



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Úloha sestry v prevenci syndromu třeseného dítěte

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Erika Saláková

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

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Úloha sestry v prevenci syndromu třeseného dítěte“ 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 bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 29. 4. 2019

.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mojí bakalářské práce doc. Ing. Ivě Brabcové, Ph.D., a to zejména za ochotu, trpělivost, vstřícnost a čas, který mi věnovala při zpracování bakalářské práce.

Dále děkuji všem osobám, které se ochotně zúčastnily výzkumného šetření a poskytly mi rozhovor pro účely bakalářské práce.

Úloha sestry v prevenci syndromu třeseného dítěte

Abstrakt

Současný stav: Předkládaná bakalářská práce se věnuje problematice syndromu třeseného dítěte. Protože syndrom třeseného dítěte je jednou ze specifických forem tělesného týrání dítěte, je výzkumné šetření také zacíleno na problematiku syndromu CAN (Slaný, 2008).

Cílem výzkumného šetření bylo popsat úlohu sestry v oblasti prevence syndromu třeseného dítěte a zjistit rozsah informovanosti laické veřejnosti o tomto syndromu.

Metodika: Výzkumné šetření probíhalo formou kvalitativního sběru a analýzy dat. Ke sběru dat byla využita metoda nestandardizovaných hloubkových rozhovorů ve dvou výzkumných souborech. První výzkumný soubor byl tvořen rodiči dětí do tří let a druhý sestrami. Velikost výzkumných souborů byla dána teoretickým nasycením dat. Použitou technikou bylo dotazování. Vhodné osoby k poskytnutí rozhovoru byly vyhledány za předem stanovených kritérií, pro získávání dalších probandů byla použita technika sněhové koule. Získaná data byla kategorizována prostřednictvím otevřeného kódování, použitou technikou byla „tužka-papír“.

Výsledky: Analýzou dat bylo zjištěno, že oslovené sestry mají dobré znalosti o příznacích, léčbě, důsledcích a prevenci syndromu třeseného dítěte. Nicméně o problematice syndromu třeseného dítěte needukují rodiče dětí. V případě, že oslovené matky měly znalosti o syndromu třeseného dítěte, jejich zdrojem nebyl zdravotnický personál. Informace získávaly především z masmédií a internetu. Výzkumné šetření prokázalo, že oslovené matky považují za stěžejní v prevenci syndromu třeseného dítěte informace o příčinách a možných důsledcích neadekvátního třesení s dítětem a mají zájem o edukaci zdravotnickým personálem. Dle názoru oslovených sester a matek mezi účinné metody prevence syndromu třeseného dítěte patří osvětové kampaně, informační portály, informační letáky, videa, brožury, psychologická péče o rodiče, preventivní prohlídky dítěte a další.

Závěr: Výstupem předkládané bakalářské práce je soubor doporučení, která mohou být využita v prevenci syndromu třeseného dítěte. Dále byl vytvořen konkrétní návrh informačního letáku pro rodiče, který upozorňuje na nebezpečí třesení s dítětem. Je

třeba zdůraznit potřebu osvětové kampaně, která by upozornila na syndrom třeseného dítěte a zvýšila zájem o vzdělávání odborné i laické veřejnosti v této problematice.

Klíčová slova

Syndrom třeseného dítěte; syndrom CAN; primární prevence; sekundární prevence; terciární prevence; sestra

The Role of Nurse in the Prevention of the Shaken Baby Syndrome

Abstract

Current state: This bachelor thesis deals with the issue of the Shaken Baby Syndrome. The research was also focused on the issue of the Child Abuse and Neglect because the Shaken Baby Syndrome is one of the specific forms of child abuse (Slaný, 2008).

The aim of the research was to describe the role of nurse in the prevention of the Shaken Baby Syndrome and to find out what extent is the general public informed about this syndrome.

Methodology: The research was conducted in the form of qualitative data collection and analysis. The method of non-standardized in-depth interviews in two research files were used to collect data. The first research group consisted of parents of children under three years old and the second one of paediatric nurses. The size of the research files was given by theoretical data saturation. Questioning was used as the technique of the research. People, who were suitable to provide the interview were found under predetermined criteria and the snowball technique was used to acquire other probands. The obtained data were categorized by open coding, the used technique was "pencil-paper".

Results: Data analysis revealed that nurses have good knowledge of symptoms, treatment, consequences and prevention of shaken child syndrome. However, the general public is not enough educated about the issues of the Shaken Baby Syndrome. If the addressed mothers had knowledge of the Shaken Baby Syndrome, the source of these knowledge was not medical staff. The informations were mainly obtained from the mass media and the internet. The research has shown that the addressed mothers consider the information about the causes and possible consequences of inadequate shaking with the child as crucial in the prevention of the Shaken Baby Syndrome and are interested in education by medical staff. According to the opinions of the addressed nurses and mothers, effective methods of prevention of the Shaken Baby Syndrome include awareness campaigns, information portals, information leaflets, videos, brochures, psychological care for parents, child preventive examinations etc.

Conclusion: The outcome of this bachelor thesis is a set of recommendations that can be used in the prevention of the Shaken Baby Syndrome. In addition, specific information leaflet for parents was created as a warning of the danger of shaking with a baby. It is necessary to emphasize the need for an awareness-raising campaign to raise awareness of the Shaken Baby Syndrome and to increase the interest in education of this issue for both the professional and the general public.

Key words

Shaken Baby Syndrome; Child Abuse and Neglect; Primary prevention; Secondary prevention; Tertiary prevention; Nurse

OBSAH

ÚVOD.....	10
1 SOUČASNÝ STAV.....	11
1.1 Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte.....	11
1.1.1 Charakteristika syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte.....	11
1.1.2 Formy syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte.....	13
1.1.3 Legislativní ochrana dětí a trestní stíhání týrající osoby v České republice.....	15
1.2 Syndrom třeseného dítěte.....	17
1.2.1 Rizikové faktory, příčiny a mechanismus vzniku syndromu třeseného dítěte....	17
1.2.2 Příznaky syndromu třeseného dítěte.....	20
1.2.3 Diagnostika syndromu třeseného dítěte.....	21
1.2.4 Léčba a prognóza syndromu třeseného dítěte.....	23
1.2.5 Ošetrovatelská péče o dítě se syndromem třeseného dítěte.....	25
1.3 Prevence syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte a syndromu třeseného dítěte.....	27
1.3.1 Úloha sestry v primární prevenci.....	28
1.3.2 Úloha sestry v sekundární prevenci.....	30
1.3.3 Úloha sestry v terciární prevenci.....	31
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	33
2.1 Cíle práce.....	33
2.2 Výzkumné otázky.....	33
2.3 Operacionalizace základních pojmů.....	33
3 METODIKA.....	35
3.1 Metodika práce.....	35
3.2 Charakteristika výzkumných souborů.....	37
4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	38
4.1 Výsledky rozhovorů s rodiči.....	38
4.1.1 Kategorie 1: Informovanost rodičů o syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte.....	38
4.1.2 Kategorie 2: Informovanost rodičů o syndromu třeseného dítěte.....	40
4.1.3 Kategorie 3: Úroveň znalostí rodičů o syndromu třeseného dítěte a návrh účinné prevence syndromu třeseného dítěte.....	41
4.1.4 Kategorie 4: Informovanost rodičů o syndromu excesivního pláče.....	44

4.1.5	Kategorie 5: Spokojenost rodičů se zdravotnickými a sociálními službami pro těhotné ženy a děti v České republice	46
4.2	Výsledky rozhovorů se sestrami.....	48
4.2.1	Kategorie 1: Znalost sester o syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte	48
4.2.2	Kategorie 2: Znalost sester o syndromu třeseného dítěte	50
4.2.3	Kategorie 3: Znalost sester o syndromu excesivního pláče	51
4.2.4	Kategorie 4: Primární, sekundární a terciární prevence syndromu třeseného dítěte.....	53
5	DISKUZE.....	56
5.1	Diskuze nad výsledky rozhovorů s těhotnými ženami a matkami dětí do tří let...	56
5.2	Diskuze nad výsledky rozhovorů se sestrami.....	61
6	ZÁVĚR	66
6.1	Doporučení pro praxi.....	67
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	68
8	SEZNAM ZKRATEK.....	74
9	SEZNAM PŘÍLOH.....	75

ÚVOD

Syndrom třeseného dítěte (Shaken Baby Syndrome, SBS) je specifickým typem tělesného týrání dítěte, jehož následky mají vliv na zdraví dítěte a mohou být velmi závažné a ve spoustě případů nevratné. Protože se jedná o syndrom, který je způsobený agresivním jednáním osoby pečující o dítě, je nutné systémovým působením zdravotnických pracovníků agresivnímu jednání vůči dítěti zabránit nebo alespoň minimalizovat rizika vedoucí k jeho vzniku. Cílem předkládané výzkumné studie je popsat rizikové a vyvolávající faktory SBS, příznaky, následky, léčbu a prognózu tohoto syndromu a výzkum zacílit na prevenci, která je bezesporu z největší části v rukou lékařů a sester. Sestry v prevenci syndromu třeseného dítěte hrají podstatnou roli. Je to obvykle sestra, na koho se rodiče obracejí s nějakým problémem, protože sestra s nimi bývá v kontaktu nejčastěji, stává se jejich pomocníkem, komunikuje s nimi, učí je správné péči o dítě. Právě z tohoto důvodu má sestra důležitou roli zejména v edukaci rodičů o syndromu třeseného dítěte, ale samozřejmě také ve vyhledávání rizikových faktorů, které by mohly vést k týrání dítěte.

K tomu, abychom mohli popsat úlohu sester v prevenci syndromu třeseného dítěte, je podstatné zjistit, zda jsou již některá preventivní opatření v České republice prováděna, jak působí na veřejnost a jaké informace má veřejnost o syndromu třeseného dítěte. Prvním cílem práce je zjistit, nakolik je laická veřejnost informovaná o syndromu třeseného dítěte, syndromu CAN a technikách, jak utišit plačící dítě. Zajímá nás také, zda veřejnost někdo o syndromu třeseného dítěte edukuje a jaké způsoby prevence veřejnost považuje za účinné. Druhým cílem je popsat úlohu sester v primární, sekundární a terciární prevenci syndromu třeseného dítěte. Účelem výzkumné studie je identifikovat nedostatky v problematice prevence syndromu třeseného dítěte a navrhnout způsoby odstranění těchto nedostatků. Výstupem práce jsou doporučení pro praxi, jejichž záměrem je zvýšit informovanost široké veřejnosti o syndromu třeseného dítěte, zavést preventivní opatření do praxe a poskytnout podklad pro další výzkum.

1 SOUČASNÝ STAV

Syndrom třeseného dítěte (Shaken Baby Syndrome, dále jen SBS) je soubor příznaků, které vznikají v důsledku intenzivního třesení kojencem nebo batoletem. Typickým příznakem v souvislosti se SBS je subdurální hematom a retinální krvácení, často doprovázené zlomeninami žeber a konců dlouhých kostí (Joyce a Huecker, 2018). SBS je specifickým typem tělesného týrání dítěte, je tedy řazen do syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (Child Abuse and Neglect, dále jen CAN). Jedná se o agresi vůči dítěti (Slaný, 2008). Syndrom CAN je jednou z mnoha patologií spojených s rodinou, která má mimo jiné socializačně-výchovnou funkci, funguje jako primární socializační činitel a má tak velký vliv na socializaci dítěte (Kajanová, 2014). Spousta případů syndromu CAN je obtížně prokazatelná, a to zejména psychické týrání. Proto se odhaduje, že výskyt je mnohem vyšší, než je hlášeno (Slaný, 2008).

1.1 Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte

Syndrom CAN je diskutovaným tématem jak v odborné, tak laické veřejnosti. Podle Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (2016) je týrání a zanedbávání dítěte lékařskou diagnózou. Slaný (2008) uvádí, že by neměl být syndrom CAN chápán jen jako lékařská diagnóza, ale mělo by na něj být pohlíženo jako na velký sociální fenomén.

První organizací, která začala upozorňovat na problematiku týrání dětí, byla Národní společnost prevence proti krutostem na dětech založená v roce 1883 v Anglii (Slaný, 2008). Postavení dítěte ve společnosti prošlo v průběhu staletí zásadním vývojem. Ve starověku byli zcela běžně zabijeni novorozenci z důvodu hladomoru, aby bylo postaráno o jejich starší sourozence, nebo z důvodu regulace spektra populace. S rozvojem křesťanství začalo být toto jednání nepřijatelné a děti byly odkládány do klášterů či nalezinců. Společensky přijatelné však zůstaly tělesné tresty (Slaný, 2008). Přijatelnost tělesných trestů se v různých zemích liší. V některých zemích jsou běžnou složkou výchovy, jinde jsou většinou společností odmítány, ale nejsou nezákonné, a někde za ně hrozí trestní postih (Kukla et al., 2016).

1.1.1 Charakteristika syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte

Za týrání dítěte je považováno jakékoliv nenáhodné násilné fyzické či psychické poškozování dítěte, které vede ke zranění, zastavení vývoje, případně smrti dítěte, a které omezuje práva dítěte, nebo ho ohrožuje. Týrání dítěte se odehrává v rodině nebo

v institucích, které dítě navštěvuje. Z hlediska týrající osoby se nemusí vždy jednat o její vědomé jednání (Kukla et al., 2016). Ve společnosti jde o děj striktně odmítaný. Z hlediska obecného charakteru se tento děj dělí na akci a ne-akci. Akce se vyznačuje jako útok nebo násilí vůči dítěti, zpravidla se opakuje a má charakter tělesného týrání, duševního týrání či sexuálního zneužívání. Ne-akce je zanedbávání dítěte nebo duševní deprivace (Slaný, 2008).

Následkem aktivního ubližování dítěti nebo zanedbávání péče o dítě vzniká soubor důsledků označovaný jako syndrom CAN (Sedláková, Kalátová et al., 2010). Zatímco týrání a zneužívání je charakteristické agresí ze strany rodičů či jiné osoby, při zanedbávání dítěte dochází k nedostatečné péči ze strany rodičů, k neuspokojování tělesných či vzdělávacích potřeb (Camilo et al., 2016).

Týrání dítěte je vždy ovlivněno faktory biologickými, sociálními, kulturními, ekonomickými a faktory životního prostředí. Většinou se tyto faktory týkají spíše týrající osoby než dítěte. Některé kulturní zvyklosti mohou zvyšovat riziko výskytu syndromu CAN. Zejména jde o to, jak je v dané kultuře či komunitě pohlíženo na tělesné tresty a užívání alkoholu. Světová zdravotnická organizace uvádí, že ve výskytu syndromu CAN hraje důležitou roli ekonomická úroveň jednotlivých zemí, nerovnoprávnost a legislativa (Sethi et al., 2013). Rizikové faktory vedoucí ke vzniku CAN syndromu lze rozdělit do několika kategorií. Existují rozdílné rizikové faktory ve vztahu k týrání a zanedbávání dítěte a jiné ve vztahu k sexuálnímu zneužívání (Kukla et al., 2016).

Ve vztahu k týrání a zanedbávání jsou rizikové děti s poruchami chování, děti hyperaktivní, labilní a mentálně postižené. Rodiče mívají častěji sklony k týrání, jestliže jsou závislí na drogách či alkoholu, mají agresivními povahové rysy, neurotické obtíže, somatické obtíže, nebo jsou nezletilí. Za rizikové situace jsou považovány rozvody, nechtěná těhotenství, samoživitelství, chudoba, nezaměstnanost rodičů (Kukla et al., 2016). Rozvodové situace, kdy jsou děti předmětem sporů mezi bývalými partnery, jsou typickým příkladem duševního týrání dítěte. Rodiče velice často používají věty typu „jsi stejná jako tvoje matka/otec“ (Slaný, 2008). Ve vztahu k sexuálnímu zneužívání se nejčastějším rizikovým faktorem stávají sexuální deviace, sexuálně hyperaktivita, alkoholismus, drogová závislost a sexuální zneužívání pachatele v dětství. Rizikovým dítětem jsou děti fyzicky vyvrálé, děti s postižením a děti vypadající bezbranně.

Rizikovou situací může být dysfunkční rodina, ošetřování dítěte při nemoci, dětské tábory nebo zájmové kroužky (Kukla et al., 2016). Agresivita rodičů vůči dítěti má kořeny v neschopnosti rodičů se vcítit do emocí svých dětí, zvláště pak ve stresových situacích. U kojenců pak k agresi často dochází v z důvodu jeho dlouhého neutišitelného pláče (Camilo et al., 2016).

1.1.2 Formy syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte

Syndrom CAN lze rozdělit na týrání tělesné, týrání duševní, sexuální zneužívání a zvláštní formy týrání a zanedbávání (Slaný, 2008).

Nejčastějším projevem agrese vůči dítěti je tělesné týrání (Slaný, 2008). Zároveň je také v historii prvním popsaným typem násilí na dětech. V roce 1962 rentgenolog Kempe popsal „syndrom bitého dítěte“, když na rentgenových záznamech na svém pracovišti zpozoroval atypické úrazy dětí, které naznačovaly násilné chování pečujících osob vůči dítěti (Pemová a Ptáček, 2016). Obvykle se jedná o vědomé tělesné ubližování či útok na dítě, ale lze sem zařadit také nezabránění takovému zacházení s dítětem a nepřiměřené tělesné tresty (Müllerová et al., 2014).

Následkem agrese vůči dítěti mohou být zavřená i otevřená poranění. Ze zavřených poranění jsou velmi časté otřesy mozku a míchy doprovázené pohmožděním mozku, subdurálním či subarachnoideálním krvácením a zlomeninami lebky. Jedním ze závažných typů otřesů je již zmíněný syndrom třeseného dítěte, kdy rodič či pečovatel nejčastěji takto reaguje na neutišitelný pláč dítěte. Dalšími častými zraněními jsou pohmožděliny, modřiny, potrhaná kůže. Na těle dítěte se mohou objevit stopy po nástrojích, kterými bylo bito. Z otevřených poranění se nejčastěji vyskytují rány bodné, sečné, tržné, řezné i střelné, rány kousnutím a popáleniny (Kukla et al., 2016). Velkou skupinou poranění týkajících se týrání dětí jsou poranění kostí a kloubů, zejména zlomeniny. Na týrání by mohly upozornit zlomeniny koncových částí dlouhých kostí, které vznikají násilným kroucením nebo tahem. Podezřelé jsou také zlomeniny lopatky, sériové zlomeniny žeber v jedné linii a zlomeniny stehenní kosti u kojence nebo batolete (Slaný, 2008).

Duševní týrání dítěte může být aktivním dějem, kdy je dítě ponižováno, uráženo či zesměšňováno, nebo dítě nedostává od pečující osoby to, co dostávat má (pozornost, lásku, zájem, čas). Duševní týrání nemusí existovat pouze samostatně, ale může být přítomno v souvislosti s jinými formami syndromu CAN. Je-li dítě tělesně týráno nebo

sexuálně zneužíváno, je logicky přítomno i duševní týrání (Slaný, 2008). Duševní týrání lze rozpoznat na základě typických diagnostických znaků. Například to může být opožděný vývoj, nízké sebevědomí, strach, úzkost, deprese, agrese, zhoršený školní prospěch, útky z domova, nedůvěra k dospělým, sebepoškozování a další (Kalibová a Kaliba, 2014).

Zanedbávání je v současnosti nejčastějším problémem, kterým jsou děti ohroženy. Na rozdíl od fyzického týrání dítěte je obtížně definovatelné, protože postoj společnosti vůči zanedbávání dětí se v průběhu let měnil. Závisí na tom, jak společnost aktuálně vnímá lidská práva a jak jsou v dané společnosti nastavené kulturní normy. Postoj společnosti je také ovlivněn prostředím. Je rozdílný, jestliže rodina žije v ekonomicky rozvinuté zemi oproti zemi, kde jsou aktuální válečné konflikty nebo chudoba. Zanedbávání lze chápat jako ne-akci, neprovedení důležitých činností ze strany rodičů směrem k dítěti, jejich nejednání a nepůsobení vhodným způsobem na dítě. Dítě není obětí nevhodného chování rodičů nebo jiného dospělého vůči němu, ale spíše obětí jejich nezájmu a nedostatečné péče o dítě (Pemová a Ptáček, 2016). *„Obecně lze tedy definici zanedbávání v tom nejširším smyslu formulovat jako situaci, kdy je dítě ohroženo (akutně či chronicky, vždy ale vážně) nedostatkem podnětů a faktorů důležitých ke zdravému a plnohodnotnému fyzickému i duševnímu rozvoji.“* (Slaný, 2008, s. 29). Jestliže se jedná o zanedbávání, které ohrožuje zdraví a život dítěte, je označováno jako zanedbávání těžké. Zanedbávání všeobecné je děleno na tělesné (nedostatek jídla, pití, oblečení) a psychické (rodiče neposkytují dítěti dostatek zájmu, lásky). Dále sem patří zanedbávání v oblasti vzdělávání, nevhodné prostředí k výchově dítěte, „odložení“ dítěte do péče přátel a zanedbávání preventivní lékařské péče (Kukla et al., 2016).

Dalším typem syndromu CAN je sexuální zneužívání dítěte. Jedná se o sexuální aktivity, které dítě vykonává nedobrovolně, je k nim donuceno násilím, podvodem nebo uplácením (Kukla et al., 2016). Sexuální zneužívání může být kontaktní (pedofilie) či bezdotykové (Slaný, 2008). Kontaktní (dotykové) probíhá formou osahávání dítěte zneužívající osobou, nucení k manipulaci s pohlavními orgány, pohlavní styk či znásilnění (Kalibová a Kaliba, 2014). Kukla et al. (2016) uvádí, že tento typ může provádět pasivní abuzor, který se nechává osahávat od dítěte, ale sám se ho nedotýká, nebo aktivní abuzor, který se dítěte dotýká a realizuje s ním různé sexuální praktiky. Bezkontaktní forma sexuálního zneužívání dětí zahrnuje exhibicionismus, nucení dítěte

k sledování pornografie či soulože, rozhovory se sexuálním obsahem a pozorování svlékajícího se dítěte za účelem uspokojení (Kukla et al., 2016). Kalibová a Kaliba (2014) uvádějí jako další typy sexuálního zneužívání obchodování s dětmi, dětskou pornografií, dětskou prostitucí a komerční typ, kdy se jedná o sexuální zneužívání za odměnu (peníze, naturálie).

Kukla et al. (2016) rozlišuje také zvláštní formy (neobvyklé) CAN syndromu, mezi které řadí porušování dětských práv, šikanování, sekundární viktimizaci (dítě se jako oběť trestného činu dále stává obětí neadekvátního vyšetřování), kyberšikanu (přes informační technologie) a další. Jednou ze zvláštních forem syndromu CAN je také Münchhausenův syndrom v zastoupení. Münchhausenův syndrom označuje pacienta, který si vymýšlí nebo zveličuje příznaky onemocnění a vyžaduje vyšetření a léčbu v míře, která objektivně neodpovídá skutečnosti. V souvislosti s CAN syndromem se však jedná o Münchhausenův syndrom v zastoupení (by proxy), kdy za jedince jedná někdo jiný a profituje na získaných výhodách (Drbohlav, 2013).

1.1.3 Legislativní ochrana dětí a trestní stíhání týrající osoby v České republice

V České republice (dále ČR) je týrání dítěte trestáno dle zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku, v platném znění (dále TZ). V § 198 TZ je uvedeno, že kdo týrá osobu ve své péči nebo výchově, bude potrestán odnětím svobody na 1 rok až 5 let. Trest může být vyšší, jestliže je trestný čin spáchán surovým nebo trýznivým způsobem, je spáchán na více osobách, oběti je způsobena těžká újma na zdraví či smrt, nebo je-li trestný čin páchan po delší dobu. Odnětím svobody na 6 měsíců až 4 roky se dle § 199 TZ trestá týrání osoby žijící ve společném obydlí, přičemž pro zvýšení trestu platí stejné podmínky. Dále je zde stanovena výše trestu za opuštění dítěte (§ 195 TZ), zanedbání povinné výživy (§196 TZ), únos dítěte a osoby stížená duševní poruchou (§ 200 TZ), ohrožování výchovy dítěte (§ 201 TZ) a svádění k pohlavnímu styku (§ 202 TZ). Paragraf 367 a 368 TZ také ustanovují, že každá osoba je povinna zabránit týrání svěřené osoby a oznámit tuto skutečnost státnímu zástupci nebo policejnímu orgánu. Fyzické týrání dětí navíc patří k ublížení na zdraví a těžké újmě na zdraví, což je uvedeno v § 145 a § 146 TZ. Mučení a jiné nelidské a kruté zacházení dále uvádí § 149 TZ. V oblasti dětské pornografie se dle § 192 TZ trestá nejen ten, kdo vyrábí, dováží, uvádí do oběhu či prodává dětskou pornografií, ale i ten, kdo k ní má přístup, a to odnětím svobody na délku odpovídající přestupku. Stejně tak se dle § 193 TZ trestá zneužití dítěte k výrobě pornografie.

V souladu se zákonem č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí (dále SPOD), v platném znění § 53, jsou fyzické i právnické osoby povinné sdělit požadované údaje potřebné pro sociálně-právní ochranu dítěte, pokud tomu nebrání povinná mlčenlivost. V případě podezření z týrání, zneužívání či zanedbávání dítěte povinnost mlčenlivosti neplatí. V souladu s § 6 zákona o SPOD je sociálně-právní ochrana poskytnuta dětem, které jsou obětí domácího násilí.

V rámci SPOD vydalo Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále jen MPSV) v roce 2010 Metodické doporučení MPSV č. 3/2010 k postupu orgánů sociálně-právní ochrany dětí v případech domácího násilí. Zde je uvedeno, že každé dítě, na kterém je spácháno fyzické, psychické nebo sexuální násilí, se stává přímou obětí domácího násilí. Takové dítě je poté ohroženo vznikem syndromu CAN. Jestliže je dítě svědkem domácího násilí (nepřímou obětí), považuje se za psychicky týrané dítě.

V případě poskytovatelů zdravotnických služeb opět platí oznamovací povinnost a sdělování údajů podle zákona upravujícího SPOD. Toto je uvedeno také v § 45 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Jedním z práv nezletilého pacienta uvedených v § 28 zákona o zdravotních službách, je odmítnutí účasti týrající osoby při poskytování zdravotních služeb. Zároveň by měl poskytovatel zdravotních služeb zabránit přítomnosti této osoby, jestliže má reálné podezření, že je dítě týrané (§ 35). V § 38 je také uvedeno, že dítě, u kterého je podezření na syndrom CAN, může být hospitalizováno bez souhlasu zákonného zástupce. Dle § 32 může poskytovatel zdravotních služeb v nezbytném rozsahu neposkytnout osobě, která je podezřelá z týrání, informace o zdravotním stavu dítěte. Jestliže poskytovatel v průběhu poskytování zdravotních služeb získá podezření o týrání dítěte zákonným zástupcem či pečující osobou, může dle § 67 této osobě omezit přístup ke zdravotnické dokumentaci dítěte.

Česká republika jako člen Organizace spojených národů (dále OSN) přijala dva základní dokumenty o právech dítěte: Úmluvu o právech dítěte z roku 1989 (OSN, 1989) a Deklaraci práv dítěte z roku 1959 (OSN, 1959). OSN v Úmluvě o právech dítěte prohlašuje, že každému přísluší stanovená práva bez ohledu na rasu, barvu pleti, pohlaví, jazyk, náboženství, politický názor, národnostní nebo sociální původ, rod a majetek. Chrání rodinu jako základní jednotku společnosti, která poskytuje plný a harmonický rozvoj osobnosti (OSN, 1989).

Česká republika také v roce 2007 přijala Úmluvu Rady Evropy o ochraně dětí proti sexuálnímu vykořisťování a pohlavnímu zneužívání. Tato úmluva stanovuje zásady a preventivní opatření proti pohlavnímu zneužívání dětí. Mezi tato opatření patří zvyšování povědomí o pohlavním zneužívání dětí, vzdělávání dětí, preventivní programy, národní opatření koordinace a národní spolupráce, oznamování podezření na sexuální zneužívání, prostředky na pomoc dětem, intervenční programy, trestní právo a další (Rada Evropy, 2007).

1.2 Syndrom třeseného dítěte

Syndrom třeseného dítěte (Shaken Baby Syndrome, SBS) je specifická forma týrání dítěte, při které dochází k prudkému a intenzivnímu třesení dítětem, a tím je způsobeno tupé poranění hlavy. Nejvíce ohroženou věkovou skupinou dětí jsou kojenci a batolata, tedy do 3 let věku (Hirt et al., 2011). Tento syndrom poprvé popsal radiolog John Caffey v roce 1946, který tím upozornil na problém týrání dětí v lékařské komunitě natolik, že se v rámci lékařské praxe začaly aktivně vyhledávat ohrožené a týrané děti (Grover a Crawford, 2016). Caffey ve své studii popsal SBS jako typ tehdy existujícího syndromu bitého dítěte. Zabýval se případy šesti kojenců se subdurálním hematomem a se zlomeninami nejasné etiologie, z nichž tři děti měly zlomeninu stehenní kosti, dvě děti zlomeninu kosti pažní a jedno dítě zlomeninu kosti vřetení. Došel závěru, že subdurální hematom a zlomeniny dlouhých kostí spolu souvisí a že trauma bylo způsobené rodiči, protože všichni popřeli úraz dítěte a jedno z dětí bylo oběma rodiči nechtěné. Definoval SBS jako důsledek třesení dítětem, což se projeví intrakraniálním a retinálním krvácením. Poprvé je zde také popsán latentní SBS, který je následkem třesení kojencem nebo batoletem, ale projeví se až ve školním věku dítěte (Caffey, 2011). Narang et al. (2016) uvádějí, že žádná studie dosud nijak nezměnila definici SBS. Definují SBS jako třesení s dítětem, které má za následek vznik subdurálního hematomu, retinálního krvácení, případně kóma a smrt (Narang et al., 2016).

1.2.1 Rizikové faktory, příčiny a mechanismus vzniku syndromu třeseného dítěte

Nejvýznamnějším rizikovým faktorem u dítěte v souvislosti se vznikem SBS je pláč. Převážně se tento problém týká dětí, které trpí břišními kolikami (Brooks a Weathers, 2012). Častěji se však nejedná o gastrointestinální potíže, ale o syndrom excesivního pláče (dále jen SEP). Pojem excesivní pláč se užívá v souvislosti se zdravým kojencem, který má i přes jeho příznivý somatický stav dlouhé epizody neutišitelného pláče (Masopustová, 2011). Při pláči kojenec často přitahuje nohy k bříšku, čímž dochází

k odchodu plynů, proto se SEP může jevit jako gastrointestinální onemocnění. Souvislost však nikdy nebyla prokázána, protože SEP se projevuje především v odpoledních a večerních hodinách, zatímco děti jsou krmeny v průběhu celého dne (Gelfand, 2016). V prvních týdnech po porodu je pláč hlavním způsobem komunikace dítěte. Pomocí pláče dítě vyjadřuje hlad, nepohodlí, strach nebo únavu. Po třech měsících života zpravidla pláč ustává, protože dítě se začíná učit i jiné způsoby komunikace (Sikorová a Plačková, 2015). U kojence trpícího excesivním pláčem však pláč není projevem hladu nebo nespokojenosti. Za jeho hlavní příčinu se považuje úzkost (Gelfand, 2016). V prvních měsících života je dítě zcela závislé na matce a je velmi vnímavé k projevům a chování rodičů. Proto se syndrom excesivního pláče velmi často objevuje u dětí matek s vysokou až extrémní úrovní stresu. Výskyt také narůstá v souvislosti s depresivitou, nízkým sebehodnocením a úzkostností matky, které mají na dítě vliv jak v prenatálním období, tak v období po porodu. Naopak dítě, které nadměrně pláče, může narušit vztah dítě – matka a vztahy v rodině (Sikorová a Plačková, 2015).

Gelfand (2016) popisuje souvislost mezi syndromem excesivního pláče a migrénou dítěte. Pláč by mohl být způsoben právě příznaky migrény, jako třeba bolestí hlavy nebo přecitlivělostí na podněty. Přibližně od druhého týdne života dítěte se začíná velmi rychle vyvíjet mozek, čímž se zvyšuje vizuální vnímavost kojenců, a dítě tak může být přecitlivělé. Tato doba odpovídá nejčastějšímu vzniku SEP. Ve třetím měsíci života, kdy většinou SEP vymizí, se upravuje sekrece melatoninu, díky čemuž dítě v noci lépe spí (Gelfand, 2016).

Jelikož se SBS vyskytuje nejčastěji u kojenců v prvním roce života, lze i tento věk považovat za rizikový faktor. Dalšími rizikovými faktory jsou mnohočetné porody a předčasné narození dítěte, které může vyžadovat dlouhé odloučení od matky. Předčasně narozené děti vyžadují speciální péči a po propuštění z nemocnice může být jejich chování atypické, mohou mít nepravidelný spánek a potíže při krmení (Lopez-Bushnell et al., 2017). Zvýšené riziko agrese proti dítěti je i u některých osob, a to například u přítele matky, který je v roli nevlastního otce dítěte, ale pachatelem tohoto typu násilí na dítěti může být samozřejmě i žena. Důležité je zmínit, že ve většině případů se nejedná o záměr ublížení dítěti, ale jen o nevhodný způsob, jak dítě zklidnit. Výskyt bývá také ovlivněný kulturními a etnickými faktory, a to jak na straně dítěte, tak na straně pachatele (Brooks a Weathers, 2012). Ze strany pachatele může být rizikové také nízké

vzdělání, předchozí rodinné dysfunkce, zneužívání či týrání v rodině (Lopez-Bushnell et al., 2017). Významná je také souvislost mezi SBS a drogovou závislostí pečující osoby (Brooks a Weathers, 2012). Jestliže matka užívá omamné a psychotropní látky v těhotenství, dítě bývá po narození více plačtivé, což zvyšuje riziko SBS (Lopez-Bushnell et al., 2017). Důležitým rizikovým faktorem vzniku SBS jsou různá psychiatrická onemocnění pečující osoby. Zvláště se riziko týká pečujících osob trpících depresemi nebo emocionální labilitou. Kojenci, kteří jsou v péči emocionálně labilní osoby, mohou projevovat negativní emoce při kontaktu s pečující osobou (Brooks a Weathers, 2012).

SBS vzniká při nešetrném zacházení s kojencem, zvláště při prudkých pohybech jako je třesení, šhubání a prudké cloumání (Gregora a Velemínský, 2013). Nemusí se vždy jednat o agresi proti dítěti. K takovýmto nebezpečným pohybům může dojít také při hře (Brooks a Weathers, 2012). Přitom není příliš podstatné, za jakou část těla je dítě drženo (Gregora a Velemínský, 2013). Jestliže však útočník drží dítě za hrudník, komprese hrudní stěny způsobuje zvýšení intrakraniálního žilního tlaku. Síly lineárně působící na mozek při třesení v kombinaci se zvýšeným intrakraniálním žilním tlakem způsobují krvácení do sítnice (retinální krvácení) a subdurální krvácení. Rotační pohyby naopak mohou způsobit difuzní axonální poranění (Hsieh et al., 2015).

Oproti dospělému člověku je hlavička kojence v porovnání k tělu velká a krční svaly nejsou dostatečně silné na to, aby efektivně tlumily tyto pohyby (Gregora a Velemínský, 2013). Vzhledem k nedokonalé myelinizaci mozku, otevřeným fontanelám a většímu množství mozkomíšní tekutiny dochází rychle k poškození (Nadarasa et al., 2014). Subarachnoidální prostor je navíc poměrně velký. Všechny tyto faktory zapříčiňují, že je mozek v lebce více pohyblivý (Reichert a Schmidt, 2012). Lebka dítěte je tenká, měkká, náchylná k deformaci a snadno přenáší vnější působení na hlubší struktury mozku (Hsieh et al., 2015). Při třesení je hlava vystavena opakujícím se zrychlením a zpomalením v důsledku pohybu dopředu a dozadu (Nadarasa et al., 2014). Mechanismus poranění je přitom podobný jako při havárii motorových vozidel (Coats et al., 2017). Jestliže třesení končí nárazem, například na pohovku, jsou následky vážnější (Gregora a Velemínský, 2013). Pohyby mozku způsobené třesením poškozují přemostující mozkové žíly, čímž dochází k subdurálnímu krvácení (Brooks a Weathers, 2012). Důsledkem subdurálního krvácení pak může být otok mozku s hypoxií, který

vzniká buď v důsledku traumatu krční páteře doprovázeným zástavou dechu nebo v důsledku delší kardiopulmonální resuscitace (Nadarasa et al., 2014).

V oku při třesení dochází k vitreoretinální trakci, a tak vzniká retinální krvácení. Tlakem rukou pachatele vznikají zlomeniny dlouhých kostí nebo štěpení kloubů v důsledku pohybu rukou a nohou při třesení. Zároveň může dojít i k poranění krční páteře, protože třesení způsobuje krční hyperextenzi či hyperflexi. Poranění krční páteře může způsobit kardiopulmonální zástavu, a to zejména u dětí mladších 6 měsíců. Starší děti již mají krční svalstvo silnější, riziko poranění tak klesá (Nadarasa et al., 2014).

1.2.2 Příznaky syndromu třeseného dítěte

Nejčastějším příznakem spojeným se SBS je subdurální hematom (Nadarasa et al., 2014). Jedná se o krvácení uvnitř lebky, ale mimo mozek (American Academy of Pediatrics, 2015). Může být jak jednostranný, tak oboustranný (Nadarasa et al., 2014). Jedná se o akutně vzniklé žilní krvácení mezi tvrdou a měkkou plenu mozkovou, projevující se homolaterální či kontralaterální centrální hemiparézou a zvýšeným nitrolebním tlakem. U dětí se projeví neprospíváním, zvracením, vyklenutou fontanelou a rozestoupenými švy. Vývoj příznaků může trvat i několik dní (Seidl, 2008). V některých případech mohou být poškozené také mozkové tepny, pak se jedná o subarachnoidální krvácení. Při poškození mozkových cév dochází ke zvýšenému průtoku krve mozkem z důvodu poruchy vazomotorické kontroly a k prostupu tekutiny z cév, čímž vzniká otok mozku (Hsieh et al., 2015). Rozšiřující se nitrolební krvácení způsobuje zvýšení nitrolebního tlaku a snížení mozkového perfuzního tlaku (Reichert a Schmidt, 2012). Jestliže je zvýšení nitrolebního tlaku příliš rychlé, může být příčinou retinálního krvácení (Watts, 2013).

Z očního postižení se objevuje nejčastěji retinální krvácení, méně často také odchlípení sítnice, krvácení do sklivce, nebo poranění optického nervu. Krvácení může být jednostranné, ale častěji je oboustranné, rozptýlené po celé sítnici. Hlavním příznakem je zhoršená nebo vymizelá reakce zornic (Studnička et al., 2018). Retinální krvácení se může vzácně vyskytnout také jako následek úrazu nebo spontánního nitrolebečního krvácení. Pokud se však vyskytne ve spojení s akutním subdurálním hematodem, odkazuje na SBS (Reichert a Schmidt, 2012). Při úrazových příčinách bývá retinální krvácení slabší než u násilných příčin, což by mělo pomoci v diagnostice (Lopes et al., 2013). Jestliže dojde k odchlípení sítnice, hlavním příznakem je zhoršení ostrosti zraku,

což je u malých dětí obtížně diagnostikovatelné. Při déletrvajícím odchlípení sítnice lze pozorovat strabismus (Studnička et al., 2018). Retinální krvácení se vyskytuje přibližně u dvou třetin případů intrakraniálního poranění. Většinou vymizí v průběhu dvou týdnů, ale může přetrvávat klidně i několik měsíců (Watts et al., 2013).

Nejčastějšími zlomeninami spojenými se SBS jsou zlomeniny metafýz dlouhých kostí a zlomeniny žeber v důsledku komprese hrudníku rukama pachatele (Grover a Crawford, 2016). Méně často se mohou vyskytnout zlomeniny lebky, kdy je obvykle zlomená kost temenní a kost týlní. (Hsieh et al., 2015).

V oblasti krční páteře mohou důsledkem třesení vzniknout závažné ruptury se subdurálními a epidurálními hematomy (Hsieh et al., 2015). Poranění krční páteře může způsobit zástavu dechu, která v kombinaci s difuzním axonálním poškozením zapříčiňuje hypoxicko-ischemickou encefalopatii. Apnoe nemusí být způsobená jen poraněním páteře, ale také otokem mozku, vysokými metabolickými nároky poraněného mozku nebo změnami průtoku krve mozkiem (American Academy of Pediatrics, 2015).

1.2.3 Diagnostika syndromu třeseného dítěte

Ve více než polovině případů SBS je první osobou, která zaznamená nějaké podezření, dětský lékař, kterého dítě pravidelně navštěvuje. Pečující osoba obvykle lékaře navštíví s akutně vzniklými potížemi u dítěte, které jsou v té chvíli již prvními příznaky SBS. Může se jednat o změnu chování, zvracení, nechutenství, neutišitelný pláč. Někdy také může pečující osoba přijít k lékaři s tím, že dítě spadlo (Gilard-Pioc et al., 2016).

Lékař či zdravotník, který má dítě v péči, musí být ostražitý v případě, že se vyskytne alespoň jeden ze tří hlavních příznaků SBS: subdurální hematom, retinální krvácení a encefalopatie. Chybění jednoho z těchto příznaků nevylučuje SBS, proto je nutné důkladně dítě vyšetřit vždy při výskytu kteréhokoli z příznaků (American Academy of Pediatrics, 2015). Zpočátku se však příznaky mohou jevit velmi nespecificky. Může se vyskytnout podrážděnost, poruchy trávení, bolest nebo bledost (Gilard-Pioc et al., 2016). V případě podezření na SBS jsou základními diagnostickými postupy důkladná anamnéza, fyzikální vyšetření, laboratorní testy a zobrazovací metody (American Academy of Pediatrics, 2015).

Pediatr v součinnosti s dětskou sestrou musí při prvním kontaktu s dítětem vždy myslet na možnost neúrazového poranění a pokusit se odebrat velice podrobnou anamnézu od

rodičů. Důležité je zeptat se na podrobný popis příznaků, případně události, a zjistit informace o všech osobách, které o dítě pečují. Na problém by pak mělo upozornit, jestliže zranění dítěte neodpovídají popisované události nebo rodiče popisují chování dítěte, které neodpovídá jeho věku (Grover a Crawford, 2016). Důležitým znamením, které by mohlo ukazovat na agresi vůči dítěti, je chybění úrazu či pádu v anamnéze. Osoba poskytující anamnézu úraz popírá. Na těle nejsou viditelné žádné známky nárazu na hlavu, mezi které patří například lokalizované otoky, podlitiny a zlomeniny lebky (Coats et al., 2017). Protože příznaky mohou být často zavádějící, je vyšetřování dítěte časově náročné a diagnostika trvá delší dobu (Hsieh et al., 2015).

Ihned po anamnéze a zhodnocení klinických příznaků následuje fyzikální vyšetření dítěte, kde si ošetřující lékař či sestra všímá všeho, co by mohlo být náznakem hrubého zacházení. Zejména mohou být na těle přítomné podkožní výrony, podlitiny a modřiny v místech úchopu dítěte (Gilard-Pioc et al., 2016). Při podezření na týrání je vždy nutné všechny podezřelé poranění viditelné na těle dítěte fotograficky zdokumentovat (Muntau, 2014). Součástí vyšetření je zhodnocení Glasgow Coma Scale (dále jen GCS) pro diagnostiku poruch vědomí a poškození mozku dítěte. Jestliže je GCS vyšší než 12 bodů, jedná se o lehké trauma mozku. Pokud je GCS mezi 9 a 12 body, trauma je zhodnoceno jako středně těžké. Při 8 bodech a méně se jedná o těžké trauma (Muntau, 2014). GCS je uvedeno v příloze 1.

Po fyzikálním vyšetření dítěte by si měl lékař zaměřit na 4 základní kritéria, při kterých je třeba myslet na SBS. Podezření vzniká, jestliže jsou při vyšetření dítěte odhalena nevysvětlitelná zranění a existuje-li časová prodleva mezi nevysvětlitelným zraněním dítěte a vyhledáním lékařské pomoci. Dále pokud jsou anamnestické údaje poskytnuté pečovatelem odlišné při každém odebrání anamnézy a jestliže jsou reakce dítěte a jeho nepřiměřené jeho věku (Grover a Crawford, 2016). Dalším důležitým diagnostickým postupem jsou laboratorní testy. Hlavně v případě, kdy jsou na těle dítěte objeveny modřiny, by měl být vyšetřen krevní obraz a koagulace k vyloučení poruchy krevní srážlivosti. Ze zobrazovacích metod se zde uplatňují rentgenové a CT (computer tomography) vyšetření k identifikaci zlomenin a poranění hlavy. CT vyšetření je indikováno vždy, pokud je GCS 8 bodů a méně a mělo by být zváženo, pokud je GCS nižší než 12 bodů (Muntau, 2014). Je stěžejní pro diagnostiku subdurálního hematomu (Grover a Crawford, 2016). Subdurální hematom se zde zobrazí jako krevní sraženina, která se v místě prasknutí žíly rozkládá na více trombů. Stáří subdurálního hematomu je

odhadnutelné ze snímků magnetické rezonance (MR). MR je také úspěšnější v diagnostice difuzního axonálního poranění. Pro diagnostiku retinálního krvácení se využívá CT i MR, ale MR je v tomto případě opět lepší (Wright, 2017). U každého podezření na SBS je indikováno sonografické vyšetření břicha a hrudníku pro vyloučení dalších poranění a sonografické vyšetření centrálního nervového systému. Dále lze provést elektroencefalografii a evokované potenciály (Muntau, 2014). Retinální krvácení lze diagnostikovat jako mírné (méně než 10 hemoragií), středně závažné (10-25 hemoragií) nebo závažné s velkým počtem hemoragií (Studnička et al., 2018).

1.2.4 Léčba a prognóza syndromu třeseného dítěte

Terapie SBS musí být komplexní a řízená. Má za cíl eliminovat všechny nežádoucí důsledky špatného zacházení s dítětem. Probíhá na třech časových úrovních – akutní, střednědobá a dlouhodobá. Z hlediska střednědobých intervencí lékař musí potvrdit definitivní diagnózu, stanovit komplexní terapeutický plán a vypracovat posudky důležité pro řešení případu. Dlouhodobé intervence se zaměřují na všechny aktivity prováděné ve prospěch dítěte a na eliminaci všech důsledků vzniklých špatným zacházením s dítětem (Kukla et al., 2016). Akutní intervence spočívají hlavně v odstranění přítomných symptomů a sledování a udržování základních životních funkcí (Joyce a Huecker, 2018).

V případě, že se jedná o lehké nebo středně těžké trauma, dítě je intenzivně monitorováno po dobu 48 hodin, kdy se kontroluje krevní oběh, reakce zornic a GCS. Dítě má zajištěný periferní žilní vstup a při zvracení je indikována parenterální výživa (Muntau, 2014). V případě hypoventilace, hluboké analgosedace nebo při zhoršujícím se GCS je nezbytné provést endotracheální intubaci a pokračovat dle postupů při léčbě těžkého traumatu, kdy je GCS 8 bodů a méně (Fedor et al., 2006). V těchto případech je vždy indikována podpora krevního oběhu a podpora dýchání umělou plicní ventilací. Zároveň stav vyžaduje zavedení sondy k monitorování intrakraniálního tlaku (Muntau, 2014). Žilní vstup je zajištěn pomocí centrálního žilního katétru. Dále je zaveden arteriální katétr a nasogastrická sonda (Fedor et al., 2006). Důležité je minimalizovat sekundární poškození mozku, což znamená, že musí být zavedena všechna možná opatření k prevenci hypoxie, hypotenze a horečky (Lee et al., 2016). Intrakraniální tlak musí být udržován při nízkých hodnotách. Zároveň je nutné udržovat normální hodnotu krevního tlaku a mozkového perfuzního tlaku (Joyce a Huecker, 2016). Nízký mozkový

perfuzní tlak se zvyšuje doplněním cirkulujícího objemu a podáváním katecholaminů (noradrenalin, dopamin). Intrakraniální hypertenze se léčí podáváním barbituratů (thiopental), kortikosteroidů (dexamethazon, methyprednisolon) a diuretik (manitol, 5,85 % NaCl, furosemid). K potlačení vnímání bolesti a snížení mozkového metabolismu je indikována hluboká analgosedace (fentanyl, sufentanyl) a svalová relaxace (vekuronium), která příznivě ovlivňuje intrakraniální tlak. Při selhání těchto metod lze intrakraniální hypertenzi snížit hypotermií, kdy lze tělo ochladit až na 31°C (Fedor et al., 2006). Terapeutickou hypotermií docílíme v organismu ovlivnění metabolických procesů v mozku, eliminace zánětu a zabránění buněčné smrti (Joyce a Huecker, 2018). Poslední možností je řízená hyperventilace, která způsobí vazokonstrikci mozkových cév a sníží parciální tlak oxidu uhličitého, čímž poklesne intrakraniální tlak (Lee et al., 2016). Při indikaci hyperventilace je nezbytná monitorace jugulární oxymetrie (Fedor et al., 2006). V případě výskytu subdurálního hematomu je nutné zvážit jeho chirurgickou evakuaci. Zpočátku se doporučuje kapnografie, která monitoruje hodnotu oxidu uhličitého na konci výdechu, k eliminaci rizika hyperventilace a hypokapnie. V případě zhoršení neurologických příznaků nebo nereaguje-li dítě na léčbu, přistupuje se k dekompresní kraniektomii (Joyce a Huecker, 2018). Pokud je přítomna impresní fraktura lebky, kde úlomek zasahuje hlouběji, než je tloušťka kalvy, provádí se dekomprese. Při selhávání krevního oběhu jsou podávány katecholaminy (Muntau, 2014). Dále dítě musí být prohlédnuto oftalmologem během prvních 24 hodin po zjištění úrazu. Jestliže je diagnostikováno nepříliš rozsáhlé retinální krvácení, léčba zpravidla nebývá komplikovaná (Joyce a Huecker, 2018). Pokud je u dítěte zjištěno odchlípení sítnice, přistupuje se k operačnímu řešení, ovšem úspěšnost těchto operací v dětském věku není příliš vysoká (Studnička et al., 2018).

Následky u dětí, které přežijí SBS, mohou zahrnovat doživotní neurologické poruchy, například poruchy řeči, pohybové poruchy nebo poruchy pozornosti (Lee et al., 2016). V případě poranění sítnice může dojít k poruše zraku nebo i ke slepotě. V důsledku poranění mozku může vzniknout mozková obrna nebo epilepsie, vzácně také apalický syndrom. Dalšími následky mohou být hemiparéza, mentální retardace, psychomotorická retardace, psychiatrická onemocnění a různé poruchy učení (Hennes, Kini a Palusci, 2012).

1.2.5 Ošetrovatelská péče o dítě se syndromem třeseného dítěte

Sestra je velice důležitou součástí interdisciplinárního týmu, který pečuje o dítě. Nicméně sestra s dítětem tráví nejvíce času a z části mu také nahrazuje matku. Má za úkol vyhledat ošetrovatelské problémy a následně je řešit (Sedláková, Kalátová et al., 2010). Diagnostiku a řešení aktuálních i potenciálních ošetrovatelských problémů usnadňuje používání metody ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelský proces má pět fází, tedy posouzení, diagnostika, plánování, realizace a hodnocení (Sikorová, 2012). Ošetrovatelská péče je zaznamenána do zdravotnické dokumentace dítěte (zákon č. 372/2011, o zdravotních službách v platném znění).

Posouzení probíhá po celou dobu péče o dítě a zahrnuje sběr, ověřování a třídění anamnestických údajů. Nejlepším způsobem pro získávání dat je strukturovaný rozhovor, ale sestra musí zvážit také subjektivní a objektivní data. Součástí posuzování je fyzikální vyšetření dítěte a různé hodnotící testy a škály (Sikorová, 2012). Při podezření na SBS u kojence či batolete musí sestra dodržovat určitá specifika při získávání dat. Pro rozhovor je dobré získat spolupráci alespoň jednoho z rodičů, zvolit k rodičům správný postoj, neprojevat vlastní emoce, zabránit konfrontaci, zachovat profesionalitu, pečlivě monitorovat průběh rozhovoru a vše podrobně zaznamenat. Velkou pozornost je třeba věnovat známkám špatného zacházení s dítětem při fyzikálním vyšetření a chování dítěte. Důležitá je také výpověď svědků události. Získávání ošetrovatelské anamnézy v případech týrání může být obtížnější, protože rodiče často nespolupracují nebo poskytují nepravdivé informace (Sedláková, Kalátová et al., 2010). Druhou fází ošetrovatelského procesu je diagnostika, která nejčastěji probíhá podle mezinárodní taxonomie ošetrovatelských diagnóz NANDA-I (Sikorová, 2011). V této fázi sestry diagnostikují aktuální a potenciální reakce na zdravotní stav či životní situaci. Mezi aktuální diagnózy v souvislosti se SBS patří například: 00105 Přerušené kojení, 00107 Neefektivní vzorec výživy kojence, 00033 Zhoršená spontánní ventilace, 00056 Narušené rodičovství, 00063 Dysfunkční procesy v rodině, 00055 Neefektivní plnění rolí, 00141 Posttraumatický syndrom, 00146 Úzkost, 00074 Oslabené zvládání zátěže v rodině, 00132 Akutní bolest, 00214 Zhoršený komfort. Potenciálními diagnózami mohou být: 00195 Riziko nerovnováhy elektrolytů, 00025 Riziko nevyváženého objemu tekutin v organismu, 00201 Riziko neefektivní cerebrální tkáňové perfuze, 00054 Riziko osamělosti, 00115 Riziko dezorganizovaného chování

kojence, 00004 Riziko infekce, 00039 Riziko aspirace, 00112 Riziko opožděného vývoje (NANDA International, 2015).

Třetím krokem je plánování ošetrovatelské péče, stanovení cílů, určení strategií a zvolení intervencí (Sikorová, 2011). Nejprve se určuje prioritní pořadí stanovených diagnóz, poté se stanoví požadované výsledky a nakonec se plánují ošetrovatelské intervence. Výsledek musí být měřitelný a musí souviset s ošetrovatelskou diagnózou (NANDA International, 2015).

Ve čtvrté fázi je naplánovaná ošetrovatelská péče realizována pomocí intervencí, které mají vést ke splnění stanoveného cíle. Sestra zajišťuje uspokojení všech biologických, psychických, sociálních a vývojových potřeb dítěte (Sikorová, 2012). Velká pozornost by měla být věnována managementu bolesti, a to zvláště na jednotce intenzivní péče, kde je dítěti prováděna spousta nepříjemných a bolestivých výkonů. Tato bolest se nazývá procedurální. V reakci na bolest se do krve uvolňují katecholaminy, glukagon, kortikosteroidy a růstový hormon. To může vést k metabolické acidóze, hyperglykémii, oběhové nestabilitě, hypertenzi, zvýšení intrakraniálního tlaku, tachykardii, hypoxii. Tyto reakce zhoršují celkový stav dítěte, proto je třeba zabránit jejich vzniku odpovídající analgosedací (Fedor et al., 2006). Děti s lehkým a středně těžkým poraněním mozku jsou hospitalizovány na jednotce intermediární péče nebo standardním oddělení. Akutní intervence u závažných poranění probíhají na dětské jednotce intenzivní péče, protože stav dítěte vyžaduje nepřetržitou monitoraci vitálních funkcí (Hazinski, 2013). Vitální funkce monitorujeme již před zajištěním dýchacích cest. Před samotnou intubací je nutné dítěti podat premedikaci. Standardně se podává atropin, thiopental a lidokain z důvodu předpokládané intrakraniální hypertenze. Dále je třeba provést okysličení maskou s dýchacím vakem, teprve poté provést samotnou intubaci. Používá se endotracheální kanyla bez obturace z důvodu fyziologicky úzkého subglotického prostoru u dítěte. Použitím této kanyly eliminujeme komplikace spojené se zajištěním dýchacích cest. O endotracheální kanylu a dýchací cesty pečujeme pravidelným odsáváním (Fedor et al., 2006). Dítěti je aplikována oxygenoterapie k zajištění optimálního okysličení krve a saturace krve kyslíkem je neustále monitorována pomocí pulzního oxymetru. Pokud je to možné, hlava by měla být zvýšena do úhlu 30 stupňů. Musí však být předem vyloučeno poranění krční páteře. Zvýšenou polohou hlavy dochází k lepšímu žilnímu toku krve bez ovlivnění průtoku krve mozkem, a tím se optimalizuje mozkový perfuzní tlak a snižuje se intrakraniální

tlak (Joyce a Huecker, 2018). Při těžkém traumatu s intrakraniální hypertenzí monitorujeme srdeční aktivitu, saturaci krve kyslíkem, krevní tlak, invazivně intrakraniální tlak a mozkový perfuzní tlak, hodinovou diurézu, periferní a centrální teplotu, parametry vnitřního prostředí a bilanci příjmu a výdeje tekutin (Fedor et al., 2006). Jestliže je dýchání podporováno umělou plicní ventilací, je již před zavedením endotracheální kanyly zavedena nasogastrická sonda jako prevence zvracení a aspirace (Hazinski, 2013). V případě krmení dítěte nasogastrickou sondou sestra zajišťuje její zavedení, fixaci a funkčnost. Dítěti, které není krmeno ústy, by měl být poskytnut dudlík pro uspokojení sáním. Dále zajišťuje periferní žilní vstup a pravidelně o něj pečuje, případně pečuje o centrální žilní vstup. Podává veškerou naordinovanou parenterální terapii. Jako prevence infekcí dýchacích cest je nutná speciální péče o dýchací cesty a častější odsávání sekretu z dýchacích cest (Sikorová, 2012).

Ačkoli hodnocení je uváděno jako poslední fáze ošetrovatelského procesu, ve své podstatě je nezbytnou součástí všech jeho fází, protože bez něj by nebylo možné posouvat se v jednotlivých fázích. Například po získání anamnestických dat daná data musíme správně vyhodnotit (hloubkově posoudit), abychom stanovili správné diagnózy. Po stanovení diagnózy vyhodnocujeme její přesnost. Stejně tak průběžně vyhodnocujeme provedené intervence, jejich efektivitu a dosažení cílů (Nanda International, 2015).

1.3 Prevence syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte a syndromu třeseného dítěte

Prevence CAN syndromu a SBS jako jeho podtypu probíhá na úrovni primární, sekundární a terciární (Paxson a Haskins, 2009). Prevence má za úkol předcházet nemocem a může být zaměřena na jedince nebo na společnost. Primární prevence má za cíl zabránění vzniku onemocnění aktivním posilováním zdraví nebo odstraňováním rizikových faktorů (Machová, Kubátová et al., 2016). Řadíme sem očkování, edukační činnost pro veřejnost, výchovu ke zdravému životnímu stylu a zdravé výživě a další (Kukla et al., 2016). Caffey (2011) již v roce 1946, kdy poprvé popsal SBS, zdůraznil potřebu celosvětové kampaně, která by upozornila na nebezpečí třesení s dítětem. Teprve v devadesátých letech minulého století začala být preventivní opatření aplikována ve Spojených Státech Amerických (Showers, 2012). V České republice se spíše uplatňuje prevence v rodině, je podporován rodičovský vztah, porozumění dítěti, láska k dítěti a jeho ochrana (Kukla et al., 2016). Sekundární prevence zahrnuje včasnou

diagnostiku a zahájení účinné léčby, snaží se zabránit vzniku komplikací již vzniklého onemocnění a například sem patří preventivní prohlídky. Sekundární prevence SBS je realizována zejména u praktických lékařů pro děti a dorost, kteří vyhledávají rizikové osoby a situace, za kterých dochází ke špatnému zacházení s dítětem, tyto osoby dispenzarizuje a snaží se toto riziko odstranit (Kukla et al., 2016). Terciární prevence uplatňuje především rehabilitaci, která eliminuje nežádoucí následky nemoci a navrácí nemocného zpět do běžného života (Machová, Kubátová et al., 2016). Snaží se najít co nejlepší řešení situace u dětí v nepříznivých podmínkách (Kukla et al., 2016).

V České republice funguje Dětské krizové centrum, které bylo založeno v roce 1992 jako první české zařízení specializované na syndrom CAN. Dětské krizové centrum zabezpečuje primární, sekundární a terciární prevenci syndromu CAN. V rámci primární prevence zprostředkovává přednášky a vydává publikace, čímž se aktivně podílí na rozšiřování povědomí syndromu CAN v odborné i laické veřejnosti. Sekundární prevenci zabezpečují ambulantní služby, telefonická linka důvěry a právní poradna. Terciární prevence se nakonec snaží zmírnit následky traumatizace oběti (Dětské krizové centrum, 2015).

1.3.1 Úloha sestry v primární prevenci

Primární prevence v pediatrii má za úkol hlavně vyhledat rizika, které vedou k ohrožení vývoje a růstu dítěte. Podpora růstu a vývoje dítěte úzce souvisí s uspokojováním jeho potřeb (Sikorová, 2012). Primární prevence v souvislosti s CAN syndromem a SBS má za cíl zabránit špatnému zacházení s dítětem. Uplatňuje se zde především edukace rodičů, péče o jejich duševní zdraví, programy směřované proti užívání návykových látek a služby pro podporu péče o rodinu (Paxson a Haskins, 2009). Prevence by měla probíhat na čtyřech úrovních – individuální, interpersonální, komunitní a sociální. Individuální úroveň prevence má za úkol zlepšovat znalosti a dovednosti všech osob, které o dítě pečují. Na interpersonální úrovni se prevence snaží posilovat vztahy mezi rodiči a dětmi, rodiči a ostatními pečovateli, rodiči a zdravotnickými pracovníky a také samotný partnerský vztah. Komunitní úroveň prevence zajišťují různé organizace pro ochranu dětí, které mají za úkol chránit děti proti násilí. Na sociální úrovni se uplatňují společenské normy a hodnoty, právní podpora a politická podpora rodičovství. Pro stanovení vhodných intervencí by mělo být využíváno praxe založené na důkazech (Evidence-based practice). Sestra má velice důležitou roli v prevenci CAN syndromu a SBS, protože jako profesionál může pomoci rodičům porozumět této problematice,

informovat je o rizikových faktorech a pomoci jim překonat situace, které by mohly vyvolat agresi vůči dítěti (Centers for Disease Control and Prevention, 2017). Prevence má být orientována převážně na rodinu. V největší míře se jedná o posilování vztahu mezi rodiči a dítětem, porozumění a lásku k dítěti, snahu dítě ochraňovat (Kukla et al., 2016).

Sestra by měla umět posoudit úroveň uspokojování potřeb dítěte v rodině. Postupuje podle fází ošetrovatelského procesu a začíná zhodnocením rodiny jako celku, poté se zaměřuje na jednotlivé členy rodiny. K efektivnějšímu posouzení je vhodná návštěva v domácím prostředí. Sestra posuzuje biologické faktory v rodinné anamnéze, fyzikální prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, psychologické prostředí, kde se hodnotí úroveň a způsoby komunikace, výchovný styl a sociální prostředí. Musí umět zhodnotit všechny rizikové faktory na straně rodičů i na straně dítěte, které by mohly vést ke špatnému zacházení. Nejdůležitější úlohou sestry v primární prevenci je posuzování rodiny v jejím přirozeném prostředí. Vykonávání návštěvní služby však není v praxi příliš časté. Pravděpodobně je tomu tak, protože neexistují platné standardizované postupy o těchto službách, nebo jsou rodiny příliš uzavřené a brání se takovému zásahu do osobního prostoru (Sikorová, 2012). Sestra v domácím prostředí poskytuje rodičům cenné informace a vzdělávací materiály, učí je správné péči o dítě, a tím snižuje riziko špatného zacházení. Cílem je zlepšit rodičovské dovednosti, podporovat zdravý vývoj dítěte a pomoci rodinám dosáhnout ekonomické soběstačnosti (Paxson a Haskins, 2009).

Účinnou prevencí SBS jsou strategie, které jsou zaměřené na poradenství o dětském pláči. Edukační materiály mohou být ve formě brožurek, videa a také samozřejmě edukační činnosti sestry (Greeley, 2015). Problém v případě dětského pláče nemusí být na straně dítěte, protože období častého pláče je přirozená část vývoje. Problémem se v tomto případě stává špatná reakce rodičů na pláč (Centers for Disease Control and Prevention, 2017). Je třeba rodiče informovat o SBS a poučit je, aby nikdy s dítětem netřásli. Zdůraznit by se mělo hlavně to, aby se rodiče nikdy nesnažili dítě uklidnit, pokud jsou sami rozrušení. V takovém případě je naprosto v pořádku, když rodič odejde z místnosti, uklidní se a poté se k miminku vrátí. V některých případech, pokud se nejedná o zdravotní problém, je lepší dítě nechat plakat a nesnažit se ho nijak uklidnit. Při podezření na zdravotní příčinu pláče by měli rodiče navštívit pediatra (Wilson, 2018).

Pro uklidnění plačícího miminka se doporučuje na něj mluvit tichým hlasem, hladit ho po těle, končetinách, po čele, podržet jeho tělo nebo hlavičku v rukou, nechat ho uchopit prst, položit ho do jeho oblíbené polohy, zabalit do dečky, plenky nebo zavinovačky, nabídnout dudlík. Miminko lze pochovat a přitisknout k sobě tak, aby nemělo bradu přitisknutou na hrudník, nebo ho držet v klubíčku či houpat. Ideální je kontakt kůži na kůži, nejlépe bříškem na levý prs matky, protože tlukot jejího srdce ho uklidňuje (Velemínský st. a Velemínský ml., 2017). Miminko může plakat také z důvodu bolesti břicha, které je způsobeno nahromaděním plynů. U kojících matek je příčinou nejčastěji nadýmavá strava v jídelníčku matky. Děti, které jsou krmeny z lahvičky, polykají při krmení hodně vzduchu, což způsobí tyto obtíže. Miminko pláče většinou v odpoledních a večerních hodinách, řihá a má nafouklé břicho. V tomto případě lze maminkám doporučit dostatek pohybu pro miminko. Vhodné je dítě nosit v šátku, kolébat, houpat, procházet se s ním nebo třeba chodit na cvičení pro matky s dětmi. Dítě se často uklidní tělesným kontaktem, pomalými pohyby, jemnými doteky. Velice účinné jsou aromaterapeutické masáže s fenyklem, majoránkou a heřmánkem. Masáž se provádí pomalými a jemnými kruhovými pohyby v místnosti s vyšší teplotou, kde dítěti nebude zima. Velice dobře působí zahřátá plenka nebo pohankový polštářek, které se na břicho položí. Poslední volbou v oblasti problémů s trávením by měly být léčivé přípravky (Sab Simplex, homeopatika). Výjimečně lze využít také rektální rourku, která plyny odvede (Ašenbrenerová a Vidnerová, 2010). V tomto případě je však nejdůležitější prevence, která spočívá v dohledu na to, aby dítě nepilo hltavě. Jestliže matka kojí, pomáhá zkrácení časových intervalů mezi kojením. Pokud dítě pije z lahve, je vhodné použít savičku s malou dírkou. Po krmení by dítě mělo vždy odříhnout (Velemínský st. a Velemínský ml., 2017).

1.3.2 Úloha sestry v sekundární prevenci

Sekundární prevence syndromu CAN a SBS zahrnuje včasné odhalení dětí s podezřením na špatné zacházení (Paxson a Haskins, 2009). Cílem je zachycení dysfunkce v určité potřebě dítěte nebo rodiny, zabránění jejímu rozvoji. V případě, že je již dysfunkce stanovena, má sekundární prevence za cíl předcházení dalšímu nežádoucímu průběhu a komplikacím (Sikorová, 2012). Sestra se ve spolupráci s lékařem snaží o zlepšení situace v rodinách, kde byly zjištěny rizikové faktory pro SBS. Úzce spolupracují s orgány sociálně-právní ochrany dětí (Kukla et al., 2016). Velmi často jsou známky špatného zacházení s dítětem objeveny právě při

preventivních prohlídkách a běžných vyšetřeních dítěte (Klíma et al., 2016). V rámci preventivních prohlídek u praktického lékaře pro děti a dorost se sestra ve spolupráci s lékařem podílí na posuzování psychomotorického a psychosociálního vývoje dítěte, získávání anamnestických dat, sledování fyziologických funkcí, edukaci rodičů a orientačním hodnocení sociální situace rodiny (Sikorová, 2012). Preventivní prohlídky probíhají u dětí ve věku 0 až 19 let (Muntau, 2014). Do dvou dnů po propuštění matky a dítěte z porodnice se provádí první prohlídka novorozence, která by měla proběhnout v domácím prostředí. Její součástí je zhodnocení sociální úrovně rodiny a důkladná rodinná, osobní, prenatální, perinatální a postnatální anamnéza. Další prohlídky probíhají ve 14 dnech, v 6 týdnech, ve 3 měsících, ve 4 až 5 měsících, v 6 měsících, v 8 měsících, ve 12 měsících, v 18 měsících a ve 3 letech věku dítěte. Následně probíhají preventivní prohlídky každé dva roky až do 19 let věku (Sikorová, 2012).

V této fázi je důležité, aby sestra věděla, jaké příznaky má považovat za varovné ve spojení s podezřením na SBS. Protože poranění nemusejí být při prvním fyzikálním vyšetření rozpoznatelná, je třeba věnovat pozornost i neurčitým příznakům. Těmi mohou být například poruchy spánku, zvýšená spavost dítěte nebo neschopnost ho probudit, zvracení, křeče, podrážděnost, neutišitelný pláč, odmítání kojení či stravy (Centers for Disease Control and Prevention, 2017). Součástí je sledování fyziologických funkcí dítěte (tělesné teploty, srdeční frekvence, krevního tlaku, dýchání), vzhledu kůže a tvaru hrudníku. Za diagnostickým účelem může být odebírána krev (Sikorová, 2012). Při podezření nebo prokázaném zjištění SBS nebo jiné formy týrání dítěte má poskytovatel zdravotních služeb dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, povinnost oznámit tuto skutečnost příslušným úřadům, zabránit týrající osobě styk s dítětem a nařídit povinnou hospitalizaci dítěte, a to i bez souhlasu zákonného zástupce.

1.3.3 Úloha sestry v terciární prevenci

Cílem terciární prevence je předcházet či zmírňovat nežádoucí následky syndromu CAN a SBS (Paxson a Haskins, 2009). Má za úkol stabilizovat poškozené funkce organismu, předcházet opakování problémů a zhoršování zdravotního stavu dítěte. V případě trvalých následků se terciární prevence snaží podpořit adaptaci dítěte na chronický stav. Péče o takovéto pacienty je dlouhodobého charakteru, je doprovázena kontrolními prohlídkami v ordinaci i v domácím prostředí. Chronické obtíže prožívá

každé dítě jinak. Závisí to na jeho věku, momentálních potížích, zákrocích, omezeních (Sikorová, 2012).

Součástí terciární prevence je následná péče o dítě, včetně zajištění náhradní rodinné péče, kterou zabezpečuje MPSV. V zájmu dítěte je vždy upřednostňováno svěření do péče jednoho z rodičů, který není pachatelem násilí vůči dítěti. V případě, že soud rozhodne o odebrání dítěte z rodiny, dítě může být svěřeno do péče jiné osoby, může mu být přidělen poručník nebo může být umístěno do péče pěstounů. Poslední možností je ústavní výchova dítěte. O umístění týraného dítěte do náhradní rodinné péče rozhoduje vždy soud (Chrenková et al., 2015).

Pokud je dítě ve společné domácnosti s násilníkem, Policie České republiky má právo na vykázaní násilníka ze společného obydlí na dobu 10 dní. Upravuje to § 44 až § 47 zákona č. 273/2008 Sb., o Policii České republiky. V Metodickém doporučení MPSV č. 3/2010 se uvádí, že vykázaná osoba musí okamžitě odevzdat klíče od společného obydlí a opustit prostor, nesmí navazovat žádný kontakt s obětí a má absolutní zákaz vstupu do společného obydlí. Oběť (v případě dítěte jeho zákonný zástupce) následně může požádat o předběžné opatření soudu, které platí po jeden měsíc, poté lze podat novou žádost, přičemž platnost předběžného opatření nebude přerušena do rozhodnutí vydání nového opatření. V případě dítěte jako oběti domácího násilí se však tento postup příliš nedoporučuje, spíše se přistupuje ke svěření dítěte do péče jednoho z rodičů, jiné osoby či zařízení, dále se upravuje vyživovací povinnost a zakáže se styk násilného rodiče s dítětem. Toto platí do vydání konečného rozhodnutí soudu.

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

V souvislosti s tématem práce „Úloha sestry v prevenci syndromu třeseného dítěte“ je výzkumné šetření zaměřeno na úlohu sester v primární, sekundární a terciární prevenci syndromu třeseného dítěte. Aby bylo dosaženo využitelných výsledků výzkumu, empirické šetření se mimo oblast znalostí sester zaměřuje také na informovanost rodičů o syndromu třeseného dítěte. Byly proto stanoveny dva cíle:

Cíl 1: Popsat úlohu sestry v oblasti prevence syndromu třeseného dítěte.

Cíl 2: Zjistit rozsah informovanosti laické veřejnosti (rodičů) o syndromu třeseného dítěte.

2.2 Výzkumné otázky

VO 1: Jaká je úloha sester v prevenci syndromu třeseného dítěte?

VO 2: Jaká je informovanost laické veřejnosti (rodičů) o syndromu třeseného dítěte?

2.3 Operacionalizace základních pojmů

V rámci operacionalizace můžeme definovat tyto pojmy: syndrom třeseného dítěte, syndrom excesivního pláče, pediatrie, primární, sekundární a terciární prevence

Syndrom třeseného dítěte je specifická forma týrání dítěte, kterou jsou ohroženi kojenci a batolata. Týrající osoba s dítětem prudce a intenzivně zatřese, čímž je způsobeno tupé poranění hlavy dítěte (Hirt et al., 2011). Nejčastějším spouštěčem agrese rodiče vůči dítěti je neutišitelný pláč (Brooks a Weathers, 2012).

Syndrom excesivního pláče se projevuje dlouhými epizodami neutišitelného pláče u zdravých kojenců (Masopustová, 2011). Za jeho hlavní příčinu je považována úzkost nebo přecitlivělost na vizuální podněty, která je způsobená rychlým vývojem mozku v kojeneckém období (Gelfand, 2016).

Pediatrie je lékařský obor zabývající se preventivní, diagnostickou, terapeutickou, rehabilitační a sociální péčí o děti od narození do 18 let. Je poskytována v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost, ve specializovaných ambulancích, na standardních, intermediárních, intenzivních a resuscitačních dětských lůžkových odděleních a ve

zvláštních dětských zařízeních, jako jsou dětské domovy, kojenecké ústavy, dětské léčebny a další (Slezáková, 2010).

Primární prevence se zaměřuje na aktivity vedoucí k posilování zdraví, zdravotní výchovu a edukaci o zdravém životním stylu. Snaží se zabránit vzniku nemoci, vyhledává a eliminuje rizika (Kukla et al., 2016).

Sekundární prevence vyhledává zdravotní a sociální problémy v začínající fázi onemocnění, čímž se snaží včas zachytit nemoc. Snaží se problém včas diagnostikovat a co nejdříve zahájit terapii. Jedná se například o preventivní prohlídky a screeniny (Kukla et al., 2016).

Terciární prevence snižuje počet komplikací a následky nemocí, zajišťuje dispenzární péči. Dále je zaměřená na následnou rehabilitační péči s cílem navrátit nemocného zpět do jeho běžného života a zajistit mu nejvyšší možnou kvalitu života (Kukla et al., 2016).

3 METODIKA

3.1 Metodika práce

Empirická část bakalářské práce byla realizována prostřednictvím kvalitativního výzkumu. Byla využita metoda nestandardizovaných hloubkových rozhovorů. Pro sběr dat byla použita technika dotazování. Rozhovory byly v průběhu jejich poskytování nahrávány na nahrávací zařízení. Nahrávky byly na přání probandů vymazány ihned po přepisu rozhovorů. Přepisy rozhovorů jsou k dispozici u autorky práce. Sběr dat probíhal v průběhu měsíce února a března roku 2019. Každý rozhovor byl proveden s ohledem na individualitu dotazovaného. Všechny rozhovory byly zpracovány anonymně v souladu se zákonem 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Každému dotazovanému byl předem vysvětlen účel výzkumu, každý dotazovaný s výzkumem předem slovně souhlasil a poté podepsal dvě vyhotovení informovaného souhlasu, z nichž jedno vyhotovení obdržel. Před provedením výzkumu ve zdravotnických zařízeních byl od kompetentní osoby získán souhlas s realizací výzkumného šetření. Všechny získané souhlasy s realizací výzkumného šetření a informované souhlasy jsou k dispozici u autorky bakalářské práce.

K realizaci výzkumného šetření byly v souvislosti s předem určenými cíli práce stanoveny dva výzkumné soubory. První soubor tvořila laická veřejnost, v tomto případě rodiče dětí do tří let a těhotné ženy, druhý soubor byl tvořen odbornou veřejností, tedy dětskými sestrami (viz Charakteristika výzkumných souborů). Výběr prvního probanda v daném výzkumném souboru probíhal náhodně za předem stanovených kritérií, ostatní probandi byli získáváni technikou sněhové koule. Pro výzkumný soubor laické veřejnosti bylo připraveno 24 otázek. V prvním okruhu byly otázky identifikační, týkající se věku a vzdělání probanda, věku dítěte, případně těhotenství. Druhý a třetí okruh otázek byly taktéž zaměřené na syndrom CAN a SBS. Třetí okruh otázek se soustředil na SEP a neutišitelný pláč. Poslední okruh otázek zkoumal spokojenost probandů s činností praktického lékaře pro děti a dorost, případně gynekologa, a spokojenost s podporou rodičovství v České republice (viz příloha 2). Pro výzkumný soubor sester bylo předem připraveno 22 otázek. Podobně jako u prvního výzkumného souboru první okruh otázek zjišťoval údaje o věku, vzdělání a délky praxe probandů, druhý okruh byl zaměřený na syndrom CAN, třetí okruh na SBS a SEP a poslední okruh otázek na primární, sekundární a terciární prevenci SBS (viz příloha 3).

K analýze dat získaných prostřednictvím rozhovorů u obou výzkumných souborů byla využita metoda tužka-papír, kódování a otevřená kategorizace dat. Otázky pro sběr dat ve výzkumném souboru rodičů byly rozděleny do pěti kategorií. První kategorie měla za cíl zjistit úroveň informovanosti rodičů o CAN syndromu, jeho formách, rizikových faktorech a prevenci. Druhá kategorie mapovala, zda probandí znají SBS, případně odkud se o informacích dozvěděli a zda jim v rámci zdravotnické péče byly někdy poskytnuty informace o SBS. Následující kategorie zjišťovala, zda rodiče znají příčiny a následky třesení s dítětem a jakou by navrhli účinnou prevenci SBS. Další kategorie se zaměřila na informovanost o SEP, dotazovala se na vlastní zkušenosti se SEP, na techniky utišování plačícího dítěte, reakce rodičů v takto vyčerpávajících situacích a na zvládání stresu. Cílem poslední kategorie bylo zmapovat spokojenost rodičů s poradenskou činností praktického lékaře pro děti a dorost, případně gynekologa, dále možnost využití návštěvní služby v rámci pediatrické péče a spokojenost v oblasti sociální a politické podpory v České republice. Jednotlivé kategorie jsou podrobně popisovány ve výsledcích rozhovorů s rodiči a použité kódy jsou v textu zvýrazněny (viz kapitola 4.1).

Otázky ke sběru dat pro výzkumný soubor sester byly rozděleny do čtyř kategorií. První kategorie mapovala informovanost sester o syndromu CAN. Sestry měly popsat, co je to syndrom CAN, rozdělit a popsat jednotlivé formy, jmenovat rizikové faktory. Dále byly dotazovány na zákonný postup zdravotnických pracovníků při podezření na týrání dítěte. Poslední otázka této kategorie byla soustředěná na prevenci syndromu CAN. Druhá kategorie měla za cíl zjistit úroveň informovanosti sester o SBS. Kategorie zahrnovala otázky týkající se na charakteristiku SBS, akutní příznaky a dlouhodobé následky SBS, léčbu a zdroj těchto informací. Dále jaký je nejčastější spouštěč agrese vůči dítěti, jaké jiné činnosti mohou SBS způsobit a osobní setkání s dítětem se SBS. Třetí kategorie se zaměřovala na informovanost o SEP, jeho příčiny, osobní setkání s dítětem se SEP, reakce rodičů na neutišitelný pláč a doporučení pro rodiče, jejichž děti neutišitelně pláčou. Čtvrtá kategorie byla zacílená na primární, sekundární a terciární prevenci SBS. Sestry měly navrhnout formy prevence, které by v primární, sekundární a terciární prevenci byly účinné, a vyjmenovat rizikové skupiny osob na které by prevenci zaměřily. Dále byly sestry dotazovány, zda v zařízení, kde pracují, probíhá prevence SBS. Poslední otázka byla věnována sestřím pracujícím v ambulantních zařízeních. Zjišťovala, zda sestry ve spolupráci s lékaři provozují v rámci své praxe návštěvní

službu v domácím prostředí svých pacientů a jak tato služba případně probíhá (viz kapitola 4.2).

3.2 Charakteristika výzkumných souborů

První výzkumný soubor tvořilo pět matek dětí do tří let nebo těhotných žen. Pro výzkum byla zvolena tato cílová skupina, neboť právě v této skupině obyvatel jsou preventivní opatření proti SBS důležitá. Všechny probandky žijí v úplné rodině. Nejnižší dosažený stupeň vzdělání probandek je střední odborné s maturitou, nejvyšší dosažené vzdělání jedné probandky je bakalářské. Tato probandka je zároveň nejstarší z celého vzorku matek (32 let). Nejmladší dotazované matce je 21 let. Pro lepší orientaci v textu, ve kterém jsou získaná data popisována, byly probandky označeny písmenem M a číslem (M1, M2, M3, M4, M5). M1 a M5 jsou matkami kojenců, M2 je matkou předškolního dítěte a je ve třetím trimestru těhotenství, M3 je matkou batolete a taktéž je v prvním trimestru těhotenství. M4 je v době poskytování rozhovoru ve třetím trimestru těhotenství.

Druhý výzkumný soubor byl tvořen pěti dětskými sestrami, z nichž tři pracují na dětském lůžkovém oddělení a dvě v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. Všechny dotazované sestry byly ženy. Pro popisování výsledků byly sestry označeny písmenem S a číslem (S1, S2, S3, S4 a S5). Dvě dotazované sestry, které pracují v ambulantní typu zařízení, jsou ve věku 39 a 47 let a mají vysokoškolské a středoškolské vzdělání ve studijním programu dětská sestra. Další tři sestry, které pracují v lůžkovém typu zařízení, jsou ve věku mezi 36 a 41 lety. Všechny mají vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání. Jejich praxe na dětském oddělení se pohybuje mezi 10 a 19 lety.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

4.1 Výsledky rozhovorů s rodiči

V této fázi výzkumné studie byla zjišťována informovanost laické veřejnosti o SBS. Byly osloveny matky dětí do tří let nebo těhotné ženy. Bližší popis probandek je uvedený v kapitole zabývající se charakteristikou výzkumných souborů (viz kapitola 3.2). Výsledky byly kategorizovány do pěti základních skupin:

Kategorie 1 Informovanost rodičů o CAN syndromu;

Kategorie 2 Informovanost rodičů o SBS;

Kategorie 3 Úroveň znalostí rodičů o SBS a návrh účinné prevence SBS;

Kategorie 4 Informovanost rodičů o SEP;

Kategorie 5 Spokojenost rodičů se zdravotnickými a sociálními službami pro těhotné ženy a děti v České republice

4.1.1 Kategorie 1: Informovanost rodičů o syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte

Ze všech oslovených matek (M1, M2, M3, M4 a M5) měly čtyři matky určité znalosti o syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Probandky M2 a M4 dokázaly popsat, co je to **CAN syndrom**. Probandky M3 a M5 nedokázaly CAN syndrom blíže specifikovat, ale věděly, o co se jedná. Žádná z matek však neznala zkratku CAN syndrom, u všech byl proto v průběhu rozhovoru používán celý název syndromu. Všem matkám byla vysvětlena definice. Nejvíce se správné definici CAN syndromu přiblížila matka M4, která uvedla: „*Řekla bych, že to bude každé jednání nějaké osoby vůči dítěti, které to dítě nějak poškozuje, je nelegální. Je to každé špatné zacházení s dítětem, které má vliv na jeho vývoj.*“

Každá z matek rozlišila **duševní a tělesné týrání** dítěte a dokázala tyto dvě formy CAN syndromu specifikovat. Všechny probandky zařadily do tělesného týrání dítěte nepřiměřené tělesné tresty a bití dítěte. Probandka M2 správně vysvětlila psychické týrání dítěte: „*Psychické týrání může být to, že jeden z rodičů něco dělá a druhý něco dělá jinak, neshodnou se a dítě týrají tím, že se dohadují. Dítě pak vyrůstá v nevyrovnané rodině, nemá jistotu, zázemí.*“ Stejně tak matka M3 považuje za psychické týrání dítěte časté hádky mezi rodiči. Mezi další jednání, které je označované za psychické týrání dítěte, matky zařadily slovní napadání a nadávky (M1, M3, M4), vyhrožování (M5), nedostatek volnosti (M3) a nucení dítěte do něčeho, co nechce dělat (M5). Čtyři oslovené matky (M2, M3, M4 a M5) uměly charakterizovat **zanedbávání**

děti. Matka M2 problematiku péče o dítě dále rozvedla: „*Pokud je dítě zanedbávané například tak, že nemá uspokojené základní potřeby, nedostává najíst, napít, nedostává lásku, tak je to samozřejmě špatně.*“ Dle jejího názoru je však v rámci výchovy dítěte naprosto v pořádku, pokud dítěti nejsou splněna všechna jeho přání, poté se o zanedbávání nejedná. Další tři matky doplnily, že o zanedbávání dětí hovoříme v případě, kdy nejsou vytvořené dostatečné podmínky pro jeho růst a vývoj, rodič se o dítě nezajímá a nedokáže mu zajistit uspokojení základních potřeb. M2, M4 a M5 jako další formu CAN syndromu rozlišují **sexuální zneužívání**. Všechny formy CAN syndromu tedy uměly rozlišit pouze tři z oslovených matek (M2, M4 a M5).

Všechny matky se shodly na tom, že rizikovým faktorem vzniku CAN syndromu je **psychická labilita rodičů**. M1, M4 a M5 uvedly jako rizikový faktor pro vznik CAN syndromu **zneužívání návykových látek a alkoholismus**. „*Mohou to být jak flegmatici, kterým je jedno, co jejich dítě dělá, tak cholericci, kterým naopak hodně záleží na tom, co dělá, a jsou puntičkáři.*“ upřesnila M2. Také zajímavě popsala rizikové situace v rodinách: „*Když třeba někdo zažil týrání od svých rodičů, tak existuje mnohem větší pravděpodobnost, že bude takto týrat i svoje dítě, protože mu to přijde normální, jako standard.*“ Dále uvedla jako rizikový faktor **odlišnosti různých kultur**. V různých kulturách existuje odlišný pohled na tělesné tresty u dětí. M2 upozornila také na obřízky u nezletilých dívek. Tyto zvyky jsou dle jejího názoru velmi kruté a naplňují definici týraného dítěte. M4 dodala: „*Ve vyšším riziku jsou děti, které jsou uzavřené, nekomunikativní, mentálně postižené, citlivější, mají genetické vady.*“ Podle M1 je rizikovým faktorem také **nezletilost rodičů a plačtivé dítě**.

Následující blok otázek byl zaměřen na opatření, která by měla být prováděna v rámci **prevence CAN syndromu**. Všechny oslovené probandky se shodly na tom, že stěžejní je v prevenci CAN syndromu **informovanost veřejnosti**. M2 a M4 zmínily zvyšování **zájmu veřejnosti o danou problematiku a vzdělávání** v této oblasti. Dle probandky M4 by v tomto ohledu mohly být účinné **osvětové kampaně** nebo **politické a mediální šíření informací**. Z preventivních opatření, které již v České republice existují, zmínila nadace a organizace na pomoc dětem, kdy velkou účinnost mají jejich webové stránky. Konkrétně jmenovala informační portál Šance Dětem. Dle M5 důležitou roli v prevenci CAN syndromu zaujímají média. Dále však uvedla, že se nikdy s žádnými preventivními opatřeními nesetkala. Matka M1 doplnila: „*Myslím, že týrání dětí se nedá úplně zabránit. Rodiče, kteří k tomu mají sklony, děti stejně týrat budou.*“ M3 a M4 také

upozornily na **nahlašovací povinnost**. Dle názoru probandky M3 by lékaři či učitelé měli umět rozpoznat případy, kdy jsou děti ohrožené týráním nebo jsou týrané. Důležitý v prevenci CAN syndromu je také dohled školy nebo školky, přednášky v rámci výuky a nahlašovací povinnost vzdělávacích institucí, jak zmínily probandky M2, M3, M4 a M5. Probandka M3 dále navrhuje **rozšíření nabídky psychologických a poradenských služeb** v České republice. „*V případě, že mají rodiče nějaký problém, musejí ho řešit, například s psychologem, aby to nemělo vliv na jejich chování k dítěti. Využívání psychologických služeb je v široké veřejnosti stále tabu, což je podle mě špatně.*“ upřesňuje. Probandka M5 připomněla z preventivních opatření realizovaných v České republice **linky bezpečí**. Přehled jednotlivých preventivních opatření, která probandky uvedly, je zpracován ve schématu 1.

Schéma 1: Účinná prevence CAN syndromu z pohledu rodičů



Zdroj: vlastní

4.1.2 Kategorie 2: Informovanost rodičů o syndromu třeseného dítěte

Pouze dvě z pěti oslovených probandek někdy slyšely o problematice SBS a uměly odpovědět na otázku, která zjišťovala, zda vědí, co je to SBS (M1, M2). M1 popsala SBS: „*Jedná se o špatné chování rodiče vůči dítěti, kdy rodič s dítětem zatřese a může*

mu tím způsobit poranění a vážné následky.“ M2 odpověděla: „Jediné co jsem o tom kdy slyšela nebo četla, byly případy, kdy se rodiče nebo chůvy neudržely a začaly s dítětem opravdu trást, tím se mu poškodil mozek“ M1 uvedla, že poprvé o SBS slyšela, když byla oslovena k poskytnutí rozhovoru a poté k získání informací využila internet. Oproti tomu M2 získala informace o SBS prostřednictvím masmédií. M4 dokázala z názvu odvodit, že se jedná o třesení s dítětem. Ostatní probandky nedokázaly otázku zodpovědět vůbec.

Následující otázky zjišťovaly, zda probandky byly někdy informovány o SBS v rámci gynekologicko-porodnické péče před porodem, poporodní péče na oddělení šestinedělí, nebo v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. Žádné z oslovených matek nikdy nebyly cíleně poskytnuty žádné informace o SBS od ošetřujících gynekologů, všeobecných sester, porodních asistentek ani od praktických lékařů pro děti a dorost.

4.1.3 Kategorie 3: Úroveň znalostí rodičů o syndromu třeseného dítěte a návrh účinné prevence syndromu třeseného dítěte

Každá z oslovených matek správně řekla, že nejčastějším spouštěčem agrese pečovatele vůči dítěti je **pláč dítěte**. Některé z matek k otázce dodaly, že agresi by mohlo vyvolat také **vztekaní**, odporování nebo **neposlušnost dítěte** (M1, M3, M5). M1 a M3 doplnily, že záleží na věku dítěte. Matka M3 z vlastní zkušenosti popisuje: „U starších dětí by pak mohlo být spouštěčem období vzdoru, kdy na všechno říká ne, a v případě, že mu rodiče něco zakážou, se začne vztekat. Ne každý rodič to ustojí.“ Matka M2 také jmenuje **ztrátu sebekontroly** rodiče, pokud dítě dlouho a neutišitelně pláče. „Nemělo by se to stát, rodiče by se měli umět ovládat. Ale stává se to, například u choleriků“. M4 je toho názoru, že tento typ agrese vůči dítěti by mohla vyvolat také **laktační psychóza** matky po porodu.

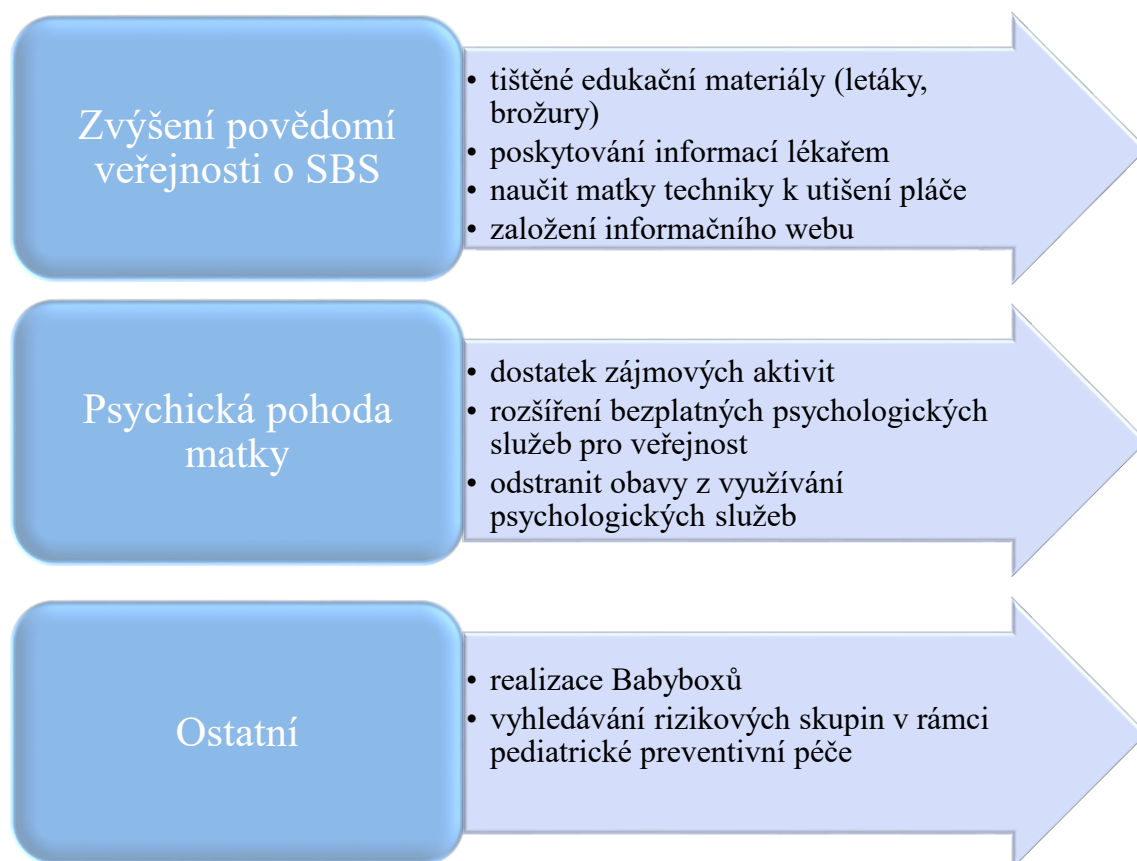
Všechny matky se shodly na tom, že následkem třesení s dítětem vzniká **poranění a poškození mozku**. M1 dále do následků zahrнула **poranění krčních svalů**, M2 **mentální postižení dítěte a úmrtí**, M3 **poruchy učení** a M4 **poruchy motoriky a kognitivních funkcí dítěte**.

Pouze dvě z oslovených matek (M2, M4) uvedly, že k SBS může dojít také neúmyslně při **hře s dítětem**. M2 konkretizovala, že se dle jejího názoru jedná o vyhazování malých dětí (novorozenců, kojenců, batolat) do vzduchu. Ostatní matky za další činnost, při které může k SBS u dítěte dojít, označily intenzivní třesení nebo pád dítěte z výšky.

Všechny matky, které neuvedly hru jako příčinu vzniku SBS, reagovaly překvapením, když jim byla tato skutečnost objasněna.

V rámci této části rozhovoru měly matky navrhnout účinný způsob prevence SBS. Všechny se shodly na tom, že důležité je rozšířit **informovanost** veřejnosti o nebezpečí vznikajícím při třesení s dítětem. M1 upozornila na nedostatek informací ze strany zdravotníků. *„Myslím, že spoustu lidí vůbec nenapadne, že když s dítětem trochu zatřesou, tak to může mít vážné následky. Hlavně lidé okolo mě vůbec nevědí, o co se jedná. A neřekne nám o tom ani pediatr, ani lékař v porodnici.“* Navrhla, že by bylo vhodné přidat k **tištěným edukačním materiálům** (letákům, brožurám), které matky dostávají u pediatra či v porodnici, takový, který bude informovat o SBS. Dále by se zaměřila na **informace o způsobech, jakými je možné utišit neklid a pláč dítěte**, například šátkováním, zavínováním a další. Matka M2 popsala situaci, kdy na ni edukační materiály skutečně měly velký vliv. Jednalo se o **edukační letáky** získané v porodnici, které měly matky informovat o syndromu náhlého úmrtí kojenců. V reakci na tento leták si matka zapůjčila dechový monitor. Z tohoto důvodu vidí účinnou prevenci právě v použití edukačních materiálů pro matky po porodu, ale mimo to také ve střídavé péči obou rodičů o dítě a vzájemné podpoře. Matka M3 chválila realizaci **Babyboxů**, do kterých je možno dítě umístit. *„Uložit dítě do Babyboxu je určitě lepší, než dítěti nějak ublížit nebo ho někam odhodit.“* Stejně jako ostatní probandky upozornila na nedostatečnou informovanost laické veřejnosti o dané problematice, kterou by zvýšila například **založením informačního webu**. Matka M4 by prevenci zaměřila spíše na **psychickou pohodu matky**, protože když je matka v dobré psychické kondici, je poté její dítě klidnější. Problematiku dále rozvedla: *„Doporučila bych matkám dostatek zájmových aktivit. Nebát se vyhledat pomoc. Chtělo by to rozšířit ve veřejnosti psychologické služby, aby se jich lidi nebáli využívat, protože je to stále docela tabu. Problém je taky to, že psychologa si buď musí člověk zaplatit sám, nebo musí mít doporučení od svého lékaře. Někdy mohou být obě věci problém.“* Podle názoru M5 by měli rodiče o SBS informovat **praktičtí lékaři pro děti a dorost**. Lékaři by se měli zaměřit na vyhledávání rizikových skupin obyvatel. Rovněž připomněla nedostatek informací: *„Ani ohledně pláče dítěte nikdo moc neinformuje, většinou se snaží nějak poradit, když se jich zeptáte, ale nikdy s vámi neproberou všechny možnosti a nehledají tu nejlepší.“* Přehled návrhů prevence SBS, které matky uvedly, je zpracován ve schématu 2.

Schéma 2: Návrh účinné prevence SBS z pohledu rodičů



Zdroj: vlastní

Na otázku týkající se rizikových skupin osob, na které by prevence měla být zaměřená, všechny probandky uměly odpovědět. Matky M4 a M5 by prevenci zacílily spíše na **mladé rodiče**, kteří nemají mnoho zkušeností, zatímco matky M2 a M3 by se naopak zaměřily na **starší rodiče**, neboť už nemají takovou trpělivost jako rodiče mladí. Probandka M3 tuto problematiku podrobněji vysvětlila: „*Moje máma měla třetí dítě v pozdějším věku a už na ní bylo znát, že nemá takovou trpělivost. Zatímco mě a bratra dokázala napomenout několikrát a zůstávala v klidu, u nejmladšího bratra někdy reagovala agresivně už na poprvé, bez napomenutí.*“ Matky M1 a M2 uvedly jako rizikové **sociálně slabší skupiny obyvatel a děti, které jsou umístěné do náhradní péče**. Probandky zmiňovaly i další rizikové skupiny, například **osoby se sklonem k agresivnímu chování, rodiče dětí, které hodně pláčou, osoby, které si nechtějí nebo neumějí vyhledávat informace, rodiče s nižším vzděláním, drogově závislé osoby a alkoholici**.

4.1.4 Kategorie 4: Informovanost rodičů o syndromu excesivního pláče

Ze všech oslovených matek čtyři matky (M2, M3, M4, M5) již slyšely o **syndromu excesivního (neutišitelného) pláče**, ale neuměly popsat, o co se jedná. M1, M3 a M5 spojily SEP s bolestmi břicha u kojenců. Vlastní zkušenost se SEP měla pouze M2, která toto období s dcerou zažívala mezi druhým a pátým měsícem věku dítěte. „*Mé dceři bylo dva až pět měsíců, když jsme toto prožívali, vůbec nespala a pořád plakala,*“ popsala situaci matka M2, „*dodnes ale nevím, čím to vlastně bylo způsobené, jestli se jednalo o zažívací potíže, nebo to žádný důvod nemělo.*“ Matka M1 vlastní zkušenost se SEP nemá. Prožila zatím pouze dva dny, kdy jejího syna trápily bolesti břicha a intenzivně plakal. „*Můj syn bezdůvodně vůbec nepláče. Pláče buď, protože má hlad, je unavený nebo potřebuje pozornost, a pak také, když ho oblékám nebo mu mažu obličej. Je docela těžké to od sebe odlišit, ale snažím se.*“ Matka M3 má taktéž zkušenosti pouze s pláčem dítěte, který nebyl dlouhodobějšího charakteru, ale vyskytoval se vždy ve spojení s nepříjemnými prožitky dítěte, například s růstem zubů nebo afty. Dále matka M3 prožívala situace, kdy se její dcera v noci budila, plakala a neustále se dívala do jednoho místa. Matka to proto spojovala se strachem z něčeho, co dítě mohlo ve tmě vidět. Probandka M4, která prozatím nemá vlastní dítě, byla dotazována, zda se někdy setkala s matkou, která by si stěžovala na neutišitelný pláč dítěte, či se samotným dítětem. Osobní setkání s takovou matkou nepotvrdila, naopak ale jako příklad uvedla situaci, kdy při hlídání cizího dítěte, začalo dítě plakat a ona ho neuměla utiшит. Sama však uznává, že se jednalo o problém, který by matka dítěte uměla vyřešit, protože pláčem dítěte nejspíše projevovalo stesk po matce. Matka M5 zažila vlastní zkušenost s neutišitelným pláčem pouze párkrát v několikahodinových intervalech, kdy nedokázala najít příčinu pláče dítěte. Mimo tyto situace jiné zkušenosti se SEP nemá, ale osobně se setkala s matkou, jejíž dcera prožívala období neutišitelného pláče celé tři měsíce. Matka si stěžovala na vytrvalý pláč dítěte hlavně ve večerních a nočních hodinách. Podle slov probandky M5 k uklidnění dítěte nepomáhalo vůbec nic, dítě plakalo, dokud vyčerpáním neusnulo. Příčina pláče nikdy nebyla odhalena.

Následně byly matky dotazovány, jakým způsobem by se dítě snažily utiшит, kdyby dlouho a intenzivně plakalo. Probandky M1 a M5 jsou obě zvyklé **nosit dítě na rameni**. Obě si tuto polohu chválí, protože dítě má rozhled po okolí, tím se odvede jeho pozornost a přestává plakat. Matka M1 uvedla, že její dítě se při chování v ruce neuklidní, ale když ho dá do polohy, kdy se může rozhlížet, pak přestane plakat. Mimo

to dítě uklidňuje její hlas, zejména pak různé **řikanky, básničky a písničky**, a také **zavinování**. Matka M2, která má s neutišitelným pláčem dítěte vlastní zkušenost, se naučila dítě uspávat při **houpání na míči**. „*Znovu už bych to neudělala, protože to bylo návykové. Byla na to zvyklá dokonce, i když už byla velká a těžká, já jsem z toho byla zničená. Byl to zlovyk.*“ Dále zkoušela používat **léky proti nadýmání, masáže břicha** mentolovou mastí, **polohování na břicho, kojení**, ale nic z toho nepomáhalo. V některých situacích už dítě pouze držela a doufala, že přestane plakat. Nakonec matka zmínila **Estivillovu metodu** k uspávání dětí, která má naučit dítě spát samotné, s metodou však nemá žádné osobní zkušenosti. Matka M3 se shodla s M2, že některé způsoby uspávání dítěte jsou návykové. Jako příklad uvedla chování dítěte. Chválila si užívání **léků proti nadýmání**, které dostala na doporučení lékaře, dále **masáže břicha a nahřívání polštářkem**. Matka M5 má u svého dítěte pozitivní zkušenost s **odváděním pozornosti**, když se s ním **prochází po místnosti** a nechá ho rozhlížet se po okolí. Matka M4 žádné techniky pro uklidnění dítěte nezná a s tímto problémem by se obrátila na praktického lékaře pro děti a dorost.

Na otázku, jak by matky řešily situaci, kdy dítě neutišitelně pláče a ony jsou rozčilené nebo unavené, odpověděly probandky M2 a M4, že **po vyčerpání všech způsobů, jak dítě uklidnit, by se přestaly snažit**. Dle názoru matky M2 dítě potřebuje prostor k vyjádření svých emocí. Je přesvědčená o tom, že děti od malička reagují na přítomnost rodičů a pamatují si jejich reakce na dětský pláč, zda rodič přijde a uklidňuje, nebo na pláč nereaguje. Dítě však vždy musí být v teple, v bezpečí a musí mít uspokojené všechny potřeby. Podle matky M4 je stupeň psychické odolnosti člověka při únavě snížený, proto matka musí částečně myslet také sama na sebe, aby dítěti neublížila. „*Pokud dítě pláče, i přestože matka udělá všechno pro to, aby ho uklidnila, a nic nepomáhá, tak v tu chvíli asi nesejde na tom, zda se bude dále snažit nebo dítě položí do postýlky a půjde chvíli dělat něco jiného nebo přemýšlet, co udělá dál.*“ Matka M1 se v tomto ohledu nejvíce spoléhá na **partnera**, který jí s dítětem kdykoli pomůže. V péči se střídají, a tím si matka od dítěte na chvíli odpočine. Matka M5 odpověděla, že při neutišitelném pláči svého dítěte zažívala pocity bezmoci, se kterými se musela vypořádat sama, protože v té chvíli nebyl nikdo, kdo by jí pomohl. Dítě zkoušela **utišit, chovat**. Matka M3 popsala situace, kdy její dvouletá dcera v naprosto běžných situacích vzdoruje: „*Stává se nám to třeba i venku na ulici, kdy se prostě zasekne, klidně si i lehne na zem a já nevím, co s ní mám dělat. Všichni na mě koukají a*

čekají, co udělám.“ Přiznává, že v těchto chvílích neví, jak se zachovat a má na dceru velmi silný vztek, ale vždy **se ovládne** a dítěti by nedokázala žádným způsobem ublížit.

Následně byly probandky dotazovány, jakým způsobem zvládají stres ve chvílích, kdy jejich dítě neutišitelně pláče, případně, jak by se snažily zvládnout stres v případě, že by taková situace nastala. Matky M3, M4 a M5 se v takovýchto situacích obrazejí na své **partnery**. Matka M3 řekla, že v situacích, kdy se její dcera začne vztekat a nelze ji nijak uklidnit, **odchází do jiné místnosti** a počká, až se dcera sama uklidní. V případech, že je v situaci přítomen i partner, nechává řešení situace na něm, protože dcera z něj má větší respekt. M4 uvedla, že by se s prosbou o pomoc obrátila na **rodinu či partnera**. Dále by preferovala **chvíli o samotě**, například na **procházce**. V tom se shoduje s matkou M1, která však na **procházky** chodí i **s dítětem**. Její syn na každé procházce usne. Matka M1 preferuje procházky ve společnosti někoho, s kým si může **povídat o něčem jiném než o mateřství**. Naopak matce M5 v takových situacích pomáhá, když **o problémech, které ji trápí, hovoří** s nějakou jinou matkou. Pro načerpání energie upřednostňuje **spánek**. Matku M2 uklidňuje pocit, že může **být v přítomnosti dítěte**. I když dítě plakalo, ležela vedle něj a hladila ho.

4.1.5 Kategorie 5: Spokojenost rodičů se zdravotnickými a sociálními službami pro těhotné ženy a děti v České republice

Tato kategorie obsahovala celkem čtyři otázky, které měly za cíl zhodnotit spokojenost rodičů s poskytováním zdravotnických služeb a sociální podporou mateřství v České republice. První otázka zjišťovala, zda v rámci poskytovaných služeb provozují praktičtí lékaři pro děti a dorost a dětské sestry, u kterých jsou děti probandek registrované, návštěvní službu. Matky M3 a M5 odpověděly, že **návštěvní služba neprobíhá vůbec**, dokonce ani v případě, že má dítě nějaký zdravotní problém. Rodiče s dítětem vždy musí přijet do ordinace. Matka M3 upřesnila, že při domlouvání první prohlídky novorozence jí lékařka sdělila, že jezdí **pouze k matkám, které bydlí mimo město** a nemají možnost se s dítětem do ordinace dopravit. Ze svého okolí ví, že tato služba je poskytována výjimečně, **pouze když má dítě akutní zdravotní problém**. Stejně tak matky M1 a M2 uvedly, že lékař se sestrou jsou ochotní přijet do místa bydliště v případech, kdy má dítě zdravotní problém. Naopak matka M3 uvedla, že lékařka nebyla ochotná tyto služby poskytnout ani v případě, kdy dítě mělo vysoké horečky. Matce M2 lékařka po propuštění z porodnice tuto službu nabídla **v rámci první**

prohlídky novorozence, ale matka ji nevyužila. Matce M4 tato otázka nebyla položena, neboť problém zatím není aktuální.

Na otázku týkající se spokojenosti s poradenskou činností praktických lékařů pro děti a dorost nebo gynekologů (v případě M4) všechny probandky odpověděly, že jsou velmi spokojené. Všem matkám umějí lékaři i sestry poradit ve všech ohledech, zodpoví jim všechny otázky a nikdy nedošlo k zanedbání péče o dítě. Probandka M4 uvedla, že je jí v rámci gynekologicko-porodnické péče věnován dostatek času, jsou zodpovězeny všechny dotazy a vše je dobře vysvětleno. Nabídka služeb je také velice široká, včetně předporodních kurzů. Pouze matka M2 odpověděla, že musela vystřídat několik lékařů, než dosáhla požadované úrovně poskytovaných služeb. *„Co se týká problémů se spánkem a pláčem, s tím nám nikdy nikdo nepomohl. Sestra mi tenkrát naprosto vážně řekla, že má dcera asi hlad.“*

Poslední dvě otázky byly věnovány spokojenosti rodičů se sociální podporou mateřství v České republice a zjišťovaly, co by mohlo být v tomto ohledu vylepšeno. Matky M1, M3 a M5 nejsou spokojeny hlavně s finanční podporou. Všechny tři matky také navrhly zavedení porodného, které bude dostupné pro všechny stejně, bez ohledu na sociální situaci. Sociální podpora je z jejich pohledu téměř nedosažitelná. *„Jen pleny za měsíc stojí tisíc korun, příkrmy jsou ještě dražší. Čím je dítě starší, tím víc potřebuje.“* popsala situaci matka M3. M5 zmínila v oblasti zdravotnických služeb také nespokojenost s péčí o rodičku: *„V souvislosti s porodem mě hodně mrzelo, že když mě dali v nemocnici na čekací pokoj, tak mi nepovolili mít nikoho u sebe, ani manžela. Personál reagoval na všechny moje požadavky ignorací.“* Matka M2 vyjádřila spokojenost se sociální podporou, ovšem poskytování služeb by dle jejího názoru mělo být více individuální, s ohledem na konkrétní situaci člověka, který o podporu žádá. Matka M4 se zaměřila na služby, které jsou v České republice poskytované. *„Myslím, že sociální podpora není na špatné úrovni, ale veřejnost toho moc neumí využívat. Existuje třeba celá řada center pro pomoc v nouzi, kde se zabývají různými problémy, ale veřejnost o nich buď neví, nebo má strach požádat o jejich služby.“* Pro zlepšení této situace navrhla zvýšit informovanost veřejnosti prostřednictvím internetových webů nebo telefonických linek, kam by se člověk mohl obrátit s konkrétním problémem. Tato linka či web by mu anonymně poskytly veškeré informace o službách, které pro něj jsou v jeho situaci dostupné.

4.2 Výsledky rozhovorů se sestrami

Data získaná v rozhovoru se sestrami byla rozdělena do čtyř kategorií:

Kategorie 1 Znalost sester o syndromu CAN;

Kategorie 2 Znalost sester o SBS;

Kategorie 3 Znalost sester o SEP;

Kategorie 4 Primární, sekundární a terciární prevence SBS.

4.2.1 Kategorie 1: Znalost sester o syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte

Úvodem do problematiky syndromu CAN byla otázka, která zjišťovala, zda probandky vědí, co je to syndrom CAN. Všechny oslovené sestry zareagovaly na otázku odpověďmi podobnými definici uvedené v teoretické části bakalářské práce. Všechny probandky se shodly na faktu, že se jedná o takové chování vůči dítěti, které negativním způsobem ovlivňuje jeho **vývoj**. Sestry S4 a S5 uvedly, že dítěti je **psychicky, fyzicky či emocionálně ubližováno**. Sestra S3 popsala syndrom CAN: *"Je to celá řada příznaků, které vznikají v důsledku týrání, zneužívání nebo zanedbávání dítěte, jako jsou třeba psychické poruchy, poruchy růstu a vývoje, rány a modřiny na těle"* Sestra S2 dodala, že se jedná o chování, které je **v rozporu se zákonem**.

V další části rozhovoru měly sestry vyjmenovat jednotlivé formy syndromu CAN a vysvětlit rozdíl mezi nimi. Sestry S1, S2, S3 a S4 uměly vyjmenovat všechny čtyři formy syndromu CAN. S5 znala pouze fyzické týrání, psychické týrání a sexuální zneužívání dítěte. V popisu jednotlivých forem zařadila zanedbávání péče o dítě do fyzického týrání. Všechny sestry uvedly, že do fyzického týrání dítěte řadíme **tělesné ubližování**. Sestry S3 a S4 zařadily do tělesného týrání také **tělesné tresty**. Podle sester S2, S3 a S5 by nás na tělesné týrání měly upozornit odřeniny, modřiny, zlomeniny, popáleniny, podlitiny, rány na těle dítěte. Do psychického týrání zařadily sestry S1, S2, S3 a S5 **verbální napadání, urážky, ponižování**. Sestry S1, S2 a S5 za psychické týrání také označily **omezování osobní svobody a práv dítěte**, nebo **sociální izolaci**. Probandka S3 dále dodala **vyhrožování dítěti a nedostatek lásky a pozornosti od rodičů**. Probandka S5 za tento typ týrání považuje také **domácí násilí mezi rodiči**. Za sexuální zneužívání dítěte všechny dotazované sestry považují **pohlavní styk s dítětem** nebo pokus o pohlavní styk. Druhou opakovanou odpovědí bylo **šíření dětské pornografie**, pořizování snímků či videí (S1, S3, S4, S5). Dále sestry jmenovaly **sexuální obtěžování, dotýkání a dětskou prostituci**. Za zanedbávání dítěte lze podle

sester S1, S2, S3 a S4 považovat **nedostatečné uspokojení základních potřeb** dítěte. S4 dále doplnila, že zanedbáváním péče o dítě je také **nedostatek času** věnovaný dítěti a jeho výchově. Probandka S5 svojí odpovědí zařadila zanedbávání do fyzického týrání dítěte, kam zařadila rány na těle dítěte způsobené jinou osobou, **nepřiměřenou výživu**, **zanedbané oblékání** dítěte a **zanedbání zdravotní péče** o dítě.

V oblasti rizikových faktorů zvyšujících pravděpodobnost výskytu syndromu CAN byly zaznamenány velice různorodé odpovědi. Častou odpovědí byl **alkoholismus nebo drogová závislost týrající osoby** (S2, S3, S5), **mentální postižení dítěte** (S2, S3, S4), **kladení vysokých nároků na dítě** a **nesplnění očekávání** rodičů (S3, S4, S5). Další často zmiňované rizikové faktory CAN syndromu byly **nepříznivá rodinná situace** (S1, S3), **nepříznivá finanční či sociální situace rodiny** (S3, S5), **poruchy učení, ADHD nebo autismus** u dítěte (S1, S3), **náhradní rodinná péče** (S1, S4) a **nezaměstnanost** (S2, S4). Nejčastěji se v odpovědích shodovaly sestry S4 a S5. Obě uvedly jako rizikové faktory **nízký věk rodičů, psychické poruchy rodičů** a dětí, které jsou hodně **plačtivé**. Z dalších rizikových faktorů byly jmenováni lidé s **agresivními sklony** a lidé s **nízkou úrovní vzdělání**.

Následující otázka zjišťovala, zda sestry znají správný postup zdravotnických pracovníků v případě, kdy se do jejich péče dostane dítě, u kterého mají podezření na některou z forem syndromu CAN. Obě sestry pracující v ambulantních zařízeních uvedly, že tyto případy nahlašují **orgánu sociálně-právní ochrany dětí** (dále jen OSPOD). Sestra S1 zmiňuje **důkladné vyšetření** dítěte a nařízení **povinné hospitalizace**. Sestra S2 by naopak jako další postup volila **kontaktování Policie ČR**. Všechny sestry pracující v lůžkových zařízeních odpověděly, že se musí případ nahlásit Policii ČR, ovšem pouze S3 zmínila také povinnost nahlášení na OSPOD: *"Dítěti je nařízena povinná hospitalizace bez účasti rodičů, nahlásí se to policii a na OSPOD, zahájí se vyšetřování a trestní stíhání rodičů. Rodičům nesmějí být poskytnuty žádné informace o zdravotním stavu dítěte."* Sestra S4 zmínila pouze povinnost dítě hospitalizovat a nahlásit skutečnost Policii ČR. Sestra S5 popsala postup: *„Dítě musí být ze zákona hospitalizováno, vyšetřeno lege artis, musí být velice důkladně získána anamnéza od blízkých osob a vedena jeho dokumentace. Následně se spolupracuje s policií.“*

Poslední otázka této oblasti rozhovoru byla zaměřená na prevenci syndromu CAN. Probandka S1 zde opět zmiňuje zdravotnická zařízení a **OSPOD**, který má důležitou roli při řešení případů týrání dětí, a jako další stěžejní součást prevence jmenuje **vzdělávací zařízení**. Dle jejího názoru prevence syndromu CAN v ČR funguje dobře. Sestra S2 upozorňuje na nutnost **vyhledávat rizikové skupiny** obyvatel a následně na ně **dohlížet**. V tomto s ní souhlasila sestra S3, která sdělila: „*Musíme se snažit eliminovat rizika ve společnosti. Pokud je rizikem alkoholismus, tak budeme bojovat proti alkoholismu a šířit ve veřejnosti fakt, že je to rizikem. Pokud je rizikem to, že je dítě pomalejší ve škole nebo má nějaké poruchy učení, pak se zaměříme nejen na psychologickou léčbu dítěte, ale také na rodiče a rodinnou situaci.*“ Následně zdůraznila, že je nutné všimnout si **známek týrání dítěte**, zejména ve zdravotnických zařízeních při **preventivních prohlídkách** dítěte a ve školách. Sestry S4 uvedla jako důležitý prostředek prevence syndromu CAN **edukaci rodičů** v této oblasti. Sestra S5 vyzdvihla **informovanost veřejnosti** a taktéž vyhledávání rizikových osob.

4.2.2 Kategorie 2: Znalost sester o syndromu třeseného dítěte

Všechny oslovené sestry definovaly syndrom třeseného dítěte (SBS). Každá ze sester věděla, že se jedná o příznaky, které vznikají v důsledku **intenzivního třesení** s dítětem. Sestry S1 a S3 konkretizovaly, že se jedná o **formu fyzického týrání** dítěte, která se vyskytuje v **kojeneckém a batolecím věku**. Jako zdroj těchto informací uvedly sestry S1, S3 a S4 **školu**. Sestra S2 získala informace na **vzdělávacím semináři** pro sestry a sestra S5 se poprvé o SBS dozvěděla ve svém **zaměstnání**. Všechny sestry, které pracují v lůžkovém zařízení, se během své praxe setkaly s dítětem, kterému byl diagnostikován SBS. Sestry, které pracují v ambulantních zařízeních, se s diagnózou SBS nikdy nesetkaly. Sestra S3 situaci konkrétně popsala: „*Dítě bylo hospitalizováno v kritickém stavu na dětské jednotce intenzivní péče. Mělo velice nízké GCS, proto byla indikována léčba v analgosedaci. Intravenózně se podávaly léky ke snížení otoku mozku, dítě mělo invazivně zavedené čidlo pro monitoraci intrakraniálního tlaku, který se lékaři snažili regulovat. Poškození mozku však bylo nevratné. Byla mu zajištěna komplexní ošetrovatelská péče.*“ Sestry S4 a S5 se s dítětem se SBS setkaly také, ovšem osobně o něj nepečovaly, proto postup péče o dítě nedokázaly popsat. V obou situacích dítě bylo hospitalizované na jednotce intenzivní péče.

Následující otázky zjišťovaly úroveň vědomostí sester o SBS. Všechny oslovené sestry považují za nejčastější spouštěč agrese pečující osoby vůči dítěti **pláč dítěte**. Sestry S1,

S2, S4 a S5 dále rozlišují spouštěč agrese podle věku dítěte. U kojenců za nejčastější spouštěč agrese považují pláč, u batolat **vzteky, neposlušnost nebo hněv**. Na otázku, jaké další činnosti kromě třesení mohou způsobit SBS, znaly odpověď pouze probandky S1 a S3. Sestra S1 jako další činnost uvedla **některé formy her** s dítětem. Probandka S3 konkrétněji jmenovala **vyhazování dítěte do vzduchu** jako formu hry. Ostatní probandky na otázku neznaly správnou odpověď.

Poslední otázky v této části rozhovoru byly věnované akutním příznakům a chronickým následkům SBS a jejich léčbě. Z akutních příznaků bylo opakovaně jmenováno **subdurální krvácení** (S1, S2, S3, S5) a **axonální poranění mozku** (S3, S4, S5). **Retinální krvácení** bylo jako příznak zmíněno pouze sestrami S3 a S5. Častou odpovědí byly také **zlomeniny**, konkrétně sériové zlomeniny žeber (S4, S5) a zlomeniny lebky (S5). Sestry S1, S3 a S5 považují SBS za život ohrožující stav, kdy může dojít až k **úmrtí dítěte**. Sestra S4 dále zmiňuje **poškození mozkových cév a nervů**. Sestra S5 se domnívá, že by na těle dítěte mohly být **hematomy**, a to v místě, kde útočník při třesení dítěte drží (v oblasti hrudníku). Velice častou odpovědí v oblasti následků SBS byly **poruchy učení**, které byly uvedeny sestrami S1, S3, S4 a S5. Dále se v odpovědích opakovaly **poruchy osobnosti** (S3, S5), **poruchy zraku a sluchu** (S4, S5), **slepoty** (S3, S5) a **mentální postižení dítěte** (S1, S5).

Všechny sestry se shodly na tom, že léčba dítěte probíhá prostřednictvím **hospitalizace**. Sestry S1, S4 a S5 rozdělily dle intenzity poranění hospitalizaci na anesteziologicko-resuscitační oddělení, jednotce intenzivní péče nebo standardním oddělení. Probandky S2, S3 a S5 zdůrazňují **léčbu příznaků a poškození** v centrální nervové soustavě. Jak uvedly probandky S3 a S5, je nutné udržovat hodnoty **intrakraniálního tlaku** a **mozkového perfuzního tlaku** v normě, léčit otok mozku a případně chirurgicky **evakuovat hematom**. Sestra S5 mimo tyto intervence dodává také zajištění **komplexní ošetrovatelské péče** a včasné **rehabilitace**. Sestra S3 dodává, že při poškození sítnice existuje možnost chirurgické léčby.

4.2.3 Kategorie 3: Znalost sester o syndromu excesivního pláče

Sestry S1, S3 a S4 spojují syndrom excesivního pláče dítěte (SEP) s **břišními bolestmi** u kojenců. Všechny tyto tři probandky zároveň připouštějí, že SEP nemusí mít příčinu pouze v bolesti, ale příčina pláče dítěte může zůstat v mnoha případech **neodhalena**. Sestra S2 se s pojmem SEP nikdy nesešla a nedokázala vysvětlit, o co se jedná. Sestra

S4 definovala SEP jako: „*Neutišitelný pláč kojence, který se vyskytuje více než tři hodiny denně, v průběhu více než tří týdnů. Jeho příčinami mohou být trávicí potíže dítěte, zejména plynatost. Mimo to ale mohou mít vliv konflikty a napětí v rodině.*“ Pouze sestra S5 SEP nespojila s bolestmi břicha vůbec: „*Je to neutišitelný pláč dítěte, který signalizuje neurčitou potřebu, vzniká bez nejasné příčiny.*“

Všechny sestry, které znaly SEP a dokázaly vysvětlit jeho definici, se během svojí praxe osobně setkaly s dětmi, které procházely obdobím neutišitelného pláče. Sestra S2 osobní setkání s takovým dítětem popřela: „*Samozřejmě, že některé maminky mají děti, které více pláčou, ale nikdy se nejednalo o pláč, který by žádným způsobem nešel utišit.*“ Sestry S1 a S5 se naopak s matkami, které si stěžují na neutišitelný pláč dítěte, setkávají často. Probandka S1, která pracuje v ambulantním zařízení, odpověděla, že rodiče si při preventivních prohlídkách dítěte často stěžují, že **dítě pláče, v noci nespí**, a mají strach, že s ním něco není v pořádku. Sestra S4 popsala, že rodiče takových dětí bývají **unavení, nevyspalí**, přemýšlejí, kde dělají chybu a mají **pocity selhání**. S pocity selhání u matek dětí se SEP souhlasila sestra S5, podle které si rodiče vyčítají, že dítěti nedokáží žádným způsobem pomoci. Uvedla také, že **hospitalizované děti** se často projevují neutišitelným pláčem, ovšem v tomto případě je příčina ve **změně prostředí** a v **provádění nepříjemných zákroků**. Vyprávěla však také příběh dítěte, u kterého byla **příčina SEP nejasná**. „*Setkala jsem se s matkou, jejíž dítě opravdu plakalo v podstatě celý den a celou noc. Matka byla kuřačka, kouřila celé těhotenství a byla zvyklá kouřit v domácnosti. Dítě se léčilo s chronickou bronchitidou. Myslím, že pláč byl způsobený podrážděním z důvodu závislosti na nikotinu.*“ Sestra S5, která se při výkonu svého povolání setkává s takovými dětmi často, popsala reakce rodičů, jejichž děti neutišitelně pláčou: „*Bývají vyčerpaní, úzkostliví, mívají pocity selhání, vzteku, často jsou agresivní jak vůči dítěti, tak vůči zdravotnickému personálu.*“

Cílem poslední otázky této kategorie bylo zjistit, jaká doporučení by sestry daly matkám, jejichž děti trpí neutišitelným pláčem. Nejvíce opakovanou odpovědí bylo **chování, houpání nebo kolébání** dítěte (S1, S2, S3, S5), **masáže břicha** (S1, S2, S3) a **střídavá péče** rodičů nebo hlídání dítěte, aby si matka mohla chvíli odpočinout. Sestry S4 a S5 také doporučily, aby matky uměly **aktivně odpočívat** a dělat činnosti, které je uklidní. Sestry S1 a S2 by se zaměřily na **podporu kojení**. Sestra S1 uvedla: „*Doporučujeme polohu na tygřika, kdy dítě máme položené na předloktí obličejem dolů. Dítě v ní má rozhled a zároveň si o předloktí masíruje břicho.*“ Dále zmínila **léky**

proti nadýmání a správné **odříhnutí** po jídle. Sestra S3 doporučuje matkám **mluvit na dítě** nebo mu třeba **zpívat**, a pro uklidnění dítěte také zavínování.

4.2.4 Kategorie 4: Primární, sekundární a terciární prevence syndromu třeseného dítěte

V rámci výzkumu prevence SBS bylo zjišťováno, zda jsou v zařízeních, kde pracují oslovené sestry, poskytovány nějaké informace o SBS. Probandky S1, S2, S3 a S5 v jejich zařízení rodičům **neposkytují cíleně žádné informace**. Probandky S1 a S3 doplnily, že informace poskytnou v případě, že se o ně rodiče **aktivně zajímají**. Sestra S2 zastává názor, že poskytování informací není potřeba, jelikož rodiče běžně nenapadne zatřást s dítětem. Sestra S4 uvedla, že na jejich oddělení bývaly veřejně k dispozici **tištěné edukační materiály** ve formě letáku.

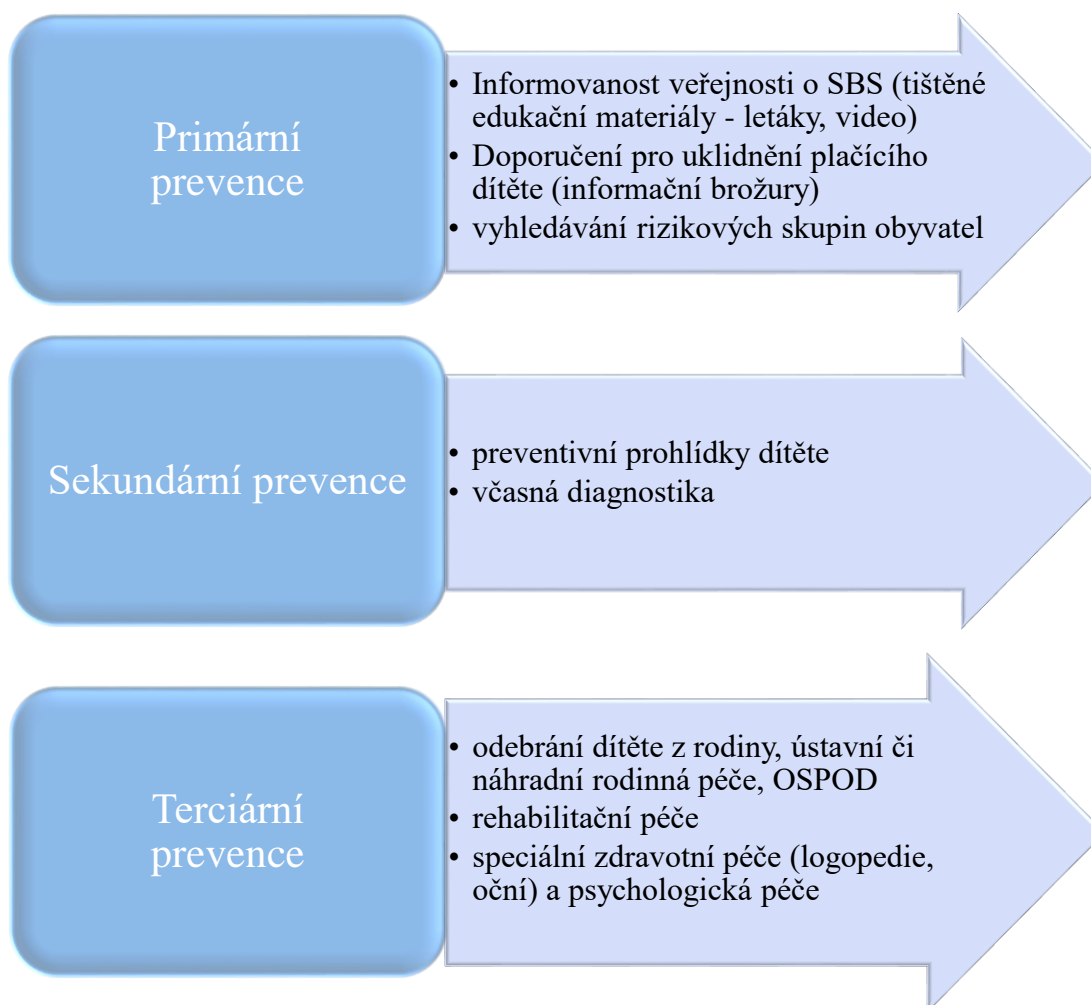
Následně měly probandky navrhnout účinná opatření v primární, sekundární a terciární prevenci SBS, které by mohly být realizovány v České republice. Mezi navrhovanými opatřeními v primární prevenci SBS byla zmiňována hlavně **informovanost veřejnosti o SBS** (S2, S3, S4, S5). Sestry S2, S4 a S5 považují za nejefektivnější zdroj informací **tištěné edukační materiály** ve formě **informačních letáků**. Sestry S2 a S5 zdůraznily, že prevence musí být včasná, a doporučily zavedení preventivních opatření primární prevence ihned po narození dítěte, tedy v porodnici. Sestra S4 by prevenci odsunula do kojeneckého a batolecího věku. Sestra S3 za efektivní způsob vzdělávání v této oblasti považuje video. „*V ordinaci praktických lékařů pro děti a dorost jsou často televize, kde se používají pohádky. Občas jsou tam nějaké reklamy na výrobky, tak proč tam nedat video se zaměřením na Shaken Baby Syndrome.*“ S informovaností rodičů o SBS nesouhlasí probandka S1: „*Informovat o tomto syndromu asi moc nemá smysl, protože je to afektivní jednání. Když bude rodič v situaci, kdy dítě bude křičet a on bude vyčerpaný a naštvaný, pak nebude záležet na tom, jestli mu někdy někdo říkal, že s dítětem se nemá třást, stejně to udělá.*“ Dle jejího názoru by primární prevence měla být zacílená na **doporučení při pláči dítěte**, jak ho uklidnit a uspat. Jako zdroj informací navrhla **tištěné edukační materiály** ve formě **informační brožury**. Sestra S5 zařadila do primární prevence také **vyhledávání rizikových skupin** obyvatel.

V sekundární prevenci považují sestry S1, S2, S3 a S4 důležité **preventivní prohlídky** dítěte. Sestra S1 poukazuje, že praktický lékař pro děti a dorost, u kterého dítě prochází preventivními prohlídkami, vidí dítě nejčastěji, a proto právě při preventivních

prohlídkách dochází k odhalení případů týrání. Souhlasí s ní sestra S4: „*Nejdůležitější jsou preventivní prohlídky u pediatra, protože právě ten dítě vidí nejčastěji. Měl by reagovat na každou abnormalitu ve vývoji nebo na změny chování dítěte*“ Sestry S2, S3, S4 a S5 zmiňují **včasnou diagnostiku** již vzniklého SBS.

V rámci terciární prevence nejčastěji probandky jmenovaly **odebrání dítěte z rodiny** a zajištění **ústavní či náhradní rodinné péče** (S2, S3, S4, S5). Dále byla zmíněna **rehabilitační péče** (S3, S4, S5) a zajištění **speciální zdravotní péče** podle následků SBS, včetně **psychologické péče** (S4, S5). Sestra S1 uvedla, že následnou péči o dítě by měl zajišťovat **OSPOD**. Přehled odpovědí probandek v oblasti primární, sekundární a terciární prevence je uveden ve schématu 3.

Schéma 3: Účinná primární, sekundární a terciární prevence SBS z pohledu sester



Zdroj: vlastní

Poslední otázka této části rozhovoru byla zacílena na rizikové skupiny osob, na které by měla prevence SBS být zaměřená. Nejčastěji zmiňované osoby sestrami byli rodiče, kteří si stěžují na **častý pláč dítěte** (S2, S4, S5) a **drogově závislí rodiče, popřípadě rodiče alkoholici** (S2, S3, S5). Méně často sestry zmiňovaly osoby se **sklony k agresivitě** (S1, S2), **nepříznivou sociální situaci** v rodině (S3, S5) a **mladé rodiče** či **prvorodičky** (S3, S4). Sestra S3 dále považuje za rizikový faktor **matky kouřící v těhotenství**. Sestra S4 uvedla jako rizikový faktor **dysfunkci v rodině**.

Sestrám zaměstnaným v ambulantních zařízeních byla na konci rozhovoru položena otázka navíc, která zjišťovala, zda poskytují v rámci péče o dítě návštěvní službu. Obě sestry odpověděly, že dříve tato služba byla poskytována běžně, ovšem v dnešní době tomu tak není. Shodly se na tom, že téměř všechny rodiny dnes mají k dispozici auta a mohou se tedy bez problémů dopravit do ordinace, případně na pohotovostní službu. Sestra S1 však popisuje případ jednoho pacienta, u kterého je tato služba provozována: *„Máme pouze jednoho pacienta, u kterého tato služba funguje, ale to je dítě, které je od narození těžce mentálně postižené a rodina je ve špatné sociální situaci, proto péče o tuto rodinu funguje poněkud jinak.“* Sestra S2 dodala, že pouze ve vzácných případech, kdy je dítě v opravdu vážném zdravotním stavu a rodiče se s ním nemají jak dopravit do ordinace, jsou ochotní s lékařem tuto službu poskytnout. Návštěvní službu v rámci první prohlídky novorozence obě probandky popřely.

5 DISKUZE

Před zahájením vlastního výzkumného šetření byly pro bakalářskou práci stanoveny dva hlavní cíle zaměřené na laickou a odbornou veřejnost. Prvním cílem kvalitativní výzkumné studie bylo vyhodnotit informovanost laické veřejnosti o syndromu třeseného dítěte (SBS). Jak uvádí Hirt et al. (2011), nejvyšší výskyt syndromu třeseného dítěte je zachycen ve věkové kategorii kojenců a batolat, proto byli osloveni rodiče dětí do tří let. Dále byly osloveny těhotné ženy, neboť aby byla preventivní opatření účinná, musejí být zahájena včas. Vyhledávání osob splňujících kritéria pro výzkum proběhlo za pomoci techniky sněhové koule a nebylo časově náročné. Velikost výzkumného vzorku žen byla daná teoretickou saturací dat. Z celkového počtu pěti probandek byly tři probandky gravidní a čtyři probandky byly matkami dětí ve věku od šesti týdnů do tří let.

Druhým cílem studie bylo popsat úlohu sester v oblasti prevence syndromu třeseného dítěte. Pro lepší porovnání dat a detailnější popis preventivních opatření jsme se rozhodli vyhledat pro výzkum nejen sestry pracující na dětských lůžkových odděleních, ale také sestry pracující v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. Rozhovory poskytnuté sestrami pracujícími v primární péči považuji za poměrně kvalitní a detailní, protože sestry věnovaly rozhovoru dostatek času, rozhovor probíhal v klidném prostředí a při jeho poskytování byl dostupný prostor na doplňující otázky. Při získávání rozhovorů se sestrami zaměstnanými na dětských lůžkových odděleních byl bohužel čas věnovaný rozhovorům velice omezený z důvodu provozu zařízení, proto získaná data nedosahují takové kvality, jako data získaná od sester zaměstnaných v ambulantních zařízeních. Z důvodu nedostatku času bylo zároveň v lůžkových zařízeních obtížnější získat zájemkyně o poskytnutí rozhovoru.

5.1 Diskuze nad výsledky rozhovorů s těhotnými ženami a matkami dětí do tří let

Rozhovor s matkami dětí do tří let věku nebo s těhotnými ženami byl zahájen úvodními otázkami, za pomoci kterých byly probandky s ohledem na anonymitu obecně charakterizovány. Následovalo pět tematických okruhů otázek. Podle Slaného (2008) je syndrom třeseného dítěte (SBS) specifickým typem fyzického týrání dítěte, proto byla první kategorie otázek zaměřená na informovanost rodičů o syndromu CAN. Při všech poskytovaných rozhovorech byla použita zkratka CAN, ale žádná z probandek tuto zkratku neznala, proto byl nakonec používán celý název, tedy syndrom týraného,

zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Jak je uvedeno ve výsledcích práce, čtyři z pěti probandek mají o syndromu CAN základní znalosti. Po vysvětlení definice syndromu CAN dokázaly všechny matky rozlišit tělesné a duševní týrání dítěte jako formy syndromu CAN. Do tělesného týrání dítěte všechny probandky zařadily fyzické tresty. Některé z nich pak specifikovaly, že se jedná o nepřiměřené tělesné tresty. Dle Slaného (2008) jsou v ČR tělesné tresty do určité míry považovány za přijatelné, na rozdíl od některých dalších zemí. Novák (2013) považuje za největší problém v oblasti tělesných trestů nejednoznačnou hranici mezi přijatelným a nepřijatelným trestem. Z toho vyplývá, že není přesně určená hranice mezi přijatelným tělesným trestem a týráním dítěte. Problematiku tělesných trestů upravuje pouze zákon č. 315/2004 Sb., kterým se mění a doplňuje zákon č. 94/1963 Sb., Zákon o rodině, §31.: „*Rodiče mají právo užít přiměřených výchovných prostředků tak, aby nebyla dotčena důstojnost dítěte a jakkoli ohroženo jeho zdraví, jeho tělesný, citový, rozumový a mravní vývoj.*“ Novák (2013) upozorňuje na nutnost stanovení spodní věkové hranice dítěte pro použití tělesného trestu jako přiměřeného výchovného prostředku. Dvě ze tří oslovených matek uvedly, že duševním týráním dítěte jsou mimo jiné dlouhotrvající a časté konflikty mezi rodiči. Dle Slaného (2008) je duševní týrání aktivní děj, při kterém je dítě ponižováno, uráženo, zesměšňováno, nebo nedostává od pečující osoby lásku, zájem, čas. Konflikty mezi rodiči nejsou za duševní týrání považovány, ovšem mohly bychom je považovat za nevhodné prostředí pro výchovu dítěte, což Kukla et al. (2016) řadí do zanedbávání péče o dítě. Pokud je však předmětem jejich sporů dítě, pak se jedná o typický příklad duševního týrání dítěte (Slaný, 2008).

V rámci rozhovoru měly probandky navrhnout preventivní opatření jak syndromu CAN, tak syndromu třeseného dítěte. V prevenci syndromu CAN navrhovaly mediální a politické šíření informací, osvětové kampaně, informační portály, podporu prevence ve vzdělávacích a zdravotnických zařízeních (nahlašovací povinnost, povinné preventivní prohlídky, psychologická péče o rodiče), linky bezpečí, nahlašovací povinnost veřejnosti a nadace na pomoc dětem. V prevenci SBS byly navrhované tištěné edukační materiály, poskytování informací lékařem, edukace v oblasti pláče dítěte a jeho uklidnění, informační weby, péče o psychickou pohodu matky, realizace Babyboxů a vyhledávání rizikových skupin obyvatel. Z těchto odpovědí zpracovaných ve schématech 1 a 2 vyplývá, že stěžejní v oblasti prevence je dle probandek dobrá informovanost laické veřejnosti, a to jak o syndromu CAN, tak u SBS. V obou

oblastech byly jako zdroj šíření informací zmíněny informační portály a weby, což je dle názoru probandek lehce dostupný a efektivní zdroj informací. V prevenci SBS se jako nejúčinnější jeví edukace rodičů novorozenců a kojenců v oblasti prevence dlouhotrvajícího pláče dítěte, a to například ve formě brožurek, videí nebo edukační činností sestry (Greeley, 2015). Ačkoliv tato opatření byla probandkami jmenovaná, žádná z probandek neuvedla, že by jim tyto informace měla předávat sestra, ale častěji zmiňovaly úlohu lékařů v edukační činnosti. Tato skutečnost je dle mého názoru ovlivněna větší důvěrou pacientů k lékaři než k sestram. V prevenci syndromu CAN i SBS byla také zmíněna psychická pohoda rodičů. Probandky upozornily na problematiku tabuizace využívání psychologických služeb a na nutnost odstranění tohoto problému. Brooks a Weathers (2012) tvrdí, že pokud je kojeneček v péči emocionálně labilní osoby nebo osoby trpící depresemi, projevuje se při kontaktu s touto osobou negativními emocemi. Psychologická péče o pečující osobu je tedy v tomto případě na místě. Zajímavý návrh v prevenci syndromu třeseného dítěte bylo využívání Babyboxů. Jak správně uvedla jedna oslovená matka, než nenapravitelně ublížit dítěti, je lepší dítě předat do péče náhradní rodiny, například prostřednictvím Babyboxu.

Z rozhovorů s matkami vyplývá, že prevence syndromu třeseného dítěte při poskytování zdravotnických služeb v rámci gynekologicko-porodnické péče a preventivní pediatrické primární péče není realizována. V případě, že některá z probandek měla nějaké informace o syndromu třeseného dítěte, zdrojem těchto informací byla masmédiá nebo internet. Skutečnost, že prevence není realizována, potvrzují data získaná z rozhovorů se sestrami. Pouze jedna z oslovených sester uvedla, že v jejich zařízení bývaly v minulosti dostupné edukační materiály o tomto syndromu. Ostatní sestry potvrdily, že informace o SBS cíleně neposkytují. Velmi dobře ovšem funguje poradenská činnost v oblasti neutišitelného pláče, což je velmi účinným způsobem prevence SBS.

Dle názoru oslovených matek mezi potencionální spouštěče agrese pečující osoby vůči dítěti patří neutišitelný pláč dítěte. U batolat bylo zmíněno také období vzdoru, vztek, neposlušnost. Dle Hirta et al. (2011) jsou vznikem SBS ohroženi kojenci, nicméně riziko vzniku SBS je i u batolat. Dle mého názoru je období vzdoru u dítěte významným rizikovým faktorem pro vznik SBS. Jedna z matek zmínila jako možnou vyvolávající příčinu agrese vůči dítěti poporodní psychózu matky. Poporodní psychóza se vyskytuje

nejčastěji v období šestinedělí, ovšem jejím následkem může být epizoda poruchy nálady i v pozdějším období. Projevuje se celou řadou psychotických příznaků, poruchami spánku, bludy, halucinacemi a dokonce může vést až k deliriu. Vysokým rizikem je suicidální jednání matky nebo ublížení dítěti (Takács et al., 2015). Oslovené ženy uváděly, že syndrom třeseného dítěte může vzniknout v důsledku intenzivního třesení nebo pádu z výšky. Nicméně pouze dvě z nich uvedly, že k nebezpečnému třesení s dítětem může dojít i při hře s dítětem, jak uvádí Brooks a Weathers (2012). V případě, že by došlo k pádu dítěte z výšky, nejednalo by se o syndrom třeseného dítěte, avšak Gregora a Velemínský (2013) uvádějí, že třesení může končit nárazem například na pohovku a v takovém případě jsou následky vážnější. Dle názoru oslovených žen patří mezi rizikové faktory zvyšující pravděpodobnost násilí vůči dítěti nízký věk rodičů, sociálně slabší skupiny obyvatel, umístění dítěte do náhradní péče, osoby se sklonem k agresivitě, plačtivé děti, osoby s nižším vzděláním, osoby, které si nechtějí nebo neumějí vyhledávat odborné informace, drogově závislé osoby a alkoholici. Tyto odpovědi jsou ve shodě s autory Slaný (2008), Brooks a Weathers (2012), Lopez-Bushnell et al. (2017), Kukla et al. (2016). Mimo výše uvedené faktory byl zmíněný také vysoký věk rodičů. Jedna z oslovených probandek uvedla, že starší rodiče nemají na výchovu dětí takovou trpělivost jako mladší rodiče.

Dále byly matky dotazovány na příčiny syndromu excesivního pláče. Většina matek spojuje neutišitelný pláč kojenců s břišními bolestmi. Stejně odpovědi byly získány od sester, kde tři z pěti sester spojily neutišitelný pláč s bolestmi břicha. Většina matek uváděla, že se setkala pouze s krátkodobým pláčem dítěte, kdy se příčinu pláče u dítěte podařilo identifikovat a odstranit. Pouze jedna z oslovených matek popsala problém, který trval dlouho, a na příčinu pláče svého dítěte nepřišla a nikdo jí nedokázal pomoci. Každá z matek k utišení pláče svého dítěte používá jiné techniky. Například se jedná o mluvení na dítě, zpívání, říkání básniček, nošení na rameni, chování v náruči. Často zmiňované způsoby tišení pláče dítěte byly podávání léků proti nadýmání, nahřívání a masáže břicha, což potvrzuje fakt, že matky spojují pláč dítěte s břišními bolestmi. Jedna matka zmínila Estivillovu metodu k uspávání dětí. Estivill (2004) tuto metodu popisuje jako metodu kontrolovaného pláče, kdy si dítě zvyká na samostatné usínání. Rodič plačící dítě chodí kontrolovat v postupně se prodlužujících intervalech, přičemž je zakázáno dítě hladit, uklidňovat, chovat. Povoleno je pouze k němu opakovaně promlouvat stále stejnou větu (Estivill, 2004). Tato metoda tišení dítěte je dle mého

názoru diskutabilní. Jako metodu k utišení dítěte bych ji doporučila v krajních případech. Některé z matek zastávají názor, že po selhání všech osvědčených technik je v pořádku přestat se o uklidnění dítěte snažit a nechat ho vyjádřit negativní emoce. S tímto názorem souhlasí Wilson (2018), dle kterého je v případech, kdy pláč nesouvisí se zdravotním problémem, lepší nesnažit se dítě uklidnit. Zvláště pokud je rodič sám rozrušený, doporučuje dítě bezpečně uložit do postýlky a chvíli se věnovat jiné činnosti, která ho uklidní. Stejně jako matky používají různé techniky k uklidnění dítěte, používají také různé techniky pro zvládání stresu, což je v těchto situacích nezbytné.

Oslovené ženy byly dotazovány na spokojenost se zdravotnickými a sociálními službami pro těhotné ženy a děti. Zejména nás zajímala spokojenost s poradenskou činností praktického lékaře pro děti a dorost a provozování návštěvní služby v domácím prostředí pacientů. Pro doplnění informací byly probandky dotazovány také na oblast sociální podpory, protože špatná sociální situace rodiny je významným rizikovým faktorem vzniku syndromu CAN (Kukla et al., 2016). Sethi et al. (2013) také uvádějí, že důležitou roli při vzniku syndromu CAN má ekonomická vyspělost země, kde dítě vyrůstá. Spokojenost probandek s poradenskou činností při poskytování zdravotnických služeb je na velmi vysoké úrovni. Pouze matka, která prožila u svého dítěte období neutišitelného pláče, vyjádřila nespokojenost s neprofesionálním přístupem některých lékařů a sester. S problémem týkajícím se pláče dítěte jí nikdo nedokázal pomoci, ačkoli o pomoc žádala. Tento přístup zdravotnického personálu k matce je samozřejmě nesprávný. Povinností sestry a lékaře je poskytnout rodičům poradenství v oblasti příčin, prevence a řešení dlouhotrvajícího neutišitelného dětského pláče. Negativní reakce matek byly zaznamenány při dotazu, zda praktický lékař dítěte poskytuje v rámci svých služeb návštěvní službu. Pouze jedna probandka uvedla, že jí tato služba byla nabídnuta v rámci první prohlídky novorozence. Ostatní probandky se nesetkaly s tím, že by jim tato služba byla nabídnuta. Některé matky uvedly, že je tato služba poskytována pouze pokud má dítě akutní zdravotní potíže a nemůže se dostavit do ordinace, jiné nám sdělily, že není poskytována vůbec. Cílem této služby však nemá být pomoc rodičům a dítěti při akutních stavech. Tato služba má být prováděna proto, aby lékař ve spolupráci se sestrou mohl zhodnotit rodinnou situaci, sociální prostředí, ve kterém je dítě vychovááno, psychologické prostředí a další důležité faktory, které mají vliv na vývoj dítěte nebo by mohly vést ke špatnému zacházení s dítětem (Sikorová, 2012). Skutečnost, že tato služba není běžně poskytována, byla potvrzena sestrami

pracujícími v ambulancích praktických lékařů, které poskytovaly rozhovor. V oblasti sociálních služeb byla probandkami vyjádřena nespokojenost hlavně s výší příspěvků v období mateřské a rodinné dovolené. Finanční problémy a špatné sociální podmínky mladých rodin mohou vést k vyššímu riziku vzniku syndromu CAN (Kukla et al., 2016).

5.2 Diskuze nad výsledky rozhovorů se sestrami

První kategorie odpovědí vyhodnocovala znalosti sester o syndromu CAN. Otázky, které byly sestrami položené, byly v této části podobné otázkám položeným matkám. Sestry charakterizovaly syndrom CAN jako psychické, fyzické a emocionální ubližování dítěti, které ovlivňuje jeho vývoj a je v rozporu se zákonem. Tato charakteristika odpovídá definici Slaného (2008), která popisuje syndrom CAN jako nenáhodné násilné fyzické či psychické poškozování dítěte, které vede ke zranění, zastavení vývoje, případně smrti dítěte, a které omezuje jeho práva, nebo ho ohrožuje. Fakt, že je takové zacházení s dítětem v rozporu se zákonem, je potvrzen legislativou, například v zákoně č. 40/2009 Sb., trestním zákoníku a zákoně č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí. Definice udává, že dochází k porušování práv dítěte. Ta jsou stanovena v Úmluvě i právech dítěte (OSN, 1989) a v Deklaraci práv dítěte (OSN, 1959).

Výsledky týkající se rozdělení forem syndromu CAN byly velmi podobné těm, které byly získané v prvním výzkumném souboru. Opět zde byly zmíněné fyzické tresty jako forma fyzického týrání dítěte. Pemová a Ptáček (2016) zařazují do tělesné formy týrání nepřiměřené tělesné tresty. Nicméně je slabinou českého právního systému, že tělesné tresty dětí nejsou podrobně legislativně upravovány. Do psychického týrání dítěte sestry zařadily omezování osobní svobody, práv dítěte, sociální izolaci, vyhrožování, urážení, ponižování, nedostatek lásky a pozornosti a domácí násilí. Dle Slaného (2008) lze za duševní týrání dítěte považovat nedostatek lásky a pozornosti věnované dítěti, vyhrožování, ponižování, urážení. Omezování osobní svobody, práv dítěte a sociální izolace vede k neuspokojení potřeb dítěte, je tedy vhodnější toto jednání řadit do zanedbávání dítěte (Pemová a Ptáček, 2016). Domácí násilí lze přirovnat k výše uvedeným konfliktům mezi rodiči, které se dle Kukly et al. (2016) taktéž řadí do zanedbávání péče o dítě. V oblasti sexuálního zneužívání sestry uváděly pohlavní styk s dítětem, šíření dětské pornografie, dětskou prostituci a další, které jsou ve shodě s autory Kukla et al. (2016), Kalibová a Kaliba (2014). Za zanedbávání dítěte sestry

správně považují neuspokojení základních potřeb dítěte, zanedbávání preventivní lékařské péče, zanedbání výchovy. Rizikové faktory syndromu CAN, které sestry uváděly, jsou ve shodě s použitou literaturou: Slaný (2008), Kukla et al. (2016), Camilo et al. (2016). Ze získaných dat lze učinit závěr, že sestry mají o syndromu CAN dobré znalosti.

Rozdílné odpovědi byly od sester získány na otázku týkající se postupu zdravotnických pracovníků v případech, kdy pečují o dítě, u kterého mají podezření na týrání. Sestry z ambulancí praktických lékařů v takovýchto případech kontaktují OSPOD nebo Policii ČR, dítě musí být důkladně vyšetřeno a je nařízena povinná hospitalizace. Tento postup je v souladu se zákonem č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, a se zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Sestry z lůžkových zařízení uvedly ohlašovací povinnost na Policii ČR a OSPOD, povinnou hospitalizaci, důkladnou anamnézu a podrobné vyšetření. Dále je zahájeno trestní stíhání týrající osoby, což stanovuje zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. Sestry uváděly zákaz poskytnutí informací o zdravotním stavu dítěte týrající osobě. Podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, mohou být informace o zdravotním stavu dítěte před jeho zákonným zástupcem zadrženy pouze v nezbytném rozsahu, pokud existuje podezření, že je týrající osobou. Stejně tak této osobě může být omezen přístup k dokumentaci dítěte. O omezení přístupu k informacím rozhoduje poskytovatel zdravotních služeb.

V prevenci syndromu CAN sestry jmenovaly edukační úlohu OSPOD a vzdělávacích zařízení, vyhledávání rizikových skupin obyvatel s následným zvýšeným dohledem, preventivní prohlídky dítěte, edukaci rodičů v této oblasti a informovanost veřejnosti. Všechny z těchto jmenovaných opatření jsou v ČR realizovány a podle názoru většiny sester jsou na dobré úrovni.

Ve druhé části rozhovoru jsme se zaměřili na znalosti sester o syndromu třeseného dítěte. Všechny oslovené sestry uměly definovat SBS. Za zdroj vědomostí nejčastěji označily školu. Pro poskytnutí rozhovorů byly osloveny sestry ze standardních oddělení, které se s péčí o děti se SBS příliš nesetkávají, protože tyto děti jsou častěji hospitalizované na jednotkách intenzivní péče. Proto sestry o tyto děti nepečovaly, ačkoli byly hospitalizované v jejich zdravotnickém zařízení. Sestry z ambulancí praktických lékařů popřely setkání s dítětem s diagnózou SBS. Podobně jako u rodičů

také sestry uvádějí souvislost mezi věkem dítěte a vyvolávající příčinou agrese týrající osoby. U kojenců je vyvolávající příčinou pláč, u batolat vztek či neposlušnost. Pouze dvě sestry znaly i jiné příčiny vzniku SBS kromě pláče, správně popsaly některé formy her s dítětem.

Otázky kladené ve třetí části rozhovoru zjišťovaly znalosti sester o syndromu excesivního pláče. Tři z pěti sester spojily SEP s břišními bolestmi, ačkoli zároveň připouštějí, že příčina nemusí být v některých případech odhalena. Dle Gelfand (2016) nebyla souvislost SEP s břišními bolestmi nikdy prokázána. Jedna ze sester pojem SEP neznala a jedna z nich ho spojila s neurčitou neuspokojenou potřebou dítěte. Čtyři oslovené sestry uvedly, že se s SEP ve své praxi setkávají, což vypovídá o nutnosti prevence SBS, protože neutišitelný pláč dítěte je nejčastějším spouštěčem třesení s dítětem (Brooks a Weathers, 2012). Rodiče těchto dětí mívají dle výpovědí sester velmi často pocity selhání, jsou nevyspalí, unavení. Jak uvádí Brooks a Weathers (2012), psychický stav matky velmi ovlivňuje psychický stav dítěte, proto jsou tyto pocity selhání, které matky mívají, nežádoucí. Matkám dětí, které často neutišitelně pláčou, sestry doporučují především chování v náruči, aktivní odpočinek, střídavou péči o dítě, podporu kojení, mluvení k dítěti, zpívání a zavinování. Dále sestry doporučují masáže břicha, léky proti nadýmání a odřihnutí po každém jídle, nicméně tyto způsoby tišení pláče kojence jsou účinné za předpokladu, že jsou příčinou pláče dítěte zažívací potíže.

Poslední oblast otázek byla zaměřená na primární, sekundární a terciární prevenci SBS. Bylo zjištěno, že žádná z oslovených sester needukuje matky o prevenci SBS. Pouze jedna sestra uvedla, že v minulosti tyto informace byly poskytovány, a to prostřednictvím tištěných edukačních materiálů, které byly volně dostupné na oddělení. V oblasti primární prevence sestry zdůraznily potřebu zvýšení informovanosti veřejnosti o syndromu třeseného dítěte. Rodiče by měli být lékaři a sestrami v porodnici nebo praktickým lékařem pro děti a dorost ve spolupráci se sestrou informováni o způsobech tišení plačícího dítěte. Nezbytnou součástí primární prevence je vyhledávání rizikových skupin obyvatel. V sekundární prevenci by se oslovené sestry zaměřily na preventivní prohlídky dítěte a včasnou diagnostiku SBS. Terciární prevence by měla být zacílená na zajištění ústavní či náhradní rodinné péče, činnost OSPOD, rehabilitační péči a speciální zdravotní péči, zejména logopedickou, oftalmologickou a psychologickou – dle následků SBS. Dle zjištěných výsledků je v oslovených zařízeních realizována prevence

SBS pouze na sekundární a terciární úrovni. Primární úroveň prevence SBS, tedy informovanost veřejnosti a vyhledávání rizikových skupin obyvatel, je nedostačující. Jestliže porovnáme data získaná od laické a odborné veřejnosti, zjistíme, že informovanost oslovených žen a matek o SBS je proti znalostem sester velmi nízká. Nabízí se otázka, proč odborná veřejnost (lékaři a sestry) více neinformují laickou veřejnost o SBS, když mají pro poskytování těchto informací dostatečné znalosti.

V roce 1972, kdy Caffey poprvé definoval SBS, byla zdůrazněna potřeba realizace osvětové kampaně, která by byla zaměřená na prevenci SBS (Caffey, 2011). Zdá se, že do ČR však tato osvětová kampaň nedosáhla. Důkazem je také to, že při zpracování teoretické části bakalářské práce bylo velice obtížné vyhledat kvalitní české zdroje. Většina zdrojů, které jsou k problematice SBS dostupné, pochází ze Spojených států amerických. Tato skutečnost byla potvrzena v diplomové práci autorky Draxlerové (2010), která svým výzkumným šetřením dále zjistila, že primární prevence v ČR neexistuje. V oblasti prevence SBS nelze v ČR dohledat žádné informace, zatímco v zahraničí je realizována celá řada preventivních programů. Jako příklad lze uvést preventivní program „Never Shake a Baby“ realizovaný v Arizoně, program „The Period of PURPLE Crying“ založený v Utahu nebo program „Prevent Shaken Baby Syndrome“ fungující v Britské Kolumbii. Program „Never Shake a Baby“ má za úkol informovat o SBS, naučit rodiče uklidnit plačící dítě, vzdělávat odbornou veřejnost, naučit veřejnost rozpoznat příznaky syndromu CAN a postupovat v situacích, kdy rozpoznají případ týrání dítěte (Prevent Child Abuse Arizona, 2019). „The Period of PURPLE Crying“ je program, který se zabývá obdobím dítěte, kdy velmi často a neutišitelně pláče, poskytuje informace o problémech se spánkem, utišení plačícího dítěte, zajišťuje pomoc a podporu pro rodiče v těchto situacích a taktéž informuje o SBS (National Center on Shaken Baby Syndrome, 2011). „Prevent Shaken Baby Syndrome“ se zaměřuje na primární prevenci SBS, poskytuje praktické informace pro rodiče, vydává publikace. V rámci tohoto programu ve spolupráci s PURPLE Crying byla založena kampaň, která působí v domovech pro seniory a různých komunitních centrech. Cílem této kampaně je výroba fialových čepiček pro novorozence, které jsou předávány rodičům v porodnicích a nemocnicích a mají za úkol upozornit na SBS (BC Injury Research and Prevention Unit, 2017). Realizace podobného programu v ČR by jistě mohla pomoci na tento problém upozornit. Sestry by v rámci takového programu měly svoji roli v edukaci rodičů, vyhledávání rizikových rodičů, posilování vztahu mezi

rodiči a dítětem a pomáhaly by rodičům porozumět potřebám dítěte. Některé tyto činnosti jsou jistě v českém ošetrovatelství realizovány, nicméně by bylo vhodné sjednotit je do komplexního postupu zacíleného na prevenci SBS, ve kterém by role sester byla nenahraditelná. Další nepostradatelnou úlohou sester je komplexní posouzení rizikových faktorů v rodině, fyzikálního, psychologického a sociálního rodinného prostředí a výchovného stylu rodičů. Toto podrobné posouzení rodinné situace lze dle Sikorové (2012) nejefektivněji provádět v přirozeném rodinném prostředí, tedy v domácnosti dané rodiny. Z tohoto důvodu by měla být prováděna návštěvní služba, během které je kromě tohoto posuzování možná také edukační a poradenská činnost, a na kterou má všeobecná sestra kompetence (Sikorová, 2012). Ze získaných dat v obou výzkumných skupinách však vyplynulo, že tyto služby nejsou běžně dostupné.

Pro preventivní opatření v primární prevenci SBS navrhuji použití tištěných edukačních materiálů, které by upozornily na problematiku SBS a mohly by zvýšit zájem veřejnosti o toto téma. Návrh informačního letáku je k nahlédnutí v příloze 4.

6 ZÁVĚR

Každá dětská sestra se během výkonu svého povolání setká s dítětem, které je ohrožené týráním nebo dokonce týrané. Ačkoli v České republice nejsou dostupné statistiky o výskytu syndromu třeseného dítěte, sestry se během svojí praxe s těmito dětmi setkávají. Proto se syndrom třeseného dítěte stává aktuálním tématem a je na místě zaměřit se na jeho prevenci.

Cílem této bakalářské práce bylo popsat úlohu sestry v prevenci syndromu třeseného dítěte a zjistit informovanost laické veřejnosti o syndromu třeseného dítěte. V rámci výzkumného šetření byly osloveny matky dětí do tří let. Matky, které jsme pro výzkumné šetření oslovily, buď neměly žádné informace o syndromu třeseného dítěte, nebo tyto informace získaly prostřednictvím masmédií a internetu. Dle jejich výpovědí nebyly nikdy žádné z nich poskytnuty informace o syndromu třeseného dítěte nebo o nebezpečí vznikajícím při třesení. Výzkum ukázal, že matky považují edukaci zdravotnického personálu o této problematice za potřebnou, protože informovanost veřejnosti je důležitým preventivním opatřením. Pro zvýšení rozsahu informovanosti veřejnosti matky navrhly použití tištěných edukačních materiálů, edukaci o syndromu třeseného dítěte a technikách k utišení pláče kojence zdravotnickým personálem a založení informačního portálu. Za velmi důležité označily péči o psychický stav matky. Dalšími návrhy byla podpora realizace Babyboxů a vyhledávání rizikových skupin obyvatel.

Pro rozhovor se sestrami byly osloveny sestry z ordinací praktických lékařů pro děti a dorost a z dětských lůžkových oddělení. Přestože znalosti oslovených sester o syndromu třeseného dítěte jsou na náležité odborné úrovni, žádná ze sester cíleně needukuje rodiče malých dětí o této problematice. Oslovené sestry cíleně nevyhledávají rizikové faktory SBS, stejně tak nejsou v rámci primárně preventivní péče uskutečněny pravidelné návštěvy dětských sester v domácím prostředí. To ukazuje na nedostatečné intervence v oblasti primární prevence. Sekundární a terciární prevence realizované jsou, nicméně na této úrovni již není cílem prevence zabránit výskytu, ale stanovit diagnózu včas a správně, zahájit účinnou léčbu a minimalizovat následky, dále zajistit ústavní péči a náhradní rodinnou péči dle platných postupů stanovených legislativou. Primární prevence je základním kamenem pro zabránění vzniku tohoto syndromu. Z výzkumu vyplývá, že laická veřejnost považuje za stěžejní preventivní opatření dobrou

informovanost veřejnosti. Problém tedy není v nezájmu veřejnosti o tuto problematiku, ale v nedostatku poskytnutých informací ze strany zdravotnického personálu. Je potřebné, aby se dětské sestry celoživotně vzdělávaly a dokázaly erudovaně poradit rodičům v problematice tišení pláče dítěte. Vzhledem k malé velikosti výzkumného souboru nelze závěry výzkumného šetření zobecnit. Proto doporučujeme výzkum kvantitativního typu, v rámci kterého by byly verifikovány tyto hypotézy: Rizikové faktory syndromu třeseného dítěte se mění v závislosti na věku dítěte. Matky s více dětmi mají rozsáhlejší znalosti o prevenci syndromu třeseného dítěte než matky prvorodičky. Sociálně ekonomické podmínky rodiny významně ovlivňují prevalenci syndromu třeseného dítěte.

6.1 Doporučení pro praxi

Z výzkumné studie vyplynulo, že pro laickou veřejnost je důležitá informovanost, proto by bylo vhodné se v rámci osvětové kampaně zaměřit zejména na primární prevenci syndromu třeseného dítěte, začít veřejnost informovat o tom, co je to syndrom třeseného dítěte, co ho způsobuje, jaké jsou jeho následky a kam se obrátit v případě potřeby. Osvětová kampaň by měla být navržena a realizovaná nejenom Ministerstvem zdravotnictví, ale i dalšími resorty jako je Ministerstvo práce a sociálních věcí, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy nebo Ministerstvo spravedlivosti. Účinné by mohly být elektronické informační portály. V ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost, v porodnicích a na dětských lůžkových odděleních je vhodné připravit pro rodiče edukační materiály o dané problematice. Návrh informačního letáku je k dispozici v příloze 4. Dále je vhodné edukovat rodiče o dětském pláči jako vyvolávající příčině syndromu třeseného dítěte a o metodách tišení pláče dítěte. V rámci primární prevence je dále nutné vyhledávat rizikové faktory v rodině, a to nejlépe při poskytování domácí návštěvní služby sestrou a lékařem.—Pro vzdělávání odborné veřejnosti je potřeba zajistit kvalitní českou literaturu zabývající se touto problematikou, například překladem cizojazyčných zdrojů nebo publikací nové monografie či odborného článku.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. American Academy of Pediatrics, 2015. [online]. *Understanding Abusive Head Trauma in Infants and Children: Answers from America's Pediatricians*. [cit. 2018-12-27]. Dostupné z: https://www.aap.org/en-us/Documents/cocan_understanding_aht_in_infants_children.pdf
2. AŠENBRENEROVÁ, I., VIDNEROVÁ, A., 2010. *Co dělat, když dítě....* Praha: Mladá fronta. 224 s. ISBN 978-80-204-2225-5.
3. BC Injury Research and Prevention Unit, 2017. *Prevent Shaken Baby Syndrome* [online]. Vancouver B.C.: PSBSBC. [cit. 2019-04-17]. Dostupné z: <https://dontshake.ca/>
4. BROOKS, W., WEATHERS, L., 2012. Overview of Shaken Baby Syndrome. In: LAZORITZ, S., PALUSCI, J. V. *The Shaken Baby Syndrome: A Multidisciplinary Approach*. New York: Routledge, p. 1-7. 2nd edition. ISBN 0-7890-1351-7.
5. CAFFEY, J., 2011. The Classic: Multiple Fractures in the Long Bones of Infants Suffering From Chronic Subdural Hematoma. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 469(3), 755-758, doi: 10.1007/s11999-010-1666-0.
6. CAMILO, C., GARRIDO, VAZ, M., CALHEIROS, MANUELA, M., 2016. Implicit measures of child abuse and neglect: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*. 29, 43-54, doi: <https://doi.org/10.1016/j.avb.2016.06.002>.
7. Centers for Disease Control and Prevention, 2017. [online]. *Preventing Shaken Baby Syndrome*. [cit. 2019-01-11]. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/preventingsbs.pdf>
8. COATS, B., BINENBAUM, G., SMITH, C., PEIFFER, L. R., CHRISTIAN W. C., DUHAIME, A., MARGULIES, S. S., 2017. Cyclic Head Rotations Produce Modest Brain Injury in Infant Piglets. *Journal of Neurotrauma*. 34(1), 235-247, doi: 10.1089/neu.2015.4352
9. ČÍRTKOVÁ, L., VITROUŠOVÁ, P. et al., 2007. *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů: příručka pro pomáhající profese*. Praha: Grada. 191 s. ISBN 978-80-247-2014-2.
10. DRAXLEROVÁ, M., 2010. *Problematika a prevence syndromu třeseného dítěte z retrospektivního pohledu sestry*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.

11. DRBOHLAV, A., 2013. *Psychologie sériových vrahů: 200 skutečných případů brutálních činů sériových vrahů současnosti*. Praha: Grada. 472 s. ISBN 978-80-247-4371-4.
12. ESTIVILL, E., 2004. *Dětská nespavost*. Praha: Práh. 81 s. ISBN 80-7252-089-X.
13. FEDOR et al., 2006. *Intenzivní péče v pediatrii*. Martin: Osveta. 461 s. ISBN 80-8063-217-0.
14. GELFAND, A. A., 2016. Infant Colic. *Seminars in Pediatric Neurology*. 23(1), 79-82, doi: <https://doi.org/10.1016/j.spen.2015.08.003>
15. GILARD-PIOC, S., PEREZ, K., FRANCOIS-PURSSELL, I., 2016. Difficulties encountered by general practitioners in the management of shaken baby syndrome: report of a survey conducted in the department of Yonne, France. *Public Health*. 141, 23-25, doi: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.06.020>
16. GREELEY, S., CH., 2015. Abusive Head Trauma: A Review of the Evidence Base. *American Journal of Roentgenology*. 204(5), 967-973, doi: 10.2214/AJR.14.14191
17. GREGORA, M., VELEMINSKÝ, M., 2013. *Čekáme děťátko*. Praha: Grada. 384 s. 2. vydání. ISBN 978-80-247-3781-2.
18. GROVER, A. C., CRAWFORD, E., 2016. John Caffey: Shaken Infant Syndrome. *The Journal of Emergency Medicine*. 50(2), 356-359, doi: <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2015.09.041>
19. HAZINSKY, F. M., 2013. Nursing Care of Critically Ill Child [online]. St. Louis, Missouri: Elsevier. 1140 s. [cit. 2019-01-11]. 3. vydání. ISBN 978-0-323-02040-4. Dostupné z: https://books.google.cz/books?id=Fs6ok8dkBP8C&printsec=frontcover&dq=Nursing+Care+of+the+Critically+Ill+hazinski+Child+pdf&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwj_zpSGztLfAhVSzqQKHQ5dBa8Q6AEIKDAA#v=onepage&q&f=false
20. HIRT, M. et al., 2011. *Tupá poranění v soudním lékařství*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-4194-9.
21. HSIEH, L. K., ZIMMERMAN, A. R., KAO, W. H., CHEN, CH. 2015. Revisiting Neuroimaging of Abusive Head Trauma in Infants and Young Children. *American Journal of Roentgenology*. 204(5), 944-952, doi: 10.2214/AJR.14.13228.
22. CHRENKOVÁ, M., CILEČKOVÁ, K., HAŠKOVÁ A., 2015. Faktory ovlivňující formu náhradní rodinné péče. *Sociální pedagogika*. 3(2), 38-50, doi: 10.7441/soced.2015.03.02.03

23. JOYCE, T., HUECKER, R., M., 2018. Pediatric Abusive Head Trauma (Shaken Baby Syndrome). [online]. Treasure Island: StatPearls. 2018-09-05. [cit. 2018-11-05]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499836/>
24. 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.
25. KALIBOVÁ, P., KALIBA M., 2014. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě v kontextu současného školství*. Hradec Králové: Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta. 91 s. ISBN: 978-80-7435-507-3.
26. KLÍMA, J. et al., 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-5014-9.
27. KUKLA, L. et al., 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada. 456 s. ISBN 978-80-247-3874-1.
28. LEE, K. J., BRADY, M. K., DEUTSCH, N., 2016. The Anesthesiologist's Role in Treating Abusive Head Trauma. *Anesthesia & Analgesia*. 122(6), 1971-1982, doi: 10.1213/ANE.0000000000001298
29. LOPES, L. R. N., EISENSTEIN, E., WILLIAMS, A. C. L., 2013. Abusive Head Trauma in Children: A Literature Review. *Jornal de Pediatria*. 89(5), 426-433, doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2013.01.011>
30. LOPEZ-BUSHNELL, K., TORREZ, D., ROBERTSON, V. J., TORREZ, CH., STRICKLER, L., 2017. Shaken Baby Syndrome: A hospital-based education and prevention program in the intermediate care and the newborn intensive care nurseries. *Journal of Neonatal Nursing*. 23(3), 142-150, doi: <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2016.09.004>
31. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. et al., 2015. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada. 312 s. 2. vydání. ISBN 978-80-247-5351-5.
32. MASOPUSTOVÁ, Z., 2011. *Kojenecký pláč*. Brno: Masarykova univerzita. 159 s. ISBN 978-80-210-5662-6.
33. *MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*, 2016. [online]. ÚZIS. [cit. 2018-10-28]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/zpravy/aktualni-verze-mkn-10-cr>
34. MUNTAU, C. A., 2014. *Pediatric*. Praha: Grada. 608 s. 6. vydání. ISBN 978-80-247-4588-6.

35. MÜLLEROVÁ, D. et al., 2014. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha: Univerzita Karlova v Praze. 254 s. ISBN 978-80-246-2510-2.
36. NADARASA, J., DECK, C., MEYER, F., WILLINGER, R., RAUL, J., 2014. Update on injury mechanisms in abusive head trauma – shaken baby syndrome. *Pediatric Radiology*. 44(4), 565-570, doi: <https://doi.org/10.1007/s00247-014-3168-9>
37. NANDA International, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2015-2017*. Praha: Grada. 464 s. 10. vydání. ISBN 978-80-247-5412-3.
38. NARANG, K. S., ESTRADA, C., GREENBERG, S., LINDBERG, D., 2016. Acceptance of Shaken Baby Syndrome and Abusive Head Trauma as Medical Diagnoses. *The Journal of Pediatrics*. 177, 273-278, doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.06.036>
39. National Center on Shaken Baby Syndrome, 2011. *The Period of PURPLE Crying* [online]. Utah: NCSBS. [cit. 2019-04-17]. Dostupné z: <http://purplecrying.info/>
40. NOVÁK, T., 2013. *Jak vychovat sebevědomé dítě*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-4522-0-
41. PAXSON, CH., HASKINS, R., 2009. Introducing the Issue. In: *Preventing Child Maltreatment* [online]. New Jersey: Princeton-Brookings. 210 s. [cit. 2019-01-11]. ISBN 978-0-9814705-3-5. Dostupné z: https://futureofchildren.princeton.edu/sites/futureofchildren/files/media/preventing_child_maltreatment_19_02_fulljournal.pdf
42. PEMOVÁ, T., PTÁČEK, R., 2016. *Zanedbávání dětí: příčiny, důsledky a možnosti hodnocení*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-5695-0.
43. Prevent Child Abuse Arizona, 2019. *Never Shake a Baby* [online]. Arizona: NSBAz. [cit. 2019-04-17]. Dostupné z: <http://nsbaz.org/>
44. REICHERT, W. K, SCHMIDT, M., 2012. Neurologic Sequelae of Shaken Baby Syndrome. In: LAZORITZ, S., PALUSCI, J. V. *The Shaken Baby Syndrome: A Multidisciplinary Approach*. New York: Routledge, p. 79-99. 2nd edition. ISBN 0-7890-1351-7.
45. SEDLÁKOVÁ, G., KALÁTOVÁ, D. et al., 2010. *Vybrané ošetrovatelské modely a týrané dítě*. Praha: Triton. 140 s. ISBN 978-80-7387-412-4.
46. SEIDL, Z, 2008. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-2733-2.

47. SETHI, D. et al., 2013. *European report on preventing child maltreatment*. Copenhagen: World Health Organization. 115 s. ISBN 978-92-890-0028-4.
48. SHOWERS, J., 2012. Preventing Shaken Baby Syndrome. In: LAZORITZ, S., PALUSCI, J. V. *The Shaken Baby Syndrome: A Multidisciplinary Approach*. New York: Routledge, p. 349-365. 2nd edition. ISBN 0-7890-1351-7.
49. SIKOROVÁ, L., 2012. Dětská sestra v primární a komunitní péči. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-3592-4.
50. SIKOROVÁ, L., PLAČKOVÁ, S., 2015. Souvislost mezi excesivním pláčem kojence a rodinnými faktory. *Pediatric pro praxi*. 16(5), 348-351. ISSN: 1803-5264.
51. SLANÝ, J., 2008. *Syndrom CAN: syndrom týraného dítěte*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 156 s. ISBN 978-80-7368-474-7.
52. STUDNIČKA, J. et al., 2018. *Onemocnění sítnice a cévnatky v praxi*. Praha: Mladá fronta. 421 s. ISBN 978-80-204-4945-0.
53. *Metodické doporučení MPSV č. 3/2010 k postupu orgánů sociálně-právní ochrany dětí v případech domácího násilí*, 2010 [online]. MPSV [cit. 2018-11-22]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/9466/metodika_3.pdf
54. OSN, 1959. [online]. *Deklarace práv dítěte*. [cit. 2018-11-17]. Dostupné z: <http://www.osn.cz/wp-content/uploads/2015/03/deklarace-prav-ditete.pdf>
55. OSN, 1989. [online]. *Úmluva o právech dítěte*. [cit. 2018-11-17]. Dostupné z: <http://www.osn.cz/wp-content/uploads/2015/03/umluva-o-pravech-ditete.pdf>
56. Rada Evropy, 2007. [online]. *Úmluva Rady Evropy o ochraně dětí proti sexuálnímu vykořisťování a pohlavnímu zneužívání*. [cit. 2018-11-17]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/file/36504?highlightWords=%C3%9Amluva+Rady+Evropy+ochran%C4%9B+d%C4%9Bt%C3%AD+proti+sexu%C3%A1ln%C3%ADmu+vyko%C5%99is%C5%A5ov%C3%A1n%C3%AD>
57. TAKÁCS, L. SOBOTKOVÁ D., ŠULOVÁ, L. et al., 2015. *Psychologie v perinatální péči: Praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6.
58. VELEMÍNSKÝ, M. st., VELEMÍNSKÝ, M. ml., 2017. *Dítě od početí do puberty*. Praha: Triton. 443 s. 4. vydání. ISBN 978-80-7553-148-3.
59. WATTS, P. et al., 2013. Abusive Head Trauma and The Eye in Infancy. *Eye (Lond)*. 27(10), 1227-1229, doi: 10.1038/eye.2013.192

60. WILSON, J. D., 2018. Preventing Shaken Baby Syndrome [online]. London: News Medical [cit. 2019-01-11]. Dostupné z: <https://www.news-medical.net/health/Preventing-Shaken-Baby-Syndrome.aspx>
61. WRIGHT, N. J., 2017. CNS Injuries in Abusive Head Trauma. *American Journal of Roentgenology*. 208(5), 991-1001, doi: 10.2214/AJR.16.17602
62. Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, 2009. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 11, s. 354-464. ISSN: 1211-1244.
63. Zákon č. 273/2008 Sb., o Policii České Republiky. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 91, s. 4086-116. ISSN: 1211-1244.
64. Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 111, s. 7662-81. ISSN: 1211-1244.
65. 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.
66. Zákon č. 315/2004 Sb., zákon, kterým se mění zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 104, s. 6452-3. ISSN: 1211-1244.

8 SEZNAM ZKRATEK

CAN	Child Abuse and Neglect
CT	Computer Tomography
ČR	Česká republika
GCS	Glasgow Coma Scale
MKN-10	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize
MR	Magnetická rezonance
OSN	Organizace spojených národů
OSPOD	Orgán sociálně-právní ochrany dětí
SBS	Shaken Baby Syndrome
SEP	Syndrom excesivního pláče
SPOD	Sociálně-právní ochrana dětí
TZ	Trestní zákoník

9 SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1 Glasgow Coma Scale u dítěte do 3 let věku
- Příloha 2 Seznam otázek k rozhovoru s výzkumným souborem rodičů
- Příloha 3 Seznam otázek k rozhovoru s výzkumným souborem sester
- Příloha 4 Informační leták pro rodiče

Příloha 1 Glasgow Coma Scale u dítěte do 3 let věku

Reakce		Body
Otevření očí	Spontánní	4
	Na oslovení	3
	Na bolest	2
	Žádná reakce	1
Slovní odpověď	Spontánně hláskuje	5
	Reaguje na oslovení	4
	Pláče při bolestivém podnětu	3
	Sténá při bolestivém podnětu	2
	Žádná reakce	1
Motorická odpověď	Normální spontánní motorika	6
	Cílená obranná flexe vyvolaná dotekem	5
	Cílená obranná flexe vyvolaná bolestivým podnětem	4
	Patologická flexe	3

Zdroj: Muntau, 2014, s. 536

Příloha 2 Seznam otázek k rozhovoru s výzkumným souborem rodičů

1. Co je to syndrom CAN (syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte)?
2. Jaké formy syndromu CAN znáte a jaký je mezi nimi rozdíl?
3. Jaké znáte rizikové faktory zvyšující pravděpodobnost výskytu syndromu CAN (ze strany rodičů a ze strany dítěte)?
4. Jaká preventivní opatření jsou prováděna nebo by mohla být prováděna v souvislosti se syndromem CAN?
5. Co je to SBS (syndrom třeseného dítěte)?
6. Z jakého zdroje jste se o SBS dozvěděl/a?
7. Byly Vám v rámci gynekologicko-porodnické péče před porodem poskytnuty nějaké informace o SBS? Pokud ano:
 - Kdo Vám informace poskytoval (lékař, porodní asistentka)?
 - V jakém rozsahu a jakou formou?
8. Byly Vám v porodnici poskytnuty nějaké informace o SBS? Pokud ano:
 - Kdo Vám informace poskytoval (porodník, pediatr, dětská sestra, porodní asistentka)?
 - V jakém rozsahu a jakou formou?
9. Byly Vám v ordinaci praktickým lékařem pro děti a dorost poskytnuty nějaké informace o SBS? Pokud ano:
 - Kdo Vám informace poskytoval (dětský lékař, dětská sestra)?
 - V jakém rozsahu a jakou formou?
10. Jaký je podle Vás nejčastější spouštěč agrese rodičů vůči kojenci nebo batoleti?
11. Jaké jsou příznaky SBS?
12. Jaké by mohly být dlouhodobé následky třesení s dítětem?
13. Při jakých dalších činnostech, situacích může dojít k SBS (kromě útoku na dítě)?
14. Jaké máte informace o syndromu excesivního (neutišitelného) pláče dítěte?
15. Jaké máte zkušenosti se syndromem excesivního (neutišitelného) pláče dítěte?
16. Jakým způsobem byste utišil/a dítě, pokud by dlouho a intenzivně plakalo?
17. Jak byste řešila situaci, kdy Vaše dítě neutišitelně pláče a vy jste unavená/y, rozčilená/ý?
18. Jakým způsobem zvládáte stres při neutišitelném pláči miminka?
19. Jaký byste navrhl/a účinný způsob prevence SBS?

20. Jaké jsou dle Vašeho názoru rizikové skupiny rodičů a dětí, na které by měla být prevence zacílená?
21. Jak probíhá návštěvní služba dětské sestry, případně lékaře ve vaší domácnosti (pokud probíhá)?
22. Jak jste spokojená s poradenskou činností praktického lékaře pro děti a dorost, u kterého je vaše dítě registrované?
23. Jak jste spokojená se sociální a politickou podporou rodičovství v ČR?
24. Co byste zlepšila v oblasti sociální a politické podpory rodičovství v ČR?

Příloha 3 Seznam otázek k rozhovoru s výzkumným souborem sester

1. Co je to syndrom CAN (syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte)?
2. Jaké znáte formy syndromu CAN a jaký je mezi nimi rozdíl?
3. Jaké znáte rizikové faktory zvyšující pravděpodobnost výskytu syndromu CAN (ze strany rodičů a ze strany dítěte)?
4. Jaký je zákonný postup zdravotnických pracovníků při podezření na týrání dítěte?
5. Jaká jsou v ČR prováděna preventivní opatření v souvislosti se syndromem CAN?
Jaká další opatření by mohla být prováděna?
6. Co je to SBS (syndrom třeseného dítěte)?
7. Z jakého zdroje jste se o SBS dozvěděl/a?
8. Setkal/a jste se někdy s dítětem se SBS? Pokud ano, jaký byl postup péče o dítě?
9. Jaký je nejčastější spouštěč agrese rodičů vůči kojenci nebo batoleti?
10. Jaké další činnosti kromě třesení mohou podle Vás způsobit SBS?
11. Jaké jsou příznaky SBS?
12. Jaké jsou dlouhodobé následky SBS?
13. Jaká je léčba příznaků a následků vzniklých při třesení s dítětem?
14. Co je to syndrom excesivního pláče a jaké jsou jeho příčiny?
15. Setkal/a jste se někdy s rodiči, jejichž dítě neutišitelně pláče a pokud ano, jak rodiče reagují na dlouhodobý pláč dítěte?
16. Co byste doporučila matkám, jejichž děti dlouho a intenzivně pláčou?
17. Komu a jakou formou poskytujete na vašem oddělení informace o SBS?
18. Jaký byste navrhl/a účinný způsob primární prevence SBS?
Primární prevence zabráňuje vzniku onemocnění aktivním posilováním zdraví nebo odstraňováním rizikových faktorů.
19. Jaký byste navrhl/a účinný způsob sekundární prevence SBS?
Sekundární prevence zahrnuje včasnou diagnostiku a zahájení účinné léčby, snaží se zabránit vzniku komplikací již vzniklého onemocnění.
20. Jaký byste navrhl/a účinný způsob terciární prevence SBS?
Terciární prevence eliminuje nežádoucí následky nemoci a navrácí nemocného zpět do běžného života
21. Na které rizikové skupiny rodičů a dětí byste prevenci SBS zacíлил/a?
22. Poskytujete v rámci služeb vašeho zařízení návštěvní službu v domácnostech svých pacientů? Pokud ano, jak tato služba probíhá?

Netřeste s dítětem

Neutišitelný pláč může rodiče extrémně vyčerpat.

Afektivní nerozvážené jednání může mít pro dítě tragické následky.

Poranění cév způsobuje krvácení v oblasti mozku a sítnice. Vzniká otok mozku.

ŽIVOT OHROŽUJÍCÍ STAV

S následky mentální retardace, poruchy učení, poškození zraku až slepota, poškození krční páteře nebo dokonce úmrtí.



Zdroj: RICKER, T. [online]. *The Shaken Baby Doll* [cit. 2019-04-21]. Dostupné z: https://www.engadget.com/2008/01/15/shaken-baby-doll-funny-not-funny-ha-ha/?guccounter=1&guce_referrer_us=aHR0cHM6Ly93d3cuZ29vZ2llLnV6bS8&guce_referrer_cs=1QikQrmGwczvudR91_pEYQ

Zdroj: vlastní