

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Zvláštnosti v přístupu radiologického asistenta ke  
specifické skupině – děti se syndromem týrání**

bakalářská práce

Autor práce: Jan Mašát  
Studijní program: Specializace ve zdravotnictví  
Studijní obor: Radiologický asistent  
Vedoucí práce: Prof. MUDr. Stanislav Tůma, Csc.

Datum odevzdání práce: 2.5.2013



## Abstrakt

V práci „Zvláštnosti v přístupu radiologického asistenta ke specifické skupině- děti se syndromem týrání“ se zabývám problematikou týraných dětí.

V dnešní společnosti dochází k řadě změnám. Strukturální jednotkou našeho státu i přes to stále zůstává rodina, a to především pro svoji úlohu výchovy a péče o dítě. Životní tempo a nároky na uspokojování základních potřeb se zvyšují, přeměňují se morální hodnoty, a tak výchova dítěte může být nějakým způsobem pokřivena nebo zanedbána.

V úvodní teoretické části zpracovávám téma syndromu týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte- CAN (Child abuse and Neglect). Rozebírám základní formy týrání dítěte. Patří sem týrání fyzické, kde jde především o přímé fyzické násilí. Dítě může mít modřiny, především různého tvaru, velikosti, lokalizace a stáří. Dále mohou být stopy po poranění páskem, řemenem, popálení od cigaret, opaření vroucí vodou. Trhlinky na sliznicích dutiny ústní i genitáliích. Mohou se vyskytovat zlomeniny různého stáří a v různé fázi hojení. Patří sem také tupá poranění hlavy, poranění očníce, krvácení do mozku. S nástupem nových zobrazovacích metod, především magnetické rezonance, byl diagnostikován také shaken-child syndrom, je-li dítě vláčeno a smýkáno po podložce.

Dále do syndromu CAN patří zanedbávání dítěte. Dítě nedosahuje ve svém životě takového vzdělání a mentálních schopností a dovedností, kterých by jinak při poskytování plné péče bylo schopno. Sexuální zneužívání dnes řeší nejen zneužívání v rodinách a cizí osobou, ale také komerční důvody tohoto zločinu. Citové týrání postihuje nejen psychický vývoj dítěte, ale dítě strádá především emočně. Systémové týrání a šikana, včetně kyberšikany, jsou další způsoby týrání dítěte.

Specifický a důležitý pro radiologii je zvláště Munchhausenův syndrom by proxy (Prášilovský syndrom v zastoupení), kdy pečující rodič ve snaze předvést, jak kvalitní péči dítěti poskytuje, trvá na opakovaných vyšetřeních dítěte. To pak podstupuje řadu vyšetřeních, s různým stupněm invazivity. Může být zatíženo značnou radiační dávkou a vystaveno riziku alergie z podání kontrastní látky při zobrazovacích vyšetřeních.

Ve své práci jsem se snažil shromáždit údaje nejen o druzích a projevech syndromu týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte, ale také o známkách rentgenologicky prokazatelných projevů tohoto syndromu.

Skiagrafií lze prokázat především známky přímého fyzického násilí, jako fraktury neobvyklé lokalizace, fraktury staršího data, v různé fázi hojení, zvláštní úhel zlomené kosti, neobvyklá lokalizace- např. zlomeniny žeber v jejich nejpevnějších místech, posteriorně, dále zlomeniny lopatek, hrudní kosti, pneumothorax, poranění hlavy. Lze také sledovat odeznívání např. pneumothoraxu, uložení kanyl, katetrů apod. Používají se také metody, které nevyužívají ionizační záření- především ultrazvuk. Je diagnosticky cenný u poraněních orgánů dutiny břišní. U dětí v kojeneckém věku, v období, než se uzavře fontanella, je možné sonograficky verifikovat poranění a poškození mozku, uložení postranních komor a středové linie, krvácení do mozku.

Pro přesnost diagnózy využíváme metody CT vyšetření. Je sice již zatížena zvýšenou radiační zátěží, přináší však zpřesnění diagnózy. Typické CT změny se projevují nehomogenně zvýšenou denzitou s hypodenzní konturou v periférii nebo jak hyperemickým tak ischemickým edémem.

Magnetická rezonance pomohla verifikovat syndrom třeseného dítěte, kdy je dítětem třeseno, nebo je smýkáno po podložce. Dochází k poškozením axonů mezi šedou a bílou mozkovou hmotou, k poraněním corpus callosum a částí pontu s ložiskovými hemoragiemi. Zvláštním jevem v radiologii je Munchhausenův syndrom. V tomto případě rodiče trvají na opakovaných vyšetřeních dítěte z různých příčin. Munchhausenův syndrom je jedním z projevů týrání svěřené osoby. V poslední době se také objevil Munchhausenův syndrom v podobě, kdy dítě, většinou za účelem získání nějakých výhod pro sebe, je ochotno podstupovat různá vyšetření, různého stupně náročnosti, invazivity a zátěže, včetně aplikace kontrastní látky a vystavení se rizika alergie na ni.

Upozorňuji také na riziko samohodnocení zobrazovacího vyšetření klinikem.

Charakteristické spojení zlomenin dlouhých kostí a intrakraniálního poranění je pro radiologa signálem, že se může jednat o nenáhodné poranění.

Ve vlastní práci mne zajímalo, jak problém týraného dítěte vidí praktičtí lékaři pro děti a dorost, kteří se s poraněným dítětem mohou nejspíše setkat, a jak toto téma vidí radiologičtí asistenti. Oslovil jsem je v krátkém dotazníku. Nekladl jsem si za cíl dělat kvantitativní průzkum, takže vzorek oslovených nebyl staticky významný, ale zajímal mne spíše přístup k tématu a jeho četnost. Výsledky rozebírám v diskusi.

V závěru pak uvádím doporučení, jakých signálů by si měl radiologický asistent všimnout při vyšetřování dítěte. Jsou uvedeny také zákonné normy. Obecně lze doporučit radiologickému asistentovi, aby taktně upozornil lékaře radiologa na známky možného týrání ještě před skončením vyšetření a před propuštěním dítěte s doprovodem z radiodiagnostického oddělení.

## **Abstract**

The work “Specific approach of radiological assistant to children with signs of abuse” is focused on abused children.

In current society there are many changes. Despite these changes family is still the structural unit of our country, especially for its role in upbringing and child care. The pace of life and demands for basic needs are increasing, and moral values are changing therefore the upbringing of a child can be somehow distorted or neglected.

The theoretical part is focused Child abuse and Neglect syndrome (CAN). There are analyzed basic forms of child abuse. This includes physical abuse, mainly direct physical violence. The child can have bruises of different shape, size, location and age. It may also be signs of injuries from belt, cigarette burns, scalding from boiling water, cracks in the mucous membranes of the mouth and genitals. There can be fractures of different age and in different healing phase. It also includes blunt head injury, eye-socket trauma and bleeding to brain. With the onset of new imaging techniques, particularly magnetic resonance imaging, it was also diagnosed “shaken-baby syndrome”, when a child is dragged and swept over the surface.

The CAN syndrome also includes neglecting of a child. That is when a child does not get such education mental abilities and skills that would otherwise be capable of when full care was provided. Sexual abuse nowadays is not only concern about families and strange people, but also about commercial reasons for this crime. Emotional abuse not only affects the mental development of the child, but the child’s feelings suffer in particular. Systemic abuse and bullying, including cyber bullying, are other ways of child abuse.

Specific and important for radiology is particularly Munchhausen’s syndrome by proxy (Prášil’s syndrome by proxy) when the caring parent in an effort to demonstrate quality of child care provided insists on repeated examinations of the child. The child then undergoes a series of tests with different degrees of invasiveness. It can be loaded with a large dose of radiation and exposed to the risk of allergies administration of contrast agents for imaging.

This work is trying to collect data not only about the types and manifestations of CAN syndrome, but also about signs of radiological provable manifestations of this syndrome.

Skiagraphy may show signs of direct physical violence. Fractures, an unusual localization, older fractures in various stages of healing, strange angle of broken bone, unusual localization for example broken ribs in their strongest part, posterior broken shoulder blades, broken sternum, pneumothorax or head injury. It is also possible to track fading of pneumothorax, position of cannulas, catheters, etc. There are also methods that do not use ionizing radiation- especially ultrasound. It is particularly valuable in diagnosing injuries of the abdomen. For infants in the period before closing of fontanel the ultrasound can verify injury and brain damage, position of the lateral ventricles and the central line, and possibly bleeding in the brain.

For better accuracy of diagnosis is used examination of CT method. It is burdened with higher exposure to radiation; however it delivers more accurate diagnosis.

Magnetic resonance imaging helped to verify shaken baby syndrome-when a child is shaken, or is swept over the surface. There is damage to axons between gray and white brain matter, corpus callosum injury, and parts of the pons with nidus hemorrhages. Typical CT changes are reflected by inhomogeneous density increase with hypo dense contour in the periphery or by hyper endemic and also ischemic edema.

A special phenomenon in radiology is Munchhausen syndrome. In this case, the parents insist on repeated examinations of the child for various reasons. Munchhausen syndrome is one of the manifestations of abuse of a person. Recently the Munchhausen syndrome has appeared in a new form when the child is willing to undergo various tests in varying degrees of intensity, invasiveness and burden, including the administration of contrast media and exposure and risk of allergy from it, usually for the purpose of obtaining some benefits for itself.

This work also points out the risk of self-assessment of staff member.

The characteristic combination of long bone fractures and intracranial injuries is a signal for radiologist that it may be nonrandom injury.

The work studies how the general practitioners for children and adolescents see the problem of child abuse, because they can probably meet injured child, and how is the subject seen by radiology assistants. I made a short questionnaire. My aim was not to do a quantitative research; therefore the sample is not statistically significant; however I was concerned about attitude to the problem and its frequency. The results are analyzed in discussion.

In conclusion, I present recommendations, which should radiology assistant notice during the examination of a child. They are also given legal standards. Generally it is recommended that the radiology assistant should tactfully draw doctor's attention to signs of possible abuse before the end of examination and before releasing the child with accompaniment from radio-diagnostic department.



## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 2.5.2013

.....

Jan Mašát

## **Poděkování**

Rád bych na tomto místě poděkoval Prof. MUDr. Stanislavovi Tůmovi CSc., který mi svými odbornými znalostmi a lidským přístupem výrazně pomohl k sepsání této práce.

# Obsah

1	SYNDROM TÝRANÉHO DÍTĚTE	15
1.1	Tělesné týrání.....	15
1.1.1	Znaky a příznaky, které běžně vykazují děti nebo mladiství, trpí-li fyzickým týráním.....	16
1.2	Formy tělesného týrání .....	17
1.2.1	Aktivní formy tělesného týrání podle autorů Dunovský, Dytrych, Matějček (1995).....	17
1.2.2	Pasivní formy tělesného týrání .....	19
1.2.3	Tělesný trest.....	20
1.3	Zanedbání.....	21
1.4	Sexuální zneužívání (týrání) .....	22
1.5	Citové týrání .....	22
1.6	Systémové týrání.....	23
1.7	Šikana.....	24
1.8	Munchhausenův syndrom by proxy.....	25
1.9	Munchhausenův syndrom „naruby“ .....	25
2	SYNDROM Z POHLEDU RADIOLOGA.....	27
2.1	Nejčastější známky fyzického týrání .....	27
2.1.1	Modřiny .....	27
2.1.2	Popáleniny .....	28
2.1.3	Fraktury .....	28
2.1.4	Poranění centrálního nervového systému .....	29
2.1.5	Poraněné oči a vyražené zuby .....	29
2.1.6	Poranění nitrobřišních orgánů .....	29
2.2	Známky fyzického týrání z pohledu radiologa .....	30
2.2.1	Obecný a historický vhled .....	30
2.2.2	Zlomeniny skeletu .....	30
2.2.3	Diferenciálně diagnostické možnosti moderních diagnostických zobrazovacích metod .....	31

2.2.4	Ultrazvuk .....	32
2.2.5	Metody MR a CT.....	32
3	SPECIFIKA V OBLASTI RADIOLOGIE .....	34
3.1	Munchhausenův syndrom by proxy (Prášilovský syndrom v zastoupení).....	34
3.2	Nebezpečí ze samohodnocení radiologických nálezů .....	35
4	CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY .....	36
4.1	Cíl práce.....	36
4.2	Hypotéza .....	36
5	ZKOUMANÝ SOUBOR A METODIKA .....	37
6	VÝSLEDKY .....	39
7	DISKUZE.....	54
8	Doporučení.....	61
8.1	Doporučení pro zdravotníky .....	61
8.2	Ohlašovací povinnost.....	63
8.3	Souhrn.....	64
8.4	Vlastní doporučení.....	66
9	ZÁVĚR .....	68
10	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	69
11	PŘÍLOHY .....	71

## **Seznam použitých zkratk**

CAN – Child abuse and neglect

MR – Magnetická rezonance

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

CT – Computer tomography

## Úvod

Navzdory změnám, kterými prochází současná euro-americká společnost, zůstává základní strukturální jednotkou státu rodina. Především pro svoji funkci- péči a výchovu dětí. Současná společnost však prochází vývojem, kdy komerce, spěch a také socioekonomické nejistoty se snaží vytlačit základní lidské morální hodnoty. Péče o dítě může tedy být nějakým způsobem pokřivena, nebo zanedbána.

Při práci radiologického asistenta může nastat situace, kdy podle způsobu poranění a také chování dítěte může radiologický asistent pojmout podezření, že péče o dítě je nějakým způsobem patologická. Může upozorovat známky zanedbání, týrání, a to fyzického (různé typy poranění), psychického (související např. se změnou chování dítěte) nebo jiného.

Svoji práci jsem rozdělil na několik oblastí. Nejdříve se zabývám teoreticky otázkou, co je syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte- CAN. Rozebírám jednotlivé formy a druhy týrání. V další části se zabývám otázkou, zda lze syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte diagnostikovat radiologicky. Jaké mohou být diagnostikovatelné projevy a jaké metody v radiodiagnostice lze použít. Zkoumám, zda jsou specifika, která může radiolog postřehnout a která signalizují syndrom CAN.

Dále jsem provedl průzkum mezi praktickými lékaři pro děti a dorost, abych zjistil, jaká je incidence výskytu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte a zda v těchto případech bylo možné uvedený syndrom zjistit také radiologickou metodou. Provedl jsem také průzkum mezi radiologickými asistenty s cílem získat odpověď na otázku, zda radiologičtí asistenti mohou vyzorovat stigmata, svědčící o syndromu CAN a jak danou situaci řeší. Výsledky jsem zhodnotil pomocí grafů a tabulek.

V závěru uvádím doporučení, opírající se o zákonné normy, neboť neohlášení zjištění, že se jedná o dítě, které je týrané, zneužívané nebo zanedbávané, je trestné a podle zákona podléhá trestu odnětí svobody.

# 1 SYNDROM TÝRANÉHO DÍTĚTE

Co je syndrom týraného dítěte CAN (Child Abuse and Neglect)

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, obecně označovaný v anglosaské literatuře jako CAN (Child Abuse and Neglect), a odtud převzatý i do naší terminologie, je soubor nepříznivých příznaků v nejrůznějších oblastech stavu a vývoje dítěte i jeho postavení ve společnosti, v rodině především. (23)

„Syndromem CAN se rozumí: jakákoli nenáhodná, preventabilní, vědomá či nevědomá činnost rodičů, nebo jiné osoby vůči dítěti, jež v dané společnosti je nepřijatelná a jež poškozuje tělesný, duševní a společenský stav i vývoj dítěte, popřípadě způsobuje jeho smrt.“ (24)

Formy syndromu týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte – CAN:

- tělesné týraní,
- zanedbávání,
- pohlavní zneužívání,
- systémové týraní,
- Münchhausenuv syndrom v zastoupení,
- Šikana

## 1.1 Tělesné týraní

„Tělesné týraní je definováno jako tělesné ubližování dítěti, anebo nezabránění ublížení či utrpení dítěti, včetně úmyslného otrávení nebo udušení dítěte, a to tam, kde je důvodné podezření, že zranění bylo způsobeno úmyslně anebo že mu nebylo zabráněno.“ (25)

„Tělesné týrání probíhá opakovaně, s mezidobími, kdy rodiče navštěvují lékaře s různými typy poranění dítěte, pro které mají nejasné a nekonsistentní vysvětlení. Agresivně se brání obvinění z týrání dítěte. Když je dítě například umístěno do dětského domova, často ho chtějí zpět, racionalizují svoje předchozí patologické jednání, ale když se jim podaří získat dítě zpátky, historie týrání dítěte se může opakovat. Nebývá zcela obvyklé, že oba rodiče týrají svoje dítě stejnou měrou. Obvykle je jeden z rodičů brutálnější a druhý rodič není schopen tomuto týrání zabránit. Někdy takovému jednání napomáhá, popírá jeho nepřipustnost, partnera kryje před postihem. často bývá týrající osobou nevlastní rodič (Gjuricová, Kocourková, Koutek, 2000, s. 18).“

### 1.1.1 Znaky a příznaky, které běžně vykazují děti nebo mladiství, trpí-li fyzickým týráním

Týrané, zneužívané nebo zanedbávané dítě může mít často poranění nebo popáleniny nevysvětlitelného původu, zvláště vyskytují-li se opakovaně. Dítě nebo o ně pečující dospělá osoba často udává příčinu, která je velmi neobvyklá nebo nepravděpodobná a neodpovídá druhu poranění. Často také dítě nemá chuť o těchto poraněních hovořit. Poranění se může vyskytnout v důsledku neúměrných tělesných trestů. V naší společnosti stále převažuje názor, že tělesný trest do výchovy patří. Hranice mezi tělesným trestem a týráním dítěte je však prakticky nerozpoznatelná. Dítě má také strach ze styku s rodiči, proto často o svých zraněních mluvit nechce. V důsledku zraňování může se mohou vyskytovat lysiny, pohmožděny „měkkých“ částí těla- nadloktí, stehen, tváří- jež mohou být následkem štípání, kousání nebo bití. (pohmožděné lokty, kolena apod. lze obvykle přičíst na vrub běžným dětským tahanicím a pádům). Dítě i v horkých letních dnech může mít zahalené paže i dolní končetiny a není ochotno paže ani nohy odhalovat. Musíme vyloučit, že k takovému jednání dítě nevedou rodinné zvyklosti nebo např. náboženské důvody. Někdy je vhodné si povšimnout míst, která jsou predilekční pro vpichy jehel při vpravování cizorodých látek do těla dítěte. I tento způsob se může vyskytovat jako forma týrání.



Dalším projevem, že dítě je týrané, může být strach dítěte svlékat se před vrstevníky před hodinou tělesné výchovy. Zde je důležité rozlišit, zda k tomu dítě nevede nadměrná stydlivost nebo náboženské důvody. Dítě má často strach jít domů, má strach z lékařské pomoci nebo zákroku. Může mít sklony k sebetrýznění (vytrhávání vlasů, tlučení hlavou, opakovaně si způsobuje řezné rány), opakovaně utíká od rodičů a vykazuje zvýšené sklony agresivity vůči ostatním. (26)

## **1.2 Formy tělesného týrání**

### **1.2.1 Aktivní formy tělesného týrání podle autorů Dunovský, Dytrych, Matějček (1995)**

Mezi aktivní formy tělesného týrání patří nepřiměřené bití rukou, jako např. facky, pohlavky, dále bití různými nástroji, které jsou většinou v domácnosti běžně dosažitelné- jako je vařečka, řemen, hadice, kabel apod. Patří sem dále kopání do dítěte, úderý pěstí. Při těchto typech násilí dochází často k poranění vnitřních orgánů. Týrající osoba může způsobit bodné, sečné a řezné rány různými nástroji I zde se jedná o nástroje běžně v domácnosti dosažitelné, jako jsou nůž, nůžky, jehla, jehlice aj. Dále se může jednat o poranění střelná, ať již ze zbraní držných legálně či nelegálně.

Poměrně častou formou tělesného týrání je tahání za vlasy a jejich vytrhávání, často v celých chomáčích. Zde je důležité diferenciatně diagnosticky odlišit onemocnění, které provází vypadávání vlasů, tzv. alopecii. Její ložiska lysin jsou jiná, obvykle se ztrácí celé vlasové folikly. Kromě tahání za vlasy jsou děti ještě nepřiměřeně tahány za ušní boltce, což způsobuje trhliny nebo až odtržení boltce. Dítě může být týrající osobou také pokousáno. Další častou formou tělesného týrání je způsobování popálenin, které může vzniknout jednak přiložením žhavého předmětu na kůži, nejčastěji cigaretou, ale také popáleniny od kamen, grilu, kulmy apod. Řadíme sem i drobné popáleniny vzniklé třením, když je například dítě vlečeno po koberci, popáleniny úst od

násilím podané horké potraviny, popáleniny od vřící vody, kdy větší děti bývají horkou vodou většinou polity a menší spíše do horké vody ponořeny. Při odmrštění, odhození dítěte často dochází k úderu dítěte o různý nábytek, stěnu nebo podlahu. Je-li dítě svázáno nebo připoutáno, zjistíme mezi způsobenými poraněními stopy od provazů či kabelů, které jsou především na zápěstí a v okolí kotníků. Mohou se však vyskytovat také na krku v případě, že je dítěti nasazován obojek anebo je na něm dokonce voděno. V důsledku škrcení dochází k charakteristickým zraněním se stopami po provazu na krku (tzv. strangulační rýha), nebo jsou patrné stopy po prstech. Při dušení dítěte se mohou vyskytnout krevní podlitiny pod spojivky. Silné třesení (Shaken Infant Syndrom) zejména u malých dětí způsobuje poškození mozku, může způsobit smrt nebo trvalé neurotické potíže a to od poruch učení až k závažným poruchám. Dalšími způsoby, jak může být dítě tělesně týráno, jsou otravy jedy a chemikáliemi, projevující se různými patologickými obsahy střev, žaludku, nebo vagíny. Mohou se vyskytovat krvácení do mozku, krvácení mezi měkkou a tvrdou plenu (subdurální hematom), nebo krvácení nad tvrdou plenu- epidurální hematom, a to při tupých poraněních hlavy, nebo se mohou vyskytovat jejich kombinace. V důsledku tupého poranění hlavy mohou také vzniknout otřes nebo pohmoždění mozku, např. s následným bezvědomím, dále poranění míchy, většinou při tupých úderech. Tyrané také podávají alkohol nebo návykové látky.

## 1.2.2 Pasivní formy tělesného týrání

Představují nedostatečné uspokojení nejdůležitějších potřeb dětí v návaznosti na jeho potřeby psychické a sociální. Jde o úmyslné, ale také neúmyslné nepečování o dítě, jedná se také o opomenutí (omission) v péči o dítě či nepochopení rodičovské role, ať již z důvodu nezralosti, otupělosti, hledání jiných životních hodnot než spojených s dětmi.

Takto týrané dítě se vyznačuje nedostatečným rozvojem v mnoha oblastech, nejvážnějším důsledkem je zpustnutí dítěte, v krajním případě pak jeho smrt. (Dunovský, Dytrych, Matejček, 1995, s. 59).

Pasivní fyzické týrání jsou podle výše citovaných autorů Dunovský, Dytrych, Matejček:

Porucha v prospívání dítěte neorganického původu. Jde o poruchy vzniklé z nedostatečné výživy jak po stránce kvantitativní tak i kvalitativní, toto se projevuje výraznou podváhou, nedostatky důležitých vitamínů, především skupiny D, C a B, nejtěžší případy pak představují zastavení růstu dítěte, vyskytuje se převážně ve zchudlých a společensky málo přizpůsobivých rodinách. Ještě nepříznivější jsou kombinace nedostatku péče o dítě v oblasti fyzické s nedostatky psychickými a sociálními. Taková spojení mohou neobyčejně těžce postihnout dítě, či dokonce jej zahubit. Dále se může jednat o nedostatek zdravotní péče. Jedná se o vědomé odmítání preventivní a léčebné péče. Může ale nastat i nevědomé odmítání zdravotní péče, zvláště v kritických situacích, které vzniká spíše z nepochopení a neporozumění vážnosti zdravotního stavu dítěte a ohrožení jeho života. Mezi pasivní formy tělesného týrání patří i případy, kdy dospělí způsobí dítěti nějakou újmu, bojí se následku, doufají ve spontánní uzdravení dítěte a tím mu prakticky odírají první pomoc. Řadíme zde i případy, kdy rodiče nezabezpečují dítěti kvalitní hygienickou péči. Jsou známy, a také medializovány, případy, kdy rodiče děti izolují, zavírají do tmavých nebo uzavřených „holoprostorů“ a upírají jim kontakt se sebou samými, nebo

jejich vrstevníky. Mezi pasivní formy tělesného týraní patří také vykořisťování dětí, nucení dětí k žebrání nebo zatěžování a zneužívání dětí nadměrnou dětskou prací.

### 1.2.3 Tělesný trest

„Tělesný trest představuje riziko pro nebezpečný vývoj osobnosti dítěte, protože učí násilí, ničí jistotu pocitu bezvýhradné lásky, bezpečí a přijetí. Je příčinou úzkosti v očekávání dalšího útoku. V dítěti vyvolává zlobu, vztek a hněv, který spouští touhu po pomstě. Tělesný trest programuje dítě v akceptaci nelogických argumentů, snižuje citlivost a soucit, učí dítě, že si nezaslouží respekt. Učí také dítě, že k dobru se dopravuje trestem. Dítě se naučí ignorovat trápení, naučí se, že trest a násilí jsou projevem lásky. Tělesný trest učí dítě popírat vlastní pocity (Vaníčková, 2004, s. 79)“

„Tělesný trest patří většinou ke 2. typu traumatu (opakované, bolestivé, předpověditelné, očekávané, ponižující trauma) podle Terra (Vaníčková, 2004, s. 80). Pro opakované, bolestivé, předpověditelné, očekávané a ponižující trauma je charakteristické, že představuje představitelnou, ponižující, bolestivou zkušenost (smutek, strach, stud a pohrdání za rodiče, pocit viny, absence citu, apatie, deprese). Dále je pro ně charakteristické, že dítě ví, že tato situace pravděpodobně nastane a mobilizuje ochranné mechanismy proti bolesti a ponížení (popření, potlačení, disociace, identifikace s agresorem, sebedestrukce).“

Tělesná poranění jsou radiology diagnostikovatelná a dobře průkazná. Může se jednat o zavřená poranění- poranění dlouhých kostí, fractury diafýz, poranění hlavy, svalů, otřesy a pohmoždění. Dále mohou nastat otevřená poranění - rány na hlavě, nitrooční krvácení, rány na hrudníku, popáleniny, především na místech, která jsou lidskému zraku špatně přístupná. např. chodidlo, bezvědomí, bolesti břicha, bolesti hlavy, závrať, křečové stavy.. Dále rozebírám podrobněji.

Mohou nastat také mohočetná zranění- kombinace výše uvedených. Ve statistickém hlášení Orgánu pro sociálně právní ochranu dítěte pro Ministerstvo práce a sociálních věcí za rok 2011 je hlášený počet případů týraných dětí. Vždy ale je počítán pouze

převažující typ násilí, přičemž obvykle se jedná o kombinaci způsobů, jakými je dítě týráno. Statistika se týká pouze případů, které jsou hlášeny. Předpokládáme, že řada zůstává naohlášená a neodkrytá.

### 1.3 Zanedbání

Je charakterizováno jako jakýkoliv nedostatek péče, který způsobuje vážnou újmu vývoje dítěte nebo dítě ohrožuje, vede k trvalému poškození dítěte a strádání, jak po stránce fyzické, tak psychické a také sociální.

Tělesné zanedbávání - znamená neuspokojení tělesných potřeb dítěte - potřeby ošacení, výživy, přístřeší, zdravotní péči a ochranu před zlem.

Citové zanedbávání-týká se uspokojování citových potřeb dítěte - týká se nejen náklonnosti, ale také pocitu dítěte, že někam patří.

Zanedbávání výchovy a vzdělání- je chápáno jako neposkytnutí dítěti možnosti, aby dosáhlo naplnění svého plného vzdělanostního potenciálu, a to např. dětskou prací v domácnosti i mimo ni- takové zanedbání intelektového rozvoje dítěte další důsledky - vede k zaostávání a způsobuje trvalé poškození až invaliditu (PhDr. J. Procházková, přednáška)

Klasické vnímání zanedbaného dítěte se chápe obvykle jako dítě z prostředí nízké socioekonomické úrovně, které vyrůstá obvykle v jednoduchém, primitivním prostředí, s nedostatečnou hygienou, bez vhodných vzorů dospělého chování. Nechodí řádně do školy a nemá šanci rozvinout svůj psychický potenciál. V takovéto zanedbanosti se pak hledá důvod „mravní zpustlosti“ (18). Často ale i v prostředí, které je sociálně ekonomicky silné, zabezpečené, hygienicky vzorné, až blahobytné a poskytuje dokonalou příležitost k rozvoji duševních schopností svým členům, dítě strádá citově a není dostatečně uspokojena potřeba identity (18).

V syndromu CAN tedy zanedbávaným dítětem rozumíme takové, které strádá nejen fyzicky (nemá ošacení, jídlo, hygienu), ale také psychicky (nedostatek citu, lásky)

a dochází také k deprivaci sociální (chybí vzory, perspektiva otevřené budoucnosti, možnost sebeidentifikace).

## 1.4 Sexuální zneužívání (týrání)

Je nepatřičné vystavení dítěte pohlavnímu kontaktu, činnosti či chování, zahrnuje jakékoliv pohlavní dotýkání, styk či vykořisťování kýmkoliv, komu bylo dítě svěřeno do péče, anebo kýmkoliv, kdo dítě zneužívá. Takovou osobou může být rodič, příbuzný, přítel, odborný či dobrovolný pracovník či cizí osoba (PhDr. J. Procházková, přednáška)

Sexuální zneužívání se dělí na bezdotykové a dotykové.

**Bezdotykové** - např. setkání s exhibicionistou, účast na sexuálních aktivitách, kdy nedochází k žádnému těleného kontaktu- např. vystavování dítěte promítání pornografických videozáznamů

**Dotykové** - je takové, kdy dochází k pohlavnímu kontaktu, vč. laskání prsou a pohlavních orgánů a k pohlavnímu styku.

V této oblasti v poslední řadě došlo k řadě změn - např. komerční sexuální zneužívání dětí začalo být v naší zemi problémem před nedávnou dobou a jeho formy se proměňují-

- natáčení pornografických videozáznamů,
- dětská prostituce na internetu
- stále klesající věková kategorie takto zneužívaných dětí,
- stoupající počty zneužívaných chlapců

## 1.5 Citové týrání

„Zahrnuje chování, které má vážný negativní vliv na citový vývoj dítěte a vývoj jeho chování. Citové týrání může mít formu verbálních útoků na sebevědomí dítěte, opakovaného ponižování nebo jeho zavrhování. Vystavování dítěte přítomnosti násilí

či konfliktům doma, násilná izolace, omezování dítěte, vyvolávání situace, kdy má skoro stále pocit strachu.“ (PhDr. J. Procházková,web)

Může jít o záměrné zastrašování dítěte- vyhrožování, že je rodič nebude mít už rád, opustí ho, nebo mu trápení s ním přivodí smrt. Také se může jednat o bránění styku s vrstevníky nebo druhou osobu (u rozvedených vztahů druhý rodič). Citové týrání znamená též neposkytnutí emoční odezvy dítěte - jedné ze základních potřeb!

Dále soustavné srovnávání s úspěšnějším sourozencem, nebo nadměrné přetěžování jednoho z nich. Citové týrání mívá dopad na psychiku a citový vývoj dítěte.

## **1.6 Systémové týrání**

Je způsobeno systémem, založeným pro pomoc a ochranu dětí a jejich rodin.

Mezi tento typ týrání patří situace, kdy je dítěti upřeno právo na informace a je mu také upřeno právo být slyšeno. Je neprávem odděleno od svých rodičů. Patří sem zanedbávání anebo špatná péče v denních zařízeních, ve školách, v pěstounském zařízení či domově nebo v jiném prostředí. Trauma způsobené necitlivými či zbytečnými lékařskými prohlídkami je další z jevů, spadajících pod systémové týrání, stejně jako úzkost způsobená dítěti v rámci jeho kontaktu se sousedním systémem (např. protahování slyšení či poškozování dítěte zkušenostmi, které podstupuje jako svědek). K formám systémového týrání patří odepření rodičovských práv na informovanost a účast při rozhodování, kdykoliv je to pro dítě dobré a nedostatečné služby či zdroje pomoci týranému dítěti, aby mohlo zůstat se svou rodinou, kdykoliv je to možné. (PhDr. Procházková, web)

## 1.7 Šikana

Je forma týrání, která používá psychické týrání, často ve spojení s fyzickým. Probíhá obvykle mezi vrstevníky, na školách nebo s jiných komunitách. Jedná se o agresi vůči jedinci, který je fyzicky slabší, nebo je v závislém postavení. Může se projevovat ponižováním, zesměšňováním, nepřiměřenými či nesplnitelnými úkoly, vynucováním poslušnosti, přinucení vykonávat za šikanujícího nějakou práci, vydírání vyžadováním materiálních služeb včetně finančních apod.(PhDr J.Procházková, web).

Zvláštní formu a postavení dnes mezi dětmi zaujímá kyberšikana. Známe z poslední doby i z tisku, že dítě, vystavené kyberšikaně, spáchalo sebevraždu. Je to skrytá forma šikany, kterou nemusí rodiče ani okolí dítěte postřehnout. Stalo se ale také, že dítě alarmovalo na sociální síti svoje okolí a upozorňovalo na kritickou a neudržitelnou kritickou situaci s avízem, že spáchá sebevraždu. Když se pomoci nedočkal, suicidium dokonalo.



## **1.8 Munchhausenův syndrom by proxy**

Munchhausen je historická postava německého vojáka (1720-1779), který proslul vyprávěním neuvěřitelných příběhů, později literárně zpracovaných. V českých zemích bychom ho přirovnali k baronu Prášilovi. Proto se Munchhausenův syndrom někdy označuje jako Prášilovský. Jeho jménem pak v r. 1951 popsal a označil britský chirurg Asher psychiatrickou poruchu, charakterizovanou dramatickým předstíráním závažného onemocnění. V anamnéze bývá již řada mnohdy náročných vyšetřovacích postupů, operačních zákroků, četné hospitalizace. Bývá zde ochota a chuť podrobit se dalším vyšetřovatelským postupům a léčebným procedurám.

V souvislosti se syndromem CAN je dítě blízkou osobou týráno a zneužíváno ku prospěchu týrajícího (abusora) pod rouškou péče a starostlivosti o ně. Mívá podobu vymyšlení si patologických příznaků či zveličování příznaků somatického nebo duševního postižení nebo onemocnění.

Oběť je někdy až invalidizována, aby se „dobrá až výtečná“ péče vychovatele (rodiče) mohla projevit.

Skrytější jsou případy, kdy pečující rodič (zpravidla matka) vlastně invalidizuje dítě svou péčí. Např. posilováním jeho vysoké úzkostnosti, kterou sám výrazně v dítěti posiluje, aby mohl dokázat, že jedině on se o dítě dokáže postarat.

Odhalení tohoto druhu týrání bývá zpravidla značně obtížné a je zapotřebí dlouhodobého sledování. (19)

## **1.9 Munchhausenův syndrom „naruby“**

Označuje situaci, kdy tyranem se stává dítě a tyranizovaný je rodič. Dítě, často za záminkou jistých výhod či úlev, které mu daná situace bude skýtat, neustále nařiká na bolesti a různé symptomy, aby přinutilo rodiče ke zvýšené péči a soustředěné

pozornosti. Je tak opakovaně vyšetřováno a mohou proběhnout také opakovaná vyšetření v rámci radiodiagnostiky.

## 2 SYNDROM Z POHLEDU RADIOLOGA

Tělesná poranění jsou radiology diagnostikovatelná a dobře průkazná. Obtížné bývá pak rozlišit, jde-li o poranění náhodné, způsobné např. při hře (oděrky na loktech, zlomeniny, výrony kloubů), nebo nenáhodné. Na nenáhodné poranění nás může upozornit již např. vystupování rodičů. Bývá obvyklé, a je známo ze zkušeností, že při náhodném úrazu je normální snaha rodičů vyhledat lékařské ošetření včas. Při úmyslném jednání je téměř pravidlem, že je zde jistá časová prodleva, než k ošetření dojde. K této prodlevě vede jakýsi předpoklad, že se stav spontánně upraví. Tak i k závažným případům bývá lékařská pomoc přivolána pozdě, ve chvíli, kdy je již evidentní, že dalším odkládáním ošetření může být ohrožen život dítěte. „Objektivní nález úrazových změn na těle, kůži, podkoží či kostech má sám o sobě větší výpovědní hodnotu než údaje získané rodičovskou anamnézou.“(MUDr. Jan Tuček, Týrané dítě, 6.12.2012) 36

### 2.1 Nejčastější známky fyzického týrání

#### 2.1.1 Modřiny

Jsou nejčastější známkou fyzického týrání. Rozsah i tvar modřiny mnohdy naznačuje předmět, kterým byla způsobena. Opakující se nález modřin na typických místech (predilekční místa: zadní strana těla – temeno hlavy, záda, hýždě, zadní strana stehen, dále předloktí) znamená vždy fyzické násilí. Důležité je správně popsat lokalizaci, velikost, tvar, barvu a četnost modřin (např. modřina stará do 2 dnů je s otokem a bolestivostí místa, modřina stará do 5 dnů je červená až modrá, modřina stará 5-7 dní je zelená, modřina 7-10 dní stará je žlutá, modřina stará 10-14 dní má hnědou barvu a z modřiny staré 2-4 týdny jsou vidět jen zbytky obrysů). Dle vlastního

průzkumu byly hematomy nejčastějším zjištěným ukazatelem, upozorňujícím na tělesné týrání dítěte.

### 2.1.2 Popáleniny

Podezřelý je mechanismus vzniku, který doprovodná osoba uvádí. Typický způsob popálení je od cigaretového oharku. Fyzicky týrané děti jsou páleny na místech, která se běžně při vyšetřování dětí neodhalují, např. na chodidlech. Při nálezu jedné podezřelé cirkulární popáleniny či jizvy je třeba hledat na těle další. Příznaky spálení jiným žhavým předmětem (např. plotna, žehlička) jsou typické na dlaních, chodidlech a zadečku.

Opaření vařící vodou je časté zvláště u kojenců a batolat.

### 2.1.3 Fraktury

„15% - 20% týraných dětí utrpí frakturu. U dítěte mladšího 2 let je každá fraktura podezřelá z fyzického týrání, resp. ze zanedbávání péče. Je třeba pozorně zvažovat autenticitu mechanismu úrazu, správným vodítkem je i úroveň psychomotorického vývoje zraněného dítěte. Podezření ze sy. CAN již musí vzbudit pozdní příchod zraněného k prvotnímu lékařskému ošetření (i za několik dní), opakující se úrazy a fraktury, mnohdy na různých částech těla a v různých fázích hojení. Charakteristickým úrazem fyzického týrání jsou zlomeniny žeber. Fraktury dlouhých kostí jsou u dětí většinou spirální a mohou vzniknout též kroucením, šubnutím a silným úderem.

#### 2.1.4 Poranění centrálního nervového systému

Vzniká úderem nebo nárazem hlavy do tvrdého předmětu.

U kojenců může dojít k poranění mozku hrubým a intenzivním zatřesením celého těla.

#### 2.1.5 Poraněné oči a vyražené zuby

Jsou neobvyklé úrazy dětí a je potřeba dohledat, event. další symptomy sy. CAN.

U kojenců bývá, po surovém krmení lžičkou, časté natržení uzdičky horního rtu.

#### 2.1.6 Poranění nitrobřišních orgánů

Je většinou přidruženým nálezem fyzicky týraného dítěte. Mnohdy se jedná o natřzenou slezinu, játra, roztržený žaludek, duodenum, hematom v břišní stěně, traumatickou pankreatitidu, event. pseudocystu pankreatu. Roztržení či utržení ledviny je též možné. Při podezření na sy. CAN je třeba vždy vyloučit poranění genitál“ (Věstník MZ 2008, č.3, str.36-37)

## 2.2 Známky fyzického týrání z pohledu radiologa

### 2.2.1 Obecný a historický vzhled

Radiologové znají charakteristické spojení zlomenin dlouhých kostí s následky intrakraniálního krvácení od Caffeyova popisu roku 1946 (2). O úmyslném poranění dětí informoval v 19. století francouzský soudní lékař Auguste Ambroise Tardieu (1). Jako syndrom týraného dítěte (battered-child syndrome nebo také Caffeyův – Kempeův syndrom) je uznáván po dalším podrobném zpracování příznaků pediatriy a pediatrickými radiology (2-5). U nás se důsledky týrání dětí i jeho radiologickými projevy opakovaně zabývali četní autoři. Z mnoha je třeba jmenovat alespoň Dunovského a Martena (6, 7). Problematika týraného dítěte vyžaduje multidisciplinární přístup lékaře kliniky, radiologa, sociálního pracovníka, psychologa. Také radiologové pracují v týmech a jsou průběžně vzděláváni.

Po event. radiologické diagnostice se do komplexu vyšetření přidávají výsledky dalších zobrazovacích metod, především ultrazvuku, CT, nebo magnetická rezonance. Tyto zobrazovací modalitty upřesňují nálezy zvláště při poraněních CNS a vnitřních orgánů, pomáhají v diferenciatně diagnostickém odlišení jiných onemocnění a zabraňují tak nadužívání diagnózy syndromu týraného dítěte a neoprávněného osočování osob pečujících o dítě (8).

### 2.2.2 Zlomeniny skeletu

„Klasickými známkami násilí pro diagnostiku radiologem je však je průkaz zlomenin skeletu. Kleinman a Spevak se spolupracovníky potvrdili mnohotná poranění skeletu u všech 31 dětí, které na týrání v mezidobí deseti let (1984 až 1994) zemřely (9,

10). Nejčastěji se jednalo o mnohotné zlomeniny žeber a metafýz, vždy v různém stadiu hojení. Třináct z nich mělo poranění lebky (9).“ (17)

„K typickým nálezům obecně patří mohutné asymetrické periostální reakce se subperiostálními hematomy, které postupně kalcifikují, a mnohotné zlomeniny v různých fázích hojení. Zlomeniny postihují velmi často distální konce dlouhých kostí a jsou spojeny s meta-epifyzeolýzami, které vytvářejí při hojení vinuté okraje přirovnávané k uchu od džberu (bucket-handle sign). Nápadné jsou jindy neobvyklé zlomeniny diafýz (obr. 1 – viz příloha). Skelet hrudníku je často postižen, a to na neobvyklých místech (obr. 2 – viz příloha). Kromě klíčků jsou to časté zlomeniny žeber, a to v jejich nejpevnější části, posteriorně. Jsou ale i zlomeniny lopatek, sterna, zachyceny bývají i zlomeniny proximální části kosti pažní. A samozřejmě poranění lebky a mozku, páteře a míchy. Zhruba ve třech letech věku se traumatické změny manifestují kulháním (11).(St.Tůma, Prevence úrazů, otrav a násilí, 12/2008)

### 2.2.3 Diferenciálně diagnostické možnosti moderních diagnostických zobrazovacích metod

Pro poranění muskuloskeletální je skiografie stále metodou volby. Opakované rentgeny srdce a plic slouží jednak ke kontrole léčebných metod (např. katetry), ke kontrole aerace plic, nebo ke sledování rozvoje či ústupu pneumothoraxu, fluidothoraxu. Vzhledem k malé radiační zátěži jsou pro poraněné výhodnější, než vyšší dávky radiace např. při CT vyšetření.

## 2.2.4 Ultrazvuk

V současné době lze pro diferenciální diagnostiku také doporučit metody, které nepoužívají ionizující záření- např. ultrazvuk.

U podezření na poranění hlavy u novorozence nebo kojence je možné sonograficky diagnostikovat přes otevřenou fontanelu např. náplň mozkových komor, jejich symterické či asymetrické uložení. Radiologové jsou školeni v příčinách atypických poraněních nebo v atypii hojení poranění a v souvislostech, které klinik obvykle neslučuje. Např. poškození plíc může souviset s neurogenním edémem mozku při tupém poranění hlavy u novorozence. (17)

Sonograficky Je možné diagnostikovat hydrocefalus, porencefalické dutiny, rozšíření subarachnoideálních prostor při kortikální atrofii a ložisková ischemická nebo naopak hemoragická ložiska (12).

Další situace, kdy v diagnostice dominuje sonografie, jsou tupá poranění břicha- poranění jater, sleziny, ledvin, močového měchýře.

## 2.2.5 Metody MR a CT

Mají možnosti rekonstrukčních technik, a proto mnoho výhod. Těch se využívá v diferenciální diagnostice zvláště u vyšetření mozkové tkáně(13).

CT je přínosné v diagnostice fraktur.

Poranění mozku při syndromu týraného dítěte vykazuje charakteristické obrazy epidurálních a subdurálních hematomů v různých fázích hojení (obr. 3 – viz příloha). Obě metody zobrazení se doplňují při zobrazení nejen kontuze mozkové kůry, cerebrální ischemie a krvácení do mozkových komor, ale zvláště při zobrazení difúzního axonálního poranění, které je způsobené rychlým pohybem a tahem axonů u dítěte, jehož hlavička je násilně smýkána po podložce (shaken-child syndrome). Jde o



traumatický efekt „střížního“ poranění s disrupcí axonů mezi šedou a bílou mozkovou hmotou, poraněním corpus callosum, a částí pontu s ložiskovými hemoragiemi (13). Typické CT změny se projevují nehomogenně zvýšenou denzitou s hypodenzní konturou v periférii nebo jak hyperemickým tak ischemickým edémem. Akutní stav je MR zobrazen jako snížená intenzita v T1w obraze, zvýšená intenzita v T2w obraze a hemoragické petechie a edém v subkortikálních axonech (obr. 4 – viz příloha) (13, 14,17)

## 3 SPECIFIKA V OBLASTI RADIOLOGIE

### 3.1 Munchhausenův syndrom by proxy (Prášilovský syndrom v zastoupení)

V případě tohoto druhu týrání dítěte jde především o snahu rodičů projevovat se navenek jako velmi pečlivý strážce dítěte. Rodiče, obvykle úzkostné matky, se snaží přesvědčit lékaře a zdravotníky jiných profesí, že jejich dítě trpí nemocí a je potřeba je vyšetřovat a léčit. Současný rozvoj zobrazovacích metod přitahuje jejich zájem, obavy z možných forensních důsledků pak mohou vést lékaře k indikaci těchto vyšetření. Dítě je v tomto případě zneužíváno a jako objekt experimentálního zájmu vystaveno nebezpečí i v oblasti radiologických vyšetřovacích metod. Obecně je obava matky o zdraví vlastního dítěte akceptována jako ukazatel kvalitní péče o dítě. Mezi sledovanými rodinami se ale ukázalo, že jedno z osmi dětí léčebnou péči nadužívá (15). Avšak vyšší využívání zdravotní péče zvyšuje také riziko iatrogenního poškození. Rozbor ukazatelů zdravotní péče prokázal, že anamnesticky prokázané časté návštěvy lékaře a matčiny vyjádřené obavy o zdraví dítěte jsou nejčastějšími prediktory (se standardizovanými regresními koeficienty 0,434 respektive 0,462), které vyjadřují podezření ze zneužívání léčebné péče (15, 17)

V poslední době se objevují případy, kdy rodiče přicházejí s dítětem na vyšetření, a týrající je v tomto případě dítě. Pod rouškou různých potíží, za účelem získání výhod plynoucích z vlastního pohodlí, neochoty dítěte přijmout odpovědnost alespoň za malá „dětská“ rozhodnutí, se zoufalí a pečující rodiče snaží „ozřejmit“ somatické stesky svého dítěte.

## 3.2 Nebezpečí ze samohodnocení radiologických nálezů

Použití radiologických diagnostických metod má pro diagnostiku a tedy péči o pacienta zásadní přínos. Má však také svoje rizika. Postižený je vystaven ionizujícímu záření, dále je vystaven invazivitě při invazivních diagnostických procedurách a je také vystaven nebezpečí, plynoucímu z kontaktu s kontrastní látkou, je-li její podání indikované.

V současné době se jedním z nebezpečí stává také možnost nefrogenní systémové fibrózy po gadoliniových kontrastních látkách při MR vyšetření (17). Prášilovský (Münchhausenův) syndrom v zastoupení má navíc i psychologické následky. Z dětských obětí se později mohou stát trapiči vlastních dětí. Je tedy výhodou, pokud o vyšetřujících postupem jedná konziliárně klinik s dětským radiologem. „Samostatné rozhodování kliniků o radiologických postupech, zvláště pak je-li spojené s vlastním hodnocením nálezů, vede k dalšímu vlastnímu samostatnému rozhodnutí o dalším léčebném postupu.“(17) Zvláště v případě Munchhausenova syndromu v zastoupení se může jednat o problém se závažnými důsledky. Samorozhodování (self-referring) klinika je v rozporu s cítěním a výchovou týmů radiologických povolání s eticko-právním cítěním přinášejícím optimální péči pacientům (16,17). Radiologická zpráva je důležitou částí klinického popisu patologických stavů podezřelých ze zneužívání dítěte, zvláště při nálezech podezřelých z nenáhodného poranění (17).

Radiologický asistent se však při své práci může setkat s dítětem, které je vystavené jinému druhu týrání než fyzickému, a je tedy obtížně detekovatelné. Je důležité všimnout si chování dítěte, chování rodiče, úrazů staršího data, hematomů, zvláště, jsou-li různého stáří, popálenin v netypických lokalizacích, event. poranění v oblasti anu či genitálu, nebo dutiny ústní.

## 4 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

### 4.1 Cíl práce

Cílem práce je shromáždit údaje o druzích a projevech syndromu týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte a údaje o známkách radiologicky prokazatelných projevů tohoto syndromu. Provést průzkum, jaká je situace v běžné praxi. Je syndrom týraného dítěte častým jevem? Kdo se s ním nejčastěji setkává, kdo ho řeší? Má radiologický asistent možnost pomoci v diagnostice syndromu? A má možnost podílet se na léčbě syndromu týraného dítěte, nebo pomoci poškozenému?

Vlastním účelem této práce je pak návrh radiologickým asistentům, jak se v případě, že pojmu podezření na týrané dítě, zachovat a jak k němu přistupovat při vykonávání zobrazovacích technik.

### 4.2 Hypotéza

Při své profesní činnosti může radiologický asistent pojmout podezření, že ošetřuje týrané dítě.

**Hypotéza 1/** Vyskytuje se syndrom týraného dítěte v naší společnosti často?

**Hypotéza 2/** Je schopen radiologický asistent odhadnout a nabídnout pomoc?

Na základě získaných poznatků a v součinnosti s platným právem bude doporučen postup pro radiologické asistenty, jak se v dané situaci zachovat.

## 5 ZKOUMANÝ SOUBOR A METODIKA

V teoretické části se zabývám syndromem týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte CAN (Child abuse and Neglect) obecně. Vyšetření diagnostickými zobrazovacími metodami nejen že odhalí případná závažná poranění, ale podle některých specifických rysů vede k podezření na jejich příčinu CAN. Proto je důležitá spolupráce radiologického asistenta s radiologem. Ač se radiolog ponejvíce může při své práci setkat s důsledky fyzického přímého násilí, ani zanedbané, deprivované, ustrašené či úzkostné dítě by nemělo uniknout jeho pozornosti, zvláště, zjistí-li po těle jiné známky fyzického násilí (hematomy).

Ve vlastním práci jsem dotazníky (viz příloha č. 1) oslovil 28 dětských lékařů, abych zjistil, v jaké četnosti se setkávají s týraným dítětem, jaká poranění u dětí dominují. Kdo dokáže upozornit nebo odhalit fakt, že dítě je týrané, zneužívané nebo zanedbávané?

Jinými dotazníky (viz příloha č. 2) jsem pak oslovil 28 radiologických asistentů z nemocnic: Olomouc, Děčín, Chomutov, Ústí nad Labem, Hradec Králové, Pardubice, Brno, Praha, Kladno, České Budějovice, Jihlava, Pelhřimov, Havlíčkův Brod. Vybíral jsem nemocnice v okresních i krajských městech, vzhledem k pravděpodobné větší četnosti vyšetřovaných případů. Jedním z momentů, které ovlivnily moje rozhodování, která zařízení vybrat, byla možnost daných zařízení vést elektronickou komunikaci. V místě svého bydliště jsem oslovil radiologické asistenty osobně (Pacov, Humpolec, Pelhřimov). Radiologická pracoviště jsem oslovil, abych zjistil, zda je danému tématu vůbec věnována pozornost. Zajímalo mne, zda se radiologičtí asistenti s týraným dítětem při svojí práci setkali. Jaká měla poranění? A jak se svým podezřením naložili, jak se zachovali?

Porovnáním dat jsem sledoval situaci, v jaké se v české společnosti nachází týrané dítě a zda se na týrané dítě vůbec myslí.

Následně rozebírám doporučení, jak k týranému dítěti obecně přistupovat.

Opírám se o zákonné normy, které ve svojí práci cituji.

V závěru práce uvádím doporučení, jak se zachovat, pojme-li radiologický asistent podezření, že vyšetřuje týrané, zanedbávané nebo zneužívané dítě. Existují zákonné předpisy, ale také psychologická doporučení a lidské normy, které by měl radiologický asistent znát a ovládat.

## 6 VÝSLEDKY

### **Vlastní práce**

Při své práci jsem vycházel ze

1/Statistických dat Ministerstva práce a sociálních věcí pro rok 2011

2/Odeslal jsem dotazníky praktickým lékařům pro děti a dorost. Tito nejčastěji přicházejí do styku s tělesnými poraněními, které může týrání způsobit. Také mohou pozorovat psychické změny, známky zanedbávání, sexuálního zneužívání, změny v chování dítěte a také případné projevy Munchausenova syndromu. Cílem nebylo získat od nich statisticky významná data, ale spíše ozřejmit si situaci z praktického hlediska.

3/ Odeslal jsem dotazníky na odborná pracoviště- radiologická, s cílem zjistit, zda radiologičtí asistenti při své práci na možnost týraného dítěte myslí, jakých projevů si všimají a jaký je jejich další přístup k dané problematice.

Ad 1/ Podle statistiky MPSV ČR byl počet týraných a zneužívaných dětí v r. 2011 celkem 6 414.

Z toho tělesné tresty se týkaly 735 dětí, psychické týrání 972 dětí, sexuální zneužívání 777 dětí, dětská pornografie 31 dětí, dětská prostituce 10 dětí a zanedbaných bylo 3889 dětí.

V případech tělesného týrání jako tyranky dominovaly matky- ve 216 případech, otcové ve 201 případě, oba rodiče v 75 případech. Partner matky ve 123 případech. Ostatní- partner otce, sourozenec, prarodiče, jiná osoba nebo jiný příbuzný, nevlastní sourozenec- pouze v nízkém počtu.

V případech psychického týrání byl nejčastěji jako tyran hlášený otec, a to až v 554 případech! Matka jako psychická tyranka ve 133 případech, oba rodiče v 98 případech, partner matky ve 148 případech. Ostatní skupiny pak pouze v nízkém počtu případů (obvykle do deseti).

V případech sexuálního zneužívání dominovala jiná osoba- ve 463 případech, dále pak otec ve 102 případech, partner matky v 88 případech. Jiný příbuzný ve 32 případech

a nezjištěný tyran byl ve 32 případech. Nikdy se sexuálního zneužívání nezúčastnili oba rodiče. Dětská pornografie byla páchána výhradně jinou osobou, a to ve 26 případech. Ve třech případech však aktivátorem byla matka! Dětská prostituce- opět ve třech případech byla tyrankou matka! V sedmi případech pak jiná osoba.

Zanedbávání pak se týkalo v největším počtu případů matek, a to v počtu 1 785. Dále oba rodiče se podíleli stejnou měrou v počtu 1491. Samotný otec dítě zanedbával ve 444 případech. Partner matky v 82 případech, partnerka otce v 11 případech, prarodiče ve 32 případech, jiný příbuzný v 18 případech, jiná osoba v 17 případech. Vlastní sourozenec ve 3 případech a nevlastní sourozenec v žádném případě.

Zaznamenány byly pouze případy, hlášené OSPOD (Orgán sociálně právní ochrany dítěte) a ve vztahu ke každému dítěti je zaznamenán pouze jeden převládající typ týrání/ zneužívání. Nejsou zde zaznamenány případy, kdy dochází ke kombinaci způsobů týrání dítěte a nejsou zde data, která by se týkala Munchhasenova syndromu. Tím spíše, je-li „naruby“. Z toho je patrné, jak obtížná a multioborová je diagnostika tohoto syndromu.

Oslovil jsem 28 lékařů, odpovědělo mi 14 lékařů, tedy 50%.

Vlastní dotazy směřovaly k možnosti diagnostiky radiologickými metodami. Dotazníky byly anonymní, lékaři se nepodepisovali. Přesto mi někteří z nich napsali ještě osobní sdělení, čehož jsem si velmi vážil. Z mých orientačních dotazů měli pocit, že se problematikou nezabývám do hloubky. Upozorňovali mne na další formy syndromu CAN. Všeobecně zastávali názor, že objevit a verifikovat psychické násilí a citové strádání je velmi obtížné. Také řešili, zda jejich klientela je věrohodná, neboť mají často v péči děti s pečlivými matkami. Myslím ale, že i v této charakteristické skupině rodičů se mohou objevit tyrané. Zde bych poukázal na svoji teoretickou část, kde cituji z literatury, že nejen v sociálně ekonomicky silných rodinách se objevuje násilí, konané na dětech, ale také v rodinách s dobrou socioekonomickou situací. Několik praktických lékařů pro děti a dorost mělo ve své péči děti z dětských domovů, kde se právě týrané děti objevují ve zvýšené míře.



Závěrem pak jeden z respondentů konstatoval: (cituji)- „Já si stále myslím, že daleko lepší je pro vývoj dítěte sociálně slabá rodina snažící se než nejlepší dětský domov“.

Odpovědi na otázku č.1- Setkali jste se během svojí praxe s týraným dítětem?. Z odpovědí praktických lékařů pro děti a dorost jsem zjistil, že ze čtrnácti z nich se jedenáct za dobu svojí praxe setkal se syndromem týraného dítěte, zatímco tři z nich se ještě s tímto syndromem nesetkali.



Zdroj: Vlastní výzkum

<b>Setkali jste se během svojí praxe s týraným dítětem?</b>	
ano	11
ne	3

Zdroj: Vlastní výzkum

Odpovědi na otázku č. 2- Setkali jste se s týraným dítětem za poslední rok?

Za poslední rok se se syndromem týraného dítěte setkali dva respondenti a dvanáct nikoliv- tedy v posledním roce se syndromem týraného dítěte zabývalo jen 14,0%.



Zdroj: Vlastní výzkum

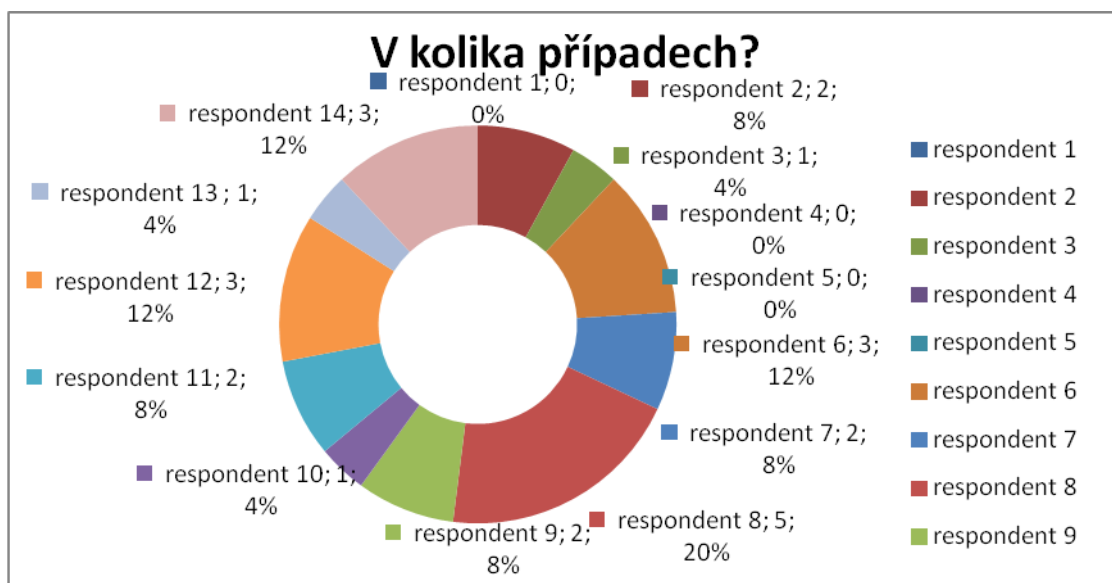
Setkali jste se s týraným dítětem za poslední rok?	
ano	2
ne	12

Zdroj: Vlastní výzkum

Odpovědi na otázku č.3- V kolika případech jste zaznamenali syndrom týraného dítěte?

Za dobu svojí praxe uvedlo jedenáct respondentů počet týraných dětí, s nimiž se po dobu svojí praxe setkali, na počet dvacetpět.

V tabulce níže uvádím jednotlivé respondenty- tři se nesetkali s týraným dítětem vůbec, tři během praxe měli v péči jedno týrané dítě, čtyři lékaři ošetřovali po dvou týraných dětech, tři ošetřovali po třech týraných dětech a jeden respondent uvedl, že se pod dobu svojí praxe setkal s pěti případy týraného dítěte (byl dříve primářem dětského oddělení v nemocnici). V níže uvedeném diagramu uvádím i lékaře, kteří se se syndromem týraného dítěte v praxi nesetkali.



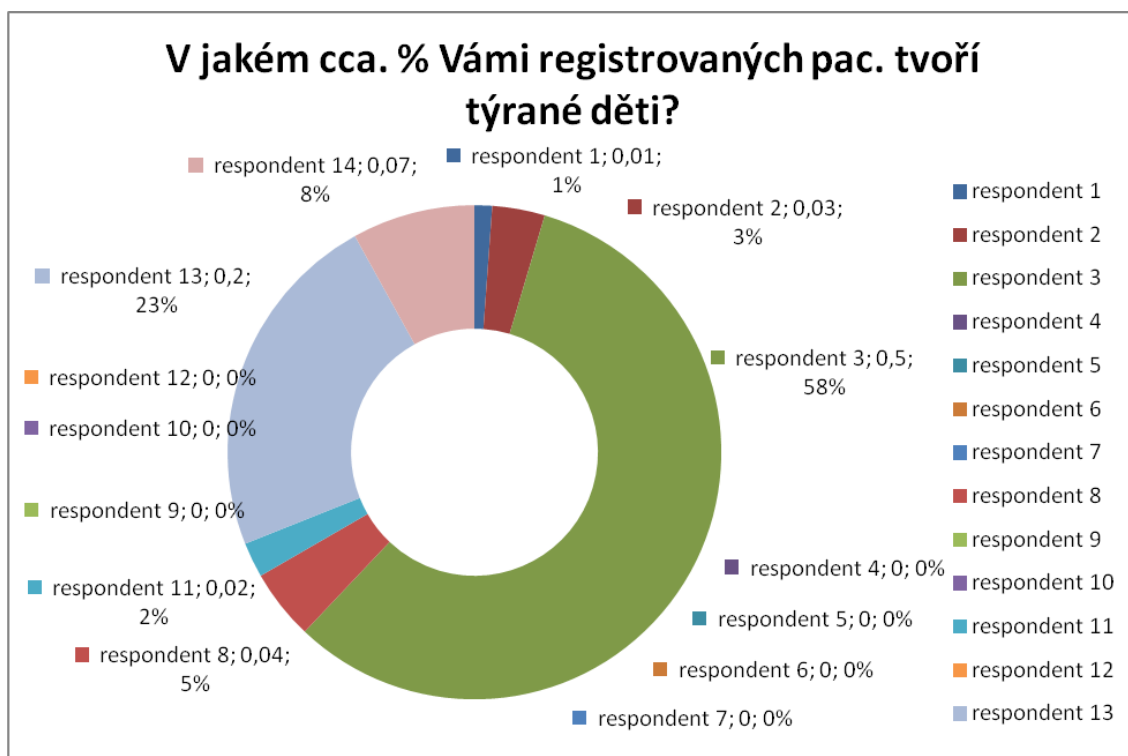
Zdroj: Vlastní výzkum

V kolika případech?	
respondent 1	0
respondent 2	2
respondent 3	1
respondent 4	0
respondent 5	0
respondent 6	3
respondent 7	2
respondent 8	5
respondent 9	2
respondent 10	1
respondent 11	2
respondent 12	3
respondent 13	1
respondent 14	3

Zdroj: Vlastní výzkum

Odpovědi na otázku č.4- V jakém cca % Vámi registrovaných pacientů tvoří týrané děti?

Sedm respondentů odpovědělo, že v současné době nemá v péči týrané dítě, dále po jednom tvořily týrané děti 0,01, 0,02, 0,03, 0,04, 0,07, 0,2 a 0,5%. Jeden respondent okomentoval odpověď, že v současné době dispenzarizuje tři děti ze sociálně slabé rodiny, ale týrání dosud nebylo prokázáno.



Zdroj: Vlastní výzkum

V jakém cca. % Vámi registrovaných pac. tvoří týrané děti?	
respondent 1	0,01
respondent 2	0,03
respondent 3	0,5
respondent 4	0
respondent 5	0
respondent 6	0
respondent 7	0
respondent 8	0,04
respondent 9	0

respondent	10	0
respondent	11	0,02
respondent	12	0
respondent	13	0,2
respondent	14	0,07

Zdroj: Vlastní výzkum

Odpovědi na otázku č. 5- Mělo poranění, které bylo diagnostikované radiologickou metodou?

Oslovení respondenti odpověděli, že ve čtyřech případech byly známky týráni diagnostikovatelné radiologickou metodou, v deseti případech tomu tak nebylo.



Zdroj: Vlastní výzkum

<b>Mělo poranění, které bylo diagnostikovatelné radiologickou metodou?</b>	
ano	4
ne	10

Zdroj: Vlastní výzkum

Odpovědi na otázku č. 6- Jaké nejčastěji? Šlo o poranění dlouhých kostí, hrudníku, hlavy, nebo jiné?

Ve čtyřech případech se jednalo o poranění dlouhých kostí, jedenkrát poranění hrudníku, ve třech případech šlo o poranění hlavy- ne skeletu, v osmi případech se jednalo o poranění měkkých tkání, obvykle hematomy v různých lokalizacích a různého stáří.



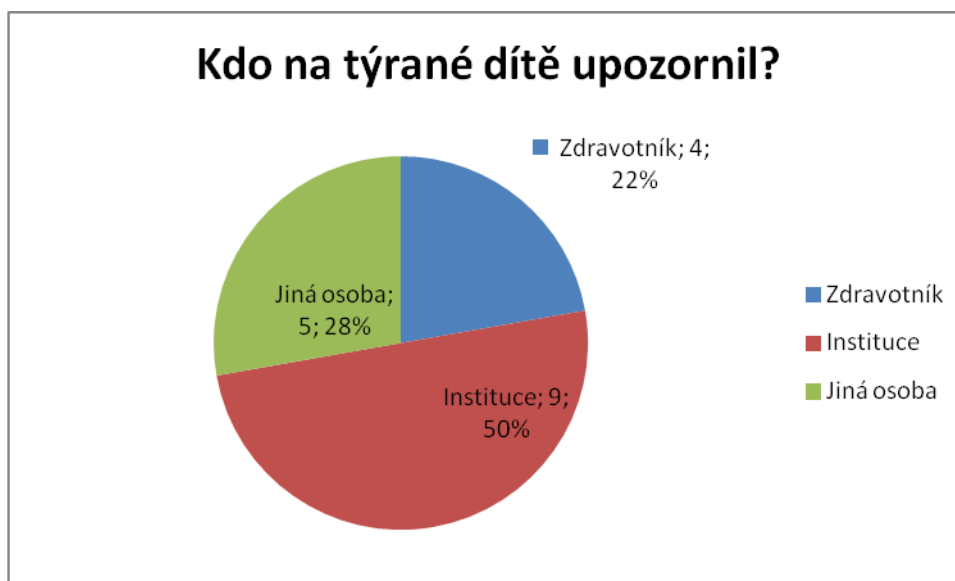
Zdroj: Vlastní výzkum

<b>Jaké nejčastěji?</b>	
poranění dlouhých kostí	4
poranění hrudníku	1
poranění hlavy	3
jiná poranění	8

Zdroj: Vlastní výzkum

Odpovědi na otázku č. 7- Kdo na týrání dítěte upozornil?

Ve čtyřech případech na týrané dítě upozornili zdravotníci, avšak v plných devíti případech na týrání dítěte upozornila instituce- škola nebo mateřská škola. Jiná osoba pak (obvykle soused/ka) upozornila na týrané dítě v pěti případech.



Zdroj: Vlastní výzkum

Kdo na týrané dítě upozornil?	
Zdravotník	4
Instituce	9
Jiná osoba	5

Zdroj: Vlastní výzkum

Z výše uvedeného rozboru jednoduchého průzkumu je patrné, že týrání dítěte je nejnáze diagnostikovatelné, pokud se jedná o přímé fyzické násilí a má fyzické projevy. Nejčastějšími známkami bývá spíše poranění měkkých tkání, především hematomy různého stáří a velikostí. Těžší úrazy, jako zlomeniny dlouhých kostí nebo poranění hlavy se nevyskytují ve vyšší četnosti.

Ani zdravotnické zařízení nebývá tím, kdo nejčastěji upozorní nebo odhalí syndrom týraného dítěte. Nejčastějším společníkem při diagnostice tohoto společensky závažného syndromu bývají instituce- školy, mateřské školy. V dalším počtu četnosti pak všímaví sousedé z bližšího či širšího okolí.

V další části jsem oslovil 28 radiologických asistentů. Odpověď jsem dostal od dvaceti z nich, což je 71 %.

Odpovědi na otázku č. 1 Setkali jste se během svojí praxe s týraným dítětem?

Pět respondentů odpovědělo, že ano, deset respondentů odpovědělo ne. Dalších pět respondentů se nevyjádřilo.



Zdroj: Vlastní výzkum

1. Setkali jste se na pracovišti během svojí praxe s týraným dítětem?	
ano	5
ne	10
Vlastní odpověď	5

Zdroj: Vlastní výzkum

Odpovědi na otázku č. 2- Setkali jste se s týraným dítětem za poslední rok?

Všech dvacet respondentů odpovědělo, že se za poslední rok nesetkali s týraným dítětem, odpověď ano nevolil žádný respondent.



## 2. Diagnostikovali jste týrané dítě na Vašem pracovišti v uplynulém roce?



Zdroj: Vlastní výzkum

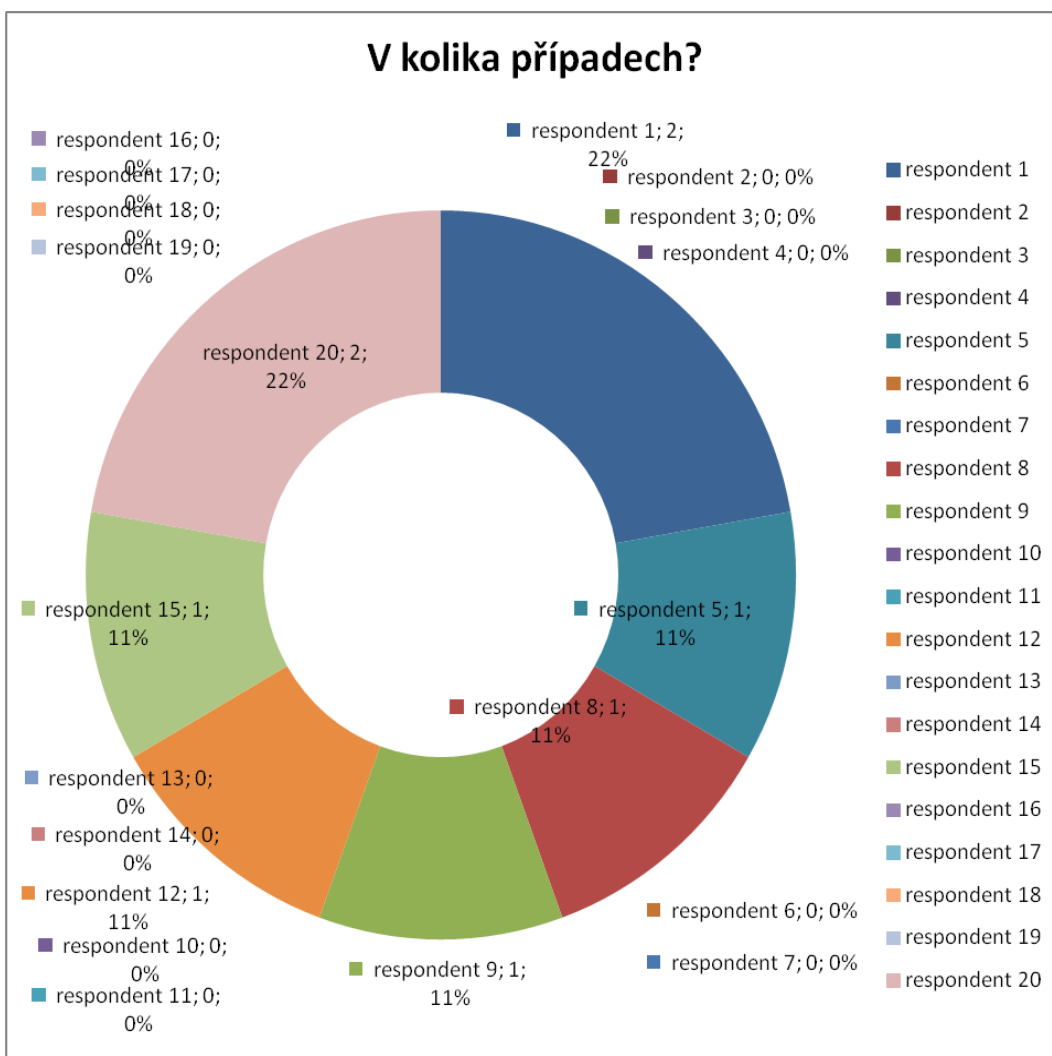
2. Diagnostikovali jste týrané dítě na Vašem pracovišti v uplynulém roce?	
ano	0
Ne	20

Zdroj: Vlastní výzkum

Odpovědi na otázku č.3- V kolika případech jste se za svoji praxi setkali se týraným dítětem?

Odpověď čítala devět případů syndromu týraného dítěte. Čtrnáct respondentů neošetřilo týrané dítě, pět ošetřilo po jednom týraném dítěti, dva ošetřili po dvou týraných dětech.

## V kolika případech?



Zdroj: Vlastní výzkum

### V kolika případech?

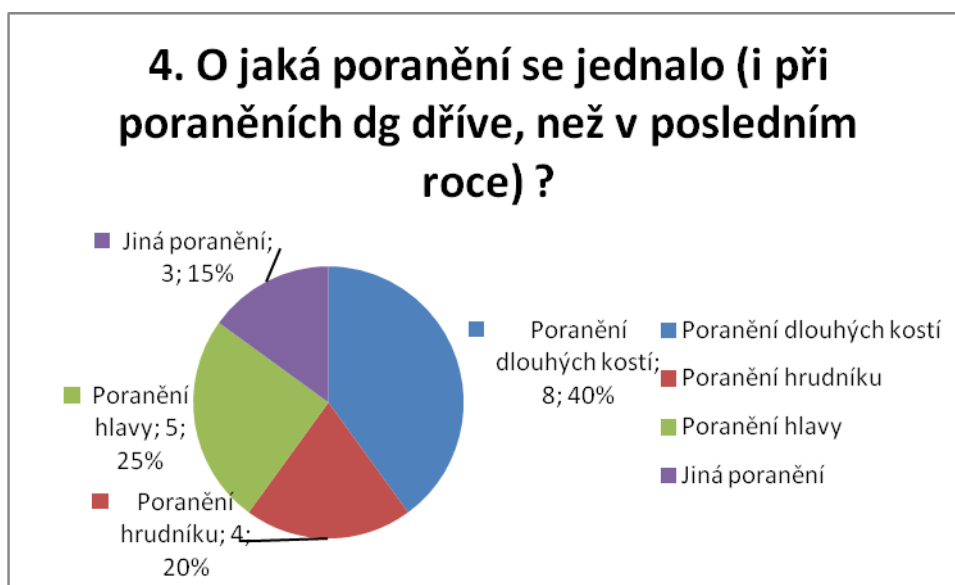
respondent 1	2
respondent 2	0
respondent 3	0
respondent 4	0
respondent 5	1
respondent 6	0
respondent 7	0
respondent 8	1
respondent 9	1
respondent 10	0
respondent 11	0

respondent 12	1
respondent 13	0
respondent 14	0
respondent 15	1
respondent 16	0
respondent 17	0
respondent 18	0
respondent 19	0
respondent 20	2

Zdroj: Vlastní výzkum

Odpovědi na otázku č.4- O jaká poranění se jednalo?

Osm respondentů odpovědělo, že týrané dítě mělo poraněné dlouhé kosti, ve čtyřech případech se jednalo o poranění hrudníku, v pěti případech šlo o poranění hlavy a ve třech případech byla poranění jiná, a to sice hematomy po těle.



Zdroj: Vlastní výzkum

**4. O jaká poranění se jednalo (i při poraněních dg dříve, než v posledním roce) ?**

Poranění dlouhých kostí	8
Poranění hrudníku	4
Poranění hlavy	5
Jiná poranění	3

Zdroj: Vlastní výzkum

Odpovědi na otázku č. 5- Pozorovali jste změnu v chování vyšetřovaného dítěte? Z tázaných respondentů čtyři odpověděli, že ano, pozorovali změnu v chování dítěte, dvanáct z nich nepozorovalo změnu v chování dítěte- odpověď ne, ve čtyřech případech nebylo možné pozorovat změnu v chování dítěte (jednalo se o kojence).



Zdroj: Vlastní výzkum

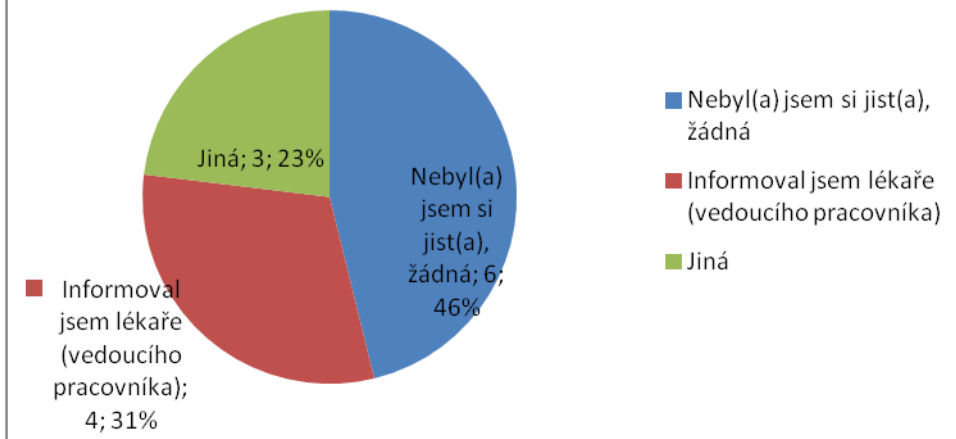
5. Pozorovali jste změnu v chování vyšetřovaného dítěte ?	
ano	4
ne	12
nebylo možné	4

Zdroj: Vlastní výzkum

Odpovědi na otázku č.6- Jaká byla Vaše reakce?

Šest respondentů odpovědělo, že si nebyli jisti svým názorem, a tak nebyla reakce žádná. Čtyři z nich informovali lékaře nebo vedoucího pracovníka a u třech byla reakce jiná- nespecifikovali blíže, jaká.

## Jaká byla Vaše reakce?



Zdroj: Vlastní výzkum

## Jaká byla Vaše reakce?

Nebyl(a) jsem si jist(a), žádná	6
Informoval jsem lékaře (vedoucího pracovníka)	4
Jiná	3

Zdroj: Vlastní výzkum

## 7 DISKUZE

Trestný čin týrání je z pohledu oběti vždy extrémní životní událostí, která je nenadálá a nepředvídatelná. Taková událost bývá obětí prožívána jako krize, která ohrožuje jádro osobnosti, vlastní já (19). Obvykle se dostaví pocit šoku, negativního překvapení. Oběť si pokládá typickou otázku: „Proč se to stalo právě mě?“

Trestný čin je pro oběť teprve začátek dlouhého procesu vyšetřování a objasňování a nazývá se viktimizace. Viktimizace má dvě fáze- primární a sekundární.

Primární viktimizace je způsobena přímo trestným činem, je to újma, způsobená pachatelem a vznikající jako přímý, bezprostřední následek trestného činu. Je to tzv. primární rána. Také primární rána může být trojího druhu. Může se jednat o fyzickou újmu, tzn. narušení fyzické integrity od lehčího zranění až po těžké ublížení na zdraví až usmrcení. Dále to může být materiální újma, tj. poškození či ztráta majetku, ale také např. náklady na uzdravení. Pro dětské oběti je ale velice nebezpečná a vývoj dítěte ohrožující emocionální újma. Tato je jen velmi těžko objektivně postižitelná. Může být dosti ničivá a jen obtížně odstranitelná a může vést k trvalému poškození vývoje a zrání osobnosti dítěte. Hloubka emocionální újmy obvykle nekoresponduje s rozsahem fyzické či materiální újmy.

U ošetřování osoby, u které máme podezření, že je týrána, musíme mít na vědomí, že ji ovlivňuje vše, co se po proběhnutí trestného činu děje. Je důležité, o jakou šlo osobnost a v jaké byla aktuální životní kondici a jaké byly okolnosti primární viktimizace.

Stejně důležité pro další osobní prožitky a zkušenosti týrané osoby je reakce okolí, tedy vše, co se odehrává po trestném činu a jak se okolí k oběti chová. Je to fakt, na který musí osoba, která se dostává do kontaktu s týraným, zanedbávaným nebo zneužívaným dítětem, myslet. Tento faktor se nazývá sekundární viktimizace (používá se také termín druhotná traumatizace).

Sekundární viktimizace je druhotné trauma, kterému je oběť vystavena nevhodným a zraňujícím přístupem okolí po trestném činu. Na sekundární viktimizaci se mohou podílet orgány činné v trestním řízení (policie, soudy, soudní znalci), média a další

blízcí oběti. „Platí jednoduchá zásada, že všichni, kdo přicházejí do kontaktu s poškozeným v důsledku své profese, musejí mít vždy na zřeteli, že oběť trestný čin nespáchala.“ (28)

Sekundární rány jsou psychického rázu. Přestože jim z právního pohledu chybějí výraznější materiální znaky, je známo, že mohou zraňovat krutějším způsobem než rány primární (19, str. 185). Bývají tvořeny trojicí pocitů- pocitem nespravedlnosti. Oběť nedostává v průběhu vyšetřování dostatek informací, je dehonestována. Viktimologické studie ukazují, že informace a správná komunikace s obětí, vysvětlení, vedoucí k určitému logickému výsledku trestního řízení, mohou být pro oběť daleko důležitější, než okolnost, zda byl viník potrestán. V trestním řízení je zájem o oběť často omezen pouze na získání informací důležitých pro objasnění případu. V ostatních záležitostech bývá poškozený odkázán sám na sebe a svoje okolí, protože chybí oficiální politika, jenž zajistí jeho integraci zpět do běžného života. Teprve v posledních desetiletích vzniká řada, většinou nestátních, organizací, které se péčí o týrané dítě zabývají. V České republice je to Klokánek, a také organizace Bílý kruh bezpečí, občanské sdružení vzniklé v r. 1996. Spadá pod nadnárodní organizaci European Forum for Victim Services se sídlem v Londýně. K dalším pocitům, kterým jsou týrané děti vystaveny, je pocit nedůstojnosti a ponížení a pocit izolace.

Příchod k vyšetření do zdravotnického zařízení se děje obvykle v návaznosti na nějaký trestný čin, většinou fyzické týrání. Týrané dítě mívá niternou potřebu bezpečí, ochrany, důvěry a porozumění. Často jej ale také provází strach- např., co se s ním bude dít, anebo strach o sourozence či jiného člena rodiny, pokud bylo přítomno situaci, kdy je násilí vystaven i jiný člen domácnosti. Právě proto pociťují každé nevhodné chování personálu ve zdravotnickém zařízení velmi citlivě. Zdravotnický personál a zejména lékař je obecně vnímán jako autorita. Oběť zde očekává respekt a maximální pochopení pro sebou nezáviněnou situaci a pro svoji bolest a ponížení.

Při průzkumu situace v České republice jsem zjistil, že Orgán sociálně právní ochrany dítěte udal statistické údaje, podle nichž byl v ČR počet týraných a zneužívaných dětí v r. 2011 celkem 6 414.

Z toho tělesné tresty se týkaly 735 dětí, psychické týrání 972 dětí, sexuální zneužívání 777 dětí, dětská pornografie 31 dětí, dětská prostituce 10 dětí a zanedbaných bylo 3889 dětí.

Svědky domácího násilí se v rodinách, kde k němu dochází, stává více než 90% dětí. ([www.stopnasili.cz](http://www.stopnasili.cz))

Děti se svědky násilí stávají, pokud vidí fyzické nebo sexuální násilí, slyší psychické nebo fyzické násilí a vidí zranění způsobená fyzickým násilím.

Podle Světové zdravotnické organizace je přítomnost dětí při domácím násilí jejich psychickým týráním. V České republice spadají děti, svědci domácího násilí, pod speciální sociálně právní ochranu dětí. Musíme brát do úvahy, že i dítě, které se stane svědkem násilí mezi rodiči, může mít podobné potíže jako děti, které jsou samy týrány.

Obecným předpokladem tedy je, že počty týraných dětí jsou ve skutečnosti mnohem vyšší.

Z odpovědí praktických lékařů pro děti a dorost je patrné, že s problémem jsou velmi dobře obeznámeni. Kromě odpovědí na otázky, zda se se syndromem týraného dítěte po dobu svojí praxe již setkali, zda takový případ řešili v uplynulém roce, v kolika případech a jaká je to četnost v pohledu k celé ošetřované klientele, zda byla poranění diagnostikovaná radiologickou metodou, o jaká poranění se jednalo a kdo na týrání dítěte upozornil, psali ještě průvodní dopisy, odpovědi rozváděli a poskytovali svůj ucelený názor na danou problematiku. Bylo to příjemné zjištění, že takto otevření lidé mají v péči dětskou populaci.

Na otázku, zda se po dobu svojí praxe se syndromem týraného dítěte setkali, tři z respondentů odpověděli, že nikoliv. Je otázka, proč tomu tak není. Starají se o pečlivou klientelu, nebo se neseťkali pouze s fyzickým týráním? Jeden respondent se v komentáři ke svým odpovědím na můj dotazník vyjádřil a upozornil mě, že psychické týrání je prakticky nemožné zjistit. V úvodu svojí práce také uvádím, že nejen v rodinách se slabou socio-ekonomickou situací se vyskytují týrané děti, ale také



ambiciozní a dobře zabezpečené rodiny mohou být místem, kde probíhá domácí násilí, zejména na dětech. Jedním z prioritní situace může být, když jeden z rodičů byl sám v dětství vystavený trýznění, psychickému násilí nebo šikaně.

V odpovědi na druhou otázku, zda se se syndromem týraného dítěte setkali za poslední rok, odpověděli respondenti ve dvanácti případech, že nikoliv, pouze dva respondenti řešili syndrom týraného dítěte za uplynulý rok. Příčiny, proč tomu tak není, mohou do značné míry souviset s úvahou o příčinách k odpovědím na první otázku. Je možné odhlait psychické násilí? Emoční násilí a pocity emočního strádání, které také patří do syndromu týraného dítěte, jsou obtížně zjištělné. V dotazníku jsem však tyto možnosti nezkoumal.

Dva respondenti měli v péči dětský domov a se syndromem týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte se setkali ve větší četnosti. V otázce třetí jsem již dostal přece vyšší počet týraných dětí, a to v počtu devíti. Vzhledem k tomu, že mohlo jít o týrané děti za celou dobu praxe praktických lékařů pro děti a dorost, není ani toto číslo nijak vysoké. Často respondenti uváděli, že se jednalo o děti z dětského domova, které zde právě z důvodu týrání v rodině byly umístěny.

V další otázce jsem již zkoumal vlastní radiologické vyšetření. Bylo týrané dítě vyšetřeno radiologem? Měl tedy radiolog, nebo radiologický asistent, možnost zasáhnout do diagnostiky a ovlivnit další průběh věci? Pouze ve čtyřech případech respondenti udávali, že dítě mělo poranění skeletu, a to především zlomeniny dlouhých kostí. Ve třech případech byla poraněná hlava, jedenkrát hrudník, v tomto případě nešlo o postižení skeletu. Ve většině případů, celkem v osmi, uváděli spíše pohmoždění měkkých tkání, hematomy, zhmožděny, podle lokalizace prakticky na různých částech těla. Jeden respondent zmínil sexuální zneužívání. Jeden z respondentů doslova uvedl, že s fyzickým týráním typu recidivující zlomeniny se neseťkal, s ostatními typy týrání ano, a to především zanedbávání nebo nezvládání výchovy.

Při zkoumání, kdo na týrané dítě upozornil, se ve čtyřech případech uplatnili zdravotníci, především sami lékaři, v pěti případech šlo o jinou osobu (uváděli sousedku), a až v devíti případech na týrání dítěte upozornila instituce- škola nebo mateřská škola.

Jeden respondent v současné praxi registruje tři děti, které jsou syndromem týrání ohroženy, jsou ze slabé rodiny, ale týrání nebylo dosud prokázáno.

V dotazníku nezazněly např. otázky, které by se týkaly celého tématu týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte. Např. otázky charakteru, zda ošetřovali dítě týrané psychicky, sexuálně, zanedbávané nebo podléhající šikaně. Jistě bylo možné všechny varianty rozpracovat, při pečlivosti praktických lékařů pro děti a dorost by jistě všechny byly zodpovězeny. Zůstávají velkou výzvou pro práce k tomuto tématu blíže zaměřené.

Dotazník šel jistě rozšířit také o podrobnější průzkum druhů poranění, kterým byly týrané děti vystaveny -např. poranění skeletu s upřesněním jejich lokalizace a charakteru, poranění měkkých tkání s upřesněním lokalizace a charakteru, mnohočetná nebo jednotlivá. Otázky mohly pátrat po poraněních sliznic, popáleninách, sexuálním zneužívání, hladovění, sociální a citové deprivaci. Mým cílem ale nebylo dělat kvantitativní průzkum jednotlivých druhů poranění. V souvislosti s výskytem odborných nálezů a používáním různých zobrazovacích technik měl dotazník spíše charakter průzkumu, jak četný je zásah radiologa v případech diagnostiky týraného dítěte.

Munchhausenův syndrom nebyl v dotazníku citován. Jeho diagnostika je také velmi obtížná. Vyžaduje multidisciplinární přístup, součinnost práce radiologa, klinika, psychologa a ve finále tuto diagnosu stanovuje psychiatr. Jde o svízelnou situaci, kdy rodiče, ve snaze prezentovat svoji pečlivost v péči o dítě, požadují četná a další vyšetření. Neuvědomují si možnost, že jejich dítě může být vyšetřováním poškozeno, navyšuje se radiační zátěž, vystaveno je invazivitě vyšetřeních a také možné alergii na podanou kontrastní látku, je-li nutná její aplikace. Nebyla zmíněna ani možnost Munchhausenova syndromu, kdy trýznitelem je dítě, které se samopoškozuje za účelem výhod mu z toho plynoucích, např. úleva od tělocviku, školních povinností, pomoci v domácnosti apod.

V případě průzkumu, který jsem prováděl na radiologických pracovištích, jsem zkoumal otázky, zda i zde se setkali za svoji praxi se syndromem týraného dítěte, v kolika případech a zda se s tímto setkali i v posledním roce. O jaká poranění se jednalo? Šlo o poranění dlouhých kostí, hrudníku, hlavy, nebo jiná? Další otázky se

již lišily od průzkumu mezi praktickými lékaři pro děti a dorost, tak, aby vyhovovaly spíše praktickému zaměření radiologických asistentů. Zjišťoval jsem, zda pozorovali změnu v chování dítěte a jaká byla reakce, zda podnikly nějaké kroky k ošetření situace. Z oslovených dvacetiosmi radiologických asistentů odpovědělo dvacet z nich, což činí 76%.

Na otázku, zda se během svojí praxe setkali se syndromem týraného dítěte, odpovědělo pět respondentů, že ano. Deset respondentů se se syndromem týraného dítěte nesešlo. Je to možné, uvažíme-li, že praktičtí lékaři pro děti a dorost uváděli jako častou známku těleného týraní spíše poranění měkkých tkání, hematomy. Dále pět respondentů udalo vlastní odpověď, že patrně týrané dítě vyšetřovali, ale nebyli si jistí, neboť se celý problém řešil na oddělení kliniky. Tedy nemají zpětnou vazbu, zda skutečně o týrané dítě šlo.

Na otázku, zda se s týraným dítětem na svém pracovišti setkali v uplynulém roce, odpověděli všichni radiologičtí respondenti, že nesešli. Je zde důležité si povšimnout, že v posledním roce si známek týraných dětí nevšimli ani praktičtí lékaři pro děti a dorost. Předpokládáme-li, že počet týraných dětí neklesá, pak možná klesá naše obezřetnost. Jsou skutečně všichni rodiče tak pečliví, jak se při vyšetřování svých dětí jeví? Nevyšetřují se někdy např. zastaralá zranění, kde jen samotný fakt, že zranění nejsou vyšetřena ihned, by měl být alarmující? Neusíná naše pozornost?

V otázce, o jaká poranění se jednalo, uvedlo osm respondentů, že šlo o zlomeniny dlouhých kostí. Ve čtyřech případech poranění hrudníku, v pěti případech poranění hlavy a ve třech případech uvedli jiné druhy poranění, a to sice hematomy po těle. Domnívám se, že by byl zajímavý i podrobnější průzkum, např. ve formě doplňujících podotázek. Specifikujte blíže poranění- jednalo se o čerstvé nebo starší úrazy? Prováděla se ještě další vyšetření jinou metodou? A jakou (ultrazvuk, CT, magnetická rezonance)? Ovšem domnívám se, že tyto detailnější rozbory již nepatří do kompetencí radiologických asistentů, ale spíše radiologů samých. Muselo by tedy proběhnout šetření spíše na vyšší odborné úrovni.

Na otázku, zda při práci s dětmi pozorovali změny v chování vyšetřovaného dítěte, čtyři z respondentů odpověděli, že ano, dvanáct jich odpovědělo, že ne. Ve čtyřech

případech nebylo pozorování změny možné, neboť šlo o kojence. I v tomto případě mohla být otázka rozpracována ještě do podotázek- jaké změny v chování? Byly děti bojácné, úzkostné, ztichlé, nebo vůbec nekomunikovaly? Jakou měly slovní zásobu a jakých používaly slov? Sledovali je rodiče nadměrně? Byli rodiče při vyšetřování nedůtkliví? Všechny tyto signály by mohly upozornit, že může jít o týrané dítě.

Poslední otázka mého průzkumu, jaká byla reakce radiologických asistentů na podezření, že ošetřují týrané dítě, šest respondentů uvedlo, že si nebyli jisti, zda se o týrané dítě jedná, a tedy nechali události volně plynout a nepodnikli žádné kroky. Čtyři respondenti uvedli, že informovali vedoucího pracovníka, nebo lékaře. Tři z respondentů pak uvedli, že jejich reakce byla jiná, blíže ale nespecifikovali. K tomuto problému bych chtěl uvést, že pojmem-li podezření, že ošetřujeme týrané dítě, jsme ze zákona povinni danou situaci a podezření nahlásit. Průkaz patologického chování pečující osobou již spadá do kompetencí orgánů činných v trestním řízení (soudcům, soudním znalcům, policii), sociálním pracovníkům, psychologům a klinikům. V každém případě, pokud na vzniklou situaci a námi pojaté podezření upozorníme vedoucího pracovníka nebo lékaře, můžeme učinit stop dalšímu vystavování dítěte násilné činnosti.

Pro dítě to může znamenat stop dalších fyzických útrap, které jsou často spojeny se vznikem opakovaných fractur, fractur v neobvyklé lokalizaci, s poraněním mozku, poškozením parenchymatózních orgánů (jater, sleziny, ledvin) a mnoha dalších, a které mohou vést ke chronickým změnám až invalidizaci. Poškozují však dítě také v jeho mentálním vývoji a činí z něho obtížně sociálně začleněné jedince. Takovéto týrané děti pak přijmou často trest a šikanu jako něco běžného, co je obvyklou součástí života a buď se samy stanou trýzniteli, nebo se začleňují do vztahů, kde i nadále podléhají podřízené roli a šikaně.

## 8 Doporučení

„Ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví České republiky z dubna 2006 byla vydána metodická opatření pro postup lékařů při poskytování péče osobám ohroženým domácím násilím. Podle tohoto metodického postupu by měli lékaři postupovat i v případě, že mají pouze podezření na možný výskyt násilí v rodině.

Ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví České republiky z května 2008 bylo uveřejněno Metodické opatření k postupu lékařů primární péče při podezření ze syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Ve vztahu k dětem má domácí násilí dle tohoto metodického pokynu 3 formy:

1. syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (sy CAN),
2. děti v roli svědků násilí mezi partnery/rodiči, přičemž děti v roli svědků domácího násilí se považují za týrané, zneužívané a zanedbávané,
3. agresivní chování dětí vůči členům rodiny (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2008). Oznamovací povinnost mají lékaři pouze v případě zranění dětí nebo osob, které byly z nějakého důvodu svěřeny do péče jiné osoby, dospělou obětí domácího násilí by však měli informovat o možnosti právních kroků, které může učinit (např. podat na pachatele domácího násilí trestní oznámení).“ ([www.stopnasili.cz](http://www.stopnasili.cz))

### 8.1 Doporučení pro zdravotníky

#### **Obecné principy práce s dětmi – obětmi svědky domácího násilí:**

Zaměstnanci zdravotnických zařízení by měli dodržovat několik základních zásad. Jestliže hovoříme s dítětem, je nutné akceptovat jeho slovník a pojmenování, která používá k tomu, aby popsalo, co se stalo. Některé děti neznají adekvátní označení některých částí lidského těla nebo sexuálních praktik nebo používají označení užívaná v rodině. Neopravujeme dítě a neměníme slova, která používá.

Také nepoužíváme slova, která by dítě mohla vystrašit nebo kterým nerozumí, např. znásilnění, incest, týrání a zneužívání dětí, partnerské násilí apod. Pokud se dítě odhodlá a spontánně vypráví, nasloucháme mu a nepřerušujeme ho. Jestli dítě mlčí, nenutíme jej, aby hovořilo. Zásadně nenutíme dítě, aby se svléklo, pokud máme podezření, že by mohlo mít na těle další zranění, která nejsou právě předmětem lékařské péče a radiodiagnostiky. Navíc bychom sami mohli být vystaveni podezření ze sexuálního obtěžování.

### **Co by mělo v rozhovoru určitě zaznít?**

V rozhovoru s dítětem, které bylo vystaveno tělesnému nebo jinému druhu násilí, by mělo zaznít následující. Násilí není vina dítěte. To, co se doma odehrává, není jeho vina! Za násilí nemohou ani sourozenci, je za něj odpovědný ten, kdo se ho dopouští. Je velmi dobře, že se rozhodlo o situaci někomu říci. Nikdo nemá právo se k někomu chovat násilně, a to ani v rodině, ani když je silnější, ani když je to rodič. Zdůrazníme také, že dítě samo nemůže násilí zastavit, ale jen s pomocí okolí, proto je tak důležité, že se svěřilo.

**Dítě můžeme podpořit např. tím, že mu sdělíme, že:** je velmi statečné, že vám vše otevřeně sdělilo. Vyslovíme, že jsme rádi, že s vámi o tomto problému mluví. Je důležité dítě podpořit a zdůraznit, že je vám líto, co se jí/mu stalo nebo co zažilo a není to její/jeho chyba. Není na tento problém samo, takové věci staly i jiným dětem. Má právo na své pocity. A my se pokusíme udělat vše pro to, abychom jí/mu pomohli (ale neslibujeme jim věci, o kterých si nejsme jisti, zda je můžeme učinit).

Zdůrazníme také, že jsme tam od toho, abychom ji/ho podpořili. Tím, že o násilí hovoří, může pomoci sourozencům i rodičům.

Pokud je dítě ohroženo násilím v rodině, je důležité, abychom zjistili, zda dítěti hrozí bezprostřední nebezpečí nebo zda hrozí opakování násilí. K tomu je potřeba znát i historii násilí v rodině, minimálně poslední incident. ([www.stopnasili.cz](http://www.stopnasili.cz))

Tedy s dítětem hovoříme pokud možno v přítomnosti osoby, které důvěřuje. Měli bychom hledět, aby prostředí nebylo pro dítě příliš stresující. Používáme slovník, který

samo používá, aby výrazům rozumělo. Nepohoršujeme se nad jeho vyjadřováním, možná jiné výrazy, než které používá, ještě neslyšelo a nezná.

Nekontaktujeme dítě s abusorem!

Je důležité znát, že máme při podezření na týrané dítě oznamovací povinnost, danou zákonem.

Nezjišťujeme bližší údaje a nerozšiřujeme své podezření v širší společnosti.

Pro další postup je nutná znalost možností psychosociální pomoci v bezprostředním okolí (pediatr, psycholog, psychiatr, sociální pracovníce, linka důvěry, státní i nestátní zařízení, krizová centra, policie).

Podstatné je zamezit dalšímu týrání a zneužívání. Je možná diagnostická hospitalisace nebo pobyt. Důležité je také zabránit sekundární viktimizaci!

Musíme si uvědomit, že zjišťování věrohodnosti výpovědi je záležitostí pro odborníky- policii, soudní znalce. Snaha potrestat případné viníky nám nepřísluší.

## **8.2 Ohlašovací povinnost**

Podezření na sy. CAN podléhá oznamovací povinnosti, a to v souladu s § 10 a § 53 zákona č. 359/1999 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Oznamovací povinnost je taktéž stanovena v ust. § 168 trestního zákona.

Nesplnění této oznamovací povinnosti je možno sankcionovat jako přestupek či jiný správní delikt podle zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí. Pokud negativní jednání vůči dítěti dosahuje intenzity trestného činu, je třeba upozornit na zákonnou oznamovací povinnost vyplývající z § 168 trestního zákona č. 140/1961 Sb., neboť každý, kdo se hodnověrným způsobem dozví, že jiný spáchal trestný čin týrání svěřené osoby, a takový čin neoznámí bez odkladu státnímu zástupci nebo policejnímu orgánu, dopustí se tím trestného činu neoznámení trestného činu. Rovněž každý má povinnost překazit spáchání trestného činu týrání svěřené osoby, pokud páčání nebo dokončení takového trestného činu nepřekazí, dopustí se tak trestného činu, kterým je nepřekazení trestného činu (§ 167 trestního zákona). Příkladem překažení trestného činu je včasné oznámení státnímu zástupci nebo policejnímu orgánu.

Jedná se o významné prolomení povinné mlčenlivosti zdravotníků ve vztahu k týraným a pohlavně zneužívaným dětem, neboť v těchto případech se povinnosti zachovávat mlčenlivost podle zvláštního právního předpisu nelze dovolávat. (Věstník MZ č. 3,2008, str. 4).

Přehled míst a institucí, které je možné kontaktovat, pojmem-li podezření, že vyšetřujeme týrané dítě.

Organizace	Kontakt	Poznámka
ORGANIZACE	KONTAKT	POZNÁMKA
<b>Policie CR</b>	<b>158</b>	nonstop
<b>Záchranná služba</b>	<b>155</b>	nonstop
<b>Tísňové volání</b>	<b>112</b>	Jednotné evropské číslo
<b>Zdravotnické zařízení</b>	viz Zlaté stránky	dle volby či místa bydliště
<b>OSPOD</b>	viz Zlaté stránky	Orgán sociálně právní ochrany dětí, dle místa bydliště
<b>DONA linka</b>	<b>251 511 313</b>	nonstop telefonická pomoc obětem domácího násilí, která poskytne další kontakty
<b>ROSA</b>	<b>241 432 466</b> <b>602 246 102</b>	Centrum pro týrané a osamělé ženy
<b>Bílý kruh bezpečí</b>	<b>257 317 110</b>	nonstop Pomoc obětem trestných činů
<b>Centrum krizové intervence</b>	<b>284 016 666</b>	nonstop
<b>Linka důvěry RIAPS</b>	<b>222 580 697</b>	nonstop
<b>Linka důvěry</b>	viz Zlaté stránky	
<b>Poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy</b>	viz Zlaté stránky	
<b>Azylové domy</b>		Kontakt na azylové domy poskytne příslušný sociální odbor dle místa bydliště, či DONA linka

Zdroj: Věstník MZ 3/2006

### 8.3 Souhrn

V práci se zabývám syndromem týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. V první části rozebírám teoretické dělení syndromu CAN (child abuse and neglect)



a jeho projevy. Jednotlivé formy syndromu CAN jsou: týraní tělesné, a to jak aktivní, tak i pasivní formy, dále zanedbávání dítěte, kde se může jednat nejen o zamezení přísunu výživy, ošacení a přístřeší, ale také nedostupnost lékařské péče. Další formou syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte je sexuální zneužívání, včetně jeho komerčních forem (dětská prostituce a pornografie), ale také pasivní formy- např. nucení dítěte sledovat pornografické snímky. Dalším druhem násilí, konaném na dětech, je systémové týraní, může se dít i v institucích!. Nebezpečná je šikana a také kyberšikana, která obzvláště může dítě ohrozit až nebezpečím suicidia. Zvláštní formou týraní dítěte, která může mít přímý vztah k práci radiologického asistenta, je Munchhausenův syndrom by proxy. Rodiče pod rouškou starostlivosti požadují opakovaná vyšetření. Zvláště v oblasti radiologie tak dítě může být vystaveno nadměrnému ionizujícímu záření nebo nebezpečí z alergie po podání kontrastní látky. V práci také zmiňuji Munchhausenův syndrom, který jsem pojmenoval Munchhausenův syndrom naruby. Situace je tatáž, avšak iniciátorem provedení radiologických vyšetření je dítě samo a stává se tak de facto abusorem v rámci svojí rodiny a okolí.

V další části práce se zabývám možnostmi, které skýtá radiologické vyšetření v diagnostice týraného dítěte. Radiolog často diagnostikuje zlomeniny, především různého stáří nebo v různé fázi hojení. Bývají také v neobvyklé lokalizaci- například poranění žeber v jejich nejpevnější části-a to posteriorně. Opakované a spontánně zhojené fraktury dlouhých kostí se mohou projevit již v rané fázi dětství např. kulháním. Obdobná situace je v diagnostice tupých poranění hlavy (epidurální a subdurální hematomy, ischemie, krvácení do tkáňových struktur či komor). Doplnujícími vyšetřovacími metodami jsou zde, zvláště u kojenců, metody, nepoužívající ionizujícího záření, především ultrazvuk. Radiologové také znají kombinaci tupých poranění mozku a zlomenin dlouhých kostí jako typickou pro diagnostiku syndromu týraného dítěte.

S nástupem nových technologií se také objevily nově diagnostikovatelné jednotky. Mám nyní na mysli Shaken infant syndrom, který je diagnostikovaný pomocí metody magnetické rezonance. Jedná se o typ tělesného týraní, kdy je dítětem třeseno, nebo je vláčeno a smýkáno po podložce tak, že dochází k porušení axonů. Následkem bývají

neurotické potíže, od poruch spánku, učení, až k mentálním poruchám a invalidizaci dítěte.

Radiologický asistent si však při svojí práci může povšimnout také jiných, skiagraficky neprůkazných druhů zranění. Jsou to především hematomy, a to různého stáří a lokalizace, spáleniny, především kruhovitého charakteru a neobvyklé lokalizace (od cigaret). Může si všimnout také neobvyklého chování dítěte, kdy je dítě zamlklé, nemluví, má strach z rodičů, nedměrný strach z vyšetřování, nebo je netečné. Může mít různé opařeniny- v okolí dutiny ústní a jiné. Dále na týrané dítě může upozornit i nezvyklé chování rodiče- buď přílišně soustředěná péče, nebo naopak situace, kdy rodič přichází na vyšetření s dítětem až po delší době latence.

Dle statistiky OSPOD pro rok 2011 bylo hlášeno 6 414 týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí. Z toho přímému fyzickému násilí bylo vystaveno 735 dětí.

Z vlastního průzkumu vyplývá, že jen poměrně malý počet týrání dětí odhalí praktičtí lékaři pro děti a dorost. Nejčastěji na syndrom týraného dítěte upozornila instituce- škola, nebo mateřská škola. Také často na týrání dítěte upozorní jiné osoby- např. sousedé. Častými projevy týrání dítěte jsou uvedeny právě poranění měkkých tkání (hematomy). Citové a psychické týrání je v praxi jen velmi těžko odhalitelné, pokud na něj dítě neupozorní samo a neobráti se např. na linku bezpečí.

Radiologičtí asistenti se při své praxi setkávají s týranými dětmi v nevelkém počtu. Mnohdy si také nejsou jistí, zda se o problém týraného dítěte jedná. V případě, že podezření pojmu, řeší situaci tak, že osloví vedoucího pracovníka.

Domnívám se tedy, že na možnost, že dítě je týrané, se často nemyslí. Je proto důležité, aby si právě radiologičtí asistenti všímali neobvyklých dětských poranění. Mohou se týkat poranění skeletu, ale pozornosti by neměly uniknout ani např. stopy po popáleninách, nebo hematomy různého stáří.

## **8.4 Vlastní doporučení**

Pojme-li radiologický asistent podezření, že vyšetřuje týrané dítě, je důležité, aby se obrátil na vedoucího pracovníka nebo lékaře-klinika, který dítě k vyšetření odeslal. A to ještě před tím, než dítě zdravotnické zařízení opustí. Dokazování, že se o týrání jedná, je potom záležitostí orgánů činných v trestním řízení (soudci, soudní znalci, policie), v kontextu s prací psychologů, lékařů a sociálních pracovníků. Než se týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte prokáže, je možné jej hospitalizovat k „diagnostickému“ pobytu, ať do nemocnice, nebo do zařízení typu „Klokánek“, vzniklých speciálně za tímto účelem. Radiologický asistent tak může být zásadním prvkem, který ukončí týrání dítěte a přivedí tak zlepšení jeho zoufalé a mnohdy pro dítě bezvýchodné situace. Může se tak velkou měrou zasadit o to, aby mohl vývoj dítěte proběhnout ve všech směrech plnohodnotně.

Důležité je mít na paměti, že bychom dítě neměli vystavit druhotné viktimizaci a že potrestání viníků naptří do rukou nám, ale orgánům k tomu určeným.

Domnívám se že by mohl proběhnout také cyklus seminářů a školení, aby se radiologičtí asistenti s tematikou obeznámili a možné týrané dítě neuniklo jejich pozornosti.

## 9 ZÁVĚR

Závěrem lze doporučit radiologickému asistentu, aby taktně upozornil lékaře radiologa na známky možného týrání ještě před skončením vyšetření a před propuštěním dítěte s doprovodem z radiodiagnostického oddělení.

Obecně lze u nálezů podezřelých z nenáhodného poranění doporučit úzký kontakt klinika s pediatrickým radiologem a se sociální službou, případně s policií. Přehled možných kontaktů uvádím ve svojí práci. Je také možné, v případě vyšetřování větších dětí, informovat dítě, že na linku bezpečí samo a bezplatně může zavolat, nebo je upozornit na možné kontakty sociální péče v dané lokalitě, třeba formou letáčku. Radiologické rozpoznání poranění je poměrně snadné, avšak potvrzení jejich příčiny a diferenciaci diagnostické odlišení jim podobných stavů je obtížné. K přesnosti pomáhá uplatnění palety nových diagnostických zobrazovacích metod vycházejících ze zpracování ultrasonografie, CT a zobrazením pomocí magnetické resonance. Zvláštním druhem nebezpečí, které z nadbytku užívání nových diagnostických metod přichází u syndromu týraného dítěte, je Prášilovský (Münchhausenův) syndrom v zastoupení (Munchhausen-by-Proxy Syndrom) a komplikace, které by mohly vzniknout samorozhodováním (self-referring) klinika o radiologických nálezech.

## 10 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. Tardieu, A.A.: Étude médico-legale sur les sévices et mauvais traitement exercés sur des enfants. Ann.Hygiène Publ.Méd.Légale 1860, 13:361-398.
2. Caffey,J.P.: Multiple fractures in the long bones of infant suffering from chronic subdural hematoma. Amer.J.Roentgenol., 1946; 56:163-173.
3. Kempe,C.H., Silverman,F.N., Steele,B.F., Droegemuller,W., Silver,H.K.: The Battered Child Syndrome. J.Amer. Med. Ass., 1962, 181:17-24.
4. Caffey,J.: The parent-infant traumatic stress syndrome: (Caffey-Kempe syndrome), (battered babe syndrome). Amer. J. Roentgenol., 1972, 114:218-229.
5. Silverman,F.N.: Unrecognized trauma in infants, the battered child syndrome, and the syndrome of Ambroise Tardieu. Radiology 1972, 104:337-353..
6. Dunovský,J.: I. evropský kongres o týraném a zanedbávaném dítěti. Čs.Pediat., 1988, 43:122-124.
7. Marten,J.: Syndrom týraného dítěte jako diagnóza. Čs.Pediat., 1989, 44:279-282.
8. Lopez-Miranda,B., Westra,S.J., Hall,T.R., Petrus,L.V., Boechat,M.I.: Overcalling child abuse. Soc.Pediatric Radiology, 1995:134.
9. Kleinman,P.K., Marks,S.C.,Jr., Spevak,M.R., Nimkin,K., Richmond,J.M., Blackhourne,B.D.: Inflicted skeletal injury in infant facilities: a 10-year experience. Soc.Pediatric Radiology, 1995:98-99.
10. Spevak,M.R., Nimkin,K., Marks,S.C.,Jr., Richmond,J.M., Kleinman,P.K.: Fractures of the hands and feet in child abuse: radiologic and pathologic features. Soc.Pediatric Radiology, 1995:99.
11. Swischuk,L.E.: The limping infant: imaging and clinical evaluation of trauma. Emergency Radiology 2007, 14:219-226.
12. Ridzoň,Š.: Hypoxicko-ischemické změny mozku u donošených novorozenců a kojenců. Sonografický obraz. Čes. Radiol., 1995; 49:107-111.
13. Kynčl,M., Kolář,I., Boman,K., Neuwirth,J.: Proces myelinizace mozku v MR obraze u dětí – vyšetřovací postupy, normální nálezy a interpretace nálezů v denní praxi. Čes.Radiol., 2007, 61:270-274.
14. Neuwirth,J.: Difuzní axonální poranění. In: Kompendium diagnostického zobrazování. Triton, Praha 1998, p.242.
15. Janicke,D.M., Finney,J.W., Riley,A.W.: Children's health care use. A prospective investigation of factors related to care-seeking. Medical Care 2001, 39:990-1001.
16. Forsyth,L., Robertson,E.M.: Can we trust each other? Europ.Radiol Congress 2005, Vienna, Abstr. B-916:340.
17. Prof. MUDr. Tůma St.,CSc, Prevence úrazů, otrav a násilí 12/2008, Radiodiagnostická diagnostika při syndromu týraného dítěte

18. Procházková J. PhDr, přednáška, web
19. MUDr. Jan Tuček, Týrané dítě 6.12.2012
20. Věstník MZ 2008, č. 3
21. [www.stopnasili.cz](http://www.stopnasili.cz)
22. Marková, Venglářová, Babiaková- Psychiatrická ošetrovatelská péče, Grada Publishing 2006 (str. 184)
23. Dunovský, Dytrych, Matějček a kol. Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě, Grada Publishing, Praha 1995
24. Dunovský, Mitlöchner, Hejc, Hanušová-Tlacilová, 2005, s. 19)
25. Gjuricová, Kocourková, Koutek ,2000, s. 16)
26. Elliottová, 1995, s. 61-62
27. Vaníčková, 2004
28. Čírtková, 1998
29. Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, SOLEN, s.r.o, 2008
30. Oldřich Matoušek, Pavla Kodymová, Jana Koláčková (eds.), Praha, 2005

# 11 PŘÍLOHY

Obrázek 1



Obrázek 2



Obrázek 3



Obrázek 4



Ad1/ V dotazníku, který jsem předložil pediatrům, jsem položil následující otázky:

1. **Setkali jste se během svojí praxe s týraným dítětem?**
  - a. ano
  - b. ne
2. **Setkali jste se s týraným dítětem za poslední rok ?**



a. ano

b. ne

3. **V kolika případech?**

.....

4. **V jakém cca % Vámi registrovaných pac. tvoří týrané děti?**

.....

5. **Mělo poranění, které bylo diagnostikované radiologickou metodou?**

a. ano

b. ne

6. **Jaké nejčastěji? (poranění dlouhých kostí, hrudníku, hlavy, jiné?)**

.....

7. **Kdo na týrání dítěte upozornil?**

.....

Ad2/ V dotazníku, který jsem předložil radiologickým pracovištím, jsem položil následující otázky:

**1. Setkali jste se na pracovišti během svojí praxe s týraným dítětem?**

- a. ano
- b. ne

**2. Diagnostikovali jste týrané dítě na Vašem pracovišti v uplynulém roce?**

- a. ano
- b. ne

**3. V kolika případech?**

.....

**4. O jaká poranění se jednalo (i při poraněních dg dříve, než v posledním roce) ?**

- a. Poranění dlouhých kostí
- b. Poranění hrudníku
- c. Poranění hlavy
- d. jiná

**5. Pozorovali jste změnu v chování vyšetřovaného dítěte ?**

.....

**6. Jaká byla Vaše reakce?**

- a. Nebyl(a) jsem si jist(a), žádná
- b. Informoval jsem lékaře (vedoucího pracovníka)
- c. jiná

