



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Úloha dětské sestry v prevenci CAN syndromu

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **PEDIATRICKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Aneta Kroužková

Vedoucí práce: doc. Ing. Iva Brabcová, Ph.D.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Úloha dětské sestry v prevenci CAN syndromu*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 5.5.2023

.....

podpis

Poděkování

V prvé řadě bych ráda poděkovala mé vedoucí bakalářské práce paní doc. Ing. Ivě Brabcové Ph.D., a to především za odborné rady, trpělivost, energii a čas, který mi věnovala. Dále bych chtěla poděkovat své rodině a příteli za podporu během celého studia.

Úloha dětské sestry v prevenci CAN syndromu

Abstrakt

Současný stav: Syndrom CAN (*Child Abuse and Neglect*) lze charakterizovat jako fyzické a psychické týrání, sexuální zneužívání a zanedbávání dítěte. Nejčastěji se takového jednání s dítětem dopouští rodiče nebo rodinní příslušníci. Součástí CAN syndromu je i domácí násilí a šikana.

Cílem práce bylo vyhodnotit trendy v počtu hlášených případů násilí na dětech v České republice v letech 2012-2021, popsat znalost rodičů o syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, popsat znalosti rodičů o syndromu třeseného dítěte, popsat roli dětských sester v prevenci syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte a popsat roli dětských sester v prevenci syndromu třeseného dítěte.

Metodika: Pro empirickou část práce byla zvolena kvalitativně-kvantitativní výzkumná strategie. Pro kvantitativní sběr dat byly zvoleny metody sekundární analýza dokumentů z Ministerstva práce a sociálních věcí za období 2012-2021. Pro druhou část kvantitativního výzkumu byla využita metoda dotazníkové šetření pomocí nestandardizovaného strukturovaného dotazníku. Sběr dat probíhal z části v ordinacích praktických lékařů a z části byla data sesbírána online, prostřednictvím sociálních platforem pro rodiče. Celkem se do dotazníkového šetření zapojilo 212 rodičů. Pro kvalitativní sběr dat byla zvolena metoda polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumný soubor tvořilo šest sester pracujících u praktického lékaře pro děti a dorost. Výběr rodičů a sester byl záměrný.

Výsledky: Ve sledovaném období 2012-2021 bylo do registru MPSV nahlášeno celkem 84 897 případů týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí (100 %). Nejčastější zastoupenou formou syndromu CAN bylo zanedbávání 72 %. Případů psychicky týraných dětí bylo 11,2 %, případů sexuálně zneužívaných dětí, včetně dětské prostituce a dětí zneužitých k pornografii, bylo 10,2 %. Fyzicky týraných dětí bylo 7,6 %. Zastoupení dívek a chlapců bylo téměř vyrovnané, jednalo se o 51,5 % dívek a 48,5 % chlapců. Nejvíce týranou, zneužívanou a zanedbávanou skupinou dětí byly děti ve věku od 6 do 15 let 55 %. V rámci statistického testování nebyla potvrzena hypotéza, že počty

hlášených případů násilí na dětech v letech 2012-2021 významně rostly ($p < 0,830$). Dotazníkového šetření se účastnilo celkem 212 rodičů a z toho se 43,9 % respondentů setkala s nějakou formou syndromu CAN. Dle oslovených rodičů mezi nejrizikovější skupiny osob, u kterých je vyšší riziko, že se budou dopouštět týrání, zanedbávání nebo zneužívání dítěte patří: osoby závislé na alkoholu (průměrná hodnota $4,5 \pm 0,8$); uživatelé návykových látek ($4,5 \pm 0,9$) anebo sexuální devianti ($4,3 \pm 0,9$). Nejčastěji se dle respondentů dopouští sexuálního zneužívání nevlastní otec (87,7 %) nebo strýc (66,0 %). Dle respondentů mezi příznaky fyzického týrání patří: modřiny různého stáří ($4,6 \pm 0,7$), změna chování dítěte ($4,4 \pm 0,7$), popáleniny ($4,3 \pm 0,8$), zlomeniny ($4,2 \pm 0,9$) nebo bodné rány ($3,8 \pm 1,3$). Dle respondentů mezi příznaky sexuálního zneužívání dětí patří: poranění análního otvoru ($4,5 \pm 0,9$), krvácení z pohlavních orgánů ($4,4 \pm 1,0$), změny chování ($4,3 \pm 0,9$), zvýšená úzkostnost nebo agresivita ($4,3 \pm 0,9$). Nejčastěji rodiče souhlasili s tvrzením, že důsledkem třesení s kojencem je poranění jeho mozku ($4,4 \pm 0,9$), krvácení do mozku ($4,4 \pm 1,2$), smrt dítěte ($4,0 \pm 1,3$) nebo krvácení do sítnice ($3,9 \pm 1,7$). Znalost rodičů o syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte a syndromu třeseného dítěte se významně neměnila v závislosti na jejich vzdělání ($p < 277$) ani na jejich věku ($p < 406$). Na základě rozhovorů se sestrami v primárně-preventivní péči lze konstatovat, že role sester v prevenci CAN syndromu spočívá ve vyhledávání rizikových skupin dětí pro vznik CAN syndromu, spolupráce s dětským lékařem a edukace rodičů o syndromu třeseného dítěte.

Závěr a doporučení pro praxi: Na základě teoretické a empirické části výzkumného šetření byl navržen informativní materiál „CAN syndrom“, který je určený pro rodiče a sestry v ordinacích PLDD.

Klíčová slova: dětská sestra, násilí na dětech, prevence, syndrom CAN

The role of paediatric nurse in prevention of the CAN syndrome

Abstract

Current state: CAN (Child Abuse and Neglect) syndrome can be characterized as physical and psychological abuse, sexual abuse and neglect of a child. The most common perpetrators of such treatment are parents or family members. Domestic violence and bullying are also part of CAN syndrome.

The aim of the thesis was to evaluate trends in the number of reported cases of violence against children in the Czech Republic within the observed period of 2012-2021, to describe parents' knowledge of the abused and neglected child syndrome, to describe parents' knowledge of the Shaken Baby Syndrome, to describe the role of paediatric nurses in the prevention of the abused and neglected child syndrome and to describe the role of paediatric nurses in the prevention of the Shaken Baby Syndrome.

Methodology: A combination of a qualitative-quantitative research strategy was chosen for the empirical part of the thesis. For the quantitative data collection, the method chosen was secondary analysis of documents from the Ministry of Labour and Social Affairs from the period 2012-2021. For the second part of the quantitative research, a questionnaire survey method was used using a non-standardized structured questionnaire. The data collection was partly carried out in the practitioners' offices for children and adolescents, and partly collected on the internet through forums for parents. A total of 212 questionnaires were collected. The method of semi-structured interviews was chosen for qualitative data collection. The research file consisted of six nurses working at practitioners' offices for children and adolescents.

Results: In the period of 2012-2021, a total of 84 897 cases of abused and neglected children were reported to the register of the Ministry of Labour and Social Affairs (100%). Neglect was the most frequent form of CAN syndrome (72%). 11.2% children suffering from CAN syndrome were mentally abused, 10.2% were sexually abused including children in prostitution and children used for pornography, 7.6% were physically abused. The representation of girls and boys was almost equal, with 51.5% of girls and 48.5 % of boys. The most abused and neglected age group of children were children aged 6–15

(55%). Statistical testing did not confirm the hypothesis that the number of reported cases of violence against children increased significantly in the period of 2015-2021 ($p < 0.830$). A total of 212 parents participated in the survey and 43.9% of the respondents had experienced some form of CAN syndrome. According to the parents surveyed, the most at-risk groups of people who are at higher risk of child abuse, neglect or exploitation include: alcohol addicts (mean value 4.5 ± 0.8); substance abusers (4.5 ± 0.9); or sexual deviants (4.3 ± 0.9). According to the respondents, the most frequent perpetrators of sexual abuse were stepfathers (87.7%) or uncles (66.0%). According to the respondents, symptoms of physical abuse include: bruises of different ages (4.6 ± 0.7), change in the child's behaviour (4.4 ± 0.7), burns (4.3 ± 0.8), fractures (4.2 ± 0.9) or stab wounds (3.8 ± 1.3). According to respondents, symptoms of child sexual abuse include: anal injuries (4.5 ± 0.9), genital bleeding (4.4 ± 1.0), behavioural changes (4.3 ± 0.9), increased anxiety or aggression (4.3 ± 0.9). Parents were most likely to agree with the statement that shaking their infant resulted in brain injury (4.4 ± 0.9), brain haemorrhage (4.4 ± 1.2), death of the infant (4.0 ± 1.3), or retinal haemorrhage (3.9 ± 1.7). Parents' knowledge of Abused, Abused and Neglected Child Syndrome and Shaken Baby Syndrome did not vary significantly with their education ($p < 277$) or age ($p < 406$). Based on the interviews with primary care nurses, it can be concluded that the role of nurses in the prevention of CAN syndrome is to seek out children at risk for CAN syndrome, collaborate with the paediatricians, and educate parents about Shaken Baby Syndrome.

Conclusion and recommendation for praxis: On the basis of the theoretical and empirical part, an informative material was designed CAN „syndrome” for parents and nurses in general practitioners' offices for children and adolescents.

Key words: CAN syndrome, paediatric nurse, prevention, violence against children

Obsah

Úvod.....	10
1 Současný stav.....	11
1.1 Rodina a její funkce	12
1.1.1 Typy rodiny dle úplnosti a funkčnosti.....	12
1.2 Syndrom CAN	14
1.2.1 Fyzické týrání dítěte	14
1.2.2 Psychické týrání dítěte.....	15
1.2.3 Sexuální zneužívání.....	18
1.2.4 Zanedbávání dítěte	19
1.3 Rizikové faktory zvyšující pravděpodobnost CAN syndromu	22
1.4 Historie syndromu CAN	23
1.5 Prevence syndromu CAN	28
1.5.1 Primární prevence	29
1.5.2 Sekundární prevence	31
1.5.3 Terciární prevence.....	32
2 Cíle, výzkumné otázky, hypotézy	34
2.1 Cíle práce	34
2.2 Vědecké hypotézy (vztahující se k cílům 1-3).....	34
2.3 Výzkumné otázky (vztahující se k cílům 4-5)	34
2.4 Operacionalizace základních pojmů	34
3 Metodika	36
3.1 Použité metody	36
3.2 Použitá technika sběru kvantitativních dat	36
3.3 Použitá technika sběru kvalitativních dat	36
3.4 Výzkumné soubory	37
4 Výsledky	38
4.1 Vyhodnocení kvalitativních dat	38

4.1.2 Regresní model vývoje počtu dětí s CAN	49
4.2 Výsledky dotazníkového šetření	50
4.2.1 Testování hypotéz	58
4.3 Vyhodnocení kvalitativních dat	59
4.3.1 Kategorie 1 Socio-profesní charakteristika informantek	59
4.3.2 Kategorie 2 Znalosti sester o syndromu CAN	60
4.3.3 Kategorie 3 Znalosti sester o syndromu třeseného dítěte	61
4.3.4 Kategorie 4 Rizikové skupiny osob (rodičů a dětí)	62
4.3.5 Kategorie 5 Edukace a intervence dětských sester v prevenci CAN syndromu	62
4.3.6 Kategorie 6 Naplňování potřeb dítěte rodinou	63
4.3.7 Kategorie 7 Role dětských sester v prevenci CAN syndromu.....	65
5 Diskuse.....	67
6 Závěr	76
6.1 Doporučení pro praxi	76
7 Seznam literatury	77
8 Seznam zkratk	82
9 Seznam příloh	83

Úvod

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila téma Úloha dětské sestry v prevenci CAN syndromu. Rozhodla jsem se pro něj, protože jsem se setkala s dětmi, jež rodiče týrali, zneužívali nebo zanedbávali. A pokud o tomto jevu nebudeme mluvit, nebudeme ho ani řešit a nikdy nezmizí a děti jsou to nejcennější co máme. Syndrom CAN je aktuální téma a zabývá se jím, jak odborná, tak laická veřejnost. Syndrom CAN můžeme charakterizovat jako fyzické týrání a/nebo psychické týrání a/nebo sexuální zneužívání a/nebo zanedbávání dítěte nejčastěji rodičem nebo jinou blízkou osobou. Do psychického týrání dítěte lze zařadit domácí násilí a šikanu. Dítě je svědkem domácího násilí, i když si rodiče často myslí, že dítě násilí, které se ho netýká, nevnímá, ale opak je pravdou. Jelikož se nevhodné zacházení s dítětem odehrává nejčastěji v jeho domově, je důležité klást důraz na prevenci syndromu CAN. Prevencí je vyhledávání rizikových faktorů, které zvyšují pravděpodobnost vzniku syndromu CAN. V případě, že již došlo k nevhodnému zacházení s dítětem, je důležitá včasná detekce, předcházení komplikacím a nalezení vhodného řešení pro dítě. Součástí primární prevence je osvěta. Osvětou, vzděláním odborné i laické veřejnosti a dobře cílenou prevencí lze předcházet nevhodnému zacházení s dítětem.

Dětská sestra se podílí na prevenci syndromu CAN sbíráním informací o dítěti a rodině a následným plánováním a realizováním ošetrovatelské péče. Také je součástí multidisciplinárního týmu a poskytuje souhrnnou ošetrovatelskou péči o dítě hospitalizované se syndromem CAN.

V teoretické části bakalářské práce je popsána rodina, její funkce a dysfunkce, jednotlivé formy syndromu CAN včetně domácího násilí a šikany, rizikové faktory zvyšující pravděpodobnost CAN syndromu, historie CAN syndromu a prevence CAN syndromu. Empirická část je rozdělena na kvantitativní a kvalitativní část. Prvním cílem práce bylo vyhodnotit trendy v počtu hlášených případů násilí na dětech v letech 2012-2021. Druhým cílem bylo popsat znalost rodičů o syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Třetím cílem bylo popsat znalosti rodičů o syndromu třeseného dítěte. Čtvrtým cílem bylo popsat roli dětských sester v prevenci syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte a pátým cílem bylo popsat roli dětských sester v prevenci syndromu třeseného dítěte. Na základě teoretické a empirické části výzkumného šetření byl navržen informativní materiál „CAN syndrom“, určený pro rodiče a sestry v ordinacích PLDD.

1 Současný stav

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte můžeme charakterizovat, jako narušení fyzického, psychického a sociálního stavu dítěte. Jedná se o souhrn negativních důsledků špatného jednání s dítětem (Fischer a Škoda, 2014). Rozeznáváme čtyři základní formy nevhodného zacházení s dítětem: fyzické neboli tělesné týrání, psychické neboli emocionální týrání, sexuální zneužívání a zanedbávání (Pugnerová a Kvintová, 2016). S tímto syndromem se můžeme setkat v jakékoliv věkové kategorii dětí. Špatné zacházení se týká, jak novorozenců, kojenců, batolat, tak školních dětí. Příčinou syndromu CAN je špatné zacházení s dítětem nejčastěji rodiči, blízkou osobou nebo osobami, které o dítě pečují (Mixa et al., 2021). Častěji děti týrají lidi, kteří jsou závislí na alkoholu nebo drogách. Lidi, kteří mají agresivní povahové rysy a jsou impulzivní a cholericí (Kukla, 2016). Taktéž se může jednat o rodiče, který byl v dětství týrán a nyní týrá své dítě. V této souvislosti mluvíme o transgeneračním přenosu násilí (Pugnerová a Kvintová, 2016). Nebo kruhové kauzalitě (Mydlíková et al., 2021). Rizikovým faktorem pro vznik špatného zacházení s dítětem jsou i stresové situace v rodině, jako například: rozvádění rodičů, nevlastní rodič žijící s dítětem, nepříznivá socioekonomická situace rodiny a nezaměstnanost rodičů (Kukla, 2016). Děti, se kterými bylo nevhodně zacházeno se mohou v dospělosti hůře orientovat v mezilidských vztazích, mívají problémy v seberealizaci a často se podceňují. Bývají nezaměstnaní a nezvládají rodičovské role. Sexuální zneužívání v dětství může způsobovat různé psychické poruchy, neschopnost soužití v partnerském vztahu a ztrátu důvěry k lidem (Fischer a Škoda, 2014). V momentě, kdy je ohrožena náležitá výchova dítěte, přijímají pracovníci sociálně právní ochrany dětí opatření (dále jen OSPOD). Činnost OSPODu spočívá v poradenské činnosti, preventivní činnosti, sanaci rodiny, sociálním šetření, rozhovory s rodinou a spoluprací s jinými institucemi (Mertin a Krejčová, 2020). Setkání s týraným, zneužívaným nebo zanedbávaným dítětem musí každý občan ohlásit na OSPOD dle zákona o sociálně právní ochraně dětí (Kukla, 2016). Dětská sestra má za úkol získat co nejvíce informací a vše náležitě zdokumentovat. Když pojme sestra podezření na syndrom CAN, neprodleně upozorní lékaře a ve spolupráci s lékařem informuje OSPOD (Poskočilová a Petr, 2009).

1.1 Rodina a její funkce

Rodina patří mezi malé sociální skupiny. Je založena na svazku muže a ženy a na pokrevním vztahu mezi rodiči a dětmi nebo na vztahu nahrazujícím (Klíma, 2016). Je základní stavební jednotkou každé society. Dítě se rodí do rodiny, která je pro dítě první sociální skupinou a životním prostředím. Je pro dítě nezastupitelná a jak v oblasti tělesné, sociální, tak psychické má rodina rozhodující roli, obzvláště v časném dětství. Rodina uspokojuje důležité potřeby členů skupiny, jako základní životní potřeby, potřebu sociálního styku, lásky a jistoty, komunikace a vzájemné podpory. Prostřednictvím rodiny si dítě uvědomuje svou úlohu, postavení a místo ve společnosti a rodina zásadně participuje na začleňování dítěte do společnosti (Kopecká, 2015).

V rodinném prostředí se dítě učí vzorce chování, návyky, zvyklosti, dovednosti a vědomosti, které jsou později významné pro jeho vlastní život. Dítě zde také získává společenské, mravní, kulturní hodnoty a pravidla a učí se rozeznávat dobré a zlé (Kukla, 2016). Z pohledu společnosti má rodina řadu funkcí, kterými má zajistit normální vývoj dítěte a plnit požadavky na jeho výchovu (Fischer a Škoda, 2014). Rodina má plnit funkci biologicko-reprodukční, což znamená udržení života, plození potomstva a uspokojování sexuálních potřeb (Kopecká, 2015). Ekonomická funkce rodiny, spočívá v zabezpečení rodiny po finanční stránce. Zajistit rodinu tak, aby měla dostatek prostředků pro život, má za úkol rodič (Kukla, 2016). Rodina má také za úkol uspokojovat citové potřeby jedinců v rodině, potřebu bezpečí a jistoty, lásky, sounáležitosti a uznání, čemuž říkáme funkce emocionální. Dále má rodina za úkol jedince socializovat a vychovávat, má tedy socializačně-výchovnou funkci. To znamená zapojení jedince (dítěte) do společnosti. V rodině jsou dětem předávány hodnoty a zásady, jsou učeny zvládat své emoce a emoční inteligenci. Funkcí rekreační a regenerační myslíme smysluplné trávení společného volného času v rodině, relaxaci, odpočinek a vytváření pozitivních společných zážitků a vzpomínek (Kopecká, 2015).

1.1.1 Typy rodiny dle úplnosti a funkčnosti

Dle indikátoru úplnosti lze charakterizovat čtyři modely rodin. Jde o formálně úplnou rodinu, kde jsou v rodině oba rodiče dítěti pokrevně příbuzní nebo jeden z rodičů není příbuzný. Formálně neúplná rodina je rodina, kde je dítě narozené svobodné matce bez otce, nebo je jeden z rodičů po smrti, popřípadě jsou rodiče rozvedení. Dále

diferencujeme neformálně úplnou rodinu, kde rodiče žijí mimo manželský svazek, ale plní úlohy rodiny. Poslední model rodiny je neformálně neúplná rodina, kde jsou rodiče manželé, ale nežijí spolu (Kopecká, 2015).

Dle funkčnosti klasifikujeme rodinu na funkční, problémovou, dysfunkční a afunkční. Funkční rodina je charakteristická tím, že je v ní zajištěn řádný vývoj dítěte a jeho prospívání, tyto rodiny v populaci převažují. V problémové rodině jsou přítomny poruchy některých nebo všech funkcí. Nicméně tyto poruchy vážněji neohrožují správný vývoj dítěte a rodinný systém. Rodina dokáže tyto poruchy řešit bez podpory, eventuálně s podporou zdravotnických nebo sociálních pracovníků orgánů sociálně právní ochrany dětí. V dysfunkční rodině jsou už přítomny vážné poruchy některých či všech funkcí. Tyto poruchy jsou závažné a škodí rodině jako celku. V nefungující rodině je prosperita a vývoj dítěte v ohrožení. Jelikož není rodina schopna tyto poruchy zvládnout bez pomoci, je nutné přijmout opatření pro nápravu, tzv. sanace rodiny (Fischer a Škoda, 2014). Jde o součinnost sociálních pracovníků (OSPOD), praktických lékařů pro děti a dorost, dětských sester a pedagogů ze školního zařízení (Hurychová, 2016). V afunkční rodině jsou poruchy tak kritické, že rodina přestává plnit svůj účel, dítě poškozuje či dítě ohrožuje na životě. Jediným východiskem této rodinné situace je odejmout dítě z rodiny a umístit ho do rodiny náhradní. Pokud umístění do náhradní rodinné péče není možné, volí se ústavní péče (Fischer a Škoda, 2014).

Poruchy funkcí rodiny mohou být v oblasti biologicko-reprodukční, kde pár například nemůže mít děti nebo je mít nechce. V ekonomicko-zabezpečovacích rovinách může mít rodina nedostatek finančních prostředků. Porucha v oblasti emocionální se mezi členy rodiny může projevovat absencí citových vazeb mezi členy rodiny, lhostejností rodičů vůči dítěti, nebo až pocity nenávisti k dítěti, opuštěním dítěte, týráním a zneužíváním. Porucha funkce v oblasti socializačně výchovné se projevuje tím, že rodiče o dítě nemohou, nedokážou nebo nechtějí pečovat. Při selhání rodiny ve vykonávání jejích funkcí je vždy ohrožen vývoj dítěte a tento stav vyžaduje neodkladné řešení, při kterém spolu spolupracují pediatr s dětskou sestrou, sociální pracovníci, pedagog, psycholog a v některých případech i policie a orgány činné v trestním řízení (Klíma, 2016).

1.2 Syndrom CAN

Mydlíková (2021) definuje syndrom CAN (Child Abuse and Neglect), v překladu syndrom týraného zneužívaného a zanedbávaného dítěte, jako záměrný děj, kdy si dospělý člověk plně uvědomuje, co páchá. Nečiní tak v emocionálním rozrušení, ani se nejedná o přehnanou reakci, ale chování pachatele je cílené a chtěné. Takovéto jednání vůči dítěti je neakceptovatelné a je možné mu systémově zabránit. Jedná se o mnohdy opakující se činnost, která má ráz fyzického týrání a/nebo psychického týrání, sexuálního zneužívání a/nebo nečinnost, kdy dospělý člověk dítě zanedbává. Takovéto jednání pečující osoby poškozuje tělesný, duševní a společenský status dítěte (Mydlíková et al., 2021). Nejobvyklejším původcem týrání, zneužívání a zanedbávání jsou rodiče nebo jiní příslušníci rodiny, obzvláště pokud jsou k dítěti citově odtažití či na nich jsou děti závislé nebo děti využívají k naplnění vlastních potřeb. Jedná o použití větší tělesné síly, než má dítě, psychické nadřazenosti a moci nad podřízeným a závislým dítětem. Také sem spadá nezabránění takovému jednání s dítětem (Fischer, 2014). Podle Světové zdravotnické organizace (World Health Organization, WHO) jsou děti, které jsou svědky domácího násilí, také týrány (Holá et al., 2016).

1.2.1 Fyzické týrání dítěte

Fyzické týrání rozdělujeme na aktivní tělesné týrání a pasivní tělesné týrání. Za aktivní tělesné týrání pokládáme všechny úkony tělesného násilí, které se dějí dítěti a tuto kategorii členíme na tělesné týrání dětí s následným poraněním a bez známek následného poranění. Mezi tělesné týrání s následným poraněním spadá bití rukou a prostřednictvím různorodých předmětů, poškození organismu teplem nebo chladem, poutání, poranění způsobené kousnutím a pořezáním (Pugnerová a Kvintová 2016).

Jako fyzické týrání bez známek následného poranění můžeme označit trávení, dušení a vyžadování opětovného lékařského vyšetření. Symptomy tělesného týrání můžeme rozdělovat na otevřená a zavřená poranění (Pugnerová, Kvintová, 2016).

Do příznaků uzavřených poranění řadíme pohmožděniny, chomáče vytržených vlasů, zranění způsobená kousnutím a škrábnutím, následná zranění svalů, kostí, kloubů, šlach a cév, zranění předměty, které byly použity při bití, strangulační rýhy viditelné na krku po dušení, tepelná poranění, jizvy po použití tepla nebo chladu, kopání a poutání,

svazování (Kukla, 2016). Syndrom třeseného dítěte (SBS – Shaken Baby Syndrome) spadá také do kategorie uzavřených poranění (Mixa et al., 2021).

Do otevřených poranění náleží všechny rány způsobené ostrým předmětem, který na kůži zanechává otevřenou ránu, střelné rány, poranění sliznic, poranění způsobené teplem, vnější krvácení (Kukla, 2016)

Také se může vyskytnout úmyslné trávení dítěte v podobě intoxikace chemikáliemi, léky, jedy, alkoholem a drogami. Symptomy týrání, které se mohou vyskytovat u akutních stavů, jsou bezvědomí, bolesti hlavy a břicha, bolesti svalů a křeče, poruchy dýchání a oběhu, krvácení a závratě (Kukla, 2016).

Do pasivního tělesného týrání spadá záměrné i nezáměrné nepečování o dítě, které má negativní dopad na dítě a způsobuje neprospívání, nedostatek rozvoje ve všech oblastech života, tzv. **zanedbanost**. Do této kategorie je zařazená nedostačující výživa, která může mít za následek podvýživu, podváha nebo opožděný růst a vývoj dítěte. Odpírání zdravotní péče, vzdělání, postrádání dostatečné ochrany, přístřeší a vykořisťování lze také zařadit do pasivního týrání (Pugnerová a Kvintová, 2016).

Jak již bylo řečeno, v rámci fyzického týrání také rozlišujeme syndrom třeseného dítěte, aktuálně nazývaným (Abusive head trauma, AHT). Jedná se o poranění lebky a mozku u dítěte mladšího pěti let, která jsou způsobena prudkým otřesem, náhlým nárazem nebo jejich kombinací prostřednictvím akcelerace, decelerace a rotační síly při třesení. Jedná se o celosvětově nejčastější příčinu smrtelných poranění hlavy u dětí mladších dvou let (Hung, 2020). Nejčastějším důvodem třesení s dítětem pečující osobou bývá frustrace z neustálého pláče a únava. Dospělá osoba může také třást s dítětem ze žárlivosti na všechnu pozornost, kterou dítě dostává. Pečující osoba často dítěti nechce ublížit, někdy se pouze snaží dítě zabavit nebo utiřit (Mixa et al., 2021).

1.2.2 Psychické týrání dítěte

Psychické, duševní či emocionální týrání je takové jednání, při kterém je dítě vystavováno nepřiměřenému tlaku ze strany dospělých (Cimrmanová, 2013) a které má nepříznivý dopad na emocionální vývoj dítěte, jeho jednání, individualitu, postoj dítěte k sobě samotnému či má nepříznivý dopad na rozvoj mezilidských vztahů. Duševní týrání je

téměř v každém případě součástí fyzického týrání a sexuálního zneužívání, ale může se objevovat izolovaně (Fischer a Škoda, 2014). Definovat pojem psychické týrání je v porovnání s fyzickým týráním nebo sexuálním zneužíváním značně komplikovanější, jelikož se psychické týrání hůře dokazuje a není vidět na první pohled (Pugnerová a Kvintová, 2016). Duševní týrání může mít jak pasivní, tak aktivní charakter. Při aktivním psychickém týrání je u dítěte snižována jeho důstojnost, je mu hrubě nadáváno, je jím pohrdáno, čelí výhrůzkám nebo je v dítěti cíleně vzbuzován strach (Kukla, 2016).

Pasivní psychické a emoční týrání je charakteristické tím, že se neděje něco, co se dítě má. Dítě je ze strany rodičů odmítané, rodiče dítěti nevěnují pozornost, nemají o dítě zájem, dítě nemá dostatek lásky, času a pozornosti nebo se nenaplnuje úzký vztah mezi matkou a dítětem. Aktivní a pasivní psychické týrání se může kombinovat. Forma psychického a emočního týrání se nejčastěji vyskytuje u dětí rodičů, kteří se rozvádějí a vedou spory o děti (Mydlíková et al., 2016). V těchto situacích je často dítě zatahováno do konfliktu mezi rodiči, kdy se rodič snaží získat dítě na svou stranu nebo brání druhému rodiči ve styku s dítětem (Kukla, 2016). Dítě je v rozvodové situaci mnohdy srovnáváno ponižujícím způsobem s druhým rodičem. Takovéto srovnávání může v rodině nastávat i v souvislosti s dalším sourozencem, kdy je jedno dítě kriticky dáváno za vzor druhému dítěti. Když mají rodiče nereálná očekávání ohledně výkonů ve škole nebo sportu a pokud dítě tato očekávání nesplní, je trestáno zákazy a je rodiči emočně vydíráno (Mydlíková et al., 2021). Do psychického týrání také spadá zavírání do tmavých prostor nebo izolování od ostatních osob (Kukla, 2016).

Následky psychického a emočního týrání jsou různé a vždy záleží na intenzitě týrání a době, po jakou je tomuto jednání dítě vystaveno. Dítě může mít poruchu chování, být agresivní a kopírovat chování dospělých a psychicky týrat někoho dalšího, ale také může být ustrašené, introvertní, trpět úzkostmi, mít nízké sebevědomí a problémy v interpersonálních vztazích. Často se vyskytují psychosomatická onemocnění, jako bolesti hlavy a břicha, vyrážky a podobně (Pugnerová a Kvintová, 2016).

Obvyklá forma psychického týrání dítěte je vystavení dítěte domácímu násilí (Sobotková, 2016). Domácí násilí obsahuje všechny formy fyzického, sexuálního a psychického týrání v jakémkoliv blízkém vztahu. Domácí násilí je opakované a dlouhodobé, postupem času se stupňuje a děje se pouze mimo veřejnost. Může mít spoustu podob od hrubého

nadávání, ponižování, vyhrožování přes ekonomické vydírání a omezování osobní svobody až k fyzickému ubližování a sexuálnímu násilí včetně komerčního sexuálního násilí (Cimrmanová, 2013). Domácí násilí mezi partnery zasahuje celou domácnost včetně dětí. V roce 2003 bylo vystavení dítěte domácímu násilí zařazeno k syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. O dětech se někdy mluví jako o zapomenutých a neviditelných obětech domácího násilí.

Existuje několik druhů vystavení dítěte domácímu násilí:

- vystavení dítěte násilí v období těhotenství, kdy je těhotná žena týrána
- když se dítě snaží násilí zabránit nebo je během incidentu zraněno.
- pokud je dítě donuceno podílet se na domácím násilí, někdy dokonce na týrání,
- když dítě vidí a slyší co se v rodině děje, nebo dělá, že o násilí neví.

Následky domácího násilí na psychiku jsou různorodé a velice závažné. Mladší děti, které nemohou týraného rodiče ubránit, můžou pociťovat vinu nebo odpovědnost, mít strach, úzkost a pocit bezmoci, může se u nich objevit návrat na vývojově nižší úroveň chování. Starší děti už vnímají, že se v jejich rodině děje něco, co se dítě nemá, proto pociťují stud a odlišnost. Mohou se objevit neurotické a psychosomatické potíže jako poruchy spánku, noční můry a děsy, bolesti břicha a hlavy a celkové neprospívání dítěte. U dospívajících se může objevit porucha příjmu potravy a deprese (Sobotková, 2016).

Další obvyklá forma psychického týrání je šikana. Šikana je sociálně nežádoucí chování a definujeme ji jako záměrné, agresivní jednání. Mezi šikanovaným a agresorem je nerovnováha síly, opakuje se a agrese není vyprovokována (Janošová et al., 2016). Mluvíme o šikaně, jestliže agresor nebo více agresorů říkají oběti nepříjemné zraňující věci, dělají si z něj legraci, nazývají ho způsobem, který není vhodný, přehlížejí ho nebo ho úplně vylučují ze skupiny, bijí ho, kopou, vrážejí do něj nebo ho zamykají v místnostech, šíří o oběti lži a drby, snaží se, aby ostatní neměli obět' rádi. S rozmachem elektroniky se šikana přenesla do kyberprostoru a vznikla nová podoba šikany a to kyberšikana (Janošová et al., 2016). Kyberšikana a šikana mají společný cíl: ranit. U klasické šikany je oběti ubližováno spíše tělesně, u kyberšikany je ubližováno více psychicky. Šikana a kyberšikana se mohou prolínat a agresori, kteří šikanují ve skutečném životě, zpravidla šikanují i na internetu (Martínek, 2015). Kyberšikana se od šikany liší tím, že agresor je anonymní a šikanovat má možnost kdokoliv, můžeme se

se s ní setkat v jakýkoliv čas na jakémkoliv místě, nejen ve školním zařízení, nemusí být záměrná. Lidé se ve virtuálním světě chovají jinak, jsou odváznější. Šikana se proto může šířit internetem již mimo vůli agresora prostým přeposíláním obsahu. Není snadné rozpoznat oběť kyberšikany, protože ta o svém problému většinou neinformuje své okolí (Martínek, 2015).

1.2.3 Sexuální zneužívání

Sexuální zneužívání je samostatný syndrom, který se nazývá CSA (Child Sexual Abused syndrome) a který je definovaný jako každý akt vůči dítěti, vázaný na libovolnou sexuální činnost. *“Zahrnuje jakékoliv sexuální dotýkání, styk či vykořisťování kýmkoliv, komu bylo dítě svěřeno do péče, anebo kýmkoliv, kdo se s dítětem dostal do nějakého styku. Takovou osobou může být rodič, příbuzný, přítel, odborný či dobrovolný pracovník či cizí osoba.”* (Pugnerová a Kvintová, 2016, s.363) Jde o využití moci nad dítětem, vztahu s ním a jeho závislosti na dospělé osobě. Je to zásah do intimní oblasti prožívání a může ovlivňovat další emoční život, vztah dítěte k sobě samému a jeho budoucí partnerské vztahy a sexuální život (Cimrmanová, 2013). Sexuální jednání, aby mohlo být považované za zneužívání, by mělo splňovat tyto podmínky: osoba dopouštějící se sexuálního jednání je výrazně starší a vyspělejší než dítě, tato osoba je v pozici autority nebo má pečovatelský vztah k dítěti a sexuální aktivity se dožaduje pomocí síly nebo podvodem (Pugnerová a Kvintová, 2016).

Sexuální zneužívání dělíme na bezdotykové a dotykové. U bezdotykové formy je nejčastější exhibicionismus, při kterém exhibicionista pociťuje vzrušení odhalováním genitálu před neznámými lidmi, v našem případě před dětmi. Do bezdotykového sexuálního zneužívání náleží také slovní sexuální návrhy (Mydlíková et al., 2021), sledování svlečeného nebo svlékajícího se dítěte pro vlastní vzrušení nebo uspokojení, ukazování dítěti sexuální praktiky dospělých a nucení dítěte k pozorování pornografie. Dotykové sexuální zneužívání dělíme na pasivní a aktivní, přičemž u pasivního zneužívání se zneužívající nechává osahávat, on sám se dítěte nedotýká, pouze ho navádí, co a jak má dělat. Aktivní zneužívání je charakteristické tím, že zneužívající osoba se dotýká dítěte na pohlavních orgánech, nadrech, hýždích a konečníku. Aktivní abuzor může s dítětem realizovat různorodé sexuální praktiky včetně neobvyklých (Kukla, 2016). Kontaktní a dotyková forma sexuálního obtěžování a zneužívání dítěte dospělým člověkem se nazývá pedofilie, obtěžování a zneužívání chlapců dospělým mužem říkáme

pederastie (Mydlíková et al., 2021). CSA syndrom můžeme také dál dělit na intrafamiliární či incestní, to znamená sexuální zneužívání příbuzným, jako matkou, otcem, bratrem, praoctem, strýcem i nevlastním otcem, a extrafamiliární, které se děje mimo rodinu, kde se může jednat o rodinného přítele (Pugnerová a Kvintová, 2016). Z hlediska vlivů na psychiku je incestní zneužívání horší, vede k narušení mezilidských vztahů v rodině a k patologické komunikaci mezi členy rodiny. Matky jsou většinou o tom, co se v rodině děje, přímo či nepřímo informovány a rozhodují se pro „dobro“ rodiny mlčet a mnohdy vědomě nabízejí své dcery partnerovi, aby s ním nemusely mít samy sexuální kontakt s partnerem (Koliba et al., 2019).

V souvislosti se sexuálním zneužíváním byl popsán i syndrom dětského přizpůsobení sexuálnímu zneužívání. Syndrom je charakteristický tím, že dítě přistoupí na sexuální kontakt a současně souhlasí s utajením. Cítí se bezmocně, protože pokud by někomu něco o vztahu s dospělým řeklo, mohlo by ohrozit rodinu. Dítěti se situace jeví jako beznadějná a zkouší se přizpůsobit a po mnoho dalších let zneužívání pomocí různých obranných mechanismů snáší. Ve vhodný moment dítě prozradí, že dochází ke zneužívání, je to však se zpožděním a není přesvědčivé. Následně svoji výpověď dítě může odvolat z důvodu strachu z rozpadu rodiny a strachu o blízkou osobu (Matoušek, 2017). Sexuálně zneužívané děti se mohou projevovat zvýšenou úzkostností nebo agresivitou, náhlými a dlouhodobými změnami v chování a aktivitě, sníženou pozorností a náhlým zhoršením prospěchu ve škole, straněním se vrstevníkům a lidem, nápadnými změnami ve stravování, gynekologickými obtížemi a různými poraněními. Tyto děti mohou také utíkat z domova a sebepoškozovat se (Ježková a Machková, 2012).

Následky intrafamiliárního i extrafamiliárního sexuálního zneužívání jsou často dlouhodobé. Takovýto zážitek v dětství může mít vliv na pozdější schopnost navazovat funkční partnerské vztahy, může vést k poruše příjmu potravy, k depresím, k promiskuitě nebo k sexuálním dysfunkcím (Koliba et al., 2019). Oběti sexuálního zneužívání mohou hůře zvládat stres, mít narušené vnímání světa a může u nich vzniknout posttraumatická stresová porucha (Kukla, 2016).

1.2.4 Zanedbávání dítěte

Zanedbávání je na rozdíl od fyzického týrání, sexuálního zneužívání a aktivního psychického týrání pasivní děj. Jedná se o nezáměr a nepečování o dítě ze strany rodičů

(Mydlíková et al., 2021). Za zanedbávání můžeme považovat takové jednání osoby, jež má o dítě pečovat, které převyšuje nebo nedosahuje výše zákonem i společností definovaných pravidel náležité péče a výchovy dítěte. U zanedbávaného dítěte nejsou dostatečně naplňovány jeho potřeby a tento deficit směřuje k ohrožení života, zdraví nebo vývoje (Pemová a Ptáček, 2016). Zanedbávání dítěte lze dělit na těžké zanedbávání, které ohrožuje zdraví a život dítěte, a všeobecné zanedbávání, kam náleží zanedbávání tělesné, psychické, výchovy a vzdělávání a bezpečí (Fischer a Škoda, 2014). Dle Pemové a Ptáčka (2016) jde o jev, který je zapříčiněn více činiteli a objevuje se ve formě fyzického, citového, vzdělávacího a vývojového zanedbávání a zanedbávání v období těhotenství. Fyzické zanedbávání může dítě ohrozit na životě a zdraví a náleží sem neposkytnutí, odepření nebo zpoždění zdravotní péče, opuštění dítěte, nedostatečná výživa a hygiena, neprospívání dítěte, nechávání dítěte bez dozoru, nevhodné podmínky v domácnosti, bezdomovectví a nedostatečný dohled rodičů nad dítětem (Pemová a Ptáček, 2016). Zanedbávání dítěte v oblasti vzdělávání může ohrozit pozdější začlenění dítěte a uplatnění ve společnosti. Může se projevovat dlouhodobou neomluvenou absencí ve škole, absencí z důvodu hlídání mladšího sourozence, pečování o člena rodiny nebo pokud rodiče nerespektují doporučení ohledně specifických potřeb ve vzdělávání dítěte. Zanedbávání školní docházky a záškoláctví přináší mnoho krátkodobých i dlouhodobých rizik. Dítě může být ohroženo pozdějším neuplatněním se na trhu práce a z krátkodobého hlediska, když se dítě nepohybuje během absence doma, ale venku, může být ohroženo sociálně-patologickými jevy nebo se může dopouštět kriminální činnosti (Pemová a Ptáček, 2016). Vývojové zanedbávání se týká neuspokojování potřeb, které souvisejí s fyzickou, emoční a poznávací stimulací dítěte a vede k závažným vývojovým poruchám. Emoční zanedbávání se stejně jako psychické a emoční týrání obtížně diagnostikuje a někdy je od sebe těžko rozlišitelné. Jde o neuspokojování psychických potřeb a nedostatečnou emoční podporu dítěte.

S emočním zanedbáváním je spojený termín deprivace a subdeprivace. Deprivaci definujeme jako nedostatečné a dlouhodobé neuspokojování psychických potřeb v náležité míře u dítěte, což může vést k ohrožení duševního vývoje (Pemová a Ptáček, 2016). Subdeprivace je mírnější forma deprivace, ale následky nejsou menší než u deprivace. Za emoční zanedbávání považujeme nedostatek podpory, lásky a pozornosti, vystavování dítěte týrání nebo násilí v rodině, užívání drog a alkoholu dítětem se

souhlasem rodičů, odmítnutí psychologické péče o dítě nebo její zpoždění, souhlas rodičů s nevhodným chováním dítěte, přehnané ochranné chování a nereálné nároky a očekávání na dítě (Pemová a Ptáček, 2016).

Nejvíce vyskytující se dopady psychické deprivace na děti jsou narušení kognitivního vývoje, poruchy tělesného vývoje a někdy dokonce smrt dítěte. U dětí do tří let věku vyrůstajících v ústavní péči se nejčastěji vyskytují nedostatky v oblasti řeči a sociálním chování. Dále mohou vznikat poruchy v navazování sociálních vztahů. Tyto děti se projevují buď sociální hyperaktivitou, sociální provokací nebo jsou takzvaný útlumový typ (Jochmannová, 2021). Deprivované děti projevující se nadměrnou sociální aktivitou navazují kontakt s každým člověkem i úplně cizím bez obtíží. Deprivované děti provokativního typu používají agresi a provokaci k získání si pozornosti dospělého člověka a útlumový typ dítěte se projevuje apatií ze strany dítěte k lidem (Pugnerová, 2019). U útlumového typu může docházet k náhradnímu uspokojování emocionálních potřeb prostřednictvím uspokojení potřeb biologických. Může docházet k přejídání se a obsedantní masturbaci. Duševně deprivované děti mají problémy s usměřováním emocí, jsou více dráždivé, mohou zlostně reagovat i na malé podněty a mají sníženou schopnost snášet frustraci, tyto problémy většinou přetrvávají až do dospělosti (Jochmannová, 2021).

Příznaky zanedbávání dítěte jsou únava a ospalost, zanedbaná osobní hygiena a nevhodné oblečení vzhledem k počasí, zdravotně závadné podmínky v domově, nedostatečná výživa, deprese, apatie, neurotické návyky a destruktivní chování. Aby šlo o zanedbávání, musí se alespoň některé z těchto ukazatelů vyskytovat trvale, ne náhodně (Pugnerová a Kvintová, 2016). Pemová a Ptáček (2016) zmiňují i zanedbávání v prenatálním období. Za zanedbávání v prenatálním období považujeme rizikové chování matek, kdy matky v průběhu těhotenství neprojevují dostatečný zájem o potřeby dítěte a užívají drogy a alkohol. Negativní důsledky užívání návykových látek pro zdraví a vývoj dítěte v období těhotenství mohou být samovolný potrat, narození mrtvého dítěte, mentální retardace, fetální alkoholový syndrom, poškození mozku a poruchy emoční, vývoje, učení a soustředění, abstinční syndrom, orgánové a funkční poškození, dítě může mít i další fyzické nebo psychické problémy (Pemová a Ptáček, 2016).

1.3 Rizikové faktory zvyšující pravděpodobnost CAN syndromu

Rizikové faktory zvyšující pravděpodobnost týrání a zanedbávání dětí jsou alkoholismus, drogová závislost nebo duševní onemocnění rodičů (Kukla, 2016). Nicméně pouze 1 % rodičů, kteří týrají, zneužívají nebo zanedbávají své dítě, má psychickou nemoc nebo sexuální poruchu (Pugnerová a Kvintová, 2016). Týrající rodiče mohou mít nedostatečně strukturovanou sociální akceptovatelnost agresivního jednání, vývojovou odchylku osobnosti, kterou často provází agresivita, výbušnost, zbrkllost a špatné sebeovládání. Mezi další rizikové faktory ze strany rodičů patří snížený intelekt, může se jednat o rodiče dlouhodobě nebo vážně nemocné včetně pohybového postižená. Dále se může jednat o rodiče, kteří nežijí typickým životním stylem, jako jsou členové sekt, menšin a zastánci agresivních rituálů (Kukla, 2016). Také mladí rodiče nebo rodiče, kteří nemají adekvátní motivaci pro výchovu a péči o dítě nebo je dítě nechtěné (Fischer a Škoda, 2014). Důležité je zmínit se o transgeneračním přenosu násilí, kdy násilí jakéhokoliv typu přechází z generace na generaci (Pugnerová a Kvintová, 2016). V této souvislosti je uváděna takzvaná kruhová kauzalita (Mydlíková et al., 2021). Mezi rizikové faktory ve vztahu k sexuálnímu zneužívání jsou riziková zejména nadměrně sexuálně aktivní muži, devianti a pedofilové. Dále pak osoby závislé na alkoholu a drogách, morálně narušení a sexuálně nevyzrálí muži, kteří necílí na děti, ale pokud se jim naskytne příležitost, využijí ji nebo dítě využijí jako náhradní variantu. I zde se může uplatnit transgenerační přenos, když byli rodiče zneužíváni v dětství, mohou se stejného jednání dopouštět na svých dětech (Kukla, 2016). Do oblasti rizikových dospělých spadají i starší muži s nízkou kontrolou chování (Mydlíková et al., 2021).

Mezi rizikové skupiny dětí, které jsou častěji ohroženy týráním, zanedbáváním a zneužíváním, patří: nedonošené děti, děti nechtěné, děti s lehkou mozkovou dysfunkcí, s poruchou pozornosti a hyperaktivitou, děti autistické a mentálně nebo jinak retardované (Kukla, 2016). U rodičů těchto dětí dochází k frustraci, protože děti nesplňují jejich očekávání. Dále jsou rizikové děti, které jsou úzkostné, plačtivé a labilní (Mydlíková et al., 2021), děti, které chodí za školu, utíkají z domova, jsou toulavé a často lžou (Kukla, 2016). Zvýšené riziko sexuálního zneužívání je u dětí s mentální retardací, u kterých pachatel počítá s tím, že dítě o sexuálním zneužívání nikomu neřekne nebo mu nikdo nebude věřit (Mydlíková et al., 2021). K dalším rizikovým skupinám patří děti, které nesdílejí s rodiči, jak, kde a s kým tráví volný čas nebo naopak, když rodiče netráví čas

s dítětem (Mydlíková et al., 2021) a dívky, které jsou vyspělé, mají ženské tvary, jsou přítulné, svůdné a vyzývavé (Kukla, 2016).

Mezi situace, které zvyšují riziko vzniku týrání, zneužívání a zanedbávání, se řadí nízké společenské a ekonomické postavení, které rodinu zatěžuje. Nízká úroveň vzdělání v rodině, afunkční nebo dysfunkční rodina, rozvodová situace nebo stresová situace, se kterou se rodina nedokáže sama vypořádat. Také se může vyskytnout Médein syndrom, kdy jeden rodič týrá dítě, za účelem ublížit druhému rodiči. (Mydlíková et al., 2021). Dysfunkční rodina, která je doplněna o nového partnera matky, který nemá rodičovský vztah k dítěti. Může se jednat také o vychovatele v zařízeních, osoby vedoucí zájmové kroužky nebo vedoucí na letním táboře (Kukla, 2016).

1.4 Historie syndromu CAN

Ve starověké Spartě se handicapované děti zabíjely shobením ze skály a ve starém Římě byly tyto děti házeny do řeky. Africké kmeny v době hladomoru své děti usmrcovaly a některé je dokonce i jedly (Kukla, 2016).

Ve starověkém Římě byl hlavou rodiny nejstarší muž, tento muž měl roli *pater familias*. *Pater familias* byl spojením mezi obyvateli domu a předky, ke kterým se po své smrti přidal. Toto postavení muži přineslo absolutní moc – otcovskou moc, nad vším, co bylo součástí domácnosti i nad všemi osobami, které byly svobodné i nesvobodné. *Pater familias* byl jediným subjektem vlastnického práva a také mu náležela moc nad všemi členy rodiny, proto mohl, jakkoliv nakládat se svým majetkem a také mohl usmrtit člena rodiny. Měl právo nad životem a smrtí, *ius vitae necisque*. Mimo to mohl otec rodiny nepřijmout dítě, to se týkalo hlavně dcer, pokud nebyly prvorozené. Prvorozeného syna a dceru mohl otec odmítnout jen tehdy, pokud byli tělesně postižení (Kincl et al., 1995). Až po nástupu křesťanství byla dítěti přiznána duše a charakter lidské bytosti. S rozšířením křesťanství se ve 4. století našeho letopočtu stalo zabíjení dětí nezákonným. Nadále však přetrvávala otcovská moc, která ale postupně slábla (Dunovský J., 2005). Ve středověku představovaly incestní sňatky nejbližších příbuzných způsob, jak si udržet příbuznost k vládnoucím rodům (Dunovský, 1995).

Mezi první lékaře zabývající se špatným zacházením s dětmi patří Auguste Ambroise Tardieu. Tardieu byl profesorem soudního lékařství v 19. století, děkanem Lékařské fakulty v Paříži a prezidentem Národní lékařské akademie. Jeho práce s názvem *Étude*

médico-léga-lesur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants (Forenzní studie o zneužívání a týrání dětí) byla publikovaná v roce 1860 v časopise *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* (Roché et al., 2004). Tardieu ve své práci popsal fyzické týrání dětí, od ran pěstí přes kopance obutými dřeváky, rány pruty, údery bičí, tak fyzické zanedbávání, podvýživu až dokonce hladovění, zavírání do temných sklepů a malých cel. Dále popsal nejextrémnější formu mučení dětí pomocí rozžhavených uhlíků, žíravých tekutin a mrzačení. Tardieu shrnul symptomy tělesného týrání takto: nejčastěji jsou přítomny modřiny, pohmožděniny a odřeniny po celém těle. Modřiny různých barev, které dokazují opakované bití, otisky nehtů, vytrhané vlasy, rozdrčené prsty a natržené uši. Tardieu podrobně popsal 32 případů, s kterými se osobně setkal. Tyto případy rozdělil do tří skupin. Do první skupiny zařadil devět dětí, se kterými bylo špatně zacházeno a byly týrány. Do druhé skupiny zařadil pět dětí, které byly týrány nejextrémnějším způsobem, ale nezemřely. Do třetí skupiny zařadil 18 dětí, které následkem svého strádání a týrání zemřely (Tardieu, 2008).

V 19. století začaly vznikat dobrovolné organizace, které si daly za cíl ochranu dětí před špatným zacházením. Mezi první takovou dobrovolnou organizací patřila Národní společnost prevence proti krutostem na dětech, která vznikla v roce 1883 v Liverpoolu a v roce 1884 v Londýně. Tato dobrovolná organizace dnes představuje velice významnou instituci a je vzorem pro mnoho dalších dobrovolných organizací v této problematice (Dunovský J., 1995).

Po první světové válce vyvolala situace dětí v Evropě potřebu obhajoby jejich práv. Dopad války na děti vyvolal ve Velké Británii v hnutích za práva žen kampaň solidarity s dětmi a v roce 1919 vznikla v Londýně organizace „Save of Children“, o něco později vznikla taková organizace s názvem Rädde Barnen i ve Švédsku. Angelina Englantyne Jebb má největší zásluhu na vzniku nestátní mezinárodní organizace s názvem Mezinárodní unie pomoci dětem (Union Internationale de Secours aux Enfants), která vznikla v roce 1920. Tato organizace 23.2.1923 schválila Deklaraci práv dítěte zvanou Ženevská deklarace a tato deklarace byla přijata Ligou národů na Shromáždění Společnosti národů v Ženevě dne 20.9.1923 (Bůžek, 2010). Tak vznikla první větší právní norma, Ženevská deklarace práv dítěte (Frelich 2022). Deklarace sice nebyla pro státy závazná, ale měla veliký historický, politický i morální význam (Bůžek, 2010). Po druhé světové válce vznikla 24. října 1945 Organizace spojených národů (Charta Organizace

spojených národů a Statut Mezinárodního soudního dvora, 2020) a ta 11. listopadu roku 1946 ratifikovala vznik Mezinárodního dětského fondu neodkladné pomoci (United Nations International Children's Emergency Fund), která měla pomoci dětem, které byly postižené druhou světovou válkou. Od roku 1953 se organizace stala trvalou součástí Organizace spojených národů, pod názvem UNICEF a orientuje se na pomoc dětem, které trpí hladem (Bůžek, 2010). Jako reakce na zločiny, ke kterým došlo během druhé světové války, byla v roce 1948 přijata Všeobecná deklarace lidských práv Valným shromážděním OSN. Tato deklarace obsahuje 30 článků, v nichž jsou shrnuta základní lidská práva (Všeobecná deklarace lidských práv, 2015). První článek Všeobecné deklarace lidských práv prohlašuje: „*Všichni lidé rodí se svobodní a sobě rovní co do důstojnosti a práv. Jsou nadáni rozumem a svědomím a mají spolu jednat v duchu bratrství* (Všeobecná deklarace lidských práv, 2015, s. 4)“.

V 50. letech 20. století došlo k zrovnoprávnění mužů a žen. Pro vztah mezi rodiči a dětmi se začal užívat termín rodičovská moc. V roce 1959 byla definována práva a povinnosti rodičů a stanovena Charta práv dítěte (Dunovský, 2005). V roce 1990 byla Českou a Slovenskou Federativní Republikou ratifikována Úmluva o právech dítěte. Část Úmluvy zní: „*Děti mají nárok na zvláštní péči a pomoc, přesvědčeny, že rodina, jako základní jednotka společnosti a přirozené prostředí pro růst a blaho všech svých členů a zejména dětí, musí mít nárok na potřebnou ochranu a takovou pomoc, aby mohla beze zbytku plnit úlohu ve společnosti, uznávající že v zájmu plného a harmonického rozvoje osobnosti musí dítě vyrůstat v rodinném prostředí, v atmosféře štěstí, lásky a porozumění, majíce na zřeteli, že dítě musí být plně připraveno žít ve společnosti vlastním životem a vychováno v duchu ideálů prohlášených v Chartě Spojených národů, a to zejména v duchu míru, důstojnosti, snášenlivosti, svobody, rovnosti a solidarity*“ (Úmluva o právech dítěte a související dokumenty, 2016 s. 2).

V roce 1914 Wilfred Trotter uveřejnil svou práci s názvem: „Chronic subdural haemorrhage of traumatic origin, and its relation to pachymeningitis haemorrhagica interna“ (Chronické subdurální krvácení traumatického původu a jeho vztah k pachymeningitis haemorrhagica interna), Trotter, 1914. Doktor Trotter byl britský chirurg, který se významně zasloužil o rozvoj oboru neurologické chirurgie. Byl jedním ze zakládajících členů Společnosti britských neurochirurgů a později působil jako její prezident. Byl jeden ze dvou chirurgů, kteří byli členy Královské lékařské společnosti,

zastával funkci profesora chirurgie ve Fakultní nemocnici v Londýně a v roce 1935 byl jmenován přednostou Chirurgické kliniky v této nemocnici (Al-Holou et al., 2009). Před publikací klinických zjištění doktora Trottera, byli lékaři silně ovlivněni přetrvávajícím názorem, že subdurální krvácení je způsobeno infekcí a zánětem “*pachymeningitis haemorrhagica interna*” (Narag a Clarke, 2014). Trotter (1914) popsal mechanismus vzniku subdurálního krvácení, které vzniká v důsledku násilí nebo předozadním pohybem (třesením). Dále uvedl, že subdurální krvácení je téměř vždy způsobeno traumatickým krvácením nikoliv zánětem (Trotter, 1914). Na základě předložených důkazů byly publikovány další kazuistiky, které zpochybnilly další dříve uznávané primární příčiny subdurálního krvácení – syfilis, hydrocefalus a nutriční příčinu, například kurděje (Narag a Clarke, 2014).

V 50. letech minulého století se do popředí zájmu pediatriů dostaly případy dětí se závažnými poraněními (vnější a vnitřní krvácení, nitrolební krvácení, zlomeniny po celém těle a mnoho dalších), které nešlo vysvětlit náhodným úrazem. Tento typ úrazů byl nazván neúrazovým poraněním (non – accidental injuries), Kukla, 2016. Americký radiolog John Caffey publikoval v roce 1946 studii „*Multiple Fractures in the Long Bones of Infants Suffering From Chronicle Subdural Hematoma*”, ve které popsal kazuistiku šesti dětí se subdurálním hematomem a zlomeninami dlouhých kostí. U těchto dětí nebyly zjištěny žádné rentgenové ani klinické známky celkového nebo lokalizovaného onemocnění skeletu, díky kterému by docházelo k patologickým zlomeninám, a ve všech případech chyběla anamnéza poranění kostí a hlavy. Uvedl, že zlomeniny u těchto případů se zdají být traumatického původu, ale příčinný mechanismus zůstává nejasný (Caffey, 2011).

Samotný termín syndrom CAN (Child Abuse and Neglect) se postupně vyvíjel od 60. let 20. století (Pemová, Ptáček, 2016). Kempe et al. (1962) podrobně popsali ve své práci s názvem “*Battered Child Syndrome*” Syndrom bitého dítěte. Autoři realizovali výzkum s cílem shromáždit údaje o výskytu případů týraných dětí. Výzkum probíhal v roce 1961 a zapojilo se do něj 71 nemocnic a 77 okresních státních zástupců z USA. V nemocnicích bylo hospitalizováno 302 týraných dětí, 33 dětí zemřelo a 85 utrpělo trvalé poškození mozku. Státní zástupci uvedli, že ve sledovaném období věděli o 447 případech, z nichž 45 dětí zemřelo a 29 utrpělo trvalé poškození mozku. Kempe et al. (1962) podrobně popsali příznaky bitého dítěte. Uvedli, že děti mají opožděný psychosomatický vývoj a

vykazují známky zanedbávání, včetně špatné hygieny, mnohočetných poranění měkkých tkání a podvýživy a zranění, která neodpovídají popisu úrazu od rodičů a mechanismu úrazu. Dále popsali rizikové skupiny rodičů, u kterých je vyšší pravděpodobnost, že se budou dopouštět na svých dětech násilí. Definice syndromu bitého dítěte se dá považovat za zásadní zlom v přístupu a k ochraně dětí ohrožených tímto syndromem. V dalších letech na jejich práci navázali další odborníci, kteří definovali další typy syndromu CAN, jako je psychické týrání, sexuální zneužívání nebo zanedbávání (Pemová a Ptáček, 2016).

V 70. letech 20. století Ayub Ommaya zveřejnil experimentální studii, ve které prokázal, že otřes mozku, stejně jako krvácení a pohmoždění na povrchu mozku a horní části krční míchy, lze vyvolat samotným rotačním posunem hlavy a krku, aniž by došlo k významnému přímému nárazu hlavy (Ommaya et al, 1968). Na Ommayu studii navázal Norman Gutckelch (1971). Podle Gutckelcha (1971) mnohonásobné otřesy hlavy způsobují intrakraniální poranění. Také uvedl, že relativně velká hlava a slabé krční svaly kojence mohou být během třesení důvodem poranění krční páteře (Gutckelch, 1971). V roce 1972 byla zveřejněna studie „O teorii a praxi třesených kojenců“, kde John Caffey popisuje spojitost mezi třesením a vznikem subdurálního krvácení a upozorňuje na nebezpečné praktiky, jako například vyhazování dětí do vzduchu, točení dětí za končetiny a na fenomén hopsadel (Caffey, 1972). Caffey (1972) verifikoval vztah mezi třesením a subdurálním krvácením a popsal tzv. syndrom třeseného dítěte, Shaken Baby Syndrome (Narang a Clarke, 2014).

Fontana (1963) v publikaci „The Maltreatment Syndrome in Children“ popsal kazuistiky týraných dětí a identifikoval sociální problémy rodin těchto dětí. Z tohoto výzkumu vyplynulo, že ze 115 zúčastněných rodin mělo 90 % z nich závažné sociální problémy, ve 40 % byly zjištěny manželské neshody, finanční potíže mělo 22 % rodin, 15 % mělo jiné rodinné konflikty. Polovina týraných dětí byla počata nemanželsky. Fontana (1963) upozornil na skutečnost, že týrající rodiče nemusí vykazovat známky neurózy nebo psychózy. Naopak mohou projevovat přehnanou péči o dítě. Dále Fontana uvádí, že k povinnostem společnosti patří sociálně-právní vyšetřování případů podezření na týrání dětí a společné úsilí všech sociálních orgánů v boji proti týrání dětí. V závěru své práce Fontana klade důraz na nutnost poskytnout zneužívanému dítěti okamžitou pomoc ze strany příslušných orgánů sociálně-právní ochrany dětí. To často vyžaduje okamžité odebrání dítěte z ohrožujícího a nebezpečného domácího prostředí. Lékaři musí mít ze

zákona možnost ohlásit podezření na týrání dítěte a přijmout opatření na ochranu týraného dítěte, a to bez obav z možného osobního nebo profesního postihu (Fontana et al, 1963). Při řešení tohoto problému je důležité propojení sociálně-právní ochrany se zdravotní péčí. Další významný mezník v oblasti CAN syndromu je schválení zákona *Child Abuse Prevention and Treatment Act* v roce 1974 v USA, který legislativně vymezil koncept týrání a zanedbávání dětí jako: „*fyzické nebo psychické poškozování, sexuální zneužívání, zanedbávající chování nebo jiné nevhodné zacházení s dětmi mladšími 18 let, jež ohrožuje jejich zdraví nebo život, osobou, která je zodpovědná za blaho dítěte*”. (Pemová a Ptáček, 2016, s. 58)

Mezi lékaře zabývající se touto problematikou v České republice patřili pediatr Jiří Dunovský, který publikoval knihu s názvem *Dítě a poruchy rodiny* v roce 1986, kde popisuje postavení dítěte v rodině a poruchy rodiny (Dunovský, 1986). V roce 1995 vydal spolu s dětským psychologem Zdeňkem Matějčkem a psychiatrem Zdeňkem Dytrychem knihu s názvem: „*Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*” (Dunovský et al., 1995). V roce 1969 vznikaly v Československu SOS dětské vesničky, na jejímž vzniku se podíleli Zdeněk Matějček a Jiří Dunovský. V 70. letech vesničky zanikly a byly znovu obnoveny v roce 1989 (Historie SOS dětských vesniček v České republice, © 2023). V roce 1992 byla v České republice založena nestátní nezisková organizace specializovaná na odbornou pomoc týraným, sexuálně zneužívaným a zanedbávaným dětem, Dětské krizové centrum, u jehož zrození stál Jiří Dunovský (O Dětském krizovém centru, 2023).

Termín Abuzivní trauma hlavy (Abusive Head Trauma), dříve nazývaný syndromem třeseného dítěte, byl přijat Americkou pediatrikou akademií v roce 2009. Uznává skutečnost, že způsobené poranění hlavy dětí může zahrnovat různé biomechanické síly, včetně otřesů (Narang et al., 2020).

1.5 Prevence syndromu CAN

Prevence CAN syndromu je zacílena na oblast zdravotní a sociální (Kukla, 2016).

Prevence je soubor opatření, která mají předcházet, včasné identifikovat nebo zabránit opakování nějakému jevu, který není žádoucí, například onemocnění, úrazům, drogovým závislostem. Prevenci dělíme na primární, sekundární a terciární. (Hamplová, 2020). Primární prevence je zacílená na zdravou část populace. Lze ji charakterizovat jako

soubor opatření, která jsou zaměřena na předcházení vzniku poruchy zdraví (Hamplová, 2020).

1.5.1 Primární prevence

V primární prevenci se nejvíce klade důraz na podporu správného růstu a vývoje dítěte (Sikorová, 2012). Primární prevence je zacílená na zdravou populaci, jedná se o soustavu opatření, která mají za cíl předcházení onemocněním a poraněním. Může se jednat o různé přednášky ve školách nebo podnicích (Hamplová, 2019). Primární prevenci dělíme na specifickou a nespecifickou. Nespecifická primární prevence je zaměřena na celou populaci (Rodina a dítě v kontextu, 2017). U syndromu CAN má za cíl zabránit násilí (Kukla, 2016). Zabránit násilí na dětech můžeme pomocí nastavení společnosti. Zejména jde o hodnoty, morálku, kulturu a postavení dítěte ve společnosti (Mydlíková, 2021). Specifická primární prevence je mířená na určitou skupinu (Rodina a dítě v kontextu, 2017). Má jasně stanovený cíl, jako změnu stanoviska a chování laické veřejnosti i odborníků. Především jde o vytváření opatření, osvětu a vzdělání o syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (Kukla, 2016). V prevenci CAN syndromu je důležité dětské krizové centrum, které provádí primární prevenci ve formě odborných seminářů, preventivních, edukačních a vzdělávání veřejnosti. Také pořádají preventivní přednášky pro děti, dospělé a různé profesní skupiny. Dětské krizové také využívá média pro šíření osvěty a má za cíl zvýšit povědomí o syndromu CAN, o příznacích a řešení této situace (Dětské krizové centrum, 2023).

Praktický lékař pro děti a dorost (dále jen PLDD) je z velké části zaměřen na preventivní činnost, ale také má na starost péči diagnostickou, léčebnou a posudkovou. Ordinace praktického lékaře pro děti a dorost je místem prvního kontaktu s dítětem a jeho rodinou. PLDD úzce spolupracuje se sociálně právní ochranou dětí, se školním zařízením a jinými nezdravotnickými institucemi, a především s rodiči (Šebková a Zíma, 2020). Ve zdravotnickém systému je PLDD člověkem, který by měl znát prostředí, ve kterém dítě vyrůstá a měl by pozorovat vývoj tohoto prostředí. Lékař by měl odhalit různé anomálie a problémy, měl by usměrňovat výchovu a kontrolovat kvalitu péče o dítě. Rodiče by měli být praktickým lékařem edukováni o správném vývoji dítěte, stravování a o prevenci rizikového chování (Věstník MZČR, 2022). PLDD má důležitou roli v sexuální výchově, rodičovské výchově, plánování rodiny a antikoncepci (Kukla, 2016).

V primární prevenci dětská sestra působí jako obhájkyň dítěte, a jelikož je s lékařem obvykle brána jako autorita, může působit pozitivně na rodiče dítěte. Sestra může mít ovlivněním jednoho člena rodiny vliv na celou rodinu. V primární prevenci má dětská sestra za úkol získávat informace o rodině a o schopnosti rodiny plnit svoje funkce. Zajímají ji informace o rodinné finanční situaci, prostředí, v kterém rodina žije, zaměstnání, vzdělání a ambice členů rodiny, zdravotní stav a postoje ke zdraví v rodině, styl výchovy dětí a sociální uspořádání rodiny. Tyto informace jsou důležité pro plánování a poskytování ošetrovatelské péče dítěti, ale i celé rodině. Dětská sestra může použít Apgarové skóre rodiny. Dále sestra podporuje a upevňuje vztah mezi dítětem a rodiči. Dětská sestra doporučuje rodičům k upevnění vztahu například dodržování různých rituálů, které si s dítětem rodiče vytvoří, navrhuje rodičům čtení s dítětem a vytvoření přezdívky, kterou bude rodič oslovovat jen svoje dítě, vyčlenění si času pouze na dítě a na hru s ním, plánování a realizování společných aktivit, naslouchání dítěti, oboustranné vyjadřování pocitů a lásky, respektování dítěte, nastavení pravidel dítěti a s rostoucím věkem jejich upravení a v případě potřeby omluvení se dítěti (Sikorová, 2012). Dětská sestra má za úkol vytvořit rodokmen nebo strom rodiny, který znázorňuje zdravotní a léčebnou historii rodiny. Také hodnotí fyzikální prostředí, psychologické prostředí a sociální prostředí. V oblasti fyzikálního prostředí sestra hodnotí podmínky v domácnosti, například velikost a bezpečnost bydlení, pořádek, přítomnost zvířat a kouření v domácnosti. V oblasti psychologického prostředí sestra hodnotí verbální a neverbální komunikaci, vztahy mezi členy domácnosti, strukturu rodiny, rodinných vztahů a výchovného stylu. Hodnocení sociálního prostředí spočívá v klasifikaci vztahů mimo rodinu, kultury rodiny, náboženství, socioekonomické situace a vzdělání. Dětská sestra hodnotí životní styl rodiny, který se týká stravování, odpočinku a spánku, aktivity a užívání návykových látek. Rozbor získaných informací vede dětskou sestru ke stanovení ošetrovatelských diagnóz dle Taxonomie II NANDA (Sikorová, 2012). Aktuální Diagnózy související s funkcí rodiny jsou například: zátěž v roli pečovatele – 00061, narušené rodičovství – 00056, dysfunkční procesy v rodině – 00063, narušené procesy v rodině – 00060, konflikt rodičovských rolí – 00064, neefektivní plnění rolí – 00055, neefektivní průběh porodu – 00221, neschopnost zvládat zátěž v rodině – 00073. Jako potencionální diagnózy můžeme stanovit: riziko zátěže v roli pečovatele – 00062, riziko narušení rodičovství – 00057, riziko narušení vztahu – 00058.

Aktuální diagnózy související se syndromem CAN jsou například: narušená osobní identita – 00121, chronicky nízká sebeúcta – 00119, narušený obraz těla – 00118, sexuální dysfunkce – 00059, neefektivní vzorec sexuality – 00065, posttraumatický syndrom – 00141, traumatický syndrom po znásilnění – 00142, úzkost – 00146, neefektivní zvládnání zátěže – 00069, strach – 00125. Jako potencionální diagnózy můžeme stanovit například: riziko oslabení lidské důstojnosti – 00174, riziko narušení osobní identity – 00225, riziko chronicky nízké sebeúcty – 00224, riziko posttraumatického syndromu – 00145.

1.5.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence je zacílena na vyhledávání příznaků onemocnění a patří do ní i léčebná opatření, díky kterým se předchází komplikacím. Do sekundární prevence spadají preventivní prohlídky a screeningové programy (Hamplová, 2019). Sekundární prevence CAN syndromu je zaměřena na osoby s rizikem sociálního selhání nebo osoby, které selhávají, ale míra selhání se ještě nedá identifikovat (Rodina a dítě v kontextu, 2017). Také jde o vyhledávání rizikových rodin a životních situací, při kterých mnohdy dochází k týrání, zneužívání nebo zanedbávání. Po vyhledání rizikových skupin a životních situací je sekundární prevence na tyto skupiny a životní situace zaměřená a cíleně na ně působí, aby se riziko vzniku týrání, zneužívání a zanedbávání snížilo na nejmenší možné (Kukla, 2016). Dětská krizová centra jsou zacílená na skupiny osob nebo osoby, u kterých je riziko, že se stanou oběťmi nebo pachatelí špatného zacházení. Zaměřují se na různé patologické jevy, jako drogově závislé, rodinu s dysfunkcí, šikanu a výskyt rizikových faktorů v prostředí, v kterém dítě vyrůstá (Dětské krizové centrum, 2023).

Dětská sestra v ordinaci praktického lékaře má za úkol objevit skryté nedostatky v potřebách dítěte v době, kdy je ještě možný návrat dítěte k normě, má za úkol předcházet komplikacím nebo dlouhodobosti. Dětská sestra posuzuje rizikové faktory, provádí fyzikální vyšetření, může využívat různé škály a stanovuje ošetřovatelské diagnózy, v sekundární prevenci především potencionální, ale provádí i aktivity následující po již stanovené ošetřovatelské diagnóze, které mají za cíl předejít dalšímu nežádoucímu průběhu a zabránění vzniku komplikací (Sikorová, 2012). PLDD je zaměřený na odhalování syndromu CAN, také na rizikové rodiny a děti. Tyto děti má v dispenzární péči a ve spolupráci s OSPODem se snaží o zlepšení situace v rodině a sanaci rodiny. Zlepšení rodinné situace lze docílit pomocí pravidelného sledování dítěte.

Sledují se anamnestická rizika a provádí se fyzikální vyšetření (Kukla, 2016). V momentě, kdy je ohrožena náležitá výchova dítěte, přijímají pracovníci sociálně právní ochrany dětí opatření. Činnost OSPODu spočívá v poradenské činnosti, preventivní činnosti, sanaci rodiny, sociálním šetření, rozhovory s rodinou a spoluprací s jinými institucemi (Mertin a Krejčová, 2020). V případě, kdy PLDD pojme podezření na nevhodné zacházení s dítětem, měl by se zeptat otevřenou otázkou na mechanismus úrazu, pokud je to možné, odpovídá dítě, pokud není, odpovídá rodič. Lékař může požádat rodiče o rozhovor s dítětem o samotě. Pokud lékař učiní závěr o tom, že je dítě ohroženo na zdraví a vývoji, vztahuje se na něj oznamovací povinnost a měl by svůj závěr oznámit na OSPOD (Věstník MZČR, 2022).

1.5.3 Terciární prevence

Terciární prevence je zacílená na předcházení návratu onemocnění nebo se zabraňuje dalšímu poškozujícímu vlivu onemocnění a má za cíl zachovat kvalitu života (Hamplová, 2019). Terciární prevence syndromu CAN je zacílena na rodiny a osoby u kterých došlo k selhání (Rodina a dítě v kontextu, 2017). Terciární prevence se u dětí se syndromem CAN spojuje s rehabilitací a terapií. Cílem je zamezení dalšímu zhoršování situace a pomoci těmto dětem najít co nejvhodnější řešení i v těch nejnevhodnějších podmínkách, například v rodinách, kde se nepodařilo prokázat vinu obviněného a dítě se navrátí do původní rodiny (Kukla, 2016). Neziskové organizace poskytují podporu ohroženým dětem a rodinám, tyto organizace pracují na základě pověření sociálně-právní ochrany dětí a poskytují jim odborné poradenství, terapii nebo sociální služby, které jsou zacíleny na CAN syndrom (Věstník MZČR, 2022). Pracovníci dětských krizových center se v terciární prevenci zaměřují na již prokázané oběti, pachatele a ohrožené osoby. Za cíl mají předcházet další expozici dítěte ohrožujícím faktorům, násilí fyzickému, psychickému a sexuálnímu. Dále se pracovníci dětských krizových center snaží o nastavení a udržení změn v prostředí, ve kterém dítě žije. Tímto způsobem dochází ke snížení nebo k úplnému odstranění rizikových faktorů. Organizace dále poskytuje odbornou psychosociální pomoc, která je zaměřená na krizové situace a na děti ohrožené nebo zasažené CAN syndromem (Dětské krizové centrum, 2023). Sociální pracovníci přijímají potřebná opatření v momentě, kdy je ohrožena náležitá výchova dítěte. Upřednostňují se opatření v rodinném prostředí, pokud to není možné, volí se náhradní rodinná péče. V momentě, kdy je dítě ohroženo na životě, zdraví nebo je ohrožen jeho

příznivý vývoj předkládají pracovníci OSPODu návrh na nařízení předběžného opatření, o kterém musí soud rozhodnout do 24 hodin (Mertin a Krejčová, 2020).

Dětská sestra má za úkol v terciární prevenci CAN syndromu podporovat normální růst a vývoj dítěte, měla by vést dítě a rodinu k nezávislosti a zabránění vzniku komplikací. Dětská sestra tohoto dosáhne pomocí motivování, edukování, chválení, rehabilitace a psychologického poradenství (Sikorová, 2012).

2 Cíle, výzkumné otázky, hypotézy

2.1 Cíle práce

Bylo stanoveno pět dílčích cílů.

Cíl 1: Vyhodnotit trendy v počtu hlášených případů násilí na dětech v letech 2012-2021.

Cíl 2: Popsat znalost rodičů o syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte.

Cíl 3: Popsat znalosti rodičů o syndromu třeseného dítěte.

Cíl 4: Popsat roli dětských sester v prevenci syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte.

Cíl 5: Popsat roli dětských sester v prevenci syndromu třeseného dítěte.

2.2 Vědecké hypotézy (vztahující se k cílům 1-3)

Hypotéza 1: Počty hlášených případů násilí na dětech v letech 2012-2021 významně rostly.

Hypotéza 2: Znalost rodičů o syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte se významně mění v závislosti na jejich vzdělání.

Hypotéza 3: Znalost rodičů o syndromu třeseného dítěte se významně mění v závislosti na věku.

2.3 Výzkumné otázky (vztahující se k cílům 4-5)

VO 1: Jaká je role dětských sester v prevenci syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte?

VO 2: Jaká je role dětských sester v prevenci syndromu třeseného dítěte?

2.4 Operacionalizace základních pojmů

V rámci operacionalizace základních pojmů byly definovány pojmy: syndrom CAN, syndrom třeseného dítěte, ošetřovatelství, pediatrie a prevence.

Syndrom CAN (*Child Abuse and Neglect*) je syndrom týraného zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Jedná se o mnohdy opakující se činnost, která má ráz fyzického a/nebo psychického týrání, sexuálního zneužívání a/nebo nečinnost, kdy dospělý člověk dítě zanedbává (Mydlíková et al., 2021).

Syndrom třeseného dítěte je definován jako poranění lebky a mozku u dítěte mladšího pěti let, která jsou způsobena prudkým otřesem, náhlým nárazem nebo jejich kombinací prostřednictvím akcelerace, decelerace a rotační síly při třesení (Hung, 2020).

Ošetřovatelství je samostatný vědní obor, který má svoji historii, filozofii, teorii, metodologii, paradigma a vědecké poznání. Je založený na metodě ošetřovatelského procesu a multidisciplinární spolupráci. Ošetřovatelství je zacílené na vyhledávání a naplňování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného, ale i zdravého člověka při péči o jeho zdraví (Plevová, 2018).

Pediatric je základní lékařský obor zabývající se vývojem člověka od narození až po jeho dospělost (Kukla, 2016).

Prevence je soubor opatření, která mají předcházet, včasné identifikovat nebo zabránit opakování nějakému jevu, který není žádoucí, například onemocnění, úrazům, drogovým závislostem. Prevenci dělíme na primární, sekundární a terciární. (Hamplová, 2020).

3 Metodika

3.1 Použité metody

Pro výzkum byla zvolena kvalitativně – kvantitativní technika sběru dat. Ke sběru dat pro první část kvantitativního výzkumu byla zvolena metoda sekundární analýzy dokumentů z Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky za období 2012-2021. Pro druhou část kvantitativního výzkumu byla zvolena metoda strukturovaného nestandardizovaného dotazníku. Pro sběr kvalitativních dat byla zvolena metoda polostrukturovaných rozhovorů.

3.2 Použitá technika sběru kvantitativních dat

V rámci sekundární analýzy kvantitativních dat byly analyzovány roční výkazy Ministerstva práce a sociálních věcí o výkonu sociálně právní ochrany dětí. Byl sledován počet nahlášených případů týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí ve sledovaném období.

Pro sběr dat byl použit nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce, který obsahoval 10 otázek, viz příloha 1. První část dotazníku se skládá ze čtyř otázek sociodemografického charakteru. Další otázky jsou zaměřeny na vyhodnocení znalostí respondentů o problematice CAN syndromu. Respondenti odpovídali na Likertově škále, kde odpověď 1 znamená-určitě nesouhlasím, odpověď 5 znamená-určitě souhlasím. Dotazníky byly distribuovány do ordinací lékařů pro děti a dorost mající sídlo v Táboře. PLDD souhlasili s výzkumným šetřením. Schválené souhlasy s výzkumem jsou k dispozici u autorky práce. Dotazníky byly rodičům nabídnuty také v online formě na sociální platformě pro rodiče eMimino [online]. Dotazníkové šetření probíhalo od 3.3.-17.3.2023.

Kvantitativní data byla zpracována prostřednictvím SPSS programu. Výsledky byly vyhodnoceny pomocí popisné statistiky (třídění prvního stupně). Statistické testování hypotéz bylo provedeno pomocí ANOVA testu a Spearmanova korelačního koeficientu. Hladina významnosti byla stanovena na hodnotě 5 %.

3.3 Použitá technika sběru kvalitativních dat

-Rozhovory se sestrami probíhaly v ordinacích PLDD po předchozím schválení žádosti o výzkumné šetření. Schválené souhlasy s výzkumem jsou k dispozici k nahlédnutí u autorky práce. Pro sestry byl vytvořen seznam otázek, zaměřený na problematiku CAN

syndromu, viz příloha 2. Otázky byly rozděleny do čtyř oblastí zkoumající socio-profesní charakteristiku komunikačních partnerek, znalosti o syndromu CAN, prevence syndromu CAN a role sestry v prevenci CAN syndromu. Rozhovory se sestrami trvaly přibližně 25-35 minut. Rozhovory byly uskutečněny od 10.3.-27.3.2023. Oslovené sestry byly předem informovány o tom, že budou po celou dobu rozhovoru nahrávány, zcela anonymně a pouze pro účely této bakalářské práce. Všechny oslovené sestry vyslovily souhlas s nahráváním rozhovoru. Následně byly rozhovory přepsány pomocí programu Microsoft Office Word. Po přepisu rozhovoru následovala analýza a syntéza rozhovorů. Byla využita metoda otevřeného kódování, které probíhalo technikou tužka-papír. Text byl seskupen do sedmi tematicky podobných kategorií.

3.4 Výzkumné soubory

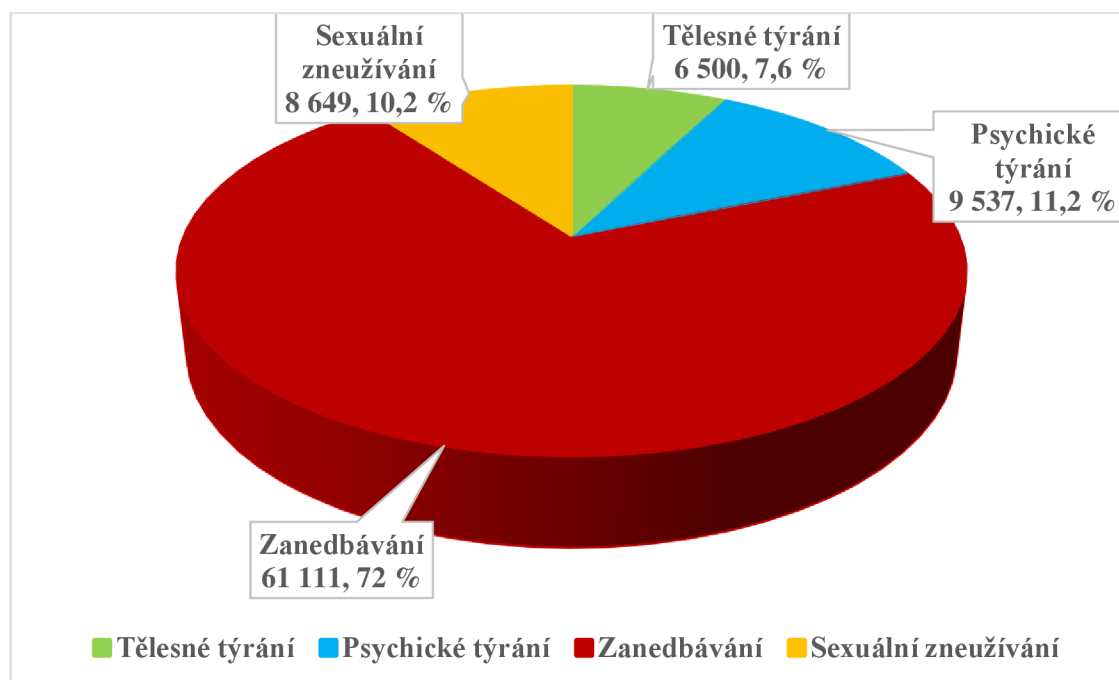
Výběr výzkumného souboru pro kvalitativní a kvantitativní výzkum byl záměrný. Pro dotazníkové šetření byli osloveni česky hovořící rodiče. Rodiče byli vybráni bez rozdílu věku, počtu dětí a vzdělání. Dotazníky byly rodičům distribuovány prostřednictvím praktických lékařů pro děti a dorost a přes sociální platformu pro rodiče s názvem eMimino [online], celkem bylo vyplněno 212 dotazníků.

Velikost výzkumného souboru sester byla dána teoretickou saturací dat. Výzkumný vzorek byl tvořen šesti dětskými sestrami pracujícími u PLDD. Podmínkou bylo zaměstnání sester u PLDD v okrese Tábor.

4 Výsledky

4.1 Vyhodnocení kvalitativních dat

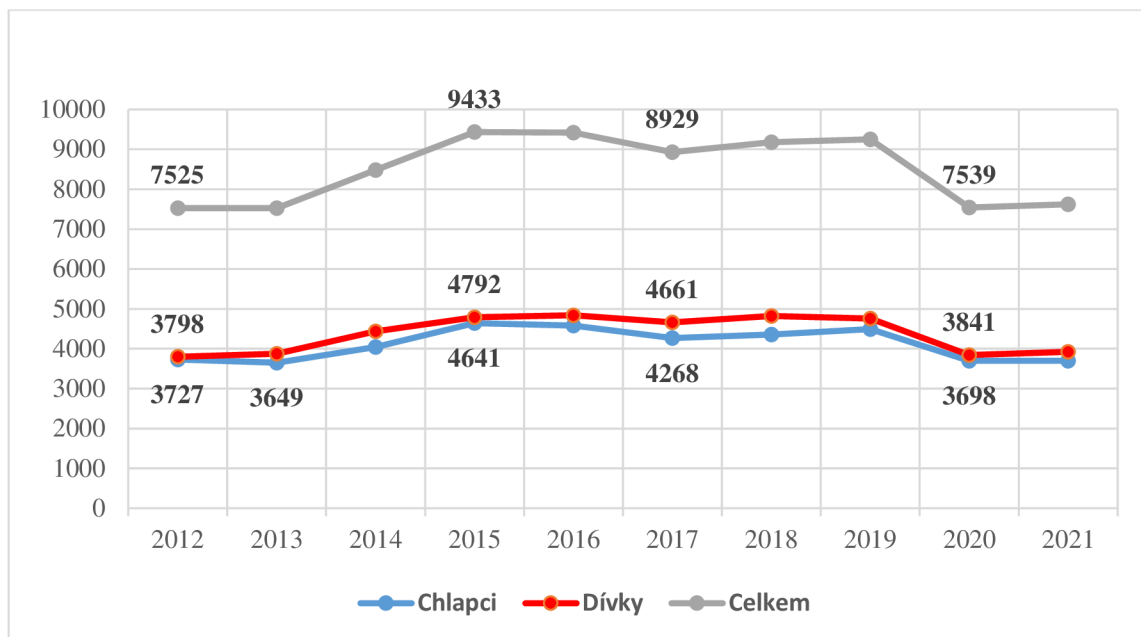
Graf 1 Celkový počet nahlášených případů týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí v letech 2012-2021



Zdroj: MPSV, 2012-2021

Ve sledovaném období 2012-2021 bylo do registru MPSV nahlášeno celkem 84 897 případů týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí (100 %). Z grafu je patrné, že 61 111 bylo případů zanedbávání (72 %). Nahlášených psychicky týraných dětí ve sledovaném období bylo 9 537 (11,2 %), případy sexuálně zneužívaných dětí, včetně dětské prostituce a dětí zneužitých k pornografii, bylo 8 649 (10,2 %). Počet dětí, které byly týrány tělesně, bylo 6 500 (7,6 %).

Graf 2 Počet nahlášených případů týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí v letech 2012-2021 - dle pohlaví

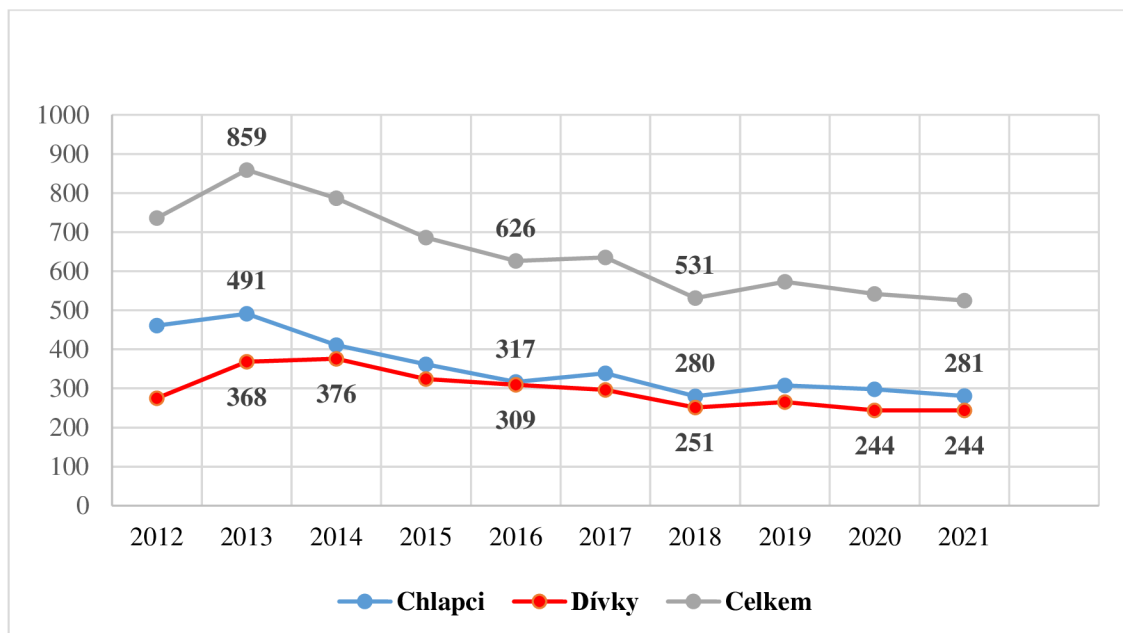


Zdroj: MPSV, 2012-2021

Ve sledovaném období bylo celkem nahlášeno do registru MPSV 84 897 případů CAN (100 %). Z toho šlo o 43 746 dívek (51,5 %) a 41 151 chlapců (48,5 %). Nejvíce případů bylo nahlášeno v roce 2015. Jednalo se celkem o 9 433 případů (100 %). Z toho bylo 4 792 dívek (50,8 %) a 4 641 chlapců (49,2 %). Nejméně CAN případů bylo zaregistrováno v roce 2012. V tomto roce bylo nahlášeno 7 527 případů (100 %). Z toho 3 798 dívek (50,5 %) a 3 727 chlapců (49,5 %).

Největší rozdíl mezi dívkami a chlapci byl zaznamenán v roce 2017. Šlo celkem o 8 929 případů. Z toho bylo 4 661 dívek (52,2 %) a 4 268 chlapců (47,8 %). Nejmenší počet týraných, zneužívaných a zanedbávaných chlapců byl nhlášen v roce 2013. V tomto roce bylo nahlášeno 3 649 případů. V roce 2020 došlo k poklesu nahlášených případů CAN. Celkem šlo o 7 539 případů (100 %). Z toho bylo 3 841 dívek (50,9 %) a 3 698 chlapců (49,1 %).

Graf 3 Počet nahlášených případů tělesně týraných dětí v letech 2012-2021 - dle pohlaví



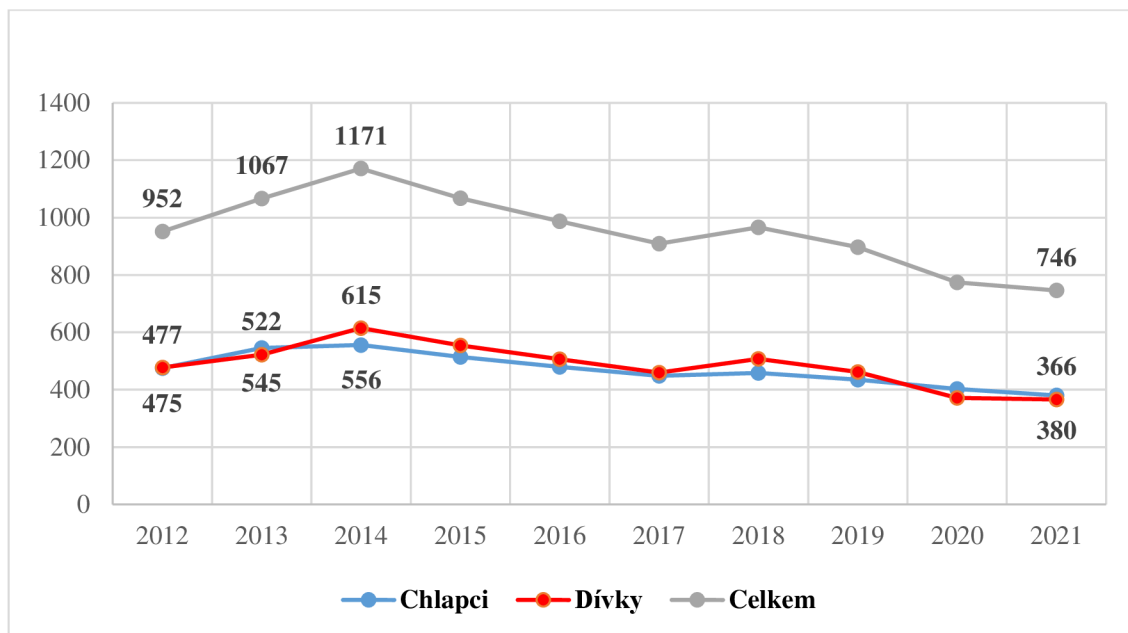
Zdroj: MPSV, 2012-2021

Ve sledovaném období 2012-2021 bylo nahlášeno do registru MPSV celkem 6 500 tělesně týraných dětí (100 %). Z toho šlo o 2 952 dívek (45,4 %) a 3 548 chlapců (54,6 %).

Největší počet případů byl zaznamenán v roce 2013. Celkem se jednalo o 859 případů (100 %). Z toho 368 (42,8 %) dívek a 491 (57,2 %) chlapců. Nejmenší počet případů fyzického týrání byl zaregistrován v roce 2018. V tomto roce bylo zaznamenáno 531 případů. Z toho se jednalo o 280 chlapců (52,7 %) a 251 dívek (47,3 %).

V roce 2016 byl zaznamenán podobný počet tělesně týraných dívek i chlapců. V registru MPSV bylo zaznamenáno celkem 626 případů v tomto roce. Z toho šlo o 317 chlapců (50,6 %) a 309 dívek (49,4 %).

Graf 4 Počet nahlášených případů psychicky týraných dětí v letech 2012-2021 - dle pohlaví

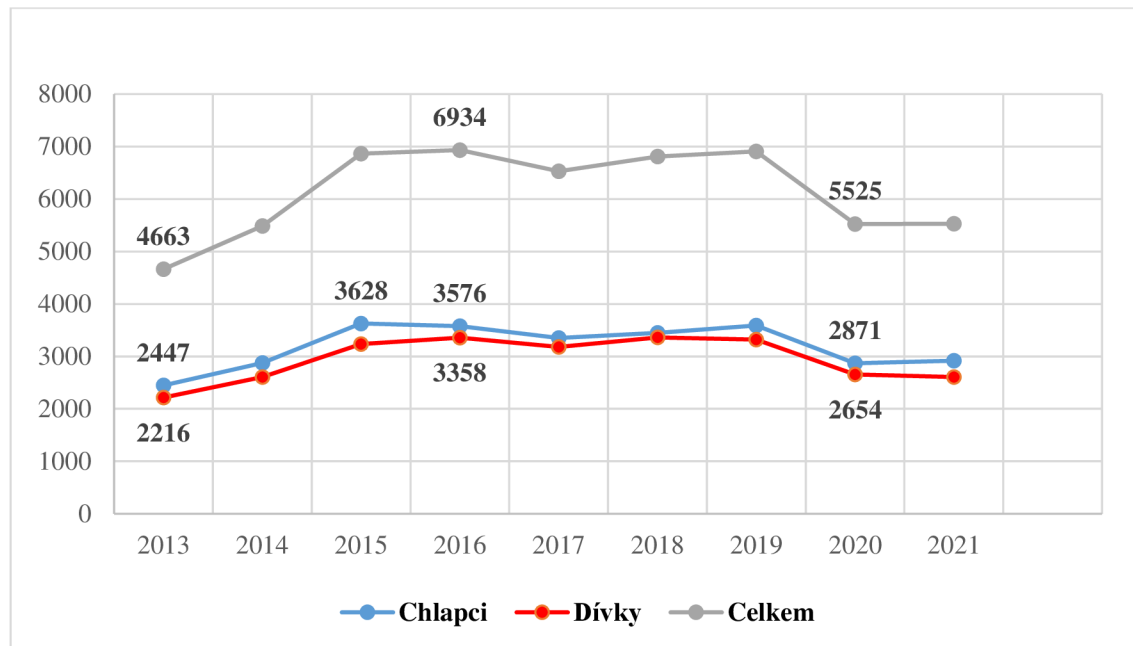


Zdroj: MPSV, 2012-2021

Ve sledovaném období 2012-2021 bylo celkem nahlášeno do registru MPSV 9 535 případů (100 %). Jednalo se o 4 842 dívek (50,8 %) a 4 695 chlapců (49,2 %). Nejvíce případů bylo zaregistrováno v roce 2014. V tomto roce šlo o 1 171 případů (100 %). Z toho bylo 615 dívek (52,5 %) a 556 chlapců (47,5 %).

Nejméně případů bylo nahlášeno v roce 2021. Celkem šlo o 746 případů (100 %). Z toho bylo 366 dívek (49 %) a 380 chlapců (51 %). V roce 2013 a 2020 bylo nahlášeno více psychicky týraných chlapců než dívek. Celkem bylo v roce 2013 zaznamenáno 1 067 případů (100 %). Z toho šlo o 545 chlapců (51,1 %) a 522 dívek (48,9 %). V roce 2020 bylo do registru MPSV nahlášeno 774 případů (100 %). Z toho bylo 403 chlapců (52,1 %) a 371 dívek (47,9 %). V roce 2012 byl zaznamenán téměř stejný počet psychicky týraných dívek a chlapců. Celkem bylo zaznamenáno 952 případů (100 %). Z toho šlo o 475 chlapců (49,9 %) a 477 dívek (50,1 %).

Graf 5 Počet nahlášených případů zanedbávaných dětí v letech 2012-2021 - dle pohlaví

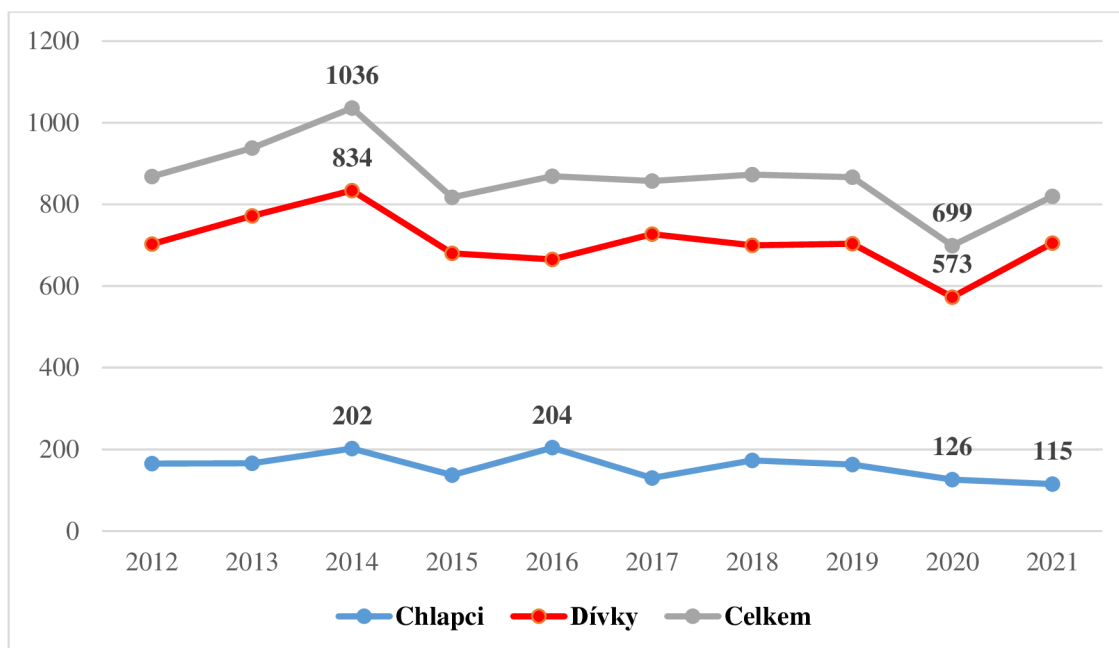


Zdroj: MPSV, 2012-2021

Ve sledovaném období 2012-2021 bylo celkem do registru MPSV nahlášeno 60 111 případů zanedbávání dětí (100 %). Z toho bylo 31 327 chlapců (52,1 %) a 28 784 dívek (47,9 %)

Největší počet případů zanedbávání bylo registrováno v roce 2016. Celkem šlo o 6 934 případů (100 %). Z toho bylo 3 576 chlapců (51,6 %) a 3 358 dívek (48,4 %). Nejmenší počet případů zanedbávání dětí byl zaznamenán v roce 2013. V tomto roce bylo nahlášeno 4 663 případů (100 %). Z toho 2 447 chlapců (52,5 %) a 2 216 dívek (47,5 %).

Graf 6 Počet nahlášených případů sexuálně zneužívaných dětí včetně dětské prostituce a dětské pornografie v letech 2012-2021- dle pohlaví

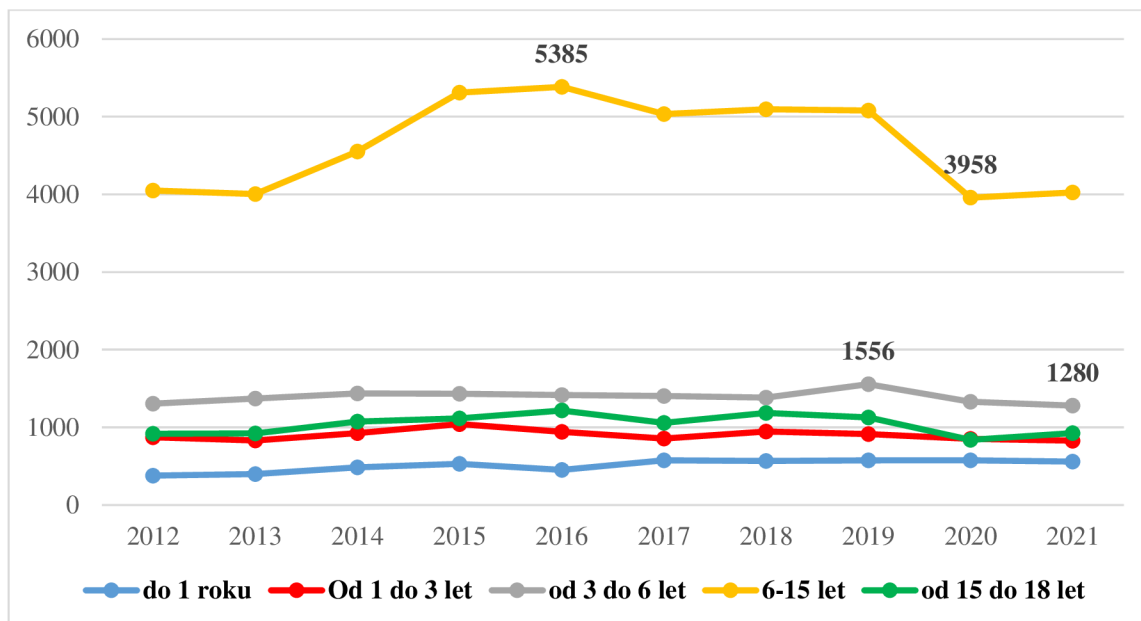


Zdroj: MPSV, 2012-2021

Ve sledovaném období 2012-2021 bylo celkem do registru MPSV nahlášeno 8 666 případů sexuálně zneužívaných dětí (100 %). Z toho bylo 7 063 dívek (81,7 %) a 1 581 chlapců (18,3 %).

Největší počet případů sexuálně zneužívaných dětí byl zaznamenán v roce 2014. Celkem šlo o 1 036 (100 %). Z toho bylo 834 dívek (80,5 %) a 202 chlapců (19,5 %). Nejmenší počet případů sexuálního zneužívání dětí byl registrován v roce 2020. V tomto roce bylo nahlášeno 699 případů (100 %). Z toho 573 dívek (82 %) a 126 chlapců (18 %). V roce 2021 došlo ke zvýšení počtu nahlášených případů sexuálně zneužívaných dětí. Celkem bylo nahlášeno 820 případů (100 %). Šlo o 705 dívek (86 %) a 115 chlapců (14 %). Nejméně případů sexuálně zneužívaných chlapců bylo zaznamenáno v roce 2021. Šlo o 115 případů. A nejvíce případů sexuálně zneužívaných chlapců bylo nahlášeno v roce 2016. Celkem se jednalo o 204 případů.

Graf 7 Počet nahlášených případů týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí v letech 2012-2021 - dle věkových kategorií

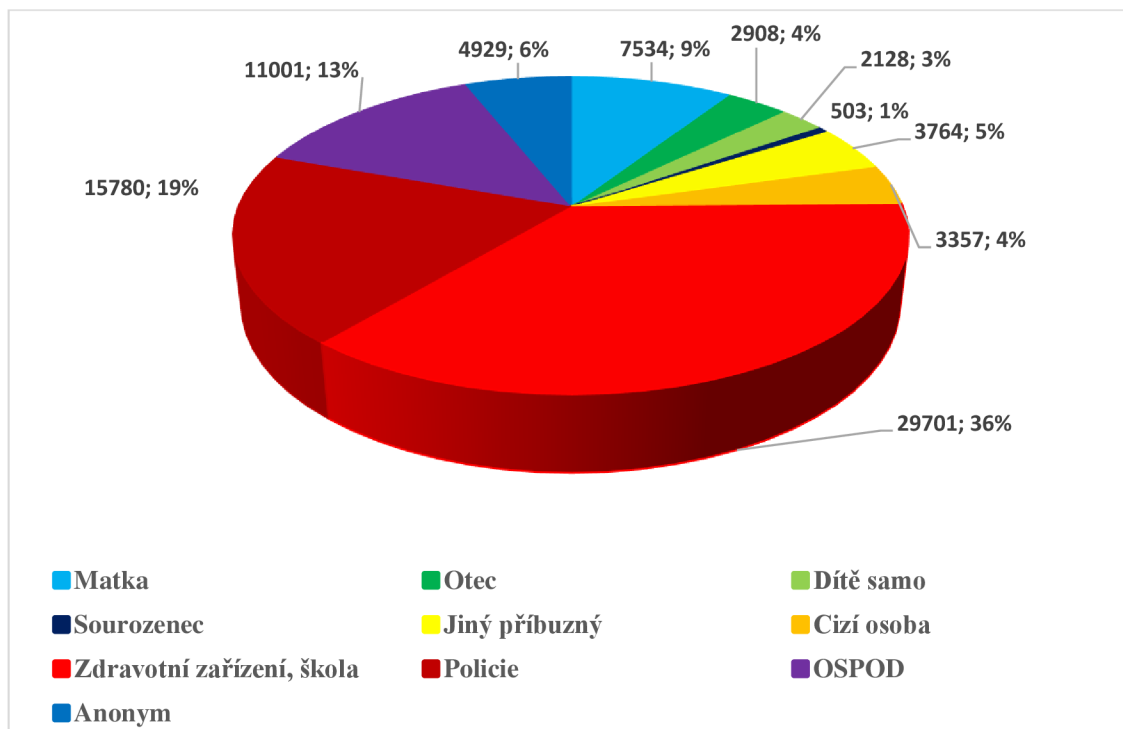


Zdroj: MPSV, 2012-2021

Z grafu 7 je patrné, že nejvíce jsou ohroženy CAN syndromem děti ve věku od 6 do 15 let. Ve sledovaném období bylo v této věkové skupině registrováno 46 496 případů týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí. Což je 55 % z celkového počtu všech nahlášených případů. V této věkové skupině dětí bylo nejvíce případů CAN nahlášeno v roce 2015 a to 5 385. Naopak nejméně registrovaných případů bylo zaznamenáno v roce 2020 (3 956 případů).

Druhou nejčastěji zasaženou věkovou skupinou dětí byly děti od 3 do 6 let. V období 2012-2021 bylo v této věkové skupině nahlášeno 13 922 případů CAN. Jde o 16 % z celkového počtu hlášených případů. Z toho nejvíce případů bylo nahlášeno v roce 2019 a to celkem 1 556, nejméně nahlášených případů bylo v roce 2021 a to 1 280.

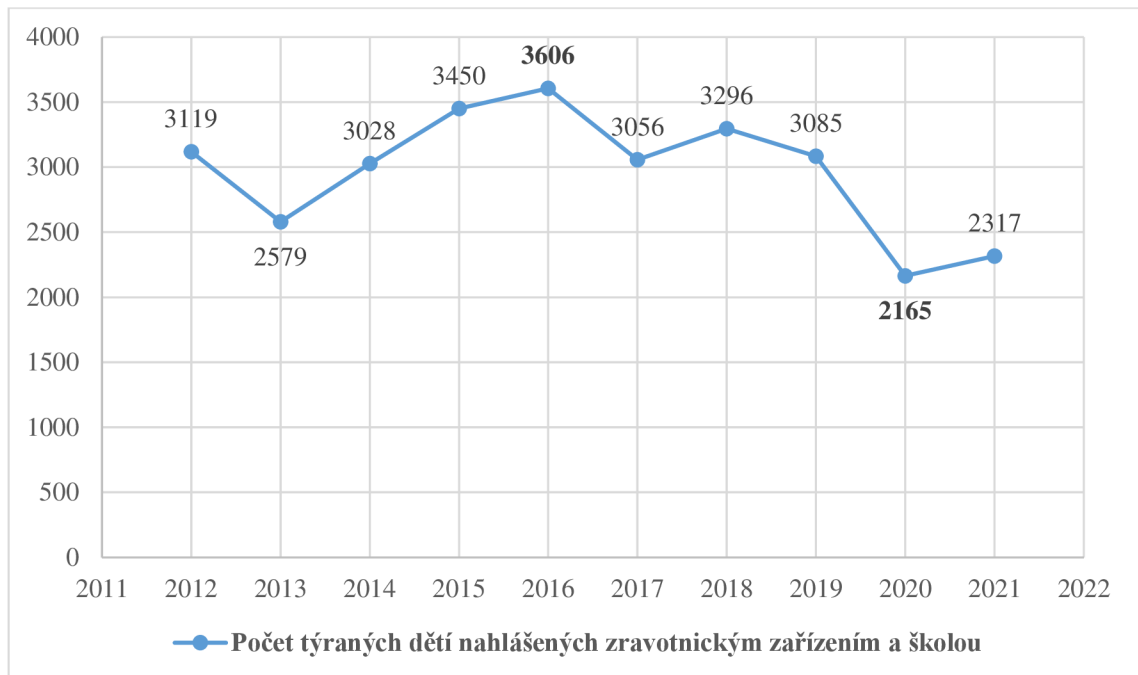
Graf 8 Nahlašování případů CAN syndromu osobami a zařízeními v letech 2012-2021



Zdroj: MPSV, 2012-2021

Dle grafu 8 je patrné, že nejvíce ohlašuje případy týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte zdravotničtí a pedagogičtí pracovníci. Ve sledovaném období 2012-2021 bylo zdravotnickým a školním zařízením nahlášeno 29 701 případů (36 %). Policie ČR ve sledovaném období registrovala 15 780 případů CAN (19 %) a orgány sociální a právní ochrany dětí, OSPOD - 11 001 případů (13 %). Údaje k počtu případů CAN, na které přišel přímo OSPOD jsou k dispozici až od roku 2015. Matky ve sledovaném období nahlásily 7 534 případů CAN (9 %).

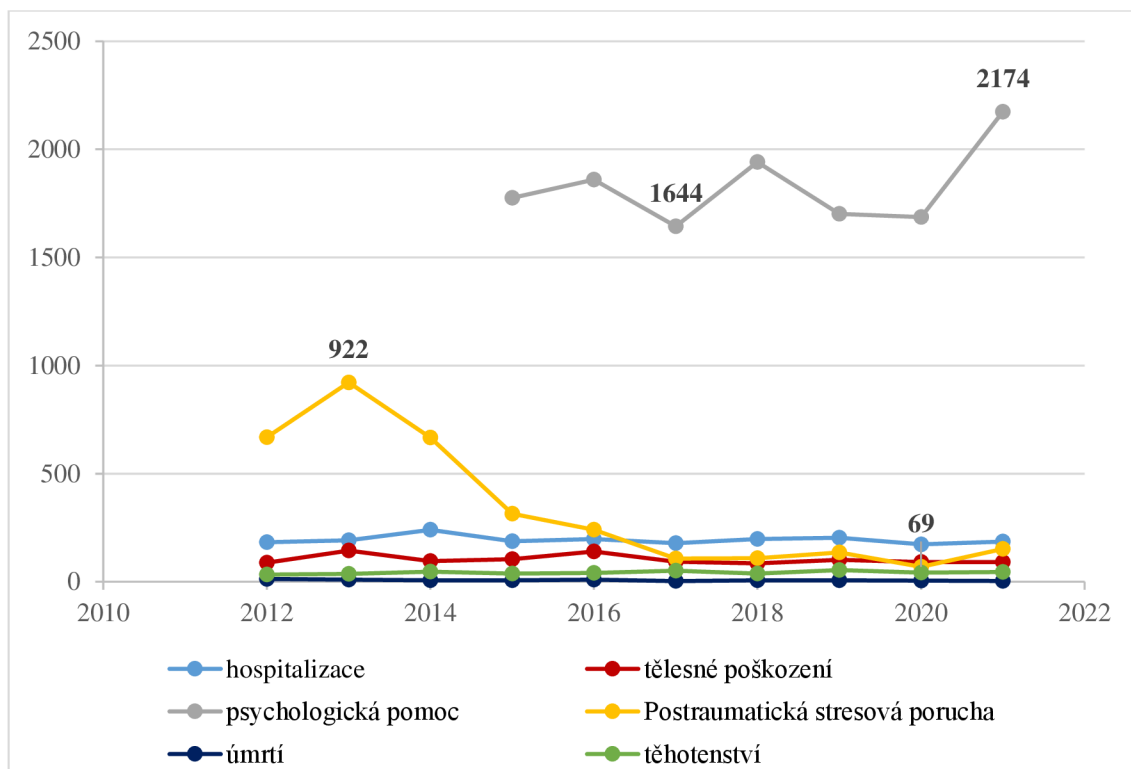
Graf 9 Počet týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí nahlášených školou/zdravotnickým zařízením



Zdroj: MPSV, 2012-2021

Ve sledovaném období 2012-2021 bylo nahlášeno školou a zdravotnickým zařízením 29 701 případů týraného, zneužívaného nebo zanedbávaného dítěte. Nejvíce případů bylo nahlášeno v roce 2016. Jednalo se celkem o 3 606 případů (38,3 %) z celkového počtu 9 416 případů (100 %). Nejméně případů bylo nahlášeno v roce 2020. V tomto roce bylo nahlášeno školou nebo zdravotním zařízením 2 165 případů (28,7 %) z celkového počtu 7 539 případů (100 %).

Graf 10 Následky týrání, zneužívání a zanedbávání v letech 2012-2021



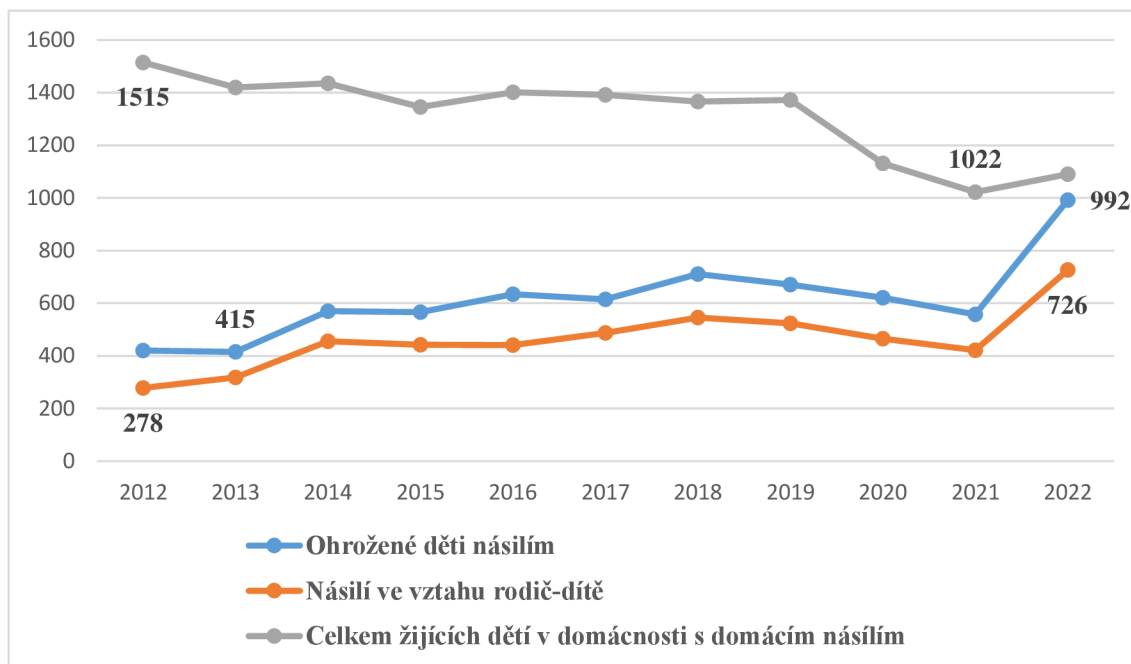
Zdroj: MPSV, 2012-2021

Data ohledně dětí, které potřebovaly psychologickou pomoc jsou v registru MPSV k dispozici od roku 2015. Následky týrání, zneužívání a zanedbávání ve sledovaném období 2012-2021 mělo 19 626 dětí (100 %). Z toho psychologickou pomoc potřebovalo celkem 12 787 dětí (65,1 %). Posttraumatická porucha byla diagnostikována u 3 384 případů (17,2 %) a hospitalizovaných dětí bylo 1 937 (9,9 %). Následky týrání, zneužívání a zanedbávání ve formě tělesného postižení mělo 1 034 dětí (5,3 %) a zemřelo 67 dětí (0,3 %). Otěhotnělo 422 sexuálně zneužívaných dívek (2,2 %).

Nejvíce dětí, které potřebovaly psychologickou pomoc, bylo v roce 2021. Celkem šlo o 2 174 případů. Naopak nejméně dětí, které potřebovaly psychologickou pomoc, bylo v roce 2017. Jednalo se o 1 644 případů.

Největší počet dětí, kterým byla diagnostikována posttraumatická stresová porucha, bylo v roce 2013. Šlo o 922 dětí. Nejmenší počet byl zaznamenán v roce 2020. V tomto roce se jednalo o 69 případů.

Graf 11 Počty dětí ohrožených domácím násilím v letech 2012-2022



Zdroj: MPSV, 2012-2021

Ve sledovaném období 2012-2022 bylo do registru Asociace pracovníků intervenčních center zaznamenáno 13 883 vykazání z obydlí dle zákona č.273/2008 Sb. zákon o policii, kvůli domácímu násilí. Z toho šlo o násilí ve vztahu rodič-dítě ve 5 103 případech. Děti ohrožené násilím bylo ve sledovaném období 6 773 a celkem v domácnostech, kde se vyskytovalo domácí násilí žilo 14 491 dětí.

Nejvíce zaznamenaných dětí, které byly ohrožené domácím násilím a násilím ve vztahu rodič-dítě, bylo zaznamenáno v roce 2022. Celkem šlo o 992 případů ohrožených dětí a 726 případů násilí mezi rodičem a dítětem.

Nejméně zaznamenaných dětí ohrožených domácím násilím bylo v roce 2013 a to 415 případů. Nejmenší počet násilí ve vztahu rodič-dítě bylo registrováno v roce 2012 a to 278 případů.

Nejvíce dětí, které žily v rodině s vyskytující se domácím násilím, bylo v roce 2012, Celkem šlo o 1 515 dětí. Nejmenší počet dětí, zaznamenaných v rodině s domácím násilím byl registrován v roce 2021. V těchto domácnostech celkem žilo 1022 dětí.

4.1.2 Regresní model vývoje počtu dětí s CAN

Pro testování první výzkumné hypotézy byly stanoveny statistické hypotézy:

H0 Počty hlášených případů násilí na dětech v letech 2015-2021 významně nerostly.

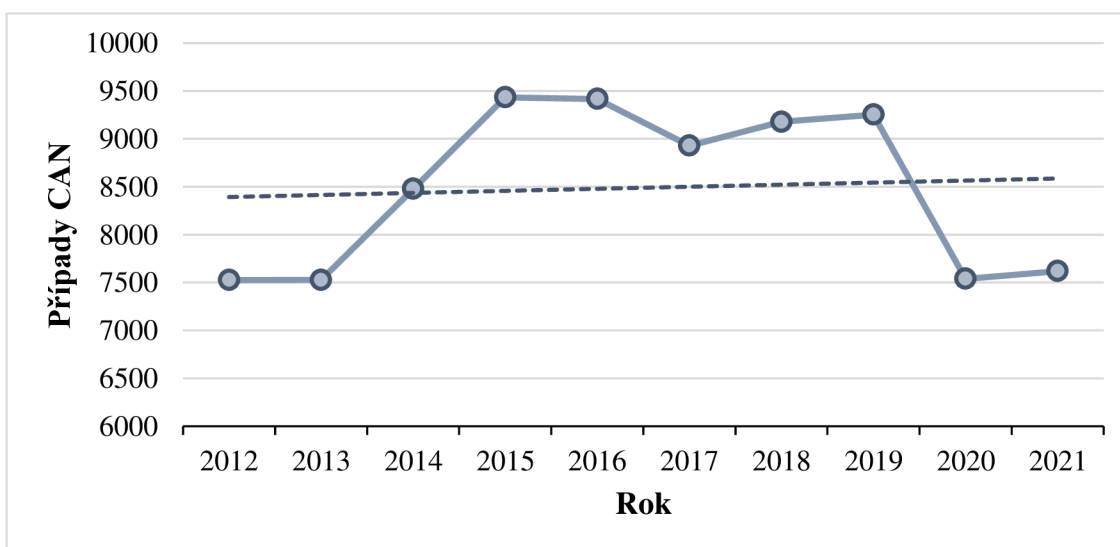
H1 Počty hlášených případů násilí na dětech v letech 2015-2021 významně rostly.

Tabulka 1 Testování rozdílů hlášených případů CAN v období 2012-2021

ANOVA Rozptyl	SS	DF	MS	F	p
Regresní	38254	1	38254	0,047	0,830
Reziduální	6478484	8	809811		
Celkem	6516738	9			

Dle statistického testování nelze zamítnout H0. Počet případů CAN se ve sledovaném období statisticky významně neměnil. Hypotéze 1 „Počty hlášených případů násilí na dětech v letech 2015-2021 významně rostly“ **nebyla potvrzena.**

Graf 12 Vývoj hlášených případů CAN ve sledovaném období



Zdroj: Vlastní

Ve sledovaném období 2012-2021 bylo celkem nahlášeno 84 897 případů CAN syndromu. Nejméně nahlášených případů týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí bylo v roce 2012, celkem šlo o 7 525 případů. Podobný počet nahlášených případů byl i v roce 2013, v tomto roce šlo celkem o 7 527 případů CAN syndromu. Nejvíce případů bylo nahlášeno v roce 2015, celkem se jednalo o 9 433 případů. Průměrně bylo ročně

nahlášeno 8 490 případů syndromu CAN. Spojnice trendu zobrazuje na grafu hodnoty pohybující se kolem ročního průměru 8 500 případů syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte.

4.2 Výsledky dotazníkového šetření

Tabulka 2 Pohlaví respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Muž	4	1,9
Žena	208	98,1
Celkem	212	100,0

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 212 respondentů (100 %), z toho 208 žen (98,1 %) a 4 muži (1,9 %).

Tabulka 3 Vzdělání respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Základní vzdělání	7	3,3
Střední škola bez maturity	22	10,4
Střední škola s maturitou	74	34,9
Vyšší odborné	23	10,8
Vysokoškolské	86	40,6
Celkem	212	100,0

Z celkového počtu 212 oslovených rodičů (100 %), mělo vystudovanou vysokou školu 86 respondentů (40,6 %). Vyšší odborné vzdělání mělo 23 respondentů (10,8 %), střední školu s maturitou vystudovalo 74 respondentů (34,9 %), střední školu bez maturity vystudovalo 22 respondentů (10,4 %). Základní vzdělání mělo pouze 7 respondentů (3,3 %).

Tabulka 4 Věk respondentů

Věk	N	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
	212	18	51	31,5	5,9

Nejnižší věk respondentů byl 18 let a nejvyšší věk byl 51 let. Průměrný věk respondentů byl $31,5 \pm 5,9$ let.

Tabulka 5 Setkání s CAN syndromem

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	93	43,9
Ne	119	56,1
Celkem	212	100,0

Na otázku, zda se respondenti někdy setkali s týráním, zneužíváním nebo zanedbáváním dítěte, odpovědělo 119 respondentů (56,1 %), že se s žádnou formou CAN syndromu neseťkali, naproti tomu 93 respondentů (43,9 %) odpovědělo, že se s nějakou formou CAN syndromu setkali.

Tabulka 6 Forma CAN syndromu, se kterou se respondenti setkali

Forma CAN syndromu	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Kombinace	46	21,7
Zanedbávání	22	10,4
Psychické týrán	16	7,5
Fyzické týrán	5	2,4
Sexuální zneužívání	4	1,9
Celkem	212	100,0

Z celkového počtu 212 respondentů (100 %) se 93 respondentů (43,9 %) setkalo s formou CAN syndromu. Z toho nejvíce respondentů, celkem 46 (21,7 %) se setkalo s kombinací syndromu CAN (nejčastěji se jednalo o fyzické a psychické zanedbávání). 22 respondentů (10,4 %) se setkalo se zanedbáváním dítěte. Se sexuálním zneužíváním dítěte se setkalo nejméně respondentů, a to celkem 4 (1,9 %).

Tabulka 7 Kam nebo komu by respondenti hlásili podezření na CAN syndrom

		Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Svěřil/a bych se blízké osobě	Ano	46	21,7
	Ne	166	78,3
	Celkem	212	100,0
OSPOD	Ano	145	68,4
	Ne	68	32,1
	Celkem	212	100,0
Neziskové organizaci	Ano	56	26,4
	Ne	156	73,6
	Celkem	212	100,0
Policii ČR	Ano	83	39,2
	Ne	128	60,4
	Celkem	212	100,0
Nehlásil/a bych	Ano	0	0,0
	Ne	212	100,0
	Celkem	212	100,0
Nedokážu odpovědět	Ano	19	9,0
	Ne	193	91,0
	Celkem	212	100,0

Z celkového počtu 212 respondentů (100 %) na otázku „Kam nebo komu byste hlásil/a podezření na týrané, zneužívané nebo zanedbávané dítě“, respondenti nejčastěji odpovídali „Orgánu sociálně právní ochrany dětí“ 145krát (68,4 %). Druhou a třetí nejvíce zastoupenou odpovědí bylo „policii České republiky“ 83krát (39,2 %) a možnost: „organizaci pečující o ohrožené děti“ 56krát (26,4 %). Dále respondenti zvolily: „svěřila bych se blízké osobě“ 46krát (21,7 %). Možnost nedokážu odpovědět byla zvolena 19krát (9,0 %).

Tabulka 8 Rizikové skupiny osob, u kterých je vyšší pravděpodobnost týrání, zanedbávání nebo zneužívání dítěte

Rizikové skupiny osob	N	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
Alkoholici	211	1	5	4,5	0,8
Uživatelé drog	210	1	5	4,5	0,9
Sexuální devianti	208	1	5	4,3	0,9
Impulzivní rodiče s agresivními rysy	211	1	5	4,2	0,8
Duševně nemocní a s poruchou osobnosti	209	1	5	3,9	1,0
Rodiče, kteří byli sami v dětství zneužívání nebo týrání	208	1	5	3,3	1,1
Rozvedený rodič	207	1	5	2,4	0,9
Mladí a nezkušení rodiče	207	1	5	2,3	0,9

Poznámka: Respondenti odpovídali na Likertové škále, kde 1 znamená „Určitě nesouhlasím“ a 5 znamená „Určitě souhlasím“.

Dle respondentů mezi nejrizikovější skupiny osob, u kterých je vyšší riziko, že se budou dopouštět týrání, zanedbávání nebo zneužívání dítěte patří: osoby závislé na alkoholu ($4,5 \pm 0,8$); uživatelé návykových látek ($4,5 \pm 0,9$) anebo sexuální devianti ($4,3 \pm 0,9$). Méně často respondenti souhlasili s tvrzením, že rodiče, kteří byli sami v dětství zneužívání nebo týrání, jsou riziková skupina osob, u kterých je vyšší pravděpodobnost týrání, zneužívání a zanedbávání dětí (průměrná hodnota odpovědí byla $3,3 \pm 1,1$), mladí a nezkušení rodiče (průměrná hodnota odpovědí byla $2,3 \pm 0,9$). Respondenti méně často souhlasili s tvrzením, že rozvádění rodičů představuje vyšší riziko pro týrání, zneužívání nebo zanedbávání dítěte ($2,4 \pm 0,9$). Do hodnocení nebyly zahrnuty odpovědi nevím a jiné.

Tabulka 9 Příznaky fyzického týrání dětí

Příznaky fyzického týrání dětí	N	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
Modřiny různého stáří	211	1	5	4,6	0,7
Změna chování dítěte (plačtivost, smutek, úzkost)	212	3	5	4,4	0,7
Popáleniny	212	2	5	4,3	0,8
Pomočování, pokálení	212	2	5	4,3	0,8
Zlomeniny (žeber, dlouhých kostí...)	212	2	5	4,2	0,9
Útěky z domova	210	1	5	4,2	0,9
Náhlé zhoršení školního prospěchu	212	1	5	4,2	0,8
Vytrhané vlasy	207	1	5	4,0	1,0
Kousance, škrábance	209	1	5	4,0	1,1
Bodné rány	209	1	5	3,8	1,3
Bezvědomí	204	1	5	3,4	1,4

Poznámka: Respondenti odpovídali na Likertové škále, kde 1 znamená „Určitě nesouhlasím“ a 5 znamená „Určitě souhlasím“.

Dle respondentů mezi příznaky fyzického týrání patří: modřiny různého stáří (průměrná hodnota odpovědí byla $4,6 \pm 0,7$), změna chování dítěte ($4,4 \pm 0,7$), popáleniny ($4,3 \pm 0,8$), zlomeniny ($4,2 \pm 0,9$) nebo bodné rány ($3,8 \pm 1,3$). Do hodnocení nebyly zařazeny odpovědi nevím a jiné.

Tabulka 10 Častý pachatel sexuálního zneužívání dítěte

Častý pachatel		Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Cizí člověk	Ano	55	25,9
	Ne	157	74,1
	Celkem	212	100,0
Otec	Ano	112	52,8
	Ne	100	47,2
	Celkem	212	100,0
Matka	Ano	26	12,3
	Ne	186	87,7
	Celkem	212	100,0
Nevlastní otec	Ano	186	87,7
	Ne	26	12,3
	Celkem	212	100,0
Nevlastní matka	Ano	43	20,3
	Ne	169	79,7
	Celkem	212	100,0
Sourozenec	Ano	24	11,3
	Ne	188	88,7
	Celkem	212	100,0
Nevlastní sourozenec	Ano	70	33,0
	Ne	142	67,0
	Celkem	212	100,0
Prarodič	Ano	55	25,9
	Ne	157	74,1
	Celkem	212	100,0
Strýc	Ano	140	66,0
	Ne	72	34,0
	Celkem	212	100,0
Učitel/ka	Ano	27	12,7
	Ne	185	87,3
	Celkem	212	100,0
Vychovatel/ka	Ano	31	14,6
	Ne	181	85,4
	Celkem	212	100,0

Z celkového počtu 212 respondentů (100 %) na otázku „*V případě sexuálního zneužívání dítěte, kdo je častým pachatelem*“ respondenti nejčastěji odpovídali „*nevlastní otec*“ 186krát (87,7 %), odpověď „*strýc*“ byla zvolena 140krát (66,0 %). Třetí nejvíce zastoupenou odpovědí bylo „*otec*“ 112krát (52,8 %). Dále respondenti uvedli, že častým pachatelem sexuálního zneužívání dítěte je „*nevlastní sourozenec*“ 70krát (33,0 %),

možnost „*prarodič*“ a „*cizí člověk*“ byla zvolena 55krát (25,9 %). Respondenti nejméně často volili odpověď „matka“ 26krát (12,3 %) a odpověď „sourozenec“ 24krát (11,3 %).

Tabulka 11 Příznaky sexuálního zneužívání dětí

Příznaky sexuální zneužívání	N	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
Poranění análního otvoru	209	1	5	4,5	0,9
Krvácení z pohlavních orgánů	207	1	5	4,4	1,0
Změny chování	210	1	5	4,3	0,9
Zvýšená úzkostnost nebo agresivita	209	1	5	4,3	0,9
Pohlavně přenosné choroby	202	1	5	4,1	1,3
Sebepoškozování	210	1	5	4,1	0,9
Zhoršení prospěchu ve škole	208	1	5	4,0	1,0
Bolesti při močení nebo vyprazdňování	201	1	5	3,9	1,3
U chlapců poranění předkožky	199	1	5	3,8	1,3
U dívek výtok z pohlavních orgánů	200	1	5	3,5	1,2

Poznámka: Respondenti odpovídali na Likertové škále, kde 1 znamená „Určitě nesouhlasím“ a 5 znamená „Určitě souhlasím“.

Dle respondentů mezi příznaky sexuálního zneužívání dětí patří: poranění análního otvoru (průměrná hodnota odpovědí byla $4,5 \pm 0,9$), krvácení z pohlavních orgánů (průměrná hodnota $4,4 \pm 1,0$), změny chování (průměrná hodnota odpovědí byla $4,3 \pm 0,9$), zvýšená úzkostnost nebo agresivita (průměrná hodnota $4,3 \pm 0,9$). Mezi další příznaky sexuálního zneužívání dětí patří: u chlapců poranění předkožky (průměrná hodnota odpovědí byla $3,8 \pm 1,3$), u dívek výtok z pohlavních orgánů (průměrná hodnota $3,5 \pm 1,2$). Do hodnocení nebyly zahrnuty odpovědi nevím a jiné.

Tabulka 12 Důsledky třesení s kojencem

Důsledky s kojencem	třesení	N	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
Poranění mozku		208	1	5	4,4	0,9
Krvácení do mozku		203	1	5	4,4	1,2
Smrt dítěte		200	1	5	4,0	1,3
Krvácení do sítnice		185	1	5	3,9	1,7
Mentální retardace		204	1	5	3,8	1,3
Poruchy sluchu		183	1	5	3,4	1,6
Poranění vnitřních orgánů		192	1	5	3,3	1,5
Ochrnutí končetin		176	1	5	3,0	1,7
Zlomeniny žeber a dlouhých kostí		185	1	5	2,6	1,6

Poznámka: Respondenti odpovídali na Likertové škále, kde 1 znamená „Určitě nesouhlasím“ a 5 znamená „Určitě souhlasím“.

Nejčastěji respondenti souhlasili s tvrzením, že důsledkem třesení s kojencem je poranění jeho mozku (průměrná hodnota odpovědi byla $4,4 \pm 0,9$), krvácení do mozku (průměrná hodnota $4,4 \pm 1,2$), smrt dítěte (průměrná hodnota $4,0 \pm 1,3$) nebo krvácení do sítnice (průměrná hodnota $3,9 \pm 1,7$). Dle respondentů důsledkem třesení s kojencem může být mentální retardace dítěte (průměrná hodnota odpovědi byla $3,8 \pm 1,3$), poruchy sluchu (průměrná hodnota $3,4 \pm 1,6$) nebo poranění vnitřních orgánů (průměrná hodnota odpovědi byla $3,3 \pm 1,5$). Do hodnocení nebyly zařazeny odpovědi nevím a jiné.

4.2.1 Testování hypotéz

Pro testování druhé výzkumné hypotézy byly stanoveny statistické hypotézy:

H0 Znalost rodičů o syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte se významně nemění v závislosti na jejich vzdělání

H1 Znalost rodičů o syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte se významně mění v závislosti na jejich vzdělání

Tabulka 13 Znalost rodičů o CAN syndrom vs vzdělání

Spearmanův korelační koeficient	0,075
Dosažená hladina významnosti	0,277

Nemůžeme zamítnout H0, tedy platí, že znalost rodičů o CAN syndromu se statisticky významně nemění s jejich vzděláním.

H0 Znalost rodičů o syndromu třeseného dítěte se významně nemění v závislosti na jejich věku

H1 Znalost rodičů o syndromu třeseného dítěte se významně mění v závislosti na jejich věku.

Tabulka 14 Znalost rodičů o syndromu třeseného dítěte vs jejich věk

Spearmanův korelační koeficient	-0,057
Dosažená hladina významnosti	0,406

Nemůžeme zamítnout H0, tedy platí, že znalost rodičů o syndromu třeseného dítěte se statisticky významně nemění s jejich věkem.

4.3 Vyhodnocení kvalitativních dat

Po transkripci rozhovorů se sestrami u praktických lékařů pro děti a dorost byla provedena analýza a syntéza kvalitativních dat. Prostřednictvím techniky tužka-papír bylo provedeno kódování textu a jeho rozdělení do sedmi kategorií.

- Socio-profesní charakteristika informantek
- Znalosti sester o syndromu CAN
- Znalosti sester o syndromu třeseného dítěte
- Rizikové skupiny osob (rodičů a dětí)
- Edukace a intervence dětských sester v prevenci CAN syndromu
- Naplňování potřeb dítěte rodinou
- Role dětských sester v prevenci CAN syndromu

4.3.1 Kategorie 1 Socio-profesní charakteristika informantek

Tabulka 15 Socio-profesní charakteristika sester

Sestry	Věk	Vzdělání	Délka praxe	Praxe u PLDD
Sestra 1 (S1)	50 let	VŠ, magisterský studijní program, obor Ošetrovatelství	32 let	8 let
Sestra 2 (S2)	58 let	SZŠ, obor Dětská sestra	38 let	4 roky
Sestra 3 (S3)	59 let	SZŠ, obor Ženská sestra	35 let	20 let
Sestra 4 (S4)	46 let	VŠ, bakalářský studijní program, obor Všeobecné ošetrovatelství	20 let	4 roky
Sestra 5 (S5)	67 let	SZŠ, obor Dětská sestra	48 let	41 let
Sestra 6 (S6)	37 let	VŠ, magisterský studijní program, obor Pediatrie v klinických oborech	13 let	1 rok

Do kvalitativního sběru dat se zapojilo šest sester. Tři sestry měly vysokoškolské vzdělání a tři sestry měly vzdělání středoškolské. Průměrná délka praxe sester byla 31 let a průměrná praxe u PLDD byla 13 let.

4.3.2 Kategorie 2 Znalosti sester o syndromu CAN

V úvodu rozhovoru byly sestry dotazovány na charakteristiku syndromu CAN a syndromu třeseného dítěte. Sestry (S3, S4, S5, S6) správně uvedly, že se jedná o syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Sestra (S1) uvedla, že se jedná o syndrom týraného dítěte a sestra (S2) opomenula zneužívání a uvedla, že se jedná o syndrom týraného a zanedbávaného dítěte.

Všechny sestry dokázaly popsat jednotlivé formy syndromu CAN a jejich symptomy a důsledky na zdraví a život dítěte. Sestra (S1) charakterizovala fyzické týrání jako bití dítěte. Všechny sestry uvedly, že příznakem tělesného týrání jsou modřiny, Sestra (S6) doplnila: *„Modřiny mohou být ve tvaru předmětů, kterými bylo dítě bito.“* Sestry (S1, S2, S3, S4, S5) se shodly na popáleninách jako příznaku fyzického týrání. Sestry (S2, S5) podobně uvedly: *„Mohou se vyskytovat jizvy způsobené pálením cigaret o kůži.“* Sestry (S1, S2, S3, S6) uvedly, jako další příznak fyzického týrání zlomeniny. Sestra (S2) doplnila: *„Zlomeniny mohou být staré a špatně zahojené.“* Sestra (S6) zmínila: *„Děti si mohou svá zranění před ostatními zakrývat.“*

Všechny sestry definovaly psychické týrání jako hrubé nadávání dítěti, sestry (S1, S2, S4, S5, S6) uvedly ponižování dítěte a sestry (S2, S4, S6) zmínily nátlak na dítě ze strany rodičů. Sestra (S4) uvedla: *„Rodiče mohou mít na dítě příliš vysoké nároky, protože si skrze něj plní vlastní sny. Porovnávání se starším dítětem je také psychické týrání“* a *„při rozvodu rodičů může být dítě psychicky týráno.“* Rozvod rodičů zmínila i sestra (S5). Jako příznaky psychického týrání sestry nejčastěji uváděly (S2, S3, S4, S5, S6) agresivitu, (S1, S3, S5, S6) strach dítěte, (S2, S3, S4, S5) plachost dítěte. Sestry (S3, S4, S6) zmínily časté bolesti břicha. Sestra (S1) uvedla: *„Psychicky týrané děti jsou klidné a ustrašené nebo naopak zlobí, aby si někdo všiml, že se něco děje.“*

Sexuální zneužívání všechny sestry charakterizovaly, jako uskutečnění pohlavního styku s dítětem. Sestry (S1, S4, S5, S6) zmínily osahávání dítěte. Sestry (S2, S4, S6) doplnily, že se jedná o jakýkoliv sexuální kontakt s dítětem. Sestra (S2) uvedla: *„Sexuální zneužívání je jakýkoliv sexuální kontakt s dítětem. Důležité je, že pachatel má nad dítětem intelektuálně navrch.“* Jako příznaky sexuálního zneužívání dítěte sestry nejčastěji zmiňovaly strach, gynekologické problémy a sebepoškozování. Sestra (S5) uvedla: *„Sexuálně zneužívané dítě ví o sexu víc než ostatní děti, a jeho znalosti o sexu se mohou*

projevovat ve hře s jinými dětmi.“ Podobně odpověděly i sestry (S5, S6). Sestry (S3, S4, S6) zmínily jako příznak oblékání příliš velkého a volného oblečení.

Zanedbávání dítěte sestry charakterizovaly, jako nepečování o dítě a zanedbávání potřeb dítěte. Jako příznaky zanedbávání sestry nejčastěji uváděly nevyhovující hygienu, špatné hygienické návyky, oblečení, které je nevhodné do aktuálního počasí a řeč dítěte, která neodpovídá jeho věku. Sestra (S4) zmínila: *„Zanedbávané děti celkově neprospívají, mají opožděnou řeč a nevyhovující hygienické návyky.“*

Sestry nejčastěji uváděly, jako důsledky syndromu CAN na život a zdraví dítěte psychické problémy v dospělosti, problémy s navazováním a udržením vztahů a poruchy příjmu potravy. Sestry (S1, S3, S5) zmínily sebepoškozování a sestry (S1, S2, S3) uvedly porušenou důvěru lidem. Sestra (S6) uvedla: *„Děti jsou poznamenány na celý život, jak psychicky, tak fyzicky. Po psychické stránce se u nich mohou objevovat psychické problémy, jako posttraumatická stresová porucha. Mohou mít problémy ve vztazích a nízkou sebeúctu. Po stránce fyzické mohou mít například jizvy a chronickou bolest.“* Sestra (S3) zmínila: *„V dospělosti mohou týrat svoje dítě, protože neznají nic jiného.“*

4.3.3 Kategorie 3 Znalosti sester o syndromu třeseného dítěte

Všechny sestry (S1, S2, S3, S4, S5, S6) dokázaly správně definovat syndrom třeseného dítěte. Sestra (S4) zmínila: *„Syndrom třeseného dítěte je vážné poškození mozku, ke kterému dochází při nevhodném třesení a zacházení s dítětem. Dochází k poškození mozku a stačí jen chvilinka nevhodného třesení. Dochází k tomu hlavně u dětí do 6 až 8 týdnů, ale není výjimka do 2 až 5 let věku.“* Sestra (S2) doplnila: *„Kojenec nemá silné krční svaly a hlavička se mu hýbe dopředu a dozadu“* a *„nemusí to být ani chtěné ublížení dítěti. Vyčerpaná matka nebo otec může nechtěně silně zatřást s plačícím dítětem.“*

Jako příznaky syndromu třeseného dítěte sestry nejčastěji zmiňovaly apatii, zvracení a spavost dítěte. Sestra (S4) uvedla: *„Dítě je spavé až v bezvědomí, zvrací, má vybledlou kůži, může se vyskytovat chvění až záchvaty a křeče tělíčka, spavost může přejít v kóma a mohou se vyskytovat problémy s dýcháním.“* Sestra (S6) zmínila: *„Jde o poškození centrální nervové soustavy, které vzniká otřesem, může následovat krvácení do mozku, porucha funkce centrální nervové soustavy, dítě může být plačtivé, dráždivé anebo naopak apatické.“* Jako důsledky třesení sestry nejčastěji zmiňovaly mentální retardaci, hluchotu a slepotu dítěte. Sestra (S4) odpověděla: *„U dítěte může vzniknout subdurální*

krvácení až otok mozku, může ochrnout, ohluchnout nebo oslepnout.“ Sestra (S6) zmínila: *„Následky třesení s dítětem mohou být fatální, dochází k poškození centrální nervové soustavy, k edému mozku a v nejhorších případech může dojít i ke smrti.“*

4.3.4 Kategorie 4 Rizikové skupiny osob (rodičů a dětí)

Všechny sestry se shodly, že největší riziko pro vznik syndromu CAN je u rodičů závislých na alkoholu a drogách. Sestry (S1, S2, S5, S6) zmínily sociálně slabé rodiny. Sestry (S1, S3, S4, S5) uvedly, jako rizikové dospělé pro vznik týrání, zneužívání a zanedbávání agresivní, cholerické a výbušné rodiče. Sestry (S3, S5, S6) zmínily rozvod rodičů. Sestra (S6) odpověděla: *„Často bývají děti psychicky týrány při rozvodech. Může docházet ke sporům o děti a někdy rodiče děti uplácejí, aby si je získali na svou stranu.“* Sestra (S4) odpověděla: *„Myslím, že riziková jsou hlavně citově nevyrovnaní, zlostní a frustrovaní rodiče. Riziko představují rodiče, kteří nemají dostatek financí a také ti, kteří byli v dětství sami týráni.“* Všechny sestry zmínily, jako rizikový faktor pro vznik CAN syndromu mentální a tělesné postižení dítěte. Dle sester je zvýšené riziko nevhodného zacházení u dětí, které jsou nechtěné. Sestra (S6) zmínila: *„Mohou to být děti, které jsou nechtěné nebo postižené. Na postižených dětech si mohou rodiče vybíjet vztek, protože nesplňují jejich očekávání.“* Sestra (S1) odpověděla: *„Týrané mohou být děti s tělesným nebo mentálním znevýhodněním, také děti, které jsou neposlušné a nesoustředí se. Velké riziko je i u dětí s ADHD.“*

Všechny sestry zmínily, že rizikové skupiny rodičů i dětí se detekují při návštěvě ordinace PLDD pomocí rozhovoru a pozorováním rodičů a dětí. Sestra (S1) odpověděla: *„V ordinaci jsme měli fyzicky týrané dítě. Šlo o slušnou rodinu a vůbec by nás nenapadlo, že by mohlo docházet k týrání dítěte, dokud nemělo modřiny všude po těle. Špatně se to odhaduje.“*

4.3.5 Kategorie 5 Edukace a intervence dětských sester v prevenci CAN syndromu

Žádná ze sester se nezapojuje do osvěty ohledně CAN syndromu, ale dokázaly vyjmenovat některé organizace zapojující se do osvěty a prevence syndromu CAN. Nejčastěji sestry zmiňovaly Dětské krizové centrum a Fond ohrožených dětí Klokánek. Sestra (S1) odpověděla: *„Znám například Dětské krizové centrum, které se zaměřuje přímo na děti ohrožené týráním, zneužíváním nebo zanedbáváním, také je známý třeba Klokánek, a ještě je Centrum LOCIKA.“*

Sestry byly dotazovány na to, zda vykonávají nějaké intervence v prevenci syndromu třeseného dítěte. Všechny sestry odpověděly, že edukují rodiče pomocí ukázky a rozhovoru o správné manipulaci s dítětem. Sestry (S1, S4) edukaci doplňují o brožurku o správné manipulaci s dítětem. Sestra (S2) odpověděla: *„Edukujeme nové matky v poradně o správné péči o miminko, jak ho držet a chovat. Edukujeme je i o syndromu třeseného dítěte o tom, co třesení s dítětem způsobuje. Říkáme jim, že může dojít k vážnému poškození dítěte a v nejhorších případech i ke smrti.“* Sestra (S4) odpověděla: *„Maminkám rozdáváme brožurky o tom, jak zacházet s miminkem, také jim názorně předvedeme správnou manipulaci. Už v porodnici by se maminky měly naučit, jak koupat miminko, jak ho držet a určitě by se tam měly dozvědět, že s tím dítětem nemají trást. My jim to také říkáme“* Sestry (S3, S5) zmínily důležitost edukace partnera a sourozence o této problematice.

Na otázku, zda sestry vykonávají intervence v prevenci CAN syndromu odpověděly pouze dvě sestry (S2, S5) kladně. Sestra (S2) odpověděla: *„Edukujeme matky v poradně. Říkáme jim, co to je Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. V případě, že má dítě nějaké zranění, se ptáme, jakým způsobem zranění vzniklo.“* Sestra (S5) odpověděla: *„Navštěvujeme rodinu při narození dítěte, abychom zjistili, v jakém prostředí bude dítě žít, posuzujeme, jestli je prostředí pro dítě vhodné a bezpečné.“* Sestry (S1, S3, S4, S6) odpověděly, že žádné intervence v prevenci CAN syndromu nevykonávají. Kdyby si mohly zvolit metodu, kterou by edukovaly rodiče o syndromu CAN, zvolily by metodu edukačního materiálu. Sestra (S6) odpověděla: *„Kdybych měla rodiče edukovat o syndromu CAN, asi bych vybrala nějaký letáček nebo brožurku, protože si myslím, že by ten rozhovor nebyl příjemný jak pro mě, tak pro rodiče. Mohlo by to vyvolávat nepříjemné situace.“*

4.3.6 Kategorie 6 Naplňování potřeb dítěte rodinou

Sestry byly dotazovány na to, jakým způsobem posuzují naplňování potřeb dítěte. Všechny sestry odpověděly, že naplňování potřeb dítěte vyhodnocují pomocí pozorování. Sestry (S1, S2, S3, S4, S6) zmínily, že se dívají na to, jak jsou dítě a rodič čisti. Sestry (S1, S2, S4, S6) odpověděly, že pozorují mluvený projev dítěte. Sestry (S1, S2, S5, S6) zmínily, že pozorují, jakým způsobem se k sobě navzájem chovají rodič a dítě. Sestry (S2, S3, S6) odpověděly, že se zaměřují na čistotu a vhodnost oblečení, které má na sobě dítě i rodič. Sestry (S2, S4, S5, S6) odpověděly, že pozorují chování a projev dítěte. Sestra

(S1) zmínila: „*Pozorujeme, jakým způsobem se chovají dítě s rodičem. Vidíme dítě s rodičem v čekárně, jestli se rodič dítěti věnuje nebo jen sedí vedle sebe s telefonem v ruce. Zaměřujeme se na chování dítěte s rodičem v ordinaci, pozorujeme, jak dítě reaguje na rodiče, jestli se ho bojí nebo jestli u něj hledá záchranu*“ a také zmínila: „*Dívám se i na zoubky, jestli jsou zdravé nebo zkažené. O zuby se musí starat rodič, hodně to vypovídá o péči o dítě.*“ Sestra (S2) zmínila: „*Na celém projevu dítěte můžeme poznat, jak moc se rodiče tomu dítěti věnují.*“ A sestra (S3) odpověděla: „*Mluví s tím dítětem, ptám se, jak se mu daří a jak se má.*“

Sestry byly dotazovány na to, jakým způsobem podporují pozitivní vztahy mezi dítětem a rodiči. Téměř všechny sestry (S1, S3, S4, S5, S6) odpověděly, že se snaží podporovat rodiče a komunikovat s nimi i s dítětem. Sestry (S2, S3, S4) chválí matky při pečování o dítě. Sestra (S3) odpověděla: „*Jsem hodně v klidu, mluvím s rodiči klidně a celkově k nim tak i přistupuji, chválím je za to, jak jim jde péče o dítě.*“

Dále byly sestry dotazovány na to, jakým způsobem posuzují prostředí, ve kterém žije rodina, způsob výchovy a komunikace a funkčnost rodiny. Všechny sestry posuzují rodinu pomocí pozorování. Sledují, jakým způsobem jsou děti a rodiče oblečené, jestli jsou čisté, jak spolu rodiče s dítětem komunikují v ordinaci a také hodnotí vychovanost dětí. Všechny sestry se aktivně ptají na prostředí, ve kterém dítě žije. Sestry (S1, S2, S3, S6) se ptají na to, jestli žije v domácnosti kuřák, sestry (S1, S2, S3, S4) se ptají na styl výchovy. Sestry (S1, S3, S4, S5, S6) se ptají na rodinný stav rodičů a v případě rozvodu se ptají, jestli rozvod ovlivňuje děti. Sestra (S1) odpověděla: „*Při prevenci se ptáme, jestli jsou rodiče rozvedení, jestli spolu komunikují. Když je střídavá péče, tak se ptáme, jak střídavou péčí zvládají děti.*“ Sestra (S3) zmínila: „*Myslím si, že jsou velice vhodné návštěvy v rodině, které se v dnešní době už moc nedělají.*“

Sestry byly dotazovány na to, jakým způsobem zjišťují socio-ekonomickou situaci v rodině. Všechny sestry se shodly na tom, že sociální podmínky v rodině vyhodnocují pomocí pozorování. Sestry nejčastěji sledují vhodnost, stav a čistotu oblečení u dětí i rodičů. Sestry (S1, S2, S4, S5, S6) zmínily, že se aktivně ptají na zaměstnání rodičů. Sestra (S1) odpověděla: „*Kolik rodiče berou se zeptat nemůžeme a stejně vám to nikdo neřekne, ale můžeme se zeptat na zaměstnání rodičů.*“ Sestra (S3) odpověděla: „*Pozorujeme, v čem jsou děti oblečené. Pokud vidíme, že děti a rodiče nemají vhodné*

oblečení, zeptáme se lidsky rodičů, jestli svou finanční situaci zvládají.“ Dále byly sestry dotazovány, zda navštěvují děti v jejich domovech. Sestry (S1, S2, S3, S4, S5) navštěvují děti v jejich domovech, ale pouze po narození. Návštěvy probíhají za účelem prvního vyšetření a posouzení prostředí, do kterého se dítě narodilo. Sestra (S1) zmínila: *„Navštěvujeme většinou jen novorozence a pouze pokud si rodiče přejí první návštěvu lékaře doma. Většinou rodiče preferují jít do ordinace.*“ Sestra (S6) odpověděla: *„Já nikam nechodím. Paní doktorka navštěvuje novorozence a děti občas při nemoci na vyžádání rodičů“* a také zmínila: *„Myslím si, že tato část prevence je důležitá, protože nikdo jiný se do domova dítěte nedostane a neposoudí, jak dítě žije, kde žije a jestli je rodinné prostředí vůbec vhodné pro dítě.*“

4.3.7 Kategorie 7 Role dětských sester v prevenci CAN syndromu

Ke konci rozhovoru byly sestry dotazovány na postup v případě podezření na CAN syndrom u dítěte. Sestry (S1, S2, S4, S6) odpověděly, že spolu s lékařem musí neustále komunikovat, spolupracovat a postupovat jednotně. Téměř všechny sestry (S1, S2, S3, S5, S6) zmínily důležitost kontroly celého těla dítěte a sestry (S2, S3, S4, S5, S6) doplnily, že se musí všechna zranění náležitě zdokumentovat. Sestra (S2) odpověděla: *„Nejdříve musíme dítě pořádně prohlédnout, najít všechny známky týrání a poté je zaznamenat do dokumentace.*“ Sestra (S5) zmínila: *„Lékař může s dítětem mluvit i o samotě“* a podobně odpověděla i sestra (S3). Sestra (S5) odpověděla: *„Pokud má dítě nějaké zranění, tak se zeptáme rodičů, jak se úraz stal, a pokud vysvětlení rodičů dává smysl, zranění jen zaznamenáme do dokumentace. Pokud vysvětlení rodičů smysl nedává a úraz se nemohl stát tímto způsobem, lékař kontaktuje OSPOD.*“ Sestra (S6) zmínila: *„Snažím se mluvit s tím dítětem a utěšit ho, protože vyšetřování může být pro dítě náročné.*“ Sestry (S1, S2, S3, S6) zmínily, jako další postup odeslání dítěte k vyšetření. Sestra (S6) odpověděla: *„Paní doktorka může poslat dítě na další vyšetření, třeba na rentgen nebo na gynekologické vyšetření.*“ Sestry (S2, S3, S5, S6) zmínily, že si lékař může vyžádat hospitalizaci dítěte v nemocnici. Sestra (S5) odpověděla: *„Pokud si opravdu myslíme, že by se mohlo jednat o týrání dítěte, doktor si může vyžádat hospitalizaci v nemocnici.*“ Všechny sestry se shodly na tom, že lékař kontaktuje OSPOD s podezřením na CAN syndrom. Sestry (S1, S2, S4) uvedly ohlašovací povinnost, kdy lékař ohlásí podezření na týrání dítěte Policii ČR.

Sestry byly dotazovány na to, zda se setkaly s dítětem s CAN syndromem. Pouze sestry (S2, S4) se s žádným případem CAN syndromu nesetkaly. Sestra (S1) se setkala s fyzicky týraným dítětem a sexuálně zneužívaným dítětem. Sestra (S3) se setkala se zanedbávaným dítětem, sestra (S5) se setkala se sexuálně zneužívaným dítětem a sestra (S6) se setkala se zanedbávaným dítětem. Všechny sestry specifikovaly svou roli při řešení syndromu CAN. Dle sester jejich role spočívá v podrobném vyhodnocení a zdokumentování všech zranění dítěte a změření fyziologických funkcí. Sestry (S1, S2, S3, S4, S5) odpověděly, že spolupracují s lékařem. Sestra (S4) zmínila: „*Jsem spíše pozorovatel a pravá ruka lékaře, svlékám, vážím a měřím děti.*“ Sestry (S1, S2, S3, S6) zmínily také, že jsou svědci. Sestra (S1) odpověděla: „*Hlavně spolupracuji s lékařem, jsem mu k dispozici, jsem svědek a třetí osoba.*“ Sestry (S1, S2, S3, S5) zmínily, že jejich úloha je komunikovat s dítětem. Sestra (S6) odpověděla: „*Snažím se navázat komunikaci s dítětem, pomoci mu od fyzických, ale i psychických problémů.*“ Všechny sestry odpověděly, že komunikace se sociálními pracovníci (OSPOD) je kompetencí lékaře a sestry (S1, S2, S3, S4, S5) zmiňovaly, že lékař připravuje pro OSPOD lékařskou zprávu. Sestra (S6) odpověděla: „*Lékař spolupracuje s OSPODem, dáváme jim výpisy z dokumentace a lékařské zprávy.*“ Téměř všechny sestry (S2, S3, S4, S5, S6) se shodly, že si v případě navrácení dítěte do domácího prostředí zvou rodinu častěji na kontrolu. Sestra (S3) odpověděla: „*Určitě je důležitá zvýšená pozornost z naší strany, častěji si tyto děti zveme.*“ V případě umístění dítěte do dětského domova se dle sester (S1, S2, S3) předává dokumentace novému ošetřujícímu lékaři v místě dětského domova. V případě náhradní rodinné péče v místě ošetřujícího lékaře nejvíce sester odpovědělo (S2, S3, S4, S6), že si dítě zvou pouze na běžné preventivní prohlídky. Sestry (S4, S5, S6) odpověděly, že zpočátku sledují funkce náhradní rodiny.

5 Diskuse

Předmětem výzkumného šetření byla problematika syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte a syndromu třeseného dítěte. Výzkumné šetření mělo kvantitativně-kvalitativní design. Ke splnění výzkumných cílů byla využita sekundární analýza veřejně dostupných statistických dat Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky (MPSV ČR) za období 2012-2021. V rámci výzkumného šetření bylo realizováno také dotazníkové šetření. Dotazníky vlastní konstrukce byly poskytnuty rodičům (N = 212). V kvalitativní části studie byly uskutečněny rozhovory se šesti sestrami v primárně preventivní péči.

5.1 Diskuse nad výsledky kvantitativního šetření

Prvním cílem výzkumného šetření bylo vyhodnotit trendy v počtu hlášených případů násilí na dětech v České republice v letech 2012-2021.

Autoři Hillis et al. zveřejnili v roce 2016 průzkum týkající se počtu dětí ohrožených násilím. Na základě údajů z přibližně poloviny zemí světa zjistili, že více než miliarda dětí ve věku od 2-17 let zažila v roce 2015 násilí. Zde si dovoluujeme uvést výsledky našeho dotazníkového šetření. Na otázku, zda se rodiče někdy setkali s týráním, zneužíváním a zanedbáváním dítěte, odpověděla přibližně polovina respondentů kladně (43,9 %), tabulka 5. Nejčastěji se jednalo o kombinaci fyzického nebo psychického týrání a zanedbávání (2,7 %), 10,4 % respondentů se setkalo se zanedbáváním dítěte. Se sexuálním zneužíváním dítěte se setkalo nejméně respondentů, a to necelá 2 %, tabulka 6.

Dle sekundární analýzy dokumentů z MPSV ČR bylo za období 2012-2021 evidováno 84 897 případů týraného, zneužívaného nebo zanedbávaného dítěte (graf 1). Nejnižší počet případů CAN syndromu byl zaznamenán v České republice v roce 2012. Celkem bylo do registru zaevidováno 7 525 případů. Nejvyšší počet týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí byl evidován v roce 2015, celkem se jednalo o 9 433 případů. *Ve sledovaném období 2012-2021 se počet případů násilí na dětech v ČR statisticky významně neměnil* ($p < 0,830$). Hypotéza 1 nebyla potvrzena, tabulka 1.

Nezvyšující se počet případů násilí páchaných na dětech ve své studii potvrdili i Pemová a Ptáček (2022). Nicméně autoři se domnívají, že k celkovému poklesu týraných dětí nedošlo z důvodu, že se situace zlepšila, nýbrž protože dochází k chybám při evidenci

těchto dětí. S tímto tvrzením souhlasíme. Je pravděpodobné, že v letech Covidové pandemie, v době uzavření ekonomiky, potažmo celé společnosti, byly rodiny separovány a vystaveny velkému stresu. To spolu s online výukou dětí mohlo vyústit k nárůstu násilí v rodinách, ale paradoxně i k nedostatečnému hlášení těchto případů, tzv. falešné negativitě.

Dle statistik MPSV ČR bylo ve sledovaném období 2012-2021 zdravotnickým nebo školním zařízením nahlášeno 29 701 případů nevhodného zacházení s dítětem, což je 36 % z celkového počtu nahlášených případů v tomto období (graf 9). Mezi lety 2012-2019 bylo zdravotnickým zařízením a školním zařízením průměrně nahlášeno 3 152 případů CAN syndromu za rok. V roce 2020 bylo nahlášeno 2 165 případů a v roce 2021 2 317 případů syndromu týraného, zneužívaného nebo zanedbávaného dítěte, tj. o 987 a 835 případů méně, než byl průměr za předchozí roky (graf 9). Domníváme se, že snížení počtů nahlášených případů CAN syndromu v době pandemie COVID-19 bylo způsobeno online vzděláváním. Děti nenavštěvovaly školní zařízení a nemohlo tak dojít k hlášení nevhodného zacházení s dítětem vzdělávací institucí. Odhalení syndromu CAN je podle Fischera a Škody (2014) velice obtížná.

Studie Nadace Sirius (2020) uvádí, že statistiky za období 2013-2018 zachycují pouze špičku ledovce případů týraných dětí. Odhaduje se, že z celkového počtu týraných dětí je odhaleno a nahlášeno jen 10-20 % případů. Současný systém vedení záznamů, sledování a hodnocení péče o ohrožené děti není dostatečný. Tento systém neposkytuje úplná a spolehlivá data pro relevantní analýzu (Nadace Sirius. 2020).

Dle statistik MPSV ČR bylo ve sledovaném období 2012-2021 nahlášeno 46 496 týraných, zneužívaných nebo zanedbávaných dětí ve věku od 6 do 15 let. Což je 55 % z celkového počtu všech nahlášených případů. Druhou nejohroženější skupinou byly děti ve věku od 3 do 6 let (graf 7). Pemová a Ptáček (2022) poukazují na to, že v České republice může být pro systém sociálně-právní ochrany dětí poměrně obtížné zachytit všechny případy týrání, zneužívání a zanedbávání především nejmladších dětí (do 3 let věku). Souhlasím s názorem autorů. Jako budoucí dětská sestra jsem si vědoma slabin v systému sociálně-právní ochrany dětí a chci se sama aktivně zapojit do prevence syndromu CAN. Mixa et al. (2021) uvádí, že kojenci a batolata jsou nejohroženější věkovou skupinou dětí.

Do registru MPSV ČR bylo v letech 2012-2021 nahlášeno 8 666 případů sexuálně zneužívaných dětí, což je 10,2 % z celkového počtu nahlášených případů syndromu CAN. Z toho bylo 7 063 dívek (81,7 %) a 1 581 chlapců (18,3 %).

Největší počet případů sexuálně zneužívaných dětí byl zaznamenán v roce 2014. Celkem šlo o 1 036 případů. Z toho bylo 80,5 % dívek a 19,5 % chlapců. Nejmenší počet případů sexuálního zneužívání dětí byl registrován v roce 2020. V tomto roce bylo nahlášeno 699 případů. Z toho 82 % dívek a 18 % chlapců. V roce 2021 došlo ke zvýšení počtu nahlášených případů sexuálně zneužívaných dětí. Celkem bylo nahlášeno 820 případů. Ve většině případů byly zneužity dívky (86 %). Stoltenborgh et al. (2011) publikovali celosvětovou meta-analýzu prevalence sexuálního zneužívání dětí. Celková odhadovaná prevalence sexuálního zneužívání dětí je dle Stoltenborh et al. 127/1000 dětí. Dle Kukly (2016) má zkušenosti s některou formou sexuálního zneužívání 10 % žen a 5 % mužů. Koliba et al. (2019) zmiňuje, že výskyt sexuálního zneužití v dětství se pohybuje u žen mezi 7-36 % a mezi 3-29 % u mužů. Dle Koliby et al. (2021) výzkumy potvrzují, že ženy jsou obětí zneužívání 1,5-3krát častěji než muži.

Následky týrání, zneužívání a zanedbávání ve sledovaném období 2012-2021 mělo 19 626 dětí, což je 23,1 % z celkového počtu všech případů syndromu CAN. Psychologickou pomoc potřebovalo celkem 12 787 dětí (65,1 %). Posttraumatická stresová porucha byla diagnostikována u 3 384 dětí (17,2 %), hospitalizováno bylo 1 937 dětí (9,9 %). Následky ve formě tělesného postižení mělo 1 034 dětí (5,3 %) a zemřelo 67 dětí (0,3 %). Otěhotnělo 422 sexuálně zneužívaných dívek (2,2 %). Dle Kukly (2016) vedou zkušenosti s traumatem nebo strachem ke strukturálním změnám v mozku. Traumatická událost v dětství má mnohem větší dopad na vyvíjející se mozek než trauma vzniklé v dospělosti. Kukla (2016) uvádí, že opakované vystavování dítěte traumatu má dlouhodobý dopad na zdraví a kvalitu jeho života. Ve výzkumu Koliba et al. 2019 autoři uvádějí, že sexuální zneužívání v dětství může mít vliv na pozdější schopnost navazovat funkční partnerské vztahy, může vést k poruše příjmu potravy, k depresím, promiskuitě nebo k sexuálním dysfunkcím. Dle Kukly (2016) mohou oběti sexuálního zneužívání hůře zvládat stres, mít narušené vnímání světa a může u nich vzniknout posttraumatická stresová porucha. Pugnerová a Kvintová (2016) uvádějí, že následky psychického a emočního týrání jsou různé a vždy záleží na intenzitě týrání a době, po jakou je tomuto

jednání dítě vystaveno. Dítě může mít poruchu chování, být agresivní, kopírovat chování dospělých a psychicky týrat někoho dalšího, ale také může být ustrašené, introvertní, trpět úzkostí, mít nízké sebevědomí a problémy v interpersonálních vztazích. Kolíba et al. (2021) uvádí, že velký počet žen, které byly v dětství zneužity se v dospělém životě stávají narkomankami, prostitutkami nebo alkoholičkami. Zároveň sexuální zneužití má v anamnéze až 56 % žen, které se pokusily o sebevraždu jednou a 70 % žen, které se pokusily o sebevraždu opakovaně. Z našeho výzkumného šetření vyplývá, že u pětiny dětí, které jsou vystaveny nevhodnému zacházení se objeví nějaké následky. Domníváme se, že v důsledku nedostatečného počtu klinických psychologů a psychiatrů je velmi obtížné těmto dětem zajistit adekvátní psychologickou pomoc.

Dalším cílem výzkumného šetření bylo popsat znalost rodičů o syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte a syndromu třeseného dítěte.

Dle respondentů (oslovených rodičů) mezi nejrizikovější skupiny osob, u kterých je vyšší riziko, že se budou dopouštět týrání, zneužívání nebo zanedbávání dítěte patří: osoby závislé na alkoholu (průměrná hodnota byla $4,5 \pm 0,8$); uživatelé návykových látek ($4,5 \pm 0,9$) anebo sexuální devianti ($4,3 \pm 0,9$). Méně často respondenti souhlasili s tvrzením, že osoby, které byly samy v dětství zneužívány nebo týrány, jsou rizikovou skupinou, u které je vyšší pravděpodobnost týrání, zneužívání a zanedbávání dětí ($3,3 \pm 1,1$) a s tvrzením, že jsou mladí a nezkušení rodiče rizikovou skupinou ($2,3 \pm 0,9$). Respondenti také méně často souhlasili s tvrzením, že rozvod spadá mezi rizikové situace, u kterých je zvýšené riziko vzniku CAN syndromu ($2,4 \pm 0,9$), tabulka 8. Kukla (2016) uvádí, jako rizikové faktory zvyšující pravděpodobnost týrání, zneužívání a zanedbávání dětí alkoholismus, drogovou závislost nebo duševní onemocnění. Dle Pugnerové a Kvintové (2016) má pouze 1 % z rodičů, kteří týrají, zanedbávají a zneužívají své dítě psychickou nemoc nebo sexuální poruchu. Fischer a Škoda (2014) zmiňují jako rizikový faktor pro vznik CAN syndromu nízký věk rodičů. Pugnerová a Kvintová (2016) popisují mechanismus trans-generačního přenosu násilí, kdy násilí jakéhokoliv typu přechází z generace na generaci. Mydlíková et al. (2021) v této souvislosti zmiňuje tzv. kruhovou kauzalitu. Mezi rizikové situace pro vznik týrání, zneužívání a zanedbávání patří: nízká úroveň vzdělání v rodině, afunkční nebo dysfunkční rodina, rozvodová situace nebo stresová situace, se kterou se rodina nedokáže sama vypořádat (Mydlíková et al., 2021).

Respondenti mezi příznaky fyzického týrání zařadili: modřiny různého stáří (průměrná hodnota odpovědi byla $4,6 \pm 0,7$), změna chování dítěte ($4,4 \pm 0,7$), popáleniny ($4,3 \pm 0,8$), zlomeniny ($4,2 \pm 0,9$) nebo bodné rány ($3,8 \pm 1,3$), tabulka 9. Dle Kukly (2016) patří mezi příznaky fyzického týrání dětí: pohmožděniny, hematomy různého stáří, tepelná poranění, bodné rány a bezvědomí. Dle Pugnerové a Kvintové (2016) řadíme do příznaků fyzického týrání dítěte změny chování dítěte.

Z celkového počtu 212 respondentů na otázku „*V případě sexuálního zneužívání dítěte, kdo je častým pachatelem?*“ respondenti nejčastěji odpovídali nevlastní otec nebo strýc. Třetím nejčastější respondenty uváděným pachatelem sexuálního zneužívání dětí byl otec, tabulka 10. Dále respondenti uvedli, že častým pachatelem sexuálního zneužívání dítěte je nevlastní sourozenec, prarodič anebo cizí člověk. Respondenti nejméně často volili odpověď matka a vlastní sourozenec, tabulka 10. Koliba et al. (2021) uvádí, že nejčastějším pachatelem sexuálního zneužívání dívek je člen rodiny. Zatímco u chlapců se nejčastěji jedná o známého, například trenéra nebo učitele. Pugnerová a Kvintová (2016) zmiňují, že pachatel sexuálního zneužívání dítěte je v pozici autority nebo pečující osoby. Kukla (2016) zmiňuje jako rizikovou situaci ve vztahu k sexuálnímu zneužívání „doplňenou“ rodinu, kdy partner matky nemá příbuzenský vztah s dítětem, a jde tedy o nevlastního otce. Riziko představují i rodinní známí, vychovatelé, vedoucí v zájmových kroužcích nebo na dětských táborech.

Dle respondentů mezi příznaky sexuálního zneužívání dětí patří: poranění análního otvoru (průměrná hodnota odpovědi byla $4,5 \pm 0,9$), krvácení z pohlavních orgánů (průměrná hodnota $4,4 \pm 1,0$), změny chování ($4,3 \pm 0,9$), zvýšená úzkostnost nebo agresivita (průměrná hodnota $4,3 \pm 0,9$). Mezi další příznaky sexuálního zneužívání dětí patří: u chlapců poranění předkožky ($3,8 \pm 1,3$), u dívek výtok z pohlavních orgánů ($3,5 \pm 1,2$), tabulka 11. Dle Pugnerové a Kvintové (2016) je poranění análního otvoru, krvácení a výtok z pohlavních orgánů, pohlavně přenosné choroby, bolest při močení nebo vyprazdňování a poranění předkožky u chlapců hlavním ukazatelem sexuálního zneužívání. Koliba et al. (2021) zařazují do příznaků sexuálního zneužívání změny chování dítěte, sebepoškozování a zhoršený prospěch ve škole. Dle statistického testování se *znalost rodičů o syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte významně nemění v závislosti na jejich vzdělání ($p < 0,277$), H_2 nebyla potvrzena, tabulka 13.*

Dalším cílem výzkumného šetření bylo popsat znalosti rodičů o syndromu třeseného dítěte.

Nejčastěji respondenti souhlasili s tvrzením, že důsledkem třesení s kojencem je poranění jeho mozku ($4,4 \pm 0,9$), krvácení do mozku ($4,4 \pm 1,2$), smrt dítěte ($4,0 \pm 1,3$) nebo krvácení do sítnice ($3,9 \pm 1,7$). Dle respondentů důsledkem třesení s kojencem může být mentální retardace dítěte ($3,8 \pm 1,3$), poruchy sluchu ($3,4 \pm 1,6$) nebo poranění vnitřních orgánů ($3,3 \pm 1,5$), tabulka 12. Mixa et al. (2021) zmiňuje jako důsledky třesení s kojencem poranění a poškození mozku, subdurální krvácení, krvácení do sítnice a zlomeniny žeber a dlouhých kostí. Prognóza syndromu třeseného dítěte je závažná, hrubé třesení s dítětem vede dle Peychla (2020) k významné nemocnosti a úmrtnosti, 5-25 % dětí zemře v důsledku třesení a až 65 % dětí, které přežijí, trpí chronickými neurologickými problémy (Peychl, 2020). Ztráta zraku a sluchu může být podle Peychla (2020) důsledkem třesení. Havránek et al. (2012) zmiňuje mimo jiné jako následek třesení mentální retardaci. *Znalost rodičů o syndromu třeseného dítěte se významně neměnila v závislosti na jejich věku ($p < 0,406$). Hypotéza 3 nebyla potvrzena, tabulka 14.*

5.2 Diskuse nad výsledky kvalitativního šetření

Cílem kvalitativní části výzkumu bylo popsat roli dětských sester v prevenci CAN syndromu.

Rozhovory byly rozděleny do sedmi tematicky podobných kategorií. V první kategorii byly komunikační partnerky dotazovány na věk, nejvyšší dosažené vzdělání, délku jejich ošetrovatelské praxe a délku praxe u PLDD. Průměrný věk komunikačních partnerek byl $53 \pm 9,8$ let, průměrná délka praxe sester byla $31 \pm 11,5$ let a průměrná délka praxe u PLDD byla $13 \pm 11,7$ let, tabulka 15.

Sestry dokázaly popsat jednotlivé formy syndromu CAN. Dle Cimrmanové (2013) je psychické, duševní či emocionální týrání takové jednání, při kterém je dítě vystavováno nepřiměřenému tlaku ze strany dospělých. Dle Fischera a Škody (2014) má psychické týrání nepříznivý dopad na emocionální vývoj dítěte, jeho jednání, individualitu, postoj dítěte k sobě samotnému, či má nepříznivý dopad na rozvoj mezilidských vztahů. Duševní týrání je téměř v každém případě součástí fyzického týrání a sexuálního zneužívání, ale může se objevovat izolovaně.

Oslovené sestry nejčastěji zmiňovaly jako psychické týrání hrubé nadávání dítěti, ponižování dítěte a vysoké nároky na dítě ze strany rodičů. Mezi příznaky psychického týrání dítěte námi oslovené sestry nejčastěji uváděly strach a plachost dítěte, nebo naopak jeho náhlou agresivitu a hněv. Dle Pugnerové a Kvintové (2016) je diagnostika psychického týrání dítěte v porovnání s fyzickým týráním nebo sexuálním zneužíváním obtížnější, protože se psychické týrání hůře dokazuje a není vidět na první pohled.

Všechny sestry se shodly, že vyšší riziko týrání dětí je u rodičů závislých na alkoholu a drogách, rodičů, kteří jsou agresivní, výbušní a cholerické povahy. Dle oslovených sester mezi rizikové faktory CAN syndromu patří rozvod rodičů, neúplnost rodiny nebo neutěšené sociální a finanční podmínky v rodině. Dle oslovených sester mezi rizikové skupiny dětí, u kterých je vyšší riziko, že budou týrané, patří děti nechtěné, hyperaktivní nebo mentálně a tělesně handicapované. Všechny sestry se shodly, že rizikové skupiny rodičů a dětí se detekují nejčastěji při preventivních prohlídkách. Dle Poskočilové a Petra (2009) musí zdravotnický personál umět rozpoznat rizikové dítě.

Sikorová (2012) popisuje hodnocení fyzikálního prostředí dětskou sestrou, jako posuzování například domácího prostředí, velikosti a bezpečnosti bydlení, pořádek, přítomnost zvířat. Dětská sestra také hodnotí styl výchovy rodičů, zda je k dítěti přístupováno s nadměrnou, nedostatečnou či přiměřenou láskou. Sestra posuzuje verbální i neverbální způsob komunikace rodičů s dítětem a dotazuje se na zaměstnání rodičů (Sikorová, 2012). Dle Zouharové (2005) vykonává dětská sestra preventivní činnosti, snaží se o zamezení vzniku psychických deprivací a předchází negativním vlivům, které mohou působit negativně na vývoj dítěte. Zaměřuje se na vyhledávání rizikových faktorů, které mohou poškodit zdravý vývoj dítěte. Úkolem dětské sestry je poskytování ošetrovatelské péče dítěti. Ve sféře primární péče vykonává činnosti, jako navštěvování dítěte v domově, hodnotí prostředí, ve kterém dítě žije, poskytuje odborné rady a pomoc (Zouharová, 2005).

Na otázku, jaké intervence vykonávají sestry v prevenci CAN syndromu, sestry nejčastěji odpovídaly, že posuzují, jestli jsou dítě a rodič čistí a vhodnost jejich oblečení. Sestry hodnotí mluvený projev, chování dítěte a komunikaci mezi dítětem a rodičem. Také se zaměřují na chování rodiče a dítěte v čekárně. Dle Zouharové (2005) je zkušená dětská

sestra velice nápomocná při odhalování nedostatků, odchylek v chování dítěte a vztahu mezi rodičem a dítětem. Jelikož v čekárně rodiče nemají pocit, že je někdo sleduje, posuzuje sestra kontakt mezi rodičem a dítětem zde. Dětská sestra má možnost postřehnout varovné signály, kterých si nemusí lékař povšimnout (Zouharová, 2005). V rámci prevence CAN syndromu navštěvují sestry s lékařem domácnost dítěte, ale pouze po narození za účelem prvního vyšetření dítěte a posouzení domácího prostředí. Sestry se ptají na socioekonomické a profesní charakteristiky rodičů. Aktivně se ptají na zaměstnání rodičů. Dále byly sestry dotazovány na způsob posuzování prostředí, ve kterém žije rodina, způsob výchovy, komunikaci a funkčnost rodiny. Sestry se aktivně ptají na prostředí, ve kterém dítě žije. Ptají se, jestli žije v domácnosti kuřák, na styl výchovy a rodinný stav rodičů. V případě rozvodu se ptají na to, jakým způsobem rozvod ovlivnil děti. Po narození dítěte navštěvují sestry společně s lékařem domácnost dítěte. Dle Zouharové (2005) má dětská sestra náležité vzdělání proto, aby empaticky reagovala na zvláštnosti potřeb ve vývoji dítěte a následně volila vhodné ošetrovatelské a výchovné činnosti. Dětská sestra má za úkol edukovat rodiče o náležité péči o dítě a potřebných výchovných přístupech.

Dle Poskočilové a Petra (2009) musí sestra v případě podezření na CAN syndrom zachovat profesionální komunikaci s dítětem i rodičem. Snaží se navázat užší kontakt s dítětem i s jeho rodičem, aby získala co nejvíce objektivních informací. Dále sestra sama nebo ve spolupráci s lékařem prohlédne zcela svlečené dítě. Všechny získané informace zaznamená do dokumentace. Při podezření na syndrom týraného, zneužívaného nebo zanedbávaného dítěte indikuje lékař hospitalizaci dítěte v nemocnici a kontaktuje OSPOD nebo přímo Policii ČR (Poskočilová a Petr, 2009). Svou roli sestry specifikovaly při řešení CAN syndromu, jako podrobné vyhodnocení a zaznamenání všech zranění dítěte do ošetrovatelské dokumentace, změření fyziologických funkcí, spolupráce s lékařem a citlivá komunikace s dítětem. Dle Kadeřávkové (2019) mezi specifika ošetrovatelské péče o týrané dítě patří: včasné rozpoznání možných příznaků syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte během vyšetření dítěte, vyšetřování dítěte v přítomnosti lékaře a sestry pro případné svědectví, ošetřování zneužívaných dívek ženami, vedení ošetrovatelské dokumentace o dítěti a navázání vztahu s rodiči (Kadeřávková, 2019). Pugnerová a Kvintová (2016) zmiňují sekundární viktimizaci, tj. druhotné ubližování. Lze ji definovat, jako nadměrné vystavení dítěte

psychické zátěži během vyšetřování syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Sekundární viktimizace je forma týrání dítěte způsobená systémem, který ho má chránit. Jedná se o odebrání dětí z rodinného prostředí, nedostatečnou péči v zařízeních, kde je umístěno. Může se jednat o opakované vyšetření, které je pro děti zvláště traumatizujícím (Pugnerová a Kvintová, 2016).

Posledním cílem kvalitativní části výzkumného šetření bylo popsat roli dětských sester v prevenci syndromu třeseného dítěte.

Všechny sestry dokázaly správně definovat syndrom třeseného dítěte, jeho příznaky a důsledky. Dále sestry uváděly, že edukují rodiče o problematice syndromu třeseného dítěte a zmínily důležitost edukace partnera a sourozence. Dle Peychla (2020) je primární prevencí syndromu třeseného dítěte předcházení tomuto jevu pomocí edukace mladých dospělých a adolescentů o přirozených projevech dítěte, edukace o emocionálním zvládnání stresu, způsobeného křikem dítěte a osvěta o rizicích spojených s třesením s dítětem. Myslíme si, že především dětská sestra má klíčovou roli v edukaci rodičů o prevenci syndromu třeseného dítěte.

6 Závěr

Prvním dílčím cílem bakalářské práce bylo vyhodnotit trendy v počtu hlášených případů násilí na dětech v ČR v letech 2015-2021. Kvantitativní výzkumné šetření bylo realizováno pomocí sekundární analýzy dokumentů z MPSV a byly vyhodnoceny počty dětí s diagnózou syndromu CAN. Ve sledovaném období 2012-2021 bylo nahlášeno 84 897 dětí s tímto syndromem. V rámci kvantitativního výzkumného šetření nebyla potvrzena stanovená hypotéza. Ve zkoumaném období 2012-2021 se počet případů násilí na dětech významně neměnil ($p < 0,830$).

Druhým a třetím dílčím cílem kvantitativní části výzkumného šetření bylo popsat znalost rodičů o syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte a syndromu třeseného dítěte. Výzkum byl realizován pomocí dotazníkového šetření a byly stanovené dvě hypotézy: Znalost rodičů o syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte se významně mění v závislosti na jejich vzdělání a Znalost rodičů o syndromu třeseného dítěte se významně mění v závislosti na jejich věku. Hypotézy nebyly potvrzeny. Znalost rodičů se s jejich vzděláním ($p < 0,277$) a věkem ($p < 0,406$) statisticky významně neměnila.

Čtvrtým a pátým výzkumným cílem bylo popsat roli dětských sester v prevenci Syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte a popsat roli dětských sester v prevenci Syndromu třeseného dítěte. Oslovené sestry měly dobré znalosti o problematice syndromu CAN a Syndromu třeseného dítěte. Dokázaly popsat jednotlivé formy, příznaky, důsledky a rizikové faktory pro vznik špatného zacházení s dítětem. Sestry se nejčastěji setkávaly se zanedbávaným a sexuálně zneužívaným dítětem. Nejméně často se setkávaly s psychicky a fyzicky týraným dítětem. Ošetřovatelské intervence, které vykonávají v případě podezření nebo prokázání CAN syndrom definovaly jako: spolupráce s lékařem, podrobné vyhodnocení a zdokumentování všech zranění dítěte, měření fyziologických funkcí a navázání komunikace s dítětem. Dětské sestry mají klíčovou roli ve svědectví. Sestry edukují rodiče o správné manipulaci s dítětem a edukují je o Syndromu třeseného dítěte.

6.1 Doporučení pro praxi

Na základě teoretické a empirické části byla navržena informativní materiál viz příloha 4, který by sestrám usnadnil edukaci rodičů o problematice CAN syndromu.

7 Seznam literatury

1. AL-HOLOU, W.N., O'HARA, E., COHEN-GADOL, A.A., et al., 2009. Nonaccidental head injury in children. Historical vignette. *J Neurosurg Pediatr.* 3(6), 474-83. DOI: 10.3171/2009.1.PEDS08365.
2. CAFFEY, J., 1972. On the theory and practice of shaking infants. Its potential residual effects of permanent brain damage and mental retardation. *American journal of diseases of children.* 124(2), 161-169. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpedi.1972.02110140011001>.
3. CAFFEY, J., 2011. Multiple Fractures in the Long Bones of Infants Suffering From Chronic Subdural Hematoma. *Clin Orthop Relat Res.* 469. 755–758. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11999-010-1666-0>.
4. CIMRMANNOVÁ, T., 2013. *Krize a význam pomáhajících prvního kontaktu: aplikace v kontextu rodinného násilí.* Praha. ISBN 978-80-246-2205-7.
5. *Dětské krizové centrum.* Dostupné z: <https://www.ditekrize.cz/prevence/>
6. DUNOVSKÝ, J., MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z. 1995. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě.* Praha: Grada. ISBN 80-7169-192-5.
7. DUNOVSKÝ, J., 2005. *Problematika dětských práv a komerčního sexuálního zneužívání dětí u nás a ve světě.* Praha: Grada, ISBN 80-247-1201-6.
8. DOBIÁŠ, V., BULÍKOVÁ, T., 2021. *Klinická propedeutika v urgentní medicíně. 2.,* přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3020-7.
9. FISCHER, S., ŠKODA, J., 2014. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení. 2.,* rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5046-0.
10. FONTANA, V.J., DONOVAN, D., WONG, R.J., 1963. The Maltreatment Syndrome in Children. *The New England journal of medicine.* 269, 1389-1394. DOI: <https://doi.org/10.1056/nejm196312262692601>.
11. FRELICH, M., 2022. *Dětské polytrauma.* Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2561-6.
12. GUTCHKELCH, A.N., Infantile Subdural Haematoma and its Relationship to Whiplash Injuries. *Br Med J.* 2(5759), 430-431. DOI: <https://doi.org/10.1136%2Fbmj.2.5759.430>.
13. HAMPLOVÁ, L., 2019. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro zdravotnické obory.* Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0568-7.

14. HAVRÁNEK, P., HOMOLKOVÁ, H., TOMEK, P., 2012. Syndrom třeseného dítěte a jeho chirurgické aspekty. *Pediatric pro praxi*, 13(2), 76-78. ISSN 1213-0494.
15. HILLIS, S., MERCY, J., AMOBI, A., et al., 2016. Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. *Pediatrics*. 137(3). DOI: 10.1542/peds.2015-4079.
16. *Historie SOS dětských vesniček v České republice* [online], © 2023. Praha: SOS dětské vesničky [cit. 2023-1-10]. Dostupné z: <https://www.sos-vesnicky.cz/onas/kdo-jsme/historie/>
17. HOLÁ, I., JEŽKOVÁ, M., KOMÍNKOVÁ, H., 2016. *Problematika domácího násilí pro zdravotnické pracovníky*. Brno: Spondea. ISBN 978-80-270-1120-9.
18. HUNG, K.L., 2020. Pediatric abusive head trauma. *Biomedical journal*. 43(3), 240-250. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bj.2020.03.008>.
19. HURYCHOVÁ, E., 2016. *Sociální práce s rodinou aneb sanace rodiny* [online]. [cit. 2023-1-26]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/socialni-prace-s-rodinou-aneb-sanace-rodiny>
20. *Charta Organizace spojených národů a Statut Mezinárodního soudního dvora, 2020, informační středisko OSN* [online], 2020. [cit. 2023-4-10]. Dostupné z: <https://osn.cz/wp-content/uploads/2022/07/Charta-OSN-2019.pdf>
21. JANOŠOVÁ, P., L., KOLLEROVÁ, K., ZÁBRODSKÁ et al., 2016. *Psychologie školní šikany*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2992-3.
22. JEŽKOVÁ, Z., MACHKOVÁ, A., 2012. *Mýty a fakta o sexuální zneužívání dětí*. [online]. Šance Dětem. Praha: Obecně prospěšná společnost Sirius [cit. 2023-2-10]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/myty-fakta-o-sexualnim-zneuzivani-deti>
23. KADERÁVKOVÁ, A., 2020. *Role sestry v prevenci CAN syndromu*. České Budějovice. Diplomová práce. Jihočeská univerzita, Zdravotně-sociální fakulta.
24. KEMPE, C. H., SILVERMAN, F.N., DENVER, M.D., et al. 1962. The battered-child syndrome. *JAMA*. 181, 17-24. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.1962.03050270019004>.
25. KINCL, J., URFUS, V., SKŘEJPEK, M., 1995. *Římské právo*. Praha: C. H. Beck. ISBN 80-7179-031-1.
26. KLÍMA, J., 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5014-9.

27. KOLIBA, P., WEISS, P., NĚMEC, M., et al., 2019. *Sexuální výchova pro studenty porodní asistence a ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2039-0.
28. KUKLA, L., 2016. *Sociální a preventivní pediatrie: v současném pojetí*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3874-1.
29. KOPECKÁ, I., 2015. *Psychologie: učebnice pro obor sociální činnost. 3. díl*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3877-2.
30. MARTÍNEK, Z., 2015. *Agresivita a kriminalita školní mládeže. 2., aktualizované a rozšířené vydání*. Praha: Grada. SBN 978-80-247-5309-6.
31. MATOUŠEK, O., 2017. *Dítě traumatizované v blízkých vztazích: manuál pro profesionály a rodiny*. Praha: Portál. SBN 978-80-262-1242-3.
32. MERTIN, V., KREJČOVÁ, L., 2020. *Výchovné poradenství. 3., aktualizované vydání*. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7598-174-5.
33. MIXA, V., HEINIGE, P., VOBRUBA, V., 2021. *Dětská přednemocniční a urgentní péče*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3088-7.
34. MPSV, 2022. Statistiky. [online] Praha: MPSV [cit. 2022-5-1]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/statistiky-1>
35. MYDLÍKOVÁ, E., SLANÝ, J., KOVÁČOVÁ, M., 2021. *Diagnostika syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. 1*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1834-0.
36. NADACE SIRIUS, 2020. *Identifikace slabých míst a příležitostí pro zlepšení systému ochrany dětí ohrožených zneužíváním, týráním a zanedbáváním v České republice* [online]. Praha [cit. 2023-5-2]. Dostupné z: <https://www.nadacesirius.cz/soubory/ke-stazeni/slaba-mista-systemu-ochrany-ditete.pdf>
37. NARANG, S., CLARKE, J., 2014. Abusive Head Trauma: Past, Present, and Future. *Journal of child neurology* 29(12). DOI:10.1177/0883073814549995.
38. NARANG, S. K., FINGARSON, A., LUKEFAHR, J. et al., 2020. Abusive Head Trauma in Infant and Children. *American Academy of Pediatrics*. 145(4): e20200203. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0203>
39. *O Dětském krizovém centru* [online], © 2023. Praha: Dětské krizové centrum [cit. 2023-1-11]. Dostupné z: <https://www.ditekrize.cz/o-detskem-krizovem-centru/>

40. OMMAYA, A.K., FAAS, F., YARNELL, P., Whiplash injury and brain damage: an experimental study. *JAMA*. 204(4), 285-289. PMID: 4967499.
41. PEMOVÁ, T., PTÁČEK, R., 2016. *Zanedbávání dětí: příčiny, důsledky a možnosti hodnocení*. Praha. ISBN 978-80-247-5695-0.
42. PEMOVÁ, T., PTÁČEK, R., 2022. *Data o dětech: sociálně-právní ochrana dětí v České republice v datech*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1338-5.
43. PEYCHL, I., 2020. Abuzivní trauma hlavy u kojence a malého dítěte. *Pediatric pro praxi*. 21(2), 74-78. DOI:10.36290/ped.2020.014.
44. POSKOČILOVÁ, K., PETR, T., 2009. Pracovní postup: Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. [online] Praha: ČAS. 11 s. [cit. 2023-03-04]. Dostupné z: https://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2009_0002.pdf
45. PUGNEROVÁ, M., KVINTOVÁ, J., 2016. *Přehled poruch psychického vývoje*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5452-9.
46. ROCHE, A.J., FORTIN, G., LABBÉ, J., et. Al., 2004. The work of Ambroise Tardieu: the first definitive description of child abuse. *Child Abuse & Neglect*. 29(4), 325-334, DOI: 10.1016/j.chiabu.2004.04.007.
47. STOLTENBORGH, M., H VAN IJZENDOORN, M., et al., 2011. *A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world*. 79-101. DOI: 10.1177/1077559511403920.
48. SOCIOFACTOR, MEDIAN, 2017, *Rodina a dítě v kontextu: možnosti prevence, podpory a spolupráce: výzkumná zpráva*. Praha: Nadace Sirius. [cit. 2023-4-16] ISBN 978-80-906468-2-7.
49. SOBOTKOVÁ, I., 2016. Domácí násilí z pohledu vývoje a ochrany dětí. *Psychologie a její kontexty* [online]. 2016, 7(1), 3-17, ISSN 1805-9023. Dostupné z: https://psychkont.osu.cz/fulltext/2016/Sobotkova_2016_1.pdf
50. ŠEBKOVÁ, A., ZÍMA, Z., 2020. *Praktické dětské lékařství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1200-5.
51. TARDIEU, A., 2008. Étude médico-léga-lemur les sévices et mauvais. Traitements exercés sur des enfants. *Enfances Psy*. 2(39), 174-178. ISSN 1286-5559.
52. TROTTER, W., 1914. Chronic subdural hæmorrhage of traumatic origin, and its relation to pachymeningitis hæmorrhagica interna. *British Journal of Surgery*. 2(6), 271-291. DOI: 10.1002/bjs.1800020608.

53. *Úmluva o právech dítěte a související dokumenty*, 2016. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. ISBN 978-80-7421-120-1.
54. *Věstník MZČR: Metodické opatření Postup praktických lékařů pro děti a dorost při podezření na týrané, zneužívané a zanedbávané dítě (syndrom CAN)* [online], 2022. In: ročník 2022, číslo 10. [cit. 2023-4-10] Dostupné také z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/09/Vestnik-MZ_10-2022.pdf
55. *Všeobecná deklarace lidských práv*, 2015. V Praze: Informační centrum OSN. [cit. 2023-2-11] ISBN 978-80-86348-42-1.
56. ZOUHAROVÁ, A., 2005. Úkoly dětské sestry v prevenci rizikového chování dětí a mládeže. *Pediatric pro praxi*. (6), 314-315. ISSN:1213-0494.

8 Seznam zkratek

AHT – aktuálně nazývaný syndrom třeseného dítěte (z aj *Abusive head trauma*)

CSA – syndrom sexuálního zneužívání (z aj *Child sexual Abused syndrome*)

OSN – Organizace spojených národů

OSPOD – orgán sociálně-právní ochrany dětí

PLDD – praktický lékař pro děti a dorost

SBS – syndrom třeseného dítěte (z aj *Shaken Baby Syndrome*)

Syndrom CAN – syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (z aj *Child Abuse and Neglect*)

UNICEF – Dětský fond Organizace spojených národů (z aj *United Nations International Children's Emergency Fund*)

9 Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Rozhovory

Příloha 3 Informační materiál “CAN syndrom“

Příloha 1 Dotazník pro rodiče

Vážení rodiče,

jmenuji se Aneta Kroužková, jsem studentkou Pediatrického ošetřovatelství Zdravotně sociální fakulty na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích a ráda bych Vás požádala o pár minut Vašeho času k vyplnění dotazníku.

Výsledky dotazníku využiji ve své bakalářské práci na téma syndrom CAN (syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte). Dovoluji si Vás rovněž požádat o co nejpřesnější a pravdivé vyplnění dotazníku a zároveň Vás žádám o pečlivé čtení otázek a odpovědí. Účast ve výzkumu je zcela anonymní a dobrovolná. Tento dotazník Vám zabere maximálně 10 minut.

Děkuji Vám za Váš čas.

Definice Syndromu CAN (Child Abuse and Neglect):

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte lze definovat jako mnohdy opakující se činnost, která má ráz fyzického týrání a/nebo psychického týrání, sexuálního zneužívání a/nebo nečinnost, kdy dospěl člověk dítě zanedbává. Takovéto jednání poškozuje tělesný, duševní a společenský status dítěte.

Definice syndromu třeseného dítěte:

Syndrom třeseného dítěte je zapříčiněn agresivním třesením s kojencem, který je držení pevně za trup nebo končetiny, hlava při třesení vykonává předozadní pohyb. Může dojít ke krvácení do sítnice a krvácení do mozku.

1. Jaké je Vaše pohlaví

1. Muž
2. Žena

2. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

1. Základní vzdělání
2. Střední škola bez maturity
3. Střední škola s maturitou

4. Vyšší odborné
5. Vysokoškolské

3. Kolik je Vám let?

**4. Setkal/a jste se někdy osobně s týráním, zneužíváním nebo zanedbáváním dítěte?
Pokud ano, s kterou formou? (s týráním fyzickým/psychickým, zneužíváním nebo zanedbáváním?)**

1. Ne
2. Ano _____

5. Kam nebo komu byste hlásil/a podezření na týrané, zneužívané nebo zanedbávané dítěte? (Je možné označit více odpovědí.)

1. Svěřil/a bych se blízké osobě, komu
2. Orgánu sociálně právní ochrany dětí (OSPOD, tzv. sociálka)
3. Organizaci pečující o ohrožené děti (například. Bílý kruh bezpečí, Dítě v krizi, Šance dětem, Linka bezpečí)
5. Policii České republiky
6. Nehlásil/a bych
7. Nedokážu odpovědět
8. Jiné

6. Jaké jsou podle Vás rizikové skupiny dospělých, u kterých je vyšší pravděpodobnost vzniku týrání, zanedbávání nebo zneužívání dítěte?

Rizikové skupiny dospělých	Určité ano	Spíše ano	Ano i Ne	Spíše ne	Určité ne	Nevím
Alkoholici	5	4	3	2	1	0
Duševně nemocní a s poruchou osobnosti	5	4	3	2	1	0
Impulzivní rodiče s agresivními rysy	5	4	3	2	1	0
Mladí a nezkušení rodiče	5	4	3	2	1	0
Rodiče, kteří byli sami v dětství zneužíváni nebo týráni	5	4	3	2	1	0
Rozvádění rodičů	5	4	3	2	1	0
Sexuální devianti	5	4	3	2	1	0
Uživatelé drog	5	4	3	2	1	0
Jiní	5	4	3	2	1	0

7. V případě sexuálního zneužívání dítěte, kdo je častým pachatelem? (Je možné označit více odpovědí)

1. Cizí člověk
2. Otec
3. Matka
4. Nevlastní otec
5. Nevlastní matka
6. Sourozenec
7. Nevlastní sourozenec
8. Prarodič
9. Strýc
10. Učitel/ka
11. Vychovatel/ka
12. Jiné

8. Jaké mohou být podle Vás PŘÍZNAKY fyzického týrání dětí?

<u>PŘÍZNAKY</u> fyzického týrání dítěte	Určité ano	Spíše ano	Ano i ne	Spíše ne	Určité ne	Nevím
Bezvědomí	5	4	3	2	1	0
Bodné rány	5	4	3	2	1	0
Kousance, škrábance	5	4	3	2	1	0
Modřiny různého stáří	5	4	3	2	1	0
Pomočování, pokálení	5	4	3	2	1	0
Popáleniny	5	4	3	2	1	0
Útěky z domova	5	4	3	2	1	0
Vytrhané vlasy	5	4	3	2	1	0
Náhlé zhoršení školního prospěchu	5	4	3	2	1	0
Zlomeniny (žeber, dlouhých kostí)	5	4	3	2	1	0
Změna chování dítěte (plačtivost, smutek, úzkost)	5	4	3	2	1	0
Jiné	5	4	3	2	1	0

9. Jaké mohou být podle Vás PŘÍZNAKY sexuálního zneužívání dítěte?

<u>PŘÍZNAKY</u> sexuálního zneužívání dítěte	Určité ano	Spíše ano	Ano i ne	Spíše ne	Určité ne	Nevím
Bolesti při močení nebo vyprazdňování	5	4	3	2	1	0
Krvácení z pohlavních orgánů	5	4	3	2	1	0
Pohlavně přenosné choroby	5	4	3	2	1	0
Poranění análního otvoru	5	4	3	2	1	0
Sebepoškozování	5	4	3	2	1	0
U chlapců poranění předkožky	5	4	3	2	1	0
U dívek výtok z pohlavních orgánů	5	4	3	2	1	0
Zhoršení prospěchu ve škole	5	4	3	2	1	0
Změny chování	5	4	3	2	1	0
Zvýšená úzkostnost nebo agresivita	5	4	3	2	1	0
Jiné.....	5	4	3	2	1	0

10. Jaké mohou být podle Vás DŮSLEDKY třesení s kojencem?

<u>DŮSLEDKY</u> třesení s kojencem	Určitě ano	Spíše ano	Ano i ne	Spíše ne	Určitě ne	Nevím
Krvácení do mozku	5	4	3	2	1	0
Krvácení do sítnice	5	4	3	2	1	0
Mentální retardace	5	4	3	2	1	0
Ochrnutí končetin	5	4	3	2	1	0
Poranění mozku	5	4	3	2	1	0
Poranění vnitřních orgánů	5	4	3	2	1	0
Poruchy sluchu	5	4	3	2	1	0
Smrt dítěte	5	4	3	2	1	0
Zlomeniny žeber a dlouhých kostí (stehenní kost)	5	4	3	2	1	0
Jiné.....	5	4	3	2	1	0

Zdroj: vlastní

Příloha 2 Rozhovor

1. Kolik Vám je let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání, jaký studijní obor jste vystudovala?
3. Jak dlouhá je Vaše praxe a jak dlouho pracujete u praktického lékaře pro děti a dorost?
4. Co je podle Vás syndrom CAN A jaké jsou jeho příznaky?
5. Jaké může mít podle Vás syndrom CAN důsledky na zdraví a život dítěte?
6. Co je podle Vás syndrom třeseného dítěte? A jaké jsou jeho příznaky?
7. Jaké může mít syndrom třeseného dítěte důsledky na zdraví a život dítěte?
8. U kterých skupin rodičů je podle Vás větší riziko pro vznik CAN syndromu?
9. Jakým způsobem se zapojujete Vy sama do osvěty ohledně syndromu CAN (semináře, konference, vzdělávací akce)?
10. Jaké vykonáváte intervence v prevenci syndromu třeseného dítěte?
11. Jaké vykonáváte intervence v prevenci CAN syndromu?
12. Edukujete rodiče o problematice CAN syndromu a syndromu třeseného dítěte? Pokud ano, jakým způsobem?
13. Jakým způsobem posuzujete naplňování potřeb dítěte?
14. Jakým způsobem podporujete pozitivní vztahy mezi rodičem a dítětem?
15. Jakým způsobem posuzujete rodinu (prostředí ve kterém žijí, způsob výchovy a komunikace, funkčnost rodiny)?
16. Jakým způsobem zjišťujeme socioekonomickou situaci v rodině?
17. Navštěvujete děti v jejich domovech? Pokud ano, za jakým účelem, jak často?
18. Jak postupujete v případě podezření na syndrom CAN? Kdo toto podezření oznamuje a kam?
19. Jakým způsobem vyhledáváte rizikové rodiny?
20. Setkala jste se s případem CAN syndromu? Pokud ano, jak často se s touto problematikou setkáváte a jakým způsobem postupujete?
21. Jaká byla Vaše role při řešení CAN syndromu? A jaké jste dělala ošetrovatelské intervence?
22. V případě prokázání CAN syndromu, jak spolupracujete s OSPODem?
23. Jakým způsobem postupujete v případě prokázání CAN syndromu? A jak v tomto případě postupujete při navrácení dítěte do domácího prostředí?

24. Jak postupujete v případě umístění dítěte do náhradní rodinné péče nebo do dětského domova?

Zdroj: vlastní

Příloha 3 Informační materiál

CAN SYNDROM



CHRAŇME DĚTI

Co je to CAN syndrom?

- Syndrom CAN (Child Abuse and Neglect) znamená v překladu syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte [1]
- Jedná se o mnohdy opakující se činnost, která má ráz fyzického týrání a/nebo psychického týrání a/nebo sexuálního zneužívání a/nebo nečinnost, kdy dospělý člověk dítě zanedbává. Takovéto jednání pečující osoby poškozuje tělesný, duševní a společenský status dítěte [1]



- Nejobvyklejším původcem týrání, zneužívání a zanedbávání jsou rodiče nebo jiní příslušníci rodiny [2]
- Podle Světové zdravotnické organizace (World Health Organization, WHO) jsou děti, které jsou svědky domácího násilí, také týrány [3]



CAN syndrom v číslech v ČR

8490
Průměrně nahlášených případů ročně

42/rok
dívek průměrně otěhotní následkem sexuálního zneužívání

55%
z nahlášených případů jsou děti ve věku 6-15 let

Druhou nejvíce ohroženou skupinou jsou děti ve věku 3-6 let

4/10 lidí se v životě setkalo s týraným, zanedbávaným nebo zneužívaným dítětem

V pouhých 3% případech se přihlásí dítě samo.


72%
z nahlášených případů jsou zanedbané děti

10%
z nahlášených případů končí hospitalizací

Zdroj dat: MPSV 2012-2021 [6]
Zdroj obrázků: www.cavvz.com

Jak takovéto dítě poznat?

- Opakovaně se vyskytující poranění (modřiny, řezné rány, škrábane, popáleniny) [4]
- Časté bolesti břicha, hlavy a nevolnost [4]
- Těhotenství dívek mladších 15 let [4]
- Odmítání jídla či přejídání [4]
- Neléčené zdravotní problémy [5]
- Dítě se svěřit, že je s ním špatně zacházeno [4]
- Špatná hygiena a oblečení dítěte [4]
- Užívání návykových látek [4]
- Projevy zobrazující násilí nebo zneužívání (kreslení, psaní nebo hraní) [5]
- Změny v chování dítěte (z ničeho nic zhoršený prospěch ve škole, deprese, únava, snížená pozornost, apatie) [4]
- Věku neodpovídající znalosti o sexu [4]



- Poranění oblasti intimních partií projevující se např. problémy se sezením nebo při pohybu [4]
- Dítě nechce jít domů, má strach z rodičů nebo osob, se kterými sdílí domácnost [5]

Kam se obrátit v případě ohroženého dítěte?

Dětské krizové centrum
Nonstop Linka důvěry: 241 484 149
mobil: 777 715 215
e-mail: problem@ditekrizce.cz
www.ditekrizce.cz

SOS dětské vesničky
Nonstop Linka důvěry: 233 335 452
e-mail: info@sos-vesnicky.cz
www.sos-vesnicky.cz

Linka bezpečí
Nonstop Linka bezpečí: 116 111
e-mail: pomoc@linkabezpeci.cz
www.linkabezpeci.cz

Centrum LOCIKA
mobil: 734 441 233
e-mail: poradna@centrumlocika.cz
www.centrumlocika.cz

Bílý kruh bezpečí
Nonstop Linka Bílého kruhu bezpečí: 257 317 110
Nebo: 116 006
www.bkb.cz

Každý člověk má povinnost, dle zákona o sociálně-právní ochraně dětí, oznámit podezření na týrané, zneužívané nebo zanedbávané dítě na OSPOD a Policii ČR. [4]

Pokud máte podezření na špatné zacházení s dítětem, obraťte se na orgán sociálně právní ochrany dítěte (OSPOD) v místě bydliště. Podání lze udělat anonymně.

[1] MYDLÍKOVÁ, E., SLANY, J., KOVÁČOVÁ, M., 2021. Diagnostika syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1834-0.
[2] FISCHER, S., ŠKODA, J., 2014. Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení. 2. rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5046-9.
[3] HOLÁ, I., JEŽKOVÁ, M., KOMÍNKOVÁ, H., 2016. Problematika domácího násilí pro zdravotnické pracovníky. Brno: Spondee. ISBN 978-80-270-1120-9.
[4] KUKLA, L., 2018. Sociální a preventivní pediatrie: v současném pojetí. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3874-1.
[5] PUGNEROVÁ, M., KVINTOVÁ, J., 2016. Přehled poruch psychického vývoje. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5452-9.
[6] MPSV, 2022. Statistika. [online] Praha: MPSV [cit. 2022-5-1]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/statistiky-1>

Zdroj: vlastní

