

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2018

Adéla Pavelková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Znalosti porodních asistentek o syndromu třeseného dítěte

Adéla Pavelková

Bakalářská práce

2018

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Adéla Pavelková**
Osobní číslo: **Z14310**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Název tématu: **Znalosti porodních asistentek o syndromu třeseného dítěte**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

1. **BALÁŽ, Petr, Ivan BOUŠKA a Ivan TOUPALÍK. Shaken baby syndrome. Posgraduální medicína. 2010, 12, 778-779. ISSN 1212-4184.**
2. **FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. ISBN 978-80-7013-489-4.**
3. **HAVRÁNEK, Petr, Helena HOMOLKOVÁ a Pavel TOMEK. Syndrom třeseného dítěte a jeho chirurgické aspekty. Pediatrie pro praxi. 2012, 13, 76-78. ISSN 1213-0494.**
4. **HOFFMAN, Jacqueline M. A case of shaken baby syndrome after discharge from the newborn intensive care unit. Advances In Neonatal Care: Official Journal Of The National Association Of Neonatal Nurses. 2005, 5, 135-46. ISSN 1536-0911.**
5. **PRŮCHOVÁ, Dominika a Miloš VELEMÍNSKÝ. Syndrom třeseného dítěte. Československá pediatrie. 2010, 65, 179-183. ISSN 0069-2328.**

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Zdeněk Čermák**


Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **7. května 2018**


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 6. února 2018

Prohlášení autora

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 7. 5. 2018

Adéla Pavelková

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestu poděkovala vedoucímu práce PhDr. Zdeňku Čermákovi za jeho strávený čas, cenné rady a odborné vedení bakalářské práce. Poděkování také patří zařízení, které mi umožnilo realizovat výzkum. V neposlední řadě velké poděkování patří rodině, která mi byla velkou podporou i oporou během studia.

ANOTACE

Bakalářská práce na téma „Znalosti porodních asistentek o syndromu třeseného dítěte“ je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zaměřuje na příčiny, příznaky, prevenci, diagnostiku i následky. Cílem práce je zjistit, jakou míru znalostí mají porodní asistentky o syndromu třeseného dítěte. V průzkumné části jsou sumarizovány výsledky dotazníkového šetření, které byly realizovány mezi porodními asistentkami ve zdravotnickém zařízení. V závěru bakalářské práce je navrhnutý edukační materiál pro porodní asistentky a další odbornou veřejnost.

KLÍČOVÁ SLOVA

SBS, Syndrom třeseného dítěte, příčina, diagnóza, následky, příznaky, prevence

TITLE

Midwife's experience and knowledge concerning shaken baby syndrome.

ANNOTATION

My bachelor's work „Midwife's experience and knowledge concerning shaken baby syndrome“ is divided into two parts, a theoretical and a practical ones. The theoretical part is aimed to causes, symptoms, prevention, diagnostics and after-effects. The aim is to find out the level of midwives knowledge of shaken baby syndrome. In the practical part I summarize the results of the survey, which I realized at midwives working in healthcare institutions. In the conclusion of my bachelor's work I propose educational materials for midwives and learned public.

KEYWORDS

SBS, Shaken baby syndrome, cause, diagnosis, after-effects, symptoms, prevention

OBSAH

ÚVOD	11
CÍLE PRÁCE.....	12
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 SYNDROM TŘESENÉHO DÍTĚTE	13
1.1 HISTORIE.....	13
1.2 CHARAKTERISTIKA A PRINCIP PORANĚNÍ.....	13
1.2.1 Biochemický aspekt SBS	15
1.3 ETIOLOGIE.....	16
1.4 PŘÍZNAKY	18
1.5 LÉČBA	19
1.6 PREVENCE	20
1.6.1 Porodní asistentka v prevenci SBS	21
1.7 DIAGNOSTIKA	22
1.8 NÁSLEDKY	23
1.9 FORENZNÍ NÁSLEDEK	24
II PRŮZKUMNÁ ČÁST	26
2 METODIKA PRŮZKUMU.....	26
2.1 CÍL PRŮZKUMNÉ ČÁSTI.....	26
2.1.1 Dílčí cíl průzkumné části	27
2.1.2 Průzkumné otázky.....	27
2.2 CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMNÉHO VZORKU	27
2.3 METODA ZPRACOVÁNÍ DAT	29
2.4 ROZBOR A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	31
3 DISKUZE	45
4 ZÁVĚR	51
5 POUŽITÁ LITERATURA	53
6 PŘÍLOHY	56

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1 Délka praxe	28
Obrázek 2 Dokončené nejvyšší vzdělání	28
Obrázek 3 Současné pracovní oddělení porodní asistentky.....	29
Obrázek 4 Setkání na pracovišti s termínem SBS	31
Obrázek 5 Instrukce při podezření na SBS	33
Obrázek 6 Oddělení dítěte s těžším průběhem SBS	34
Obrázek 7 Ohrožený věk dítěte	35
Obrázek 8 Příčina SBS	36
Obrázek 9 Projevy dítěte se syndromem SBS	37
Obrázek 10 Následky SBS.....	39
Obrázek 11 Důležitost o informovanosti matek dítěte	40
Obrázek 12 Seznámení matek s problematikou SBS.....	41
Obrázek 13 Zájem o problematiku SBS	43
Obrázek 14 Dostupné zdroje pro získání více informací.....	44
Tabulka 1 Kritéria pro hodnocení bodů u otázky č. 2	30
Tabulka 2 Kritéria pro hodnocení bodů u otázky č. 6	30
Tabulka 3 Kritéria pro hodnocení bodů u otázky č. 7	30
Tabulka 4 Hodnocení míry znalostí respondentek	31
Tabulka 5 Počet dosažených bodů jednotlivých respondentů u otázky č. 2, 3, 4, 5, 6 a 7	46
Tabulka 6 Vyhodnocení bodů a míry znalostí všech respondentů u otázky č. 2, 3, 4, 5, 6 a 7	46
Tabulka 7 Hodnocení znalostí z pohledu respondentů	49

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

CNS	Centrální nervová soustava
PA	Porodní asistentka
OSPOD	Orgán sociálně-právní ochrany dětí
Sb.	Sbírka zákonů
SBS	Syndrom třeseného dítěte

ÚVOD

V několika případech, kdy došlo k zatřesení dítěte, si třesoucí osoba ani neuvědomovala, jaký nebezpečný následek s mnohdy až tragickým koncem může dítěti způsobit. Ve chvíli, kdy bylo dítětem zatřesen, už je mnohdy bohužel pozdě. V České republice problematika syndromu třeseného dítěte (dále SBS) není tolik známá a diskutabilní mezi populací. Počet zaznamenaných případů se v zahraničí vyskytuje 38 na 100 000 dětí, z toho více než z poloviny u dětí do jednoho roku života. Dle zahraničních studií dochází k úmrtí nejčastěji mezi prvním až druhým měsícem života právě v důsledku SBS. Předpokládá se, že je to zapříčiněno fyzickou zranitelností, která je u tak malých dětí velmi vysoká (Lopes, Eisenstein, Williams, 2013, s. 3; Parks et al., 2012, s. 6). V České republice se doposud nevyskytují údaje, které by analyzovaly výskyt a počet obětí SBS. Přispívá k tomu skutečnost, že je obtížné vůbec diagnostikovat SBS na základě mnohdy nepřesné, a ne zcela pravdivě popsané události od osoby, která s dítětem zatřásla. Často chybí svědek, který by mohl pravdivou situaci potvrdit. Přispívá k tomu i nezasvěcenost problematiky nejen zdravotnického personálu.

Bakalářskou práci na téma „Znalosti porodních asistentek o syndromu třeseného dítěte“ jsem si vybrala proto, že mě problematika zajímá a zároveň bych chtěla na její problematiku upozornit. Vzniklé podporující programy pro těhotné ženy, budoucí otce a pečující osoby, by měly předcházet negativním následkům tak, aby jej neodnášelo děťátko, které je natolik bezmocné. Proto považuji za důležité, aby PA do své edukace zařadily, byť jen zmínku v několika větách o SBS a jeho nebezpečném následku. Tato problematika by se měla stát viditelnější a aktuálnější nejen PA, ale i laické veřejnosti. Zejména nastávajícím rodičům. Dopad na citovou stránku dítěte je o to zranitelnější, že se činu dopouští mnohdy ta nejbližší osoba, která má pro dítě představovat právě pocit bezpečí a jistoty.

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit míru znalostí porodních asistentek o syndromu třeseného dítěte. Cílem teoretické práce je kompilace základních informací o SBS. Teoretická část zahrnuje shrnutí poznatků o SBS a jeho principu poranění, etiologii, příznacích, léčbě, prevenci, diagnostice, následcích a právním dopadu.

Na teoretickou část navazuje část průzkumná, ve které jsou vyhodnoceny jednotlivé otázky z dotazníkového šetření. Výstupem praktické části bude zhotovení edukačního materiálu, který bude nabídnut PA, ale rovněž bude sloužit i další odborné veřejnosti.

CÍLE PRÁCE

Cíl teoretické části práce

- Kompilace základních informací o syndromu třeseného dítěte.

Cíl průzkumné části práce

- Zjistit míru znalostí porodních asistentek o syndromu třeseného dítěte.

I TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část zahrnuje shrnutí poznatků o syndromu třeseného dítěte a jeho historii, principu poranění, etiologii, příznacích, léčbě, prevenci, diagnostice, následcích a forezním dopadu.

1 SYNDROM TŘESENÉHO DÍTĚTE

1.1 Historie

Prvopočátky SBS byly zaznamenány před 500 lety již ve starověké mytologii. Dr. John Caffey, dětský rentgenolog, popsal v roce 1946 čtyři případy mnohočetných fraktur dlouhých kostí v kojeneckém věku rovněž s přítomností chronického subdurálního hematomu. Caffey se tehdy domníval, že se jedná o nepoznaný mechanismus vzniku úrazu, nikoli že by se mohlo jednat o týrání. Caffey byl první, kdo pozoroval latentní formu SBS, která vzniká na základě opakovaných otřesů. Mezi následky latentní formy se řadí mentální retardace, která se projeví až ve školním věku. Dr. Caffey chtěl laickou veřejnost seznámit se SBS a současně upozornit na závažné následky, které končí mnohdy tragickým koncem (Havránek a kol., 2012, s. 76; Fendrychová, 2006, s. 52).

V roce 1971 Guthkelch popsal diagnostiku dvou malých dětí bez známek zevního poranění hlavy a poukázal na to, že násilně vyvolaná hyperextenze krku způsobuje vznik subdurálního hematomu v důsledku roztržení kortikálních přemostění žil. Tento stav byl nazván *whiplash injury*, který se svým mechanismem vzniku podobal bičovému traumatu. Jedná se o úraz, který byl způsobený prudkým pohybem krku, který nastává např. při autonehodě. Caffey v roce 1972 a 1974 na dané poznatky navázal. V roce 1972 byl tento jev označován za *syndrom bitého dítěte*, jelikož se jednalo o případy, kdy dítě mělo prokázané fyzikální i radiologické nálezy, které se podobaly hrubému zacházení dítěte (Altimier, 2008, s. 68; Fedor, 2005, s. 197; Fendrychová, 2006, s. 52).

V polovině 70. let 20. století byla zavedena počítačová tomografie, která měla velký význam pro stanovení diagnostiky SBS. Mezi identifikátory SBS se řadí i magnetická rezonance, která se začala používat od 80. let 20. století (Fedor, 2005, s. 197).

1.2 Charakteristika a princip poranění

Syndrom třeseného dítěte se mnohdy nahrazuje v literatuře pojmy jako *shaken baby syndrome*, *trauma z otřesu mozku*, *hrubý úraz hlavy způsobený nervalostí*, *traumatické*

zranění mozku, syndrom natřeseného dítěte či *Caffeyho syndrom*, který byl pojmenován po jeho objevovateli, Dr. John Caffey, zmíněný výše (Palmer, 2008, s. 1).

Jedná se o souhrn zdravotních obtíží, ke kterému dochází prudkým zatřesením dítěte. Vzniká trauma a dochází k mozkovému poranění (Doležel, 2005, s. 16).

U malých dětí je hlava oproti tělíčku velká, mozek příliš křehký, krční svaly slabé a zranitelné, což zvyšuje pohyblivost hlavy při zatřesení, která se pohybuje zepředu dozadu několikrát po sobě. Pakliže se začne s dítětem třást, jeho mozek se začne volně pohybovat v lebeční dutině mozkomíšního moku. Prudké cloumání způsobí hyperflexi a hyperextenzi krčních svalů s vážnými a mnohdy i trvalými následky. Mozek, který je velmi křehký, není fixován a naráží na lebeční kost. Následně těmito mikrotraumaty dochází k poškození mozkové tkáně. Cerebrální cévy jsou napjaté, praskají a vytváří se hematoma. Mozkové tkáně jsou utlačovány kvůli zvyšujícímu se nitrolebnímu tlaku, proto nelze vyloučit patologické změny či krvácení do sítnice (Fendrychová a kol., 2009, s. 98).

Pokud je s dítětem třeseno či cloumáno, není důležité, jak je dítě drženo, zda za nohy, paže, hrudník či ramena. Důraz není kladen ani na konkrétní část těla dítěte, kterou je třeseno případně cloumáno. Je-li dítě vyhazováno do výšky, např. při hře, i zde dochází ke změnám na hlavě – i když tuto situaci nelze přímo považovat za SBS, důsledky mohou být totožné, jelikož dochází k obdobnému mozkovému mechanismu. V ojedinělých případech může dojít k manifestaci SBS u nedonošených novorozenců při nešetrně prováděné fyzioterapii hrudníku (Doležel, 2005, s. 16).

SBS je charakterizován jako triáda poškození centrální nervové soustavy – akutní encefalopatií, která se vyznačuje otokem nebo difúzním axonálním poraněním mozku, subdurálním krvácením a retinopatií, viz Příloha A. Tyto příznaky nemusí být ihned po třesení zřejmé (Havránek a kol., 2012, s. 76).

Do současné doby bylo obtížné dokázat, že pouhé zatřesení může vyvolat subdurální hematoma, aniž by byl kontakt hlavy dítěte přítomný s podložkou. Následky poškození bývají o to obtížnější, pokud je dítě během cloumání nebo po něm odhozeno a dopadá na tvrdou podložku. Dochází ke zrychlení a následnému zpomalení hlavy dítěte, která se pohybuje tlakově různě silnou intenzitou - dokáže přetřhnout piální cévy. Tyto cévy způsobí krvácení pod tvrdou plenou mozkovou. Subarachnoidální krvácení je následkem přímých nárazů při kývavých pohybech hlavy, znázorněno viz Příloha B. Dle literárních zdrojů je patrné, že vznik subdurálního hematoma byl prokázán na experimentech zvířat – opic. Pokud

je dítětem zatřesen, je nutné, aby byla vynaložena tak silná intenzita násilí, kterou by se dalo označit za sílu poněkud nepřiměřenou (Baláž a kol., 2010, s. 778–789).

Nejčastěji se setkáváme se SBS u dětí do dvou let, zejména pak u kojenců do šesti měsíců. Projevit se může i u starších dětí do věku pěti let (Doležel, 2005, s. 16).

Ve většině případů první objektivní nález odhalí pediatr. Odborníci se domnívají, že lehčí formy SBS pediatrům unikají. Některé děti nepotřebují lékařskou pomoc a nejsou tedy ošetřeny ve zdravotnickém zařízení. SBS není mnohdy ani ve zdravotnickém zařízení zřetelně rozpoznán. Příznaky hrubého násilí u dětí, které jsou způsobeny druhou osobou, mohou být přiřazeny k příčinám jako např. syndrom náhlého úmrtí kojenců. V odborných publikacích úraz způsobený SBS spadá do problematiky CAN neboli syndromu týraného a zneužívaného dítěte. U způsobeného úrazu však v některých případech nelze s jistotou určit, zda se jedná o takový, který byl pachatelem páchan vědomě, či nevědomě. Často tito pachatelé ani neutuší, jaký může způsobit dítěti následek s mnohdy až tragickým koncem dítěte. Diagnostika lékařem je tedy obtížná. Skutečné statistiky hrubého pohmoždění/poranění hlavy se mohou lišit a mohou být vyšší. Aktuální výzkumy SBS jsou důležité a měly by se provádět (Altimier, 2008, s. 1; Sieswerda-Hoogendoorn et al., 2012, s. 416; Piteau, 2012, s. 315).

1.2.1 Biochemický aspekt SBS

SBS vzniká dle Strause (2010, s. 71–72) ve většině případů tehdy, kdy třesoucí osoba drží dítě v rukou a vykonává s ním předozadní pohyb. Dochází k rychlé akceleraci předozadního pohybu a při zpětném pohybu dochází ke zrychlení hlavy dítěte. Působení předozadního pohybu a odstředivé síly se zvyšuje nitrolební tlak a začínají působit smykové síly mezi mozkem a lebeční kostí. Tímto se nevyklučuje subdurální krvácení, edém mozku nebo zvýšený intrakraniální tlak. Vnitřní tlak třesení působí na zadní stěnu oční sítnice a může dojít k hemoragiím a nevratnému poškození zraku. Kmitání hlavy se podobá rychlosti sinusového průběhu. Na okraji mozkové kůry se zvýší rychlost pohybu mezi lebkou a mozkem, dochází k poškození tepen a následně k nitrolebnímu krvácení. Prof. PhDr. Jiří Straus, DrSc. provedl experiment. Jednalo se o modelovou situaci figuríny odpovídající velikosti zhruba šestiměsíčního kojence. Důležitým vodítkem zde hrálo přetížení mozku a zaznamenaný čas zátěže. Pevné body na simulátoru byly připevněny lepicí páskou. Záznam pohybu zachycovala videokamera, která zaznamenávala až 250 snímků za sekundu. Tento model kojence měl zabudovaný akustický simulátor dětského pláče a uvnitř hlavy byly spojeny LED diodami. Po překročení hranice, kdy byl mozek vážně poškozen, začaly umístěné diody

červeně svítit a současně přestal i simulovaný pláč figuríny. Reakce figuríny šestiměsíčního kojence se zkoušely při zatřesení agresorem. Jednalo se o modelovou situaci, kdy pečující osoba chtěla dítěti vědomě ublížit, protože pocítovala určitou zlost. Bylo zjištěno, že kratší čas (několik sekund) cloumání, byl dostačující i s méně vynaloženou silou úsilí, aby čidla v simulátoru kojence začala reagovat. Několik figurantů bylo schopno vyvinout v krátkém čase takovou sílu, která mnohdy překračovala hranici pro přežití dítěte. Délka třesení byla zaznamenána od začátku nasimulovaného akustického pláče a byla ukončena rozblikáním se červených diod, které byly umístěny na hlavě figuríny. Znázorňovaly a zaznamenávaly poškození mozku. Nejdelší doba třesení byla zaznamenána na dvě a půl sekundy, která vedla k usmrcení dítěte. Zajímavým faktem je, že palce na ruce všech figurantů směřovaly k oblasti hrudníku figuríny dítěte. Tímto úchopem také mohou způsobit další různé odřeniny, hematomy nebo fraktury žeber. Všichni agresori vynaložili sílu, kterou docílili kritické hodnoty pro zatížení mozku současně s kritickou hranicí decelerace hlavy. Experimentem se ukázalo, že lze poměrně snadno docílit poškození dítěte s nitrolebním krvácením až jeho usmrcení (Straus, 2010, s. 72–75).

1.3 Etiologie

Syndrom třeseného dítěte je častý dopad frustrace, hněvu a vzteku pečující osoby dítěte (Altimier, 2008, s. 69).

Cloumání dítěte může být ovlivněno několika faktory, mezi které se řadí např. fyzická zdatnost třesoucí osoby, věk, konstituce i zdravotní stav osoby, která třese dítě (Straus, 2010, s. 74).

Je důležité rozeznat rizikové faktory, které by mohly přispět k rozvoji SBS. Budou-li rozpoznány, mohou výrazně snížit a mnohdy až zcela odstranit patřičné riziko vzniku SBS. Rozeznávání potencionálních rizikových faktorů je velmi důležité, neboť ve většině případů rodiče (pečující osoba) dítěti ublížit ani nechtějí (Fendrychová, 2009, s. 99).

Rizikovou skupinu tvoří i rodiny, kdy jeden z rodičů dítěte je vlastní a druhý nevlastní. Ve více než polovině zaznamenaných případů se jednalo o přítele matky dítěte, který dítěti ublížil (Průchová, 2010, s. 174).

Hoffmanová (2005, s. 135-146) rozděluje rizikové faktory následovně. Mezi anamnestická rizika řadí domácí násilí nebo zneužívání dítěte již v anamnéze, nedonošené dítě nebo dítě, které je odloučeno od matky, vícečetnou graviditu, invaliditu dítěte či nadměrný pláč dítěte. Mezi rizikové faktory ze strany rodičů se řadí mladí rodiče, pečující osoby mužského pohlaví

nebo rodiče, kteří si před narozením potomka nestihli naplnit životní cíle. Za sociální rizika se považují finanční (materiální) problémy, nízký socioekonomický status rodiny, sociální izolace s nízkou podporou a nezajištěná péče o dítě.

Ve více než polovině případů dochází k třesení dítěte opakovaně, protože pečující osoba se snaží třesením zklidnit dítě, které brečí. Třes dítěte je tak silný, jak silná je frustrace třesoucí osoby. Mnohdy si tyto osoby ani neuvědomují, že by mohly dítěti vědomě ublížit (Altimier, 2008, s. 69).

Zvláštní podskupinu tvoří děti, které se narodily předčasně, protože vyžadují více péče. Taktéž děti, které se narodí s nějakým handicapem. Matka narozeného miminka mnohdy prožívá pocity vlastního selhání a nenaplnění adekvátních vývojových hodnot pro dítě. Sama sebe obviňuje ze selhání jejich biologických funkcí (Dokoupilová a kol. 2009, s. 185).

Dětský pláč se uvádí mezi hlavní rizikový vyvolavatel. Pláč je určitý způsob dorozumívání se, slouží jako sdělovací prostředek a má dvě protistrany. První stranou se rozumí takový pláč, který je vnímán zejména jako příznivý a pozitivní důsledek, že je miminko v pořádku např. po porodu – křičí, pláče, dýchá. Ovšem na druhé straně několikahodinový pláč miminka po pár dnech může rodiče zcela vyvést z míry. Mnohdy může u rodiče vyvolat nervozitu až pocit paniky, který může vystupňovat do takové míry afektové reakce, která je zcela nepřiměřená. Narozené dítě má omezený rozsah pocitů – pocit hladu, samoty, bolesti, tepla, zimy, únavy, strachu. Dle literatury existuje několik druhů dětského pláče. Za nejčastější pláč dítěte se považuje z hladu a z pocitu žízně – často v suchém a teplém prostředí. Pokud není naplněna nějaká z potřeb, pláč nabírá prudký vzestup. Nejobtížněji rozpoznatelný je pláč, který je vyvolán bolestí – křik dítěte je hluboko pronikavý a ostrý. Chronická bolest se projeví nepravidelným slabým pláčem a opakujícím sténáním. Pláč, který se projevuje z osamocení nebo z truchlení, se zklidní tehdy, když je vnímám společností, např. pochováním (Bacus-Lindroth, 2006, s. 79-96).

Podle odborníků je na vině především nedostatečná, takřka žádná edukace veřejné populace o SBS a také fakt, že pečující osoba dítěte si není vědoma mnohdy až fatálních následků aktuálního jednání (Palmer, 2008, s. 2).

Někteří odborníci zastávají názor, že hněv společně se ztrátou sebekontroly přispívá ke vzniku SBS. K tomuto jevu přispívá i prožívající zlost pečující osoby. Nejčastěji k tomuto stavu dochází při pláči dítěte, ale také při pocitu zanedbávání partnera kvůli narozenému

dítěti. Pokud se jedná o úmyslné poškození dítěte, pachatel vynaloží značně projevující sílu (Palmer, 2008, str. 2; Novotná, 2009, s. 19-20).

Na vznik SBS se podílí i frustrace pečující osoby, která je způsobena nepřetržitým pláčem dítěte. Pláč je u dítěte považován za prostředek komunikace a v prvních měsících života děťátko pláče v průměru až 3,5 hodiny denně. Po zatřesení často dětský pláč ustane, což vede k opakované metodě, jak utišit dítě. Avšak jedná se pouze o mylnou domněnku pečující osoby dítěte. Další faktor, který může být příčinou syndromu, je i nepřetržitá péče o dítě. Nevylučuje se, že osoba s dítětem třese kvůli zvýšené pozornosti, kterou dítěti projevuje jeho druhý partner, který se často cítí odstrčený a nemilovaný (Fendrychová, 2009, s. 99).

Další faktory, které se podílejí na vzniku SBS, je slabší sociální a ekonomická situace rodiny a nižší vzdělání pečující osoby dítěte. Tyto pečující osoby o dítě často bývají přetíženy častým křikem, kolikami, nestandardním chováním dítěte, chronickými chorobami nebo vyskytujícími se problémy při krmení. Pokud dítě příliš křičí a je neklidné především v noci a rodič k plačtivému dítěti často vstává, jeho odpočinek se značně snižuje, což vede ke stresu a k neadekvátní reakci na opakující se situaci. Tento kritický faktor se rovněž podílí na vzniku SBS (Doležel, 2005, s. 16).

1.4 Příznaky

Příznaky, které se mohou projevovat na dítěti, jsou popsány níže. Mohou se vyskytovat od mírných příznaků, které nejsou zcela jasně pečující osobou včas rozpoznány, až po závažné příznaky, které jsou zcela specifické. Příznaky se mohou projevovat samostatně nebo v kombinaci s několika dalšími a v různém stupni projevení.

Mezi charakteristické příznaky řadíme subdurální, subarachnoidální hematom, edém mozku, krvácení do sítnice. Poranění hlavy, tváře, krku nemusí být zjevně prokazatelné. Projev silného tlaku s pohmožděním okolí hrudníku a paží nemusí být taktéž viditelně rozpoznatelný (Lopes, Eisenstein, Williams 2013, s. 3; Peychl 2005, s. 186).

Neuroradiologickým příznakem SBS bývá subdurální hematom, který se potvrzuje téměř v 88 % případů. Jedná se o oblast mezi dura mater a subarachnoideou. Při úmrtí dítěte byl subdurální hematom potvrzen téměř u 90 % pitevních nálezů. Akutní subdurální krvácení vzniká do tří dnů, po 21. dnu se řadí subdurální krvácení do chronického. Méně časté jsou neuroradiologicky potvrzeny subarachnoidální, intracerebrální a epidurální krvácení (Sieswerda-Hoogendoorn et al., 2012, s. 417).

Apnoická spánková pauza, která je typickým znakem SBS, odlišuje hrubý úraz hlavy od úrazového poranění hlavy. Vyskytuje se u téměř 93 % dětí, kterými bylo nějakým způsobem zatřeseneno. Bradykardie se projevuje u 65 % dětí ihned po zatřesení. Dalším příznakem je bradypnoe, která společně s bradykardií značí vyšší intrakraniální tlak. Pokud se kyslík nedostává do těla dítěte, což se projeví cyanózou rtů a kůže, nedochází k okysličení hemoglobinu v krvi. Mohou nastat již nevratné mozkové změny. Vyklenutá, zduřená a tvrdá fontanela v důsledku poranění mozku může značit edém, krev nebo nadbytečnou volnou tekutinu, která vyvíjí určitý tlak na fontanelu v mozkových útvech. Mezi další klinické příznaky, které upozorňují na poškození organismu dítěte, patří podrážděnost, problémy s příjmem potravy, spavost dítěte, apatie, tupý pohled a nepohyblivost zornic, rozšířené zornice, otok hlavy, zhoršené vidění, natočení hlavy, ramenou a nohou na jednu stranu, cerebrální křeče, hypotermie, a zvracení, které je zapříčiněno nitrolebním tlakem (Sieswerda-Hoogendoorn et al., 2012, s. 417).

Pokud je dítě při třesení pevně uchopeno za hrudník, nelze vyloučit ani zlomeninu žeber či pohmoždění míchy. Dítě postižené SBS se může projevit i mírnějšími příznaky, které se podobají virovým infekcím, dětské kolice, špatné výživě, letargii a po časovém odstupu podrážděností dítěte s příznaky interního onemocnění – chřipky. Nevyskytují se průjmy ani teploty (Fendrychová a kol., 2009, s. 99).

1.5 Léčba

U každého dítěte probíhá léčba individuálně. Pokud se jedná o **lehkou formu**, formu nezávažnou, stav se upraví samovolně bez nutnosti lékařských zásahů nebo se vzniklé poranění ošetří, ale bez nutnosti hospitalizace dítěte. Příznaky nemají prudký vzestup. Stav připomíná mnohdy počínající virózu a mnohdy se upraví samovolně bez lékařského zásahu. Pokud se jedná o **těžší formu**, u které se vykazuje tedy i těžší průběh, dítě se hospitalizuje na jednotku intenzivní péče. Po stanovení diagnózy poranění centrální nervové soustavy (dále CNS) či skeletu následuje jednotlivá chirurgická léčba. Zapomenout by se nemělo ani na sociální pomoc. Léčba se dále ještě dělí na vzdělávací, behaviorální a medicínskou. Nesmí se opomenout, že některé děti také pravidelně navštěvují terapii očí, rehabilitační střediska a v pozdějším věku i logopeda (Doležel, 2005, s. 1-10; Havránek a kol., 2012, s. 76; Fendrychová, 2009, s. 99; Palmer, 2008, s. 2).

1.6 Prevence

Dle Doležela (2005, s. 17) by problematika SBS měla zaujmout vyšší příčky mezi prevencí a informovaností odborné veřejnosti jak mezi zdravotníky, tak i mezi laickou veřejností.

Důležitou roli hraje dostatečně informovaný a proškolený zdravotnický personál, který by identifikoval rizikové chování pečující osoby miminka a mohl by již zasáhnout přímo v začátcích. Tak by bylo zabráněno následkům SBS (Lopes, Eisenstein, Williams, 2013, s. 6).

Pečující osoby, nejčastěji tedy rodiče, by měly být srozumitelně seznámeny se správnou manipulací miminka, aby se mohlo předejít případnému zatřesení a potenciaálnímu rozvoji SBS. Frustrovaný, rozzlobený a neklidný rodič neuklidní dobře své dítě, a proto by měl znát rizika SBS. S těmito informacemi by se měli rodiče seznámit nejlépe již v porodnici, případně u prvních návštěv svého pediatra, kterého si zvolili (Průchová, 2010, s. 180).

Ve Spojených státech amerických existuje důvěrná 24hodinová horká linka, která je určena pro pečující osoby, které mají touhu s dítětem zatřást (Childhelp, 2001).

Prevence primární by se měla zaměřit na širokou odbornou veřejnost, budoucí a současné rodiče. Lze ji rozdělit na prevenci, která je zaměřena na širokou veřejnost, dále rodiče (pečovatele) a zdravotnický (odborný) personál. Edukace by měla probíhat v prenatalních poradnách, předporodních kurzech nebo na oddělení u již narozeného miminka v prvních dnech života. Dále by primární prevence měla být určena pečujícím osobám, kterým byl novorozenec odebrán neprodleně po porodu a nastalo odloučení od matky na různě dlouhou dobu.

K odebrání miminka došlo z neonatální nebo mateřské příčiny. Po stabilizaci stavu novorozence by měla matka pravidelně několikrát za den miminko navštěvovat, aby s ním udržovala vizuální i dotykový kontakt. Doporučuje se hospitalizace matky společně s novorozencem. Rodiče by měli být následně seznámeni s problematikou SBS. Jisté povědomí o SBS se dozvědět již v porodnici od zdravotnického personálu. Zásadní poučení by mělo být o tom, že v žádném případě a za žádných okolností by rodiče s dítětem neměli jakýmkoliv způsobem cloumat. Pečující osoby by měly být seznámeny s tím, jaké nebezpečí dítěti mohou zapříčinit (Doležel, 2005, s. 1; Fendrychová, 2006, s. 53).

Prevence sekundární zahrnuje včasné rozpoznání rizikových faktorů. Situace a okolnosti zvyšující rizika vycházejí od dítěte nebo od rodiny dítěte. Do prevence sekundární lze řadit i situaci, kdy jeden z rodičů nepřijme rodičovskou roli, tj. nepřijme skutečnost, že se stal rodičem a má zodpovědnost za dítě. Tyto osoby jsou často agresivní, impulsivní a mnohdy

prožily abúzus v minulosti. Cílem sekundární prevence je snížit patřičné riziko výskytu SBS na minimum (Fendrychová, 2009, s. 101).

Prevence terciální je určena rodinám, u kterých se již v minulosti projevilo hrubé násilí na dítěti. Terciální prevence se tedy snaží vyhnout opakující se situaci a rovněž zahrnuje i terapii. Důležité je umět včas rozeznat problémové situace a pomoci rodině řešit problém tak, aby se už opět neopakoval (Hoffman, 2005, s. 137).

Jestliže se PA dostane do pochybnosti, že by matka (pečující osoba) mohla dítěti ublížit, je třeba jí doporučit následující postup.

- **Přestat** s nevhodným zacházením a uložit děťátko do postýlky nebo ohrádky, tedy na místo, které je pro dítě bezpečné.
- **Uklidnit se** a vyjít z místnosti brečícího dítěte a například do 10 s. Zamyslet se nad tím, co chce dítě svým brekem sdělit – zda nemá hlad, necítí bolest, nemoc, růst zubů nebo cokoli dalšího. Je třeba mít v paměti, že by se matka neměla vzdalovat příliš daleko ani na delší dobu, protože dítě nemůže být dlouhou dobu bez dozoru. O dítěti musí mít vždy pečující osoba přehled, co dělá a zda brečí.
- **Navázat zpětný kontakt.** Pokud je matka uklidněna, měla by přistoupit opět k dítěti a zkontrolovat jeho základní potřeby. Měla by zkusit dítě uklidnit pomocí hračky, dudlíku či svým chováním a mluvit na děťátko klidným a pomalým hlasem. Pokud je matka bezradná a pláč miminka i přesto pokračuje, doporučuje se zavolat odborníka (Palmer, 2009, s. 3).

1.6.1 Porodní asistentka v prevenci SBS

SBS by měl být součástí primární zdravotní péče, a to nejlépe v přímém kontaktu, pokud to situace umožní. V České republice je primární péče o SBS velmi malá až takřka žádná. Chyba je na straně zdravotníků, chybí odborná informovanost, ale i informovanost pečovatelů miminka – rodičů. Povědomí rodičů o SBS by měla být zahrnuta do předporodních kurzů, a to zejména v jeho nebezpečných důsledcích. Dále by edukace měla zahrnovat i správnou manipulaci a ticho plačícího miminka. PA by měla rozeznat rizikové faktory, na základě kterých by u rizikových menšin pečovatelů (rodičů) miminka preventivně edukovala o případném páchání násilí na dítěti. Edukující PA by vždy měla průběžně během svého výkladu ověřovat, zda pečující osoba (rodiče) správně pochopila podstatu SBS. Pokud by se tak neuskutečnilo, je třeba edukaci zopakovat. Případné dotazy ze strany rodičů jsou pozitivní

zpětnou vazbou pro edukátora. PA by taktéž na konci svého výkladu měla použít opět zpětnou formu, aby si ověřila, zda informace podala správně a srozumitelně. Příznivé a velmi vhodné jsou k zapojení do výkladu např. informační letáčky, obrázky, simulační modely, ale i příběhy matek, kazuistik aj. (Lazoritz, Palusci, 2001, s. 215).

1.7 Diagnostika

Základem správné diagnostiky je zcela podrobný popis události s kompletní a detailní anamnestickou dokumentací. Přestože s dítětem nadále není třeseno, mohou se rozvíjet následná poškození, jako je např. sítnicové krvácení nebo otok. Proto je nutné zcela přesné a kompletní rozpoznání SBS, neboť v opačném případě to může mít pro dítě až fatální následek (Lopes, Eisenstein, Williams, 2013, s. 4).

Někdy má pediatr podezření na SBS, ale má nedostatek prokazatelných symptomů. Častý je nesoulad mezi výpovědní anamnézou rodičů (příp. jinou přítomnou osobou) a popisem mechanismu vzniku úrazu (Doležel, 2005, s. 10; Havránek a kol., 2012, s. 77).

Osoba, která pečuje o dítě, uvádí ve většině zaznamenaných případů upadnutí dítěte. Takové dítě často zvrací, dusí se a vyskytují se problémy s dechem. Příznání, že dítětem bylo zatřeseno, přichází ve většině případů až ve chvíli, kdy jde dítěti o život (Doležel, 2005, s. 16).

Záznamy v anamnéze by měly obsahovat následující informace: detailní historii úrazu, předchozí anamnézu dítěte, růstovou křivku, anamnézu sourozenců, evidenci rodiny orgánem sociálně-právní ochrany dětí, posouzení rizikových faktorů hrubého zacházení s dítětem (Sieswerda-Hoogendoorn et al., 2012, s. 418-419).

Děti trpící SBS mohou zemřít během třesení, ale i neprodleně po jeho skončení. U jiných dětí se mohou objevit chronické příznaky. Při fyzikálním vyšetření jsou vidět hematomy, které se objevují na pažích, hrudníku nebo ramínkách. Není však příliš časté, aby bylo viděno zevní poranění hlavy. Objevují se případy, kdy nejsou vidět zevně ani vytvořené hematomy. Dítě manipuluje s pohmožděnou končetinou omezeně, což je doprovázeno bolestivým projevem. Stanovení konečné diagnózy je mnohdy obtížné, jelikož třesené děti obvykle nejsou trestány jinými metodami, jako např. popáleninami od cigaret. K diagnostice skrytých zlomenin se v posledních letech doporučuje vyšetření pozitronovou emisní tomografií s natriem fluoridem 18. Při podezření na SBS je doporučen rentgenový snímek celého skeletu (Havránek a kol., 2012, s. 76).

Při zobrazení lebečních struktur se odhalí rozsah poranění CNS. Ultrasonografie mozku dostatečně potvrdí přítomnost stupně krvácení do CNS. Počítačová tomografie a magnetická rezonance určují přesnější rozsah krvácení. Magnetická rezonance dokáže zobrazit chronické změny mozku, které byly zanechány po předchozím krvácení a vstřebání krve (Fendrychová a kol. 2012, s. 262-263).

Mezi nepostradatelné vyšetření řadíme neurologické vyšetření, vč. elektroencefalografie společně s vyšetřením očního pozadí. Třes může způsobit vybočení sítnicových cév a retinální krvácení, které se vyskytuje častěji bilaterálně než unilaterálně. Proto se provádí oftalmologické vyšetření (Altimier, 2008, s. 69; Fendrychová, 2012, s. 275).

1.8 Následky

Následky agresivního cloumání dítěte se nadále odvíjejí od závažnosti symptomů v momentě, kdy se poprvé jednotlivé příznaky objevily. Následky třesení se pohybují od zcela nezávažných až po závažné, které mohou končit smrtí. Většina dětí má sklon k neurologickému postižení. Děti, u kterých byl zaznamenán výskyt apnoických pauz, křečí nebo kómatu, mají větší tendenci k opožděnému vývoji, záchvatům a statické encephalopatii. Předozadní pohyb hlavy dítěte, který se koná při třesení, může způsobit částečnou nebo úplnou ztrátu zraku, sluchové poruchy, ochrnutí mozku, poruchu sání společně s poruchou polykání, vývojové vady, autismus, kognitivní postižení, problémy s chováním. Ztráta vědomí může nastat v momentě, kdy se s dítětem natolik třese, že selže CNS a dítě může skončit v permanentním vegetativním stavu. Fyzikální vyšetření odhalí abdominální zranění i zlomeniny žeber, které jsou výsledkem silného úchopu za horní část těla během třesení dítěte. Laboratorní výsledky mohou upozornit na změnu koagulace a odhalit anémii. K chronickým projevům patří nízká úroveň vědomí, hyperaktivita, poruchy pozornosti a epilepsie, což v brzkém věku života dítěte mohlo způsobit právě zatřesení dítětem, které nebylo odhaleno (Altimier, 2008, s. 70; Fendrychová, 2012, s. 275; Sieswerda-Hoogendoorn et al., 2012, s. 417).

Křeče, které jsou způsobeny jistou nezralostí mozku a projevem podrážděnosti CNS, se mohou objevit i nenápadně, což lze uniknout pozornosti (Fendrychová a kol., 2012, s. 275).

Neurologické nálezy se vyskytují až u 70 % dětí. Po časovém odstupu tří let od úrazu mělo 96 % dětí trvalé následky. Ve většině případů se jednalo o závažnější formu. Až 60 % dětí, které byly vůbec poprvé vyšetřeny v bezvědomí, se po časovém odstupu projevila mentální retardace nebo dítě zemřelo. Čím větší a závažnější je poranění dětského mozku, tím je dítě

více ohroženo retinálním krvácením. Odhaduje se 75 % až 90 % případů, kdy je přehlédnuto jednostranné nebo oboustranné krvácení do sítnice (Fedor a kol., 2005, s. 198).

Ve Spojených státech amerických na následky třesení umírá každé čtvrté dítě na 50 000 zaznamenaných případů. U těchto postižených se 10 % až 15 % (tzn. cca 5 000 až 7 500 dětí) uzdraví, aniž by trpělo následky. Ostatní děti po zbytek života trpí trvalými následky různého charakteru, mezi které se řadí ztráta sluchu, zraku, porucha rovnováhy, mozková obrna, hypersenzitivita (Novotná, 2009, s. 19-20).

Česká republika patří k zemím s nejvyšším počtem zaznamenaných týraných dětí, které končí fatálními následky. V České republice je ročně týráno 40 000 dětí do 15 let tzn. 1 % až 2 % dětí. Na následky a následnou péči zemře až 50 dětí ročně (Fendrychová, 2006, s. 52).

Děti, které jsou obětí SBS, jsou vystaveny značné morbiditě a mortalitě, proto okamžitá lékařská pomoc může zmírnit následky třesení. Více než polovina dětí, které utrpěly SBS, trpí neurologickými a mentálními poruchami různého stupně poškození. Často takové děti potřebují celoživotní lékařskou péči (Sieswerda-Hoogendoorn et al., 2012, s. 421).

1.9 Forenzní následek

Tak jako je tomu u jiných forem týrání, právní a soudní dopady nejsou výjimkou ani u SBS. Ve většině případů chybí svědci. Pachatel, tedy rodič, se mnohdy nepřiznává k agresivnímu zatřesení dítěte. Pediatrovi, který stavoví v konečném důsledku SBS, chybí důkaz v podobě přiznání třesoucí osoby, který není lehký doložit. Sociální šetření nebo psychologická pomoc je tedy na zvážení (Doležel, 2005, s. 17).

Každý občan i PA má povinnost nahlásit trestní čin náležitěmu orgánu. Neboť ten, kdo se dopustil SBS, se dopustil trestního činu. Pokud se PA dozví o týrání, zneužívání nebo má prokazatelné odůvodnění a podezření na tento jev, je její povinností tuto skutečnost nahlásit orgánu, který se zabývá sociálně-právní ochranou dítěte (dále OSPOD). PA tuto skutečnost (nebo podezření na tuto skutečnost) může ohlásit telefonicky, e-mailem, osobně nebo písemnou korespondencí. OSPOD po přijetí oznámení prověří danou situaci a posoudí případná opatření k nápravě dítěte. Identitu oznamovatele této skutečnosti OSPOD nesmí nikomu sdělit a ani ji nelze dopátrat z archivu. Dále je PA povinna oznámit tuto skutečnost Policii České republiky. Pakliže by tak neučinila, mohla by být trestně stíhána a nést jisté postihy, jelikož by se jednalo o neohlášení trestného činu, které mimo jiné zahrnuje všechny formy fyzického týrání, což se týká jakékoliv osoby, rodiče či pečující osoby. Trestný čin je

způsoben hrubou nedbalostí. Jistou nedbalost může rodič učinit i tehdy, kdy jeho chováním může ohrozit dítě (ČESKO, 1999; ČESKO, 2009).

Při vyšetření ve zdravotnickém zařízení by se měl posoudit mechanismus poranění a také události, které předcházely vzniku komplikací. Vždy musí být na paměti i příčiny, které nebyly způsobené úrazem. Varovným signálem, který upozorňuje na možnou příčinu v chování druhé osoby, je např. opožděné vyšetření, neochota, stručnost, zmatená až podezřelá výpověď osoby, která doprovází dítě, popis události, který zcela neodpovídá poškození dítěte. Stanovení diagnózy je velmi obtížné zejména u kojenců, jelikož zranění bývají těžko rozpoznatelná. Fraktury a nitrolební poranění jsou velmi zavádějící do šesti měsíců. Zde by se mělo zbystřit, jelikož malé dítě není schopné takových pohybů, aby si případné poranění způsobilo samo. Pediatr je zodpovědný za podrobný záznam úrazu, anamnézu včetně rizikových faktorů jak u dítěte, tak u rodičů (pečovatele), důkladné fyzikální vyšetření a rozeznání podezření na diagnózu SBS. Případně dítě odesílá k dalšímu vyšetření např. k neurologovi a dále následuje ve většině případů hospitalizace. Pokud však výpověď popisující osoby o způsobu poranění dítěte neodpovídá nebo si lékař není jistý, vždy lékař uvádí tuto skutečnost do záznamu. Pediatr dále může doplnit anamnézu o fotografie, které se mohou využít v posudku znalce v pozdějším pátrání. Často se stává, že se dítě dostane do lékařské péče až v době, kdy je jeho život v ohrožení, proto záchyt těchto případů bývá až v nemocničním prostředí. Při podezření na SBS se provedou úkony, mezi které patří opět ohlášení situace OSPOD a Policii České republiky (Nováková, Zášková, 2016, s.16-18).

PA může zohlednit předchozí anamnézu s rizikovými faktory, případně projevy matky k dítěti a sociální zázemí. PA, ale i jiný zdravotnický personál, musí nahlásit potřebné informace/údaje o podezření OSPOD. Pokud je PA nebo jiný zdravotnický pracovník povinen dostavit se k soudu a svědčit, je nutnost respektovat § 368 trestního zákoníku (ČESKO, 2009) a dále je PA povinna vypovídat o faktech, která se dozvěděla v souvislosti s vykonáváním svého povolání. Spolupráce dále nastává i mezi Policií České republiky. Společně prověřují situaci v rodině, posuzují vhodné opatření, nabízí poradenskou pomoc rodičům, dále také vypovídají u soudu.

II PRŮZKUMNÁ ČÁST

2 METODIKA PRŮZKUMU

Bakalářská práce je teoreticko-průzkumná. Na teoretickou část bakalářské práce navazuje část průzkumná. Cílem průzkumné části je zjistit míru znalostí o syndromu třeseného dítěte u porodních asistentek. Bylo provedeno kvantitativní šetření pomocí anonymního dotazníku, který byl tvořen konstrukcí autorky bakalářské práce, viz Příloha D. Výhodou kvantitativního šetření je anonymita, rychlý sběr informací a následné provedení analýzy. Značná nevýhoda eventuálně spočívá v nízké návratnosti rozdaných dotazníků (Reichel, 2009, s. 121).

Úvodem dotazníku je zmíněna identita autorky, téma, účel bakalářské práce, ujištění o dobrovolnosti a anonymitě respondenta. Poté je uveden stručný návod na vyplnění dotazníku. Dotazník obsahuje celkem patnáct otázek. První část dotazníku je tvořena otázkami, které se odvíjely od stanovených cílů bakalářské práce a zjišťovaly míru znalostí o SBS. Otázky, které byly uvedeny mezi posledními, se zabývaly délkou praxe, nejvyšším dokončeným vzděláním a nynějším pracovním oddělením PA. V dotazníku byly použity otázky dichotomické, uzavřené s možností jedné či více odpovědí, polootevřené otázky a jedna otevřená otázka. Otázky číslo 2, 6, 7, 10 a 12 nabízí více správných odpovědí.

Po předchozí domluvě a následném schválení vrchní sestrou příslušného oddělení probíhal sběr dat v období od února 2018 do března 2018 v nejmenované pražské porodnici mezi PA na třech pracovištích. Staniční sestry porodnické kliniky jednotlivých pracovišť byly vyzvány o spolupráci, aby požádaly PA o vyplnění dotazníku. Dotazníkové šetření probíhalo dobrovolně a anonymně. Vyplněné dotazníky, které byly v tištěné formě, respondentky odevzdaly do předem označených desek, které byly následně dle domluvy vyzvednuty autorkou bakalářské práce. Celkový počet rozdaných dotazníků bylo třicet sedm (100 %), z toho vyplněných a zpět odevzdaných dotazníků bylo třicet tři (89 %). Jeden dotazník musel být vyřazen, jelikož jeho vyplnění bylo neúplné. Třicet dva dotazníků (86 %) bylo použito pro rozbor a interpretaci výsledků výzkumné části.

2.1 Cíl průzkumné části

Ve výzkumné části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Zjistit míru znalostí porodních asistentek o syndromu třeseného dítěte.

2.1.1 Dílčí cíl průzkumné části

Zhotovit edukační materiál pro porodní asistentky a další odbornou veřejnost o syndromu třeseného dítěte.

2.1.2 Průzkumné otázky

Z výše stanovených cílů byly stanoveny následující průzkumné otázky:

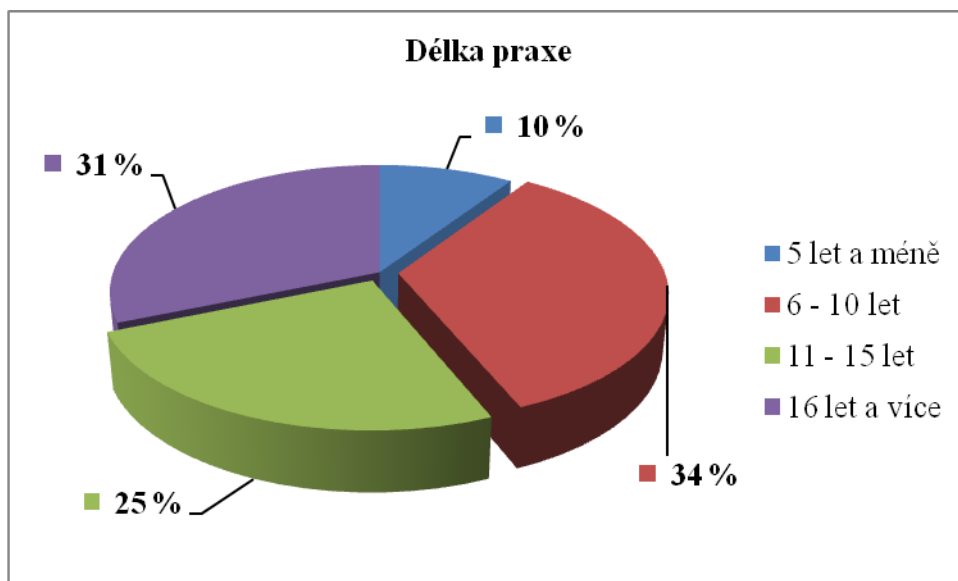
Průzkumná otázka 1: Jaká je míra znalostí porodních asistentek o syndromu třeseného dítěte?

Průzkumná otázka 2: Z jakých informačních zdrojů by chtěly získat porodní asistentky informace o problematice syndromu třeseného dítěte?

2.2 Charakteristika průzkumného vzorku

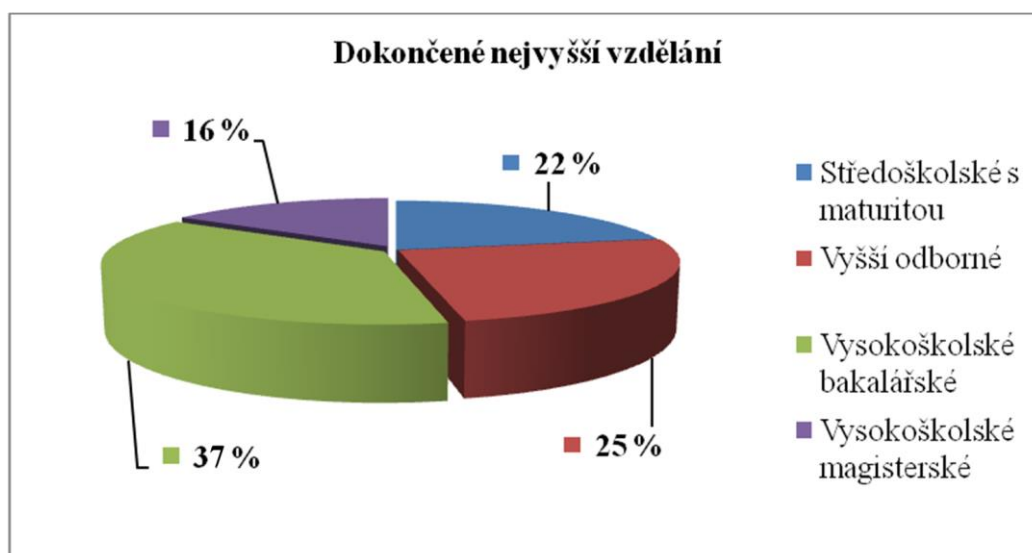
Výběrový vzorek respondentů byl záměrný. Jednalo se o PA, které pracují v nejmenované pražské porodnici. Dotazníky byly rozdány autorkou bakalářské práce po předchozí domluvě staničním sestram na třech pracovištích – oddělení šestinedělí, neonatologie a na pracovišti prenatální poradny. Vyplněné dotazníky, které byly zcela dobrovolné a anonymní byly odevzdány do předem připravených a označených desek na příslušném oddělení.

Nejvíce respondentek, které vyplnily dotazník, byly PA s více než šestiletou dosavadní praxí ve svém oboru, jednalo se o jedenáct respondentů (34 %). Deset respondentek (31 %) má více než šestnáctiletou praxi ve svém oboru. Osm respondentek (25 %) uvedlo, že jejich pracovní činnost trvá jedenáct nebo více než jedenáct let. Nejméně zastoupená odpověď byla třemi respondenty (10 %), kteří uvedli, že jejich dosavadní praxe je rovna nebo menší pěti let (viz Obrázek 1).



Obrázek 1 Délka praxe

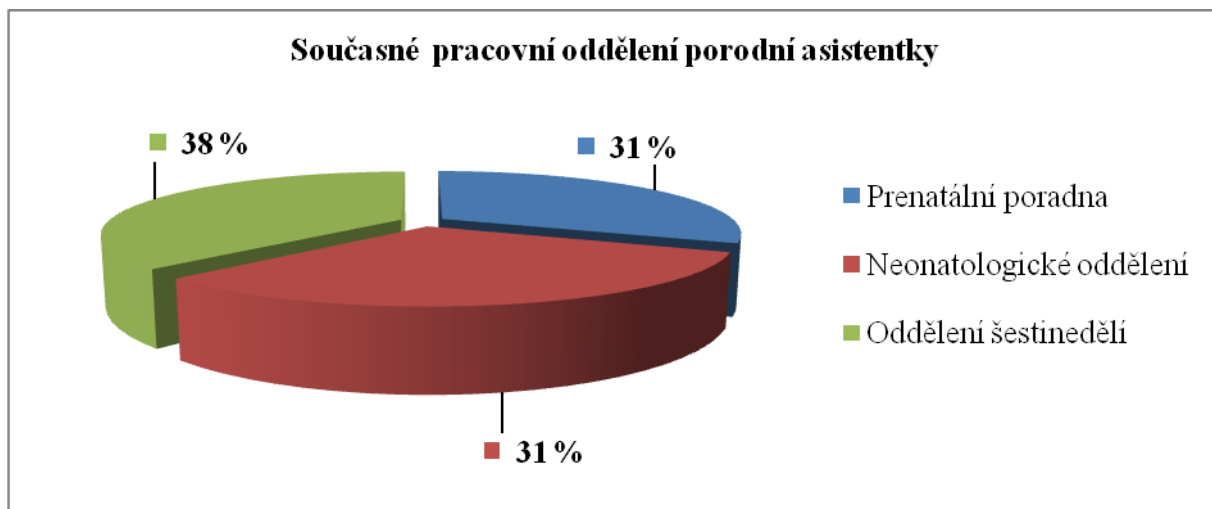
Dvanáct respondentek (37 %) z celkových třiceti dvou uvedlo, že jejich nejvyšší dokončené vzdělání je vysokoškolské bakalářské. Osm respondentek (25 %) má dokončené vyšší odborné vzdělání. Sedm respondentek (22 %) má středoškolské vzdělání s maturitou. Pět dotazovaných respondentů (16 %) má dokončené magisterské vysokoškolské vzdělání (viz Obrázek 2).



Obrázek 2 Dokončené nejvyšší vzdělání

Otázka číslo patnáct v dotazníku byla otevřenou odpovědí. PA vypisovaly do označené kolonky oddělení, na kterém v současné době pracují. Na obrázku číslo tři jsou zobrazena tři pracoviště, která PA popsaly, jako jejich současné pracovní oddělení. Z grafu je patrné, že největší zastoupení je dvanácti respondentkami (38 %) pracujícími na oddělení šestinedělí.

Deset respondentek (31 %) pracuje v prenatální poradně a tentýž počet uvedl jako své pracoviště i oddělení neonatologie (viz Obrázek 3).



Obrázek 3 Současné pracovní oddělení porodní asistentky

2.3 Metoda zpracování dat

Program Microsoft Office Word 2016 byl použit pro psaní textu bakalářské práce. K vyhodnocení a vytvoření grafů a tabulek byl použit program Microsoft Office Excel 2016.

Vyhodnocená data byla rozpracována pomocí absolutní a relativní četnosti. Absolutní četnost (n_i) zahrnovala počet odpovědí respondentů, kteří odpověděli na danou otázku. Rozsah souboru (n) zahrnoval celkový počet respondentů, který byl použit pro rozbor výzkumné části. Relativní četnost (f_i) značí v procentech podíl mezi absolutní četností a rozsahem souboru. Vzorec pro výpočet relativní četnosti (f_i) je následující: $f_i (\%) = (n_i/n) * 100$. V otázkách, kde měli respondenti možnost zvolit více odpovědí byl použit následující vzorec pro výpočet relativní četnosti vícečetných odpovědí. Absolutní četnost (n_o) zahrnovala možnost odpovědí, kolikrát byla celkem použita. Celkový počet všech odpovědí (n). Relativní četnost (f_o) značí podíl mezi absolutní četností a celkovým počtem odpovědí. Pro výpočet relativní četnosti (f_o) byl vzorec následující: $f_o (\%) = (n_o/n) * 100$ (Chrásková, 2016, s. 34).

Na základě stanovených výzkumných otázek viz výše, které zjišťují míru znalostí respondentů o problematice SBS (otázky v dotazníku č. 2, 3, 4, 5, 6 a 7), byla stanovena kritéria hodnocení, která vyhodnocují výsledná data.

Celkem mohla každá respondentka získat 12 bodů. Na základě výše zmíněné první výzkumné otázky bylo zvoleno následující kritérium vyhodnocení. K otázce č. 3, 4 a 5 byl připočten

za správnou odpověď jeden bod, jelikož otázka měla pouze jednu správnou odpověď. Otázky č. 2, 6 a 7 měly více než jednu správnou odpověď. Pro její vyhodnocení bylo zvoleno následující hodnocení s přiřazením bodů (viz Tabulka 1, 2 a 3).

Druhá otázka v dotazníku měla dvě správné odpovědi z nabízejících čtyř odpovědí a bylo zvoleno kritérium pro přidělení bodů (viz Tabulka 1).

Tabulka 1 Kritéria pro hodnocení bodů u otázky č. 2

Body	Kritéria pro hodnocení bodů u otázky č. 2
2	Označeny dvě pouze správné odpovědi
1	Označena alespoň jedna pouze správná odpověď
0	Označena nesprávná odpověď

Šestá otázka v dotazníku měla čtyři správné odpovědi z celkově nabízejících šesti odpovědí. Bylo zvoleno kritérium pro přidělení bodů (viz Tabulka 2).

Tabulka 2 Kritéria pro hodnocení bodů u otázky č. 6

Body	Kritéria pro hodnocení bodů u otázky č. 6
4	Označeny čtyři pouze správné odpovědi
3	Označeny tři správné odpovědi + některá nesprávná odpověď
1	Označeny dvě nebo jedna správná odpověď + některá nesprávná odpověď
0	Neoznačena žádná správná odpověď

Sedmá otázka v dotazníku měla tři správné odpovědi z celkově nabízejících pěti odpovědí. Bylo zvoleno kritérium pro přidělení bodů (viz Tabulka 3).

Tabulka 3 Kritéria pro hodnocení bodů u otázky č. 7

Body	Kritéria pro hodnocení bodů u otázky č. 7
3	Označeny tři pouze správné odpovědi
2	Označeny dvě správné odpovědi + některá nesprávná odpověď
1	Označena jedna správná odpověď + některá nesprávná odpověď
0	Neoznačena žádná správná odpověď

Za velmi dobrou míru znalostí byla stanovena relativní četnost při dosažení 85 % až 100 % správných odpovědí. Dobrou míru znalostí získají respondentky, které při relativní četnosti

správných odpovědí dosahovaly 70 % až 84 %. Za uspokojivou míru znalostí budou považovány správné odpovědi při relativní četnosti 55 % až 69 %. Za méně uspokojivou míru znalostí budou považovány správné odpovědi při relativní četnosti 30 % až 54 %. Nedostatečnou míru znalostí bude vykazovat relativní četnost při dosažení 0 % až 29 % správných odpovědí (viz Tabulka 4).

Tabulka 4 Hodnocení míry znalostí respondentek

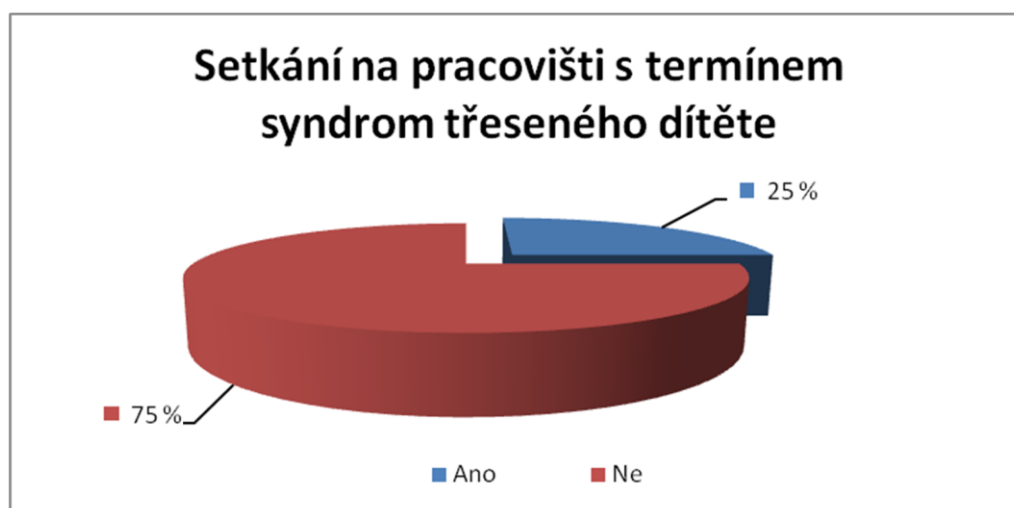
Hodnocení míry znalostí	Relativní četnost správných odpovědí
Velmi dobré	85 - 100 %
Dobré	70 - 84 %
Uspokojivé	55 - 69 %
Méně uspokojivé	30 - 54 %
Nedostatečné	0 - 29 %

2.4 Rozbor a interpretace výsledků

V této kapitole jsou pomocí grafů (prostorový výsečový) zpracovány a zobrazeny výsledky kvantitativního šetření. Každá otázka je následně podána v přesném znění a tučným označením správné jedné nebo více správných odpovědí.

Otázka č. 1: Setkala jste se na svém pracovišti s termínem syndrom třeseného dítěte?

- a. Ano
- b. Ne

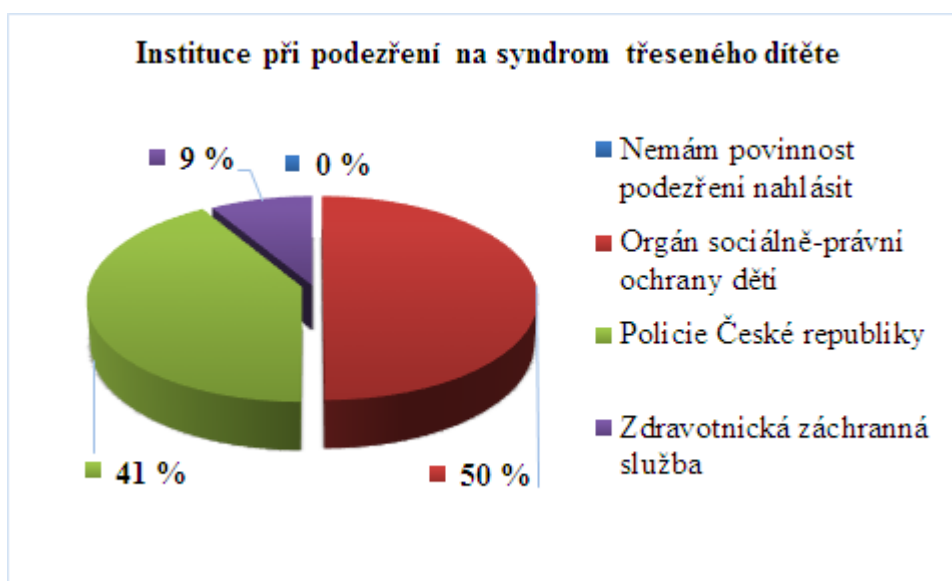


Obrázek 4 Setkání na pracovišti s termínem SBS

První otázka v dotazníku zjišťovala, zda se respondentky na svém pracovišti doposud setkaly s termínem SBS. Z grafu je značně viditelné, že více než polovina dotazovaných respondentů se doposud s termínem na svém pracovišti neseťkala. Dvacet čtyři respondentek (75 %) odpovědělo záporně a doposud se s termínem na svém pracovišti neseťkalo. Je to velkou chybou a myslím, že by se každá porodní asistentka měla na svém pracovišti seznámit s termínem SBS a jeho nebezpečím pro dítě. Osm respondentek (25 %) se s termínem na svém pracovišti seťkalo a zřejmě má o této problematice určité znalosti (viz Obrázek 4).

Otázka č. 2: Na jakou instituci byste se obrátila v případě podezření na syndrom třeseného dítěte? (možnost více odpovědí)

- a. Nemám povinnost podezření nahlásit
- b. **Orgán sociálně-právní ochrany dětí**
- c. **Policie České republiky**
- d. Zdravotnická záchranná služba

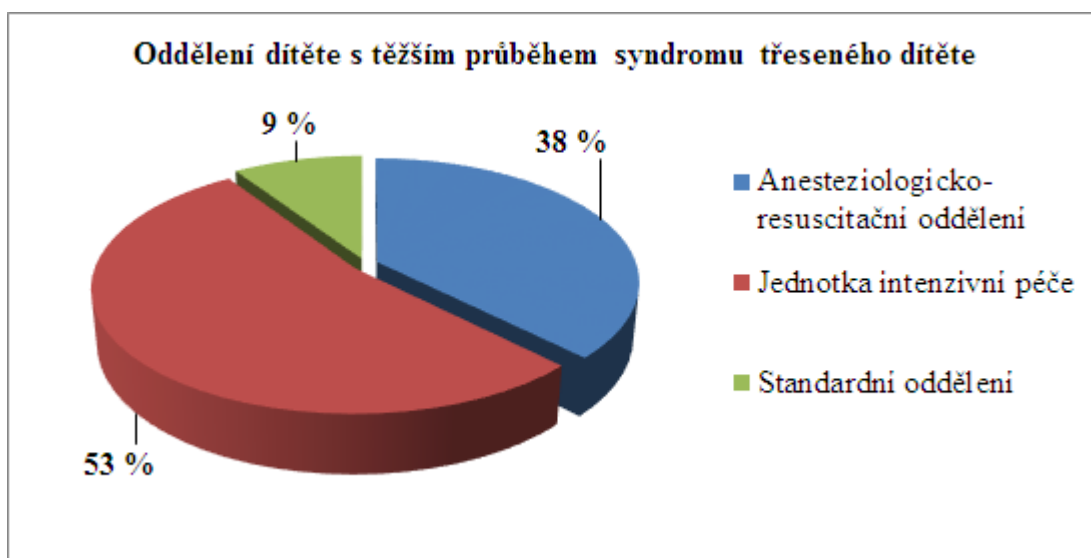


Obrázek 5 Instituce při podezření na SBS

Otázka číslo dvě zjišťovala, zda PA vědí, na jakou instituci by se obrátily v případě podezření na SBS. Je třeba zmínit, že je nutností každé porodní asistentky tuto negativní situaci předat dále k řešení. Z grafu je zřejmé, že žádná z respondentek nevedla, že nemá povinnost podezření SBS nahlásit. Správnou odpovědí byla Policie České republiky a Orgán sociálně-právní ochrany dětí. Celkový počet zakroužkovaných odpovědí byl 46 (100 %). Značná většina, a to dvacet tři respondentů (50 %) zvolila Orgán sociálně-právní ochrany dětí. Devatenáct respondentů (41 %) zvolilo Policii České republiky. Dotazníkové šetření probíhalo na pracovišti nemocnice a bylo by tedy velkou chybou, kdyby se ve zdravotnickém zařízení při podezření na SBS volala Zdravotnická záchranná služba, kterou zvolily čtyři respondentky (9 %), a tudíž jejich odpověď byla nesprávná (viz Obrázek 5).

Otázka č. 3: Na jaké oddělení by mělo být přijato dítě s těžším průběhem syndromu třeseného dítěte?

- a. Anesteziologicko-resuscitační oddělení
- b. **Jednotka intenzivní péče**
- c. Standardní oddělení

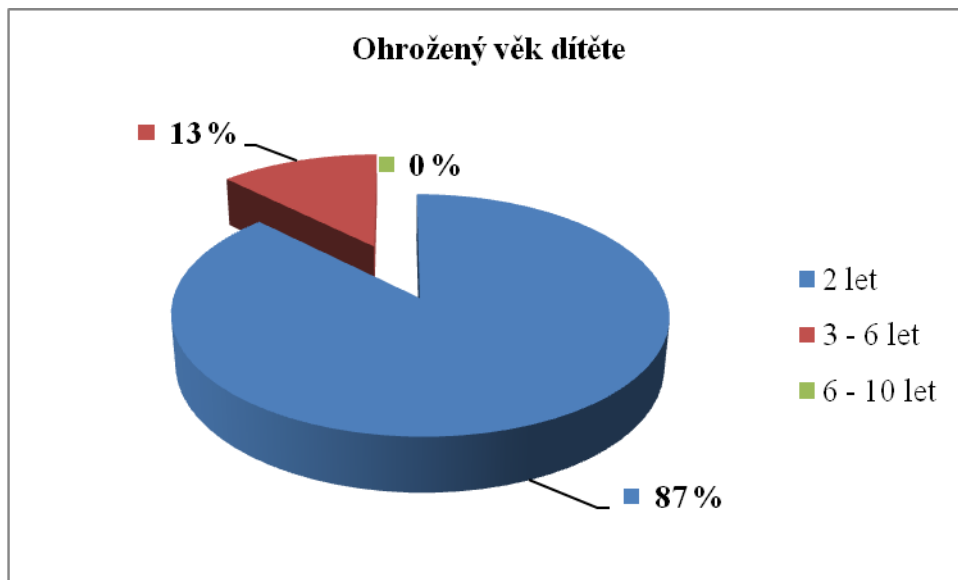


Obrázek 6 Oddělení dítěte s těžším průběhem SBS

Otázka číslo tři zjišťovala, zda respondentky vědí, na které oddělení by mělo být hospitalizováno dítě, u kterého se projeví těžší průběh SBS. Správnou odpovědí bylo oddělení jednotky intenzivní péče. Správně odpovědělo sedmnáct respondentů (53 %). Dvanáct respondentů (38 %) zvolilo odpověď pro anesteziologicko-resuscitační oddělení. Je velmi šokující, že tři respondentky (9 %) uvedly, že dítě s těžším průběhem SBS by bylo přijato na standardní oddělení (viz Obrázek 6).

Otázka č. 4: Syndromem třeseného dítěte jsou nejvíce ohroženy děti do věku:

- a. 2 let
- b. 3 - 6 let
- c. 6 - 10 let

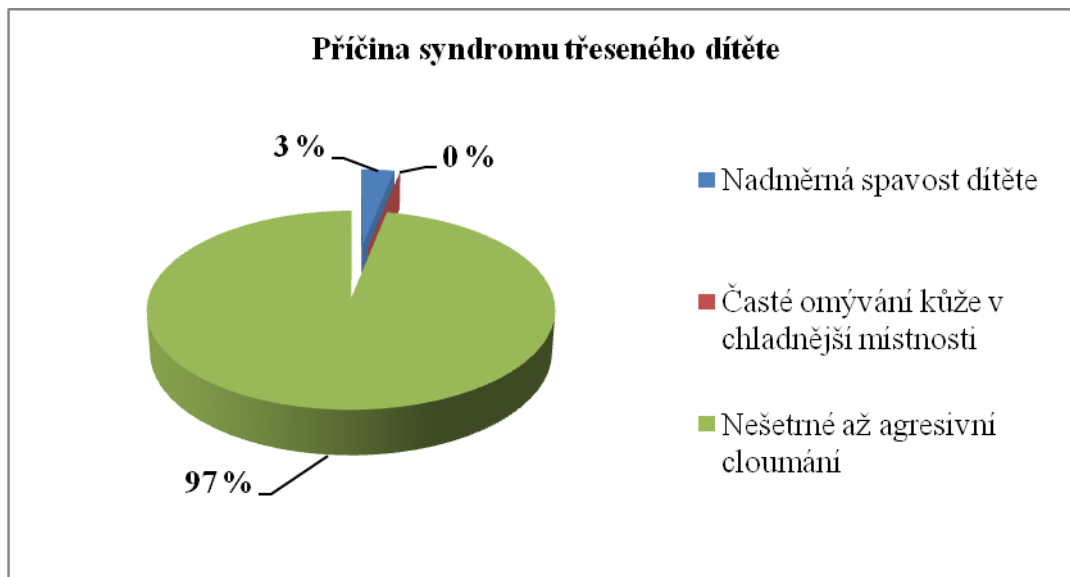


Obrázek 7 Ohrožený věk dítěte

Otázka číslo čtyři zjišťovala, zda respondenti vědí, kdy je dítěte nejvíce ohroženo SBS. Respondentky měly na výběr ze tří možných odpovědí. Správná odpověď byla pouze jedna, a to věk dítěte do dvou let. Na tuto otázku správně odpovědělo dvacet osm respondentů (87 %). Tedy více než polovina respondentů správně dokázala uvést věk u dítěte, ve kterém nejčastěji k SBS dochází. Čtyři respondentky (13 %) označily odpověď mezi třetím až šestým věkem dítěte. Dle literatury se ale nejedná o nejčastější věk, kdy je dítě SBS postiženo. Nikdo z respondentů neoznačil odpověď mezi šestým až desátým věkem, což by se jednalo o odpověď nesprávnou. Z grafu je tedy patrné, že téměř všechny respondentky mají povědomí o nejrizikovější skupině věku dítěte, u kterých je výskyt SBS nejvyšší (viz Obrázek 7).

Otázka č. 5: Zakroužkujte prosím příčinu syndromu třeseného dítěte:

- a. Nadměrná spavost dítěte
- b. Časté omývání kůže v chladnější místnosti
- c. Nešetrné až agresivní cloumání

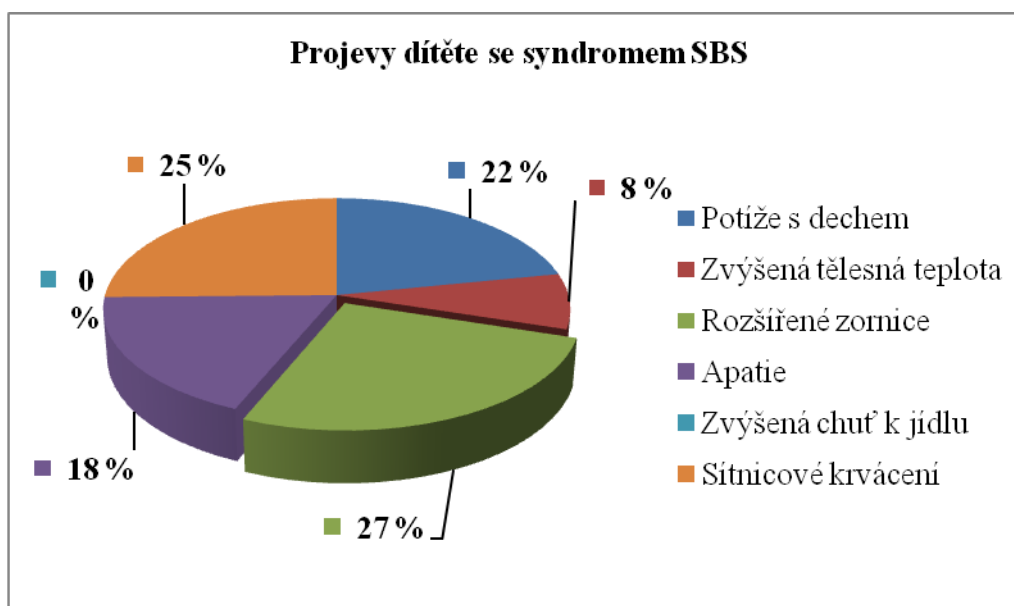


Obrázek 8 Příčina SBS

Otázka číslo pět odhaluje, zda respondentky vědí, co způsobuje SBS. Z celkového počtu třiceti dvou dotazovaných správně odpovědělo třicet jedna respondentů (97 %) – příčinou SBS je nešetrné až agresivní cloumání dítěte. Překvapivou odpověď napsala jedna respondentka (3 %), která se domnívá, že příčinou SBS je nadměrná spavost dítěte, což je odpovědí nesprávnou. Je velmi zavádějící, že respondentka, která zakroužkovala zcela zcestnou odpověď, je vystudovaná PA a zřejmě se domnívá, že by k syndromu docházelo během spánku dítěte, kdy je dítě v klidové fázi a bez viníka druhé osoby. Žádná respondentka neuvedla časté omývání kůže v chladnější místnosti, což by bylo odpovědí taktéž nesprávnou. Z grafu je tedy povědomí PA o příčině je velmi dobrá (viz Obrázek 8).

Otázka č. 6: Jak se projevuje dítě postižené syndromem třeseného dítěte? (možnost více odpovědí)

- a. **Potíže s dechem**
- b. Zvýšená tělesná teplota
- c. **Rozšířené zornice**
- d. **Apatie**
- e. Zvýšená chuť k jídlu
- f. **Sítnicové krvácení**



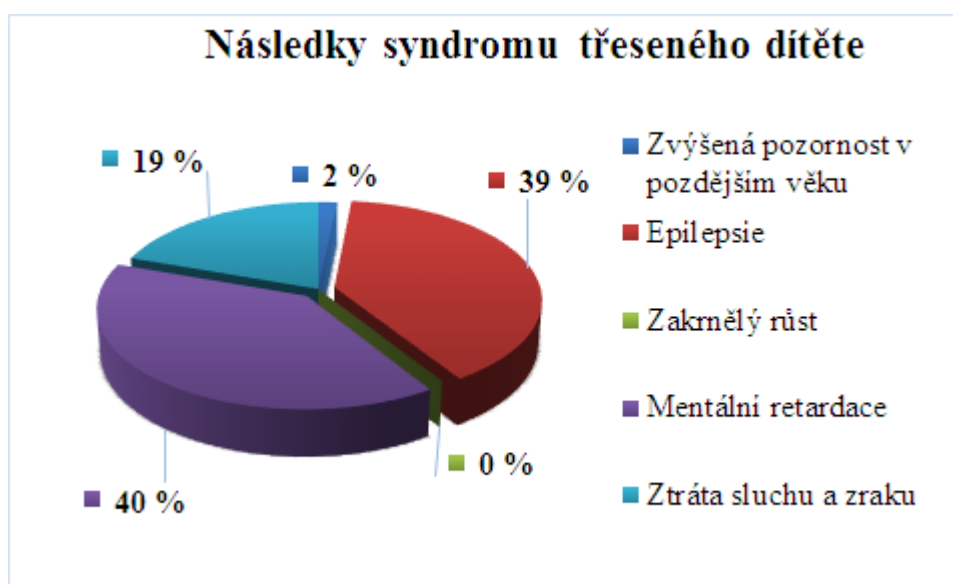
Obrázek 9 Projevy dítěte se syndromem SBS

Otázka číslo šest zjišťovala, zda respondentky umí rozpoznat projev dítěte, které trpí SBS. Tato otázka nabízí více možných správných odpovědí. Celkový počet odpovědí respondentů na tuto otázku byl 87 (100 %). Správnou odpovědí byly dechové potíže, rozšířené zornice, apatie dítěte a sítnicové krvácení. Nejvíce byla zaspoupena odpověď rozšířené zornice, která byla odpovědí správnou a odpovědělo na ni dvacet tři respondentů (27 %). Hned za touto odpovědí byla správnou odpovědí sítnicové krvácení, na kterou odpovědělo správně dvacet dva respondentů (25 %). Devatenáct respondentů (22 %) správně odpovědělo na odpověď potíže s dechem a poslední správnou odpovědí byla apatie dítěte na kterou odpovědělo šestnáct respondentů (18 %). Nespávné odpovědi byly dvě, a to zvýšená chuť k jídlu (takto neodpověděla žádná respondentka) a zvýšená tělesná teplota, na kterou odpovědělo sedm

respondentek (8 %). Z grafu je patrné, že respondenty mají určité povědomí, jakým způsobem se projevuje dítě s SBS (viz Obrázek 9).

Otázka č. 7: Jaké jsou následky syndromu třeseného dítěte? (možnost více odpovědí)

- a. Zvýšená pozornost v pozdějším věku
- b. **Epilepsie**
- c. Zakrnělý růst
- d. **Mentální retardace**
- e. **Ztráta zraku a sluchu**

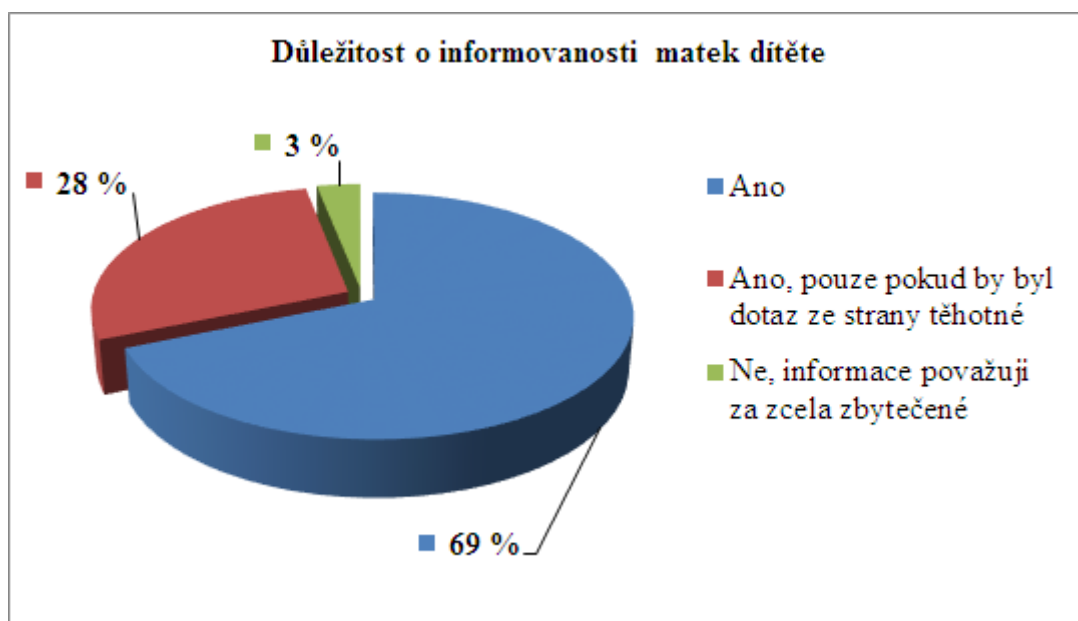


Obrázek 10 Následky SBS

Otázka číslo sedm měla na výběr více správných odpovědí. Úkolem bylo odhalit, zda respondentky vědí, jaké následky může mít syndrom třeseného dítěte. Správnou možností byla epilepsie, mentální retardace a ztráta sluchu. Celkem bylo uvedeno 58 odpovědí respondentek (100 %). Epilepsii z celkového počtu třicet dva dotazovaných respondentek zvolilo správně dvacet tři respondentů (39 %), Mentální retardaci zvolilo dvacet tři respondentů (40 %). Další správnou odpovědí byla ztráta sluchu a zraku. Odpověď zvolilo jedenáct respondentek (19 %). Nesprávnou odpovědí byla zvýšená pozornost a zakrnělý růst. Nesprávnou odpověď zvolila jedna respondentka (2 %), která se domnívá, že jako následek SBS by mohla být zvýšená pozornost v pozdějším věku dítěte. Z grafu je zřejmé, že určitý počet respondentů má povědomí o následcích po proběhlém SBS (viz Obrázek 10).

Otázka č. 9: Považujete za důležité, aby budoucí matky miminka byly informované o syndromu třeseného dítěte?

- a. Ano (přejděte na otázku číslo 10)
- b. Ano, pouze pokud by byl dotaz ze strany těhotné (přejděte na otázku číslo 11)
- c. Ne, informace považují za zcela zbytečné (přejděte na otázku číslo 11)

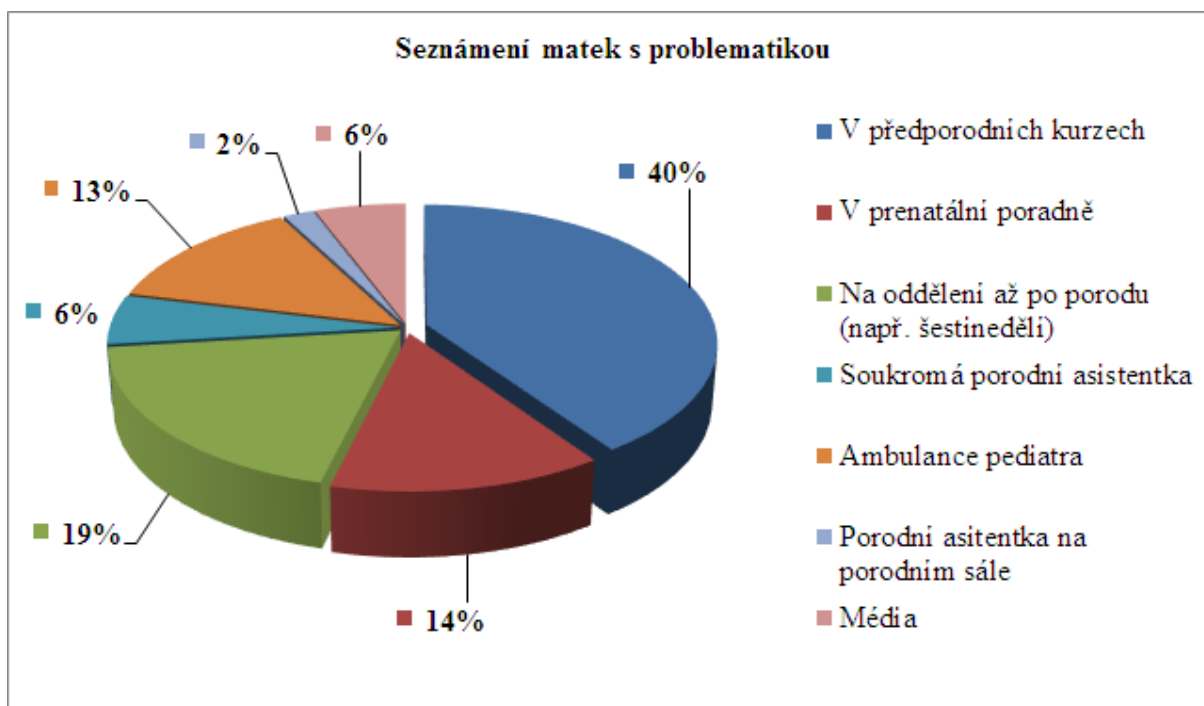


Obrázek 11 Důležitost o informovanosti matek dítěte

Otázka devátá se v dotazníku zabývala tím, zda považují respondentky za důležité, aby budoucí matky miminek byly informované o SBS. Dvacet dva respondentek (69 %) odpovědělo kladně. Devět respondentek (28 %) odpovědělo taktéž kladně, ale pouze pokud by byl dotaz ze strany těhotné ženy. Tuto odpověď hodnotím kriticky, jelikož značný počet budoucích matek, ale i značná část populace nemá povědomí o SBS a jeho nebezpečí. Pouze jedna respondentka (3 %) považuje informace o SBS za zcela zbytečné. Rovněž tuto odpověď hodnotím velmi negativně, jelikož by každá budoucí matka měla mít jisté povědomí, jak správně manipulovat s dítětem, tak i o nebezpečí nesprávné manipulace, mezi které se řadí i problematika SBS (Obrázek viz 11).

Otázka č. 10: Kde by se měly s problematikou seznámit? (možnost více odpovědí)

- a. V předporodních kurzech
- b. V prenatální poradně
- c. Na oddělení šestinedělí (např. šestinedělí)
- d. Jinde, napište prosím: _____



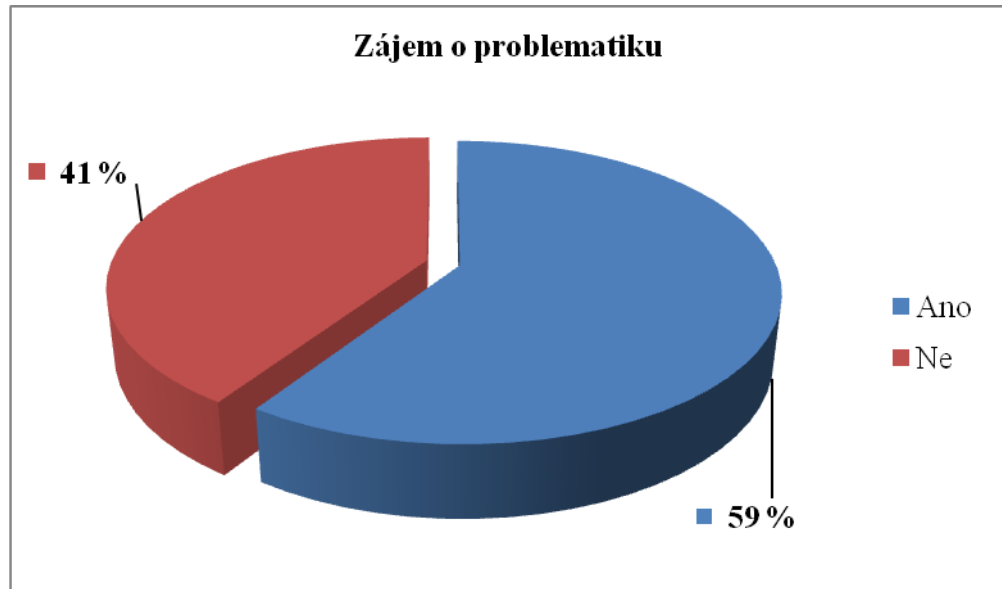
Obrázek 12 Seznámení matek s problematikou SBS

Na otázku číslo deset odpovídaly pouze respondentky, které považují za důležité, aby budoucí matky miminek byly informované o SBS. Na výběr měly ze čtyř odpovědí. Poslední odpověď byla položena tak, aby respondentky dopsaly svoji vlastní odpověď. Některé respondentky odpověděly, že by se těhotné ženy měly s problematikou seznámit na více přístupných místech. Dvacet jedna respondentek (40 %) si myslí, že by se těhotné ženy s danou problematikou měly seznámit na předporodních kurzech, kde by se tato problematika měla zařadit do jednotlivých lekcí výuky kurzu. Tento výsledek hodnotím velmi kladně, jelikož za nejdůležitější prevenci SBS se považuje získání jistých znalostí o problematice ještě před narozením potomka. Sedm respondentek (14 %) si myslí, že by se s problematikou měly seznámit v prenatální poradně. Tento výsledek hodnotím opět kladně, protože se jedná opět o primární prevenci dříve. Deset respondentek (19 %) by seznámilo ženu o dané problematice až po porodu na oddělení šestinedělí. Pokud by byla při vysvětlování a praktické ukázce

jednotlivých úkonů manipulace děťátkem zařazena i jistá zmínka o SBS, bylo by to taktéž v pořádku. Dvanáct respondentek (37 %) uvedlo vlastní odpověď, a to následovně: sedm respondentek (13 %) uvedlo seznámení s problematikou v ambulanci svého zvoleného pediatra, což by mohlo být pozdě. Tři respondenty (6 %) uvedly, že by nastávající matky měla informovat jejich soukromá PA. Tato odpověď mě mile překvapila. Jedna respondentka (2 %) uvedla, že by se matka dítěte měla informovat již na porodním sále. Tři respondenty (6 %) uvedly, že by se měly nastávající matky dozvědět o problematice SBS z médií. Je třeba, aby pečující osoba získala odborné znalosti od kvalifikovaného pracovníka. Z grafu je zřejmé, že značný počet respondentů by zařadilo odborné seznámení s problematikou SBS již do prenatální poradny (viz Obrázek 12).

Otázka č. 11: Zajímá Vás problematika syndromu třeseného dítěte?

- a. Ano
- b. Ne

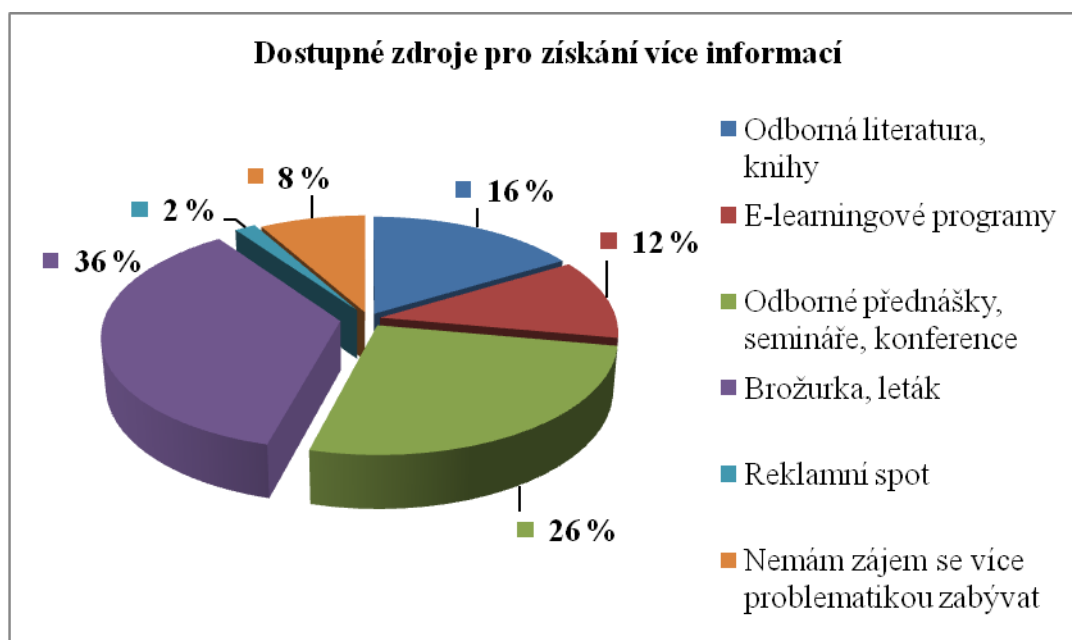


Obrázek 13 Zájem o problematiku SBS

Jedenáctá otázka v dotazníku zjišťovala, zda PA zajímá problematika týkající se SBS. Z grafu je patrné, že značná polovina má zájem se problematikou zabývat více. Devatenáct respondentek (59 %), tedy více než polovina, odpověděla kladně. Třináct respondentek (41 %) odpovědělo záporně (viz Obrázek 13).

Otázka č. 12: Z jakých zdrojů byste si přála získat více informací o problematice syndromu třeseného dítěte? (možnost více odpovědí)

- a. Odborná literatura, knihy
- b. E-learningové programy
- c. Odborné přednášky, semináře, konference
- d. Brožurka, leták
- e. Jinak, napište prosím: _____
- f. Nemám zájem se více problematikou zabývat



Obrázek 14 Dostupné zdroje pro získání více informací

Dvanáctá otázka zjišťuje, z jakých informačních zdrojů by si přály respondentky, aby se o problematice SBS dozvěděly více informací. Nejvyšší počet respondentů, celkem dvacet dva (37 %) jich uvedlo, že by informace chtěli získat prostřednictvím brožurky či letáku. Šestnáct porodních asistentek (26 %) by se rádo dozvědělo více informací prostřednictvím odborných přednášek, seminářů či konferencí. Deset porodních asistentek (16 %) by rádo získalo více informací o problematice z odborné literatury nebo knihy. Sedm respondentek (12 %) by uvítalo více informací prostřednictvím e-learningových programů. Jedna respondentka (2 %) uvedla ve své volné a jediné odpovědi, jako zdroj informací reklamní spot. Pět respondentek (8 %) bohužel nemá zájem se více problematikou zabývat (viz Obrázek 14).

3 DISKUZE

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit míru znalostí SBS u porodních asistentek. Tato kapitola se zabývá diskuzí o stanovených výzkumných otázkách a o výsledcích, které byly získány formou dotazníkového šetření. Získaná data byla interpretována popisnou statistikou, viz výše. Vyhodnocené výsledky se vztahují k výzkumnému souboru třiceti dvou respondentů (100 %), kteří vyplnili dotazník. Data dotazníkového šetření slouží ke stanovení míry znalostí o syndromu třeseného dítěte u porodních asistentek.

Průzkumná otázka č. 1: Jaká je míra znalostí porodních asistentek o syndromu třeseného dítěte?

Výše uvedená první průzkumná otázka se zaměřovala v dotazníku na otázky č. 2 (*Na jakou instituci byste se obrátila v případě podezření na syndrom třeseného dítěte?*), č. 3 (*Na jaké oddělení by mělo být přijato dítě s těžším průběhem syndromu třeseného dítěte?*), č. 4 (*Syndromem třeseného dítěte jsou nejvíce ohroženy děti do věku?*), č. 5 (*Zakroužkujte prosím příčinu syndromu třeseného dítěte*), č. 6 (*Jak se projevuje dítě postižené syndromem třeseného dítěte?*), č. 7 (*Jaké jsou následky syndromu třeseného dítěte?*), a otázka č. 8 (*Na škále od jedné do pěti vyznačte, v jaké míře hodnotíte své znalosti*).

Přiřazení bodů u jednotlivých otázek bylo popsáno výše. Maximum bodů, které mohla jednotlivá respondentka získat, bylo dvanáct. Maximum bodů však nedosáhla žádná respondentka. Jedenáct bodů získala jedna respondentka (3 %). Pět respondentek (16 %) získalo deset bodů a stejně tomu bylo u získaných devíti a osmi bodů. Čtyři respondentky (12 %) získaly bodů sedm. Osm respondentek (25 %) získalo šest bodů. Pět bodů získaly dvě respondentky (6 %). Jedna respondentka (3 %) získala čtyři body a stejně tomu tak bylo u získaných bodů tří. Výsledky dosažených bodů jsou zobrazeny následně (viz Tabulka 5).

Tabulka 5 Počet dosažených bodů jednotlivých respondentů u otázky č. 2, 3, 4, 5, 6 a 7

Počet dosažených bodů	n_i	f_i (%)
11 bodů	1	3
10 bodů	5	16
9 bodů	5	16
8 bodů	5	16
7 bodů	4	12
6 bodů	8	25
5 bodů	2	6
4 body	1	3
3 body	1	3
Celkem	32	100

Níže (viz Tabulka 6) je uvedeno vyhodnocení bodů všech respondentek s přiřazenou mírou znalostí dle kritérií, která byla popsána výše (viz Tabulka 4). Respondentky prokázaly rozsah mezi méně uspokojivou, uspokojivou, a velmi dobrou mírou znalostí.

Tabulka 6 Vyhodnocení bodů a míry znalostí všech respondentů u otázky č. 2, 3, 4, 5, 6 a 7

Otázka	Maximum bodů	Získané body	Vyhodnocení bodů	Vyhodnocení znalostí
Č. 2	64	37	57, 81 %	Uspokojivé znalosti
Č. 3	32	17	53, 13 %	Méně uspokojivé znalosti
Č. 4	32	28	87, 50 %	Velmi dobré znalosti
Č. 5	32	31	96, 88 %	Velmi dobré znalosti
Č. 6	128	69	53, 91 %	Méně uspokojivé znalosti
Č. 7	96	60	62, 50 %	Uspokojivé znalosti
Celkem	384	242	63,02 %	Uspokojivé znalosti

Dle mého názoru mají PA o problematice SBS velmi malé znalosti. Je na zvážení, zda je to právě tím, že problematika není příliš známá, viditelná a existuje velmi málo příležitostí, jak se s tímto termínem i problematikou setkat. Značná část respondentek sice odpověděla kladně na otázky v dotazníku, ale hlubší znalosti o problematice nemají. Diplomová práce Draxlerové (2010) na téma „Problematika a prevence syndromu třeseného dítěte z retrospektivního pohledu sestry“ se zabývala problematikou prevence SBS z retrospektivního pohledu sester, které pracují na oddělení ambulance pediatrií, gynekologické ambulance, novorozeneckém a dětském oddělení a PA vedoucích předporodní kurzy. Jejimi respondentkami se staly sestry pracující na oddělení, viz výše, a pečující osoby (rodiče) dítěte. Část průzkumného šetření, která byla určena pro sestry obsahovala 30 otázek.

Draxlerová (2010) ve svém průzkumu pro sestry rozdala 220 dotazníků. Návratnost činila 184 správně vyplněných dotazníků. Návratnost dotazníků činila 83,6 %. Druhá část průzkumu byla určena pro pečující osoby dětí. Díky průzkumnému souboru zaměřeném na sestry bylo patrné, že znalosti o syndrom SBS u třeseného dítěte jsou velmi nízké.

Druhá otázka v dotazníku zjišťovala, zda respondentky vědí, na jakou instituci by se obrátily v případě podezření na syndrom třeseného dítěte. Správnou odpovědí byla Policie České a Orgán sociálně-právní ochrany republiky. Nutno také zmínit, že je povinnost každého občana toto podezření nahlásit (ČESKO, 2009). Nejvíce zastoupenou odpovědí byl v 50 % Orgán sociálně-právní ochrany dětí a ve 41 % byla zvolila Policie České republiky. Znalost porodních asistentek, která se v tomto případě zaměřuje na instituce hodnotím uspokojivě (viz Tabulka 6).

Třetí otázka v dotazníku zjišťovala, zda respondentky znají oddělení, kde by mělo být hospitalizováno dítě, u kterého se projeví těžší průběh syndromu třeseného dítěte. Správně odpovědělo 53 % respondentů. Dítě s těžším průběhem SBS se hospitalizuje na jednotku intenzivní péče (Fendrychová, 2009, s. 99). 38 % respondentů zvolilo odpověď pro anesteziologicko-resuscitační oddělení. Překvapivou odpovědí v 9 % bylo uvedeno, že dítě s těžším průběhem syndromu třeseného dítěte by bylo přijato na standardní oddělení. Znalost porodních asistentek, která se zaměřuje na oddělení dítěte s těžším průběhem SBS hodnotím méně uspokojivě (viz Tabulka 6).

Čtvrtá otázka v dotazníku zjišťovala, zda respondentky znají věk dítěte, který je SBS ohrožen nejvíce. Na otázku správně odpovědělo 87 % respondentů. Tedy více než polovina respondentů správně dokázala uvést věk. Znalost porodních asistentek, která se zaměřuje na znalost věku, kdy je dítě ohroženo nejvíce SBS, hodnotím znalosti jako velmi dobré (viz Tabulka 6). Dvořáková (2015) ve své bakalářské práci na téma „Syndrom třeseného dítěte“ uvádí domněnku, že správný věk nebude znát až 60 % respondentů. Tato domněnka byla falzifikována – správnou odpověď uvedlo 79 % dotazovaných respondentů. Značná shoda je v potvrzení u více než poloviny respondentů ve znalosti na otázku, týkající se věku.

Pátá otázka zjišťovala v dotazníku, zda respondentky znají příčinu SBS. Správnou odpověď zvolilo 97 % respondentů – příčinou SBS je nešetrné až agresivní cloumání dítěte. Překvapivě odpověděla jedna respondentka, která se domnívá, že příčinou syndromu třeseného dítěte je nadměrná spavost dítěte, která je odpovědí nesprávnou. Je pro mě zavádějící až šokující, že respondentka, která zakroužkovala zcela zcestnou a chybnou odpověď, je vystudovaná PA

a se domnívá, že by k SBS docházelo během spánku dítěte, kdy je dítě v klidové fázi, a ještě k tomu samotné. Znalost porodních asistentek o příčině hodnotím dle kritérií jako velmi dobré znalosti (viz Tabulka 6). Dvořáková (2015) ve své bakalářské práci uvádí, že 43 % respondentů zná příčinu SBS, avšak 57 % dotazovaných příčinu neznalo. Jisté neshody vidím ve formulaci odpovědi na otázku. Ve své bakalářské práci jsem možnosti příčin SBS rozepsala, Dvořáková (2015) do svých výběrových možností zvolila na výběr, zda respondenti pouze buď znají či neznají SBS.

Šestá otázka zjišťovala v dotazníku, zda respondentky umí rozpoznat projev dítěte, které trpí SBS. Správnou odpovědí byly dechové potíže, rozšířené zornice, apatie dítěte a sítinové krvácení (Lopes, Eisenstein, Williams 2013; Sieswerda-Hoogendoorn et al., 2012, s. 417; Fenrychová a kol., 2009, s. 99). Nejvíce byla zastoupena odpověď rozšířené zornice, která byla odpovědí správnou a odpovědělo na ni 27 % respondentů. Hned za touto odpovědí bylo správnou odpovědí sítinové krvácení, na kterou odpovědělo správně 25 % respondentů. 22 % správně odpovědělo na odpověď potíže s dechem a poslední správnou odpovědí byla apatie dítěte, na kterou odpovědělo 18 % respondentů. Rozpoznání projevů u dítěte, které trpí SBS hodnotím u PA jako méně uspokojivé znalosti (viz Tabulka 6).

Sedmá otázka zjišťovala v dotazníku, zda respondentky umí rozpoznat možné následky SBS. Správnou možností byla epilepsie, mentální retardace a ztráta sluchu (Fedor a kol., 2005, s. 198; Novotná, 2010, s. 19-20; Sieswerda-Hoogendoorn et al., 2012, s. 417). Epilepsii a mentální retardaci zvolilo 39 % respondentů, 20 % respondentů správně zvolilo ztrátu sluchu a zraku. Následky dítěte, které utrpěly SBS, hodnotím u PA uspokojivé znalosti (viz Tabulka 6).

U otázky číslo osm měly respondentky uvedenou škálu hodnocení s čísly od 1 do 5 a měly vyznačit, v jaké míře hodnotí své znalosti dle samostatného vlastního uvážení. Výbornou znalost ne zvolila ani jedna respondentka z celkových třiceti dvou dotazovaných respondentek. Velmi dobrou znalostí se ohodnotila pouze jedna respondentka (3,1 %). Dvanáct respondentek (37,5 %) se ohodnotilo dobrou znalostí. Čtrnáct respondentek (43,8 %) ohodnotilo své znalosti jako dostatečné. Pět respondentek (15,6 %) se ohodnotilo známkou pět a své znalosti o SBS považují za nedostatečné (viz Tabulka 7).

Tabulka 7 Hodnocení znalostí z pohledu respondentů

Stupeň hodnocení	n_i	f_i (%)
Výborně (1)	0	0
Velmi dobře (2)	1	3,1
Dobře (3)	12	37,5
Dostatečně (4)	14	43,8
Nedostatečně (5)	5	15,6
Celkem	32	100

K výzkumné otázce č. 1 „*Jaká je míra znalostí porodních asistentek o syndromu třeseného dítěte?*“ je míra informovanosti o SBS u PA dle výsledků a autorkou práce stanovených kritérií (viz Tabulka 4 a 6) uspokojivá (63, 02 %). Uspokojivé znalosti se nacházejí v prostřední linii relativní četnosti mezi 55 až 69 %. Nelze tedy označit míru znalostí o SBS u porodních asistentek jako velmi dobrou, která by se pohybovala při relativní četnosti nad 85 % nebo za nedostatečné, které by byly méně než 29 % při relativní četnosti. Průměrná relativní četnost otázek č. 2, 3, 4, 5, 6 a 7 činí 63, 02 % a nachází se ve středním bodovacím kritériu. Jedním z důvodů, proč míra znalostí není příliš vysoká je fakt, že povědomí o SBS u porodních asistentek je velmi nízké. Téměř polovina respondentek (43, 8 %) uvedla ve svém sebehodnocení, že považuje znalosti o problematice SBS, jako dostačující. Byla přidělena známka čtyři, přičemž jednička znamenala výborné znalosti a pětka nedostatečné znalosti.

Z výše uvedeného průzkumného šetření navrhuji zpracovat edukační materiál pro porodní asistentky o stručném přehledu SBS a jeho problematice. Edukační materiál bude vhodný i pro další odbornou veřejnost, která bude mít zájem dozvědět se více o problematice SBS. Tento edukační materiál, který bude sloužit pro seznámení s problematikou a zapamatování si základních a nejdůležitějších bodů problematiky, rovněž bude zdůrazňovat i jeho negativní následek. Na základě získaných informací mohou poučené PA předávat informace a zapojovat je do běžné edukační praxe.

Průzkumná otázka č. 2: Z jakých informačních zdrojů by chtěly získat porodní asistentky informace o problematice syndromu třeseného dítěte?

K výše zmíněné druhé průzkumné otázce se vztahují otázky č. 11 (*Zajímá Vás problematika syndromu třeseného dítěte?*) a otázka č. 12 (*Z jakých zdrojů byste si přála získat více informací o problematice syndromu třeseného dítěte?*).

Autorka Draxlerová (2010) ve své diplomové práci uvádí, že 95 % respondentů by mělo zájem se problematikou zabývat více. Moje výsledky dotazníkového šetření v otázce č. 11 prokazuje devatenáct kladných odpovědí (59 %). Shodujeme se v polovině kladných odpovědí, že by respondentky měly zájem se o problematice dozvědět více informací.

Z dotazníkového šetření je zřejmé, že více než polovinu respondentů problematika SBS zajímá. Je zajímavé, že ačkoli PA problematika zajímá, více než polovina respondentů (75 %) se s termínem SBS na svém pracovišti doposud nesešla. Je na zvážení, zda důvodem je malá příležitost, jak se s problematikou setkat. Dle mého názoru, by měla být problematika SBS viditelnější a měla by být zařazena do i výuky na vysokých školách. PA by měly dostat příležitost, jak se o této nebezpečné problematice více dozvědět např. formou konferencí, přednášek, letáků apod.

Dvanáctá otázka zjišťovala v dotazníku, z jakých zdrojů by si respondentky přály dozvědět se více informací o SBS. Dvacet dva respondentů (36 %) by informace chtělo získat prostřednictvím brožurky či letáku. Šestnáct respondentů (26 %) by se rádo dozvědělo více informací prostřednictvím odborných přednášek, seminářů nebo konferencí. Deset porodních asistentek (16 %) zvolilo odbornou literaturu nebo knihu. Sedm (12 %) respondentek by uvítalo více informací prostřednictvím e-learningových programů. Jedna respondentka (2 %) uvedla ve své volné a jediné odpovědi, jako zdroj pro více informací pomocí reklamního spotu. Reklamní spot mě odpovědi překvapil a myslím si, že tato odpověď může být směřována odborníkům i laické veřejnosti. V prenatálních ambulancích, ale i na spoustě jiných pracovištích mají obvykle v čekárně na zdi televizi, ve které se promítají nejrůznější reklamní spoty, tak proč nezařadit do krátkého televizního spotu i takto závažnou problematiku, jako je právě SBS. Dle mého názoru taková znázorněná ukázka by byla mnohem působivější a pro představivost i srozumitelnější. Pět respondentek (8 %) bohužel nemá zájem se více problematikou zabývat (viz Obrázek 14). Myslím si, že se jedná o respondenty, které nevědí, o jak závažnou problematiku se jedná. Jsem pozitivně překvapena, že značný počet porodních asistentek se chce dobrovolně sebevzdělávat, ať už se jedná o odbornou literaturu nebo brožurku.

4 ZÁVĚR

V České republice doposud není zaznamenán výskyt SBS a teprve poslední roky se u nás dostává do podvědomí. Špatný záchyt SBS je způsoben velmi obtížnou diagnostikou, která spočívá ve velmi detailním popisu události, při kterém bylo dítěti ublíženo, rovněž tomu přispívá i fakt, že událost popisuje viník nepřesně, protože se mnohdy bojí přiznat vinu. Povědomí o této problematice je u PA, ale také u odborné a laické veřejnosti, není příliš vysoké.

Cíl teoretické části byl naplněn bližším seznámením s problematikou SBS a jeho principech poranění, etiologii i příznaky, léčbou, prevencí, diagnostikou, následky a také byla zařazena kapitola s forezním následkem. Teoretická část měla rovněž poukázat na závažnost problematiky a jeho nebezpečí.

Cíl výzkumné části byl naplněn pomocí dotazníkového šetření mezi PA na pracovišti jedné nejmenované porodnice v Praze. Proběhla analýza dat, vyhodnocení dotazníkového šetření a zhodnocení míry znalostí o SBS u porodních asistentek. Nutno podotknout, že autorka bakalářské práce prováděla průzkumné šetření na malém vzorku respondentů, proto tedy její vyhodnocení nelze zobecňovat globálně.

Z výsledků praktické části vyplývá, že míra znalostí o syndromu třeseného dítěte u porodních asistentek dle autorkou stanovených kritérií je uspokojivá (63, 02 %) a nachází se ve středním bodovacím kritériu. Nelze označit míru znalostí o SBS u porodních asistentek za velmi dobrou ani za nedostačující.

V současné době je čím dál více kladen důraz na profesionalitu a řádnou edukační činnost PA – zde by se právě mělo zařadit i povědomí o nebezpečí SBS. PA by měly pozorovat již od prvního setkání chování rodičů a jejich reakce, komunikaci s miminkem postupně pečující osobu seznamovat s jeho chováním. PA by měla rozpoznat rizikové faktory jak ze strany rodiče, tak i dítěte. Také je velmi důležité je poučit o případných rizicích i důsledcích při nesprávné manipulaci s dítětem.

Doporučuji, aby se zlepšilo povědomí o SBS prostřednictvím konferencí, odborných přednášek ve zdravotnických zařízeních, dále také, aby se zařadilo povědomí SBS do výuky na VŠ, byť jen dobrovolnou odbornou přednáškou pořádanou fakultou. Jistě by se mělo celkově zlepšit povědomí i u odborné veřejnosti např. konferencí, e-learningovými programy,

ale také by se mělo zlepšit povědomí i u široké veřejnosti např. reklamním spotem, brožurkou, letákem a v neposlední řadě je na místě zařadit edukaci o SBS v rámci předporodních kurzů.

Považuji za důležité, aby nejprve nabyly potřebné znalosti PA, které mohou následně své povědomí o problematice SBS předávat dál – matkám i pečujícím osobám o miminko. Na základě uspokojivých znalostí, které nejsou příliš vysoké byl zpracován edukační materiál pro PA o stručném přehledu problematiky SBS. Edukační materiál je vhodný i pro další odbornou veřejnost, která má zájem dozvědět se více o problematice SBS. Tento edukační materiál slouží pro seznámení se s problematikou a zapamatování si několika bodů, rovněž také zdůrazňuje jeho negativní následek. Na základě získaných informací mohou poučené PA předávat informace a zapojovat je do běžné edukační praxe.

5 POUŽITÁ LITERATURA

ČESKO. Zákon č. 359 ze dne 9. prosince 1999, o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1999, částka 111. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1999-359>

ČESKO. Zákon č. 40 ze dne 8. ledna 2009 trestní zákoník. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2009, částka 11. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40>

ALTIMIER, Leslie. Shaken Baby Syndrome. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing* [online]. 2008, vol. 22, iss. 1, s. 68-76 [cit. 2017-11-14]. ISSN 0893-2190. Dostupné z: http://www.nursingcenter.com/lnc/pdf?AID=774494&an=00152258-201301000-00010&Journal_ID=&Issue_ID=

ANDRŠOVÁ, Alena, 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře v praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-7975-1.

BACUS-LINDROTH, Anne, 2006. *Dítě pláče - co dělat*. Praha: Portál. Rádcí pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-736-7136-0.

BALÁŽ, Petr, Ivan BOUŠKA a Ivan TOUPALÍK. Shaken baby syndrome. *Posgraduální medicína*. 2010, roč. 12, č. 7, s. 778-779. ISSN 1212-4184.

BECHYŇOVÁ, Věra, 2007. *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*. Praha: IREAS. ISBN 978-808-6684-475.

DOKOUPILOVÁ, Milena, Barbora FIŠÁRKOVÁ a Lenka NOVOTNÁ, 2009. *Narodilo se předčasně: průvodce péčí o nedonošené děti*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-552-3.

DOLEŽEL, Zdeněk. Shaken Baby Syndrome: jeho příčiny a důsledky. In: *Zdravotnictví a medicína* [online]. Praha: Mladá fronta, © 2018 Mladá fronta a. s., 2005-07-19. [cit. 2017-11-28]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/denni-zpravy/profesni-aktuality/shaken-baby-syndrom-jeho-priciny-a-dusledky-167728>

DRAXLEROVÁ, Milena. *Problematika a prevence syndromu třeseného dítěte z retrospektivního pohledu sestry*. České Budějovice, 2010. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.

DVOŘÁKOVÁ, Radka. *Syndrom třeseného dítěte*. Zlín, 2015. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií.

ELLIOTT, Julian a Maurice PLACE, 2002. *Dítě v nesnázích: prevence, příčiny, terapie*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0182-0.

FEDOR, Marián, Peter ĎURDÍK a Ján BUCHANEC. Syndróm trasenia dieťaťom. *Pediatric pro praxi* [online]. 2005, roč. 4, č. 7, s. 197-200. ISSN 1803-5264. Dostupné také z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2005/04/07.pdf>

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, 2009. *Vybrané kapitoly z ošetrovateľskej péče v pediatrii*. Brno: Národní centrum ošetrovateľství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-489-4.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. Syndrom třeseného dítěte - Shaken Baby Syndrome (SBS). *Sestra*. 2006, roč. 16, č. 1, s. 52-53. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/syndrom-treseneho-ditete-shaken-baby-syndrome-sbs-273176>

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Ivo BOREK, 2012. *Intenzivní péče o novorozence*. Vyd. 2., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovateľství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-547-1.

GREGORA, Martin a Milena DOKOUPILOVÁ, 2016. *Péče o novorozence a kojence: mamčin domácí lékař*. 4., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5719-3.

HAVRÁNEK, Petr, Helena HOMOLKOVÁ a Pavel TOMEK. Syndrom třeseného dítěte a jeho chirurgické aspekty. *Pediatric pro praxi*. 2012, roč. 13, č. 2, s. 76-78. ISSN 12130494.

HOFFMAN, Jacqueline M. A case of shaken baby syndrome after discharge from the newborn intensive care unit. *Advances In Neonatal Care: Official Journal Of The National Association Of Neonatal Nurses*. 2005, vol. 5, iss. 3, s. 135-46. ISSN 1536-0911.

Childhelp®. *Childhelp: A Non-Profit Charity Aiding Victims of Child Abuse* [online]. © [2001] [cit. 2018-04-28]. Dostupné z: <https://www.childhelp.org/>

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu* [online]. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016 [cit. 2018-03-30]. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3. Dostupné z: <https://www.kosmas.cz/knihy/220922/metody-pedagogickeho-vyzkumu/#pos=2091>

LAZORITZ, Stephen a Vincent J. PALUSCI, 2001. *The Shaken Baby Syndrome: A Multidisciplinary Approach*. NY: The Haworth Press. ISBN 0-7890-1352-5.

LOPES, Nahara R. L., EISENSTEIN Evelyn a WILLIAMS Lúcia C.A. Abusive head trauma in children: a literature review. *Jornal De Pediatria* [online]. 2013, vol. 89, iss. 5, s. 426-433. [cit. 2017-11-26]. ISSN: 2255-5536. Dostupné z: https://ac.els-cdn.com/S0021755713001289/1-s2.0-S0021755713001289-main.pdf?_tid=3e2ee35e-871b-40ae-b039-8516c895aaab&acdnt=1524898124_fe94a1d4666b21f7d6076f3474d994ae

NOVÁKOVÁ, Jitka a Helena ZÁŠKODNÁ. Syndrom CAN, sociálně právní ochrana dětí, sanace rodiny. *Zdravotníci sobě* [online]. 2016, roč. 1, č. 4, s. 16-18 [cit. 2018-02]. Dostupné z: https://zdravotnici-sobe.cz/wp-content/uploads/2016/03/Jitka_Novakova.pdf

NOVOTNÁ, Jana. Shaken Infant Syndrom aneb Syndrom třeseného dítěte. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2009, roč. 5, č. 9, s. 19-20. ISSN 1801-1349.

PALMER, Susan. Shaken Baby Syndrome. In: *The Arc* [online]. Washington: The Arc, © 2018, 2009-08 [cit. 2017-10-31]. Dostupné z: <http://www.thearc.org/document.doc?id=3656>

PEYCHL, Ivan. Shaken baby syndrome. *Časopis lékařů českých*. 2005, roč. 144, č. 3, s. 185-187 ISSN 0008-7335.

PRŮCHOVÁ, Dominika a Miloš VELEMÍNSKÝ. Syndrom třeseného dítěte. *Československá pediatrie*. 2010, roč. 65, č. 4, s. 179-183. ISSN 0069-2328.

TROUPOVÁ, Jitka a Milan HANZL, 2010. *Standardy ošetrovatelské péče v neonatologii*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice. Závazné směrnice Nemocnice České Budějovice. ISBN 978-80-254-8982-6.

SEDLÁKOVÁ, Gabriela a Dagmar KALÁTOVÁ, 2010. *Vybrané ošetrovatelské modely a týrané dítě*. Praha: Triton. ISBN 978-807-3874-124.

SIESWERDA-HOOGENDOORN, Tessa et al. Educational paper: Abusive Head Trauma Part I. Clinical aspects. *European Journal of Pediatrics* [online]. 2012, vol. 171, iss. 3, s. 415-423 [cit. 2017-11-27]. Dostupné z: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00431-011-1598-z.pdf>

STRAUS, Jiří. Příspěvek k biomechanickému hodnocení třesení dítěte - Shaken Baby Syndrome. *Pohybové ústrojí* [online]. 2010, roč. 17, č. 1-2, s. 68-76 [cit. 2017-12-03]. Dostupné z: http://www.pojivo.cz/pu/PU_12_2010.pdf

SOBOTKOVÁ, Daniela a Jaroslava DITTRICHOVÁ, 2012. *Vývoj a výchova děťátka do dvou let: psychomotorický vývoj*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3304-3.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál. ISBN 80-717-8802-3.

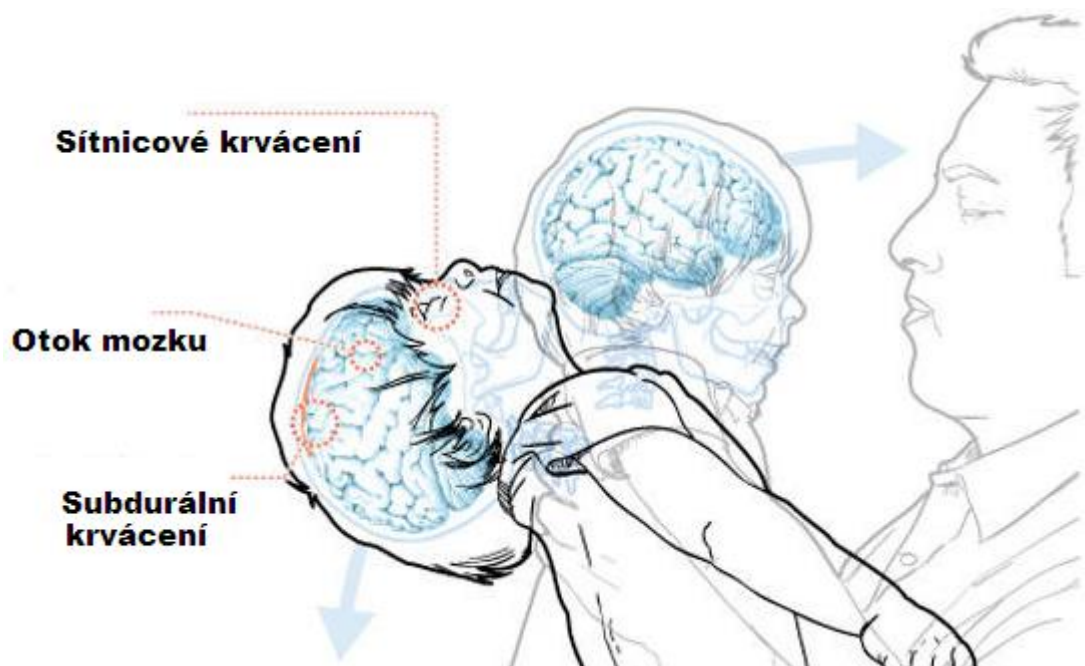
REICHEL, Jiří, 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3006-6.

ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ, 1997. *Dětská klinická psychologie*. Vyd. 3., přeprac. a dopl. Praha: Grada. ISBN 80-716-9512-2.

6 PŘÍLOHY

Příloha A – Triáda poškození CNS.....	57
Příloha B – Mechanismus poškození při třesení.....	58
Příloha C – Příznaky SBS	59
Příloha D – Dotazník	60
Příloha E – Edukační materiál pro porodní asistentky a odbornou veřejnost.....	63

Příloha A – Triáda poškození CNS



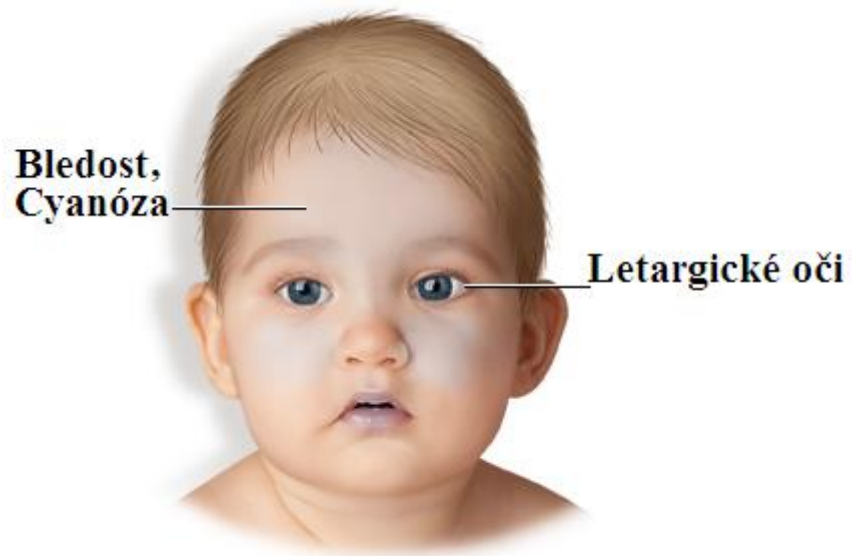
CUADRA, Alberto. Science of Shaken Baby Syndrome. In: *The Washington Post* [online]. © 1996 – 2018 The Washington Post. [cit. 2018-04-20]. Dostupné z: <https://www.washingtonpost.com/graphics/investigations/shaken-baby-syndrome/The-unsettled-science-of-Shaken-Baby-Syndrome.html>

Příloha B – *Mechanismus poškození při třesení*



Nokhaya Magangane. Shaking your baby may cause brain injury. In: *Westside Eldos* [online]. © 2018 Caxton & CTP Printers and Publishers Ltd., 2015-03-19. [cit. 2018-04-20]. Dostupné z: <https://westside-eldos.co.za/16933/what-is-shaken-baby-syndrome/>

Příloha C – Příznaky SBS



Zdroj: <http://pennstatehershey.adam.com/content.aspx?productId=112&pid=2&gid=9013>

Příloha D – *Dotazník*

Vážená porodní asistentko,

jmenuji se Adéla Pavelková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia Fakulty zdravotnických studií v Pardubicích, obor Porodní asistentka. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který poslouží jako podklad pro bakalářskou práci na téma „**Znalosti porodních asistentek o syndromu třeseného dítěte.**“ Prosím Vás tímto o vyplnění dotazníku, který je zcela dobrovolný a anonymní. Informace, které získám prostřednictvím dotazníku, budou použity pro mé studijní účely.

Pokud nebude uvedeno jinak, zakroužkujte jednu odpověď, popřípadě dopište.

Děkuji za Vaši spolupráci.

Adéla Pavelková

- 1. Setkala jste se na svém pracovišti s termínem syndrom třeseného dítěte?**
 - a. Ano
 - b. Ne

- 2. Na jakou instituci byste se obrátila v případě podezření na syndrom třeseného dítěte? (možnost více odpovědí)**
 - a. Nemám povinnost podezření nahlásit
 - b. Orgán sociálně-právní ochrany dětí
 - c. Policie České republiky
 - d. Zdravotnická záchranná služba

- 3. Na jaké oddělení by mělo být přijato dítě s těžším průběhem syndromu třeseného dítěte?**
 - a. Anesteziologicko-resuscitační oddělení
 - b. Jednotka intenzivní péče
 - c. Standardní oddělení

- 4. Syndromem třeseného dítěte jsou nejvíce ohroženy děti do věku:**
 - a. 2 let
 - b. 3 - 6 let
 - c. 6 - 10 let

- 5. Zakroužkujte prosím příčinu syndromu třeseného dítěte:**

- a. Nadměrná spavost dítěte
- b. Časté omývání kůže v chladnější místnosti
- c. Nešetrné až agresivní cloumání

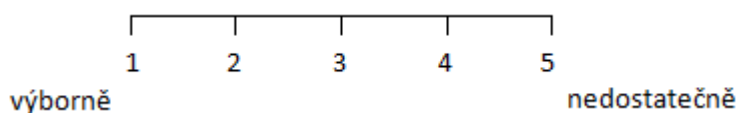
6. Jak se projevuje dítě postižené syndromem třeseného dítěte? (možnost více odpovědí)

- a. Potíže s dechem
- b. Zvýšená tělesná teplota
- c. Rozšířené zornice
- d. Apatie
- e. Zvýšená chuť k jídlu
- f. Síticové krvácení

7. Jaké jsou následky syndromu třeseného dítěte? (možnost více odpovědí)

- a. Zvýšená pozornost v pozdějším věku
- b. Epilepsie
- c. Zakrnělý růst
- d. Mentální retardace
- e. Ztráta zraku a sluchu

8. Na škále od 1 do 5 vyznačte, v jaké míře hodnotíte své znalosti:



9. Považujete za důležité, aby budoucí matky miminka byly informované o syndromu třeseného dítěte?

- a. Ano (přejděte na otázku číslo 10)
- b. Ano, pouze pokud by byl dotaz ze strany těhotné (přejděte na otázku číslo 11)
- c. Ne, informace považuji za zcela zbytečné (přejděte na otázku číslo 11)

10. Kde by se měly s problematikou seznámit? (možnost více odpovědí)

- a. V předporodních kurzech
- b. V prenatální poradně
- c. Na oddělení po porodu (např. šestinedělí)
- d. Jinde, dopište prosím: _____

11. Zajímá Vás problematika syndromu třeseného dítěte?

- a. Ano
- b. Ne

12. Z jakých zdrojů byste si přála získat více informací o problematice syndromu třeseného dítěte? (možnost více odpovědí)

- a. Odborná literatura, knihy
- b. E-learningové programy
- c. Odborné přednášky, semináře, konference
- d. Brožurka, leták
- e. Jinak, dopište prosím: _____
- f. Nemám zájem se více problematikou zabývat

13. Jaká je délka Vaší praxe?

- a. 5 let a méně
- b. 6 - 10 let
- c. 11 - 15 let
- d. 16 let a více

14. Jaké je Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?

- a. Středoškolské s maturitou
- b. Vyšší odborné
- c. Vysokoškolské bakalářské
- d. Vysokoškolské magisterské

15. Napište, na kterém oddělení v současné době pracujete:

Děkuji za Váš čas, který jste strávila nad tímto dotazníkem.



SYNDROM TŘEŠENÉHO DÍTĚTE

Shaken baby syndrome

Proč je tolik nebezpečný?

Únava, vyčerpání, nedostatek spánku matky, a k tomu neustálý pláč dítěte je mnohdy situací, která se stává k nevydření a matka s dítětem zatřepe, byť jen pár vteřin – následky pro dítě mohou být fatální. Pokud je s dítětem třeseno, není důležité, jak je drženo. Při pohybu hlavy, která je velká, mozek křečků a krční svaly slabé dochází z hyperflexe do hyperextenze. Hlava prudce mění směr zepředu dozadu a mozek se začne volně pohybovat v lebeční dutině. Mozek není fixován a naráží na lebeční kost. Přemostující cévy se natáhnou, prasknou a dochází k subdurálnímu hematomu a otoku. Dítě upadá do bezvědomí, dostává křeče a mnohdy záhy umírá. Nelze vyloučit patologické změny či krvácení do sítnice.

Nejohroženější skupinou tvoří děti od 2 týdnů do 8 měsíců až 2 let. V USA zemře ročně 1 500 dětí, ve Velké Británii okolo 300 dětí. V České republice doposud nebyl zaznamenán přížukum na výskyt syndromu SBS.

Ve většině případů se syndrom ani neprokáže, protože příznaky jsou často nespecifické a dítě na první pohled zjevné příznaky prokazovat nemusí.

Jak takové dítě poznám?

- Třes
- Apnoické pauly
- Bradykardie
- Bradypnoe
- Zvracení
- Letargie
- Křeče

- Neprospívání s výživou
- Vyklenutá fontanela
- Cyanóza rtů a kůže
- Podrážděnost
- Apatie
- Porucha regulace tělesné teploty



Jak dokážu tomuto nebezpečí zabránit?

Jestliže jste se dostala do pochybnosti, že by matka nebo pečující osoba mohla dítěti ublížit, je třeba jí doporučit následující postup:

Přestat s nevhodným zacházením a uložit dítětko do postýlky (ohrádky), tedy na místo, které je pro dítě bezpečné.

Uklidnit se a vyjít z místnosti brečícího miminka a například napočítat do 10 s. Zamyslet se nad tím, co chce miminko svým brekem sdělit – zda nemá hlad, necítí bolest, nemoc, růst zubů nebo cokoli další. Nevzdalovat se příliš daleko ani na delší dobu, protože miminko nemůže být dlouhou dobu bez dozoru. O dítěti musí mít vždy pečující osoba přehled (co dělá a zda brečí).

Navázat zpětný kontakt. Pokud je matka uklidněna, měla by přistoupit opět k miminku a zkontrolovat jeho základní potřeby. Měla by zkoušet dítě zklidnit pomocí hračky, dudlíku či svým chováním a mluvit na dítětko klidným a pomalým hlasem. Pokud je matka bezradná a pláč miminka i přesto pokračuje, doporučuje se zavolat odborníka – lékaře.

Proč je tolik nebezpečný?

Únava, vyčerpání, nedostatek spánku matky, a k tomu neustálý pláč dítěte je mnohdy situací, která se stává k nevydření a matka s dítětem zatřepe, byť jen pár vteřin – následky pro dítě mohou být fatální. Pokud je s dítětem třeseno, není důležité, jak je drženo. Při pohybu hlavy, která je velká, mozek křečků a krční svaly slabé dochází z hyperflexe do hyperextenze. Hlava prudce mění směr zepředu dozadu a mozek se začne volně pohybovat v lebeční dutině. Mozek není fixován a naráží na lebeční kost. Přemostující cévy se natáhnou, prasknou a dochází k subdurálnímu hematomu a otoku. Dítě upadá do bezvědomí, dostává křeče a mnohdy záhy umírá. Nelze vyloučit patologické změny či krvácení do sítnice.

Nejohroženější skupinou tvoří děti od 2 týdnů do 8 měsíců až 2 let. V USA zemře ročně 1 500 dětí, ve Velké Británii okolo 300 dětí. V České republice doposud nebyl zaznamenán přížukum na výskyt syndromu SBS.

Ve většině případů se syndrom ani neprokáže, protože příznaky jsou často nespecifické a dítě na první pohled zjevné příznaky prokazovat nemusí.

Jak dokážu tomuto nebezpečí zabránit?

Jestliže jste se dostala do pochybnosti, že by matka nebo pečující osoba mohla dítěti ublížit, je třeba jí doporučit následující postup:

Přestat s nevhodným zacházením a uložit dítětko do postýlky (ohrádky), tedy na místo, které je pro dítě bezpečné.

Uklidnit se a vyjít z místnosti brečícího miminka a například napočítat do 10 s. Zamyslet se nad tím, co chce miminko svým brekem sdělit – zda nemá hlad, necítí bolest, nemoc, růst zubů nebo cokoli další. Nevzdalovat se příliš daleko ani na delší dobu, protože miminko nemůže být dlouhou dobu bez dozoru. O dítěti musí mít vždy pečující osoba přehled (co dělá a zda brečí).

Navázat zpětný kontakt. Pokud je matka uklidněna, měla by přistoupit opět k miminku a zkontrolovat jeho základní potřeby. Měla by zkoušet dítě zklidnit pomocí hračky, dudlíku či svým chováním a mluvit na dítětko klidným a pomalým hlasem. Pokud je matka bezradná a pláč miminka i přesto pokračuje, doporučuje se zavolat odborníka – lékaře.

Jak takové dítě poznám?

- Třes
- Apnoické pauly
- Bradykardie
- Bradypnoe
- Zvracení
- Letargie
- Křeče

- Neprospívání s výživou
- Vyklenutá fontanela
- Cyanóza rtů a kůže
- Podrážděnost
- Apatie
- Porucha regulace tělesné teploty



Diagnostika

Špatný záchyt syndromu je způsoben velmi obtížnou diagnostikou, která spočívá ve velmi detailním popisu události, při kterém bylo dítě ublíženo, rovněž tomu přispívá i fakt, že událost popisuje vlnik nepřesně, protože se mnohdy bojí přiznat vlnu.

Z anamnestického pátrání mnohdy nedostane lékař pravdivé informace ani přesný popis události. Dítěť je nutné provést fyzikální, neurologické vyšetření, UZ mozku, CT, MNR, RTG snímek a oftalmologické vyšetření.

Nevratné následky

Mezi trvalé následky lze zařadit částečnou až trvalou ztrátu zraku i sluchu, křeče, opožděný vývoj, mentální retardaci, mozkovou obrnu, hyperaktivitu.

Až 25 % případů končí usmrcením dítěte, ke kterému může dojít neproděné po zatřesení, ale také po odstupu několika dnů či týdnů.



Adéla Pavelková
Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
2018

• GUADRA, Alberto. Science of Shaken Baby Syndrome. In: The Washington Post [online]. © 1996–2018 The Washington Post. [cit. 2018-04-20]. Dostupné z: <https://www.washingtonpost.com/archives/shaken-baby-syndrome/The-unsettled-science-of-Shaken-Baby-Syndrome.html>

• FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. 2009. Vibrané kapiloy z ošetrovateľské péče v pediatrii. Brno: Národní centrum ošetrovateľství a nelekárskych zdravotnických odborů. ISBN 978-602-70134-89-4.

• Nohiyana Magangane. Shaking your baby may cause brain injury. In: Westside Eldos [online]. © 2018 Caxton and CTP Printers and Publishers Ltd. 2015-03-19. [cit. 2018-04-20]. Dostupné z: <https://westside-eldos.co.za/169333/what-is-shaken-baby-syndrome/>

• PALMER, Susan. Shaken Baby Syndrome. In: The Arc [online]. Washington: The Arc. © 2016, 2009-08. [cit. 2017-10-31]. Dostupné z: <http://www.thearc.org/document.doc?id=3656>