UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Filozofická fakulta

Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie

Opakované hospitalizace dětských pacientů PL Šternberk

Repeated Hospitalizations of Pediatric Patients at Psychiatric Hospital in Šternberk

Bakalářská diplomová práce

Leona Mazalová

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Eva Klimentová, Ph.D.

Olomouc 2016

Autorské prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně a uvedla jsem veškeré použité zdroje.

v Uničově

dne 31. 3. 2016

podpis:

…….

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedení Psychiatrické léčebny ve Šternberku za souhlas s provedením výzkumu a personálu dětského oddělení za následné umožnění jeho realizace.

Obsah:

strana

Úvod **5**

1 Duševní onemocnění dětského věku **7**

2 Příčiny duševních nemocí v dětském věku **11**

2.1 Rodina 12

2.2 Škola 13

2.3 Širší komunita 14

2.4 Multifaktoriální příčiny vzniku poruch 14

3 Sociální práce s dítětem s duševním onemocněním v kontextu rodiny **15**

4 Pedopsychiatrická zařízení **19**

5 Dětské oddělení PL Šternberk **21**

5.1 Hlavní typy pobytů nabízené dětským oddělením PL Šternberk 21

5.2 Další pobyty 22

6 Výzkum **24**

6.1 Prvotní zmapování počtu opakovaných hospitalizací 26

6.2 Podrobnější výzkum plánovaných ukazatelů 36

6.3 Shrnutí 47

Závěr **51**

Seznam použitých zdrojů **53**

Přílohy **54**

Anotace **83**

Úvod

„V dětství se formuje naše osobnost do podoby, s níž nadále budeme muset žít – změna je obtížná, vyžaduje odbornou, psychologicky kvalifikovanou pomoc.“[1]

Pro svou bakalářskou práci jsem se rozhodla zvolit téma související s výkonem mé profese v Psychiatrické léčebně ve Šternberku, kde pracuji jako sociální pracovnice, mimo jiné i pro dětské oddělení. Vzhledem k tomu, že některé děti jsou hospitalizované opakovaně, napadlo mne zaměřit výzkum bakalářské práce na tuto problematiku, a to především na souvislost, z jakého výchovného prostředí tyto děti do PL Šternberk přicházejí. Konkrétně mne zajímalo nejužší výchovné prostředí, které má nejvýraznější vliv na vývoj dítěte, tedy rodina. A to přímo kolik dětí přichází z úplných rodin, kolik na druhou stranu z ústavní péče, kolik z rodin neúplných, či doplněných. Vzhledem ke skutečnosti, že výchovné prostředí má nesporný vliv na vývoj dítěte, je možné předpokládat, že vyšší podíl v opakovaných hospitalizacích zaujmou děti, které nevyrůstají v úplné rodině, ale naopak právě v ústavní péči či neúplné rodině. Pro sledování faktoru prostředí jsem se rozhodla z toho důvodu, že toto je faktor ovlivnitelný, oproti například faktoru dědičnosti. Záleží potom převážně na schopnostech a možnostech biologických rodičů, jak a kde bude jejich dítě vyrůstat.

Výstižně důležitost vlivu prostředí popisuje Helus: „Ze zdrojů rozdílnosti ve vývoji dětí nejvíce pozornosti vyvolává podnětnost prostředí, vyplývající z odlišnosti kultur, z rozdílů ve vzdělanostní úrovni rodičů a v jejich majetkových poměrech, ve výchovných stylech, v kvalitě škol a využívání mimoškolních vzdělávacích příležitostí, z odlišností hodnotových preferencí působícího okolí.“[2] Toto pojetí ovšem obsahuje význam prostředí v širokém slova smyslu, který by bylo možno jen stěží obsáhnout, i vzhledem k nedostupnosti mnoha informací.

V mém výzkumu jsem se rozhodla sledovat veškeré hospitalizace dětí započaté v období mezi lety 2010 a 2014 a zaměřit se na to, kolikrát byly tyto děti hospitalizovány jednak ve sledovaném období, ale i celkově. Rozsah období jsem volila tak, aby zahrnoval dostatečný počet opakovaných hospitalizací, tedy 5 let. Současně s ohledem na to, že výzkum bude proveden v průběhu roku 2015, je

[1] HELUS, Z.: Dítě v osobnostním pojetí. Praha: Portál, 2004, s. 40. ISBN 80-7178-888-0
[2] HELUS, Z.: Dítě v osobnostním pojetí. Praha: Portál, 2004, s. 63. ISBN 80-7178-888-0

posledním rokem sledování rok 2014. Po prvotním zmapování všech hospitalizovaných dětí se zaměřím na opakované hospitalizace (dle jejich četnosti bude určeno, jak časté hospitalizace budu sledovat blíže). Následně ve vymezeném vzorku opakovaných hospitalizací budu sledovat právě kritérium, z jakého výchovného prostředí děti přicházejí. Jak jsem již uvedla, rozhodla jsem se zaměřit na výchovné autority dětí, tedy kým je dítě vychováváno, zda se jedná o biologickou rodinu, neúplnou rodinu, doplněnou rodinu, náhradní rodinnou péči či ústavní péči. Sledovány budou i změny výchovných autorit v průběhu mezi hospitalizacemi, pokud nám bude známo, a dále pak kolik z těchto dětí bylo hospitalizováno i v dalších psychiatrických zařízeních a s jakými potížemi k nám tyto děti přicházejí.

Cílem bakalářské práce bude identifikovat, jak výrazně se charakter a stabilita, či naopak nestabilita prostředí (ve smyslu výchovných autorit), ze kterého dítě přichází, odráží na četnosti hospitalizací, dále pak i zjištění, jak často se děti skutečně vracejí k opakovaným hospitalizacím a jaké jsou nejčastější potíže dětí opakovaně hospitalizovaných v našem zdravotnickém zařízení.

Výsledek mé práce může sloužit k podpoře nových možností při zaměření se na práci s rodinou dítěte s psychiatrickými obtížemi.

1 Duševní onemocnění dětského věku

V této kapitole uvedu stručně přehled duševních poruch dětského věku.

Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize s platností od 1. dubna 2014 uvádí poruchy duševní a poruchy chování pod zkratkami F00 – F99. Tyto dále rozděluje níže uvedeným způsobem. Podrobnější výčet uvedu pouze u duševních poruch se začátkem obvykle v dětství a dospívání ačkoli se v našem zdravotnickém zařízení objevují i děti s dalšími diagnózami a to především s diagnózou mentální retardace.

Poruchy duševní a poruchy chování:[3]

F00 – F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických

F10 – F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

F20 – F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

F30 – F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)

F40 – F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

F50 – F59 Syndromy poruchy chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

F60 – F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

F70 – F79 Mentální retardace

F80 – F89 Poruchy psychického vývoje

F90 – F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání

F90 Hyperkinetické poruchy

U těchto poruch je charakteristický časný začátek, nedostatečná vytrvalost v činnostech, které vyžadují poznávací schopnosti a často dochází k přebíhání k jiné činnosti, aniž je předchozí činnost dokončena. Dále je častá nadměrná a špatně regulovaná aktivita. Tyto děti bývají impulzivní, neukázněné, snadno se dostávají do konfliktů s disciplínou spíše pro bezmyšlenkovité porušování pravidel, než z důvodu úmyslného vzdoru. Sekundárními komplikacemi bývá asociální chování a nízké sebehodnocení.[4]

.0 Poruchy aktivity a pozornosti

[3] Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR na http://www.uzis.cz/zpravy/upravena-verze-mkn-10 odkaz http://www.uzis.cz/system/files/mkn-tabelarni-cast_1-4-2014.pdf

[4] http://www.uzis.cz/cz/mkn/F90-F98.html

.1 Hyperkinetická porucha chování

.8 Jiné hyperkinetické poruchy

.9 Hyperkinetická porucha NS

F91 Poruchy chování

Charakteristické je opakované a přetrvávající agresivní, asociální nebo vzdorovité chování. Míra těchto projevů by měla výrazně překročit sociální chování odpovídající danému věku a chování by mělo mít trvalejší ráz (šest měsíců či déle). Příkladem takového chování může být nadměrné praní se nebo týrání, krutost jak k lidem, tak i ke zvířatům, závažná destrukce majetku, krádeže, časté a silné výbuchy vzteku, opakované lži, záškoláctví a útěky z domova.[5]

.0 Porucha chování vázaná na vztahy k rodině

.1 Nesocializovaná porucha chování

.2 Socializovaná porucha chování

.3 Opoziční vzdorovité chování

.8 Jiné poruchy chování

.9 Porucha chování NS

F92 Smíšené poruchy chování a emocí

Zde je charakteristická kombinace trvale agresivního, asociálního nebo vzdorovitého chování současně se zřetelně výraznými příznaky deprese, úzkosti nebo jiných poruch emocí.[6]

.0 Depresivní porucha chování

.8 Jiné smíšené poruchy chování a emocí

.9 Smíšená porucha chování a emocí NS

F93 Emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství

Jde spíše o zveličení normálního vývojového trendu, než o samostatnou kvalitativní poruchu.[7]

.0 Separační úzkostná porucha v dětství

.1 Fobická anxiózní porucha v dětství

.2 Sociální anxiózní poruchy v dětství

.3 Porucha sourozenecké rivality

[5] http://www.uzis.cz/cz/mkn/F90-F98.html
[6] http://www.uzis.cz/cz/mkn/F90-F98.html
[7] http://www.uzis.cz/cz/mkn/F90-F98.html

.8 Jiné dětské emoční poruchy

.9 Dětská emoční porucha NS

F94 Poruchy sociálních funkcí se začátkem v dětství a dospívání

Jedná se o abnormality v sociálních funkcích začínající během vývojového období. Nejsou však charakterizovány zřejmou konstitučně sníženou nebo nedostatečnou sociální kapacitou, která by pronikala veškerými oblastmi těchto funkcí. V mnoha případech zde zřejmě hrají zásadní roli vážné poruchy a nedostatky zevního prostředí.[8]

.0 Elektivní mutismus

.1 Reaktivní porucha příchylnosti dětí

.2 Porucha desinhibovaných vztahů u dětí

.8 Jiné dětské poruchy sociálních funkcí

.9 Porucha dětských sociálních funkcí NS

F95 Tiky

Tik je vůli neovlivnitelný, rychlý, nerytmicky se opakující motorický pohyb (postihující většinou ohraničené svalové skupiny), nebo zvukový projev, který náhle začne a nemá zřejmý smysl. Bývá možné jej na určitou dobu potlačit, znovu se pak objevuje často ve stresu. Mezi obvyklé motorické tiky patří například mrkání, kývání hlavou, obličejové grimasy, mezi obvyklé jednoduché zvukové tiky například pokašlávání nebo syčení. Mezi obvyklé komplexní tiky patří skákání či oplácávání sám sebe, mezi obvyklé komplexní hlasové tiky pak opakování určitých slov někdy sociálně nepřijatelných nebo opakování vlastních zvuků.[9]

.0 Přechodná tiková porucha

.1 Chronické motorické nebo vokální tiky

.2 Kombinovaná tiková porucha vokální a mnohočetná motorická (de la Tourette)

.8 Jiné druhy tiků

.9 Tiková porucha NS

[8] http://www.uzis.cz/cz/mkn/F90-F98.html
[9] http://www.uzis.cz/cz/mkn/F90-F98.html

F98 Jiné poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání

Různorodá skupina poruch mající společný začátek v dětství, ale jinak se lišící v mnoha ohledech. Některé jsou dobře definovatelnými syndromy, jiné pouze souborem příznaků, který potřebuje přesnější určení, jelikož jsou často sdružené s psychosociální poruchou a nemohou být včleněny do určitých syndromů.[10]

.0 Neorganická enuréza

.1 Neorganická enkopréza

.2 Poruchy příjmu potravy v kojeneckém a dětském věku

.3 Pika kojenců a dětí

.4 Stereotypní pohybové poruchy

.5 Koktavost (zadrhávání v řeči)

.6 Breptavost

.8 Jiné určené poruchy chování a emocí, se začátkem vyskytujícím se obvykle v dětství a dospívání

.9 Neurčené poruchy chování a emocí, se začátkem vyskytujícím se obvykle v dětství a dospívání

F99 Duševní porucha jinak neurčená

Pravděpodobně nejčastěji se v našem zdravotnickém zařízení setkáváme s hyperkinetickými poruchami a poruchami chování. Jak jsem již uvedla výše, ve výčtu poruch chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání nefiguruje mentální retardace, se kterou se také setkáváme. Proto bych doplnila i její stručnou charakteristiku. Jedná se o stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakteristický především porušením dovedností a postihuje všechny složky inteligence (poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti). Projevuje se během vývojového období a může se vyskytnout bez nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami. Stupeň mentální retardace se pak měří zpravidla standardizovanými testy inteligence nebo škálami určujícími stupeň sociální adaptace v určitém prostředí. Diagnóza také závisí na všeobecných intelektových funkcích určených diagnostikem.

[10] http://www.uzis.cz/cz/mkn/F90-F98.html

2 Příčiny duševních nemocí v dětském věku

V této kapitole nastíním možné příčiny duševních nemocí v dětském věku v závislosti na různých faktorech (vnitřních a vnějších). Blíže se pak budu věnovat jednotlivým vlivům prostředí dle Barkera. Nejobsáhleji pak rodině, která má stěžejní význam v mém výzkumu, ale nastíním i vliv školy, širší komunity a multifaktoriální příčiny vzniku duševních poruch.

Možných příčin duševních nemocí dětského věku je mnoho. Existují různé pohledy na faktory vzniku dušení nemoci. Pokud se soustředíme na činitele duševního vývoje, existují v podstatě 3 skupiny teorií. Jedny teorie hledají základ ve vnitřních faktorech (vrozených dispozicích), další předpokládají, že vývoj určují především vnější faktory (tedy fyzikální a především sociální prostředí), třetí skupina teorií uznává přiměřeně rovnocenný význam obou předchozích, tedy genetické výbavy dítěte i vlivy prostředí a hledá jejich spolupůsobení na vývoj dítěte a případný vznik duševní nemoci.[11] Odhalovat genetické vlivy by bylo poněkud komplikované. V mém výzkumu mne bude především zajímat vliv prostředí, a to konkrétně z jakého výchovného prostředí dítě přichází, jakou podobu má jeho nejužší rodina či náhradní rodina, ze které přichází. Bude sledováno, zda se jedná o rodinu úplnou, neúplnou, náhradní rodinnou péči, či ústavní péči, která by teoreticky měla mít nejzávažnější vliv na vývoj dítěte. Na vliv ústavní výchovy na duševní vývoj dětí upozorňovali někteří pediatři a psychologové již ve 20. letech minulého století. Tímto tématem se zabýval dále například J. Bowlby v práci *Maternal care and mental health* (1951), u nás potom Langmeier a Matějček v monografii *Psychická deprivace v dětství* (1963)[12], viz příloha č. 2 na str. 78. Lze tedy očekávat výrazné zastoupení právě dětí z ústavní péče.

Co se týče jednotlivých vývojových teorií, mají různý pohled i na některé vysloveně psychopatologické projevy (schizofrenie). Jednou jsou vykládány jednostranně genetickými vlivy, jindy podmínkami sociálně-psychologickými (deviantní komunikací uvnitř rodiny). Nahlíženo by mělo být z obou stran, jelikož

[11] LANGMEIER, J., KRAJČÍŘOVÁ, D.: Vývojová psychologie, 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2006, str. 221, ISBN 978-80-247-1284-0

[12] LANGMEIER, J., KRAJČÍŘOVÁ, D.: Vývojová psychologie, 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2006, str. 288-289, ISBN 978-80-247-1284-0

každé lidské chování a jednání je určeno současně vrozenými dispozicemi i vnějšími vlivy.[13]

Emoční problémy a poruchy chování v dětském věku je tedy zapotřebí sledovat v kontextu všech působících faktorů, kterými jsou: genetické faktory, tělesná onemocnění a úrazy (které se mohou stát před porodem, během něj nebo po něm), temperament a psychosociální faktory včetně rodiny (faktory prostředí).[14]

Vzhledem k zaměření mého výzkumu se budu i v teoretické části zabývat podrobněji právě faktory prostředí. Jak již bylo uvedeno, dětská osobnost a její přizpůsobení ve společnosti je výsledkem působení genetických vloh a biologického uzpůsobení na jedné a životních podmínek na druhé straně. Za základní životní podmínky považuje Barker rodinu, školu a širší sociální prostředí.[15]

2.1 Rodina

V mém výzkumu se budu věnovat mimo jiné právě rodině, jako nejužšímu prostředí, působícímu na vývoj dítěte v nejvyšší míře. Děti se zde učí vzorce sociálního chování, které většinou mají tendenci následně přetrvávat po celý život. Je velice důležitý postoj rodiny k osamostatňování dítěte a získávání jeho autonomie, která hraje významnou úlohu i dle Eriksona a dalších. Rodina by měla dítě provázet v jeho vývoji od závislého dítěte až k autonomně jednající dospělé osobě. Děti si potřebují osvojit sebekontrolu a zodpovědnost za svůj život a jednání. A především v tomto směru je důležitá přiměřená péče, tedy ani přílišná, která vede k nesamostatnosti, ani nedostatečná, tedy až zanedbávání péče, kdy se děti mohou stát přehnaně úzkostnými, a může se rozvinout psychiatrická porucha.[16]

Postoj dítěte vůči jeho rodičům se pak odráží v jeho postoji i k širšímu okolí a může dojít ke zhoršenému přizpůsobení společenskému životu v širším slova smyslu. Dítě se potřebuje naučit přebírat zodpovědnost za své jednání. Současně je však namístě, aby děti byly vystaveny širokému spektru emocí a situací, a optimálně získaly vzor, jak emoce vyjadřovat přiměřeným způsobem a jak mohou být konflikty řešeny konstruktivně. Podle těchto zkušeností budou v dospělosti samy reagovat a řešit konflikty.[17]

---

[13] LANGMEIER, J., KRAJČÍŘOVÁ, D.: Vývojová psychologie, 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2006, str. 222, ISBN 978-80-247-1284-0

[14] BARKER, P. Základy dětské psychiatrie. Praha: Triton, 2007, s. 15, ISBN 978-80-7254-955-9

[15] BARKER, P. Základy dětské psychiatrie. Praha: Triton, 2007, s. 18-19, ISBN 978-80-7254-955-9

[16] BARKER, P. Základy dětské psychiatrie. Praha: Triton, 2007, s. 18-19, ISBN 978-80-7254-955-9

[17] BARKER, P. Základy dětské psychiatrie. Praha: Triton, 2007, s. 18-19, ISBN 978-80-7254-955-9

Předpokládám, že ve výsledcích mého výzkumu, tedy v podrobněji sledovaných opakovaných hospitalizacích, budou do značné míry zastoupeny děti, u nich došlo ke změnám v rodinném složení či změně pečovatelů, což může velmi výrazně a škodlivě narušit zdravý vývoj osobnosti. Děti potřebují podporující a stabilní prostředí, což je ovšem v rozporu s například s hádkami rodičů, rozvodem, častým stěhováním a výrazný vliv může mít i tělesná či psychická nemoc rodiče, zásadním vlivem je pak úmrtí rodiče či dokonce suiciduum, s čímž se bohužel také setkáváme. Je potom značně individuální, jak se které dítě s touto náročnou situací vyrovnává. Častý je pocit nejistoty, který společně se sníženým sebevědomím a nevyjádřeným hněvem komplikují důvěryhodné a láskyplné vztahy k druhým.[18]

Z výše uvedeného jednoznačně vyplývá, jak zásadní vliv má rodinné prostředí na vývoj dítěte. Proto je nezbytně důležité rozpoznat fungování rodin dětí s psychiatrickým onemocněním, zabývat se jejich minulostí a vývojem, čímž se nám často odhalí, nejen jak vznikly potíže dítěte, ale často i jak potíže zmírnit. Pak se jedná o práci nejen s dítětem, ale i s rodiči, což je nezbytné k dosažení co nejlepších výsledků.[19]

V mém výzkumu bude ve sledování prostředí stěžejní rodina, ale pro úplnost výčtu zde uvedu i další faktory prostředí, kterými jsou dle Barkera škola a širší komunita.

2.2 Škola

Škola je vedle rodiny dalším významným faktorem vlivu na vývoj dítěte, zvláště v mladším školním věku. Zajímavé výsledky přinesl výzkum, o kterém se zmiňuje Barker a který byl proveden v 70. letech 20. století, kdy byla sledována velká skupina dětí, které právě nastupovaly na druhý stupeň základních škol. Výzkum byl zaměřen na vývoj problémů s prospěchem a chováním dětí a došel k závěru, že nezáleží tolik na dětech samotných (tedy jejich genetické dispozici, která byla zjišťována před nástupem do školy), ale mnohem více souvisí s charakteristikou konkrétní školy jako sociální instituce.[20]

Důležitým tématem je i šikana, která se pravděpodobně objevuje na všech školách a může mít za následek významnou psychickou zátěž pro šikanované dítě. Jak uvádí Barker: „Odhaduje se, že 1 dítě z 5 je šikanované, a 1 dítě z 10 šikanuje

[18] BARKER, P. Základy dětské psychiatrie. Praha: Triton, 2007, s. 19-20, ISBN 978-80-7254-955-9
[19] BARKER, P. Základy dětské psychiatrie. Praha: Triton, 2007, s. 19-20, ISBN 978-80-7254-955-9
[20] BARKER, P. Základy dětské psychiatrie. Praha: Triton, 2007, s. 19-20, ISBN 978-80-7254-955-9

(Whitney a Smith, 1993). Šikana může přispívat k rozvoji psychiatrických poruch, včetně suicidálního chování, deprese a sníženého sebevědomí (Salmon a kol. 1998; Kumpulainen a kol 1999; Rigby a Slee 1999).“[21]

2.3 Širší komunita

I širší komunita má bezesporu vliv na vývoj dítěte. V oblastech s vysokou kriminalitou se častěji setkáme s násilným chováním, zneužíváním drog, tyranizováním a šikanou. Důležitou roli sehrává vliv vrstevníků v souvislosti se schopností dítěte jim vzdorovat. Rozdíl je i ve výskytu psychiatrických onemocnění ve městech a na vesnici, což souvisí i s odlišným stylem života.[22]

2.4 Multifaktoriální příčiny vzniku poruch

Většinou však nelze striktně oddělit jedinou příčinu psychiatrického onemocnění, ale naopak dochází k zapojení více faktorů - genetických, biologických a psychologických. Je tedy nadmíru vhodné hledat a identifikovat veškeré příčiny duševního onemocnění k možnému zmírnění jeho projevů. I v případě jednoznačného genetického základu můžeme najít faktory, přispívající ke vzniku a udržování nemoci, a životní prostředí hraje významnou roli na konečnou podobu onemocnění.[23]

[21] BARKER, P. Základy dětské psychiatrie. Praha: Triton, 2007, s. 20, ISBN 978-80-7254-955-9
[22] BARKER, P. Základy dětské psychiatrie. Praha: Triton, 2007, s. 20, ISBN 978-80-7254-955-9
[23] BARKER, P. Základy dětské psychiatrie. Praha: Triton, 2007, s. 20, ISBN 978-80-7254-955-9

3 Sociální práce s dítětem s duševním onemocněním v kontextu rodiny

V této kapitole se zaměřím obecně na vliv rodiny duševně nemocného dítěte na jeho léčbu. Vymezím nejprve pojem rodina, zmíním možné podoby soužití dnešních rodin, funkce, které rodina plní, možné podoby dnešní rodiny stran jejího nejužšího složení, vliv výchovy i důležitost maximálního podání informací o onemocnění dítěte rodině.

Problematika duševního onemocnění dítěte je velice citlivé téma, které se týká širší rodiny, a to do hloubky. Je zapotřebí poznat často složité rodinné vztahy a míru podnětnosti rodinného prostředí ke zjištění, jakým směrem se má pomáhající, či sociální pracovník zaměřit na práci s dětským klientem a jak na něj výchovně působit. Bez získání spolupráce s rodinou je téměř nemožná práce s dítětem s dušeními problémy. Při dosažení přeci jen nějakých výsledků, bývají tyto velice nestálé a krátkodobé.[24] Je tedy zapotřebí zapojit rodinu a to aktivně, jelikož je potřeba často změnit k dítěti celkový tedy i výchovný přístup, dle konkrétních potíží dítěte. Někdy je primárně zapotřebí dát rodině vůbec náhled na onemocnění dítěte, který občas z ambulantní péče nejsou ochotni rodiče či příbuzní přijmout. Přijetí skutečnosti, že jejich dítě trpí některým z psychiatrických onemocnění, je pro rodiče často bolestným, ale současně nutným počátkem přijetí léčby dítěte. Bohužel se setkáváme i se situací, kdy rodiče jsou vedeni spíše svým okolím k řešení potíží dítěte, ať už to bývá školou či například sociálně právní ochranou dítěte, a sami léčbu či jakoukoli jinou intervenci odmítají.

Před dalším náhledem na důležitost role rodiny na léčbu dítěte a sociální práci s touto rodinou je namístě vymezení pojmu rodina, který má stěžejní roli v plánovaném výzkumu. Vymezit pojem rodina není úplně jednoduché a toto vymezení variuje dle oboru, v němž je tento termín použit. V rodinném právu, zakotveném v Občanském zákoníku - předpis č. 89/2012 Sb. v platném znění, část druhá, hlava první - například figuruje především pojem manželství, kdy hlavním

[24] MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008, s. 101, ISBN 978-80-247-2138-5

účelem manželství je právě založení rodiny, řádná výchova dětí a vzájemná podpora a pomoc (§655).[25]

Dle IV. Národní zprávy o rodině, je rodina v nejširším pojetí chápána jako celek rozličných konstelací takové formy života, která obsahuje minimálně dvougenerační soužití dětí a rodičů, důraz je kladen na trvalý charakter a pevné vazby mezigenerační a vnitrogenerační solidarity. Rodinu pojí příbuzenské mezigenerační vazby a jako taková existuje v každém kulturním prostředí a je v něm sociálně uznávána.[26]

Dle Kohoutka „rodina zajišťuje biologické potřeby, bezpečí, emoční zázemí, je prvním místem socializace a také místem, ve kterém se vytváří základy postojů, názorů, hodnotových systémů, přístupu ke světu a ostatním lidem.“[27] Právě toto vymezení pojmu rodina je nejbližší mému zaměření, vzhledem k důležitosti rodiny na vytváření přístupu ke světu a ostatním lidem, jelikož právě nestabilita tohoto prostředí a případná raná deprivace může mít závažný vliv na vývoj duševní nemoci.

Pro práci s dítětem s duševním onemocněním potřebujeme vědět, jak funguje jeho blízká i vzdálenější rodina a kdo se jakým způsobem zapojuje do péče a výchovy dítěte. Mnohdy je přínosem právě i zjištění vztahů dítěte se vzdálenějšími členy rodiny, kteří mohou mít vliv na práci s dítětem tam, kde nejbližší rodina nezastává svou funkci v dostatečné kvalitě.[28] Jindy mohou vzdálenější členové rodiny ovšem i narušovat výchovu nejbližších pečujících osob, je tedy důležité sledovat, jak tyto vztahy vzájemně fungují.

Velice důležitým vlivem na fungování rodiny je případné soužití generace rodičů a prarodičů, které může znamenat výhodu i nevýhodu. Výhodou může být přirozená podpora předávaná zkušenějšími prarodiči a případná pomoc s výchovou dětí. Nevýhodou naopak mohou být rozpory rodičů a prarodičů ve výchově dětí, způsobené jiným hodnotovým systémem.[29] V souvislosti s těmito rozpory ve výchovném přístupu, dochází často k nesourodosti ve výchově, přístup rodičů je nabouráván přístupem prarodičů či naopak. Dítě pak může hledat skuliny, jak obejít

[25] http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89#cast2 … ze dne 20.2.2016

[26] http://docplayer.cz/1458992-Iv-narodni-zprava-o-rodine-zkracena-verze.html str. 3 … ze dne 20.2.2016

[27] KOHOUTEK, R.: Základy užité psychologie. Brno: CERM, 2002, s. 544. ISBN 80-214-2203-3

[28] KOHOUTEK, R.: Základy užité psychologie. Brno: CERM, 2002, s. 545. ISBN 80-214-2203-3

[29] LANGMEIER, J., KRAJČÍŘOVÁ, D.: Vývojová psychologie, 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2006, ISBN 978-80-247-1284-0

či se vyhnout svým povinnostem a hledá azyl a zastání u méně důsledných členů rodiny.

Ve vztahu k dítěti plní rodina funkci biologickou, výchovnou, emocionální, socializační, ekonomickou a kulturní. Dle schopností rodiny plnit tyto funkce rozlišujeme rodinu funkční, která plní řádně všechny výše uvedené funkce, dále pak rodinu problémovou, kde se v oblasti plnění základních rodinných funkcí vyskytují nějaké závady, které zatím ale rodinný systém ani zdravý vývoj dítěte nenarušují. V rodině dysfunkční nejsou řádně plněny základní funkce, tím může být ohrožena výživa, zdraví, rozvoj psychiky a osobnosti dítěte. V rodině afunkční, kde nejsou základní funkce rodiny plněny vůbec, je ohroženo zdraví dítěte, někdy i jeho život.[30]

Při práci s klienty se jako pomáhající profesionálové často setkáváme s rodinou rekonstruovanou (ve výzkumné části budu používat termín doplněnou), v níž je jeden z manželů (či jeden z páru) biologickým rodičem dítěte a druhý nikoli.[31] Taková rodina může být plně funkční, ale může i vykazovat nejrůznější stupně neplnění základních funkcí týkajících se péče o dítě.[32] Je pochopitelné, že není jednoduché pro nově příchozího vychovatele získat respekt dítěte a vybudovat vztah i v souvislosti s tím, za jakých okolností a v jakém věku dítěte z rodiny odešel biologický rodič dítěte, případně následně i další partner rodiče.

Velice zajímavým je pro mne Langmeierův pohled na výchovu zdůrazňující nevědomou část výchovného působení, které je myslím rodiči často opomíjeno, a nevěnují mu pozornost. Cituji: „způsob, jakým se lidé v rodině k sobě navzájem bezděčně ustavičně chovají, je patrně důležitější než „styl výchovy“, který rodiče víceméně vědomě přejímají, ale jenž je zastíněn jejich skutečným vztahem k dítěti i vzájemným manželským (partnerským) vztahem.“[33] Běžné neuvědomované chování má tedy zásadnější vliv, než by se mohlo zdát.

Pokud se vrátíme zpět k úloze sociálního pracovníka, ten je v převážné většině členem terapeutického týmu (především ve zdravotnických zařízeních), a často právě on získává většinu informací o rodině dítěte s duševním onemocněním. Jindy je získávání informací o rodině společnou prací celého týmu, jelikož některé informace

[30] KOHOUTEK, R.: Základy užité psychologie. Brno: CERM, 2002, s. 545. ISBN 80-214-2203-3

[31] Matoušek, O.: Slovník sociální práce. Praha: Portál, 2003, s. 182

[32] MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol.: Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008, s. 103, ISBN 978-80-247-2138-5

[33] LANGMEIER, J., KRAJČÍŘOVÁ, D.: Vývojová psychologie, 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2006, str. 234, ISBN 978-80-247-1284-0

se objevují postupně a občas i nečekaně. U léčby dítěte s duševním onemocněním je navíc maximálně vhodné najít rodině takovou formu léčby, při které nebudou vážně poškozeny vzájemné vazby, které jsou někdy velice křehké, občas i vlivem právě duševní nemoci. Vzhledem k často dlouhodobé hospitalizaci, kterou duševní onemocnění vyžaduje, je značné riziko, že vlivem odloučení nemocného dítěte od jeho blízkých dojde k nepříznivému ovlivnění vývoje tohoto dítěte. Je tedy nezbytné podporovat kontakt dítěte s osobami pro něj významnými během jeho hospitalizace v maximální možné míře.[34] Kontakt bývá podporován pravidelnými návštěvami na oddělení, dovolenkami a samozřejmostí je možnost telefonického kontaktu.

V neposlední řadě je nezbytně důležité, aby rodiče či pečující osoby dostaly maximum informací o onemocnění dítěte. To může znamenat výraznou pomoc pro pečující jednak v pochopení chování a jednání dítěte a současně jim pomůže, právě díky pochopení vlivu nemoci na chování dítěte zvládat náročné situace. Je důležité, aby zbytečně dítě nepřiměřenými výchovnými metodami netraumatizovali a sami se pak nedostávali do situací, kdy budou mít pocit selhání svých výchovných kompetencí.[35]

[34] MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol.: Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008, s. 103, ISBN 978-80-247-2138-5

[35] MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008, s. 103, ISBN 978-80-247-2138-5)

4 Pedopsychiatrická zařízení

Na tomto místě bych nastínila možnosti léčby či intervence pro děti s psychiatrickým onemocněním Existuje několik druhů pedopsychiatrických zařízení, která nabízejí různé podoby intervence či léčby.

Pokud se jedná o Psychiatrickou léčebnu ve Šternberku, jsou zde zastoupena různá oddělení včetně oddělení dětského. Jedná se tedy o psychiatrické zařízení (konkrétně tedy psychiatrickou léčebnu) s dětským psychiatrickým oddělením a navíc i s dětskou psychiatrickou ambulancí. Nabízí se zde dětským pacientům tedy jak péče lůžková, tak péče ambulantní. Více se o konkrétních nabídkách dětského lůžkového oddělení zmíním v následující kapitole. Děti hospitalizované na dětském oddělení PL Šternberk k nám přicházejí zpravidla z dětských psychiatrických ambulancí, či přímo přes již zmíněnou dětskou psychiatrickou ambulanci PL Šternberk, která vznikla před relativně krátkou dobou.

Dalšími možnostmi pedopsychiatrické péče jsou samostatná psychiatrická dětská zařízení – dětské psychiatrické nemocnice, dále pak krizová centra či denní stacionáře.

Mahrová a Venglářová uvádějí následující přehled pedopsychiatrických zařízení s jejich stručným popisem:[36]

psychiatrická ambulance pro děti a dorost – jejím úkolem je většinou prvotní diagnostika a léčba dětí a mladistvých

krizová centra - poskytují první pomoc v tíživé životní situaci, služby poskytují nepřetržitě nebo část dne, bývají spojena s denním stacionářem a telefonní pomocí, mívají lůžka pro krátkodobý pobyt dětí někdy i s možností pobytu s rodiči

denní stacionáře pro děti a adolescenty - slouží pro denní pobyt klientů s intenzivnější ambulantní terapií, jejímž cílem je zamezit nebo omezit hospitalizaci, případně poskytnout péči po propuštění z hospitalizace; důraz je kladen na psychoterapeutické, edukační a rehabilitační programy a současně poskytuje

[36] MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008, s 105-106, ISBN 978-80-247-2138-5

sociální a právní poradenství; může se jednat o samostatné zařízení či spojené s dětským psychiatrickým oddělením nemocnic a léčeben či s krizovým centrem

dětská a dorostová oddělení při psychiatrických odděleních nemocnic - poskytují vysoce specializovanou péči a spolupracují s ostatními odděleními nemocnice; součástí je školní výuka hospitalizovaných dětí; mohou být spojena s denním stacionářem nebo s krizovým centrem

psychiatrická dětská a dorostová oddělení psychiatrických léčeben - určena pro různě dlouhou délku pobytu, zpravidla pro střednědobý a dlouhodobý pobyt; mají rehabilitační, resocializační programy; zajišťují školní docházku

dětské psychiatrické léčebny/nemocnice - samostatná zdravotnická zařízení, která poskytují diagnostickou a terapeutickou nepřetržitou lůžkovou péči (především střednědobou a dlouhodobou) s komplikovanou medicínskou, pedagogickou a sociálně-psychologickou problematikou

Nezbytné je samozřejmě zapojení i školských a výchovných zařízení - školy, pedagogicko-psychologické poradny, speciálně pedagogická centra, zařízení ochranné výchovy, neziskové organizace pracující s dětmi a mládeží.[37]

[37] MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008, s 105-106, ISBN 978-80-247-2138-5

5 Dětské oddělení PL Šternberk[38]

V této kapitole, bych ráda popsala dětské oddělení Psychiatrické léčebny ve Šternberku a nastínila charakter a rozsah možných typů pobytů zde poskytovaných. Zmíním i spádovost tohoto zařízení.

Dětské oddělení při PL Šternberk nabízí pobyty především dětem ve věku 6 až 18 let, které navštěvují jakýkoliv typ základní školy nebo vyšší stupeň dalšího vzdělávání. Kapacita je 33 až 36 lůžek, která jsou většinou plně obsazena především v době letních prázdnin. Pokoje jsou převážně čtyřlůžkové. Budova dětského oddělení je i s budovou základní školy umístěna v oplocené zahradě. Na oddělení mohou děti využívat malou tělocvičnu, terapeutické místnosti a jednu školní třídu. Za dalšími aktivitami děti odcházejí do zahrady, na hřiště, do rehabilitačního bazénu, velké tělocvičny, posilovny, keramické dílny a výtvarných ateliérů v areálu léčebny.

Je zde poskytována terapie všech psychických poruch dětí od psychotických, pervazivních vývojových poruch, OCD poruch, poruch příjmu potravy, přes hyperkinetické poruchy, depresivní, úzkostné včetně separačních, reaktivní poruchy, až po poruchy sociálního přizpůsobení, detoxikaci a léčbu závislostí a tradičně i poruch chování. Pracuje se zde i s dětmi disharmonicky se vyvíjejícími (sebepoškozující chování, abnormální psychosexuální vývoj, následky šikany), s enuretiky, enkopretiky a s dětmi deprivovanými a týranými. Součástí nabídky je biologická léčba spolu se širokou škálou psychoterapeutických postupů – individuální vedení klienta a rodiny (je možná i intenzivní práce s rodinou), skupinová psychoterapie, canisterapie, relaxační cvičení, ergoterapie, individuální a skupinová arteterapie, dramaterapie, taneční terapie, které jsou zakotveny v motivačním režimu terapeutické komunity.

5.1 Hlavní typy pobytů nabízené dětským oddělením PL Šternberk:

Komplexní diagnosticko-terapeutické pobyty – tyto pobyty trvají kolem 12 týdnů, dle aktuální potřeby konkrétního dítěte a dle ideálního načasování propuštění dítěte. Jedná se o většinu pobytů na dětském oddělení PL Šternberk. Samozřejmostí je zajištění výuky pro děti navštěvující základní školu, středoškoláci a učni mají možnost individuálních konzultací. Při tomto druhu pobytu je nabídkou psychiatrické

[38] http://www.plstbk.cz/index.php/luzkova-oddeleni/54-primariat-vi ze dne 14. 11. 2015

vyšetření, další odborná vyšetření dle potřeby dítěte, psychologické vyšetření, rodinná terapie, individuální a skupinové terapeutické vedení, pediatrická a další konziliární péče o somatický stav, volnočasové aktivity

Krátkodobé pobyty – 3-5 týdenní observační a intervenční pobyty. Během pobytu je zajištěn celý rozsah školní výuky. Nabídkou je opět psychiatrické a další odborná vyšetření, často nastavení vhodné medikace, rozbor problematiky a konzultace s rodinou.

Pobyty dospívajících po skončení základní školy – jedná se o kombinaci terapeutického programu s dopolední samostatnou školní přípravou a častou návštěvou kmenové školy při terapeutických dovolenkách ve všední dny.

Pobyty pro děti předškolního věku – nebývají příliš často žádány, ale není problémem je uskutečnit v případě potřeby.

Výše uvedené pobyty probíhají od začátku září do konce měsíce června tedy v souběhu se školním rokem.

5.2 Další pobyty

Letní pobyty – dříve nazývané Enuretické tábory, nyní zaměřené nejen na enuretiky a enkopretiky, ale i na děti s nejrůznějšími potížemi, které zvládnou táborový režim. Probíhají ve dvou termínech s délkou trvání zhruba 3 týdnů.

Víkend pro rodiče a děti – je novější nabídkou dětského oddělení a uskutečňuje se na přelomu měsíce srpna a září, tedy mezi druhým turnusem letního pobytu a příjmem dětí na klasické pobyty. Jedná se o intervenční psychoterapeutický program pro 2 menší skupiny dětí a jejich rodiče, který má krátkou část hospitalizační (2 noci pro rodiče, týden pro děti) a 3 ambulantní páteční setkání skupiny v průběhu podzimu a zimy.

Dětské oddělení PL Šternberk přijímá dětské klienty v převážné většině z Olomouckého kraje, nejsou ovšem výjimkou ani klienti z Ostravska, Opavska či jižní Moravy. Hospitalizováno bylo již i několik dětí z Čech (spíše na letní táborové pobyty). Někteří rodiče se rozhodují, kde dítě nechají hospitalizovat na základě jim dostupných referencí o zdravotnických zařízeních, a bydliště mimo

Olomoucký kraj není důvodem k nepřijetí dítěte. Na druhou stranu ovšem podporujeme pravidelný kontakt pečujících a dalších blízkých osob s hospitalizovaným dítětem a z tohoto pohledu je žádoucí, aby bylo reálné pro rodiče či jiné pečující osoby zajistit pravidelný kontakt s hospitalizovaným dítětem.

Veškeré pobyty je možno realizovat na doporučení ambulantního pedopsychiatra.

6 Výzkum

V mém výzkumu k bakalářské závěrečné práci jsem se rozhodla sledovat často opakované hospitalizace na dětském oddělení PL Šternberk. Na tomto oddělení pracuji již několik let a občas mám dojem, že se hodně dětí vrací opakovaně zpět. Proto jsem se rozhodla zaměřit na tuto problematiku, a to především na souvislost, z jakého výchovného prostředí tyto děti do PL Šternberk přicházejí. Zajímá mne nejužší výchovné prostředí, které má nejvýraznější vliv na vývoj dítěte, tedy rodinné výchovné prostředí. Konkrétně potom kolik dětí přichází z úplných rodin, kolik naopak z ústavní péče, kolik z rodin neúplných či doplněných. Vzhledem ke skutečnosti, že výchovné prostředí má nesporný vliv na vývoj dítěte, je možné předpokládat, že vyšší podíl v opakovaných hospitalizacích zaujmou děti, které nevyrůstají v úplné rodině, ale naopak v ústavní péči, či neúplné rodině. Pro sledování faktoru prostředí jsem se rozhodla z toho důvodu, že toto je jednak faktor ovlivnitelný, oproti například faktoru dědičnosti. Záleží potom převážně na schopnostech a možnostech biologických rodičů, jak a kde bude jejich dítě vyrůstat. Je zde tedy prostor i pro případnou změnu, což je nakonec v převážné většině snahou sociální práce. Navíc je faktor prostředí mnohem snáze sledovatelný, než právě zmiňovaná dědičnost.

Cílem bakalářské práce bude identifikovat, jak výrazně se charakter a stabilita, či naopak nestabilita prostředí (ve smyslu výchovných autorit), ze kterého dítě přichází, odráží na četnosti hospitalizací, dále pak i zjištění, jak často se děti skutečně vracejí k opakovaným hospitalizacím a jaké jsou nejčastější potíže dětí opakovaně hospitalizovaných v našem zdravotnickém zařízení.

Vzhledem k tomu, že na dětském oddělení existují různé formy pobytu (viz kapitola 5), je potřeba jasně vymezit, kterými se budu konkrétně zabývat. Je možné sledovat komplexní diagnosticko-terapeutické pobyty (v drtivé většině pobyty dětí po dobu zhruba 12 týdnů), letní pobyty dětí (tzv. „tábory“), nebo psychoterapeutické pobyty pro rodiče s dětmi. Vzhledem ke snaze identifikovat do jaké míry souvisí často opakované hospitalizace s nestálým rodinným výchovným prostředím, bude nejvhodnější sledovat komplexní diagnosticko-terapeutické pobyty.

Aby byl tento výzkum skutečně vypovídající o návratech dětí k opakovaným hospitalizacím, bude zapotřebí vyloučit veškeré ostatní pobyty dětí na tomto oddělení a navíc sloučit hospitalizace, které byly z nějakého důvodu přerušené. K přerušení

hospitalizace může dojít například z důvodu nutnosti provedení akutního výkonu v jiném zdravotnickém zařízení, někdy i z důvodu složitějšího vyšetření na vzdálenějším pracovišti. K dalšímu přerušení hospitalizace ale dochází například z důvodu letních prázdnin, kdy probíhá na oddělení jiný režim. Děti, které se na prázdniny vracejí do svého rodinného prostředí, opět přicházejí k dokončení pobytu většinou začátkem září. Podobným způsobem odcházejí a vracejí se děti, které byly přijaty před vánočními svátky méně než oněch zhruba 12 týdnů. Ve skutečnosti tedy evidujeme mnohem více hospitalizací u jednotlivých dětí, než jich v pravém slova smyslu je. Jak jsem již uvedla, budu se tedy zabývat opakovanými komplexními diagnosticko-terapeutickými pobyty s vyloučením dob přerušení.

Pod souslovím „přijato nově“, budou tedy zahrnuty děti, které byly přijaty k novému pobytu. Nejedná se o děti, které již byly hospitalizovány, a z nějakého důvodu byl léčebný pobyt pouze krátkodobě přerušen s tím, že se toto dítě vrátí obratem zpět, ať už například po neodkladném výkonu v jiném zařízení, či neodkladném složitějším vyšetření na vzdálenějším pracovišti. Bylo by zavádějící tuto jednu pouze krátkodobě přerušenou hospitalizaci, která po návratu pokračuje, považovat za hospitalizaci navíc, jelikož i terapie pokračuje a nezačíná od začátku. Zkreslovalo by to údaj, který mne skutečně zajímá, a to kolik dětí se po ukončení léčebného pobytu vrací zpravidla pro dekompenzaci zdravotního stavu zpět.

„Přijato celkem“ bude naopak znamenat veškeré příjmy, tedy i formální přijetí u dětí, u kterých byla hospitalizace z výše uvedených důvodů pouze přerušena.

Výzkum bude prováděn převážně z elektronické dokumentace přímo na oddělení v systému Hippo, v případě potřeby či nesrovnalostí z písemné dokumentace. Po prvotním zmapování četnosti hospitalizací vyberu četnost opakování pobytů, kterým se budu věnovat hlouběji a kde bude sledováno výše specifikované prostředí a potíže dětí. Potřebné údaje budu konkrétně získávat z elektronické podoby sociálních šetření, případně přijímacích protokolů a propouštěcích zpráv. Bude sledován počet hospitalizací ve vymezeném období pěti let a rovněž počet pobytů těchto dětí celkem, potom z jakého výchovného prostředí dítě přichází, dále bude sledováno, s jakými potížemi k nám dítě přichází a zda bylo hospitalizováno i v jiném psychiatrickém zařízení.

Konkrétně budu postupovat tak, že vytvořím seznamy dětí přijatých každý měsíc (což umožňuje program Hippo, ze kterého budu vycházet) postupně ve všech

sledovaných letech. U každého dítěte poté budu zjišťovat, zda konkrétní hospitalizace byla jediná, či kolikrát se opakovala jednak ve sledovaném období, ale i celkově. Do seznamů budu zapisovat ve formátu „počet hospitalizací ve sledovaném období (počet hospitalizací celkem)“, tedy například 2(5). Při tom budu muset u každého dítěte z přehledu všech hospitalizací, které jsou uvedeny v programu Hippo dohromady, vyloučit táborové pobyty a psychoterapeutické pobyty pro rodiče s dětmi a věnovat se pouze komplexním diagnosticko-terapeutickým pobytům. Následně po vytvoření měsíčních přehledů shrnu výsledky každého roku do tabulky. V tabulkách jednotlivých let už bude čitelné, jak často se děti k opakovaným pobytům vracejí. V každé tabulce budou uvedeny počty hospitalizací nově přijatých dětí v jednotlivých měsících příslušného roku. Následně dle výsledné četnosti opakovaných pobytů se rozhodnu, jak četným hospitalizacím se budu věnovat podrobněji. U těchto dětí poté již budu odebírat stručné kazuistiky ze sociálních šetření případně přijímacích protokolů z elektronického systému Hippo. Z těch budu následně čerpat a vyhodnocovat jednotlivé údaje. Kazuistiky uvedu následně jako jednu z příloh.

Konkrétně bude sledováno období pěti let, pro dostatečný počet údajů a současně pro realizovatelnost výzkumu. Vzhledem k tomu, že výzkum bude prováděn v průběhu roku 2015, budou sledovány konkrétně roky 2010 – 2014.

6.1 Prvotní zjištění počtu opakovaných hospitalizací

Nejprve tedy zjistím počty hospitalizací v jednotlivých sledovaných letech, abych vůbec získala představu o jejich četnosti. Následně se budu věnovat hlubšímu sledování vybraného vzorku, který bude stanoven až dle četnosti opakování těchto pobytů.

Ve výčtu jednotlivých let budu uvádět počty hospitalizací dětí pouze ve sledovaném období, v tabulkách jednotlivých let poté pro srovnání i celkový počet pobytů v našem zřízení, tedy i mimo sledované období.

Rok 2010

V lednu toho roku bylo nově přijato 14 dětí (celkem 42 vzhledem k přerušení hospitalizace na vánoční prázdniny). O jedinou hospitalizaci se jednalo u 12 dětí, 2 děti byly přijaty ve sledovaném období celkem 2x.

V měsíci únoru bylo nově přijato 10 dětí (nebyly přijaty žádné další děti k pokračování hospitalizace). Devět dětí bylo přijato pouze k této jedné hospitalizaci, zbývající jedno dítě bylo přijato ve sledovaném období celkem 4x.

V měsíci březnu bylo nově přijato 16 dětí (další jedno potom k pokračování v hospitalizaci). O jedinou hospitalizaci se jednalo u 12 dětí. Další 4 děti byly hospitalizovány na dětském oddělení PL Šternberk ve sledovaném období celkem 2x.

V měsíci dubnu bylo přijato dětí 17 (k pokračování v hospitalizaci nebyly přijaty žádné další děti). K této jediné hospitalizaci bylo přijato 15 dětí, jedno dítě bylo přijato celkem ke dvěma hospitalizacím ve sledovaném období a jedno ke třem hospitalizacím.

V měsíci květnu bylo nově přijato 19 dětí (další 2 děti byly přijaty k dokončení hospitalizace). U 14 dětí se jednalo o jedinou hospitalizaci, 3 děti byly hospitalizovány ve sledovaném období celkem 2x, jedno dítě celkem 3x, poslední dítě celkem 6x ve sledovaném období (a celkem 14x hospitalizováno v PL Šternberk, k tomu ještě 4x na letním táborovém pobytu).

V červnu bylo nově přijato 9 dětí (další jedno potom k dokončení pobytu). Z těchto devíti dětí bylo hospitalizováno pouze jednou 8 dětí a jedno dítě bylo hospitalizováno 2x.

V měsíci srpnu bylo přijato nově 7 dětí (k pokračování hospitalizace po letních prázdninách pak dalších 15 dětí). Z těchto sedmi dětí byly 3 děti hospitalizovány pouze jednou ve sledovaném období, 2 děti dvakrát, jedno třikrát a jedno dokonce 6x (toto dítě již figurovalo v měsíci květnu).

V září bylo nově přijato 20 dětí (další 2 děti byly přijaty k pokračování hospitalizace). U 13 dětí se jednalo o jedinou hospitalizaci ve sledovaném období, 5 dětí bylo hospitalizováno v PL Šternberk ve sledovanou dobu 2x a dvě děti 3x.

V měsíci říjnu bylo přijato celkem 16 dětí (žádné další dítě nebylo přijato k pokračování hospitalizace). Z těchto dětí bylo 14 dětí hospitalizováno pouze jednou, jedno dítě 2x a jedno dítě 3x.

V listopadu bylo nově přijato 20 dětí (opět žádné další dítě k pokračování hospitalizace). Z těchto dvaceti dětí bylo 13 dětí hospitalizováno pouze jednou, 5 dětí hospitalizováno ve sledovaném období 2x a 2 děti 3x.

V měsíci prosinci bylo nově přijato 5 dětí (žádné další dítě nebylo přijato k pokračování hospitalizace). Všech těchto pět dětí bylo hospitalizováno pouze jednou.

Tabulka 1: přehled četnosti hospitalizací v roce 2010

2010 měsíc	přijato nově	počet hospitalizací ve sledovaném období					všechny hospitalizace nově přijatých dětí[39]					jiné odd.[40]	přijato celkem
		1	2	3	4	5+	1	2	3	4	5+		
leden	14	12	2	-	-	-	12	2	-	-	-	-	42
únor	10	9	-	-	1	-	9	-	-	1	-	-	10
březen	16	12	4	-	-	-	11	3	-	-	2	2	17
duben	17	15	1	1	-	-	13	2	1	1	-	-	17
květen	19	14	3	1	-	1	12	5	1	-	1	1	21
červen	9	8	1	-	-	-	7	2	-	-	-	-	10
červenec	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
srpen	7	3	2	1	-	1	2	2	1	1	1	1	22
září	20	13	5	2	-	-	12	4	2	2	-	-	22
říjen	16	14	1	1	-	-	11	4	-	1	-	-	16
listopad	20	13	5	2	-	-	11	4	3	-	2	2	20
prosinec	5	5	-	-	-	-	4	1	-	-	-	-	5

Celkem bylo v roce 2010 zahájeno 153 nových hospitalizací, z čehož se jednalo o jediný pobyt v celkem 118 případech, tedy v 77%. Pokud bychom sledovali všechny hospitalizace dětí, které byly nově přijaty v roce 2010 (i mimo sledované období 2010-2014), a byly hospitalizovány celkově pouze jednou, jedná se o 104 děti (68%). Z tabulky je viditelné, že i v časovém horizontu přesahujícím pětileté sledované období nijak závratně nevzrůstá počet pobytů jednotlivých dětí.

Rok 2011

V lednu tohoto roku bylo nově přijato 14 dětí (další 3 děti potom k pokračování hospitalizace). K této jediné hospitalizaci bylo přijato 9 dětí, 3 děti byly přijaty ve sledovaném období celkem 2x, jedno dítě 3x a jedno dítě 6x (figurovalo již v roce 2010).

[39] Všechny hospitalizace nově přijatých zahrnují i hospitalizace posuzovaných dětí mimo posuzované období.

[40] Počet dětí, které byly hospitalizovány i na jiném než dětském oddělení

V měsíci únoru bylo nově přijato 16 dětí (žádné další dítě k pokračování hospitalizace). 12 dětí bylo přijato pouze k této jediné hospitalizaci, zbývající 4 děti byly hospitalizovány ve sledovaném období celkem 2x.

V měsíci březnu bylo nově přijato opět 16 dětí (opět žádné další k pokračování hospitalizace). Z těchto dětí bylo přijato pouze jednou 9 dětí, dalších 5 dětí bylo přijato ve sledovaném období celkem 2x, jedno dítě třikrát a jedno dítě čtyřikrát.

V dubnu bylo přijato 17 dětí (žádné další dítě k pokračování hospitalizace). O jedinou hospitalizaci se jednalo u 16 dětí, jedno dítě bylo ve sledovaném období hospitalizováno celkem 5x.

V měsíci květnu bylo nově přijato na dětské oddělení PL Šternberk dětí 20 (jedno další dítě k pokračování hospitalizace). Z těchto dvaceti dětí bylo k jediné hospitalizaci přijato dětí 12, další 4 děti byly přijaty ve sledovaném období 2x a dvě děti 3x. Jedno dítě bylo hospitalizováno 5x a jedno dítě 6x.

V červnu bylo nově přijato dětí 11 (žádné další pak k pokračování hospitalizace). Osm dětí bylo přijato pouze k této jediné hospitalizaci, tři děti byly hospitalizovány v uvedeném období 2x.

V měsíci srpnu byly přijaty k nové hospitalizaci pouze 3 děti a všechny tyto děti pouze k této jediné hospitalizaci.

V září bylo přijato k nové hospitalizaci 19 dětí (dalších 13 dětí bylo přijato k dokončení hospitalizace po prázdninách). Z nově hospitalizovaných dětí bylo přijato k této jediné hospitalizaci 16 dětí, další dvě děti byly hospitalizovány 2x a jedno dítě 3x.

V měsíci říjnu bylo přijato 15 dětí (žádné další dítě k pokračování hospitalizace). Z těchto dětí bylo 8 přijato pouze k této jedné hospitalizaci, 5 dětí bylo přijato celkem 2x a dvě děti celkem 3x.

V listopadu bylo přijato 17 dětí (opět žádné další k pokračování hospitalizace). Deset dětí bylo přijato ve sledovaném období pouze k této jediné hospitalizaci, 7 dětí bylo přijato 2x.

V měsíci prosinci bylo přijato 10 dětí (žádné další k pokračování v hospitalizaci). Šest dětí bylo přijato pouze k této hospitalizaci, tři děti byly přijaty celkem 2x ve sledovaném období a jedno dítě 3x.

Tabulka 2: přehled četnosti hospitalizací v roce 2011

2011 měsíc	přijato nově	počet hospitalizací ve sledovaném období					všechny hospitalizace nově přijatých dětí					jiné odd.	přijato celkem
		1	2	3	4	5+	1	2	3	4	5+		
leden	14	9	3	1	-	1	7	4	2	-	1	-	17
únor	16	12	4	-	-	-	10	4	2	-	-	1	16
březen	16	9	5	1	1	-	8	5	2	1	-	-	16
duben	17	16	-	-	-	1	13	2	1	-	1	-	17
květen	20	12	4	2	-	2	12	3	3	-	2	1	21
červen	11	8	3	-	-	-	8	2	1	-	-	-	11
červenec	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
srpen	3	3	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	3
září	19	16	2	1	-	-	15	3	1	-	-	1	32
říjen	15	8	5	2	-	-	8	2	3	2	-	1	15
listopad	17	10	7	-	-	-	9	6	1	-	1	2	17
prosinec	10	6	3	1	-	-	5	3	2	-	-	-	10

Celkem bylo v roce 2011 zahájeno 158 nových hospitalizací, z čehož se jednalo o jediný pobyt v celkem 109 případech, tedy v 69%. Pokud bychom sledovali všechny hospitalizace dětí, které byly nově přijaty v roce 2011 (i mimo sledované období 2010-2014), a byly hospitalizovány celkově pouze jednou, jedná se o 98 děti (62%). Opět i v časovém horizontu přesahujícím pětileté sledované období nijak závratně nevzrůstá počet pobytů jednotlivých dětí.

Rok 2012

V lednu roku 2012 bylo na dětské oddělení PL Šternberk nově přijato 20 dětí (jedno další dítě bylo přijato k pokračování hospitalizace). Z uvedených 20 dětí bylo 12 dětí přijato pouze k této jediné hospitalizaci, zbývajících 8 dětí bylo hospitalizováno ve sledovaném období 2x.

V únoru tohoto roku bylo přijato nově 18 dětí (další 3 děti byly přijaty k pokračování hospitalizace). 10 dětí bylo přijato ve sledovaném období pouze k této jediné hospitalizaci, 6 dětí bylo přijato 2x a dvě děti byly hospitalizovány 3x.

V březnu bylo nově přijato celkem 12 dětí (žádné další dítě nebylo přijato k pokračování hospitalizace). Celkem 11 dětí bylo přijato pouze k této jediné hospitalizaci a jedno dítě bylo přijato ve sledovaném období celkem 2x.

V měsíci dubnu bylo nově přijato 18 dětí (další dvě děti potom k pokračování hospitalizace). Celkem 9 dětí bylo přijato pouze k této jediné hospitalizaci, 4 děti byly hospitalizovány ve sledovaném období 2x, tři děti 3x, jedno dítě 4x a jedno dítě 5x.

V měsíci květnu bylo nově přijato 20 dětí (žádné další dítě nebylo přijato k pokračování hospitalizace). Z uvedených dvaceti dětí bylo 13 dětí hospitalizováno pouze jednou a sedm dětí 2x.

V červnu bylo přijato nově 10 dětí (další jedno dítě bylo přijato k pokračování hospitalizace). 8 dětí bylo hospitalizováno pouze jedenkrát, dvě děti potom 2x.

V měsíci září bylo nově přijato 21 dětí (dalších 9 dětí potom k pokračování hospitalizace). 13 dětí bylo hospitalizováno pouze jednou, 3 děti dvakrát, další 4 děti třikrát a jedno dítě 4x.

V říjnu bylo nově přijato dětí 12 (žádné další dítě nebylo přijato k pokračování v hospitalizaci). Celkem 10 dětí bylo hospitalizováno ve sledovaném období pouze jedenkrát a další 2 děti třikrát.

V měsíci listopadu bylo nově přijato dětí 17 (opět nebylo přijato žádné další dítě k pokračování hospitalizace). Z těchto sedmnácti dětí, bylo celkem 11 dětí přijato pouze k této jediné hospitalizaci, další 3 děti byly ve sledovaném období přijaty 2x, jedno dítě třikrát a dvě děti 4x.

V prosinci roku 2012 bylo nově přijato dětí 7 (žádné další dítě k pokračování hospitalizace). 5 dětí bylo přijato pouze k této jediné hospitalizaci, jedno dítě bylo přijato 2x a jedno dítě 3x.

Tabulka 3: přehled četnosti hospitalizací v roce 2012

2012 měsíc	přijato nově	počet hospitalizací ve sledovaném období					všechny hospitalizace nově přijatých dětí					jiné odd.	přijato celkem
		1	2	3	4	5+	1	2	3	4	5+		
leden	20	12	8	-	-	-	12	7	1	-	-	-	21
únor	18	10	6	2	-	-	10	5	3	-	-	-	21
březen	12	11	1	-	-	-	11	1	-	-	-	-	12
duben	18	9	4	3	1	1	8	4	3	2	1	1	20
květen	20	13	7	-	-	-	12	6	1	1	-	1	20
červen	10	8	2	-	-	-	7	3	-	-	-	-	11
červenec	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
srpen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
září	21	13	3	4	1	-	11	2	5	3	-	1	30
říjen	12	10	-	2	-	-	8	2	2	-	-	1	12
listopad	17	11	3	1	2	-	10	3	2	2	-	-	17
prosinec	7	5	1	1	-	-	5	-	2	-	-	-	7

Celkem bylo v roce 2012 zahájeno 155 nových hospitalizací, z čehož se jednalo o jediný pobyt v celkem 101 případech, tedy v 65%. Pokud bychom sledovali všechny hospitalizace dětí, které byly nově přijaty v roce 2012 (i mimo sledované období 2010-2014), a byly hospitalizovány celkově pouze jednou, jedná se o 94 děti (61%). Opět je viditelné, že i v časovém horizontu přesahujícím pětileté sledované období nijak závratně nevzrůstá počet pobytů jednotlivých dětí.

Rok 2013

V lednu tohoto roku bylo přijato na dětské oddělení PL Šternberk nově 25 dětí (další jedno dítě bylo přijato k pokračování hospitalizace). Pouze k této jediné hospitalizaci bylo přijato 16 dětí, dalších 6 dětí bylo přijato ve sledovaném období celkem 2x, dvě děti 3x a jedno dítě celkem 9x ve sledovaném období (a 14x hospitalizováno na dětském oddělení celkem).

V měsíci únoru bylo nově přijato dětí 19 (opět další jedno dítě k pokračování hospitalizace). Celkem 10 dětí bylo přijato pouze k této jediné hospitalizaci, dalších 8 dětí bylo přijato ve sledovaném období celkem 2x a jedno dítě 4x.

V březnu tohoto roku bylo nově přijato 15 dětí (žádné další dítě nebylo přijato k pokračování hospitalizace). Z nich bylo celkem 10 dětí přijato pouze k této hospitalizaci, další 4 děti byly přijaty ve sledovaném období 2x a jedno dítě 3x.

V měsíci dubnu bylo nově přijato 20 dětí (žádné další nebylo přijato k pokračování hospitalizace). Celkem 16 dětí bylo přijato ve sledovaném období pouze jednou, další 3 děti 2x a jedno dítě celkem 5x ve sledovaném období (6x celkem i mimo sledované období).

V květnu bylo nově přijato 21 dětí (opět žádné další k pokračování hospitalizace). K jediné hospitalizaci bylo přijato 16 dětí, 3 děti byly přijaty ve sledovaném období 2x, jedno dítě 3x a jedno dítě 4x.

V měsíci červnu bylo nově přijato 10 dětí (žádné další k pokračování hospitalizace). Ve sledovaném období bylo 7 dětí přijato pouze k této jediné hospitalizaci a zbývající 3 děti byly přijaty 2x.

V srpnu byly nově přijaty pouze 3 děti (k pokračování hospitalizace další 2 děti). Dvě děti byly přijaty pouze 1x ve sledovaném období, a jedno dítě 2x.

V měsíci září bylo přijato nově 15 dětí (dalších 18 dětí bylo přijato k pokračování hospitalizace). Z uvedených patnácti dětí bylo 11 přijato pouze jednou ve sledovaném období, jedno dítě 2x, dvě děti 3x a jedno dítě ve sledovaném období 9x a celkově dokonce 14x (toto dítě figurovalo v tomto roce již v měsíci lednu).

V říjnu bylo nově přijato dětí 17 (žádné další nebylo přijato k pokračování hospitalizace). Pouze jednou bylo přijato 14 dětí, zbývající 3 děti byly přijaty ve sledovaném období 2x.

V měsíci listopadu bylo přijato nově 15 dětí (žádné další dítě nebylo přijato k pokračování hospitalizace). 13 dětí bylo přijato pouze k této jediné hospitalizaci, další 2 děti byly přijaty ve sledovaném období 2x.

V prosinci bylo nově přijato dětí 6 (další jedno k pokračování hospitalizace). Čtyři z těchto šesti dětí byly přijaty pouze k této hospitalizaci a další 2 děti byly hospitalizovány 2x.

Tabulka 4: přehled četnosti hospitalizací v roce 2013

2013 měsíc	přijato nově	počet hospitalizací ve sledovaném období					všechny hospitalizace nově přijatých dětí					jiné odd.	přijato celkem
		1	2	3	4	5+	1	2	3	4	5+		
leden	25	16	6	2	-	1	15	6	2	1	1	1	26
únor	19	10	8	-	1	-	10	8	-	1	-	-	20
březen	15	10	4	1	-	-	9	5	1	-	-	-	15
duben	20	16	3	-	-	1	13	6	-	-	1	1	20
květen	21	16	3	1	1	-	14	5	1	1	-	-	21
červen	10	7	3	-	-	-	6	4	-	-	-	-	10
červenec	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
srpen	3	2	1	-	-	-	2	1	-	-	-	-	5
září	15	11	1	2	-	1	10	2	1	1	1	-	33
říjen	17	14	3	-	-	-	14	3	-	-	-	-	17
listopad	15	13	2	-	-	-	12	3	-	-	-	-	15
prosinec	6	4	2	-	-	-	4	2	-	-	-	-	7

Celkem bylo v roce 2013 zahájeno 166 nových hospitalizací, z čehož se jednalo o jediný pobyt v celkem 119 případech, tedy v 72%. Pokud bychom sledovali všechny hospitalizace dětí, které byly nově přijaty v roce 2013 (i mimo sledované období 2010-2014), a byly hospitalizovány celkově pouze jednou, jedná se o 108 děti (65%). Stejně jako předchozí roky je viditelné, že i v časovém horizontu přesahujícím pětileté sledované období nijak závratně nevzrůstá počet pobytů jednotlivých dětí.

Rok 2014

V lednu tohoto roku bylo nově přijato 19 děti (dalších 6 bylo přijato k pokračování hospitalizace). K této jediné hospitalizaci bylo přijato 15 dětí, 3 děti byly přijaty 2x ve sledovaném období a jedno dítě 3x.

V měsíci únoru bylo nově přijato 16 dětí (žádné další dítě nebylo přijato k pokračování hospitalizace). Celkem 11 dětí bylo přijato pouze k této jediné hospitalizaci, 4 děti byly přijaty 2x ve sledovaném období a jedno dítě 3x.

V březnu bylo nově přijato dětí 14 (opět žádné další k pokračování hospitalizace). K této jediné hospitalizaci bylo přijato 10 dětí, jedno dítě bylo přijato ve sledovaném období 2x, dvě děti 3x, a jedno dítě 4x.

V měsíci dubnu bylo nově přijato 17 dětí (žádné další k pokračování hospitalizace). 15 dětí bylo přijato pouze k této jediné hospitalizaci, jedno dítě bylo přijato 2x a jedno dítě 5x ve sledované období (a celkem 6x).

V květnu bylo nově přijato 21 dětí (opět žádné další k pokračování hospitalizace). K této jediné hospitalizaci bylo přijato 15 dětí, 2 děti byly přijaty ve sledovaném období 2x, další 2 děti 3x a poslední 2 děti 4x.

V měsíci červnu bylo přijato celkem 7 dětí (žádné další k pokračování hospitalizace). Celkem 6 dětí bylo hospitalizováno pouze jednou ve sledovaném období a jedno dítě 3x.

V září bylo přijato nově 23 dětí (další 3 děti byly přijaty k pokračování hospitalizace). Z těchto třiadvaceti dětí bylo 19 přijato pouze k této jediné hospitalizaci ve sledovaném období, další 2 děti byly hospitalizovány 2x a zbývající 2 děti 4x.

V měsíci říjnu bylo nově přijato 10 dětí (další jedno k pokračování hospitalizace). Celkem 7 dětí bylo přijato pouze k této jediné hospitalizaci, a 3 děti byly přijaty celkem 2x ve sledovaném období.

V listopadu bylo nově přijato dětí 12 (žádné další k pokračování hospitalizace). Z nich bylo 11 dětí přijato pouze jedenkrát a jedno 2x.

V měsíci prosinci bylo přijato nově 8 dětí (jedno další k pokračování hospitalizace). Celkem 6 dětí bylo přijato pouze jednou ve sledovaném období, jedno dítě 2x a jedno dítě 3x.

Tabulka 5: přehled četnosti hospitalizací v roce 2014

2014 měsíc	přijato nově	počet hospitalizací ve sledovaném období					všechny hospitalizace nově přijatých dětí					jiné odd.	přijato celkem
		1	2	3	4	5+	1	2	3	4	5+		
leden	19	15	3	1	-	-	13	4	2	-	-	-	25
únor	16	11	4	1	-	-	10	5	1	-	-	-	16
březen	14	10	1	2	1	-	8	2	3	1	-	-	14
duben	17	15	1	-	-	1	13	2	1	-	1	-	17
květen	21	15	2	2	2	-	13	4	2	2	-	-	21
červen	7	6	-	1	-	-	5	-	2	-	-	-	7
červenec	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
srpen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
září	23	19	2	-	2	-	14	5	2	2	-	-	26
říjen	10	7	3	-	-	-	6	3	1	-	-	-	11
listopad	12	11	1	-	-	-	10	1	1	-	-	-	12
prosinec	8	6	1	1	-	-	5	1	2	-	-	-	9

Celkem bylo v roce 2014 zahájeno 147 nových hospitalizací, z čehož se jednalo o jediný pobyt v celkem 114 případech, tedy v 78%. Pokud bychom sledovali všechny hospitalizace dětí, které byly nově přijaty v roce 2014 (i mimo sledované období 2010-2014), a byly hospitalizovány celkově pouze jednou, jedná se o 97 děti (66%). Stejně jako předchozí roky i v časovém horizontu přesahujícím pětileté sledované období nijak závratně nevzrůstá počet pobytů jednotlivých dětí a stále převažuje jediná hospitalizace.

6.2 Podrobnější výzkum plánovaných ukazatelů

Vzhledem k výsledkům první části výzkumu jsem se rozhodla podrobněji sledovat děti se dvěma a více hospitalizacemi. Jejich stručné kazuistiky budou uvedeny v příloze této bakalářské práce. Následně budou srovnávány děti se dvěma pobyty a se třemi a více pobyty. Toto srovnání by mohlo odpovědět na otázku, zda a případně do jaké míry se odráží rodinné prostředí v četnosti opakovaných

hospitalizací. Celkem bylo během uvedených pěti let (2010 – 2014) dvakrát a vícekrát hospitalizováno přesně 100 dětí. Převládají děti, které byly hospitalizovány právě 2x (79 dětí), zatímco dětí s více než dvěma pobyty, je pouze 21. Nejprve se tedy budu věnovat dětem se dvěma a poté dětem se třemi a více hospitalizacemi.

Dále se pak budu věnovat všem dětem se dvěma a více hospitalizacemi, co se týče potíží, se kterými tyto děti přicházejí a co se týče pobytů v dalších psychiatrických zařízeních.

6.2.1 Děti hospitalizované 2x ve sledovaném období

Nejprve se tedy budu zabývat dětmi se dvěma hospitalizacemi ve sledovaném období. Z elektronické dokumentace odeberu stručné kazuistiky, které následně vyhodnotím.

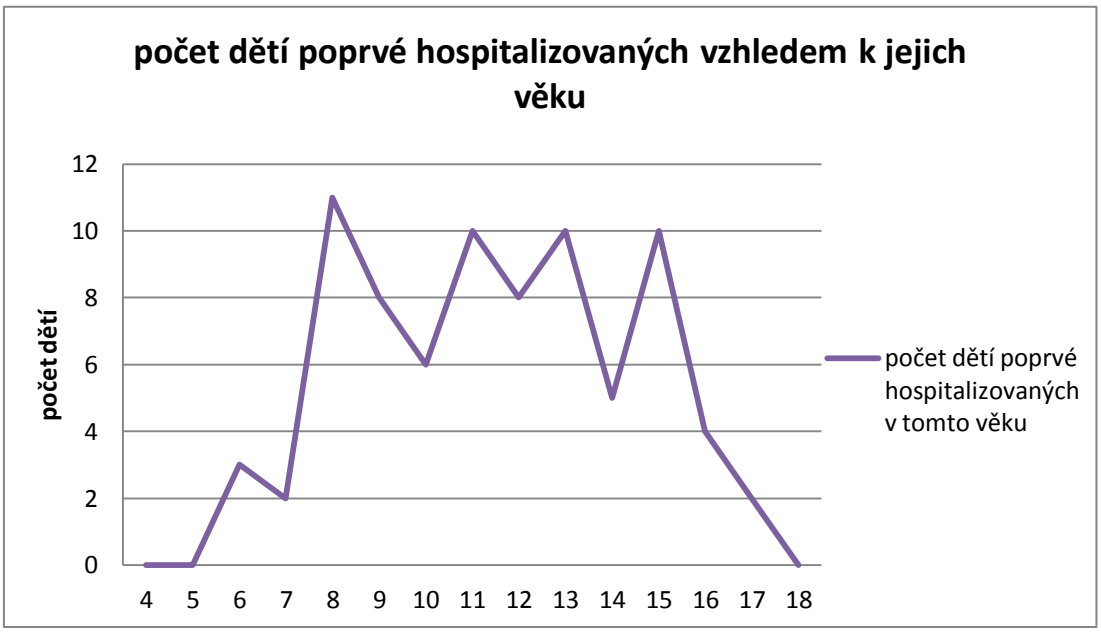
Během sběru údajů mne zaujal ještě jeden ukazatel a tím je věk, ve kterém děti přicházejí k první hospitalizaci v našem zařízení. Rozhodla jsem se tedy pro zaznamenání i tohoto ukazatele. Zde je přehled.

Tabulka 6: věk dětí v době první hospitalizace

věk dětí v době první hospitalizace	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
počet dětí poprvé hospitalizovaných v tomto věku	-	-	3	2	11	8	6	10	8	10	5	10	4	2	-

Z této tabulky je vidět, jak se mění počet poprvé přijatých dětí vzhledem k jejich věku. První období, kdy jsou děti častěji poprvé hospitalizovány, je kolem 8. – 9. roku věku, což pravděpodobně bude souviset s reakcí na nástup do školy. Poté dochází k mírnému poklesu a opět se zvyšuje ve věku 11-13 let a po poklesu ve 14 letech věku dětí k opětovnému nárůstu v 15. roku věku, pravděpodobně vlivem nástupu a průběhu puberty. Ještě názorněji je vidět proměnlivost v grafickém znázornění.

Graf 1: počet dětí poprvé hospitalizovaných vzhledem k jejich věku



Celkový počet hospitalizací

Dále jsem plánovaně sledovala počet hospitalizací těchto dětí na dětském oddělení a v PL Šternberk vůbec. Zjistila jsem, že převážná většina dětí (85%), které byly hospitalizovány ve sledovaném období 2x, byly i celkově hospitalizovány pouze 2x. Tyto děti tedy již nebyly přijaty k dalším pobytům mimo sledované období. To vypovídá do značné míry o tom, že hospitalizace se převážně opakují v určitém relativně krátkém období (do oněch sledovaných pěti let) a dále pak již jen v malé míře.

Celkem třikrát bylo hospitalizováno 6 dětí a celkem 4x byly přijaty k pobytu děti tři.

U nejčastěji opakovaných hospitalizací (pět a více) potom dvě děti z celkových tří byly následně přijaty i na oddělení pro dospělé. Tedy pouze 2 děti z celkových 79 sledovaných, byly při vyhodnocení všech hospitalizací následně přijaty k léčebnému pobytu i v dospělém věku. Toto vypovídá velice pozitivně o efektu hospitalizací dětí a vývoji jejich psychických potíží při správné léčbě v dětském věku. Kategorie 5 a více hospitalizací zahrnula 3 děti, z nichž jedno bylo hospitalizováno celkem 6x a dvě děti 5x.

Tabulka 7: celkový počet hospitalizací sledovaných dětí

počet všech hospitalizací sledovaných dětí	2	3	4	5+
počet dětí	67	6	3	3

Typy rodinné a jiné péče, ze které děti přicházejí

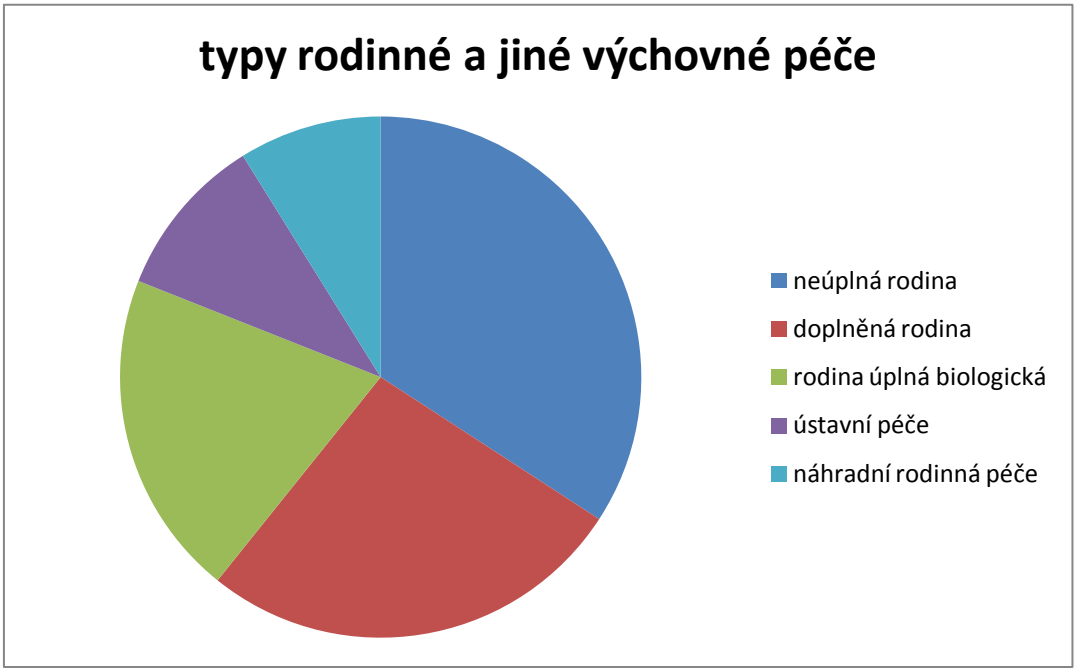
Dále jsem sledovala formy rodinného prostředí, ze kterého děti přicházely, s následným rozdělením: rodina úplná biologická, rodina neúplná, rodina doplněná, náhradní rodinná péče, ústavní péče. Během výzkumu se objevila i jedna rodina adoptivní, která je začleněna do náhradní rodinné péče. Ve sledovaném vzorku 79 dětí se dvěma hospitalizacemi ve sledovaném období jsem zjistila, že nejvíce k nám přicházejí děti z neúplných rodin (27 dětí), následně potom děti z doplněných rodin (21 dětí) a z úplných biologických rodin (16 dětí), následovala ústavní péče (8 dětí) a náhradní rodinná péče (7 dětí).

Tabulka 8: typy rodinné a jiné výchovné péče s počtem zastoupení

forma rodinného výchovného prostředí	počet dětí přicházejících z tohoto prostředí
neúplná rodina	27 (34%)
doplněná rodina	21 (27%)
rodina úplná biologická	16 (20%)
ústavní péče	8 (10%)
náhradní rodinná péče	7 (9%)

Grafické znázornění zastoupení jednotlivých druhů výchovné péče vypadá následovně.

Graf 2: typy rodinné a jiné výchovné péče u dětí hospitalizovaných dvakrát



V úplných rodinách jsou zahrnuty i 4 hraniční případy, kde rodiny nevykazují znaky optimálního fungování či strukturace. V první rodině jsou rodiče rozvedeni, ale nadále žijí ve společné domácnosti, druhým případem je rodina, kde děti byly z důvodu dlouhodobých bytových potíží na 2 roky umístěny v dětském domově. Třetím případem je rodina, kde otec dlouhodobě odjíždí v týdnu za prací a domů se vrací pouze na víkendy. Čtvrtým potom rodina dle rodičů funkční, kde ovšem matka se synem z důvodu nepřijatelných bytových podmínek žije v azylovém domě a otec v původním bydlení.

Mezi neúplnými rodinami je zahrnuta rodina, kde došlo k úmrtí otce a při následující hospitalizaci již dítě bylo přijato z ústavní péče. U další neúplné rodiny je matka podruhé rozvedená (hoch je stále v péči matky). V jedné rodině nevlastní otec hocha spáchal suiciduum. V další neúplné rodině je dítě oficiálně svěřeno do péče matky, ale žije u otce a otec žádá svěření do své péče.

Mezi doplněnými rodinami figurují i dvě, které se následně staly rodinami neúplnými. Figuruje zde i jedna rodina, kde matka dítěte je dlouhodobě hospitalizována v psychiatrickém zařízení a dívka byla navíc svědkem úmrtí svého dědečka. Jedna z těchto rodin je doplněná po úmrtí matky, jiná kde po úmrtí otce je matka znovu vdaná. Jedna z těchto rodin je v rozpadu kvůli neshodě ve výchově hospitalizované dívky. Další doplněná rodina žádala v průběhu dalších hospitalizací o umístění dítěte do ÚSP Nové Zámky.

U náhradní rodinné péče je případ poručnické péče, kdy manželé poručníci byli rozvedeni a dítě svěřeno do péče poručnice, s bývalým poručníkem se hoch nadále vídal (měl s ním dobrý vztah a těžce nesl odloučení), rodina byla poté doplněna novým partnerem a manželem poručnice. Další dítě se v náhradní rodinné péči ocitlo tak, že po rozvodu matky s otčímem byl hoch svěřen jemu do pěstounské péče. U další náhradní rodinné péče byl hoch v pěstounské péči svého dědečka a byla plánována ústavní péče. Jeden hoch je svěřen do pěstounské péče biologické babičky z důvodu vážného zdravotního stavu otce, který není schopen o dítě pečovat, ale žije ve společné domácnosti. U adoptivní rodiny bylo dítě adoptováno již ve svých 4 měsících věku.

6.2.2 Děti se třemi a více hospitalizacemi ve sledovaném období

Věk dětí

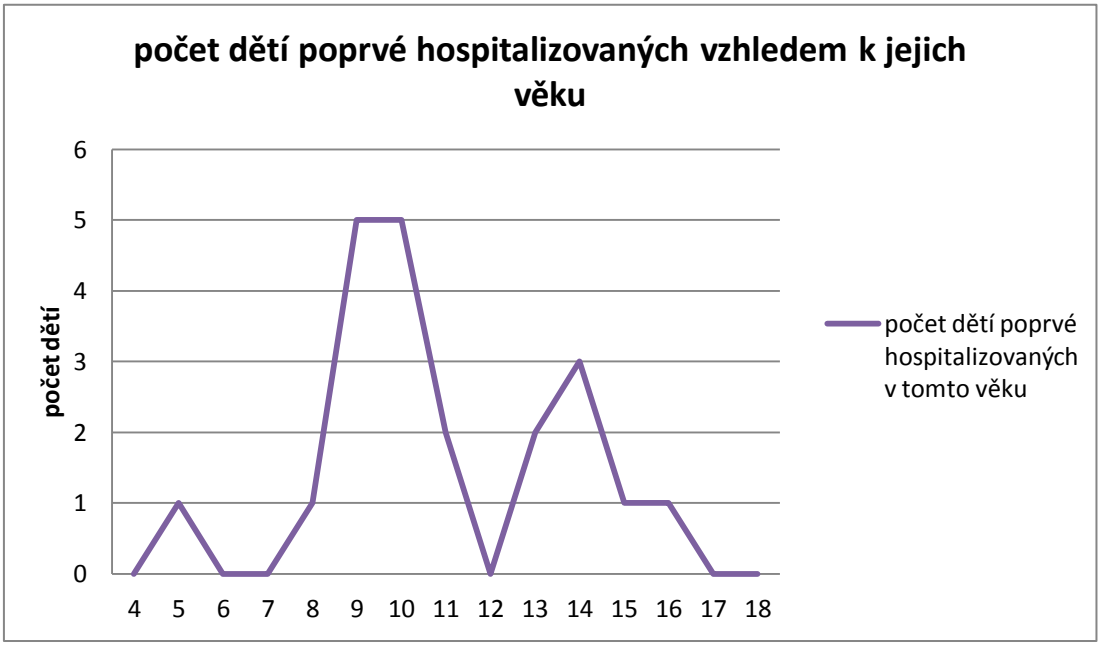
U dětí se třemi a více hospitalizacemi ve sledovaném období, kterých bylo celkem 21, byl věk dětí v době jejich prvního pobytu následující.

Tabulka 9: věk dětí v době první hospitalizace

věk dětí v době první hospitalizace	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
počet dětí poprvé hospitalizovaných v tomto věku	-	1	-	-	1	5	5	2	-	2	3	1	1	-	-

I v případě sledování věku dětí se třemi a více hospitalizacemi dochází ke zvýšení počtu dětí ve věku 9-10 let a poté kolem 13-14 let. Opět tedy pravděpodobně hraje úlohu nástup základní školní docházky a následně období puberty. Věkové zastoupení je tedy zhruba podobné jako u dětí se dvěma hospitalizacemi. Je zde ovšem jedno dítě přijaté k hospitalizaci dokonce již v pěti letech, tento hoch byl přijat z dětského domova a byl hospitalizován celkem 4x.

Graf 3: počet dětí poprvé hospitalizovaných vzhledem k jejich věku



Celkový počet hospitalizací

Při pohledu na děti, které byly ve sledovaném období hospitalizovány 3x a vícekrát, opět převažovaly právě pouze tyto tři hospitalizace. Celkem bylo 3x hospitalizováno 14 dětí (67%), čtyřikrát bylo hospitalizováno dětí 5 a 5x a více děti pouze 2. Opět tedy převažují pobyty opakující se do oněch sledovaných pěti let

Tabulka 10: celkový počet hospitalizací sledovaných dětí

počet všech hospitalizací sledovaných dětí	3	4	5+
počet dětí	14	5	2

U nejčastěji opakovaných hospitalizací (pět a více) potom jedno z uvedených dvou dětí bylo hospitalizováno celkem 6x a druhé dítě celkem 14x, z čehož 5x bylo přijato k pobytu již na oddělení pro dospělé.

Typy rodinné a jiné péče, ze které děti přicházejí

Opět jsem sledovala formy rodinného prostředí, ze kterého děti přicházely, s následným rozdělením: rodina úplná biologická, rodina neúplná, rodina doplněná, náhradní rodinná péče, ústavní péče. Náhradní rodinná péče zde tentokráte nefigurovala. Ze sledovaného vzorku 21 dětí přicházelo nejvíc dětí překvapivě

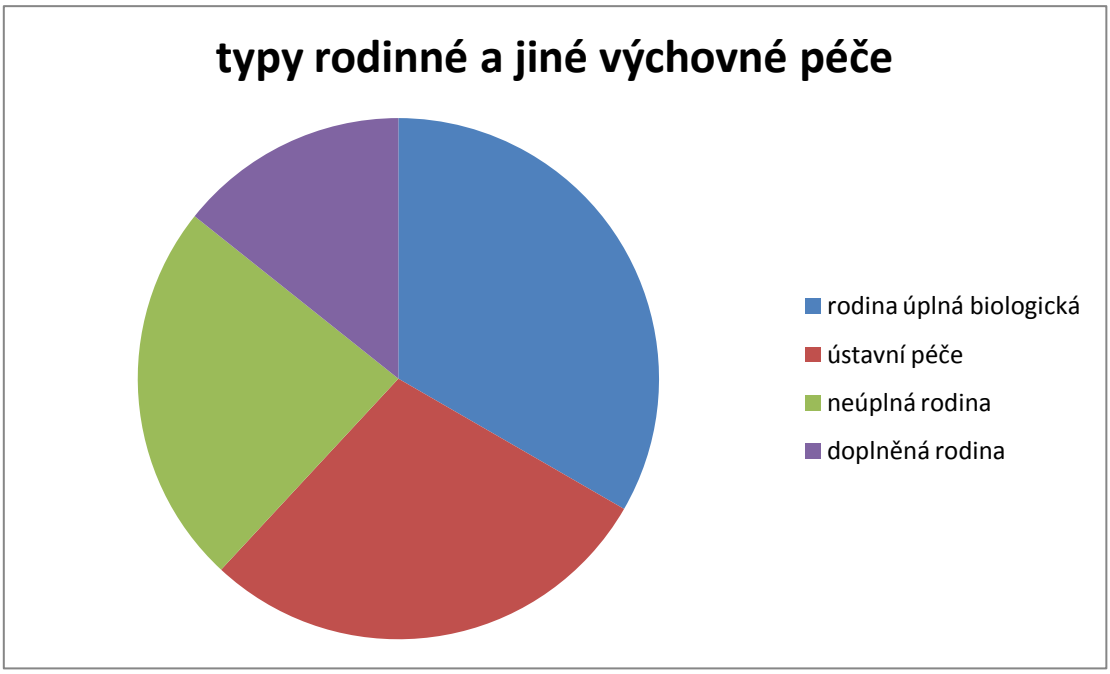
z rodin úplných (7 dětí), poté následovaly děti z ústavní péče (6 dětí), následně z neúplné rodiny (5 dětí) a nejméně zastoupené byly děti z doplněné rodiny (3 děti).

Tabulka 11: typy rodinné a jiné výchovné péče s počtem zastoupení

forma rodinného výchovného prostředí	počet dětí přicházejících z tohoto prostředí
rodina úplná biologická	7 (33%)
ústavní péče	6 (29%)
neúplná rodina	5 (24%)
doplněná rodina	3 (14%)
náhradní rodinná péče	-

Grafické znázornění je potom následující.

Graf 4: typy rodinné a jiné výchovné péče u dětí hospitalizovaných třikrát a vícekrát



Mezi úplnými rodinami je i jedna rodina, která se posléze změnila na neúplnou.

Mezi neúplnými rodinami figuruje rodina, která se změnila v průběhu našeho sledování dítěte z neúplné a doplněnou a následně opět na neúplnou.

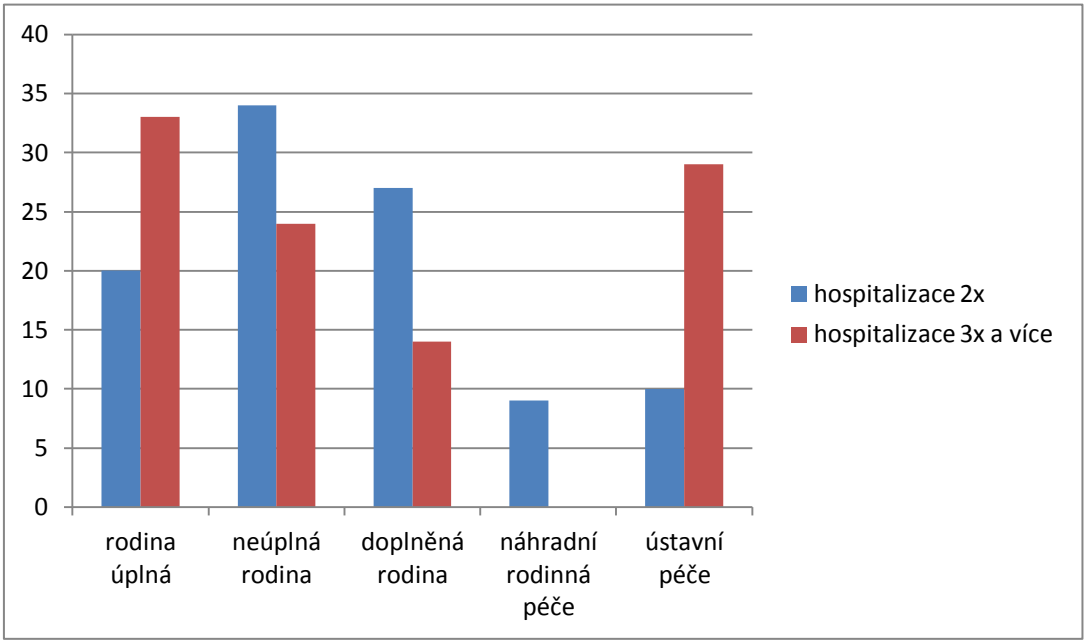
Mezi doplněnými rodinami je i rodina, kde otec má zákaz styku s dívkou a jedna rodina, která byla opětovně doplněna (mezitím se stala rodinou neúplnou).

Co se týče dětí přijatých z ústavní péče, u jednoho dítěte jsou oba rodiče zbaveni rodičovské zodpovědnosti. Jedna dívka přijata z ústavní výchovy byla od svých 5let do svých 14 let v poručnické péči a poté se z důvodu problematického chování vrátila zpět do dětského domova.

6.2.3 Typy rodinné a jiné výchovné péče v závislosti na počtu hospitalizací

Na tomto místě bych chtěla porovnat typy rodinné výchovy u dětí se dvěma hospitalizacemi a u dětí se třemi a více hospitalizacemi. Dětí se dvěma pobyty ve sledovaném období bylo 79, dětí se třemi a více pobyty 21. Jelikož není možné porovnávat počty, je namístě použití procent, konkrétně kolik procent dětí přišlo z toho kterého výchovného prostředí. Pokud budu srovnávat hospitalizace, které proběhly 2x, a ty, které proběhly 3x a vícekrát stran prostředí, ze kterého děti přicházejí, mohu graficky znázornit následovně.

Graf 5: srovnání typů výchovné péče u dětí se dvěma a více hospitalizacemi



Zatímco u dětí hospitalizovaných pouze 2x vede neúplná a doplněná rodina, u dětí hospitalizovaných 3x a vícekrát vede rodina úplná a ústavní péče.

6.2.4 Potíže příchozích dětí a hospitalizace v dalších zdravotnických zařízeních u dětí se dvěma a více hospitalizacemi

Potíže příchozích dětí

V další fázi výzkumu jsem se věnovala tématu, s jakými potížemi přicházejí opakovaně hospitalizované děti. V tomto ohledu jsem vyhodnotila veškeré podrobněji sledované opakované pobyty. Byly tedy sledovány děti se dvěma a více hospitalizacemi. Z odebraných kazuistik uvedených v příloze této bakalářské práce jsem vytvořila výčet potíží, se kterými přicházely děti ve sledovaném období. Tyto potíže, stejně jako celé kazuistiky, byly odebrány z příjmového sociálního šetření, případně z přijímacího protokolu, kdy jsem vycházela z toho, jaké nejzávažnější potíže jsou nám při přijetí každého dítěte známy především od nejbližších pečujících osob. Nejvýraznější potíže dětí jsem zaznamenala do obecnějších kategorií tak, aby je bylo možno vyhodnotit. U většiny dětí se jednalo o více potíží, které byly uváděny jako důvod přijetí. Děti, které k nám byly přijaty ke dvěma a více hospitalizacím, mají především potíže s agresivitou, nerespektováním autorit a impulzivitou. Zde je přehled hlavních potíží příchozích dětí od nejčastějších po nejméně často zastoupené.

Tabulka 12: zastoupení potíží hospitalizovaných dětí

Problém, se kterým dítě přichází k hospitalizaci	Počet dětí
agresivita	59
nerespektování autorit	51
impulzivita	35
škola (odmítání školní docházky, zhoršení prospěchu)	24
krádeže	18
sebepoškozování	17
lhaní	16
proměnlivé chování či emoce	13
hyperaktivita	12
enuréza	10
návykové látky	7
útěky z domova	7

Problém, se kterým dítě přichází k hospitalizaci	Počet dětí
enkopréza	7
manipulativní jednání	6
nevhodné sexualizované chování či sexuálně odbrždění	5
hlasy	5
suicidální sklony	4
zrakové halucinace	3
depresivní ladění	2
porucha pohlavní identity	1
zneužívající (sexuálně zneužívající sourozence)	1

Hospitalizace v dalších zdravotnických zařízeních

Posledním aspektem výzkumu, kterému jsem se věnovala, byly pobyty v jiných zdravotnických zařízeních u všech dětí se dvěma a více hospitalizacemi v našem zařízení (tedy PL Šternberk). Celkem tedy u 100 dětí. V jiných zdravotnických zařízeních byly hospitalizovány děti, které byly u nás přijaty k pobytu 2x, 3x, 4x a 5x. Ze sta dětí bylo pouze 14 hospitalizováno i v dalších zdravotnických zařízeních. Osm z nich bylo u nás hospitalizováno pouze 2x, tři děti byly v našem zařízení 3x, dvě děti 4x a jedno dítě bylo u nás přijato k pobytu 5x. Nejvíce bylo tedy v jiném zařízení hospitalizováno dětí, které byly v našem zařízení pouze 2x. Je zde naopak pouze jediné dítě s mnoha hospitalizacemi u nás (celkem pěti) a stejně tak se šesti hospitalizacemi v jiných zařízeních. Jedno dítě se třemi pobyty v našem zařízení bylo hospitalizováno 3x taktéž v jiném zařízení

Tabulka 13: počet hospitalizací v našem a jiných zařízeních

Celkový počet hospitalizací v našem zařízení	2				3			4	5+	
Počet dětí hospitalizovaných v jiných zařízeních	**8**				**4**			**2**	**2**	
Hospitalizovány jinde	**1x**	**2x**	**3x**	**4x**	**1x**	**2x**	**3x**	**1x**	**1x**	**6x**
Počet dětí	**5**	**1**	**2**	**1**	**1**	**2**	**1**	**2**	**1**	**1**

Pokud půjdu více do hloubky, dítě, které bylo hospitalizováno v jiných zdravotnických zařízeních celkem 6x, k nám přišlo z ústavní péče. Tento hoch vystřídal celkem 3 různá jiná zdravotnická zařízení a v našem zařízení byl následně hospitalizován i na oddělení pro dospělé. Hlavními potížemi byly v jeho případě agrese a divoké rapty.

Dívka, která byla v našem zařízení hospitalizována 3x a v dalším zařízení také 3x (jednalo se o jediné zařízení), přišla z neúplné rodiny pro sebepoškozování.

Co se týče dětí se dvěma pobyty v našem zařízení a třemi a čtyřmi hospitalizacemi v jiných zařízeních vypadá situace následovně. Čtyřikrát byla v jiném zařízení (v jediném) hospitalizována dívka z neúplné rodiny, která byla později přijata z ústavní výchovy pro sebepoškozování. 3x byly hospitalizovány v dalších zařízeních dvě děti. Jedno dítě z úplné rodiny bylo ve dvou různých zařízeních, druhé dítě v jediném zařízení.

6.3 Shrnutí

Výsledky mého výzkumu mne velice překvapily. Hospitalizace dle výsledků nejsou zdaleka tak často opakující se, jak by se mohlo na první pohled zdát. Už po prvotním sloučení pobytů, které byly pouze přerušeny z důvodu neodkladného zákroku či vyšetření na jiném vzdálenějším pracovišti nebo z důvodu letních či zimních prázdnin, dochází ke značnému úbytku opakovaných hospitalizací.

Převažují děti, které byly hospitalizovány pouze jednou, a to i v horizontu nad sledované období pěti let (2010-2014). Z dětí přijatých ve sledovaném období,

bylo celkově (tedy i mimo toto sledované období) hospitalizováno pouze jedenkrát 61% - 68% dětí (61% děti přijaté v roce 2012 a nejvíce 68 % děti přijaté v roce 2010).

Vzhledem k této skutečnosti jsem se rozhodla věnovat se všem zbývajícím dětem a porovnat rozdíly mezi dětmi hospitalizovanými 2x a dětmi s více hospitalizacemi v uvedeném období a následně sledovat celkový počet pobytů. Dětí se dvěma a více pobyty bylo celkem 100 a jejich stručné kazuistiky jsou uvedeny v příloze č. 1 (str. 54). V tomto výběru opět převažovaly děti, které byly hospitalizovány pouze 2x, těch bylo celkem 79. Pouze 21 dětí bylo hospitalizováno 3x a vícekrát, a s rostoucí četností opakování pobytů klesá počet hospitalizovaných dětí.

Zajímavým bylo i původně neplánované sledování věku, kde se ukazuje pravděpodobně vliv nástupu dětí do školy, vzhledem ke zvýšenému počtu hospitalizovaných dětí ve věku 8-9 let. Poté dochází k mírnému poklesu a opět se zvyšuje ve věku 11-13 let a následně v 15. roku věku, pravděpodobně vlivem nástupu a průběhu puberty. Toto jsou údaje u dětí se dvěma pobyty ve sledovaném období. Podobné věkové rozložení je pak u dětí se třemi a více pobyty. Opět vzrůstá počet dětí kolem 9. – 10. roku věku a následně pak kolem 13. a 14. roku věku. U dětí hospitalizovaných třikrát a vícekrát navíc figuruje dítě přijaté již ve 4 letech. Toto dítě přišlo z ústavní péče, může zde mít tedy vliv výchovné prostředí, ať už ústavní výchova jako taková, či okolnosti, které předcházely tomu, že dítě bylo svěřeno do ústavní péče.

Co se týče četnosti opakování hospitalizací, až překvapivě klesá počet pobytů po sloučení všech přerušených hospitalizací a děti se tedy nevracejí tak často pro dekompenzaci onemocnění, jak by se mohlo zdát. Při sledování všech hospitalizací, převažují hospitalizace pouze jedenkrát. Při sledování pobytů opakovaných 2x, byly tyto děti i celkově hospitalizovány pouze 2x celkem v 85%. A při třech a více hospitalizacích opět převažují pouze tyto tři pobyty (u 67% dětí). To může vypovídat velice pozitivně o efektu hospitalizací dětí a vývoji jejich psychických potíží při správné léčbě v dětském věku.

Zajímavé byly výsledky sledování rodinného prostředí, ze kterého děti přicházely, kdy u dětí hospitalizovaných 2x ve sledovaném období, byly značně zastoupeny i děti z úplných rodin (20%). Ve sledovaném vzorku 79 dětí přicházelo nejvíce dětí z neúplných rodin (27 dětí), následně potom děti z doplněných rodin (21

dětí) a z úplných biologických rodin (16 dětí), následovala ústavní péče (8 dětí) a náhradní rodinná péče (7 dětí), kde byla jedna adoptivní rodina. Mezi úplnými biologickými rodinami byly 4 případy, které nevykazují znaky optimálního fungování, případně optimální strukturace (viz strana 40). Hraje zde ovšem výraznou roli poměrné zastoupení úplných biologických rodin v celkové populaci.

U dětí se třemi a více hospitalizacemi bylo dokonce celých 33% dětí z úplných rodin. Ze sledovaného vzorku 21 dětí přicházelo nejvíc dětí právě z rodin úplných (7 dětí), poté následovaly děti z ústavní péče (6 dětí), následně z neúplné rodiny (5 dětí) a nejméně zastoupené byly děti z doplněné rodiny (3 děti). Zajímavé je, že se zde neobjevuje náhradní rodinná péče a to v kontrastu s úplnou biologickou rodinou (mohlo by vést k polemizování o kompetencích těchto biologických rodin, stejně tak ovšem o snaze biologických rodičů vychovávat své děti i přes případné závažné duševní onemocnění). Zde ovšem jistě hraje roli i zastoupení počtu dětí v náhradní rodinné péči v dětské populaci ve srovnání se zastoupením dětí v biologických rodinách. Stejně tak je sice v dětské populaci nižší zastoupení počtu dětí v ústavní péči, zde ovšem jsou často umístěny děti s výraznými potížemi, kde je možné očekávat častěji opakované hospitalizace. Navíc zde hraje roli poměrné zastoupení úplných biologických rodin v celkové populaci ve srovnání se všemi ostatními formami výchovné péče.

Co se týče potíží, se kterými děti přicházely, byly sledovány u dětí se dvěma a více hospitalizacemi. Tyto děti mají především potíže s agresivitou (uvedena u 59 dětí ze sta), nerespektováním autorit (u 51 dětí ze sta) a impulzivitou (u 35 dětí ze sta). Zde může být tedy prostor pro práci s rodinou a podporu rodičů k důslednější výchově, ale i ve strategiích jak zvládat agresi či impulzivitu dětí. Uvedené potíže samozřejmě často souvisí přímo s onemocněním dítěte, ale i s výchovným prostředím a případně nedůsledností výchovy, s čímž se setkáváme také často. Mimo veškerou nabízenou péči - lékařskou, psychologickou a další terapeutickou – je nezbytně důležitá podpora rodičů, rodinná terapie a možná i rozšíření programu pro rodiče s dětmi a snaha do něj zapojit více dětí. Případně nabídnout nějakou další alternativu programu pro zvládání nejvíce zastoupených potíží dětí, které budou přímo vhodné dle konkrétních diagnóz.

Co se týče dalších hospitalizací v jiných zdravotnických zařízeních, ze sta sledovaných dětí, přijatých k pobytu v našem zařízení dvakrát a vícekrát, bylo pouze 14 dětí přijato k pobytu i v dalších zdravotnických zařízeních. Osm z nich bylo

u nás hospitalizováno pouze 2x, tři děti 3x, dvě děti 4x a jedno dítě bylo u nás hospitalizováno 5x.

Závěr

V mém výzkumu jsem se rozhodla věnovat opakovaným hospitalizacím dětí v PL Šternberk, s tím, že budu sledovat veškeré pobyty dětí započaté v období mezi lety 2010 a 2014 a zaměřím se na to, kolikrát byly tyto děti hospitalizovány jednak ve sledovaném období, ale i celkově. Konkrétně jsem se rozhodla sledovat komplexní diagnosticko-terapeutické pobyty. Po prvotním zmapování všech pobytů dětí, jsem se zaměřila na děti, u kterých proběhly dvě a více hospitalizací. Následně jsem pak sledovala kritérium, z jakého výchovného prostředí děti přicházejí. Zaměřila jsem se na výchovné autority dětí, tedy kým je dítě vychováváno, zda se jedná o biologickou rodinu, neúplnou rodinu, doplněnou rodinu, náhradní rodinnou péči či ústavní péči. Sledovány byly i změny výchovných autorit v průběhu mezi hospitalizacemi, pokud nám bylo známo, a dále pak kolik z těchto dětí bylo hospitalizováno i v dalších psychiatrických zařízeních a s jakými potížemi k nám tyto děti přicházely. Navíc jsem se rozhodla vyhodnotit i v jakém věku opakovaně hospitalizované děti poprvé přicházely k pobytu.

Cílem bakalářské práce bylo identifikovat, jak výrazně se charakter a stabilita, či naopak nestabilita prostředí (ve smyslu výchovných autorit), ze kterého dítě přichází, odráží na četnosti hospitalizací, dále pak i zjištění, jak často se děti skutečně vracejí k opakovaným hospitalizacím a jaké jsou nejčastější potíže dětí opakovaně hospitalizovaných v našem zdravotnickém zařízení.

Co se týče četnosti opakování hospitalizací, výrazně klesá počet hospitalizací po sloučení všech přerušených hospitalizací a děti se tedy nevracejí tak často pro dekompenzaci onemocnění, jak by se mohlo zdát. Při sledování všech hospitalizací, převažují hospitalizace pouze jedenkrát. Při sledování hospitalizací opakovaných 2x, byly tyto děti i celkově hospitalizovány pouze 2x, celkem v 85%. A při třech a více hospitalizacích opět převažují pouze tyto tři hospitalizace (u 67% dětí). To může vypovídat velice pozitivně o efektu hospitalizací dětí a vývoji jejich psychických potíží při správné léčbě v dětském věku.

Pokud jde o vliv prostředí na opakující se hospitalizace, jsou ve výsledcích sice zastoupeny i děti přicházející z biologických úplných rodin, je ovšem nutno podotknout, že zde hraje roli poměr zastoupení dětí z biologických úplných rodin v celkové populaci. Celkově jednoznačně převažují u opakovaných hospitalizací jiné formy výchovné péče oproti úplné biologické rodině.

Potíže opakovaně hospitalizovaných dětí, kdy výrazně vedla agrese, nerespekt a impulzivita, samozřejmě často souvisí přímo s onemocněním dítěte, někdy ovšem i s výchovným prostředím a případně nedůsledností výchovy. Možným řešením je práce s rodinou a podpora rodičů k důslednější výchově, ale i ve strategiích jak zvládat agresi dětí. Zde tedy vidím pravděpodobně největší prostor k využití výsledků k případné další nabídce rodinám s dětmi s psychiatrickým onemocněním.

Během sběru údajů mne především překvapilo, jak výrazně klesá počet hospitalizací po vyloučení přerušení hospitalizací i kolik dětí se skutečně opakovaně vrací. A to i vzhledem k vysokému počtu celkově všech hospitalizací, pokud jsou zahrnuty i další nabídky pobytů.

Jsem přesvědčena, že cíl bakalářské práce se mi podařilo naplnit. Výsledkem je široká deskripce opakovaných hospitalizací ve všech plánovaných směrech s možným dalším využitím při zaměření se na práci s rodinou dítěte s psychiatrickými obtížemi.

Seznam použitých zdrojů:

BARKER, P. Základy dětské psychiatrie. Praha: Triton, 2007, ISBN 978-80-7254-955-9

HELUS, Z.: Dítě v osobnostním pojetí. Praha: Portál, 2004, ISBN 80-7178-888-0

HORT, Vl., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. A kol. Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 2008, ISBN 978-80-7367-404-5

KOHOUTEK, R.: Základy užité psychologie. Brno: CERM, 2002, ISBN 80-214-2203-3

LANGMEIER, J., KRAJČÍŘOVÁ, D.: Vývojová psychologie, 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2006, ISBN 978-80-247-1284-0

MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008, ISBN 978-80-247-2138-5

MATOUŠEK, O.: Slovník sociální práce. Praha: Portál, 2003

MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. (eds.) Sociální práce v praxi. Praha: Portál, 2005

VÁGNEROVÁ Marie M.: Psychický vývoj dítěte v náhradní rodinné péči, Praha, Středisko náhradní rodinné péče, o. s., 2012, ISBN 978-80-87455-14-2

Internetové zdroje:

IV. Národní zpráva o rodině - http://docplayer.cz/1458992-Iv-narodni-zprava-o-rodine-zkracena-verze.html

Občanský zákoník - http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89#cast2

PL Šternberk http://www.plstbk.cz/index.php/luzkova-oddeleni/54-primariat-vi

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR na http://www.uzis.cz/zpravy/upravena-verze-mkn-10 odkaz http://www.uzis.cz/system/files/mkn-tabelarni-cast_1-4-2014.pdf

Přílohy

Příloha č. 1:
Kazuistická (případová) část

BD – dívka hospitalizována poprvé ve 13 letech, hospitalizace **2**(2)[41]
přichází z úplné, fungující rodiny, před druhou hospitalizací otec nucen změnit zaměstnání s poklesem platu a maminka otěhotněla, má již jednoho sourozence
potíže – proměnlivé chování, odpoutaná od reálného světa, neklidná, těkavá, hledá samotu, sebepoškozování
jinde psychiatricky hospitalizována nebyla

PF – hoch poprvé hospitalizován ve 13 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z náhradní rodinné péče (poručnictví), má jednoho sourozence, on i jeho sourozenec byli svěřeni do poručnictví manželů r. 2002, manželé byli rozvedeni asi v roce 2006, děti byli nějakou dobu u poručníka, poté byly svěřeny do péče poručnice, která se znovu provdala. Poručník byl zbaven poručnictví, hoch se s ním občas vídá, jezdívá k němu někdy na víkendy. Současný manžel paní poručnice nebyl ustanoven poručníkem.
potíže - agrese, bije se (hlavně ve škole), přijat díky iniciativě školy, napadání spolužáka, nekázeň
hospitalizován jinde psychiatricky nebyl

JM – hoch hospitalizován poprvé ve 13 letech, hospitalizace 4(4)
přichází z neúplné rodiny, rodiče rozvedeni, žije s matkou, s otcem se nestýká, zájem neměl zpočátku otec, později ani hoch, matka žije s dětmi sama, hoch má jednu sestru
potíže - odmítání školní docházky
hospitalizován jinde psychiatricky nebyl … 1x Diagnostický ústav Kopeček

DA – hoch hospitalizován poprvé v 11 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z úplné rodiny, má dva sourozence

[41] Číslice před závorkou udává počet hospitalizací ve sledovaném období, číslice v závorce udává celkový počet hospitalizací vůbec

potíže – projevy násilí, agrese, bije děti, nezvladatelný, nerespektuje matku, doma vše ničí, krádeže - ve druhé třídě ukradl učitelce 2000,- Kč z peněženky, doma krade peníze, věci, které následně prodává
3x hospitalizován jinde – 2x Opařany, 1x Havlíčkův Brod

DM – hoch poprvé hospitalizován v 16 letech, hospitalizace **2**(6 … další 2 pobyty před sledovaným obdobím a 2 pobyty na oddělení 15A (dospělí))
přichází z doplněné rodiny, rodiče rozvedeni, hoch je v péči matky, která žije s přítelem, otec nejeví zájem o syna, má sestru
potíže – agresivita, podezíravost, impulzivita … před jednou z posledních hospitalizací na oddělení pro dospělé konflikty s otcem, tvrdohlavý, při sebemenším fyzickém kontaktu prchlivý, rozbil otci brýle. Šikanuje mladší sestru, kterou bezdůvodně třeba štípne. Také se sebepoškozuje, vytrhává si chlupy a poté se v tom místě tak dlouho škrábe, až vznikne strup a následně jizva. V domácích podmínkách neúnosný, mají podanou žádost do ÚSP Nové Zámky.
hospitalizován jinde psychiatricky nebyl

VP – hoch poprvé hospitalizován v PL v 15 letech, hospitalizace **2** na dětském oddělení ve sledovaném období (celkem hospitalizován 5x) 2x hospitalizován na odd. 15A
přichází z ústavní výchovy, po rozvodu rodičů byl v péči otce (matka od rodiny odešla), poté DD Veselíčko a následně DVÚ Vidnava (otec ani matka ho nenavštěvují), sourozenců asi 6, poprvé přijat z DD Veselíčko, podruhé z DVÚ Vidnava
potíže - agrese k majetku i lidem, divoké rapty, kopal vychovatelku do břicha, sebepoškození
psychiatricky hospitalizován jinde 6x (Opařany, 3x Kroměříž, Opařany, Bílá Voda)

WE – dívka poprvé hospitalizována ve 13 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z neúplné rodiny, otec zemřel, matka vychovává dívku sama, dívka má jednu sestru … při další hospitalizaci přijata již z DD Frýdek Místek
potíže – sebepoškozování, depresivní, zamlklá
psychiatricky hospitalizována 4x v PL Opava

AD – hoch poprvé hospitalizován v 9 letech, hospitalizace **2** (4)
přichází z doplněné rodiny, po rozchodu rodičů v péči matky, ta má přítele, který s nimi žije, s otcem se nestýká, má jednoho polorodého bratra
potíže – nerespektuje ve škole, hyperkinetik, agresivní, impulzivní
hospitalizován jinde psychiatricky nebyl

VR – hoch poprvé hospitalizován ve 14 letech, hospitalizací ve sledovaném období 6 (cekem v PL hospitalizován 14x, z toho 5x na jiném než dětském odd.)
přichází z úplné rodiny, má jednoho bratra, rodina v průběhu hospitalizací beze změn, v současné době omezena svéprávnost
potíže – sebepoškozování, výkyvy chování, agrese ... při posledních hospitalizacích na oddělení pro dospělé nutkavě zaměřen na vyprazdňování stolice
v době hospitalizací na dětském oddělení hospitalizován i 1x na PK FN Olomouc

KM – hoch poprvé hospitalizován v 10 letech, hospitalizace 3(3)
přichází z úplné rodiny, má jednoho bratra
potíže ve škole – agrese (praští spolužáka, popere se), nerespektuje a vyrušuje, krádeže
hospitalizován i v PL Kroměříž

RT – hoch poprvé hospitalizován ve věku 7 let, hospitalizace **2**(2)
přichází poprvé z ústavní výchovy DD Zábřeh, kam přišel z DGÚ Svatý Kopeček, předtím DD Olomouc, při další hospitalizaci přijímán z DD Olomouc, dva bratři v jiném DD, dvě sestry již dospělé a samostatné, kontakt s rodinou sporadický
potíže – nerespektování ve škole, provokace, hyperaktivní, enuréza (noční)
hospitalizován jinde nebyl

SV – hoch poprvé hospitalizován ve 14 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z doplněné rodiny, rodiče se rozešli krátce po narození syna, ten je v péči matky, která má přítele žijícího s nimi, s otcem se stýká málo, sourozence nemá
potíže - zhoršení chování ve škole, chytl se party, kouří marihuanu, odmítá školní docházku, nerespektuje autority
jinde hospitalizován nebyl

PM – hoch poprvé hospitalizován v 10 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z doplněné rodiny, rodiče rozvedeni, hoch v péči matky, matka znovu vdaná, s otcem se stýká, 2 polorodí sourozenci
potíže - ve škole nevnímá a nepracuje, lže (vážné lži – vymyslel si, že ho doma bijí), krádež deníčku
hospitalizován jinde nebyl

KV – hoch poprvé hospitalizován v 11 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z doplněné rodiny, otec zemřel, matka znovu vdaná, 2 sourozenci ze strany otce
potíže – ve škole nespolupracuje, emočně labilní, enkopréza, nepozornost, hyperaktivita
jinde hospitalizován nebyl

IM – hoch poprvé hospitalizován v 11 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z neúplné rodiny, rodiče rozvedeni, poté asi 7 let střídavá péče, následně svěřen do péče matky, s otcem se stýká pravidelně, matka žije pouze s hochem, který má bratra ze strany otce, 2 sourozenci ze strany matky již samostatní
potíže – odmítá školní povinnosti, nerespektuje autority, šikanuje mladší, drzý, vulgární
hospitalizován jinde psychiatricky nebyl, 1x SVP Koblov

KD – hoch poprvé hospitalizován v 9 letech, hospitalizace 3(4)
přichází při první hospitalizaci z úplné nesezdané rodiny, ve sledovaném období již rodiče spolu nežijí, hoch v péči matky, s otcem se stýká, matka žije sama, pouze s hochem a jeho bratrem
potíže – odmlouvá, drzý, zavolal na matku policii, že ho týrá, agresivní, sourozenecká rivalita
psychiatricky hospitalizován jinde nebyl

CD – hoch poprvé hospitalizován v 5 letech, hospitalizace 3(4)
přichází z ústavní výchovy, kde byl od jednoho roku věku – nejprve v DD Olomouc poté DD Litovel (po narození KÚ ze zdravotních důvodů), rodiče ho v DD kontaktují vzácně, mají v péči 2 nebo 3 sourozence

potíže – nesoustředěný, škrábe, kouše, problémové chování, bije děti, nadává, lhaní, agrese, nestabilní, neklidný
hospitalizován psychiatricky v PL Opařany

RR – hoch poprvé hospitalizován v 8 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z doplněné rodiny, žije s matkou, biologický otec ani neví, že má dítě, matka vdaná, má polorodou sestru
potíže – problémy ve škole, nechce se učit, pere se, šikanuje, agrese, lže, že ho doma bijí, nerespektuje
hospitalizován 1x v PL Opava

SP – hoch poprvé hospitalizován v 11 letech, hospitalizace **2**(3)
přichází z neúplné rodiny, rodiče rozvedeni, žije s matkou a babičkou, s otcem se nestýká, ten je znovu ženatý, 2 polorodé sestry – žijí už odděleně
potíže – ničí věci, majetek, nerespektuje, obtěžoval dívku, sexuálně odbrzděný
hospitalizován psychiatricky jinde nebyl

SM – dívka poprvé hospitalizována v 9 letech, hospitalizace 3(3)
přichází z doplněné rodiny, rodiče rozvedeni, otec má zákaz styku s dívkou, matka má přítele, se kterým žijí, sourozence nemá
potíže – přestává komunikovat, vzteká se, odmlouvá, zhoršení školního prospěchu, nekomunikuje s učiteli, strach ze školy a z konkrétní učitelky
hospitalizována jinde nebyla

JV – děvče poprvé hospitalizováno v 17 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z úplné rodiny, má dva sourozence
potíže – záškoláctví, nerespektování autorit, popudlivá, výbušná, krade, utíká z domova, toulá se, občas opilá, manipulativní jednání
hospitalizována jinde nebyla

LA – hoch poprvé hospitalizován v 11 letech, hospitalizace 3(3)
přichází z úplné rodiny, má jednoho sourozence
potíže – nerespektuje, lže, nespolupracuje, ve škole vyrušuje, drzý, nepracuje, odmlouvá

hospitalizován jinde nebyl

LL – hoch poprvé hospitalizován ve 12 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z adoptivní rodiny (adoptován ve 4 měsících), má jednu biologickou sestru (rodiče nemají bližší informace), v rodině jsou dvě biologické děti adoptivních rodičů
potíže – lhaní, podvádění, krádeže (2 x 200,-, cigarety), šikanuje, ale nechá se i šikanovat od jiného dítěte, nepozorný, hyperaktivní
jinde hospitalizován nebyl

SM – hoch poprvé hospitalizován v 15 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z dětského domova, matka ho tam nenavštěvovala, brala si ho na prázdniny, otec ve VT, jedna sestra ve stejném DD, celkem 4 sourozenci
potíže – sebevražedné sklony, výbušný až agresivní, nerespektuje autority, po útěku hledán 3 dny
hospitalizován jinde nebyl

WJ – hoch poprvé hospitalizován v 10 letech, hospitalizace 3(3)
přichází z doplněné rodiny, v péči matky, s otcem se nestýká, žijí s přítelem matky, má 3 sourozence
potíže – vzteklý, výbušný, nerespektuje, chová se hrubě až vulgárně
hospitalizován jinde nebyl

KJ – hoch poprvé hospitalizován v 10 letech, hospitalizace **2**(5)
přichází z neúplné rodiny, matka podruhé rozvedená, svěřen do péče matky, s otcem se nestýká, má jednu sestru
potíže – napadl matku, agresivní, ničí věci, mívá i stavy úzkosti a stresu, vyhrožuje sebevraždou, nerespektuje, drzý, drobné krádeže
hospitalizován jinde nebyl

KN – dívka přijata poprvé v 10 letech, hospitalizace 3(3)
přichází z dětského domova, předtím neúplná rodina, byla v péči matky, s otcem se nestýkala, matka žije s přítelem, který je krátce ve VT, 3 polorodí sourozenci

potíže – vulgární, kopla matku, nevrátila se domů ze školy, matce řekla, že do ní zapíchne nůž, lezla do oken, chtěla skočit pod vlak, vyhrožuje sebepoškozením, napadá děti
hospitalizována byla opakovaně v PL Opařany

NJ – hoch poprvé hospitalizován v 8 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z neúplné rodiny, žije s matkou (ta má přítele), s otcem se nestýká, má 4 sourozence ze strany matky
potíže – neklidný, neustálé pohyby rukou a nohou, problémy ve škole – pere se se spolužáky, pobíhá v hodině, ruší; drsný, vulgární, agresivní, krádeže
hospitalizován jinde nebyl

LI – dívka poprvé hospitalizována v 16 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z neúplné rodiny, rodiče rozvedeni, oficiálně v péči matky, ale žije s otcem, který žádá o svěření do své péče, s matkou se stýká
potíže – experimentování s návykovými látkami (užívá pervitin, marihuanu asi 2 roky), necítí se závislá, udává, že to umí korigovat, výkyvy v náladách, depresivní, mívá stihy
hospitalizována jinde nebyla

SM – hoch poprvé hospitalizován ve 14 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z neúplné rodiny, je v péči matky (žije sama se synem), s otcem se nestýká, sourozence má už dospělé a samostatné
potíže – školní selhávání, nespolupracuje, nerespektuje, nekomunikuje s učiteli, agresivní vůči matce
hospitalizován jinde nebyl

ME – dívka přijata poprvé v 11 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z neúplné rodiny, je v péči matky, s otcem se stýká, matka má přítele
potíže – identifikace se sociální rolí, říká si chlapeckým jménem, od třetí třídy se jí líbí holky, chce nosit jen chlapecké oblečení, stopy po sebepoškození, agresivní proti druhým i sobě, nerespektuje autority, šikanuje, agresivní
hospitalizována jinde nebyla

JV – dívka poprvé hospitalizována v 17 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z úplné rodiny, má 2 sourozence
potíže – záškoláctví, nerespektování rodičů, lhaní, vznětlivá, doma krade, toulá se
hospitalizována jinde nebyla

PA – hoch poprvé hospitalizován v 10 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z doplněné rodiny (matka znovu vdaná), v péči matky, s otcem se nestýká, má jednoho sourozence
potíže – vzteká se, nespolupracuje, nerespektuje pravidla, drzý, odmlouvá, občas i agrese
hospitalizován jinde nebyl

CM – hoch poprvé hospitalizován v 8 letech, hospitalizace **2**(2)
rodiče rozvedeni, přesto bydlí spolu, nemají nové partnery, hoch oficiálně v péči matky, 4 sourozenci
potíže doma i ve škole – agresivní, roztěkaný, úzkostlivý, náladový, výbušný, nepozorný, hyperaktivní
hospitalizován jinde nebyl

NJ – hoch poprvé hospitalizován ve 12 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z úplné rodiny, má 1 sestru
potíže – opakované suicidální tendence, 1x pokus o suicidium, sebepoškozování, depresivní ladění
hospitalizován jinde nebyl

SP – hoch poprvé hospitalizován v 11 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z doplněné rodiny (rodiče spolu ani nežili), v péči matky, přítel matky žije s nimi, otec se s dítětem nestýká, sourozence nemá
potíže ve škole – vzteká se, nespolupracuje, zuří, bouchá pěstí, výbušný, nadměrně se prosazuje, emočně labilní
hospitalizován jinde nebyl

DM – hoch poprvé hospitalizován v 9 letech, hospitalizace **2**(2)

přichází z neúplné rodiny, rodiče rozvedeni, v péči matky, ta přítele nemá, otec se s ním nestýká, má jednu sestru
potíže – vzteky, stavy úzkosti, opakovaně nedošel do školy, zvýšeně ovlivnitelný, toulá se, nerespektuje, pod vlivem starší dívky
hospitalizován jinde nebyl

BA – děvče poprvé hospitalizované v 9 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z úplné rodiny, 2 sourozenci (jeden z nich polorodý), rodiče se stěhovali ze Slovenska do ČR a měli potíže s bydlením, v tu dobu byly děti dočasně v DD
na Slovensku (2 roky), v době prvního přijetí k hospitalizaci, byly děti již 2 roky zpět u rodičů
potíže – drzá, agresivní vůči rodičům, nadává, pak se zamkne a brečí, tikové projevy, problémy s řečí, záškuby končetinami, výbuchy vzteku, hrubé nadávání (Touretův syndrom), enkopréza
hospitalizována již byla někde na Slovensku

NM – hoch poprvé přijat v 9 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z neúplné rodiny, rodiče rozvedeni, v péči otce (žije pouze se synem), s matkou se nevídá, 3 sourozenci
potíže – ve škole nepozorný, bil spolužáka, živý, hyperaktivní, nestabilní, impulsivní
hospitalizován jinde nebyl

KJ – dívka poprvé hospitalizována v 16 letech, hospitalizace 3(3)
přichází z neúplné rodiny, rodiče spolu nežili, dívka v péči matky, která s ní žila vždy sama, s otcem se nestýká, 2 polorodí sourozenci
potíže – sebepoškozování pořezáním a medikamenty, pálením cigaretou
po traumatizujícím heterosexuálním zážitku, má hlasy, změna chování a stravování, hubne, vaří si sama, nechce se připravovat do školy
hospitalizována 3x v PK FN Olomouc

CV – hoch poprvé hospitalizován v 8 letech, hospitalizace 5(6)
přichází z neúplné rodiny, v péči matky (přítele nemá), s otcem se stýká, má 4 sourozence

potíže – enuréza, enkopréza, když mu někdo něco řekne, chce se hned bít, matku nerespektuje, zhoršení ve škole, občas se popere, nechce se učit
hospitalizován jinde nebyl

DD – hoch hospitalizován poprvé v 10 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z neúplné rodiny, v péči matky, s otcem se nestýká, matka žije pouze s dětmi, má 2 sestry (jedna polorodá)
potíže – vzteká se, bouchá kolem sebe i hlavou do zdi (až rapty), agresivní, nerespektuje autority, nadává, drzý, provokuje, ukradl 2,5 tis.
hospitalizován jinde nebyl

BV – hoch poprvé hospitalizován ve 12 letech, hospitalizace **2**(2)
rodiče sezdáni, ale žijí na dálku, otec odjíždí za prací, vrací se na víkendy, celkem 6 polorodých sourozenců
potíže – nerespekt až agrese vůči matce v otázkách dodržování hygieny, pomoci v rodině, školní přípravy, nerespektuje autority ani ve škole, vyhýbá se školní docházce, škrtil sestru
hospitalizován jinde nebyl

SR – hoch poprvé hospitalizován v 9 letech, hospitalizace 3(3)
přichází z úplné rodiny, má 1 sourozence
potíže – vulgární, ve škole se válí po zemi, křičí na děti i učitelku, nerespektuje autority, vulgární na učitele, bývá agresivní slovně i fyzicky, vyhrožuje sebepoškozováním
hospitalizován jinde nebyl

HJ – hoch poprvé hospitalizován v 9 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z doplněné rodiny, v péči matky, s otcem se vídá málo, má 2 polorodé sourozence
potíže – nerespektuje autority, při požadavku je agresivní nebo s projevy sebepoškozování (škrtí se), výbušný, drzý, odmlouvá, vulgární, nesoustředěný, doma menší krádeže
hospitalizován jinde nebyl

RN – dívka přijata poprvé v 8 letech, hospitalizace **2**(3)
přichází z neúplné rodiny, otce matka ani neuvádí, matka má přítele, který s nimi ale nežije, sourozence děvče nemá
potíže – vzteká se, nechce chodit do školy, sprostá na matku, nerespektuje ji, manipulační tendence i fyzicky agresivní vůči dospělým
hospitalizována jinde nebyla

CA – hoch poprvé hospitalizován v 8 letech, hospitalizace **2**(3)
přichází z náhradní rodinné péče, rodiče nebyli oddáni, matka se provdala za dalšího partnera, se kterým žila asi 7 let a kterému byl následně po rozvodu hoch svěřen do pěstounské péče, o styk s biologickým otcem nemá hoch zájem (ani biologický otec), matka žila následně nějakou dobu s dalším partnerem
potíže – nerespektování ve škole, fyzicky napadl učitelku i spolužačku, útoky i na sourozence, pomočování, výkyvy nálad, agresivní ke spolužákům, vzdorovitý, nesoustředěný, ve škole nespolupracuje
jinde hospitalizován nebyl

TK – dívka poprvé hospitalizována v 15 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z neúplné rodiny, rodiče sice oddáni, ale žijí odděleně, dívka žije s matkou, která přítele nemá, má 1 bratra
potíže – vyhýbání se školní docházce (zvýšená nemocnost) má až 80% absence, při pokusu dostat ji do školy následuje i boj, kopání, bývá hrubá
hospitalizována jinde nebyla

LJ – hoch poprvé hospitalizován ve 13 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z neúplné rodiny, rodiče rozvedeni, otce matka ani neuvádí, aktuálně žije matka jen s dětmi, hoch se s otcem nestýká, má 2 sourozence (polorodé)
potíže – hyperaktivita, nezapojuje se do kolektivu, odbrždění sexualizované chování na veřejnosti
hospitalizován jinde nebyl

NF – hoch poprvé hospitalizován v 8 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z DD, matka zbavena rodičovské zodpovědnosti, otec jej kontaktuje sporadicky, má 3 sourozence

potíže – vyvolává spory, nezvladatelný, vulgární, agresivní vůči dospělým i věcem, výbušný verbálně i fyzicky
hospitalizován jinde nebyl

PH – dívka poprvé hospitalizována v 9 letech, hospitalizace 3(3)
přichází z neúplné rodiny, v péči matky, s otcem v kontaktu je, má 2 sourozence
potíže – ve škole nerespektuje učitelku, nespolupracuje, vzteká se, dovezena pro fyzickou agresivitu, nekomunikovala, kousala, škrábala, enuréza
hospitalizována jinde nebyla

WJ – hoch poprvé hospitalizován v 10 letech, hospitalizace 3(3)
přichází z neúplné rodiny, rodiče nebyli oddáni, žije s matkou, s otcem se nestýká, matka se provdala za dalšího partnera, nyní rozvedená, 3 sourozenci (1 polorodý)
potíže – vzteklý, výbušný, útěky z domova (jen na dědinu), hrubý, vulgární, nerespektuje, bije se se sourozenci, agresivní vůči lidem i věcem, krádeže, lhaní
hospitalizován jinde nebyl

JP – při první hospitalizaci 9 let, hospitalizace **2** (2)
přichází z biologické rodiny úplné, má 3 sourozence
potíže ve škole, bije se se spolužáky, nadává učitelům, nechce se učit, zapomíná úkoly a pomůcky, doma nerespektuje rodiče, nestíhá ve škole, lže doma i ve škole
jinde hospitalizován nebyl

VM – při první hospitalizaci 9 let, hospitalizace **2**(4)
přichází z doplněné rodiny, rodiče rozvedeni, hoch v péči matky i se sestrou, matka má přítele, žijí společně, s otcem se hoch stýká minimálně, otec má nový vztah (s dítětem), 1 sestra
potíže – enuréza a enkopréza pouze denní při zaujetí hrou, rozmazává výkaly po místnosti, po oblečení, někdy jde normálně na WC, vezme stolici s sebou do místnosti a rozmaže ji všude kolem, nebo schovává stolici za nábytek, a do skrýší. Toto provádí pouze doma, jinde vůbec, ve škole pouze dvakrát, doma vzal peníze a koupil si hračky, sestře dělá naschvály, neklidný
hospitalizován v PL Bohunice

KJ – hoch poprvé hospitalizován v 10 letech, hospitalizace **2** (4)
přichází z doplněné rodiny, rodiče spolu nežijí, matka vdaná (při poslední hospitalizaci již rozvedená po asi 12letém vztahu), hoch v péči matky, s otcem se stýká, 1 sestra
potíže – vzteklý pokud není něco podle něj, napadl i matku, ve škole odmítá pracovat, výrazné zhoršení prospěchu, odmítá respektovat matku, bere si doma věci, které nejsou jeho, opaluje věci, do podlahy vyvrtal díru
hospitalizován jinde nebyl

KA – hoch poprvé hospitalizován v 6 letech, hospitalizace **2**(3)
přichází z náhradní rodinné péče, jeho matka byla adoptována, opustila jej ve třech letech, o hocha pečuje dědeček se svojí manželkou (matčin adoptivní otec), má jej v pěstounské péči, otec hocha není v kontaktu vůbec, matka sporadicky, sourozenci nejsou známi
potíže - neuznává autority (především ženské), popichuje spolužáky, na táboře skopal vedoucí, lekavý, hodně se bojí, ničí věci doma i ve škole, neklidný, podrážděný ... při další hospitalizaci vyhrožoval ve škole zabitím nožem, při výbuchu vzteku hází věcmi, střídání nálad (euforie/vztek) … při poslední hospitalizaci koktání a pomočování, výše uvedené chování setrvává
jinde hospitalizován nebyl, plánována ústavní péče

HI – děvče poprvé hospitalizováno v 12 letech, hospitalizace **2**(2)
v poručnické péči (rodiče zbaveni rodičovské odpovědnosti), 6 sourozenců, všichni odebráni, v poručnictví z nich mají pouze tuto dívku, poručníci mají i vlastní děti, matka děvčete syndrom závislosti na alkoholu, agresivní sklony, krádeže, lhaní, podvody
potíže – sebepoškozování pořezáním, krádeže drobných peněz, lži až k syndromu Barona Prášila, bývá vznětlivá a vzteklá, ve 13 letech ohlásila znásilnění, pro nevěrohodnost její výpovědi odloženo, poté řešeno hlášení na policii, že snad udržovala sexuální kontakty se sousedem (v témže roce)
hospitalizována jinde nebyla

KK – děvče poprvé hospitalizováno ve 12 letech, hospitalizace **2**(2)

přichází z neúplné rodiny, rodiče nejsou oddáni, nežijí společně (násilí ze strany otce), děvče je v péči matky, v kontaktu s otcem je, matka vdaná, 1 sestra, 2 polorodí bratři (jeden ze strany matky jeden ze strany otce)
potíže – útěk z domova, vzala do školy láhev alkoholu, otec opilého spolužáka podal trestní oznámení, kouřila ve škole, tvrdila, že ji matka mlátí, krade peníze, lže, ve škole se píchá kružítkem, nahlásila na policii, že ji matka nepřiměřeně trestá, reagovala tak na oznámení matky, že otec si ji do své péče nevezme
hospitalizována jinde nebyla

HZ – hoch poprvé hospitalizovaný v 11 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z neúplné rodiny, rodiče spolu nežijí (žili spolu 10 let jako druh a družka) rozluka kvůli nevěře otce a jeho fyzickému násilí, hoch v péči matky, s otcem se stýká, má polorodou sestru ze strany otce
potíže – chtěl ve škole dle ředitele vyskočit z okna, byl agresivní i vůči autoritám, nepodařilo se jej zklidnit a vyhrožoval sebevraždou, před 7-8 lety týrán otcem, chlapec má asi měsíc pocity, že vidí otce třeba na paneláku, taky ho slyší, dnes se otec převtělil do spolužáka, při příjmu se bojí, že mu zavraždíme maminku, nebo babičku ... při další hospitalizaci problémy ve škole – výbuchy, drzý, opět chtěl skočit z okna, bývá agresivní, vyhrožuje autoagresivitou
jinde hospitalizován nebyl

KK – děvče poprvé přijato v 15 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z neúplné rodiny, rodiče rozvedeni, dívka v péči matky, otec nejevil zájem o kontakt s dcerou, poté jí napsal ošklivý dopis, urážel ji, matka znovu vdaná, 3 bratři z toho dva polorodí
potíže - prosazuje si své, konflikty, lhaní, posílá fotky ve spodním prádle a vulgární nadávky přes facebook, PC si zaheslovala, lhala ohledně známek, několikrát změnila školu, i lékaře, nerespektuje autority, vzdorovitá, má konflikty ve škole s vrstevníky, sebepoškození pořezáním, nejedla, v noci se budila, zhoršení školního prospěchu
jinde hospitalizována nebyla

BS – děvče poprvé hospitalizováno ve 14 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z doplněné rodiny, rodiče spolu nežijí, dcera v péči matky, která vdaná, dívka se s otcem nestýká, otec i přes zneužití dívky v 5 letech nemá soudně omezený

styk s ní, sourozence nemá ... při další hospitalizaci již matka žije s dívkou sama, rozvedená
potíže s chováním, sebepoškozování, nerespektuje autority, promiskuita (pohlavní styk s nezletilým, kdy sama byla nezletilá), alkohol, cigarety, drogy (marihuana) …
k druhé hospitalizaci přivezena sanitou v nočních hodinách po konfliktu s matkou, kdy matku napadala, vyhrožovala, že se zabije, že matku nenávidí, sebepoškozování, záškoláctví
jinde hospitalizována nebyla

FO – hoch poprvé hospitalizován v 9 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z pěstounské péče biologické babičky, které svěřen z důvodu nemoci otce (otec s nimi žije ve společné domácnosti, ale není schopen pečovat), s matkou se hoch nevídá (vzdala se ho v roce i s jeho sestrou, která snad adoptována)
potíže – střední mentální retardace – problémy s chováním, agresivita, zpomalené tempo psychomotorické, neobratnost, při rozladu zuří nebo pláče, emočně labilní
hospitalizován jinde nebyl

RJ – hoch poprvé hospitalizován v 9 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází s matkou z Azylového domu, kde jsou z důvodu bytových podmínek, s otcem sice oddáni nejsou, ale vztah funkční, otec žije v jejich původním společném bydlení, hoch už byl 2,5roku v klokánku, také z důvodu bytových podmínek
potíže – v azylovém domě dělá scény, bije se s dětmi, nebylo možno jej zklidnit, volána i RZP, hyperaktivní
hospitalizován jinde nebyl

GT – hoch poprvé hospitalizován ve 14 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z neúplné rodiny, rodiče spolu nežijí, oddáni nebyli, pouze se dohodli, na péči matky s otcem se hoch nevídá
potíže – nerespektuje autority, na matku vulgární až agresivní, neplní si povinnosti, chodí za školu, odmítání léků, 2x krádež v obchodě
jinde hospitalizován nebyl

ZF – hoch poprvé hospitalizován v 7 letech, hospitalizace **2**(2)

přichází z neúplné rodiny, hoch žije s matkou (oddáni nebyli), otec nemá zájem, matka má přítele, který s nimi nežije, má 2 sourozence
potíže – hyperaktivní, nevnímá, snadno se rozzuří, ničí věci policie řešila sexuální obtěžování kluků z internátní školy
jinde hospitalizován nebyl

CP – hoch poprvé hospitalizován v 6 letech, hospitalizace **2** (2)
přichází z DD, matka chodí na krátké návštěvy, otec občas telefonuje, v dětských domovech od 2let věku
potíže – hyperaktivní, vzteká se, bije se, sprostý, porucha pozornosti, impulzivní, deprivační symptomy, agresivita jak verbální, tak fyzická ... před další hospitalizací vzrůstá agrese, bezdůvodně napadá děti, ničí věci
hospitalizován jednou v PL KM

KK – hoch poprvé hospitalizován v 11 letech, hospitalizace 3(3)
přichází z DD, oba rodiče zbaveni rodičovské zodpovědnosti, oba bez kontaktu, dítě odebráno ve 3 letech
potíže - ve škole i v domově agresivní, ubližuje dětem, slovně i fyzicky, kope, bije, kouše, troufne si i na dospělého … před další hospitalizací při záchvatu vzteku vyhrožuje zabitím, "vezmu sekeru, useknu ti hlavu", nevhodné sexualizované chování vůči spolužačkám
hospitalizován jinde nebyl

KK- děvče poprvé hospitalizováno v 15 letech, hospitalizace 3(3)
přijata z DD, byla v kojeneckém ústavu, poté v DD, od 5 let v poručenství, ve 14 letech začaly potíže, kdy nerespektovala autority, kradla, pozdní příchody, proto opět umístěna do DD
potíže – nerespektuje autority, odmítá chodit do školy, krade (ukradla platební kartu), lže, útěky, hledaná i PČR
hospitalizována i v PL Opařany opakovaně

NV – hoch poprvé hospitalizován ve 13 letech, hospitalizace 4(4)
přichází z úplné biologické rodiny

potíže – odmítá školní docházku (vystřídal i několik škol), vymlouvá se na únavu (matka ho omlouvá), do školy se nepřipravuje, doma nepomáhá, při požadavcích rodičů je vzdorovitý, sprostý, hází po nich předměty
hospitalizován jinde nebyl

SA – dívka přijata poprvé ve 14 letech, hospitalizace 3 (3)
přichází z DD, s matkou je v kontaktu, s otcem ne
potíže - přivezena cestou RZS pro poruchy chování, verbální i fyzickou agresivitu vůči personálu, byla vulgární vůči ostatním spolužákům, vychovatelům, rozbila dveře, vyhrožovala skokem z okna .. před jednou z dalších hospitalizací bodla ostrým předmětem spolužáka pod oko, vyhrožovala propleskнutím, zbitím
jinde hospitalizována nebyla

BJ – hoch poprvé hospitalizován v 11 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z úplné biologické rodiny, 2 sourozenci
potíže – nepozorný, zbrklý, zhoršil se v učení, spontánně produkuje souvislý proud řeči přeskakuje z tématu na téma, emočně nestabilní, agresivní výpady, dospělé respektuje ... před další hospitalizací zhoršení nerespektuje autority, pravidla, narušuje výuku, na učitelku je vulgární, provokuje spolužáky, doma nepodřídivý
hospitalizován jinde nebyl

RN- dívka poprvé hospitalizována ve 12 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z doplněné rodiny, je v péči matky, která se znovu vdala (současný manžel si vzal její příjmení, aby měla matka s dcerou stejné příjmení), s otcem se nestýká
potíže – doma ničila věci, v minulosti měla nevhodný sexualizovaný zážitek, kdy ji obtěžoval starší spolužák, nerespektuje rodiče … u další hospitalizace vyvstává, že zneužívala 2,5 roku svou 8letou sestru (sahala jí a olizovala genitál)
jinde hospitalizována nebyla

MM – hoch poprvé hospitalizován ve 12 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z poručnické péče manželů (v péči mají další 3 děti), předtím forma pěstounské péče, ale matce pozastavena rodičovská zodpovědnost (s hochem se ani nestýká), otec ani není znám, má jednu sestru v pěstounské péči u bratra matky

potíže – hádá se, nerespektuje, mívá explozivní záchvaty, začne kolem sebe mlátit, „sestře“ vyhrožuje zabitím, nepozorný, hyperaktivní
hospitalizován jinde nebyl

MZ – děvče poprvé hospitalizováno v 15 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z DD, předtím výchovný ústav, kontakt s otcem má, matka se drží stranou, ani netelefonuje, není známo, kolik má sourozenců
potíže – verbálně i fyzicky agresivní, napadla a škrtila vychovatelku ... při přijetí k další hospitalizaci i sebepoškozování pořezáním
hospitalizována jinde nebyla

CF – hoch poprvé hospitalizován ve 13 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z neúplné rodiny, v péči matky (rodiče rozvedeni), matka žije s dětmi sama, přítele nemá, s otcem se stýká, má 4 sourozence, z toho dva již samostatné
potíže – agresivní, opakované krádeže, ve škole nechce pracovat, někdy ničí věci, nerespektuje autority (středně těžká mentální retardace)
hospitalizován jinde nebyl

SD – hoch poprvé hospitalizován ve 13 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z neúplné rodiny, žije s matkou, s otcem ve styku není, matka žije pouze s dětmi (má sestru), nevlastní otec se mu 2 roky před první hospitalizací oběsil (hoch ho měl rád)
potíže – především od smrti nevlastního otce, agresivní, s matkou se dohaduje, ve škole praštil hocha kovovou židlí a rozbil mu hlavu, k další hospitalizaci přichází s tím, že se obnažoval a tropil výtržnictví na veřejnosti
hospitalizován jinde nebyl

VA – hoch poprvé přijat v 15 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z doplněné rodiny, žije s matkou, která má přítele, s otcem se stýká
potíže – nerespekt k autoritám, vyhrožuje sebevraždou, sebepoškozuje se ostrým předmětem, emočně nestabilní, po konfliktu mívá ataky vzteku, hrubý, vulgární, sexuálně odbrzděný (obnažoval se před 6 letou dívkou), trpí svalovou distrofií, LMR
jinde hospitalizován nebyl

ND – hoch poprvé hospitalizován v 10 letech, hospitalizace 3(3)
přichází z opětovně doplněné rodiny, biologického otce nemá ani v RL, zná ho, vídají se zřídka, s nevlastním otcem, kterého má v rodném listu se také nestýká, matka má dalšího přítele a žijí spolu 4 roky ... při poslední hospitalizaci přichází z DD
potíže – nerespektuje autority, vyvolává konflikty, agresivní, bije se se sestrou, matku kopl, plive po dětech, osahává spolužačky, je vulgární, povalil spolužačku na zem a kopal do ní ... při další hospitalizaci přibývá sebepoškozování ... před třetí hospitalizací je hyperaktivní, ale agrese dle DD ne
hospitalizován jinde nebyl

BT – dívka poprvé hospitalizována ve 13 letech, hospitalizace **2**(3)
přichází z krátkodobě doplněné rodiny (matčin přítel s nimi žije 2 měsíce), v péči matky, s otcem se nestýká (ve VT), jedna sestra
potíže – výrazné zhoršení školního prospěchu, výbušná, odmítá poslechnout, uzavřená … před další hospitalizací šikanována, přítel matky nadměrně užívá alkohol, poté jí i matce nadává a vyhrožuje, matku bije, dívka vyhrožovala sebevraždou, depresivní, nerespektuje pravidla
hospitalizovaná jinde nebyla

ChT – hoch poprvé hospitalizován v 9 letech, hospitalizace 3(3)
přichází z DD, pochází z dysfunkční rodiny, 8 sourozenců, 3 sourozenci v témže domově, kontakt s matkou pravidelný, otec v kontaktu není
potíže – enuréza, enkopréza, poškozuje věci (škrtá po autech) jako ventilování agrese, nerespektuje žádná pravidla ... před přijetím k druhé hospitalizaci zvýšeně agresivní (denně agresivní vůči ostatním dětem, vyhrožoval jim zabitím, šel do kuchyně pro nůž, zastaven až vychovatelem), odmítá školní přípravu
hospitalizován jinde nebyl

JK – dívka poprvé přijata v 16 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z úplné rodiny, jeden sourozenec
potíže – odmítání školní docházky, lhaní, krádeže, útěky z domova, nerespektuje autority, uznává děti ulice, přidala se k partě ulice, vodí si ji domů, jednorázové sebepoškození (pořezáním) ... před další hospitalizací ze stejných důvodů (poté útěk

z domova i hledána policií ČR) rodina téměř v rozvratu, z důvodu chování dívky chce otec odejít od rodiny, neshodnou se s matkou v řešení situace (matka dává stále nové šance)
hospitalizována jinde nebyla

NJ – hoch poprvé hospitalizován ve 14 letech, hospitalizace **2** (2)
přichází z neúplné rodiny, v péči matky (rodiče nebyli ani oddáni) s otcem se nestýká
potíže – agresivní, nepředvídatelné chování, hyperaktivní, poruchy spánku, enuréza i enkopréza
hospitalizován jinde nebyl

LK – dívka poprvé přijata ve 12 letech, hospitalizace **2**(3)
přichází z doplněné rodiny po úmrtí matky
potíže – zhoršení školního prospěchu, nespolupracuje tam ani doma, ve vyučování vyrušuje, neplní si povinnosti, provokuje mentálně postiženou sestru
hospitalizovaná jinde nebyla

PP – hoch poprvé hospitalizován v 16 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z neúplné rodiny, rodiče sice nadále oddáni, ale žijí odděleně, v péči matky, s otcem se vídá pravidelně, 3 sourozenci, všichni žijí s matkou
potíže – odmítá školní docházku, zhoršený prospěch, doma neplní povinnosti, lhostejný, flegmatický ke kritice matky i sourozenců
hospitalizován jinde nebyl

MA – dívka poprvé hospitalizována ve 13 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z doplněné rodiny, v péči otce, matka je dlouhodobě v PL Opava, je zbavena způsobilosti k právním úkonům a také je zbavena rodičovských práv, otec žije s přítelkyní (s matkou oddáni nebyli), byla svědkem smrti dědečka na IM, matku v PL občas navštěvuje
potíže – sebepoškozuje se škrábáním, úzkostná, vyhrožuje sebevraždou, nemá se ráda, neučí se a kašle na školu, výrazně se zhoršila v prospěchu
hospitalizována jinde nebyla

SP – hoch poprvé hospitalizován v 11 letech, hospitalizace **2**(2)

přichází z doplněné rodiny (rodiče rozvedeni), žije s matkou a jejím přítelem, s otcem se stýká sporadicky, spíše s babičkou z otcovy strany, má 2 již samostatné sourozence
potíže – vulgární na spolužáky, ničí věci, vznětlivý, odmítá plnit svoje povinnosti, ve škole vyrušuje, zhoršení prospěchu, lhaní, krádež … před druhou hospitalizací celkové zhoršení především agrese a nerespektování autorit
hospitalizován jinde nebyl

PD – hoch poprvé hospitalizován v 15 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z úplné biologické rodiny se dvěma sourozenci
potíže – nechce chodit do školy, užívání návykových látek (alkohol, kouření marihuany), výbušný, zhoršení školního prospěchu ... před druhou hospitalizací prodělal detox ve FN Olomouc, poté PN Opava, odkud předán do naší PL - již přijat na oddělení pro dospělé (v tu dobu 17 let) – navíc užíval pervitin, má hlasy, přiznává i hlas Satana, který měl už dřív (kolem doby první hospitalizací)
hospitalizován psychiatricky v PN Opava viz výše

SK – dívka poprvé hospitalizována v 8 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z doplněné rodiny, v péči matky, vztah s otcem dívky skončil kvůli jeho užívání alkoholu, současný vztah v rozpadu z důvodu rozdílného náhledu na výchovu dívky a občasného násilí vůči matce dívky, má nevlastního bratra (syn otčíma)
potíže – ve škole agresivní, ubližuje dětem, trhá si sešity, neudrží pozornost, doma poslechne jen, když se jí chce, doma byla svědkem napadání matky současným manželem
… před druhou hospitalizací navíc agrese vůči matce, nerespektuje ji, pomočuje se
hospitalizována jinde nebyla

BD – hoch poprvé hospitalizován v 6 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z neúplné rodiny, v péči matky, s otcem se nestýká, má 2 bratry
potíže – lhal, že ho matka popálila cigaretou, agresivní, bije sourozence i děti ve škole, když se někdo blížil k matce a to byl menší, měl asi 3roky, bral do ruky nůž ... před další hospitalizací (zhruba po roce) pořezal nožem bratra, vzteklý, agresivní, ve škole si rozbil brýle, aby nemusel číst

jinde hospitalizován nebyl

PJ – hoch poprvé hospitalizován v 8 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z úplné biologické rodiny, má 6 sourozenců, rodiče pečují ještě o vnuka (dítě dcery)
potíže – ve škole byl šikanován, odmítá se připravovat do školy, vzdorovitý, ve škole odmítá pracovat ... před další hospitalizací navíc krádeže, pere se se sourozenci
hospitalizován jinde nebyl

PM – hoch poprvé hospitalizován v 10 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z neúplné rodiny, v péči otce, rodiče rozvedeni, v kontaktu s matkou nejsou, má 2 sourozence, oba také v péči otce, otec žije s dětmi sám, matka jej a jeho bratra týrala
potíže – přijat pro plánovaný sebevražedný pokus, nechal na stole dopis o tom, že se oběsí, všichni mu ubližují, někdy slyší hlasy, často se za sebou ohlíží
hospitalizován jinde nebyl

ST – dívka poprvé hospitalizována v 11 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z DD (kde je asi rok, předtím jiný DD 3-4 roky), s matkou je v kontaktu, matka si ji brává na ubytovnu, kde bydlí, i s její sestrou, která je v témže DD, má ještě jednu sestru a bratra v péči matky, s otcem se vídá velice zřídka
potíže - bouchá hlavou do skříně, vzteká se, projevuje se agresivně, bere vidličky a nože a napadá okolí, jednou vzala i ostrý nůž na sestru, agrese i vůči spolužákům, napadla i výchovnou poradkyni, křičí, přechází do histerických projevů, napadání verbální nebo fyzické, mívá nepříčetné záchvaty, kopala do učitelky, verbálně sprostě napadá, autority nerespektuje
hospitalizována jinde nebyla

PK – dívka hospitalizována poprvé v 15 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z neúplné rodiny, v péči matky, otce matka odmítá uvádět (byli i manželé), s otcem se dívka nestýká, matka žije pouze s dívkou a jejím bratrem
potíže – mívá panické záchvaty, halucinace, hlasy, které jí říkají, ať si něco udělá nebo že má mlčet, párkrát se viděla mrtvá, mívala i pocity pronásledování, nemá ráda školu, děti jsou tam zlé, chtěla si několikrát vzít život práškama, jenom jednou se

o to pokusila, bratr jí prášky vytáhl z pusy. Poškozuje se nůžkami na předloktích a na stehnech, zdají se jí noční můry, pomočuje se.
byla hospitalizována 3x v PL Opava

GD – dívka hospitalizována poprvé ve 13 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z DD, kde je asi 2 roky, předtím pouze DgÚ Kopeček, matka je v kontaktu sporadicky (pokud aktuálně není pod vlivem návykové látky), s biologickým otcem byli v kontaktu pouze v rámci jednání o zbavení rodičovské zodpovědnosti, figuroval otčím
potíže - mívá emoční výkyvy, problémy s autoritou, dodržováním pravidel a v chování vůči ostatním dětem. Při emočním výbuchu křičí, Její emoční nálady často spouští i její sestra, která je také v dětském domově, je u své matky oblíbenější ... jejich matka je závislá na pervitinu, před rokem jim slibovala, že si je vezme zpátky, ve škole taky problémy s respektováním autorit
psychiatricky hospitalizována jinde nebyla

VA – hoch poprvé hospitalizován ve 13 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z doplněné rodiny, v péči matky, rodiče rozvedeni, otec ve VT, matka má 10 let přítele, který s nimi žije, 1 bratr a 1 polorodá sestra (matka má s aktuálním partnerem), otec hocha posílá matce výhrůžné dopisy, o děti se nezajímá
potíže - agresivní rapty, je vulgární, agresivní (vyfackoval spolužačku, rozbil PC, když dojde domů, rve ze sebe oblečení, třískal do nábytku), nerespektuje autority a pravidla, užívá marihuanu, krade, aby na ni měl, některé dny nejde do školy, napadl spolužačku, na matku vulgární
psychiatricky hospitalizován 2x v PL Opava, 1x SVP Koblov

MD – hoch přijat poprvé v 8 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z úplné biologické rodiny, 2 sourozenci
potíže – výbuchy, vztekání, pomočování, pere se s bratrem, skopal sestru, protože si s ním chtěla hrát, bouchal ji i po břichu, má tiky
psychiatricky hospitalizován jinde nebyl

NT - hoch poprvé přijat v 15 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z doplněné rodiny, žije s matkou, která je znovu vdaná, s biologickým otcem

se nestýká, má dvě sestry a polorodého brata
potíže - agresivní fyzicky i verbálně, křičí pere se, nevlastnímu otci dal facku, v afektu vyhrožuje sebepoškozením ostrým předmětem, či suiciduem při nevyhovění jeho požadavkům, sluchové a zrakové halucinace, noční děsy
jinde hospitalizován nebyl

RP - hoch poprvé přijat v 15 letech, hospitalizace **2**(2)
přichází z úplné rodiny má dva bratry (jeden je jeho dvojče)
potíže - hoch si myslel, že má v břiše vetřelce, měl divný pocit z mimozemšťanů, Bylo mu to lhostejné, nebránil se tomu, sluchové halucinace, fyzicky agresivní, afektivně labilní, zhoršení prospěchu
hospitalizován v PN Havlíčkův Brod

GM - hoch poprvé hospitalizován ve 14 letech, hospitalizace 4(4)
přichází z úplné rodiny, má jednu sestru
potíže - vzdorovitý, vzteká se pokud nedosáhne svého, křičí, lehá na zem, tahá si vlasy na záhlaví, škrábe si kůži na krku, tahá matku, sestru za vlasy, na otce si moc nedovolí, ale i na něho již byl agresivní, zkřivil mu brýle, chtěl jej kousnout, opět reakce na vynucování si svého, (jde o běžné požadavky ze strany rodičů: aby chodil po chodníku např.). Ve škole si učitelka stěžovala rovněž na agresivitu, kdy štípal postiženého spolužáka
hospitalizován jinde nebyl

NZ - hoch poprvé hospitalizován v 8 letech, hospitalizace **2**(2)
hoch přichází z neúplné rodiny, po porodu svěřen do péče matky, (rozvod 2005, otec zemřel 2010), má 3 sourozence
potíže - nerespektuje matku, neposlechne, chtěl skočit pod auto, bývá agresivní a vyhrožuje sebepoškozením, před druhou hospitalizací zhoršení fyzické a verbální agrese, navíc bratra škrtil, začal krást
hospitalizován jinde nebyl

Příloha č. 2:

Vliv ústavní péče na vývoj dítěte[42]

„Již ve 20. letech minulého století upozorňovali někteří pediatři a psychologové na to, že duševní vývoj ústavních dětí není přes všechnu vynaloženou péči zdaleka takový jako u dětí v rodinách vlastních nebo pěstounských (E. Schlossmannová, 1926, v Německu, H. Hetzerová, 1932, a další v Rakousku). Práce J. Bowlbyho *Maternal care and mental health* (1951) přesvědčivě ukázala na závažnou problematiku poškození duševního vývoje dětí vychovávaných v ústavech, kde jsou sice uspokojeny základní tělesné potřeby dítěte, ale přesto dítě strádá – a to nedostatkem individuální pozornosti, nedostatkem podnětů a zvláště nemožností navázat trvalý citový vztah k jedné osobě (matce) či několika osobám v malé sociální skupině rodiny. Tak byla postupně psychická deprivace uznána za zvláštní formu ohrožení psychického vývoje dítěte.

Paradoxně se v té době vyvíjela péče o zanedbané či opuštěné děti u nás. Brzy po roce 1948 byla v péči o děti z ideologických důvodů dávána přednost výchově kolektivní – a to i v péči o děti vychovávané v rodinách (rozvoj jeslí, mateřských škol, družin a také kojeneckých ústavů a dětských domovů). V roce 1951 byla zrušena pěstounská péče se zdůvodněním, že pěstounské rodiny si děti berou kvůli penězům (státní příspěvky) a že je často využívají k práci. O své rodinné zázemí u pěstounů tak přišlo odhadem asi 6000 dětí.

Na rozdíl od jiných komunistických zemí však u nás pracovali v rámci zdravotnictví kliničtí psychologové, kteří podle dřívější tradice vyšetřovali zanedbané a jinak ohrožené děti a v určitých intervalech sledovali také vývoj dětí vyrůstajících v ústavech. Tak bylo možno shromáždit důkazy o opožděném a nerovnoměrném vývoji ústavních dětí, zejména těch, které byly do ústavní péče svěřeny hned po narození nebo v útlém věku (před třetím rokem života). O problematice ústavních dětí u nás referovala řada pediatrů (M. Damborská, A. Mores, J. Dunovský aj.) a psychologů (Z. Matějček, J. Koch, J. Koluchová a další).

Souhrnně byly získané údaje a celková problematika pojednány v monografii *Psychická deprivace v dětství* (Langmeier, Matějček, 1963 a v dalších vydáních).

[42] LANGMEIER, J., KRAJČÍŘOVÁ, D.: Vývojová psychologie, 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2006, str. 288-289, ISBN 978-80-247-1284-0

Tam jsme psychickou deprivaci definovali jako *nedostatečné uspokojování základních psychických potřeb po určitou, dosti dlouhou dobu*. Mezi základní psychické potřeby jsme zařadili zejména potřebu podnětové proměnlivosti (stimulace – její dostatečná složitost a variabilita), potřebu kognitivního řádu (vnější struktury – smysluplného, srozumitelného a organizovaného uspořádání podnětů), potřebu emoční vazby (specifického sociálního objektu, k němuž je dítě vázáno těsným a stabilním poutem) a potřebu autonomie (osobně-sociálního významu – nezávislosti, sebenaplnění a zajištění osobní integrity), později pak ještě potřebu otevřené budoucnosti a akceptované vlastní minulosti.“

Příloha č. 3:

Preventivní aspekty v dětské psychiatrii[43]

„Při posuzování poruch v dětské psychiatrii stojíme před otázkou, jaké příčiny vedou k psychiatrickým poruchám u dětí a jakým způsobem můžeme preventivně působit proti vzniku a rozvoji dětské psychopatologie. Nejde pouze o posuzování poruchy na úrovni klinického syndromu (např. úzkostná porucha), ale o celý kontext vývoje dítěte (např. stabilitu jeho rodinného prostředí a postoje rodičů). To, že u dítěte klinická porucha vznikne a jak se dále projevuje, je závislé na mnoha okolnostech (rizikových a protektivních faktorech). I porucha, jejíž etiologie je výhradně biologická (dětská schizofrenie), je z hlediska vývoje (str. 475) ve svých dalších projevech výrazně ovlivněna psychosociálními okolnostmi (přístupem rodičů k dítěti, dostupností vhodné péče apod.“

„Primární prevence se soustřeďuje na snížení výskytu poruchy v populaci. Je zaměřena na eliminaci příčinných a rizikových faktorů, které spolu podmiňují vznik poruchy. Primární prevence je orientována na osoby, u kterých dosud nemusí být patrné znaky klinické poruchy.“

„Sekundární prevence je orientována na včasné zachycení a léčbu klinické poruchy. Za součást sekundární prevence bývá považována krizová intervence.“

„Terciální prevence se snaží zmírnit následky klinické poruchy a zabránit jejímu relapsu. Důležitou součástí terciální prevence je rehabilitace.“

Rizikové a protektivní faktory ve vývoji dítěte[44]

„Primární prevence v dětské psychiatrii se většinou soustřeďuje na identifikaci a zmírnění rizikových faktorů, které podmiňují vznik poruchy. Zároveň se objevuje snaha zachytit a popsat projektivní faktory, které oslabují nebo modifikují negativní vliv rizikových faktorů.“

[43] HORT, Vl., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. A kol. Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 2008, str. 475-476, ISBN 978-80-7367-404-5

[44] HORT, Vl., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. A kol. Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 2008, str. 476, ISBN 978-80-7367-404-5

1. Rizikové a protektivní faktory na straně dítěte[45]

„Za tyto faktory můžeme považovat například předčasné narození dítěte, vývojové opoždění, podprůměrnou inteligenci, obtížný temperament dítěte, sociální neobratnost. Dalším rizikovým faktorem je chronické onemocnění nebo handicap."

„Naproti tomu projektivní faktory na straně dítěte představuje tzv. pozitivní temperament, nadprůměrná inteligence a sociální zdatnost, která zahrnuje školní úspěšnost, mimoškolní adaptaci a snadný kontakt s vrstevníky i cizími autoritami. Ochranným faktorem je fyzické zdraví a zdatnost."

2. Rizikové a protektivní faktory v rodině[46]

„Zahrnují řadu rozdílných aspektů, jako je rozvod rodičů, násilí v rodině, situaci, kdy se dítě stává svědkem násilí jednoho rodiče proti druhému, alkoholismus a drogová závislost rodičů, psychiatrické onemocnění rodičů (zejména depresivní porucha na straně matky) a kriminalita rodičů. Rizikovými faktory jsou rovněž dysfunkční výchovné postoje rodičů a v extrémním případě fyzické týrání nebo sexuální zneužívání dítěte."

„Protektivními faktory na straně rodiny dítěte jsou harmonické rodinné uspoření, přiměřené výchovné postoje rodičů a podpora dítěte."

3. Rizikové a protektivní faktory ve vztahu k sociálnímu prostředí[47]

„Významným rizikovým faktorem je chudoba rodiny, ztráta zaměstnání některého z rodičů a časté stěhování rodiny. Tyto negativní sociální okolnosti mají negativní dopad na rodinné vztahy a interakce mezi rodiči a dítětem. Rizikovým faktorem je blízkost disociálních part (včetně dostupnosti drog), zejména v souvislosti s dysfunkční rodinou a nedostatkem péče o dítě."

„Za projektivní faktory ve vztahu k sociálnímu prostředí můžeme považovat dobré školy, dostupnost kvalitních mimoškolních aktivit a fungující instituce zabývající se péčí o děti. Rizikové faktory představují takové znaky, o nichž předpokládáme, že dítě, které tyto znaky vykazuje, může s větší pravděpodobností onemocnět duševní poruchou. U rizikových faktorů musí být zřejmé, že předcházejí

[45] HORT, Vl., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. A kol. Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 2008, str. 477, ISBN 978-80-7367-404-5

[46] HORT, Vl., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. A kol. Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 2008, str. 477, ISBN 978-80-7367-404-5

[47] HORT, Vl., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. A kol. Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 2008, str. 477, ISBN 978-80-7367-404-5

vzniku poruchy. V posuzování těchto faktorů je třeba opatrnosti, abychom za rizikové faktory v uvedeném slova smyslu nepovažovali ty znaky, které představují spíše průvodní jev poruchy.“

Anotace:

Jméno a příjmení autora: Leona MAZALOVÁ
Název katedry a fakulty: Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie, Filozofická fakulta
Název diplomové práce: Opakované hospitalizace dětských pacientů PL Šternberk
Název diplomové práce (AJ): Repeated Hospitalizations of Pediatric Patients at Psychiatric Hospital in Šternberk
Vedoucí práce: PhDr. Eva Klimentová, Ph.D.
Počet znaků: 81 718
Počet příloh: 3 + 1x volně vložené CD
Počet použitých zdrojů: 13

Abstrakt
Tématem bakalářské práce jsou opakované hospitalizace dětí v Psychiatrické léčebně ve Šternberku. Cílem je zjištění vlivu výchovného prostředí na opakování hospitalizací, dále pak zjištění, jak často se děti skutečně vracejí k opakovaným hospitalizacím a jaké jsou nejčastější potíže těchto dětí. Má teoretickou i praktickou část.
Teoretická část je věnována přehledu diagnóz dětského věku, příčinám duševních onemocnění, sociální práci s rodinou duševně nemocného dítěte, náhledu na přehled psychiatrických zařízení pro děti a popisem nabídky dětského oddělení PL Šternberk. V praktické části je bakalářská práce zaměřena na výzkum z elektronické dokumentace. Nejprve byla zmapována četnost opakovaných hospitalizací v letech 2010 - 2014. Poté u opakujících se hospitalizací byly sledovány typy výchovné péče, potíže dětí, se kterými přicházejí k opakovaným hospitalizacím a hospitalizace v dalších zdravotnických zařízeních.

Klíčová slova: duševně nemocné dítě, opakovaná hospitalizace, Psychiatrická léčebna ve Šternberku, výchovné prostředí, úplná biologická rodina, náhradní rodinná péče, ústavní péče, neúplná rodina, doplněná rodina

Abstrakt

Main topic of the thesis are repeated hospitalizations of children at Psychiatric Hospital in Šternberk. Its aim is to determine the effect of the educational environment on repeated hospitalizations, to determine how often children are actually recuring to repeated hospitalizations and what the most common problems of these children are. The thesis consists of both theoretical and practical part.
The theoretical part is dealing with an overview of childhood diagnoses, causes of mental illnesses, social work with the family of a mentally ill child, the preview on the list of psychiatric facilities for children and the offer of children's department of Psychiatric Hospital in Šternberk.
The practical part of the thesis is focused on the research of electronic documentation. First a frequency of repeated hospitalizations in the years 2010 - 2014 was mapped. Then types of educational care, problems of repeatedly hospitalized children and hospitalization of these children in other healthcare facilities were monitored.

Key words: mentally ill child, repeated hospitalization, Psychiatric Hospital in Šternberk, educational environment, complete family, foster care, residential care, incomplete family, complemented family