení či přístřeší. Oblečení dítěte by mělo být vhodné vzhledem k počasí, odpovídat jeho velikosti a nemělo by negativně ovlivňovat jeho zdravotní stav či pozici mezi vrstevníky. Důležitou a nedílnou součástí péče o dítě jsou hygienické návyky, které by měly postupem času potomci převzít od rodiny (Bechyňová & Konvičková, 2020).

2. Výchovné

Může se jednat například o situace, při nichž dojde k úrazu nebo újmě důsledkem nedostatečné péče ze strany pečovatele. Do této kategorie patří i rozvoj a přístup ke vzdělání - prostředí dítěte by mělo být podnětné a stimulovat jeho rozvoj. Dítě by mělo mít doma adekvátní hračky či knihy vhodné ke svému věku, rodina by se měla zajímat o školní docházku dítěte a případně mu pomáhat se školní přípravou (Bechyňová & Konvičková, 2020).

3. Emoční – neuspokojování emočních potřeb

Zde se jedná o neuspokojování emočních potřeb dítěte, jako jsou pocity přijetí, lásky a sounáležitosti. Podstatný je zájem o dítě, jeho emoční prožívání a samotný přístup rodiny k výchově. Rodiče by měli být schopni měnit přístup k dítěti vzhledem k věku, utvářet jisté

hranice a adekvátně reagovat nebo se dostatečně emočně regulovat (Bechyňová & Konvičková, 2020).

4. Zdravotní

Při péči o fyzické zdraví je nutné dbát na pravidelné lékařské kontroly a péči. Dále by měl rodič jednat na základě doporučení odborníků (Bechyňová & Konvičková, 2020).

Zanedbávání péče se ale dá rozlišovat i z jiných hledisek. Například Pemová a Ptáček (2012) rozlišují zanedbávání dle závažnosti na tzv. stupně ohrožení dítěte, a to následovně:

1. Kategorie „nejmenšího rizika“

Riziko ohrožení dítěte zde lze považovat za malé, nebo dokonce pouze potenciální. Patří sem například dětské úrazy, jejichž četnost a důsledky můžeme zmenšovat preventivními opatřeními. Je zde kladen důraz na osvětu a celospolečenskou prevenci.

2. Kategorie „středního rizika“

Zde ohrožení dítěte významně stoupá, hlavně pokud trvá delší časový úsek. Vyjmenovávají například nedostatek kvalitní výživy a nevhodné bytové podmínky vzniklé v důsledku finanční situace. Podmínkou zařazení je, aby rodina nebyla schopna situaci rychle a trvale řešit. Podstatné je vyhledání vhodných služeb sociální intervence.

3. Kategorie „vážného rizika“

Do této kategorie se řadí situace dlouhodobého nebo kombinovaného ohrožení, které může mít za důsledek vážné poškození zdraví, nebo dokonce smrt. Patří sem zejména hrubé nutriční zanedbávání, zanedbávání zdravotní péče a zanedbávání péče o duševní zdraví a rozvoj osobnosti dítěte.

1.3.2 Rizikové faktory, následky a možné indikátory

Děti nejvíce ohrožené zanedbáváním jsou ty, jež trpí mentálním či fyzickým postižením, nemocí nebo jejichž temperament zásadně vybočuje z míry, např. velmi živé děti, velmi pasivní děti, děti plačtivé, pomalé či hyperaktivní (Matějček, 1995). Takové děti totiž vyžadují specifický přístup a přizpůsobování výchovy svému fyzickému a psychickému vývoji. Nicméně za zmínku stojí fakt, že řada případů zanedbávání dětí je důsledkem nevědomosti pečovatele, někdy dokonce až chaosu v jeho životě, kdy si pečovatel ani

nemusí uvědomovat, že jeho chování může vést k poškození dítěte (Pemová & Ptáček, 2016).

Zanedbávání péče je multi-generačním fenoménem. Rodiče čerpají ze svých vlastních zkušeností a prožitků z dětství, což může vést k bludnému kruhu opakovaně neadekvátní péče v každé nastupující generaci. Charakteristickými rysy jsou převládající kritika ve výchovném vedení, časté používání trestů, impulzivita a špatné zvládnání vlastní agresivity (Bechyňová & Konvičková, 2020).

Mydlíková et al. (2021) uvádí několik příkladů rizik rodičů: abúzus návykových látek, jiné závislostní chování (herní automaty), workoholismus, nízká úroveň zralosti, chronická onemocnění, špatné povědomí ohledně sociálních a hygienických standardů atp. Pemová a Ptáček (2016) zdůrazňují, že rodiče, kteří zanedbávají své děti, mohou být sami infantilní, s nedostatkem znalostí potřebných pro péči o dítě.

Rizikové faktory se nicméně mohou týkat celé rodiny. Zanedbávání péče je mnohdy přímo úměrné nízkému socio-ekonomickému zázemí, i když se může vyskytovat ve všech vrstvách společnosti. Týká se zejména rodin ohrožených chudobou či sociálním vyloučením a izolací (Bechyňová & Konvičková, 2020). Standardní fungování člověka ve společnosti může ohrozit i jeden jediný problém, ale sociálně vyloučení lidé mnohdy stojí před celou řadou komplexních problémů na sebe navazujících, například ztráta zaměstnání vede k platební neschopnosti, na což zase navazují problémy s bydlením (Pemová & Ptáček, 2016). Stále je však důležité mít na paměti, že k zanedbávání může docházet i v rodinách, které považujeme za ekonomicky stabilní.

Mezi fyzické indikátory zanedbávání Kansas Department for Children and Families (2016) jmenuje neustálý hlad, nedostatečný dohled nad dítětem, opuštění dítěte, neadekvátní oblečení a špatná hygiena, oblečení dítěte neodpovídá aktuálnímu počasí, nedostatek lékařské a stomatologické péče, časté zubní kazy, řečové opoždění, nedostatek vhodné výživy a neadekvátní přístřeší, nedosažení očekávaných modelů růstu a neprospívání fyzické či emocionální. Některé tyto indikátory už ale lze nazývat přímo fyzickými následky, které jmenují Pemová a Ptáček (2016). Píší o podvýživě, avitaminóze, chudokrevnosti, zažívacích obtížích, obezitě, špatném držení těla, svalovém hypotonu, chronických dermatologických obtížích, neléčených vadách a kazech chrupu a vyšším výskytu, případně nedoléčení infekčních onemocnění (hepatitida, stafylokokové infekce, svrab).

1.3.3 Psychická deprivace

Jak už bylo řečeno, psychická deprivace není synonymem pro zanedbávání. Matějček (1995) některé druhy zanedbanosti definuje jako předstupeň psychické deprivace. Pojmem subdeprivace se nazývají lehčí formy zanedbanosti, které nevedou k sociální invaliditě jedince, ale mohou přispívat ke stoupajícímu výskytu agresivity, šikanování, delikvence, toxikomanii atp. (Matějček, 1995). Pugnerová (2016) jmenuje mezi rizikovými faktory vzniku deprivace v rodině nedostatek sociálně-emočních podnětů, nepřítomnost jednoho z rodičů, neschopnost rodiče navázat citový vztah s dítětem a psychické onemocnění rodiče. Všechny tyto příklady se nápadně prolínají s rizikovými faktory jiných částí syndromu CAN, zejména zanedbáváním.

Pro psychickou deprivaci je podstatný pojem izolace, kdy je jedinec odříznut od sociálního styku s ostatními nebo mu není dopřáno dostatečných smyslových a sociálních podnětů. Druhým důležitým pojmem je separace, tedy odloučení od osob (nejčastěji od matky) poskytujících dítěti citové uspokojení (Langmeier & Matějček, 2011).

Deprivace se dle Pugnerové (2016) dá rozdělit do různých druhů

- Senzorická deprivace: Jedná se o nejčastější typ. Dítě nemá dostatek podnětů a stimulačně strádá.
- Kognitivní deprivace: Takové děti se nerozvíjí adekvátně k svému věku, jelikož jsou výchovně či výukově zanedbány. Nenaplnuje se jejich potřeba učení.
- Sociální deprivace: Tento typ chápeme jako nedostatek lidských kontaktů.
- Citová deprivace: Děti nemají stabilní vztah s pečující osobou, která může být vůči dítěti až nepřátelská nebo o něj nejeví zájem.

Následky psychické deprivace jsou různorodé. Projevy lze rozlišit na několik podskupin (Matějček et al., 1997):

- Normoaktivní: Jedná se o nejméně dotčený typ. Takové děti jsou relativně dobře přizpůsobivé, nicméně jejich vyrovnanost se může zlomit pod nároky života mimo ústavní výchovu (pokud v ní jsou).
- Hypoaktivní: Nazýváme je též jako útlumový. Děti jsou apatické, pasivní a nepříliš energické.

- Sociálně hyperaktivní: Takové děti vyhledávají co nejvíce sociálních podnětů. Snaží se upoutat pozornost téměř každého, ať už jde o učitele, vychovatele, návštěvníka nebo cizí osoby.
- Sociálně provokativní: Děti v této kategorii bývají mimořádně vzdorovité, agresivní, provokující a nevladatelné. Navázání kontaktu s nimi je vysoce obtížné.
- Náhradní uspokojování potřeb: Tento typ charakterizujeme jako děti, jež se snaží nahradit chybějící podněty těmi z jiných oblastí. Časté je přejídání, narcistní tendence, trápení zvířat, agresivita vůči slabším nebo autoerotické aktivity.

Pugnerová (2016) také následky deprivace rozděluje do několika kategorií

- Opoždění ve vývoji řeči: Zde se započítává jak opoždění po stránce skladebné, tak obsahové. Slovní zásoba bývá chudá. Komunikace s dospělými může být až primitivní.
- Opoždění ve vývoji sociálních a hygienických návyků: Zahrnuje veškeré úkony týkající se sebezpeče jako oblékání, tělesné čistoty (mytí, čištění zubů) a obdobné sebeobsluhy.
- Povrchnost v emocionalitě: Sem patří nediferencovanost citů a sociálních vztahů. Takové děti mohou mít chudší duševní obzor a nezúčastněnou náladu.
- Opoždění v oblasti hrubé a jemné motoriky: U velmi malých dětí se jedná například o absenci zkušeností v poloze na břiše, špatné ovládání hlavy, schopnosti posadit se nebo samostatně chodit jsou také opožděny.
- Menší schopnost samostatně pracovat: Dítě může být snadno rozptýleno vnějšími podněty, ale může se umět přizpůsobit a pracovat pod přímým dohledem.
- Nezralost pro školu: Nezralost je emoční, v pracovních a sociálních návycích a grafomotorická. Ve starším věku mívají horší prospěch, než odpovídá jejich skutečným intelektovým schopnostem a také mívají menší motivaci pro učení.
- Delikvence starších dětí a mladistvých: Z charakteristického hlediska bývají takové děti samotářské, svárlivé, nejsou schopny dodržovat sliby, svádějí vinu na druhé a nemají lítost nebo pocity hanby.

V krajních deprivacích situacích se z takových dětí stávají tzv. vlčí děti. Podle Langmeiera a Matějčka (2011) mají takové děti hrubě opožděný vývoj, sklony k afektivnímu (až animalistickému) chování, řeč nebývá vyvinuta vůbec, nemají žádné sociální návyky a frustrační toleranci. Benzaquén (2006) jmenuje jako příklady indické

dívky Kamalu a Amalu, Kašpara Hausera, Viktora z Aveyronu a Genie – pravděpodobně nejznámější vlčí dítě, které bylo studováno z hlediska jazykových dovedností.

Následky psychické deprivace však nemusí být vždy trvalé a nezvratné. V České republice jsou nejvíce proslulá dvojčata studovaná psycholožkou Koluchovou. Přes svůj neblahý start do života dvojčata dosáhla průměrné inteligence, neměli žádné psychopatologické problémy a s adoptivní rodinou si utvořili pouto (Koluchová, 1976).

1.4 Zneužívání

Do této kategorie je zahrnováno jak zneužívání sexuální, tak zneužívání z jiných zištných pohnutek např.: pro práci neadekvátní k věku. Využívání je závažné téma, ale v literatuře se spolu se syndromem CAN nejčastěji mluví o sexuálním zneužívání, které může být poměrně časté i ve vyspělých zemích na rozdíl od zneužívání dětí k práci třeba na kakaových plantážích. Rada Evropy z roku 1992 považuje za sexuální zneužívání jakékoli nepatřičné vystavení dítěte sexuálnímu kontaktu, činnosti nebo chování.

Sexuální zneužívání má dle Hanušové (2006) tyto formy:

- Nekontaktní: zahrnuje verbální obscénní návrhy, zneužití pro výrobu dětské pornografie (dnes používán termín Child Sexual Abuse Material), exhibicionismus před dítětem, voyeurismus.
- Kontaktní: zahrnuje nepenetrativní aktivity (dotýkání se) a penetrativní aktivity (proniknutí do genitálu).

Sexuální zneužívání se však dá dělit ještě z dalšího pohledu. Malá (1995) popisuje sexuální zneužívání v rodině a mimo rodinu – tzv. intrafamiliární a extrafamiliární. Sexuální zneužívání v rodině (tzv. incest) bývá opakované a trvá dlouho, než je odhaleno (Zvěřina, 2005). Při sexuálním zneužívání v rodině bývá také typické, že dítě přichází o důležitý pramen podpory a vytváří se v něm vnitřní konflikt loajality k rodinným příslušníkům (Malá, 1995).

1.4.1 Komerční sexuální zneužívání

Za jednu z nejzávažnějších forem sexuálního zneužívání se považuje zneužívání dítěte ke komerčním účelům (Uzel, 2005). Podle Dunovského (2005) je komerční zneužití (Commercial Sexual Exploitation of Children) každé užití dítěte pro sexuální účely kvůli

finanční nebo jiné odměně. Taková odměna může být dána jak rodičům nebo jinému dospělému, tak i samotnému dítěti.

Pro tuto problematiku jsou podstatné následné termíny:

- Dětská prostituce: Za dětskou prostituci považujeme využívání dětí při sexuálních aktivitách za úplatu nebo poskytnutí jiného plnění (Dunovský, 2005).. Nejčastěji se jedná o děti a mladistvé ve věku od 8 - 9 do 16 let (Malá, 1995).
- Obchod s dětmi: Je to jakákoli transakce, kdy se s dítětem jedná jako se zbožím a je prodáno jednou osobou nebo skupinou osob druhým osobám nebo skupině osob (Dunovský, 2005).
- Dětská pornografie: Hanušová (2006) ji definuje jako jakýkoliv zvukový či obrazový materiál, který používá děti v sexuálním kontextu. Zahrnuje rovněž distribuci a přechovávání takového materiálu.

1.4.2 Rizikové faktory, možné následky a indikátory

Jedinci, kteří se takového zavrženíhodného aktu dopustí, jsou různí. Mydlíková et al. (2021) mezi příklady jmenují osoby se sexuální deviací (parafilii), jedince sexuálně hyperaktivní a ty se špatnou sebekontrolou nebo dospělí se závislostním chováním. Weiss (2005) pachatele dělí na sociosexuálně a psychosexuálně nezralé, hypersexuální, na jedince mentálně znevýhodněné, psychicky nemocné (tito lidé tvoří nepatrné procento případů), na osoby s psychopatickou strukturou osobnosti a na ty, u kterých jsou činy podmíněné situačně (např.: vlivem alkoholu). Jaroslav Zvěřina (2005) považuje za pravděpodobné, že většina mužů s pedofilním zaměřením nikdy nevyhledá lékařskou nebo sexuologickou pomoc, protože jim nečiní větší potíže. Svou domněnku opírá o fakt, že v poradnách a ambulancích se profesionálové nejčastěji setkávají s pacienty, kteří již selhali a spáchali sexuální zločin na dítěti.

Mydlíková et al. (2021) rovněž říkají, že děti nebo celé rodiny můžou mít rizikové faktory, například:

- Mentální znevýhodnění dítěte (pachatel usuzuje, že oběť nebude schopna bránit se).
- Dysfunkční a afunkční rodiny.
- Rodiče dlouhodobě a opakovaně netráví s dítětem dostatek času.
- Pobyty dítěte mimo domov (tábory, internáty).
- Noví partneři matky.

Raboch (1995) zdůrazňuje, že v případě, kdy dítě neví o riziku možnosti sexuálního zneužití, pak může mít problémy hájit sebe sama. Takové děti ani nemusí mít verbální schopnosti potřebné pro svěřením se s tak závažnou situací, pokud sexuálním zneužíváním již prošly.

Zvěřina (2005) podotýká, že sexuální zneužívání v rodině je nápadně častý jev v rodinách, kde dospělí trpí závislostí na alkoholu.

Následky po takto těžké traumatické události jsou taktéž různorodé, avšak mohou být velmi závažné. Malá (1995) píše, že děti, jež byly traumaticky sexualizovány, mají často chybné nebo zmatené chápání vlastní sexuality a neobvyklé emoční asociace k sexuální aktivitě v dospělosti. Oběti mohou mít problémy se sexuální dysfunkcí, promiskuitou, agresivním sexuálním chováním, zneužíváním návykových látek, autoagresivním chováním a averzí k sexuálnímu styku. Rovněž mohou podle Malé (1995) trpět úzkostmi, fobiemi, depresemi, disociativními poruchami, psychosomatickými poruchami spánku a poruchami příjmu potravy, nebo se u nich dokonce vyvine posttraumatická stresová porucha.

Indikátorů sexuálního zneužívání může být celá řada. Kansas Department for Children and Families (2016) rozpoznává formy fyzické a jmenuje například sexuálně přenosné choroby a infekce (včetně infekce dutiny ústní), těhotenství, zánětlivé onemocnění pánve, roztrhané, potřísněné nebo zakrvácené spodní prádlo, obtíže nebo bolest při chůzi a/nebo sezení, bolestivý výtok moči a/nebo opakované močové infekce a pohmožděniny, poranění a léze uvnitř nebo v okolí úst. Indikátory však zároveň mohou být i behaviorální. Třeba přímé slovní nahlašování zneužívání, koketní chování, pokročilé sexuální znalosti na věk dítěte, promiskuita, vyjadřování strachu z určité osoby nebo místa, nadměrná masturbace, předčasné sexuální hrátky, nadměrný zájem o sex, sexuální zneužívání jiného dítěte, delikvence, útoky z domova nebo záškoláctví, sebepoškozování, pokusy o sebevraždu, extrémní strach z dotyků; neochota podrobit se lékařskému vyšetření nebo špatné vztahy s vrstevníky.

Z českých autorů Pugnerová (2016) jako ukazatele sexuálního zneužívání řadí:

- Výtok, pohlavně přenosné choroby (herpes, syfilis, chlamydie, bradavice na genitálu).
- Poranění nebo podráždění genitální či anální krajiny (otoky, krvácení, výhřez atp.).
- Bolesti při vyprazdňování, chůzi a sezení.
- Bolesti žaludku, hlavy a u chlapců předkožky.
- Krvácení u dívek, které by mohlo být považováno za předčasnou menstruaci (pokud nejsou známky pubertálního vývoje).

1.5 Zvláštní formy syndromu CAN

Syndrom CAN je velice rozsáhlé téma, na které bylo vydáno nesčetně publikací a článků, nicméně se můžeme setkat i s méně známými formami, které tak často popsané nebývají, například z důvodu jejich rarity nebo obtížného odhalování – tudíž pro ně neexistuje tolik informačních pramenů.

1.5.1 Systémové týrání

Za systémové týrání považujeme takové týrání, které je způsobeno systémem, jenž byl na pomoc a ochranu dětí založen (Dunovský, 1995). Mezi členy tohoto systému můžeme považovat například justici, policii, sociální systém, úřady, různá zdravotnická zařízení nebo zařízení zřízená pro péči o děti a mladistvé, jako jsou dětské domovy. Systémové týrání také občas používá označení sekundární viktimizace. Někdy se totiž může stát, že dítě, které prošlo traumatem, další trauma může prožít znovu důsledkem systémového týrání (Pugnerová, 2012).

Hanušová (2006) jako příklady systémového týrání jmenuje upírání práva na informace a být vyslyšen, trauma způsobené necitlivými nebo zbytečnými prohlídkami, úzkost způsobena soudním systémem (tzv. protahování soudního slyšení). Dunovský, (1995) dodávají nedostatečnou péči v zařízeních pro děti a automatické odebírání z rodiny bez dřívějšího poskytnutí pomoci rodičům. Pugnerová (2012) ještě připomíná i časté střídání pěstounských rodin.

1.5.2 Organizované zneužívání

Organizované zneužívání dětí Dunovský (1995) klasifikuje jako zneužití mnoha pachatelů, kteří se spojují za dosažením tohoto cíle. Pugnerová (2012) do tohoto druhu zařazuje zneužívání institucionální, které může být způsobeno ústavní péčí. Rovněž sem řadí i zneužívání dospělými, které mají na děti dohlížet a vychovávat je třeba jako táboroví vedoucí nebo vychovatelé. Pugnerová (2012) ale jmenuje i jiné druhy, třeba ilegální osvojení nebo prodej dětských orgánů. Tento fenomén syndromu CAN často splývá s rituálním zneužíváním.

1.5.3 Rituální zneužívání

Tento jev je velice často popisován jako jedna z nejvíce kuriózních částí syndromu CAN. McFadyen et al. (1993) vysvětluje rituální zneužívání jako proces opakovaných aktivit (rituálů), jejichž účelem je spojit zneužívání s náboženskou, magickou či nadpřirozenou stránkou. Pugnerová (2012) vysvětluje, že rituální zneužívání je provozováno za různými účely, které jsou racionálně nepodložené, manipulativní nebo patologické. Stejná autorka taktéž píše, že tyto rituály vyžadují jakousi oběť, například krev, sexuální manipulaci, mučení nebo smrt a že poskytovatelem takové oběti bývá dítě, které není schopno se ubránit.

V České republice není rituální zneužívání příliš rozšířené a spíše se jedná o raritní případy, které jsou schopny šokovat veřejnost. S rituálním zneužíváním se ale můžeme častěji setkat ve světě, například v Jižní Africe, kde je více rozšířeno. Z 559 studentů středních škol v provincii Mpumalanga, které se zapojily do dotazníkového šetření v rámci studie ohledně syndromu CAN, bylo nějakým způsobem rituálně zneužíváno 10 % (Madu, 2001).

2 Praktická část

V praktické části mé práce jsem pracovala s dotazníkovým šetřením, které jsem sama vytvořila a předložila jej v elektronické podobě 83 studentům PedF UK. Skládalo se jak z otevřených, tak výběrových otázek.

2.1 Cíle a výzkumné otázky

Hlavní cíl: Cílem praktické části mé práce je zmapovat aktuální informovanost a postoje studentů PedF UK týkající se problematiky syndromu CAN. Pracovala jsem s hypotézou, že většina respondentů se ve své profesní kariéře hodlá věnovat práci s dětmi a mladistvými nebo se jí již aktuálně nějakou formou věnuje, protože studují na PedF UK. Kvůli této myšlence jsem považovala zmapování současné situace jako žádoucí a nutné. Konkrétně jsem zjišťovala, zda-li o syndromu CAN studenti mají vůbec nějaké povědomí.

Hlavní výzkumná otázka: Mají studenti PedF UK nějaké povědomí o syndromu CAN?

Dílčí cíl č. 1: Pokud dospějeme k závěru, že studentstvo má o syndromu CAN nějaké povědomí, zajímalo mě, zda-li své vědomosti získali nebo alespoň nějakým způsobem prohloubili na PedF UK.

Dílčí výzkumná otázka č. 1: Můžeme toto povědomí, pokud existuje, připsat vzdělání získanému na fakultě?

Dílčí cíl č. 2: Jako poslední mě zajímalo, jak jsou na tom studenti ohledně sebevědomí v této oblasti. Jsou na vážkách? Věří, že si v praxi budou moci se syndromem CAN poradit a řádně k němu přistoupit?

Dílčí výzkumná otázka č. 2: Cítí se respondenti kompetentní k řešení problémů spojených se syndromem CAN a jeho odhalováním ve své budoucí profesi?

2.2 Metodologie

Metodou sběru dat bylo dotazníkové šetření předkládající otázky a modelové situace. Výzkumným vzorkem se stali studenti PedF UK bez ohledu na formu studia a předmětové nebo oborové zaměření, i když pro lepší ilustrování vzorku se jedna otázka týkala předmětů a oborových kombinací studovaných v roce 2023/2024.

Ačkoliv zjišťování rozdílů mezi pohlavími a věkovými kategoriemi by v této práci bylo zajímavé, pravděpodobně bych se potýkala s nedostatkem výzkumných vzorků mezi studenty, proto jsem nebrala ohled na věk ani pohlaví.

Dotazníkové šetření se skládalo ze tří druhů otázek. První druh obsahoval klasické otázky zaměřené na charakteristiku respondentů a jejich vlastní zkušenosti. Zjišťovaly zejména údaje o respondentech samotných. Byli tázáni na své obory, předmětové kombinace, plány po vysoké škole atp. Další druh otázek se věnoval přímo syndromu CAN. Nejčastěji to byly otázky s tvrzeními, které respondenti museli označit a rozhodnout, zda jsou podle nich pravdivá či nepravdivá. Dále to byly i otevřené vědomostní otázky, například zda respondent zná nějaké organizace, které se zabývají syndromem CAN. Taktéž se zde vyskytovaly klasické otázky ano – ne a výběrové otázky z více možností. Třetí druh otázek se věnoval fiktivním modelovým situacím, které měli respondenti zhodnotit. Zajímalo mne, zda-li si budou respondenti schopni všimnout určitých náznaků syndromu CAN a jak budou reagovat na rozhovory s dítětem, u něhož existuje podezření na syndrom CAN, ve kterých učitel dělá očividné chyby.

Celkově dotazníkové šetření obsahovalo 26 otázek na sebe různě navazujících. Podstatná část z nich byla výběrových (zejména ve vědomostní části), kde respondenti měli za úkol odpovědět Ano/Ne nebo označit Pravda/Nepravda. Dotazník obsahoval i otevřené otázky, nejvíce ve třetí části. V šetření se rovněž objevovaly otázky s výběrovými odpověďmi.

2.3 Výsledky šetření

V analýze jsem využila koláčové a spojnicové grafy a taktéž tabulky pro snadnou organizaci dat. Na dotazníkové šetření odpovědělo celkem 83 studentů PedF UK.

Otázka č. 1: Jaký obor aktuálně studujete na Pedagogické fakultě UK? (Uveďte prosím kombinaci např.: AJ-VV)

V otázce č. 1 byli respondenti tázáni na to, jaký obor (předmětovou kombinaci) studují na Pedagogické fakultě UK. Tato otázka byla povinná pro všechny, tudíž odpovědělo všech 83 respondentů. Při tvorbě kategorií jsem u této otázky nebrala v úvahu to, jaký obor je major či minor.

Nejčastěji bylo zmiňováno Učitelství pro MŠ, konkrétně v 11 odpovědích (13,25 %). Druhá nejčastější předmětová kombinace, zmíněna v 9 odpovědích (10,84 %), byla VKZ – BI/BI – VKZ. Třetí nejčastější kombinace v osmi případech (9,64 %) byla ČJ – VKZ/VKZ – ČJ. 5 respondentů odpovědělo CH – VKZ/VKZ – CH (6,02 %) a rovněž TV – VKZ/VKZ – TV (6,02 %).

SSPG byla jmenována ve čtyřech případech (4,82 %). M – VKZ/VKZ – M (3,61 %), VV – PG/PG -VV (3,61 %), AJ – PG/PG – AJ (3,61 %), TVS – VKZ (3,61 %) mají všechny po 3 respondentech. HV – NA/NA – HV (2,41 %), ZSV – ČJ/ČJ – ZSV (2,41 %), IT – AJ/AJ – IT (2,41 %), AJ – ZSV (2,41 %), D – ZSV (2,41 %), M (2,41 %), FJ – AJ/AJ – FJ (2,41 %) a Učitelství pro 1. stupeň (2,41 %) mají každá po dvou respondentech. Zbylé kombinace, ČJ – HV (1,20 %), D – ČJ (1,20 %), M – AJ (1,20 %), ČJ – AJ (1,20 %), AJ – VV (1,20 %), AJ – NJ (1,20 %), AJ – HV (1,20 %), PG (1,20 %), VYCH (1,20 %), BI (1,20 %), Psychologie (1,20 %), Logopedie (1,20 %) a Speciální pedagogika – Logopedie (1,20 %), byly každá zmíněna pouze jednou.

Tabulka č. 22: Studijní obory respondentů

	Předmětová kombinace	Počet odpovědí	%
1.	Učitelství pro MŠ	11	13,25
2.	VKZ - BI/BI - VKZ	9	10,84
3.	ČJ - VKZ/VKZ - ČJ	8	9,64
4.	CH - VKZ/VKZ - CH	5	6,02
5.	TV - VKZ/VKZ - TV	5	6,02
6.	SPPG	4	4,82
7.	M – VKZ/VKZ – M	3	3,61
8.	VV - PG/PG - VV	3	3,61
9.	AJ - PG/PG - AJ	3	3,61
10.	TVS - VKZ	3	3,61
11.	HV - NA/NA - HV	2	2,41
12.	ZSV - ČJ/ČJ - ZSV	2	2,41

13.	IT - AJ/AJ - IT	2	2,41
14.	AJ - ZSV	2	2,41
15.	D - ZSV	2	2,41
16.	M	2	2,41
17.	FJ – AJ/AJ - FJ	2	2,41
18.	Učitelství pro 1. stupeň	2	2,41
19.	ČJ - HV	1	1,20
20.	D - ČJ	1	1,20
21.	M - AJ	1	1,20
22.	ČJ - AJ	1	1,20
23.	AJ - VV	1	1,20
24.	AJ - NJ	1	1,20
25.	AJ - HV	1	1,20
26.	PG	1	1,20
27.	VYCH	1	1,20
28.	BI	1	1,20
29.	Psychologie	1	1,20
30.	Logopedie	1	1,20
31.	Speciální pedagogika - Logopedie	1	1,20
		N = 83	100

Otázka č. 2: Označte všechny možnosti, které jsou pro Vás aktuálně platné.

V otázce č. 2 bylo zjišťováno, zda se respondenti věnují nějaké činnosti s dětmi a mladistvými, a pokud ano, tak v jaké podobě. Otázka byla povinná pro všech 83 respondentů, kteří mohli zaškrtnout všechny odpovědi, jež pro ně v okamžiku vyplňování dotazníkového šetření platily. Celkem bylo obdrženo 127 odpovědí od již zmíněných 83 respondentů. Nejvíce z nich, 29 (22,83 %), se věnovalo na nějaké pozici táborům. 23 respondentů (18,11 %) pracovalo jako učitel či asistent. Rovněž 23 dotázaných děti nebo mladistvé doučovalo (18,11 %). 20 respondentů (15,75 %) vedlo zájmové kroužky.

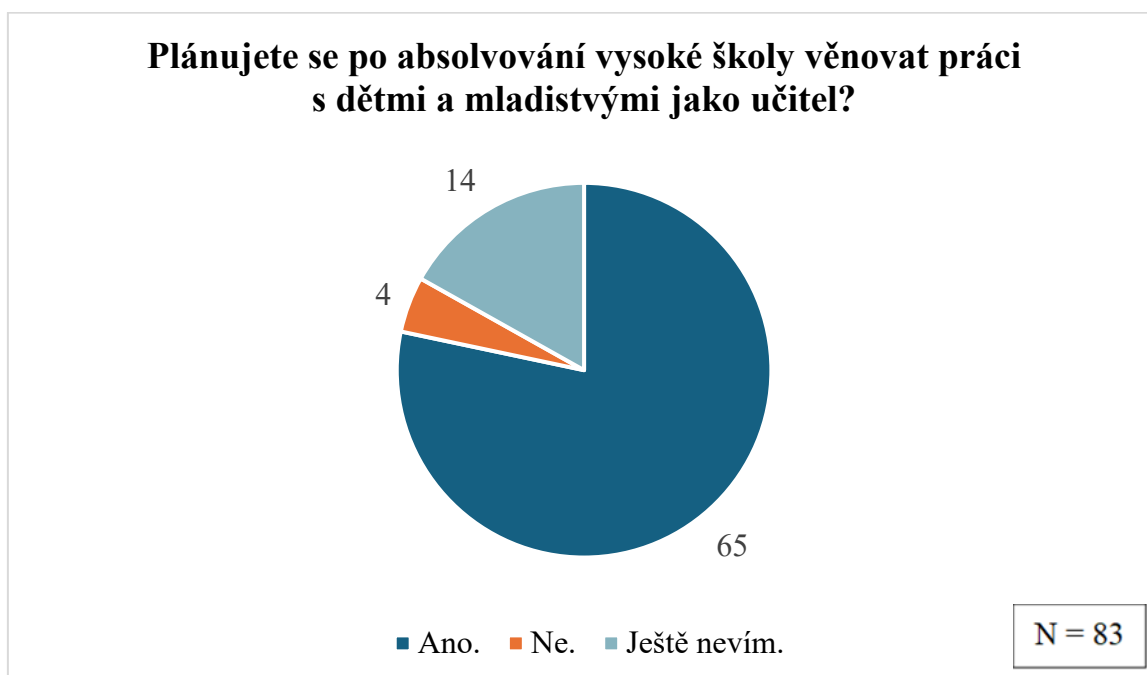
13 (10,24 %) dotázaných se věnovalo hlídání dětí. Pouze 3 (2,36 %) respondenti pracovali jako vychovatelé. 1 dotázaná osoba označila odpověď Jiné a sdělila, že pečuje o své vlastní děti (0,79 %). Celkem 15 (11,81 %) respondentů se v době vyplnění dotazníkového šetření žádné z popisovaných prací či aktivit nevěnovalo.

Tabulka č. 2: Pracují respondenti v nějaké formě s dětmi?

	Nabízené možnosti	Počet odpovědí	%
1.	Věnuji se táborům.	29	22,83
2.	Pracuji jako učitel, asistent.	23	18,11
3.	Doučuji.	23	18,11
4.	Vedu zájmové kroužky.	20	15,75
5.	Věnuji se hlídání dětí.	13	10,24
6.	Pracuji jako vychovatel.	3	2,36
7.	Jiné	1	0,79
8.	Práci s dětmi a mladistvými se aktuálně nevěnuji.	15	11,81
		N = 127	100

Otázka č. 3: Plánujete se po absolvování vysoké školy věnovat práci s dětmi a mladistvými jako učitel?

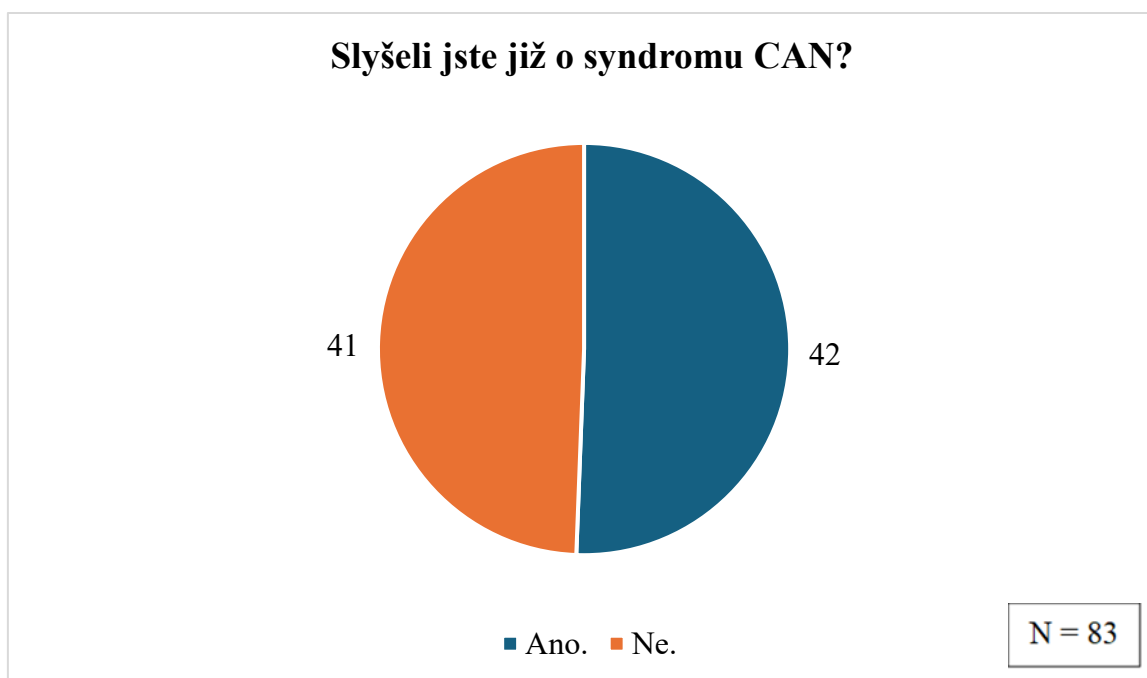
Graf č. 1 znázorňuje, jestli respondenti plánují pracovat s dětmi a mladistvými na pozici učitele po dokončení svého studia na vysoké škole. Otázka byla povinná pro všechny respondenty, tudíž bylo zaznamenáno celkem 83 odpovědí. Valná většina respondentů, tj. 65 (78,31 %), zaškrtnla odpověď ano – skutečně by se takové práci chtěli věnovat. Pouze 4 (4,82 %) odpovědi byly negativní. Dalších 14 (16,87 %) respondentů se doposud nerozhodlo, tudíž označili, že ještě neví.



Graf č. 1: Chtějí se respondenti práci s dětmi věnovat po VŠ?

Otázka č. 4: Slyšeli jste již o syndromu CAN?

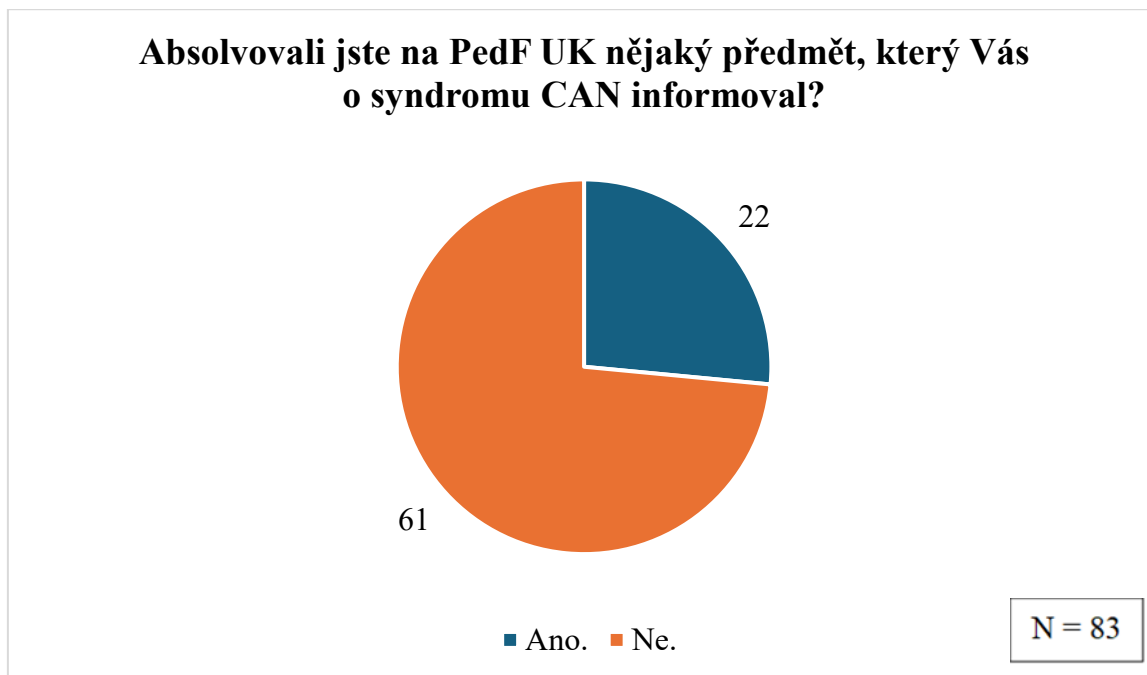
V otázce č. 4 byli respondenti tázáni, zda-li již slyšeli o syndromu CAN. Odpovědi byly téměř vyrovnané. 42 respondentů (50,60 %) o syndromu CAN slyšelo. Naopak 41 (49,40 %) respondentů se s tímto termínem nikdy nesešlo. Otázka byla povinná pro všech 83 respondentů.



Graf č. 1: Slyšeli respondenti o syndromu CAN?

Otázka č. 5: Absolvovali jste na PedF UK nějaký předmět, který Vás o syndromu CAN informoval?

V otázce č. 5 byli respondenti tázáni, jestli na PedF UK absolvovali nějaký předmět, který je o syndromu CAN informoval. Otázka byla povinná pro všech 83 respondentů. Z toho 61 dotázaných (73,49 %) žádným takovým předmětem neprošlo. Pouze 22 (26,51 %) respondentů takový předmět absolvovalo.



Graf č. 2: Měli respondenti předmět, který je informoval o syndromu CAN?

Otázka č. 6: Uved'te prosím název tohoto předmětu.

Otázka č. 6 se váže na otázku 5. V předchozí otázce bylo zjišťováno, zda se respondenti zúčastnili nějakého předmětu, jež je informoval o syndromu CAN. V otázce č. 6 měli respondenti za úkol takový předmět přímo jmenovat. Z 83 tázaných se takového předmětu zúčastnilo pouze 22 (26, 52 %) respondentů. Někteří z nich ve své odpovědi jmenovali takových předmětů více, proto bylo shromážděno 28 odpovědí. Odpovědi dotázaných se rovněž překrývají. Dohromady bylo shromážděno 16 různých předmětů plus jeden nespecifikovaný.

Nejčastěji, konkrétně v pěti případech, byla jmenována Prevence rizikového chování (17,86 %). Po třech byla zmíněna Vývojová psychologie a psychologie osobnosti (10,71 %), rovněž také Speciální pedagogika osob s poruchami chování (10,71 %).

Psychologie (7,14 %), Propedeutika speciální pedagogiky (7,14 %) a Metody a etika sociální práce (7,14 %) byly všechny jmenovány dvěma respondenty.

Zbylé předměty byly jmenovány pouze jednou, jedná se o předměty Speciální pedagogika (3,57 %), Sociální pedagogika (3,57 %), Teorie a didaktika PV (3,57 %), Etopedie (3,57 %), Surdopedie (3,57 %), Logopedie (3,57 %), Základy pediatrie (3,57 %), Základy psychologie (3,57 %), Základy sexuálního a reprodukčního zdraví a Cizí jazyk pro učitele – Anglický jazyk (3,57 %).

Jeden respondent si název předmětu, kde se syndrom CAN probíral, nebyl schopen vybavit.

Tabulka č. 3: Názvy předmětů, které informovaly o syndromu CAN

	Název předmětu	Počet odpovědí	%
1.	Prevence rizikového chování	5	17,86
2.	Vývojová psychologie a psychologie osobnosti	3	10,71
3.	Speciální pedagogika osob s poruchami chování	3	10,71
4.	Psychologie	2	7,14
5.	Propedeutika speciální pedagogiky	2	7,14
6.	Metody a etika sociální práce	2	7,14
7.	Speciální pedagogika	1	3,57
8.	Sociální pedagogika	1	3,57
9.	Teorie a didaktika PV	1	3,57
10.	Etopedie	1	3,57
11.	Surdopedie	1	3,57
12.	Logopedie	1	3,57
13.	Základy pediatrie	1	3,57
14.	Základy psychologie	1	3,57
15.	Základy sexuologie a reprodukčního zdraví	1	3,57
16.	Cizí jazyk pro učitele – Anglický jazyk	1	3,57
17.	Respondent si nevybavuje název předmětu	1	3,57
		N = 28	100

Otázka č. 7: Označte na stupnici od 1 do 5 (jako ve škole), kolik času ve Vašem studiu bylo věnováno syndromu CAN.

Otázka č. 7 navazuje na otázku č. 5: *Absolvovali jste na PedF UK nějaký předmět, který Vás o syndromu CAN informoval?* a 6: *Uveďte prosím název tohoto předmětu.* V otázce č. 7 byli respondenti vyzváni, aby označili na stupnici od 1 do 5 (jako ve škole), kolik času v jejich studiu bylo věnováno syndromu CAN. 1 znamenala dostatek času, naopak 5 byl závažný nedostatek. Tázání byli pouze respondenti, kteří nějakým předmětem, jež se syndromu CAN věnoval, během studia prošli – což bylo 22 tázaných.

Výborně označil pouze 1 respondent (4,55 %).

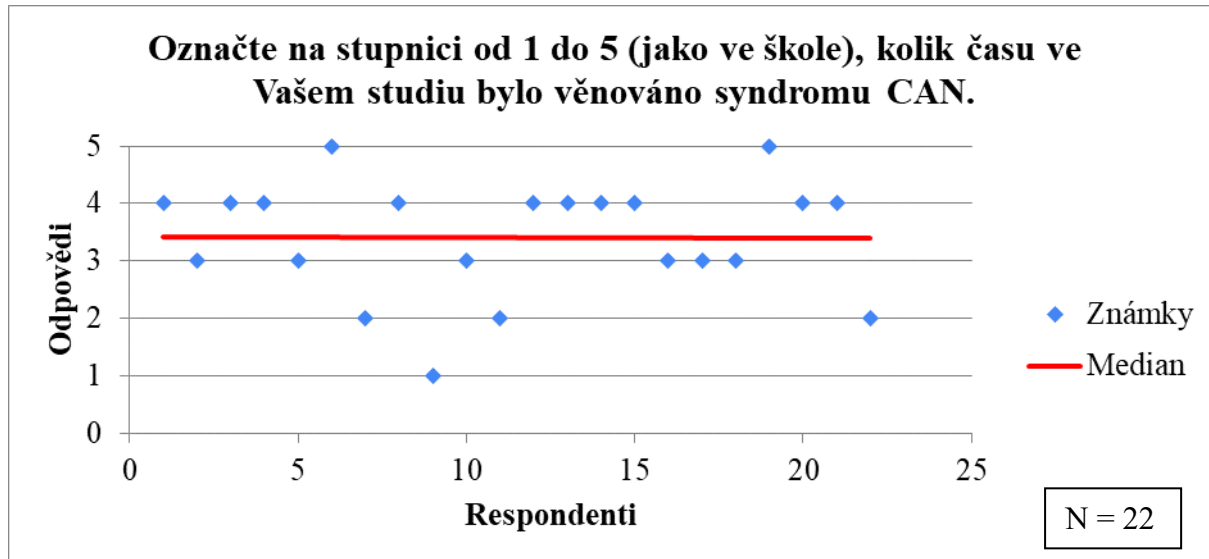
Chvalitebně se rozhodli označit 3 respondenti (13,64 %).

Dobře bylo vybráno 6 respondenty (27,27 %).

Dalších 10 respondentů (45,45 %), zvolilo hodnocení dostatečné.

Zbylí dva respondenti (9,09 %) udělili nedostatečnou.

Medián se tedy pohybuje mezi známkou 3 a 4.



Graf č. 3: Kolik času bylo ve studiu respondenta věnováno syndromu CAN?

Otázka č. 8: Znáte nějaké organizace či instituce zabývající se syndromem CAN?

Otázka č. 8 se ptala, jestli respondenti znají nějakou organizaci nebo instituci, která se zabývá syndromem CAN. Otázka byla povinná pro všech 83 respondentů. Někteří tázání se rozhodli jmenovat takových organizací ve své odpovědi více, proto bylo shromážděno celkem 88 odpovědí. 64 (72,73 %) respondentů žádnou takovou organizaci nezná. 5 (5,68 %) respondentů nějakou takovou organizaci zná, ale nejmenovali ji.

Nejvíce jmenovaný byl Orgán sociálně-právní ochrany dětí, a to v 7 odpovědích (7,95 %). 3 (3,41 %) respondenti znali organizaci zvanou Šance dětem. Locika (2,27 %) a Pedagogicko-psychologická poradna (2,27 %) měly každá po dvou odpovědích.

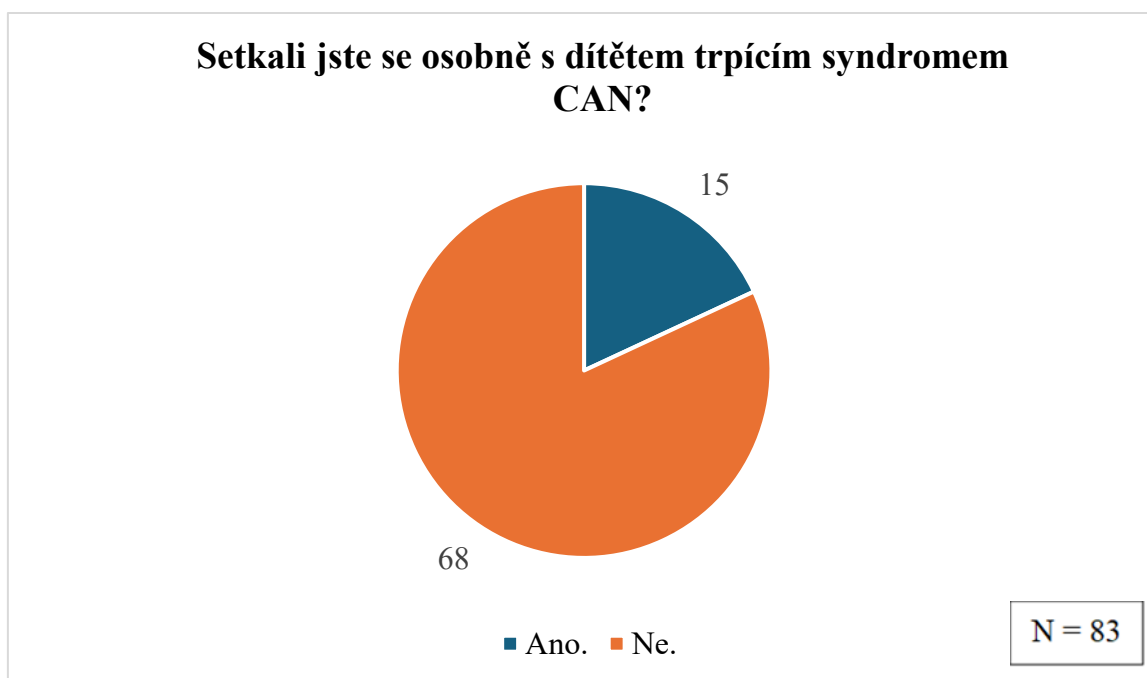
Zbylé organizace – Rosa (1,14 %), Bílý kruh bezpečí (1,14 %), Dětské krizové centrum (1,14 %), Linka bezpečí (1,14 %) a Podpora mladistvých (1,14 %) byly jmenovány pouze jednou.

Tabulka č. 4: Instituce nebo organizace zabývající se syndromem CAN.

	Jméno organizace	Počet odpovědí	%
1.	OSPOD	7	7,95
2.	Šance dětem	3	3,41
3.	Locika	2	2,27
4.	PPP	2	2,27
5.	Rosa	1	1,14
6.	Bílý kruh bezpečí	1	1,14
7.	Dětské krizové centrum	1	1,14
8.	Linka bezpečí	1	1,14
9.	Podpora mladistvých	1	1,14
10.	Respondent nějakou organizaci zná, ale nejmenoval ji	5	5,68
11.	Respondent žádnou organizaci nezná	64	72,73
		N = 88	100

Otázka č. 9: Setkali jste se osobně s dítětem trpícím syndromem CAN?

Otázka č. 9 se respondentů ptala, zda-li se osobně setkali s dítětem, které trpělo syndromem CAN. Otázka byla povinná pro všech 83 respondentů. Většina respondentů, tzn. 68 (81,93 %), odpověděla, že se s takovým dítětem nesečkala. Nicméně, 15 (18,07 %) respondentů se s dítětem, jež trpělo syndromem CAN, osobně setkalo.



Graf č. 4: Setkali se respondenti s dítětem, které trpělo syndromem CAN?

Otázka č. 10: Kde jste se s tímto dítětem setkal/a? (můžete zaškrtnout více odpovědí, pokud takových dětí bylo více).

Otázka č. 10 se váže na otázku č. 9. Otázka byla povinná pouze pro ty respondenty, kteří na předešlou otázku zaškrtno, že se s dítětem trpícím syndromem CAN setkali – celkem to bylo 15 dotazovaných.

V otázce č. 10 byli respondenti tázáni, kde se konkrétně setkali s dítětem trpícím syndromem CAN. Pokud se respondenti setkali s takovými dětmi na vícero místech, měli možnost zaškrtnout i více odpovědí, tudíž jich bylo shromážděno 21.

V 7 případech (33,33 %) se respondenti s takovým dítětem setkali při vlastní praxi, jejímž hlavním zájmem byly činnosti s dětmi (např.: učitelství, doučování, hlídání atd.). Další 4 (19,05 %) respondenti se s takovým dítětem setkali mezi přáteli, rovněž 4 (19,05 %) respondenti jej zaznamenali i mezi svými spolužáky. 3 dotázaní se s takovým dítětem setkali v rodině (14,29 %). Zbývající 3 (14,29 %) respondenti zaškrtnuli možnost jiné, z toho se 1 týkal pěstounské péče, další návštěvy ve školní třídě a poslední respondent syndromem CAN trpěl sám.

Tabulka č. 5: Kde se respondenti setkali s dítětem, které trpělo syndromem CAN?

	Nabízené možnosti	Počet odpovědí	%
1.	Při vlastní praxi	7	33,33
2.	Mezi přáteli.	4	19,05
3.	Mezi spolužáky.	4	19,05
4.	V rodině.	3	14,29
5.	Jiné	3	14,29
		N = 21	100

Otázka č. 11: Označte na stupnici od 1 do 5 (jako ve škole), jak hodnotíte své znalosti ohledně syndromu CAN.

Graf č. 6 vyznačuje odpovědi na otázku, jak respondenti hodnotí své znalosti ohledně syndromu CAN. Respondenti mohli vybírat z číselné stupnice 1 (výborné) až 5 (nedostatečné). Otázka byla povinná pro všech 83 dotázaných.

Výborně bylo označeno pouze 1 respondentem (1,20 %).

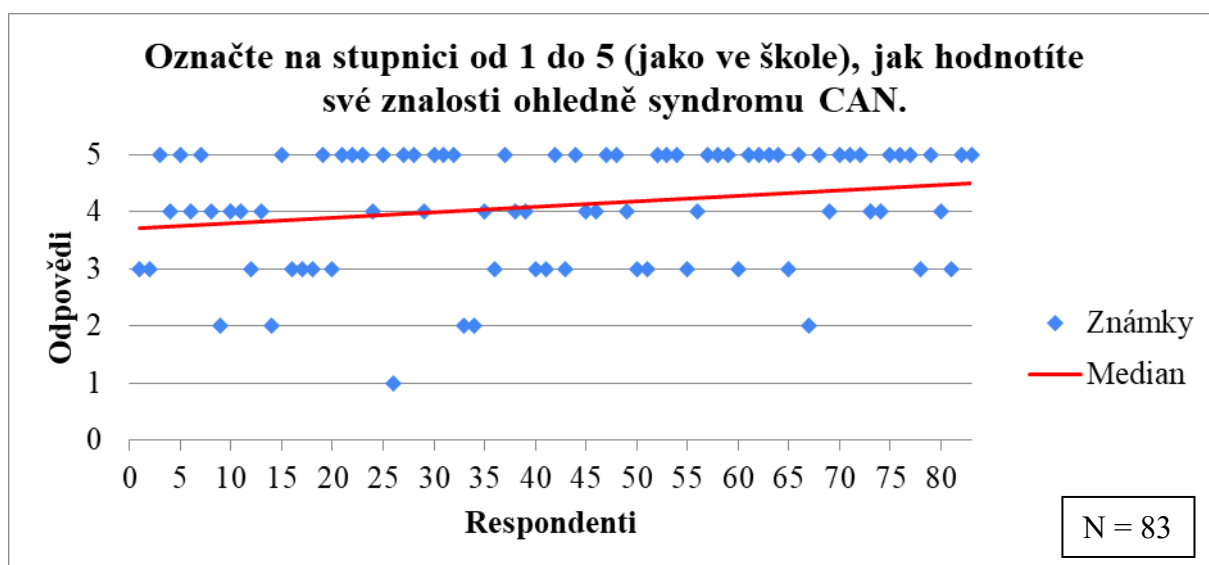
Chvalitebně bylo označeno 5 respondenty (6,02 %).

Dobře bylo označeno 18 respondenty (21,69 %).

Dostatečné bylo označena 19 respondenty (22,89 %).

Nedostatečné bylo označena nejvíce, a to 40 respondenty (48,19 %).

Medián všech odpovědí se pohybuje kolem známky 4 – dostatečné.



Graf č. 5: Jak respondenti hodnotí své znalosti ohledně syndromu CAN?

Otázka č. 12: Proč jste se ohodnotili touto známkou?

Otázka č. 12 navazuje na otázku č. 11. Otázka č. 12 samotná byla otevřená, nicméně odpovědi se daly zařadit do konkrétních kategorií. Otázka byla rovněž povinná pro všech 83 respondentů.

37 (44,58 %) respondentů odpovědělo, že o syndromu CAN vůbec nic nevědí, že o něm nikdy neslyšeli, že teprve při vyplňování dotazníkového šetření si vyhledali o co se jedná atd., tudíž byli zařazeni do kategorie *Respondent nemá žádné znalosti*.

11 (13,25 %) respondentů uvedlo, že by potřebovali více informací, že za sebou nemají dostatek teorie nebo že by své znalosti chtěli rozšířit atd., proto byli zařazeni do kategorie *Respondent by o tématu chtěl více informací*.

Dalších 11 (13,25 %) respondentů nějaké znalosti má, ale nejsou příliš hluboké nebo je označili za základní nebo povrchní, tudíž byli zařazeni do kategorie *Respondent má základní nebo povrchní znalosti*.

5 (6,02 %) respondentů svou známku odůvodnilo tím, že se o problematiku nikdy blíže nezajímalo, proto byli zařazeni do kategorie *Respondent se o problematiku dosud blíže nezajímal*.

4 (4,82 %) respondenti si nejsou svými znalostmi jistí, tudíž byli zařazeni do kategorie *Respondent je svými znalostmi nejistý*.

Další 4 (4,82 %) respondenti svou známku odůvodnili tím, že již mají nějaké své vlastní zkušenosti, a proto byli zařazeni do kategorie *Respondent má vlastní zkušenosti*.

3 (3,61 %) respondenti řekli, že jejich známka podléhá tomu, že se nikdy s někým, kdo by syndromem CAN trpěl, neseťkal, tudíž byli zařazeni do kategorie *Respondent se s jedincem trpícím s. CAN neseťkal*.

2 (2,41 %) respondenti řekli, že znají pouze termín nebo název syndromu, proto byli zařazeni do kategorie *Respondent zná pouze termín*.

Další 2 (2,41 %) respondenti své znalosti označili za průměrné, proto byli společně zařazeni do kategorie *Respondent má průměrné znalosti*.

Zbylí 4 (4,82 %) respondenti měli pro svou známku jiné odůvodnění, proto jsou ve stejnojmenné kategorii. V jednom případě to byl jenom odhad. V dalším byl respondent optimistický, že se problematika bude nadále během studia probírat. Další respondent sdělil, že se necítí, ale nesdělil na co. Poslední respondent napsal pouze tečku, pravděpodobně aby mohl otázku přeskočit.

Tabulka č. 6: Proč respondenti své znalosti takto hodnotí?

	Odůvodnění	Počet odpovědí	%
1.	Respondent nemá žádné znalosti	37	44,58
2.	Respondent by o tématu chtěl více informací	11	13,25
3.	Respondent má základní nebo povrchní znalosti	11	13,25
4.	Respondent se o problematiku dosud blíže nezajímal	5	6,02
5.	Respondent je svými znalostmi nejistý	4	4,82
6.	Respondent má vlastní zkušenosti	4	4,82
7.	Respondent se s jedincem trpícím s. CAN nesešel	3	3,61
8.	Respondent zná pouze termín	2	2,41
9.	Respondent má průměrné znalosti	2	2,41
10.	Jiné odůvodnění	4	4,82
		N = 83	100

Otázka č. 13: Co se podle vás vyskytuje ve společnosti nejčastěji?

V otázce č. 13 byli respondenti tázáni na to, která součást CAN se dle jejich názoru vyskytuje ve společnosti nejčastěji. Otázka byla povinná pro všech 83 respondentů avybírali z předem připravených odpovědí. Nejvíce respondentů, a to 49 (59,04 %), se domnívalo, že nejčastěji vyskytující se jev ve společnosti je psychické týrání. 26 (31,33 %) respondentů zaškrtnulo zanedbávání péče. 6 (7,23 %) respondentů označilo fyzické týrání a pouze 2 (2,41 %) respondenti sexuální zneužívání.

Správnou odpovědí je zanedbávání péče, protože se jedná o nejrozšířenější formu syndromu CAN.

Tabulka č. 7: Jaká forma syndromu CAN je dle respondentů nejčastější?

	Nabízené možnosti	Počet odpovědí	%
1.	Psychické týrání	49	59,04
2.	Zanedbávání péče	26	31,33
3.	Fyzické týrání	6	7,23
4.	Sexuální zneužívání	2	2,41
		N = 83	100

Otázka č. 14: Pokud budete mít při vlastní pedagogické praxi podezření na syndrom CAN ze strany rodičů dítěte, komu to oznámíte nejdříve?

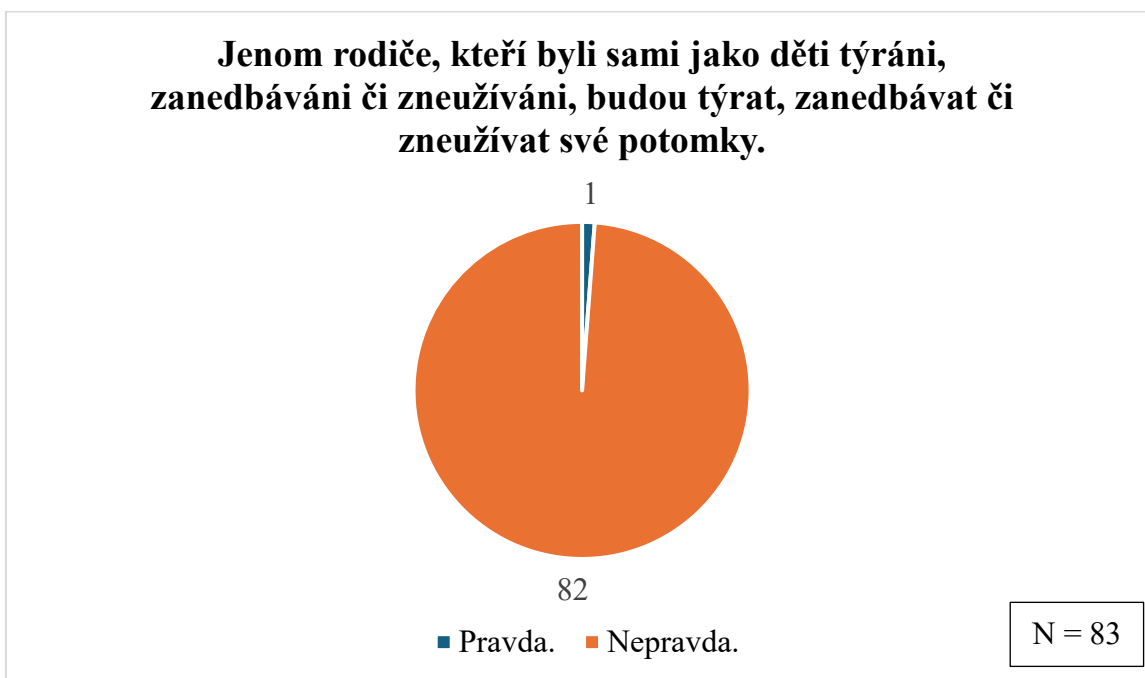
V otázce č. 14 byli respondenti tázáni, komu by oznámili nejdříve, pokud by měli při vlastní pedagogické praxi podezření na syndrom CAN, jehož příčinou jsou rodiče dítěte. Otázka byla povinná pro všech 83 respondentů. Valná většina respondentů, tj. 61 (73,49 %), by takový poznatek oznámila výchovnému poradci nebo psychologovi. Dalších 8 (9,64 %) respondentů by věc oznámil Orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Řediteli školy by takový fakt nejdříve oznámilo 6 (7,23 %) tázaných. Rovněž 6 (7,23 %) respondentů by své podezření sdělilo přímo rodičům dítěte, které tímto syndromem dle jejich názoru může trpět. Policii by to rovnou oznámili 2 (2,41 %) respondenti. Možnost Jiné nezaškrtl žádný z respondentů.

Tabulka č. 8: Komu by respondenti ohlásili podezření na syndrom CAN?

	Nabízené možnosti	Počet odpovědí	%
1.	Výchovnému poradci/psychologovi	61	73,49
2.	Orgánu sociálně-právní ochrany dětí	8	9,64
3.	Řediteli školy	6	7,23
4.	Rodičům žáka	6	7,23
5.	Policii	2	2,41
6.	Jiné	0	0
		N = 83	100

Otázka č. 15 Jenom rodiče, kteří byli sami jako děti týráni, zanedbávání či zneužívání, budou týrat, zanedbávat či zneužívat své potomky.

V otázce č. 15 měli respondenti za úkol rozhodnout, zda-li je tvrzení, že jenom rodiče, kteří byli sami jako děti týráni, zanedbávání či zneužívání budou týrat, zanedbávat či zneužívat své potomky pravdivé, či nepravdivé. Tvrzení je nepravdivé. Otázka byla povinná pro všech 83 respondentů, z nichž valná většina, tzn. 82 (98,80 %), označila tvrzení za nepravdivé. Pouze jeden (1,20 %) respondent se domníval, že je pravdivé.



Graf č. 7: Pravda/Nepravda 1

Otázka č. 16: Pokud alkoholika vyléčíme ze závislosti, přestane týrat a zanedbávat své děti.

V otázce č. 16 byli respondenti požádáni, aby zhodnotili, zda je tvrzení, že pokud alkoholika vyléčíme ze závislosti, přestane týrat a zanedbávat své děti, pravdivé, či nepravdivé. Tvrzení je nepravdivé, ačkoliv závislostní chování je rizikovým faktorem. Otázka byla povinná pro všech 83 respondentů. 77 (92,77 %) pokládá toto tvrzení za nepravdivé. 6 (7,23 %) respondentů se domnívá, že je pravdivé.



Graf č. 6: Pravda/Nepravda 2

Otázka č. 17: Socioekonomicky znevýhodněné děti mají větší riziko, že se stanou obětí týrání či zanedbávání než ty děti, které socioekonomicky znevýhodněné nejsou.

V otázce č. 17 měli respondenti zhodnotit další tvrzení a označit, zda-li je pravdivé, či nepravdivé – Socioekonomicky znevýhodněné děti mají větší riziko, že se stanou obětí týrání či zanedbávání než ty děti, které socioekonomicky znevýhodněné nejsou. Tvrzení je pravdivé. Otázka byla povinná pro všech 83 respondentů a jednalo se o tu vůbec nejvíce polarizující. 53 (63,86 %) respondentů má za to, že je pravdivé. Naopak 30 (36,14 %) respondentů považuje toto tvrzení za nepravdivé.



Graf č. 7: Pravda/Nepravda 3

Otázka č. 18: Děti mentálně, tělesně či smyslově znevýhodněné mají větší riziko, že se stanou obětí týrání, zanedbávání či zneužívání než děti, které žádné takové znevýhodnění nemají.

V otázce č. 18 měli respondenti taktéž zhodnotit tvrzení a označit, zda je dle jejich názoru pravdivé, či nepravdivé – Děti mentálně, tělesně či smyslově znevýhodněné mají větší riziko, že se stanou obětí týrání, zanedbávání či zneužívání než děti, které žádné takové znevýhodnění nemají. Tvrzení je pravdivé. Otázka byla povinná pro všech 83 respondentů. 59 (71,08 %) z nich považuje tvrzení za pravdivé. 24 (28,92 %) respondentů se domnívá, že je nepravdivé.



Graf č. 8: Pravda/Nepravda 4

Otázka č. 19: Zbytečné lékařské prohlídky a zákroky nejsou týráním.

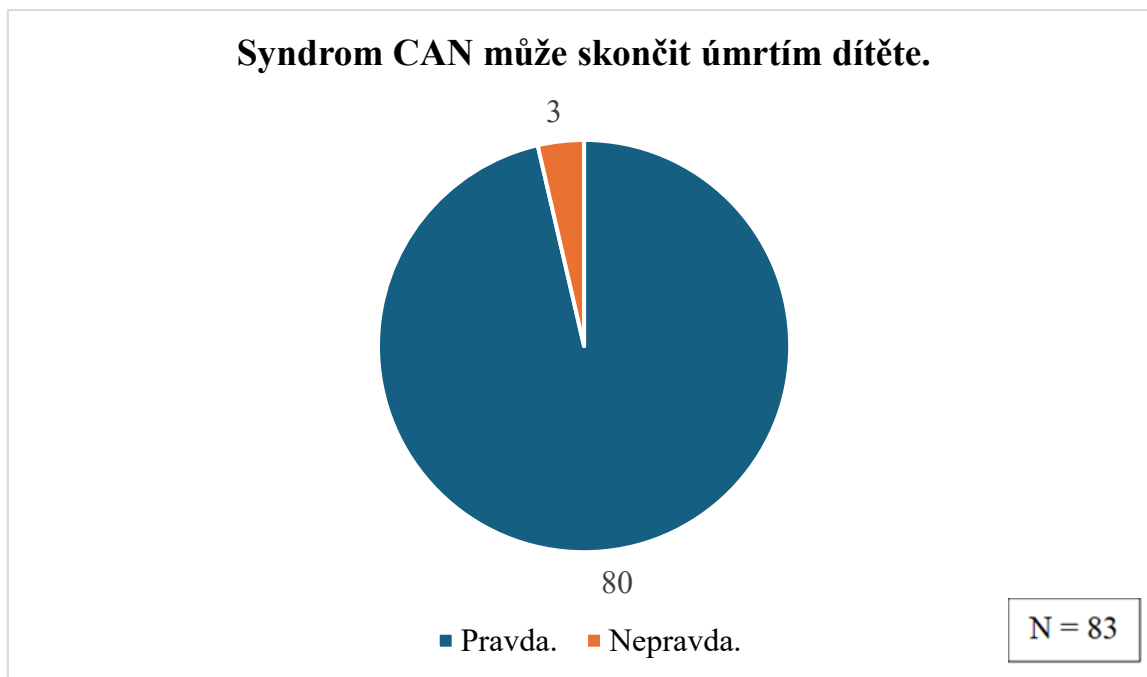
V otázce č. 19 měli respondenti za úkol zhodnotit, zda-li je tvrzení, že zbytečné lékařské prohlídky nejsou týráním, pravdivé či nepravdivé. Tvrzení je nepravdivé. Otázka byla povinná pro všech 83 respondentů. Z toho 24 (28,92 %) respondentů považuje tvrzení za pravdivé. 59 (71,08 %) respondentů jej naopak považuje za nepravdivé.



Graf č. 9: Pravda/Nepravda 5

Otázka č. 20: Syndrom CAN může skončit úmrtím dítěte.

V otázce č. 20 byli respondenti požádáni rozhodnout, zda-li je dle jejich názoru tvrzení, že syndrom CAN může skončit úmrtím dítěte, pravdivé, či nepravdivé. Tvrzení je pravdivé. Otázka byla povinná pro všech 83 respondentů. Valná většina, tj. 80 (96,39 %) z nich jej považuje za pravdivé 3 (3,61 %) respondenti si myslí, že je nepravdivé.



Graf č. 10: Pravda/Nepravda 6

Otázka č. 21: Přečtete si následující situaci a zhodnoťte postup paní učitelky na škále 1 (výborný) – 5 (nedostatečný).

V otázce č. 21 měli respondenti za úkol přečíst si fiktivní modelovou situaci, jež měla formu rozhovoru mezi žákem a učitelkou. Po přečtení byli respondenti požádáni, aby paní učitelce udělili za její přístup k situaci známku na škále od 1 (výborný) až do 5 (nedostatečný). Otázka byla povinná pro všech 83 respondentů.

Výbornou se rozhodl neudělit žádný z respondentů.

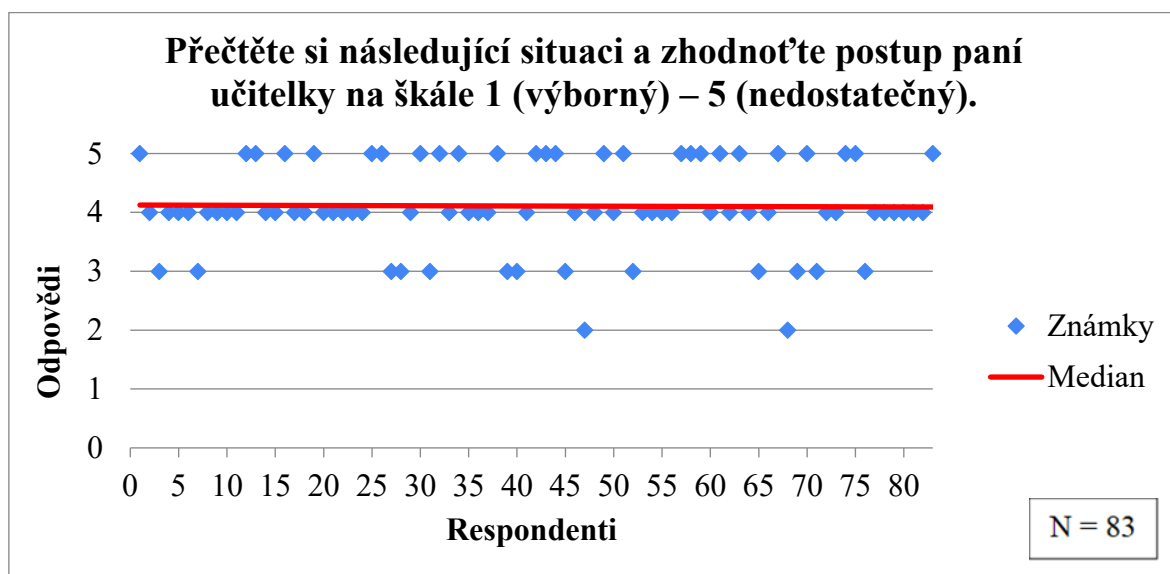
Chvalitebně označili pouze 2 respondenti (2,41 %).

Ohodnocení dobře paní učitelce přidělilo 13 respondentů (15,66 %).

Ohodnocení dostatečně bylo udělováno nejvíce, konkrétně 42 respondenty (50,60 %).

Nedostatečně ohodnotilo paní učitelku 26 respondentů (31,33 %).

Medián známek se tedy konzistentně pohybuje u známky 4 – dostatečně.



Graf č. 11: Hodnocení modelové situace 1

Otázka č. 22: Proč jste paní učitelku ohodnotili touto známkou?

Otázka č. 22 navazuje na otázku č. 21. Respondenti byli požádáni, aby odůvodnili, proč udělili právě tuto konkrétní známku. Otázka byla povinná pro všech 83 respondentů a měla otevřenou formu.

Výbornou neoznačil žádný z respondentů (0 %)

Chvalitebně udělili 2 (2,41 %) respondenti.

Oba respondenti při zhodnocování ocenili, že si paní učitelka vzala dítě stranou a neřešila situaci před celou třídou. Zároveň však oba měli různé výtky. Jeden respondent (1,20 %) se domníval, že paní učitelka nebyla dostatečně citlivá, a ten druhý (1,20 %) sdělil, že paní učitelka nezná skutečnou příčinu problému. Oba respondenti měli z tohoto důvodu vytvořené v tabulce své vlastní kategorie *Necitlivé/nehodné chování, ale dítě si vzala stranou* a *Problémem se nezabývala hlouběji, ale dítě si vzala stranou*.

Tabulka č. 9: Situace 1 – Chvalitebně

Známka	Odůvodnění	Počet odpovědí	% z celkového počtu
Chvalitebně	Necitlivé/nehodné chování, ale dítě si vzala stranou	1	1,20
	Problémem se nezabývala hlouběji, ale dítě si vzala stranou	1	1,20
		2	2,41

Dobře paní učitelce udělilo 13 (15,66 %) respondentů. Zde již začínali být dotazovaní více kritičtí.

3 respondenti (3,61 %) byli přidáni do kategorie *Necitlivé/nehodné chování*. Jeden respondent její postup označil za lehce nátlakový, dalšímu se zdálo, že nebyla dostatečně šetrná a poslednímu respondentovi se nezamlouvalo nucení žačky do něčeho, co nechce, když se stydí.

1 respondent (1,20 %) v kategorii *Necitlivé/nehodné chování, ale vzala si dítě stranou a nabídla možnost dalšího rozhovoru* se také domníval, že paní učitelka mohla být více empatická, ale zároveň ocenil to, že si dítě vzala stranou a nabídla jí delší rozhovor.

2 respondenti (2,41 %) měli taktéž problémy s chováním paní učitelky vůči žačce, ale měli pro ni pochopení, protože se jednalo o svízelnou situaci, proto pro ně byla vytvořena kategorie *Necitlivé/nehodné chování, ale situace je nelehká*.

1 (1,20 %) respondent ocenil, že paní učitelka nabídla žačce pomoc a vyptávala se, nicméně kritizoval, že vůbec nereagovala na její změnu v chování, proto byl zařazen do své vlastní kategorie *Nereagovala na změnu chování, ale nabídla pomoc*.

3 respondenti (3,61 %) paní učitelce vytýkají, že se s žačkou o situaci dalo pohovořit více, že nevěnovala pozornost příčině problému. Proto byli všichni tři zařazeni do kategorie *Problémem se nezabývala hlouběji*.

1 (1,20 %) respondent by k lepšímu zhodnocení situace potřeboval více informací. Zejména by ho zajímalo, jak dlouho se žačka chová takto zvláštně, proto má také svoji kategorii *Respondent by potřeboval více informací*.

2 respondenti měli pro známku dobře jiné odůvodnění. Jeden z nich se domníval, že paní učitelce nemuselo hned dojít, že by se mohlo jednat o syndrom CAN. Ten druhý řekl, že paní učitelku takto oznámkoval prostě proto bez bližšího důvodu, proto jsou oba v kategorii *Jiné odůvodnění*.

Tabulka č. 10: Situace 1 – Dobře

Známka	Odůvodnění	Počet odpovědí	% z celkového počtu
Dobře	Necitlivé/nehodné chování	3	3,61
	Necitlivé/nehodné chování, ale vzala si dítě stranou a nabídla možnost dalšího rozhovoru	1	1,20
	Necitlivé/nehodné chování, ale situace je nelehká	2	2,41
	Nereagovala na změnu chování, ale nabídla pomoc	1	1,20
	Problémem se nezabývala hlouběji	3	3,61
	Respondent by potřeboval více informací	1	1,20
	Jiné odůvodnění	2	2,41
		13	15,66

42 respondentů (50,60 %) se rozhodlo paní učitelce udělit dostatečnou.

Opět se nejčastěji objevovaly výtky ohledně *Nevhodného/necitlivého chování*, proto je 18 respondentů (21,69 %) v této kategorii. Označovali chování paní učitelky za výhrušné, neempatické a vyčítali absenci zájmu o dítě a nedostatek pozornosti.

Další 2 (2,41 %) respondenti paní učitelce vyčetli to samé, ale zároveň byli schopni ocenit, že žačce nabídla možnost dalšího rozhovoru, a tak mají svoji vlastní kategorii *Necitlivé/nehodné chování, ale nabídla možnost dalšího rozhovoru*.

8 respondentů sdělilo, že se paní učitelka nezabývala skutečnou příčinou problému, ti mají svou vlastní kategorii *Problémem se nezabývala hlouběji*.

Další 2 respondenti (2,41 %) měli vůči paní učitelce zase stejné výtky, ale také ocenili, že žačce nabídla možnost dalšího rozhovoru, proto mají také svou vlastní kategorii *Problémem se nezabývala hlouběji, ale dala možnost dalšího rozhovoru*.

2 respondenti (2,41 %) paní učitelce vytkli jak chování, tak absenci hledání příčin a jsou v kategorii *Necitlivé/nehodné chování + problémem se nezabývala hlouběji*.

3 respondenti (3,61 %) paní učitelce vytkli chování a absenci hledání skutečných příčin, ale ocenili, že si dítě během rozhovoru vzala stranou nebo že jí nabídla možnost dalšího rozhovoru, proto jsou v kategorii *Necitlivé/nehodné chování + problémem se nezabývala hlouběji, ale dala možnost dalšího rozhovoru nebo dítě vzala stranou*.

2 respondenti (2,41 %) paní učitelce vyčítali, že k žačce nepřistupuje individuálně a jsou v kategorii *Absence individuálního přístupu*.

4 respondenti (4,82 %) se nehodili do žádné z předešlých kategorií, proto jsou v *Jiné odůvodnění*. Jeden respondent svoji známku označil za adekvátní bez udání bližšího důvodu. Další se domníval, že paní učitelka nezvládla situaci nejlépe, a třetí zase označil, její přístup za prostě špatný. Poslední respondent napsal, že paní učitelka nejednala v nejlepším zájmu dítěte.

Tabulka č. 11: Situace 1 – Dostatečně

Známka	Odůvodnění	Počet odpovědí	% z celkového počtu
Dostatečně	Necitlivé/nehodné chování	18	21,69
	Necitlivé/nehodné chování, ale nabídla možnost dalšího rozhovoru	2	2,41
	Problémem se nezabývala hlouběji	8	9,64
	Problémem se nezabývala hlouběji, ale dala možnost dalšího rozhovoru	2	2,41
	Necitlivé/nehodné chování + problémem se nezabývala hlouběji	2	2,41
	Necitlivé/nehodné chování + problémem se nezabývala hlouběji, ale dala možnost dalšího rozhovoru nebo dítě vzala stranou	3	3,61
	Absence individuálního přístupu	2	2,41
	Jiné odůvodnění	4	4,82
		42	50,60

Nedostatečnou udělilo 26 respondentů (31,33 %).

Respondenti paní učitelce v 9 případech (10,84 %) vytýkali *Necitlivé/nehodné chování*, proto byli zařazeni do stejnojmenné kategorie. Několikrát chování paní učitelky nazvali neempatickým. Jeden respondent podotkl, že paní učitelku evidentně nezajímá well-being žáčky.

2 respondentům (2,41 %) vadilo, že se paní učitelka nesnažila více zjistit skutečnou možnou příčinu situace, proto jsou v kategorii *Problémem se nezabývala hlouběji*.

13 respondentů (15,66 %) uvedlo naráz stejné důvody jako v předchozích dvou kategoriích, proto mají svoji vlastní *Necitlivé/nehodné chování + Problémem se nezabývala hlouběji*. Chování paní učitelky nazývali jako nátlakové, neadekvátní, v jednom případě bylo dokonce označeno doslova za hnusné. Zároveň respondentům vadilo, že nehledala příčiny problému, tudíž ho vlastně vůbec neřešila.

2 respondenti (2,41 %) označili přístup paní učitelky za špatný, ale nesdělili, co se jim konkrétně nezdálo, tudíž jsou ve své vlastní kategorii *Jiné odůvodnění*.

Tabulka č. 12: Situace 1 – Nedostatečně

Známka	Odůvodnění	Počet odpovědí	% z celkového počtu
Nedostatečně	Necitlivé/nehodné chování	9	10,84
	Problémem se nezabývala hlouběji	2	2,41
	Necitlivé/nehodné chování + Problémem se nezabývala hlouběji	13	15,66
	Jiné odůvodnění	2	2,41
		26	31,33

Otázka č. 23: Bylo na chování Marie něco zvláštního?

Otázka č. 23 navazuje na otázku č. 21 a č. 22. Respondenti byli požádáni, aby odpověděli, zda na chování žáčky ve fiktivní modelové situaci bylo něco zvláštního. Otázka byla povinná pro všech 83 respondentů a měla otevřenou formu.

39 respondentů (46,99 %) v odpovědi konkretizovali jednu věc, která se jim zdála podivná, proto byli zařazeni do kategorie s názvem *1 zvláštní věc*. Nejčastěji se jednalo o přehnanou stydlivost žáčky v případě převlékání se před ostatními spolužáky a strach z rodičů či telefonátu rodičům.

15 respondentů (18,07 %) v odpovědi konkretizovalo dvě věci, které se jim zdály zvláštní, proto byli přiřazeni do kategorie *2 zvláštní věci*. Nejčastěji se jednalo o kombinaci přehnané stydlivosti žáčky kvůli převlékání se před ostatními spolužáky a strach z rodičů či telefonátu rodičům, nicméně několik respondentů taktéž zmínilo náhlé změny v chování.

6 respondentů (7,23 %) ve své odpovědi konkretizovalo tři nebo více věcí, které jim přišly zvláštní, z těchto důvodů byli zařazeni do kategorie *3+ zvláštních věcí*. Kromě již zmíněných věcí se taktéž objevovaly změny v prospěchu.

16 respondentů (19,28 %) odpovědělo, že na chování žáčky je něco zvláštního, ale neupřesnili, co konkrétně, proto byli přiřazeni do kategorie *Ano bez upřesnění*.

4 respondenti (4,82 %) odpověděli, že na chování žáčky se jim podivného nezdálo nic, proto byli zařazeni do kategorie *Ne*.

3 respondenti (3,61 %) odpověděli, že na chování žáčky může být něco zvláštního, ale nemusí to nic znamenat, proto byli zařazeni do kategorie *Možná*.

Tabulka č. 13: Zvláštní věci v chování žáčky

	Zvláštní věci v chování	Počet odpovědí	%
1.	1 zvláštní věc	39	46,99
2.	2 zvláštní věci	15	18,07
3.	3+ zvláštních věcí	6	7,23
4.	Ano bez upřesnění	16	19,28
5.	Ne	4	4,82
6.	Možná	3	3,61
		N = 83	100

Otázka č. 24: Přečtete si následující situaci a zhodnot'te postup paní učitelky na škále 1 (výborný) – 5 (nedostatečný).

V otázce č. 24 měli respondenti za úkol opět zhodnotit fiktivní modelovou situací, jež měla formu rozhovoru mezi žákem a učitelkou stejně jako v otázce č. 21. Po přečtení byli respondenti požádáni, aby paní učitelce udělili za její přístup k situaci známku na škále od 1 (výborný) až do 5 (nedostatečný). Otázka byla povinná pro všech 83 respondentů.

Výbornou paní učitelce udělilo 19 respondentů (22,89 %).

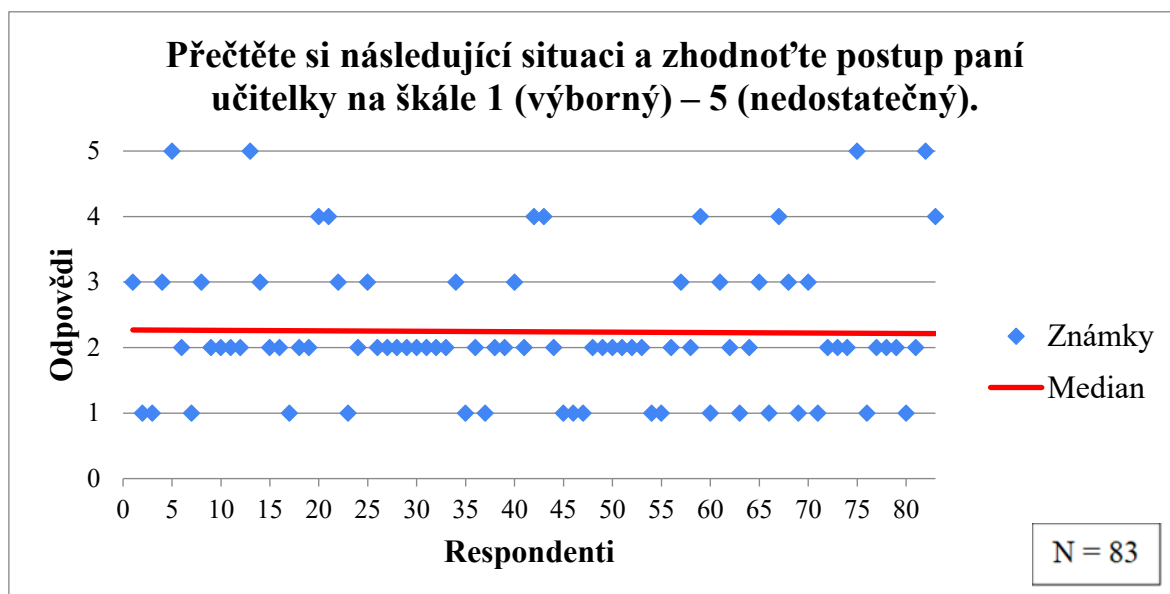
Chvalitebná byla označena nejvíce a udělilo ji 40 respondentů (48,19 %).

Dobře přidělilo 13 respondentů (15,66 %).

Dostatečnou přidělilo 7 respondentů (8,43 %).

Nedostatečnou pak označili 4 respondenti (4,82 %).

Paní učitelka dopadla v této modelové situaci o poznání lépe, medián všech odpovědí se pohybuje blízko u známky 2 – chvalitebně.



Graf č. 12: Hodnocení modelové situace 2

Otázka č. 25: Proč jste paní učitelku ohodnotili touto známkou?

V otázce č. 24 měli respondenti za úkol opět zhodnotit fiktivní modelovou situaci, jež měla formu rozhovoru mezi žákem a učitelkou stejně jako v otázce č. 21. Po přičtení byli požádáni, aby paní učitelce udělili za její přístup k situaci známku na škále od 1 (výborný) až do 5 (nedostatečný). Otázka byla povinná pro všech 83 respondentů.

Otázka č. 25 navazuje na otázku č. 24. Respondenti byli požádáni, aby odůvodnili, proč udělili tu konkrétní známku. Otázka byla povinná pro všech 83 respondentů a měla otevřenou formu.

Výbornou paní učitelce udělilo 19 respondentů (22,89 %).

8 respondentů (9,64 %) u paní učitelky ocenilo způsob komunikace, proto jsou v kategorii *Vhodně se vyptávala*. Líbilo se jim, že hledala další informace a ptala se pokud možno co nejvíce nenápadně a opatrně.

4 respondenti (4,82 %) byli rádi, že paní učitelka měla o žáka upřímný zájem, proto jsou v kategorii *Projevovala zájem o žáka*.

5 respondentů (6,02 %) ocenilo, že paní učitelka žáka vyslechla a dávala pozor, když hovořil, proto jsou v kategorii *Pozorně naslouchala žákovi a vyslechla jej*.

2 respondenti (2,41 %) měli pro udělení známky jiné důvody, proto jsou v kategorii *Jiné odůvodnění*. Jeden z nich sdělil, že paní učitelka situaci vyřešila zkrátka dobře a ten druhý, že souhlasí, ale neřekl konkrétně s čím.

Tabulka č. 14: Situace 2 – Výborně

Známka	Odůvodnění	Počet odpovědí	% z celkového počtu
Výborně	Vhodně se vyptávala	8	9,64
	Projevovala zájem o žáka	4	4,82
	Pozorně naslouchala žákovi a vyslechla jej	5	6,02
	Jiné odůvodnění	2	2,41
		19	22,89

Chvalitebná byla označena nejvíce a udělilo ji 40 respondentů (48,19 %).

11 respondentů (13,25 %) svou známku opět zdůvodnilo způsobem komunikace, proto jsou v kategorii *Vhodně se vyptávala*. Zamlouvalo se jim šetrné, přirozené zjišťování problému a mapování situace.

2 respondenti (2,41 %) ocenili zájem, který paní učitelka o žáka měla, proto jsou v kategorii *Projevovala zájem o žáka*.

5 respondentů (6,02 %) oceňovalo celou řadu věcí – vhodné vyptávání, projevovaný zájem i zjišťování potřebných informací, proto jsou ve své vlastní kategorii *Projevovala zájem o žáka, vhodně se vyptávala, zjišťovala informace*.

3 respondenti (3,61 %) ve své odpovědi přímo ocenili, že paní učitelka má u žáka nějakou důvěru, proto jsou v kategorii *Žák učiteli důvěřuje, asi mají dobrý vztah*.

4 respondenti (4,82 %) podotkli, že se paní učitelka zlepšuje postupem rozhovoru. Ze začátku situaci zlehčuje, ale pak se skutečně zajímá, proto jsou v kategorii *Zlepšuje se postupem rozhovoru*.

2 respondenti (2,41 %) ocenili, že se paní učitelka vhodně vyptávala, ale měli jisté výtky. Jednomu v textu chyběla jakákoliv podpora žáka, druhému zase to, že informací nezjistila dostatek, proto jsou ve své vlastní kategorii *Vhodně se vyptávala, ale...*

1 (1,20 %) respondent paní učitelce vyčítal bagatelizaci, proto je v kategorii *Necitlivé/nehodné chování*.

2 respondenti (2,41 %) si nebyli jistí vývojem situace a potřebovali by více informací, proto jsou v kategorii *Respondent by potřeboval více informací*.

10 (12,05 %) respondentů mělo pro udělenou známku jiné odůvodnění, proto jsou ve stejnojmenné kategorii *Jiné odůvodnění*. 2 z nich hodnotili přístup paní učitelky jako prostě dobrý, 1 respondent jako neutrální a 1 respondent jako lepší než v předchozí situaci; 1 respondent oceňoval snahu paní učitelky pomoci, další zase snahu zachovat se správně; 1 respondent podotkl, že by se v takové situaci zachoval stejně; 1 respondentovi přišlo, že paní učitelka sice zájem projevuje, ale nechce žákovi věřit; 1 respondent kritizoval ignoraci varovných náznaků, ale chválil místo konverzace a volbu slov. Poslední respondent nám sdělil, že souhlasí, ale neřekl s čím konkrétně.

Tabulka č. 15: Situace 2 – Chvalitebně

Známka	Odůvodnění	Počet odpovědí	% z celkového počtu
Chvalitebně	Vhodně se vyptávala	11	13,25
	Projevovala zájem o žáka	2	2,41
	Projevovala zájem o žáka, vhodně se vyptávala, zjišťovala informace	5	6,02
	Žák učiteli důvěřuje, asi mají dobrý vztah	3	3,61
	Zlepšuje se postupem rozhovoru	4	4,82
	Vhodně se vyptávala, ale...	2	2,41
	Necitlivé/nevhodné chování	1	1,20
	Respondent by potřeboval více informací	2	2,41
	Jiné odůvodnění	10	12,05
		40	48,19

Dobře přidělilo 13 respondentů (15,66 %).

1 respondent (1,20 %) známku odůvodnil bagatelizací ze strany učitelky, proto je v kategorii *Necitlivé/nehodné chování*.

1 respondent (1,20 %) vytýkal, že paní učitelka nezjišťovala více informací, proto je v kategorii *Problémem se nezabývala hlouběji*.

1 respondent (1,20 %) označil situaci za nelehkou, ale vytknul, že ji paní učitelka zlehčovala proto je ve své vlastní kategorii *Necitlivé/nehodné chování, ale situace je nelehká*.

1 respondent (1,20 %) paní učitelku kárá rovněž za zlehčování situace, ale oceňuje jistou formu zájmu během vývoje konverzace, proto je v kategorii *Necitlivé/nehodné chování, ale postupně se začala zajímat*.

6 respondentů (7,23 %) by zajímalo, jak se situace bude vyvíjet dál. Chtějí vědět, zda-li je paní učitelka ochotná žákovi nadále pomoci a aktivně situaci řešit, proto jsou v kategorii *Respondent by potřeboval více informací*.

Zbylí 3 respondenti (3,61 %) v kategorii *Jiné odůvodnění* pro známku měli jiné důvody nebo se nehodili do jiné z předešlých kategorií. Jeden respondent podotýká, že situaci řešila dobře, další její reakci označuje za průměrnou a ten poslední ji porovnává se situací předchozí a označuje přístup za lepší.

Tabulka č. 16: Situace 2 – Dobře

Známka	Odůvodnění	Počet odpovědí	% z celkového počtu
Dobře	Necitlivé/nevhodné chování	1	1,20
	Problémem se nezabývala hlouběji	1	1,20
	Necitlivé/nevhodné chování, ale situace je nelehká	1	1,20
	Necitlivé/nevhodné chování, ale postupně se začala zajímat	1	1,20
	Respondent by potřeboval více informací	6	7,23
	Jiné odůvodnění	3	3,61
		13	15,66

Dostatečnou přidělilo paní učitelce 7 respondentů (8,43 %), z toho 6 (7,23 %) mělo výhrady k chování – několikrát se objevilo, že zlehčuje situaci a řádně žákovi nenaslouchá, proto jsou v kategorii *Necitlivé/nehodné chování*. Jeden respondent (1,20 %) měl problém jak s chováním, tak s přístupem, kde paní učitelka nehledala příčiny, proto je v kategorii *Necitlivé/nehodné chování + Problémem se nezabývala hlouběji*. Tabulka č. 17: Situace 2 – Dostatečně

Známka	Odůvodnění	Počet odpovědí	% z celkového počtu
Dostatečně	Necitlivé/nehodné chování	6	7,23
	Necitlivé/nehodné chování + Problémem se nezabývala hlouběji	1	1,20
		7	8,43

Nedostatečnou pak označili 4 respondenti (4,82 %). Tito dotázaní měli stejné výtky jako ti předešlí. Výhrady k chování paní učitelky měli dva z nich (2,41 %). Jeden se dokonce domníval, že vzala situaci až příliš lehkově, ten druhý zase, že příliš bagatelizuje, proto jsou v kategorii *Necitlivé/nehodné chování*.

Jednomu respondentovi vadilo, že paní učitelka opětovně nehledá skutečnou příčinu situace, proto je v kategorii *Problémem se nezabývala hlouběji*.

Poslední respondent měl výhrady k oběma předchozím problémům, proto má svou vlastní kategorii *Necitlivé/nehodné chování + Problémem se nezabývala hlouběji*.

Tabulka č. 18: Situace 2 – Nedostatečně

Známka	Odůvodnění	Počet odpovědí	% z celkového počtu
Nedostatečně	Necitlivé/nehodné chování	2	2,41
	Problémem se nezabývala hlouběji	1	1,20
	Necitlivé/nehodné chování + Problémem se nezabývala hlouběji	1	1,20
		4	4,82

Otázka č. 26: Bylo na chování Adama něco zvláštního?

Otázka č. 26 navazuje na otázku č. 24 a č. 25. Respondenti byli požádáni, aby odpověděli, zda na chování žáka ve fiktivní modelové situaci bylo něco zvláštního. Otázka byla povinná pro všech 83 respondentů a měla otevřenou formu.

39 respondentů (42,17 %) v odpovědi konkretizovalo jednu věc, která se jim zdála podivná, proto byli zařazeni do kategorie s názvem *1 zvláštní věc*. Nejčastěji se jednalo o averzi k chození domů, stranění se kolektivu a vázanost na učitele. Několika respondentům také připadal zvláštní jeho klid při povídání o takové situaci.

10 respondentů (12,05 %) v odpovědi konkretizovalo dvě věci, které se jim zdály zvláštní, proto byli přiřazeni do kategorie *2 zvláštní věci*. Nejčastěji šlo o kombinace dříve jmenovaných věcí. Respondenti zde již začali teoretizovat o stavu věci, např.: že žák hledá uznání od učitelů nebo že může trpět šikanou.

2 respondenti (2,41 %) ve své odpovědi konkretizovali tři nebo více věcí, které považovali za zvláštní, z těchto důvodů byli zařazeni do kategorie *3+ zvláštních věcí*. Jednalo se o kombinace již zmiňovaných věcí.

13 respondentů (15,66 %) odpovědělo, že na chování žáka je něco zvláštního, ale neupřesnili, o co konkrétně jde, proto byli přiřazeni do kategorie *Ano bez upřesnění*.

5 respondentů (6,02 %) odpovědělo, že na chování žáčky se jim podivného nezdálo nic, proto byli zařazeni do kategorie *Ne*.

2 respondenti (2,41 %) si nevěděli rady a nedokázali určit, proto byli zařazeni do kategorie *Nevím*.

11 respondentů (13,25 %) se zaměřilo na žákovu komunikaci, kde jej za otevřenost a svěřování se chválili. Někteří takové chování považovali za zvláštní, jiní ne, proto byli zařazeni do kategorie *Jiné*.

5 respondentů (6,02 %) sdělilo, že se začali domnívat, že jde o týrané dítě, proto byli přiřazeni do kategorie *Respondent se domnívá, že jde o týrané dítě*.

Tabulka č. 19: Zvláštní věci v chování žáka

	Zvláštní věci v chování	Počet odpovědí	%
1.	1 zvláštní věc	35	42,17
2.	2 zvláštní věci	10	12,05
3.	3+ zvláštních věcí	2	2,41
4.	Ano bez upřesnění	13	15,66
5.	Ne	5	6,02
6.	Nevím	2	2,41
7.	Jiné	11	13,25
8.	Respondent se domnívá, že jde o týrané dítě	5	6,02
		N = 83	100

2.4 Analýza výsledků a komparace dat

Hlavní cíl: Zjistit aktuální informovanost studentů PedF UK ohledně syndromu CAN.

Hlavní výzkumná otázka: Mají studenti PedF UK nějaké povědomí o syndromu CAN?

Při zodpovídání této otázky jsem se nejvíce zaměřovala na vědomostní část, kterou tvořily otázky č. 13 a č. 15 až č. 20. Rovněž jsem využila otázky č. 4, č. 8, a č. 11, které se netýkaly vědomostní části a také jsem využila otázky týkající se modelových situacích, konkrétně č. 21, č. 22, č. 23., č. 24, č. 25 a č. 26.

Vědomostní část

Vědomostní část se skládala ze sedmi otázek. Započítávaly se zde otázky č. 13 a č. 15 až č. 20. Všechny otázky byly povinné pro všech 83 respondentů. Z 83 respondentů se podařilo mít všechno správně pouze 7 (8,43 %) z nich. Jednu chybu mělo 28 respondentů (33,73 %). Dvě chyby mělo 29 respondentů (34,94 %). Tři chyby mělo 17 respondentů (20,48 %). Čtyři chyby měli 2 respondenti (2,41 %).

Tabulka č. 20: Správnost vědomostní části dotazníku

Správnost v %	Počet správných odpovědí	Počet chyb	Počet respondentů
---------------	--------------------------	------------	-------------------

100,00	7	0	7
85,71	6	1	28
71,43	5	2	29
57,14	4	3	17
42,86	3	4	2
Průměr = 75,04			N = 83

Při analýze jsem využila i otázky mimo vědomostní část dotazníkového šetření. Za naprosto šokující považuji výsledky na otázku č. 4. – téměř polovina respondentů, tzn. 41 (49,40 %), nikdy o syndromu CAN neslyšela. Další zklamání přinesla otázka č. 8, kdy 64 (72,73 %) respondentů nezná žádnou organizaci, která by se syndromem CAN zabývala.

V otázce č. 11 respondenti klasifikovali svoje znalosti o syndromu CAN na číselné stupnici 1 (výborné) až 5 (nedostatečné). Nedostatečná byla označena 40 respondenty (48,19 %) a medián všech známek se pohyboval kolem 4 (dostatečné). Tato zjištění mohou značit závažné problémy.

I přes tyto údaje budící značné obavy studenti PedF UK určité povědomí o syndromu CAN mají. Například průměr správnosti dle tabulky č. 21 je 75,04 %, což určité vědomosti potvrzuje. Nicméně studenti mohou významně chybovat a mít ve vědomostech jisté mezery, jak jsme se mohli přesvědčit například u otázky č. 13, kterou mělo správně pouze 26 respondentů (31,33 %). Avšak na optimismu mi dodávají poměrně dobré výsledky modelových situací. Otázky č. 21, č. 22, č. 24 a č. 25 ilustrují, že respondenti si jsou vědomi nutnosti citlivého a empatického přístupu k dítěti, které může trpět syndromem CAN, taktéž si uvědomují nutnost šetrnosti a správně pokládaných otázek dítěti. Respondenti umějí rovněž rozpoznat některé znaky syndromu CAN, což je doloženo otázkami č. 23 a č. 26.

Dílčí cíl č. 1: Zjistit, zda-li se vědomosti a povědomí o syndromu CAN dají připsat studiu na fakultě.

Dílčí otázka č. 1: Můžeme toto povědomí, pokud existuje, připsat vzdělání, které studenti získali na fakultě?

Otázky analyzované pro tuto část byly č. 5, č. 6 a č. 7, rovněž mi pomohly výsledky vědomostní části a otázka č. 1.

Ze 7 respondentů, kteří měli všechny vědomostní otázky správně, měli všichni jiné předmětové kombinace. Konkrétní kombinace jsou uvedeny v tabulce č. 22. Č. respondenta značí jeho pořadí při vyplňování dotazníku, jelikož se jednalo o šetření anonymní.

Tabulka č. 21: Předmětové kombinace neúspěšnějších respondentů

Číslo respondenta	Předmětová kombinace respondenta
12	VV-PG/PG-VV
14	Psychologie
20	Logopedie
22	IT-AJ/AJ-IT
39	Speciální pedagogika
43	ČJ-VKZ/VKZ-ČJ
73	Učitelství pro MŠ
N = 7	

Nejúspěšnější respondenti se přímo v předmětových kombinacích vůbec neprolínali.

Předmětové kombinace měly výsledky, jež jsou viditelné v tabulce č. 23. Nejlépe dopadla VV – PG/PG – VV s 3 respondenty, kteří dohromady měli průměr 90,48 %. Relativně dobře na tom byly i kombinace IT - AJ/AJ – IT (2 respondenti), M (2 respondenti), FJ – AJ/AJ – FJ (2 respondenti), ČJ – HV (1 respondent), D – ČJ (1 respondent), M – AJ (1 respondent), AJ – VV (1 respondent), AJ – HV (1 respondent), PG (1respondent), VYCH (1 respondent) a BI (1 respondent), které měly všechny 85,71 %. Další se umístila kombinace AJ – PG/PG – AJ s 3 respondenty a s průměrem 80,95 %. SPPG (4 respondenti), HV – NA/NA – HV (2 respondenti), AJ – ZSV (2 respondenti) a Učitelství pro 1. stupeň (2 respondenti) také dopadli v celku dobře a měli průměr 78,57 %. Další v pořadí byla kombinace M – VKZ/VKZ – M (3 respondenti) s průměrem 76,19 %. Průměr 71,43% se podařilo dosáhnout kombinacím Učitelství pro MŠ (11 respondentů), ZSV – ČJ/ČJ – ZSV (2 respondenti), D – ZSV (2 respondenti), ČJ – AJ (1 respondent) a AJ – NJ (1 respondent). VKZ - BI/BI – VKZ (9 respondentů) a ČJ – VKZ/VKZ – ČJ (8 respondentů) dosáhly průměru 69,84 %. TVS – VKZ (3 respondenti) měli průměr 66,67 %. TV - VKZ/VKZ – TV (5 respondentů) mělo průměr 65,71%. CH - VKZ/VKZ – CH (5 respondentů) dosáhlo průměru 62,86 %. Jako poslední se umístila kombinace Speciální pedagogika – Logopedie (1 respondent) s průměrem 57,14 %.

Tabulka č. 22: Průměrná správnost předmětových kombinací

Předmětová kombinace	Počet respondentů	Průměrná správnost v %
Učitelství pro MŠ	11	71,43
VKZ – BI/BI – VKZ	9	69,84
ČJ – VKZ/VKZ – ČJ	8	69,64
CH – VKZ/VKZ – CH	5	62,86
TV – VKZ/VKZ – TV	5	65,71
SPPG	4	78,57
M – VKZ/VKZ – M	3	76,19
VV – PG/PG – VV	3	90,48
AJ – PG/PG – AJ	3	80,95
TVS – VKZ	3	66,67

HV – NA/NA – HV	2	78,57
ZSV – ČJ/ČJ – ZSV	2	71,43
IT – AJ/AJ – IT	2	85,71
AJ – ZSV	2	78,57
D – ZSV	2	71,43
M	2	85,71
FJ – AJ/AJ – FJ	2	85,71
Učitelství pro 1. stupeň	2	78,57
ČJ – HV	1	85,71
D – ČJ	1	85,71
M – AJ	1	85,71
ČJ – AJ	1	71,43
AJ – VV	1	85,71
AJ – NJ	1	71,43
AJ – HV	1	85,71
PG	1	85,71
VYCH	1	85,71
BI	1	85,71
Psychologie	1	100,00
Logopedie	1	100,00
Speciální pedagogika – Logopedie	1	57,14
N = 83		

Ačkoliv jsou data zajímavá, nemyslím si, že pro vyhodnocení efektu kombinací na vědomosti ohledně syndromu CAN jich máme dostatek. Spousta kombinací se v tabulce vyskytuje pouze jednou či dvakrát, což pro jakoukoliv analýzu není adekvátní.

Díky otázce č. 5 jsem se dozvěděla, že 61 dotázaných (73,49 %) neprošlo žádným předmětem, který by je informoval o syndromu CAN. Pouze 22 (26,52 %) dotázaných prošlo nějakým předmětem, který je o syndromu CAN informoval, což není mnoho. Zároveň ani tito respondenti nepovažují časovou dotaci pro tak závažnou problematiku za adekvátní. V otázce č. 7 měli respondenti označit na stupnici, kolik času ve svém předmětu syndromu CAN věnovali. 1 znamenala dostatek času, naopak 5 byl závažný nedostatek: medián se pohyboval okolo známky 3 až 4. Výsledky tedy opětovně budily obavy, i když vědomostní části dotazníkového šetření respondenti většinou zvládali relativně dobře.

Dle zjištění se domnívám, že povědomí, které studenti mají, nemůžeme bezpečně připsat vzdělání získanému na fakultě.

Dílčí cíl č. 2: Zjistit, jak jsou na tom studenti se sebevědomím při možném odhalování syndromu CAN jakožto budoucí učitelé.

Dílčí otázka č. 2: Cítí se respondenti kompetentní k řešení problémů spojených se syndromem CAN a jeho odhalováním ve své budoucí profesi?

Pro analýzu této výzkumné části jsem využila otázky č. 2, č. 3, č. 11 a č. 12.

Na otázku č. 3 odpovědělo 65 (78,31 %) respondentů, že by chtěli po absolvování vysoké školy pracovat s dětmi a mladistvými jako učitelé. Údaj je hřejivý, fakulta do školství přispěje krásnou skupinou absolventů. Bohužel je zde i další kámen úrazu v podobě zjištění získaných díky otázce č. 11. Jak už bylo řečeno dříve, respondenti své znalosti ohledně syndromu CAN oznámkovali a medián se pohyboval kolem 4 (dostatečně), což není to nejhezčí číslo.

Tabulka č. 24 znázorňuje, jak se subjektivně oznámkovali studenti, kteří u otázky č. 3 odpověděli kladně. Výbornou si neudělil nikdo. Chvalitebnou si udělili pouze 2 respondenti (3,08 %). Dobře si připsalo 13 respondentů (20,00 %). Dostatečně si udělilo 15 respondentů (23,08 %). Vůbec nejvíce respondentů, a to 35 (53,85 %), se ohodnotilo nedostatečnou.

Tabulka č. 23: Hodnocení znalostí syndromu CAN u osob, které chtějí být učiteli

Známka	Počet respondentů	%
Výborně	0	0
Chvalitebně	2	3,08
Dobře	13	20,00
Dostatečně	15	23,08
Nedostatečně	35	53,85
	N = 65	100

Výsledky vědomostní části dopadly relativně dobře, v čem tedy může být problém? Odpovědi začaly být jasné díky otázce č. 12. 37 (44,58 %) respondentů přiznalo, že o syndromu CAN nevědí vůbec nic a někteří z nich museli dokonce pro objasnění této terminologie použít internetový vyhledávač. Subjektivně se pak také podle toho hodnotili. 1 respondent (2,70 %) si udělil známku dobře. 2 respondenti (5,41 %) dostatečně a nakonec si valná většina 35 respondentů (94,59 %) připsala nedostatečnou.

Tabulka č. 24: Hodnocení respondentů, kteří o syndromu CAN nic nevědí

Známka	Počet respondentů	%
Výborně	0	0
Chvalitebně	0	0
Dobře	1	2,70
Dostatečně	2	5,41
Nedostatečně	35	94,59
	N = 37	100

Většina ze skupiny v tabulce č. 26, tj. 6 respondentů (54,55 %), si udělila známku dobře. Nicméně 2 respondenti (18,18 %) si udělili pouze dostatečnou a další 2 respondenti (18,18 %) dokonce nedostatečnou. Jenom jeden jediný respondent (9,09 %) z této skupiny si udělil hezčí známku – chvalitebně.

Tabulka č. 25: Hodnocení respondentů, kteří chtějí o syndromu CAN vědět více

Známka	Počet respondentů	%
Výborně	0	0
Chvalitebně	1	9,09
Dobře	6	54,55
Dostatečně	2	18,18
Nedostatečně	2	18,18
	N = 11	100

11 (13,25 %) respondentů své znalosti považuje za povrchní. Z této skupiny si respondenti nejvíce udělovali známku dostatečnou, konkrétně v 6 případech (54,55 %). 4 respondenti (36,36 %) se ohodnotili trochu lépe a udělili si známku dobře. 1 respondent (9,09 %) si přes své základní znalosti udělil známku nedostatečnou.

Tabulka č. 26: Hodnocení osob, které své znalosti považují za základní

Známka	Počet respondentů	%
Výborně	0	0
Chvalitebně	0	0
Dobře	4	36,36
Dostatečně	6	54,55
Nedostatečně	1	9,09
	N = 11	100

I přes relativně dobré výsledky ve vědomostní části se respondenti nehodnotili příliš pozitivně. Pravděpodobně si ani neuvědomují, co všechno vlastně znají. Domnívám se, že studenti PedF UK si svými znalostmi nejsou jistí a chybí jim v této problematice sebevědomí, které by bylo možné získat, pokud by se s touto problematikou setkali při studiu na fakultě a měli možnost si tyto znalosti osvojit, popřípadě si je zakořenit nebo prohloubit.

Doporučení

Syndrom CAN je celosvětový, celospolečenský a závažný problém prolínající se všemi lidskými vrstvami a skupinami. Mezi osoby, které mohou děti a mladistvé trpící syndromem CAN odhalit nejdříve, se mimo lékařů či jiného zdravotnického personálu počítá i personál pedagogický a další lidé, kteří se věnují práci s dětmi, a to včetně učitelů, asistentů, vychovatelů, vedoucích různých kroužků, táborů atd. Na řadu lidí, kteří se práci s dětmi budou po dokončení vysoké školy věnovat, můžeme narazit mezi studenty PedF UK. Pro řádný výkon povolání je vždy nutné určité vzdělání a toto vzdělání by mělo být poskytováno i studentům PedF UK, zejména pokud se jedná o tak závažnou problematiku, na kterou mohou ve svém profesním životě narazit klidně i několikrát za kariéru. Pedagogické fakulty musí své studenty na realitu syndromu CAN připravit a důkladně jim poskytnout veškeré informace, které budou moct ve své budoucí profesi uplatnit.

Realita je ale jiná. Některá zjištění popsaná v praktické části své práce považuji za alarmující, ne-li dokonce šokující. Například v otázce č. 4 jsem se dozvěděla, že 41 (49,40 %) respondentů se nikdy nesetkalo s termínem syndrom CAN. V otázce č. 6 až 61 dotázaných (73,49 %) řeklo, že nikdy neprošlo žádným předmětem, který by je jakkoliv o syndromu CAN informoval. Dalších 22 tázaných (26,51 %) takovým předmětem sice prošlo, ale i ti se v otázce č. 7 domnívali, že této problematice během studia nebyl věnován dostatečný čas. Otázka č. 8 ilustrovala, že 64 (72,73 %) respondentů nezná žádnou organizaci, která by se zabývala syndromem CAN. Svoje vlastní znalosti ohledně syndromu CAN v otázce č. 11 studenti hodnotí velice špatně, průměrně sami sebe známkují za 4.

Všechna tato zjištění jsou velice smutná, vzhledem k tomu, že většina respondentů, tj. 65 (78,31 %), by ráda po úspěšném absolvování VŠ pracovala jako učitelé. Domnívám se, že by bylo vhodné zavést povinný předmět týkající se syndromu CAN pro všechny kombinace oborů nebo jeho výuku alespoň zařadit do již existujícího předmětu, aby se nestávalo, že vycházející studenti nebudou vědět, co vlastně taková základní terminologie jako syndrom CAN znamená nebo odcházeli jenom s nedostatečnými a povrchními informacemi, které jim nemusí být v profesní sféře nijak nápomocné.

Závěr

Teoretická část mé práce čtenáři vysvětluje, co syndrom CAN vlastně je a co všechno za něj považujeme. Subkapitoly se věnují jak týrání fyzickému (rovněž zahrnuje syndrom třešeného dítěte a Münchhausenův syndrom), tak i špatnému psychickému zacházení, zanedbávání péče o dítě (subkapitola popisuje i psychickou deprivaci), zneužívání a zvláštním formám syndromu CAN, které nebývají tak často popsané – jedná se o systémové týrání, organizované zneužívání a rituální zneužívání.

Praktická část čtenáři předkládá výsledky dotazníkového šetření týkajícího se syndromu CAN. Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, zda mají studenti PedF UK nějaké povědomí o syndromu CAN. Dozvěděla jsem se, že tomu tak skutečně je, určité povědomí mají, ale studenti dělají často zbytečné chyby, i když vědomostní část byla celkem jednoduchá. Průměrná správnost všech 83 respondentů je na čísle 75,04 %, což považuji za poměrně dobrý výsledek vzhledem k některým zjištěným okolnostem. U studentů jsem objevila velice zvláštní mezery. Pro ilustraci například 41 (49,40 %) respondentů o syndromu CAN nikdy neslyšelo a s touto terminologií se nikdy nesetkalo. Dalším příkladem je, že 64 respondentů (72,73 %) nezná žádnou organizaci, jež by se věnovala syndromu CAN. Vzdělání na fakultě jsem nebyla schopna bezpečně přiznat jakýkoliv důležitý vliv na výsledky, protože 61 dotázaných (73,49 %) neprošlo žádným předmětem, který by je o syndromu CAN jakkoliv informoval. Rovněž jsem utvořila hypotézu, že respondenti si vlastně ani neuvědomují, co všechno vědí, a subjektivně svoje znalosti hodnotí velice kriticky. Medián subjektivního ohodnocení znalostí ohledně syndromu CAN se mezi studenty pohybuje kolem známky 4 (dostatečné). Domnívám se, že si studenti sami sebou nejsou jistí, a tudíž jim chybí sebevědomí, které by bylo možné získat, pokud by se s problematikou seznámili hlouběji během studia a měli možnost si vše osvojit a upevnit. Studenti fakulty by měli být schopni náznaky syndromu CAN bezpečně rozpoznat, věřit svému úsudku, měli by vědět, jak se zachovat, a podle toho učinit potřebná opatření v nejlepším zájmu dítěte.

Seznam použitých informačních zdrojů

- Bechyňová, V., & Konvičková, M. (2020). *Sanace rodiny*. Portál.
- Benzaquén, A. (2006). *Encounters with wild children: temptation and disappointment in the study of human nature*. McGill's-Queen's University Press.
- Dunovský, J. (1995). Co je to syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte (s. 7–14). In *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Grada Publishing.
- Dunovský, J. (1995). Zvláštní formy CAN. In *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě* (s. 66–71). Grada Publishing.
- Dunovský, J. (2005). Komerční sexuální zneužívání dětí. In *Sexuální zneužívání dětí* (s. 139–147). Grada Publishing.
- Hanušová, J. (2006). *Násilí na dětech - syndrom CAN*. Vzdělávací institut ochrany dětí.
- Koutek, J. (2014). Psychiatrické a psychosomatické poruchy. In *Klinická pediatrie* (s. 649–664). Galén.
- Krejčířová, D. (2007). Týrání, zneužívání a zanedbávání dětí. In: *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém* (s. 9-45). IREAS.
- Langmeier, J. & Matějček, Z. (2011). *Psychická deprivace v dětství*. Karolinum.
- Malá, E. (1995). Pohled pedopsychiatra a psychoterapeuta. In *Sexuálně zneužívané děti* (s. 11-77). Psychiatrické centrum Praha.
- Matějček, Z. (1995). Zanedbanost a zanedbávání. In *Týrané zneužívané a zanedbávané dítě* (s. 61–63). Grada Publishing.
- Matějček, Z. (1995). Zanedbanost a zanedbávání. In *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě* (s. 61–63). Grada Publishing.
- Matějček, Z., Bubleová, V., & Kovařík, J. (1997). *Pozdní následky deprivace a subdeprivace*. Psychiatrické centrum Praha.
- Mydlíková, E., Slaný, J., & Kováčová, M. (2021). *Diagnostika syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte*. Portál.
- Pemová, T. & Ptáček, R. (2016). *Zanedbávání dětí: příčiny, důsledky a možnosti hodnocení*. Grada Publishing.

- Procházková, J., & Spilková, J. (1995). Psychické týrání. In *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě* (s. 45–48). Grada Publishing.
- Pugnerová, M. (2016). Psychická deprivace. In *Přehled poruch psychického vývoje* (s. 60–73). Grada Publishing.
- Pugnerová, M. (2016). Týrané a zneužívané dítě. In *Přehled poruch psychického vývoje* (s. 94–106). Grada Publishing.
- Raboch, J. (1995). Pohled psychiatra a sexuologa. In *Sexuálně zneužívané děti* (s. 79-115). Psychiatrické centrum Praha.
- Slaný, J. (2008). *Syndrom CAN*. Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta.
- Spilková, J., & Dunovský J. (1995). Tělesné týrání dítěte aktivní povahy. In *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě* (s. 27–38). Grada Publishing.
- Svoboda, M., Češková, E. & Kučerová, H. (2006). *Psychopatologie a psychiatrie*. Portál.
- Uzel, R. (2005). Pornografie a komeční zneužívání dětí. In *Sexuální zneužívání dětí* (s. 149–155). Grada Publishing.
- Weiss, P. (2005). Sexuální zneužívání v dětství – Pachatelé a oběti (11–26). In *Sexuální zneužívání dětí* (s. 11-26). Grada Publishing.
- Zvěřina, J. (2005). Forezní posuzování pachatelů pohlavního zneužívání. In *Sexuální zneužívání dětí* (s. 185–192). Grada Publishing.

Elektronické zdroje

- AANS. (2024, 30. dubna). *Shaken baby syndrome*.
<https://www.aans.org/patients/conditions-treatments/shaken-baby-syndrome/>
- CDC. (2010). *A Journalist's guide to shaken baby syndrome: a preventable tragedy*.
<https://stacks.cdc.gov/view/cdc/5865>
- Evropská rada (1992). *Závěry Evropské rady*.
<https://www.consilium.europa.eu/cs/european-council/conclusions/1992-1975/>
- Gregora, M. (2012, 1. října). *Třesení kojencem a syndrom třeseného dítěte*. Šance dětem.
<https://sancedetem.cz/treseni-kojencem-syndrom-treseneho-ditete>

- Havránek, P., Homolková, H., & Tomek, P. (2012). Syndrom třeseného dítěte a jeho chirurgické aspekty. *Pediatric pro praxi*, 13(2), 76-78. <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2012/02/03.pdf>
- Kansas Department for Children and Families. (2016). *A Guide to Reporting Child Abuse and Neglect*. <https://www.dcf.ks.gov/services/pps/documents/guidetoreportingabuseandneglect.pdf>
- Koluchová, J. (1972). Severe Deprivation in Twins: A Case Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 13(2), 107-114. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1972.tb01124.x>
- Koluchova, J. (1976). The further development of twins after severe and prolonged deprivation: A second report. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 17(3), 181–188. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1976.tb00390.x>
- Madu, S. N. (2001). Prevalence of child psychological, physical, emotional and ritualistic abuse among high school students in Mpumalanga Province, South Africa. *Psychological Reports*, 89(2), 431-444. <https://journals.sagepub.com/doi/10.2466/pr0.2001.89.2.431>
- McFadyen, A., Hanks, H., & James, C. (1993). Ritual abuse: A definition. *Child Abuse Review*, (2), 35-41. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/car.2380020107>
- MPSV ČR. (2024). *Statistiky*. <https://www.mpsv.cz/statistiky-1>
- Presslová, P. (2012, 2. května). *Syndrom CAN. Šance dětem*. <https://sancedetem.cz/syndrom-can>
- The Kempe Foundation. (2024). *About Us*. <https://kempe.org/about-us/>
- WHO. (2022). *Child Maltreatment*. <https://apps.who.int/violence-info/child-maltreatment/>

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Typické znaky Münchhausenova syndromu	12
Tabulka č. 3: Pracují respondenti v nějaké formě s dětmi?.....	29
Tabulka č. 4: Názvy předmětů, které informovaly o syndromu CAN	34
Tabulka č. 5: Instituce nebo organizace zabývající se syndromem CAN.	36
Tabulka č. 6: Kde se respondenti setkali s dítětem, které trpělo syndromem CAN?	38
Tabulka č. 7: Proč respondenti své znalosti takto hodnotí?	41
Tabulka č. 8: Jaká forma syndromu CAN je dle respondentů nejčastější?	42
Tabulka č. 9: Komu by respondenti ohlásili podezření na syndrom CAN?	43
Tabulka č. 10: Situace 1 – Chvalitebně	51
Tabulka č. 11: Situace 1 – Dobře	53
Tabulka č. 12: Situace 1 – Dostatečně.....	55
Tabulka č. 13: Situace 1 – Nedostatečně.....	56
Tabulka č. 14: Zvláštní věci v chování žačky	58
Tabulka č. 15: Situace 2 – Výborně	60
Tabulka č. 16: Situace 2 – Chvalitebně	62
Tabulka č. 17: Situace 2 – Dobře	64
Tabulka č. 18: Situace 2 – Dostatečně.....	65
Tabulka č. 19: Situace 2 – Nedostatečně.....	66
Tabulka č. 20: Zvláštní věci v chování žáka	68
Tabulka č. 21: Správnost vědomostní části dotazníku	68
Tabulka č. 22: Předmětové kombinace neúspěšnějších respondentů	70
Tabulka č. 23: Průměrná správnost předmětových kombinací	71
Tabulka č. 24: Hodnocení znalostí syndromu CAN u osob, které chtějí být učiteli	74
Tabulka č. 25: Hodnocení respondentů, kteří o syndromu CAN nic nevědí.....	75
Tabulka č. 26: Hodnocení respondentů, kteří chtějí o syndromu CAN vědět více	75
Tabulka č. 27: Hodnocení osob, které své znalosti považují za základní	76

Seznam grafů

Graf č. 2: Slyšeli respondenti o syndromu CAN?	31
Graf č. 3: Měli respondenti předmět, který je informoval o syndromu CAN?	32
Graf č. 4: Kolik času bylo ve studiu respondenta věnováno syndromu CAN?.....	35
Graf č. 5: Setkali se respondenti s dítětem, které trpělo syndromem CAN?.....	37
Graf č. 6: Jak respondenti hodnotí své znalosti ohledně syndromu CAN?	39
Graf č. 8: Pravda/Nepravda 2	45
Graf č. 9: Pravda/Nepravda 3	46
Graf č. 10: Pravda/Nepravda 4	47
Graf č. 11: Pravda/Nepravda 5	48
Graf č. 12: Pravda/Nepravda 6	49
Graf č. 13: Hodnocení modelové situace 1	50
Graf č. 14: Hodnocení modelové situace 2	59