



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Uspokojování potřeb dětských pacientů v psychiatrické
nemocnici**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **PEDIATRICKÉ OŠTŘOVATELSTVÍ**

Autor: Blažková Eva

Vedoucí práce: Mgr. Alena Machová

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svou závěrečnou bakalářskou práci s názvem „*Uspokojování potřeb dětských pacientů v psychiatrické nemocnici*“ vypracovala s využitím pouze citovaných literárních pramenů.

Také prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111 / 1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské 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 práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

Blažková Eva

Poděkování

Ráda bych věnovala toto poděkování především vedoucí mé bakalářské práce, paní magistře Aleně Machové, za její empatický a trpělivý přístup, cenné rady a připomínky a za všechnen její věnovaný čas. Chtěla bych také srdečně poděkovat dětským pacientům a jejich rodičům za ochotu, díky které jsem mohla realizovat výzkumnou část této práce. Stejně velký dík patří také vedení a sestřičkám, v jejichž zařízení smělo výzkumné šetření proběhnout. V neposlední řadě děkuji své rodině a blízkým za velkou trpělivost a podporu v průběhu celého mého studia a během psaní této závěrečné práce.

Uspokojování potřeb dětských pacientů v psychiatrické nemocnici

Abstrakt

Úvod:

Tato práce se zabývá problematikou uspokojování potřeb dětských pacientů, majících zkušenost s hospitalizací v některé z dětských psychiatrických nemocnic, poskytujících péči dětským pacientům. Vývoj v dětském období a v období adolescence je považován za velmi složitý, a to nejen z důvodu vývojových změn. I v tomto období se setkáváme se situacemi, kdy nedostatečná saturace může vést ke vzniku psychických onemocnění, která mohou být následně řešena formou hospitalizace. Tyto hospitalizace bývají mnohdy opakované a dětský pacient tráví v zařízení velkou část svého času. Je proto důležité, aby mu během hospitalizace byl oporou zdravotnický tým, jehož nezastupitelnou část tvoří sestry, které se budou aktivně snažit rozpoznat jeho potřeby a pomoci mu je saturovat, a které budou po celou přítomnou dobu empatické a asertivní.

Cíle práce:

Cílem této práce bylo popsat uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb hospitalizovaných dětských pacientů z pohledu ošetrovatelského personálu a z pohledu samotných dětských pacientů.

Tato práce je rozdělena na dvě části. První část, teoretická, se zabývá historií psychiatrie a dětské a dorostové psychiatrie, vzděláváním psychiatrických sester, duševními onemocněními v dětském věku, rozdělením dětského věku, životními potřebami dítěte a ošetrovatelským procesem u dítěte s psychiatrickým onemocněním. Druhá část, praktická, je tvořena z výsledků získaných pomocí polostrukturovaných rozhovorů, které byly nahrávány elektrickým diktafonem a poté přepisovány a kategorizovány. Následně vzniklo 5 kategorií: *Fyziologické potřeby*, *Potřeba bezpečí a jistoty*, *Potřeba lásky a souměřitelnosti*, *Potřeba uznání a sebeúcty* a kategorie *Potřeba seberealizace*. Každá tato kategorie byla následně rozdělena na několik podkategorií dle odpovědí informantů a převedena do tabulek a schémat.

Výzkumného šetření se zúčastnilo 5 dětských pacientů a 3 sestry pracující na některém z oddělení dětské psychiatrické nemocnice.

Závěr:

Z výsledků našeho šetření vyplynulo, že v tvrzeních obou výzkumných skupin jsou časté neshody a lišící se názory. Z toho vyplývá, že by se tato problematika měla i nadále řešit. Především bychom tak negativním zkušenostem s hospitalizacemi, snížení traumatických zážitků a tím k zmírnění utvoření negativního obrazu vůči zdravotnické péči, a navázání zdravějších vztahů pacient-personál.

Klíčová slova:

Dětská a dorostová psychiatrie; potřeby; dětský pacient; dětská sestra.

Meeting the needs of paediatric patients in a psychiatric hospital

Abstract

Introduction:

This thesis deals with the issue of meeting the needs of pediatric patients who have experienced hospitalization in one of the medical institutions providing pediatric psychiatric care. Development in childhood and adolescence is considered to be very complex, not only because of developmental changes. We can witness for ourselves the impact on our mental health of not having some of the basic or higher needs of life met. In the childhood period, the limitation of saturation of some of the needs is even more accentuated, and we therefore encounter situations where this lack of saturation can lead to the development of mental illness. These are then forced to be dealt with by hospitalisation in one of the psychiatric hospitals in the Czech Republic. These hospitalisations are often repeated, and the child patient spends a large part of its time in the facility. It is therefore important that during the hospitalization, he or she is supported by a medical team, of which nurses are an essential part, who will actively try to identify his or her needs and help him or her to meet them, and who will be empathetic and assertive throughout the time present.

Objectives:

The aim of this study was to describe the satisfaction of bio-psycho-social needs of hospitalized pediatric patients, from the perspective of nursing staff, and from the perspective of pediatric patients themselves. This issue should continue to be addressed in order to prevent negative experiences with hospitalizations and thus to form a negative image towards health care.

This thesis is divided into two parts. The first part, theoretical, deals with the history of psychiatry and child and adolescent psychiatry, the training of psychiatric nurses, mental illness in childhood, the division of childhood, the life needs of the child and the nursing process of the child with psychiatric illness. The second part, the practical part, consists of the results obtained from semi-structured interviews that were recorded with an electric tape recorder and then transcribed and categorized. Consequently, 5 categories emerged: the Physiological Needs, the Need for Safety and Security, the Need

for Love and Belonging, the Need for Recognition and Self-esteem and the category Need for Self-Realization. Each of these categories was then divided into several subcategories, according to the informants' responses, and translated into tables and charts.

Five paediatric patients and 3 nurses working in one of the child and adolescent psychiatry departments participated in the research survey.

Conclusion:

The results of our investigation showed that there are frequent disagreements and differing opinions in the claims of the two research groups. This suggests that this issue should continue to be addressed. This would prevent negative experiences of hospital admissions, reduce traumatic experiences, and thereby mitigate the formation of a negative image towards healthcare and establish healthier patient-person relationships.

Key words

Child and adolescent psychiatry; needs; pediatric patient; pediatric nurse.

Obsah

Úvod	10
1. Současný stav	11
1.1. Psychiatrie	11
1.2. Dětská a dorostová psychiatrie	11
1.2.1. Historie dětské dorostové psychiatrie a její rozvoj v Česku.....	12
1.2.2. Psychiatrická péče o děti a dorost v České republice.....	14
1.3. Psychiatrické ošetřovatelství.....	15
1.3.1. Vzdělávání sester v psychiatrii.....	16
1.3.2. Specifika práce sestry s dětským pacientem na psychiatrickém oddělení	16
1.4. Duševní onemocnění dětí a dospívajících a jejich klasifikace.....	17
1.4.1. Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek.....	18
1.4.2. Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy	20
1.4.3. Afektivní poruchy (poruchy nálady).....	21
1.4.4. Neurotické, stresové a somatoformní poruchy	21
1.4.5. Poruchy příjmu potravy.....	22
1.4.6. Mentální retardace.....	23
1.4.7. Poruchy psychického vývoje	23
1.5. Výskyt psychických problémů vzhledem k rozdělení dětského věku	23
1.6. Životní potřeby dítěte.....	26
1.6.1. Dělení potřeb	26
1.6.2. Faktory ovlivňující uspokojování potřeb	27
1.6.3. Frustrace a deprivace při neuspokojování potřeb dítěte	27
1.7. Ošetřovatelský proces u dítěte s psychiatrickým onemocněním a jeho fáze.....	28
1.7.1. Fáze systematického posouzení.....	28
1.7.2. Fáze diagnostická.....	28
1.7.3. Fáze plánování.....	30
1.7.4. Fáze plánování intervencí.....	30
1.7.5. Fáze realizace a vyhodnocení.....	31
2. Cíle práce a výzkumné otázky	32
2.1. Cíle práce.....	32
2.2. Výzkumné otázky	32
3. METODIKA	33
3.1. Použité výzkumné metody.....	33

3.2.	<i>Charakteristika výzkumného vzorku</i>	35
4.	VÝSLEDKY	37
4.1.	<i>Kategorizace výsledků z rozhovorů s dětmi majícími zkušenost s hospitalizací v dětské psychiatrické nemocnici</i>	37
4.1.1.	<i>Kategorie 1 Fyziologické potřeby</i>	37
4.1.2.	<i>Kategorie 2 Potřeba bezpečí</i>	40
4.1.3.	<i>Kategorie 3 Potřeba lásky a sounáležitosti</i>	43
4.1.4.	<i>Kategorie 4 Potřeba uznání a sebeúcty</i>	46
4.1.5.	<i>Kategorie 5 Potřeba seberealizace</i>	48
4.2.	<i>Kategorizace výsledků z rozhovorů s ošetřovatelským personálem</i>	51
4.2.1.	<i>Kategorie 6 Fyziologické potřeby dětí, z pohledu ošetřovatelského personálu</i>	51
4.2.2.	<i>Kategorie 7 Potřeba bezpečí a jistoty, z pohledu ošetřovatelského personálu</i>	54
4.2.3.	<i>Kategorie 8 Potřeba lásky a sounáležitosti z pohledu ošetřovatelského personálu</i>	56
4.2.4.	<i>Kategorie 9 Potřeba uznání a sebeúcty, z pohledu ošetřovatelského personálu</i>	58
4.2.5.	<i>Kategorie 10 Potřeba seberealizace z pohledu ošetřovatelského personálu</i>	60
5.	DISKUSE	63
6.	ZÁVĚR	73
7.	SEZNAM LITERATURY	76
8.	PŘÍLOHY	82
8.1.	<i>Seznam příloh</i>	82

Úvod

S určitou formou psychického nesouladu se za svůj život setká spousta lidí. Více ohroženou skupinou jsou poté děti a dospívající, jež procházejí náročným jak fyzickým, tak i psychickým vývojem, a kteří jsou o to zranitelnější vlivy vnějšího okolí. Zprvu lehké psychické potíže se tak časem mohou kumulovat a vyvinout v závažná psychická onemocnění. V současné době dle statistik stále přibývá dětí a adolescentů, již jsou kvůli svému psychickému stavu nuceni vyhledat odbornou pomoc, a kteří svěřují veškerou svou důvěru, naději a často i samotný život do rukou personálu daného zařízení. Úkolem zdravotníka je proto, kromě nutnosti být pacientovi plně k dispozici, navázat s ním přátelský vztah a být empatický, ale i aktivní ve vyhledávání způsobů, kterými by pacientovi pomohl k saturaci jeho potřeb.

Potřeby, o kterých zde hovoříme, dělíme na potřeby nižší - tedy potřeby základní, do kterých můžeme zařadit například potřebu výživy a spánku, ale také potřebu socializace či lásky. Dalším stupněm jsou potřeby vyšší, které v nás probouzí touhu cítit se v bezpečí, být uznáván a přijímán a seberealizovat se různými formami. Zamezení uspokojení některé z potřeb vede u člověka ke vzniku stresu či frustrace a časem může vést až k depresím, a tím k prolongaci samotné léčby.

Dané téma jsem si ke zpracování zvolila z důvodu vysokého zájmu o toto odvětví zdravotnictví, ale také ze zvědavosti. Zajímalo mě, jaké způsoby a metody, vedoucí k vylepšení poskytované péče, jsou na odděleních dětské a dorostové psychiatrie využívány k uspokojování těchto potřeb.

Cílem této práce bylo popsat uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb hospitalizovaných dětských pacientů z pohledu ošetrovatelského personálu a z pohledu samotných dětí.

1. Současný stav

1.1. Psychiatrie

Psychiatrie je medicínský obor se zaměřením na prevenci, diagnostiku a léčbu duševních poruch, emočních poruch a poruch chování (American Psychiatric Association, 2018). Pojmenování tohoto oboru vychází z řeckého slova psyché, v překladu duše, a slova iatreia, jenž znamená lékařství (Raboch, 2015). Dle Orla (2020) jsou duševní nemoci součástí historie lidského rodu a provází ho již odnepaměti bez rozdílů v inteligenci, bohatství či postavení. Duševní nemoci takové, jaké jsou nám známy dnes, znali s největší pravděpodobností lidé již na začátku starověku. Jejich pojmenování, interpretace a terapie prošly mnoha změnami souvisejícími s pochopením dané nemoci a sociálním postavením člověka (Libiger, 2015).

Psychiatrie je odvětví zdravotnictví, které v moderní společnosti nabírá stále většího medicínského a společensko-ekonomického významu. Ze studie Světové zdravotnické organizace totiž vyplývá, že díky měnícím se socioekonomickým podmínkám zaujaly neuropsychiatrické choroby přední příčku všech skupin nemocí (Raboch, 2015). Dle Malé (2010) se psychiatrie stále více integruje do zdravotnictví, a to zejména díky rychlému růstu poznatků o vývoji a funkci mozku, genetice a novým vyšetřovacím a léčebným metodám.

Psychiatrická péče v České republice je realizována prostřednictvím systému, který vzájemně propojuje síť různých služeb. Základními články tohoto kooperujícího systému jsou psychiatrické ambulance, klinicko-psychologické ambulance a lůžková oddělení. Zmíněné ambulance jsou ve většině případů prvním místem kontaktu pacienta s psychiatrickou péčí. Tento kontakt bývá následně dlouhodobý, kontinuální a pacient zde získává svého koordinátora neboli průvodce v systému psychiatrických i sociálních služeb, jímž je samotný ambulantní lékař (Petr, Marková, 2014).

1.2. Dětská a dorostová psychiatrie

Pedopsychiatrie, jinými slovy dětská a dorostová psychiatrie, je nezastupitelný a samostatný medicínský obor, jenž vyžaduje dlouhodobou systematickou a specifickou postgraduální přípravu a jen velmi málo se touto přípravou kryje s oborem psychiatrie dospělých (Kratochvílová, Hodková, 2014). Tento obor pečuje díky své komplexnosti o všechny lidské bytosti do 18. roku života – tedy o děti a adolescenty, kteří se potýkají

s duševními poruchami nebo se náhle ocitnou v náročné životní situaci, a to v oblasti dispenzární, konziliární, konzultativní, posudkové a forenzní činnosti.

Pedopsychiatrie má za úkol popsat, diagnostikovat a klasifikovat dané onemocnění a následně zahájit jeho léčbu, rehabilitaci a prevenci. Pod danou léčbu spadají veškerá onemocnění dle kategorie MKN-10 řazená do sekce F – duševní poruchy s kódy F00-F99 (Hort, 2008). K léčbě a diagnostice jsou využívány jak psychoterapeutické a socioterapeutické postupy, tak i biologické a rehabilitační spolu s velmi úzkou mezioborovou spoluprací. Úzce se tedy spolupracuje s pediatrií, neurologií, genetikou, klinickými logopedy, či dokonce Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy. (Kratochvílová, Hodková, 2014).

Kratochvílová (2014) připisuje vinu stále rostoucího výskytu duševních onemocnění a zvýšené potřebě pedopsychiatrické péče zejména sociologickým vlivům. V dnešní době je na děti kladen stále vyšší tlak jak ze strany rodiny, tak ze strany školy, a to zejména skrze studijní výsledky během celého školního roku. Velkými činiteli vzniku psychických onemocnění mohou být dle jejích slov také rodinné krize, nárůst užívání psychoaktivních látek, ale také moderní medicína. Díky vysoké úrovni perinatální a neonatologické péče přichází na svět stále vyšší počet nezralých novorozenců či dětí s určitým handicapem a s nimi tudíž rizika poruch psychického vývoje a mentální retardace s možnou manifestací v pozdějším věku.

1.2.1. Historie dětské dorostové psychiatrie a její rozvoj v Česku

Péče o duševně nemocné a jejich léčba je již od zrodu starověkých civilizací součástí lékařského povolání. Ve starověkých kulturách byli duševně nemocní skrze lékaře zařikáváni, bohům byly přinášeny oběti, pěstovaly se byliny k výrobě lektvarů či mastí nebo byla také prováděna rehabilitační cvičení (Libiger, 2015).

Malá (2010) ve své knize zmiňuje tzv. „chrámové léčení proti démonologii“, které bylo prováděno na posvátných místech za pomoci modliteb, zařikávání a zpěvu či užívání omamných látek k navození spánku. To vše za účelem vyhnání zlého ducha z těla nemocného. Až s příchodem významných osobností jako byli Hippokrates, Asklepiades či Galén došlo k úplnému opuštění od názoru, že se jedná o boží hněv nebo posedlost démonem a bylo usneseno, že duševní nemoc je projevem tělesné poruchy (Malá, 2010).

Na základě Hippokratovské teorie o rovnováze tělesných šťáv (krev, hlen, žluč, černá žluč) jako o živlech byly vnitřní nemoci prezentovány jako důsledek jejich nerovnováhy (Libiger, 2015). Pokud tedy došlo k výrazné nerovnováze mezi jejich

koncentracemi, vznikaly dle něj duševní choroby souhrnně nazývané jako paranoia. Ty se poté snažil léčit zpětným navozením harmonického vztahu daných šťáv, a to pomocí emetik, projímadel či pouštění žilou (Raboch, 2015).

Ve druhém století našeho letopočtu byl rozvoj dalších vědomostí v oblasti lékařství v rukách římské říše. Této době dominovala zejména dvě jména, a to Cornelius Celsus a Galén. Cornelius sepsal veškeré vědomosti týkající se lékařství a shrnul je do svých knih s názvem „De medicina“. V kapitolách o nemocech duše popsal přístupy k léčbě duševně nemocných. Na jedné straně zde prezentuje léčbu muzikoterapií, na té druhé podporuje léčbu mučením. Velkým přínosem v lékařství byl také již výše zmíněný Galén, jenž byl přesvědčen o tom, že nervová soustava je sídlem duše a mozek je centrem psychických funkcí (Raboch, 2015).

Výuka medicínských oborů v křesťanské Evropě byla běžná již od 11. století na školách univerzitního typu. Díky křesťanské víře mohlo dojít ke vzniku útulků pro nemocné, jež stávaly blízko klášterů. Pod vlivem církve začínala být však péče o duševně nemocné kombinací předsudků a pověr, a to zejména díky přičinění démonologických výkladů. (Libiger, 2015). V této době docházelo k návratu přesvědčení o nadpřirozenu, jehož následkem bylo vymítání neboli exorcismus, a to za pomoci modliteb a zařikávání. Přiznání o posedlosti bývala často vynucována a hlavní příručkou k onomu doznání sloužila kniha Malleus Malleficarum, česky Kladivo na čarodějnice. Tyto procesy se nevyhnuly ani českému území a Severní Morava společně se Slezskem zažila v druhé polovině 17. století nejvyšší nárůst oněch inkvizičních rozsudků. Tuto krutou dobu ukončila až Marie Terezie roku 1755 zrušením zákona o čarodějnictví a nařízením lékařské prohlídky každé podezřelé osobě, a to díky přesvědčení o neexistenci čarodějnictví (Malá, 2010).

V raném novověku nastává období humanismu a postupné prosazování odlišných přístupů v léčbě duševních poruch. Lékaři odvážně hájili postoje proti démonologii, vyučovali na univerzitách předpoklady, že duševní choroby jsou obdobami chorob tělesných a zejména začali s popisem psychopatologií (Raboch, 2015).

Velkým milníkem v psychiatrické péči je období po Francouzské revoluci, tedy období konce 18. a začátku 19. století. Je charakterizováno velkým zájmem veřejnosti se zaměřením k handicapovaným dětem a rozvojem péče o mentálně retardované.

Po celá staletí procházel vztah lidí k dětem určitým vývojem. Od starověku, kdy byl dětský věk charakterizován nulovou hodnotou a s dětmi bylo možné nakládat dle vlastního uvážení, přes výše zmíněné 19. století a dobu osvícenství, kdy se začala zajímat

nejen společnost, ale také samotný stát, až po období 20. století. Toto století je také nazýváno stoletím dítěte. Začíná rozvoj pediatrie, je řešena problematika dětí a roku 1924 je přijata Ženevská deklarace práv dítěte. Následují další dokumenty jako Charta práv dítěte (1959) nebo Úmluva o právech dítěte (1989) (Hort, 2008).

V českých zemích začíná historie pedopsychiatrie kolem roku 1871. V této době je v Praze založen první ústav pro slabomyslné děti – Ernestinum v čele s ředitelem, lékařem a pedagogem Karlem Slavojem Amerlingem. Vědecký základ tohoto oboru je však položen až o spoustu let později, a to roku 1913 panem profesorem Karlem Herfortem po otevření první poradny pro dětskou psychopatologii (Hort, 2008). O deset let později se rozhodne o otevření dětské psychiatrické léčebny v jižních Čechách, konkrétně v Opařanech v budově dříve sloužící jako jezuitský klášter. V té době je již výborně vybavená a obsahuje bazén, dílny a školu pro ubytované děti (Hort, 2008). Lékař a psycholog J. Apatauer otvírá roku 1947 první dětské psychiatrické lůžkové oddělení, a to na pražské psychiatrické klinice a zaměřuje se zejména na adolescentní kriminalitu (Hort, 2008). Dalším průkopníkem tohoto oboru je J. Fisher, lékař, který otvírá první dětskou psychiatrickou kliniku v Motole, školí a atestuje lékaře a požaduje zavedení specializace v daném oboru – tedy v dětské a dorostové psychiatrii. Za jeho vedení dochází k prvním výzkumům v pedopsychiatrii. Jeho následníky jsou poté J. Mečíř a V. Vojtík, kteří se zaměřují na abúzus alkoholu mladistvými, mentální retardaci či mladistvé toxikomany (Hort, 2008).

1.2.2. Psychiatrická péče o děti a dorost v České republice

O rozvoj ambulantní psychiatrie se v českých zemích zasloužil docent Josef Prokůpek, jenž se podílel na zavádění systému, který by pomohl s přidělením obvodního lékaře každému z obyvatel. Až do doby jeho působení bylo na psychicky nemocné občany nahlíženo spíše jako na nevléčitelnou skupinu lidí, kterou je potřeba izolovat na okraj společnosti, nejlépe tedy na venkov do velkých léčeben. V dnešní době je tento přístup již zcela nepřipustný a psychiatrická péče je brána jako nedílná součást péče zdravotnické (Hollý, 2015). Základními kameny tohoto systému jsou v první řadě psychiatrické a klinicko-psychologické ambulance, se kterými se pacient setká jako s prvními. Následně také lůžková zařízení a v neposlední řadě komunitní péče, díky které může psychiatrická péče proniknout do systému péče sociální (Raboch, Wenigová, 2012).

Klinicko-psychologické ambulance jsou pracoviště klinických psychologů, kteří využívají svých znalostí vývojové a osobnostní psychologie k prevenci, zformulování a následnému řešení problémů, se kterými dětské pacienti přicházejí. (Psychoportal, 2022).

Co se lůžkové péče týče, Česká republika disponuje 576 dostupnými lůžky na území Čech a Moravy. Poskytovateli těchto míst jsou dětské psychiatrické nemocnice, klinická pracoviště psychiatrie pro děti a dorost a samostatná pedo-psychiatrická oddělení. Klinické pracoviště psychiatrie určené výhradně dětským pacientům a dorostu nalezneme v ČR pouze jedno, a to na Dětské psychiatrické klinice Fakultní nemocnice Motol v Praze. Ostatní pracoviště spadají pod kliniky určené dospělým pacientům, a to jako dětská oddělení. Tato pracoviště disponují 85 lůžky a nalezneme je ve fakultních nemocnicích v Plzni a v Brně v Bohunicích. Jak již bylo výše zmíněno, velkou část pacientů také přijímají psychiatrické nemocnice. Dětská psychiatrická péče je výhradně vymezena v nemocnicích Opařany, Louny a Velká Bíteš, které disponují 190 lůžky. Další psychiatrické nemocnice, jež mají svá dětská oddělení nalezneme například v Dobřanech, Bohonicích, Opavě či Havlíčkově Brodě a jejich kapacita je celkem 246 lůžek (ADDP, 2019).

1.3. Psychiatrické ošetřovatelství

Mezinárodní rada sester definuje ošetřovatelství takto:

„Ošetřovatelství zahrnuje jak samostatnou péči o jedince jakékoli věkové kategorie, rodiny, skupiny a komunity, tak i péči prováděnou společně s ostatními spolupracovníky. A to v situacích, kdy už pacient nemocný je nebo má své zdraví v pořádku. Ošetřovatelství zahrnuje podporu zdraví, prevenci nemocí a péči o nemocné, postižené a umírající. Mezi další klíčové role sester patří také hájení pacientových práv, podpora bezpečného prostředí, výzkum, účast na utváření zdravotní politiky a na řízení zdravotnických systémů, či vzdělávání.“ (ICN, 2002).

Psychiatrická sestra je zdravotnický pracovník, jehož úkolem je poskytovat komplexní péči nejen pro individuální jedince, ale pro celé rodiny a komunity. Tato práce vyžaduje nejen ochotu pečovat, edukovat a zajímat se o navázání terapeutického vztahu, ale také dostatečné a kvalitní vzdělání. Je potřeba, aby znaly nejen pacientovu anamnézu a trable, ale také aby daná onemocnění uměly rozpoznat a reagovat na ně právě dle svých znalostí (Kichefski, 2019).

1.3.1. Vzdelávání sester v psychiatrii

Za první pokus o vzdělávání sester v oboru psychiatrie v Čechách se dá považovat projekt docenta Josepha Gottfrieda Riedela z roku 1845. Díky němu měla být zlepšena péče o pacienty hospitalizované v ústavu choromyslných v Praze, a to pomocí pravidelných nedělních přednášek konaných pro uchazečky o místo ošetřovatelek. Takovýto kurz měl trvat tři měsíce a být následně zakončen závěrečnou zkouškou. Tento plán však ztroskotal na nezájmu žákyň studovat a pracovat pouze za příslib stravy (Marková, Venglářová et al., 2006).

Zásadním bodem pro vzdělávání v tomto oboru bylo období po pádu komunistického režimu, kdy se velká část veškerých změn týkala převážně studií. V Brně, Praze a Kroměříži byly roku 1992 otevřeny pomaturitní nástavbové obory pro studenty, kteří absolvovali některou ze středních zdravotnických škol a měli zájem o práci v psychiatrickém odvětví. Tato nástavba plnila svou funkci až do roku 1996, dokud ji v roce 1997–2005 nenahradil obor pro vyšší odborné školy – Diplomovaná sestra pro psychiatrii, vyučovaný na školách v Praze, Brně a Havlíčkově Brodě (Marková, Venglářová et al., 2006).

Třetího března roku 2004 byl parlamentem České republiky uveden v platnost zákon týkající se nelékařských zdravotnických oborů, zákon č. 96/2004 sb., O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. Tento zákon předkládá, že k výkonu práce všeobecné i dětské sestry je zapotřebí dosažení bakalářského stupně vysokoškolského studia, či absolvování vysoké odborné školy. Následné specializace v medicínských oborech jsou možné až po jejich ukončení (Zákon č. 96/2004 Sb.).

1.3.2. Specifika práce sestry s dětským pacientem na psychiatrickém oddělení

Sestra, jež si zvolí práci v odvětví dětské psychiatrie, získává nejen povinnosti zdravotnického personálu jako takového, ale přejímá také například povinnosti výchovné a vzdělávací (Venglářová et al., 2006). Tato sestra má ve zdravotnictví unikátní pozici, a to konkrétně ve vztahu s pacienty, pro které musí být dostupná po celou dobu své práce a kteří se se svými osobními problémy a pocity jdou svěřit primárně jí. Má tak šanci nahlédnout do jejich útrob a být nejkvalitnějším pozorovatelem z celého ošetřovatelského personálu (Petr, Marková, 2014).

Práce této sestry začíná ihned při příjmu nového pacienta, a to zaměřením nejen na něj samotného, ale také na jeho rodinu. Sestra se snaží odebrat co nejpodrobnější anamnézu o jeho zálibách a naopak i věcech, které dítě rádo nemá, jeho denním režimu, návycích, zdravotním stavu. Pro tuto práci je potřebné dostatečné vzdělání a pozorovací schopnosti, a to z důvodu rozmanitosti nemocí, se kterými se v průběhu svého pracovního života bude setkávat a jejichž incidence a rozvoj se odlišuje dle jednotlivých období vývoje dítěte. Musí být schopna empatické a efektivní komunikace jak s tříletým dítětem, tak s téměř dospělým osmnáctiletým jedincem, umět si získat jeho důvěru a společně aktivně pracovat na daném problému. Ve své práci musí působit jako hlas svých pacientů a interpretovat jejich práva během komunikace ať už s pedagogy, lékaři či samotnou rodinou. Je potřeba, aby si sestra byla vědoma důležitosti své práce, všechny úkony plnila vědomě, zodpovědně a zejména s ochotou. Lze tedy říci, že je potřeba, aby se o tyto pozice hlásily sestry, jež jsou empatické, mají kladný vztah k životu a zejména kladný vztah k dětem. Jakmile na tuto pozici nastoupí sestra, jež svou práci plní jako povinnost, úkony plní automaticky bez rozmyšlení a k dětským pacientům uplatňuje autoritativní přístup, není možné, aby svou práci prováděla kvalitně. Pro toto zaměření je také potřeba sestry, která je povahově stabilní. Není výjimkou, že se v tomto odvětví ošetrovatelství setkáváme s pacienty, kteří jsou agresivní, ať verbálně nebo dokonce fyzicky. Sestra proto musí umět dobře číst neverbální komunikaci a těmto situacím se snaží předcházet. Pokud k nim přeci jen dojde, musí znát možnosti, jimiž lze zasáhnout (Venglářová et al., 2006).

1.4. Duševní onemocnění dětí a dospívajících a jejich klasifikace

WHO (2021) definuje duševní zdraví takto:

„Duševní zdraví je stav pohody, kdy si jedinec uvědomuje své vlastní schopnosti, dokáže se vyrovnat s běžným životním stresem, může produktivně pracovat a je schopen přispívat své komunitě“.

Definice duševního onemocnění či často zmiňované duševní poruchy je velmi rozsáhlá. Jedná se o pojem zahrnující ohromnou škálu všemožných potíží. Můžeme se setkat s onemocněními, která u daného jedince postihují myšlení, jeho chování nebo schopnost regulovat svou náladu (NZIP,2023).

Dle Americké psychiatrické asociace (APA) jsou duševní onemocnění zdravotní stavy zahrnující změny v emocích, myšlení nebo chování či kombinace všech. Duševní

onemocnění mohou být spojena s trápením anebo problémy s fungováním ve společnosti, práci nebo v rodině.

Ke klasifikaci nemoci v psychiatrickém odvětví mohou sloužit dvě metody, a to empirická a systematická. První, tedy empirická, je využívána pro vyšší spolehlivost a využívá pozorování psychopatologií u daného jedince. Jde tedy o to, že lékař pozoruje a popisuje patologické chování či prožívání pacienta a na základě svých zkušeností, charakteru a četnosti příznaků a celkové podobnosti s určitou nemocí stanoví diagnózu. Systematická metoda naopak využívá moderních postupů v medicíně. Psychiatrickým lékařům umožňuje postupy jako je zobrazení aktivity a nálezů na mozku či endokrinní odpověď systému při daných testech. Pro tuto metodu je však nutné znát všechny spojitosti mezi příznaky pacienta a výsledky testů, což v dnešní době stále ještě není zcela spolehlivé. Převažuje tedy stále metoda empirická (Hosák, Hrdlička a kol., 2015)

Ke klasifikaci duševních poruch je nejčastěji využívána Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), a to konkrétně V. kapitola označena písmenem F z roku 1992. Jsou v ní rozlišeny dvě základní skupiny psychiatrických poruch v dětství. F8 rozlišuje poruchy psychického vývoje, zatímco F9 poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci (Hosák, Hrdlička a kol., 2015).

V následujících kapitolách zmiňuji psychiatrická onemocnění, s nimiž se zdravotnický psychiatrický personál setkává nejčastěji.

1.4.1. Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

Marková (2006, s. 212) uvedla: „*Poruchou způsobenou užíváním psychoaktivních látek je každá duševní či behaviorální porucha, která vznikla jako důsledek užívání jedné nebo více psychoaktivních látek, nezávisle na tom, zda jsou nebo nejsou předepsány lékařem. Jde o rozmanité poruchy od nekomplikovaných intoxikací a škodlivého užívání až po psychotické poruchy.*“

Jakákoli psychoaktivní látka znamená větší či menší riziko vzniku závislosti, a to klidně již po krátké době jejího užívání. Látky, již u většiny lidí, kteří s nimi přijdou do styku, vyvolají závislost již po tak krátké době, označujeme jako tvrdé drogy. Klasickým příkladem pro tuto látku může být pervitin či heroin. Naopak látky, u kterých vzniká závislost v rozmezí měsíců nebo dokonce let, označujeme jako drogy měkké (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015).

Hosák a kolektiv (2015) ve své knize uvádí primární motivy vedoucí člověka, a zejména pubescenty a adolescenty, k zahájení užívání těchto látek. Mezi hlavní důvody řadí samozřejmě zvědavost a určité ovlivnění pocitů. Spousta mladistvých se k drogám upíná také z důvodů psychických, a to například kvůli nízkému sebevědomí či odstranění zábran a úzkostí.

Významným činitelem při rozhodování v užívání drog je sociokulturní prostředí daného jedince. Kromě kolektivu, ve kterém se vyskytuje, hraje v tomto ohledu zásadní roli jeho rodina, jejíž snahou by mělo být jedince podpořit a pomoci mu ze svízelné situace. Pokud však jedinec pochází z rodiny s patologickými vzorci chování jako jsou zvýšené nároky a dohled, konfliktní situace, nefunkční vazby v rodině, snížený zájem či abúzus drog v příbuzenských vztazích, stoupá tak šance vzniku závislosti. (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015). Mezi jedny z nejužívanějších a pro mladistvé velmi snadno dostupných drog v celé Evropě řadíme alkohol a tabák. Konkrétně v České republice je užívání alkoholu velmi podceňováno a mnohdy i tolerováno, ačkoli jeho spotřeba rok od roku postupně narůstá. Nejen, že s sebou abúzus této látky přináší socioekonomická rizika, ale zejména rizika zdravotní, a to jak somatická, tak psychická. Řadíme sem například úrazy a otravy, nemoci krvetvorných orgánů, fetální alkoholový syndrom a samozřejmě psychickou závislost a z ní vyplývající poruchy osobnosti, postižení intelektu nebo psychózy. (Sobotková, 2014).

Co se užívání tabáku týče, uvádí Sobotková (2014) pouze nepatrný rozdíl mezi mladistvými a dospělou populací. Opět se jedná o pro mládež velmi dostupnou drogu, a to již na základních školách. Olecká (2022) se ve své analýze „Substance Abuse in the Czech Population“ také věnuje věku uživatelů tabáku a uvádí, že většina kuřáků (až 61,2 %) začala s pravidelným kouřením již mezi 15–19. rokem života. Rovněž se zde zmiňuje o přístupu ke kouření s ohledem na vzdělání. Dle jejích výsledků mají středoškolsky či univerzitně vzdělaní jedinci násobně nižší riziko vzniku závislosti. Následky kouření jsou stejně závažné jako u alkoholu. Nejčastěji se setkáváme s onemocněním dýchacího systému, gastrointestinálního traktu nebo kardiovaskulárního systému (Sobotková, 2014).

Mezi další psychoaktivní látky řadíme kanabioidy. Pokud je zmiňujeme, hovoříme o chemické látce, jež je obsažena v marihuaně, a která je schopna způsobit účinky podobné účinkům drog v celém těle včetně centrálního nervového a imunitního systému (NCI, 2022).

V dnešní době mládež užívá marihuanu typicky formou takzvaných „edibles“ neboli česky „poživatin“. Jedná se o pečivo, cukrovinky či nápoje, do kterých je přidán konopný olej a nelze je téměř odlišit od běžného jídla. Dále ji užívají v podobě tinktur aplikovaných pod jazyk anebo v klasické sušené formě určené k inhalaci. Velkým problémem začínají být také e-cigarety. Ačkoli se jedná o drogu, která u mládeže dokáže vyvolat stavy euforie nebo relaxace, ze strany lékařů zaznívají obavy ohledně vlivu THC na neurologický vývoj mozku. Nepříznivé následky se mohou projevit ve formě akutních intoxikací, halucinací či psychóz a možnému rozvoji schizofrenie (Chen, Klig, 2019).

1.4.2. Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

Schizofrenie je jednou z nejsvícelnějších psychických poruch nejasné etiologie postihujících děti a adolescenty. V dětském věku se s ní naštěstí setkáváme pouze zřídka a bývá velmi vzácná (1 %). S přechodem do puberty a adolescence se její symptomy postupně stupňují, a právě na počátku dospělosti dovršuje své nejtěžší formy. S největší pravděpodobností stojí za jejím vznikem faktory neurologické a psychologické, které ve společné interakci s vnějším prostředím určují zvýšenou náchylnost k tomuto onemocnění (Hollis, 2015).

Typickými znaky nastupující schizofrenie projevující se již v mládí bývá nejčastěji opožděný psychomotorický vývoj, snížená celková výkonnost a denní aktivita či nedostatek sebezpečí a nelibost v socializaci. U adolescentních pacientů dochází často k neschopnosti studijního úspěchu, případně kariérního růstu (Chan, 2016).

Mezi netypické chování se může řadit náhlá agrese a změny v chování, denní snění, snaha o izolaci či naopak „nalepení se“ na pečující osobu. (Malá, 2008).

Při výrazném zhoršení stavu hovoříme o tzv. prodromální fázi, která předchází samotné psychotické epizodě. Po začátku dané epizody u jedince často nastává pocit zmatenosti a strachu, okolní osoby u něj navíc mohou vnímat nelogické úsudky. Jedinec ztrácí schopnost logického a emočního zpracování reality a je pro něj proto velmi snadné nabrat dojem, že osoby kolem něj byly nahrazeny dvojníky, že se mu snaží někdo ublížit, nebo dokonce že v zrcadle na něho kouká cizí osoba (Hollis, 2015).

1.4.3. Afektivní poruchy (poruchy nálady)

Afektivní poruchy jsou onemocnění, při kterých má pacient primárně problém uvědomovat si změnu svých nálad či afektů. Jeho nálady se proměňují z depresivních stavů směrem ke stavům připomínajícím euforii a naopak. Často jsou to onemocnění recidivující, jejichž samotným fázím předchází určitá stresová událost. U těchto pacientů můžeme při změně nálady pozorovat také změnu jejich aktivity. (ÚZIS, 2023)
Z těchto poruch je pro veřejnost pravděpodobně nejznámější bipolární porucha, dříve nazývána jako maniodepresivní psychóza.

Bipolární afektivní porucha je onemocnění, které dotyčného jedince ovlivňuje ve schopnosti myslet a logicky uvažovat nebo v jeho denní aktivitě/ inaktivitě, a to v závislosti na fázi, ve které se zrovna nachází. Při tomto onemocnění se zpravidla setkáváme s fází mánie, ve které se pacient cítí nadšeně, u dětských pacientů pozorujeme roztěkanost a náhlý nástup vulgarity až agresivity. Nebo naopak s fází depresivní, při které dochází ke kompletnímu útlumu. (Drtílková, CSc., 2011)

Ačkoli byla tato porucha dříve považována za onemocnění výlučně dospělého věku, s postupem času začíná přibývat dětských a adolescentních pacientů, jimž je bipolární afektivní porucha diagnostikována (Renk, et al., 2014).

V dětství a dospívání mohou vést manické epizody k impulzivnímu zanechání studia, záškoláctví či zvýšenému riziku užití návykových látek nebo ke snížené potřebě spánku a velmi iritabilnímu chování. U adolescentů je běžně pozorována zvýšená sexuální touha a zrychlená řeč. U depresivních epizod se u dětí setkáváme se zvýšenou únavou a citlivostí na odmítnutí, poruchami příjmu potravy a velmi vysokým rizikem sebepoškození či spáchání sebevraždy (Drtílková, 2011).

1.4.4. Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

Mezi tyto poruchy MKN-10 řadí například fobické úzkostné poruchy, panickou poruchu nebo generalizovanou úzkostnou poruchu.

Jedná se o skupinu onemocnění, při kterých nemocný prožívá stejné negativní pocity jako řada jiných osob, avšak v mnohem větším měřítku. Daný jedinec si plně uvědomuje situaci a fakt, že ataky úzkosti nebo pocitu strachu trvají mnohem delší dobu a jsou mnohonásobně intenzivnější a nejedná se proto o poruchu psychotickou. Často jsou doprovázeny somatickými symptomy ve formě tlaku na hrudi, zrychlené srdeční akce či závratí (Koutek, Kocourková, 2019).

Fobické úzkostné poruchy jsou skupinou poruch, které se objevují při situacích, které nejsou ničím nebezpečné, avšak u pacienta vyvolávají pocity strachu, somatické potíže a tím ho vedou ke snaze se jim vyhnout. Řadíme mezi ně například sociální fobii, při které je obava z kritiky okolí tak velká, že nutí nemocného izolovat se od okolní společnosti (ÚZIS, 2023).

S touto úzkostnou poruchou se v pediatrii setkáváme nejčastěji mezi 11. až 15. rokem života, a to jak u dívek, tak u chlapců. Fobii samotné předchází tzv. vyhýbavé chování doprovázeno symptomatickými projevy jako jsou ranní nevolnosti, bolesti břicha nebo hlavy, jež je nutno co nejdříve podchytit a začít řešit. Léčba je prováděna zejména za pomoci psychoterapie, a to ve spolupráci s rodiči, školou a pediatrem (Malá, 2011).

Panická porucha a generalizovaná úzkostná porucha jsou onemocnění probíhající se silnými úzkostmi. U panické poruchy se jedná o náhlou, silnou a nepředvídatelnou paniku, která nemá logické vysvětlení. U generalizované úzkostné poruchy je základním znakem úzkostná stálost (ÚZIS, 2023).

1.4.5. Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou onemocněním civilizačním, jež je provázeno jak psychickými, tak následně somatickými obtížemi pacientů. V dnešní době je jeho nárůst přikládán zejména touze po štíhlé postavě a neustálému nátlaku společnosti na zdravý životní styl. Nejčastějšími pacienty jsou pubescenti v rozmezí 14.–18. let. Ačkoli je toto onemocnění veřejností vnímáno jako onemocnění výlučně ženské, v menším měřítku se s ním setkáváme také u chlapců (Koutek a Kocourková, 2016).

Nejčastěji se můžeme setkat s mentální anorexií a mentální bulimií. U mentální anorexie je primární snahou co nejvíce zhubnout. Pacienti jsou přesvědčeni, že jsou příliš velcí a zapojují do svého denního režimu přísné diety a pravidelná cvičení. Mentální bulimie je na rozdíl od mentální anorexie prostým okem hůře rozeznatelná. Pacientky si stanoví váhu, které by rády dosáhly, avšak problém s impulsivním přejídáním jim v cíli brání. Tyto situace poté ústí ve frustraci ze selhání a pacientky je řeší vyvrácením veškeré potravy (Koutek a Kocourková, 2016).

1.4.6. Mentální retardace

Valenta (2018, s. 83) ve své knize vymezuje mentální retardaci jako:

„vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i časně postnatální etiologií, která oslabuje adaptační schopnosti jedince“.

Mentální retardace je stupňována na lehkou mentální retardaci, středně těžkou mentální retardaci, těžkou mentální retardaci, hlubokou mentální retardaci, jinou mentální retardaci a nespecifikovanou mentální retardaci, a to podle posouzení inteligence daného jedince, jeho přizpůsobivosti a schopnosti splňovat sociální a kulturní požadavky společnosti. V poslední řadě se také hodnotí IQ (Valenta et al., 2018).

1.4.7. Poruchy psychického vývoje

Poruchy psychického vývoje mají společné znaky, jež jsou pozorovány již od kojeneckého věku. Během vývoje dítěte začínají pečující osoby pozorovat zpomalení a opoždění motorických funkcí – koordinací. Děti se zprvu zdají být opožděné v řeči a orientaci v prostoru. S postupem času se dítě vyrovná vrstevníkům, a to pouze s lehkými vadami. Mezi tyto poruchy je dle MKN řazena například specifická porucha čtení, specifická porucha počítání a specifická porucha psaní a výslovnosti. Společensky velmi známou poruchou psychického vývoje je dětský autismus. Jedná se o onemocnění, které je jednou z nejčastějších příčin celoživotního postižení. Jednotlivé projevy se případ od případu liší, avšak určité rysy jsou pro toto onemocnění opět specifické. V mnoha případech je velmi častým jevem porucha sociální interakce a komunikace s lidmi. Také se běžně setkáváme s autisty, kteří mají problémy se zácpou, spánkem či smyslovým přestimulováním. Tito lidé jsou specifíční opakujícími se denními aktivitami a zájmy, které mají striktně nastavené a jejich nerespektování vede k frustraci a atakám (Kendall et al., 2013).

1.5. Výskyt psychických problémů vzhledem k rozdělení dětského věku

Co se dětského věku týče, můžeme jej rozdělit do 7 období, z nichž každé má svá specifika a vývojové milníky. Dětství začíná již v děloze, a to prenatálním obdobím, které je následováno obdobím novorozeneckým, kojeneckým a batolecím. Poté dítě dorůstá do

předškolního, a následně mladšího a staršího školního věku, a celý tento vývoj je završen adolescencí (Klíma, 2016).

Prenatálním obdobím je označováno období začínající splynutím samčí a samičí pohlavní buňky. Pokud má vše fyziologický průběh, trvá 38-42 týdnů, během kterých se z uhnížděné blastocysty postupně stává dítě. Toto období je rozčleněno do 3 fází, a to na období uhníždění blastocysty, embryonální období a fetální období. Fáze uhnížděné blastocysty probíhá průměrně po dobu tří týdnů. Následuje období embryonální, které je vyznačováno intenzivním růstem plodu, zejména jeho orgánů. Od 12 týdne těhotenství až po porod hovoříme o fetálním období, během kterého se dovyvíjí tělní systémy dítěte (Vágnerová, Lisá, 2021).

Na konci tohoto období se rodí novorozenec s průměrnou hmotností 3 300 g, a s cca 50 centimetry. V tuto chvíli hovoříme o novorozeneckém období. Novorozenecké období je doba od porodu do 28. dne života dítěte. Během tohoto období dochází k intenzivní přestavbě organismu nutné k adaptaci na extrauterinní prostředí. Dítě většinu dne prospí a doba bdění je omezena primárně na potřebu kojení. V tomto období jsou přítomny specifické reflexy, jež jsou důležité pro jeho budoucí vývoj a jsou proto zdravotníky pravidelně kontrolovány. Díky jejich přítomnosti/absenci je pozorován vývoj mozku. Řadíme mezi ně například Moroův reflex, hledací reflex, či reflex sací (Vágnerová, Lisá, 2021).

Dosažením 29. dne života, začínáme o dítěti hovořit jakožto o kojenci. Toto období přetrvává do jednoho roku života a dítě v něm prochází rapidním rozvojem fyzických i psychických schopností. Zejména pak jemné a hrubé motoriky, smyslového vnímání a socializace (Klíma, 2016). V tomto období se můžeme začít setkávat s poruchami spánku (nespavostí, nočními děsy), poruchami příjmu potravy (odmítání stravy) či se zvýšenou agresí (Bolten, 2012).

Dalším milníkem v dětském vývoji je období batolecí. Rozumíme tím období mezi 1. až 3. rokem života dítěte. Během této doby dochází nejen k zdokonalování schopností daného jedince, ale zejména k utváření vlastní identity. Dítě si začíná uvědomovat své já a postupně se zapojuje do kolektivu. Začíná být také více osamostatněné od rodičů a zkoumá své okolí. V tomto období se silně projevuje separační úzkost při odloučení od matky (Vágnerová, Lisá, 2012).

Předškolní období začíná ukončením 3. roku života a trvá až po nástup do povinné školní docházky. V tomto období si můžeme začít všimnout problémů jako je mentální retardace, poruchy autistického spektra jako je dětský autismus či Aspergerův syndrom,

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) nebo emoční poruchy. Může také stále přetrvávat separační úzkost (Sobotková, 2013).

Během zahájení základní školy v 6 letech, až po nástup pubescence kolem 11.-12. roku života hovoříme o mladším školním období. V tomto období dochází u dítěte k prozatím největším životním změnám. Najednou je po něm vyžadován pravidelný denní režim, zvýšená pozornost a respekt vůči autoritám. To vše během doposud nejdelšího, pravidelného odloučení od rodiny. Ve škole bývají velmi snaživí a motivovaní. Jemná motorika je již zdokonalená a v tomto období velmi důležitá pro nácvik psaní. Nejdůležitější je pro ně zpětná vazba od autorit, tedy od učitelů a zejména vlastních rodičů. Kolem 10. roku života si děti začínají tvořit skupiny. Je pro ně velmi důležité do některé z nich patřit a ztotožňovat se s ní (Ptáček, 2013).

V tomto období bývají diagnostikovány hyperkinetické poruchy jako například ADHD či ADD (Attention Deficit Disorder), dále poruchy učení jako dyslexie, dyskalkulie nebo depresivní či úzkostné poruchy (Körne, 2016).

Střední školní věk je ohraničen na krátký časový úsek mezi 11. a 12. rokem, před začátkem pubescence. Děti se začínají zdokonalovat ve všech aspektech vývoje. Začínají více používat logické myšlení a vyvíjí se schopnost soustředit se mnohem delší dobu. Učitel již v tomto věku nemá roli autoritativní, ale dítě ho bere spíše jako zprostředkovatele informací. Kolektivní skupiny bývají rozděleny na chlapecké a dívčí a jsou děleny také hierarchicky (Ptáček, 2013). Kritickými body tohoto období mohou být právě kolektivy, jež mají silný vliv na emoční i psychický stav dítěte. Vzhledem k rychlým změnám v tělesném vývoji se zde můžeme setkávat s prvními známkami poruch příjmu potravy, nízkým sebevědomím či úzkostmi (UNICEF, 2023).

Po ukončení tohoto období, se dítě dostává do části života, ve které ho čeká spousta životních změn. Jedná se o období mezi 15. až 22. rokem života jedince, které nazýváme pubescence a adolescence, a je charakterizováno prudkými nejen fyzickými, ale i psychickými změnami. Díky zvýšené produkci hormonů dochází k pohlavnímu dozrávání, a tím k dozrávání pohlavních znaků. Nejdůležitější rolí v pubescentním období tvoří vrstevnická skupina, ve které jedinec nachází pocit porozumění a díky které má pocit, že někam patří. Dle těchto subkultur se chová, obléká či celkově vyjadřuje a hledá tak svou vlastní identitu. Naopak rodinné prostředí bývá v tomto věku pro pubescenta prostředím stresovým. Velmi běžné jsou změny nálad či labilita emocí, jež ztěžuje komunikaci mezi rodičem a dítětem.

Po přechodu z pubescentního období do období adolescentního se vztahy začínají naopak více stabilizovat a uklidňovat. V této době jedinci nastupují na vysokou školu nebo do zaměstnání a jejich identita začíná být dotvářena. Z krátkodobých známostí přecházejí na dlouhodobé vztahy a začínají plánovat svou budoucnost v dospělosti (Ptáček, 2013). Toto období je pro psychickou stránku velmi náročné a psychická onemocnění jsou proto vcelku běžná. Objevují se zde například závislosti na návykových látkách, depresivní epizody, úzkostné poruchy nebo poruchy příjmu potravy (Hosák, 2015).

1.6. Životní potřeby dítěte

Merriam-Webster (s. 1, 2023) definuje ve svém slovníku potřebu jako *fyziologický nebo psychologický požadavek pro blaho organismu. Jinými slovy, potřeba je něco, bez čeho se neobejdete.*

Po narození je dítě zcela závislé na rodičích jakožto zprostředkovatelích jeho potřeb. Čím více ale roste a dospívá, tím více je závislé samo na sobě a své potřeby je schopno naplňovat samostatně. Priorita potřeb závisí nejen na pohlaví, ve kterém se narodilo, ale také na vnějším prostředí, ve kterém je vychováváno, jeho zdravotním stavu, který momentálně má a samozřejmě již zmiňovaném věku (Kukla, 2016).

1.6.1. Dělení potřeb

Obecně lze základní životní potřeby v dětském věku členit na potřeby biologické, do kterých řadíme například množství a kvalitu stravy, dostatečnou hygienu, odpovídající očkování či dostupnost zdravotnické péče. Dále potřeby psychické, u kterých je nutné brát zřetel na to, aby mělo dítě při vývoji dostatečný přívod podnětů, jistotu bezpečí a bylo si vědomo hodnoty vlastního „já“. Také potřeby sociální, jež jsou často spojovány s potřebami psychickými na potřeby psychosociální. V neposlední řadě máme potřeby vývojové, jež jsou nestálé a vždy závislé na fázi vývoje, ve které se dítě nachází. Pro jejich dostatečné uspokojování je potřebná motivace (Kukla, 2016). Mezi nejzásadnější humanistické psychology lze zařadit Abrahama Harolda Maslowa, který přišel s teorií lidské motivace, takzvanou „hierarchií potřeb“. Uvedl do psychologie pyramidový graf, jenž rozdělil do pěti úseků. V každém z úseků se nachází některá z lidských potřeb a jsou řazeny dle jejich vnímané důležitosti. Nepostradatelné zdroje umístil na úsek nejnižší, naopak nejméně podstatné na vrchol pyramidy. Tvrdil přitom, že při neuspokojení

jakékoli potřeby na jakémkoli úseku pyramidy, může dojít jak k tělesnému, tak k duševnímu onemocnění (Shoib et al., 2022).

1.6.2. Faktory ovlivňující uspokojování potřeb

Faktorů, jež ovlivňují člověka v uspokojování svých potřeb je celá řada. Lze mezi ně zařadit již samotné věkové období, ve kterém se individuální jedinec nachází a se kterým se jeho hranice vyzrálosti, prožívání emocí a jeho celková osobnost průběžně mění. S každým věkovým obdobím se ze základních životních potřeb, mezi které řadíme vzduch či teplotní stabilitu, začíná stávat samozřejmost a dítě začíná pociťovat i potřeby na úrovních vyšších, zejména pak ty duševní a společenské (Sikorová, 2011). Sociální skupiny jsou významným faktorem pro uspokojení potřeby jistoty a bezpečí. Daná skupina má na jedince významný vliv a jedinec přirozeně přejímá její hodnoty a také potřeby (D'Incao, Hutz, 2019). Velké slovo má v tomto ohledu i jeho rodina, která by měla být zejména zdrojem bezpečí a lásky, a to po celý jeho život. Zdravá rodina by zprvu měla plnit funkci zprostředkovatele základních biologických potřeb a s vývojem dítěte by se měla neustále adaptovat na potřeby nové. Rodinu jako celek dále zvenčí ovlivňuje většinová společnost a její kultura, která stanovuje pravidla a zvyky při konkrétních krocích k uspokojení potřeb. (Sikorová, 2011).

1.6.3. Frustrace a deprivace při neuspokojování potřeb dítěte

Během procesu uspokojování potřeb se jedinec může setkávat s mnoha překážkami bránícími v dosažení jeho cílů. Tyto překážky poté vedou ke vzniku stresu, frustrace či deprivace a následné deprese. Pocit frustrace se objevuje u člověka, jenž by rád danou bariéru překonal a je připraven k jejímu vyřešení, avšak stále se mu to nedaří. Tímto se jeho organismus dostává do situace, kdy hromadí úzkost, hněv a nervozitu, jež může vyplýnout v útočné chování vůči sobě či okolí (Šamánková, 2011). V dětském věku se setkáváme s častou neschopností určit důvod frustrace, a proto je potřeba vnímat a pozorovat změny v jejich chování. Často pozorujeme nesoustředěnost, únavnost, laxní chování či emoční labilitu (Sikorová, 2011). Při dlouhodobé frustraci tento stav přechází do deprivace. (Šamánková, 2011). Langmeier s Matějčkem (s. 26, 2015) definují ve své knize deprivaci jako: „*Psychický stav vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost k ukojení některé jeho základní (vitální) psychické potřeby v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu.*“

1.7. Ošetrovatelský proces u dítěte s psychiatrickým onemocněním a jeho fáze

Základem pro jakoukoli ošetrovatelskou péči je aktivní snaha o uspokojování pacientových potřeb a samostatné vyhledávání činností k jejich řešení. Pro takovéto počínání je velmi důležité primárně umět s pacientem popsat a pojmenovat jeho aktuální potřebu. Je potřeba brát každého pacienta individuálně a naši péči mu přizpůsobit, dovolit mu být součástí léčebného plánu, zapojit rodinu, respektovat jeho přání a brát na vědomí jeho zkušenosti/ znalosti (Šamánková, 2011). Moderní ošetrovatelský proces je prospěšný nejen pro pacienta, ale stejně tak pro sestru, jež se dle něho řídí. Pacientům umožňuje být aktivní součástí plánované péče a díky tomu uspokojení jejich potřeb. Sestrám poté umožňuje růst, kvalitní vzdělání a zejména zákonnou ochranu (Mastiliaková, 2014).

1.7.1. Fáze systematického posouzení

V této fázi si sestra uceluje obraz o stavu pacienta za pomoci pozorování, anamnézy, dokumentace i samotného klinického posouzení pacientova stavu. Dále také pomocí výsledků zobrazovacích metod, případně rozhovorů s rodinnými příslušníky či dalším zdravotnickým personálem. Hlavním záměrem je tedy sběr co nejvíce dat (Mastiliaková, 2014). Je potřeba provádět kontinuální získávání informací z důvodu postupného navazování vztahu s pacientem a zjišťovat informace o jeho zvycích, zdraví, psychice i aktuálním rozpoložení a vnímání okolí (Marková, Venglářová et al., 2006).

1.7.2. Fáze diagnostická

Tato fáze má za úkol definovat přesné zdravotní problémy, zanalyzovat všechna sesbíraná data a na tento popud stanovit hypotézy a ošetrovatelské diagnózy. Je potřeba nezapomínat, že na rozdíl od diagnózy lékařské má ošetrovatelská diagnóza popisovat odpověď jedince na nemoc či aktuální stav, nikoli samotnou patologii a je zaměřena na změny tělesné, duševní i psychické (Mastiliaková, 2014).

Dle 13 domén se můžeme setkat například s těmito diagnózami:

V oblasti *Podpora zdraví* můžeme diagnostikovat ošetrovatelskou diagnózu:

- 00043: „Neefektivní ochrana“ (s. 131, 2017).

- 00188: „Chování náchylné ke zdravotním rizikům“ (s. 124, 2017).

V oblasti *Výživa* můžeme diagnostikovat ošetrovatelskou diagnózu:

- 00002: „Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu“ (s. 140, 2017).
- 00234 „Riziko nadváhy“ (s. 144, 2017).

V oblasti *Vylučování a výměna* můžeme diagnostikovat ošetrovatelskou diagnózu:

- 00011: „Zácpa“ (s. 168, 2017).
- 00013: „Průjem“ (s. 175, 2017).

V oblasti *Aktivita-odpočinek* můžeme diagnostikovat ošetrovatelskou diagnózu:

- 00093: „Únava“ (s. 195, 2017).
- 00095: „Nespavost“ (s. 183, 2017).

V oblasti *Vnímání – poznávání* můžeme diagnostikovat ošetrovatelskou diagnózu:

- 00222: „Neefektivní kontrola impulzů“ (s. 229, 2017).
- 00131: „Zhoršená paměť“ (s. 232, 2017).

V oblasti *Vnímání sebe sama* můžeme diagnostikovat ošetrovatelskou diagnózu:

- 00121: „Narušená osobní identita“ (s. 240, 2017).
- 00119: „Chronicky nízká sebeúcta“ (s. 243, 2017).

V oblasti *Vztahy mezi rolemi* můžeme diagnostikovat ošetrovatelskou diagnózu:

- 00063: „Dysfunkční procesy v rodině“ (s. 261, 2017).
- 00055: „Neefektivní plnění rolí“ (s. 270, 2017).

V oblasti *Sexualita* můžeme diagnostikovat ošetrovatelskou diagnózu:

- 00065: „Neefektivní vzorec sexuality“ (s. 276, 2017).

V oblasti *Zvládání zátěže - odolnost vůči stresu* můžeme diagnostikovat ošetrovatelskou diagnózu:

- 00146: „Úzkost“ (s. 292, 2017).
- 00141: „Posttraumatický syndrom“ (s. 285, 2017).

V oblasti *Životní princip* můžeme diagnostikovat ošetrovatelskou diagnózu:

- 00066: „Duchovní strádání“ (s. 340, 2017).

- 00068: „Snaha zlepšit well-being“ (s. 329, 2017).

V oblasti *Bezpečnost – ochrana* můžeme diagnostikovat ošetrovatelskou diagnózu:

- 00151: „Sebepoškození“ (s. 377, 2017).

- 00138: „Riziko násilí vůči druhým“ (s. 375, 2017).

V oblasti *Komfort* můžeme diagnostikovat ošetrovatelskou diagnózu:

- 00132: „Akutní“ (s. 404, 2017).

- 00134: „Nauzea“ (s. 403, 2017).

V oblasti *Růst, vývoj* můžeme diagnostikovat ošetrovatelskou diagnózu:

- 00112: „Riziko opožděného vývoje“ (s. 414, 2017).

(Herdman, Kamitsuru, 2017)

1.7.3. Fáze plánování

V této fázi je úkolem sestry vytyčit hlavní prioritní diagnózy, díky kterým určí pořadí, ve kterém se budou dané problémy řešit. Zároveň je potřeba, aby stanovila výsledná kritéria neboli očekávané výsledky a cíle, kdy cíl je žádaný výsledek při změně zdravotního stavu (Mastiliaková, 2014). V psychiatrické péči je nejen potřeba péče, jež bude řešit pacientovy problémy, ale zejména taková péče, která pacienta udrží v adekvátním psychickém stavu po většinu hospitalizace (Marková, Venglářová, et al., 2006).

1.7.4. Fáze plánování intervencí

Sestra plánuje své intervence dle cílů, které si stanovila v předchozí fázi a jsou to tedy proto zásahy, které vedou k jejich dosažení. Všechny ošetrovatelské intervence musí sestra pozorně vybrat a důkladně rozepsat individuálně pro každého z pacientů (Mastiliaková, 2014).

V ošetrovatelské praxi se můžeme setkat například s těmito intervencemi:

- Navaž s dětským pacientem přátelský vztah založený na vzájemné důvěře.
- Zajisti dětskému pacientovi bezpečné prostředí po dobu jeho hospitalizace.
- Zajisti pacientovu fyzickou bezpečnost pravidelnou kontrolou osobních věcí.
- Podávej lékařem předepsaná farmaka.

- Aktivně spolupracuj s dětským pacientem na způsobech vedoucích k saturaci jeho aktuálních potřeb.
- Komunikuj s pacientem klidně, pomalu, klad' konkrétní otázky.
- Povzbuzuj pacienta k aktivitě a každodenním činnostem.
- Motivuj pacienta k dosažení cílů během jeho léčby.
- Pravidelně kontroluj pacientův psychický i fyzický stav.
- Po celou dobu směny buď trpělivá, empatická a asertivní.
- Pozorně si všímej změn v pacientově psychickém stavu a případně je hlas lékaři.
- Edukuj pacienta o nutnosti pravidelného užívání předepsané medikace.
- Aktivně komunikuj a zapojuj dětské pacienty do kolektivních činností.

1.7.5. Fáze realizace a vyhodnocení

V těchto dvou fázích sestra aktivně realizuje své předem naplánované ošetrovatelské intervence a pravidelně hodnotí stav pacienta. Vše zároveň důkladně zaznamenává do zdravotnické dokumentace daného jedince. Svá vypsaná kritéria a cíle poté porovnává s reálným a aktuálním stavem pacienta. Dle toho se rozhoduje, zda bylo dosaženo plánovaných výsledků, či nikoli, a vyhodnocuje jejich účinnost. Následně vyvozuje závěr, zda daný problém z ošetrovatelského procesu odstranit, a to v případě, že byl vyřešen, či pokračovat v jeho řešení pozměněním ošetrovatelského plánu. V případě změny je potřeba odůvodnit, proč nedošlo k realizaci plánovaného cíle (Mastiliaková, 2014). Velmi efektivní metodou v těchto fázích je samotné zapojení pacienta do ošetrovatelského procesu. Pacienti bývají často spokojenější, pokud se mohou podílet na své léčbě (Marková, Venglářová, 2006).

2. Cíle práce a výzkumné otázky

2.1. Cíle práce

Cíl 1: Popsat uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb hospitalizovaných dětských pacientů v psychiatrické nemocnici z pohledu ošetrovatelského personálu

Cíl 2: Popsat uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb hospitalizovaných dětských pacientů v psychiatrické nemocnici z pohledu dětského pacienta.

2.2. Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jakým způsobem jsou saturovány bio-psycho-sociální potřeby z pohledu dětského pacienta?

Výzkumná otázka 2: Jakým způsobem jsou saturovány bio-psycho-sociální potřeby z pohledu ošetrovatelského personálu?

3. METODIKA

3.1. Použité výzkumné metody

Výzkumná část této práce byla prováděna metodou kvalitativního výzkumného šetření za pomoci polostrukturovaných rozhovorů vedených s dětskými pacienty, majícími zkušenost s hospitalizací v některé z dětských psychiatrických nemocnic, a také s nelékařským zdravotnickým personálem, který na těchto odděleních vykonává svou činnost.

Výběr informantů probíhal za pomoci řetězové metody, jinak řečeno „*snowball sampling method*.“ Prvního informanta, jenž mi zprostředkoval následné kontakty, jsem získala díky povinné praxi v dětské psychiatrické nemocnici. Soubor k výzkumnému šetření se zprvu skládal z celkem 10 dětských pacientů majících zkušenost s hospitalizací v různých psychiatrických zařízeních určených dětským pacientům. Všechny dotazované děti byly zaléčené a v době rozhovorů nebylo jediné z nich hospitalizováno. Bylo tomu tak proto, abychom předešli zkresleným názorům na ošetrovatelskou péči v době akutní fáze onemocnění. Během vzájemné komunikace a plánování změnili 3 pacienti svá rozhodnutí a z důvodu nervozity rozhovor odmítli. Zbývajících 7 dětí, společně se svými rodiči, s účastí ve výzkumu souhlasilo. Konečný počet dotazovaných ve finále činil 5 dětských pacientů. 2 z nich se z důvodu psychických potíží v den termínu rozhovoru omluvili a svou účast zrušili.

Zahájení výzkumného šetření s dětskými pacienty, předcházela písemná žádost: „Informovaný souhlas s účastí nezletilého ve výzkumu,“ adresována rodičům nezletilých pacientů a samotným nezletilým pacientům. Všichni zákonní zástupci těchto dětí vyslovili, kromě písemného souhlasu, také písemné nadšení, pozitivní zpětnou vazbu a vděk nad zkoumaným tématem. Pro zachování anonymity všech informantů jsou veškeré žádosti dostupné u autorky této práce.

Samotné šetření s dětskými pacienty probíhalo v květnu roku 2023. Z důvodu vzdálenosti a různorodého časového programu dětí byly rozhovory prováděny formou online schůzek přes internetovou aplikaci Skype. Před samotným rozhovorem (Příloha 1) byl dětský pacient znovu citlivě informován o možnosti přítomnosti zákonného zástupce a možnosti vynechání otázky či ukončení rozhovoru v případě nekomfortního pocitu. Také mu byla znovu osvětlena tematika následného dotazování, které u každého dítěte

obsahovalo 41 otevřených otázek, jež byly v případě nepochopení rozvedeny a doplněny o otázky k upřesnění. Zároveň byli opětovně informováni o maximálním zachování anonymity v této práci. Před zahájením rozhovoru byla zaznamenána audio nahrávka opětovného souhlasu s účastí ve výzkumu. Samotné rozhovory poté trvaly v rozmezí 45-60 minut.

Veškeré rozhovory s dětskými pacienty byly nahrávány za pomoci diktafonu a následně přepisovány do počítačového programu Word. Poté proběhla kategorizace výsledků metodou „*tužka a papír*“ (Švaříček, Šed'ová, 2014). Po této kategorizaci vzniklo celkem 5 kategorií: *Fyziologické potřeby*, *Potřeba bezpečí a jistoty*, *Potřeba lásky a sounáležitosti*, *Potřeba uznání a sebeúcty* a *kategorie Potřeba seberealizace*. Každá tato kategorie byla následně rozdělena na několik podkategorií dle odpovědí informantů a převedena do tabulek a schémat.

Zahájení výzkumného šetření se zdravotnickým personálem předcházelo časově náročné shánění zdravotnického zařízení a také personálu ochotného se podílet na výzkumné části této práce. Byla oslovena celkem 4 zařízení, z nichž 2 nedoručila zpětnou vazbu. Další zařízení poté výzkumné šetření zamítlo. Pouze jedno zařízení věnující se dětským pacientům s psychiatrickým onemocněním bylo této možnosti otevřeno. Poté bylo potřeba vyčkat na schválení žádosti vedením: „Žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce“. Po písemném souhlasu a získání kontaktů na nelékařský zdravotnický personál jsem telefonicky kontaktovala přímo jednotlivé sestry, z nichž 3 byly velmi ochotny zúčastnit se výzkumného šetření. Další kontakt na sestru pracující na dětské a dorostové psychiatrii jsem získala na doporučení. Toto šetření však následně neproběhlo, a to z důvodu velmi omezené komunikace a nedostatku času ze strany daného kontaktu. Samotné šetření poté probíhalo v červnu roku 2023 v daném zdravotnickém zařízení. Sestry předem vyslovily nesouhlas s nahráváním rozhovoru, který byl proto zaznamenáván na papír. Samotnému rozhovoru předcházela opětovný souhlas zdravotnického personálu a osvětlení následující tematiky. Rozhovor určený zdravotnickému personálu (příloha 2) obsahoval 29 otázek, které byly v případě nepochopení taktéž doplněny o otázky upřesňující. Vlastní rozhovory poté trvaly v rozmezí 50-60 minut. Také u této skupiny informantů došlo následně ke kategorizaci výsledků za pomoci metody „*tužka a papír*“ (Švaříček, Šed'ová, 2014). Po této kategorizaci vzniklo celkem 5 kategorií: *Fyziologické potřeby dětí z pohledu ošetřovatelského personálu*, *Potřeba bezpečí a jistoty dětí z pohledu ošetřovatelského personálu*, *Potřeba lásky a sounáležitosti dětí z pohledu ošetřovatelského personálu*,

Potřeba uznání a sebeúcty dětí z pohledu ošetrovatelského personálu, Potřeba seberealizace dětí z pohledu ošetrovatelského personálu. Každá tato kategorie byla následně rozdělena na několik podkategorií, dle odpovědí informantů a převedena do tabulek a schémat.

3.2. Charakteristika výzkumného vzorku

V níže uvedené tabulce číslo 1 jsou uvedeny údaje informantů, kteří společně se svými zákonnými zástupci souhlasili s účastí ve výzkumu. Zjišťovali jsme věk, pohlaví, bydliště, dobu, po kterou probíhá jejich léčba a počet hospitalizací. V tabulce lze vidět, že se jedná o dětské pacienty ve věkovém rozmezí 14 až 17 let. Většinu pacientů tvořily dívky. Všichni informanti uvedli jako místo svého bydliště město. Nejkratší doba léčby byla jeden rok, nejdelší naopak 3 roky. Nejmenší počet hospitalizací měl pacient číslo 3, který byl hospitalizován dvakrát. Nejvíce hospitalizací má informant 1, který má zkušenost se sedmi hospitalizacemi.

Tabulka 1 – Identifikační údaje dětských pacientů

Označení informanta	Věk	Pohlaví	Bydliště	Doba léčby	Počet hospitalizací
I1	15	Dívka	Město	2 roky	7
I2	17	Dívka	Město	2 roky	5
I3	14	Chlapec	Město	1 rok	2
I4	15	Dívka	Město	2 roky	3
I5	17	Dívka	Město	3 roky	3

I – informant

Zdroj: vlastní zpracování, 2023

V níže uvedené tabulce číslo 2 jsou uvedeny údaje informantů, kteří souhlasili s účastí ve výzkumu. Zjišťovali jsme věk, nejvyšší dosažené vzdělání, dobu praxe ve zdravotnictví a dobu praxe v oboru dětské psychiatrie. V tabulce lze vidět, že se jedná o sestry ve věkovém rozmezí mezi 41 až 56 lety. Dvě sestry mají nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské s maturitou a následnou specializaci v dětské psychiatrii. Jedna ze sester má vzdělání magisterské. Informantka s nejdelší zdravotní praxí je sestra s číslem 7, která má 35letou praxi a zároveň i nejdelší praxi v dětské psychiatrii, taktéž 35letou.

Tabulka 2- Identifikační údaje ošetřovatelského personálu

Označení informanta	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Praxe ve zdravotnictví	Praxe v oboru dětské psychiatrie
I6	52 let	Středoškolské s maturitou	34 let	20 let
I7	56 let	Středoškolské s maturitou	35 let	35 let
I8	41 let	Magisterské	10 let	7 let

Zdroj: vlastní zpracování, 2023

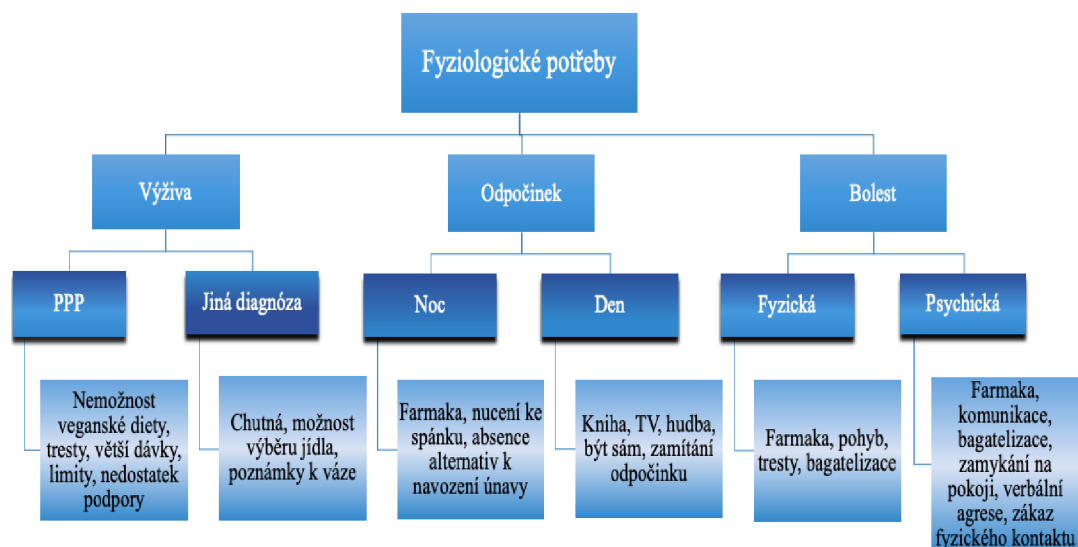
4. VÝSLEDKY

4.1. Kategorizace výsledků z rozhovorů s dětmi majícími zkušenost s hospitalizací v dětské psychiatrické nemocnici.

4.1.1. Kategorie 1 Fyziologické potřeby

V kategorii *Fyziologické potřeby* jsme se zaměřili na fyziologické potřeby, které potřebují být saturovány u dětského pacienta, jenž je hospitalizován na dětském psychiatrickém oddělení. Konkrétně jsme se zaměřili na potřebu výživy, odpočinku a potřebu být bez bolesti. Data vycházejí z odpovědí všech dětských informantů, tedy I1 až I5. Ze získaných dat byla provedena analýza a následně vznikla tato kategorie.

Schéma 1 - *Fyziologické potřeby*.



Zdroj: vlastní zpracování, 2023

Podkategorie Potřeba výživy

V podkategorii *Potřeba výživy* jsme rozdělili odpovědi informantů dle toho, zda byli hospitalizováni s poruchou příjmu potravy, či s jinou diagnózou. Z rozhovorů s dětskými pacienty, jež byli hospitalizováni s poruchou příjmu potravy, jasně vyplynulo, že potřeba saturace kvalitní výživy se zdá být nedostatečná. I1, I2 a I5 uvedli, že byli do stravy nuceni, a za nepožření porce následoval trest. I2 také uvedl, že oproti pacientům hospitalizovaným kvůli jiné diagnóze, dostával větší porce. I1 v rozhovoru uvedl, že mu činilo problém dodržovat stanovené limity na dokončení porce. I1 u své odpovědi uvedl: „Oni na nás tak docela řvali, když jsme nestíhali jíst. Na jídla byly totiž limity.“ Na této

odpovědi se vesměs nezávisle shodují i I2, I4 a I5. Z jejich výpovědí vyplívá, že verbální agrese zdravotnického personálu se vyskytovala velmi pravidelně. Informanti I2 až I5 uvedli, že bylo na výběr ze dvou možných jídel a některých druhů diet. I1 uvedl, že pokud byl člověk hospitalizován s poruchou příjmu potravy v jedné z nemocnic, nemohl mít na výběr vegetariánskou stravu. I2 v rozhovoru zmínil, že byl nucen jíst maso, ačkoli ho od dětství odmítal. Nepozření bylo následováno trestem.

Pacienti, jež byli hospitalizováni s jinou diagnózou než s poruchou příjmu potravy, se shodovali, že strava se dala jíst. I3 v rozhovoru uvedl, že strava byla v pořádku. Pokud mu nechutnala, nebyl do ní nucen. I4 uvedl, že byly na výběr možnosti jako je vegetariánská dieta, bezlepková dieta či bezlaktózová dieta. Při rozhovoru s I4 mi však tázaný sám sdělil, že mu vadil přístup zdravotnického personálu k pacientům diagnostikovaným s PPP. Také uvedl, že sestry nevhodně komentovaly postavy a váhu všech pacientů, včetně jeho. Uvedl: „*Jedna sestřička mi říkala, že jsem obézní, jedna mi řekla, že jsem tady přibrala několik kilo, takže at' odložím ten dezert, který vlastně ani není můj. Jedna sestřička mi řekla, že takhle jíst nemůžu. Prostě mi furt říkaly, že jsem tlustá, že nesmím tolik jíst.*“

Všichni informanti, tedy I1 až I5, se při dotazu na to, zda jim personál pomáhal v nastavení/udržení pozitivního vztahu k jídlu shodli jako jsou „ne“, „nevím“ nebo „nijak“. I4 mi sdělil, že si vzpomene možná tak na postupy, kterými tento vztah zhoršili. I5 mi odpověděl, že si to musel v hlavě urovnat sám, že personál ho donutil pouze přibrat. I5 mi také zmínil, že velkým pomocníkem při léčbě PPP by byly zajímavější recepty, nejen česká klasika, ale prý rozumí, že to stojí spoustu peněz.

Podkategorie Potřeba odpočinku.

V podkategorii *Potřeba odpočinku* jsme se během rozhovorů zajímali o způsoby, kterými si mohli informanti odpočinout nejen během noci, ale také během dne. Zajímalo nás, jakým způsobem je řešeno obtížné spaní a jak je spánek podporován.

Všichni informanti, tedy I1 až I5 mi sdělili, že ve všech případech se využívala farmaka. I1 mi odpověděl, že pokud mu opravdu nešlo usnout a nechtěl léky, mohl si číst před sesternou. I2 uvedl, že nezažil žádné alternativní způsoby a pokud měl stále problémy se spánkem, pouze mu byly navýšené dávky léčiva. I3 řekl, že mu vždy dali prášky na spaní. I4 v rozhovoru uvedl, že nezažil jiné alternativní způsoby či relaxační techniky, pouze farmaka. Také zmínil, že pacienti museli pouze ležet v postelích, dokud

se jim nepodařilo usnout. Ve své odpovědi uvedl: „*V nemocnici jsou i kamery, takže prostě sestřičky přijdou a vynadají vám, když děláte něco jinýho, než spíte.*“

Dále mě v mých rozhovorech zajímalo, jakým způsobem si dětští pacienti mohou odpočinout během dne. I1, I2, I4 a I5 se ve svých odpovědích shodli, že bylo možné sledovat televizi, poslouchat hudbu, číst si knížku či trávit čas v kolektivu. I3 mi odpověděl, že nejčastěji trávil čas sám nebo sledoval filmy. I1, I2 a I4 se ve svých odpovědích shodli na tom, že během dne neměli možnost jít si odpočinout do pokoje. Do postele přes den směli pouze pacienti, kterým nebylo fyzicky dobře. I5 mi sdělil, že pokud ten den neprobíhaly terapie, měli možnost odpočinku formou různých volnočasových aktivit.

Podkategorie Potřeba být bez bolesti

V podkategorii *Potřeba být bez bolesti* jsme se během rozhovorů zajímali o to, jakým způsobem pomáhal zdravotnický personál dětským pacientům v úlevě nejen od bolesti fyzické, ale také té psychické. V oblasti psychické bolesti nás také zajímalo, jaký postoj a jaký postup zaujímá personál v případě úzkostí a atak.

Co se fyzické bolesti týče, uvedli mi I1, I2, I3 a I5, že byla vždy řešena farmakologickou cestou. I4 v rozhovoru uvedl, že fyzická bolest byla řešena farmakologickou cestou, avšak zřídka kdy. V rozhovoru mi odpověděl takto: „*A taky nás za sebepoškozování vždycky seřvou, takže tam na to nedávali žádný prášky na bolest. To nám prostě řekli, že to, co jste si udělali sami, tak z toho se taky sami vylížete.*“

U psychické bolesti mi I1 sdělil, že ve většině případů využil personál k tišení pouze léky. Z jeho odpovědi vyplynulo, že pokud personál uznal, že je psychický stav špatný, aplikoval předepsaná léčiva. Pokud uznal, že stav není dostatečně vážný, poslal pacienta zpět na pokoj bez jakékoli verbální či fyzické podpory. I2 uvedl, že v každém případě využil personál farmak. Zároveň ale odpověděl, že spousta zdravotnického personálu v jedné nejmenované nemocnici využívala fyzického kontaktu a slov útěchy ke zmírnění psychických bolestí. V další z nejmenovaných nemocnic to dle respondentovi odpovědi byl naprostý opak a dětským pacientům dali pouze lék a posadili je před sesternu beze slov útěchy či podpory. I3 uvedl, že během jeho hospitalizace byl zakázán jakýkoli fyzický kontakt a k tišení psychické bolesti byla proto využita pouze farmaka. I4 mi odpověděl takto: *Někdy si s vámi povídali, co se děje, ale to podle toho, jaká je tam sestra a jak moc vás má ráda, protože některý sestry si s vámi fakt povídat nebudou. Když si nepovídají, tak vám vždycky daly prášek.*“ I5 mi odpověděl, že psychická bolest byla

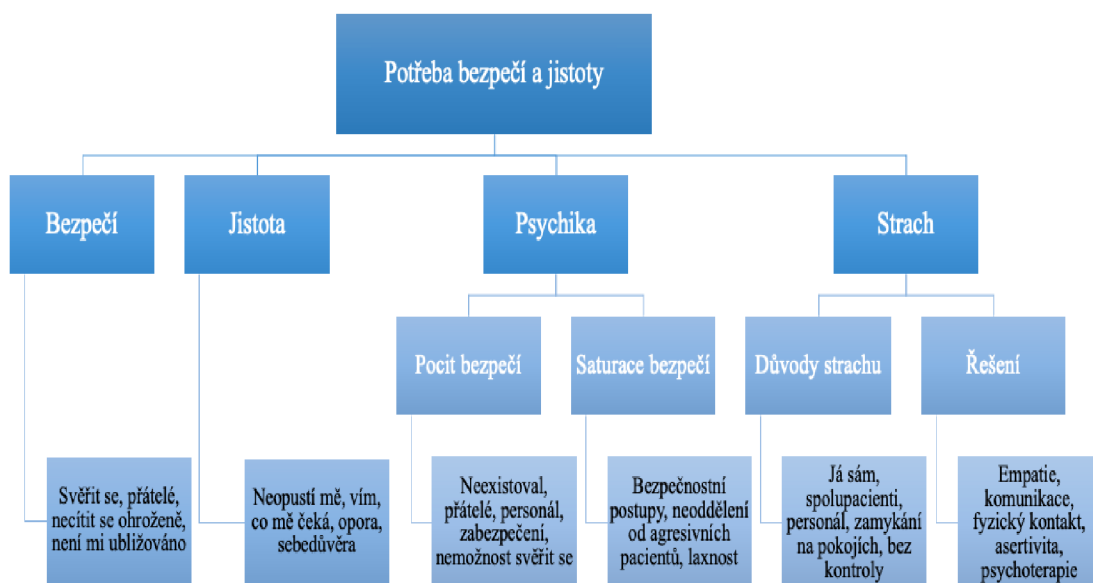
řešena ve většině případů pouze farmaky. Sestry dle jeho slov komunikovaly pouze výjimečně.

Při otázce, jakým způsobem bylo přistupováno k atakám a úzkostem, mi bylo I1 sděleno, že jej i jeho kamarády zamykali během záchvatů na pokoje, což záchvaty pouze zhoršovalo. Zároveň ale dodal, že v jednom nejmenovaném zařízení s ním sestry vždy komunikovaly a pomohly mu situaci zvládnout. I2 mi na tuto otázku odpověděl, že chybělo jakékoli pochopení. Sestry na něho křičely, ať se uklidní, nebo ať jde na pokoj. Uvedl, že poté vždy následovaly léky. Jako zkušenost z jiného zařízení uvedl taktéž léky. I3 reagoval na tuto otázku odpovědí, že v jedné z jeho zkušeností bral personál ataky vážně. Pacienty si brali na sesternu, kde jim podali léky. Jako druhou zkušenost uvedl, že personál pacientům sděloval, že nemají brečet a mají se uklidnit. Dle I4 byly ataky řešeny vždy pouze léky a bagatelizací ze strany personálu. Pátá informantka (I5) v rozhovoru uvedla, že sama s tímto zkušenost nemá, ale byla svědkem verbální agrese vůči spolupacientům. Uvedla: „*No tak v nemocnici jsem od hodně pacientů slyšela, že většinou jim říkali, ať to nepřeháněj a řvali na ně. No a vlastně je ani nerespektovali v tý atace. Chovali se k nim jako ke kusu hadru. Já jsem to sice nezažila, ale spolupacienti jo.*“

4.1.2. Kategorie 2 Potřeba bezpečí

V kategorii schéma 2 – Potřeba bezpečí a jistoty, jsme se zaměřili na to, co dle informantů znamenají pojmy bezpečí a jistota. Dále poté na psychiku a na strach.

Schéma 2 - Potřeba bezpečí a jistoty



Zdroj: vlastní zpracování, 2023

Podkategorie Bezpečí a jistota

Při otázce, co si představují pod pojmem bezpečí, mi informant 1 odpověděl, že bezpečí pro něho znamená možnost jít se kdykoli svěřit personálu a necítit se přitom nijak ohroženě. Informant 2 se shodl s I3 na tom, že bezpečí pro ně představují přátelé, za kterými mohou dojít. Na jedné z odpovědí se také shodli I1, I4 a I5, kteří stejně odpověděli, že bezpečí pro ně znamená pocit, že nejsou nijak ohroženi. I5 poté také uvedl, že bezpečí pro něj představuje situace, při které mu není nijak ubližováno.

Pojem jistota pro I1 představovala situace, při které mu nehrozí, že by ho někdo opustil. I2 uvedl, že má jistotu spojenou s bezpečím a také, že ji má v sobě samém. I3 mi odpověděl, že jistota pro něj znamená, že bude vědět, co se s ním bude dít a co ho čeká. I4 odpověděl, že pojem jistota je opora v cokoli a dle I5 je jistota v tom, že člověk miluje sám sebe.

Podkategorie Psychika

V další podkategorii jsme se zajímali o psychiku dětských pacientů, kteří mají zkušenost s hospitalizací na dětské psychiatrii. Zajímalo nás, co jim umožňovalo saturovat pocit bezpečí a jistoty, a co naopak tuto saturaci narušovalo. Při otázce, jak bezpečně se během hospitalizace cítili, mi I1 odpověděl, že jediný pocit bezpečí měl díky ostatním pacientům. Trápilo ho, že nemá možnost jít se svěřit personálu, jelikož by neměl úspěch. Na této odpovědi se shodl také s I2 a I4. I2 mi také na otázku odpověděl slovy, že bezpečí nezažil nijak. Dle jeho slov žádné bezpečí během hospitalizace neexistovalo a uvedl příklady, kdy byl napaden jiným pacientem. Také I4 tuto odpověď doplnil a uvedl, že pocit bezpečí měl alespoň díky zabezpečení oddělení. I3 mi v našem rozhovoru uvedl, že většinu hospitalizace se cítil bezpečně a jistotu měl. Jediné, co mu tuto potřebu narušovalo, byl fakt, že agresivní pacienti nebyli odděleni od neagresivních.

V další otázce nás zajímalo, jaké postupy personálu dodávaly, či naopak ubíraly dětským pacientům pocit bezpečí během hospitalizace. Většina informantů, konkrétně I2, I3, a I5 se shodli, že jim činilo problém neoddělení agresivních pacientů od zbytku kolektivu. I2 a I5 se také shodli na tom, že ačkoli personál prohledával osobní věci, bylo to často namátkové a laxní. I2 uvedl toto: *„Kontrolovali věci, protože co se tam stalo několikrát bylo, že někdo pronesl nějaký ostrý předmět naschvál a třeba ho někomu dal. A já jsem tam pak musela i zachraňovat moji kamarádku ve sprše, protože se tam pořezala, protože jí nějaký id*ot dal žiletku. Co tam bylo podle mě taky trochu problém bylo, že na to kašlali u někoho. U někoho tu tašku prohledávali až zbytečně moc*

a u někoho ne. Vždy to bude tak jako namátkově a to je podle mě hodně velký problém, když seš na psychiatrii a chceš se zabít, tak je dobrý kontrolovat v tom ty věci. Takže prostě laxnost.“ Názor na kontrolu osobních věcí, ale také na kontrolu dětského kolektivu se shodoval s I3 a I5, kteří uvedli, že pravidelné kontrolování kolektivu bylo dobré, ale I3 svou odpověď doplnil o informaci, že kontroly probíhaly pouze večer. I3 a I5 ve svých odpovědích také zmínili kamery, které zdravotnický personál využíval.

Podkategorie Potřeba být beze strachu

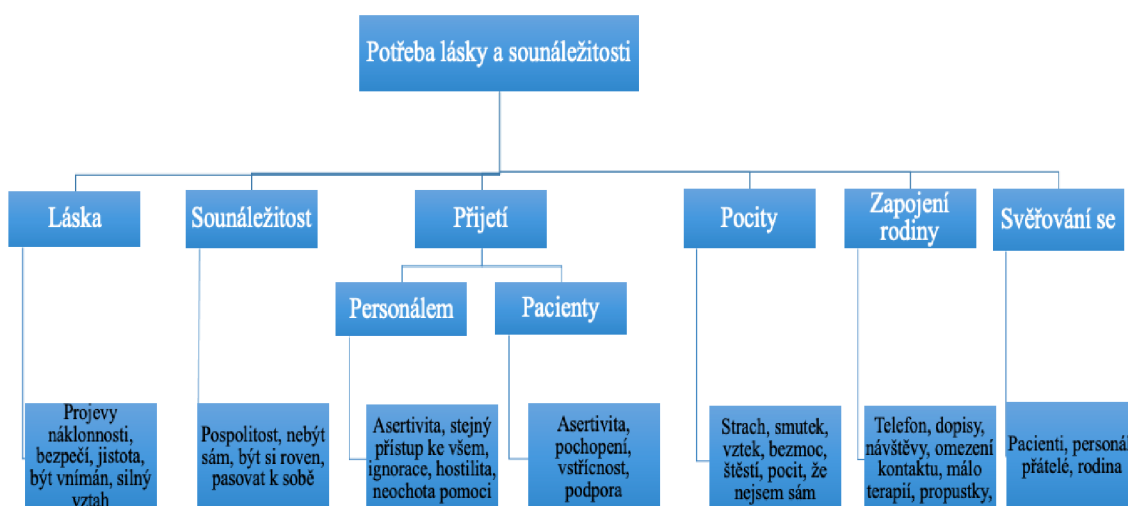
V poslední podkategorii jsme se zajímali o důvody vzniku strachu a jeho možných řešeních. I1 s I2 uvedli, že častým viníkem strachu byli oni samotní. I1 také dodal, že velký strach pramenil ze situací, kdy je ošetrovatelský personál zamykal během atak na pokojích. Podobnou odpověď měl I2, který zmínil, že velký podíl na vzniku strachu měl také personál a konkrétně fakt, že jeho život byl v rukách někoho, kdo se o něj nezajímal. Dále také uvedl strach z lékařů, skrze které získal pocit, že mu pouze navyšují dávky léků a nezajímají se o to, co stojí za jeho chováním. Při zaměření na zdravotnický personál jsme si všimli, že to byl jeden z nejčastěji udávaných důvodů vzniku strachu. Krom výše zmíněných I1 a I2 se se strachem z personálu setkal také I4, který měl pocit, že si sestry vybíraly oblíbence, a že většina personálu v práci nechce trávit čas. Také uvedl strach z pedagogů, kteří si pacienty často dobírali. Dalším důvodem vzniku strachu byl strach o bezpečí ostatních pacientů, který ve svých odpovědích zmínil I1 a I5. Také se zde objevovala odpověď, že strach vzniká z chování ostatních pacientů. I2 uvedl již výše zmíněnou zkušenost s agresivním spolubydlícím. I3 odpověděl, že se bál pouze ostatních pacientů. Dle jeho slov měli časté záchvaty, a přesto s nimi musel interagovat v kolektivních činnostech. I5 odpověděl, že strach z ostatních pacientů byl kvůli nedostatečným kontrolám, a tedy z nervozity, že někdo přinese ostrý předmět a někoho tím ohrozí.

Při otázce, jak by mohlo být těmto strachům předcházeno, případně jak by mohly být řešeny, se vesměs většina informantů shodla na odpovědi „komunikace“. I1 odpověděl, že by bylo dostačující, aby si k němu personál sedl, povídal si s ním a projevil svůj zájem. Také I2 uvedl přání, aby se personál zajímal, komunikoval a choval se lidsky. I3 odpověděl, že by mu v dané situaci pomohl také fyzický kontakt. Dále také vyslovil přání, aby personál nezlehčoval problémy, zajímal se o ně a komunikoval. I4 na tuto otázku odpověděl, že by mu vyhovovala častější psychoterapie. I5 v rozhovoru jako hlavní možnost uvedl empatii, podporu a omezení verbální agrese.

4.1.3. Kategorie 3 Potřeba lásky a sounáležitosti

V kategorii *Potřeba lásky* a sounáležitosti jsme se s informanty opět nejprve zaměřili na pojmy. Zajímalo nás, co si představují pod pojmem láska a co pod pojmem sounáležitost. V dalších podkategoriích nás také zajímalo, jakým způsobem byli pacienti přijímáni ostatními lidmi po dobu své hospitalizace. Tuto podkategorii jsme následně rozdělili na to, jak byli přijímáni zdravotnickým personálem, a jak byli naopak přijímáni dětským kolektivem. Dále jaké pocity se během jejich pobytu v zařízení nejčastěji objevovaly, jakým způsobem byla zapojena rodina a komu se případně mohli dojit svěřit se svým trápením.

Schéma 3 - *Potřeba lásky a sounáležitosti*.



Zdroj: Vlastní zpracování, 2023

Podkategorie Lásky a sounáležitost

V první podkategorii jsme během rozhovoru informanty požádali, zda by nám byli schopni vysvětlit pojmy láska a sounáležitost. I1 v rozhovoru odpověděl, že pod pojmem láska si představuje člověka, který mu určitým způsobem dává najevo náklonnost. Jako definici sounáležitosti poté uvedl, že si myslí, že jde o situaci, kdy společně všichni vycházejí. I2 uvedl, že láska pro něj znamená bezpečí a jistotu a pocit, že je někým vnímán a oceňován. Jako odpověď na definici sounáležitosti uvedl, že se člověk necítí sám. I3 uvedl u pojmu láska názor, že je pro něho důležité cítit oboustrannost. Pojem sounáležitost definoval jako nereálnou věc. Problém s definicí sounáležitosti měl také I4, který se během rozhovoru omluvil, že nemá tušení. Jeho definicí pojmu láska bylo cítit vůči někomu nebo něčemu opravdu velký vztah, na čemž se nezávisle shodl také s I5.

Ten poté uvedl, že pojem sounáležitost pro něj znamená, že jsou si všichni rovni a určitým způsobem k sobě pasují.

Podkategorie Přijetí zdravotnickým personálem, přijetí dětským kolektivem

V této podkategorii jsme se zajímali o chování a přístup zdravotnického personálu k dětským pacientům. V odpovědích I1, I2 a I5 byla shoda v názoru, že konkrétně sestry bývaly milé. I1 poté dodal, že většinu času sestry nebyvaly nepříjemné v případě, že on sám se k nim choval mile. I2 ve své odpovědi uvedl, že mu byla příjemná zkušenost, kdy se ho během jedné z hospitalizací sestry snažily aktivně poznat, což z jejich strany vedlo k pochopení jeho problémů. Zároveň v odpovědi uvedl kontrast a zmínil zkušenosti, při kterých byl přístup personálu naopak negativní a často vedl k omezování volnočasových aktivit či terapií. I3 reagoval na tuto otázku neutrálně a uvedl, že vnímal přístup vůči němu stejný jako k jiným. Uvedl, že většina sester všechny pacienty „*tak nějak ignorovala*.“ Negativně však označil situace, kdy personál odmítal respektovat jeho tranzici. Pravidelně ho oslovovali v ženském rodě, a to i přes přání rodiny oslovovat ho v rodě mužském. Naopak striktně negativně reagoval I4, který se domníval, že ho sestry nepřijímaly z důvodu jeho váhy.

V případě začlenění a přijetí do kolektivu se všichni informanti, tedy I1, I2, I3, I4 i I5, shodli na pozitivních zkušenostech. I3 navíc odpověděl, že se ho vždy snažili pochopit a ve všem mu vycházeli vstříc. I5 také řekl, že byli všichni podporující. V této podkategorii nás také v rámci kolektivu zajímaly nejčastější neshody a jejich následná řešení v rámci kolektivu. Shodnou odpověď mi uvedli I1 a I5, kteří mi sdělili, že častým zdrojem potíží bylo porovnávání. I1 uvedl, že se pacienti porovnávali v sebepoškození, naopak I5 odpověděl, že se porovnávali dle nejnižší váhy. Oboje vedlo k častým neshodám. Shodnou odpověď měli také I2 a I3, kteří jako velký problém uvedli neoddělení agresivních pacientů od neagresivních. I3 mi sdělil, že agresivní pacienti byli schopní kopat, kousat, bít. Dle I2 stál z velké části za neshodami rozdíl v sociálních třídách. Uvedl, že ačkoliv měl zkušenost s kolektivem pozitivní, setkal se s krádežemi, schováváním věcí a dokonce i s šikanou. I4 mi jako původce problémů uvedl vztahové neshody. Při otázce, jakým způsobem bylo personálem přistupováno k těmto věcem, měli podobně shodnou odpověď I1, I3, I4 a I5. Uvedli, že problémy byly personálem většinou řešeny. I4 konkrétně uvedl, že neshody se poté opět probíraly na společných sezeních (komunitách). Pouze odpověď I2 byla odlišná. Ve své odpovědi uvedl: „*Většinou řekli, ať si to vyřešíme sami, takže nezasahovali vůbec*.“

Podkategorie Pocity

V této podkategorii jsme s informanty hovořili o nejčastějších pocitech, jež zažívali po dobu své hospitalizace. Nejčastěji zmiňovanými pocity byly strach a vztek. Na pocitu strachu se ve svých odpovědích shodli I1, I2 a I4. I1 uvedl, že během hospitalizace převažovaly spíše negativní pocity. Kromě již zmíněného strachu pociťoval často také vztek a smutek. Odpověděl, že většina těchto pocitů pramenila z chování personálu. Jako pozitivní pocity uvedl radost a štěstí, jejichž zdrojem byli přátelé a rodina. Také I2 se s I1 shodl, kromě strachu, v dalším zažívaném pocitu. Konkrétně prožíval pocit vzteku. Dále také uvedl pocity bezmoci. Jako své pozitivní prožitky uvedl pocit bezpečí. I3 uvedl, že veškeré pozitivní pocity zažíval pouze v dětském kolektivu či s přáteli. Negativní dle jeho názoru byl pocit vzteku, který pramenil z neschopnosti personálu řešit krizové situace. Také I4 uvedl, že pozitivní pocity, zejména pocit opory, pramenily z řad dětského kolektivu. Jako negativní uvedl odpověď „*strach*“ a jako jeho zdroj zmínil opět personál. I5 uvedl, že pozitivním pocitem byl pocit, že není sám a není jediný, koho trápí dané onemocnění.

Podkategorie Zapojení rodiny, známých, přátel

Zde jsme se s informanty zajímali o to, jakým způsobem byla do péče zapojena rodina, přátelé a známí. Konkrétně nás zajímalo, jak často s nimi směli být během hospitalizace v kontaktu, zda probíhaly návštěvy a zda návštěvy spadaly pod plnění režimu. Všichni informanti, I1, I2, I3, I4 a I5, uvedli, že ke kontaktu s blízkými nejvíce používali mobilní telefon. I1, I2 a I4 se shodli na tom, že kontakt jim nahrazovaly osobní návštěvy. Doba návštěv a povolená doba pro využívání telefonů se však lišila. I1 uvedl jako dny návštěv: středu, pátek, sobotu a neděli. Pokud pacient neplnil daný režim, návštěvy byly určitým způsobem omezeny. Uvedl: „*Když jsi předtím měla normálně dovolený být venku mimo budovu, tak jste teď museli jít zpátky do budovy. A někdy pouštěli jenom do těch pokojů.*“ I2 uvedl, že návštěvy v jednom ze zařízení nebyly omezeny a po aklimatizaci směl na vycházky kamkoli po areálu. Naopak uvedl zkušenost, kdy návštěvy i užívání mobilního telefonu spadaly pod chování pacientů. K zapojení rodiny by dle jeho slov bylo dobré zajistit častější rodinné terapie. I3 uvedl, že mohl používat telefon hodinu, maximálně dvě a půl hodiny denně. I4 odpověděl hodinu. Také uvedl, že návštěvy a využívání telefonů bylo omezeno podle chování a v případě rizikového chování byla zamítnuta propustka. Uvedl však, že to nevidí jako problém. I5

měl také zkušenost s povolenou dobou být na telefonu pouze hodinu. Návštěvy k němu směly 4x týdně na maximálně 3 hodiny.

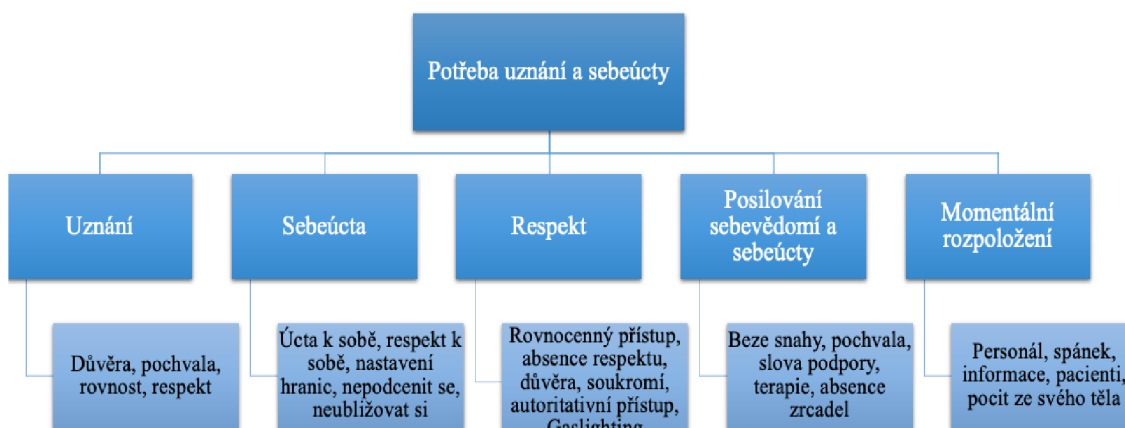
Podkategorie Svěřování se

Během rozhovorů s informanty nás zajímalo, zda se během hospitalizace vyskytla osoba/osoby, kterým pacient důvěřoval natolik, že neměl problém se svěřováním svých problémů a trápení. I1, I2 a I5 uvedli jako svou odpověď spolupacienty. Shoda byla také v odpovědi „lékaři“ a to u I1, I2 a I4. Dále se objevila stejná odpověď „kamarádi“ u informantů 2 a 3. I2 uvedl také rodinu, a I5 jako jediný sesterský personál.

4.1.4. Kategorie 4 Potřeba uznání a sebeúcta

V kategorii *Potřeba uznání a sebeúcta* jsme se opět zaměřili na pojmy, konkrétně definice pojmu uznání a pojmu sebeúcta. Jako další nás zajímaly způsoby, kterými ošetrovatelský personál dává najevo respekt vůči dětským pacientům, způsoby, kterými se snaží posilovat jejich sebevědomí a udržovat sebeúctu a vlivy, které působí na momentální psychické rozpoložení dětských pacientů v psychiatrické nemocnici

Schéma 4 - Potřeba uznání a sebeúcta



Zdroj: vlastní zpracování, 2023

Podkategorie Uznání a sebeúcta

V této podkategorii jsme se informantů opět dotazovali, zda by nám vysvětlili, co dle nich znamenají pojmy uznání a sebeúcta. I1 odpověděl, že pod pojmem uznání si představí situaci, kdy mu druhá osoba důvěřuje a také situaci, při které ho ocení za odvedenou práci. Jako sebeúctu vidí to, že má člověk úctu k sobě samému. I2 odpověděl,

že k tomu, aby se cítil uznáván, potřebuje dostat najevo, že si je s druhou osobou roven. Jako sebeúctu poté popsal zdravě nastavené hranice. I3 se s I5 shodli na pojmu uznání a odpověděli, že se jedná o respekt k člověku. I3 poté definoval sebeúctu jako situaci, kdy sám sebe nepodceňuje a sebe si váží. I5 sebeúctu definoval jako respekt k sobě samému a absenci ubližování sám sobě. I4 definoval uznání a sebeúctu jako uznání od druhých a uznávání sám sebe.

Podkategorie Projevy respektu

V této podkategorii nás zajímaly způsoby, kterými personál saturoval potřebu respektu vůči osobě pacienta. Zajímalo nás také, jaký přístup personál uplatňoval častěji, zda rovnocenný, nebo autoritativní. I1 uvedl, že záleželo, jaké sestry v daný moment měly směnu. Sestry, které využívaly rovnocenný přístup, dávaly pacientovi najevo respekt aktivní komunikací a úsměvem. I2 odpověděl, že projevem respektu vůči němu byla důvěra. Zejména v situacích jako sprchování, kdy jim personál dopřával nejvyšší možné soukromí a důvěra při užívání léčiv. I3 odpověděl, že si žádný ze způsobů nevybavuje. Dle jeho slov k němu měli autoritativní přístup jako k ostatním pacientům. Stejného názoru byl i I4, který na otázku ihned reagoval odpovědí: „*Nijak, oni nás vůbec nerespektovali.*“ I5 naopak uvedl, že byl personál podporující a aktivně za pacienty chodil, komunikoval a nabízel podporu. Všichni respondenti se zároveň shodli na odpovědi, že ze strany personálu docházelo pravidelně k tzv. gaslightingu. I1 uvedl, že toho pravidelně využívaly sestry, jež tvrdily, že chyba je v něm. I2 odpověděl, že personál často odmítal věřit jejich bolesti a přesvědčoval je o opaku. Také I3 se setkával se situacemi, kdy personál tvrdil, že za veškeré své problémy je primárně zodpovědný on sám. I4 odpověděl: „*Ty sestry určitě. Tvářily se, že nám nic není, že je to všechno spojený s věkem, že jsme teď problémovi, nebo že to děláme naschvál rodičům.*“ I5 uvedl, že se s tím setkal také, ale zejména ze strany vedoucího lékaře oddělení nemocnice.

Podkategorie Posilování sebevědomí, udržování sebeúcty

Touto podkategorií jsme zjišťovali, zda během hospitalizace existovaly určité postupy, kterými se personál snažil zvýšit či udržet zdravé sebevědomí dětského pacienta a také udržet jeho sebeúctu. U sebevědomí nás pak zajímalo, jakými konkrétními způsoby se personál snažil zvyšovat sebevědomí ohledně obrazu vlastního těla. I1 uvedl, že sebevědomí se mu nesnažil žádným způsobem zvedat nikdo, stejně jako sebeúctu. I2 odpověděl, že určití zaměstnanci nemocnice se snažili oceňovat a chválit dětské pacienty

za odvedenou práci. I3 s I4 se v odpovědích shodli, že k posílení sebevědomí jim aktivně vypomáhala terapie. I4 však dodal, že jí bylo málo. I5 si nedokázal vybavit žádnou metodu, kterou by ošetřovatelský personál napomohl ke zvýšení sebevědomí. I1, I2, I3 i I5 si nedokázali vybavit jediný způsob, kterým by ošetřovatelský personál napomáhal k nastavení pozitivního vnímání vlastního těla. I1 uvedl toto: „*Jedna sestra se mě zeptala, když jsem tam byla s bulimií, co všechno jsem snědla a já jsem se zrovna přejedla a pak to vyzvracela. Tak se zeptala, co všechno jsem teda snědla a pak mi na to řekla, že se teda nediví, že jsem šla bl*t. To už jsem pak nevěděla co.*“ I4 odpověděl, že mu vyhovovalo omezení zrcadel na oddělení. Všichni informanti se také nezávisle shodli na absenci jakékoli podpory sebeúcty.

Podkategorie Momentální psychické rozpoložení

V této podkategorii nás zajímalo, jaké aspekty mají největší vliv na rozpoložení a náladu dětského pacienta na psychiatrickém oddělení. Většina informantů, konkrétně I2, I3 a I4 odpověděla, že na jejich náladu mělo velký vliv momentální rozpoložení ošetřovatelského personálu. I2 uvedl, že na momentální náladě sester závisel celý den a veškeré aktivity. Pokud měly náladu pozitivní, probíhaly volnočasové aktivity, pokud negativní, docházelo k jejich omezování. Další shodnou odpovědí byl momentální stav spolu-pacientů. Na této odpovědi se shodli I1, I3 a I5. I1 také ovlivňovaly sdělené informace z okolí. I2 poté uvedl, že ho také velmi ovlivňovalo rozpoložení kolektivu či agresivní pacienti. I4 a I5 uvedli jako odpověď kvalitu spánku a I5 také pocit, který v ten den měl ze svého těla

4.1.5. Kategorie 5 Potřeba seberealizace

Tuto kategorii jsme společně s informanty rozdělili do následujících tří podkategorií. Zajímalo nás, jakým způsobem trávili většinu svého volného času na oddělení a jaké možnosti k zaplnění času směli využít, pak také jakým způsobem probíhalo vzdělávání v zařízení a jak přistupoval personál k realizaci jejich zájmů.

Schéma 5 - *Potřeba seberealizace*



Zdroj: vlastní zpracování, 2023

Podkategorie Volný čas

Při dotazu na trávení volného času I1 odpověděl, že velkou většinu trávil četbou knih či spánkem. U spánku však uvedl, že byl umožněn pouze v určitých zařízeních. I2 a I5 uvedli velký rozsah zájmových volnočasových aktivit. I2 ve své odpovědi zmínil poslech hudby, tvořivou činnost v dílnách i na oddělení, kolektivní aktivity, sledování pořadů a relaxaci na zahradě. V dalším příkladě naopak uvedl zkušenost s pevně nastaveným režimem, který museli všichni dodržovat, ať už měli chuť, či ne. Uvedl, že si mohl číst knížku. I5 uvedl četbu knihy, kreativní činnosti, sledování TV. I3 mi uvedl dva protichůdné příklady. Ve zmínce o jedné z jeho zkušeností odpověděl, že směli trávit čas ve společenské místnosti či na pokojích, sledovat TV, poslouchat hudbu nebo tvořit. V další zkušenosti museli být všichni celý den spolu v jedné místnosti se zákazem hudby a s jednou povolenou hodinou sledování TV denně, což hodnotil striktně negativně. Se zákazem poslechu hudby má zkušenost také I4, jež ve své odpovědi uvedl, že směli pouze tvořit, číst knihu a sestrami byli nuceni hlídat „školkové děti“, což pro něho bylo nepochopitelné.

Podkategorie Vzdělávání

Zajímalo nás také jakým způsobem probíhalo a jak pacientům vyhovovalo vzdělávání po dobu hospitalizace. I1 uvedl, že s výukou v zařízení má jak negativní, tak pozitivní zkušenost. Období Covidu, kdy probíhalo samostudium, hodnotil pozitivně, naopak období, kdy fyzicky docházel do nemocniční školy, hodnotí jako stresové. Uvedl: „Ti

učitelé nikdy nebyli moc fajn“ V odpovědi I2 zaznělo, že školní docházka byla díky neoddělení pacientů spíše stresovou situací. Uvedl, že většinu času trávili učitelé řešením vzniklých problémů mezi žáky, namísto opravdové výuky. Odpověděl: „*Ve škole se dost často řešily jiné věci. Vlastně tam byli problémoví žáci, který tam byli jen kvůli tomu, že byli problémoví ve škole. No a pak je dali do školy tam a to neudělalo žádnou změnu. Měli jsme určitý hodiny, který byly, jenže mezitím se vždycky někdo porval nebo něco. Takže tam byly odmlky, kdy vlastně učitel šel řešit něco s doktorama.*“ Jako pozitivní část uvedl hodiny s nejmenovaným učitelem, který s nimi provozoval muzikoterapie. I3 hodnotil výuku v zařízení naopak pozitivně. Uvedl zkušenost s milým přístupem pedagogů, malým počtem hodin a postupnou výukou. I4 uvedl dva příklady. V jednom z nich se díky vzdělávání naučil spoustu věcí, naopak ve druhém bylo vzdělávání podprůměrné a při zpětném nástupu do vlastní školy měl velké problémy. I5 odpověděl, že má sice pozitivní zkušenosti s pedagogy, avšak pomoci mu mohli pouze s matematikou, zbytek se musel učit sám. Uvedl, že jsou v zařízeních pouze pedagogové pro základní školy.

Podkategorie Realizace zájmů

V této podkategorii nás zajímalo, jakým způsobem se personál stavěl k situacím, kdy chtěl dětský pacient realizovat své zájmy a následně to, jaké formy hry/volnočasové aktivity dětský pacient volil nejčastěji. Také nás zajímalo, jaké metody v tomto ohledu dětským pacientům vyhovovaly, a které naopak ne.

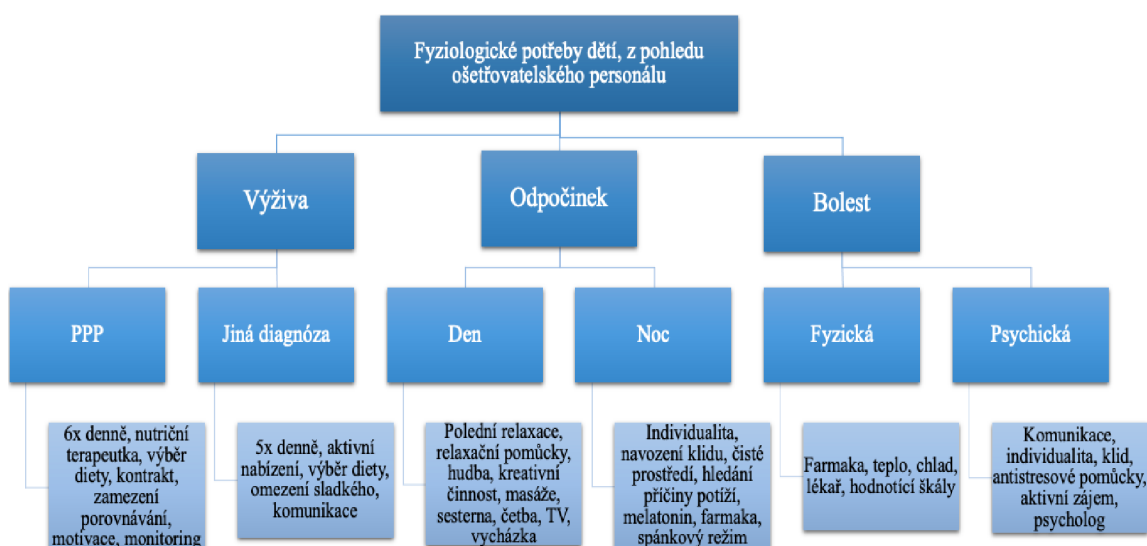
Z odpovědí I1, I2, I4 a I5 vyplynulo, že ošetrovatelský personál měl pozitivní přístup k realizacím zájmů dětských pacientů. Všichni tito zmínění informanti se shodli, že ve většině případů jim byla činnost povolena. I3 uvedl, že se musel řídit pouze podle daného denního programu. Při dotazech na nejčastěji volenou činnost/ hru se I1 s I4 ve svých odpovědích shodli na „*korálkování*“. I2 odpověděl, že mu nejvíce vyhovovaly dílny, ve kterých směl tvořit z rostlin nebo papíru a tvořit obrazy. Naopak mu byl nesympatický předem daný program, ve kterém byl nucen do aktivit, které ho příliš nenaplňovaly. I3 nejčastěji volil konverzace s přáteli a procházky. Při dotazu, co mu vyhovovalo nebo naopak vadilo odpověděl, že měl rád, když je personál bral ven nebo tvořil soutěže. I4 krom korálek často využíval deskové hry. Za nevyhovující vyhodnotil nucení do aktivit a omezenou komunikaci se sestrami. I5 uvedl jako odpověď tvoření.

4.2. Kategorizace výsledků z rozhovorů s ošetrovatelským personálem

4.2.1. Kategorie 6 Fyziologické potřeby dětí, z pohledu ošetrovatelského personálu

V kategorii *Fyziologické potřeby z pohledu ošetrovatelského personálu* jsme se zaměřili na fyziologické potřeby, které potřebují být satureovány u dětského pacienta, jenž je hospitalizován na dětském psychiatrickém oddělení. Konkrétně jsme se zaměřili na podkategorii potřeba výživy, odpočinku a potřeba být bez bolesti. Data vycházejí z odpovědí všech informantů, v tomto případě ošetrovatelského personálu, tedy I6 až I8. Ze získaných dat byla provedena analýza a následně vznikla tato kategorie.

Schéma 6 - Fyziologické potřeby dětí z pohledu ošetrovatelského personálu



Zdroj: vlastní zpracování, 2023

Podkategorie *Výživa z pohledu ošetrovatelského personálu*

V této podkategorii nás zajímalo, jakým způsobem je dle ošetrovatelského personálu veden stravovací režim dětí, jež jsou hospitalizované s poruchou příjmu potravy, a také dětí, které jsou hospitalizovány z jiných příčin. Taktéž nás zajímalo, jaký přístup je uplatňován v situacích, ve kterých dítě odmítá stravu, a jaké kroky podnikají k podpoře zdravých stravovacích návyků.

I6 mi ve své odpovědi sdělila, že na jejich oddělení se prozatím nesetkali s dítětem, které by bylo hospitalizováno z důvodu poruchy příjmu potravy. Dle jejích slov jsou na oddělení primárně mentálně postižení a děti s poruchou autistického spektra. Jejich stravovací režim je koncipován do 5 jídel denně, která se skládají ze snídaně,

svačiny, oběda, druhé svačiny a večeře. Uvedla, že stejně důležitý je také pitný režim, ke kterému děti aktivně pobízí. Při dotazu na odmítání stravy uvedla, že je vždy potřeba tyto situace řešit individuálně, ale v každém případě je u pacienta přítomna sestra, která mu pomůže se stravováním. K podpoře stravovacích návyků uvedla jako příklady nutriční terapeutku, čisté prostředí a dostatek času. I7 a I8 ve svých odpovědích uvedly zkušenosti se stravováním dětských pacientů s PPP. I7 odpověděla, že při stravovacím režimu těchto dětí průběžně probíhá monitoring jejich stavu, pravidelné vážení 3x týdně a zápis přijaté výživy. Při příjmu začíná dítě s PPP na polovičních porcích, které se následně dle lékaře navyšují. Děti mají také možnost výběru diety, u které uvedla, že vzhledem k tomu, že pacienti často odmítají maso, je jim nabídnuta vegetariánská dieta. Po jídle musí následně pod dohledem personálu vyčkat 30 minut před sesternou. Děti přijaté pro jinou diagnózu mají stejnou možnost výběru diety a pro všechny děti na oddělení platí, že si mohou zkonsumovat svačiny od rodičů. I8 se ve své odpovědi shodla s I6 a I7 na pozitivním dopadu nutriční terapeutky na stravování dětských pacientů a s I7 na možnosti výběru z různých diet. Dále uvedla, že děti hospitalizované s PPP dostávají jídlo 6x denně a velmi jim ve vztahu s nimi pomáhá komunikace. Konkrétně s dětmi vše vykomunikují a mají snahu jim, co se jídla týče, vycházet vstříc. Na této skutečnosti se shodla opět s I7. Děti, jež jsou hospitalizovány z jiných důvodů, dostávají jídlo 5x denně. Při otázce na odmítání stravy se I7 a I8 shodly na stejné odpovědi, a to „*kontrakt*.“ I7 ve své odpovědi uvedla, že při příjmu podepisuje dítě s lékařem kontrakt, ve kterém jsou podmínky k propustkám. U dětí, u kterých se začnou projevovat problémy s příjmem potravy až během hospitalizace, se dle jejích slov začíná s monitoringem, sledováním váhy a následně stejným postupem jako u anorektiček. I8 ve své odpovědi pojem kontrakt rozvedla jako domluvu ohledně podmínek, které musejí pacienti dodržet a váhy, které by měli dosáhnout pro řízení režimu návštěv. Dodala však, že toto nefunguje jako restrikce. Konkrétně uvedla: „*Ale zase my nefungujeme jako restrikce. Chápeme, že pro ty holky je to strašně těžký. Anorexie je příšerná nemoc. Když je budete nutit do jídla, jste pro ně hned nepřítel číslo jedna a jakýkoli budování vztahu je tam ztracený. Hodně používáme motivační přístup, ne restriktivní. Děláme to třeba tak, že jim dáme dva rohlíky, ale ten druhý sníst nemusí, nemutíme je do toho. A ony jsou pak spokojené. Taky před nimi nikdy nezapisujeme stravu, aby si neřekly, že některá snědla víc, když jiná mohla míň. Tím se vyhýbáme porovnávání a stresu. Ale prostě se snažíme, mluvíme, mluvíme, motivujeme.*“ Při dotazu na podporu zdravých stravovacích návyků se I7 s I8 shodly na odpovědi: „*Povídáme si o tom.*“ I7 uvedla, že děti mají vždy předem vytištěný jídelníček a v případě

nemožnosti výběru jídla se vždy snaží individuálně řešit situace. Nikdy děti do jídla nenutí. I8 uvedla jako základ pro zdravé stravovací návyky kulturu stolování. Učí děti základům slušného chování během stravování. Dále odpověděla, že mají pravidlo nekomentování a nehodnocení stravy. Dále uvedla, že mají pod dohledem příjem sladkého, pro které si děti mohou přijít pouze jednou denně. Jako důvod uvedla bulimické pacienty, u kterých potřebují mít stravu pod dohledem.

Podkategorie Odpočinek z pohledu ošetřovatelského personálu

V této podkategorii nás zajímalo, jakým způsobem si dle ošetřovatelského personálu může dětský pacient odpočinout během dne i noci jak fyzicky, tak psychicky, dále jakým způsobem je přistupováno k podpoře klidného spánku a jaký spánkový režim na daných odděleních funguje.

I6 uvedla, že k dennímu odpočinku slouží nastavený režim, ve kterém je již automatická polední relaxace, a to mezi 12. až 14. hodinou. Dále odpověděla, že velmi oblíbenými jsou na jejich odděleních relaxační pomůcky. Vyjmenovala molitanový domeček, zátěžové deky, relaxační vaky a uvedla, že jejich přítomnost ocení zejména autisté. Také odpověděla, že je plánovaná výstavba „sneozelen“ pokoje. I7 a I8 se shodli na odpovědi, že k odpočinku mohou posloužit osobní lůžka. Děti na pokoji však nesmí být samy a nesmí během dne spát. I7 toto odůvodnila následnou potřebou léků na podporu spánku. Také dodala, že kromě relaxace na lůžku si mohou děti číst, malovat, poslouchat hudbu či sledovat televizi. S touto odpovědí se ztotožnila také I8, která následně doplnila možnost využití klidného prostředí na sesterně, masáže, vycházky či příjemné návštěvy. Při dotazu na podporu klidného spánku se všechny informantky v rozhovorech shodly, že nerady sahají po lécích jako po první volbě. I6 ve své odpovědi uvedla, že po 18. hodině se zahajuje klidový režim. Popsala ho tak, že dětem vyvětrá pokoje, pustí relaxační hudbu a zajistí čisté lůžkoviny. Také I7 a I8 ve svých odpovědích zmínily klidový režim. V tomto případě však po 7. hodině večerní. I7 také odpověděla, že zahajuje klid vyvětráním pokojů a zajištěním čistého ložního prádla. I8 odpověděla, že než by sáhla automaticky po léku, bude radši řešit důvod nespavosti. Uvedla, že často stačí zmírnit úzkost. Také sdělila, že předepsané léky, které způsobují spavost, podávají až ke konci dne a většina dětí průběžně požívá melatonin. Zajímal nás také samotný spánkový režim během školního roku i během prázdninového režimu. I6 odpověděla, že během školního roku vstávají dětské pacienty mezi 7:30 – 7:45 a spát chodí vždy individuálně. Během prázdninového režimu mohou děti vstávat až po 8. hodině. Večerka se nijak nemění. I7

se s I8 shodla na času určeném k buzení a zahájení večerky u dětí. Obě uvedly čas budíčku 6:30 a čas večerky 20:30. Během prázdnin děti mohou vstát o něco déle a o něco déle také ponocovat.

Podkategorie Potřeba být bez bolesti z pohledu ošetrovatelského personálu

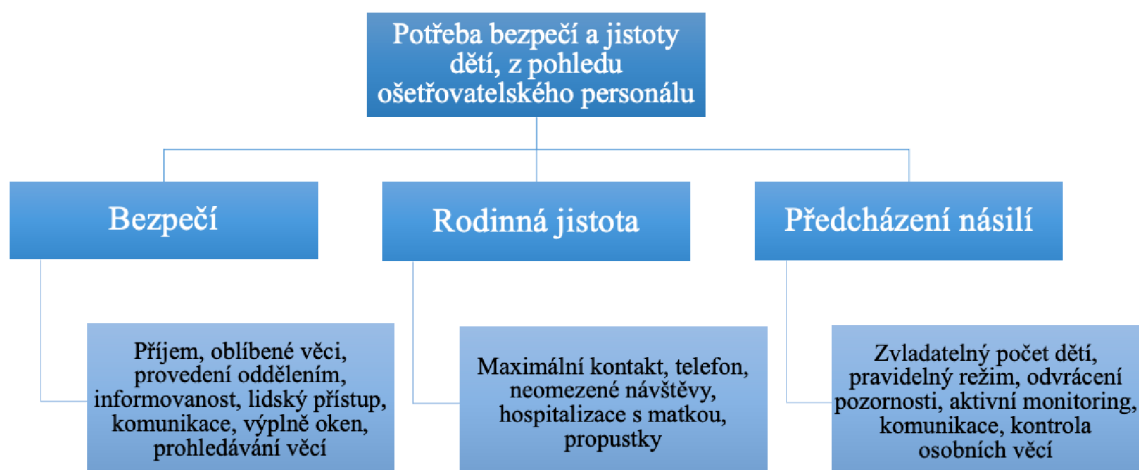
V této podkategorii nás zajímaly způsoby, kterými ošetrovatelský personál napomáhá k tišení fyzické a psychické bolesti dětských pacientů.

I6 odpověděla, že psychickou bolest rozhodně netiší za pomoci prášků. Uvedla, že děti jsou vedeny k důvěře v personál a při problémových situacích mohou přijít k sestřím, staniční sestře, lékaři či psychologovi. I7 ve své odpovědi rozdělila příklady tišení psychické a fyzické bolesti. U fyzické bolesti uvedla hodnotící škály pro všechny věkové kategorie a využití tepla, chladu či farmak. U tišení psychické bolesti uvedla povídání si a individualitu, psychologa a využití chladu k mírnění úzkostí. S využitím chladu se ve své odpovědi ztotožnila také s I8, která odpověděla takto: „*Jezdí si kostkou ledu po obličejí nebo si namáčejí lokty do studené vody nebo třeba i celý obličej. Poté třeba antistresové hračky, masážní gely, někdo reaguje i na vůně, potom modelíny, omalovánky. Hodně tady funguje i bublifuk. Soustředí se na vyfukování bublin a to je zklidní. U té fyzické bolesti samozřejmě záleží jaká je. Pokud jí bude bolet zub, vezmu ji k zubaři. Pokud bude mít zlomenou nohu, asi jí nebudu dávat chladící polštářky. Pokud bude mít třeba menzes, dám jí po dohodě s lékařem prášek. Někdy se samozřejmě vyskytne i somatizace, různé bolesti břicha, to si potom povídáme, uklidňujeme.*“

4.2.2. Kategorie 7 Potřeba bezpečí a jistoty, z pohledu ošetrovatelského personálu

V kategorii 7 - *Potřeba bezpečí a jistoty z pohledu ošetrovatelského personálu* nás zajímaly 3 podkategorie. Konkrétně jakými způsoby napomáhá ošetrovatelský personál dítěti nabýt dojmu, že je v bezpečném prostředí, jakými způsoby napomáhá k pocitu rodinné jistoty a jaké způsoby využívá k předcházení násilných situací či autoagrese.

Schéma 7 - *Potřeba bezpečí a jistoty dětí z pohledu ošetrovatelského personálu*



Zdroj: vlastní zpracování, 2023

Podkategorie Bezpečí z pohledu ošetrovatelského personálu

V této podkategorii jsme zjišťovali postupy, které jsou personálem nejčastěji volené k navození pocitu bezpečí.

I6 a I8 uvedly, že strach je logický a základem k jeho odstranění je již samotný příjem. I6 odpověď doplnila o informaci, že se aktivně zajímají o oblíbené hračky, plyšáky, polštářky či hudbu. K pocitu bezpečí napomáhají dle jejích slov také zámky nebo nerozbitná výplň oken. I7 uvedla, že ačkoli je občas těžké získat si dětskou důvěru, vždy se o to aktivně snaží komunikací, nabídkou aktivit a neomezeným kontaktem s rodinou. Také odpověděla, že k pocitu bezpečí přispívají i pravidelné a důkladné kontroly osobních věcí. I8 odpověděla „prostě lidský přístup“ a dodala, že k pocitu bezpečí napomáhá také uvedení do režimu oddělení při příjmu.

Podkategorie Rodinná jistota z pohledu ošetrovatelského personálu

Tato podkategorie má za cíl zjistit, jaké způsoby využívá ošetrovatelský personál k saturaci pocitu rodinné jistoty. Zajímalo nás, jak často mají pacienti možnost kontaktovat rodinu, jak často má nárok na návštěvy a v jaké míře se personál snaží rodinu zapojit.

I6 uvedla, že co se rodiny týče, snaží se nemocnice o maximální možný kontakt. Všechny informantky, tedy I6, I7 a I8, se v odpovědích shodly na využívání telefonů 2x denně, případně na propůjčení pevné linky. V otázce ohledně návštěv pacientů se všechny informantky shodly na neomezeném režimu. Uvedly, že rodina může dítě navštívit

v kterýkoli den mezi 9. až 17. hodinou. I7 a I8 poté uvedly, že po 3 týdnech pobytu na oddělení je povolena první propustka. Nejprve na 24 hodin, poté na 48 hodin.

Podkategorie Předcházení násilí z pohledu ošetřovatelského personálu

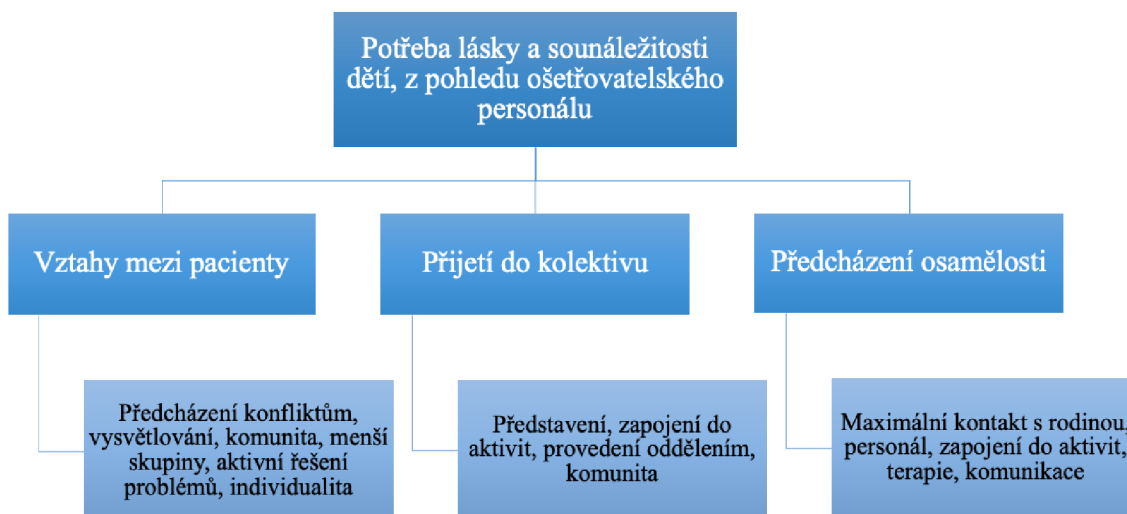
V této podkategorii nás zajímalo, které ze způsobů k předcházení agrese či autoagrese ošetřovatelský personál volí nejčastěji.

Ze získaných odpovědí I6, I7 a I8 vyplynulo, že ošetřovatelský personál aktivně provozuje nepřetržitý monitoring pacientova aktuálního stavu. I6 odpověděla, že základem je co nejmenší počet dětí, kterým se personál snaží co nejvíce vycházet vstříc. Dále také uvedla, že dětem na jejich oddělení velmi napomáhá pevně daný pravidelný režim, který děti znají a nemusejí se bát, co je daný den čeká. Dalším způsobem, kterým předcházejí k agresi, je odvracení aktuální negativní emoce k jinému zájmu. Podle I7 je stěžejní, aby děti věděly, že se mohou kdykoli obrátit na personál, případně že může přijít v nouzi kamarád. I8 uvedla, že k předcházení agrese a autoagrese slouží odebrání určitých předmětů a pravidelná kontrola osobních věcí.

4.2.3. Kategorie 8 Potřeba lásky a sounáležitosti z pohledu ošetřovatelského personálu

V kategorii *Potřeba lásky a sounáležitosti z pohledu ošetřovatelského personálu* nás zajímaly podkategorie týkající se udržování pozitivních vztahů mezi pacienty, tedy způsoby, které personál využívá k přijetí nového pacienta do kolektivu a způsoby, jež ošetřovatelský personál využívá k předcházení pocitu osamělosti.

Schéma 8 - *Potřeba lásky a sounáležitosti dětí z pohledu ošetrovatelského personálu*



Zdroj: vlastní zpracování, 2023

Podkategorie Vztahy mezi pacienty z pohledu ošetrovatelského personálu

V této podkategorii nás zajímaly způsoby, které zdravotnický personál využívá k udržování přátelských vztahů mezi dětmi daného oddělení.

Dle I6 je nejstěžejnější vědět, z čeho konflikty a neshody pramení a dokázat jim předcházet. Dle její odpovědi je také důležité dětem, dle jejich mentálních schopností, veškeré chování vysvětlovat a navádět k milému a přátelskému chování. I7 a I8 se shodly na odpovědi „*máme komunitu*.“ I7 také dodala, že dětem vysvětlují, co smí a co ne. Většinu času jsou dle jejích slov děti milé a slušné. I8 odpověděla, že krom komunit řeší veškeré problémy individuálně a nic nepotlačují. Dle jejích slov nemůže vystát šikanu, a má proto snahu o co největší edukaci dětského kolektivu.

Podkategorie Přijetí do kolektivu z pohledu ošetrovatelského personálu

Tato podkategorie je zaměřena na způsoby, kterými napomáhá ošetrovatelský personál k přijetí nově hospitalizovaného dítěte do zbytku dětského kolektivu.

I6 s I7 se shodly na odpovědi, že napomáhají k přijetí dětského pacienta jeho představením kolektivu. I6 uvedla, že dítěti poté ukáží oddělní, WC, pokoj a ono se poté samo začlení. I7 dodala, že po představení se chce většina dětského kolektivu aktivně seznamovat. I7 se společně s I8 v rozhovorech nezávisle na sobě shodly, že k zapojení dítěte do kolektivu dobře slouží komunita. I8 odpověděla, že se během komunity může, ale také nemusí představit a sdělit o sobě informace.

Podkategorie Předcházení pocitu osamělosti z pohledu ošetrovatelského personálu

V této podkategorii nás zajímalo, jakých způsobů a metod využívá ošetrovatelský personál v dětské psychiatrické nemocnici k tomu, aby předešli pocitu osamělosti u dětského pacienta hospitalizovaného na jejich oddělení.

I6 ve své odpovědi uvedla, že nejdůležitějším způsobem k předcházení pocitu osamělosti je umožnění maximálního možného kontaktu s jeho rodinou. Také odpověděla, že je potřeba, aby bylo dítě klidné. K tomu dle jejích slov dobře slouží kompletně celý areál DPN a jeho příjemné prostředí. Dle I7 je důležité dítě povzbudit k zapojení do volnočasových a kolektivních aktivit jako je arteterapie či ergoterapie. Podle I8 je nejdůležitější komunikace. Dle její odpovědi s dětmi vždy mluví a pokud má podezření, že se dítě cítí osamělé, dojde požádat „milá děvčata“, zda by s ním nestrávila nějaký čas.

4.2.4. Kategorie 9 Potřeba uznání a sebeúcty, z pohledu ošetrovatelského personálu

V kategorii *Potřeba uznání a sebeúcty z pohledu ošetrovatelského personálu* jsme se zaměřili na podkategorie, ve kterých nás zajímaly způsoby, kterými personál napomáhá k posílení či udržení sebevědomí, posílení nebo udržení sebeúcty, a také způsoby, kterými dává najevo svůj respekt vůči dětskému pacientovi. Navíc jsme se zajímali o to, zda znají pojem „gaslighting“, případně zda se s ním ve zdravotnickém prostředí již setkali.

Schéma 9 - *Potřeba uznání a sebeúcty dětí z pohledu ošetřovatelského personálu*



Zdroj: vlastní zpracování, 2023

Podkategorie Sebevědomí z pohledu ošetřovatelského personálu

V této podkategorii směřoval náš zájem na metody využívané ošetřovatelským personálem k posilování či udržování zdravé úrovně sebevědomí dětského pacienta.

Dle všech informantů, tedy I6, I7 a I8, je úplným základem pro posílení a udržení zdravého sebevědomí pochvala. I6 odpověděla, že se děti snaží chválit úplně za vše a přijde jí smutné, že velká část dětí pochvalu vůbec nezná. I7 uvedla, že děti chválí za každou maličkost jako je například pěkné tričko. Snaží se také nacházet věci, ve kterých mohou dítě vyzdvihovat. Například malování. I8 odpověděla, že se snaží vyzdvihnout jakoukoli pozitivní vlastnost, validovat veškeré emoce a chválit za sebemenší pokroky v léčbě.

Podkategorie Sebeúcta z pohledu ošetřovatelského personálu

V této podkategorii nás zajímalo, jaké metody využívá ošetřovatelský personál k posílení sebeúcty u dětských pacientů.

I6 uvedla, že děti neustále chválí a jde zřetelně poznat, kdy sebevědomí stoupne. Dle jejích slov děti úplně „rozkvetou“. I7 odpověděla takto: „*Mhuvíme o tom, vysvětlujeme jim to. Já jim vždycky říkám, ať začnou ráno tím, že se podívají do zrcadla a zkusí si říct něco pozitivního. Třeba že se dobře vyspali. Říkám jim, že si musí uvědomit, že oni jsou pro sebe to nejdůležitější. Ale zase záleží. Někdo na tohle reaguje pozitivně, někdo mi odpoví, že lžu.*“ I8 odpověděla, že se jedná o dlouhý proces, na kterém se podílí nejen ošetřovatelský personál, ale zejména také psychologové a lékaři. Taktéž poukazují na veškeré úspěchy dětí.

Podkategorie Respekt z pohledu ošetřovatelského personálu

V této kategorii nás zajímalo, jakými způsoby je k dětským pacientům přístupováno tak, aby byl ze strany personálu zajištěn respekt vůči jejich osobě a následně nás zajímala informace, zda se některá z informantek, za dobu svého působení ve zdravotnictví, setkala s pojmem „*gaslighting*“ či s jeho fyzickou formou.

I6 uvedla, že respekt dává dětským pacientům najevo komunikací a pochvalou. I7 a I8 měly podobné odpovědi týkající se vzájemného respektování. I7 uvedla, že se s dětmi snaží nastavit režim, ve kterém jim za dodržování domluvených pravidel dokáže v ledasčem ulevit. I8 ihned odpověděla, že na tuto problematiku existují přímo směrnice. Dle ní je však logické, aby ošetřovatelský personál dětského pacienta respektoval. Ve své odpovědi také zmínila, že se snaží nastavit takový vztah, kdy se k dětským pacientům chová takovým způsobem, kterým chce, aby se naopak oni chovali k ní. Z její odpovědi dále vyplývá, že děti respektuje, ale určité věci jim jednoduše dovolit nesmí. Jako příklad uvedla kuřáctví. V neposlední řadě k tomuto dotazu uvedla, že se děti vždy snaží vést k ozývání se a pokud se jim cokoli nelíbí, mohou to personálu sdělit. Při dotazu na pojem „*gaslighting*“ a jeho zkušenost s ním mi I6 a I7 sdělily správnou definici, avšak žádnou zkušenost. I6 pojem „*gaslighting*“ definovala jako určitou formu manipulace. I7 poté jako psychickou manipulaci. Také I8 správně definovala tento pojem, na rozdíl od ostatních informantek však uvedla, že za svou praxi ve zdravotnictví se s touto situací setkala pouze jednou a dle jejích slov jí ihned učinila „přítrž“.

4.2.5. Kategorie 10 Potřeba seberealizace z pohledu ošetřovatelského personálu

V kategorii *Potřeba seberealizace z pohledu ošetřovatelského personálu* nás zajímaly podkategorie, ve kterých jsme se dotazovali, jakým způsobem je zajištěno vzdělávání dětského pacienta po dobu hospitalizace, jaký je přístup při potřebě dětského pacienta realizovat své zájmy, a také jaké formy aktivit a her jsou na daném oddělení uskutečnitelné.

Schéma 10 - *Potřeba seberealizace dětí z pohledu ošetrovatelského personálu*



Zdroj: vlastní zpracování, 2023

Podkategorie Vzdělávání z pohledu ošetrovatelského personálu

V této podkategorii jsme svůj zájem zaměřili na způsoby, kterými je řešeno vzdělávání dětských pacientů po dobu jejich hospitalizace.

Všechny informantky, tedy I6, I7 a I8, uvedly jako odpověď školu, stojící při dětské psychiatrické nemocnici. I6 a I8 se ve svých odpovědích také shodly, že veškerá výuka je individuální a v případě úzkostí či potíží během ní je vše řešeno. I6 uvedla, že pro všechny děti začíná školní výuka v 8:45. Pokud dítěti školní docházka nečiní problém, má ji 3x týdně do 13:00. Pokud je hospitalizováno dítě, kterému školní docházka způsobuje úzkosti či jiné potíže, doba strávená ve školním zařízení je vždy individuální a odpovídající jeho aktuálnímu stavu. Také I8 uvedla, že pokud má dítě potíže ze školní docházky, začínají na výuce na oddělení, následuje krátký čas strávený ve školním zařízení a tato doba se postupně prodlužuje. I7 uvedla, že ve škole jsou poté rozděleny třídy na speciální a třídy kmenové - pro děti docházející z nedalekého města. I7 se s I8 shodly na odpovědi, že děti mají vlastní notebooky či telefony a škola při psychiatrické nemocnici s nimi spolupracuje.

Podkategorie Realizace zájmů z pohledu ošetrovatelského personálu

V této podkategorii nás zajímalo, jaký je přístup ošetrovatelského personálu při potřebě dětského pacienta realizovat své zájmy.

Všechny informantky, tedy I6, I7, I8, se shodly, že se snaží o co největší umožnění jakýchkoli zájmů. I6 uvedla, že pokud v denním režimu nastane volná chvíle a je čas, zájmy dětem umožní. I7 odpověděla, že pokud je to v jejich silách, není problém zájem

umožnit. I8 ve své odpovědi uvedla, že pokud jsou zájmy přijatelné, jsou automaticky umožněny.

Podkategorie Uskutečnění aktivity z pohledu ošetřovatelského personálu

V této podkategorii nás zajímaly možnosti her či volnočasových aktivit uskutečnitelných dětským pacientem po dobu jeho hospitalizace.

Všechny informantky se ve svých odpovědích opět shodly, a to konkrétně na typech terapií a trávení volného času. Dle I6 a I7 jsou velmi oblíbené volnočasové aktivity arteterapie nebo ergoterapie, které jsou ordinovány lékařem. I7 také uvedla tvoření obrázků a plavání v bazénu. Největší množství volnočasových aktivit uvedla I8, která odpověděla takto: *„Malování, tvoření, hraji na nástroje, holky krásně zpívají. Samozřejmě je nenecháváme s nástroji samotné. To nejde dát jim struny a odejít. Taky tady máme spoustu stolních her, minigolf, tělocvičnu, dvakrát do roka hipoterapii, bazén.“*

5. DISKUSE

Tato závěrečná práce si vzala za cíl popsat uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb dětských pacientů z pohledu ošetrovatelského personálu a z pohledu samotného dětského pacienta.

Výzkumný soubor této práce byl tvořen dohromady 8 informanty. U obou dotazovaných skupin nás nejprve zajímaly základní identifikační údaje. U dětských pacientů jsme se proto dotazovali na věk, pohlaví, bydliště, dobu léčby a počet hospitalizací. U ošetrovatelského personálu nás zajímal věk, nejvyšší dosažené vzdělání, počet roků praxe ve zdravotnictví a počet roků praxe v oboru dětské psychiatrie. Tyto informace byly následně zpracovány do tabulky číslo 1 a tabulky číslo 2. Z těchto tabulek můžeme vyzorovat jednoznačnou převahu žen. Výzkumu se zúčastnil pouze jeden chlapec. Dále vidíme, že nejmladší informantkou z dětských pacientů byla 14letá dívka, naopak nejstarší 17letá dívka. Nejvyšší počet hospitalizací byl 7, naopak nejnižší počet hospitalizací byl 3. Nejkratší doba léčby činila 1 rok, nejdelší poté roky 3. Všichni dětské informanti pocházejí z města. V tabulce obsahující identifikační údaje ošetrovatelského personálu můžeme vidět jako nejmladší informantku skupiny 41letou ženu, nejstarší 56letou. Dvě sestry mají středoškolské vzdělání, pouze jedna má vysokoškolské magisterské vzdělání. Nejdelší praxi ve zdravotnictví i v oboru dětské psychiatrie je 35 let. Nejkratší naopak 10 let ve zdravotnictví a 7 let v oboru dětské psychiatrie. Věkově převládají starší sestry, které mají cenné zkušenosti. Podle našeho názoru by ale bylo dobré rozšířit kolektiv ošetrovatelského personálu o absolventky oboru pediatrické ošetrovatelství. K motivaci absolventek rozhodně přispívá rovnocenný vztah studentů a sester, se kterým jsem se v praxi setkali.

V další části rozhovoru jsme se již dostali na otázky, které byly následně kategorizovány a přepsány do schémat. První takovou kategorií byla kategorie týkající se fyziologických potřeb. Do ní spadá například potřeba výživy, odpočinku či potřeba být bez bolesti, jak uvádí také Sikorová (2011). Zajímalo nás, jakým způsobem je během hospitalizace přístupováno ke stravování dětského pacienta a případným potížím s výživou. Z výpovědí sester jsme zjistili, že v dnešní době je velká snaha o to, vycházet, co se stravování týče, dítěti vstříc, ať už se jedná o dětského pacienta s PPP či s jinou diagnózou. Toto tvrzení potvrdila také sestra, I7, která uvedla: *„Kromě využití nutriční terapeutky si o jídle povídáme. Mají vytištěný jídelníček, ale vždycky se prostě domluvíme.*

Ze své zkušenosti vím, že když je do toho jídla natlačím, tak bude akorát problém. Takhle se s nimi můžu domluvit, když třeba vím, že někdo něco nemá rád, nenutím ho do toho. Nebo když mám dítě, které není zvyklé na snídani, ale vím, že sní svačinku v pořádku, tak ho do toho jídla nebudu nutit.“ Hosák a kol. (2015) zmiňují, že během léčby s poruchou příjmu potravy je úkolem a standardním postupem ošetrovatelského personálu na oddělení dětské psychiatrie pravidelná monitorace pacientova zdravotního stavu a navození jídelního režimu. S touto informací se také ztotožňují odpovědi sester I7 a I8.

I7 odpověděla: *„Samozřejmě je monitorujeme, zapisujeme, co snědly, kolik toho snědly. Poté 3x týdně vážíme. U té váhy je ale vážíme zády, aby neviděly, kolik přibraly. To je potom stresuje. Při příjmu nezačínají s plnými porcemi, to nejde. Nejdříve třeba s poloviční, a ta se postupně navyšuje po dohodě s lékařem. Při jídle je samozřejmě monitorujeme, ale ty holky jsou šikovný a samy nám řeknou, kolik toho snědly. Často tu máme i holky, které nejedí maso. Většinou ne z přesvědčení, ale prostě proto, že jim nechutná. Takže tu máme dost vegetariánských diet, ty jsou možné. No a po jídle si musí sednout na půl hodiny před sesternu, abychom viděli, že nejdou zvracet nebo cvičit.“*

I8 následně také dodala: *„Děti s poruchou příjmu potravy mají stravu 6x denně. Ostatní děti mají stravu 5x denně. Mají na výběr různé diety, třeba bezlepkovou nebo vegetariánskou. Snažíme se jim vycházet v jídle vsříc a hodně o tom s nimi mluvíme. Ty jídelníčky jsou řešené s nutriční terapeutkou“.*

Z rozhovorů s ošetrovatelským personálem jasně vyplývá snaha sester dětské pacienty nejen živit, ale také edukovat na toto téma a podpořit tak vznik zdravých stravovacích návyků, z čehož máme radost. Sestra I8 uvedla jako příklad podpory stravovacích návyků toto: *„Určitě kultura stolování. Máme kompletní příbor, ubrousek. Někdy je učíme opravdu základy. Jako že se nejí s kapucí, že si můžou povídat, ale že nejde, aby na sebe křičeli mezi stoly. Povídáme si, co je zdravé, co komu chutná. A taky máme pravidlo, že nikdo nesmí komentovat a hodnotit jídlo. Také máme omezený příjem sladkého. Není to tak, že by za celý den směli jen jednu věc, ale že jednou za den si vezmou věci na celý den a s tím potom fungují. Nestane se nám tak, že se ztratíme v tom, kolik toho snědli. Musíme to hlídat, protože máme i bulimičky a u nich musíme vědět, kolik toho snědly.“*

Ve druhé skupině informantů, tedy u dětských pacientů, se bohužel setkáváme i s jiným než pozitivním názorem. Příkladem může být dětská pacientka I2, která ve své odpovědi uvedla: *„Jedna krásná reakce byla, že jsem dostala takovej hmusnej konec masa. Prostě „školní jídelna maso“. A to už jsem to jedla to maso a chtěla jsem, abych mohla*

jít ven. Tak jsem poprosila, jestli můžu dostat jinej kousek masa a ona mi řekla: „Já nevím, jestli ti mám vůbec dávat nějaké jídlo, když to stejně vyzvracíš“. A takový hezký věci no. A prostě to bylo hnusný to chování a fakt mi to způsobilo spoustu dalších traumat jako navíc k tomu, čím jsem si tam prošla.“ Na druhé straně vypovídali dětští pacienti také o pozitivnějších zkušenostech se samotným jídlem, ale o negativních zkušenostech s přístupem personálu. Pacientka I5 popsala svou zkušenost následovně: „Náhodou

na to, že to byla nemocnice, tak mi tam chutnalo. A jako všichni ostatní si stěžovali, ale mně to přišlo v pohodě, ale je to asi tím, že mám ráda jídlo. Ale i když mi to nevadilo, tak do nás furt něco rvali. Samý pečivo, rohlíky, knedlíky a bylo to takový dost nepříjemný. Říkali, že nemají peníze na zdravější jídla, takže proto nám dávají nejlevnější varianty všeho. A byla to prostě česká klasika, no. Taky tam byl nic moc vztah k jídlu. Spíš jsem si já sama musela v hlavě uvědomit, jak to s tím mám a oni my pomohli jen přibrat. Takže to, že jsem si to musela uvědomit jen já sama. Stáli nad náma a koukali na nás. Já vím, že to bylo potřeba, ale prostě to bylo dost nepříjemný. A někdy na nás i křičeli a bylo to takový nepříjemný no.“

Je samozřejmé, že pod pojmem „zdravý stravovací návyk“ si každý individuálně představí něco jiného. Každý jinak vnímá, co je dobré, na co má momentálně chuť a co aktuálně potřebuje. Zároveň jsme si plně vědomi, že nemocniční stravování je celoplošný problém, ve kterém hraje roli zejména financování, které bohužel často není dostatečné. Je proto pouze dobře, že se ohledně této potřeby snaží personál aktivně komunikovat a spolupracovat s nutriční terapeutkou otevřenou novým směrům v dietetice.

Do kategorie fyziologických potřeb jsme také zařadili podkategorii „Odpočinek.“ Skrze ni jsme chtěli zjistit způsoby, kterými si dětský pacient může odpočinout, jak fyzicky, tak psychicky, během dne i noci a jakým způsobem je přistupováno k podpoře klidného spánku či jakým způsobem je řešeno obtížné spaní, případně jak je spánek podporován.

Z našeho výzkumu vyplynulo, že sestry berou odpočinek jako důležitou část hospitalizace dětského psychiatrického pacienta, s čímž souhlasí také tvrzení Khurshida (2018). Sestra I6 odpověděla: „My ho máme automaticky v denním režimu. Každý den máme od 12:30 do cca 14:00 polední relaxaci, protože většina těch dětí by to bez odpoledního odpočinku ani nezvládla. Vidíme to na nich, že jsou unavený. Můžou využívat například váleci kouty – ty jsou tady hodně využívány. A taky relaxační vaky, zátěžové deky a molitanový domeček. Ten mají rádi autisti. Potom třeba taky hudba. Při

aktivizaci jim pouštíme takovou rychlejší, třeba pop. Pro odpočinek jim můžeme pustit třeba nějakou klidnější. Teď v budoucnu se plánuje vytvoření snoezelenu“. I8 také vyzdvihla důležitost psychického odpočinku a ve své odpovědi uvedla: *„Holky tady během dne hodně tvoří, vybarvují si, malují si. Holky s PPP mají taky relaxace. Hodně mají rády masáže. To vždycky přijdou spokojený a krásně navoněný. A samozřejmě si můžou odpočinout díky vycházce nebo příjemné návštěvě.“* Také u samotné podpory spánku bylo z rozhovorů zřejmé, že se pro personál jedná o věc, kterou nelze podcenit. Sestry I6 a I8 se ve svých odpovědích shodly, že velkou roli hraje samotné prostředí. I6 uvedla: *„Vždy po 6. hodině začínáme s klidnějším režimem. Pustíme jim relaxační hudbu nebo třeba pohádku, vyvětráme jim pokoje, aby měly čerstvý vzduch, mají často měněné lůžkoviny. Některé děti chtějí třeba na pokoj půjčit relaxační vak. Nemáme sice pro každého, ale některé děti si ho berou. A když je tedy velký problém se spánkem, tak potom farmaka. Ale jak říkám, vždycky je to vše hodně individuální“.* Sestry I6 a I8 se ve svých odpovědích také shodly, že využití farmak je až poslední možností k navození spánku a samy ji nerady využívají.

Z výpovědí dětských pacientů bylo jasné, že většina trávila volný čas pozorováním TV, čtením knihy, poslechem hudby či tvořením. Často zmiňovaná stížnost v rozhovorech byla nemožnost odpočinku na pokoji. Dětské pacienty se ve svých odpovědích shodli, že by tuto možnost uvítali. Co se podpory spánku týče, žádný z dětských pacientů nepopsal relaxační techniku či jiný alternativní způsob navození únavy. Všechny odpovědi na tuto otázku zněly *„farmaka“*. Pacientka I4 odpověděla: *„Já jsem měla velký problém se spánkem, když jsem tam přišla poprvé. A řešili to jenom práškama. Nikdy mi nenabídli žádný relaxační věci, prostě jenom prášky navyšovali a měnili. Ještě kromě těch, co jsem měla předepsaný, jsem si mohla vzít v noci ještě jeden prášek na uklidnění, což si mohli vzít všichni, kdo nemohli spát. To stačilo přijít do sesterny“.* V této kategorii našeho výzkumného šetření, díky odpovědím obou skupin, vidíme jasnou neshodu.

V další z podkategorií, stále ještě v kategorii fyziologických potřeb, jsme se s informanty zajímali o bolest. Konkrétně nás zajímaly způsoby, kterými je nejčastěji řešena/tišena bolest fyzická, a kterými naopak bolest psychická. V odpovědích ošetrovatelského personálu často zaznívalo, že záleží, o jaký druh bolesti jde. Při tišení fyzické bolesti se objevovala odpověď ohledně ordinace léků lékařem. Při tišení bolesti psychické bylo z odpovědi zřejmé, že sestry stojí o aktivní pomoc pacientovi. Všechny sestry se shodly, že základem pro tišení psychické bolesti je aktivní komunikace

s dětským pacientem. Další z často zmiňovaných metod bylo využití chladu či antistresových pomůcek. Sestra I8 odpověděla takto: *„Jezdí si kostkou ledu po obličejí nebo si namáčejí lokty do studené vody nebo třeba i celý obličej. Poté třeba antistresové hračky, masážní gely, někdo reaguje i na vůně, potom modelíny, omalovánky. Hodně tady funguje i bublifuk. Soustředí se na vyfukování bublin a to je zklidní.“*

Odpověďmi dětských pacientů na tuto podkategorii jsme byli upřímně překvapeni. Většina odpovědí se s odpověďmi ošetřovatelského personálu neshodovala. Valná většina ve svých odpovědích uváděla výlučné využití farmak. Velmi zajímavým a zároveň pro nás znepokojivým způsobem byla řešena psychická bolest během hospitalizace pacientky I1. Ve své odpovědi uvedla: *„Poslední hospitalizaci mě zamkli na pokoji (smutně se směje a zvedá ramena). Ale bylo to proto, že jsem měla hodně zápisů. Tak mě zamkli na pokoji a mohla jsem vycházet jenom když jsem šla na záchod. Jenže potom jsem z toho dostala záchvat a oni mě tam takhle nechali na tom pokoji. No a ataky, v tom to bylo strašný. Vždycky mě budto nacpali práškama nebo mě prostě nechali bejt. Někdy mě takhle zamkli, jinde mě vždycky odvedli na sesternu a seřvali. Říkali, že rozhodim celý oddělení, že kvůli mně někdo brečí a jedna sestra křičela, že je ze mě zklamaná.“* Jsme přesvědčeni, že takovýto způsob zacházení s dětským pacientem je nepřijatelný a může mít za následek nevratné poškození dětského vývoje či vznik traumat, jak samostatně uvádí Kukla (2016). Ten ve své knize varuje před rizikem vývojových poruch při opakovaném vystavování traumatickým zážitkům.

O něco lepší přístup uvedla ve své výpovědi pacientka I2: *„Fakt si vzpomenu i na nějaký milý, který reálně třeba i pohládily po zádech nebo takový ten fyzický kontakt tam byl plus rozhovor. Mohla jsem mluvit s některýma a pak zase farmaka.“* Při dotazu na tlumení fyzické bolesti se ve většině odpovědí opět objevovalo využití léků. Pouze pacient I3 uvedl využití lehké pohybové aktivity.

Tímto odstavcem se dostáváme ke kategorii *Potřeba bezpečí a jistoty*, jež je v našich schématech rozdělena do několika podkategorií. Ty jsou: Bezpečí, Jistota, Psychika, Strach. U ošetřovatelského personálu poté ještě Předcházení násilí.

Při dotazování na zajištění pocitu bezpečí a rodinné jistoty bylo v odpovědích pravidelně zmiňováno zajištění nepřetržitého kontaktu s rodinou, a to za pomoci osobního telefonu, návštěv a propustek. Tyto odpovědi rezonují s doporučením Melo (2014) v jejím odborném článku. Ošetřovatelský personál také často zmiňoval fakt, že své pacienty pravidelně ujišťuje a edukuje o možnosti rozhovoru v případě, že se necítí

bezpečně. I6 také odpověděla: „*K tomu bezpečí je určitě důležité důkladné prohledávání při příjmu a po návštěvách a propustkách. Ale oni jsou opravdu hodně vynalézaví, takže i tak se občas povede něco pronést. Určitě za námi taky můžou kdykoli přijít. Snažíme se s nimi aktivně komunikovat, můžou zavolat rodičům, nabízíme jim aktivity. Někdy je to ale těžké získat si jejich důvěru*“.

S těmito tvrzeními však nesouhlasí odpovědi dětských pacientů. Ve svých odpovědích zmiňovali nedostatečnou saturaci bezpečí, a to zejména z důvodu neoddělení agresivních pacientů, nedostatečné důvěry v personál či laxního prohledávání osobních věcí. Pacient I3 odpověděl takto: „*Lidi měli často agresivní záchvaty, prostě kousali, házeli věcmi, prali se s ostatními. A když jsme pak třeba spolu měli dělat nějaký aktivity a právě třeba jsem musel bejt s nějakým tím člověkem, tak jsem měl strach, že třeba špatně něco řeknu.*“ Pacientka I2 ve své odpovědi pro změnu nastínila problematiku prohledávání osobních věcí. Řekla: „*Co tam bylo podle mě taky trochu problém bylo, že na to kašlali u někoho. U někoho tu tašku prohledávali až zbytečně moc, u někoho ne. Vždy to bude tak jako namátkově a to je podle mě hodně velkej problém. Když seš na psychiatrii a chceš se zabít, tak je dobrý kontrolovat ty věci. Takže prostě laxnost*“.

Při porovnání těchto výpovědí vidíme odlišný pohled každé ze skupin na danou problematiku. Věříme, že prohledávání osobních věcí by mělo být vždy důkladné. Zároveň ale můžeme výše vidět snahu personálu, který je nešťastný z faktu, že jsou dětské pacienti velmi vynalézaví v pronášení nebezpečných předmětů na oddělení.

Při dotazování na způsoby vedoucí k saturaci potřeby bezpečí byli dětskými pacienty nejčastěji zmiňováni spolu-pacienti a přátelé. Z odpovědí zaměřujících se na pocit strachu bylo zřejmé, že kromě agresivních pacientů byl jedním z největších důvodů pacient samotný či často zmiňovaný personál. Pacientka I2 odpověděla: „*Neustále strach z toho že, třeba nevím, co se s námi bude dít, že vlastně to nemám pod kontrolou, a že ten, kdo to má pod kontrolou, tak tomu jsem úplně ukradená. To byl šílenej pocit, že můj osud, můj život, je v rukách někoho, komu vůbec nevěřím a komu jsem úplně ukradená*“.

V další kategorii jsme se zajímali o *Potřebu lásky a sounáležitosti*. Zajímalo nás, jak byli dětské pacienti přijímáni personálem a kolektivem, jaké nejčastější pocity zažívali, případně komu se mohli jít svěřit. U ošetřovatelského personálu nás také zajímalo, jakým způsobem napomáhají k udržování přátelských vztahů mezi pacienty a jak u dětí předcházejí pocitům osamělosti.

Dle personálu je stěžejním bodem přátelských vztahů mezi dětskými pacienty komunikace. I8 uvedla, že ačkoli se jedná o velmi důležitou činnost, komunikace s psychiatrickými pacienty bývá někdy náročná. Tímto tvrzením se shoduje s Papageorgiou (2017), která ve svém vědeckém článku uvádí časté obtíže se vzájemnou komunikací mezi psychiatrickým pacientem a zdravotnickým personálem. Sestra I6 v návaznosti na tuto otázku odpověděla: *„Ty konflikty na tomhle oddělení vznikají nejčastěji kvůli hračkám. Takže se tomu snažíme předcházet tím, že dáváme skupinky maximálně po 6 dětech a vysvětlujeme a vysvětlujeme. Musíme to samozřejmě vysvětlovat vždycky podle stavu toho dítěte, aby to pochopilo. Ale prostě jim vysvětlujeme, jak se mají nebo nemají chovat.“* K předcházení pocitu osamělosti se opět vyskytovaly odpovědi zmiňující neomezený kontakt s rodinou. Sestra I7 také zmínila aktivní zapojování do společenských aktivit.

V další z podkategorií jsme se zajímali o způsoby zapojování nově přijatého pacienta či pacienta majícího potíže se socializací do kolektivu. Sestry I7 a I8 ve svých odpovědích zmínily pravidelné využívání komunit, ve kterých je pacient představen a uvedly je jako dostatečné. Dětská informantka I5 mi však na tuto otázku odpověděla toto: *„Nijak mi nepomohly při začlenění. Jen tam každý ráno byla komunita, kde ty nové lidi představily. Ale jinak jako že by ten den příjmu do toho ty sestřičky zasáhly, to ne“.* Dle našeho názoru je využití pouze samostatné komunity nedostatečné. Při příjmu bychom kromě představení nového člena kolektivu doporučili využití společenské aktivity či jiné činnosti, díky které by se nový pacient začal automaticky zapojovat do dětského kolektivu. Předcházelo by se tak situacím, kdy se obě strany po určitou dobu bojí navázat kontakt a u nového pacienta se pouze zvyšuje úzkost.

Při dotazu na přijetí dětských pacientů personálem jsme byli naopak mile překvapeni. Většina dětských pacientů byla s přístupem spokojena. Pouze I3 a I4 nebyli spokojeni. I3 reagoval takto: *„No tak tam záleželo, jaký sestry tam byly, ale většina tak nějak jako ignorovala“.*

Dále nás zajímalo, jak byli dětské pacienti přijímáni kolektivem. Většina odpovědí byla zcela pozitivní. Pouze pacientka I1 uvedla, že během první hospitalizace měla problémy se socializací. Jako důvod však uvedla vlastní chování.

Dalším zjišťovaným tématem byla možnost se svěřit. Zajímali jsme se o to, zda měly děti po dobu hospitalizace možnost dojit za jakoukoli osobou, které by mohly sdělit svá trápení a problémy. Očekávanou a také častou odpovědí byli spolu-pacienti, kteří

cháпали problémy druhých. Dále byla zmiňována rodina a velmi milým překvapením pro nás bylo zmínění ošetrovatelského personálu dvěma pacienty.

Zde se dostáváme k další podkategorii, konkrétně se zabývající *Potřebou uznání a sebeúcty*. V této té nás zajímalo, jakými způsoby projevuje ošetrovatelský personál respektující chování vůči dětským pacientům či jakým způsobem napomáhá k posílení a udržení sebevědomí a sebeúcty. Také nás zajímalo, zda se každá ze skupin informantů setkala s pojmem „*gaslighting*“, případně zda tento termín dokáže definovat.

V podkategorii zabývající se posilováním sebevědomí a sebeúcty se všichni ošetrovatelský personál shodl v důležitosti individuality, komunikace a pravidelných pochvalách. Sestra I8 ve své odpovědi sdělila toto: „*Vyzdvihujeme pozitivní vlastnosti, validace emocí, pochvaly sebemenších krůčků. Hodně to děláme my, psychologové i lékaři. Je to proces. Poukazujeme na jejich úspěchy.*“ Další sestra I6 odpověděla: „*Tak samozřejmostí je pochvala. Chválíme je úplně za vše. Je smutný, že často pochvalu děti ani neznají. A tady jsou chválené pořád a úplně rozkvetou, to je potom pěkný.*“

V následující podkategorii jsme přenesli svůj zájem k projevům respektu k tzv. „*gaslightingu*“. Z našeho výzkumu vyplynulo, že ošetrovatelský personál považuje respekt za automatickou věc v případě, že je vzájemný. Dle slov I8 je respekt vůči dětským pacientům samozřejmostí, pokud oni respektují ji. Ve své odpovědi také zmiňuje směrnice, o kterých ve svém článku hovoří také Shekhar (2015). Konkrétně odpověděla: „*Máme na to směrnice, ale logicky respektovat. Chovám se k nim tak, jak chci, aby se oni chovali ke mně. Učíme je, že když se jim něco nelíbí, můžou a hlavně mají se ozvat. My je respektujeme, ale jsou věci, které jim prostě nemůžeme dovolit. Pokud tady bude kuřák, tak já budu respektovat, že kouří, ale prostě mu tady tu cigaretu dovolit nemůžu. A tohle se jim hodně snažíme vysvětlit.*“ Také z výpovědi sestry I6 vyšlo najevo, že k dětským pacientům s úctou a respektem přistupuje, vyžaduje však od nich to samé. Při dotazu vztahujícím se na tuto podkategorii a na výše zmiňovaný pojem „*gaslighting*“, - tedy formu manipulace, jsme se dozvěděli, že všechny sestry jsou si plně vědomy významu tohoto pojmu. Pouze jedna z nich však uvedla vlastní zkušenost a okamžitou reakci na něj.

Ze strany dětských pacientů jsme se však bohužel opět setkali s opačnými informacemi. Nejprve nás zajímalo, jakými způsoby napomáhal personál ke zvýšení sebevědomí a sebeúcty. Dětské informanti si nevybavili žádný ze způsobů, kterými by jim

byl v tomto směru personál nápomocný. Pouze I2 a I4 uvedly, že v tomto směru pomáhala psychoterapie a vlídná komunikace personálu.

Dalším překvapivým zjištěním v našem výzkumu byl fakt, že většina dětských pacientů uvedla potřebu respektu vůči své osobě jako nedostatečnou. Pacientka I1 odpověděla takto: „*(smích) Vůbec. Všude se chovali strašně nadřazeně nebo se vesměs chovali minimálně zpruzeně, že tam musí být někeří*“. Zajímavá byla také výpověď pacienta I3, který ve své odpovědi nastínil problematiku genderové identity. Uvedl zkušenost s nerespektováním a situacemi, kdy personál odmítal přijmout jeho rozhodnutí o změně pohlaví, a to i přes výslovné přání rodiny. I3: „*Řekli, že je to prostě kravina dnešní doby. Že prostě jsem se narodil jako žena, takže jsem žena. Nerespektovali to ani u mě, ani u jiných*“. S tímto tématem se ztotožňuje také Vermeir (2018), která ve svém článku nastiňuje problematiku negativního přístupu zdravotníků vůči transgender osobám. Toto téma také nastínila jedna ze sester, I7, díky jejíž odpovědi můžeme vidět tento problém i z jiného úhlu pohledu. Odpověděla: „*Třeba tu máme často holky, které o sobě mluví jako o mužích. A já to respektuju a chápu. Ale po nich chci, aby chápaly, že je tu hodně dětí a už jen kvůli možné záměně léků jí budu říkat jejím rodným jménem, protože ho mám v papírech a tím se prostě musím řídit. Je to pro její bezpečnost*“. Genderová ideologie je těžké a rozsáhlé téma. Ve finále tak chápeme obě strany. Dle našeho názoru by však v rámci zachování respektu a důstojného zacházení s pacientem mohla přibýt větší snaha personálu v přístupu k nim.

Se zjištěným faktem, že většina dětských pacientů nezažila saturovanou potřebu respektu, jsme se začali zajímat o jejich zkušenosti s bagatelizací a „gaslightingem“. Smutným zjištěním bylo, že s určitou formou psychické manipulace či bagatelizace jejich onemocnění se setkalo všech pět informantů. Pacientka I5 odpověděla: *Jo, to se dělo rozhodně. Jedna konkrétní sestra hlavně. Ta říkala holkám, že ony jsou ten problém, že si za to můžou samy a takhle. No a některý sestřičky to tam taky říkaly*“. Také I4 má bohužel zkušenost s těmito situacemi: „*Ty sestry určitě. Tvářily se, že nám nic není, že je to všechno spojený s věkem, že jsme teď problémoví, nebo že to děláme naschvál rodičům. Říkaly třeba, že takový problémy v tom stejným věku měly taky, co až jednou budu mít děti, jak jim to vysvětlím a takový ty věci. Jedna sestřička mi řekla, že jsem si na svém těle musela dát teda dost záležet (slečna je silně zjizvená)*“.

Poslední problematikou, o kterou jsme se s pacienty a personálem chtěli zajímat, byla Potřeba seberealizace. Z výsledků šetření jsme měli velkou radost, jelikož odpovědi obou skupin se shodovaly, a co více – byly vesměs pozitivní. Kategorii, jež se tímto zabývala, jsme rozdělili do podkategorií, díky kterým jsme se mohli dotazovat na způsob vzdělávání, možnost realizace zájmů a využití volného času.

Ošetrovatelský personál se ve všech svých odpovědích ohledně vzdělávání shodl na výuce probíhající při psychiatrické nemocnici. Učitelé spolupracují individuálně s dětmi a s jejich školami. Sestra I8 uvedla: *„Normálně, chodí do školy tady při DPN. Každý má výuku. Buď ve škole nebo na stanici. To záleží na jeho stavu a jak rozhodne lékař. Pokud má někdo se školou problém, třeba úzkosti, tak se nejdříve učí tady na stanici, potom jde zkusit třeba jednu hodinu, potom tři hodiny a postupně se to navyšuje. Pokud je tu dítě, které už dochází na střední školu, tak dostane materiály ze své školy a učitelé v naší mu s nimi pomohou. Ty školy spolu spolupracují“.*

Při dotazu na realizaci zájmů a volnočasové aktivity nám bylo řečeno, že se o realizaci snaží co nejvíce a byly nám vyjmenovány například stolní hry, kreativní činnost, bazén či tělocvična.

Z odpovědí dětských pacientů jsme se dozvěděli, že s trávením volného času, využitelnými způsoby pro zábavu či přístupu personálu k realizaci zájmů, byli vesměs všichni spokojeni. Jedinou negativní zpětnou vazbu v této kategorii měla podkategorie zabývající se vzděláváním. Dětské pacienti odpovídali, že se ve školním prostředí nedalo ulevit od stresu, případně že pedagogové nebyli schopni vypomoci s učivem jejich školy.

6. ZÁVĚR

Cílem této práce bylo popsat uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb dětských pacientů z pohledu ošetřovatelského personálu a z pohledu samotných dětských pacientů. Na základě tohoto cíle byly stanoveny dvě výzkumné otázky. První otázka zněla, jakým způsobem jsou saturovány bio-psycho-sociální potřeby z pohledu dětského pacienta. Druhá otázka poté byla, jakým způsobem jsou saturovány bio-psycho-sociální potřeby z pohledu ošetřovatelského personálu.

Kvalitativní výzkumné šetření probíhalo za pomoci polostrukturovaných rozhovorů vedených s výzkumným souborem. Ten tvořil celkem 8 informantů, z nichž 5 bylo dětských pacientů, majících zkušenost s hospitalizací na některé z dětských psychiatrií v České republice, a zbylí 3 byli tvořeni ošetřovatelským personálem z dětské psychiatrické nemocnice. S dětskými pacienty jsem díky vzdálenosti a časové náročnosti prováděla šetření skrze online schůzky. S ošetřovatelským personálem jsem se setkávala osobně na odděleních. Pomocí rozhovorů mi bylo výzkumným souborem popisováno uspokojování výše zmíněných potřeb. Konkrétně nás zajímalo, jakým způsobem jsou dle dětských pacientů saturovány fyziologické potřeby a jakým způsobem jsou saturovány dle ošetřovatelského personálu. Dále jsme se zajímali o *Potřebu bezpečí a jistoty*, *Potřebu lásky a souměřitelnosti*, *Potřebu uznání a sebeúcty* a *Potřebu seberealizace*. A to z úhlu pohledu obou stran. Cíl této práce byl splněn. Popsali jsme, jakým způsobem jsou saturovány potřeby dětských pacientů z jejich úhlu pohledu, a také z pohledu ošetřovatelského personálu.

Díky odpovědím byla vytvořena schémata. V první kategorii jsme se zajímali o fyziologické potřeby, konkrétně o *Potřebu výživy*, *Odpočinku* a *Potřebu být bez bolesti*. Zjistili jsme, že se stravováním byla spokojena menší část dětí, ať už s PPP či s odlišnou diagnózou. Dětské pacienti ve svých odpovědích uváděli častý pocit stresu a nedostatek podpory během stravování. Ošetřovatelský personál naopak uváděl jako odpověď aktivně probíhající komunikaci, využití nutričního terapeuta a způsoby k upevnění stravovacích návyků. Při dotazu na odpočinek a spánek byla nejčastější odpovědí kniha, TV, nemožnost denního odpočinku a využití farmak. Personál odpovídal nejčastěji zajištění čistého prostředí, zajištění relaxací a zejména individuální přístup. Co se *Potřeby být bez bolesti* týče, zajímalo nás, jakými způsoby byla tišena bolest nejen fyzická, ale zejména psychická. Nejčastější odpovědí dětských pacientů byla jednoznačně farmaka, objevovala se také odpověď komunikace či naopak bagatelizace. Personálem sdělenou

odpovědi byla opět individualita, komunikace, antistresové pomůcky a v neposlední řadě farmaka.

Druhá kategorie se zabývá *Potřebou bezpečí a jistoty*. Ze získaných odpovědí vyplynulo, že nejčastějším původcem strachu je sám pacient, dále agresivní spolupacienti či zamykání na pokojích. Pocitu jistoty a bezpečí naopak napomáhaly kontroly osobních věcí, empatie, asertivita a komunikace ze strany personálu. Pro ošetrovatelský personál bylo dle odpovědí klíčové zmírnění strachu již při samotném příjmu. Sestry uvedly, že je potřeba dítě maximálně informovat a přistupovat lidsky. Také uvedly jako důležité neomezit kontakt s rodinou či hospitalizovat dítě i s matkou.

Třetí kategorií jsme se dostali k *Potřebě lásky a souměřitosti*. Většina dětských pacientů uvedla, že po dobu jejich hospitalizace se vůči nim ošetrovatelský personál choval mile a asertivně v případě, že to bylo vzájemné. Objevily se však také odpovědi zmiňující hostilitu nebo ignoraci. Přijetí dětským kolektivem všichni dětské pacienti hodnotili striktně kladně. Nejčastější odpovědí byla vstřícnost, podpora, pochopení. Rodinné zapojení bylo hodnoceno převážně jako dostačující. Nejčastěji k němu sloužily mobilní telefony či návštěvy, díky kterým se mohli svěřovat rodině nebo přátelům. Vytknuté byly pouze nedostatečné rodinné terapie či omezení kontaktu v případě porušení daného řádu oddělení. Děti také uvedly, že se mohly svěřit ošetrovatelskému personálu nebo spolupacientům. Sestry ve svých odpovědích apelovaly na důležitost vzájemné komunikace, zapojování všech dětí do společenských aktivit a předcházení pocitu samoty díky kontaktu s rodinou.

Čtvrtá kategorie se zabývá *Potřebou uznání a sebeúcty*. Podkategorie týkající se respektu vůči dětským pacientům byla hodnocena vesměs negativně s přesvědčením pacientů o nedostatečné saturaci této potřeby. V odpovědích jsme se setkávali s popisem „gaslightingu“, bagatelizace a autoritativního přístupu. Při dotázání na posilování sebeúcty a sebevědomí si většina dětských pacientů nebyla schopna vybavit jakýkoli způsob saturace. Pouze dva dotazovaní uvedli jako odpověď terapii. Naopak ošetrovatelský personál uvedl příklady validace emocí, projevu respektu a uznání, využití pochval a komunikace.

V poslední, páté kategorii, jsme se zajímali o potřebu seberealizace. Ta byla naopak hodnocena převážně pozitivně. Většina dětských pacientů uvedla velké množství možných volnočasových aktivit a pozitivní přístup personálu k realizaci jejich zamýšlených zájmů. V této kategorii bylo jedinou negativně hodnocenou podkategorií vzdělávání. Jako důvody byly uváděné neoddělení od problémových pacientů,

nedostatečná výpomoc s učivem a samotná nedostatečná výuka. V tomto schématu se dětské pacienti vesměs shodovali s ošetrovatelským personálem. Ve svých odpovědích uvedl personál velkou snahu o realizaci zájmu a volnočasových aktivit.

Z výsledků našeho šetření a častých neshod v nich se objevujících vyplynulo, že by se tato problematika měla i nadále řešit. Z výpovědí dětských pacientů je zřejmé, že v určitých zařízeních stále ještě neprobíhá léčba a ošetrovatelská péče způsobem, jakým by měla. Je tomu tak navzdory psychiatrické reformě, která si klade za cíl zvýšit kvalitu a efektivitu poskytované péče. Zdravotnickým zařízením poskytující psychiatrickou péči dětským pacientům bychom proto doporučili zařadit pravidelné hodnocení spokojenosti svých pacientů. Dalo by se tak zamezit výskytu negativních zkušeností s hospitalizacemi a nedocházelo by k utvoření negativního obrazu zdravotnické psychiatrické péče.

Tato práce a informace v ní zahrnuté budou poskytnuty jako studijní materiál pro odbornou výuku pediatrických sester. Lze ji také využít ke studiu všeobecných sester specializujících se v oboru dětská psychiatrie či jako inspirace zdravotnickým zařízením poskytující psychiatrickou péči dětským pacientům, které se snaží zdokonalit svou poskytovanou péči.

7. SEZNAM LITERATURY

1. ADDP, 2019. *Sít' pedopsychiatrických lůžek v ČR*. [online]. ADDP: Asociace dětské a dorostové psychiatrie. Praha: ADDP [cit. 2023-7-29]. Dostupné z: <https://www.addp.cz/informujeme/sit-pedopsychiatrickych-luzek-v-cr.html>
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2018. *What Is Psychiatry?* [online]. [cit. 22.11.2022]. Dostupné z: <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-psychiatry>
3. BOLTEN, M., 2012. Infant psychiatric disorders. *European Child Adolescent Psychiatry* [online]. 22(1), 69-74 [cit. 2023-3-30]. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00787-012-0364-8>. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23229140/>
4. ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 96/2004 Sb., *o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)*, 2004. In: Sbíрка zákonů České republiky, částka 30, s. 1452-1479. ISSN 1211-1244.
5. DINCAO, D., HUTZ, C., 2019. *Satisfaction of Basic Needs and its Repercussion in the Course of Development*. *PSICO – USF* [online]. 24(2), 383-392 [cit. 2023-7-29]. DOI: 10.1590/1413-82712019240214. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/334279912_Satisfaction_of_Basic_Needs_and_its_Repercussion_in_the_Course_of_Development
6. DRTÍLKOVÁ, I., 2011. Bipolární porucha v dětství a schválení Ziprasidonu v léčbě mánie u dětí a adolescentů. *Pediatric pro praxi* [online]. Solen, s.r.o, 12(3), 151-153 [cit. 2023-3-14]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2011/03/02.pdf>
7. HERDMAN, H., KAMITSURU, S., 2017. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace*. 10. Praha: Grada. ISBN ISBN 978-80-247-5412-3.
8. HOLLIS, C., 2015. Schizophrenia in children and adolescents. *BJPsych Advances* [online]. Cambridge University, 21(5), 333-341 [cit. 2023-3-3]. DOI: <https://doi.org/10.1192/apt.bp.114.014076>. Dostupné z: <https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-advances/article/schizophrenia-in-children-and-adolescents/2D4067DEC589778518559AE1F8C4DF38>

9. HORT, H., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E., 2008. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-404-5.
10. HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER, J., 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 9788024629988.
11. CHAN, V., 2016. Schizophrenia and Psychosis: Diagnosis, Current Research Trends, and Model Treatment Approaches with Implications for Transitional Age Youth. *Child Adolescent Psychiatr Clinics of North America* [online]. 26(2), 341-366 [cit. 2023-6-5]. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chc.2016.12.014>. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28314460/>
12. CHEN, Y., KLIG, E., 2019. Cannabis-related emergencies in children and teens. *Current Opinion in Paediatrics* [online]. *Wolters Kluwer Health*, 31(3), 6 [cit. 2023-3-2]. DOI: 10.1097/MOP.0000000000000752. Dostupné z: https://journals.lww.com/co-pediatrics/Abstract/2019/06000/Cannabis_related_emergencies_in_children_and_teens.2.aspx
13. ICN, 2023. *Nursing Definitions*. [online]. ICU: International Council of Nurses. Ženeva: ICN [cit. 2023-7-29]. Dostupné z: <https://www.icn.ch/resources/nursing-definitions>
14. KENDALL, et al., 2013. *Management of autism in children and young people: summary of NICE and SCIE guidance* [online]. 347(7923). London, UK, 1-4 [cit. 2023-3-19]. doi:10.1136/bmj.f4865
15. KHURSHID, A., 2018. Comorbid Insomnia and Psychiatric Disorders: an Update. *Innov Clin Neurosci* [online]. 15(3), 28-32 [cit. 2023-7-28]. DOI: PMC5906087. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5906087/>
16. KICHEFSKI, K., 2019. *About psychiatric-mental health nursing*. [online]. APNA: American Psychiatric Nurses Association. Virginia: American Psychiatric Nurses Association [cit. 2023-2-7]. Dostupné z: <https://www.apna.org/about-psychiatric-nursing/>
17. KLÍMA, J., 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5014-9.
18. KÖRNE, G., 2016. *Mental Health Problems in a School Setting in Children and Adolescents*. Department of Child and Adolescent Psychiatry, Psychosomatics,

- and Psychotherapy [online]. 113(11), 183-190 [cit. 2023-3-30]. DOI: <https://doi.org/10.3238%2Farztebl.2016.0183>. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4850518/>
19. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J., 2016. Poruchy příjmu potravy – spolupráce psychiatra s pediatrem a gynekologem. *Pediatric pro praxi* [online]. Solen, 16(1), 11-13 [cit. 2023-3-16]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2015/01/03.pdf>
 20. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J., 2019. Psychiatrické poruchy s převahou somatických projevů v dětství a adolescenci. *Česko-slovenská pediatrie* [online]. 74(4), 220-223 [cit. 2023-3-15]. Dostupné z: <https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=326ab492-294a-4eeb-8951-567872c6e8f1%40redis>
 21. KUKLA, L., 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3874-1.
 22. LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z., 2015. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1983-5.
 23. MALÁ, E., 2008. Diagnóza schizofrenie v dětství a adolescenci. *Pediatric pro praxi* [online]. Praha, 9(5), 282-284 [cit. 2023-3-3]. Dostupné: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2008/05/02.pdf>
 24. MALÁ, E., 2011. Sociální fobie v dětství. *Pediatric pro praxi* [online]. Solen, 12(2), 76-78 [cit. 2023-3-15]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/ped/2011/02/02.pdf>
 25. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P., 2010. *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-723-7.
 26. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., 2006 *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing. Sestra. ISBN 80-247-1151-6.
 27. MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5376-8.
 28. MELO, E., 2014. The involvement of parents in the healthcare provided to hospitalized children. *Rev Lat Am Enfermagem* [online]. 22(3), 432-439 [cit. 2023-7-28]. DOI: PMC4292621. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4292621/>

29. Národní zdravotnický informační portál [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023 [cit. 23.02.2023]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>. ISSN 2695-0340.
30. NCI, *Cannabinoid: Dictionary of Cancer Terms*, 2022. [online]. National Cancer Institute: An official website of the United States government. USA: Department of Health and Human Services [cit. 2023-7-21]. Dostupné z: <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/cannabinoid>
31. NJOKU, I., 2022. *What is Mental Illness?* [online]. American Psychiatric Association. Washington DC: APA [cit. 2023-2-23]. Dostupné z: <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>
32. OLECKÁ, I., POSPÍŠIL, J. 2022. *Substance Abuse in the Czech Population: Reflections on threats, their value context and possibilities of social prevention*. I. Olomouc: Univerzita Palackého Olomouc. ISBN 978-80-244-6175-5.
33. OREL, M., 2020. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-2529-6.
34. PAPAGEOURGIOU, et al., 2017. Communication skills training for mental health professionals working with people with severe mental illness. *Cochrane Database Systematic Review* [online]. 13(6) [cit. 2023-7-28]. DOI: 10.1002/14651858.CD010006.pub2. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6481374/>
35. PETR, T., MARKOVÁ, E., 2014. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.
36. PSYCHOPORTAL, 2022. *Ambulance klinických psychologů*. [online]. Psychoportal: Brána k odborné pomoci. Praha: Psychoportal [cit. 2023-6-5]. Dostupné z: <https://psychoportal.cz/ambulance-klinicky-psychologu/>
37. PTÁČEK, R., KUŽELOVÁ, H., 2013. *Vývojová psychologie pro sociální práci* [online]. 1. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR [cit. 2023-3-30]. ISBN 978-80-7421-060-0. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/954010/psychologie.pdf/91da3174-0856-99ce-5c24-2704a0cc7d55>
38. RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P., 2012. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1985-9.
39. RABOCH, J., WENIGOVÁ, B., 2012. *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a*

- zahraničí*).: Odborná zpráva z projektu. [online]. Psychiatrická společnost ČLS JEP. Praha: Česká psychiatrická společnost [cit. 2022-12-29]. Dostupné z: https://www.psychiatrie.cz/images/stories/OZ_zkr_komplet.pdf
40. RENK, K., et al., 2014. Bipolar Disorder in Children: Review article. *Psychiatry journal* [online]. Orlando, USA, 1-19 [cit. 2023-3-14]. DOI: 10.1155/2014/928685. Dostupné z: <https://www.hindawi.com/journals/psychiatry/2014/928685/>
41. SHEKHAR, S., FAHMY, H., 2015. Dignity-a fundamental principle of mental health care. *Indian J Med Res.* [online]. 142(4), 355-358 [cit. 2023-7-28]. DOI: 10.4103/0971-5916.169184. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4683817/>
42. SHOIB, S., et al., 2022. Is Maslow's Hierarchy of Needs Applicable During the COVID-19 Pandemic? *Indian Journal of Psychological Medicine* [online]. 44(1), 98-100 [cit. 2023-3-31]. DOI: 10.1177/02537176211060435. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35509646/>
43. SIKOROVÁ, L., 2011. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3593-1.
44. SOBOTKOVÁ, D., DITTRICHOVÁ, J., 2013. Psychický vývoj kojenců a batolat: vývojové problémy a poruchy v raném věku (II). *Pediatric pro praxi* [online]. Solen, 14(5), 280-283 [cit. 2023-3-30]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2013/05/02.pdf>
45. SOBOTKOVÁ, D., *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4042-3.
46. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol., *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3223-7.
47. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
48. UNICEF, 2023. *Mental health conversation starters: 11–13 years*. [online]. UNICEF parenting: For every child. New York: UNICEF [cit. 2023-7-29]. Dostupné z: <https://www.unicef.org/parenting/mental-health/conversation-starters-11-13-years>

49. ÚZIS, 2023. *F30-F39 – Afektivní poruchy (poruchy nálady)*. [online]. MKN-10: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Praha: MUNI med [cit. 2023-7-29]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F30-F39>
50. VÁGNEROVÁ, M., LISÁ, L., 2021. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vydání třetí. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-4961-0.
51. VALENTA, M., MICHALÍK, J., LEČBYCH, M., 2018. *Mentální postižení. 2.*, přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0378-2.
52. VERMEIR, E., JACKSON, L., MARSHALL, E., 2018. Improving Healthcare Providers' Interactions with Trans Patients: Recommendations to Promote Cultural Competence. *Healthc Policy* [online]. 14(1), 11-18 [cit. 2023-7-28]. DOI: 10.12927/hcpol.2018.25552. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6147364/>
53. WEBSTER, M.E.R.R.I.A.M., 2023. *Need - definition and meaning*. [online]. Merriam-Webster. Massachusetts: Merriam-Webster [cit. 2023-7-31]. Dostupné z: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/need>
54. WHO, 2021. *Mental Health Atlas 2020* [online]. Ženeva: WHO [cit. 2023-7-29]. ISBN:978-92-4-003670-3. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>

8. PŘÍLOHY

8.1. Seznam příloh

Příloha 1: Otázky pro rozhovory s dětskými pacienty

Příloha 2: Otázky pro rozhovory s ošetřovatelským personálem

Příloha 1

Otázky pro rozhovory s dětskými pacienty

1. Kolik je ti let?
2. Identifikuješ se jako muž nebo žena?
3. Žiješ ve městě, či na vesnici?
4. Kolik a jaké sourozence máš?
5. Vyjmenoval/a bys mi diagnózy, se kterými se léčíš?
6. Jak dlouho se s ní/ s nimi léčíš?
7. Kolikrát jsi kvůli své diagnóze/svým diagnózám byl/a hospitalizován/a?
8. Jak dlouho trvala tvá poslední hospitalizace?
9. Jaký je tvůj vztah k jídlu?
10. Jak jsi byl/a spokojený/á se stravováním během hospitalizace?
11. Jakými postupy ti zdravotnický personál pomohl nastavit/ udržet pozitivní vztah k jídlu?
12. Jaký přístup personálu vůči tobě při stravování ti naopak nevyhovoval?
13. Jakou možnost jsi mohl/a zvolit, pokud sis chtěl/a přes den odpočinout?
14. Jak se ti během hospitalizace spalo a jak byly personálem řešené případné problémy se spánkem?
15. Jaké způsoby využíval personál, pokud jsi potřeboval/a tišit psychickou bolest?
16. Jaké způsoby využíval personál, pokud jsi potřeboval/a tišit fyzickou bolest?
17. Co si představuješ pod pojmem bezpečí a co pod pojmem jistota?
18. Jak bezpečně ses cítil/a během hospitalizace?
19. Jak moc a jak často jsi cítil/a strach a z čeho pramenil?
20. Pokud se objevily problémy spojené s nemocí, co pro tebe mohl personál nemocnice udělat proto, aby ti pomohl saturovat potřebu bezpečí a jistoty?
21. Jaký přístup personálu ti spíše vyhovoval? Aktivní nebo pasivní, a který v tobě více vzbuzoval pocit jistoty a bezpečí?
22. Co si představuješ pod pojmem láska a sounáležitost?
23. Jak tě přijímal zdravotnický personál při hospitalizaci?
24. Jak tě přijímal dětský kolektiv při hospitalizaci?
25. Jaké pocity si zažíval/a při hospitalizaci? Mohl/a bys konkrétně popsat pozitivní i negativní pocity?
26. Jak byla zapojena tvoje rodina a blízcí, přátelé a kamarádi po dobu hospitalizace?

27. Komu ses mohl/a po dobu hospitalizace svěřit s nepříjemnostmi/trápením?
28. Jaké metody, které využíval personál k zajištění těchto potřeb ti vyhovovaly?
29. Jaké metody, které využíval personál k zajištění těchto potřeb ti naopak bránily v jejich naplnění?
30. Co si představuješ pod pojmem uznání a sebeúcta?
31. Jakým způsobem ti personál dával najevo respekt vůči tvé osobě?
32. Dokázal/s bys mi vysvětlit pojem „*gaslighting*“ a svou zkušenost s ním, pokud ji máš?
33. Jakými způsoby se personál snažil posilovat tvé sebevědomí?
34. Jakými způsoby se personál snažil posilovat tvou sebeúctu?
35. Co během hospitalizace nejvíce ovlivňovalo tvou náladu?
36. Jaké metody, které personál využíval k zajištění potřeby uznání a sebeúcty, ti vyhovovaly, a které naopak ne?
37. Jakým způsobem jsi trávil/a volný čas na oddělení?
38. Jak ti vyhovovalo vzdělávání po dobu hospitalizace?
39. Jaký byl přístup personálu v situacích, kdy jsi chtěl/a realizovat své zájmy?
40. Jakou formu hry jsi volil/a během hospitalizace nejčastěji?
41. Jaké metody, jež personál využíval ke tvé seberealizaci ti vyhovovaly, a jaké naopak ne?

Zdroj: Vlastní zpracování, 2023

Příloha 2

Otázky k rozhovorům s ošetrovatelským personálem

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké je vaše nejvýše dosažené vzdělání?
3. Jak dlouhá je vaše praxe ve zdravotnictví?
4. Jak dlouhá je vaše praxe v oboru dětské psychiatrie?
5. Jak funguje stravovací režim na vašem oddělení u dětí hospitalizovaných z důvodu poruchy příjmu potravy a jak u dětí hospitalizovaných s jinou diagnózou?
6. Jakým způsobem je na vašem oddělení řešeno odmítání stravy?
7. Jaké způsoby k podpoře zdravých stravovacích návyků jsou na vašem oddělení využívány?
8. Jakým způsobem si hospitalizovaný pacient může přes den odpočinout fyzicky či psychicky?
9. Jakým způsobem je zajištěna podpora klidného spánku?
10. Jaký spánkový režim funguje na vašem oddělení?
11. Jakými způsoby napomáháte k tišení psychické bolesti, a jakými k tišení fyzické bolesti u hospitalizovaných pacientů?
12. Jak by se podle Vás dalo zlepšit zajištění kvalitní stravy, odpočinku, úlevy od bolesti? Co byste na oddělení a provozu změnili?
13. Jakými způsoby napomáháte pacientovi k nabití pocitu, že je v bezpečí a „jako doma“?
14. Jakými způsoby napomáháte k pocitu rodinné jistoty?
15. Jakými způsoby napomáháte k předcházení násilí a agrese/ autoagrese?
16. Jak by se podle Vás dalo zlepšit zajištění potřeby jistoty a bezpečí? Co byste na oddělení a provozu změnili?
17. Jakým způsobem napomáháte k udržování přátelských vztahů mezi pacienty na vašem oddělení?
18. Jakým způsobem napomáháte k přijetí nového dětského pacienta do kolektivu?
19. Jakým způsobem předcházíte pocitu osamělosti u dětského pacienta?
20. Jak by se podle Vás dalo zlepšit nebo změnit zajištění potřeby lásky a sounáležitosti na Vašem pracovišti?

21. Jakými způsoby posilujete/ udržujete pocit sebevědomí u pacienta?
22. Jakými způsoby posilujete u pacientů sebeúctu?
23. Jak je zajišťován respekt vůči dětským pacientům zdravotnickým personálem?
24. Dokázal/a byste mi vysvětlit pojem „*gaslighting*“? Setkala jste se s tím během své praxe?
25. Jak by se podle Vás dalo zlepšit zajištění potřeby uznání a sebeúcty na Vašem pracovišti? Co byste na provozu a oddělení změnili?
26. Jakými způsoby je na vašem oddělení řešeno vzdělávání?
27. Jakými způsoby může na vašem oddělení pacient realizovat své schopnosti a zájmy?
28. Jaké formy her a aktivit jsou na vašem oddělení dostupné?
29. Jak by se podle Vás dalo zlepšit zajištění potřeby seberealizace na vašem pracovišti? Co byste na oddělení a provozu změnili?

Zdroj: Vlastní zpracování, 2023

