

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Využití ošetrovatelského modelu V. Hendersonové v péči o dětského klienta

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce:
Mgr. Alena Machová

Autor práce:
Jana Zeunerová

2008

Abstract

Contemporary nursing care of children is based on the holistic approach aimed at the satisfaction of needs. Nurses in the majority of health facilities use documentation developed by M. Gordon. The nursing model by Virginia Henderson, however, is actually much better suited to the identification and subsequent satisfaction of children's needs. This model belongs to the category of models of needs and of humanistic models. A child's needs are divided into 14 basic domains in this model.

The present bachelor's thesis describes a study of the use of nursing documentation based on Henderson's nursing model at the Department of Babies, University Hospital in Plzeň. In Part 1, the quasi-experimental method – observation method was applied to data processing. The research group included in-patient children at the Department of Babies. Part 2 of the research was quantitative, based on answers to questions asked by means of a questionnaire. Here the research group included nurses working at the Department of Babies, University Hospital in Plzeň.

The study had three objectives. Objective 1 consisted in evaluation of the satisfaction of the in-patient children's needs by using nursing documentation set up based on Henderson's model. Related to this objective was the research question: “Has the use of nursing documentation based on Henderson's model any influence on how the needs of the in-patient children are satisfied?”. On the basis of the observation results hypothesis H3 was made: “In-patient children's needs are satisfied by documentation created based on Henderson's nursing model.”.

Furthermore, the study was aimed at ascertaining the degree of nurses' satisfaction with the documentation created based on Henderson's model and the feasibility of using such documentation at the Department of Paediatrics. The related hypothesis H1: “Children’s nurses are content with nursing documentation created based on Henderson’s model” was confirmed. Hypothesis H2: “Children’s nurses are

interested in the use of nursing documentation created based on Henderson's model" was confirmed.

It follows from the research that nurses would use documentation created based on Henderson's model. The creation of such documentation, however, is time consuming even at the stage of nursing history collection. It will be necessary to adapt the documentation to the needs of the department. In my opinion, it is important to use the model aimed at the satisfaction of needs of little children. Henderson's model complies with these requirements.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Využití ošetrovatelského modelu V. Hendersonové v péči o dětského klienta“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 9.5.2007

Podpis autora:

Poděkování:

Na tomto místě chci vyjádřit poděkování vedoucí mé bakalářské práce, Mgr. Aleně Machové, nejen za její cenné rady a připomínky, ale také za čas mi věnovaný.

OBSAH

ÚVOD	4
1. SOUČASNÝ STAV	5
1.1 Úvod do pediatrie	5
1.1.1 Ambulantní zdravotní péče.....	5
1.1.2 Hospitalizace dítěte	6
1.1.3 Reakce dítěte na hospitalizaci.....	6
1.2 Dětská vývojová období	7
1.2.1 Novorozenecké období.....	7
1.2.2 Kojenecké období.....	8
1.2.3 Batolecí období.....	9
1.2.4 Předškolní věk.....	10
1.2.5 Mladší školní věk.....	10
1.2.6 Starší školní věk.....	11
1.2.6.1 Časná adolescence (prepuberta).....	11
1.2.6.2 Střední adolescence (puberta).....	12
1.2.6.3 Pozdní adolescence (vlastní adolescence).....	12
1.3 Potřeby nemocného	13
1.4 Využití modelu V. Hendersonové v péči o hospitalizované děti	14
1.4.1 Virginia A. Hendersonová.....	14
1.4.2 Ošetřovatelský model V. Hendersonové.....	15
1.5 Uspokojování potřeb u dětí podle modelu V. Hendersonové	17
1.5.1 Normální dýchání.....	17
1.5.2 Adekvátní přijímání vody a potravy.....	17
1.5.3 Vylučování tělesných výměšků.....	19
1.5.4 Pohyb a udržení řádné polohy.....	20
1.5.5 Spánek a odpočinek.....	22
1.5.6 Výběr vhodného oblečení.....	22
1.5.7 Udržování tělesné teploty.....	23
1.5.8 Udržování tělesné čistoty.....	24

1.5.9 Odstraňování rizik z prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých...	25
1.5.10 Komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů.....	25
1.5.11 Vyznání vlastní víry.....	26
1.5.12 Smysluplná práce.....	26
1.5.13 Hry nebo účast na různých formách odpočinku a relaxace.....	27
1.5.14 Učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji a zdraví a využívání dostupných zdrav. zařízení.....	28
2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY.....	29
2.1 Cíle práce.....	29
2.2 Výzkumné otázky a hypotézy.....	29
3. METODIKA VÝZKUMU.....	30
3.1 Použité metody.....	30
3.2 Charakteristika výzkumného vzorku.....	30
4. VÝSLEDKY.....	31
4.1 Kasuistiky dle V. Hendersonové.....	31
4.1.1 Kasuistika 1	31
4.1.1.1 Tabulka 1 – uspokojování potřeb dítěte z kasuistiky 1 po dobu 1 týdne.....	33
4.1.2 Kasuistika 2.....	34
4.1.2.1 Tabulka 2 - uspokojování potřeb dítěte z kasuistiky 2 po dobu 1 týdne.....	36
4.1.3 Kasuistika 3.....	37
4.1.3.1 Tabulka 3- uspokojování potřeb dítěte z kasuistiky 3 po dobu 1 týdne.....	39
4.1.4 Kasuistika.....	40
4.1.4.1 Tabulka 4 – uspokojování potřeb dítěte z kasuistiky 4 po dobu 1 týdne.....	42
4.2. Kasuistiky dle M. Gordonové.....	43
4.2.1 Kasuistika 5.....	43
4.2.1.1 Tabulka 5 - uspokojování potřeb dítěte z kasuistiky 5 po dobu 1 týdne.....	45
4.2.2 Kasuistika 6.....	46
4.2.2.1 Tabulka 6- uspokojování potřeb dítěte z kasuistiky 6 po dobu 1 týdne.....	48
4.2.3 Kasuistika 7.....	49
4.2.3.1 Tabulka 7- uspokojování potřeb dítěte z kasuistiky 7 po dobu 1 týdne.....	51

4.2.4 <i>Kasuistika 8</i>	52
4.2.4.1 <i>Tabulka 8- uspokojování potřeb dítěte z kasuistiky 8 po dobu 1 týdne</i>	54
4.3 <i>Souhrnná tabulka</i>	55
4.4 <i>Výsledky dotazníku sester</i>	56
5. DISKUSE	70
6. ZÁVĚR	76
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	77
8. KLÍČOVÁ SLOVA	79
9. PŘÍLOHY	80

ÚVOD

Ošetrovatelský model V. Hendersonové patří mezi humanistické modely, který vychází z principu humanismu a respektování lidských práv a práv pacientů. U dětského pacienta se jedná o chartu práv dětí v nemocnici. Charakteristickým rysem humanistického modelu je empatie, soucit, úcta k člověku, akceptování autonomie a svobody jedince.

Dětský pacient vyžaduje individuální přístup. Při prvním kontaktu s dítětem a jeho rodiči začíná sestra sbírat anamnestická data, podle kterých sestavuje plán ošetrovatelské péče. Sestra se zaměřuje na rodinu a prostředí dítěte a posuzuje potřeby dítěte. Sestra musí identifikovat rozsah nesoběstačnosti v oblasti čtrnácti oblastí potřeb podle V. Hendersonové, dále hodnotí podmínky a patologické stavy, které ovlivňují potřeby dítěte.

Cílem ošetrovatelství podle V. Hendersonové je nezávislost pacienta v uspokojování potřeb. Člověk je tvořen 4. základními složkami, které jsou souhrnem 14 elementárních potřeb.

Ošetrovatelský proces umožňuje zdravotnickému personálu organizovaný a systematický přístup k dítěti. Do celého procesu vstupují také rodiče dítěte, eventuálně jiný doprovod dítěte. Metoda ošetrovatelského procesu poskytuje prostor pro propojení přístupu dítěti i k rodičům a pomáhá nám tak poznat, analyzovat a uspokojit potřeby dítěte.

Toto téma jsem si vybrala, protože pracuji jako dětská sestra na oddělení kojenců a batolat a ráda bych přispěla ke zkvalitnění ošetrovatelské péče o dětského pacienta.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Úvod do pediatrie

Dětské lékařství neboli pediatrie patří mezi základní lékařské obory, které se zabývají dítětem ve zdraví i nemoci. Náplní pediatrie je etiologie, patogeneze, symptomatologie, diagnostika, terapie a prevence nemocí, které postihují dětskou populaci. Zahrnuje vývojové období od narození až do 19 let života. Pediatrická péče je poskytována na několika úrovních. Jde o ambulantní a ústavní péči.(16)

1.1.1 Ambulantní zdravotní péče

Ambulantní zdravotní péče je poskytována jako primární zdravotní péče dětem a dospívajícím praktickým lékařem pro děti a dorost nebo ve specializovaných poradnách. Dětský lékař spolu s dětskou sestrou poskytují primární pediatrickou prevenci. Tato prevence je zaměřena na aktivní vyhledávání dětí ohrožených po zdravotní, psychické a sociální stránce a na sledování psychomotorického a sociálního vývoje zejména u kojenců a novorozenců. Preventivní prohlídky mají svůj časový harmonogram i obsah, je při nich sledován somatický, psychomotorický a sociální vývoj dítěte (viz. Příloha 3). Součástí preventivních prohlídek je povinné i nepovinné očkování dle očkovacího kalendáře (viz. Příloha 4). Preventivní prohlídky musí být prováděny vždy za přítomnosti rodičů nebo zákonných zástupců. Výsledky preventivních prohlídek jsou lékařem zapisovány do zdravotního průkazu dítěte, který obdrží rodiče při narození dítěte v porodnici, dále jsou zapisovány do zdravotnické dokumentace, kterou si vede dětský lékař.(23)

Dětský lékař po zjištění určitého onemocnění si vyžádá vyšetření ve specializované pediatrické poradně – kardiologická, nefrologická, diabetická, alergologická, hematologická, endokrinologická, gastroenterologická a další. Zde lékař zajistí potřebnou terapii, která by měla zastavit progresy daného onemocnění. O terapii je informován dětský lékař. (23)

1.1.2 Hospitalizace dítěte

Dětská oddělení zabezpečují diagnostickou, léčebnou a ošetrovatelskou péči při hospitalizaci dětských pacientů. Hospitalizace dítěte se stává závažným a traumatizujícím zásahem do jeho přirozeného vývoje. V roce 1988 byla formulována Charta práv hospitalizovaných dětí (viz. Příloha 5), kde jsou obsaženy zásady, které je třeba u hospitalizovaných dětí respektovat. (12)

Ve zdravotnických zařízeních jsou dětská oddělení rozdělena podle věku dětí a charakteru jejich onemocnění. Dělí se na oddělení kojenců a batolat, na oddělení větších dětí, na hemato-onkologické oddělení. Děti a dospívající se závažným onemocněním jsou hospitalizováni na dětských jednotkách intenzivní a resuscitační péče, po stabilizaci jejich stavu, jsou přeloženy na standardní oddělení dle věku. (24,21)

Dětská oddělení mohou být součástí i dalších pracovišť ve zdravotnickém zařízení, např. dětská chirurgie, dětská ortopedie, dětská neurologie a další.

Ve většině zdravotnických zařízení jsou pokoje pro společnou hospitalizaci dítěte s jedním z rodičů. (24)

1.1.3 Reakce dítěte na hospitalizaci

Reakce dítěte hospitalizaci je dána mnoha faktory jako je věk, předchozí hospitalizace, jistota domácího prostředí, podpora rodinného a zdravotnického personálu a také emocionálním zdravím dítěte. Každé dítě reaguje na nemoc a hospitalizaci odlišně. Mezi nejznámější reakce patří separační úzkost a regrese. (9)

Separální úzkost se objevuje u kojenců ve věku 6 měsíců a více. Nejzřetelněji se projevuje u batolat. U separační úzkosti rozlišujeme 3 fáze: protest, zoufalství a lhostejnost. Nemocné dítě projevuje svou opuštěnost hlasitým protestem, batolata vytrvale pláčou, dokud vyčerpáním neusnou. Stále volají své rodiče a pokud se přiblíží někdo z dospělých, jejich křik zesílí. Jestliže náhle křik ustane, nastoupilo zoufalství, tedy druhá fáze. Děti jsou smutné, v depresi, mají minimální pohybovou aktivitu,

nehrají si. Ve třetí fázi, která se nazývá lhostejnost, se děti zdánlivě odříkají potřeby rodičů a na jejich návštěvu se tváří lhostejně, více se věnují svému nynějšímu okolí, hračkám a novým kamarádům. (20,8)

Při každé hospitalizaci dítěte lze očekávat regresi růstu a vývoje. Regrese znamená propad na předchozí úroveň vývojových stadií. Regresy je možné minimalizovat přesným ošetřovatelským vyhodnocením schopností dítěte při příjmu k hospitalizaci. Regrese se nesmí nikdy trestat. (9)

Vzniku hospitalismu u dítěte může sestra zapojením dítěte do hry, přítomnosti rodičů či jiného blízkého člověka. Velkou úlohu zde sehrává i herní specialista. Herní specialista pečuje o psychický stav dítěte na oddělení, seznamuje dítě i jeho rodiče s prostředím nemocnice, mírní strach z neznámého a nejistotu. Připravuje dítě na léčebné zákroky. Herní specialista se stará o vyplnění volného času dětí. (14)

1.2 Dětská vývojová období

Dětský věk je rozdělen do několika vývojových stádií. Normální vývoj a růst dítěte jsou projevem jeho zdraví. Pro jednotlivá stádia dětského věku je charakteristický vývoj motorický, mentální a citový. (16)

1.2.1 Novorozenecké období

Novorozenecké období je od narození do 28. dne života. Toto období se dále může dělit na časné (do 7. dne od narození) a pozdní (do 28. dne života). Fyziologický novorozenec měří v průměru 50 cm a váží 3300 gramů. Obvod hlavičky má 31 – 35,5 cm a obvod rudníku 30,5 – 33cm. (14)

Dítě po narození zaujímá polohu, která je daná typickým postavením hlavy a končetin. V poloze na zádech je hlava stočená k jedné straně. Horní a dolní končetina na stejné straně jsou v extenzi, na druhé straně jsou ve flexi. Při přitahování do sedu hlava dítěte klesá dozadu. Pokud je dítě v poloze na břiše jsou kolena flektována, dolní končetiny jsou složeny pod tělem a ruce jsou sevřeny v pěst. Tělesná aktivita dítěte je

orientována na získávání potravy. Spočívá v hledacím reflexu, sacím, polykacím, kašlacím reflexu.(16,14,8)

V prvních dvou hodinách po porodu je novorozenec ve stavu, který se označuje klidné bdění. V pozdějších dnech v tomto stavu dítě tráví asi 10 % z celého dne. Doba klidného bdění se prodlužuje s věkem dítěte. (16,14)

Již v novorozeneckém věku si dítě vytváří sociální vazby. Pro vytvoření vazby mezi dítětem a matkou jsou důležité první hodiny po porodu, kdy se dítě pokládá na prsa matky. (20,8)

1.2.2 Kojenecké období

Je to období mezi 28. dnem a jedním rokem života dítěte.

Donošené dítě svoji porodní hmotnost zdvojnásobí v pěti měsících a ztrojnásobí ji v jednom roce, ale u nedonošených dětí může být váhový přírůstek větší. Během prvního života vyroste dítě o 25 - 30 cm, průměrná tělesná výška je tedy okolo 75 cm. Okolo 6. měsíce se objevuje první zub mléčného chrupu. V jednom roce života má dítě 6 – 8 zubů. Mléčný chrup je složen z dvaceti zubů a jeho vývoj je ukončen ve třech letech.(16,24,5)

Motorika dítěte se postupně mění od nepodmíněně reflexní po uvědomělou hybnost. Vývoj motorik směřuje k dosažení vzpřímené polohy těla a k chůzi. Vývoj hrubé motoriky má velký význam pro objevování okolí, kdy nejdůležitějším mezníkem je přetáčení ze zad na břicho a naopak. V dalších měsících dominuje rozvoj samostatného pohybu formou plazení, lezení a chůze. Vývoj jemné motoriky je vidět na vývoji úchopu.(16,20,8)

Rozvíjí se koordinace očí a rukou. Dítě již otáčí hlavu za zdrojem zvuku. Od šestého měsíce se rozvíjí zraková a sluchová percepce. Dítě objevuje permanenci objektů. Kolem jednoho roku dokáže dítě pochopit jednoduchou hru. (20)

Na začátku kojeneckého období vydává dítě několik hrdelních zvuků. Od 3. měsíce začíná vokalizace (broukání), poté vyslovovat jednotlivé slabiky (žvatlání). Od šestého měsíce života začíná dítě reduplikovat slabiky, objevuje se první

slovo. Dítě také reaguje na své jméno. Začíná rozumět většímu počtu slov či slovních výzev.(20,8,16)

Dítě velmi brzy začne rozlišovat předměty a osoby. Reaguje na obličej, diferencuje známé a neznámé osoby. Mezi 6. – 8. měsícem se začíná vyvíjet strach ze separace, z odloučení od matky.(20)

1.2.3 Batolecí období

Batolecí období tvoří druhý a třetí rok života dítěte.

V tomto období intenzita růstu pomalu klesá. Hmotnost dítěte se zvyšuje o 2 až 3 kg ročně. Postupně se zmenšuje tuková subkutánní tkáň a z baculatého dítěte se stává dítě hubené a svalnaté. Ve zpřímené poloze je u dítěte mírná lordóza páteře a výrazně větší břicho. (16,9,8)

Na počátku 2. roku je dítě schopno vstát a udělat několik neobratných krůčků, někdy s oporou. Na konci druhého roku získává dítě kontrolu nad svým pohybem. Na začátku tohoto období dítě chodí o širší bazi. Postupně se chůze dítěte zdokonaluje a začíná běhat, naučí se chodit do schodů, nejprve je vedeno za ruku. Později také ze schodu, je-li vedeno za ruku. Nakonec chodí po schodech bez pomoci a střídá nohy. Dítě se naučí chodit po špičkách, chvilku stát na jedné noze a skočit sounož, nejdříve do výšky a později do dálky. (16,8,9)

Na konci batolecího období umí dítě házet míč obloukem a přeskočit provázek ve výši 5 cm. Batole dokáže postavit 6 - 8 kostek na sebe a ze 3 kostek napodobí most, dokáže namalovat kruh a horizontální čáry. Batole si také dokáže rozepnout a zapnout knoflíky, na které vidí a zašněrovat botu.(16,14)

U dítěte se rozvíjí percepce, pozornost a paměť. Začíná si uvědomovat svoji osobnost, své já. Batole se snadno učí básničkám, jeho pozornost trvá asi 30 minut. Myšlení je u batolete prekauzální, tzn. že se neptá po příčinách, ale jde mu o účel. Batole má velmi živou představivost. (8,20)

Na začátku tohoto vývojového období batole začíná chápat symbolický význam slov a na konci používá samo asi 200 – 300 slov. Batolata mluví o sobě v třetí osobě. Na konci batolecího věku umí dítě skloňovat a časovat.(9)

Během druhého roku života dítěte přetrvává napodobující chování dospělých a dítě, i když je ve společnosti jiných dětí, si hraje samo. Hra je zpočátku jednoduchá, později napodobivá. V tomto vývojovém období se dítě přestane pomočovat i v noci, dokáže se najíst lžičkou bez polítek. U dítěte se dostavuje také fáze vzdoru. (20,8)

1.2.4 Předškolní věk

Toto období představuje 4. a 5. rok života dítěte.

Tělesný růst u dítěte činí 6 – 8 cm a na tělesné hmotnosti přibývá ročně asi 2 kg. Okolo 4. roka života vymizí u dítěte lordóza a prominující břicho, dále vymizí tuk z chodidel, a tak stopa získá svoji normální konfiguraci. U dítěte se mění také poměr mozkové a obličejové části lebky, kdy se obličejová část zvětšuje vývojem čelistí. (16)

Dítě již zvládá chůzi po rovném i nerovném terénu. Dokáže skákat do dálky z místa i s rozběhem, později skáče po jedné noze, je schopen naučit se bruslit, lyžovat a udělat kotrmelec. V tomto období se vyhraňuje dominance ruky. Dítě kreslí nejprve lidskou postavu bez trupu, jako tzv. hlavonožce, během dalších let přidává trup, dvourozměrné končetiny a další anatomické detaily. Postavu kreslí realisticky a zlepšuje se dokonalost zobrazení. (8,20)

Ve 4 letech dokáže dítě rozlišit 4 základní barvy a v 6 letech až 10 barev. Dítě se dokáže orientovat v pojmech větší – menší, před – za. Myšlení dítěte má stále konkrétní podobu, chybí schopnost abstraktně myslet. (20,8)

Během 4 roku života dítě mluví delšími větami a konverzace je delší. Vývoj řeči dítěte závisí na bohatosti jazyka, který je používán doma. V tomto období se dítě hodně ptá. (20,8)

Dítě umí sdělit svůj věk a dokáže rozlišit emoční vazby mimo rodinu. Hra dětí nabývá kooperativního charakteru. Dítě se dokáže samo učesat. (20,8)

1.2.5 Mladší školní věk

Mladší školní věk je od 6. do 12. roku života dítěte.

Počátek školních let je obdobím relativně stálého růstu dítěte. Průměrný přírůstek hmotnosti je 2,5 – 3,0 kg za rok a zvětšení tělesné výšky je asi 6 cm za rok. Páteř dítěte se napřimuje, tělo dítěte je pružnější a poměrně pohyblivější. U dítěte se objevuje první zub stálého chrupu. (14,16)

Školní léta jsou obdobím velké fyzické aktivity dítěte. Motorické schopnosti dítěte jsou orientovány ke specializovaným aktivitám a ke hrám, které vyžadují větší motorickou dovednost a svalovou sílu. U dítěte se zdokonaluje jemná motorika, která je důležitá pro rozvoj psaní. (20,8)

U dítěte se během školního věku vyvine schopnost sledovat vlastní mentální procesy a dokáže odlišit podstatné od méně podstatného. Mechanická paměť dítěte je na vrcholu a s přibývajícím školním věkem nabývá stále více na významu paměť logická. Myšlení dítěte se stává více abstraktnější. V kreslení dítěte se začíná objevovat schopnost perspektivního vidění. (20,8,9)

Dítě se správně gramaticky vyjadřuje a řeč mluvená je doplněna řečí psanou. Slovník dítěte se rozšiřuje kvantitativně i kvalitativně a rozšiřuje se pojmová vybavenost. (20)

Dítě tráví většinu času mimo domov, zvyšuje se jeho nezávislost, vzory a standardy chování vyhledává tak mimo domov. Rodiče zůstávají pro dítě autoritou i když již ne neomylnou. Dítě vytváří kamarádské vazby, které ale jsou málo pevné, pouze jeden či několik se upevňují s věkem. U dítěte převažují vazby na stejné pohlaví. Má velký smysl pro povinnost. (20,8,9)

1.2.6 Starší školní věk

Se začátkem staršího školního věku dítě začíná období dospívání neboli adolescence. Dospívání nezačíná a nepokračuje u obou pohlaví stejně. Období dospívání lze rozdělit do tří stádií, na časnou, střední a pozdní adolescenci. (16)

1.2.6.1 Časná adolescence (prepuberta)

Je to první stadium puberty a zahrnuje věkové období dítěte od 10 do 13 let.

Dítě v tomto vývojovém období přibude přibližně 2 kg a vyroste 6 – 8 cm za rok. U dívek se zvětšuje množství tělesného tuku, který se ukládá do oblasti boků, na hýždích a na stehnech. celkový podíl tuku je okolo 25 % tělesné váhy. Chlapci se stávají svalnatější.(14,16,8,20)

Okolo 12 roku života je většinou ukončen vývoj mozku a nervové soustavy dítěte. Dítě vstoupí do stádia formálních operací, je schopno pracovat s abstraktními pojmy. V tomto vývojovém období je adolescent schopen spolehlivě spolupracovat s lékařem. U adolescenta je vyšší zájem o okultismus, mysticismus a různá náboženství.(14,8,20)

Dítě se pohybuje ve třech prostředích – v rodině, ve skupině vrstevníků a ve škole. U adolescence se zvětšuje touha po soukromí a dochází ke sporům v rodině. Přátelství adolescent vytváří s vrstevníky stejného pohlaví a jeví tendenci spíše ke společné aktivitě. Tato přátelství jsou relativně mělká a povrchní.(8,20)

1.2.6.2 Střední adolescence (puberta)

Střední adolescence začíná okolo 14. roku života dítěte a končí 16. rokem života.(16)

Je to obdobím nejdramatičtějšího růstu. U děvčat se i nadále zvětšuje množství tukové tkáně a u chlapců se zvětší masa svaloviny. Formuje se ženský tvar těla se širokou pánví a mužský tvar těla se širokými rameny. (8,20)

Pro chlapce začíná být důležité vyniknout ve skupině a být pokud možno nezávislý na rodičích. Dívky mají tendenci vytvářet přátelství ve dvojicích. Sociální skupiny se rozšiřují o členy opačného pohlaví. Nadále se mění vztahy mezi rodiči a dětmi. (8,20,16)

1.2.6.3 Pozdní adolescence (vlastní adolescence)

Pozdní adolescence spadá mezi 17. a 20. rok života.

Tělesné proporce adolescenta získávají proporce a rozměry již dospělého člověka. Růst je již minimální.

Pokračuje kognitivní, sociální a morální vývoj, který trvá po celý zbytek života člověka. (8,20)

Adolescent rozhoduje o povolání a o kariéře. Vrací se zpět k rodině. Objevuje se schopnost smysluplného a emfatického intimního poměru k jiným osobám, mohou se objevit i homosexuální styky.(8,9,20)

1.3 Potřeby nemocného

Charakteristickým rysem moderního ošetrovatelství je systematické hodnocení a uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka. Uspokojování potřeb se realizuje prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Sestry se zabývají člověkem jako bytostí bio-psycho-sociální. (19)

Potřeba je projevem nějakého nedostatku tedy chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. V průběhu života se potřeby člověka mění z hlediska kvantity i kvality. Lidské potřeby se vyvíjí.(17,19)

Podle Maslowa má každý člověk individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádán, protože některé z motivů jsou silnější než jiné. Lidé jsou motivováni hierarchickým systémem potřeb, kdy hierarchie potřeb obsahuje potřeby fyziologické, potřeby bezpečí, jistoty, lásky a sounáležitosti, uznání a seberealizace.(19)

Fyziologické potřeby vyjadřují potřeby organismu a slouží k přežití člověka. Pokud jsou fyziologické aktuální, stávají se dominantními a ovlivňují celkové chování a jednání člověka. (17)

Potřeba jistoty a bezpečí člověka je potřebou vyvarovat se ohrožení a nebezpečí. Tato potřeby vyjadřuje touhu po důvěře, spolehlivosti a stabilitě, osvobození od strachu úzkosti, potřebu ekonomického zajištění. Potřeba lásky a sounáležitosti je potřeba být milován a milovat, potřeba náklonnosti, sounáležitosti a potřeba být sociálně integrován. Potřeba uznání, ocenění a sebeúcty vyjadřuje sebeúctu a sebehodnocení, přání výkonu a kompetence, důvěry v okolní svět. Dále vyjadřuje touhu po respektu druhých lidí a prestiže uvnitř sociální skupiny. Potřeba seberealizace vystupuje jako tendence realizovat své schopnosti a záměry.(7,19)

Poznatky o základních potřebách člověka tvoří teoretický podklad ošetrovatelského procesu. Hodnocení potřeb je základem pro hodnocení nemocného a plánování ošetrovatelských zásahů. Sestra své znalosti o lidských potřebách využije i v edukaci nemocného. (7,19)

1.4 Využití modelu V. Hendersonové v péči o hospitalizované děti

Model V. Hendersonové patří mezi ošetrovatelské modely a teorie potřeb. Tyto modely se zaměřují na posuzování pacienta z pohledu hierarchie potřeb a z pohledu funkce sestry. (13)

Můžeme ho zařadit také mezi modely a teorie humanistické, které vycházejí z principu humanismu, respektování lidských práv a práv pacientů. Hlavními charakteristickými rysy jsou empatie, soucit, úcta k člověku, akceptování autonomie a svobody jedince.(1,13)

Tento model lze zařadit i mezi modely a teorie podpory, které se soustřeďují na pomoc nemocnému při jeho vyrovnávání se poškozením zdraví. Intervence sestry jsou zaměřené na podporu pacienta s vyrovnáním se s danou situací.(13,6)

1.4.1 Virginia A. Hendersonová

Virginia A. Hendersonová se narodila 30. listopadu 1897 v Kansas City. Vyrůstala ve Virginii. Zájem o ošetrovatelství se u ní projevil během První světové války. Ošetrovatelství začala studovat v Armádní ošetrovatelské škole ve Washingtonu, kterou ukončila v roce 1921. Od roku 1922 začala vyučovat ošetrovatelskou péči v Protestant Norfolk Hospital ve Virginii. V roce 1926 začala studovat na Učitelském institutu (Teachers College) na Kolumbijské univerzitě, kde v roce 1932 získala titul bakalář ošetrovatelství a o dva roky později v roce 1934 magisterský titul. Na Učitelském institutu od roku 1930 do roku 1948 vyučovala, velký důraz kladla na klinickou praxi a využití analytického procesu. Od roku 1953 působila v ošetrovatelském výzkumu na Yale Univerzity of Nursing v New Havenu,

kde v letech 1959 – 1971 byla vedoucí ošetřovatelských studií a věnovala se ošetřovatelskému výzkumu. (13,27)

Virginia Hendersonová je držitelka mnoha ocenění za její přínos v ošetřovatelství. Mezi její publikace patří *The Principles and Practice of Nursing* v roce 1955, *Basic Principles Of Nursing Care* v roce 1960, kde se okusila o definování základních principů ošetřovatelské praxe vycházející z profesních rolí sester. V roce 1966 publikuje *The Nature of Nursing : A definition and Its Implications for Practice, Research and Educations*, kde rozpracovává charakter ošetřovatelství ve vztahu k praxi, výzkumu a vzdělávání. V 80. letech 20. století byla aktivní emeritní členkou ošetřovatelského výzkumu na Yale Univerzitě. (13,27,1)

Virginia Hendersonová získala sedm čestných doktorátů na různých univerzitách a v roce 1988 jí bylo uděleno čestné členství v ANA (American Nursing Association) za celoživotní přínos výzkumu a vzdělávání v ošetřovatelství. V roce 1991 Hendersonová publikuje v souladu s vývojem ošetřovatelství práci *The Nature of Nursing : Reflections After 25 years*, kde upravuje některé pohledy v ošetřovatelství. Virginia Hendersonová zemřela 19. března 1996 ve věku 98 let v Branfordu. (2,4,14)

1.4.2 Ošetřovatelský model V. Hendersonové

O Virginii Hendersonové se mluví jako o F. Nightingale 20. století. Teorie základní ošetřovatelské péče od Hendersonové bývá označována jako suplementárně – komplementární model a její definice funkce sestry jako definice ošetřovatelství. (13)

Ošetřovatelský model V. Hendersonové patří mezi humanistické modely. Vychází ze základních potřeb člověka, z jeho soběstačnosti a nezávislosti v uspokojování, ze základních ošetřovatelských aktivit při pomoci pacientovi. Hendersonová vychází z názoru, že jedinci mají biologické, psychologické, sociální a duchovní potřeby. Při formování modelu ošetřovatelské péče vycházela z názoru, že pokud je člověk zdravý, je schopen si sám uspokojovat všechny biologické, psychologické, sociální a duchovní potřeby. Tyto potřeby jsou formulovány ve 14 základních komponentech ošetřovatelské péče :

1. normální dýchání

2. adekvátní příjem vody a potravy
3. vylučování tělesných výměšků
4. pohyb a udržování žádané polohy
5. spánek a odpočinek
6. výběr vhodného oblečení, oblékání a svlékání
7. udržování tělesné teploty
8. udržování tělesné čistoty a ochrana celistvosti těla
9. odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškozování sebe i druhých
10. komunikace s jinými osobami, vyjádření emocí, potřeb, obav, názorů
11. vyznání vlastní víry
12. smysluplná práce
13. hry nebo účast na různých formách odpočinku a relaxace
14. učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji a zdraví a využívání dostupných zdravotnických zařízení (13,4)

Prvních devět potřeb řadíme mezi potřeby fyziologické, desátá a čtrnáctá potřeba se vztahuje k psychologickým funkcím. Jedenáctá potřeba patří do duchovní oblasti. Dvanáctá a třináctá potřeba se týká sociální oblasti.(4)

Sestry jsou vykonavatelky základní ošetrovatelské péče, zahrnující pomoc jedinci při uspokojování jeho čtrnácti základních potřeb. Sestra pouze asistuje, rozhodovat a jednat za pacienta může pouze v případě jeho plné závislosti. Hendersonová zdůrazňuje, že sestra musí zvažovat faktory, jako je věk, temperament, sociální a kulturní status, psychickou a intelektuální kapacitu, zdůrazňuje rozdíly mezi jednotlivci. Vidí pacienta jako jednotlivce, který vyžaduje naší pomoc k dosažení zdraví a soběstačnosti, nebo klidné smrti. Zdraví ztotožňuje se soběstačností.prostředí je podle Hendersonové celek vnějších podmínek a vlivů, které působí na život a vývoj organismu.(4)

1.5 Uspokojování potřeb u dětí podle modelu V. Hendersonové

1.5.1 Normální dýchání

Dýchání je fyziologická funkce. Příjem kyslíku a výdej oxidu uhličitého slouží k výživě tělesných buněk a tím k zachování života. Při hodnocení dýchání sestra sleduje počet dechů, rytmus dýchání a hloubku dýchání. Zdravý dospělý člověk má v klidu 16-18 dechů za minutu, novorozenec 55 dechů za minutu a kojeneček 25 dechů za minutu. Dechová frekvence se zvyšuje při námaze, emocích, horečce a při různých onemocněních.(7)

Hloubku dýchání hodnotí sestra podle pohybů hrudníku a břicha. Rozeznáváme dýchání normální, povrchní a hluboké. Hodnocení rytmu zahrnuje pravidelnost inspiria a expiria. Rytmus může být pravidelný a nepravidelný. Dále při dýchání hodnotí charakter dýchání a barvu kůže. Charakter dýchání se týká hodnocení námahy, jakou člověk na dýchání vynakládá a hodnocení zvuků při dýchání. Barva kůže může být namodralá (cyanóza) hlavně na konečných částech těla a sliznic a nehtových lůžek. Cyanózou se může projevit hypoxie, nebo-li nedostatek kyslíku ve tkáních. (12,14)

Děti s onemocněním dýchacích cest nejčastěji sestra ukládá do zvýšené polohy, jedná se Fowlerovu nebo anti – Trendelenbergovou polohu. K usnadnění drenáže plic u dětí je vhodné střídat polohy na zádech, na bocích i na břiše. Podmínkou pro dobrou ventilaci je důležité udržovat průchodné cesty. Mezi ošetrovatelské intervence vedoucí k udržení průchodných dýchacích cest patří polohování, inhalace, dechová rehabilitace a odstraňování sekretu z dýchacích cest. S nácvikem smrkání u dětí začínáme okolo jednoho roku života. Inhalace může sestra dětem podávat volně, maskou nebo náustkem. U novorozenců a kojenců podává inhalace volně, u starších dětí pomocí masky nebo náustku. Před inhalací by dítě mělo mít volné dýchací cesty. Sekret z dýchacích cest dítěte lze odstranit kašláním, smrkáním nebo odsáváním. Dítě vždy odsává sterilní cévkou s centrálním otvorem přiměřené velikosti. Dítě vždy odsává nejdříve z úst teprve potom z nosu. Odsává přerušovaně rotačním pohybem, při vytahování cévky z horních cest dýchacích. (9,14,12)

Dechová rehabilitace je nedílnou součástí péče o dýchací cesty. Je nezbytná spolupráce s fyzioterapeutem, který provádí i zácvik matky v provádění dechové rehabilitace. (viz. Příloha 7).(14,23)

Oxygenoterapii neboli léčbu kyslíkem indikuje vždy lékař. Kyslík se podává vždy zvlhčený a ohřátý na 35 – 37 C, studený se podává při laryngitidě a po extubaci dítěte. U dítěte sleduje fyziologické funkce, celkový stav, prokrvení kůže a sliznic, příznaky dechové tísně. Vše dokumentuje. (12,24)

S uspokojováním potřeby dýchání souvisí následující ošetřovatelské diagnózy podle NANDA II. Patří sem oslabené dýchání, neefektivní dýchání, neefektivní průchodnost dýchacích cest, neefektivní tkáňová perfuze, riziko aspirace, riziko udušení a porušená výměna plynů.(12,10)

1.5.2 Adekvátní přijímání vody a potravy

Výživa dítěte je důležitým předpokladem žádoucího tělesného růstu, ovlivňuje jeho duševní vývoj. Potrava dítěte by měla obsahovat bílkoviny, tuky, sacharidy, vitamíny, minerální látky a vodu.(16)

Voda je nepostradatelnou součástí výživy. U kojenců a malých dětí je fyziologická potřeba vody na kilogram a den vyšší než u dospělého. Děti do jednoho roka života potřebují 60 – 150 ml/kg své váhy. Děti od 2 do 3 let potřebují 120 ml vody na kg své váhy. Mateřské mléko pokrývá potřeby dítěte. Nekojené děti, které jsou starší 6 měsíců potřebují 400 – 600 ml tekutin denně. Vhodnými nápoji pro děti jsou kojenecké vody, stolní vody vhodné pro kojence a ovocné šťávy.(12)

Výživa kojenců se dělí na výživu přirozenou a umělou. Přirozenou výživu představuje mateřské mléko (viz. Příloha 8), které nejlépe odpovídá energetickým a biologickým potřebám kojenců. Děti, které nemohou být kojeny, jsou živeny umělou výživou. Umělou výživu dělíme na přípravky počáteční výživy, na pokračující mléka a mléka pro starší kojence a batolata.(16,14)

Do šesti měsíců života by mělo být dítě pouze kojeno. Od pátého měsíce se mohou přidávat ovocné přesnídávky či ovoce. Od šestého měsíce se může přidat ke stravě dítěte jogurt, zeleninová polévka a kaše z obilovin.(14,16)

Výživa batolat by měla být rozložena do 4 – 5 porcí. K snídani by mělo být podáváno pečivo s máslem, sýrem či marmeládou, ke svačině podávat ovoce či ovocnou přesnídávkou. Oběd by měl obsahovat maso, brambor nebo těstoviny. Odpolední svačina by měla obsahovat jogurt nebo ovoce a večeře by se měla skládat buď z brambor a zeleniny nebo z obilné kaše. K pití je pro batolata vhodná kojenecká voda, dětské ovocné nebo bylinné čaje nebo ovocné šťávy. (23)

Sestra by měla zjistit objektivní a subjektivní důvody překážky kojení, jak ze strany matky tak ze strany dítěte a měla by se snažit odstranit. Je nutné zajistit matce klidné a vyhovující podmínky pro kojení a dodržovat intimitu prostředí. Matka by měla být informována a výhodách kojení a o jeho vlivu na další vývoj a růst dítěte. Při nemožnosti kojení je nutné edukovat matku o alternativních metodách krmení pomocí lžičky, stříkačky, pomocí cévky a kádinky. Je nutné u dítěte sledovat příjem a výdej tekutin, kožní turgor a známky dehydratace u dítěte. (14,16)

U starších dětí je nutné si při přejetí ověřit stravovací návyky dítěte. Je vždy nutné podávat výživu dle stavu a věku dítěte. Vše sestra dokumentuje.

S potřebou adekvátního přijímání vody a potravy souvisí následující ošetrovatelské diagnózy podle NANDA II. Jsou to nadměrná výživa, nedostatečná výživa, porušené polykání, neefektivní krmení kojence, riziko nadměrné výživy, deficit tělesných tekutin, zvýšený objem tělesných tekutin, riziko deficitu tělesných tekutin, riziko nevyváženého objemu tělesných tekutin, poškozená ústní sliznice, poškozená dentice.(14,16,10)

1.5.3 Vylučování tělesných výměšků

Vyprazdňování stolice je fyziologickou funkcí organismu a patří mezi biologické potřeby člověka. Za fyziologických podmínek probíhá defekace formou míšního reflexu, který se dostavuje při dostatečné náplni v konečníku. Defekaci ovlivňuje věk, vývojové stádium jedince, strava, příjem tekutin, aktivita, způsob života a soukromí při vyprazdňování. Mezi nejčastější poruchy při vyprazdňování patří zácpa,

průjem, inkontinence stolice, plynatost, bolestivé vyprazdňování a paradoxní vyprazdňování stolice. (19)

Močení je vyprazdňování dostatečně naplněného močového měchýře, u dítěte při náplni asi 50 – 200 ml moče, kdy dochází ke stimulaci nervových zakončeníh ve svalovině stěny. U malých dětí (novorozenci, kojenci) chybí volní kontrola vyprazdňování moče. Nácvik kontroly vyprazdňování začíná v době, kdy dítě bezpečně sedí bez opory. Dítě je schopno rozpoznat plnost močového měchýře a tak upozornit rodiče na potřebu močení. Ve dvou letech věku je dítě schopno ovládnout močení v průběhu dne. Úplnou kontrolu vyprazdňování moče má ve 4 – 5 letech věku.

Mezi poruchy tvorby moče patří polyurie, oligurie a anurie. Mezi poruchy vyprazdňování moče patří retence, polakisurie, nykturie, dysurie, strangurie, urgentní močení, ureterostomie. (12)

Sestra informuje rodiče a dítě o denním příjmu tekutin. Sestra edukuje rodiče o nutnosti udržovat pokožku dítěte bez defektu častým omýváním a používáním ochranných krémů. Informuje a edukuje dítě a rodiče o nutnosti měření bilance tekutin. Rodiče jsou informováni o nutnosti zvýšené hygieny a o výběru vhodného oblečení.

S potřebou vylučování tělesných výměšků souvisí následující ošetrovatelské diagnózy podle NANDA II. Patří sem porušené vyprazdňování moče, úplná inkontinence moče, retence moče, inkontince stolice, zácpa, průjem.(10)

1.5.4 Pohyb a udržení řádné polohy

Pohyb a udržení polohy u dětí je úzce spjato s vývojem hrubé a jemné motoriky. Pro novorozence je typická poloha na zádech. Má ohnuté dolní končetiny, horní končetiny v lokti a ruce má zaťaté v pěst. Kope nohama, otáčí hlavu na stranu a pokud je v poloze na bříše snaží se zvednout hlavičku. Pokud položíme dítě ve dvou měsících života na bříško, udrží již krátkou dobu zvednutou hlavu. Dítě ve třech měsících v poloze na bříšku udrží již delší dobu hlavičku vzhůru, opírá se o předloktí (tzv. pase koně), na zádech zvedá ručičky do úrovně očí a cíleně si je prohlíží. Uchopí chrastítko, které mu vložíme do ruky. Ve čtyřech měsících se snaží uchopit hračku, která je v jeho dosahu. V pěti měsících života se dítě již otáčí ze zad na bok a na bříško

a v šesti měsících se dovede již přetočit z břicha na záda, přitahuje se již do sedu. V sedmi měsících dítě sedí již samostatně, předmět uchopí již celou rukou. Osmiměsíční dítě začíná již lézt, drobný předmět uchopí mezi palec a ukazováček. V devíti měsících dítě leze po čtyřech a samo se posadí. V deseti měsících se dítě samo vytáhne do stoje, stoupne si v postýlce a u nábytku. Dokáže již uchopit i velmi drobné předměty. V jedenácti měsících dokáže dítě udělat s oporou nebo s pomocí alespoň jeden samostatný krok. V jednom roce začíná chodit okolo nábytku, postupně to zvládá i bez opory. (8,9,14,16,20)

Od 16 až 18 měsíců dítě těžkopádně běží a dokáže již vylézt na židličku. Ve dvou letech dobře běhá, pokud se jednou rukou drží opory, chodí i do schodů. Bere tužku do prstů. (24)

Důvodem změny polohy může být bolest. Bolest je subjektivní zážitek i pro děti. Kojenci a malé děti, které nemají dostatečné jazykové schopnosti, aby vysvětlili, že je něco bolí, jsou závislé na schopnosti svých rodičů a zdravotníků rozpoznat a zmírnit jejich bolest. Nejčastější příčinou akutní bolesti u malých dětí jsou lékařské výkony, například obřízka, katetrizace, intramuskulární injekce a odběr. Hodnocení bolesti dětí vyžaduje spolupráci rodičů a použití věku přiměřených hodnotících škál. Sestra může použít například obličejovou škálu bolesti nebo vizuální analogovou škálu bolesti. (14)

Sestra si všímá pohybové aktivity dítěte. Spolupracuje s fyzioterapeutem a s rodinou. Pomáhá s prováděním pasivního a aktivního cvičení. Seznámí dítě a rodiče s kompenzačními pomůckami. Pomáhá při polohování dítěte. Aplikuje analgetika dle ordinace lékaře a vše zaznamenává do dokumentace.

Sestra monitoruje přítomnost bolesti u dítěte. Sleduje vitální funkce dítěte. Edukuje rodiče o možnosti aplikace analgetik. Edukuje rodiče o projevech bolesti. Sestra spolu s rodiči vytvoří klidné a tiché prostředí pro dítě. Sestra edukuje rodiče o vedlejších účincích analgetik.

S potřebou pohyb a udržení řádné polohy souvisí následující ošetrovatelské diagnózy podle NANDA II. Jsou to zhoršená pohyblivost, zhoršená pohyblivost,

zhoršená schopnost se přemístit, porušená chůze, riziko imobilizačního syndromu, intolerance aktivity, riziko pádů, akutní bolest, chronická bolest.(10)

1.5.5 Spánek a odpočinek

Spánek se charakterizuje jako potřeba odpočinku organismu, během kterého se člověk dostává do změněného stavu vědomí nebo bdění. Nemocný má větší potřebu spánku a odpočinku než zdravý člověk. Spánek má význam ochranný, kdy brání vyčerpání organismu, a regenerační, kdy napomáhá regeneraci psychických i fyzických sil.(22)

Rytmus spánku se u kojence vyvíjí postupně, stejně jako jiné tělesné funkce dítěte. Spánek dítěte se v prvních týdnech života liší od spánku dospělých. Je velmi důležité, aby dítě mělo vlastní postýlku, která by byla opatřena postranicemi, pro bezpečnost dítěte. Do vybavení postýlky nepatří polštářek. Dítě by mělo být na spaní vhodně oblečeno, na noc by mělo dostávat dupačky a košilku, popřípadě spací pytel. (18)

Při příjmu dítěte je nutné, aby sestra zjistila, spánkové návyky dítěte od rodičů, kdy chodí dítě spát, jak usíná a jak dlouho dítě spí. Je důležité zajistit dítěti vhodné podmínky pro klidný spánek. Před spánkem dítěte vyvětrat místnost, ztlumit světla a hluk. Sestra by měla edukovat matku o relaxačních technikách a úpravě denních aktivit dítěte a o změně stravovacích návyků dítěte.

S potřebou spánek a odpočinek souvisí následující ošetřovatelské diagnózy podle NANDA II. Patří sem porušený spánek, spánková deprivace, ochota ke zlepšení spánku.(10)

1.5.6 Výběr vhodného oblečení

Nejdůležitějším hlediskem při výběru oblečení by měl být materiál. Přednost by měla dostávat bavlna, protože je to přírodní materiál, který je dobře savý. Všechny kusy oblečení by měly být volné, pohodlné, s pružnými lemy. Oblečení chrání dítě před tepelnými ztrátami, protože jejich schopnost vytvářet teplo je malá.(14)

Od dvou let začíná dítě pomáhat při oblékání. Samo by se mělo oblékat asi od tří let. Musíme mu připravit oblečení v tom pořadí, v jakém si ho bude oblékat. Oblečení by mělo mít i vhodné zapínání, které dítě zvládne.

Důležitou součástí oblečení jsou boty. Dětské boty by měly mít širokou špičku, měly by být o 0,5 – 1 cm větší než je noha dítěte a měly by zpevňovat kotník. Měly by mít i pevnou podrážku. (18)

Sestra informuje rodiče o vhodném oblečení dítěte dle jeho stavu a věku. Rodiče oblékají dítě podle teploty okolí, u dítěte nehrozí podchlazení nebo přehřívání. Dále sestra informuje rodiče o možnosti mít v nemocnici vlastní oblečení pro dítě. Související ošetřovatelské diagnózy podle NANDA II jsou deficit sebekpéče při oblékání a úpravě zevnějšku, riziko nevyvážené tělesné teploty.(10,14)

1.5.7 Udržování tělesné teploty

Tělesná teplota je rovnováha mezi produkcí tepla v tkáních a jeho ztrátou prostředím. Normální tělesná teplota se pohybuje mezi 36 -37°C s charakteristickým denním kolísáním – ranním minimem (mezi 4. – 6. hodinou) a odpoledním maximem (16. – 18. hodinou). Tělesnou teplotu hodnotí sestra jako subnormální pod 36°C, fyziologickou 36 - 37°C, subfebrilní 37 – 38°C, febrilie nad 38°C. (7)

Teplota nad 39°C může u dětí vyvolat febrilní křeče. Je to stav podobný epileptickému záchvatu. Antipyretika (léky na snižování horečky) podáváme u dětí ve formě čípků nebo v sirupové podobě. Je nutné dodržovat dávkování dle věku a hmotnosti dítěte a intervaly mezi jednotlivými dávkami.(14,9)

Teplotu měříme nejméně po 15 – 20 minutách klidu. Měříme v podpáží (axilla) nebo v konečnicku (v rectu). U kojenců a batolat je to nejvhodnější způsob měření teploty, měříme pomocí rychloběžky.(24)

Sestra edukuje rodiče o kontrole tělesné teploty v kratších intervalech. Sleduje vitální funkce dítěte a vše zaznamenává do dokumentace. Edukuje rodiče o možnostech snižování teploty. Podává antipyretika dle ordinace lékaře. Sleduje bilanci tekutin. Edukuje rodiče o vhodném oblečení dítěte vzhledem k teplotě dítěte a okolí.

S potřebou udržování tělesné teploty souvisí následující ošetrovatelské diagnózy podle NANDA II. Jsou to neefektivní termoregulace, hypotermie, hypertermie, riziko nerovnováhy tělesné teploty. (10)

1.5.8 Udržování tělesné čistoty

Význam a důvody hygienické péče dětí jsou stejné jako u dospělého člověka. Specifická je pouze úplná nebo částečná nesoběstačnost a nutnost výchovy k žádoucím hygienickým návykům. Hygienická péče představuje péči o kůži, péče o ruce, péče o vlasy, nehty, oči, dutinu ústní a intimní místa. (12)

K hygieně patří především koupání, je to celková očista těla. Při mytí sestra postupuje vždy od hlavičky, kdy nejprve omyje vlasovou část, dále věnuje pozornost místům za ouškama a pod krkem, poté hrudníku a rukám včetně dlaním. Nakonec omyje nohy a zadeček. Péči o zadeček začne omytím vnějšího genitálu a jako poslední omývá řitní otvor. Umyté dítě položí na suchou osušku a jemně osuší. Obličej omývá pouze vodou. Oči vytírá tampónem od vnitřního oka k okraji, neboť u kořene nosu jsou umístěny slzné kanálky. Tampónem vytře pouze okrajové části uší. (18)

Do roka věku dítěte se mohou tvořit ve vlasové části drobné šupinky, které se vyčesávají po předešlé aplikaci salicylové masti.

S péčí o zuby je vhodné začít ihned po prořezávání prvních zoubků. Z počátku je vhodné otírat dásně a zoubky čistým kapesníkem, kdy se současně masírují i dásně.

Je nutné i pravidelné stříhání nehtů. Zástřih by měl být na ruku i nohu rovný. (18)

Sestra provádí a edukuje o hygienické péči o dítě. Kontroluje kůži sliznici dítěte. Sestra edukuje rodiče o správné aplikaci ochranných mastí a o nutnosti častého přebalování dítěte. Zajišťuje vhodné oblečení, vhodné ložní prádlo dle potřeby dítěte.

S potřebou udržování tělesné čistoty souvisí následující ošetrovatelské diagnózy podle NANDA II. Patří sem deficit sebepéče při vyprazdňování, deficit sebepéče při koupání a hygieně, poškozená dentice, poškozená ústní sliznice, poškozená kožní integrita. (10)

1.5.9 Odstraňování rizik z prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých

Riziko otrav a úrazů je ve všech věkových kategoriích. Bezpečné prostředí bude jiné pro kojence, který již zvládá uchopit předmět, zdvíhá se na nohy či předměty strká do úst, a jiné pro batole. Rodiče by měli zajistit uložení nebezpečných předmětů (chemikálie, ostré nástroje, léky ...) mimo dosah dětí.(18)

Všichni kojenci a batolata, kteří jsou převáženi v automobilech, musí být umístěni v dětských autosedačkách. Dětská autosedačka by měla být v autě připevněna bezpečnostními pásy.

U kojenců je také důležitá prevence pádů, proto by se neměli nechávat bez dozoru na přebalovacím stole, na válečcích či manželských postelích. (9)

Úlohou zdravotníku je ošetřování vzniklých úrazů, ale i jejich prevence. Je nutné edukovat rodinu o možných rizicích a úrazech dětí v jednotlivých vývojových obdobích. Při ošetřování dítěte je důležité vytvořit bezpečné prostředí pro dítě a edukovat rodiče o provozu oddělení.

Související ošetřovatelské diagnózy podle NANDA II s touto problematikou jsou riziko poškození, riziko udušení, riziko intoxikace, riziko traumatu, riziko aspirace, riziko pádu.(10)

1.5.10 Komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů

Komunikace je důležitá pro dítě od samého narození. Po nonverbální fázi se od 2. měsíce věku začíná vokalizovat interakce mezi matkou a dítětem. Okolo šestého měsíce začíná dítě díky ovládnutí orálních svalů žvatlat a opakovat slabiky a tato fáze žvatlání vrcholí ve 12 měsících, kdy používá vlastní žargon. V 10 měsících neadresně používá označení táta, máma. (8,20,9)

Svá přání a potřeby dítě vyjadřuje tak, že na předměty ukazuje. V 18 měsících používá dítě v průměru 20 – 50 slov. Vývoj řeči se může zpomalit, pokud rodina více používá nonverbální komunikaci a pokud dítě má často otitidy s převodní poruchou sluchu. (8,20)

Porozumění řeči (pasivní slovník) se u dítěte vyvíjí rychleji než vyjadřovací slovník (aktivní slovník). Prvním slovům dítě porozumí v 9 měsících. Ve 13 měsících

porozumí dítě asi 20 – 100 slovům. K prudkému rozvoji pasivního i aktivního slovníku dítěte dochází okolo 18 měsíce věku dítěte. Koncem 2 roku života začne dítě skládat slova ve věty, používat slovesa. Popisuje svojí činnost, často v době, kdy ji právě provádí. Vkládá do řeči předložky a také se začíná ptát „proč“ a „co“. Ve třech letech činí slovní zásoba dítěte asi 900 slov. (5)

Pro rozhovor s dítětem a s rodinou dítěte je nutné mít dostatek času a je nutné vytvořit vhodné prostředí. Je důležité poskytnout dítěti vhodné stimuly. Sestra by měla spolupracovat s herní terapeutkou, logopedkou, učitelkou a psychologem.

Související ošetrovatelské diagnózy podle NANDA II jsou ochota ke zlepšení komunikace, zhoršená verbální komunikace, porucha smyslového vnímání, deficitní znalost. (20)

1.5.11 Vyznání vlastní víry

Sem patří individuální vnímání životních hodnot, cílů nebo přesvědčení včetně náboženské víry, které jednotlivce vedou a ovlivňují. Duchovní vývoj kojence a batolete je ovlivňován rodinou, ve které vyrůstá.(11)

Je nutné akceptovat víru rodinu a vytvořit i odpovídající prostředí pro dítě. Sestra by měla umožnit přítomnost duchovního při ošetrování dítěte.

S potřebou vyznání vlastní víry souvisí následující ošetrovatelské diagnózy podle NANDA II. Jsou to riziko duchovní nouze, riziko porušení religiozity. (10,14)

1.5.12 Smysluplná práce

Kojenci potřebují neustálou náklonnost ze strany rodičů, protože láska a bezpečí jsou pro kojence důležitými potřebami. V období vývoje důvěry u kojence je důležitá stálost, vývoj důvěry je důležitý pro vývoj osobnosti dítěte. Milující rodiče utvrzují dítě, že svět je krásné místo pro život. Kojenec je ovlivňován každodenními činnostmi svých rodičů, učí se je napodobovat a důvěřovat jim. (9)

Socializace batolete probíhá v rámci rodiny, tj. pod vlivem rodičů a sourozenců. Batole se osamostatňuje. Vytváří se nový vztah s otcem, který usnadňuje separaci od matky. Sourozenci jsou alternativní zdroj sociálních zkušeností. Pro batolata

je důležitý vztah mezi potřebou emancipace a potřebou stability. Batole potřebuje získat důvěru v sebe sama a své schopnosti. Objevuje se potřeba seberealizace, která může mít až podobu negativismu. Pozorováním a verbálním výkladem se batole seznamuje s normami chování. Důležitou formou sociálního učení je nápodoba a identifikace. (20)

Sestra by měla umožnit rodině pečovat o dítě po celou dobu hospitalizace, je nutné přijmout rodiče jako partnery, umožnit jim ovlivňovat denní aktivity dítěte. Je nutné poskytovat rodině srozumitelné informace, aby došlo k dobré spolupráci mezi ošetřujícím personálem a rodinou dítěte. Je nutné spolu s rodiči vytvořit dítěti klidné a stimulující prostředí.

S potřebou smysluplná práce souvisí následující ošetřovatelské diagnózy podle NANDA II. Patří sem poškozená sociální interakce, neefektivní plnění role.(10)

1.5.13 Hry nebo účast na různých formách odpočinku a relaxace

Sledováním dítěte při hře, může sestra posoudit jeho růst a vývoj. Ošetřovatelská péče by měla zahrnovat i herní aktivity, které podporují jeho růst a vývoj a povzbuzují ho k vyjádření myšlenek a pocitů. Hra má terapeutický účinek a pomáhá při uzdravování dítěte. (14)

U kojence se mezi 3. – 6. měsícem začne objevovat sociální hra v důsledku interakce mezi dítětem a dospělým. Dospělí jsou vždy iniciátory hry a děti pasivnějším iniciátorem. Hra má u kojence charakter zkoumání a napodobování. (14,8,20)

Při hře se batole učí manipulovat s předměty a porozumět svému okolí. Pomocí hry se batole učí být společenské. Batole se hrou zaměstnává a pomocí hry se dozvídá co nejvíce o svém okolí. Batolatům stačí pokličky nebo kastrůlky, tužka a papír, tanec na hudbu nebo kreslení prsty. Děti v tomto vývojovém období mají rádi hračky, které mohou tlačit nebo je za sebou táhnout. Aby hra pro batolata příjemnou zkušeností, je důležité stále dbát na bezpečnost dítěte. (9)

Sestra by měla herní prvky začleňovat do běžné i speciální ošetřovatelské péče. Hra by měla být součástí přípravy dítěte na zákrok nebo vyšetření. Sestra měla by spolupracovat s rodinou dítěte a herní terapeutkou.dítě má mít k dispozici hračky dle svého věku, které ho mohou stimulovat, je ale nutné dbát i na bezpečnost dítěte.

Související ošetrovatelské diagnózy podle NANDA II jsou neefektivní plnění role, riziko osamělosti, přerušovaný život rodiny.(10)

1.5.14 Učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji a zdraví a využívání dostupných zdrav. zařízení

Ve výchově batolete dbáme na disciplínu, ale cílem je učit, ne týrat. V batolecím věku se velmi často vyskytují výbuchy vzteku a záleží pouze na rodičích, jestli bude batole považovat takovéto chování za výhodné nebo nežádoucí. Rodiče by měli ale brát ohled na mentální a fyzické schopnosti dítěte. Batolata se mohou dostat do situace, která je nad síly a schopnosti, v této chvíli musí rozhodnout rodiče a daný problém vyřešit. Dítě má pak pocit jistoty. (8,9,20)

Je velmi důležité dítě chválit, ale také odmítnout nesprávné chování. Dítě se snaží dosáhnout pochvaly. Pochvala je pro dítě velmi účinná a velmi potřebná pro vytvoření sebedůvěry dítěte. Je vždy lepší předpokládat, že dítě věci myslí dobře, ne špatně. Součástí výchovy dítěte by nemělo být vzbuzování strachu nebo fyzická agrese, protože neposilují sebeovládání, ale mohou vést k fyzickému a duševnímu týrání. (9)

Při kontaktu s dítětem by sestra měla používat jednoduché způsoby vyjadřování s ohledem na jeho věk a stav. Sestra by měla hovořit s dítětem tváří v tvář. Musí se dbát na dodržování léčebných aktivit a odpočinku. Je nutné edukovat rodinné příslušníky, aby dítě často navštěvovali. Je nutné vytvořit klidné prostředí. Dítě by se mělo zapojovat do společnosti, proto by se děti měli na jednotlivé pokoje v nemocnici umisťovat podle věku a pohlaví. Dítě by mělo mít okolo sebe hračky, které ho budou stimulovat.(8,20,

Související ošetrovatelské diagnózy podle NANDA II jsou sociální izolace, opožděný růst a vývoj.

Správně odebraná anamnéza a pečlivě provedené fyzikální vyšetření dítěte je stále neopominutelnou součástí našeho úsilí o určení správné diagnózy a ošetřování. Vlastní postup závisí na věku dítěte a jeho celkovém stavu.

2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zhodnotit uspokojení potřeb hospitalizovaných dětí za použití vytvořené ošetrovatelské dokumentace podle modelu V. Hendersonové.

Cíl 2: Zjistit spokojenost sester s vytvořenou dokumentací podle modelu V. Hendersonové.

Cíl 3: Zjistit možnost využití vytvořené ošetrovatelské dokumentace sestrami na dětském oddělení.

2.2 Výzkumné otázky a hypotézy

Výzkumná otázka : Má použití ošetrovatelské dokumentace podle modelu V. Hendersonové vliv na uspokojování potřeb hospitalizovaných dětí?

H 1: Dětské sestry jsou spokojeny s vytvořenou ošetrovatelskou dokumentací podle modelu V. Hendersonové.

H 2: Dětské sestry mají zájem o používání vytvořené ošetrovatelské dokumentace podle modelu V. Hendersonové.

3. METODIKA VÝZKUMU

3.1 Použité metody

Výzkum byl prováděn pomocí metody kvazi experimentu a dotazníku. Kvazi experiment byl prováděn u dvou skupin pacientů. U první skupiny pacientů byla prováděna ošetrovatelská péče podle modelu V. Hendersonové po celou dobu jejich hospitalizace na oddělení kojenců a batolat. U druhé skupiny pacientů byla prováděna ošetrovatelská péče podle modelu M. Gordonové. Ke sledování potřeb byl použit pozorovací arch (viz. Příloha 3), získané výsledky byly zapsány do tabulky. U každé potřeby v pozorovacím archu byla použita hodnotící škála, která měla 5 stupňů, kdy stupeň 1 měl nejnižší hodnotu a stupeň 5 nejvyšší. Pro následné zpracování takto získaných hodnot byla použita funkce medián.

Medián je číslo, které leží uprostřed podle velikosti uspořádaného souboru čísel. Polovina čísel má tedy hodnotu, která je větší nebo rovna mediánu a polovina čísel má hodnotu, která je menší nebo rovna mediánu.

Metoda dotazníku byla použita pro sestry pracující na oddělení kojenců a batolat FN Plzeň. Dotazník pro sestry obsahoval 15 otázek (viz. Příloha 1) .

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Jako výzkumný vzorek kvazi experimentu bylo vybráno 8 pacientů hospitalizovaných na oddělení kojenců a batolat FN Plzeň.

Dotazník byl rozdán 20 sestrám pracujícím na oddělení kojenců a batolat ve FN Plzeň.

4. VÝSLEDKY

4.1 *Kasuistiky dle V. Hendersonové*

4.1.1 *Kasuistika 1*

Na oddělení kojenců a batolat byla přijata Monika narozená 7.4.2005. Byla hospitalizována s matkou. Byla přijata s diagnózou Pyelonefritis acuta.

Normální dýchání – Monika měla při přijetí na oddělení kojenců normální dechovou frekvenci, saturace byla 98%. Při přijetí neměla rýmu ani kašel. V průběhu hospitalizace na oddělení kojenců a batolat neměla dechové problémy.

Adekvátní strava a pití - Monika byla 13 měsíců kojena, od 6 měsíce ji byly podávány příkrmy, které tolerovala. Nyní má batolecí stravu, proto jí byla podávána dieta č. 12. Pije okolo 1,5 litru tekutin denně, převažuje dětský čaj. U Moniky zatím nebyly prokázány žádné potravinové alergie. Při příjmu na oddělení pila okolo 0,5 litru denně, proto při příjmu byla Monice zavedena periferní žilní kanyla a byly ji podávány krystaloidy. Infuzní terapie byla podávána 2 dny, poté došlo ke zlepšení perorálního příjmu, Monika pila okolo 1 litru tekutin.

Vylučování - Monika až do nemoci močila dostatečně, ale nyní matka pozoruje nedostatečné močení. Monika již používá nočník, pleny již nepoužívá. Po podání infuzní terapie došlo ke zlepšení diurézy. Stolicí má pravidelně 1 x denně, bez příměsí a normální konzistence. Projímadla neužívá. V průběhu hospitalizace na oddělení neměla problémy se stolicí, pouze přechodně došlo k zhoršení stolice, kdy se objevily průjmovité stolice, ale po podání Nutrolinu B došlo k normalizaci.

Pohyb a udržování tělesné polohy – Moničin motorický vývoj odpovídá věku dítě. Chodí od 11 měsíců života. Monika má normální denní režim, denně chodí na vycházku. Nyní se cítí unavena, je spavější, bolest neudává. První dva dny hospitalizace byla Monika apatická, ale po odeznění febrilií došlo ke zlepšení.

Spánek a odpočinek - Monika má normální denní režim, do postýlky je ukládána okolo 20 hodiny a vstává okolo 7 hodiny ráno. Odpoledne spí výjimečně. Chodí na pravidelné procházky do přírody, několikrát byly plavat v krytém bazénu. Od

minulého měsíce navštěvuje dětský kolektiv. Při příjmu na oddělení byla Monika spavá, tento stav přetrvával ještě první dva dny hospitalizace.

Vhodné oblečení, oblékání a svlékání - je oblékána dle svého věku a stavu. V oblékání pomáhá matce. V průběhu hospitalizace byla Monika oblékána do bavlněného oblečení, které bylo dobře savé.

Udržování tělesné teploty - Monika má třetí den febrilie, které dobře reagují na antipyretickou léčbu. Při příjmu na oddělení je Monika subfebrilní. V prvních dvou dnech hospitalizace je stále febrilní, byly ji podávána antipyretika dle ordinace lékaře. Třetí den hospitalizace byla pouze subfebrilní, další dny hospitalizace měla již normální hodnoty teploty.

Udržování tělesné hygieny, upravenost zevnějšku, ochrana pokožky –myje se s dopomocí, dvakrát denně si čistí zoubky. Pokožku má čistou. U Moniky se zatím neprojeví žádné alergie. Ojediněle má v oblasti lýtek drobné hematomy. Na levé paži má drobnou jizvu po očkování.

Vyvarování se nebezpečí z okolí a zabránění zranění jiných - Rodina dodržuje všechny aspekty bezpečnosti dítěte v domácnosti. Ve věku 5 měsíců byla hospitalizována na oddělení kojenců a batolat po pádu z postele.

Komunikace s okolím, vyjádření emocí, potřeb, obav a názorů – Monika mluví ve větách. Na diskomfort reaguje pláčem. Při přijetí na oddělení byla negativistická, tento stav se postupně měnil a Monika postupně začala komunikovat s ošetřujícím personálem.

Vyznání vlastní víry - Rodina dítěte je bez vyznání. V žebříčku hodnot má rodina na prvním místě zdraví dětí.

Práce na něčem, co je smysluplné a dává uspokojení z výsledků práce - Monika se účastní dětských her v mateřské školce. V nemocnici měli sebou vlastní hračky, jednalo se o kostky a plyšové hračky. Po odeznění teplot mohla navštěvovat hernu.

Hry nebo účast v různých formách rekreace - Monika začala navštěvovat dětský kolektiv, na několik hodin týdně navštěvuje s matkou mateřskou školku. Několikrát byla také s matkou plavat v krytém bazénu. Chodí na pravidelné vycházky.

Při hospitalizaci byla z počátku apatická, později si hrála na pokoji s matkou, nebo navštěvovali hernu.

Učit se, objevovat nebo uspokojovat zvědavost, která vede k normálnímu vývoji osobnosti a zdraví - Monika komunikuje s okolím, povídá ve větách. Hraje si hračkami, je zvědavá. Nepoužívá žádné kompenzační pomůcky. Psychomotorický vývoj Moniky odpovídá věku dítěte.

4.1.1.1 Tabulka 1 – uspokojení potře dítěte z kasuistiky 1 po dobu 1 týdne

	1.den	2.den	3.den	4.den	5.den	6.den	7.den	Medián
Dýchání	5	5	5	5	5	5	5	5
Potrava a tekutiny	1	1	2	3	5	5	5	3
Vylučování	1	3	3	4	5	5	5	4
Pohyb	1	1	3	3	4	5	5	4
Spánek	3	4	4	5	5	5	5	5
Oblékání	3	3	3	4	5	5	5	4
Tělesné teplota	1	1	2	2	4	5	5	2
Hygiena	2	3	3	3	4	4	5	3
Odstraňování rizik	5	5	5	5	5	5	5	5
Komunikace	1	1	3	4	5	5	5	4
Víra	5	5	5	5	5	5	5	5
Smysluplná práce	5	5	5	5	5	5	5	5
Hra	3	3	3	4	5	5	5	4
Učení	3	3	4	4	5	5	5	4

Tato tabulka nám popisuje vývoj jednotlivých potřeb dítěte během hospitalizace na oddělení kojenců a batolat. U potřeby potrava a tekutiny vidíme postupné zlepšení, první dva dny hospitalizace vidíme nejnižší hodnotu naší škály, ale postupně dochází ke zlepšení a poslední 3 dny hospitalizace už i tuto potřebu hodnotíme nejvyšší hodnotu z naší stupnice. Obdobný vývoj můžeme sledovat u potřeb vylučování, pohyb, tělesná teplota, hygiena a komunikace. Spánek, oblékání, hra a učení jsou potřeby které také potřebují naší intervenci, neboť jejich hodnoty byly na stupni 3, ale postupně také dochází k postupnému zlepšení. Potřeby dýchání, odstraňování rizik, víra a smysluplná práce během hospitalizace naší intervenci nepotřebovali. Medián každé potřeby je zanesen do souhrnné tabulky.

4.1.2 Kasuistika 2.

Na oddělení kojenců a batolat byla přijata Anna narozená 23. 9. 2007. Hospitalizována byla s maminkou. Na oddělení kojenců a batolat byla přijata s diagnózou Bronchitis acuta.

Normální dýchání – Anna měla při přijetí na oddělení kojenců zrychlenou dechovou frekvenci, saturace byla 94%. Při přijetí měla dráždivý kašel a seriózní rýmu. Po přijetí na oddělení byla uložena do zvýšené polohy, byla ji podávána inhalace bronchodilatancí a expektorancí. Anička byla uložena u nebulizátoru. Maminka byla zacvičena v dechové rehabilitaci.

Adekvátní strava a pití - Anna byla 2 měsíce kojena, od třetího měsíce byla Anna převedena na umělou formuli, jednalo se o Sunar baby, kterou tolerovala. Pije okolo 150 ml na dávku 6 x denně. U Aničky zatím nebyly prokázány žádné potravinové alergie. Při příjmu na oddělení Anna pila menší dávky, ale častěji. Proto nebylo nutné zavádět periferní žilní kanylu a podávat infúzní terapii.

Vylučování - Anna močí dostatečně i při příjmu. Vzhledem ke svému věku používá jednorázové plenky. Stolicí má 3 – 4 x denně žluté barvy, kašovité konzistence. V průběhu onemocnění a hospitalizace nedošlo ke změně.

Pohyb a udržování tělesné polohy – motorický vývoj odpovídá věku dítě. Anička se přetáčí a sedí s oporou. Má normální denní režim, denně chodí na vycházku. Při hospitalizaci se neobjevily žádné pohybové problémy.

Spánek a odpočinek - Anna má normální denní režim. Na začátku hospitalizace se v noci budila při kašli. Tento stav se pozvolna upravoval.

Vhodné oblečení, oblékání a svlékání - Anna je oblékána dle svého věku a stavu. Při hospitalizaci se neobjevil žádný problém.

Udržování tělesné teploty - Anna má druhý den febrilie, které dobře reagují na antipyretickou léčbu. Při příjmu na oddělení má Anna normální teplotu. V prvních dvou dnech hospitalizace je již subfebrilní. Další dny hospitalizace má již fyziologické hodnoty tělesné teploty.

Udržování tělesné hygieny, upravenost zevnějšku, ochrana pokožky – je každý večer koupána, včetně mytí vlásků. Maminka Anny používá dětskou kosmetiku.

Vyvarování se nebezpečí z okolí a zabránění zranění jiných - Rodina dodržuje všechny aspekty bezpečnosti dítěte v domácnosti.

Komunikace s okolím, vyjádření emocí, potřeb, obav a názorů – Na diskomfort reaguje pláčem. Při hospitalizaci se neprojevila žádná porucha komunikace.

Vyznání vlastní víry - Rodina dítěte je bez vyznání. V žebříčku hodnot má rodina na prvním místě zdraví dětí.

Práce na něčem, co je smysluplné a dává uspokojení z výsledků práce - Psychomotorický vývoj Anny odpovídá jejímu věku.

Hry nebo účast v různých formách rekreace - Anna navštěvuje pravidelně s maminkou plavání. Z povahy onemocnění byly Aničce zapůjčeny hračky na pokoj, protože nemohla navštěvovat hernu.

Učit se, objevovat nebo uspokojovat zvědavost, která vede k normálnímu vývoji osobnosti a zdraví – Psychomotorický vývoj odpovídá věku dítěte.

4.1.2.1 Tabulka 2 - uspokojení potře dítěte z kasuistiky 2 po dobu 1 týdne

	1.den	2.den	3.den	4.den	5.den	6.den	7.den	Medián
Dýchání	2	2	3	3	3	4	5	3
Potrava a tekutiny	4	4	4	5	5	5	5	5
Vylučování	5	5	5	5	5	5	5	5
Pohyb	4	4	5	5	5	5	5	5
Spánek	3	3	4	4	4	5	5	4
Oblékání	5	5	5	5	5	5	5	5
Tělesné teplota	2	2	3	4	4	5	5	4
Hygiena	5	5	5	5	5	5	5	5
Odstraňování rizik	5	5	5	5	5	5	5	5
Komunikace	5	5	5	5	5	5	5	5
Víra	5	5	5	5	5	5	5	5
Smysluplná práce	5	5	5	5	5	5	5	5
Hra	5	5	5	5	5	5	5	5
Učení	5	5	5	5	5	5	5	5

Uspokojované potřeby se během hospitalizace lišily. U potřeby dýchání vidíme postupné zlepšení, kdy na začátku hospitalizace byla tato potřeba hodnocena dvojkou. Ošetrovatelskou péčí se postupně zlepšovala až na hodnotu 5. obdobný vývoj měla i potřeba spánku a tělesné teploty. U potřeby pohyb dochází k rychlému zlepšení. Ostatní potřeby nepotřebovaly naší intervenci. Medián každé potřeby je zanesen do souhrnné tabulky.

4.1.3 Kasuistika 3

Na oddělení kojenců a batolat byla přijata Lenka narozená 14. 2. 2007. Hospitalizována byla ve věku 3 týdnů s maminkou. Na oddělení kojenců a batolat byla přijata s diagnózou Enteritis acuta.

Normální dýchání – Lenka měla při přijetí na oddělení kojenců normální dechovou frekvenci, saturace byla 99%. Při přijetí neměla rýmu ani kašel. V průběhu hospitalizace na oddělení kojenců a batolat neměla dechové problémy.

Adekvátní strava a pití – Lenka byla plně kojena. Před přijetím na oddělení Lenka zvracela, byla neklidná. Po přijetí bylo nutné zavést periferní žilní kanylu a podávat infuzní terapii. Byla nutná dietní opatření, alternativně byl Lence podáván dietní roztok Kulíšek, který tolerovala. Postupně bylo k tomuto roztoku přidáváno mateřské mléko. Lenka byla při propuštění plně kojena. Nebyla prokázána potravinová alergie.

Vylučování – Při příjmu Lenka močí málo, má opakovaně zelené hlenové stolice. Po zavedení dietního režimu, se stolice mění ve žluté kašovité a jejich frekvence se snižuje. Po zavedení infuzní terapie se normalizuje i diuréza.

Pohyb a udržování tělesné polohy – Motorický vývoj odpovídá věku dítěte. U Lenky se na začátku hospitalizace objevují kolikovitě bolesti, které vymizely po dietním opatření.

Spánek a odpočinek – Lenka byla velmi neklidná, spánek byl narušován kolikovitými bolestmi břicha. Vyhledávala plevovou polohu. Po zavedení diety došlo k pozvolnému zlepšení spánku.

Vhodné oblečení, oblékání a svlékání – Lenka je oblékána dle svého věku a stavu.

Udržování tělesné teploty - Lenka má při příjmu i během hospitalizace normální tělesnou teplotu.

Udržování tělesné hygieny, upravenost zevnějšku, ochrana pokožky – Lenka je pravidelně koupána. Během hospitalizace je nutná zvýšená hygiena zadečku Lenky, neboť hrozila opruzení z důvodu průjmových stolic.

Vyvarování se nebezpečí z okolí a zabránění zranění jiných - Rodina dodržuje všechny aspekty bezpečnosti dítěte v domácnosti.

Komunikace s okolím, vyjádření emocí, potřeb, obav a názorů – Na diskomfort reaguje pláčem.

Vyznání vlastní víry - Rodina dítěte je bez vyznání. V žebříčku hodnot má rodina na prvním místě zdraví dětí.

Práce na něčem, co je smysluplné a dává uspokojení z výsledků práce - Psychomotorický vývoj Lenky odpovídá jejímu věku.

Hry nebo účast v různých formách rekreace - Nelze hodnotit vzhledem k věku dítěte.

Učit se, objevovat nebo uspokojovat zvědavost, která vede k normálnímu vývoji osobnosti a zdraví – Psychomotorický vývoj odpovídá věku dítěte.

4.1.3.1 Tabulka 3- uspokojení potře dítěte z kasuistiky 3 po dobu 1 týdne

	1.den	2.den	3.den	4.den	5.den	6.den	7.den	Medián
Dýchání	5	5	5	5	5	5	5	5
Potrava a tekutiny	1	1	2	2	3	4	5	2
Vylučování	2	2	3	4	4	5	5	4
Pohyb	4	4	5	5	5	5	5	5
Spánek	2	2	3	3	4	5	5	3
Oblékání	3	3	4	4	5	5	5	4
Tělesná teplota	5	5	5	5	5	5	5	5
Hygiena	3	3	4	4	4	5	5	4
Odstraňování rizik	5	5	5	5	5	5	5	5
Komunikace	5	5	5	5	5	5	5	5
Víra	5	5	5	5	5	5	5	5
Smysluplná práce	5	5	5	5	5	5	5	5
Hra	5	5	5	5	5	5	5	5
Učení	5	5	5	5	5	5	5	5

Tabulka nám popisuje vývoj jednotlivých potřeb během hospitalizace u dítěte s dg. Enteritid acuta. Můžeme vidět potřeby, které potřebují naší intervenci. Jedná se o potřeby potravy a tekutin, vylučování a spánku. U potřeby oblékání byla snižená hodnota v souvislosti se zavedením periferní žilní kanyla, kdy maminka potřebovala pomoci při svlékání a oblékání dítěte. Snižená hodnota byla i u potřeby hygiena, z důvodu průjemovitých stolic. Zbývající potřeby nepotřebovaly naší intervenci. Medián každé potřeby je zanesen do souhrnné tabulky.

4.1.4 Kasuistika 4

Na oddělení kojenců a batolat byl Jan narozený 11.6. 2007. Byl hospitalizován s matkou. Byl přijat s diagnózou pararektální absces.

Normální dýchání – Jan měl při přijetí na oddělení kojenců normální dechovou frekvenci, saturace byla 98%. Při přijetí neměl rýmu ani kašel. V průběhu hospitalizace na oddělení kojenců a batolat se u Jana neobjevily dechové problémy.

Adekvátní strava a pití – Jan byl 6 měsíců plně kojen, od 6 měsíce je kojen a dostává příkrmy, které toleruje. Zatím se neprojevíly potravinové alergie. Janovi byla zavedena periferní žilní kanyla k podávání antibiotik a k podávání infuzní terapie po narkóze.

Vylučování – U Jana se zatím neprojevíly problémy s močením, diuréza je dostatečná. Stolice je několikrát denně, kašovitě konzistence. V průběhu hospitalizace se u Jana objevila řídkší stolice v souvislosti s podáváním antibiotik. Stolice se upravila po podání Nutrolinu B.

Pohyb a udržování tělesné polohy – Janův motorický vývoj odpovídá věku dítě. Od sedmi měsíců sedí, nyní leze. Má normální denní režim, denně chodí na vycházku. V průběhu hospitalizace nedošlo u Jana k omezení pohybu.

Spánek a odpočinek – Jan má normální denní režim, do postýlky je ukládána okolo 20 hodiny a vstává okolo 7 hodiny ráno. Chodí na pravidelné procházky do přírody, několikrát byly plavat v krytém bazénu. Ze začátku hospitalizace se budil při aplikaci antibiotik, ale došlo k nápravě

Vhodné oblečení, oblékání a svlékání – Jan je oblékána dle svého věku a stavu. Při oblékání dítěte, maminka potřeboval pomoci v souvislosti se zavedenou periferní žilní kanylou.

Udržování tělesné teploty - Jan při příjmu na oddělení kojenců a batolat měl normální tělesnou teplotu. V průběhu hospitalizace se u Jan objevily jednou subfebrílie, jako reakce na narkózu.

Udržování tělesné hygieny, upravenost zevnějšku, ochrana pokožky – Jan se myje s dopomocí. Pokožku má čistou. U Jana se zatím neprojevíly žádné alergie. Ojedíněle má v oblasti lýtek drobné hematomy. Na levé paži má drobnou jizvu

po očkování. Byla nutná zvýšená hygiena v oblasti zadečku, kde se několikrát denně měnilo krytí rány.

Vyvarování se nebezpečí z okolí a zabránění zranění jiných - Rodina dodržuje všechny aspekty bezpečnosti dítěte v domácnosti.

Komunikace s okolím, vyjádření emocí, potřeb, obav a názorů – Jan si brouká a žvatlá. Na diskomfort reaguje pláčem.

Vyznání vlastní víry - Rodina dítěte je bez vyznání. V žebříčku hodnot má rodina na prvním místě zdraví dětí.

Práce na něčem, co je smysluplné a dává uspokojení z výsledků práce – Zatím nehodnotitelná část u dítěte této věkové skupiny.

Hry nebo účast v různých formách rekreace - Několikrát byla také s matkou plavat v krytém bazénu. Chodí na pravidelné vycházky. Při hospitalizaci si hraje s chraстítky a s hračkami donesenými z domova.

Učit se, objevovat nebo uspokojovat zvědavost, která vede k normálnímu vývoji osobnosti a zdraví - Hraje si s hračkami, je zvědaví. Nepoužívá žádné kompenzační pomůcky. Psychomotorický vývoj Jana odpovídá věku dítěte.

4.1.4.1 Tabulka 4- uspokojení potře dítěte z kasuistiky 4 po dobu 1 týdne

	1.den	2.den	3.den	4.den	5.den	6.den	7.den	Medián
Dýchání	5	5	5	5	5	5	5	5
Potrava a tekutiny	5	4	4	4	5	5	5	5
Vylučování	4	4	4	4	5	5	5	4
Pohyb	5	4	4	4	4	5	5	4
Spánek	5	4	4	5	5	5	5	5
Oblékání	4	4	4	4	5	5	5	4
Tělesná teplota	5	5	5	5	4	5	5	5
Hygiena	4	3	3	3	4	4	5	4
Odstraňování rizik	5	5	5	5	5	5	5	5
Komunikace	5	5	5	5	5	5	5	5
Víra	5	5	5	5	5	5	5	5
Smysluplná práce	5	5	5	5	5	5	5	5
Hra	5	5	5	5	5	5	5	5
Učení	5	5	5	5	5	5	5	5

Tabulka nám popisuje vývoj jednotlivých potřeb během hospitalizace. Můžeme vidět, že potřeby vylučování, pohyb, oblékání a hygiena potřebovaly intervence. V tabulce můžeme vidět, že šlo jenom o lehce snížené hodnoty, které se většinou do poloviny hospitalizace upravily. Ostatní potřeby nepotřebovaly naše intervence. Medián každé potřeby je zanesen do souhrnné tabulky.

4.2 Kasuistiky dle modelu M. Gordonové

4.2.1 Kasuistika 5

Na oddělení kojenců a batolat byla přijata Daniela narozena 17.4.2006. Byla hospitalizována s matkou. Byla diagnostikována Pneumonia l. sin., třetí den hospitalizace se u Daniely objevila gastroenteritida virového původu.

Podpora zdraví - Daniela je z prvního fyziologického těhotenství, jehož průběh byl bez komplikací. Porod proběhl v termínu, spontánně a záhlavím. Porodní hmotnost 3550 gramů a délka 51 centimetrů. Poporodní adaptace byla dobrá, nebyla křížena. Holčička je očkována podle očkovacího kalendáře, dodržuje pravidelné preventivní prohlídky. Prodělala 2x gastroenteritidu, v obou případech byla hospitalizována. Není dispenzarizována v žádné odborné ordinaci. Nyní je hospitalizována na oddělení kojenců a batolat s dg. Pneumonia, je hospitalizována s matkou. U Daniely již tři dny trvají febrilní teploty, odmítá stravu, ale tekutiny pije. Již několik dní pokašlává, jedná se o suchý kašel. Byly ji nasazeny intravenózní antibiotika Rovamicin, který se dle citlivosti změnil na penicilin. Daniela měla inhalace mukolitik a bronchodilatancii a dále užívala antipyretika dle ordinace lékaře. Příjmové hodnoty: hmotnost : 11 940g, výška : 90cm.

Výživa - Daniela byla první tři měsíce života plně kojena, poté ji byla podávána umělá formule Sunar baby. Od šestého měsíce jí začaly být podávány ovocné a zeleninové příkrmy. Dnes má batolecí stravu (dieta č. 12) a 2x denně pije Sunar III. Zatím u ní nebyly prokázány žádné potravinové alergie. Pije okolo 1 litru tekutin denně, převážně dětský čaj. Při příjmu byla Daniele zavedena periferní žilní kanyla a podávány krystaloidy. Třetí den hospitalizace se u Daniely objevil průjem a zvracení. Měla dietu, která se skládala z čaje slazeného glukopurem nebo ORS roztoku, banánu, piškotů. Po dvou dnech se stav upravil a Daniela měla opět normální stravu.

Vylučování - Daniela až do nemoci močila dostatečně, ale nyní matka pozoruje nedostatečné močení. Stolicí má pravidelně 1 x denně, bez příměsí a normální konzistence. Projímadla neužívá. Daniela zatím používá jednorázové plenky, nočník

zatím nepoužívá. Třetí den hospitalizace se objevily průjemové stolice. Stolice byly vodnaté. Po dietním opatření došlo k úpravě stolic.

Aktivita, odpočinek - Motorický vývoj odpovídá věku dítě. Již sama chodí. Dítě má normální denní režim, denně chodí na vycházku. Několikrát navštívili plavecký bazén. Nyní se cítí unavena, je spavější. Po odeznění teplot se pohybová aktivita Daniely zlepšila.

Vnímání, poznávání - Daniela komunikuje s okolím, povídá slova. Hraje si hračkami, je zvědavá. Nepoužívá žádné kompenzační pomůcky. Při příjmu a v prvních hospitalizace byla negativistická.

Vnímání sebe sama - Nyní se cítí unavená a spavá.

Vztahy - Rodina bydlí v bytě v panelovém domě. Daniela je zatím jedináček, ale plánují další dítě. Dítě navštěvují pouze prarodiče a blízcí příbuzní. Chodí do přírody a navštěvuje dětské hřiště a plavecký bazén v místě bydliště.

Sexualita - Zatím nehodnotitelná oblast u Daniely.

Zvládání zátěže, odolnost vůči stresu - Na diskomfort reaguje pláčem.

Životní principy - Rodina dítěte je bez vyznání. V žebříčku hodnot má rodina na prvním místě zdraví.

Bezpečnost, ochrana - Rodina dodržuje všechny aspekty bezpečnosti dítěte v domácnosti. Daniela zatím neměla žádný úraz.

Komfort - Nyní je Daniela plačtivá, neklidná. V průběhu hospitalizace dochází ke zlepšení.

Růst a vývoj - Psychomotorický vývoj odpovídá věku dítěte. Pravidelně navštěvují pediatrického lékaře.

4.2.1.1 Tabulka 5 - uspokojení potře dítěte z kasuistiky 5 po dobu 1 týdne

	1.den	2.den	3.den	4.den	5.den	6.den	7.den	Medián
Dýchání	1	1	2	3	4	4	5	3
Potrava a tekutiny	2	3	3	1	1	4	4	3
Vylučování	2	2	3	3	4	4	5	3
Pohyb	2	2	3	3	4	4	5	3
Spánek	2	2	3	3	3	4	5	3
Oblékání	4	4	4	5	5	5	5	5
Tělesná teplota	2	2	3	3	4	5	5	3
Hygiena	3	4	3	3	4	5	5	4
Odstraňování rizik	5	5	5	5	5	5	5	5
Komunikace	3	3	4	5	5	5	5	5
Víra	5	5	5	5	5	5	5	5
Smysluplná práce	5	5	5	5	5	5	5	5
Hra	5	5	5	5	5	5	5	5
Učení	5	5	5	5	5	5	5	5

Tabulka nám popisuje vývoj jednotlivých potřeb během hospitalizace. U potřeb dýchání, potrava a tekutiny, vylučování, pohyb, spánek a tělesná teplota můžeme vidět nízké hodnoty, ale postupně dochází ke zlepšování. Dál můžeme vidět přechodné zhoršení potřeby potravy a tekutin v průběhu hospitalizace v důsledku gastroenteritidy. Snížené hodnoty vidíme i u potřeb komunikace a oblékání, u těchto potřeb vidíme zlepšení již v průběhu hospitalizace. Ostatní potřeby naši intervenci nepotřebovaly. Medián každé potřeby je zanesen do souhrnné tabulky.

4.2.2 Kasuistika 6

Na oddělení kojenců a batolat byla přijata Lucie narozena 14.3.2007. Byla hospitalizována s matkou. Byl diagnostikován pararektální absces.

Podpora zdraví – Lucie je z prvního fyziologického těhotenství, jehož průběh byl bez komplikací. Porod proběhl v termínu, spontánně a záhlavím. Porodní hmotnost 3400 gramů a délka 50 centimetrů. Poporodní adaptace byla dobrá, nebyla křížena. Holčička je očkovaná podle očkovacího kalendáře, dodržuje pravidelné preventivní prohlídky. Prožila opakované infekce horních cest dýchacích bez nutnosti hospitalizace, jednou byla hospitalizována na infekční klinice s diagnózou enteritid acuta. Není dispenzarizována v žádné odborné ordinaci. Nyní je hospitalizována na oddělení kojenců a batolat s dg. Pararektální absces, je hospitalizována s matkou. Lucie je nyní subfebrilní, odmítá stravu, ale tekutiny pije. Večer před hospitalizací byla febrilní s teplotou 39°C, při podání paralenového čípku si matka všimla zarudnutí v okolí konečníku. Praktickým lékařem byla odeslána přes chirurgickou ambulanci k hospitalizaci na oddělení kojenců a batolat. Byly jí nasazeny intravenózní antibiotika Amoksiklav, který se dle citlivosti změnil na Fortum. První ošetření abscesu bylo provedeno v celkové anestézii na operačním sále, kde byl do rány vložen rukavicový drén. další ošetřování abscesu prováděl dětský chirurg na zákrovém sálku na našem oddělení. Příjmové hodnoty: hmotnost : 12540g, výška : 85cm.

Výživa - Lucie byla prvními sedmi měsíci života plně kojena, poté jí byla podávána umělá formule Nutrilon HA. Od sedmého měsíce jí začaly být podávány ovocné a zeleninové příkrmy. Dnes má stále kojeneckou stravu, která se skládá z Nutrilonu HA, ovoce, maso-zeleninové polévky, jogurtu a nemléčné kaše. Zatím u ní nebyly prokázány žádné potravinové alergie. Pije okolo 1 litru tekutin denně, převážně dětský čaj. Při příjmu byla Lucii zavedena periferní žilní kanyla a podávány krystaloidy, protože byl naplánován chirurgický výkon v celkové anestézii. Během hospitalizace neměla Lucie problémy s příjmem potravy.

Vylučování – Lucie má dostatečnou diurézu. Stolicí má pravidelně 1 x denně, bez příměsí a normální konzistence. Projímadla neužívá. Lucie zatím používá jednorázové plenky, nočník zatím nepoužívá.

Aktivita, odpočinek - Motorický vývoj odpovídá věku dítě. Chodí s oporou. Dítě má normální denní režim, denně chodí na vycházku. Několikrát navštívili plavecký bazén. Na našem oddělení navštěvuje hernu.

Vnímání, poznávání - Lucie komunikuje s okolím, povídá jednotlivá slovíčka Hraje si hračkami, je zvědavá. Nepoužívá žádné kompenzační pomůcky.

Vnímání sebe sama – Nehodnotitelná oblast u dítěte této věkové skupiny.

Vztahy - Rodina bydlí v bytě, domácnost s nimi sdílí prarodiče. Lucie je zatím jedináček, ale plánují další dítě. Dítě navštěvují pouze blízcí příbuzní. Chodí do přírody a navštěvuje dětské hřiště a plavecký bazén v místě bydliště.

Sexualita - Zatím nehodnotitelná oblast u Lucie.

Zvládání zátěže, odolnost vůči stresu - Na diskomfort reaguje pláčem.

Životní principy - Rodina dítěte je bez vyznání. V žebříčku hodnot má rodina na prvním místě zdraví.

Bezpečnost, ochrana - Rodina dodržuje všechny aspekty bezpečnosti dítěte v domácnosti.

Komfort - Nyní je Lucie neklidná a negativistická. V průběhu hospitalizace se tento stav upravil.

Růst a vývoj - Psychomotorický vývoj odpovídá věku dítěte. Pravidelně navštěvují pediatrického lékaře.

4.2.2.1 Tabulka 6- uspokojení potře dítěte z kasuistiky 6 po dobu 1 týdne

	1.den	2.den	3.den	4.den	5.den	6.den	7.den	Medián
Dýchání	5	5	5	5	5	5	5	5
Potrava a tekutiny	3	4	4	5	5	5	5	5
Vylučování	4	4	5	5	5	5	5	5
Pohyb	4	4	4	5	5	5	5	5
Spánek	4	4	4	4	5	5	5	4
Oblékání	4	4	4	5	5	5	5	5
Tělesná teplota	5	5	5	5	5	5	5	5
Hygiena	3	3	4	4	4	5	5	4
Odstraňování rizik	5	5	5	5	5	5	5	5
Komunikace	5	5	5	5	5	5	5	5
Víra	5	5	5	5	5	5	5	5
Smysluplná práce	5	5	5	5	5	5	5	5
Hra	5	5	5	5	5	5	5	5
Učení	5	5	5	5	5	5	5	5

Tabulka nám popisuje vývoj jednotlivých potřeb dítěte během hospitalizace. Můžeme si všimnout, že hodnoty byly sníženy pouze nepatrně. Jednalo se o potřeby potravy a tekutiny, vylučování, pohyb, spánek, oblékání a hygiena. Ostatní potřeby naší intervence potřebovaly. Medián každé potřeby je zanesen do souhrnné tabulky.

4.2.3 Kasuistika 7

Na oddělení kojenců a batolat byl přijat Tomáš narozen 1.12.2007. Byl hospitalizován s matkou. Byla diagnostikována obstruktivní bronchitida.

Podpora zdraví - Tomáš je z druhého fyziologického těhotenství, jehož průběh byl bez komplikací. Porod proběhl v termínu, spontánně a záhlavím. Porodní hmotnost 2550 gramů a délka 47 centimetrů. Poporodní adaptace byla dobrá, nebyl kříšen. Tomáš je očkovan podle očkovacího kalendáře, dodržuje pravidelné preventivní prohlídky. Prodělal 1 x bronchitidu, hospitalizován nebyl. Není dispenzarizována v žádné odborné ordinaci. Nyní je hospitalizován na oddělení kojenců a batolat s diagnózou obstruktivní bronchitida. Je hospitalizována s matkou. U Tomáše již dva dny trvají febrilní teploty, odmítá stravu, a tekutiny. Podle matky i méně močí. Při příjmu byla Tomášovi zavedena periferní žilní kanyla a podávána infuzní terapie.

Výživa - Tomáš je plně kojen. Zatím není přikrmován. Při příjmu byla Tomášovi zavedena periferní žilní kanyla a podávány krystaloidy, protože nepil plné dávky. Třetí den hospitalizace Tomáš pije již plné dávky mateřského mléka.

Vylučování – Tomáš až do nemoci močil dostatečně, ale nyní matka pozoruje nedostatečné močení. Stolicí má několikrát denně, bez příměsí a kašovitě konzistence. Projímadla neužívá. Tomáš zatím používá jednorázové plenky.

Aktivita, odpočinek - Motorický vývoj odpovídá věku dítě. Dítě má normální denní režim, denně chodí na vycházku. Ze začátku hospitalizace byl spavější, ale upravilo se to.

Vnímání, poznávání – Psychomotorický vývoj Tomáše odpovídá věku dítěte.

Vnímání sebe sama – Nelze hodnotit dle věku dítěte.

Vztahy - Rodina bydlí v bytě v bytovém domě. Tomáš má sestru. Rodinu navštěvují pouze prarodiče a blízcí příbuzní. Chodí do přírody.

Sexualita - Zatím nehodnotitelná oblast u Tomáše.

Zvládání zátěže, odolnost vůči stresu - Na diskomfort reaguje pláčem.

Životní principy - Rodina dítěte je bez vyznání. V žebříčku hodnot má rodina na prvním místě zdraví.

Bezpečnost, ochrana - Rodina dodržuje všechny aspekty bezpečnosti dítěte v domácnosti. Tomáš zatím neměl žádný úraz.

Komfort - Nyní je Tomáš plačtivý, neklidný.

Růst a vývoj - Psychomotorický vývoj odpovídá věku dítěte. Pravidelně navštěvují pediatrického lékaře.

4.2.3.1 Tabulka 7- uspokojení potře dítěte z kasuistiky 7 po dobu 1 týdne

	1.den	2.den	3.den	4.den	5.den	6.den	7.den	Medián
Dýchání	1	2	2	3	3	4	5	3
Potrava a tekutiny	1	1	2	4	4	5	5	4
Vylučování	1	1	3	3	4	4	5	3
Pohyb	3	3	3	4	4	4	5	4
Spánek	3	3	3	3	4	4	5	3
Oblékání	3	3	3	4	4	4	5	4
Tělesná teplota	1	1	2	3	3	4	5	3
Hygiena	1	1	3	3	3	4	4	3
Odstraňování rizik	5	5	5	5	5	5	5	5
Komunikace	5	5	5	5	5	5	5	5
Víra	5	5	5	5	5	5	5	5
Smysluplná práce	5	5	5	5	5	5	5	5
Hra	5	5	5	5	5	5	5	5
Učení	5	5	5	5	5	5	5	5

V tabulce můžeme vidět hodnoty jednotlivých funkcí během hospitalizace. U potřeb dýchání, potrava a tekutiny, vylučování, tělesná teplota a hygiena můžeme vidět nejnižší hodnoty a jejich pozvolné zlepšování během hospitalizace. Potřeby pohyb, spánek a oblékání byly sníženy pouze na střední hodnotu. Ostatní potřeby nepotřebovaly naše intervence. Medián každé potřeby je zanesen do souhrnné tabulky.

4.2.4 Kasuistika 8

Na oddělení kojenců a batolat byla přijata Jana narozena 1.4.2007. Byla hospitalizována s matkou. Byla přijata na oddělení k vyšetření z důvodu neprospívání.

Podpora zdraví - Jana je z druhého fyziologického těhotenství, jehož průběh byl bez komplikací. Porod proběhl v termínu, spontánně a záhlavím. Porodní hmotnost 3310 gramů a délka 49 centimetrů. Poporodní adaptace byla dobrá, nebyla kříšena. Holčička je očkovaná podle očkovacího kalendáře, dodržuje pravidelné preventivní prohlídky. Prodělala 2x gastroenteritidu, v obou případech byla hospitalizována na infekční klinice. Není dispenzarizována v žádné odborné ordinaci. Nyní je hospitalizována na oddělení kojenců a batolat z důvodu neprospívání, je hospitalizována s matkou. Příjmové hodnoty: hmotnost : 7 940g, výška : 70 cm.

Výživa - Jana byla dosud kojena. Od šestého měsíce jí začaly být podávány ovocné a zeleninové příkrmy. Zatím u ní nebyly prokázány žádné potravinové alergie. Pije okolo 0,5 litru tekutin denně, převážně dětský čaj. Při příjmu byla kontaktována nutriční terapeutka, která s maminkou probrala stravu dítěte. Jana v průběhu hospitalizace prodělala vyšetření, které prokázalo alergii na kravské mléko. Podle toho byla Janě upravena strava.

Vylučování – Jana má dostatečnou diurézu. Stolicí má pravidelně 1 x denně, bez příměsí a normální konzistence. Projímadla neužívá. Zatím používá jednorázové plenky, nočník zatím nepoužívá. Janě byl proveden expoziční test, po které se objevily průjmovité stolice.

Aktivita, odpočinek - Motorický vývoj odpovídá věku dítě. Již sama chodí. Dítě má normální denní režim, denně chodí na vycházku. Několikrát navštívili plavecký bazén. Během hospitalizace chodila do herny a byly jim povoleny vycházky v parku FN Plzeň.

Vnímání, poznávání - Daniela komunikuje s okolím, povídá slova. Hraje si hračkami, je zvědavá. Nepoužívá žádné kompenzační pomůcky.

Vnímání sebe sama – Nehodnotitelné dle věku dítěte.

Vztahy - Rodina bydlí v rodinném domě. Jana má starší sestru , ale plánují další dítě. Dítě navštěvují pouze prarodiče. Chodí do přírody a navštěvuje dětské hřiště a plavecký bazén v místě bydliště.

Sexualita - Zatím nehodnotitelná oblast u Jany.

Zvládnání zátěže, odolnost vůči stresu - Na diskomfort reaguje pláčem.

Životní principy - Rodina dítěte je bez vyznání. V žebříčku hodnot má rodina na prvním místě zdraví.

Bezpečnost, ochrana - Rodina dodržuje všechny aspekty bezpečnosti dítěte v domácnosti.

Komfort - Nyní je Jana klidná, hraje si s hračkami.

Růst a vývoj - Psychomotorický vývoj odpovídá věku dítěte. Pravidelně navštěvují pediatrického lékaře.

4.2.4.1 Tabulka 8- uspokojení potře dítěte z kasuistiky 8 po dobu 1 týdne

	1.den	2.den	3.den	4.den	5.den	6.den	7.den	Medián
Dýchání	5	5	5	5	5	5	5	5
Potrava a tekutiny	3	3	2	2	3	4	4	3
Vylučování	4	3	2	3	4	4	5	4
Pohyb	5	5	5	5	5	5	5	5
Spánek	5	5	5	5	5	5	5	5
Oblékání	5	5	5	5	5	5	5	5
Tělesná teplota	5	5	5	5	5	5	5	5
Hygiena	5	5	4	4	5	5	5	5
Odstraňování rizik	5	5	5	5	5	5	5	5
Komunikace	5	5	5	5	5	5	5	5
Víra	5	5	5	5	5	5	5	5
Smysluplná práce	5	5	5	5	5	5	5	5
Hra	5	5	5	5	5	5	5	5
Učení	5	5	5	5	5	5	5	5

Tabulka nám popisuje jednotlivé potřeby během hospitalizace. Můžeme vidět, že intervenci potřebovaly pouze potřeby potrava a tekutiny, vylučování. Přechodně během hospitalizace došlo ke snížení hodnoty u hygieny v souvislosti s průměrem. Ostatní potřeby naší intervenci nepotřebovaly. Medián každé potřeby je zanesen do souhrnné tabulky.

4.3 Souhrnná tabulka

Podle V. Hendersonové

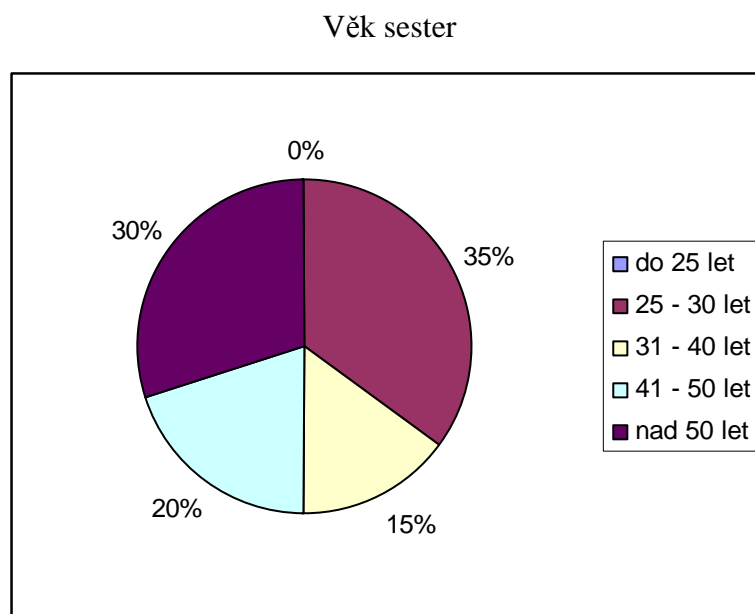
Podle M. Gordonové

	Monika	Anna	Lenka	Jan	Daniela	Lucie	Tomáš	Jana
Dýchání	5	3	5	5	3	5	3	5
Potrava a tekutiny	3	5	2	5	3	5	4	3
Vylučování	4	5	4	4	3	5	3	4
Pohyb	4	5	5	4	3	5	4	5
Spánek	5	4	3	5	3	4	3	5
Oblékání	4	5	4	4	5	5	4	4
Tělesná teplota	2	4	5	5	3	5	3	5
Hygiena	3	5	4	4	4	4	3	4
Odstraňování rizik	5	5	5	5	5	5	5	5
Komunikace	4	5	5	5	5	5	5	5
Víra	5	5	5	5	5	5	5	5
Smysluplná práce	5	5	5	5	5	5	5	5
Hra	4	5	5	5	5	5	5	5
Učení	4	5	5	5	5	5	5	5
Median	4	5	5	5	4,5	5	4,5	5

Souhrnná tabulka nám ukazuje mediány potřeb u jednotlivých pacientů během hospitalizace na oddělení kojenců a batolat. U jednotlivých pacientů jsme vypočítali medián ze všech hodnot potřeb. Výsledná hodnota by nám měla ukázat rozdíl při používání modelu V. Hendersonové a modelu M. Gordonové. Jak si můžeme všimnout rozdíl není až tak patrný. Může to být dáno krátkou hospitalizací, různými onemocněními u dětí, ale i to, že u dětí této věkové kategorie se jedná většinou o poruchu fyziologických potřeb.

4.4 Výsledky dotazníku sester

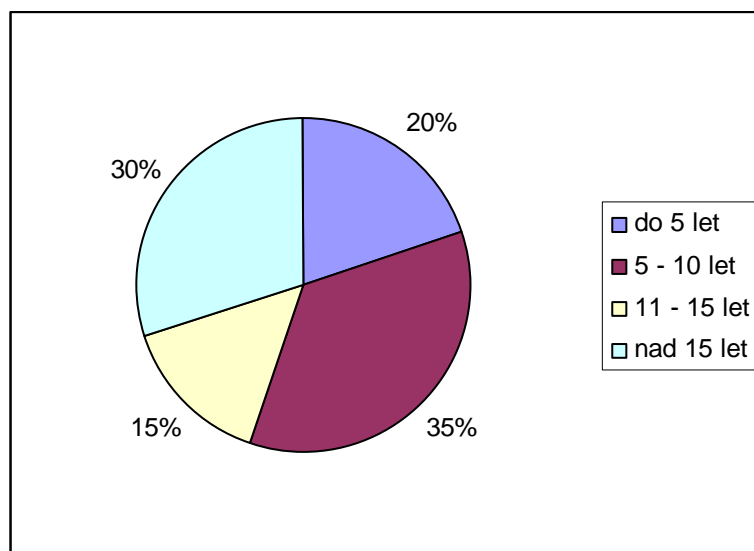
Graf 1 :



Z celkového počtu 20 (100 %) sester je zastoupeno ve věkové kategorii do 25 let 0 (0 %) sester, ve věkové kategorii 25 – 30 let je zastoupeno 7 (35 %) sester, ve věkové kategorii 31 – 40 let jsou zastoupeny 3 (15 %) sestry, ve věkové kategorii 41 -50 let jsou zastoupeny 4 (20 %) sestry a ve věkové kategorii nad 50 let je zastoupeno 6 (30 %) sester.

Graf 2 :

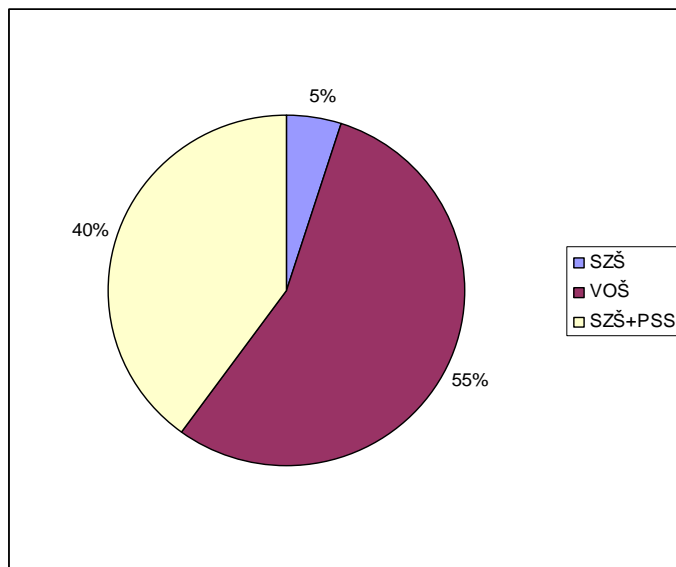
Délka praxe na oddělení kojenců a batolat



Z celkového počtu 20 (100 %) sester spadají 4 (20 %) sestry do 5 let praxe na oddělení kojenců a batolat, 7 (35 %) mezi 5-10 let praxe, 3 (15 %) sestry mezi 11-15 let praxe a 6 (30 %) nad 15 let praxe.

Graf 3 :

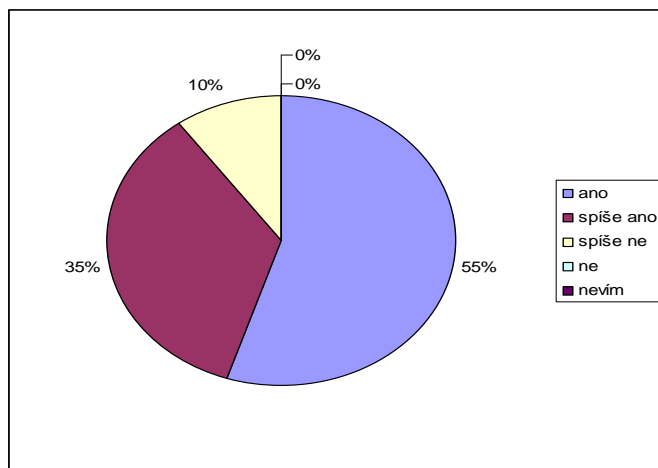
Vzdělání sester



Z dotazovaných sester má 1 (5 %) sestra pouze střední zdravotnickou školu, 11(55 %) sester má vyšší zdravotnickou školu a 8 (40 %) sester má střední zdravotnickou školu a pomaturitní specializační studium.

Graf 4 :

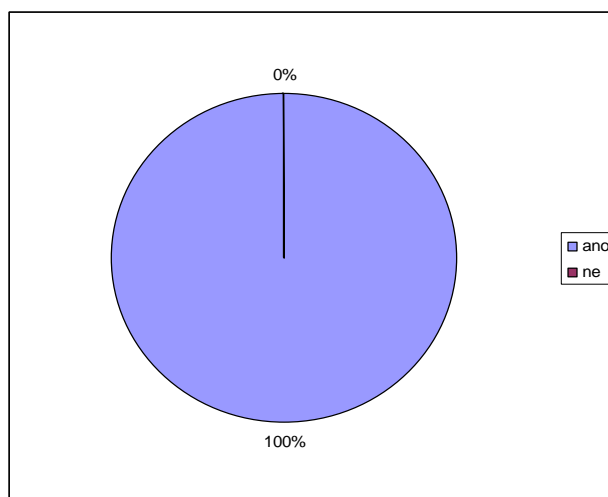
Spokojenost s dosud používanou dokumentací na oddělení



Z dotazovaných sester je 11 (55 %) sester spokojených s dokumentací používanou na oddělení, 7 (35 %) sester odpovědělo spíše ano a 2 (10 %) odpovědělo spíše ne. Odpovědi ne a nevím nikdo nevyužil.

Graf 5 :

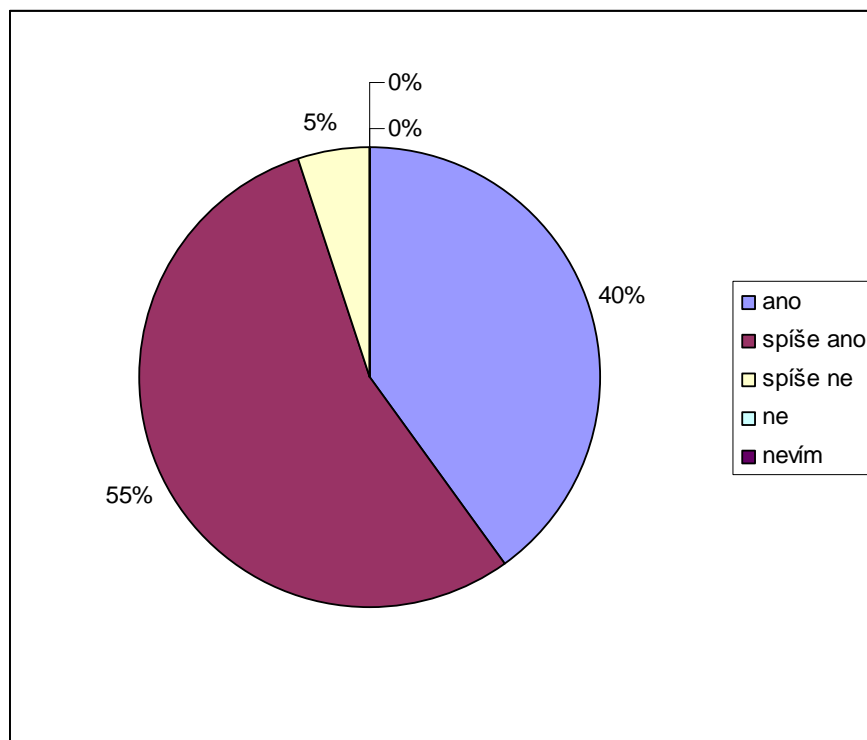
Používání metody ošetrovatelského procesu na oddělení



Všechny dotazované sestry používají metodu ošetrovatelského procesu.

Graf 6 :

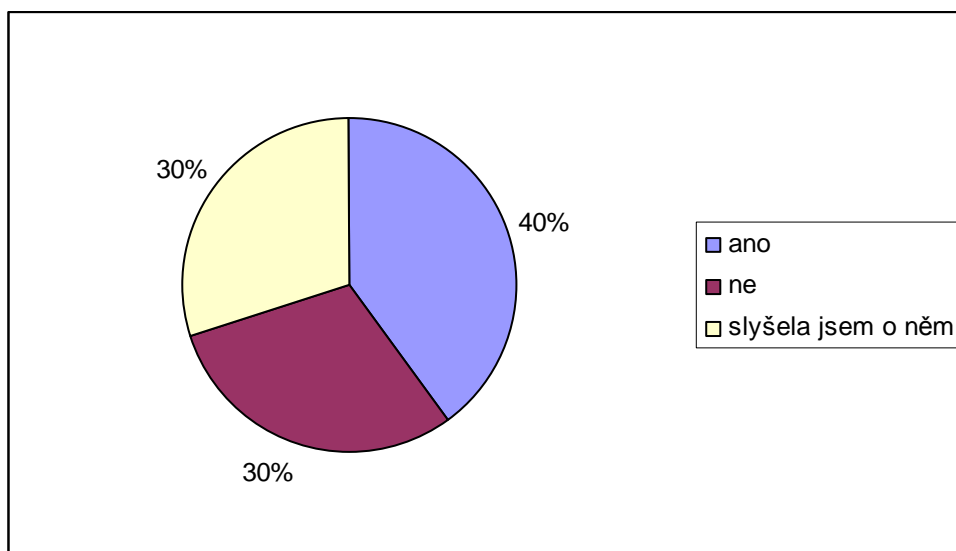
Uspokojování potřeb dítěte při používání stávající dokumentace



Na otázku, zda jsou uspokojovány potřeby dítěte stávající dokumentací odpovědělo ano 8 (40 %) sester, spíše ano 11 (55 %) sester a spíše ne 1 (5 %) setra. Odpovědi ne a nevím nikdo nevyužil.

Graf 7 :

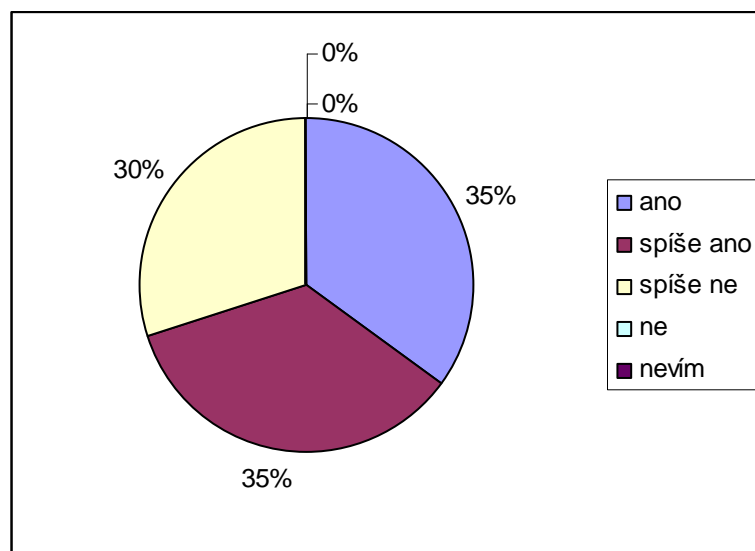
Znalost ošetrovatelského modelu V. Hendersonové



Z dotazovaných 20 (100 %) sester odpovědělo na otázku zda znají ošetrovatelský model V. Hendersonové odpovědělo 8 (40 %) sester ano, 6 (30 %) sester odpovědělo, že o ošetrovatelském modelu V. Hendersonové již slyšelo a 6 (30 %) sester odpovědělo, že tento ošetrovatelský model nezná.

Graf 8 :

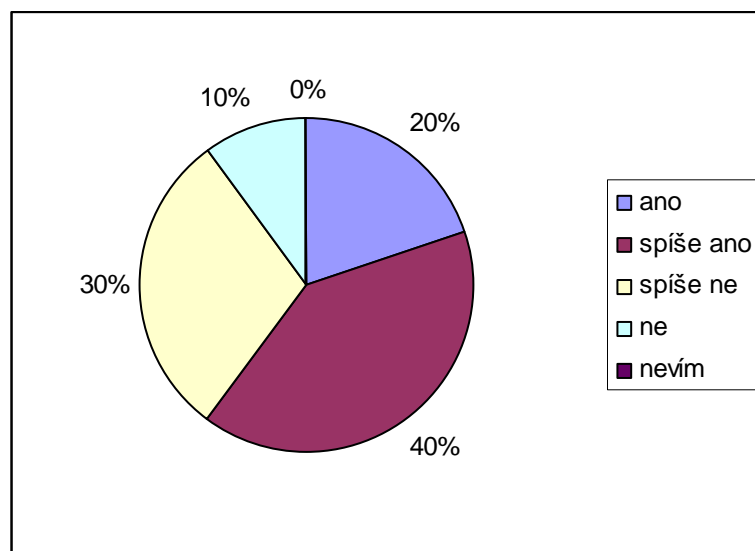
Spokojenost sester dokumentací podle modelu V. Hendersonové



Z celkového počtu 20 (100 %) sester odpovědělo, na otázku zda se Vám pracovalo dobře s dokumentací podle modelu V. Hendersonové, 7 (35 %) sester ano, 7 (35 %) sester odpovědělo spíše ano a 6 (30 %) sester odpovědělo spíše ne. Odpovědi ne a nevím nikdo z dotazovaných nevyužil.

Graf 9 :

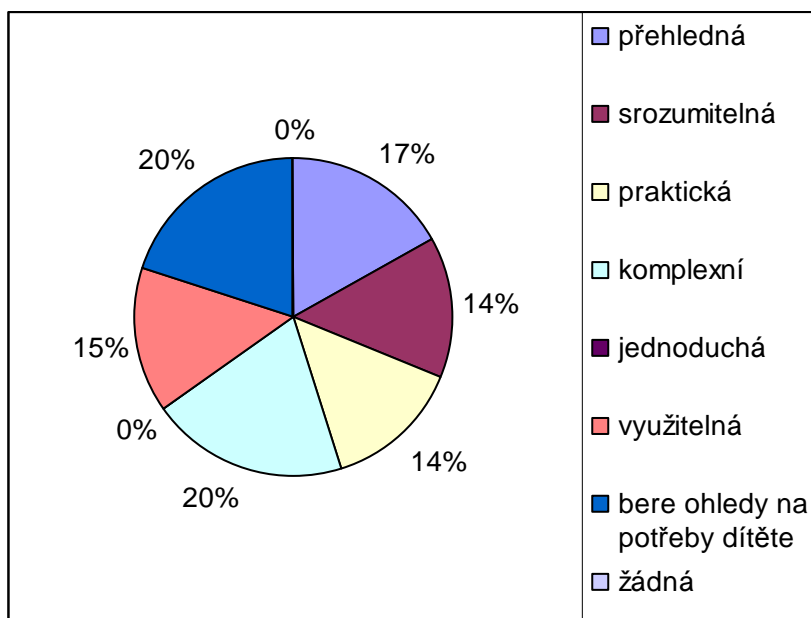
Zájem o práci s dokumentací podle modelu V. Hendersonové



Z dotazovaných 20 (100 %) sester odpovědělo na otázku, zda by chtěly i nadále pracovat s dokumentací podle modelu V. Hendersonové, odpověděly 4 (20 %) sestry ano, 8 (40 %) sester odpovědělo spíše ano, 6 (30 %) sester odpovědělo spíše ne a 2 (10 %) sestry odpověděly ne. Odpovědi nevím nikdo z dotazovaných nevyužil.

Graf 10 :

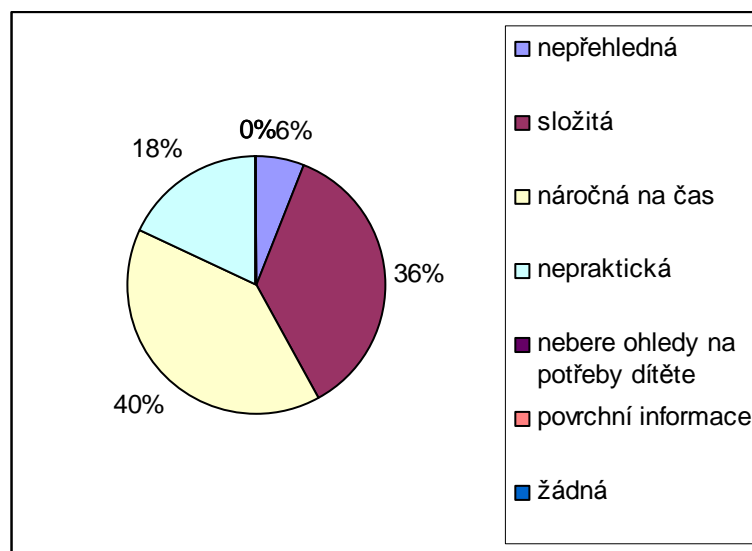
Pozitiva dokumentace podle modelu V. Hendersonové



Z dotazovaných 20 sester na otázku jaká jsou pozitiva dokumentace podle V. Hendersonové označilo 100 odpovědí (100 %). Bylo označena 17 (17%) x odpověď přehledná, 14 (14%)x srozumitelná, 14 (14%)x praktická, 20 (20%)x komplexní, 15 (15%)x využitelná a 20 (20%)x bere ohledy na potřeby dítěte. Odpovědi jednoduchá a žádná nebyly využity.

Graf 11 :

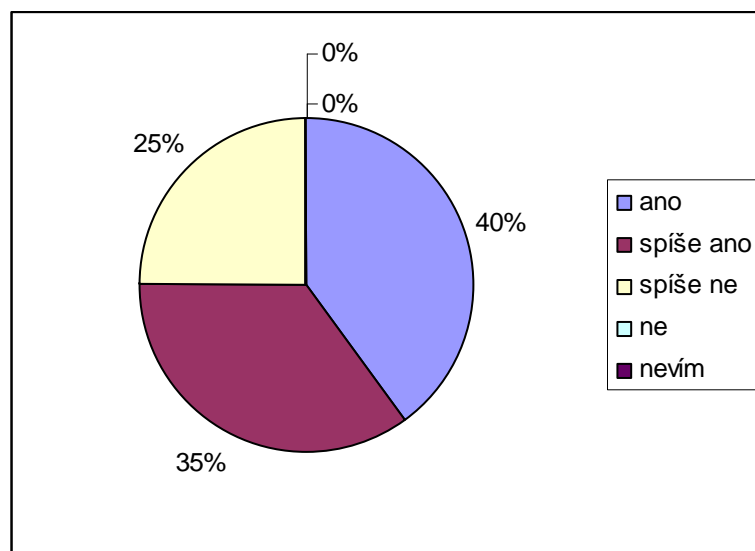
Negativa dokumentace podle modelu V.Hendersonové



Na otázku jaká jsou negativa dokumentace podle V. Hendersonové odpovídalo 20 sester z oddělení kojenců a batolat, celkem označili 50 (100 %) odpovědí . Odpověď nepřehledná byla označena 3 (6 %)x, odpověď složitá 18 (36 %)x, odpověď náročná na čas 20 (40 %)x, nepraktická 9 (18 %)x. Odpovědi povrchní informace, nebere ohledy na potřeby dítěte a žádná nebyly použity.

Graf 12 :

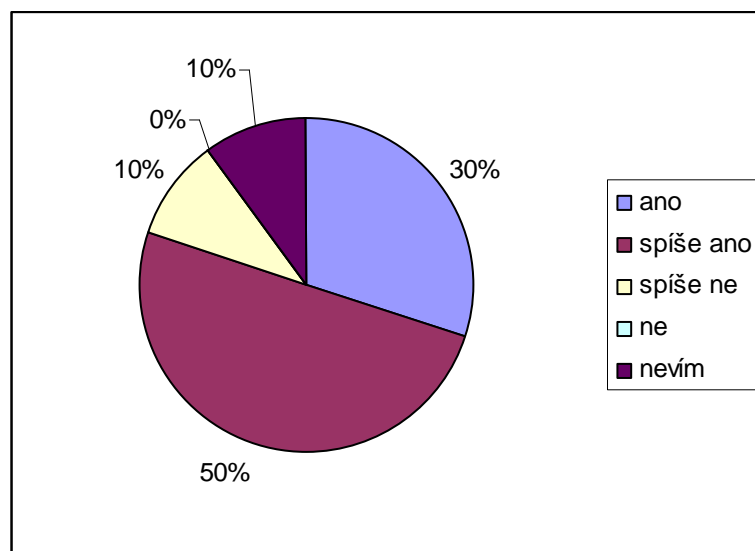
Vliv dokumentace dle V. Hendersonové na zlepšení kvality péče



Z dotazovaných 20 (100 %) sester odpověděly na otázku, zda by se zlepšila kvalita péče o dětského pacienta po zavedení dokumentace podle modelu V. Hendersonové, odpovědělo 8 (40 %) sester ano, 7 (35 %) spíše ano a 5 (25 %) spíše ne. Odpovědi ne a nevím nikdo z dotazovaných nikdo nevyužil.

Graf 13 :

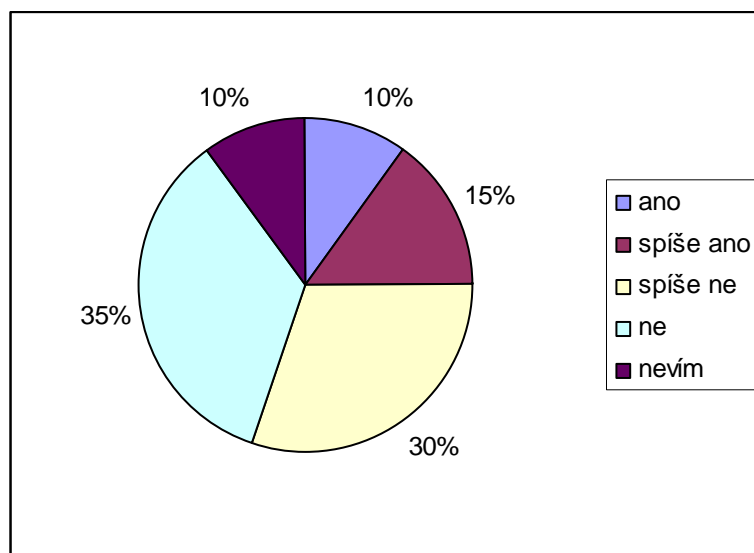
Uspokojování potřeb dítěte při používání dokumentace podle V.Hendersonové



Z dotazovaných 20 (100 %) sester odpovědělo na otázku, zda byly potřeby dítěte lépe uspokojovány při používání dokumentace podle V. Hendersonové, 6 (30 %) sester ano, 10 (50 %) sester spíše ano, 2 (10 %) sestry spíše ne a 2 (10 %) sestry nevím. Odpovědi ne nikdo z dotazovaných nepoužil.

Graf 14 :

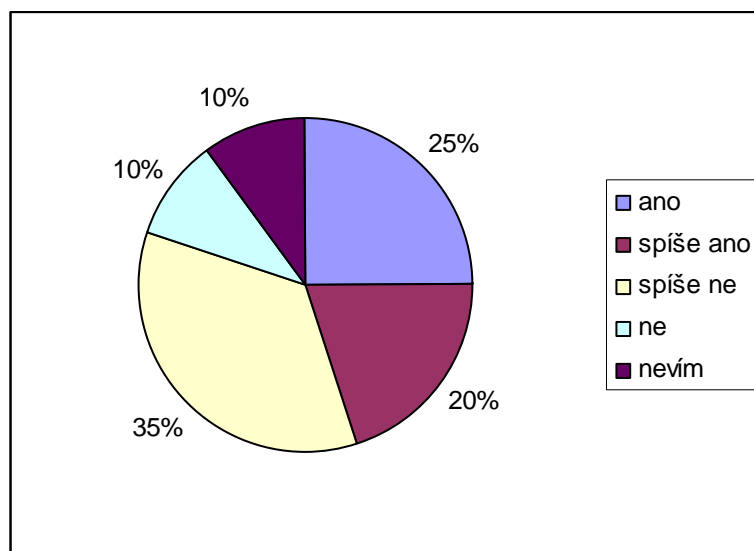
Navýšení administrativy pro sestry při používání dokumentace podle V. Hendersonové



Z dotazovaných 20 (100 %) sester odpověděly na otázku, zda došlo k navýšení administrativy pro sestry při používání dokumentace podle V. Hendersonové, 2 (10 %) sestry ano, 3 (15 %) sestry spíše ano, 6 (30 %) sester spíše ne, 7 (35 %) sester ne a 2 (10 %) sestry nevím.

Graf 15 :

Zavedení dokumentace podle modelu V. Hendersonové na oddělení kojenců a batolat



Z dotazovaných 20 (100 %) sester odpovědělo na otázku, zda by zavedli dokumentaci podle modelu V. Hendersonové na Vaše oddělení, ano 5 (25 %) sester, spíše ano 4 (20 %) sestry, spíše ne 7 (35 %) sester, ne 2 (10 %) sestry a nevím 2 (10 %) sestry.

5. DISKUSE

V bakalářské práci na téma využití ošetrovatelského modelu V. Hendersonové jsme si zvolili cíl 1, který měl zhodnotit uspokojování potřeb hospitalizovaných dětí za využití dokumentace podle modelu V. Hendersonové.

Výzkum jsme prováděli metodou kvazi experimentu na oddělení kojenců a batolat FN Plzeň. Na tomto oddělení jsou hospitalizované děti od novorozeneckého věku do věku tří let. Mohou být hospitalizované s doprovodem, kdy se může jednat o matku, otce, prarodiče či chůvu, nebo jsou hospitalizováni bez rodičů. Pro výzkum jsme vybrali 8 dětí s doprovodem matky. U čtyřech dětí jsme používali dokumentaci vytvořenou podle modelu V. Hendersonové a u čtyř dětí jsme používali stávající dokumentaci oddělení podle M. Gordonové.

K cíli 1 jsme měli stanovenou výzkumnou otázku, zda má použití dokumentace podle modelu V. Hendersonové vliv na uspokojování potřeb hospitalizovaných dětí.

U dětí jsme používali pozorovací arch (viz. Příloha 2), ve kterém jsme zaznamenávali míru uspokojování potřeb během jednotlivých dnů hospitalizace. Následně jsme pomocí funkce medián medián stanovili průměrnou hodnotu uspokojování potřeb dětí během hospitalizace. V souhrnné tabulce, kde právě máme výsledné hodnoty všech osmi dětí, můžeme vidět, že jednotlivé hodnoty se od sebe liší pouze minimálně. Je nutné zdůraznit, že u dětí těchto věkových skupin se jedná především o uspokojování základních potřeb člověka.

Podle Sedlářové () je ošetrovatelská anamnéza a její podrobné odebrání základním východiskem pro systematickou péči o dítě. Je tedy nutné ponechat si pro písemné zpracování ošetrovatelské anamnézy dostatek času.

Mastiliaková () uvádí, že ošetrovatelská péče je poskytována formou různých služeb a proto se objevila potřeba standardního ošetrovatelského modelu. V 80. letech 20 století vznikl v USA na základě výzkumu standardní ošetrovatelský model, který splňuje kritéria standardního modelu. Jedná se o model Funkčního typu zdraví jehož autorem byla Marjory Gordonová. Tento model se v 90. letech začal v různých modifikovaných podobách používat i v Evropě.

V první části výzkumu jsme pozorovaly dvě skupiny pacientů, u jedné skupiny jsme používali ošetrovatelskou dokumentaci podle modelu V. Hendersonové a u druhé skupiny jsme používali ošetrovatelskou dokumentaci podle modelu M. Gordonové.

Výzkum probíhal na oddělení kojenců a batolat FN Plzeň, toto oddělení poskytuje 31 lůžek, které můžeme rozdělit na 21 lůžek na pokojích, kde jsou děti hospitalizované společně s matkou a 10 lůžek, kde jsou hospitalizované děti bez matek. Těchto 10 lůžek je umístěno ve třech pokojích, zde jsou rodičům dovolovány návštěvy během celého dne, u dítěte tedy setrvávají přes den a odchází pouze na noc. Pokoje, kde jsou hospitalizované děti s matkami, můžeme rozdělit na jednolůžkové, dvoulůžkové, třílůžkové a jeden čtyřlůžkový.

U každého pacienta jsme sestavili kasuistiku a tabulku uspokojování potřeb dítěte, do které jsme zapisovali hodnoty z pozorovacího archu. Tabulka dítěte z kasuistiky nám popisuje vývoj jednotlivých potřeb dítěte během hospitalizace.

U dítěte z kasuistika 1 můžeme říci, že naši intervenci potřebovaly potřeby fyziologické, jednalo se o potřeby potravy a tekutin, vylučování, pohybu, tělesné teploty. U těchto potřeb docházelo k pozvolnému zlepšení. Holčičce byla příjmu zavede kanylou a podávána infuzní terapie, byly jí pována antipyretika a antibiotika. Byla jí měřena bilance tekuti. U dítěte byla nutná zvýšená hygiena z důvodu pocení a základní diagnózy.

U dítěte z kasuistiky 2 opět vidíme, že potřeby, které potřebovaly naši intervenci byly fyziologické. Patřila jsem potřeba dýchání a tělesné teploty. Po příjmu dítě bylo uložena do Fowlerovy polohy, u postýlky byla nebulizace a dítěti byly podávány inhalace dle ordinace lékaře. Matka byla zacvičena v dechové rehabilitace, kterou prováděla vždy po inhalaci expektorancii. Začali jsme odsávat horní dýchací cesty. U potřeby tělesné teploty jsme dítěti podávali antipyretika, byl sledován příjem tekutin. Kontrovali jsme tělesnou teplotu každé dvě hodiny, abychom předešli komplikacím. Postupně došlo k zlepšení u těchto potřeb.

U dítěte z kasuistiky 3 vidíme, že naši intervenci opět potřebovaly fyziologické potřeby. Jednalo se o potřeby potrava a tekutiny, vylučování a spánek. Zavedli jsme periferní kanylou, podávali jsme infuzní terapii. Holčička měla dietní

režim, podávali jsme dietní stravu alternativně. Postupně se přidávalo mateřské mléko, až byla holčička plně převedena na kojení. Byla nutná zvýšená hygiena, neboť měla průjmovitě stolice a bylo zde riziko poškození kůže v oblasti zadečku. Zpočátku měla problémy se stolicí, používali jsme rektální rourku. Po úpravě stolic již jsme nepoužívali rektální rourky. Před propuštěním domů došlo k úpravě všech potřeb, které potřebovali naší intervenci.

U dítěte z kasuistiky 4 můžeme vidět, že jednotlivé hodnoty potřeb byly lehce sníženy. V souvislosti se základní diagnózou byla nutná zvýšená hygiena v okolí řitního otvoru. Okolí operační rány bylo sprchováno a kryto sterilními čtverci. Jiné potřeby nepotřebovaly naší intervenci.

U dítěte z kasuistiky 5 byly nutná intervence u potřeb dýchání, potrava a tekutiny, vylučování, spánek a tělesná teplota. Jedná se fyziologické potřeby. Po příjmu byla zavedena periferní žilní kanyla pro antibiotika a infuzní terapii. Na pokoji bylo uloženo do Fowlerovy polohy, u postýlky byl nebulizátor, podávaly jsme inhalace a odsávaly horní cesty dýchací. Podávali jsme antipyretika a edukovali matku o častějším měření tělesné teploty. Již v průběhu hospitalizace jsme viděli zlepšení.

Tabulka dítěte z kasuistiky 6 nám popisuje vývoj jednotlivých potřeb dítěte během hospitalizace. Můžeme si všimnout, že hodnoty byly sníženy pouze nepatrně. Jednalo se o fyziologické potřeby potravy a tekutiny, vylučování, pohyb, spánek, oblékání a hygiena. Ostatní potřeby naší intervence potřebovaly.

U dítěte z kasuistiky 7 opět vidíme snížené fyziologické potřeby, které potřebovali naše intervence, šlo o potřeby dýchání, potrava a tekutiny, vylučování a tělesná teplota. Prováděli jsme stejné intervence jako u dítěte z kasuistiky 5. již v průběhu hospitalizace jsme viděli zlepšení.

U dítěte z kasuistiky 8 vidíme dvě oblasti potřeb, které potřebují naší intervenci, jedná se o potřebu potravy a tekutin a vylučování. Matka dítěte byla edukována o změně jídelníčku a došlo k nápravě i těchto potřeb.

Na hodnoty jednotlivých potřeb jsme použili funkci medián a díky ní jsme získali jednu hodnotu, ukazující uspokojování potřeb. Takto jsme postupovali u všech tabulek.

Ze získaných hodnot jsme sestavily souhrnnou tabulku, které nám ukazuje rozdíly v uspokojování potřeb podle modelu V. Hendersonové a M. Gordonové. Na základě této tabulky můžeme říci, že není velký rozdíl v uspokojování potřeb podle dokumentace V. Hendersonové a M. Gordonové. Cílem 1 bylo zhodnotit uspokojování potřeb hospitalizovaných dětí za použití vytvořené ošetřovatelské dokumentace podle modelu V. Hendersonové. Na tento cíl navazovala výzkumná otázka znějící „ Má použití ošetřovatelské dokumentace podle modelu V. Hendersonové vliv na uspokojování potřeb hospitalizovaných dětí. Můžeme říci, že má kladný vliv na uspokojování potřeb hospitalizovaných dětí. Vše začíná již sběrem dat do ošetřovatelské anamnézy, kdy si vytváříme vztah i s matkou dítěte. Matky velice kladně hodnotily naši anamnézu, neboť viděli náš zájem.

Druhá část výzkumu byla věnována ošetřovatelské dokumentaci, která byla vytvořena na základě ošetřovatelského modelu V. Hendersonové. Při navrhování dokumentace jsem se snažila, aby obsahovala všechny potřebné informace, které sestry pečující o dětské pacienty potřebují pro jejich správné ošetřování. Ke každé potřebě byla přiřazena stupnice pro hodnocení síly, vůle a vědomostí, aby sestra mohla zhodnotit, kterým potřebám se má věnovat. Při používání této dokumentace na oddělení kojenců a batolat tyto kritéria nejdu hodnotit, neboť jsme pracovaly s dětmi do tří let věku. Otázkou je, zda bychom těchto kritérií nemohly použít ve spolupráci s matkou při společné hospitalizaci.

Zajímala jsem se o názor sester pracujících na oddělení kojenců a batolat na vytvořenou dokumentaci. Odpovídaly mi sestry ve věku nad 25 let, kdy největší zastoupení bylo ve věkové kategorii 25 – 30 let a nad 50 let. 11 sester má vyšší zdravotnickou školu a 8 sester střední zdravotnickou školu a pomaturitní specializační studium. Délka jejich praxe na oddělení byla různá, mezi nejvíce zastoupeny kategorie spadala odpověď 5 – 10 let a nad 50 let praxe. Na oddělení kojenců a batolat sestry pracují metodou ošetřovatelského procesu.

Dvě otázky dotazníku pro sestry se zabývaly stávající dokumentací používanou na oddělení, spokojenost se stávající dokumentací vyjádřilo 90 % dotazovaných sester.

Druhá otázka směřovala na uspokojování potřeb dítěte při používání stávající dokumentace a i na tuto otázku většina sester odpověděla ano a spíše ano.

V dalších otázkách dotazníku pro sestry jsem se věnovala již dokumentaci vytvořené podle ošetřovatelského modelu V. Hendersonové. Nejdříve jsem se ptala na znalost ošetřovatelského modelu V. Hendersonové. Byla jsem překvapena, když mi na tuto otázku 8 sester odpověděla ano, 6 sester odpovědělo, že o tom to modelu již slyšelo a 6 odpovědělo, že tento ošetřovatelský model nezná. Pro sestry na oddělení jsem si připravila krátkou přednášku o ošetřovatelském modelu V. Hendersonové. Dále jsem se ptala na práci s dokumentací dle Hendersonové, kdy většina sester odpověděla, že jim s touto dokumentací pracovalo dobře. V budoucnosti by s takto vytvořenou dokumentací rádo pracovalo 12 sester z 20 dotazovaných, ale pouze 9 (45 %) sester by tuto dokumentaci zavedlo na oddělení kojenců a batolat.

Zjišťovala jsem i pozitiva a negativa dokumentace podle V. Hendersonové, kdy mezi pozitiva sestry zařadily přehlednost, srozumitelnost, praktičnost, komplexnost, využitelnost a že bere ohledy na potřeby dítěte. Nejčastěji volenými negativy byly složitost, náročnost na čas a nepraktičnost. Tady se projevily individuální rozdíly mezi sestrami. Každá sestra pracuje raději s jiným typem dokumentace a je tedy zřejmé, že jedna věc se nebude líbit všem sestram. Je ale nutné si uvědomit, že ošetřovatelská dokumentace je v dnešní době důležitá k dobré péči o pacienta, ale také k právní ochraně sestry.

Ptala jsem se i na zlepšení kvality péče o dětského pacienta při používání dokumentace dle V. Hendersonové a na tuto otázku mi kladně odpovědělo 15 (75 %) sester. Na ni navazovala otázka ptající se na uspokojování potřeb dítěte při používání dokumentace dle V. Hendersonové. Více než polovina sester si myslí, že potřeby dítěte byly uspokojovány lépe. 13 (65 %) sester si myslí, že při používání dokumentace dle V. Hendersonové nedošlo k navýšení administrativy.

Podle mého názoru se při používání dokumentace dle V. Hendersonové objevila časová náročnost při sběru dat do ošetřovatelské anamnézy. Na druhou stranu, lépe poznáme dítě a jeho potřeby. Tato část výzkumu měla dva cíle, na které navazovaly hypotézy. Navazující hypotéza H1: „Dětské sestry jsou spokojeny s vytvořenou

ošetřovatelskou dokumentací podle modelu V. Hendersonové „ se potvrdila. Hypotéza H2: „ Dětské sestry mají zájem o používání vytvořené ošetřovatelské dokumentace podle modelu V. Hendersonové se potvrdila.

6. ZÁVĚR

Hlavní cílem bakalářské práce bylo zjistit možnosti aplikace modelu V. Hendersonové v péči o dětského klienta .

Tato práce měla tři cíle. Cílem 1 bylo zhodnotit uspokojování potřeb hospitalizovaných dětí za použití vytvořené ošetrovatelské dokumentace podle modelu V. Hendersonové. Na tento cíl navazovala výzkumná otázka znějící „ Má použití ošetrovatelské dokumentace podle modelu V. Hendersonové vliv na uspokojování potřeb hospitalizovaných dětí. Na základě výsledku pozorování byla stanovena hypotéza H3: Při použití dokumentace podle V. Hendersonové jsou uspokojovány potřeby hospitalizovaných dětí.

Dalším cíli této bakalářské práce bylo zjistit spokojenost sester s vytvořenou dokumentací podle modelu V. Hendersonové a její možné využití na dětském oddělení. Navazující hypotéza H1: „Dětské sestry jsou spokojeny s vytvořenou ošetrovatelskou dokumentací podle modelu V. Hendersonové „ se potvrdila. Hypotéza H2: „ Dětské sestry mají zájem o používání vytvořené ošetrovatelské dokumentace podle modelu V. Hendersonové se potvrdila.

Z výzkumu vyplývá, že sestry by používaly vytvořenou dokumentaci podle modelu V. Hendersonové, ale ukázala se její časová náročnost již při sběru ošetrovatelské anamnézy. Výzkum ukázal, že u dětí této věkové kategorie není ani tak důležité podle jakého modelu je vytvořena ošetrovatelská dokumentace, ale samotná ošetrovatelská péče zaměřená na uspokojení potřeb.

Ošetrovatelská dokumentace podle modelu V. Hendersonové může být využita na dětských odděleních, kde jsou děti déle hospitalizovány, jako jsou např. onkologická oddělení, ale i dětské stacionáře či dětská rehabilitační centra. Tato dokumentace může být používána studenty Zdravotně – sociální fakulty při praxi na dětských odděleních. Pro úpravě dle doporučení sester z oddělení, kde výzkum probíhal, bude dokumentace použita i zde.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ARCHALOUSOVÁ, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. 1.vyd. Hradec Králové: Nukleus, 2003, 99 s., ISBN: 80-86225-33-X.
2. ARCHALOUSOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ, Z. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. 1.vyd. Hradec Králové: Nukleus, 2005, 108 s., ISBN: 80-86225-63-1.
3. FARKAŠOVÁ, D. *Výzkum v ošetrovatelství*. Martin: Osveta, 2006, ISBN: 80-8063-229-4.
4. FARKAŠOVÁ, D., *Ošetrovatelství – teorie*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2006, ISBN: 80-8063-227-8.
5. HRODEK, O., VAVŘINEC, J. *Pediatric*. 1.vyd. Praha: Galen, 2002, 767 s., ISBN: 80-7262-178-5.
6. JAROŠOVÁ, D. *Vybrané ošetrovatelské modely a teorie*. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2002, 75 s., ISBN: 80-7042-339-0.
7. KOLEKTIV AUTORŮ. *Základy ošetrování nemocných*. 1.vyd. Praha: Karolínium, 2005, 145 s., ISBN: 80-246-0845-6.
8. LANGMEIER, J. KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2.vyd. Praha: Grada, 2006, 368 s., ISBN: 80-247-1284-9.
9. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004, 988 s., ISBN: 80-247-0668-7.
10. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v Nanda doménách*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006, 264 s., ISBN: 80-247-1399-3.
11. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I.díl – Systémový přístup*. 1.vyd. Praha: Karolínium, 2004, 187 s., ISBN: 80-246-0429-9.
12. MIKŠOVÁ, Z., FRONKOVÁ, M., HERNOVÁ, R., ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006, 248 s. ISBN: 80-247-1442-6.
13. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006, 152 s., ISBN: 80-247-1211-3.

14. SEDLÁŘOVÁ, P. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008, 248 s., ISBN: 978-80-247-1613-8.
15. SLEZÁKOVÁ, L. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty II*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007, 200 s., ISBN: 978-80-247-2040-1.
16. STOŽICKÝ, F., PIZINGEROVÁ, K. *Základy dětského lékařství*. 1.vyd. Praha: Karolínium, 2006, 359 s., ISBN: 80-246-1067-1.
17. ŠAMÁNKOVÁ, M., HUŠKOVÁ, M., MATUŠOVIČ, K. *Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult, 1. a 2.díl*. 1.vyd. Praha: Karolínium, 2002, 274 s., ISBN: 80-246-0477-9.
18. ŠVEJCAR, J. *Péče o dítě*. 1.vyd. Praha: Nuga, 2003, 399 s., ISBN: 80-85903-15-6.
19. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDVPZ, 2004, 186 s., ISBN: 80-7013-285-X.
20. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I*. Praha: Karolínium, 2005, 467 s., ISBN: 80-246-0956-8.
21. VAŠÁRKOVÁ, I. *Ošetrovatelská dokumentace v nemocnici*. 1.vyd. Brno: IDVPZ, 2001, 43 s., ISBN: 80-7013-327-9.
22. VELEMÍNSKÝ, M. *Naše dítě špatně spí: nesprávné nastavení vnitřních hodin*. 1.vyd. Praha: Triton, 2007, 141 s., ISBN:978-80-7254-936-8.
23. VELEMÍNSKÝ, M. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 5. vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2005, 136 s., ISBN: 80-7254-290-7.
24. VOLF, V., VOLFOVÁ, H. *Pediatrie I*. 3.vyd. Praha: Informatorium, 2003, 112 s., ISBN: 80-7333-021-0.
25. VOLF, V., VOLFOVÁ, H. *Pediatrie II*. 3.vyd. Praha: Informatorium, 2003, 240 s., ISBN: 80-7333-023-7.
26. VONDRÁČEK, L., LUDVÍK, M., NOVÁKOVÁ, J. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. 1.vyd. Praha: Grada, 2003, 72 s., ISBN: 80-247-0704-7.
27. ŽIÁKOVÁ, K., JAROŠOVÁ, D., ČÁP, J. *Ošetrovatelství – konceptuální modely a teorie*. 1.vyd. Ostravská univerzita v Ostravě, 2005, 234 s., ISBN: 80-7368-068-8.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Dítě

Ošetrovatelská dokumentace

Ošetrovatelský model

Ošetrovatelská péče

Potřeby

Sestra

9. PŘÍLOHY

Příloha 1: Dotazník pro sestry

Příloha 2: Ošetrovatelská dokumentace

Příloha 3: Pozorovací arch

Příloha 4: Psychomotorický vývoj dítěte

Příloha 5: Očkovací kalendář dítěte

Příloha 6: Charta práv dětí v nemocnici

Příloha 7: Dechová rehabilitace u dítěte

Příloha 8: Složení mateřského mléka

Příloha 1: Dotazník pro sestry

Dotazník

Jmenuji se Jana Zeunerová a jsem studentka 3. ročníku studijního oboru všeobecná sestra Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích. Tento dotazník je součástí mé bakalářské práce na téma „*Využití ošetrovatelského modelu V.Hendersonové v péči o dětského klienta*“. Jeho cílem je zjistit, zda dokumentace vytvořená podle ošetrovatelského modelu V. Hendersonové lépe uspokojuje potřeby hospitalizovaného dítěte, než stávající dokumentace podle Gordonové.

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který je anonymní a výsledky budou použity pro účely této bakalářské práce. Vybrané odpovědi, prosím zaškrtněte.

Předem děkuji za Váš čas a ochotu při vyplnění dotazníku.

1. Váš věk :

- do 25 let
- 25 – 30 let
- 31 – 40 let
- 41 – 50 let
- nad 50 let

2. Délka praxe na oddělení kojenců a batolat :

- do 5 let
- 5 – 10 let
- 11- 15 let
- Více jak 15 let

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání :

- SZŠ
- VOŠ
- Specializační studium.....doplňte jaké
- Vysokoškolské vzdělání – Bc.
- Vysokoškolské vzdělání – Mgr.

4. Jste spokojena s dokumentací dosud používanou na oddělení :

- Ano
- Spíše ano

- Spíše ne
- Ne
- Nevím

5. Používáte na oddělení metodu ošetřovatelského procesu:

- Ano
- Ne

6. Jsou uspokojovány potřeby dítěte při používání stávající dokumentace :

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

7. Znáte ošetřovatelský model dle V. Hendersonové:

- Ano
- Slyšela jsem o něm
- Ne

8. Pracovalo se Vám dobře s dokumentací podle modelu V. Hendersonové :

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

9. Chtěla byste pracovat i nadále s touto dokumentací :

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

10. Jaká jsou podle Vás pozitiva dokumentace podle V. Hendersonové :

- Přehledná
- Srozumitelná
- Praktická
- Komplexní
- Jednoduchá
- Využitelná
- Bere ohledy na potřeby dítěte
- Žádná
- Jiná :

11. Jaká jsou podle Vás negativa dokumentace podle V. Hendersonové :

- Nepřehledná
- Složitá
- Náročná na čas
- Nepraktická
- Nebere ohledy na potřeby dítěte
- Povrchní informace
- Žádná
- Jiná :

12. Zlepšila by se kvalita péče o dětského pacienta po zavedení dokumentace podle V. Hendersonové :

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

13. Byly potřeby dítěte lépe uspokojovány při používání dokumentace podle V. Hendersonové :

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

14. Došlo k navýšení administrativy pro sestry při používání dokumentace podle V. Hendersonové :

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

15. Zavedli byste dokumentaci podle V. Hendersonové na Vaše oddělení :

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

Zdroj : Autor práce

Příloha 2: Ošetřovatelská anamnéza podle modelu V. Hendersonové

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA	
Iniciály:	
Informace získané od	Datum narození:
Kontaktní adresa:	Věk:.....
Oddělení:	Pohlaví:.....
Lékařská diagnóza:	Pojišťovna:.....
Užívané léky:	
Anamnézu odebrala:.....	Alergie:
.....	
1.NORMÁLNÍ DÝCHÁNÍ: <input type="checkbox"/> pravidelné <input type="checkbox"/> nepravidelné	
Počet dechů:.....min	
Kašel : <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano : <input type="checkbox"/> suchý <input type="checkbox"/> vlhký <input type="checkbox"/> dráždivý <input type="checkbox"/> expektorace	
Dušnost : <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> klidová <input type="checkbox"/> námahová	
Pomůcky k dýchání : <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> kapesní inhalátor <input type="checkbox"/> kyslíkové brýle <input type="checkbox"/> jiné :	
Kyslíkl/min	
Nos sekrece : <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: <input type="checkbox"/> hnisavá <input type="checkbox"/> seriózní	
Hodnocení : <input type="checkbox"/> síla : <input type="checkbox"/> má <input type="checkbox"/> částečně <input type="checkbox"/> nemá	
<input type="checkbox"/> vůle : <input type="checkbox"/> má <input type="checkbox"/> částečně <input type="checkbox"/> nemá	
<input type="checkbox"/> vědomosti : <input type="checkbox"/> má <input type="checkbox"/> částečně <input type="checkbox"/> nemá	
Ošetřovatelský problém + ošetřovatelská diagnóza dle NANDA II :	
2.DOSTATEČNÝ PŘÍJEM POTRAVY A TEKUTIN:	
<input type="checkbox"/> kojen <input type="checkbox"/> kojenecká strava <input type="checkbox"/> batolecí strava	
Forma stravy : <input type="checkbox"/> tekutá <input type="checkbox"/> kašovitá <input type="checkbox"/> normální konzistence	
<input type="checkbox"/> nutno krmit <input type="checkbox"/> jí samo	
Dodržuje dietu : <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: dieta č.	
Doplňována mlékem : <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: kdy : jaké množství:	
Kolikrát : za den , jaké množství na dávkuml	
<input type="checkbox"/> Sunar <input type="checkbox"/> Nutrilon <input type="checkbox"/> Beba <input type="checkbox"/> Hamilon jiné :	
Přijímá tekutiny : <input type="checkbox"/> z lahve <input type="checkbox"/> z hrnku <input type="checkbox"/> po lžičce	
NG sonda : PEG :	
Stav sliznic : <input type="checkbox"/> vlhké <input type="checkbox"/> suché <input type="checkbox"/> prokrvené <input type="checkbox"/> bledé	
Kožní turgor : <input type="checkbox"/> snížený <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> dehydratace	
Hodnocení : : <input type="checkbox"/> síla : <input type="checkbox"/> má <input type="checkbox"/> částečně <input type="checkbox"/> nemá	
<input type="checkbox"/> vůle : <input type="checkbox"/> má <input type="checkbox"/> částečně <input type="checkbox"/> nemá	
<input type="checkbox"/> vědomosti : <input type="checkbox"/> má <input type="checkbox"/> částečně <input type="checkbox"/> nemá	

Ošetrovatelský problém + ošetrovatelská diagnóza dle NANDA II :

3.VYLUČOVÁNÍ:

Moč :

plenky vysazovat na nočník WC

Řekne si o nočník: ano ne

Pomočování : ne ano denní noční

Příměsi : ne ano: krev hnis žlučová barviva bílkovina

Potíže při močení : ne ano: řezání pálení svědění bolest

Močový katetr : ne ano: datum poslední katetrizace :

Diuréza :ml moče/ 24 hodin

Stolice :

pravidelná: nepravidelná:

Barva: hnědá žlutá acholická zelená jiná:

Příměsi: ne ano: hlen krev nestrávené zbytky jiné:

Konzistence: formovaná vodnatá kašovitá bobkovitá skybala

průjem zácpa

Užívání projímadel: ne ano: jaká :..... jak často:.....

Používání rektální rourky : ne ano

Stomie: ne ano: jaká:

Pomůcky : výpustné sáčky jednorázové sáčky jiné :.....

Hodnocení : : síla : má částečně nemá

vůle : má částečně nemá

vědomosti : má částečně nemá

Ošetrovatelský problém + ošetrovatelská diagnóza dle NANDA II :

4.POHYB A UDRŽOVÁNÍ VHODNÉ POLOHY:

Odpovídá věku: ne ano

pouze leží přetáčí se sedí s oporou leze sedí sám stojí s oporou stojí sám

chodí s pomocí chodí sám

Rehabilitace: ne ano: jaká:

Plavání: ne ano

Polohování: ano ne

Kompenzační pomůcky u lůžka: ano ne

Dekubity: ne ano: jaký stupeň: I. II. III. IV.

Hodnocení : : síla : má částečně nemá

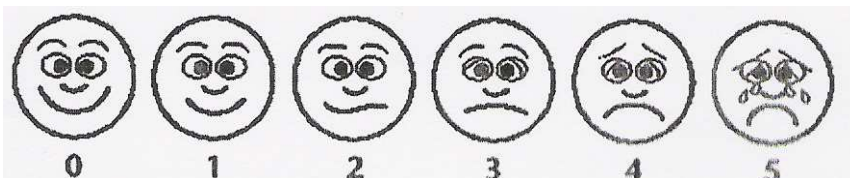
vůle : má částečně nemá
 vědomosti : má částečně nemá

Bolest: ano ne lokalita:

Projevy nemocného: verbální pláčem agresivita změny polohy

Charakter bolesti: tupá ostrá kolikovitá pálivá vystřelující
jiná:

Škála bolesti:



Ošetrovatelský problém + ošetrovatelská diagnóza dle NANDA II :

5.SPÁNEK A ODPOČINEK:

V kolik hodin chodí spát?

Spánek přes den: ano ne kolik hodin :

Spánek v noci: kolik hodin

spí klidně neklidně spí celou noc budí se v noci: proč:

Spánkové fenomény: spánková inverze noční běsy náměsíčnost jiné:

.....

Spánkové rituály: ne ano: jaké:

Hodnocení : : síla : má částečně nemá

vůle : má částečně nemá

vědomosti : má částečně nemá

Ošetrovatelský problém + ošetrovatelská diagnóza dle NANDA II :

6.VHODNÉ OBLEČENÍ, OBLÉKÁNÍ A SVLÉKÁNÍ:

Pocení: ne ano

Výběr oblečení dle stavu dítěte: ne ano

podchlazování přehřívání

alergie na syntetické materiály alergie na plenkové kalhotky

abdukční balení

ortopedické pomůcky: jiné:

Oblékne se sám: ano ne

Potřebuje pomoci: ano ne

Hodnocení : : síla : má částečně nemá
 vůle : má částečně nemá
 vědomosti : má částečně nemá
Ošetrovatelský problém + ošetrovatelská diagnóza dle NANDA II :

7.UDRŽOVÁNÍ FYZIOLOGICKÉ TĚLESNÉ TEPLoty:

Poslední měřená teplota: C , kdy:..... kde:
Podaná antipyretika: Hodina podání:
 podchlazené afebrilní subfebrilie febrilie febrilní křeče
Hodnocení : : síla : má částečně nemá
 vůle : má částečně nemá
 vědomosti : má částečně nemá
Ošetrovatelský problém + ošetrovatelská diagnóza dle NANDA II :

8.UDRŽOVÁNÍ UPRAVENOSTI A ČISTOTY TĚLA:

Způsob hygienické péče: koupel ve vaně sprchování omývání žínkou koupel na lůžku jiné:
 1x denně 1x za 2 dny
Hygienická péče: ráno večer během dne podle potřeby
Vlasy: čisté mastné suché vši
Nehty: ulámané špinavé panaritium čisté
Kůže: čistá suchá olupující se otoky eroze jiné:
 dermatitidy opruzeniny hematomy : lokalizace
Oči: sekrece: ano ne oční kapky: ano ne oční mast: ano ne
Uši: sekrece: ano ne výplach: ano ne léky: ano ne jiné:.....
Zuby: přítomné ne ano: zdravé kariézní
Hodnocení : : síla : má částečně nemá
 vůle : má částečně nemá
 vědomosti : má částečně nemá
Ošetrovatelský problém + ošetrovatelská diagnóza dle NANDA II :

9. ODSTRAŇOVÁNÍ RIZIK Z ŽIVOTNÍHO PROSTŘEDÍ A ZABRAŇOVÁNÍ VZNIKU POŠKOZENÍ SEBE I DRUHÝCH:

Seznámení rodičů s Chartou práv dětí v nemocnici: ano ne

Seznámení rodičů s provozem oddělení: ano ne

Prevence pádů: ne ano: jak:

Kompenzační pomůcky: ano ne

jaké:.....

Prevence dekubitů : ne ano: jak:

Periferní žilní kanylá: ne ano: místo zavedení: datum zavedení:

.....

Centrální žilní katetr: ne ano: místo zavedení: datum zavedení:

.....

Hodnocení : : síla : má částečně nemá

vůle : má částečně nemá

vědomosti : má částečně nemá

Ošetřovatelský problém + ošetřovatelská diagnóza dle NANDA II :

10. KOMUNIKACE S JINÝMI OSOBAMI, VYJADŘOVÁNÍ EMOCÍ, POTŘEB, OBAV, NÁZORŮ:

přiměřený projev plačtivé agresivní apatické negativistické

komunikuje: s rodiči s vrstevníky s ošetřujícím personálem s herní terapeutkou

návštěva psychologa

neumí mluvit slabiky několik slov mluví ve větách nekomunikuje

Návštěvy rodičů: ano ne častost:

Hospitalizace: s matkou s otcem s babičkou s chůvou

Hodnocení : : síla : má částečně nemá

vůle : má částečně nemá

vědomosti : má částečně nemá

Ošetřovatelský problém + ošetřovatelská diagnóza dle NANDA II :

11. VYZNÁVÁNÍ VLASTNÍ VÍRY:

Náboženské vyznání rodiny: ne ano: jaká církev:

Speciální opatření:.....

Hodnoty:.....

Hodnocení : : síla : má částečně nemá

vůle : má částečně nemá

vědomosti : má částečně nemá

Ošetřovatelský problém + ošetřovatelská diagnóza dle NANDA II :

12.SMYSLUPLNÁ PRÁCE:Činnost: pasivní aktivní jaká:.....Hodnocení : : síla : má částečně nemá vůle : má částečně nemá vědomosti : má částečně nemá

Ošetřovatelský problém + ošetřovatelská diagnóza dle NANDA II :

13.HRY NEBO ÚČAST NA RŮZNÝCH FORMÁCH ODPOČINKU A RELAXACE: návštěva jeslíSport v kolektivu: plavání cvičení s dětmi nesportujeVlastní hračky: ano neSledování TV: ano ne Předčítání: ano ne

Oblíbená hra:

Hodnocení : : síla : má částečně nemá vůle : má částečně nemá vědomosti : má částečně nemá

Ošetřovatelský problém + ošetřovatelská diagnóza dle NANDA II :

14. UČENÍ, OBJEVOVÁNÍ NOVÉHO, ZVÍDAVOST, KTERÁ VEDE K NORMÁLNÍMU VÝVOJI A ZDRAVÍ A VYUŽÍVÁNÍ DOSTUPNÝCH ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH:Zrakové podněty: ne ano: jaké:Sluchové podněty: ne ano: jaké :Kontakt s vrstevníky: ne anoHerní terapeut: ano neHodnocení : : síla : má částečně nemá vůle : má částečně nemá vědomosti : má částečně nemá

Ošetřovatelský problém + ošetřovatelská diagnóza dle NANDA II :

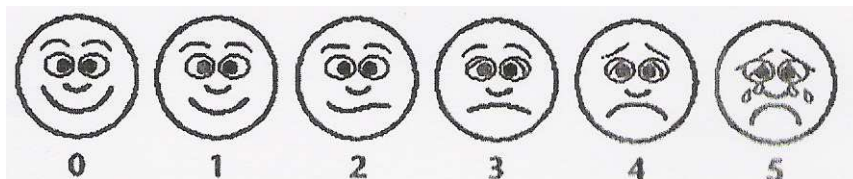
Zdroj : Autor práce

Příloha 3: Pozorovací arch

POZOROVACÍ ARCH									
Iniciály:									
Den hospitalizace:.....									
Ošetřující personál									
1.NORMÁLNÍ DÝCHÁNÍ: <input type="checkbox"/> pravidelné <input type="checkbox"/> nepravidelné									
Počet dechů:.....min									
Kašel : <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano : <input type="checkbox"/> suchý <input type="checkbox"/> vlhký <input type="checkbox"/> dráždivý <input type="checkbox"/> expektorace									
Dušnost : <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> klidová <input type="checkbox"/> námahová									
Pomůcky k dýchání : <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> kapesní inhalátor <input type="checkbox"/> kyslíkové brýle <input type="checkbox"/> jiné :									
Kyslíkl/min									
Nos sekrece : <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: <input type="checkbox"/> hnisavá <input type="checkbox"/> seriózní									
Hodnocení :									
<table border="1"><tr><td>1- nejhorší</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5 - nejlepší</td></tr></table>					1- nejhorší	2	3	4	5 - nejlepší
1- nejhorší	2	3	4	5 - nejlepší					
Intervence:									
2.DOSTATEČNÝ PŘÍJEM POTRAVY A TEKUTIN:									
Dieta č. ...									
Strava : za den , jaké množství na dávkuml									
Tekutiny :ml za den									
NG sonda : PEG :									
Stav sliznic : <input type="checkbox"/> vlhké <input type="checkbox"/> suché <input type="checkbox"/> prokrvené <input type="checkbox"/> bledé									
Kožní turgor : <input type="checkbox"/> snížený <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> dehydratace									
Hodnocení :									
<table border="1"><tr><td>1- nejhorší</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5 - nejlepší</td></tr></table>					1- nejhorší	2	3	4	5 - nejlepší
1- nejhorší	2	3	4	5 - nejlepší					
Intervence:									
3.VYLUČOVÁNÍ:									
Moč :									
Močový katetr : <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: datum poslední katetrizace :									
Diuréza :ml moče/ 24 hodin									
Problémy při močení :									
Stolice :									
<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne									
Barva: Příměsi:									
Konzistence:									
Užívání projímadel: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: Rektální rourky : <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano									
Stomie: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: jaká:									
Hodnocení :									
<table border="1"><tr><td>1- nejhorší</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5 - nejlepší</td></tr></table>					1- nejhorší	2	3	4	5 - nejlepší
1- nejhorší	2	3	4	5 - nejlepší					
Intervence:									

4. POHYB A UDRŽOVÁNÍ VHODNÉ POLOHY:Odpovídá věku: ne ano pouze leží přetáčí se sedí s oporou leze sedí sám stojí s oporou stojí sám chodí s pomocí chodí sámPolohování: ano neKompenzační pomůcky u lůžka: ano neDekubity: ne ano: jaký stupeň: I. II. III. IV.Bolest : ano ne analgetika: lokalizace:.....

Škála bolesti:



Hodnocení :

1- nejhorší	2	3	4	5 - nejlepší
-------------	---	---	---	--------------

Intervence:

5.SPÁNEK A ODPOČINEK:Spánek přes den: ano ne kolik hodin :

Spánek v noci: kolik hodin

Hodnocení :

1- nejhorší	2	3	4	5 - nejlepší
-------------	---	---	---	--------------

Intervence:

6.VHODNÉ OBLEČENÍ, OBLÉKÁNÍ A SVLÉKÁNÍ:Pocení: ne anoVýběr oblečení dle stavu dítěte: ne ano podchlazování přehřívání

ortopedické pomůcky: jaké:

Oblékne se sám: ano ne ,pomoc:

Hodnocení :

1- nejhorší	2	3	4	5 - nejlepší
-------------	---	---	---	--------------

Intervence:

7.UDRŽOVÁNÍ FYZIOLOGICKÉ TĚLESNÉ TEPLoty:

Poslední měřená teplota: C , kdy:..... kde:

Podaná antipyretika: Hodina podání:

Hodnocení :

1- nejhorší	2	3	4	5 - nejlepší
-------------	---	---	---	--------------

Intervence:

8. UDRŽOVÁNÍ UPRAVENOSTI A ČISTOTY TĚLA:Hygienická péče: ráno večer během dne podle potřebyVlasy: čisté mastné suché všiNehty: ulámané špinavé panaritium čistéKůže: čistá suchá olupující se otoky eroze jiné:
 dermatitidy opruzeniny hematomy : lokalizaceOči: sekrece: ano ne oční kapky: ano ne oční mast: ano neUši: sekrece: ano ne výplach: ano ne léky: ano ne jiné:Zuby: přítomné ne ano: zdravé kariézní

Hodnocení :

1- nejhorší	2	3	4	5 - nejlepší
-------------	---	---	---	--------------

Intervence:

9. ODSTRAŇOVÁNÍ RIZIK Z ŽIVOTNÍHO PROSTŘEDÍ A ZABRAŇOVÁNÍ VZNIKU POŠKOZENÍ SEBE I DRUHÝCH:Kompenzační pomůcky: ano ne

jaké:

Periferní žilní kanyl: ne ano: místo zavedení: datum zavedení:

.....

Centrální žilní katetr: ne ano: místo zavedení: datum zavedení:

.....

Hodnocení :

1- nejhorší	2	3	4	5 - nejlepší
-------------	---	---	---	--------------

Intervence:

10. KOMUNIKACE S JINÝMI OSOBAMI, VYJADŘOVÁNÍ EMOCÍ, POTŘEB, OBAV, NÁZORŮ: komunikuje: s rodiči s vrstevníky s ošetřujícím personálem s herní terapeutkou neumí mluvit slabiky několik slov mluví ve větách nekomunikujeNávštěvy rodičů: ano ne častost:Hospitalizace: s matkou s otcem s babičkou s chůvou

Hodnocení :

1- nejhorší	2	3	4	5 - nejlepší
-------------	---	---	---	--------------

Intervence:

11. VYZNÁVÁNÍ VLASTNÍ VÍRY:

Náboženské vyznání:, Opatření:

Hodnoty:

Hodnocení :

1- nejhorší	2	3	4	5 - nejlepší
-------------	---	---	---	--------------

Intervence:

12.SMYSLUPLNÁ PRÁCE:Činnost: pasivní aktivní jaká:.....

Hodnocení :

1- nejhorší	2	3	4	5 - nejlepší
-------------	---	---	---	--------------

Intervence:

13.HRY NEBO ÚČAST NA RŮZNÝCH FORMÁCH ODPOČINKU A**RELAXACE:**Sledování TV: ano ne Předčítání: ano ne

Oblíbená hra:

.....

Hodnocení :

1- nejhorší	2	3	4	5 - nejlepší
-------------	---	---	---	--------------

Intervence:

**14. UČENÍ, OBJEVOVÁNÍ NOVÉHO, ZVÍDAVOST, KTERÁ VEDE
K NORMÁLNÍMU VÝVOJI A ZDRAVÍ A VYUŽÍVÁNÍ DOSTUPNÝCH
ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH:**Zrakové podněty: ne ano: jaké:Sluchové podněty: ne ano: jaké :Kontakt s vrstevníky: ne anoHerní terapeut: ano ne




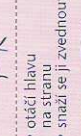
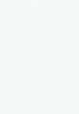
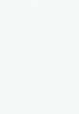


Hodnocení :

1- nejhorší	2	3	4	5 - nejlepší
-------------	---	---	---	--------------

Intervence:

Zdroj : Autor práce

Příloha 4: Psychomotorický vývoj dítěte

PSYCHOMOTORICKÝ VÝVOJ	1 měsíc	2 měsíce	3 měsíce	4 měsíce	5 měsíců	6 měsíců
HRUBÁ MOTORIKA přítahování do sedu	<ul style="list-style-type: none"> hlava padá dozadu 	<ul style="list-style-type: none"> hlava vzpřímená asi 5 vteřin 	<ul style="list-style-type: none"> zvedá hlavu vysoko, udrží ji asi 1 min. opírá se o předloktí 	<ul style="list-style-type: none"> při přítahování za ruce zvedá hlavu 	<ul style="list-style-type: none"> při uchopení za ruku se přitahuje 	<ul style="list-style-type: none"> v sedu s oporou je hlava vzpřímená
v poloze na bříšku	<ul style="list-style-type: none"> otáčí hlavu na stranu snází se ji zvednout 	<ul style="list-style-type: none"> udrží hlavu zdviženou asi 3 vteřiny 	<ul style="list-style-type: none"> živě se pohybuje 	<ul style="list-style-type: none"> zvedá hlavu a hrudník paze má roztažené 	<ul style="list-style-type: none"> prevrací se na bok a bříško 	<ul style="list-style-type: none"> prevrací se z bříška na záda
MOTORIKA POLOHA TĚLA	<ul style="list-style-type: none"> ruce sevřené v pěst kope nohama 	<ul style="list-style-type: none"> ruka převážně sevřená v pěst začíná zdvíhat nohy 		<ul style="list-style-type: none"> prohlíží si vlastní ruce, hraje si s nimi 		
SMYSLY CHOVÁNÍ	<ul style="list-style-type: none"> rozezná světlo a tmou na silné zvuky reaguje třmrditím celého těla 	<ul style="list-style-type: none"> zrakem sleduje hlavy sledující se předměty na zvuky reaguje pohybem nebo naopak zklidněním 	<ul style="list-style-type: none"> zrakem a pohybem sleduje předměty na zvuky reaguje pohybem nebo naopak zklidněním 	<ul style="list-style-type: none"> rozhlíží se otáčí se za zvukem vyžaduje pozornost 		<ul style="list-style-type: none"> směje se na sebe v zrcadle
HRA vztah k předmětům		<ul style="list-style-type: none"> usmívá se 	<ul style="list-style-type: none"> sleduje zavěšený předmět 	<ul style="list-style-type: none"> vztahuje nejisté ruku k hračce, při jejím uchopení si ni mává 	<ul style="list-style-type: none"> předmět „poznává ústy“ uchopí podanou hračku cíleně začíná ji přendávat z ruky do ruky 	<ul style="list-style-type: none"> uchopí na dosah ležící hračku přendává ji z ruky do ruky 
vztah k osobám		<ul style="list-style-type: none"> opětuje úsměv 	<ul style="list-style-type: none"> vědomě se usmívá 	<ul style="list-style-type: none"> má dobrý kontakt s dospělou osobou sleduje činnost osoby více než předmět 	<ul style="list-style-type: none"> rozezná laskavý a přísný tón řeči a mimiky 	<ul style="list-style-type: none"> rozlíká známé a neznámé osoby
ŘEČ	<ul style="list-style-type: none"> křik, vydává slabé hrdelní zvuky řinčivost 	<ul style="list-style-type: none"> hlasové projevy spokojenosti a neakceptace 		<ul style="list-style-type: none"> brouká si hlasitě se směje 	<ul style="list-style-type: none"> napodobuje zvuky brouká si vská 	<ul style="list-style-type: none"> zvatlá slabiky má, ta, ba, va, pa

	7 měsíců	8 měsíců	9 měsíců	10 měsíců	11 měsíců	1 rok
PSYCHOMOTORICKÝ VÝVOJ	<ul style="list-style-type: none"> sedí samo, když se může přidržet 	<ul style="list-style-type: none"> sedí bez držení v předklonu s oporou vpředu 	<ul style="list-style-type: none"> samo se posadí 	<ul style="list-style-type: none"> vytáhne se do stoje 	<ul style="list-style-type: none"> dokáže stát delší dobu s oporou 	<ul style="list-style-type: none"> stojí s jistotou
HRUBÁ MOTORIKA přítahování do sedu	<ul style="list-style-type: none"> obratně se otáčí kolem dokola 	<ul style="list-style-type: none"> pláží se na čtyřech 	<ul style="list-style-type: none"> sedí zpřímá a pevně 	<ul style="list-style-type: none"> sedí po čtyřech 	<ul style="list-style-type: none"> ve stoji s oporou dokáže jednou rukou manipulovat s předměty 	<ul style="list-style-type: none"> ve stoji s oporou dokáže jednou rukou manipulovat s předměty
v poloze na bříšku	<ul style="list-style-type: none"> hraje si s nohama 	<ul style="list-style-type: none"> pláží se na čtyřech se pokouší vytáhnout a vzprimit 	<ul style="list-style-type: none"> leze po čtyřech 	<ul style="list-style-type: none"> střídá polohu v sedě a ležení po čtyřech 	<ul style="list-style-type: none"> chodí kolem nábytku 	<ul style="list-style-type: none"> učelá první samostatné kroky
MOTORIKA POLOHA TĚLA		<ul style="list-style-type: none"> je neklidné při odloučení od matky 	<ul style="list-style-type: none"> s oporou se udrží ve stoji 	<ul style="list-style-type: none"> uchopí hrníček za ouško 	<ul style="list-style-type: none"> postaví hrníček na talíř 	
SMYSLY CHOVÁNÍ			<ul style="list-style-type: none"> přidrží si hrníček při pití 			
HRA vztah k předmětům	<ul style="list-style-type: none"> tluče hračkami o stůl 	<ul style="list-style-type: none"> tluče dvěma kostkami o sebe 	<ul style="list-style-type: none"> s oblibou začíná vytahovat věci z krabic a zásuvek 	<ul style="list-style-type: none"> manipuluje s předměty – zvedání, vysypávání 	<ul style="list-style-type: none"> obratně zachází s drobnými předměty 	<ul style="list-style-type: none"> vysypává a vyládá předměty
vztah k osobám	<ul style="list-style-type: none"> předmět uchopí celou rukou 	<ul style="list-style-type: none"> stíká ukazovákem do věcí 	<ul style="list-style-type: none"> uchopí předmět mezi palec a ukazovák 	<ul style="list-style-type: none"> hra na schovávanou za nábytek, za polštář 		
ŘEČ	<ul style="list-style-type: none"> většinou se usmívá jen na určité osoby 	<ul style="list-style-type: none"> rozumí některým slovlm 	<ul style="list-style-type: none"> napodobuje mimiiku tuře dospělé osoby 	<ul style="list-style-type: none"> pokouší se říci ma-ma, ta-ta 	<ul style="list-style-type: none"> říká ma-ma, ta-ta 	<ul style="list-style-type: none"> vysloví dvě smysluplná slova

Zdroj : www.peceodite.cz

Příloha 5: Očkovací kalendář dítěte

Očkovací kalendář	
V Ě K D Ě T Ě T Ě	4. den – 6. týden
	Tuberkulóza
	9.–12. týden po očkování proti TBC (1. dávka)
	Záškrt, tetanus, dáivý kašel, onemocnění vyvolané Haemop influenzae, virová hepatitida B
	v březnu následující rok po narození (1. dávka)
	Dětská přenosná obrna
	4–8 týdnů po 1. dávce (2. dávka)
	Záškrt, tetanus, dáivý kašel, onemocnění vyvolané Haemop influenzae, virová hepatitida B
	v květnu po 1. dávce (2. dávka)
	Dětská obrna
	4–8 týdnů po 2. dávce (3. dávka)
	Záškrt, tetanus, dáivý kašel, onemocnění vyvolané Haemophilem influenzae b
	za 5 měsíců po 2. dávce (3. dávka)
	Virová hepatitida B
	v březnu následující rok po 1. dávce (1. přeočkování)
	Dětská obrna
	od 15. měsíce (1. dávka)
	Spalničky, příušnice, zarděnky
	v květnu po 1. přeočkování (2. přeočkování)
	Dětská obrna
18.–20. měsíc (4. dávka)	
Záškrt, tetanus, dáivý kašel, onemocnění vyvolané Haemop influenzae b	
6–12 měsíců po 1. dávce (přeočkování)	
Spalničky, příušnice, zarděnky	
5. rok (přeočkování)	
Záškrt, tetanus, dáivý kašel	
11. rok (přeočkování)	
Tuberkulóza (u tuberkulin negativních)	
12. rok (3 dávky)	
Virová hepatitida B – pouze u dětí, jež nebyly očkovány v prvních měsících života	
13. rok	
Dětská přenosná obrna	
14. rok (přeočkování)	
Tetanus (další vřdvy po 10–14 letech)	

Zdroj: www.peceodite.cz

Příloha 6: Charta práv dětí v nemocnici

CHARTA PRÁV DĚTÍ V NEMOCNICI

1. Děti mají být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení.
2. Děti v nemocnici mají mít právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, mělo by se rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.
3. Děti a/nebo jejich rodiče mají právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Musejí mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.
4. Děti a/nebo jejich rodiče mají 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 školeného personálu, který si je plně vědom fyzických i emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny.
7. Děti mají mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své věci.
8. O děti má být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.
9. Děti mají být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům a aby zároveň vyhovovalo uznaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.
10. Děti mají mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání, přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu.

Tento dokument vychází z textu Charty práv dětských pacientů organizace „National Association for the Welfare of Children in Hospital“ (NAWCH) se sídlem v Londýně. Překlad zdrojového textu pořídila Nadace Klíček se svolením této organizace.

Materiál v tomto znění podpořila Centrální etická komise při Ministerstvu zdravotnictví ČR v únoru 1992.

Zdroj : SEDLÁŘOVÁ, P. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*

Příloha 7: Dechová rehabilitace u dítěte

DECHOVÁ REHABILITACE U KOJENCŮ

Mnoho dětí je již v kojeneckém věku postiženo akutními záněty dýchacích cest. Dýchání je ztíženo, je povrchní, dýchací cesty jsou naplněny hlenem, sliznice je zduřelá, vzduch nevniká do plic rovnoměrně. Výsledkem je snížená schopnost dýchacího ústrojí zajistit potřebnou plicní ventilaci.

U dětí se nejčastěji setkáváme s bronchitidami a bronchopneumonií (zánětem plic). Zánětlivý ložiskem je postižena část plicního laloku, plicní sklípky jsou ucpány výpotkem, který se postupně vstřebává nebo je vykašláván. Mění se způsob dýchání – postižená část se dýchání účastní v menší míře.

Účelem dechové rehabilitace je zlepšení ventilace plic, uvolnění hrudníku a zvýšení jeho pružnosti, navození správného dýchání.

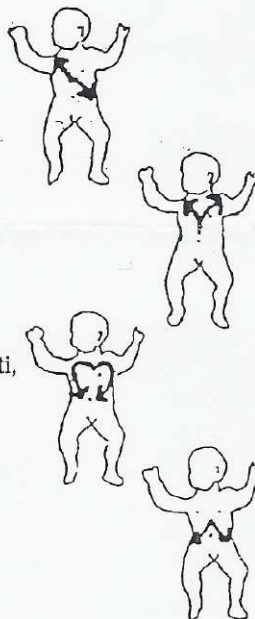
U bronchitid se vykašlávání podporuje kromě podávání inhalací a léků na zředění hlenu také masážemi a stlačováním hrudníku.

MASÁŽ

U malých dětí provádíme v horizontální poloze (leh na zádech, na boku a na břiše), u větších v sedu nebo v lehu.

Leh na zádech

1. Křížový hmat – vytírání hrudníku křížem – diagonálně ze středu hrudní kosti na rameno a na protilehlá dolní žebra 25 x na obě strany – dlaněmi nebo bříšky prstů
2. Vytírání hrudníku ze středu hrudní kosti směrem na ramena do tvaru „V“
3. Celkové vytření hrudníku ze středu hrudní kosti pod klíční kosti, po stranách hrudníku až na dolní žebra – tvar srdíčka
4. Vytírání od konce hrudní kosti na obě strany po oblouku dolních žeber

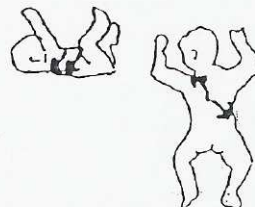


Leh na boku

5. Vytírání mezižebří od přední strany hrudníku směrem k páteři

Leh na břiše

6. Křížový hmat – z oblasti mezi lopatkami diagonálně na obě strany



Masáž provádíme nejlépe po inhalaci nebo po aplikaci mukosolvanu, podle stavu dítěte 2-3x denně. Další prostředky dechové rehabilitace (polohové drenáže, lokalizované dýchání) jsou předmětem dalšího zácviku.

Zdroj: FN Plzeň

Příloha 8: Složení mateřského mléka

Složení zralého mateřského mléka

Složení zralého mateřského mléka

složka	ve 100 ml
energie, kcal	67
bílkoviny, g	0,9-1,3
celkový N, g	0,19
bílkovinný N(% celkového N)	77
nebílkovinný N(% celkového N)	23
tuky, g	3,8-4,5
kys.linolenová, mg	374
cukry, g	6,5-7,2
voda, g	90,4
minerály a stopové prvky	
Ca, mg/mEq	28 / 1,57
P, mg	14
Mg, mg	3,5
Fe, mg	0,03-0,07
Zn, mg	0,12
Mn, ug	0,6
Cu, ug	25,2
I, ug	11,0
Se, ug	0,15
F, ug	0,4-1,5
Na, mg/mEq	17,9/ 0,7
K, mg/mEq	52,8/ 1,3
Cl, mg/mEq	42,2/ 1,2
vitamíny	
Vit.A, IU/ug	225/ 60
Vit.D, IU/ug	2,0/ 0,01
Vit.E, IU	0,4
Vit.K, ug	0,2
Vit.B1, ug	21,0
Vit.B6, ug	20,5
Vit.B12, ug	0,05
kys.listová, ug	5,0
Vit.C, mg	4,0
renální nálož, mOsm/l	75,2
osmolarita. mOsm/l	286

Zdroj : www.bezlepkovadieta.cz

