



UNIVERZITA KARLOVA
V PRAZE



3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství

Případová studie

**Ošetrovatelská péče o nemocného s dg. Syndrom
týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte**

Nursing Care of the Patient with diagnosis

Child Abuse and Neglect

Bakalářská práce

Praha, únor 2009

Irena Jeřábková

bakalářský studijní program: Ošetrovatelství

studijní obor: Zdravotní vědy

Autor práce: Irena Jeřábková
Studijní program: Ošetřovatelství
Bakalářský studijní obor: Zdravotní vědy
Vedoucí práce: Mgr. Věra Hordějčuková
Pracoviště vedoucího práce: Střední zdravotnická škola, J. E. Purkyně, Most
Datum a rok obhajoby: 6. dubna 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Mostě dne 26. 2. 2009

.....

Irena Jeřábková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Věře Hordějčukové, vedoucí mé bakalářské práce, za vydatnou pomoc, věcné připomínky, trpělivost, kterou mi věnovala při vypracovávání bakalářské práce.

Můj velký dík patří i klinickému konzultantovi MUDr. Davidu Marxovi Ph.D. za cenné rady, připomínky při zpracování klinické části.

Taktéž bych chtěla poděkovat Mgr. Pavlu Weissovi, klinickému psychologovi Kojeneckých ústavů Ústeckého kraje, za pomoc a věcné připomínky k mé práci.

OBSAH

1	Úvod	7
2	Klinická část	8
2.1	Charakteristika syndromu CAN.....	8
2.2	Historický vývoj pojmu.....	8
2.3	Formy týrání dětí.....	10
2.3.1	Tělesné týrání.....	10
2.3.2	Psychické týrání.....	14
2.3.3	Okruhy rizika pro fyzické a psychické týrání.....	15
2.3.4	Zanedbávání, zanedbanost.....	17
2.3.5	Sexuální zneužívání.....	19
2.3.6	Zvláštní formy syndromu CAN.....	24
2.4	Úloha pediatra a sociálního pracovníka.....	26
2.5	Léčba dětí se syndromem CAN.....	27
2.5.1	Psychoterapeutická intervence.....	28
2.6	Zásady péče o děti se syndromem CAN.....	29
2.7	Prevence.....	30
2.8	Právní zajištění dítěte se syndromem CAN.....	31
2.9	Základní údaje o nemocném.....	33
2.9.1	Lékařská anamnéza a diagnóza.....	33
2.9.2	Výsledky diagnostických výkonů.....	37
2.9.3	Terapie.....	39

3	Ošetrovatelská část	41
3.1	Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení.....	41
3.2	Seznam ošetrovatelských diagnóz.....	46
3.3	Krátkodobý plán ošetrovatelské péče.....	47
3.3.1	Aktuální ošetrovatelské diagnózy.....	47
3.3.2	Potencionální ošetrovatelské diagnózy.....	57
3.4	Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče.....	59
3.5	Sociální problematika a prognóza.....	60
4	Závěr	61
5	Seznam použité literatury	64
6	Seznam příloh	65

1 ÚVOD

Cílem mé práce bylo vypracování případové studie ošetrovatelské péče u dvouletého chlapečka, který byl hospitalizován na pediatrickém oddělení s podezřením na diagnózu syndrom CAN - Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Tuto diagnózu jsem si zvolila vzhledem k mému profesnímu zaměření, neboť pracuji v dětském zdravotnickém zařízení spadající do sociální sféry, a tato problematika je mi proto blízká.

V klinické části jsem se zabývala charakteristikou a vývojem tohoto syndromu v kontextu s vývojem v některých historických obdobích. Jsou zde uvedeny jednotlivé typy týrání, jejich možné příčiny, projevy a rizika. Jako součást léčby je uvedena i možnost psychoterapeutické intervence. Považovala jsem za nutné uvést v rámci této diagnózy právní aspekty a trestně právní odpovědnost osob, které se v negativním slova smyslu podílejí na těchto trestních činech. Jedná se o diagnózu zasahující i sociální sféru, snažila jsem se proto uvést okrajově i úkoly sociálních pracovníků.

V ošetrovatelské části jsem vycházela z metodiky ošetrovatelského procesu a modelu ošetrovatelské péče Virginie Hendersonové – „Teorie základní ošetrovatelské péče“. Informace o pacientovi jsem čerpala ze zdravotnické dokumentace, rozhovorem s matkou, od členů ošetrovatelského týmu, a na základě vlastního pozorování. Matka souhlasí s použitím údajů pro účely této práce. Tyto informace jsem využila pro vypracování ošetrovatelského plánu na první den hospitalizace. Pořadí ošetrovatelských diagnóz jsem sestavila na základě aktuálních potřeb pacienta toho dne.

2 KLINICKÁ ČÁST

2.1 CHARAKTERISTIKA SYNDROMU CAN

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte – CAN (Child Abuse and Neglect) - je soubor nepříznivých příznaků v nejrůznějších oblastech zdravotního stavu a vývoje dítěte i jeho postavení ve společnosti, především v rodině. Jsou výsledkem převážně úmyslného ubližování dítěti, způsobeného nejčastěji nejbližšími vychovateli, hlavně rodiči. Jeho vyhraněnou podobou je smrt dítěte. Jde o nenáhodný děj nebo situaci, která je v dané společnosti nepřijatelná nebo odmítaná, je preventabilní a její důsledky pro stav a vývoj dítěte by měly mít příčinnou souvislost s mechanismy, které je vyvolaly (Dunovský, 1995). Jde o syndrom se značně různorodými příčinami, projevy, mechanismy vzniku a různě závažnými dopady na život a vývoj dítěte. Dítě je třeba chápat jako plnohodnotného jedince se svými právy a specifickými potřebami, není možno s ním zacházet podle vůle až svévole dospělých. Každý dospělý by měl sledovat prospěch dětí, neboť každé nedostatečné uspokojení potřeb přináší závažné ohrožení jejich zdraví a rozvoje.

2.2 HISTORICKÝ VÝVOJ POJMU

Syndrom CAN má svůj vývoj. Zpočátku byl chápán jen jako fyzické týrání. V zahraniční literatuře bylo toto chování uváděno jako špatné zacházení, nepečování o dítě (mistreatment, maltreatment), které bylo v roce 1962 přejmenováno na „Syndrom bitého dítěte“ (Battered Child Syndrom). Z toho vyplývá, že předtím již bylo vnímáno poškozování dětí způsobené neúrazovým mechanismem a nazváno jako neúrazové, úmyslné poškození v rámci krutého zacházení s dítětem, kde jako základní mechanismus poškození byla potvrzena

nezvládnutá agrese dospělého vůči bezmocnému dítěti. S tělesným týráním je úzce spjato i duševní a citové týrání. To vše rozšířilo formulaci syndromu CAN o „zanedbávání“ (Child Neglect).

Začátkem sedmdesátých let minulého století se zahrnuje do formulace syndromu i sexuální zneužívání, jak jeho formy aktivní, tak formy pasivní – bezdotekové.

Syndrom CAN je nutno chápat jako multifaktoriální společenský jev, proto jeho poznávání, zjišťování, terapie, rehabilitace i prevence je interdisciplinární záležitostí. Tento přístup by měl mít ovšem jednoznačný závěr jednotlivých odborníků, kteří zastupují příslušné obory, které situaci řeší. Pro samotnou identifikaci je velmi důležitá jedna věc, a to příčinná souvislost mezi aktivitou pachatele a následkem. Ne každý typ nepříznivého zacházení s dítětem je stejně chápán v různých společenstvích nebo dobách. I u nás se tělesný trest stále ještě považuje za významnou složku výchovy, ale kde máme hledat hranici mezi ještě výchovným působením a týráním?

Dnešní společnost je „pedocentrická“ – zaměřená na dítě. Dítě je chráněno, vysoce ceněno. Dětství má v dnešní společnosti hodnotu jako nikdy předtím. 20. 11. 1989 přijalo OSN v New Yorku „Úmluvu o právech dítěte“, kde zachytilo požadavky, potřeby a práva dítěte. První právní dokument týkající se právního postavení dítěte ve společnosti byla „Ženevská Deklarace práv dítěte“ přijata Společností národů roku 1924. Postavila se proti diskriminaci dětí, vykořisťování a poskytla důležité informace o stavu a vývoji dítěte ve světě. Informace se opíraly o rozvoj poznatků z vývojové, sociální psychologie, pediatrie a sociálních věd. V polovině padesátých let na půdě OSN vznikla polovládní organizace – Dětský fond spojených národů – UNICEF. Ten převzal veškerou iniciativu v mezinárodní pomoci nejvíce ohroženým dětem. V návaznosti na to vznikla v roce 1959 v USA – Charta práv dítěte, kde se již začíná orientovat na obzvlášť závažný problém ve společnosti – na problém bezprostředního týráním a zneužívání dítěte. Tato charta ovlivnila u nás vznikající zákon o rodině z roku 1963. Zde je zdůrazněn význam rodiny pro výchovu a péči o dítě, upravil normy týkající se vztahu rodičů a dětí a hlavně možnosti náhradní rodinné péče., především osvojení, znovuzavedení pěstounské péče, která byla roku 1951 zrušena.

2.3 FORMY TÝRÁNÍ DĚTÍ

2.3.1 TĚLESNÉ TÝRÁNÍ

Je to nejprozkoumanější jev v rámci syndromu. Na základě těchto aktivit vůči dítěti došlo k celkovému řešení této problematiky. Objevuje se týráním aktivním, kam zařazujeme děti s různými poraněními – bití, popálení, opaření, apod. Další skupinu tvoří děti, které nemají bezprostřední známky týráním – dušení, otravy, apod. Tyto aktivity mohou vést nejen k poranění, ale i k smrti dítěte. Je těžké hodnotit, zda poranění vznikla náhodně, nepozorností nebo úmyslně, je nutné dokonalé vyšetření ze strany lékaře, včetně anamnézy. Je nutné v těchto případech pořízením podrobné fotodokumentace.

AKTIVNÍ FORMA

Zavřená – zpravidla tupá poranění bez porušení kůže. Vznikají úderem, tlakem nebo nárazem těla na tupý předmět

- Otřesy – především mozku a míchy. Jedná se většinou o funkční poruchy bez patologickoanatomického nálezu.
- Pohmoždění – vyskytují se na kůži, tupým násilím dochází k zhmoždění podkožní tkáně a vzniku hematomu. Tvar mívají podle charakteru užití pomůcek, ruky apod. U opakovaných poranění může být barva hematomu rozdílná podle data vzniku. Může dojít k poranění i hlubších vrstev kůže či orgánů. Může být spojeno s vytrháváním vlasů (lysiny), kousnutím. Poranění svalů – úplné, trhliny. Může postihovat šlachy, nervy, cévy i klouby.
- Poranění kostí – zlomeniny – úplné, neúplné – subperiostální zlomeniny u dětí. Poškození jednotlivá nebo mnohočetná, čerstvá nebo v různých stádiích hojení. Komprese a tupé údery způsobují zlomeniny žeber. „Chip“

- zlomeniny – nadměrným tahem, šubnutím, kroucením. Podezřelá je i zlomenina stehenní kosti u dětí pod 2 roky a zlomenina lopatky.
- Poranění hlavy – nutné pečlivé vyšetření – oční pozadí, RTG lebky, stav vědomí
 - o „Shaken Infant Syndrom“ – při vyšetření bývají nalezeny nitrooční hemoragie a intrakraniální krvácení, ale bez známek zjevného poranění hlavy. Možno objevit při silném třesení i léze na kostech.
 - o Subdurální hematom – krvácení mezi tvrdou a měkkou plenu. Po tupých poraněních hlavy. Objevují se neurologické příznaky, jako zvracení, náhle se zvětšující objem hlavy, neurologické příznaky. Mezi závažnější se řadí poruchy vidění, hluchota, ochrnutí, až smrt.
 - o Otřes mozku – náhlé působení násilí na lebku – ztráta vědomí od několika minut po hodiny i dny
 - o Pohmoždění mozku, stlačení – poranění hlavy s poruchou vědomí a možným krvácením.
 - Poranění míchy
 - o Otřes – dočasná ztráta citlivosti pod poraněním
 - o Pohmoždění – ohraničené poruchy funkce
 - o Přerušování – trvalé ochrnutí pod místem poranění
 - Poranění nitrobřišních orgánů – otevřené nebo uzavřené. I tupé úderů způsobují závažná poranění vnitřních orgánů – roztržení, vytékání obsahu orgánů do dutiny břišní, vnitřní krvácení, následně rozvoj infekce - časté příčiny úmrtí. Nutné pečlivé vyšetření břicha, krve a moči.

Otevřená – každé poranění kůže, sliznice či poranění orgánu. Zásah do celého organismu s možností vzniku šoku. Příznaky šoku: zrychlený, slabý pulz, hypotenze, psychická alterace – neklid, dezorientace. Zornice bývají rozšířené, kůže je bledá, studeně opocená, dýchání je povrchní, zrychlené. Možná alterace stavu, kdy bývá TK neměřitelný, nastávají poruchy dýchání a vědomí.

- Rány na hlavě – většinou komplikovány ještě zlomeninami lebky. Nutná revize rány, nebezpečí vzniku případné epilepsie.

- Nitrooční krvácení – po úderu na oko nebo hlavu. Nebezpečí poranění bulbu a následné poškození zraku. Řádné vyšetření oka.
- Rány na hrudníku – nebezpečí pneumotoraxu
- Popáleniny – postiženy děti již od útlého věku. Některé druhy popálenin jsou typické – od cigaret, od ponoření do horké vody, polití horkou vodou, kontaktní podle zdroje, od provazu, když je dítě přivazováno, ústa a okolí od horkého jídla. Závažná poranění vzhledem k celkové reakci organismu hrozí možným rozvojem šoku. Záleží na rozsahu a hloubce poškození. (**Pravidlo devíti** – hlava, krk – 1x9, přední plocha trupu – 2x9, zadní plocha trupu – 2x9, horní končetina – 1x9, dolní končetina – 2x9, řitní otvor a genitálie – 1%). Úmrtnost závisí na % postižení – do 20% nebývá, s procenty roste riziko, u 50% postižení umírá polovina postižených a u 70% postižení povrchu těla umírá téměř 90% postižených.

Mnohočetná zranění – po opakovaných útocích agresora. Poškození různého data, často spojeno s těžkým psychickým a emocionálním defektem.

PASIVNÍ FORMA

Jedná se o neuspokojování základních tělesných potřeb, následně i psychických a sociálních. Výsledkem bývá neprospívající, zanedbané dítě, s nedostatečně rozvinutými schopnostmi ve všech oblastech života i ve vztahu k blízkému i vzdálenému prostředí. Nejzávažnější důsledek tohoto jednání bývá zpustnutí a v krajním případě smrt.

Porucha prospívání – nedostatečná výživa po stránce kvalitativní i kvantitativní, která vede k dystrofii až atrofii. Projevuje se podvážou dítěte až zastavením růstu. Nedostatečná kvalita jídla se obvykle projevuje jako různé hypovitaminózy. Známkou neprospívání bývá rychlá úprava výživových nedostatků po zásahu zvenčí (při hospitalizaci, dočasném umístění v náhradním zařízení, apod.). I zde je nutné vyloučit jiné příčiny – např. somatické, organické.

Nedostatek zdravotní péče – vědomé odmítání zdravotní péče jen vzácně, odmítání preventivní péče a očkování je častější. Spadá sem i nevědomé odmítání péče (doufají ve spontánní uzdravení).

Nedostatky ve vzdělání a výchově – upírání práva na vzdělání.

Nedostatek přístřeší, ošacení a ochrany – nezabezpečení vhodných životních podmínek, domova, které dítě ohrožují na zdraví i životě. Závažný socio-ekonomický problém.

Vykořisťované děti – porušován zákaz námezdní práce dětí mladších 16 let (např. žebrání).

PŘÍZNAKY TĚLESNÉHO TÝRÁNÍ

Poranění nebo popáleniny nevysvětlitelného původu, zvláště vyskytují-li se opakovaně, s nepravděpodobnými zdůvodněními těchto poranění, nechť dítě o těchto poraněních hovořit. Poranění mohou vzniknout v důsledku i nepřiměřených trestů. U dětí se objevuje strach ze styku s rodiči, pohmožděniny měkkých částí těla – nadloktí, stehna, tváře, lysiny. Neochota dítěte odhalovat ruce a nohy v horkých měsících, strach ze svlékání před hodinou tělocviku, strach jít domů, strach z lékařského zásahu nebo pomoci, sklony k sebetřýznění, agresivita vůči ostatním, chronické útoky z domova.

2.3.2 PSYCHICKÉ TÝRÁNÍ

Na rozdíl od předchozích typů týrání je obtížně dokumentovatelné. Každý z předešlých typů v sobě nese i psychické týrání. Může se objevit nejen ze strany dospělé osoby k dítěti, ale i jako týrání rodičů jejich dětmi nebo jako týrání mezi vrstevníky.

FORMY PSYCHICKÉHO TÝRÁNÍ

Aktivní – kde se dítěti děje nějaká nepříznivá činnost - nadávky ponižování, zesměšňování, hostilita, opovrhování

Pasivní – kde dítě pociťuje, že se s ním neděje to, co by se správně mělo - nevšímavost, nedostatek péče, nedostatek lásky, nezájem.

PŘÍZNAKY PSYCHICKÉHO TÝRÁNÍ

Poruchy chování – děti reagují ustrašeně, úzkostně, snadno se rozpláčou, mají velmi nízké sebehodnocení. Nebo naopak reagují agresí, leckdy jako nápodoba chování dospělých. Neúměrně silně reagují na vlastní chyby, mají obavy z každé nové situace. Rodiče mohou působit dojemem, že jsou milující, obětaví. Přitom je dětem předkládáno, že jsou k ničemu, nejen slovy ale i jednáním s nimi. Láska jim je upírána úplně nebo se váže na nějaké podmínky, aby si dítě lásku rodičů zasloužilo. Takové děti si nejsou nikdy jisti, zda je někdo miluje skutečně. Mohou se objevit další příznaky - známky neurotického chování – kroucení, vytrhávání vlasů, cucání prstů (v pokročilém věku). Nepřiměřené reakce na bolest – buď necitlivost, nebo hysterická reakce. Sklon k závislostem. Nejistota ve vztazích, pasivita nebo agresivita, nedůvěra k dospělým nebo naopak příliš lpí na dospělém za pozornost. Mohou hledat důvody, aby mohly pobývat v jiné rodině, u kamarádů. Viní se za všechno možné.

Psychosomatické projevy – bolesti hlavy, břicha, ekzémy, nevysvětlitelné zvýšené teploty, apod.

Dopady záleží na intenzitě týrání, délce trvání a na stáří dítěte. Mohou se projevovat jako přání ubližovat si, jako vštípená bezmoc, poruchy přijímání potravy. V dalších vztazích se stávají týrajícím nebo opět týraným. Toto týrání má celoživotní důsledky, které se mohou projevit formou různých závislostí, depresí, potíže ve vztazích, až sebevraždou.

2.3.3 OKRUHY RIZIKA PRO FYZICKÉ A PSYCHICKÉ TÝRÁNÍ

Rizikové dospělí – např. osoby s poruchou osobnosti s agresivními rysy povahy, psychotici, neurotici, alkoholici, toxikomani, mladiství rodiče, povahově nezralí, nevyspělí, lidé dlouhodobě ve stresu, apod. Lidé, kteří se dopouštějí týrání, se mohou vyskytovat ve všech skupinách společnosti. Mají různá vzdělání, příjmy, různá společenská postavení. Týrání může mít mnoho motivů – potlačení vzteku, frustrace. Skutečný motiv ale vychází z potřeb dospělého, ne dítěte. Někteří lidé si ani neuvědomují, že by se měli chovat jinak. Neuvědomují si, jak snadno mohou dítě poranit, jak je nebezpečné nechat dítě doma o samotě. Někteří neznají jiný způsob chování, sami vyšli z takovýchto poměrů, kde byli také týráni. Jiní se mstí místo na partnerovi, tak na dítěti. Jsou pod vlivem různých látek – alkohol, drogy, apod.

Rizikové děti – mají obvykle své zvláštnosti, kterým dospělí těžko rozumí, např. děti s ADHD, neklidné, nesoustředěné, impulzivní, zlostné, mentálně retardované, kterými jsou rodiče spíše „zklamáni“, s lehce sníženým intelektem, nešikovné, neobratné, špatně prospívající ve škole, apod. – aktivně svými projevy dospělě zatěžují, dráždí, vyčerpávají je fyzicky i psychicky. Mohou to být děti, které nesplňují očekávání svých vychovatelů. Neznamená to jen jedno z těchto rizik,

týrání se vyskytuje v součinnosti s rizikem u dospělého – „frustrační tolerancí“, nebo rizikovou situací, apod.

Rizikové situace – Narození do patologické rodiny si dítě nevybírá. Nejenže v těchto případech dochází k případnému týrání, ale dítě tímto od rodičů přebírá i nesprávné vzorce chování, životní hodnoty a postoje vůči sobě i druhým.

Příklady:

Nezralí rodiče – důvody těhotenství většinou bývají jiné, než touha po dítěti nebo láska k partnerovi. Nejsou připraveni na příchod dítěte, překáží jim v plnění svých plánů, péče je vyčerpávající.

Narození poškozeného dítěte – možný rozpad rodiny, možnost zanedbávání, psychického strádání, ústrků, i fyzického trestání.

Nechtěné děti – děti vstupují do života již s handicapem – „zhoršenou životní prosperitou“. Je označována jako **subdeprivace** – u matky přetrvává negativní postoj k dítěti i po narození, tím není schopna plně uspokojovat jeho nejzákladnější psychické potřeby, které jsou důležité pro další psychosociální vývoj dítěte. Tento stav má tendenci se přenášet z generace na generaci. Proto by žena měla mít právo se rozhodnout, zda dítě vůbec chce, vybrat si k tomu vhodného partnera a určit si dobu, kdy chce otěhotnět.

Nemanželské děti

Rozvod – bývá velmi častou příčinou týrání, zneužívání a zanedbávání, fyzického i psychického. Napjatou atmosféru, agresivitu, hostilitu dítě vnímá v každém věku, ohrožení pocitu jistoty a bezpečí. Zanedbávání – partneři jsou zaujati svými vlastními prožitky. Zneužití dítěte - jako prostředku boje proti partnerovi, manipulování s dítětem. Vnitřní emoční napětí u dítěte vyvolává stres, který se projevuje změnou chování. U některých tyto situace výrazně ovlivňují vztahy k budoucím partnerům.

Nevlastní rodič - žárlivost dítěte, vyžaduje pozornost, neurotické příznaky.

Mimořádné situace – např. chudoba, nezaměstnanost, živelné katastrofy. Rodiče jsou zaujati svými starostmi, že nejsou schopni uspokojovat potřeby dětí.

2.3.4 ZANEDBÁVÁNÍ A ZANEDBANOST

Jedná se o děti, které jsou vážně ohroženy nedostatkem podnětů důležitých ke svému zdravému fyzickému a psychickému rozvoji. Od nejtěžších forem, které bezprostředně dítě ohrožují na životě, až po relativně lehké, které ve spojení s dalšími činiteli mají neblahý vliv na jedince. Týkají se nedostatků v oblasti jídla, lékařské péče, izolace od ostatního světa, nechávání dětí bez dozoru, netečnost k nim samým, k jejich výchově. Toto vše se může projevit jako poruchy chování, opoždování ve vývoji, školní problémy, apod. Tyto děti bývají tím pádem ohroženy i psychickou deprivací.

Nejčastěji se jako deprivativní prostředí uvádí výchova v kolektivních zařízeních, ústavech. Existuje ale mnoho rodin, kde je situace horší a naopak v ústavním prostředí dojde k nápravě. Hodnocení situace je nutno řešit v širších souvislostech.

Vlivy, které se podílejí na zanedbávání v rodině:

– **vnější podmínky** – složení rodiny, její socioekonomická situace, kulturní úroveň. A to jak ze strany nízké úrovně rodiny, tak rodin dobře společensky postavených. Smyslových a intelektových podnětů se tady dítěti zpravidla dostává dostatek, ale strádá emocionálně.

- **vnitřní podmínky** – kde se jedná o psychiku a osobnost vychovatele – např. citová nezralost a povahová nevypěstlost rodičů, duševní poruchy nebo nemoci, rodiče s různým stupněm invalidity – nemohou dobře uspokojovat potřeby dítěte,

některé etnické skupiny lidí, náboženské sekty – sociální izolace. Většinou dochází ke kombinaci různých vlivů, které poté vedou k zanedbávání dítěte.

PŘÍZNAKY ZANEDBÁVÁNÍ

Tyto děti mívají trvale hlad, mohou být vyhublé, nedodržující hygienické zásady. Ošacení může být omšelé, znečištěné nebo zapáchající. Mohou být neustále unavené, chodí pozdě do školy nebo za školu. Mohou vykazovat neurotické příznaky, sklon ke krádežím, sběru odložených věcí. Objevují se chronické útoky z domova. Mají malou sebeúctu, sklony k sebezničení.

OKRUHY RIZIKA PRO ZANEDBÁVÁNÍ

Rizikovní dospělí – vesměs se jedná o celkové prostředí, kde dítě vyrůstá. Vychovatelé jsou např. mentálně retardovaní, na výchovu dítěte nestačí, nemocní somaticky, pohybově, smyslově, psychicky, osaměle žijící osoby, alkoholici, toxikomani, nezralí rodiče, lidé, kteří sami vyrůstali v deprivacním prostředí, lidé žijící v bídě, workoholici, atd.

Rizikové děti – jsou to děti, které jsou oběti „neaktivity“ dospělého. Děti, které okolí nepřitahují, „postížené“, somaticky nemocné děti, vyčerpané, podvyživené, aj.

Rizikové situace – zde je to dlouhodobý děj, vzniklý v součinnosti mnoha faktorů.

2.3.5 SEXUÁLNÍ ZNEUŽÍVÁNÍ (CSA – Child Sexual Abuse)

Je definováno jako nepatřičné vystavení dítěte sexuálnímu kontaktu, sexuální činnosti nebo chování. Zahrnuje jakékoliv dotýkání, styk, vykořisťování kýmkoliv, komu bylo dítě svěřeno do péče nebo komukoliv, kdo s dítětem přišel do styku – rodič, příbuzný, přítel, odborný pracovník, i cizí osoba (Rada Evropy, Strasbourg, 1992). Nejvíce jsou ohroženy děti do 8 let.

Jedná se o sexuální uspokojování dospělého, k čemuž zneužívá dítě. Tento jev se vyskytoval ve všech dobách, ale citlivost k němu značně kolísala. V poslední době se o CSA začalo více mluvit v souvislosti s posttraumatickým šokem a asociativním chováním.

Pouřazová stresové situace (PTSD – posttraumatic stress disorder)

Soubor obtíží, které vznikají po prožitém traumatu. Mají vliv na chování dítěte, jako sociální chování, školní přizpůsobivost, mezilidské vztahy i mezigenerační přenos násilí. Mohou to být příznaky, které se před úrazem nevyskytovaly, jako nadměrná ostražitost, nespavost, špatná koncentrace, zvýšená přecitlivělost na nepatrné podněty – pocení, třes, palpitace, slzy. „Naučená bezmoc“, „popření“, „únik“, které situaci neřeší. Když se dítě nemůže spolehnout na nejdůležitější lidi ve svém životě, na rodiče, pak je pro něj velice obtížné, aby se naučilo důvěřovat komukoliv jinému. Podle názorů dospělých si formuje postoj k životu i k sobě samému. Pokud není přesvědčen o vlastní hodnotě, nepřipustí, že má hodnotu pro ostatní.

Důsledky – vážná tělesná poškození, která mohou vyústit v hospitalizaci i v trvalé fyzické následky. Celkové oslabení, až smrt. Sebevražda bývá jako východisko, neboť si nezaslouží nic jiného. Často ubližují sami sobě jako trest nebo k potlačení pocitů do takové míry, že nedokáže cítit nic jiného než bolest. Poškozené sebevědomí. Špatné výkony ve škole. Sklon vybírat si podobné vztahy, kde také dochází k týrání. Závislost na látkách. Potíže s nalezením někoho blízkého. Útěky z domova.

FORMY SEXUÁLNÍHI ZNEUŽÍVÁNÍ

Zneužívání bezdotykové – účast na sexuálních aktivitách, kde nedochází k tělesnému kontaktu

- exhibicionismus, harassment, obtěžování

Zneužívání dotykové - pohlavní kontakt včetně laskání

- sexuální útok, znásilnění, incest (mezi dítětem a pokrevním rodičem, příbuzným nebo sourozenci), pedofilní obtěžování, sexuální turistika, skupinové zneužívání

PŘÍZNAKY SEXUÁLNÍHI ZNEUŽÍVÁNÍ

Krátkodobé následky

Nápadné změny v chování - strach, úzkost, pocity viny. Obzvláště, pokud při této činnosti pociťovaly i libé pocity. Hanba, deprese, nízká sebeúcta. Ztrácí důvěru k dospělým. Může se výrazně zhoršit školní prospěch. Někdy na tuto situaci reaguje tím, že začne osahávat nebo sexuálně zneužívat druhé děti.

Somatické příznaky – bolesti hlavy, břicha, enuréza, poruchy spánku, poruchy příjmu potravy, regrese chování, nepřiměřené sexuální chování, sebepoškozující aktivity, které mohou vést až k sebevraždě.

Dlouhodobé následky

Někdy se stává, že předčasná sexuální stimulace vede u tohoto dítěte k vyhledávání sexuálního uspokojování u jiných dospělých, nebo napadá vrstevníky. V dospělosti může sám postižený děti zneužívat. Poškozené sebevědomí, myšlenky na sebevraždu, poruchy přijímání potravy, sexuální nespoutanost, útoky z domova, tendence navazovat vztahy, kde opět dochází k zneužívání, obtíže v oblasti sexuálních vztahů, potíže s navazováním důvěrných vztahů. Pocit izolace od zbytku světa – mám tajemství, nikdo mi nerozumí. Protože často slyší lži, je pro něj obtížné věřit vlastnímu vnímání.

Příznaky u dětí do 5 let:

V přítomnosti jisté konkrétní osoby projevují mimořádně silný strach. Hystericky křičí při přebalování, při převlékání, zvláště spodního prádla. V okolí genitálu lze pozorovat některé znaky. Mívají bolesti nebo zánětlivé změny v krční, anální nebo genitální oblasti. Může se objevit pomočování u dětí, které to již nedělaly, projevy regrese v chování odpovídající mladšímu věku. Mívají nepřítomný pohled, nešťastný výraz, smutnou náladu, bývají rozpačité, mohou mít poruchy příjmu potravy, poruchy spánku, dítě může být i agresivní, podrážděné. V sexuální oblasti bývá chování neúměrné vzhledem k jejich věku, sexuální podněty je někdy pohoršují. Při hraní s panenkami zasvěceně napodobují sexuální chování, kreslí pohlavní orgány, ztrácejí zájem o herní aktivity, nechtějí si hrát s jinými dětmi, mohou opakovat neslušná slova nebo fráze, která slyšely.

SYNDROM DĚTSKÉHO PŘIZPŮSOBENÍ

Vyskytuje se u dětí, kde v případě odhalení nastává druhotné zraňování v rámci vyšetřování. Konfrontace vychází vesměs v neprospěch dítěte. Syndrom zahrnuje 5 fází:

1. Utajování

– na základě zastrašování, vydírání

2. Bezmocnost

– obzvláště, má – li dítě v péči pachatel

3. Svedení a přizpůsobení

– většinou tuto situaci dítě přijme jako skutečnost, podřídí se, vzniká ovšem vnitřní konflikt. Dítě dává vinu sobě. Důsledky – sebetrestání, narušení osobnosti, patologická závislost, apod.

4. Opožděné, konfliktní a nespravedlivé odhalení

– opožděné ohlášení působí nevěrohodně, těžko se prokazuje cizí vina.

5. Odvolání výpovědi

– strach z následků vede k odvolání obvinění.

OKRUHY RIZIKA PRO SEXUÁLNÍ ZNEUŽÍVÁNÍ

Rizikové dospělí – může se jednat jak o nejbližší lidi, tak lidi z širšího okolí přicházející s dítětem do styku. Pachatelé jsou ponejvíc muži. Jedná se většinou o nenápadné lidi s dobrým vztahem k dětem, z jakýchkoliv sociálních vrstev.

Příčiny bývají různé, např. nespokojený sexuální život, touha po změně, dlouhodobá abstinence, přitahování zakázaného, sexuální deviace, starší muži se sníženou sebekontrolou, muži sexuálně hyperaktivní, alkoholici, toxikomani, atd.

Rizikové situace – příležitost, stísněný životní prostor, cizí muži žijící ve společné domácnosti, alkohol, drogy, celkově uvolněná sexualita v rodině, apod.

Rizikové děti – pohlaví u nejmenších dětí nerozhoduje, u předškolních dětí jsou nejvíce ohrožena děvčátka, zejména mazlivá, „koketky“, jemné, kypřejší. Mezi rizikové skupiny patří např. děti psychicky deprimované, zanedbávané. A nemusí to být zrovna děti z dysfunkčních rodin. I úplné, zdánlivě funkční rodiny, kde na dítě nemají čas, tyto děti snadněji naváží vztah s někým, kdo jim pozornost věnuje. Velmi ohroženou skupinu tvoří děti mentálně retardované, kde pachatel spoléhá na to, že dítě neumí adekvátně zhodnotit situaci. V nebezpečí jsou děti, kde je matka delší dobu nepřítomna – služební cesty, pobyt v nemocnici, noční služby apod. Dále to mohou být děti, které jsou na kratší dobu svěřeny jiné osobě – hlídací agentury, tábory, známý, apod. Netabuizovat nic před dětmi, vysvětlit vše o těle, co dítě zajímá. Děti by měly vědět, jak reagovat v případě sexuálního obtěžování nebo útoku.

DIAGNOSTIKA

Případ se začíná šetřit na základě oznámení, telefonického, písemného i osobního, ze školního zařízení, pediatra, členy rodiny, apod. Pro stanovení diagnózy se vychází z podrobné sociální anamnézy, objektivního nálezu pediatra, psychologického vyšetření, gynekologického vyšetření.

Aby dítě nebylo traumatizováno opakovaným vyšetřováním, psycholog svá zjištění zaznamenává na **videozáznam**. Zde jsou zkoumána gesta, mimika a chování dítěte i jinými odborníky, zda šetření proběhlo objektivně, bez sugestivních otázek, zda otázkám dítě rozumělo, atd. Další metoda – **demonstrace s anatomickými panenkami** – se používá především u dětí, které nedokážou vše správně pojmenovat, které se stydí. **Kresba rodiny** – také umožňuje uvolnění a rozpovídání jako anatomická panenka. Zachytí klima v rodině, vztahy, apod.

2.3.6 ZVLÁŠTNÍ FORMY CAN

Múnchausenův syndrom v zastoupení (by proxy)

Úmyslné poškozování dítěte tím, že si dotyčná osoba vymýšlí různé příznaky nebo onemocnění, aby bylo dítě opakovaně vyšetřováno a léčeno. Tento syndrom není neobvyklý, v jedné pětině případů končí smrtí dítěte.

Šikana

Jedna z forem psychického týrání, často spojená i s fyzickým týráním. Agrese, které se dopouští jedinec nebo skupina vůči jedinci nebo skupině, kteří nejsou schopni z různých důvodů účinné obrany. Většinou se objevuje opakovaná agrese vůči stejné oběti. Typické je hrubé násilí nebo ponižující praktiky. Šikanující bývají impulzivní, dominantní, s malou schopností vcítění se do druhého. Obvykle jsou agresivní k širšímu okolí, učitelům, rodičům, vrstevníkům, sourozencům. Agresoři mívají citově chladné rodiče, kteří jim tolerují agresivní chování. Často bývají zpočátku jako oběť, z které se stává útočník. Pokud nenarazí již zpočátku na odpor, mohou se domnívat, že na základě násilí může v životě fungovat všechno. Vždy je potřeba takovéto situace analyzovat.

Systémové týrání (druhotné zneužívání a ponižování)

Tato forma týrání je působena systémem, který byl založen pro pomoc a ochranu dětí a jejich rodin. Jedná se o nepatřičné zásahy jednotlivých odborníků nebo orgánů při řešení CAN. Dítě je tímto poškozováno, místo toho, aby mu bylo pomoheno – nedostatečná péče a pomoc dětem v dysfunkčních rodinách, jejich automatické odebírání z rodin. Patří sem i řada opakujících se vyšetření nejrůznějšími odborníky, kde není respektován interdisciplinární přístup k dítěti. Tato situace se nazývá také „**sekundární viktimizace**“. Jde v podstatě také o nerespektování potřeb.

Organizované zneužívání dětí

Souvisí jednak se sexuálním zneužíváním dětí v rozsáhlejších organizovaných formách, jako prostituce, pornografie. Ale i jako nový obchod, kde děti fungují jako zboží – ilegální osvojování, dětská práce, vraždy za účelem získání orgánů, apod. Dále může souviset s týráním dětí související s rituálními obřady v některých sektářských společenstvích - **rituální zneužívání**. Za další okolnost se považuje institucionální zneužívání dětí v ústavech, nejen vlastním systémem, ale i způsobem péče.

2.4 ÚLOHA PEDIATRA A SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA

Úloha pediatra v případech týrání

Kde se vyskytnou rizikové faktory v rodině, je potřeba podrobná anamnéza, detailní popis nálezu. Součástí anamnézy bývá sociální šetření, eventuelně psychiatrické, neurologické, gynekologické, popř. jiných specialistů. Znáť zvláštnosti dětského věku, citlivý přístup, přátelské prostředí. Zbytečně neopakovat bolestivá vyšetření, nevracet se zbytečně k traumatizujícím zážitkům. Pečlivé vedení dokumentace, podrobné popsání vyšetřovacích metod, porovnání výsledků se standardními křivkami.

Úloha sociálního pracovníka v případech týrání

Spolupráce s dalšími odborníky v oblasti zdravotnictví, školství, spravedlnosti, atd. Spolupráce s celou rodinou, důkladná komplexní anamnéza, objektivní hodnocení dosavadního vývoje a chování dítěte a rodičů. Šetření soc. pracovníka slouží jako základní materiál pro další pracovníky. Je nutná kvalifikovanost, zkušenost, umění jednat s lidmi.

Náplň práce:

Sociální diagnóza – zhodnocení současné situace dítěte po stránce tělesné, duševní a sociální, jejím podkladem je anamnéza.

Sociální terapie – zásahy a opatření ve prospěch dítěte, jejím podkladem je sociální diagnóza. Práce v terénu, koordinace s pracovníky profesně zaměřenými na rodinu. Pomoc v rámci jednorázové intervence, i telefonicky.

Socioterapie – terapie přímo v rodině s dalšími orgány, které se zabývají péčí o dítě.

2.5 LÉČBA DĚTÍ SE SYNDROMEM CAN

1. Léčba akutních stavů nebo přímá intervence, která řeší urgentní situaci – po zjištění rozsahu a závažnosti postižení zabránit dalšímu útoku, zajistit potřebnou pomoc podle zjištěných příčin, zajistit dítěti pokud možno duševní i sociální pohodu, často jde i o umístění mimo rodinu. Nejvhodnější by bylo pokud možno k příbuzným.

2. Rozsáhlé šetření všech okolností, které souvisí s násilím na dítěti nebo nedostatečnou péčí – v rodině, škole, u pediatra, Orgánu péče o matku a dítě, apod. Všude tam, kde lze získat seriózní informace. Stanoví se definitivní diagnóza, potvrdí se oprávněnost hlášení, určí se terapeutický plán a postupuje se podle něho. Intervenční plán ve spolupráci s OSPOD - Oddělením sociálně - právní ochrany dítěte, který je zpravidla součástí sociálního odboru při městských úřadech s rozšířenou působností, a soudem. V této fázi by měla probíhat zejména psychoterapie a socioterapie pro dítě a rodinu.

3. Dlouhodobé sledování rodiny a dítěte, snaha o definitivní řešení situace v zájmu dítěte, snaha o úplnou úzdravu dítěte – v této fázi hraje hlavní roli psycholog, psychiatr, další lékařští odborníci, ale i sociální pracovník, výchovný poradce, učitel, apod.

Léčba musí být symptomatická – zaměřená na příznaky, ale především kausální – příčinná. U tělesných poranění léčba nemívá závažné problémy, pokud není dítě ohroženo na životě. Léčba psychických poruch, sociálních poruch je velmi složitá. Využívat pozorování, zkušenost, jednat v zájmu dítěte - vysoké nároky na osobní kvality odborníků. Supervize – semináře odborníků, kteří hodnotí průběh a účinnost léčby. Direktivní, represivní postupy = intervence – víceméně jednostranné působení na klienta, ne interaktivní.

2.5.1 PSYCHOTERAPEUTICKÁ INTERVENCE

Potřeba a rozsah psychoterapie je závislá na mnoha okolnostech - věku, způsobu týrání, zda byl agresor příbuzný nebo cizí člověk, atd. Vždy si musíme být jisti, že situace týraného nebude po naší intervenci ještě horší, než byla před ní. Má odstranit nebo na nejmenší míru omezit důsledky špatného zacházení s dítětem. Jednání má být vždy v zájmu dítěte. Součástí léčby je pracovat s celou rodinou, nejen s dítětem, jako obětí násilí, ale i např. s agresorem, který může být členem rodiny. Trest přenést na agresora, ne na dítě odebráním z rodiny.

Primární terapeutická intervence – vstupní psychoterapeutický rozhovor - vede často k zvládnutí problému. Lépe se pracuje s dítětem, které zůstalo v domácím prostředí → možná spolupráce rodiny – rodinná terapie. Je potřeba traumatizující zážitek otevřít, vytěsnit a zbavit se ho, jako něčeho špatného, za co dítě nemohlo. Usmadníme tím dítěti projevit pocity. Vstupní rozhovor je velmi důležitý k navázání vztahu k terapeutovi. Důležitá je upřímnost a otevřenost, k problému přistupovat nepřímě. Nejlépe je vést rozhovor s dítětem o samotě. Je potřeba jasně dítěti sdělit, že neudělalo nic špatného. Dítě musí cítit, že je přijímáno, musíme mu věřit. Informace lze získat nejen rozhovorem, ale i testy, kresbou, apod.

2.6 ZÁSADY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U DĚTÍ S CAN

Kvalifikovanost péče

Interdisciplinární péče – často podceňovaná, někdy spíše rivalita mezi jednotlivými obory. Odborníci na všech úrovních jsou si rovni a každý vstupuje podle potřeby, společně hledají celkové řešení případu, za celý průběh léčby by měl zodpovídat jeden vedoucí pracovník.

Komplexnost péče – jednota péče, která respektuje potřeby a požadavky dítěte, včetně práv, s ohledem na vývojová období. Musí být koordinovaná – prevence viktimizace, stanoveny blízké a vzdálenější cíle, určení metod jak cíle dosáhnout. Léčebný proces musí být neustále sledován a eventuelně upravován podle potřeb dítěte.

Při řešení syndromu CAN by měl být součástí týmu **vždy** lékař, psycholog a sociální pracovník. Maximální důraz se klade na co nejužší návaznost na rodinu.

2.7 PREVENCE

PRIMÁRNÍ – předejít vzniku.

Zaměřené působení na širokou veřejnost

– je potřeba seznámit veřejnost s nejdůležitějšími formami CAN. Osvěta od rodičů, přes školská zařízení, zdravotníky, sdělovací prostředky. Působení na celou společnost zahrnující všechny vrstvy obyvatelstva, aby byla vnímavější vůči potřebám a zájmům dítěte. Seznámit děti, kde mohou najít potřebnou pomoc, i v případech selhávání rodiny.

Zaměřené působení na rodiče a na jiné vychovatele

– cíleně zaměřené na rodinu a budoucí vychovatele - plánovaná rodičovství, bezvýhradné přijetí dítěte rodinou, obecná opatření ve prospěch rodin s dětmi – finanční, nabídka služeb.

Zaměřené působení na odborné pracovníky a veřejné činitele

– výměna odborných poznatků mezi odborníky zabývajícími se otázkami CAN

SEKUNDÁRNÍ – vytipování rizikových skupin a situací, aby se snížilo riziko syndromu CAN na minimum. Připravenost, pohotovost, rychlost, pružnost poskytovat náležitou pomoc potřebným dětem – ve zdravotnictví propracováno dobře, nutno převést do sociální sféry – např. pomocí linek důvěry. Nutnost, aby se takové informace dozvěděla široká veřejnost.

2.8 PRÁVNÍ ZAJIŠTĚNÍ DÍTĚTE SE SYNDROMEM CAN

Ochrana práv rodiny a mládeže je zakotvena v článku 16 „Všeobecné deklarace lidských práv“, v článku 23 „Mezinárodního paktu o občanských a politických právech“ (vyhláška č. 220/1976 Sb.) a v článku 12 „Evropské úmluvy o ochraně lidských práv a svobod“ (vyhláška č. 109/1992 Sb.). V našem právním řádu je to „Listina základních práv a svobod“ podle článku 3 Ústavy jako součást ústavního pořádku ČR. Podle článku 32 odst. 1 jsou rodičovství a rodina pod ochranou zákona, přičemž zvláštní ochrana je zaručena dětem a mladistvým. Základní zásady jsou rozvedeny v zákoně o rodině č. 94/1963 Sb., jehož úplné znění bylo vyhlášeno pod č. 66/1983 Sb., ve znění zákona č. 234/1992 Sb. 20. listopadu 1989 byla v New Yorku přijata „Úmluva o právech dítěte“, která na základě článku č. 49, odst. 1 vstoupila v platnost 2. září 1990. Pro ČR vstoupila v platnost 6. února 1991.

Právní zajištění dětí před negativními vlivy včetně CAN je zajištěno trestním zákonem. Konkrétně ochranu dětí před týráním zajišťuje v našem trestním právu ustanovení § 215 trestního zákona o **trestném činu týrání svěřené osoby**. Zde hrozí trest odnětí svobody ve výšce od 6 měsíců do 3 let. Na 2 roky až 8 let, spáchá – li čin obzvlášť surovým způsobem nebo na více osobách, anebo pokračuje – li v páčání takového činu delší dobu. Tato ochrana je poskytnuta nejen osobám nezletilým, ale i zletilým, pokud tyto jsou z jakéhokoliv důvodu odkázány na péči jiných osob (jejich nemoc, invalidita, mentální retardace, apod.). K trestní odpovědnosti jsou volány i osoby, jejichž konání došlo k opomenutí péče, kterou je povinen poskytnout.

Pokud se někdo dozví (hodnověrným způsobem), že jiná osoba páchá nebo připravuje trestný čin týrání osoby, a spáchání nebo dokončení takového činu nepřekazí, může být potrestán až na 3 roky za **nepřekažení trestného činu**, (pokud mu toto nečinilo značné nesnáze nebo se jednalo o osobu blízkou) nebo podle § 168 odst.1 trestního zákona za **neoznámení trestného činu**.

Oznámení mají učinit všichni, kteří byli svědky špatného zacházení s dětmi nebo se o něm dozvěděli. Pak by měl následovat tento postup:

1) **Ohlášení** – bere se v potaz i anonymní hlášení – vyžaduje zvláštní opatrnost, hlášení na Linky důvěra a bezpečí, Horké linky, apod. Je potřeba oznamovatele osobně seznámit s výsledky šetření, popř. poděkovat, že dítěti pomohl – další motivace. V okolí si vyskytuje spíše netečnost, nedůvěra k institucím. Neinformovanost, kde mohou případ oznámit.

2) **Vyhledávání** – i aktivní vyhledávání rizikových skupin dospělých i dětí.

3) **Diagnostika** – komplexní činnost interdisciplinárního týmu – podrobná sociální anamnéza, vyšetření pediatra a psychologické vyšetření. Při nejednoznačnosti vhodný diagnostický pobyt.

4) **Potvrzení nebo vyloučení diagnózy** – i neprokázané je potřeba sledovat jako suspektní.

5) **Registrace syndromu CAN** – zaznamenávání tohoto jevu v populaci – zajišťuje Orgán péče o matku a dítě v příslušném regionu.

Ochrany dětí se týkají i další paragrafy, jako např. „trestný čin opuštění dítěte“, „zanedbání povinné výživy“, „ohrožování mravní výchovy mládeže“, „trestní čin podávání alkoholu a anabolických látek mládeži“, „trestný čin vydírání“, atd.

2.9 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉM

Na dětské oddělení byl přijat dvouletý chlapeček s podezřením na týrání. Téměř na celém těle se vyskytovaly četné hematomy, nejvíce v obličeji a na hýždích.

Jméno, příjmení: A. B.

Oslovení: Alešek

Věk: 2 roky

Národnost: česká

Datum přijetí: XXX z domova na doporučení lékaře sloužícího na LSPP

Hospitalizace: 10 dní

2.9.1 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA A DIAGNÓZA

R. A.: bezvýznamná

O. A.: 2. gravidita, 1. porod, těhotenství bez komplikací, porod v termínu, spontánně záhlavím, porodní hmotnost 3 600g, porodní délka 52cm, nekříšen, poporodní adaptace bez komplikací, ikterus slabý, kyčle normální nález. Kojen 8 měsíců. Očkován řádně. Psychomotorický vývoj v normě. Dle obvodního lékaře při očkování v květnu 2008 u dítěte na kůži drobný hematom na čele vpravo s oděrkou velikosti 1,5 cm, pod pravým okem oděrka a hematom velikosti 2 x 1 cm, na pravé straně krku oděrka, na pravé spánkové oblasti tři drobné hematomy velikosti do jednoho centimetru. Dle anamnestických údajů matky hematomy po úderu chlapce o stůl. Při dalších preventivních prohlídkách kůže vždy čistá.

Hospitalizace, operace, úraz, dispenzarizace – ne. Dosud vážně nestonal, antibiotika dosud neužíval.

A. A.: negativní

E. A. : negativní

F. A. : negativní

S. A. : Bydlí v bytě s matkou, sestrou, které jsou čtyři měsíce, a nevlastním otcem, přítelem matky. Nevlastní otec napadl, dle slov matky, Aleška během posledních pěti měsíců několikrát. Matka nic nehlásila, svého druhu se bála. V dřívější době si na matku Aleše stěžovala i její vlastní matka, že se špatně o Aleše stará. Byt patří nevlastnímu otci, v bytě se zdržuje i kamarád otce. Byt je silně znečištěný, plný odpadků a špíny, včetně výkalů od psa.

N. O. : Večer podle výpovědi matky - matka nebyla doma, chlapce hlídal nevlastní otec. Po návratu matky domů chlapec již spal. Druhý den ráno po probuzení si matka všimla modřin u chlapce po celém těle. Situaci se matka odhodlala řešit až odpoledne, kdy šla hlásit věc na Policii České republiky. Přišla i na LSPP, kde pro suspektní CAN byla indikována observace na dětském oddělení.

S. P. : Hmotnost - 14kg

TT – 36, 3° Celsia, axilárně

AS – 90/minutu

DF – 16/minutu

Afebrilní, eupnoe, GCS 15, bez alterace, přiměřené výživy, bez ikteru a cyanózy, ameningeální, hydratace v normě, turgor pružný, sliznice vlhké,

hlava mesocephalická, bulby ve středním postavení, zornice izokorické, palpačně kalva bez krepitací. Dutina ústní čistá, tonzily hypertrofické, bez náplně. Hrudník bez deformit. Akce srdeční pravidelná, dvě ozvy, bez šelestu. Dýchání čisté, symetrické, bez VDF. Břicho měkké, prohmatné, palpačně bez bolesti a rezistence. Játra + 1 cm, slezina nehmatná, aperitoneální. Genitál chlapecký, klidný, testes in situ. Orientačně neurologicky v normě.

Hlava: pod pravým okem hematom lividního zbarvení velikosti 5 x 5 cm. Frontálně vpravo hematom a indurace modrého zbarvení velikosti 3 x 3 cm. Vlevo frontálně hematom velikosti 5 x 5 cm modrého zbarvení, drobné petechie, na čele také exkoriace. Na levé lícní kosti, na horním levém boltci a za boltcem hematom modrého zbarvení – ve tvaru prstů. Pod levým okem drobné petechie. Okcipitálně indurace s petechiemi.

Hrudník: vzadu vlevo hematom velikosti 2 x 4 cm lividního zbarvení, drobné exkoriace na přední části hrudníku.

Hýždě: mezi hýžděmi na přechodu L/S páteře hematom likvidního zbarvení velikosti asi 3 x 3 cm, na pravé hýždi hematom likvidního zbarvení velikosti asi 5 x 5 cm – téměř po celé pravé hýždi.

Končetiny: Na pravém vnitřním kotníku hematom velikosti asi 2 x 2 cm modrého zbarvení s exkoriacemi. Na holeních drobné četné hematomy.

Při příjmu pořízena vstupní fotodokumentace.

Matka souhlasila s poskytnutím informací o zdravotním stavu dítěte Policii České republiky.

Diagnóza

Suspektní syndrom CAN

Průběh hospitalizace

Chlapeček přijat na DO k observaci pro st.p. brachiálním násilím po celém těle. Vstupně afebrilní, bez alterace, po těle četné hematomy stejného zbarvení s exkoriacemi v obličeji a na dolních končetinách. Hematomy a kontuze jsou nejvíce patrné v obličejové části dítěte, proto indikován RTG lebky, kde byly traumatické změny vyloučeny. Vzhledem ke stejnému zbarvení a stáří hematomů ukazující na jednorázové mechanické násilí neindikujeme RTG celého skeletu. Vstupně také vyšetřena moč, která byla negativní. V dalším průběhu dítě afebrilní, kardiopulmonálně kompenzované, bez alterace, hematomy postupně regredují. Odebraná laboratoř je klidová, koagulace v mezích normy. Chlapec byl hospitalizován 10 dní, a po přešetření sociální situace rodiny byl předán na základě předběžného opatření do kojeneckého ústavu.

2.9.2 VÝSLEDKY DIAGNOSTICKÝCH VÝKONŮ

LABORATORNÍ VÝSLEDKY

KO: Hb 142 Htk 0,426 Ery 4,81 Hb-ery 29,5
Obj.ery 88,6 Leu 8,4 Trombo 230
Seg 0,27 Ty 0,01 Eo 0,09
Mono 0,09 Lymfo 0,53

PTT: 31“ ko 26“

Quick: 82%

M+S: chemicky negativní sediment – negativní

VYŠETŘENÍ

RTG lebky

Bez traumatických změn

Fyziologické funkce

Měření fyziologických funkcí 1. den hospitalizace dle ordinace lékaře:

Tepová frekvence: á 4 hodiny

Dechová frekvence: á 4 hodiny

Tlak krve: 3 x denně

Tělesná teplota: 3 x denně

Reakce zornic: 3 x denně

Hodnoty naměřené během dne

Hodiny:	1	5	9	13	17
P/min	88	80	94	90	96
D/min	20	22	38	28	36
TK/mmHg/	-	-	120/75	125/75	110/87
TT/°C/	-	36,8	-	36,7	37,0
ZORNICE /fotoreakce/	-	++	-	++	++

Během dne naměřeny fyziologické hodnoty jednotlivých funkcí.

(viz příloha č. 7)

Orientační neurologické vyšetření (GCS)

GCS = **15** – fyziologický stav

Otevírání očí	
spontánně	4
na oslovení	3
na bolest	2
neotevře	1
Nejlepší slovní odpověď	
orientován	5
zmatený	4
Nepřiléhavá slova	3
Nesrozumitelné zvuky	2
Žádná odpověď	1
Nejlepší motorická odpověď	
Vykoná pohyb na příkaz	6
Cílená flexe na bolest	5
Necílená flexe na bolest	4
Patologická flexe (při dekortikaci mozku)	3
Extenze na bolest (při decerebraci mozku)	2
Žádná odpověď	1

2.9.3 TERAPIE

DRUH TERAPIE

Dieta

SK 3 – strava kojenecká od 1 do 3 let, tekutiny

Farmakologická

Hirudoid ung. 3 x denně, observace

CHARAKTERISTIKA POUŽITÝCH LÉKŮ

Hirudoid ung.

S: Glycosaminoglycani polysulfas 30 mg v 10 g masti

ATC: Vasoprotektiva, venofarmaka. Přípravky s heparinem k zevnímu použití.

I: Onemocnění povrchových žil jako zánět žil: flebitis, tromboflebitid, varicoflebitis, ošetřování křečových žil, podráždění nebo zánět žil po injekcích a infuzích. Krevní výrony, pohmožděniny a otoky. Pomocná léčba po operacích křečových žil nebo po skleroterapii. Zlepšení kvality jizev po operacích, popáleninách nebo po úrazech, zvláchnění již tuhých jizev a silně zrohovatělé pokožky. Přípravek mohou používat dospělí i děti.

KI: Přecitlivělost na účinnou látku, heparin nebo na některou z pomocných látek obsažených v mast'ovém základu, např. na parabeny. V těhotenství nebo v období kojení lze přípravek používat pouze pod dohledem lékaře vzhledem k obsahu parabenů v masti.

D: Obvykle jednou nebo několikrát denně nanést 3 – 5 cm dlouhý proužek masti a jemně jej vmasírovat, až zmizí z pokožky. Nepoužívejte mast Hirudoid na poškozenou pokožku, otevřené rány nebo na sliznice.

Hirudoid mast je vhodná také na zábaly. Při velmi bolestivé zánětlivé reakci lze přípravek nanést na postiženou oblast, ale také na nejbližší okolí a zakrýt mulem nebo gázou. Ke změkčení tuhých jizev je třeba Hirudoid mast vydatně vmasírovat. V případě potřeby léčení větší plochy nebo na začátku léčby je možné dávku bez rizika zvýšit.

Mechanismus účinku

Používají - li se přípravky heparinu, heparoidu S a glycosaminoglycan polysulfátu, jsou to látky s antikoagulačními účinky. Při lokální aplikaci heparinu, heparoidů s glycosaminoglycan polysulfátu dochází k rychlé absorpci hematomů, exsudátů a infiltrátů.

Heparin je kyselý mukopolysacharid, široce používaný jako antikoagulant, tedy prostředek snižující srážlivost krve. Heparin používaný ve farmacii je získáván z mukózních tkání masa poražených zvířat, tedy například z prasečích střev nebo kravských plic. Heparin neničí již existující sraženiny, ale zabraňuje jejich shlukování a rozšiřování.

3 OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

3.1 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A HODNOCENÍ

K získání informací a následného hodnocení potřeb u Aleška jsem se rozhodla použít modelu ošetrovatelské péče podle V. Henderson.

Model „Teorie základní ošetrovatelské péče“ vychází z potřeb pacienta, jejichž uspokojování se uskutečňuje pomocí činností, které nahrazují, doplňují, podporují nebo zvyšují sílu, vůli, či vědomosti pacienta. Cílem je udržet jedince soběstačného, nezávislého na svém okolí, aby mohl plnohodnotně žít. (Pavlíková S., 2006, str. 46). Na pacienta je nahlíženo jako na nezávislou, celistvou bytost, tvořenou čtyřmi základními složkami – biologickou, psychickou, sociální a spirituální. Tyto složky zahrnují 14 základních potřeb. Ošetřování je chápáno jako proces, při kterém dochází k řešení problému prostřednictvím poskytované péče. Základní ošetrovatelská péče je ovlivňována různými vlivy - kulturními, individualitou pacienta, věkem pacienta, jaká je jeho emocionální rovnováha, fyzické a psychické schopnosti, zdravotní stav, apod. Rozsah nedostatečnosti v oblasti různých potřeb určí sestra. Ta tyto nedostatky v samostatnosti při ošetrovatelské péči i nahrazuje. Problémy s uspokojováním potřeb vznikají v různých obdobích života, jedním z nich je i dětství.

Z výše uvedených důvodů je patrné, že pro popisování ošetrovatelského procesu u mého pacienta je tento model nejvíce vhodný.

Model ošetrovatelské péče umožní sestře získat dostatek informací o pacientovi. Informacemi zjistí „normu“ pacienta, aby mohla plánovat přiměřenou péči. Tyto informace slouží ke stanovení potřeb, jejich problémů a příčin pacienta a jejich následné řešení pomocí ošetrovatelského plánu. Zde jsou nejdůležitější informace rozříděny, stanoveny jako problém, čili jako ošetrovatelská diagnóza, a seřazeny podle závažnosti a důležitosti. Plán sestře umožní stanovit cíl a způsob řešení problému. Plán dává celkový obraz o individuální péči, lze ho měnit dle potřeb

pacienta. Při realizaci se projeví kvalita ošetrovatelského plánu. Hodnocení poskytuje pozitivní zpětnou vazbu o účinnosti poskytované péče. Důležité je hodnocení pacienta subjektivními pocity. Kvalita ošetrovatelského plánu záleží na profesionální dovednosti a praktických znalostech sestry.

APLIKACE OŠETŘOVATELSKÉHO MODELU V PRAXI

1. Normální dýchání

- subjektivně - „Nemám kašel, nemám rýmu“
- objektivně - Aleš je bez respiračních potíží. Dýchá spontánně, pravidelně, bez vedlejších fenomenů. Dechová frekvence je v rozmezí 20 – 38/minutu – hodnoty jsou fyziologické (viz příloha č. 7)

2. Dostatečný příjem potravy a tekutin

– váha Aleše je 14kg. – postava je eutrofická. Podle percentilového grafu se Aleš pohybuje v rozmezí 40

Kožní turgor je normální, kůže není suchá, DÚ – sliznice jsou růžové, vlhké, jazyk je vlhký, růžový.

Tekutiny – Aleš vypil během dne 750 mililitrů tekutin - příjem tekutin je přiměřený.

Příjem potravy – strava SK 3 – (strava kojenecká pro děti od 1 do 3 let). Zpočátku potíže s příjmem potravy pro bolesti v oblasti obličeje, po úpravě konzistence stravy příjem potravy bez potíží, jí celé porce, s chutí, v jídle si nevybírá. Sám si neřekne o pití nebo jídlo, na dotaz kývne hlavou na souhlas nebo nesouhlas.

3. Vylučování

Moč – slámově žlutá, bez příměsí, množství neměřeno, močil 6x denně.
Stolice – formovaná, 1x denně, bez viditelných příměsí.

Sám si Aleš neřekne, že potřebuje na záchod. Na dotaz reaguje dobře, chodí na nočník. Na záchodě pro dospělé se bojí. Reaguje pláčem. Na spaní používá jednorázové papírové pleny.

4. Pohyb a udržování vhodné polohy

Chůze je jistá, nezakopává. Pohyb přiměřený věku a stavu. Nechce být v postýlce, sedí raději u stolku, hraje si. Při uléhání hledá úlevovou polohu, udává bolest hýždí. Vzhledem k tomu, že se Alešek pohybuje pro něj v neznámém prostředí, není příliš aktivní, hledá společnost sestry, chodí s ní za ruku.

5. Spánek a odpočinek

Odmítá večer usnout, vyžaduje přítomnost sestry. V přítomnosti sestry usíná klidněji. Poté spánek klidný, nepřerušovaný. Přes poledne spal 1 hodinu. Po spaní nepůsobí unaveně.

6. Vhodné oblečení, svlékání a oblékání

Alešek má přes den tričko a punčocháčky, není opocený, ani subjektivně neudává, že mu je zima. Nemá studené ruce a nohy, kůže je teplá. Pyžamo má jen na spaní. Aleš potřebuje ještě pomoci při oblékání i svlékání, někdy jen radou. Ještě nezvládne určit správnou stranu – přední, zadní.

7. Udržování fyziologické tělesné teploty

Teplota v místnosti se pohybuje na 22 stupních Celsia. Aleš je přiměřeně oblečený vzhledem k teplotě místnosti, není opocený, kůže je teplá. Měření TT dle ordinace lékaře 3 x denně – fyziologické hodnoty – rozmezí 36,8 – 37,0 °C (viz příloha č. 7). Nabízeny tekutiny, které neodmítal.

8. Udržování upravenosti a čistoty těla

Ranní hygiena – spolupracuje, podává pomůcky, sám si čistí zoubky, snaha o učesání. Na dotaz nechce pomoc sestry.

Přes den si na výzvu jde sám umýt ruce, umyje si po jídle i pusinku, utírá se do ručníku. Ten pak i sám pověsí na věšáček.

Celková hygiena těla - večerní koupání – Aleš potřebuje od sestry pomoc s celou koupelí, ale spolupracuje, podává pomůcky, nastavuje části těla, správně je i pojmenovává. Nechce si nechat mýt obličej od sestry, zřejmě pro poranění.

9. Odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškozování sebe i druhých

Alešek leží na pokoji ještě s dvěma dětmi. Má postýlku pro děti od 2 let. Má nízké postranice, které zabraňují pádu při spánku, ale umožňují Alešovi samostatně s postýlky slézt, pokud potřebuje. Toto zvládá dobře. V místnosti je velké okno, které jde otevřít pouze jako výklopné. Ovládací mechanismus je ve výšce, kam Aleš nedosáhne. Teploměry, špátle, masti, hygienické potřeby jsou na polici nad koupacím pultem. Sem by Aleš dosáhl pouze při koupání, ale tehdy je pod dozorem sestry. Léky ani čisticí prostředky nejsou na pokoji, tudíž ne v dosahu dětí. Bačkorky má Aleš pevné, podrážka je gumová, měly by zabránit pádu. Aleš nemá tendenci poškozovat sebe nebo ostatní.

10. Komunikace s druhými osobami

Aleš je zakřiknutý, nechce zpočátku verbálně komunikovat. Na dotazy odpovídá kýváním hlavou ve smyslu ano či ne. Pokynům rozumí, protože na ně svou činností odpovídá adekvátně. Později odpovídá jednoduchými větami („Maminka přijde“, „Budu papat“, apod.). Většinou je zamlklý, sedí u stolku, hraje si s auty, pozoruje ostatní děti, ale nechce si s nimi hrát. Vyhledává přítomnost sestry, která je toho dne na pokoji. Hledá u ní zřejmě alespoň trochu jistoty a bezpečí. Pokud přijde jiná cizí osoba, klopi

oči, nechce komunikovat. V odpoledních hodinách přišla na návštěvu matka. Aleš měl velikou radost, začal se smát, běžel jí do náruče, neustále povídal. Po skončení návštěv se nechtěl matky pustit, velmi plakal. Zklidnil se až v náruči sestry. Ta pak odvedla jeho pozornost k hračkám.

11. Vyznávání vlastní víry

Aleš se zřejmě s vyznáváním nějaké víry neseťkal, pouze věří v to, že si ho maminka vezme brzy domů. Celé situaci asi vůbec nerozumí. Byl bit a ještě je potrestán tím, že nemůže být s maminkou.

12. Smysluplná práce

Pro Aleše je to hra. Sestra se ho snaží zaměstnat i jinými činnostmi – pomáhá s přinesením jídla, odnesením špinavého nádobí, jde si vybrat čisté oblečení, apod. Rád se do takových činností zapojuje, vypadá „důležitě“. Zlepšila se tím komunikace mezi sestrou a Aleškem.

13. Hry nebo účast na různých formách odpočinku a rekreace

Sestra některé herní prvky začlenila do běžné ošetrovatelské činnosti a využila terapeutickou hru před ošetrovatelským výkonem – hra s medvídkem. Při volné hře si Alešek nejraději hraje sám. Preferuje auta. Dobře skládá didaktické skládanky podle tvarů, velikostí a barev. Kreslil i na papír pastelkami. Namaloval „klubíčka“. Preferoval žlutou a červenou barvu. Výkres nepojmenoval.

14. Učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji a zdraví, a využívání dostupných zdravotnických zařízení

Aleš je velmi šikovný chlapec. Pokud jsou mu kladeny jednoduché, srozumitelné výzvy, přiměřené jeho věku, všem rozumí a splní je. Po zlepšení vztahu mezi sestrou a Alešem začal komunikovat i verbálně. Mluví zřetelně, je mu dobře rozumět – návštěva matky. Při pomáhání sestře se učí rychle, při opakované činnosti už ví, co má dělat. Před spaním sestra četla pohádku, pozorně poslouchal. Opakoval některá slova nahlas.

3.2 SEZNAM OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

Stanovení ošetrovatelských diagnóz jsem provedla na základě informací, které jsem získala z dokumentace, rozhovorem se členy ošetrovatelského týmu, rozhovorem s matkou, a na základě vlastního pozorování. Pořadí jsem sestavila podle důležitosti podle vlastního uvážení. Vybrala jsem si první den hospitalizace, neboť mi připadal z celého období hospitalizace velmi náročný pro pacienta z hlediska adaptace na nové prostředí, z hlediska stavu zdravotního i psychického, a tudíž kladl vyšší nároky na ošetrovatelskou péči sestry z hlediska přístupu k dítěti.

Diagnózy byly stanoveny na 1. den hospitalizace – denní 12 hodinovou směnu.

AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

1. Potencionální porucha vědomí související s možným vnitřním poraněním způsobeným bitím
2. Strach související se změnou prostředí, setkáním s neznámými lidmi, prožitým násilím
3. Nedostatečný příjem potravy související s poraněními v obličeji
4. Bolest související s pohmožděním tkání
5. Riziko infekce související s poruchou integrity kůže

POTENCIONÁLNÍ DIAGNÓZY

1. Porucha chování související s neuspokojováním citových a sociálních potřeb
2. Porucha vývoje související se špatným zacházením

3.3 KRÁTKODOBÝ PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

3.3.1 AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

1. Potencionální porucha vědomí související s možným vnitřním poraněním způsobeným bitím

Cíl

Včasné rozpoznání příznaků, které by značily případnou poruchu vědomí, a včasné hlášení lékaři

Intervence

- měření FF dle ordinace lékaře – P, D á 4 hodiny, TK, TT 3x denně
- zhodnocení GCS 1x za den
- pozorování stavu zornic 3x denně – postavení, fotoreakce
- sledovat stav kůže – barva, pocení, suchost
- sledování aktivity dítěte
- sledovat, zda se neobjevuje nauzea, zvracení
- ptát se dítěte na pocity, nepodceňovat verbální a neverbální projevy
- sledovat hybnost

Hodnocení

U Aleše se neobjevily příznaky, které by vedly k poruše vědomí. Stav byl přiměřený věku a prostředí.

Intervaly měření FF probíhaly podle ordinace lékaře.

Hodnoty:

Hodiny:	1	5	9	13	17
P/min	88	80	94	90	96
D/min	20	22	38	28	36
TK/mmHg/	-	-	120/75	125/75	110/87
TT/°C/	-	36,8	-	36,7	37,0
ZORNICE	-	++	-	++	++
/fotoreakce/					

Aleš je bojácný chlapec, k cizím přistupuje s nedůvěrou. Pro spolupráci bylo potřeba získat si alespoň zčásti jeho důvěru. Prohlédl si připravené pomůcky – stopky, fonendoskop, balónek u tonometru. Spolu jsme „vyšetřili“ plyšového medvídka v postýlce. Po jednoduchém vysvětlení způsobu jednotlivých měření Aleš spolupracoval dobře.

Pozorování během dne

Hodnoty FF fyziologické, lehké rozrušení bylo zaznamenáno během lékařské vizity – měření v 9 hodin. Dále po návštěvě matky, měření v 17 hodin

Zornice – izokorické, ve středním postavení, reakce na osvit pozitivní

Kůže byla suchá, bez opocení, dobře prokrvená, vzhledem k četným pohmožděninám na celém těle lze těžko hodnotit

Nezvracel, nauzeu neměl, ukazoval na bolestivá místa na obličeji a zadečku i nohách, bolesti hlavy neudává

Hybnost – přiměřená věku, ukazoval na bolestivá místa na obličeji a zadečku i nohách, při uléhání do postýlky vyhledává úlevové polohy. Pomoc při vstávání a pohybu nevyžadoval. Nechce si nechat sáhnout na obličej, ani na jiné pohmožděné části těla. Na bolest si stěžuje při otevírání úst.

Aktivita dítěte – odpovídá věku a stavu dítěte. Bdělý během dopoledne, po obědě odmítá spát. Sestra přítomna na boxu, pozoruje ji při práci, poté usíná. Spí klidně, hodinu.

2. Strach související se změnou prostředí, setkáním s neznámými lidmi

Cíl

Budeme se snažit snížit pocit strachu seznámením s prostředím a novými lidmi

Intervence

- Snažit se zjistit skutečnou příčinu strachu
- Změřit FF - Vegetativní projevy strachu – tachypnoe, tachykardie, rozšíření zornic, palpitace, třes, časté močení
- Projevy nejistoty a ohrožení – široce otevřené oči, křik, strnulost, poruchy pozornosti a soustředění, vnímání
- Znamky sociální izolace, uzavřenost, mutismus, negativismus
- Sledovat změny ve stravování
- Sledovat vyprazdňování
- Získat si důvěru – využít verbální i neverbální komunikaci
- Zjistit, zda vyžaduje tělesný kontakt
- Omezit střídání osob
- Omezit působení silných podnětů
- Vybízet k vyjádření pocitů, naslouchat
- Vymezit si čas, jednat s ním klidně, beze spěchu
- Používat krátké jednoduché věty
- Pravdivě pojmenovávat věci a dění v jeho okolí
- Ukázat nové prostředí
- Seznámit s ostatním personálem
- Seznámit s dětmi v jeho okolí
- Zapojit do různých aktivit

Hodnocení

Hodnocení bylo provedeno na základě pozorování během směny, rozhovoru s dítětem, hodnot FF v průběhu dne, a na základě informací od matky získané během návštěvy. Jediná pro něj známá věc v neznámém prostředí je jeho medvídek - snaha sestry o navázání kontaktu přes jeho hračku. Dále se sestra pokusila objasňovat všechny jemu neznámé situace, věci, výkony.

Protože Aleš působil ustrašeným dojmem, bylo potřeba si získat jeho důvěru. Bylo využito poznatků verbální i neverbální komunikace – úsměv, uvolněný výraz obličeje sestry, klidný přístup bez spěchu, klidný tón hlasu, použití jednoduchých srozumitelných vět. Postup - pozdravení, představení sestry, přisednutí, aby byla možnost vzájemného pohledu do tváře a přizpůsobení se jeho úrovni.

Otázka na jeho jméno nebyla zodpovězena. Klopil zrak. Na otázku „Jsi Alešek?“ souhlasně přikývl. Při pohledu na sestru má široce rozevřené oči, neusmívá se, je spíše strnulý. Vnímá dobře. Dle matky má dostatečnou zásobu slov, odpovídá jednoduchými větami. V neznámém prostředí odmítá odpovídat, pouze odpovídá kýváním hlavy na souhlas nebo nesouhlas. Spíše selektivní mutismus. V postýlce má medvídku z domova, pokus sestry o navázání kontaktu pomocí hračky. Po pochválení krásného medvídku se Alešek na sestru usmál. Půjčil ho. Sestra pohladila medvídku, poté Aleška, jaký je to šikovný a statečný chlapeček, když umí sám hlídat medvídku. Aleš se opět usmál – tělesný kontakt neodmítá. Podal sestře ruku a prohlédl si jemu neznámé prostředí. V herně mezi dětmi se necítil uvolněně, stranil se jim. Vracel se k sestře, držel se jí za ruku. Smiřuje se s novým prostředím, postupně pomocí sestry získává pocit bezpečí a jistoty.

Tělesný kontakt neodmítá ve formě hlazení, pochování. První aplikaci masti na postižená místa odmítal – odstrkoval ruku, plakal. Přes jeho medvídku, kterému se sestrou pomohl léčit bolístky, začal spolupracovat.

Pomáhal aplikovat mast na svoje nožky. Stále odmítá sahání na obličej, odstrkuje ruku, pláče, odvrací se, utíká. Otázka na bolest – ukazuje na pohmožděný zadeček a nohy. Na otázku, kdo mu poranění způsobil, neodpovídá.

Hodnoty FF jsou fyziologické, rozrušení během vizity – cizí lidé. Dále po návštěvě matky – je poté plačtivý.

Spánek je klidný, nechce usínat sám.

Stravu přijímá dobře, jí celé porce. Tekutiny – neodmítá, během směny vypil 750 ml tekutin. Bolest udává při žvýkání - strava přizpůsobena.

Stolice byla formovaná, 1x ráno po vysazení na nočník. 2x se pomočil, sám o nočník nepožádal. Za směnu močil celkem 6x.

3. Nedostatečný příjem potravy související s poraněními v obličeji

Cíl

Aleš sní 100% porce na každé jídlo během denní směny

Intervence

- Zeptáme se na oblíbené jídlo
- Přizpůsobení konzistence jídla stavu dítěte
- Kontrola teploty stravy
- Stravu upravit tak, aby byla chutná i na pohled
- Laskavý a klidný přístup
- Úprava prostředí v jídelním koutku bez rušivých elementů
- Dostatek času na příjem stravy

Hodnocení

Aleš snědl během ranní směny celé porce jídla, které dostal. Jídlo bylo přizpůsobeno tak, aby Aleš nemusel hodně otevírat ústa, což je pro něj bolestivé. Jídlo bylo podáváno v jídelním koutku, kde nebyl Aleš nikým rušen. Jídlo bylo připraveno na talířích s dětským motivem, což bylo pro Aleše příjemné. Mohl jíst podle svého tempa. Snídaně – chléb namazaný máslem sestra ozdobila marmeládou ve tvaru obličejíku, který se směje na Aleška. Kůrky okrájela, aby nedělaly problém při kousání. Svačina – mixované banány Aleškovi chutnaly. Oběd – bramborová kaše a masová haše patří, dle slov matky, mezi Aleškova oblíbená jídla. Po obědě snědl ještě mixovaný kompot. Příjem tekutin nedělal Alešovi potíže, protože pil zpočátku slámkou. Občas ještě vyžaduje pití tekutin z lahve se savičkou. Podle matky to vidí u mladší sestry, a tudíž to vyžaduje také.

4. Bolest související s pohmožděním tkání

Cíl

Budeme se snažit snížit bolest

Intervence

- Zjistit co dítě bolí
- Pozorováním zjistit úroveň bolesti pomocí neverbálních i verbálních projevů – mimické projevy, pláč, nařikání, neklid, změny tělesné aktivity, odtahování končetin, trhavé pohyby, zaujímání obranných postojů
- Upozornit lékaře na projevy bolesti
- Sledovat vegetativní projevy bolesti – pláč, bledost, pocení, zrudnutí, uzavřenost, známky psychické alterace, úzkost, strach, nechutenství, porucha tolerance stravy, úlevová poloha
- Snažit se tlumit bolest nefarmakologicky – ledování postižených míst
- Zajistit dítěti klid a komfort
- Zajistit klidný spánek, tlumit hluk, světlo
- Zajistit pokud možno přítomnost sestry na pokoji

Hodnocení

Subjektivně: Na otázku, zda ho něco bolí, ukazuje na zadeček a na nožky. Při žvýkání pevné stravy si stěžuje na bolesti - má pohmožděný horní ret a lící kosti s otoky.

Objektivně: Aleš působí ustrašeným dojmem. Je zamlklý, na otázky odpovídá jen kýváním hlavy na souhlas nebo nesouhlas. Bolest lze hodnotit pouze pozorováním a hodnotou FF.

Bolest při žvýkání - odmítání pevné stravy, nechce otevřít ústa na nové sousto, obrací hlavu. Po změně konzistence stravy jídlo přijímá bez problémů.

Hybnost odpovídá věku a stavu dítěte.

Hodnoty FF jsou fyziologické.

Hodnotící metody

V hodnocení byla využita „**Škála hodnocení bolesti pomocí obličejů**“ (Wong/Baker) (viz příloha č. 6)

Verbální Intenzitu nelze hodnotit, Aleš pouze konstatuje, že ho něco bolí, ukáže na místo bolesti

Neverbálně Snaha o využití škály bolesti, Alešek ukáže na obličej, který nic nebolí, ukáže na obličej, kterého něco bolí hodně, na otázku „Jak hodně bolí Aleška zadeček?“ – neukazuje, „Jak hodně bolí Aleška pusinka?“ – opět nereaguje. Objektivně - nenechá si sáhnout na obličej – nelze ani ledovat horní víčko a lící kosti dle ordinace lékaře. Odstrkuje sestře ruku, odtahuje se, pláče. Nechá si bolestivé místo jen pofoukat. Při uléhání hledá úlevovou polohu.

5. Riziko infekce související s poruchou integrity kůže

Cíl

Budeme se snažit zamezit vzniku infekce v místech poranění

Intervence

- Dle ordinace lékaře
 - ledovat otoky v obličeji v oblasti víčka
 - aplikace masti na hematomy 3x denně
- Kontrola kůže, zejména v místech exkoriací – zarudnutí, edém
- Kontrola, zda se netvoří sekret v místech exkoriací
- Kontrola otoků v obličeji
- Kontrola TT
- Zajistit hygienu dítěte
- Sprchování genitálií v případě znečištění
- Podle potřeby ošetřit genitálie ochranným krémem
- Pravidelná výměna znečištěného prádla

Hodnocení

Podle ordinace lékaře byla aplikována mast na hematomy, zatím 2x denně dle rozpisu léků, zbývá ještě v 19 hodin. Mast je na pokožce snášena dobře, bez vedlejších příznaků. Zpočátku se Alešek choval odtažitě, nechtěl si nechat mast aplikovat. Jednoduchým vysvětlením, že mastička vyléčí ranky a bolest postupně ustane, se povedlo Aleška přimět ke spolupráci. Pomáhal i sestře v aplikaci na svých nožičkách. Ledování na obličeji odmítá! Křičí, sestře odtahuje ruce, odvrací se, utíká. Ledování nelze provést ani během spánku, vzbudí se. Kůže – v místech exkoriací je lehce zarudlá, nebolestivá, bez sekrece. TT – v normě (36,7 – 37,0°C) (viz příloha č. 7). Teplota 37,0°C byla naměřena po návštěvě matky, kdy byl Alešek rozrušený. Plakal, že matka odešla. Otoky v obličeji beze změn. Kůže na genitálu čistá, nevyžaduje žádné ošetření. Prádlo – bavlněné, volné pro snadnou manipulaci. Podle potřeby došlo k výměně osobního i

ložního prádla – Aleš se 2x pomočil, neřekne si sám, že potřebuje toaletu. Na spaní ještě používá jednorázové pleny.

3.3.2 POTENCIONÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

1. Porucha chování související s neuspokojováním citových a sociálních potřeb
2. Porucha vývoje související se špatným zacházením

Aleš doposud nestonal, nebyl v cizím prostředí sám. Je velmi fixovaný na matku. Ta společnou hospitalizaci odmítla. Má ještě jedno dítě staré 4 měsíce. Celou situací je Aleš velmi frustrovaný. Odloučení od matky a neuspokojování zejména citových potřeb může vést až k deprivaci dítěte. Traumatický zážitek, který Aleš prožil, vede často k posttraumatické stresové poruše. Ta může dlouhodobě ovlivnit celý další život a vývoj dítěte. Kromě eventuálních fyzických následků bývají tyto děti ohroženy závažnějšími následky - psychickými. Projevují se změnami v chování, např. agrese nebo naopak pasivita, až apatie, děti se nedovedou radovat ze hry, nevyjadřují nespokojenost, bolest, celkově nedávají najevo své pocity. U Aleše bude potřeba všimnout si negativních projevů chování způsobených odloučením od rodiny, ztrátou jistoty a bezpečí, jako projevy odmítavosti, stranění se ostatních, smutek, oploštělé emoce, omezení komunikace, projevy chování neodpovídající daným zvyklostem – zlost, nezáměr, regrese, mutismus, poruchy spánku a nálad, poruchy sebekontroly a impulzivnost, hypoaktivita nebo hyperaktivita.

Je potřeba tyto změny nebo způsoby chování zaznamenávat, snažit se Alešovi poskytnout dostatek klidu, pohodlí, individuální péče, snažit se o to, aby Aleš získal pocit jistoty a bezpečí zatím v péči sestry.

Je potřeba, aby neztratil kontakt s rodinou, i když opakovaná odloučení po jednotlivých návštěvách v Alešovi vyvolávají další zklamání. Situace u Aleše je o to komplikovanější, že po ukončení hospitalizace bude předán do dalšího zařízení – kojeneckého ústavu, kde si bude opět zvykat na nové prostředí a nový ošetrovatelský personál. Paradoxně opatření, která by měla ohrožené dítě ochránit od týrání, se stává novým zdrojem psychického poškozování dítěte.

3.4 DLOUHODOBÝ OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN

Další průběh hospitalizace:

Aleš byl hospitalizován na dětském oddělení celkem deset dní. Během hospitalizace nenastaly u Aleše žádné komplikace. Hodnoty fyziologických funkcí byly v normě (dle přílohy č. 7), stav vědomí byl zachován. Pohybová aktivita odpovídala věku a stavu (viz příloha č. 2). Na kůži byl aplikován Hirudoid ung. po dobu pěti dní, bez komplikací a vedlejších příznaků. Kůže – hematomy pozvolna ustupují, ledovat postižená místa v obličeji se nepodařilo, pacient odmítal spolupracovat. Na základě pozorování lze usoudit, že bolest ustoupila, Aleš uléhá a sedá na židli bez verbálních i neverbálních projevů bolesti. Strava pátý den s již pevnou konzistencí, pacient ji snáší dobře, ustupují potíže při žvýkání. Na nové prostředí si pomalu zvykal, zlepšila se verbální komunikace, občas se i usmál, do kolektivu dětí se po celou dobu zapojit nechtěl. Stýskalo se mu po mamince. Návštěva matky po celou dobu hospitalizace byla dvakrát. Potom byl vždy Aleš velmi rozrušený a plačtivý.

Na základě předběžného opatření soudu byl Aleš předán do péče kojeneckého ústavu.

Psychický stav během hospitalizace

Aleš je smutný, zakřiknutý. Straní se kolektivu dětí, spíš vyhledává společnost dospělé osoby. Pohyb pomalý, odpovídá věku, při uléhání hledá úlevové polohy. Zpočátku verbálně nekomunikuje. Na výzvy slyší, rozumí jim. Plní je na požádání správně. Odpovídá na otázky pouze kýváním hlavy na souhlas nebo nesouhlas. Po navázání bližšího vztahu se sestrou začíná komunikovat verbálně, odpovídá jedním slovem nebo dvouslovním spojením. Během hospitalizace zaznamenána určitá regrese v oblasti verbální komunikace – mutismus, později selektivní. Aleš dobře reaguje při navazování vztahu přes svoji hračku – medvídku.

3.5 SOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA A PROGNÓZA

Aleš se dostal se do situace, kdy jeho propuštění do domácí péče nebude v nejbližší době možné. Je nejprve nutné prošetření stávající situace v jeho rodině a míra zavinění matky. Jelikož byl Aleš do kojeneckého ústavu umístěn na základě rozhodnutí soudu, o návratu Aleše zpět do rodiny musí rozhodnout opět soud. U Aleše bude potřeba všimnout si negativních projevů chování způsobených odloučením od rodiny, ztrátou jistoty a bezpečí, jako projevy odmítavosti, stranění se ostatních, smutek, omezení komunikace, mutismus, poruchy spánku a nálad, poruchy sebekontroly a impulzivnost, známky regrese.

Je potřeba vytvoření co nejlepšího vztahu s dítětem, zajistit kontakt s rodinou, snažit se sblížit ho s jinými dětmi, poskytnout dostatek podnětů. Umožnit uspokojit potřeby, chválit po každém úspěchu, zajistit dostatek klidu.

4 ZÁVĚR

Pro vypracování bakalářské práce jsem si vybrala pacienta s diagnózou Syndrom CAN – syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Tuto diagnózu jsem si zvolila vzhledem ke svému profesnímu zaměření. Syndrom CAN patří mezi závažné společenské jevy. Jde o syndrom se značně různorodými příčinami, projevy, mechanismy vzniku a různě závažnými dopady na život a vývoj dítěte. Vyskytuje se ve formě tělesného, psychického týrání, ve formě zanedbávání. Následky sexuálního zneužívání, jako další jeho formy, se mohou promítat do dalšího života dítěte a jeho vztahu k dalším osobám i v dospělém věku. Prokazování těchto činů je obtížné. Prošetření situace je nutné i v případech podezření. Je to citlivá oblast, která vyžaduje kvalifikovanou, komplexní, interdisciplinární péči. Řešení bývá ne vždy ve prospěch dítěte. Jedná se o nepatřičné zásahy jednotlivých odborníků nebo orgánů, které v podstatě nerespektují potřeby dítěte a paradoxně ho místo pomoci poškozují. Jedná se tzv. „sekundární viktimizaci“. Léčba je složitá, dlouhodobá, často vyžadující psychoterapeutické intervence. Důležitá je prevence a osvěta. Je nutné seznámit s tímto problémem nejen kompetentní osoby, ale i širokou veřejnost.

V případové studii se jedná o dvouletého chlapce, který byl přijat na dětské oddělení právě s podezřením na syndrom CAN. Dítě bylo hospitalizováno s četnými pohmožděninami a hematomy téměř po celém těle, se stopami po brachiálním násilí. Po základních vstupních vyšetřeních, orientačním neurologické vyšetření a RTG lebky nebyla shledána žádná další závažná poranění. Důležitá byla ale observace v prvních dnech hospitalizace. Chlapec pobýval na dětské oddělení celkem deset dní. Po celou dobu hospitalizace nedošlo k žádným komplikacím, poranění s hematomy v době propuštění byla v regresi. Protože byly v rodinném prostředí zjištěny závažné nedostatky, byl chlapec na základě rozhodnutí soudu dočasně umístěn do kojeneckého ústavu.

Pro plán ošetrovatelské péče bylo potřeba získat potřebné informace o pacientovi, abychom mohli zvolit vhodné cíle a následně intervence k plnění potřeb a řešení

eventuálních problémů pacienta. K tomuto účelu jsem zvolila model „Teorie základních potřeb“ Virginie Henderson. Využití tohoto modelu je vhodné v každém období života, tedy i v dětském věku. Přistupuje k pacientovi holisticky, zabývá se plněním potřeb pacienta, řešením jeho problémů. Na základě takto získaných informací, dále informací z dokumentace, od ošetřovatelského týmu, rozhovorem s matkou, jsem stanovila možné problémy, které by se mohly vyskytnout, a formulovala jsem je jako ošetřovatelské diagnózy. Ty jsem na základě vlastního uvážení seřadila podle závažnosti. Poté jsem vypracovala krátkodobý ošetřovatelský plán, kde jsem stanovila cíle a způsoby řešení problému. Plán jsem vypracovala na první den hospitalizace. Tento den mi připadal důležitý vzhledem k možnosti vzniku závažných komplikací a náročný pro dítě - adaptaci na nové prostředí. Hodnocením byla zjištěna úspěšnost vypracovaného plánu. V tomto případě byla ztížena komunikace s dítětem, nepodařilo se např. určit intenzitu bolesti, zajistit ledování postižených míst dle ordinace lékaře.

Chlapec vyrůstá v sociálně neutěšeném prostředí. Je ale velmi fixovaný na matku. Odloučení od ní, vytržení ze známého prostředí, pobyt v neznámém prostředí mezi neznámými lidmi, včetně zážitků z krutého zacházení jsou pro chlapce velmi frustrující zážitky. Celou dobu hospitalizace se jevil jako smutné, zakřiknuté dítě. Stranil se dětí, spíše vyhledával přítomnost dospělého. Komunikace verbální i neverbální byla chudá. Tyto znaky by již odpovídaly psychickým následkům, jaké přináší fyzické týrání. Celou situaci u tohoto chlapce ztěžuje fakt, že je nucen pobývat v dalším zdravotnickém zařízení mimo biologickou rodinu. Zda se do rodiny chlapec vrátí, určí soud na základě sociálního šetření. Chlapec bude potřebovat vytvořit klidné, spokojené prostředí v kruhu rodiny, aby opět získal pocit jistoty a bezpečí. Je potřeba velmi individuální přístup, chválit za každý úspěch, sledovat psychomotorický vývoj, zda nedochází k regresi v některé oblasti vývoje.

Během pobytu v kojeneckém ústavu byl Aleš již na týdenní návštěvě u matky. Vrátil se v pořádku, bez známek fyzického týrání, po psychické stránce nejsou

patrné žádné známky duševního traumatu. Na základě šetření sociálních pracovníků došlo ke zlepšení sociální situace a podmínek pro řádnou výchovu dítěte. Matka, která jeví o dítě zájem, se od svého druha odstěhovala. Usiluje o navrácení syna do rodiny.

5 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z., kolektiv. „Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě“. Praha: GRADA Publishing, 1995, ISBN 80-7169-192-5

ELLIOTTOVÁ, M.. „Jak chránit své dítě“. Praha: Portál, 1995, ISBN 80-7178-034-0

FENDRYCHOVÁ, J., VACUŠKOVÁ, M., ZOUHAROVÁ, A. „Ošetrovatelské diagnózy v pediatrii“. Brno: IDVPZ, 2002, ISBN 80-7013-357-0

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D.. „Vývojová psychologie“. Praha: GRADA Publishing, 2006, ISBN 80-247-1284-9

MUFSONOVÁ, S., LRANZOVÁ, R. „O týraní a zneužívání“. Praha: Linka důvěry, 1996, ISBN 80-7106-194-8

NEJEDLÁ M.,. „Fyzikální vyšetření pro sestry“. Praha: GRADA Publishing, 2006, ISBN 80-247-1150-8

PAVLÍKOVÁ, S. „Modely ošetrovatelství v kostce“. Praha: GRADA Publishing, 2006, ISBN 80-247-1211-3

SEDLÁŘOVÁ, P., a kolektiv. „Základní ošetrovatelská péče v pediatrii“. Praha: Grada Publishing, 2008, ISBN 978-80-247-1613-8

Doc. PhDr. STAŇKOVÁ, M, CSc.. „Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi“. Brno: IPVZ, 2001, ISBN 80-7013-323-6

Doc. PhDr. STAŇKOVÁ, M, CSc.. „Jak provádět ošetrovatelský proces“. Brno: IPVZ, 1999, ISBN 80-7013-283-3

6 SEZNAM PŘÍLOH

1. Ošetřovatelský dotazník
2. Plán ošetřovatelské péče
3. Psychomotorický vývoj
4. Percentilové tabulky pro děti ve věku 2 let
 - 4a Tělesná hmotnost, chlapci, 0-2 roky
 - 4b Hmotnost k výšce, chlapci, 0-3 roky
 - 4c Tělesná výška, chlapci, 2-18 roků
5. Glasgow Coma Scale
6. Škála hodnocení bolesti pomocí obličejů
7. Frekvence D, P, TK u jednotlivých věkových skupin
8. Referenční hodnoty krve u dětí
9. Linka duševní tísně
10. Statistické údaje OSPOD při MÚ Most za rok 2008

Příloha č. 1

Ošetrovatelský dotazník

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA – dětské oddělení Most

Inicialy: Dítě přijato z: <input checked="" type="checkbox"/> rodiny <input type="checkbox"/> KÚ; DD <input type="checkbox"/> překlad z.... doprovodem	Věk: 21 Přijato: <input checked="" type="checkbox"/> bez <input type="checkbox"/> doprovodu <input type="checkbox"/> s	Délka hospitalizace: 10 dnů Návštěvy rodiny: <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> rodina pečuje během dne	Partum sběru inf.: 28. 10. 19 Alergie: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano, jaká..... Předchozí zkušenost s hospitalizací <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano, jaká.....	Lékařská dg.:
Charakteristika dítěte: <input type="checkbox"/> družné <input checked="" type="checkbox"/> samotářské <input type="checkbox"/> negativistické <input type="checkbox"/> projevy hospitalismu <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano, jaké..... <input checked="" type="checkbox"/> spolupracuje oblíbená hračka/činnost: čím lze dítě zaujmout/zklidnit:				
smysly – omezení: zrak <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> nevidomý <input type="checkbox"/> bylye sluch <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> neslyšící <input type="checkbox"/> sluchadlo vědomí: <input checked="" type="checkbox"/> při vědomí <input type="checkbox"/> v bezvědomí <input type="checkbox"/> sedace <input type="checkbox"/> neklid bolest: <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/> ano, lokalizace: dýchání: <input checked="" type="checkbox"/> bez potíží <input type="checkbox"/> dušnost <input type="checkbox"/> kašel katétry: <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> periterní žilní katétr <input type="checkbox"/> permanentní močový katétr sonda: <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nasogastrická / zavedená dne..... výživa: <input type="checkbox"/> kojeno <input checked="" type="checkbox"/> strava kojenecká jí samo: <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> savičkou <input checked="" type="checkbox"/> lžičkou tekutiny: <input type="checkbox"/> snížený příjem/24 hod..... léky užívá: <input checked="" type="checkbox"/> bez problémů <input type="checkbox"/> bez s problémy pijte: <input checked="" type="checkbox"/> samo <input type="checkbox"/> savičkou <input checked="" type="checkbox"/> z hrnečku				
vyprazdňování: <input checked="" type="checkbox"/> pleny <input checked="" type="checkbox"/> nočník/vysazová <input type="checkbox"/> nočník/řekne si, jak..... WC pomůže se: <input type="checkbox"/> přes den <input checked="" type="checkbox"/> v noci <input type="checkbox"/> jiné..... charakter moče: spánek: obtíže <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> spí přes den <input checked="" type="checkbox"/> spí celou noc zvýky: <input checked="" type="checkbox"/> hračka <input checked="" type="checkbox"/> světlo <input type="checkbox"/> rituál, jaký..... kůže: <input type="checkbox"/> suchá kůže <input type="checkbox"/> suché sliznice <input type="checkbox"/> suché rty <input type="checkbox"/> otoky <input type="checkbox"/> opuzení/ lokalizace..... psychomotorický vývoj: odpovídá věku <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/> ano psychomotorická retardace <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano ošetrovatelskou anamnézu provedla:				

Příloha č. 3

Psychomotorický vývoj

Hodnocení psychomotorického vývoje bylo provedeno pomocí materiálu pro tato hodnocení užívaná pro potřeby Kojeneckých ústavů Ústeckého kraje. Hodnocení provedeno podle tabulek a grafu zpracovaného psychologem zařízení. Zdroj čerpán z knihy STRASSMEIER, W.. „260 cvičení pro děti raného věku“. Praha: Portál, 1996, ISBN 80-85282-87-9

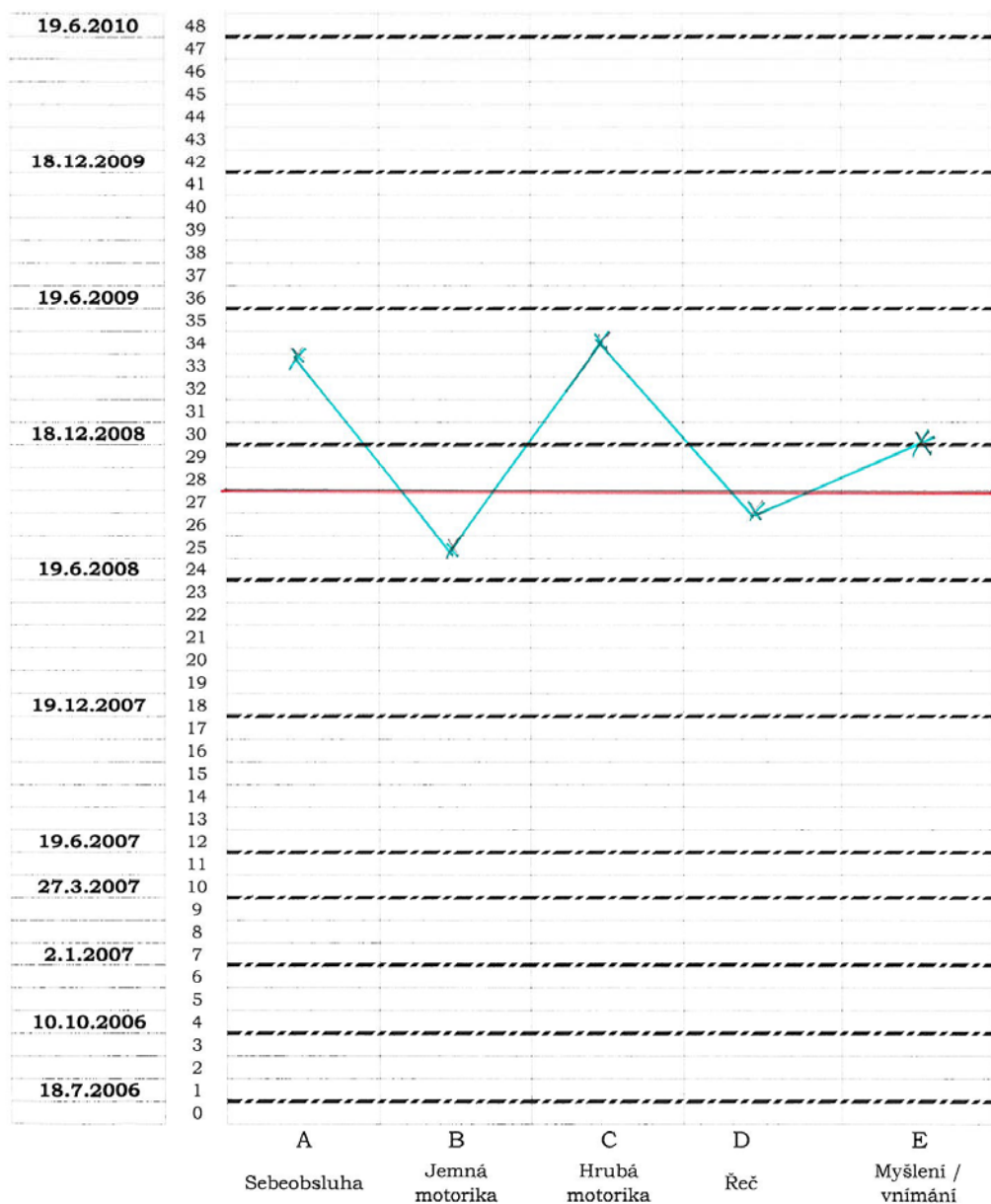
Hodnocení

Hodnocení zahrnuje celkem 5 složek psychomotorického vývoje. Tyto oblasti jsou u dětí sledovány v daných časových periodách a zaznamenávány do dokumentace. Jedná se o oblast jemné a hrubé motoriky, sebeobsluhy, myšlení a řeči. Tyto oblasti jsou na samostatných listech, kde sestra zaznamenává dosažené stupně. Pokud dítě nedokáže splnit úkoly ve dvou kolonkách po sobě jdoucích, v hodnocení dále nepokračuje. U jemné a hrubé motoriky se počet dosažených bodů násobí indexem 1,5.

V době záznamu se Aleš gestačně nacházel na úrovni 28. měsíce. Po vyplnění kolonek pro jednotlivé složky vývoje jsem pro lepší orientaci nakreslila graf, kde je možné dobře zhodnotit dosaženou úroveň v jednotlivých oblastech. **Aleš odpovídá psychomotorickému vývoji pro dané období.** V některých oblastech vykazuje i nadprůměr – oblast sebeobsluhy, hrubé motoriky i myšlení.

W. Strassmeier: 260 cvičení pro děti raného věku
 Soubor cvičení pro děti s nerovnoměrným vývojem a děti handicapované

Jméno dítěte **E.A.** Narozeno **20.6.2006**



Vyšetřil: Jaroslava

A. SEBEOBSLUHA - sociální vývoj

	MV	1	2	3	4		5	6	7	8
a	48					Hraje si tvůrčím způsobem a staví, aniž by ihned vše zničilo				
t	47					Myje si obličej				
o	46					Snadno se odloučí od maminky				
v	45					Čistí si zuby				
i	44					Obléká si ponožky a obouvá se (nennusí zavazovat tkaničky)				
ž	43					Pije slámkou, aniž by ji přitom zlomilo				
	42					Hraje si samostatně s ostatními dětmi bez velkého dohadování				
k	41					Jí samostatně vidličkou a lžící a jen málo se pobryndá				
o	40					Chodí na toaletu (bez svlékání a oblékání, mytí ...)				
r	39					Samostatně si přinese vodu k pití z kohoutku				
	38					Poslouchá krátké příběhy				
4.	37					Oblékne si kabátek (zapínání není nutné)				
a	36					Pokouší se pomáhat v domácnosti (např. zametání, utírání prachu)				
t	35					Hlásí, když potřebuje na toaletu - ve dne i v noci				
o	34	X				Myje si ruce				
v	33	X				Stálne si kalhoty, když jde na toaletu				
i	32					Jí vidličkou, ale ještě se přitom trochu umaže				
ž	31	X				Dobrovolně si jde lehnout a odpočinout si				
	30	X				Jí lžící a jen něco rozdrobí nebo vybryndá				
k	29	X				Na práni se podělí s ostatními				
o	28	X				Osuší si ruce				
r	27					Vyjadřuje slovy svá přání				
	26	X				Saje z plastické slámky				
3.	25					Vyhýbá se jednoduchým nebezpečným místům (horká kanna apod.)				
a	24	X				Svlékne se - rozepínání není nutné				
t	23	X				Zůstane krátce z známých				
o	22	X				Líbí se mu hra na honěnou				
v	21	X				Pomáhá při úklidu hraček				
i	20					Mazlí se s panenkou nebo medvídkem				
ž	19	X				Jí samostatně lžící, přičemž může trochu drobit a bryndat				
	18					Uposlechne dva ze tří jednoduchých příkazů				
k	17	X				Bez pomoci pije z hrníčku nebo ze sklenice				
o	16	X				Dokáže si svlékat ponožky, ale ještě si nedokáže zout boty				
r	15	X				Se zájmem se na sebe dívá do zrcadla				
	14	X				Hraje si v přítomnosti jiných dětí, ale ještě ne s nimi				
2.	13	X				Drží ručičky nahoře, aby pomohlo při oblékání				
a	12					Reaguje na „NE“ nebo na „DOST“ ve třech ze čtyř situací				
t	11					Hraje si na schovávanou				
o	10					Jí za pomoci prstů				
v	9					Žvýká potravu				
i	8					S pomocí pije z hrníčku nebo ze sklenice				
ž	7					Poukousí se navázat kontakt a upoutat pozornost				
	6					Nechá se obléknout bez odporu				
k	5					Hraje si samo s hračkou tři minuty				
o	4					Reaguje na přerušování kontaktu				
r	3					Očekává, že bude zdviženo				
	2					Chytá si nožičky nebo si dává ručičku do úst				
1.	1					Dokáže sát a polykat				

B. JEMNÁ MOTORIKA

MV	1	2	3	4		5	6	7	8
k o r	32					Tluče (kladivem)			
	31					Pastelkou obtáhne předkreslené písmeno V nebo H			
	30					Obtáhne předlohu kříže			
	29					Dokáže zacházet s nůžkami, ale nestříhá rovně			
	28					Vymalování			
	27					Omažuje kruh podle předlohy (nemusí být přesný)			
	4. 26					Stříhá nůžkami, ovšem s námahou a nepřesně			
	25					Kozírbne papír			
	24					Na stole vytvaruje váleček z modelovací hmoty			
	23					Správně drží pastelku			
k o r	22					Po předvedení přeloží jednou list papíru			
	21					Navlékne alespoň 4 korálky o průměru asi 12 mm			
	20					Staví z malých konstrukčních prvků (např. LEGO)			
	19					Ze 4 pokusů 3x chytí kutálející se míč			
3. 18					Podle vzoru kreslí vodorovné a svislé čáry pastelkou				
17	X				Postaví věž ze šesti kostek				
k o r	16	X				Navlékne tři korálky o průměru asi 24 mm			
	15	X				V knížce obrací stránky jednu po druhé			
	14	X				Rozbalí zabalenou sladkost			
	13	X				Postaví věž ze tří kostek			
	12	X				Otevírá krabičku			
	11	X				Podle vzoru vhadzuje kuličky do láhve (kuličky podává dítěti vedoucí cvičení)			
2. 10						Drží pastelku účelně, ale nikoliv zcela správně			
	9	X				Ukazovákem se dokáže spolehlivě dotknout malých předmětů			
k o r	8					Obrací stránky v knížce			
	7					Vhadzuje kostky do malé nádoby (hrníčku) a opět je vybírá ven			
	6					Bere do ruky malé kuličky klešťovým úchopem (palcem a ukazovákem)			
	5					Vztahuje ruce po blízkých předmětech mimo jeho dosah			
	4					Uchopí a uvolní			
1. 3						Krátce uchopí pevně chrastítko a pozoruje ho			
	2					Dívá se na ručičky a hraje si sprstičky			
	1					Drží ručičky otevřené nebo volně sevřené do pěsti			

C. HRUBÁ MOTORIKA

	MV	1	2	3	4		5	6	7	8
	32					Poskakuje nebo skáče bez výměny odrazové nohy				
	31					Skočí oběma nohama z pohovky				
k	30					Skočí snožmo 20 cm daleko				
	29					Jde bez držení po schodech nahoru (na každý schod položí jednu nohu)				
o	28					Jde bez držení po schodech nahoru a dolů (s přisouváním nohy)				
	27					Donese sklenici s vodou 3 m daleko				
r	26					Přejde 3 m po špičkách				
	25					Chytne velký míč s ohnutými pažemi				
	24					Jezdí na tříkolce				
k	23	X				Vydrží stát jednu vřeňnu na jedné noze bez přidržování				
	22	X				Po předvedení chodí po špičkách				
o	21	X				Poskakuje s oběma nohama na jednom místě				
	20	X				Jde ze schodů dolů s držením (na každý schod šlápne jednou nohou)				
r	19	X				Jde po schodech nahoru s držením (na každý schod šlápne jednou nohou)				
	18	X				Leze po nábytku a překonává překážky				
3.	17	X				Bez přidržování kopne vestoje silně do míče				
	16					Hraje si na bobečku, aniž by se muselo opírat o ruce				
k	15					Dobře chodí a jen občas upadne				
	14					S přidržováním stoupá po schodech (s přisouváním nohy)				
o	13					Samo se zaměstná				
	12					Vstane ze sedu na podlaze, aniž by se muselo přidržet stěnu nebo nábytku				
r	11					Hodí nebo kopne do velkého míče (nemusí trefit cíl)				
	10					Krátce jde samostatně				
2.	9					Krátce stojí bez opory				
	8					Sedí rovně na malé židličce				
k	7					Jde a přidržuje se nábytku				
	6					Zvedá se do stoje				
o	5					Pohybuje se dopředu plazením a lezením				
	4					Převaluje se a otáčí se				
r	3					Vohně sedí po dobu několika sekund				
	2					V sedě udrží hlavičku rovně po dobu půl minuty				
1.	1					V poloze na břichu zvedne krátce hlavičku nad podložku				

D. ŘEČ

		1	2	3	4		5	6	7	8
a	48					Rádo poslouchá pohádky				
t	47					Dokáže uvést dva protiklady (studený - horký, světlý - tmavý, atp.)				
o	46					Mluví nenuceně a pokouší se o krátkou „konverzaci“				
v	45					Vyjadřuje pocity				
i	44					Spontánně informuje o nedávných zážitcích				
ž	43					Klade otázky „proč?“				
	42					Zaspívá jednoduchou písničku				
k	41					Zařadí různé obrázky pod nadřazené pojmy „zvíře“, „hračka“ a „jídlo“				
o	40					Používá množné číslo				
r	39					Imenuje pět zvířat				
	38					Uvede své jméno a pohlaví				
4.	37					Opakuje tři čísla				
a	36					Z patnácti předmětů pojmenuje deset správně				
t	35					Řekne větu o pěti slabikách (např. tady je auto)				
o	34					Řekne své jméno a příjmení				
v	33					Naslouchá vyprávění po dobu pěti minut				
i	32					Používá „já“ nebo „mně, můj“				
ž	31					Pojmenuje deset používaných předmětů				
	30					Opakuje dvě čísla				
k	29					Používá věty se třemi slovy				
o	28					Kozlišuje „velký“ a „malý“				
r	27	X				Pojmenuje čtyři až pět předvedených předmětů				
	26	X				Na otázku: „Jak se jmenuješ?“ uvede své jméno				
3.	25	X				Pojmenuje dvě činnosti				
a	24	X				Prohlíží si obrázky				
t	23	X				Použije větu o dvou slovech				
o	22	X				Na dotaz jmenuje tři předměty z okolí				
v	21					Na otázku, co by chtělo, projeví dvě přání				
i	20	X				Opakuje jednotlivá slova, která zaslechlo				
ž	19	X				Na obrázcích ukáže na tři různé předměty				
	18	X				Má slovní zásobu o pěti slovech				
k	17	X				Ukáže na boty, oděv, hračky				
o	16	X				Má aktivní slovní zásobu dvou slov				
r	15	X				Na výzvu ukáže alespoň na jednu část těla				
	14	X				Napodobuje dvě jednoduchá slova				
2.	13	X				Napodobuje hluky z okolí				
a	12					Projevuje přání ukázáním				
t	11					Uposlechne jednoduchý příkaz (např. vezmi si nůž)				
o	10					Přiměřeně reaguje na slova nebo gesta (např. mává, při pa. pa)				
v	9					Při hudbě brouká nebo výská				
i	8					Šeptá				
ž	7					Používá dvojité slabiky (např. ma-ma, da-da ...)				
	6					Hodně žvatlá				
k	5					Před jídlem se zvyšuje jeho aktivita				
o	4					Vnímá náladu hlasu				
r	3					Lokalizuje zvuky a otáčí hlavu za zvonečkem				
	2					Reaguje úsměvem na hlasy				
1.	1					Spontánně „vrní“ nebo se směje při různých podnětech				

E. MYŠLENÍ / VNÍMÁNÍ

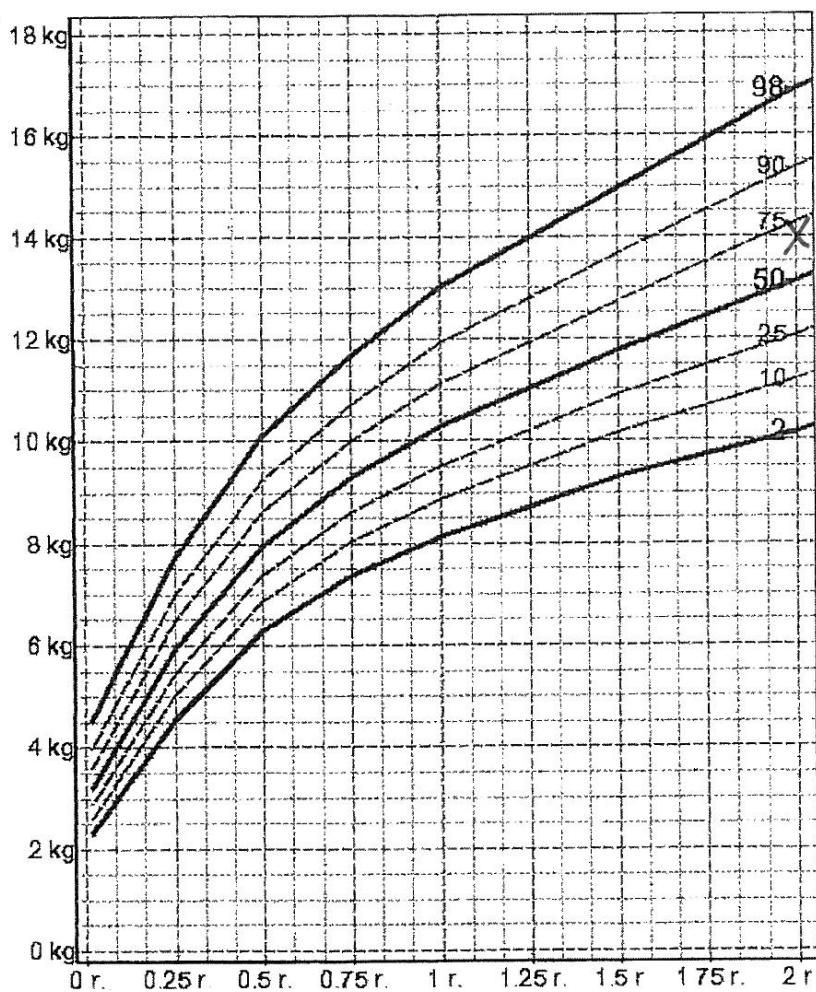
	MV	1	2	3	4	5	6	7	8
a	48				Přihadí navzájem 4 geometrické tvary (kruh, čtverec, trojúhelník, šestiúhelník)				
t	47				Označuje hluky z magnetofonu jako „hlasité“ nebo „tiché“				
o	46				Složí obrázek psa roztrhaný na tři části				
v	45				Rozumí pojmem „větší“ a „menší“				
i	44				Chápe význam číslice „dvě“ (Kolik je tu kostek?)				
ž	43				Z magnetofonu pozná dva ze čtyř zvuků : auto, telefon, psací stroj, zvonek)				
	42				Rozumí : Co létá, jezdí nebo plave? (Obrázky ryby, ptáčka, auta)				
k	41				Postaví most ze tří kostek				
o	40				Přihadí navzájem obrázkové kartičky se čtvercem a kruhem				
r	39				Sestaví skládací hlavolam se třemi až čtyřmi díly				
	38				Počítá na prstech do dvou				
4.	37				Zná funkci tři zobrazených předmětů (lžice, hřebec, hmelek)				
a	36				Na vyzvání ukáže červenou, žlutou a modrou barvu				
t	35				Ukáže na tu část těla, které se dotkla jiná osoba (dítě má zavřené oči)				
o	34				Rozdělí kostky podle dvou barev (červená a modrá)				
v	33				Položí pět kostek do jedné řady				
i	32				Zná užitkovou hodnotu různých předmětů (Ukaž, co jíme, co si oblékáme)				
ž	31				Chápe předložky „na“ a „pod“				
	30	X			Na vyzvání ukáže šest částí panenky				
k	29	X			Nalezne dvě schované věci				
o	28				Přihadí navzájem tři dvojice obrázků				
r	27	X			Chápe význam číslice „jedna“ (podej mi jeden...)				
	26	X			Vloží kolečko, čtverec a trojúhelník do odpovídajících tvarů v desce				
3.	25	X			Projevuje náznaky vlastnického myšlení („můj“, „mně“)				
a	24	X			Chápe pojem „více“ (chtělo by mít něčeho více)				
t	23	X			Ukáže pět částí těla na panence (oči, nos, ruce, nohy, vlasy)				
o	22				Zasouvá tři duté válečky do sebe				
v	21	X			Pozná šest věcí ve svém okolí nebo v obrázkových knížkách (Ukaž mi ...)				
i	20	X			Napodobuje bubnování dvěma paličkami				
ž	19	X			Na vyzvání ukáže na dvě osoby				
	18	X			Projevuje náznaky používání domácích předmětů				
k	17	X			Ukáže čtyři části těla na panence				
o	16	X			Spontánně čmárá				
r	15	X			Vkládá velké předměty do desky s odpovídajícími otvory				
	14	X			Pokouší se napodobovat čmáráni				
2.	13	X			Bouchá dvěma kostkami o sebe				
a	12				Odstraní hrníček, aby našlo po něm schovaný předmět				
t	11				Napodobuje bubnování paličkou				
o	10				Odkryje látku, již je přikryta kostka				
v	9				Přítáhne si hračku na provázku				
i	8				Reaguje na vlastní obraz v zrcadle				
ž	7				Dívá se za lžičkou spadlou ze stolu				
	6				Vytrvale se snaží něco získat				
k	5				Reaguje na znizení obličejů : hra na schovávanou (kuk!)				
o	4				Sleduje kutálející se míč				
r	3				Pozoruje předměty v okolí				
	2				Poznává známé osoby				
1.	1				Sleduje pohyblivý objekt				

Příloha č. 4

Percentilové tabulky pro děti ve věku 2 let

Příloha 4a

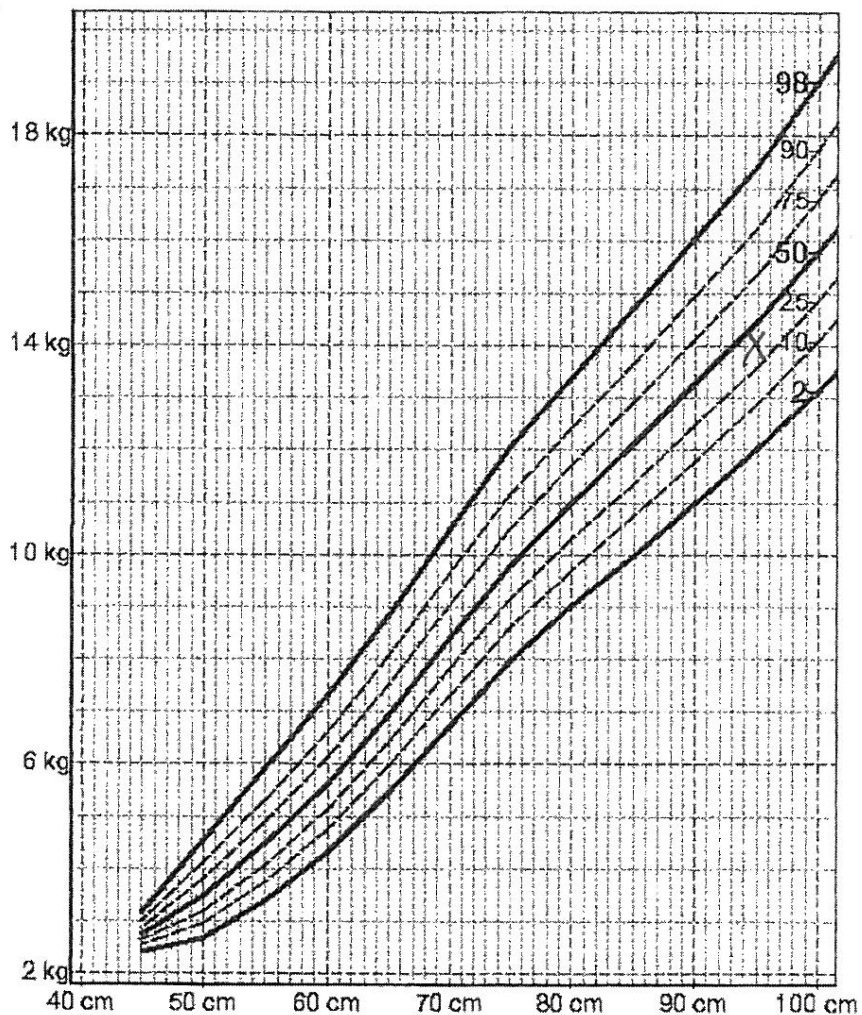
Tělesná hmotnost, **chlapci**, 0-2 r.
CAV 1991



Sedlářová, P. a kol., „Základní ošetrovatelská péče v pediatrii“. Praha: GRADA, 2008. ISBN 978-80-247-1613-8, str. 216

Příloha 4b

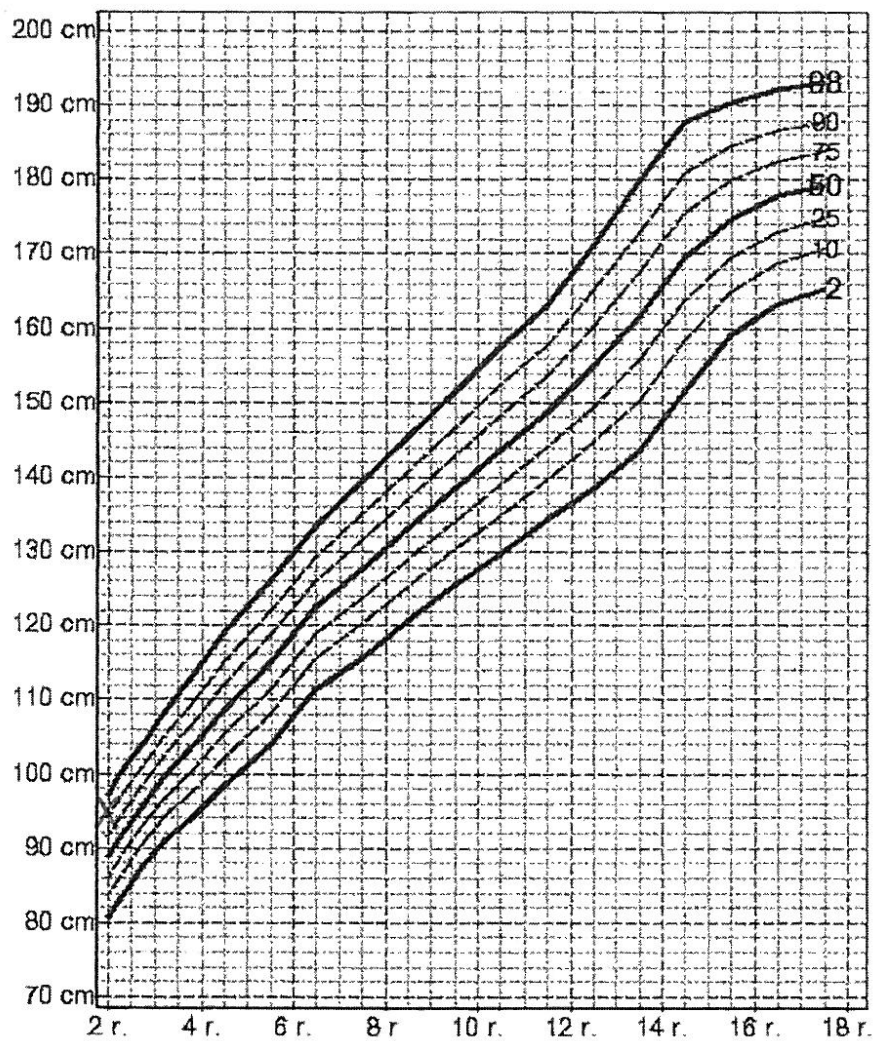
Hmotnost k výšce, chlapci, 0–3 r.
CAV 1991



Sedlářová, P. a kol., „Základní ošetrovatelská péče v pediatrii“. Praha: GRADA, 2008. ISBN 978-80-247-1613-8, str. 221

Příloha 4c

Tělesná výška, chlapci, 2-18 r.
CAV 1991



Sedlářová, P. a kol., „Základní ošetrovatelská péče v pediatrii“. Praha: GRADA, 2008. ISBN 978-80-247-1613-8, str. 225

Příloha č. 5 Glasgow Coma Scale

Otevírání očí	
spontánně	4
na oslovení	3
na bolest	2
neotevře	1
Nejlepší slovní odpověď	
orientován	5
zmatený	4
Nepřiléhavá slova	3
Nesrozumitelné zvuky	2
Žádná odpověď	1
Nejlepší motorická odpověď	
Vykoná pohyb na příkaz	6
Cílená flexe na bolest	5
Necílená flexe na bolest	4
Patologická flexe (při dekortikaci mozku)	3
Extenze na bolest (při decerebraci mozku)	2
Žádná odpověď	1

Nejedlá, M.. „Fyzikální vyšetření pro sestry“. Praha: GRADA, 2006, ISBN 80-247-1150-8, str. 33

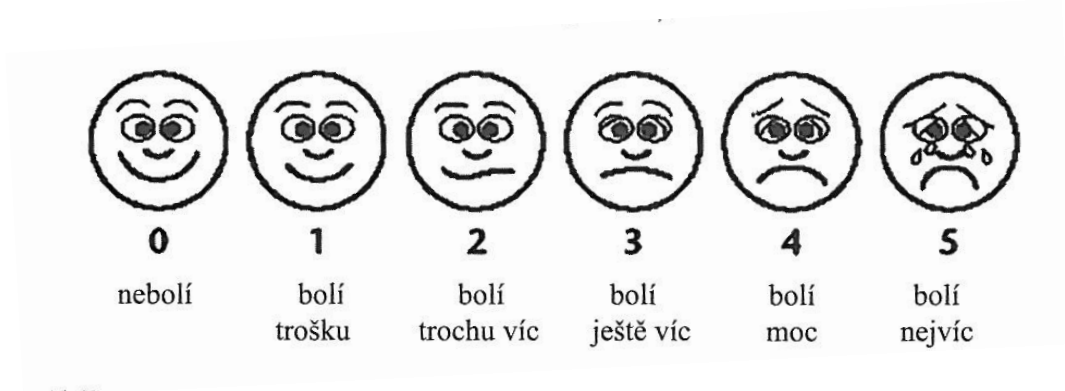
Modifikované dětské GCS

Body	Motorická odpověď	Slovní odpověď	Otevírání očí
4	Flexe a extenze	X	spontánní
3	Úhyb na bolest	Pláč	Okohybné svaly intaktní, fotoreakce zornice
2	Hypertonus	Spontánní ventilace	Okohybné svaly poškozeny nebo fixované zornice
1	Bez odezvy	Apnoe	Okohybné svaly paralyzovány, fixované zornice

Sedlářová, P. a kol., „Základní ošetrovatelská péče v pediatrii“. Praha: GRADA, 2008. ISBN 978-80-247-1613-8, str. 35

Příloha č. 6

Škála hodnocení bolesti pomocí obličejů (Wong/Baker)



Tato škála má rozmezí od 0 do 5 bodů. Byl použit komentář podle Hicksové:

„Tyhle obličejy ukazují, jak moc může něco bolet. Tenhle obličej (úplně vlevo) znamená, že nic nebolí. Další obličejy ukazují větší a větší bolest (ukazovat na jeden po druhém zleva doprava) až tenhle (obličej nejvíc vpravo), ukazuje moc velkou bolest. Ukaž mi obličej, který ukazuje, jak velkou bolest máš teď ty?“

Aleš nechtěl spolupracovat, prohlížel si obličejy, ukázal na ten, který se směje, ten, který pláče. Pokud se sestra zeptala na bolest, neukázal. Pokus sestry, jestli něco bolí medvídko, vyvolala reakci. Alešek ukazoval na medvídkovi nožky. Na škálu dále nereagoval.

Sedlářová, P. a kol., „Základní ošetrovatelská péče v pediatrii“. Praha: GRADA, 2008. ISBN 978-80-247-1613-8, str. 231

Příloha č. 7

Dechové frekvence u jednotlivých věkových skupin

Věkové období	Dechová frekvence za minutu
Novorozenec, kojeneček	30 - 60
batole	24 - 40
předškolák	22 - 34
školák	18 - 30
dospívající	12 - 16

Srdeční frekvence u jednotlivých věkových skupin

Věkové období	Srdeční frekvence v bdělém stavu za minutu	Srdeční frekvence ve spánku za minutu
novorozenec	100 - 180	80 - 160
kojeneček	100 - 160	75 - 160
batole	80 - 110	60 - 90
předškolák	70 - 110	60 - 90
školák	65 - 110	60 - 90
dospívající	60 - 90	50 - 90

Parametry krevního tlaku

Věkové období	Systolický tlak (mm/Hg)	Diastolický tlak (mm/Hg)
Novorozenec (12 hod., <1000g)	39 - 59	16 - 36
Novorozenec (12 hod., 3kg)	50 - 70	25 - 45
Novorozenec (96 hod.,)	60 - 90	20 - 60
kojeneček	87 - 105	53 - 66
batole	95 - 105	53 - 66
školák	97 - 112	57 - 71
dospívající	112 - 128	66 - 80

Sedlářová, P. a kol., „Základní ošetrovatelská péče v pediatrii“. Praha: GRADA, 2008. ISBN 978-80-247-1613-8, str. 37, 38, 39

Příloha č. 8 Referenční hodnoty laboratorních vyšetření

HEMATOLOGIE - krevní obraz a rozpočet leukocytů

<i>analyt</i>	<i>věk/pohlaví</i>	<i>od</i>	<i>do</i>	<i>jednotky</i>	
Erytrocyty	děti do 2 let	3,700	5,300	10 ¹² l	4,81
Leukocyty	děti do 2 let	6,0	17,5	10 ⁹	8,4
Hemoglobin	děti do 2 let	105	135	g/l	142
Hematokrit	děti do 2 let	0,330	0,390		0,426
Trombocyty	chlapci do 6 let	217	497	10 ⁹ l	230
Střední objem erytrocytů (MCV)	děti do 2 let	70	86	fl	88,6
Střední hmotnost hemoglobinu v 1 erytrocytu (MCH)	děti do 2 let	23	31	pg	29,5
B_ Střední koncentrace hemoglobinu v erytrocytu (MCHC)	děti do 2 let	300	360	g/l	
Neutrofilů – počet	děti do 6 let	1,5	8,5	10 ⁹ l	
Neutrofilů	děti do 2 let	0,230	0,370	ratio	
Lymfocyty – počet	děti do 2 let	4,0	10,5	10 ⁹ l	0,53
Lymfocyty	děti do 2 let	0,51	0,69	ratio	
Monocyty – počet	děti do 2 let	0,35	0,85	10 ⁹ l	0,09
Monocyty	děti do 8 let	0,005	0,10	ratio	
Eosinofily – počet	děti do 6 let	0,1	0,5	10 ⁹ l	0,09
Eosinofily	děti do 8 let	0,015	0,045	ratio	
Retikulocyty	děti do 4 let	1,11	5,0	ratio	
Retikulocyty – počet	děti do 4 let	0,050	0,141	10 ¹² l	
Bazofily	všichni	-	0,020	ratio	
Bazofily – počet	všichni	0,030	0,160	10 ⁹ l	
Pc_ Tromboplastinový test, Quickův test	všichni	0,800	1,200	INR	
Pc_ Trombinový čas	všichni	13,0	18,0	sec	
Pc_ Aktivovaný parciální tromboplastinový test, APTT	všichni	21	30	sec.	

Referenční rozmezí převzato:

1) Hematology: Basic Principles and Practice by Hoffman, Fourth Edition. Ronald, /Publisher: Churchill Livingstone (platí po bazofily) ;

2) Přehled laboratorní hematologie IV. Miroslav Pecka. Galén 2000;

3) příbalové letáky Roche (COBAS INTEGRA);

4) příbalové letáky Roche (ELECSYS);

5) vlastní ref. rozmezí Oddělení laboratorní medicíny, Masarykův onkologický ústav

[http://www.mou.cz/mou/upload/Rubriky/Nase_tymy/prezentace_oddeleni_laboratorni_mediciny/05_08_Referencni%20hodnoty%20na%20OLM%20MOU_ver_4_08_10_24.pdf](http://www.mou.cz/mou/upload/Rubriky/Nase_tymy/prezentace_oddeleni/oddeleni_laboratorni_mediciny/05_08_Referencni%20hodnoty%20na%20OLM%20MOU_ver_4_08_10_24.pdf)

Příloha č. 9

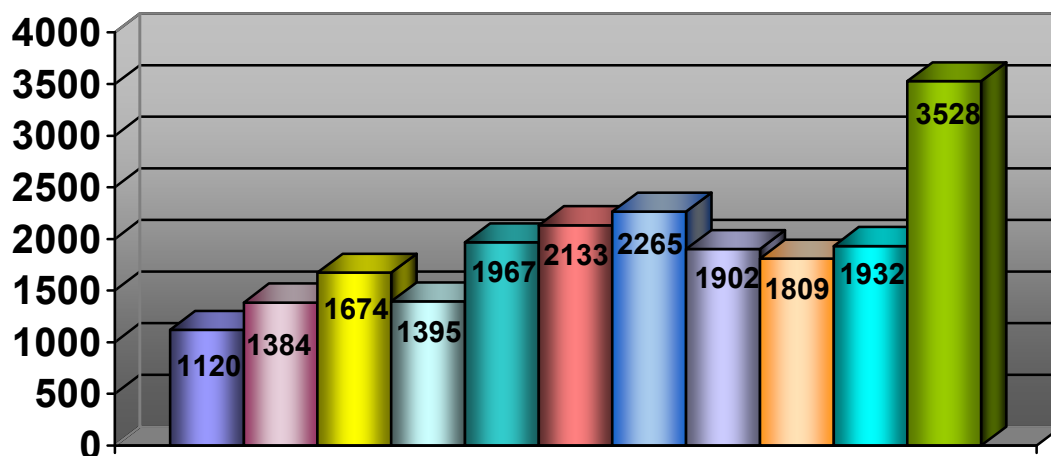
Linka duševní tísně

Linka duševní tísně v Mostě je součástí nestátní, neziskové organizace - občanského sdružení Most k naději. Svou již třináctiletou činností získala pevné a nezastupitelné místo v psychosociální síti mosteckého regionu. Její činnost a význam však současně přesahují i na Teplicko, Lounsko, Chomutovsko a Ústecko. Hlavní činností pracoviště je **telefonická krizová intervence**. To v praxi znamená umožnění bezprostředního telefonického kontaktu klientům, kteří jsou v tísně. Pracovník Linky duševní tísně především klientovi poskytuje podporu a napomáhá mu v cestě k vlastnímu aktivnímu řešení problému. Spolupracují s mnoha dalšími organizacemi psychosociální sítě, aby bylo možno poskytnout klientovi komplexní péči založenou na návaznosti služeb (Poradna pro manželství, rodinu a mezilidské vztahy, odbor sociálních věcí Magistrátu města Mostu, Fond ohrožených dětí, Diakonie, psychologové, právníci, psychiatrické oddělení nemocnice Most, Gay iniciativa v ČR, La Strada apod.).

V současnosti poskytují klientům kromě telefonní krizové intervence i další druhy pomoci. Jedná se o **e-mailové a dopisové poradenství**. Tyto služby jsou určeny zejména klientům, pro které je zpočátku těžké hovořit o svých problémech po telefonu. Opakovaně se na linku bezpečí s žádostí o radu a pomoc obrací učitelé, kteří u některého ze svých žáků zaregistrují závažný problém, s jehož řešením si nevědí rady. Zaznamenávají i kontakty lékařů hledající cestu, jak zabránit např. domácímu násilí či zneužívání páchaném na jejich pacientovi. V roce 2007 bylo na našem pracovišti uskutečněno **celkem 1.932 telefonických kontaktů**.

6.1 Statistické porovnání celkového počtu kontaktů s minulými lety

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Celkový počet kontaktů:	1.120	1.384	1.674	1.395	1.967	2.133	2.265	1.902	1.809	1.932	3.528



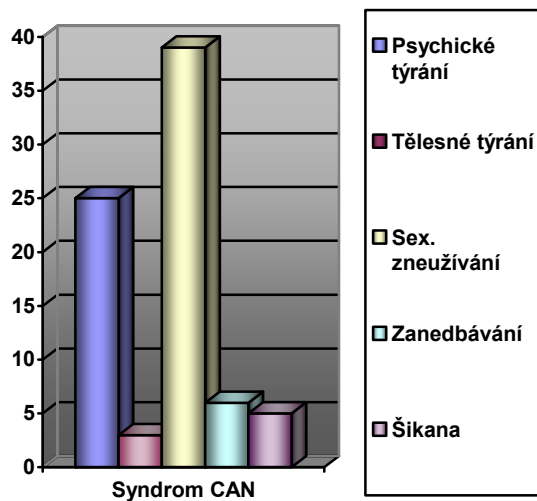
Celkový počet kontaktů

■ 1998 ■ 1999 ■ 2000 ■ 2001 ■ 2002 ■ 2003 ■ 2004 ■ 2005 ■ 2006 ■ 2007 ■ 2008

Rok 2007

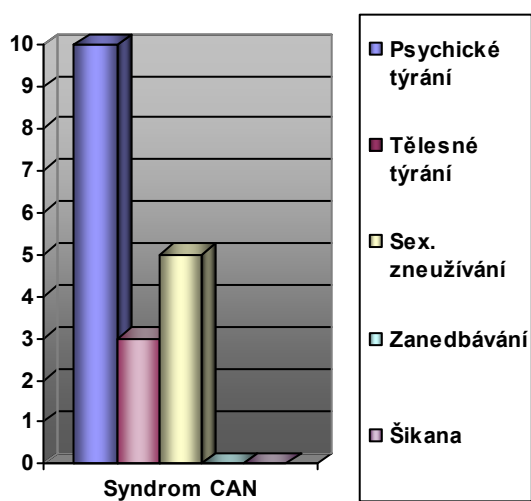
Syndromu CAN	Psychické týrání	25
	Tělesné týrání	3
	Sexuální zneužívání	39
	Zanedbávání	6
	Šikana	5

V roce 2007 udělalo první krok 86 klientů! Z toho psychické týrání zažilo 25 dětí, 3 byly týrány tělesně, 39 hovorů se týkalo sexuálního zneužívání, 6 hovorů se snažilo najít cestu ven ze zanedbávání a 5 hovorů se věnovalo šikaně.



Rok 2008

Syndromu CAN	Psychické týrání	10
	Tělesné týrání	3
	Sexuální zneužívání	5
	Zanedbávání	0
	Šikana	0



V roce 2008 udělalo spolu s Linkou duševní tísně první krok 18 klientů! Z toho psychické týrání zažilo 10 dětí, 3 byly týrány tělesně a 5 hovorů se týkalo sexuálního zneužívání.

Informace k tomuto textu byly použity z materiálů Linky duševní tísně Most a na základě osobního pohovoru s pracovnící Linky duševní tísně, Bc Jiřinou Venclíčkovou, které tímto děkuji za vstřícnost a ochotu při poskytování těchto informací.

Příloha č. 10

Statistické údaje OSPOD při MÚ Most za rok 2008

X1.A Týrané a zneužívané děti

	Číslo hádku	Počet dětí															
		tělesné týraní		psychické týraní		sexuální zneužívání		dětská pornografie		dětská prostituce		celkem					
		chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky				
a	b	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
do 1 roku	119	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
od 1 roku do 3 let	120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
od 3 do 6 let	121	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3				
od 6 do 15 let	122	3	2	0	0	0	11	0	0	0	0	3	13				
od 15 do 18 let	123	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2				
Nahlášeno případů	CELKEM	4	4	0	0	14	0	0	0	0	0	4	18				
z toho ZP	124	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
z toho jednorázové	125	3	4	0	0	8	0	0	0	0	0	3	12				
z toho opakované	126	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	1	3				
z toho neznámo	126a	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	3				
marka	127	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
oče	128	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2				
dítě samo	129	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
sourozence	130	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
jiný příbuzný	131	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1				
čizí osoba	132	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
škola	133	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1				
zdrav. zařízení	134	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3				
police	135	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1				
NNO	136	0	0	0	0	0	13	0	0	0	0	1	13				
inonym	137	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1				
jiný	138	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
uplná rodina	139	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4				
neuplná rodina bez matky	140	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0				
neuplná rodina bez oce	141	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
domácní rodina o matku	142	0	1	0	0	4	0	0	0	0	0	1	4				
domácní rodina o oce	143	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1				
nahrádní rodina	144	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	9				
ustavní péče	145	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
porodkovi - ambulantně	146	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4	15				
uložení dítěte	147	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
uložení dítěte v širší rodině	148	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
umístění dítěte do zdravotního centra	149	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
umístění dítěte do ÚV	150	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2				
umístění dítěte do NNP	151	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1				
hospitálizace	152	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
tělesné poskytování	153	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
psych. střevní porucha	154	4	4	0	0	14	0	0	0	0	0	4	18				
imrti	155	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
tělosumství	155a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				

Vše poznamenky a připomínky:

Při vyřizování tabulek nutno
dodržet tyto vztahy:
1) součet sloupců 1, 3, 5, 7 a 9
se musí rovnat sl. 11

2) součet řádků 119 až 123 se
musí rovnat součtu řádků 127
až 138 v jednotlivých sloupcích

3) součet řádků 119 až 123 se
musí rovnat součtu řádků 139
až 145 v jednotlivých sloupcích

4) součet sloupců 2, 4, 6, 8 a 10
se musí rovnat sl. 12

5) Sloupce 11 a 12 obsahují v
elektronické formě (excel) již
předdefinovaný součet