



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Role sestry v prevenci CAN syndromu**

## **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**Studijní program: OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autorka:** Bc. Adéla Kadeřávková

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

České Budějovice 2020

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „Role sestry v prevenci CAN syndromu“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 8. 6. 2020

.....

Bc. Adéla Kadeřávková

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé diplomové práce paní doc. Ing. Ivě Brabcové, Ph.D., a to zejména za ochotu, trpělivost a čas, který mi věnovala při zpracovávání této práce. Děkuji paní Mgr. Olze Dvořáčkové za zpracování popisné statistiky. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat partnerovi a rodině za podporu při psaní této práce.

## Role sestry v prevenci CAN syndromu

### Abstrakt

**Současný stav:** Syndrom CAN (*Child Abuse and Neglect*) je definován jako fyzické a psychické týrání, sexuální zneužívání a zanedbávání dítěte. Syndrom CAN je výsledkem nenáhodného jednání rodičů či jiné dospělé osoby vůči dítěti. A zároveň jeho nejvyhrocenější podobou je usmrcení dítěte.

**Cílem práce** bylo vyhodnotit trendy výskytu případů syndromu CAN v České republice ve sledovaném období 2008–2018, popsat ošetrovatelskou péči o dítě se syndromem CAN a vyhodnotit úlohu sestry v oblasti prevence tohoto syndromu.

**Metodika:** pro empirickou část práce byla zvolena kvantitativně – kvalitativní výzkumná strategie. Ke sběru dat pro kvantitativní výzkumný přístup byla zvolena metoda sekundární analýzy dokumentů z MPSV za období 2008–2018. Bylo analyzováno 79 340 případů týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí. Ke sběru dat pro kvalitativní přístup byla zvolena metoda polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na pediatrické klinice vybrané nemocnice v Praze (10 sester) a sestry pracující v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost (5 sester). Velikost výzkumného vzorku byla dána teoretickým nasycením dat.

**Výsledky:** V období 2008–2018 bylo nahlášeno MPSV 79 340 týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí. Nejčastější formou syndromu CAN bylo zanedbávání (65,8 %). Psychicky týráno bylo 12,6 % dětí se syndromem CAN, sexuálně zneužíváno 12 % a 9,6 % dětí s tímto syndromem bylo tělesně týráno. Zastoupení chlapců a dívek bylo relativně vyrovnané (48 % chlapců a 52 % dívek). Nejpočetnější zneužívanou věkovou skupinou byly děti ve věku 6–15 let (56 %). V rámci statistického testování byla potvrzena hypotéza, že v letech 2008 až 2018 došlo v ČR ke statisticky významnému nárůstu počtu dětí s diagnózou syndromu CAN ( $p < 0,001$ ). Oslovené sestry se v průběhu praxe setkaly s tímto syndromem u dětí, měly dobré znalosti v oblasti symptomů, rozlišení jednotlivých forem CAN a rizikových faktorů vzniku syndromu CAN. Sestry jak v primární, tak lůžkové péči mají důležitou roli v prevenci syndromu CAN. Nicméně dle rozhovorů neprovádí plošně edukaci rodičů o problematice tohoto syndromu, ale děje se tak jen u rizikové skupiny rodičů a dětí.

**Závěr a doporučení pro praxi:**

Kvantitativní studie, která vyhodnocovala statistická data MPSV, potvrdila významný nárůst počtu dětí se syndromem CAN v posledních deseti letech. Z tohoto důvodu je třeba zdůraznit odborné veřejnosti potřebu prevence syndromu CAN. Na základě výsledků studie a obecných doporučení, byla navržena doporučení pro management ošetrovatelské péče, týkající se problematiky prevence a ošetrovatelské péče o dítě se syndromem CAN.

**Klíčová slova:** syndrom CAN, ošetrovatelství, pediatrie, prevence

# The role of a nurse in preventing CAN syndrome

## Abstract

**Current State:** CAN (*Child Abuse and Neglect*) Syndrome is defined as physical and mental abuse, sexual abuse and neglect of a child. CAN syndrome is the result of an intentional activity of parents or other adults towards a child, the most extreme form of which is killing the child.

**The aim of the thesis** was to evaluate the trends of CAN syndrome occurrences in the Czech Republic within the observed period of 2008–2018, to describe nursing care for children suffering from the CAN syndrome, and to evaluate the role of nurses within the area of preventing this syndrome.

**Methodology:** A combination of a qualitative and quantitative research strategy was chosen for the empiric part of the thesis. To collect data for the quantitative research the method of secondary analysis of MLSA documentation from the period of 2008–2018 was chosen. 79 340 cases of maltreated children were analysed. To collect data for the qualitative research, the method of semi-structured interviews was used. The research file consisted of nurses working at a paediatric clinic at a chosen hospital in Prague (10 nurses) and nurses working at practitioners' offices for children and adolescents (5 nurses). The size of the research file was given by theoretical data saturation.

**Results:** In the period of 2008–2018, 79 340 abused and neglected children were reported to the MLSA. The most frequent form of CAN Syndrome was neglect (65.8 %). 12.6 % children suffering from CAN Syndrome were mentally abused, 12% were sexually abused, and 9.6 % children were physically abused. Proportion of boys and girls was relatively balanced (48 % boys, and 52 % girls). The most numerous group of abused children according to their age were children aged 6–15 (56%). Statistical testing has proved the hypothesis that in the period of 2008–2018, there was a statistically significant growth in the number of children with the CAN Syndrome diagnosis ( $p < 0,001$ ). Addressed nurses came into contact with this syndrome within their practice, they were well educated within the area of symptoms, differentiation between individual forms of CAN, diagnosis, and risk factors leading to the CAN Syndrome. Nurses in both, primary as well as inpatient care play a significant role in preventing the CAN Syndrome.

Nevertheless, as the interviews have proven, they do not educate all of the parents about this syndrome, they only do so in risk groups of parents and children.

**Conclusion and Recommendations for Praxis:**

The quantitative study that evaluated the statistical data coming from MLSA, has confirmed a significant growth the number of children suffering from the CAN Syndrome for the last ten years. Due to this fact, it is necessary to put greater emphasis on the CAN Syndrome prevention. Based on the results of the study and general recommendations, further recommendations for the management of nursing care have been designed, dealing specifically with the issues of prevention and nursing care after children suffering from the CAN Syndrome.

**Key Words:** CAN Syndrome, nursing care, paediatrics, prevention

# OBSAH

Úvod.....	10
1 Současný stav.....	11
1.1 Vymezení pojmu, charakteristika, historie.....	11
1.2 Formy syndromu CAN.....	15
1.2.1 Fyzické týrání .....	15
1.2.2 Psychické týrání.....	17
1.2.3 Sexuální zneužívání .....	18
1.2.4 Zanedbávání.....	19
1.2.5 Zvláštní (neobvyklé) formy syndromu CAN.....	20
1.3 Rizikové faktory syndromu CAN .....	21
1.4 Následky syndromu CAN .....	22
1.5 Detekce syndromu CAN.....	24
1.5.1 Hlášení .....	25
1.5.2 Diagnostika .....	26
1.5.3 Potvrzení/vyloučení .....	27
1.6 Ošetrovatelská péče o dítě se syndromem CAN.....	27
1.6.1 Ošetrovatelský proces .....	28
1.7 Role sestry v prevenci syndromu CAN .....	30
1.7.1 Sestra v primární prevenci .....	31
1.7.2 Sestra v sekundární prevenci .....	32
1.7.3 Sestra v terciární prevenci.....	33
1.8 Organizace zaměřené na pomoc a podporu ohroženým dětem .....	34
2 Cíle, výzkumné otázky, hypotéza .....	36
2.1 Cíle práce .....	36



2.2	Hypotéza .....	36
2.3	Výzkumné otázky .....	36
2.4	Operacionalizace základních pojmů .....	36
3	Metodika .....	38
3.1	Použité metody výzkumného šetření .....	38
3.2	Charakteristika sběru kvantitativních dat.....	38
3.3	Charakteristika sběru kvalitativních dat .....	38
3.4	Charakteristika výzkumných souborů .....	39
4	Výsledky .....	41
4.1	Vyhodnocení kvantitativních dat .....	41
4.2	Vyhodnocení kvalitativních dat .....	52
4.2.1	Kategorie 1: Zkušenosti sester s diagnózou syndromu CAN .....	52
4.2.2	Kategorie 2: Znalost sester o problematice syndromu CAN .....	53
4.2.3	Kategorie 3 Ošetrovatelská péče o dítě se syndromem CAN .....	55
4.2.4	Kategorie 4 Sestra a prevence syndromu CAN .....	57
5	Diskuze .....	59
5.1	Diskuze nad výsledky kvantitativního šetření .....	59
5.2	Diskuze nad výsledky kvalitativního šetření .....	62
6	Závěr .....	67
6.1	Doporučení pro praxi .....	67
7	Literatura.....	69
8	Seznam zkratk .....	75
9	Příloha.....	76

## Úvod

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (CAN), představuje závažný celospolečenský problém, jehož podstatou je ublížení dítěti. Tento syndrom vážně ohrožuje tělesný, psychický, sociální i emoční vývoj dítěte. Důsledky syndromu CAN si děti mohou nést až do dospělosti a ovlivnit tak jejich budoucí život (Kajanová, 2014). V roce 2018 bylo v České republice diagnostikováno celkem 9 178 dětí se syndromem CAN (Statistiky, 2019). Od roku 2015 se počet dětí se syndromem CAN pohybuje kolem hranice 9 000 dětí za rok. Protože se jedná o syndrom, který je způsoben neadekvátním chováním rodiče či jiné dospělé osoby, je potřeba klást důraz na systémové působení zdravotnických pracovníků a vhodnou preventivní činností tomuto chování předejít či je alespoň minimalizovat na nejnižší možný počet. Řešením může být prevence, především vyhledáváním rizikových faktorů vedoucích k vzniku syndromu CAN. Dalším a velmi důležitým krokem, v případě že již došlo k ublížení dítěti, je včasná detekce syndromu CAN a zahájení potřebných činností k ochraně dítěte. Jedním z předpokladů efektivní diagnostiky syndromu CAN je spolupráce multidisciplinárního týmu, jehož součástí je i sestra. Sestra se tak podílí nejenom na včasné detekci syndromu CAN, ale zároveň poskytuje komplexní ošetrovatelskou péči dětskému pacientu, který musel být pro tento syndrom hospitalizován. Téma práce jsem zvolila na základě osobní zkušenosti s dětským pacientem se syndromem CAN.

V teoretické části práce jsou popsány jednotlivé formy, rizikové faktory, následky a detekce syndromu CAN. Rovněž je práce zaměřena na ošetrovatelskou péči o dítě se syndromem CAN a preventivní činnost sestry v této problematice. Empirická část práce je rozdělena na kvantitativně – kvalitativní část. Prvním cílem bylo vyhodnotit trendy výskytu případů syndromu CAN v České republice ve sledovaném období 2008-2018. Druhým cílem bylo popsat ošetrovatelskou péči o dítě se syndromem CAN. Třetím cílem bylo vyhodnotit úlohu sestry v oblasti prevence syndromu CAN. Na základě výsledků studie, bylo navrženo doporučení pro management ošetrovatelské péče týkající se prevence a ošetrovatelské péče o dítě se syndromem CAN.

## 1 Současný stav

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (dále syndrom CAN) značí tělesné či duševní poškození nebo narušení vývoje dítěte. Syndrom vzniká v důsledku nenáhodného jednání nejčastěji rodičů či jiné dospělé osoby vůči dítěti (Kajanová, 2014). Z hlediska charakteru strádání dítěte rozlišujeme čtyři základní formy syndromu CAN: fyzické týrání, psychické týrání, sexuální týrání, zanedbávání a pátou zvláštní (neobvyklou) formu syndromu CAN. Děti jsou častěji týrány lidmi, kteří jsou dráždiví a výbušní. Lidmi, kteří se nedokážou dostatečně ovládat a mají obecně sklon chovat se agresivně. Taktéž to ale mohou být lidé, kteří jsou citově chladní a bezohlední. Dítě je poté pro ně snadným terčem k vybití negativní energie (Vágnerová, 2014). *Pouze 1 % jedinců ubližujících svým dětem je tvořeno lidmi s psychickou nemocí nebo se sexuální poruchou* (Pugnerová a Kvintová, 2016, s. 9). Často se stává, že právě rodiče týraného a zneužívaného dítěte sami byli v dětství týrány a nyní tento vzorec chování uplatňují i na své děti (Matoušek et al., 2010). Ne však všechny příčiny syndromu CAN zapříčiňují osobní anomálie rodičů, popřípadě přejaté vzorce chování a výchovy z jejich dětství. Stresory působící na rodinu (nezaměstnanost, chudoba, společenská izolace, problémy s bydlením, mimomanželský vztah jednoho z rodičů atd.), mohou zvyšovat riziko, že se dítěti nedostane takové pozornosti a péče, jakou potřebuje (Matoušek et al., 2010). Důsledky syndromu CAN se mohou u dítěte projevovat až do dospělosti. Můžeme říci, že riziko poškození dalšího vývoje dítěte se zvyšuje tím, čím je dítě mladší (Kajanová, 2014). Ochrana dětí se syndromem CAN je zakotvena v oznamovací povinnosti. Dle trestního zákona má tak každý občan povinnost informovat Orgán sociálně – právní ochrany dětí (dále jen OSPOD) či Policii ČR, o týrání či zneužívání dítěte (Holá et al., 2016). Nezastupitelnou roli v činnosti interdisciplinárního týmu, který pečuje o děti se syndromem CAN, má sestra. Sestra pečuje o tyto děti jak v ambulantní, tak lůžkové péči (Sedláková et al., 2010). *Sestra má svou nezastupitelnou roli v oblasti prevence primární, úzce spolupracuje s lékařem při vyšetřování a ošetřování dítěte, komunikuje s příslušnými orgány, je v kontaktu s rodinou dítěte* (Poskočilová a Petr, 2009).

### 1.1 Vymezení pojmu, charakteristika, historie

Kapitola představuje úvod teoretických východisek, pojednávajících o syndromu CAN. Nejprve je tento pojem definován a přiblížena je i historie přístupu k ochraně ohrožených

děti vedoucích k vytvoření legislativních dokumentů, které poskytují základní rámec pro dodržování práv dětí a jejich ochranu.

Syndrom CAN jako zkratka anglického termínu *Child Abuse and Neglect* je do češtiny překládán jako Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte a dle Dunovského et al. (1995, s. 15) se jedná o *soubor nepříznivých příznaků v nejrůznějších oblastech stavu a vývoje dítěte i jeho postavení ve společnosti, v rodině především. Jsou výsledkem převážně úmyslného ubližování dítěti, způsobeného nebo působeného nejčastěji jeho nejbližšími vychovateli, hlavně rodiči. Jejich nejvyhraněnější podobou je úplné zahubení dítěte* (Dunovský et al. (1995, s. 15).

Samotná definice syndromu CAN se vyvíjela postupně, a to v návaznosti na to, jak bylo k projevům a výskytu syndromu CAN přistupováno v moderních společnostech, ve smyslu ochrany ohrožených dětí (Pemová a Ptáček, 2016). Počátek akcentu na ochranu dětí lze datovat do 60. let minulého století, kdy Kempe et al. (1962) definovali *syndrom bitého dítěte*. Kempe působil jako rentgenolog a v rámci své práce si povšiml opakujících se, obdobných zranění dětí na rentgenových snímcích, které svědčily o tom, že jejich příčina nebyla běžná (úrazy apod.). Jako nevěrohodné se jevíly i výpovědi rodičů o příčinách zranění dětí. Kempe et al. (1962) společně s dalšími pracovníky vytvořil první teoretický rámec syndromu CAN, který vycházel z toho, že vychovatelé dětí se mohou chovat netypickým způsobem, mimo normu, kdy takové jednání vede ke zranění dítěte, přičemž ze strany rodičů se může jednat jak o zanedbání, tak i úmysl.

Význam tohoto jevu, ale i pochopení jeho dnešního pojetí, je nutné přiblížit krátkým pohledem do historie. Jak vysvětlují Kalibová a Kaliba (2014), postavení dítěte ve společnosti se proměňovalo, od čehož se odvíjela i ochrana dítěte a důraz na jeho práva.

Ve starověku nebylo dítě prakticky považováno za lidskou bytost, bylo podřízeno rozhodnutí otce a dětství ani nebylo pojímáno jako samostatná vývojová epocha. Výjimku představovaly pouze vyšší společenské vrstvy, v nichž dítěti bylo věnováno více pozornosti a péče (Kalibová a Kaliba, 2014). Můžeme říci, že lidé do středověku (s výjimkou vrstev nejvyšších) zaujímal k právě narozenému dítěti stejný postoj, jako dnes my zaujíáme postoj k plodu (“dítěti“) sotva počatému. K usmrcení narozeného dítěte se pak stavěli obdobně, jako dnešní společnost přijímá interrupci (Dunovský et al., 1995).

Ve středověku význam dítěte vzrostl, a to vlivem rozmáhajícího se křesťanství, konkrétně příkázáním „nezabiješ“. Obrat v životě dítěte způsobil i římský zákon z r. 373 n.l., který ustanovil zabití dítěte jako vraždu (Dunovský et al., 1995). Stále však děti nebyly považovány za nositele lidských práv, byly alespoň vnímány jako osoby, jimž se poskytuje pomoc (Kalibová a Kaliba, 2014).

Až do začátku novověku záviselo přežití dítěte na těsném kontaktu s matkou (popřípadě jinou ženou zastupující její místo). Sotva dítě oslavilo své 6-7 narozeniny, stávalo se „malým dospělým“. V tomto věku se již plně zapojovalo do společenského dění, pomáhalo a pracovalo s dospělými (Dunovský et al., 1995). V období novověku můžeme sledovat ambivalentní postoj k dítěti ze strany společnosti. Dětem začala být věnována zvýšená pozornost a péče, nicméně stále byly ve společnosti velmi ohrožené (Pemová a Ptáček, 2012). V 18. století, tedy v době osvícenství a technologického pokroku, se již dospělí začali více zabývat potřebami dítěte a byla i patrná snaha je saturovat. Pakliže rodina selhávala, bylo vykazováno úsilí o odstranění či zmírnění dětského utrpení a jeho následků (Kalibová a Kaliba). Přesto bylo běžné, že děti a mladiství v tomto období industrializace pracovali 14–16 hodin denně. Mnohdy v nevyhovujících nebo nebezpečných podmínkách (Pemová a Ptáček, 2012).

Období 19. a 20. století bylo charakteristické začleňováním dítěte do společnosti. Začal být rozvíjen systém péče o ohrožené děti a vznikaly i obory, které se na děti primárně soustředily (pediatrie apod.) (Kalibová a Kaliba, 2014). Dětství se v této době stalo interdisciplinárním tématem a s touto epochou jsou spojeny i počátky formování dětských práv. Navazující etapa je ve znamení podpory a pomoci dítěti, kdy se dítě stalo *plnohodnotným jedincem ve společnosti a nositelem svých práv a svobod* (Kalibová a Kaliba, 2014, s. 9).

Na tomto pozadí se tedy také formovala i ochrana ohrožených dětí. Zlomový okamžik, daný zjištěním Kempeho a jeho spolupracovníků, odstartoval zájem odborníků i z jiných oblastí než je medicína, o daný fenomén. Fontana et al. (1963) dále rozvíjeli Kempeho práci a upozornili na skutečnost, že se lze s jevy popsányými Kempem setkat i např. v prostředí školství. Dále poukázali na nutnost, aby se ohroženým dětem dostávalo pozornost nejen od zdravotníků, ale i dalšími relevantními osobami, přičemž důraz kladli na subjekty sociálněprávní ochrany. Od tohoto okamžiku postupně stanovily všechny státy USA ohlašovací povinnosti v případech, kdy je dítě zanedbáváno či je na něm páchána

různá forma násilí (Hanušová, 2006). Významným mezníkem bylo i přijetí *Child Abuse Prevention and Treatment Act* v roce 1974, opět ze strany USA, kdy byl do platného práva oficiálně přijat pojem týrání a zanedbávání dětí. Pojem zahrnoval jak fyzické, tak i psychické týrání, ale i zanedbávání, sexuální zneužívání dítěte či jiné nevhodné zacházení s osobami mladšími 18 let, a to jedinci, kteří jsou zodpovědní za blaho dítěte (Pemová a Ptáček, 2016). Všechny státy USA zároveň měly povinnost zavést systém prevence a detekce těchto případů, podpořen byl systém evidence a financování vzdělávání v oblasti prevence a léčby týraných a zanedbávaných dětí (Pemová a Ptáček, 2016). Cesta od Kempeho zjištění, že dětem může být i záměrně ubližováno ze strany jejich rodičů či jiných významných blízkých osob, vedla k dnešnímu stavu, kdy je považováno za prioritu a samozřejmost, že děti mají svá práva být plnohodnotnými členy společnosti, musí jim být poskytovány služby zajišťující jejich potřeby a zároveň mají děti právo i na ochranu a péči (Bentovim et al., 2014).

V Českém prostředí se problematika dětských práv či obecně ochrana dětí rozvíjela v návaznosti na mezinárodní trendy, přičemž klíčové bylo z tohoto hlediska úsilí Organizace spojených národů (dále jen OSN) (Kukla et al., 2016). V roce 1989 OSN přijala Úmluvu o právech dítěte, Česká republika k ní přistoupila v roce 1991. Přijatá Úmluva o právech dítěte, která vymezuje nejen základní obecná práva dítěte na jeho optimální vývoj ve společnosti, ale též speciální práva na pomoc a ochranu dětí, které se dostaly do nepříznivé situace. Určuje také směr mezioborové péče o dítě, kterou zajišťují státní i soukromé firmy a organizace, přičemž důraz je kladen na spolupráci s rodinou (Dunovský et al., 2005). V tomto dokumentu je mimo jiné explicitně stanoveno, že děti nejsou majetkem svých rodičů a jako každá lidská bytost mají svá práva. Děti musí být chráněny před tělesným nebo duševním násilím, urážením, zneužíváním, zanedbáváním, nedbalým zacházením apod., a to v době, kdy jsou v péči rodičů či jiných osob, které o dítě pečují. Úmluva o právech dítěte se stala nejrychleji schvalovanou mezinárodní smlouvou o lidských právech v dějinách a s výjimkou USA a Somálska ji schválily a přijaly všechny státy OSN (Lehrová, 2018).

Od přijetí Úmluvy o právech dítěte trvalo v české legislativě poměrně dlouhou dobu, než byl přijat zákon ochraňující děti (Kukla et al., 2016). Tímto dokumentem je zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, v platném znění. Je v něm mimo jiné zakotveno, že rodiče dětí mají právo, ale též povinnost řádně pečovat o své děti, optimálně je rozvíjet apod. Vymezena je zde však především koncepce sociálně-právní ochrany dětí,

kteřou se dle § 1 zákona č. 359/1999 Sb., rozumí ochrana práva dítěte na příznivý vývoj a řádnou výchovu, ochrana oprávněných zájmů dítěte, kdy do této oblasti patří i ochrana jeho jmění. Dále se jedná o působení směřující k obnově narušených funkcí rodiny (zde je významný např. koncept sanace rodiny) a poslední velkou oblast představuje zabezpečení náhradního rodinného prostředí pro dítě, které nemůže být trvale, nebo po určitý čas vychováváno ve své rodině, a to právě především s ohledem na zajištění jeho optimálního biopsychosociálního vývoje.

Lze doplnit, že každý stát rozvíjí svoji koncepci péče a ochrany dětí. Švédsko např. již v roce 1966 zakázalo rodičům tělesně trestat své děti. V České republice takto formulovaný explicitní zákaz tělesných trestů neexistuje, byť pochopitelně není možné dítěti ubližovat, či jej dokonce týrat (Lehrová, 2018). V současnosti je u nás stále diskutované téma fyzického trestání dětí jejich rodiči. *To, co bylo před deseti lety ve výchově běžně používané, se během několika dalších let může stát společensky zcela nepřijatelné* (Holá et al., 2016, s. 60).

## **1.2 Formy syndromu CAN**

V následující kapitole jsou přiblíženy jednotlivé formy syndromu CAN, faktory, které jsou považovány za rizikové s ohledem na jeho vznik a rozvoj. Rozlišovány jsou z hlediska strádání dítěte následující formy syndromu CAN, kterými jsou fyzické týrání, psychické týrání, sexuální zneužívání, zanedbávání a zvláštní formy syndromu CAN.

### **1.2.1 Fyzické týrání**

Fyzické týrání značí tělesné ublížení dítěti či naopak nezabránění ubližování či utrpení dítěte. Jednat se může o rány pěstí, fackování, kopání, užívány jsou i různé předměty. Dítěti může být ubližováno zbraněmi, ale i běžnými předměty. Dochází k pálení, k týrání slouží i vřelá voda, různé chemické substance, děti jsou svazovány apod. (Pešová a Šamalík, 2006).

Fyzické týrání může probíhat aktivní nebo pasivní formou. Do týrání prvního typu jsou zahrnuty všechny akty fyzického násilí, páchané na dítěti, přičemž se jedná i o případy záměrného opomenutí péče o poraněné dítě, které končí jeho smrtí (Hanušová, 2006). V rámci fyzického týrání aktivní formou se dále rozlišuje týrání s následným poraněním (kopání, opáření, řezání, kroucení a svazování končetin) a týrání bez následného poranění (dušení, otrava, opakované vystavování dítěte lékařským vyšetřením, kdy se pro toto

jednání užívá termín Münchhausenův syndrom by proxy (dále viz 1.2.5 Zvláštní (neobvyklé) formy syndromu CAN) (Pugnerová a Kvintová, 2016). Poranění mohou být zavřená (fraktury kostí, kousnutí, vytrhávání vlasů, poranění hlavy, subdurální krvácení apod.) (Kukla et al. 2016). Pohmoždění na kůži, modřiny jsou přítomny až u 90 % tělesně týraných dětí (Pugnerová a Kvintová, 2016). Dalším typem jsou poranění otevřená (popáleniny, bodné rány, poranění sliznic, hlubší rány kousnutím atd.) (Kukla et al. 2016). Do tělesného týrání pasivní formou patří úmyslné i neúmyslné nepečování o dítě, které vede k zanedbanosti. Dítě neprospívá a nevyvíjí se tak, jak by mělo. K nejzávažnějším důsledkům tohoto jednání patří smrt dítěte. Dalšími příklady je nedostatečná výživa nebo nedostatek zdravotní péče (Pugnerová a Kvintová, 2016).

V rámci fyzického týrání rozlišujeme syndrom třeseného dítěte (*Shaken Baby Syndrom*, dále jen SBS), je způsoben prudkým a intenzivním třesením dítěte, kdy rodič nejčastěji takto reaguje na neutišitelný pláč dítěte (Kukla, 2016). Oběť je pevně držena za trup nebo končetiny a hlava přitom vykonává pohyb od prudké flexe do násilné hyperextenze (Havránek et al., 2012). Nejohroženější věkovou skupinou jsou kojenci a batolata, tj. děti do 3 let (Hirt et al., 2011). Syndrom se vyznačuje závažným difúzním poraněním mozku, které se skládá z akutní encefalopatie, subdurálního krvácení a krvácení do sítnice (Matschke, J. et al., 2009). Na těle dítěte lze mnohdy nalézt i sériové fraktury žeber či pažních kostí (Havránek et al., 2012). Diagnostika tohoto syndromu je často problematická pro možnost vyslovení falešně negativní či vzácně i falešně pozitivní diagnózy (Havránek et al., 2013). Včasné rozpoznání SBS má pro dítě rozhodující vliv na prognózu. Děti s SBS mají horší prognózu než oběti závažných traumat. To lze přičíst rozdílům v mechanismu zranění a zpoždění při vyhledání zdravotní péče, která je u SBS zcela běžná (Parsh, 2013). Následkem syndromu tak může být smrt dítěte nebo trvalé neurologické postižení včetně mentálního postižení, mozkové obrny, kortikální slepoty a poruch učení (Parsh, 2013).

Právě skutečnost, že nemusí být přítomno zranění dítěte, vede k podhodnocování četnosti fyzického týrání dítěte. Vliv na podhodnocování četnosti fyzického týrání má i legislativní úprava v některých zemích. Nezřídka je fyzické týrání spojeno pouze s případy, které ve zranění dítěte vyústí. Liší se tak i odhady případů fyzického týrání dětí. Udáváno je rozmezí 2–4 neodhalených případů na jeden případ odhalený (Bilo et al., 2013).

Velkým tématem, stále dosud nedostatečně uchopeným, je rozlišení trestání a týrání dítěte. V roce 2001 byla přijata Výborem pro práva dítěte následovná definice pojmu „tělesný



trest“ jako: *jakýkoli trest, ve kterém má použitá fyzická síla způsobit určitou míru bolesti nebo nepohodlí, ať už jakkoli lehkého* (Úmluva o právech dítěte a související dokumenty, 2016, s. 49). Takovýto trest je použit za účelem korekce nebo kontroly dítěte. Můžeme však poznamenat, že bití ve smyslu fyzického týrání jako jedna z forem syndromu CAN je považováno za hlavní prostředek násilného zacházení s dětmi, neboť tělesný trest je často brán jako významný výchovný prostředek. Jsou situace, kdy mezi výchovným prostředkem a tělesným týráním je tak tenká hranice, kdy je těžké určit, zda k poranění došlo nešťastnou náhodou, nebo úmyslně (Pugnerová a Kvintová, 2016). Problematičnost rozhodování, zda např. rodič dítě trestá, nebo jej již týrá, lze přiblížit na příkladu osmiletého chlapce, kterého matka dvakrát potrestala za nevhodné chování (zlobení) vařečkou, a to tak, že chlapci zůstaly na hýždích po několik týdnů modřiny. Obvodní soud potrestal matku podmíněným trestem odnětí svobody na tři roky, s roční podmínkou. Nicméně Nejvyšší soud rozhodnutí zrušil s tím, že se matka dosud o dítě starala dobře a selhala pouze dvakrát. Obvodní soud se poté přiklonil k tomuto názoru s tvrzením, že jednorázové bití vařečkou není týráním. Vliv mělo i zastání se matky ze strany třídní učitelky a lékařky chlapce, které mimo jiné uváděly, že je chlapec hyperaktivní (Smatana a Šídlo, 2013).

Stojí za to zde zmínit patologický model rodičovského chování. Tento model se často přenáší do dalších generací tím, že děti mají tendenci napodobovat chování, kterému jsou v rodině vystaveny. Tak u dětí, které byly v dětství týrány, spatřujeme zvýšené riziko, že jednou budou ony samy týrajícími rodiči (Fischer a Škoda, 2009).

### **1.2.2 Psychické týrání**

Psychické týrání značí týrání emoční. Jedná se zejména o pět hlavních forem psychického týrání, kterými jsou pohrdání (ponižování, hrubé nadávky, zdůrazňování neschopnosti dítěte), terorizování (vyhrožování fyzickým násilím), izolování (např. od vrstevníků, zavírání dítěte v tmavé místnosti), korumpování (povzbuzování dítěte k nemorálnímu jednání, antisociálnímu jednání) a odpírání emoční podpory (psychologická nedostupnost, ignorování pokusů dítěte o vzájemnou interakci). Velmi často je psychické týrání součástí týrání fyzického (Langmeier a Krejčířová, 2006).

Následky psychického týrání mohou být i závažnější než následky fyzického týrání (Bechyňová et al., 2007). Narušen bývá psychosociální vývoj dítěte, jeho sebepojetí. Nezřídka se i v dospělosti u jedince vyskytují deprese, úzkosti, dissociativní prožitky, zvýšené je i riziko suicidia, které je oproti běžné populaci až dvanáctkrát vyšší, zatímco

u fyzického týrání je riziko spáchání sebevraždy pětikrát vyšší ve srovnání s běžnou populací (Bechyňová et al., 2007).

Na psychické týrání lze usuzovat na základě opožděného vývoje dítěte, přítomnosti strachů, úzkostí, deprese, agrese, nízkého sebevědomí, stranění se vrstevníků, útěků z domova, zhoršeného prospěchu, sebepoškozování, zřetelné nedůvěry vůči dospělým, projevů sociálně patologického chování (Kalibová a Kaliba, 2014).

### **1.2.3 Sexuální zneužívání**

Sexuální zneužívání je dnes považováno za samostatný syndrom *Child Sexual Abused syndrome* (dále jen syndrom CSA, tedy Syndrom sexuálního zneužívání) a je za něj považován jakýkoliv akt vůči dítěti, který je spojen se sexuální aktivitou (Pugnerová a Kvintová, 2016). Splněny musí být tři podmínky: agresor musí být mnohem starší a osobnostně zralejší než dítě, vůči dítěti se ocitá ve vztahu rodiče nebo jiného pečovatele a sexuální aktivity jsou na dítěti vymáhány prostřednictvím síly nebo podvodu (Pugnerová a Kvintová, 2016).

Za závažnou formu sexuálního zneužívání se považuje komerční sexuální zneužívání, kdy je dítě použito pro sexuální účely, a to za různou formu odměny (finanční, naturálie). Nabývat může tří forem: jedná se o dětskou prostituci, dětskou pornografii a obchodování s lidmi za účelem pohlavního styku (Dunovský et al., 2005).

Sexuální zneužívání se dělí na kontaktní a bezkontaktní. Nekontaktní zahrnuje verbální sexuální návrhy, sexuální exploataci dítěte (příkladem je zneužití dítěte pro dětskou pornografii), expozici genitálu (masturbace, exhibicionismus), voyerismus (Hanušová, 2006). Do kontaktního sexuálního zneužívání patří aktivity penetrativní i nepenetrativní. K penetrativním aktivitám patří kromě samotného sexuálního aktu také např. proniknutí prsty nebo předmětem do genitálu dítěte. K nepenetrativním aktivitám se řadí dotýkání se, mazlení na genitálu, prsou, a to i předměty, genitálem, přes oblečení i na nahém těle (Hanušová, 2006).

Dunovský et al. (1995) konstatují, že je zapotřebí zabývat se i tím, co se odehrává s dítětem poté, co jej někdo druhý sexuální zneužije, přičemž velmi často se jedná o osobu, kterou dítě dobře zná. U dětských obětí byl popsán tzv. syndrom dětského přizpůsobení pohlavnímu zneužití. Tento syndrom upozorňuje na skutečnost, že se dítě při vyšetřování případu nebo jeho odhalení setkává s druhotným zneužíváním a zraňováním, pro které se

užívá termín sekundární viktimizace (dále viz. 1.2.5 Zvláštní (neobvyklé) formy syndromu CAN) (Vaníčková, 2009). I s ohledem na věk a blízkost agresora dítěti často jeho nejbližší okolí nevěří, že dané jednání nastalo, případně je mu výsledek dáván za vinu. Není tak překvapivé, aby děti v průběhu vyšetřování svá původní tvrzení odvolaly, nebo (si) jejich tvrzení různě rozporovaly, či protirečily (Dunovský et al., 1995). První fáze znamená utajování (mnohdy ze strachu, neboť dítěti je vyhrožováno násilím nebo tím, že vyzrazení způsobí rozpad rodiny apod.). Ve druhé fázi v dítěti narůstá pocit bezmocnosti. V následující třetí fázi dochází ke svedení a přizpůsobení (prožívaná bezmocnost vede k potřebě dosáhnout pocitu moci a kontroly). Vzniká vnitřní konflikt, který je často manifestován v dospívání, kdy může mít podobu sebetrestání, adolescentní psychopatologie. Mladší děti se snaží být hodné, to co je špatné, dítě musí interpretovat jako dobré. Dochází tak k procesu štěpení, narušení osobnosti. V dospělosti bývá u žen přítomno např. rizikové sexuální chování, ženy vstupují do patologických vztahů. Ženy na rozdíl od mužů obracejí svůj vztek vůči sobě samé. Naopak mužské oběti se v dospělosti spíše stávají agresivními, tedy obracejí svůj vztek vůči vnějšímu okolí). Čtvrtá fáze značí opožděné, konfliktní, nespravedlivé odhalení (oběť často prozradí, co se stalo až s velkým odstupem. Dokazování činu je obtížné, dítě může působit nevěrohodně, pokud není čin prokázán, nelze agresora potrestat). A poslední pátou fází je odvolání výpovědi (zde se většinou jedná o projev silného pocitu viny, mučivého závazku ochránit rodinu, strach z opuštění) (Vaníčková, 2009).

Sexuální zneužívání bylo v rámci zkoumání syndromu CAN identifikováno až jako poslední. Jak uvádějí Weis et al. (2005) pro jeho závažné důsledky (jak na dítěti, tak i na jeho blízkém okolí), by však mělo být uváděno už na prvním místě.

#### **1.2.4 Zanedbávání**

Zanedbávání dítěte je nejčastější formou syndromu CAN. Jeho vymezení je problematické, což je dáno i povahou tohoto jevu, který je dynamický a tedy se proměňuje nahlížení na něj v kontextu společensko-historického vývoje (Horwarth, 2007). Zanedbávání se vztahuje k situacím, které jsou spojeny s nedostatkem i minimální péče rodiče či jiného pečovatele o dítě. Vždy se odehrává v rodině a je odrazem rodinných vztahů, hodnot v rodině a momentální rodinné situace (Pemová a Ptáček, 2016).

Slaný (2008, s. 29) podává širší definici zanedbávání a uvádí, že se jedná o: *situaci, kdy je dítě ohroženo (akutně nebo chronicky, vždy ale vážně) nedostatkem podnětů a faktorů důležitých ke zdravému a plnohodnotnému fyzickému i duševnímu rozvoji.*

Při zanedbávání dítěti chybí optimální podmínky pro jeho zdravý psychosociální vývoj. Jednat se může o nedostatečnou saturaci potřeb dítěte (strava, včetně dodržování speciální stravy při onemocnění dítěte), nevhodné nebo nedostatečné oblékání dítěte, zanedbávání dozoru a ochrany dítěte před nepříznivými či rizikovými vlivy, nezajišťováním potřebné lékařské péče, ale též nedostatečně podnětné výchovné působení na dítě, které může vést k závažným následkům v oblasti kognitivního či sociálního vývoje dítěte (Pešová a Šamalík, 2006).

### **1.2.5 Zvláštní (neobvyklé) formy syndromu CAN**

Münchhausenův syndrom by proxy (v zastoupení) je považován za zvláštní formu syndromu CAN – převážně fyzického rázu. Jedná se o situaci, kdy za dítě jedná jeho pečovatel a profituje na výhodách, které pro ně získá např. lítost okolí, sociální dávky (Drbohlav, 2013). Ve většině případů tímto pečovatelem byla matka (Healthwise, 2019). Pečovatel předstírá nemoc svého dítěte a zároveň u něj vyvolává falešné příznaky nemoci (Pugnerová a Kvintová, 2016). Příznaky nemoci pečovatel vyvolává fyzickým poškozováním dítěte nebo pozměňováním výsledky testů (Healthwise, 2019). Mnohdy se jedná o pečovatele, který má lékařské znalosti či dovednosti (Pugnerová a Kvintová, 2016). Tento syndrom těžce postihuje děti a až v jedné pětině případů končí fatálně, nejčastěji zadušením (Pugnerová a Kvintová, 2016). Münchhausenův syndrom by proxy lze prokázat zamezením bezprostředního kontaktu mezi dítětem a rodičem např. hospitalizací dítěte bez rodiče (Dunovský et al, 1995).

Systémové týrání (též sekundární viktimizace) je způsobeno systémem, který byl založen pro pomoc a ochranu dětí a jejich rodin (Sedlářová et al., 2008). Jedná se o sekundární zraňování a vystavování dítěte nadbytečné psychické zátěži pro vyšetřování syndromu CAN (Kukla et. al., 2016). Dítě se tak stává jak obětí trestného činu, tak i obětí vyšetřování (Vaničková, 2009). Řadíme sem situace, kdy je dítěti upřeno právo na informace, právo být slyšeno, dítě je vystavováno zbytečným a opakovaným vyšetřením různými odborníky, dítě je neprávem odděleno od rodičů. Taktéž se může jednat o úzkost vyvolanou protahovaným soudním slyšením apod. (Pugnerová a Kvintová, 2016). Systémové násilí může být *spuštěné v kterékoli fázi detekce, identifikace, intervence, terapie a reintegrace*

*nepřiměřenou sociální komunikací odborníka, deficitem etického přístupu, nevhodně zvoleným či nedostatečným terapeutickým procesem [...] zásad a principů práce s ohroženým dítětem* (Vaničková, 2009, s. 14).

Rituální zneužívání můžeme definovat jako takové zacházení s dětmi, které se uskutečňuje v souvislosti s náboženskými, magickými nebo nadpřirozenými jevy. Takové zacházení s dětmi bývá často součástí organizovaného společenství např. speciální tetování, kříž na zádech, mutilace (zmrzačení či znetvoření určité části těla, uskutečňují se k označení příslušnosti jednotlivce ke společenství) atd. (Kukla et. al., 2016). Společné pro všechny společenství, které provádí rituální zneužívání, je vykonávání rituálu vyžadující nějakou oběť (ať již skutečnou či fingovanou – krev, mučení, sexuální manipulaci, smrt atd.). Obětí rituálu se tak často stává dítě, protože se neumí ještě hájit (Pugnerová a Kvintová, 2016).

Dále Kukla et al. (2016) zmiňuje novou zvláštní formu syndromu CAN ve vztahu k informačním technologiím: kyberšikanu (Kukla et al., 2016). Kyberšikana je šikana skrze elektronická média jako internet, mobilní telefony apod., a která je zaměřena na záměrné poškození uživatele těchto médií. Můžeme říci, že kyberšikana je vlastně „rozšířením“ šikany tradiční (Černá et al., 2013). Společným rysem těchto šikan je opakovanost, záměrné agresivní chování vůči oběti, mocenská nerovnováha oběť– útočník, oběť toto jednání vnímá jako nepříjemné až ubližující (Černá et. al, 2013). Formy kyberšikany jsou následující: posílání urážlivých e-mailů, sms zpráv, pronásledování na internetových fórech a facebooku, zveřejňování nahrávek videí tradiční šikany a jejich šíření, zveřejňování intimních fotografií, zakládání falešných účtů na seznámení apod. (Kukla et al., 2016).

### ***1.3 Rizikové faktory syndromu CAN***

Následující kapitola je věnována rizikovým faktorům syndromu CAN. Rizika mohou existovat na straně dítěte, rodiče či osoby, která dítěti ublíží, nebo v samotné situaci (Dunovský et al., 1995). Můžeme říci, že téma rizik syndromu CAN je mnohem širší a zahrnuje i celospolečenský kontext, kulturní rovinu apod. Zejména při mezioborové spolupráci nebo řešení případu je tak zapotřebí si nejprve ujasnit, co je tímto termínem míněno (Marvánová Vargová, 2014).

Navíc neplatí, že přítomnost rizika nutně značí, že k ubližování dítěti bude docházet. Řada rodičů, u nichž jsou přítomny četné rizikové faktory, se nikdy nevhodného, natož násilného

chování vůči svému nebo jinému dítěti nedopustí. Vždy také platí, že vývoj každého jedince je specifický a stejné výchovné přístupy rodičů se mohou projevit na chování každého dítěte odlišně (Smith a Fong, 2004).

Mezi rizika vzniku syndromu CAN ze strany rodičů řadíme psychopatii rodičů, přičemž riziková jsou zejména rodiče agresivní či osobnostně nezralí. Dále se jedná o osoby duševně nemocné, frustrované či nacházející se v nepříznivé životní situaci, závislé na návykových látkách, jedince vyznávající jiný životní styl či rodiče mladé (Slaný, 2008). Hoferková a Švrčinová (2009) uvádějí také jedince somaticky nemocné nebo tělesné postižené, pocházející z rozvedené a dysfunkční rodiny a též pochopitelně i osoby, které mají syndrom CAN v osobní anamnéze.

Nicméně rizika závisí i na formě CAN. V případě zanedbávání mohou být tato rizika ze strany rodičů mnohem širší a souviset mohou i s nízkým uvědoměním rodičů, na které bývá nahlíženo jako na jednu z forem zanedbávání dítěte. Jako příklad nízkého uvědomění rodičů zde můžeme uvést odmítání povinného očkování dítěte (Slaný, 2008). K dalším rizikovým situacím můžeme přiřadit např. i mnoho dětí v rodině, rodina s přijatým dítětem (formou osvojení či pěstounství), situace rodiny izolované (Hoferková a Švrčinová, 2009). Specifický případ představují migranti, kdy je dítěte zanedbáváno v důsledku nepříznivé sociální situace, v níž se dítě ocitá (Slaný, 2008). Podobně se lze setkat se zanedbáváním dítěte i v rámci různých etnik, nicméně zde je opět zapotřebí dostatečně zohlednit kulturní a situační kontext (Dunovský et al. 1995). V současné době bývá častou příčinou zanedbávání dítěte workoholismus rodičů (Slaný, 2008).

#### ***1.4 Následky syndromu CAN***

Kapitola popisuje, jaký dopad má na dítě syndrom CAN. Jedná se o následky, které mohou být svou povahou mimořádně závažné a často i celoživotní. Pro jednotlivé formy syndromu CAN jsou specifické odlišné následky. Nicméně společným jmenovatelem všech forem bývá posttraumatická stresová porucha.

*Dnes je jednoznačně prokázáno, že všechny formy násilí mají na zdravotní stav dítěte, jeho osobnost a rozvoj schopností hluboký a celoživotní vliv (Truelová et al., 2016, s. 7). Každá forma syndromu CAN může dítětě poznamenat posttraumatickou stresovou poruchou (Pešová a Šamalík, 2006). Až do 80. let bylo rozšířené přesvědčení, že děti mají přechodné posttraumatické stresové reakce při čelení traumatické události a taktéž se předpokládalo,*

že snadno zapomenou na trauma (Damian et al., 2011). U dětí se opakovaně objevují vzpomínky na událost, vyhýbají se činností a situacím, které trauma připomínají, přítomna může být emoční plochosť. Prožité události se dětem vrací ve snech, dítě může na tuto zkušenost reagovat depersonalizací či derealizací. Objevují se úlekové reakce, agresivní jednání, nebo naopak stažení ze sociálního světa. Přítomny bývají také poruchy spánku, zvýšená dráždivost, poruchy koncentrace. Dostavuje se deprese, somatické obtíže (bolesti hlavy, břicha). Na událost nelze zapomenout. Dítě se s ní může pouze vyrovnat, a to více či méně úspěšně (Toužimská, 2009). Jako značně problematický se jeví vliv na další vývoj dítěte, kdy se jedná především o narušené sebevědomí a neadekvátní podmínky pro utváření vhodného sebepojetí, ale též např. morálky. Děti mívají problém s důvěrou v druhé lidi, mohou ztrácet schopnost milovat. Následky jsou spojeny i se školní oblastí, a to jak v rovině chování, tak i v souvislosti se školním úspěchem a zvládnutím školních úkolů (Pešová a Šamalík, 2006).

Následky syndromu CAN se projevují snížením citového prožívání, děti nedokážou správně vyhodnotit běžné projevy lidí, mají malou sebedůvěru atd. Děti se syndromem CAN se projevují pasivně, apaticky nebo naopak se mohou chovat neklidně až hyperaktivně (Kajanová, 2014). V případě fyzického týrání je nutné zmínit také následky zdravotní. Poranění hlavy ohrožuje dítě na životě a bývá spojeno s trvalými následky. U popálenin, jejichž rozsah je vyšší než 40 % povrchu celého těla, hrozí smrt dítěte. Při SBS může nastat závažné až smrtelné poškození krční páteře, míchy, nastat může intrakraniální krvácení, krvácení do očních bulbů. Zdravotní následky doprovází i zanedbávání dítěte, např. v souvislosti s nedostatečnou výživou dítěte (Slaný, 2008). Následky sexuálního zneužívání jsou patrné v chování a psychickém stavu. Charakteristická je internalizace (vnitřní osvojení) problémů. Důsledkem je úzkost, deprese, negativní sebepojetí, poruchy spánku či příjmu potravy, pocity studu a viny, somatické obtíže (bolesti hlavy, břicha), sebepoškozování, sebevražedné jednání atd. (Dunovský et al., 1995) U dětí se objevuje zvýšená agrese, opoziční chování, nevhodné sexuální chování, hyperaktivita, zhoršen je školní prospěch. Až třetina dětí, která zažila sexuální zneužívání, splňuje kritéria pro posttraumatickou stresovou poruchu (Springer a Misurell, 2015).

Následky syndromu CAN se týkají nejen dítěte, ale i celé rodiny (Pešová a Šamalík, 2006). Co se týče následků pro rodinu, v závažných případech bývá dítě odebráno z rodiny a umístěno např. do ústavní péče, péče pěstounské. Žádoucí je ovšem pracovat s rodinou,

tedy zvolit např. sanaci rodiny. Rodina se může zúčastňovat rodinné terapie, často bývá nutný dohled. Při odebrání dítěte z rodiny trpí též dítě. Zejména je-li umístěno do ústavní péče, v níž může větší či menší měrou strádat. Především však vyrůstání v ústavní péče snižuje možnost úspěšného uplatnění jedince ve společnosti. Ve vyšší míře jsou též u osob, které prožily v dětství ústavní péče, přítomny sociálně patologické jevy, jakými jsou kriminalita, bezdomovectví, užívání návykových látek (Langmeier a Krejčířová, 2006).

Můžeme tedy říci, že následky jsou dány jak formou CAN, tak i intenzitou a frekvencí nevhodného zacházení s dítětem. Nutné je též eliminovat riziko sekundární viktimizace a reviktimizace (Langmeier a Krejčířová, 2006). Dle Čírtkové et al. (2017) roste riziko znovu se stát obětí trestného činu s každou viktimizací.

### ***1.5 Detekce syndromu CAN***

Následující kapitola stručně popisuje rozpoznání syndromu CAN, jeho potvrzení i další postup týkající se evidence případů syndromu CAN. Uvedeny jsou možnosti diagnostiky a způsoby, jakým jsou podezření na syndrom CAN potvrzovány.

Za účelem sjednocení postupu pro detekci syndromu CAN byl vypracován „Postup lékařů primární péče při podezření ze syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte“ uveřejněném ve Věstníku MZ (Věstník MZ č. 3/2008). Tento postup zahrnuje multioborovou spolupráci: lékařů, sester, sociálních pracovníků, psychologů, pedagogů, vyšetřovatelů policie ČR, samosprávných orgánů, soudních znalců a právníků.

V textu je pozornost věnována detekci syndromu CAN ze strany odborníků. Dle Truellové et al. (2016, s. 38) *jedním z problémů včasné detekce dětí ohrožených násilím je odlišná citlivost a respekt různých definic sy CAN různými obory a odborníky*. Autoři tedy apelují na zdravotníky, aby znali definici syndromu CAN, kterou vypracovala zdravotnická komise Rady Evropy (Truellová et al., 2016). Nicméně jak uvádějí Pemová a Ptáček (2012), klíčové je, aby s touto problematikou byla dobře seznámena i laická veřejnost. Ta by měla být schopná nejen rozpoznat rizikové projevy, které svědčí pro možnost CAN, ale měla být též být dobře obeznámena s tím, jak v případě podezření postupovat. Přístup veřejnosti k tomuto tématu, tedy i ochraně dětí, je základem toho, jak efektivní následně jsou relevantní orgány a instituce, zejména OSPOD (Pemová a Ptáček 2012).



### 1.5.1 Hlášení

Legislativně je ukotvena i ohlašovací povinnost. Povinnost hlášení syndromu CAN je stanovena v zákoně č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí.

Ze zákona (§ 7) má každý občan obecnou oznamovací povinnost. To znamená, že osoba, která zaujme podezření na týrání, zanedbávání či zneužívání dítěte, musí tuto skutečnost nahlásit, a to OSPOD dle místa trvalého bydliště dítěte nebo Policii České republiky. Dále zákon (§8) upravuje právo dítěte vyhledat pomoc pracovníků OSPOD i bez vědomí rodičů. Oznámení může být provedeno i anonymně. V souladu s §10 jsou poskytovatelé zdravotních služeb (pozn. ale též školy, školská zařízení, další zařízení určená pro děti) povinni oznámit na OSPOD skutečnosti, které nasvědčují již pouhé podezření na syndrom CAN. Primární je případ nahlásit, a to i při podezření. Není tedy nutné nejprve nashromáždit potřebné důkazy, neboť to je již v kompetenci vyšetřovatelů (Weiss et al., 2005).

Dále je oznamovací povinnost poskytovatele služeb vymezena dle § 45 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). V souladu s § 28 stejného zákona je jedním z práv nezletilého pacienta odmítnutí účasti týrající osoby při poskytování zdravotních služeb. Zároveň platí dle § 35, že poskytovatel zdravotních služeb může zabránit přítomnosti týrající osoby, jestliže má podezření, že je dítě týráno. Dále § 38 zmiňuje možnost hospitalizace dítěte bez souhlasu zákonného zástupce, pokud poskytovatel zdravotních služeb vysloví podezření na syndrom CAN. V § 32 zákon zmiňuje možnost, kdy poskytovatel zdravotních služeb může v nezbytném rozsahu zadržet informace o zdravotním stavu dítěte osobě, která je podezřelá z týrání dítěte a lze se domnívat, že poskytnutím této informace by mohlo dojít k ohrožení dítěte. Zároveň dle § 67 může poskytovatel zdravotních služeb omezit této osobě přístup ke zdravotní dokumentaci dítěte.

Oznamovací povinnost je rovněž ustanovena v zákoně č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. V něm nalezneme § 367 a § 368, které vymezují situace, kdy nepřekážení trestného činu (tedy nezamezení trestného činu ve smyslu týrání svěřené osoby) či jeho neoznámení se sami dopouštíme trestného činu.

Jak doplňuje Dunovský (2005), evidence je významná, nicméně ze získaných dat nelze usuzovat na skutečný výskyt syndromu CAN v populaci, což je dáno skutečností, že ne všechny případy jsou odhaleny nebo nahlášený. Statistikou syndromu CAN v ČR se

zabýváme v kapitole 4 Výsledky, kde jsou shrnuta data z Ministerstva práce a sociálních věcí (dále jen MPSV) za období 2008–2018.

### 1.5.2 Diagnostika

Diagnostika syndromu CAN je značně společensky a právně problematická záležitost, jde o složitý proces. Zpravidla vyžaduje dlouhodobé pozorování a zkušenosti v této problematice. Neboť dítě samotné může zapírat, nekomunikovat, projevovat vůči rodičům patologicky vstřícný vztah – to jsou situace, které usvědčení z týrání komplikuje (Sedláková et al., 2010). Dosud neexistuje jednoznačná predikce syndromu CAN, nicméně při dobrých znalostech společenské situace, sociálního prostředí dítěte a z aktuálního zdravotního a psychického vývoje dítěte lze vyslovit poměrně jednoznačné podezření na syndrom CAN (Truelová et al., 2016). Autoři dále uvádějí, že *při poskytování zdravotních služeb dítěti je třeba v rámci diferenciální diagnostiky vždy pomýšlet na možnost sy CAN. Čím nižší je věk dítěte se zdravotními problémy, tím větší je pravděpodobnost sy CAN* (Truelová et al., 2016, s. 14).

V rámci diagnostiky jsou získávány všechny relevantní údaje, a to z různých zdrojů. Údaje se týkají stavu a vývoje dítěte, jeho rodiny a prostředí, ve kterém dítě žije. Probíhá rozhovor s rodiči dítěte, s dítětem samotným, pakliže je to možné s ohledem na věk dítěte a jeho aktuální psychický a zdravotní stav. Důležitým zdrojem informací je lékařská a ošetrovatelská dokumentace či dokumentace jiných odborníků, kteří se na řešení případu podílejí či mohli získat již v minulosti podezření na ubližování dítěti. Taktéž jsou získávány dostupné informace od institucí, s nimiž dítě přišlo do kontaktu a od nichž lze získat informace důležité pro posouzení situace dítěte (Weiss et al., 2005).

V případě pouhého podezření je dítě hospitalizováno na dětském oddělení příslušné nemocnice (Biskup, 2001). V situaci reálného nebezpečí (např. dalšího agresivního chování doprovodu vůči dítěti) lékař zajistí převoz dítěte za doprovodu Policie ČR (Poskočilová a Petr, 2009).

Soudní lékařství může být využito pouze v případě forem syndromu CAN, které zanechávají na dítěti jasné fyzické změny. Zdravotníci by proto měli vždy zbystřit, pakliže je vysvětlení zranění dítěte v rozporu s tím, jak k němu mohlo skutečně dojít, vodítkem je též pozdní oznámení zranění či dalších obtíží dítěte (Hirt et al., 2016).

### **1.5.3 Potvrzení/vyloučení**

Diagnóza může být stanovena až na základě rozhodnutí multidisciplinárního týmu odborníků dětského oddělení nemocnice nebo zvláštního dětského zařízení (Biskup, 2001).

Diagnostický postup v lékařství je posílen o další vyšetření, kdy důležitou roli mají např. psychologové. Významné je též vyšetření ze strany OSPOD a pochopitelně též vyšetřování Policie ČR (Kukla et al., 2016).

Diagnostický proces trvá velmi dlouho. Objevují se různá zjištění, která jsou potvrzována či vyloučena. Důležitá je pečlivost a objektivita. Objevují i falešná obvinění, nejčastěji v rámci rodičovských sporů (Škodáček, 2015). V takovém případě dochází k psychiatrickému a psychologickému vyšetření obviněného nebo podezřelého, pochopitelně vyšetřováno bývá i dítě a další osoby (Škodáček, 2015). Bechyňová (2007) se též zabývá problematikou falešných obvinění a upozorňuje na to, že i děti samy mohou být autory falešných obvinění. Jednat se může o volání o pomoc, kdy dítě nedokáže jiným způsobem vyjádřit svoji nepříznivou situaci (např. velké neshody s novým partnerem jednoho z rodičů). Zároveň se však lze i setkat s falešným popřením skutečně existujícího případu CAN, a to jak ze strany dítěte, tak i ze strany rodiče (Bechyňová, 2007).

### ***1.6 Ošetřovatelská péče o dítě se syndromem CAN***

Základním předpokladem pro efektivní řešení syndromu CAN je spolupráce multidisciplinárního týmu. Členové týmu poté hledají celkové řešení případu na všech jeho úrovních (Sedláková et al., 2010). Nezastupitelnou roli v činnosti toto týmu hraje sestra, a právě sestře se bude věnovat následující kapitola. Kapitola popisuje specifika týkající se ošetřovatelské péče u dítěte se syndromem CAN. Dále se text věnuje práci sestry v ošetřovatelském procesu u dítěte se syndromem CAN.

Sestra je zpravidla osobou, která se dostane jako první do kontaktu s dítětem a jeho rodiči ve zdravotnickém zařízení (Sikorová, 2012). A proto musí mít sestra na paměti určitá specifika týkající se ošetřovatelské péče u dítěte se syndromem CAN: vést vyšetření v klidném a přátelském prostředí, nevracet se opakovaně k výpovědím o traumatickém zážitku (Sedláková et al., 2010). V jednání s dítětem i rodinou vystupovat profesionálně, tedy jednat věcně, bez předčasného podezírání či dokonce útoků na osobu, která dítě doprovází. Cílem by mělo být navázání co nejužšího kontaktu, aby sestra mohla získat co nejvíce relevantních informací (Poskočilová a Petr, 2009).

Profesionální přístup sestry a zaměření na vybudování důvěryhodného vztahu s rodiči jsou způsobem, jak ve výsledku pomoci dítěti. Zejména pokud jsou rodiče podezřelí, lze očekávat, že budou vše popírat. Tímto způsobem však může sestra získat rodiče ke spolupráci, ať již v rámci řešení případu, tak i posléze, když je pracováno s rodiči, kteří tak mohou v mnohem menší míře zaujímat obranný postoj vůči nabízené pomoci či realizované intervenci (James et al., 2013). Důležitá je taktéž snaha zabránit konfrontačnímu pohovoru s doprovodem dítěte. I sestra může způsobit viktimizaci dítěte, tedy je nutné postupovat velmi citlivě (Poskočilová a Petr, 2009). Zároveň by sestra měla s dítětem hovořit tak, aby dítě nenabylo dojmu, že je od něj očekáváno určité chování. To se týká např. návodných otázek či vědomých nebo nevědomých hodnocení odpovědí dítěte, ve smyslu projevů sestry, jaká odpověď je správná (Pillitteri, 2010).

### **1.6.1 Ošetřovatelský proces**

Ošetřovatelský proces umožňuje sestrám organizovaně a systematicky přistupovat k dítěti a jeho doprovodu. Ošetřovatelský proces má celkem pět fází: posouzení, diagnostika, plánování, realizace a hodnocení (Sedlářová et al., 2008).

1) Posuzování dítěte: V první fázi ošetřovatelského procesu sestra posuzuje dítě, tak při prvním kontaktu s dítětem a jeho doprovodem. Sestra začíná sbírat anamnestická data, ověřuje a třídí údaje o zdravotním stavu dítěte. Zaměřuje se nejen na dítě, ale též na rodiče a prostředí, ve kterém dítě žije. Důležité je taktéž posouzení vývojových potřeb dítěte (Sedlářová et al., 2008). Posuzování dítěte probíhá během celého ošetřovatelského procesu (Sikorová, 2011). Zdroje dat pro posouzení jsou: dítě, rodiče, ev. doprovod, zdravotníci, zdravotnické záznamy (např. ošetřovatelská překládová zpráva, lékařská překládová zpráva), výsledky vyšetření (např. nutriční skóre, výška, váha, BMI), literatura (např. odborné časopisy, metodické pokyny, standardy, hodnotící škály) (Sedlářová et al., 2008). Údaje shromažďuje na základě pozorování, vedení rozhovoru a fyzikálního vyšetření. Pozorováním sestra sleduje chování dítěte, sleduje projevy možných klinických příznaků u dítěte (hematomy, bolest, namáhavé dýchání apod.), při vyšetřování též monitoruje ohrožení bezpečnosti dítěte (Sedlářová et al., 2008). Taktéž jsou cenné poznatky z pozorování kontaktu mezi dítětem a rodičem, případně doprovodem (Sedlářová et al., 2010). Skrze strukturovaný rozhovor sestra zjišťuje potřebné informace, bere v úvahu jak subjektivní, tak objektivní data (Sikorová, 2011). Ne vždy je rozhovor zcela dostačující zdroj informací. Především u malých dětí je vhodné zvolit model panenky, na které může

dítě snadněji interpretovat oblast a metodu ublížení (Sedláková et al., 2010). Tyto panenky využívané k účelům vyšetřování jsou specifické tím, že jsou zcela anatomické, tj. mají genitálie a otvory, které se na lidském těle běžně vyskytují: ústa, anus, vaginu u panenky znázorňující maminku či holčičku, obdobně penis u panenky dospělého muže a chlapce (Hanušová, 2006). Volit však lze i jiné metody, s jejichž pomocí dítě snadněji vysvětlí, jakým způsobem mu bylo ublíženo např. skrze modelovací hmotu, kresbu, využívat lze loutky, asociace pohádkou apod. (Weiss et al., 2010). Klíčem k proniknutí do světa dětské omezené slovní zásoby, jsou skrze demonstrační pomůcky. To znamená, že necháme dítě ukázat např. na modelu panenky, co se mu přihodilo. Pro děti může být jednodušším způsobem událost ukázat, než o ní hovořit (Hanušová, 2006). Celková prohlídka dítěte v rámci fyzikálního vyšetření objektivizuje sestře informace o dítěti a jeho aktuálním stavu. (Sikorová, 2011). Neboť subjektivní informace od rodičů mají zpravidla malou výpovědní hodnotu (Sedláková et al., 2010).

Velmi důležité je vést co nejpodrobněji dokumentaci. Dokumentace může obsahovat i fotografie, což je cenný materiál při případném vyšetřování případu (Sedlářová et al., 2008). Není-li možná fotodokumentace, je zapotřebí, aby byly co nejpřesněji popsány projevy ublížení dítěti. Zaznamenána by měla být přesná lokalizace, barva, velikost zranění (modřiny apod.), užitečné je zaznamenávat projevy fyzického týrání do nákresu tělesného schématu (Hockenberry a Wilson, 2013). V dokumentaci musí být zaznamenáno, kdy byl zápis pořízen, kdo jej provedl, opravy se stvrzují podpisem (Sedlářová et al., 2008).

Jak poznamenává Sedláková et al. (2010, s. 21) *nesrovnalosti mezi anamnézou a klinickým nálezem jen utvrzují v podezření z nenáhodného, úmyslného nebo nedbalostního poškození zdraví dítěte.*

2) Diagnostika: Ve druhé fázi ošetrovatelského procesu sestra provádí ošetrovatelskou diagnostiku. *Ošetrovatelská diagnóza je klinickým posouzením lidské reakce na zdravotní problémy/ životní procesy nebo náchylnost k takové reakci jedince, rodiny, skupiny nebo komunity. [...] Ošetrovatelská diagnóza poskytuje základ pro výběr ošetrovatelských intervencí k dosažení výsledků, za které je sestra zodpovědná* (Nanda International, 2015, s. 97). Analýzou výsledků získaných v první fázi ošetrovatelského procesu sestra stanovuje u dítěte aktuální a potencionální diagnózy (Sedlářová et al., 2008). Ošetrovatelská diagnostika se neustále vyvíjí, v současnosti probíhá dle taxonomie NANDA-I (Kudlová, 2016). Aktuální diagnózy v souvislosti se syndromem CAN jsou například: porušená kožní

integrita – 00046, zhoršená verbální komunikace – 00051, akutní bolest – 00132, tichá reakce traumatického syndromu po znásilnění – akutní fáze – 00144, strach – 00148. Jako potencionální diagnózy můžeme označit: riziko sociální izolace – 00053, riziko porušeného spánku – 00095, riziko porušeného obrazu těla – 00118, riziko situačně snížené sebeúcty – 00120, riziko porušené osobní identity – 00121, riziko traumatického syndromu po znásilnění – postakutní a chronická fáze – 00142 (Nanda International, 2015).

3) Plánování: Ve třetí fázi ošetřovatelského procesu sestra plánuje ošetřovatelskou péči, stanovuje cíle a měřitelná kritéria (jako různé hodnotící škály např. škály bolesti apod.), (Sedlářová et al., 2008). Priority se mění v závislosti na další poskytované péči. Pochopitelně plán ošetřovatelské péče musí být v souladu s dalšími postupy odborníků (Sedlářová et al., 2008). V této fázi je taktéž prostor na zapojení rodiny dítěte, na edukaci v rámci plnění funkcí rodiny (Sikorová, 2011). Plán péče zároveň vychází z přání dítěte a jeho rodiny (Sikorová, 2011).

4) Realizace: Ve čtvrté fázi ošetřovatelského procesu sestra začíná realizovat intervence, které si naplánovala v předchozích krocích ošetřovatelského procesu (Sikorová, 2011). Veškeré naplánované činnosti se musí objevit v dokumentaci. Na základě hodnocení je další postup modifikován, přičemž hodnocení poskytované ošetřovatelské péče je prováděno průběžně v rámci celého procesu (Sedlářová et al., 2008). Sestra dbá uspokojení všech fyziologických, psychických, vývojových a sociálních potřeb dítěte (Sikorová, 2012).

5) Hodnocení: Pátou a nezbytnou fází ošetřovatelského procesu je hodnocení. V této fázi sestra porovnává ošetřovatelský plán s vlastní realizací ošetřovatelské péče. Hodnocení je velmi důležitou částí, protože umožňuje ošetřovatelské intervence ukončit, pozměnit nebo ukončit (Sedlářová et al., 2008).

### ***1.7 Role sestry v prevenci syndromu CAN***

Prevenci dělíme na primární, sekundární a terciární. Primární prevence spočívá v předcházení problémů ještě předtím, než vzniknou. Sekundární prevence začíná až po vzniku problémů, ovšem ještě předtím, než způsobily vážné poškození. Terciární prevence je realizována již v době, kdy problém nastal, působí na jedince či jeho okolí negativně.

Cílem terciární prevence je zmírnit již vzniklé následky a předejít dalším škodám (Velikovská, 2016).

Dále v textu je přiblížena role sestry v oblasti prevence syndromu CAN. Přiblíženy jsou možnosti preventivního působení sestry v primární, sekundární i terciární oblasti. Je však zřejmé, že sestra jedná ve spolupráci s lékařem či dalšími odborníky. Tedy její kompetence a možnosti intervencí se mohou lišit v závislosti na tom, v jakém prostředí se sestra ocitá, zda je členem širšího týmu, který se na problematiku syndromu CAN soustředí. V textu je vycházeno z předpokladu, že sestra působí v ordinaci pediatra nebo ve zdravotnickém zařízení, do kterého je dítě pro podezření ze syndromu CAN přijato.

### **1.7.1 Sestra v primární prevenci**

Pediatrické ošetřovatelství se v rámci primární prevence soustředí až v 85 % na zdravé dítě. Péče není zaměřena orgánově, ale celostně. Pozornost je věnována především zabezpečení zdravého fyziologického vývoje dítěte, plynulé péči (Klíma et al., 2016). Sestra nepůsobí pouze v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost (dále jen PLDD), sestry v případě potřeby kooperují se školními zařízeními. Role sestry se pojí i s metodikou výchovné péče o dítě na lůžkových odděleních. Vzhledem ke svému znalostem může být dětská sestra značně nápomocná rodičům dětí v různých oblastech výchovy a péče o dítě (Sikorová, 2011). Klíma et al. (2016, s. 21) dále uvádí: *Dětská sestra také často mnohem lépe dokáže odhadnout společenskou a hygienickou úroveň rodiny, schopnost matky správně se o dítě postarat, schopnost rodiny poskytnout dítěti jistoty, zázemí, citové vazby nezbytné pro jeho zdárný vývoj.*

Posuzování dítěte v jeho přirozeném prostředí má nezastupitelný význam. Vyhláška č. 252/2019 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů, smí dětská sestra bez odborného dohledu a indikace lékaře vykonávat návštěvní službu. Nicméně dle Sikorové (2012) dětské sestry v praxi využívají návštěvních služeb jen minimálně. Můžeme spekulovat, zda jedním z důvodů může být dosud nevypracovaný standardizovaný postup těchto návštěv či jistá nedůvěřivost a uzavřenost rodin před takovýmto zásahem do osobního prostoru sestrou (Sikorová, 2012). V rodinném prostředí má možnost sestra hodnotit uspokojování potřeb dítěte. Vyhodnocuje saturaci fyziologických, psychosociálních (potřeba sounáležitosti a lásky, uznání a sebeúcty, učení a stimulů), duchovních potřeb (Sikorová, 2012).

Pozornost sestry by se měla v rámci primární prevence soustředit zejména na edukaci. Edukace by měla být zaměřena nejen na rodiče či další blízké osoby dítěte, ale též by měla zahrnovat učitele či další odborníky, s nimiž sestra spolupracuje a kteří se mohou setkat s týráním, zanedbáváním či sexuálním zneužíváním dítěte. V některých zemích bývá běžné, že sestry působí i na školách nebo jsou značně angažované v rámci komunitní práce (Giardino a Ferrella, 2019). Sestra předává rodičům cenné informace, nabízí vzdělávací materiály, čímž snižuje riziko syndromu CAN. Snahou je zdokonalit rodičovské dovednosti, podpořit zdravý vývoj dítěte (Paxson a Haskins, 2009). Edukace by také měla zahrnovat předávání kontaktů na instituce či organizace, které mohou být rodině nápomocné v případě různých obtíží a vhodné je též podporovat u rodičů větší zapojení do místní komunity či udržování vztahů s osobami, které mohou rodičům poskytnout podporu a pomoc v případě různých problémů, případně zavčas odhalit, že dítě v rodině neprospívá, či je mu dokonce záměrně ubližováno (Giardino a Ferrella (2019). Role sestry v primární prevenci je v posilování vztahu rodič – dítě (Hanušová, 2016).

Sestra v rámci primární prevence detekuje možné ohrožení dítěte syndromem CAN. Neměly by nastávat případy, kdy sestra není dostatečně seznámena s právní úpravou tohoto jevu, stejně tak by měla být sestra dobře obeznámena s tím, jak se syndrom CAN projevuje, jaká jsou jeho specifika (Giardino, Ferrell 2019).

### **1.7.2 Sestra v sekundární prevenci**

Sekundární prevence má za cíl především zachytit včas onemocnění. Jinými slovy jde o snahu vyhledat možné zdravotní i sociální problémy v bezpříznakové fázi nebo odhalit již počínající problém (Kukla et. al., 2016). Sekundární prevence u syndromu CAN spočívá ve vyhledávání příznaků, které jsou pro CAN charakteristické. Jedná se zejména o tělesnou zanedbanost, nepravidelně rozmístěné modřiny po těle, navíc v různých stádiích hojení. K dalším typickým příznakům syndromu CAN patří otoky měkkých částí těla, odřeniny kůže, zlomeniny dlouhých kostí končetin, více zlomenin v různých stádiích hojení, zlomeniny žeber v blízkosti páteře (Machová et al. 2015).

Sestra by si však měla všimnout i méně zřejmých a charakteristických příznaků syndromu CAN. Mnohdy je cenné dát i na vlastní intuici, která by následně měla být podpořena cíleným a systematickým zhodnocením situace dítěte a jeho rodiny (Pešová a Šamalík, 2006). K týraným a zneužívaným dětem je důležité přistupovat velmi citlivě. Některé podoby týraní a zneužívání nemusí být zcela zjevné, proto bychom měli dítěti poskytnout



především pocit jistoty při svěřování svého problému sestře. (Holá et al., 2016). Děti, které jsou týrané, zanedbávané nebo zneužívané, se často od svých vrstevníků liší v tom, jak se chovají, oblékají apod. V základní rovině se lze setkat s dvěma typickými projevy, kterými jsou buď výrazné stažení se do sebe, nebo naopak provokující, nevhodné, agresivní či jinak výrazné chování. Mnohdy jsou však tyto projevy přehlíženy (Pešová a Šamalík, 2006). Holá et al. (2016) upozorňuje na problematiku uzavírání se do svého nitra s následnou izolací od okolí, které stěžuje pomoc okolí.

K prvním krokům, které by sestra měla učinit, pakliže se setká např. v ordinaci pediatra s dítětem, u kterého má podezření na syndrom CAN, patří pečlivé vyšetření a též optimální provedení záznamu. Nutností je též, aby se sestra řídila základními pravidly poskytování krizové intervence, neboť může být osobou, která jako první zaujme podezření, začne případ řešit, na což může dítě reagovat různými způsoby (Holá et al., 2016). PLDD ve spolupráci s dětskou sestrou v možných případech ohrožení: *vývoje, zdraví nebo i života dítěte při selhání funkce rodiny (ve spolupráci s orgány sociální péče, což je zejména odbor sociálně-právní ochrany dítěte = OSPOD a místně příslušný soud) pomáhá dítěti zajistit náhradní péči* (Klíma et al., 2016, s. 22).

Sestra by se také měla vyvarovat toho, aby dítě nevystrašila, neposilovala jeho trauma např. tím, že označí situaci za strašnou, nezvladatelnou apod. (Holá et al., 2016).

### **1.7.3 Sestra v terciární prevenci**

Jestliže již bylo odhaleno týrání, zanedbávání nebo zneužívání dítěte, poskytovatelé zdravotních služeb musí v souladu s vyhláškou č. 318/2016, kterou se mění vyhláška č. 39/2012 Sb., o dispenzární péči, provádět dispenzární prohlídky, a to minimálně jednou ročně. Do oblasti dispenzární péče patří i děti ohrožené sociálním prostředím a děti týrané, zanedbávané či sexuálně zneužívané. Dle Truellové et al. (2016) si sestra musí být vědoma skutečnosti, že rodiče, kteří se takto nevhodně ke svým dětem chovají, často mění registrujícího lékaře. Není tedy vhodné upozorňovat rodiče na nutnost dispenzárních prohlídek, zejména u mladších dětí většinou postačí apelovat na nutnost absolvování povinných lékařských prohlídek a očkování, neboť návštěvy u lékaře jsou v tomto období (tj. do 18 měsíců dítěte) časté. U starších dětí je vhodné volit pravidelné zvaní na kontrolní prohlídky, a to za jiným účelem, kterým může být sledování růstové křivky, krevního tlaku apod. V rámci těchto návštěv si pak sestra společně s lékařem všímá změn, které nastaly od posledního vyšetření (Truellová et al., 2016).

Z dlouhodobého hlediska zahrnuje terciární prevence resocializaci dítěte a jeho rodiny za účasti multidisciplinárního týmu (Biskup, 2001). V ordinaci PLDD je vycházeno v rámci terapie, která je hlavní náplní terciární prevence, z doporučení odborných ambulancí a též je nutné zohlednit sociální status dítěte (Poskočilová a Petr, 2009).

### ***1.8 Organizace zaměřené na pomoc a podporu ohroženým dětem***

Následující kapitola shrnuje organizace zabývající se pomocí dětem se syndromem CAN. Pro jednotlivé organizace je společná jednak tematika syndromu CAN, jednak celorepubliková působnost s dlouholetou tradicí.

Fond ohrožených dětí (dále jen FOD) vznikl 1990 z iniciativy pěstounů a osvojitelů. FOD pomáhá ohroženým dětem syndromem CAN, rovněž pomáhá opuštěným nebo jinak sociálně ohroženým dětem po celé ČR. Mezi hlavní činnosti organizace patří: pomoc týraným či jinak sociálně ohroženým dětem, šíření osvěty a snahy na zlepšení legislativy a praxe v oblasti ochrany dětí, provoz dětských zařízení Klokánků. Rovněž FOD poskytuje poradenskou a hmotnou pomoc náhradním i potřebným vlastním rodinám. V současnosti FOD provozuje 15 zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc – Klokánků (Fond ohrožených dětí, ©2020). Organizace má též pověření k výkonu sociálně-právní ochrany dětí a soustředí se zejména na děti se syndromem CAN (Holá et al., 2013).

Zařízení, které se primárně soustředí na pomoc dětem, u nichž byl zjištěn syndrom CAN, je Dětské krizové centrum (dále DKC), založené v roce 1992 prof. MUDr. Jiřím Dunovským DrSc. DKC se specializuje na prevenci, diagnostiku a terapii syndromu CAN dětí ve věku 0–18 let (respektive 26 let). Zařízení neposkytuje služby pouze ohroženým dětem, ale i dalším členům rodiny jako např. rodičům, prarodičům nebo osobám pečující o dítě. Rovněž DKC pořádá osvětové kampaně zaměřené na řešení výchovných nebo sociálních problémů (Dětské krizové centrum, 2020).

Nadace Naše dítě (dále jen NND) již od roku 1993 pomáhá týraným, zneužívaným, handicapovaným a opuštěným dětem, které se nacházejí v obtížné životní situaci. Vyjma přímé finanční pomoci organizace rovněž poskytuje právní poradenství, vytváří osvětové kampaně a snaží se prosazovat legislativní úpravy směřující ke zlepšení celkového systému ochrany dětí. Mezi kampaně nadace s celorepublikovou působností patří STOP týrání dětí, Dětská samota, Dejme týrání dětí červenou kartu atd. (Nadace Naše Dítě, nedatováno).

V roce 1994 Linka bezpečí zahájila svoji činnost pod záštitou Nadace Naše dítě. Za pozornost stojí zmínit, že tehdy se jednalo teprve o druhou Linku svého druhu v Evropě. Linka nabízí pomoc s řešením každodenních starostí, problémů a náročných životních situací. Prostřednictvím telefonu, emailu nebo chatu poskytují pracovníci Linky bezpečí krizovou intervenci a poradenství pro klienty z celé ČR. Nabízené služby jsou anonymní, dostupné 24 hodin denně a zcela zdarma (Linka bezpečí, 2020).

Pomoc, kterou Linka bezpečí nabízí, spočívá v poskytnutí „bezpečného prostoru“, v němž se dítě může svěřit se vším, co jej tíží. Dětem bývá zajištěna anonymita, nezobrazuje se jejich číslo, hovory nejsou nahrávány. Pakliže nepostačí rozhovor, je dítěti nabídnuta možná intervence. Pokud dítě souhlasí s řešením situace, vystupuje z anonymity, uvádí své jméno a bydliště či místo, na kterém lze dítě zastihnout (Hellebrandová, 2005). V případě syndromu CAN jsou děti, které se na Linku bezpečí obrátí, motivovány k řešení případu. Dítě je seznámeno s tím, jaký bude další postup, jaké reakce mohou následovat, včetně toho, jaká bude situace přímo pro dítě. Důležité je připravit dítě na všechny možné situace a okolnosti, které mohou nastat. To je významné i z hlediska možnosti, že dítě rozhovor předčasně ukončí. Může tak být vybaveno potřebnými informacemi pro pozdější řešení případu. Pokud je volajícím třetí osoba, opět jsou shromážděny všechny potřebné informace a pracovník Linky bezpečí předává získané informace kompetentním orgánům (Hellebrandová, 2005).

## **2 Cíle, výzkumné otázky, hypotéza**

### **2.1 Cíle práce**

V souladu s předmětem výzkumné studie byly stanoveny tři dílčí cíle:

**Cíl 1:** Vyhodnotit trendy výskytu případů syndromu CAN v České republice ve sledovaném období 2008–2018.

**Cíl 2:** Popsat ošetrovatelskou péči o dítě se syndromem CAN.

**Cíl 3:** Popsat úlohu sester v prevenci syndromu CAN.

### **2.2 Hypotéza**

**Výzkumná hypotéza:** Výskyt případů syndromu CAN v České republice v období 2008 až 2018 statisticky významně rostl.

### **2.3 Výzkumné otázky**

**VO 1:** Co je součástí komplexní ošetrovatelské péče o dítě se syndromem CAN?

**VO 2:** Jaké jsou role sestry v preventivní péči o dítě se syndromem CAN?

### **2.4 Operacionalizace základních pojmů**

V rámci operacionalizace pojmů byly definovány tyto pojmy: syndrom CAN, ošetrovatelství, pediatrie, prevence

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (CAN – *Child Abuse and Neglect*) zahrnuje jakékoliv nenáhodné vědomé i nevědomé chování, kterého se dopouští dospělá osoba na dítěti. Následkem takového chování dochází k poškození tělesného, duševního stavu a vývoje dítěte až k smrti dítěte (Poskočilová a Petr, 2009).

Ošetrovatelství je samostatná vědní disciplína, která se zaměřuje na podporování a udržování zdraví člověka. Zabývá se aktivním vyhledáváním a uspokojováním individuálních potřeb jedince (Vytejšková et al., 2011).

Pediatric je základním lékařským oborem, věnující se péči o zdravé, nemocné děti od jejich narození do 18 let (+ 364 dny). Zabývá se preventivní, diagnostikou, léčebnou, rehabilitační i sociální péčí o děti (Slezáková et al., 2010).

Prevenčí se rozumí soubor činností nebo opatření, která je zaměřena na eliminaci výskytu určitého jevu, případně alespoň snížení počtu jejich výskytu, zpomalení průběhu jevu, nemoci. Důraz je kladen na minimalizování negativních následků určitých jevů, na které se prevence soustředí (Kukla et al., 2016).

## **3 Metodika**

### ***3.1 Použité metody výzkumného šetření***

Pro empirickou část práce byla zvolena kvantitativně – kvalitativní výzkumná strategie. Kvantitativní výzkum spočívá ve statistické analýze typu závislosti mezi proměnnými, jeho snahou je výsledky generalizovat (Kutnohorská, 2009). Oproti tomu kvalitativní výzkum zahrnuje nematematickou analýzu zkoumaných jevů, odhalení spojitostí a závislostí, které jsou mezi jevy. Tento výzkumný přístup nám umožňuje poznat širší kontext zkoumaných jevů a zároveň poznat tyto jevy v jejich přirozených podmínkách (Kutnohorská, 2009). I přesto, že jsou mezi výše zmíněnými výzkumnými strategiemi podstatné rozdíly, navzájem se obohacují a doplňují (Hendl, 2016). Ke sběru dat pro kvantitativní výzkumný přístup byla zvolena metoda sekundární analýzy dokumentů z MPSV za období 2008–2018 (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2019). Ke sběru dat pro kvalitativní přístup byla zvolena metoda polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumný soubor tvořily sestry z Prahy pracující na pediatrické klinice vybrané nemocnice a sestry pracující v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost (PLDD).

### ***3.2 Charakteristika sběru kvantitativních dat***

V rámci sekundární analýzy dokumentů byly analyzovány roční výkazy o výkonu sociálně právní ochrany dětí (dále jen roční výkazy), zveřejněné na webovém portálu MPSV (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2019). Roční výkazy jsou získávány z příslušných orgánů na úrovni obecních a krajských úřadů a jsou schváleny Českým statistickým úřadem. Ochranu důvěrnosti zjištěných údajů zaručuje zákon č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě, ve znění pozdějších předpisů. Pro účely této práce byly vybrány nejaktuálnější roční výkazy za období 2008–2018. Data byla zpracována popisnou statistikou v programu SPSS. Po vyhodnocení počtu dětí se syndromem CAN ve sledovaném období 2008–2018 byl navržen regresní model vývoje počtu dětí se syndromem CAN v následujícím roce 2019. Hladina významnosti byla stanovena na hodnotě 5 % ( $p = 0,05$ ).

### ***3.3 Charakteristika sběru kvalitativních dat***

Hlubkové polostrukturované rozhovory se zaměřují na jádro výzkumu, vymezují všechny zkoumané oblasti výzkumného šetření (Kutnohorská, 2009). Pomocí hlubkového rozhovoru jsou zachyceny výpovědi a slova v jejich přirozené podobě (Švaříček et

al., 2014). Před samotným šetřením byl proveden pilotní rozhovor s jednou sestrou za účelem ověření srozumitelnosti vytvořených otázek a ke zjištění časové náročnosti rozhovoru. Rozhovory trvaly v rozmezí 15–45 minut. Rozhovory byly uskutečněny v měsíci dubnu a květnu roku 2019 dle předem vytvořeného seznamu otevřených otázek pro sestry pracující na pediatrické klinice vybrané nemocnice a pro sestry z ordinací praktického lékaře pro děti a dorost (PLDD), příloha 1. Otázky byly rozděleny do čtyř oblastí zkoumající obecné informace o probandovi, znalosti, zkušenosti s ošetrovatelskou péčí o dítě se syndromem CAN a role sestry v prevenci syndromu CAN. Před provedením výzkumného šetření bylo nutné získat písemný souhlas s výzkumným šetřením od náměstkyně pro ošetrovatelskou péči z vybraných nemocnic a písemný souhlas od PLDD. Pro zachování anonymity oslovených nemocnic či ordinací PLDD nejsou souhlasy s výzkumným šetřením přiloženy v diplomové práci. Písemné souhlasy jsou k nahlédnutí u autorky práce. Všechny oslovené sestry byly předem informovány o tom, že po celou dobu rozhovoru budou zaznamenány jejich odpovědi na záznamový arch zcela anonymně a pouze pro účely této diplomové práce. Komunikační partnerky se rozhovorů zúčastnily dobrovolně a bez nátlaku. Poté byly rozhovory přepsány pomocí programu Microsoft Office Word. Při zpracování rozhovorů byla využita metoda otevřeného kódování skrze techniku „tužka a papír“. Technika kódování spočívá v definování kategorie (jevu), které se v odpovědích probandů opakovaně objevují (Hendl, 2016).

### **3.4 Charakteristika výzkumných souborů**

První výzkumný soubor tvořily sestry na pediatrické klinice vybrané nemocnice v Praze, v celkovém počtu 10 sester. Pro účely této práce byly sestry pracující v nemocnici označeny S1–S10. Délka praxe sester na stávajícím oddělení se pohybovala v rozmezí od 3 do 43 let. Výzkumného šetření se zúčastnily čtyři sestry se středoškolským vzděláním, čtyři sestry se specializací a dvě sestry s vysokoškolským vzděláním. Druhý výzkumný soubor tvořily sestry v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost (PLDD), v celkovém počtu pěti sester. Sestry z ordinací PLDD byly označeny A1–A5. Délka praxe sester v ambulancích se pohybovala v rozmezí od 1–34 let. Výběr obou kvalitativních výzkumných souborů byl záměrný, do výzkumu byly osloveny probandky, které se již ve své praxi setkaly s pacientem se syndromem CAN. Velikost výzkumných souborů byla dána teoretickým nasycením dat.

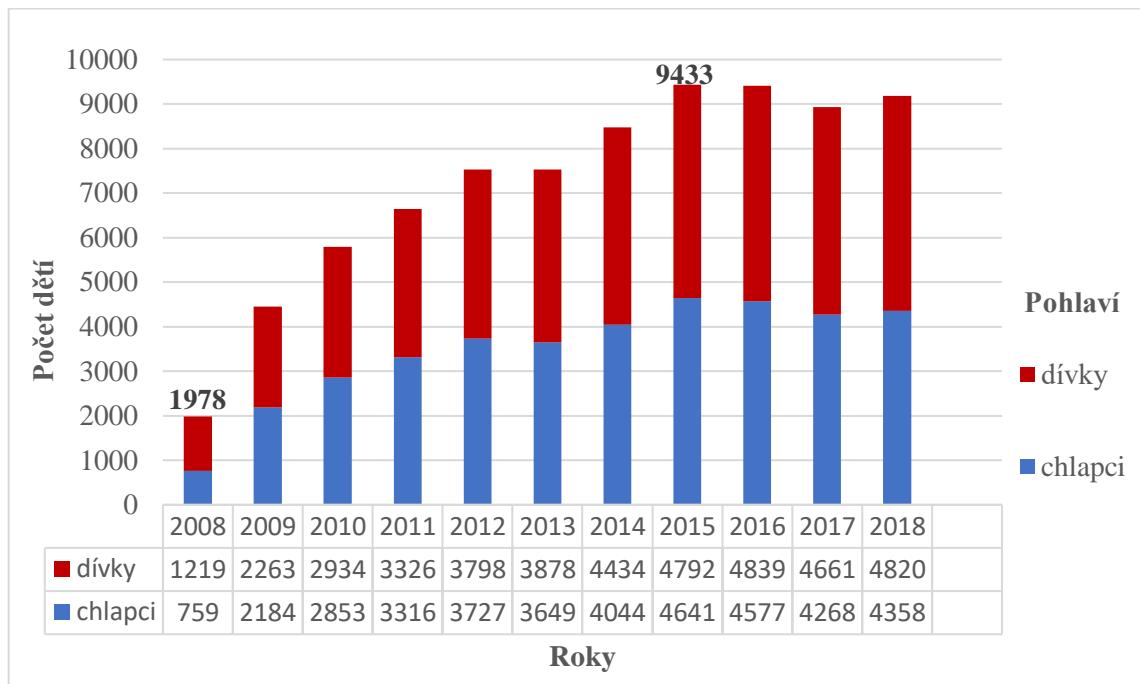
Výzkumný soubor kvantitativní části výzkumu tvořily případy dětí, u kterých byl potvrzen syndrom CAN ve sledovaném období 2008–2018. Šlo o 79 340 případů týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí. Data byla získána z veřejně dostupných dokumentů Ministerstva práce a sociálních věcí (2019).



## 4 Výsledky

### 4.1 Vyhodnocení kvantitativních dat

**Graf 1 Počet dětí se syndromem CAN v období 2008–2018**



Zdroj: statistická data MPSV, 2019

Ve zkoumaném jedenáctiletém období bylo nahlášeno celkem 79 340 týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí. Z grafu je patrné, že mezi lety 2008–2015 výrazně vzrostl počet dětí se syndromem CAN (z 1 978 na 9 433 případů). Zastoupení chlapců a dívek bylo v jednotlivých letech relativně vyrovnané. V období 2008–2018 bylo týráno celkem 38 376 chlapců a 40 964 dívek (tedy celkem 48 % chlapců a 52 % dívek). Od roku 2015 do roku 2018 se počet nově hlášených případů ustálil a pohyboval se kolem hranice 9 000 dětí za rok. Nejnižší výskyt syndromu CAN byl v roce 2008 (1 978 případů). Naopak nejvyšší nárůst syndromu CAN byl zaznamenán v roce 2015 (9 433 případů).

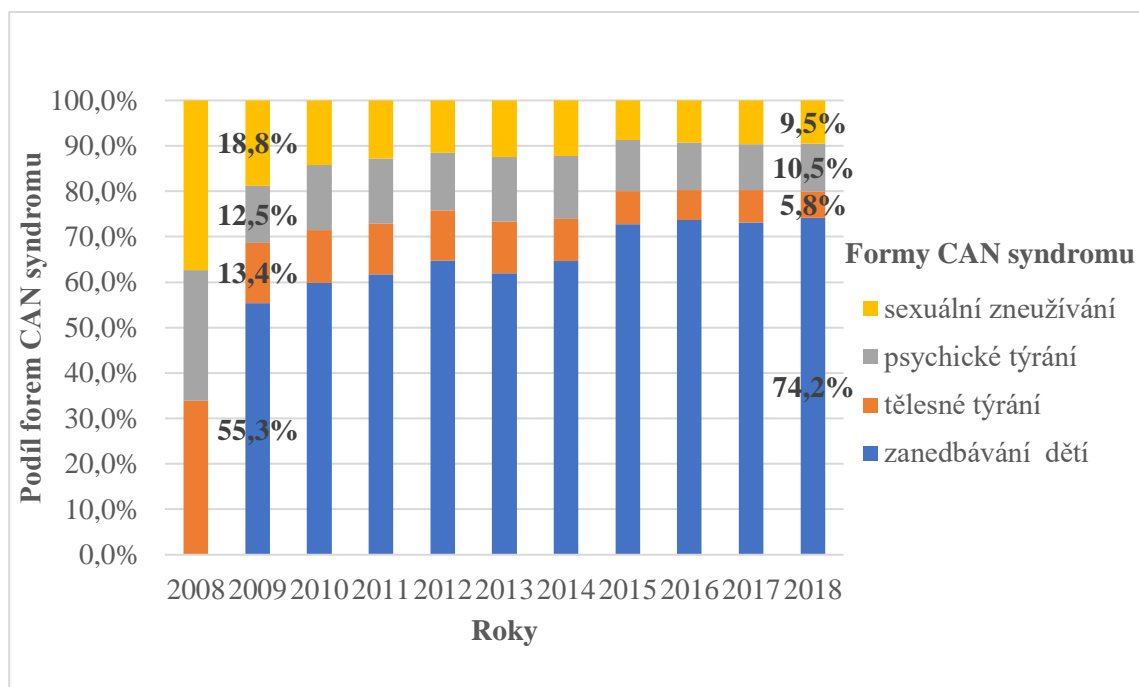
**Tabulka 1 Formy syndromu CAN u dětí v letech 2008–2018**

Rok	Zanedbávání dětí	Tělesné týrání	Psychické týrání	Sexuální zneužívání	Celkem
2008	0	671	568	739	1 978
2009	2 461	594	558	834	4 447
2010	3 460	677	826	824	5 787
2011	4 103	738	953	848	6 642
2012	4 870	836	952	867	7 525
2013	4 663	<b>859</b>	1 067	938	7 527
2014	5 484	787	<b>1 171</b>	<b>1 036</b>	8 478
2015	<b>6 862</b>	686	1 068	817	9 433
2016	6 934	626	987	869	9 416
2017	6 528	635	909	857	8 929
2018	6 808	531	966	873	9 178
<b>Celkem</b>	52 173	7 640	10 025	9 502	79 340

Zdroj: statistická data MPSV, 2019

Tabulka 1 znázorňuje počty jednotlivých forem syndromu CAN ve zkoumaném období. Jak již bylo zmíněno výše, zanedbávání dětí bylo poprvé zařazeno do statistik ročního výkazu o výkonu sociálně právní ochrany dětí až od roku 2009. Aby byly zachovány v této statistice čtyři základní formy zneužívání, pod sexuální zneužívání byla zahrnuta jak dětská pornografie, tak dětská prostituce. Ve zkoumaném období bylo nejvíce zaznamenáno zanedbávání dětí (celkem 52 173 případů, mediánovou hodnotou v letech 2009–2018 bylo 5 177 dětí za rok). Druhou nejpočetněji zastoupenou formou syndromu CAN bylo psychické týrání s celkovým počtem 10 025 případů (mediánovou hodnotou v letech 2008–2018 bylo 953 dětí za rok). Dále následovalo sexuální zneužívání s celkovým počtem 9 502 případů (mediánovou hodnotou v letech 2008–2018 bylo 857 dětí za rok). Nejméně zastoupená forma syndromu CAN byla tělesného týrání s celkovým počtem 7 640 případů (mediánovou hodnotou v letech 2008–2018 bylo 677 dětí za rok). Nejvyšší zastoupení počtu dětí v jednotlivých kategoriích bylo zaznamenáno ve druhé půli zkoumaného období. Nejvyšší počet dětí v kategorii: zanedbávání bylo zjištěno v roce 2015 (6 862 dětí), tělesného týrání bylo v roce 2013 (859 dětí), psychické týrání a sexuální zneužívání bylo nejhojněji zastoupeno v roce 2014 v počtu 1 171 a 1 036 dětí.

**Graf 2 Podíl forem syndromu CAN u dětí v letech 2008–2018**



Zdroj: statistická data MPSV, 2019, grafické vyhodnocení vlastní

Z celkového počtu případů syndromu CAN (79 340) bylo ve sledovaném období 200 – 2018 v průměru 65,8 % dětí zanedbáváno, 12,6 % dětí psychicky týráno, 12 % sexuálně zneužíváno a 9,6 % dětí tělesně týráno. Porovnáme-li stav nahlášených forem syndromu CAN v letech 2009 a 2018, došlo k následujícím změnám: zanedbávání dětí vzrostlo o 19 % (rok 2009 – 55,3 %, 2018 – 74,2), naopak nejvíce kleslo o 9 % sexuální zneužívání (2009 – 18,8 %, 2018 – 9,5 %), tělesné týrání kleslo o 7 % (2009 – 13,4 %, 2018 – 5,8 %) a nejméně kleslo o 2 % psychické zneužívání (2009 – 12,5 %, 2018 – 10,5 %).

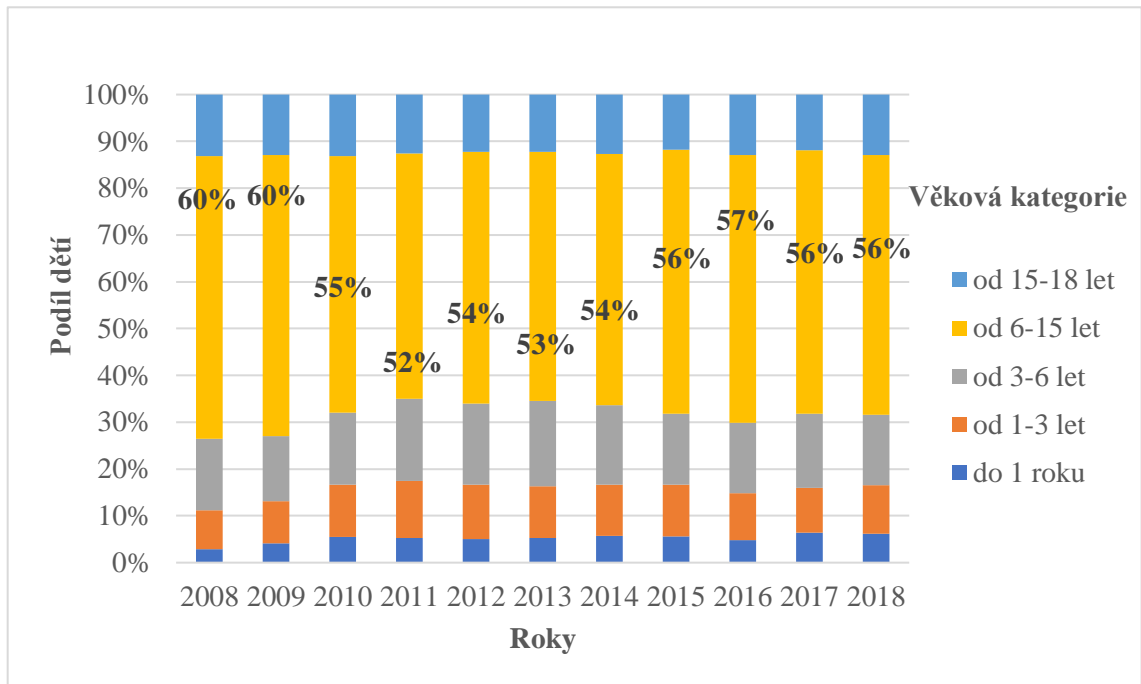
**Tabulka 2 Výskyt syndromu CAN dle věkové kategorie**

Rok	do 1 roku	od 1–3 let	od 3–let	od 6–15 let	od 15–18 let	Celkem
2008	57	165	302	1 194	260	1 978
2009	183	402	618	2 669	575	4 447
2010	315	648	894	3 172	758	5 787
2011	353	805	1 167	3 483	834	6 642
2012	379	873	1 306	4 049	918	7 525
2013	397	830	1 373	4 005	922	7 527
2014	484	927	<b>1 437</b>	4 554	1 076	8 478
2015	529	<b>1 043</b>	1 434	5 312	1 115	9 433
2016	454	943	1 417	<b>5 385</b>	<b>1 217</b>	9 416
2017	<b>574</b>	857	1 406	5 033	1 059	8 929
2018	569	947	1 382	5 095	1 185	9 178
<b>Celkem</b>	4 294	8 440	12 736	43 951	9 919	79 340

Zdroj: statistická data MPSV, 2019

V tabulce 2 je znázorněn výskyt syndromu CAN dle dané věkové kategorie. Nejpočetnější zneužívanou věkovou skupinou byly děti ve věku 6–15 let s celkovým počtem 43 951 dětí. Druhou nejpočetnější skupinu tvořily děti od 3–6 let s celkovým počtem 12 736. Naopak nejméně zastoupená věková kategorie byly děti do 1 roku (celkem 4 294). Ostatní věkové kategorie byly relativně vyrovnané tedy děti od 1–3 let (celkem 8 440) a děti od 15–18 let (celkem 9 919). Ve druhé polovině zkoumaného období byly zaznamenány nejvyšší počty dětí se syndromem CAN v jednotlivých kategoriích. Jednotlivé kategorie měly nejvyšší zastoupení v daných letech: děti do 1 roku v roce 2017 (celkem 574), děti od 1–3 let v roce 2015 (celkem 1 043), děti od 3–6 let v roce 2014 (celkem 1 437), děti od 6–15 let a kategorie dětí 15–18 v roce 2016 (celkem 5 385 a 1 217).

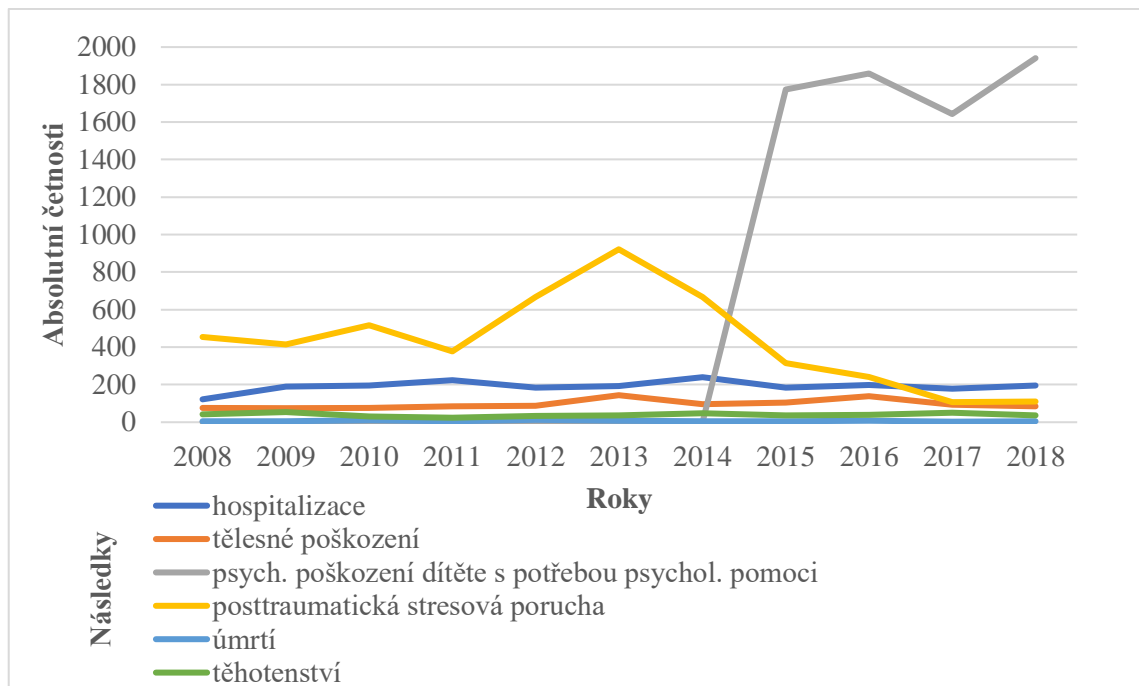
**Graf 3 Podíl syndromu CAN dle věkové kategorie dětí**



Zdroj: statistická data MPSV, 2019, grafické vyhodnocení vlastní

Graf 3 zobrazuje relativní hodnoty případů syndromu CAN dle věkových kategorií dětí. Na první pohled je patrné, že nejvíce zneužívaná a týraná věková kategorie byly děti ve věku 6–15 let. Tato kategorie každoročně dosahovala více jak 50 % z celého počtu zneužívaných a týraných dětí, v průměru šlo o 55 % z celkového počtu případů dětí se syndromem CAN. Z celkového počtu případů dětí se syndromem CAN ve sledovaném období 2008–2018 bylo v průměru 56 % dětí ve věkové kategorii 6–15 let, 16 % v kategorii 3–6 let, 13 % ve věkové kategorii 15–18 let, 10 % v kategorii 1–3 let a 5 % ve věkové kategorii do 1 roku.

**Graf 4 Zanechané následky syndromu CAN na dítěti**



Zdroj: statistická data MPSV, 2019, grafické vyhodnocení vlastní

Graf 4 zobrazuje zanechané následky syndromu CAN na dítěti, a to v podobě hospitalizace, tělesného poškození, nutné psychologické intervence, posttraumatické stresové poruchy, úmrtí či těhotenství. Celkem 15 261 dětí se syndromem CAN měly alespoň jedno z výše zmíněných následků. Psychické poškození dítěte s potřebou psychologické pomoci byla poprvé zařazena do statistik ročního výkazu o výkonu sociálně právní ochrany dětí až od roku 2014, přesto svým celkovým počtem převyšuje všechny ostatní kategorie. Mezi lety 2015–2018 tak potřebovalo celkem 7 720 dětí psychologickou intervenci (nejvíce v roce 2018 – 1 941 dětí). Druhou nejpočetnější kategorií byla posttraumatická stresová porucha (PTSP) s celkovým počtem 4 794 případů (mediánovou hodnotou je 479 dětí za rok, nejvíce v roce 2013–922 dětí). Celkem 2 107 dětí bylo hospitalizováno z důvodu syndromu CAN (mediánovou hodnotou je 192 dětí za rok). Celkem 1 062 dětí bylo tělesně poškozeno. Ve zkoumaném období následně zemřelo celkem 78 dětí na následek syndromu CAN (mediánovou hodnotou bylo 6 úmrtí z důvodů syndromu CAN ročně).

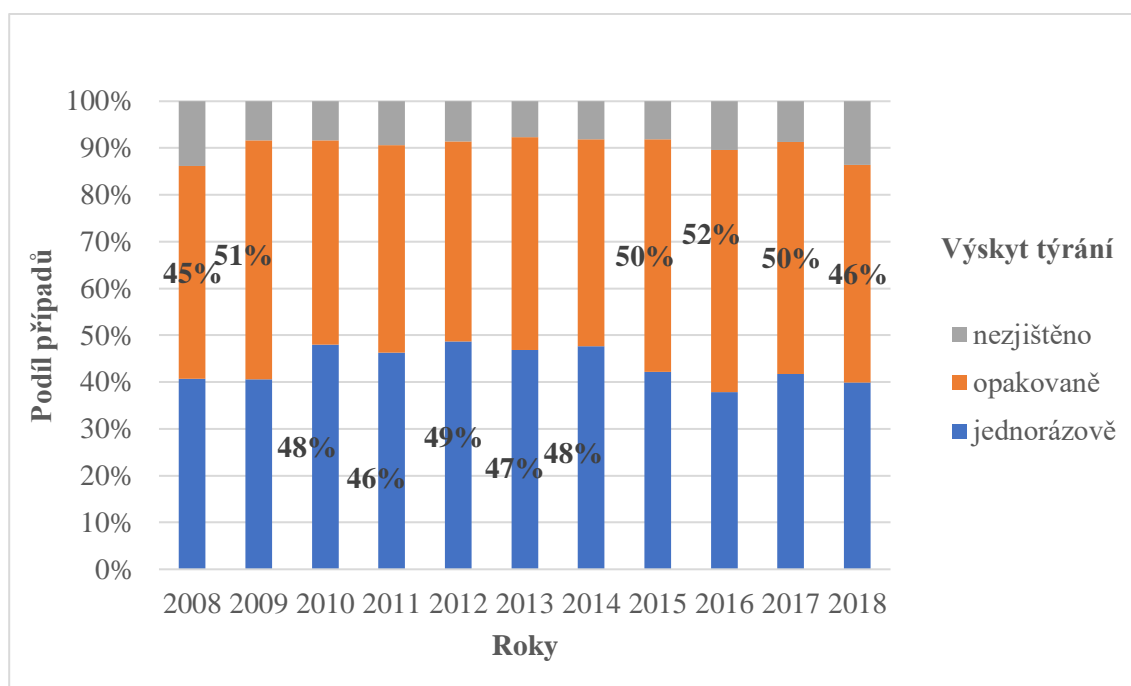
**Tabulka 3 Syndrom CAN dle frekvence opakování**

Rok	Jednorázově	Opakovaně	Nezjištěno	Celkem
2008	805	899	274	1 978
2009	1 804	2 271	372	4 447
2010	2 778	2 527	482	5 787
2011	3 074	2 948	620	6 642
2012	3 664	3 219	642	7 525
2013	3 531	3 421	575	7 527
2014	4 045	3 739	694	8 478
2015	3 975	4 686	772	9 433
2016	3 568	4 870	978	9 416
2017	3 728	4 427	774	8 929
2018	3 663	4 267	1 248	9 178
<b>Celkem</b>	34 635	37 274	7 431	79 340

Zdroj: statistická data MPSV, 2019

Tabulka 3 zobrazuje četnost opakování zneužívání dětí, zda se jednalo o zneužívání jednorázové nebo opakované. Z tabulky je patrné, že celkové počty případů opakovaného zneužívání (celkem 37 274) převyšují celkové počty jednorázového zneužívání (celkem 34 635). V roce 2008 byl zaznamenán nejnižší výskyt jednorázového (805) a opakovaného (899) týrání. Naopak nejvyšší výskyt jednorázového zneužívání byl zjištěn v roce 2014 (4 045 případů) a v roce 2016 byl odhalen nejvyšší výskyt opakovaného zneužívání (4 870 případů).

**Graf 5 Podíl případů syndromu CAN dle frekvence opakování**



Zdroj: statistická data MPSV, 2019, grafické vyhodnocení vlastní

Graf 5 vyhodnocuje podíl případů zneužívání zjistitelných (tj. jednorázové a opakované zneužívání) a nezjistitelných. V průběhu celého zkoumaného období v letech 2008–2018 bylo v průměru 43,7 % případů jednorázového charakteru, naopak v průměru 46,9 % případů mělo opakovaný průběh. Z celkového počtu případů dětí se syndromem CAN (79 340) nebylo v 7 431 případech zjištěno, zda šlo o jednorázové nebo opakované zneužívání (9,4 %).



#### 4.1.2 Regresní model vývoje počtu dětí s CAN

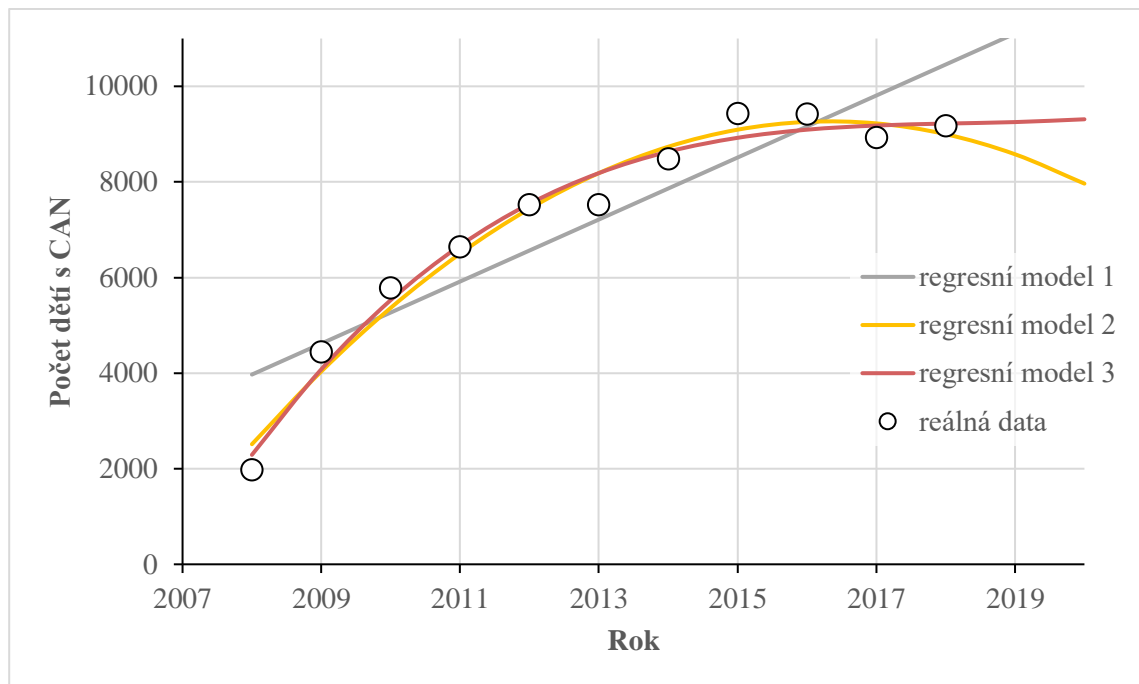
**Tabulka 4 Regresní modely vývoje počtu dětí se syndromem CAN**

Model	F statistika	df <sub>1</sub> /df <sub>2</sub>	Dosažená hladina významnosti (p)	Adjustovaný koeficient determinace ( $R^2_{adj}$ )
1 Lineární	43,8	1/9	<0,001	0,810
2 Kvadratický	153	2/8	<0,001	0,968
3 Kubický	107	3/7	<0,001	0,970

Zdroj: vlastní

Nárůst počtu dětí se syndromem CAN ve sledovaných letech 2008–2018 byl modelován třemi nejjednoduššími regresními vztahy – lineárním, kvadratickým a kubickým. Ve všech třech případech byly použité modely statisticky signifikantní (jak dokládá dosažená hladina významnosti v F testu, <0,001). Srovnání adjustovaných koeficientů determinace ( $R^2_{adj}$ ) dokládá nejvíce vysvětlené variability a tudíž nejtěsnější popis vztahu u kubického modelu (0,970). Lze učinit závěr, že v letech 2008 až 2018 došlo ke statisticky významnému nárůstu počtu dětí s diagnózou CAN syndrom.

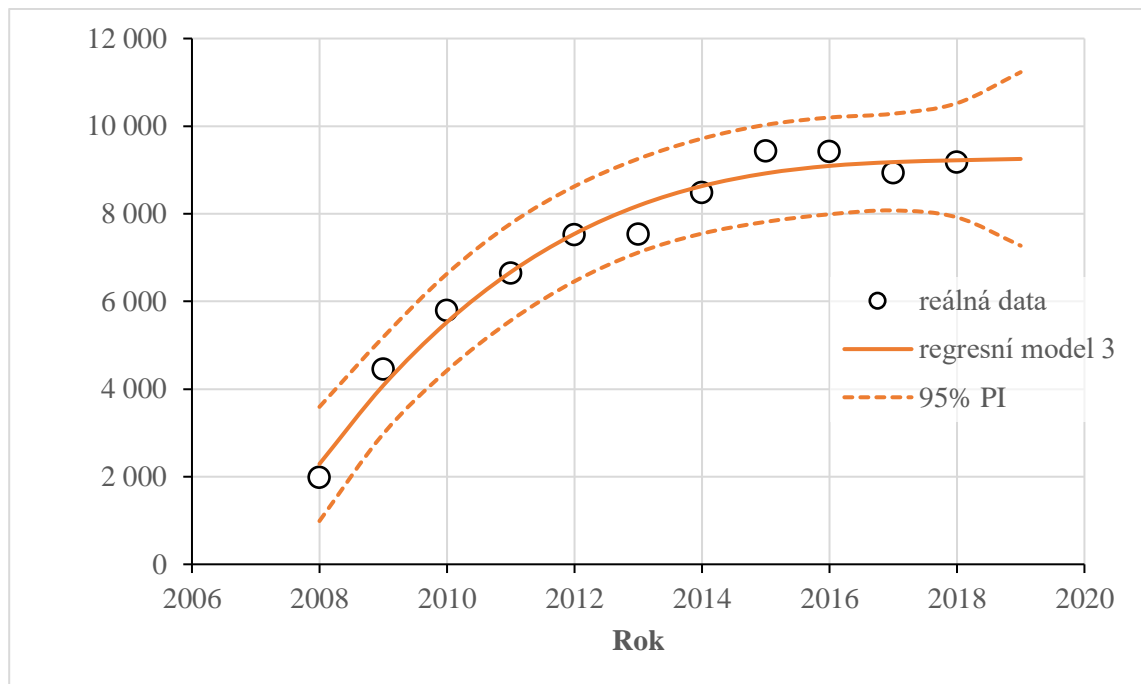
**Graf 6 Vizualní srovnání použitých regresních modelů vývoje počtu dětí s CAN**



Zdroj: vlastní

Z vizuálního srovnání použitých regresních modelů odhadovaného vývoje počtu dětí se syndromem CAN pro rok 2019 je regresní model 3 nejpřesnější. Zohledňuje 97 % variability ve sledovaných počtech a nejvíce zohledňuje reálná data za období 2008 až 2018.

**Graf 7 Predikce vývoje počtu dětí se syndromem CAN**



Zdroj: vlastní

Pro nejlepší kubický model (regresní model 3) byl zjištěn 95 % predikční interval, který s 95 % pravděpodobností obsahuje predikovanou hodnotu počtu dětí pro zvolený bod nezávislé proměnné (tj. rok). Na základě kubického modelu byla predikována hodnota pro rok 2019, která činí 9 252 dětí (spodní limit 7 272, horní limit 11 232 dětí).

## **4.2 Vyhodnocení kvalitativních dat**

Po transkripci rozhovorů se sestrami byla provedena analýza a následná syntéza kvalitativních dat. Technikou otevřeného kódování byl text rozčleněn do tematicky podobných kategorií a subkategorií:

### **Kategorie 1 Zkušenosti sester s diagnózou syndromu CAN**

*Subkategorie: často (fyzické týrání a zanedbávání), minimálně (psychické týrání a sexuální zneužívání)*

### **Kategorie 2 Znalost sester o problematice syndromu CAN**

*Subkategorie: symptomy syndromu CAN, rozlišení základních forem syndromu CAN, rizikové faktory vzniku CAN na straně dítěte, rizikové faktory vzniku CAN na straně rodiče, následky syndromu CAN, postup oznámení při podezření na syndrom CAN*

### **Kategorie 3 Ošetrovatelská péče o dítě se syndromem CAN**

*Subkategorie: první vyšetření dítěte s podezřením na syndrom CAN, specifika ošetrovatelské péče o dítě se syndromem CAN, nejdůležitější ošetrovatelská činnost u dítěte se syndromem CAN, reakce rodiny na zjištění diagnózy syndromu CAN*

### **Kategorie 4 Úloha sestry v prevenci syndromu CAN**

*Subkategorie: preventivní celonárodní činnosti v souvislosti se syndromem CAN, organizace působící v ČR na pomoc dětem se syndromem CAN, preventivní činnost sestry*

#### **4.2.1 Kategorie 1: Zkušenosti sester s diagnózou syndromu CAN**

Tato kategorie zahrnuje zkušenosti sester s ošetřováním či péčí o dítě se syndromem CAN. Všechny 10 sester z lůžkové pediatrické kliniky (S1 – 10) a 5 sester z ordinací PLDD (A1 – A5) zapojených do výzkumného šetření se **minimálně jednou** setkali s dítětem, u kterého byl diagnostikován syndrom CAN. Sestry (S1 – S6) pečovaly o dítě se syndromem CAN na standardním oddělení a sestry (S7 – S10) na jednotce intenzivní péče. **Nejčastěji** se sestry (S1 – S10 a A1, A2, A3) setkaly během své praxe s fyzickým týráním. **Druhou nejpočetnější formou** CAN, se kterou se sestry (S1, S2, S3, S4, S5, S8, A1, A4, A5) setkaly, bylo zanedbávání. S psychickým týráním se setkaly sestry (S1, S3, A1), přičemž sestra S10 si nebyla jistá: „*Možná jsem se setkala s psychickým týráním u dětí s pokusem o sebevraždu? Ale tyto děti po zaléčení nejakutnější fáze překládáme na psychiatrii a dále již o nich nemám zprávy...*“ **Nejméně** měly sestry (S1, S3, A1) zkušenost se sexuálním zneužíváním, z toho všechny tři sestry uvedly, že se vždy jednalo o nepotvrzené případy. Sestra S10 ke své odpovědi dodala: „*I přesto, že případy syndromu*

*CAN nejsou u nás na oddělení úplně časté, tak je to velmi silná zkušenost, která se jen tak nezapomene.*“

#### **4.2.2 Kategorie 2: Znalost sester o problematice syndromu CAN**

V úvodu rozhovoru byly sestry dotazovány na základní charakteristiku daného syndromu. Bylo zjišťováno, zda sestry znají pojem syndrom CAN. Všechny sestry (S1 – S10, A1 – A5) uvedly, že se jedná o **týrané a zneužívané** dítě dospělou osobou. Pouze sestry (S1, A1) dále zmínily, že do syndromu CAN řadíme i **zanedbávání dítěte**. Sestra A1 nejkompexněji charakterizovala syndrom CAN jako: *„Jedná se o týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte v rovině fyzické, psychické a sociální.“* Taktéž se všechny sestry shodly na tom, že se jedná o **úmyslné poškozování dítěte**. Sestra A1 dále uvedla: *„Pro syndrom CAN je specifické týrání blízkou osobou.“* Sestra S1 zmínila i bezpodmínečnou lásku ze strany dítěte k týrajícímu rodiči: *„I když je dítěti ubližováno rodičem, jako jeho nejbližší osobou, kterou mají a znají, tak jsou děti na rodiče stále často fixovány a mají je rády.“* Sestra S3 upozornila na to, že jedná o nezákonné chování: *„Týrání a zneužívání je nelegální, musí se dále řešit, aby se již takového chování vůči dítěti neopakovalo.“*

Každá ze sester rozlišila jednotlivé formy syndromu CAN a dokázala tyto formy specifikovat, popsat **symptomy**. U fyzického týrání sestry nejčastěji popisovaly: hematomy, monokly, fisury, fraktury, popáleniny, otisk předmětu, pomocí kterého bylo dítě bito. Sestra S10 do fyzického týrání zařadila i SBS (Syndrom třeseného dítěte) a dále označila jako nejzávažnější komplikaci *„subdurální nebo subarachnoidální krvácení, které může končit i smrtí dítěte.“* Psychické týrání sestry nejčastěji popsaly jako ponižování, vydírání a nadávání dítěti rodičem či vychovatelem. Sestra S8 rozvedla známky psychického týrání na dítěti: *„Dítě může být navenek zamlkle, ustrašené až depresivně laděné.“* Dále sestry (S1, S4, S8, A2) uvedly, že dítě nemusí být pouze plaché a uzavřené do sebe, ale nýbrž se může projevovat zcela opačně s touhou upoutat naši pozornost. Sestry (S5, S9, A2, A4) rovněž u této formy uvedly, že v důsledku psychického týrání mají děti nízké sebevědomí. Sestra S2 také porovnála psychické a fyzické týrání: *„Psychické týrání má na dítě větší dopad jak fyzické týrání, protože fyzické tělo se zahojí, ale psychické šrámy se hojí pomalu, ne-li vůbec.“* Za sexuální zneužívání všechny dotazované sestry považovaly osahávání, pokus či provedený pohlavní styk s dítětem. Dále sestry zmiňovaly sexuální narážky, šíření dětské pornografie, nucení k prostituci (S5, S6, A1). Sestry (S1, S3, A1) popsaly chování sexuálně zneužitého dítěte

– dítě se stydí, může být až panické při vysvlékávání, nechce dát nohy od sebe, dítě může preferovat ženu při vyšetřování. Za zanedbávání dítěte sestry označily nedostatečné uspokojování základních potřeb ve smyslu: nepřiměřené výživy, zanedbané hygieny, nevyhovujícího oblečení. Sestra S1 doplnila, že u zanedbávaných dětí postrádá základní hygienické návyky, protože nejsou rodiči správně vedeny.

Názory sester na rizikové faktory syndromu CAN se různily. Jako **rizikové faktory na straně dítěte** sestry nejčastěji uvedly mentální či fyzický hendikep dítěte (S3, S7, S8, S10, A1, A2, A3), neutišitelný pláč (S2, S5, S7, A1), ADH (porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou) – S3, A1, A2, A5. Jako nejčastější **rizikové faktory na straně rodičů** sestry uvedly špatnou ekonomickou situaci rodiny (S2, S3, S5, S8, A4), užívání alkoholu nebo drog (S1, S6, A3, A4), nového partnera v rodině (S6, S7, S2, A3), rodič, který byl v dětství sám týrán (S10, A1, A3), mladé rodiče (S9, S10, A1) a labilitu rodičů se sklonem k agresivitě (S4, A1, A5).

Dle názoru oslovených sester mezi **následky syndromu CAN** patří psychické obtíže dětí (S1, S3, S4, S5, S7, S8, S10, A1, A2, A3). Dále často sestry uváděly opožděný psychosociální vývoj (S3, S5, S6, S10 A1), posttraumatickou stresovou poruchu (S9, A1, A2, A5), riziko přenesení týrání na své potomky (S4, S7, A3, A5) a problém v navazování sociálních vztahů během dospívání a v dospělosti (S10, S7, S8).

Sestry pracující na lůžkovém oddělení nemocnice se jednohlasně shodly na **postupu oznámení při podezření na syndrom CAN**. Při podezření se kontaktuje Orgán sociálně – právní ochrany dětí (OSPOD). Sestry (S2, S4, S7) kromě OSPOD kontaktují i praktického lékaře pro děti a dorost (PLDD). Jako následující krok by sestry (S1, S9) volily oznámení případu na Policii ČR. Pouze jediná sestra (S10) zmínila fakt, že oznamovatel syndromu CAN může být jakákoliv osoba, která si povšimne týrání dítěte. Sestry pracující v ordinacích PLDD by postupovaly obdobně. Všechny sestry uvedly při podezření na syndrom CAN potřebu kontaktovat OSPOD. Rovněž sestry (A1, A2, A3, A5) jako druhý krok zvolily uvědomit Policii ČR. Sestry (A2, A3, A4, A5) dále doplnily, že oznamovatelem syndromu CAN může být jakákoliv osoba, která si povšimne týrání dítěte. Konkrétně sestra A1 uvedla: *„Již jen při pouhém podezření na syndrom CAN se vše ohlašuje na OSPOD a Policii ČR. Oznamovatelem pak může být kdokoliv, v ambulanci PLDD oznámení provádí lékař.“*

### 4.2.3 Kategorie 3 Ošetrovatelská péče o dítě se syndromem CAN

Při prvním vyšetření dítěte s podezřením na syndrom CAN sestry pracující na lůžkovém oddělení nemocnice (S1 – S10) jednohlasně zdůraznily význam vysvěčení dítěte do spodního prádla včetně ponožek a identifikování všech možných symptomů syndromu CAN. Dále sestry uváděly potřebu důkladného a detailního zápisu známek týrání dítěte do ošetrovatelské dokumentace (S2, S4, S5, S6, S7, S8). Sestry (S3, S5, S9, S10) uvedly při vyšetřování důležitost přítomnosti lékaře a jedné sestry. Pořídít ev. fotodokumentaci známek týrání zmínily sestry (S1, S3, S6, S9). Sestra S2 popsala postup prvního vyšetření sestrou: *„Dítě svléknu, zvážím, změřím TT, do ošetrovatelské anamnézy zaznamenám veškeré známky týrání jako: např. modřiny, jejich počet, velikost a lokalizaci. Dále zjišťujeme, jak dítě k daným zraněním přišlo, zda je opružené, zda má čistá ústa, nos, hodnotím, zda je dítě dostatečně oblečené a zda nezapáchá...“* Sestry pracující v ordinacích PLDD taktéž jednotně uvedly vysvěčení dítěte do naha, aby bylo možné identifikovat a zhodnotit symptomy syndromu CAN (A1 – A5). Zároveň se sestry shodují v důležitosti být lékaři nablízku jako případní svědci. Sestry (A2, A4) by doplnily dokumentaci o fotografie v závislosti na formě CAN. Nutnost hospitalizace dítěte z důvodu dovyšetření při podezření na syndromu CAN uvedly sestry (A1, A3).

Ve výpovědích sester byly vyhodnoceny následující **specifika ošetrovatelské péče** u dítěte se syndromem CAN. Sestry pracující na lůžkovém oddělení nemocnice (S1, S2, S4, S6) zmínily důležitost zvýšené kontroly rodičů v případě, že je hospitalizován s dítětem či přišel dítě navštívit. Neboť sestry rodičům nedůvěřovaly a bály se, aby na oddělení dále neubližovali dítěti. Sestra S4 ke zvýšené kontrole rodičů doplnila i komunikaci se sociálním pracovníkem či Policií ČR. Sestry (S1, S7, S10) vidí specifikum ošetrovatelské péče v komunikaci s rodinou. Snažit se s rodiči navázat důvěryhodný vztah, a tím spíše přimět rodiče ke spolupráci se zdravotníky. Sestry (S3, S5, S8) označily za specifické první vyšetření dítěte s podezřením na CAN. Neboť dítě setra svlékne včetně ponožek a následně prohlídne k identifikování možných symptomů syndromu CAN. Po takovémto vyšetření se sestra snaží navázat hovor s dítětem mimo doslech rodiče. Sestra S8 doplňuje: *„Nejprve provádíme vyšetření s dítětem a rodiči a následně se snažíme vyšetřit dítě i bez nich – třeba pod záminkou zvážení, změření apod.“* Sestra S3 jako specifikum ošetrovatelské péče uvedla ošetrování zneužitě dívky ženským zdravotnickým personálem: *„Po sexuálním zneužití mohou dívky preferovat ženy při vyšetřování nebo ani to ne...“* Sestry pracující v ordinacích PLDD (A1, A3, A4, A5) se shodovaly na častějších preventivních prohlídkách

u rizikových skupin dětí. Sestra A2 udávala důležitost spolupráce a komunikace lékaře a sestry, aby nedocházelo ke konfrontování rodičů: *„Vše si v této problematice musíme sdělovat, domlouvat se, jak třeba bude probíhat vyšetření, abychom postupovali jednotně a stále působili pro rodiče důvěryhodně.“*

Při popisu ošetrovatelských činností o dítě se syndromem CAN sestry rovněž uváděly, co je dle jejich názoru **nejdůležitější při poskytování ošetrovatelské péče** u daného dítěte. Nejvíce sester pracujících na lůžkovém oddělení nemocnice (S3, S4, S5, S7, S8, S9) uvedlo, že nejdůležitější, ale zároveň velmi obtížné, je získat si důvěru týraného dítěte. Sestra S5 doplnila: *„Nejdůležitější je si získat důvěru dítěte, jednat s ním na férovku a dítě v žádném případě již nezradit.“* Sestra S3 svou zkušenost se získáním důvěry popsala: *„Jedna dívka se mi při své hospitalizaci svěřila, že matka pije alkohol a že se jí bojí. Následně se po sdělení této informace dívka zalekla a prosila, ať matku neinformujeme... Museli jsme zahájit sociální šetření.“* Naopak sestry (S1, S2, S6) zmínily důležitost uspokojení potřeb dítěte nejenom v oblasti fyziologických potřeb, ale i v oblasti citové. Sestra S10 zmínila důležitost správné – nestranné komunikace jak s okolím dítěte, tak samotným dítětem. Sestry pracující v ordinacích PLDD (A2, A4, A5) uvedly jako nejdůležitější věc při poskytování ošetrovatelské péče získání si důvěry týraného dítěte. Pro sestry (A1, A3) byla naopak důležitá citlivá komunikace s rodinou dítěte, aby se předešlo případnému nespolupracování rodiny se zdravotníky.

Sestry často ve svých výpovědích uváděly negativní **reakci rodičů** dítěte na vyšetřování pro podezření na diagnózu – syndrom CAN. Pouze jediná sestra pracující na lůžkovém oddělení nemocnice S10 uvedla, že se během své praxe nesešla s negativním chováním ze strany rodiny dítěte: *„Zkušenosti mám jediné dobré, rodiče spolupracovali s námi zdravotníky.“* Následně ale sestra S10 připouští: *„Možná to bylo z toho důvodu, že dítě netýrali samotní rodiče, nýbrž v prvním případě chůva a ve druhém případě snad babička...“* Další sestra S8 uvedla, že reakci rodičů nezná, neboť o dítě za hospitalizace nejevili zájem. Zbylé sestry zažily negativní reakci rodičů jako: špatná spolupráce až žádná spolupráce rodičů (S1, S3, S4, S6, S7, S9), slovní napadání, vulgárnost až agresivní chování vůči zdravotníkům (S2, S3, S4, S5). Každá ze sester pracujících v ordinacích PLDD (A1 – A5) se alespoň jednou setkala s negativním chováním rodičů vůči zdravotníkovi. Sestra A3 vypověděla: *„Rodiče prožívají šok! Někdy jsou lítostivý, někdy agresivní, někdy osočí nás zdravotníky, že si vymýšlíme. Největší problém však nastává při narušení vztahu*



*zdravotník – rodič... “ Sestry (A1, A3) uvedly zkušenost s obviňováním rodičů navzájem mezi sebou z týrání či zneužívání dítěte.*

#### **4.2.4 Kategorie 4 Sestra a prevence syndromu CAN**

Většina sester pracujících na lůžkovém oddělení nemocnice uvedla, že si žádné konkrétní preventivní činnosti nevybavily (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S8, S9). Ať již na úrovni **celorepublikové** či **lokální preventivní činnosti v souvislosti se syndromem CAN**. Pouze sestra S7 zmínila preventivní programy o násilí v rodině na základních školách. Sestra S10 uvedla benefiční koncerty a informační letáky s problematikou násilí v rodině u PLDD své dcery. Rovněž většina sester pracujících v ordinacích PLDD (A1, A2, A5) odpověděla, že si nejsou v danou chvíli vědomy žádné celonárodní preventivní činnosti. Zbylé sestry zmínily benefiční koncert pro Kuře (A2) a osvětovou kampaň STOP! násilí na dětech, kterou popsala sestra A4 následovně: *„Vybavuji si plakáty o násilí páchaných na dětech. Na plakátu byla uplakaná holčička, co držela medvídku...“*

Sestry v rámci prevence CAN syndromu zmínily **organizace** pomáhající nejenom dětem se syndromem CAN, ale i jeho okolí. Nejčastější organizací, kterou sestry pracující na lůžkovém oddělení nemocnice uvedly, byla Linka bezpečí (S5, S7, S8, S10) společně s Klokánky (S2, S4, S7, S9). Sestry (S5, S6) uvedly přímou zkušenost, kdy dítě hospitalizované pro zanedbávání bylo následně překládáno do Klokánku. Na Dětské krizové centrum si vzpomněla sestra S7. Jednou byla v rozhovorech zmíněná organizace Bílý kruh (S8) a SOS dětské vesničky (S9). Některé sestry (S1, S3, S6) si aktivně nevybavily žádnou organizaci na pomoc dětem s CAN, ale po vyjmenování všech organizací uvedených v práci (DKC, FOD – Klokánky, Nadace Naše dítě, Linka bezpečí) sestry vždy pasivně znaly alespoň jednu z daných organizací. Sestry pracujících v ordinacích PLDD nejvíce uváděly Linku důvěry (A1, A2, A4), poté Dětské krizové centrum (A2, A4, A5). Sestra A3 zmínila Fond ohrožených dětí a jejich kontejnery na sbírání oblečení, kam pravidelně odnáší nepotřebné oblečení.

Názory sester na **jejich úlohu v prevenci syndromu CAN** se lišily. Pouze sestry S2 a S3, které pracují na lůžkovém oddělení nemocnice, uvedly, že provádějí prevenci syndromu CAN. Sestra S2 odpověděla: *„Říkám matkám, že není vhodné tišit dětský pláč přílišným třesením, že by mohlo dojít k syndromu třeseného dítěte. A když mají doma sourozence, tak rodičům říkám, aby daly pozor, že ty starší 2 až 3 leté děti žárlí na mladšího sourozence a vezmou třeba hračkou to malé dítě po hlavě...“* Sestra S3 vypověděla, že u nich na

oddělení dochází pouze k pasivní prevenci a to prostřednictvím tištěných edukačních materiálů: „*Na nástěnce nám visí informace z Linky bezpečí, jsou tam informace co dělat, jak se zachovat v dané situaci a koho kontaktovat.*“ Sestra S10 byla toho názoru, že prevenci provádějí sestry v ordinaci PLDD, kde je na ni větší prostor. Sestra S4 řekla: „*Informace o CAN neposkytujeme. Stejně si myslím, že by nás rodiče neposlouchali, protože se jedná o choulostivé téma:*“ Sestry PLDD (A1, A3, A4) uvedly, že provádějí prevenci v souvislosti se syndromem CAN. Sestry z ambulance PLDD (A1, A4) uvedly prevenci v rámci SBS. Dále A1 doplňuje: „*Myslím si, že by to mělo být i na nástěnce. Ale mou snahou je rozhovor s rodičem vést ohledně pozitivní výchovy, že i malé ublížení má pro dítě velké následky.*“ Sestra A3 na otázku odpověděla: „*Provádíme pouze cílenou prevenci. Jsou u nás registrované matky s dětmi z azylového domu nedaleko ambulance. Matky jsou bývalé narkomanky, proto je s dětmi zveme na častější preventivní prohlídky. Pokud na ně nedochází, kontaktujeme sociálku.*“ Veškeré sestry, které uvedly, že provádějí prevenci ohledně CAN, cílily vždy na rodiče. Sestry, které uvedly, že prevenci neprovádí, měly následně odpovědět, jakou formu prevenci by volily a koho by oslovily (zda dítě či rodiče). Tyto sestry se shodly na tom, že kvůli choulostivosti tématiky by zvolily pasivní formu prevence. Sestra S9 své tvrzení odůvodnila slovy: „*Vybrala bych si leták a odkaz na internet, aby rodiče neměli pocit, že je podezřívám. Jedná se o obecnou a nenucenou formu prevence a rodič se tak necítí podezříván...*“ Sestra S4 vidí i důležitost v preventivní činnosti cílené na děti, ve své odpovědi uvedla: „*Já bych udělala i osvětu na základní škole, aby sami žáci věděli, že není normální být týrán a naopak je normální se ozvat.*“

## 5 Diskuze

Předmětem výzkumného šetření byl Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Byly stanoveny tři výzkumné cíle. Prvním cílem bylo vyhodnotit trendy výskytu případů syndromu CAN v České republice ve sledovaném období 2008–2018. Druhým cílem bylo popsat ošetrovatelskou péči o dítě se syndromem CAN a následně vyhodnotit úlohu sestry v oblasti prevence tohoto syndromu.

Výzkumné šetření bylo zpracováno kvantitativně – kvalitativní metodou. První fáze výzkumného šetření zahrnovala kvantitativní sekundární analýzu dokumentů Ministerstva práce a sociálních věcí ČR. Pro účely této práce byly vybrány roční výkazy Ministerstva práce a sociálních věcí za období 2008–2018, které byly získány z veřejně dostupných zdrojů. Za toto období bylo detekováno celkem 79 340 případů týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí.

Ve druhé kvalitativní části výzkumného šetření byly osloveny sestry pracující v nemocnici na vybrané pražské pediatričké klinice a sestry pracující v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost.

### **5.1 Diskuze nad výsledky kvantitativního šetření**

*World report on violence and health* (2002) uvádí, že v evropských zemích je přibližně 10 % dětí tělesně týráno, 25–30 % dětí sexuálně zneužito, 25 % psychicky týráno a 10–15 % dětí zanedbáváno. V devadesátých letech minulého století Dunovský et al. (1995) uváděl 1–2% výskyt syndromu CAN u dětí v České republice, což představovalo celkem 20 000 až 40 000 dětí v populaci.

Dle Truelové et al. (2016) je prezentace statistických dat o syndromu CAN problematická vzhledem k nejednotné metodologii evidovaných případů syndromu CAN. Dle Fischera a Škody (2009) nelze vyvodit přesná čísla o syndromu CAN v dětské populaci z důvodu, že celá řada případů nebyla detekována.

Na základě analýzy dokumentů MPSV ČR bylo vyhodnoceno, že ve sledovaném období 2008–2018 bylo nahlášeno celkem 79 340 týraných, zneužitých a zanedbávaných dětí. Z dat vyplývá, že mezi lety 2008–2015 výrazně vzrostl počet dětí se syndromem CAN (z 1 978 na 9 433). Nutno dodat, že zde mohlo dojít ke zkreslení dat v prvním roce zkoumání, neboť problematika zanedbávání dětí byla poprvé zařazena do statistik ročního

výkazu o výkonu sociálně právní ochrany dětí až o rok později v roce 2009. Mezi lety 2015–2018 se počet diagnostikovaných případů ustálil a pohyboval se kolem 9 000 dětí za rok. V průběhu zkoumaného období bylo zastoupení chlapců a dívek relativně vyrovnané, celkem 48 % chlapců a 54 % dívek, viz Graf 1. Tyto výsledky odpovídají závěrům Vágnerové (2014), která uvádí, že syndromem CAN bývají ve stejné míře postižena obě pohlaví. V letech 2008–2018 došlo k nárůstu absolutního počtu detekovaných případů (Graf 1). Předpokládáme, že procento týraných dětí v celé populaci byl v průběhu let poměrně stabilní. Dovolujeme si tedy tvrdit, že pozorovaný nárůst případů je důsledkem vyšší informovanosti relevantních orgánů včetně zdravotnického personálu, což vede ke zvýšení pravděpodobnosti odhalení týraných dětí.

Ve zkoumaném období bylo z celkového počtu dětí se syndromem CAN nejvíce zaznamenáno zanedbávání (v průměru 65,8 %). Druhou nejpočetněji zaznamenanou formou syndromu CAN bylo psychické týrání (v průměru 12,6 %), dále následovalo sexuální zneužívání (v průměru 12 %). Naopak nejmenší zastoupení mělo fyzické týrání (v průměru 9,6 %). Analyzované dokumenty obsahovaly navíc kategorii pornografií a dětskou prostituci. Abychom zachovali čtyři základní formy syndromu CAN, tyto výše zmíněné kategorie byly zahrnuty do sexuálního zneužívání, viz Graf 2. Rozdělení forem CAN syndromu se v průběhu let postupně mění. Zejména se zvyšuje podíl formy zanedbávání dětí. Naopak podíl sexuálního zneužívání a tělesného týrání se výrazně zmenšil. Zde zcela určitě hraje roli fakt, že informovanost veřejnosti odborné i laické ohledně sexuálního i tělesného týrání se v posledních letech zvyšuje. Zmíňme například sexuální výchovu, která je na základních školách dnes již standardem. Stejně tak můžeme zmínit velmi pozitivní působení organizací (např. Nadace Naše dítě) snažících se týrané děti chránit, pomáhat jim v případě potřeby či působit preventivně – informovat veřejnost. Zároveň jsme přesvědčeni, že na rozdíl od sexuálního a tělesného týrání lze dítě zanedbávat z nedbalosti či omylem. Taktéž je zanedbávání dítěte zejména z pohledu laické veřejnosti velmi nejasně definované. Tomuto faktu přisuzujeme výrazný výskyt formy zanedbávání dětí oproti ostatním formám.

V průběhu sledovaného období 2008–2018 byla nejvíce zastoupenou věkovou kategorií kategorie dětí ve věku 6–15 let (celkem 43 951). V jednotlivých letech tak bylo v průměru týráno 55 % dětí právě v této kategorii. Zároveň musíme podotknout, že toto není překvapivý výsledek. Neboť právě věková kategorie dětí ve věku 6–15 let obsahuje nejvyšší počet ročníků – celkem devět ročníků – oproti jiným věkovým kategoriím (např.

kategorie dětí ve věku do 1 roku obsahuje pouze 1 ročník). Z tohoto důvodu musíme mít na zřeteli, že právě kategorie dětí do 1 roku může být v této statistice upozaděna vůči ostatním věkovým kategoriím. Vágnerová (2014) potvrzuje naši úvahu, neboť zmiňuje, že naopak v nadpoloviční většině jsou postiženy syndromem CAN děti do šesti let. Z celkového počtu dětí tak bylo v jednotlivých rocích v průměru týráno 55 % dětí ve věkové kategorii 6–15 let. Naopak nejméně zastoupenou věkovou kategorií byly děti ve věku do 1 roku (celkem 4 294). V celém zkoumaném období bylo v průměru 56 % dětí ve věkové kategorii 6–15 let, 16 % v kategorii 3–6 let, 13 % ve věkové kategorii 15–18 let, 10 % v kategorii 1–3 let a 5 % ve věkové kategorii do 1 roku, viz Graf 3. Zajímavé pozorování je, že procentuální rozložení jednotlivých věkových kategorií v průběhu let 2008–2018 je velmi stabilní. Poměrně překvapivým faktem je zcela určitě výrazný výskyt týraných dětí v kategorii 15–18. V této kategorii bychom čekali významně nižší zastoupení dětí vzhledem k jejich relativní fyzické i mentální vyspělosti oproti ostatním věkovým kategoriím. Velmi zajímavé by bylo získat též údaje o případném týrání dospělých jedinců. Neočekáváme, že s úderem dospělosti (18 let) týrání mizí.

Z hlediska zanechaných následků syndromu CAN na dětech, byly v analyzovaných dokumentech sledovány tyto následky: nutná hospitalizace dítěte, tělesné poškození, psychické poškození dítěte s potřebou psychologické pomoci, posttraumatická stresová porucha, úmrtí a těhotenství. Celkem 15 261 dětí se syndromem CAN (z celkového počtu 79 340 dětí) mělo alespoň jedno výše zmíněných následků. Jedná se tak téměř o každé páté dítě. I přesto, že kategorie poškození dítěte s potřebou psychologické pomoci byla poprvé zařazena do statistik syndromu CAN až od roku 2015, byla právě tato kategorie nejvíce zastoupena. Celkem tak 7 720 dětí potřebovalo psychologickou intervenci. Poměrně málo dětí muselo být hospitalizováno z důvodu syndromu CAN, jednalo se celkem o 2 107 dětí (mediánovou hodnotou je 192 dětí za rok), viz Graf 4. Vztáhneme-li počet hospitalizovaných dětí se syndromem CAN k celkové hospitalizaci dětí v rámci celé ČR, jedná se tak poměrně o malé množství hospitalizací dětí se syndromem CAN. Na stránkách Ústavu zdravotních informací a statistiky ČR, jsou volně k dispozici statistiky hospitalizovaných. V roce 2016 tak bylo celkem hospitalizováno ve věkové kategorii 0 – 19 let celkem 34 244 dětí (Hospitalizovaní v nemocnicích ...,2016). Ve zkoumaném období následně zemřelo celkem 78 dětí na následek syndromu CAN (mediánovou hodnotou bylo 6 úmrtí z důvodů syndromu CAN ročně),

Nakonec jsme se zaměřili na to, zda je týrání jednorázového nebo opakovaného charakteru. Naším předpokladem bylo, že počet opakovaně týraných dětí bude jasně vyšší oproti jednorázovému týrání. Důvodem našeho předpokladu je fakt, že očekáváme, že týrající osoba bude ve svém chování (týrání dítěte) s vysokou pravděpodobností pokračovat, nebude-li zastavena nějakým vnějším vlivem. Nicméně ve zkoumaném období byl zaznamenán relativně podobný výskyt jak jednorázového, tak opakovaného týrání. V průměru se jednalo o 43,7 % jednorázového a 46,9 % opakovaného týrání. U relativně malého podílu případů (9,4 %) nebylo možné zjistit, zda bylo dítě týráno jednorázově či opakovaně. U každého devátého dítěte tak nebylo možné z různých důvodů zjistit, zda bylo týráno jednorázově či opakovaně, viz Graf 5. Zjištěné výsledky jsou v souladu s Mihálem et al. (2013), kdy týrané dítě má asi 50 % šanci, že bude opět týráno. Naš předpoklad, že opakované týrání bude výrazně častější než týrání jednorázové, se tedy nepotvrdil. Důvodem může být, že týrání dítěte je odhaleno v jeho prvotní fázi a k jeho opakování tedy nedojde.

Na základě výše uvedených výsledků, lze učinit závěr, že v letech 2008–2018 došlo ke statisticky významnému nárůstu počtu dětí s diagnózou CAN syndrom.

### ***5.2 Diskuze nad výsledky kvalitativního šetření***

Výběr výzkumného souboru byl záměrný, do výzkumného šetření byly osloveny sestry, které měly zkušenost s pacientem se syndromem CAN. Rozhovor byl koncipován do čtyř tematických celků. V prvním tematickém celku byly sestry dotazovány na délku praxe a dosažení vzdělání v oboru. Pro zachování anonymity byly sestry obecně charakterizovány jako S1 – S10 (sestry pracující v nemocnici) a A1 – A5 (sestry pracující v ordinacích PLDD). Délka praxe dotazovaných sester se pohybovala v rozmezí od 1 roku do 43 let. Poté následovaly tematické celky: obecné informace o CAN, ošetrovatelská péče o dítě se syndromem CAN a prevence syndromu CAN, které budou dále více rozebrány.

Druhý tematický celek byl veden obecně o zkušenostech sestry s daným syndromem. Nejvíce sester udávalo zkušenosti s fyzickým týráním dítěte, poté se zanedbáváním a nejméně s psychickým týráním a sexuálním zneužíváním, které se následně u dětí nepotvrdilo.

Následně byly sestry dotazovány, co značí syndrom CAN a měly ho stručně charakterizovat. Dle Kajanové (2014) syndrom CAN značí týrané, zneužívané

a zanedbávané dítě v důsledku nenáhodného jednání rodiče či jiné dospělé osoby vůči dítěti. Nejčastěji sestry charakterizovaly syndrom CAN jako fyzické a psychické týrání dítěte. Pouze dvě sestry dodaly, že do syndromu CAN patří i zanedbávání dítěte. Toto opomenutí sester je poměrně velká chyba, neboť jak udává Pemová a Ptáček (2016) právě zanedbávání je nejhojněji zastoupená forma v rámci syndromu CAN. Rovněž sestry uvedly, že v případě syndromu CAN se jedná o úmyslné poškozování dítěte dospělou osobou.

V rozhovoru sestry dokázaly rozlišit základní formy syndromu CAN, které jsou dle Pugnerové a Kvintové (2016) fyzické týrání, psychické týrání, sexuální zneužívání a zanedbávání. I přesto, že většina sester opomenula zanedbávání v charakteristice syndromu CAN, musíme konstatovat, že následně sestry tuto formu uměly popsat. Sestry dokázaly tyto formy specifikovat a popsat symptomy, které jsou velmi důležité pro detekci tohoto syndromu. Jak zmiňuje Dunovský et al (1995), rizika vzniku syndromu CAN mohou existovat na straně dítěte či osoby, která dítěti ublížila. Příčiny vzniku CAN ze strany dítěte sestry nejčastěji uváděly mentální či fyzický hendikep dítěte, neutišitelný pláč a ADH dítěte. Rizikové faktory z pohledů dětí jsou: labilita, plačtivost dítěte, hyperaktivita, postižení – především mentální (Kukla et al, 2016). Naopak za rizika ze strany rodičů sestry nejčastější řadily v souladu s Kuklou et al. (2016) tíživou ekonomickou situací rodiny, alkoholismus a užívání návykových látek, změnu životního partnera. Za následky syndromu CAN sestry nejvíce označovaly psychické obtíže dětí, dále uváděly opožděný psychosociální vývoj dítěte, posttraumatickou stresovou poruchu, riziko přenesení týrání na své potomky a problém v navazování sociálních vztahů během dospívání a v dospělosti. Uvedené rizikové faktory jsou ve shodě s názorem řady odborníků: Kajanová (2014), Kukla et al. (2016), Matoušek et al. (2010) Lze učinit závěr, že sestry zúčastněné ve výzkumném šetření měly dobré znalosti o syndromu CAN, i přesto že zpočátku sestry opomněly zanedbávání při charakteristice syndromu CAN, tak dotazované sestry prokázaly dostatečný přehled o této problematice. Zároveň byla pro nás překvapivým zjištěním dobrá znalost sester pracujících v nemocnici o problematice syndromu CAN, zejména co se týká určení symptomů, rozlišení forem syndromu CAN a rizikových faktorů vzniku syndromu CAN. Neboť právě dle naší statistiky za období 2008–2018 bylo hospitalizováno celkem 2107 dětí a mediánovou hodnotou bylo 192 dětí za rok, viz Graf 4. Což můžeme říci, že je poměrně malé množství hospitalizací.

Shodné názory byly od sester zjištěny při postupu oznámení při podezření na syndrom CAN. Sestry se jednohlasně shodly, že by v takovýchto případech kontaktovaly OSPOD. Dále by některé sestry toto podezření na syndrom CAN ohlásily na Policii ČR, což hodnotíme také jako správný krok, neboť dle zákona č. 4/2009 Sb., trestní zákoník bude týrající osoba trestně stíhána. Následně by sestry pracující v nemocnici kontaktovaly i PLDD. Žádná sestra z ordinace PLDD však již neuvedla, že toto oznámení na OSPOD se provádí po telefonu. Dle Biskupa (2001) je oznamovací povinnost zdravotníkem v primární péči splněna v případě, kdy neodkladnou telefonickou zprávou kontaktuje OSPOD. Předpokládáme, že tuto znalost sestry z ordinací PLDD neměly z toho důvodu, protože ve zdravotnictví obecně toto povinnost koná zpravidla lékař.

Třetí tematický celek rozhovoru byl zaměřen na specifika ošetrovatelské péče o dítě se syndromem CAN. Sestry vnímaly jako specifické první vyšetření dítěte s podezřením na syndrom CAN. A zmiňovaly zde především vyslečení dítěte do naha, pro možnost prohlédnutí dítěte a identifikování všech možných symptomů syndromu CAN. Při vyšetřování dítěte na syndrom CAN, sestra sleduje chování dítěte, projevy možných symptomů syndromu CAN jako hematomy, bolest apod. (Sedlářová et al., 2008). Dále sestry uváděly potřebu důkladného a detailního zápisu známek týrání dítěte do ošetrovatelské dokumentace, udělat fotografie dítěte se známkami týrání. Mezi první kroky, pakliže se sestra setká s dítětem, u něhož je podezření na syndrom CAN, patří pečlivé vyšetření a též záznam do dokumentace (Holá et al., 2016). Zároveň sestry zmínily důležitost vyšetřovat dítě za přítomnosti lékaře a sestry, aby si tyto osoby byly navzájem jako svědci. Následně tuto oblast hodnotily rozdílně sestry pracující v nemocnici a sestry pracující v ordinacích PLDD. Sestry v nemocnici spatřovaly specifika ošetrovatelské péče v komunikaci s rodiči dítěte. Vzbudit v rodičích důvěru, a tím spíše přimět rodiče ke spolupráci. Sestry v nemocnici viděly potřebu více kontrolovat rodiče dětí se syndromem CAN, neboť rodičům nedůvěřovaly, že by dítěti již neublížily. Dále sestry uvedly jako specifikum ošetrovatelské péče ošetřování zneužitých dívek výhradně ženským personálem. Jelikož povolání sestry je zatím stále doménou ženského pohlaví, neměla by tato případná preference zneužitých dívek být překážkou v poskytování ošetrovatelské péče. Naopak sestry v ordinacích PLDD udávaly potřebu plánovat preventivní prohlídky tak, aby bylo možné mít rizikové skupiny dětí pod větším dohledem. Sestra by měla mít na paměti, že v rámci pravidelných kontrol u rizikových skupin dětí si sestra všimá změn, které nastaly od posledního vyšetření (Truelová et al., 2016). Rovněž sestry pracující



v ordinacích PLDD zmínily nutnost hospitalizace dítěte, v případě, že je u dítěte podezření na syndrom CAN. Slaný (2008) doporučuje hospitalizaci dítěte v nemocnici, aby zde mohlo dojít k dovyšetření dítěte na syndromu CAN.

U popisu ošetrovatelských intervencí sestry rovněž uváděly, co je dle jejich názoru nejdůležitější při poskytování ošetrovatelské péče u dítěte se syndromem CAN. Nejvíce sester zmínilo získat si důvěru dítěte se syndromem CAN. Při navázání kontaktu s dítětem může sestra získat co nejrelevantnějších informace o jeho týrání (Poskočilová a Petr, 2009). Dále sestry zmínily uspokojení potřeb nejenom na fyzické, nýbrž i na psychické úrovni. V sestrách se tak zřejmě objevil mateřský pud dát dítěti lásku, které se jim v rodině mělo dostávat, ale nedostávalo. Pro sestry byla zároveň velmi důležitá vhodná komunikace s rodinou týraného dítěte. Neboť při konfrontaci rodina často přestala se zdravotníky spolupracovat. Sestry by se měly zaměřit na vytvoření důvěryhodného vztahu s rodiči dítěte, protože to je způsob jak ve výsledku pomoci dítěti (James et. al., 2013).

Sestry v rozhovorech rovněž zmínily, jaká byla reakce rodičů dítěte, když bylo jejich dítě vyšetřováno pro podezření na syndrom CAN. Dle Poskočilové a Petra (2009) má sestra vystupovat v této situaci profesionálně, tedy jednat bez předčasného podezírání a předsudků. Sestry často ve svých výpovědích uváděly, negativní chování rodičů vůči zdravotníkům. Jednalo se zejména o špatnou spolupráci rodičů dítěte se zdravotníky, slovní napadání až agresi nasměřovanou proti zdravotníkům. Obzvláště pokud jsou rodiče podezřelí z týrání svého dítěte, lze očekávat, že budou nespolupracovat a budou vše popírat (James et al., 2013).

Poslední čtvrtý tematický celek rozhovoru se sestrami sledoval problematiku prevence syndromu CAN. Většina sester pracujících v nemocnici nevěděla nic o preventivních činnostech působící na národní či lokální úrovni. Tento fakt, byl pro nás velmi překvapující, neboť jsme na začátku šetření u sester potvrdili znalost syndromu CAN (rizikové faktory vzniku CAN, symptomy, následky). Můžeme uvést, že např. Nadace Naše dítě pořádá v rámci České republiky různé osvětové kampaně. Zmíňme kampaň STOP! násilí na dětech, která poukazuje na užívání nevhodných tělesných trestů. Kampaň Myslete na děti, která hlásá, že rozchody rodičů nesmí poznamenat dítě na celý život (Nadace Naše dítě, nedatováno). Zbylé sestry zmiňovaly preventivní programy ohledně domácího násilí na základních školách, benefiční koncert nadace Kuře s osvětou kampaň STOP! násilí na dětech. Sestry rovněž v rozhovorech zmínily organizace, které se zaměřují na pomoc dětem

se syndromem. Nejvíce sester zmiňovalo Linku bezpečí, Klokánky a Dětské krizové centrum. Ne každá sestra si vybavila organizaci zabývající se preventivní činností v této problematice, nicméně musíme konstatovat, že pasivně o organizacích věděly a znaly je.

Jednotlivé sestry vnímaly jejich úlohu v prevenci syndromu CAN odlišně. Většina sester pracujících v nemocnici uvedla, že prevenci syndromu CAN neprovádí, byly toho názoru, že problematika syndromu CAN je choulostivé téma. Bály se, aby se rodiče necítily podezírány z týrání svých dětí. Proto by právě tyto sestry volily pasivní formu prevence skrze letáky či internet, která byla sestrami brána jako nenucená forma prevence, která na nikoho nepoukazuje a rodič se necítí podezříván. Myslíme si, že tato obava sester je oprávněná. Zároveň si myslíme, že kdyby sestry absolvovaly přednášku o tom, jak vhodně komunikovat s rodičem o této problematice (ve smyslu jak navázat rozhovor o této problematice, jak rozhovor vést a uchopit) mohly by mít sestry větší odvahu začít mluvit s rodiči o syndromu CAN. Naopak většina sester pracujících v ordinacích PLDD uvedla nějakou preventivní činnost v rámci prevence syndromu CAN. Sestry uvedly prevenci v rámci fyzického týrání, konkrétně o SBS. Dále sestra od PLDD uvedla vyhledávání rizikových skupin rodičů a dětí, které následně zve na častější preventivní prohlídky, aby mohl být popřípadě včas detekován syndrom CAN.

## 6 Závěr

V rámci teoretické části jsme uvedly potřebné pojmy k této problematice. Zejména jsme vymezili roli sestry v oblasti prevence. Sestra detekuje možné ohrožení dítěte syndromem CAN. Pro úspěšné vykonávání této role musí být sestra dostatečně obeznámena s problematikou syndromu CAN.

Prvním stanoveným cílem této práce bylo vyhodnotit trendy výskytu případů syndromu CAN v České republice ve sledovaném období 2008–2018. V rámci kvantitativního výzkumného šetření pomocí sekundární analýzy dokumentů Ministerstva práce a sociální věcí byly vyhodnoceny počty dětí s touto diagnózou. Ve sledovaném období 2008–2018 bylo nahlášeno celkem 79 340 dětí se syndromem CAN. V rámci empirické části práce jsme potvrdili stanovenou hypotézu. Ve zkoumaném období 2008–2018 skutečně došlo v České republice ke statisticky významnému nárůstu počtu případů s diagnózou syndromu CAN ( $p < 0,001$ ).

Druhým stanoveným cílem práce bylo popsat ošetrovatelskou péči o dítě se syndromem CAN. Sestry zapojené do výzkumu měly přehled o problematice syndromu CAN a měly dobré znalosti v oblasti symptomů, rozlišení jednotlivých forem CAN a rizikových faktorů. Sestry udávaly největší zkušenosti s fyzicky týranými dětmi, poté se zanedbáváním. Nejméně se sestry v praxi setkaly s psychickým týráním a sexuálním zneužíváním. Jako specifika ošetrovatelské péče o dítě se syndromem CAN sestry uváděly následující intervence. Identifikování možných symptomů syndromu CAN při prvním vyšetření dítěte. Vyšetřování dítěte za přítomnosti lékaře a sestry, aby si navzájem byly svědky. Ošetřování zneužitých dívek výhradně ženským personálem. Vést podrobnou ošetrovatelskou dokumentaci o dítěti se syndromem CAN. Navázat s rodiči důvěryhodný vztah, a tím přimět rodiče ke spolupráci se zdravotníky při vyšetřování syndromu CAN.

Třetím stanoveným cílem práce bylo popsat úlohu sester v prevenci syndromu CAN. I přesto, že sestry mají svou důležitou roli v oblasti prevence syndromu CAN, tak sestry plošně prevenci v této problematice nyní neprovádí. Z rozhovorů vyplynulo, že se tak děje pouze u rizikové skupiny rodičů a dětí.

### 6.1 Doporučení pro praxi

Na základě teoretických východisek a konkrétních výsledků výzkumné studie byla navržena tato doporučení pro ošetrovatelský management.

- Vytvořit informační leták v rámci prevence syndromu CAN pro rodiče, který by sestry mohly plošně rozdávat.
- Motivovat sestry k provádění preventivní činnosti ohledně syndromu CAN.
- Informovat sestry o opatřeních v rámci prevence syndromu CAN na lokální či celonárodní úrovni.

Tato navrhovaná opatření výrazně zjednoduší a standardizují práci sestry v rámci prevence syndromu CAN.

## 7 Literatura

- 1 BECHYŇOVÁ, V. et al., 2007. *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*. Praha: IREAS. 237 s. ISBN 978-80-86684-47-5.
- 2 BENTOVIM, A. et al., 2014. *Eradicating Child Maltreatment: Evidence-Based Approaches to Prevention and Intervention Across Services*. London: Jessica Kingsley Publishers. 240 p. ISBN 978-1-84905-449-2.
- 3 BILO, A. C. R. et al., 2013. *Cutaneous Manifestations of Child Abuse and Their Differential Diagnosis*. New York: Springer. 264 p. ISBN 978-3-642-29286-6.
- 4 BISKUP, P., 2001. Diagnostika syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte – doporučený postup určený lékařům primární péče. *Pediatric pro praxi*. **2**(4), s. 164-168. ISSN 1213-0494.
- 5 ČERNÁ, A., et al., 2013. *Kyberšikana: průvodce novým fenoménem*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 978-80-247-4577-0.
- 6 DAMIAN, S. I., et al., 2011. Post-traumatic stress disorder in children. Overview and case study. *Romanian Journal of Legal Medicine*, **19**(2), 135-140. DOI: 10.4323/rjlm.2011.135.
- 7 Dětské krizové centrum, 2020. *O dětském krizovém centru* [online]. [cit. 2020-03-13]. Dostupné z: <https://www.ditekrize.cz/o-detskem-krizovem-centru/>
- 8 DRBOHLAV, A., 2013. *Psychologie sériových vrahů: 200 skutečných případů brutálních činů sériových vrahů současnosti*. Praha: Grada. 472 s. ISBN 978-80-247-4371-4.
- 9 DUNOVSKÝ, J. et al., 1995. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada. 245 s. ISBN 80-7169-192-5.
- 10 DUNOVSKÝ, J. et al., 2005. *Problematika dětských práv a komerčního sexuálního zneužívání dětí u nás i ve světě*. Praha: Grada. 251 s. ISBN 80-247-1201-6
- 11 FINKEL, M. A., GIARDINO, A. P., 2019. *Medical evaluation of child sexual abuse: a practical guide*. 4th issue, IL: American Academy of Pediatrics, 481 p. ISBN 978-1610022958.
- 12 FISCHER, S., ŠKODA, J., 2009. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada. 224 s. 978-80-247-2781-3.
- 13 Fond ohrožených dětí, ©2020. *O FOD* [online]. [cit. 2020-03-13]. Dostupné z: <http://www.fod.cz/o-nas>

- 14 FONTANA, V. J. et al., 1963. The Maltreatment Syndrome in Children. *New England Journal of Medicine* [online]. **269**(26), 1389-1394 [cit. 2020-02-11]. DOI: 10.1056/NEJM196312262692601.
- 15 HANUŠOVÁ, J., 2006. *Násilí na dětech – syndrom CAN*. Praha: Vzdělávací institut ochrany zdraví. 24 s. ISBN 80-86991-78-4.
- 16 HAVRÁNEK, P. et al., 2012. Syndrom třeseného dítěte a jeho chirurgické aspekty. *Pediatric pro praxi*. **13**(2), 76-78. ISSN 1213-0494
- 17 HAZINSKY, F. M., 2013. *Nursing Care of Critically Ill Child*. St. Louis, Missouri: Elsevier. 1140 s. 3. vydání. ISBN 978-0-323-02040-4.
- 18 HEALTHWICE. Munchausen Syndrome by Proxy. *Michigan Medicine University of Michigan* [online]. 2019 [cit. 2020-04-30]. Dostupné z: <https://www.uofmhealth.org/health-library/hw180537>
- 19 HELLEBRANDOVÁ, K., 2005. *Dítě na útěku*. Praha: Sdružení Linka bezpečí. 31 s. ISBN 80-239-5641-8.
- 20 HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 437 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
- 21 HIRT, M. et al., 2011. *Tupá poranění v soudním lékařství*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-4194-9.
- 22 HIRT, M. et al., 2016. *Soudní lékařství. II. díl*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-271-0268-8.
- 23 HOCKENBERRY, M. J., WILSON, D., 2013. *Wong's Essentials of Pediatric Nursing*. 9th issue. St. Louis: Elsevier. 1224 p. ISBN 978-0-323-08343-0.
- 24 HOFERKOVÁ, S., ŠVRČINOVÁ, L., 2009. *Téma kapitoly: Syndrom CAN*. [online]. Informační portál pro orgány sociálně-právní ochrany dětí. [cit. 2019-11-14]. Dostupné z: [http://www.ospod.cz/e\\_download.php?file=data/editor/16cs\\_2.pdf&original=Syndrom\\_CAN\\_text.pdf](http://www.ospod.cz/e_download.php?file=data/editor/16cs_2.pdf&original=Syndrom_CAN_text.pdf)
- 25 HOLÁ, I. et al., 2013. *Mediace a možnosti využití: v praxi*. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-4109-3.
- 26 HOLÁ, I. et al., 2016. *Problematika domácího násilí pro zdravotnické pracovníky*. 2. přepracované vydání. Brno: Spondea. 128 s. ISBN 978-80-270-1120-9.
- 27 HORWARTH, J., 2007. *Child neglect: Identification and assessment*. New York: Palgrave MacMillan. 281 p. ISBN 978-1-4039-3346-1.

- 28 *Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2016*, 2016, [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [cit. 2020-6-1]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=record&id=7791>
- 29 JAMES, S. R. et al, 2013. *Nursing Care of Children: Principles & Practice*. 4th issue. St. Louis: Elsevier. 880 p. ISBN 978-1-4557-0366-1.
- 30 KAJANOVÁ, A., 2014. *Sociální patologie: vybrané kapitoly*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 87 s. ISBN: 978-80-7394-449-0.
- 31 KALIBOVÁ, P., KALIBA, M., 2014. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě v kontextu současného školství*. Hradec Králové: Gaudeamus. 91 s. ISBN 978-80-7435-507-3.
- 32 KEMPE, CH. et al., 1962. The Battered- Child Syndrome. *American Journal of the Medical Science*. **181**(1). 17–24. DOI:10.1001/jama.1962.03050270019004.
- 33 KLÍMA, J. et al., 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 327 s. ISBN 9788024750149.
- 34 KUDLOVÁ, P., 2016. *Ošetrovatelský proces a jeho dokumentace*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně Fakulta humanitních studií. 133 s. ISBN 978-80-7454-600-6.
- 35 KUKLA, L., et al., 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada. 456 s. ISBN 978-80-247-3874-1.
- 36 KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
- 37 LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. *Vývojová psychologie*. 2. aktualiz. vydání. Praha: Grada. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
- 38 LEHROVÁ, J., 2018. *Rodičovština*. Praha: Mladá fronta. 262 s. ISBN 978-80-204-4849-1.
- 39 Linka bezpečí, 2020. *O nás* [online]. [cit. 2020-03-13]. Dostupné z: <http://spolek.linkabezpeci.cz/o-nas/>
- 40 MACHOVÁ, J. et al., 2015. *Výchova ke zdraví*. 2. aktualiz. vydání. Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-247-5351-3.
- 41 MARVÁNOVÁ VARGOVÁ, B., 2014. Syndrom CAN v praxi a podpora mezioborové spolupráce při jeho řešení. *Nové poznatky syndromu CAN a multidisciplinární spolupráce*. [online] Praha: Irea, 106 s. [cit. 2019-11-14]. Dostupné z: <https://www.ireas.cz/cs/cmsmayan/download/51>

- 42 MATOUŠEK, O. et al., 2010. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2. vydání. Praha: Portál. 351 s. ISBN 978-807-3678-180.
- 43 MATSCHKE, J. et al., 2009. Shaken baby syndrome: a common variant of non-accidental head injury in infants. *Deutsches Arzteblatt International*. **106**(13), 211-217. DOI: 10.3238/arztebl.2009.0211.
- 44 MAZALOVÁ, L. et al., 2011. Ošetrovatelská diagnostika strachu u dětí. *Pediatric pro praxi*. **12**(6). s. 434-436. ISSN 1213-0494.
- 45 MIHÁL, V et al., 2013. Mnohočetné fraktury u kojence s chronickým subdurálním hematomem jako následek fyzického týrání? *Pediatric pro praxi*. **14**(2), 137–139. ISSN 1213-0494.
- 46 Nadace Naše dítě, nedatováno. *O nadaci Naše dítě* [online]. [cit. 2020-03-13]. Dostupné z: <https://www.nasedite.cz/o-nas/>
- 47 NANDA International, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2015-2017*. 10. vydání. Praha: Grada. 464 s. ISBN 978-80-247-5412-3.
- 48 PARSH, B., 2013. All eyes on shaken baby syndrome. *Nursing*. **43**(5), 66. DOI: 10.1097/01.NURSE.0000428712.27120.9b
- 49 PAXSON, CH., HASKINS, R., 2009. *Introducing the Issue. In: Preventing Child Maltreatment*. New Jersey: Princeton-Brookings. p. 3-7. ISBN 978-0-9814705-3-5.
- 50 PEMOVÁ, T., PTÁČEK, R., 2012. *Sociálně-právní ochrana dětí pro praxi*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-4317-2.
- 51 PEMOVÁ, T., PTÁČEK, R., 2016. *Zanedbávané dítě*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-5695-0.
- 52 PEŠOVÁ, I., ŠAMALÍK, M., 2006. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Praha: Grada. 150 s. ISBN 80-247-1216-4.
- 53 PILLITTERI, A., 2010. *Maternal & Child Health Nursing: Care of the Childbearing & Childrearing Family*. 6th issue. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 1778 p. ISBN 978-1-58255-999-5.
- 54 POSKOČILOVÁ, K., PETR, T., 2009. *Pracovní postup: Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte*. [online] Praha: ČAS. 11 s. [cit. 2019-12-03]. Dostupné z: [https://www.cna.cz/docs/tiskoviny/cas\\_pp\\_2009\\_0002.pdf](https://www.cna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2009_0002.pdf)
- 55 PUGNEROVÁ, M., KVINTOVÁ, J., 2016. *Přehled poruch psychického vývoje*. Praha: Grada. 298 s. ISBN 978-80-247-54552-9.
- 56 SEDLÁKOVÁ, G. et al., 2010. *Vybrané ošetrovatelské modely a týrané dítě*. Praha: Triton. 140 s. ISBN 978-80-7387-412-4.



- 57 SEDLÁŘOVÁ, P. et al., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 9788024716138.
- 58 SIKOROVÁ, L., 2011. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3593-1.
- 59 SIKOROVÁ, L., 2012. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-7992-8
- 60 SLANÝ, J., 2008. *Syndrom CAN: syndrom týraného dítěte*. Ostrava: Ostravská univerzita. 155 s. ISBN 978-80-7368-474-7.
- 61 SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2010. *Ošetrovatelství v pediatrii*. Praha: Grada, 280 s. ISBN 978-80-247-3286-2.
- 62 SMATANA, L., ŠÍDLO J., 2013. *Jednorázový výprask vařečkou není týrání dítěte, rozhodl soud. Případ ale nekončí* [online] Praha. [cit. 2019-11-14]. Dostupné z: <https://dabpraha.rozhlas.cz/jednorazovy-vyprask-vareckou-neni-tyrani-ditete-rozhodl-soud-pripad-ale-nekonci-7337129>.
- 63 SMITH, G. M., FONG, R., 2004. *The Children of Neglect: When No One Cares*. Hover: Brunner Routledge. 311 p. ISBN 1-58391-024-7.
- 64 SPRINGER, I. C., MISURELL, R. J., 2015. *Game-based cognitive-behavioral therapy for child sexual abuse: An innovative treatment approach*. New York: Springer. 448 p. ISBN 978-0-8261-2336-7.
- 65 *Statistiky*, 2019. [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2020-05-20]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/statistiky-1>
- 66 ŠKODÁČEK, I., 2015. Prejavy CAN syndrómu (týraného, bitého a zanedbávaného dieťaťa) u detí v ambulancii pediatra. *Pediatric pro praxi*. **16**(1), 23-26. ISSN 1213-0494.
- 67 ŠVARŤÍČEK, R. et al., 2014. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. 2. vydání. Praha: Portal. 377 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
- 68 TOUŽIMSKÁ, Z. 2009. Posttraumatická stresová porucha u zneužívaných dětí. *Praktický lékař*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. **89**(2), 65–70. ISSN 0032-6739.
- 69 TRUELLOVÁ, I. et al., 2016. *Včasná detekce dětí ohrožených násilím*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole. 46 s. ISBN 978-80-87347-27-0.
- 70 *Úmluva o právech dítěte a související dokumenty*. 2016. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. 156 s. ČR. ISBN 978-80-7421-120-1.

- 71 VÁGNEROVÁ, M., 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. 816 s. ISBN 978-80-262-0696-5.
- 72 VANÍČKOVÁ, E. et al., 2012. *Sexuální zneužívání dětí: rizika a potřeby dětí jako východisko prevence*. Praha: Univerzita Karlova. 95 s. ISBN 978-80-260-3379-0.
- 73 VANÍČKOVÁ, E., 2009. *Interpersonální násilí na dětech*. Praha: Úřad vlády ČR. 37 s. ISBN 978-80-7440-001-8.
- 74 VELIKOVSKÁ, M., 2016. *Psychologie obětí trestných činů*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-4849-8.
- 75 Věstník MZ č. 3/2008, 2008. *Postup lékařů primární péče při podezření ze syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (sy. Can): Metodický pokyn, částka 3, s. 35-42. ISSN: 1211-0868.*
- 76 Vyhláška č. 252/2019 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2019. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 109, s. 2450. ISSN 1211-1244.
- 77 Vyhláška č. 318/2016 Sb., o dispensární péči, 2016. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 124, s. 4838. ISSN 1211-1244.
- 78 VYTEJČKOVÁ R. et al., 2011. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
- 79 WEISS, P. et al., 2005. *Sexuální zneužívání dětí*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 80-247-0929-5.
- 80 WEISS, P. et al., 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada. 724 s. ISBN 978-80-247-2492-8.
- 81 *World report on violence and health*. 2002. [online]. WHO. [cit. 2019-6-2]. ISBN 92 4 154561 5. Dostupné z: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615\\_eng.pdf;jsessionid=B68B43CF3E2B45E5A97D2EC8A5E059B0?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf;jsessionid=B68B43CF3E2B45E5A97D2EC8A5E059B0?sequence=1)
- 82 Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 111, s. 7662-81. ISSN: 1211-1244.
- 83 Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 131, s. 4730-801. ISSN: 1211-1244.
- 84 Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, 2009. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 11, s. 354-464. ISSN: 1211-1244.
- 85 Zákon č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě, 1995. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 19, s. 993-1004. ISSN: 1211-1244.

## 8 Seznam zkratek

ADH – porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou

DKC – Dětské krizové centrum

FOD – Fond ohrožených dětí

NND – Nadace Naše dítě

OSN – Organizace spojených národů

OSPOD – odbor sociálně-právní ochrany dítěte

PLDD – praktický lékař pro děti a dorost

SBS – Syndrom třeseného dítěte (z aj *Shaken Baby Syndrom*)

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

Syndrom CSA – Syndrom sexuálního zneužívání (z aj *Child Sexual Abused syndrome*)

v zppp – ve znění pozdějších předpisů

## 9 Příloha

### *Otázky pro sestry*

1. Jaké je vaše dosažené vzdělání v oboru?
2. Jaká je vaše délka praxe v oboru?
3. Jak dlouho pracujete na stávajícím oddělení nemocnice/ ordinace?
4. Jaké znáte formy syndromu CAN a jak se od sebe odlišují?
5. Jaké znáte rizikové faktory, které zvyšují pravděpodobnost vzniku syndromu CAN u dětí?
6. Jak se postupuje při podezření na syndrom CAN, kdo jej oznamuje a kam?
7. Jaké ošetrovatelské intervence provádíte u dítěte se syndromem CAN?
8. Jaké jsou následky syndromu CAN u dětí?
9. Jaká opatření v primární, sekundární a terciární prevenci v ČR v souvislosti s CAN syndromem znáte?
10. Poskytujete nějakou formu prevence v souvislosti se syndromem CAN u vás na oddělení/ ordinaci?