

Petra Sedlářová a kolektiv

Základní ošetřovatelská péče v pediatrii



Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

Používání elektronické verze knihy je umožněno jen osobě, která ji legálně nabyla a jen pro její osobní a vnitřní potřeby v rozsahu stanoveném autorským zákonem. Elektronická kniha je datový soubor, který lze užívat pouze v takové formě, v jaké jej lze stáhnout s portálu. Jakékoliv neoprávněné užití elektronické knihy nebo její části, spočívající např. v kopírování, úpravách, prodeji, pronajímání, půjčování, sdělování veřejnosti nebo jakémkoliv druhu obchodování nebo neobchodního šíření je zakázáno! Zejména je zakázána jakákoliv konverze datového souboru nebo extrakce části nebo celého textu, umísťování textu na servery, ze kterých je možno tento soubor dále stahovat, přitom není rozhodující, kdo takovéto sdílení umožnil. Je zakázáno sdělování údajů o uživatelském účtu jiným osobám, zasahování do technických prostředků, které chrání elektronickou knihu, případně omezují rozsah jejího užití. Uživatel také není oprávněn jakkoliv testovat, zkoušet či obcházet technické zabezpečení elektronické knihy.



Copyright © Grada Publishing, a.s.



Copyright © Grada Publishing, a.s.

Mgr. Petra Sedlářová a kolektiv

ZÁKLADNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V PEDIATRII

Autorský kolektiv:

Doc. MUDr. Veronika Benešová, CSc., Mgr. Karolína Friedlová,
Mgr. Jaroslava Hanušová, MUDr. Jana Kalousová, Lenka Klimentová,
Mgr. Jana Nováková, MBA, MUDr. Mahulena Mojžíšová, Jitka Precinová, DiS.,
Bc. Jaroslava Saxlová, Mgr. Petra Sedlářová, Bc. Alice Řezníčková,
Mgr. Jiřina Tučková, Mgr. Marie Vlachová

Recenze:

MUDr. Jiří Klíma
Mgr. Jana Niederlová

© Grada Publishing, a. s., 2008
Cover Photo © Grada Publishing, a. s., 2008

Vydala Grada Publishing, a. s.
U Průhonu 22, Praha 7
jako svou 3224. publikaci

Odpovědná redaktorka Mgr. Božena Bartošová
Spolupráce při redakčním zpracování PhDr. Anna Monika Pokorná
Obrázky překreslil Radek Krédl podle podkladů dodaných autorkami.
Sazba a zlom Martin Hanslian
Počet stran 248
První vydání, Praha 2008
Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a. s.
Husova ulice 1881, Havlíčkův Brod

Publikace byla podpořena výzkumným záměrem MZO 00064203/6309.

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění ale nevyplývají pro autory ani pro nakladatelství žádné právní důsledky.

Všechna práva vyhrazena. Tato kniha ani její část nesmějí být žádným způsobem reprodukovány, ukládány či rozšiřovány bez písemného souhlasu nakladatelství.

ISBN 978-80-247-1613-8 (tištěná verze)
ISBN 978-80-247-6667-6 (elektronická verze ve formátu PDF)
© Grada Publishing, a.s. 2011

Obsah

Autorský kolektiv	9
Seznam zkratk	11
Úvod	12
1 Pediatrie – organizace pediatrické péče v ČR (J. Nováková)	13
1.1 Vývoj pediatrie	13
1.2 Vzdělávání dětských sester	14
1.3 Organizace pediatrické péče v ČR	15
1.4 Postavení dětské sestry v pediatrii	16
Shrnutí	16
Otázky a úkoly	16
Literatura	17
2 Ošetrovatelský proces v pediatrii (M. Vlachová)	18
2.1 Posuzování dětského pacienta	18
2.2 Ošetrovatelská diagnostika	19
2.3 Plánování ošetrovatelské péče	19
2.4 Realizace ošetrovatelské péče	19
2.5 Hodnocení ošetrovatelské péče	19
2.6 Dokumentace	20
Shrnutí	20
Otázky a úkoly	20
Literatura	20
3 Růst a vývoj dítěte (M. Mojžíšová)	21
3.1 Rozdělení dětského věku	21
3.2 Růst a vývoj člověka od narození do dospělosti	22
3.3 Periodizace dětského růstu	23
3.4 Vývoj dítěte	23
3.5 Hodnocení tělesného růstu a vývoje dítěte	28
Závěr	30
Otázky a úkoly	31
Literatura	31
4 Základy fyzikálního vyšetření u dětí (M. Mojžíšová)	32
4.1 Vyšetření novorozence	32
4.2 Vyšetření dítěte	34
Shrnutí	40
Otázky a úkoly	40
Literatura	40
5 Podávání léků dětem (P. Sedlářová)	41
5.1 Obecné zásady při podávání léků dětem	41
5.2 Dávkování léků	41
5.3 Způsoby podávání léků dětem	43
Shrnutí	49
Otázky a úkoly	50
Literatura	50
6 Péče o fyziologického novorozence (J. Saxlová)	51
6.1 Klasifikace novorozence	51
6.2 První ošetření novorozence	53
6.3 Následná péče o novorozence na rooming-in	56

6.4	Propuštění novorozence z porodnice	61
6.5	Další sledování dítěte praktickým lékařem	61
	Shrnutí	61
	Otázky a úkoly	62
	Literatura	62
7	Péče o hygienu (P. Sedlářová)	63
7.1	Základní odlišnosti mezi kůží dítěte a dospělého	63
7.2	Péče o kůži	65
7.3	Péče o vlasy	68
7.4	Péče o oči	68
7.5	Péče o uši	68
7.6	Péče o nos	69
7.7	Péče o chrup	69
7.8	Péče o nehty	71
7.9	Péče o genitál	71
7.10	Oblékání dítěte	72
7.11	Ochrana proti venkovním vlivům	73
	Shrnutí	73
	Otázky a úkoly	73
	Literatura	73
8	Výživa v dětském věku (P. Sedlářová)	75
8.1	Faktory ovlivňující výživové požadavky dětí	75
8.2	Výživa novorozence a kojence	76
8.3	Výživa batolat a dětí předškolního věku	81
8.4	Výživa dětí školního věku a adolescentů	82
8.5	Specifika výživy u hospitalizovaných dětí	83
	Shrnutí	84
	Otázky a úkoly	84
	Literatura	84
9	Kojení (L. Klimentová, P. Sedlářová)	86
9.1	Fyziologie laktace	86
9.2	Složení mateřského mléka	86
9.3	Faktory ovlivňující kojení	87
9.4	Příprava ženy ke kojení	89
9.5	Péče o prsy	89
9.6	Technika kojení	90
9.7	Problémy při kojení	93
9.8	Odstříkávání	93
9.9	Alternativní způsoby krmení	95
	Shrnutí	96
	Otázky a úkoly	96
	Literatura	97
10	Péče o dýchání (P. Sedlářová)	98
10.1	Anatomicko-fyziologické rozdíly dýchacích cest u dětí a dospělých	98
10.2	Základy hygieny horních cest dýchacích	99
10.3	Udržování průchodnosti dýchacích cest	99
10.4	Podávání kyslíku v dětském věku	104
	Shrnutí	107
	Otázky a úkoly	107
	Literatura	108
11	Péče o vyprazdňování (J. Prčinová)	109

11.1 Fyziologie močení	109
11.2 Poruchy vyprazdňování moči	109
11.3 Metody derivace moči	111
11.4 Fyziologie vyprazdňování stolice	112
11.5 Poruchy vyprazdňování stolice	112
11.6 Péče o dítě se stomií	114
Shrnutí	116
Otázky a úkoly	117
Literatura	117
12 Bolest u dětí (J. Kalousová)	118
12.1 Definice bolesti	119
12.2 Fyziologie vnímání bolesti a její biologický význam	119
12.3 Bolest akutní a chronická	120
12.4 Zvláštnosti projevů a prožívání bolesti dětmi	120
12.5 Sledování a hodnocení bolesti v klinické praxi	122
12.6 Léčba bolesti	123
Shrnutí	125
Otázky a úkoly	126
Literatura	126
13 Účinné strategie zvládání strachu a bolesti u dětí (A. Řezníčková)	127
13.1 Cílená příprava dítěte na nepříjemný zákrok	127
13.2 Spolupráce s rodiči	128
13.3 Konkrétní techniky boje se strachem	128
Shrnutí	130
Otázky a úkoly	130
Literatura	130
14 Bazální stimulace v pediatrii (K. Friedlová)	131
14.1 Historie konceptu	131
14.2 Pojetí konceptu	132
14.3 Teoretická základna konceptu bazální stimulace	132
14.4 Techniky konceptu	134
Shrnutí	137
Otázky a úkoly	138
Literatura	138
15 Péče o dobrý psychický stav (A. Řezníčková)	139
15.1 Přítomnost blízkého člověka	139
15.2 Opakované a srozumitelné informace	140
15.3 Možnost volby, potřeba soukromí a jistoty	140
15.4 Bezpečné a podnětné prostředí přizpůsobené věku dítěte	141
15.5 Kvalitní kontakt s širší rodinou a vrstevníky	141
15.6 Možnost hrát si a vzdělávat se	142
15.7 Nespolupracující děti	142
Shrnutí	143
Otázky, úkoly	143
Literatura	143
16 Herní aktivity dětí v nemocnici (A. Řezníčková)	145
16.1 Hra v nemocnici	145
16.2 Konkrétní herní aktivity s dětmi různého věku	146
16.3 Vhodné pomůcky a materiály ke hře v nemocnici – obecně	150
16.4 Zásady provozu herny	151
16.5 Rodina a hra	151

16.6 Hra s dětmi těžce nebo dlouhodobě nemocnými	151
Shrnutí	152
Otázky, úkoly	153
Literatura	153
17 Spolupráce s rodinou (A. Řezníčková)	154
17.1 Podmínky dobré spolupráce zdravotníků s rodinou dítěte	155
Shrnutí	157
Otázky a úkoly	157
Literatura	158
18 Edukace dětí a rodičů (A. Řezníčková, P. Sedlářová)	159
18.1 Proces edukace v péči o dítě	159
18.2 Kompetence sestry při edukaci	159
18.3 Edukace při přijetí	160
18.4 Náznorná příprava na zákrok či vyšetření (edukace před výkonem)	160
18.5 Zásady edukace rodičů novorozenců a kojenců	166
18.6 Zásady edukace u dlouhodobě a chronicky nemocných dětí	167
18.7 Zásady edukace dětí a rodičů před propuštěním	168
Shrnutí	168
Otázky a úkoly	168
Literatura	168
19 Základy resuscitace a intenzivní péče v dětském věku (J. Tučková)	170
19.1 Úvod do problematiky oboru aneb vývoj dětské intenzivní a resuscitační péče	170
19.2 Resuscitační a intenzivní péče u dětí	171
19.3 Specifické odlišnosti v dětském věku	171
19.4 Zásady ošetrovatelské péče	172
19.5 Základní KPR dle Guidelines ERC z roku 2005	172
Shrnutí	180
Otázky a úkoly	181
Literatura	181
20 Prevence úrazů v dětském věku (V. Benešová)	182
20.1 Úrazy v dětském věku	182
20.2 Prevence úrazů u dětí	183
20.3 Bezpečná komunita – WHO Safe Community	188
Shrnutí	188
Otázky a úkoly	188
Literatura	189
21 Vybrané kapitoly ze sociální pediatrie (J. Hanušová)	190
21.1 Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (syndrom CAN)	190
21.2 Náhradní rodinná péče	196
21.3 Uprchlíci	198
21.4 Národnostní menšiny	199
21.5 Drogová závislost dětí a dospívajících	200
21.6 Kam se obrátit s problémem v ochraně dětí?	200
21.7 Prevence	203
21.8 Jak optimalizovat řešení patologických situací v ošetrovatelském procesu	204
Shrnutí	205
Otázky a úkoly	205
Použitá literatura	207
Přílohy	209
Rejstřík	241

Autorský kolektiv

Doc. MUDr. Veronika Benešová, CSc.

Univerzita Karlova v Praze, 2. lékařská fakulta, Ústav veřejného zdravotnictví a preventivního lékařství

Mgr. Karolína Friedlová

INSTITUT Bazální stimulace Frýdek-Místek

Filozoficko-pedagogická fakulta Slezské univerzity Opava, Ústav ošetrovatelství

Mgr. Jaroslava Hanušová

Vzdělávací institut ochrany dětí

Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, Katedra školní a sociální pedagogiky

MUDr. Jana Kalousová

Fakultní nemocnice v Motole a Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Klinika dětské chirurgie

IPVZ v Praze, Subkatedra dětské chirurgie

Lenka Klimentová

Fakultní Thomayerova nemocnice Praha, Novorozenecké oddělení

Národní centrum pro kojení

Mgr. Jana Nováková, MBA

Fakultní nemocnice v Motole a Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

MUDr. Mahulena Mojžíšová

Fakultní nemocnice v Motole a Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Klinika dětské chirurgie

Jitka Prcínová, DiS

Fakultní nemocnice v Motole a Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Klinika dětské chirurgie

Bc. Jaroslava Saxlová

Fakultní nemocnice Na Bulovce Praha, Neonatologické oddělení

Mgr. Petra Sedlářová

Fakultní nemocnice v Motole a Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Klinika dětské chirurgie

Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství

Bc. Alice Řezníčková

Fakultní nemocnice v Motole a Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Dětské kardiocentrum

Mgr. Jiřina Tučková

Fakultní nemocnice v Motole a Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Oddělení ošetrovatelské péče

Mgr. Marie Vlachová

Fakultní nemocnice v Motole a Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Oddělení ošetrovatelské péče

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Seznam zkratek

a.	arteria
ABR	acidobazická rovnováha
ALS	(Advanced Life Support) rozšířená KPR
amp.	ampule
A.R.	antirefluxní
ARI	akutní respirační insuficience
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
BLS	(Basic Life Support) základní KPR
BMI	body-mass index
CAH	kongenitální adrenální hyperplazie
CAN	(Child Abuse and Neglect) syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte
CNS	centrální nervový systém
ČneoS	Česká neonatologická společnost
DC	dýchací cesty
DD	dětský domov
DgÚ	diagnostický ústav
ERC	(European Resuscitation Council) Evropská rada pro resuscitaci
FLACC	observační škála bolesti; název vychází z počátečních písmen slov Face, Legs, Aktivita, Cry, Consolability
H.A.	hypoantigenní
HCD	horní cesty dýchací
CHEOPS	(Children's Hospital Eastern Ontario Pain Scale) observační škála bolesti
IGF-I	(insulin-like growth factor-I) růstový faktor podobný inzulinu
JIP	jednotka intenzivní péče
JIRP	jednotka intenzivní a resuscitační péče
KPR	kardiopulmonální resuscitace
KÚ	kojenecký ústav
m.	musculus
n.	nervus
NIPS	observační škála bolesti z Neonatal/Infant Pain Scale
m.j.	mezinárodní jednotka
MKN	mezinárodní klasifikace nemocí
MPSV ČR	Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky
MŠMT ČR	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
OSPOD	orgán sociálně právní ochrany dětí
OŠB	objektivní škála bolesti
PKU	fenylketonurie
PMK	permanentní močový katétr
SZÚ	Státní zdravotní ústav
UNICEF	Dětský fond Organizace spojených národů
VÚ	výchovný ústav
WHO	(World Health Organization) Světová zdravotnická organizace

Úvod

Kniha, kterou právě držíte v ruce, je určena všem, kteří se zajímají o ošetrovatelství v pediatrii a práci s dětmi. Je psána tak, aby se stala dobrou pomůckou hlavně pro studenty při studiu pediatrického ošetrovatelství a sestry začínající pracovat na dětských odděleních. Důležité, zajímavé a nové poznatky v ní naleznou jistě i sestry, které již dlouhodobě pracují.

Naším cílem nebylo postihnout všechny aspekty pediatrického ošetrovatelství, avšak snažili jsme se zpracovat ty nejzásadnější oblasti v péči o dítě a oblasti, ve kterých se nejčastěji chybí nebo jsou v české literatuře minimálně rozpracovány. Vycházeli jsme při tom z našich zkušeností z praxe.

Kniha je zaměřena na základní ošetrovatelskou péči v pediatrii a specifika v péči o dítě. Jen minimálně jsou podávány obecné informace známé z fyziologie, anatomie a ošetrovatelské péče o dospělé. Tam, kde jsme cítili, že potřebujete více obecných informací, jsou v textu odkazy k opakování v rámci úkolů.

Kniha se nezabývá ošetrovatelskou péčí o dítě v jednotlivých klinických oborech, ke studiu je tedy vhodné tuto učebnici doplnit klasickou učebnicí pediatrie pro sestry (na trhu jich existuje několik).

Naše poděkování patří všem, kteří se na přípravě knihy jakkoli podíleli. Za pomoc, cenné rady a připomínky při zpracování jednotlivých kapitol bychom chtěli jmenovitě poděkovat Prof. MUDr. J. Dunovskému, DrSc., MUDr. J. Mydlilové, MUDr. J. Kalousové, H. Chlumové, MUDr. M. Šimsově, MUDr. M. Čihařovi a MUDr. K. Klenkové.

Velký dík dále patří recenzentům Mgr. J. Niederlové a MUDr. J. Klímovi.

Za kolektiv autorů Petra Sedlářová

1 Pediatrie – organizace pediatrické péče v ČR *(J. Nováková)*

Základní pojmy: pediatrie, dětská sestra, vzdělávání, vývoj, ambulantní péče, nemocniční péče, působnost, kompetence

Pediatrie je základní lékařský obor, zabývající se dítětem a dospívajícím ve zdraví a nemoci. Zahrnuje vývojové období lidského organismu od narození až do 19 let života. Pediatrie se zabývá prevencí, diagnostikou, léčením, rehabilitací, psychologickou a výchovnou péčí, prostředím, ve kterém dítě a dospívající žije, a sociálně právní ochrannou normou dítěte. Současně studuje vlivy, které vývoj pozitivně ovlivňují, nebo naopak tento vývoj narušují.

1.1 Vývoj pediatrie

Pediatrie se začala vyvíjet jako samostatný vědní obor na přelomu 19. století. Do té doby nebyla péče o děti specializována, ale byla spojena s léčením dospělých. Ošetřování dětských pacientů probíhalo společně s dospělými. Nemocem dětského věku a potřebám dítěte se především věnovalo interní lékařství a porodnictví.

Oddělená péče o děti sice začala již v 18. století, ale vzhledem k nedostatečným znalostem o dětských nemocech, o jejich příčinách, o jejich projevech, o výživě či hygieně, byla na velmi nízké úrovni.

K vývoji lékařské pediatrické disciplíny přispěly změny v rozvoji společnosti. V 19. století se dítě stává středem pozornosti společnosti a objevuje se snaha systematicky sledovat vývoj dítěte jako východisko pro jeho výchovu a péči.

Při konstituování oboru se pediatrie zaměřovala především na dvě problémové oblasti. První oblast se týkala zdraví a vývoje každého dítěte ve společnosti. Nedostatečná výživa a vysoký výskyt infekčních chorob podmiňovaly vysokou úmrtnost a nemocnost dětí. Nepříznivý vývoj zdravotního stavu dětí byl především následkem bídy a hmotného nedostatku. Řešení této problematiky se ubíralo několika směry a vytvářelo zároveň základ pro vznik preventivní péče o děti jako rozhodující složky pozvolna se vytvářející péče společností o každé dítě. Druhá oblast byla zaměřena na děti, které potřebovaly zvláštní pomoc společnosti. Péče byla orientována na opuštěné a osiřelé děti, které vyrůstaly v ústavech za velmi špatných podmínek.

Výše uvedená problematika postupně rozvíjela pediatrii jako samostatný medicínský obor, který se zabývá naukou o nemocech dětského věku, péčí o zdraví dětí ve společnosti a péčí o ohrožené a postižené děti.

S vývojem dětského lékařství je úzce spjato ošetřovatelství, které souvisí se vznikem a vývojem profese dětské sestry. Zvláštní odborná příprava zdravotníků pro ošetřování dětí dlouho neexistovala. Při léčení a ošetřování nemocných dětí se uplatňovaly zkušenosti získané v péči o děti v nalezincích a při pozorování nemocných dětí doma. Mezi první dětské sestry můžeme zařadit ošetřovatelky v nalezincích. Mezi ně nepochybně patří svobodné matky, osamělé ženy a vdovy, které se do těchto zařízení se svými dětmi uchýlovaly. Ať již šlo o řádové sestry v nemocnicích nebo o civilní sestry v nalezincích, vědomosti čerpaly z praktických zkušeností; teoretická příprava neexistovala.



Obr. 1.1 *Práce sestry na dětském oddělení počátkem 60. let 20. století (foto zapůjčila paní J. Chlumová)*

První dětská nemocnice byla otevřena v Paříži v roce 1802 a druhá v Petrohradě v roce 1834. Na našem území vznikala první dětská oddělení a dětská nemocnice v roce 1842 v Praze a v roce 1846 v Brně. Počátky dětského lékařství u nás souvisejí se jmenováním dr. Bohdana Neuerterra prvním českým profesorem dětského lékařství v roce 1884. V uvedeném období byly v Praze otevřeny dvě dětské kliniky, jedna pro kojence v nalezinci a druhá pro větší děti v dětské nemocnici na Karlově. Nová dětská nemocnice s 270 lůžky a odbornými ambulancemi poskytovala péči o děti od roku 1902. V té době byla jedinou dětskou nemocnicí v Čechách.

1.2 Vzdělávání dětských sester

Se vznikem dětských nemocnic souvisí vzdělávání dětských ošetrovatelek, které začalo v roce 1918. V Praze byl zahájen jednoletý kurz na Státní ošetrovatelské škole. První ošetrovatelská škola pro dětské sestry byla založena v roce 1922 při nemocnici Ochrany matek a dětí v Praze – Krči a byla jedinou českou školou pro přípravu dětských sester až do osvobození v roce 1945.

V roce 1946 vznikla v Praze Švejcárova škola pro výuku a výchovu dětských sester. Všechny školy, ve kterých byly vychovávány dětské sestry, byly v roce 1948 přeměněny na střední odborné školy a byly čtyřleté. Na přechodnou dobu v roce 1951 bylo studium zkrácené na tříleté a od roku 1955 byla výuka opět prodloužena na čtyři roky.

V roce 1995 došlo k transformaci zdravotnického školství v oboru dětská sestra. Čtyřleté studium a dvouleté pomaturitní kvalifikační studium bylo zrušeno. Tříletý studijní pomaturitní obor Diplomovaná dětská sestra na vyšších zdravotnických školách byl zaveden ve školním roce 1996.

Další změny přinesl Zákon č. 96/2004 Sb. V roce 2006 končí studium dětských sester na vyšších zdravotnických školách. Podle nové legislativy může všeobecná sestra získat kvalifikaci dětské sestry ve specializačním vzdělávacím programu.

1.3 Organizace pediatrické péče v ČR

Pediatrická péče je poskytována formou péče ambulantní a ústavní.

1.3.1 Ambulantní péče

Ambulantní péči můžeme rozdělit na **primární, specializovanou a zvláštní péči**. Základní článek v primární péči o dítě představuje praktický lékař pro dítě a dorost a dětská sestra. **Primární péče** je komplexní zdravotně-sociální péče, poskytovaná profesionály na úrovni prvního kontaktu dítěte se zdravotnickým systémem. Péče je souborem činností souvisejících s podporou zdraví, prevencí, diagnostikou, léčením, rehabilitací a ošetřováním. Tyto činnosti jsou poskytovány co nejbližší sociálnímu prostředí dítěte a respektují jeho bio-psycho-sociální potřeby. Praktický lékař pečuje o děti od 0 do 19 let života, kterým poskytuje komplexní pediatrickou péči ve zdraví i nemoci, tedy preventivní a kurativní péči.

Specializovaná péče je prováděna v samostatných specializačních zařízeních pediatrem s příslušnou kvalifikací, např. urolog, kardiolog atd.

Zvláštní pediatrická péče je poskytována ve stacionářích, kojeneckých ústavech či dětských domovech pro děti do 3 let, v dětských odborných léčebnách, ozdravovnách, sanatoriích, lázeňských léčebnách a dětských centrech.

1.3.2 Nemocniční péče

Lůžková pediatrická péče je **tvořena sítí dětských oddělení**, které jsou součástí různých typů nemocnic. Nemocnice s dětským oddělením mohou být územní, soukromé nebo přímo zřízené ministerstvem zdravotnictví. Dětská oddělení poskytují **ambulantní, základní i specializovanou diagnostickou a léčebnou péči** dětem od 0 do 19 let, jejíž součástí jsou i preventivní opatření. Nemocniční síť je tvořena sítí dětských oddělení nemocnic – akciových společností, příspěvkových organizací, soukromých nemocnic, které původně působily jako okresní nemocnice. Jejich statut se změnil, ale charakter léčebné i ošetrovatelské péče zůstal zachován. Specializovaná péče je v těchto zařízeních prováděna lékařem s příslušnou kvalifikací např. dětský nefrolog, kardiolog, gastroenterolog a další. Dále je nemocniční síť tvořena dětskými odděleními krajských a fakultních nemocnic. Základem nemocniční péče je účinná spolupráce s ostatními odborníky. V souladu s mezinárodně uznávanou Chartou práv hospitalizovaného dítěte je třeba všechny děti hospitalizovat na dětských a dorostových odděleních. Nemocniční péči rozlišujeme **standardní, intenzivní a dlouhodobou** (rehabilitační nebo symptomatickou).

Dětská oddělení nemocnic jsou většinou tvořena třemi základními stanicemi – oddělením kojenců a batolat, oddělením větších dětí a novorozeneckým úsekem. Při těchto odděleních jsou zřízeny odborné poradny – nefrologie, kardiologie, revmatologie, gastroenterologie,

endokrinologie a další. V odůvodněných případech jsou děti předávány k hospitalizaci z dětských oddělení nemocnic na oddělení krajských nebo fakultních nemocnic.

Další část lůžkového fondu tvoří **oddělení krajských nemocnic**. Poskytují vedle péče v rozsahu okresních nemocnic i další konsiliární a specializované služby, např. kardiologické, gastroenterologické, alergologické, endokrinologické, diabetologické, psychiatrické. V krajských nemocnicích nalezneme také jednotky intenzivní a resuscitační péče.

Lůžková oddělení fakultních nemocnic nabízejí kromě péče v rozsahu krajských nemocnic i péči v rámci nadregionálních či celorepublikových center, např. pro kardiochirurgii, transplantaci, onkologii a specializovanou chirurgii novorozeneckého a kojeneckého věku.

Síť lůžkových zdravotnických zařízení pro děti a dorost je vedle nemocnic dále tvořena **odbornými léčebnými ústavy, lázeňskými léčebnami, sanatorii, ozdravovnami, kojeneckými ústavami a dětskými centry**.

Dětské léčebny zajišťují doléčování, dlouhodobou léčbu a rehabilitační péči dětem s vleklým onemocněním.

Dětské ozdravovny poskytují odbornou péči ve vhodných klimatických podmínkách, které mohou příznivě ovlivnit zdravotní stav dětí zdravotně oslabených, opakovaně nemocných a rekonvalescentů po onemocněních a operacích.

Dětská sanatoria jsou určena pro nemocné a defektní děti, které nevyžadují nemocniční léčení, ale na jejichž zlepšení zdravotního stavu je potřebná dlouhodobá a komplexní péče.

Kojenecké ústavy zajišťují komplexní péči o děti od narození do 1 roku věku v sociální a zdravotně sociální tísní.

1.4 Postavení dětské sestry v pediatrii

Dětská sestra má své nezastupitelné místo v oboru pediatrie. Podílí se v rámci svých kompetencí na komplexní péči o dítě od narození až do skončeného 19. roku života ve všech zdravotnických zařízeních. Dětská sestra organizuje a řídí ošetrovatelskou péči v pediatrii. Ošetřuje zdravé a nemocné děti včetně novorozenců a adolescentů. Ve své činnosti se zaměřuje na spolupráci s rodinou. Cílem je zapojit rodinu do procesu léčení a preventivní a výchovné péče.

Shrnutí

Pediatrie je lékařský obor, který se zabývá dítětem a dospívajícím ve zdraví i nemoci. Dětské lékařství se postupně vyvíjelo jako samostatný obor od konce 19. století a s tím současně i dětské ošetrovatelství. S ošetrovatelstvím souvisí vývoj ve vzdělávání dětských sester. Dětská sestra je pilířem v oboru dětského ošetrovatelství a má své nezastupitelné kompetence. Cílem je zajistit kvalitní ošetrovatelskou péči o děti a dospívající ve zdraví i nemoci.

Otázky a úkoly

1. Čím se zabývá pediatrie a jak se vyvíjela?
2. Pokuste se najít v ošetrovatelských časopisech a na internetu, jaké jsou aktuální možnosti vzdělávání dětských sester.
3. Jak je organizována pediatrická péče v ČR?
4. Zjistěte v Zákoně č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, jaké jsou kompetence dětské sestry.

Literatura

1. BRACHFELD, K., ČERNAYOVÁ, E. *Pediatric 1.*, 2. Praha : Avicenum, 1980.
2. BOLEDOVIČOVÁ, M. a kol. *Pediatrické ošetrovatel'stvo*. Martin : Osvěta, 2000.
3. DUNOVSKÝ, J. a kol. *Sociální pediatric*. Praha : Grada, 1999.
4. Zákon č. 96 ze dne 4. února 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). *Sbírka zákonů České republiky*, 2004, částka 130, s. 1452 (ve vhodných klimatických podmínkách, které mohou příznivě ovlivnit zdravotní stav 1472).
5. ŠIMURKOVÁ, C. a kol. *Ošetrovatel'ství I*. Praha : Avicenum, 1985.
6. www.MZCR/DATA.

2 Ošetrovatelský proces v pediatrii

(M. Vlachová)

Základní pojmy: ošetrovatelský proces, posuzování dětského pacienta, ošetrovatelská diagnostika, plánování ošetrovatelské péče, realizace, hodnocení, ošetrovatelská dokumentace

Pediatrický pacient vždy vyžaduje individuální přístup zdravotnického personálu.

Metoda ošetrovatelského procesu umožňuje zdravotnickému personálu organizovaný a systematický přístup k dítěti a jeho doprovodu. Východiskem pro uplatnění této metody je dobrá znalost zákonitostí vývoje dítěte. Do celého procesu vstupují také rodiče dítěte, eventuálně jiný doprovod dítěte. Metoda ošetrovatelského procesu nám poskytuje prostor pro propojení přístupu k dítěti i rodičům. Tím nám pomáhá dokonale poznat, analyzovat a uspokojovat potřeby dítěte.

Úkol: Zopakujte si, co již znáte o ošetrovatelském procesu.

2.1 Posuzování dětského pacienta

Při prvním kontaktu s dítětem a s jeho rodiči začíná sestra sbírat anamnestická data, ověřovat a třídit údaje o zdravotním stavu dítěte. Zaměřuje se na rodinu a prostředí, ve kterém dítě žije. Velmi důležité je posouzení vývojových potřeb dítěte.

2.1.1 Zdroje údajů

- **Pacient** (s ohledem na věk dítěte), **rodiče, jiné pečující osoby.**
- **Zdravotničtí pracovníci** – sestry, sociální pracovnice, lékaři, fyzioterapeuti, herní terapeuti, nutriční terapeuti, psycholog, logoped.
- **Zdravotní záznamy** – např. ošetrovatelská překladová zpráva, lékařská překladová zpráva, ambulantní karta.
- **Výsledky vyšetření** – např. nutriční skóre, ABR, výška, hmotnost, BMI.
- **Literatura** – ošetrovatelská literatura, odborné časopisy, metodické pokyny, standardy, hodnoticí škály, percentilové grafy.

2.1.2 Shromažďování údajů

- **Pozorováním** – sestra pozoruje dítě při činnostech. Sleduje klinické příznaky problémů u dítěte (bolest, bledost, namáhavé dýchání apod.). Monitoruje ohrožení bezpečnosti dítěte.
- **Rozhovorem** – sestra identifikuje cíleně problémy, vyhodnocuje změny, poskytuje informace v rámci kompetence. Poskytuje podporu, pochvalu dítěti i rodičům.
- **Fyzikálním vyšetřením** – komplexní prohlídka dítěte v rámci fyzikálního vyšetření nám poskytne řadu informací. Důležité je i z hlediska odhalení známek týrání dítěte. Podrobné záznamy sestry, eventuálně fotodokumentace, jsou objektivním důkazem při případném řešení situace.

2.1.3 Systematický sběr údajů o dítěti

Ošetrovatelská anamnéza a její podrobné odebrání je zásadním východiskem pro systematickou péči o dítě v nemocnici. Z těchto důvodů je potřeba ponechat pro písemné zpracování, vyplnění příslušných formulářů ošetrovatelské anamnézy dostatek času. V průběhu 24 hodin se mohou uplatnit všechny výše uvedené metody získávání údajů. Není vhodné okamžitě při příjmu dítěte vzít formulář pro ošetrovatelskou anamnézu a během několika minut ji vyplnit. Dítě i jeho rodiče potřebují čas pro zvládnutí alespoň částečné adaptace v novém prostředí. Teprve potom mohou poskytovat informace.

2.2 Ošetrovatelská diagnostika

Analýza informací, které sestra získá při posuzování dítěte, a následná syntéza poznatků vyústí ve stanovení ošetrovatelských diagnóz. U dítěte rozlišuje aktuální a potencionální problémy. Problémy se mohou vyskytovat nejen v oblasti zdravotní, ale také sociální a psychické. V této fázi celého procesu můžeme doplnit některé nedostatky, případně rozpory v údajích.

Formulované ošetrovatelské diagnózy stanovíme jako jednosložkové (pouze problém), dvousložkové (problém a etiologie) nebo třísložkové (problém, etiologie a symptom). Z hlediska následného hodnocení efektu poskytované péče je výhodnější používat poslední uvedenou variantu ošetrovatelské diagnózy.

2.3 Plánování ošetrovatelské péče

V této fázi ošetrovatelského procesu stanovíme priority v péči o dětského pacienta, stanovíme si cíle a měřitelná kritéria. Priority se mění v závislosti na průběhu léčby dítěte. V souladu musí být ošetrovatelský plán sestry s dalšími léčebnými postupy (např. nelze, aby sestra plánovala nácvik chůze, pokud lékař ordinuje klid na lůžku).

Využíváme rovněž různé hodnoticí škály (např. škály bolesti – viz kapitola 12 – Bolest u dětí). Je vhodné, aby v rámci nemocnice pro jednotlivá pracoviště byly škály jednotné.

2.4 Realizace ošetrovatelské péče

Začínáme realizovat činnosti (intervence), které jsme si naplánovali. Velký důraz klademe na propojení plánu ošetrovatelské péče s realizací.

Naplánované činnosti se musí objevit v našem záznamu realizace, např. když naplánujeme rozbor bolesti podle některé z hodnoticích škál, výsledek této intervence se musí objevit v záznamu realizace ošetrovatelské péče.

Činnosti (intervence) dělíme na **závislé** (podle ordinace lékaře), **nezávislé** (vycházejí z aktivity sestry) a **vzájemné** (spolupráce v rámci zdravotnického týmu).

2.5 Hodnocení ošetrovatelské péče

Při porovnání ošetrovatelského plánu a vlastní realizace ošetrovatelské péče zjistíme, zda jsme se dostali k určenému cíli. Závěry jsou velmi cenné, protože umožní ošetrovatelské zásahy ukončit, změnit nebo v nich pokračovat.

2.6 Dokumentace

Všechny informace, které jsme získali, vše, co jsme realizovali, je nutné dokumentovat. Pro přehlednost a rychlou orientaci je důležitá přehledná a jednotná dokumentace v rámci zdravotnického zařízení.

Při vyplňování záznamů musí být prokazatelně jasné, kdo údaje zaznamenal, popř. opravil. V ošetrovatelské dokumentaci sestra neškrtá, ale označí změnu a stvrdí podpisem.

U dětských pacientů je nutné brát v úvahu vývojové hledisko. Nelze označit u kojence omezením soběstačnosti skutečnost, že samo nezvládá hygienu.

Ošetrovatelská anamnéza (viz příloha 1) – vstupní vyšetření realizované sestrou.

Plán ošetrovatelské péče – zahrnuje ošetrovatelské diagnózy, ošetrovatelské intervence, cíl ošetrovatelské péče, hodnocení ošetrovatelské péče.

Denní ošetrovatelský záznam – realizace ošetrovatelského plánu u konkrétního pacienta; zahrnuje i dílčí hodnocení pacienta, které si sestry sdělují při předávání služby.

Ošetrovatelská překládová zpráva (viz příloha 1) – je určena pro překlad pacienta mezi jednotlivými odděleními, klinikami i zdravotnickými zařízeními. V případě, že s pacientem „nekoluje“ celá zdravotnická dokumentace, je problém s kontinuálním záznamem změn, ke kterým u pacienta došlo v průběhu hospitalizace. Překládová zpráva vyplní tuto mezeru.

Ostatní dokumentace – záznam sledování bolesti, edukační záznam (viz přílohy 2 a 3), záznam bilance tekutin, plán ošetrovatelské péče o dekubity a kožní defekty, nutriční protokol (viz příloha 4), záznam o aplikaci krevních derivátů, anesteziologický záznam – je zde prostor pro záznam anesteziologické sestry (např. o zavedení periferní kanyly, močového katétru apod.) a další.

Shrnutí

Výsledkem metody ošetrovatelského procesu je individuální komplexní přístup k dítěti a jeho rodině. Na prvním místě vždy zůstává pacient. Vedení dokumentace je pro zdravotnický personál důležité, ale nesmí časově překrýt komunikaci s pacientem a vlastní aktivní ošetrování dětského pacienta.

Odebírání ošetrovatelské anamnézy, odhalení problémů dítěte, plán ošetrovatelské péče i jeho realizace a hodnocení nejsou odděleny od kontaktní péče o dětského pacienta. Jsou její součástí.

Otázky a úkoly

1. Čím je specifický ošetrovatelský proces v pediatrii?
2. Jakým způsobem můžete získat informace o dítěti?
3. Na pediatrickém oddělení si vyberte pacienta a do formuláře pro ošetrovatelskou anamnézu (viz příloha 1) zaznamenejte údaje, které jste zjistili. Vytvořte ošetrovatelské diagnózy a plán péče pro toto dítě.
4. Jaké budete dodržovat zásady při vyplňování ošetrovatelské dokumentace?

Literatura

1. KOZIEROVÁ, B. a kol. *Ošetrovatelstvo I*. Martin : Osveta, 1995.

3 Růst a vývoj dítěte (M. Mojžíšová)

Základní pojmy: rozdělení dětského věku, periodizace dětského růstu, sendvičový model růstu, psychomotorický vývoj, percentilové grafy

Pediatric je naukou o vývoji lidského jedince, vývojovou medicínou, jejímž úkolem je včasné rozpoznání patologických stavů, které zdárný vývoj narušují. Proto je důležité porozumět zákonitostem růstu a vývoje člověka a jeho jednotlivých tělních systémů. Během dětství a dospívání se lidský jedinec výrazně mění a vyvíjí, což je samozřejmě jev kontinuální, jednotlivá vývojová období jsou však svým způsobem specifická. Z toho vyplývá i snaha o periodizaci dětského věku s cílem vydělit a pojmenovat základní vývojové fáze a specifikovat jejich fyziologii a patologii.

3.1 Rozdělení dětského věku

Tab. 3.1 Rozdělení dětského věku (zdroj: 4)

Vývojový stupeň	Věk
Zárodek (embryo)	1.–8. týden nitroděložního života
Plod (fétus)	od 9. týdne nitroděložního života do narození
Novorozenec	od narození do 28. dne života
Kojenec	2.–12. měsíc života
Batole	2.–3. rok života
Předškolák	4.–6. rok života
Školák	od 7. roku života
Dospívající	období mezi počátkem dospívání a dospělostí

3.1.1 Prenatální období

Jedná se o období od oplození vajíčka do porodu lidského plodu. Prvních 8 týdnů nitroděložního vývoje označujeme jako **období embryonální (zárodečné)**, kdy dochází k diferenciaci jednotlivých částí těla a utváření základů všech orgánů a tělních systémů. Dobu od 9. týdne do narození nazýváme **obdobím fetálním (období vývoje plodu)**.

3.1.2 Postnatální období

3.1.2.1 Novorozenecké období

Trvá od porodu do ukončeného 28. dne po narození. Dochází k adaptaci jednotlivých tělních systémů na mimoděložní podmínky. Fyziologii i patologii tohoto období se zabývá **neonatologie**. Z patologických stavů je pro novorozenecké období typický výskyt vrozených vývojových vad, následků perinatální patologie, pokračování intrauterinních patologických stavů

(např. infekcí) a tendence ke generalizaci infekce vzhledem k nezralosti imunitního systému. Mortalita v novorozeneckém věku je proto nejvyšší z celého dětství.

3.1.2.2 Kojenecké období

Začíná 29. den po narození a končí v den prvních narozenin dítěte. Je charakterizováno rychlým somatickým, neuropsychickým a motorickým vývojem. Po novorozeneckém období je druhým nejvýznamnějším z hlediska nemocnosti a úmrtnosti (vliv vrozených vývojových vad, pozdní následky perinatální patologie, manifestace vrozených poruch metabolismu aj.).

3.1.2.3 Batolecí období

Je obdobím mezi 1. a 3. rokem věku dítěte a je pro ně charakteristické postupné osamostatňování. Dochází ke zdokonalování samostatného pohybu a komunikace s okolím.

3.1.2.4 Předškolní období

V české pediatrii je tak označováno období mezi 3. a 6. rokem věku, v jehož závěru je dítě schopno nastoupit do školy, úspěšně zvládat učivo první třídy a zaujmout přiměřenou roli v kolektivu.

3.1.2.5 Školní období

Je to období, které začíná po 6. narozeninách dítěte, kdy většina dětí zahajuje školní docházku. Závěr tohoto období lze jen těžko časově jednoznačně vymezit; obvykle jeho ukončení spojujeme s počátkem dospívání (je odlišné mezi oběma pohlavími, ale i mezi jednotlivými jedinci téhož pohlaví). Toto období má proto různou dobu trvání u jednotlivých dětí a nelze je ztotožňovat s obdobím školní docházky.

3.1.2.6 Období dospívání

Biologicky je ohraničeno počátkem pubertálního vývoje, dosažením plné pohlavní zralosti a ukončením tělesného růstu. Je to fáze velmi specifická, velmi odlišná od fáze dětství i dospělosti. Začíná v průměru o dva a půl roku dříve u dívek (v průměru v 10 letech) než u chlapců (v průměru ve 12,5 letech). Mezi jedinci téhož pohlaví je obvyklá variabilita až 2 roky. K plné pohlavní zralosti dochází obvykle po 2–3 letech od začátku dospívání, k definitivnímu ukončení růstu po 4–5 letech. Jednoznačné ohraničení dospívání od dospělosti je také velmi obtížné, pediatriká péče však končí obvykle 19. narozeninami člověka.

3.2 Růst a vývoj člověka od narození do dospělosti

Růstem rozumíme nejen zvětšování tělesné délky, hmotnosti a změnu proporcí, ale i vývoj komplexních motorických, duševních i sociálních funkcí a schopností. Je to tedy soubor všech změn dosud nezralého rostoucího organismu.

Názory na růst a vývoj dítěte se v minulosti měnily na základě rozvoje medicínských i psychologických poznatků. Je jisté, že se jedná o proces geneticky podmíněný, umožněný zráním centrální nervové soustavy, rozvojem poznávacích schopností, psychologickým a sociálním vývojem dítěte. Do jisté míry však podléhá i vlivům okolního prostředí.

Zatímco tělesný růst je možno poměrně spolehlivě měřit a monitorovat, je velmi těžké udat závazná kritéria pro normální funkční a především duševní vývoj. Je to dáno relativně velkými individuálními rozdíly, ale i obtížnou definicí duševního, řečového a sociálního rozvoje. Dále

si musíme uvědomit, že konstituční, kulturní, sociální a rodinné faktory výrazně ovlivňují rychlost vývoje určitých schopností a pořadí vývojových kroků.

3.3 Periodizace dětského růstu

Člověk na rozdíl od jiných biologických druhů roste relativně pomalu a dlouho. Po období rychlého postnatálního růstu následuje období růstu klidného – dětství, které je pro člověka specifické. Pak teprve následuje pubertální výšvih a pohlavní zralost. Tento model se též nazývá **sendvičový**.

Růstová křivka je rozložena do tří částí. **Komponenta I** (infantilní) začíná v druhé polovině nitroděložního vývoje a doznívá mezi 3. a 4. rokem života. **Komponenta C** (childhood, dětská komponenta) začíná ještě před ukončením 1. roku života a trvá až do ukončení tělesného růstu. **Komponenta P** (pubertální) je fází přídatného růstu indukovaného pubertou. Tyto komponenty se navzájem překrývají a jsou odlišně hormonálně řízeny.

Infantilní růstové období se dělí na období fetálního růstu (porodní délka a hmotnost) a časného postnatálního růstu v prvních dvou letech života (průměrně 25 cm za první a 13 cm za druhý rok života). V závěru tohoto období dosahují děti přibližně poloviny své budoucí dospělé výšky. Hlavním regulátorem růstu není růstový hormon, ale IGF-I (insulin-like growth factor-I, tedy růstový faktor podobný inzulinu). Od druhé poloviny prvního roku života se začíná uplatňovat komponenta dětského růstu, a tím i vliv růstového hormonu. Projevuje se též faktor genetické predispozice.

3.4 Vývoj dítěte

V této části textu se budeme zabývat jednotlivými stupni vývoje dítěte ve zralou lidskou bytost; při posuzování konkrétního jedince musíme brát v úvahu velkou individuální variabilitu.

3.4.1 Novorozenec

Fyziologický novorozenec má soustavu reflexů, které nutně potřebuje ke svému přežití. Nejdůležitější jsou reflexy pátrací a sací, které umožňují příjem potravy. Má však rozvinuté i smyslové funkce, které umožňují kontakt s okolím, učí jej orientovat se v prostředí a reagovat na přicházející podněty. Tyto schopnosti jsou velmi variabilní, proto je každý novorozenec ve svých projevech jiný.

Novorozenec má dobře rozvinutý **sluch**. Během prvních týdnů života se naučí odlišit hlas matky od jiných hlasů. **Čich** má významnou roli při orientaci v okolním prostředí, již v prvním týdnu života je schopen rozpoznat vůni své matky. **Chuť** je rozvinuta již od narození a novorozenec dává jednoznačně přednost sladké chuti. **Zrak** se rozvíjí postupně; sítnice je sice po narození dobře vyvinutá, ale vážně pohyblivost čočky a zraková ostrost. Fixace a sledování v zorném poli se objevují do dvou měsíců věku.

3.4.2 První rok života

3.4.2.1 Psychosociální vývoj

V prvních týdnech je hlavním prostředkem komunikace dítěte pláč. Od 12. týdne věku pláče ubývá a dítě reaguje i jinak – úsměvem, dotykem. Dítě se v dalším období učí spojovat podnět z prostředí s vhodnou motorickou odpovědí. V kojeneckém období se jedná o jedno-

duché stereotypy (schémata), které se s rozvojem poznávacích funkcí rychle vyvíjejí. Mezi 9. a 12. měsícem dítě začíná chápat trvalost předmětů, po prvním roce se pak rozvíjí schopnost manipulovat s předměty pomocí nástrojů.

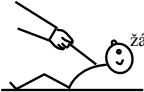
Freud nazývá první rok života **orálním stadiem**, dítě uspokojuje mnoho svých potřeb pomocí úst. Je to též stadium symbiózy s matkou, která uspokojuje všechny potřeby dítěte, a stadium velmi významné pro utváření trvalých citových pout mezi dítětem a rodiči (pojem primární důvěry a nedůvěry).

Mezi 3. a 6. měsícem věku nastupuje časný stupeň napodobování (jednoduché hry), kolem 9. měsíce se objevují komplikovanější hry, například hra na schovávanou. V této době také přichází strach z odloučení a obava z neznámých lidí. Tyto projevy vrcholí v období 15 měsíců a mizí kolem 2 let věku.

3.4.2.2 Vývoj motoriky, psychomotorický vývoj kojenice

V prvních týdnech života hovoříme pouze o **vývoji motoriky**, protože téměř všechny hybné projevy jsou nepodmíněně reflexní. Určitá část se postupně stává hybností uvědomělou, volní; pak lze již mluvit o **vývoji psychomotorickém**.

Tab. 3.2 Vývoj hrubé motoriky u kojenice (zdroj: 5)

Věk	Spontánní aktivita na břiše	Přítahování/sezení	Vis/stoj
1 měsíc	zdvihá krátce hlavu od podložky 	ještě žádná spolupráce, žádná kontrola hlavy 	reflexní chůze na podložce 
3 měsíce	jistý vzpor a zvedání hlavy (minimálně 45°) 	začínající spolupráce tělo a trup v jedné linii 	žádné odlehčení, reflexní chůze již nepřítomna 
6 měsíců	zvedání hlavy (cca 90°) začínající rozložení váhy 	aktivní spolupráce s pokrčením paží 	žádné odlehčení, reflektorická chůze nepřítomna 
9 měsíců	leze po čtyřech pohybuje se z polohy na břiše dopředu nebo dozadu 	samostatně sedí a vyrovnává výhylky opřením 	umí stát při držení za obě ruce 
12 měsíců	přítahuje se po předmětech (nábytek) do stoje 	samo se posadí z polohy na kolenu 	chodí do stran s držením se nábytkem, chodí s oporou 

Hodnocení psychomotorického vývoje v prvním roce života se opírá zejména o **rozvoj hrubé motoriky**. Motorika se postupně mění od nepodmíněně reflexní po uvědomělou hybnost. Vývoj motoriky směřuje k dosažení vzpřímené polohy těla a k chůzi (tabulka 3.2).

Vývoj **hrubé motoriky** má velký význam pro objevování okolí. Samostatného sedu je dítě obvykle schopno v 6. měsíci života, z vývojového hlediska je však v tomto období důležitějším mezníkem přetáčení ze zad na bříško a naopak. V dalších měsících dominuje rozvoj samostatného pohybu formou plazení a lezení, vrcholem je pak samostatná chůze, které je dítě schopno průměrně v 12. měsíci (v rozmezí mezi 9. a 17. měsícem).

Vývoj **jemné motoriky** je nejlépe vidět na vývoji úchopu. Ve 3.–4. měsíci je dítě schopno uchopit celou dlaní, palec zapojuje před 5. měsícem, opozici palce dítě poprvé použije před 7. měsícem věku a v 9 měsících užívá jemný klišťkový úchop.

Při posuzování psychomotorického vývoje kojence pak hodnotíme tři základní oblasti: rozvoj hrubé motoriky, vývoj jemné motoriky a vývoj sociálního chování a řeči. Ke standardizaci posouzení slouží vývojové škály.

3.4.3 Druhý rok života

3.4.3.1 Psychosociální vývoj

V tomto období přichází vývojový zlom – počátek **nezávislosti a samostatnosti**, dítě si začíná uvědomovat sebe sama. To s sebou přináší i první výchovné problémy: na jedné straně nesmíme autonomii dítěte bránit, na druhé musíme určit hranice, které ochrání dítě před riziky (např. úrazu).

Současné s vědomím sebe sama začíná dítě vnímat pocity druhých a vyvíjí se tak základ **empatie**. Dítě začíná vnímat bolest i radost druhé osoby, chápat správné a nesprávné. To vše je výsledkem zrání mozku, kdy se ukončuje myelinizace a všechny vrstvy mozkové kůry dosahují synchronního stavu zrání. To je předpokladem pro nácvik udržování čistoty po 18. měsíci věku.

3.4.3.2 Vývoj řeči

Komunikace je velmi důležitá od narození. Zpočátku se jedná o nonverbální fázi, od 2. měsíce přichází fáze vokální. V 6. –10. měsíci začíná dítě žvatlat a opakovat slabiky, které jsou v této fázi bez konkrétního významu. Fáze žvatlání vrcholí ve 12. měsíci a pak přichází čas, kdy dítě začíná užívat konkrétní slova k označení předmětů a činností. V 1. roce věku tak zná průměrně 10 slov, v 18 měsících již 20–50 slov. Vývoj řeči je v této fázi potřeba stimulovat tím, že s dítětem hodně mluvíme. Vývoj může být narušen např. vrozenými vadami sluchu nebo častými záněty středouší s přechodnou převodní poruchou sluchu. Proto je velmi důležité včasné odhalení sluchových vad dítěte.

Porozumění řeči se vyvíjí rychleji. Dítě prvním slovům rozumí již v 9 měsících, v roce může rozumět 20–100 slovům. Po 18. měsíci dochází k rychlému rozvoji pasivního i aktivního slovníku. Koncem 2. roku začíná dítě skládat slova do vět, které jsou většinou dvouslovné, obsahující podstatné jméno a sloveso. Dítě zná své jméno, umí ukázat a někdy i pojmenovat části těla. Začíná se ptát „proč“ a „co“ a začne si uvědomovat faktor času a v řeči jej používat.