

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**PROBLEMATIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U  
DĚTÍ S PODEZŘENÍM NA SYNDROM CAN**

diplomová práce

Autor práce: Klára Zasadilová, Bc.  
Studijní program: Ošetřovatelství  
Studijní obor: Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech  
Vedoucí práce: Mgr. Dita Nováková, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 15. 8. 2013

## Abstrakt

Tématem diplomové práce je Problematika ošetrovatelské péče u dětí s podezřením na syndrom CAN. Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte patří k nejzávažnějším prohřeškům dnešní společnosti páchaných na dětech. Problematika týrání, zneužívání a zanedbávání dětí se týká obou pohlaví, všech věkových skupin, všech kultur a sociálních tříd. V dnešní době je třeba zvýšit pozornost všech organizací zabývajících se péčí o děti a podílejících se na jejich ochraně. Prioritou řešení této problematiky zůstává zaměření se na prevenci a vyhledávání rizikových faktorů vedoucích k syndromu CAN. Jedním z nejdůležitějších kroků je odhalení či samotné vyslovení podezření na syndrom CAN, následováno komplexní péčí o dítě.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá historickým pohledem na péči o děti, jednotlivými formami týrání, zneužívání a zanedbávání, klinickým obrazem syndromu CAN, vyšetřováním dítěte, ošetrovatelskou problematikou, rolí sestry, léčbou CAN a konečně prevencí a výskytem CAN.

V diplomové práci bylo stanoveno 5 cílů. Prvním cílem bylo zmapovat specifické aspekty ošetrovatelské péče u dětí s podezřením na syndrom CAN. K tomuto cíli byly stanoveny 2 výzkumné otázky: Jaké jsou aspekty ošetrovatelské péče u dětí s podezřením na syndrom CAN? a druhá výzkumná otázka V jakých případech se dodržují specifické aspekty ošetrovatelské péče u dětí s podezřením na syndrom CAN? Druhým cílem bylo zjistit, zda jsou zdravotničtí pracovníci schopni rozpoznat příznaky syndromu CAN. Třetím cílem bylo vyhodnotit teoretické i praktické znalosti zdravotnických pracovníků při ošetrování dětí s podezřením na syndrom CAN. A posledními dvěma cíli bylo vytvořit standard ošetrovatelské péče o děti s podezřením na syndrom CAN a zjistit četnost výskytu syndromu CAN. K výzkumným cílům byly dále stanoveny 3 hypotézy: H1 Informovanost dětských sester o problematice syndromu CAN je větší než informovanost ostatních zdravotnických pracovníků, H2 Informovanost vysokoškolsky vzdělaných zdravotnických pracovníků je větší než středoškolsky vzdělaných zdravotnických pracovníků, H3 Informovanost zdravotnických pracovníků s delší praxí je větší než informovanost zdravotnických

pracovníků s kratší praxí. K dosažení vytýčených cílů bylo použito kvantitativně kvalitativního výzkumného šetření. Kvantitativní výzkumné šetření bylo uskutečněno formou dotazníkového šetření, dotazník byl určen dětským sestřám, všeobecným sestřám a zdravotnickým záchranářům a obsahoval 25 otázek. Rozdáno bylo 200 dotazníků, z nichž bylo pro zpracování použito 165 správně vyplněných. Kvalitativní výzkumné šetření bylo vedeno formou polostrukturovaného rozhovoru na základě předem vytvořených 10 otázek. Rozhovorů se zúčastnilo 5 respondentů – 3 dětské sestry, 1 všeobecná sestra a 1 zdravotnický záchranář. Obsahová analýza zdrojů obsahující informace o výskytu CAN. Sledované zdroje a dokumenty Fondu ohrožených dětí, Dětského krizového centra a statistiky ÚZIS.

Specifika ošetrovatelské péče vidí respondenti zcela nejednotně. Každý respondent odpověděl zcela individuálně a zvolil specifika typická pro práci na jeho oddělení. Nejčastěji zmiňovanými specifiky jsou podrobné vedení ošetrovatelské dokumentace, fotodokumentace poranění, používání hraček na odvedení pozornosti dítěte při vyšetření, oznámení podezření na syndrom CAN Policii České republiky a orgánům sociálně právní ochrany dětí. Největší překážky v ošetrovatelské péči vidí respondenti v problematické komunikaci s dítětem a rodiči, kteří jsou podezřelí s týráním dítěte, přílišná oboustranná fixace dětí a ošetrovatelského personálu, což způsobuje pocit citové vyčerpanosti u personálu a dále nepřítomnost zdravotních bratrů na oddělení, pokud by bylo třeba ošetřovat dítě, kdy by pachatelem týráním či sexuálního zneužívání byla žena. Nedostatky v ošetrovatelské péči plynou z faktu, že se ošetrovatelský personál nesetkává s problematikou syndromu CAN každodenně a bohužel si ošetrovatelský personál nedoplňuje v této oblasti ani teoretické znalosti. Potěšující je fakt, že většina respondentů by uvítala více informací ohledně syndromu CAN a stejně tak standard ošetrovatelské péče, což by vedlo ke zlepšení péče o děti s podezřením na syndrom CAN. Nejerudovanější ošetrovatelský personál v problematice syndromu CAN, jak potvrdily i výsledky statistického šetření je dětská sestra, dále vysokoškolsky vzdělaný zdravotnický pracovník a zdravotník s dlouholetou praxí.

Výsledky výzkumného šetření lze využít jako zdroj informací pro zdravotnické pracovníky pro následné zkvalitnění ošetrovatelské péče a studijní materiál při výuce budoucích zdravotnických pracovníků. Výstupem diplomové práce je standard ošetrovatelské péče, který by podle výsledků výzkumného šetření přivítala většina respondentů, což by ošetrovatelskému personálu pomohlo v diagnostice a péči o dítě se syndromem CAN.

**Klíčová slova:** syndrom CAN, dítě, ošetrovatelská péče, týrání

## **Abstract**

The subject of this thesis is the Nursing Care of Children with Suspected Child Abuse and Neglect Syndrome (CAN). The child abuse and neglect syndrome is one of the most serious transgressions committed against children in today's society. The abuse and neglect of children concerns both sexes, all age groups, and all cultures and social classes. Nowadays, it is necessary to raise the watchfulness of all organisations involved in the care of children and participating in their protection. Focusing on prevention and the detection of risk factors that can lead to CAN Syndrome remain priorities when addressing this issue. One of the most important steps is to reveal, or just suspect, CAN Syndrome and follow this up with comprehensive child care.

The thesis is divided into theoretical and practical sections. The theoretical section deals with a historic look at child care, the different forms of abuse and neglect, a clinical picture of CAN Syndrome, the examination of a child, nursing care, the role of a nurse, the treatment of CAN, and finally the incidence and prevention of CAN.

Five objectives were laid down in the thesis. The first objective was to map the specific aspects of the nursing care of children suspected of having CAN Syndrome. Two research questions were posed regarding this objective: What are the aspects of the nursing care of children suspected of having CAN Syndrome? And the second research question: In which cases are nursing care of children suspected of having CAN Syndrome specific aspects adhered to? The second objective was to determine whether health care workers are able to recognise the indications of CAN Syndrome. The third objective was to assess the theoretical and practical knowledge of health care workers when treating children suspected of having CAN Syndrome. The last two objectives were to create a standard of nursing care for children suspected of having CAN Syndrome and to determine the frequency of the incidence of CAN Syndrome. Three hypotheses were set forth regarding the research objectives: H1 The informedness of paediatric nurses about CAN Syndrome is greater than the informedness of other health care workers, H2 The informedness of university-educated health care workers is greater than health care workers with a secondary school education, H3 The informedness of health care workers with more experience is greater than the

informedness of health care workers with less. In order to achieve the laid down objectives, quantitative and qualitative research was conducted. Quantitative research was carried out in the form of a questionnaire survey. The questionnaire was for paediatric nurses, general nurses and paramedics, and contained 25 questions. 200 questionnaires were distributed, of which 165 properly completed questionnaires were used for processing information. The qualitative research was carried out in the form of a semi-structured interview based on 10 questions created in advance. Five respondents were interviewed – 3 paediatric nurses, 1 general nurse and 1 paramedic.

The respondents defined the specifics of nursing care quite diversely. Each respondent answered quite individually and chose the specifics that are typical for his ward. The specifics mentioned most often were the detailed keeping of nursing documentation, photo documentation of the injuries, the use of toys to distract the child during the examination, and the notification of the Police of the Czech Republic and social and legal protection of children authorities regarding a suspicion of CAN Syndrome. The biggest obstacles in nursing care, as seen by the respondents, were problems in communication with the child and the parents who are suspected of child abuse, excessive bilateral fixation of children and the nursing staff, which causes a feeling of emotional exhaustion in the staff, and also the absence of male nurses at a ward if it is necessary to treat a child when the perpetrator of the abuse or sexual abuse is a woman. Shortcomings in nursing care arise from the fact that nursing staff do not come in contact with CAN Syndrome every day and unfortunately nursing staff do not supplement their theoretical knowledge in this area. It is gratifying that the majority of respondents would welcome more information about CAN Syndrome as well as a nursing care standard, which would lead to improved care for children suspected of having CAN Syndrome. The most erudite nursing personnel regarding CAN Syndrome, as confirmed by the results of the statistical survey, was a paediatric nurse, followed by a university-educated health care worker and a health care worker with many years of experience.

The results of the research can be utilised as a source of information for health care workers for the further improvement of nursing care and as educational materials

for the teaching of future health care workers. The output of this thesis is a nursing care standard, which according to the results of the research would be welcomed by a majority of the respondents and which would assist nursing staff in the diagnosis and care of a child with CAN syndrome.

**Keywords:** CAN Syndrome, child, nursing care, abuse

## **Prohlášení**

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

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

V Českých Budějovicích dne 12. 8. 2013

.....

Klára Zasadilová



### **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat vedoucí práce Mgr. Ditě Novákové, Ph. D. za cenné rady, trpělivost a ochotu při psaní diplomové práce a celé mojí rodině za podporu při studiu.

# Obsah

Úvod .....	13
<b>1 Současný stav .....</b>	<b>14</b>
1. 1 Historický pohled .....	14
1. 2 Definice syndromu CAN .....	16
1. 3 Formy syndromu CAN.....	17
1. 3. 1 Týrání .....	17
1. 3. 2 Zneužívání .....	21
1. 3. 3 Zanedbávání .....	23
1. 4 Klinický obraz CAN.....	24
1. 4. 1 Hematomy.....	24
1. 4. 2 Popáleniny.....	25
1. 4. 3 Zlomeniny.....	25
1. 4. 4 Poranění hlavy.....	26
1. 4. 5 Nitrobřišní poranění.....	27
1. 4. 6 Sexuální zneužívání dítěte.....	27
1. 4. 7 Zanedbávání péče.....	28
1. 4. 8 Posttraumatická stresová porucha.....	28
1. 5 Vyšetření dítěte.....	29
1. 5. 1 Fyzikální vyšetření.....	30
1. 5. 2 Na co si dávat pozor.....	32
1. 5. 3 Reviktimizace.....	33
1. 5. 4 Diferenciální diagnostika.....	34
1. 5. 5 Multikulturní faktory.....	35
1. 5. 6 Ošetrovatelská péče a intervence.....	35
1. 5. 7 Role sestry.....	35
1. 5. 8 Terapeutické intervence.....	36
<b>1.6 Detekce, registrace a léčba syndromu CAN .....</b>	<b>37</b>
1. 6. 1 Problematika odtajnění syndromu CAN.....	39
1. 6. 2 Léčba dětí se syndromem CAN.....	40

1. 6. 3 Následky CAN.....	42
1. 6. 4 Faktory přispívající k týrání.....	43
1. 6. 5 Kdo nejčastěji ubližuje.....	43
1. 6. 6 Komu se nejčastěji ubližuje.....	44
1.7 Prevence .....	45
1. 8 Výskyt CAN .....	46
<b>2 Cíle práce a hypotézy .....</b>	<b>48</b>
2. 1 Cíle práce .....	48
2. 2 Hypotézy .....	48
2. 3 Výzkumné otázky .....	48
<b>3 Metodika .....</b>	<b>49</b>
3. 1 Metodika a technika výzkumu .....	49
3. 2 Charakteristika zkoumaného souboru .....	49
3. 3 Zpracování dat .....	50
<b>4 Výsledky výzkumného šetření .....</b>	<b>51</b>
4. 1 Grafické zpracování dotazníků .....	51
4. 2 Zpracování dat pomocí $\chi^2$ testu .....	65
4. 3 Kategorizace rozhovorů .....	71
4. 4 Obsahová analýza .....	76
<b>5 Diskuze .....</b>	<b>78</b>
<b>6 Závěr.....</b>	<b>86</b>
6. 1 Doporučení pro praxi .....	88
<b>7 Seznam použitých zdrojů .....</b>	<b>94</b>
<b>8 Přílohy.....</b>	<b>99</b>

## Seznam použitých zkratk

ARIP – anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče

ARO – anesteziologicko resuscitační oddělení

CAN – syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte

CSA – sexuální neuzívání dětí

CSES – komerční sexuální zneužívání dětí

DKC – Dětské krizové centrum

fi – relativní četnost

FOD – Fond ohrožených dětí

ni – absolutní četnost

PČR – Policie České republiky

PTSD (posttraumatic stress disorder) – posttraumatická stresová porucha

RTG – rentgenové vyšetření

SBS (Shaken baby syndrom) – syndrom třeseného dítěte

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky

ZZS – Zdravotnická záchranná služba

## Úvod

Problematika týrání, zneužívání a zanedbávání dětí se týká obou pohlaví, všech věkových skupin, všech kultur, oblastí a sociálních tříd (O'Callaghan, 2005).

„Syndrom CAN představuje závažný multifaktoriální sociálně patologický jev, se kterým se setkáváme i v naší společnosti“ (Kolektiv autorů, 2007, str. 5). „CAN syndrom je charakterizován pestrostí příčin, mechanismů vzniku, stupni závažnosti a důsledky na kvalitu života dítěte“ (Fedor, 2006, str. 131).

Je velkým omylem v našich představách, že období dětství je vždy naplněno láskou, radostí a bezstarostností a je smutnou realitou, že mnohé děti kolem nás jsou vystavené týrání, zneužívání a zanedbávání a to dokonce po většinu jejich dětství, aniž by kdokoliv jejich nepříznivou situaci rozpoznal, zachytil a dal podnět k zahájení ochrany dítěte. Tento patologický jev se vyskytuje i v naší společnosti a je mnohonásobně frekventovanější než se lidé běžně domnívají. Je bohužel neodmyslitelným faktem, že děti jsou týráním a zneužíváním jednoznačně nejvíce ohrožené přímo v rodinách. O to více jsou tyto děti odkázány na pomoc lidí mimo jejich rodiny a naší povinností je závažná sdělení dětí brát vážně, nebagatelizovat je a posuzovat jako věrohodná (Dunovský, 1995).

V případě syndromu týrání dítěte a to ať už tělesného, duševního, zanedbávání dítěte či sexuálního zneužívání dítěte je v první řadě podstatné tento jev vidět, evidovat a chápat ho jako nežádoucí a nepatřičný. Pro chápání syndromu CAN je zásadní kulturní, historický, geografický, náboženský, právní a sociologický kontext (Slaný, 2008).

Základním principem péče o děti se syndromem CAN je multidisciplinarita (lékaři, zdravotnický personál, psychologové, sociální pracovníci, pracovníci orgánů činných v trestním řízení, právníci) a komplexnost nezbytná při hledání efektivních způsobů odborné pomoci i ochrany dětí (Kolektiv autorů, 2007).

# 1 Současný stav

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte patří k nejzávažnějším prohřeškům dnešní společnosti páchaných na dětech. Problematika týrání, zneužívání a zanedbávání dětí se týká obou pohlaví, všech věkových skupin, všech kultur a sociálních tříd (O'Callaghan, 2005).

## 1.1 Historie

Ve starověkém Římě platilo „patria potestas“ – právo otce nakládat s dítětem dle libosti jako s majetkem. Křesťanství přiznalo dítěti duši a charakter lidské bytosti, platilo přikázání „Nezabiješ“ (Kolektiv autorů, 2007).

Pro 17. století byla charakteristická citová a postojová distance vůči dětem, ve vysokých kruzích, děti byly předávány kojným a na výchovu na venkov.

S průmyslovou revolucí přišla nová vlna bezohlednosti vůči dětem, od roku 1750 byly děti masově využívány pro práci v továrnách, doložitelné údaje potvrzují práci dětí mladších pěti let. V roce 1837 došlo k regulaci pracovní doby dětí, „ze 14 – 16 hod na 12 hodin denně, devíti až třináctileté směly pracovat 9 hodin denně a maximálně 48 hodin týdně“ (Sikorová, 2011, str. 38).

V roce 1883 v Liverpoolu vznikla Národní společnost prevence proti krutostem na dětech. V 19. století francouzský soudní lékař Auguste Ambroise Tardie informoval o úmyslném poranění dětí (Tůma, 2008). Přelom 19. a 20. století přináší první zákony na ochranu dětí (u nás již za Rakouska) (Kolektiv autorů, 2007). V roce 1924 byla přijata v Ženevě Deklarace práv dítěte, kde se zavazují státy, které jí přijaly poskytnout všem dětem co nejlepší péči, rozvoj a ochranu pokud by se dostaly do jakékoli nepříznivé situace (Dunovský, 2005).

Díky Coffeyovu popisu z roku 1946 znají radiologové charakteristické spojení zlomenin dlouhých kostí s následky intrakraniálního krvácení (Tůma, 2008). V roce 1953 americký lékař Silverman popsal syndrom složitěho poranění dítěte nezaviněného úrazem v souvislosti s krutým zacházením s dítětem (Non - accidental injuries NAI)

(Kolektiv autorů, 2007; Slaný, 2008). V ČR je tato problematika odtabuizována a odkrývána až od roku 1990, kdy se stává předmětem zájmu a odborných studií (Kolektiv autorů, 2007).

V roce 1959 OSN schválily Chartu práv dítěte, jež se cíleně zaměřovala na prosazování optimálního vývoje každého dítěte, práva a povinnosti rodičů, první dokument, který zmiňuje význam pre, peri a postnatálního období a kvalitní péči o plod, dítě i matku (Dunovský, 2005).

60. léta dále přinesla nové termíny v psychologické literatuře „Psychická deprivace v dětství“ (1963) (Kolektiv autorů, 2007) a vzniká Česká sociální pediatrie (Dunovský, 2005).

Roku 1962 byla vydaná práce amerického pediatra C. H. Kempeho a jeho spolupracovníků „The battered child syndrom“ (syndrom bitého dítěte), Kempe se zasloužil o prosazení prevence tohoto jevu a povinného hlášení „Battered Child Law“ (Kolektiv autorů, 2007; Dunovský, 2005), „klinický stav malého dítěte, které je vážně týráno ze strany vlastního nebo adoptivního rodiče (Leifer, 2004, str. 677)“ – Kempeho definice se dnes považuje za příliš úzkou, nezahrnuje zanedbávání, podvýživu (Kolektiv autorů, 2007).

V roce 1963 státní úřad USA pro dětské otázky navrhl závazný zákon o ohlašovací povinnosti při podezření na týrání dítěte (Leifer, 2004). Roku 1963 byl přijat československý zákon o rodině, který byl ovlivněn Chartou práv dítěte (Dunovský, 2005). Začátkem 70. let začala fungovat sociálně pediatrická poradna při dětské klinice 1. LF v Praze Krči. Ambulantně, lůžkově i v rodinách začala řešit problémy dětí týraných, zneužívaných a zanedbávaných (Dunovský, 2005).

1970 se konala schůze Československé pediatrické společnosti v Pardubicích věnující se problematice týraného dítěte (Dunovský, 2005). 1971 český pediatr Ringel popsal psychické týrání dětí (Kolektiv autorů, 2007).

Roku 1977 byla založena mezinárodní společnost ISPCAN (The International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect), která v témže roce začíná vydávat časopis Child Abuse and Neglect a také byl poprvé v odborné literatuře popsán Münchhausen syndrom by proxy (Kolektiv autorů, 2007).

20. listopadu 1989 byla přijata Úmluva o právech, která přiznává dětem na celém světě plná lidská práva - práva statutární, práva na rozvoj a přežití, práva na společenskou participaci, práva na plnou ochranu. Úmluva o právech dítěte vstoupila v platnost 6. února 1991 (Dunovský, 2005).

V roce 1992 komise Rady Evropy zveřejňuje definici syndromu CAN, „jejíž obsahem je tělesné, citové a sexuální týrání dítěte, zanedbávání a systémové zneužití dítěte“ (Kolektiv autorů, 2005, str. 7), (Kolektiv autorů, 2007; Kolektiv autorů, 2005). V ČR se otevírá první Dětské krizové centrum v Praze Michli. V roce 1993 se v Praze uskutečnila 3. evropská konference věnovaná syndromu CAN a jeho prevenci (Dunovský, 2005).

V roce 1996 se konal 1. Světový kongres proti komerčnímu sexuálnímu vykořisťování dětí ve Stockholmu (Dunovský, 2005) a byly popsány tři formy komerčního sexuálního zneužívání dětí (commercial sexual exploitation of children) jako další formy násilí vůči dětem (Kolektiv autorů, 2007).

Rok 2000 přinesl termín domácí násilí zahrnující děti (domestic violence including children) (Kolektiv autorů, 2007).

## **1. 2 Definice CAN**

„Za týrání, zneužívání a zanedbávání považujeme jakékoliv nenáhodné, preventabilní, vědomé (případně i nevědomé) jednání rodiče, vychovatele anebo jiné osoby vůči dítěti, jež je v dané společnosti nepřijatelné nebo odmítané a jež poškozuje tělesný, duševní i společenský stav a vývoj dítěte, popřípadě způsobuje jeho smrt“ (Dunovský, 1995, str. 24).

„CAN syndrom je komplex negativních jevů, které se projevují na fyzickém stavu dítěte, na jeho vývoji i na jeho postavení ve společnosti a v rodině. Je důsledkem ubližování dítěti, které je většinou úmyslné a které mu způsobují nejčastěji lidé z nejbližšího okolí, zejména rodiče a sourozenci“ (Fedor, 2006, str. 130).

„Syndrom týraného zneužívaného a zanedbávaného dítěte (CAN) je soubor nepříznivých příznaků v nejrůznějších oblastech zdravotního stavu a vývoje dítěte i jeho postavení ve společnosti, především v rodině. Jsou výsledkem převážně úmyslného



ublížení dítěti, způsobeného nebo působeného nejčastěji jeho nejbližšími vychovateli, hlavně rodiči" (Ministerstvo zdravotnictví, 2008, str. 72).

„Jde o náhodný děj, situaci (dospělý si je obvykle dobře vědom, co činí, akce proti dítěti se neděje v afektu, vzplanutím, ale plánovaně, chtěně, cíleně), který je v dané společnosti nepřijatelný či odmítaný, je preventabilní (lze mu předcházet), jedná se buď o akci (útok, násilí vůči dítěti), zpravidla opakovanou, charakteru tělesného týrání, nebo týrání duševní a sexuální zneužívání dítěte nebo je to naopak ne-akce (tedy zanedbávání, nepečování o dítě, případně je to duševní deprivace) a toto chování dospělého poškozuje tělesný, duševní a sociální status“ (Slaný,2008, str. 14).

### **1. 3 Formy CAN**

Syndrom CAN, tak jak vychází z definice, má několik forem a to týrání, zneužívání a zanedbávání (Ministerstvo zdravotnictví, 2008).

#### **1. 3. 1 Týrání**

##### *Tělesné týrání*

„Tělesné týrání je podle zdravotní komise Rady Evropy (1992) definováno jako tělesné ublížení dítěti nebo vědomé odmítnutí zabránit takovému ublížení“.

Tělesným týráním jsou nejčastěji a nejzávažněji ohroženy děti v prvním a druhém roce života. Z těch, které přežijí a týrání je zachyceno, zůstává 50 % celoživotně tělesně, smyslově, mentálně, kombinovaně postižených (Kolektiv autorů, 2007, str.14) – nejčastěji sem patří následky Shaken baby syndrom. „Uvádí se, že až 10 % úrazů dětí ošetřených na dětské pohotovosti je důsledkem tělesného týrání“(Kolektiv autorů, 2007, str. 13). Varovnými znaky, kterých by si sestra měla všimnout, vedoucími k podezření na týrání, by měla být skutečnost, že uváděný mechanismus úrazu neodpovídá závažnosti poranění, neurčitost popisu úrazu nebo změny popisu, které se „vyskytují v 90 % případech týrání, ale téměř nikdy v případě náhodného úrazu“ (Kolektiv autorů, 2007, str.13) a případy, kdy je jako důvodem úrazu uváděn pokus o resuscitaci, což „uvádí 12 % rodičů týraných dětí“ (Kolektiv autorů, 2007, str. 13). Podezření a pozornost sestry by měla vyvolat situace, kdy rodiče odmítají

dát souhlas s hospitalizací dítěte, časté změny lékařů. „Podezření na týrání vzniká tehdy, když zranění neodpovídá anamnéze nebo vývojovému stupni dítěte (Leifer, 2004, str.677)“ „Riziko suicidálních aktivit u tělesně týraných jedinců je 5x vyšší proti běžné populaci“ (Kolektiv autorů, 2007, str.16).

#### *Shaken baby syndrom*

„Shaken Baby Syndrom (SBS) označuje souhrn zdravotních obtíží, způsobených prudkým třesením a cloumáním kojencem nebo malým dítětem, přičemž nezáleží na tom, jakou částí těla dítěte je třeseno nebo se cloumá a jak je dítě přitom drženo - zda za nohy, paže, hrudník či ramena“ (Fendrychová, 2006, str. 52).

Syndrom třeseného dítěte zahrnuje soubor mnoha příznaků, z nichž nejčastější bývá bradypnoe až apnoe, bradykardie, vypouklá fontanela, obrácení očí, strnulý pohled, cyanóza, zlomeniny žeber, podrážděnost nebo letargie, epileptické záchvaty, zvracení, síticové krvácení, subdurální krvácení, koma (Leifer, 2004; Lazorit, 2001).

Nejběžnějšími pozdními důsledky, které mohou být zaznamenány u třesených dětí, jsou problémy s učením a soustředěním, problémy s rovnováhou, poruchy řeči, porucha zraku až slepota, ztráta sluchu až hluchota, mentální retardace, emocionální problémy, záchvaty křečí, respirační obtíže, nejzávažnější bývají paralýza, vegetativní stav až smrt (Minns,2005; Peikofer, 2002).

#### *Psychické týrání*

Psychické týrání vede k vážnému narušení psychického vývoje (postížení osobnostního vývoje, sebepojetí, přetrvávající pocity deprese, úzkosti, dissociativní prožitky), projevuje se změnami v chování dítěte. Psychické týrání je pro rozvoj dítěte stejně nebezpečné jako fyzické. Při řešení této formy je zapotřebí co nejcitlivější přístup sester, ve většině případů je velice důležitá spolupráce psychologa, protože dítě často prodělává psychický šok (Velemínský, 2009; Mertin 2004).

Nejčastěji bývají ohroženy děti na počátku školní docházky a to mezi 6. - 8. rokem a v období dospívání. Emoční týrání je velmi obtížně zachytitelné. Riziko suicidálních aktivit u jedinců, kteří zažili psychické týrání je „12x vyšší proti běžné populaci“ (Kolektiv autorů, 2007, str. 16).

Psychické týrání mívá řadu forem, rozlišujeme těchto 5 subsystemů. Pohrdání dítětem, které zahrnuje ponižování, posměch, nadávky, zavrhování, zdůrazňování neschopnosti nebo morální zkaženosti. Terorizování, kde převládá hrozba tělesným ublížením až zabitím a přihlížení rodinnému násilí. Izolování, kam zařazujeme bránění interakci s vrstevníky, dospělými, příbuznými, zavírání dítěte nejčastěji v temné místnosti (sklep, záchod) na delší dobu. Korumpování, kam je možné zařadit povzbuzování k antisociálnímu chování, k užívání návykových látek. Odpírání emoční opory ve formě ignorování dítěte a jeho pokusů o interakci, psychologické nedostupnosti (Biskup, 2005; Kolektiv autorů, 2007).

Emocionální týrání zahrnuje kritiku, ponižování, posměch, odmítání nebo vyhrožování, záměrný verbální akt, který ústí v destrukci sebevědomí dítěte. Emocionální zanedbávání charakterizuje záměrné vyhýbání se verbálnímu, behaviorálnímu kontaktu (nezbytný pro rozvoj sebevědomí), sociální a emocionální izolace dítěte (Leifer, 2004). Odpírání lásky dítěti představuje nejnebezpečnější formu týrání (Mertin, 2004).

#### *Munchhausenův syndrom by proxy (v zastoupení)*

Rodiče si vymýšlejí a předstírá příznaky nemoci, důvody pro opakovaná někdy komplikovaná invazivní vyšetřování a hospitalizaci dítěte. Bohužel není výjimkou, že rodiče patologické stavy u dětí samy vytvářejí, např. podáváním léků, nadměrného množství soli, záměrné infikování poranění, kontaminování odebraných vzorků moči, krve. Následná terapie pak ohrožuje zdraví dítěte. Rodiče mají snahu odůvodnit, proč je jejich dítě nemocné, proč nemůže chodit do školy. Nadměrné využívání lékařské péče pro dítě bývá často motivováno zvýšenou úzkostí a nejistotou rodičů při péči, stresem matky při vážných manželských konfliktech a uspokojování vlastních psychických potřeb rodičů – potřeba uznání za péči o vážně nemocné dítě (Kukla, 2007; Velemínský, 2009; Kolektiv autorů, 2007; Říčan, 2006).

Syndrom byl poprvé popsán v roce 1951, kdy nemocní předstírají příznaky nemoci, opakovaně navštěvují lékaře a jsou ochotni podrobit se množství vyšetření a bolestivých zákroků. Nejčastějším klinickým obrazem jsou náhlé příhody břišní,

krvácivé stavy, poruchy vědomí, bolesti hlavy, kožní problémy. Ve většině případů se u těchto dospělých odhalí v dětství přítomný syndrom CAN (Slaný, 2008).

#### *Poškozování různými opatřeními*

Zahrnuje opatření či zákroky, které byly původně určeny ve prospěch dítěte, ale díky nešetrnému a chybnému zacházení se obrátily v neprospěch dítěte. K druhotnému ublížení dítěti tzv. sekundární viktimizaci vede necitlivé a opakované vedení výslechu, zbytečné, opakované nebo traumatizující lékařské vyšetření, odebrání dítěte z rodiny a umístění do ústavu v případě, kdy to nebylo nezbytné (Kolektiv autorů, 2007).

#### *Organizované týrání*

Zahrnuje systematické rituální týrání a zneužívání dětí, které je spojeno s magickým významem určitého kultu. Extrémní případy mohou končit hromadnou sebevraždou. Lze sem zařadit i odmítání odborné zdravotní péče (aplikace transfuzí), „léčení“ dětí zařikáváním, krutým bitím (vyhánění d'ábla z těla) (Kolektiv autorů, 2007).

#### *Šikanování*

Jedná se o agresivní jednání násilí mezi vrstevníky, nejčastěji na základních, středních školách, na učňovských střediscích a internátech. Forma fyzického násilí se objevuje častěji mezi chlapci a zahrnuje tělesné napadání, násilí, vymáhání peněz či jiného majetku. U děvčat se setkáváme častěji s formou psychické šikany zahrnující posměch, nadávky, vyloučení ze skupiny, sociální izolaci (Kolektiv autorů, 2007).

Pachatelem šikanování se často stávají dřívější oběti šikany nebo děti týrané ve své rodině, jedinci se zvýšeným sklonem k agresi. Obětí výsměchu, ponižování a násilí se stávají jedinci s nápadnějším nedostatkem, postižením, děti neobratné, silné, plaché, drobné, méně nebo naopak vysoce inteligentní (Kolektiv autorů, 2007).

Sestra musí zvýšit pozornost vždy, když dítě nápadně změní své chování a projevy, ve škole se straní kontaktu se spolužáky, o přestávkách stojí stranou, více vyhledává blízkost učitele, děti s ním nejsou solidární, do her je opakovaně vybíráno jako poslední. Pro rodiče by měli být varovnými příznaky zvýšená zamlklost, nezájem povídat si o škole, libování si v nemoci (častější ranní bolesti břicha a hlavy),

opakované absence ve škole, častější ztracení a ničení věcí, zvýšená potřeba peněz (Kolektiv autorů, 2007; Zacharová, 2007).

K šikanování nedochází jen mezi dětmi, ale velice závažná je situace, když k němu navádějí samotní dospělí (učitelé, vychovatelé) a nejhorší situace nastává, když se tak chovají rodiče vůči svým dětem a formu šikany považují za správnou formu výchovy (Mertin, 2004).

Při zjištění šikany potřebuje pomoc jak oběť, tak i dítě, které šikanuje stejně i nejbližší sociální okolí. Je nutné pracovat s celou sociální skupinou (třída, kolektiv, rodina) (Mertin, 2004).

#### *Neobvyklé způsoby týrání*

Násilné podání pepře coby jídla jako metoda trestu (Šnajdauf, 2002). Organizované systémové týrání dětí, rituální týrání jako například pálením, vyřezáváním ornamentů do kůže dětí (Kukla, 2007).

### **1. 3. 2 Zneužívání**

Zneužívání lze chápat jako akt, kdy člověk využívá druhého člověka ke svému vlastnímu prospěchu z pozice síly (Kolektiv autorů, 2007).

#### *Sexuální zneužívání*

„Sexuální zneužívání představuje akt, který je vykonán na dítěti za účelem pohlavního uspokojení dospělé osoby“ (Leifer, 2004, str. 677).

Forma kontaktní (dotyková) zahrnuje osahávání, koitus v různých podobách včetně incestu a znásilnění. Nekontaktní (nedotykové) forma zahrnuje exhibicionismus, voyérství, fetišismus, nucení ke sledování sexuálních scén v televizi, na videu (Velemínský, 2009; Lopez, 2013).

„Sexuálním zneužíváním dětí (Child Sexual Abuse CSA) se rozumí nepatřičně vystavení dítěte sexuálnímu kontaktu, činnosti či chování. Zahrnuje jakékoli sexuální dotýkání, styk či vykořisťování kýmkoli, komu je dítě svěřeno do péče, nebo kýmkoliv, kdo se s dítětem dostal do nějakého styku“ (Dunovský, 2005, str. 20).

Jednou z nejtěžších forem sexuálního zneužívání je komerční sexuálního zneužívání dětí (Commercial Sexual Exploitation of Children CSEC), které je definováno

jako „každé užití dětí pro sexuální účely za finanční či jinou odměnu“ (Dunovský, 2005, str. 21). Komerční sexuální zneužívání má 3 základní formy – obchodování s dětmi, dětská prostituce a dětská pornografie.

Sexuální zneužívání se diagnostikuje nejobtížněji, protože v 80 % případů k němu dochází v rodině. „Asi 90 % zneužívaných má osobní vztah k pachateli, 60 % všech zneužívaných je přímo z rodiny oběti, z toho 40% tvoří otcové, většinou nevlastní“ (Kolektiv autorů, 2005, str.14). Často se více věří dospělým než dětem. Při diagnostice těchto případů je třeba skutečných odborníků, specialistů, kteří mají zkušenosti s řešením obdobných případů, aby se předešlo viktimizaci oběti. Dítě je nutné vyslechnout najednou, aby se nepříjemné zážitky nemusely opakovaně vracet (Kukla, 2007; Velemínský, 2009; Kolektiv autorů, 2005).

K následkům sexuálního zneužívání patří deprese, úzkost, dissociativní poruchy, pocit bezmocnosti a méněcennosti, poruchy osobnostního vývoje, porucha sebepojetí, poruchy příjmu potravy, pocit viny, studu, ztráta důvěry v okolí, zneužívání drog, alkoholu, sebevražedné jednání a sexuální poruchy jako je promiskuita, prostituce a sexuální agrese. Dlouhodobé následky jsou horší, když je pachatelem vlastní otec, při zneužívání bývá použito agrese a reakce matky po odhalení je k dítěti silně negativní. Oběti sexuálního zneužívání v rodině mají v dospělosti tendenci k nějaké formě CAN u vlastních dětí, ztrácí důvěru ve své rodičovské schopnosti a sebekontrolu při výchově dětí (Cyrulnik, 2010; Coutanceau, 2010).

#### *Psychické, emoční zneužívání*

Vede k ponižování, nadávání, strachu a izolaci dítěte. Nejčastěji se odehrává v rozvodovém a porozvodovém řízení jako souboj rodičů o dítě, kdy je dítě popuzeno proti druhému rodiči. V tomto případě hovoříme o syndromu zavrženého, odcizeného rodiče (Velemínský, 2009).

Dalším formou může být přenášení rodičovských povinností, kdy je dítě nuceno neúměrně svému věku pečovat o sourozence někdy i vlastního rodiče (Kolektiv autorů, 2007).

#### *Ekonomické zneužívání*

I přes zákaz dětské práce, např. v Rakousku byla zakázána v roce 1855, je tento jev poměrně rozšířený a to hlavně v Asii, Africe, Latinské Americe, ale výjimkou nejsou ani USA a některé evropské státy jako Rumunsko, Bulharsko, Portugalsko. Rozvinuté země dětskou práci zakazují a odsuzují, ale na druhé straně nezakazují dovoz zboží, k jehož výrobě byla zneužita dětská práce. Do této kategorie lze zařadit i nucení dětí ke krádežím, žebření a prostituci (Kolektiv autorů, 2007; Říčan, 2006).

### **1. 3. 3 Zanedbávání**

Zanedbávání je vážné opomíjení rodičovské péče nezbytné pro tělesný a duševní vývoj dítěte. K zanedbávání dítěte nejčastěji dochází v disfunkčních rodinách a při poruchách rodinného prostředí. Zanedbávané dítě pociťuje frustraci a deprivaci. Nepříznivé faktory rodinného prostředí mají negativní vliv na tělesný a psychomotorický vývin dětí v batolecím věku (Šupínová, 2013).

*Tělesné zanedbávání*, jinak řečeno nepečování o dítě, které vyúsťuje v jeho neprospívání a může skončit až smrtí dítěte (Velemínský, 2009).

Zahrnuje nedostatek přiměřené výživy, oblečení, nezbytného přístřeší, ochrany, hygieny, vystavování dítěte stresovým situacím, nebezpečí doma i mimo domov, nedostatečné zajištění školní docházky, nedostatečný dozor, jak tráví volný čas a s kým se stýká (Kolektiv autorů, 2007).

*Citové zanedbávání, psychická deprivace*, která zahrnuje nedostatečné uspokojování základních duševních, emočních a společenských potřeb a může vést k deprivacnímu syndromu v dětském věku. Znamená dlouhodobý nedostatek uspokojení potřeby lásky, vřelého intenzivního vztahu a přísunu přiměřených podnětů z okolí. Jednou z forem citového týrání je svědectví dítěte při domácím násilí rodičů.

Z většiny studií vyplývá, že tento problém se týká většinou dětí vyrůstajících v ústavních zařízeních, ale opak je pravdou. Protože v dnešní hektické době se s tímto jevem setkáváme i v rodinách po materiální stránce dokonale zabezpečených, kde však rodiče díky nezralosti, osobním problémům, ale i nedostatku času nejsou schopni dětem poskytnout dostatek lásky a vřelosti (Aronová, 2006).

Důsledkem emoční deprivace je narušení psychomotorického vývoje, vývoje osobnosti dětí, u nejtěžších forem může dojít až k úmrtí a v dospělosti může docházet k neschopnosti navazovat emoční vazby a budování důvěry k druhým lidem (Kolektiv autorů, 2007; Velemínský, 2009; O'Callaghan, 2005).

V praxi se bohužel setkáváme se situací, kde při rutinním umístění dětí ze zanedbávajících rodin do ústavní péče dochází k nahrazení jedné formy tělesného zanedbávání v rodině, druhou formou citového zanedbávání. „Lze mluvit o sekundárním zanedbávání, kdy systém péče určený k ochraně jedince v konečném důsledku druhotně poškozuje jeho psychický vývoj“ (Kolektiv autorů, 2007, str 82).

#### **1. 4 Klinický obraz CAN**

Syndrom CAN mívá celou řadu klinických projevů. Je důležité, aby si sestra všimla všech i sebemenších a občas bezvýznamných projevů, žádný nepodceňovat, protože mohou signalizovat podezření na týrání (Leifer, 2004).

Z nejčastějších příznaků jsou to poranění různých částí těla s výskytem podlitin a modřin různé velikosti, stáří a lokalizace na místech, kde se dítě těžko samo poraní, otisky a obrysy předmětů na kůži, odřeniny, které jsou podezřelé, většinou na ruce, zádech a krku, jako stopa po škrcení (Fedor, 2006). Jizvy, zlomeniny, popáleniny, poranění hlavy, nitrobřišní poranění, vytržené vlasy a to často v celých chumáčích, okrouhlé lysiny na různých místech vlasaté části hlavy (Fedor, 2006).

Neprospívání, špinavé oblečení, vyrážky jsou většinou příznaky zanedbávání. Nejzávažnější bývá výskyt retinálního krvácení u kojenců jako příznak syndromu třeseného dítěte a podráždění v oblasti genitálu (perigenitálně, perianálně), při jehož výskytu musíme brát v úvahu podezření na sexuální zneužívání (Leifer, 2004).

##### **1. 4. 1 Hematomy**

Při podezření na týrání dítěte je častým diagnostickým znakem výskyt mnohočetných hematomů a podlitin v různém stadiu hojení na různých částech těla. Poranění s výskytem modřin znamená, že byla použita síla (Leifer, 2004).



Hematom mívá tvar předmětu, kterým se agrese vedla, nejčastěji otisk ruky, pruhu a body vzniklé sevřením. Děti jsou nejčastěji bity páskem, vodítkem na psa, vařečkou, elektrickou šňůrou (Šnajdauf, 2002).

1-2 dny stará podlitina je oteklá a velice citlivá, stáří 3-5 dnů je zarudlá, 5-7 dnů mívá zelenou barvu, 7-10 dnů je žlutá, 10-14 dnů je hnědá a při stáří 14-28 dnů je světlá, ale stále patrná (Kolektiv autorů, 2007, Slaný, 2008).

Sestra by měla zvýšit pozornost u lokalizace modřin na obličeji, uších, konečkách prstů, horní části paže, trupu, hýždích (O'Callaghan, 2005).

#### **1. 4. 2 Popáleniny**

Úmyslně způsobené popáleniny jsou přítomné maximálně v 10 % případů týraných dětí. Úmyslné kontaktní popáleniny bývají nejčastěji způsobené cigaretou, radiátorem topení, horkou žehličkou, horkou vodou, pohrabáčem (Šnajdauf, 2002).

Podrobná sesterská anamnéza vzniku popáleniny je naprosto zásadní pro diagnostiku syndromu CAN. Na syndrom CAN ukazuje ostrá linie popáleniny při ponoru dítěte do horké vody v lokalitě ponožek a rukavic, symetričnost popálenin, současné popálení genitálu a hýždí. Úmyslné popáleniny od cigarety bývají typicky hluboké, často s kráterem a většinou vícečetné. Popáleniny mohou též vzniknout při tažení dítěte po zemi a to na místech kontaktu těla s podložkou (čelo, týlní oblast, kolena) (O'Callaghan, 2005).

Náhodné popáleniny mají nepravidelné „rozstříknuté“ okraje a nejčastější příčinou je zvrhnutí horkého nápoje u batolat (Slaný, 2008).

#### **1. 4. 3 Zlomeniny**

Vyskytují se u 10 – 36 % týraných dětí. „Uvádí se, že 56 % zlomenin u dětí mladších než 1 rok je výsledkem týrání“ (Šnajdauf, 2002, str. 91). Stáří zlomeniny lze určit na základě vztahu rentgenového snímku a stupně hojení normální kosti.

Nejčastější jsou zlomeniny dlouhých kostí 77 %, diafýza postižena 4x častěji než metafýza a epifýza. Velkou pozornost by sestra měla věnovat mnohočetnému poranění epifýz u nechodících dětí, které vznikají jako výsledek hrubého třesení a smýkání

s dítětem. Subperiostální zlomeniny a hematomy, odlomení rohu konce kosti při násilném kroucení lokte, kolene, distální tibie, radia, ulny, spirálovité zlomeniny femuru, tibie, mnohočetné fraktury žeber, fraktury lebky s intrakraniálním poraněním.

Na rentgenových snímcích lze pozorovat stadia hojení zlomenin a určit tak pravděpodobnou dobu zranění. 5-10 dní po zranění lze pozorovat periostální reakce, 10-14 dní po zranění se tvoří měkký svalek, 14-21 dnů po zranění pevný svalek a do 2 měsíců po zranění je stále patrná linie lomu (Šnajdauf, 2002).

„Pády v domácnosti z výšky menší než 1 metr, např. z gauče nebo postele, jsou velmi nepravděpodobnou příčinou vzniku zlomeniny“ (O’Callaghan, 2005, str. 363).

#### **1. 4. 4 Poranění hlavy**

Jedná se o nejčastější příčinu smrti u týraných dětí. „Nejméně 90 % těchto zranění postihuje děti mladší 2 let“ (Šnajdauf, 2002, str 91). Poranění a edém mozku se vyskytují u 50 % takto zraněných dětí. „Provedené studie zjistily, že až 95 % vážných nitrolebních poranění a 65 % všech zranění hlavy u dětí do 1 roku života je způsobené týráním (Fedor, 2006, str. 131).

Subdurální hematom spojený s hemoragií retiny vyskytující se u dítěte mladšího 1 roku, obzvláště mladšího 6 měsíců svědčí pro Shaken baby syndrom (O’Callaghan, 2005).

Zlomeniny lebky – oboustranné, mnohočetné často neodpovídající mechanismu úrazu. Subdurální hematom je často jediným znakem syndromu třeseného dítěte. Kortikální kontuze, obraz difuzního axonálního poranění, krvácení do sítnice, mozková ischemie. K vyšetření je nezbytné provést CT vyšetření nebo MR je ideálnější k průkaznosti intraparenchymatózních lézí, subakutních a chronických intrakraniálních krvácení. Příčinou poranění hlavy bývají údery předmětem do hlavy, údery hlavou o zem či zeď (Kolektiv autorů, 2007).

Při zranění na hlavě sestra vyšetří ušní lalůčky, kde může nalézt trhlinky za boltcem a dále vlasovou část, kde může nalézt místa vytrhaných vlasů. Při podezření na syndrom CAN musí sestra vyšetřit dutinu ústní, kde může nalézt poraněnou uzdičku

u horního rtu jako následek násilného krmení a dolního rtu od opakovaných úderů do úst.

Příčinou intrakraniální hemoragie může být u kojenců vzácné hemoragické onemocnění vyskytující se po 8. týdnu života (O'Callaghan, 2005).

#### **1. 4. 5 Nitrobřišní poranění**

Nejčtenější výskyt u dvouletých a starších dětí. Příčinou bývá kopání, údery předmětem do břišní krajiny, pobodání nůžkami, nožem. „Jsou druhou nejčastější příčinou úmrtí u týraných dětí 45-50 %“ (Šnajdauf, 2002, str 91).

Nejčastějším nitrobřišním poraněním jsou poranění duodena, které je mimořádně vnímavé k nárazům na břicho (hematom stěny duodena, perforace duodena), slinivky břišní (prezentováno jako póurazová pankreatitida, postupně se rozvíjející obraz pankreatické pseudocysty), méně časté je poranění jater, sleziny a ledvin (Šnajdauf, 2002).

#### **1. 4. 6 Sexuální zneužívání dítěte**

Na sexuální zneužívání musí sestra pomýšlet při známkách poranění v oblasti zevního genitálu, jako jsou modřiny a pohmožděny, při nálezů anální trhliny nebo známek dráždění anální oblasti, jako jsou otok, krvácení, rozšířené žíly, prolaps, výhřez, bolestivost, exkoriace. Znamky vulvitidy, vaginitidy, venerologického onemocnění (gonorea, herpes, trichomonas, chlamydie, bradavice na genitálu, HIV) či gravidity, ale též při častých bolestech v krku, bolestech břicha a náhlých změnách v chování. Ústí močové trubice může nést známky zarudnutí, otoku, rozšíření, poranění, může se objevit bolest při močení, defekaci, zácpa, potíže s vyprazdňováním, u chlapců trhlínky na předkožce. Obtíže při chůzi a sezení pro bolest v oblasti anální či genitální, psychosomatické obtíže (bolest hlavy, žaludku, zvracení) (Romanová, 2013).

Při poraněních vaginy nutno vyšetření též chirurgem, protože poranění může být kombinováno s poraněním střeva a po té je vyžadována neodkladná laparotomie. Vyšetření dívek by měl provádět vždy dětský gynekolog za asistence sestry. Vyšetření by mělo být provedeno do 72 hod, kvůli průkaznosti spermatu. K soudnímu řízení je

nutné vyšetření na přítomnost spermatu, slin a jiných tělních tekutin (Šnajdauf, 2002; Dunovský 1995; Romanová 2013).

#### **1. 4. 7 Zanedbávání**

Mezi hlavní ukazatele zanedbávání, kterých by si sestra měla všimnout, patří nedostatek lékařské a stomatologické péče, dítě vykazuje známky nedostatečné osobní hygieny, oblečení dítěte neodpovídá aktuálnímu počasí, dítě bývá unavené, ospalé, apatické, uzavřené až depresivní. Může vykazovat asociální až destruktivní chování, neurotické návyky jako kousání nehtů, cucání a vytrhávání vlasů, neustálé pohupování, poruchy řeči a poruchy příjmu potravy (Biskup, 2005).

V domácnosti může sestra najít zdravotně závadné podmínky jako výkaly lidské či zvířecí, nedostatečné vytápění, místo pro spaní dítěte je nevyhovující, špinavé, chladné.

Opakované pády ze schodů, polykání předmětů a škodlivých látek, a fakt, že dítě se musí starat o další sourozence, je opakovaně ponecháváno o samotě doma, v autě, na ulici nám též mohou ukázat na zanedbávání péče (Dunovský, 1995).

#### **1. 4. 8 Posttraumatická stresová porucha**

„Jde o soubor obtíží, které vznikají následně po prožitém traumatu, ať již fyzickém, sexuálním či psychickém“ (Dunovský, 1995, str. 55). Posttraumatická stresová porucha (posttraumatic stress disorder PTSD) je součástí mezinárodně uznávané klasifikace nemocí kód F 43. 1.

Projevy posttraumatické stresové poruchy lze rozdělit do třech skupin. První skupina zahrnuje znovuprožívání traumatu ve snech a vzpomínkách s intenzivními pocity strachu a úzkosti při setkání s něčím co může původní zážitek připomínat. Druhou skupinu tvoří snaha vyhnout se myšlenkám a prožitkům, které se negativní zkušenosti týkají, což vede k pocitu izolovanosti, otažitosti od lidí a ztrátě smyslu života. Třetí skupina zahrnuje psychosomatické projevy, jako porucha spánku, soustředění, pozornosti, projevy zvýšené úlekové reakce. Příznaky většinou začínají po

období latence, které trvá od několika týdnů po dobu maximálně šest měsíců od setkání s traumatickým zážitkem (Andršová, 2012).

Po střetu s traumatickým zážitkem dochází k procesu, který má typických pět fází. Akutní vyděšenost, která doprovází bezprostřední zážitek, následuje popření zážitku projevující se psychosomatickými symptomy jako nespavost, poruchy paměti a soustředění, následuje období znovuprožívání zážitku a to ve snech nebo vzpomínkách. Předposlední fází je pochopení příčiny toho, co se událo následováno poslední fází vytváření plánů do budoucna (Kolektiv autorů, 2007; Kolektiv autorů, 2005).

Děti, které přežijí týrání, jsou poznamenány citovým traumatem, jež přetrvává dlouho poté, co tělesné následky odezní a bez odborné dlouhodobé psychoterapie se postižení bez následků nikdy nevyléčí (Vigué, 2006).

### **1. 5 Vyšetření dítěte**

Při ošetřování dětského klienta musí sestra přistupovat k dítěti jako k vyvíjející se lidské bytosti. Každá etapa vývoje dítěte má svoje zvláštnosti, proto je třeba při posuzování odpovědí a reakcí dítěte brát do úvahy specifické souvislosti s věkem, zdravotním stavem a prostředím. Pro každé vyšetření by měla sestra navodit klidnou atmosféru, ve které bude sestra schopna v případě potřeby hovořit s dítětem i o okolnostech zneužívání. Při vyšetření a rozhovoru by měla sestra vždy zachovávat klid a rozvahu, poskytnout dítěti vnímavost, citlivost, emoční pevnost a stabilitu. Na sesterské citlivosti a komunikační obratnosti záleží, zda sestře dítě otevře cestu a sdělí všechny potřebné informace. V situaci po zveřejnění svého problému, dítě mnohem citlivěji vnímá reakci okolí, pokud dojde k výhradám a neadekvátním reakcím zdravotnického personálu je komunikace s dítětem silně narušena (Plevová, 2012; Venglářová, 2006).

Při počátečním rozhovoru je nesmírně důležité, aby sestra zachovala profesionální jistotu v komunikaci s dítětem, tak s jeho doprovodem, zvolila správný postoj k rodičům dítěte, neprojevovala vůči nim zlost, nutné je získat ke spolupráci

alespoň jednoho z rodičů, zabránit konfrontačnímu pohovoru a pečlivě monitorovat komunikaci dítěte s rodinou (Ptáček, 2011).

Před vlastním fyzikálním vyšetřením je důležité, aby sestra správně odebrala podrobnou anamnézu, která je východiskem pro další diagnostický, léčebný a ošetrovatelský postup. Hodnota anamnézy bývá vyšší než výtěžnost řady vyšetření. Součástí správně odebrané anamnézy je anamnéza rodinná (zdravotní stav sourozenců, rodičů, eventuálně prarodičů, preferovaný životní styl, rodinné vztahy, model výživy, abúzy, kulturní a etnická specifika rodiny), osobní (průběh těhotenství, porodu, poporodní adaptace, výživa dítěte, údaje z preventivních prohlídek, prodělané nemoci, úrazy, operace, hospitalizace, medikace), alergologická, epidemiologická, sociální (vzdělání a zaměstnání rodičů, sociální podmínky rodiny) a u dívek gynekologická. V anamnéze nynějšího onemocnění zjišťuje sestra hlavní příznak, který přivádí pacienta k lékaři, začátek, popis a časový vývoj obtíží, provedená vyšetření, podanou medikaci, dále informace o vylučování, příjmu potravy, vývoji hmotnosti a charakteru spánku. Údaje získává sestra během rozhovoru s dítětem nebo rodiči, pozorováním, prostřednictvím laboratorních a diagnostických metod, ze zdravotnické dokumentace (Boledovičová, 2006; Sedláková, 2010; Sedlářová, 2008; Dunovský, 1995; Kolektiv autorů, 2007).

Zhodnocení stavu dítěte zahrnuje schopnost správného posouzení zdravotních problémů, psychomotorického vývoje dítěte, stavu výživy, společenských, emocionálních, intelektuálních, kulturních, psychických, sociálních a duchovních aspektů. Důležité je dosažení pozitivní interakce dítěte, rodičů a zdravotnického personálu a uspokojování potřeb dítěte (Dufková, 2013).

### **1. 5. 1 Fyzikální vyšetření**

Fyzikální vyšetření je spolu s anamnézou základem diagnostiky. Představuje objektivní nálezy subjektivních informací získaných od dítěte nebo rodičů. Při vyšetření je důležité, aby sestra dítě zvažila, změřila, zaznamenala obvod hlavy a hrudníku a výsledky porovnála s percentilovými grafy. Sestra popíše stav výživy, kostry, kůže, sliznic, chrupu, kvalitu vlasů a nehtů, celkovou čistotu a stav ošacení. Dítě musí být při

vyšetření zcela svlečené, včetně pleny, sestra nesmí opomenout se podívat se do úst a na zevní genitál (O'Callaghan, 2005).

Při zjištění zevního poranění je nutné, aby sestra zaznamenala přesný popis místa, rozsahu, pravděpodobného stáří a příčiny, poranění je možné se souhlasem rodičů vyfotografovat. Hematomy vždy sestra vyšetřuje za denního světla a popisuje jejich tvar, velikost a barvu. Velikost vždy vyjadřuje sestra v milimetrech či centimetrech, vyhýbá se přirovnání typu hematom velikosti fazole (Slaný, 2008).

Z interního vyšetření sestra změří krevní tlak, pulz, reakci a stav zornic. Nezapomene na orientační neurologické vyšetření a možnost poranění vnitřních orgánů. U dětí s nevysvětlitelnými modřinami indikuje sestra vyšetření krevní srážlivosti, KO+DIF (O'Callaghan, 2005).

Během vyšetření sestra sleduje chování dítěte, jeho sociální dovednosti a úroveň slovní zásoby. Při fyzikálním vyšetření dítěte je nejvhodnější použít formu hry, pozorování, naslouchání, pohmatu a poklepu. Při vyšetření je nutné brát v úvahu celkový stav, věk a předchozí zkušenosti dítěte s vyšetřením. Pořadí vlastních vyšetřovacích úkonů je dáno naléhavostí stavu pacienta. Většina vyšetření by se měla provádět v náručí rodiče. Místnost ordinace je dobré mít barevně vymalovanou, stěny doplněné obrázky, k dispozici by měly být omyvatelné hračky, které nám výborně poslouží při přípravě dítěte na vyšetření eventuálně odpoutání pozornosti dítěte (Boledovičová, 2006; Sedlářová, 2008; Dunovský 1995; Slaný, 2008).

Klidné chování zdravotnického personálu působí pozitivněji na dítě tak rodiče, neustálé udržování vzájemné interakce zdravotnického personálu s dítětem umožní odpoutání pozornosti od vyšetření, úsměv na tváři sestry pomáhá zmírnit strach a stres z vyšetření, samozřejmostí je též udržování neustálého očního a slovního kontaktu (Kutnohorská, 2011).

Při vyšetřování začínáme na méně důležitých částech těla a končíme na problematických, bolestivých a intimních partiích těla. I při problematických zjištěních během vyšetření je důležité tvářit se pozitivně a dávat pozor na nonverbální stránku komunikace. Zdravotnický personál by měl během celého vyšetření poskytovat informace přiměřené věku dítěte, popisovat co dělá a co bude následovat, to samé je též

důležité vysvětlit rodiči přítomnému u vyšetření (Boledovičová, 2006; Sedlářová, 2008; Dunovský 1995; Slaný, 2008).

Ruce a fonendoskop musí být před vyšetřením zahřáty na příjemnou teplotu. Nezbytné a samozřejmé je pečlivé vedení dokumentace, ve které musí být uvedeny i vyšetřovací metody. Vždy je nutný pečlivý popis všech ran a jejich fotodokumentace (Boledovičová, 2006; Sedlářová, 2008; Dunovský 1995; Slaný, 2008).

Gynekologické vyšetření provádí vždy pouze dětský gynekolog za přítomnosti a asistence sestry a to vždy po obeznámení o postupu vyšetření. „U neklidných a neurotických dětí je gynekologické vyšetření prováděno za použití sedace v krajním případě i v celkové anestezii. Snahou je minimalizovat bolestivé a invazivní výkony“ (Romanová, 2013, str. 54). Před samotným vyšetřením sestra zhodnotí, zda tělesné proporce odpovídají věku, zhodnotí čistotu a kvalitu spodního prádla, hygienu vnějších rodidel, přítomnost exantému a známek vnějšího poranění, sleduje též chování dítěte (Romanová, 2013).

Běžnou součástí vyšetření by měli být anatomické demonstrační panenky používané k účelu vyšetření – Jája a Pája, které mají otvory a genitálie, které jsou na lidském těle. Pro děti je mnohdy jednodušší něco ukázat, než mluvit o něčem čemu nerozumí nebo se stydí (Hanušová, 2005).

### **1. 5. 2 Na co si při vyšetření dávat pozor**

Při vyšetřování dítěte je velice důležité, aby sestra věnovala pozornost řadě indicií, které mohou vést k podezření na týrání dítěte. Musí dávat pozor na výpověď rodičů o původu zranění, anamnéze, která neodpovídá zranění nebo vývoji dítěte a na opožděné vyhledání lékařské pomoci. Při náhodném úrazu je snaha vyhledat lékařské ošetření okamžitě, zatímco při úmyslném poranění dítěte je téměř vždy pravidlem určitá časová prodleva. Tuto prodlevu lze pozorovat i u závažných někdy až fatálních případů, kdy je zcela evidentní potřeba zajištění první pomoci a včasné léčby (Dunovský, 1995). Na týrání musí sestra pomýšlet u nejasné anamnézy a nepravděpodobné příčiny závažného poranění (Šnajdauf, 2002). Pokud dítě popisuje zkušenosti s týráním, zneužíváním je nutné, aby sestra dítěti věřila a tuto eventualitu prověřila.



Dítě sestra vyšetřuje vždy vyslečené, při vyšetření si tělo rozdělí na 4 roviny (přední, zadní, pravou, levou), sleduje podlitiny v různém stadiu hojení, opakující se zranění, které je vždy podezřelé. Při podezření na týrání, zneužívání je nutné indikovat kompletní rentgenové vyšetření (Šnajdauf, 2002). „I jedna fraktura společně s mnohočetnými modřinami různého stáří musí vyvolat podezření na syndrom týraného dítěte“ (Šnajdauf, 2002, str. 93). Se zneužívaným dítětem musí sestra jednat klidně, vše vysvětlit (vyšetření, přípravu, léčbu), o dítě pečuje co nejméně osob, je důležité klást co nejméně přímých otázek, sestra dítě chválí, zapojuje do aktivit podporující rozvoj fyzický a smyslového vnímání. O rodičích dítěte nemluví sestra nikdy v negativním smyslu (Leifer, 2004)

V případě podezření na syndrom CAN je nutné, aby sestra přizvala k vyšetření i ostatní sourozence. Na syndrom CAN bez známek viditelného poranění může ukázat i chování dítěte. Jako pasivita, apatie, výrazná uzavřenost bojácnost, nebo naopak agresivita, destruktivní a násilnické chování. Opakované absence při hodinách tělesné výchovy, nadměrné vrstvy oblečení, obava z tělesného kontaktu s dospělými, nadměrná ostražitost, známky sebepoškozování až sebevražedný pokus (Dunovský, 1995).

### **1. 5. 3 Reviktimizace, sekundární viktimizace**

Nešetrně provedená opatření určená k ochraně ohrožených dětí se mohou stát novým zdrojem poškození, hlavně psychického vývoje. V případech odebrání dětí z rodin dochází často k opakujícím se situacím, které tvoří uzavřený kruh zanedbávání v rodině, psychickou deprivace umístěného dítěte v ústavu, sociální selhání, které bývá spojené se sexuálním nebo kriminálním zneužíváním po opuštění (útěk) nebo propuštění (dovršení dospělosti) jedince z ústavu, následované reviktimizací při vyšetřování nebo další emoční a sociální deprivací (Mach, 2005).

Sekundární viktimizace je projevem nešetrného zacházení s obětí, její druhotné zraňování, netaktním, necitlivým a lhostejným přístupem. Zneužívané dítě je nuceno k opakovaným výpovědím, většinou se mu nevěří a někdy je mu dokonce připisována vina (Kolektiv autorů, 2005).

Před ukvapeným odebráním dítěte z rodiny je třeba zvážit možnost jiných forem pomoci jako je rodinná terapie, důsledný dohled, pomoc celé rodině. Mnohé příklady systémové reviktimizace jsou uváděny ze zemí, ve kterých jsou děti ohroženy válečnými útrapami (Kolektiv autorů, 2007).

Děti, které prožily trauma válečného násilí, ztratily rodiče a byly umístěny do ústavů s materiálním blahobytem, měly horší prognózu než ty, které byly umístěny do pěstounských rodin, v kterých mohlo docházet k materiálnímu zanedbávání (Kolektiv autorů, 2007).

#### **1. 5. 4 Diferenciální diagnostika**

Diagnostika syndromu CAN je složitý proces, který většinou vyžaduje dlouhodobé pozorování a velké zkušenosti, neboť dítě často zapírá, nekomunikuje, vůči trýzniteli projevuje patologicky vstřícný vztah (Sedláková, 2010).

Při výskytu někdy pro nás jasných klinických příznaků je potřeba myslet i na diferenciální diagnostiku a vyvarovat se předčasných úsudků a diagnostiky syndromu CAN. Zvláště závažné je rozlišení mezi poraněním způsobeným náhodou, úrazem, nedbalostí, anebo úmyslným útokem vedeným proti dítěti. „Zatímco rozpoznání charakteristických rentgenových nálezů na skeletu je relativně snadné, potvrzení jejich násilného původu a odlišení jiných onemocnění je mnohem obtížnější“ (Tůma, 2008, str. 188).

Jizva, která silně připomíná popáleninu od cigarety, může být jen obyčejným stroupkem, mongoloidní skvrny mohou připomínat podlitiny, silná vyrážka při plenkové dermatitidě může být zaměněna za opařeninu a různé formy alopecie mohou připomínat vytrhané chumáče vlasů. Je třeba odlišit krvácení z genitálií způsobené sexuálním zneužíváním od menstruačního krvácení při předčasné pubertě, syndrom náhlého úmrtí kojence od násilného udušení kojence (Leifer, 2004; Dunovský, 1995).

V případě výskytu hematomů je třeba vyloučit výskyt poruchy hemokoagulace, poruchy cévní stěny, poruchy funkce a počtu krevních destiček (Slaný, 2008).

### **1. 5. 5 Multikulturní faktory**

V dnešní transkulturní společnosti je nezbytné, aby zdravotnický personál měl znalosti a vědomosti o multikulturní společnosti a některých zvycích, které jsou pro dané kultury běžné a nedocházelo při setkání s těmito kulturami díky neznalostem k nedorozuměním (Leifer, 2004).

Ve vietnamské kultuře je běžné vytvářet na těle značky, které mají u jedince zmírňovat bolest, další asijské kultury léčí např. enurézu opalováním malých oblastí na kůži, Jemenští Židé léčí infekce přivazováním česneku na zápěstí, což může způsobovat puchýře a otlaky, v karibské oblasti je obvyklou výchovnou metodou nucené klečení a indický kmen Telugů prokazuje úctu dotýkáním se penisu dítěte (Leifer, 2004).

### **1. 5. 6 Ošetřovatelská péče a intervence**

Ošetřovatelská péče o dítě by se měla zaměřit již na prenatální a perinatální období dítěte a pokusit se identifikovat vysoce rizikového novorozence i rodiče. Již v porodnici je důležité, aby sestra sledovala anamnézu, chtěné těhotenství, personální a finanční situaci rodiny, interakci rodiče s novorozencem, verbální a nonverbální komunikace, úroveň tělesného a očního kontaktu, nezájem, lhostejnost, negativní poznámky o pohlaví, vzhledu a temperamentu dítěte (Leifer, 2004).

Na předním místě je dále následná péče o matku a dítě, kterou poskytují zdravotnická zařízení. Dalším důležitým indikátorem pro podezření na syndrom CAN je opakované procházení pediatrických záznamů, ve kterých je možnost odhalení opakovaných hospitalizací dítěte, rentgenové snímky mnohočetných, opakovaných fraktur, historie neprospívání, záškoláctví, útěků z domova, zanedbávání lékařské péče (zanedbávání pravidelných lékařských prohlídek) (Leifer, 2004; Slezáková 2010).

### **1. 5. 7 Role sestry**

Sestra je nezastupitelnou členkou multidisciplinárního týmu, který pečuje o dítě s podezřením na syndrom CAN. Na sestru jsou v souvislosti s diagnostikou i léčbou syndromu CAN kladeny velmi vysoké požadavky. Nejčastější ošetřovatelské diagnózy jsou uvedeny v příloze 3. Je důležité, aby měla sestra dostatek teoretických znalostí,

vědomostí, zkušeností s touto problematikou, profesionality a dokázala celou skutečnost komplexně rozebrat. „Sestra zde nevystupuje pouze v roli poskytovatelky ošetrovatelské péče, manažerky, edukátorky, ale také hlavně v roli advokátky“ (Sedláková, 2010, str. 14).

Sestra působí jak v primární péči tak při hospitalizaci dítěte a zaujímá tak nezastupitelnou úlohu v činnosti interdisciplinárního týmu. Sestra tráví s dítětem nejvíce času, nahrazuje rodiče, který se o dítě nedokázal postarat nebo mu dokonce ubližoval. Ukazuje dítěti, že život nabízí něhu, lásku, přátelství ne jenom bití, křik, ubližování, hlad, samotu, ponižování a ubližování. Využíváním komunikačních dovedností má možnost získat dítě ke spolupráci (Slezáková, 2010).

Sestra tráví s dítětem celou směnu, ideální je dítěti přidělit konkrétní sestru, která dítěti nahrazuje rodiče. Nutností je setrvání u lůžka dítěte i v noci, neboť tyto děti často trpí nočními běsy. Ošetřování probíhá podle individuálně sestaveného ošetrovatelského plánu a je nezbytně nutné eliminovat nejen následky fyzického týrání, ale hlavně předcházet následkům psychické deprivace dětí. Pokud dítě popisuje zkušenosti s týráním či zneužíváním je nutné, aby sestra dítěti věřila a tuto eventualitu prověřila. Sestra nikdy nesmí negativně hovořit před dítětem o jeho rodičích, i když jsou podezřelí z týrání dítěte (Sedlářová, 2008; Fendrychová, 2005).

Ošetřující personál musí poskytnout dítěti kromě co nejvyšší profesionality také co největší citovou pomoc a podporu. V praxi to znamená, že sestra se musí umět vcítit do osudu dítěte, zajistit jistou míru jistoty a bezpečí, obhajovat jeho prospěch, zájem a stát při něm. Tyto skutečnosti kladou vysoké profesní nároky na zdravotnické pracovníky, kteří se setkávají s tímto sociálně patologickým jevem, a proto je nutné věnovat pozornost a vytváření ochranných psychoterapeutických projektů a předcházet tak případnému syndromu vyhoření u těchto pracovníků (Dunovský, 1995; Kříivohlavý, 2010).

### **1. 5. 8 Terapeutické intervence**

Poznání příčin CAN je východiskem pro prevenci, porozumění a pochopení souvislostí je zdrojem pro terapii dětské oběti násilí, dospělého agresora, ale i celého rodinného systému, rodiny (Kolektiv autorů, 2007).

V péči o dítě postižené syndromem CAN je nejdůležitějším krokem včasná diagnostika, terapie, rehabilitace a celkové řešení celé kauzy. Nezbytné je řešení celého případu komplexně v multidisciplinárním týmu odborníků na tuto závažnou tematiku (Kukla). Rozhodující je holistické chápání ubližování dítěti a jeho následné komplexní řešení (Dunovský, 2005).

*Akutní krizová intervence* – řeší v místě ohrožení, poškození dítěte, zahrnuje diagnostiku, způsob ošetření a eliminaci dítěte do neutrálního prostředí nemocnice, dětského krizového centra

*Střednědobá intervence* – dokončuje definitivní diagnosu, zahrnuje povinnost lékaře poskytnout veškeré podklady jako vyšetření, rentgenové snímky, posudky pro řešení případu, stanovuje se komplexní léčebný plán

*Dlouhodobá intervence* – zahrnuje komplexní, interdisciplinární aktivity ve prospěch dítěte, cílem je odstranit nebo zmírnit škody, ke kterým v důsledku syndromu CAN došlo (Kukla, 2007; Velemínský, 2009).

## **1. 6 Detekce, registrace a léčby syndromu CAN**

„Detekce, odhalení nebo zjišťování syndromu CAN se děje hlášením nebo cíleným vyhledáváním jednotlivých případů na úrovni služeb státních, komunálních nebo charitativních“ (Dunovský, 1995, str. 177).

### *Ohlášení*

Oznámit skutečnost o týrání mají ti, kdo se stali svědky špatného zacházení, ale i ti, kdo se o něm dozvěděli, zákonem je uložena povinnost takového hlášení, ale skutečnost bývá bohužel jiná. Oznámení většinou probíhá formou anonymního oznámení a dále na Linky důvěry a bezpečí. Mezi inhibitory hlášení můžeme především zařadit nedostatek důvěry v orgány sociální péče, v orgány činné v trestním řízení, zklamání z výsledků předchozích oznámení, strach z odplaty útočníka, nedostatek znalostí a zkušeností s tímto nepříznivým jevem, lhostejnost k osudu trpícího dítěte,

nevědomost na koho se obrátit. Tyto inhibitory jsou obdobné jak u laické, tak u profesionální veřejnosti. Profesionálními facilitátory ohlášení se stávají angažovanost a zaujetí pracovníků, odborná příprava a soustavné vzdělávání během výkonu povolání, dostatek porozumění a pochopení potřebám a právům dětí (Dunovský, 1995).

Případy účelově nahlášené se většinou týkají fyzického týrání či sexuálního zneužívání. Jedná se většinou o falešná nařčení dospělou osobou v pozadí rozvodového řízení a boje o svěření dítěte do péče či snahu zamezit styku dítěte s druhým rodičem. V případě účelového nahlášení samotným dítětem, jde většinou o projev bezradnosti a snahu vyslyšení či poukázání na jinou závažnou situaci v životě dítěte, jako je obrana proti jiným formám týrání, nepřijetí nového partnera rodiče (Kolektiv autorů, 2007).

### *Diagnostika*

Diagnostika zahrnuje komplexní činnost multidisciplinárního týmu, který zjišťuje a posuzuje okolnosti ohlášení nebo odhalení případu špatného zacházení s dítětem či jeho následků. Rozhodující roli v diagnostice hraje medicínská i sesterská anamnéza, následována komplexní sociální anamnézou rodinnou a osobní (Bayer, 2011).

Ve zdravotnické dokumentaci se musí objevit zhodnocení celkového zdravotního stavu, současného stavu, vývoje dítěte a rozlišit mezi poraněním způsobeným náhodou, úrazem, nedbalostí, anebo úmyslným útokem na dítě. Při podezření na syndrom CAN je vhodné dítě přijmout k diagnostickému pobytu ve zdravotnickém zařízení nebo v dětském krizovém centru, při němž je umožněno komplexní vyšetření multidisciplinárním týmem odborníků. Diagnóza syndromu CAN, která potvrzuje podezření na syndrom CAN lze definitivně stanovit na základě komplexního vyšetření mezioborového týmu odborníků soustředěných v rámci dětského lůžkového zařízení (příloha 4). Tímto zajistíme dítěti neutrální prostředí a můžeme pozorovat a hodnotit i chování dítěte (Blažek, 2010; Slezáková, 2010).

Na lékařské vyšetření, pokud mu nepředcházelo, navazuje vyšetření dítěte dětským psychologem, vyšetření dospělých označených za původce týrání, zneužívání či zanedbávání, šetření sociálním pracovníkem v místě údajného týrání, v nejzávažnějších případech i výslech policie (Lebl, 2003).

I při sebemenším podezření na syndrom CAN se musí každý případ hlásit orgánu sociálně právní ochrany dětí. Každý i nepotvrzený případ je nutno pokládat za suspektní a v rámci prevence se k němu vracet (Dunovský, 1995).

#### *Vyhledávání*

Ve vyhledávání ohrožených či již postižených dětí syndromem CAN hraje významnou roli aktivní vyhledávání dětí a rodin. Při vyhledávání je nezbytné znát rizika u dětí, rodičů, ale i celých skupin obyvatelstva, která jsou příčinně, sousledně i následně spojená se syndromem CAN. Řada odborníků Kempe, Bergner (8 nejvíce předpovídajících činitelů), Filkelhor (screening sexuálního zneužití dítěte v rodině) sestavila různé screeningové metody, které se používají v terénní praxi a u vybraných skupin, kde je známo nebezpečí syndromu CAN. Dunovský sestavil Dotazník funkčnosti rodin, který se v Dětském krizovém centru a v preventivních prohlídkách v pediatrii používá jako jedna z vyšetřovacích metod dodneška (Kolektiv autorů, 2007).

#### *Registrace (Monitoring)*

Registrací rozumíme systém zaznamenávání tohoto negativního jevu v populaci. Jedním z největších prohřešků vůči takto postiženým dětem je neexistence jednotné statistiky tohoto sociálně patologického jevu. Své statistiky si vede PČR, FOD, DKC, ÚZIS, orgány sociálně právní ochrany dětí (Kolektiv autorů, 2007).

### **1. 6. 1 Problematika odtajnění syndromu CAN**

Intenzita následků na straně dítěte je silně závislá na faktu jak celou situaci přijmou a zareagují na ní lidé v nejbližším okolí, především matka. Často platí pravidlo, že jaký postoj k celé situaci zaujme matka, takový postoj zaujme dítě (Kolektiv autorů, 2007).

Syndrom CAN představuje většinou procesuální proces, který má svůj vývoj a průběh. Není výjimkou, že se jedná o opakované týrání a situace se v průběhu času stává závažnější, intenzita a frekvence týrání se zvyšuje. Včasné podchycení a odtajnění často zabrání vystupňování týrání do těch nejzávažnějších forem (Kolektiv autorů, 2007).

Pachateli fyzického násilí jsou v naprosté většině případů rodiče a to vede k obtížnému odtajňování, protože týrané dítě je často značně závislé na svých rodičích a spíše než by usilovalo o odtajnění týraní, chrání své rodiče popíráním týraní. O to více jsou týrané děti odkázáni na vnímavost a všímavost lidí v jejich okolí. Děti fyzicky i psychicky týrané bývají celý život utvrzované týrajícími rodiči, že chyba je na straně dětí, protože zlobí a dělají problémy. Dítě se s takovým postojem a identifikuje a přijímá ho jako fakt, což oddaluje rozpoznání dítěte, že jde o týraní. Nejčastěji začínají děti činit aktivní kroky ke zlepšení své situace kolem dvanáctého roku, což souvisí s navazováním intenzivnějšími kontakty s vrstevníky a vzhled do jiných rodin. Nejčastěji požádá dítě o pomoc dospělou osobu (rodiče, příbuzného, učitele), na druhém místě svého vrstevníka nebo vyhledá pomoc samo (Linka důvěry, Dětské krizové centrum) (Kolektiv autorů, 2007).

Největší chybou při diagnostice syndromu CAN je mylné označení dítěte za lháře, rychle vyřčené soudy a bagatelizující závěry. Na počátku jednoznačně platí věřit dítěti, protože každé zpochybnění dítěte může vést k jeho zablokování a následnému neposkytnutí dalších informací a nejhůře odvolání tvrzení. Ze zkušeností Dětských krizových center vyplývá, že s nepravdivými informacemi podanými dětmi se setkávají jen vzácně. Každé sdělení dítěte je nutno brát vážně a celou situaci důkladně prošetřit.

„Nedostatečná informovanost a porozumění principům syndromu CAN zvyšují riziko dítěte“ (Kolektiv autorů, 2007, str. 57).

### **1. 6. 2 Léčba dětí se syndromem CAN**

„Léčba týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí musí být orientována nejenom na oběť násilí či zanedbávání, ale i na všechny zúčastněné a to i na zneuživatele samého, zvláště jedná-li se o člena rodina“ (Dunovský, 1995, str. 216).

Léčba dětí postižených nějakou formou syndromu CAN má odstranit nebo na nejmenší míru omezit důsledky špatného zacházení s dítětem. Léčba má obnovit tělesnou, psychickou a sociální pohodu dítěte a musí na prvním místě bránit zájem a prospěch dítěte. Léčebný proces musí být komplexní, probíhat v interdisciplinárním týmu odborníků, kde je neustále koordinován a podle potřeb dítěte, vyplývajících



z hodnocení dílčích výsledků, upravován a měněn. Léčba dětí musí být symptomatická, ale hlavně i kauzální, protože ta pak vede k prevenci tohoto patologického jevu.

Léčba týraných, zneužívaných zanedbávaných dětí probíhá ve třech základních etapách, které se navzájem prolínají (Dunovský, 1995).

#### *První etapa*

„V první etapě jde o léčbu akutních stavů či přímou intervenci řešící urgentní situaci“ (Dunovský, 1995, str. 217). Hlavním cílem je zjištění rozsahu a závažnosti postižení a zabránění dalšímu útoku nebo přerušení procesu násilí a ubližování dítěti. Následuje ošetření dítěte, zabezpečení základních potřeb, které byly dítěti odepřeny a nastolení stavu optimálně možné duševní a sociální pohody.

V této fázi léčby se dítě umísťuje mimo rodinu, kde docházelo k týrání a to nejčastěji k příbuzným, kteří jsou schopni se o dítě postarat a dále spolupracovat s odborníky. Další možností umístění dítěte je hospitalizace ve zdravotnickém zařízení, Dětské krizové centrum s možností ubytování nebo Klokánek.

Vedle terapeutických aktivit probíhá současně diagnostický proces a podává se hlášení o týrání či zneužívání dítěte (Dunovský, 1995).

#### *Druhá etapa*

„Druhá etapa je fáze dalšího rozsáhlého šetření všech okolností související s násilím na dítěti či nedostatečnou péčí o ně“ (Dunovský, 1995, str. 218).

Tato fáze probíhá nejčastěji šetřením v rodině, v pediatrické ordinaci, ve škole, na Orgánu sociálně právní ochrany dětí. Stanovuje se definitivní diagnóza, plán komplexní terapie. Psychoterapie a socioterapie zaměřená na hlavní problémy dítěte a rodiny se stávají nejvýznamnější terapeutickou aktivitou.

#### *Třetí etapa*

„Třetí etapa je etapou dlouhodobého sledování dítěte a jeho rodiny a komplexní podpory, pomoci a snahy definitivně vyřešit aspoň základní vztahy mezi zúčastněnými, s maximálním ohledem na prospěch a zájem dítěte a jeho plné uzdravy“ (Dunovský, 1995, str. 218).

### 1. 6. 3 Následky týrání

Následkem špatného zacházení s dětmi dochází k poruše kognitivního, emočního, tělesného a osobnostního vývoje dítěte.

„Psychická deprivace je stav, kdy člověk nemá dlouhodobě dostatečnou příležitost k uspokojování některé ze svých základních psychických potřeb – nejčastěji potřeby stabilního vřelého citového vztahu a potřeby stimulace“ (Říčan, 2006 str. 288).

Narušení kognitivního a motorického vývoje, kdy dochází k vývojové retardaci různého stupně, u těžších forem i k poruchám somatického vývoje a někdy až k úmrtí.

Narušení vývojové osobnosti a to především schopnosti navazovat hlubší sociální vztahy u nejtěžších případů může dojít v dospělosti k obrazu asociální poruchy osobnosti.

Nejčastějšími projevy chování jsou sociální hyperaktivita, kdy děti velmi snadno a rychle navazují vztahy, které jsou však rozptýlené a povrchní. Dožadují se pozornosti a chybí jim strach u cizích lidí. Sociální provokace, kdy se děti dožadují pozornosti provokací, agresivními projevy, destruktivním chováním. Tyto děti bývají zvýšeně úzkostné a nezralé. Posledním projevem deprivace jsou děti pasivní, apatické s nedostatkem jakékoliv iniciativy. U všech skupin dochází k náhradnímu uspokojování citových potřeb a to zaměřením na uspokojování biologických potřeb – přejídání, masturbace (Říčan, 2006).

Ve školním věku jsou nejčastějšími následky týrání úzkost, deprese, autodestruktivní chování, nízké sebehodnocení, excesivní agrese, neposlušnost, sociální odtazitost, agresivní styl řešení konfliktů.

V dospívání dochází ke zvýšenému riziku delikvence, kriminality, útekům z domova a násilnému kriminálnímu chování (Říčan, 2006).

Následky sexuálního zneužívání se projevují na rovině vnitřního prožívání jako úzkost, strach, vztek, vina, stud, bezmoc a na rovině vnějšího prožívání jako sebepoškození, školní selhávání, poruchy chování a může vést ke zvýšeně erotizovanému chování projevující se ve hře, v kontaktu s vrstevníky i dospělými. Dlouhodobé následky se mohou projevit jako deprese, úzkost, disociativní poruchy, poškození vývoje sexuální role, osobní identity a schopnosti intimních vazeb.

Nejvýznamnějším důsledkem týrání v dětství je transgenerační přenos násilnického rodinného systému (Říčan, 2006).

Dětské týráním zdrojem stresu a ten je reálným rizikem pro vznik nemocí v dospělosti. „Lidé, kteří byli jako děti fyzicky či sexuálně zneužíváni, měli v dospělosti dvojnásobně vyšší hladinu zánětlivých proteinů doprovázejících zánět a vykazovali vyšší incidenci rizika vzniku srdečního nemoci a cukrovky“ (Patočka, 2009, str. 170).

#### **1. 6. 4 Faktory přispívající k týrání**

Spouštěcí mechanismy pro týrání dítěte mají různý charakter a intenzitu. Můžeme je rozdělit do tří základních skupin. První skupinu tvoří spouštěcí mechanismy na straně dítěte, nejčastějším spouštěčem je stres u dítěte způsobený handicapem dítěte (předčasně narozené, retardované, nehezké děti), temperamentem dítěte, případnou hyperaktivitou, přítomností nevlastního rodiče v rodině, pro kterého mohou děti v nové rodině znamenat nechtěné, nelegitimní, nevlastní děti (Vaníčková, 2004).

Další skupinu tvoří sociální stres, kam je možné zařadit problémy týkající se neúplnosti a dysfunkčnosti rodiny, zasažení přírodní katastrofou či válečným konfliktem, finanční krize rodiny, která může vyústit až v chudobu a ztrátu zaměstnání rodičů (Sedláková, 2010).

Poslední skupinu tvoří spouštěcí mechanismy týkající se stresu na straně rodičů, který nejčastěji vyvolává konflikt v rodině, nejčastěji manželské a milenecké konflikty, rozvodové situace a porozvodové spory o dítě. Partner trestá druhého prostřednictvím dítěte – Medein komplex. Pocit méněcennosti na straně jednoho z rodičů, přepracovanost, nízká úroveň vzdělání rodičů, zneužívání omamných látek, zkušenost s týráním, nebo zneužíváním v dětství na straně rodičů. Nejčastější příčinou násilného chování je neustálý pláč, křik dítěte a neznalost jeho zvládnání vede velice často k syndromu třeseného dítěte (Leifer, 2004; Dunovský, 1995; Sedláková, 2010).

#### **1. 6. 5 Kdo nejčastěji ubližuje**

Nejčastější osobou, která působí dětem příkoří v podobě týrání, zneužívání a zanedbávání jsou nejčastěji vlastní rodiče a nejbližší příbuzní, od kterých bychom to

nečekali. Rodiči trýzniteli jsou ve většině případů rodiče osobnostně nezralí s nedostatkem interakčních dovedností, mladiství, nevypělí, s malou schopností empatie, lidé impulzivní, s nízkou frustrační tolerancí, dále svobodné nebo velmi mladé matky, nevlastní rodič. Lidé se zvláštním životním stylem (workolholici), příslušníci společenských skupin s agresivním programem, stoupenci sekt a některých typů náboženství. Typičtí trýznitelé dětí často působí na veřejnosti dobrým dojmem, jsou přesvědčeni, že za každé situace jednájí správně, jsou sebejistí, argumentují, že jim jednou děti budou vděční za tvrdou výchovu, „škoda každé rány, která padne vedle, když se kácí les, padají třísky“. Riziko týrání dětí se zvyšuje v rodinách, kde jsou narušené vztahy, členové spolu nekomunikují, převažuje netolerance, kritika, odmítání a agrese vůči dětem je projevem nakumulovaného napětí, dítě jako nejslabší člen se stává obětí (Sedláková, 2010).

V případě sexuálního zneužívání můžeme pachatelem označit jedince se sexuální úchylnou, sexuálně hyperaktivní, jedince s poruchou pudového chování, jedince s poruchou osobnosti, alkoholiky, toxikomany (Lopez, 2013).

Vysoké procento ve výskytu týrání dětí zabírá situace intergeneračního přenosu násilí, která se vyskytuje až „70 % případů špatného zacházení s dětmi“ (Kolektiv autorů, 2007, str. 14). Negativní zážitky rodičů samých z jejich vlastního dětství, rodiče, kteří byli sami v dětství deprivováni, týráni, zneužíváni (plánovaný trest, odpovídající jejich vlastní dětské zkušenosti a ne obvyklá impulzivní reakce na přetížení).

Pravděpodobnost opakování týrání se vyskytuje až ve 20-60 % případů týrání (Kolektiv autorů, 2007, str.14) a to v rodinách s vysokou mírou stresu, nedostatkem sociální opory, v rodinách s výskytem jiných druhů rodinného násilí. Individuální psychopatologie rodičů způsobuje týrání jen v 5-10 % případů, většinou je příčina v závislosti na alkoholu nebo jiných psychoaktivních látkách, depresi, poruše osobnosti rodiče (Kolektiv autorů, 2007; Dunovský, 1995).

### **1. 6. 6 Komu se nejčastěji ubližuje**

Obětí týrání se může stát dítě v kterémkoliv věku. Jsou popsány případy týrání jedince již v prenatálním období (syndrom bitého plodu). Nejvíce ohroženi jsou jedinci

slabí, závislí, nemocní nebo postižení. Konkrétně to znamená děti nedonošené s omezeným repertoárem projevů, hůře reagující na pokusy rodičů o kontakt, postižené, neatraktivní. Dále děti s lehkými mozkovými dysfunkcemi, mentálně retardované, se smyslovými a pohybovým handicapem a s lehce sníženými intelektuálními schopnostmi, ve škole neprospívající, tělesně nešikovné a neobratné. V ohrožení se též ocitají děti obtížně vychovatelné, neklidné, nesoustředěné, zlostné, impulzivní, dráždivé, plačtivé, s nepravidelným rytmem spánku, děti somaticky vyčerpané, apatické, nenápadné, které nedovedou rodiče zaujmout, podvyživené (Kolektiv autorů, 2007, Dunovský, 1995).

## **1. 7 Prevence**

Bez výrazného důrazu kladeného na prevenci nemůže existovat účinný boj proti tomuto závažnému jevu (Dunovský, 2005).

### *Primární prevence*

Hraje rozhodující roli v prevenci. Zahrnuje podporu a rozvoj zdravého životního stylu, fungování rodiny, výchovu rodičů k odpovědnosti za své děti. Je důležité primární prevenci zaměřit na širokou veřejnost, na rodiče a jiné vychovatele a to nyní i budoucí a na odborné pracovníky a veřejné činitele. Vhodné je neopomenout děti a to ve smyslu rozpoznání známek nebezpečí a ohrožení, získání schopnosti ochrany sama sebe před nebezpečím (Dunovský, 2005).

### *Sekundární prevence*

Základem sekundární prevence je vytipování rizikových skupin obyvatel a rizikových životních situací, kde by mohlo docházet k syndromu CAN, následované působení na tyto skupiny a situace s cílem snížit riziko CAN na minimum. Pozornost se orientuje hlavně na detekci CAN, CSA, CSEC, s tím významně souvisí zavedení a práce s monitorováním těchto jevů. Významná je povinnost hlášení výskytu i podezření těchto jevů. Zvýšená pozornost by se měla věnovat co nejšetrnějšímu zacházení s dětmi, u kterých je podezření na syndrom CAN. Vyvarovat se opakovanému vyptávání různými odborníky a s tím spojeného rizika sekundární

viktimizace dětí v takových situacích. V péči o děti je na prvním místě respektovat vše ve prospěch dětí, empatie a profesionalita (Dunovský, 2005).

### *Terciární prevence*

V terciární prevenci je prioritou ochrana již zasažených dětí před dalšími možnými ataky, eliminace a minimalizace dalšího poškození dítěte, kam nejčastěji patří nežádoucí syndrom druhotného poškození dítěte nešetřeným vyšetřováním, neúplnou či chybnou terapií a rehabilitací, nedostatečnou ochranou před pronásledováním abúzora či přisuzováním viny za týrání, zneužití dítěte jemu samému (Dunovský, 2005).

Zdravotně sociální fakulta je začleněna do preventivního programu „Malá policejní akademie“, který je zaměřen na žáky základních škol. Komplexní program je zaměřen na dopravní výchovu, první pomoc a na prevenci úmyslných úrazů a souvisejících témat jako je násilí. Děti jsou seznamovány se šikanou, fyzickým a psychickým násilím a s možností řešení situací (Lavičková, 2006).

## **1. 8 Výskyt CAN**

„Odhady jsou, že syndromem CAN je zasaženo cca 1 – 2 % dětské populace. Policie ČR šetří ročně cca 1000 případů CAN“ (Slaný, 2008, str. 14).

Problematika syndromu CAN není okrajovou záležitostí, odhalené a následně řešené případy jsou jen špičkou ledovce. Mnohem více je případů nikdy neodhalených, které dlouhodobě poškozují vývoj dítěte, kde může docházet k transgeneračnímu přenosu násilí v rodinách (Blažek, 2010).

Nejlépe prokazatelné je týrání fyzické, psychické týrání je dokazatelné podstatně hůře a k sexuálnímu týrání se postižení nechtějí příliš vyjadřovat a toto přiznávat (Slaný, 2008). V nadpoloviční většině jsou týrány děti mladší šesti let. „Na jedno fyzicky týrané dítě připadají zpravidla tři zanedbávané děti“ (Sedláková, 2010, str. 14 ).

Studie z roku 2004 se zaměřením na prevalenci CAN v České republice zjistila, že 19,2 % dětí bylo během svého života vystaveno tělesným trestům nebo týrání, které mělo fyzické následky (Fedor, 2006). Říčan uvádí, že v populaci lze sexuální zneužívání v dětském věku nalézt u 15 – 45 % žen a 3 – 9 % mužů. (Říčan, 2006, str.

291). „Podle WHO je zneužito v dětství či dospívání 10 – 40 % dívek a 5 – 20 % chlapců“ (Výroční zpráva DKC, 2009, str. 34).

„Zjištění Spojených států amerických uvádí 1-2 % incidenci případů CAN. Přijmeme-li tuto relaci na její dolní hranici za blízkou naší skutečnosti o výskytu syndromu CAN v České republice, můžeme odhadovat, že je u nás zasaženo CAN více než 20 000 dětí ročně. Sečteme-li údaje ze všech našich statistik oficiálních i neoficiálních, především Linky důvěry, víme asi jen o 5 000 dětech“ (Dunovský, 2005, str. 27). V České republice bohužel doposud neexistuje jednotný validní komplexní monitoring CAN (Výroční zpráva DKC, 2009).

Další rozbory, bohužel již na bázi odhadů a pravděpodobností ukazují, že asi 50 % dětí trpí tělesným týráním a asi 10 % psychickým. Policejní statistiky vykazují ročně výskyt kolem 1 200 dětí s CSA, z nichž však jen 9 bylo označeno jako CSEC (Dunovský, 2005).

„Pouze u 5 % dětí, u kterých se předpokládá zneužívání a které navštíví úrazovou ambulanci, se zneužívání skutečně podaří prokázat“ (O’Callaghan, 2005, str. 367).

Podle odhadů je v ČR ročně 40 000 týraných dětí a okolo 50 jich ročně zemře (Patočka, 2009).

## **2 Cíle práce a hypotézy**

### **2.1 Cíle práce**

Cíl 1: Zmapovat specifické aspekty ošetrovatelské péče u dětí s podezřením na syndrom CAN.

Cíl 2: Zjistit, zda jsou zdravotničtí pracovníci schopni rozpoznat příznaky syndromu CAN.

Cíl 3: Vyhodnotit teoretické i praktické znalosti zdravotnických pracovníků při ošetrování dětí s podezřením na syndrom CAN.

Cíl 4: Vytvořit standard ošetrovatelské péče o děti s podezřením na syndrom CAN

Cíl 5: Zjistit četnost výskytu syndromu CAN.

### **2.2 Hypotézy**

H1 Informovanost dětských sester o problematice syndromu CAN je větší než informovanost ostatních zdravotnických pracovníků.

H2 Informovanost vysokoškolsky vzdělaných zdravotnických pracovníků je větší než středoškolsky vzdělaných zdravotnických pracovníků.

H3 Informovanost zdravotnických pracovníků s delší praxí je větší než informovanost zdravotnických pracovníků s kratší praxí.

### **2.3 Výzkumné otázky**

Jaké jsou aspekty ošetrovatelské péče u dětí s podezřením na syndrom CAN?

V jakých případech se dodržují specifické aspekty ošetrovatelské péče u dětí s podezřením na syndrom CAN?



## **3 Metodika**

### **3.1 Metodika a technika výzkumu**

Diplomová práce byla zpracovaná na základě kvantitativně kvalitativního výzkumného šetření a obsahové analýzy zdrojů.

Dotazník byl určen dětským sestram, všeobecným sestram a zdravotnickým záchranářům. Dotazník obsahoval 25 otázek (Příloha 2), z nichž 16 otázek bylo uzavřených a 3 otázky polootevřené a 1 otázka otevřená. U 4 otázek si respondenti mohli zvolit více odpovědí a 1 otázka byla na vyjádření případných připomínek. Výsledky dotazníkového šetření byly zpracovány pomocí programu Microsoft Office Excell do grafů a některé zpracovány statisticky pomocí chí kvadrátu.

Kvalitativní šetření bylo vedeno formou polostrukturovaného rozhovoru na základě předem vytvořených otázek. Rozhovory byly zaznamenávány na diktafon spolu s poznámkami na papír. Zpracovány metodou papír a tužka a kategorizovány. Rozhovor, určený zdravotnickým pracovníkům, kteří mají zkušenosti s ošetřováním dětí s podezřením na syndrom CAN, tvořilo 10 otázek.

Obsahová analýza zdrojů obsahující informace o výskytu CAN. Sledované zdroje a dokumenty FOD, DKC a statistiky ÚZIS. Analýza dat proběhla z výročních zpráv FOD a DKC. Dále z ročních výkazů o činnosti zdravotnických zařízení a praktických lékařů pro děti a dorost a dále podle údajů z Národního registru hospitalizovaných, všechny tyto údaje poskytl ÚZIS.

### **3.2 Charakteristika zkoumaného souboru**

Výzkumný soubor byl tvořen dětskými sestrami pracujícími na dětském oddělení, v ordinacích pediatrů a v jeslích. Dále všeobecnými sestrami pracujícími na chirurgických a traumatologických ambulancích a zdravotnickými záchranáři pracujícími na zdravotnické záchranné službě.

Rozdáno bylo 200 dotazníků, z nichž se vrátilo 177 dotazníků, návratnost činila 88,5 %. Z navracených dotazníků bylo 165 (93 %) vyplněno správně a 12 (7 %) dotazníků bylo vyřazeno pro nesprávné a neúplné vyplnění.

Dotazníky vyplnilo 63 (38 %) pediatrikálních sester pracujících na dětských odděleních v Českých Budějovicích, Táboře, Prachaticích, Písku. 48 (29 %) všeobecných sester pracujících na chirurgických a traumatologických ambulancích v Českých Budějovicích, Táboře, Prachaticích, Písku. 27 (17 %) zdravotnických záchranářů pracujících na Zdravotnické záchranné službě Jihočeského kraje. 15 (9 %) pediatrikálních sester pracujících v ordinacích pediatrik v Českých Budějovicích, Táboře, Praze, Prachaticích. 12 (7 %) pediatrikálních sester pracujících v jeslích v Praze a v Českých Budějovicích.

Kvalitativního výzkumného šetření se zúčastnili zdravotničtí pracovníci z Jihočeského kraje a to konkrétně z Nemocnice Tábor a. s. dětské oddělení – dětská sestra, z Nemocnice Prachatice a. s. dětské oddělení – dětská sestra, ze ZZS Jihočeského kraje – zdravotnický záchranář, z Nemocnice Písek a. s. traumatologická ambulance – všeobecná sestra a z Prahy dětská sestra z pediatrikální ambulance.

Obsahová analýza zdrojů obsahující informace o výskytu CAN. Sledované zdroje a dokumenty FOD, DKC a statistiky ÚZIS.

### **3. 3 Zpracování dat**

Dotazníky (Příloha 2) v kvantitativním šetření byly zpracovány pomocí programu Microsoft Office Excell graficky v procentuálním zastoupení, formou grafů a tabulek. U některých otázek byly výsledky statisticky zpracovány pomocí chí kvadrátu.

Rozhovory byly pro přehlednost kategorizovány do 3 kategorií. Ošetřování dítěte s podezřením na syndrom CAN, vzdělávání sester a psychologická intervence. Kategorie Ošetřování dítěte s podezřením na syndrom CAN dále byla rozdělena na 4 podkategorie - ošetřovatelská péče, překážky ošetřovatelské péče, specifika ošetřovatelské péče a standard ošetřovatelské péče. Písemná forma rozhovorů je součástí příloh (Příloha 1).

Obsahová analýza zdrojů byla zpracovány pomocí programu Microsoft Office Excell graficky do tabulek.

## 4 Výsledky výzkumného šetření

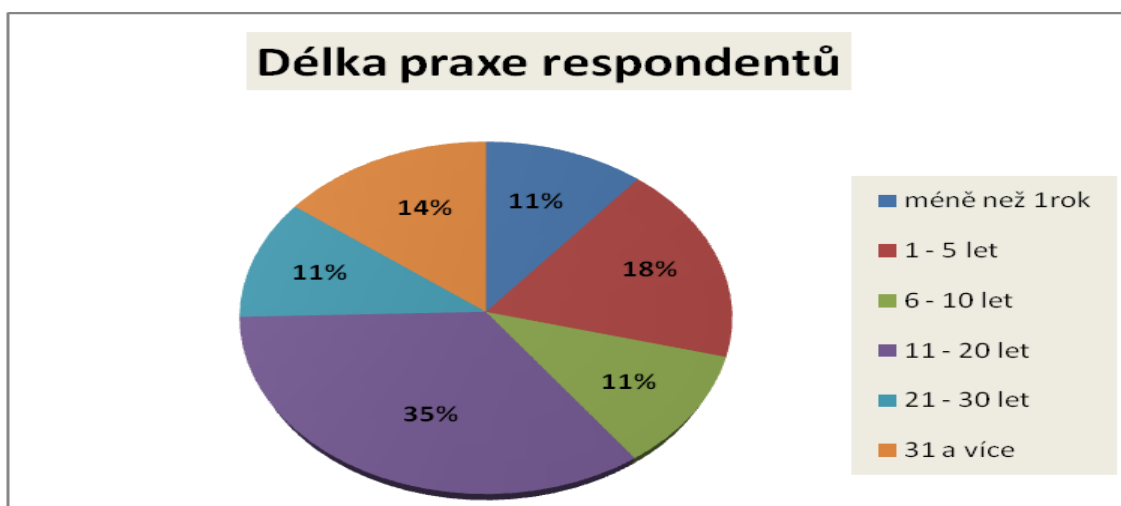
### 4.1 Grafické zpracování dotazníků

Graf 1



Graf 1 ukazuje věkové spektrum respondentů. Z celkového počtu 165 respondentů bylo ve věku 20let a méně 0 (0 %), 21 – 30 let 50 (30 %), 31 – 40 let 68 (41 %), 41 – 50 let 20 (12 %), 51 – 60 let 24 (15 %), 61 let a více 3 (2 %) respondentů.

Graf 2



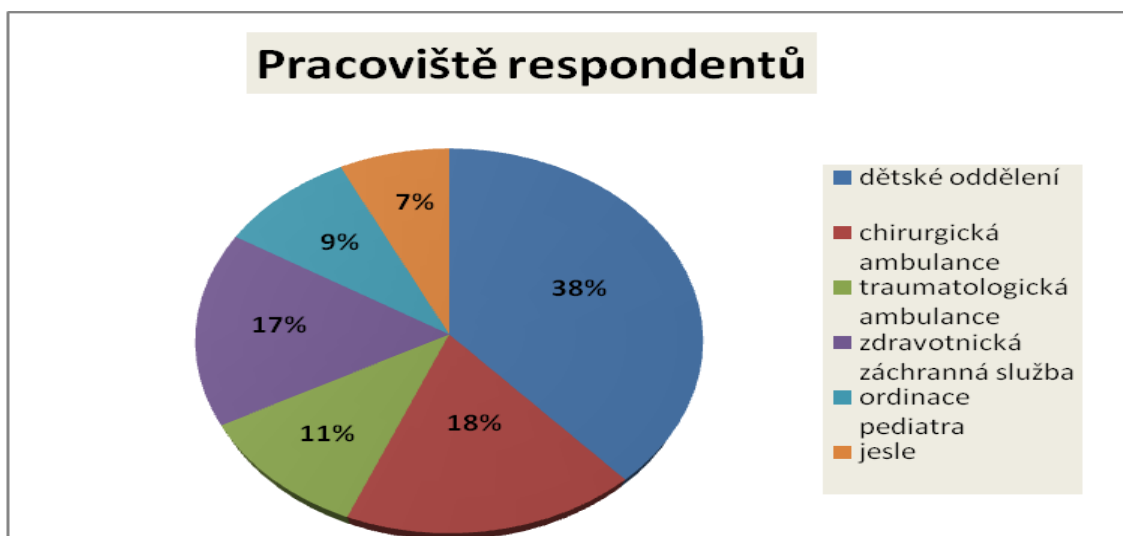
Graf 2 ukazuje délku praxe respondentů. Z celkového počtu 165 respondentů pracuje méně než 1 rok 18 (11 %), 1 – 5 let pracuje 30 (18 %), 6 – 10 let 18 (11 %), 11 – 20 let 57 (35 %), 21 – 30 let 18 (11 %), 31 a více let 24 (14 %) respondentů.

**Graf 3**



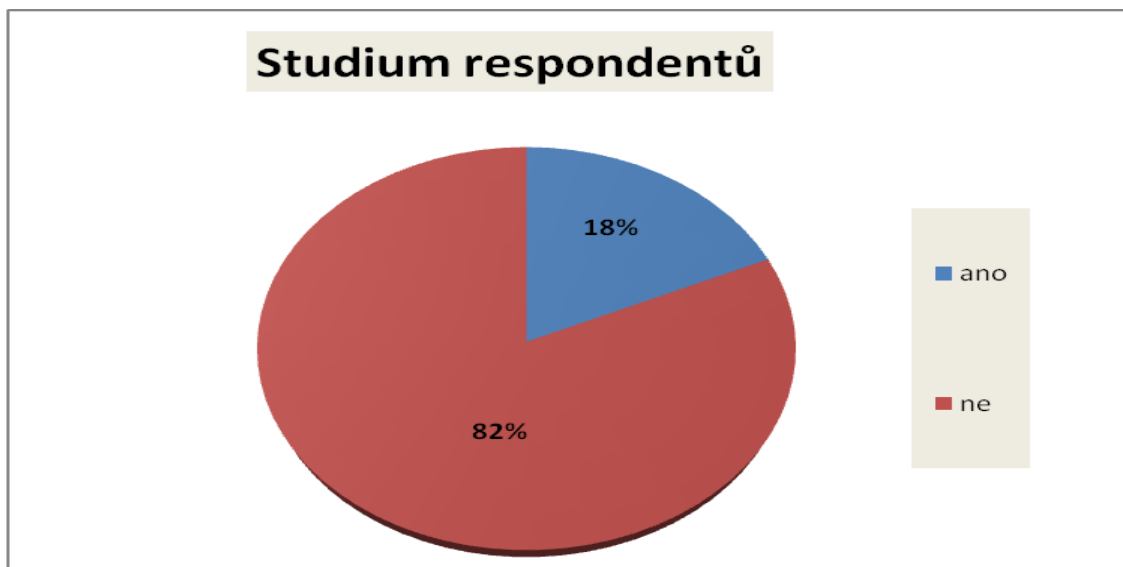
Graf 3 ukazuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Z celkového počtu 165 respondentů má středoškolské vzdělání 36 (22 %), středoškolské + specializaci 36 (22 %), vyšší odborné 30 (18 %), vysokoškolské Bc. 24 (14 %), vysokoškolské Mgr. 18 (11 %), vysokoškolské + specializaci 21 (13 %) respondentů.

**Graf 4**



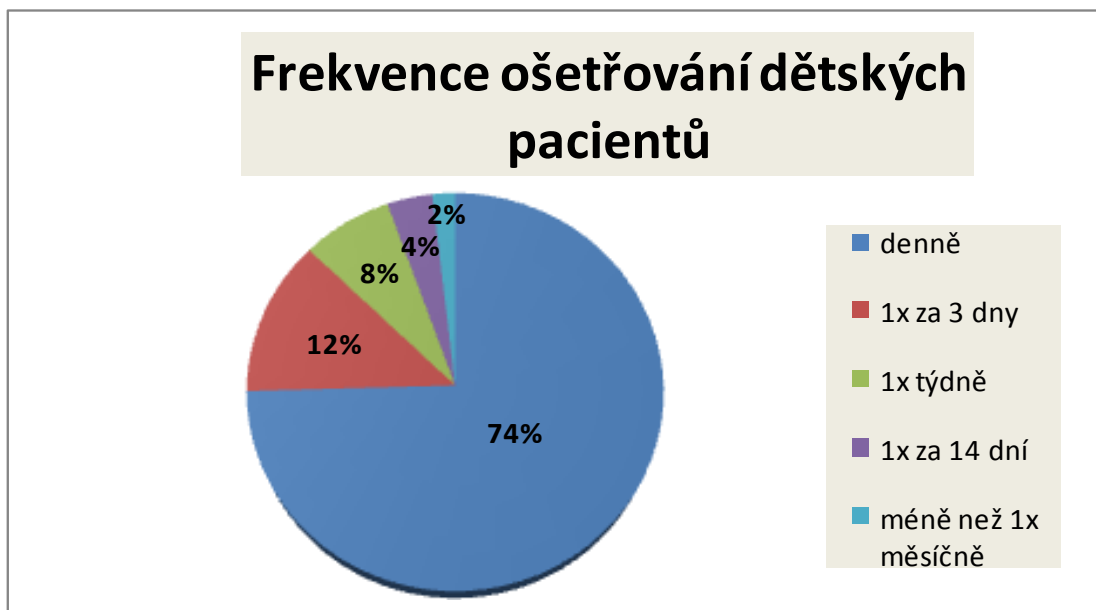
Graf 4 ukazuje spektrum oddělení na kterých respondenti pracují. Z celkového počtu 165 respondentů pracuje na dětském oddělení 63 (38 %), na chirurgické ambulanci 30 (18 %), na traumatologické ambulanci 18 (11 %), na zdravotnické záchranné službě pracuje 27 (17 %), v ordinaci pediatra 15 (9 %) a v jeslích 12 (7 %) respondentů.

**Graf 5**



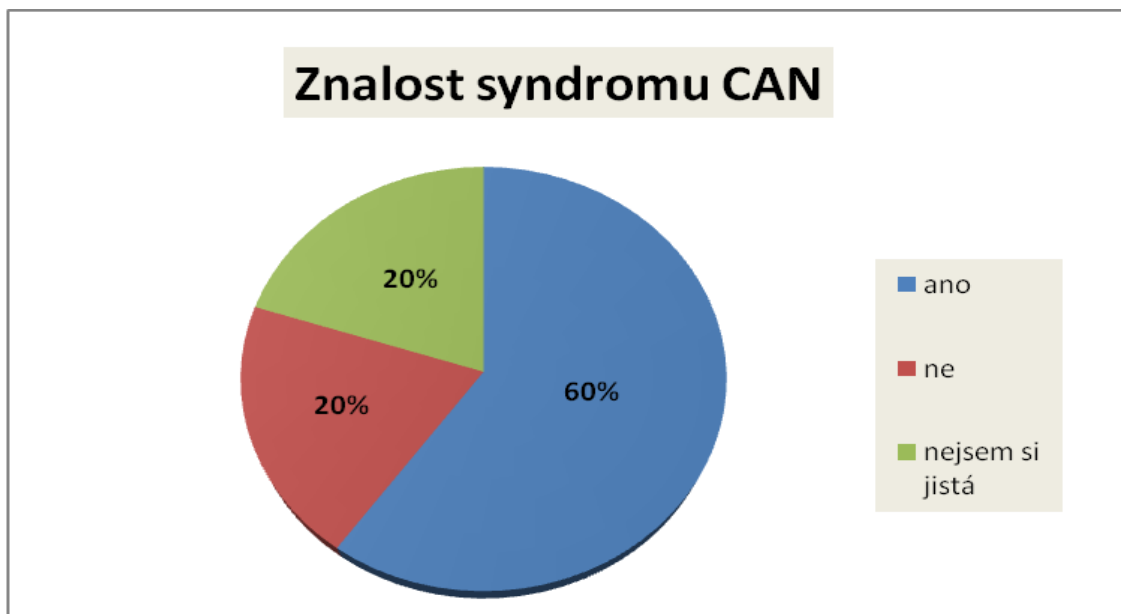
Graf 5 ukazuje současné studium respondentů. Z celkového počtu 165 respondentů v době výzkumného šetření studuje 30 (18 %) a 135 (82 %) respondentů nestuduje.

**Graf 6**



Graf 6 ukazuje frekvenci ošetřování dětských pacientů. Z celkového počtu 165 respondentů ošetřuje dětského pacienta denně 123 (74 %), 1x za 3 dny 21 (12 %), 1x za týden 12 (8 %), 1x za 14 dní 6 (4 %) a méně než 1x za měsíc 3 (2 %) respondentů.

**Graf 7**



Graf 8 ukazuje znalost definice syndromu CAN. Z celkového počtu 165 respondentů zná definici syndromu CAN 99 (60 %) respondentů, 33 (20 %) definici nezná a 33 (20 %) si není jisto.

**Tabulka 1 Definice syndromu CAN**

<b>Definice syndromu CAN</b>	<b>Počet odpovědí</b>	<b>Počet procent</b>
Syndrom týraného zneužívaného a zanedbávaného dítěte	72	<b>73 %</b>
Syndrom zanedbávaného a zneužívaného dítěte	21	<b>21 %</b>
Týrané dítě	6	<b>6 %</b>

Tabulka 1 ukazuje znalost definice syndromu CAN. Z celkového počtu 99 (100 %) respondentů, kteří odpověděli, že znají definici syndromu CAN, jí správně definovalo 72 (73 %) respondentů, definici Syndrom zanedbávaného a zneužívaného dítěte napsalo 21 (21 %) respondentů a týrané dítě uvedlo 6 (6 %) respondentů.

**Tabulka 2 Znalost jednotlivých forem syndromu CAN**

<b>Týrání</b>	<b>Počet odpovědí</b>
Fyzické	142
Psychické	135
Citové	84
Munchhausenův syndrom by proxy	23

Tabulka 2 ukazuje na znalost forem týrání. Respondenti měli možnost vícečetných odpovědí. Fyzické týrání 142 odpovědí, psychické 135, citové týrání 84, Munchhausenův syndrom by proxy byl uveden ve 23 odpovědích.

**Tabulka 3 Znalost forem zneužívání**

<b>Zneužívání</b>	<b>Počet odpovědí</b>
Sexuální	142
Dětská práce	37
Žebrání	18

Tabulka 3 ukazuje na znalost forem zneužívání. Respondenti měli možnost vícečetných odpovědí. Respondenti uvedli 142 odpovědí sexuální týrání, 37 odpovědí dětskou práci, 18 odpovědí žebrání.

**Tabulka 4 Znalost forem zanedbávání**

<b>Zanedbávání</b>	<b>Počet odpovědí</b>
Nedostatek péče	87
Nedostatek výchovy	92
Nedostatek citu a lásky	89
Nedostatečná výživa	102
Nedostatečná hygiena	75
Nedostatečné oblékání	81
Zanedbávání zdravotní péče	68
Zanedbávání školní docházky	64

Tabulka 4 ukazuje na znalost forem zanedbávání. Respondenti měli možnost vícečetných odpovědí. Nedostatek péče 87 odpovědí, nedostatek výchovy 92, nedostatek citu a lásky 89, nedostatečná výživa 102, nedostatečná hygiena 75, nedostatečné oblékání 81, zanedbávání zdravotní péče 68, zanedbávání školní docházky 64 odpovědí.

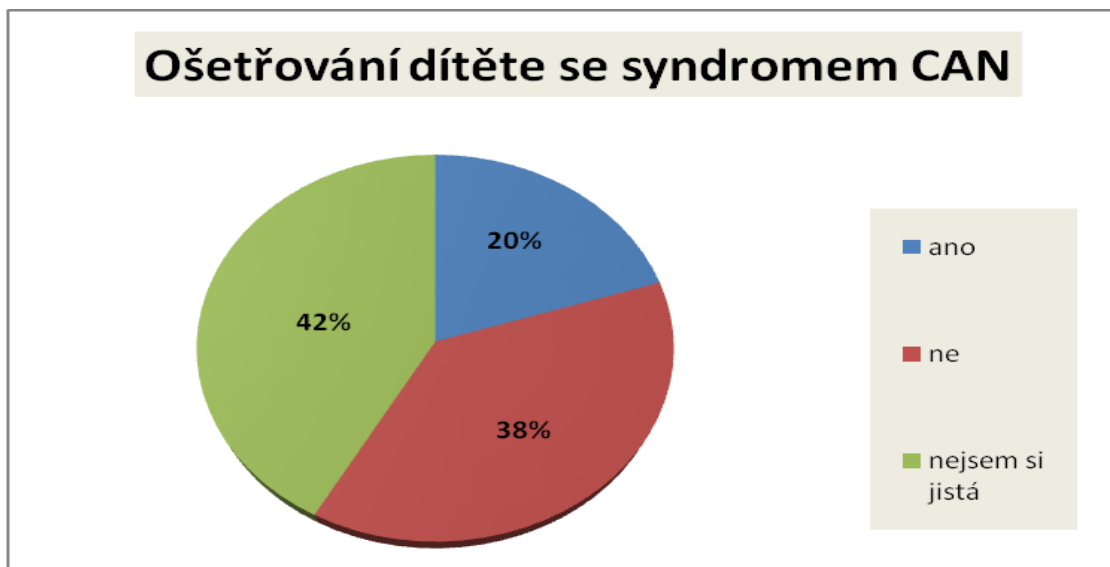
**Graf 9**



Graf 8 ukazuje na to, zda respondenti ve své praxi již ošetřovali dítě s podezřením na syndrom CAN. Z celkového počtu 165 respondentů, 39 (24 %) ošetřovalo, 66 (40 %) neošetřovalo a 60 (36 %) respondentů si tím není jisto.

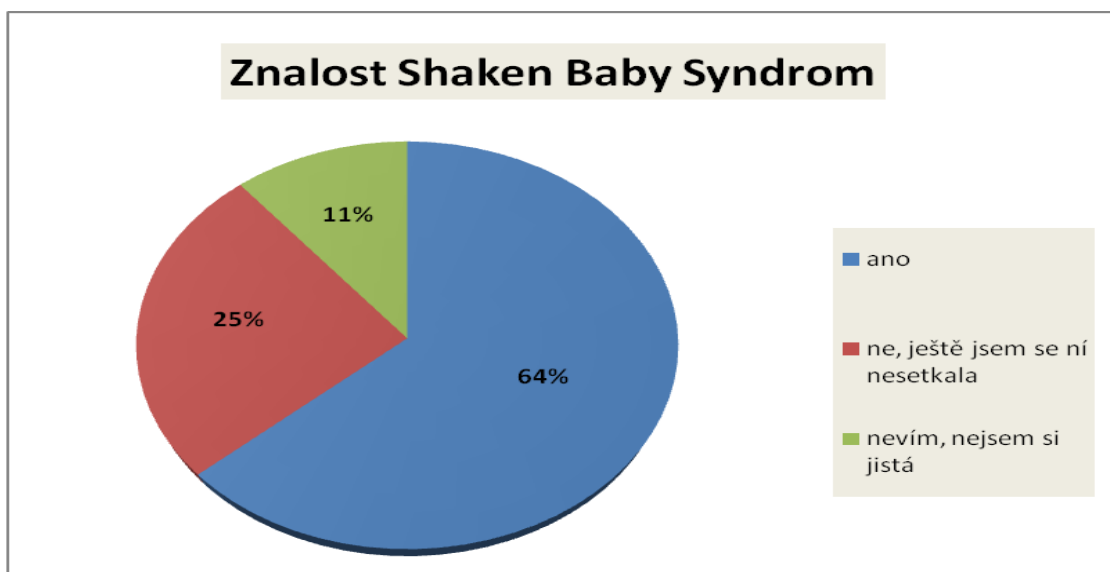


**Graf 10**



Graf 8 ukazuje na to, zda respondenti ve své praxi již ošetřovali dítě se syndromem CAN. Z celkového počtu 165 respondentů, 33 (20 %) ošetřovalo, 63 (38 %) neošetřovalo a 69 (42 %) respondentů si tím není jisto.

**Graf 11**



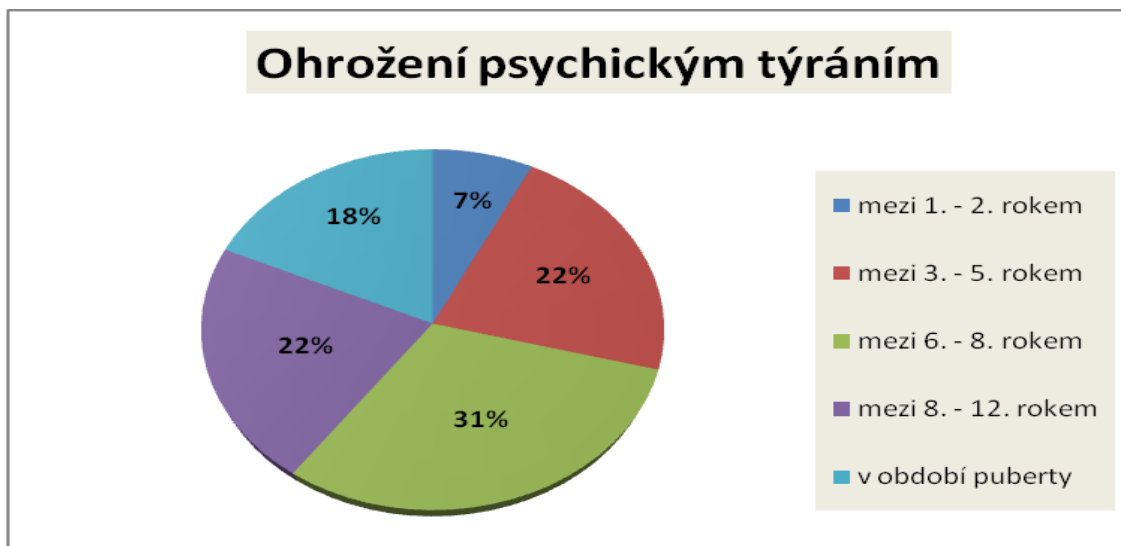
Graf 11 ukazuje na znalost diagnózy Shaken Baby Syndrom. Z celkového počtu 165 respondentů, tuto diagnózu zná 105 (64 %), 42 (25 %) se s ní ještě nikdy neseťkala a 18 (11 %) respondentů si tím není jisto.

**Graf 12**



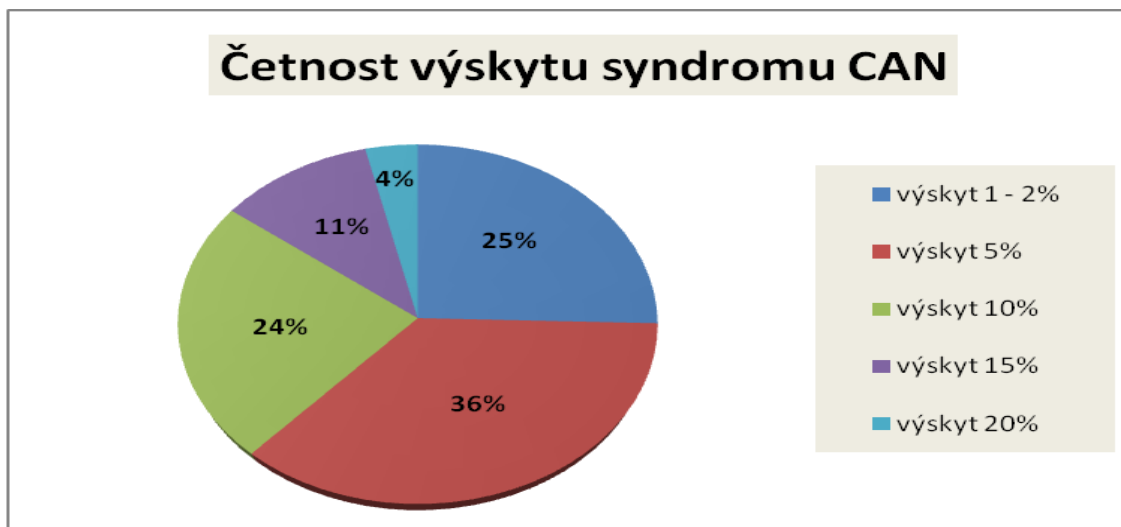
Graf 12 ukazuje na problematiku tělesného týráním a to na věk, kdy je dítě tímto týráním nejvíce ohroženo. Z celkového počtu 165 respondentů, odpovědělo 48 (30 %) mezi 1. a 2. rokem, 69 (42 %) si myslí, mezi 3. - 5. rokem, 30 (18 %) mezi 6. – 8. rokem a 9 respondentů (5 %) si shodně vybralo možnost 8. – 12. rokem a období puberty.

**Graf 13**



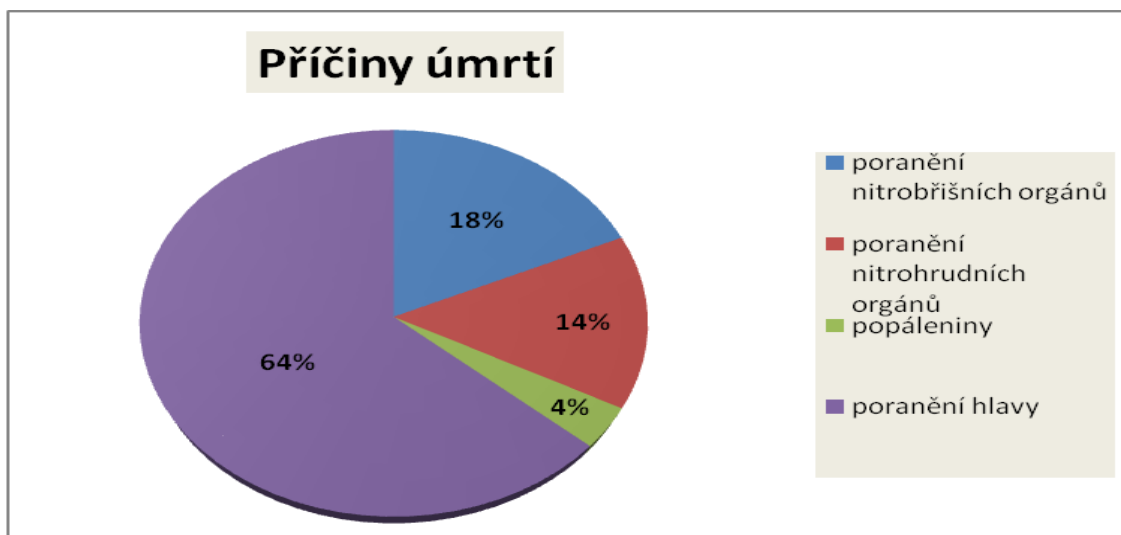
Graf 13 ukazuje na věk dítěte, v kterém je nejvíce ohroženo psychickým týráním. Z celkového počtu 165 respondentů, 12 (7 %) respondentů odpovědělo mezi 1. – 2. rokem, 36 (22 %) mezi 3. – 5. rokem, 51 (31 %) mezi 6. – 8. rokem, 36 (22 %) mezi 8. – 12. rokem a 30 (18 %) v období puberty.

**Graf 14**



Graf 14 ukazuje na četnost výskytu syndromu CAN. Z celkového počtu 165 respondentů, 42 (25 %) respondentů odpovědělo 1 – 2% výskyt, 60 (36 %) uvedlo 5% výskyt, 39 (24 %) odpovědělo 10% výskyt, 18 (11 %) uvedlo 15% výskyt a 6 (4 %) zvolilo 20% výskyt.

**Graf 15**



Graf 15 ukazuje na nejčastější příčiny smrti u dětí se syndromem CAN. Z celkového počtu 165 respondentů, si možnost poranění nitrobřišních orgánů vybralo 30 (18 %) respondentů, poranění nitrohruďných orgánů 24 (14 %), popáleniny 6 (4 %) a poranění hlavy 105 (64 %) respondentů.

**Tabulka 5 Případy, ve kterých je třeba vyslovit podezření na CAN**

<b>V jakých případech zvýšit pozornost a vyslovit podezření na syndrom CAN</b>	<b>Počet odpovědí</b>
mechanismus úrazu neodpovídá poranění	150
neurčitost popisu úrazu nebo změny popisu	114
rodiče odmítají dát souhlas s hospitalizací	84
časté změny lékařů	102
jako důvod úrazu je uváděn pokus o resuscitaci	54
zranění neodpovídá anamnéze nebo vývojovému stupni dítěte	99
v rodině žije nevlastní otec	18
v rodině byl případ, který byl šetřen či diagnostikován CAN	102

Tabulka 5 ukazuje na případy, ve kterých je třeba zvýšit pozornost a vyslovit podezření na syndrom CAN. Respondenti měli možnost vícečetných odpovědí. Mechanismus úrazu neodpovídá poranění 150, neurčitost popisu úrazu 114, rodiče odmítají dát souhlas s hospitalizací 84, časté změny lékařů 102, důvod poranění je uváděn pokus o resuscitaci 54, zranění neodpovídá anamnéze nebo vývojovému stupni dítěte 99, v rodině žije nevlastní otec 18, v rodině již byl případ, který byl šetřen či diagnostikován jako CAN 102 odpovědí.

**Tabulka 6 Úkony při podezření na syndrom CAN**

<b>Úkony, které je třeba provést při vyšetření dítěte s podezřením na syndrom CAN</b>	<b>Počet odpovědí</b>
izolace dítěte od rodiče	84
podrobné odebrání anamnézy	126
navození poklidné, příjemné atmosféry	87
fotodokumentace poranění	117
pečlivé vedení dokumentace	111
vyšetření dítěte provádět v náručí rodiče	15
indikovat kompletní rentgenové vyšetření	66

k vyšetření přizvat i ostatní sourozence	39
bolestivá vyšetření provádět až nakonec	36
případ ohlásit policii	117

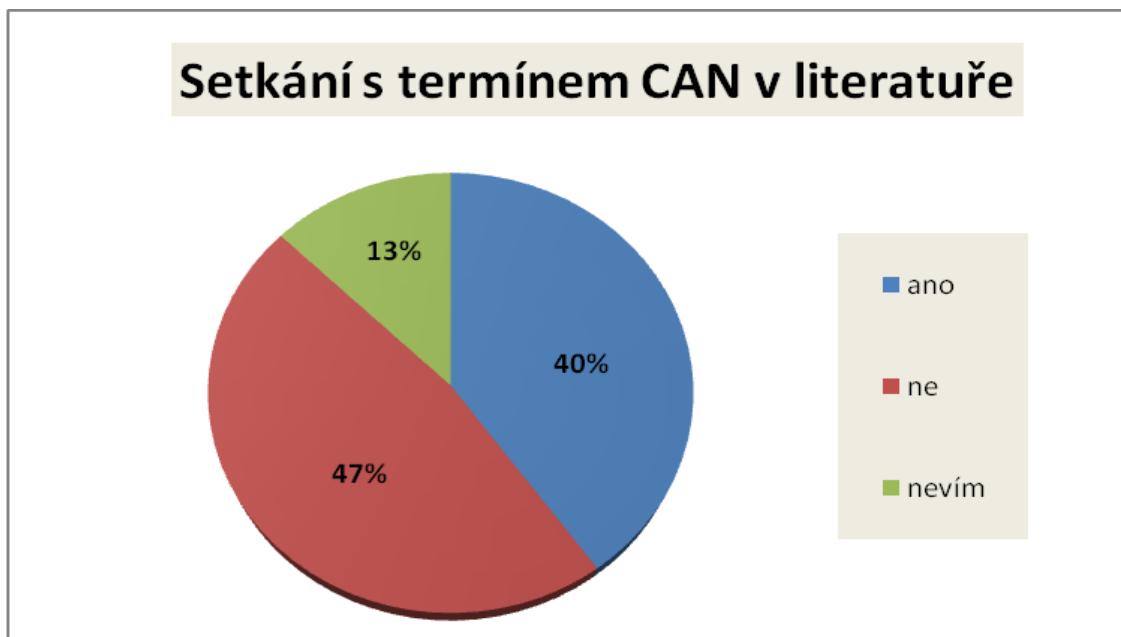
Tabulka 6 ukazuje, které úkony netřeba provést při vyšetření dítěte s podezřením na syndrom CAN. Respondenti měli možnost vícečetných odpovědí. Izolace dítěte od rodiče 84, podrobné odebrání anamnézy 126, navození poklidné, příjemné atmosféry 87, fotodokumentace poranění 117, pečlivé vedení dokumentace 111, vyšetření dítěte provádět v náručí rodiče 15, indikovat kompletní rentgenové vyšetření 66, k vyšetření přizvat i ostatní sourozence 39, bolestivá vyšetření provádět až nakonec 36, případ ohlásit policii 117 odpovědí.

**Tabulka 7 Faktory přispívající k syndromu CAN**

<b>Faktory přispívající k syndromu CAN</b>	<b>Počet odpovědí</b>
pláč dítěte	84
nevlastní rodič v rodině	78
disfunkčnost rodiny	150
zkušenost s týráním v dětství u rodičů	111
zneužívání omamných látek u rodičů	123
manželské a partnerské konflikty	81

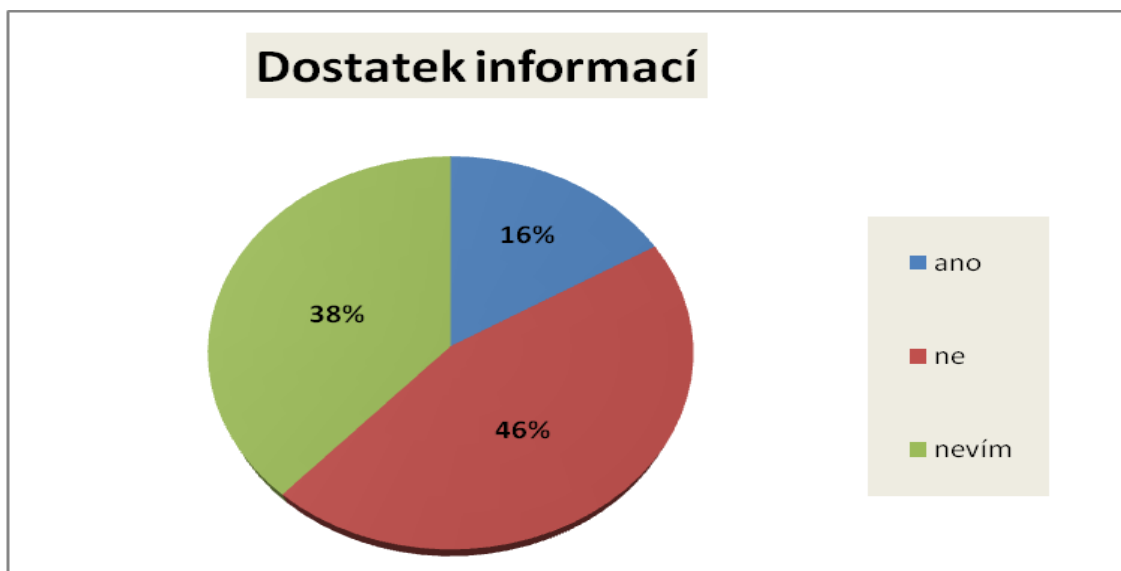
Tabulka 7 ukazuje na faktory přispívající k syndromu CAN. Respondenti měli možnost vícečetných odpovědí. Pláč v rodině 84, nevlastí rodič v rodině 78, disfunkčnost rodiny 150, zkušenost s týráním v dětství u rodičů 111, zneužívání omamných látek u rodičů 123, manželské a partnerské konflikty 81 odpovědí.

**Graf 16**



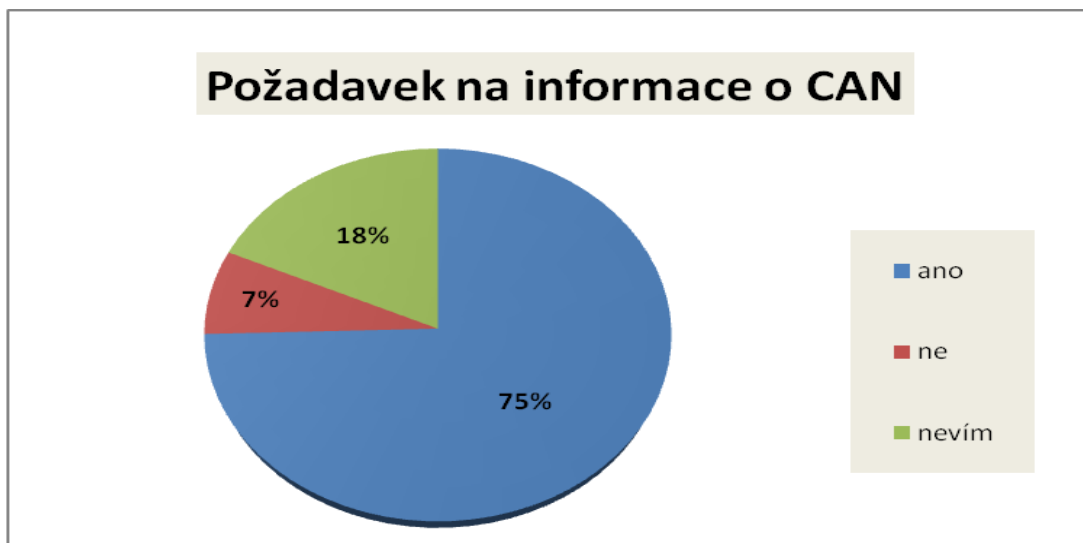
Graf 16 ukazuje zda se respondenti během posledního roku setkali v odborné literatuře s termínem syndromu CAN. Z celkového počtu 165 respondentů, 66 (40 %) respondentů odpovědělo ano, 78 (47 %) ne a 21 (13 %) neví.

**Graf 17**



Graf 17 ukazuje, zda mají respondenti dostatek informací o ošetrovatelské péči u dítěte se syndromem CAN. Z celkového počtu 165 respondentů, 27 (16 %) respondentů odpovědělo ano, 75 (46 %) ne a 63 (38 %) neví.

**Graf 18**



Graf 18 ukazuje zda by respondenti uvítali více informací ohledně syndromu CAN a ošetrovatelské problematice. Z celkového počtu 165 respondentů, 123 (75 %) respondentů odpovědělo ano, 12 (7 %) ne a 30 (18 %) neví.

**Tabulka 8 Formy dosažitelných informací**

Forma nejlépe dosažitelných informací o CAN	Počet odpovědí
semináře, školící akce, kongresy	135
články v odborných časopisech	75
odborná literatura	30
e – elearningové kurzy	21
brožury, letáky	78
jiné	0

Tabulka 8 ukazuje, v jaké formě by byly pro respondenty nejdosažitelnější informace o CAN. Respondenti měli možnost vícečetných odpovědí. Semináře, kongresy 135 odpovědí, odborné časopisy 75, odborná literatura 30, e – learningové kurzy 21, brožury, letáky 78.

**Graf 19**



Graf 19 ukazuje zda majú respondenti na oddelení k dispozícií standard ošetrovateľskej péče pro ošetrovaní dítě se syndromem CAN. Z celkového počtu 165 respondentů, 15 (9 %) odpovědělo, že mají, 87 (53 %) nemají a 63 (38 %) neví.

**Graf 20**



Graf 20 ukazuje zda by respondenti uvítali standard ošetrovateľskej péče o dítě se syndromem CAN. Z celkového počtu 165 respondentů, 126 (76 %) odpovědělo ano, 9 (6 %) ne a 30 (18 %) neví.



## 4. 2 Zpracování dat pomocí $\chi^2$ testu

V této části práce je uvedena analýza dat pomocí  $\chi^2$  testu. Jsou zde ověřovány nulové hypotézy  $H_0$  a alternativní hypotézy  $H_A$ .

### Vztah znalostí o syndromu CAN a pracovní zařazení

Bylo zjišťováno, zda existuje statisticky významná souvislost mezi informovaností dětských sester a ostatních zdravotnických pracovníků. Pro testování závislosti / nezávislosti dvou proměnných jsem stanovila nulovou a alternativní hypotézu.

$H_0$ : Nemá vztah mezi informovaností sester o syndromu CAN a pracovním zařazením.

$H_A$ : Existuje vztah mezi informovaností sester o syndromu CAN a pracovním zařazením.

**Tabulka 9 Vztah informovaností o syndromu CAN a pracovní zařazení**

	Dětské sestry			Ostatní zdravotničtí pracovníci			Celkem		
	$n_i$	$f_i[\%]$	Teor. četn.	$n_i$	$f_i[\%]$	Teor. četn.	$n_i$	$f_i[\%]$	Teor. četn.
Znají	48	53	39,723	24	32	32,727	72	44	72,000
Neznají	42	47	50,727	51	68	42,273	93	56	93,000
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100</b>	<b>90,000</b>	<b>75</b>	<b>100</b>	<b>75,000</b>	<b>165</b>	<b>100</b>	<b>165,000</b>

Tabulka 9 shrnuje zjištěné údaje týkající se sesterských znalostí definice syndromu CAN a jejich pracovního zařazení včetně vypočítaných teoretických četností ze zjištěných údajů.

Zvolená hladina významnosti pro tento příklad je  $\alpha = 0,01$

Stupeň volnosti je 1.

Vypočítaná hodnota  $\chi^2$  testu = 7,569

Kritická hodnota určená tabulkami 6,635.

Vypočtený  $\chi^2$  testu je větší než kritická hodnota určená tabulkami.

S pravděpodobností 99% existuje souvislost mezi znalostmi sester o syndromu CAN a pracovním zařazením.  $H_A$  byla tedy potvrzena.

### Vztah informovanosti o syndromu CAN a úrovně vzdělání

Bylo zjišťováno, zda existuje statisticky významná souvislost mezi informovaností zdravotních pracovníků o syndromu CAN a úrovni vzdělání zdravotnických pracovníků. Pro testování závislosti / nezávislosti dvou proměnných jsem stanovila nulovou a alternativní hypotézu.

$H_0$  : Není vztah mezi informovaností zdravotních pracovníků o syndromu CAN a úrovni vzdělání.

$H_A$  : Existuje vztah mezi informovaností zdravotních pracovníků o syndromu CAN a úrovni vzdělání.

**Tabulka 10 Vztah informovaností o syndromu CAN a úrovně vzdělání**

	Vysokoškolské vzdělání			Ostatní vzdělání			Celkem		
	ni	fi[%]	Teor. četn.	ni	fi[%]	Teor. četn.	ni	fi[%]	Teor. četn.
Znají	43	68	27,491	29	28	44,509	72	44	72,000
Neznají	20	32	35,509	73	72	57,491	93	56	93,000
<b>Celkem</b>	<b>63</b>	<b>100</b>	<b>63,000</b>	<b>102</b>	<b>100</b>	<b>102,000</b>	<b>165</b>	<b>100</b>	<b>165,000</b>

Tabulka 10 shrnuje zjištěné údaje týkající znalostí definice syndromu CAN zdravotních pracovníků a jejich úrovně vzdělání včetně vypočítaných teoretických četností ze zjištěných údajů.

Zvolená hladina významnosti pro tento příklad je  $\alpha = 0,05$

Stupeň volnosti je 1.

Vypočítaná hodnota  $\chi^2$  testu = 25,111

Kritická hodnota určená tabulkami 3, 841.

Vypočtený  $\chi^2$  testu je větší než kritická hodnota určená tabulkami.

S pravděpodobností 95% existuje souvislost mezi znalostmi sester o syndromu CAN a úrovni vzdělání.  $H_A$  byla tedy potvrzena.

### **Vztah znalostí o syndromu CAN a délky praxe**

Bylo zjišťováno, zda existuje statisticky významná souvislost mezi informovaností zdravotních pracovníků o syndromu CAN a délkou jejich praxe. Pro testování závislosti/ nezávislosti dvou proměnných jsme stanovila nulovou a alternativní hypotézu.

$H_0$ : Není vztah mezi informovaností zdravotních pracovníků o syndromu CAN a délkou praxe.

$H_A$ : Existuje vztah mezi informovaností zdravotních pracovníků o syndromu CAN a délkou praxe.

**Tabulka 11 Vztah informovanosti o syndromu CAN a délky praxe**

	0 – 5 let		6 – 10 let		11 – 20 let		21 a více let		Celkem	
	ni	fi[%]	ni	fi[%]	ni	fi[%]	ni	fi[%]	ni	fi[%]
<b>Znají</b>	21	44	15	83	20	35	16	38	72	44
<b>Neznají</b>	27	66	3	17	37	65	26	62	93	56
<b>Celkem</b>	<b>48</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>57</b>	<b>100</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

Tabulka 11 shrnuje zjištěné údaje týkající se znalostí definice syndromu CAN zdravotních pracovníků a jejich a délky praxe.

**Tabulka 12 Teoretické četnosti (informovanosti a délky praxe)**

	0 – 5 let	6 – 10 let	11 – 20 let	21 a více let	Celkem
<b>Znají</b>	20,945	7,855	24,873	18,327	72,000
<b>Neznají</b>	27,055	10,145	32,127	23,673	93,000
<b>Celkem</b>	<b>48,000</b>	<b>18,000</b>	<b>57,000</b>	<b>42,000</b>	<b>165,000</b>

Tabulka 12 shrnuje vypočítané teoretické četnosti zjištěných údajů týkající se znalostí definice syndromu CAN zdravotních pracovníků a délky jejich praxe.

Zvolená hladina významnosti pro tento příklad je  $\alpha = 0,005$

Stupeň volnosti je 3.

Vypočítaná hodnota  $\chi^2$  testu = 13,749

Kritická hodnota určená tabulkami 12, 838.

Vypočtený  $\chi^2$  testu je větší než kritická hodnota určená tabulkami.

S pravděpodobností 99,5% existuje souvislost mezi informovaností zdravotnických pracovníků o syndromu CAN a délkou jejich praxe.  $H_A$  byla tedy potvrzena.

### **Vztah znalostí ošetrovatelské péče o dítě s podezřením na syndrom CAN a pracovní zařazení**

Bylo zjišťováno, zda existuje statisticky významná souvislost mezi znalostmi ošetrovatelské péče zdravotních pracovníků pracovním zařazením. Pro testování závislosti / nezávislosti dvou proměnných jsem stanovila nulovou a alternativní hypotézu.

$H_0$  : Není vztah mezi znalostmi ošetrovatelské péče zdravotních pracovníků a délkou praxe.

$H_A$  : Existuje vztah mezi znalostmi ošetrovatelské péče zdravotních pracovníků a délkou praxe.

**Tabulka 13 Vztah znalostí ošetrovatelské péče o dítě s podezřením na syndrom CAN a pracovní zařazení**

	Dětské sestry			Ostatní zdravotničtí pracovníci			Celkem		
	$n_i$	$f_i[\%]$	Teor. četn.	$n_i$	$f_i[\%]$	Teor. četn.	$n_i$	$f_i[\%]$	Teor. četn.
Znají	69	77	60,545	42	56	50,455	111	61	72,000
Neznají	21	23	29,455	33	44	24,545	54	39	93,000
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100</b>	<b>90,000</b>	<b>75</b>	<b>100</b>	<b>75,000</b>	<b>165</b>	<b>100</b>	<b>165,000</b>

Tabulka 13 shrnuje zjištěné údaje týkající se sesterských znalostí ošetřovatelské péče o dítě s podezřením na syndrom CAN a jejich pracovního zařazení včetně vypočítaných teoretických četností ze zjištěných údajů.

Zvolená hladina významnosti pro tento příklad je  $\alpha = 0,01$

Stupeň volnosti je 1.

Vypočítaná hodnota  $\chi^2$  testu = 7,937

Kritická hodnota určená tabulkami 6,635.

Vypočtený  $\chi^2$  testu je větší než kritická hodnota určená tabulkami.

S pravděpodobností 99% existuje souvislost mezi znalostmi ošetřovatelské péče zdravotních pracovníků a pracovním zařazením.  $H_0$  byla tedy potvrzena.

### **4. 3 Kategorizace rozhovorů**

Pro přehlednost byly výsledky rozhovorů se zdravotnickými pracovníky kategorizovány do 3 skupin dle otázek uvedených v příloze 1, 1. skupina byla dále rozdělena do 4 podskupin. Kódování rozhovorů bylo provedeno metodou papír a tužka

Výzkumný vzorek tvořilo 5 respondentů. Respondenti byli ve věkovém rozmezí 29 – 58 let. Všichni respondenti absolvovali Střední zdravotnickou školu, 2 respondenti (R1, 2) mají specializační studium v oboru pediatrie, 3 respondenti (R2, 4, 5) mají vystudovanou vysokou školu v oboru ošetrovatelství a R4 má vystudované nástavbové studium zdravotnický záchranář a specializaci ARIP.

Výzkumného šetření se zúčastnili zdravotničtí pracovníci z Jihočeského kraje (R 1, 3, 4, 5) a to konkrétně z Nemocnice Tábor a. s. dětské oddělení – dětská sestra (R1), z Nemocnice Prachatice a. s. dětské oddělení – dětská sestra (R3), ze ZZS Jihočeského kraje – zdravotnický záchranář (R4), z Nemocnice Písek a. s. traumatologická ambulance – všeobecná sestra (R5). Respondent 2 pracuje v Praze v pediatrické ambulanci – dětská sestra (R2).

Délka praxe respondentů ve zdravotnictví se pohybuje v rozmezí 7 let (R5), 16 let (R2, 4), 21 let (R1) a nejdelší praxi 40 let má (R3). Praxi v oboru pediatrie má (R1, 2, 3), v oboru ARO a ZZS (R4) a praxi na chirurgickém a traumatologickém oddělení uvedl R5.

### **Ošetřování dítěte s podezřením na syndrom CAN**

#### ***Ošetrovatelská péče***

Jako nejčastější případy CAN, se kterými se setkali ve své praxi, respondenti uváděli, případy fyzického týrání dětí, fyzické týrání dětí uvedli ve svých odpovědích všichni respondenti. Nejčastěji šlo o „*vícečetné hematomy různého stáří, pohmožděniny a na RTG odhalenou starou zhojenou zlomeninu*“ (R1, 5). S případem úmyslných rozsáhlých popálenin u batolete se setkal R4.

Dále se všichni shodli na zanedbávání a to nejčastěji ve smyslu hygieny, stravy, oblékání a péče. S touto formou CAN se též setkali všichni respondenti.

R1, 2, 3 se dále setkali s psychickým týráním, děti byly citově deprivované, respondent 1 uvedl „*chyběla jim láska a cit ze strany rodičů*“ (R1).

S případy sexuálního zneužívání se setkali dle odpovědí R1 a R3. U R1 se jednalo o „*podezření na sexuální zneužívání, které se naštěstí neprokázalo.*“ a u R3 o „*podezření na sexuální znásilnění, které se ukázalo jako falešným nařčením dívky, sama dívka toto falešné obvinění po několika dnech potvrdila*“.

V jednom případě uvedl R2, že se ve své praxi setkal s podezřením na Munchhausenův syndrom by proxy „*kdy otec opakovaně navštěvoval naši ordinaci, vždy když měl syna v péči, s různými příznaky nemocí a s požadavky na invazivní vyšetřovací metody*“.

### ***Překážky ošetrovatelské péče***

Jako největší a nejzávažnější překážku v ošetrovatelské péči o dítě s podezřením na syndrom CAN uvedli shodně všichni respondenti problematickou komunikaci s dítětem a rodiči, kteří jsou podezřelí s týráním dítěte.

R3 uvedl „*jako největší předsudky a následné problémy v komunikaci považují prvotní odsouzení rodičů při podezření na syndrom CAN*“.

R4 nejvíce trápí tyto faktory „*pro mě je to časová tíseň na výjezdech ZZS, kdy vše probíhá poměrně rychle a často též rutinně. Ve většině případů ani nepomyslíme na syndrom CAN, i když některé faktory by nás měli předem varovat*“ a dále uvedl problematiku „*nepřítomnosti ženského faktoru v sanitě, když posádku tvoří pouze muži a jak je z praxe známo děti reagují lépe na ženy.*“

R5 uvedl jako největší problém nedostatky v dovednostech při ošetrování dětského pacienta a „*neznalost v této problematice, a to jak teoretickou tak praktickou, kterou způsobuje naštěstí nízká četnost výskytu syndromu CAN*“.

R1, 3 vadí přílišná oboustranná fixace dětí a ošetrovatelského personálu, což způsobuje pocit citové vyčerpanosti u personálu.

### ***Specifika ošetrovatelské péče***

Na dotaz specifík ošetrovatelské péče odpověděli respondenti zcela nejednotně. R1 jako specifikum ošetrovatelské péče uvedl, ošetrování dívek s podezřením na sexuální týrání výhradně ženským personálem, jako problematické vidí „*pokud by se jednalo o problém se ženským pohlavím, protože na našem oddělení není žádný zdravotní bratr.*“



R2 vidí jako specifika ošetrovatelské péče rozhovor se samotným dítětem, bez přítomnosti rodiče „*kdy rodiče a dítě oddělíme, pod záminkou rozhovoru s rodičem o anamnéze, nebo opětovného zvážení, změření dítěte, vyšetření sluchu, zraku, které provádí ve své ordinaci sestra*“, upozorňuje však na fakt, že toto lze pouze, když má sestra i lékař svoji ordinace, v momentě, když ordinaci tvoří jedna místnost, je toto řešení zcela nemyslitelné. Dále je to podrobné vedení sesterské dokumentace, ohlášení případu orgánům sociálně právní ochrany dětí a PČR a dále při podezření na CAN odeslání dítěte k dalšímu vyšetření do nemocnice „*pokud to rodiče striktně neodmítnou, tak voláme sanitku, aby byla jistota, že rodiče s dítětem na vyšetření dorazí*“.

R3 označuje za specifikum ošetrovatelské péče podrobné vedení dokumentace, ale poukazuje na fakt „*bohužel ošetrovatelská dokumentace je stejná u dětí bez syndromu CAN i s CAN*“ a dále je to neustálá noční přítomnost u lůžka dítěte, neboť děti mívají často noční běsy.

R4 vyzdvihuje jako specifika ošetrovatelské péče využití hraček na odvedení pozornosti dítěte při vyšetření, „*rozdáváme Kryštůvky, nafukujeme dětem rukavice a na ně pak nakreslíme veselý obličej, nebo jim třeba dáváme na hraní injekční stříkačku*“. Ale nakonec dodává, že tyto hračky rozdávají všem dětem bez rozdílu.

R5 jako specifika ošetrovatelské péče uvedl, opakované zjišťování příčiny a mechanismu úrazu jak od rodičů tak dítěte, zjišťujeme případné svědky úrazu, indikují RTG vyšetření, vyhledávají starší dokumentaci „*a v případě nejasností dále dítě odesíláme na dětské oddělení k dalšímu vyšetření a eventuální hospitalizaci*“.

Rozdíly v péči o dítě s podezřením na tělesné, psychické či sexuální týrání R1, 2, 3 nevidí. R4 odpověděl, že „*když z tísňové výzvy dispečeri vyhodnotí potencionální týrání, tak například k sexuálnímu týrání vysílají záchranářku ženu, ale ne vždy to personální kapacity umožní*“.

Pouze R5 uvedl, že „*rozdíl určitě existuje, ale my se na naší ambulanci setkáváme většinou s týráním fyzickým, při podezření na sexuální týrání odesíláme dítě na gynekologii a psychické týrání se většinou odhalí až při delším kontaktu s dítětem na oddělení při hospitalizaci*“.

### ***Standard ošetrovateľskej péče***

Na otázku, zda majú na oddelení standard ošetrovateľskej péče o deti s podezrením na syndrom CAN, odpovedali všetni respondenti shodne negatívne, na žiadnom oddelení sa standard ošetrovateľskej péče nenachádza. Pouze R1 uvedl, že majú „*metodický pokyn ke komunikaci s dítětem a rodiči s podezřením na syndrom CAN, který vytvořila nemocniční psycholožka na žádost ošetrovateľského personálu našeho oddelení*“ a R2 odpovedal, že majú „*domluvený a sepsaný postup a komunikaci při podezření na CAN, takže máme v naší ordinaci jakýsi metodický pokyn*“.

R1, 3, 4, 5 shodne priznali, že by standard ošetrovateľskej péče alebo metodický pokyn privítali a že by to určite vedlo ke zlepšení péče o deti s podezrením na syndrom CAN.

R3, 4, 5 za zlepšení považujú proškolení zdravotníckych pracovníkú, dôležité je „*doplnit teoretické a praktické znalosti záchranáři, zpracovat kazuistiky a to vše ve spolupráci pediatri, PČR, DKC, FOD*“ (R4) a „*prohloubit jak teoretické tak praktické znalosti sester při ošetrování dětského pacienta*“ (R5) .

R2 vidí jako zlepšení péče o dětské pacienty s problematikou CAN pořízení panenek, „*kteřé jsou vybavené mužským a ženským pohlavím, které by bylo dobré při rozhovoru a vyšetření dítěte s podezřením na CAN použít. Panenky máme již objednané*“.

R5 by pro zlepšení péče privítal „*pořízení nějakých hraček k odvedení pozornosti dětí při vyšetření a zamyslet se nad obsazováním služeb, aby na každé směně byla sestra se zkušenostmi s dětským pacientem*“.

### **Vzdělávání sester**

Na otázku, zda je personál speciálne proškolen pro péči o dítě s CAN, R2, 3, 4, 5 shodne uvedli, že personál není speciálne proškolen o syndromu CAN. R2 uvedl, že „*s paní doktorkou jsme domluveni na postupu, v případě podezření, které zjistí sestra či lékařka máme domluvený postup a komunikaci*“.

R2, 3, 4, 5 shodne uvedli, že by školení o problematice CAN byla pro jejich praxi určite přínosná.

R4 dále uvedl, že personálu chybí jak teoretické tak praktické znalosti a že *„nejrozšířenější obzory a znalosti mají podle mých zkušeností vysokoškolsky vzdělaní záchranáři a dětské sestry pracující jako výjezdové sestry ZZS“*

R1 odpověděl, že sestry *„po opakovaných zkušenostech s hospitalizací dětí se syndromem CAN požádaly vedení nemocnice o debatu s psychologem nemocnice, který připravil přednášku o syndromu CAN se zaměřením na komunikaci s dítětem i rodiči“*.

Všichni respondenti shodně uvedli, že dětem s podezřením na syndrom CAN nejsou přiděleny speciálně školené sestry. R1, 3, 5 uvedli, že na ošetřování těchto dětí jsou po vzájemné dohodě přiděleny sestry, které *„mají zkušeností s touto problematikou“*(R1), které *„již mají zkušenost s touto problematikou a hlavně souhlasí a cítí se na péči o takto postižené dítě“*(R3), které *„mají největší zkušeností s dětskými pacienty, ale ne vždy to personální obsazení směny dovolí“* a dále *„v případě výrazně problémového dětského pacienta máme domluvenou spolupráci s dětskými sestrami z oddělení, které nám mohou přijít vypomoci“* (R5).

### **Psychologická intervence**

Okamžitou psychologickou intervencí má k dispozici pouze Nemocnice Tábor a.s., která zaměstnává psycholožku a *„dětské oddělení s ní velice úzce a úspěšně spolupracuje“* (R1).

R2 uvedl, že *„v budově, ve které se nachází naše ordinace má ordinaci paní psycholožka, s kterou máme domluvenou spolupráci, v případě nutnosti akutní psychologické intervence“*.

Nemocnice Prachatice má kontakty na externí psychology, *„kteří jsou ochotni kdykoli je požádáme o pomoc v co nejkratší době dorazit, ale většinou je to po jejich pracovní dobu nebo až druhý den“*(R3).

ZZS Jihočeského kraje má k dispozici speciální tým krizové intervence, *„ale je k dispozici pouze pro zaměstnance, kteří si potřebují popovídat, jsou psychicky unavení a potřebují psychologickou intervenci pro sebe“* (R4).

R5 odpověděl, že jejich nemocnice nemá psychologa k dispozici.

#### 4. 4 Obsahová analýza

Tabulka 14 - Statistiky Fondu ohrožených dětí

	2012	2011	2010	2009	2008	2007
<b>Počet dětí</b>	5952	5663	5054	5245	5232	4210
<b>Týrání</b>	221	225	220	160	196	287
<b>Pohlavní zneužívání</b>	61	69	56	49	40	68
<b>Závažné zanedbávání</b>	56	801	757			
<b>Bytová nouze</b>	857	923	804			
<b>Rozvodové spory</b>	1523	1300	1118			
<b>Hmotná nouze</b>	1786	1566	1306			

Zdroj: FOD

Tabulka 15 - Statistiky Dětského krizového centra

	2012	2011	2010	2009	2008	2007	1992-2012
<b>Fyzické týrání</b>	53	37	22	15	24	26	<b>414</b>
<b>Psychické týrání</b>	19	12	9	8	14	13	<b>135</b>
<b>Sexuální zneužívání</b>	157	121	114	117	118	99	<b>1191</b>
<b>Ohrožující prostředí</b>	104	89	97	85	58	29	<b>1076</b>
<b>Vyhrocený rozvodový spor</b>	71	65	74	88	96	97	<b>1227</b>
<b>Zanedbávání</b>	7	3	8		7		<b>136</b>
<b>Jiná problematika</b>	73	68	66	94	68	96	<b>1069</b>
<b>Celkem</b>	<b>484</b>	<b>395</b>	<b>390</b>	<b>407</b>	<b>385</b>	<b>360</b>	<b>5248</b>

Zdroj: DKC

**Tabulka 16 - Statistiky ÚZIS**

	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004
<b>Hospitalizované osoby s Dg. T 74</b>	64	86	68	64	64	46	49	51	73
<b>Počet CAN 0 -14 let</b>	359	351	325	337	345	334	371	396	373
<b>Počet CAN 15 -18 let</b>	108	96	100	91	73	82	90	114	103
<b>Počet CAN v přepočtu na 10 000 registrov. pacientů 0 – 14 let</b>	2,36	2,33	2,21	2,31	2,40	2,27	2,49	2,62	2,43
<b>Počet CAN v přepočtu na 10 000 registrov. pacientů 15 – 18 let</b>	2,70	2,21	2,18	1,85	1,41	1,62	1,72	2,16	1,94

Zdroj ÚZIS

## 5 Diskuze

Tato diplomová práce je zaměřena na znalosti zdravotnických pracovníků o problematice syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte a to jak na znalosti teoretické tak na praktické.

Problematika týrání, zneužívání a zanedbávání dětí se týká obou pohlaví, všech věkových skupin, všech kultur a sociálních tříd (O'Callaghan, 2005). V případě syndromu týrání dítěte a to ať už tělesného, duševního, zanedbávání dítěte či sexuálního zneužívání dítěte je v první řadě podstatné tento jev znát, vidět, odhalit, evidovat a chápat ho jako nežádoucí a nepatřičný (Slaný, 2008). Dle mého názoru a zkušeností s ošetřováním dětského pacienta patří tato problematika k nejzávažnějším, jak pro dítě a jeho další vývoj, tak pro psychický stav ošetřovatelského personálu.

V diplomové práci bylo stanoveno několik dílčích cílů, které byly zaměřeny na zdravotnický personál. Prvním cílem bylo zmapovat specifické aspekty ošetřovatelské péče u dětí s podezřením na syndrom CAN. Dalším cílem bylo, zjistit zda jsou zdravotničtí pracovníci schopni rozpoznat příznaky syndromu CAN. Dále vyhodnotit teoretické i praktické znalosti zdravotnických pracovníků při ošetřování dětí s podezřením na syndrom CAN. A konečně posledním cílem bylo vytvořit standard ošetřovatelské péče o děti s podezřením na syndrom CAN a zjistit četnost výskytu syndromu CAN.

Ze stanovených cílů vyplynuly výzkumné otázky. Otázka první: „Jaké jsou aspekty ošetřovatelské péče u dětí s podezřením na syndrom CAN?“ a otázka druhá: „V jakých případech se dodržují specifické aspekty ošetřovatelské péče u dětí s podezřením na syndrom CAN?“.

Výzkumný vzorek kvantitativního výzkumného šetření tvořilo 165 zdravotnických pracovníků. Z toho 90 dětských sester, 63 pracujících na dětském oddělení, 15 v pediatrické ordinaci a 12 v jeslích. 48 všeobecných sester, 30 pracujících na chirurgické ambulanci a 18 na traumatologické ambulanci. A dále 27 zdravotnických záchranářů pracujících na zdravotnické záchranné službě.

Kvalitativní výzkumné šetření se zúčastnilo 5 respondentů, 3 dětské sestry, 2 pracují na dětském oddělení a 1 v ordinaci pediatra, 1 všeobecná sestra z traumatologické ambulance a 1 zdravotnický záchranář.

Obsahová analýza zdrojů obsahující informace o výskytu CAN. Analýza dat proběhla z výročních zpráv FOD a DKC. Dále z ročních výkazů o činnosti zdravotnických zařízení a praktických lékařů pro děti a dorost a dále podle údajů z Národního registru hospitalizovaných.

Specifika ošetrovatelské péče vidí respondenti zcela nejednotně. Každý respondent odpověděl zcela individuálně a zvolil specifika typická pro práci na jeho oddělení. Respondent 1 vidí specifika ošetrovatelské péče u podezření na sexuální zneužívání ve správném výběru pohlaví ošetrovatelského personálu. Zamýšlí se a vidí problém v nepřítomnosti zdravotních bratrů na oddělení, pokud by bylo třeba ošetřovat dítě, kdy by pachatelem týrání či sexuálního zneužívání byla žena. S tímto názorem souhlasím a též si myslím, že by bylo dobré zařadit na dětská oddělení a vůbec obecně do ošetrovatelské péče mužský element. Respondent 2 vyzdvihuje jako specifikum možnost rozhovoru se samotným dítětem, pod záminkou opětovného vyšetření dítěte bez přítomnosti rodiče, který mezi tím komunikuje s lékařem. Upozorňuje však na nutnost samostatné pracovny sestry a lékaře, pokud ordinaci tvoří pouze jedna místnost je možnost rozhovoru s dítětem zcela vyloučena. Sedlářová (2008) uvádí, že na sesterské citlivosti a komunikační obratnosti záleží, zda sestře dítě otevře cestu a sdělí všechny potřebné informace. Z vlastních zkušeností mohu bohužel konstatovat, že ordinaci pediatra tvoří většinou pouze jedna místnost, hlavně v menších městech, doufejme, že se tato situace změní. Dalším specifikem podle respondenta 2, je podrobné vedení sesterské dokumentace, ohlášení případu orgánům sociálně právní ochrany dětí a PČR a dále při podezření na CAN odeslat dítě k dalšímu vyšetření do nemocnice a eventuální hospitalizaci. Slaný (2008) doporučuje při podezření na syndrom CAN, přijmout dítě k diagnostickému pobytu ve zdravotnickém zařízení nebo v dětském krizovém centru, při němž je umožněno komplexní vyšetření multidisciplinárním týmem odborníků. Tímto zajistíme dítěti neutrální prostředí a můžeme pozorovat a hodnotit i chování dítěte. Respondent 3 vidí specifika ošetrovatelské péče

v podrobném vedení dokumentace, ale poukazuje na fakt, že neexistuje ošetrovatelská dokumentace k syndromu CAN a dále v přítomnosti sestry u lůžka dítěte během celého dne i noci. Sedláková (2010) poukazuje na nutnost setrvávání u lůžka dítěte i v noci, neboť tyto děti často trpí nočními běsy. Dunovský (1995) uvádí, že ve zdravotnické dokumentaci se musí objevit zhodnocení celkového zdravotního stavu dítěte, vývoje dítěte a rozlišit mezi poraněním způsobeným náhodou, úrazem, nedbalostí, anebo úmyslným útokem na dítě. Respondent 4 jako specifikum ošetrovatelské péče vidí využití hraček na odvedení pozornosti dítěte při vyšetření, ale nakonec dodává, že tyto hračky rozdávají všem dětem bez rozdílu. Slaný (2008) ve své publikaci popisuje, k dispozici by měly být omyvatelné hračky, které nám výborně poslouží při přípravě dítěte na vyšetření eventuelně odpoutání pozornosti dítěte.

Rozdíly v péči o dítě s podezřením na tělesné, psychické či sexuální týrání respondenti nevidí. V dotazníkovém šetření na otázku 17, které úkony je třeba provést při vyšetřování dítěte s podezřením na syndrom CAN, uvedlo překvapivě málo respondentů možnosti: vyšetření dítěte provádět v náručí rodiče, k vyšetření přizvat i ostatní sourozence a bolestivá vyšetření provádět až nakonec (Tabulka 6). Tato specifika ošetrovatelské péče by měla být rutinní záležitostí při každém pediatrickém vyšetření, ne jen při vyšetření dítěte s podezřením na syndrom CAN. Boledovičová (2006) uvádí, že při vyšetřování začínáme na méně důležitých částech těla a končíme na problematických, bolestivých a intimních partiích těla. Z vlastních zkušeností s tímto tvrzením musím souhlasit, pokud po vykonání bolestivého výkonu chceme provést další vyšetření, dítě již většinou odmítá spolupracovat a další vyšetření jsou velmi obtížná někdy zcela nemožná.

Okamžitou psychologickou intervencí pro dítě s podezřením na syndrom CAN má pouze Nemocnice Tábor, jak uvedl respondent 1, spolupráci s externími psychology potvrdili respondenti 2 a 3, respondent 5 uvedl, že nemají k dispozici psychologa. Vigué (2006) uvádí, že děti, které přežijí týrání, jsou poznamenány citovým traumatem, jež přetrvává dlouho poté, co tělesné následky odezní a bez odborné dlouhodobé psychoterapie se postižení bez následků nikdy nevyлéčí. Respondent 4 uvedl, že pracovníci Záchrané služby Jihočeského kraje mají k dispozici tým krizové intervence,



který je však určen pro zaměstnance. Z vlastních zkušeností vidím práci týmu krizové intervence jako přínosnou a souhlasím s Dunovským (1995), který píše, že skutečnosti s ošetřováním dětí s podezřením na syndrom CAN kladou vysoké profesní nároky na zdravotnické pracovníky, kteří se setkávají s tímto sociálně patologickým jevem, a proto je nutné věnovat pozornost a vytváření ochranných psychoterapeutických projektů a předcházet tak případnému syndromu vyhoření u těchto pracovníků.

Pouhých 9 % respondentů uvedlo, že mají na oddělení standard ošetřovatelské péče pro ošetřování dítěte se syndromem CAN (Graf 19), čemuž odpovídají reakce respondentů kvalitativního šetření, kdy všichni shodně přiznali, že standard ošetřovatelské péče nemají, ale určitě by ho přivítali, což by vedlo ke zlepšení péče o děti s podezřením na syndrom CAN. V kvantitativním výzkumném šetření by standard ošetřovatelské péče uvítalo 76 % respondentů (Graf 20). Což podle mého názoru poukazuje na nutnost zavedení ošetřovatelského standardu či metodického pokynu do praxe, což by ošetřovatelskému personálu pomohlo v diagnostice a péči o dítě se syndromem CAN.

Ve své praxi se setkala se syndromem CAN všech 5 respondentů. S formou zanedbávání a to nejčastěji ve smyslu hygieny, stravy, oblékání a péče se setkali všichni respondenti. S fyzickým týráním přišli při své praxi do kontaktu respondenti 1 a 5, jednalo se o vícečetné hematomy různého stáří a pohmožděniny, respondent 4 se setkal s případem úmyslných rozsáhlých popálenin u batolete. Dívky s podezřením na sexuální týrání ošetřovali respondenti 1 a 3 a s podezřením na Munchausenův syndrom by proxy se při ošetřovatelské péči dostal do kontaktu respondent 2. 24 % respondentů kvantitativního šetření uvedli, že ve své praxi již ošetřovali dítě s podezřením na syndrom CAN (Graf 9) a 20 % respondentů ve své praxi již ošetřovali dítě se syndromem CAN (Graf 10). Vzhledem k výskytu syndromu CAN a počtu hospitalizovaných, který vyplývá z obsahové analýzy statistik poskytnutých ÚZIS, je počet hospitalizovaných dětí velice nízký oproti odhadům o výskytu CAN, který činí 1-2 %. Dunovský (2005) uvádí, že z tohoto zjištění můžeme odhadovat, že je u nás zasaženo CAN více než 20 000 dětí ročně, oficiálních statistik ÚZIS uvádějí, že v roce 2012 bylo hospitalizováno 64 osob s dg. T 74 a počet výskytu CAN byl 359 případů

dětí 0 – 14 let a 108 případů dětí 15 – 18 let. Nepoměr odhadovaných případů a oficiálních statistik je alarmující.

Největší počet respondentů by zvýšilo pozornost a vyslovilo podezření na syndrom CAN, když mechanismus úrazu neodpovídá poranění, při neurčitosti popisu úrazu nebo změnách popisu, při častých změnách lékaře a pokud zranění neodpovídá anamnéze a vývojovému stupni dítěte (Tabulka 5). Odpovědi respondentů odpovídají informacím v odborné literatuře. O'Callaghan (2005) uvádí, že pády v domácnosti z výšky menší než 1 metr, např. z gauče nebo postele, jsou velmi nepravděpodobnou příčinou vzniku zlomeniny. Dunovský (1995) ve své publikaci píše, že při náhodném úrazu je snaha vyhledat lékařské ošetření okamžitě, zatímco při úmyslném poranění dítěte je téměř vždy pravidlem určitá časová prodleva. Tuto prodlevu lze pozorovat i u závažných někdy až fatálních případů, kdy je zcela evidentní potřeba zajištění první pomoci a včasné léčby. Šnajdauf (2002) píše, že sestra musí na týrání pomýšlet u nejasné anamnézy a nepravděpodobné příčiny závažného poranění. Pokud dítě popisuje zkušenosti s týráním či zneužíváním, je nutné, aby sestra dítěti věřila a tuto eventualitu prověřila. Kolektiv autorů (2007) upozorňuje, že až 10 % úrazů dětí ošetřených na dětské pohotovosti je důsledkem tělesného týrání. Varovnými znaky, kterých by si sestra měla všimnout, vedoucími k podezření na týrání, by měla být skutečnost, že uváděný mechanismus úrazu neodpovídá závažnosti poranění, neurčitost popisu úrazu nebo změny popisu, které se vyskytují v 90 % případů týrání, ale téměř nikdy v případě náhodného úrazu. O'Callaghan (2005) informuje o zvýšení pozornosti sestry, pokud jsou přítomny modřiny lokalizované na obličeji, uších, konečcích prstů, horní části paže, trupu, hýždích. Fedor (2006) upozorňuje na fakt, že provedené studie zjistily, že až 95 % vážných nitrolebních poranění a 65 % všech zranění hlavy u dětí do 1 roku života je způsobené týráním.

Nejméně pozornosti by vyvolalo, pokud v rodině žije nevlastní otec, jako důvod úrazu je uváděn pokus o resuscitaci a když rodiče odmítají dát souhlas s hospitalizací (Tabulka 5). Kolektiv autorů (2007) zveřejnil, že 12 % rodičů týraných dětí, uvádí jako důvod úrazu pokus o resuscitaci. A dále Kolektiv autorů (2007) uvádí, že sexuální zneužívání se diagnostikuje nejobtížněji, protože v 80 % případů k němu dochází

v rodině. Asi 90 % zneužívaných má osobní vztah k pachateli, 60 % všech zneužívaných je přímo z rodiny oběti, z toho 40 % tvoří otcové, většinou nevlastní.

Leifer (2004) upozorňuje na nutnost zvýšení pozornosti sestry v situaci, kdy rodiče odmítají dát souhlas s hospitalizací dítěte. Obdobně je tomu u faktorů, které přispívají k syndromu CAN, nejméně krát zvolili respondenti možnost pláč dítěte, v rodině žije nevlastní otec a manželské a partnerské konflikty (Tabulka 7). Minns (2005) uvádí, že nejčastější příčinou násilného chování je neustálý pláč, křik dítěte a neznalost jeho zvládnání vede velice často k syndromu třeseného dítěte. Sedláková (2010) se zmiňuje o spouštěcích mechanismech týkající se stresu na straně rodičů, který nejčastěji vyvolává konflikt v rodině, nejčastěji manželské a milenecké konflikty, rozvodové situace a porozvodové spory o dítě. Partner trestá druhého prostřednictvím dítěte – Medein komplex. Podle mého názoru v těchto případech mají sestry nedostatečné informace a hrozí, že nebude vysloveno podezření na syndrom CAN.

Zjišťování teoretických znalostí proběhlo především v kvantitativním výzkumném šetření. Znalost definici syndromu CAN uvedlo 60 % respondentů (Graf 7), ale přesnou definici dokázalo napsat pouze 44 % respondentů (Tabulka 1). Nejmenší povědomost mají respondenti o formě fyzického týrání Munchhausenův syndrom by proxy (Tabulka 2), o formě zneužívání co se týče dětské práce a žebrání (Tabulka 3) a překvapivá je minimální znalost formy zanedbávání jako zanedbávání zdravotní péče (Tabulka 4). Znalost diagnózy Shaken baby syndrom prokázalo 64 % respondentů (Graf 11). Jako kritický věk, kdy je dítě nejvíce ohrožené tělesným týráním, si nejvíce respondentů vybralo možnost mezi 3. – 5. rokem dítěte (Graf 12). Kolektiv autorů (2007) uvádí, že tělesným týráním jsou nejčastěji a nejzávažněji ohroženy děti v 1. a 2. roce života. 31 % respondentů označilo jako kritický věk pro psychické týráním 6. – 8. rok dítěte (Graf 13). Kolektiv autorů (2007) uvádí, že nejčastěji bývají ohroženy děti na počátku školní docházky a to mezi 6. - 8. rokem a v období dospívání.

Pouhých 16 % respondentů uvedlo, že mají dostatek informací o syndromu CAN a 75 % respondentů by uvítalo více informací ohledně syndromu CAN. Tomuto zjištění odpovídají výsledky rozhovorů s respondenty, 4 z 5 respondentů uvedli, že by školení o problematice CAN byla pro jejich praxi určitě přínosná. Pouze respondent 1 uvedl, že

jejich nemocnice na základě požadavků sester, po opakovaných zkušenostech s hospitalizací dětí se syndromem CAN, zorganizovala přednášku o syndromu CAN se zaměřením na komunikaci s dítětem i rodiči. Nejpřijatelnější formou jak získat informace o CAN vidí respondenti v podobě seminářů, kongresů, článků v odborných časopisech, letáků a brožur. Respondent 4 uvedl, že personálu chybí jak teoretické tak praktické znalosti, čemuž však odpovídají počty hospitalizovaných dětí se syndromem CAN podle statistik. Vzhledem k velice omezeným počtům hospitalizací dětí se syndromem CAN v ošetrovatelské praxi, nezbývá než doporučit zdravotnickým pracovníkům, doplňování si teoretických znalostí o syndromu CAN a hledání kazuistik v odborných periodikách, které by rozšiřovali jejich obzory, co se týče ošetřování dětí s podezřením na syndrom CAN. Respondent 4 dále zhodnotil, že nejvíce informací o problematice ošetrovatelské péče o dítě s podezřením na syndrom CAN mají vysokoškolsky vzdělaní záchranáři a dětské sestry pracující jako výjezdové sestry ZZS. Z vlastních zkušeností s tímto názorem souhlasím. Tomuto tvrzení odpovídají též výsledky statistického šetření, kdy proběhla analýza dat pomocí  $\chi^2$  testu. S pravděpodobností 99 % existuje souvislost mezi znalostmi sester o syndromu CAN a pracovním zařazením. S pravděpodobností 95 % existuje souvislost mezi znalostmi sester o syndromu CAN a úrovni vzdělání. S pravděpodobností 99,5 % existuje souvislost mezi informovaností zdravotnických pracovníků o syndromu CAN a délkou jejich praxe. S pravděpodobností 99 % existuje souvislost mezi znalostmi ošetrovatelské péče zdravotních pracovníků a pracovním zařazením. Z čehož vyplývá, že všechny hypotézy byly potvrzeny.

Výsledky výzkumného šetření lze využít jako zdroj informací pro zdravotnické pracovníky pro následné zkvalitnění ošetrovatelské péče a studijní materiál při výuce budoucích zdravotnických pracovníků. Výstupem diplomové práce je standard ošetrovatelské péče, který by podle výsledků výzkumného šetření přivítala většina respondentů, což by ošetrovatelskému personálu pomohlo v diagnostice a péči o dítě se syndromem CAN. Podle mého názoru tato práce opět přinesla zjištění, že moderní ošetrovatelská péče přináší zdravotnickým pracovníkům nutnost a povinnost dalšího

sebevzdělávání, jen tak jsme schopni klientům poskytnout požadovanou ošetrovatelskou péči, kterou přináší ošetrovatelství 21. století.

## 6 Závěr

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte patří k nejzávažnějším prohřeškům dnešní společnosti páchaných na dětech. Problematika týrání, zneužívání a zanedbávání dětí se týká obou pohlaví, všech věkových skupin, všech kultur a sociálních tříd. Jedním z nejdůležitějších kroků je odhalení či samotné vyslovení podezření na syndrom CAN, následováno komplexní péčí o dítě.

V diplomové práci bylo využito kvantitativně kvalitativního výzkumného šetření. Kvantitativní výzkumné šetření bylo uskutečněno formou dotazníkového šetření, dotazník byl určen dětským sestram, všeobecným sestram a zdravotnickým záchranářům a obsahoval 25 otázek. Kvalitativní výzkumné šetření bylo vedeno formou polostrukturovaného rozhovoru na základě předem vytvořených 10 otázek. Rozhovorů se zúčastnilo 5 respondentů. Obsahová analýza zdrojů obsahující informace o výskytu CAN. Sledované zdroje a dokumenty FOD, DKC a statistiky ÚZIS.

V práci bylo stanoveno 5 cílů. Prvním cílem bylo zmapovat specifické aspekty ošetrovatelské péče u dětí s podezřením na syndrom CAN. K tomuto cíli byly stanoveny 2 výzkumné otázky. Jaké jsou aspekty ošetrovatelské péče u dětí s podezřením na syndrom CAN? Na základě informací od respondentů bylo zjištěno, že specifické aspekty ošetrovatelské péče vidí respondenti zcela nejednotně. Každý respondent odpověděl zcela individuálně a zvolil specifika typická pro práci na jeho oddělení. Nejčastěji zmiňovanými specifiky jsou podrobné vedení ošetrovatelské dokumentace, fotodokumentace poranění, používání hraček na odvedení pozornosti dítěte při vyšetření, oznámení podezření na syndrom CAN Policii České republiky a orgánům sociálně právní ochrany dětí. A druhá výzkumná otázka V jakých případech se dodržují specifické aspekty ošetrovatelské péče u dětí s podezřením na syndrom CAN? Zde vyšlo najevo, že aspekty ošetrovatelské péče se dodržují hlavně při podezření na sexuální zneužívání a to v podobě ošetrování dětí zdravotnickým personálem ženského pohlaví, respondenti však poukazují na problematický fakt nepřítomnosti zdravotních bratrů na oddělení, pokud by bylo třeba ošetrovat dítě, kdy by pachatelem týrání či sexuálního zneužívání byla žena. Největší překážky v ošetrovatelské péči vidí

respondenti v problematické komunikaci s dítětem a rodiči, kteří jsou podezřelí s týráním dítěte, přílišná oboustranná fixace dětí a ošetřovatelského personálu, což způsobuje pocit citové vyčerpanosti u personálu

Dalšími cíli bylo zjistit, zda jsou zdravotničtí pracovníci schopni rozpoznat příznaky syndromu CAN a vyhodnotit teoretické i praktické znalosti zdravotnických pracovníků při ošetřování dětí s podezřením na syndrom CAN. Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že ne všichni zdravotničtí pracovníci jsou schopni rozpoznat příznaky syndromu CAN a stejně tak je to s teoretickými a praktickými znalostmi. Nedostatky v ošetřovatelské péči plynou z faktu, že se ošetřovatelský personál nesetkává s problematikou syndromu CAN každodenně, čemuž odpovídá obsahová analýza dat hodnotící výskyt syndromu CAN, a bohužel si ošetřovatelský personál nedoplňuje v této oblasti ani teoretické znalosti. Nejerudovanější ošetřovatelský personál v problematice syndromu CAN, jak potvrdily i výsledky statistického šetření je dětská sestra, dále vysokoškolsky vzdělaný zdravotnický pracovník a zdravotník s dlouholetou praxí.

A posledními dvěma cíli bylo vytvořit standard ošetřovatelské péče o děti s podezřením na syndrom CAN a zjistit četnost výskytu syndromu CAN. Standard ošetřovatelské péče jako doporučení pro praxi byl vytvořen a podle výsledků výzkumného šetření by standard ošetřovatelské péče přivítala většina respondentů, což by ošetřovatelskému personálu pomohlo v diagnostice a péči o dítě se syndromem CAN. Četnost výskytu CAN byla zpracována pomocí obsahové analýzy zdrojů obsahující informace o výskytu CAN. Sledované byly dokumenty FOD, DKC a statistiky ÚZIS.

Výsledky výzkumného šetření lze využít jako zdroj informací pro zdravotnické pracovníky pro následné zkvalitnění ošetřovatelské péče a studijní materiál při výuce budoucích zdravotnických pracovníků. Výstupem diplomové práce je standard ošetřovatelské péče, který by podle výsledků výzkumného šetření přivítala většina respondentů, což by ošetřovatelskému personálu pomohlo v diagnostice a péči o dítě se syndromem CAN.

## 6. 1 Doporučení pro praxi - standard a audit ošetrovatelské péče

### STANDARD OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

#### NÁZEV STANDARDU

#### SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U DĚTÍ S PODEZŘENÍM NA SYNDROM CAN

<b>Charakteristika standardu</b>	Rámcový procesuální standard ošetrovatelské péče
<b>Ošetrovatelský cíl</b>	Specifika ošetrovatelské péče poskytované dítěti s podezřením na syndrom CAN
<b>Skupina péče</b>	Děti (pacienti/klienti) s podezřením na syndrom CAN
<b>Určeno pro</b>	Sestry, porodní asistentky, zdravotnický asistent, fyzioterapeut
<b>Odpovědnost za realizaci</b>	Vedoucí pracovníci na úseku ošetrovatelské péče
<b>Platnost standardu od</b>	
<b>Frekvence kontroly</b>	Minimálně 1krát za 2 roky, průběžně, nepravidelně
<b>Revize standardu provedena dne</b>	
<b>Kontrolu vykoná</b>	Manažerka ošetrovatelské péče (manažerka kvality, hlavní sestra, vrchní sestra, staniční sestra)
<b>Podpis zodpovědného pracovníka</b>	Manažerka ošetrovatelství (odborný zástupce)
<b>Standard vytvořil</b>	Bc. Klára Zasadilová
<b>Odborný garant</b>	
<b>Schválil náměstek pro ošetrovatelskou péči</b>	



### **KRITÉRIA STRUKTURY:**

**S1 Pracovníci:** Sestra, porodní asistentka, zdravotnický asistent, fyzioterapeut a další nelékařský zdravotnický personál

**S2 Prostředí:** Zdravotnická zařízení

**S3 Dokumentace:** Ošetrovatelská dokumentace

### **KRITÉRIA PROCESU:**

#### **Sestra či jiný zdravotnický pracovník**

**P 1** Má základní teoretické znalosti o syndromu CAN.

**P 2** Pokud dítě vysloví, kdo mu poranění způsobil, vždy věří dítěti a tuto informaci sdělí lékaři a zaznamená do ošetrovatelské dokumentace.

**P 3** Navodí příjemnou atmosféru při vyšetření, s dítětem jedná klidně, vyhýbá se kladení co nejméně přímých otázek, postup každého vyšetření dítěti předem vysvětlí.

**P 4** Vyšetřuje dítě vždy zcela svlečené a bolestivá vyšetření necháváme vždy nakonec.

**P 5** Umožní dítěti při vyšetření kontakt s rodičem.

**P 6** Zajistí fotodokumentaci nalezených mnohočetných podlitin, pohmožděnin vždy se souhlasem rodiče.

**P 7** Nemluví o rodičích dítěte v negativním smyslu.

**P 8** Dítě chválí a motivuje.

**P 9** Zapojuje dítě do aktivit podporující fyzický rozvoj a smyslové vnímání.

**P 10** Všimá si chování, prožívání a jednání dítěte.

**P 11** Sleduje verbální i nonverbální komunikaci dítěte a rodiče.

**P 12** Sleduje úroveň tělesného a očního kontaktu dítěte a rodičů

**P 13** Při podezření na syndrom CAN přizve ostatní sourozence na vyšetření.

**P 14** Při podezření na syndrom CAN ohlásí PČR.

**P 15** Sleduje dítě při hře v kolektivu, napomáhá dítěti s integrací do kolektivu a podporuje společnou hru.

**P 16** Hodnotí kvalitu spánku, všimá si nespavosti a nočních běsů.

**P 17** Všimá si oblečení, hygieny, stavu výživy dítěte tak rodiče.

**P 18** Všimá si chování, zvyků, hygienických a stravovacích návyků dítěte.

**KRITÉRIA VÝSLEDKU:**

**V 1** Dítě je se sestrou v kontaktu a spolupracuje.

**V 2** Dítě má přidělen ošetřovatelský tým.

**V 3** Dítě má vypracovaný ošetřovatelský plán, ve kterém jsou zachyceny specifické potřeby dítěte.

**V 4** V dokumentaci dítěte je proveden záznam o syndromu CAN a s tím spojenými individuálními specifiky pro zajištění kvalitní ošetřovatelské péče.

## OŠETŘOVATELSTKÝ AUDIT

Vyhodnocení splnění standardu ošetřovatelské péče zaměřené na dítě s podezřením na syndrom CAN ve zdravotnickém zařízení.

**Klinika/ oddělení:**

**Auditoři:**

**Datum:**

**Metody auditu:**

Dotaz na sestru/dítě/rodinného příslušníka, pozorování kontaktu a jednání sestry a dítěte (S/D), kontrola ošetřovatelské dokumentace

Metoda	Kontrolní kritérium	Výsledek
Dotaz na sestru	Máte na oddělení standard ošetřovatelské péče zaměřený na ošetřování dítěte s podezřením na syndrom CAN?	
Dotaz na sestru	Komunikovala jste během vyšetření s dítětem?	
Dotaz na sestru	Vysvětlila jste dítěti postup vyšetření?	
Dotaz na sestru	Použila jste během vyšetření hračky na odvedení pozornosti dítěte během nepříjemných vyšetření?	
Dotaz na sestru	Vyšetrovala jste dítě vždy zcela svlečené?	
Dotaz na sestru	Umožnila jste dítěti neustálý kontakt s rodičem?	
Dotaz na sestru	Nechala jste nejbolestivější vyšetření až na závěr?	
Dotaz na sestru	Zaznamenala jste podezření na syndrom CAN do dokumentace	
Dotaz na sestru	Oznámila jste podezření na syndrom CAN PČR?	
Dotaz na sestru	Poučila jste dítě o pravidlech oddělení a pomohla jste dítěti s orientací na oddělení?	
Dotaz na sestru	Představila jste se dítěti?	
Dotaz na sestru	Kontaktovala jste psychologa?	
Dotaz na sestru	Vytvořila jste dítěti jemu příjemné prostředí na oddělení?	

Dotaz na sestru	Věříte dítěti, když vám řekne, že mu někdo ublížil?	
Dotaz na sestru	Zjišťovala jste opakovaně mechanismus úrazu u rodičů i dítěte?	
Dotaz na sestru	Všímalá jste si komunikace mezi rodičem a dítětem?	
Dotaz na dítě	Znáš jméno sestřičky, která se o tebe stará?	
Dotaz na dítě	Víš jak přivolat sestřičku k sobě?	
Dotaz na dítě	Přijde sestřička vždy, když jí zavoláš?	
Dotaz na dítě	Nechává ti sestřička v noci rozsvíceno, když si to přeješ?	
Pozorování S/D	Zabraňuje sestra úrazu dítěte?	
Pozorování S/D	Podporuje sestra dítě v sebepěči a osobním rozvoji?	
Pozorování S/D	Je sestra dítěti vždy na blízku? Zvláště v noci pokud trpí dítě nočními běsy?	
Pozorování S/D	Dodržuje sestra pravidla správné komunikace s dítětem?	
Pozorování S/D	Pomáhá sestra dítěti při orientaci jedince na oddělení?	
Pozorování S/D	Respektuje sestra individuální potřeby jedince?	
Pozorování S/D	Pomáhá sestra dítěti začlenit se do dětského kolektivu?	
Kontrola ošetř. dokumentace	Je v dokumentaci zaznamenáno podezření na syndrom CAN?	
Kontrola ošetř. dokumentace	Je v dokumentaci zaznamenáno ohlášení podezření PČR?	
Kontrola ošetř. dokumentace	Jsou potřebné záznamy datovány a opatřeny podpisem sestry?	
Kontrola ošetř. dokumentace	Je sepsaný individuální ošetřovatelský plán uzpůsobený dítěti s podezřením na syndrom CAN a	

	konkrétní formě týrání, zneužívání či zanedbávání?	
Celkem získaných bodů		

**Vyhodnocení:** Za každou správnou odpověď 1 bod.

**Výsledky:** 31 – 29 výborná péče, 28 - 24 vyhovující péče, 24 - 21 nekomplexní péče, 20 a méně bodů nevyhovující péče.

## 7 Seznam použitých zdrojů

- ANDRŠOVÁ, A. *Psychologie a komunikace pro záchranáře v praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2012. 128 s. ISBN 978-80-247-7975-1.
- ARONOVÁ, J., PROCHÁZKA, B., RŮŽIČKOVÁ, Z., SOUKUP, T. *Na co se často ptáte. Ze zkušeností dětského lékaře*. 1. vydání. Praha: Amosia, 2006. 203 s. ISBN 80-86966-13-5.
- BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. 1. vydání. Martin: Osveta, 2009. 141 s. ISBN 978-80-8063-306-6.
- BAYER, M. *Pediatric*. 1. vydání. Praha: Triton, 2011. 350 s. ISBN 978-80-7387-388-2.
- BISKUP, P. Detekce syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte v ordinaci praktického lékaře. *Pediatric pro praxi*. Olomouc: 2005, roč. 6, č. 1, s. 44 – 46. ISSN 1213 – 0494.
- BLAŽEK, K., VELEMÍNSKÝ, M. Některé problémy sociální práce v primární pediatrické péči. *Prevence úrazů, otrav a násilí*. České Budějovice: 2010, roč. 6, č. 2, s. 162-166. ISSN 1804-7858.
- BOLEDOVIČOVÁ, M. A KOL. *Pediatrické ošetrovatel'stvo*. 2. vydání. Martin: Osveta, 2006. 208 s. ISBN 80-8063-211-1.
- COUTANCEAU, R. *Les blessures de l'intimité*. 1. vydání. Paris: Odile Jacob, 2010. 362 s. ISBN 273-8125-115.
- CYRULNIK, B. *Mourir de dire : La honte*. 1. vydání. Paris: Odile Jacob, 2010. 156 s. ISBN 978-2-7381-2505-7.
- DĚTSKÉ KRIZOVÉ CENTRUM. *Výroční zpráva 2012* [online]. 2013 [cit. 13. 7. 2013]. Dostupné z: [http://www.ditekrize.cz/sites/default/files/documents/dkc-vz\\_2012.pdf](http://www.ditekrize.cz/sites/default/files/documents/dkc-vz_2012.pdf)
- DĚTSKÉ KRIZOVÉ CENTRUM. *Výroční zpráva 2011* [online]. 2013 [cit. 13. 7. 2013]. Dostupné z: [http://www.ditekrize.cz/sites/default/files/documents/dkc-vz\\_2011-web.pdf](http://www.ditekrize.cz/sites/default/files/documents/dkc-vz_2011-web.pdf)
- DĚTSKÉ KRIZOVÉ CENTRUM. *Výroční zpráva 2010* [online]. 2013 [cit. 13. 7. 2013]. Dostupné z: [http://www.ditekrize.cz/sites/default/files/documents/dkc-vz\\_2010-](http://www.ditekrize.cz/sites/default/files/documents/dkc-vz_2010-)

web.pdf

DĚTSKÉ KRIZOVÉ CENTRUM. *Výroční zpráva 2009* [online]. 2013 [cit. 13. 7. 2013]. Dostupné z: [http://www.ditekrize.cz/sites/default/files/documents/dkc-vz\\_2009.pdf](http://www.ditekrize.cz/sites/default/files/documents/dkc-vz_2009.pdf)

DĚTSKÉ KRIZOVÉ CENTRUM. *Výroční zpráva 2008* [online]. 2013 [cit. 13. 7. 2013]. Dostupné z:

[http://www.ditekrize.cz/sites/default/files/documents/dkc\\_vz\\_2008\\_web.pdf](http://www.ditekrize.cz/sites/default/files/documents/dkc_vz_2008_web.pdf)

DĚTSKÉ KRIZOVÉ CENTRUM. *Výroční zpráva 2007* [online]. 2013 [cit. 13. 7. 2013]. Dostupné z: [http://www.ditekrize.cz/sites/default/files/documents/dkc-vz\\_2007.pdf](http://www.ditekrize.cz/sites/default/files/documents/dkc-vz_2007.pdf)

DUFKOVÁ, A. Potřeby dětí v nemocnici. *Sestra*. Praha: Mladá Fronta, roč. 23, č. 6/2013, s. 48. ISSN 1210-0404.

DUNOVSKÝ, J. Týrané, zneužívané a zanedbávané děti – možnosti socializačního působení jako prevence nežádoucího vývoje. *Prevence úrazů, otrav a násilí*. České Budějovice: 2005, roč. 1, č. 2, s. 105-112. ISSN 1801-0261.

DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. A KOL. *Týrané zneužívané a zanedbávané dítě*. 1. vydání. Praha: Grada, 1995. 245 s. ISBN 80-7169-192-5.

DUNOVSKÝ, J., MITLÖHNER, M., HEJČ, K., HANUŠOVÁ - TLAČILOVÁ, J. *Problematika dětských práv a komerčního sexuálního zneužívání dětí u nás a ve světě*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. 252 s. ISBN 80-247-1201-6.

FEDOR, M., MINARIK, M., KUNOVSKÝ, P., VOBRUBA, V. A KOL. *Intenzivní péče v pediatrii*. 1. vydání. Martin: Osveta, 2006. 461 s. ISBN 80-8063-217-0.

FENDRYCHOVÁ, J. Syndrom třeseného dítěte – Shaken Baby Syndrom (SBS). *Sestra*. Praha: 2006. roč. 16, č. 1, s. 52 – 53. ISSN 1210-0404.

FENDRYCHOVÁ, J., KLIMOVIČ, M. A KOL. *Péče o kriticky nemocné dítě*. 1. vydání. Brno: NCONZO, 2005. 414 s. ISBN 80-7013-427-5.

FOND OHROŽENÝCH DĚTÍ. *Výroční zpráva 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012* [online]. 2013 [cit. 13. 7. 2013]. Dostupné z: <http://www.fod.cz/>

HANUŠOVÁ, J., HANUŠ, P., KOVAŘÍK, J., REMEŠOVÁ, M. Sexuální zneužívání – oběti a pachatelé – teoretická část. *Prevence úrazů, otrav a násilí*. České Budějovice:

- 2005, roč. 1, č. 1, s. 56-69. ISSN 1801-0261.
- KOLEKTIV AUTORŮ. *Sociálně patologické jevy některé formy násilí na dětech a ženách*. Brno: Drom, 2005. 61 s. ISBN 80-903472-3-1.
- KOLEKTIV AUTORŮ. *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*. 1. vydání. Praha: Ireas, 2007. 229 s. ISBN 978-80-86684-47-5.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Sestra a stres*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-33149-0.
- KUKLA, L. *Úvod do sociální pediatrie*. 1. vydání. České Budějovice: JUZSF, 2007. 44 s. ISBN 978-80-7040-990-9.
- KUTNOHORSKÁ, J., CICHÁ, M., GOLDMAN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-7874-7.
- LAVIČKOVÁ, M. Spolupráce Zdravotně sociální fakulty s Policií ČR v oblasti prevence sociálně patologických jevů. *Prevence úrazů, otrav a násilí*. České Budějovice: 2006, roč. 2, č. 1, s. 60. ISSN 1801-0261.
- LAZORITZ, S., PALUSCI, J. V. *The shaken baby syndrom: a multidisciplinary approach*. 1. vydání. Haworth Press, 2001. 411 s. Edition: illustrated. ISBN 0-7890-1352-5.
- LEBL, J., PROVAZNÍK, K., HEJCMANOVÁ, L. *Preklinická pediatrie*. 1. vydání. Praha: Galén, 2003. 248 s. ISBN 80-7262-207-2.
- LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2004. 951 s. ISBN 80-247-0668-7.
- LOPEZ, G. *Enfants violés et violentés. Le scandale ignoré*. 1. vydání. Dunod, 2013. 248 s. ISBN 978-2-1005-8798-8.
- MACH, J., ŠTEFAN, J. *Soudně lékařská a medicínsko právní problematika v praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. 264 s. ISBN 24763699.
- MERTIN, V. *Na co se často ptáte. Ze zkušeností dětského psychologa*. 1. vydání. Praha: Scientia, 2004. 178 s. ISBN 80-7183-316-9.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. Postup lékařů primární péče při podezření ze syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (sy. CAN). *Prevence úrazů, otrav a násilí*. České Budějovice: 2008, roč. 4, č. 1, s. 72-78. ISSN 1801-0261.



- MINNS, R., BROWN, K. *Shaking and Other Non – accidental Head Injuries in Children*. 1. vydání. Mac Keith, 2005. 512 s. Edition: illustrated. ISBN 1-898683-35-2.
- O'CALLAGHAN, CH., STEPHENSON, T. *Pediatric do kapsy*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada, 2005. 434 s. ISBN 80-247-0933-3.
- PATOČKA, J. Proč jsou zneužívané děti v dospělém věku více nemocné. *Prevence úrazů, otrav a násilí*. České Budějovice: 2009, roč. 5, č. 2, s. 170-172. ISSN 1801-0261.
- PEIKOFER, R. J. *Silenced angels: The Medical, Legal and Social Aspects of Shaken Baby Syndrom*. 1. vydání. Westport: Auburn House, 2002. 291 s. ISBN 0-86569-313-7.
- PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R. *Komunikace s dětským pacientem*. 1. vydání. Praha: Grada, 2012. 256 s. ISBN 978-80-247-2968-8.
- PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. A KOL. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
- ROMANOVÁ, M. Ošetrovatelská péče v dětské gynekologii. *Sestra*. Praha: Mladá Fronta, roč. 23, č. 6/2013, s. 53. ISSN 1210-0404.
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. A KOL. *Dětská klinická psychologie*. 4. vydání. Praha: Grada, 2006. 604 s. ISBN 80-247-1049-8.
- SEDLÁČKOVÁ, M. *Bolesti břicha a jiné břišní obtíže u dětí*. 1. vydání. Praha: Triton, 2003. 165 s. ISBN 80-7254-365-2.
- SEDLÁKOVÁ, G., KALÁTOVÁ, D. A KOL. *Vybrané ošetrovatelské modely a týrané dítě*. 1. vydání. Praha: Triton, 2010. 140 s. ISBN 978-80-7387-412-4.
- SEDLÁŘOVÁ, P. A KOL. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
- SIKOROVÁ, L. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. 208 s. ISBN 978-80-247-3593-1.
- SLANÝ, J. *Syndrom CAN syndrom týraného dítěte*. 1. vydání. Ostrava: OUZSF, 2008. 156 s. ISBN 978-80-7368-474-7.
- SLEZÁKOVÁ, L. A KOL. *Ošetrovatelství v pediatrii*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. 292 s. ISBN 978-80-247-3286-2.
- ŠNAJDAUF, J., CVACHOVEC, K., TRČ, T. A KOL. *Dětská traumatologie*. 1. vydání. Praha: Galén, 2002. 180 s. ISBN 80-7262-152-1.

- ŠUPÍNOVÁ, M., ĎURIŠKOVÁ, M. Vplyv socialneho skóre rodiny na psychomotorický vývin batoliat. *Florence*. Praha: Ambit Media, a. s., roč. IX., č. 7-8/2013, s. 48. ISSN 1801-464X.
- TŮMA, S., LISÝ, J. Radiologická diagnostika při syndromu týraného dítěte. *Prevence úrazů, otrav a násilí*. České Budějovice: 2008, roč. 4, č. 2, s. 188-193. ISSN 1801-0261.
- VANÍČKOVÁ, E. *Tělesné tresty dětí*. 2. vydání Praha: Grada, 2004. 116 s. ISBN 80-247-0814-0.
- VELEMÍNSKÝ, M., TOMŠÍKOVÁ, Z., KUKLA, L., KOLÁŘOVÁ, J. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 6. vydání. České Budějovice: JUZSF, 2009. 178 s. ISBN 978-80-7394-182-6.
- VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 978-80-247-6818-2.
- VIGUÉ, J. *Zdraví dítěte*. 1. vydání. Rebo, 2006. 293 s. ISBN 80-7234-535-4.
- ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

## **8 Přílohy**

### **Seznam příloh**

Příloha 1 - Rozhovory s respondenty

Příloha 2 - Dotazník

Příloha 3 - Nejčastější ošetřovatelské diagnózy

Příloha 4 - Klasifikace syndromu CAN dle Mezinárodní klasifikace nemocí

Příloha 5 - Zákony a syndrom CAN

## **Příloha 1**

### **Rozhovory se zdravotnickými pracovníky**

#### **Otázky rozhovorů**

1. Identifikační údaje – věk, vzdělání, délka praxe, oddělení
2. Kolikrát během vaší praxe jste ošetřovala dítě s podezřením či syndromem CAN?
3. Co považujete za největší překážky při ošetřování dítěte s CAN?
4. Existují specifika péče o děti s CAN a bez CAN?
5. Existuje rozdíl v péči o děti s tělesným, psychickým či sexuálním týráním?
6. Je personál speciálně proškolen pro péči o dítě s CAN?
7. Mají děti se syndromem CAN přiděleny speciální sestry, které jsou v této problematice zkušenější či speciálně proškolené?
8. Máte k dispozici psychologa?
9. Máte na oddělení standard ošetrovatelské péče o dítě s CAN či metodický pokyn?
10. Co by se dalo a mělo zlepšit v péči o děti s CAN?

#### **Rozhovor 1**

Rozhovor 1 s respondentem 1 proběhl na dětském oddělení Nemocnice Tábor, a. s. Dětská sestra, 42 let, má vystudovanou Střední zdravotnickou školu, ukončené specializační studium, v oboru pediatrie a na oddělení pracuje 12 let. Předtím pracovala 2 roky na interním oddělení, 5 let na gynekologicko - porodnickém oddělení a 2 roky v jeslích.

*Kolikrát během vaší praxe jste ošetřovala dítě s podezřením či syndromem CAN?*

„Během mé praxe v jeslích jsem se s tímto problémem setkala poprvé, šlo o zanedbávání dítěte ve smyslu hygieny, oblékání a stravování. Dále se jednalo o citovou deprivaci tohoto dítěte, kterému chyběla láska a cit ze strany rodičů. V této rodině dlouhodobě probíhalo šetření orgánu sociálně právní ochrany dětí. S dalšími případy jsem se setkala na dětském oddělení, šlo o případy tělesného týrání, kdy byly děti hospitalizovány s podezřelými mnohočetnými hematomy různého stáří, se zhojenou zlomeninou nalezenou při rentgenovém vyšetření a dále dítě s podezřením na sexuální zneužívání, které se naštěstí neprokázalo.“

*Co považujete za největší překážky při ošetřování dítěte s CAN?*

„Za největší překážky považuji komunikaci s rodiči nebo příbuznými, kteří jsou podezřelí s týráním dítěte. Naštěstí, všechny děti s podezřením na syndrom CAN, které jsem ošetřovala, byly hospitalizované samy bez rodičů, takže do kontaktu s rodiči jsem přicházela jen při jejich občasných návštěvách dítěte v nemocnici. Dále jsem těžce nesla poměrně rychlou fixaci dětí na ošetřovatelský personál, děti se velmi rychle fixovaly a přilnuly k nám, které jsme je ošetřovaly, což následně vedlo k pocitu citové vyčerpanosti.“

*Existují specifika péče o děti s CAN a bez CAN?*

„Během mé praxe jsem nezaznamenala významnější specifika péče o děti s podezřením na syndrom CAN. Jediné specifikum, které jsme na oddělení dodržovaly, bylo ošetřování dívky s podezřením na sexuální zneužívání výhradně ženským personálem a snažily jsme se o naprostou eliminaci mužského pohlaví, s kterým měla pacientka při příjmu problémy, přijímajícího lékaře pacientka zcela odmítla, nekomunikoval, odmítla se nechat vyšetřit, byla vystrašená.“

*Existuje rozdíl v péči o děti s tělesným, psychickým či sexuálním týráním?*

„Žádné rozdíly v péči se nedělají, jediné jak jsem již zmínila, pokud dítě při příjmu odmítá mužské pohlaví, snažíme se dodržovat toto pravidlo, problémem by bylo, pokud by se jednalo o problém se ženským pohlavím, protože na našem oddělení není žádný zdravotní bratr.“

*Je personál speciálně proškolen pro péči o dítě s CAN?*

„Po opakovaných zkušenostech s hospitalizací dětí se syndromem CAN, jsme požádaly vedení nemocnice o debatu s psychologkou nemocnice, která připravila přednášku o syndromu CAN se zaměřením na komunikaci s dítětem i rodiči. A došlo k následné dohodě o přítomnosti psychologky při návštěvách dítěte rodinou. Rodiče souhlasili s její přítomností.“

*Mají děti se syndromem CAN přiděleny speciální sestry, které jsou v této problematice zkušenější či speciálně proškolené?*

„Na našem oddělení se snažíme, aby děti s podezřením na syndrom CAN ošetřovaly sestry se zkušeností s touto problematikou, ale nejde o speciálně proškolené sestry.“

Vzhledem k silné fixaci dětí k personálu, chceme předejít další frustraci dětí, které již přílnuly ke konkrétnímu ošetrovatelskému personálu a nadměrné střídání ošetrovatelského personálu, by pro děti nebylo přínosem a mohlo by vést k dalšímu zhoršování psychického stavu dětí.“

*Máte k dispozici psychologa?*

„Naše nemocnice disponuje nemocniční psycholožkou a dětské oddělení s ní velice úzce a úspěšně spolupracuje.“

*Máte na oddělení standard ošetrovatelské péče o dítě s CAN či metodický pokyn?*

„Standard ošetrovatelské péče nemáme, ale máme metodický pokyn ke komunikaci s dítětem a rodiči s podezřením na syndrom CAN, který vytvořila nemocniční psycholožka na žádost ošetrovatelského personálu našeho oddělení.“

*Co by se dalo a mělo zlepšit v péči o děti s CAN?*

„Bylo by dobré mít k dispozici standard ošetrovatelské péče o děti s podezřením na syndrom CAN, speciálně proškolit personál a nebo vytvořit speciální tým sester, které by se staraly o tyto děti, což by rozhodně zlepšilo péči o děti s podezřením na syndrom CAN.“

## **Rozhovor 2**

Rozhovor 2 s respondentem 2 proběhl v pediatrické ordinaci v Praze. Dětská sestra, 35 let, má vystudovanou Střední zdravotnickou školu, následné bakalářské studium ošetrovatelství, ukončené specializační studium, v oboru pediatrie a v pediatrické ordinaci pracuje 10 let. Předtím pracovala 6 let na dětském oddělení v nemocnici Motol.

*Kolikrát během vaší praxe jste ošetrovala dítě s podezřením či syndromem CAN?*

„Poprvé jsem se tímto syndromem setkala již na zdravotní škole, při praxi na pediatrickém oddělení. Vyučující nám sdělila, že na oddělení mají dítě s podezřením na tělesné týrání, sice jsme toto dítě neošetrovaly, ale vyučující nám o tomto problému alespoň povyprávěla teoreticky. Na dětském oddělení v Motole jsme několikrát pečovaly o děti s podezřením na fyzické, psychické týrání. V pediatrické ordinaci jsme řešily případy zanedbávání (hygiena a stravování) a jeden případ podezření na Munchhausenův syndrom by proxy, kdy otec opakovaně navštěvoval naši ordinaci,

vždy když měl syna v péči, s různými příznaky nemocí a s požadavky na invazivní vyšetřovací metody.“

*Co považujete za největší překážky při ošetřování dítěte s CAN?*

„Největší překážkou je samotná diagnostika syndromu CAN a spolupráce s rodiči, dítě nikdy nepřijde do ordinace samo, ale vždy v doprovodu rodiče, který je celou dobu přítomen u vyšetření. Dále je to komunikace s rodiči, kteří jsou nejčastěji za ubližování dítěti zodpovědní.“

*Existují specifika péče o děti s CAN a bez CAN?*

„Specifika v péči v pediatrické ambulanci nemáme, jediné co se liší je, že v případě podezření na CAN, se pokusíme vést rozhovor se samotným dítětem, kdy rodiče a dítě oddělíme, pod záminkou rozhovoru s rodičem o anamnéze, nebo opětovného zvážení, změření dítěte, vyšetření sluchu, zraku, které provádí ve své ordinaci sestra. U nás v ordinaci to jde, protože lékař i sestra mají svoji pracovnu, ale v případě, že ordinaci tvoří jen jedna místnost je to složité a nemyslitelné. Dalším specifikem můžeme považovat detailní vedení sesterské dokumentace a samozřejmostí je nahlášení případu na orgán sociálně právní ochrany dětí a policii v případě nutnosti odeslání dítěte na následné vyšetření do nemocnice, pokud to rodiče striktně neodmítnou, tak voláme sanitku, aby byla jistota, že rodiče s dítětem na vyšetření dorazí. Nemocnici respektive příslušné oddělení následně telefonicky kontaktujeme a zasíláme dokumentaci s detailně popsáním podezření na CAN.“

*Existuje rozdíl v péči o děti s tělesným, psychickým či sexuálníým týráním?*

„V těchto případech žádné rozdíly v péči neděláme, snažíme se dítě dále nestresovat.“

*Je personál speciálně proškolen pro péči o dítě s CAN?*

„Personál speciálně proškolen není, ale s paní doktorkou jsme domluveni na postupu, v případě podezření, které zjistí sestra či lékařka máme domluvený postup a komunikaci.“

*Mají děti se syndromem CAN přiděleny speciální sestry, které jsou v této problematice zkušenější či speciálně proškolené?*

„V naší ordinaci pracují 2 sestry se stejnými zkušenostmi a stejnou délkou praxe.“

*Máte k dispozici psychologa?*

„V naší ordinaci psychologa nemáme, ale v budově, ve které se nachází naše ordinace má ordinaci paní psycholožka, s kterou máme domluvenou spolupráci, v případě nutnosti akutní psychologické intervence. Dále máme kontakty na DKC, FOD a Linku bezpečí.“

*Máte na oddělení standard ošetrovatelské péče o dítě s CAN či metodický pokyn?*

„Standard ošetrovatelské péče nemáme, máme domluvený a sepsaný postup a komunikaci při podezření na CAN, takže máme v naší ordinaci jakýsi metodický pokyn.“

*Co by se dalo a mělo zlepšit v péči o děti s CAN?*

„Vždy je samozřejmě co zlepšovat, ale v tomto případě nám v naší ordinace vše funguje jak má. Jediné co nemáme, jsou panenky, které jsou vybavené mužským a ženským pohlavím, které by bylo dobré při rozhovoru a vyšetření dítěte s podezřením na CAN použít. Panenky máme již objednané.“

### **Rozhovor 3**

Rozhovor 3 s respondentem 3 proběhl na dětském oddělení Nemocnice Prachatice, a. s. Dětská sestra, 58 let, má vystudovanou Střední zdravotnickou školu, na oddělení pracuje 40 let.

*Kolikrát za vaší praxe jste ošetřovala dítě s podezřením či syndromem CAN?*

„Několikrát jsem ošetřovala dítě se zanedbáváním (hygieny, stravy, oblékání), dítě s psychickým, fyzickým týráním a také s podezřením na sexuální znásilnění, které se ukázalo jako falešným nařčením dívky, sama dívka toto falešné obvinění po několika dnech potvrdila. Po následném šetření v rodině, se ukázala, že na dívku i její sourozence jsou kladeny přehnaně vysoké nároky na učení, koníčky. Všechny případy byly předány orgánu sociálně právní ochrany dětí a PČR.“

*Co považujete za největší překážky při ošetřování dítěte s CAN?*

„Jako největší předsudky a následné problémy v komunikaci považuji prvotní odsouzení rodičů při podezření na syndrom CAN a z toho vyplývající problémy v komunikaci s rodiči. Při dlouhodobější hospitalizaci dětí, které jsou většinou



hospitalizovány samotné, je to přílišná fixace na děti, ke kterým máme soucit s tím, co se jim v životě událo.“

*Existují specifika ošetrovatelské péče o děti s CAN a bez CAN?*

„Podle mého specifika ošetrovatelské péče neexistují, jediné co se dá považovat za specifikum je podrobné vedení lékařské dokumentace. Bohužel ošetrovatelská dokumentace je stejná u dětí bez syndromu CAN i s CAN.“

*Existuje rozdíl v péči o děti s tělesným, psychickým či sexuální tyráním?*

„Rozdíl v péči nevidím, snažíme se vycházet z individuálních potřeb dítěte a trávíme s dětmi celou službu, ani v noci je nenecháváme samotné, mívají často noční běsy.“

*Je personál speciálně proškolen pro péči o dítě s CAN?*

„Personál není speciálně proškolen, každá sestra si v rámci registrace vybírá školení podle svých zájmů, ale určitě by to bylo přínosné absolvovat takové školení.“

*Mají děti se syndromem CAN přiděleny speciální sestry, které jsou v této problematice zkušenější či speciálně proškolené?*

„Těmto dětem se snažíme přidělit sestry, které již mají zkušenost s touto problematikou a hlavně souhlasí a cítí se na péči o takto postižené dítě.“

*Máte k dispozici psychologa?*

„Bohužel v naší nemocnici nepracuje psycholog, máme kontakty na externí psychology, kteří jsou ochotni kdykoli je požádáme o pomoc v co nejkratší době dorazit, ale většinou je to po jejich pracovní dobu nebo až druhý den.“

*Máte na oddělení standard ošetrovatelské péče o dítě s CAN či metodický pokyn?*

„Standard ošetrovatelské péče ani metodický pokyn nemáme, ale určitě by byl přínosem v péči o děti s CAN.“

*Co by se dalo a mělo zlepšit v péči o děti s CAN?*

„Určitě proškolení sester, vytvoření nějakého ošetrovatelského standardu či metodického pokynu a ošetrovatelské dokumentace pro děti s podezřením na syndrom CAN, čeho si všítat, na co nezapomenout, čeho se vyvarovat, jaké otázky klást a jakých se vyvarovat. A to vše ideálně ve spolupráci s odborníky na tuto problematiku, jako pracovníci Dětských krizových center, Fondu ohrožených dětí.“

#### **Rozhovor 4**

Rozhovor 4 s respondentem 4 proběhl na Jihočeské záchranné službě. Zdravotnický záchranář 38 let, má vystudovanou Střední zdravotnickou školu, nástavbové studium zdravotnický záchranář, ukončené specializační studium ARIP, vysokoškolské studium ošetrovatelství. Na záchranné službě pracuje 13 let, předtím pracoval 3 roky na ARO.

*Kolikrát během vaší praxe jste ošetřovala dítě s podezřením či syndromem CAN?*

„Během mé praxe jsem se tímto syndromem setkal několikrát. Nejčastěji šlo o zanedbávání (výživa, hygiena, oblečení, péče), několikrát jsme byli přivoláni do bytu, kde jsme našli děti, které tam byli několik dnů samotné, měly hlad, strach a bylo jim smutno. Dále šlo o fyzické týrání, ale bohužel jsme se to většinou dozvěděli zpětně, až když jsme byli jako posádka předvoláni k výslechu na PČR. Bohužel jsem zažil i jeden otřesný případ fyzického týrání, šlo o popálené batole, po předání případu PČR a následném šetření ukázalo a matka to následně při policejním výslechu přiznala, že dítěti popáleniny způsobil partner úmyslně, ale ZZS rodina zavolala až s několikahodinovým zpožděním a dítě bohužel po několika dnech na následky popáleninového šoku zemřelo.“

*Co považujete za největší překážky při ošetřování dítěte s CAN?*

„Pro mě je to časová tíseň na výjezdech ZZS, kdy vše probíhá poměrně rychle a často též rutinně. Ve většině případů ani nepomyslíme na syndrom CAN, i když některé faktory by nás měli předem varovat. Dále je to neznalost mnoha záchranářů o této problematice. Hodně stresující je též komunikace s rodiči i dítětem, výjezdy k zraněným dětem jsou hodně emočně vypjaté. Dále je to někdy nepřítomnost ženského faktoru v sanitě, když posádku tvoří pouze muži a jak je z praxe známo děti reagují lépe na ženy.“

*Existují specifika péče o děti s CAN a bez CAN?*

„Specifikem záchranné služby je, že zraněným dětem rozdáváme Kryštůfky, což je plyšový panák záchranář, který by měl dětem ulehčit pobyt v sanitě a následně i v nemocnici, pokud jedou bez rodiče. Nebo dětem nafukujeme rukavice a na ně pak nakreslíme veselý obličej, nebo jim třeba dáváme na hraní injekční stříkačku. Ale tyto

hračky rozdáváme všem dětem s CAN i bez CAN. Specifika péče o děti s CAN a bez CAN v práci na ZZS nevidím.“

*Existuje rozdíl v péči o děti s tělesným, psychickým či sexuálním týráním?*

„Rozdíly v péči o tyto děti nevidím, jediné když z tíšňové výzvy dopředu víme a dispečerů vyhodnotí tuto výzvu jako potencionální týrání, tak například k sexuálnímu týrání vysílají záchranářku ženu, ale ne vždy to personální kapacity umožní.“

*Je personál speciálně proškolen pro péči o dítě s CAN?*

„Bohužel personál speciálně proškolen není, což je podle mého škoda. Personálu chybí jak teoretické tak praktické znalosti v této problematice. Nejrozšířenější obzory a znalosti mají podle mých zkušeností vysokoškolsky vzdělaní záchranáři a dětské sestry pracující jako výjezdové sestry ZZS. Personál absolvuje pravidelná školení, ze všech medicínských a ošetrovatelských okruhů., ale bohužel ani při pediatrických školeních se tomuto tématu nevěnuje velká, občas ani malá pozornost.“

*Mají děti se syndromem CAN přiděleny speciální sestry, které jsou v této problematice zkušenější či speciálně proškolené?*

„Speciálně proškolené záchranáře bohužel děti přidělené nemají a myslím, že je to na škodu.“

*Máte k dispozici psychologa?*

„Pracovníci ZZS mají k dispozici psychologa i speciální tým krizové intervence, ale je k dispozici pouze pro zaměstnance, kteří si potřebují popovídat, jsou psychicky unavení a potřebují psychologickou intervenci pro sebe.“

*Máte na oddělení standard ošetrovatelské péče o dítě s CAN či metodický pokyn?*

„Standard ani metodický pokyn nemáme. Studijní skupina vytváří doporučené postupy, ale díky vašemu rozhovoru tento postup určitě doporučím k vypracování, myslím, že pro naši práci by to bylo velice přínosné a zlepšilo péči o děti s podezřením na syndrom CAN.“

*Co by se dalo a mělo zlepšit v péči o děti s CAN?*

„Určitě je třeba připravit přednášku týkající syndromu CAN, doplnit teoretické a praktické znalosti záchranářů, zpracovat kazuistiky a to vše ve spolupráci pediatrů, PČR, DKC, FOD. Tímto vám moc děkuji za inspiraci.“

## **Rozhovor 5**

Rozhovor s respondentem 5 proběhl na traumatologické ambulanci Nemocnice Písek, a. s. Všeobecná sestra, 29 let, má vystudovanou Střední zdravotnickou školu, bakalářské studium ošetrovatelství. Na traumatologické ambulanci pracuje 3 roky, předtím pracovala 4 roky na chirurgickém oddělení.

*Kolikrát za vaší praxe jste ošetřovala dítě s podezřením či syndromem CAN?*

„Poprvé jsem se tímto termínem setkala při studiu ošetrovatelství. Dítě se syndromem CAN jsem ošetřovala asi 5x, vždy se jednalo o fyzické týrání. Bohužel pouze v jednom případě se týrání neprokázalo, v ostatních bylo potvrzeno fyzické týrání, jednalo se o nadměrné trestání dítěte bitím. Děti měly vícečetné hematomy různého stáří, pohmožděniny a jedno mělo starou již zhojenou zlomeninu, kterou ukázalo až námi indikované RTG vyšetření. Jedno dítě též jevílo známky zanedbávání (hygiena, strava).“

*Co považujete za největší překážky při ošetřování dítěte s CAN?*

„Za největší překážku považuji neznalost v této problematice, a to jak teoretickou tak praktickou, kterou způsobuje našťestí nízká četnost výskytu syndromu CAN. Nedostatky v praktických dovednostech při ošetřování dětského pacienta a v neposlední řadě jsou to problémy v komunikaci s rodinou i samotným pacientem, který se v přítomnosti rodičů bojí sdělit, co se doopravdy stalo.“

*Existují specifika péče o děti s CAN a bez CAN?*

„Při podezření na fyzické týrání zjišťujeme opakovaně příčinu úrazu od rodičů i dítěte, chceme přesně popsat mechanismus úrazu, případné svědky, indikujeme RTG vyšetření, vyhledáváme případnou starší dokumentaci dítěte v naší nemocnici. A v případě nejasností dále dítě odesíláme na dětské oddělení k dalšímu vyšetření a eventuální hospitalizaci.“

*Existuje rozdíl v péči o děti s tělesným, psychickým či sexuálníým týráním?*

„Rozdíl určitě existuje, ale my se na naší ambulanci setkáváme většinou s týráním fyzickým, při podezření na sexuální týrání odesíláme dítě na gynekologii a psychické týrání se většinou odhalí až při delším kontaktu s dítětem na oddělení při hospitalizaci.“

*Je personál speciálně proškolen pro péči o dítě s CAN?*

„Personál našeho oddělení není speciálně proškolen, ale jak tak zjišťuji tak by se to velice hodilo.“

*Mají děti s CAN přiděleny speciální sestry, které jsou v této problematice zkušenější či speciálně proškolené?* „Pokud to personální složení směny dovolí, dětského pacienta ošetřuje sestra s největší zkušeností s dětskými pacienty, ale ne vždy to personální obsazení směny dovolí, stejné je to i s lékařem, pokud je k dispozici lékař se specializací dětské chirurgie, vždy se takového pacienta ujímá on. V případě výrazně problémového dětského pacienta máme domluvenou spolupráci s dětskými sestrami z oddělení, které nám mohou přijít vypomoci.“

*Máte k dispozici psychologa?*

„V naší nemocnici bohužel není zaměstnaný psycholog, ani nespolupracujeme s externím psychologem.“

*Máte na oddělení standard ošetrovatelské péče o dítě s CAN či metodický pokyn?*

„Ošetrovatelský standard péče o dítě s CAN ani metodický pokyn nemáme, ale určitě by to bylo přínosné a pomohlo by to zlepšit péči o děti s podezřením na syndrom CAN.“

*Co by se dalo a mělo zlepšit v péči o děti s CAN?*

„Prohloubit jak teoretické tak praktické znalosti sester při ošetřování dětského pacienta, pořízení nějakých hraček k odvedení pozornosti dětí při vyšetření, zamyslet se nad obsazováním služeb, aby na každé směně byla sestra se zkušenostmi s dětským pacientem. Určitě vytvoření vámi zmiňovaného standardu ošetrovatelské péče.“

## **Příloha 2**

### **Dotazník**

Vážené kolegyně, vážení kolegové,  
jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a píši diplomovou práci na téma „CAN – syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte“. Tímto Vás prosím o vyplnění dotazníku, který bude využit při zpracování mé diplomové práce. Dotazník je anonymní a výsledky budou použity pouze pro potřebu mé práce. Při vyplňování označte nejvhodnější odpověď, popřípadě i více možností nebo doplňte vlastními slovy. Předem děkuji za Vaši spolupráci.

Bc. Klára Zasadilová

#### **1. Jaký je váš věk?**

1. 20 let a méně
2. 21 – 30 let
3. 31 – 40 let
4. 41 – 50 let
5. 51 – 60 let
6. 61 let a více

#### **2. Jaká je délka Vaší odborné praxe?**

1. méně než 1rok
2. 1 – 5 let
3. 6 – 10 let
4. 11 – 20 let
5. 21 – 30 let
6. 31 let a více

#### **3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

1. středoškolské
2. středoškolské + specializace
3. vyšší odborné
4. vysokoškolské Bc.
5. vysokoškolské Mgr.
6. vysokoškolské + specializace
7. jiné \_\_\_\_\_

#### **4. Na jakém oddělení pracujete?**

1. dětské oddělení
2. chirurgická ambulance
3. traumatologická ambulance
4. zdravotnická záchranná služba
5. ordinace pediatra

6. jiné \_\_\_\_\_

**5. Studujete v současné době?**

1. ano
2. ne

**6. Jak často ošetřujete dětské pacienty?**

1. denně
2. 1x za 3 dny
3. 1x týdně
4. 1x za 14 dní
5. méně než 1x měsíčně

**7. Znáte syndrom CAN ?**

1. ano definujte prosím

\_\_\_\_\_

2. ne
3. nejsem si jistá/ý

**8. Jaké znáte formy CAN?**

**týrání** popište prosím, jaké znáte formy

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**zneužívání** popište prosím, jaké znáte formy

\_\_\_\_\_

**zanedbávání** popište prosím, jaké znáte formy

\_\_\_\_\_

**9. Ošetřoval/a jste někdy dítě s podezřením na syndrom CAN?**

1. ano popište prosím formu

\_\_\_\_\_

2. ne
3. nejsem si jistá/ý

**10. Ošetřoval/a jste někdy dítě se syndromem CAN?**

1. ano popište prosím formu

\_\_\_\_\_

2. ne
3. nejsem si jistá/ý

**11. Znáte diagnózu Shaken Baby Syndrome (syndrom třeseného dítěte)?**

1. ano
2. ne, ještě jsem se s ní nesešla
3. nevím, nejsem si jistý/á

**12. V jakém věku je dítě nejvíce ohroženo tělesným týráním?**

1. mezi 1. – 2. rokem
2. mezi 3. – 5. rokem
3. mezi 6. – 8. rokem
4. mezi 8. – 12. rokem
5. v období puberty

**13. V jakém věku je dítě nejvíce ohroženo psychickým týráním?**

1. mezi 1. – 2. rokem
2. mezi 3. – 5. rokem
3. mezi 6. – 8. rokem
4. mezi 8. – 12. rokem
5. v období puberty

**14. Znáte četnost výskytu syndromu CAN?**

1. 1 – 2%
2. 5%
3. 10%
4. 15%
5. 20%

**15. Jaká je nejčastější příčina smrti u dítěte s CAN?**

1. poranění nitrobřišních orgánů
2. poranění nitrohručních orgánů
3. popáleniny
4. poranění hlavy

**16. Víte v jakých případech zvýšit pozornost a vyslovit podezření na syndrom CAN? (můžete zaškrtnout více odpovědí)**

1. mechanismus úrazu neodpovídá poranění
2. neurčitost popisu úrazu nebo změny popisu
3. rodiče odmítají dát souhlas s hospitalizací dítěte
4. časté změny lékařů
5. jako důvod úrazu je uváděn pokus o resuscitaci
6. zranění neodpovídá anamnéze nebo vývojovému stupni dítěte
7. v rodině žije nevlastní otec
8. v rodině již byl případ, který byl šetřen či diagnostikován jako CAN



**17. Které úkony je třeba provést při vyšetřování dítěte s podezřením na syndrom CAN?**

**(můžete zaškrtnout více odpovědí)**

1. izolace dítěte od rodiče
2. podrobně odebrat anamnézu
3. navodit příjemnou, poklidnou atmosféru
4. fotodokumentace poranění, podlitin
5. pečlivé vedení dokumentace
6. vyšetření provádět v náručí rodiče
7. indikovat kompletní rentgenové vyšetření
8. k vyšetření přizvat i další sourozence
9. bolestivá vyšetření provádět nakonec
10. případ ohlásit policii

**18. Které faktory přispívají k syndromu CAN? (můžete zaškrtnout více odpovědí)**

1. pláč dítěte
2. nevlastní rodič v rodině
3. disfunkčnost rodiny
4. zkušenost s týráním v dětství u rodičů
5. zneužívání omamných látek
6. manželské a milenecké konflikty

**19. Setkal/a jste se během posledního roku s termínem syndrom CAN v odborné literatuře?**

1. ano
2. ne
3. nevím

**20. Máte dostatek informací o ošetřovatelské péči o dítě se syndromem CAN?**

1. ano
2. ne
3. nevím

**21. Uvítal/a byste více odborných informací ohledně syndromu CAN a ošetřovatelské problematiky?**

1. ano
2. ne
3. nevím

**22. V jaké formě by tyto informace měly být, aby pro Vás byly snadno dosažitelné? (můžete zaškrtnout více odpovědí)**

1. semináře, školicí akce, kongresy atd.
2. články v odborných časopisech
3. odborná literatura, knihy
4. e - learningové kurzy

5. brožury, letáky

6. uveďte jiné \_\_\_\_\_

**23. Máte na vašem oddělení k dispozici standard ošetrovatelské péče (eventuelně metodický pokyn) pro ošetřování dítěte se syndromem CAN?**

1. ano

2. ne

3. nevím

**24. Uvítal/a byste standard ošetrovatelské péče o dítě se syndromem CAN?**

1. ano

2. ne

3. nevím

**25. Pokud máte nějaké připomínky, týkající se tohoto tématu, prosím o vyjádření:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Děkuji Vám za čas, který jste strávil/a nad tímto dotazníkem.**

### **Příloha 3**

#### **Nejčastější ošetřovatelské diagnózy**

Bezmocnost, strach, úzkost

Porušená kožní integrita, riziko vzniku infekce

Akutní bolest, chronická bolest

Posttraumatický syndrom, traumatický syndrom ze znásilnění

Porušený spánek

Porušený obraz těla, riziko situačně snížené sebeúcty

Nedostatečná výživa, narušený růst a vývoj

Narušená sociální interakce, riziko sebepoškození

Neefektivní podpora zdraví, narušená rodičovská role, narušený chod rodiny

Neefektivní sexuální vzorce (rodiče, dospělého vůči dítěti)

## **Příloha 4**

### **Klasifikace syndromu CAN dle Mezinárodní klasifikace nemocí**

**T 74** uvádí syndromy týrání

**.0** zanedbávání, opuštění dítěte

**.1** tělesné týrání, syndrom „bitého dítěte“)

**.2** sexuální zneužívání

**.3** psychické týrání

**.8** jiné týrání

**.9** NS týrání

**F 40 – 48** somatomorfni , stresové poruchy

**X 85 – Y 9** napadení, útok

**Y 05** sexuální napadení s použitím tělesné síly

**Y 07** jiné syndromy špatného zacházení (pohlavní zneužívání)

**Z 55 – Z 65** osoby s potenciálně ohroženým zdravím ve vztahu k socioekonomickým a psychologickým okolnostem

**Z 61** problémy spojené s negativními událostmi v dětství

**Z 72** problémy spojené se životním stylem

**Z 72.5** vysoce rizikové sexuální chování

## **Příloha 5**

### **Zákony a syndrom CAN**

Všeobecná deklarace lidských práv – článek 16

Mezinárodní pakt o občanských a politických právech – článek 23 (vyhláška 220/76 Sb.)

Evropská úmluva o ochraně lidských práv a svobod, článek 12 (vyhláška 109/92 Sb.)

Listina základních práva svobod

Zákon 94/63 Sb. o rodině – novela 234/92 Sb.

Zákon 104/91 Sb. Úmluva o právech dítěte

Trestní zákon č. 65/94

§ 212 trestný čin opuštění dítěte

§ 213 trestný čin zanedbání povinné výživy

§ 215 trestný čin týrání svěřené osoby

§ 216a trestný čin obchodování s dětmi

§ 216b trestný čin únosu dítěte

§ 217 trestný čin ohrožování mravní výchovy mládeže

§ 221 trestný čin ublížení na zdraví

§ 242 trestný čin pohlavního zneužívání

§ 167 trestný čin nepřekažení trestného činu

§ 168 trestný čin neoznámení trestného činu

§ 89/7 trestný čin těžké újmy na zdraví, mučivé útrapy