

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2010

Bc. Milena Draxlerová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Problematika a prevence syndromu třeseného dítěte z retrospektivního
pohledu sestry**

Diplomová práce

Vedoucí práce:
prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc., Dr.h.c.

Autor práce:
Bc. Milena Draxlerová

2010

Abstract – Shaken baby syndrome problems and prevention from retrospective nurse point of view

The dissertation objective on the theme „Shaken baby syndrome problems and prevention from retrospective nurse point of view“ is to process an entire literature and outline the shaken baby syndrome problem. Further to find out the shaken baby syndrome knowledge at nurses and parents by way of analysis and questionnaires evaluation. The third aim of this thesis was to develop the simple educational material for the parents within this work. To meet these objectives the dissertation is divided into theoretical and practical parts. The theoretical one devotes to entire available literature processing related to shaken baby syndrome. The practical part focuses on the quantitative knowledge extent finding out at nurses and parents referring to shaken baby syndrome above all and concentrates on the parents education from nurse side, especially in the field of the baby cry as the main shaken baby syndrome initiator. The data of the quantitative research part have been learned by means of questionnaire disquisition. There were used two kinds of questionnaires, the first for nurses and the second one for parents and home nurses. Both of them were anonymous. The simple developed information material for parents concentrating mainly on correct ways of cry soothing related to shaken baby syndrome is the part of results. Three hypothesises have been set for work needs. Hypothesis 1 „There are many sources of the professional literature concerning shaken baby syndrome in the Czech Republic“ hasn't come true. Hypothesis 2 „The parents and health workers knowledge about shaken baby syndrome is wanting“ has come true. Hypothesis 3 „Shaken baby syndrome primary prevention doesn't exist in the Czech Republic“ has also come true.

The nurses and parents poor knowledge about the shaken baby syndrome was the important fact found out within research disquisition. With respect to serious consequences of shaken baby syndrome which can be sometime fatal for children there is a need to meet nurses this syndrome and enable them to be familiar with recognition and determination of the shaken baby syndrome risk factors both from the parents and children side. Thus this work could also serve as a source of more information about

mentioned problems. The developed information material for parents could have another utilization during their care of child.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Problematika a prevence syndromu třeseného dítěte z retrospektivního pohledu sestry“ vypracovala samostatně a použila pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích dne 22.5.2010

.....
Bc. Milena Draxlerová

Poděkování:

Zvláštní poděkování bych chtěla věnovat panu prof. MUDr. Milošovi Velemínskému, CSc., Dr.h.c. za odborné vedení, poskytování cenných rad a pomoc při psaní diplomové práce.

Obsah

Úvod	3
1 Současný stav	5
1.1 Historický pohled.....	5
1.1.1 James Parkinson.....	6
1.1.2 Rudolf Carl Virchow, Ambrosie Auguste Tardieu	7
1.1.3 John Caffey	8
1.2 Definice Shaken Baby Syndrome	9
1.2.1 Mechanismus poranění	10
1.2.2 Typické příznaky a znaky	10
1.2.3 Následky SBS	14
1.2.4 Problémy při určení diagnózy	19
1.2.5 Nedostatečná diagnostika zranění způsobených třesením	20
1.2.6 Zneužívání nebo úraz?	21
1.2.7 Rizikové faktory a prvotní indikátory	22
1.2.8 Rodina	24
1.2.9 Prognóza	25
1.3 Pláč.....	25
1.3.1 Každé dítě je individuální	27
1.3.2 Druhy pláče.....	28
1.3.3 Kdy nechat dítě plakat	29
1.3.4 Hlavní příčiny pláče	30
1.3.5 Ostatní příčiny pláče	31
1.3.6 Způsoby utišení dítěte	33
1.3.7 Přijetí dítěte, takového jaké je.....	34
1.3.8 Vliv pláče na rodiče	35
1.4 Psychomotorický vývoj dítěte	36
1.4.1 Prenatální období	37
1.4.2 Natální období - novorozenec.....	38
1.4.3 Rané dětství - kojeneček	40

1.4.4 Rané dětství - batole	42
1.4.5 Předškolní věk.....	44
1.5 Úloha sestry v prevenci třesení s dětmi	46
1.5.1 Primární preventivní péče sestry a SBS.....	47
2 Cíle práce a hypotézy	49
2.1 Cíle práce	49
2.2 Hypotézy práce	49
3 Metodika	50
3.1 Použité metody	50
3.2 Charakteristika výzkumných souborů	50
4 Výsledky.....	52
4.1 Výzkumný soubor – zdravotní sestry	52
4.2 Výzkumný soubor rodiče.....	69
4.3 Kontingenční tabulky.....	82
4.4 Informační materiál pro rodiče – Edukační plán	95
5 Diskuse	104
6 Závěr	112
7 Seznam použitých zdrojů	114
8 Klíčová slova.....	120
9 Přílohy.....	121
9.1 Seznam příloh	121

Úvod

Většina rodičů správně předpokládá, že jejich dítě bude plakat. Bohužel si již nepřipouští, jak frustrující a vyčerpávající pro ně pláč může být, pokud pro komfort svého děťátka udělali vše, prochodili s ním v náručí celou noc a ono pláče dál. Nikdo z nich by nepředpokládal, že se svým dítětem bude třást nebo mu bude jakkoliv ubližovat. Ovšem v takové vyhrocené situaci, kdy již sami ztrácí schopnost se z dítěte radovat, mohou jejich reakce být nepředvídatelné a často při zpětném pohledu i pro ně samotné nepochopitelné. Je možné, že takováto situace vyvrcholí až ohrožením dítěte na životě. Rodiče v takovém okamžiku často mívají nutkání s dítětem prudce zatřást, aby přestalo plakat. V žádném případě to nestojí za možné následky z toho vyplývající. Ve světě umírá téměř 25% všech obětí na následky syndromu třeseného dítěte. V ostatních případech hrozí vážná trvalá poškození dětí. Podle dostupných provedených výzkumů je zřejmé, že třesení s dítětem není vždy pouze ojedinělá záležitost, ale násilí na dítěti se opakuje asi ve 40% případech. V zahraničí je dnešní populace vychovávána systémem „don't touch baby“ což lze přeložit jako „nedotýkejte se dítěte“, samozřejmě kromě mazlení a hlazení.

V posledních letech se i v České republice začínáme seznamovat s termínem syndrom třeseného dítěte. Ačkoliv v zahraničí je ročně diagnostikováno přibližně 30 případů na 100 000 dětí jen do jednoho roku věku, v České republice zatím výskyt syndromu třeseného dítěte není znám. Je to způsobeno na straně jedné obtížnou diagnostikou, která je do jisté míry závislá na detailním a pravdivém popisu události od rodičů, pečujících osob nebo svědků, při které bylo dítě poraněno. Na druhé straně k tomuto faktu přispívá i značně neuspokojivá situace, týkající se znalostí a povědomí o syndromu třeseného dítěte nejen u zdravotníků, ale i u široké veřejnosti.

K volbě tématu méj diplomové práce „Problematika a prevence syndromu třeseného dítěte z retrospektivního pohledu sestry“ mě dovedla právě aktuálnost a vážnost této problematiky vzhledem k dnešní alarmující situaci, týkající se téměř mizivých znalostí o syndromu třeseného dítěte mezi zdravotníky i rodiči. Další oblastí, ve které zůstáváme pozadu za západními zeměmi je nepřítomnost preventivních a výchovných programů na všech úrovních. Současně doufám, že tato práce přispěje k

záchraně byt' jen jediného dětského života a bude využita při poskytování kvalitní ošetrovatelské péče.

1 Současný stav

1.1 Historický pohled

Ačkoliv Shaken Baby Syndrome – syndrom třeseného dítěte (dále jen SBS) byl formálně popsán Johnem Caffeyem do roku 1972, lze prvopočátky tohoto onemocnění datovat před 500 lety. S počátkem proroctví, s nímž v roce 1555 přišel Nostradamus, byly popsány mnohé subdurální hematomy a jejich související stavy ohledně poranění a týrání. Tato kapitola pojednává o aspektech vedoucích k práci Caffeye, od nejranějších pokusů porozumět těmto stavům u dětí pomocí současných znalostí traumat hlavy v důsledku týrání (45).

V posledních letech došlo k rapidnímu nárůstu rozpoznání SBS nejen odborníky na dětské týrání, ale rovněž lékařskou veřejností. Historie nás naučila, že aktuální témata jsou rovněž nadčasová. Syndrom třeseného dítěte je excelentní ukázkou, jak současný lékařský syndrom má hluboké historické kořeny, díky nimž můžeme vysledovat proroctví francouzského lékaře v roce 1559 a pokračovat až k dnešním lékařským publikacím (35,45).

V roce 1559 v období vlády Jindřicha II. ve Francii, jenž právě podepsal mírovou smlouvu se Španěly na zámku Cambresis a jeho dvě dcery, Elizabeth a Margareta se měly vdávat. Na počest této události byla pořádána okázalá slavnost včetně rytířského klání. Ačkoliv se král tohoto souboje nezúčastňoval, tentokrát Jindřich II. udělal osudové rozhodnutí a přistoupil na souboj. Dvacátého devátého června v roce 1559 se Jindřich II. utkal s Montgomerym, kapitánem Skotské stráže a utrpěl poranění od Montgomeryho kopí. Navzdory značnému úsilí král po 11 dnech umírá. Zde lze vyčíst popis události: muskulární kůže čela nad kostí byla odňata až k vnitřnímu levému oku a bylo zde mnoho malých úlomků a štěpin ze zlomeného kopí uvízlého v oku; nicméně nedošlo k žádné fraktuře kosti. Přesto kvůli takovému otřesu nebo třesení mozku zemřel po 11 dnech od tohoto ataku. Tento popis sepsal králův osobní lékař Ambroise Paré. Paré se narodil v roce 1510 v Burg-Hersentu ve Francii. Stal se nekvalifikovaným lékařem. Paré sloužil ve francouzské armádě v letech 1536-1545. Zdokonalil léčebné formy válečných raněných a vytvořil nové metody amputací. Paré rovněž vytvořil léčebné postupy při poraněních způsobených střelnými zbraněmi, pro

léčbu moru, neštovic, spalniček a lepry. Vytvořil také rozsáhlou anatomii zahrnující mnoho poznatků, díky níž si vysloužil uznání jako jednoho z prvních autorů moderní chirurgie. Tyto znalosti a poznatky mu umožnily provést následující pozorování při pitvě Jindřicha II. Jeho závěr zněl přibližně takto : „po jeho smrti se nahromadilo množství krve mezi mozkovou a cévnatou plenou, v oblasti proti zásahu kopím na jedné straně hlavy a krev byla nalezena na druhé straně“. Nejen toto je klasický popis zranění kontra příčiny, ale také je to první popis toho, co nyní pokládáme za subdurální hematom. Tudíž Paré položil první základy pro posuzování subdurálního hematomu jako traumatického poranění. Zajímavé na tom je, že první zmínka o subdurálním hematomu nepřišla z Parého popisu smrti Jindřicha II., ale spíše z jeho proroctví (13, 17, 36, 45).

1.1.1 James Parkinson

Ačkoliv Parého objev objasnil podstatu, trvalo ještě hodně dlouho pro logickou souvislost mezi subdurálním krvácením a týráním dítěte. Jedním z prvních, který osvětlil tuto možnou provázanost byl James Parkinson. Ačkoliv je více známý pro popsání parkinsonismu, který je po něm nyní pojmenován, Parkinson byl také nadšeným pacifistou a sociálním reformátorem ve své době. Narodil se v roce 1755 v Shoreditchi, na předměstí Londýna, kde získal lékařské vzdělání jako farmaceut a lékař. Mezi svou lékařskou praxí a zapojením do řídicích struktur církve, viděl Parkinson z první ruky sociální bezpráví, které sužovalo Londýn. Spíše než aby se stal imunním k nelichotivé situaci chudých, stává se Parkinson zastáncem změny, píše různorodé, pestré náměty jako válka, vojsko, chudoba a píle, práva dělníků, občanská neposlušnost, revoluce a tristní stav moderního lékařského vzdělání. Jeho názory byly tak pobuřující, že Parkinsona donutily publikovat pod pseudonymem „Old Hubert – Starý Hubert“ a byl vlastně obviněn z vlastizrady (35, 45).

V roce 1799 změnil Parkinson své zaměření zpátky ke klinické medicíně. Pokračoval v propagaci svého programu sociální reformy. V roce 1800 vydává Parkinson knihu „The Villager’s Friend and Physician“, určenou především pro neodbornou veřejnost, kniha poskytuje základní praktické rady ohledně léčby širokého spektra nemocí, doplněného o užitečné postupy pro zdraví. V této práci se stává

Parkinson jedním z prvních lékařů, popisujících odsouzeněhodné zneužívání dítěte, pojmenovává problém poranění hlavy a jeho přímé důsledky (13, 35, 45).

1.1.2 Rudolf Carl Virchow, Ambrosie Auguste Tardieu

Rudolf Carl Virchow se narodil v německém Schivelbeinu 15. října 1821, vzdělání získal na univerzitě v Berlíně. Virchow stejně jako Parkinson neviděl svoji lékařskou kariéru, aniž by se nezabýval sociálními stránkami života, což také popsal přibližně těmito slovy: „má-li medicína splnit svůj největší úkol, pak se musí snoubit s politickým a sociálním životem“. I když byl znám zejména pro pokrok v oblasti buněčné teorie, zabýval se také rozsáhlým výzkumem na poli archeologie a antropologie. V raném stádiu své kariéry začal Virchow obhajovat odstoupení od humorální teorie (týkající se intersticiální tělní tekutiny) a místo ní navrhoval budoucí výzkum, založený přímo na klinickém pozorování, testech na zvířatech a nekropsii - zkoumání příčiny smrti pitvou (35, 45).

Podle Virchowa je život sledem fenomenálních subjektů pro pozorování běžných fyzikálních a chemických zákonitostí. Možná to byl tento mechanický pohled, který mu umožnil představu příčiny subdurálního krvácení. V roce 1856 popsal subdurální hematom a trval na tom, že příčinou byla infekce. Odvolával se na tuto chorobu „pachymeningitis interna“ (zánět tvrdé mozkové pleny), termín, který se používá již přes 100 let. Není bez zajímavosti zmínit, že Virchow rovněž odmítl Pasteurovu embryonální teorii nemoci a Darwinovu evoluční teorii (35, 42, 45).

Francouzský lékař provádějící průkopnickou práci, Ambrosie Auguste Tardieu se narodil v Paříži roku 1818. Doktorát získal v roce 1843 a poté začal praktikovat všeobecnou medicínu. Vstoupil do oblasti soudního lékařství v roce 1856 na pařížské univerzitě, kde se nakonec stal profesorem soudního lékařství. V práci expertního svědka byl často vyzýván k objasnění nevysvětlitelných úmrtí, včetně těch dětských. V roce 1860 Tardieu publikuje zprávu, podrobně popisující týrání a špatné zacházení s dětmi. V této zprávě uvedl vzorek 32 dětí, z nichž 24 bylo týráno svými rodiči a nakonec jich 18 v důsledku tohoto stavu zemřelo. Jeho popis zahrnuje nejčastější formy fyzického násilí, které jsou nejběžnější i dodnes, včetně zmínky ohledně zlomenin bez použití rentgenového snímku. Mimořádný význam má Tardieuův popis „hromadění

krve v mozkových strukturách“. Spojoval tento jev s prodělaným traumatem. Byl to právě Ambroise Tardieu, který prezentoval první popis subdurálního hematomu u dítěte, způsobený poraněním hlavy v důsledku týrání. Tardieuova práce nebyla obecně známa a nepředstavovala nějaké zásadní pochybnosti nad všeobecně přijímanou Virchowovou teorií (35, 42, 45).

1.1.3 John Caffey

John Caffey, pravděpodobně nejpozoruhodnější z průkopníků na poli dětské radiologie se narodil v roce 1895 v Utahu, v malém městečku, které muselo později ustoupit těžbě uhlí. Získal lékařský diplom na Michiganské univerzitě v roce 1919 a začal jako mladší sekundář v Barnesově nemocnici v St. Louis, Missouri (45).

V roce 1946 publikuje Caffey přelomový článek „Mnohočetné zlomeniny dlouhých kostí u dětí, trpících chronickým subdurálním krvácením“. V této zprávě popsal případy šesti dětí se subdurálním hematodem, mezi nimiž bylo zjištěno 23 fraktur dlouhých kostí a absence předchozích traumat. Caffey poznamenal, že ačkoliv teoretická příčina subdurálního krvácení byla téměř obecně přijata, bylo pravděpodobné, že žádná anamnéza traumatu nebyla hlášena. Caffey usuzoval, že u dětí se subdurálním hematodem bychom měli pátrat po zlomeninách a naopak, pokud diagnostikujeme u dítěte frakturu, měli bychom brát v potaz i možné subdurální krvácení. Lékařské vyhodnocení trauma v důsledku týrání bylo na světě (35, 42, 45).

V roce 1968 neurochirurg Ommaya dokazuje, že by subdurální krvácení mohlo být způsobeno samotným rotačním posunutím. Za použití Rh minus opic byl Ommaya schopen simulovat subdurální krvácení, kterého dosáhl hyperextenzí krku, aniž došlo k nějakému nárazu. Toto vedlo k publikaci dalšího Caffeyeho článku v roce 1972 „Teorie a praxe třesených dětí“. V této zprávě popsal 27 příkladů dětí se subdurálním hematodem, který byl způsoben hyperextenzí krku, přičemž nebyla u těchto dětí žádná anamnéza traumatu. Caffey označil jeho „Syndrom třeseného dítěte v důsledku hyperextenze krku“ jako „Hyperextenze krku malých a mladších dětí“, které jsou vystavené svízelným, všudypřítomným, běžným a škodlivým praktikám, které lze vyzorovat pokaždé, když jsou rodiče, náhradní rodiče a děti spolu (15, 42, 45).

1.2 Definice Shaken Baby Syndrome

SBS je druhem zranění mozku způsobený traumatem, ke kterému dochází, pokud je s dítětem násilně třeseno. Dětská hlava a krk jsou zvláště zranitelné, protože hlavička je vůči tělu ještě velká a krční svalstvo zatím slabé. Dětský mozek i cévy jsou mimořádně křehké, citlivé a tak třepání, šubání a prudké trhání způsobuje hyperflexi a hyperextenzi krčního svalstva s velmi závažnými důsledky. Nemluvňata nemají ještě zcela zpevněno krční svalstvo a v poměru ke zbytku těla dlouhou a těžkou hlavu. Třesení způsobuje pohupování křehkých mozkových struktur ve směru dozadu, do stran a dopředu v ose lebky, což může mít za následek vznik hematomu, otoku a krvácení vedoucích k trvalému těžkému poškození mozku i ke smrti (viz Příloha 1, 2, 3). Typickými rysy zranění způsobeného SBS je subdurální krvácení (viz Příloha 4, 6), retinální krvácení (viz Příloha 4, 5), poškození míchy a krčních obratlů a zlomeniny žeber a kostí. Všechny tyto formy poškození nemusejí být zpočátku patrné. Syndrom třeseného dítěte zahrnuje extrémní podrážděnost, letargii, snížený příjem potravy, dýchací problémy, křečové problémy, zvracení a světlejší namodralou barvu pleti. SBS je obvykle indikován u dětí mladších 2 let, nicméně lze jej diagnostikovat i u dětí starších, do 6 let (9, 15, 21, 35, 36, 44).

„Shaken Baby Syndrome (SBS) označuje souhrn zdravotních potíží, způsobených prudkým třesením a cloumáním s kojencem nebo malým dítětem, přičemž nezáleží na tom, jakou částí těla dítěte je třeseno nebo se cloumá a jak je dítě přitom drženo – zda za nohy, paže, hrudník, či ramena (15, s.52)“.

SBS je v podstatě anglický termín pro komplex příznaků, vyskytujících se u dětí traumatizovaných otřesy. Jde především o různá mikrotrauma v mozkové tkáni. Poškození bývá zpravidla závažnější, pokud třesení končí nějakým nárazem, například hozením dítěte na matraci do postýlky (viz Příloha 3). Současný stav je alarmující, protože třesení s dítětem je u nás zcela běžný úkaz, který často způsobují samotní rodiče. K podobným kinetickým změnám je dítě vystaveno také při cílené hře, kdy je prudce vyhazováno do výšky, tuto situaci není možné v pravém slova smyslu za syndrom třeseného dítěte považovat, i když důsledky bývají stejné. Rodiče bez uvědomění vystavují vlastní děti velkému riziku vzniku vážného poranění a současně rozvoji SBS. Takové dítě je potřeba pojmenovat jako týrané (12, 14, 15, 35, 42, 45).

1.2.1 Mechanismus poranění

Malé děti jsou náchylnější k hyperextenzi krku v důsledku třesení ve srovnání se staršími dětmi a dospělými kvůli několika faktorům. Mají relativně dlouhou hlavu, která je propojena s ještě nevyvinutými krčními svaly, což zvyšuje mobilitu hlavy při třesení. Jejich nemyelinizovaný mozek, jemné futury, otevřená fontanela a relativně zvýšená mozkomíšní tekutina mohou mít za následek, že jejich mozek je zranitelnější. Cerebrální cévy jsou u malých dětí snadněji napínány nebo potrhány v důsledku nepřiměřené akcelerace, zpomalení a rotace mozku. Tyto tlaky na cerebrální cévy mohou zapříčinit subdurální krvácení (9, 13, 17, 30, 35, 42, 44).

Různé druhy očních poranění byly rozpoznány při SBS, včetně sítnicového krvácení a patologických změn na sítnici. Bylo popsáno mnoho mechanismů, zapříčiňujících tato poranění, včetně následků zvýšeného nitrolebečního tlaku, očního tlaku, rychlé akcelerace, zpomalení a přímého trauma sítnice (13, 21, 35, 42, 44).

Je zde značný nesoulad, týkající se mechanismu silného třesení u dítěte samotného, jak Caffey popsal, které vyvolává značný tlak, který vede k závažnému nitrolebečnímu poranění zjištěnému u SBS. V zahraničí byly použity laboratorní modely a modely zvířat, aby bylo zjištěno, že některé formy vlivů byly nezbytné pro nejvíce závažné případy SBS. Jedna studie ve své závěrečné zprávě uvádí, že i když třesení může vyvolat SBS, ve skutečnosti je daleko pravděpodobnější pro vznik tohoto syndromu přímý tlak ve formě nárazů, úderů atd. a zároveň potvrzuje, že samotné třesení může být dostatečnou příčinou pro vyvolání nitrolebečního poranění nebo dokonce k úmrtí. Bez ohledu na následky, k SBS dochází kvůli závažným akceleracím, zpomalením a zůstává závažnou příčinou morbidit a mortality (9, 13, 35, 45, 54).

1.2.2 Typické příznaky a znaky

Níže jsou uvedeny některé nejběžnější příznaky, které mohou být zaznamenány u třesených dětí. Některé symptomy se mohou vyskytovat častěji než ostatní.

Apnoe je stav dočasného zastavení dýchání během pravidelného respiračního rytmu. Krátké periody apnoe se mohou vyskytovat i u zdravých dětí, zejména během

hlubokého spánku. Apnoe je někdy zmiňována „pachateli“ jako prostředek, motivace k třesení s dětmi. Tímto chtějí přesvědčit vyšetřovací orgány, že třesou s dětmi k překonání apnoické pauzy. Ve skutečnosti je ale pravděpodobnější, že třesení vyvolává apnoe. Lékaři se rovněž setkávají s příhodami „téměř úspěšného“ nebo nezávažného Syndromu náhlého dětského úmrtí (SIDS), během nichž děti obvykle přežijí dobu zastaveného dýchání. Dokonce mohou lékaři nařídít monitoring dýchání dítěte v rámci domácí péče v důsledku neznalosti přesné příčiny dětských problémů (35, 37, 45, 51).

Dalším příznakem je *bradykardie*, kdy se srdeční frekvence snižuje pod 60 tepů za minutu. Bylo zjištěno, že 65% třesených dětí trpělo bradykardií v počáteční fázi. Podobně jako u bradypnoe může bradykardie indikovat zvýšený intrakraniální tlak nebo poranění mozkového kmene (16, 35, 37, 42, 45, 51).

Bradypnoe je zpomalené dýchání. Může předznamenávat těžké poranění mozkového kmene nebo velmi zvýšený intrakraniální tlak (ICP), třebaže jsou zde jiné, netraumatické pravděpodobnosti. Dítě může být s tímto závažným respiračním onemocněním hospitalizováno na JIP. Rovněž bylo ověřeno, že často plná nebo ztuhlá fontanela má jistou souvislost s jednostranným nebo oboustranným subdurálním krvácením (35, 37, 45, 51).

Vypouklá fontanela je jedním z dalších příznaků. Fontanela hlavy u dětí je oblast zeslabeného místa frontálních švů. Fontanela se zpravidla uzavírá během 18-24 měsíců věku dítěte v důsledku vývoje a zpevnění lebky. Pokud dojde k poranění mozku u malých dětí, může dojít k vyklenutí a zduření fontanely. Je zde nadbytek volné tekutiny, krve a otoku v mozkových strukturách a je přítomen tlak na fontanelu. Druhy fontanely jsou diferencovány dle měkkosti, plnosti nebo ztuhlosti. Bylo prokázáno, že děti s poraněním hlavy, u nichž byla fontanela měkká a jemná měly lepší neurologický výsledek než děti se ztuhlou fontanelou. Jakmile otok mizí, fontanela opět nabývá jemnosti a měkkosti, ačkoliv u některých dětí může dojít k překrytí frontálních švů (9, 37, 45, 51).

Subdurální krvácení vzniká poraněním žil v prostoru mezi tvrdou plenou mozkovou (*dura mater*) a pavučnicí (*arachnoidea*). Může vzniknout i za několik dnů, týdnů i měsíců po poranění. Bývá nejčastěji traumatického původu z ruptury

přemostujících vén při mozkové kontuzi. K subdurálnímu krvácení vedou zejména úrazy spojené s prudkým úhlovým zrychlením hlavy (viz Příloha 4, 6). Rozlišuje se akutní subdurální hematom, vzniká do 3 dnů po úraze a chronický subdurální hematom, starší než 21 dní, jeho podkladem je ložisko staršího krvácení (35, 45, 54).

Kóma je definováno jako stav hlubokého bezvědomí, dítě nereaguje na slovní podněty, nelze s ním navázat verbální ani jiný kontakt, bolest vyvolá jen reflexní odpověď (flexi nebo extenzi), je charakterizováno vyhasínající reflexní činností. Pokud se rychle nezlepší, jako např. po otřesu mozku nebo záchvatu, jedná se vždy o znaky závažného poškození mozku. Kóma způsobuje hluboké strnutí a slabé nebo vůbec žádné reakce na vnější podněty. Opatrovatelé a zdravotníci se mohou zpočátku domnívat, že dítě, které je po třesení komatózní, je pouze letargické nebo v hlubokém spánku. Nicméně správný stav situace může být vyhodnocen na urgentním příjmu pomocí Glasgow komatické stupnice (GCS). Čím je kóma hlubší a delší v kombinaci s původně nízkým GCS skóre, tím je horší prognóza (9, 13, 16, 29, 35, 36, 43, 51).

Dalším příznakem bývá *cyanóza*, k té dochází, pokud se dítěti nedostává životně důležitý kyslík. Rty a kůže se zpravidla zbarvují domodra, protože hemoglobin přítomný v krvi není okysličován. Jedná se o akutní stav vyžadující okamžitou pomoc, jelikož v důsledku absence přívodu kyslíku mozku dochází k jeho nezvratným poškozením (9, 35, 37, 45, 51).

Obracení očí nebo *strnulý pohled* sem také patří. Jedná se o přirozenou reakci, pokud došlo k závažnému poranění hlavy a ke ztrátě vědomí. Lékaři RZP jsou vybaveni speciálními baterkami ke kontrole reakcí zornic a k detekci nesouvisejících očních souvislostí. Abnormality v obou těchto případech, zejména pokud je rozpoznán stav strnulého pohledu zavírajících se očí, indikuje vážné poranění mozku kmene (9, 16, 37, 42, 43, 51).

V případě *gastroenteritidy* nejde o typicky charakteristický znak pro SBS, spíše se jedná o diagnózu nesprávně stanovenou, kdy se SBS stává skutečně problémem. Gastroenteritida je kombinací zánětu sliznic žaludku a střevního traktu. Třesené dítě může být nedostatečně vyživováno po několik dní jako důsledek poranění kvůli třesení a poté převezeno na urgentní příjem k léčbě při podezření na gastroenteritidu (9, 37, 42, 51).

Podchlazení - tento stav je charakterizován abnormálně nízkou tělesnou teplotou (méně jak 35°C). Jedná se o neobvyklou okolnost, která je přičítána dysfunkci CNS. Hypotermie byla zjištěna u 5% dětí s diagnostikovaným SBS (9, 16, 35, 37, 45, 51).

Zlomeniny žeber bývají dalším častým příznakem, které jsou často způsobeny příliš hrubým, nešetrným uchopením dítěte (12, 14, 35, 45).

Mezi příznaky patří také *podrážděnost*. U malých dětí se mohou provést celkové klinické testy z důvodu přílišného pláče a podrážděnosti v rámci nemocničního pobytu. Přesto je nutné takovému dětem poskytnout náležitou pozornost, jelikož mohou být vystaveny bolesti, nepohodlí a také emocionálnímu stresu. Pouze osoba týrající děti si je vědoma, proč je dítě plačtivé (9, 13, 29, 35, 37, 42).

Interní poškození bez zjevných vnějších znaků - typickým znakem SBS u malých dětí je často absence jakýchkoliv vnějších znaků týrání, zneužívání. Mnohá poškození mají interní charakter. Kvůli tomuto mohou být u dětí diagnostikovány záhadné infekce, onemocnění. Mohou být dokonce předepsána antibiotika a dítě může být propuštěno domů, aby opět s ním bylo třeseno. Pokud trýznitel třese s dítětem, mohou být patrné stopy konečků prstů v oblasti držení dítěte. Tyto stopy lze vysledovat na ramenou, hrudníku a zadečku dítěte. Děti, které jsou vystaveny třesení mohou být dokonce drženy za krk bez zanechání zjevných stop škrcení (7, 35, 42, 44).

Letargie, třesené děti trpí neurologickými traumaty často vyvolávajícími ospalost a nesnadné probouzení (viz Příloha 7). Pocit netečnosti je u dětí naprosto zjevný a je známkou toho, že něco opravdu není v pořádku (13, 29, 35, 36, 45).

Záchvaty a stav epilepsie. Záchvaty u třesených dětí jsou nezvratným znakem, že došlo k závažnému poranění mozku. Poranění hlavy v důsledku třesení může vyvolat změny v oblasti elektrické aktivity mozku, což může vést k záchvatovým stavům. Intrakraniální komplikace SBS jako hypertenze, otok a nedostatek kyslíku ve tkáních, hypoxie kvůli zvýšenému ICP (intrakraniální tlak = intracranial pressure) mohou mít za následek záchvat (13, 17, 29, 30, 35, 37, 45, 51, 54).

Tense a natahování údů. Dětský mozek v reakci na těžké trauma může vyvolávat hemiparézu, quadriplegii nebo jiné chorobné stavy ovlivňující flexi údů.

Často dochází k stažení ramen a nohou kvůli řadě neurologických reakcí včetně automatických nebo posturalových reakcí a reflexů (8, 13, 17, 29, 30, 45).

Posledním příznakem je *zvracení*. Ne všechny třesené děti zvrací, ale jedná se o častou reakci na poranění hlavy. Je zde pochopitelně celá řada příčin způsobujících zvracení u dětí vedle SBS, nicméně děti s velmi intenzivním zvracením jako s jejich jediným příznakem mohou být přehlédnuti jako děti s SBS. Byl popsán jeden případ, kdy 3-měsíční dítě nedávno propuštěné z nemocnice s diagnózou SBS mělo opakované stavy zvracení (9, 35, 37, 45, 51).

1.2.3 Následky SBS

Zarážejícím a alarmujícím faktem je, že až 60-70 % dětí zjištěných se SBS se později potýká se závažnými následky včetně smrti. Zbytek dětí se zotaví celkem dobře, nicméně lze u nich vysledovat reziduální dopady. Ve skutečnosti dochází i k závažným životním změnám nejen u obětí zneužívání, ale rovněž v rámci celé rodiny. Ročně je na světě vynakládáno nemalé množství financí na zotavení týraných dětí a batolat. Tyto peníze zahrnují vybavení léčebných center a doprovodné služby, celkovou denní péči a dokonce významněji i emoční hledisko tohoto nemilého stavu (35, 45).

Níže jsou uvedeny některé nejběžnější důsledky, které mohou být zaznamenány u třesených dětí. Některé symptomy se mohou vyskytovat častěji než ostatní.

Problémy soustředění. Jelikož se mozek vyznačuje jistou elasticitou v reakci na jeho poranění, jsou děti, které díky tomu trpí minimálními pozdějšími následky v důsledku třesení. Takovým následkem může být porucha soustředění, pozornosti nebo naopak hyperaktivita. V souvislosti s touto poruchou se mohou děti jevit jako letargičtí k tomu, co jim rodiče, opatrovatelé říkají (viz Příloha 7). Mohou být také snadněji rozptýlenější a vyžadují důkladné pozorování a jasné pokyny ze strany dospělých. Existují stimulační léky, které mohou napomoci dětem trpícím poruchami soustředění vyvážením stimulačních látek mozku, které jsou jím produkovány ve zvětšené míře (13, 29, 30, 31, 42).

Problémy s rovnováhou. Režim rovnováhy je u člověka řízen třemi oblastmi CNS: bazálními ganglii, mozečkem a strukturami vnitřního ucha, tekutina obsažena

v Eustachově trubici musí být stále udržovaná v odpovídající hladině pro dosažení optimální rovnováhy. Dojde-li k poškození jedné z těchto oblastí, může to vést ke zhoršené rovnováze. Fyzická a pracovní terapie může napomoci v nápravě těchto obtíží dětské rovnováhy, které mohou dítěti způsobovat značné komplikace při stání nebo chůzi. Součinnost terapeuta a dítěte může zvýšit šance na lepší mobilitu. Pokud problém pochází především z vnitřního ucha, zastírající původce, jako prostředek vytvářející „bílý šum, izoenergetický šum, může napomáhat při udržování rovnováhy a koordinace (13, 29, 31, 42, 45).

Slepota. Mnoho druhů vizuálních komplikací může vznikat v důsledku SBS. Sítnicové krvácení lze léčit i bez nějakých pozdějších přetrvávajících následků, nicméně může zanechat trvalé následky ve formě částečné nebo úplné slepoty (viz Příloha 4, 5). Kortikální trauma může pramenit z nějaké typu úrazu mozkové kůry včetně kontuze, otoku nebo krvácení a obvykle má za následek závažnou ztrátu vidění. Ačkoliv je oko i zrakový nerv v pořádku, mozková kůra není schopna odpovídajícím způsobem zpracovávat vizuální podněty. Bylo popsáno několik typů vizuálních defektů, které mohou nastat v důsledku poranění mozkové kůry jako např. porucha upřeného pohledu (strabismus), defekty zorného pole nebo absolutní slepota (21, 45).

Mozková obrna. Toto onemocnění rozlišuje skupinu potíží, které postihují dětské motorické schopnosti – jeho nebo její schopnost provádět a řídit přirozené pohyby. Problémy s rovnováhou, slabost, strnulost a nedostatek koordinace jsou všechno znaky mozkové obrny. Dítě může být postiženo na různých částech těla. Hemiplegie, ochrnutí poloviny těla je obrna, která postihuje horní a dolní končetinu jedné poloviny, strany těla, diplegie, oboustranné ochrnutí postihuje obě nohy a quadriplegie postihuje všechny čtyři končetiny (8, 13, 17, 31, 36, 63).

Hluchota nebo ztráta sluchu. Děti, které jsou vystaveny třesení mohou trpět poškozením osmi kraniálních nervů, které řídí sluchová centra, tak také poškozením kůstek vnitřního ucha a hlemýždě, odpovědného za přeměnu zvuků z mechanických impulsů na chemické a elektrické impulsy vysílaných do mozku. Dětský sluch může být vyšetřen při audiologickém sledování. Poškození sluchu může být v rozmezí od nepatrné vady až po absolutní ztrátu sluchu. Pokud je u dítěte diagnostikován reziduální sluch, naslouchátko může zesílit zvuky a hlasy. Rovněž implantace kochleárního

aparátu napomohla mnohým dětem se ztrátou sluchu. Pravidelné kontroly u ORL specialisty jako řečová terapie mohou napomoci dětem, které pozbyly sluch v důsledku třesení, naučit se žít s tímto handicapem (7, 35, 36, 42, 45).

Smrt. Ke smrti v důsledku SBS nejčastěji dochází v důsledku cerebrálního otoku nebo krváčení a z toho vyplývajícím zvýšeným intrakraniálním tlakem. Děti mladší 6 měsíců jsou nejrizikovější skupinou úmrtí následkem třesení. Celkově novorozenci a batolata představují 25-30% všech zemřelých v důsledku incidentu nadměrného třesení. Tento následek SBS pochopitelně představuje největší újmu pro zainteresované. Jakmile se dítě narodí, rodiče spolu s opatrovateli mají představy ohledně budoucnosti dítěte. Když dojde k náhlému tragickému úmrtí dítěte, nastává hluboká prázdnota, pocit opuštěnosti. Mnozí rodiče se snaží vyrovnat s SBS pomocí denních rutinních činností při opatrování dětí těžce postižených v důsledku SBS jako výraz vděčnosti za to, že jejich děti jsou stále naživu. Rodiče, kteří ztratili své dítě mají pouze vzpomínky (8, 13, 16, 37, 45, 53, 54, 63).

Emocionální problémy. Oběti SBS mohou být vystaveny pozdějším emocionálním problémům. Jde o nepatrné komplikace, jelikož zásadní případ třesení není nikdy objeven nebo diagnostikován. Jsou děti, které jsou třeseny, upadají do bezvědomí, mohou prodělat stavy letargie a zvracení a přesto se uzdraví. Postupem doby však dítě může procházet stavy prudké zuřivosti, sebepoškozování nebo depresi a rodiče nebo opatrovatelé si nejsou vědomi příčinami takovýchto problémů (35, 42, 45).

Gastrointestinální komplikace. Mnohé děti vystavené třesení zůstávají s poškozenými orálními motorickými funkcemi a tudíž mají omezenou schopnost žvýkání a polykání. Děti mohou vdechnout potravu nebo tekutinu místo polknutí nebo mohou trpět gastroesofagickým refluxem, při němž dochází k pravidelnému posouvání potravy ze žaludku zpět do jícnu. To může mít za následek závažné dráždění v trávicím traktu v důsledku leptání žaludeční kyseliny, což může vést k rapidnímu poklesu tělesné hmotnosti (9, 37, 45, 51).

Hydrocefalie. Jednou z komplikací poranění mozku je nadměrné nahromadění tekutiny v dutině lebeční. Mozkomíšní tekutina je nepřetržitě produkována a absorbována v mozku. Nastane-li ale problém se zpětným vstřebáváním, tato

mozkomíšní tekutina se v mozku hromadí a způsobuje zvětšování mozku a následně i hlavy. Tento stav je znám pod pojmem hydrocefalie (13, 16, 36, 43, 45).

Hypersensitivita. Děti, které byly vystaveny třesení mohou být hypersensitivní v různých formách. Hypersensitivita na dotyk znamená, že dítě nedokáže rozpoznat mezi druhy a stupni dotyku, stisku a může pozbyť samoregulační chování. Klidné, laskavé a milující ruce mohou dítěti napomoci přijmout opatrovatelův dotyk. Hypersensitivita na zvuky může vyústit až v chození po špičkách v domácnosti. Děti s tímto onemocněním často nařikají kvůli tomuto neklidu jsou-li sužovány zvuky (13, 29, 31, 44, 53).

Problémy s učením. Děti s problémy učení se mohou jevit, jednat a myslet jako normální děti do doby, než jsou konfrontovány s pravidelnými úkoly ve školním zařízení. Může se jednat o další mírnou poruchu, pramenící z období třesení, které nemusí být nikdy zjištěno. Děti s touto poruchou nejsou schopny adekvátně zpracovávat informace, které jsou jim předkládány. Čtení, psaní, matematické úkony a jiné druhy duševní činnosti mohou pro dítě představovat vážné problémy. Při práci s těmito dětmi je potřebná zvýšená péče a trpělivý přístup. Dítě s touto poruchou bude nejspíše vyžadovat speciální individuální učební plán, pomocí něhož lze sestavit výchovné programy k vytvoření adekvátních nástrojů pro efektivní vzdělávání dítěte (31, 32, 36, 42, 49, 53).

Mentální retardace. Mentální retardace pocházející v důsledku třesení je značně rozdílná od Downova syndromu, vrozeného defektu postihujícího celosvětově tisíce narozených dětí. Došlo-li k zásadnímu poranění mozku v důsledku třesení, dítě nemusí být tak způsobilé k učení jako ostatní děti. Děti s mentální retardací mají nižší průměrné IQ (pod 70), přičemž průměrné IQ je 100. IQ dítěte může i klesnout s přibývajícím věkem (13, 29, 42, 44, 45).

Mikrocefalie. Jedná se o stav, kdy hlava dítěte je abnormálně malá s odchylkou obvodu hlavy až dvakrát menší než je obvyklé pro dané pohlaví a věk. Třesení může u dětí zapříčinit zpomalení vývoje mozku a hlavy vůči jiným tělesným partiím. Vývoj lebky může rovněž zaostávat. Prognóza u mikrocefalických dětí je špatná, většina z nich je značně postižena a trpí i jinými fyzickými komplikacemi (9, 13, 17, 35, 45).

Paralýza. Některé děti, které přečkají období třesení, mohou být zcela paralyzovány a mohou být upoutány na vozík po zbytek života. Takové děti mohly utrpět poranění míchy nebo mozku, jež koordinují pohyb. Jsou odkázány na pomoc druhých a nemohou prospívat ve srovnání se zdravými dětmi (13, 43, 45).

Trvalý vegetativní stav. I když je tento stav vzácný, jedná se o nejemocionálnější aspekt pro rodinu dítěte a u přeživších dětí se jedná o nejhorší možný následek SBS. Pokud mozek dítěte utrpěl závažná poškození, může docházet k nadměrnému hromadění mozkomíšní tekutiny, komorové atrofii, chronickému krvácení nebo jiným dynamickým změnám. V reakci na tato trauma může mozek vykazovat značný útlum. Takové dítě nemá prakticky žádné povědomí okolního světa (35, 36, 42, 45).

Respirační obtíže. Mozek dítěte může být poškozen v oblasti, která řídí funkce hrdla, krku. Pokud je dítě zbaveno dávivého reflexu, dítě si nemůže např. odkašlat. Děti rovněž mohou nasát nebo vdechnout vlastní sliny nebo potravu, což může nakonec vyvolat zápal plic. Může být provedena tracheotomie k uvolnění dýchacích cest. Je potřebný chirurgický zákrok spočívající ve vytvoření otvoru a zavedením dočasné nebo permanentní trubice do dětské trachei (35, 37, 45, 51).

Záchvaty. Jsou rovněž známy jako křeče, které se mohou vyskytovat ve spojení s poraněním mozku. Záchvaty jsou způsobené náhlým zvýšením neuronové aktivity, která blokuje normální fungování mozku. Jsou doprovodným jevem mozkové obrny (13, 29, 35, 42).

Problémy s řečí. Třesené děti, které utrpěly poranění mozku před tím, než začaly mluvit, mohou mít problémy s vývojem řeči v pozdějším věku. Často se tyto problémy projeví při nástupu do školy nebo pokud je jejich řeč testována. Poruchy řeči se vyskytují v mnoha formách. Děti mohou mít problémy se zpracováním informací a jejich efektivním vyjádřením, dále stav nazývaný se afázie, což je chorobná neschopnost mluvit. Problémy s artikulací mohou být kvůli nedostatkům při kontrole v oblasti obličeje a úst. Dítě vystavené třesení a týrání může mít poškozenou uzdičku jazyka, slabou membránu přichycenou na spodní straně jazyka k patru úst. Takové dítě může být málomluvné v důsledku tohoto poškození a výslovnost může být tím pádem obtížná (13, 35, 36, 42, 44).

1.2.4 Problémy při určení diagnózy

Ne vždy je přítomno celé spektrum klinických příznaků. V nejspletitější formě je mnohdy diagnóza přehlédnuta, nicméně mohou být opomenuty i závažnější příznaky. V extrémních případech může i u zdravého dítěte dojít bez zjevného podezření na špatné zacházení, týrání k většímu poškození hlavy. V jiných případech může dítě akutně zkolabovat se záchvatem nebo bez záchvatu, kdy je zapotřebí vyloučit infekční povahu kolapsu a metabolickou příčinu. Není-li jednoznačný důkaz poranění hlavy, určení diagnózy bývá často s určitou časovou prodlevou. Opatrovníci dítěte mohou nesprávně podat informace nebo postrádají potřebné znalosti ohledně určení příčiny poranění mozku. V menší míře případů třesení může mít dítě v anamnéze nedostatečnou výživu, zvracení, letargii nebo přecitlivělosti, vyskytujících se přerušovaně během několika dní nebo týdnů před počátečním výskytem. Tyto příznaky jsou často přisuzovány mírné formě virového onemocnění, výživě, celkovým obtížím nebo dětským kolikám (12, 14, 35, 42, 45).

Syndrom třeseného dítěte je onemocnění, které je popisováno v lékařské literatuře relativně v nedávné době a zůstává mnohdy stále opomíjeno poskytovateli lékařské péče. Toto je zajisté znepokojivé zjištění, jelikož to znamená stav, kdy zneužívané a týrané děti jsou vráceny opět do péče jejich „tyranů“. Důkladná klinická práce spolu s výsledky a vyšetřovacím procesem jsou nezbytné pro stanovení správné diagnózy. Bývají to zpravidla rodiče dítěte nebo opatrovatelé, kteří objeví, že něco není v pořádku. Aniž jsou přítomny zjevné znaky pohmožděnin, modřin svědčících o nedávném traumatu, např. šťastné dítě zrána se může odpoledne změnit v uzavřeného, nekomunikujícího jedince. Toto bývá často doprovázeno změnami v chování u dítěte. Pokud se k lékaři dostane takovéto nemocné dítě bez vykazování symptomů běžných nemocí, je doporučováno, aby se zdravotníci okamžitě začali zabývat možností zneužívání tohoto malého pacienta. Pokud tak začnou jednat, měli by provést CT hlavy a zároveň vyšetřit dítě na potenciální retinální krvácení. Poté, co jsou zdravotníci obeznámeni s přítomnými znaky SBS a nuancemi poranění hlavy, mohou stanovit přesnou diagnózu. Je navrhováno, aby se zdravotníci vždy snažili získat co možná nejvíce informací od diagnostických (CT, laboratorních) pracovníků a tyto výsledky by měli vyloučit koagulaci. Co možná nejdříve by měla být provedena konzultace

s pediatrem, obeznámeným s případy dětského zneužívání a je-li to možné, tak také s dětským radiologem, ohledně vyhodnocení rentgenových a CT snímků. Diagnóza SBS není často stanovována na základě symptomů, klinické anamnézy nebo pomocí samotných diagnostických zobrazovacích metod, ale spíše kombinací všech těchto hledisek. Pravidelná školení a kursy v rámci zdravotnických institucí by měly být automaticky prováděny všemi zainteresovanými zdravotnickými pracovníky, jelikož výzkumné práce a pozorování jsou neustále aktualizovány na poli identifikace a léčby poranění dětí v důsledku týrání, zneužívání (12, 14, 15, 36, 44, 45, 53, 54).

1.2.5 Nedostatečná diagnostika zranění způsobených třesením

Studie ukazují, že diagnóza poranění hlavy byla potvrzena pokud došlo k přiznání k úmyslnému poranění ze strany opatrovníka, pokud byla přítomna rozporuplná a neadekvátní geneze zranění, poskytnutá opatrovníkem související s nevysvětlitelným poraněním nebo prodlením při vyhledání účinné pomoci, péče. Pečující osoba často lékařům uvádí fakt, že dítě upadlo, zranilo se a následkem úrazu, pádu přestalo dýchat a rodič nebo pečující osoba s ním zatřásl, aby dítě „zresuscitovali“. Přibližně 1/4 zneužívaných dětí je lékaři podchycena v počátečním screeningu, vyšetření, kdy diagnóza není zjištěna. Průměrná doba k definování správné diagnózy je 7 dní, přičemž rozpětí je od 0 až po 189 dní (35, 42, 45).

Neochota části zdravotníků brát v úvahu diagnózu poranění bez symptomů nehody často vede k časové prodlevě. Nedostatek předchozích zkušeností ztěžuje šanci včas odhalit zranění. Problematické diagnózy bývají z medicínského hlediska obvykle pozdržené a pro lékaře stresové, jelikož pocítují potřebu prokázat případ v rámci racionálních pochybností. Mezi další důvody, vedoucí k nedostatečné diagnostice poranění nedocházejících při nehodách, patří obavy z konfrontace s rodiči, ztráta důvěry a vztahu mezi zdravotníkem a pacientem, nedůvěra v další odborníky a neznalost zákonů na ochranu dětí. Mezi jiné diagnózy lze považovat: subdurální krvácení, které mohlo nastat kolem porodní doby, mohlo být způsobené drobným traumatem nebo mohlo jít o spontánní stav. Existuje minimum vědeckých důkazů na základě nichž lze stanovit subdurální krvácení kolem porodní doby a raného dětství. Je zde velmi málo důkazů, na nichž lze stavět diagnostiku samovolného subdurálního krvácení, jelikož

kritéria diagnostiky a výskyt subdurálního krvácení jsou neznámy, predispoziční faktory jsou špatně definovány a jejich původní geneze zůstává nezodpovězena. Mezi rysy související s nejasnou příčinou poranění hlavy versus zraněním hlavy z důvodu nehody patří: časová prodleva vyhledání lékařské pomoci, nejasná nebo neexistující anamnéza, žádný očitý svědek, anamnéza v rozporu s vyšetřením, věk dítěte nepřesáhl rok, předchozí angažovanost sociálních služeb, související retinální krvácení, zlomeniny dlouhých kostí nebo žeber, příjem k intenzivní péči (14, 15, 35, 36, 42, 44, 45).

1.2.6 Zneužívání nebo úraz?

Ve studii prezentované v knize Schaking and Orter Non - accidental Head Injuries in Children bylo z celkového počtu 80 případů těžkých poranění hlavy přijatých k pediatrické intenzivní péči 14 kvůli úmyslně způsobenému poranění hlavy. V případech úrazu hlavy způsobených nehodami byla nejčastější příčinou traumatu dopravní nehoda zahrnující spolujezdce, cyklistu nebo chodce. Charakteristické rysy spojené s úmyslně způsobeným poraněním hlavy zahrnovaly rozpornou anamnézu s lékařským vyšetřením, rizikovými rodičovskými faktory jako alkoholismus nebo drogová závislost, předchozími zásahy ze strany sociálních institucí a nedávnou anamnézou týrání dítěte nebo jeho zanedbáním. Zjištění zaznamenaná za posledních 10 let v Západní Austrálii rovněž potvrzují vysoký výskyt poranění v důsledku týrání ve skupině dětí mladších 2 let s přítomností subdurálního krvácení. Důležitými klinickými symptomy byl značný výskyt retinálního krvácení a zlomeniny dlouhých kostí a žeber u týraných dětí a opožděné vyhledání lékařské pomoci (7, 42).

Jiná srovnatelná studie z roku 1997 ohledně poškozených dětí v důsledku týrání versus zraněných dětí při ostatních úrazech (16831 případů) byla zveřejněna v USA. Studie populace zahrnovala novorozeňata až po děti do 4 let. Během této desetileté studie bylo týrání dětí zaznamenáno u 10,6 % případů dětí mladších 5 let. Srovnáme-li toto číslo s poraněními v důsledku traumat (studie DiScala a kol. 2000), děti zraněné kvůli týrání byly podstatně mladší a měly pravděpodobnější anamnézu předchozích úrazů a retinálního krvácení. Úrazy vyvolané v důsledku týrání zahrnovaly fyzické týrání (53%) a třesení (10,3%), zatímco děti zraněné při úrazech si ublížily zejména při pádu (58,4%) a při střetu s motorovým vozidlem (37,1%). Týrané děti byly

také častěji postiženy vnitřním kraniálním krvácením, hrudním a břišním poraněním a vyžadovaly komplexní intenzivní péči (7, 35, 42, 45).

1.2.7 Rizikové faktory a prvotní indikátory

Existuje mnoho rizikových faktorů, které jsou důležité pro rozpoznání potencionálních krizových situací, které mohou SBS předcházet. Rodiče, kteří pravděpodobně zneužívají své děti jsou často označováni jako jedinci s pozměněnými výchovnými potřebami. Mohou se jevit jako milováni svými dětmi a pokud tomu tak není, může dojít z jejich strany k týrání. Podněty z okolního prostředí jako emocionální či finanční problémy, nemoc nebo nedostatek podpory, plynoucí z domácího prostředí, mohou zvyšovat pravděpodobnost týrání (35, 40, 41, 45).

Některé děti jsou nositeli faktorů, vybízejících k jejich týrání. Děti trpící kolikami mohou probrečet většinu dne, což zvyšuje stres a může vést k frustraci, která zase může být spouštěcím mechanismem týrání. Děti narozené předčasně nebo s nějakým handicapem mohou u jejich opatrovatelů vyvolávat pocity marnosti, jelikož nedosáhli adekvátních vývojových hodnot, které rodiče očekávají, a tím vyžadují více péče. Lidé, kteří přiznávají třesení s dítětem uvádějí, že nechtěli vědomě dítěti ublížit, ale pokoušeli se dítě ukonejšit. Jiní uvádějí původ třesení během aktivního hraní si s dětmi, které je později shledáno jako nesouvisející se závažností poranění (10, 11, 32, 35, 45).

V zahraničních studiích bylo zjištěno, že otec dítěte a přítel matky jsou nejčastějšími trýzniteli, a to kolem 50% z prověřovaných případů. Au-pair byli shledáni vinnými kolem 20%. Předpokládá se, že určením rizikových skupin dětí se zvýší preventivní programy na ochranu zneužívaných dětí. Již během poporodního období mohou zdravotníci vytipovat jisté rodiny se zvýšeným rizikem k týrání dětí a jinými nepříznivými faktory vyplývajícími ze špatného rodinného přístupu. Přehledy lékařských záznamů dětí od narození do čtyřech let potvrzují, že zneužívání a zanedbávání dětí, neorganické selhání prospívání a změny pečovatелů dítěte se objevuje daleko častěji u dětí identifikovaných lékaři při narození jako rizikových ve srovnání s kontrolovanou skupinou. Faktory se mohou týkat dětí samotných, jejich rodičovského

zázemí, domácího a rodinného prostředí nebo mohou mít širší sociální a kulturní kontext (4, 5, 7, 35, 41, 45, 52).

Rizikové faktory pro zneužívané a zanedbávané děti jsou uvedeny dále. Při zaměření na dítě jsou rizikové faktory tyto: předčasný porod, nízká porodní váha, obtížný temperament, povaha, důkaz předchozího týrání a zanedbávání, opožděné poznávací a motorické schopnosti. Z hlediska matky: mladá rodička, krátké porodní intervaly, nedostatek prenatální péče, anamnéza předchozího potratu, narození mrtvého dítěte, smrt dítěte, nízká úroveň vzdělání, více dětí mladších 6 let v rodině, drogová a alkoholová závislost, deprese, nedostatečná příprava na rodičovství, sociální izolace, odloučení od vlastní matky před 14. rokem, oběť fyzického zneužívání, domácího násilí, nedobrá finanční a sociální situace. Mezi ostatní faktory patří nezaměstnanost otce a rodinné problémy (11, 12, 14, 15, 32, 35, 41, 42, 45).

Výzkumníci a odborná veřejnost stále hledají indikátory umožňující časnější diagnostiku zneužívaných dětí. Je používána technika k identifikaci fyzických, behaviorálních a vývojových indikátorů zneužívání a zanedbávání. Časné indikátory jsou znaky a symptomy, jež by mohly upozornit zdravotníky v raném stádiu na děti vystavené týrání. Při provádění důkladného vyhodnocení je velmi důležité získat podrobnou lékařskou, sociální a rodinnou anamnézu ze záznamů uchovávaných zdravotnickým personálem v primární a komunitní péči, tak také v nemocnici. Špatné vyhodnocení veškerých dostupných informací o rodině může vést k mylné nebo opožděné diagnóze, a tak dítě nebo sourozenci mohou být opět vystaveny týrání. Třesení dítěte není obvykle izolovaná událost, ale je prováděno pravidelně. Úvaha musí být dána do kontextu způsobené újmy, pravděpodobných nebo možných příčin a okolností, za kterých k poškození došlo. Systém navržený kanadským ministerstvem zdravotnictví v roce 2000 se soustřeďuje na vyhodnocování třech na sebe působících oblastí – vývojové potřeby dítěte, schopnost rodičovství a rodinné faktory. Vzájemné působení nebo účinek těchto aspektů navzájem mohou být vyhodnocovány a výsledky uplatněny k provádění intervenční a preventivní strategie. Zabezpečení dítěte je vždy prvořadé a vyhodnocení by se mělo zaměřovat na újmu dítěte, ke které došlo v důsledku nevhodného zacházení s dítětem. Vyhodnocení opatrovníků by se mělo týkat jich, s nimi raději než „o nich bez nich“. Avšak existují problémy, týkající se posouzení

rizika. Nejčastěji se posouzení rizika zaměřuje na matku, zatímco muži jsou odpovědní za častější zabití u malých dětí i za fyzické a sexuální zneužívání. Stojí za to si připomenout, že mnoho jednotlivých rodin není jednotlivými domácnostmi a riziko se může z tohoto důvodu časem měnit. Kromě toho stresové životní události mohou zvyšovat nebo snižovat riziko záznamů týrání dítěte v závislosti na fungování sociální podpory (12, 14, 35, 41, 44, 45).

1.2.8 Rodina

Dle statistiky Ministerstva sociálních věcí USA z roku 1996, pocházelo téměř 77% pachatelů z řad rodičů a 11% byli příbuzní. Účast rodičů u týrání dětí je pro zdravotníky děsivým zjištěním, přesto řada rodinných rizikových faktorů souvisí se zabitím dětí. Rodiny s jedním z rodičů mají zdokumentovanou pozitivní souvislost s dětským týráním. Mateřský věk a dosažená úroveň vzdělání rovněž představují rizikové faktory při zabití dítěte. Také byly srovnávány znaky, charakteristiky rodin dětí, které utrpěly úraz hlavy v důsledku nehody, přijatých na dětské JIP během dvouletého období. Shledala se vysoká četnost způsobených traumat hlavy mezi single rodiči mladších 18 let, majících základní vzdělání, dostávajících sociální dávky a známých sociálním službám a agenturám na ochranu dětí. Dále bylo zaznamenáno, že nejvyšší riziko je spojeno s mateřskou výchovou nižší než 12 let následované mateřským věkem nižším než 15 let. Mezi svobodnými matkami jsou nejčastěji inkriminovanými pachateli jejich milenci. Byla prozkoumána role milenců jako pachatelů ve skupině 982 matek v rámci jednoho hrabství. Ačkoliv milenci matek v této skupině představovali 1,75% celkového stráveného času s dětmi, byli odpovědní za 64% případů zneužívání. Alkohol, narkomanie, předchozí zneužívání dětí, týrání partnera jsou také zdokumentovanými rizikovými faktory (7, 35, 42, 45).

Bylo jednotně vyvozeno, že fyzičtí trýznitelé dětí daleko více reagují na dětské související popudy, stimuly než ostatní rodiče, kteří děti netýrají. Matky, které byly samy v dětství fyzicky týrané byly shledány za intenzivněji reagující (zvyšující se srdeční frekvence, diastolický tlak, zvýšená vodivost kůže) na video snímky s plačícími dětmi ve srovnání s ostatními ženami (42, 45).

Týrané matky rovněž vykazují vyšší reaktivitu na zobrazující scény zahrnující konflikty rodič-dítě, ostatní (vychovatelé, opatrovatelé atd.), kteří dosáhli vysokého skóre při měřeních rizikových faktorů pro zneužívání, představují stejné typy fyziologických odpovědí (7, 42, 45).

1.2.9 Prognóza

Včasná lékařská pomoc může zmírnit důsledky třesení, přesto mnohým dětem zůstávají trvalé následky. Oběti SBS jsou vystaveny značnému stupni morbidity a mortality. Je popsána 15% míra úmrtnosti a 50% míra morbidity diagnostikovaných SBS, 10-15% třesených dětí se plně zotaví. Trvalé poškození mozku, hydrocefalie, vývojová retardace, částečná nebo úplná ztráta zraku a sluchu, ochrnutí, záchvatová onemocnění, poruchy sání, polykání, vývojové poruchy, problémy s chováním a mentální retardace jsou zmíněny u obětí SBS. Caffey v roce 1974 potvrdil svou domněnku, že mírnější formy SBS se mohou vyskytnout ve formě mentální retardace a opožděného vývoje při nástupu do školy. Ve srovnání s úrazy mozku vzniklých při nehodách u dětí, mají traumata způsobená třesením daleko horší prognózu. Většina dětí, které přežily extrémně vážné třesení, trpí různými formami neurologických a mentálních poruch jako mozková obrna nebo mentální retardace, jež nemusí být zcela patrné před 6. rokem dítěte. Děti s SBS mohou vyžadovat celoživotní lékařskou péči (21, 35, 42, 44, 45).

1.3 Pláč

Dětský pláč je hlavním vyvolavatelem SBS, proto bude pro potřeby této práce dále podrobněji popsán.

Pláč je výsadním projevem novorozence. V souvislosti s novorozenci se častěji užívá slovo křik než pláč, snad proto, že konkrétněji vyjadřuje, čím tato aktivita pro ně je. „Je totiž osvobozujícím projevem plným energie, kterým se také něčeho dožaduje. Nejedná se o projev, jímž dítě nutně vyjadřuje smutek nebo bolest (3, s. 15)“. Dětský pláč je ve své podstatě protikladná skutečnost. Okamžitě po porodu je vnímán velice kladně, je to jakési znamení, že dýchá, je živý a je na světě. Ovšem již o několik hodin a dnů později, několikahodinový pláč rodiče dovede zcela vyvést z míry. Takovému pláči

velmi často nerozumí a vyvolává u mnohých rodičů pocity nervozity a paniku (2, 3, 4, 10, 11, 38).

Tvrzení, že šťastné a zdravé miminko nepláče, především v průběhu prvních tří měsíců, je mylné. Psychology, lékaře a rodiče by mělo mnohem víc znepokojovat dítě, které nepláče. Děti, jenž se nedožadují potravy, neprojevují potřebu vaší blízkosti, mají patrně kromě jiného emoční problém. Zdravý novorozenec se pokouší se svým nejbližším okolím komunikovat od prvních chvil po porodu. Významným prostředkem, který v tomto období má k dispozici, je křik, ten má ale mnoho významů. Neznamená vždy jen to, že se s dítětem děje něco negativního. Je každodenní součástí života novorozence, kojence a jeho rodičů. Do doby než dítě ovládne řeč slouží mu jako dorozumívací prostředek s bezprostředním okolím. Pláč je zpočátku nemožné rozlišovat, ale již během pár dnů či týdnů se rodiče i jiné pečující osoby naučí druhy pláče od sebe odlišovat a poznávají jeho význam. Rozpoznají, který pláč znamená hlad, kdy potřebuje dítě přebalit, pochovat protože je samo, je mu smutno, bolí ho břicho, je mu zima nebo horko, zlobí se, že nemůže dosáhnout na hračku a jiné. Pláč může být doprovázen nebo mu předcházet různé výrazy v obličeji : soustředění, uvolnění, překvapení, smutek, zamračení, výraz námahy, napětí (3, 25, 28, 56, 57, 58).

Jedna z vlastností temperamentu, která je dětem dána již při narození je dráždivost. Dráždivé miminko vnímá podněty a reaguje i na takové, které méně dráždivé dítě ani nezpozoruje a nebude kvůli nim plakat. Neklid hodně souvisí s celkovým přetížením nervové soustavy novorozence. Novorozenec je však vybaven reflexy, které mu umožňují se se spoustou vjemů okolního světa vyrovnat. K nim patří i pláč. Hračky, zvuky, barvy působí na miminko rušivě, pokud nerespektujeme míru, která je pro dítě únosná. V prvních týdnech potřebuje novorozenec hlavně spát. Pokud nemůže, unavený organismus reaguje paradoxně tak, jako by měl o vše v okolí zájem, proti únavě bojuje aktivitou. Výsledkem je neutuchající pláč. Plačtivé děti špatně spí i v noci. Naprostá většina dětí, i ty extrémně dráždivé a plačtivé, se přibližně kolem třetího, čtvrtého měsíce evidentně zklidní. Rodiče se svými dětmi sladí rytmy a naučí se navzájem rozumět signálům. Ke konci prvního roku života už mají většinou děti k pláči důvod, který snadno dokážeme zjistit a díky odstranění příčiny se dítě brzy uklidní (3, 4, 25, 56).

Novorozenci vychovávaní mimo naši kulturu bývají celkově klidnější, čilejší a jejich psychomotorický vývoj je rychlejší. V našich kulturních podmínkách je rozšířen fakt, že se dítě má nechat vyplakat, má být krmeno v pravidelných intervalech nikoliv, když si to samo žádá. Tělesná blízkost matky je také výrazně nižší než u přírodních národů, ke spánku jsou ukládány do postýlky vedle rodičů, případně do vedlejší místnosti. Rodiče tak nevnímají a nereagují na mírné známky nepohody a výsledkem je křik dítěte. To vše prozrazuje, že jednou z nejvýznamnějších příčin pláče miminek je v naší společnosti způsob rodičovské péče, která je odlišná od přirozených vývojově daných potřeb dítěte. Potvrzuje to klidnější chování nejmenších dětí v rozvojových zemích, kde jsou děti ve stálém tělesném kontaktu s matkou a jsou kojeny podle potřeby (28, 32, 49, 55).

1.3.1 Každé dítě je individuální

Temperamentové vlastnosti dětí se projevují již od narození. Některý novorozenec dobře komunikuje a snadno se uklidňuje. Ten je pro rodiče „ideální“ z pohledu navázání vzájemného vztahu. Jiný je mrzutý, citlivý vůči podnětům, vznětlivý a neschopný se sám utišit nebo se nechat utišit pečující osobou. Takové děti nachystají svým rodičům obtížné okamžiky a požadují od nich spoustu trpělivosti a času. Mezi těmito dvěma skupinami během prvních čtyř až pěti měsíců, vlivem vývoje mozku a lepší vzájemné komunikaci, tento rozdíl zmizí. Najednou se rozmrzelé dítě promění v klidného, zvědavého a usměvavého chlapečka nebo holčičku (2, 3, 4, 40, 41).

Každé děťátko je v podstatě jedinečné, a proto není možné se vždy při jeho výchově řídit doslova podle různých knih, brožur a rad. Pouze tím, že ho rodič bude sledovat a pozorovat, časem pochopí a naučí se, co zrovna potřebuje, co mu vyhovuje. Naučit se znát své dítě není vůbec snadné a je k tomu potřeba dobrá vůle a ochota na obou stranách. Nicméně je potřeba mít na paměti, že rodičovské schopnosti a kvality nejsou přímo úměrné intenzitě a délce dětského pláče. Pro rodiče by poznání svého děťátka v jeho individualitě mělo patřit mezi nejdůležitější úkoly v prvních měsících života (3, 23, 28, 46, 47, 48).

1.3.2 Druhy pláče

Pláč z hladu je pro novorozence nejčastější, je silný, rytmický a rychle se vyvíjí do intenzivního křiku, který připomíná pláč podnícený bolestí. Je to svým způsobem známka zdraví a jisté dravosti. Hladové, nenakrmené dítě se trápí, má neuspokojenou potřebu a je schopno vnímat pouze hlad. Pokud je čas na krmení je vhodné ho nakrmit. Pokud si nejsme jisti příčinou pláče, není z dlouhodobého hlediska vhodné se snažit dítě utišit podáním lahvičky s mlékem nebo přiložením k prsu. V tomto případě do budoucna hrozí záměna citové útěchy s příjmem potravy. Takové dítě později následkem vztahových problémů si buď odříká potravu nebo se na druhou stranu uspokojuje požíváním velkého množství sladkostí a různých pochutin (2, 3, 10, 57).

Pláč z bolesti je nejspíše nejrozpoznatelnější. Pokud se jedná o náhlou bolest, je křik pronikavý a velmi ostrý. Tehdy je na místě okamžitý zásah. V případě chronické bolesti, nebo při vysoké horečce má pláč spíše podobu nepravidelného, slabého, ale opakovaného sténání. Také v tomto případě je nutné rychle zasáhnout. Některé děti pláčou z důvodu bolení břicha po krmení. Doporučuje se miminko bezprostředně po krmení podržet ve svislé poloze na odříhnutí. Pláč ihned po kojení také může být signálem, že má miminko ještě hlad (3, 4, 38, 57, 58).

Pláč ze vzteku je velmi prudký, nastává tehdy pokud je neuspokojená nějaká potřeba dítěte. Tento křik je možné si vysvětlit jako důsledek velkého pocitu zklamání z neuspokojené potřeby, dítě se cítí bezmocné. Pokud neodhalíme správný důvod pláče, může přejít ze stavu vzteku do stavu zuřivosti (2, 3, 4, 10, 25, 57).

Pláč z osamění nebo z nudy začíná jako protest. Dítě se hlásí o pozornost, bylo dlouho samo, pokud nepřijde někdo, kdo ho zabaví, začne intenzivnější nářek, který nabírá na síle až do chvíle než za ním někdo přijde a tím získá to po čem toužilo – společnost (2, 3, 4, 10, 41, 48).

Pláč ze smutku se projevuje jako smutné vzdychání, je způsobený z psychické bolesti, kterou pociťuje opuštěné a nemilované miminko. Jedná se o pláč dítěte odloučeného od matky, například v době hospitalizace nebo jehož matka je sama psychicky nemocná a není schopná přinášet do života dítěte radost. Takové dítě opět objeví radost ze života tehdy, pokud ho najde i jeho nejbližší okolí (3, 10, 41, 48).

1.3.3 Kdy nechat dítě plakat

Nechávat miminko plakat mu nepřispěje k tomu, aby si procvičilo plíce. Samozřejmě ani ho tento postoj nenaučí méně plakat a pokud ano – tak bohužel za cenu, která se podepíše na jeho psychickém stavu. A v neposlední řadě se tím ani rodičům neuleví (3, 4, 10, 25, 45).

Takovýto postoj lze odůvodnit pouze ve třech situacích. První je, pokud dítě pláče ze spaní. Jestliže bychom miminko vzali do náruče, pravděpodobně bychom ho probudili a ono by začalo plakat ještě mnohem víc. Dětský pláč ze spaní se většinou během dvou až tří minut utiší (2, 3, 4, 57).

Druhá situace nastává tehdy, pokud miminko pláče z únavy. Rodiče si mnohdy vůbec neuvědomují, že jejich dítě pláče jen proto, že je unavené a potřebuje spát. Unavený a ospalý novorozenec, kojeneček jen ve výjimečných případech zavře oči a usne. Je to charakteristický způsob, jak se oprostit od napětí a uvolnit se. Celý proces usínání klade na nervovou soustavu miminka specifické nároky, je to určitá změna stavu, děťátko musí být schopné se udržet chvíli naprosto klidné, relaxované. Příliš unavené dítě není takového uvolnění schopné a paradoxně bude mít s usínáním mnohem větší potíže, než pokud ho uložíme ke spánku již při prvních signálech únavy. V těchto případech pomáhají již zavedené rituály : změna polohy, vyvětraná místnost, dudlík, děťátko obléci, uložit do kočárku a vydat se na procházku (3, 4, 10, 19, 35, 45, 57).

Třetí případ nastává v okamžiku, když jsou rodiče už natolik vyčerpaní a nervově podlomení a sami tuší, že by mohli vůči dítěti reagovat agresivně a násilně. Pokud rodiče již vyzkoušeli všechny osvědčené praktiky k utišení miminka, to stále pláče a rodiče mají pocit, že nejsou schopni dítě zklidnit, protože jsou sami příliš neklidní a napjatí, je lepší chvíli počkat, jestli se dítě neutiší samo. Je vhodné plačící dítě uložit do postýlky, aby si nemohlo způsobit nějaký úraz a na chvíli odejít do vedlejší místnosti (3, 4, 10, 35, 45, 57).

1.3.4 Hlavní příčiny pláče

Pro novorozence a kojence je pláč druh dorozumívání. Mnohdy jím projevuje určitý diskomfort. Je zcela na místě brzy porozumět příčině a odstranit ji dřív, než se pláč zvrátí v záchvat vzteku (3, 57, 58).

Jako první je nutné vyloučit zdravotní příčiny. Jestliže miminko trpí bolestí, pláče pronikavě. Sledují se příznaky, oznamující přítomnost nemoci, jako je kašel, výtok z nosu a respirační obtíže, průjem, zvracení, stav kůže, bledost a horečka. Některé onemocnění však nemají viditelné příznaky. V takové situaci je nutná návštěva lékaře (2, 3, 4, 10, 11, 35, 45).

Hlad, bolest, vztek, osamělost, nuda, únava a smutek jako hlavní příčiny pláče jsou podrobněji popsány v kapitole „druhy pláče“.

Potřeba sání patří mezi další příčiny pláče. Láhev nebo prs neposkytují dítěti pouze požitek z nasycení. Přináší mu také uspokojení jen ze samotného sání a cucání. Základní požitky novorozence a kojence jsou navozovány v tomto stádiu vývoje ústy, rty, orálně. Samotná doba krmení nemusí být vždy dostačující pro uspokojení potřeby sání. Tato potřeba je zcela individuální a u dětí se liší. Celkem často se stává, že miminko potřebuje sát i několik hodin denně. V takovém případě bude dítě po krmení pravděpodobně plakat i tehdy pokud je patřičně nasycené. Nežádá více mléka, ale je frustrované z důvodu odebrání prsu, savičky. Nemůže cucat, sát a začíná plakat. Některé děti si cucají pěstičku nebo palec a uspokojí si tak potřebu sání samy. Tato zručnost je ovšem podmiňována jistou motorickou koordinací, kterou většina dětí dosáhne kolem druhého až třetího měsíce. Jako další možnost uspokojení se nabízí dudlík. Výhrad k jeho používání existuje spousta. Rozhodnutí, zda dudlík používat či ne, závisí na rodičích (2, 3, 4, 10, 25, 28).

Nadměrná stimulace je synonymem dnešní doby a současný trend, díky němuž se od miminek očekává jakási „předčasnost“ ve všech jeho činnostech. Rodiče si mnohdy nepřipouštějí poměrně velmi krátkou dobu bdělosti novorozence a nepřiměřeně jej stimulují. To má za následek opět jen pláč. K tomuto stavu dochází nejčastěji v období do dvou měsíců, kdy je schopnost dítěte udržet pozornost velmi malá. Takové dítě se nejnanežněji utiší v matčině nebo otcově náruči, bez zbytečných pohybů a jakýchkoliv slov (5, 19, 23, 28, 48, 49).

1.3.5 Ostatní příčiny pláče

Tyto příčiny pláče jsou často označovány jako stavy nepohody. První příčinou může být stav, kdy je miminku příliš teplo nebo zima. Rodiče mají tendenci své dítě oblékat příliš, aby nenastydlo. Takové dítě se potí, je podrážděné, rychle dýchá. Naopak dítě, kterému je zima, zmodrá, má „husí kůži“. Děti je vhodné oblékat přiměřeně okolní teplotě (2, 3, 4, 28, 57).

Dítě může plakat z důvodu žízně, obzvláště pokud je horko a vlivem topení suchý vzduch. Na tuto příčinu se zapomíná i když je poměrně častá (3, 4, 10).

Některému dítěti může vadit mokrá nebo špinavá plenka a pláče, protože chce být přebaleno. Obzvláště děti s opruzeninami reagují křikem na znečištěnou plenku (3, 4, 10).

Citlivější miminka mohou plakat, pokud jsou nahá. Oblečení vnímají jako druhou kůži a jakousi ochranu, je jim také nepříjemný náhlý kontakt s chladným vzduchem. Pokud se děťátko převléká, je vhodné vždy nechat nějakou část těla zakrytou. Nad přebalovací pult je vhodné umístit infrazářič (2, 3, 4, 10, 11).

Miminka podléhají okolnímu napětí a jsou odezvou na něj. Instinktivně reagují na vzrušení, emoce, především tehdy, pokud je prožívá matka nebo otec. Platí pravidlo, že čím je matka unavenější a napjatější, tím je dětský pláč intenzivnější (3, 25, 48).

Větší miminka mohou plakat strachem. Důvodem jsou obavy, pocity z nepříjemných událostí, které si je schopno pamatovat. Pláč ze strachu bývá potvrzením správného duševního vývoje a inteligence. Takové dítě uklidní mírný hlas, klidná gestikulace (2, 3, 10, 25, 28).

Křik způsobený bolestí zubů se vyskytuje hlavně u dětí starších šesti měsíců. Nezřídka se zaměňuje s pláčem z důvodu neuspokojené potřeby sání a cucání. Když miminko přestane plakat v momentě vložení čehokoliv do úst, ještě to neznamená bolest zubů (2, 3, 4, 10).

Nedostatečné odříhnutí je jedním z dalších důvodů k pláči. Zejména v prvních týdnech života činí spolykaný vzduch v rámci krmení problémy a způsobuje pocit tlaku. Ve většině případů stačí po krmení dítě podržet ve svislé poloze na rameni a případně mu jemně poklepávat po zádech (3, 4, 10, 57).

Dítě se zažívacími potížemi nebo moderněji kolikami pláče, protože velmi silně prožívá nové pocity související s procesem trávení. To vše ještě umocňuje většinou matka, která svou nejistotu, nervozitu (zda její dítě netrpí kolikou, zda má dostatek mléka, jestli neudělala dietní chybu, přibývá děťátko dostatečně na váze, zda si dostatečně odřhlo...) přenáší na dítě. V průběhu prvních měsíců se tyto stavy upraví. Miminko bude potřebovat nějaký čas, aby se s těmito pocity vyrovnalo. Rodiče by k němu měli přistupovat s důvěrou a dodat mu pocit jistoty a bezpečí (2, 3, 10, 23, 32, 48).

Tříměsíční neboli kojenecká kolika se projevuje ataky pláče v souvislosti se zarudnutím, napnutím těla a končetin, ztvrdnutím břicha. Ve většině případů ovšem nemá tento stav nic společného se špatným trávením nebo s nadměrnou plynatostí. Nejčastějšími příčinami nadměrného pláče bývá nezralá organizace spánku a bdění a lehká nezralost neuromotorická (2, 3, 10, 32).

Dítě pláče vzteky, popřípadě spustí záchvat zuřivosti, pokud mu včas blízké osoby neporozumí a nevyřeší vzniklý problém. Citlivé miminko se do tohoto stavu dostává, jestliže mu rodiče nesplní jeho přání nebo ho splní nepatřičně. Tady je jediným opatřením snaha o dobré poznání dítěte a jeho potřeb. S tím souvisí i adekvátní reakce na ně (3, 4, 10, 23, 25, 28, 57).

Přecitlivělé reakce na cokoliv z okolí se vyskytují nejčastěji u miminek s malou hmotností, předčasně narozených a těch, která musela podstoupit léčebný zákrok ihned po narození. Pravděpodobně jim jsou na obtíž podněty každodenního života, zdá se, že jim nejsou schopny čelit. Rodiče by se jich měli velmi něžně dotýkat, zajistit jim hodně klidu a omezit vzruchy přicházející z okolí, přibližně tak jak tomu bylo v děloze. Těmto dětem vyhovuje zabalit celé tělíčko do zavinovačky – cítí se potom mnohem bezpečněji (3, 10, 11).

Pokud rodiče již vyzkoušeli všechno a dítě přesto pláče, pravděpodobně to prozrazuje malou schopnost se vcítit do jeho pocitů. Možná jen potřebuje uvolnit napětí. V takovém případě je nutné klidným a jistým přístupem dát najevo, že jsme s ním a je nám moc líto, že mu nedokážeme pomoci (3, 4, 28, 35, 45).

Po narození je vnímání dítěte omezeno na pár základních pocitů (hlad, osamělost, bolest, zima, horko, únava, úlek). V průběhu prvních měsíců života se jeho

informace o okolním světě značně rozšíří. Rodiče svým postojem, často neverbálně a nevědomky, do značné míry ovlivňují to, jakou situaci bude jeho dítě vnímat pozitivně a jakou negativně. Pokud například matka bude tvrdit, že ona sama se také bála tmy a vždy spala s rozsvíceným světlem, pravděpodobně se tak bude chovat i její dítě (3, 10, 49, 57).

Za předpokladu správné péče o dítě není až tolik důležitý samotný pláč, jeho intenzita, četnost a délka. Záleží ale na způsobu, jakým si křik vysvětlí rodič a jak ho vysvětlí dítěti.

1.3.6 Způsoby utišení dítěte

Dětskému pláči je nutné vždy věnovat velkou pozornost. Nejdůležitější ovšem je se snažit rozpoznat aktuální potřebu miminka. Mnohačetné studie ukazují na fakt, že čím rychlejší je reakce rodičů na křik svého dítěte v prvních čtyřech měsících, tím méně pláče. Žádný z popsaných způsobů utěšování pláče nesmí být rutinní (3, 4).

Pokud miminko pláče z důvodu neuspokojení základních potřeb, tak způsoby uklidnění dítěte byly již popsány výše.

Nervový systém miminek se velice snadno zahltlí. Novorozenec není schopen vnímat několik vjemů, informací najednou. Dokáže vždy registrovat a věnovat se jen jedné činnosti. Funguje tady tzv. pravidlo přetížení. Když dítě saje, nemůže věnovat pozornost ostatním podnětům. Jestli se na něco zakouká, přestává současně pít. Tohoto pravidla mohou s úspěchem využívat rodiče pro utišení svých dětí. Nasycením nervového systému silným podnětem z vnějšku je možné přerušit vnitřní pocity nepohody, které byly příčinou pláče. Tohoto ovšem lze využít jen v případě, když nejsou vnitřní pocity diskomfortu příliš silné (3, 4, 10, 11, 28).

Nejúčinnější metodou k utišení je jistě přiložení dítěte k prsu. Je tím uspokojena potřeba sání, tělesné blízkosti a samozřejmě potřeba jídla. Další možností je dudlík, cucání prstu, dlaně (3, 4, 10, 45).

Pohybem se stimuluje rovnovážný systém miminek již od narození. Různým houpáním, kolébáním může dítě zapomenout na nepříjemné pocity. Osvědčuje se nošení děťátka ve vaku, šátku. To je kolébáno vaším pohybem, je v teple a blízko rodičů. Rodičovská náruč také působí, někdy je zapotřebí s děťátkem chodit. Je možné také

využít kolébku, houpací křeslo. Některé děti uklidní projížďka autem, procházka v kočárku a změna prostředí (2, 3, 4, 10, 28).

Tělesným kontaktem se přenášejí sdělení a děti na ně dobře reagují. Tady je možné využít masáže olejíčkem, dotyk ruky musí být jistý a jemný. Důležitá je i okolní teplota, většina miminek je citlivá na chlad. Některé děti se utiší pomocí teplé vody a koupele. Zavinovačka hraje hlavně u novorozenců důležitou roli, zavinuté miminko se cítí chráněné a je v teple (3, 4, 25, 28).

Sluchová soustava je lépe vyvinuta než zraková a dítě dobře reaguje na hlasy, říkanky, hrací skříňky, relaxační kazety, zvuky vody a vrčení různých domácích spotřebičů (3, 4, 28).

Pozor je potřeba dávat na některé rutinní způsoby utěšování pláče a jejich event. následky. Např. utěšovat u dítěte každé zaplakaní vložení prsu do úst může založit na jeho pozdější potřebu každý stres „zajíst nebo zapít“, vzniká nebezpečí obezity. Odkládáním do postýlky může vzniknout závislost na různých způsobech sebeuspokojování, např. cucání prstů, plyšáka, rohu peřiny. Výslovně se nedoporučují dávat novorozencům jakékoliv uklidňující léky a léky na spaní (2, 3, 10, 11, 25, 28).

1.3.7 Přijetí dítěte, takového jaké je

Zvládnutí novorozeneckého a kojeneckého pláče je pro rodiče velkou výzvou. Rodiče by neměli zapomínat, že i pláč je pro novorozence přínosný. Pláč je prvním znakem života, který těsně po porodu všichni očekávají. Současně je i životní energií a dokazuje životaschopnost dítěte (2, 3).

Nejeden z rodičů si zcela určitě vybájl krásné, navoněné, usmívající se miminko ve své náruči. Skutečnost je však jiná. Je velmi důležité novorozence přijmout, takového jaký je. Snaha rodičů, vynaložená k pochopení emočního stavu miminka a jeho osobitého způsobu vyjadřování, se jim brzy vrátí v podobě radostných a klidných chvil. Děťátko postupně získá pocit vnitřního bezpečí, pochopení a dospělí víru ve své rodičovské kvalitě. Zklamání z možného počátečního neúspěchu ve výchově se zcela jistě změní ve skutečnou radost ze života, díky objevení šťastného a zvědavého miminka (2, 3, 46, 47, 48, 49, 56).

V neposlední řadě nesmí rodiče zapomínat na svůj odpočinek a dbát i na své vlastní psychické potřeby. Bez výčitek svědomí by mohli své děťátko svěřit do péče prarodičů, přátel nebo jakékoliv blízké osobě. Každý potřebuje odpočívat a má právo na prostor pro vlastní zájmy. Prospěje to rodičům i dětem. Pokud bude odpočatá, vyrovnaná a klidná matka, bude takové i dítě (3, 28, 35, 48, 56).

1.3.8 Vliv pláče na rodiče

Dětský pláč je v mnoha případech iritující a rodiče i ostatní pečující osoby vyvádí z rovnováhy. Neutišitelný pláč působí jako chronický stres, neumožní odpočinek, vede k vyčerpání, podráždění, ztrátě sebedůvěry a pocitu bezmocnosti. Rodiče tak mohou ztrácet schopnost se z dítěte radovat, vyhýbají se vzájemnému kontaktu, nereagují na jeho podněty, jejich reakce mohou být nepředvídatelné, nesmyslné. Ty potom mohou vyvrcholit až ohrožením dítěte na životě. Křik novorozence má počáteční zvukovou frekvenci od 350 do 500 Hz a při zintenzivnění pláče až od 1500 do 5000 Hz a má intenzitu 85 dB. Křik o takové síle má na lidský organismus negativní vliv. Zvyšuje se krevní tlak, zrychluje se respirační rytmus, zvýšeně se potí dlaně, obdobně jako při stresových situacích. Dlouhodobý stres se projevuje bolestmi hlavy, trávicími potížemi, svalovým napětím, bolestmi zad, zvýšenou vnímavostí k virovým onemocněním. Následně chybí dostatek spánku, to má vliv na podrážděnost a afektivní křehkost. Novorozenecký křik je nejtypičtějším projevem lidské úzkosti. U dospělých, kteří pravidelně pečují o nadměrně plačící miminko, se následně rozvíjejí různé patologické reakce psychické povahy, vždy související se stresem. Pokud miminko hodně pláče, mohou u některých rodičů narůstat agresivní pocity, které ne vždy dokáží vůlí kontrolovat a ovládat. Tímto jsou častěji ohroženi rodiče izolovaní, bez podpory, pomoci okolí a s možností minimálního odpočinku. Již v prenatální péči, popřípadě v porodnici, by měla být matka poučena, že po počáteční euforii z narození krásného děťátka se může dostavit pocit prázdnoty, beznaděje, zklamání, že nic není takové, jak si vysnila. Tyto pocity vedou k neúspěchu tišit dětský pláč. Dítě všechno sdílí s matkou, samozřejmě i její napětí, na které reaguje zvýšeným pláčem. Navíc maminka, jejíž dítě neutišitelně pláče, může upadnout snadno do deprese, pokud jí nikdo s péčí nepomůže a nepodpoří ji. Když musí neustále čelit

úzkostnému stavu, který vyvolává stres, k tomu navíc díky plačícímu dítěti jí schází dostatek spánku, se snadno dostane do stavu trvalého vnitřního napětí, nedokáže odpočívat. Dále nastává vyčerpání, stav trvalé únavy a nezájem o cokoliv. Dochází k počátečním fázím depresivních stavů nebo naopak k agresivitě a to děťátko ještě více zneklidňuje a zintenzivňuje pláč. Kojící matky reagují na pláč reflexní tvorbou mléka (2, 3, 4, 11, 32, 41, 46, 47).

1.4 Psychomotorický vývoj dítěte

Slovo vývoj je v běžné řeči poměrně často používané a má značně široký a neurčitý význam. Psychomotorický vývoj by se mohl stručně definovat jako změna, při které organismus získává nové vlastnosti - přitom některé dosavadní si ponechá a některé ztrácí, stává se složitějším vnitřně i navenek – projevují se vztahy mezi jeho částmi i vztahy mezi ním a okolím, postupně se stává méně závislým na svém okolí, je spontánní. Vývoj je posloupná řada zákonitých změn, které přicházejí v předem daném pořadí, má stadium vzestupné, stacionární a sestupné – tyto procesy jsou nevratné i když v duševním vývoji je možné někdy pozorovat náznak regrese, návratu na vývojově nižší úroveň – není to ovšem návrat ke stejné kvalitě, zrovna tak žádná omlazovací kúra nevede ke skutečnému omlazení. Vývoj je závislý také na iniciativě dané genetickým programem, iniciativě psychických potřeb, vědomé, záměrné iniciativě. Na druhé straně okolní svět dává podmínky k určitému vývoji. Je důležité, aby iniciativa vycházela z obou stran. Duševní vývoj je značnou měrou podmiňován biologickými, psychologickými, a sociálními faktory. Biologická determinace duševního vývoje závisí především na prioritním vývoji mozku, nositeli psychiky a celého neurohormonálního systému řízení organismu. Dále vývoj ovlivňují dědičné, vrozené faktory a okolní prostředí. Tělesný a duševní vývoj jsou vzájemně podmíněny. Tělesný vývoj je determinantou vývoje duševního, na jeho základě je možné objasnit možné duševní vývojové změny (40, 41, 50, 55, 61).

Ve vývojové psychologii existují tzv. senzitivní období. Tehdy je psychika obzvlášť citlivá vůči některým vlivům, pokud se však toto období správně nevyužije, lze nedostatky nahradit později, i když mnohem obtížněji a pravděpodobně ne zcela úplně. Pro optimální rozvoj mateřských citů je senzitivním obdobím čas těsně po

porodu. Pokud je v této době matce položeno dítě na břicho a podporuje se užší kontakt, matka ke svému dítěti mnohem silněji citově přilne. Tehdy novorozenec instinktivně hledá prs a pokouší se sát. Pravděpodobně ne proto, že by měl hlad, ale dává tím matce najevo, že je její a touží být v její blízkosti (49, 50, 61).

Jednotlivá vývojová období lidského života se dělí od prenatálního po stáří, senium. Vzhledem ke skutečnosti, že shaken baby syndrome se týká dětí převážně od narození do tří let a jsou popsány výjimečné případy i šestiletých dětí, budou pro účely této práce podrobněji charakterizována období od prenatálního po období předškolního věku.

1.4.1 Prenatální období

Vývoj začíná početím, trvá 40 týdnů a má tři fáze. V první fázi probíhá oplození, uhníždění a vytvoření tří zárodečných listů. Druhá fáze je embryonální období, od čtvrtého do dvanáctého týdne. Třetí fází je fetální vývoj a trvá od 12 týdne do narození. Oplozené vajíčko se začne dělit již cestou do dělohy na dvě stejné buňky, potom na čtyři atd.. Po šesti děleních jich vznikne 64, z jedné buňky se vyvine nový jedinec a ostatní vytvoří základ pro placentu. Poté se zárodečná buňka začne postupně diferencovat, vyvíjejí se tkáně a orgány, uskutečňuje se tzv. organogeneze. Ve třech týdnech už tepe srdce, mozek přebírá svou řídicí funkci a je možné pozorovat aktivitu jeho buněk elektroencefalografem. Patrné jsou už i rozdíly ve fungování mužského a ženského mozku, to má souvislost se specializací mozkových hemisfér, která je u obou pohlaví rozdílná. V polovině prenatálního vývoje má plod vyvinutý téměř plný počet mozkových buněk a dál probíhá jejich zrání a propojování. Přibližně do tří měsíců je plod obzvlášť citlivý na škodlivé vlivy, které mohou vést k různým malformacím. Ve čtvrtém měsíci už je znatelný vnější genitál. V pátém měsíci má plod zhruba polovinu své porodní délky, váží přibližně 500g a v této době začíná matka cítit pohyby, kopání dítěte. Plody se odlišují svou reaktivitou, začíná se projevovat jejich temperament. V pátém měsíci také začíná slyšet a o měsíc později již reaguje na podněty a rozeznává matčin hlas, reaguje na hudbu a zpěv. Brzy reaguje na tlak, bolest, dokáže si vynutit změnu polohy, vnímá silné světelné záblesky a v posledním trimestru nitroděložního

vývoje dochází k dalšímu rozvoji příjmu podnětů. Například se rozvíjí chuť, pije plodovou vodu, pokud se ochutí např. sacharózou pije jí víc (2, 4, 40, 55, 60, 61).

Při komunikaci s matkou se uplatňují biochemické mechanismy, když se matka něčeho lekne reaguje plod kopáním, protože se do jeho těla dostal přes placentu matčin adrenalin. Pokud si matka zapálí cigaretu, reaguje plod neklidem atd. (2, 4, 40, 55, 60).

Prenatální období končí porodem, který by měl být dle moderních názorů „bezbolestný a něžný“ pro matku i dítě, přičemž bolestivost se omezuje díky podrobnému poučení a nácviku, kterým žena projde v průběhu těhotenství. Ten jí umožní více spolupracovat během porodu. Něžný porod by měl zajišťovat co nejlídnější, nejšetrnější a nejlaskavější přivítání novorozence na světě, omezuje důraz na technickou stránku a více se věnuje psychologickému aspektu. Přejít dítě z chráněného nitroděložního života je pro organismus novorozence značnou zátěží a to i po stránce psychické. Něžný porod prosazoval francouzský porodník Frederic Leboyer, chtěl miminku co nejvíce ulehčit příchod na svět. Požadoval, aby se novorozenec s ještě pulzující pupeční šňůrou položil na břicho matky, která ho mohla držet a hladit. Dítě se může pomalu pohybovat a začíná hledat prs a sát, oba jsou v těsném kontaktu. Vztah mezi matkou a dítětem se tak může od počátku vyvíjet zcela nerušeně (2, 40, 48, 60, 61).

1.4.2 Natální období - novorozenec

Trvá 28 dní od porodu, je obdobím adaptace na nové prostředí. Spánek trvá kolem 20 hodin denně. Mimo spánku u novorozenců můžeme rozeznávat i další přechodné stavy a stavy vzrušení, které se projevují křikem. Rozlišujeme následujících šest stavů. První je hluboký spánek, který se projevuje pravidelným dechem, oči jsou zavřené, bez spontánních pohybů. Druhý je lehký spánek, kdy oči jsou zavřené nebo pootevřené, pod víčky jsou znatelné rychlé oční pohyby, drobné záškuby, změny mimického výrazu. Třetím stavem je dřímota, to je přechodný stav mezi spánkem a bděním, oči mohou být otevřené, jsou patrné občasné drobné záškuby a nízké svalové napětí. Čtvrtý je klidný bdělý stav, charakteristický jasným pohledem, dítě věnuje veškerou pozornost dívání a naslouchání a jeho aktivita je nízká. Pátý je aktivní bdělý

stav, kdy má dítě otevřené oči, vyvíjí velkou pohybovou aktivitu a hlasově se projevuje. Posledním, šestým stavem je pláč, kdy má novorozenec otevřené nebo zavřené oči, typická je velká pohybová aktivita, velké svalové napětí, nepravidelný dech a křik. Rozlišování těchto stavů je velmi důležité, jelikož na nich závisí i všechny ostatní reakce novorozence. Aktivní zájem o okolí projevuje dítě jen tehdy, je-li v klidném bdělém stavu. Režim spánku a bdění je zatím nepravidelný (2, 4, 40, 50, 55).

Novorozenec má vyvinuty veškeré základní nepodmíněné reflexy. Mezi ně patří reflex hledací, polykací, vyměšovací, obranný, orientační, úchopový a polohový. Napomáhají dítěti vyrovnat se s novým prostředím. Řada z nich vyhasíná v určitém specifickém období a jsou důležité při vývojové diagnostice, např. reflex tonicko šíjový – šermířský zaniká ve třetím měsíci, ve čtvrtém měsíci zaniká Robinsonův reflex uchopovací a v šestém měsíci Moroův reflex – rozhození končetin při prudkém pohybu podložky atd. (2, 4, 40, 55, 61).

Novorozenec již od počátku vidí na vzdálenost 25 – 30cm. Rozlišuje základní tvary i barvy, upřednostňuje kontrast a složité vzory před jednoduchými. Nejpritažlivější je pro něj lidský obličej. Zraková ostrost je ještě nízká a dospělé ostrosti dosáhne dítě až okolo dvanácti měsíců života. Rozvinutý je i sluch. Novorozenec upřednostňuje vysoký ženský hlas. Neomylně poznává hlas matky mezi hlasy jiných žen. Zvuky, které dítě slyšelo na konci těhotenství, mu nevadí a uspávají ho. V prvních měsících po narození se také propojují informace z různých smyslů. Například obrací pohled za zdrojem hluku. Tato vlastnost je typická pro novorozenecké období a později mizí a objevuje se až ve třetím až čtvrtém měsíci života. Správně vyvinutý je i hmat, který se ovšem konstruoval již prenatálně. Pomocí hmatu se dítě dokáže samo uklidnit, např. sáním sevřené pěstičky, prstů. Dobře je rozvinutý čich i chuť. Rozpoznat základní chutě dokáže dítě už v prenatálním období. Šest dní po porodu je dítě schopno čichem poznat matku (2, 4, 26, 40, 55).

Novorozenec je zcela odkázán na péči matky, je plně závislý. Většinou zaujímá nesymetrickou polohu šermíře. Pokud je držen ve vzpřímené poloze, sám neudrží hlavičku, ruce bývají sevřené v pěst a nejsou ještě připraveny pro úchop. Je schopen se učit a naučené podrží déle než 24 hodin. Učí se aktivně vyhýbat nepříjemnému. Doporučuje se, pokud je to možné, stálý kontakt s matkou ihned po

porodu, z důvodu utváření vzájemných citových vztahů. Sestra by měla matku vést, aby se dítěte dotýkala, hladila ho, hrála si s ním. Velký význam pro citový kontakt má také podpora kojení. Diferencuje se také křik, jiný je ihned po porodu, odlišný je oznamující hlad, bolest. Novorozenec zjišťuje, že pláčem přivolá matku, zapojuje se do společenství (2, 4, 26, 40, 49, 55).

1.4.3 Rané dětství - kojeneček

Kojenecké období trvá od 29 dne do jednoho roku věku dítěte. V tomto období mohou rodiče sledovat ohromné vývojové změny. Během prvního roku života je vývoj po duševní i tělesné stránce nejrychlejší a nejbouřlivější v porovnání s ostatními etapami života. Nastává prudký motorický a smyslový vývoj, který vede k primárnímu osamostatnění. Pokračuje zrání centrální mozkové soustavy. Prodlužuje se doba bdění, kojeneček spí přibližně 13 – 16 hodin denně (2, 4, 40, 61).

Již od šesti týdnů, je dítě schopné zachytit matčiny oči, zaměřuje se na lidský obličej, své ruce, reaguje na hračky. Koncem druhého měsíce se objevuje první úsměv, většinou věnovaný mateřské osobě, dítě ho dokáže opětovat. Dítě udrží chvilku vzpřímenou hlavičku, pokud je na bříšku pokouší se ji zvednout, ruce má stále ještě sevřené v pěst (2, 4, 25, 40, 61).

Ve třech měsících leží na zádech v symetrické poloze, ruce jsou někdy ještě sevřené, ale pokud dítěti vložíme do ruky hračku, drží ji vědomě a dovede se na ni i dlouze zadívat. Na bříšku zvedá hlavičku, obličej s podložkou svírá úhel přibližně 45°, opírá se o předloktí a zrakem zachycuje předměty, zejména výrazné barvy a pomalu pohybující se. Začíná se také projevovat hlasově, brouká a vydává první hlásky, to má za úkol přitáhnout pozornost rodičů, kteří mu odpovídají (2, 4, 25, 49, 55).

Ve čtvrtém až pátém měsíci se prvotní nezralá asymetrie mění v symetrii, hlavička je ve střední poloze, pokud se paže pohybují, tak vždy současně, souhlasně. v poloze na bříšku se opírá o dlaně a lokty jsou natažené, hlava kolmo vzpřímená. V tomto období je nejčastější činností dítěte hra s prsty, je to podmíněno také tím, že ruce již nejsou sevřené v pěst. Začíná se také uplatňovat souhra oka a ruky, která se bude dále rozvíjet. Objevuje se pravý smích, který vyjadřuje zážitek veselosti, vzrušení, radostného překvapení, dá se vyprovokovat lechtáním a dováděním. Sleduje druhého

člověka a vyžaduje od něj kontakt, hlavně formou hry. Do čtvrtého měsíce převažuje zájem dítěte o vlastní tělo, od čtvrtého měsíce zájem o okolí (2, 4, 25, 26, 55).

V pěti měsících se začíná za pomoci přitahovat do sedu, není ještě, ale připravené sedět. V poloze na zádech se často chytí za chodidla a prsty nohou dává do pusy. Rodí se citový vztah, který se v plné síle přihlásí až v osmém nebo devátém měsíci (2, 4, 40, 50).

V šestém měsíci sedí s oporou zpříma, ve stoji se vzpíná, převrací se. V poloze na zádech nechce být, obrací se na bříško a sleduje okolí. Prostor postýlky mu začíná být těsný, dítě chce ven, potřebuje větší prostor pro objevování světa. Umí se na sebe zasmát v zrcadle, nebo napodobovat, opakovat výrazy dospělých. Dokáže si přendat hračku z jedné ruky do druhé, třepe s ní, bouchá, otáčí se za zvukem. Vyskytuje se jednoduché dlaňové uchopení, bez palce. Zlepšuje se zraková ostrost. Začíná žvatlat a vydávat první slabiky (40, 50, 61).

V sedmi měsících již samo sedí, pokud dítě podržíme v podpaží, cítíme, že se ve stoji udrží téměř celou svou váhou. V poloze na zádech si hraje s nohama, které vysoko zvedá. Hračku již dokáže uchopit celou rukou. Reaguje na své jméno, umí vyslovit některé slabiky. Rozlišuje obličej známých lidí, z cizích má strach. Specifický vztah má k mateřské osobě, reaguje úzkostlivě při jejím odloučení. Citlivě odpovídá na atmosféru, vnímá hluk, křik, nervozitu, hádky. Tady je potřeba dát si pozor na „dvojnou vazbu“, kdy je verbální a neverbální projev mateřské osoby v nesouladu. Pokud se oslovuje dítě něžným, zdvořilým slovem, ale tón hlasu je našťvaný, zlý, může být dítě z toho zmatené, neví co si má vybrat a jeho základní potřeba jistoty a bezpečí je tím frustrována (2, 4, 40, 61).

V osmém měsíci začíná se plazit a připravuje se na lezení. Začíná se objevovat zvýšený zájem o drobné předměty, objevují se pokroky v obratnosti ruky, jemné motorice. Drží si samo láhev při pití, rohlík, učí se pít z hrnku. O normálním vývoji svědčí vznik tzv. separační úzkosti, strach, který kojeneček pociťuje pokud se matka vzdálí, prohlubuje se strach z cizích osob, které vnímá jako nebezpečné, nepřátelské. K separační úzkosti může dojít i při častém střídání prostředí, odlučování od rodiny, v péči mnoha neznámých osob, takovou situací je i hospitalizace dítěte a u kojenců starších sedmi měsíců je potřeba na ni myslet (2, 4, 25, 26, 40, 55, 61).

V devátém měsíci dítě sedí vzpřímeně a pevně, předklání se, posadí se, leze, vytahuje se do stoje a stojí s oporou. Zajímá se o detaily, rozumí výzvám, svému okolí a dokáže spojit to co vidí s tím co dělá. Dostává se do stadia učení nápodobou, napodobuje mimiku ostatních, učí se dělat paci – paci atd. Dítě uchopí malý předmět mezi palec a ukazováček, má tzv. pinzetový úchop (2, 4, 25, 40).

V deseti měsících střídá polohu vsedě s lezením, do stoje se již vytáhne samo a s oporou stojí pevně. Uchopí hrneček za ouško, vysypává obsah nádob, pokouší se dávat kostky do misky (2, 4, 25, 40).

V jedenáctém měsíci je možné pozorovat úkroky kolem nábytku, přesto je lezení ještě dominantní a zlepšuje se technika i rychlost pohybu. Hraje si na schovávanou, rozumí pochvale nebo pokárání (2, 4, 25, 26, 40, 61).

Ve dvanácti měsících měří dítě přibližně o 25cm více než je jeho porodní délka a váží 9 – 10kg. V jednom roce dítě stojí chvíli samo, chodí za jednu ruku, může udělat pár krůčků samo, umí vyslovit první slova. Velká pozornost by se měla v celém kojeneckém období věnovat přiměřenosti podnětů. Pokud je dítě zanedbáváno nebo naopak musí čelit neúměrným nárokům, strádá ve svých potřebách a nevyvíjí se tak, jak by mohlo. Předpokladem zdravého vývoje je optimální uspokojování potřeb dítěte (2, 4, 25, 40, 61).

1.4.4 Rané dětství - batole

Toto období se dělí na mladší batolecí od jednoho do dvou let a starší batolecí od dvou do tří let. Batole vyrostle od prvního do třetího roku zhruba ze 77 cm na 97 cm a váží asi 15kg. Mozek váží více než jeden kilogram a v období mezi 15. – 24. měsícem zraje obzvlášť rychle (2, 5, 17, 30, 49).

V patnácti měsících už většina dětí chodí, schody však většinou zvládá pomocí lezení. Uvolňování úchopu dozrává, takže dítě se pokouší stavět kostky na sebe, vědomě pouští z výšky dolů předměty, navléká kroužky na tyč, objevují se i první pokusy o kreslení. Dále se vyvíjí i řeč, dítě si víc povídá pro sebe, často mu není rozumět. Začíná se zajímat o obrázkové knížky a má z nich radost. Je to také doba, kdy si dítě osvojuje první společenské a kulturní návyky. Tady je vhodné začít s učením na nočník a s nácvikem smrkání (2, 5, 40, 61).

V osmnácti měsících udržuje rovnováhu, dovede se rozběhnout, zastavit, otočit a běžet zpět, dokáže vylézt na pohovku, sednout si na bobeček a bez pomoci si zase stoupnout. Do schodů jde za jednu ruku. Dovede s věcmi házet a kopat do nich, v tuto chvíli se míč stává oblíbenou hračkou a významným prostředkem vývojové stimulace. Do inventáře výchovných a podnětových předmětů začíná pronikat důležitý faktor – tužka a papír. Rychlý vývoj pohyblivosti provází také rychlý rozvoj řeči a samozřejmě rozvoj sociálního chování. Chápe význam slov a používá je. V knížkách poznává zvířátka, ukazuje na ně, ví jak dělají. Mluví dětským žargonem, objevuje se první kombinace slov, nebývají to ještě věty, ale slova jsou vlastně jen kladena vedle sebe. Dovede vyjádřit co chce, jaké má přání, umí přiléhavě gestikulovat. Učí se jíst samo lžičkou, pít z hrnečku, pomáhá při oblékání (2, 5, 40, 49, 55).

Ve dvou letech dovede chodit ze schodů i do schodů tak, že přisunuje nohu, nepadá přes prahy. Ve hře staví kostky na sebe i za sebe, ovládá vertikální i horizontální směr. S tužkou dělá krouživé pohyby a napodobuje po rodičích i svislé čáry. Umí si říct, že potřebuje na nočník a i v noci často zůstane suché. Dovede si obléci čepici, ponožky, rukavice a někdy i kalhoty. Dokáže myslet v představách, při hře symbolizovat určitou věc, předvádět ji. Vytváří se symbolické a předpojmové myšlení. Je schopné formulovat první věty, většinou o třech slovech. Zná a používá asi 200 – 300 slov. Dovede používat množné číslo, ale sobě říká jménem, kterým na něj volají ostatní. Začíná se utvářet vědomí vlastní osoby, identity, vlastního „já“. Dítě si začíná uvědomovat své postavení ve společenství rodiny, ví jaký vztah mají ostatní lidé k němu. Probouzí se sociální zájem. Pro dítě je nyní hračka živou bytostí a při hře do ní přenášejí své zkušenosti a citové rozpoložení. V této době také batole „utíká“ od matky ke hře a objevování okolí, ale zároveň musí mít pocit jistoty, že se k ní může opět vrátit (2, 5, 40, 52, 55).

Mezi druhým a třetím rokem chodí dítě po schodech se střídáním nohou, skáče snožmo, vydrží chvíli stát na jedné noze. Pokud čmárá po papíře, tak po celém. Dokáže rozlišovat tvary, vkládá správný tvar do výřezu. Tužku drží stále v dlani, umí čáru svislou i vodorovnou. Začíná užívat i zájmeno „já“ a „ty“, dokáže skloňovat slova, umí různé jednoduché říkanky. Nastává období vzdoru, trucování a výbuchů zlosti (2, 5, 40, 49, 61).

Ke konci třetího roku děti začínají kreslit věci ze svého okolí, nejčastěji rodiče. Nejprve to jsou tzv. „hlavonožci“, k namalovanému obličejí jsou připojeny nohy. Nyní to je jejich představa lidské postavy. Mimo to malují i autíčka, domečky atd. Většina dětí mluví již v rozvitých větách, zná spoustu říkanek, básniček a písniček. Kniha se stává definitivním vzdělávacím prostředkem. Na začátku třetího roku ještě převládá paralelní hra, kdy si děti hrají spíše vedle sebe než spolu. Ke konci třetího roku však již dítě dospělo k souhře a ke spolupráci ve hře, děti si hrají spolu, mají společný prostor, čas i záměr. To je jedním z předpokladů pro vstup dítěte do mateřské školy. Dokáže s pomocí rodičů objevovat a přijímat určitý řád, který mu zaručuje jistou samosprávu a díky němu chápe co smí, nesmí, co je mu povoleno, na co má právo. Začíná si uvědomovat, že jistý řád platí i mimo domov. S malou pomocí se obléká, rozepíná knoflíky, umyje si ruce, samo se nají, umí doplnit text říkanky, pohádky, zná asi 900 slov (2, 5, 40, 49, 50, 52, 61).

1.4.5 Předškolní věk

Toto období trvá od tří let do šestých narozenin dítěte. Vývoj po tělesné i duševní stránce je už pomalejší. Dítě v šesti letech měří asi 117cm a jeho váha se pohybuje přibližně kolem 22kg, mění se tělesné proporce, hrudník se výrazněji odlišuje od břicha, přibývá svalové tkáně, nohy i ruce se protahují. Mozek v předškolním věku stále dozrává, nervová vlákna se opouzdrňují a zesiluje se rychlost vedení vzruchu. Pohyblivost dítěte se zdokonaluje pozvolna, v dovednostech se vlastně jen zlepšuje, zrychluje a je obratnější. Velký význam mají tělesné individuální rozdíly, které jsou vnímány okolím. Méně dobře vyvinuté dítě bývá plaché a obtížněji se zapojuje do kolektivu. Naopak obratnější, rychlejší a tělesně přitažlivější dítě má v kolektivu mnohem příznivější pozici, snáze získává přízeň učitelů a někdy i rodičů. Pro předškoláka nastává vhodné období pro přijímání dětí s navenek znatelným postižením, jiné etnické, národností skupiny. Předškolák již dokáže akceptovat určité kulturní požadavky společnosti. Díky větší obratnosti se dokáže sám obléct, pod dohledem obsloužit v oblasti hygieny, při jídle používá příbor, učí se stříhat nůžkami, pracuje s modelínou, dokáže si uklidit hračky a udržovat pořádek. Formou hry napodobují dospělé, diferencují se typické hry, hračky pro děvčata a chlapce. Typickou hračkou

tohoto období, pro obě pohlaví je stavebnice nebo puzzles, děti mají potřebu věci rozkládat a skládat. Velice oblíbeným fenoménem při hře je tzv. „imaginární společník“, kterého si dítě vymyslí, pojmenuje ho a hraje si s ním. Zdokonaluje se ve výtvarných projevech, po čtvrtém roce už nekreslí „hlavonožce“, ale přibývají i ruce, později prsty, na hlavě vlasy a uši. Tento věk je nejvýznamnější dobou fantazie a tím pádem i nejdůležitější dobou pohádek a vyprávěných příběhů ze života, do nichž se dítě vžívá. Přispívají k tvorbě správných návyků a norem chování (2, 40, 47, 49, 61).

Většina dětí navštěvuje mateřskou školu, kde získává kontakt s vrstevníky, po kterém touží, který je pro předškolní období velice důležitý a nutný. Ve dvou letech přijímá identitu rodinnou, po třetím roce překračuje pomyslné hranice domova a vstupuje do nového společenského prostoru, kterým bývá společnost ostatních dětí. Tato společnost vrstevníků je pro dítě cílová, v ní budou hledat kamarády, uplatnění atd. Nastává čas uzavírání prvních přátelství, která vedou k odstranění sobeckosti, agresivity a obohacují celý život. Nynější přátelství a vztahy však nemají dlouhé trvání a jsou nahodilá. Rozvíjejí se také prosociální vlastnosti, jako je např. půjčování hraček, pomáhání, spolupráce (2, 40, 49, 61).

Začíná rozumět prvním matematickým vztahům, dovede počítat do deseti a ví, že šest je více než tři. U předškolních dětí lze poměrně hodnověrně měřit inteligenci. Ve čtyřech letech dovedou zaregistrovat legraci v ději, který se netýká jich samotných, např. vtípné obrázky v knihách. V šesti letech chápou jednoduchý humor a vtíp dospělých, dokáže si vymyslet vlastní humorné příběhy pro pobavení ostatních. Hlavním představitelem humoru klaun. Objevuje se egocentrické myšlení, dítě neuznává jiný názor než svůj. Často se v myšlení vyskytují magické prvky, neodlišuje čin a přání, pozměňuje fakta. Dále je dětské myšlení v tuto dobu antropomorfní, kdy dítě přisuzuje lidské vlastnosti neživým objektům, polidšťuje. Realita se často mísí s fantazií a vznikají tzv. bezděčné lži. A v neposlední řadě je předškolní období tázacím časem a věčného „proč?“ a „jak?“ (2, 40, 49, 61).

1.5 Úloha sestry v prevenci třesení s dětmi

Jednou z mnoha rolí sestry je činnost „učitelky“, edukátorky, poradkyně a obhájkyně práv pacienta, týkající se nestálého zlepšování zdravotního stavu jednotlivců a rodin. V souvislosti s SBS se tyto role přenášejí do primární zdravotní péče a navzájem se prolínají. Profesionální ošetrovatelská péče se poskytuje v přímém kontaktu s jednotlivci nebo skupinami lidí, a v tomto případě je zaměřena na primární preventivní péči (39, 62).

V ČR je primární preventivní péče, týkající se syndromu třeseného dítěte minimální a sekundární, terciární prevence neexistuje. Chybí odborná informovanost rodičů i zdravotníků o SBS, diagnostika SBS a zařazení syndromu třeseného dítěte do Národního registru dětských úrazů (15).

Tato péče by měla být poskytována především v komunitním ošetrovatelství a to již sestrami, pracujícími v ordinacích gynekologů v období těhotenství, v rámci předporodních kurzů a nejpozději sestrami pracujícími v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost. Zde by měli být podávány kvalitní informace o syndromu třeseného dítěte a způsobech utišení pláče, jako hlavního vyvolavatele (20).

Sestra by měla být schopna identifikovat u rodičů a pečovatelů rizikové faktory a následně diagnostikovat potencionální ošetrovatelské diagnózy, riziko násilí, poškození a úrazu dětí, vážné psychologické stresy, související s porodem a následnou péčí o dítě. Díky správné diagnostice a rozlišení, označení rizikových rodin, sestra odpovídajícími způsoby, formou edukačního procesu působí preventivně vůči možnému poškození a násilí na dětech (20, 39).

V průběhu edukačního procesu by se sestry měly zaměřit v oblasti plánování na objasnění problému SBS takovým způsobem, aby jim rodiče a pečující osoby porozuměli. Je vhodné ústní informace doplnit informačními brožurami, zásadní údaje zdůraznit. Příhodné je též využití všech dostupných pomůcek (obrázky, speciální modely simulující poškození mozku způsobeného třesením, kasuistiky). Pokud nebyla problematika syndromu třeseného dítěte rodiči správně pochopena, je třeba informace zopakovat. Nezbytně nutné je sledovat emocionální reakce rodičů na předávané informace. V této fázi se navazuje důvěra mezi sestrou a rodičem. Vysvětlení důvodu edukačního procesu je taktéž nezbytné. Prostor ponechaný pro případné dotazy a jejich

zodpovězení přispívá k příznivému výsledku celého procesu. Sestry by měly sledovat zájem rodičů o nové informace a orientovat se zvláště na „rizikové rodiče“ (nízký věk rodičů, nízká úroveň vzdělání, více dětí mladších 6 let v rodině, drogová a alkoholová závislost, deprese, nedostatečná příprava na rodičovství, sociální izolace, nedobrá finanční a sociální situace atd.). Ze strany sester nesmíme zapomínat ověřit si, zda rodiče porozuměli všem informacím a požádat je o stručné vysvětlení problému SBS. Zhodnocení edukačního procesu provádí sestry průběžně. Na závěr celé edukace je nevyhnutelná kontrola získaných znalostí, která je nutná k provedení zpětné vazby a na níž částečně závisí i úspěšnost celého edukačního procesu, týkající se konkrétně syndromu třeseného dítěte (20, 35, 39, 62).

1.5.1 Primární preventivní péče sestry a SBS

Sestry na všech úrovních poskytování zdravotní péče ovlivňují zdraví jednotlivců, skupin a společnosti určitým výchovným působením. V rámci SBS sestra výchovně působí hlavně na rodiče právě narozených dětí a na budoucí rodiče během prenatální péče. Toto působení bude úspěšnější, pokud bude mít rodič uvědomělejší vztah ke zdraví svému i zdraví svého dítěte. V souvislosti s SBS by se sestra měla zaměřit na edukaci ohledně péče o novorozence již během těhotenství a i v šestinedělí, zaměřit se na plánované rodičovství, předcházení nechtěnému těhotenství, ze kterého by mohla pramenit nevhodná péče a eventuálně násilí na nechtěném dítěti. Dále by mohla pomoci rodičům a pečujícím osobám sladit možné konflikty ve vývojových otázkách dítěte, a tím pomoci udržet manželský a partnerský vztah rodičů dítěte. Pro sestru je taktéž důležité mít zmapovanou rodinnou situaci a strukturu rodiny, zda je v nejbližším okruhu někdo ochoten a schopen pomoci matce, rodičům a pečujícím osobám při péči o dítě (20, 62).

Ošetřovatelství v primární péči je orientované na pacienta, jeho rodinu a na celou komunitu. Sestra se ujímá role učitelky, poradkyně, obhájkyně zdraví pacienta. Cílem je dosáhnout co nejvyššího zdravotního uvědomění v souvislosti s SBS a současně zvýšit zodpovědnost za zdraví dítěte. Rozsah edukačních činností v primární péči je různorodý: poskytování instrukcí a edukace v oblasti zdraví, výchova k rodičovství formou individuální nebo skupinové výchovy podle sociální, kulturní a

zdravotní orientace jednotlivce, prevence výchovných problémů v rodině. Cílem edukačních programů v primární péči je aktivní zapojení klienta do preventivního procesu, rodiče si musí osvojit nejen vědomosti, postoje a zručnosti při péči o dítě, ale současně musí převzít zodpovědnost za ochranu a podporu zdraví svého dítěte (39, 62).

Cílem komunitní ošetrovatelské péče je podpora správného růstu a vývoje dítěte, vývoj pozitivních vztahů mezi rodiči a dětmi, ochrana zdraví a předcházení zdravotním problémům dítěte (20).

2 Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

1. Zpracovat veškerou literaturu a nastítnit problém syndromu třeseného dítěte (Shaken Baby Syndrome)
2. Zjistit povědomí o syndromu třeseného dítěte (SBS) u sester i rodičů
3. Vypracovat jednoduchý edukační materiál pro rodiče

2.2 Hypotézy práce

- H1: V České republice existuje dostatek kvalitní literatury o syndromu třeseného dítěte
- H2: Povědomí rodičů i zdravotníků o syndromu třeseného dítěte je nedostačující
- H3: Primární prevence syndromu třeseného dítěte v České republice neexistuje

3 Metodika

3.1 Použité metody

Empirická část této práce byla zpracována formou kvantitativního výzkumu. Ke sběru dat byly použity dva typy dotazníků.

První dotazník (viz Příloha 8) byl určen pro sestry pracující v ambulancích praktických dětských lékařů, v ordinacích gynekologů, pro sestry, které vedou předporodní kursy, sestry pracující na novorozeneckých odděleních a sestry pracující na dětských odděleních, kde jsou hospitalizované děti od 0 do 6 let. Obsahoval 30 otázek, z toho 19 uzavřených, 6 polozavřených, 4 filtrační a 1 otázku otevřenou. Z tohoto počtu se 6 otázek týkalo obecných informací, 13 otázek týkajících se syndromu třeseného dítěte, 7 otázek týkajících se pláče a 4 otázky mapující oblast edukace.

Druhý dotazník (viz Příloha 9) byl určen pro rodiče a pečující osoby dětí ve věkové kategorii od narození do 6 let věku. Obsahoval 18 otázek, z toho 12 uzavřených, 3 polozavřené, 2 filtrační a 1 otázku otevřenou. U 1 filtrační a 1 otevřené otázky měli respondenti bez ohledu na výběr možnost uvést připomínky. Z tohoto počtu se 2 otázky týkaly obecných informací, 8 otázek týkajících se syndromu třeseného dítěte, 5 otázek týkajících se pláče a 3 otázky mapující oblast edukace.

Oba typy dotazníků byly anonymní. V průběhu ledna 2010 byla provedena pilotáž, při níž bylo rozdáno celkem 30 dotazníků sestrám, pracujícím v ordinacích praktických dětských lékařů v Českých Budějovicích a sestrám, které pracují na dětských odděleních v nemocnici v Českých Budějovicích.

Při statistickém zpracování dat z výzkumného šetření byl použit program SPSS Statistics 17,0 a Microsoft Office Excel.

3.2 Charakteristika výzkumných souborů

Dotazníkové šetření bylo prováděno v průběhu měsíce března a dubna 2010 a bylo zaměřeno na dva výzkumné soubory.

První výzkumný soubor tvořily sestry pracující v ambulancích praktických dětských lékařů, v ordinacích gynekologů, sestry, které vedou předporodní kursy v celém Jihočeském kraji, sestry pracující na novorozeneckých odděleních a sestry,

které pracují na dětských odděleních, kde jsou hospitalizované děti od 0 do 6 let v nemocnici České Budějovice a Český Krumlov. Těmto sestřám bylo rozdáno celkem 220 dotazníků, vrátilo se jich 184 správně vyplněných, 4 dotazníky byly vyřazeny pro nekomplexnost. Návratnost činila 83,6%.

Druhý výzkumný soubor tvořili rodiče a pečující osoby dětí ve věkové kategorii od narození do 6 let věku v celém Jihočeském kraji. Těmto rodičům a pečujícím osobám bylo rozdáno celkem 300 dotazníků, vrátilo se jich 247 správně vyplněných, 15 dotazníků bylo vyřazeno pro nekomplexnost. Návratnost dotazníků činila 82,3%.

V dalším zpracování výsledků byly konečné počty správně vyplněných dotazníků jednotlivých výzkumných souborů brány jako 100%.

Před započítáním výzkumného šetření jsem žádala o povolení ke zkoumání vedení nemocnice České Budějovice, Český Krumlov. V obou případech bylo mé žádosti vyhověno. Dále jsem žádala o povolení k výzkumnému šetření vedení nemocnice v Písku a Táboře. V obou případech byla má žádost zamítnuta, důvodem bylo přání neposkytovat informace z jejich zařízení.

4 Výsledky

4.1 Výzkumný soubor – zdravotní sestry

Tabulka 1 věk

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
20 let a méně	0	0,0	0,0	0,0
21-30 let	65	35,3	35,3	35,3
31-40 let	64	34,8	34,8	70,1
41-50 let	37	20,1	20,1	90,2
51-60 let	18	9,8	9,8	100,0
61 let a více	0	0,0	0,0	100,0
Celkem	184	100,0	100,0	

Z celkového počtu 184 dotazovaných sester nebyla žádná sestra (0%) ve věkové kategorii 20 let a méně, 65 sester (35,3%) patřilo do věkové hranice 21-30 let, 64 sester (34,8%) do věkové hranice 31-40 let, 37 sester (20,1%) do věkové hranice 41-50 let, 18 sester (9,8%) do věkové hranice 51-60 let, žádná sestra (0%) nebyla ve věkové kategorii 61 let a více.

Tabulka 2

vzdělání

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
středoškolské	61	33,2	33,2	33,2
středoškolské + specializace	79	42,9	42,9	76,1
vyšší odborné	9	4,9	4,9	81,0
vysokoškolské Bc.	22	12,0	12,0	92,9
vysokoškolské Mgr.	4	2,2	2,2	95,1
vysokoškolské + specializace	9	4,9	4,9	100,0
jiné	0	0,0	0,0	100,0
Celkem	184	100,0	100,0	

Z celkového počtu 184 dotazovaných sester mělo 61 sester (33,2%) středoškolské vzdělání, 79 sester (42,9%) středoškolské vzdělání + specializaci, 9 sester (4,9%) vyšší odborné vzdělání, 22 sester (12%) bakalářské vysokoškolské vzdělání, 4 sestry (2,2%) magisterské vysokoškolské vzdělání, 9 sester (4,9%) mělo vysokoškolské vzdělání + specializaci, žádná ze sester (0%) neuvedla možnost jiné.

Tabulka 3

délka odborné praxe

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
méně než 1 rok	5	2,7	2,7	2,7
1-5 let	46	25,0	25,0	27,7
6-10 let	69	37,5	37,5	65,2
11-20 let	43	23,4	23,4	88,6
21-30 let	15	8,2	8,2	96,7
31 let a více	6	3,3	3,3	100,0
Celkem	184	100,0	100,0	

Z celkového počtu 184 dotazovaných sester mělo délku odborné praxe kratší než 1 rok 5 sester (2,7%), 46 sester (25%) mělo praxi 1-5 let, 69 sester (37,5%) mělo praxi 6-10 let, 43 sester (23,4%) patřilo do kategorie délky odborné praxe 11-20 let, 15 sester (8,2%) mělo délku odborné praxe 21-30 let, 6 sester (3,3%) mělo praxi 31 let a více.

Tabulka 4.1

pracovní pozice

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
hlavní sestra	0	0,0	0,0	0,0
vrchní sestra	2	1,1	1,1	1,1
staniční sestra	6	3,3	3,3	4,3
sestra u lůžka	94	51,1	51,1	55,4
ambulantní sestra	79	42,9	42,9	98,4
jiné	3	1,6	1,6	100,0
Celkem	184	100,0	100,0	

Z celkového počtu 184 dotazovaných sester žádná sestra (0%) nepracovala jako hlavní sestra, 2 sestry (1,1%) pracovaly jako vrchní sestra, 6 sester (3,3%) pracovalo jako staniční sestra, 94 sester (51,1%) pracovalo u lůžka, 79 sester (42,9%) pracovalo jako ambulantní sestra a 3 sestry (1,6%) spadaly do kategorie jiné.

Tabulka 4.2

pracovní pozice

Pracovní pozice sester, které označily možnost „jiné“	počet
Sestra u lůžka, mimo své zaměstnání vede předporodní kurzy	1
Sestra pracující v ambulanci, mimo své zaměstnání vede předporodní kurzy	2

Tabulka 4.2 uvádí vyjádřené pracovní pozice sester „jiné“ v otázce zpracované v tabulce 4.1. Z celkového počtu 184 dotázaných sester (100%) uvedly možnost jiné 3 sestry (1,6%). Sestra u lůžka a mimo své zaměstnání vede předporodní kurzy byla 1, Sestry pracující v ambulanci a mimo své zaměstnání vedou předporodní kurzy byly 2.

Tabulka 5 registrace k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	181	98,4	98,4	98,4
ne	3	1,6	1,6	100,0
Celkem	184	100,0	100,0	

Z celkového počtu 184 dotazovaných sester mělo 181 sester (98,4%) osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu a 3 sestry (1,6%) pracovaly pod odborným dohledem.

Tabulka 6 studium v současné době

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	34	18,5	18,5	18,5
ne	150	81,5	81,5	100,0
Celkem	184	100,0	100,0	

Z celkového počtu 184 dotazovaných sester studovalo v současné době 34 sester (18,5%), 150 sester (81,5%) nebylo v momentě výzkumného šetření ve vzdělávacím procesu.

Tabulka 7 setkání během studia, na semináři, školící akci s SBS

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	15	8,2	8,2	8,2
ne	159	86,4	86,4	94,6
nevím	10	5,4	5,4	100,0
Celkem	184	100,0	100,0	

Z celkového počtu 184 dotazovaných sester se během svého studia, popř. na semináři, školící akci, kongresu setkala s diagnózou Shaken Baby Syndrome 15 sester (8,2%), 159 sester (86,4%) se s diagnózou neseťkalo, 10 sester (5,4%) neví.

Tabulka 8 setkání s SBS v odborné literatuře

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	26	14,1	14,1	14,1
ne	147	79,9	79,9	94,0
nevím	11	6,0	6,0	100,0
Celkem	184	100,0	100,0	

Z celkového počtu 184 dotazovaných sester se v posledních letech setkalo s termínem Shaken Baby Syndrome v odborné literatuře 26 sester (14,1%), 147 sester (79,9%) se s tímto termínem nesetkalo a 11 sester (6%) neví.

Tabulka 9 uvítání více informací o SBS

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	175	95,1	95,1	95,1
ne	7	3,8	3,8	98,9
nevím	2	1,1	1,1	100,0
Celkem	184	100,0	100,0	

Z celkového počtu 184 dotazovaných sester by uvítalo více odborných informací ohledně SBS 175 sester (95,1%), 7 sester (3,8%) nemá o tyto informace zájem a 2 sestry (1,1%) neví.

Tabulka 10.1 forma informací - souhrn případů

	Případ					
	Validní		Chybějící		Celkem	
	Počet	Procenta	Počet	Procenta	Počet	Procenta
Forma informací	175	95,1%	9	4,9%	184	100,0%

Tabulka 10.2 forma informací - četnost

		Odpovědi		Procenta případů
		Počet	Procenta	
forma informací	e-learningové kurzy	4	1,0%	2,3%
	semináře, školící akce, kongresy	157	40,4%	89,7%
	články v odborných časopisech	124	31,9%	70,9%
	odborná literatura	46	11,8%	26,3%
	brožury, letáky	58	14,9%	33,1%
	jiné	0	0,0%	0,0%
Celkem		389	100,0%	222,3%

Z celkového počtu 184 dotazovaných sester na tuto otázku odpovídalo 175 sester (95,1%). Ve 157 případech (89,7%) byly nejlepší formou informací o SBS semináře, školící akce a kongresy; ve 124 případech (70,9%) byly články v odborných časopisech; v 58 případech (33,1%) byly brožury a letáky; ve 46 případech (26,3%) byla odborná literatura a ve 4 případech (2,3%) byly nevhodnější formou získaných informací o SBS e-learningové kurzy, žádná sestra (0%) nevedla jiné formy. Z počtu 175 dotazovaných sester odpověděla každá v průměru alespoň dvakrát.

Tabulka 11 provádění primární prevence SBS

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	6	3,3	3,3	3,3
ne	169	91,8	91,8	95,1
nevím	9	4,9	4,9	100,0
Celkem	184	100,0	100,0	

Z celkového počtu 184 dotazovaných sester ve své praxi provádí primární prevenci SBS 6 sester (3,3%), 169 sester (91,8%) primární prevenci neprovádí a 9 sester (4,9%) neví.

Tabulka 12 znalost diagnózy SBS

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	26	14,1	14,1	14,1
ne	152	82,6	82,6	96,7
nevím	6	3,3	3,3	100,0
Celkem	184	100,0	100,0	

Z celkového počtu 184 dotazovaných sester 26 sester (14,1%) zná diagnózu SBS, 152 sester (82,6%) diagnózu nezná a 6 sester (3,3%) neví.

Tabulka 13 dostatek informací o SBS

		Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Validní	ano	3	1,6	11,5	11,5
	ne	23	12,5	88,5	100,0
	Celkem	26	14,1	100,0	
Chybějící systém		158	85,9		
Celkem		184	100,0		

Z celkového počtu 184 dotazovaných sester na tuto otázku odpovědělo 26 sester, které znaly diagnózu SBS. Ze zmíněného počtu se 3 sestry (11,5%) domnívají, že mají dostatek informací o SBS, 23 sester (88,5%) má pocit, že nemá dostatek informací o SBS.

Tabulka 14 **edukují sestry rodiče o SBS**

		Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Validní	ano	4	2,2	15,4	15,4
	spíše ano	2	1,1	7,7	23,1
	spíše ne	0	0,0	0,0	23,1
	ne	20	10,9	76,9	100,0
	Celkem	26	14,1	100,0	
Chybějící system		158	85,9		
Celkem		184	100,0		

Z celkového počtu 184 dotazovaných sester na tuto otázku odpovědělo 26 sester, které znaly diagnózu SBS. Z uvedeného počtu 4 sestry (15,4%) edukují ve své praxi rodiče o SBS, 2 sestry (7,7 %) „spíše ano“, žádná sestra (0%) nevedla „spíše ne“ a 20 sester (76,9%) rodiče needukuje.

Tabulka 15.1 **znalost následků třesení s dítětem**

		Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Validní	ano	26	14,1	100,0	100,0
	ne	0	0,0	0,0	100,0
Chybějící system		158	85,9		
Celkem		184	100,0		

Z celkového počtu 184 dotazovaných sester na tuto otázku odpovědělo 26 sester, které znaly diagnózu SBS. Všechny 26 sester (100%) uvádí, že ví, jaké následky může mít třesení s dítětem, zejména novorozencem, kojencem a batoletem, žádná sestra (0%) neuvádí, že následky nezná.

Tabulka 15.2 znalost následků třesení s dítětem

Následky třesení s dítětem podle dotazovaných sester	Počet
Poškození mozku dítěte	25
Nitrolební krvácení	4
Smrt dítěte	1

Tabulka 15.2 uvádí vyjádřené znalosti sester v otázce zpracované v tabulce 15.1. Z celkového počtu 184 dotázaných sester (100%) uvedlo 26 sester (14,1%), že ví, jaké následky třesení s dítětem má. Některé sestry uvedly více možností. Poškození mozku dítěte uvedly sestry ve 25 případech, nitrolební krvácení ve 4 případech a smrt dítěte v 1 případě.

Tabulka 16 informují sestry rodiče na následky třesení

		Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Validní	ano	4	2,2	15,4	15,4
	spíše ano	2	1,1	7,7	23,1
	spíše ne	0	0,0	0,0	23,1
	ne	20	10,9	76,9	100,0
	Celkem	26	14,1	100,0	
Chybějící system		158	85,9		
Celkem		184	100,0		

Z celkového počtu 184 dotazovaných sester na tuto otázku odpovědělo 26 sester, které znaly diagnózu SBS. Z uvedeného počtu 4 sestry (15,4%) informují rodiče, jaké následky může mít třesení s dítětem, 2 sestry (7,7%) uvádějí, že spíše informují, žádná sestra (0%) neuvedla „spíše ne“ a 20 sester (76,9%) rodiče neinformují.

Tabulka 17

**upozorňují sestry rodiče na pláč -
hlavní vyvolavatel SBS**

		Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Validní	ano	2	1,1	7,7	7,7
	spíše ano	2	1,1	7,7	15,4
	spíše ne	2	1,1	7,7	23,1
	ne	20	10,9	76,9	100,0
	Celkem	26	14,1	100,0	
Chybějící system		158	85,9		
Celkem		184	100,0		

Z celkového počtu 184 dotazovaných sester na tuto otázku odpovědělo 26 sester, které znaly diagnózu SBS. Z uvedeného počtu 2 sestry (7,7%) upozorňují rodiče a pečující osoby na pláč novorozenců a kojenců jako hlavního vyvolavatele SBS, 2 sestry (7,7%) rovněž spíše upozorňují, 2 sestry (7,7%) spíše neupozorňují a 20 sester (76,9%) rodiče a pečující osoby neinformují.

Tabulka 18

informují sestry rodiče o příčinách pláče

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	52	28,3	28,3	28,3
spíše ano	60	32,6	32,6	60,9
spíše ne	35	19,0	19,0	79,9
ne	37	20,1	20,1	100,0
Celkem	184	100,0	100,0	

Z celkového počtu 184 dotazovaných sester 52 sester (28,3%) informuje rodiče o nejčastějších příčinách pláče jejich dítěte, 60 sester (32,6%) spíše informuje, 35 sester (19%) spíše neinformuje a 37 sester (20,1%) rodiče neinformuje.

Tabulka 19 informují sestry o způsobech utišení pláče

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	101	54,9	54,9	54,9
spíše ano	61	33,2	33,2	88,0
spíše ne	9	4,9	4,9	92,9
ne	13	7,1	7,1	100,0
Celkem	184	100,0	100,0	

Z celkového počtu 184 dotazovaných sester 101 sester (54,9%) informuje rodiče o správných způsobech utišení pláče jejich dítěte, 61 sester (33,2%) spíše informuje, 9 sester (4,9%) spíše neinformuje a 13 sester (7,1%) rodiče neinformuje.

Tabulka 20 znalost vlivu pláče na pečující osoby

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	100	54,3	54,3	54,3
ne	84	45,7	45,7	100,0
Celkem	184	100,0	100,0	

Z celkového počtu 184 dotazovaných sester 100 sester (54,3%) zná vliv neutichajícího pláče na pečující osoby, 84 sester (45,7%) vliv nezná.

Tabulka 21 informují sestry rodiče o vlivu pláče na pečující osoby

		Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Validní	ano	54	29,3	54,5	54,5
	spíše ano	16	8,2	15,2	69,7
	spíše ne	10	5,4	10,1	79,8
	ne	20	10,9	20,2	100,0
	Celkem	100	53,8	100,0	
Chybějící system		84	46,2		
Celkem		184	100,0		

Z celkového počtu 184 dotazovaných sester na tuto otázku odpovědělo 100 sester, které znaly vliv pláče na pečující osoby. Z uvedeného počtu 54 sester (54,5%) informují rodiče o negativním vlivu pláče, 16 sester (15,2%) spíše informují, 10 sester (10,1%) spíše neinformují a 20 sester (20,2%) rodiče neinformují.

Tabulka 22 dostatek informací o příčinách a způsobech utišení pláče

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	68	37,0	37,0	37,0
spíše ano	58	31,5	31,5	68,5
spíše ne	36	19,6	19,6	88,0
ne	22	12,0	12,0	100,0
Celkem	184	100,0	100,0	

Z celkového počtu 184 dotazovaných sester 68 sester (37%) uvádí, že má dostatek informací o příčinách a způsobech utišení pláče dítěte, 58 sester (31,5%) uvádí „spíše ano“, 36 sester (19,6%) uvádí „spíše ne“ a 22 sester (12%) uvádí, že nemá dostatek informací o příčinách a způsobech utišení pláče dítěte.

Tabulka 23.1 edukace „rizikových rodičů“

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	172	93,5	93,5	93,5
ne	12	6,5	6,5	100,0
nevím	0	0,0	0,0	100,0
Celkem	184	100,0	100,0	

Z celkového počtu 184 dotazovaných sester 172 sester (93,5%) uvádí, že vyhledává a zaměřuje se zvláště s prováděním edukace na „rizikové rodiče“, vzhledem k možnému týrání a zneužívání dítěte, 12 sester (6,5%) uvádí, že se na „rizikové rodiče“ nezaměřuje, žádná sestra (0%) neodpověděla nevím.

Tabulka 23.2 edukace „rizikových rodičů“

Důvody dotazovaných sester, proč nevyhledávají k edukaci „rizikové rodiče“	Počet
Nedostatek času	9
Obtížné zjišťování, kteří z rodičů jsou „rizikoví“	5
Přílišné zasahování do soukromí rodičů nevhodnými otázkami	4

Tabulka 23.2 uvádí vyjádřené důvody dotazovaných sester, proč se nezaměřují při edukaci na „rizikové rodiče“ v otázce zpracované v tabulce 23.1. Z celkového počtu 184 dotázaných sester (100%) uvedlo 12 sester (6,5%), že se nezaměřují při edukaci na „rizikové rodiče“. Některé sestry uváděly více možností. Nedostatek času uvedly sestry v 9 případech, obtížné zjišťování, kteří z rodičů jsou „rizikoví“ v 5 případech a přílišné zasahování do soukromí rodičů nevhodnými otázkami ve 4 případech.

Tabulka 24 péče o rodiče „rizikových dětí“

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	109	59,2	59,2	59,2
ne	58	31,5	31,5	90,8
nevím	17	9,2	9,2	100,0
Celkem	184	100,0	100,0	

Z celkového počtu 184 dotazovaných sester se 109 sester (59,2%) domnívá, že zvýšenou péčí o rodiče „rizikových dětí“ lze snížit výskyt možného týrání a zneužívání dítěte, 58 sester (31,5%) si myslí, že nelze snížit výskyt možného týrání a zneužívání dítěte a 17 sester (9,2%) neví.

Tabulka 25 věnují se sestry péči o rodiče „rizikových dětí“

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	127	69,0	69,0	69,0
ne	57	31,0	31,0	100,0
Celkem	184	100,0	100,0	

Z celkového počtu 184 dotazovaných sester 127 sester (69%) věnuje na svém pracovišti zvláštní péči rodičům „rizikových dětí“ v oblasti primární prevence možného nezvládnutí rodičovské role, vzhledem k možnému týrání dítěte a 57 sester (31%) rodičům tuto zvláštní péči nevěnuje.

Tabulka 26.1 znalost pomoci rodičům „rizikových dětí“ k ulehčení péče

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	169	91,8	91,8	91,8
ne	15	8,2	8,2	100,0
Celkem	184	100,0	100,0	

Z celkového počtu 184 dotazovaných sester 169 sester (91,8%) ví, co by mohlo pomoci rodičům „rizikového dítěte“ k ulehčení péče a 15 sester (8,2%) toto neví.

Tabulka 26.2 znalost pomoci rodičům „rizikových dětí“ k ulehčení péče

Vyjádření dotazovaných sester, co by mohlo pomoci rodičům „rizikových dětí“ k ulehčení péče	Počet
Svépomocné skupiny	75
Více osob, které by si podělily péči o handicapované dítě	63
Zvýšená psychologická péče	42
Finanční příspěvky	38
Užší kontakt se sestrou	12
Naučit rodiče přijmout pomoc odborníků	9

Tabulka 26.2 uvádí vyjádřené znalosti a názory sester v otázce zpracované v tabulce 26.1. Z celkového počtu 184 dotázaných sester (100%) uvedlo 169 sester (91,8%), že ví co by mohlo pomoci rodičům „rizikových dětí“ k ulehčení péče. Sestry většinou uváděly více možností. Svépomocné skupiny uváděly sestry v 75 případech, více osob, které by si podělily péči o handicapované dítě v 63 případech, zvýšená psychologická péče ve 42 případech, finanční příspěvky ve 38 případech, užší kontakt se sestrou ve 12 případech a naučit rodiče přijmout pomoc odborníků v 9 případech.

Tabulka 27 **zaměření při edukaci
na psychický stav rodičů**

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	170	92,4	92,4	92,4
ne	4	2,2	2,2	94,6
nevím	10	5,4	5,4	100,0
Celkem	184	100,0	100,0	

Z celkového počtu 184 dotazovaných sester se 170 sester (92,4%) domnívá, že je důležité se zaměřovat při edukaci rodičů na jejich psychický stav, 4 sestry (2,2%) si myslí, že toto důležité není a 10 sester (5,4) neví.

Tabulka 28 **zaměřují se v praxi sestry při edukaci
na psychický stav rodičů**

		Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Validní	ano	110	59,8	64,7	64,7
	ne	60	32,6	35,3	100,0
	Celkem	170	92,4	100,0	
Chybějící system		14	7,6		
Celkem		184	100,0		

Z celkového počtu 184 dotazovaných sester na tuto otázku odpovědělo 170 sester, které se domnívají, že je důležité zaměřovat se při edukaci rodičů na jejich psychický stav. Z uvedeného počtu se 110 sester (64,7%) ve své praxi zaměřuje během edukace rodičů na jejich psychický stav a 60 sester (35,3%) nikoliv.

Tabulka 29.1 mají sestry podmínky, časový prostor pro vykonávání role edukátorky

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	1	0,5	0,5	0,5
spíše ano	10	5,4	5,4	6,0
spíše ne	54	29,3	29,3	35,3
ne	119	64,7	64,7	100,0
Celkem	184	100,0	100,0	

Z celkového počtu 184 dotazovaných sester se 1 sestra (0,5%) domnívá, že na svém pracovišti má dostatečné podmínky a časový prostor pro vykonávání své role edukátorky, 10 sester (5,4%) uvádí „spíše ano“, 54 sester (29,3%) uvádí „spíše ne“ a 119 sester (64,7%) uvádí, že tyto podmínky nemá.

Tabulka 29.2 mají sestry podmínky, časový prostor pro vykonávání role edukátorky

Připomínky sester, co jim brání k při vykonávání role edukátorky	Počet
Nedostatečný časový prostor	83
Málo sester na pracovišti	36
Chybí vhodné prostory pro edukaci	12

Tabulka 29.2 uvádí vyjádřené připomínky sester k možnostem vykonávání role edukátorky v otázce zpracované v tabulce 29.1. V tabulce jsou uvedeny nejčastější připomínky sester ke zlepšení podmínek edukace. Některé sestry uvedly více možností, některé sestry připomínky nevyjádřily. Nejčastější připomínkou byl nedostatečný časový prostor uváděný v 83 případech, málo sester na pracovišti v 36 případech a chybějící vhodné prostory pro edukaci ve 12 případech.

4.2 Výzkumný soubor rodiče

Tabulka 30 věk dítěte

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
0-12 měsíců	140	56,7	56,7	56,7
13 měsíců - 2 roky	52	21,1	21,1	77,7
3-4 roky	19	7,7	7,7	85,4
5-6 let	36	14,6	14,6	100,0
Celkem	247	100,0	100,0	

Z celkového počtu 247 dotazovaných rodičů a pečujících osob spadalo jejich dítě do věkové kategorie 0-12 měsíců ve 140 případech (56,7%), v 52 případech (21,1%) do kategorie 13 měsíců-2 roky, v 19 případech (7,7%) do kategorie 3-4 roky a ve 36 případech (14,6%) do kategorie 5-6 let.

Tabulka 31.1 vztah k dítěti

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
matka	202	81,8	81,8	81,8
otec	21	8,5	8,5	90,3
babička	13	5,3	5,3	95,5
děda	0	0,0	0,0	95,5
jiný	11	4,5	4,5	100,0
Celkem	247	100,0	100,0	

Z celkového počtu 247 dotazovaných rodičů a pečujících osob byl v 202 případech (81,8%) dotazník vyplněn matkou, v 21 případech (8,5%) otcem, ve 13 případech (5,3%) babičkou, v žádném případě (0%) dědou a v 11 případech (4,5%) jinou osobou.

Tabulka 31.2 vztah k dítěti

Vyjádření respondentů, kteří označili možnost „jiný“, jaký vztah mají k dítěti	Počet
Jiný příbuzenský vztah	8
Opatrovník	1
Chůva	1
Adoptivní rodič	1

Tabulka 31.2 uvádí vyjádření respondentů, kteří označili možnost „jiný“, jaký vztah mají k dítěti v otázce zpracované v tabulce 31.1. Z celkového počtu 247 respondentů (100%) označilo 11 z nich (4,5%) možnost „jiný“. Jiný příbuzenský vztah uvedlo 8 respondentů, opatrovník byl 1 respondent, chůva 1 respondent a adoptivní rodič také 1 respondent.

Tabulka 32 znalost SBS

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	68	27,5	27,5	27,5
ne	158	64,0	64,0	91,5
nevím	21	8,5	8,5	100,0
Celkem	247	100,0	100,0	

Z celkového počtu 247 dotazovaných rodičů a pečujících osob 68 respondentů (27,5%) znalo termín syndrom třeseného dítěte, 158 respondentů (64%) tento termín neznalo a 21 respondentů (8,5%) odpovídalo nevím.

Tabulka 33.1 zísání informací - souhrn případů

	Případ					
	Validní		Chybějící		Celkem	
	Počet	Procenta	Počet	Procenta	Počet	Procenta
zísání informací	68	27,5%	179	72,5%	247	100,0%

Tabulka 33.2 zísání informací - četnost

		Odpovědi		Procenta případů
		Počet	Procenta	
zísání informací	odborná literatura	2	1,4%	2,9%
	časopisy pro rodiče	30	21,7%	44,1%
	internetové stránky určené pro rodiče	52	37,7%	76,5%
	rozhlas, televize	34	24,6%	50,0%
	ordinace dětského lékaře	11	8,0%	16,2%
	předporodní kurzy	6	4,3%	8,8%
	jinde	3	2,2%	4,4%
Celkem		138	100,0%	202,9%

Z celkového počtu 247 dotazovaných rodičů a pečujících osob na tuto otázku odpovídalo 68 respondentů (27,5%), kteří znali termín syndrom třeseného dítěte. V 52 případech (76,5%) získali respondenti tyto informace z internetových stránek určených pro rodiče, ve 34 případech (50%) získali tyto informace z rozhlasu a televize, ve 30 případech (44,1%) z časopisů určených pro rodiče, v 11 případech (16,2%) v ordinacích dětských lékařů, v 6 případech (8,8%) v rámci předporodních kurzů, ve 3 případech (4,4%) jinde a ve 2 případech (2,9%) v odborné literatuře. Z počtu 68 respondentů odpověděl každý v průměru cca dvakrát.

Tabulka 33.3 zísání informací - četnost

Vyjádření respondentů, kteří označili možnost „jinde“ , kde získali informace o syndromu třeseného dítěte	Počet
Zkušenosti a znalosti jiných maminek	2
Od kamarádky	1

Tabulka 33.3 uvádí vyjádření respondentů, kteří označili možnost „jinde“, kde získali informace o syndromu třeseného dítěte v otázce zpracované v tabulce 33.2. Z celkového počtu 247 respondentů (100%) odpovídalo 68 respondentů (27,5%), kteří znali termín syndrom třeseného dítěte. Z tohoto počtu ve 3 případech (4,4%) respondenti označili možnost „jinde“. Zkušenosti a znalosti jiných maminek uvedli 2 respondenti, od kamarádky tyto informace získal 1 respondent.

Tabulka 34 mají rodiče dostatek informací o SBS

		Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Validní	ano	2	0,8	2,9	2,9
	spíše ano	14	5,7	20,6	23,5
	spíše ne	38	15,4	55,9	79,4
	ne	14	5,7	20,6	100,0
	Celkem	68	27,5	100,0	
Chybějící systém		179	72,5		
Celkem		247	100,0		

Z celkového počtu 247 dotazovaných rodičů a pečujících osob na tuto otázku odpovídalo 68 respondentů (27,5%), kteří znali termín syndrom třeseného dítěte. Ze zmíněného počtu 2 respondenti (2,9%) mají dostatek informací o SBS, 14 respondentů (20,6%) udává „spíše ano“, 38 respondentů (55,9%) uvádí „spíše ne“ a 14 respondentů (20,6%) uvádí, že nemá dostatek informací ohledně syndromu třeseného dítěte.

Tabulka 35 uvítají rodiče více informací o SBS

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	222	89,9	89,9	89,9
ne	8	3,2	3,2	93,1
nevím	17	6,9	6,9	100,0
Celkem	247	100,0	100,0	

Z celkového počtu 247 dotazovaných rodičů a pečujících osob by 222 respondentů (89,9%) uvítalo více odborných informací ohledně syndromu třeseného dítěte, 8 respondentů (3,2%) nikoliv a 17 respondentů (6,9%) uvedlo nevím.

Tabulka 36.1 souhrn případů

	Případ					
	Validní		Chybějící		Celkem	
	Počet	Procenta	Počet	Procenta	Počet	Procenta
forma informací	221	89,5%	26	10,5%	247	100,0%

Tabulka 36.2 forma informací - četnost

		Odpovědi		Procenta případů
		Případ	Procenta	
forma informací	brožury, letáky v ordinacích	144	33,9%	65,2%
	informace získané od sester, lékařů v ordinacích	214	50,4%	96,8%
	články v časopisech pro rodiče	59	13,9%	26,7%
	jiné	8	1,9%	3,6%
celkem		425	100,0%	192,3%

Z celkového počtu 247 dotazovaných rodičů a pečujících osob na tuto otázku odpovídalo 221 respondentů (89,5%), kteří by uvítali více informací ohledně syndromu třeseného dítěte. Ve 214 případech (96,8%) preferují rodiče informace od lékařů a sester, ve 144 případech (65,2%) by rodiče uvítali informace z brožur a letáků, v 59 případech (26,7%) z článků v časopisech určených pro rodiče a v 8 případech (3,6%) z jiných zdrojů. Z počtu 221 respondentů odpověděl každý v průměru téměř dvakrát.

Tabulka 36.3 forma informací - četnost

Vyjádření respondentů, kteří označili možnost „jiné“, v jaké formě by informace o syndromu třeseného dítěte měly být	Počet
internet	7
média (televizní a rozhlasové pořady)	3

Tabulka 36.3 uvádí vyjádření respondentů, kteří označili možnost „jiné“, v jaké formě by informace o syndromu třeseného dítěte měly být v otázce zpracované v tabulce 36.2. Z celkového počtu 247 respondentů (100%) odpovídalo 221 respondentů (89,5%), kteří by uvítali více informací ohledně syndromu třeseného dítěte. Z tohoto počtu v 8 případech (3,6%) respondenti označili možnost „jiné“. Internet, jako jiný zdroj, uvedlo 7 respondentů, média uvedli 3 respondenti.

Tabulka 37.1 souhrn případů

	Případ					
	Validní		Chybějící		Celkem	
	Počet	Procenta	Počet	Procenta	Počet	Procenta
způsob utišení pláče	247	100,0%	0	0,0%	247	100,0%

Tabulka 37.2 způsob utišení pláče - četnosti

		Odpovědi		Procenta případů
		Počet	Procenta	
způsob utišení pláče	přiložením k prsu	126	19,8%	51,0%
	podáním dudlíku	102	16,1%	41,3%
	houpáním, kolébáním	119	18,7%	48,2%
	tělesným kontaktem, pochováním	144	22,7%	58,3%
	relaxační hudbou, zpíváním, zvuky vody ...	24	3,8%	9,7%
	prudkým zatřesením	0	0,0%	0,0%
	podáním léků	4	0,6%	1,6%
	procházkou v kočárku	67	10,6%	27,1%
	jízdou autem	45	7,1%	18,2%
jiným způsobem	4	0,6%	1,6%	
Celkem		635	100,0%	257,1%

Z celkového počtu 247 dotazovaných rodičů a pečujících osob ve 144 případech (58,3%) tišili pláč svého dítěte tělesným kontaktem, pochováním; ve 126 případech (51%) přiložením k prsu; ve 119 případech (48,2%) houpáním a kolébáním; ve 102 případech (41,3%) podáním dudlíku; v 67 případech (27,1%) procházkou v kočárku; v 45 případech (18,2%) jízdou autem; ve 24 případech (9,7%) relaxační hudbou, zpíváním, zvuky vody atd.; ve 4 případech (1,6%) podáním léků; ve 4 případech (1,6%) jiným způsobem. Žádný z respondentů (0%) nevybral možnost utišení pláče prudkým zatřesením, aby děťátko přestalo plakat. Z počtu 247 respondentů odpověděl každý v průměru dvaapůlkrát.

Tabulka 37.3 způsob utišení pláče - četnosti

Vyjádření respondentů, kteří označili možnost „jiným způsobem“, jak utišují pláč svého dítěte	Počet
Pláč neutišuje, nechá dítě „vyplakat“	2
Pustí vysavač	1
Uloží dítě do autosedačky a tu položí na ždímající pračku	1

Tabulka 37.3 uvádí vyjádření respondentů, kteří označili možnost „jiným způsobem“, jak utišují pláč svého dítěte v otázce zpracované v tabulce 37.2. Z celkového počtu 247 respondentů (100%) ve 4 případech (1,6%) respondenti označili možnost „jiným způsobem“. Pláč neutišuje, nechá dítě „vyplakat“ uvedli 2 respondenti, zapnutí vysavače uvedl 1 respondent, uložit dítě do autosedačky a tu položit na ždímající pračku uvedl také 1 respondent.

Tabulka 38 informovala rodiče sestra o SBS

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	12	4,9	4,9	4,9
ne	217	87,9	87,9	92,7
nevím	18	7,3	7,3	100,0
Celkem	247	100,0	100,0	

Z celkového počtu 247 dotazovaných rodičů a pečujících osob 12 respondentů (4,9%) informovala sestra v ordinacích dětského lékaře, gynekologa nebo na oddělení šestinedělí o syndromu třeseného dítěte a jeho následcích, 217 respondentů (87,9%) sestry neinformovaly, 18 respondentů (7,3%) neví.

Tabulka 39 informovala rodiče sestra o příčinách pláče

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	56	22,7	22,7	22,7
spíše ano	109	44,1	44,1	66,8
spíše ne	44	17,8	17,8	84,6
ne	38	15,4	15,4	100,0
Celkem	247	100,0	100,0	

Z celkového počtu 247 dotazovaných rodičů a pečujících osob podává sestra 56 respondentům (22,7%) v ordinaci dětského lékaře informace o nejčastějších příčinách pláče jejich dítěte, 109 respondentům (44,1%) tyto informace spíše podává, 44 respondentům (17,8%) sestra spíše nepodává informace a 38 respondentům (15,4%) sestra informace nepodává.

Tabulka 40 informovala rodiče sestra o způsobech utišení pláče

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	30	12,1	12,1	12,1
spíše ano	64	25,9	25,9	38,1
spíše ne	111	44,9	44,9	83,0
ne	42	17,0	17,0	100,0
Celkem	247	100,0	100,0	

Z celkového počtu 247 dotazovaných rodičů a pečujících osob 30 respondentů (12,1%) sestra informuje o správných způsobech utišení pláče jejich dítěte, 64 respondentů (25,9%) sestra spíše informuje, 111 respondentů (44,9%) sestra spíše neinformuje a 42 respondentů (17%) sestra neinformuje.

Tabulka 41

upozornila sestra rodiče na pláč – hlavní vyvolavatel SBS

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	3	1,2	1,2	1,2
spíše ano	2	0,8	0,8	2,0
spíše ne	6	2,4	2,4	4,5
ne	236	95,5	95,5	100,0
Celkem	247	100,0	100,0	

Z celkového počtu 247 dotazovaných rodičů a pečujících osob 3 respondenty (1,2%) sestra upozornila, že pláč u novorozenců a kojenců je hlavním vyvolavatelem syndromu třeseného dítěte, 2 respondenty (0,8%) sestra spíše upozornila, 6 respondentů (2,4%) sestra spíše neupozornila a 236 respondentů (95,5%) sestra neupozornila.

Tabulka 42.1

informovala sestra rodiče o vlivu pláče na pečující osoby

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	23	9,3	9,3	9,3
ne	196	79,4	79,4	88,7
nevím	28	11,3	11,3	100,0
Celkem	247	100,0	100,0	

Z celkového počtu 247 dotazovaných rodičů a pečujících osob 23 respondentů (9,3%) sestra informovala o vlivu především neutichajícího pláče na pečující osoby, 196 respondentů (79,4%) sestra neinformovala a 28 respondentů (11,3%) nevědělo, zda je sestra informovala.

Tabulka 42.2 informovala sestra rodiče o vlivu pláče na pečující osoby

Vyjádření respondentů, jak je sestra informovala o vlivu pláče dítěte na pečující osoby	Počet
Zvýšená nervozita	18
Pocit bezmocnosti	12
Pod tímto vlivem vznik impulzivního jednání	7
Stav podobný stresové situaci	6

Tabulka 42.2 uvádí vyjádření respondentů a jejich znalosti, kteří označili možnost, že je sestra informuje o vlivu pláče na pečující osoby v otázce zpracované v tabulce 42.1. Z celkového počtu 247 dotazovaných rodičů a pečujících osob 23 respondentů (9,3%) sestra informovala o vlivu především neutichajícího pláče na pečující osoby. Někteří respondenti uváděli více možností. Nejčastěji byla zmiňována zvýšená nervozita v 18 případech, pocit bezmocnosti ve 12 případech, pod tímto vlivem vyprovokování impulzivního jednání v 7 případech a stav podobný stresové situaci v 6 případech.

Tabulka 43 upozornila sestra rodiče na následky třesení

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	1	0,4	0,4	0,4
spíše ano	2	0,8	0,8	1,2
spíše ne	66	26,7	26,7	27,9
ne	178	72,1	72,1	100,0
Celkem	247	100,0	100,0	

Z celkového počtu 247 dotazovaných rodičů a pečujících osob 1 respondent (0,4%) sestra upozornila na následky třesení s dítětem, 2 respondenty (0,8%) sestra spíše upozornila, 66 respondentů (26,7%) sestra spíše neupozornila a 178 respondentů (72,1%) sestra neupozornila.

Tabulka 44 „rizikové dítě“

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	66	26,7	26,7	26,7
ne	181	73,3	73,3	100,0
Celkem	247	100,0	100,0	

Z celkového počtu 247 dotazovaných rodičů a pečujících osob 66 respondentů (26,7%) odpovídalo, že jejich dítě bylo předčasně narozené, mělo nějaký handicap, obtížný temperament atd., 181 respondentů (73,3%) odpovídalo, že jejich dítě do této kategorie nespadlo.

Tabulka 45 dostatek informací týkající se péče o „rizikové dítě“

		Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Validní	ano	24	9,7	36,4	36,4
	spíše ano	30	12,1	45,5	81,8
	spíše ne	10	4,0	15,2	97,0
	ne	2	0,8	3,0	100,0
	Celkem	66	26,7	100,0	
Chybějící system		181	73,3		
Celkem		247	100,0		

Z celkového počtu 247 dotazovaných rodičů a pečujících osob na tuto otázku odpovídalo 66 respondentů (26,7%), jejichž dítě spadalo do kategorie „rizikové“. Z tohoto počtu se 24 respondentů (36,4%) domnívá, že jim sestra o jejich dítěti předává dostatek informací ohledně péče o něj; 30 respondentů (45,5%) se domnívá, že jim sestra tyto informace spíše předává; 10 respondentů (15,2%) se domnívá, že jim sestra tyto informace spíše nepředává a 2 respondenti (3%) se domnívají, že tyto informace od sestry nedostávají.

Tabulka 46**zájem sestry o psychický stav,
rodinnou situaci rodičů**

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
ano	68	27,5	27,5	27,5
spíše ano	89	36,0	36,0	63,6
spíše ne	38	15,4	15,4	78,9
ne	52	21,1	21,1	100,0
Celkem	247	100,0	100,0	

Z celkového počtu 247 dotazovaných rodičů a pečujících osob se 68 respondentů (27,5%) domnívá, že jim sestra věnuje zvláštní pozornost (zajímá se o jejich psychický stav, rodinnou situaci, zda jim někdo z rodiny pomáhá s péčí o dítě, doporučuje různé svépomocné skupiny), 89 respondentů (36%) se domnívá, že jim sestra pozornost spíše věnuje, 38 respondentů (15,4%) se domnívá, že jim sestra pozornost spíše nevěnuje a 52 respondentů (21,1%) se nedomnívá, že jim sestra věnuje pozornost.

4.3 Kontingenční tabulky

Tabulka 47 pracovní pozice * informují sestry rodiče o příčinách pláče

			informují sestry rodiče o příčinách pláče				Celkem	
			ano	spíše ano	spíše ne	ne		
pracovní pozice	vrchní sestra	Počet	0	0	1	1	2	
		% z vrchních sester	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	100,0%	
	staniční sestra	Počet	1	4	1	0	6	
		% ze staničních sester	16,7%	66,6%	16,7%	0,0%	100,0%	
	sestra u lůžka	Počet	28	31	20	15	94	
		% ze sester u lůžka	29,7%	33,0%	21,3%	16,0%	100,0%	
	ambulantní sestra	Počet	22	24	13	20	79	
		% z ambulantních sester	27,8%	30,4%	16,5%	25,3%	100,0%	
	jiné	Počet	1	1	0	1	3	
		% z jiné	33,3%	33,3%	0,0%	33,3%	100,0%	
	Celkem		Počet	52	60	35	37	184
			% ze všech prac. pozic	28,3%	32,6%	19,0%	20,1%	100,0%

Kontingenční tabulka porovnává „pracovní pozici sester“ a otázku zda „informují rodiče o příčinách pláče“. Ve výzkumném souboru byly 2 vrchní sestry (100%), žádná vrchní sestra (0%) neodpověděla „ano“ nebo „spíše ano“, 1 (50%) odpovídala „spíše ne“ a 1 (50%) odpovídala „ne“. Staničních sester bylo 6 (100%), 1 staniční sestra (16,7%) odpovídala „ano“, 4 staniční sestry (66,6%) „spíše ano“, 1 (16,7%) odpovídala „spíše ne“ a žádná staniční sestra (0%) „ne“. Sester u lůžka bylo 94 (100%), 28 z nich (29,7%) odpovídalo „ano“, 31 sester u lůžka (33,0%) „spíše ano“, 20 sester u lůžka (21,3%) „spíše ne“ a 15 z nich (16,0%) rodiče neinformuje. Sester pracujících v ambulancích bylo 79 (100%), 22 z nich (27,8%) odpovídalo „ano“, 24 ambulantních sester (30,4%) „spíše ano“, 13 ambulantních sester (16,5%) „spíše ne“, 20 z nich

(25,3%) odpovídalo „ne“. V kategorii „jiné“ byly 3 sestry (100%) pracující jako sestra u lůžka, ambulantní sestra + vedly předporodní kursy. Z nich 1 (33,3%) uvedla „ano“, 1 (33,3%) „spíše ano“, žádná (0%) ze sester v kategorii „jiné“ neodpověděla „spíše ne“ a 1 sestra z kategorie „jiné“ (33,3%) odpovídala „ne“. Celkem odpovídalo 184 sester (100%), z nich 52 sester (28,3%) „ano“, 60 sester (32,6%) „spíše ano“, 35 sester (19,0%) „spíše ne“ a 37 sester (20,1%) odpovědělo, že rodiče o příčinách pláče neinformuje.

Tabulka 48 pracovní pozice * informují sestry o způsobech utišení pláče

			informují sestry o způsobech utišení pláče				Celkem	
			ano	spíše ano	spíše ne	ne		
pracovní pozice	vrchní sestra	Počet	1	0	0	1	2	
		% z vrchních sester	50,0%	0,0%	0,0%	50,0%	100,0%	
	staniční sestra	Počet	2	4	0	0	6	
		% ze staničních sester	33,3%	66,7%	0,0%	0,0%	100,0%	
	sestra u lůžka	Počet	57	28	4	5	94	
		% ze sester u lůžka	60,6%	29,8%	4,3%	5,3%	100,0%	
	ambulantní sestra	Počet	39	29	5	6	79	
		% z ambulantních sester	49,4%	36,7%	6,3%	7,6%	100,0%	
	jiné	Počet	2	0	0	1	3	
		% z jiné	66,7%	0,0%	0,0%	33,3%	100,0%	
	Celkem		Počet	101	61	9	13	184
			% ze všech prac. pozic	54,9%	33,2%	4,9%	7,1%	100,0%

Kontingenční tabulka porovnává „pracovní pozici sester“ a otázku, zda „informují rodiče o způsobech utišení pláče“. Ve výzkumném souboru byly 2 vrchní sestry (100%), 1 vrchní sestra (50%) odpovídala „ano“, žádná vrchní sestra (0%) neodpověděla „spíše ano“ nebo „spíše ne“ a 1 vrchní sestra (50%) odpovídala „ne“.

Staničních sester bylo 6 (100%), 2 staniční sestry (33,3%) informují rodiče o způsobech utišení pláče, 4 staniční sestry (66,7%) uvedly „spíše ano“, žádná staniční sestra (0%) neodpověděla „spíše ne“ a žádná staniční sestra (0%) „ne“. Sester u lůžka bylo 94 (100%), 57 z nich (60,6%) odpovídalo „ano“, 28 sester u lůžka (29,8%) „spíše ano“, 4 sestry u lůžka (4,3%) „spíše ne“ a 5 z nich (5,3%) rodiče neinformuje. Sester pracujících v ambulancích bylo 79 (100%), 39 z nich (49,4%) odpovídalo „ano“, 29 ambulantních sester (36,7%) „spíše ano“, 5 ambulantních sester (6,3%) „spíše ne“, 6 z nich (7,6%) odpovídalo „ne“. V kategorii „jiné“ byly 3 sestry (100%) pracující jako sestra u lůžka nebo ambulantní sestra + vedly předporodní kursy. Z nich 2 sestry (66,7%) uvedly „ano“, žádná (0%) ze sester v kategorii „jiné“ neodpověděla „spíše ano“ ani „spíše ne“ a 1 sestra z kategorie „jiné“ (33,3%) odpovídala „ne“. Celkem odpovídalo 184 sester (100%), z nich 101 sester (54,9%) uvádí, že rodiče o způsobech utišení pláče informuje, 61 sester (33,2%) uvádí „spíše ano“, 9 sester (4,9%) „spíše ne“ a 13 sester (7,1%) odpovědělo, že rodiče o způsobech utišení pláče neinformuje.

Tabulka 49

vzdělání * znalost diagnózy SBS

			znalost diagnózy SBS			Celkem	
			ano	ne	nevím		
vzdělání	středoškolské	Počet	2	59	0	61	
		% z středoškolské	3,3%	96,7%	0,0%	100,0%	
	středoškolské + specializace	Počet	11	65	3	79	
		% z středoškolské + specializace	13,9%	82,3%	3,8%	100,0%	
	vyšší odborné	Počet	0	7	2	9	
		% z vyšší odborné	0,0%	77,8%	22,2%	100,0%	
	vysokoškolské Bc.	Počet	6	15	1	22	
		% z vysokoškolské Bc.	27,3%	68,2%	4,5%	100,0%	
	vysokoškolské Mgr.	Počet	2	2	0	4	
		% z vysokoškolské Mgr.	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%	
	vysokoškolské + specializace	Počet	5	4	0	9	
		% z vysokoškolské + specializace	55,6%	44,4%	0,0%	100,0%	
	Celkem		Počet	26	152	6	184
			% ze všech vzdělání	14,1%	82,6%	3,3%	100,0%

Kontingenční tabulka porovnává „vzdělání“ a otázku „znalost diagnózy SBS“. Ve výzkumném souboru bylo 61 sester (100%) středoškolsky vzdělaných, ze zmíněného počtu 2 sestry (3,3%) znají diagnózu Shaken Baby Syndrome, 59 sester (96,7%) tuto diagnózu nezná a 0 středoškolsky vzdělaných sester odpovídalo „nevím“. Sester, které měly středoškolské vzdělání + specializaci bylo ve výzkumném souboru 79 (100%), z tohoto počtu 11 sester (13,9%) znalo diagnózu SBS, 65 sester tuto diagnózu nezná a 3 sestry (3,8%) odpovídalo „nevím“. Sester, které měly vyšší odborné vzdělání bylo 9 (100%), z tohoto počtu žádná sestra (0%) neznala diagnózu SBS, 7 sester (77,8%) diagnózu nezná a 2 sestry (22,2%) odpovídaly „nevím“. Ve výzkumném souboru bylo 22 sestry (100%), které měly vysokoškolské bakalářské vzdělání, z tohoto počtu 6 sester (27,3%) znalo diagnózu SBS, 15 sester (68,2%) diagnózu neznalo a 1 sestra (4,5%) odpovídala „nevím“. Ve výzkumném souboru byly 4 sestry (100%), které měly

vysokoškolské magisterské vzdělání, z tohoto počtu 2 sestry (50,0%) znaly diagnózu SBS, 2 sestry (50,0%) diagnózu neznaly a žádná sestra (0,0%) neodpovídala „nevím“. Ve výzkumném souboru byly 9 sester (100%), které měly vysokoškolské vzdělání + specializaci, z tohoto počtu 5 sester (55,6%) znalo diagnózu SBS, 4 sestry (44,4%) diagnózu neznaly a žádná sestra (0,0%) neodpovídala „nevím“. Celkem odpovídalo 184 sester (100%), z nich 26 sester (14,1%) uvádí, že diagnózu SBS zná, 152 sester (82,6%) diagnózu nezná a 6 sester (3,3%) odpovídalo „nevím“.

Tabulka 50 zdravotník / rodič * uvítání více informací o SBS

			uvítání více informací o SBS			Celkem
			ano	ne	nevím	
Zdravotník/ rodič	zdravotník	Počet	175	7	2	184
		% ze zdravotníků	95,1%	3,8%	1,1%	100,0%
	rodič	Počet	222	8	17	247
		% z rodičů	89,9%	3,2%	6,9%	100,0%
Celkem		Počet	397	15	19	431
		% ze zdravotníků/ rodičů	92,1%	3,5%	4,4%	100,0%

Kontingenční tabulka porovnává rozdílnost v odpovědích na otázku „uvítání více informací o SBS“ u výzkumného souboru zdravotníků a výzkumného souboru rodičů. Ve výzkumném souboru zdravotníků bylo celkem 184 sester (100%). Ze zmíněného počtu 175 sester (95,1%) by přivítalo více informací o Shaken Baby Syndrome, 7 sester (3,8%) o tyto informace nemá zájem a 2 sestry (1,1%) neví. Ve výzkumném souboru rodičů bylo celkem 247 respondentů (100%). Z tohoto počtu 222 rodičů a pečujících osob (89,9%) by přivítalo více informací o syndromu třeseného dítěte, 8 rodičů (3,2%) o tyto informace nemá zájem a 17 rodičů (6,9%) neví. Celkem odpovídalo 431 respondentů (100%), ze zmíněného počtu 397 respondentů (92,1%) by přivítalo více informací o SBS, 15 respondentů (3,5%) o tyto informace nemá zájem a 19 respondentů (4,4%) neví.

Chí kvadrát test 1

	Hodnota	df	Signifikance
Pearsonův chí kvadrát	8,445 ^a	2	0,015

a. 0 buněk (0,0%) má očekávanou četnost menší než 5. Nejnižší očekávaná četnost je 6,40.

Nulová hypotéza (H_0): Zastoupení odpovědí na otázku se u porovnávaných skupin neliší. Alternativní hypotéza (H_A): Zastoupení odpovědí je u obou skupin jiné. Pomocí statistického testu chí kvadrát byla testována nulová hypotéza o stejném zastoupení odpovědí na otázku ve skupinách zdravotníků a rodičů. Dosažená hladina významnosti je 0,015 (1,5 %), můžeme tedy tuto hypotézu zamítnout na hladině významnosti 5 %. Zastoupení odpovědí se liší – zdravotníci častěji než rodiče odpovídali „ano“ (95,1 % oproti 89,9 %), rodiče na otázku častěji než zdravotníci odpovídali „nevím“ (6,9 % oproti 1,1 %).

Tabulka 51 zdravotník / rodič * znalost diagnózy SBS

			znalost diagnózy SBS			Celkem
			ano	ne	nevím	
Zdravotník/ rodič	zdravotník	Počet	26	152	6	184
		% ze zdravotníků	14,1%	82,6%	3,3%	100,0%
	rodič	Počet	68	158	21	247
		% z rodičů	27,5%	64,0%	8,5%	100,0%
Celkem		Počet	94	310	27	431
		% ze zdravotníků/rodičů	21,8%	71,9%	6,3%	100,0%

Kontingenční tabulka porovnává rozdílnost v odpovědích na otázku „znalost diagnózy SBS“ u výzkumného souboru zdravotníků a výzkumného souboru rodičů. Ve výzkumném souboru zdravotníků bylo celkem 184 sester (100%). Ze zmíněného počtu 26 sester (14,1%) zná diagnózu Shaken Baby Syndrome, 152 sester (82,6%) tuto diagnózu nezná a 6 sester (3,3%) neví. Ve výzkumném souboru rodičů bylo celkem 247 respondentů (100%). Z tohoto počtu 68 rodičů a pečujících osob (27,5%) zná diagnózu syndrom třeseného dítěte, 158 rodičů (64,0%) tuto diagnózu nezná a 21 rodičů (8,5%)

neví. Celkem odpovídalo 431 respondentů (100%), ze zmíněného počtu 94 respondentů (21,8%) zná diagnózu SBS, 310 respondentů (71,9%) tuto diagnózu nezná a 27 respondentů (6,3%) neví.

Chí kvadrát test 2

	Hodnota	df	Signifikance
Pearsonův chí kvadrát	18,400 ^a	2	0,000

a. 0 buněk (0,0%) má očekávanou četnost menší než 5. Nejnižší očekávaná četnost je 11,53.

Dosažená hladina významnosti chí kvadrát testu $p < 0,001$ (0,1 %) vypovídá o statisticky významných rozdílech v odpovědích na otázku týkající se znalosti SBS. Překvapivě mnohem více rodičů než dotázaných zdravotníků tuto diagnózu zná (27,5 % oproti 14,1 %), neznalost je naopak větší u zdravotníků (82,6 % oproti 64 %). U odpovědi „nevím“ je rozdíl v zastoupení odpovědí nejmenší.

Tabulka 52 zdravotník / rodič * upozorňují sestry rodiče na pláč – hlavní vyvolavatel SBS

			upozorňují sestry rodiče na pláč - hlavní vyvolavatel SBS				Celkem
			ano	spíše ano	spíše ne	ne	
Zdravotník/ rodič	zdravotník	Počet	2	2	2	20	26
		% ze zdravotníků	7,7%	7,7%	7,7%	76,9%	100,0%
	rodič	Počet	3	2	6	236	247
		% z rodičů	1,2%	0,8%	2,4%	95,5%	100,0%
Celkem		Počet	5	4	8	256	273
		% ze zdravotníků/ rodičů	1,8%	1,5%	2,9%	93,8%	100,0%

Kontingenční tabulka porovnává rozdílnost v odpovědích na otázku zda „upozorňují sestry rodiče na pláč – hlavní vyvolavatel SBS“ u výzkumného souboru zdravotníků a výzkumného souboru rodičů. Ve výzkumném souboru zdravotníků bylo celkem 26 sester (100%), které znaly diagnózu SBS. Ze zmíněného počtu 2 sestry (7,7%)

upozorňují rodiče na pláč – hlavní vyvolavatel syndromu třeseného dítěte, 2 sestry (7,7%) uvádí „spíše ano“, 2 sestry (7,7%) uvádí „spíše ne“ a 20 sester (76,9%) rodiče neupozorňují. Ve výzkumném souboru rodičů bylo celkem 247 respondentů (100%). Z tohoto počtu 3 rodiče a pečující osoby (1,2%) uvádí, že je sestra upozornila na pláč, jako hlavního vyvolavatele SBS, 2 rodiče (0,8%) uvádí „spíše ano“, 6 rodičů (2,4%) uvádí „spíše ne“ a 236 rodičů (95,5%) sestra neinformovala. Celkem odpovídalo 273 respondentů (100%), ze zmíněného počtu 5 respondentů (1,8%) odpovídalo „ano“, 4 respondenti (1,5%) odpovídalo „spíše ano“, 8 respondentů (2,9%) uvádí „spíše ne“ a 256 respondentů (93,8%) uvádí „ne“.

Tabulka 52.1 zdravotník / rodič * upozorňují sestry rodiče na pláč - hlavní vyvolavatel SBS

sloučené odpovědi

		Upozorňují sestry rodiče na pláč - hlavní vyvolavatel SBS		Celkem
		ano	ne	
zdravotník	Počet	4	22	26
	% ze zdravotníků	15,4%	84,6%	100,0%
rodič	Počet	5	242	247
	% z rodičů	2,0%	98,0%	100,0%
Celkem	Počet	9	264	273
	% ze všech	3,3%	96,7%	100,0%

Chí kvadrát test 3

	Hodnota	df	Signifikance
Pearsonův chí kvadrát	6,320 ^a	3	0,097

a. 0 buněk (0,0%) má očekávanou četnost menší než 5. Nejnižší očekávaná četnost je 32,02.

Nulová hypotéza (H_0): Zastoupení odpovědí na otázku se u porovnávaných skupin neliší. Alternativní hypotéza (H_A): Zastoupení odpovědí je u obou skupin jiné. Pro potřeby chí kvadrát testu byly v kontingenční tabulce 53 z důvodu nízkého zastoupení odpovědí „spíše ano“ a „spíše ne“ sloučeny odpovědi do dvou krajních kategorií „ano“ a „ne“. Vzhledem k dosažené hladině významnosti $p = 0,097$ (9,7 %), která je větší než

5 %, nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu o shodném zastoupení odpovědí v porovnávaných skupinách respondentů. V souboru zdravotníků odpovídalo pouze 26 (14,1%) sester z celkového počtu 184 (100%), které znaly diagnózu Shaken Baby Syndrome. V souboru rodičů odpovídali všichni respondenti 247 (100%). Zaznamenané rozdíly nejsou ze statistického hlediska významné. U rodičů i zdravotníků převládala odpověď „ne“.

Tabulka 53 zdravotník / rodič * informují sestry rodiče o příčinách pláče

			informují sestry rodiče o příčinách pláče				Celkem
			ano	spíše ano	spíše ne	ne	
Zdravotník/ rodič	zdravotník	Počet	52	60	35	37	184
		% ze zdravotníků	28,3%	32,6%	19,0%	20,1%	100,0%
	rodič	Počet	56	109	44	38	247
		% z rodičů	22,7%	44,1%	17,8%	15,4%	100,0%
Celkem		Počet	108	169	79	75	431
		%ze zdravotníků/ rodičů	25,1%	39,2%	18,3%	17,4%	100,0%

Kontingenční tabulka porovnává rozdílnost v odpovědích na otázku, zda „informují sestry rodiče o příčinách pláče“ u výzkumného souboru zdravotníků a výzkumného souboru rodičů. Ve výzkumném souboru zdravotníků bylo celkem 184 sester (100%). Ze zmíněného počtu 52 sester (28,3%) informuje rodiče o příčinách pláče, 60 sester (32,6%) uvádí „spíše ano“, 35 sester (19,0%) uvádí „spíše ne“ a 37 sester (20,1%) rodiče neinformuje. Ve výzkumném souboru rodičů bylo celkem 247 respondentů (100%). Z tohoto počtu 56 rodičů a pečujících osob (22,7%) uvádí, že je sestra informovala o příčinách pláče, 109 rodičů (44,1%) uvádí „spíše ano“, 44 rodičů (17,8%) uvádí „spíše ne“ a 38 rodičů (15,4%) sestra neinformovala. Celkem odpovídalo 431 respondentů (100%), ze zmíněného počtu 108 respondentů (25,1%) odpovídalo „ano“, 169 respondentů (39,2%) odpovídalo „spíše ano“, 79 respondentů (18,3%) uvádí „spíše ne“ a 75 respondentů (17,4%) uvádí „ne“.

Chí kvadrát test 4

	Hodnota	df	Signifikance
Pearsonův chí kvadrát	134,202 ^a	3	0,000

a. 0 buněk (0,0%) má očekávanou četnost menší než 5. Nejnižší očekávaná četnost je 23,48.

Na otázku o informování rodičů sestrami o příčinách pláče odpovídali zdravotníci nejčastěji „ano“ (28,3 %) nebo „spíše ano“ (32,6 %), avšak ani zbývající dvě kategorie neměly zanedbatelné zastoupení. Naopak rodičů byla nejvíce zastoupena odpověď „spíše ano“ (44,1 %), odpovědi „spíše ne“ a „ne“ byly v menšině. Statisticky byly tyto rozdíly potvrzeny velice nízkou dosaženou hladinou významnosti $p < 0,001$ ($< 0,1$ %). Zastoupení odpovědí u dvou srovnávaných skupin se významně liší.

Tabulka 54 zdravotník / rodič * informují sestry o způsobech utišení pláče

			informují sestry o způsobech utišení pláče				Celkem
			ano	spíše ano	spíše ne	ne	
Zdravotník/ rodič	zdravotník	Počet	101	61	9	13	184
		% ze zdravotníků	54,9%	33,2%	4,9%	7,1%	100,0%
	rodič	Počet	30	64	111	42	247
		% z rodičů	12,1%	25,9%	44,9%	17,0%	100,0%
Celkem		Počet	131	125	120	55	431
		% ze zdravotníků/ rodičů	30,4%	29,0%	27,8%	12,8%	100,0%

Kontingenční tabulka porovnává rozdílnost v odpovědích na otázku, zda „informují sestry rodiče o způsobech utišení pláče“ u výzkumného souboru zdravotníků a výzkumného souboru rodičů. Ve výzkumném souboru zdravotníků bylo celkem 184 sester (100%). Ze zmíněného počtu 101 sester (54,9%) informuje rodiče o způsobech utišení pláče, 61 sester (33,2%) uvádí „spíše ano“, 9 sester (4,9%) uvádí „spíše ne“ a 13 sester (7,1%) rodiče neinformuje. Ve výzkumném souboru rodičů bylo celkem 247

respondentů (100%). Z tohoto počtu 30 rodičů a pečujících osob (12,1%) uvádí, že je sestra informovala o způsobech utišení pláče, 64 rodičů (25,9%) uvádí „spíše ano“, 111 rodičů (44,9%) uvádí „spíše ne“ a 42 rodičů (17,0%) sestra neinformovala. Celkem odpovídalo 431 respondentů (100%), ze zmíněného počtu 131 respondentů (30,4%) odpovídalo „ano“, 125 respondentů (29,0%) odpovídalo „spíše ano“, 120 respondentů (27,8%) uvádí „spíše ne“ a 55 respondentů (12,8%) uvádí „ne“.

Chí kvadrát test 5

	Hodnota	df	Signifikance
Pearsonův chí kvadrát	13,171 ^a	1	0,000

a. 1 buňka (25,0%) má očekávanou četnost menší než 5. Nejnižší očekávaná četnost je 0,86.

Na otázku, zda informují sestry rodiče o způsobech utišení pláče odpovídali zdravotníci nejčastěji „ano“ (54,9 %) nebo „spíše ano“ (33,2 %), naopak u rodičů byla nejvíce zastoupena odpověď „spíše ne“ (44,9 %) a odpověď „ne“ (17,0 %). Statisticky byly tyto rozdíly potvrzeny velice nízkou dosaženou hladinou významnosti chí kvadrát testu $p < 0,001$ ($< 0,1$ %). Zastoupení odpovědí u dvou srovnávaných skupin se významně liší.

Tabulka 55 zdravotník / rodič * informují sestry rodiče na následky třesení

			informují sestry rodiče na následky třesení				Celkem
			ano	spíše ano	spíše ne	ne	
Zdravotník/ rodič	zdravotník	Počet	4	2	0	20	26
		% ze zdravotníků	15,4%	7,7%	0,0%	76,9%	100,0%
	rodič	Počet	1	2	66	178	247
		% z rodičů	0,4%	0,8%	26,7%	72,1%	100,0%
Celkem		Počet	5	4	66	198	273
		% ze zdravotníků/ rodičů	1,8%	1,5%	24,2%	72,5%	100,0%

Kontingenční tabulka porovnává rozdílnost v odpovědích na otázku, zda „informují sestry rodiče o na následky třesení s dítětem“ u výzkumného souboru zdravotníků a výzkumného souboru rodičů. Ve výzkumném souboru zdravotníků bylo celkem 26 sester (100%), které znaly diagnózu SBS. Ze zmíněného počtu 4 sestry (15,4%) informují rodiče na následky třesení s dítětem, 2 sestry (7,7%) uvádí „spíše ano“, žádná sestra (0,0%) neuvedla „spíše ne“ a 20 sester (76,9%) rodiče neinformuje. Ve výzkumném souboru rodičů bylo celkem 247 respondentů (100%). Z tohoto počtu 1 z rodičů a pečujících osob (0,4%) uvádí, že je sestra informovala na následky třesení s dítětem, 2 rodiče (0,8%) uvádí „spíše ano“, 66 rodičů (26,7%) uvádí „spíše ne“ a 178 rodičů (72,1%) sestra neinformovala. Celkem odpovídalo 273 respondentů (100%), ze zmíněného počtu 5 respondentů (1,8%) odpovídalo „ano“, 4 respondenti (1,5%) odpovídalo „spíše ano“, 66 respondentů (24,2%) uvádí „spíše ne“ a 198 respondentů (72,5%) uvádí „ne“.

Tabulka 55.1 zdravotník / rodič * informují sestry rodiče na následky třesení sloučené odpovědi

		Informují sestry rodiče o následcích třesení		Celkem
		ano	ne	
zdravotník	Počet	6	20	26
	% ze zdravotníků	23,1%	76,9%	100,0%
rodič	Počet	3	244	247
	% z rodičů	1,2%	98,8%	100,0%
Celkem	Počet	9	264	273
	% ze všech	3,3%	96,7%	100,0%

Chí kvadrát test 6

	Hodnota	df	Signifikance
Pearsonův chí kvadrát	35,268 ^a	1	0,000

a. 1 buňka (25,0%) má očekávanou četnost menší než 5. Nejnižší očekávaná četnost je 0,86.

Pro potřeby chí kvadrát testu byly v kontingenční tabulce 9 z důvodu nízkého zastoupení odpovědí „spíše ano“ a „spíše ne“ sloučeny odpovědi do dvou krajních kategorií „ano“ a „ne“. Dosažená hladina významnosti $p < 0,001$ ($< 0,1$ %) vypovídá o statisticky významných rozdílech v odpovědích na otázku, zda sestry informují rodiče o následcích třesení s dítětem. V souboru zdravotníků odpovídalo pouze 26 (14,1%) sester z celkového počtu 184 (100%), byly to ty, které znaly diagnózu Shaken Baby Syndrome. V souboru rodičů odpovídali všichni respondenti 247 (100%). Na tuto otázku odpověděli rodiče „ano“ pouze ve třech případech (1,2 %), naproti tomu u sester dosáhl tento podíl 23,1%. I když je zjištěný rozdíl velmi vysoký, je částečně způsoben nízkým počtem respondentů ve skupině sester ve srovnání s rodiči.

4.4 Informační materiál pro rodiče – Edukační plán

Shaken Baby Syndrome

JAK UTIŠIT PLÁČ MIMINKA

edukační plán – informační materiál pro rodiče



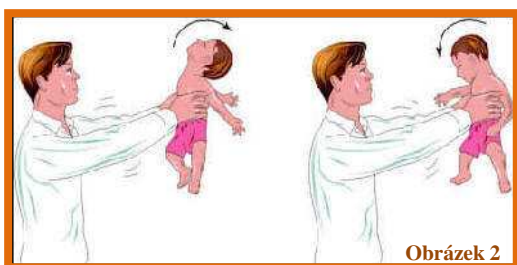
Obrázek 1

- ❖ *Základní informace o syndromu třeseného dítěte*
- ❖ *Kdo nejčastěji třesení, cloumání způsobuje?*
- ❖ *Co dělat v případě silného nutkání s dítětem zatřást, zacloumat?*
- ❖ *Jakým způsobem nejlépe utišit pláč, který není způsobený neuspokojením základních potřeb miminka?*
- ❖ *Odkazy na další informace k této problematice*

Základní informace o syndromu třeseného dítěte

Termín „Shaken Baby Syndrome“ v ČR ještě příliš nevešel v povědomí zdravotníků ani široké veřejnosti. Je možné ho přeložit jako syndrom třeseného dítěte a označuje soubor zdravotních obtíží, které se vyskytují u dětí po následném třesení, cloumání, ale i pohazování s dítětem.

Otec třesoucí dítětem



Mění se poloha mozku uvnitř lebky u dětí vede k vážným a trvalým mozgovým poškozením



Dnešní situace je přímo alarmující, protože třesení, třepání s dítětem je naprosto běžný jev, který provádějí velice často sami rodiče, bez toho, aniž by si uvědomovali, že vystavují dítě riziku vzniku poranění mozkové tkáně, očního bulbu, poruchy zraku a sluchu, zhoršení koordinace nebo ochrnutí končetin, poruchy sání a polykání, záchvatovitého onemocnění, poruchy učení až smrti. Není přitom důležité, jakým způsobem je dítětem třeseno, ani jak je drženo (za nohy, hrudník, ramena).

Stejně důsledky může mít i populární vyhazování dítěte do výšky při hře. Hlavním důvodem je, že hlavička dítěte je, v porovnání s tělíčkem, příliš velká a těžká, dítě má ještě slabé krční svaly, mozek s cévy jsou příliš křehké. Třesení způsobí rychlý předklon a záklon hlavičky s následnými vážnými následky.

Zranění způsobené zrychleným, zpomaleným pohybem hlavy



Násilné třesení vyvolává zrychlující-zpomalující síly, které způsobují závažné poranění mozku. Rotační síly působící na mozek mají za následek poranění mozkových struktur, nervových tkání

Náraz dětské hlavy o pevnou podložku zvyšuje škodlivé působení na mozek 10 až 50 násobně v porovnání se silami vyvolanými samotným třesením.

Zvyšující se působení úrazu vlivem nárazu



Je nezbytně nutné, aby zdravotníci upozorňovali rodiče, jak mají řešit krizové situace týkající se péče o dítě (např. neutuchající pláč, neklid dítěte, dráždivé reakce), jakým způsobem mají pečovat o nedonošené dítě, dítě chronicky nemocné, vývojově opožděné a zdůrazňovat možné problémy. Rodiče by měli být poučeni o syndromu třeseného dítěte již v předporodních kurzech, v porodnici a nejpozději při první návštěvě u dětského lékaře, aby si byli vědomi, jaké následky děťátku hrozí. Hlavním vyvolavatelem tohoto syndromu je pláč, dále to jsou problémy související s hygienou dítěte, jako neustálé přebalování. Dalším z důvodů může být i žárlivost partnera na dítě, kterému je věnována veškerá pozornost.

Možná si říkáte, proč bych svému děťátku ubližoval/a? Vždyť ho všichni milujeme, ale výsledkem třesení a cloumání je především bezmocnost a zoufalství nad „neustále“ plačícím dítětem, které může vyvrcholit náhlým impulzem a nutností dítětem zatřást, původně z důvodu „aby přestalo plakat“.

Kdo nejčastěji třesení, cloumání způsobuje?

- ❖ Frustrovaní rodiče, kteří o dítě neustále pečují a jsou stresovaní častým pláčem dítěte, neustálým přebalováním
- ❖ Pečovatelé, au-pair osoby, chůvy
- ❖ Rodiče s nižším vzděláním
- ❖ Rodiče s horší sociální a ekonomickou situací
- ❖ Velmi mladí rodiče
- ❖ Rodiče s negativními zkušenostmi z dětství (pocity osamění, izolace)
- ❖ Otcové, přátelé matky mužského pohlaví
- ❖ Rodiče nadměrně užívající alkohol a drogy
- ❖ Rodiče nedostatečně připravení na svou roli

Edukační plán

Co dělat v případě silného nutkání s dítětem zatřást, zacloumat?

- ❖ Pokud jste frustrovaní, unavení, nervózní – neberte dítě vůbec do náruče, uložte dítě na bezpečné místo do ohrádky, postýlky a na chvíli odejděte z místnosti – ne však daleko, abyste dítě slyšeli
- ❖ Snažte se uklidnit, zhluboka dýchat, relaxujte
- ❖ Zavolejte manželovi, přátelům, širší rodině a požádejte je o radu, popř. je poproste o dočasné převzetí péče o dítě
- ❖ V některých případech je vhodné vyhledat psychoterapeutickou pomoc (kontakty a doporučení zabezpečí praktický dětský lékař nebo praktický lékař pro dospělé)
- ❖ Jakmile se uklidníte, snažte se opět dítěti pomoci
- ❖ Vaše psychické vypětí je pochopitelné, ale neublížujte Vašemu dítěti – nemůže za to, že pláče, nedělá Vám to schválně

Jakým způsobem nejlépe utišit pláč, který není způsobený neuspokojením základních potřeb miminka?



Obrázek 6

Intervence :

- ❖ Zkontrolujte, zda dítě nejeví známky nemoci, nepohodlí, bolesti nebo nemá hlad
- ❖ Buďte klidní, sebejistí a důslední
- ❖ Buďte trpělivý/á, zhluboka dýchejte, počítejte do deseti, sta
- ❖ Dítě vycítí Váš psychický stav, a pokud jste rozrušený/á, zoufalý/á a nešťastný/á z pláče, dítě to vnímá a je stále víc neklidné
- ❖ Novorozence a kojence můžete zkusit zabalit do zavinovačky, deky a navodit mu tak podobný pocit, jaký zažívalo v děloze
- ❖ Zkontrolujte plenku, oděv děťátka, zda není příliš těsný
- ❖ Ujistěte se, že není dítěti horko nebo zima
- ❖ Držte dítě na hrudi a jemně ho masírujte
- ❖ Držte dítě v náručí a pomalu a klidně dýchejte, dítě může vycítit Váš klid a přestat plakat
- ❖ Chovejte děťátko a chodte s ním po místnosti
- ❖ Dítě vhodně oblečte a jděte s ním na procházku v kočárku, popř. ho uložte do autosedačky a zkuste uklidňující jízdu autem
- ❖ Zpívejte nebo mluvejte na dítě a vyprávějte mu uklidňujícím tónem
- ❖ Nekřičte na dítě a nesnažte se ho trestat

- ❖ Zkuste pustit dítěti záznam zvuku, někdy dítě uklidní zvuk vysavače, fénu nebo zvuk tekoucí vody
- ❖ Zkuste dítěti nabídnout chrastítko, hlučnou hračku – pozor, ale na přetěžování nezralé nervové soustavy miminka
- ❖ Pokud dítě pláče z důvodu, že nemůže usnout – naopak utlumte všechny zvuky, světlo
- ❖ Nabídněte dítěti dudlík
- ❖ Dodržujte denní rytmus krmení, koupání, procházek a omezte návštěvy na minimum
- ❖ Nedoporučuje se dítěti podávat sedativa
- ❖ Jestliže máte pocit, že Vaše dítě pláče příliš a následně Vy rychle ztrácíte trpělivost, poraďte se s lékařem nebo dětskou sestrou.
- ❖ Pokud vše ostatní selže nebo máte podezření na nemoc dítěte, zavolejte dětského lékaře – pomůže vám bojovat proti Syndromu třeseného dítěte

Odřazy na další informace k této problematice

- ❖ Pokud si nevíte rady, je možné navštívit poradnu pro nadměrně plačící kojence, která je zřizena při pražské Fakultní nemocnici Motol nebo telefonicky konzultovat Váš problém na telefonickém čísle: 224 433 790/ 791 (vyšetření v poradně je bezplatné)
- ❖ Zahraniční poradna: e-mailová adresa pro akutní stavy (nadměrně plačící a neutišitelné dítě, tendence s dítětem zatřást): info@shakenbaby.com, internetové stránky: www.safebaby.org. a e-mailová adresa pro akutní stavy (nadměrně plačící dítě): SafebabyOnline@SafeBaby.com
- ❖ Česká asociace pro psychické zdraví – www.capz.cz
- ❖ Občanské sdružení ESET – www.esethalp.cz
- ❖ www.psychopomoc.cz – telefonní číslo: 224 214 214 – rady a pomoc rodičům

Vychovávat dítě je jedním z nejtěžších a největších úkolů jaké máte. Mějte na paměti, že dítě je křehká bytost a zaslouží si velkou dávku ohleduplnosti a opatrnosti. Přejeme vám i vašemu děťátku mnoho šťastných a radostných chvil v životě.

Seznam použitých zdrojů:

BACUS, A. *Dítě pláče – co dělat : Jak zjistit, proč dítě pláče a jak ho uklidnit.* 1.vyd. Praha: nakladatelství Portál, 2006. 144 s. ISBN 80-7367-136-0.

JUNGWIRTHOVÁ, I. *Pohodoví rodiče – pohodové děti : Podporujeme vývoj dítěte.* 1. vyd. Praha: nakladatelství Portál, 2009. 173 s. ISBN 978-80-7367-536-3.

LAZORITZ, S., PALUSCI, J. V. *The shaken baby syndrome: a multidisciplinary approach.* 1.vyd. Haworth Press, 2001. 411 s. Edition: illustrated. ISBN 0-7890-1352-5.

PEINKOFER, R.J. *Silenced angels: The Medical, Legal, and Social Aspects of Shaken Baby Syndrome.* 1. vyd. Westport: Auburn House, 2002. 291 s. ISBN 0-86569-313-7.

Obrázek 1- zdroj:

BARKER, R. *Co dělat, když se dítě v noci budí.* [online], 10.1.2007 [citováno 2010-24-03]. Dostupné z: <<http://www.dvojcata.cz/clanek.php?IArticle=204>>.

Obrázek 2, 3 - zdroj:

HENRIE, C. *Child abuse. Shaken baby syndrome.* [online], 8.2.2010 [citováno 2010-24-03]. Dostupné z:< <http://www.therapist4me.com/Child%20Abuse.htm>>.

Obrázek 4 - zdroj:

Acceleration-deceleration injury. [online], 2010 [citováno 2010- 24-03]. Dostupné z:
<<http://contemporarypediatrics.modernmedicine.com/contpeds/data/articlestandard/contpeds/312004/108018/k3a037f1.jpg>>.

Obrázek 5 - zdroj:

The magnifying force of an impact injury. [online], 2010 [citováno 2010- 24-03].

Dostupné z:

<<http://contemporarypediatrics.modernmedicine.com/contpeds/data/articlestandard/contpeds/312004/108018/k3a037f3.jpg>>.

Obrázek 6 - zdroj:

IANNELLI, V. *Your Baby Week Two*. [online], 19.9.2007 [citováno 2010- 24-03].

Dostupné z:

<http://pediatrics.about.com/od/yourbabyweekbyweek/ss/baby_wk_two_8.htm>.

5 Diskuse

U výzkumného souboru rodičů nás na počátku výzkumného šetření zajímal vztah respondenta k dítěti. Z tabulky 31.1 vyplývá, že nejčastěji, v 82% to byla matka.

U výzkumného souboru sester nás zajímalo, jaké sestry tvoří výzkumný soubor. Byly to převážně středoškolsky vzdělané sestry a sestry, které měly středoškolské vzdělání, doplněné specializací ve svém oboru (viz tabulka 2). Toto zjištění nás nepřekvapilo, takové výsledky jsme předpokládali. Při dnešních trendech vysokoškolsky vzdělaných sester se do budoucna tyto rozdíly jistě vyrovnají. Mezi jejich pracovními pozicemi převažovaly sestry u lůžka a sestry, pracující v ambulancích dětských lékařů, popř. gynekologů (viz tabulka 4.1).

Pro potvrzení hypotézy 2: „*Povědomí rodičů i zdravotníků o syndromu třeseného dítěte je nedostačující*“, jsme pokládali otázku, zda se sestry setkaly s SBS během svého studia, na semináři, školící akci atd. Naprostá většina z nich se s touto diagnózou nesečkala (viz tabulka 7). V následující otázce, jestli měly sestry možnost se s SBS seznámit z odborné literatury a periodik, opět většina uvádí, že nikoliv (viz tabulka 8). Z těchto faktů vyplývá, že tento termín je pro sestry stále ještě neznámým a současně i vzdělávací možnosti se s SBS seznámit např. formou dostupné literatury jsou minimální. Výsledky našeho šetření korespondují i s literaturou, která tvrdí, že „*syndrom třeseného dítěte v ČR není dosud známý*“ (12, 15). Na tomto místě musíme namítnout, že měsíc po proběhlém výzkumu se začaly, zejména v médiích, občas vyskytovat různé pořady a příspěvky, týkající se syndromu třeseného dítěte. Je možné, že pokud by výzkumné šetření proběhlo později, bylo by povědomí sester vyšší. V našem případě jsme však pomocí těchto výsledků mohli zamítnout hypotézu 1: „*V České republice existuje dostatek kvalitní literatury o syndromu třeseného dítěte*“. Na druhou stranu je velice pozitivní fakt, že téměř všechny sestry 95% by měly zájem o více informací ohledně SBS (viz tabulka 9) a s naprostou převahou by tyto informace chtěly získávat na seminářích, školících akcích, kongresech atd. a z článků v odborných periodikách (viz tabulka 10.2). Velice nás potěšilo, že se na prvním místě objevily vzdělávací akce, což možná svědčí o faktu, že je sestry přestávají vnímat pouze jako

„nutné zlo“ při získávání kreditů, potřebných k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Ve výzkumném souboru rodičů by 90% respondentů uvítalo více informací o SBS (viz tabulka 35) a současně by tyto informace měli dostávat dle jejich vyjádření od sester a lékařů v ordinacích a formou letáků nebo brožur (viz tabulka 36.2). Tato skutečnost dle našeho názoru ukazuje na fakt, že seznámení se s SBS je čistě profesní téma, a proto i při získání potřebných informací respondenti upřednostňují profesionála.

Primární prevenci se zaměřením na SBS téměř žádná sestra neprovádí (viz tabulka 11). Shodujeme se tak s tvrzením M. Fedora a J. Fendrychové (14, 15), kteří shodně uvádí, že primární prevence ohledně SBS chybí. Znalost diagnózy SBS nám potvrdilo pouze 14% sester (viz tabulka 12). Z výzkumného souboru rodičů nám znalost SBS potvrdilo 27,5% respondentů (viz tabulka 32). Pomocí kontingenční tabulky 51 je možné porovnat znalost diagnózy SBS u rodičů a sester. Pro potřeby této práce byl zpracován chí kvadrát test 2, kdy jeho dosažená hladina významnosti vypovídá o statisticky významných rozdílech v odpovědích na otázku, týkající se znalosti SBS. Překvapivě mnohem více rodičů než dotázaných sester tuto diagnózu zná. Je možné, že tento výsledek je způsoben sledováním internetových stránek určených pro rodiče, kde tyto informace jsou poměrně často zastoupené. S tímto faktem souvisí i způsob získání informací o SBS u rodičů (viz tabulka 33.2), kde se na prvním místě objevily opět internetové stránky pro rodiče, následované médii a časopisy pro rodiče. Vzhledem ke kvalitě informací a nemožnosti zjistit autora těchto článků jsme tyto zdroje pro tuto práci nevyužívali a nejsou zahrnuté ani mezi prostudovanou literaturou. Pomocí tohoto zjištění jsme si opět potvrdili hypotézu 2, že povědomí rodičů i zdravotníků o syndromu třeseného dítěte je nedostačující. Pomocí kontingenčních tabulek jsme porovnávali vztah vzdělání sester a znalost diagnózy SBS, na tomto místě lze jednoznačně říct, že vysokoškolsky vzdělané sestry mají povědomí o SBS daleko vyšší než sestry středoškolsky vzdělané (viz tabulka 49). Tato skutečnost opět potvrzuje, že vysokoškolské vzdělání je pro sestry přínosem. Zarážející bylo, že z 26 sester, které znaly SBS se pouze 3 domnívají, že mají dostatečné množství informací o tomto syndromu (viz tabulka 13). Ve výzkumném souboru rodičů se také minimum

z respondentů 2,9% domnívá, že má dostatek informací o SBS. Příčina by mohla být opět v nedostatku kvalitní literatury a v nedostatečné komplexní informovanosti. S chybějící kvalitní literaturou jsme se potýkali i při psaní této práce, kdy bylo nutné čerpat informace hlavně z cizojazyčných zdrojů. Jen 6 sester 23,1%, které znaly SBS rodiče edukuje o tomto syndromu (viz tabulka 14) a stejný počet edukuje i o následcích třesení s dítětem (viz tabulka 16). Tento fakt se shoduje s odpověďmi rodičů, kteří na stejnou otázku odpovídali, že je sestra o SBS neinformuje (viz tabulka 38) a současně také téměř všichni respondenti 99% uvádí, že nemají od sestry informace o následcích třesení (viz tabulka 43). Také pomocí kontingenční tabulky 55.1 je možné porovnat v souboru rodičů a sester odpovědi na otázku, zda sestry rodiče informují o následcích třesení. Pro potřeby této práce byl zpracován chí kvadrát test 6, jehož dosažená hladina významnosti $p < 0,001$ ($< 0,1\%$) vypovídá o statisticky významných rozdílech v odpovědích na výše zmíněnou otázku. I když je zjištěný rozdíl velmi vysoký, je částečně způsoben nízkým počtem respondentů ve skupině sester ve srovnání s rodiči. Tyto výsledky nás moc nepřekvapily, zároveň bohužel potvrdily náš předpoklad velmi nízkého povědomí o SBS mezi zdravotníky i rodiči a neexistující primární prevenci SBS. Následky třesení znají dle jejich názoru všechny dotazované sestry (viz tabulka 15.1). Dále, když mají vyjádřit jaké tyto následky jsou, většina z nich popisuje překvapivě jen poškození mozku dítěte a nitrolební krvácení, ostatní následky, které popisují ve svých dílech např. autoři S. Lazowitz nebo R. J. Peinkofer (35, 45) a také se nedají opomínat nenapsala žádná sestra. Z toho vyplývá, že chybí dostatek správných informací. Pouze 4 sestry uvedly, že rodiče upozorňují na pláč, který je hlavní vyvolavatel SBS (viz tabulka 17). Tato zjištění jsou naprosto nevyhovující a snad až alarmující, nicméně svědčí o současné situaci, týkající se SBS. Současně byla zpracována kontingenční tabulka 52, ze které vyplývá, že se sestry i rodiče shodují v odpovědích na výše zmíněnou otázku. Pomocí statistického chí kvadrát testu 3, byla testována nulová hypotéza o shodném zastoupení odpovědí v porovnávaných skupinách respondentů. Zaznamenané rozdíly ovšem nejsou ze statistického hlediska významné. Rodiče odpovídali, že informace ohledně pláče, jako hlavního vyvolavatele SBS, od sester nedostávají a sestry shodně odpovídaly, že tyto informace rodičům nepředávají.

Pomocí tohoto shrnutí jsme si potvrdili hypotézu 3: „*Primární prevence syndromu třeseného dítěte v České republice neexistuje*“. Autoři S. Lazoritze a J. Palusci vyslovují předpoklad, přání: „že je potřeba neustále zvyšovat informovanost zdravotníků i veřejnosti o nebezpečí v podobě SBS“ (35). S tím nezbyvá než souhlasit a stejně jako autor se vyslovujeme k masivním přednáškovým aktivitám pro zdravotníky i rodiče, vytvoření a distribuování informačních letáků a zřízení bezplatné poradenské telefonní linky pro rodiče. V zahraničí existují agentury, které nabízejí krizovou telefonickou pomoc pro rodiče a pečující osoby s velkým úspěchem. V ČR primární prevence SBS dle našeho výzkumného šetření neexistuje, je možné konstatovat, že tento stav je zapříčiněn hlavně minimem informací a s tím souvisejícím minimálním povědomím o SBS.

Další oblastí výzkumného šetření, která se týkala této práce, byl dětský pláč. Domnívali jsme se, že téměř všechny sestry budou rodiče edukovat o příčinách pláče. Tento předpoklad se nám však zcela nepotvrdil (viz tabulka 18). Většina sester sice rodiče o příčinách pláče informuje, pro nás je ovšem překvapivý nezanedbatelný počet těch sester, které tak nečiní. V kontingenční tabulce 47 jsme porovnávali tuto otázku a vztah pracovní pozice sestry. Z výsledků vyplývá, že pracovní pozice sestry jednoznačně neovlivňuje možnost edukace rodičů o příčinách pláče. Podobné jsou i výsledky v kontingenční tabulce 48, která srovnává pracovní pozici sestry a fakt, zda edukují rodiče o způsobech utišení pláče. Z těchto faktů vychází, že sestry mohou svou roli edukátorky vykonávat na všech pracovních pozicích, tento názor se shoduje i s odbornou literaturou (39, 62). Z kontingenční tabulky 53 je patrné, jak vnímají edukaci o příčinách pláče ze strany sester rodiče a jak samotné sestry. Pokud sloučíme odpovědi „spíše ano“ a „spíše ne“ do dvou krajních kategorií „ano“ a „ne“, lze těchto výsledků vyvodit, že oba výzkumné soubory tuto skutečnost vnímají obdobně. Dle našeho názoru jsou tyto výsledky optimální, protože edukace na dané téma je směřována od sester a na druhé straně přijímána rodiči správně. Příjemně nás překvapily výsledky v tabulce 19, kde převážná většina sester tvrdí, že rodiče informuje o způsobech utišení pláče jejich dítěte. O to víc zarážející byly výsledky z výzkumného souboru rodičů (viz tabulka 40), kteří tvrdí, že informace o vhodných způsobech utišení

pláče od sester nedostávají. Toto potvrzuje i kontingenční tabulka 54, kde jsou zřetelné rozdíly v odpovědích rodičů a sester. Dále byl pro potřeby této práce zpracován statistický chí kvadrát test 5, pomocí kterého byly výše zmíněné rozdíly potvrzeny velice nízkou dosaženou hladinou významnosti $p < 0,001$ ($< 0,1\%$). Zastoupení odpovědí u dvou srovnávaných skupin se významně liší. Následně se nám nabízí otázka „Proč tomu tak je?“ a další „Kam plynou, kde se ztrácí informace, poskytované sestrami, když se k rodičům nedostanou?“ Možnou odpovědí může být neodhadnutí schopnosti chápat odbornější podstatu problému rodičem ze strany sestry, která předpokládá způsob podávání informací za adekvátní, přičemž rodič nebo pečující osoba se domnívá, že nebyl náležitě zdravotnickým personálem poučen. Tato oblast však přesahuje rámec našeho výzkumného šetření, ale základní problém spatřujeme ve špatné formě předávání informací sestrou pacientovi, nedostatečné komunikaci a ze strany sester zcela chybějící zpětnou vazbou. Náš názor do určité míry koresponduje s autorkou Pedagogiky v ošetrovatel'stve V. Závodnou (62). Ve výzkumném souboru rodičů nás potěšil způsob utišování pláče, kde se na prvních místech objevil tělesný kontakt, přiložení k prsu, houpání a kolébání (viz tabulka 37.2), žádný z respondentů neoznačil možnost zatřesení s dítětem. Je otázkou, do jaké míry je toto vyjádření pravdivé. Tabulka 37.3 vyjadřuje jiné způsoby utišení pláče dotazovanými rodiči, kde respondenti popisují poněkud riskantní praktiky a 2 z dotázaných rodičů a pečujících osob pláč svého dítěte neutišují, nechají ho „vyplakat“.

Na další otázku více než polovina sester odpovídala, že zná vliv pláče na rodiče a pečující osoby (viz tabulka 20) a následně většina sester, která znala tento vliv potvrzovala, že rodiče na tento vliv upozorňuje (viz tabulka 21). Naproti tomu většina rodičů opět uvádí, že se k nim tyto informace od sester nedostávají (viz tabulka 42.1). Následně pouze 23 rodičů, které sestra informovala, popisuje v tabulce 42.2 vliv pláče. Po zhodnocení odpovědí je nutné konstatovat, že tento vliv popisují rodiče správně. Domníváme se, že díky výsledkům na tuto otázku se opět ukazují chyby v komunikaci a edukaci popsané již výše. I přes zde zjištěné nedostatky ve znalostech a způsobech edukace ohledně pláče, se překvapivě naprostá většina sester domnívá, že má dostatek

informací o příčinách a způsobech utišení pláče. V těchto rozporech spatřujeme problém, neboť v dnešní době je tento typ informací snadno dostupný.

Další oblast výzkumného šetření se zaměřovala na „rizikové rodiče“ a „rizikové děti“. Pozitivním zjištěním byla informace, že téměř všechny sestry vyhledávají a zaměřují se při edukaci na „rizikové rodiče“. Tento fakt lze odvodit z tabulky 23.1. V následující tabulce 23.2 sestry, které se na tuto činnost nezaměřují, uvádějí důvody proč „rizikové rodiče“ nevyhledávají. Přičemž mezi „rizikové rodiče“ jsou pro potřeby výzkumného šetření zařazeny: příliš mladé matky, rodiče závislí na drogách nebo alkoholu, nedobrá finanční a sociální situace rodiny, nízká úroveň vzdělání, depresivní rodiče, rodiče, kteří sami byli oběťmi násilí atd. S některými názory, vyjádřenými sestrami, které nevyhledávají k edukaci „rizikové rodiče“ lze souhlasit [obtížné zjišťování, kteří z rodičů jsou „riziková“; přílišné zasahování do soukromí rodičů nevhodnými otázkami], nicméně by byla potřeba tyto překážky překonat v zájmu dítěte. Tento názor částečně koresponduje s autory R. Minnsem, K. Brownem a také S. Lazoritsem, kteří se všichni souhlasně vyjadřují k nezbytně nutné dispenzarizaci těchto „rizikových rodičů“ (35, 42). Zajímavým zjištěním pro nás byla skutečnost, že se více než polovina sester domnívá, že lze „zvýšenou péčí“ o rodiče „rizikových dětí“ (děti s nízkou porodní váhou, narozené předčasně, děti s nějakým handicapem, obtížným temperamentem, děti s opožděnými motorickými a poznávacími schopnostmi atd.) snížit výskyt možného týrání a zneužívání dětí (viz tabulka 24). V následující otázce opět sestry potvrzují, že skutečně ve své praxi zvláštní péči rodičům „rizikových dětí“ věnují (viz tabulka 25). Rodiče „rizikových dětí“ ve výzkumném souboru tuto péči potvrzují (viz tabulka 45). Tento potěšující výsledek se shoduje s názory v knize *Shaking and Other Non - accidental Head Injuries in Children*, autorů R. Minnse a K. Browna (42), kteří se přiklánějí k názoru, že vhodnou péčí o rodiče takových dětí lze předejít jejich možnému týrání v jakékoliv podobě. V související otázce téměř všechny sestry překvapivě odpovídaly, že znají možnosti pomoci rodičům „rizikových dětí“ (viz tabulka 26.1) a následně tabulka 26.2 jejich názory vystihuje. Dle našeho názoru jsou tyto možnosti vesměs

správné a ukazují, že jsou sestry správně informované a empatické vůči potřebám těchto rodičů.

Naprostá většina sester se domnívá, že je důležité zaměřovat se při edukaci rodičů na jejich psychický stav, rodinnou situaci, zda jim někdo z rodiny pomáhá s péčí o dítě atd. (viz tabulka 27) a současně se 65% sester na tuto oblast ve své praxi zaměřuje (viz tabulka 28). Tento výsledek koresponduje s výzkumným souborem rodičů, kde 64% rodičů a pečujících osob udává, že sestra má zájem o jejich psychický stav, rodinnou situaci atd. Na tomto místě nezbyvá než opět souhlasit s již výše vysloveným názorem, že tato velice pozitivní skutečnost je způsobena empatickým přístupem sester a správnou informovaností. To také potvrzují autoři S. Lazowitz a J. Palusci; R. J. Peinkofer, kteří doporučují tyto výše zmíněné faktory nepodceňovat v souvislosti s možným týráním dětí (35, 45).

Poslední sledovanou oblastí ve výzkumném souboru sester byly podmínky edukace, časový prostor atd. pro vykonávání role edukátorky. Z tabulky 29.1 je patrné, že sestry v 93% nemají vhodné podmínky pro vykonávání své role edukátorky. V následující tabulce 29.2 jsou uvedeny připomínky sester, co jim brání v provádění edukace. Nejčastěji sestry zmiňovaly nedostatečný časový prostor a s tím související malý počet sester na pracovišti, další připomínkou bylo, že schází vhodné prostory pro edukaci. S jejich názory je možné souhlasit, současně si dovoluujeme navrhnout možné řešení jejich situace, které ovšem předpokládá nutnou znalost zásad edukace ze strany sester. Například jejich nedostatečný časový prostor, by se dal řešit „skupinovou formou“ edukace, kdy by si sestra pozvala ve stanovený čas více rodičů a edukovala je na stejné téma hromadně a ne individuálně, každého zvlášť.

Na základě těchto výsledků výzkumného šetření lze souhrnně konstatovat, že znalosti sester i rodičů o syndromu třeseného dítěte jsou minimální. Také primární prevence SBS v ČR naprosto schází. Takové výsledky bylo možné předpokládat. SBS je v ČR poměrně „nový“ termín, přestože v západních zemích byl objasněn a diagnostikován již v sedmdesátých letech minulého století. Za těmito zeměmi zůstáváme pozadu především díky nepřítomnosti vzdělávacích a preventivních programů orientovaných jak na zdravotníky tak na širokou veřejnost. K vyšší efektivitě

edukace rodičů jsou dnes k dispozici speciální modely, které odpovídají velikostí i hmotností přibližně šestiměsíčnímu dítěti. Figurína pláče a vyvolává tak situaci, kterou často prožívají rodiče. Model má v hlavičce zabudované kontrolky, díky kterým je možné sledovat vývoj poškození mozku, způsobeného třesením. Tyto simulátory by mohly využívat hlavně sestry v rámci předporodních kursů. Nastávající rodiče by tak měli jedinečnou příležitost si nebezpečné třesení vyzkoušet a pozorovat odstrašující vývoj poškození mozku.

Při zpracování diskuse jsme se potýkali opět s problémem týkající se chybějící literatury, díky kterému nebylo možno v takové míře porovnávat a diskutovat výsledky našeho výzkumného šetření s vhodnou literaturou.

První hypotéza „V České republice existuje dostatek kvalitní literatury o syndromu třeseného dítěte“ se nepotvrdila.

Druhá hypotéza „Povědomí rodičů i zdravotníků o syndromu třeseného dítěte je nedostačující“ se potvrdila.

Třetí hypotéza „Primární prevence syndromu třeseného dítěte v České republice neexistuje“ se potvrdila.

6 Závěr

Provedené výzkumné šetření se zabývalo syndromem třeseného dítěte z pohledu sestry, hlavní důraz byl kladen na edukaci rodičů a pečujících osob ohledně primární prevence SBS, vyhledávání „rizikových rodičů“ i „rizikových dětí“ sestrami a edukaci rodičů se zaměřením na pláč, který je mimo jiné hlavním vyvolavatelem SBS. Cílem této diplomové práce bylo zpracovat veškerou literaturu a nastínit problém syndromu třeseného dítěte. Tento cíl je možné pokládat za splněný a je možné ho zhodnotit po prostudování teoretické části práce.

Druhým cílem této práce bylo na základě analýzy a vyhodnocení dotazníků zjistit povědomí o syndromu třeseného dítěte u sester i rodičů, míra povědomí byla podrobněji popsána v kapitole Diskuse a zde byly i odhalovány nedostatky, vyplývající z výše uvedené analýzy. Tento cíl práce byl také splněn. V posledních letech se i v České republice začínáme seznamovat s termínem syndrom třeseného dítěte. Ačkoliv v zahraničí je ročně diagnostikováno přibližně 30 případů na 100 000 dětí jen do jednoho roku věku, v České republice zatím výskyt syndromu třeseného dítěte není znám. Je to způsobeno na straně jedné obtížnou diagnostikou, která je do jisté míry závislá na detailním a pravdivém popisu události, při které bylo dítě poraněno. Na druhé straně k tomuto faktu přispívá i značně neuspokojivá situace, týkající se znalostí a povědomí o syndromu třeseného dítěte nejen u zdravotníků, ale i u široké veřejnosti. Tato domněnka byla bohužel potvrzena i naším výzkumným šetřením. Vzhledem k velmi vážným následkům SBS, které často mohou být dítěti až osudné, je naprosto nezbytné a nejvyšší čas na to, aby se sestry s tímto syndromem seznámily a hlavně, aby byly schopné ze své pozice rozpoznávat a určovat rizikové faktory SBS ze strany dítěte i rodičů. S tímto samozřejmě souvisí i nezbytná edukace rodičů o syndromu třeseného dítěte, která je, jak ukázal i tento náš výzkum, mizivá a je potřeba se na ni zaměřit především u sester v ordinacích pediatrů a v rámci předporodních kurzů. S rozvojem ošetrovatelství se neustále zdůrazňuje klíčový podíl sester na primární zdravotní péči, edukační činnosti a právě tady se otevírá prostor pro syndrom třeseného dítěte. Nezbytnou podmínkou pochopitelně je dobrá informovanost sester o syndromu

třeseného dítěte, kterou bude potřeba zvyšovat. Díky této důležité skutečnosti, zjištěné v rámci výzkumného šetření, by tato práce mohla sloužit i pro zvýšení informovanosti o zmíněné problematice. Toto je možné brát jako doporučení pro praxi. Mezi další doporučení této práce je zamyšlení nad uvedením problematiky a rizik syndromu třeseného dítěte do informativní knížky pro rodiče, která je přílohou zdravotního a očkovacího průkazu dítěte. Dalším impulsem k omezení nebezpečí vyvolání syndromu třeseného dítěte by mohl být apel na tvůrce reklamních spotů k eliminaci situací, kdy je rozesmáté, rozzářené a spokojené dítě vyhazováno do výšky.

Třetím cílem této diplomové práce bylo vypracování jednoduchého edukačního materiálu pro rodiče, jehož potřeba rovněž vyvstala z empirické části této práce. I tento cíl je možné považovat za splněný. Věříme, že rodičům by informační materiál, zaměřený hlavně na správné způsoby utišení pláče, (viz kapitola Výsledky 4.4) mohl napomoci při péči o jejich dítě.

Hypotéza č. 1 „V České republice existuje dostatek kvalitní literatury o syndromu třeseného dítěte“ se nepotvrdila.

Hypotéza č. 2 „Povědomí rodičů i zdravotníků o syndromu třeseného dítěte je nedostačující“ se potvrdila.

Hypotéza č. 3 „Primární prevence syndromu třeseného dítěte v České republice neexistuje“ se také potvrdila.

Na základě výzkumného šetření lze souhrnně konstatovat, že povědomí rodičů i zdravotníků o SBS je neuspokojivé a je potřeba ho v budoucnu zvyšovat. Hlavním záměrem práce je zdůraznění důležitosti edukace rodičů o SBS ze strany sester a akcentovat vyhledávání rizikových faktorů u rodičů i dětí.

7 Seznam použitých zdrojů

1. Acceleration-deceleration injury. [online], 2010 [citováno 2010-24-03].
Dostupné z:
<<http://contemporarypediatrics.modernmedicine.com/contpeds/data/articlestandard/contpeds/312004/108018/k3a037f1.jpg>>.
2. ALLEN, K., MAROTZ, L. *Přehled vývoje dítěte: od prenatálního období do 8let.* 2. vyd. Praha: nakladatelství Portál, 2005. 187 s. ISBN 80-7367-055-0.
3. BACUS, A. *Dítě pláče – co dělat : Jak zjistit, proč dítě pláče a jak ho uklidnit.* 1.vyd. Praha: nakladatelství Portál, 2006. 144 s. ISBN 80-7367-136-0.
4. BACUS, A. *První rok vašeho dítěte.* 1. vyd. Praha: nakladatelství Portál, 2005. 160 s. ISBN 80-7367-029-1.
5. BACUS, A. *Vaše dítě ve věku od 1 do 3 let.* 1. vyd. Praha: nakladatelství Portál, 2003. 176 s. ISBN 80-7178-743-4.
6. BARKER, R. *Co dělat, když se dítě v noci budí.* [online], 10.1.2007 [citováno 2010- 24-03]. Dostupné z: <<http://www.dvojcata.cz/clanek.php?IArticle=204>>.
7. BARTOL, C. R., BARTOL, A. M. *Introduction to Forensic Psychology: Research and Application.* 2. vyd. Sage, 2008. 576 s. Edition: illustrated. ISBN 1-4129-5830X.
8. BÁRTOVÁ, J. *Patologie pro bakaláře.* 4. vyd. Praha: nakladatelství Karolinum, 2004. 170 s. ISBN 80-246-0794-8.
9. CURTIS, G. B., SCHULER, J. *Your Baby's First Year Week by Week.* 1. vyd. Fisher Books, 2000. 544 s. Edition: illustrated. ISBN 1-5556-1232-6.
10. DITTRICHOVÁ, J., PAPOUŠEK, M., PAUL, K. et al. *Chování dítěte raného věku a rodičovská péče.* 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 192 s. ISBN 80-247-0399-8.
11. DOKOUPILOVÁ, M., FIŠÁRKOVÁ, B., NOVOTNÁ, L. et al. *Narodilo se předčasně. Průvodce péčí o nedonošené děti.* 1. vyd. Praha: nakladatelství Portál, 2009. 320 s. ISBN 978-80-7367-552-3.
12. DOLEŽAL, Z. Shaken baby syndrom: jeho příčiny a důsledky. *Zdravotnické noviny.* Praha: 2005, roč. 54, č. 33, s. 16 – 17. ISSN 0044-1996.

13. EVANS, R. W. *Neurology and trauma*. 2. vyd. Oxford University Press US, 2006. 802 s. Edition: illustrated. ISBN 0-19-517032-6.
14. FEDOR, M., ĎURDÍK, P., BUCHANEC, J. Syndróm trasenia dieťaťom. *Pediatric pro praxi*. Olomouc: 2005, roč. 6, č. 4, s. 197 – 200. ISSN: 1213-0494.
15. FENDRYCHOVÁ, J. Syndrom třeseného dítěte – Shaken Baby Syndrome (SBS). *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 1, s. 52 - 53. ISSN 1210-0404.
16. FENDRYCHOVÁ, J., KLIMOVIČ, M., et al. *Péče o kriticky nemocné dítě*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 414 s. ISBN 80-7013-427-5.
17. FINE, C. *Průvodce po anatomii mozku a jeho funkcích*. 1. vyd. Brno: nakladatelství Jota, 2009. 348 s. ISBN 978-80-7217-686-1.
18. GOERTZEN, J., SMITH, S. Shaken baby syndrom. [online], 2010 [citováno 2010- 24-03]. Dostupné z: <http://a55.acimages.myspacecdn.com/images01/96/l_1e02f1f419a57cd4b96840f3486a213e.jpg>.
19. GRAVILLON, I. *Spánek malých dětí*. 1. vyd. Praha: nakladatelství Portál, 2003. 112 s. ISBN 80-7178-720-5.
20. HANZLÍKOVÁ, A. a kol. *Komunitné ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Martin: vydavatel'stvo Osveta, 2004. 300 s. ISBN 80-8063-155-7.
21. HARLEY, R. D., NELSON, L. B., OLITSKY, S. E. *Harley's pediatric ophthalmology*. 5. vyd. Lippincott Williams & Wilkins, 2005. 587 s. Edition: illustrated. ISBN 0-7817-5083-0.
22. HENRIE, C. *Child abuse. Shaken baby syndrome*. [online], 8.2.2010 [citováno 2010- 24-03]. Dostupné z:< <http://www.therapist4me.com/Child%20Abuse.htm>>.
23. HORŇÁKOVÁ, K., KAPALCOVÁ, S., MIKULAJOVÁ, M. *Jak mluvit s dětmi od narození do tří let*. 1. vyd. Praha: nakladatelství Portál, 2009. 168 s. ISBN 978-80-7367-612-4.

24. IANNELLI, V. *Your Baby Week Two*. [online], 19.9.2007 [citováno 2010- 24-03].
Dostupné z:
<http://pediatrics.about.com/od/yourbabyweekbyweek/ss/baby_wk_two_8.htm>.
25. JUNGWIRTHOVÁ, I. *Pohodoví rodiče – pohodové děti : Podporujeme vývoj dítěte*. 1. vyd. Praha: nakladatelství Portál, 2009. 173 s. ISBN 978-80-7367-536-3.
26. KAMMERER, D. *První tři roky života dítěte – Průvodce pro rodiče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 496 s. ISBN 978-80-247-1839-2.
27. KANESHIRO, N.K. Shaken baby symptoms. [online], 2010
[citováno 2010- 24-03]. Dostupné z:
<<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/imagepages/9013.htm>>.
28. KARP, H. *Nejšťastnější miminko v okolí*. 1.vyd. Praha: nakladatelství Ikar, 2005.
312 s. ISBN 80-249-0564-7.
29. KOMÁREK, V., ZUMROVÁ, A., et al. *Dětská neurologie: vybrané kapitoly*.
2. vyd. Praha: Galén - Karolinum, 2008. 195 s. ISBN 978-80-7262-492-8.
30. KOUKOLÍK, F. *Lidský mozek : funkční systémy : normy a poruchy*. 2. vyd. Praha:
nakladatelství Portál, 2002. 456 s. ISBN 80-7178-632-2.
31. KOUKOLÍK, F. *O vztahu mozku, vědomí a sebeuvědomování*. 1. vyd. Praha:
nakladatelství Karolinum, 2003. 382 s. ISBN 80-246-0736-0.
32. KOUKOLÍK, F. *Před úsvitem, po ránu : eseje o dětech a rodičích*. 1. vyd. Praha:
nakladatelství Karolinum, 2008. 225 s. ISBN 978-80-246-1496-0.
33. LAURIDSON, J., LEVIN, A., PARRISH, R. et al. Note the location of the sagittal sinus and the bridging veins where subdural and subarachnoid hemorrhages occur in a shaking event. [online], 24.5.2004 [citováno 2010- 24-03]. Dostupné z:
<http://www.medscape.com/content/2004/00/47/81/478153/478153_fig.html>.
34. LAURIDSON, J., LEVIN, A., PARRISH, R. et al. Retina hemorrhages in the Ora Serrata. Circular hemorrhages in the deep layers of the retina are called dot and blot hemorrhages. [online], 24.5.2004 [citováno 2010- 24-03]. Dostupné z:
<http://www.medscape.com/content/2004/00/47/81/478153/478153_fig.html>.

35. LAZORITZ, S., PALUSCI, J. V. *The shaken baby syndrome: a multidisciplinary approach*. 1. vyd. Haworth Press, 2001. 411 s. Edition: illustrated. ISBN 0-7890-1352-5.
36. LEESTMA, J. E. *Forensic Neuropatology*. 2. vyd. CRC Press, 2008. 733 s. Edition: illustrated. ISBN 0-8493-9167-9.
37. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 988 s. ISBN 80-247-0668-7.
38. MAREŠ, J. a kolektiv. *Dítě a bolest*. 1. vyd. Praha: Grada, 1997. 320 s. ISBN 80-7169-267-0.
39. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství. I. díl. Systémový přístup*. 1. vyd. Praha: nakladatelství Karolinum, 2004. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
40. MATĚJČEK, Z. *Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 184 s. ISBN 80-247-0870-1.
41. MATĚJČEK, Z. *Výbor z díla*. 1. vyd. Praha: nakladatelství Karolinum, 2005. 445 s. ISBN 80-246-1056-6.
42. MINNS, R., BROWN, K. *Shaking and Other Non - accidental Head Injuries in Children*. 1.vyd. Mac Keith, 2005. 512 s. Edition: illustrated. ISBN 1-898683-35-2.
43. MYDLIL, V. *Příčiny mozkových postižení dětí*. 1. vyd. Praha: nakladatelství Victoria publishing, a.s., 1995. 314 s. ISBN 80-85605-82-1.
44. PANTLEY, E. *Gentle Baby Care: No-cry, No-fuss, No-worry--essential Tips for Raising Your Baby*. 1.vyd. McGraw-Hill Professional, 2003. 640 s. Edition: illustrated. ISBN 0-07-139885-6.
45. PEINKOFER, R.J. *Silenced angels: The Medical, Legal, and Social Aspects of Shaken Baby Syndrome*. 1. vyd. Westport: Auburn House, 2002. 291 s. ISBN 0-86569-313-7.
46. PREKOP, J. *Jak být dobrým rodičem. Krůpěje výchovných moudrostí*. 1.vyd. Praha: Grada, 2001. 84 s. ISBN 80-247-9063-7.
47. PREKOP, J., HÜTHER, G. *Odhalte poklad u svého dítěte. Kniha pro zvědavé rodiče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 96 s. ISBN 978-80-247-2070-8.

48. RHEINWALDOVÁ, E. *Rodičovství není pro každého*. 1. vyd. Praha: nakladatelství Motto, 1993. 175s. ISBN 80-901338-4-3.
49. ŘÍČAN, P. *Cesta životem : vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: nakladatelství Portál, 2006. 390 s. ISBN 80-7367-124-7.
50. ŘÍČAN, P.; KREJČÍŘOVÁ, D. et al. *Dětská klinická psychologie*. 4., přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2006. 604 s. ISBN 80-247-1049-8.
51. STEPHENSON, T., O'CALLAGHAN, CH. *Pediatricie do kapsy*. 2. vyd. Praha: Grada, 2005. 448 s. ISBN 80-247-0933-3.
52. STRAŠÍKOVÁ, B. *V roli rodičů a prarodičů*. 1. vyd. Praha: nakladatelství Karolinum, 2004. 58 s. ISBN 80-246-0848-0.
53. ŠLAPAL, R. *Vývojová neurologie pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Brno: nakladatelství Paido, 2007. 53 s. ISBN 978-80-7315-160-7.
54. ŠNAJDAUF, J., CVACHOVEC, K., TRČ, T. et al. *Dětská traumatologie*. 1.vyd. Praha: nakladatelství Galén, 2002. 165 s. ISBN 80-7262-152-1.
55. ŠPAŇHELOVÁ, I. *Dítě. Vývoj a výchova od početí do tří let*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 100 s. ISBN 80-247-0552-4.
56. ŠPAŇHELOVÁ, I. *Komunikace mezi rodičem a dítětem*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 104 s. ISBN 978-80-247-2698-4.
57. ŠPAŇHELOVÁ, I. *Průvodce dětským světem*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 192 s. ISBN 978-80-247-1907-8.
58. ŠUSTOVÁ, T. *Jak se domluvit s kojencem a batoletem : Komunikujeme přirozenými znaky a gesty*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 144 s. ISBN 978-80-247-2336-5.
59. The magnifying force of an impact injury. [online], 2010 [citováno 2010- 24-03]. Dostupné z:
<<http://contemporarypediatrics.modernmedicine.com/contpeds/data/articlestandard/contpeds/312004/108018/k3a037f3.jpg>>.
60. VACEK, Z. *Embryologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 256 s. ISBN 80-247-1267-9.
61. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999. 353 s. ISBN 80-7184-803-4.

62. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Martin: vydavateľ'stvo Osveta, 2002. 96 s. ISBN 80-8063-108-5.
63. ZIMMER, C. *Jak se duše stala tělem – výzkum mozku mění svět*. 1. vyd. Praha: nakladatelství Galén, 2006. 291 s. ISBN 80-7262-332-X.

8 Klíčová slova

Dítě

Edukace

Pláč

Prevence

Rodič

Sestra

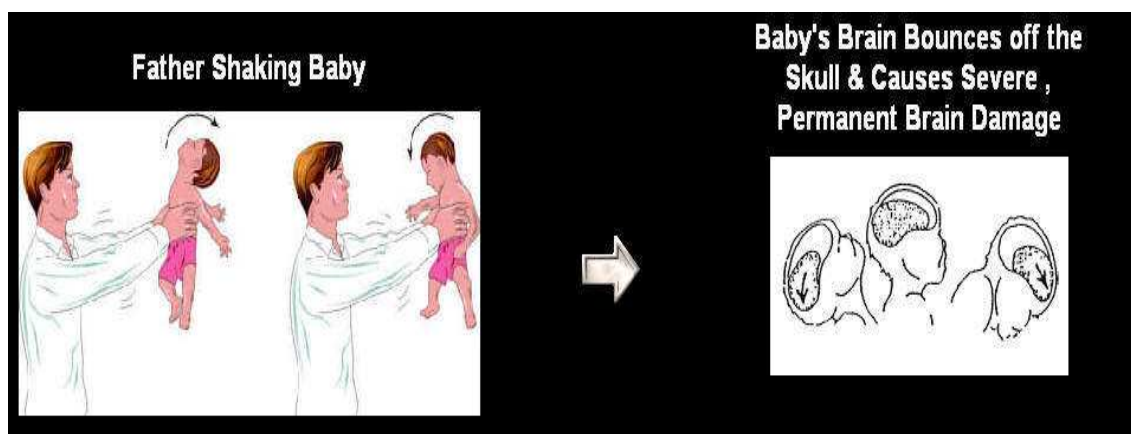
Syndrom třeseného dítěte

Týrané dítě

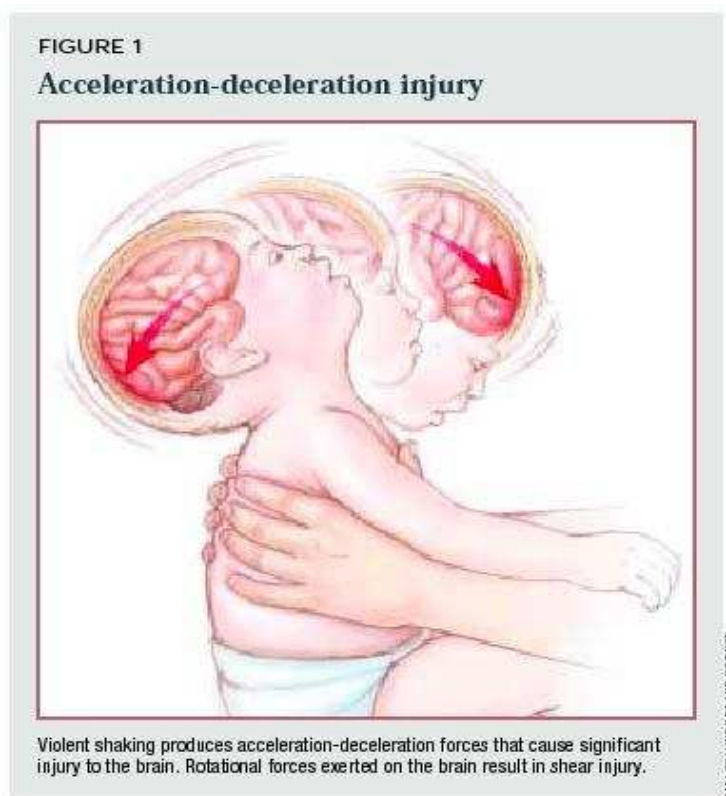
9 Přílohy

9.1 Seznam příloh

- Příloha 1** Způsob vzniku Shaken Baby Syndrome
- Příloha 2** Mechanismus poškození mozku při třesení
- Příloha 3** Mechanismus poškození mozku při třesení – náraz dětské hlavy o pevnou podložku
- Příloha 4** Subdurální krvácení, poškození mozkového kmene, poškození očního nervu způsobeného syndromem třeseného dítěte
- Příloha 5** Retinální krvácení
- Příloha 6** Subdurální krvácení způsobené třesením dítěte
- Příloha 7** Letargické dítě
- Příloha 8** Dotazník pro sestry
- Příloha 9** Dotazník pro rodiče a pečující osoby



Zdroj: HENRIE, C. *Child abuse. Shaken baby syndrome*. [online], 8.2.2010 [citováno 2010- 24-03]. Dostupné z:< <http://www.therapist4me.com/Child%20Abuse.htm>>.

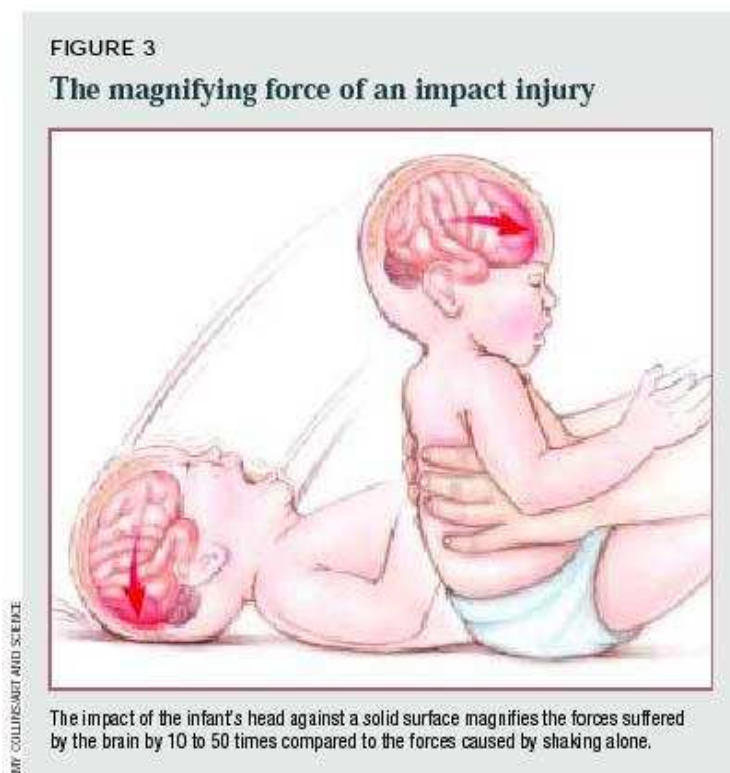


Zdroj: Acceleration-deceleration injury. [online], 2010 [citováno 2010- 24-03].

Dostupné z:

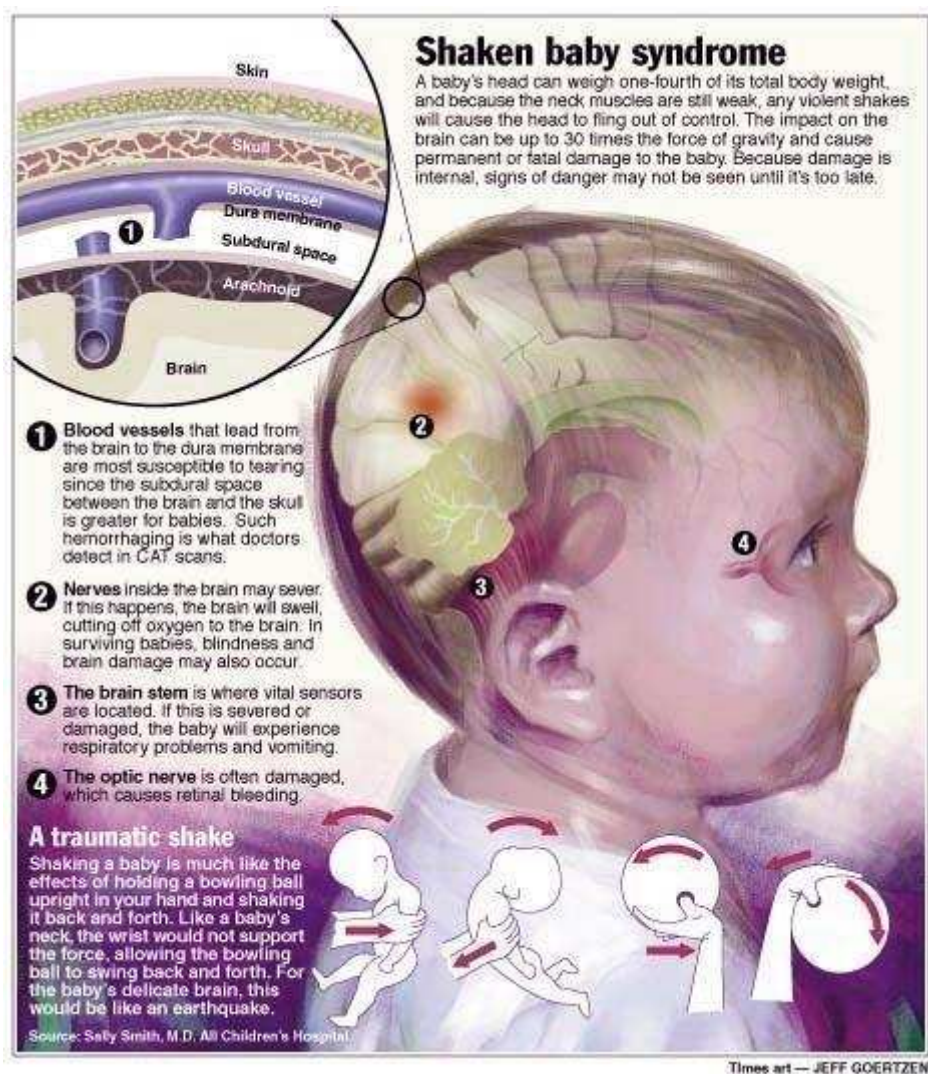
<<http://contemporarypediatrics.modernmedicine.com/contpeds/data/articlestandard/contpeds/312004/108018/k3a037f1.jpg>>.

**Příloha 3 Mechanismus poškození mozku při třesení –
 náraz dětské hlavy o pevnou podložku**

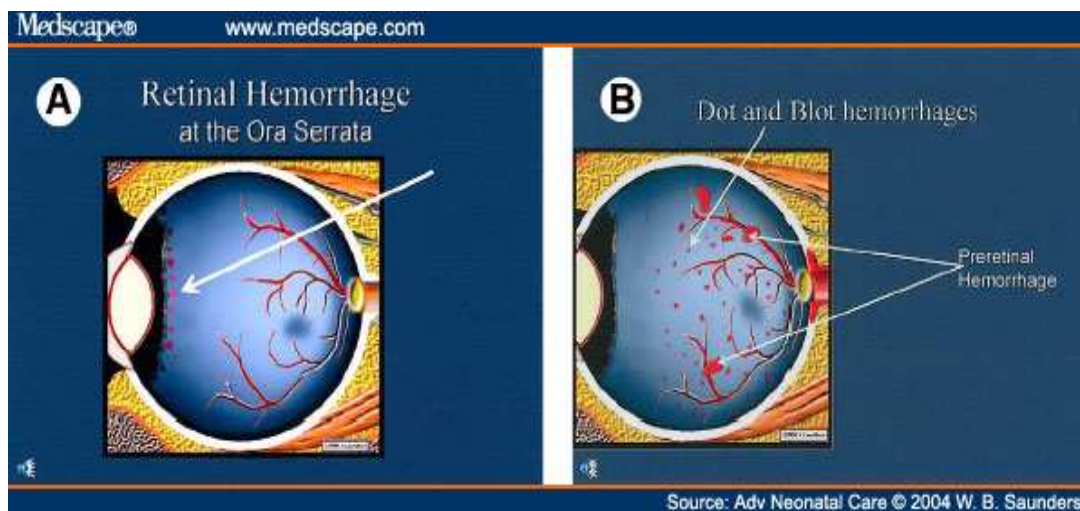


Zdroj: The magnifying force of an impact injury. [online], 2010
[citováno 2010- 24-03]. Dostupné z:
<<http://contemporarypediatrics.modernmedicine.com/contpeds/data/articlestandard/contpeds/312004/108018/k3a037f3.jpg>>.

Příloha 4 Subdurální krvácení, poškození mozkového kmene, poškození optického nervu způsobeného syndromem třeseného dítěte

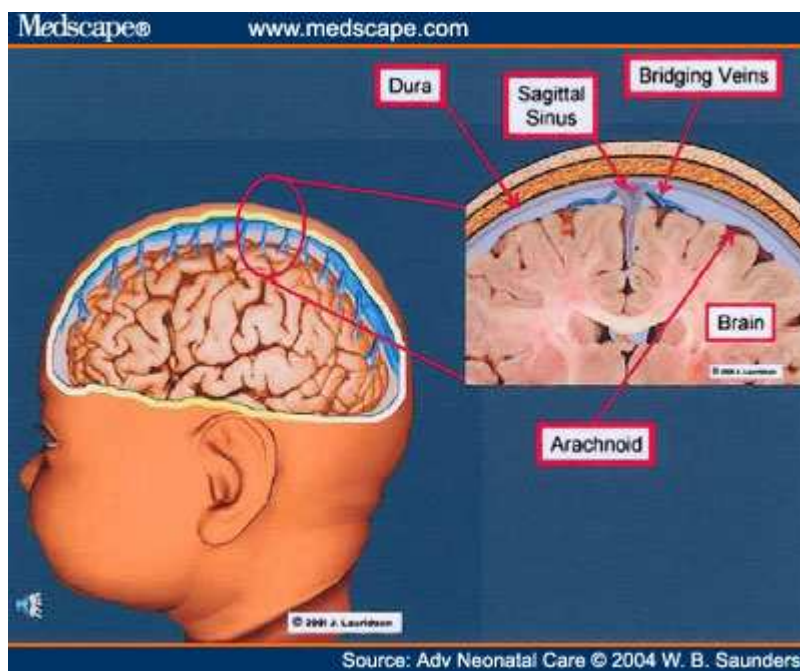


Zdroj: GOERTZEN, J., SMITH, S. Shaken baby syndrom. [online], 2010 [citováno 2010- 24-03]. Dostupné z: <http://a55.ac-images.myspacecdn.com/images01/96/1_1e02f1f419a57cd4b96840f3486a213e.jpg>.

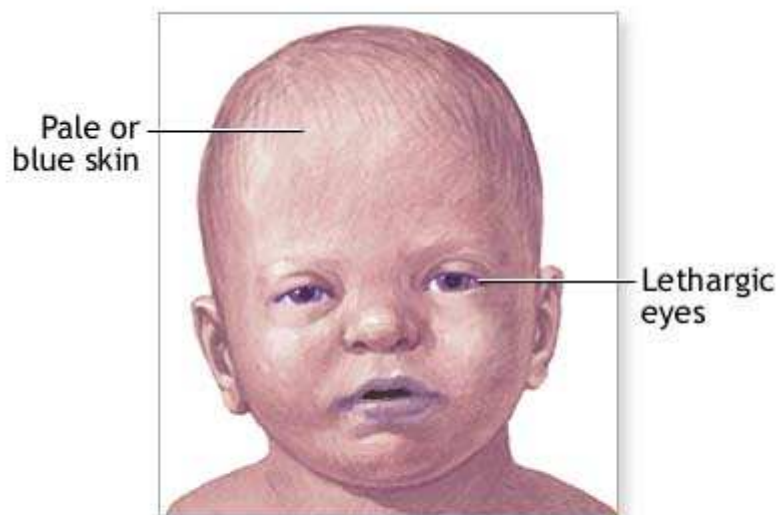


Zdroj: LAURIDSON, J., LEVIN, A., PARRISH, R. et al. Retina hemorrhages in the Ora Serrata. Circular hemorrhages in the deep layers of the retina are called dot and blot hemorrhages. [online], 24.5.2004 [citováno 2010- 24-03]. Dostupné z: <http://www.medscape.com/content/2004/00/47/81/478153/478153_fig.html>.

Příloha 6 Subdurální krvácení způsobené třesením dítěte



Zdroj: LAURIDSON, J., LEVIN, A., PARRISH, R. et al. Note the location of the sagittal sinus and the bridging veins where subdural and subarachnoid hemorrhages occur in a shaking event. [online], 24.5.2004 [citováno 2010- 24-03]. Dostupné z: <http://www.medscape.com/content/2004/00/47/81/478153/478153_fig.html>.



ADAM.

Zdroj: KANESHIRO, N.K. Shaken baby symptoms. [online], 2010 [citováno 2010-24-03].Dostupné z: <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/imagepages/9013.htm>>.

Příloha 8

Dotazník pro sestry

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

Předem děkuji za Vaši spolupráci.

Bc.Milena Draxlerová

1.Váš věk

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

2.Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

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

3.Jaká je délka Vaší odborné praxe?

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

4. Pracujete jako:

1. hlavní sestra
2. vrchní sestra
3. staniční sestra
4. sestra u lůžka
5. ambulantní sestra
6. jiné _____

5. Máte osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu?

1. Ano
2. Ne

6. Studujete v současné době?

1. Ano
2. Ne

7. Setkal/a jste se během svého studia, popř. na semináři, školící akci, kongresu s diagnózou Shaken Baby Syndrome (syndrom třeseného dítěte)?

1. Ano
2. Ne
3. Nevím

8. Setkal/a jste se během posledních let s termínem Shaken Baby Syndrome (syndrom třeseného dítěte) v odborné literatuře?

1. Ano
2. Ne
3. Nevím

9. Uvítal/a byste více odborných informací ohledně Shaken Baby Syndromu?

1. Ano
2. Ne
3. Nevím

10. V jaké formě by tyto informace měly být, aby pro Vás byly snadno dosažitelné?

(pokud jste v otázce č. 9 odpověděl/a NE, NEVÍM přejděte k otázce č. 11)

1. e-learningové kurzy
2. semináře, školicí akce, kongresy atd.
3. články v odborných časopisech
4. odborná literatura, knihy
5. brožury, letáky
6. uveďte jiné _____

11. Je ve vaší praxi prováděna primární prevence syndromu třeseného dítěte?

1. Ano
2. Ne, ještě jsem se s ní nesetkala
3. Nevím, nejsem si jistý/á

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

1. Ano
2. Ne, ještě jsem se s ní nesetkala
3. Nevím, nejsem si jistý/á

13. Domníváte se, že máte dostatek informací o syndromu třeseného dítěte? (pokud jste v otázce č. 12 odpověděl/a NE, NEVÍM přejděte k otázce č. 18)

1. Ano
2. Ne
3. Nevím

14. Edukujete ve své praxi rodiče, popř. nastávající rodiče o syndromu třeseného dítěte?

1. Ano
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Ne

15. Víte, jaké následky může mít třesení s dítětem, zejména novorozencem, kojencem a batoletem?

1. Ano pokud jste odpověděl/a ANO – doplňte prosím jaké _____

2. Ne

16. Informujete rodiče, jaké následky může mít třesení s dítětem (zejména novorozencem, kojencem a batoletem)?

1. Ano
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Ne

17. Upozorňujete rodiče a pečující osoby, že pláč u novorozenců a kojenců je hlavním vyvolavatelem syndromu třeseného dítěte?

1. Ano
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Ne

18. Informujete rodiče o nejčastějších příčinách pláče jejich dítěte?

1. Ano
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Ne

19. Informujete rodiče o správných způsobech utišení pláče jejich dítěte?

1. Ano
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Ne

20. Víte jaký vliv má především neutichající pláč na rodiče, pečující osoby?

1. Ano
2. Ne

21. Poučujete rodiče ve své praxi o negativním vlivu pláče na pečující osoby?

(pokud jste v otázce č. 20 odpověděl/a NE přejděte k otázce č. 22)

1. Ano
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Ne

22. Myslíte si, že máte dostatek informací o příčinách a způsobech utišení pláče dítěte?

1. Ano
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Ne

23. Vyhledáváte a zaměřujete se zvláště s prováděním edukace na „rizikové rodiče“ (příliš mladé matky, rodiče závislí na drogách nebo alkoholu, nedobrá finanční a sociální situace rodiny, nízká úroveň vzdělání, depresivní rodiče, rodiče, kteří sami byli obětmi násilí atd.) vzhledem k možnému týrání a zneužívání dítěte?

1. Ano
2. Ne pokud jste odpověděl/a NE - doplňte proč, z jakého důvodu? _____

3. Nevím

24. Domníváte se, že zvýšenou péčí o rodiče „rizikových dětí“ (děti s nízkou porodní váhou, narozené předčasně, děti s nějakým handicapem, obtížným temperamentem, děti s opožděnými motorickými a poznávacími schopnostmi atd.) lze snížit výskyt možného týrání a zneužívání dítěte?

1. Ano
2. Ne
3. Nevím

25. Věnujete na svém pracovišti zvláštní péči rodičům „rizikových dětí“ v oblasti primární prevence možného nezvládnutí rodičovské role vzhledem k možnému týrání dítěte?

1. Ano
2. Ne

26. Víte, co by mohlo pomoci rodičům „rizikového dítěte“ k ulehčení péče?

1. Ano
2. Ne

Pokud jste odpověděl/a ANO, v čem tato péče spočívá? _____

27. Domníváte se, že je důležité zaměřovat se při edukaci rodičů na jejich psychický stav, doporučujete jim nebát se a nestydět se přijmout pomoc odborníků, širší rodiny atd.?

1. Ano
2. Ne
3. Nevím

28. Zaměřujete se při edukaci rodičů na jejich psychický stav, doporučujete jim nebát se a nestydět se přijmout pomoc odborníků, širší rodiny atd.? (pokud jste v otázce č. 27 odpověděl/a NE, NEVÍM přejděte k otázce č. 29)

1. Ano
2. Ne

Připomínky _____

29. Domníváte se, že na svém pracovišti máte dostatečné podmínky a časový prostor, pro vykonávání své role edukátorky?

1. Ano
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Ne

zde prosím napište vlastní názor na podmínky a časové možnosti provádění edukace na vašem pracovišti : _____

30. Pokud máte ještě nějaké připomínky, týkající se tohoto tématu, prosím o vyjádření :

Velice Vám děkuji za čas, který jste strávil/a nad tímto dotazníkem.

Vážení rodiče,

jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a píši diplomovou práci na téma „Shaken Baby Syndrome – syndrom třeseného dítěte“. Dovolte mi, abych Vás požádala o laskavé vyplnění tohoto dotazníku, který bude využit při zpracování mé diplomové práce. Dotazník je anonymní a výsledky budou použity pouze pro potřebu mé práce. Při vyplňování označte nejvhodnější odpověď, popřípadě i více možností, nebo doplňte vlastními slovy.

Předem děkuji za Vaši spolupráci.

Bc. Milena Draxlerová

1. Jaký je věk vašeho dítěte?

1. 0 – 12 měsíců
2. 13 měsíců – 2 roky
3. 3 – 4 roky
4. 5 – 6 let

2. Jaký je váš vztah k dítěti?

1. matka
2. otec
3. babička
4. děda
5. jiný _____

3. Setkal/a jste se někdy s termínem Shaken Baby Syndrome – syndrom třeseného dítěte?

1. Ano
2. Ne
3. Nevím

4. Kde jste získal/a tyto informace? (pokud jste v otázce č.3 odpověděl/a NE, NEVÍM přejděte prosím k otázce č. 6)

1. z odborné literatury
 2. z časopisů určených pro rodiče (např. Maminka, Miminko, Betyňka, Rodiče, Děti a my, Mamita atd.)
 3. z internetových stránek určených pro rodiče (např. www.azrodina, www.rodina, www.rodiče, www.kluci-holky, www.modrykonik, www.miminko atd.)
 4. z rozhlasu, televize
 5. v ordinaci dětského lékaře
 6. v rámci předporodních kurzů
 7. jinde _____
-

5. Domníváte se, že máte dostatek informací o syndromu třeseného dítěte?

1. Ano
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Ne

6. Uvítal/a byste více odborných informací ohledně syndromu třeseného dítěte?

1. Ano
2. Ne
3. Nevím

7. V jaké formě by tyto informace měly být, aby pro Vás byly snadno dosažitelné?

(pokud jste v otázce č. 6 odpověděl/a NE, NEVÍM přejděte prosím k otázce č. 8)

1. brožury, letáky v ordinacích dětských lékařů, gynekologů, na odděleních šestinedělí
 2. informace získané od sester, lékařů v ordinacích
 3. články v časopisech určených pro rodiče
 4. uveďte jiné
-
-

8. Jakým způsobem vy nebo ostatní z rodiny utěšují pláč vašeho dítěte, který není způsoben hladem, bolestí, osamělostí, únavou?

1. přiložením k prsu
2. podáním dudlíku
3. houpáním, kolébáním
4. tělesným kontaktem, pochováním
5. relaxační hudbou, zpíváním, zvuky vody atd.
6. prudkým zatřesením, aby děťátko přestalo plakat
7. podáním léků
8. procházkou v kočárku
9. jízdou autem
10. jiným způsobem, uveďte jakým _____

9. Informovala vás sestra v ordinaci dětského lékaře, gynekologa nebo na oddělení šestinedělí o syndromu třeseného dítěte a jeho následcích?

1. Ano
2. Ne
3. Nevím, nejsem si jistý/á

10. Podává vám sestra v ordinaci dětského lékaře informace o nejčastějších příčinách pláče Vašeho dítěte?

1. Ano
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Ne

11. Informuje vás sestra o správných způsobech utišení pláče Vašeho dítěte?

1. Ano
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Ne

12. Upozornila vás sestra, že pláč u novorozenců a kojenců je hlavním vyvolavatelem syndromu třeseného dítěte?

1. Ano
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Ne

13. Informuje vás sestra, o vlivu především neutichajícího pláče na Vás a další pečující osoby?

1. Ano
2. Ne
3. Nevím

Pokud jste odpověděl/a ANO, zde prosím tento vliv popište _____

14. Upozornila vás sestra, jaké následky může způsobit třesení s dítětem (zejména novorozencem a kojencem)?

1. Ano
2. Spíše Ano
3. Spíše Ne
4. Ne

15. Mělo vaše dítě nízkou porodní hmotnost, bylo předčasně narozené, má nějaký handicap, obtížný temperament atd. ?

1. Ano
2. Ne

16. Domníváte se, že vám sestra o vašem dítěti předává dostatek informací, ohledně péče o ně? (pokud jste v otázce č. 15 odpověděl/a NE přejděte prosím k otázce č. 17)

1. Ano
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Ne

Připomínky _____

17. Domníváte se, že vám sestra věnuje zvláštní pozornost (zajímá se o Váš psychický stav, rodinnou situaci, zda vám někdo z rodiny pomáhá s péčí o dítě, doporučuje různé svépomocné skupiny atd. ?

1. Ano
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Ne

Připomínky _____

18. Pokud máte ještě nějaké připomínky, týkající se tohoto tématu, prosím o vyjádření :

Velice Vám děkuji za čas, který jste strávil/a nad tímto dotazníkem a přeji Vám i Vašemu děťátku mnoho štěstí a zdraví.