

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2023**

**Lucie Aubrechtová**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Zdravotnické záchranářství B0913P360032

**Lucie Aubrechtová**

**CHILD ABUSE AND NEGLECT SYNDROM V PROSTŘEDÍ  
PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÉ PÉČE**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. et Mgr. Antonín Pojeta, LL. M.

PLZEŇ 2023





### **Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31.3.2023

.....

vlastnoruční podpis

## **ABSTRAKT**

Příjmení a jméno: Aubrechtová Lucie

Katedra: Katedra záchranářství, diagnostických oborů a veřejného zdravotnictví

Název práce: Child Abuse and Neglect syndrom v prostředí přednemocniční neodkladné péče

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. et Mgr. Antonín Pojeta, LL. M.

Počet stran – číslované: 62

Počet stran – nečíslované: 31

Počet příloh: 9

Počet titulů použité literatury: 45

Klíčová slova: týrání, zneužívání, zanedbávání, dítě, přednemocniční neodkladná péče

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá týranými, zneužívanými a zanedbávanými dětmi v prostředí přednemocniční neodkladné péče. S touto problematikou se zdravotničtí pracovníci v přednemocniční neodkladné péči běžně nesetkávají, a proto je v teoretické části vytvořen souhrn základních informací o tomto tématu. První kapitola obecně charakterizuje syndrom CAN. Ve druhé kapitole jsou popsány varovné signály, rizikové faktory, diagnostika syndromu CAN a jeho fyzické i psychické dopady na dítě. Poslední kapitola zmiňuje postup lékařů a zdravotnických záchranářů při podezření na syndrom CAN v přednemocniční neodkladné péči.

Pro výzkum v praktické části byla zvolena kvantitativní metoda dotazníkového šetření. Samotný dotazník byl zaměřen na znalosti lékařů zdravotnických záchranných služeb a zdravotnických záchranářů v oblasti syndromu CAN.

## **ABSTRACT**

Surname and name: Aubrechtová Lucie

Department: Department of Rescue, Diagnostics and Public Health

Title of thesis: Child Abuse and Neglect Syndrome in the environment of pre-hospital emergency care

Consultant: PhDr. Mgr. et Mgr. Antonín Pojetí, LL. M

Number of pages – numbered: 62

Number of pages – unnumbered: 31

Number of appendices: 9

Number of literature items used: 45

Keywords: abuse, neglect, child, pre-hospital emergency care

### Summary:

This bachelor's thesis deals with Child Abuse and Neglect Syndrome in the environment of pre-hospital emergency care. This issue is not commonly encountered by health care workers in pre-hospital emergency care, so we have created a summary of basic information in the theoretical part. The first chapter characterizes the Child Abuse and Neglect Syndrome in general. The second chapter describes warning signs, risk factors, diagnosis of Child abuse and neglect syndrome and its physical and psychological effects on the child. The last chapter mentions the procedure of physicians and paramedics when CAN syndrome is suspected in pre-hospital emergency care.

For the research in the practical part, we used a quantitative questionnaire survey method. The questionnaire itself was focused on the knowledge of emergency doctors and paramedics in the field of CAN syndrome.

## **Poděkování**

Velmi děkuji panu PhDr. Mgr. et Mgr. Antonínu Pojetovi, LL. M. za jeho odborné vedení bakalářské práce, poskytování cenných rad a materiálních podkladů. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří se zasloužili na výzkumném šetření a v neposlední řadě děkuji své rodině za podporu během studia a pevné nervy.



# OBSAH

SEZNAM GRAFŮ .....	11
SEZNAM TABULEK .....	12
SEZNAM ZKRATEK .....	13
ÚVOD.....	15
TEORETICKÁ ČÁST .....	17
1 VYMEZENÍ TÉMATU A ZÁKLADNÍ POJMY .....	18
1.1 Definice syndromu CAN .....	18
1.2 Historie syndromu CAN .....	19
1.3 Fyzické týrání .....	19
1.3.1 Aktivní typ fyzického týrání.....	20
1.3.2 Pasivní typ fyzického týrání .....	20
1.4 Psychické týrání .....	20
1.5 Sexuální zneužívání .....	21
1.5.1 Rozdělení sexuálního zneužívání .....	22
1.5.2 Syndrom dětského přizpůsobení se pohlavnímu zneužívání.....	23
1.6 Zanedbávání.....	24
1.6.1 Fyzické zanedbávání.....	24
1.6.2 Vývojové a vzdělávací zanedbávání.....	25
1.6.3 Emoční zanedbávání.....	26
1.6.4 Prenatální rizika – rizikové chování matky v průběhu těhotenství .....	26
1.7 Další formy syndromu CAN.....	27
1.7.1 Systémové týrání .....	27
1.7.2 Sekundární viktimizace .....	27
1.7.3 Münchhausenův syndrom v zastoupení (by proxy).....	27
1.7.4 Organizované zneužívání .....	27
2 DIAGNOSTIKA SYNDROMU CAN V PNP .....	29
2.1 Přednemocniční nedokladná péče.....	29
2.2 Varovné signály v prostředí přednemocniční neodkladné péče .....	29
2.2.1 Rizikovní dospělí.....	30
2.2.2 Rizikové děti.....	30
2.2.3 Rizikové situace.....	31
2.3 Fyzické důsledky syndromu CAN.....	31
2.3.1 Hematomy .....	31
2.3.2 Zlomeniny.....	32
2.3.3 Shaken baby syndrom.....	33

2.3.4	Poranění břicha .....	33
2.3.5	Poranění úst .....	34
2.3.6	Termická poranění .....	34
2.4	Dopady syndromu CAN na dětskou psychiku.....	35
2.4.1	Psychosomatické potíže.....	35
2.4.2	Posttraumatická stresová porucha .....	35
2.4.3	Psychická deprivace .....	36
2.4.4	Transgenerační přenos .....	36
2.5	Zásady komunikace na místě zásahu .....	36
3	POVINNOSTI ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ.....	38
3.1	Oznamovací povinnost zdravotnických pracovníků.....	38
3.2	Povinné atributy zdravotnické dokumentace .....	39
3.3	Směrování do zdravotnického zařízení.....	40
	PRAKTICKÁ ČÁST .....	41
4	CÍL A ÚKOLY PRÁCE .....	42
4.1	Hlavní cíl.....	42
4.2	Dílčí cíle.....	42
5	VÝZKUMNÉ PŘEDPOKLADY .....	43
6	METODIKA PRÁCE .....	44
7	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU .....	45
8	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ .....	46
9	DISKUZE .....	69
	ZÁVĚR.....	75
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	77
	SEZNAM PŘÍLOH .....	82
	PŘÍLOHY .....	83

## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Pracovní pozice .....	46
Graf 2: Délka praxe .....	47
Graf 3: Výjezdová skupina .....	48
Graf 4: Kraj.....	49
Graf 5: Proškolení v problematice syndromu CAN .....	50
Graf 6: Metodický pokyn .....	51
Graf 7: Rozpoznání ohroženého dítěte .....	53
Graf 8: Oznamovací povinnost.....	58
Graf 9: Pomýšlení na syndrom CAN.....	60
Graf 10: Podezření na syndrom CAN.....	61
Graf 11: Zkušenost 1 .....	63
Graf 12: Zkušenost 2 .....	65
Graf 13: Nahlášené případy v ČR za rok 2021 .....	66
Graf 14: Počet obětí syndromu CAN v ČR za rok 2021 .....	67
Graf 15: Nejčastější forma ohrožování dítěte.....	68

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Pracovní pozice .....	46
Tabulka 2: Délka praxe.....	47
Tabulka 3: Výjezdová skupina .....	48
Tabulka 4: Kraj.....	49
Tabulka 5: Proškolení v problematice syndromu CAN.....	50
Tabulka 6: Metodický pokyn.....	51
Tabulka 7: Rozpoznání ohroženého dítěte .....	53
Tabulka 8: Rizikové faktory .....	54
Tabulka 9: Důsledky psychického týrání .....	55
Tabulka 10: Důsledky sexuálního zneužívání .....	56
Tabulka 11: Rysy zanedbávané péče.....	57
Tabulka 12: Oznamovací povinnost.....	58
Tabulka 13: Postup v případě podezření na syndrom CAN .....	59
Tabulka 14: Pomýšlení na syndrom CAN.....	60
Tabulka 15: Podezření na syndrom CAN.....	61
Tabulka 16: Zkušenost 1 .....	63
Tabulka 17: Zkušenost 2 .....	65
Tabulka 18: Nahlášené případy v ČR za rok.....	66
Tabulka 19: Počet obětí syndromu CAN v ČR za rok 2021 .....	67
Tabulka 20: Nejčastější forma ohrožování dítěte .....	68

## SEZNAM ZKRATEK

a kol.....	a kolektiv
apod.....	a podobně
atd.....	a tak dále
CAN.....	Child Abuse and Neglect
CNS.....	centrální nervová soustava
č.....	číslo
ČR.....	Česká republika
MPSV.....	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MZ ČR.....	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
např. ....	například
OSPOD.....	Orgán sociálně-právní ochrany dětí
PČR.....	Policie České republiky
PNP.....	přednemocniční neodkladná péče
PTSP.....	posttraumatická stresová porucha
RLP.....	rychlá lékařská pomoc
RV.....	rendez-vous
RZP.....	rychlá zdravotnická pomoc
SBS.....	Shaken Baby Syndrome
TEN-4-FACESp.....	Trunk, Ears, Neck – 4 months or younger – Frenulum, Auricular area, Cheek, Eyes, Sclera, Patterned bruising
ÚTTOK 4 UFO.....	úhel mandibuly, trup, tvář, oko, krk – 4 měsíce a méně – ucho, frenulum, otisk předmětu
ZOS.....	zdravotnické operační středisko

ZZS ..... zdravotnická záchranná služba

ZZS JČK ..... Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje

ZZS KVK..... Zdravotnická záchranná služba Karlovarského kraje

ZZS PK ..... Zdravotnická záchranná služba Plzeňského kraje

## ÚVOD

Šťastné a bezstarostné dětství, přesně takto by měla být charakterizována raná etapa života každého člověka, avšak bohužel ne každý ji právě takovou prožije. Tato bakalářská práce se věnuje obrovskému problému, který může postihnout děti jakéhokoli věku, a tím je syndrom CAN neboli syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Ačkoli se může zdát, že tento problém s přednemocniční neodkladnou péčí nikterak nesouvisí, opak je pravdou.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část bakalářské práce charakterizuje syndrom CAN, jeho jednotlivé formy a také zmiňuje varovné signály a rizikové faktory, které mohou být vodítkem k odhalení tohoto problému. Poslední kapitola teoretické části pojednává o povinnostech zdravotnického personálu, které jsou v případě podezření na syndrom CAN nezbytné vykonat.

Výzkum v praktické části byl prováděn pomocí dotazníkového šetření. Hlavním cílem bakalářské práce je definovat úroveň znalostí mezi lékaři zdravotnické záchranné služby a zdravotnickými záchranáři o problematice syndromu CAN. První dílčí cíl zjišťuje, zdali naši respondenti byli někdy systémově vzděláni v problematice syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Druhý dílčí cíl stanovuje, zdali jednotlivé zdravotnické záchranné služby zvolených krajů disponují metodickým pokynem, který pojednává o syndromu CAN v přednemocniční neodkladné péči. Dílčí cíle č. 4 až 7 analyzují znalosti respondentů v dané problematice a poslední cíl porovnává, jak často se respondenti z vybraných krajů setkávají se syndromem CAN.

Toto téma jsem si zvolila záměrně, jelikož se už několik let zajímám o násilí páchaném na fyzicky slabších jedincích. Už jako dospívající dívka s drobnější tělesnou konstitucí jsem se chtěla naučit fyzicky bránit, což mě přivedlo k bojovému umění. Po několika letech trénování jsem začala předávat získané zkušenosti dalším a už téměř tři roky pomáhám vést tréninky thajského boxu pro děti od 6 do 12 let, které se zde kromě základních technik boje učí i prvky sebeobrany. Nedělám si iluze, že by se dítě silově dokázalo vyrovnat dospělému člověku, ale věřím, že lepší postřeh, vyšší sebevědomí a další benefity získané z boje dokážou ovlivnit správnou reakci na útok. Jelikož se počty dětí ohrožených syndromem CAN jenom na území České republiky ročně pohybují v tisících, shledávám důležitým, aby zdravotníci měli o tomto tématu dostatek vědomostí. Právě proto, že lékaři a záchranáři ze

zdravotnických záchranných služeb vstupují denně do cizích domácností, mohou to být zrovna ti, kteří si všimnou špatných podmínek pro život dítěte, podezřelých zranění či jiných varovných signálů.



# TEORETICKÁ ČÁST

# 1 VYMEZENÍ TÉMATU A ZÁKLADNÍ POJMY

## 1.1 Definice syndromu CAN

Termín Child Abuse and Neglect Syndrome (dále jen syndrom CAN) je v českém jazyce formulován jako syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Tento jev lze popsat jako nepřijatelné, vědomé či nevědomé konání zákonných zástupců či jiných osob vůči dítěti. Nemusí se nutně jednat pouze o fyzické násilí, lze sem zařadit zanedbávání řádné péče o dítě či opomíjení jeho psychických a emočních potřeb. Dítě je vlivem těchto okolností tělesně i psychicky poškozováno a mohou se u něj vyskytovat problémy se správným vývojem a zařazením ve společnosti. Taktéž jeho zdravotní stav může nést přetrvávající stopy týrání, zneužívání a zanedbávání i v dalších etapách života. Včasná pomoc nejen ohroženým dětem, ale i rodičům či celým rodinám je klíčová. Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky (dále jen MPSV) každoročně zveřejňuje statistické údaje, které se týkají počtu ohrožených dětí (viz Příloha 1). Tyto údaje jsou poskytovány orgánem sociálně-právní ochrany dětí (dále jen OSPOD). Jednotlivé statistiky uvádí, že ročně je na území České republiky odhaleno tisíce případů syndromu CAN a následkům špatného zacházení podléhá až deset dětí ročně. Jen za rok 2021 bylo odhaleno 7 619 obětí a 4 z nich následkům podlehlly. Ze statistik taktéž vyplývá, že nejčastější formou syndromu CAN je zanedbávání. (Dunovský a kol., 1995; MZ ČR, 2022; MPSV, 2022)

Orgán sociálně-právní ochrany dětí považuje za ohrožené dítě zpravidla to, které je vystavené nevhodnému až nebezpečnému zacházení nejčastěji ze strany rodiny. „*Kdo je z pohledu legislativy považován za ohrožené dítě, je definováno v § 6 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí ve znění pozdějších předpisů, včetně podmínek pro naplnění ohroženosti. V případech, kdy jsou či mohou být naplněny podmínky ohrožení dítěte, je pak nezbytná aktivní spolupráce s místně příslušným orgánem sociálně-právní ochrany dětí, resp. sociálním pracovníkem daného obecního úřadu obce s rozšířenou působností. Rovněž i zákon č. 372/2011 Sb. (§ 45 odst. 3 písm. f), o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování odkazuje na úpravu v zákoně o sociálně-právní ochraně dětí, dle které poskytovatel má povinnost zajistit splnění oznamovací povinnosti a sdělování údajů podle zákona upravujícího sociálně-právní ochranu dětí.*“ (MZ ČR, 2022, str.4-5; ČESKO, 1999; ČESKO, 2011)

## 1.2 Historie syndromu CAN

Syndrom CAN se začal dostávat do medicínského povědomí až v druhé polovině 20. století, kdy lékaři na dětech začali zaznamenávat somatická poškození, která byla zjevně způsobena cizím zaviněním, a nazývali je tzv. neúrazovými zraněními. Tato poranění se začala prošetřovat a velmi často se odhalil původce úmyslného ubližování, kterým byl člen rodiny dítěte. V roce 1962 americký pediatri Dr. C. Henry Kempe popsal na základě výzkumu tento jev jako soubor dětských neobvyklých poranění způsobených cizím zaviněním a nazval jej „*Battered Baby Syndrome*“, čili „*syndrom bitého dítěte*“. Toto poznání přispělo ke změně chápání jevu širší společností a díky tomu zakotvila povinnost o nahlašování podezření na týrání dítěte v legislativě jednotlivých amerických států. Současně se začal používat pojem „*Child Abuse*“, v překladu „*zneužívání dítěte*“. Mimo fyzické násilí začala společnost odhalovat také psychické a emocionální týrání a v 70. letech 20. století začal být význam pojmu syndrom CAN chápán stejně jako dnes, tedy včetně sexuálního zneužívání dítěte. V České republice se touto problematikou začal zabývat v počátcích 70. let 20. století profesor Jiří Dunovský, který působil na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a rovněž na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy v Praze. V letech 1975 až 1979 zastával funkci primáře dětského oddělení ve Fakultní poliklinice v Praze 1 v Klimentské ulici. Profesor je označován za doyena české pediatrie, zakladatele a dlouholetého předsedu SOS vesniček v tehdejší Československu a rovněž je považován za zakladatele Dětského krizového centra v Praze, které vzniklo v roce 1992. (Hanusová, 2004; Dunovský a kol., 1995)

## 1.3 Fyzické týrání

Fyzické týrání je nejčastějším a společnosti nejlépe známým jevem v rámci syndromu CAN. Je taktéž nejpodrobněji prozkoumané a popsané. Používá se při něm zpravidla fyzická síla a hrubé až nelidské zacházení proti dítěti. Oběť je bita nejčastěji rukou pachatele, ale bývají využity i různé předměty. Výjimkou není ani kopání do dítěte, svazování, popálení kůže a další kruté praktiky. (Dunovský a kol., 1995; Staněk, 2006)

Násilí páchané na dětech se může skrývat za tělesnými tresty, které rodiče používají k dosažení správného chování a disciplíny u dítěte. Hranice mezi výchovnými praktikami a cíleným ubližováním je poměrně tenká, a proto rodiče mohou snadno týrat děti bez plného uvědomění. Tělesné tresty musí být přiměřeně odhadnuty vzhledem k tělesné konstituci a věku dítěte a nesmí být nadužívány. Pokud na dětském těle dlouhodobě zůstávají známky

trestání, je už potřebné vnímat je jako následky fyzického týrání. Tělesné týrání má tendenci navyšovat frekvenci a intenzitu kvůli adaptaci dítěte. Rodiče se mohou dopouštět násilného jednání v případech, kdy jsou dlouhodobě ve stresové situaci a jejich vypětí vyústí v nepřiměřený trest či tzv. preventivní trest, kterým chtějí dosáhnout poslušnosti dítěte. (Vaničková, 2004; Vaničková, 1994)

### **1.3.1 Aktivní typ fyzického týrání**

V tomto typu fyzického týrání jsou zahrnuty všechny násilné akty vůči dítěti. Defekty často nalezené na tělech obětí bývají v podobě podlitin, opařenin, popálenin, zlomenin, tržných ran apod., ale může dojít i k trvalému postižení či usmrcení dítěte. Ne na každém fyzicky týraném dítěti jsou zřetelné stopy násilného zacházení. V mnohých případech se jedná o skrytá neboli vnitřní poranění. Děti aktivně týrané na sobě nesou známky strachu, vyděšenosti, obranných a úhybných reakcí a lítostivosti. (Dunovský a kol., 1995)

### **1.3.2 Pasivní typ fyzického týrání**

V pasivní formě tělesného týrání jde především o biologické potřeby dítěte, které nejsou dostatečně, nebo vůbec uspokojovány. Rodiče či opatrovníci vědomě či nevědomě zanedbávají základní péči o dítě. Kupříkladu jsou tyto děti nedostatečně stravovány, často u nich dochází k velkému hladovění a následně ke špatnému prospívání a vývoji. Dospělí rovněž úmyslně nezabraňují nehodám s případným následkem poranění dítěte, dále se dětem odepírá dostatečné ošacení či bydlení a jeho vybavení. Hygieně těchto dětí není věnována náležitá pozornost, tudíž jsou náchylnější k onemocněním a mohou trpět opruzeninami, zkaženými zuby či jinými zdravotními problémy. Rizikovým faktorem pro výskyt pasivního tělesného týrání jsou mentálně zaostalí a psychicky nemocní rodiče. (Dunovský a kol., 1995; Špeciánová, 2003)

## **1.4 Psychické týrání**

Představy společnosti o podobách psychického a emocionálního týrání bývají často nejasné. Na rozdíl od násilí fyzického ubližování nejsou následky duševního týrání vidět. U duševně týraného dítěte na první pohled nespátříme stopy násilí, kterými jsou například modřiny, řezné rány, anebo vypálený otisk cigarety na kůži. Právě z tohoto důvodu je pro zdravotníky těžší rozeznat šrámy na duši způsobené záměrným ubližováním od druhé osoby. S tím je spjaté i obtížné dokazování těchto činů, a i z tohoto důvodu se v českém soudnictví setkáváme s řešením psychického násilí zřídka. (Dunovský a kol., 1995)

Z definice Zdravotní komise Rady Evropy, která vznikla v roce 1992, vyplývá, že za psychické týrání se považuje jakékoli jednání, které negativně dopadá na chování a citový vývoj dítěte. Týrání může mít podobu opakovaného ponižování, slovních útoků, ale také odmítání nebo zavrhování dítěte. Pokud je oběť vystavována jakémukoli násilí, omezování či nedobrovolné izolaci, dostává se do stresové situace, která dokáže snadno citově ublížit. Dalo by se říci, že všechny kategorie syndromu CAN jsou v podstatě doprovázeny psychickým týráním, avšak vyskytuje se i samostatně. (Gjuričová, 2000; Hanušová, 2006)

Američtí autoři Binggeli, Hart a Brassard rozdělili psychické týrání do pěti subtypů:

1. *Pohrdání* – zahrnuje posměch, ponižování, hrubé nadávky či zdůrazňování nešikovnosti.
2. *Terorizování* – dospělý vyhrožuje dítěti ublížením na zdraví či zabitím anebo je dítě nuceno přihlížet domácímu násilí.
3. *Izolování* – zavírání dítěte v místnostech o samotě, zakazování interakce s vrstevníky či dospělými.
4. *Korumpování* – podpora dítěte v antisociálním chování, užívání návykových látek apod.
5. *Odpírání emoční podpory* – ignorace dítěte a jeho emocí, nedostupné chování dospělého. (Binggeli, Hart, Brassard, 2001)

I u psychického násilí rozlišujeme dvě základní formy, a to aktivní a pasivní. Aktivní forma se projevuje slovními útoky na dítě a jeho sebevědomí, neustálým kritizováním a kontrolováním dítěte za účelem jeho ponížení. Dítě může být zavrhováno, ale i úmyslně vystavováno konfliktům a násilným aktům v rodině. Často je dítě srovnáváno se sourozenci či jinými vrstevníky, nedobrovolně izolováno, nebo na něj rodiče kladou nerealistické nároky. Za pasivní typ považujeme především nedostatečné trávení času rodičů s dětmi, například z důvodu časově náročného zaměstnání. S tím pak souvisí neuspokojování základních potřeb dítěte, což má za následek psychickou deprivaci. (Dunovský a kol., 1995; Špeciánová, 2003)

## **1.5 Sexuální zneužívání**

O sexuálním zneužívání dětí můžeme mluvit, pokud je nezletilý vystaven dospělou osobou jakémukoli sexuálnímu kontaktu, chování nebo jiné činnosti. Řadíme sem veškeré sexuálně motivované narážky, doteky, svlékání, zhotovování pornografických videí či

fotografií a všechny formy pohlavního styku. Definice zdravotní komise Rady Evropy z roku 1992 zní takto: „*Sexuálním zneužitím dítěte se rozumí nepatřičné vystavení dítěte pohlavnímu kontaktu, činnosti či chování. Zahrnuje jakékoli pohlavní dotýkání, styk či vykořisťování kýmkoli, komu bylo dítě svěřeno do péče, anebo kýmkoli, kdo dítě zneužívá. Takovou osobou může být rodič, příbuzný, přítel, odborný či dobrovolný pracovník či cizí osoba.*“ (Pöthe, 1999, str. 52; Vaníčková a kol., 1997)

Hořejší uvádí, že sexuální abúzus a předčasná erotizace dítěte se nejčastěji odehrává v rodinném kruhu nebo v okolí nejbližších známých. Podle definice zdravotní komise pachatelé mohou být i lidé pracující s dětmi nebo jakákoli jiná fyzická osoba. Sexuální zneužití je trestný čin, který se obvykle projevuje jako tělesná manipulace s dětskými pohlavními orgány doprovázející verbální legendou. Zajímavé je, že si dospělý jedinec pomocí psychologického vydírání a vyhrožování vynucuje mlčenlivost oběti. Může používat tresty, ale i odměny. Mnohdy je dítěti také namlouváno, že takové zacházení je naprosto běžné. Dítě je tímto chováním vyvedeno z míry a své utrpení před okolím skrývá. Můžeme se setkat s i případy, kdy je dítěti zneužívání relativně tělesně příjemné, ovšem i v tomto případě dopadají negativní následky na psychický vývoj dítěte. (Hořejší, 2019; Dunovský a kol., 1995)

### **1.5.1 Rozdělení sexuálního zneužívání**

Sexuální zneužívání můžeme rozdělit do tří forem, a to mezi nekontaktní, kontaktní a nově i komerční zneužívání. V případě nekontaktního zneužívání nedochází k přímému kontaktu mezi dospělou osobou a dítětem. Tato forma zahrnuje především obnažování pachatele před dítětem, sledování nahého těla oběti za účelem vlastního uspokojování, masturbace před dítětem, ukazování porno časopisů a porno videí nezletilému, anebo pasivní přihlížení dítěte sexuálnímu aktu dospělých. Do této kategorie řadíme též verbální sexuálně motivované návrhy či obscénní komentáře na tělo dítěte. (Dunovský a kol., 1995)

Kontaktní sexuální zneužívání můžeme vnímat jako nepenetrativní a penetrativní. V prvním zmíněném případě neprobíhá pohlavní styk mezi pachatelem a obětí, avšak dochází k osahávání dětského těla, především genitálií a prsou, přes oblečení i pod ním. Dále pak si může dospělý vynucovat líbání s proniknutím jazyka nebo vlastní uspokojování přímo od dítěte. Za penetrativní zneužívání se považuje vaginální, anální i orální styk. (Dunovský a kol., 1995).

Jakožto komerční typ sexuálního zneužívání můžeme chápat spíše využívání dítěte, kdy jde o směnný obchod finančních prostředků za dítě samotné, či jakýkoli materiál spjatý

se sexuální činností dětí. Radíme sem dětskou prostituci, obchod s dětmi nebo dětskou pornografií. (Kalibová, Kaliba, 2014)

Dále se tato kategorie syndromu CAN může rozdělovat na intrafamiální zneužívání, které probíhá v rodinném kruhu, a extrafamiální, kdy je na vině cizí osoba. (Weiss, 2005)

### **1.5.2 Syndrom dětského přizpůsobení se pohlavnímu zneužívání**

V roce 1983 charakterizoval americký dětský psychiatr Roland Summit tzv. „*syndrom dětského přizpůsobení sexuálnímu zneužití*“ a rozdělil jej do pěti fází.

1. *Fáze: utajování* – v této fázi má dítě obrovský strach z přiznání. Nachází se v nové etapě svého života a samo neví, jak se v této situaci zachovat. Obvykle je dobře manipulováno pachatelem.
2. *Fáze: bezmocnost* – dítě je zstrašováno zneužívatelem, který je nejčastěji jeho blízkým známým či rodinným příslušníkem. Dítě se tak dostává do stavu bezmoci.
3. *Fáze: svedení a přizpůsobení* – dítě se snaží sžít s touto pro něj novou skutečností, která obvykle není jednorázovou záležitostí. Díky vnitřnímu boji, jenž poměrně dlouhou dobu prožívá, se u něj v adolescenci můžou snadno rozvinout duševní choroby, patologické závislosti, narušení vlastní osobnosti či jiné psychopatologie. Oběť viní sama sebe z chování, které mohlo vyprovokovat pachatele k následnému jednání, a tak usiluje o odčinění vlastní viny poslušným chováním a doufá v odpuštění, přijetí a lásku. Tímto dochází k narušení morálních hodnot dítěte.
4. *Fáze: opožděné, konfliktní a nespravedlivé odhalení* – sexuálně zneužitá oběť se dlouhou dobu odhodlává k nahlášení svého tajemství. Ohlášení pak působí nevěrohodně z důvodu dlouhé časové prodlevy a viník se často dostává do zvýhodněné pozice.
5. *Fáze: odvolání výpovědi* – dítě stáhne obvinění kvůli nedůvěře okolí, ze strachu z rozpadu rodiny, zavržení, pozdějších výslechů. Následně připustí, že si vše vymyslelo, a vyšetřování tímto končí. (Summit, 1983)

## 1.6 Zanedbávání

Zanedbávání lze obecně definovat jako akutní či chronické ohrožování dítěte, kterému nejsou v domácím prostředí poskytnuty důležité prostředky k uspokojování základních a vývojových potřeb. Jinými slovy můžeme říct, že dítě je opomíjené tehdy, kdy nedostačující péče ohrožuje jeho vývoj, nebo i samotný život. Zanedbávání je často velmi nenápadné a mívá pomalý nástup. Rodiče s vyšší inteligencí ho dovedou maskovat, a naopak podprůměrně inteligentní lidé si tento čin nemusí vůbec uvědomovat. U zanedbávání se nevyskytuje tzv. aktivní charakter jednání ze strany rodičů, jako je tomu tak například u týrání a sexuálního abúzu, ale vždy mluvíme pouze o pasivním přístupu dospělých osob k dětem. Autoři Pemová a Ptáček rozdělili zanedbávání dítěte do pěti základních forem, kterými jsou: fyzické zanedbávání, vývojové zanedbávání, vzdělávací zanedbávání, emoční zanedbávání a rizikové chování matky v těhotenství. (Pemová, Ptáček, 2016)

### 1.6.1 Fyzické zanedbávání

Následky nevhodné až nedostatečné péče o dítě bývají snadno diagnostikovány, a proto je fyzické zanedbávání nejlépe detekovatelná forma zanedbávání. Důsledky tělesného zanedbávání mohou být pro dítě až fatální, především pokud je zanedbáván jeho zdravotní stav. Velkým problémem je opomíjení či odmítání zdravotní péče a opožděné vyhledávání odborné zdravotnické pomoci. V případech nemoci, úrazu i zdravotního postižení dítěte odmítají rodiče dodržovat doporučené zdravotní postupy a přímo tím ohrožují zdraví a život dítěte. Mimo nedostatečné plnění zdravotních povinností vůči dítěti jsou děti často či dlouhodobě zanechávány bez patřičného dohledu. Tím dospělí riskují, že nezabrání případnému úrazu či nehodě dítěte, ale též tím pasivně umožňují asociální a delikventní chování dítěte. (Pemová, Ptáček, 2016)

Dalším častým ukazatelem tělesného zanedbávání jsou situace, při kterých rodiče či opatrovníci nedokážou zajistit stabilní podmínky pro život, nechávají pendlovat dítě mezi příbuznými, případně výchovnými zařízeními. Pokud rodina nemá pevné zázemí, tzn. stěhuje se v krátkých intervalech, bydlí na ubytovnách či azylových domech, nebo dokonce je bez domova, vystavuje tím dítě špatným životním podmínkám, nemožnosti navázání kvalitních sociálních vazeb mezi vrstevníky a dalším rizikům. Dále může nastat situace, kdy rodiče přímo neumožní (obvykle dospívajícímu) dítěti sdílet společnou domácnost, nebo ho přesvědčují, aby se navzdory svému věku osamostatnilo. V případech, kdy dospělý opustí jemu svěřené dítě, které ještě není schopné zajistit si pomoc, a přímo tím ohroží jeho zdraví či život, dopouští se trestného činu dle zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění



pozdějších předpisů, a podle § 195, odst.1. a bude potrestán na dobu 6 měsíců až tří let. (Pemová, Ptáček, 2016, ČESKO, 2009)

Nutriční zanedbávání je dalším typem fyzického opomíjení. Dítě, kterému není poskytována alespoň částečně vyvážená strava v dostatečném množství a bez zdravotní závadlosti, je ohroženo špatným prospíváním a celou řadou dalších problémů. Děti potřebují nutričně hodnotnou stravu přiměřenou jejich věku, denní aktivitě, zdravotnímu stavu a jiným potřebám. Zanedbáváním je myšleno také opomíjení lékařem předepsané diety, kterou dítě na základě nemoci či jiného důvodu vyžaduje. (Pemová, Ptáček, 2016)

V neposlední řadě nejsou fyzicky zanedbávané děti často adekvátně ošaceni, především jejich oblečení neodpovídá aktuálním podmínkám počasí. Oblečení je často dětem nadměrně velké nebo malé, nepohodlné a může být i zdraví škodlivé. Špatná velikost bot ovlivňuje klenbu nohy a zapříčiní špatné držení těla. Nepatřičné oblečení může být také jednou z příčin sociálních problémů dítěte mezi vrstevníky, které snadno vyústí až v šikanu. (Pemová, Ptáček, 2016)

### **1.6.2 Vývojové a vzdělávací zanedbávání**

Vývojové zanedbávání spočívá v neuspokojování potřeb, které souvisí s fyzickou, emoční i kognitivní stimulací, což vede k závažným vývojovým poruchám. Týká se především mladších dětí, které prozatím nespádají pod školský systém. Jestliže rodiče nerozvíjejí dovednosti a schopnosti vlastních dětí, zpravidla dochází k opoždění jejich vývoje, které je trvalé a nezvratné. Jinak je tomu u vzdělávacího opomíjení, při kterém děti nejsou vedeny k vykonávání školních povinností a jejich školní docházka je nedostačující. Zanedbávání vzdělávání se týká jen dětí, u kterých je stále povinná školní docházka. Může se projevovat jako rozsáhlá absence dítěte ve škole, která nemá řádné odůvodnění nebo přiměřenou omluvu. V jiných případech může být absence řádně, ale nepravdivě omluvena. Myslí se tím situace, kdy dítě musí kupříkladu hlídat mladšího sourozence nebo vykonávat jiné rodinné povinnosti, a tak se rodiče rozhodnou dítě ze školy omluvit např. z důvodu nemoci. Dalším rysem zanedbávání je nepatrná nebo nulová podpora dětí ve výuce a nenaplňování speciálních potřeb nutných pro vzdělávání. V nejhorších případech děti nejsou vůbec do školy zapsány. Za pravidelnou docházku dětí do školy jsou zodpovědní jejich zákonní zástupci. Pokud má dítě vysokou školní absenci, může se kromě zanedbávání jednat o záško-  
láctví, jehož příčinou nemusí být vždy nutně selhání rodičů. Pokud je zanedbání docházky

dlouhotrvající a je prokázána vina rodičů (zákonných zástupců), jedná se o trestný čin ohrožení výchovy dítěte definovaný dle trestního zákoníku. (Pemová, Ptáček, 2016)

Z dlouhodobého hlediska s sebou nesou následky zanedbávání školní docházky znevýhodnění dítěte v celém procesu vzdělávání a později v uplatnění na trhu práce. Z krátkodobé perspektivy je dítě ohroženo v čase, kdy není ve škole, ale ani doma. Často se pak pohybuje na ulicích, kde je vystaveno různým sociálně-patologickým jevům a kriminálnímu chování. (Pemová, Ptáček, 2016)

### **1.6.3 Emoční zanedbávání**

Emoční zanedbávání jde ruku v ruce s psychickým týráním a stejně je tomu tak s jeho diagnostikou, která je nesmírně obtížná. Jestliže k němu dochází již od nejtílejšího věku dítěte, těžko se zpozorují náhlé změny v jeho chování a prožívání či jiné výkyvy. Projevy psychicky zanedbávaného dítěte jsou velice různorodé, ba dokonce někdy až paradoxní. Chování těchto dětí se může jevit jako pasivní, apatické a bez známek emocí. Jiné děti jsou emočně nevyrovnané, agresivní nebo působí hyperaktivně až agitovaně. (Pemová, Ptáček, 2016)

Dítě je emočně zanedbávané, pokud je osobně přítomno dlouhotrvajícímu domácímu násilí nebo jestliže je vystavováno maladaptivnímu a nevhodnému chování, které rodiče obhajují či ignorují. Emoční zanedbávání může vypadat jako odmítání nebo pozdní vyhledání odborné psychologické pomoci či jako nedodržování navržených terapeutických postupů. V neposlední řadě jde o neposkytování emoční podpory dítěti, nedostatečné pochopení, nulovou podporu a respekt. Taktéž do této kategorie lze zařadit nadměrnou ochranu dítěte, při které rodiče nenechávají dítě osamostatnit se a dospět. (Pemová, Ptáček, 2016)

### **1.6.4 Prenatální rizika – rizikové chování matky v průběhu těhotenství**

*„V posledních letech dochází ke konsenzu mezi odborníky, že rizikové chování matek v průběhu těhotenství lze považovat za projev nedostatečného zájmu o potřeby dítěte a za formu zanedbávání. Vzhledem k závažným fyzickým i psychickým důsledkům se za rizikové považuje především užívání alkoholu a drog a kouření v době těhotenství.“* (Pemová, Ptáček 2016, str. 109)

## **1.7 Další formy syndromu CAN**

### **1.7.1 Systémové týráni**

Tato neobvyklá forma syndromu CAN je zapříčiněna paradoxně systémem, který byl vybudován pro pomoc a ochranu dítěte. Obzvláště závažný problém nastane, pokud systém odebere rodině dítě, aniž by nejdříve poskytl potřebnou podporu a pomoc. Zmíněnou pomocí může být například využití metody (tzv. sanace rodiny), která napomáhá správnému fungování rodiny. V případech systémového týráni většinou systém nezohledňuje nejlepší zájmy dítěte. Dále do této kategorie spadá neadekvátní péče a nepřijatelné zacházení s dítětem ve výchovných ústavech, školách a v jiných zařízeních určených pro děti. (Presslerová, 2021; Bechyňová, 2007)

### **1.7.2 Sekundární viktimizace**

Sekundární viktimizací nazýváme reakci okolí na újmu, která byla oběti způsobena. Důsledkem těchto reakcí je způsobení dalšího traumatického zážitku, nebo dokonce poškození oběti. Vlivem mýtů rozšířených ve společnosti snadno vzniká mylná představa o tom, co se skutečně stalo, a vlivem toho může být na oběť přenesena vina z pohledu okolí. Mnohdy vzniká sekundární viktimizace v době trestního řízení, kdy policisté odmítají oběti uvěřit nebo jí pokládají necitlivé a nepatřičné otázky. Dalším spouštěčem sekundárního traumatizování mohou být média, která zveřejní nevhodné informace o oběti a jí způsobené újmě. (Valešová, 2021)

### **1.7.3 Münchhausenův syndrom v zastoupení (by proxy)**

Münchhausenův syndrom by proxy je specifická forma tělesného týráni dítěte, při které rodič či pečovatel opakovaně navštěvuje s dítětem nejednoho lékaře, kterému popisuje vymyšlené nebo zveličené somatické i psychické potíže dítěte. Účelem je, že dítě je opakovaně podrobováno neustálým vyšetřením, často invazivním a bolestivým, avšak jeho zdravotní stav je ve skutečnosti nevyžaduje. Dospělými jsou nejčastěji podrobně popisovány příznaky podobné akutní příhodě břišní, dále krvácivým příhodám, poruše vědomí či různým záchvatům. Rodiče jsou obvykle vnímány jako nadměrně starostliví a pečliví a záměr jejich chování jde špatně dokázat. (Šustr, 2008; Slaný, 2008)

### **1.7.4 Organizované zneužívání**

Na organizovaném zneužívání se aktivně zapojuje více pachatelů, přičemž minimálně jeden z nich nepatří do rodiny dítěte. Jedná se o formu organizovaného zločinu. Zneužívání nemusí být nutně jen sexuálního charakteru jako například pořizování dětské

pornografie, dětská prostituce atd., ale spočívá také v dětské práci, otroctví a v obchodu s dětskými orgány. (Dunovský a kol., 1995)

## 2 DIAGNOSTIKA SYNDROMU CAN V PNP

### 2.1 Přednemocniční neodkladná péče

Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů, definuje přednemocniční neodkladnou péči (dále jen PNP) jakožto neodkladnou odbornou péči, která je poskytována zejména zdravotnickou záchrannou službou (dále jen ZZS) na místě vzniku poškození zdraví pacienta nebo ohrožení jeho života. Přednemocniční neodkladná péče je dále poskytována během transportu pacienta do cílového zdravotnického zařízení. (ČESKO, 2011)

### 2.2 Varovné signály v prostředí přednemocniční neodkladné péče

Všechny formy syndromu CAN doprovází řada symptomů a specifických rysů, kterým je nutné věnovat náležitou pozornost. Souvislost těchto atributů může pomoci vytvořit jasnější obraz o tom, co mohlo zapříčinit problémy dítěte. (MZ ČR, 2022)

Varovné signály v odebrané anamnéze:

- obsah se často mění,
- nezazní příčina poranění,
- na dítěti jsou další viditelná poranění, která nejsou vysvětlena,
- neodpovídá charakteru poranění,
- neodpovídá psychomotorickým schopnostem a věku dítěte. (MZ ČR, 2022)

Typická poranění fyzicky týraných dětí jsou: podkožní hematomy, zlomeniny u pre-mobilních dětí, kraniocerebrální poranění, poranění břicha, poranění úst, termická poranění. (MZ ČR, 2022)

Typické důsledky psychického týrání dětí jsou: psychosomatické potíže, poruchy nálady a spánku, úzkosti, sebepoškozování, sebevražedné myšlenky, disociativní projevy, agresivita, psychická deprivace, posttraumatická stresová porucha. (MZ ČR, 2022)

Typické důsledky sexuálního zneužívání dětí jsou: hematomy a ragády v oblasti genitálií, gravidita nezletilých dívek, pohlavně přenosné nemoci, enkopréza, enuréza, nápadná

změna vztahu ke konkrétní osobě, úpadek v psychickém vývoji, informovanost v oblasti sexuálních praktik neodpovídající věku. (MZ ČR, 2022)

Typické rysy zanedbávání dětí jsou: nedostatečná lékařská péče, zanedbaná hygiena, pobyt v nevhodném domácím či sociálním prostředí, nevhodné a nedostatečné stravování, citová deprivace, nedostatečná výchova, nedostatečný dozor, opomíjení vzdělávacích povinností. (MZ ČR, 2022)

Dunovský, Dytrych, Matějček a kolektiv popsali v publikaci Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě tři rizikové faktory pro rozvoj syndromu CAN. Jsou jimi riziková dospělá, riziková dítě a riziková situace. (Dunovský a kol., 1995)

### **2.2.1 Riziková dospělá**

Týráním, zneužíváním i zanedbáváním jsou děti ohrožovány zpravidla svými vychovateli, se kterými tráví nejvíce času. Tito jedinci trpí běžně vrozenou či získanou psychopatií s agresivními rysy. Dále to mohou být psychicky či neuroticky nemocní lidé, alkoholici či drogově závislé osoby nebo lidé, kteří žijí dlouhou dobu ve stresové situaci, ať už se jedná o stres ze zaměstnání, neúspěchu či nemoci. Z pohledu sexuálního zneužívání jsou pro děti rizikem mimo rodinné příslušníky cizí lidé (především muži), pěstouni, vychovatelé, ošetřovatelé, rodinní přátelé a další, u nichž nebylo vytvořeno sexuální tabu a často se pohybují ve společném prostoru s dětmi. Dunovský a kol. uvádí, že naprostá většina sexuálních zneužití je zapříčiněna muži. Typickými pachateli jsou sexuální devianti, starší muži se sníženou kontrolou chování (např. lidé s demencí) anebo sexuálně hyperaktivní muži. (Dunovský a kol., 1995)

### **2.2.2 Riziková dítě**

Pokud jsou projevy dítěte nějakým způsobem nesrozumitelné pro jeho sociální okolí, často spadá do rizikové skupiny. Výchova takového dítěte je zpravidla obtížně zvládnutelná a jejich chování je dráždivé, unavující či vyčerpávající. Typické pro tento popis jsou děti s lehkými mozkovými dysfunkcemi, děti nesoustředěné, hyperaktivní, impulzivní, úzkostné, nadměrně pomalé, dále děti s nápadnými výkyvy nálad a jinými odchylkami. Ohrožené jsou děti v situacích, kdy jsou rodiči vnímány jako zklamání. Často je tomu tak v případech mentální retardace dítěte, jeho podprůměrné inteligence, sportovní neobratnosti či například nešikovnosti. Týráním či zanedbáváním často podléhají děti nechtěné či nevlastní. Nebezpečí ze sexuálního zneužití čelí častěji mazlivé a koketní dívky s vyzývavým chováním a s výraznějšími ženskými tvary. Rovněž bývají ohroženy sexuálním abusem i psychicky a tělesně

postižené či jinak znevýhodněné děti, které jsou závislé na pomoci druhých. (Vágnerová, 2008; Dunovský a kol., 1995)

### **2.2.3 Rizikové situace**

Riziko týrání není závislé pouze na charakteru a rysu osobnosti pachatele či oběti. Roli hrají také situační činitelé a prostředí. Takzvaný Médein komplex, který je charakterizován jako trestání partnera (tedy matky či otce dítěte) tím, že je ublíženo jejich dítěti. Právě z tohoto důvodu jsou pro dítě riziková období rozvodu, mileneckých či manželských hádek nebo období porozvodových sporů o děti. Dalším rizikem pro dítě je život v hmotné bídě a v dlouhodobé stresové situaci, dále pak život v rodině s velkým počtem dětí či v náhradní rodinné péči. Pohlavní zneužití může být podle Dunovského částečně vyvoláno životem rodiny ve stísněném prostoru, ve kterém rodiče například spí v jedné ložnici s dětmi. Rodiče také mohou vnímat jako „příležitost“ ošetřování dítěte během nemoci, kdy s ním navazují intenzivní tělesný kontakt. Velmi riziková situace nastane v okamžiku, kdy se dítě dostane do kontaktu s osobou pod vlivem alkoholu a drog nebo osobou jinak intoxikovanou. (Dunovský a kol., 1995)

## **2.3 Fyzické důsledky syndromu CAN**

Při jakémkoliv násilí páchaném na dětech hrozí bezprostřední nebezpečí, proto je důležité nepodcenit vyšetření a pečlivě se zamýšlet nad jednotlivými poraněními, které u dítěte spatříme. Především u fyzických poranění často není jednoduché rozhodnout, zda se jedná o zranění vzniklé nešťastnou náhodou, záměrným ublížením či následkem nedostatečné pozornosti k dítěti. Při podezření z cizího zavinění je vhodné pořídit i fotodokumentaci pomocí tabletu přímo z místa zásahu, která mimo zranění může obsáhnout i další důležité faktory, jenž poukazují na možnost násilného zavinění či zanedbání dohledu nad svěřenou osobou. (Dunovský a kol., 1995; Topolánek, 2019; MZ ČR, 2022)

### **2.3.1 Hematomy**

Hematom neboli modřina je termín používaný pro označení krve nahromaděné ve tkáních mimo cévy. Standartně vzniká následkem tupého násilí v podobě prudkých úderů, nárazů na tupé předměty a působením velkého tlaku na tělo. Běžně může být na kůži zřetelný tvar předmětu nebo části těla, kterou bylo dítěti ublíženo, např. obtisk rákosky, prstenu nebo otisk ruky či zubů. Dojít může až k odtržení kůže, vytržení vlasů, poranění hlubších tkání a orgánů. Podle studie z roku 2020, která nese název „*Child Protection Evidence Systematic review on Bruising*“, nelze určit stáří hematomu dle barevného spektra, jelikož pro to

neexistují dostatečné vědecké důkazy. (Dunovský a kol., 1995; childprotection.rcpch.ac.uk, 2020)

Umístění podkožních hematomů je závislé na dosažené fázi psychomotorického vývoje dítěte. U mobilních dětí se úrazové hematomy vyskytují v oblasti kostních prominencí, především na ventrálních částech těla. Další běžné lokalizace jsou holeně, kolenní klouby, čelo, brada, nos, a rty. U premobilních dětí je výskyt modřin opravdu vzácný, a proto nález hematomu na jejich těle je vždy podezřelý. (MZČR, 2022)

Zahraniční studie s názvem „*Validation of a Clinical Decision Rule to Predict Abuse in Young Children Based on Bruising Characteristics*“ zveřejněná v dubnu roku 2021 zmiňuje akronym TEN-4- FACESp, který pomáhá u dětí mladších 4 let rozlišit záměrnou etiologii hematomu od náhodné (viz Příloha 2). Uplatnění akronymu má podle studie senzitivitu 96 % a specificitu 87 % u dětí do 4 let. Metodické opatření vydané Ministerstvem zdravotnictví České republiky v roce 2022 s názvem „*Postup praktických lékařů pro děti a dorost při podezření na týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*“ (dále jen metodické opatření MZ ČR) přeložilo tento akronym jako ÚTTOK 4 UFO. Vysvětlení akronymu podle metodického opatření MZ ČR je následující:

- „*Úhel mandibuly, Trup, Tvář, Oko, Krk, 4 (jakýkoli hematoma u dítěte do 4 měsíců včetně), Ucho, Frenulum, Otisk předmětu.*
- *Jakýkoli podkožní hematoma u dítěte mladšího 4 měsíců včetně (u premobilního dítěte) je suspektní z násilí.*
- *U mobilních dětí do 4 let jsou hematomy suspektní z proběhlého násilí v těchto lokalizacích: Úhel mandibuly, Trup (hrudník, břicho, záda, hýždě, anogenitální oblast), Tvář (mimo kostní prominenci), Oko (víčko nebo spojivka), Krk, Ucho, Frenulum.“* (MZ ČR, 2022, str 14.; Pierce et al., 2021)

### **2.3.2 Zlomeniny**

Fraktury kostí jsou u dětí školního věku zcela standardní. Příčinami běžných zlomenin v dětství jsou obvykle pády, sportovní úrazy, tupá poranění nebo dopravní nehody. U běžných úrazů odpovídá mechanismus úrazu psychomotorickým schopnostem dítěte. Nejčastější zlomeninou v dětském věku je fraktura distální ulny a radia a jejich incidence stoupá s věkem. Čím nižší je věk dítěte, tím větší musí být obezřetnost. Maguire uvádí, že u dětí do 3 let až ve 48 % souvisí zlomeniny s hrubým a násilným chováním ze strany rodičů. Lorder



a Feinberg ve své studii z roku 2007 uvedli, že dětské oběti fyzického násilí se zlomeninami byli z 49 % kojenci, z 19 % batolata, z 18 % starší děti a ze 14 % adolescenti. Dá se tedy předpokládat, že zlomeniny v mladším věku dítěte jsou více suspektní z fyzického násilí. Zlomeniny s vysokou specifitou pro týrání jsou tzv. klasické metafyzární léze, zlomeniny žeber (především u nejmladších dětí), sterna, fraktury spinózních výběžků a lopatek. Nejčastěji děti utrpí zlomeniny dlouhých kostí, žeber a calvy, které jsou ale běžné i u běžných úrazových etiologií. (Maguire, 2010; Loder, Feinberg, 2007; MZ ČR, 2022)

### **2.3.3 Shaken baby syndrom**

Poranění hlavy je dalším rizikovým následkem násilí s vysokou mortalitou. Především „*Shaken Baby Syndrome*“ (dále jen SBS), v překladu syndrom třeseného dítěte, je nejčastější nepřírozenou příčinou úmrtí nebo vážného neurologického poškození dětí v novorozeneckém a kojeneckém věku v důsledku jejich týrání. Aby vznikl SBS standartně musí pečovatel držet dítě za trup nebo paže a prudce s ním třást. Tímto se hlava dítěte dostává do polohy flexe a následně do násilné hyperextenze (viz Příloha 3). Proporcionálně velká hlava ve spojení s nedostatečnou silou krční svaloviny pak může způsobit poškození mozku. Protrahovaný pláč dítěte je nejčastějším spouštěčem tohoto typu násilí. (Havránek, Homolková, Tomek, 2012)

Charakteristická pro syndrom třeseného dítěte je triáda poškození centrální nervové soustavy (dále jen CNS):

1. plášťový subdurální nebo subarachnoidální krvácení,
2. akutní encefalopatie, otok či difuzní axonální poranění mozku,
3. krvácení do sítnice oka. (Havránek, Homolková, Tomek 2012)

Klinickými projevy SBS jsou: zvracení, nechutenství, špatné prospívání, plačtivost. Hlava zevně obvykle nenese známky traumatu, ale je důležité prohlédnout celé tělo dítěte, především trup, hrudník, paže a raménka, kde se mohou vyskytovat hematomy, otoky nebo zlomeniny vzniklé po násilném držení. Může dojít až ke krvácení do očních bulbů, intrakraniálnímu krvácení a trvalému či smrtelnému poranění páteře a míchy. (Havránek, Homolková, Tomek, 2012; Slaný, 2008)

### **2.3.4 Poranění břicha**

Potřeba je myslet na poranění nitrobřišních orgánů, které zevně nemusí být zpozorováno, ale jejich poškození je častá příčina smrti. Tupé násilí mířené do oblasti břicha může

způsobit traumatickou pankreatitidu, natrženou slezinu, játra, žaludek či dvanáctník. U dětí do pěti let se nitrobršíšní poranění téměř nevyskytují, a proto je důležité pečlivě prošetřit anamnézu úrazu. (Kynčl, 2022; MZ ČR, 2022)

### **2.3.5 Poranění úst**

Paglia ve své studii „*Child Protection Evidence – Oral Injuries*“ uvádí, že až 50 % úrazů násilné etiologie je lokalizováno v orofaciální oblasti. Poranění se týká především frenula, tedy retní uzdičky. Poškození frenula je častým následkem pádů a jiných tupých úrazů, avšak nedokážou-li rodiče rozumně vysvětlit, co zranění předcházelo, stává se defekt velice suspektní z násilné etiologie. U batolat a dětí kojeneckého věku je poranění frenula dalším významným varovným znamením. Mimo retní uzdičku může být poraněn i samotný ret, jazyk, sliznice, zuby a dásně (viz Příloha 4). (Paglia, 2018; childprotection.rcpch.ac.uk, 2014)

### **2.3.6 Termická poranění**

Termická poranění vznikají vlivem působení příliš vysokých nebo naopak nízkých teplot na lidský organismus a způsobují jeho lokální až generalizovaný poškození. Zejména popáleniny a opařeniny nejsou u dětí do pěti let nijak výjimečné, přesto se ale řadí k nejzávažnějším úrazům dětského věku. Nejčastěji se děti opaří horkým nápojem či pokrmem, který na sebe omylem převrhnou. Okraje těchto opařenin jsou nerovné, poškození je asymetrické a jeho stupeň je na těle nerovnoměrně rozložen. Bývají na ventrální části těla, a to především na obličejí, krku a horní části trupu. U záměrného opaření obvykle jiná osoba násilně potopí dítě do horké vody, např. ve vaně. Vzniká opaření se symetrickým rozložením, s ostrými horními okraji a stupeň poškození v rozsahu opařenin je spíše rovnoměrný. Poranění se objevuje zpravidla na dorzální části těla, dolních a horních končetinách, které se charakteristicky nazývají „rukavičky“ a „ponožky“. (MZ ČR, 2022)

Popáleniny vzniklé následkem nehody se vyskytují často na dlaních po kontaktu dítěte s horkým předmětem, nebo může nastat popálení po přímém kontaktu s ohněm. U cizího zavinění jsou typické popáleniny od cigaret, žehličky a dalších žhavých předmětů. Tento typ termického poranění se označuje jako kontaktní popálenina. V některých případech může být dítě popáleno plamenem nebo poleptáno chemickou látkou. U kontaktních popálenin je často na kůži rozpoznatelný předmět, kterým došlo k ublížení. Bývají vícečetně a nesymetricky rozloženy po těle, na kterém mohou být i známky jiného poškození. Jejich častá lokalizace je na hýždích, ramenech a zádech. Na rozdíl od opařenin, které jsou typické pro kojence a batolata, popálení oběti může nastat v každém věku. Termická poranění jsou rovněž častým následkem zanedbávané kontroly nad dítětem. Vždy je nutné podrobné odebrání

anamnézy a důkladné vyšetření celého těla, ale i psychického stavu a psychomotorických schopností, aby se případně mohlo dokázat podezření na týrání či zanedbávání dítěte. (MZ ČR, 2022)

## **2.4 Dopady syndromu CAN na dětskou psychiku**

Důsledky týrání, ať už fyzického či psychického, jsou ovlivněny intenzitou, délkou trvání a závisí rovněž na vývojovém stadiu rozvoje osobnosti dítěte. Dopady na psychické zdraví jsou velmi různorodé. Některé dítě bude ustrašené, úzkostné a plačtivé, jiné bude reagovat agresivně, bude mít sklony k záškoláctví, lhaní a útěkům z domova. Dítě může ve společnosti napodobovat chování svých trýznitelů, čímž začne mít problémy v oblasti mezilidských vztahů. Obecně mají tyto děti problémy se sebezpojetím, s nedostatkem sebedůvěry a nízkým sebehodnocením. Sexuální zneužití může v dítěti vyvolat pocity viny a zahanbení, dítě ztrácí důvěru k dospělým lidem a ke světu vůbec. (Vágnerová, 2008)

### **2.4.1 Psychosomatické potíže**

Úzkost, deprese a jiné potíže psychického rázu bývají často spjaty s tělesnými obtížemi. Týrané, zanedbávané či zneužívané dítě prožívá dlouhodobou duševní nepohodu, a tak se nelze divit, že těmito obtížemi nezřídka trpí. Děti si obvykle stěžují na bolesti břicha a hlavy, nevolnost, celkovou únavu, dále také na problémy spojené s příjmem potravy nebo na to, že jim vůbec „není dobře.“ Mohou mít potíže s vyprazdňováním, ekzémy, ale i s nepříjemným pocitem bušení srdce, tzv. palpitacemi, ale klinický obraz a vitální funkce dítěte nevykazují žádnou zřejmou příčinu. V každém případě je nutné potíže nepodcenit, podrobit dítě podrobnějším vyšetřením ve zdravotnickém zařízení a zamyslet se nad všemi možnými příčinami těchto obtíží. (Vágnerová, 2008)

### **2.4.2 Posttraumatická stresová porucha**

Posttraumatickou stresovou poruchu (dále jen PTSP) lze popsat jako opožděnou či protahovanou reakci na silný stresový zážitek. Objevuje se v době několika týdnů až měsíců po prožitém traumatu, avšak ne déle než po půl roce. U této psychiatrické poruchy je jako u jedné z mála známá její příčina. Typické jsou pro ni tzv. zpětné záblesky, kdy se myšlenky oběti vracejí zpět k prožitému zážitku. Oběť též provází noční můry, nespavost či jiné problémy se spánkem. Emoce a city traumatizované osoby jsou často otupělé, člověk s PTSP se může jevit jako chladný a podrážděný. Posttraumatickou stresovou poruchu mohou doprovázet sluchové halucinace, špatná koncentrace, ztráta zájmu o cokoli, vyhýbání se určitým místům, činnostem nebo situacím, a další nepříjemnosti. (Vaníčková, 1999)

Vaničková uvádí, že PTSP trpí velké procento dětí, které si prošlo sexuálním násilím. V případech sexuálního zneužívání dítěte otcem, jsou následky mnohonásobně horší. Obdobně je tomu tak, když se dítě s touto skutečností svěří matce, která ale nejeví žádnou snahu dítěti pomoci. (Vaničková, 1999)

### **2.4.3 Psychická deprivace**

Psychická deprivace je duševní stav, kterému předchází dlouhodobé neuspokojování psychických potřeb dítěte. Dalšími důvody deprivace jsou nedostatečná stimulace dítěte, život v prostředí, které je chudé na podněty, anebo situace, kdy dítě nemá šanci rozvíjet své smyslové vnímání a estetické cítění. (Bechyňová, 2007)

Psychická deprivace vážně narušuje psychický vývoj. V kojeneckém a batolecím věku způsobuje zpravidla vývojovou retardaci různého stupně. Lehčí formy psychické deprivace zahrnují opožděný psychický a tělesný vývoj dítěte. Při obzvláště těžkých formách deprivace dochází k závažným poruchám psychomotorického a tělesného vývoje. (Svoboda, Krejčířová, 2009)

### **2.4.4 Transgenerační přenos**

Rodina, ve které dítě vyrůstá, nese částečnou odpovědnost za jeho pozdější chování. V rodinách se vyskytují tzv. vzorce chování, které si děti nevědomě přebírají. Když se z dítěte stane dospělý jedinec, jenž si založí vlastní rodinu, existuje velká šance, že se bude alespoň částečně chovat podle naučených vzorců. Pokud si člověk v dětství projde týráním, zneužíváním nebo zanedbáváním ze strany rodiny, pravděpodobnost, že takto bude zacházet i se svými dětmi, je vysoká. (Bechyňová, 2007)

## **2.5 Zásady komunikace na místě zásahu**

Pokud zdravotní obtíže a další okolnosti naznačují tomu, že s dítětem není dobře zacházeno, měla by být komunikace maximálně šetrná a zároveň přesně cílená, aby se zmapovala situace. Měly by se používat otevřené otázky začínající slovy „co, kdy, jak, jaký“ – příkladem je otázka: „*Co se přihodilo? Jakým způsobem došlo k tomuto zranění?*“ Cílem rozhovoru je detekce příčin obtíží či poranění. (MZ ČR, 2022)

Otázky by měly být primárně směřovány na dítě (pokud je schopno verbalizace). Následně je prostor pro vyjádření zákonných zástupců, kteří doplňují podrobnější informace. Důležité je pozorování dítěte a jeho non-verbálních projevů ať už při rozhovoru s ním samotným nebo při rozhovoru s rodiči. Zpozorování psychomotorického neklidu, slz v očích, rozpaků, častého sledování rodičů a jiných podobných projevů by mělo být poznamenáno

ve zdravotnické dokumentaci. Jestliže se pracovníkovi ZZS podaří jednat s dítětem bez dohledu podezřelé osoby, měl by v dítěti vyvolat pocity empatie, důvěry a bezpečí. Výklad dítěte či jeho doprovodu by neměl být zpochybňován a patřičná není ani bagatelizace. Rozhovor je vhodné vést v klidném a pozitivním ladění. (MZ ČR, 2022)

## 3 POVINNOSTI ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ

### 3.1 Oznamovací povinnost zdravotnických pracovníků

Podezření na syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte podléhá oznamovací povinnosti v souladu s § 10 a § 53 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů. „*Státní orgány, pověřené osoby, školy, školská zařízení a poskytovatelé zdravotních služeb, popřípadě další zařízení určená pro děti, jsou povinni oznámit obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností skutečnosti, které nasvědčují tomu, že jde o děti uvedené v § 6, a to bez zbytečného odkladu poté, kdy se o takové skutečnosti dozví.*“ (ČESKO, 1999)

Dle zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů, § 367, odst. 3., je taktéž možné podat oznámení státnímu zástupci či policejnímu orgánu a tím překazit trestný čin. (ČESKO, 2009)

Základní situace, u kterých je nutné provést oznamovací povinnost poskytovatelem zdravotních služeb, jsou stanoveny v zákonu č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, v ustanovení § 367 – Nepřekážení trestného činu (pozn. autora: metodické opatření MZ ČR uvádí výňatek zákona, ve kterém jsou zahrnuty pouze trestné činy, jež souvisí s danou problematikou):

*„Kdo se hodnověrným způsobem dozví, že jiný připravuje nebo páchá trestný čin vraždy, zabití, těžkého ublížení na zdraví, mučení a jiného nelidského a krutého zacházení, neoprávněného odebrání tkání a orgánů, znásilnění, pohlavního zneužití, zneužití dítěte k výrobě pornografie, týrání svěřené osoby, a spáchání nebo dokončení takového trestného činu nepřekazí, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta; stanoví-li tento zákon na některý z těchto trestných činů trest mírnější, bude potrestán oním trestem mírnějším.“* (MZČR, 2022, str. 42; ČESKO, 2009)

Obdobná úprava je uváděna v ustanovení § 368 zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů (pozn. autora: opět je uveden pouze výňatek zákona související s touto problematikou):

*„Kdo se hodnověrným způsobem dozví, že jiný spáchal trestný čin vraždy, těžkého ublížení na zdraví, mučení a jiného nelidského a krutého zacházení, týrání svěřené osoby, a takový trestný čin neoznámí bez odkladu státnímu zastupitelství nebo policejnímu orgánu,*

*bude potrestán odnětím svobody až na tři léta; stanoví-li tento zákon na některý z těchto trestných činů trest mírnější, bude potrestán oním trestem mírnějším.*

*Čin uvedený v odstavci výše není trestný, nemohl-li oznámení učinit, aniž by sebe nebo osobu blízkou uvedl v nebezpečí smrti, ublížení na zdraví, jiné závažné újmy nebo trestního stíhání.“ (MZ ČR, 2022 str. 42; ČESKO, 2009)*

### **3.2 Povinné atributy zdravotnické dokumentace**

Vedení záznamů do zdravotnické dokumentace je ustanoveno ve vyhlášce č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů, která mimo jiné stanovuje obsah záznamu o výjezdu ZZS:

- a) *„datum,*
- b) *čas hlášení,*
- c) *pořadové číslo výzvy k výjezdu,*
- d) *osobní údaje pacienta, a to v rozsahu § 1 odst. 1 písm. b) a c), minimálně však jméno, popřípadě jména, příjmení a datum narození, pokud lze tyto údaje zjistit,*
- e) *čas výjezdu a příjezdu výjezdové skupiny zdravotnické záchranné služby na místo, stručný popis klinického stavu*
- f) *pracovní diagnózu,*
- g) *popis poskytnuté zdravotní péče,*
- h) *čas a místo předání pacienta do zdravotnického zařízení včetně identifikačních údajů přijímajícího zdravotnického zařízení nebo čas a místo ukončení výjezdu, pokud pacient nebyl předán do zdravotnického zařízení,*
- i) *osobní údaje a podpis vedoucího zásahu; osobní údaje se uvedou v rozsahu stanoveném v § 1 odst. 1 písm. d).“ (ČESKO, 2006)*

V případě podezření na syndrom CAN by dle doporučených postupů pro praktické lékaře měla zdravotní dokumentace obsahovat mimo jiné důležité informace o dítěti, o jeho zdravotních problémech, ale i o jeho zákonných zástupcích. Nic nevylučuje, že stejné podrobnosti lze zapsat i do záznamu o výjezdu ZZS. Důležité atributy jsou:

- a) datum a čas zaznamenání podezření,
- b) osobu doprovázející dítě, její jméno, kontakt a informaci, zda je zákonným zástupcem dítěte,
- c) podrobnou anamnézu úrazu odpovědného za poranění – popsat mechanismus úrazu (pokud se informace od doprovodu a dítěte rozcházejí, zapíšu se obě varianty),
- d) podrobný popis vyšetření dítěte – zaznamenat umístění, rozsah, velikost, charakter všech poranění a nálezů (případně pořídit fotodokumentaci),
- e) informaci, zda došlo k delší časové prodlevě, než zákonní zástupci vyhledali odbornou zdravotnickou pomoc,
- f) psychomotorické schopnosti dítěte (např. plazí se / leze / samostatně chodí),
- g) zápis o provedení oznamovací povinnosti. (MZ ČR, 2022)

### 3.3 Směřování do zdravotnického zařízení

Týrané, zneužívané nebo zanedbávané dítě by se mělo vždy transportovat do zdravotnického zařízení, a to i přes nesouhlas zákonných zástupců. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, § 38 odst. 2. hovoří takto: *„Nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností lze bez souhlasu zákonného zástupce nebo opatrovníka hospitalizovat též v případě, jde-li o podezření na týrání, zneužívání nebo zanedbávání.“* Při reálném riziku ohrožení dítěte nebo posádky ZZS by měla být prostřednictvím zdravotnického operačního střediska (dále jen ZOS) přivolána Policie České republiky (dále jen PČR), která umožní bezpečný převoz pacienta do zdravotnického zařízení. (ČESKO, 2011; Remeš, Trnovská, 2013)

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, také schvaluje poskytnutí neodkladné péče zdravotní službou i přes nesouhlas zákonných zástupců, jestliže je pomoc nezbytná k záchraně života nebo k zamezení závažného poškození zdraví nebo pokud je u pacienta důvodné podezření na jeho týrání, zneužívání či zanedbávání. (ČESKO, 2011)



# PRAKTICKÁ ČÁST

## 4 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

### 4.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem této bakalářské práce je definovat úroveň znalostí mezi lékaři zdravotnické záchranné služby a zdravotnickými záchranáři o problematice syndromu CAN.

### 4.2 Dílčí cíle

C1: Zjistit, zdali bylo respondentům poskytnuto systémové vzdělání v problematice syndromu CAN.

C2: Zjistit, zdali mají vybrané kraje v rámci zdravotnické záchranné služby zpracovaný metodický pokyn o nahlašování podezření na syndrom CAN v PNP.

C3: Zjistit, zdali respondenti zvládnou rozpoznat uvedené rizikové faktory syndromu CAN.

C4: Zjistit, zdali respondenti zvládnou rozpoznat uvedené důsledky psychického týrání.

C5: Zjistit, zdali respondenti zvládnou rozpoznat uvedené důsledky sexuálního zneužívání.

C6: Zjistit, zdali respondenti zvládnou rozpoznat uvedené rysy zanedbávání.

C7: Zjistit, zdali respondenti teoreticky ovládají správný postup v případě podezření na syndrom CAN v PNP

C8: Porovnat, jak často se respondenti setkávají se syndromem CAN na území vybraných krajů.

## 5 VÝZKUMNÉ PŘEDPOKLADY

- P1: Předpokládáme, že nejméně 50 % respondentů bylo poskytnuto systémové vzdělávání v problematice syndromu CAN.
- P2: Předpokládáme, že nejméně jeden z vybraných krajů má v rámci zdravotnické záchranné služby zpracovaný metodický pokyn o nahlašování podezření na syndrom CAN v PNP.
- P3: Předpokládáme, že nejméně 60 % respondentů dokáže rozpoznat alespoň 3 uvedené rizikové faktory syndromu CAN.
- P4: Předpokládáme, že nejméně 60 % respondentů dokáže rozpoznat alespoň 2 uvedené důsledky psychického týrání.
- P5: Předpokládáme, že nejméně 60 % respondentů dokáže rozpoznat všechny uvedené důsledky sexuálního zneužívání.
- P6: Předpokládáme, že nejméně 70 % respondentů dokáže rozpoznat alespoň 2 uvedené rysy zanedbávání.
- P7: Předpokládáme, že nejméně 70 % respondentů teoreticky ovládá správný postup v případě podezření na syndrom CAN v PNP.
- P8: Předpokládáme, že se respondenti na území všech vybraných krajů setkávají se syndromem CAN srovnatelně často.

## 6 METODIKA PRÁCE

V praktické části bakalářské práce byl v rámci sběru dat zvolen kvantitativní výzkum metodou dotazníkového šetření. Vytvořili jsme anonymní dotazník v elektronické podobě přes platformu Survio, který byl po předchozí domluvě odeslán lékařům a zdravotnickým záchranářům ze zdravotnické záchranné služby Plzeňského, Jihočeského a Karlovarského kraje. Zdravotnické záchranné služby všech výše zmíněných krajů nám poskytly písemný souhlas s dotazníkovým šetřením.

Dotazník obsahoval 20 otázek, z nichž mělo 15 otázek jedinou správnou odpověď a 5 otázek nabízelo více správných odpovědí. Získaná data byla zpracována formou tabulek a grafů pomocí textového procesoru Microsoft Word a procenta jednotlivých odpovědí byla zaokrouhlena na jedno desetinné číslo. Dotazníkové šetření probíhalo v období od 3.1. do 3.2. 2023 a bylo pozastaveno po dosažení 120 odpovědí.

## **7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU**

K našemu výzkumnému šetření jsme potřebovali získat odpovědi od lékařů ze zdravotnické záchranné služby a zdravotnických záchranářů. Zároveň jedním naším cílem bylo porovnat výskyt syndromu CAN mezi třemi kraji, a tak jsme si dovolili požádat poskytovatele zdravotnických záchranných služeb Plzeňského, Jihočeského a Karlovarského kraje, kteří nám schválili dotazníkové šetření a poskytli dotazník požadovaným zaměstnancům.

Z Plzeňského kraje nám odpovědělo nejvíce respondentů, tedy konkrétně 59. Z Jihočeského kraje se k nám vrátilo 18 odpovědí a z Karlovarského kraje se výzkumu zúčastnilo celkem 43 respondentů.

## 8 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

V této kapitole jsou interpretovány výsledky dotazníkového šetření pomocí tabulek a grafů.

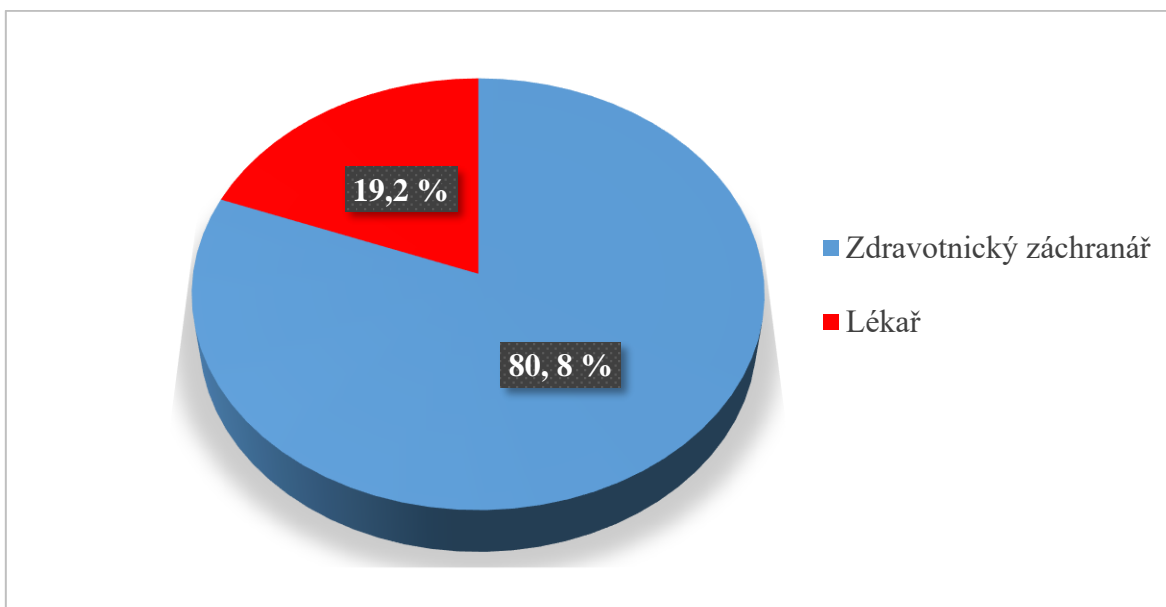
### Otázka č. 1: Jaká je Vaše pozice na zdravotnické záchranné službě?

**Tabulka 1: Pracovní pozice**

Odpověď	Relativní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Lékař	23	19,2
Zdravotnický záchranář	97	80,8

*Zdroj: vlastní*

**Graf 1: Pracovní pozice**



*Zdroj: vlastní*

Jako první byla kladena otázka č. 1, která zjišťovala pozici respondentů na zdravotnických záchranných službách. Z Tabulky 1 a Grafu 1 lze určit, že 23 (19,2 %) respondentů zastává pozici lékaře a 97 (80,8 %) respondentů pracuje na pozici zdravotnického záchranáře.

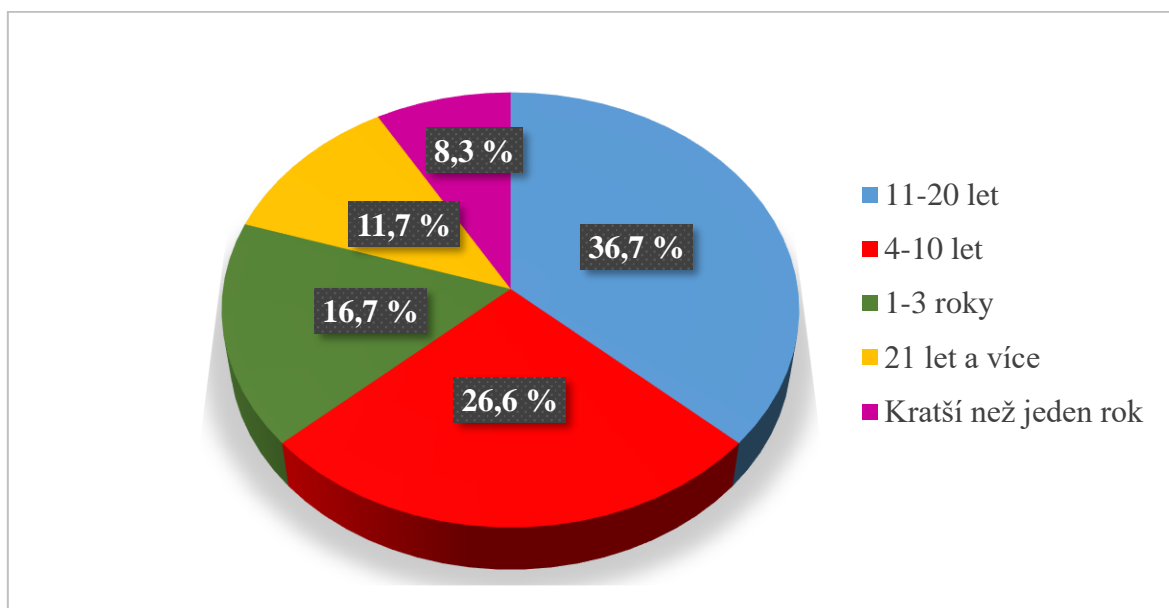
## Otázka č. 2: Jaká je délka Vaší praxe na zdravotnické záchranné službě?

**Tabulka 2: Délka praxe**

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Kratší než jeden rok	10	8,3
1-3 roky	20	16,7
4-10 let	32	26,6
11-20 let	44	36,7
21 let a více	14	11,7

*Zdroj: vlastní*

**Graf 2: Délka praxe**



*Zdroj: vlastní*

V otázce č. 2 byli respondenti dotazováni na délku praxe v rámci zdravotnické záchranné služby. Z příslušné Tabulky 2 a Grafu 2 lze vyčíst, že kratší délku praxe, než je jeden rok, zaznamenalo 10 (8,3 %) respondentů. Dalších 20 (16,7 %) respondentů uvedlo délku praxe 1-3 roky, 32 (26,6 %) respondentů 4-10 let, 44 (36,7 %) respondentů 11-20 let a 14 (11,7 %) respondentů pracuje u ZZS 21 let a více.

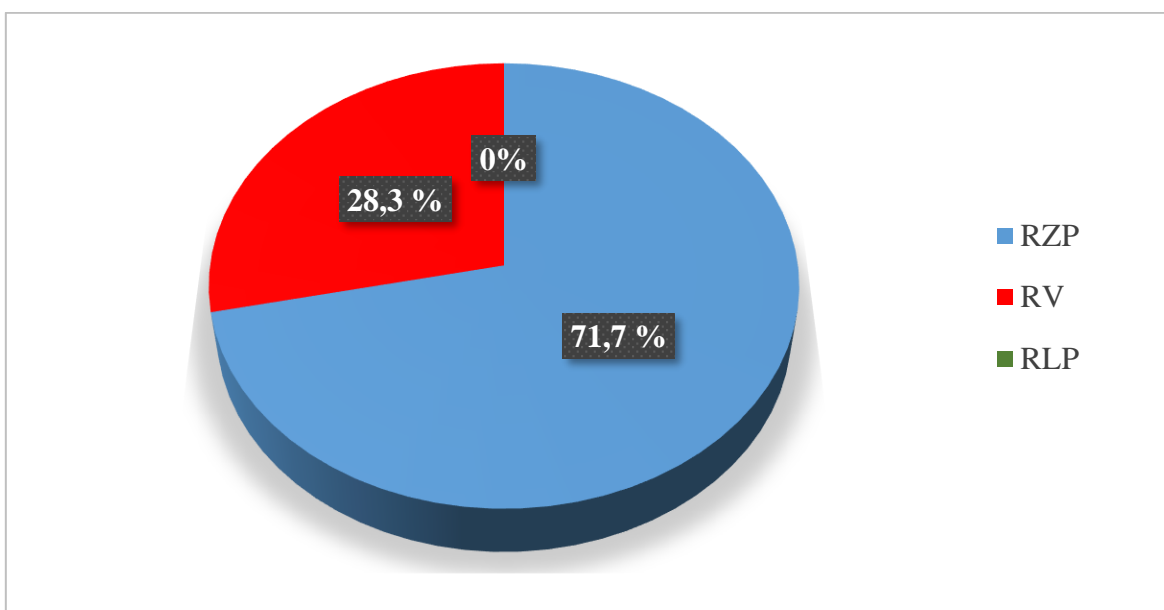
### Otázka č. 3: V jaké výjezdové skupině převážně pracujete?

Tabulka 3: Výjezdová skupina

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
RZP	86	71,7
RV	34	28,3
RLP	0	0

Zdroj: vlastní

Graf 3: Výjezdová skupina



Zdroj: vlastní

V otázce č. 3 jsme zjišťovali, v jaké výjezdové skupině naši respondenti nejčastěji pracují. Respondenti měli na výběr ze tří možností, kterými byly: rychlá zdravotnická pomoc (dále jen RZP), rychlá lékařská pomoc (dále jen RLP) a rendez-vous (dále jen RV). Převážná většina, tedy 86 (71,7 %) respondentů, uvedla, že nejčastěji pracují ve výjezdové skupině RZP, a pouze 34 (28 %) respondentů pracuje zpravidla ve výjezdové skupině RV. Možnost výjezdové skupiny RLP neuvedl nikdo (0 %).



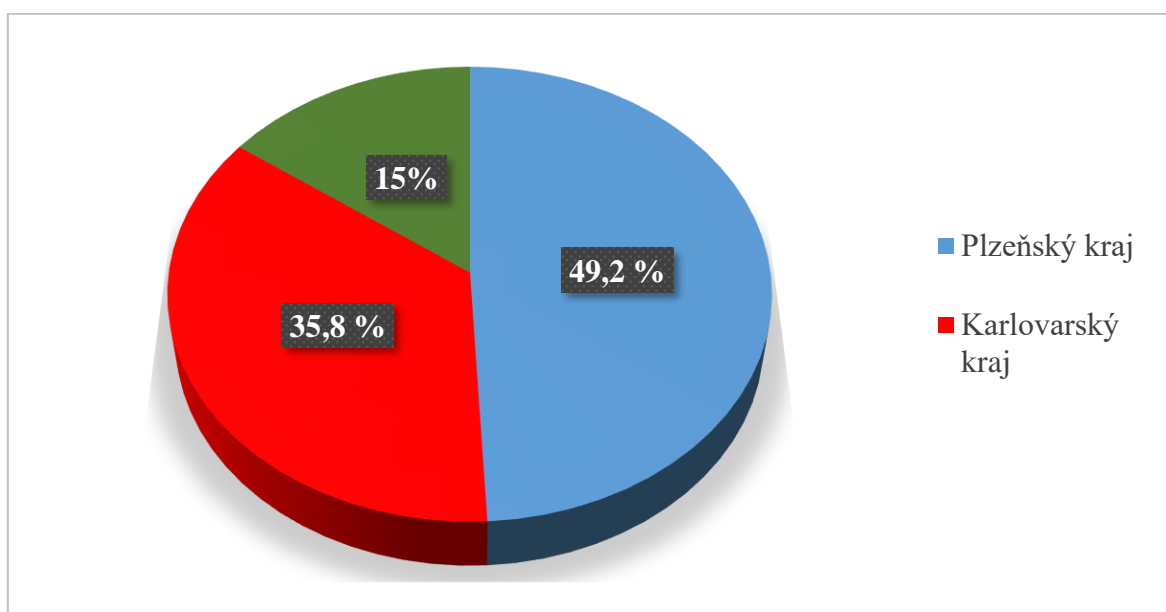
#### Otázka č. 4: Ve kterém kraji vykonáváte svoji pozici na zdravotnické záchranné službě?

**Tabulka 4: Kraj**

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Plzeňský kraj	59	49,2
Jihočeský kraj	18	15
Karlovarský kraj	43	35,8

*Zdroj: vlastní*

**Graf 4: Kraj**



*Zdroj: vlastní*

Tabulka 4 a Graf 4 vyobrazují tři vybrané kraje České republiky, ve kterých jsou naši respondenti zaměstnaní. Ze Zdravotnické záchranné služby Plzeňského kraje (dále jen ZZS PK) odpovědělo celkem 59 (49,2 %) respondentů, dalších 18 (15 %) respondentů pochází ze Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje (dále jen ZZS JČK) a ze Zdravotnické záchranné služby Karlovarského kraje (dále jen ZZS KVK) se výzkumu zúčastnilo 43 (35,8 %) respondentů.

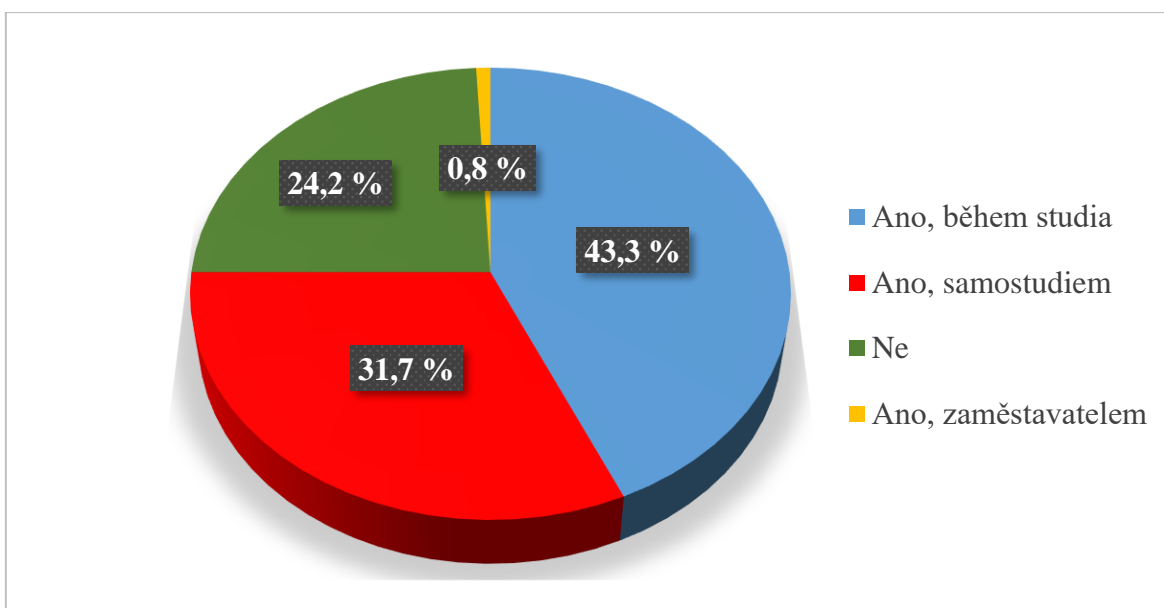
## Otázka č. 5: Byl/a jste někdy blíže proškolen/a v problematice týkající se syndromu CAN?

**Tabulka 5: Proškolení v problematice syndromu CAN**

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano, během studia	52	43,3
Ano, zaměstnavatelem	1	0,8
Ano, samostudiem	38	31,7
Ne	29	24,2

*Zdroj: vlastní*

**Graf 5: Proškolení v problematice syndromu CAN**



*Zdroj: vlastní*

Tabulka 5 a Graf 5 zobrazuje, zda a případně kým byli respondenti proškoleni v problematice týkající se syndromu CAN. Během studia bylo 52 (43,3 %) respondentů vzděláno v problematice syndromu CAN. Zaměstnavatelem byl proškolen pouhý 1 (0,8 %) respondent, samostudiem se s touto problematikou seznámilo 38 (31,7 %) respondentů a 29 (24,2 %) respondentů se syndromem CAN nebylo vůbec seznámeno.

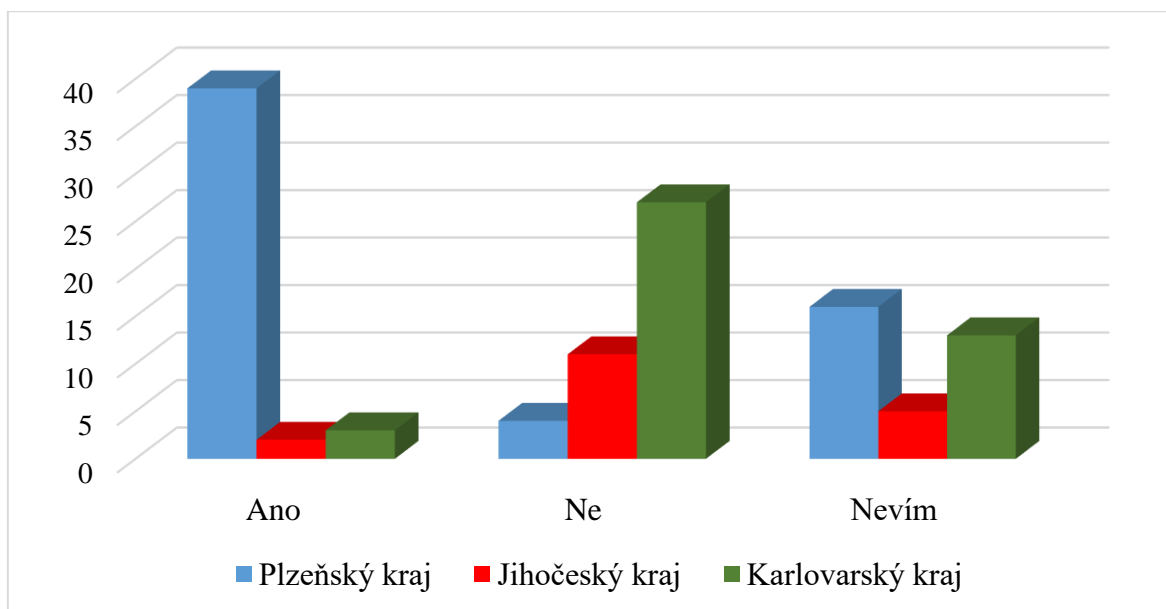
**Otázka č. 6: Máte na Vaší zdravotnické záchraně službě zpracovaný metodický pokyn o nahlašování podezření na syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte?**

**Tabulka 6: Metodický pokyn**

Odpověď	ZZS PK	ZZS JČK	ZZS KVK	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	40	2	2	44	36,7
Ne	4	11	27	42	35
Nevím	15	5	14	34	28,3

*Zdroj: vlastní*

**Graf 6: Metodický pokyn**



*Zdroj: vlastní*

Otázka č. 6 měla za úkol zjistit, zdali mají jednotlivé zdravotnické záchrané služby vybraných krajů zpracovaný metodický pokyn o nahlašování podezření na syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Z Plzeňského kraje odpovědělo 40 respondentů, že ZZS PK disponuje tímto metodickým pokynem. Pouze 4 respondenti z Plzeňského kraje odpověděli, že ZZS PK nemá zpracovaný metodický pokyn a 15 respondentů přiznalo, že neví. V Jihočeském kraji pouze 2 respondenti uvedli, že ZZS JČK má zpracovaný zmiňovaný metodický pokyn. Z téhož kraje uvedlo 11 respondentů, že metodický pokyn u nich

k dispozici není a 5 z 18 Jihočechů neví. Z Karlovarského kraje odpověděli 3 respondenti na otázku odpovědí „ano“, 27 respondentů uvedlo možnost „ne“ a 13 dotazovaných zvolilo variantu „nevím“.

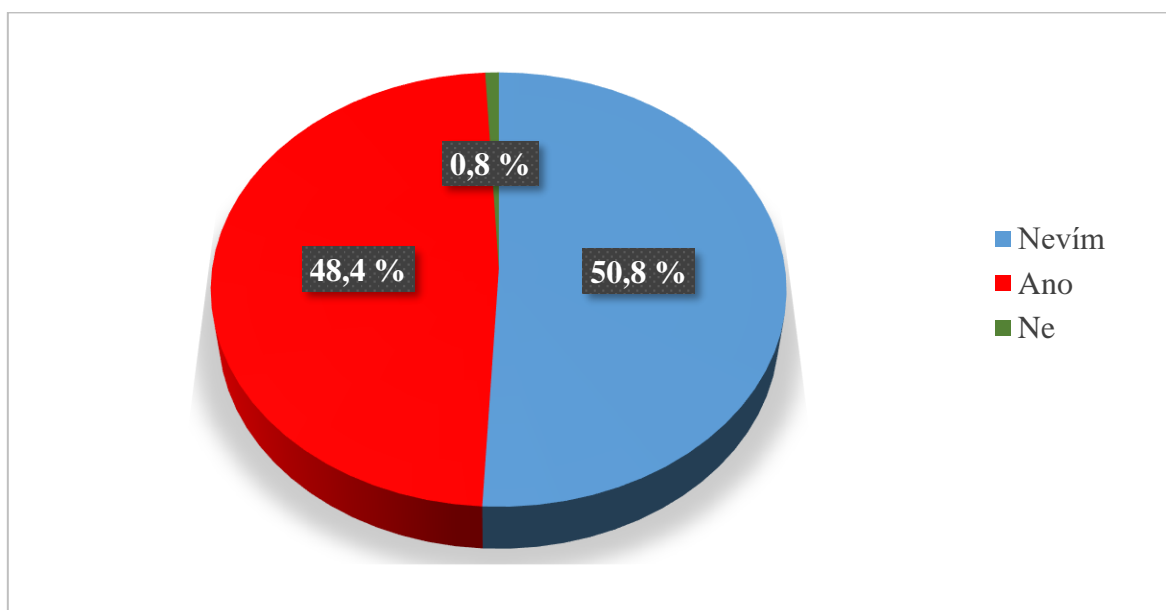
## Otázka č. 7: Myslíte si, že byste zvládli/a rozeznat dítě ohrožené syndromem CAN v PNP?

**Tabulka 7: Rozpoznání ohroženého dítěte**

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	58	48,4
Ne	1	0,8
Nevím	61	50,8

*Zdroj: vlastní*

**Graf 7: Rozpoznání ohroženého dítěte**



*Zdroj: vlastní*

V otázce č. 9 jsme se respondentů ptali, zdali si myslí, že by zvládli rozeznat dítě ohrožené syndromem CAN v PNP. Výsledky byly velice vyrovnané – 58 (48,4 %) respondentů předpokládalo, že by ohrožené dítě zvládli rozeznat, naproti tomu 61 (50,8 %) respondentů nevědělo, zdali by to dokázali. Pouze 1 (0,8 %) respondent uvedl, že by dítě ohrožené týráním, zneužíváním nebo zanedbáváním nedokázal rozpoznat.

## Otázka č. 8: Co považujete za rizikový faktor pro výskyt syndromu CAN?

**Tabulka 8: Rizikové faktory**

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Život v hmotné bídě	107	89,2
Hyperaktivní nebo neklidné děti	90	75
Sportovně založené rodiny	3	2,5
Ambiciózní či workoholičtí rodiče	74	61,7
Mladí, nezralí a nevyspělí rodiče	78	65
Rozvodové situace	24	20
Rodiče s tělesným postižením	4	3,3

*Zdroj: vlastní*

U otázky č. 8 mohli respondenti zvolit více možných odpovědí na dotaz, co považují za rizikový faktor pro výskyt syndromu CAN. Nejvíce respondentů, tedy konkrétně 107 (89,2 %), předpokládalo, že rizikovým faktorem pro výskyt syndromu CAN může být život v hmotné bídě. Dále 90 (75 %) respondentů uvedlo, že rizikem je taktéž hyperaktivní nebo neklidné dítě, a 3 (2,5 %) respondenti považovali za riziko sportovně založené rodiny. Ambiciózní a workoholičtí rodiče jsou očekávaným rizikem pro 74 (61,7 %) respondentů. Mladí, nezralí a nevyspělí rodiče mohou zapříčinit rozvoj syndromu CAN podle 78 (65 %) respondentů a 24 (20 %) dotazovaných se domnívá, že rozvodové situace jsou pro děti rizikovým obdobím, při kterém o ně nemusí být dobře postaráno. Poslední odpověď, která zmiňuje rodiče s tělesným postižením, zvolili 4 (3,3 %) respondenti

## Otázka č. 9: Jaké chování byste čekal/a od psychicky týraného dítěte?

**Tabulka 9: Důsledky psychického týrání**

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Nedůvěřivé	82	68,3
Bezprostřední	8	6,7
Ohleduplné	0	0
Málo nebo naopak příliš sebevědomé	8	6,7
Agresivní	86	71,7
Pasivní	78	65
Soutěživé	0	0

*Zdroj: vlastní*

Otázka č. 9 zkoumala, jaké chování by respondenti očekávali od psychicky týraného dítěte. Dotazníkové šetření ukázalo, že nejvíce respondentů, tedy 82 (68,3 %), by očekávalo nedůvěřivé chování, 8 (6,7 %) respondentů by shledávalo podezřelým bezprostřední chování dítěte, ale žádný z respondentů (0 %) by nepovažoval ohleduplné chování dítěte za důsledek psychického násilí. Málo nebo naopak příliš sebevědomé chování by upozornilo 8 (6,7 %) dotazovaných, agresivní chování 86 (71,7 %) respondentů a pasivní chování 78 (65 %) respondentů. Žádný (0 %) z dotazovaných nepředpokládal, že by se psychicky týrané dítě mohlo chovat soutěživě.

**Otázka č. 10: Jaké následky byste očekával/a u sexuálně zneužívaného dítěte?**

**Tabulka 10: Důsledky sexuálního zneužívání**

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Zdravotní problémy	54	45
Ztráta důvěry vůči dospělým a světu vůbec	108	90
Porucha chování	62	51,7
Egoistické chování	0	0
Nadprůměrné sebevědomí	0	0

*Zdroj: vlastní*

V otázce č. 10 jsme zjišťovali, jaké následky by respondenti očekávali u sexuálně zneužívaného dítěte. Podle 54 (45 %) dotazovaných může dítě trpět zdravotními problémy, 108 (90 %) respondentů uvedlo, že zneužitě dítě ztratí důvěru vůči dospělým a světu vůbec, a 62 (52 %) dotazovaných zaznamenalo poruchu chování jakožto eventuální následek sexuálního abusu. Egoistické chování a nadprůměrné sebevědomí by neočekával žádný z respondentů (0 %).



## Otázka č. 11: Jak podle Vás může vypadat zanedbávaná péče o dítě?

**Tabulka 11: Rysy zanedbávané péče**

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Neposkytování lékařem předepsané diety	78	65
Nedostatečná osobní hygiena	113	94,2
Chůva na hlídání dětí v domácnosti z důvodu nedostatku času rodičů	2	1,7
Nedostatečný dohled nad dítětem	86	71,7
Minimální kapesné od rodičů	5	4,2
Neuspokojování všech materiálních potřeb dítěte	29	24,2

*Zdroj: vlastní*

V otázce č. 11 jsme se zabírali tím, jak může vypadat zanedbávaná péče o dítě. Podle 78 (65 %) respondentů se zanedbávání může projevat například tak, že dětem není poskytována lékařem předepsaná dieta. Dále pak dle 113 (94,2 %) dotazovaných je projevem zanedbávané péče nedostatečná osobní hygiena dítěte, 2 (1,7 %) respondenti by považovali chůvu na hlídání dětí v domácnostech jako znak zanedbávané péče o dítě, 86 (71,7 %) respondentů stejně tak vnímá nedostatečný dohled nad dítětem, 5 (4,2 %) respondentů minimální kapesné od rodičů a 29 (24,2 %) respondentů neuspokojování všech materiálních potřeb dítěte.

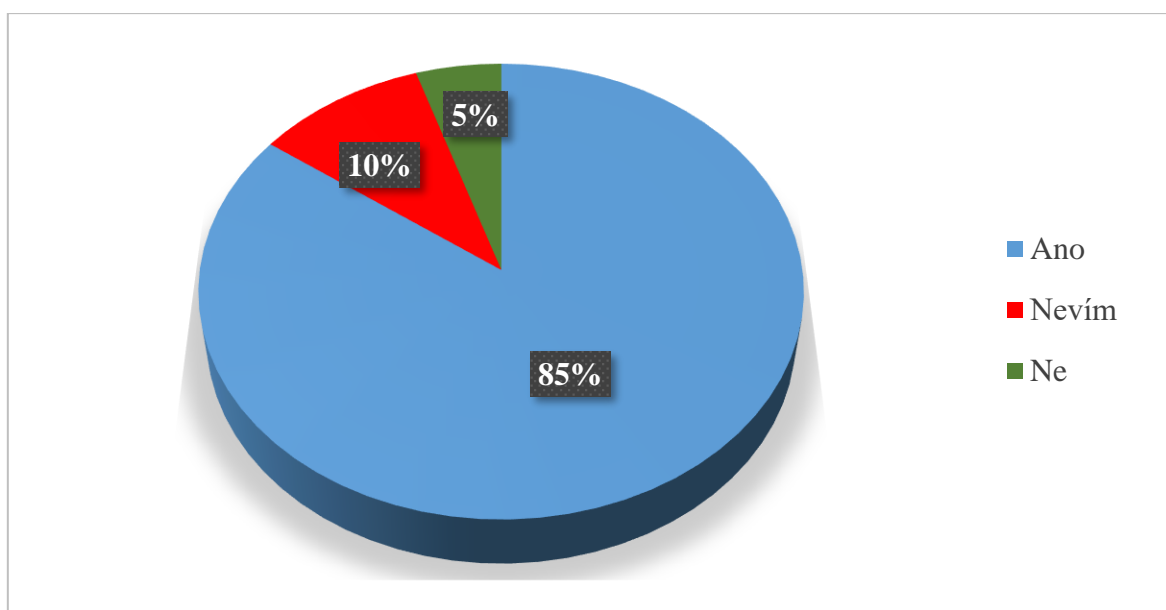
**Otázka č. 12: Splnili byste v PNP oznamovací povinnost v případě, že byste měli důvodné podezření na výskyt syndromu CAN?**

**Tabulka 12: Oznamovací povinnost**

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	102	85
Ne	6	5
Nevím	12	10

*Zdroj: vlastní*

**Graf 8: Oznamovací povinnost**



*Zdroj: vlastní*

Z odpovědí na otázku č. 12 vyplynulo, že 102 (85 %) respondentů by splnilo oznamovací povinnost v PNP při podezření na syndrom CAN. Ze 120 respondentů by 6 zdravotníků nesplnilo oznamovací povinnost a 12 (10 %) z nich při vyplňování dotazníku nevědělo, jak by se v tomto případě rozhodlo.

**Otázka č. 13: Jak byste postupoval/a v případě, že byste během výjezdu zaregistrovali důvodné podezření na syndrom CAN?**

**Tabulka 13: Postup v případě podezření na syndrom CAN**

<b>Odpověď</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Nahlásil/a bych informaci na OSPOD	22	18,3
Nahlásil/a bych informaci na PČR	8	6,7
Nahlásil/a bych informaci na ZOS, které by ji následně předalo PČR či OSPOD	90	75
Vše bych důkladně popsal/a do zdravotnické dokumentace	109	90,8
Ponechal/a bych dítě na místě zásahu	0	0
I přes nesouhlas zákonného zástupce bych dítě transportoval/a do zdravotnického zařízení	83	69,2

*Zdroj: vlastní*

V otázce č. 13 se nám podařilo zjistit, jak by respondenti postupovali v případě, že by během výjezdu zaznamenali důvodné podezření na syndrom CAN. Přímo z místa zásahu by kontaktovalo OSPOD 22 (18,3 %) respondentů a 8 (6,7 %) respondentů by informovalo PČR. Zbýlých 90 (75 %) respondentů by předalo informaci na ZOS, které by následně kontaktovalo PČR. Dále by 109 (90,8 %) dotazovaných vše důkladně popsalo do zdravotnické dokumentace. Žádný z respondentů (0 %) by neponechal dítě na místě zásahu a 83 (69,2 %) zasahujících by dítě transportovali do zdravotnického zařízení i přes případný nesouhlas zákonného zástupce.

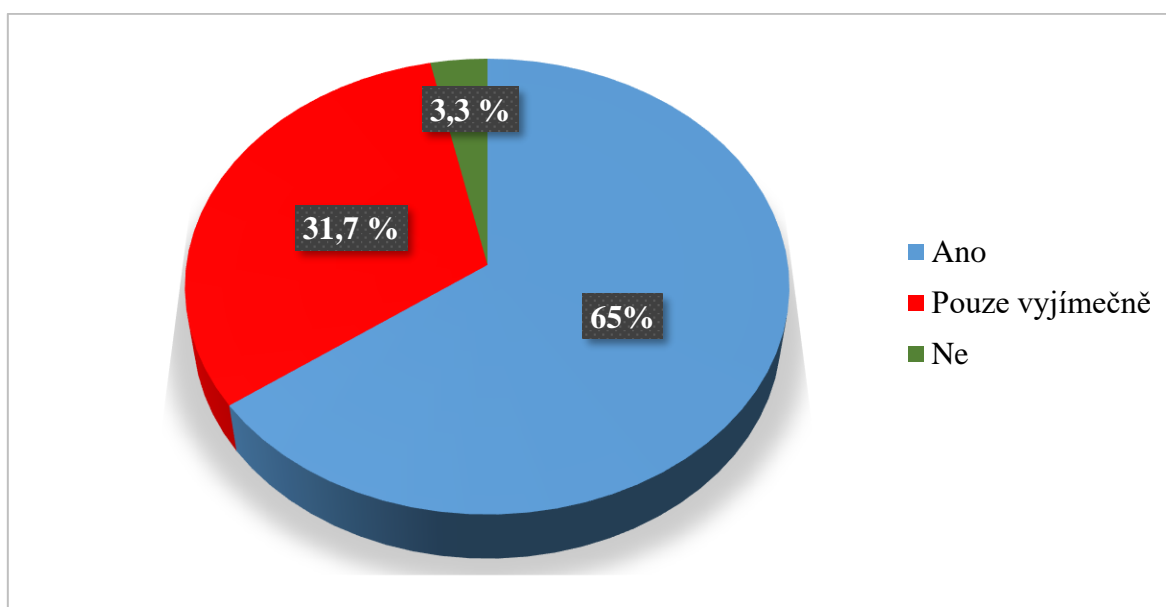
**Otázka č. 14: Pomýšlíte na syndrom CAN během ošetřování dětských pacientů, když zpozorujete podezřelé chování rodičů či dítěte?**

**Tabulka 14: Pomýšlení na syndrom CAN**

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	78	65
Ne	4	3,3
Pouze výjimečně	38	31,7

*Zdroj: vlastní*

**Graf 9: Pomýšlení na syndrom CAN**



*Zdroj: vlastní*

V otázce č. 7 jsme se respondentů tázali, zdali pomýšlí na syndrom CAN během ošetřování dětských pacientů, když zpozorují podezřelé chování rodičů či dítěte. Z Tabulky 14 a Grafu 9 lze vyčíst, že 78 (65 %) dotazovaných v těchto situacích pomýšlí na syndrom CAN, 38 (31,7 %) respondentů na něj pomýšlí pouze výjimečně a 4 (3,3 %) dotazovaní na syndrom CAN nepomýšlí vůbec.

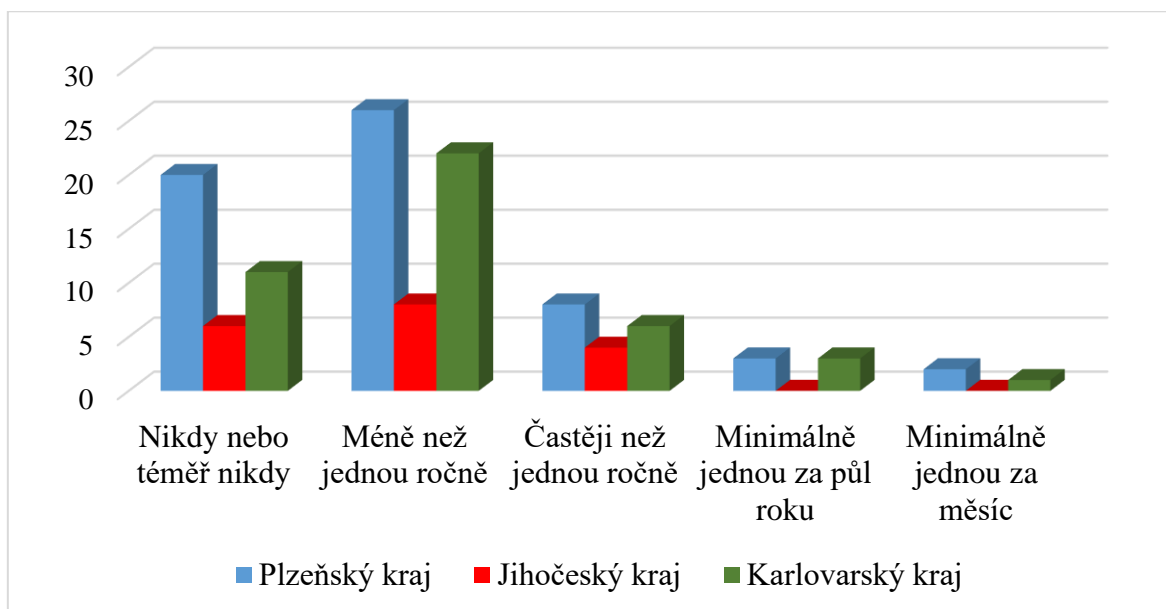
**Otázka č. 15: Jak často se dostáváte do situace, při které zaznamenáte v PNP podezření na týrání, zneužívání anebo zanedbávání?**

**Tabulka 15: Podezření na syndrom CAN**

Odpověď	ZZS PK	ZZS JČK	ZZS KVK	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Nikdy nebo téměř nikdy	20	6	11	37	30,8
Méně než jednou ročně	26	8	22	56	46,7
Častěji než jednou ročně	8	4	6	18	15
Minimálně jednou za půl	3	0	3	6	5
Minimálně jednou za měsíc	2	0	1	3	2,5

*Zdroj: vlastní*

**Graf 10: Podezření na syndrom CAN**



*Zdroj: vlastní*

V patnácté otázce jsme se respondentů dotazovali na to, jak často se dostávají do situace, při které zaznamenají v PNP podezření na syndrom CAN. Tabulku 15 a Graf 10 jsme rozdělili tak, aby bylo zřejmé, jak častý je výskyt v jednotlivých krajích. V Plzeňském kraji se 20 respondentů neseťká se syndromem CAN nikdy nebo téměř nikdy, 26 dotazovaných se do těchto situací dostává méně než jednou ročně, 8 dotazovaných častěji než

jednou ročně, minimálně jednou za půl roku se se syndromem CAN setkávají 3 respondenti a nejméně jednou za měsíc 2 respondenti.

Lékaři a záchranáři z Jihočeského kraje odpovídali na dotazník oproti ostatním krajům podstatně méně, ale procentuální výsledky odpovídají výsledkům z kraje Plzeňského a Karlovarského. Ze získaných odpovědí jsme vyvodili, že 6 respondentů z Jihočeského kraje se neseťkává se syndromem CAN nikdy nebo téměř nikdy, 8 respondentů se s tímto problémem setkává méně než jedenkrát ročně a 4 respondenti vícekrát ročně. Žádný z dotazovaných neuvedl častější výskyt.

V Karlovarském kraji se 11 lékařů a záchranářů nedostává do zmíněné situace nikdy nebo téměř nikdy, 22 respondentů méně než jednou ročně, 6 vícekrát ročně, 3 z nich minimálně jednou za rok a 1 respondent nejméně jednou za měsíc.

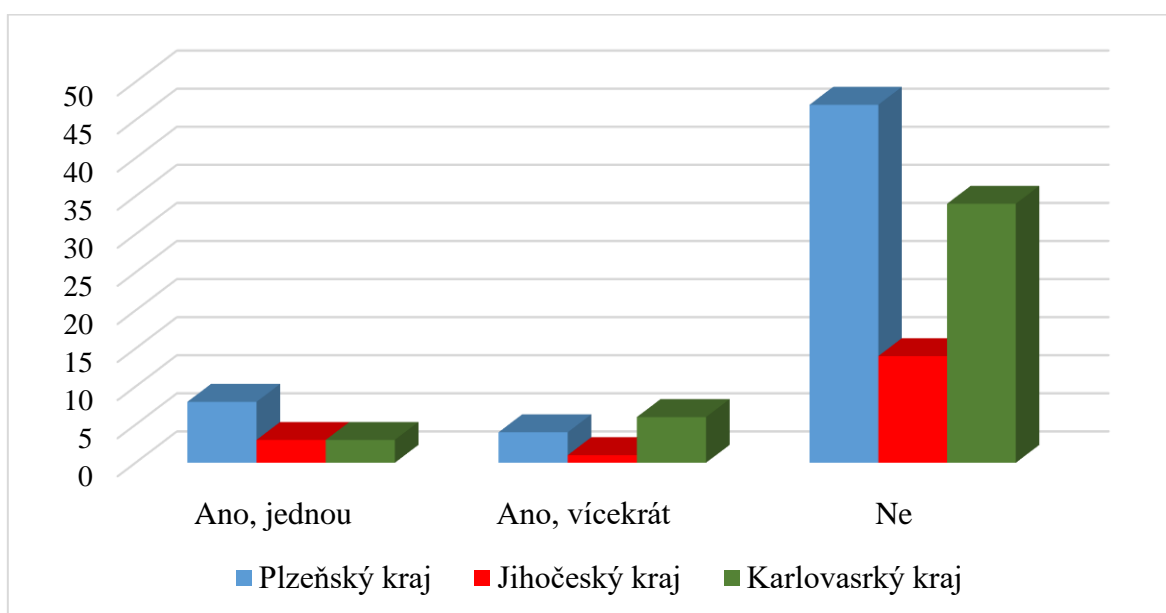
## Otázka č. 16: Museli jste během své praxe v PNP řešit syndrom CAN?

**Tabulka 16: Zkušenost 1**

Odpověď	ZZS PK	ZZS JČK	ZZS KVK	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano, jednou	8	3	3	14	11,7
Ano, vícekrát	4	1	6	11	9,2
Ne	47	14	34	95	79,1

*Zdroj: vlastní*

**Graf 11: Zkušenost 1**



*Zdroj: vlastní*

Tabulka 16 a Graf 16 znázorňují, kolik respondentů z jednotlivých krajů řešilo během své praxe syndrom CAN v PNP. Z 59 respondentů zastupujících Plzeňský kraj muselo 8 respondentů řešit syndrom CAN jednou a 4 respondenti tento problém řešili dokonce vícekrát. Zbylých 47 respondentů se syndromem CAN nesešlo. V Jihočeském kraji se v PNP zaobírali syndromem CAN 3 respondenti jednou a 1 respondent opakovaně. Další 14 dotazovaných s touto problematikou v PNP nepřišlo do styku. V Karlovarském kraji nám z celkových 43 respondentů odpověděli 3, že syndrom CAN řešili pouze jednou, 6 respondentů uvedlo, že se s ním setkali častěji.

Po sečtení všech respondentů, kteří řešili syndrom CAN jednou během své praxe, jsme dostali výsledek 11,7 % ze 120 (100 %). Častěji se syndromem CAN v PNP zabývalo celkem 9,2 % respondentů ze 120 (100 %). Ve výsledku se 20,9 % respondentů někdy setkalo se syndromem CAN v PNP.



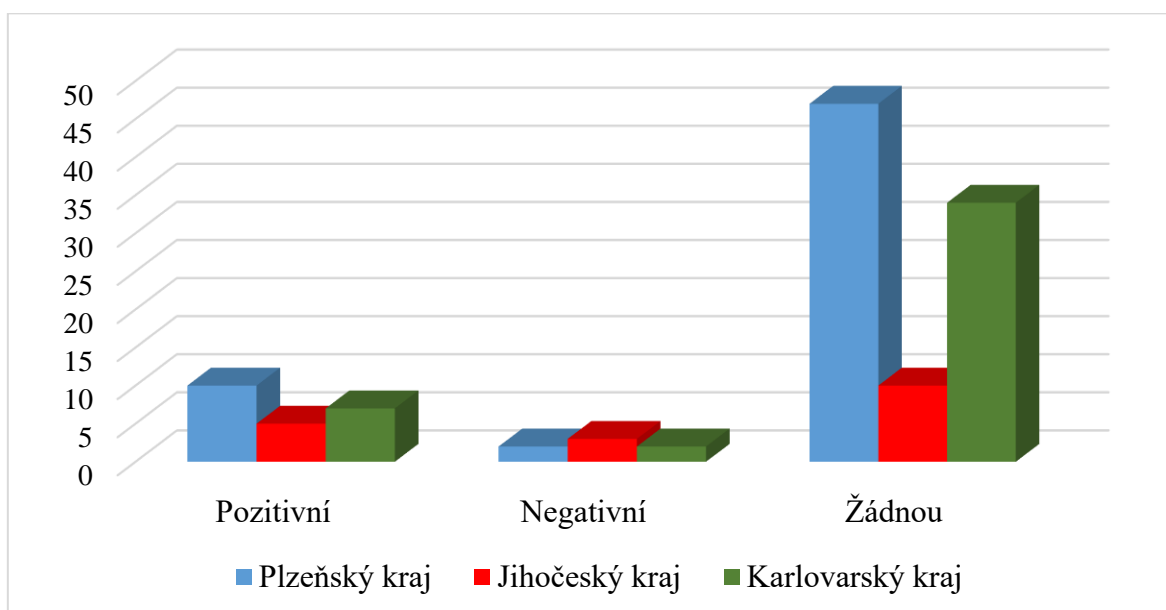
## Otázka č. 17: Jakou máte zkušenost s řešením této situace?

Tabulka 17: Zkušenost 2

Odpověď	ZZS PK	ZZS JČK	ZZS KVK	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Pozitivní	10	3	7	20	16,6
Negativní	2	1	2	5	4,2
Žádnou	47	14	34	95	79,2

Zdroj: vlastní

Graf 12: Zkušenost 2



Zdroj: vlastní

Otázka č. 17 měla zjistit, jakou zkušenost mají jednotliví respondenti s řešením syndromu CAN v PNP. Pozitivní zkušenost mělo 20 (16,6 %) respondentů ze všech tří krajů a negativní zkušenost zažilo 5 (4,2 %) dotazovaných. Zbýlých 95 (79,2 %) respondentů nemá s touto situací žádnou zkušenost, což odpovídá předchozí otázce. Z 12 respondentů z Plzeňského kraje, kteří museli řešit syndrom CAN v PNP, mělo 10 respondentů pozitivní zkušenost a další 2 zažili zkušenost negativní. V Jihočeském kraji se se syndromem CAN setkali 4 respondenti a z toho 3 z nich měli pozitivní zkušenost a v kraji Karlovarském se setkala s pozitivní zkušeností 7 respondentů a 2 respondenti zažili negativní zkušenost ve spojitosti s touto problematikou.

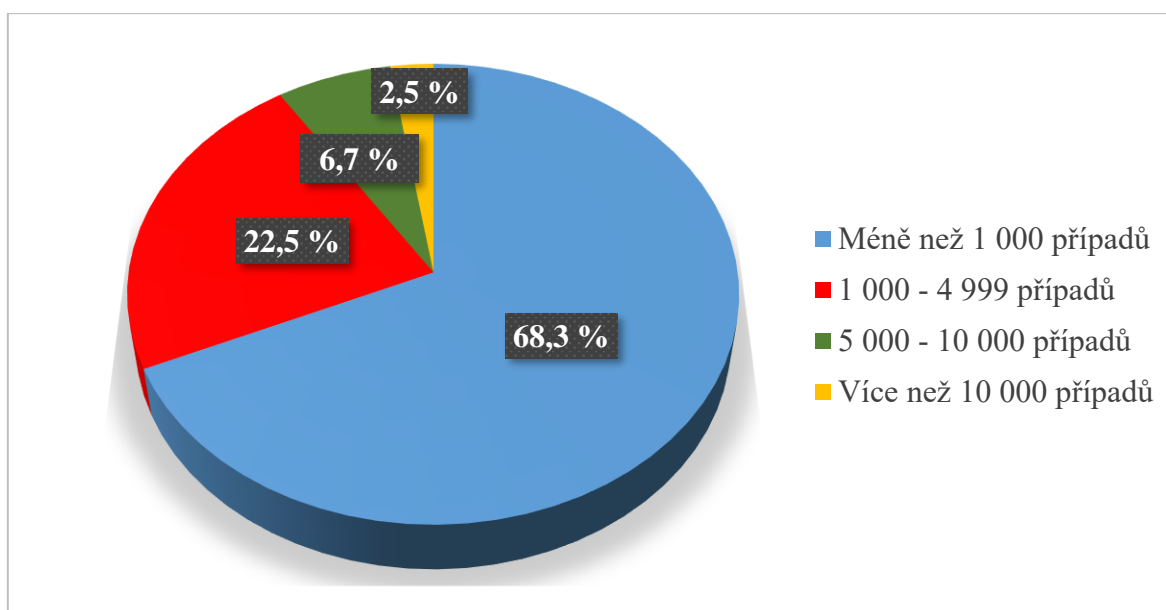
## Otázka č. 18: Kolik nahlášených případů na území České republiky odhadujete za rok 2021?

**Tabulka 18: Nahlášené případy v ČR za rok**

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Méně než 1 000 případů	82	68,3
1 000-4 999 případů	27	22,5
5 000-10 000 případů	8	6,7
Více než 10 000 případů	3	2,5

Zdroj: vlastní

**Graf 13: Nahlášené případy v ČR za rok 2021**



Zdroj: vlastní

Cílem otázky č. 18 bylo vypátrat, kolik nahlášených případů na území České republiky (dále jen ČR) odhadovali respondenti za rok 2021. Z Tabulky 18 a Grafu 13 vyplývá, že nejčastější zvolenou možností bylo méně než 1 000 případů, kterou označilo 82 (68,3 %) respondentů. Druhou nejčastější odpovědí, kterou volilo 27 (22,5 %) dotazovaných, bylo 1 000-4 999 případů za rok 2021. Pouhých 8 (6,7 %) respondentů odhadovalo 5 000-10 000 případů a 3 (2,5 %) respondenti předpokládali, že za rok 2021 bylo nahlášeno více než 30 000 případů.

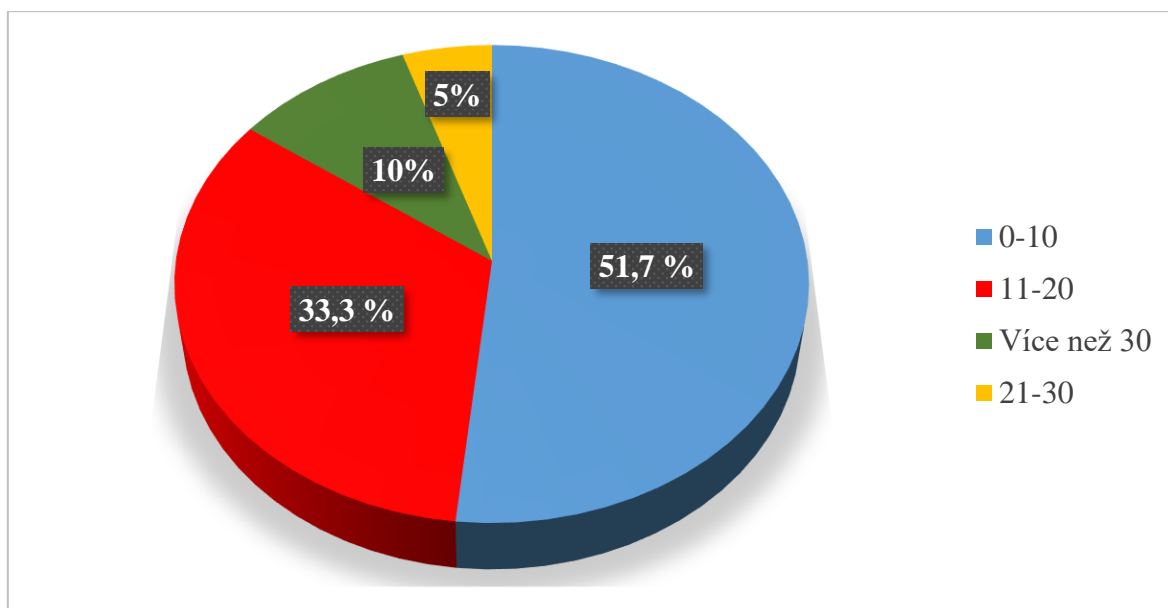
**Otázka č. 19: Kolik dětí z ČR podle Vás podlelo následkům syndromu CAN v roce 2021?**

**Tabulka 19: Počet obětí syndromu CAN v ČR za rok 2021**

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
0-10	62	51,7
11-20	40	33,3
21-30	6	5
Více než 30	12	10

*Zdroj: vlastní*

**Graf 14: Počet obětí syndromu CAN v ČR za rok 2021**



*Zdroj: vlastní*

Otázka č. 19 zjišťovala, jaký mají respondenti přehled o počtu úmrtí na následky syndromu CAN. Konkrétně jsme se ptali na to, kolik dětí z ČR podlelo následkům syndromu CAN v roce 2021. Odpovědi lze vyčíst z Tabulky 19 a Grafu 14. Dle 62 (51,7 %) respondentů se počet úmrtí za rok 2021 pohyboval mezi 0-10 případy. Dalších 40 (33,3 %) respondentů odhadovalo 11-20 obětí, 6 (5 %) respondentů uvedlo 21-30 obětí a 12 (10 %) respondentů zaznamenalo, že obětí za rok 2021 bylo v České republice více než 30.

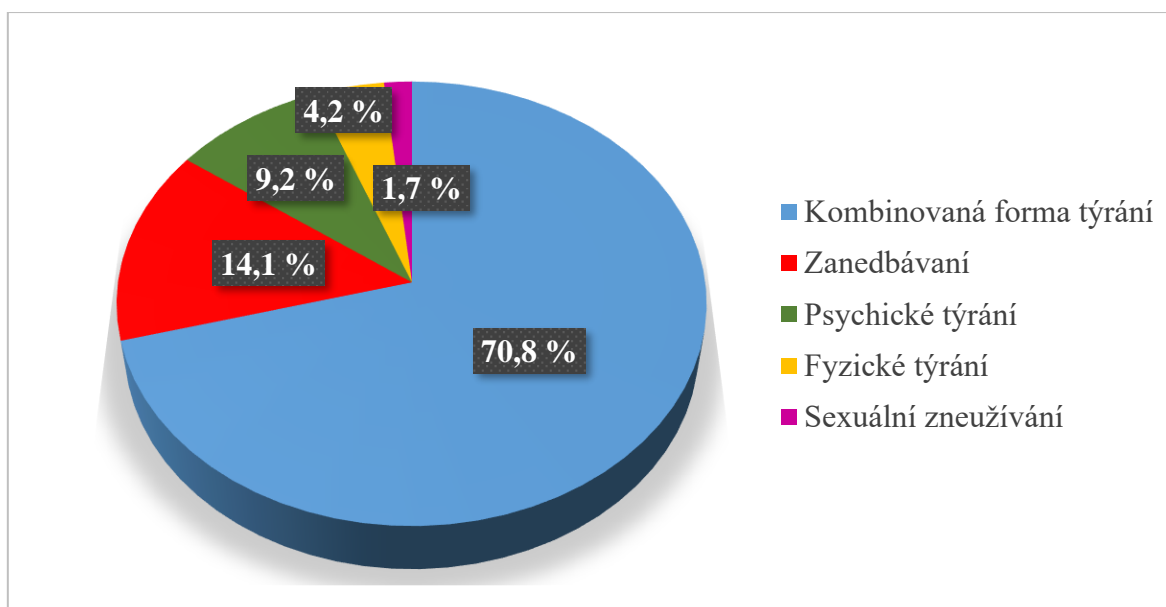
## Otázka č. 20: Jaká forma ohrožování dítěte je dle Vás nejčastější?

**Tabulka 20: Nejčastější forma ohrožování dítěte**

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Fyzické týrání	5	4,2
Psychické týrání	11	9,2
Sexuální zneužívání	2	1,7
Zanedbávání	17	14,1
Kombinovaná forma týrání	85	70,8

Zdroj: vlastní

**Graf 15: Nejčastější forma ohrožování dítěte**



Zdroj: vlastní

V poslední otázce č. 20 jsme se ptali respondentů na to, jaká forma ohrožování dítěte je podle nich nejčastější. Fyzické týrání je nejčastější formou syndromu CAN podle 5 (4,2 %) respondentů, naopak 11 (9,2 %) respondentů usoudilo, že nejčastější typ syndromu CAN je psychické týrání. Pouze 2 (1,7 %) respondenti uvedli, že je dítě nejvíce ohrožováno sexuálním zneužitím. Zanedbávání je dle 17 (14 %) respondentů nejčastější forma ohrožování dítěte a nejvíce respondentů, tedy 85 (71 %), předpokládalo, že je dítě především ohroženo kombinovanou formou týrání.

## 9 DISKUZE

V praktické části této bakalářské práce bylo stanoveno 8 cílů a 8 předpokladů, které vyhodnocovaly teoretické znalosti, zkušenosti a připravenost jednotlivých lékařů a záchranářů zdravotnických záchranných služeb v oblasti problematiky syndromu CAN. Oslovili jsme poskytovatele zdravotnické záchranné služby Plzeňského, Jihočeského a Karlovarského kraje, kteří nám následně dodali písemný souhlas s dotazníkovým šetřením a přeposlali dotazník jednotlivým zaměstnancům. Po dosažení 120 odpovědí jsme dotazníkové šetření pozastavili. Dotazník obsahoval 20 otázek. Jednotlivé odpovědi jsme zpracovali do tabulek a grafů pro lepší přehlednost a z výsledků byly následně vyhodnoceny námi stanovené cíle.

První čtyři otázky nám pomohly zjistit základní informace o našich respondentech, kteří byli z 80,8 % zdravotničtí záchranáři a z 19,2 % lékaři. Délka jejich praxe na ZZS je rozdílná. Největší podíl (36,7 %) tvořili respondenti s délkou praxe mezi 11 až 20 lety, naopak nejméně (8,3 %) odpovídalo zaměstnanců, kteří nepracují na ZZS déle než jeden rok. Dále jsme zjistili, že 71,7 % respondentů pracuje převážně ve výjezdové skupině RZP a zbylých 28,3 % jezdí zpravidla ve výjezdové skupině RV. Důležitou informací pro nás bylo i to, z jakých krajů dotazovaní pochází. Plzeňský kraj zastupovalo 59 (49,2 %) respondentů, Jihočeský kraj 18 (15 %) respondentů a z kraje Karlovarského pocházelo 43 (35,8 %) respondentů.

Náš první dílčí cíl zkoumal, zdali respondentům bylo poskytnuto systémové vzdělání v problematice týkající se syndromu CAN. K tomuto cíli se váže výzkumný předpoklad č. 1: *„Předpokládáme, že nejméně 50 % respondentů bylo poskytnuto systémové vzdělání v problematice syndromu CAN.“* Odpovědi na otázku č. 5. ukázaly, že 52 (43,3 %) respondentů bylo seznámeno se syndromem CAN během studia. Zaměstnavatelem byl proškolen pouhý jeden respondent, což odpovídá 0,8 %. Ostatní respondenti se vzdělali v této problematice samostatně nebo s ní nebyli seznámeni vůbec. Systémové vzdělání bylo poskytnuto celkem pouze 53 respondentům ze 120, což odpovídá 44,1 %. Tento předpoklad se tedy nepotvrdil.

Druhý cíl měl za úkol vypátrat, zdali mají vybrané kraje v rámci zdravotnické záchranné služby zpracovaný metodický pokyn o nahlašování podezření na syndrom CAN v PNP. Výzkumný předpoklad č 2: *„Předpokládáme, že nejméně jeden z vybraných krajů má v rámci zdravotnické záchranné služby zpracovaný metodický pokyn o nahlašování*

*podezření na syndrom CAN v PNP.*“ byl potvrzen v otázce č. 6. Z výsledků můžeme vyvodit, že ZZS PK má tento metodický pokyn zpracovaný. Z 59 respondentů z Plzeňského kraje odpovědělo celkem 40, že tamní zdravotnická záchranná služba disponuje metodickým pokynem, který se zabývá syndromem CAN. Respondentů z Jihočeského kraje odpovědělo dohromady 18 a pouze 2 z nich uvedli, že ZZS JČK má zpracovaný výše uvedený metodický pokyn. Podobně je tomu tak u kraje Karlovarského, kde z 43 respondentů 2 potvrdili existenci metodického pokynu. Respondenti, kteří neuvedli možnost „ano“ označovali možnosti „nevím“ nebo „ne“. Z těchto výsledků jsme tudíž vyvodili, že v kraji Jihočeském ani Karlovarském metodický pokyn zpracován pravděpodobně není.

Cíl č. 3 se zabíral tím, zdali respondenti dokážou rozpoznat rizikové faktory syndromu CAN. Pro tento cíl byl stanoven výzkumný předpoklad č. 3: *„Předpokládáme, že nejméně 60 % respondentů dokáže rozpoznat alespoň 3 uvedené rizikové faktory syndromu CAN.“* K vyhodnocení výsledku nám pomohla otázka č. 8. Dunovský a kol. (1995) tyto rizikové faktory rozdělili do tří typů, a to mezi rizikové dospělé, rizikové děti a rizikové situace. My jsme v odpovědích na otázku zkombinovali všechny tři výše zmíněné skupiny a respondenti mohli zvolit vícero správných možností. Majoritní většina (89,2 %) respondentů zaznamenala, že shledává rizikovým faktorem život v hmotné bídě. Dále 75 % respondentů uvedlo, že rizikovým faktorem mohou být hyperaktivní a neklidné děti, 61,7 % respondentů považovalo za rizikový faktor ambiciózní či workoholické rodiče a podle 65 % respondentů jsou riziková také mladí, nezralí a nevyspělí rodiče. Všechny tyto varianty uvádí Dunovský a kol. (1995) v publikaci *„Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě“*. V knize je mimo jiné uveden ještě jeden rizikový faktor, který byl nabídnut v odpovědích na otázku č. 8, a tím je rozvodová situace. Tuto možnost označilo pouze 20 % respondentů. Jelikož 4 z 5 rizik rozpoznalo více než 60 % respondentů, můžeme potvrdit předpoklad č. 3.

K otázce č. 9 se vztahoval cíl čtvrtý. Zde jsme posuzovali, zdali respondenti zvládnou rozpoznat důsledky psychického týrání. Výzkumný předpoklad k tomuto cíli jsme si stanovili tak, že: *„Předpokládáme, že nejméně 60 % respondentů dokáže rozpoznat alespoň 2 uvedené důsledky psychického týrání.“* Respondenti měli na výběr dohromady ze 7 odpovědí. Informace jsme čerpali z internetového portálu [www.sancedetem.cz](http://www.sancedetem.cz), který se zabývá dětmi v ohrožení. Konkrétní článek od Ježkové a Labusové (2012) nese název *„O nevhodných přístupech v rodičovské výchově, psychickém násilí a jeho vlivu na vývoj dítěte“* a uvádí základní principy správné výchovy a taktéž formy, rizikové faktory a důsledky psychického násilí páchaného na dětech. Více než 60 % respondentů odpovědělo, že se u psychicky

týraného dítěte předpokládá nedůvěřivé, agresivní či pasivní chování. Poslední správnou možností bylo nízké nebo naopak přehnané sebevědomí dítěte. Tuto odpověď uvedlo ovšem pouze 6,7 % dotazovaných. Zbylé tři odpovědi, které podle dostupných materiálů nesouvisí s reálnými důsledky psychického týrání, vybralo zanedbatelné procento respondentů. Opět se nám potvrdil předpoklad č. 4, jelikož více než 60 % respondentů zodpovědělo správně 3 ze 4 správných odpovědí.

Cílem č. 5 bylo vyhodnotit, zdali respondenti rozpoznají důsledky sexuálního zneužívání. Předpoklad pro tento cíl zněl následovně: *Předpokládáme, že nejméně 60 % respondentů dokáže rozpoznat všechny uvedené důsledky sexuálního zneužívání.* V otázce č. 10 jsme z celkových 5 možností poskytli 3 odpovědi, které byly v souladu s informacemi získanými z publikace „*Diagnostika syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte*“ od Mydlíkové (2021). Autorka v podkapitole „*Diagnóza T 74.2 Pohlavní zneužívání*“ prezentuje možné následky sexuálního násilí na dětech. Jen 45 % respondentů zvolilo první správnou odpověď, která zmiňovala zdravotní potíže dítěte vzniklé následkem pohlavního zneužití. Majoritní většina, kterou činilo 90 % respondentů, uvedla, že dítě, které je vystavené sexuálnímu násilí, ztratí důvěru vůči dospělým a světu vůbec. Porucha chování je dalším následkem, který se může vyskytovat u sexuálně zneužitých dětí. Tento eventuální důsledek sexuálního abusu si uvědomilo 51,7 % respondentů. Jelikož pouze jednu správnou odpověď zvolilo více než 60 % respondentů, můžeme vyvodit, že se předpoklad č. 5 nepotvrdil.

V otázce č. 11 jsme se zdravotnických pracovníků ptali, zdali dokážou rozpoznat jednotlivé rysy zanedbávání. Stejně tak zněl 6. dílčí cíl. Naším výzkumným předpokladem pro tento cíl bylo: *Předpokládáme, že nejméně 70 % respondentů dokáže rozpoznat alespoň 2 uvedené rysy zanedbávání dítěte.* Nejčastější zvolenou odpovědí byla nedostatečná osobní hygiena dětí. Tuto možnost označilo 94,2 % dotazovaných. Dále 71,7 % respondentů považovalo za zanedbávání nedostatečný dohled nad dítětem a 65 % respondentů pokládalo za zanedbávání situace, při kterých není dítěti poskytována lékařem předepsaná dieta. Pemová a Ptáček (2016) ve své knize „*Zanedbávání dětí*“ uvádějí jednotlivé rysy zanedbávané péče, které byly v odpovědích uvedeny. Předpoklad č. 6 se potvrdil, jelikož více než 70 % lékařů a záchranářů rozpoznalo alespoň dva rysy zanedbávání.

Správný postup v případě podezření na syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte je klíčový. V rámci druhého cíle jsme se dozvěděli, že minimálně jeden kraj

disponuje metodickým pokynem, který souvisí s touto problematikou. Cílem č. 7 bylo „Zjistit, zdali respondenti teoreticky ovládají správný postup v případě podezření na syndrom CAN v PNP.“ Otázka č. 14 nám pomohla potvrdit náš 7. předpoklad: „Předpokládáme, že nejméně 70 % respondentů teoreticky ovládá správný postup v případě podezření na syndrom CAN v PNP.“ Jednotlivé kroky správného postupu byly vybrány ze zákona 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, a rovněž z metodického opatření MZ ČR (2022). I přestože je postup určen především pro praktické lékaře, nic nevylučuje fakt, že stejně by měli postupovat i ostatní zdravotničtí pracovníci, kterým se nebude jevit péče o dítě adekvátní. Otázku č. 14 považujeme za úspěšně zodpovězenou, jelikož by markantní většina (85 %) respondentů splnila oznamovací povinnost v PNP, kdyby zaznamenala podezření na výskyt syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. V odpovědích na následující otázku č. 15 byly rozepsány jednotlivé kroky postupu v případě podezření na syndrom CAN v PNP. Nejvíce respondentů (75 %) se rozhodlo pro možnost předání informace PČR či OSPOD prostřednictvím ZOS. Poté 90,8 % dotazovaných uvedlo, že by popsali všechny podrobnosti do zdravotnické dokumentace. Dále jsme zjistili, že 69,2 % respondentů by transportovalo dítě do zdravotnického zařízení i přes nesouhlas zákonného zástupce, což koreluje s § 38 zákona č. 372/2011 Sb., který říká, že lze poskytnout neodkladnou péči nezletilému pacientovi i bez souhlasu zákonného zástupce, je-li podezření na jeho týrání, zneužívání či zanedbávání. Stejně pravidlo platí i pro hospitalizaci dítěte. Z tohoto důvodu považujeme za úspěch, že podle uvedených odpovědí na otázku č. 15 by žádný z respondentů nezanechal dítě na místě zásahu.

Náš 8. stanovený cíl „Porovnat, jak často se respondenti setkávají se syndromem CAN na území vybraných krajů.“ nám pomohly zodpovědět otázky č. 16. a 17. K tomuto cíli se vztahoval výzkumný předpoklad č. 8: „Předpokládáme, že se respondenti na území všech vybraných krajů setkávají se syndromem CAN srovnatelně často.“ V otázce č. 16 odpovídali lékaři a záchranáři na dotaz, jak často se dostávají do situace, při které mají během výjezdu podezření na týrání, zneužívání nebo zanedbávání dítěte. Nejčastější odpovědí respondentů bylo, že se s podezřením na syndromem CAN setkávají méně než jednou ročně. Tuto možnost zaznamenalo nejvíce respondentů ze všech zvolených krajů, což dohromady činilo 46,7 % z celkového počtu respondentů. Dalších 30,8 % respondentů se do takovéto situace nedostává nikdy nebo téměř nikdy. Pouze pár jedinců ze všech tří krajů se setkává s podezřením na syndrom CAN v PNP častěji. Následně jsme se v otázce č. 16 respondentů tázali, zdali už museli syndrom CAN během své praxe na ZZS řešit. Dostali jsme následující odpovědi.



Z Plzeňského kraje řešilo syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte dohromady 12 respondentů, z toho 8 pouze jednou a 4 vícekrát. Z celkového počtu plzeňských respondentů (59) se k syndromu CAN dostalo 20,3 % respondentů. Z 18 respondentů zaměstnaných u poskytovatele ZZS JČK řešili syndrom CAN 4 lidé, z toho 3 respondenti se jím zabývali jednou a 1 respondent opakovaně. Z výsledků vyplývá, že 22,2 % jihočeských lékařů a záchranářů se setkalo se syndromem CAN v PNP. V Karlovarském kraji se s případem týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte setkali 3 respondenti jednou během své praxe a 6 respondentů vícekrát, což činí dohromady 20,9 % z celkového počtu Karlovarských respondentů. Při součtu respondentů z jednotlivých krajů nám vyšlo, že syndromem CAN se v PNP zabývalo dohromady 25 (20,9 %) respondentů ze 120 (100 %). Podobný výsledek prezentuje i Zasadilová (2013) ve své diplomové práci s názvem „*Problematika ošetrovatelské péče u dětí s podezřením na syndrom CAN*“, na jejímž výzkumu se podíleli dětské sestry, všeobecné sestry a zdravotničtí záchranáři. Na dotaz, zdali respondenti během své praxe ošetřovali dítě se syndromem CAN, odpovědělo 33 (20 %) respondentů z celkových 165, že tuto zkušenost již mají. Z výsledků tohoto šetření můžeme potvrdit předpoklad č. 8, protože respondenti ze všech vybraných krajů se setkávají s podezřením na syndrom CAN téměř stejně často a procenta dotazovaných zdravotníků, kteří se již syndromem CAN museli zabývat, jsou ve všech třech krajích prakticky shodná.

Otázky č. 18. a 19. posuzovaly přehled respondentů o prevalenci a mortalitě syndromu CAN na území ČR. Z výsledků otázky č. 18 vyplývá, že 68,3 % respondentů odhadovalo méně než 1 000 případů syndromu CAN na území ČR ročně, což je počet velmi vzdálený od výsledků statistiky vydané MPSV (2022) (viz Příloha 1). Jen 6,7 % dotazovaných správně předpokládalo, že ročně je odhaleno 5 000-10 000 případů. V roce 2021 se konkrétně jednalo o 7 619 obětí podle dat MPSV. Otázka č. 19 byla zodpovězena úspěšněji. Podle 51,7 % respondentů zahyne za rok méně než deset dětí na následky týrání, zneužívání a zanedbávání. Tento předpoklad větší části respondentů je správný. Jenom za rok 2021 si vyžádal syndrom CAN 4 dětské životy na území ČR.

Poslední otázka detekovala povědomí o nejrozšířenější formě syndromu CAN. Naprostá většina (70,8 %) respondentů uvedla, že správnou možností je kombinovaná forma týrání. Tato forma ovšem není ve skutečnosti v odborné literatuře popsána. Statistiky uvedené MPSV (2022) (viz Příloha 1) jasně ukazují, že nejčastější formou syndromu CAN je zanedbávání. Ročně se přijde na několik tisíc zanedbávaných dětí, zatímco výskyt

psychického týrání, které je druhé v pořadí nejčastějších forem syndromu CAN, se pohybuje mezi 500 až 1 000 odhalených případů za rok.

Po zrekapitulování předpokladů 3 až 7 jsme došli k vyhodnocení hlavního cíle bakalářské práce. Ačkoli znalosti našich respondentů zdaleka nejsou stoprocentní, větší část z nich se v této problematice orientuje, dokáže rozpoznat základní formy syndromu CAN a jejich rizika a rovněž teoreticky ovládá správný postup řešení syndromu CAN v PNP. Podobný výsledek vyšel také Zasadilové (2013), která ve své diplomové práci uvedla, že vědomosti respondentů o syndromu CAN odpovídají informacím z odborné literatury a jsou tedy dostačující.

## ZÁVĚR

Tato bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části jsou shrnuty základní informace o syndromu CAN. Zdroje, které se zabývají medicinským pohledem na syndrom CAN jsou značně omezené, a proto jsme velkou část informací čerpali z metodického opatření vydaného roku 2022 Ministerstvem zdravotnictví České republiky. Metodické opatření je určeno pro praktické lékaře, nicméně údaje, jež jsou v dokumentu uvedeny, odpovídají základní charakteristice syndromu CAN a jeho diagnostice, která standartně probíhá i v PNP. Dalším důležitým zdrojem byl Dunovský a kol. (1995). Profesor Jiří Dunovský, který byl pediatrem na území tehdejšího Československa, jako první založil zařízení a instituce na pomoc dětem v ohrožení a rovněž vydal na toto téma mnoho publikací, které jsou dodnes citovány současnými autory.

Na základě dat poskytnutých v teoretické části byl vytvořen dotazník pro lékaře a zdravotnické záchranáře ze zdravotnických záchranných služeb. Pomocí dotazníkového šetření jsme se v praktické části snažili stanovit úroveň znalostí našich respondentů o problematice syndromu CAN. Tento cíl jsme považovali za nejdůležitější a k jeho vyhodnocení nám pomohly dílčí cíle 3 až 7. Jelikož pouze jeden z nich nebyl zodpovězen podle našeho předpokladu, usoudili jsme, že se dotazovaní lékaři a zdravotničtí záchranáři v této problematice alespoň částečně orientují. Dále jsme považovali za důležité zjistit, zdali jsou respondenti vzděláni v dané problematice. Pouze 48 % respondentů uvedlo, že byli systémově proškoleni v problematice týkající se syndromu CAN. Kvůli tomuto odhalení se nepotvrdil náš první předpoklad. Druhým dílčím cílem bylo odhalit, zdali mají jednotlivé zdravotnické záchranné služby vybraných krajů zpracovaný metodický pokyn, který se věnuje syndromu CAN v PNP. V tomto případě se náš druhý předpoklad potvrdil, jelikož Plzeňský kraj podle všeho disponuje daným metodickým pokynem. Díky poslednímu cíli se nám podařilo zjistit, že se syndromem týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte se setkávají respondenti ze všech zvolených krajů prakticky stejně často.

Tato bakalářská práce může sloužit jako edukační materiál pro odbornou, ale i laickou veřejnost. Z tohoto důvodu je v Příloze 5 vypracovaný jednostranný přehled varovných signálů, které mohou upozornit na výskyt syndromu CAN.

Na odhalení tohoto problému se člověk stěží připraví. Stejně jako u všech ostatních diagnóz, které se mohou vyskytovat v PNP, je nezbytná dostatečná teoretická příprava,

kterou by jednotlivé ZZS neměly opomíjet. Vhodná by byla pravidelná školení i v této problematice, jelikož ze statistik jasně vyplývá, že případy syndromu CAN na našem území nejsou zcela ojedinělé a v ohrožení jsou životy dětí.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJÍČEK, Z. a kol. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1995. 248 s. ISBN 80-7169-192-5.
2. ČESKO. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Roční výkaz o výkonu sociálně právní ochrany dětí za rok 2021. [online]. 2022. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/statistiky-1>
3. ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. *Metodické opatření – Postup praktických lékařů pro děti a dorost při podezření na týrané, zneužívané a zanedbávané dítě (Syndrom CAN)*. [online]. 2022. [cit. 2023-02-12]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/09/Metodicke-opatreni-sy-CAN.pdf>
4. ČESKO. Zákon č. 359/1999 Sb. o sociálně-právní ochraně dětí. In: *Zákony pro lidi. cz* [online]. © AION CS 2010-2023 [cit. 25.02.2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1999-359>
5. ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách. In: *Zákony pro lidi. cz* [online]. © AION CS 2010-2023 [cit. 25.02.2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>.
6. HANUŠOVÁ, Jaroslava. *Násilí na dětech – syndrom CAN*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN isbn80-86991-78-4.
7. STANĚK, Antonín, ed. *Násilí páchané na dětech: [sborník z konference: 12. dubna 2006]*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1430-9.
8. VANÍČKOVÁ, Eva. *Tělesné tresty dětí: definice, popis, následky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0814-0.
9. VANÍČKOVÁ, Eva, Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ a Hana PROVAZNÍKOVÁ. *Násilí v rodině: syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte*. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7184-008-4.
10. ŠPECIÁNOVÁ, Šárka. *Ochrana týraného a zneužívaného dítěte*. 1. vyd. Praha: Linde, 2003. ISBN 80-86131-44-0.
11. GJURIČOVÁ, Šárka, Jana KOCOURKOVÁ a Jiří KOUTEK. *Podoby násilí v rodině*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2000. ISBN 80-7021-416-3.
12. Nelson J. Bingelli, Stuart N. Hart, Marla R. Brassard. *Psychological Maltreatment of Children*. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc., 2001. ISBN 9780761924616.

13. PÖTHER, Petr. *Dítě v ohrožení*. 2. rozšířené vyd. Praha: G plus G, 1999. ISBN80-86103-21-8
14. VANÍČKOVÁ, Eva, PROVAZNÍK, Kamil, HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana a SPILKOVÁ, Jana. *Sexuální násilí na dětech. Výskyt, podoby, diagnostika, terapie, prevence*. 1. vyd. Praha: Portál s. r. o., 1999. ISBN 80-7178-286-6
15. HOŘEJŠÍ, Jan a Hana KOSOVÁ. *Dětská gynekologie*. 2., přepracované a doplněné vyd. Praha: Mladá fronta, 2019. Aeskulap. ISBN 978-80-204-5078-4.
16. KALIBOVÁ, Petra a Martin KALIBA. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě v kontextu současného školství*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-507-3.
17. WEISS, Petr. *Sexuální zneužívání dětí*. Praha: Grada, 2005. 1. vyd. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0929-5.
18. SUMMIT, Ronald C. *The child sexual abuse accomodation syndrome*. [online]. Volume 7. Issue 2. 1983. [cit. 03.02.2023]. ISSN 0145–2134. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(83\)90070-4](https://doi.org/10.1016/0145-2134(83)90070-4)
19. PEMOVÁ, Terezie a Radek PTÁČEK. *Zanedbávání dětí: příčiny, důsledky a možnosti hodnocení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5695-0.
20. PRESSLEROVÁ, Pavla. *Syndrom CAN*. In. Šance dětem.cz [online]. 2012, aktualizováno 27.02.2023. [cit. 01.03.2023]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/syndrom-can>.
21. BECHYŇOVÁ, Věra. *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*. 1. vyd. Praha: IREAS, 2007. ISBN 978-80-86684-47-5.
22. VALEŠOVÁ, Kristýna. *Sekundární viktimizace obětí trestných činů a jak jí předcházet*. In. Epravo.cz [online]. 2020. [cit. 15.02.2023]. Dostupné z: <https://www.epravo.cz/top/clanky/sekundarni-viktimizace-obeti-trestnych-cinu-a-jak-ji-predchazet-112102.html>
23. ŠUSTR, Jiří. *Münchhausen syndróm v zastúpení (by proxy)*. In. Psychiatria pre prax. [online]. 2008. [cit 04.02.2023]. Dostupné z: <https://www.solen.sk/storage/file/article/324961b4f4e012b010fdda19965b6ed1.pdf>.
24. SLANÝ, Jaroslav. *Syndrom CAN: (syndrom týraného dítěte)*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2008. ISBN 978-80-7368-474-7.
25. ČESKO. Zákon č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2023 [cit.01.02.2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-374>

26. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
27. TOPOLÁNEK, Jan. *Využití informačních technologií u výjezdů zdravotnické záchranné služby*. [online]. Diplomová práce. Liberec, 2019. České vysoké učení technické v Praze. Fakulta biomedicínského inženýrství. Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva. KOS-858729445705. [cit. 26.02.2023]. Dostupné z: <https://dspace.cvut.cz/handle/10467/84364>
28. Royal College of Paediatrics and Child Health. *Child Protection Evidence Systematic review on Bruising*. In. RCPCH Child Protection Portal. [online]. Cardiff University, funded by NSPCC, 2020. [cit. 23.01.2023]. Dostupné z: <https://childprotection.rcpch.ac.uk/child-protection-evidence/bruising-systematic-review/>
29. Pierce MC, Kaczor K, Lorenz DJ, et al. *Validation of a Clinical Decision Rule to Predict Abuse in Young Children Based on Bruising Characteristics*. [online]. JAMA Netw Open. 2021. [cit.23.01.2023]. PMID: 33852003. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8047759/>
30. MAGUIRE, Sabine. *Which injuries may indicate child abuse?* Archives of Disease in Childhood – Education and Practice Edition. [online]. 2010. [cit.24.01.2023]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/adc.2009.170431>.
31. LORDER, RT, FEINBERG, JR. *Orthopaedic injuries in children with nonaccidental trauma: demographics and incidence from the 2000 kids' inpatient database*. Journal of Pediatric Orthopedics. [online]. 2007 Jun; 27(4):421-426. [cit.23.01.2023]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/adc.2009.170431>.
32. HAVRÁNEK, Petr, Helena HOMOLKOVÁ, Pavel TOMEK. *Syndrom třeseného dítěte a jeho chirurgické aspekty*. In. *Pediatric pro praxi.cz* [online]. 2012. [cit.26.02.2023]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2012/02/03.pdf>
33. KYNČL, Martin a Darja MASLAVA. *Dětská radiologie do kapsy*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2022. ISBN 978-80-246-4985-6.
34. PAGLIA, Luigi. *Child abuse: Awareness is the first step to action*. European Journal of Paediatric Dentistry. [online]. 2018. [cit.25.01.2023]. Dostupné z: <https://doi.org/10.23804/ejpd.2018.19.02.01>.

35. The Royal College of Paediatrics and Child Health. *Child Protection Evidence Systematic review on Oral Injuries*. In. RCPCH Child Protection Portal. [online]. Cardiff University, funded by NSPCC, 2014. [cit. 25.01.2023]. Dostupné z: <https://childprotection.rcpch.ac.uk/child-protection-evidence/oral-injuries-systematic-review/>.
36. VANÍČKOVÁ, Eva. *Sexuální násilí na dětech: výskyt, podoby, diagnostika, terapie, prevence*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-286-6.
37. SVOBODA, Mojmir, Dana KREJČÍŘOVÁ a Marie VÁGNEROVÁ. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Vyd. čtvrté. Praha: Portál, 2021. ISBN 978-80-262-1851-7.
38. ČESKO. Zákon č. 40/2009 Sb. trestní zákoník. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS, 2010-2023 [cit. 25.02.2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40>.
39. ČESKO. Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci. In: *Zákony pro lidi.cz*. [online]. © AION CS, 2010-2023. [cit. 27.02.2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-98>.
40. REMEŠ, Roman a Silvia TRNOVSKÁ. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4530-5.
41. MYDLÍKOVÁ, Eva, Jaroslav SLANÝ a Mariana KOVÁČOVÁ. *Diagnostika syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte*. Přeložila Milada HOLIČKOVÁ. 1. vyd. Praha: Portál, 2021. ISBN 978-80-262-1834-0.
42. JEŽKOVÁ, Zuzana a Eva LABUSOVÁ. *O nevhodných přístupech v rodičovské výchově, psychickém násilí a jeho vlivu na vývoj dítěte*. In. Šance dětem.cz [online]. 2012, aktualizováno 14.03.2023. [cit. 20.03.2023]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/o-nevhodnych-pristupech-v-rodicovske-ychove-psychickem-nasili-jeho-vlivu-na-vyvoj-ditete>
43. ZASADILOVÁ, Klára. *Problematika ošetřovatelské péče u dětí s podezřením na syndrom CAN*. [online]. Diplomová práce. České Budějovice, 2013. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. [cit. 03.03.2023]. Dostupné z: [https://theses.cz/id/77iitn/?lang=cs#panel\\_html](https://theses.cz/id/77iitn/?lang=cs#panel_html)
44. HINTON, Caitlan and Allison TROP. *TEN-4 FACES P: A Mnemonic to Help You Spot Signs of Child Abuse*. In. ACEP Now.com. [online]. 2020. [cit. 05.03.2023]. Dostupné z: <https://www.acepnow.com/article/ten-4-faces-p-a-mnemonic-to-help-you-spot-signs-of-child-abuse/>



45. ŠNAJDR, Michal. *Syndrom třeseného dítěte, baby shaken syndrome – příznaky, projevy, symptomy*. In. Příznaky – projevy.cz [online]. 2012. [cit. 05.03.2023]. Dostupné z: <https://www.priznaky-projevy.cz/traumatologie/448-syndrom-treseneho-ditete-priznaky-projevy-symptomy>

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Počet odhalených případů syndromu CAN za rok 2021.....	83
Příloha 2: Akronym TEN-4-FACESp .....	83
Příloha 3: Shaken Baby Syndrome.....	84
Příloha 4: Poranění orofaciální oblasti .....	84
Příloha 5: Syndrom CAN – přehledový materiál .....	85
Příloha 6: Dotazník.....	86
Příloha 7: Souhlas s dotazníkovým šetřením ZZS PK .....	91
Příloha 8: Souhlas s dotazníkovým šetřením ZZS JČK .....	92
Příloha 9: Souhlas s dotazníkovým šetřením ZZS KVK.....	93

# PŘÍLOHY

## Příloha 1: Počet odhalených případů syndromu CAN za rok 2021

Počet dětí													
tělesné týrání		psychické týrání		sexuální zneužívání		dětská pornografie		dětská prostituce		zanedbávání dětí		celkem	
chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
18	10	16	10	0	2	0	0	0	0	246	256	280	278
32	20	46	32	0	7	0	0	0	0	365	327	443	386
34	35	71	65	12	57	0	3	0	0	531	472	648	632
168	138	220	203	80	414	4	68	2	4	1 463	1 261	1937	2088
29	41	27	56	11	129	6	19	0	2	314	293	387	540
281	244	380	366	103	609	10	90	2	6	2 919	2 609	3 695	3 924

Zdroj: MPSV, 2022. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/statistiky-1>

## Příloha 2: Akronym TEN-4-FACESp

**T**runk

**E**ars

**N**eck

**4** years or younger

**F**renulum

**A**uricular area

**C**heek

**E**yes

**S**clera

**P**atterned bruising



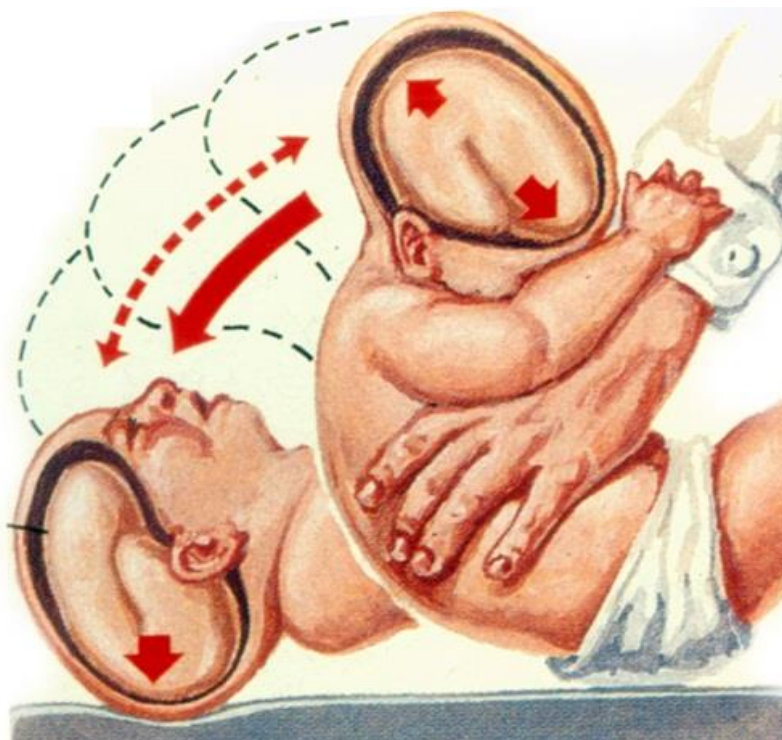
**4** Any bruising on a child less than 4 months



"Kids that don't cruise rarely bruise."

Zdroj: Hinton, Trop, 2020. Dostupné z: <https://www.acepnow.com/article/ten-4-faces-p-a-mnemonic-to-help-you-spot-signs-of-child-abuse/>

### **Příloha 3: Shaken Baby Syndrome**



Zdroj: Šnajdr, 2012. Dostupné z: <https://www.priznaky-projevy.cz/traumatologie/448-syndrom-treseneho-ditete-priznaky-projevy-symptomy>

### **Příloha 4: Poranění orofaciální oblasti**



Zdroj: vlastní

## **Příloha 5: Syndrom CAN – přehledový materiál**

### **Syndrom CAN – přehledový materiál**

#### **Varovné signály:**

- anamnéza neodpovídá charakteru poranění,
- hematomy / zlomeniny / kontaktní popáleniny /  
kraniocerebrální poranění u premobilních dětí,
- poranění v oblasti genitálu,
- viditelně zanedbaná péče o dítě (hygiena / ošacení /  
zdravotní stav),
- psychosomatické potíže,
- známky strachu / úzkosti / deprese,
- sebepoškozování / sebevražedné myšlenky,
- alkoholicí / drogově závislí lidé v blízkém okolí dítěte,
- hyperaktivní / neklidné / postižené či jinak odlišné děti,
- život v hmotné bídě.

#### **Postup v případě podezření na syndrom CAN v PNP:**

- vytěžit potřebné informace,
- kontaktovat PČR a OSPOD (prostřednictvím ZOS) → splnit  
oznamovací povinnost,
- vše důkladně popsat do zdravotnické dokumentace,
- řádně vyšetřit dítě a poskytnout mu náležitou péči,
- transportovat dítě do zdravotnického zařízení (i přes  
nesouhlas zákonného zástupce).

## **Příloha 6: Dotazník**

Dobrý den,

jmenuji se Lucie Aubrechtová a jsem studentka třetího ročníku oboru Zdravotnické záchrannářství na Západočeské univerzitě v Plzni. V současné době pracuji na bakalářské práci, která nese název „Child Abuse and Neglect syndrom v prostředí přednemocniční neodkladné péče.“ Tímto Vás chci poprosit o vyplnění krátkého dotazníku, jehož výsledky zpracuji ve výzkumné části bakalářské práce.

Mým cílem je detekovat povědomí a znalosti lékařů a zdravotnických záchrannářů o problematice syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, jeho rozpoznávání a řešení během výjezdu zdravotnické záchranné služby.

Předem Vám děkuji za Váš čas strávený u tohoto dotazníku.

---

### **1) Jaká je Vaše pozice na zdravotnické záchranné službě**

- Lékař
- Zdravotnický záchrannář

### **2) Jaká je délka Vaší praxe na zdravotnické záchranné službě?**

- Kratší než jeden rok
- 1-3 roky
- 4-10 let
- 11-20 let
- 21 let a více

### **3) V jaké výjezdové skupině převážně pracujete?**

- RZP
- RLP
- RV

**4) Ve kterém kraji vykonáváte svoji pozici na zdravotnické záchranné službě?**

- Plzeňský kraj
- Jihočeský kraj
- Karlovarský kraj

**5) Byl/a jste někdy blíže proškolen/a v problematice týkající se syndromu CAN?**

- Ano, během studia
- Ano, zaměstnavatelem
- Ano, samostudiem
- Ne

**6) Máte na Vaší zdravotnické záchranné službě zpracovaný metodický pokyn o nahlašování podezření na syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte?**

- Ano
- Ne
- Nevím

**7) Myslíte si, že byste zvládl/a rozeznat dítě ohrožené syndromem CAN v PNP?**

- Ano
- Ne
- Nevím

**8) Co považujete za rizikové faktory pro výskyt syndromu CAN?**

- Život v hmotné bídě
- Hyperaktivní nebo neklidné děti
- Sportovně založené rodiny
- Ambiciózní či workoholičtí rodiče
- Mladí, nezralí a nevyspělí rodiče
- Rozvodové situace
- Rodiče s tělesným postižením

**9) Jaké chování byste čekal/a od psychicky týraného dítěte?**

- Nedůvěřivé
- Bezprostřední
- Ohleduplné
- Málo nebo naopak příliš sebevědomé
- Agresivní
- Pasivní
- Soutěživé

**10) Jaké následky byste očekával/a u sexuálně zneužívaného dítěte?**

- Zdravotní problémy
- Ztráta důvěry vůči dospělým a světu vůbec
- Porucha chování
- Egoistické chování
- Nadprůměrné sebevědomí

**11) Jak podle Vás může vypadat zanedbávaná péče o dítě?**

- Neposkytování lékařem předepsané diety
- Nedostatečná osobní hygiena
- Chůva na hlídání dětí v domácnosti z důvodu nedostatku času rodičů
- Nedostatečný dohled nad dítětem
- Minimální kapesné od rodičů
- Neuspokojování všech materiálních potřeb

**12) Splnili byste v PNP oznamovací povinnost v případě, že byste měli důvodné podezření na výskyt syndromu CAN?**

- Ano
- Ne
- Nevím



**13) Jak byste postupoval/a v případě, že byste během výjezdu zaregistroval/a důvodné podezření na syndrom CAN?**

- Nahlásil/a bych informaci na OSPOD
- Nahlásil/a bych informaci na PČR
- Nahlásil/a bych informaci na ZOS, které by ji následně předalo PČR či OSPOD
- Vše bych důkladně popsal/a do zdravotnické dokumentace
- Ponechal/a bych dítě na místě zásahu
- I přes nesouhlas zákonného zástupce bych dítě transportoval/a do zdravotnického zařízení

**14) Pomýšlíte na syndrom CAN během ošetřování dětských pacientů, když zpozorujete podezřelé chování rodičů či dítěte?**

- Ano
- Ne
- Pouze výjimečně

**15) Jak často se dostáváte do situace, při které zaznamenáte v PNP podezření na týrání, zneužívání anebo zanedbávání?**

- Nikdy nebo téměř nikdy
- Méně než jednou ročně
- Častěji než jednou ročně
- Minimálně jednou za půl roku
- Minimálně jednou za měsíc

**16) Museli jste během své praxe v PNP řešit syndrom CAN?**

- Ano, jednou
- Ano, vícekrát
- Ne

**17) Jakou máte zkušenost s řešením této situace?**

- Pozitivní
- Negativní

- Žádnou

**18) Kolik nahlášených případů na území České republiky odhadujete za rok 2021?**

- Méně než 1 000 případů
- 1 000-4 999 případů
- 5 000-10 000 případů
- Více než 10 000 případů

**19) Kolik dětí z ČR podle Vás podlelo následkům syndromu CAN v roce 2021?**

- 0-10
- 11-20
- 21-30
- Více než 30

**20) Jaká forma ohrožování dítěte je dle Vás nejčastější?**

- Fyzické týrání
- Psychické týrání
- Sexuální zneužívání
- Zanedbávání
- Kombinovaná forma týrání

## Příloha 7: Souhlas s dotazníkovým šetřením ZZS PK

Re: Dotazník k bakalářské práci

Sobota, Leden 14, 2023 15:08 CET



MUDr. Jiří Růžička [jiiri.ruzicka@zzspk.cz](mailto:jiiri.ruzicka@zzspk.cz)

Komu

Lucie Aubrechtová

---

dobrý den  
rozesláno.

S Vaším dotazníkem souhlasím.  
Zdraví

MUDr. Jiří Růžička, PhD.

Zdravotnická záchraná služba Plzeňského kraje

Klatovská 2960/200i

Plzeň

tel. 377 672 111

[www.zzspk.cz](http://www.zzspk.cz)

---

Odesílatel: Lucie Aubrechtová ([luciaubr@students.zcu.cz](mailto:luciaubr@students.zcu.cz))

Datum: 08.01.2023 12:27

Příjemce: MUDr. Jiří Růžička ([jiiri.ruzicka@zzspk.cz](mailto:jiiri.ruzicka@zzspk.cz))

Předmět: **Dotazník k bakalářské práci**

Vážený pane doktore,

posílám Vám konečně samotný dotazník k mé bakalářské práci na téma: Child abuse and neglect syndrom v prostředí přednemocniční neodkladné péče. Ráda bych Vás tímto požádala o rozeslání dotazníku mezi jednotlivé lékaře a zdravotnické záchranáře ve Vaší organizaci.

**Odkaz:** <https://www.surveio.com/survey/dj/V7A6A7W6T9T8N7W7M>

Děkuji a přeji příjemný zbytek dne.

S pozdravem  
Lucie Aubrechtová

---

## Příloha 8: Souhlas s dotazníkovým šetřením ZZS JČK

Zdravotnická záchraná služba Jihočeského kraje  
Boženy Němcové 1931/6  
370 01 České Budějovice

V Mirošově, dne 10.11.2022

Žádost o povolení sběru dat na ZZS JČK

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Lucie Aubrechtová a studuji ve třetím ročníku obor Zdravotnické záchranářství na Západočeské univerzitě v Plzni.

Ráda bych Vás tímto požádala o umožnění provedení dotazníkového šetření u lékařů a zdravotnických záchranářů v Jihočeském kraji. Dotazník bude zaměřen na úroveň znalostí problematiky odhalení a řešení syndromu zneužívaného a týraného dítěte v prostředí přednemocniční neodkladné péče. Zjištěná data budu následně prezentovat v mé bakalářské práci na téma „Child abuse and neglect syndrom v prostředí přednemocniční neodkladné péče“, kterou zpracovávám pod vedením PhDr. Mgr. Antonína Pojety, LL.M..

Tímto si Vás dovoluji zdvořile požádat o sdělení Vašeho rozhodnutí. Děkuji.

S pozdravem

Lucie Aubrechtová  
student 3. ročníku oboru Zdravotnický záchranář  
FZS, ZČU v Plzni

Vedoucí Práce:

PhDr. Mgr. Antonin Pojeta, LL.M.  
Vedoucí zdravotnického operačního střediska  
Zdravotnická záchraná služba Plzeňského kraje  
E-mail: [antonin.pojeta@zzspk.cz](mailto:antonin.pojeta@zzspk.cz)

Kontaktní údaj:

Lucie Aubrechtová  
Školní 597  
338 43 Mirošov  
Tel. číslo: +420 739 103 354  
Email: [luciaubr@students.zcu.cz](mailto:luciaubr@students.zcu.cz)

Vyjádření k žádosti:

a) žádost povolena

b) žádost zamítnuta

Odůvodnění:

Datum, podpis, razítko:

21.11.2022



## Příloha 9: Souhlas s dotazníkovým šetřením ZZS KVK

### ŽÁDOST O PROVEDENÍ PRŮZKUMU/ŠETŘENÍ

Žadatel:

Příjmení a jméno: Aubrechtová Lucie

Adresa trvalého bydliště: Školní 597, Mirošov 338 43

Telefon: 739 103 354 email: luciaubr@fzs.zcu.cz

Název školy: Západočeská univerzita v Plzni – Fakulta zdravotnických studií

Adresa: Husova 664/11, 301 00 Plzeň 3-Jižní Předměstí

Název absolventské práce: Child abuse and neglect syndrom v prostředí přednemocniční neodkladné péče

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Antonín Pojeta, LL.M Kontakt: [antonin.pojeta@zrzspk.cz](mailto:antonin.pojeta@zrzspk.cz), 377 672 135

Žádám tímto Zdravotnickou záchranou službu Karlovarského kraje, příspěvkovou organizací o možnost provedení průzkumu/šetření za účelem:

detekce povědomí a znalostí lékařů a zdravotnických záchranářů o problematice syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte v prostředí přednemocniční neodkladné péče, jeho rozpoznávání a řešení. Z výsledků zároveň provedu srovnání četnosti výskytu syndromu CAN na územích vybraných krajů.

Tímto čestně prohlašuji, že získané informace budou využity pouze k výše uvedenému účelu, zachovám mlčenlivost vůči třetím osobám a mým jednáním nedojde k porušení zákona č. 110/2019 Sb. o zpracování osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů.

Po ukončení studia se žadatel zavazuje, že na požádání poskytne jeden výtisk své práce VVS ZZS KVK, která jej bude používat ke studijním účelům.

V Plzni dne 6.1.2023

  
.....  
podpis žadatele

Schvaluji

Neschvaluji (důvod): .....

V Karlových Varech, dne 10.1.23 .....

Zdravotnická záchraná služba  
Karlovarského kraje, příspěvková organizace  
PhDr. Nikola Buzgalová  
Vedoucí vzrůstávacího a výcvikového střediska  
Závodní 360/56C, 360 03 Karlovy Vary  
Tel.: +420 389 362 547, mobil: +420 723 057 011

  
.....  
razítko, podpis