

## REVIEW

### PREVENTÍVNE PROGRAMY CAN SYNDRÓMU U DETÍ

Preventive programmes of CAN syndrome in children

Lucia Mazúchová

Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav nelekárskych študijných programov, Slovenská republika

#### Summary

Negative consequences of any form of the CAN syndrome (cruelty, abuse and negligence) in children suggest that the prevention is needed. The prevention is more advantageous than therapeutic or remedial interventions associated with tedious and expensive processes, which are time consuming or painful. In our contribution, we deal with preventive programmes of the CAN syndrome in children performed abroad and possibilities of their use in our country on the part of nurses and midwives. Preventive programmes have been proposed as a response resulting from needs in particular regions and can be inspiring in the prevention of exposing children to the cruelty, abuse and negligence.

Programmes aimed at the family in the period of the changeover to the parenthood were found to be the most effective procedures. The primary prevention of certain forms of abuse of children can be initiated even before the child delivery. The identification and management of pregnant women and families, in which cruelty, abuse or negligence can be expected, is desirable in attempts to provide the child with predictions and help. Providing the postnatal care by the nurse is also one of forms of timely interventions. The purpose of this approach is to reduce the stress in families by offering the assistance in solving different problems, securing emotional support, encouraging, managing and training of parent skills and thus, to provide adequate taking care of children.

In Slovakia, the prevention is by far not as much developed as in foreign countries; there is a lack of the compilation of complex preventive programmes. Within the framework of the CAN prevention, nurses and midwives have an important position in terms of determining risk factors in children during the pregnancy period, after the delivery and at early age of the child. They can determine health or other problems of parents, which can negatively affect the child, and thus initiate the prevention. Within the framework of the CAN syndrome prevention, on the part of nurses and midwives, it is necessary to propose preventive strategies and programmes for risk families and to introduce them in practice.

**Key words:** prevention – preventive programmes – CAN syndrome – children – nurse – midwife

#### Súhrn

Negatívne následky akejkoľvek formy CAN syndrómu (týrania, zneužívania a zanedbávania) u detí svedčia o tom, že je potrebné zameriť sa na prevenciu. Prevencia je výhodnejšia ako terapeutický alebo opravný zásah spojený s náročným a nákladným procesom, zdĺhavým či bolestným postupom. V príspevku sa venujeme preventívnym programom CAN syndrómu u detí v zahraničí a ich možnostiam využitia u nás zo strany sestier a pôrodných asistentiek.

Preventívne programy vznikali ako odozva vyplývajúca z potreby v jednotlivých regiónoch a môžu byť pre nás inšpiráciou v prevencii týrania, zneužívania a zanedbávania detí.

Najúčinnejšími postupmi sa osvedčili programy cielené na rodinu v období prechodu k rodičovstvu. Primárna prevencia niektorých foriem zneužívaných detí môže byť inicializovaná ešte pred narodením dieťaťa. Identifikácia a riadenie tehotných žien a rodín, v ktorých je predpoklad týrania, zneužívania alebo zanedbávania dieťaťa, je pokusom o predvídanie a pomoc dieťaťu. Taktiež zabezpečenie postnatálnej starostlivosti sestrou je jednou z foriem včasnej intervencie. Cieľom je redukovať stres v rodinách ponúknutím asistencie pri riešení rôznych problémov, poskytnutím emocionálnej podpory, povzbudenie, vedenie, trénovanie rodičovských zručností a tak zabezpečenie adekvátnej starostlivosti deťom.

Prevencia na Slovensku nie je zdaleka rozvinutá ako v zahraničí, chýba tvorba komplexných preventívnych programov. Sestry a pôrodné asistentky v rámci prevencie CAN syndrómu majú dôležité postavenie v zisťovaní rizikových faktorov dieťaťa počas tehotenstva, po narodení a včasnom veku dieťaťa. Môžu zistiť zdravotné či iné problémy rodičov, ktoré môžu mať negatívny vplyv na dieťa, a tak zahájiť prevenciu. V rámci prevencii CAN syndrómu je potrebné vytvárať zo strany sestier a pôrodných asistentiek preventívne stratégie a programy pre rizikové rodiny a ich aplikovať do praxe.

**Kľúčové slová:** prevencia – preventívne programy – CAN syndróm – deti – sestra – pôrodná asistentka

## ÚVOD

CAN syndróm – je syndróm týraného, zneužívaného a zanedbávaného dieťaťa, všeobecne označovaný v anglosaskej literatúre ako Child Abuse and Neglect (CAN) a odtiaľ prevzatý do našej terminológie. „Je to súbor nepriaznivých príznakov v najrôznejších oblastiach stavu a vývinu dieťaťa i jeho postavenia v spoločnosti, predovšetkým v rodine“ (Dunovský et al., 1995).

Negatívne následky akejkoľvek formy CAN syndrómu u detí svedčia o tom, že je potrebné zamerať sa na prevenciu. Keď sa objaví nejaký nový sociálno-zdravotný problém, najskôr je výrazná snaha ho identifikovať a potom liečiť. Krátko na to nasleduje tendencia vytvoriť programy, ktoré by obmedzovali nežiaduce správanie ešte skôr, ako k nemu dôjde. Rôzne programy zahŕňajú návštevy v domácnostiach, najmä kde sú rizikové skupiny. Najúčinnejšími postupmi sa osvedčili programy cielené na rodinu v období prechodu k rodičovstvu. Vtedy je v manželstve najviac konfliktov a manželia sú veľmi vnímaní a citliví na poskytnutie informácie. Primárna prevencia niektorých foriem zneužívaných detí môže byť inicializovaná ešte pred narodením dieťaťa. Identifikácia a riadenie tehotných žien a rodín, v ktorých je predpoklad týrania, zneužívania alebo zane-

dbávania dieťaťa, je pokusom o predvídanie a pomoc dieťaťu.

**Program STEEP** (Steps Toward Effective, Enjoyable Parenting) – **Kroky smerom k efektívному rodičovstvu**, založil profesor Byron Egeland na Univerzite v Minnesote. Ide o program zameraný na rodičov, ktorí boli v detstve zanedbávaní. Realizoval sa začína, keď je žena v 2. trimestri tehotenstva. Ženy odpovedajú na rôzne otázky, napr. čo môže očakávať, aké má pocity, čo prežíva a pod. Keď má dieťa 4 týždne, vytvorí sa skupina 9 matiek, v ktorej sa realizuje edukácia zameraná na vývin dieťaťa, reakcie dieťaťa, aby matky vedeли správane reagovať na ich základné a špecifické potreby. Výučba sa uskutočňuje v prirodzených podmienkach s praktickými ukážkami. Hlavným cieľom tohto programu je pomôcť matkám zmierniť negatíva, ktoré plynú z ich histórie (U.S. Department..., 2005).

**Program podporných starých mám** založil pediater MUDr. C. Henry Kemp. Bol realizovaný v Denveri pomocou návštev, ktoré robia ženy – podporné staré mamy, s dobrými rodičovskými zručnosťami v rodinách, kde bolo riziko zneužívania dieťaťa. Vybrané ženy boli v rámci programu školené a trénované profesionálnym interdisciplinárnym tímom, pod supervíziou sestier, najmä v oblastiach rastu

a vývinu dieťaťa, princípov správneho rodičovstva v jednotlivých vývinových fázach detí, v oblasti hygiény, správnych postupoch vo výchove k disciplíne, v poskytovaní ochrany a bezpečia pre dieťa a v oblastiach skríningu pre včasné odhalenie zanedbávaného a zneužívaného dieťaťa. Matky, ktoré sú alebo by sa ľahko mohli stať dysfunkčnými rodičmi, sa identifikujú počas ich prenatálneho alebo postnatálneho obdobia pomocou určitých hodnotiacich kritérií. Matky, ktoré boli identifikované ako vysoko rizikové počas prenatálneho obdobia dieťaťa, boli oboznámené s programom a po ich súhlase sa stretli už v klinických podmienkach s podporujúcou starou mamou. Po prepustení z pôrodnice pravidelne, 2 až 4 hodiny v týždni, sú navštevované priamo v domácnosti. V domácom prostredí „staré mamy“ asistujú matkám pri ošetrovaní, kúpaní, kŕmení detí a poskytovaní informácií o citlivosťi a emocionálnej stimulácii. Význam projektu spočíva v zdokonaľovaní rodičovských zručností, čo umožňuje mladým matkám zvládnuť rodičovstvo a minimalizovať príčiny vedúce k zneužívaniu a zanedbávaniu dieťaťa. Zlepšovanie domáceho prostredia pomocou participácie starých mám podporuje zdravý vývin dieťaťa a redukuje fyzické neschopnosti, deficitu učenia a emocionálne traumy (Neergaard, 1990).

**Program domáčich návštev podľa Hana Like** (Hana Like Home Visitor). Program bol vytvorený v Honolulu na intervenciu, preventiu a poskytovanie následných služieb pre tehotné ženy, u ktorých bolo identifikované vysoké riziko zneužívania a zanedbávania svojich detí. Jedným z ich hlavných cieľov je podporovať pozitívne emocionálne prepojenie medzi matkou a dojčaťom, čo je dôležitý krok v prevencii zneužívania a zanedbávania. Prostredníctvom týždenných domáčich návštev pridelení pracovníci identifikujú stresové faktory a bezprostredne sa ich snažia eliminovať a zároveň modelovať správanie matky v kontakte s dieťaťom. Personál týmto ženám pomáha pri bežných domáčich práciach, pri vedení domácnosti, pri ošetrovaní a výchove dieťaťa, ale aj pri asistovaní v ďalších praktických potrebách. Výsledky, ktoré dosiahli, hovoria o tom, že aj rodičia z nižších sociálnych vrstiev

sú schopní naučiť sa novému správaniu, lepším a efektívnejším spôsobom reagovať na deti. Násilie v rodinách sa vyskytovalo hlavne tam, kde rodičia žili s trpkou spomienkou z detstva. Svoju bolesť z minulosti utápali v alkohole, drogách a v promiskuite. Mnohí z nich bojovali so svojimi depresiami a agresivitou, ktorá však často končila kriminalitou alebo suicídjom. Cestu, ako riešiť tento problém, nevideli v nekonečných nápravách poškodených dospelých len pomocou terapií, reeducačných ústavov, v izolovaní detí v krízových centrach a vo väzení. Ako úlohu videli vo vytvorení úplne nového systému pomoci defom. Pomocou vyškolených ľudí, ktorí by mohli „dohliadať“ na každého novorodenca a pomáhať jeho rodičom dať mu lásku a ponúknuť efektívnu starostlivosť pre získanie nezávislosti. Uvedomovali si, že jedinou možnosťou ako sa tejto traumy zbavit je priamo sa s ňou konfrontovať a takto tento „bludný kruh“ prerušíť (Schneider, Frenzi, 1993).

**Program CPS** (Child Protective Services) – **Služby ochrany dieťaťa.** Program bol realizovaný v Texase a je praktizovaný rodinami so skúsenosťou domáceho násilia. Primárnu misiu CPS je zachovávať bezpečnosť, stálosť a pohodu zneužívaných a zanedbávaných detí a tiež odhalovať rizikové faktory násilia. CPS ponúka pomoc rodeniam, kde došlo k násiliu nielen na deťoch, ale aj na dospelých. CPS pracovníci realizujú tri kroky: zhromaždia čo najviac informácií o rodine, nadviažu kontakt s rodinou, nadviažu spoluprácu s inými odborníkmi (sociálni pracovníci, psychológovia). CPS pracovníci sa v rámci tohto programu zameriavajú na dospelú obeť, dieťa, ale aj na násilníka. Predtým ako začnú pracovať s rodinou, snažia sa vytvoriť atmosféru dôvery. Pri práci s dieťaťom CPS pracovník vytvorí ovzdušie, v ktorom sa dieťa cíti bezpečne a dokáže sa otvoriť a hovoriť aj o ľahkých témach týkajúcich sa násilia v rodine. Je nutné brať vážne to, čo dieťa hovorí. CPS pracovníci na základe získaných informácií vytvoria individuálny plán pre rodinu. V rámci plánu učia deti rozvíjať zručnosti, ktoré im pomôžu brániť sa pred domáčim násilím (naučia ich kam ísť, kde volať, čo robiť) (Office on child..., 2003).

**Dom troch prianí** založený v roku 2001 v Českej republike poskytuje všeobecnú pomoc ohrozeným deťom a ich rodinám v núdzi s cieľom umožniť im bezpečný vývoj v ich pôvodnej rodine v čase krízy, rodinám dysfunkčným, sociálne slabším. Ich cieľovou skupinou sú aj rodiny, v ktorých sa vyskytujú problémy spojené so syndrómom CAN. Všetky služby poskytované organizáciou sú zamerané na **sanáciu rodiny**. Služby sú rodinám poskytované formou odborných konzultácií (ambulantne) v kombinácii s návštěvami či doprovodom v prirodzenom prostredí rodiny (terénné). Pokiaľ to situácia vyžaduje, je možnosť tu umiestniť aj dieťa na krátkodobý pobyt (Dům Přemysla Pittra). Ide o zariadenie rodinného typu, ktoré sa stotožňuje s ponímaním Matějčeka (2003), podľa ktorého je v najlepšom záujme dieťaťa umožniť dieťaťu vyrastať v prostredí, v ktorom sa cíti bezpečne, ktoré mu dáva spoločné citové väzby, ktoré mu umožňuje uspokojovať základné psychické potreby a harmonicky rozvíjať svoju osobnosť, ktoré je stimulujúce, oceňujúce a prijímajúce jeho individualitu, ktoré mu umožňuje spoločenské uplatnenie a ktoré dáva možnosť rozvinúť potrebu otvorenej budúcnosti (Dům tří přání, 2007).

Občianské združenie **HoSt Home-Start** („**HoSt**“) v Českej republike poskytuje od roku 2003 terénnu sociálne aktivizačnú službu rodinám s deťmi do 6 rokov. Poslaním HoStu je podporovať celistvosť rodiny (aj neúplné rodiny), posilňovať ich vlastné kompetencie a pomáhať vytvárať harmonické a podnetné prostredie pre vývoj dieťaťa, tak aby bola schopná plniť svoje funkcie bez pomoci. Hlavným cieľom je, aby rodičia zvládali bežnú starostlivosť a výchovu dieťaťa a zaistili tak deťom šancu na zdravý vývin. Snažia sa zmierňovať dôsledky sociálne a zdravotné, predchádzať zanedbávaniu starostlivosti o dieťa a prehľbovať rodičovské kompetencie pri výchove detí. Práce HoStu se zameriava na podporu väzby rodič-dieťa a kladú dôraz na ochranu práv dieťaťa (Občanské združení HoSt – Home Start ČR, 2005).

Občanské združenie **STREP** je České centrum pre sanáciu rodiny. Od roku 1995 uvádzá do praxe právo deti spokojne vyrastať vo svojej

vlastnej rodine, tak že pomáha ich rodičom nájsť cestu ako pre svoje deti vytvoriť bezpečný a stabilný domov. Pomáha deťom (0–15 rokov), ktorých vývoj je ohrozený v dôsledku existencie rizík alebo rôznej miery zanedbávania starostlivosti v rodinách. Projekt obsahuje činnosti sekundárnej prevencie. Cieľom projektu je unížiť rodičovské neistoty a dysfunkcie vo výchove, a tak zostaviť ďalší sociálny prepad rodiny. STREP uskutočňuje aj Home-Visiting projekt v ohrozených rómskych rodinách, ktorý sa zameriava na rozvíjanie rodičovských zručností v období pred narodením dieťaťa, v rannom a predškolskom veku dieťaťa (Strep, o. s., 2007).

## DISKUSIA

V prípade potvrdeného týrania, zneužívania či zanedbávania dieťaťa donedávna na Slovensku prevládal názor jednoznačnej represívnej politiky voči rodičom, so snahou dieťaťa z rodiny čo najskôr odobrať a rodičov prísne potrestať. Voči takýmto rodičom je vyvodzovaná právna zodpovednosť a len výnimcočne sa prihliada na skutočnosť, že aj rodičia mnohokrát trpia rôznymi poruchami. Dnes preto sú snahy pristupovať k prípadom individuálne. Pokiaľ je to možné, vždy je snaha rodinu zachovať a dieťa z nej odobrať len v prípade, ak je to nevyhnutné. V tom čase je potrebné s rodinou intenzívne pracovať, tak aby mohla byť čo najskôr úplná (Ríčan, Krejčírová a kol., 1995). Vyňatie dieťaťa z rodiny sa aj napriek dobre minenej starostlivosti realizuje takmer vždy proti vôle rodičov, ale aj vôle samotného dieťaťa. Ide o riešenie, ktoré vo svojej podstate predstavuje niečo, čo vybočuje zo štandardnej situácie a spravidla spôsobuje dieťaťu len nové problémy. Doyle (1999) tiež zdôrazňuje, že v súčasnosti sa pri CAN syndróme u dieťaťa považuje za hlavný cieľ intervencie naprávať „reformovať“ rodiny a len vo veľmi vážnych a nenapraviteľných prípadoch sa siahá k záchraňaniu dieťaťa tým, že sa oddelí od rodičov. Rushton (1996) zdôrazňuje v prevencii zlého zaobchádzania s deťmi podporu rodín, aby mohli zaistiť lásku a opateru svojim deťom, tak ako ju potrebujú. Podľa Sejčovej (2001) preventia CAN syndrómu zahrňa sanáciu rodiny ako jednu z hlavných foriem terapie. Znamená

výchovné pôsobenie na rodinu a jej členov v zmysle jej zachovania či obnovenia.

Cieľom sanácie rodiny je predchádzať, zmierniť alebo eliminovať príčiny ohrozenia dieťaťa, poskytnúť rodičom i dieťaťu podporu k zachovaniu rodiny ako celku. To znamená predchádzať tomu, aby bolo dieťa odobrané a umiestnené mimo rodinu, a pokiaľ sa tak stane, pomôcť k tomu, aby sa mohlo vrátiť späť domov (Bechyňová, Konvičková, 2008).

Pomoc rodinám a ich podpora prostredníctvom preventívnych programov je nevyhnutná a potrebná v rámci prevencie CAN syndrómu u detí. Na Slovensku existujú preventívne programy najmä vzdelávacieho charakteru zamerané predovšetkým na zvyšovanie informovanosti verejnosti o problematike CAN syndrómu u detí a preventívne programy zamerané na žiakov základných a stredných škôl. Na Slovensku chýbajú však preventívne programy zamerané na rodinu. V Českej republike ich je oveľa viac, napr. spomínaný Dom troch priani, HoSt, Střep a rada ďalších. Na Slovensku chýbajú tiež programy realizované zo strany zdravotníkov, ktorí majú zvlášť veľké pole pôsobnosti v oblasti prevencie týrания, zneužívania a zanedbávania detí. Podľa výskumu zdravotníci na Slovensku vykazujú minimálnu aktivitu a sú najslabším článkom v detekcii CAN syndrómu u detí (Novotný et al., 2007). Vo Veľkej Británii výška ekonomických nákladov spojených s ochranou, liečbou a následnou starostlivosťou o týrané detí sa odhaduje ročne na 735 miliónov libier a v USA na 12 410 miliónov dolárov (WHO, 1999). Vo Veľkej Británii podľa štatistik z roku 2000 bolo 14 600 dievčat a 15 400 chlapcov ochránených pred týraním, vrátane 300 nenarodených detí. K problému sa tu pristupuje holisticky so zameraním na rodinu, jej funkčnosť, podmienky, prostredie. Za preventívny prístup sú tu zodpovedné tímy primárnej zdravotnej starostlivosti a pracovníčky opatrovateľských domáčich služieb (Hamilton, Browne, 2002). Vartíková (2004) uvádzá, že prevencia na Slovensku nie je zdáleka rozvinutá ako v zahraničí, chýba tvorba komplexných preventívnych programov, dostatok odborníkov v problematike či pružnejšia legislatíva. Podľa prieskumu uskutočneného na Slovensku

u sestier sa zistilo, že 89,6 % sestier sa počas svojej praxe stretlo CAN syndrómom u detí, najčastejšie s formou zanedbávania; 14,9 % sestier sa cíti nepripravených a 76,1 % sestier sa cíti len čiastočne pripravených v oblasti problému CAN, a to najmä v spôsobe riešenia a v prevencii (Mazúchová, 2011). Preto je potrebné kontinuálne vzdelávanie zdravotníkov v oblasti prevencie týrania, zneužívania a zanedbávania detí, ktoré má byť obsahovo jasne špecifikované.

Sestry, zvlášť pôrodné asistentky majú dôležité postavenie v zisťovaní rizikových faktorov dieťaťa počas tehotenstva, po narodení a v časnom veku dieťaťa. Môžu zistiť zdravotné či iné problémy rodičov, ktoré môžu mať negatívny vplyv na dieťa (NCR, 2003). Podľa preventívnych programov v zahraničí sa väčšinou kontakt s matkou zahajuje už počas tehotenstva alebo v čase jej príchodu do nemocnice a uskutočňuje sa až do 2 rokov. Mladé, izolované, slobodné tehotné ženy, ktoré porodili dieťa neplánované alebo ktoré uvažujú o interrupcii alebo poskytnutí dieťaťa na adopciu, sú takouto rizikovou skupinou. Ak je matka tlačená k tomu, aby si dieťa ponechala, dôsledok pre dieťa môže byť problematický vzhľadom na to, či sa matka vie postarať o toto dieťa, a ak nie, či sa jej dostane adekvátnej pomoci. Pôrodná asistentka by mala inicializovať prvý rozhovor, analyzovať rodinné prostredie so zameraním na postoj ženy voči svojmu tehotenstvu a jej schopnosti postarať sa o dieťa. Získať od tehotnej ženy čo najviac informácií, podporiť ju v rozhodnutí priať zodpovednosť za dieťa a podporiť úvahy ponechať si dieťa. Ak sa žena rozhodne, že dieťa nechce, ponúknuť jej možnosť anonymnej adopcie a podporu pri zavolaní sa pocitov viny spojených s opustením dieťaťa. Ak sa žena rozhodne ponechať si dieťa, zabezpečiť jej prenatálnu starostlivosť, skontaktovať ju s pôrodníckym tímom a poskytnúť sociálnu pomoc. Sociálny pracovník by jej mal sprostredkovať finančnú pomoc (vrátane potravín, bývania pre ženy, ktoré sú separované od svojich rodín). Ďalej je ženám potrebné sprostredkovať psychologickú a vzdelávaciu pomoc. Pôrodná asistentka by mala ženu viesť k plánovaniu budúcnosti jej dieťaťa.

Postnatálna starostlivosť je druhým najdôležitejším krokom, pretože touto intervenciou sa zabezpečuje prevencia rôznych foriem týrania a zanedbávania detí. Podľa preventívnych programov v zahraničí zabezpečenie postnatálnej návštavy sestrou je jednou z foriem včasnej intervencie. V rámci tejto služby sestra realizuje inštruktáž rodičom o normálnom vývinе dieťaťa a praktikách starostlivosti o dieťaťa. Cieľom je redukovať stres v rodinách ponúknutím asistencie pri riešení rôznych problémov, poskytnutím emocionálnej podpory, povzbudenie, vedenie, trénovanie rodičovských zručností (tu dochádza k zdokonaleniu a poskytnutiu adekvátnej starostlivosti deťom), posilňovanie sociálnej siete (U.S. Department..., 2005).

Všetky spomenuté preventívne programy sú postavené na návštenej službe v rodinách. V rámci tej sestra hodnotí viacero faktorov, ktoré môžu poukázať na riziko CAN syndrómu u detí. Aj 15ročná štúdia Oldsa et al. (1997) potvrdila pozitívny efekt návštev sestier v rodinách novorodencov. Zistila nižšiu mieru týrania a zneužívania, nižšie hodnoty prijímanej sociálnej pomoci, menej pôrodov u nevydatých žien, menej problémov s alkoholom, drogami, políciou. Na Slovensku návštavná služba sestier v rodinách sa uskutočňuje žiaľ iba pri novorodeneckých prehliadkach. Riešením by bola komunitná starostlivosť, ktorej cieľom je prevencia, výchova ku zdraviu, udržiavanie a podpora zdravia, starostlivosť o človeka v jeho domácom prostredí, vyhľadávanie rizikových skupín a holistiký princíp (Hanzlíková, 2007). Úlohou komunitných alebo rodinných sestier je pomáhať rodičom v pochopení potrieb ich detí, pomoc v adaptácii rodičov na novo vzniknutú rolu pri narodení dieťaťa (Tóthová et al., 2011), čo má veľký význam z hľadiska prevencie CAN syndrómu. Aj Hanušová (2006) vyzdvihuje v rámci preventívnych aktivít význam terénnych, prípadne ambulantných služieb poskytovaných rodine s dieťaťom, u ktorého je ohrozený vývin v dôsledku dopadu dlhodobej krízovej situácie, ktorú rodičia nedokážu sami bez pomoci prekonať a u ktorého existujú ďalšie rizika ohrozenia jeho vývoja.

## ZÁVER

Preventívne programy v zahraničí môžu byť pre nás inšpiráciou v prevencii CAN syndrómu u detí a bolo by vhodné ich implementovať v podmienkach Slovenskej republiky. Zo strany sestier a pôrodných asistentiek je potrebné vytvárať podobné preventívne programy a ich aplikovať do praxe. Cieľom preventívnych programov by malo byť dostatočne sa informovať o situácii, v akej sa rodina nachádza a čo je možné podniknúť, aby došlo k jej zlepšeniu, napr. zabezpečenie zdravotnej starostlivosti, poskytnúť psychickú podporu pri zmenšovaní sociálnej izolácie, dôkladná prenatálna, postnatálna starostlivosť s cieľom redukovať stres v rodinách ponúknutím asistencie pri riešení rôznych problémov, pri trénovaní rodičovských zručností v starostlivosti o dieťaťa, poskytnutím emocionálnej podpory. Významným prínosom sestry v rámci prevencie by bola realizácia návštenej služby v rodinách.

## LITERATÚRA

1. Bechyňová V, Konvičková M (2008). Sanace rodiny. 1. vydanie. Praha: Portál, 152 s.
2. Doyle C (1999). Práca s týraným dieťaťom. 2. vydanie. Londýn: BASW, 178 s.
3. Dům tří přání, o. s. (2007). [online]. [cit. 2012-04-29]. Dostupné z <http://www.dumtriprani.cz/onas.html>
4. Dunovský J, Dytrych Z, Matejček Z (1995). Týránané, zneužívané a zanedbávané dítě. 1. vydanie. Praha: Grada Publishing, 248 s.
5. Hamilton C, Browne, K (2002). Predpoklady fyzického týrania. Univerzita Brimingham, Veľká Británia. Bratislava: Súhrn prednášok zo seminárov, s. 20-31.
6. Hanušová J (2006). Násilí na dětech – syndrom CAN. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 24 s. ISBN 80-86991-78-4.
7. Hanzlíková A (2007). Komunitní ošetřovatelství. 1. české vydanie. Martin: Osveta, 271 s.
8. Matějček Z (2003). Co děti nejvíc potřebují. 3. vyd. Praha: Portál, 108 s.
9. Mazúchová L (2011). Pripravenosť sestier v uskutočňovaní prevencie týrania, zneužívania a zanedbávania detí. Zborník Diagnostika a terapia v pediatrii 12, Martin: JLF UK, s. 161.
10. Národné centrum pre rovnoprávnosť žien a mužov (NCR) (2003). Prevencia a eliminácia rodinného násilia VI. Bratislava: NCR a Centrum ochrany detí s podporou Britskej rady, 75 s.

11. Neergaard J (1990). Grandmother Intervention Program to Prevent Child Abuse, In Health Report, [online]. 1: 89–93. [cit. 2011-12-12]. Dostupné z: <http://static.highbeam.com/p/publichealthreports/january011990/index.html>
12. Novotný Z, Jelen S, Holčáková M (2007). Týrané dítě v naší společnosti a zdravotníci. Česko-slovenská pediatria, 62/1: 25–30.
13. Občanské sdružení HoSt – Home Start ČR (2005). Jak pomáhame. [online]. [cit. 2012-02-05]. Dostupné z <http://www.hostcz.org/jak-pomahame>
14. Office on child abuse and neglect caliber associates (2003). Child Abuse and Neglect User Manual Series. [online]. [cit. 2010-10-22]. Dostupné z: <<http://nccanch.acf.hhs.gov/pubs/usermanuals/domesticviolence/index.cfm>>
15. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR, Kitzman H, Powers J, Cole R, Sidora K, Morris P, Pettitt LM, Luckey D (1997). Long-term Effects of Home Visitation on Maternal Life Course and Child Abuse and Neglect. *JAMA*, 278/8: 637–643.
16. Rushton FE (1996). The role of health care in child abuse and neglect prevention. *J.S.C. Med Assoc.* 92/3: 133–136.
17. Říčan P, Krejčířová D a kol. (1997). Dětská klinická psychologie. 1. vydanie. Praha: Grada Publishing, 447 s.
18. Sejcová L (2001). Deti a mládež ako obeť násilia. 1. vydanie. Bratislava: Album, 208 s.
19. Schneider J, Frenzi L (1993). Program of Home Visits – Hana Like. *The Journal of Psychohistory*, 21/1: 29–36.
20. Střep, o. s. (2007). České centrum pro sanaci rodiny. [online]. [cit. 2012-04-29]. Dostupné z: <http://www.strep.cz/>
21. Tóthová V, Machová A, Veisová V (2011). Komunitní sestra v péči o děti. Kontakt, České Budějovice, XIII/1: 18–28.
22. U.S. Department of health and human services (2005). Child Neglect: A Guide for Intervention. [online]. [cit. 2011-12-28]. Dostupné z: <<http://nccanch.acf.hhs.gov/pubs/usermanuals/neglect/neglectg.cfm>>
23. Vartíková S (2004). Prevencia týrania, zanedbávania a sexuálneho násilia páchaného na deťoch. [online]. [cit. 2011-02-28]. Dostupné z: <<http://www.minv.sk/prevencia>>
24. World Health Organisation (1999). Report of the consultation on child abuse prevention. [online]. [cit. 2011-02-28]. Dostupné z: <[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/neglect/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/neglect/en/)>

---

**✉ Kontakt:**

Mgr. Lucia Mazúchová, PhD., Malá Hora 5, 036 52 Martin, Slovensko  
E-mail: mazuchova@jfmed.uniba.sk