

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství

Navazující magisterské studium
učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Potřeby hospitalizovaných dětí

2006/2007

Alena Dufková

Vedoucí práce: PhDr. Helena Chloubová

Poděkování:

Chtěla bych poděkovat PhDr. Heleně Chloubové za pomoc, ochotu, porozumění a čas, který mi věnovala při konzultacích v průběhu zpracovávání diplomové práce. Děkuji také za poskytování cenných rad, informací a materiálních podkladů.

Mé poděkování patří i Mgr. Vladimíru Hozdovi za pomoc při zpracovávání grafů v empirické části diplomové práce.

Vedoucí práce: PhDr. Helena Chloubová

Oponent:

Obhajoba diplomové práce dne:

Hodnocení:

Čestné prohlášení:

Prohlašuje, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila při její realizaci pouze těch pramenů, které jsou uvedeny v seznamu použité literatury a pramenů.

V Praze dne 27. 4. 2007

.....

Obsah:

Obsah	5
Anotace	7
Abstract	8
Úvod	9
1 Potřeby člověka	10
1. 1 Různá charakteristika potřeb	10
1. 1. 1 Hledisko biologické	12
1. 1. 2 Hledisko psychologické	13
1. 1. 3 Sociální hledisko	14
1. 1. 4 Spirituální hledisko	16
1. 2 Vymezení potřeb v ošetrovatelství	17
1. 3 Potřeby a motivace	20
2 Klasifikace potřeb	23
2. 1 Klasifikace podle Maslowa	23
2. 2 Klasifikace podle Chloubové	24
2. 3 Klasifikace podle různých autorů	26
3 Potřeby dětí	32
3..1 Stručný pohled na dítě	32
3..2 Základní tělesné potřeby	33
3..3 Základní nižší psychosociální potřeby	46
3. 4 Vyšší psychosociální potřeby	52
4 Vývojová stádia dítěte ve vztahu k jeho potřebám	56
4. 1 Problém změny ve vývoji člověka	56
4. 2 Základní charakteristika jednotlivých období vývoje dítěte.	57
4. 3 Předškolní věk	60
4. 4 Školní zralost	64
4. 5 Mladší školní věk	66
5 Hospitalizace dítěte	68
5. 1 Dítě v nemocnici	68
5. 2 Záporné stránky hospitalizace	70

5. 2. 1	Separace	70
5. 2. 2	Frustrace	71
5. 2. 3	Psychická deprivace	72
5. 3	Rodinný příslušník na dětském oddělení	74
6	Empirický výzkum	77
6. 1	Námět a výzkumný problém	77
6. 2	Cíle empirického výzkumu	78
6. 3	Hypotézy	79
6. 4	Metoda výzkumu	79
6. 5	Předvýzkum	81
6. 6	Charakteristika výzkumného vzorku	81
6. 7	Organizace a časový plán	85
7	Výsledky výzkumu a jejich interpretace	86
7. 1	Hypotéza číslo 1	86
7. 2	Hypotéza číslo 2.....	103
7. 3	Hypotéza číslo 3	110
7. 4	Hypotéza číslo 4	113
8	Diskuse	118
9	Závěr	122
10	Seznam použitých zdrojů	123
11	Seznam cizích slov a zkratek	129
12	Seznam tabulek	132
13	Seznam grafů	133
14	Seznam obrázků	136
15	Přílohy	137

Anotace.

Titul a jméno autora:	Bc. Alena Dufková
Instituce:	Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta Ústav teorie a praxe ošetrovatelství Studničkova 5, 121 00 Praha 2
Obor:	Navazující magisterské studium oboru učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy
Název práce:	Potřeby hospitalizovaných dětí
Vedoucí práce:	PhDr. Helena Chloubová
Počet stran:	137
Počet příloh:	3
Rok obhajoby:	2007
Klíčová slova:	potřeby dětí, klasifikace potřeb, modifikace potřeb dětského pacienta, hospitalizace s rodinným příslušníkem, frustrace potřeb v nemocničním prostředí.

Cílem této práce je popsat potřeby dětí předškolního a mladšího školního věku a zjistit jejich frustraci při hospitalizaci na dětských odděleních nemocnice. Vycházím ze základní klasifikace potřeb s přihlédnutím k vývojovým zvláštnostem dětského věku. Ve výzkumné části ověřuji rozdílný pohled dětí a rodičů na frustrované potřeby hospitalizovaných dětí. Dále zjišťuji, jak děti prožívají a hodnotí pobyt v nemocnici na rozdíl od svých rodičů.

Abstract.

Author's name: Alena Dufková, Bc.

School: Charles University, Prague
1st Faculty of Medicine
Institute of Theory and Practice of Nursing
Studičkova 5, 121 00 Prague

Program: Linking Master Programme / Teacher of Health
Endorsement program for School Nurse

Title: The Needs of Hospitalised Children

Consultant: Helena Chloubová, PhDr.

Number of pages: 137

Number of attachments: 3

Year: 2007

Key words: Children Needs, Classification of Needs,
Modification Needs of the Child Patient,
Hospitalization with Dependent,
Frustration of Needs in Hospital.

The goal of my work is to describe the needs of preschool age children and find out their frustration in medical facility. I start with the basic classification of needs concerning development of the child age. The research section is to verify the different opinion between children needs and their frustration in hospital. Furthermore, I tried find out whether the children have had the experience and evaluate their stay as well as their parents in hospital.

Úvod.

Problematikou uspokojování potřeb nemocných se u nás z teoretického i praktického hlediska zabývá obor ošetrovatelství již několik desítek let. Na počátku bylo ošetrovatelství v tomto snažení jaksí osamoceno. Téma se nezdálo být pro ostatní zdravotnické a sociální disciplíny dostatečně prioritní, eventuelně ekonomicky a společensky dostatečně přínosné. Několik jedinců z řad teoretiček ošetrovatelství se však neúnavně tímto tématem zabývalo a prosazovalo jej. Díky jim vznikl teoretický základ, ze kterého dnes můžeme čerpat pro ošetrovatelskou praxi a výzkum.

V současné době jsou již potřeby nemocných v rámci programů kontinuálního zvyšování kvality ve zdravotnictví, akreditačních řízení pojmány širší odbornou veřejností zcela jinak, než tomu bylo třeba před deseti lety. I kategorie jiných zdravotnických pracovníků musí akceptovat snahu a úsilí sester, jež je zaměřena právě na komplexní uspokojování potřeb nemocného člověka.

Původní profesí jsem dětská sestra. Pamatuji doby, kdy byla hospitalizace dětí zbytečně dlouhá, bez matek, s velmi omezenými, dokonce i zakázanými návštěvami.

I v průběhu mé pedagogické činnosti jsem se ve větší míře podílela na výuce studentek oboru dětská sestra. Postupně se hospitalizace zkracovala, přítomnost matky na oddělení je běžná, návštěvy jsou, až na počet osob, téměř neomezené. Když jsem se zamýšlela nad výběrem tématu diplomové práce, vybavil se mi stres a utrpení nejen dětí, ale i rodičů.

Míra a kvalita saturace potřeb zdravého dítěte ovlivňuje jeho harmonický rozvoj. Potřeby nemocného dítěte a jejich uspokojování mohou výrazně zasáhnout do celkového vývoje dítěte. Zda pozitivně či negativně, to záleží především na sestrách z dětských pracovišť. Prioritou v jejich práci musí být saturace potřeb dítěte za všech podmínek, které nemoc a hospitalizace přináší.

Diplomová práce je zaměřená na potřeby dětského pacienta a frustraci potřeb v nemocničním prostředí. Hledala jsem ve své práci odpovědi na tyto cíle:

- Zjistit, jaké základní, tělesné, základní psychosociální a vyšší potřeby si dítě s ohledem na svůj věk a hospitalizaci nedokáže nebo nemůže samo uspokojit.
- Zjistit, které potřeby pomáhá dítěti uspokojovat jeho rodinný příslušník, pokud je s ním hospitalizován, nebo sestra na oddělení.

1. Potřeby člověka.

Co potřebuje člověk? Jaké jsou jeho potřeby? Liší se potřeby lidí? Mají děti své potřeby? Co děti potřebují? Jakou roli mají rodiče při uspokojování potřeb svých dětí? Dokážou reagovat na jejich potřeby? Je tu spousta dalších a dalších otázek a odpověď na ně není jednoduchá.

Člověk jako lidská bytost neustále něco potřebuje. Sotva ráno otevře oči, už jsou tady jeho potřeby – najíst se, vykoupat se, koupit si nové šaty, potřebuje jít do práce, potřebuje si zasportovat, jít na procházku, potřebuje lásku, potřebuje se předvádět, potřebuje se naučit něco nového, potřebuje spát...

Potřeby ovlivňují kvalitu života každého z nás, souvisí nejen s osobním a společenským životem. Souvisí s naší spokojeností a perspektivou do budoucnosti. Ovlivňují celý náš život. Co tedy znamená slovo potřeba?

1.1 Různá charakteristika potřeb.

Potřeba je široký pojem a záleží na pohledu jestli charakterizujeme potřebu rostlin, zvířat či lidí. Chci se zaměřit na potřeby člověka. Charakterizovat jeho potřebu lze z různých hledisek.

Pokud si vezmeme člověka jako holistickou bytost, lze charakterizovat jeho potřeby v oblasti biologické, psychologické, sociální i duchovní. Při porušení zdraví v době nemoci se přidávají i potřeby ošetrovatelské.

Z jazykového hlediska slovník spisovné češtiny uvádí, že potřeba je:

1. „stav, v kterém je něco žádoucí, nezbytné, mít, pociťovat,
2. požadavek, nárok,
3. věc k něčemu potřebná, pomůcka,
4. upotřebení, užívání, vykonat tělesnou potřebu, nutné, nezbytné, třeba, zapotřebí“⁴¹

⁴¹ Kolektiv autorů: *Slovník spisovné češtiny pro školu a veřejnost*. 2. vydání. Praha: Akademie, 1998. s. 299. ISBN 80-200-0493-9

Všeobecná encyklopedie definuje potřebu jako motivační stav, vyvolaný fyziologickými deficity, které mají psychologickou odezvu prožívanými nedostatky. Dále jako stav nedostatku něčeho, co tvoří náplň života. Uvádí i kritiku současné nadměrné materiálové spotřeby – ekonomickou potřebu.⁶²

Filosofický slovník charakterizuje potřebu jako to, co bytosti chybí k zajištění jejího organického života. Obecně je rozděluje na prvotní přirozené potřeby, nutné pro přežití. Druhotné potřeby, jejichž uspokojování lze na nějakou dobu odložit a kulturní, které vznikly společenským prostředím. Toto rozdělení není absolutní a je více či méně ovlivněno společností a přirozeností člověka.¹³

Z filosofického hlediska také Jan Sokol uvádí, že „potřeba je něco, bez čeho se člověk nemůže obejít. Potřeba je však vždycky omezená (člověk nemůže sníst nekonečně mnoho), a jakmile je uspokojena, ztrácíme ji ze zřetele (syťého člověka jídlo nezajímá)“.⁷³

Filosof Herbert Marcuse mezi potřeby řadí pud, touhu a spotřebu.

Sociologický slovník termín potřeba vztahuje v obecné rovině k něčemu, co je pro jedince žádoucí a uvádí, že vědecká specifikace termínu se u různých autorů v oblasti sociologie liší.¹⁷

Individuální přístup jednotlivých autorů se projevuje s určitými odchylkami a zaměřením ke svému vědeckému oboru při definici tohoto pojmu.

Přizpůsobování organismů se okolnímu prostředí je jedním z hlavních aspektů vývoje. Sama existence potřeb však nevytváří nic specificky lidského. Teprve existence druhé signální soustavy odlišuje člověka od zvířat. Podnětem druhé signální soustavy je slovo a tento fakt mění obsah potřeb i způsob jejich naplnění. Chci se zaměřit na lidské potřeby, které mohou ovlivňovat zdraví a nemoc jedince. Budu se věnovat potřebám z hlediska biologického, psychologického, sociálního a duchovního.

⁶² Nové universum: *Všeobecná encyklopedie A – Ž*. 1. vydání. Praha: Universum, 2003. s. 861. ISBN 80-242-1069-X.

¹³ Durozoi, G.; Roussel, A. *Filosofický slovník*. 1. vydání. Praha: Ewa Edition, 1994. s. 229. ISBN 80-85764-07-5.

⁷³ Sokol, J. *Malá filosofie člověka a slovník filosofických pojmů*. 4. rozšířené vydání. Praha: Vyšehrad, 2004. s. 346. ISBN 80-7021-713-8.

¹⁷ Geist, B. *Sociologický slovník*. Praha: Victoria Publishing, 1992. s. 287. ISBN 80-85605-28-7.

1. 1. 1 Hledisko biologické.

Biologické hledisko vychází z fyziologické podstaty existence organismu. Základem je stálost vnitřního prostředí, které je nezbytné pro normální činnost všech buněk. Významný americký fyziolog Walter Cannon v roce 1926 zavedl pojem homeostáza a v roce 1932 ve svém díle *The Wisdom of the Body* (Moudrost těla) shrnul výklad biologické samoregulace.⁷¹

Homeostáza je termínem pro funkční dynamickou rovnováhu složení vnitřního prostředí. Fyziologická reaktivita je souborem vzájemně propojených systémových dějů, které při objevení se odchylky vhodnými reakcemi zajišťuje návrat do původní funkční úrovně.⁷⁷

Podstatou homeostázy, kdy například při hladu vzniká potřeba nasycení, dochází v krvi k poklesu hladiny glukózy pod svoji ideální hodnotu. Odchylka od rovnováhy je koordinována tím způsobem, že pankreas signalizuje játrům, aby vyloučil do krevního oběhu glukózu. Pokud však nemohou tyto automatické mechanismy udržet rovnovážný stav, je aktivován pud a vybuzený organismus podnikne akci ke znovuoobnovení rovnováhy.²

Homeostatické řídicí procesy jsou fyziologické, psychické a mechanické. Celá řada fyziologických procesů aktivují motivační mechanismy, které pomáhají udržet homeostázu.

Biologická potřeba tedy vyjadřuje stav narušené fyziologické rovnováhy (homeostázy). Vždy jde o snahu udržení stálého vnitřního prostředí navzdory měnícímu se vnějšímu prostředí. Organismus tedy směřuje k udržování rovnovážného stavu.

H. H. Kendler vyjadřuje potřebu jako odchylku od biologické homeostázy tj. chápe ji jako vrozený motiv.¹⁶

⁷¹ Schott, H. *Kronika medicíny*. 1. vydání. Praha: Fortuna Print, 1994. s. 489. ISBN 80-8573-16-8.

⁷⁷ Trojan, S. a kolektiv. *Lékařská fyziologie*. 4. vydání přepracované a doplněné. Praha: Grada Publishing, 2003. s. 56. ISBN 80-247-0512-5.

² Atkinsonová, R.; Atkinson, C. *Psychologie*. 1. vydání. Praha: Victoria publishing, 1995. s. 388. ISBN 80-85605-35-X.

¹⁶ Farkašová, D. *Ošetrovatelstvo-teoria*. Martin: Osveta, 2005. s. 64. ISBN 80-8063-182-4.

Fyziologické potřeby vychází z vrozeného základu, který je podmínkou naší biologické tělesné existence. Biologické potřeby u člověka jsou ovlivňovány mimo jiné i psychikou.

1. 1. 2 Hledisko psychologické.

Psychologická potřeba je specificky lidská. Vyjadřuje psychický stav odrážející nějaký nedostatek v spojitosti s osobností člověka a prostředím. Je ovlivněna celkovým stavem organismu, jeho psychickým stavem, motivací a potřebnou silou vedoucí k aktivujícímu jednání a prostředím.

Psychologický slovník uvádí, že potřeba je:

1. nutnost organismu něco získat, nebo něčeho se zbavit
2. stav lidského organismu, který znamená porušení vnitřní rovnováhy, nebo nedostatek ve vnějších vztazích osobnosti.

Komplementárním pojmem k potřebám jsou hodnoty a jejich výběrem mohou být uspokojovány potřeby.²⁰

Nakonečný definuje potřebu jako pojem vyjadřující základní formu motivu, a to ve smyslu nějakého nedostatku – deficitu v biologické či sociální dimenzi bytí. Je však nutno rozlišovat psychologický a nep psychologický význam pojmu potřeby.⁶⁰

V psychologické rovině pojem potřeba vyjadřuje vnitřní psychický stav vyznačující se určitou mírou vnitřního napětí a puzení. Toto vnitřní puzení prožíváme jako chtění, přání, touhu či úsilí.

Vymětal mluví, že „potřeba je něco, co člověk s různou mírou nutnosti a tedy i naléhavosti vyžaduje k životu“. Aktualizovaná potřeba uvádí do chodu proces motivace. Potřeba je psychologicky spíše statické povahy, vyskytující se v různé míře i kvalitě a motivace je psychickým dějem s dynamickým atributem.⁸²

Humanistický psycholog Abraham Maslow vytvořil teorii o lidských potřebách.

²⁰ Hartl, P.; Hartlová, H. *Psychologický slovník*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. s. 444.
ISBN 80-7178-303-X.

⁶⁰ Nakonečný, M. *Psychologie osobnosti*. 2. vydání. Praha: Akademie, 1998. s.125.
ISBN 80-200-0628-1.

⁸² Vymětal, J. *Lékařská psychologie*. 3. vydání. Praha: Portál, 2003. s. 75. ISBN 80-7178-740-X.

Podle něho má každý jedinec svůj individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádán podle důležitosti od základních potřeb k přežití, k nejsilnějším potřebám spojených se seberealizací.

Člověk dosahuje zřídka stav úplného uspokojení potřeb. Jakmile je jedna potřeba uspokojena, dostaví se druhá. Pro lidskou bytost je charakteristické, že prakticky stále něco vyžaduje.⁷⁶

Kurt Lewin potřebu chápe jako motiv, sílu, která uvádí do chodu a udržuje chování.¹⁶

Americký psycholog Carl Rogers poukazuje na chování osobnosti, které je vždy motivováno přítomnými potřebami. Každý jedinec má snahu o sebeaktualizaci, která obsahuje řadu potřeb. Sebeaktualizace je provázána emocemi, které sílí podle významu a snahy jedince. Základem veškerého prožívání jsou myšlenky, emoce, touhy, fyziologické odezvy a různé způsoby vnějšího chování. Uspokojování potřeb a přijímání prožitků jsou dvě důležité funkce organismu.¹¹

Psychologické hledisko potřeb se opírá o osobnost jedince, jeho schopnost adaptace na různé prostředí a individuální uspokojování potřeb jednotlivcem. Psychologický význam potřeb je propojený s významem sociálním. Mezi člověkem a prostředím vzniká vzájemný vztah, který se odráží v sociálním životě jedince.

1. 1. 3 Sociální hledisko.

Potřeby se vztahují k jedinci jako sociální bytosti. Sociální aspekty jsou podstatné pro formování a pochopení osobnosti. Jsou diferencovány a ovlivněny podle různých kultur, sociálních vrstev, tříd, sociálních norem, společnosti, skupiny či rodiny.

Kulturou zde rozumíme způsob vnímání reality, myšlení a chování jedince. Kultura je výsledkem lidského myšlení a lidské činnosti. Zahrnuje ideje, hodnoty, vzory, je výběrová a založená na symbolech, určuje chování určité skupiny lidí.

⁷⁶ Trachtová, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vydání. Brno: IDV PZ, 1999. s. 13-14. ISBN 80-7013-285-X.

¹⁶ Farkašová, D. *Ošetrovatel'stvo-teoria*. Martin: Osveta, 2005. s. 64. ISBN 80-8063-182-4.

¹¹ Drapela, V. *Přehled teorií osobnosti*. 1. vydání. Praha: Portál, 1997. s.126. ISBN 80-7178-134-7.

Kultura je sociální, vyvíjí se v rámci vztahů mezi lidmi. Socializací se jedinec začleňuje do této skupiny, přičemž si osvojuje normy, hodnoty a charakteristické znaky dané kultury³⁴

Sociální hledisko ovlivňuje hodnotový systém jedince a přijetí jeho sociální role. Sociální role je očekávané jednání vzhledem k držiteli určité sociální pozice. V jednání se projevují individuální zvláštnosti, které odpovídají zastávané pozici. Role představují spojující článek mezi společností a jedincem.

Rozlišujeme různé typy rolí:

- role připsané (pohlaví, věk, národnost, zděděný majetek),
- role získané (prestiž, nezděděná privilegia),
- role vnucené (nezaměstnanost).³⁸

Socializací rozumíme začleňování jedince do společnosti. Je to proces, kdy se z biologického tvora stává společenská, vnitřně integrovaná osobnost.³⁵

Socializace zahrnuje osvojování lidských norem chování. Začíná zpravidla v rodině, která zprostředkuje dítěti určité poznatky, zkušenosti, normy chování a vzory v průběhu života. Dítě přebírá určitou sociální roli za svoji. V příznivém případě očekávané role slučují socializaci s individualizací.¹⁰

Do sociální oblasti patří také ekonomické potřeby, které vyjadřují nutnost něco vlastnit, užívat určitý objekt, předmět. Jde o dosažení určitého materiálního cíle. V dnešní době vystupují ekonomické potřeby do popředí a ovlivňují sociální oblast jedince i společnosti.

³⁴ Ivanová, K.; Špirudová, L.; Kutnohorská, J. *Multikulturní ošetřovatelství I*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. s. 25-29. ISBN 80-247-1212-1.

³⁸ Keller, J. *Úvod do sociologie*. 5. vydání dotisk. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005. s. 69-71. ISBN 80-86429-39-3.

³⁵ Jedlička, R.; Klíma, P.; Kořa, J.; Němec, J.; Pilař, J. *Děti a mládež v obtížných životních situacích*. 1. vydání. Praha: Themis, 2004. s. 15. ISBN 80-7312-038-0.

¹⁰ Čáp, J.; Mareš, J. *Psychologie pro učitele*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. s. 54-58. ISBN 80-7178-463-X.

1. 1. 4 Spirituální hledisko.

Co dnes znamená pojem spirituální – duchovní? Není to jenom vztah k biblickému Bohu. „Spiritualita je považována za nezbytnou součást lidské psychiky a ve vědách o člověku se nepochybuje o potřebě spirituality – každý potřebuje mít víru svého života (konání)“.⁴⁸ Spiritualita pomáhá lidem zvládat různé životní situace. Duchovní potřeby ukazují směr, cestu člověka, co je dobré, co je špatné, udává jí určitý způsob života.

„Pojem spiritualita znamená způsob duchovního života, který je vlastní osobnosti či životní situaci v nějakém náboženství nebo nezávisle na něm“.³⁴

Melanová do kategorie spirituální – duchovní řadí krásu, řád, spravedlnost, víru, náboženství, vyznání. Potřeby vyplývající z víry nebo určitého náboženství jsou potřeby pastorační.⁵⁶ Duchovní potřeby jsou mnohem širší a hlavně společné všem lidem.

Duchovní oblast lze definovat jako kriteria, podle kterých provádíme výběr a hierarchizaci hodnot. Rozlišujeme 2 dimenze:

- vertikální – Bůh nebo jiná nejvyšší moc řídí lidský život,
- horizontální – vztah k sobě samému, k jiným, k prostředí ve kterém žije.

Mezi dimenzemi je nepřetržitý prolínající se vztah.³⁴

Úkolem dnešní církve je hlásat a žít jednotu těla a duše, jednotu tělesného zdraví a duchovního života. Víra má v sobě vždy dimenzi terapeutickou. Nový Zákon poukazuje na uzdravení mnoha nemocných jako na sílu víry.

⁴⁸ Mašát, V. Spirituální potřeby nemocného. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2. ročník, 2006, číslo 3, s. 103. ISSN 1801-1349.

³⁴ Ivanová, K.; Špirudová, L.; Kutnohorská, J. *Multikulturní ošetrovatelství I*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. s. 204. ISBN 80-247-1212-1

⁵⁶ Melanová, A. Spirituální potřeba jako terminologický a ošetrovatelský problém. *Ošetrovatelství teorie a praxe moderního ošetrovatelství*. 2004, sv. 6, č. 3 – 4. s. 76-77. ISSN 1212-723X.

³⁴ Ivanová, K.; Špirudová, L.; Kutnohorská, J. *Multikulturní ošetrovatelství I*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. s. 205. ISBN 80-247-1212-1.

K duchovnímu životu nenáleží jen zpytování svědomí, nýbrž i pozornost k projevům těla, které toho o stavu lidského nitra často vyjeví více než svědomí.¹⁹

Náboženství bylo po staletí hlavní oblastí, která se zabývala problematikou smyslu života. Nabízelo lidem cíle, podle kterých si směřovali život, každodenní myšlení, cítění či chtění. Náboženské uvažování člověka se promítá prakticky do všech činností, ovlivňuje budoucnost a aktivitu člověka. U ateistů do popředí vystupuje hodnotový systém jedince, u věřících jde o spojení tradice víry se životem podle pravidel určitého náboženství.

1. 2 Vymezení potřeb v ošetřovatelství.

Dnešní ošetřovatelství má nezastupitelné místo v poskytování zdravotní péče. Světová zdravotnická organizace definuje ošetřovatelství jako „systém typicky ošetřovatelských činností týkajících se jednotlivce, rodiny a společenství, v němž žijí, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu“.⁴²

Nová koncepce profesionálního ošetřovatelství se neobejde bez znalostí problematiky potřeb člověka. Hlavním cílem ošetřovatelství je komplexní a systematické uspokojování potřeb jedince s respektováním jeho individuality, udržení či navrácení zdraví, zmírnění fyzické, ale i psychické bolesti v průběhu umírání.⁸⁰

V životě zdravého člověka dochází neustále k uspokojování různých potřeb. Zdravý člověk je uspokojuje jaksi bezděčně, příliš se jimi nezabývá. Uspokojování některých potřeb chápe jako nutnost, jiné životní potřeby mají pro něho velkou hodnotu. Problematika potřeb je ovlivňována vztahem člověka k životu, k svojí osobě a k prostředí, ve kterém žije.²⁸

¹⁹ Grun, A.; Dufner, M. *Zdraví jako duchovní úkol*. 1. vydání. Svitavy: Trinitas. 1994. s. 8. ISBN 80-901457-1-X.

⁴² Kolektiv autorů: *Základy ošetřování nemocných*. 1. vydání. Praha: Karolinum. 2005. s. 6. ISBN 80-246-0845-6.

⁸⁰ Věstník MZ ČR. Částka 9. Metodická opatření. Vydáno: Zář 2004. s. 3.

²⁸ Chloubková, H. Kolektiv autorů: *Základy ošetřování nemocných*. 1. vydání. Praha: Karolinum. 2005. s. 13. ISBN 80-246-0845-6.

Zhoršením zdravotního stavu člověka a projevů nemoci dochází často ke změnám postoje a přehodnocení svých potřeb. V ošetrovatelství jde především o vyhledávání potřeb, které vznikají či jsou pozměněné onemocněním jedince.

Slovo ošetřovat znamená chovat, opatrovat, živit, kojit, hýčkat, laskat, zkrátka „pečovat“ o individuální potřeby člověka.⁴⁷

Každý z nás je osobností jedinečnou a neopakovatelnou. Táto jedinečnost je podstatou odlišností mezi lidmi, která ovlivňuje ošetrovatelský aspekt v chápání lidské bytosti.

Rozlišujeme:

1. Mechanický pohled, který vnímá osobu jako stroj, pasivní a reagující na impulsy prostředí, pokud má k tomu potřební sílu.
2. Organický pohled, který tvrdí, že osoba je aktivní, adaptuje se na prostředí a ovlivňuje v rámci rovnováhy.
3. Otevřený systém, ve kterém je osoba v interakci s prostředím a vzájemně se přizpůsobují.
4. Adaptivní systém, kde se člověk chová adaptivně jako celek.
5. Holistický pohled na člověka chápeme jako celek, celistvost.

Holistický přístup zahrnuje mechanický pohled, organický pohled, otevřený systém a adaptivní systém.¹⁶

V současné době už má ošetrovatelství vymezenou vědomostní bázi, která zahrnuje specifické ošetrovatelské teorie a koncepční modely. Koncepční modely se zaměřují na vybrané jevy a ovlivňují naše vnímání reality. Koncepční modely ošetrovatelství definují osobu, prostředí, zdraví a ošetrovatelství.⁶³

Archalousová mezi hlavní jednotky koncepčního modelu řadí:

1. cíl ošetrovatelství,
2. klient – pacient,
3. role sestry,¹

⁴⁷ Mastiliaková, D. *Úvod do ošetrovatelství I. díl - systémový přístup*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2002. s. 5. ISBN 80-246-0429-9.

¹⁶ Farkašová, D. *Ošetrovatelstvo-teoria*. Martin: Osveta, 2005. s. 49-50. ISBN 80-8063-182-4.

⁶³ Pavlíková, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 21. ISBN 80-247-1211-3.

¹ Archalousová, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. 1. vydání. Hradec Králové: NUCLEUS, 2003. s.12. ISBN 80-86225-33-X.

4. zdroj obtíží, problémů klienta,
5. zaměření zásahu,
6. způsob zásahu (intervence),
7. výsledky ošetrovatelské činnosti. ¹

Klient, pacient, nemocný jedinec je v koncepčním modelu chápán jako osobnost se svými specifickými potřebami.

V ošetrovatelství chápeme potřebu jako „stav organismu charakterizovaný napětím a dynamickou silou, vzniklou z nedostatku či přebytku a směřující znovu k obnovení homeostázy – životní rovnováhy, pohody“.²⁹

Teoreticky ošetrovatelství definují potřeby různě.

I. J. Orlandová definuje potřeby jako požadavky osoby, které, pokud jsou nutné, oddalují nebo zmenšují tíseň a zlepšují bezprostřední pocit blaha.⁴⁴

I. M. Kingová hovoří o stavu výměny energie v organismu nebo prostředí, který vede k behaviorálním odpovědím na situace, události, osoby.⁴⁴

C. Royová je charakterizuje jako požadavky jednotlivce, které stimulují odpovědi na udržení jeho integrity.⁴⁴

Jednotlivé oblasti se v životě člověka prolínají a ovlivňují potřeby. Poznatky o potřebách pomáhají sestřám při ošetrovatelských činnostech rozpoznat problémy a porozumět klientům. Při zhodnocování nemocného sestra posuzuje různé aspekty ovlivňující potřeby.

¹ Archalousová, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. 1. vydání. Hradec Králové: NUCLEUS, 2003. s.12. ISBN 80-86225-33-X.

²⁹ Chloubová, H. Člověk ve zdraví a nemoci – základní potřeby člověka. *Osobní rádce zdravotní sestry*. Praha: 2003, číslo 4, 4 / 15. 2. 1. s. 2.

⁴⁴ Kozierová, B.; Erbová, G.; Olivierová, R. *Ošetrovatelstvo* 1. 1. vydání. Martin: Osveta , 1995. s. 67. ISBN 80-217-0528-0.

⁴⁴ Kozierová, B.; Erbová, G.; Olivierová, R. *Ošetrovatelstvo* 1. 1. vydání. Martin: Osveta , 1995. s. 67. ISBN 80-217-0528-0.

⁴⁴ Kozierová, B.; Erbová, G.; Olivierová, R. *Ošetrovatelstvo I*. 1. vydání. Martin: Osveta , 1995. s. 67. ISBN 80-217-0528-0.

Záleží:

- a. na situaci, v které se nemocný nachází,
- b. na prostředí,
- c. na vývojovém stádiu člověka,
- d. na momentálním tělesném a psychickém stavu,
- e. na výchově a zkušenostech,
- f. na typu osobnosti,
- g. na hodnotové orientaci,
- h. na individuálních subjektivních a objektivních podmínkách.

Lze říci, že charakteristickým rysem potřeb je vždy určitý vztah k předmětu, je potřebou něčeho. Potřeba je dynamická, neustále se měnící a může se obnovovat, má tedy cyklický charakter.

Chloubová z ošetrovatelského hlediska „potřeby člověka chápe jako stav organismu charakterizovaný napětím a dynamickou silou, vzniklou z nedostatku či přebytku a směřující znovu k obnovení homeostázy – životní rovnováhy – pohody. Můžeme říci, že u nemocného je touto rovnováhou a pohodou myšleno zdraví“.²⁸

1.3 Potřeby a motivace.

Pojem motivace je odvozen z latinského slova „moveo“ – hýbám. Označuje procesy, které hýbají člověkem, dávají mu směr a sílu k lidskému chování. Jedinec nacházející se ve stavu motivace cosi hledá, od určitých objektů se odvrací, u jiných zůstává a vykazuje tak motivované chování, které má orientaci, cíl a je zaměřeno na něco, co přináší uspokojení.

Motivaci lze definovat jako „souhrn všech intrapsychických dynamických sil neboli motivů, které zpravidla aktivizují a organizují chování i prožívání s cílem změnit existující neuspokojivou situaci nebo dosáhnout něčeho pozitivního“.⁶⁴

²⁸ Chloubová, H. Kolektiv autorů: *Základy ošetrování nemocných*. 1. vydání. Praha: Karolinum. 2005. s. 13. ISBN 80-246-0845-6.

⁶⁴ Plháková, A. *Učebnice obecné psychologie*. 1. vydání dotisk. Praha: Academie, 2005. s. 319. ISBN 80-200-1387-8.

Vymětal definuje motivaci jako proces, který určité jednání člověka vyvolává, udržuje a posléze po ukončení dané potřeby ukončuje.⁸²

Nakonečný uvádí, že pojem motivace vysvětluje „psychologické důvody chování, jeho subjektivní význam a současně vysvětluje pozorovanou variabilitu chování, proč se různí lidé orientují na různé cíle“.⁶¹

Říčan pod pojmem motivace rozumí usměřování a energetické zajištění jednání, chování v aktuální situaci. Motiv je vnitřní činitel, který člověka nebo jiný organizmus vede k aktivitě.⁶⁹

Rozlišujeme pudové teorie, které kladou důraz na vnitřní faktory, mezi které řadíme pudy, instinkty, potřeby, zájmy, ideály. Incentivní teorie motivace, které zdůrazňují vnější události, touhy, přání, chtění. Mezi incentivy (pobídky) patří pití, jídlo, sexuální partner, vztahy s ostatními, úcta, peníze,.. Když prožíváme chtění, něco chceme, vede nás to určitým směrem, k cíli. Některé incentivy představují odměnu. Jejich výsledkem je slast a posílení určitého chování, které vede k dosažení cíle.³

Motivy aktivizují lidské chování, zaměřují je na určitý cíl a v tomto směru je udržují. Motivy lze interpretovat jako osobní příčiny určitého chování. Vznikají na základě interakce vnitřního stavu jedince a vnějších aktuálně působících podnětů.⁷⁸

Vnější a vnitřní motivy jsou těsně spjaty a u člověka individuálně odlišné. Rozlišujeme dvě základní varianty motivu:

aktuální, ten který právě probíhá a

potencionální, který se za určitých okolností může objevit.

Motivace je posilována emočními prožitky, které souvisejí s nespokojeností a nelibostí, nebo s uspokojením a pocitem libosti.⁷⁸

⁸² Vymětal, J. *Lékařská psychologie*. 3. vydání. Praha: Portál, 2003. s. 73. ISBN 80-7178-740-X.

⁶¹ Nakonečný, M. *Motivace lidského chování*. 1. vydání. Praha: Akademia, 1997. s. 12. ISBN 80-200-0592-7.

⁶⁹ Říčan, P. *Psychologie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. s. 177. ISBN 80-7178-923-2.

³ Atkinsonová, R.; Atkinson, C. *Psychologie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Portál, 2003. s. 349-352. ISBN 80-7178-640-3.

⁷⁸ Vágnerová, M. *Úvod do psychologie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1997. s. 53 –56. ISBN 80-7184-421-7.

⁷⁸ Vágnerová, M. *Úvod do psychologie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1997. s. 57. ISBN 80-7184-421-7.

Člověk je schopen uvědomovat si své motivy a přemýšlet o nich. Dokáže kriticky promýšlet jednotlivá jednání v kontextu dalších existujících motivů ještě předtím, než toto jednání zrealizuje. Díky tomu je schopen odhadnout do určité míry následky zamýšleného jednání a tak se vyvarovat chyb.³⁹

Základem motivace je výchozí motivační stav. Trachtová mluví o motivačním napětí. Může mít různé formy (potřeby, zájmy, ideály) a různý již konkrétní obsah (hlad, pocit jistoty, bezpečí) ovlivněni vnitřními i vnějšími činiteli. Motivační stav vede k popudu k určité činnosti, které směřuje ke změně chování, tedy k dosažení uspokojení. Síla motivu ovlivňuje intenzitu a kvalitu chování a provází ji často silné emoce.

Čáp dává přednost při označování dílčích lidských motivů termínu potřeba.¹⁰

Hronek uvádí, že u člověka se setkáváme s biogenními a sociogenními motivy. Biogenní motivy souvisí se změnami, které probíhají v organizmu. Organismus je motivován, aby neustále odstraňoval odchylky od nerovnovážného stavu a směřuje k uchování vlastní existence a zachování rodu. Sociogenní motivy zahrnují jednak duševní aktivity člověka, směřují k určitým činnostem, společenskému kontaktu a jsou ovlivněny sociálním učením.²⁷

³⁹ Kern, H. *Přehled psychologie*. 2. vydání. Praha: Portál, 2000. s. 55. ISBN 80-7178-426-5.

¹⁰ Čáp, J.; Mareš, J. *Psychologie pro učitele*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. s. 54-58. ISBN 80-7178-463-X.

²⁷ Hronek, J. *Přehled psychologie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1996. s. 35-36. ISBN 80-7184-211-7.

2. Klasifikace potřeb.

V běžné ošetrovatelské praxi sestra neustále plní různé potřeby svých pacientů – klientů. Některé jsou zásadní pro lidskou existenci, jiné vytvářejí život bohatší. Hlavním úkolem kvalitní péče je společný přístup činností sestry a klienta při uspokojování jeho potřeb. Poznatky o lidských potřebách umožňují lepší aplikaci ošetrovatelské péče formou ošetrovatelského procesu.

2.1 Klasifikace podle Maslowa.

Americký humanistický psycholog Abrahám Maslow se věnoval problematice motivů. Podle něho má každý člověk svůj, individuální systém motivů hierarchicky uspořádaný. Na tomto základě vyvinul teorii lidských potřeb. Jeho klasifikace se používá nejčastěji.⁴⁴

Maslow řadí potřeby v určité hierarchii.

1. Fyziologické základní potřeby se objevují při porušení homeostázy, vyjadřují tak potřeby organismu a slouží k přežití. Pokud je fyziologická potřeba aktuální, stává se dominantní a ovlivňuje chování jedince. Uspokojením potřeby se homeostáza obnoví.
2. Potřeba jistoty a bezpečí vyjadřuje touhu po důvěře, stabilitě, spolehlivosti, ochraně a ekonomickém zajištění. Vyžaduje vyvarování se ohrožení, strachu, úzkosti a zmatku. K bezpečí patří také struktura, řád, ochrana před poraněním, tyto potřeby se silně projevují v raném dětství a neztrácejí na důležitosti po celý život jedince.
3. Potřeba lásky a náležitosti (sounáležitosti, náklonnosti) značí milovat a být milován, být sociálně integrován. Podle Maslowa cítí lidé velkou potřebu začlenění do skupin.¹¹

⁴⁴ Kozierová, B.; Erbová, G.; Olivierová, R. *Ošetrovatelstvo* 1. 1. vydání. Martin: Osveta, 1995. s. 67. ISBN 80-217-0528-0.

¹¹ Drapela, V. *Přehled teorií osobnosti*. 1. vydání. Praha: Portál, 1997. s. 137-140. ISBN 80-7178-134-7.

4. Potřeba úcty (uznání, ocenění) vyjadřuje přání úspěšného výkonu, zvládnání životních nároků (sebeúcty), nezávislost na mínění druhých, ale také touhu po respektování druhých lidí, určitou prestiž a uznání (úcta druhých).
5. Potřeba sebeaktualizace (seberealizace) – jedinec postupuje na vyšší úroveň. Jde o tendenci realizovat své touhy, schopnosti a záměry, nacházet uspokojení z práce a dané činnosti. Maslow zdůrazňuje „Čím člověk může být, tím také musí být“.¹¹

S potřebami seberealizace úzce souvisí potřeby vědění, porozumění a potřeby estetické.

Potřeby prvních čtyř úrovní Maslow označuje jako potřeby D – nedostatkové, deficientní. Slouží k udržování vnitřní tělesné a psychické rovnováhy. Potřeby B – potřeba seberealizace je růstová potřeba. Uspokojováním potřeby se intenzita nesnižuje, ale roste. Potřeby jsou označovány jako metapotřeby.

Maslow předpokládá, že pravidelné uspokojování nedostatkových potřeb v dětském věku je základní podmínkou duševního zdraví.⁶⁴

2.2 Klasifikace podle Chloubové.

PhDr. Helena Chloubová ve své klasifikaci také vychází z pyramidy potřeb Maslowa. Pro snadnější pochopení problematiky zpracovala klasifikaci do „Domu životních potřeb“.

Myšlenka této klasifikace vychází z individuálního přístupu každého člověka, který si během svého života staví svůj Domeček životních potřeb. Jeho pevné základy tvoří základní tělesné potřeby, které jsou podmínkou naší biologické tělesné existence. V době zdraví se jimi moc nezabýváme. Dostávají se do popředí v období nemoci a začínají mít pro nás velký význam.²⁹

¹¹ Drapela, V. *Přehled teorií osobnosti*. 1. vydání. Praha: Portál, 1997. s. 137-140.

ISBN 80-7178-134-7.

⁶⁴ Plháková, A. *Učebnice obecné psychologie*. 1. vydání dotisk. Praha: Academie, 2005. s. 368-371.

ISBN 80-200-1387-3.

²⁹ Chloubová, H. Člověk ve zdraví a nemoci – základní potřeby člověka. *Osobní rádce zdravotní sestry*. Praha: 2003, číslo 4, 4 / 15. 2. 1. s. 1 – 3.

Psychosociální potřeby, potřeby bezpečí a jistot čili existenciální potřeby jsou složitější a vznikají adaptací člověka na prostředí a jeho socializací. Jsou velmi individuální a závisí na osobnostních předpokladech, na prostředí, do kterého člověk proniká, na sociálním prostředí a okolnostech umožňující socializaci.³⁰

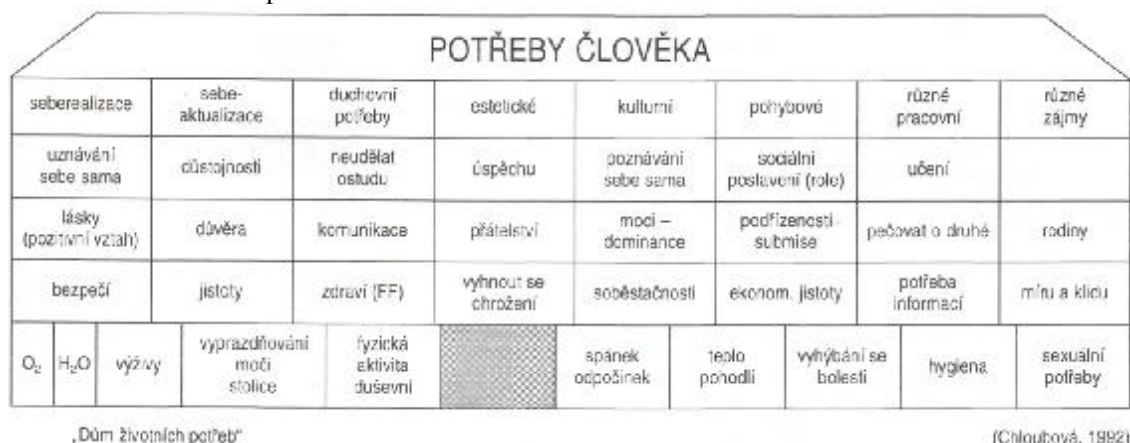
Vyšší psychosociální potřeby,

- jsou vztahové – afilační, lásky a sounáležitosti jsou aktuální v okamžiku uspokojení nižších potřeb. Člověk touží po citovém vztahu, chce někam patřit, chce milovat a být milován, chce pomáhat a také očekává pomoc,³¹
- jsou self potřeby sebepojetí a sebeúcty mluví o vnitřním obrazu vnímání sebe sama o hodnotách, myšlenkách, které charakterizují „Já“.

Sebepojetí zahrnuje složky kognitivní (poznávací), emocionální (prožívání), konativní (usilující) a složku nevědomou (nepoznaná složka osobnosti)³²

Klasifikace potřeb podle PhDr. Chloubové je přehledná, jasná, srozumitelná a lze jí použít i pro potřeby dětí v jednotlivých obdobích vývoje.

Obr. č. 1 Dům životních potřeb³³



³⁰ Chloubová, H. Psychosociální potřeby nemocných. *Osobní rádce zdravotní sestry*, 2004, číslo 1, 4 / 15. 2. 2. s. 1 – 3.

³¹ Chloubová, H. Vyšší psychosociální potřeby nemocných – vztahové potřeby. *Osobní rádce zdravotní sestry*, 2004, číslo 5, 4 / 15. 2. 3. s. 1 – 5.

³² Chloubová, H. Vyšší psychosociální potřeby nemocných. *Osobní rádce zdravotní sestry*, 2004, číslo 6, 4 / 15. 2. 4. s. 1 – 3.

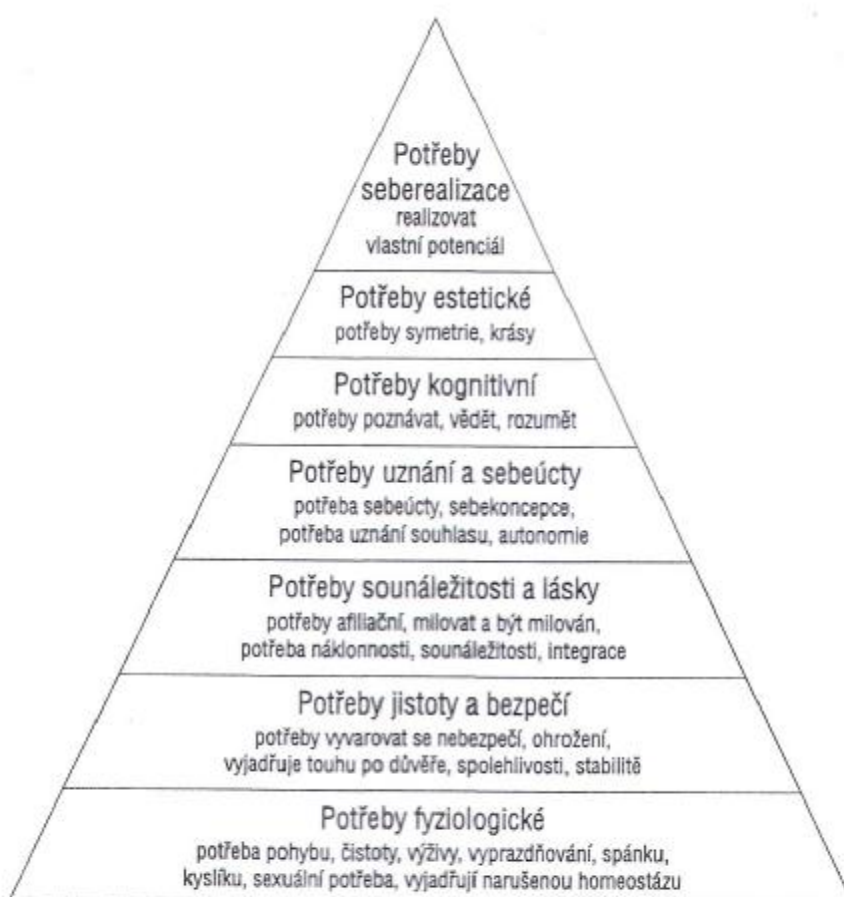
³³ Převzato: Chloubová, H. Uspokojování potřeb ve stáří v současném pojetí ošetrovatelské péče. *Sestra*, 1995, ročník 5, číslo 2, s. 20. ISSN 1210-0404.

2.3 Klasifikace podle různých autorů.

Různí autoři vymezují lidské potřeby různým způsobem a různým uhlém pohledu. Základní potřeby jsou zpravidla specifikovány z hlediska ošetrovatelské péče.

Atkinsonová rozšířila a upravila Maslovovu hierarchii potřeb o potřeby kognitivní a potřeby estetické.⁷⁶

Obr. č. 2 Maslovova hierarchie potřeb upravená Atkinsonovou⁷⁶



*Maslovova hierarchie potřeb
Upraveno podle Atkinsonová, Atkinson, Smith, Bem: PSYCHOLOGIE. Praha,
Victoria Publishing 1995*

⁷⁶ Trachtová, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vydání. Brno: IDV PZ, 1999. s. 15. ISBN 80-7013-285-X.

⁷⁶ Převzato: Trachtová, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vydání. Brno: IDV PZ, 1999. s. 15. ISBN 80-7013-285-X.

Raymond B. Cattell rozlišil sedm motivačních komponentů, které Říčan upravil na tyto potřeby.

1. Potřeba sebeprosazení, která klade důraz na individualitu a snahu o sebeuplatnění, která je předpokladem k osobnímu vyniknutí.
2. Potřeba bezpečí odvozená od základních fyziologických potřeb. Projevuje se strachem a obavami z ohrožení různé povahy (biologická – nemoc, sociální, finanční).
3. Potřeba společnosti tendence vedoucí k vyhledávání kontaktů s lidmi
4. Agresivita tendence k násilnému uspokojování potřeb, nebo sebeprosazení
5. Potřeba péče o druhé – tj. určitá varianta altruismu (nesobeckosti)

Tendence k agresivitě a sklon k altruismu mají vrozený základ, ale je možnost je určitým způsobem stimulovat psychosociálně.⁷⁸

H. A. Murray rozlišuje potřeby na:

1. viscerogenní a psychogenní, které jsou determinovány organickými a psychickými podmínkami,
2. pozitivní a negativní potřeby, které vyvolávají snahu k přiblížení se a tendenci vyhnout se určitým situacím, stimulacím,
3. zjevné a skryté – zjevné se projevují v chování, skryté ve fantazii,
4. vědomé a nevědomé.⁶¹

V . Henderson v 60 letech 20 století rozpracovala ošetrovatelskou problematiku základních potřeb do 14 principů:

1. pomoc pacientovi s dýcháním,
2. pomoc při příjmu potravy,
3. pomoc při vyměšování,⁷⁴

⁷⁸ Vágnerová, M. *Úvod do psychologie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1997. s. 64.
ISBN 80-7184-421-7.

⁶¹ Nakonečný, M. *Motivace lidského chování*. 1. vydání. Praha: Akademia, 1997. s. 143.
ISBN 80-200-0592-7.

⁷⁴ Staňková, M. *Základy teorie ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1996. s. 46.
ISBN 80-7184-243-5.

4. pomoc při udržení žádoucí polohy při chůzi, vleže, vsedě. Pomoc při změnách polohy,
5. pomoc při odpočinku a spánku,
6. pomoc využívat vhodný oděv, pomoc při svlékání a oblékání,
7. pomoc při udržování tělesné teploty v normálním rozmezí,
8. pomoc při udržování čistoty a upravenosti těla, ochrana kůže,
9. ochrana nemocného před nebezpečím z okolí – nákazami, násilím, úrazy,
10. pomoc při komunikaci nemocného, při vyjádření jeho pocitů, potřeb,
11. pomoc při vyznávání víry, akceptování jeho pojetí dobra a zla,
12. pomoc při produktivní – pracovní činnosti nemocného,
13. pomoc v odpočinkových – zájmových činnostech,
14. pomoc nemocnému při učení.⁷⁴

Jednotlivé principy se zabývají problematikou základních ošetrovatelských činností, které by měla sestra individuálně podle aktuální potřeby zahrnout do ošetrovatelské péče o nemocného.

Karyn Henleyová rozdělila potřeby na: bezpečí, optimismus, vědomí vlastní důležitosti, potřeba sounáležitosti, zvědavosti, ocenění dětství a potřeba vztahu. Bez pomoci dospělého nelze potřeby rozvíjet a uspokojovat. Pokud dítě při uspokojování potřeb strádá, svým chováním projevuje nespokojenost a vysílá signál SOS.²³

Anna Bacusová uvádí, že dítě pro harmonický vývoj potřebuje uspokojovat své potřeby. Dělí je na fyziologické potřeby, afektivní a psychologické, smyslové a kulturní.⁴

Dítě ke svému životu potřebuje také potřebu citové náklonnosti, potřebu porozumění a potřebu být respektován.⁶

⁷⁴ Staňková, M. *Základy teorie ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1996. s. 46. ISBN 80-7184-243-5.

²³ Henleyová, K. *Citlivé vyučování, potřeby dětí v různých obdobích jejich vývoje*. Příbram: Samuel, 2000. s. 17 – 23.

⁴ Bacus, A. *První rok vašeho dítěte*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. s. 56. ISBN 80-7367-029-1.

⁶ Bacus, A. *Vaše dítě ve věku od 3 do 6 let*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. s. 43-46. ISBN 80-7178-862-7.

R. Kalish také modifikoval pyramidu A. Maslowa. Mezi potřeby fyziologické a potřeby jistoty a bezpečí vložil další kategorii potřeb, která zahrnuje sex, činnost, zkoumání, manipulaci a novost. Zdůrazňuje, že děti pro svůj optimální růst a vývoj potřebují zkoumat své prostředí a manipulovat v něm.⁴⁴

Obr. č. 3 Upravená klasifikace podle Kalishe⁴⁴



Maslowova hierarchia potrieb adaptovaná Kalishom

Jiří Dunovský potřeby chápe jako „nedostatky (dané, pociťované, prožívané) něčeho, co není-li uspokojováno, způsobuje úchytky či poruchy ve stavu a vývoji dítěte“. Říká, že je mnoho potřeb a požadavků na zajištění dobrého stavu a vývoje dítěte. Potřeby dělí na biologické, duševní, sociální a vývojové.²⁶

K základním biologickým potřebám řadí nároky v souvislosti s metabolismem, dodávky potravy z hlediska kvantity a kvality, kde má zvláštní místo kojení. V počátečním životním období je důležité uspokojování základních hygienických požadavků, dostatek tepla, čistoty a ochrany před vlivy životního prostředí. Říká, že významnou biologickou potřebou je stimulace dítěte. Biologické potřeby výrazně přesahují do psychických a sociálních potřeb.¹²

⁴⁴ Kozierová, B.; Erbová, G.; Olivierová, R. *Ošetrovatel'stvo* 1. 1. vydání. Martin: Osveta, 1995. s. 68. ISBN 80-217-0528-0.

⁴⁴ Převzato: Kozierová, B.; Erbová, G.; Olivierová, R. *Ošetrovatel'stvo* 1. 1. vydání. Martin: Osveta, 1995. s. 68. ISBN 80-217-0528-0.

²⁶ Hrodek, O.; Vavřinec, J. *Pediatric*. 1. vydání. Praha: Galén, 2002. s. 585. ISBN 80-7262-178-5.

¹² Dunovský, J. a kolektiv. *Sociální pediatrie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1999. s. 50. ISBN 80-7169-254-9.

Základní psychické potřeby navazují na biologické a Dunovský je řadí v následujícím pořadí: potřeba náležitého přívodu podnětů, potřeba smysluplnosti světa, potřeba jistoty, vědomí vlastní identity, potřeba otevřené budoucnosti.¹²

Sociální potřeby jsou spjaté s psychickým požadavkem.

Za nejvýznamnější považuje potřebu lásky a bezpečí, dále potřebu přijetí dítěte a potřebu identifikace s ním, což vede k rozvinutí jeho sil a schopností.¹²

Vývojové potřeby se mění v čase a jsou charakterizovány jak vývojem dítěte tak i jeho zvláštnostmi. Uspokojování vývojových potřeb má dlouhodobý charakter.¹²

Z. Matějček a J. Langmeier své potřeby interpretovali jako pudy vedoucí k aktivitě a pozitivnímu rozvoji osobnosti.

1. Potřeba stimulace, jde o dostatek podnětů v dostatečné míře, které podporují psychickou aktivitu jedince a slouží jako základní materiál k učení.
2. Potřeba orientace, smysluplného učení, poznat pravidla, řád, podle kterého funguje svět v němž člověk žije. Dostatečná orientace světa uspokojuje potřebu jistoty a bezpečí.
3. Potřeba citové jistoty a bezpečí, lze ji uspokojit prostřednictvím spolehlivého a jistého mezilidského vztahu.
4. Potřeba seberealizace, za příznivých podmínek vede k vytvoření uspokojivé osobní identity. Identita představuje vědomí vlastního JA.
5. Potřeba otevřené budoucnosti, jde o přijatelnou perspektivu, možnost rozvoje vlastní existence.⁷⁸

¹² Dunovský, J. a kolektiv. *Sociální pediatrie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1999. s. 51. ISBN 80-7169-254-9.

¹² Dunovský, J. a kolektiv. *Sociální pediatrie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1999. s. 52. ISBN 80-7169-254-9.

¹² Dunovský, J. a kolektiv. *Sociální pediatrie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1999. s. 53. ISBN 80-7169-254-9.

⁷⁸ Vágnerová, M. *Úvod do psychologie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1997. s. 66. ISBN 80-7184-421-7.

„Matějček zdůrazňuje význam prvotních emocionálních vztahů s mateřskou osobou, ale i dalšími nejbližšími členy rodiny. Pozitivní zkušenost představuje určitý základ, který dítěti přináší pocit jistoty i pro budoucnost, ve formě převahy pozitivního očekávání. Táto potřeba je dosti specifická právě pro svou vazbu na rané údobí vývoje. Úroveň jejího uspokojování v dětství bude do značné míry určovat jak charakter, tak způsob jejího uspokojování po celý zbytek života. Člověk, který neprožil v dětství citové uspokojení, stabilní a spolehlivý vztah, jej nebude umět realizovat ani v budoucnosti. Je zřejmé, že základní zkušenost, tj. učení, hraje svou roli při vytváření, rozvoji, ale i individualizaci psychických potřeb. Je tomu tak, přesto, že dispozice k jejich rozvoji má člověk vrozené“.⁷⁸

Matějček uvádí, že časové rozpětí mezi minulostí a budoucností dítěte je potřebou zdravého duševního života jedince, je potřebou pro život rodiny, ale i společnosti. Dítě se vyptává na minulé zážitky, nechá si vyprávět o svém dětství, chce ukázat kde se narodilo. Přirozenými svědky minulosti jsou prarodiče, staří příbuzní či přátelé rodiny. Dítě někam patří!⁵³

Závěrem lze říci, že teorie lidských potřeb od Abraháma Maslowa je východiskem pro většinu autorů, kteří se zabývají touto problematikou. Jeho klasifikace potřeb je modifikovaná a upravovaná z pohledu jednotlivých autorů. V dalším textu se budu opírat o klasifikaci Heleny Chloubové a jejího Domu životních potřeb a klasifikaci Zdeňka Matějčka a Josefa Langmeiera.

⁷⁸ Vágnerová, M. *Úvod do psychologie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1997. s. 67.

ISBN 80-7184-421-7.

⁵³ Matějček, Z. *Co děti nejvíc potřebují*. 1. vydání. Praha: Portál, 1994. s. 43-47.

ISBN 80-7178-006-5.

3. Potřeby dětí.

3.1 Stručný pohled na dítě.

Pohled na dítě se vyvíjel a měnil se změnami ve společnosti. Objevování dítěte a jeho dětství je aktuální záležitostí 20. století a představuje různé oblasti bádání – objevování dítěte. Cílem tohoto objevování je poukázat na vývoj dítěte, jeho specifika a úskalí. Dítětem podle Úmluvy o právech dítěte z roku 1989 se rozumí každá lidská bytost mladší 18 let. To tedy znamená od prenatálního období do 18. roku života dítěte.²⁶

Dunovský charakterizuje dětství jako období vývoje dítěte a jeho přípravu na dospělost.¹²

Helus uvádí, že dítětem je lidská bytost procházející životní etapou dětství.²¹

V nejranějším období lidské historie dětství nebylo uznáváno. V dějinách jsme svědky až nelidského zacházení s dětmi. V antickém Římě otec rodiny jako autorita rozhodoval, zdali je dítě k něčemu nebo ne, zda splní jeho očekávání. U dítěte bylo často zpochybněno právo na lidské zacházení, ale i právo na samotný život. Odstranění dítěte nebylo ničím neobvyklým.

Ve středověku utracení dítěte bylo považováno za hřích, ale k odčinění tohoto skutku stačilo pokání. V péči o dítě bylo staletou praxí zavinout kojence do povijanu a znemožnit mu jakýkoliv pohyb, a tím i omezení správného vývoje.

Novou vlnu lidské bezohlednosti vůči dětem přinesla průmyslová revoluce. Děti byly zapojovány do pracovního procesu za nelidských pracovních podmínek. Dítě bylo chápáno jako malý dospělý jedinec, který je pouze zmenšen. V Anglii v roce 1837 byla osobám mladším 18 let pracovní doba omezena na 12 hodin denně. Děti ve věku 9 až 13 let směly pracovat jen 9 hodin denně.²¹

Postoj k dítěti se postupně vyvíjel a humanizoval. Dítě nás neustále něčím překvapuje. Často zůstáváme stát, vrtíme hlavou a říkáme si, že to dítě je jako v jiném světě. Lze říci, že dětský svět se řídí vlastní logikou.

²⁶ Hrodek, O.; Vavřinec, J. *Pediatric*. 1. vydání. Praha: Galén, 2002. s. 586. ISBN 80-7262-178-5.

¹² Dunovský, J. a kolektiv. *Sociální pediatrie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1999. s. 40. ISBN 80-7169-254-9.

²¹ Helus, Z. *Dítě v osobnostním pojetí*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. s. 16. ISBN 80-7178-888-0.

²¹ Helus, Z. *Dítě v osobnostním pojetí*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. s.15-30. ISBN 80-7178-888-0.

Jejich logika často pramení z jejich představivosti. Pokud dítěti nasloucháme, určitě pochopíme, že jeho myšlenky nejsou jako ty naše. Dětský svět je plný různých možností. Je směsicí fantazie a reality, je plný záhad a má také méně zábran. Dítě se rodí jako naprostý egocentrik se svými vlastními potřebami a nestará se, co si o něm myslí jiní. Menší děti žijí v přítomnosti ve svém dětském světě. Pro dítě je svět dospělých příliš velký, setkává se s mnoha nepochopitelnými věcmi, jimž nerozumí a jež mohou vyvolat strach. Jak dítě roste, postupně začíná komunikovat s okolím a objevovat způsoby, jak ovlivňovat okolní svět. Postupně spatřuje i potřeby ostatních lidí, co má okolo sebe.²³

Karyn Henleyová ve své publikaci uvádí:

„Jednou z nejdůležitějších potřeb dítěte je přítomnost dospělých, kteří mu mohou pomoci učinit správná rozhodnutí. Tihle dospělí nebudou posluhovat každému dětskému rozmaru, ale skutečně se pokusí zabezpečit potřeby dítěte“.²³

Staráme – li se o dětské potřeby, poskytujeme tím zároveň dítěti určitý vzorec chování pro pomoc ostatním. Jako lidé máme tendenci jednat s jinými tak, jak bylo jednáno s námi. Takže pokud budeme dítě respektovat, pravděpodobně i ono bude s ostatními jednat s respektem.

V každém věkovém období se potřeby dětí mění a vyvíjí. Můžeme je rozdělit na základní tělesné potřeby, nižší a vyšší psychosociální potřeby.

3.2 Základní tělesné potřeby.

Jsou nejzákladnějšími lidskými potřebami, protože jejich uspokojení je nutné pro přežití organismu. Mluvíme o nich jako o potřebách fyziologických, biologických či tělesných. PhDr. Chloubová je rozdělila na potřeby dýchání, hydratace, výživy, vyprazdňování, tělesnou a duševní aktivitu, odpočinek a spánek, teplo a pohodlí – být bez bolesti, očista, hygiena a sexuální mateřské potřeby. Tyto potřeby tvoří přízemí Domu životních potřeb (obr. č. 1).

²³ Henleyová, K. *Citlivé vyučování, potřeby dětí v různých obdobích jejich vývoje*. Příbram: Samuel, 2000. s. 9-16.

²³ Henleyová, K. *Citlivé vyučování, potřeby dětí v různých obdobích jejich vývoje*. Příbram: Samuel, 2000. s.18.

3. 2. 1 Potřeba dýchání.

Dýchací systém novorozence se stavbou a funkcí liší od poměrů dospělého organismu. Plod již v děloze vykonává nepravidelné a velmi rychlé dýchací pohyby. Přívod kyslíku je zajištěn funkcí placenty. Jeho nedostatečný přívod v tomto vývojovém období může vést k závažnému postižení plodu nebo novorozence.

Dýchání má své klíčové místo v poporodní adaptaci. První silný vdech novorozence a následná aktivita dýchacích svalů závisí na stavu respiračních center CNS, která narozením dítěte zahájila svoji činnost. Interval mezi narozením hlavičky a prvním vdechem je obvykle 20 – 30 sekund. V průběhu prvních 90 sekund většinou novorozenec spontánně pravidelně dýchá. Počet dechů v prvních dnech je 40 – 60 / min., minutový objem je 150 – 200 ml/ kg hmotnosti. V průběhu několika minut má zdravý novorozenec efektivní výměnu krevních plynů.⁷²

Další odchylky v potřebě dýchání dítěte od dospělého se týkají nosní dutiny, která je velmi malá a roste spolu s růstem lebky. Vedlejší nosní dutiny se vyvíjejí až po narození a postupně rostou. Čelní dutina u novorozence chybí a začíná se tvořit na konci prvního roku. Hrtan novorozence je krátký a široký. Je uložen velmi vysoko a za kořenem jazyka je dobře viditelná hrtanová příklopka. Nejrychleji roste první čtyři roky a posouvá se směrem dolů. Definitivní polohu dosahuje v pubertě. U novorozence je trachea dlouhá asi 4,5 cm a roste rychle v prvních šesti měsících života, do puberty je pak růst pomalý. Bronchy rostou také v prvním roce velmi rychle. Plíce s prvními dechy se zvětšují, zaoblují a začínají z části překrývat srdce. V průběhu růstu se tyto poměry stále mění.¹⁴

S vývojem a utvářením dýchacího systému dochází k úpravě i dechové frekvence a tím potřeby objemu a množství dechů.

Kozierová uvádí tyto hodnoty:

u novorozence 30 – 80 dechů za minutu, v prvním roce 20 – 40 dechů za minutu, ve dvou letech 20 – 30 dechů za minutu, v šesti letech 20 – 25 dechů za minutu,⁴⁴

⁷² Schreiber, M. a kolektiv. *Funkční somatologie*. 1. vydání. Jinočany: H&H, 1998. s. 442. ISBN 80-86022-28-5.

¹⁴ Dylevský, I.; Trojan, S. *Somatologie I*. 2. vydání. Praha: Avicenum, 1990. s. 263 – 265. ISBN 80-201-0026-1.

⁴⁴ Kozierová, B.; Erbová, G.; Olivierová, R. *Ošetrovatelstvo I*. 1. vydání. Martin: Osveta, 1995. s. 325. ISBN 80-217-0528-0.

v deseti letech 17 – 22 dechů za minutu, v šestnácti 15 – 20 dechů za minutu a v osmnácti 15 – 20 dechů za minutu.⁴⁴

Potřeba dýchání je základním předpokladem lidské existence. Bez dýchání, kyslíku, není život možný. Neuspokojením potřeby kyslíku je ohrožen lidský život. Objevuje se úzkost a strach. Mezi fyziologií dýchání a psychikou je úzký vztah, kdy vlivem negativních emocí může mít dítě pocit nedostatku vzduchu.

3. 2. 2 Potřeba výživy a hydratace.

Intrauterinně je aktivita trávicího systému nízká. Omezuje se na polykání a resorpci plodové vody. Při narození se trávicí enzymy vyskytují v přiměřeném množství. Břišní dutina novorozence je relativně velká a růstem se postupně zmenšuje. Játra novorozence vyplňují téměř celou horní polovinu břišní dutiny. Funkce jater je dostatečně vyvinutá s výjimkou nižší aktivity glukuronyltransferázy, která metabolizuje bilirubin. Projeví se žlutým zbarvením kůže, žloutenkou fyziologických novorozenců, která trvá 2 – 4 dny. S růstem trupu a břišních orgánů se játra zmenšují a u tříletých dětí mají již polohu dospělých jater. Pro žlučník v novorozeneckém a kojenecké věku je typická pevná fixace a uložení v hlubokém zářezu jaterní hmoty. Slepé střevo je u novorozenců uloženo značně vysoko v pravé polovině břišní dutiny. Teprve ve 14 letech se růstovým posunem dostává do pravé kyčelní jámy.¹⁵

Přirozenou výživou novorozence je mateřské mléko. Podle doporučení WHO UNICEF by měly být všechny děti výlučně kojeny do 6 měsíců a postupně zaváděním příkrmu, by mělo kojení pokračovat až do dvou let. Dnes se podporuje rozhodnutí matek kojit vlastní dítě. Matkám jsou poskytnuty veškeré informace ohledně předností kojení, ale také rizik s ním spojených. Nezbytnou podmínkou zahájení laktace je včasné přiložení novorozence k prsu. Doporučuje se do půl hodiny po porodu a možnost sát z prsu kdykoliv dle potřeb dítěte. Technika kojení se týká vzájemné polohy matky a dítěte a také způsobu přisátí dítěte k prsu.

⁴⁴ Kozierová, B.; Erbová, G.; Olivierová, R. *Ošetrovatelstvo 1*. 1. vydání. Martin: Osveta, 1995. s. 325. ISBN 80-217-0528-0.

¹⁵ Dylevský, I.; Trojan, S. *Somatologie 2*. 2. vydání. Praha: Avicenum, 1990. s. 71 – 72. ISBN 80-201-0063-6.

Správná poloha bradavky v ústech novorozence je jedinou možností předcházení bolestivosti, poškození povrchu a neefektivnímu kojení. Kojené dítě má hledací, sací a polykací reflex a jejich vzájemná koordinace umožňuje příjem potravy.

Kojící matka potřebuje klidné, ohleduplné a stimulační prostředí s dostatkem odpočinku. Také přijímá smíšenou plnohodnotnou stravu a respektuje zásady zdravé výživy a zdravého životního stylu.²⁶

Mateřské mléko v průběhu kojení mění své složení. V prvních dnech po porodu se tvoří mlezivo, tzv. kolostrum, které svým složením a obsahem obranných látek od matky novorozenec dobře tráví a napomáhá vypuzení smolky ze střev. Postupně se mění na zralé mateřské mléko. Toto mléko je také zdrojem vitamínů a minerálů, které jsou nezbytné k správnému vývoji a prospívání dítěte. Dětský rostoucí organizmus má poměrně značnou spotřebu těchto vitamínů.

Tabulka č. 1 Složení mateřského mléka v g / 100 ml.³⁷

	bílkoviny	tuky	sacharidy
mlezivo	1,5 – 2,0	2,0 – 2,2	4,0 – 4,2
zralé mléko	1,1 – 1,3	4,0 – 4,5	5,0 – 7,0

S dalším růstem dítěte se mění i složení stravy. Od 6. měsíce potřebuje většina kojenců příkrm a tímto okamžikem začíná odstavení od kojení. Kojenec postupně dostává ovocné šťávy, zeleninové příkrmy, polévky, kaše. Přidávání nového pokrmu je postupné. Doporučuje se dítě krátce nakojit a pak nabídnout rozmělněný pokrm.

Začínáme 1 – 2 kávovými lžičkami a v dalších dnech zvyšujeme množství podaného pokrmu o další 1 – 2 lžičky. Někdy je potřeba až 15 – 20 kontaktů dítěte s novou chutí. Dokrmujeme ho lžičkou nebo z hrníčku a vždy podáváme pouze jednu novou potravinu. Jídlo pro dítě má být příjemnou událostí. Dítě má být vždy přebalené a jídlo přiměřeně teplé.⁵⁹

²⁶ Hrodek, O.; Vavřinec, J. *Pediatric*. 1. vydání. Praha: Galén, 2002. s. 89 – 90. ISBN 80-7262-178-5.

³⁷ Juřeníková, P. a kolektiv. *Ošetřovatelství 2. část*. Uherské Hradiště: 1999. s. 189.

⁵⁹ Mydlilová, A. Kojení. Praha: *VZP 16. číslo odborné edice*, 2002. s. 12.

Součástí příjmu potravy je i příjem tekutin a zabezpečení správné hydratace dítěte. Tekutiny se podílejí ve velké míře na stavbě lidského těla. U novorozence tvoří 75 % hmotnosti váhy. S vyšším věkem se podíl vody postupně snižuje.⁴⁴

Potřeba vody musí být plynule doplňována úměrně jejím ztrátám. Příjem vody je řízen pocitem žízně. Její denní spotřeba se řídí orientačně podle věku dítěte. Následující tabulka uvádí její množství.

Tabulka č. 2 Potřeba tekutin v jednotlivých věkových obdobích dítěte.⁸¹

věk dítěte	ml na 1 kg. váhy
novorozenec	60 – 100 ml
kojenec	150 ml
batole	120 ml
předškolák	100 ml
školák	70 ml

Z tabulky č. 2 vyplývá, že děti mají poměrně velkou potřebu tekutin. Musíme na tuto skutečnost myslet a potřebný denní příjem rozdělit rovnoměrně do dávek na celý den. Čím je organismus mladší, tím citlivěji reaguje na nedostatečný příjem tekutin.

Potřeba výživy a hydratace se mění s růstem dítěte a rodiče mají nenahraditelnou úlohu při jejím uspokojování. Podílí se na výběru vhodných potravin a tekutin, utváří správné stravovací návyky a postoje k této problematice.

3. 2. 3 Potřeba vyprazdňování.

Potřeba vyprazdňování souvisí s funkcí trávicího a uropoetického systému. Střevní trakt obsahuje smolku – mekonium, která se skládá ze zbytků spolykané plodové vody, žluče a odloupané střevní sliznice.

Je to černá dechtovitá mazlavá hmota bez zvláštního zápachu. První defekace smolky je obvyklá v prvních 12 až 48 hodinách, ale může nastat i později. Naplnění konečníku vyvolá defekační reflex, který je u malých dětí vrozený.⁷²

⁴⁴ Kozierová, B.; Erbová, G.; Olivierová, R. *Ošetrovatel'stvo* 2. 1. vydání. Martin: Osveta, 1995. s. 1037. ISBN 80-217-0528-0.

⁸¹ Vlachová, M. Pitný režim dětí. Praha: *Visus motoli*. časopis fakultní nemocnice v Motole, léto 2004, s. 40. ISSN 1214-7079.

⁷² Schreiber, M. a kolektiv. *Funkční somatologie*. 1. vydání. Jinočany: H&H, 1998. s. 442. s. 454. ISBN 80-86022-28-5.

Kojené dítě mívá poměrně často stolici, což způsobuje nezralost střeva. Stolica je řídká a měkká a může být po každém kojení. S potravou dochází k postupnému osídlování trávicího traktu bakteriemi. Může se objevit i zelená stolice, kterou populace nesprávně označuje jako tzv. hladovou stolici.⁵⁹

Počet stolic u kojeného dítěte se postupně ustálí a klesá na 3 – 4 denně. Sleduje se její barva, konzistence, množství, příměsi, případně zápach. S postupným přidáváním tuhé stravy se stolice stává tužší a její frekvence se ustálí. Volná kontrola defekace začíná v období 2. – 3. roku a je individuální potřebou dítěte.

Plod tvoří moč a močí do plodové vody už od poloviny těhotenství. Po narození dítěte je snižená funkční schopnost ledvin a také snižená schopnost vylučovat větší množství vody. V prvních dnech novorozenec vylučuje 20 – 40 ml moči za den s měrnou hustotou 1 014 – 1 018.⁷²

Vylučování moče také závisí na množství přijatých tekutin. Moč novorozence je bez barvy a zápachu. Močení – mikce je nepodmíněný reflex, který probíhá po naplnění močového měchýře. U novorozenců a kojenců chybí volná kontrola močení. Návlek močení začíná v době, kdy dítě sedí bezpečně a bez opory. Dítě se učí podmiňovat a řídit reflexy v době, kdy je schopno rozpoznat plnost močového měchýře a upozornit rodiče na potřebu močení. Schopnost ovládat močení dosáhne přibližně ve dvou letech a úplnou kontrolu ve 4 – 5 letech. Volná kontrola močení se u chlapců vyvíjí pomaleji.⁵⁸

3. 2. 4 Potřeba aktivity.

Psychomotorický vývoj dítěte je spjat se zráním centrálního nervového systému. Jde o nepřetržitý proces, který můžeme rozdělit do čtyř etap. Během prvních 3. měsíců života tlumící činnost mozkové kůry pravděpodobně způsobí vymizení některých reflexů a umožní vznik pohybových projevů řízených vůlí, např. uchopování.

⁵⁹ Mydlilová, A. Kojení. Praha: VZ. 16. číslo odborné edic, 2002. s. 3.

⁷² Schreiber, M. a kolektiv. *Funkční somatologie*. 1. vydání. Jinočany: H&H, 1998. s. 443. ISBN 80-86022-28-5.

⁵⁸ Mikšová, Z. a kolektiv. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. 1. vydání aktualizované a doplněné. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 90 – 92. ISBN 80-247-1442-6.

Koncem první etapy dochází ke kontrole svalového napětí hlavy vytvořením středové tělesné osy s projevem senzorio – motorických koordinací. Mezi 4. – 8. měsícem se koordinace prodlouží na úroveň horních končetin a dochází ke zjemnění pohybů. Pohybová aktivita se diferencuje a kontrola držení těla umožňuje polohu vsedě bez pomoci. Následující fáze vývoje se vyznačují důležitým vývojem mozečku (kolem 13 měsíců) a dovolí dítěti zvládnout stání a chůzi. Tato koncepce psychomotorického vývoje se opírá o zrání CNS.⁶⁵

V dalším období se dítě zdokonaluje v jednotlivých pohybových aktivitách a rozvíjí je. Z nesamostatného človíčka máme zvědavé, pohybuující se dítě. Dítě potřebuje volnost k výzkumům okolí. To však neznamená, že by mělo být ponecháno jen samo sobě, bez dohledu a omezení. Potřebuje chvíle volného času, kdy může o samotě přemýšlet, pozorovat okolí. Neobejde se bez přístupu k věcem, které podporují a bezpečně uspokojují zvědavost a touhu zkoumat a objevovat.²³

Dítě základní pohybovou aktivitu zvládne během jednoho roku, proto hlavně domov by měl být pro něj bezpečným místem. Dítě se pohybuje po bytě, objevuje svět kolem sebe, chce se všude podívat. Rodiče mají nelehkou úlohu myslet za dítě a odstranit všechno, co je pro něj nebezpečné. Bezpečnostní zásady musíme dodržovat v celém bytě. Nehoda není náhoda a dětských úrazů je více a více. Děti hlídáme, ale i vychováváme, poučujeme, informujeme o prevenci úrazovosti. V dětském věku jsou úrazy v příčinách úmrtí na prvním místě. Následkem úrazu se často mění život celé rodiny.¹⁸

3. 2. 5 Potřeba tepla a pohodlí.

Udržování stále tělesné teploty je podmínkou existence lidského organismu. Řízení tělesné teploty je zajištěno zvyšováním a snižováním tvorby a výdeje tepla. Všechny regulační možnosti jsou řízeny z termoregulačního – teplotního centra v mezimozku, které reaguje na teplotu protékající krve.

⁶⁵ Pouthas, V.; Jouen, F. *Psychologie novorozence*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2000. s. 80-83. ISBN 80-7169-960-8.

²³ Henleyová, K. *Citlivé vyučování, potřeby dětí v různých obdobích jejich vývoje*. Příbram: Samuel, 2000. s. 20.

¹⁸ Grivna, M. a kolektiv. *Dětské úrazy a možnosti jejich prevence*. 1. vydání. Praha: Centrum úrazové prevence, 2003. s. 106. ISBN 80-239-2063-4.

Při selhávání řídicího centra dochází k přehřátí (hypertermii) nebo podchlazení (hypotermii) těla. Termoregulační mechanismy se začínají u plodu vyvíjet již okolo 6. měsíce nitroděložního života. Po narození není ještě funkce centra dokonalá.¹⁵

Schopnost udržet stálou tělesnou teplotu u novorozence je snižena. U plodu se pohybuje kolem 37.5° C. Je vždy o něco vyšší než tělesná teplota matky. Po narození do dvou hodin klesne asi o 1 – 3° C a v dalších 6 – 12 hodinách života se opět zvýší na 36,5 – 37° C.⁷²

Bezprostředně po porodu předcházíme poporodnímu teplotnímu šoku. Pro stabilizaci tělesné teploty novorozence využíváme vyhřátý inkubátor nebo vyhřáté termolůžko. Cílem je zabezpečit optimální teplotní prostředí pro novorozence.

Novorozenec na sníženou teplotu v okolním prostředí reaguje neklidem, svalovou aktivitou vazokonstrikcí v kůži, vyplavením katecholaminů a netřesovou termogenezí v hnědém tuku. Hnědý tuk se nachází na šiji, zádech, axilách, v inguinách a okolo některých orgánů. Účinkem katecholaminů nastává hydrolyza triglyceridů na volné masné kyseliny a glycerol. Tato reakce je exotermická, při které se uvolňuje teplo a otepluje krev protékající oblastí obsahující hnědý tuk. V průběhu uvolňování tepla z hnědého tuku se spotřebovává kyslík. Je důležité nevystavovat novorozence zbytečnému ochlazení těla, aby nenastalo další zvýšení spotřeby kyslíku.⁷²

Úkolem matky je správná regulace tepla a chladu. Malé dítě snadno prochladne, nebo je mu příliš horko. Matka má často problémy jak správně své dítě obléknout. Pocit nahoty je dítěti velmi nepříjemný a dá se do křiku, když ucítí závan chladnějšího vzduchu na obnažené pokožce. Dítě oblékáme podle sebe. Je nám zima, kojenci je zima o trochu víc. Tento fakt zohledníme a přidáme dítěti svetřík. Kojenci mívají studené nožičky, tak jim dáváme ponožky, bačkůrky. Také kontrolujeme, zda se nepotí. Nejsnáze dítě nastydne při přílišném oblékání a pak, když ho svlékáme před koupáním nebo ho necháme v průvanu.⁴

¹⁵ Dylevský, I.; Trojan, S. *Somatologie* 2. 2. vydání. Praha: Avicenum, 1990. s. 97 – 100.
ISBN 80-201-0063-6.

⁷² Schreiber, M. a kolektiv. *Funkční somatologie*. 1. vydání. Jinočany: H&H, 1998. s. 455.
ISBN 80-86022-28-5.

⁷² Schreiber, M. a kolektiv. *Funkční somatologie*. 1. vydání. Jinočany: H&H, 1998. s. 455
ISBN 80-86022-28-5.

⁴ Bacus, A. *První rok vašeho dítěte*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. s. 34-37. ISBN 80-7367-029-1.

3. 2. 6 Potřeba odpočinku a spánku.

Potřeba spánku a odpočinku je nezbytná pro zachování a udržení tělesného zdraví.

S růstem dítěte se potřeba spánku postupně mění. Novorozenec se budí obvykle na jídlo a koncem prvního měsíce se období bdění postupně prodlužuje.

Z následující tabulky vyplývá, kolik hodin dítě spí. V tabulce je zahrnuta celková doba nočního a denního spánku, je orientační, protože každé dítě má svoji individuální potřebu spánku.^{4, 76}

Tabulka č. 3 Potřeba délky spánku u dětí v jednotlivých věkových obdobích.

Věkové období	Počet hodin
novorozenec	18 – 20
1 – 3 měsíce	18 – 19
4 – 5 měsíců	16 - 17
6 – 8 měsíců	15 – 16
9 – 12 měsíců	14 – 15
batole	12 – 10
předškolní věk	11
školní věk	10
pubescent	8,5 – 9
adolescent	8

Kolem 4. měsíce se předpokládá, že dítě spí již celou noc. Pokud se budí, je nutné pátrat po příčině, proč se v noci budí? Mnohdy se nejedná o fyzické potíže, ale příčina může být psychologická (neklidná, úzkostná atmosféra domova,...). Dítě, které v noci často pláče, způsobuje napětí, nervozitu, únavu rodičům.⁴

Mnozí rodiče si myslí, že dítě ke spánku potřebuje ticho. S dětským spánkem je to často obráceně. Dítě si může myslet, že ho rodiče opustili a zůstalo doma samotné, protože neslyší žádné zvuky. Je vhodné nechat dveře pootevřené, aby dítě mohlo zůstat v kontaktu s domácími zvuky. To ovšem neplatí pro televizi, z které se línou neosobní hlasy.⁵

⁴ Bacus, A. *První rok vašeho dítěte*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. s. 49. ISBN 80-7367-029-1.

⁷⁶ Trachtová, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vydání. Brno: IDV PZ, 1999. s. 71. ISBN 80-7013-285-X.

⁴ Bacus, A. *První rok vašeho dítěte*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. s. 65 – 66. ISBN 80-7367-029-1.

⁵ Bacus, A. *Vaše dítě ve věku od 1 do 3 let*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. s. 21. ISBN 80-7178-743-4.

Dítě kolem 1 roku přes den spí obvykle dopoledne a odpoledne. Postupně se dopolední spánek odbourává, ale spánek po obědě je nezbytný. Děti stejně jako dospělí zažívají po obědě pokles aktivity a pociťují fyziologickou potřebu spánku. Důležité je dítě nebudit. Až se dostatečně prospí, vzbudí se samo. Neexistuje žádné pravidlo pro to, kdy má jít dítě večer spát. Záleží na životním stylu rodiny. Určitá pravidelnost je žádoucí, aby dítě nebylo během dne unavené.⁵

Pro žádné dítě není snadné jít spát. Musí skončit se všemi činnostmi, které má rádo, odloučit se od rodičů. Dítě se ocitá ve svém pokoji samo, je tam ticho a tma, z kterých má strach. Rituál před spaním poslouží dítěti, aby se cítilo bezpečněji. Rituál předchází spaní. Jde o neměnný scénář, kterým zklidňujeme dítě. Dítě by nemělo mít pocit, že se ho chceme zbavit, ale také by se rituál neměl protahovat do nekonečna.⁶

Spánek slouží k obnově psychických i fyzických sil a napomáhá dítěti, aby si uspořádalo nové informace a poznatky, aby se utvářela paměť, aby se budoval nervový systém, a je to doba, kdy se vylučuje růstový hormon nejvíce.⁶

Musíme si uvědomit, že nedostatek spánku dítě vyčerpává, a proto je nutné tuto potřebu uspokojovat pro správný a spokojený vývoj dítěte.

3. 2. 7 Potřeba hygieny.

Hygiena je osobní záležitostí určená individuálními hodnotami i zvyklostmi jedince. Lze ji definovat jako soubor pravidel a postupů k podpoře a ochraně zdraví.⁷⁶ Je ovlivněna různými faktory, ale také znalostí o zdraví a hygieně.

Již prvním ošetřením po porodu reagujeme na potřebu hygieny u novorozence. Tato potřeba se vytváří postupně od nejútlejšího věku dítěte. Novorozenec a kojeneček je zcela závislý na péči dospělé osoby.

⁵ Bacus, A. *Vaše dítě ve věku od 1 do 3 let*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. s. 46. ISBN 80-7178-743-4.

⁶ Bacus, A. *Vaše dítě ve věku od 3 do 6 let*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. s. 20. ISBN 80-7178-862-7.

⁶ Bacus, A. *Vaše dítě ve věku od 3 do 6 let*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. s. 18. ISBN 80-7178-862-7.

⁷⁶ Trachtová, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vydání. Brno: IDV PZ, 1999. s. 51. ISBN 80-7013-285-X.

Každodenním koupáním poskytujeme dítěti pocit pohody a vytváříme základ pro hygienické návyky.

V nemocnici celkovou koupel u novorozence provádíme jednou denně, nebo dle potřeby. Upravíme prostředí, připravíme pomůcky a dětská sestra předvede matce koupel dítěte. Dodržuje stanovený postup a zajišťuje bezpečnost při koupeli. Omytého novorozence dá na suchou osušku a pečlivě a jemně ho osuší. Jemná kůže se po koupeli promastí vhodným přípravkem.⁷⁰

Dnes je na trhu nepřeberné množství kosmetických přípravků pro děti. Pomocí reklamy se snaží mnohé firmy získat rodiče ke koupi právě toho jejího výrobku. Rodiče často ve snaze dát dítěti to nejlepší, podlehnou této nabídce. Dětská kůže je velmi jemná, a tím i citlivá. Při používání kosmetických přípravků musí být rodiče obezřetní, aby nedošlo k poškození a vzniku alergické kožní reakce. Příčin alergií je celá řada a jedním z faktorů je i stále stoupající používání chemických kosmetických přípravků v denním životě. Organizmus se sklonem k přecitlivosti se začíná bránit abnormální reakcí. Rodiče by měli kosmetické výrobky vybírat velmi pečlivě. Někdy platí, čím méně používáme kosmetické přípravky, tím lépe pro citlivou pokožku malého dítěte.

Dvou a tříleté děti chtějí dělat všechno samy. Již v raném dětství pěstujeme určité chování, které je nutné k adaptaci na společnost. Mluvíme o primární socializaci jedince. Patří sem vytváření hygienických a základních kulturních návyků. Batolecí a předškolní období je proto nejdůležitějším stádiem pro vytvoření těchto návyků. Vhodným obdobím pro vytváření hygienických návyků jsou letní měsíce, kdy je teplo a nemusíme děti tolik oblékat. Pokud si myslíme, že dítě je připraveno na změnu, vysvětleme mu, co od něho očekáváme, předvedeme a při úspěchu pochválíme. Dítě si jednotlivé hygienické návyky osvojuje postupně. Dítěti umožníme provádět každodenní činnosti a tím vytváříme a zdokonalujeme jednotlivé hygienické návyky.

Školáci a dospívající mají již určité požadavky v oblasti hygieny a oblékání. S fyziologickými změnami v pubertě se mění nároky i na hygienu.

⁷⁰ Saxlová, J.; Najmanová, B.; Kudláčková, J.; Klabouchová, Z. *Neonatologický edukační program Modul II*. Česká neonatologická společnost. T-Print, 1996. s. 29.

Objevuje se zvýšené pocení, nástup menstruace, výskyt akné, a proto je nezbytný citlivý a taktní přístup k dívkám i chlapcům. V oblékání se často objevuje extravagance, která se postupně ustálí.⁷⁶

Potřeba hygienické péče je zásadní a dnes v každé nemocnici najdeme standart či metodický pokyn, který se věnuje této problematice.

Ve fakultní nemocnici Motol mezi komplexní činnosti hygienické péče patří:

péče o dutinu ústní, péče o oči, uši, dutinu nosní, péče o vlasy, mytí vlasů, ranní a večerní toaleta, celková koupel a bazální stimulace.

Za tento metodický pokyn zodpovídá sestra a porodní asistentka.⁵⁷

3. 2. 8 Sexuální potřeby.

Sexualita se u člověka vyvíjí od narození a je ovlivňována různými faktory v průběhu celého života. Narozením dítěte do rodiny přibude holčička, či chlapeček.

První kontakt novorozence je s matkou. Otec přináší dítěti jiné vjemy než matka. Tato odlišnost je pro dítě potřebná. Otcova vůně, hlas, způsob jak ho nosí, jak s ním zachází, jsou odlišné od matky a dítěti se otvírá jiný svět. Postupně se dítě naučí rodiče rozeznávat a také se samo začíná cítit jako chlapeček či holčička.⁴

Kolem druhého roku začíná dítě objevovat své tělo. Hlazení těchto partií těla je normální. Pro dítě jsou příjemným důsledkem objevování. Takové chování nevyžaduje od rodičů zvláštní pozornost a postupně vymizí.

Dnešní děti vědí o anatomických rozdílech pohlaví, jsou schopné se identifikovat jako chlapec či děvče. Zda-li bude dítě na své pohlaví hrdé, závisí na postoji rodičů a respektování se navzájem. Je nutné neoslabovat roli toho druhého. Dítě potřebuje jak matku, tak i otce.⁵

Děti mají spoustu otázek na své rodiče, chtějí vědět, jak přišli na svět, jak vznikne miminko, jak se liší muži a ženy,.. Při odpovědích se doporučuje:

⁷⁶ Trachtová, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vydání. Brno: IDV PZ, 1999. s. 53. ISBN 80-7013-285-X.

⁵⁷ Metodický pokyn – hygienická péče, FN Motol ze dne 15. 1. 2005.

⁴ Bacus, A. *První rok vašeho dítěte*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. s. 76. ISBN 80-7367-029-1.

⁵ Bacus, A. *Vaše dítě ve věku od 1 do 3 let*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. s. 83, 170. ISBN 80-7178-743-4.

1. Říci dítěti málo informací jednoduchými slovy, ale povědět pravdu.
2. Používat přesné výrazy.
3. Nevyhýbat se tématu touhy a příjemných pocitů.
4. Vhodnější je, pokud matka mluví s dcerou a otec se synem.⁶

Čtyřleté děti vědí, že pohlaví je trvalý znak a odmítají jiné oblečení z důvodu ohrožení vlastní identity.⁹

Období dospívání je přechodem mezi dětstvím a dospělostí. Pubertu lze časově zařadit přibližně mezi 11 – 15 rok.⁷⁹

V tomto období dochází k tělesné i psychické proměně dítěte. Tato proměna nemusí probíhat ve stejném tempu.

Pokud je tělesné zrání rychlejší, jedinec nemusí být schopen tyto změny zvládnout přijatelným způsobem. Sekundární pohlavní znaky jsou nápadnější u děvčat než u chlapců. Emoční reakce jsou nepřiměřené, objevuje se větší labilita a tendence reagovat nepřiměřeně. Pubertální vztahovačnost je výrazem nejistoty a dochází k hledání vlastní identity. Pubescent experimentuje se sexuální rolí v podobě prvních lásek.

Matějček poukazuje na spojení deprivace činitele – nepřítomnost primárního mateřského vychovatele a izolace od přirozené dětské skupiny v kritickém věku (starší školní věk), kdy nepříznivý výsledek vede k hluboké poruše sexuálního a rodičovského chování.⁵³

Vstup do období adolescence je biologicky ohraničen pohlavním dozráním. Vlastní tělo se stává součástí identity. V tomto období dochází k první sexuální zkušenosti. Sexualita tvoří důležitou součást partnerského vztahu.⁷⁹

Langmeier uvádí, že první zkušenosti s heterosexuálními styky získávají dospívající mezi 14. až 16. rokem.⁴⁶

⁶ Bacus, A. *Vaše dítě ve věku od 3 do 6 let*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. s. 84. ISBN 80-7178-862-7.

⁹ Čačka, O. *Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace*.

1..vydání dotisk. Brno: Jan Šabata, 2000. s. 86. ISBN 80-7239-060-0.

⁷⁹ Vágnerová, M. *Vývojová psychologie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. s. 209. ISBN 80-7178-308-0.

⁵³ Matějček, Z. *Co děti nejvíc potřebují*. 1. vydání. Praha: Portál, 1994. s. 60. ISBN 80-7178-006-5.

⁷⁹ Vágnerová, M. *Vývojová psychologie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. s. 211 – 288.

ISBN 80-7178-308-0.

⁴⁶ Langmeier, J.; Krejčířová, D. *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 157. ISBN 80-247-1284-9.

3.3 Základní nižší psychosociální potřeby.

Psychosociální potřeby jsou složitější a vznikají adaptací dítěte na prostředí. Sociální prostředí a různé okolnosti ovlivňují socializaci dítěte. Mezi nejzákladnější existenciální potřeby patří jistota a bezpečí. Atkinsonová uvádí, že jde o potřeby vyvarovat se nebezpečí, ohrožení. Vyjadřuje také touhu po důvěře, spolehlivosti a stabilitě (obr. č. 2).

Chloubová sem řadí potřebu zdraví, bezpečí a pomoci, jistoty sociální a ekonomické, soběstačnost, prostředí a bydlení, informace a podněty, naděje a víra, klid a mír, potřeba struktury řádu (obr. č. 1).

Pro dětský věk je důležitá potřeba zdraví, která je nutná pro správný tělesný a psychický vývoj. Dítě potřebuje mít pocit jistoty a bezpečí vyplývající ze vztahu k matce, který je také zárukou v budování další důvěry k okolnímu světu. Vývoj dítěte se neobejde bez potřeby prvotní stimulace, podnětů a informací.

Pro průběh dobré adaptace dítěte je nutná i potřeba struktury a řádu. Tyto potřeby považují za stěžejní pro vývoj dítěte.

Ve své diplomové práci se věnuji problematice dětí v předškolním a mladším školním období. Vývoj děti vychází z těchto potřeb, které se postupně upevňují, rozšiřují růstem a socializací dítěte.

3.3.1 Potřeba jistoty a bezpečí.

Potřeba jistoty a bezpečí podle Trachtové vyjadřuje:

- potřeba vyhnout se ohrožení (bolesti, stresu, chladu,...),
- potřeba ochrany zdraví (saturace fyziologických potřeb),
- potřeba důvěry,
- potřeba soběstačnosti,
- potřeba informací a orientace,
- potřeba podnětů (senzorických, motorických, emočních,...),
- potřeba vlastnictví a hromadění majetku,
- potřeba míru a klidu,
- potřeba naděje a víry.⁷⁶

⁷⁶ Trachtová, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vydání. Brno: IDV PZ, 1999. s. 141. ISBN 80-7013-285-X.

Dítě potřebuje místo, kde se cítí jistě a bezpečně, Na prvním místě jde o fyzické bezpečí. Dítě se též potřebuje cítit v bezpečí před citovým ohrožením. Novorozenec není zdaleka pasivní „oběť“, ale velmi aktivním partnerem dospělých. Působí na zrání osobnosti rodičů a utváří jejich vztah k dítěti. Příkladem toho je citace:

„Matka zvedne nemluvně na ruce do šikmé polohy – dítě v této poloze zvýší svou úroveň bdělosti a pozornosti a otevře více oči – matka se přiblíží svým obličejem k tváři dítěte a usměje se na ně – výraz dítěte se nápadně oživí – matka na dítě mazlivě promluví – dítě začne vzrušeně pohybovat rukama a nohama – matka s potěšením sleduje, tyto projevy radosti dítěte, kývá hlavou a výraznou mimikou (se zvednutým obočím a pootevřenými ústy) se dále pokouší udržet a zvýšit zájem dítěte – pozornost malého nemluvně se však brzy vyčerpá a dítě odvrací svůj pohled a ztrácí zájem – matka ho pokládá do polohy v leže“.⁵⁵

Tento celý řetězec aktivit proběhne během několika sekund. Pozorná a citlivá matka zachytí únavu dítěte a ponechá ho v klidu. Mezi matkou a dítětem proběhla interakce, která je počátkem socializace dítěte a vytvořením vztahu mezi nimi. Podle přístupu matky k dítěti se vytváří potřeba jistoty a bezpečí.

Citlivá matka reaguje na projevy dítěte obvykle okamžitě. Dokáže jemně odlišit různé potřeby a reagovat na ně odpovídajícím způsobem. Výsledkem této citlivosti je vytvoření stabilní citové vazby dítěte na matku. Pokud dítě projevuje úzkost po odchodě matky, jejím návratem se uklidní.

Méně citlivá matka se liší tím, že jí kontakt s dítětem nepřináší takovou radost. Chování matky je odmítavé a vzápětí se projevuje zvýšenou vřelostí k dítěti. Nereaguje na potřeby dítěte, ale upřednostňuje své nálady. Výsledkem je destabilizující citová vazba dítěte na matku. Dítě matku zvýšeně vyžaduje, jindy ji odmítá.

Málo citlivá matka na potřeby svého dítěte nereaguje přiměřeně. Někdy je dítě dlouhou dobu ponecháno bez povšimnutí, jindy ho matka zlobně odmítá, pak ho náruživě objímá bez odpovídajícího rozpoložení dítěte. Dítě ve vztahu k matce je frustrováno, postrádá základní jistotu a bezpečí.²¹

⁵⁵ Matějček, Z.; Langmeier, J. *Počátky našeho duševního života*. Praha: Panorama, 1986. s. 184.

²¹ Helus, Z. *Dítě v osobnostním pojetí*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. s. 95 – 97.

ISBN 80-7178-888-0.

Výsledkem je dezorganizovaná citová vazba. Vzniká směs hledání kontaktů, vzteku a strach. Dítě je citově labilnější, v neznámých situacích úzkostné s negativistickým projevem.²¹

Podle Eriksona přísluší každému období lidského vývoje určitý úkol. Rozlišuje osm stádií lidského růstu. Úkolem prvního stádia je vybudování si důvěry. Aby dítě získalo důvěru dbáme na jeho potřeby. Svým chováním mu dáváme najevo, že nám může důvěřovat nebo v něm budíme pocit nedůvěry.¹¹

Matějček říká, že lidská náruč je pro dítě hlubinou bezpečí a ochranou před úzkostí.⁵³

Jedním z největších lidských strachů je strach ze zavržení. Vedle obavy z odmítnutí se hned řadí strach ze selhání. Dítě, které se bojí selhání, se přestává snažit. Strach z neúspěchu ho paralyzuje.

Optimismus pomáhá s tímto strachem bojovat. Optimismus je víra, že věci dopadnou nejlépe, jak mohou. Je to světlo na konci tunelu, které nám pomáhá, když přijdou těžké časy. Dítě potřebuje dodávat odvalu. Potřebuje dospělé s laskavým humorem, dospělé, kteří se dokáží smát vlastním chybám, dospělé, kteří jsou optimisty.²³

V společnosti nacházíme kritiku i posměch, a proto je snadné posmívat se druhým. Humor v televizních, filmových komediích je založen na zesměšňování jiných lidí. Ve školní třídě je pak snadné zaměřit se na spolužáky. Pokud potřeba bezpečí a jistoty je silným zázemím v rodině, lze předpokládat, že následná socializace probíhá přiměřeně věku dítěte.

3. 3. 2 Potřeba zdraví.

Nejznámější definici zdraví je definice Světové zdravotnické organizace z roku 1947. „Zdraví je stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody.“⁴⁴

²¹ Helus, Z. *Dítě v osobnostním pojetí*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. s. 95 – 97. ISBN 80-7178-888-0.

¹¹ Drapera, V. *Přehled teorií osobnosti*. 1. vydání. Praha: Portál, 1997. s. 69. ISBN 80-7178-134-7.

⁵³ Matějček, Z. *Co děti nejvíc potřebují*. 1. vydání. Praha: Portál, 1994. s. 102. ISBN 80-7178-006-5.

²³ Henleyová, K. *Citlivé vyučování, potřeby dětí v různých obdobích jejich vývoje*. Příbram: Samuel, 2000. s. 19.

⁴⁴ Kozierová, B.; Erbová, G.; Olivierová, R. *Ošetrovatelstvo 2*. 1. vydání. Martin: Osveta, 1995. s. 83. ISBN 80-217-0528-0.

Potřeba zdraví je u dítěte nezbytná pro jeho správný a harmonický vývoj. Může být narušená již příchodem dítěte na svět, nebo se objeví v průběhu dalšího vývoje. Tělesné onemocnění ovlivňuje psychický stav dítěte i jeho celou osobnost. Tento fakt je také ovlivněn rodiči a jejich přístupem k nemoci. Podle míry poškození a nemoci se mění i výchovné nároky u nemocného dítěte.

Langmeier uvádí nevhodné a škodlivé typy výchovy, s nimiž se setkával v poradenské praxi:

1. výchova rozmazlující – rodiče vyhoví každému přání dítěte a projevují mu až „opičí“ lásku,
2. výchova zavrhuje – rodiče dávají svým chováním najevo nepřijetí dítěte, ale otevřeně to nepřiznávají,
3. výchova nadměrně ochraňující (hyperprotektivní) či nadměrně starostlivá vede k ochraně dítěte před každým rizikem, či rizikovou situací,
4. výchova perfekcionistická s přepjatou snahou po dokonalosti, k perfektním výkonům,
5. výchova nedůsledná je kolísání od krajní přísnosti ke krajní povolnosti,
6. výchova zanedbávající, týrající, zneužívající, deprimující.⁴⁶

U handicapovaného dítěte vzniká proto dvojí nebezpečí. Jedno je z nedostatku podnětů a druhé z nevhodné výchovy. Čím více nemoc zatěžuje a vyčerpává nervový systém, tím větší nebezpečí hrozí dítěti v duševním vývoji.⁵⁴

Úvahy o zdraví mají specifické aspekty. Dítě je závislé na okolí a bez spolupráce s rodinou nelze posilovat zdravotní stav dítěte. Dobře fungující rodina je oporou pro dítě, je schopna pečovat, podporovat a předcházet zbytečnému poškození zdraví.

3. 3. 3 Potřeba stimulací, podnětů a informací.

U dítěte jde o potřebu určitého množství kvalitních a proměnlivých podnětů, které ho stimulují. Podněty musí být v dostatečném množství, v patřičné kvalitě a v pravém čase.

⁴⁶ Langmeier, J.; Krejčířová, D. *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 270. ISBN 80-247-1284-9.

⁵⁴ Matějček, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 2. vydání upravené a rozšířené. Jinočany: H&H, 1992. s. 33. ISBN 80-8567-42-9.

Podněty mohou být zrakové, sluchové, hmatové, chuťové i čichové. Musí mít pro dítě smysl, musí mu něco dávat, musí mít pro ně význam. Jde o podněty smysluplného světa.⁴⁹

Stimulace vede dítě k aktivitě. Přirozená zvědavost má být uspokojována od prvních dnů života. Dítě je fascinováno vším, co se hýbe. Brzy se naučí sledovat očima předmět a zlepšuje se koordinace zraku s pohybujícím se předmětem. Zajímavé vizuální podněty mohou někdy měnit i stav dítěte. Kojence přitahují kontrastní barvy a lesklé předměty. Hračky, které mu pověsíme do zorného pole, pomáhají cvičit zrak a rozeznávat předměty a lidi.⁴

Už v prvních dnech si novorozenec pamatuje obličej své matky. Schopnost rozpoznání výrazu lidského obličeje je ve 12. týdnu. Kojenec ve 3 měsících bezpečně rozpozná tvář své matky.⁶⁵

Pro dítě je nutná stimulace jak předměty také i lidmi. Novorozenec je schopen vnímat ve vzdálenosti 20 – 30 cm, předměty a lidi v jeho zorném uhlu. Schopnost vidění je získaná schopnost a stimulace v počátečním vývoji má velký význam. V prvních měsících zrakovou pozornost přitahují větší, výrazné a pestré předměty, po 9. měsíci věku jsou pro dítě zajímavé detaily a drobné předměty.⁴⁶

Schopnost sluchového rozlišení je prokázána již od 22. týdne těhotenství a s věkem narůstá. Novorozenec dobře rozlišuje vysoké tóny a má značný rozsah slyšení, který postupně ztrácí. Narozené dítě poznává a preferuje hlas své matky před hlasem cizí ženy.

Hlas otce poznává později. Pravděpodobně hlubší mužský hlas neproniká do intrauterinního prostředí.⁴⁶

⁴⁹ Matějček, Z. Rodina – největší dar pro dítě. *Sborník z 2. národní a I. středoevropské konference*. Praha, 2003. s. 11.

⁴ Bacus, A. *První rok vašeho dítěte*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. s. 33. ISBN 80-7367-029-1.

⁶⁵ Pouthas, V.; Jouen, F. *Psychologie novorozence*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2000. s. 60. ISBN 80-7169-960-8.

⁴⁶ Langmeier, J.; Krejčířová, D. *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 55. ISBN 80-247-1284-9.

⁴⁶ Langmeier, J.; Krejčířová, D. *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 35 – 36. ISBN 80-247-1284-9.

Novorozenec také rozlišuje dotek, teplo a změny polohy. Hmatem se dítě uklidňuje, lidský dotyk je důležitou potřebou hlavně u neklidného, dráždivého novorozence. Pravidelné hlazení a mazlení vyvolává pozitivní reakce a zklidnění dítěte. Dotyk také patří k základním komunikačním formám ve vzájemném vztahu matky a dítěte.

Dobře jsou vyvinuty chuť a čich. Novorozenec je přikládán po porodu k prsu matky a na tento stimul reaguje. Nejpozději šest dnů po porodu čichem poznává svoji matku a je schopen rozpoznat z nabízených variant (co ohmatal ústy) zdroj potravy.⁴⁶

Rané zkušenosti pro potřeby stimulace fungují jako informace pro jejich zpracovávání a projeví se v oblasti učení.⁷⁹

3. 3. 4 Potřeba struktury a řádu.

Potřeba struktury a řádu umožňuje pochopit nové prostředí a adaptovat se na něj. První zkušenosti získává dítě ve své rodině. Rodina je pro dítě největším darem. Primární funkcí rodiny ve vztahu k dítěti je funkce ochranná. Dítě získává v rodině životní jistotu. Poznává každého ze svých lidí a my mu svým chováním dáváme najevo, co v jeho projevech schvalujeme a co ne. Dítě se neučí pro lásku k vědě, ale pro radost těm, které má rádo. Poznává naše postoje, názory a dává mu model sociálních vztahů.⁴⁹

Novorozenec se poprvé setkává s řádem prostřednictvím jídla a spánku. Většina novorozenců je kojena každé 2 – 3 hodiny a po kojení následuje spokojený spánek. Během prvního měsíce si novorozenec zvyká na určité náznaky pravidel týkající se spánku a jídla.

Novorozenec má pouze jediný způsob vyjadřování a to je pláč. V době nespokojenosti dítěte ho matka bere do své náruče a uklidňuje.

Dítě reaguje zklidněním, soustřeďuje se na lidskou tvář a příjemné zvuky hlasu své matky. Z náruče své matky se mu rozšiřuje další prostor k postupné adaptaci do prostředí.

⁷⁹ Vágnerová, M. *Vývojová psychologie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. s. 39-40.
ISBN 80-7178-308-0.

⁴⁹ Matějček, Z. Rodina – největší dar pro dítě. *Sborník z 2. národní a I. střeoevropské konference*. Praha, 2003. s. 10-11.

Dítě potřebuje řád. Jasná pravidla mu pomáhají v orientaci, co bude následovat, kdy je čas na jídlo, na odpočinek, na hru, na povinnosti. Pravidla a řád pomáhají malým dětem k pocitu jistoty a bezpečí.²³

3. 4 Vyšší psychosociální potřeby.

K vyšším potřebám podle Maslowa patří potřeba lásky, sounáležitosti, uznání, ocenění, sebeúcty, seberealizace.

Chloubová je člení na potřeby vztahové a self (já) potřeby – sebezpojení a sebeúcty.

Mezi vztahové vyšší psychosociální potřeby bych zařadila v předškolním a mladším školním věku potřebu lásky, která souvisí s utvářením vztahů k dalším lidem a potřebu sounáležitosti, někam patřit.

Mezi potřeby self řadím potřebu sebeúcty s potřebou ocenění a uznání jednak sebe, ale i okolí. Potřeba seberealizace souvisí s otevřenou budoucností a vstupem dítěte do dospělosti.

3. 4. 1 Potřeba lásky.

Dítě se rodí jako naprostý egocentrik. Svět se točí kolem něj a dítě potřebuje naši lásku. Potřeba lásky je velkou hodnotou. Lze říci, že jde o nejsilnější emoční vztah, který se nedá změřit a je zcela subjektivní. U lásky dochází k souznění.

Podle toho, na jakém vztahu je láska založena, ji dělíme:

- vztah citově – sexuální (eros),
- vztah rodiče – děti (filia),
- vztah založený na hlubokém přátelství,
- vztah k bližnímu (agapa).³¹

Láska provází člověka celý život. Jako první láska se objevuje láska mateřská, která vychází z mateřského pudu. Láska matky by měla být bezpodmínečná.³¹

²³ Henleyová, K. *Citlivé vyučování, potřeby dětí v různých obdobích jejich vývoje*. Příbram: Samuel, 2000. s. 40.

³¹ Chloubová, H. Vyšší psychosociální potřeby nemocných – vztahové potřeby. *Osobní rádce zdravotní sestry*, 2004, číslo 5, 4 / 15. 2. 3. s. 5.

³¹ Chloubová, H. Vyšší psychosociální potřeby nemocných – vztahové potřeby. *Osobní rádce zdravotní sestry*, 2004, číslo 5, 4 / 15. 2. 3. s. 5.

Další lásky jsou u dětí předškolního věku a vyznačují se citovým vztahem, mít rád. Malé děti se nestydí přiznat, že se jim někdo líbí. Tento vztah vychází z vnímání druhé osoby, která se jim líbí. U dospívajících je láska zahalena rouškou tajemství.

V pubertě a adolescenci sílí citové vazby a roste touha po sexuálním poznání. Zamilovaní se svou láskou netají, naopak ji často vystavují na obdiv okolí. Potřeba milovat a být milován je silnou celoživotní potřebou.⁷⁵

Láska také souvisí s citovou výchovou. Citová výchova je objevuje a probíhá v každodenním životě. Také máme každodenní odpovědnost ve svém rodičovském i nerodičovské chování.⁵¹

K potřebě lásky patří i potřeba vztahu. Bez vztahu nemůže vzniknout náklonnost a láska.

V naší společnosti existují mezigenerační vztahy, i když lze říci, že vazby mohou být často rozpadlé. Spojení mezi nimi může být silné nebo slabé, dobré či špatné. Děti touží po vztahu s dospělými. Zdravý, vřelý vztah s pečujícími dospělými se může stát základem pro růst ve všech oblastech vývoje osobnosti.²³

3. 4. 2 Potřeba sounáležitosti.

Všichni potřebují mít pocit, že někam náležejí, že jsou vítáni. Tato potřeba úzce souvisí s vědomím vlastní důležitosti, ale vztahuje se i k zaujímání pozice ve skupině. Děti potřebují v rodinu, a ve škole úspěšně plnit dané úkoly s přihlédnutím na jejich možnosti. Dítě potřebuje cítit, že je potřebné!

Každý člověk si potřebuje být vědom, že je pro někoho důležitý, a děti nejsou výjimkou. Když si dospělí děti všimají, mluví s nimi, naslouchají jim a oslovují je jménem, děti se cítí důležité. Když se dítě cítí bezcenné i jeho jednání je bezcenné. Když se cítí významně, jedná s tímto vědomím a co učiní, je významné.²³

⁷⁵ Šimíčková – Čížkova, J. *Přehled sociální psychologie*. 2.vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. s. 114-117. ISBN 80-244-0929-1.

⁵¹ Matějček, Z.; Pokorná, M. *Radosti a starosti*. 1. vydání. Jinočany: H&H, 1998. s. 62. ISBN 80-86022-21-8.

²³ Henleyová, K. *Citlivé vyučování, potřeby dětí v různých obdobích jejich vývoje*. Příbram: Samuel, 2000. s. 21-22.

²³ Henleyová, K. *Citlivé vyučování, potřeby dětí v různých obdobích jejich vývoje*. Příbram: Samuel, 2000. s. 19-20.

Potřeba sounáležitosti se mění s věkem dítěte. Nejprve chce být dítě přijato u svých rodičů a dalších členů rodiny, postupně přibývají další lidé a vrstevníci.

Pokud dítě patří ke skupině dětí, pocit pohody a sounáležitosti se upevňuje. Dnes se hledá sounáležitost i k přírodě, podporují se výchovné programy k této tématice. Sounáležitost spojujeme i se školou v rámci vytváření nových vztahů. V celospolečenském měřítku se dnes také upřednostňují programy zaměřené na handicapované děti a jejich integraci do společnosti.

3. 4. 3 Potřeba sebeúcty.

Dítě si hledá své místo na světě, a to různými činnostmi. Dítě vedeme neustále k větší samostatnosti. K tomu potřebuje získat sebedůvěru k těmto činnostem. Dítě potřebuje slyšet chválu, uznání dospělého. Dospělý musí dát dítěti dostatek prostoru, aby se mohlo neustále procvičovat v jednotlivých činnostech, a musí mít dostatek trpělivosti.

Dospělý pomáhá budovat u dítěte vědomí vlastní autonomie, pomáhá mu být úspěšným.²³

Denně se vypracovává v soběstačnou bytost, objevuje tím vlastní „já“. Tvoří si vlastní identitu. Snaží se vyrůst fyzicky, mentálně, citově i duchovně²³

Potřeba sebeúcty souvisí s vědomím vlastního Já a má dvě složky.

1. Já jako zážitková struktura – sebeobraz.
2. Já jako kognitivní struktura, činitel organizace – sebepojem.

Důsledkem životní úspěšnosti může být sebevědomí vysoké, střední nebo nízké. Součástí sebevědomí je i sebehodnocení. Sebeúctu tvoří postoj k vlastnímu Já.⁷⁵

²³ Henleyová, K. *Citlivé vyučování, potřeby dětí v různých obdobích jejich vývoje*. Příbram: Samuel, 2000. s. 37.

²³ Henleyová, K. *Citlivé vyučování, potřeby dětí v různých obdobích jejich vývoje*. Příbram: Samuel, 2000. s. 26.

⁷⁵ Šimíčková – Čížkova, J. *Přehled sociální psychologie*. 2..vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. s. 31-32. ISBN 80-244-0929-1.

S potřebou sebeúcty souvisí i uznání a ocenění dítěte. Děti potřebují někoho, kdo ocení fakt, že jsou dětmi. Naše společnost tlačí děti k tomu, aby co nejrychleji vyrostly. Můžeme dětmi manipulovat, oblékat je jako dospělé a hovořit s nimi slovy dospělých, ale to neznamená, že se stanou dospělejšími.

Jak můžeme dětem ukázat, že oceňujeme jejich věk? Jak jim ukážeme, že je přijímáme na takové úrovni, na jaké jsou? Zabýváme se s nimi činnostmi, které mohou vykonávat úspěšně. Bereme děti takové, jaké jsou a přizpůsobujeme prostředí a činnosti jejich věkovému období.²³

Úspěšným zvládnutím jednotlivých činností roste i jejich úcta k sobě samotným.

V raném dětství zdravé sebevědomí dítěte je určováno podle Chloubové:

1. nepodmíněnou láskou rodičů,
2. nepodmíněným pozitivním hodnocením,
3. kladným postojem k dítěti,
4. vzájemnou důvěryhodnou interakcí,
5. vytvářením určitého řádu a jistot,
6. saturací základních potřeb dítěte.³²

3. 4. 4 Potřeba seberealizace.

Potřeba seberealizace stojí na samotném vrcholu hierarchie potřeb podle Maslowa. Je to tendence realizovat své schopnosti, plány, záměry vedoucí k uskutečnění svých snů – čím chci být. K tomuto vrcholu může dítě v průběhu svého života dospět za předpokladu správného, harmonického, spokojeného vývoje, který probíhá:

1. v uspokojování základní a psychické potřeby dítěte,
2. kvalitně stimulovat CNS vhodnými podněty,
3. potřeba životní jistoty vede k poznávání světa,
4. potřeba pozitivní identity vlastního Já,
5. potřeba otevřené budoucnosti.⁴⁹

²³ Henleyová, K. *Citlivé vyučování, potřeby dětí v různých obdobích jejich vývoje*. Příbram: Samuel, 2000. s. 21.

³² Chloubová, H. Vyšší psychosociální potřeby nemocných. *Osobní rádce zdravotní sestry*, 2004, číslo 6, 4 / 15. 2. 4. s. 3-4.

⁴⁹ Matějček, Z. Rodina – největší dar pro dítě. *Sborník z 2. národní a I. střeoevropské konference*. Praha. 2003. s. 10-11.

4. Vývojová stádia dítěte ve vztahu k jeho potřebám.

4.1 Problém změny ve vývoji člověka.

Vývojová stádia dítěte zahrnují vývoj tělesný, psychologický a sociální. Slovo vývoj lze chápat jako řadu určitých zákonitých změn v určitém zákonitém pořadí. Předpokladem zákonitých změn je vzájemné působení organismu a prostředí. Jde o evoluci, neustálé zdokonalování jednotlivých funkcí v souvislosti s dětstvím a dospíváním. Stárnutí spojujeme s involucí - postupným úpadkem jak tělesných, tak i psychických sil. Celoživotní vývoj člověka je ovlivněn působením biologických, sociálních, psychologických a osobnostních sil.³⁶

Lidé jsou ze všech savců při narození nejvíce zranitelní a potřebují nejdelší dobu k dosažení soběstačnosti. Nelze přehlédnout skutečnost, že jedinec se začíná vyvíjet od okamžiku spojení vajíčka a spermie až do smrti. Každé vývojové období vykazuje určitou schopnost a má své specifické biologické, psychické a sociální potřeby.²⁴

S koncepcí vývojových stádií je spojena představa, že v lidském vývoji jsou kritická období. Jsou to „rozhodující časová období v průběhu života, ve kterých se musí stát určité události, aby vývoj mohl probíhat normálním způsobem“.³ Existence kritických období není dostatečně prokázána, a proto je správnější mluvit o citlivých obdobích optimálního vývojového procesu. Zkušenosti dítěte z citlivého období utvářejí budoucí průběh dalšího vývoje.³

Vývojová stádia dítěte zahrnují jak tělesný vývoj, tak psychologický i sociální. Helus uvádí, že průběh předchozích stádií ovlivňuje, jak proběhnou stádia následná.²¹

Změna ve vývoji člověka není dána pouze časovým hlediskem, ale i určitými nároky na prostředí, v kterém dítě vyrůstá. V dětském věku vytváří prostředí rodina, do které se dítě narodí a prostředí, do kterého se během svého života dostává. Je také ovlivněna určitými nároky rodičů, ale i samotného dítěte.

³⁶ Jobánková, M. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*.

2. přepracované vydání. Brno: IDV PZ, 2002. s. 71-76. ISBN 80-7013-365-1.

²⁴ Honzák, R. *Základy psychologie*. 1. vydání. Praha: Galén, 2006. s. 97. ISBN 80-7262-377-X.

³ Atkinsonová, R.; Atkinson, C. *Psychologie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Portál, 2003. s. 72 – 73. ISBN 80-7178-640-3.

²¹ Helus, Z. *Dítě v osobnostním pojetí*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. s. 197. ISBN 80-7178-888-0.

4.2 Základní charakteristika jednotlivých období vývoje dítěte.

Jednotliví autoři dělí vývojová stádia dítěte různě. Čačka rozlišuje:

1. rané dětství, kam řadí novorozence, kojence, batole, předškolní věk,
2. dětství a prepuberta,
3. dospívání.⁹

Vágnerová období dětství dělí:

1. prenatální období,
2. novorozenecké,
3. kojenecký věk,
4. batolecí věk,
5. předškolní věk,
6. nástup do školy,
7. školní věk,
8. období dospívání – pubescence,
9. adolescenci.⁷⁹

V krátkosti představím jednotlivá vývojová stádia dítěte a jejich dominantní činnosti.

Prenatální vývoj trvá 9 kalendářních, nebo 10 lunárních měsíců.

Člení se na tři fáze:

- = fáze oplození začíná oplozením vajíčka a trvá přibližně 3 týdny,
- = embryonální období trvá od 4. do 12. týdne a vytváří se všechny orgánové základy,
- = fetální období trvá od 12. týdne do narození dítěte.

Plod uvnitř matky biologicky dozrává a postupně vzniká mezi ním a matkou vzájemná interakce. V tomto období se vytváří všechny potřebné předpoklady pro budoucí samostatný vývoj. Tento vývoj závisí na genetických vlivech, životosprávě a celkovým přístupem budoucí matky.

Novorozenecké období trvá jeden měsíc, některé publikace spojují novorozenecké období s šestinedělím po porodu. Období je charakterizováno adaptací novorozence na nové životní prostředí. Přizpůsobování se novým podmínkám umožňují základní nepodmíněné reflexy.

⁹ Čačka, O. *Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace*. 1. vydání dotisk. Brno: Jan Šabata, 2000. s. 7. ISBN 80-7239-060-0.

⁷⁹ Vágnerová, M. *Vývojová psychologie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. s. 6. ISBN 80-7178-308-0.

Novorozenec živě reaguje na lidský hlas – prosociální chování. Disponuje schopností napodobovat jednoduché mimické výrazy.³⁶

Dominantní činností je nezprostředkovaný emocionální vztah. O jeho potřeby se plně musí postarat mateřská osoba (matka), na které je existenčně závislý.

Kojenecké období navazuje na novorozenecké a končí prvním rokem života dítěte. Etapa je charakterizována velmi rychlým vývojem. Dochází k nejbouřlivějšímu vývoji po stránce tělesné a psychické, od naprosté závislosti na dospělé osobě k prvním projevům samostatnosti. Značný význam mají také stimulační podněty, které souvisí s potřebou učení a získávání zkušeností. Lze říci, že tělesný a psychický vývoj se vzájemně podmiňují. V tomto období dochází k specifickému připoutání dítěte k matce (mateřské osobě).

Citový vztah dítěte se zakládá nikoliv na tom, že mu mateřská osoba působí nějakou příjemnost, ale na podkladě zajištění jeho potřeb a pocitu bezpečí a jistoty.⁵³

Dítě kolem 7. – 8. měsíce je schopno rozlišovat známé a neznámé. Znamé osoby pro dítě znamenají bezpečí, neznámé jsou nebezpečím. V tomto období je velmi nutné budovat u dítěte pocit důvěry, jistoty a bezpečí, který je dalším krokem v správném vývoji dítěte a otevřenosti k okolnímu světu. V tomto období je také dominantní činností nezprostředkovaný emocionální vztah.

Batolecí věk je od jednoho do tří let. Dochází zde k výraznému rozvoji dětské osobnosti. Během celého období se dále rozvíjí a zdokonaluje hrubá a jemná motorika. Období lze charakterizovat jako výrazné osamostatňování dítěte, které potřebuje získat důvěru v sebe sama a ve své schopnosti. Osamostatňování je spojeno s rozvojem řeči a komunikace. Vhodná sociální stimulace se podílí na rychlém rozvoji řeči. Děti používají dětský slovník a začínají chápat symbolický význam slov.⁷⁹

Mezi druhým a třetím rokem se objevuje u dítěte vzdor a negativismus, který souvisí s objevením vlastního JÁ. Dítě svéhlavě a neustále prosazuje svoji vůli při uspokojování svých potřeb.

³⁶ Jobánková, M. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 2. přepracované vydání. Brno: IDV PZ, 2002. s. 80-83. ISBN 80-7013-365-1.

⁵³ Matějček, Z. *Co děti nejvíc potřebují*. 1. vydání. Praha : Portál, 1994. s. 14. ISBN 80-7178-006-5.

⁷⁹ Vágnerová, M. *Vývojová psychologie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. s. 100. ISBN 80-7178-308-0.

V tomto období je dítě zvědavým průzkumníkem a lehce přijde k úrazu. Nemá vypěstovaný pocit nebezpečí (objevuje se kolem 8. roku), a proto je nutné vhodné výchovné vedení a výběr hraček.¹⁸

Dominantní činností je manipulace s předměty.

Období **předškolního** věku trvá od tří do šesti let. Konec tohoto stádia je především určen nástupem dítěte do školy. Dominantní činností je hra. Této problematice se budu věnovat podrobněji v další kapitole.

Nástup do školy je důležitou událostí v životě dítěte. Posuzuje se u něho úroveň školní zralosti. Jde o zralost tělesnou, rozumovou, emoční, motivační a sociální. Také tato oblast bude rozpracována v další kapitole.

Školní věk je časově vymezen od 6 do 15 let, nebo obdobím nástupu do školy a ukončením základní školní docházky v 9. třídě. Rozlišujeme:

- mladší školní věk (1. – 3. třída),
- střední školní věk (4. – 6. třída),
- starší školní věk (7. – 9. třída).

Do popředí vstupují změny v souvislosti se změnou prostředí a docházkou do školy, vztahy mezi učitelem a žákem a vztahy mezi spolužáky.

Školní úspěšnost je ovlivněna technikou psaní, čtení, koordinací pohybů a také pozornosti. Role učitele je nezastupitelná, ale i jeho postavení v kolektivu dětí, jeho oblíbenost a budování si sebevědomí ve skupině vrstevníků. Dominantní činností je učení a vytváření sociálních vztahů.

Období **dospívání** můžeme zařadit do staršího školního věku. U dívek se objevuje o něco dříve. Je to přechodná doba mezi dětstvím a dospělostí. Objevují se první známky pohlavního zrání, proměna vlastního těla. Mění se citové prožívání, bývá emoční labilita a nevyrovnanost. Dřímající sexuální pud vyvolávají sexuální chování, které je ovlivněno nejen hormonální činností, ale i výchovnými a sociálními podmínkami dítěte. Dítě se odpoutává od rodiny a navazuje nové vrstevnické vztahy. Toto období charakterizují změny tělesné, psychické a sociální.

Období **adolescence** je druhou fází dospívání. Trvá přibližně od 15 do 20 let. Dominantní činností je profesní orientace a komunikace.

¹⁸ Grivna, M. a kolektiv. *Dětské úrazy a možnosti jejich prevence*. 1. vydání. Praha: Centrum úrazové prevence, 2003. s. 29 – 30. ISBN 80-239-2063-4.

4.3 Předškolní období.

V tomto období dochází k pozvolnému a plynulejšímu tělesnému a duševnímu vývoji v porovnání s předchozím obdobím. Mění se tělesná konstituce dítěte. Zdokonalují se nabyté schopnosti, dovednosti a celkový vývoj směřuje k dosažení zralosti nezbytné pro vstup do školy.

Po **motorické** stránce se dítě stále zdokonaluje, zlepšuje koordinaci a eleganci pohybů, projevuje se větší hbitost. Dítě běhá, skáče, udrží rovnováhu, jezdí na kole, umí házet po vzoru dospělého, běhá ze schodů, tancuje, zdokonaluje se v sebeobslužných činnostech. Kromě zdokonalování hrubé motoriky se rozvíjí jeho jemná motorika. Postupně se zlepšuje pohyb ruky a koordinace zraku. Ve čtyřech letech si dítě poradí s nůžkami a dokáže stříhat rovně.

Dochází k souhrnu drobného svalstva prstů a tím i k rozvoji určité manuální zručnosti. Pokroky jsou patrné při různých hrách se stavebnicí, pískem, plastelínou a hlavně při kresbě.³⁶

Kognitivní vývoj předškolního dítěte je „charakterizovaný podle Piageta názorným myšlením“. Řídí se názorným poznáním a ne logickými operacemi – předoperační myšlení.¹⁰

Podle Piageta děti v tomto období nejsou schopny „konzervace,“ nechápou, že množství látky zůstává stejné, i když se změní její podoba.³

Vývoj myšlení je dlouhodobý proces. Čtyřleté dítě myslí s použitím symbolických výrazů. Předškolní dítě nechápe trvalost, představy určitého objektu jsou fixovány na viditelné znaky. Realitu si upraví tak, aby byla pro něj přijatelná a srozumitelná. V myšlení chybí komplexní přístup a logické uspořádání.

Vývoj dětské řeči je ovlivněn jak vrozenými dispozicemi, tak zdravotním stavem a sociokulturními podmínkami, ve kterých dítě vyrůstá. Na začátku předškolního období dokáže dítě říci své jméno, jména sourozenců a zná více než tisíc slov.

³⁶ Jobánková, M.; a kolektiv. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 2. přepracované vydání. Brno: IDVPZ, 2002. s. 89. ISBN 80-7013-365-1.

¹⁰ Čáp, J.; Mareš, J. *Psychologie pro učitele*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. s. 226. ISBN 80-7178-463-X.

³ Atkinsonová, R.; Atkinson, C. *Psychologie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Portál, 2003. s. 77. ISBN 80-7178-640-3.

Začíná správně řadit slova do vět a tvořit souvětí. Říčan nazývá předškolní období „věkem tisícínásobného proč“.³⁶

Čačka uvádí, že se zlepšuje stavba vět. Ve 4 letech je charakterizována jednoduchými větami. V 5 letech užíváním minulého a budoucího času. V 6 letech tvoří pěti až šestislovné věty.⁹

Kolem pátého roku je projev gramaticky správný. Dítě ovládá až 2000 slov. V šesti letech dokáže zopakovat dlouhou větu, spontánně spočítat a pojmenovat předměty kolem sebe. U některých dětí přetrvává nesprávná výslovnost. Používá kolem 3000 slov, chápe a plní složitější příkazy. Správné osvojení řeči před vstupem do školy je nezbytně nutné pro školní úspěšnost dítěte.

Děti předškolního věku mají velmi bohatou **fantazii**. Jejich fantazie je bohatá, neohraničená, ve které je možné naprosto všechno. Dominující fantazie není korigována kritickým myšlením a uplatňuje se zcela přirozeně, zvláště v prožitkové oblasti. Dítě se nechává unášet touto fantazií, emocemi i při vlastním líčení nějaké události. Výsledkem je popis děje s vymyšlenými pasážemi. Tento projev nelze chápat jako lhaní – dítě je přesvědčeno o svých představách a vytváří si svůj svět, který má tvořivou složku.⁹

Fantazie má pro dítě harmonizující význam. Dítě lépe rozumí světu, když mu dává vlastnosti živých bytostí, případně lidské vlastnosti. Děti umí odlišit živé od neživých předmětů, ale jsou schopny tento fakt přehlížet a dávat neživým předmětům vlastnosti živých jedinců.⁷⁹

Fantazie se u dítěte hodně uplatňuje při různých hrách, při čtení pohádek, při kresbě či uspokojování svých potřeb. Ke konci předškolního období je vhodné s dítětem mluvit ve smyslu, co je pohádka a co skutečnost. Pokud dítě vypráví své smyšlené příběhy samo pro sebe, je vhodné respektovat jeho svět.

³⁶ Jobánková, M.; a kolektiv. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 2. přepracované vydání. Brno: IDVPZ, 2002. s. 90. ISBN 80-7013-365-1.

⁹ Čačka, O. *Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace*. 1. vydání dotisk. Brno: Jan Šabata, 2000. s. 73. ISBN 80-7239-060-0.

⁹ Čačka, O. *Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace*. 1. vydání dotisk. Brno: Jan Šabata, 2000. s. 74. ISBN 80-7239-060-0.

⁷⁹ Vágnerová, M. *Vývojová psychologie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. s. 10. ISBN 80-7178-308-0.

Po stránce **sociální** zůstává nejvýznamnějším sociálním prostředím rodina. Rodiče jsou významnou autoritou a představují určitý ideál pro dítě. Základní podmínkou je citová pohoda mezi rodiči a dětmi. Dítě je hrdé na svou maminku a zvláště kluci se pak chlubí otcem před svými kamarády a velice rádi něco dělají výhradně s otcem. Vazby na rodinu i blízké dospělé se postupně uvolňují a dítě si postupně utváří další vztahy k většímu okruhu lidí. Předškolák se začíná zajímat o své vrstevníky, vyhledává je a začíná si s nimi hrát. Vztahy s vrstevníky se liší od vztahů k dospělým jedincům. Tento kontakt lze chápat jako signál určité zralosti dítěte.⁷⁹

Vrstevnické vztahy jsou charakteristické hledáním a výběrem kamaráda. Výběr se řídí povrchnými znaky jako jsou pohlaví, zevnějšek dítěte, sociální atraktivita a způsob chování.⁹

Kolem čtvrtého roku si holčičky a kluci začínají hrát odděleně. V dětské skupině se rozvíjí schopnost spolupráce, soutěživost, soupeření a dítě získává nějaké postavení, které odpovídá určité sociální roli.

Předškolní období je pro děti charakterizováno i rozmachem velkého množství různých **her**. Děti se věnují rozmanitým hrám pohybovým, napodobovacím, námětovým, konstrukčním i hraní rolí na něco (na maminku, na učitelku, na lékaře,..) Jsou rozdíly v mužských a ženských rolích, v hračkách, oblékání i v chování. Děti také rády pomáhají dospělým s domácími pracemi. Berou je jako hru a také si tím posilují sebehodnocení, že dokážou pracovat jako velcí.¹⁰

Hra je základní aktivitou dětské seberealizace. Vychází z vnitřního popudu, ale odráží podmínky, ve kterých se dítě nachází, v jaké společnosti žije. Mezi významné znaky hry můžeme zařadit spontánnost, zaujetí, radost, tvořivost, fantazii, opakování a přijetí role.⁴³

⁷⁹ Vágnerová, M. *Vývojová psychologie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. s. 128. ISBN 80-7178-308-0.

⁹ Čačka, O. *Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace*. 1. vydání dotisk. Brno: Jan Šabata, 2000. s. 89. ISBN 80-7239-060-0.

¹⁰ Čáp, J.; Mareš, J. *Psychologie pro učitele*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. s. 227. ISBN 80-7178-463-X.

⁴³ Kořátková, S. *Hry v mateřské škole v teorii a praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. s. 17. ISBN 80-247-0852-3.

Dítě při volné hře vykonává činnosti, které si samo volí podle vlastního uvážení, či dle dohody se svým dětským partnerem. Při výběru hry mezi třetím a šestým rokem se dítě řídí i různými potřebami.

Potřeba konstruovat je zaměřená na konkrétní výtvar. Ve třech letech dítě staví kostky, komíny, tvoří brány. Ve 4 letech vytváří ohrádky pro auta, zvířata, panenky, do kterých zakomponuje brány, vjezdy, přejezdy. V 5 letech uzavírá prostor stěnami doplněný o líbivé detaily. Stavby jsou rozlehlé a složitější. V 6. roce se zaměřuje na výsledný produkt, přemýšlí, zdokonaluje, opravuje stavby.⁴³

Potřeba zvládat svoje tělo a prostor vychází z přirozeného pohybu a pohybových her. Ve 3 letech dítě opakuje nové pohybové dovednosti, vymýšlí nové pohybové kreace napodobováním pohybu zvířat i lidí. Ve 4 letech zkouší a napodobuje znaky sportovních her. V 5. až 6. roce zkouší specifické pohybové možnosti jako jízdu na kole, hry ve vodě, sáňkuje. Upřednostňuje jednoduché pohybové hry s pravidly.⁴³

Námětové hry vychází z představivosti a fantazie dítěte, ale i z komunikace s ostatními dětmi. Opakovaně naslouchají různým příběhům, pohádkám a prožívají jednotlivé situace příběhu. Ve svých hrách přijímají různé role z pohádek, příběhů, ale i z běžných situací ze svého prostředí.

Potřeba soupeřit a spolupracovat se více rozvíjí mezi 5. až 7. rokem. Dítě chce vyniknout a vymýšlí různé hry, kde prožívá pozice dominantní i podřízené, podílí se na společné hře.

V dnešní době si děti při hraní vybírají i z počítačových her. Struktura těchto her vychází z uceleného schématu sledováním jednotlivých kroků, pro které se dítě samo rozhodne na základě nabízených možností. Počítačové hry by měly být přiměřené věku a dospělý by měl stanovit určitá pravidla pro tuto činnost. Počítačové hry by měly být jednou z možností výběru hry.⁴³

⁴³ Kořátková, S. *Hry v mateřské škole v teorii a praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. s. 31. ISBN 80-247-0852-3.

⁴³ Kořátková, S. *Hry v mateřské škole v teorii a praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. str. 34. ISBN 80-247-0852-3.

⁴³ Kořátková, S. *Hry v mateřské škole v teorii a praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. s. 57. ISBN 80-247-0852-3.

Výtvarné činnosti umožňují rozvíjení dítěte v oblasti smyslové a citové. Pomáhají rozvoji dětské osobnosti a utvářejí estetický vztah. Učí dítě pozorovat svět kolem sebe, umožňují rozvoj představivosti a fantazie.

Kresba vyjadřuje postoj dítěte k určitému objektu a mohou v ní „převažovat subjektivně důležité rysy nad jeho reálnou podobou“ (Matějček), dítě kreslí to, co o objektu ví a co je pro něj důležité.⁷⁹

První pokusy tvoří bezobsažné čáranice. Jde o spontánní činnost, která se dítěti líbí a nachází v ní uspokojení. S přibývajícými zkušenostmi se kresba mění a vzniká obsažná čáranice, kde převládá kruhová čára. Postupně dítě přechází ke znakové kresbě, která je typická pro děti ve věku 30 – 36 měsíců.

Při kresbě lidské postavy na začátku předškolního období dítě kreslí uzavřený ovál, který představuje jak hlavu, tak i trup. Hlavonožec má zpravidla nejprve nohy a později dítě přidává i ruce. Zpočátku dítě kreslí všechny postavy stejné, nerozlišuje mezi holčičkou či chlapečkem. Postupně si začíná všimnout rozdílů a hlavonožcům přikresluje nové detaily (klobouk, hůl, tašku).

Čím více dítě o člověku ví, tím více postupně přibývají detaily, vyrovnávají se proporce jednotlivých částí těla, tahy tužkou jsou jistější.

„Vývoj v kreslené oblasti souvisí jak s pokrokem ve vnímání, tak i s větší grafomotorickou obratností.“⁴⁰ Kresba postavy je jeden z prvků posuzování školní zralosti dítěte.

4. 4 Školní zralost.

Nástup do školy je důležitým sociálním mezníkem pro dítě. Před vstupem do školy je nutné posoudit vývojovou úroveň dítěte. V České republice může dítě nastoupit do školy v šesti letech. V tomto období dochází k rozsáhlým změnám a posunu ve vývoji dítěte. Vývojové změny se týkají tělesného, duševního, citového i sociálního vývoje.

V oblasti tělesného vývoje dochází ke změnám proporcí těla. Postava se protahuje, mizí dětská boubelatost, snižuje se množství podkožního tuku, prodlužují se končetiny, dochází k výměně chrupu.

⁷⁹ Vágnerová, M. *Vývojová psychologie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. s. 109. ISBN 80-7178-308-0.

⁴⁰ Klégrová, J. *Máma doma prvňáčka*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta, 2003. s. 16.

ISBN 80-204-1020-1.

Před šestým rokem dochází k vyhranění laterality ruky, dítě upřednostňuje buď pravou, nebo levou ruku při práci či kreslení.

Nácvik psaní je složitá koordinační záležitost a vyhraněnost ruky před nástupem do školy je nutná. Vyzrávání jemné motoriky umožňuje ovládat psací náčiní.

Má uvolněné zápěstí a drží správně tužku. Spontánně kreslí a bezpečně rozlišuje základní geometrické tvary.

Duševní vyspělost je podmíněna nejen zralostí centrálního nervového systému, ale i dosažením určitého stupně zralosti v poznávacích procesech.

Pro školní zralost je směrodatný i rozumový vývoj dítěte. Dítě vyslovuje srozumitelně běžná slova, jeho slovní zásoba mu umožňuje vyprávět určitý děj, je schopno mluvit v rozvitých větách většinou gramaticky správně.

Je schopno udržet pozornost alespoň 10 minut a pracovní návyky umožňují zůstat u úkolu a dokončit ho. U dítěte nacházíme zrakové vnímání a sluchové rozlišení v souladu pro nácvik školních dovedností. Má určité matematické představy. Orientuje se v číselné řadě a chápe pojmy jako první, poslední, uprostřed. Orientuje se v prostoru, přiřazuje a rozeznává barvy.⁸

Z hlediska sociální zralosti by dítě mělo být méně závislé na rodině, je schopno se podřídit cizí autoritě a přijmout novou roli „žáka“. Dítě akceptuje příkazy autorit, je schopno se podřídit režimu školy, řídit se pravidly, začlenit se do skupiny dětí a navazovat kamarádské vztahy. Součástí sociální zralosti je samostatnost dítěte, komunikace s dospělými a dětmi. Umí se vhodně chovat, ví, kdy má pozdravit, jak má poděkovat a požádat o něco. Tykání cizím lidem je známkou sociální nezralosti.⁴⁰

Emoční zralostí rozumíme přiměřenou kontrolu citů a impulzů. Dítě je schopno odložit splnění svého přání na pozdější dobu. Lépe kontroluje své citové pohnutky a tato kontrola je předpokladem dobré kázně dítěte ve škole.

Nástup do školy je v životě dítěte důležitým sociálním mezníkem. Dobrý začátek školní docházky se přenáší i do dalšího života dítěte.

⁸ Budíková, J.; Krušinová, P.; Kuncová, P. *Je vaše dítě připraveno do první třídy?* 1. vydání. Brno: Computer Press, 2004. s. 39. ISBN 80-722-6637-3.

⁴⁰ Klégrová, J. *Máme doma prvňáčka.* 1. vydání. Praha: Mladá fronta, 2003. s. 20. ISBN 80-204-1020-1.

Dítě s projevy nezralosti, neklidné, impulzivní, pomalé, bázlivé chráníme před selháním odkladem školní docházky. Podle současné legislativy může zákonný zástupce dítěte požádat ředitele školy o odklad povinné školní docházky o jeden rok na základě odborného posudku dětského lékaře, nebo posudku z pedagogicko-psychologické poradny či speciálního pedagogického centra.⁴⁰

4.5 Mladší školní věk.

Mladší školní období je relativně krátké. Začíná vstupem do první třídy a odpovídá třem prvním školním třídám. Matějček říká, že je charakteristické změnou životní situace, projevující se především ve vztahu ke škole.⁵³

Čáp a Mareš období mladšího školního věku označují od 6 –7 let do 10 –11 let, kdy je dítě žákem prvního stupně základní školy.¹⁰

Vstup do školy přináší dítěti velké změny v životě, změnu sociálního prostředí a utváření nových sociálních vztahů. Na dítě jsou kladeny zvýšené nároky v oblasti odolnosti vůči zátěži, v soustředění, v schopnosti koncentrace pozornosti, ale i na rozvoji kognitivních schopností.

Hlavní činností ve škole je učení. První den ve škole je velkou událostí pro dítě a jeho rodiče. Celá rodina se připravuje na tento slavnostní den. Dobrá příprava usnadňuje dítěti vstup do školy. Paní učitelka vítá první den své budoucí žáky. Vlastní výuka začíná až druhý den.

Dítěti začínají nové školní povinnosti. Každé ráno pravidelně odchází z domova do školy. Musí se ztotožnit s novou sociální rolí školáka, která není výběrová, ale závisí na dosažení určitého věku a vývojové úrovni.

Škola přináší dítěti nové učební činnosti a klade na něj postupně se zvyšující požadavky. Dítě může být zpočátku trochu nejisté a objeví se počáteční adaptační obtíže. Dítě se musí také vyrovnat se změnou sociálního prostředí. Může jít o nepřijetí školního režimu např. u pomalejších dětí.

⁴⁰ Klégrová, J. *Máme doma prvňáčka*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta, 2003. s. 31. ISBN 80-204-1020-1.

⁵³ Matějček, Z. *Co děti nejvíc potřebují*. 1. vydání. Praha: Portál, 1994. s. 57. ISBN 80-7178-006-5.

¹⁰ Čáp, J.; Mareš, J. *Psychologie pro učitele*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. s. 228. ISBN 80-7178-463-X.

Ranní vstávání je méně příjemné, musí se včas připravit na hodinu, musí pracovat v určitém společném tempu, neloudat se s obědem ve školní jídelně. Změna režimu je i v domácím prostředí, dítě má nejdříve povinnosti až potom si může jít hrát. Některé dítě může vnímat negativně toto omezení a prohlásit, že do školy chodit nebude.⁴⁰

Kromě obtíží se školním režimem se mohou objevit i výukové obtíže při nácviu psaní, počátečním čtení či počítání. Touto problematikou se zabývají speciální pedagogická centra a poradny, které mohou dítěti pomoci.

Pokud se problémy dítěte neřeší, není vzájemná spolupráce školy a rodiny, u dítěte se mohou projevit psychosomatické potíže. Jsou spojeny s nižší odolností organismu, s oslabením centrální nervové soustavy a psychickým přetížením dítěte.⁴⁰

Školní docházka přináší dítěti i nové sociální vztahy a role. Role učitele je nenahraditelná. Autorita učitele je velmi významná. Dítě má dojem, že paní učitelka všechno zná, všemu rozumí, ve všem má pravdu.

Učitel je představitelem sociální instituce a dítě si uvědomuje tyto specifické skutečnosti. Stává se také součástí života dítěte a tím ovlivňuje život celé rodiny.⁴⁰

Značný význam pro děti mají i vztahy se spolužáky. Dítě se učí různým formám sociální integrace, vznikají kamarádské vztahy, ale také i antipatie a soupeření ve třídě.

V mladším školním věku je také důležité zvládnout roli spolužáka. Třída významně ovlivňuje socializační vývoj školáka. Na počátku školní docházky je vnitřně nediferencovanou sociální skupinou, jde o náhodné složení, kde si spolužáky dítě nemůže vybrat. Slouží ke srovnávání jednotlivých výkonů a také děti akceptují názor učitele na spolužáky. Postupně dochází k diferenciaci a hierarchizaci rolí. Dosažení dobré pozice a sympatie spolužáků ovlivňuje dítě, pozitivně hodnotí vlastní osobu a získává větší jistotu a sebeúctu.⁷⁹

⁴⁰ Klégrová, J. *Máme doma prvňáčka*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta, 2003. s. 61.
ISBN 80-204-1020-1.

⁴⁰ Klégrová, J. *Máme doma prvňáčka*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta, 2003. s. 102.
ISBN 80-204-1020-1.

⁴⁰ Klégrová, J. *Máme doma prvňáčka*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta, 2003. s. 54.
ISBN 80-204-1020-1.

⁷⁹ Vágnerová, M. *Vývojová psychologie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. s. 168. ISBN 80-7178-308-0.

5. Hospitalizace dítěte.

5.1 Dítě v nemocnici.

Nemocnice má specifické úkoly. Křivohlavý uvádí, že jde o podrobné vyšetření pacienta a stanovení jeho diagnózy, léčení a zlepšení zdravotního stavu, poskytnutí zdravotnické péče, podpora psychického stavu a aktivní zapojení do uzdravovacího procesu.⁴⁵

Pobyt dítěte v nemocnici je při léčení mnohých chorob nezbytný. Dítěti se v nemocnici poskytuje odborná pomoc, kterou vyžaduje jeho zdravotní stav. Hospitalizace může být pro dítě traumatizujícím zážitkem. Při pobytu dítěte v nemocnici je třeba zajistit, aby se dítě zbytečně nepřetěžovalo, nevyčerpávalo, aby mělo dostatek klidu a spánku nezbytného k uzdravení a možnost společné hospitalizace malých dětí s rodinným příslušníkem.

Léčení je často spojeno s mnoha nepříjemnými a bolestivými zákroky. Negativní citové zážitky, především strach a úzkost hrají u hospitalizovaného dítěte velkou roli. Především ztěžují spolupráci a zhoršují adaptaci na toto nové prostředí.

Nemocniční prostředí lze všeobecně považovat za citově chudší. Dítě je zde odloučeno od rodiny, školy, kamarádů a jeho běžný denní režim se narušuje, protože v nemocnici je režim dne jiný, stereotypnější. Také zde není dostatek příležitosti k pohybu a hře, takže dítě je nečinné a nudí se. Pokud dítě nemá dostatek zajímavých podnětů, zaměstnává se většinou vlastním tělem. U předškolních dětí se lehce vytvářejí nežádoucí návyky, např. dumlání palce, kolébání trupem, masturbace ap.⁵⁴

Nemoc, či jakékoliv jiné zdravotní postižení znamená pro dítě zátěž, jak v oblasti tělesné, také i psychické. Přináší s sebou i změněnou životní situaci, se kterou se musí vyrovnat. Nemoc dítěte vyvolává i celou řadu sociálních změn v rámci rodinného systému.

⁴⁵ Křivohlavý, J. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2002. s. 48.

ISBN 80-247-0179-0.

⁵⁴ Matějček, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 2. vydání upravené a rozšířené.

Jinočany: H&H, 1992. s. 79. ISBN 80-8567-42-9.

Rodinný život je provázaný onemocněním dítěte, které s sebou nese vybočení z tradičního soužití rodiny s negativními důsledky jako například absence rodičů v zaměstnání a tím snížení výdělku, dočasné omezení v novém prostředí, přerušení kontaktů s blízkými členy rodiny, či přáteli a jiné.⁷

Vyrovnaní dítěte s onemocněním do značné míry závisí na jeho osobnosti, psychických vlastnostech a životní zkušenosti. Každé dítě nemoc prožívá individuálně, uvědomuje si obtíže a změny, které vyplývají z onemocnění. Věk dítěte tu sehrává významnou roli.³⁶

Podle vývojové úrovně dítě uvažuje o nemoci a snaží se více či méně o uzdravení. Hospitalizace představuje největší problém u dětí do tří let. Pokud není přítomen rodinný příslušník, je třeba, aby zdravotnický personál byl schopen poskytnout náhradní citový kontakt a zaměstnání dítěte. Pro dítě je také obtížný časový horizont onemocnění, tak i omezení diagnostickými a terapeutickými výkony.

Každá choroba přináší své specifické problémy a omezení. Dítě potřebuje porozumění a pochopení. Vytváří si vlastní postoj k onemocnění.

- Přijetí choroby – dítě chorobu přijímá a vžívá se do role nemocného. U některých dětí dochází ke spojení nemoci s příjemnými zážitky, např. starost rodičů o ně, kdy jim dávají vše, co si děti přejí, a nemusí plnit povinnosti.
- Odmítnutí choroby – dítě popírá, že je nemocné, odmítá léčení i omezení, která z něj vyplývají, i spolupráci se zdravotnickým personálem. Dítě chce být hned zdravé. Tento postoj se vyskytuje většinou u starších dětí, u nichž je akutní onemocnění. Musíme zachovat klidný a trpělivý přístup a snažit se o motivaci dítěte ke spolupráci při léčbě.
- Nevyrovnaný postoj k nemoci – dítě váhá mezi přijetím choroby, hlavně pro její výhody a mezi odmítnutím léčení, kdy nechce snášet bolestivé zákroky a různá omezení.⁶⁶

⁷ Bártlová, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. s. 50. ISBN 80-247-1197-4.

³⁶ Jobánková, M. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 2. přepracované vydání. Brno: IDV PZ, 2002. s. 59. ISBN 80-7013-365-1.

⁶⁶ Rybářová, E.; a kolektiv. *Psychologie a pedagogika*. 1. vydání. Praha: Avicenum, 1988. s. 418.

- Realistický postoj k nemoci – dítě se smiřuje se svou situací, akceptuje léčebné výkony a omezení. Tyto děti si zvyknou na nemoc, nemocniční prostředí i na zdravotnický personál.⁶⁶

Rodinné prostředí ovlivňuje chování dítěte v době nemoci a schopnost vyrovnat se s onemocněním. Spolupráce s rodinou nemocného dítěte je pro zdravotnický personál velmi důležitá. Rodina zná nejen individualitu dětského pacienta, ale dokáže reagovat na jeho chování i prožívání.

5. 2 Záporné stránky dětské hospitalizace.

5. 2. 1 Separace.

Umístění dítěte do nemocnice představuje jednu z forem chování tj. separaci. Jde o situaci, kdy se náhle přeruší již vytvořený specifický vztah mezi dítětem, rodinným prostředím a osobami, které jsou pro něho oporou a zdrojem citového uspokojení. Nejzávažnější je však odloučení od matky.

Separáčnické chování charakterizují zpravidla tři fáze.

1. Fáze protestu – v této fázi je dítě neklidné, pláče, křičí, vzteká se, volá matku a čeká, že skutečně přijde.
2. Fáze zoufalství – v této fázi dítě ztrácí naději, že se mu matka vrátí, přestává reagovat na okolí, je smutné a stísněné.
3. Fáze odpoutání – v této fázi se dítě začíná fixovat na náhradní osobu, která ho ošetřuje. V případě, že nemá nikoho, ke komu by se citově upoutalo, ztrácí vztah k lidem a zaměřuje se na věci.⁵⁴

Jednotlivé fáze mohou trvat různě dlouho a u jednotlivých dětí se nemusí projevovat stejně intenzivně. Pokud se separáčnické fáze neobjeví vůbec, svědčí to o tom, že dítě nemá k rodinnému prostředí příliš hluboký vztah, nebo je na změnu zvyklé. V některých případech je reakcí na separaci zastavení vývoje nebo vývojový pokles - regrese. Nejčastěji jde o vymizení určitých návyků, např. dítě se začne znovu pomočovat, přestane samo jíst a jiné.

⁶⁶ Rybářová, E.; a kolektiv. *Psychologie a pedagogika*. 1. vydání. Praha: Avicenum, 1988. s. 418.

⁵⁴ Matějček, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 2. vydání upravené a rozšířené. Jinočany: H&H, 1992. s. 77. ISBN 80-8567-42-9.

Přizpůsobení se nemocničním podmínkám trvá různě dlouho a závisí na více okolnostech. Důležitým ukazatelem je věk dítěte. Odloučení dítěte od matky a rodinného prostředí představuje pro dítě největší zátěž od sedmi měsíců do tří let. Děti předškolního věku v nemocnici spí méně a spánek je rozložen do vícero kratších úseků. U dětí školního věku může mít odloučení od matky dokonce kladný význam, kdy dítě se stane samostatnějším.⁵⁴

Přechod do nemocnice nese sebou přizpůsobování se novému prostředí a novým nárokům nemocnice.

U dítěte vzniká náročná životní situace a její zvládnutí také závisí i od odolnosti jedince. Hošek uvádí, že „odolnost je křehký jev, determinovaný individualitou i situací, důležitá je sféra prožívání a hodnocení zátěže“.²⁵

Důsledkem snížené odolnosti organismu pod vlivem nepříznivého duševního stavu dítěte a strádání jsme se mohli na dětském oddělení nemocnice setkat s hospitalizmem. Dnešní situace v nemocnici se „humanizuje“ a cílem lékařského snažení je u dítěte dosáhnout nejen zlepšení tělesného, ale i duševního stavu.

5. 2. 2 Frustrace.

Pojem frustrace je odvozen z latinského slova frustra – marně (zmaření). S. Freud ji popsal jako „odepření“ nějakého přání, potřeby. Frustrací rozumíme takové mechanismy, které brání jedinci k dosažení důležitých cílů, znemožňující saturaci biologických nebo psychologických potřeb. Při saturaci potřeb, cílů, přání se objevila nějaká překážka, bariera. Překonáváním frustračních situací jedinec získává nové zkušenosti a učí se vyrovnávat s překážkami.

Psychická odolnost ve frustrační situaci se nazývá frustrační tolerancí. Frustrační tolerance je značně proměnlivá, obtížně diagnostikována a ovlivňována různými faktory. Řadíme sem:

1. dědičné vlivy – ovlivňují temperament a vlastnosti nervového systému,
2. typologické vlivy – řadíme sem osobnost, somatotyp, psychotyp,²⁵

⁵⁴ Matějček, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 2. vydání upravené a rozšířené. Jinočany: H&H, 1992. s. 78. ISBN 80-7178-006-5.

²⁵ Hošek, V. *Psychologie odolnosti*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1997. s. 7. ISBN 80-7066-976-4.

²⁵ Hošek, V. *Psychologie odolnosti*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1997. s. 32. ISBN 80-7066-976-4.

3. vyčerpání, oslabení, nemoc, úraz, handicap,
4. věk – dítě má malou frustrační toleranci, nedovede odložit reakci a zvládnou napětí,
5. vliv životosprávy – hlavně nedostatek spánku a odpočinku, nedostatek pohybu, nadměrná únava, nevhodná strava apod. se může podílet na snížení frustrační toleranci,
6. mentální defekty,
7. výchovné vlivy – výchova příliš hýčkájící, rozmazlující, ochránářská vede k nízké frustrační toleranci.²⁵

Pokud je míra frustrační tolerance překročena, jedinec se uchyluje k tzv. frustrovanému chování, ke kterým patří.

- Útěk do fantazie, snění, nereálný svět výmyslů přinášející iluzorní útěchu a zapomnění.
- Agrese může být vedena proti překážce uspokojení potřeby, proti osobě, která nechce něco dovolit, ale i proti sobě – autoagrese.
- Apatie, rezignace, ztráta zájmů, poddávání se „ranám osudu“.
- Regrese, návrat na nižší stupeň ve vývoji zpět. Uchylují se k pověrám, dělají ze sebe bezmocné, chovají se jako malé děti.
- Projekce, jedinec neschopný řešit příčiny frustrace veškerou vinu i zodpovědnost dává jiným osobám.
- Vytěsnění, potlačení, tzv. chybný výkon, jedinec nápadně často zapomíná, přehlédne, poplete skutečnosti.²²

Když frustrace trvá dlouho, může přerůst až v deprivaci. Jedná se o vážnější stav, vyskytující se i u dětí.

5. 2. 3 Psychická deprivace.

Deprivace je zvláštním druhem frustrace, jde o dlouhodobé strádání jedince v oblasti nedostatku či chybění podnětů ze zevního prostředí pro nezbytný zdravý vývoj. Dítě touží po objetí, po lásce. Jeli nemilováno, touží a čeká marně. Po měsících, letech marného čekání se u něj rozvíjí psychická deprivace.

²⁵ Hošek, V. *Psychologie odolnosti*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1997. s. 32. ISBN 80-7066-976-4.

²² Helus, Z. *Psychologie*. 1. vydání. Praha: Fortuna, 1995. s. 51-52. ISBN 80-7168-245-4.

„Psychická deprivace je psychický stav vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost uspokojovat některé základní psychické potřeby v dostatečné míře po dosti dlouhou dobu“.⁵²

Hošek rozlišuje deprivaci spánkovou, emoční, sensorickou, sociální a pohybovou.²⁵

V psychologii u Heluse se setkáváme s deprivací citovou, senzomotorickou a činnostní.²²

V dětském věku se může objevit emoční – citová deprivace, která je spojována s citově chladným prostředím. Citová chladnost je neschopnost navázat hodnotný citový vztah. Dítě je ochuzeno o citové podněty a nedochází k navázání kladného vztahu k mateřské osobě.

Při sensorické deprivaci je dítě ochuzeno o smyslové podněty. Prostředí je jednotvárné, monotónní, bez barev a podnětů. Deprivačně může působit i nemocniční prostředí.

Dítě pro svůj rozvoj potřebuje podněty motivující k činnosti a pohybu. Při jejich nedostatku dochází k strádání a nedostatek podnětů a zkušeností může ovlivňovat i rozvoj dalších intelektuálních schopností.

Sociální deprivace znamená pro dítě opuštěnost, odloučenost od mateřské osoby, člověka, od lidské společnosti.

Matejček přímým pozorováním chování dětí rozlišil několik typů vývoje osobnosti pod vlivem deprivace. Jeho typologii projevů lze rozdělit.

- Typ normoaktivní či relativně dobře přizpůsobivý.
- Typ hypoaktivní či útlumový projevující se snížením celkové aktivity, poklesem výkonnosti, emoční apatií a nezájmem.
- Typ sociálně hyperaktivní – děti hledají sociální kontakt. Běhají za každým jedincem a snaží se upoutat jejich pozornost.⁵²

⁵² Matějček, Z.; Bubleová, V.; Kovařík, J. *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace*.

1. vydání. Praha: Psychiatrické centrum, 1997. s. 8. ISBN 80-85121-89-1.

²⁵ Hošek, V. *Psychologie odolnosti*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1997. s. 49. ISBN 80-7066-976-4.

²² Helus, Z. *Psychologie*. 1. vydání. Praha: Fortuna, 1995. s. 49. ISBN 80-7168-245-4.

⁵² Matějček, Z.; Bubleová, V.; Kovařík, J. *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace*.

1. vydání. Praha: Psychiatrické centrum, 1997. s. 9-10. ISBN 80-85121-89-1.

- Typ sociálně provokativní se snaží o navázání sociálního kontaktu rušivým, provokujícím způsobem s prvky agrese.
- Typ charakterizovaný náhradním uspokojováním potřeb např. formou přejídání, žalováním, masturbace, agresivitou, šikanováním, trápením zvířat.⁵²

Poprvé o psychické deprivaci přednášel Josef Langmeier na pediatrickém sjezdu v roce 1961 v Bratislavě.⁵⁰

Pojem psychické subdeprivace se poprvé objevil v závěru studie o dětech narozených z nechtěného těhotenství.

Studie uvádí, že vývoj a chování těchto nechtěných dětí připomíná nálezy u dětí vyrůstajících v deprivacích podmínkách kolektivního dětského zařízení. Nálezy však nejsou tak výrazné a zřetelně ohraničené. Jde o děti vyrůstající sice ve vlastních rodinách za méně příznivých okolností.⁵²

5.3 Rodinný příslušník na dětském oddělení.

V posledních letech došlo k velkým změnám v péči o děti v nemocnici. Zdravotnická péče na pediatrickém oddělení nemocnice není zaměřena pouze na nemocné dítě, ale v centru zájmu se ocitá celá rodina.

Matka (otec) je pro dítě základním zdrojem bezpečí a jistoty. Odloučením od rodiny je pro dítě větším zdrojem stresu než nemoc či bolest sama. Provází-li dítě v nemocnici matka nebo jiný rodinný příslušník, je to právě on, kdo převezme na sebe starosti dítěte, strach a nejistotu. Tlumočí dítěti informace zdravotníků, známými slovy používanými v rodině mu vysvětlí dění kolem, chrání ho. Dítě si většinou brzy zvykne, zadaptuje se, s maminkou za zády je spokojené.

Proto je nutné připomínat rodičům, že jejich přítomnost je pro dítě nepostradatelná.

⁵² Matějček, Z.; Bubleová, V.; Kovařík, J. *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace.*

1. vydání. Praha: Psychiatrické centrum, 1997. s. 9-10. ISBN 80-85121-89-1.

⁵⁰ Matějček, Z. Kolébka učení o psychické deprivaci. *Vesmír*. Akademický klub 1. LF UK:

2001, ročník 80, číslo 6, s. 347.

⁵² Matějček, Z.; Bubleová, V.; Kovařík, J. *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace.*

1. vydání. Praha: Psychiatrické centrum, 1997. s. 11. ISBN 80-85121-89-1.

Rodinní příslušník má za úkol být s dítětem. Vše ostatní udělají odborníci v nemocnici.⁶⁷

Zdravotní pojišťovny hradí plně pobyt rodinného příslušníka na oddělení u dětí do šesti let věku. V odůvodněných případech lze požádat revizního lékaře pojišťovny o výjimku. Ostatní rodiče si hradí náklady spojené s pobytem v nemocnici sami.

Na hospitalizaci rodinného příslušníka (matky) spolu s nemocným dítětem působí mnoho různých okolností a faktorů:

- osobnost matky – její věk, stupeň citlivosti, frustrační tolerance, citová reaktivita, hierarchie hodnot, zdravotní uvědomění, postoj k nemoci, ztotožnění se s rolí matky,
- rodinné a sociální poměry – např. je-li matka samoživitelka, matka s více nezaopatřenými dětmi, rodina nesouhlasí s hospitalizací matka ap.,
- předchozí zkušenosti s hospitalizací – vlastní zkušenost, negativné působení informací z okolí,
- charakter onemocnění dítěte – závažnost nemoci, délka a obtížnost terapie, počet hospitalizací, hrozící opakovaná hospitalizace, faktor dědičnosti,
- vztah matky k dítěti a jeho nemoci – míra pocitů viny, dítě jedináček, matka zdravotník či matka vyššího věku.

Matka je často sama zasažena problémy souvisejícími s nemocí dítěte a jejím pobytem v nemocnici a potřebuje podporu a pomoc zdravotníků. Na oddělení se můžeme setkat s rodiči, kteří nemohou, nebo nechtějí v nemocnici s dítětem zůstat. V tomto případě je nutné taktní a slušné jednání s rodiči nemocného pacienta. Mnoho rodičů má z pobytu v nemocnici takový strach, že raději hledají výmluvy, proč tam s dítětem nemohou zůstat. Vstříčné a slušné jednání a vysvětlení výhod rodičovské péče a nabídka pomoci může změnit jejich rozhodnutí.

Rodiče potřebují mít zachována svá práva a rodičovskou roli. Jejich úkolem je dítě ochraňovat. V nemocnici se často dostávají do pozice pasivního pozorovatele a ztrácejí možnost ovlivňovat dění kolem svého dítěte.

⁶⁷ Řezníčková, A. Podpora rodiny hospitalizovaného dítěte. *Děti a my*. 2002, ročník 32, číslo 1, příloha str. 4. ISSN 0323-1879.

Trpí pak pocitem zbytečnosti a zoufalství („jsem tu k ničemu, stejně mu nemohu pomoci“), ztrátou sebedůvěry („nedokážu to, nenaučím se vše nové a potřebné, vždy budu závislá na personálu“) a pocity viny a selhání („jsem špatná matka“). Vše zhoršuje strach o dítě.⁶⁸

Rodiče potřebují vědět, že personál chápe jejich situaci a stojí na jejich straně. Je vhodné umožnit rodinnému příslušníku aktivní péči o dítě. Je nutné poskytovat informace o vývoji a průběhu nemoci kontinuálně srozumitelnou formou. V ideálním případě jsou rodiče pro zdravotníky rovnocennými partnery a spolupracovníky.

Alice Řezníčková uvádí výhody společné péče rodičů a zdravotníků o dítě v nemocnici:

- dítě je klidnější, méně úzkostné, většinou lépe spolupracuje,
- rodiče pomáhají s ošetřováním a zajišťováním potřeb svého dítěte,
- rodiče znají své dítě nejlépe – první poznají, že se něco děje,
- rodiče dítě utěšují, povzbuzují, posilují pocit bezpečí a důvěru ke zdravotníkům,
- minimalizuje se nebezpečí přenosu nemocniční infekce (špinavé ruce),
- dítě může být dříve propuštěno do domácí péče, protože rodiče jsou poučeni a zacvičeni (mnohdy i do speciálních ošetřovatelských úkonů),
- dítě je po návratu domů z nemocnice méně rozrušené, snadněji se opět přizpůsobí rodinnému životu.⁶⁸

⁶⁸ Řezníčková, A. Rodiče v nemocnici. Cesta k modernímu ošetřovatelství VII.ročník. sborník příspěvků. 2005. s. 47.

⁶⁸ Řezníčková, A. Rodiče v nemocnici. Cesta k modernímu ošetřovatelství VII.ročník. sborník příspěvků. 2005. s. 49.

6. Empirický výzkum.

6.1 Námět a výzkumný problém.

Empirická část diplomové práce je zaměřena na zmapování problematiky identifikace a uspokojování potřeb hospitalizovaných dětí předškolního věku a mladšího školního věku. Znalost potřeb nemocného dítěte je nezbytná pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Problematika potřeb je teoreticky dostatečně známá a zpracována u dospělých pacientů a seniorů, ale u dětského pacienta stále chybí. Možná i proto jsou potřeby nemocných dětí, a zvláště těch nejmenších, ve zdravotnických zařízeních často podceňovány nebo opomíjeny.

Jedním z práv hospitalizovaného dítěte je právo mít u sebe své rodiče. V našich podmínkách to bývá nejčastěji matka. Dalším právem dítěte i rodičů je být pravdivě informován způsobem odpovídajícím věku a úrovni chápání. Dítě i rodiče mají právo na informovanou účast na všech rozhodnutích týkajících se péče o ně, které uvádí Charta práv hospitalizovaného dítěte (příloha č. 3). Obecně potom platí, že informovaná, spokojená a vyrovnaná matka je oporou svému dítěti. Proto by měla být informovaná o tom, jak identifikovat potřeby svého dítěte a jak určit priority v jejich uspokojování. Kdo jiný, než právě matka, by měla znát své dítě nejlépe a tak rozeznat jeho potřeby a také reagovat na změny potřeb u svého dítěte.

Pro zmapování problematiky potřeb hospitalizovaného dítěte jsem si vybrala zdravotnické zařízení FN v Motole, Praha 5 a jeho standardní dětská oddělení chirurgického a interního typu. Sledovala jsem děti předškolního a mladšího školního věku – tj. ve věkovém rozmezí od 4 do 11 let. Tyto děti jsou již schopné dostatečně formulovat a vyjadřovat své problémy spojené s neuspokojenými potřebami v průběhu hospitalizace. Abych přesněji poznala změny a frustraci potřeb dítěte, vedla jsem řízený rozhovor s dítětem. Jeho rodinný příslušník, pokud byl na oddělení, dotazníkovou metodou odpovídal na otázky související s potřebami svého hospitalizovaného dítěte.

6. 2 Cíle empirického výzkumu.

a) Na základě teoretické práce a praktických zkušeností stanovit metodu výzkumu.

Úkol:

Vytvořit dotazník pro rodiče, který bude zaměřený na zmapování potřeb hospitalizovaného dítěte.

Vytvořit obsah řízeného rozhovoru s dítětem, který je zaměřený na frustraci potřeb dětí předškolního věku a mladšího školního věku při pobytu v nemocničním zařízení.

Vytvořit zásady pozorování hospitalizovaného dítěte při rozhovoru v nemocnici.

Doplnit potřebné informace studiem zdravotnické dokumentace.

b) Identifikovat a zformulovat nejčastější potřeby dítěte v souvislosti s jeho hospitalizací a rozdělit je na potřeby základní (tělesné – biologické), psychosociální základní (nižší) a vyšší psychosociální potřeby (vztahové a sebepojetí).

Úkol:

1. Zjistit, jaké základní – tělesné potřeby si dítě s ohledem na svůj věk v době onemocnění nedokáže, nebo nemůže samo uspokojit.
2. Zjistit, jaké základní – tělesné potřeby pomáhá svému dítěti uspokojovat jeho rodinný příslušník (matka), pakliže je s ním hospitalizován (a).
3. Zjistit, jaké psychosociální potřeby (základní a vyšší) nebyly u dětí s ohledem na pobyt v nemocnici a věk uspokojovány.
4. Zjistit, které psychosociální potřeby (základní a vyšší) pomáhá svému dítěti uspokojovat jeho rodinný příslušník (matka), jestliže je s ním hospitalizován (a).
5. Zaznamenat úroveň spolupráce dítěte se zdravotnickým personálem, pokud u sebe má nebo nemá rodiče (matku).
6. Zaznamenat úroveň spolupráce rodinného příslušníka (matky) se zdravotnickým personálem.

c) Určit priority při uspokojování potřeb hospitalizovaného dítěte z pohledu zdravotnického personálu a z pohledu rodičů.

Úkol:

1. Zjistit, jaký vliv má hospitalizace dítěte na jeho rodiče (rodinného příslušníka).
2. Zjistit, které potřeby uspokojuje rodinný příslušník u svého dítěte nejdříve.
3. Zjistit, které potřeby uspokojuje nejdříve zdravotnický pracovník.
4. Zaznamenat změnu chování dítěte v souvislosti s pobytem v nemocnici.
5. Zaznamenat výchovný styl, který je u dítěte rodičem preferován.

6.3 Hypotézy.

1. **Předpokládám, že více jak polovina dětí si nebude schopna v důsledku svého onemocnění uspokojovat základní - tělesné potřeby a základní psychosociální a vyšší potřeby, které si ale před onemocněním (hospitalizací) plně uspokojovala.**
2. **Předpokládám, že více jak 75 % dětí nebude mít uspokojeny vyšší – psychosociální potřeby, pokud nejsou hospitalizovány společně s rodinným příslušníkem (matkou).**
3. **Předpokládám, že se matky při hospitalizaci svých dětí zaměřují více na uspokojení vyšších psychosociálních potřeb.**
4. **Předpokládám, že se sestry zaměřují více na uspokojení základních – tělesných potřeb.**

6.4 Metoda výzkumu.

Ve výzkumném šetření využívám ke zjištění sledovaných parametrů následující metody:

- metoda dotazníkového šetření,
- metoda řízeného polostandardizovaného individuálního rozhovoru,
- metoda pozorování,
- studium zdravotní dokumentace.

Dotazníkové šetření je zaměřeno na získání informací od rodinného příslušníka hospitalizovaného dítěte. Dotazník obsahuje celkem 24 otázek. Jednotlivé otázky jsou zaměřeny na oblasti:

= společné hospitalizace rodinného příslušníka s nemocným dítětem (řadím sem otázky číslo 1 – 2 – 3 – 4),

- = adaptace rodinného příslušníka a dítěte na nemocniční prostředí (týká se otázek číslo 7 – 19 – 20 – 21),
- = potřeby dítěte modifikované nemocí (řeším v otázkách číslo 6 – 8 – 9 – 11 – 12 – 15 – 16 - 17),
- = úroveň spolupráce se zdravotnickým personálem (řeším otázkami číslo 5 – 10 – 13 – 14 - 18 – 22 – 23).

V průběhu vyplňování dotazníku rodinným příslušníkem se zaměřím na hospitalizované dítě a řízeným rozhovorem se zaměřím na zjišťování frustrací v uspokojování jeho potřeb.

Rozhovor s dítětem je zaměřený na:

- a) získání základních identifikačních údajů dítěte a vytvoření podmínek pro vzájemnou důvěru a spolupráci,
- b) problematiku adaptace dítěte na nemocniční prostředí,
- c) informace o potřebách dítěte ovlivněných jeho nemocí,
- d) zhodnocení chybějících sociálních vztahů a sociálních potřeby,
- e) spolupráci zdravotnického personálu s dítětem – pokud není přítomná matka,
- f) je zde dán prostor i pro volné slovní výpovědi dítěte, případně rodinného příslušníka (matky).

V průběhu rozhovoru se zaměřím i na řízené pozorování dítěte, kde budu:

posuzovat spolupráci dítěte,

posuzovat jeho náladu,

posuzovat jeho verbální a nonverbální projevy,

posuzovat jeho chování.

Pozorování budu posuzovat na škálovém hodnocení v rozpětí od 1 až 5.

Pro ucelený pohled na dítě se zaměřím také na studium zdravotnické dokumentace, kterým si doplním údaje o průběhu hospitalizace a nemoci u dítěte (lékařskou diagnózu, délku hospitalizace, zda jde o první či opakovaný pobyt v nemocnici a bydliště hospitalizovaného dítěte).

6.5 Předvýzkum.

V lednu jsem provedla předvýzkum u pěti dětí přijatých na oddělení s rodinným příslušníkem. Po vyplnění dotazníku rodinným příslušníkem a rozhovorem s dětmi dle stanovených metod, jsem konzultovala s PhDr. Helenou Chloubovou výsledky předvýzkumu a upravily jsme otázky v rozhovoru i dotazníku. Děti s rodinným příslušníkem jsem zařadila do výzkumu.

6.6 Charakteristika výzkumného vzorku.

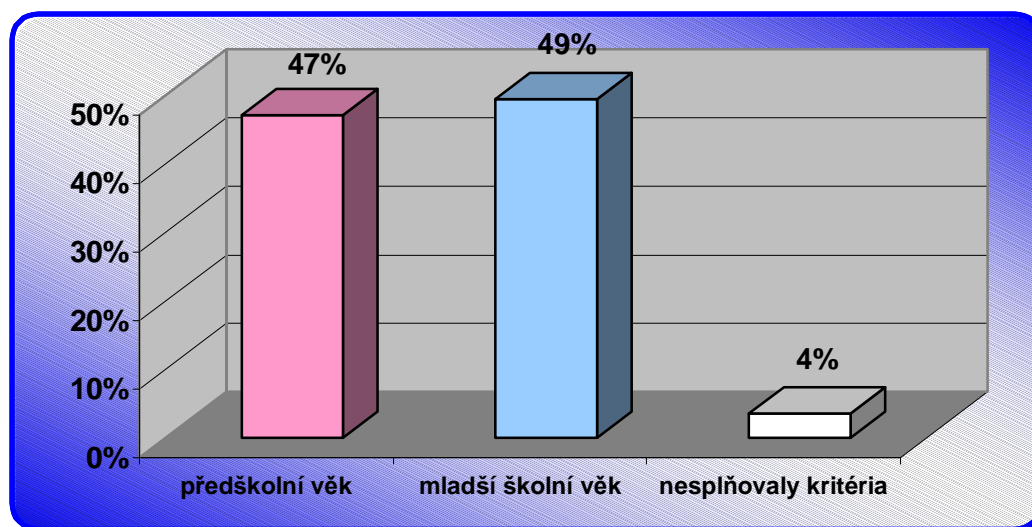
Kritériem pro výběr respondentů byla věková skupina dětí předškolního věku a mladšího školního věku, od 4 do 11 let, přijatých do nemocnice k hospitalizaci.

Druhým kritériem u dětí mladšího školního věku je školní docházka. Dítě navštěvuje první až třetí třídu povinné školní docházky.

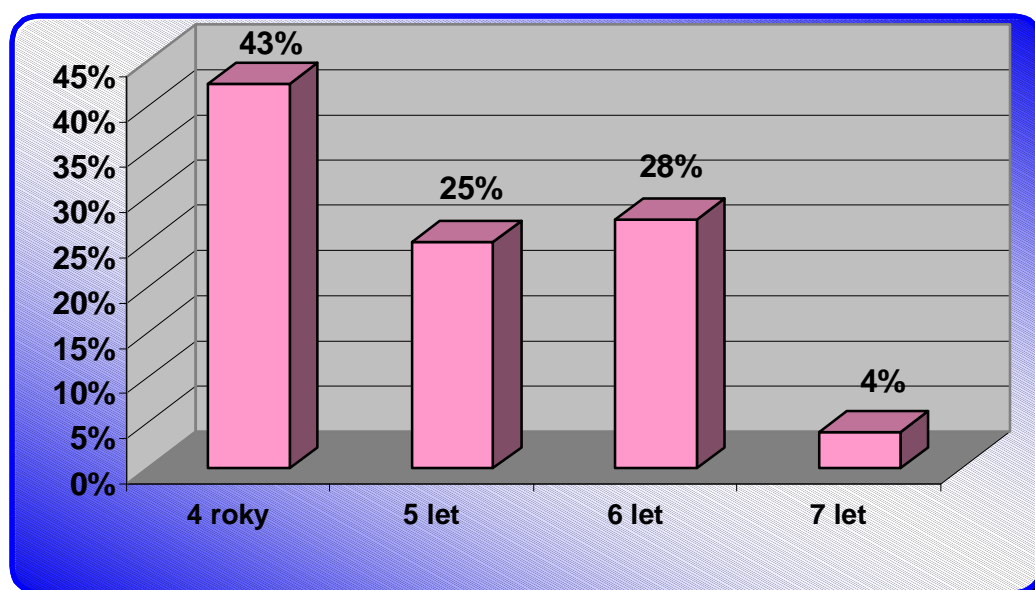
Výzkum probíhal na třech dětských klinikách FN v Motole a to na Pediatrické klinice 2. LF UK, Klinice dětské chirurgie 2. LF UK a ORL klinice 2. LF UK. Čtyři vybraná pracoviště byla interního typu a čtyři chirurgického typu.

Po příchodu na klinické pracoviště jsem si vytipovala všechny děti ve věkové kategorii 4 – 11 let a ověřila kritéria výzkumného šetření. Celkem na klinických pracovištích bylo přijato 85 dětí. Požadovaná kritéria splňovalo 82 dětí a rodinní příslušníci souhlasili s účastí svých dětí na výzkumném šetření.

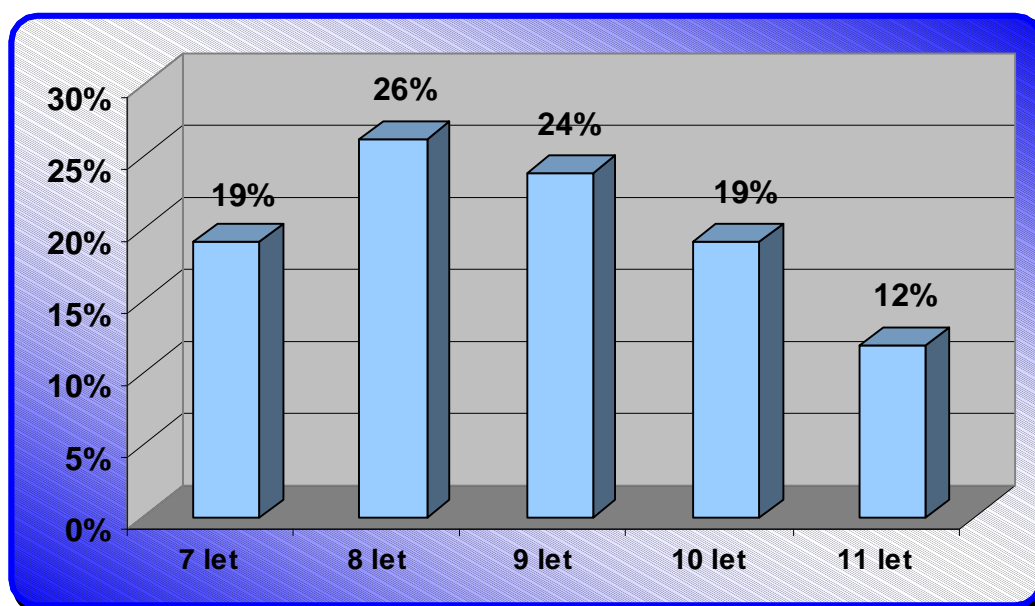
Graf č. 1 Charakteristika výzkumného vzorku hospitalizovaných dětí. n = 85



Graf č. 2 Věkové zastoupení hospitalizovaných dětí předškolního věku. n =40



Graf č. 3 Věkové zastoupení hospitalizovaných dětí mladšího školního věku. n = 42



Šest dětí nebylo zařazeno do výzkumu z důvodu nepřítomnosti na oddělení. Dvě děti byly na vyšetření, jedno na operačním sále, jedno dítě odešlo s matkou na oběd do jídelny, u jednoho dítěte byla karanténa a jedna maminka se nechtěla výzkumného šetření zúčastnit.

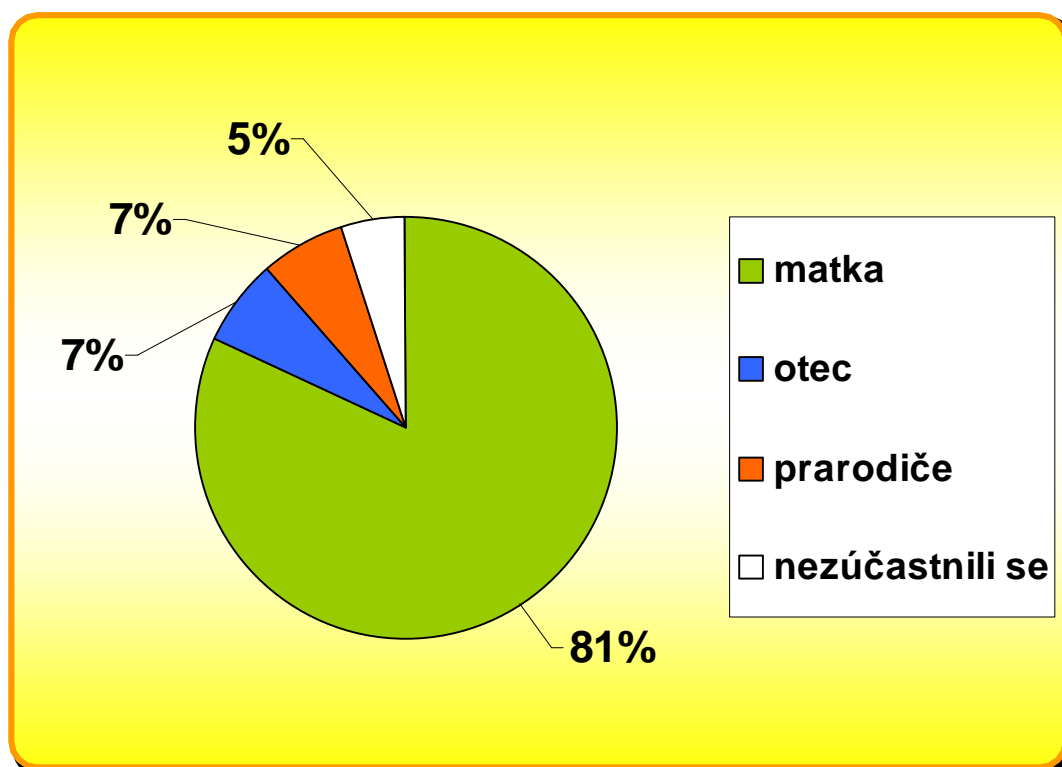
S přítomnými dětmi jsem provedla rozhovor, a pokud mělo dítě u sebe rodinného příslušníka, tak jsem ho požádala o vyplnění dotazníku.

Celkem se výzkumného šetření zúčastnilo 76 dětí. Z toho bylo 49 dětí přijato na odděleních interního typu a 27 dětí na odděleních chirurgického typu. Děti **předškolního věku** bylo **36** a jejich průměrný věk **4,8 roků**. Děti **mladšího školního věku** bylo **40** a jejich průměrný věk **8,6 roků**. Celkový průměrný věk všech dětí je **6,9 roků**. V Praze má bydliště 53 % dětí a 47 % dětí bydlí mimo Prahu.

V **58 %** probíhala u dětí **první hospitalizace** a **42 %** dětí bylo **opakovaně hospitalizováno** ve FN v Motole. **Délka** hospitalizace u dětí se pohybovala **od 1 – 15 dní** do dne mého výzkumného šetření. Průměrná délka pobytu dětí v nemocnici činila **4,7 dnů**.

Celkem na oddělení bylo přítomno 61 rodinných příslušníků s dětmi. Tři matky se výzkumného šetření nezúčastnily, (1 odmítla a 2 matky nebyly přítomny na oddělení).

Graf č. 4 Počet rodinných příslušníků přítomných v nemocnici na oddělení. n = 61

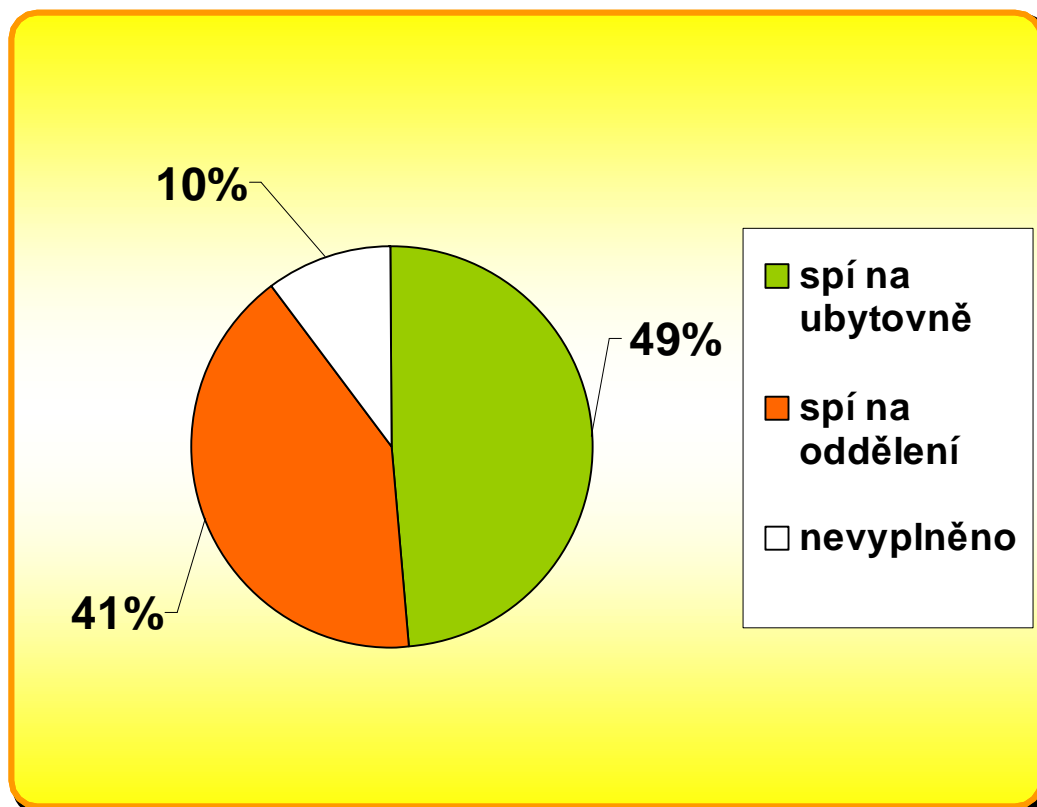


Celkem se výzkumného šetření účastnilo 58 rodinných příslušníků, kteří byli v době mého výzkumného šetření na odděleních přítomní.

Přímo s hospitalizovaným dítětem bylo na oddělení **67 %** rodinných příslušníků a **33 %** jich docházelo za svým dítětem do nemocnice na návštěvu. O další dítě v domácnosti se stará **62 %** rodinných příslušníků, o které se musí zbylí členové domácnosti postarat (v 71 % to je manžel/manželka a ve 29 % prarodiče).

Otázku č. 3 v dotazníku nevyplnilo **5 %** rodinných příslušníků a **33 %** jich uvedlo, že nemá doma další dítě. Následující graf č. 5 uvádí, že rodinní příslušníci, kteří jsou společně s hospitalizovaným dítětem v nemocnici, spí přímo na oddělení v 41 % a 49 % jich spí na ubytovně v areálu nemocnice.

Graf č. 5 Možnosti oddělení spojené s ubytováním rodinného příslušníka při společném pobytu s dítětem v nemocnici. n = 39



6. 7 Organizace a časový plán.

S problematikou potřeb hospitalizovaných dětí jsem se setkávala při odborné praxi na dětských odděleních a proto jsem si toto téma vybrala ke zpracování své diplomové práce. Po celou dobu zpracovávání diplomové práce mi byla konzultantkou a rádkyní PhDr. Helena Chloubová. Výzkum byl náročný na čas, protože se mi stávalo, že na jednotlivých dětských odděleních byly dny, kdy děti věkové kategorii 4 až 11 let nebyly přítomny na oddělení.

Časový harmonogram:

červen 2006	- zadání diplomové práce
červenec až prosinec 2006	- studium literatury - zpracování teoretické části - konzultace
leden 2007	- dokončení teoretické části - příprava dotazníků - předvýzkum
únor až březen 2007	- vlastní výzkum
březen až duben 2007	- zpracování empirické části, konzultace
duben 2007	- odevzdání diplomové práce

7. Výsledky výzkumu a jejich interpretace.

7.1 Hypotéza číslo 1.

Předpokládám, že více jak polovina dětí si nebude schopna v důsledku svého onemocnění uspokojovat základní - tělesné potřeby a základní psychosociální a vyšší potřeby, které si ale před onemocněním (hospitalizací) plně uspokojovala.

Cíl: Identifikovat a zformulovat nejčastější potřeby dítěte v době onemocnění v souvislosti s hospitalizací a rozdělit je na potřeby základní – tělesné a psychosociální základní nižší a vyšší psychosociální potřeby.

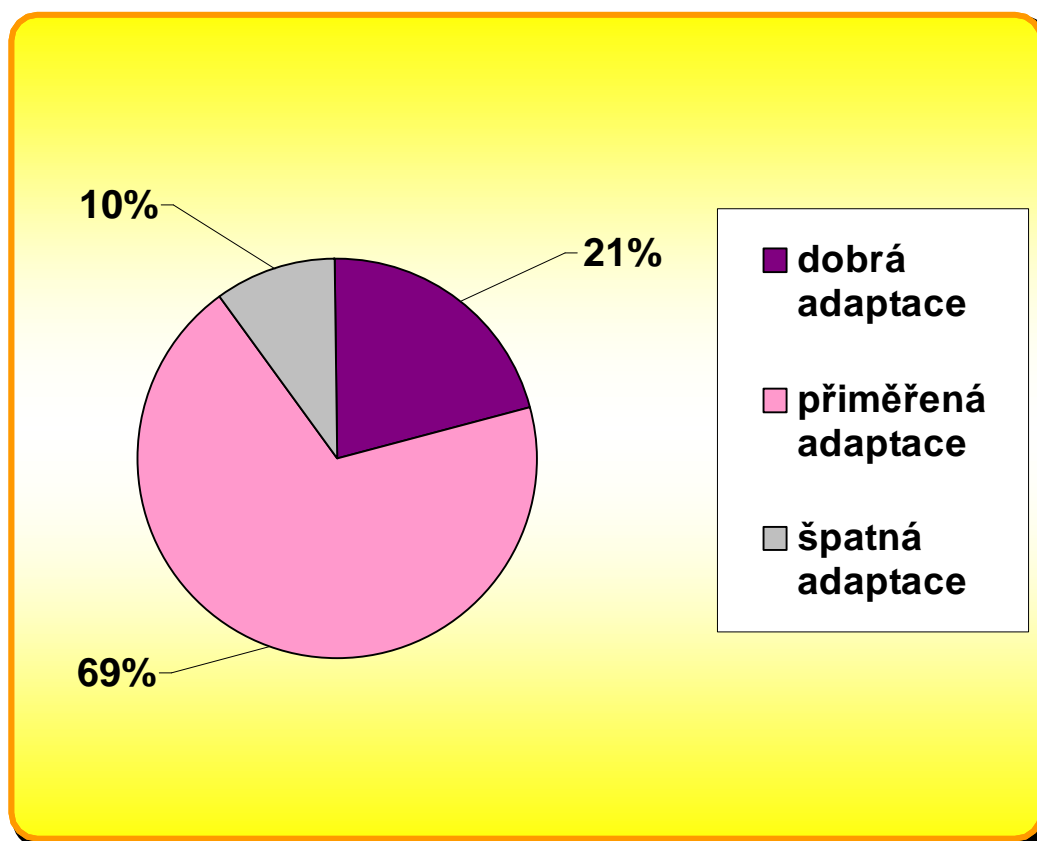
Úkol:

- Zjistit, jaký vliv má hospitalizace na dítě a jeho rodinného příslušníka.
- Zjistit, jaké základní – tělesné potřeby a psychosociální základní – nižší a vyšší potřeby si dítě s ohledem na svůj věk v době onemocnění nedokáže nebo nemůže samo uspokojit při pobytu v nemocnici.
- Zjistit, jaké základní – tělesné a základní psychosociální potřeby pomáhá svému dítěti uspokojovat jeho rodinný příslušník, pokud je s ním hospitalizován.
- Zaznamenat změnu chování dítěte v době onemocnění v souvislosti s hospitalizací.

Hypotéze č. 1 odpovídala čísla otázek 1 – 4 část B rozhovoru a otázky 1 – 3, 6 části C rozhovoru s dítětem. V dotazníku, který vyplňovali rodinní příslušníci to byly otázky číslo 6 – 9 , 11, 12, 15 – 17, 20, 21.

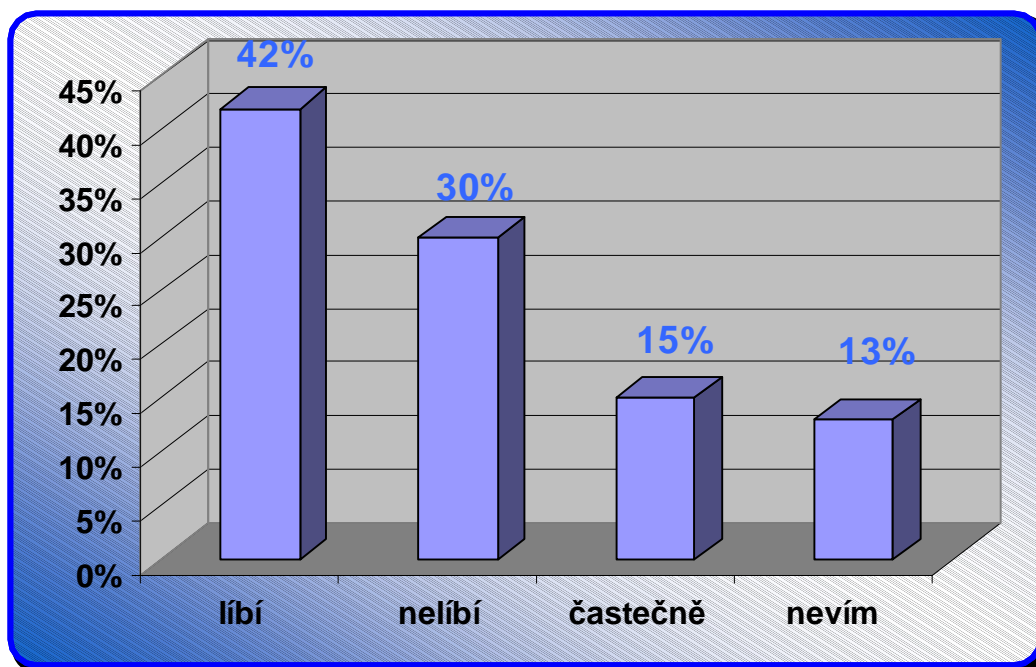
Prvním úkolem je zjistit jak se dítě a rodinný příslušník adaptuje na nové nemocniční prostředí. Rodinní příslušníci měli možnost v dotazníku, v otázce č. 7 vybírat odpovědi ze tří možností: dobře, přiměřeně, špatně. Dobrou adaptaci uvádí **21 %** respondentů, přiměřenou adaptaci má **69 %** a špatně, hůře se přizpůsobuje **10 %** respondentů. Těchto 6 respondentů (10 %) uvádí různé příčiny své špatné adaptace. Ve dvou případech to je ztráta soukromí v nemocnici (4 %) , jeden respondent má strach o nemocné dítě (1,5 %), jeden uvádí starost o zbytek rodiny a domácnost (1,5 %), jeden má nedostatek informací (1,5 %) a jednomu rodinnému příslušníku vadí odcházet od dítěte a chodit večer spát na ubytovnu (1,5 %).

Graf č. 6 Adaptace rodinného příslušníka na nemocniční prostředí. n = 58

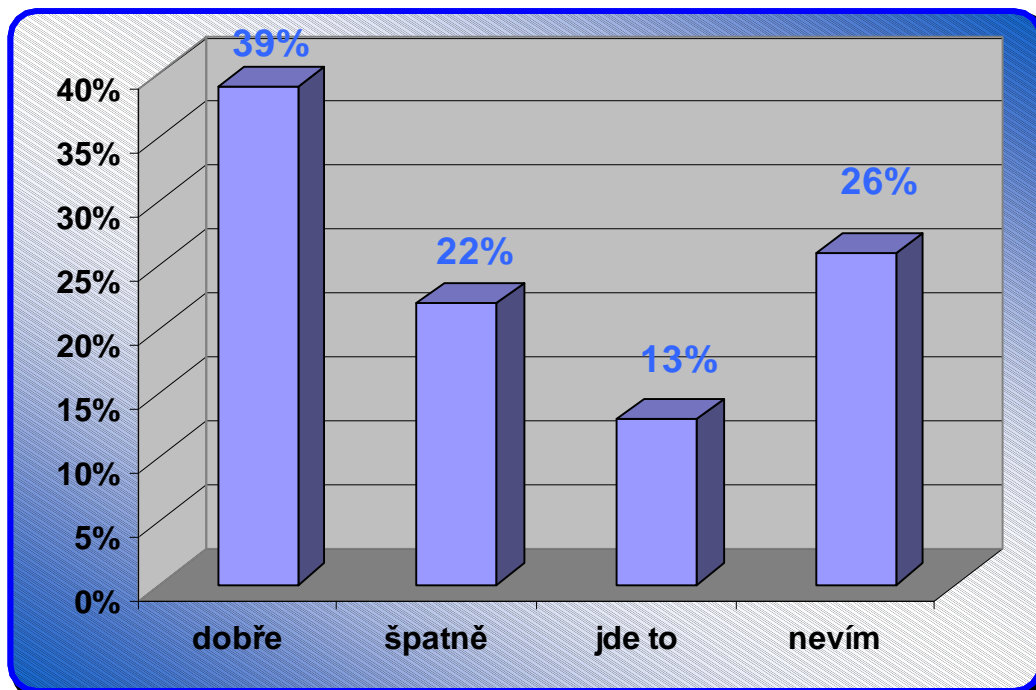


Otázky rozhovoru s dítětem číslo 1B a 4B vyjadřují vztah dětského pacienta k nemocničnímu prostředí. Grafické vyjádření hospitalizovaných dětí na pobyt v nemocnici je znázorněn na grafu č. 7. Prožívání hospitalizovaných dětí znázorňuje graf č. 8. Pobyt v nemocnici hodnotí kladně **42 %** dětí a **39 %** dětí také uvádí, že se v nemocnici na oddělení cítí dobře. Negativní odpověď na pobyt v nemocnici uvádí **30 %** dětí a **22 %** se jich v nemocnici cítí špatně. S odpovědí na pobyt v nemocnici si neumělo poradit **13 %** dětí a **26 %** dětí nenašlo vhodné slovo na prožívání a vyjádření svých pocitů. Celkem nedokázalo vyjádřit své pocity **20 %** dětí předškolního věku. Většinou se jednalo o nově přijaté děti k hospitalizaci do neznámého nemocničního prostředí. Pobyt v nemocnici u těchto dětí se pohyboval od 1 do 3 dnů.

Graf č. 7 Vztah hospitalizovaných dětí k pobytu v nemocničním prostředí. n = 76



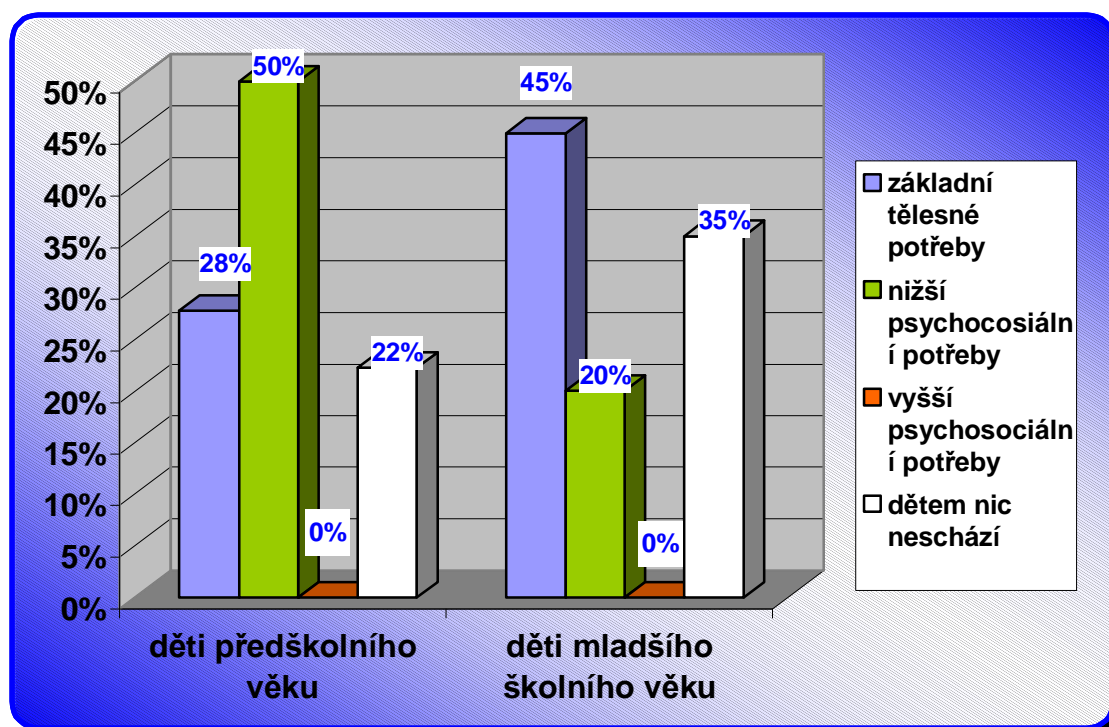
Graf č. 8 Prožívání hospitalizace dětmi. n = 76



Na první úkol této hypotézy můžeme odpovědět, že celkem **90 %** rodinných příslušníků má dobrou adaptaci na nemocniční prostředí. Větší procento dětí se v nemocnici cítí dobře a také se jim líbí nemocniční prostředí. (grafy č. 7 a č. 8).

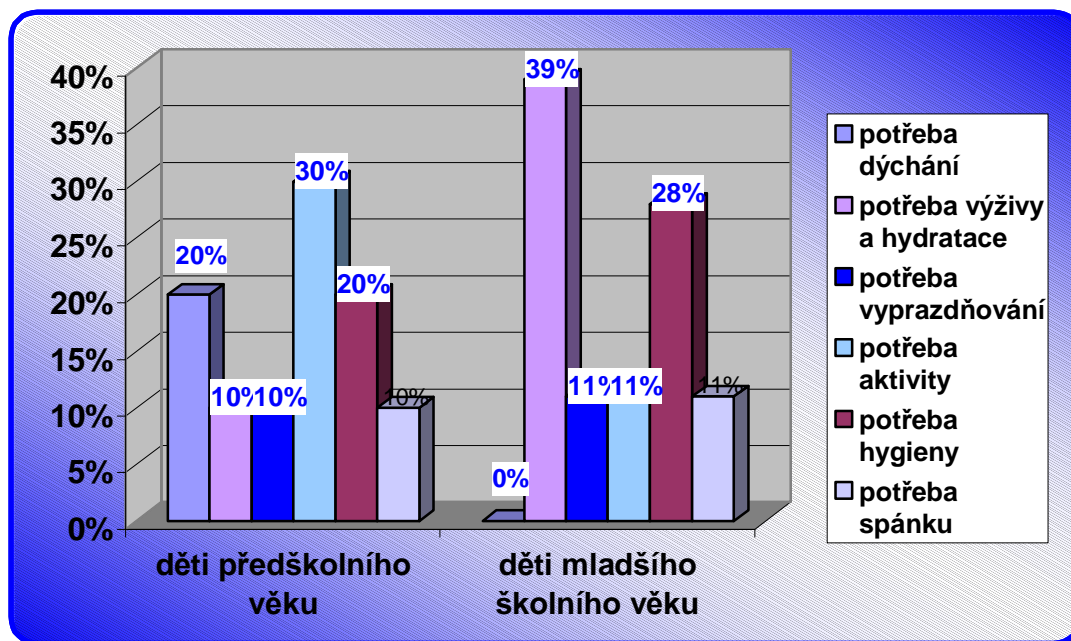
Dalším úkolem je zjistit, jaké základní – tělesné potřeby a psychosociální základní – nižší a vyšší potřeby si dítě s ohledem na svůj věk v době onemocnění nedokáže, nebo nemůže samo uspokojit. Jednotlivé odpovědi dětí jsem roztřídila do 3 skupin, na potřeby základní – tělesné, základní nižší psychosociální a vyšší psychosociální potřeby. Graf č. 9 vypovídá, že děti předškolního věku mají nejvíce frustrované základní nižší psychosociální potřeby, což představuje **50 %** (18 dětí) a u dětí mladšího školního věku je to **45 %** (také 18 dětí) frustrace základních tělesných potřeb.

Graf č. 9 Frustrace potřeb u dětí z pohledu věkových skupin, které si samy nedokážou v nemocnici uspokojit. (předškolní věk n = 36 mladší školní věk n = 40)

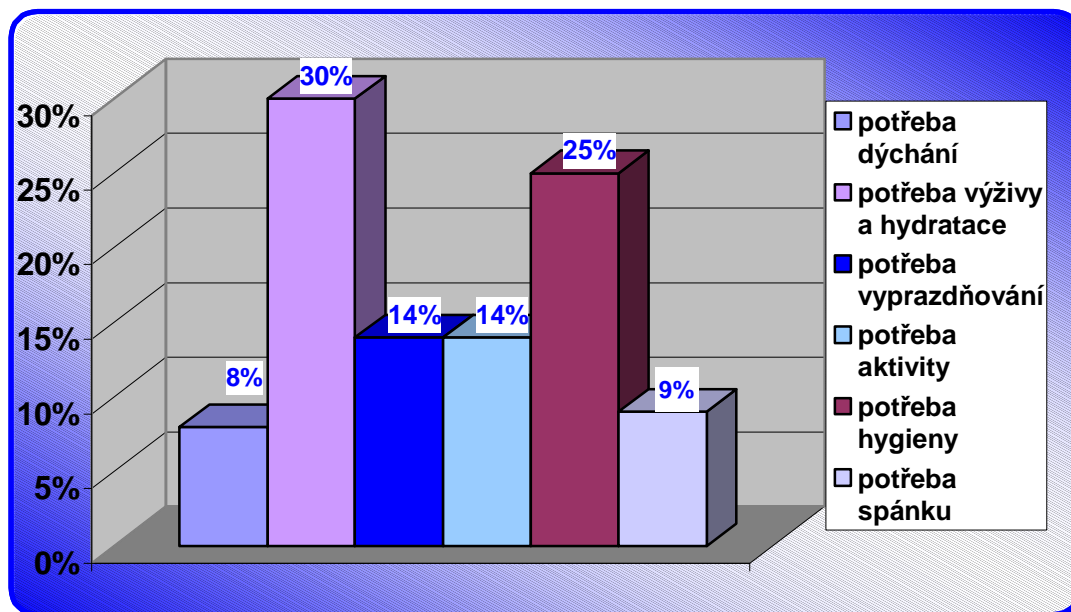


Mezi základní – tělesné potřeby, které si děti nedokážou v nemocnici samy uspokojit řadí potřebu dýchání, výživy a hydratace, vyprazdňování, aktivity, hygieny a spánku. Děti předškolního věku uvedly jako největší problém nedostatek aktivity a činnosti, což odpovídalo **30 %** frustraci potřeby aktivity a činnosti (graf č. 10). Frustraci potřeby výživy a hydratace uvedlo **39 %** dětí mladšího školního věku (graf č.10). Děti uváděly problémy s příjmem potravy z důvodu nauzey, z důvodu dietního omezení při onemocnění, neschopnosti přinést si jídlo a nedostatku tekutin u dětí, které byly hospitalizovány bez rodinného příslušníka.

Graf č. 10 Frustrace základních tělesných potřeb z pohledu dětí předškolního věku (n=10) a dětí mladšího školního věku (n=18)



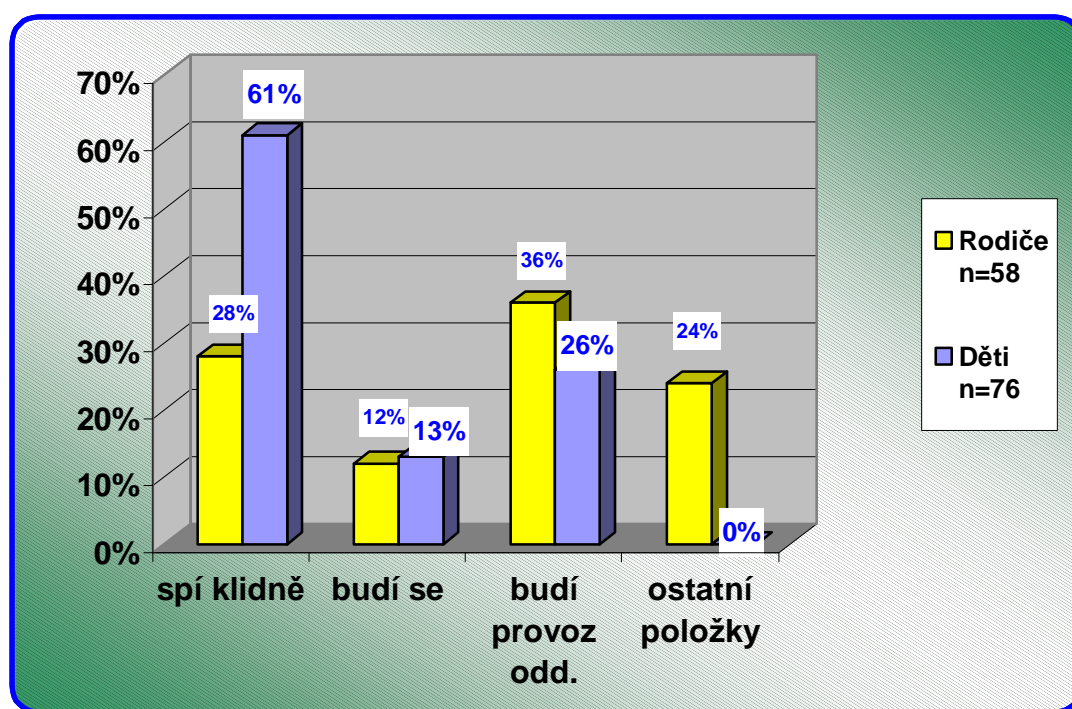
Graf č. 11 Celkový přehled frustrovaných základních tělesných potřeb z pohledu dětí. n = 28



Z grafu č. 11 při celkovém vyhodnocení odpovědí 28 respondentů, kteří neměly uspokojené základní tělesné potřeby vyplývá, že **30 %** dětí nemá uspokojenou potřebu výživy a hydratace a **25 %** dětí uvádí frustraci u potřeby hygieny. Potřeba aktivity a činnosti, která měla nejvyšší hodnotu u dětí předškolního věku v celkovém hodnocení **14 %**, je na 3. místě spolu s potřebou vyprazdňování.

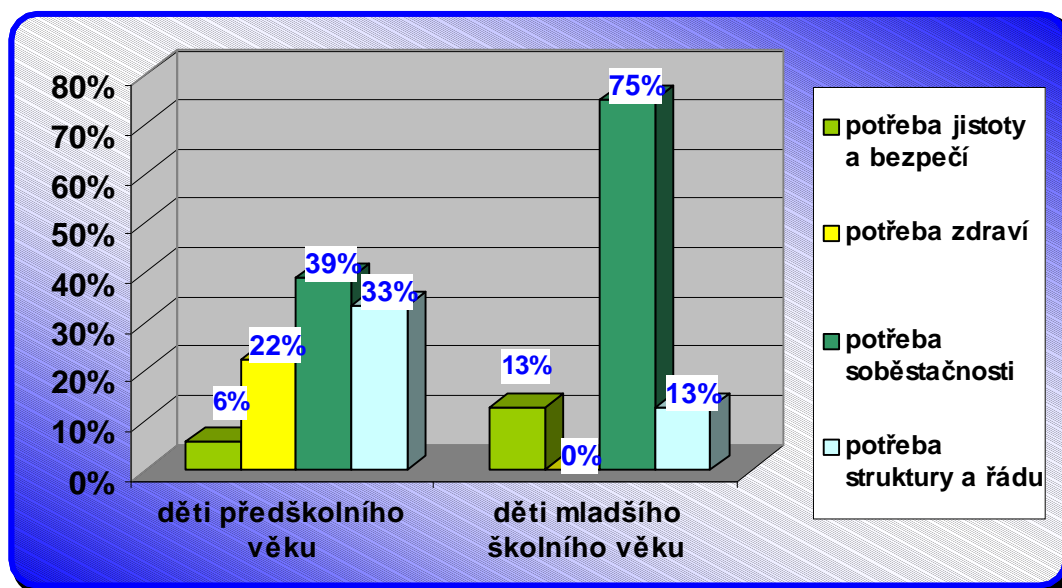
Potřebu spánku a odpočinku řadíme mezi základní tělesné potřeby . Tuto potřebu jsem vyhodnocovala samostatně, protože je nezbytná pro zachování a udržení tělesného a duševního zdraví a může signalizovat určité změny v průběhu hospitalizace dítěte. Následující graf ukazuje potřebu spánku a odpočinku z pohledu rodinného příslušníka a hospitalizovaného dítěte. Většina dětí (**61 %**) uvádí jako odpověď klidný (dobrý) spánek na oddělení v nemocnici. Největší počet rodinných příslušníků (**36 %**) v dotazníku uvádí, že děti budí provoz oddělení.

Graf č. 12 Potřeba spánku a odpočinku z pohledu rodinných příslušníků a dětí.

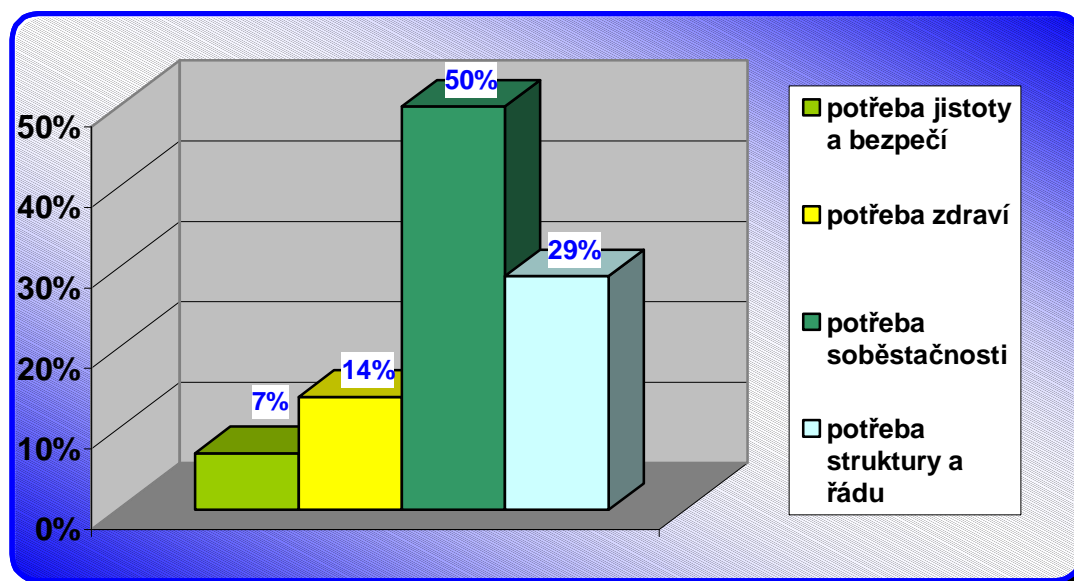


V následujícím grafu č.13 je znázorněno vyhodnocení základních psychosociálních potřeb. Děti uvádí frustraci v potřebě jistoty a bezpečí, potřebě zdraví, soběstačnosti a potřebě struktury a řádu. Obě věkové skupiny uvedly shodně frustraci v potřebě soběstačnosti, a to **39 %** (14) dětí předškolního věku a **75 %** (30) dětí mladšího školního věku.

Graf č. 13 Frustrace základních nižších psychosociálních potřeb z pohledu dětí předškolního věku n=18 a dětí mladšího školního věku n=8



Graf č. 14 Celkový přehled frustrovaných základních psychosociálních potřeb z pohledu dětí. n = 26



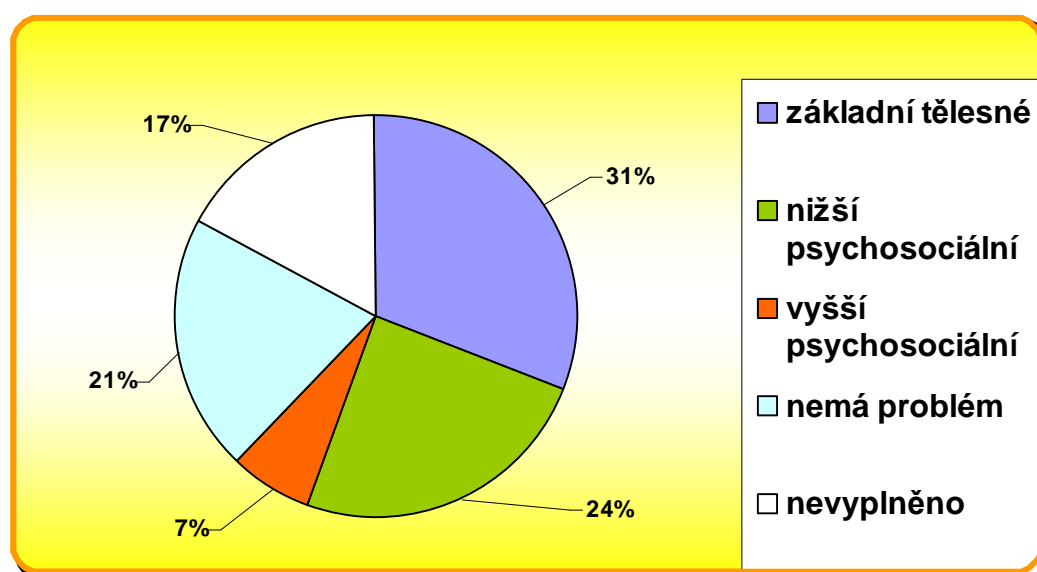
Z celkového vyhodnocení odpovědí 26 respondentů, kteří neměli uspokojené základní – nižší psychosociální potřeby, vyplývá, že **50 %** dětí nemá uspokojenou potřebu soběstačnosti a **29 %** potřebu struktury a řádu. Omezení soběstačnosti vidí děti zavedením periferní kanyly a následně klidovým režimem při infúzní terapii. U potřeby struktury a řádu uvádějí problémy s adaptací na nemocniční prostředí.

Při vyhodnocování otázky, které potřeby si dítě s ohledem na svůj věk v době onemocnění v souvislosti s pobytem v nemocnici (graf č. 9) nemůže, nedokáže samo uspokojit, nebyly uvedené žádné odpovědi na frustraci vyšších psychosociálních potřeb. Ostatní odpovědi dětí v 35 % udávají, že jim nic neschází, nechybí. Tato skupina dětí byla hospitalizovaná s rodinným příslušníkem. V průběhu celého dne u nich byl přítomen aspoň jeden rodinný příslušník.

Shrnutím odpovědí lze konstatovat, že frustrace jednotlivých základních tělesných potřeb u všech dětí se pohybuje v rozmezí **od 8 % do 30 %**. U základních nižších psychosociálních potřeb se frustrace potřeb pohybuje v rozmezí **od 7 % do 50 %**. Děti neuvádí frustraci vyšších psychosociálních potřeb.

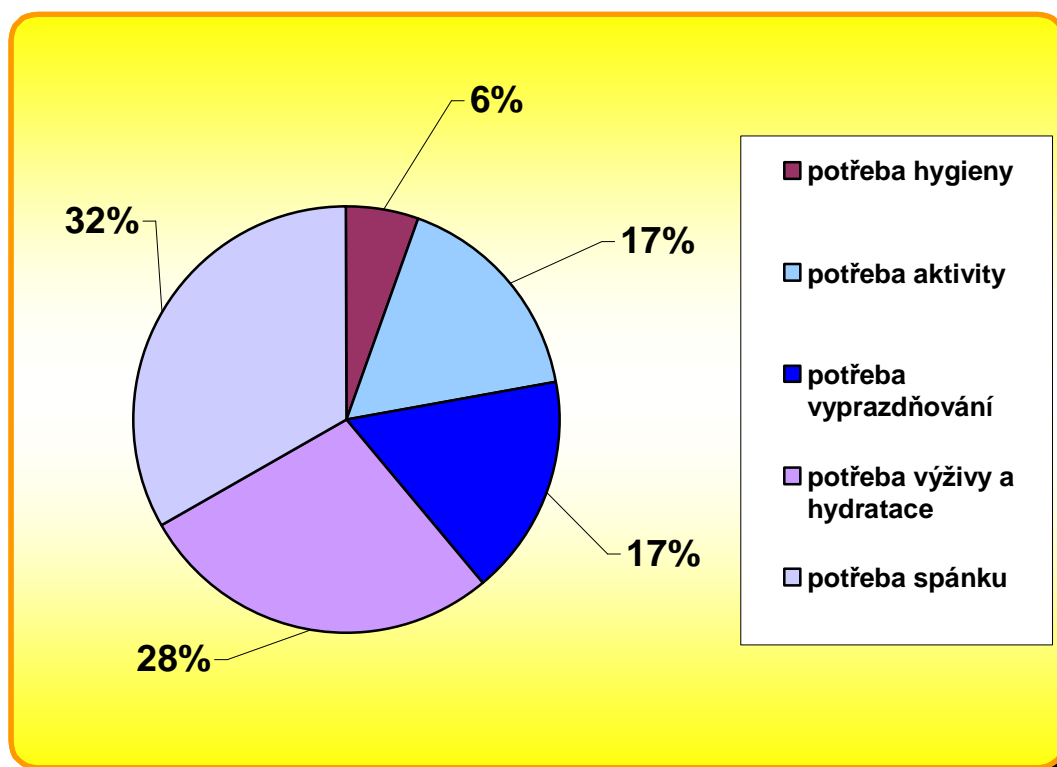
Dalším úkolem bylo zjistit, jaké základní – tělesné a základní psychosociální potřeby pomáhá svému dítěti uspokojovat jeho rodinný příslušník, pokud je s ním hospitalizován, případně je s ním v průběhu celého dne v nemocnici. Jednotlivé odpovědi rodinných příslušníků jsem rozřídila na potřeby základní – tělesné a základní nižší psychosociální potřeby. Graf č. 15 ukazuje, že rodinní příslušníci vidí nejvíce problémů v základních tělesných potřebách **31 %**. Frustraci nižších psychosociálních potřeb uvádí ve **24 %**.

Graf č. 15 Pomoc rodinných příslušníků v uspokojování potřeb u dětí, které si je samy nedokážou v nemocnici uspokojit. n = 58



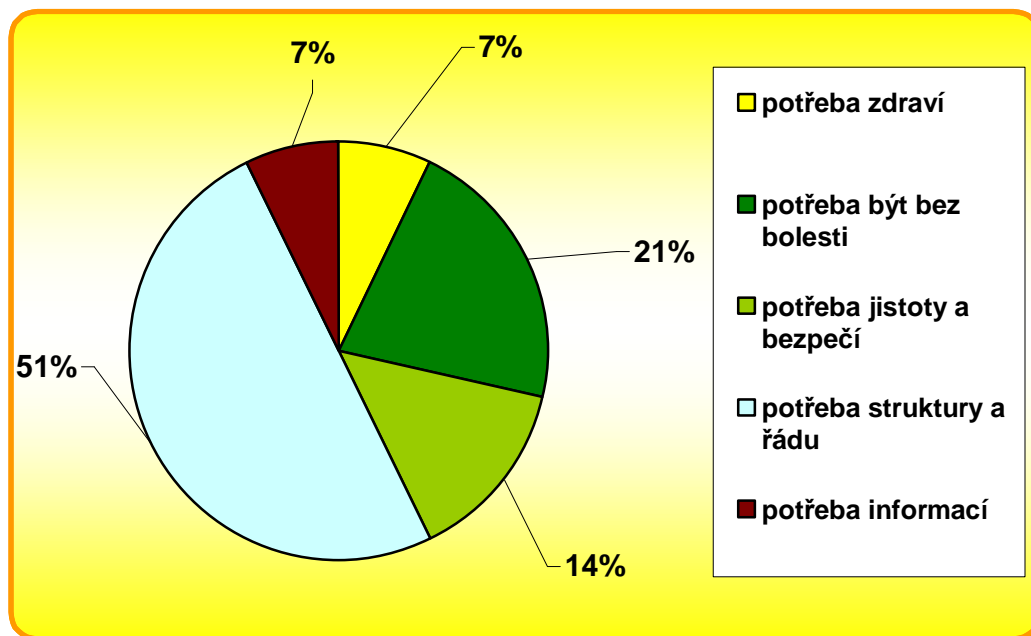
Rodinní příslušníci mezi základní – tělesné potřeby, které pomáhají svému dítěti uspokojovat při hospitalizaci, řadí potřebu výživy a hydratace, vyprazdňování, aktivity, hygieny a spánku. Graf č. 16 ukazuje, že respondenti pomáhají dítěti v uspokojování potřeby spánku a odpočinku (**32 %**). Jak již bylo uvedeno, vidí problém v tom, že nemocniční provoz budí děti (graf č.12) U frustrace potřeby výživy a hydratace uvádí **28 %** respondentů pomoc dítěti s uspokojováním jeho potřeby. Nejmenší procentní vyjádření **6 %** má potřeba hygieny, kterou rodinní příslušníci pomáhají uspokojovat svému nemocnému dítěti v nemocničním prostředí.

Graf č. 16 Pomoc rodinných příslušníků s uspokojováním základních tělesných potřeb u dětí. n = 18



V následujícím grafu č.17 vidíme, které ze základních psychosociálních potřeb pomáhá uspokojovat rodinný příslušník. Respondenti uvádí potřebu jistoty a bezpečí, potřebu zdraví, informací, potřebu struktury a řádu a potřebu být bez bolesti. Nejvíce, **51 %** uvádí problémy s adaptací svého dítěte, které řadíme do potřeby struktury a řádu.

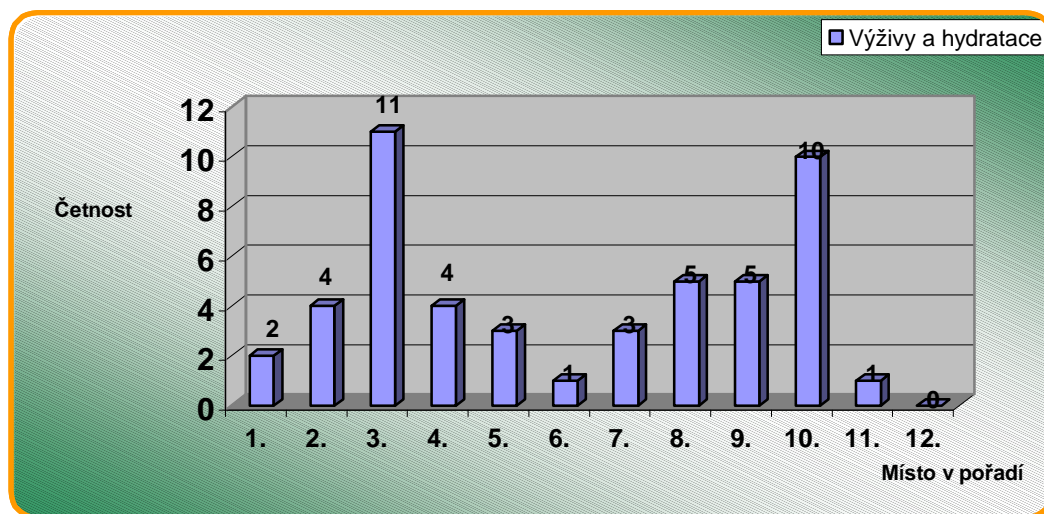
Graf č. 17 Pomoc rodinných příslušníků s uspokojováním základních psychosociálních potřeb u dětí. n = 14



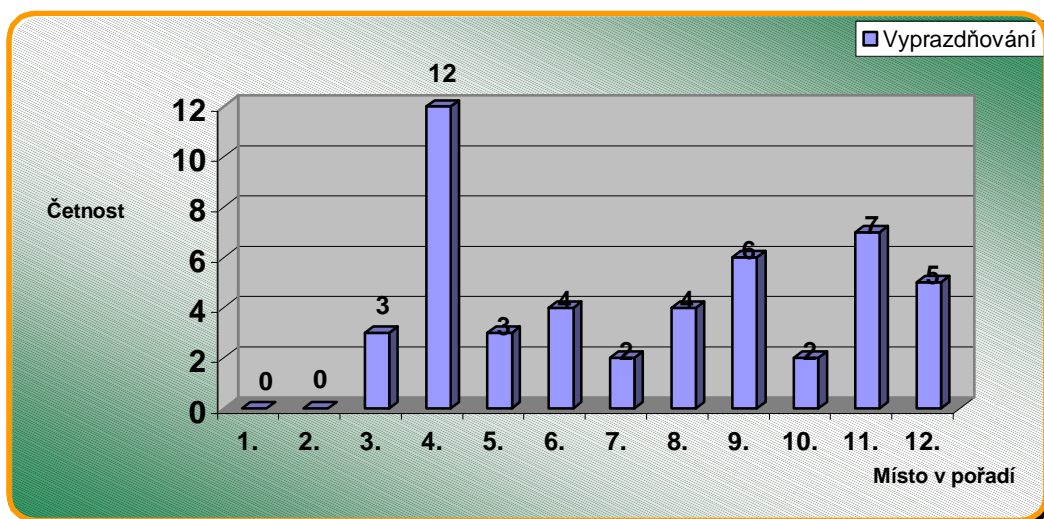
Shrnutím odpovědí můžeme vyjádřit, že respondenti pomáhají uspokojovat u svých dětí základní tělesné potřeby v rozmezí **od 6 % do 32 %**. Pomoc při uspokojování základních nižších psychosociálních potřeb pohybuje v rozmezí **od 7 % do 51 %**.

Dalším ukazatelem je určení místa v pořadí důležitosti frustrovaných potřeb dítěte (otázka č.15) z pohledu rodinného příslušníka u dítěte při pobytu v nemocnici.. Pro přehlednost v následujících grafech uvádím vyhodnocení četností a místa v pořadí základních tělesných potřeb.

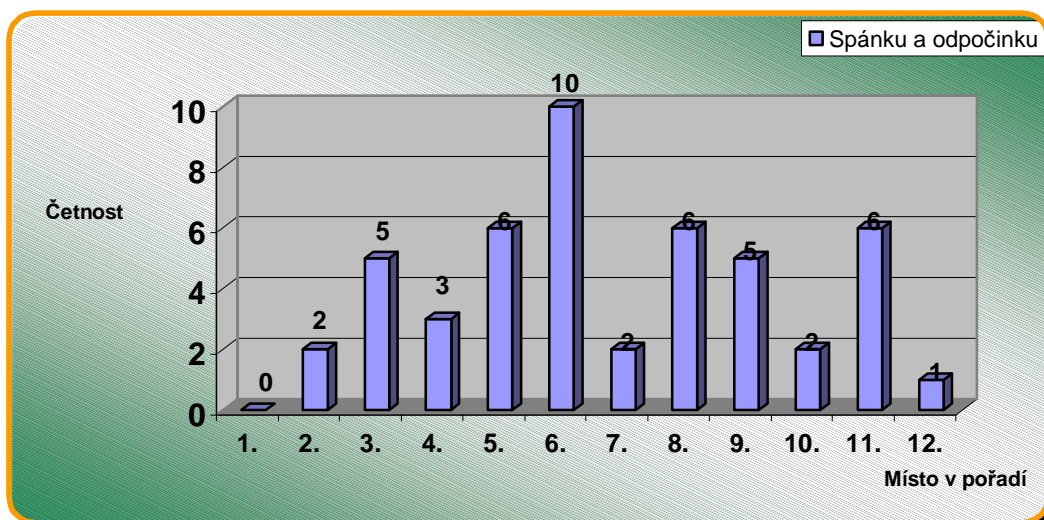
Graf č. 18 Frustrace potřeby výživy a hydratace z pohledu rodinného příslušníka.



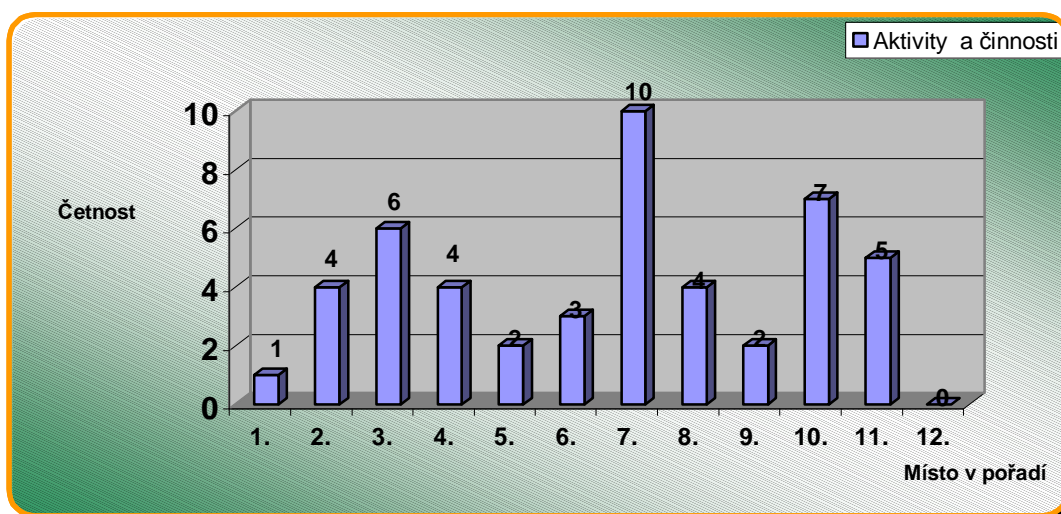
Graf č. 19 Frustrace potřeby vyprazdňování z pohledu rodinného příslušníka.



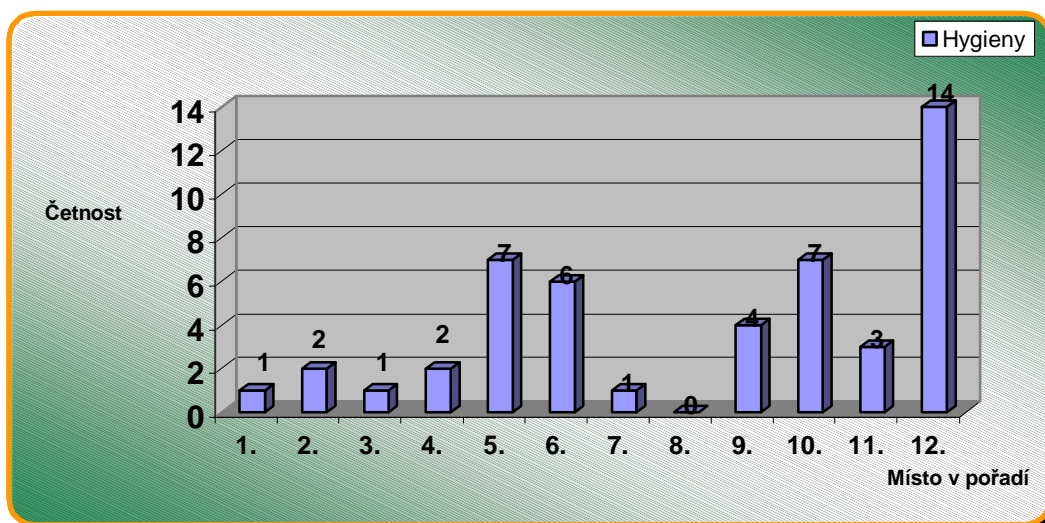
Graf č. 20 Frustrace potřeby spánku a odpočinku z pohledu rodinného příslušníka.



Graf č. 21 Frustrace potřeby aktivity a činnosti z pohledu rodinného příslušníka.



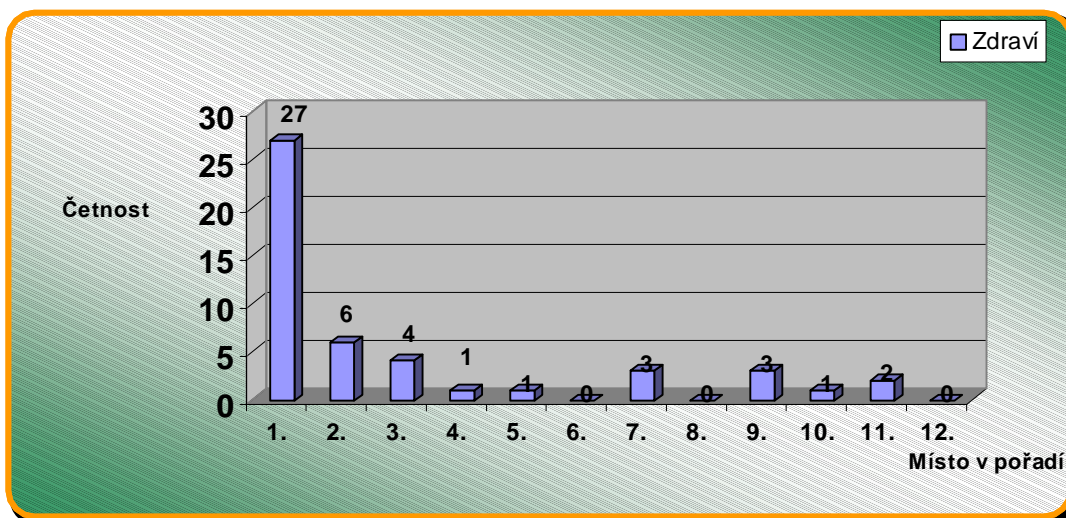
Graf č. 22 Frustrace potřeby hygieny z pohledu rodinného příslušníka.



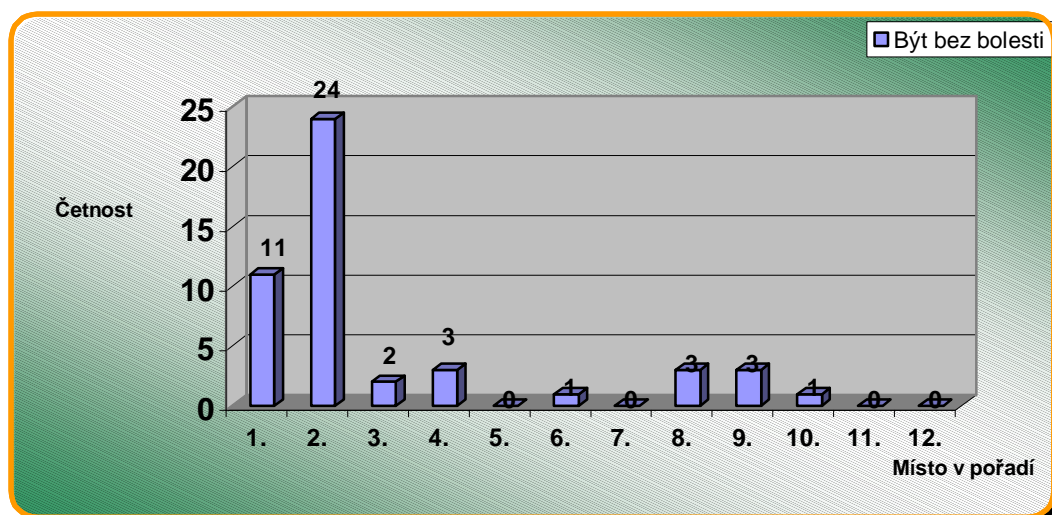
Z uvedených grafů vyplývá, že rodinní příslušníci řadí na 3. místo potřebu výživy a hydratace, na 4. místo potřebu vyprazdňování, na 6. místo potřebu spánku a odpočinku, na 7. místo potřebu aktivity a činnosti a na posledním, 12. místě je potřeba hygieny.

Vyhodnocení četností a místa v pořadí základních nižších psychosociálních potřeb ukazují následující grafy.

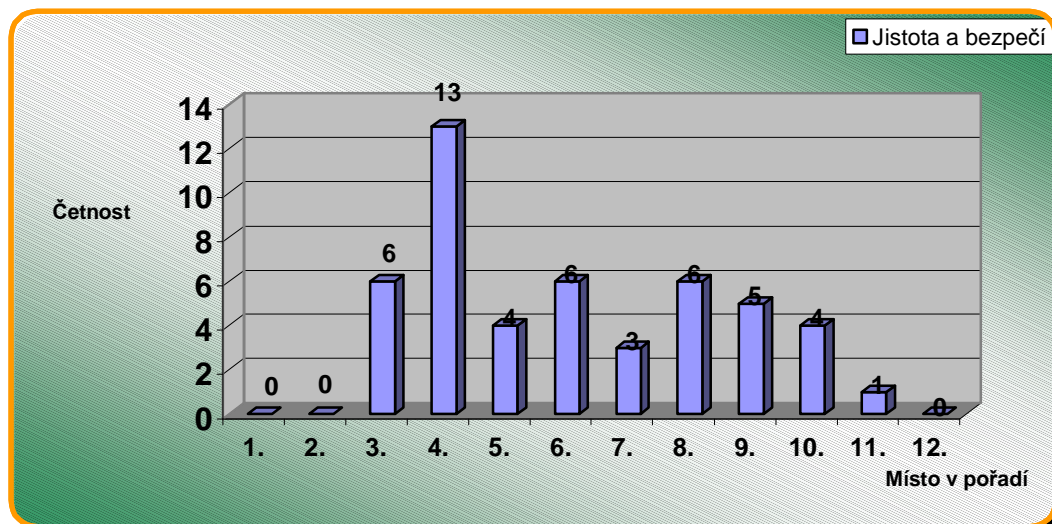
Graf č. 23 Frustrace potřeby zdraví z pohledu rodinného příslušníka.



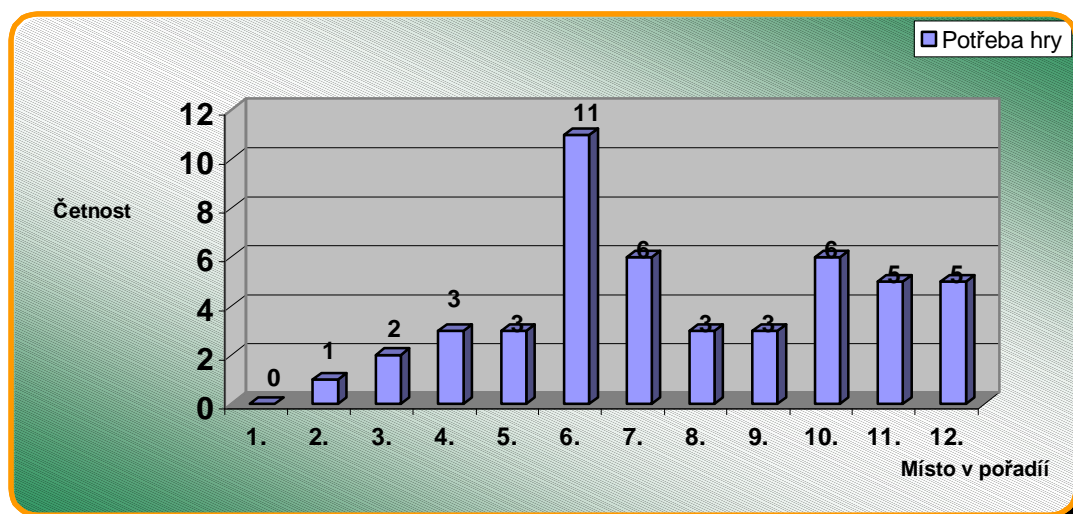
Graf č. 24 Frustrace potřeby být bez bolesti z pohledu rodinného příslušníka.



Graf č. 25 Frustrace potřeby jistoty a bezpečí z pohledu rodinného příslušníka.



Graf č. 2. Frustrace potřeby hry z pohledu rodinného příslušníka.

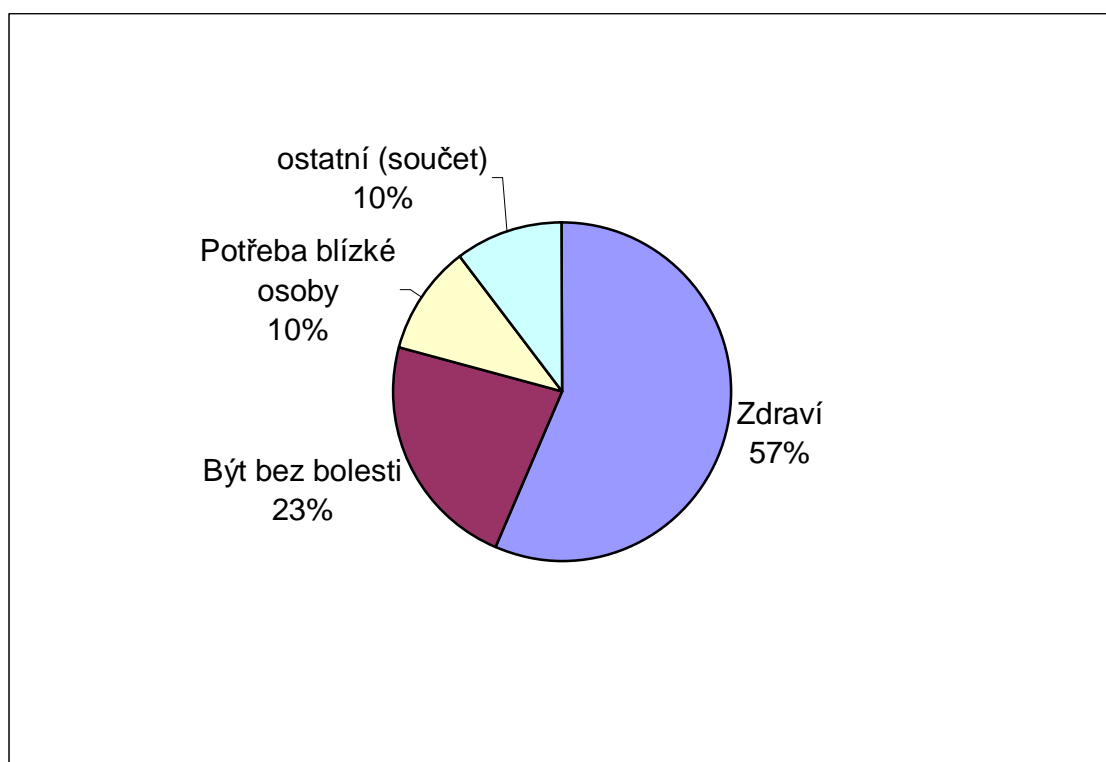


Z uvedených grafů vyplývá, že rodinní příslušníci řadí na 1. místo potřebu zdraví, na 2. místo potřebu být bez bolesti, na 4. místo potřebu jistoty a bezpečí a na 6. místo potřebu hry.

Statistickým zpracováním údajů, které probíhalo v programu Excel sady Microsoft Office, verze 2002, lze zjistit další údaje. Data byla z jednotlivých dotazníků zapsána do databáze a následně zpracována. Byly použity zejména následující matematické a statistické metody: metoda vážených průměrů, korelační tabulky.

Následující graf ukazuje statistické vyhodnocení z pohledu 1. místa, kde se objevila potřeba zdraví v **57 %**, potřeba být bez bolesti v **23 %** a potřeba další blízké osoby v **10 %**, ostatní potřeby tvořili dalších **10 %** odpovědí.

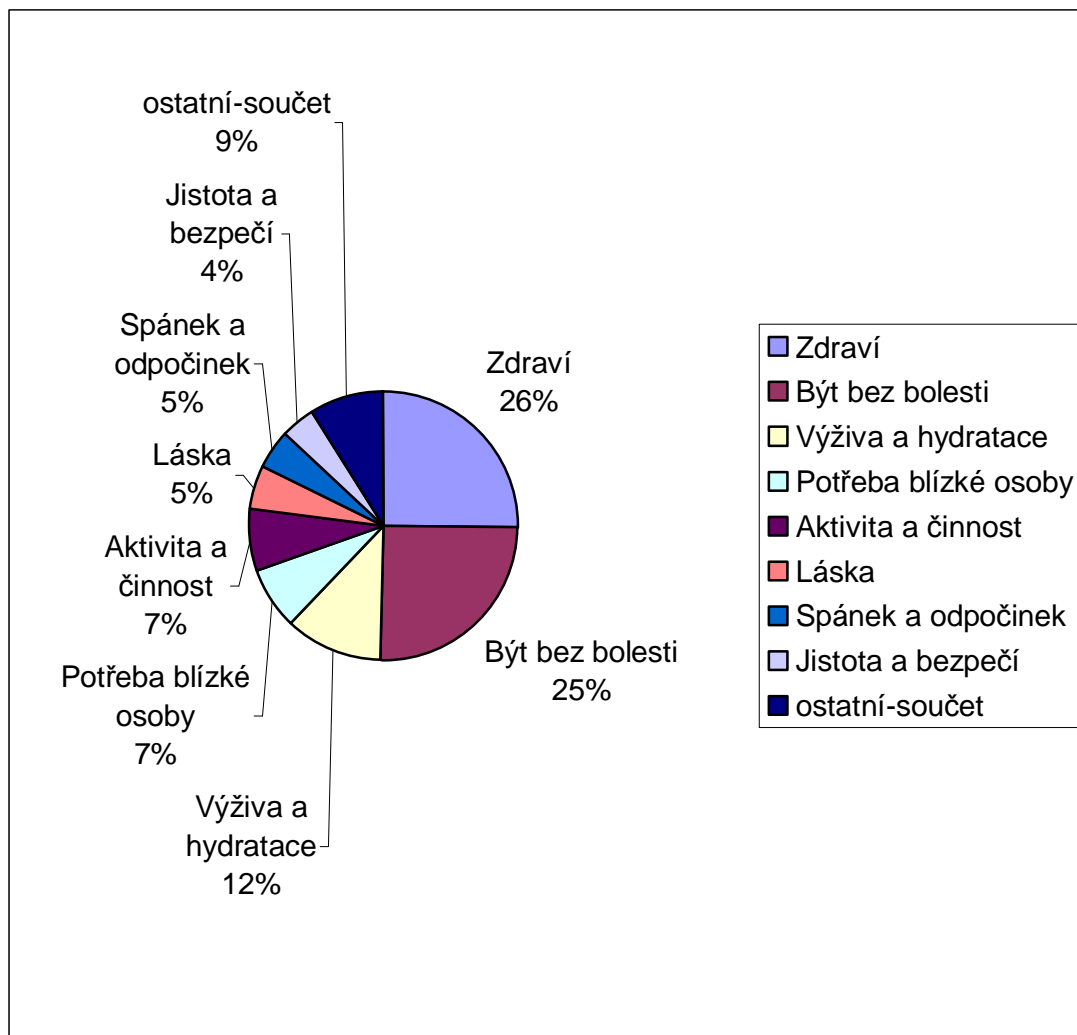
Graf č. 27 Pořadí frustrovaných potřeb podle počtu 1. míst u rodinných příslušníků



V dalším grafu vidíme statistické zpracování odpovědí rodinných příslušníků podle četností 1. až 3. místo v pořadí důležitosti. Zastoupení jednotlivých potřeb se změnilo. Potřeba zdraví představuje **26 %**, být bez bolesti **25 %**, na 3. místě se objevila potřeba výživy a hydratace, **12 %** potřeba další blízké osoby je až na 4. místě se **7 %** spolu s potřebou aktivity.

Graf č. 28 znázorňuje vyhodnocení osmi potřeb a ostatní potřeby (9 %) tvoří potřeba vyprazdňování, hygieny, potřeba hry a sounáležitosti.

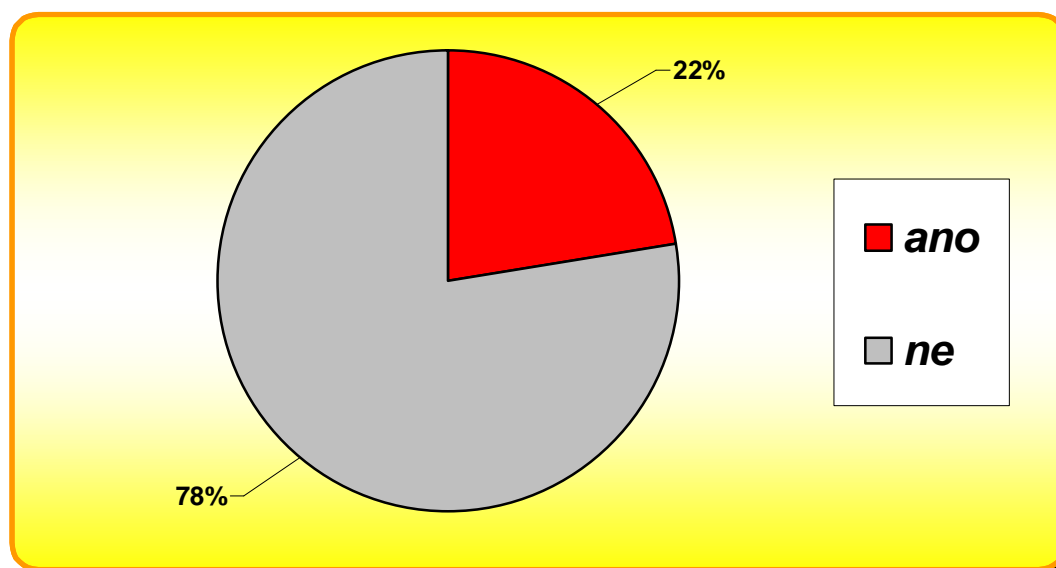
Graf č. 28 Pořadí frustrovaných potřeb podle četnosti 1. – 3. místa u rodinných příslušníků



Posledním sledovaným úkolem je zaznamenat změnu chování dítěte v souvislosti s pobytem v nemocnici. Nemoc přináší s sebou nepohodu, bolest, nepříjemné procedury, s kterými se musí dítě vyrovnat. Respondenti uvedli, že změna v chování je u 13 dětí, což odpovídá **22 %** odpovědí. V odpovědích byly uvedeny změny chování, které se projevily u dětí vyžadováním neustálé pozornosti rodinného příslušníka (33 %), projevy strachu (25 %), plačtivostí (17 %), mrzutostí (17 %), a vztekem (8 %).

Graf č. 29 Změna chování u dětí z pohledu rodinného příslušníka v souvislosti s pobytem v nemocnici.

n = 58



Shrnutí a hodnocení.

Hypotéza č. 1, která předpokládá, že více jak polovina dětí si nebude schopna v důsledku svého onemocnění uspokojovat základní - tělesné potřeby a základní psychosociální a vyšší potřeby, které si před onemocněním (hospitalizací) plně uspokojovala, se potvrdila částečně.

Bylo zjištěno, že u dětí předškolního věku je největším problémem (50 %) frustrace základních – nižších psychosociálních potřeb (graf č. 9) a děti mladšího školního věku uvádí největší frustraci (45 %) v základních – tělesných potřebách (graf č. 9).

Bylo zjištěno, že frustrace základních tělesných potřeb se pohybuje od 8 % do 30 % z pohledu dětí. U dětí předškolního věku je největší hodnota frustrace (30 %) u potřeby aktivity a činnosti. U dětí mladšího školního věku to je 39 % frustrace u potřeby výživy a hydratace (graf č. 10). Vyhodnocením základních tělesných potřeb u všech dětí vyplynulo toto pořadí frustrovaných potřeb z pohledu dětí:

potřeba výživy a hydratace, potřeba hygieny, potřeba aktivity a činnosti, potřeba vyprazdňování, spánku a odpočinku a potřeba dýchání (graf č. 11).

Z pohledu rodinných příslušníků je pořadí frustrovaných základních tělesných potřeb jiné. Rozmezí těchto potřeb, které pomáhají uspokojovat rodinní příslušníci se pohybuje od 6 % do 32 %. Největší problém vidí v potřebě spánku a odpočinku, pak uvádí potřebu výživy a hydratace, vyprazdňování, aktivity a pouze 6 % je uvedeno u potřeby hygieny (graf č. 16). U dětí je frustrace této potřeby uváděna v 25 % a rodinní příslušníci ji řadí na poslední 12 místo v pořadí důležitosti potřeb (graf č. 22). Rozdíl je u potřeby dýchání, kde děti upozorňují na tuto potřebu a rodinní příslušníci ji neuvádí.

Děti předškolního věku řadí na 1. místo frustrovaných základních tělesných potřeb potřebu aktivity, děti mladšího školního věku potřebu výživy a hydratace a rodinní příslušníci potřebu spánku a odpočinku.

Dále bylo zjištěno, že frustrace základních nižších psychosociálních potřeb je v rozmezí 7 % - 50 % z pohledu dětí. Celkovým vyhodnocením celkového souboru dětí bylo zjištěno toto pořadí: potřeba soběstačnosti, struktury a řádu, zdraví a potřeba jistoty a bezpečí (graf č. 14).

U rodinných příslušníků bylo zjištěno, že rozmezí frustrovaných základních nižších psychosociálních potřeb se pohybuje od 7 % - 51 %. Největší problém vidí v adaptaci dítěte na nemocniční prostředí, kde potřeba struktury a řádu byla uvedena v 51 % na prvním místě. Adaptace rodinného příslušníka na nemocniční prostředí v 90 % probíhá dobře a přiměřeně (graf č. 6). Dále rodinní příslušníci uvádí u svých dětí potřebu být bez bolesti, jistotu a bezpečí a potřebu zdraví (graf č. 17).

Ze statistického zhodnocení frekvence četností umístění na 1. místě z pohledu důležitosti pro dítě v nemocnici na prvním místě v pořadí uvádí rodinní příslušníci potřebu zdraví v 57 % a za ní potřebu být bez bolesti uvádí ve 23 % (graf č. 27). Zhodnocením frekvence četností z pohledu 1. – 3. místa se pořadí mění, kde u potřeby zdraví je uvedeno 26 % a potřeba být bez bolesti s 25 % vyjádřením (graf č. 28).

Posledním zajímavým zjištěním bylo, že chování sledovaných hospitalizovaných dětí se změnilo pouze ve 22 % z pohledu rodinných příslušníků (graf č. 29).

7.2 Hypotéza číslo 2.

Předpokládám, že více jak 75 % dětí nebude mít uspokojeny vyšší – psychosociální potřeby, nejsou-li děti hospitalizovány společně s rodinným příslušníkem.

Cíl: Identifikovat a zformulovat nejčastější vyšší psychosociální potřeby dítěte (vztahové a sebepojetí) v souvislosti s jeho hospitalizací.

Úkol:

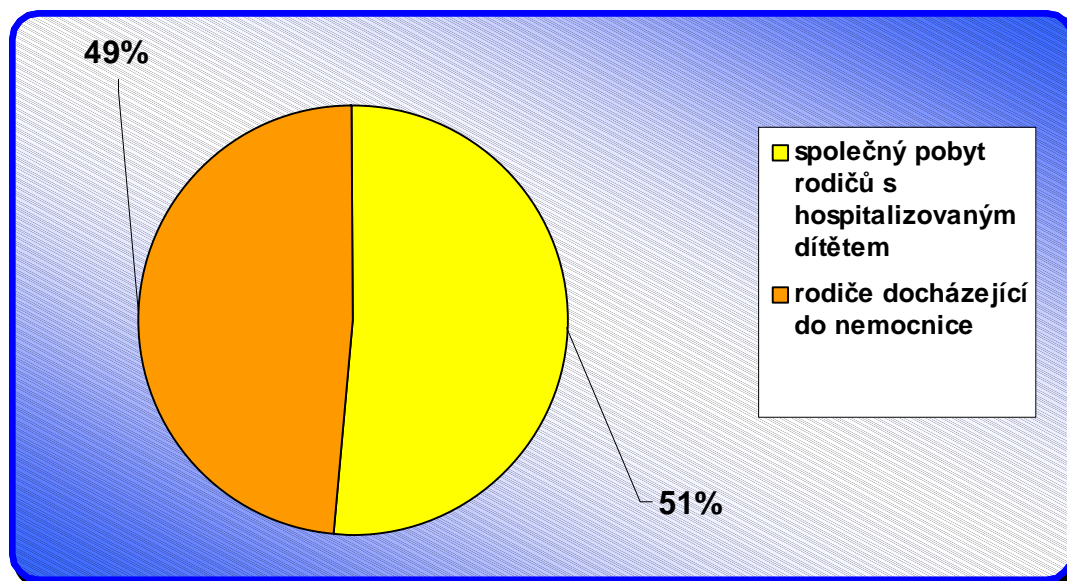
- Zjistit kolik rodičů pobývalo trvale v nemocnici s dětmi a kolik jich docházelo za dětmi na oddělení.
- Zjistit, jaké vyšší psychosociální potřeby nebyly u dětí s ohledem na pobyt v nemocnici a věk uspokojovány.
- Zjistit, které vyšší psychosociální potřeby schází dítěti v nemocnici z pohledu rodinného příslušníka.

Hypotéze č. 2 odpovídala čísla otázek 2 části B rozhovoru, otázka 5C a otázky 3 – 5 části D rozhovoru s dítětem. V dotazníku u rodinných příslušníků to byli otázky číslo 1 – 4, 6, 16, 21.

Prvním úkolem je zjistit, kolik rodičů pobývá trvale v nemocnici s dětmi a kolik jich dochází za dětmi na oddělení. Výzkumného šetření se celkem zúčastnilo 76 dětí. U všech sledovaných dětí byly v průběhu hospitalizace přítomni rodinní příslušníci. Společný pobyt s hospitalizovaným dítětem na oddělení byl u **51 %** rodinných příslušníků. Ve zbylých **49 %** rodinní příslušníci docházeli do nemocnice denně, podle svých možností v průběhu celého dne (graf č. 30). Při společném pobytu hospitalizovaného dítěte a rodiče (81 % matek – graf č. 4) v nemocnici, uvedlo 41 % rodinných příslušníků, že spí přímo na oddělení se svým dítětem. Na ubytovně v areálu nemocnice spalo 49 % rodinných příslušníků (graf č. 5)

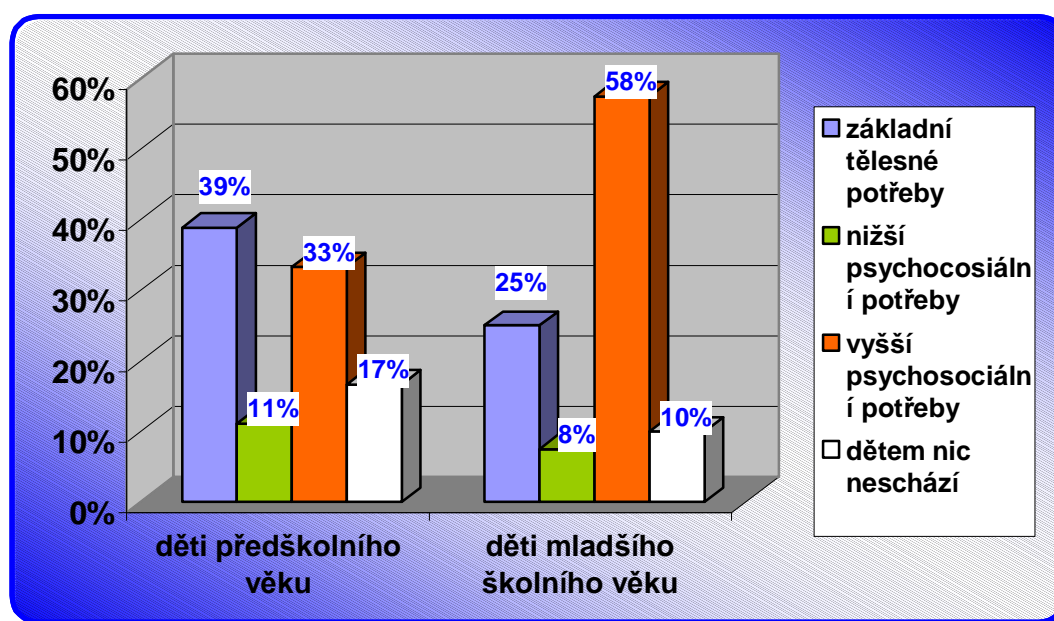
Graf č. 30 Přítomnost rodinných příslušníků u hospitalizovaného dítěte.

n = 76



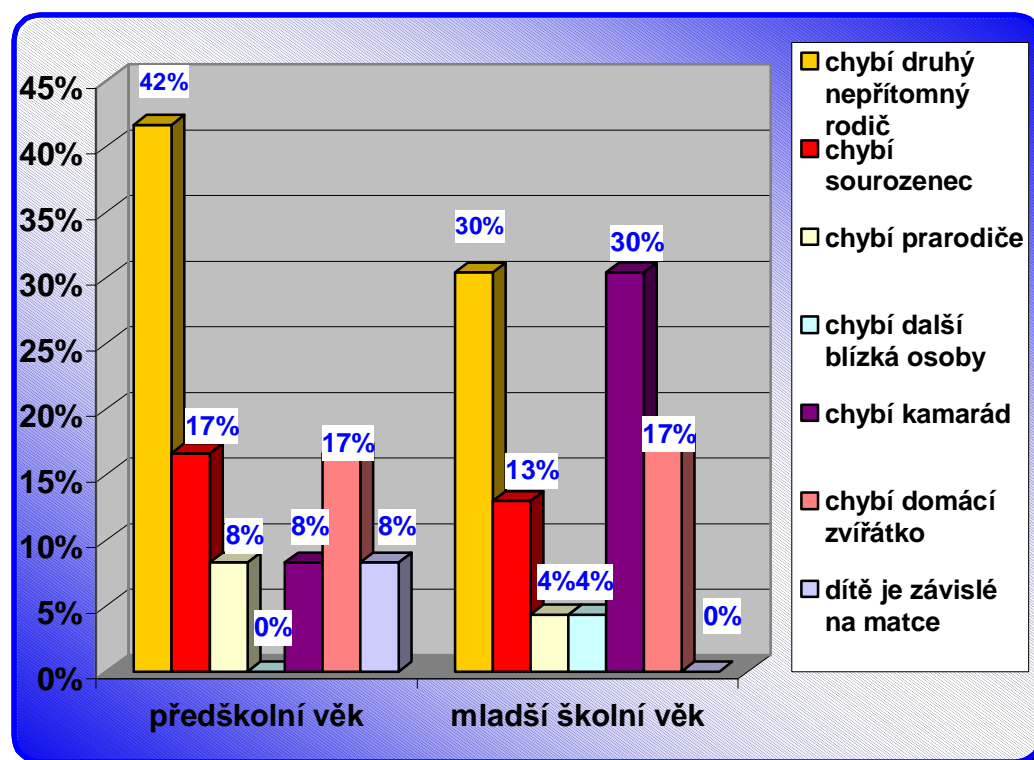
Dalším úkolem je zjistit, jaké vyšší psychosociální potřeby nebyly u dětí s ohledem na pobyt v nemocnici a věk uspokojovány. Jednotlivé odpovědi dětí jsou graficky vyjádřené v grafu č. 31, který uvádí **33 %** frustraci vyšších psychosociálních potřeb u dětí předškolního věku, což je 12 dětí. Frustrace vyšších psychosociálních potřeb dětí mladšího školního věku je **58 %**, což představuje 23 dětí.

Graf č. 31 Frustrace potřeb dětí, které jim schází v nemocničním prostředí z pohledu dětí předškolního věku (n=36) a mladšího školního věku (n=40).



Vyšší psychosociální potřeby jsem roztřídila na potřeby vztahové a potřeby self (já), sebepojetí a sebeúcty. Následující graf ukazuje vztahové potřeby, mezi které patří potřeba sounáležitosti a lásky. Dětem v nemocnici schází druhý nepřítomný rodič, sourozenci, prarodiče, další blízká osoba, kamarádi a domácí zvíře. U dětí v předškolním věku se potřeba lásky projevila tím, že děti vyžadují neustálý kontakt s matkou s projevem lásky k ní.

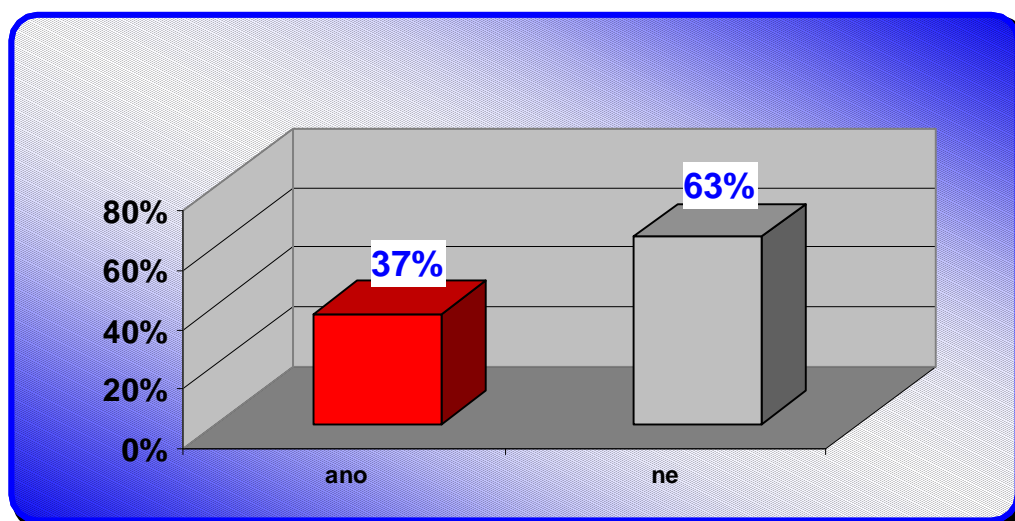
Graf č. 32 Frustrace vztahových potřeb z pohledu dětí a věkových skupin.
 děti předškolního věku n = 36, mladší školní věk n = 40



V předškolním a mladším školním věku děti vyhledávají a navazují další nové vztahy s jedinci v prostředí, ve kterém se nachází. Graf č. 33 vypovídá, že 28 dětí (37 %) si našlo v nemocnici nové kamarády a 48 (63 %) dětí uvádí, že kamarády v nemocnici nemají. Byly to děti převážně s krátkodobou hospitalizací (plánovaná operace), nebo děti s barierovým opatřením v průběhu hospitalizace.

Graf č. 33

Navázání nových vztahů s dětmi v nemocnici z pohledu dětí. n = 76

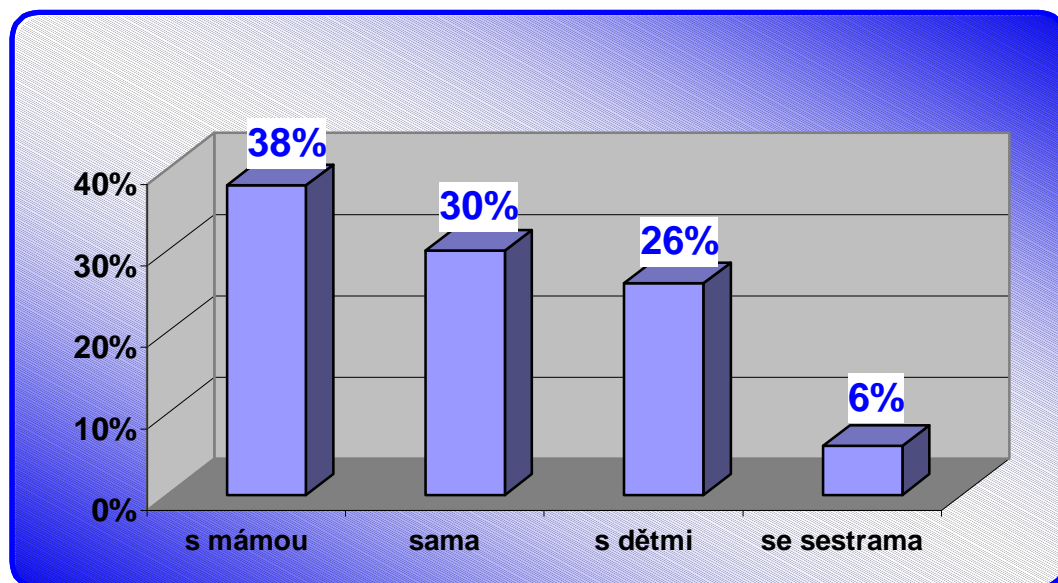


Potřeby self – se vztahují k vlastnímu já a utváří se u dětí postupně v souvislosti s různými činnostmi, které dítě provádí. Pokud si dospělý jedinec všímá dítěte, dítě je důležité a oceňuje tento fakt. Jedním z ukazatelů je i společná hra v nemocničním prostředí. Graf č. 34 vypovídá o tom, s kým si dítě v nemocnici hraje. Největší zastoupení je **38 %**, kdy děti uvádí, že si v nemocnici hrají s matkou. Děti také uvádí, že si v nemocnici hrají samy. Jedná se o **30 %** dětí, kterým režimové opatření nedovoluje opustit nemocniční pokoj, nebo děti, které jsou hospitalizované v nemocnici samy. Děti, které si hrají vzájemně mezi sebou, je **26 %**, a **6 %** dětí uvádí společnou hru se sestřičkami na oddělení.

Graf č. 34

Hra dětí v nemocnici z pohledu dětí.

n = 76



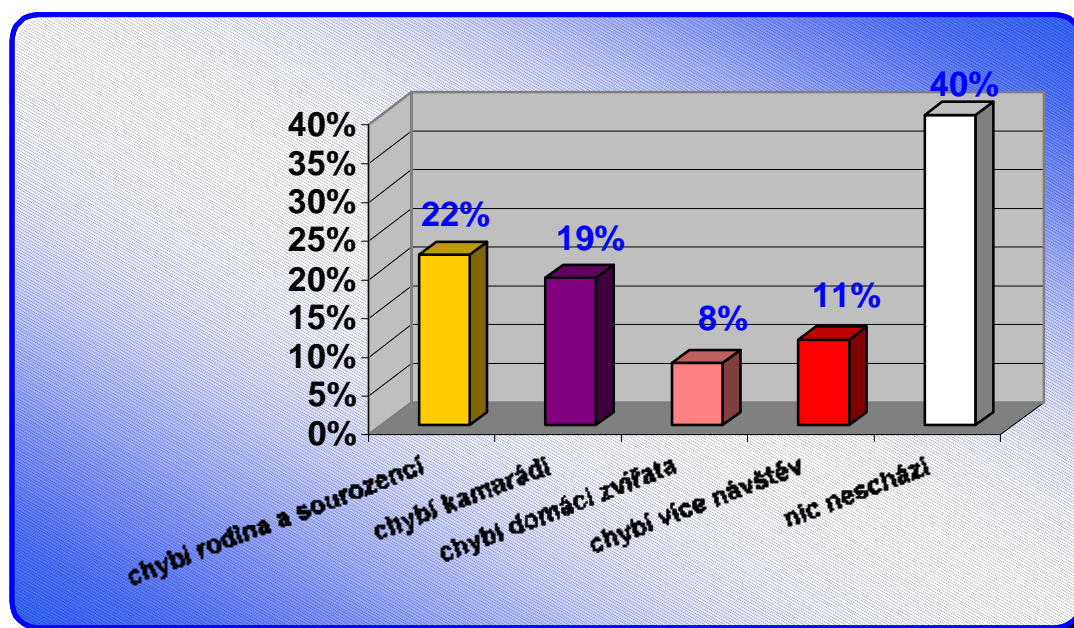
Na odděleních v nemocnici bylo hospitalizováno **37** dětí bez rodinných příslušníků, kteří přicházeli do nemocnice za dětmi na návštěvu. Jednalo se o 3 děti předškolního věku a 34 dětí mladšího školního věku. Délka hospitalizace u dětí v době mého příchodu na oddělení se pohybovala u těchto dětí od 1 – 9 dnů. Následující tabulka ukazuje počet hospitalizovaných dětí a počet dní v nemocnici.

Tabulka č. 4 Přehled délky hospitalizace u dětí, které jsou hospitalizované bez rodinného příslušníka.

Délka hospitalizace	Počet hospitalizovaných dětí
1 – 3 dny	17 dětí
4 – 6 dní	14 dětí
7 – 9 dní	6 dětí
Celkem počet dětí	37

Frustraci vyšších psychosociálních potřeb uvádělo 22 respondentů (**60 %**) s docházejícími rodiči. Ostatní dětí **40 %** (15) uvádí, že jim nic neschází. Jako největší frustraci uvádí **22 %** dětí ztrátu kontaktu s rodinou a sourozenci. Na druhém místě v **19 %** schází dětem kamarádi, **11 %** uvádí, že jim chybí častější návštěvy v nemocnici. Domácí zvířátka postrádá **8 %** dětí.

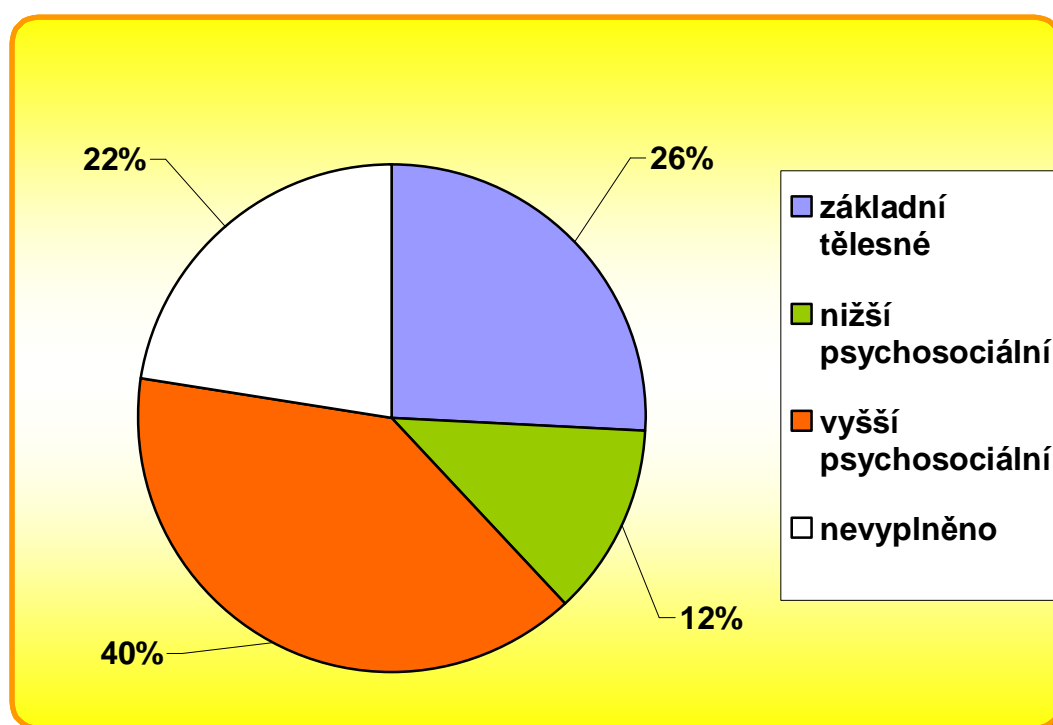
Graf č. 35 Frustrace vztahových psychosociálních potřeb u dětí, kteří byly samy hospitalizovány v nemocnici (s docházejícími rodiči do nemocnice). n = 37



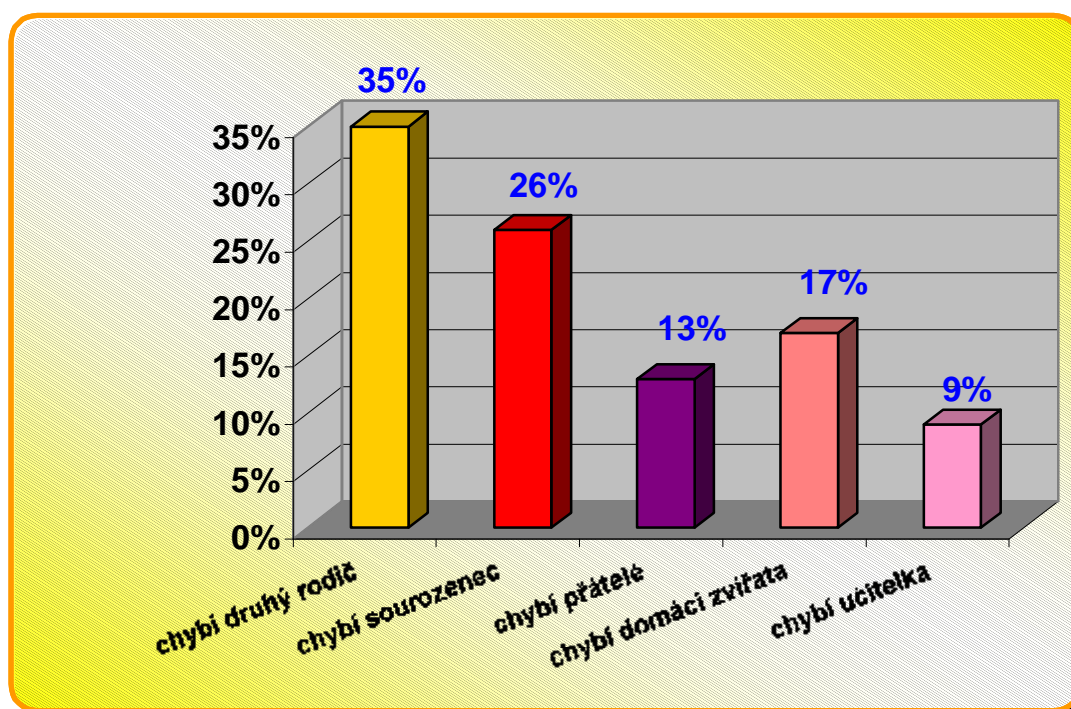
Při vyhodnocování vyšších psychosociálních potřeb self uvedly 4 děti, že se v nemocnici nudí. Jiné odpovědi v oblasti self potřeb dětí v rozhovoru neuvedly.

Posledním úkolem je zjistit, které vyšší psychosociální potřeby schází dítěti v nemocnici z pohledu rodinného příslušníka. Graf č. 34 ukazuje frustraci vyšších psychosociálních potřeb dětí, které uvádí 23 respondentů z řad rodinných příslušníků, což činí **40 %**.

Graf č. 36 Potřeby, které dětem schází v nemocnici z pohledu rodinného příslušníka. n = 58



Vyšší psychosociální potřeby jsem roztřídila také na potřeby vztahové a potřeby self (já), sebepojetí a sebeúcty. Následující graf ukazuje frustraci vztahových potřeb dětí z pohledu rodinných příslušníků. Respondenti uvádí, že **35 %** dětí chybí v nemocnici druhý rodič, **26 %** se stýská po sourozenci, **13 %** chybí přátele, kamarádi, **17 %** schází domácí mazlíčci – zvířata a **9 %** uvádí stesk po učitelce (jedná se o 2 děti v první třídě).



Při vyhodnocování vyšších psychosociálních potřeb self uvedlo 5 rodinných příslušníků, že se dítě v nemocnici nudí a chybí mu zábavná činnost v průběhu dne.

Shrnutí a hodnocení.

Hypotéza č. 2, která předpokládá, že více jak 75 % dětí nebude mít uspokojeny vyšší – psychosociální potřeby, nejsou-li děti hospitalizovány společně s rodinným příslušníkem, se nepotvrdila, protože všechny sledované děti měly v průběhu dne přítomného aspoň jednoho s rodinných příslušníků.

Bylo zjištěno, že u dětí předškolního věku je frustrace vyšších psychosociálních potřeb 33 % a v 58 % ji uvádí děti mladšího školního věku (graf č. 31). Při vyhodnocování vyšších vztahových potřeb uvádí děti předškolního věku, že jim nejvíce schází druhý nepřítomný rodič. Děti mladšího školního věku uvádí ve 30 %, že jim schází nejvíc rodina (druhý nepřítomný rodič a sourozenec), a také ve 30 % kamarádi (graf č. 32). Děti a rodinní příslušníci se shodly v 17 % na chybění domácího zvířátka. Navázání nových vztahů v nemocničním prostředí uvádí 37 % (28) dětí (graf č. 33).

Potřeby self – já, které se vztahují k jedinci, se vyvíjí postupně přibližně od 3 let věku dítěte a zohledňují základní optimistický pohled na dítě. Proto je také velmi nízká frustrace v této oblasti potřeb. Graf č. 34 uvádí, že 30 % (23) dětí si v nemocnici hraje samo a tím nemá zpětnou vazbu k rozvíjení těchto potřeb. Také mu chybí jakákoliv pochvala za provedenou činnost, hru. Vyhodnocením bylo zjištěno, že je to druhá nejčastější odpověď u dětí.

U 37 dětí, které byly sice samy hospitalizovány na oddělení, ale rodinní příslušníci za nimi denně do nemocnice docházeli, je v 60 % frustrace vyšších psychosociálních potřeb (graf č. 33). Vyhodnocením vyšších vztahových potřeb se zjistilo, že jim také nejvíce schází rodina a kamarádi (graf č. 33).

Z pohledu rodičů, kteří uvádí ve 40 % frustraci vyšších psychosociálních potřeb u dětí, jsou odpovědi stejného charakteru. Dítěti schází druhý nepřítomný rodič, sourozenec, domácí zvířata, kamarádi a paní učitelka (graf č. 35).

Vyhodnocením self potřeb bylo zjištěno, že pouze pěti dětem chybí v nemocnici zábavná činnost v průběhu dne.

7.3 Hypotéza číslo 3.

Předpokládám, že se matky při hospitalizaci svých dětí zaměřují více na uspokojení vyšších psychosociálních potřeb.

Cíl: Určit priority při uspokojování potřeb hospitalizovaného dítěte z pohledu rodinných příslušníků.

Úkol:

- Zjistit, které potřeby uspokojuje rodinný příslušník u svého dítěte nejčastěji.

K hypotéze č. 3 se vztahovala čísla otázek 6, 9, 15, 16, 21, která byla zaměřena na problémy a nejčastější činnosti při společném pobytu rodinného příslušníka a dítěte na oddělení.

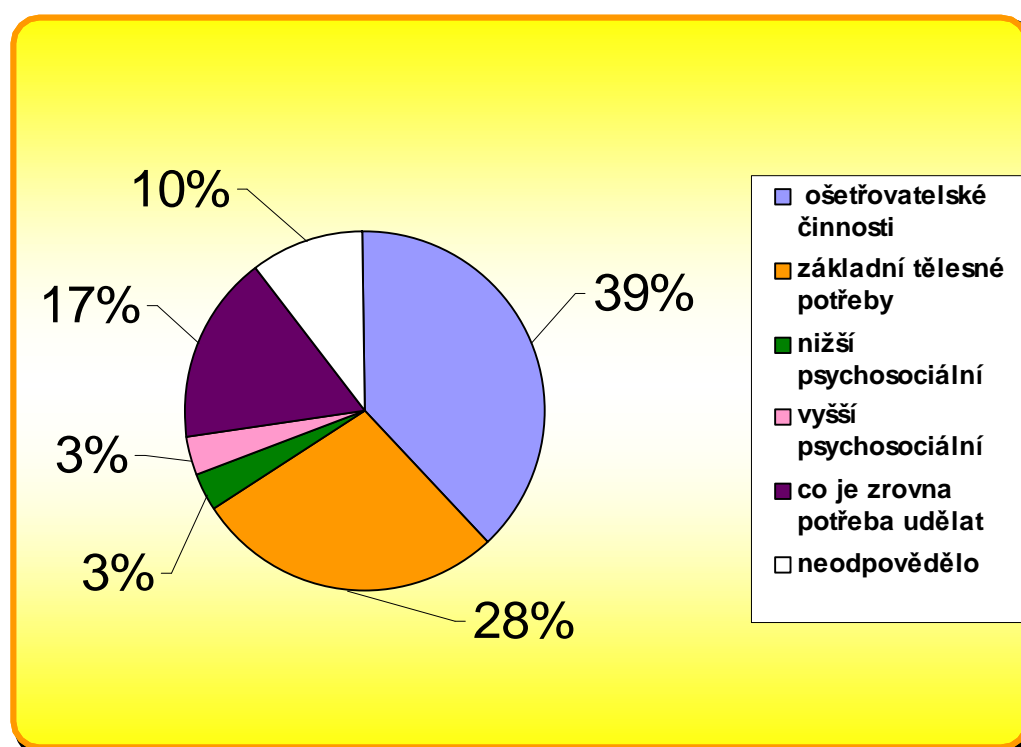
Úkolem je zjistit, které potřeby uspokojuje rodinný příslušník u svého dítěte nejčastěji. Následující graf č. 36 uvádí, že 39 % rodinných příslušníků uspokojuje a provádí u svých dětí ošetřovatelské činnosti při pobytu v nemocnici. Mezi tyto

ošetřovatelské činnosti rodiče zařadili podávání léků, měření tělesné teploty, sledování dítěte při inhalaci léků, sledování dětí při infúzní terapii a celkové pozorování projevů nemoci. Na druhém místě uvedli v **28 %** péči o základní tělesné potřeby, ke kterým řadili potřebu spánku, výživy a hydratace, potřebu vyprazdňování a aktivity. Ve **3 %** uvádí rodinní příslušníci uspokojování psychosociálních potřeb. Lze tedy zkonstatovat, že rodinní příslušníci (81 % přítomných matek, graf č. 4) se zaměřují více na provádění ošetřovatelských činností u dětí.

Graf č. 38

Uspokojování potřeb dětí.

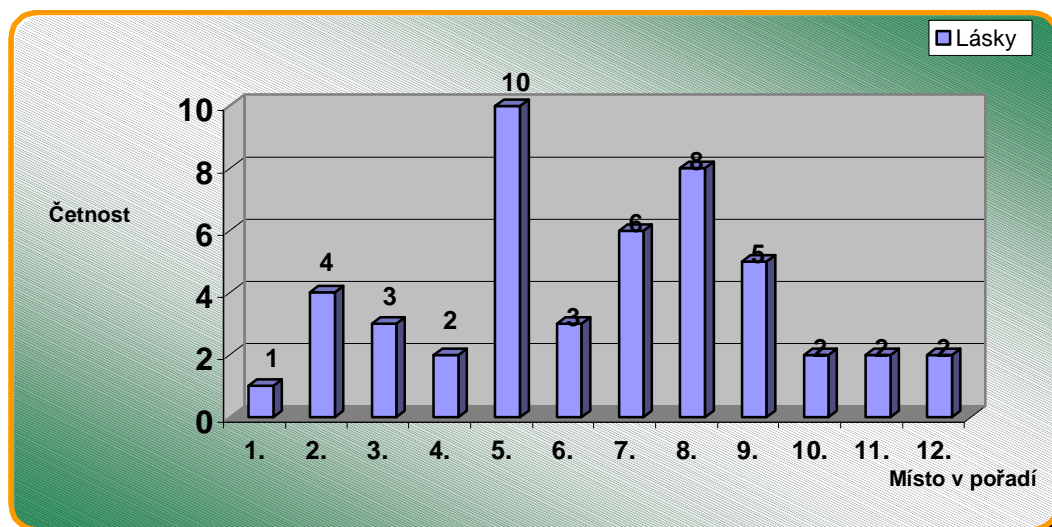
n = 58



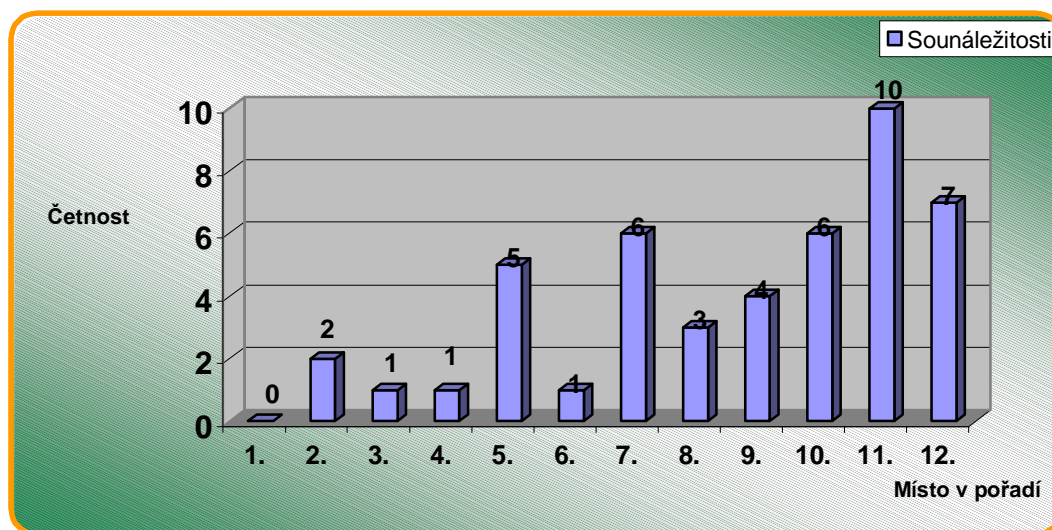
Rodinným příslušníkům v otázce č. 15 byli nabídnuty možnosti odpovědí, k určení místa v pořadí podle důležitosti, k vyhodnocení frustrovaných vyšších psychosociálních potřeb u svého dítěte.

Vyhodnocení četností a místa pořadí vyšších psychosociálních potřeb, ukazují následující grafy.

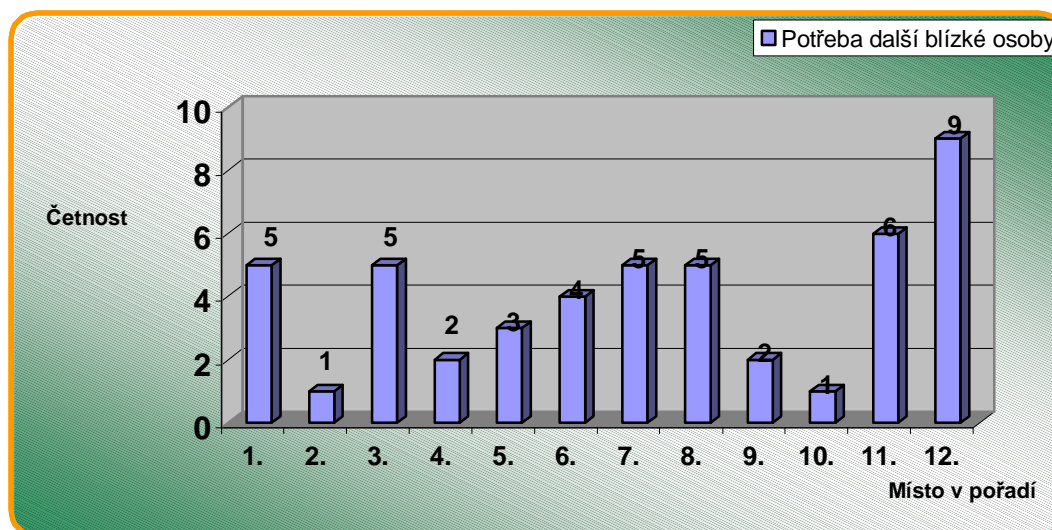
Graf č. 39 Frustrace potřeby lásky z pohledu rodinného příslušníka.



Graf č. 40 Frustrace potřeby sounáležitosti z pohledu rodinného příslušníka.



Graf č. 41 Frustrace potřeby další blízké osoby z pohledu rodinného příslušníka.



Z uvedených grafů vyplývá, že rodinní příslušníci řadí potřebu lásky na 5. místo v pořadí a potřeby sounáležitosti a další blízké osoby jsou až na 11. a 12. místě v pořadí při uspokojování potřeb dětí. Toto pořadí potřeb ukazuje, že pokud je jeden rodinný příslušník se svým dítětem, tak nahrazuje ve vztahu druhého rodiče. Graf č. 30 ukazuje rodiče přítomné s dítětem v nemocnici a rodiče docházející.

Shrnutí a hodnocení.

Hypotéza č. 3, která předpokládá, že se rodinní příslušníci při hospitalizaci svých dětí zaměřují více na uspokojení vyšších psychosociálních potřeb se nepotvrdila.

Bylo zjištěno, že se rodinní příslušníci při uspokojování potřeb svých dětí nejvíce zaměřují a provádí ošetrovatelské činnosti (graf č. 36). Lze uvést, že ošetrovatelské činnosti úzce souvisí s potřebou zdraví, kterou vyhodnotili rodinní příslušníci v pořadí důležitosti na prvním místě. Z grafu č. 36 tedy vyplývá, že se respondenti více zaměřují při hospitalizaci na uspokojování základních – nižších psychosociálních potřeb, což představuje 42 %.

Dalším zjištěním bylo u vyšších psychosociálních potřeb, že respondenti zařadili potřebu lásky na 5. místo v pořadí, potřeba sounáležitosti je na 11. místě a potřeba další blízké osoby je na posledním 12. místě v pořadí. Pouze 3 % sledovaných rodinných příslušníků uvádí uspokojování vyšších psychosociálních potřeb. I když si rodinný příslušník uvědomuje frustraci vyšších vztahových potřeb, přesto v nemocnici upřednostňuje potřebu zdraví a je pro něho prioritním problémem a svůj vztah k dítěti prezentuje svojí přítomností.

7.4 Hypotéza číslo 4.

Předpokládám, že se sestry zaměřují více na uspokojení základních – tělesných potřeb.

Cíl: Určit priority při uspokojování potřeb hospitalizovaného dítěte z pohledu zdravotnického personálu (sester na oddělení).

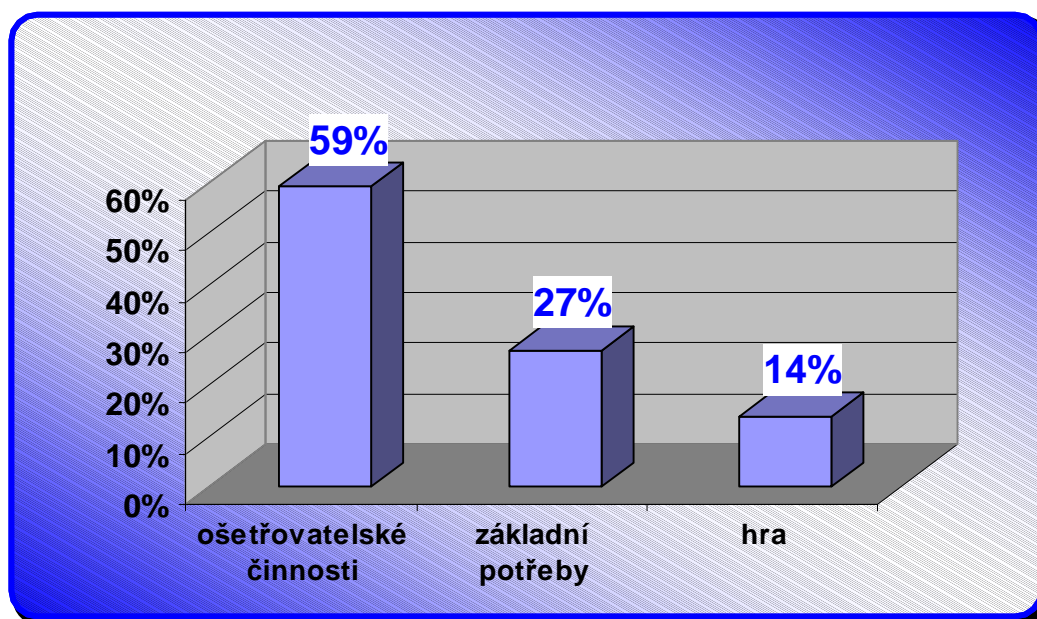
Úkol:

- Zjistit, které potřeby uspokojuje nejdříve zdravotnický pracovník z pohledu dětí.
- Zaznamenat úroveň spolupráce dítěte se zdravotnickým personálem pokud u sebe nemá rodiče (matku).
- Zaznamenat úroveň spolupráce rodinných příslušníků se zdravotnickým personálem.

K hypotéze č. 4 se vztahovala čísla otázek 1 – 4 části E rozhovoru s dítětem a v dotazníku číslo otázky 5, 10, 13, 14, 22, 23 u rodinných příslušníků.

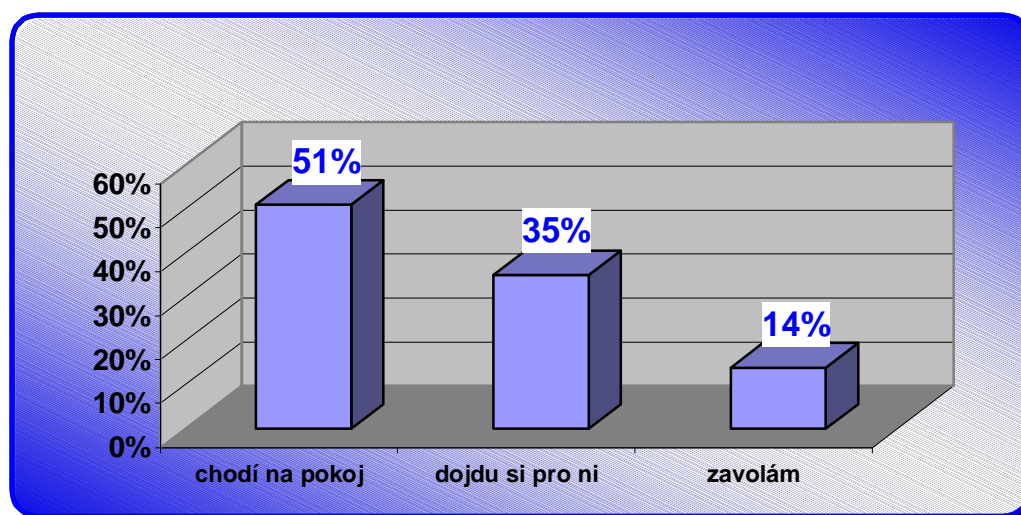
Prvním úkolem je zjistit, které potřeby uspokojuje nejdříve zdravotnický pracovník (sestra) z pohledu dětí. Výzkumného šetření se účastnily děti, které byly hospitalizovány samy, bez rodinného příslušníka v nemocnici. Z 37 dětí hospitalizovaných bez rodinného příslušníka jsou 3 děti předškolního věku a 34 dětí mladšího školního věku. Děti uvádí, že nejčastějšími činnostmi sestry u něho jsou ošetrovatelské činnosti, které tvoří **59 %** (22) odpovědí. Pomoc s uspokojováním základních tělesných potřeb uvádí **27 %** (10) dětí. Sestry pomáhají dětem s hygienou, oblékáním a stavováním. Společnou hru dětí a sestry na oddělení uvedlo 5 (**14 %**) respondentů.

Graf č. 42 Činnosti sestry při uspokojování potřeb dětí s docházejícími rodinnými příslušníky. n= 37



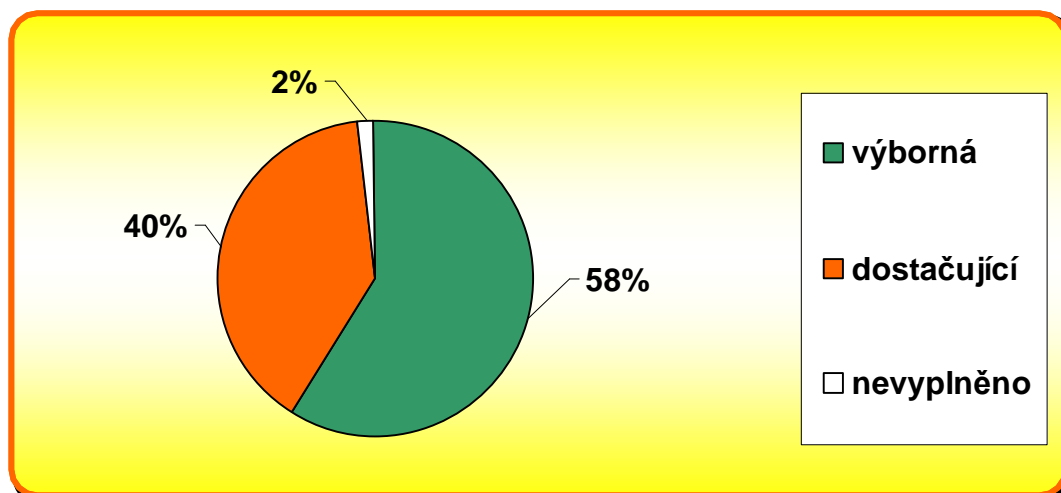
Dalším úkolem je zaznamenat úroveň spolupráce dítěte se zdravotnickým personálem (sestrou), pokud u sebe nemá rodinného příslušníka. Devatenáct dětí, tj. v **52 %** uvádí, že sestra chodí pravidelně na pokoj a ptá se jestli něco nepotřebují. Pokud potřebuje dítě sestru, uvádí v **35 %** (13 dětí), že si pro ni dojde a 5 dětí (**13 %**) na sestru zavolá a ona přijde na pokoj. Z uvedeného grafu č.41 vyplývá, že děti nemají problém si pro sestru dojít, když potřebují pomoc.

Graf č. 43 Spolupráce dětí s docházejícími rodiči a sestry n = 37



Dalším úkolem je zaznamenat úroveň spolupráce rodinných příslušníků se zdravotnickým personálem. Graf č. 44 znázorňuje odpovědi rodinných příslušníků na spolupráci se zdravotnickým personálem. Z nabízených odpovědí v otázce č. 23 nikdo z přítomných respondentů nevedl odpověď, že je spolupráce na oddělení nedostatečná.

Graf č. 44 Úroveň spolupráce rodinných příslušníků a zdravotnického personálu z pohledu rodinných příslušníků. n = 58



Pracovní aktivitu sester při ošetřování dítěte vnímají rodinní příslušníci jako výbornou a aktivní. Nařízení lékaře a sester respondenti dodržují.

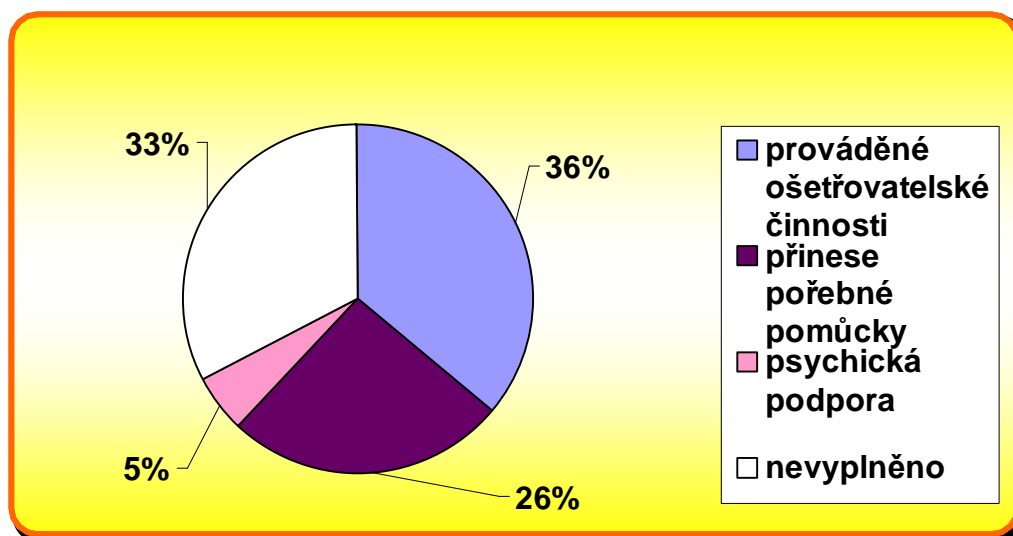
Následující tabulka ukazuje odpovědi rodinných příslušníků na znalost jmen ošetřujícího personálu.

Tabulka č.5 Znalost jmen zdravotnického personálu.

Odpověď rodinného příslušníka	Jméno lékaře	Jména sester na oddělení
Ano	41	12
Ne	16	25
Pouze některá jména	0	21
Nevyplněno	1	0
Celkem	58	58

Posledním ukazatelem spolupráce sester a rodinného příslušníka je podílení se sester na různých aktivitách v průběhu dne. Z grafu č. 45 vyplývá, že 36 % rodinných příslušníků uvádí prováděné ošetřovatelské činnosti sestrou u dítěte, 26 % respondentů uvádí, že sestra přinese potřebné pomůcky a rodinný příslušník provádí péči o dítě sám, 5 % respondentů uvádí psychickou podporu ze strany sester a 19 (33 %) respondentů otázku nevyplnilo.

Graf č.45 Spolupráce sestry na ošetřování dítěte z pohledu rodinného příslušníka. n = 58



Shrnutí a hodnocení.

Hypotéza č. 4, která předpokládá, že se sestry zaměřují více na uspokojení základních – tělesných potřeb, se potvrdila, protože jen 5 % rodinných příslušníků uvedlo psychickou podporu sestrou na oddělení.

Z 37 dětí, ke kterým rodinní příslušníci docházeli, bylo zjištěno, že v 59 % dětí sestry provádí ošetrovatelské činnosti, v 27 % jim pomáhají s uspokojováním základních tělesných potřeb. Jen 14 % dětí uvádí, že si s nimi sestra hraje. Děti na oddělení nemají problém s přivoláním sestry, když potřebují pomoc.

Rodinní příslušníci uvádí dobrou spolupráci se zdravotnickým personálem. Rodinní příslušníci uvádí, že sestry v 36 % provádí ošetrovatelské činnosti u dítěte, 26 % přinese potřebné pomůcky k určité ošetrovatelské činnosti a 5 % respondentů uvádí psychickou podporu.

8. Diskuse.

Ve své diplomové práci **Potřeby hospitalizovaných dětí** jsem se věnovala problematice potřeb u dětského pacienta v předškolním a mladším školním věku. Když jsem se zamýšlela nad tématem, vybavilo se mi vyprávění jedné kolegyně. V sedmdesátých letech byla jako předškolní dítě hospitalizována s generalizovaným atopickým ekzémem dva měsíce v jedné pražské nemocnici. Vzpomínky má na mřížce u postýlky bez hraček a vyhrožování sestry izolací, když plakala steskem po mamince. Na tomto jediném příkladu se dá demonstrovat neuspokojování až ignorace potřeb nemocného dítěte, o výchovném působení sestry ani nemluvě. V dřívější době nebylo možné, aby u hospitalizovaného dítěte byla přítomná matka v nemocnici. Domnívám se, že toto téma je prioritní nejen pro dítě, ale i rodiče. Sestra v nemocnici může výrazně zasáhnout nejen do léčebného procesu, ale také do saturace potřeb a tím urychlit uzdravení dítěte. Pobyt s rodičem v nemocnici je méně traumatizující nejen pro dítě, ale i rodiče. V dnešní době se při poskytování ošetrovatelské péče neobejdeme bez znalosti problematiky potřeb. Toto téma je o to závažnější, že naším neprofesionálním chováním a přístupem k dítěti můžeme způsobit nepříjemné a nenapravitelné škody na jeho zdraví, proto je nutné této problematice věnovat dostatečnou pozornost.

Tato problematika je dostatečně zpracovaná u dospělého jedince, ale u dětského pacienta chybí.

V teoretické části jsem se pokusila charakterizovat problematiku potřeb. Dítě už svým příchodem na svět neustále něco potřebuje. Pokud se staráme o jeho potřeby, lze předpokládat jeho správný vývoj. Každé vývojové stádium dítěte se projevuje svými typickými potřebami a dominantní činností.

Dostupné literární zdroje jsou zaměřené více na dospělého jedince a ucelená problematika potřeb u dětí chybí. Objevuje se ojedinele, nebo je zaměřená na úzké věkové období života dítěte. Z tohoto pohledu se mi literatura sháněla obtížně.

Domnívám se, že změna prostředí a změna přístupu k hospitalizaci dítěti přináší i změnu potřeb, což diplomová práce potvrdila.

Empirická část je zaměřená na zmapování, identifikaci a uspokojování potřeb hospitalizovaných dětí. Pro svoje výzkumné šetření jsem si vybrala děti předškolního a mladšího školního věku. Tyto děti jsou již schopné vyjadřovat své

problémy, které souvisí s uspokojováním potřeb a hospitalizací v nemocnici. Druhým ukazatelem pro výběr dětí předškolního věku je přítomnost rodinných příslušníků v nemocnici, která je daná do šesti let zákonem. U dětí mladšího školního věku si náklady s pobytem v nemocnici hradí rodiče sami, a proto jsem očekávala u těchto dětí pouze krátkodobé návštěvy rodinných příslušníků na oddělení.

Diskuse k hypotéze č. 1.

Předpokládám, že více jak polovina dětí si nebude schopna v důsledku svého onemocnění uspokojovat základní - tělesné potřeby a základní psychosociální a vyšší potřeby, které si ale před onemocněním (hospitalizací) plně uspokojovala.

Tato hypotéza se potvrdila pouze částečně. Pohled na základní tělesné potřeby se u každé skupiny liší. Největším problémem je potřeba aktivity a činnosti, výživy a hydratace a potřeba spánku a odpočinku. Zatím co dítě touží po aktivitě, rodič (převážně matky) je zaměřen na potřebu odpočinku a spánku. Potřeba výživy a hydratace se ukázala zhruba u 1/3 dětí a rodinných příslušníků frustrovaná. Jídlo tvoří určitou strukturu dne a znamená pozitivní časový úsek v průběhu hospitalizace. V důsledku různého omezení, onemocnění, vyšetření vznikají různé problémy v souvislosti s příjmem potravy a děti uvádí 30 % frustraci této potřeby, rodinní příslušníci 28 %.

Zajímavým ukazatelem je rozdíl ve frustraci hygienických potřeb. Děti ji pociťují jako frustrující v 25 % a rodinní příslušníci v 6 %. Potřeba hygieny je pro děti relaxačním prožitkem a pro rodinné příslušníky není tolik důležitá.

U základních nižších psychosociálních potřeb je největší frustrace v potřebě soběstačnosti tj. 50 % z pohledu všech dětí, děti předškolního věku ji pociťují v 39 % a děti mladšího školního věku udávají 75 %. Omezení soběstačnosti úzce souvisí s léčebnými postupy v nemocnici a léčebným klidovým režimem. Obě skupiny dětí nejvíce omezuje zavedení periferní kanyly. Rodinní příslušníci uvádí jako největší problém frustraci potřeby struktury a řádu (51 %). Adaptační proces probíhá s problémy jak u dětí v prvních třech dnech, tak u rodinných příslušníků, kteří se zadaptovali v 90 %. Rodinní příslušníci svým postojem ovlivňují své dítě a umožňují lepší adaptaci na nemocniční prostředí, což se projevuje i nízkým výskytem sledovaných změn chování u dětí.

Zdraví je nejdůležitější potřebou z pohledu rodiče, kdy všechny jeho aktivity směřují k uspokojení této potřeby u dítěte. Ze statistického zhodnocení frekvence četností umístění na 1. místě z pohledu důležitosti uvádí rodinní příslušníci potřebu zdraví (57 %) a za ní potřebu být bez bolesti uvádí s 23 %. Z pohledu 1. – 3. místa v pořadí se mění uvedené hodnoty. Potřebu zdraví udává 26 % a potřeba být bez bolesti 25 %. U dětí je potřeba zdraví na třetím místě se 14 %.

Diskuse k hypotéze č. 2.

Předpokládám, že více jak 75 % dětí nebude mít uspokojeny vyšší – psychosociální potřeby, pokud nejsou hospitalizovány společně s rodinným příslušníkem (matkou).

Je úspěchem jak rodičů, tak i nemocnice, že se tato hypotéza nepotvrdila, protože na žádném oddělení nemocnice v době mého výzkumu nebyly děti bez rodinného příslušníka. V 81 % to byly matky. Větší polovina dětí byla přijata do nemocnice s rodinným příslušníkem, který byl ubytován na oddělení a v areálu nemocnice. Zbytek, téměř polovina rodinných příslušníků, docházel za dětmi do nemocnice denně z místa svého bydliště či nájmu. A ti pobývali z 1/3 na oddělení po celý den s dítětem. Obě skupiny dětí uvádí, že jim schází druhý chybějící rodič a sourozenec. Větší procento frustrace vyšších psychosociálních vztahových potřeb uvádí děti mladšího školního věku, kde jim schází kamarádi a spolužáci. Děti a rodinní příslušníci se shodli v 17 %, že jim chybí domácí mazlíček – zvíře.

Z pohledu rodinných příslušníků jsou uvedena stejná vyjádření frustrace vyšších potřeb jako u jejich dětí.

Potřeby self se začínají vyvíjet postupně od tří let, a proto je také uvedena velmi nízká frustrace těchto potřeb.

Diskuse k hypotéze č. 3.

Předpokládám, že se matky při hospitalizaci svých dětí zaměřují více na uspokojení vyšších psychosociálních potřeb.

Tato hypotéza se také nepotvrdila, protože rodinní příslušníci se nejvíce zaměřují na provádění ošetrovatelských činností, které souvisí s potřebou zdraví. Tuto potřebu upřednostňují, a jak jsem už uvedla směřují k ní všechny své činnosti.

Pouze minimální počet matek uvádí uspokojování vyšších psychosociálních potřeb u svých hospitalizovaných dětí. Také potřebu lásky, sounáležitosti a další blízké osoby

řadí k posledním místům v pořadí důležitosti. Je otázkou, jestli matky tyto vyšší psychosociální potřeby vnímají jako samozřejmost, nebo je potřeba zdraví pro ně důležitější. Také mohou vnímat pozitivně fakt, že mohou být u svého dítěte prakticky po celý den a dávají mu svůj čas a lásku k dispozici.

Diskuse k hypotéze č. 4.

Předpokládám, že se sestry zaměřují více na uspokojení základních – tělesných potřeb.

Tato hypotéza se zcela potvrdila, vyjádřením 27 % dětí a 62 % rodinných příslušníků. Sestry se zaměřují na plnění závislých ošetrovatelských činností, které vyplývají z diagnosticko terapeutických činností a z částečně z ošetrovatelského procesu.

Na uspokojování základních tělesných potřeb se soustřeďují více u dětí, ke kterým v průběhu dne dochází rodinný příslušník.

Sestry ve velmi malé míře uspokojují i vyšší psychosociální potřeby, a to pouze u dětí, které jsou v tu chvíli samotné na oddělení a čekají na příchod svých rodičů.

Je zajímavé, že 33 % (19) rodinných příslušníků tuto otázku nevyplnilo a můžeme se pouze domnívat, že si s ní nevěděli rady, nebo nechtěli odpovědět.

Celkovou spolupráci zdravotníků hodnotí rodinní příslušníci jako výbornou, dostačující v 98 %.

9. Závěr.

Zjištění potřeb hospitalizovaných dětí předškolního a mladšího školního věku bylo hlavním cílem mé diplomové práce. K sledování cílů jsem zvolila výzkumnou metodu dotazníku, který byl vytvořený pro rodinné příslušníky hospitalizovaných dětí. Druhou metodou strukturovaným rozhovorem jsem u 76 hospitalizovaných dětí sledovala frustrované potřeby.

V souvislosti s problematikou potřeb byli stanovené cíle, kde se zjišťovaly nejčastější potřeby u základních tělesných a základních nižších a vyšších psychosociálních potřeb a určily priority v uspokojování potřeb z pohledu dítěte a rodinného příslušníka.

Hypotéza č. 1 se potvrdila částečně, kde méně než polovina dětí nebyla schopna uspokojovat své základní tělesné a základní psychosociální potřeby v průběhu hospitalizace.

Hypotéza č. 2 se nepotvrdila, protože všechny děti měly každý den přítomného rodinného příslušníka na oddělení.

Hypotéza č. 3 se také nepotvrdila, protože rodinní příslušníci se na prvním místě snažili pomoci při provádění ošetrovatelských činností u svého dítěte.

Hypotéza č. 4 se potvrdila, protože sestry se zaměřují více na ošetrovatelské činnosti a uspokojování základních tělesných potřeb.

Výzkum považují za úspěšný, protože potvrdil nutnost přítomnosti rodičů při hospitalizaci malých dětí. Ze strany zdravotnického personálu vidím prostor pro edukační činnost sester v problematice potřeb nemocného dítěte. Dostatečná znalost lidských potřeb je základním předpokladem poskytování kvalitní ošetrovatelské péče u dítěte.

10. Seznam použitých zdrojů.

1. Archalousová, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*.
1. vydání. Hradec Králové: NUCLEUS, 2003. ISBN 80-86225-33-X.
2. Atkinsonová, R.; Atkinson, C. *Psychologie*.
1. vydání. Praha: Victoria publishing, 1995. ISBN 80-85605-35-X.
3. Atkinsonová, R.; Atkinson, C. *Psychologie*.
2. aktualizované vydání. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-640-3.
4. Bacus, A. *První rok vašeho dítěte*.
1. vydání. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-029-1.
5. Bacus, A. *Vaše dítě ve věku od 1 do 3 let*.
1. vydání. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-743-4.
6. Bacus, A. *Vaše dítě ve věku od 3 do 6 let*.
1. vydání. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-862-7.
7. Bártlová, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*.
6. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2005.
ISBN 80-247-1197-4.
8. Budíková, J.; Krušinová, P.; Kuncová, P. *Je vaše dítě připraveno do první třídy?*
1. vydání. Brno: Computer Press, 2004. ISBN 80-722-6637-3.
9. Čačka, O. *Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace*. 1. vydání dotisk. Brno: Jan Šabata, 2000. ISBN 80-7239-060-0.
10. Čáp, J.; Mareš, J. *Psychologie pro učitele*.
1. vydání. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-463-X.
11. Drapela, V. *Přehled teorií osobnosti*.
1. vydání. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-134-7.
12. Dunovský, J. a kolektiv. *Sociální pediatrie*.
1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-254-9.
13. Durozoi, G.; Roussel, A. *Filozofický slovník*.
1. vydání. Praha: Ewa Edition, 1994. ISBN 80-85764-07-5.
14. Dylevský, I.; Trojan, S. *Somatologie 1*.
4. vydání. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0026-1.
15. Dylevský, I.; Trojan, S. *Somatologie 2*.
2. vydání. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0063-6.

16. Farkašová, D. *Ošetrovatel'stvo-teoria*. Martin: Osveta, 2005.
ISBN 80-8063-182-4.
17. Geist, B. *Sociologický slovník*. Praha: Victoria Publishing, 1992.
ISBN 80-85605-28-7.
18. Grivna, M. a kolektiv. *Dětské úrazy a možnosti jejich prevence*.
1. vydání. Praha: Centrum úrazové prevence, 2003. ISBN 80-239-2063-4.
19. Grun, A.; Dufner, M. *Zdraví jako duchovní úkol*.
1. vydání. Svitavy: Trinitas, 1994. ISBN 80-901457-1-X.
20. Hartl, P.; Hartlová, H. *Psychologický slovník*.
1. vydání. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
21. Helus, Z. *Dítě v osobnostním pojetí*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004.
ISBN 80-7178-888-0.
22. Helus, Z. *Psychologie*. 1. vydání. Praha: Fortuna, 1995. ISBN 80-7168-245-4.
23. Henleyová, K. *Citlivé vyučování, potřeby dětí v různých obdobích jejich vývoje*.
Příbram: Samuel, 2000.
24. Honzák, R. *Základy psychologie*. 1. vydání. Praha: Galén, 2006.
ISBN 80-7262-377-X.
25. Hošek, V. *Psychologie odolnosti*.
1. vydání. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7066-976-4.
26. Hrodek, O.; Vavřinec, J. *Pediatric*.
1. vydání. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-178-5.
27. Hronek, J. *Přehled psychologie*.
1. vydání. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-211-7.
28. Chloubová, H. a kolektiv autorů. *Základy ošetrování nemocných*.
1. vydání. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0845-6.
29. Chloubová, H. *Člověk ve zdraví a nemoci – základní potřeby člověka*.
Osobní rádce zdravotní sestry, 2003, číslo 4, 4 / 15. 2. 1, 1 – 9 stran.
30. Chloubová, H. *Psychosociální potřeby nemocných*.
Osobní rádce zdravotní sestry, 2004, číslo 1, 4 / 15. 2. 2, 1 – 10 stran.
31. Chloubová, H. *Vyšší psychosociální potřeby nemocných – vztahové potřeby*.
Osobní rádce zdravotní sestry, 2004, číslo 5, 4 / 15. 2. 3, 1 – 8 stran.
32. Chloubová, H. *Vyšší psychosociální potřeby nemocných*.
Osobní rádce zdravotní sestry, 2004, číslo 6, 4 / 15. 2. 4, 1 – 14 stran.

33. Chloubová, H. Uspokojování potřeb ve stáří v současném pojetí ošetrovatelské péče. *Sestra*, 1995, ročník 5, číslo 2, strana 18 – 20. ISSN 1210-0404.
34. Ivanová, K.; Špirudová, L.; Kutnohorská, J. *Multukulturní ošetrovatelství I*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1212-1.
35. Jedlička, R.; Klíma, P.; Kořa, J.; Němec, J.; Pilař, J. *Děti a mládež v obtížných životních situacích*. 1. vydání. Praha: Themis, 2004. ISBN 80-7312-038-0.
36. Jobánková, M. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 2. přepracované vydání. Brno: IDV PZ, 2002. ISBN 80-7013-365-1.
37. Juřeníková, P. a kolektiv. *Ošetrovatelství 2. část*. Uherské Hradiště: 1999.
38. Keller, J. *Úvod do sociologie*. 5. vydání dotisk. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005. ISBN 80-86429-39-3.
39. Kern, H. *Přehled psychologie*. 2. vydání. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-426-5.
40. Klégrová, J. *Máme doma prvňáčka*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta, 2003. ISBN 80-204-1020-1.
41. Kolektiv autorů: *Slovník spisovné češtiny pro školu a veřejnost*. 2. vydání. Praha: Akademie, 1998. ISBN 80-200-0493-9.
42. Kolektiv autorů: *Základy ošetrování nemocných*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0845-6.
43. Kořátková, S. *Hry v mateřské škole v teorii a praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0852-3.
44. Kozierová, B.; Erbová, G.; Olivierová, R. *Ošetrovatelství I*. 1. vydání. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
45. Křivohlavý, J. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
46. Langmeier, J.; Krejčířová, D. *Vývojová psychologie*. 4. aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1284-9.
47. Mastiliaková, D. *Úvod do ošetrovatelství I. díl- systémový přístup*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0429-9.

48. Mašát, V. Spirituální potřeby nemocného. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2006, 2. ročník, číslo 3, ISSN 1801-1349.
49. Matějček, Z. Rodina – největší dar pro dítě.
Sborník z 2. národní a I. střeoevropské konference. Praha, 2003.
50. Matějček, Z. Kolébka učení o psychické deprivaci. *Vesmír*, 2001, ročník 80, číslo 6.
51. Matějček, Z.; Pokorná, M. *Radosti a starosti*.
1. vydání. Jinočany: H&H, 1998. ISBN 80-86022-21-8.
52. Matějček, Z.; Bubleová, V.; Kovařík, J. *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace*.
1. vydání. Praha: Psychiatrické centrum, 1997. ISBN 80-85121-89-1.
53. Matějček, Z. *Co děti nejvíc potřebují*.
1. vydání. Praha: Portál, 1994. ISBN 80-7178-006-5.
54. Matějček, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*.
1. vydání upravené a rozšířené. Jinočany: H&H, 1992. ISBN 80-8567-42-9.
55. Matějček, Z.; Langmeier, J. *Počátky našeho duševního života*.
Praha: Panorama, 1986.
56. Melanová, A. Spirituální potřeba jako terminologický a ošetrovatelský problém.
Ošetrovatelství teorie a praxe moderního ošetrovatelství, 2004. sv.6, č. 3 – 4. ISSN 1212-723X.
57. Metodický pokyn – hygienická péče, FN Motol ze dne 15.1.2005.
58. Mikšová, Z. a kolektiv. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*.
1. vydání aktualizované a doplněné. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1442-6.
59. Mydlilová, A. Kojení. Praha: VZP 16. číslo odborné edice. 2002.
Laktační liga Fakultní Thomayerova nemocnice Praha.
60. Nakonečný, M. *Psychologie osobnosti*.
2. vydání. Praha: Akademie, 1998. ISBN 80-200-0628-1.
61. Nakonečný, M. *Motivace lidského chování*.
1. vydání. Praha: Akademia, 1997. ISBN 80-200-0592-7.
62. Nové universum: *Všeobecná encyklopedie A – Ž*.
1. vydání. Praha: Universum, 2003. ISBN 80-242-1069 X.
63. Pavlíková, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*.
1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1211-3.

64. Plháčková, A. *Učebnice obecné psychologie*.
1. vydání dotisk. Praha: Academie, 2005. ISBN 80-200-1387-3.
65. Pouthas, V.; Jouen, F. *Psychologie novorozence*.
1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-960-8.
66. Rybářová, E. a kolektiv. *Psychologie a pedagogika*.
1. vydání. Praha: Avicenum, 1988.
67. Řezníčková, A. Podpora rodiny hospitalizovaného dítěte. *Děti a my*, 2002, ročník 32, číslo 1, ISSN 0323-1879.
68. Řezníčková, A. Rodiče v nemocnici. *Cesta k modernímu ošetřovatelství sborník příspěvků*, 2005, VII.ročník.
69. Říčan, P. *Psychologie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-923-2.
70. Saxlová, J.; Najmanová, B.; Kudláčková, J.; Klabouchová, Z.
Neonatologický edukační program Modul II.
Česká neonatologická společnost. T-Print, 1996.
71. Schott, H. *Kronika medicíny*.
1. vydání. Praha: Fortuna Print, 1994. ISBN 80-8573-16-8.
72. Schreiber, M. a kolektiv. *Funkční somatologie*.
1. vydání. Jinočany: H&H, 1998. ISBN 80-86022-28-5.
73. Sokol, J. *Malá filosofie člověka a slovník filosofických pojmů*.
4. rozšířené vydání. Praha : Vyšehrad, 2004. ISBN 80-7021-713-8.
74. Staňková, M. *Základy teorie ošetřovatelství*.
1. vydání. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-243-5.
75. Šimíčková – Čížková, J. *Přehled sociální psychologie*.
2. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0929-1.
76. Trachtová, E. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*.
1. vydání. Brno: IDV PZ, 1999. ISBN 80-7013-285-X .
77. Trojan, S. a kolektiv. *Lékařské fyziologie*.
4. vydání přepracované a doplněné. Praha: Grada Publishinga, 2003.
ISBN 80-247-0512-5.
78. Vágnerová, M. *Úvod do psychologie*.
1. vydání. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-421-7.
79. Vágnerová, M. *Vývojová psychologie*.
1. vydání. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.
80. Věstník MZ ČR. Částka 9. Metodická opatření. Vydáno: Zář 2004.

81. Vlachová, M. Pitný režim dětí. *Visus motoli*, 2004,
časopis Fakultní nemocnice Motol Praha, ISSN 1214-7079.
82. Vymětal, J. *Lékařská psychologie*.
1. vydání. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.

11. Seznam cizích slov a zkratk.

absolutní – úplný, naprostý

adaptace – přizpůsobení

altruismus – nesobeckost

ap. – a podobně

aspekt – stanovisko, pohled, hledisko

atribut – neodlučitelná vlastnost, podstatný znak

autonomie – funkční samostatnost

axila – podpaží

behaviorismus – teorie zabývající se chováním subjektů na základě studia odpovědí
na stimuly, závislosti mezi podněty a reakcemi

bronchy – průdušky

CNS – centrální nervový systém

č. – číslo

deprivace – psychické strádání

destabilita – nevyrovnanost, kolísavost

determinace – vymezení, stanovení vývojového směru

dezorganizace – porušení pořádku, chaos, rozvrat

diferencovat – rozlišovat

dominantní – určující ráz něčeho, převládající

efektivní – účinný

extravagance – výstřednost

evoluce – vývoj, postupné vyvíjení

frustrace – zklamání, zmaření touhy

handicap – nevýhoda, překážka

hierarchický – stupňovitá soustava hodnot

holistický – pojetí celistvosti

homeostáza – rovnováha v určitém rozmezí

hyperprotektivní – nadměrně ochraňující

incentiva – motivace

inguina – slabina, tříselná krajina

involute – zanikání

individualizmus – zdůrazňování významu jedince
interakce – vzájemné působení dvou nebo více činitelů
intra – první část složených slov, uvnitř
kognitivní – poznávací
komplementární – navzájem se doplňující
kontinuita – nepřetržitě
koordinace – uvedení do vzájemného souladu
korigovat – opravovat
krece – tvoření, tvorba
laktace – tvorba a vylučování mléka z mléčné žlázy
lateralita – přednost užívání jednoho z párových orgánů
mekonium – smolka
min. – minuta
mikce – močení
ml – mililitr
modifikace – obměna
motorický – pohybový
např. – například
obr. – obrázek
pankreas – slinivka břišní
paralýza – ochrnutí
perfekcionista – být dokonalý
potencionální – možný
privilegium – výsada, výhoda
regrese – útlum, zpětný vývoj
resorpce – vstřebávání
respirace – dýchání
saturace – nasycení, uspokojení
sensorický - smyslový
separace – oddělování, odlučování
socializace – zespolečenštění
SOS – mezinárodní signál nebezpečí
spiritualismus – duchovní povaha, krajní idealismus
spontánnost – samovolnost

submise – podrobení se, podřízení, poslušnost

str. – strana

tab. – tabulka

tj. – to jest

trachea – průdušnice

tzv. – takzvaný

UNICEF – United Nations International Childrens Emergency Fund

(Dětský fond Spojených národů)

uropoetický – močový

variabilita – proměnlivost, rozmanitost

vazokonstrikce – stažení , smrštění

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

viscerální – útrobní

12. Seznam tabulek.

- [1] Tab. č. 1 Složení mateřského mléka v g / 100 ml. s. 36.
Převzato: Juřeníková, P. a kol. *Ošetrovatelství 2. část*. Uherské Hradiště: 1999. s. 189.
- [2] Tab. č. 2 Potřeba tekutin v jednotlivých věkových obdobích dítěte. s. 37.
Převzato: Vlachová, M. Pitný režim dětí. Praha: *Visus motoli*. časopis fakultní nemocnice v Motole. léto 2004. s. 40. ISSN 1214-7079.
- [3] Tab. č. 3 Potřeba délky spánku u dětí v jednotlivých věkových obdobích. s.41.
Převzato: Trachtová, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vydání. Brno: IDV PZ, 1999. s. 71. ISBN 80-7013-285-X.
Převzato: Bacus, A. *První rok vašeho dítěte*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. s. 49. ISBN 80-7367-029-1.
- [4] Tab. č. 4 Přehled délky hospitalizace u dětí, které jsou hospitalizované bez rodinného příslušníka. s.107.
- [5] Tab. č. 5 Znalost jmen zdravotnického personálu. s. 116.

13. Seznam grafů.

- [1] Graf č. 1 Charakteristika výzkumného vzorku hospitalizovaných dětí. s. 81.
- [2] Graf č. 2 Věkové zastoupení hospitalizovaných dětí předškolního věku. s. 82.
- [3] Graf č. 3 Věkové zastoupení hospitalizovaných dětí mladšího školního věku. s. 82.
- [4] Graf č. 4 Počet rodinných příslušníků přítomných v nemocnici na oddělení. s. 83.
- [5] Graf č. 5 Možnosti oddělení spojené s ubytováním rodinného příslušníka při společném pobytu s dítětem v nemocnici. s. 84.
- [6] Graf č. 6 Adaptace rodinného příslušníka na nemocniční prostředí. s. 87.
- [7] Graf č. 7 Vztah hospitalizovaných dětí k pobytu v nemocničním prostředí. s. 88.
- [8] Graf č. 8 Prožívání hospitalizace dětmi. s. 88.
- [9] Graf č. 9 Frustrace potřeb u dětí z pohledu věkových skupin, které si samy nedokážou v nemocnici uspokojit. s. 89.
- [10] Graf č.10 Frustrace základních tělesných potřeb z pohledu dětí předškolního věku a dětí mladšího školního věku s. 90.
- [11] Graf č. 11 Celkový přehled frustrovaných základních tělesných potřeb z pohledu dětí. s. 90.
- [12] Graf č. 12 Potřeba spánku a odpočinku z pohledu rodinných příslušníků a dětí. s. 91.
- [13] Graf č. 13 Frustrace základních nižších psychosociálních potřeb z pohledu dětí předškolního věku a dětí mladšího školního věku s. 92.
- [14] Graf č. 14 Celkový přehled frustrovaných základních psychosociálních potřeb z pohledu dětí. s. 92.
- [15] Graf č. 15 Pomoc rodinných příslušníků v uspokojování potřeb u dětí , které si samy nedokážou v nemocnici uspokojit. s. 93.
- [16] Graf č. 16 Pomoc rodinných příslušníků s uspokojováním základních tělesných potřeb u děti. s. 94.
- [17] Graf č. 17 Pomoc rodinných příslušníků s uspokojováním základních psychosociálních potřeb u děti. s. 95.

- [18] Graf č. 18 Frustrace potřeby výživy a hydratace z pohledu rodinného příslušníka. s. 95.
- [19] Graf č. 19 Frustrace potřeby vyprazdňování z pohledu rodinného příslušníka. s.96.
- [20] Graf č. 20 Frustrace potřeby spánku a odpočinku z pohledu rodinného příslušníka. s. 96.
- [21] Graf č. 21 Frustrace potřeby aktivity a činnosti z pohledu rodinného příslušníka s. 96.
- [22] Graf č. 22 Frustrace potřeby hygieny z pohledu rodinného příslušníka. s. 97.
- [23] Graf č. 23 Frustrace potřeby zdraví z pohledu rodinného příslušníka. s. 97.
- [24] Graf č. 24 Frustrace potřeby být bez bolesti z pohledu rodinného příslušníka. s. 98.
- [25] Graf č. 25 Frustrace potřeby jistoty a bezpečí z pohledu rodinného příslušníka. s. 98.
- [26] Graf č. 26 Frustrace potřeby hry z pohledu rodinného příslušníka. s. 98.
- [27] Graf č. 27 Pořadí frustrovaných potřeb podle počtu 1. míst u rodinných příslušníků. s. 99.
- [28] Graf č. 28 Pořadí frustrovaných potřeb podle četnosti 1. – 3. místa u rodinných příslušníků. s. 100.
- [29] Graf č. 29 Změna chování u dětí z pohledu rodinného příslušníka v souvislosti s pobytem v nemocnici. s. 101.
- [30] Graf č. 30 Přítomnost rodinných příslušníků u hospitalizovaného dítěte. s. 104.
- [31] Graf č. 31 Frustrace potřeb dětí, které jím schází v nemocničním prostředí z pohledu dětí předškolního věku a mladšího školního věku. s. 104.
- [32] Graf č. 32 Frustrace vztahových potřeb z pohledu dětí a věkových skupin. s. 105.
- [33] Graf č. 33 Navázání nových vztahů s dětmi v nemocnici z pohledu dětí. s. 106.
- [34] Graf č. 34 Hra dětí v nemocnici z pohledu dětí. s. 106.

- [35] Graf č. 35 Frustrace vztahových psychosociálních potřeb u dětí, kteří byly samy hospitalizovány v nemocnici (s docházejícími rodiči do nemocnice). s. 107
- [36] Graf č. 36 Potřeby, které dětem schází v nemocnici z pohledu rodinného příslušníka. s. 108.
- [37] Graf č. 37 Frustrace vyšších vztahových potřeb dětí z pohledu rodinného příslušníka s. 109.
- [38] Graf č. 38 Uspokojování potřeb dětí. s. 111.
- [39] Graf č. 39 Frustrace potřeby lásky z pohledu rodinného příslušníka. s. 112.
- [40] Graf č. 40 Frustrace potřeby sounáležitosti z pohledu rodinného příslušníka. s. 112.
- [41] Graf č. 41 Frustrace potřeby další blízké osoby z pohledu rodinného příslušníka. s. 112.
- [42] Graf č. 42 Činnosti sestry při uspokojování potřeb dětí s docházejícími rodinnými příslušníky. S. 114.
- [43] Graf č. 43 Spolupráce dětí s docházejícími rodiči a sestry s. 115.
- [44] Graf č. 44 Úroveň spolupráce rodinných příslušníků a zdravotnického personálu z pohledu rodinných příslušníků. s. 115.
- [45] Graf č.45 Spolupráce sestry na ošetřování dítěte z pohledu rodinného příslušníka. s. 116

14. Seznam obrázků.

[1] Obrázek č. 1: Dům životních potřeb – s. 25.

Převzato: Chloubová, H. Uspokojování potřeb ve stáří v současném pojetí ošetrovatelské péče. Praha: *Sestra*. Ročník 5. 1995. číslo 2. s. 20.

ISSN 1210-0404.

[2] Obrázek č. 2: Maslowova hierarchie potřeb upravená Atkinsonovou s. 26

Převzato: Trachtová, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*.

1. vydání. Brno: IDV PZ, 1999. s.15. ISBN 80-7013-285-X.

[3] Obrázek č. 3: Upravená klasifikace podle Kalishe – str. 29

Převzato: Kozierová, B.; Erbová, G.; Olivierová, R. *Ošetrovatel'stvo 1*.

1. vydání. Martin: Osveta , 1995. s. 68. ISBN 80-217-0528-0.

15. Přílohy.

- [1] Příloha č. 1 Dotazník.
- [2] Příloha č. 2 Rozhovor.
- [3] Příloha č. 3 Charta práv hospitalizovaného dítěte.

Příloha č.1

Vážená paní, vážený pane,

jsem studentkou magisterského oboru Ošetrovatelství – učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy na 1. LF UK v Praze. Ve své diplomové práci se zabývám **problematikou potřeb hospitalizovaných dětí.**

Anonymním vyplněním tohoto dotazníku mi pomůžete získat informace k této problematice. Prosím Vás o jeho pravdivé vyplnění, aby výsledky tohoto šetření byly objektivní.

Děkuji Vám za ochotu, čas a spolupráci.

Bc. Alena Dufková, studentka 1. lékařské fakulty UK

Praha

1. Jste hospitalizovaná s dítětem po celou dobu jeho pobytu na oddělení ?

- | | | |
|---|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> střídáme se |
| <input type="checkbox"/> pokud ano | | <input type="checkbox"/> pokud se střídáte uveďte s kým |
| <input type="checkbox"/> spím přímo na oddělení | | <input type="checkbox"/> manžel / manželka |
| <input type="checkbox"/> v noci spím odděleně od dítěte | | <input type="checkbox"/> druh / družka |
| | | <input type="checkbox"/> prarodiče – kdo |
| | | <input type="checkbox"/> někdo jiný – uveďte |

pokud **ne** po celou dobu pobytu v nemocnici,

kdy ho navštěvujete:

délka Vašeho pobytu – uveďte čas v hodinách

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> dopoledne | [] hodiny |
| <input type="checkbox"/> odpoledne | [] hodiny |
| <input type="checkbox"/> večer | [] hodiny |
| <input type="checkbox"/> kdykoliv | [] celkem počet hodin za den |

2. Váš vztah k hospitalizovanému dítěti:

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> matka | <input type="checkbox"/> otec | |
| <input type="checkbox"/> babička | <input type="checkbox"/> dědeček | <input type="checkbox"/> ostatní |

3. Jste-li rodiče, máte ještě jiné dítě/děti, než to co je právě hospitalizováno ?

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> ano | kolik ?..... |
| | | věk dítěte/ dětí ?..... |

4. Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ano, kdo pečuje o dítě/děti v době Vašeho pobytu v nemocnici ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> manžel / manželka | <input type="checkbox"/> druh / družka |
| <input type="checkbox"/> prarodiče dítěte – kdo..... | |
| <input type="checkbox"/> někdo jiný – uveďte..... | |

5. Znáte jméno ošetřujícího lékaře a ošetřujících sester dítěte v nemocnici ?

- | | | | |
|-------------------|------------------------------|--------------------|--|
| ošetřující lékař: | <input type="checkbox"/> ano | ošetřující sestry: | <input type="checkbox"/> ano |
| | <input type="checkbox"/> ne | | <input type="checkbox"/> ne |
| | | | <input type="checkbox"/> pouze některé |

6. Které problémy vidíte u svého dítěte v souvislosti s pobytem v nemocnici?

Uveďte:

1.....

2.....

3.....

7. Jak Vy sama(sám) se vyrovnáváte s nemocničním prostředím ?

dobře

špatně

přiměřeně

jiné

A co Vám dělalo (dělá) největší problémy:

1.....

2.....

3.....

8. Podílíte se aktivně na ošetřování Vašeho dítěte?

ano

ne

9. Pokud ano, jak se podílíte na ošetřování Vašeho dítěte ?

Uveďte nejčastější činnosti:

1.

2.....

3.....

10. Vyžadujete pomoc sestry při ošetřování svého dítěte ?

ano

pokud ano – u které činnosti

ne

částečně

pokud částečně – u které činnosti.....

11. Změnily se některé potřeby, nebo činnosti dítěte v souvislosti s pobytem v nemocnici ?

ano

ne

pokud ano – uveďte.....

.....

12. Jak hodnotíte spánek svého dítěte:

doma:

spí klidně celou noc

budí se

má nepříjemné sny

jiné

v nemocnici

spí klidně celou noc

budí se

má nepříjemné sny

budí ho nemocniční provoz

jiné

13. Jakým způsobem se podílí sestra na ošetřování Vašeho dítěte?

.....
.....
.....

14. Vnímáte aktivitu sester v péči o Vaše dítě jako:

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> výborná | <input type="checkbox"/> aktivní |
| <input type="checkbox"/> proměnlivá | <input type="checkbox"/> občasná |
| <input type="checkbox"/> lhostejná | <input type="checkbox"/> jiné |

15. Určete pořadí frustrovaných (neuspokojených) potřeb u Vašeho dítěte při pobytu v nemocnici podle důležitosti 1 - 12

- Potřeba:
- zdraví
 - být bez bolesti
 - výživy a hydratace
 - vyprazdňování
 - spánku a odpočinku
 - hygieny
 - aktivity a činnosti
 - jistoty a bezpečí
 - lásky
 - potřeba hry
 - sounáležitosti
 - potřeba další blízké osoby
-
ved'te
které.....

16. Uved'te potřebu dle Vašeho názoru, která mu nejvíc chybí, nebo co je pro něj největším problémem.

.....
.....
.....

17. Vyžaduje Vaše dítě při pobytu v nemocnici nějakou potřebu, činnost nebo hračku, kterou doma nevyžaduje?

- ano ne
- pokud ano –uved'te pořadí důležitosti 1.....
2.....
3.....

18. U lékařských zákroků a vyšetření je Vaše přítomnost převážně:

- | pohled zdravotníků | Váš pohled |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> doporučena | <input type="checkbox"/> vhodná |
| <input type="checkbox"/> nedoporučena | <input type="checkbox"/> nezbytná pro dítě |
| <input type="checkbox"/> zakázaná | <input type="checkbox"/> nesnáším lékařské činnosti a vyšetření |
| <input type="checkbox"/> povolena | <input type="checkbox"/> nerada vidím, když mé dítě trpí |
| <input type="checkbox"/> jiné..... | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> jiné..... | |

19. Který výchovný postup preferujete u svého dítěte doposud:

- jednotné požadavky otec – matka
- dítě spolurozhoduje, co chce a co nechce
- jeden z rodičů upřednostňuje své požadavky - který.....
- jiné.....

20 Změnilo se běžné chování dítěte v souvislosti s pobytem v nemocnici?

- ano ne
- pokud ano – uveďte jak 1
- 2.....
- 3.....

21. Co Vaše dítě v souvislosti s pobytem v nemocnici nejvíce postrádá?

- Uveďte 1
- 2.....
- 3.....

22. Dodržujete nařízení lékaře a sester?

- ano
- ne
- někdy
- pokud někdy – uveďte proč

23. Jaká je úroveň spolupráce zdravotnického personálu s Vámi?

- výborná
- dostačující
- nedostačující
- uveďte proč
- jiné.....

24. Uveďte návrhy a doporučení pro lepší spolupráci ze zdravotníky:

Příloha č. 2

Rozhovor s dítětem:

A) Identifikační údaje:

Věk dítěte: Pohlaví: Bydliště: Oddělení:
Délka pobytu v nemocnici:

B) Hodnocení dítěte v nemocničním prostředí

1. Jak se ti v nemocnici líbí? Co se ti líbí v nemocnici?

2. Co ti v nemocnici nejvíce schází (chybí, vadí)?

3. Co si nedokážeš sám udělat v nemocnici?

4. Jak se v nemocnici cítíš?

C) Hodnocení potřeb dítěte ovlivněné jeho nemocí

1. Co se změnilo, když si doma onemocněl?

2. Změnilo se něco pobytem v nemocnici?

3. S čím máš v nemocnici problémy? Co Ti dělá největší problémy v nemocnici?

4. Čeho se bojíš? Z čeho máš strach? Co Tě trápí?

5. Co si nejvíc přeješ?

6. Jak se ti spí v nemocnici? Co ovlivňuje Tvůj spánek?

D) Hodnocení sociálních vztahů, potřeb

1. Je maminka u tebe, když Tě lékař vyšetřuje (sestřička ošetřuje)?

2. Si raději sám nebo s dětmi?

3. Koho v nemocnici nejvíce postrádáš?

4. Máš v nemocnici kamaráda?

5. S kým si zde hraješ?

Jaké hry tady hrajete?

6. Jaká je tvoje oblíbená hračka (činnost) v nemocnici

7. Kdo doma rozhoduje o činnosti, kterou chceš dělat?

E) Hodnocení spolupráce - pokud není přítomná matka

1. S čím ti pomáhá v nemocnici sestřička ?

2. Když potřebuješ sestřičku jak si ji přivoláš? Přijde hned?

3. Jakou činnost děláte se sestřičkou nejčastěji v nemocnici?

4. Mluví s tebou pán doktor (sestřička)?

F) Volné slovní výpovědi dítěte, rodiče.

Máš v nemocnici návštěvy?

Chceš mi ještě něco říct?

Dítě:

Rodič:

Metoda pozorování:

Navázání důvěryhodného kontaktu s dítětem

ano

ne

Rodinný příslušník přítomný u rozhovoru

ano

ne

Spolupráce dítěte

škála hodnocení 1 – 5

1 2 3 4 5

Chování dítěte

škála hodnocení 1 – 5

1 2 3 4 5

Verbální projevy

škála hodnocení 1 – 5

1 2 3 4 5

Neverbální projevy

škála hodnocení 1 – 5

1 2 3 4 5

Nálada dítěte

škála hodnocení 1 – 5

1 2 3 4 5

Zdravotnická dokumentace:

První – opakovaná hospitalizace

Délka hospitalizace

Lékařská diagnóza

Příloha č. 3

Charta práv dětí v nemocnici

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

Charta práv dětí v nemocnici [online]. Thomayerova nemocnice, 2007

dostupné na www.ftn.cz/index.php?id=2253 ze dne 9.1.2007