



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

**Využití modelu Royové v adaptaci dítěte  
předškolního věku na nemocniční prostředí**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Petra Macháčková

**Vedoucí práce:** Mgr. Alena Machová

České Budějovice 2018

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Využití modelu Royové v adaptaci dítěte předškolního věku na nemocniční prostředí*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

### **Poděkování**

Ráda bych poděkovala mé vedoucí práce Mgr. Aleně Machové za odborné vedení mé bakalářské práce, cenné rady a čas, který mi věnovala. Dále bych chtěla poděkovat sestřám, které byly ochotné poskytnout rozhovor a respondentům u kterých proběhlo pozorování.

# Využití modelu Royové v adaptaci dítěte předškolního věku na nemocniční prostředí

## Abstrakt

### Současný stav

Člověk jako bio-psycho-sociální bytost je v interakci s prostředím, které se stále mění. Jedná se o proces adaptace, kterým se zabývá Callista Roy ve svém modelu. Přizpůsobení se prostředí, ve kterém se aktuálně člověk nachází, vede ke správnému vývoji a přežití. Adaptace dítěte na nemocniční prostředí velmi ovlivňuje jeho psychiku, je tedy nezbytné předcházet neefektivní adaptaci a přizpůsobit nemocniční prostředí tak, aby co nejvíce korespondovalo s jeho domácím prostředím. Úkolem sestry je práce se stimuly, které dítě ovlivňují, prostřednictvím ošetrovatelských intervencí zaměřených na adaptaci dítěte.

### Cíle práce

Pro tuto práci byly stanoveny dva cíle. Zmapovat působící stimuly na dítě předškolního věku v rámci adaptace na nemocniční prostředí a zmapovat ošetrovatelské intervence prováděné u dítěte předškolního věku při adaptaci na nemocniční prostředí. Byly dány tyto výzkumné otázky: Jaké stimuly působí v adaptaci dítěte předškolního věku na nemocniční prostředí? Jaké ošetrovatelské intervence jsou prováděny u dítěte předškolního věku při adaptaci na nemocniční prostředí?

### Metodologie

K dosažení cílů byl zvolen kvalitativní výzkum. Pro sběr dat byly použity metody nestandardizovaný hloubkový rozhovor, pozorování dětí, které bylo doplněno dotazováním rodičů a analýzou zdravotnické dokumentace. Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na dětském oddělení a hospitalizované děti předškolního věku s jejich rodiči. Pro výzkum bylo pořízeno 8 rozhovorů a 5 pozorování. Výzkum byl prováděn od 2. 4. do 13. 4. 2018.

### Výsledky

Analýzou získaných informací bylo vytvořeno 14 kategorií výsledků rozhovorů se sestrami a 5 kazuistik strukturovaných podle modelu Royové. Kategorie rozhovorů

tvoří: Intervence prováděné při adaptaci dítěte, Intervence při neschopnosti dítěte adaptovat se, Intervence prováděné při neadekvátním sebepojetí dítěte, Intervence prováděné k odstranění strachu ze zdravotnického personálu, Intervence prováděné v případě hospitalizace bez doprovodu, Intervence prováděné u dítěte v izolaci pro zajištění sociálního kontaktu, Intervence u dítěte, které není soběstačné v hygieně, Intervence u dítěte, které neumí smrkat, Intervence prováděné u dítěte s dietním omezením, Intervence u dítěte s problémem pomočování, Intervence u dítěte s problémem vyprazdňování stolice (zácpa), Intervence u dítěte, které má problém s usínáním, Intervence u dítěte s klidovým režimem, Intervence pro zajištění bezpečí dítěte v nemocnici.

### **Závěr**

V této práci jsme zjišťovaly působící vlivy během adaptace na hospitalizaci dítěte předškolního věku a intervence, které sestry uskutečňují proto, aby tyto vlivy posílily či potlačily. Výsledky práce ukazují nejčastější intervence, prováděné u konkrétních ovlivňujících faktorů stanovených podle modelu Royové.

### **Klíčová slova**

Adaptace; model Royové; dítě; stimuly; hospitalizace

# **The use of Roy's model in adaptation of preschool child in a hospital environment**

## **Abstract**

### **Current situation**

Human as a bio-psycho-social person is in the interaction with the constantly changing environment. The process is called adaptation that Callista Roy deals with. Adaptation to the environment where the person is, leads to the right development and survival. Adaptation of the child to the hospital environment greatly effects its psyche, therefore it is necessary to prevent infection adaptation and adapt the hospital environment as much as it is possible to its home environment. The task of the nurse is to work with the stimules that influence the child through the nursing interventions aimed to an adaptation of the child.

### **Objectives of the work**

Two goals have been set for this work. To map out the causing stimules for pre-school child in an adaptation to the hospital environment and to map out the nursing interventions carried out in pre-school child in an adaptation to the hospital environment. There were these research question: What stimules are causing in an adaptation of the pre-school child in the hospital environment? What nursing interventions are carried out to the pre-school child in an adaptation to the hospital environment?

### **Methodology**

Qualitative research was selected to achieve the objectives. Methods of the nonstandardized in-depth interview, observation of the children which was supplemented by questioning parents and analysis of the medical documentation were used for the collection of data. The research file was created by nurses working in the child's ward and pre-school children with their parents. Eight interviews and five observations were taken for the research. The research was make since 2 April to 16 April 2018.

## **Results**

Fourteen categories of the results interview with nurses and five case studies structured according to the Roy's model were made by analysing obtained informations. The categories of the interview form: Interventions carried out in an adaptation of the child, Interventions in the inability of the child to adapt, Interventions carried out in the inadequate self-concept of the child, Interventions carried out in the elimination of the child's fear from the medical staff, Interventions carried out in the case of the hospitalization without parent, Interventions carried out to the child who is in the isolation to ensure social contact, Interventions to the child who is not self-sufficient in the hygiene, Interventions carried out to the child with diet restrictions, Interventions to the child with the problem of the wetting, Interventions to the child with the problem of the stool emptying (constipation), Interventions to the child with sleep problem, Interventions to the child with the resting mode, Interventions to ensure the safety of the child in the hospital.

## **Conclusion**

We were investigated the influences during the adaptation of the pre-school child and interventions that nurses are doing to strengthen or suppress these influences, in this work. The results of the work show the most frequent interventions carried out in the specific influencing factors determined by the Roy's model.

## **Key words**

Adaptation; Roy's model; child; stimulus; hospitalization

## Obsah

1	SOUČASNÝ STAV .....	11
1.1	<i>Pojmy a definice adaptačního modelu .....</i>	11
1.1.1	<i>Vývoj modelu.....</i>	12
1.2	<i>Specifika předškolního věku .....</i>	13
1.3	<i>Ošetrovatelský proces při adaptaci dítěte na hospitalizaci dle C. Royové .....</i>	15
1.4	<i>Role sestry v adaptaci dítěte .....</i>	18
1.4.1	<i>Zhodnocení adaptační oblasti fyziologického modu.....</i>	19
1.4.1.1	<i>Práce sestry se stimuly v adaptační oblasti fyziologického modu .....</i>	22
1.4.2	<i>Zhodnocení adaptační oblasti modu sebepojetí.....</i>	24
1.4.2.1	<i>Práce sestry se stimuly v adaptační oblasti modu sebepojetí .....</i>	25
1.4.3	<i>Zhodnocení adaptační oblasti rolové funkce .....</i>	25
1.4.3.1	<i>Práce sestry se stimuly v adaptační oblasti rolové funkce .....</i>	26
1.4.4	<i>Zhodnocení adaptační oblasti vzájemné závislosti .....</i>	27
1.4.4.1	<i>Práce sestry se stimuly v adaptační oblasti vzájemné závislosti .....</i>	29
2	CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	31
2.1	<i>Cíle práce .....</i>	31
2.2	<i>Výzkumné otázky .....</i>	31
3	METODOLOGIE .....	32
3.1	<i>Použité metody .....</i>	32
3.1.1	<i>Nestandardizovaný rozhovor .....</i>	32
3.1.2	<i>Pozorování .....</i>	32
3.1.3	<i>Analýza dokumentu .....</i>	33
3.1.4	<i>Výzkumný soubor .....</i>	33
4	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	34
4.1	<i>Výsledky rozhovorů, kategorizační tabulky.....</i>	34
4.2	<i>Výsledky pozorování / kazuistiky strukturované podle modelu Royové .....</i>	46
4.2.1	<i>Pozorování 1 .....</i>	46
4.2.2	<i>Pozorování 2 .....</i>	48
4.2.3	<i>Pozorování 3 .....</i>	50
4.2.4	<i>Pozorování 4 .....</i>	52
4.2.5	<i>Pozorování 5 .....</i>	55



5	DISKUZE.....	58
6	ZÁVĚR.....	62
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	63
8	PŘÍLOHY.....	68
8.1	<i>Příloha 1 – Pozorovací arch</i> .....	69
8.2	<i>Příloha 2 – Otázky pro sestry</i> .....	76
8.3	<i>Příloha 3 – Charta práv hospitalizovaných dětí</i> .....	77

## ÚVOD

V této bakalářské práci na téma „Využití modelu Royové v adaptaci dítěte předškolního věku na nemocniční prostředí“ jsme se zaměřili na stimuly působící na dítě během adaptace v nemocnici. Pro dítě v předškolním věku nastává významná změna, především na začátku tohoto období, kdy dochází k prvnímu odloučení dítěte od matky při nástupu do mateřské školy. Pro každého je hospitalizace náročnou životní situací a obzvláště pak pro dítě. Proto je nezbytné, aby byla dítěti poskytnuta taková péče, která minimalizuje negativní vlivy, které mohou v průběhu celé hospitalizace na dítě působit. Podstatným faktorem je hospitalizace dítěte s matkou, což je také prevencí dětského hospitalismu.

Dále jsme se zjišťovali intervence, které provádí sestry proto, aby tyto stimuly buďto posílily nebo potlačily. Sestra v péči o hospitalizované dítě hraje významnou roli, neboť je poskytovatelem velké části péče. Aby sestra poskytla kvalitní péči se zaměřením na adaptaci dítěte, je důležité, aby znala nejen specifika předškolního věku, ale i působící vlivy na každé dítě, které má své individuální potřeby.

# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1 *Pojmy a definice adaptačního modelu*

Pro pochopení adaptačního modelu je nezbytné seznámení s pojmy, které jsou s ním spojovány. Jak už z názvu vyplývá, často zmiňovaným pojmem bude adaptace. Adaptací je označována schopnost jedince či skupiny aklimatizovat se na vlivy/stimuly prostředí (Machová, 2011). Vlivy působící při adaptaci dělíme na vnitřní a vnější. Vnější adaptaci bychom měli věnovat pozornost především tehdy, pokud působící podněty mohou ohrožovat zdraví nebo život jedince (Paulík, 2017). Dále se pak rozlišuje, zda se jedná o adaptaci pozitivní nebo neefektivní, v důsledku reakce jedince. Pozitivní adaptace vede k podpoře biopsychosociální celistvosti osoby. Naproti tomu neefektivní adaptace může zapříčinit v celistvosti změny. Dalším podstatným pojmem, který již byl zmíněn, jsou stimuly. Jako stimuly jsou chápány podněty prostředí, které vzbuzují adaptivní reakci. Stimuly jsou rozděleny podle doby výskytu do tří skupin. Na fokální stimuly, ty působí v daném okamžiku a vyvolávají reakci ihned, kontextuální stimuly ovlivňují náhodně za přítomnosti fokálních stimulů a nepřetržitě působící stimuly jsou nazývány reziduální (Machová, 2011). Poslední zmíněné stimuly vycházejí z osobnosti jedince a zahrnují např. vlastnosti nebo názory (Pavlíková, 2006).

S přizpůsobením na nové podněty úzce souvisí uspokojování potřeb. Na tento fakt je nutno pohlížet s ohledem na faktory, které uspokojování potřeb ovlivňují. Z oblasti osobnosti jedince mohou odlišně ovlivňovat potřeby temperament a city jedince. Důležité je vnímat i věkové rozdílnosti u jednotlivých pacientů, neboť v každém vývojovém stádiu budou převažovat jiné potřeby. Dalšími podstatnými vlivy jsou kultura a rodina jedince, které působí celý život dále pak také nemoc (Plevová, 2011).

Pojem adaptační úroveň neboli adaptační niveau označuje rozsah reakcí jedince, které jsou u každého individuální. Pokud stimul přesáhne meze adaptační zóny jedince, dochází k neefektivní reakci a následně i porušení jeho integrity. Posledním podstatným pojmem je adaptační systém, který se dělí na primární a sekundární subsystém (Pavlíková 2006). *Primární subsystém (kontrolní, regulační) představuje naučené nebo získané mechanismy regulace procesů nebo zvládání situace* (Machová, 2011, s. 148). Sekundární subsystém se zabývá čtyřmi adaptačními okruhy: modem fyziologickým, modem sebepojetí, rolou funkcí a vzájemnou závislostí. Modus fyziologický je zaměřen na potřeby dýchání, výživu, vylučování, aktivitu, odpočinek a ochranu. Modus sebepojetí se zabývá hlediskem psychologickým a duševním. Zvládání rolí ve

společnosti spadá do modu rolové funkce, kterou Royová rozděluje na vykonávání role primární, sekundární a terciární (Machová, 2011). Primární role je stálá, určuje ji např. pohlaví a věk. Sekundární role člověk dosahuje během života, příkladem je profese. Poslední terciární role je jen prozatímní a objevuje se např., pokud se člověk stává pacientem. Modus vzájemné závislosti se zaobírá vztahy lidí (Pavlíková, 2006).

### **1.1.1 Vývoj modelu**

Callista Royová pracovala jako dětská sestra, když si u dětí začala všimnout jejich schopnosti přizpůsobovat se velkým fyzickým a psychickým změnám (Alligood, 2017). K vytvoření ošetrovatelského modelu ji dle Machové (2011) vedlo právě pozorování adaptace dětí a Sitzman a Eichelberg (2010) dále uvádí, i výzvu její tehdejší učitelky ošetrovatelství Dorotothy E. Johnson. Royová rozvinula základ konceptů modelu během jejího vysokoškolského studia na Univeristy of California v Los Angeles, v letech 1964-1966. Adaptační model Royová publikovala v roce 1970 v časopise *Nursing Outlook*, pod názvem „Adaptation: A Conceptual Framework for Nursing“ (Alligood, 2017). Dle Pavlíkové (2006) jej řadíme mezi systémové koncepční modely.

Původní adaptační model pro ošetrovatelství zahrnoval citaci z psychofyzické práce Harryho Helsona. V Helsonově adaptační teorii, jsou adaptační odpovědi funkcí přicházejících stimulů a adaptační úrovně. Stimul je jakýkoli faktor vyvolávající odpověď. Helsonova práce rozvinula koncept oblasti adaptační úrovně, která určuje, zda stimul vyvolá pozitivní nebo negativní odpověď. Helson definoval adaptaci jako proces pozitivních odpovědí na změny prostředí. Royová spojila Helsonovu práci a Rapoportovu definici systému, aby viděla člověka jako adaptivní systém. Vyvinula a zdokonalila model s koncepty a teorií od Dohrenwend, Lazarus, Mechanic a Selye. Poté, co Royová model rozvinula, prezentovala jej v rámci ošetrovatelské praxe, výzkumu a edukace. Royová potvrdila, že více než 1500 fakult a studentů, přispělo k teoretickému vývoji adaptačního modelu. V roce 1977 představila Royová model na konferenci Nurse Educator Conference, v Chicagu, jako rámec učebních osnov. Od roku 1987 se odhadovalo, že více jak 100 000 sester ve Spojených státech amerických a Kanadě, byly připraveny používat v praxi model Royové. K dalšímu rozvoji modelu došlo na pomezí 20. a 21. století. Tento vývoj zahrnoval aktualizované vědecké a filozofické předpoklady, novou definici adaptace a adaptační úrovně, rozšíření adaptačních modů, analýzu, kritiku a syntézu prvních 25 let výzkumu, založeného na modelu Royové (Alligood, 2017).

Stejně jako u teorií, které se vyvinuly počátkem historie ošetrovatelské teorie, tak i Royová měla záměr rozlišit obor ošetrovatelství od medicíny. V průběhu let vyvinula Royová společně s jejími kolegy a uživateli teorií jiný aspekt teorie, který se konkrétně zabývá úrovněmi adaptace jako měnícími se body, které jsou ovlivněny situací a dostupnými vnitřními zdroji. Dále určila předpoklady, z nichž vychází její teorie. Patří mezi ně vědecké předpoklady, humanistické a věrohodnostní předpoklady, týkající se důstojnosti lidské bytosti a role sester při prosazování integrity v životě a smrti (Meleis, 2011).

Royová ve svém modelu popisuje jedince jako biopsychosociální bytost, která je v permanentní interakci s prostředím, na jehož stimuly odpovídá adaptací (Machová, 2011). Nemoc vzniká tehdy, pokud není funkční mechanismus adaptace. Podstatou léčení je schopnost reagovat na stimuly a umět se jim přizpůsobit (Pavlíková, 2006). Sestra má za úkol vyzorovat, jak se pacient přizpůsobuje změnám a určit, které stimuly jej ovlivňují. V dalším kroku stanoví intervence podporující adaptační mechanismy pacienta. Překážku Royová shledává v nedostatečné adaptaci, jež způsobuje neefektivní přizpůsobení. Řešení se skrývá v nalezení působících stimulů a jejich zpracování. Očekávaným výsledkem je efektivní zapojení pacienta (Machová, 2011).

Adaptační model Royové je využíván v mnoha zemích sestrami jako návod pro výzkum v ošetrovatelství, ošetrovatelské praxi, edukaci a administrativu ošetrovatelských služeb. Aby mohl být model využit jako návod pro všechny tyto ošetrovatelské činnosti, musí být spojen s jednou nebo více teoriemi středního rozsahu. První metoda spojení konceptuálních modelů a teorií středního rozsahu byla používána více jak 20 let sestrami, které přijaly model Royové (Fawcett, 2005).

## ***1.2 Specifika předškolního věku***

Vágnerová (2012) definuje předškolní věk, který je zakončen nejen fyzickým věkem, ale také nástupem do školy, v rozmezí od 3 do 6-7 let. Toto vývojové období je specifické ustálením vlastního postavení ve světě, fantazijním zpracováním informací, intuitivní úvahou, která není usměrňována logikou. Dítě si často vytváří v představách svou podobu události, které věří. Proto je obtížné odlišit, kdy dítě sděluje vzpomínky a kdy se jedná o produkt fantazie (Vývojová psychologie..., 2013). V předškolním věku nastává velká změna především v sociální oblasti, kdy se dítě dostává do vztahu s vrstevníky a musí se učit prosadit i spolupracovat ve skupině. Vytvoření nových

vztahů umožňuje dítěti osobnostní vývoj. Osamostatňování bývá obvykle spojeno jak s pozitivními, tak i s negativními zážitky (Vágnerová 2012). Zkušenosti pro rozvoj sociálních interakcí poskytuje dítěti mateřská škola, která může být pro spoustu dětí zprvu náročná. Dítě se musí přizpůsobit novému prostředí a odloučení od rodičů. Stále zde přetrvává emocionální vazba na rodiče (Nakonečný, 2011).

Motorický vývoj se v tomto období stále zdokonaluje, pohyby dítěte jsou elegantnější, rychlejší, i pohybová koordinace se zlepšuje. Dítě se stává více soběstačné, i přes to, že ještě vyžaduje pomoc, zvládne se samo najíst, obléci se a obout. Na začátku předškolního věku je řeč dítěte ještě nedokonalá, nepřesná, kdež to na konci období se dítě zdokonaluje a ztrácí se dětská patlavost. Dítě zvládá déle naslouchat a dokáže se naučit říkanky. Na konci období, se dítě rádo začíná zapojovat do různých činností, jako jsou domácí práce (Langmeier, Krejčířová, 2006). Pro předškolní děti jsou důležité pohádky. Napomáhají vytvářet dětskou představivost (Nakonečný, 2011) a chápat svět, který se jim vlivem pohádek, zdá bezpečný (Vágnerová, 2012). Další nezbytnou součástí předškolního období je hra, která má vliv na následující rozvoj. Hra napomáhá rozvoji vnímání, myšlení, učení a schopnosti citů. Záměrem hry může být poznání běžných návyků, jindy dítěti vystačí fantazie a imaginární osoba, avšak pro předškolní věk je typická hra ve skupině (Ptáček, Kuželová, 2013).

Uvažování dítěte v předškolním věku se vyznačuje několika znaky, centrací, egocentriem, fenomenismem a prezentismem. Centrací je označována redukce informací. Dítě lpí na věci, která je podle něj podstatná a přehlíží ostatní. Egocentrické dítě se drží subjektivního názoru a přehlíží jiné. Fenomenismus znamená, že dítě klade důraz na jasnou podobu světa, tak jak svět vidí. Prezentismus je definován jako přetrvávající upoutání na přítomný okamžik. Informace, které dítě přijímá, zpracovává pomocí magičnosti, to znamená, že zkresluje skutečnost pomocí fantazie. Animismus dítě využívá k lepšímu chápání světa, přiřazuje neživým věcem lidské vlastnosti. Způsob jakým si dítě vysvětluje původ okolního světa, který připisuje „někomu“, představuje arteficialismus. Další způsob, který dítě používá ke zpracování informací je absolutismus. Projevuje tím svou potřebu jistoty. Absolutismus je vysvětlován jako předsvědčení, kdy každé poznání musí mít konečnou platnost (Vágnerová, 2012). Dítě již chápe odlišnost pohlaví a ztotožňuje se s rolí vlastního pohlaví (Nakonečný, 2011).

### ***1.3 Ošetrovatelský proces při adaptaci dítěte na hospitalizaci dle C. Royové***

Ošetrovatelský proces definuje Tóthová et al. (2014) jako poskytování ošetrovatelské péče systémovým a komplexním způsobem, s ohledem na individuální potřeby pacienta. Ošetrovatelský proces umožňuje reagovat na problémy pacienta a plánování individualizované péče. Poskytovaná péče, která vychází z ošetrovatelského procesu je kontinuální, kvalitní a především plánovaná. Podstatnou částí procesu je samotná účast pacienta na péči. Používání ošetrovatelského procesu v praxi patří k profesionálním ošetrovatelským kompetencím (Tóthová et al., 2014). Ošetrovatelský proces v péči o dítě zahrnuje i rodiče, kteří dítě doprovází a umožňuje propojení vztahu k dítěti i rodičům (Vlachová, 2008).

Royová dělí ošetrovatelský proces do šesti fází. V první fázi hodnotí chování pacienta z hlediska adaptačních oblastí sekundárního subsystému (Machová, 2011). Při získávání ošetrovatelské anamnézy je nutné vymezit si dostatek času, aby se dítě i jeho rodiče mohli alespoň částečně adaptovat na nové prostředí. Údaje o dítěti sestra zjišťuje metodami pozorování, rozhovor a fyzikální vyšetření (Vlachová, 2008).

V druhé fázi se soustřeďuje na vlivy, které působí na chování člověka (Machová, 2011). Působící vlivy mohou být vnitřní a vnější. Mezi vnitřní vlivy patří genetická výbava jedince, jejíž poškození může zapříčinit vadu nebo onemocnění. Vnější vlivy zahrnují zevní prostředí, životní styl, zdravotní péči (Klíma, 2016), životní události, drobné každodenní nepříjemnosti a radosti a sociální oporu (Paulík, 2017). Adaptace na vnější prostředí se uplatňuje především, pokud podněty a nároky, které jsou s nimi spojené, ohrožují zdraví nebo život jedince (Paulík, 2017). Ovlivňující faktory zevního prostředí mohou být ovzduší, pitná voda, potraviny, klima, biologická zátěž prostředí a sociální podmínky. Životní styl je ovlivňován společností jedince, specifikami skupin a rodinou. Postoj k životnímu stylu a zdravému způsobu života může být pozitivní nebo negativní. Pozitivní postoj nás vede k udržování a posilování zdraví. Negativní postoj zahrnuje špatné návyky, zlozvyky, nesprávný denní režim apod. Posledním vnějším vlivem je zdravotní péče, kterou nacházíme buď to v ambulantních, nebo lůžkových zařízeních (Klíma, 2016). Zacharová et al. (2011) uvádí další faktory ovlivňující osobnost pacienta a řadí mezi ně situačně psychologický faktor, samotný chorobný proces, sekundární vlastnosti onemocnění a premorbidní osobnost. Situačně psychologický faktor je chápán jako rozsah prožívání situace, v níž se pacient nachází. Chorobný proces může vyvolávat osobnostní změny, například jedná-li se o poranění hlavy či psychická onemocnění. Sekundární vlastnosti zahrnují například trvání

onemocnění, průběh či následky operačních zásahů apod. Premorbidní osobnost je chápána jako osobnost s jejími vlastnostmi před nemocí. Tento fakt je důležitý, je-li zjišťován přístup člověka k nemoci.

V další fázi se Royová zabývá určením ošetrovatelské diagnózy (Machová, 2011). *Ošetrovatelská diagnóza je klinickým posouzením lidské reakce na zdravotní stav/procesy nebo náchylnost jedince, rodiny, skupiny nebo komunity k takové reakci* (Gallagher-Lepak, 2015, s. 22). Sestra analyzuje informace získané při sběru anamnézy a k vytvoření ošetrovatelské diagnózy využívá taxonomii NANDA-I (Sikorová, 2011a), v současné době se používá taxonomie II Nanda-I (Herdman et al., 2015).

Stanovení cílů odvíjejících se od ošetrovatelské diagnózy se provádí ve čtvrté fázi (Machová, 2011). Ošetrovatelský plán, v němž si sestra stanoví cíle a určí jejich důležitost, nesmí být v rozporu s léčebnými postupy (Vlachová, 2008).

Pátá fáze je fází manipulace se stimuly pomocí stanovení intervencí. Stimuly se buďto posilňují nebo naopak redukují (Machová, 2011). Podle ošetrovatelského plánu uskutečňuje sestra ošetrovatelské intervence, které směřuje k potřebnému výsledku (Sikorová, 2011a).

V případě, že sestra pečuje o dětského pacienta, měla by myslet na psychologický přístup. Jak již bylo zmíněno, důležité je dodržování Charty práv hospitalizovaných dětí. Dítě by mělo být hospitalizováno s jedním z rodičů, kterému nikdy nebudeme dávat za vinu chování dítěte (Zacharová et al., 2011). Dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, má pacient právo na nepřetržitou přítomnost zákonného zástupce, pěstouna, opatrovníka nebo osoby jimi určené. Podle studie Vyoral Krakovské (2013) je s možností společné hospitalizace dítěte a rodiče informována většina rodičů. Je-li dítě odloučeno od rodiny, bývá to pro něj větší stres než samotná nemoc (Řezníčková, 2008a). Plevová a Slowik (2010) uvádí, že pokud je hospitalizováno dítě v období, kdy je ještě závislé na matce, tedy v batolecím či předškolním věku, může odloučením velice strádat.

Bude-li u dítěte prováděn výkon, mělo by se postupovat rychle, dítě rozptýlovat a zároveň tišit. Následně by se mělo dítě pochválit (Zacharová et al., 2011). Dítě předškolního věku vnímá hlavně chování, záměr chování si nepřipouští (Vágnerová, 2012). Má-li dítě přehnané reakce, mělo by se rodičům poradit, aby spolupracovali s psychologem. Zásadním bodem v přístupu v péči o dítě je podávání informací. Dětem by měly být informace sdělovány přiměřeně jejich vývojovému období (Zacharová et al., 2011) a říkat jim pravdu, postupně a ve vhodný okamžik (Řezníčková, 2008a).



V tomto případě se nesmí opomíjet ani rodiče, kterým bude poskytnuto dostatek informací (Zacharová et al., 2011). Nezbytný je také individuální a citlivý přístup, přiměřeně hlasitá a pomalá řeč, mimika a gestika. Důležité je zajištění soukromí a jistoty dítěti, možnost hrát si a vzdělávat se. Pro pochopení neznámých podnětů je vhodné použít obrázky nebo hru (Řezníčková, 2008a). Hra napomáhá dítěti porozumět událostem, které nedokáže rozumně pochopit. Pro hospitalizované děti má hra také psychotherapeutický význam. Pokud je do hry zapojena činnost spojená s určitým odborným výkonem prováděným v nemocnici, děti jsou mu pak schopny lépe porozumět (Langmeier, Krejčířová, 2006). Řezníčková (2008b) uvádí čtyři skupiny herních aktivit, do kterých řadí hry, jež jsou součástí ošetrovatelské péče, hry nápomocné při edukaci dítěte, hry na vyplnění času a terapeutické hry.

Dále je důležité tlumit u dítěte strach a úzkost a zajistit prevenci hospitalizmu. Hospitalismus může vzniknout u pacienta, který je hospitalizovaný a působí na něj negativní stimuly (Zacharová et al., 2011), většinou při dlouhodobé hospitalizaci (Kelnarová, Matějková, 2014). Zacharová et al. (2007) uvádí zásady, které vedou k prevenci hospitalizmu. Hospitalismu lze předcházet omezením hospitalizace či hospitalizace dítěte jen na nezbytně nutnou dobu, pravidelné návštěvy, úprava nemocničního prostředí a režimu. Velice podstatnou prevencí je hospitalizovat dítě s rodičem. Právě v předškolním věku je odloučení od matky velmi nepříznivé (Zacharová et al., 2007). Existuje mnoho příčin vzniku hospitalizmu jako je neprofesionální přístup k pacientovi, prostředí nemocnice, zákaz návštěv, nedostatek pomůcek, personálu, informací o léčbě, prodlužující hospitalizace a režim nemocnice (Kelnarová, Matějková, 2014).

Sestry jsou povinny vědět o všech negativních aspektech, které dítěti přináší hospitalizace, jako jsou odmítání, pláč, apatie, zloba, a snažit se pomoci. (Řezníčková, 2008a).

Poslední fáze nabízí prostor pro zhodnocení účinnosti ošetrovatelských intervencí. Hodnocení zahrnuje úspěšnost dosažení cíle, a zda se pacient adaptoval. Pokud zhodnotíme, že jsme cíl nesplnili, je nutné se vrátit zpět k první fázi (Machová, 2011). Hodnocení provádíme na základě pozorování, měření nebo dotazování. Informace získáváme od pacienta nebo rodinných příslušníků a od členů ošetrovatelského týmu. Hodnocení může být prováděno podle časového horizontu a účelu třemi způsoby. První hodnocení se nazývá termínované. Hodnocení probíhá na konci prvního cyklu procesu, kdy jsou určené především krátkodobé cíle a termín dosažení cílů. Dále je prováděno

hodnocení průběžně, v každé fázi ošetrovatelského procesu. Pokud sestra předává pacienta do péče jiné osobě, provádí před ukončením hospitalizace závěrečné hodnocení, do něhož zahrne jak krátkodobé tak dlouhodobé cíle (Hudáčková, 2014).

#### **1.4 Role sestry v adaptaci dítěte**

Hlavním předmětem zájmu sestry je nemocný člověk. Na osobnost zdravotníka/sestry je kladeno mnoho požadavků, které by měl zdravotník/sestra splňovat. Patří mezi ně např. osobnost jedince, profesionalita a pracovní způsob. K vykonávání této profese, která se v průběhu let velice vyvinula, je nezbytné mít jisté osobností predispozice (Zacharová et al., 2011).

Sikorová (2011b) zahrnuje 4 znaky, které popisují roli sestry. Jako první znak je uvedena funkční specifita, která definuje odbornou kompetenci sestry. Dále uvádí sociocentrismus, což znamená, že se sestra zaměřuje na potřeby druhých, tedy nemocných, a do pozadí posouvá své potřeby. Univerzalismus očekává, že sestra bude vykonávat svou roli ke všem pacientům stejně. To samé platí i ve vztahu ke spolupracovníkům. Posledním uváděným znakem je emocionální neutralita, která vymezuje schopnost oprostít se od vlastních emocí a řídit se rozumem, neznamená to však zákaz prožitků.

Dle Zacharové et al. (2011) by měl zdravotník řešit zadané úkoly pomocí tvůrčího postoje, díky němuž je s to vnímat a uskutečňovat nové podněty. Měl by být schopen chápat problémy pacientů, umět klidně vystupovat, tak, aby jeho reakce byly pohotové a zároveň uvážlivé. Dalšími velice podstatnými vlastnostmi zdravotníka by měli být trpělivost, empatie, kritičnost a sebekritičnost, lidský přístup k pacientovi. Pro vykonávání této profese je důležité také mít smysl pro humor. S touto vlastností musí být zdravotník opatrný. Rozhodně by mělo platit, že se pacient směje společně se zdravotníkem, nikoli zdravotník pacientovi.

Pokud je hospitalizováno dítě, je to pro něj velká změna a také zásah do jeho běžného prostředí. Zároveň je pro dítě náročná adaptace, tudíž je nezbytné dítěti prostředí přizpůsobit co nejvíce jeho domácímu prostředí. Všechny zásady, které by měly být dodrženy, jsou definovány v Chartě práv (příloha 3) hospitalizovaných dětí (Klíma, 2016). Dětská sestra má za úkol podporu zdraví, působení v prevenci nemoci, zajištění spolupráce odborníků pečující o dítě a rodinu, dodržovat etické principy, poskytovat ošetrovatelskou péči formou ošetrovatelského procesu (Sikorová, 2011a).

#### ***1.4.1 Zhodnocení adaptační oblasti fyziologického modu***

Jak již bylo zmíněno, modus fyziologický je zaměřen na potřeby dýchání, výživu, vylučování, aktivitu, odpočinek a ochranu (Machová, 2011). Potřeby můžeme rozdělit podle ovlivnění nemocí. Potřeby, které zůstávají stejné, tedy např. potřeba vzduchu, výživy, vyprazdňování. Druhou skupinu tvoří potřeby, které se nemocí změnily. Tyto potřeby jsou individuální a úzce souvisí právě s konkrétním onemocněním. Poslední skupinou jsou potřeby, které nemoc vyvolala. Jedná se např. o potřebu tišení bolesti nebo obnovy zdraví apod. Při péči o pacienta musí sestra vědět, že uspokojování, bio-psycho-sociálních potřeb pacienta, má vliv na jeho chování a prožívání. V době nemoci může být pacient v mnoha oblastech omezen např. ve styku s přáteli, stravování atd. (Zacharová et al., 2011).

Aby sestra mohla pracovat se stimuly působící na oblasti fyziologického modu, je důležité se s nimi obeznámit podrobněji. Pokud je hodnocen dech, pozoruje se frekvence, kvalita, hloubka a pravidelnost. Další hodnotící činitelé jsou například zbarvení kůže a sliznic nebo poloha pacienta (Sedlářová, 2013). Fyziologická dechová frekvence se liší dle věku, u předškolního dítěte se pohybuje v rozmezí 22-34 dechů/min (Sedlářová, 2008a). Běžné, klidné dýchání je označováno jako eupnoe. Pokud je dech zrychlený jedná se o tachypnoe, v opačném případě je to bradypnoe. Některá onemocnění jsou doprovázena charakteristickým dýcháním např. Kussmaulovo či Cheynovo-Stokesovo dýchání (Sedlářová, 2013). Subjektivní pocit nedostatku vzduchu se nazývá dyspnoe neboli dušnost (Mišutková, 2011). Při hodnocení barvy kůže se zjišťuje především výskyt cyanózy, tedy modrého zbarvení kůže a sliznic, které je způsobeno nedostatkem kyslíku v organismu. Také poloha pacienta může poukazovat na některé onemocnění, hlavně srdeční nebo plicní. Dech může být měřen několika způsoby. Pohledem se sleduje zvedání hrudníku. Pohmatem, kdy se přikládá ruka na hrudník nebo břicho. Poslechem vyšetřuje dech především lékař. Dále se dech sleduje na monitorovacím zařízení, při snímání EKG. Neinvazivní často používanou metodou je pulzní oxymetrie, která informuje o saturaci hemoglobinu kyslíkem (Sedlářová, 2013).

Výživa zajišťuje tělu přísun energie a látky jemu potřebné. Přijímaná potrava by měla být pestrá a vyvážená. Základem výživy jsou cukry, tuky, bílkoviny, vitamíny, minerální látky, stopové prvky a voda (Sedlářová, 2011). Strava by měla být úměrná věku a pro organismus vstřebatelná. Stav výživy se hodnotí dle stavby těla, svalové hmoty a tukové vrstvy. Rozlišuje se typ euforický, kdy stav výživy odpovídá tělesné stavbě a věku, typ astenický až hypotrofický je typický pro vyhublé lidi, typ robustní se

vyznačuje mohutnou kostrou a atletickým svalstvem a u obézního typu se vyskytuje nadměra neaktivní tělesné hmoty a nepoměr hmotnosti a výšky (Klíma et al., 2016). Dalším hodnotícím prostředkem je nutriční screening, kdy se vypočítává skóre podle hodnotící škály. V této oblasti se zjišťuje především BMI, zda pacient v poslední době výrazně zhubnul nebo jak velké množství stravy přijímá (Sedlářová, 2011).

Další oblastí fyziologického modu je vylučování, které zahrnuje vylučování moči a stolice. Vylučování moče se u dětí od dospělých liší v počtu a ovládání močení, to souvisí s velikostí a funkční zdatností ledvin. U dítěte ve věku od 3. do 6-8 let se za 1 den vytvoří kolem 500-1000 ml moči (Smrčka, 2016). Vyprazdňování močového měchýře probíhá buďto spontánně, pacient se sám vyprazdňuje na toaletě (nočníku), toaletním křesle nebo asistovaně, kdy se provádí reflexní mikce nebo katetrizace močového měchýře. Množství moči se hodnotí pomocí diurézy, což je množství moči vyloučené za daný časový interval. Zvýšené vylučování moči se nazývá polyurie, opakem je oligurie. Anurie znamená, že se moč netvoří (Vytejšková et al., 2013). Mezi další příznaky onemocnění ledvin a močových cest patří např. dysurie neboli bolestivé močení, polakiskurie znamená časté močení, enuréza označuje pomočování, rozlišuje se denní a noční (Smrčka, 2016) a nejčastěji se objevuje po 4. roce věku (Vytejšková et al., 2013). Dále se mohou vyskytnout různé příměsi v moči, např. červené krvinky, cukr, bílkoviny. (Smrčka, 2016).

Fyziologické vyprazdňování stolice se uskutečňuje každý den nebo 1x/2dny, v závislosti na složení stravy (Wirthová, 2013). U stolice se hodnotí množství, konzistence, tvar, zápach, barva a příměsi (Sikorová, 2011a). Při vyprazdňování stolice mohou nastat obtíže. Uvedeny jsou ty nejčastější, mezi které patří zácpa, průjem a plynatost (Wirthová, 2013). Zácpa neboli obstipace je popsána jako náročné vyprazdňování tuhé stolice (Lukáš, 2007). Může být doprovázena bolestmi břicha, nechutenstvím, pocitem plnosti nebo bolestí při vyprazdňování (Wirthová, 2013). Průjem se projevuje častým vyprazdňováním řídké stolice (Lambert, 2010) a je spojován s bolestí a křečí břicha, nechutenstvím, nauzeou až zvracením (Wirthová, 2013). U průjmu je pacient ohrožen dehydratací. Příčina může být způsobena působícími faktory při vyprazdňování, užíváním antibiotik nebo mikrobiální příčinou. Poslední uváděná obtíž plynatost, je způsobena nadýmavými potravinami, onemocněním gastrointestinálního traktu, při stresu nebo nedostatečném pohybu. Projevuje se bolestí břicha, pocitem plnosti (Wirthová, 2013).

Formou odpočinku, která bude uvedena, je spánek. *Spánek je částečný útlum činnosti mozkové kůry (jeho biologickým účelem je především ochrana korových nervových buněk před vyčerpáním energie, tedy jakýsi stav odpočinku v činnosti nervových buněk mozkové kůry, který se ale také vztahuje k odpočinku těla vůbec)* (Nakonečný, 2011, 33s.). Spánek probíhá ve dvou fázích, REM a NREM. REM spánek se vyznačuje rychlými pohyby očí, výkyvem teploty, krevního tlaku, pulzu a dechu, doprovázený sny. NREM spánek je spojen s klidem bulbů, stabilitou fyziologických funkcí a je bez snů (Seidl, 2008). Spánek má význam pro regeneraci těla a pro psychický stav (Borzová et al., 2009). Klíma et al. (2016) uvádí délku spánku u batolat a předškolních dětí 12-15 hodin, v závislosti na aktivitě dítěte. V předškolním věku se mohou vyskytovat poruchy spánku, mezi něž patří porucha usínání, udržení spánku, noční děsy, somnambulismus, obstrukční spánková apnoe projevující se chrápáním a apnoickými pauzami a narkolepsie, jejíž projevy jsou ospalost přes den a spánkové záchvaty (Uhlíková, 2008).

Pohybová aktivita má vliv na vývoj kosterního svalstva a kostry (Sikorová, 2011a) a také na sebepojetí (Vágnerová, 2012). V období nemoci je potřeba aktivity zaměřena na boj s nemocí. Odvést pozornost od potíží nebo zlepšovat soběstačnost napomáhá právě fyzická aktivizace (Zacharová et al., 2011). Každá pohybová činnost by měla odpovídat věku dítěte, jeho individualitě a zdravotnímu stavu. Při vykonávání pohybové činnosti je třeba zajistit dítěti bezpečí. Z hlediska pohybové zdatnosti, by mělo dítě předškolního věku na konci tohoto období zvládat chůzi po schodech, chodit po čáře nebo přeskočit malou překážku (Sikorová, 2011a). K hodnocení aktivit denního života jako jsou např. schopnost najíst se a napít, osobní hygiena, využíváme Barthel test (Nováková, 2014).

Do posledního okruhu fyziologického modu, ochrany, spadají především potřeba ochrany zdraví a potřeba ochrany před bolestí. Na zdraví má velký vliv nesprávné složení stravy, nedostatečná fyzická zátěž a nepřiměřené psychické zatížení. Pro podporu zdraví je důležitá prevence, výchova ke zdraví, veřejné zdravotnictví a politika. Preventivní opatření se zaměřují na infekční onemocnění, infekci vody a potravin, onemocnění zapříčiněná nevhodnými hygienickými návyky, úrazy, otravy apod. Jedno z preventivních opatření, které podporuje zdraví je očkování. Druhou zmíněnou potřebou je ochrana před bolestí (Sikorová, 2011a). Dítě předškolního věku je s to bolest verbálně popsat avšak nedokáže pochopit, že bolestivý zákrok jako je např. odběr krve, mu může pomoci. Bolest lze sledovat pomocí hodnotících škál, fyziologických

projevů, např. tachykardie, zvýšená potřeba kyslíku a rozšířené zornice (Kalousová, 2008).

#### **1.4.1.1 Práce sestry se stimuly v adaptační oblasti fyziologického modu**

Zaměřuje-li se sestra na stimuly působící na dýchání, zjišťuje následující. V závislosti na věku dítěte (Sedlářová, 2013), jedná se o období školního věku, se mění dýchání z břišního na hrudní (Sikorová, 2011a). Dýchání dítěte velice ovlivňuje hygiena horních cest dýchacích, zahrnující správné smrkání a dýchání. Pokud sestra zjistí, že dítě není schopno efektivního smrkání nebo odkašlání hlenu, musí zajistit odsávání. Správné dýchání souvisí s držením těla a jeho nácvik je nezbytný začít právě v předškolním věku. Tuto intervenci lze provádět společně s fyzioterapeutem, který zvolí správné cvičení pro dítě (Sedlářová, 2013). Pro zajištění vlhkosti dýchacích cest je důležité, aby dítě bylo dostatečně hydratováno. Při dehydrataci se vytváří hustší sekrety v dýchacích cestách (Sikorová, 2011a). Mohou nastat i situace, jako např. kraniocerebrální poranění, kdy je nutné zajistit dýchací cesty pomocí vzduchovodu nebo endotracheální či tracheostomické kanyly (Sedlářová, 2013). Dýchání mohou ovlivňovat alergie, kdy je nutné zjistit jejich příčinu a zajistit léčbu (Sikorová, 2011a). K léčbě alergií a jiných onemocnění dýchacích cest se podává inhalace za pomoci obličejové masky a náústku. Inhalaci lze také aplikovat volně, kdy je hadice z inhalátoru umístěna do blízkosti nosu. Při používání vlhké metody je třeba zajistit osušení dítěte a čisté prádlo, protože tato inhalace způsobuje vlhké prostředí. Další léčebnou metodou pro podporu dýchání je podávání kyslíku. K této metodě se využívají především kyslíkové brýle, kyslíková maska nebo nosohltanový katétr. Při potížích s dýcháním může pacientovi ulevit také vhodná poloha (Sedlářová, 2013). Dále se sestra bude zajímat o prostředí dítěte, ve kterém se běžně vyskytuje. Je-li vlhké, vyskytují-li se v něm zvířata, nebo zda jeho rodiče kouří a pokud ano, zda v jeho přítomnosti (Sikorová, 2011a). Užívání medikamentů jako jsou sedativa, mohou dech tlumit. Dechová aktivita je také závislá na fyzické zátěži. K jejímu zvýšení dochází při aktivitě, ke snížení v klidu a spánku. Zrychlené dýchání se může vyskytnout u lidí, kteří jsou ve stresu, mají strach nebo jsou rozrušení. (Sedlářová, 2013).

Stravování v nemocnici přináší mnohá omezení a úkolem sestry je umožnit dítěti dle jeho stavu, stravování, na které je zvyklé (Sedlářová, 2008b). Zjišťuje věk, vrozené reakce na chutě, vrozená onemocnění, náboženství, medikamenty, které mohou vyvolávat zažívací potíže, stravovací návyky (Sedlářová, 2008b). Jak často se dítě

stravuje a v jakém množství, které jídlo odmítá, zda má chuť k jídlu, potíže při stravování, problémy se zuby (Sikorová, 2011a), dietní omezení, schopnost najezení, (Sedlářová, 2008b). Změna stravování spojená s hospitalizací či samotným onemocněním může způsobit u dítěte nechutenství nebo poruchy příjmu potravy, především jsou-li dítěti zakázána oblíbená jídla. Důležité je dbát i na estetické servírování jídla. Potřebuje-li dítě jídlo pokrájet, provádí se tak až před dítětem (Sedlářová, 2008b).

Vylučování je ovlivňováno přijímanou stravou a tekutinami, fyzickou zátěží, onemocněním, životním prostředím (Sikorová, 2011a), psychickým stavem, přizpůsobením na prostředí, soukromím při vyprazdňování, studem, léky na podporu nebo útlum vyprazdňování stolice, pravidelným denním rozvrhem a opět také věkem (Wirthová, 2013). Při získávání informací o této oblasti bude sestru zajímat množství vypitých tekutin během dne a noci, zda strava dítěte zahrnuje ovoce a zeleninu a v jakém množství. Dále bude zjišťovat četnost a pravidelnost vyprazdňování stolice a moči, zda dítě močí i v noci, výskyt potíží při vyprazdňování, bolest, příměsi, zda dítě používá nočník, plenkové kalhotky nebo toaletu popř. toaletu s nástavcem (Sikorová, 2011a).

K posouzení potřeby odpočinku se sestra vyptává, jak dlouho dítě spí, jestli spí ve dne, v noci, jak často spí, zda se v noci probouzí, za jakých podmínek a kde usíná, má-li před spaním nějaké rituály. Spánkové rituály mohou zahrnovat hygienu dítěte, obléknutí do pyžama, zatemnění místnosti a její vyvětrání, přečtení pohádky. Vhodné je dítě ukládat ke spánku a následně probouzet ve stejnou dobu. Aby nebyl narušen spánek dítěte, je vhodné během hospitalizace plánovat výkony mimo obvyklý čas, kdy dítě spí (Sikorová, 2011a).

V oblasti aktivity sestra hodnotí chůzi dítěte, kdy začalo samo chodit, jestli zvládá chůzi po nerovném povrchu, chůzi po schodech, běhání, přeskokování překážek. Z hlediska jemné motoriky budou sestru zajímat herní činnosti jako dovednosti v kreslení, umí-li dítě stříhat, kreslit čmáranice, hlavonožce nebo kresbu s detaily (Sikorová, 2011a). Dále by si měla zjistit zájmy dítěte, co rádo dělá ve volném čase. Aby dítě lépe pochopilo to, co se s ním bude dít, jeho nemoc nebo co v něm vyvolává strach, využívají se v nemocnici hry a hračky. Dítě má větší zájem o hru, pokud si s ním hraje někdo dospělý, proto jsou na dětském oddělení nejen zdravotníci, ale také herní specialisté. Nevyskytuje-li se na oddělení herní specialista, je důležité, aby sestra propojila ošetrovatelské intervence s hrou. Hra umožňuje lepší kontakt s dítětem, jeho

zklidnění i pochvalu nebo získání důvěry. Rodiče dítěte mívají někdy obavy, aby se dítěti hrou nepřitížilo a tak volí pasivní činnosti, např. sledování televize. V tuto chvíli je úkolem sestry rodičům vysvětlit důležitost zapojení dítěte do hry. U dítěte, které je těžce nemocné nebo dlouhodobě nemocné, se zvolí takové činnosti, aby přinášeli hlavně potěšení. Může se jednat o čtení pohádek nebo aktivity povzbuzující smysly. Dobu hraní si určí dítě (Řezníčková, 2008b).

Při vyhledávání působících stimulů v oblasti ochrany, se bude sestra zaměřovat na to, jestli dítě podstupuje pravidelné preventivní prohlídky u lékaře, jaké očkování dítě podstoupilo, zda se u dítěte vyskytla infekce či mělo nějaký úraz, má-li nějaké alergie a jak jsou na tom po zdravotní stránce rodiče. Z hlediska bolesti se zjišťuje, má-li či mělo dítě bolest, jak se projevovala a jak byla tišena (Sikorová, 2011a). Působícími stimuly na bolest jsou předešlé zkušenosti s bolestí, pohlaví, věk, kulturní vlivy, reakce rodičů, schopnost zvládat problémy, emoce a očekávání bolesti (Kalousová, 2008).

#### ***1.4.2 Zhodnocení adaptační oblasti modu sebepojetí***

Sebepojetí je definováno jako představa o tom, jak se člověk sám vidí (Vybrané aspekty..., 2016). Dítě předškolního věku své uplatnění ve společnosti využívá k rozvoji sebepojetí. Ke svému sebepojetí využívá také egocentrismus, kterým si utvrzuje svůj význam, magičnost mu umožňuje vidět se přijatelným způsobem, neboť ve své fantazii se stává tím, kým chce. Uplatňuje se zde i fenomenismus. Předškolní dítě výrazně vnímá viditelné rysy a je pro něj podstatný vlastní vzhled, který utváří jeho identitu. Pokud má např. jiné oblečení, které má pro něj nějaký význam, znamená to pro něj proměnu identity. Sebepojetí dítěte je spojováno také s psychickými vlastnostmi, dovednostmi a schopnostmi. Dítě předškolního věku klade značný důraz na vývoj, poukazuje na to, co již umí a dříve neuměl. Samo sebe přeceňuje, neboť není schopné realisticky uvažovat. Tento fakt se uplatňuje i v úvahách o budoucnosti, o tom, čím jednou bude. Dětské sebehodnocení je ale také odrazem hodnocení ostatních, především rodičů. Dítě předškolního věku je ovlivněno hlavně slovním názorem rodiče, jeho chováním nebo emocemi. Dítě do svého sebepojetí zahrnuje i kontakt s vrstevníky, se kterými se srovnává a všechny role, které ukazují jeho postavení. Další pojem, který spadá do sebepojetí, je genderová identita. Dítě poznává rozdíly mezi pohlavími a seznamuje se se svým vlastním. Napomáhá mu ztotožnění se s rodičem stejného pohlaví. Napodobování tohoto rodiče posiluje sebejistotu dítěte. Rodič opačného pohlaví napomáhá dítěti vidět rozdíly, kým není (Vágnerová, 2012).



#### **1.4.2.1 Práce sestry se stimuly v adaptační oblasti modu sebepojetí**

Významným faktorem ovlivňující dětské sebepojetí je opora rodičů. S věkem dochází postupně ke změně a vliv začínají mít i vrstevníci. Z vnitřních faktorů se uplatňují spokojenost a prožitek štěstí. V předškolním věku je sebepojetí spojováno také s obrazem těla (Vybrané aspekty..., 2016). Obraz těla, sebeúcta a volní složka společně vytváří sebepojetí. Obraz těla zahrnuje individuální vnímání vlastního těla a anatomickou představu těla. S obrazem těla souvisí také oblečení jedince, účes a různé osobní věci. Sebeúcta vypovídá o vztahu, jaký má jedinec k sobě samému a vychází z kontaktu s lidmi, ze zkušeností, z hodnocení ostatních lidí jako jsou rodiče, sourozenci, vrstevníci. V předškolním věku dítě hodnotí svůj vztah k ostatním lidem a jejich vztah k sobě samému. Poslední část tvořící sebepojetí, volní složka, umožňuje propojení sebehodnocení s chováním. Při hodnocení oblasti sebepojetí se bude sestra vyptávat na náladu dítěte, jak rodiče dítě oceňují, užívají-li při výchově více pochvalu nebo kárání, zda dítě vzdoruje a jak s ním řeší konflikty, jaké je chování dítěte k cizím lidem a jestli si rodiče během dne vymezují čas jen pro dítě. Úkolem sestry je zjistit, jak dítě vnímá samo sebe např. pomocí kresby, kde se dítě samo znázorní. Důležité je, aby si dítě uvědomovalo své silné stránky a ty slabé, aby umělo přijímat a nestydělo se za ně. Dítěti může s vyrovnáním neúspěchu pomoci vyprávění příběhů nebo vlastních zkušeností rodičů s jejich neúspěchy (Sikorová, 2011a).

#### **1.4.3 Zhodnocení adaptační oblasti rolové funkce**

Nakonečný (2016) definuje roli jako součást struktury osobnosti, kdy se osobnost vyjadřuje veřejně. Pozice, kterou každý člověk zaujímá je dána pohlavím, věkem a socioprofesionálním postavením. Od každé role je očekáváno v určitých situacích jisté chování (Nakonečný, 2016).

Royová popisuje rolovou funkci jako zvládnutí a ztotožnění s rolí primární, sekundární a terciární (Pavlíková, 2006). Primární role zahrnuje pohlaví a věk (Machová, 2011). V této práci se jedná o dítě předškolního věku, a jak již bylo zmíněno, v tomto období dochází ke ztotožnění s rolí vlastního pohlaví a rozlišením rozdílů pohlaví (Nakonečný, 2016). Do oblasti sekundární role patří role, které jsou získány během života (Machová, 2011). V předškolním období dítě získává nové sociální role. Zaujímá roli vrstevníka, kamaráda a ve většině případů i roli žáka mateřské školy. Každá role má určité znaky a společně se situací, v níž se dítě nachází, by měla ovlivnit jeho chování. Pokud se tak nestane, dítě může reagovat nepřiměřeně a mít zmatek v pocitech. S rozlišením jednotlivých sociálních rolí mohou mít problém např.

hyperaktivní děti. Pro dítě má velký význam rodič, jehož role je pro něj motivací k přijímání pravidel a způsobů chování. Dítě předškolního věku má potřebu být jako rodič, což si zkouší především při hře. Jedná se o formu sociálního učení, která napomáhá k přípravě na budoucí život (Vágnerová, 2012).

Terciární role je prozatímní a řadíme do ní roli pacienta (Pavlíková, 2006). Roli pacienta člověk získává tehdy, pokud není schopen v průběhu nemoci plnit své běžné sociální role. Pokud se člověk nedokáže ztotožnit s touto rolí, má zde sestra velice podstatnou úlohu. Pacient se dostává do situace, kdy je vyloučen ze skupiny zdravých a zaujímá postavení psychicky a společensky submisivní. Jedná se většinou o dočasnou změnu, která u každého vyvolává jinou reakci. Role pacienta se mění v závislosti na změně zdravotního stavu, ovlivňuje ji např. omezení pohybu, výživy, společenského kontaktu (Zacharová et al., 2011).

Pacienty lze klasifikovat dle druhu onemocnění. Pacienti s akutním onemocněním, s chronickým onemocněním, pacienti s trvalými defekty a pacienti vážně nemocní. Pacienti mohou zaujímat různé postoje k nemoci a reagovat na ně v závislosti na předchozích zkušenostech. Pokud se pacient adekvátně nemoci přizpůsobí, jedná se o normální postoj. Podceňuje-li onemocnění, zaujímá bagatelizující postoj, který může být zapříčiněn strachem. Postojem disimulačním pacient zkresluje nebo zatajuje potíže. Má-li pacient nepřiměřenou obavu z nemoci, často chodí na vyšetření, je jeho postoj označován jako nozofóbní. Hypochondrický postoj zaujímá člověk, který si myslí, že je nemocný. Nozofilní postoj se týká lidí, kteří svou nemocí získávají jisté výhody, např. děti si takto vynutí, aby se jim rodič více věnoval nebo si mohly si hrát. Vystupňování nozofilního stavu představuje postoj účelový, který je spojován se získáním soucitu. Zapuzování nemoci je typické pro postoj repudiační (Zacharová et al., 2011).

#### ***1.4.3.1 Práce sestry se stimuly v adaptační oblasti rolové funkce***

Již bylo uvedeno, že primární role je stálá a sestru tedy bude zajímat věk a pohlaví dítěte (Pavlíková, 2006), protože přizpůsobení bude probíhat odlišně u různě starých dětí a rozdíl bude i u chlapců a dívek (Stasková, 2009). Sekundární role zahrnuje všechny role, které dítě doposud získalo (Machová, 2011), u předškolního dítěte se může jednat o role sourozence, vrstevníka, kamaráda a žáka mateřské školy (Vágnerová, 2012). Sestra se bude zajímat, do jaké míry jsou tyto role ovlivněny a jak je dítě zvládá plnit v době nemoci.

Terciární roli představuje role pacienta (Machová, 2011). Při nástupu dítěte k hospitalizaci je podstatné poskytnutí vhodných informací jak rodičům, tak samotnému dítěti a partnerský přístup, neboť je to pro dítě náročná životní situace (Řezníčková, Sedlářová, 2008). Jak bude dítě reagovat na hospitalizaci, je podmíněno věkem, emocionálním zdravím, přípravou na hospitalizaci, předchozí zkušeností s hospitalizací, podporou rodiny. Pokud je hospitalizace plánovaná, mají rodiče čas dítě předem připravit. Měli by dítěti poskytnout jen ty nejnnutnější informace, aby dítě zbytečně nevyděsili, zvláště jedná-li se o dítě předškolního věku, u kterého vlivem bujné fantazie může dojít ke zvýšení obav. U předškolního dítěte může být výhodou, že má již zkušenost s odloučením od rodičů ze školky (Fendrychová, 2009a). Jak se dítě s nemocí smíří, závisí na emocionální a kognitivní zralosti (Fendrychová, 2009b).

Na roli pacienta mohou negativně působit různé faktory. K depersonalizaci dochází tehdy, pokud jedinec s rolí pacienta ztrácí svou sociální totožnost. Pokud bude s pacientem sestra jednat s neosobním přístupem, bude pacient pouhým případem. Dalším negativním faktorem může být způsob rozhovor sestry s pacientem, kdy sestra pacientovi nenaslouchá a pacient se stává pouhým příjemcem rozkazů a dotazů. S hospitalizací bývají mnohdy opomíjeny osobní potřeby pacienta a v popředí jsou potřeby týkající se zdraví. Záporně může ovlivňovat také pasivita pacienta, který byl zvyklý na aktivní život, dále také bolest, nedostatečná informovanost nebo sebekontrola, kdy člověk jako pacient nemůže řídit události podle sebe. Je-li pacientovi umožněno, aby něco řídil, spěje to ke zlepšení jeho stavu (Sikorová, 2011b). Pilát (2005) uvádí jako působící faktory během hospitalizace odloučení od rodiny a běžného prostředí, bolest, nepříjemné fyzické pocity, omezení hybnosti, únavu, diagnostické a terapeutické výkony, ztrátu sebekontroly, změnu vzhledu nebo nejistotu z následujícího průběhu nemoci. Všechny tyto uvedené faktory souvisí s osobností jedince, kvalitou poskytované péče nebo také s mírou spolupráce rodiny (Pilát, 2005).

#### ***1.4.4 Zhodnocení adaptační oblasti vzájemné závislosti***

Modus vzájemné závislosti se zaměřuje na blízké vztahy lidí, jejich účel, strukturu a vývoj. Vztahy vzájemné závislosti zahrnují svobodu, schopnost dávat ostatním a přijímat od nich aspekty všeho, co může člověk nabídnout, jako je láska, respekt, hodnota, výchova, znalosti, dovednosti, závazky, čas, talenty (Alligood, 2017).

Rodina má pro dítě nenahraditelnou roli, plní funkci biologicko-reprodukční, ekonomicko-zabezpečovací, emocionální a socializačně-výchovnou (Klíma, 2016).

Vztah dítěte s rodiči se mění v závislosti na jeho vývoji. Rodiče předpokládají, že jednání předškolního dítěte bude zralejší, mívají větší nároky a v chování k dítěti se vzájemně doplňují. Pro předškolní dítě je matka stále zdrojem jistoty a bezpečí. S dítětem tráví většinu času hlavně při každodenních činnostech. Její vyjadřování má především emoční souvislost. Hraje-li si matka s dítětem, využívá klidnější způsob hraní. Dítě se v období předškolního věku od matky postupně odpoutává. Otec uplatňuje svůj vztah s dítětem především při jeho seznamování s okolním světem, učí jej novým poznatkům a zkušenostem. Častěji používá příkazy, ale zároveň pomáhá dítěti vyznat se v jeho emočních reakcích a usměrňovat je. Vztah rodičů jako partnerů má vliv na chování otce k dítěti. Sourozenecký vztah závisí na věkovém rozdílu sourozenců nebo také na postoji rodičů. Dítě si velice všímá, jak se rodiče chovají k ostatním lidem a jejich chování si přejímá. Pokud dítě předškolního věku vidí, jak se k sobě rodiče chovají hezky, bude se to odrážet i v jeho vztahu k sourozenci. Dítě předškolního věku může odmítat novorozeného sourozence z obav, že přijde o svou pozici, kterou zaujímá v rodině, o pozornost a lásku rodičů, neboť až doposud byl středem jejich zájmu jen on. Naproti tomu starší sourozenec znamená pro předškolní dítě ochranu, vzor. Od staršího sourozence získává zkušenosti, učí se zvládat společenské dovednosti. Porozumět pocitům a potřebám jiných lidí napomáhá právě vztah a chování sourozenců. Sourozenci bývají spojenci, např. při hrách, nebo pokud se na ně rodiče zlobí. Zároveň mohou mezi sebou i soupeřit např. o pozornost rodičů či hračky. Rodina má vliv nejen na vztah mezi sourozenci, ale také na vztah dítěte s vrstevníky. Vztah s vrstevníky souvisí i s mírou jistoty a bezpečí, kterou dítě získává od rodiny. Cítí-li se dítě v bezpečí, předpokládá od vrstevníků přijetí, je důvěřivé, což mu ulehčí sociální interakci. Nenaučí-li se dítě v rodině pozitivní zkušenosti, bude se to opět odrážet v jeho chování k ostatním. Nebude schopno navázat kontakt a budou se u něj vyvíjet negativní vlastnosti a způsob chování. Nutno připomenout, že takovéto chování může pramenit i z temperamentu. Vrstevníci pomáhají dítěti učit se spolupracovat, soupeřit, vyjádřit soucit, zvládnout konflikt či lítost (Vágnerová, 2012).

Během hospitalizace je pro dítě velmi důležitý kontakt s nejbližšími osobami, ať už to jsou rodinní příslušníci nebo kamarádi. Nejsou-li dítěti v průběhu hospitalizace z nějakého důvodu umožněny návštěvy, je vhodným komunikačním prostředkem mobilní telefon, počítač nebo zvukové nahrávky se vzkazy od rodiny (Řezníčková, 2008a).

Každodenní dovednosti, které jedinec vykonává za účelem sebezpeče, jsou podmíněny individualitou, vývojem, vnímáním, motorikou, temperamentem, trpělivostí, odolností vůči zátěži. Do sebezpeče dítěte patří nácvik péče o zuby, kůži, vlasy a nehty, úpravu vzhledu, samostatnost při jídle a vylučování. Předškolní dítě se postupně zvládá samo najíst pomocí lžice a následně vidličky, na konci období by si mělo umět namazat chleba. Nalítí nápoje zvládá většinou bez rozlité. Co se týká oblékání, mělo by si dokázat poradit s knoflíky, zipy a na konci předškolního období by si mělo umět zavázat tkaničky. Sebezpeče při vylučování souvisí také s tím, jestli je dítě schopné samo použít toaletní papír, spláchnout a umýt si ruce (Sikorová, 2011a).

#### ***1.4.4.1 Práce sestry se stimuly v adaptační oblasti vzájemné závislosti***

Z poslední adaptační oblasti vzájemné závislosti bude sestra zjišťovat podrobnosti ohledně vztahů a sebezpeče. Pokud bude sestra hodnotit vztahy v rodině, bude se zaměřovat na komunikaci a naslouchání mezi členy rodiny, jak si vypomáhají a podporují se, respektují-li se, jestli si vzájemně důvěřují, uskutečňují-li společné aktivity a poskytují-li si soukromí. Dále se bude sestra zajímat o to, zda dítě chodí do školky a jestli se mu tam líbí, jak se adaptovalo na mateřskou školu, má-li kamarády, vyzve dítě, aby jí popsal členy rodiny, a jaké k nim má vztahy. Dále se informuje o tom, schází-li se rodina s příbuznými, má-li dítě sourozence, jaký vztah k sobě vzájemně mají a uskutečňují-li v rodině nějaké tradice jako např. oslavy narozenin. Sestra může rodině poskytnout doporučení, jak pozitivně ovlivnit jejich vztahy. Taková doporučení mohou zahrnovat oslovování dítěte přezdívkou, čtení dítěti, společné aktivity, vyjádření lásky pomocí objetí nebo polibků, vytýčit si pro dítě čas a umět ho vyslechnout, hrát si s ním (Sikorová, 2011a).

Při získávání informací o sebezpečí se bude sestra dotazovat, zda se dítě zvládne umýt samo, po použití toalety umyje-li si ruce, vyprazdňuje-li se samo, umí-li používat toaletní papír, jestli se umí dítě vysmrkat, jak se stará o zuby a čistí-li si je samo, dokáže-li se samo obléknout a nazout boty, jakým způsobem se stravuje a pije, umí-li používat příbor, používá-li při pití hrnek nebo láhev (Sikorová, 2011a). Podstatným vlivem na stravování může být samotný způsob příjmu potravy. Někdy je vzhledem k onemocnění nutné zavést enterální či parenterální výživu. Oba tyto způsoby výživy mohou přinášet jisté komplikace (Kameníčková, 2005). Na úroveň sebezpeče může dále působit zdravotní stav, životní zkušenosti, péče poskytovaná rodiči a schopnost dítěte vzdělávat se (Sikorová, 2011a). Hygienické zvyklosti jsou ovlivňovány kulturou,

sociálními a rodinnými činiteli, povědomím o zdraví a hygieně a vnímáním vlastních potřeb a pohodlí. Úkolem sestry je znát do jaké míry je dítě schopné tyto činnosti vykonávat, se zřetelem k věku a onemocnění. U dítěte může nemoc způsobit regresi, tedy návrat do předchozího vývojového stádia, což zapříčiní, že zapomene to, co se již naučilo. Sestra musí tedy dítěti zajistit hygienickou péči, do které postupně zapojuje i rodiče (Fendrychová, 2005). Deficit sebeděže může nastat tehdy, kdy péče jedince o sebe je nepřiměřená jeho vývojovému stádiu. To může být zapříčiněno chováním rodičů k dítěti. V některých případech rodiče vykonávají činnosti za děti, aby je ochránili, jindy mají na dítě velké nároky a to není schopno je splnit vzhledem k jeho věku anebo dítěti dovolí, aby si dělalo, co chce (Sikorová, 2011a).

## **2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **2.1 Cíle práce**

Cíl 1: Zmapovat stimuly působící na dítě předškolního věku v rámci adaptace na nemocniční prostředí.

Cíl 2: Zmapovat ošetrovatelské intervence prováděné u dítěte předškolního věku při adaptaci na nemocniční prostředí.

### **2.2 Výzkumné otázky**

Výzkumná otázka 1: Jaké stimuly působí v adaptaci dítěte předškolního věku na nemocniční prostředí?

Výzkumná otázka 2: Jaké ošetrovatelské intervence jsou prováděny u dítěte předškolního věku při adaptaci na nemocniční prostředí?

## **3 METODOLOGIE**

### **3.1 Použité metody**

Pro zpracování bakalářské práce byl použit kvalitativní výzkum. Ke sběru dat byly použity metody nestandardizovaný hloubkový rozhovor, pozorování dětí, dotazování rodičů a analýza dokumentu.

#### **3.1.1 Nestandardizovaný rozhovor**

Při výzkumu byla použita technika nestandardizovaného rozhovoru se sestrami pracujícími na dětském oddělení. V úvodu byly sestry seznámeny s tématem výzkumné práce a upozorněny na anonymní zpracování jejich odpovědí. Pro rozhovor byl připraven seznam otázek vztahujících se k ošetrovatelským intervencím, prováděných při adaptaci dítěte předškolního věku na nemocniční prostředí (příloha 2). Rozhovory byly zaznamenány pomocí diktafonu, následně přepsány do písemné podoby (příloha 4). Rozhovory probíhaly v klidném prostředí na vyšetřovně dětského oddělení bez přítomnosti dalších lidí. Jeden rozhovor trval 5 – 10 min. Analýza rozhovorů byla provedena metodou tužka a papír, kdy byly zvýrazněny podstatné části odpovědí sester. Následně byly dále zpracovány technikou vyložení karet, kde byly nalezeny nejčastější shodné odpovědi (Švaříček. et al, 2014).

#### **3.1.2 Pozorování**

K dalšímu získání informací byla použita metoda přímého, strukturovaného, zúčastněného, otevřeného, pozorování (Švaříček. et al, 2014) hospitalizovaných dětí. Během pozorování byl použit záznamový pozorovací arch, který byl zaměřen na působící vlivy při adaptaci předškolního dítěte na hospitalizaci, strukturovaný podle modelu Royové (příloha 1). Pozorováním byly sledovány adaptační oblasti fyziologického modu, modu sebepojetí, rolové funkce a vzájemné závislosti. Oblast fyziologického modu byla zaměřena na dýchání, výživu, vylučování moče a stolice, spánek a odpočinek, pohyb a aktivitu a ochranu. Modus sebepojetí byl zaměřen na chápání a ztotožnění se s pohlavím, sebehodnocení dítěte, jeho náladu a chování. Oblastí rolové funkce bylo zjišťováno zvládání rolí primární, sekundární a terciární. Oblast vzájemné závislosti zjišťovala vztahy dítěte s jeho rodinou, cizími lidmi a úroveň schopnosti sebepéče. Pozorování bylo doplněno i dotazováním rodičů a dohledáním informací ve zdravotnické dokumentaci. Ze získaných informací byly vytvořeny kazuistiky podle struktury adaptačního modelu Royové. Pozorování probíhalo v období od 2. 4. 2018 do 13. 4. 2018 na dětském oddělení.



### **3.1.3 Analýza dokumentu**

Obsahová analýza dokumentu zdravotnické dokumentace (Žiakova, 2009) byla použita pro doplnění informací do pozorovacího archu, strukturovaného podle modelu Royové. Ze zdravotnické dokumentace byly zjišťovány následující informace: ordinované léky, lékařské výkony a vyšetření prováděné u pozorovaného dítěte.

### **3.1.4 Výzkumný soubor**

Výzkumný soubor tvořilo 8 sester pracujících na dětském oddělení ve věkovém rozmezí od 25 do 60 let. Druhým výzkumným souborem bylo 5 hospitalizovaných dětí předškolního věku, tedy děti od 3 do 6 let a jejich rodiče.

## 4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

### 4.1 Výsledky rozhovorů, kategorizační tabulky

Tabulka č. 1 Identifikační tabulka sester

S/sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Věk	40 let	60 let	45 let	41 let	53 let	50 let	25 let	27 let
Vzdělání	VŠ	VŠ	SŠ	SŠ	SŠ	SŠ	VŠ	SŠ
Doba praxe	21 let	40 let	27 let	20 let	33 let	32 let	1 rok	8 let
Znalost modelu C.Roy	Ne	Ne	Ano	Ne	Ano	Ne	Ano	Ano

Zdroj vlastní

Tabulka č. 1 identifikuje sestry, s nimiž byly prováděny rozhovory. Věk sester se pohybuje v rozmezí od 25 do 60 let. Sestra 3, 4, 5, 6 a 8 mají středoškolské vzdělání. Sestra 1, 2 a 7 mají vysokoškolské vzdělání. Doba praxe sester se pohybuje od 1 roku do 40 let. Sestra 3, 5, 7 a 8 uvedly, že model Royové znají nebo o něm slyšely. Sestra 1, 2, 4, a 6 model Royové neznaly.

Tabulka č. 2 Kategorie: Intervence prováděné při adaptaci dítěte

S/sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Komunikace s dítětem, vysvětlení výkonu			X	X	X	X		X
Komunikace s rodičem			X					X
Hospitalizace s rodičem	X	X		X		X	X	
Klidné prostředí, vlídný přístup					X	X		
Odpoutat pozornost dítěte, hračky...	X	X	X			X		
Není čas					X			

Zdroj vlastní

Tabulka č. 2 znázorňuje, jaké intervence provádí sestry při adaptaci dítěte předškolního věku na nemocniční prostředí. Sestra 3, 4, 5, 6, a 8 uvedly, že je důležitá komunikace dítětem. Sestra 3: *Důležité je navázat s dítětem kontakt, obrázky...získat si dítě na svoji*

stranu, vést rozhovor pomocí hraček. Je to o individuálním přístupu, vždycky vysvětlit, dítě jde do cizího prostředí...hlavně maminky musíme uklidňovat. Sestra 3 a 8 dále uvedly i komunikaci s rodiči, doprovodem. Sestra 1, 2, 4, 6 a 7 doporučují pro lepší adaptaci dítěte, hospitalizaci s rodičem. Sestra 7: *Prioritně přijímáme dítě s matkou, pokud to není možné, máme na oddělení neomezené návštěvy, nikoho nevyháníme.* Sestra 5 a 6 vidí důležitost i v klidném prostředí a vlídném přístupu. Sestra 6: *Hlavně s dítětem klidně mluvit... klidné prostředí, hračky, poutat pozornost na obrázky na zdi.* Sestra 1, 2, 3 a 6 uvedly, že se snaží odpoutat pozornost dítěte pomocí hraček, obrázků. Sestra 5 uvedla, že na tyto intervence není čas: *Snažíme se edukovat, vysvětlovat, neustále, ale v zálivu papíru na to bohužel není čas.*

**Tabulka č. 3 Kategorie: Intervence při neschopnosti dítěte adaptovat se**

S/sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Komunikace s dítětem, opakování informací	X			X			X	X
Medikace	X					X		
Zaměstnat dítě, hry, TV		X	X				X	X
Pí. učitelka MŠ		X					X	
Komunikace s rodičem				X	X		X	
Nic					X			

Zdroj vlastní

Tabulka č. 3 ukazuje intervence, které sestry provádí, pokud se dítě nedokáže adaptovat na nemocniční prostředí. Sestra 1, 4, 7 a 8 s dítětem komunikují a poskytují znovu veškeré informace. Sestra 4: *Mluvit, mluvit, komunikace ... je to jen o komunikaci.* Sestra 1 a 6 uvedly, že pokud je dítě velmi neklidné, podávají ordinovanou medikaci. Sestra 6: *Musí se asi přistoupit k medikaci, když jsou třeba hodně neklidní po operaci.* Sestra 2, 3, 7 a 8 se snaží dítě zaměstnat činnostmi, hrou. Sestra 2: *Pouštíme mu televizi, já dělám různé kašpary, zpívám a povídám říkanky... Pro děti máme hračky na závěs nad postelí, obrázky na stěnách.* Sestra 2 a 7 pověří paní učitelku, aby se dítěte více věnovala. Sestra 4, 5 a 7 se snaží komunikovat s rodiči, zapojit je do péče. Sestra 5:

*Snažíme se kontaktovat rodiče, aby s ním trávili co nejvíce času. Sestra 5 také uvedla, že neprovádí nic.*

**Tabulka č. 4 Kategorie: Intervence prováděné při neadekvátním sebepojetí dítěte**

S/sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Zapojit dětského psychologa	X	X					X	
Mluvit s dítětem	X	X	X	X	X	X		X
Edukace dítěte					X	X		
Hrát si s dítětem					X		X	
Není čas					X			

Zdroj vlastní

Tabulka č. 4 znázorňuje intervence prováděné sestrami v situaci, kdy se dítě podceňuje, má špatnou náladu v rámci sebepojetí. Sestra 1, 2 a 7 uvedly, že po dohodě s lékařem do péče o dítě zapojí dětského psychologa. Sestra 1: *Intervence s dětským psychologem, na žádost lékaře.* Sestra 1, 2, 3, 4, 5, 6 a 8 se snaží o problému s dítětem mluvit. Sestra 3: *Myslím si, že je důležité si k tomu dítěti sednout a popovídat si s ním... se tomu dítěti přiblížit.* Sestra 5 a 6 uvedly nutnost edukace, vysvětlování. Sestra 5 a 7 by si s dítětem hrály. Sestra 7: *Můžeme dítěti pustit televizi, zaměstnat ho... Nebo je dovedeme do herny.* Sestra 5 dále uvádí, že na tyto intervence není čas.

**Tabulka č. 5 Kategorie: Intervence prováděné k odstranění strachu ze zdravotnického personálu**

S/sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Nosit barevnou uniformu	X	X	X	X	X	X	X	X
Vlídny přístup, povídání s dítětem	X	X		X	X	X	X	X
Odpoutání pozornosti dítěte, hry			X	X	X	X	X	

Zdroj vlastní

Tabulka č. 5 ukazuje intervence, které sestry uplatňují proto, aby se dítě nebálo zdravotnického personálu. Všechny sestry uvedly, že nosí barevné uniformy s obrázky. Sestra 1: *Naše uniformy pomáhají.* Sestra 3: *Tak samozřejmě jsme se snažili přizpůsobit, že máme ty haleny s obrázky.* Sestra 1, 2, 4, 5, 6, 7 a 8 se snaží o vlídný přístup a komunikaci s dítětem. Sestra 6: *Klidně s ním mluvit.* Sestra 3, 4, 5, 6 a 7 odpoutávají pozornost dítěte od výkonů, při vizitě nebo si s dítětem hrají. Sestra 7: *Existují taky takové panenky, na kterých jim můžeme ukázat třeba odběr krve...nebo na fonendoskopu je hračka...Děti se zeptám třeba, co mají na tričku.* Sestra 5: *Upoutat je na obrázky, všechno vysvětlovat.*

**Tabulka č. 6 Kategorie: Intervence prováděné v případě hospitalizace dítěte bez doprovodu**

S/sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Dítě zabavit, hry	X		X	X	X			
Zajistit kontakt s dítětem		X		X	X	X	X	
Zjistit informace od rodičů		X						
Zajistit pí. učitelku MŠ				X				
Uložit dítě k dětem stejné věkové kategorie								X

Zdroj vlastní

Tabulka č. 6 znázorňuje intervence poskytované sestrami, je-li dítě hospitalizované bez doprovodu. Sestra 1, 3, 4 a 5 uvedly, že se dítě snaží zabavit, poskytnout mu hry. Sestra 1: *Zabavit ho nějak, televizí, knížkou, časopisem, pohádkami, dvd.* Sestra 3: *No my jim nabídneme, že tady máme hračky, hrací koutek.* Sestra 2, 4, 5, 6 a 7 se dítěti více věnují. Sestra 5: *Musíme se jim víc věnovat, vezmeme je do herny nebo i na sesternu.* Sestra 6: *Musíme zajišťovat péči, hodně se chodit dívat na pokoj.* Sestra 2 získává potřebné informace od rodičů při jejich návštěvě: *Vyzvídáme informace o dítěti, návyky, zvyky, co jí...* Sestra 4 zapojí do péče pí. učitelku. Sestra 8 se snaží dítě uložit na pokoj k dětem stejné věkové kategorie.

**Tabulka č. 7 Kategorie: Intervence prováděné u dítěte v izolaci pro zajištění sociálního kontaktu**

S/sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Hospitalizace s rodičem	X	X	X	X	X	X	X	X
Omezení návštěv	X				X			
Edukace o izolačním opatření	X		X					
Komunikace, hry		X	X		X		X	
Mobil, TV...		X	X		X			X

Zdroj vlastní

Tabulka č. 7 ukazuje intervence vedoucí k zajištění sociálního kontaktu, které sestry uskutečňují v případě, že je dítě v izolaci. Všechny sestry uvedly, že dítě může být i v izolaci hospitalizované s rodičem. Sestra 2: *Oni většinou jim doktoři dovolí návštěvu aspoň jednoho rodiče, takže pak zas tak nestrádají.* Sestra 3: *Většinou v izolaci můžou být i s doprovodem.* Sestra 8: *Dítě i v izolaci může být hospitalizováno s rodiči.* Sestra 1 a 5 dodaly, že omezují návštěvy. Sestra 5: *Snažíme se omezit sourozence.* Sestra 1 a 3 edukují rodiče o izolačním opatření. Sestra 3: *Děti i rodiče jsou poučeni o režimu, kde je dezinfekce, že všechny věci co mají na pokoj, se musí dezinfikovat.* Sestra 2, 3, 5 a 7 zajišťují dítěti podněty k zábavě, hraní a komunikují s dítětem. Sestra 3: *Dáme jim hračky na pokoj.* Sestra 7: *Je alternativa, že si můžou vzít i hračky z herny, pak se vrátí vydezinfikované.* Sestra 2, 3, 5 a 8 uvedly, že i v izolaci má dítě k dispozici mobilní telefon, televizi. Sestra 2: *Mají nořasy, mobily, televize mají na pokoj.* Sestra 8: *V dnešní době má každé dítě mobil nebo tablet.*

**Tabulka č. 8 Kategorie: Intervence u dítěte, které není soběstačné v hygieně**

S/sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Dopomoc	X		X	X	X	X	X	X
Naučit			X		X	X		
Oslovit rodiče			X					
Umýt dítě		X				X		

Zdroj vlastní

Tabulka č. 8 ukazuje intervence, které sestry provádí u dítěte, které nezvládá samo hygienu. Sestra 1, 3, 4, 5, 6, 7 a 8 dítěti zajistí dopomoc. Sestra 1: *Tak mu pomůžeme, buď my, nebo naše ošetřovatelky.* Sestra 5: *No tak mu musíme pomoci.* Sestra 7: *Musíme mu pomoci, nemůžeme to dítě samo poslat do koupelny, aby se mu něco nestalo.* Sestra 3, 5 a 6 se to snaží dítě naučit. Sestra 3 osloví rodiče, aby se zapojily do péče. Sestra 2 a 6 provedou hygienu dítěte.

**Tabulka č. 9 Kategorie: Intervence u dítěte, které neumí smrkat**

S/sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Odsávat odsávačkou	X	X	X	X	X	X	X	X
Nácvik smrkání			X	X	X	X	X	X

Zdroj vlastní

Tabulka č. 9 znázorňuje intervence sester, které uskutečňují u dítěte neschopné smrkat samo. Všechny sestry uvedly, že použijí odsávačku. Sestra 2: *No to tady máme odsávačku, to bývá skoro pokaždé boj, ale ty menší děti si docela zvyknou.* Sestra 3: *Tak musíme odsávat odsávačkou...neděláme to úplně rádi, ale jinak to nejde.* Sestra 5: *U malých dětí odsáváme odsávačkou.* Sestra 3, 4, 5, 6, 7 a 8 provádí s dítětem nácvik smrkání. Sestra 4: *Smrkáme s ním...nejdřív nechat, ať ukážou, jak umí nebo ne, a pak dopomoc.* Sestra 5: *Učíme je smrkat, dáváme jim kapesníky...vysvětlit, jak to dělat a dohlížet na ně.* Sestra 6: *Provádí se nácvik smrkání.* Sestra 7: *Tak mu to musíme vysvětlit, když to neumí, ukážeme jak.*

**Tabulka č. 10 Kategorie: Intervence prováděné u dítěte s dietním omezením**

S/sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Seznámit s dietou	X		X	X	X	X	X	X
Hledat alternativu	X	X			X			
Zjistit, co dítěti chutná		X						
Objednat dietu		X		X				
Kontrola			X	X		X	X	

Zdroj vlastní

Tabulka č. 10 ukazuje intervence, které sestry provádí u dítěte s dietním omezením. Sestra 1, 3, 4, 5, 6, 7 a 8 seznámí s dietou dítě i doprovod. Sestra 3: *Upozorníme rodiče, ať dítě jí jen to, co může, nebo ať se přijdou zeptat, když neví.* Sestra 8: *Poučíme o nutnosti dodržovat dietu, aby se nezhoršil zdravotní stav dítěte.* Sestra 6: *Vysvětlí se to mamince nebo doprovodu, či dítěti, že teď něco nemůže.* Sestra 4: *Vysvětlit doprovodu dítěte, aby mu to dané jídlo, co nesmí, nedávali.* Sestra 1, 2 a 5 hledají alternativu jídla, které dítě momentálně nesmí. Sestra 1: *Hledáme alternativu...pokud nesmí jíst, mají hlad, tak dostávají Nutridrinky, něco se vždycky najde.* Sestra 2: *Vybereme něco jiného.* Sestra 2 zjišťuje, jaké jídlo dítěti chutná. Sestra 2 a 4 uvedly, že danou dietu musí objednat. Sestra 4: *Musíme tu danou dietu objednat.* Sestra 3, 4, 6 a 7 provádí kontrolu dítěte i doprovodu, zda dítě dietní omezení dodržuje. Sestra 3: *Kontrolujeme stolečky, aby nejedli, co nemají.* Sestra 6: *Kontrolovat je, jestli to dodržují.* Sestra 7: *Důležité je, abychom kontrolovali dodržování diety.*



**Tabulka č. 11 Kategorie: Intervence u dítěte s problémem pomočování**

S/sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Dát dítěti plenky	X	X			X	X		
Nenadávat dítěti	X			X				
Poučit dítě, rodiče	X		X				X	X
Omezit večerní pití		X	X		X			
V noci budit na močení		X	X		X		X	X
Častěji vodit na toaletu			X			X	X	X

Zdroj vlastní

Tabulka č. 11 znázorňuje intervence sester u dítěte předškolního věku, které se pomočuje. Sestra 1, 2, 5 a 6 uvedly, že pokud se dítě pomočuje, dávají mu plenky. Sestra 1: *Tak ho přebalujeme, buď má plíny, záleží, jestli je to chronické nebo po operaci.* Sestra 2: *Máme tu jednorázové plínky nebo do postele dáme jednorázovou podložku.* Sestra 5: *Když je to ještě normální, dáváme plíny.* Sestra 1 a 4 zdůraznily, že rozhodně dítěti nenadávají. Sestra 4: *Samozřejmě nekáráme...prostě se stane no.* Sestra 1, 3, 7 a 8 poučí rodiče nebo dítě, jak se snažit naučit ovládat močení. Sestra 1: *I rodiče se snažíme poučit.* Sestra 7: *Především tedy apelujeme na matku, pokud je s dítětem.* Sestra 8: *Zase, musíme poučit matku i dítě.* Sestra 2, 3 a 5 omezují pití ve večerních hodinách, před spaním. Sestra 2: *Hlavně dáváme naposledy pít někdy v 17.00 nebo 18.00.* Sestra 5: *Máme zavedený enuretický režim, to znamená, že večer nesmějí pít...* Sestra 2, 3, 4, 7 a 8 v noci dítě probouzí a dovedou ho na toaletu nebo na nočník. Sestra 2: *V noci třeba v 1.00 ve 2.00 je vzbudíme a dáme je znovu vyčurat, nebo těsně před ránem.* Sestra 3: *V noci se jdeme za ním podívat a dáme ho vyčurat.* Sestra 7: *Takové děti v noci budíme a jdeme s nimi na záchod.* Sestra 3, 6, 7 a 8 se dítěti věnují i přes den a častěji dítě vyzvou, aby si došlo na toaletu nebo nočník. Sestra 6: *Pokud je s ním matka, říct jí, aby se snažila ho vysazovat na nočník.* Sestra 7: *Často ho vysazovat na nočník nebo na záchod.* Sestra 8: *Vodíme často na záchod.*

**Tabulka č. 12 Kategorie: Intervence u dítěte s problémem vyprazdňování stolice (zácpa)**

S/sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Dietní opatření	X	X	X	X			X	
Tekutiny	X	X	X	X				
Ordinace lékaře	X	X	X	X	X	X	X	X
Nácvik defekace		X	X	X	X		X	
Edukace rodiče, dítěte		X	X	X				

Zdroj vlastní

Tabulka č. 12 ukazuje intervence, které provádí sestry u dítěte s problémem vyprazdňování stolice (zácpa). Sestra 1, 2, 3, 4 a 7 doporučí dítěti/doprovodu vhodnou stravu. Sestra 2: tak *Provádíme úpravu jídelníčku*. Sestra 3: *Poučíme o stravě*. Sestra 4: *Doporučujeme vhodné jídlo*. Sestra 7: *Snažíme se doporučit stravu*. Sestra 1, 2, 3 a 4 dále doporučí i důležitost dodržování pravidelného pitného režimu. Sestra 1: *Dostatek tekutin*. Sestra 2: *Po ránu se dá napít vlažná voda*. Sestra 4: *Doporučujeme dostatečný pitný režim*. Všechny sestry provádí u dítěte potřebné ordinace dle lékaře, jako je podání Lactulózy, čípku nebo klyzma. Sestra 4: *Na základě lékaře podáváme klyzma nebo čípek*. Sestra 6: *Podle ordinace se podá čípek nebo klyzma*. Sestra 7: *Informujeme o problému lékaře, který rozhodne o dalších intervencích*. Sestra 8: *Podáváme klyzma nebo čípek*. Sestra 2, 3, 4, 5 a 7 provádí s dítětem nácvik defekace. Sestra 2: *Pokud je to dlouhodobé, tak provádíme nácvik defekace*. Sestra 3: *Provádíme nácvik defekace*. Sestra 5: *Na to máme nácvik defekace*. Sestra 7: *Také uplatňujeme nácvik defekace*. Sestra 2, 3 a 4 poučí rodiče i dítě. Sestra 2: *Rodiče edukujeme, máme na to i papír*. Sestra 3: *Seznamujeme s tím i maminky*.

**Tabulka č. 13 Kategorie: Intervence u dítěte, které má problém s usínáním**

S/sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Oslovit rodiče	X						X	
Znát, provádět rituály		X	X				X	
Přečíst pohádku, povídat si, TV			X	X	X		X	X
Nic	X							

Zdroj vlastní

Tabulka č. 13 ukazuje, jaké intervence provádí sestry u dítěte, které má problém s usínáním v nemocnici. Sestra 1 a 7 osloví rodiče, aby se zapojili do péče. Sestra 1: *Snažíme se zajistit maminku, aby počkala než "malej" usne.* Sestra 7: *No, pokud je s ním matka, tak podle možností jí doporučíme, aby i v nemocnici dodržovali zvyky, které mají před spaním.* Sestra 2, 3 a 7 se snaží poznat a provádět u dítěte spánkové rituály. Sestra 2: *Měli bychom vědět ty jejich návyky.* Sestra 3: *Důležité je vyvětrat pokoj, zeptáme se dítěte, v kolik chodí doma spát.* Sestra 7: *No, pokud je s ním matka, tak podle možností jí doporučíme, aby i v nemocnici dodržovali zvyky, které mají před spaním.* Sestra 3, 4, 5, 7 a 8 dítěti přečtou pohádku, povídají si s ním nebo mu pustí televizi. Sestra 3: *Čteme pohádku nebo si povídáme.* Sestra 4: *Když to čas dovolí, tak přečíst pohádku, pobavit se sním, děti vyžadují kontakt.* Sestra 5: *Rádi bychom jim přečetli pohádku, ale není čas, tak to skončí na televizi.* Sestra 7: *Máme tu spoustu hraček nebo pohádek, jak knížek, tak na dvd, to není problém.* Sestra 1 uvedla, že v důsledku nedostatku času, neprovádí nic: *To mají snad všichni a neprovádíme nic...na to nemáme čas většinou.*

**Tabulka č. 14 Kategorie: Intervence u dítěte s klidovým režimem**

S/sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Dítě zabavit	X	X	X		X	X		X
Zajistit pí. učitelku MŠ		X			X		X	
Vysvětlit dítěti i rodiči				X		X	X	X
Kontrola						X		

Zdroj vlastní

Tabulka č. 14 znázorňuje intervence prováděné u dítěte, které má klid na lůžku. Sestra 1, 2, 3, 5, 6 a 8 se pokouší dítě zabavit. Sestra 1: *Většinou se ho snažíme zabavit, televizi, mobilem, tabletem, takže tohle všechno mají povolený, pokud jim to dovolí stav.* Sestra 2: *Z herny nosíme stavebnice, pohádky, dvd.* Sestra 3: *Tak samozřejmě dáme stoleček, pokud si rádo maluje nebo si staví puzzle.* Sestra 6: *Nanosit dítěti hračky, pustit pohádku třeba na dvd.* Sestra 8: *Dítě má u sebe mobil, tablet, na pokoji televizi.* Sestra 2, 5 a 7 osloví paní učitelku, aby se zapojila do péče, dítě aktivizovala na pokoji. Sestra 2: *No ještě tady máme tu paní učitelku.* Sestra 7: *Jak jsem říkala, máme tady paní učitelku, která dítě může zaměstnat.* Sestra 4, 6, 7 a 8 o klidovém režimu poučí dítě i rodiče. Sestra 4: *Měl by tam setrvat... vysvětlíme, že může jen na záchod a zpátky.* Sestra 6: *Poučit maminku.* Sestra 7: *No tak zase, musíme to vysvětlit matce i dítěti.* Sestra 8: *Vysvětlíme dítěti i matce, proč musí dodržovat klid.* Sestra 6 provádí kontrolu dítěte: *Kontrolovat jestli to dodržuje.*

**Tabulka č. 15 Kategorie: Intervence pro zajištění bezpečí dítěte v nemocnici**

S/sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Zajištěné postranice	X	X	X	X	X	X	X	X
Edukace rodičů, dítěte		X	X				X	X
Kontrola					X	X	X	X

Zdroj vlastní

Tabulka č. 15 ukazuje, jaké intervence sestry provádí, aby zajistily bezpečí dítěte v nemocnici. Všechny sestry uvedly, že dohlíží, aby měly děti vždy zajištěné postele s postranicemi. Sestra 1: *Samozřejmě máme zajištěný okna, postranice u postele.* Sestra 2: *Musíme zavírat stále postýlky...na sály když jezdíme, tak s postelí, která má postranice.* Sestra 5: *Malé děti jsou v uzavřených postýlkách, větší v postelích s postranicemi.* Sestra 6: *Musí být zavřená postýlka... když je převážíme, tak v kočárku nebo v posteli s postranicemi, zábradlím.* Sestra 2, 3, 7 a 8 edukují dítě s rodičem o bezpečí. Sestra 3: *Poučíme, jak postel dát níž.* Sestra 7: *Máme na všech postelích postranice, takže je musíme zajistit.* Sestra 8: *Poučíme rodiče.* Sestra 5, 6, 7 a 8 dítě kontrolují, dohlíží na něj. Sestra 5: *Hlídáme je, aby byli v klidu, neskákali a tak.* Sestra 6: *Kontrolujeme i maminky, aby to dodržovaly...když se vytírá tak, aby nikde zbytečně nelítaly.* Sestra 7: *Tak určitě musíme ty děti neustále hlídat, kontrolovat jestli neběhají po chodbě nebo nevymýšlí jiné hlouposti.*

## **4.2 Výsledky pozorování / kazuistiky strukturované podle modelu Royové**

### **4.2.1 Pozorování 1**

#### **Primární role**

Prvním pozorovaným subjektem byla dívka, které je 5 let.

#### **Sekundární role**

Dívka je žákyní mateřské školy, kde má kamarády. Sourozence nemá. Dívka dokáže měnit své chování při plnění jednotlivých rolí.

#### **Terciární role**

Dívka byla hospitalizována pro akutní onemocnění, pneumonii. Dívky potíže trvají méně než 1 týden a organismus reaguje na léčbu, po zavedení ordinace léků Penicilin, Prednison, Paralen, Nurofen a Ambrobene. Příprava na hospitalizaci proběhla v nemocnici při příjmu od zdravotníků i rodičů. Zpočátku dívka na nemoc reagovala negativně, byla plačtivá a uzavřená. Dříve již byla hospitalizovaná a dle slov matky měli průměrně pozitivní zkušenosti. Nyní se dívka k nemoci staví normálně, prostředí nemocnice se jí líbí a cítí se zde dobře. S personálem dívka spolupracuje, nemá z něj strach. Dívka nemá bolest ani jiné nepříjemné fyzické pocity.

#### **Sebepojetí**

Ve svém věku dívka již chápe rozdíl mezi pohlavími a se svým pohlavím se ztotožňuje. Její sebehodnocení je přiměřené jejímu věku. Ráda hraje na klavír, kreslí si a ráda by se stala klavíristkou nebo baletkou. Nálada dívky je dobrá, k cizím lidem je přátelská, spolupracující. Dívka napodobuje své rodiče.

#### **Vzájemné závislosti**

Dívka je hospitalizována s matkou, v průběhu pozorování byl přítomen na návštěvě otec. Vztahy s oběma rodiči jsou dobré, dceru podporují, chválí ji, jsou velice ambiciózní. Volný čas tráví rodiče s dívkou hraním her, sledování pohádek v televizi nebo výlety do přírody. Dívka navštěvuje mateřskou školu, kde se adaptovala dobře, líbí se jí tam. Vztahy s kamarády má dobré. V oblasti sebepéče zvládá sama hygienu, umyje si sama ruce, sama si vyčistí zuby. Dívka umí odkašlávat i smrkat. Sama se vyprazdňuje na toaletě, nyní ale na nočníku na pokoji za přítomnosti rodičů, z důvodu podávání léků infuzí. Dívka má plnou kontinenci moči i stolice. Oblékání zvládá také samé. Při stravování používá příbor a na pití tekutin hrnek.

## **Fyziologický modus**

Dýchání ji ztěžuje kašel, ale dostává inhalace kyslíku do prostoru nad lůžkem. Zbarvení kůže je normální. Zaujímá převážně polohu vsedě. Držení těla má dobré, spolupráci s fyzioterapeutem není. Alergie žádné nemá. Dívka neužívá žádné medikamenty ovlivňující dýchání. S příjmem stravy potíže nemá, přijímá stravu per os. Běžně se stravuje 6-7x/den. Její oblíbené jídlo je rohlík se šunkou a máslem, který měla i ke snídani. Jídlo v nemocnici jí chutná, nemá žádné dietní omezení. Obvykle sní porci, kterou dostane. Její jídelníček zahrnuje, jak zdravou stravu, tak i tu méně zdravou. Ovoce a zeleninu neodmítá. Její váha je přiměřená jejímu věku. U dívky je sledován příjem a výdej tekutin. Příjem tekutin za den je kolem 1000 ml, převážně voda, a výdej kolem 950 ml za den. Alergie na potraviny nemá, dívka nyní užívá medikamenty, které mohou ovlivnit zažívání. Při močení potíže ani jiné změny dívka neudává. Dívka je schopna ovládat močení. Medikamenty ovlivňující vylučování moči neužívá. Stolicí má pravidelně, 1x/den, normální konzistence. Potíže při vyprazdňování stolice nemá. Se spánkem potíže nemá, běžně spí kolem 10 – 11 hodin přes noc. Dívka usíná kolem 20:00 hod a probouzí se v 6:30 hod. Před spaním jí rodiče čtou pohádku a škrábou po zádech. V době hospitalizace nemá dívka pohybové omezení, pouze v době podávání infuzní terapie musí zůstat v lůžku. Chůzi zvládá po rovině i přes překážky. V rámci jemné motoriky zvládá kreslit s detaily i stříhat. Herní aktivity provádí sama nebo s doprovodem. Na prohlídky k lékaři chodí pravidelně, má všechna povinná očkování, navíc má očkování proti Pneumokoku a klíšťové encefalitidě. U dívky se nevyskytlo žádné infekční onemocnění, ani neměla žádný úraz. Zdravotní stav rodičů je dobrý.

**Tabulka č. 16 Působící stimuly podle modelu Royové na hospitalizaci dítěte,  
1. pozorování**

ADAPTAČNÍ OKRUHY	STIMULY		
	FOKÁLNÍ	KONTEXTUÁLNÍ	REZIDUÁLNÍ
PRIMÁRNÍ ROLE	-	-	Dívka
SEKUNDÁRNÍ ROLE	-	-	Kamarádka, Žákyně MŠ
TERCIÁRNÍ ROLE	Pacientka	-	-
FYZIOLOGICKÝ	Akutní onemocnění	Kašel, O <sub>2</sub> , Mikce na nočníku	
VZÁJEMNÉ ZÁVISLOSTI	-	Předešla hospitalizace, Hospitalizace s rodičem	-
SEBEPOJETÍ	-	Psychická dekompenzace	-

Zdroj vlastní

#### 4.2.2 Pozorování 2

##### Primární role

Druhým pozorovaným subjektem byla dívka, které jsou 4 roky.

##### Sekundární role

Dívka je žákyní mateřské školy. Sourozence nemá. V rámci plnění rolí dokáže měnit své chování ve školce, v domácím prostředí.

##### Terciární role

Dívka byla hospitalizovaná k plánované operaci, tonsilektomii. Její onemocnění netrvá déle než 1 týden. Průběh onemocnění je bez komplikací. Dívka uvádí bolest v krku, která je tlumena ordinací Paralen, Nurofen. Na nemoc reagovala přiměřeně, byla klidná, spolupracující, přizpůsobila se rychle. Rodiče dívku seznámily a připravily na hospitalizaci již doma. Nyní se jedná o první hospitalizaci v rámci onemocnění. Dívka zaujímá k nemoci normální postoj, své potíže nezveličuje ani nebagatelizuje. Nemocniční prostředí na ni působí dobře, líbí se jí. Se zdravotnickým personálem spolupracuje, nemá z něj strach, je přátelská.



## **Sebepojetí**

Dívka chápe rozdíl mezi pohlavími, ale sama má se ztotožněním občas problém, ale jen výjimečně. Sebehodnocení odpovídá věku. Nálada dívky je dobrá, matka jí podporuje. K cizím lidem je dívka přátelská. Nápodobu rodičů provádí.

## **Vzájemné závislosti**

Dívka je hospitalizována s matkou. Vztahy s rodiči má dobré. V nemocnici jí navštěvují i ostatní členové rodiny, otec a prarodiče. Rodiče s dívkou tráví volný čas hraním doma nebo venku. Dívka navštěvuje mateřskou školu, na kterou se adaptovala dobře a líbí se jí tam. Ve školce má kamarády, vztahy s nimi má dobré. V oblasti sebepéče dívka vyžaduje dopomoc při celkové hygieně a čištění zubů. Hygienu rukou zvládá samostatně. Sama se umí vysmrkat, odkašlat hleny. Vyprazdňování zvládá sama na toaletě. Kontinence moči a stolice je úplná. Sama se zvládá obléct, při stravování již používá příbor. K příjmu tekutin používá hrnek.

## **Fyziologický modus**

Dýchání má pravidelné, bez potíží, pomůcky k dýchání tedy nevyžaduje. Zbarvení kůže je normální. Dívka zaujímá polohu vleže, otáčí se. Spolupráce s fyzioterapeutem není ordinována. Žádné alergie se u dívky nevyskytují. Stravu přijímá per os, dietní omezení nemá. Její oblíbené jídlo je „dobré masíčko“ a lízátka. Dívka se stravuje nepravidelně, snídani většinou vynechá. Strava dívky se skládá především z omáček a polévek. Dívka sní malé množství z porce, kterou dostane. V nemocnici jí jídlo chutná. Váha dívky je normální. Strava ovlivňující vyprazdňování stolice dívce příliš nechutná, matka uvádí, že z ovoce jí jen jablka a banány. Alergie na potraviny nemá. Medikamenty ovlivňující zažívání neužívá. Za den dívka přijme asi 1000 ml tekutin, konkrétně vodu nebo limonádu. Výdej tekutin u dívky není sledován. Vylučování moči je spontánní, dívka močení ovládá. Žádné potíže ani změny při močení neudává. Medikamenty ovlivňující vylučování moči neužívá. Stolicí má dívka pravidelně, každý den, normální konzistence. Potíže při vyprazdňování stolice nemá. Dívka běžně spí kolem 12 hodin, spát chodí ve 20:00 hod, a probouzí se v 7:30 hod. Spí v noci i přes den. Než usne, poslouchá pohádku, kterou jí čtou rodiče. Potíže se spánkem nemá. V době hospitalizace nemá dívka žádná pohybová omezení, chodí s matkou do dětského koutku. Dívka si ráda hraje s plyšáky nebo na houpacím koni. Chůzi zvládá dívka po rovině i přes překážky. Umí kreslit hlavonožce, i stříhat zvládne sama. Na preventivní prohlídky chodí dívka pravidelně, má všechna povinná očkování,

navíc má Synflorix. Dříve se dívka již léčila se Salmonelózou, úraz měla frakturu nohy. Matka uvedla, že se léčí s depresí a Astmatem, otec je zdrav.

**Tabulka č. 17 Působící stimuly podle modelu Royové na hospitalizaci dítěte, 2. pozorování**

ADAPTAČNÍ OKRUHY	STIMULY		
	FOKÁLNÍ	KONTEXTUÁLNÍ	REZIDUÁLNÍ
PRIMÁRNÍ ROLE	-	-	Dívka
SEKUNDÁRNÍ ROLE	-	-	Kamarádka, Žákyně MŠ
TERCIÁRNÍ ROLE	Pacientka	-	-
FYZIOLOGICKÝ	Akutní onemocnění	Bolest v krku	Matka – deprese, Astma
VZÁJEMNÉ ZÁVISLOSTI	-	První hospitalizace, Hospitalizace s rodičem	-
SEBEPOJETÍ	-	Aktivní adaptace	-

Zdroj vlastní

#### 4.2.3 Pozorování 3

##### Primární role

Třetím pozorovaným subjektem byl chlapec, kterému jsou 4 roky.

##### Sekundární role

Chlapec je žákem mateřské školy. Chlapec má mladší sestru, které jsou 3 roky.

##### Terciární role

Chlapec byl přijat na dětské oddělení pro infekční mononukleózu. Stav chlapce trvá kratší dobu než 1 týden. Léčba je konzervativní, chlapec dostává antibiotika, Tylosolové kapky, Ditustat, Aeries, Prednison, Nurofen, Essentiale Forte a Panadol. Organismus na léčbu reaguje přirozeně. Chlapci byly provedeny následující vyšetření: odběry krve, moči, stěr na R+S chřipku, ultrazvuk břicha, EBV, CMV. Při zjištění nemoci byl chlapec plačtivý, nyní je klidný, přizpůsobil se. Příprava chlapce proběhla v nemocnici při příjmu od zdravotníků i rodičů. Dříve nebyl chlapec kvůli nemoci hospitalizován, jedná se tedy o první hospitalizaci. Jeho postoj k nemoci je lehce

bagatelizující, některé příznaky popírá. Nemocniční prostředí se mu líbí, cítí se zde dobře. S personálem spolupracuje, nebojí se ho. Nemá žádné nepříjemné fyzické pocity.

### **Sebepojetí**

Chlapec chápe rozdíl mezi pohlavími, se svým ztotožněním má ještě problém, občas mluví v ženském rodě. Nápodobu rodičů provádí. Nálada dítěte je dobrá, komunikuje, vypadá spokojeně. Rodiče chlapce podporují, nekárají. K cizím lidem se chová přátelsky.

### **Vzájemné závislosti**

S chlapcem je hospitalizována jeho matka. V nemocnici jej navštěvuje ještě babička. Vztahy s oběma rodiči má dobré. Rodiče tráví s chlapcem volný čas hraním na písku na zahradě. S mladší sestrou má přátelský vztah, společně si hrají s panenkami a malují si. Na mateřskou školu se adaptoval dobře, líbí se mu tam, matka dodává, že již první den nechtěl domu. V oblasti sebepečce zvládá chlapec sám hygienu, umyje si ruce, vyčistí si zuby, umí se vysmrkat, odkašlat hleny. Kontinence moči a stolice je úplná. Vyprazdňování provádí sám na toaletě. S oblékáním vyžaduje občas dopomoc. Chlapec se zvládne sám najíst, používá příbor a k pití hrnek.

### **Fyziologický modus**

S dýcháním má nyní potíže, dýchá pusou. Zbarvení kůže je normální. Nepoužívá žádné pomůcky podporující dýchání. Chlapec zaujímá polohu vsedě nebo vleže. Má alergii na seno a prach. Chlapec nyní užívá léky ovlivňující dýchání. S příjmem stravy potíže nemá, jeho oblíbená jídla jsou špagety a kyselé okurky. Stravuje se 4-5x/den. Obvykle sní celou porci jídla. Ke snídani mívá buchtu a Caro, k obědu špagety, ke svačině Brumíka, ovoce a večeře je většinou studená, pečivo. V nemocnici chlapec nechce jíst, má naordinovaný Nutridrink. Za den přijme až 2000 ml tekutin, čaj, vodu nebo džus. Váha chlapce je normální. Alergie na potraviny nemá. Chlapec užívá medikamenty ovlivňující zažívání. S vyprazdňováním moči problém nemá, močení ovládá. Medikamenty ovlivňující vylučování moči neužívá. Vyprazdňování stolice má nepravidelné, nyní má problém se zácpou. Matka uvádí, že na stolici si chlapec dojde zhruba 1x/týden. Nyní chlapec dostal glycerinový čípek, po kterém si na stolici došel. Chlapec nejí ovoce, nechutná mu. Se spánkem chlapec problémy nemá. Běžně usíná ve 21:00 hod. a probouzí se v 6:00 hod. Délka spánku bývá kolem 9 hodin. V průběhu hospitalizace pospává i přes den. Spánkové rituály nemá. V oblasti pohybu a aktivity má chlapec klid na pokoji, je v izolaci, kterou příliš nerespektuje on, ani jeho matka. Chlapec utíká do herního koutku. Hraje si sám. Chůzi

zvládá po rovině i přes překážky. Kreslit umí i s detaily. Stříhat již také umí. Rád jezdí na koních. Preventivní prohlídky chlapec dodržuje, má všechna povinná očkování. U chlapce se již dříve vyskytl 2x spálový bacil. Úraz měl při pádu na hlavu o kámen. Zdravotní stav matky je dobrý, otec má Astma.

**Tabulka č. 18 Působící stimuly podle modelu Royové na hospitalizaci dítěte, 3. pozorování**

ADAPTAČNÍ OKRUHY	STIMULY		
	FOKÁLNÍ	KONTEXTUÁLNÍ	REZIDUÁLNÍ
PRIMÁRNÍ ROLE	-	-	Chlapec
SEKUNDÁRNÍ ROLE	-	-	Bratr, Kamarád, Žák MŠ
TERCIÁRNÍ ROLE	Pacient	-	-
FYZIOLOGICKÝ	Akutní onemocnění	Dýchání pusou, Odmítá nem. stravu, Zácpa, Izolace na pokoji, Klid na lůžku	Otec - Astma
VZÁJEMNÉ ZÁVISLOSTI	Repudiační postoj k nemoci	První hospitalizace, Hospitalizace s rodičem	-
SEBEPOJETÍ	-	Aktivní adaptace, Neztotožňuje se s pohlavím	-

Zdroj vlastní

#### 4.2.4 Pozorování 4

##### Primární role

Čtvrtým pozorovaným subjektem byl chlapec, kterému je 5 let.

##### Sekundární role

Chlapec má starší sestru, které je 7 let a je žákem mateřské školy. Dokáže měnit své chování v rámci plnění rolí.

### **Terciární role**

Chlapec byl znovu po 2 dnech hospitalizován, kvůli zažívacím potížím a zvýšeným teplotám, které se objevily po endoskopické adenotomii. Nyní má diagnózu gastroenteritida a kolitida infekčního původu. Byly u něj provedeny odběry krve, moči, výtěr z recta a krku. Je u něj sledován příjem a výdej tekutin. Medikamentózní léčba zahrnuje Paralen, Nurofen a Tylosolové kapky. Onemocnění trvá pár dní, ne déle než 1 týden. Adaptace při nedávné hospitalizaci byl dobrá, nyní je chlapec naštvaný, že je opět v nemocnici. Chlapec je spíše uzavřený do sebe, s personálem nekomunikuje, schovává se za matku. Příprava dítěte na hospitalizaci proběhla již doma s rodiči. Chlapec své potíže nebagatelizuje, nepotlačuje. V nemocnici se chlapci nelíbí, necítí se zde dobře, protože tu nechce být. S personálem nespolupracuje, má z něj strach. Nyní již neuvádí žádné nepříjemné fyzické pocity.

### **Sebepojetí**

Chlapec dokáže rozlišit rozdíl mezi pohlavími, nemá problém se svým ztotožněním. Sebehodnocení nelze zjistit, chlapec nechce komunikovat. Nálada chlapce je špatná.

### **Vzájemné závislosti**

Chlapec je hospitalizován s matkou, která mu je oporou, snaží se omlouvat chlapcovo negativní chování. Vztahy s rodiči má dobré, v době výzkumu čekali na návštěvu otce. Se starší sestrou vychází dobře, sestra ho podporuje a pomáhá mu. Chlapec navštěvuje mateřskou školu. Adaptace na mateřskou školu proběhla dobře, do školky chodí rád a líbí se mu tam, má tam kamarády. Z oblasti sebepéče se zvládne sám umýt, umyje si ruce, vyčistí zuby. Umí se vysmrkat, odkašlat hlen. Matka, uvádí, že všechny tyto činnosti umí, ale nechce se mu nic dělat. Chlapec se vyprazdňuje sám na toaletě, je plně kontinentní. Sám se dokáže obléct, při stravování používá příbor a při pití tekutin hrnek.

### **Fyziologický modus**

Chlapci se dýchá hůře, dýchá pusou. Zbarvení kůže je normální. Pomůcky k dýchání nepoužívá, kyslík ani nebulizaci nemá ordinované. Chlapec zaujímá polohu převážně vleže, nic nechce dělat. Alergie má na pyl a trávu. S příjmem stravy nemá problém, má naordinovanou dietu čaj a postupně přidávat piškoty. Jídlo v nemocnici nechce jíst. Chlapcova oblíbená jídla jsou šišky s mákem, bramborové knedlíky a špagety. Ovoce a zeleninu má rád. Běžně se stravuje 5x denně a sní malou porci. Složení stravy je vyvážené. Váha chlapce je normální. Za den přijme kolem 2000 ml

tekutin vody, výdej tekutin činí 660 ml. Alergie na potraviny nemá. Chlapec užívá léky, které mohou ovlivňovat zažívání. Potíže nebo změny při močení neudává. Močení ovládá. Medikamenty ovlivňující vylučování moči neužívá. Vyprazdňování stolice je pravidelné, 1x/den. Nyní má spíše řídkou stolicí. Chlapec spí zhruba 10-11 hodin denně. Po obědě spí 1,5 hod. a večer jde spát ve 20:00 hod. a probouzí se v 6:00 hod. Se spánkem chlapec problémy nemá. Matka mu občas čte před spaním pohádku, ale usne i bez ní. Chlapec neprovádí žádnou fyzickou aktivizaci, leží v lůžku, nic se mu nechce. Chlapec je v izolaci na pokoji. S chůzí problémy nemá, kreslit a stříhat umí. Rád si hraje se svým pejskem, s traktory, maluje si nebo pomáhá mamince s prací na zahrádce. Preventivní prohlídky podstupuje pravidelně. Má všechna povinná očkování, navíc má očkování proti Meningoku. Bolesti žádné neudává. Infekční onemocnění ani úraz neprodělal. Zdravotní stav matky je dobrý, má jen alergie a otec se léčí s hypercholesterolémií.

**Tabulka č. 29 Působící stimuly podle modelu Royové na hospitalizaci dítěte, 4. pozorování**

ADAPTAČNÍ OKRUHY	STIMULY		
	FOKÁLNÍ	KONTEXTUÁLNÍ	REZIDUÁLNÍ
PRIMÁRNÍ ROLE	-	-	Chlapec
SEKUNDÁRNÍ ROLE	-	-	Bratr, Kamarád, Žák MŠ
TERCIÁRNÍ ROLE	Pacient	Strach z personálu, nespolupracuje	-
FYZIOLOGICKÝ	Akutní onemocnění	Obtížné dýchání, Odmítá nem. stravu, Dieta, Řídká stolice, Izolace na pokoji, Alergie na pyl a trávu	-
VZÁJEMNÉ ZÁVISLOSTI	Repudiační postoj k nemoci	Předešlá hospitalizace, Hospitalizace s rodičem	-
SEBEPOJETÍ	-	Psychická dekompenzace, nálada negativní, naštvaný, uzavřený	-

Zdroj vlastní

#### **4.2.5 Pozorování 5**

##### **Primární role**

Pátým pozorovaným subjektem byla dívka, které jsou 3 roky.

##### **Sekundární role**

Dívka nemá žádného sourozence, má kamarády a je žákyní mateřské školy. Dívka je schopna měnit své chování v rámci plnění rolí.

##### **Terciární role**

Dívka byla hospitalizována pro akutní onemocnění, gastroenteritis. Potíže přetrvávají déle než 1 týden. Ordinace jsou nyní Lactobacily, Paralen, infuzní terapie, sledování příjmu a výdeje tekutin. Organismus reaguje na léčbu přirozeně. Dívka na nemoc reagovala plačtivě, byla vzteklá, s personálem nechtěla spolupracovat. Příprava na hospitalizaci proběhla při příjmu od zdravotníků. Jedná o první hospitalizaci

spojenou s onemocněním. Dívka své potíže občas zveličuje. V nemocnici se cítí celkem dobře, líbí se jí dětský koutek. Dívka udává bolest břicha. U dívky byly provedeny následující vyšetření: odběry krve, moči a ultrazvuk břicha.

### **Sebepojetí**

Dívka je schopna poznat rozdíly mezi pohlavími, se svým pohlavím se ztotožňuje. Sebehodnocení dívky je přiměřené jejímu věku. Nálada dívky je mrzutá, plačtivá. Dívka je hospitalizována s matkou, která dívku převážně kárá. K cizím lidem se dívka chová vzdorovitě. Ráda si hraje na rodiče.

### **Vzájemné závislosti**

Dívka je hospitalizována s matkou, v nemocnici ji navštěvuje babička, teta a sestřenice s bratrancem. Vztahy s rodiči má dobré. S kamarády vychází dobře, ale neumí prohrávat, pak se vzteká. Dívka navštěvuje mateřskou školu. Adaptace na mateřskou školu proběhla dobře, dívce se líbí. V rámci sebepéče provádí celkovou hygienu s dopomocí, ruce se umyje sama, smrkat a odkašlávat umí, čištění zubů provádí s dopomocí. Vyprazdňování provádí s dopomocí na toaletě v přítomnosti matky, toaletní papír používá také s dopomocí. Kontinence moči je částečná, občas se pomočuje. Kontinence stolice je úplná. Oblékání zvládá dívka sama. Při stravování používá dětský plastový příbor, při pití používá hrnek.

### **Fyziologický modus**

S dýcháním dívka potíže nemá, nepoužívá žádné pomůcky k dýchání. Zbarvení kůže je normální. Polohu zaujímá vsedě, ale jinak se pohybuje po celém pokoji. Alergie žádné nemá. Dýchání a držení těla je správné, spolupráce s fyzioterapeutem není vyžadována. Medikamenty ovlivňující dýchání neužívá. Stravu přijímá per os, nemá potíže při polykání stravy. Dívka má naordinovanou dietu, čaj, pečivo, přesnídávky. Nemocniční stravu dívka příliš nechce, nechutná jí. Oblíbený pokrm dívky jsou jahodové knedlíky. Matka uvádí, že se dívka stravuje několikrát za den. Složení stravy je převážně zdravá výživa. Obvykle sní celou porci jídla. Váha dívky je normální. Dívka užívá medikamenty ovlivňující zažívání. Dívky příjem tekutin je 750 ml/den, nejraději má džus. Výdej tekutin je 500 ml/den. Při močení potíže nemá, plenkové kalhotky používá výjimečně na noc. Medikamenty ovlivňující vylučování moči neužívá. Vyprazdňování stolice má pravidelné 1-2x/den, nyní má dívka průjem, asi 5x/den. Dívka spí kolem 11 hod. denně. Spát chodí ve 20:00 hod., vstává v 6:30 hod. a přes den spí půl hodiny. Před spaním je zvyklá na pohádku od rodičů nebo sleduje televizi. Potíže se spánkem nemá. Dívka je v izolaci na pokoji, pohybuje se po celém pokoji,



rada by chodila do dětského koutku. Dívka zvládá chůzi po rovině, do schodů, občas má potíže přeskočit překážku. Kreslit umí hlavonožce, stříhá s dopomocí. Dívka si ráda hraje na princeznu a s panenkami. Nyní má na pokoji hračky, se kterými si hraje. Na preventivní prohlídky dochází pravidelně, má všechna povinná očkování. Infekční onemocnění ani úraz se u dívky nevyskytly. Zdravotní stav rodičů je dobrý.

**Tabulka č. 20 Působící stimuly podle modelu Royové na hospitalizaci dítěte, 5. pozorování**

ADAPTAČNÍ OKRUHY	STIMULY		
	FOKÁLNÍ	KONTEXTUÁLNÍ	REZIDUÁLNÍ
PRIMÁRNÍ ROLE	-	-	Dívka
SEKUNDÁRNÍ ROLE	-	-	Kamarádka, Žákyně MŠ
TERCIÁRNÍ ROLE	Pacientka	S personálem nespolupracuje	-
FYZIOLOGICKÝ	Akutní onemocnění	Dieta, Odmítá stravu, Bolest břicha, Průjem, Částečná kontinence moči, Izolace na pokoji	-
VZÁJEMNÉ ZÁVISLOSTI	Zveličuje příznaky	První hospitalizace, Hospitalizace s rodičem	-
SEBEPOJETÍ	-	Psychická dekompenzace, nálada plačtivá, mrzutá	-

Zdroj vlastní

## 5 DISKUZE

Tato práce byla zaměřena na využití modelu Royové v adaptaci dítěte předškolního věku na nemocniční prostředí. Cílem bylo zjistit působící stimuly, které ovlivňují adaptaci dítěte na nemocniční prostředí a intervence, které sestry provádějí k potlačení či posílení těchto stimulů. Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na dětském oddělení a hospitalizované děti předškolního věku s jejich rodiči. U dětí bylo prováděno pozorování podle připraveného archu strukturovaného na základě modelu Royové a doplněné informacemi od rodičů a ze zdravotnické dokumentace. Nejvíce působících stimulů se vyskytlo v oblasti fyziologického modu, konkrétně se jednalo o kontextuální stimuly. Děti často odmítaly stravu, pokud měly dietní omezení a měly problém s izolací na pokoji. Mnoho působících vlivů se vyskytlo i v oblasti vzájemné závislosti. Děti se dokázaly lépe přizpůsobit v důsledku hospitalizace s rodičem. Při provádění pozorování lépe spolupracovaly, když viděly, jak spolupracuje jejich rodič. Méně působících faktorů se objevilo v oblasti sebepojetí, kterými byla např. psychická dekompenzace na hospitalizaci a špatná nálada dítěte.

Se sestrami byl veden rozhovor, který se odvíjel od sestaveného pozorovacího archu strukturovaného podle modelu Royové. Otázky se zaměřovaly na působící vlivy, které byly odvozeny z pozorovaných oblastí: terciární roli dítěte, sebepojetí, fyziologický modus a modus vzájemné závislosti. Rozhovorem byly zjištěny identifikační údaje o sestrách zahrnující věk, dosažené vzdělání, délku praxe a povědomí o modelu Royové. Dále byly zjištěny intervence, které sestry provádějí, aby se dítě dobře adaptovalo, pokud se dítě nedokáže adaptovat, pokud se dítě podceňuje, aby se nebálo zdravotnického personálu, aby zajistily sociální kontakt dítěti v izolaci, pokud není soběstačné v oblasti hygieny, neumí smrkat, má dietní omezení, pokud se dítě pomočuje, má problém s vyprazdňováním stolice, má problém s usínáním, má klid na lůžku a aby zajistily bezpečí dítěte.

Aby se dítě dobře adaptovalo, snaží se sestry s dítětem komunikovat, vysvětlovat mu prováděné výkony a doporučují hospitalizaci s rodičem. Pokud se dítě nedokáže adaptovat, opět uváděly nutnost komunikace s dítětem, poskytování informací a vhodné zaměstnávání dítěte formou her. V případě, že se dítě podceňuje, sestry iniciují spolupráci s dětským psychologem a opět uvádějí komunikaci s dítětem a hledání problému. Sestry na dětském oddělení nosí barevné uniformy, aby eliminovaly strach dítěte ze zdravotnického personálu, a snaží se o vlídný přístup. Intervence, které sestry zajišťují, nastane-li situace, že je dítě hospitalizované bez rodiče, jsou zajištění kontaktu

s dítětem a zabavení dítěte hrou. Pro zajištění sociální kontaktu dítěte v izolaci je i tak umožněna hospitalizace dítěte s rodičem a vhodné podněty jako hry, mobil, televize. Není-li dítě soběstačné v oblasti hygieny, sestry volí jako intervenci pomoc dítěti a jeho učení k soběstačnosti. U dítěte, které neumí smrkat, sestry provádějí nácvik smrkání nebo odsávání pomocí odsávačky. Má-li dítě dietní omezení, jako prioritní intervenci volí sestry seznámení s dietou a kontrolu dodržování diety. Pokud má dítě problém s pomočováním, snaží se jej sestry vodit častěji na toaletu a v noci jej z tohoto důvodu také probouzí. Nastane-li u dítěte problém s vyprazdňováním stolice (zácpa), plní sestry ordinace lékaře, provádí s dítětem nácvik defekace a poučí jej i rodiče o vhodné stravě. Bude-li mít dítě problém s usínáním, sestry si s ním budou povídat, číst pohádku nebo jej nechají dívat na televizi. Dítěti s klidovým režimem situaci sestry vysvětlí a pokusí se jej zabavit. Pro zajištění bezpečí dítěte sestry zajišťují postranice u lůžka, edukují o bezpečnosti rodiče a dítě kontrolují.

Domníváme se, že hospitalizace je pro dítě velice náročnou situací a proto, je nezbytné vyhledávat a zjišťovat působící vlivy, které na dítě působí a dle potřeb dítěte, s těmito vlivy pracovat. Podobný názor popisuje Klíma (2016, 22s.) *Adaptace dítěte na nemocniční prostředí je obtížná (zvláště u nejmenších dětí), často sama o sobě traumatizující dětskou psychiku. Pokud již je hospitalizace nezbytná, pak je vhodné prostředí co nejvíce přiblížit přirozenému prostředí rodiny (včetně přítomnosti členů rodiny, nejčastěji matky, u nemocného). U dítěte do 6 let věku je hrazen pobyt doprovázející osoby ze zdravotního pojištění. Snažíme se přizpůsobit denní režim i prostory co nejvíce dětským potřebám (herny, přiměřený kontakt s ostatními dětmi, zkušený a vyškolený zdravotnický personál, pedagogičtí pracovníci...).*

Plevová a Slowik (2010) tvrdí, že sestra jako člen zdravotnického týmu, který se vyskytuje u dítěte nejčastěji, má možnost pozitivně působit na adaptaci dítěte v rámci hospitalizace. Důležitá je příprava dítěte na hospitalizaci, především protože může zamezit mnoha negativním vlivům, které by dítě mohly traumatizovat. Podstatné je také myslet na úpravu nemocničního prostředí, které by mělo na dítě působit dobrým dojmem a vytvářet pohodlí.

Wirthová (2011) také zmiňuje hospitalizaci dítěte jako náročnou situaci, kterou mu můžou pomoci zvládnout jeho rodiče, tím, že s ním budou hospitalizováni. V případě, že dítě není hospitalizováno s rodičem nebo jiným dospělým doprovodem jemu blízký, musí být sestra co nejvíce informována o dítěti, jeho soběstačnosti, schopnosti

komunikace s cizími lidmi, přizpůsobování na neznámé prostředí, denní rituály či zájmy.

Ondriová a Sinaivová (2010) ve své práci uvádí, jaké vlivy působí na reakci dítěte při hospitalizaci a také pozitivní důvody hospitalizace dítěte s rodičem. Rodič může být dítěti v mnoha ohledech oporou. Může být pomocí dítěti během adaptace, při výkonech a ostatních činnostech prováděné v nemocnici. V závěru práce doplňují, že hlavně sestra má za úkol dítě ovlivňovat a působit na jeho psychiku a stres. Hospitalizaci a okolnosti s ní spojené si pak dítě může pamatovat dlouhou dobu.

Jakubeková a Dobiášová (2010) zkoumaly, jak chirurgické výkony ovlivňují dětskou psychiku a také postupy pro mírnění strachu a bolesti dítěte. I zde se shodují s faktem, že hospitalizace může dlouhodobě ovlivnit dítě i po jejím ukončení. Jako důležité shledávají komunikaci s dítětem, jeho přípravu na neznámou situaci a také spolupráci s rodiči, kteří nejen že napomáhají při komunikaci s dítětem, ale zároveň na dítě působí v oblasti potřeb jistoty a bezpečí.

Lze tedy říci, že je nezbytné vnímat a pracovat s vlivy, které na dítě působí, protože jedině tak, můžeme zajistit dítěti vhodné a příjemné prostředí během jeho hospitalizace a předejít tak neefektivní adaptaci, která by mohla dítěti ublížit a poznamenat jej.

V této práci se zabýváme nejen působícími vlivy, ale také využitím modelu Royové, který se zaměřuje na širokou oblast pacientovi osobnosti, a pomocí něj lze tedy zjistit mnoho působících faktorů, které ovlivňují adaptaci pacienta na nemocniční prostředí. Na využití modelu poukazují i následující studie:

Mnohostranné použití modelu v praxi potvrzuje studie Kaase a Tóthové (2015), v níž zkoumali možnosti využití modelu v současném ošetrovatelství. Výsledky této studie poukazují na použitelnost modelu v několika oblastech ošetrovatelství, zejména pak v klinické praxi a to hlavně v interních oborech. Dále bylo zjištěno, že model lze uplatnit i v prevenci a také bez ohledu na věk, pohlaví nebo národnost.

Jiná studie Rosińczuk et al. (2015) využila adaptační model v péči o pacienty s roztroušenou sklerózou. V tomto případě bylo potvrzeno, že vzhledem k vícerozměrnosti modelu, zaměřenému na bio-psycho-sociální potřeby, se lze přiblížit problémům pacienta. Dále bylo zmíněno, že ošetrovatelský proces, který je založen na modelu Royové, vyžaduje od sester komplexnější postoj při řešení problémů.

Dle Shosha a Kalaldehy (2012) model Royové výrazně ovlivnil ošetrovatelskou profesi, právě zaměřením na koncept adaptace jednotlivců na různé environmentální stimuly. Díky modelu mají sestry jedinečnou úlohu při podpoře zdraví v každém ze čtyř

adaptivních modů. Adaptační model Royové je vzhledem ke své všeobecnosti, praktičnosti a testovatelnosti jedním z nejpoužívanějších modelů, které vedou ošetrovatelský výzkum.

Čaušević a Ramšak Pajk (2014) využili model ke studii u pacientů s rakovinou, kteří trpí chronickou bolestí. Uvádí, že model Royové přirozeně doplňuje teorii ošetrovatelské péče základních potřeb Virginie Henderson. Model tak lze použít při hodnocení fyzického a psychosociálního stavu pacienta, stejně tak i při plánování ošetrovatelských intervencí. Poskytováním psychosociální podpory a informací, mohou sestry zlepšit kvalitu života a pomoci chronicky nemocným pacientům a jejich rodinám s každodenními změnami a zvládáním bolesti.

Stasková (2009) pomocí své studie, zjišťovala využití modelu Royové u nemocných po amputaci dolní končetiny, konkrétně u pacientů, kteří podstupovali amputaci dolní končetiny v bérce, na základě chronického onemocnění. Do výzkumu byli zapojeni pacienti a sestry na chirurgickém oddělení. Tato studie taktéž poukazuje na použitelnost modelu a kvalitnější poskytování péče a hlubší zájem o pacienta. Poskytování péče pomocí modelu Royové vnímali i pacienti. V práci bylo také poukázáno, že model lze lépe využít a chápat, pokud se s ním sestra již setkala při studiu. Překážkou při poskytování péče pomocí adaptačního modelu bylo dle sester především práce se stimuly, jejich pochopení a stanovení a dále také časová náročnost.

Alligood (2017) uvádí, že model Royové je vhodný pro ošetrovatelskou praxi, protože navrhuje rysy disciplíny a poskytuje směr pro praxi, vzdělání a výzkum. Model zohledňuje cíle, hodnoty, pacienta a praktické intervence.

V literatuře nejsou dostupné výzkumy s využitím modelu Royové u dětí.

## 6 ZÁVĚR

V této práci jsme se snažili zjistit, jaké stimuly působí na dítě předškolního věku při adaptaci na nemocniční prostředí a jaké intervence provádí sestry u dítěte předškolního věku při adaptaci na nemocniční prostředí.

Výsledky této práce podávají informace o vlivech, stanovených podle modelu Royové, které výrazně ovlivňují adaptaci dítěte předškolního věku na nemocniční prostředí. Dále zde uvádíme, jaké intervence provádí sestry nejčastěji u konkrétních ovlivňujících faktorů působících na dítě předškolního věku při adaptaci na nemocniční prostředí, které byly stanoveny na základě modelu Royové. Sestry se často shodovaly v odpovědích, především u otázky: Jaké provádíte intervence, aby se dítě nebálo zdravotnického personálu? Sestry odpovídaly, že nosí barevné uniformy a snaží se dítě zabavit či odpoutat jeho pozornost od nepříjemných výkonů. Sestry si velice uvědomují, působící vlivy na dítě předškolního věku a provádějí intervence v rámci jejich možností, kompetencí a časové vytíženosti. Dále jsme zjistily, jaké stimuly působí na dítě předškolního věku při jeho adaptaci na nemocniční prostředí. Významným vlivem byla izolace dítěte na pokoji a dietní omezení. Obě tyto opatření dělaly dětem potíže, především jejich respektování a dodržování. Příčinou byla i nedůslednost rodiče v dodržování zmíněných opatření.

Výsledky práce mohou sloužit sestrám jako inspirace pro poskytování individuální kvalitní ošetrovatelské péče u dítěte předškolního věku se zaměřením na jeho adaptaci, podle modelu Royové.

Cíle práce byly splněny. Byly zmapovány stimuly působící na dítě předškolního věku v rámci adaptace na nemocniční prostředí a dále byly zmapovány ošetrovatelské intervence prováděné u dítěte předškolního věku při adaptaci na nemocniční prostředí s využitím modelu Royové. Domníváme se, že model Royové lze využít pro zjištění ovlivňujících stimulů v průběhu adaptace dítěte předškolního věku na nemocniční prostředí, a lze tak předejít neefektivní adaptaci a následně i změnám v celistvosti osobnosti. Model Royové umožňuje sestrám poznat dítě blíže, jeho psychické, fyzické a sociální potřeby. Model Royové se zaměřuje na podstatné oblasti pacientova organismu a psychiky.

## 7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ALLIGOOD, M. R., 2017. *Nursing Theorists and Their Work*. 9. issue. Missouri: Elsevier Health Sciences. 616 p. ISBN 978-0-323-40224-8.
2. BORZOVÁ, C. et al., 2009. *Nespavost a jiné poruchy spánku*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-2978-7.
3. ČAUSEVIĆ, M., RAMŠAK PAJK, J., 2014. Aplikacija adaptacijskega modela Calliste Roy pri pacientu z rakom in s kronično bolečino. *Obzornik zdravstvene nege*. 48(1), 40-9, doi: 10.14528/snr.2014.48.1.11
4. FAWCETT, J., 2005. Middle range nursing theories are necessary for the advancement of the discipline. *Aqichán*. 5(1), 32-43 p. ISSN 1657-5997.
5. FENDRYCHOVÁ, J. et al., 2005. Komplexní ošetrovatelská péče. In: FENDRYCHOVÁ, J. et al., 2005. *Péče o kriticky nemocné dítě*. Brno: NCO NZO. 69-135 s. ISBN 80-7013-427-5.
6. FENDRYCHOVÁ, J., 2009a. Příprava dítěte na hospitalizaci, vyšetření a zákrok. In: VACUŠKOVÁ, M. et al., 2009. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii 1. část*. Brno: NCO NZO. 39-52 s. ISBN 978-80-7013-491-7.
7. FENDRYCHOVÁ, J., 2009b. Hodnocení dítěte sestrou. In: VACUŠKOVÁ, M. et al., 2009. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii 1. část*. Brno: NCO NZO. 53-87 s. ISBN 978-80-7013-491-7.
8. GALLAGHER-LEPAK, S., 2015. Základy ošetrovatelské diagnózy. In: HERDMAN, T. H. et al., 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace*. Praha: Grada. 19-27 s. ISBN 978-80-247-5412-3.
9. HERDMAN, T. H. et al., 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2015-2017*. Praha: Grada. 464 s. ISBN 978-80-247-5412-3.
10. HUDÁČKOVÁ, A., 2014. Vyhodnocení – 5. fáze ošetrovatelského procesu. In: TÓTHOVÁ, V. et al., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. vydání. Praha: Triton. 123-134 s. ISBN 978-807387-785-9.
11. JAKUBEKOVÁ, J., DOBIÁŠOVÁ, E., 2010. *Vliv prostředí chirurgického pracoviště na psychiku dítěte*. [online]. [cit. 2018-04-24]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/vliv-prostredi-chirurgickeho-pracoviste-na-psychiku-ditete-453253>
12. KAAS, J., TÓTHOVÁ, V., 2015. Možnosti využití adaptačního modelu Calisty Royové v současném ošetrovatelství. *Ošetrovatelstvo* 5(2), 43-9. ISSN 1338-6263.

13. KAMENÍČKOVÁ, J., 2005. Výživa dítěte v intenzivní péči. In: FENDRYCHOVÁ, J. et al., 2005. *Péče o kriticky nemocné dítě*. 305-354 s. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-427-5.
14. KALOUSOVÁ, J., 2008. Bolest u dětí. In: SEDLÁŘOVÁ, P. et al., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. 118-126 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
15. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. *Psychologie 2. díl: Pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. 148 s. ISBN 978-80-247-3600-6.
16. KLÍMA, J. et al. 2016. *Pediatrie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-5014-9.
17. LAMBERT, L., 2010. Průjem. In: LUKÁŠ, K. et al., 2010. *Chorobné znaky a příznaky*. Praha: Grada. 335-339 s. ISBN 978-80-247-2764-6.
18. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. *Vývojová psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-1284-0.
19. LUKÁŠ, K., 2007. Zácpa (obstipace). In: ŽÁK, A. et al., 2007. *Gastroenterologie a hematologie – učebnice*. Praha: Grada. 366-367 s. ISBN 978-80-247-1787-6.
20. MACHOVÁ, A., 2011. Vybrané konceptuální modely a teorie ošetrovatelství. In: PLEVOVÁ, I. et al. 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 130-186 s. ISBN 987-80-247-3557-3.
21. MIŠUTKOVÁ, J., 2011. Změny dechové frekvence. In: LUKÁŠ, K. et al., 2011. *Chorobné znaky a příznaky 2*. Praha: Grada. 251-259 s. ISBN 978-80-247-3728-7.
22. MELEIS A. I., 2012. *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 5. issue. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. 672 p. ISBN 978-1-60547-211-9.
23. NAKONEČNÝ, M., 2011. *Psychologie*. Praha: Triton. 864 s. ISBN 978-80-7387-443-8.
24. NOVÁKOVÁ, D., 2014. Potřeby člověka a posuzování funkčních schopností člověka jako nedílná součást ošetrovatelského procesu. In: TÓTHOVÁ, V. et al., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. vydání. Praha: Triton. 159-172 s. ISBN 978-807387-785-9.
25. ONDRIOVÁ, I., SINAIOVÁ, A., 2010. *Zmírňování negativních následků hospitalizace u dětí*. [online]. [cit. 2018-04-24]. Dostupné z:



<https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/zmirnovani-negativnich-nasledku-hospitalizace-u-deti-453233>

26. OREL, M. et al., 2016. *Vybrané aspekty sebepojetí dětí a adolescentů*. [online] Olomouc: Univerzita Palackého [cit. 2018-02-10] Dostupné z: [www.books.google.cz](http://www.books.google.cz)
27. PAULÍK, K., 2017. *Psychologie lidské odolnosti*. 2. vydání. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-5646-2.
28. PAVLÍKOVÁ, S., 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.
29. PILÁT, M., 2005. Psychologické aspekty péče o kriticky nemocné dítě. In: FENDRYCHOVÁ, J. et al., 2005. *Péče o kriticky nemocné dítě*. 15-66 s. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-427-5.
30. PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R., 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada. 247 s. ISBN 978-80-247-2968-8.
31. PLEVOVÁ, I. et al., 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
32. PTÁČEK, R., KUŽELOVÁ, H., 2013. *Vývojová psychologie pro sociální práci*. [online]. Praha: MPSV ČR. [cit. 2018-02-08]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/files/clanky/14812/VP\\_nahled.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/14812/VP_nahled.pdf)
33. Práva hospitalizovaných dětí, 2005. [online]. MPSV. [cit. 2018-04-19]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/839>
34. ROSIŃCZUK J. et al., 2015. The application of Callista Roy Adaptation Model in the Care of Patients with Multiple Sclerosis – Case Report. *The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing*. 4(3), 121-9, doi: 10.15225/PNN.2015.4.3.5.
35. ŘEZNÍČKOVÁ, A., 2008a. Péče o dobrý psychický stav. In: SEDLÁŘOVÁ, P. et al., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. 139-143 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
36. ŘEZNÍČKOVÁ, A., 2008b. Herní aktivity dětí v nemocnici. In: SEDLÁŘOVÁ, P. et al., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. 145-153 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
37. ŘEZNÍČKOVÁ, A., SEDLÁŘOVÁ, P., 2008. Edukace dětí a rodičů. In: SEDLÁŘOVÁ, P. et al., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. 159-168 s. ISBN 978-80-247-1613-8.

38. SEDLÁŘOVÁ, P., 2008a. Péče o dýchací cesty. In: SEDLÁŘOVÁ, P. et al., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. 98-108s. ISBN 978-80-247-1613-8.
39. SEDLÁŘOVÁ, P., 2008b. Výživa v dětském věku. In: SEDLÁŘOVÁ, P. et al., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. 75-84s. ISBN 978-80-247-1613-8.
40. SEDLÁŘOVÁ, P., 2011. Výživa a stravování nemocných. In: VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I/Obecná část*. Praha: Grada. 168-191 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
41. SEDLÁŘOVÁ, P., 2013. Fyziologické funkce a jejich sledování. In: VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II/Speciální část*. Praha: Grada. 13-57 s. ISBN 978-80-247-3420-0.
42. SEIDL, Z., 2008. *Neurologie: pro nelékařské obory*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-2733-2.
43. SIKOROVÁ, L., 2011a. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3593-1.
44. SIKOROVÁ, L., 2011b. Role sestry a nemocného. In: PLEVOVÁ, I. et al. 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 81-104 s. ISBN 987-80-247-3557-3.
45. SITZMAN K. L., EICHELBERG, L. W., 2011. *Understanding the Work of Nurse Theorists: A Creative Beginning*. 2. issue. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers. 241 p. ISBN 978-0-7637-7816-3.
46. SHOSHA G. A., KALALDEH M. A., 2012. A Critical Analysis of Using Roy's Adaptation Model in Nursing Research. *International Journal of Academic Research*. 4(4), 26-31, doi: 10.7813/2075-4124.2013
47. SMRČKA, V., 2016. Nemoci ledvin a močových cest u dětí. In: KLÍMA, J. et al. 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 189-206 s. ISBN 978-80-247-5014-9.
48. STASKOVÁ, V., 2009. *Překážky a možnosti ve využití adaptačního modelu Royové u nemocných po amputaci dolní končetiny*. [online]. ZSF JU [cit. 2018-01-17]. Dostupné z: <https://wstag.jcu.cz/portal/>
49. ŠVARŤÍČEK, R. et al., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
50. TÓTHOVÁ, V. et al., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. vydání. Praha: Triton. 225 s. ISBN 978-807387-785-9.

51. UHLÍKOVÁ, P., 2008. Poruchy spánku u dětí a dorostu z pohledu pedopsychiatra. *Pediatric pro praxi*. 9(2), 77-79. ISSN 1213-0494.
52. VÁGNEROVÁ, M., 2012. *Vývojová psychologie: Dětství a dospívání*. 2. vydání. Praha: Karolinum. 536 s. ISBN 978-80-246-2153-1.
53. VLACHOVÁ, M., 2008. Ošetrovatelský proces v pediatrii. In: SEDLÁŘOVÁ, P. et al., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. 18-20 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
54. VYORAL KRAKOVSKÁ, R., 2013. Informovanost rodičů o právech hospitalizovaných dětí. *Pediatric pro praxi*. 14(6), 392-394. ISSN 1213-0494.
55. WIRTHOVÁ, V., 2011. Příjem nemocného k hospitalizaci, přeložení a propuštění. In: VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I/Obecná část*. Praha: Grada. 30-48 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
56. WIRTHOVÁ, V., 2013. Vyprazdňování stolice. In: VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II/Speciální část*. Praha: Grada. 98-113 s. ISBN 978-80-247-3420-0.
57. ZACHAROVÁ, E. et al., 2007. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
58. ZACHAROVÁ, E., et al., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.
59. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. [online]. [cit. 2017-12-29]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka: 131, s. 4730-4904. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=6059>
60. ŽIAKOVA, K. et al., 2009. *Ošetrovatel'stvo - teória a vedecký výskum*. 2. vydání. Martin: Osveta. 322 s. ISBN 80-8063-304-2.

## **8 PŘÍLOHY**

Příloha 1 – Pozorovací arch

Příloha 2 – Otázky pro sestry

Příloha 3 – Charta práv hospitalizovaných dětí

Příloha 4 – CD s přepsanými rozhovory

## 8.1 Příloha 1 – Pozorovací arch

### POZOROVACÍ ARCH (Předškolní dítě)

---

#### PRIMÁRNÍ ROLE

Věk:

Pohlaví:

Dítě je schopné popsat rozdíl mezi pohlavími

Dítě není schopné popsat rozdíl mezi pohlavími

---

#### SEKUNDÁRNÍ ROLE

Dítě plní role:

sourozenec  kamarád  žák mateřské školy  jiné.....

Dítě mění své chování při plnění jednotlivých rolí

Dítě nedělá rozdíly v chování při plnění jednotlivých rolí

---

#### TERCIÁRNÍ ROLE /ROLE PACIENTA

Druh onemocnění dítěte:

akutní  chronické  s trvalými defekty  vážné onemocnění

Doba trvání onemocnění:

méně než 1 týden  1 týden – 1 měsíc  déle než 1 měsíc

Průběh onemocnění:

bez komplikací  organismus reaguje na léčbu  výskyt komplikací

organismus nereaguje na léčbu

Léčba:

konzervativní/medikamentózní  chirurgická  paliativní

Prožívání nemoci:

aktivní adaptace  psychická dekompenzace  pasivní adaptace   
(přizpůsobení) (lítost, netrpělivost) (rezignace, uzavření se)

Reakce na nemoc:

dítě je: klidné  plačtivé  veselé  smutné  uzavřené   
spolupracující  .....

Příprava dítěte na hospitalizaci:

proběhla doma s rodiči  doma od rodičů neproběhla  proběhla v nemocnici při   
příjmu od zdravotníku/rodičů

Zkušenosti dítěte s hospitalizací:

dítě již bylo hospitalizováno  jedná se o první hospitalizaci v důsledku   
onemocnění

dobré předchozí zkušenosti

špatné předchozí zkušenosti

Postoj dítěte k nemoci:

normální  bagatelizující  disimulační  nozofóbní   
hypochondrický   
nozofilní  účelový  repudiační

Vztah dítěte k prostředí nemocnice:

cítí se zde dobře  necítí se zde dobře   
líbí se mu výzdoba/vymalování pokoje   
nelíbí se mu výzdoba/vymalování pokoje

Vztah dítěte k personálu:

přátelský  spolupracuje  nebojí se ho  nepřátelský   
nespolupracuje  má z něj strach

Má dítě nepříjemné fyzické pocity:

bolest  svědění  únava  jiné

Diagnostické a terapeutické výkony prováděné u dítěte:

.....

Změna vzhledu dítěte v důsledku onemocnění:

bez změny  změna vzhledu  jaká.....

---

## SEBEPOJETÍ

Ztotožnění s pohlavím:

Dítě se ztotožňuje se svým pohlavím

Dítě se neztotožňuje se svým pohlavím

Sebehodnocení dítěte (co umí, jaké je - psychické a fyzické vlastnosti)

.....

Nálada dítěte.....

Chování rodičů k dítěti:

převažuje kárání  převažuje pochvala  podpora dítěte

.....

Chování dítěte k cizím lidem:

přátelské, spolupracující  nepřátelské, odtažité  vzdorující

Napodobuje dítě rodiče: ano  ne

---

## VZÁJEMNÁ ZÁVISLOST

### VZTAHY

Dítě je hospitalizováno s:

matkou  otcem  jiný rodinný příslušník  jiný dospělý doprovod

bez doprovodu

Vztah dítěte s matkou:

.....

Vztah dítěte s otcem:

.....

Jak tráví rodiče s dítětem čas:

.....

Vztah se sourozenci (pokud dítě má):

kamarádský  nepřátelský

věk sourozence:

.....

Vztahy s kamarády:

.....

Navštěvují dítě v nemocnici rodina, kamarádi:

.....

Pokud dítě nenavštěvují ostatní, má k dispozici komunikační prostředek:

.....

Navštěvuje dítě mateřskou školu:

\*ano  ne

\*Adaptace na MŠ:

dítě se adaptovalo dobře, ve školce se mu líbí

adaptace byla obtížná, ve školce se mu nelíbí

dítě se neadaptovalo, ve školce je plačtivé...

## SEBEPÉČE

Hygiena:

zvládne se samo umýt  umýt se zvládne s dopomocí  neumyje se samo

umyje si ruce  umyje si ruce s dopomocí  neumyje si ruce samo

umí se vysmrkat  vysmrká se s dopomocí  neumí smrkat

odsávání

Čištění zubů: samo  čistí si zuby s dopomocí  nezvládne si vyčistit

zuby

Vyprazdňování: samo  vyprazdňuje se s dopomocí

na toaletě

na nočníku

do plenek

Používání toaletního papíru: samo  s dopomocí  bez dopomoci

Kontinence moči: plně kontinentní  částečně k.  inkontinentní

Kontinence stolice: plně kontinentní  částečně k.  inkontinentní

Oblékání: samo se obléká  s dopomocí  
neobleče se samo   
obuje se samo  s dopomocí  neobuje se samo   
Stravování: stravuje se samo  s dopomocí   
nenají se samo   
Použití příboru: samo  s dopomocí  nepoužívá příbor   
Příjem tekutin: samo  s dopomocí  samo se nenapije   
používá hrnek   
lahev

---

## FYZIOLOGICKÝ MODUS

### DÝCHÁNÍ

Frekvence:

Kvalita a pravidelnost::

eupnoe  dyspnoe  tachypnoe  bradypnoe   
klidová   
námahová

Zbarvení kůže: normální  cyanóza

Pomůcky k dýchání: žádné  kyslíková maska  kyslíkové brýle   
nosohltanový katétr  nebulizace

Poloha, kterou dítě zaujímá:

.....

Schopnost dítěte smrkat, odkašlávat hlen:

schopné vysmrkat se samo nebo s dopomocí  neschopné vysmrkat se, nutné   
odsávat

schopné odkašlat hlen  neschopné odkašlat, nutné odsávat

Správné dýchání a držení těla:

.....

Spolupráce s fyzioterapeutem:

.....

Alergie dítěte:

.....

Užívá dítě medikamenty ovlivňující dýchání:

.....

---



## VÝŽIVA

Příjem stravy:

per os  enterálně  parenterálně

Oblíbená jídla dítěte:

.....

Kolikrát se dítě denně stravuje:

.....

Jaké množství jídla:

.....

Konkrétní složení stravy:

.....

Spokojenost dítěte s nemocniční stravou:

dítě jídlo sní  dítě nechce jíst  .....

Dietní omezení:

bez omezení  dieta

BMI:

normální váha  nadváha  obezita

Příjem tekutin:

množství tekutin za den:

druh tekutiny:

Alergie na potraviny:

.....

Užívá dítě medikamenty ovlivňující stravování (nechutenství, zažívací potíže...)

.....

---

## VYLUČOVÁNÍ

### MOČE

Mikce:      spontánní       asistovaná   
              nočník       reflexní mikce   
              toaleta       katetrizace   
              plenkové kalhotky

Schopnost ovládat močení:

dítě ovládá  dítě se pomočuje

Změny ve vylučování:

polyurie  oligurie  anurie  polakisurie

Potíže při močení:

bez potíží  bolest  pálení/řezání

Příjem a výdej tekutin za den:

.....

Medikamenty ovlivňující vylučování moči:

Diuretika  Antihypertenziva  jiné.....

## STOLICE

Frekvence:

Konzistence: normální (tuhá)  zácpa  průjem

Barva:

Soukromí při vyprazdňování:

na toaletě  na pokoji   
plenkové kalhotky  za přítomnosti cizích osob\*   
nočník  bez cizích osob\*

\* cizí osoby = zdravotnický personál, spolupacienti apod.

Potíže při vyprazdňování stolice:

bolest apod.....

Příjem stravy podporující vyprazdňování:

ovoce, zelenina.....

Medikamenty ovlivňující vyprazdňování:

neužívá  Laxantiva  Antidiarhoika  ATB

---

## SPÁNEK A ODPOČINEK

Délka spánku:

Doba usínání: Doba probouzení:

Doba spánku: v noci  přes den  přes den i noc

Spánkové rituály (doma x v nemocnici):

.....

Poruchy spánku: porucha usínání  p.udržení spánku  noční děsy   
somnambulismus  obstrukční spánko  apnoe  nar  lepsie

---

## POHYB A AKTIVITA

Fyzická aktivizace v době nemoci:

.....

Pohybové omezení:

bez omezení  izolace na pokoji  tělesné omezení

Chůze: po rovině  po schodech  po čáře  přes překážku

Jemná motorika:

kreslení  stříhání

hlavonožec  svede

s detaily  nesvede

Zájmy dítěte:

.....

Herní aktivity:

dítě se hraje: samo  s doprovodem/personálem   
na pokoji  v dětském koutku na odd.

---

**OCHRANA**

Preventivní prohlídky:

Očkování:

Tišení bolesti:

Výskyt infekčního onemocnění:

Úrazy dítěte:

Zdravotní stav rodičů:

## **8.2 Příloha 2 – Otázky pro sestry**

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké je Vaše vzdělání?
3. Kolik let jste v praxi?
4. Znáte model Royové?
5. Jaké provádíte intervence, aby se dítě dobře adaptovalo na hospitalizaci?
6. Jaké provádíte intervence, pokud se dítě nedokáže adaptovat na hospitalizaci?
7. Jaké provádíte intervence, pokud se dítě podceňuje, jeho nálada je špatná (v rámci sebepojetí)?
8. Jaké intervence provádíte, aby se dítě nebálo zdravotnického personálu?
9. Jaké provádíte intervence, je-li dítě hospitalizováno bez doprovodu?
10. Jaké intervence provádíte u dítěte v izolaci pro zajištění sociálního kontaktu?
11. Jaké provádíte intervence, nezvládá-li dítě osobní hygienu samo?
12. Jaké provádíte intervence, pokud dítě nezvládá samo smrkat?
13. Jaké provádíte intervence, pokud má dítě dietní omezení?
14. Jaké provádíte intervence, pokud se dítě pomočuje?
15. Jaké provádíte intervence, má-li dítě problém s vyprazdňováním stolice? (zácpa)
16. Jaké intervence provádíte, má-li dítě v nemocnici problém s usínáním?
17. Jaké provádíte intervence, pokud má dítě v důsledku onemocnění/léčby klid na lůžku?
18. Jaké intervence provádíte pro zajištění bezpečí dítěte v nemocnici?

### 8.3 Příloha 3 – Charta práv hospitalizovaných dětí

1. Děti mají být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení.
2. Děti v nemocnici mají právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, by se mělo rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.
3. Děti a/nebo jejich rodiče mají právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Mají mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.
4. Děti a/nebo jejich rodiče mají mít právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě má být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné, a před zbytečnými úkony, podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emocionálního rozrušení.
5. S dětmi se má zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.
6. Dětem se má dostávat péče náležitě školeným personálem, který si je plně vědom fyzických i emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny.
7. Děti mají mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své věci.
8. O děti má být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.
9. Děti mají být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům a aby zároveň vyhovovalo bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.
10. Děti mají mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání, přizpůsobené jejich věku a zdravotnímu stavu (Práva hospitalizovaných..., 2005).