

Problematika ošetrovatelské péče o dítě hospitalizované s doprovodem

Veronika Žajdlíková

Bakalářská práce
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Veronika Žajdlíková
Osobní číslo: H13708
Studijní program: B5341 Ošetřovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Forma studia: kombinovaná

Téma práce: Problematika ošetřovatelské péče o dítě hospitalizované s doprovodem

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti péče o děti v nemocnici, potřeb nemocného dítěte, legislativních norem vztahujících se ke zdravotní péči o děti.

Příprava metodiky praktické části.

Realizace průzkumu technikou dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Formulace závěrů bakalářské práce.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

HEŘMANOVÁ, Jana. Etika v ošetrovatelské praxi. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.

MATĚJČEK, Zdeněk. Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte: normy vývoje a vývojové milníky z pohledu psychologa: základní duševní potřeby dítěte: dítě a lidský svět. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 182 s. ISBN 80-247-0870-1.

SIKOROVÁ, Lucie. Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 208 s. ISBN 978-80-247-3593-1.

VYORAL KRAKOVSKÁ, Radka. Informovanost rodičů o právech hospitalizovaných dětí. *Pediatric pro praxi*, 2013, roč. 14, č. 6, s. 392-394. ISSN 1803-5264.

ZAOUTIS, Lisa B. a Vincent W. CHIANG. *Comprehensive pediatric hospital medicine*. Philadelphia: Mosby/Elsevier, 2007, 1349 p. ISBN 978-032-3030-045.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Andrea Filová

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

9. prosince 2016

Termín odevzdání bakalářské práce:

19. května 2017

Ve Zlíně dne 9. prosince 2016



doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spolumautor.

Ve Zlíně 14. 2. 2014

Veronika Zorka

¹⁾ Zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování školních prací

²⁾ Vyšší škola nevýdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, z kterých proběhla obhajoba, včetně poznámek oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpisy vysoké školy.

(2) *Doklad, diplomová, bakalářská a rigorózní práce uveřejněné elektronicky k obhajobě musí být nejpozději pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlédnutí veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo nast-li tak určeno, v místě provozního ústředí školy, kde se má konat obhajoba práce. Kdožli si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Plán, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 111/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3;*

(3) *Do práva autorského také nezahrnuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, ačje-li několi ze účelů přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k výuce nebo k vlastní potřebě díla vytvořená dílem nebo studiem ke způsobi školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho přímého vztahu ke škole nebo školství či vzdělávacímu zařízení (školské dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školské dílo;*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají na obvyklých podstatně právo na využití díla určená učebny a učební školského díla (§ 55 odst. 1). Opatří-li autor takového díla udělit svolení bez vědomí držedce, mohlou se tyto uvody domáhat náhrady škodějícího projevu jeho vůle a soudu. Ústanovení § 55 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li zjednaná jinak, může autor školského díla své dílo učí či poskytnout jinému liceci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školského díla z vyžádání jin držedného v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží ke její výšce držedného školou nebo školským či vzdělávacím zařízením a učební školského díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá problematikou ošetrovatelské péče o dítě hospitalizované s doprovodem. Teoretická část je zaměřena na vymezení psychomotorického vývoje dítěte v jednotlivých obdobích života, průběh hospitalizace a reakce dítěte na hospitalizaci. Dále je zmíněna problematika komunikace s nemocným dítětem a jeho rodiči, současné trendy péče o dítě v nemocnici a související legislativa. Cílem práce bylo zjistit nejčastější problémy související s hospitalizací nemocného dítěte. Praktická část se zabývá analýzou zjištěných dat, získaných prostřednictvím kvantitativního průzkumu, technikou dotazníkového šetření.

Klíčová slova: dítě, hospitalizace, rodiče, komunikace, péče o dítě, práva dítěte

ABSTRACT

This thesis deals with the issue of nursing care of a hospitalized child accompanied by a healthy person. The theoretical part focuses on the definition of psychomotor development of child in individual periods of life, on the course of hospitalization and child's response on it. It is also mentioned issue of communication with the sick child and his parents, current trends of child care in the hospital and related legislation. The aim of the study was to determine problems associated with hospitalization of sick children. The practical part deals with analysis of collected data, which were obtained through quantitative survey by questionnaires.

Keywords: child, hospitalization, parents, communication, child care, rights of the child

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ráda bych poděkovala vedoucí bakalářské práce Mgr. Andrei Filové za odborné vedení, cenné rady, podněty a připomínky při zpracování práce.

OBSAH

| | |
|--|-----------|
| ÚVOD..... | 10 |
| I TEORETICKÁ ČÁST | 12 |
| 1 HOSPITALIZACE DÍTĚTE V NEMOCNICI | 13 |
| 1.1 HISTORIE A SOUČASNOST PÉČE O HOSPITALIZOVANÉ DĚTI | 13 |
| 1.2 NEGATIVNÍ DŮSLEDKY HOSPITALIZACE U DĚTÍ | 14 |
| 1.3 VLIV HOSPITALIZACE DÍTĚTE NA RODINU NEMOCNÉHO..... | 16 |
| 1.4 ROLE SESTRY V PÉČI O DÍTĚ HOSPITALIZOVANÉ S DOPROVODEM | 17 |
| 1.5 ROLE RODIČE HOSPITALIZOVANÉHO SPOLEČNĚ S NEMOCNÝM DÍTĚTEM..... | 18 |
| 2 PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY DĚTÍ JEDNOTLIVÝCH VĚKOVÝCH KATEGORIÍ | 20 |
| 2.1 NOVOROZENECKÉ OBDOBÍ..... | 20 |
| 2.2 KOJENECKÉ OBDOBÍ | 21 |
| 2.3 BATOLECÍ OBDOBÍ..... | 22 |
| 2.4 PŘEDŠKOLNÍ OBDOBÍ | 24 |
| 2.5 ŠKOLNÍ VĚK..... | 26 |
| 2.6 OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ – ADOLESCENCE | 28 |
| 3 KOMUNIKACE S NEMOCNÝM DÍTĚTEM A JEHO DOPROVODEM..... | 30 |
| 3.1 SPECIFIKA KOMUNIKACE S NEMOCNÝM DÍTĚTEM..... | 30 |
| 3.2 KOMUNIKACE S RODIČI NEMOCNÉHO DÍTĚTE..... | 32 |
| 4 LEGISLATIVA SOUISEJÍCI S PROBLEMATIKOU HOSPITALIZACE DÍTĚTE..... | 34 |
| 4.1 LISTINA ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD | 34 |
| 4.2 ÚMLUVA O PRÁVECH DÍTĚTE | 34 |
| 4.3 ZÁKON O ZDRAVOTNÍCH SLUŽBÁCH | 35 |
| 4.4 ZÁKON O VEŘEJNÉM ZDRAVOTNÍM POJIŠTĚNÍ | 35 |
| 4.5 CHARTA PRÁV HOSPITALIZOVANÝCH DĚTÍ..... | 36 |
| II PRAKTICKÁ ČÁST | 37 |
| 5 CÍLE A METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ | 38 |
| 5.1 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ | 38 |
| 5.2 SPECIFIKACE METOD SBĚRU DAT | 38 |
| 5.3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU..... | 39 |
| 5.4 ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ..... | 39 |
| 6 ANALÝZA VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ..... | 40 |

| | | |
|-----|---|-----------|
| 6.1 | ZPRACOVÁNÍ DAT..... | 40 |
| 6.2 | DISKUZE..... | 63 |
| | ZÁVĚR | 67 |
| | SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY..... | 69 |
| | SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK | 74 |
| | SEZNAM GRAFŮ | 75 |
| | SEZNAM PŘÍLOH..... | 76 |

ÚVOD

Téma bakalářské práce Problematika ošetrovatelské péče o dítě hospitalizované s doprovodem jsem zvolila na základě vlastních zkušeností s ošetřováním dětí hospitalizovaných v nemocnici. Po roce 1990, kdy jsem nastoupila jako dětská sestra na lůžkové dětské oddělení v nemocnici, procházela péče o nemocné dítě, stejně jako mnohé další oblasti života, vývojem plným změn. Jednou z nich byla společná hospitalizace nemocného dítěte s matkou či jiným doprovodem. Změn se dočkala také oblast práv pacientů a práv hospitalizovaných dětí. Zdravotnický personál se těmito změnám postupně přizpůsoboval. Dnes, po více než dvou desetiletích od začátku těchto změn, které bývají označovány jako humanizace zdravotnictví, bychom očekávali, že dítě a matka (ev. dítě a rodiče) budou zdravotnickými profesionály vnímáni jako kompaktní celek, ze kterého nelze dítě bez následků vytrhnout. Nabízí se otázka, zda jsou si zdravotníci pečující o děti této skutečnosti vědomi a také se podle toho ve své praxi řídí, jestli sestry při péči o hospitalizované děti uplatňují bio-psycho-socio-spirituální model péče a jejich péče je v souladu s právy pacientů a Chartou práv hospitalizovaných dětí. Chápe každý z členů multidisciplinárního týmu pečujícího o nemocné dítě plně význam a důležitost společné hospitalizace dítěte s doprovodem a je si vědom všech výhod, ale také úskalí, která tato situace přináší? Předkládaná bakalářská práce se snaží nalézt odpovědi na tyto otázky.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit případné rozdíly ve vnímání role a významu zdravého doprovodu hospitalizovaného dítěte očima sester poskytujících ošetrovatelskou péči nemocným dětem a očima rodičů nemocných dětí. Dále bylo zjišťováno, zda a v čem spatřují sestry přínos doprovodu hospitalizovaného dítěte a jak vnímají svou roli rodiče doprovázející hospitalizované dítě. Také jsme se zabývali otázkou, zda je při poskytování ošetrovatelské péče věnována pozornost problematice vlivu nemoci na rodinu nemocného dítěte a v neposlední řadě, jak hodnotí dodržování Charty práv hospitalizovaných dětí sestry a jak rodiče doprovázející hospitalizované děti.

Výsledky výzkumu mohou sloužit managementu dětských oddělení, popřípadě zdravotnických zařízení, jako informace napomáhající k identifikaci problémových oblastí souvisejících s poskytováním zdravotnických služeb dětem. Uvědomění si existence rozdílných očekávání sester a rodičů a jejich pojmenování je základním předpokladem pro další zkvalitňování spolupráce zainteresovaných stran a tím zvyšování kvality ošetrovatelské péče

o hospitalizované dětské pacienty. Právě nemocné děti by měly být těmi, kteří budou profitovat ze společného úsilí ošetřovatelského personálu a rodičů nemocných dětí o trvalé zvyšování kvality poskytované ošetřovatelské péče.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 HOSPITALIZACE DÍTĚTE V NEMOCNICI

Hospitalizace je pro dítě významným zásahem do jeho dosavadního života přinášející řadu změn. Přestože jsou nemocné děti dnes přijímány k hospitalizaci společně s doprovodem, kterým je obvykle některý z rodičů, pobyt v neznámém nemocničním prostředí je pro dítě stresující. Ocítá se v neznámém prostředí, dochází k narušení běžného denního rytmu a zvyklostí, omezení běžných aktivit, kontaktů se sourozenci a širší rodinou. Také pro rodiče je nemoc dítěte silně stresovou situací. (Zacharová a Římovská, 2014, s. 55)

Úkolem zdravotníků je pomoci dítěti co nejlépe zvládnout tuto nelehkou životní situaci, snažit se odstranit strach a úzkost dítěte, pomoci dítěti, ale také jeho rodičům, porozumět nově vzniklé situaci.

1.1 Historie a současnost péče o hospitalizované děti

Přijímání dětí k hospitalizaci společně s doprovodem je pozitivním trendem, který se ve větší míře uskutečňuje od 90. let minulého století. V dřívějších letech bylo samozřejmostí přijímat nemocné děti bez doprovodu rodičů, průměrná délka hospitalizace byla větší než je tomu dnes, což mělo své negativní důsledky (budou popsány v další kapitole). V 50. letech minulého století začali psychologové a lékaři upozorňovat, že pobyt v nemocnici způsobuje dětem psychickou a emocionální újmu. Také rodiče hospitalizovaných dětí byli znepokojeni negativními emocionálními reakcemi svých dětí. Jistým mezníkem ve vnímání problematiky hospitalizace dětských pacientů se stal film „Dvouletá jde do nemocnice“ Jamese Robertsona. Následně v Evropě začala vznikat dobrovolná sdružení, která si kladla za cíl zlepšení podmínek pro hospitalizované děti. Jejich členové spolupracovali s lékaři, sestrami a dalšími odbornými pracovníky. (www.each-for-sick-children.org)

V souvislosti s přijetím nové legislativy a především přijetím Charty práv hospitalizovaných dětí na konci 20. století, došlo k postupnému přebudovávání a úpravě dětských oddělení nemocnic v České republice tak, aby mohly být nemocné děti přijímány společně s doprovodem, kterým jsou ve většině případů rodiče. Nejčastěji bývá spolu s dítětem hospitalizována matka, ale v poslední době přibývá případů, kdy je doprovázející osobou otec dítěte. Jako doprovod hospitalizovaného dítěte může být přijata také babička nebo jiná blízká osoba.

Na většině oddělení nemocnic v České republice, která poskytují péči dětem, je respektována Charta práv hospitalizovaných dětí (podrobněji v kapitole 4.).

Některá dětská oddělení mají statut Baby friendly hospital, což v překladu znamená nemocnice přátelská dětem. Iniciativa Baby friendly hospital initiative (BFHI) vznikla na základě prohlášení Světové zdravotnické organizace z roku 1989 s názvem Ochrana, prosazování a podpora kojení. Hlavním záměrem prohlášení je upozornit na důležitou roli zdravotníků v podpoře kojení. Nemocnice, které dlouhodobě dodržují hlavní zásady pro úspěšné a dlouhodobé kojení, nesou označení Baby friendly hospital. (www.kojeni.cz)

Hospitalizace dětí společně s rodiči je jedním z hlavních cílů Nadačního fondu Klíček. Nadační fond Klíček byl založen v Praze v roce 1991, v roce 2008 se stal členem Evropské asociace na podporu dětí v nemocnici (EACH). Podílel se na překladu Charty práv hospitalizovaných dětí, která byla schválena na I. evropské konferenci o hospitalizovaných dětech v roce 1988. (www.klicek.org)

Ve většině českých nemocnic převažuje tzv. péče koncentrovaná na rodinu – „family-centred care“. Family-centred care je *„filosofie péče, která usnadňuje spolupráci mezi rodinou a odborníky, udržuje rovnováhu mezi potřebami rodiny a radami odborníků, jedná s rodiči jako s rovnocennými partnery v ošetrovatelském týmu a v celém procesu léčebné a ošetrovatelské péče, do nějž odborníci vnášejí své odborné znalosti a z těchto znalostí vycházející služby, a rodiče zase informace o svém dítěti a jeho potřebách“*. (www.detivnemocnici.cz)

K lepší adaptaci dětí na nemocniční prostředí přispívají svojí činností také herní specialisté, zdravotní klauni, pedagogičtí pracovníci, dobrovolníci a další nezdravotničtí pracovníci působící na dětských odděleních nemocnic.

1.2 Negativní důsledky hospitalizace u dětí

Rodiče a také širší rodina jsou pro dítě zdrojem jistoty a bezpečí. Vyjmutí dítěte z rodinného prostředí a přijetí do nemocnice je pak pro dítě a také celou rodinu zdrojem obav, strachu a nejistoty.

Hospitalizace dítěte s sebou může přinášet za určitých specifických podmínek negativní následky, mezi které patří separace, psychická deprivace a hospitalizmus.

Psychická deprivace je „*psychický stav, který vzniká v takových životních situacích, kdy dítěti není dána příležitost k uspokojení jeho základních duševních potřeb v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu*“.(Matějček, 2001, str. 76) Psychickou deprivací může být dítě ohroženo zvláště při dlouhodobém pobytu v nemocnici. Zvláště ohrožené jsou děti v útlém věku, kdy je pro zdravý duševní vývoj nezbytné, aby se dítěti dostávalo přiměřeného množství podnětů z okolí. Ve věku přibližně 7. měsíců se vytváří u dítěte tzv. specifický citový vztah dítěte k mateřské osobě. Dítě začíná dávat mateřské osobě přednost před ostatními a je-li od mateřské osoby odloučeno, výrazně protestuje. Pokud životní situace neumožňuje navázání citových pout, je ohrožen vývoj osobnosti dítěte. Na vyšším vývojovém stupni se dítě seznamuje se společenským životem, navazuje sociální kontakty, učí se zaujímat různé společenské role. Pokud se mu nedostává příležitostí k získání těchto zkušeností, dochází ke zpoždění sociálního vývoje. Pokud tedy by dítě bylo „*dlouhodobě vystaveno ochuzenému životnímu prostředí a následkem toho trpělo nedostatkem smyslových, citových a sociálních podnětů*“ může dojít k psychické deprivaci. (Matějček, 2001, str. 78)

Separace znamená přerušení již dříve vytvořených vztahů. Obzvlášť výrazně se projevuje u dětí ve věku od 7. měsíce výš. Pokud dojde k vytržení dítěte z domácího prostředí, jeho odloučení od blízkých osob a umístění v nemocnici, dochází k narušení celé soustavy jeho vztahů, což je pro malé dítě značnou zátěží. Důležitým faktorem rozhodujícím o účinku separace je věk dítěte. Nebezpečnou se separace stává tehdy, je-li předčasná, tzn. v kojeneckém, batolecím a předškolním věku. Pokud separace trvá dlouhou dobu, může být podkladem pro deprivaci. Separace znamená přerušení vzájemných vztahů mezi dítětem a vychovávající osobou, kterou jsou většinou rodiče. To znamená, že je nejen dítě separováno od matky, ale také matka od dítěte, proto také u ní může dojít k projevům separační úzkosti. (Matějček, 2001, s. 79 - 80)

Průběh separační reakce má zpravidla tři fáze:

1. Fáze protestu – dítě křičí, vzteká se, volá matku a předpokládá na základě dřívější zkušenosti, že matka bude na jeho pláč reagovat
2. Fáze zoufalství – dítě ztrácí naději na přivolání matky, křičí méně, odvrací se od svého okolí, uzavírá se do sebe

3. Fáze odpoutání od matky – dítě potlačí své city k matce, připoutává se k jiné osobě, popř. se upoutává na věci

Jednotlivé fáze mohou u různých dětí trvat různě dlouhou dobu (od několika hodin až do několika týdnů), nemusí probíhat v daném sledu a nemusí probíhat u všech dětí stejně. (Fendrychová, 2005, s. 21)

Po návratu dítěte do domácího prostředí může docházet k poruchám chování a vývojovému sestupu – regresi. Dlouhou dobu setrvává úzkost a nejistota při každé změně životní situace. (Matějček, 2001, s. 81)

Hospitalizmus je soubor duševních a tělesných příznaků, které jsou důsledkem působení negativních faktorů souvisejících s dlouhodobým pobytem v nemocnici – hospitalizací. Jedná se o silnou reakci na hospitalizaci. (Rozsypalová, Staňková in Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 194)

Hospitalizmus bývá označován jako „choroba z nemocnice“. Projevuje se především psychickými změnami, popřípadě také somatickými poruchami, jako je nespavost, nechutenství, hubnutí. Významným faktorem, ovlivňujícím rozvoj hospitalismu je nucená nečinnost hospitalizovaného pacienta a také délka hospitalizace. K rozvoji hospitalismu u dětí významně přispívá ztráta kontaktu s rodičem, umístění v cizím prostředí nemocnice a nedostatek vývojových podnětů, jak smyslových, tak také citových. Pokud dojde u dítěte k rozvoji hospitalismu, je uzavřené, samo si hraje nebo si vůbec nehraje, odmítá navazovat kontakty, nekomunikuje. Typické jsou stereotypní kývavé pohyby hlavou nebo celým trupem. Může se objevit cucání prstů nebo vydávání stereotypních neartikulovaných zvuků. Objevuje se pláč, protesty a agresivní reakce dítěte vůči okolí.

Zvýšené riziko poruch vývoje u dítěte vlivem hospitalismu, včetně nevratných poruch osobnosti, je v kojeneckém a batolecím období, kdy je dítě silně závislé na matce a nezralé pro osamostatnění. (Fendrychová, 2005, s. 21)

1.3 Vliv hospitalizace dítěte na rodinu nemocného

Člověk stejně jako každý organismus nežije izolovaně, ale v určitém prostředí, s nímž je v neustálém vztahu. Je tímto prostředím ovlivňován a také sám toto prostředí ovlivňuje. Člověk jakožto tvor sociální je silně ovlivňován také vztahy k druhým lidem. Dítě se na-

chází v silném vztahu se svými rodiči. V případě, že dítě onemocní, nezmění se pouze nálada a chování dítěte, ale také jeho rodičů a ostatních členů rodiny. (Matějček, 2001, s. 12)

Nemoc dítěte vyvolává celou řadu změn v rámci rodiny, ale také v širších sociálních vztazích rodinných příslušníků, jako například nepřítomnost pečujícího rodiče v zaměstnání, zrušení návštěv příbuzných a podobně. Jak uvádí Fendrychová (2005, s. 33) „*stůně-li dítě, stůně v jistém slova smyslu celá rodina*“.

1.4 Role sestry v péči o dítě hospitalizované s doprovodem

Jak bylo uvedeno výše, před více než dvěma desetiletími byl do praxe zaveden systém péče dítě s matkou (ev. jinou doprovázející osobou). Postupně byla dětská oddělení přebudována tak, aby byl možný nepřetržitý kontakt nemocného dítěte s rodiči. Nepřetržitá přítomnost rodičů na dětských odděleních byla pro zdravotnické pracovníky novou zkušeností, se kterou se museli vyrovnat. Novým podmínkám se musel přizpůsobit způsob práce sester na odděleních, režim na odděleních, a především bylo třeba změnit způsob nahlížení zdravotníků na novou skutečnost. Postoj zdravotníků k této problematice se zdá být ambivalentní. Jak uvádí Grym (2001, s. 28) „*na jedné straně vítají a propagují tuto možnost jako příspěvek k psychické pohodě většiny svých pacientů, na druhé straně s nevolí nesou některá negativa a neřešené problémy systému na svých bedrech*“.

Sestra zajišťuje při tomto typu péče především odborné výkony. Zajišťování některých činností, jako je hygienická péče, krmení, oblékání, vyplnění volného času dítěte a podobně je přeneseno na matku či jinou doprovázející osobu. Nejsou však dořešeny některé otázky spojené s touto problematikou – např. kdo nese právní zodpovědnost za úraz dítěte vzniklý během hospitalizace, kdy dítě bylo pod dohledem rodiče. Jak postupovat v případě, kdy rodiče opakovaně a záměrně porušují léčebný režim dítěte nebo dokonce tvoří bariéru mezi dítětem a zdravotníky? „*Slogany typu „rodič se stává členem ošetrovatelského týmu“ mají možná dopad psychologický, nikoliv však právní*“ (Grym, 2001, s. 29-30)

I přes výše uvedené skutečnosti, je systému péče o dítě s matkou věnována jak v literatuře, tak také v odborných kruzích malá pozornost. (Grym, 2001, s. 29)

Tím, jak došlo k začlenění rodičů do péče o hospitalizované dítě, změnil se systém práce sester na odděleních. Některé ošetrovatelské činnosti, které byly dříve jejich náplní práce, vykonává nyní doprovod dítěte. Na druhou stranu přibyly činnosti související

s hospitalizací doprovodu nemocného dítěte, jako je administrativní příjem, zajištění stravy, ubytování, seznámení s předepsanými dokumenty. Došlo ke zvýšení administrativních úkonů v souvislosti s přijímáním doprovodů hospitalizovaných dětí, sleduje se spokojenost doprovodů s poskytovanou péčí, je třeba reagovat na zjištěné nedostatky a dle možností je odstranit. V průběhu celého pracovního dne se na oddělení pohybuje větší počet osob, než by tomu bylo v případě omezení návštěv na konkrétní odpolední hodiny. (Valušová a Jarošová, 2013, s. 267)

Sestra v průběhu ošetrovatelské péče o nemocné dítě nepřetržitě informuje rodiče (doprovod dítěte) o všech prováděných činnostech, v rámci své kompetence také o postupech léčebných a diagnostických zákroků.

Jak uvádí Fendrychová (2005, s. 47) *„je nasnadě, že hospitalizace matek spolu s dětmi klade na zdravotnický personál větší nároky, jež jsou jistou zátěží po stránce psychické, materiální i časové. Tyto relativní nevýhody jsou však bohatě vyváženy veskrze pozitivními účinky na hospitalizované děti. Zahraniční zkušenosti ukazují, že přítomnost rodičů je nejen možná, ale pro celkovou kvalitu péče i velmi přínosná i u tak závažných medicínských zákroků, jakými je resuscitace dítěte.“*

1.5 Role rodiče hospitalizovaného společně s nemocným dítětem

Pro dítě je dle Vágnerové (2005, s. 204) *„vědomí, že rodiče jsou vždy nablízku a lze se na ně plně spolehnout“* prostředkem k udržení potřebné jistoty. Také vztahy s ostatními členy rodiny jsou pro dítě velmi důležité. Dobré vztahy s dalšími členy rodiny jsou pro dítě zdrojem jistoty a bezpečí. (Vágnerová, 2005, s. 204)

Pobyt rodiče s hospitalizovaným dítětem napomáhá mírnit nepříjemné vjemy a vlivy, usnadnit dítěti přizpůsobení se na nové prostředí a naplňovat potřeby dítěte. Matka zde působí jako garant uspokojování psychických potřeb dítěte. Jak ukázaly výzkumy, délka hospitalizace dětských pacientů je mimo jiné závislá i na přítomnosti matky v nemocnici. Hospitalizace dítěte s matkou má vliv na zkrácení délky hospitalizace. (Fendrychová, 2005, s. 47)

Rodič je tedy chápán především jako psychická a citová opora dítěte. Očekává se od něj, že dítěti zajistí základní péči jako je hygiena, krmení, výchovný program. Odborné léčebné a ošetrovatelské výkony u dítěte vykonává sestra, po zaškolení je může pod dohledem sest-

ry vykonávat také rodič. Díky soustavné přítomnosti, která je dítěti psychickou oporou, se rodič stává také svědkem a účastníkem všech léčebných a ošetrovatelských výkonů a dalších intervencí ze strany zdravotnického personálu.(Grym, 2001, s. 28)

Rodič je pro personál pečující o nemocné dítě zdrojem informací o dítěti. Tyto informace jsou nedílnou součástí lékařské i ošetrovatelské anamnézy, zvláště u malých dětí. Poskytuje informace vycházející se znalosti vlastního dítěte a jeho potřeb, které jsou nezbytné při poskytování individuální péče dítěti. Jako zákonný zástupce dítěte dává rodič souhlas s hospitalizací dítěte, popřípadě uděluje souhlas s dalšími diagnostickými a léčebnými zákroky, zejména invazivními.

2 PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY DĚTÍ JEDNOTLIVÝCH VĚKOVÝCH KATEGORIÍ

Děti jsou jiné než dospělí po stránce fyzické, psychické i emocionální. Úroveň vyzrálosti dítěte je odlišná v jednotlivých obdobích věku. Růst a vývoj je zásadním aspektem v dětském věku. Je nezbytné, aby lidé v profesích pečujících o děti dobře znali specifické potřeby dětí v jednotlivých věkových obdobích. (Fendrychová, 2005, s. 70)

Nemoc dítěte, zvláště pokud je spojena s pobytem v nemocnici, je provázána celou řadou komplikací (bolest, strach z léčebných a diagnostických výkonů, částečná ztráta soukromí, změna prostředí, sociální izolace, změna denního režimu a další), které jsou pro pacienta zatěžující. Velmi významnou roli ve zvládnutí zátěže spojené s nemocí hraje věk pacienta. (Fendrychová, 2005, s. 20)

Znalost odlišností z oblasti vývojové psychologie je základem pro vytvoření reálných očekávání a přiměřeného chování k dětem různých věkových kategorií. Znalost psychických potřeb dítěte a míra jejich uspokojení nám umožňuje pochopit dětské chování. Vývojová psychologie nás naučí rozlišovat projevy chování běžné pro konkrétní věková období. (Vágnerová, 2005, s. 9)

Dále se budeme zabývat důležitými faktory v jednotlivých stádiích vývoje dítěte, které mohou ovlivnit zvládnutí zátěže spojené s nemocí a hospitalizací dítěte.

2.1 Novorozenecké období

Novorozenecké období trvá přibližně jeden měsíc. Přesněji je to období od narození do 28. dne věku. Je obdobím adaptace na nové (zevní) prostředí. Dítě reaguje reflexně na podněty. Křik je významným mechanismem v rané sociální interakci – kromě hladu může upozorňovat na bolest nebo potřebu kontaktu s matkou. Novorozenec je schopen reagovat na úzký okruh podnětů, které slouží k učení. Již z doby prenatálního života má zkušenosti v oblasti sluchového vnímání, dobře rozlišuje různé tóny. Má omezenou schopnost zrakového vnímání. Emočně nejvýznamnější je pro novorozence kožní kontakt, který je obvykle spojen se sociální stimulací. Pro novorozence je matka zdrojem podnětů. Vazba rozvíjející se mezi matkou a dítětem po narození je pokračováním symbiózy z prenatálního období. (Vágnerová, 2005, s. 67-70)

2.2 Kojenecké období

Kojenecké období trvá od jednoho měsíce (přesněji od 29. dne života) do jednoho roku věku dítěte. Je to období nejrychlejšího růstu a vývoje. Psychomotorický vývoj dítěte je spjat se zráním centrální nervové soustavy. Kojenec vnímá podněty z okolí a reaguje na ně. Významná je v tomto věku potřeba stimulace a potřeba učení. V prvním roce života jsou patrné individuální rozdíly v prožívání, v chování a v celkovém vývoji mezi jednotlivými dětmi. Tyto rozdíly jsou mimo jiné ovlivněny také množstvím a kvalitou podnětů z okolí, na které dítě reaguje a slouží k jeho učení. Základní receptivita (otevřenost okolnímu světu) kojence je vázaná na orální aktivitu – sání, kousání. Ústa jsou v tomto období důležitá pro kontakt s okolím a prozkoumávání okolního světa. Pro uspokojení potřeby učení je nezbytné, aby se kojenci dostávalo dostatečné množství podnětů. Bez uspokojení potřeby citové jistoty a bezpečí by se kojeneček mohl cítit ohrožen vnějším prostředím a došlo by k odmítavé reakci na podněty z okolí.

Dítě se rodí s vrozenou schopností emočně reagovat. Postupně dochází k diferenciaci pocitů libosti a nelibosti. Od 2. měsíce se objevuje úsměv, od 3. – 4. měsíce dítě dovede vyjádřit radost nebo nespokojenost, po 5. měsíci umí vyjádřit strach. Další rozvoj emocionality a schopnosti rozlišovat lidi vede ve věku 6 – 7 měsíců ke strachu z neznámých lidí. V 8 – 9 měsících věku dítěte se objevuje separační úzkost, což je strach z opuštění dítěte matkou, popř. osobou pečující o dítě. Dříve než se dítě naučí mluvit, dokáže svému okolí sdělit, co cítí, prostřednictvím emočních projevů. Naopak také kojeneček je schopen vnímat emoce jiných lidí, interpretovat je správně a reagovat na ně. Děje se tak prostřednictvím diferenciací výrazu obličeje, vokálních projevů či tónu hlasu. Malé děti vnímají svalový tonus, tepovou frekvenci a rytmus dýchání člověka, který je drží v náručí. Emoce jsou důležité pro rozvoj vztahů k ostatním lidem, především vztahu s matkou, která se stává pro dítě citově významnou.

Sociální stimulace neboli kontakt dítěte s ostatními lidmi má pro rozvoj dítěte a jeho učení větší význam než kontakt s materiálním prostředím. Mezilidská interakce přináší dítěti nové podněty, zkušenosti, rozvoj schopností a dovedností. Dítě disponuje vrozenou schopností preferovat sociální podněty a udržovat je. K tomu slouží mimické projevy dítěte, oční kontakt, úsměv, pláč, křik a předřechová aktivita. K procesu socializace významně přispívá učení nápodobou, kterou je možno považovat za určitou formu rané komunikace. Matka,

napodobující mimické a zvukové projevy dítěte, funguje jako zrcadlo, čímž poskytuje dítěti srozumitelnou zpětnou vazbu. Vztah dítěte k matce se mění a rozvíjí v průběhu prvního roku. Mezi 3. – 6. měsícem věku je dítě s matkou úzce spojeno, matku dítě chápe jako součást vlastní bytosti. Tato vazba je nazývána symbiotickou vazbou. Matka zajišťuje dítěti uspokojování jeho potřeb, zajišťuje kontakt s okolním světem, dodává pocit jistoty a bezpečí. Ve věku 6 – 9 měsíců se mateřská osoba stává prvním objektem, který je chápán jako trvalý. Pokud dojde v tomto období k oddělení dítěte od matky, dítě reaguje negativně, projevuje zoufalství a hledá matku. Postupně dochází u dítěte k odlišení vlastní a mateřské osoby, což bývá označováno jako psychologické narození. V této fázi vývoje může dítě pociťovat strach ze ztráty matky.

Vztah s otcem se ve větší míře začíná rozvíjet ve druhé polovině prvního roku věku, kdy dítě rozeznává mezi známými lidmi. Podmínkou vytvoření tohoto vztahu je, aby otec věnoval dítěti dostatečnou pozornost. Vztah otce a dítěte může být pojistkou v případě, že by mateřská péče neuspokojovala plně potřeby dítěte. Může působit kompenzačně také tehdy, pokud by nepříznivá životní situace narušila bezpečnou vazbu s matkou. Optimální pro dítě je však jistý a bezpečný vztah s oběma rodiči. (Vágnerová, 2005, s. 96 – 117)

2.3 Batolecí období

Batolecí období trvá od 1 do 3 let věku dítěte. Je obdobím osamostatňování dítěte a uvolňováním vazeb. Rozvoj lokomoce u batolat přispívá ke schopnosti uspokojovat potřebu stimulace. Má také sociální význam, protože na dítě, které umí samo chodit, je nahlíženo jako na zralejší. Význam rozvoje motorických dovedností spočívá v možnosti uspokojit si další potřeby, jako je například orientace v prostředí. Rozvoj pohybových aktivit dítěti pomáhá také k uvědomování si vlastního těla. Dále dochází k rozvoji poznávacích procesů, rozvíjí se symbolické myšlení, paměť, řeč. Významným mezníkem vývoje je schopnost ovládat vyměšování. Potřeba aktivity je uspokojována pohybem. K útlumu aktivity dochází, pokud je dítě nemocné. Pokud je batole ve své pohybové aktivitě omezováno dospělými, potřeba aktivity je neuspokojená, vyvolává napětí a dítě může zareagovat například záchvatem vzteku. Koncem batolecího období potřebuje dítě pro pocit jistoty určitou znalost pravidel fungování okolního světa. Stereotypy a rituály dítěti poskytují jistotu a bezpečí. Pokud dítě nadměrně lpí na dodržování stereotypů, může to být známkou zvýšené nejistoty a úzkosti. Dochází k rozvoji představivosti a chápání symbolů. Objevuje se odložená

nápodoba a fiktivní hra. Významně se rozvíjí řečové schopnosti, postupně se rozvíjí paměťové schopnosti, prodlužuje se délka uchování informace.

Charakteristickým emočním projevem batolecího věku je afekt hněvu a vzteku signalizující prožitek frustrace, kterou dítě cítí jako osobní újmu. Dále pak pocit studu pramenící z překročení určité normy nebo nesplněného očekávání ostatních lidí. Pocit studu někdy bývá doplněn projevem lítosti, dítě se pak snaží o nápravu situace, ze které uvedené emoce pramení. Významnou emocií je také strach, jehož předpokladem je vznik představ. Pokud batoleti dávají dospělí najevo, že jsou s ním nespokojeni, dítě prožívá pocit zahanbení. V opačném případě, pokud je chváleno, zažívá pocity hrdosti a pýchy. Obavy z cizích lidí mizí na počátku druhého roku věku. Intenzita separační úzkosti, jakožto reakce na oddělení dítěte od matky, na počátku druhého roku ještě narůstá a může přetrvávat do tří let věku dítěte. Batole se dovede radovat z kontaktu s cizími lidmi, projevit soucit, ale také žárlivost na jinou lidskou bytost, kterou je často sourozenec. Egocentrismus se projevuje neochotou o cokoli se podělit. Mezi 2. a 3. rokem se rozvíjí empatie.

V batolecím období může snadno vzniknout úzkost až fobického charakteru, pokud dítě opakovaně zažívá nepříjemné nebo jemu nesrozumitelné situace. Takto vzniklý chorobný strach – fobie může přetrvávat až do dospělosti (strach z injekce, ze zubaře, z lékaře). (Fendrychová, 2005, s. 22)

Proces socializace u batolete probíhá v rámci rodiny. Každý člen rodiny (širší rodiny) zaujímá určitou roli, předává dítěti určité zkušenosti. Nejvýznamnější vliv mají na dítě rodiče. Dítě vnímá rodinnou identitu, která je pro něj důležitá. Pro pocit bezpečí je důležité teritorium domova. Batole diferencuje dospělé podle rolí, které zastávají – „teta, co prodává bonbóny“. U batolat pozorujeme paralelní hru – hrají si vedle sebe, nedovedou spolupracovat. Před 2. rokem se projevuje prosociální chování, altruismus, utěšování a sdílení. (Vágnerová, 2005, s. 118 – 125)

V prvních měsících batolecího věku začíná postupný proces odpoutávání se od matky. Na fyzické úrovni se jedná o fyzické vzdalování se od matky. Na psychické úrovni však neprobíhá proces stejně rychlým tempem. Dítě se v průběhu procesu potřebuje opakovaně ujišťovat o dosažitelnosti matky. Objevují se období, nazývaná znovusbližovací fáze, kdy se dítě vrací k matce, chce se nechat krmit, vozit v kočárku, i když už umí samo chodit a jíst, dokud se od matky definitivně neodpoutá.

Otcové tráví obecně s malými dětmi méně času než matky, ale čas, který dětem věnují, dovedou využít intenzivněji. K otci může vzniknout obdobná vazba jako k matce, pokud se otec dítěti dostatečně věnuje. K dětem se otcové dovedou chovat stejně kompetentně jako matky. Jsou pro dítě zdrojem nových zkušeností, kladou větší důraz na dodržování řádu, podporují u dítěte rozvoj samostatnosti. Otcové podporují u svých dětí rozvoj genderové identity více než matky, svým synům poskytují model mužského chování. Vztah s otcem může usnadňovat separaci z vazby na matku. Dítě je schopné citového připoutání k oběma rodičům. Sourozenci jsou pro dítě zdrojem mnoha sociálních zkušeností a dovedností. Svou roli zde hrají také sourozenecké konstelace. Pokud se do rodiny, v níž vyrůstá batole, narodí novorozenec, je tato událost batoletem vnímána jako ohrožující a na sourozence může žárlit. (Vágnerová, 2005, s. 142 – 152)

Výzkumy posledních let ukazují, že pro správné utváření osobnosti člověka má velký význam nejen uspokojení biologických, ale také duševních potřeb. Z tohoto pohledu má rané dětství mimořádnou důležitost. (Fendrychová, 2005, s. 20)

2.4 Předškolní období

Toto období bývá nazýváno věkem hry a trvá od 3 do 6 – 7 let. Konec předškolního období není vymezen věkem dítěte, ale spíše nástupem do školy. Vyznačuje se pokračováním osamostatňování a socializace. V oblasti socializace dochází k přesahu hranic rodiny a vytváření vztahů s vrstevníky. Toto období se pro dítě stává přípravou na život ve společnosti. Dítě se učí prosadit, spolupracovat, respektovat řády a pravidla. Tyto nové dovednosti se odráží ve hře, která se stává sdílenou – děti si hrají společně s ostatními nikoli vedle sebe, jako tomu bylo dříve. Dochází k rozvoji poznávacích procesů, které jsou zaměřeny na okolní svět a jeho pravidla. Předškolní děti nedovedou plánovat, spoléhají na pomoc druhých. U dětí předškolního věku se objevují nepravé lži, takzvané konfabulace. Mohou vznikat zkreslenou interpretací reality, kterou si dítě upravuje tak, aby byla pro něj srozumitelná, nebo kombinací vzpomínek s fantazijními představami. Fantazie je významná pro udržení citové a rozumové rovnováhy. Myšlení není komplexní, typická je útržkovitost, nepropojenost a nekoordinovanost. Hra je symbolická, jejím prostřednictvím se předškolák vyrovnává s realitou. Tematická hra „na něco“ pak slouží k procvičování si různých životních rolí. Pohádky uspokojují dítěti potřebu naděje, že svět není zlý, že mu lze důvěřovat. Dochází k velkému pokroku v oblasti verbálních schopností. Porozumění času, pro-

storu, počtu ovlivňuje omezená schopnost abstrakce. Dochází k vývoji všech složek paměti, dítě dokáže verbalizovat vlastní zážitky. (Vágnerová, 2005, s. 173 – 187)

Emoční prožívání je stabilnější a vyrovnanější než tomu bylo v batolecím období. Dochází k ubývání negativních emočních reakcí v závislosti na dosažené zralosti centrální nervové soustavy. Vztek a zlost se stávají méně častými, dítě se dokáže lépe vyrovnat s nepříjemnou situací. Projevy strachu mohou být spojeny se schopností představivosti, která je v tomto věku rozvinutá. Pokud je strach velmi intenzivní, může dítě odmítat samostatnost a fixovat se na dospělou osobu. Pozitivní emocí je veselost a smysl pro humor. Dítě je schopno těšit se na něco. V předškolním věku dochází k rozvoji emoční inteligence. Od předškolních dětí se očekává, že dovedou své emoce ovládat, především ty negativní. Objevují se vztahové emoce jako je láska, sympatie, nesympatie, soucit nebo pocit sounáležitosti. Dítě se dokáže orientovat v emocích jiných lidí, součástí emoční inteligence je jeho schopnost empatie. Ze sebehodnotících emocí se nově objevují pocity viny.

Základní sociální skupinou je pro dítě rodina. Pozitivní rodinné vztahy dodávají dítěti pocit bezpečí a umožňují mu respektovat potřeby jiných lidí. Rodiče jsou pro děti emočně významnou autoritou, děti jsou přesvědčeny o rodičovské omnipotenci (bezpodmínečné splnění přání a tužeb dítěte). Jsou pro dítě vzorem, se kterým se identifikují. Nekriticky přebírají veškeré názory a postoje rodičů. K symbolickému ztotožnění rodičů s dítětem dochází, když rodiče vyprávějí dítěti o svém dětství. Specifická je interpretace vztahu mezi matkou a dítětem – dítě má představu, že pokud se mamince narodilo, tak k ní i více patří, než například tatínek. Matka je pro dítě zdrojem jistoty a bezpečí, zaujímá roli pečující a ochraňující osoby. Dítě se postupně odpoutá z těsné vazby na matku. Otec sdílí s dítětem často aktivity volného času, výlety, hry. Je dítěti průvodcem vnějším světem, prostředníkem k získávání nových poznatků a zkušeností.

Sourozenci jsou pro předškoláka zdrojem zkušeností, partnery, spojenci, ale také soupeři o rodičovskou přízeň. Vztah se sourozencem je citově významný, spojovacím článkem je společné rodinné zázemí. Starší sourozenec může být ochráncem a pomocníkem. Na novorozeného sourozence může předškolní dítě reagovat negativně regresí, v obavě o svou pozici v rodině a lásku rodičů. Sourozenské vztahy mohou být odrazem zkušenosti s chováním rodičů k dalším členům rodiny. Velmi důležitá je pro předškolní dítě stabilita

rodiny. Její rozpad je pro dítě velkou psychosociální zátěží, nedokáže pochopit příčinu a následky rozchodu rodičů, často dochází k jejich nesprávné interpretaci.

Nástup do mateřské školy je přechodem mezi rodinou a školou. Dítě se musí naučit respektovat cizí dospělou autoritu, kterou je učitelka. Dostává se do nové sociální skupiny tvořené neznámými dětmi. Vztahy s cizími vrstevníky jsou jiné než se sourozenci. Jedná se o symetrický vztah, ve kterém jsou partneři na stejné rovině. Ve vrstevnické skupině se dítě učí soupeřit i spolupracovat. Tyto vztahy velkou měrou přispívají k socializaci dítěte předškolního věku. Pro dítě vrstevníci představují určitou referenční skupinu, se kterou se srovnává. (Vágnerová, 2005, s. 202 – 215)

2.5 Školní věk

Z psychologického hlediska je školní věk rozdělován na tři období: mladší školní věk (6 – 9 let), střední školní věk (9 – 12 let) a starší školní věk (12 – 15 let). Důležitým sociálním mezníkem je nástup dítěte do školy. Škola výrazně ovlivňuje další rozvoj osobnosti dítěte, a to mnohdy zásadním způsobem. Pro vstup do školy je vyžadováno u dítěte dosažení školní zralosti. Dochází k oficiálnímu vstupu dítěte do společnosti. Hlavním cílem tohoto období je uspět, prosadit se ve společnosti – z obecnějšího hlediska se jedná o potvrzení vlastních kvalit v různých sociálních skupinách, tedy nejen ve vztahu k rodičům, ale také mezi vrstevníky. Vytváří se horizontální skupiny – vrstevnické skupiny – s vlastními pravidly a hierarchií. Spolužáci jsou rovnocennými partnery, dítě se s nimi porovnává. Střední školní věk je považován za období klidového stavu, neobsahuje žádný významný mezník, dítě se plynule rozvíjí ve všech oblastech. V období školního věku dochází k dalšímu rozvoji smyslového vnímání, jazykových kompetencí, myšlení, zvyšuje se kapacita paměti a rychlost zpracování informací. Zvýrazňuje se vnímání genderové diference.

Zvýšení emoční stability a odolnosti vůči zátěži je projevem zrání organismu, především centrální nervové soustavy. Někteří autoři označují školní věk jako fázi citové vyrovnanosti. Dále pokračuje rozvoj emoční inteligence. U dítěte dochází k porozumění vlastním emocím, rozvíjí se schopnost interpretovat emoce. Pro mladší školáky jsou emoční oporou rodiče, pro děti středního školního věku to mohou být také vrstevníci. Možnost emočního sdílení je důležitá pro další emoční a sociální rozvoj dítěte. Snazší je pro dítě sdílení emocí s vrstevníky, protože se nacházejí na stejné úrovni vývoje, mají podobné prožívání a chá-

pání. Konflikty mezi vrstevníky často pramení z odlišného prožívání a chápání situace. Mladším školákům chybí zodpovědnost a sebekontrola, která se teprve rozvíjí, proto potřebují vedení a kontrolu dospělých. (Vágnerová, 2005, s. 236–265)

Vstupem do školy se dítěti významně rozšiřuje společenský okruh dětí. Pokračuje uvolňování závislosti na rodině a sama rodina se často přizpůsobuje nové realitě, kterou je začátek školní docházky jednoho z členů rodiny. (Fendrychová, 2005, s. 22)

Díky rozvoji vztahů s lidmi různých sociálních skupin, dochází k diferenciaci rolí, které se dítě postupně učí zaujímat. Významné postavení zaujímá rodina, škola a vrstevnická skupina. Každá z uvedených sociálních skupin zaujímá své teritorium – teritoriem rodiny je domov, prostředí školy má složitější strukturu, teritorium kontaktu s vrstevníky představují místa setkávání dětí. Rodina, která je významnou složkou dětského světa, zahrnuje rodiče, dítě, jeho sourozence, prarodiče a další členy rodiny. Je pro dítě emočním zázemím a oporou, prozatím uspokojuje většinu jeho potřeb. Pro rodiče se školní děti stávají přijatelnějšími partnery díky tomu, že dokáží lépe ovládat své emoce a chování, snesou větší zátěž a lépe s nimi rodiče domluví. Důležitým spojovacím článkem jsou mimo jiné rodinné rituály, jichž se všichni členové rodiny účastní. Podmínkou funkčního vztahu mezi rodiči a dítětem je sdílení života a trvalá přítomnost rodičů.

Role matky se nemění, je součástí každodenního života dítěte, je garantem zabezpečení jeho psychických a fyzických potřeb, je pro dítě zdrojem pocitu jistoty a bezpečí, reguluje míru stresu, kterému je dítě vystaveno. Je také garantem plnění školních povinností dítěte. Otec může být pro dítě větší autoritou než matka, což je dáno užším soužitím matky a dítěte. Na školáka může také větší fyzická velikost a s ní související větší síla otce působit autoritativněji. Vztah otce a matky slouží dítěti jako model vztahu muže a ženy. Vztah rodičů děti mohou považovat za normu, ať je jakýkoliv. Chování rodičů akceptuje školák jako danost a chápe je jako model pro své vlastní vztahy. Jestliže rodinné prostředí není harmonické, stává se pro dítě zdrojem úzkosti. Značnou emoční zátěž představuje pro školáka případný rozpad rodiny. Rozvod rodičů znamená ztrátu jistoty rodinného zázemí. Stres spojený s rozpadem rodiny obvykle vede ke zhoršení školního prospěchu dítěte.

Sourozenec je pro školáka zdrojem socializačních zkušeností. Ve školním věku spolu sourozenci často soupeří, dovedou však také spolupracovat a vzájemně se podporovat. Mezi sourozenci dochází k vzájemnému oboustrannému ovlivňování. Pravděpodobnost rozvoje

určitých osobnostních rysů a způsobů chování je ovlivněna pořadím narození dítěte do rodiny. (Vágnerová, 2005, s. 266 – 281)

2.6 Období dospívání – adolescence

Adolescence je období od 10 do 19 let. Toto období je přechodem mezi dětstvím a dospělostí. Dochází ke změně osobnosti v oblasti somatické, psychické i sociální. Z hlediska tělesného vývoje dochází k náročným fyziologickým změnám, které zahrnují změnu tělesných proporcí a pohlavní dozrávání. Tělesný vzhled se stává důležitou součástí identity dospívajícího. Vystává silná potřeba líbit se sobě i ostatním. (Vágnerová, 2005, s. 321 – 329)

Z psychologického hlediska se jedná o velmi náročné období života. Dospívající se intenzivně zajímá o svůj citový život, o navazování vztahů k druhému pohlaví. Silný vliv na dospívajícího může mít parta (určité organizované společenství). Chování adolescentů bývá ovlivněno citovou nejistotou, nevyrovnaností, objevují se tendence ke krajnostem. (Fendrychová, 2005, s. 23)

Období dospívání někteří autoři označují jako období druhého sociálního narození. Dochází k ukončení základní školní docházky, získání občanského průkazu, volbě budoucí profese. Výrazně se mění vztahy s lidmi. Adolescent odmítá nadřazenost autorit, jako jsou rodiče nebo učitelé. Polemizuje s dospělými ve snaze stát se sám autoritou. Bývají netolerantní k dospělým, kritičtí k vrstevníkům a silně sebekritičtí. V rámci sociálních skupin zastávají nové role – role dospívajícího, člena party, přítele, přítelkyně, kamaráda/ky.

Proces postupné emancipace adolescenta se nejvýrazněji projeví v rámci rodiny. Jedním z úkolů dospívání je odpoutání z vázanosti na rodinu. Dochází k proměně citové vazby k rodičům, nikoli však k její destrukci. Vztah se stává zralejším a vyrovnanějším. Pocit jistoty a bezpečí, který doposud rodina poskytovala, se stává symbolickým. Objevuje se zdánlivý konflikt potřeb rodičů a dětí – rodiče si potřebují udržet autoritu, dospívající usilují o sebeprosazení. Mění se kvalita interakce mezi rodiči a dospívajícími dětmi, které s rodiči tráví stále méně času. Vztah s rodičem stejného pohlaví bývá dočasně napjatější. Adolescenti odmítají nadměrnou péči matky o jejich osobu. Kritika rodičů je jedním ze způsobů hledání správného životního modelu. Díky adolescentnímu egocentrismu dospívající o potřebách rodičů příliš neuvažují. Vztah adolescenta k sourozencům závisí míře

shody pohlaví a věku. V rámci potřeby osamostatňování se od rodiny, mohou vzniknout tendence k odpoutání od sourozence. Opět je zde důležitým faktorem pořadí narození sourozence do rodiny. Výše popisovaný proces proměny rodinných vztahů neprobíhá u všech dospívajících stejně. (Vágnerová, 2005, s. 346 – 362)

3 KOMUNIKACE S NEMOCNÝM DÍTĚTEM A JEHO DOPROVODEM

V dnešní době se od lékařů a sester očekává, že jimi poskytovaná péče bude na nejvyšší možné dosažené úrovni odborné lékařské a ošetrovatelské péče, ale rovněž se očekává profesionální přístup a jednání s nemocným a jeho rodinou, kteří se vlivem nemoci ocitají v psychické nerovnováze. Jednání a chování pacientů nebo v případě onemocnění malých dětí jeho rodičů je ovlivněno strachem, nejistotou, úzkostí a dalšími emocemi. V případě závažného či fatálního onemocnění dítěte u rodičů dochází k šoku, panice či zoufalství. Úkolem ošetrujícího personálu je s těmito situacemi počítat a svým profesionálním přístupem a psychickou vyrovnaností podpořit pacienta a jeho blízké. V případě nevhodného chování či komunikace s pacientem nebo jeho rodinou, může dojít k poškození pacienta nevhodným či neprofesionálním přístupem, což je dnes chápáno jako jedna z forem poškození pacienta. Každodenní intenzivní kontakt sester pracujících na dětských odděleních nemocnic s pacientem a jeho rodinou udává atmosféru oddělení, kterou děti i jejich rodiče vnímají. (Pilát in Fendrychová, 2005, s. 16)

Význam slova komunikace (z latiny *communico, communicare*) je popisován mimo jiné jako radit se, vzájemně si sdělovat, společně něco sdílet. Vedle předávání informací je důležitou funkcí komunikace také utváření vztahu. Jak uvádí Pilát in Fendrychová (2005, s. 25) „*vytvoření dobrého vztahu mezi zdravotnickým personálem a pacientem je jedním ze základních předpokladů úspěšného léčení*“.

Zdravotničtí pracovníci by si měli být vědomi skutečnosti, že ve vztahu s pacientem jsou oni v roli profesionála. Součástí jejich profesionálního přístupu je zvládnutí komunikačních dovedností, komunikačních pastí a nesnází. Z tohoto pohledu je možné říci, že neexistuje problémový nebo obtížný pacient – zdravotník-profesionál může pouze hůře či lépe zvládnout danou situaci. Hodnotit případné nevhodné chování pacienta se stává bezpředmětným. (Pilát in Fendrychová, 2005, s. 25)

3.1 Specifika komunikace s nemocným dítětem

V komunikaci s nemocným dítětem je nezbytné brát v úvahu věk dítěte. Je třeba zohlednit stádium vývoje řeči, kognitivních funkcí a také jeho sociální a emoční zralost. Malé děti ještě nejsou kognitivně a emocionálně vyzrálé, což ovlivňuje jejich chápání a schopnost

vyrovnat se s onemocněním a hospitalizací. Také jejich komunikační schopnosti nejsou zatím dostatečně rozvinuté, proto sestra musí umět předvídat jejich potřeby a citlivě reagovat na jejich verbální i nonverbální komunikaci. (Fendrychová, 2005, s. 70)

Bez navození důvěry u dítěte, se nedozvíme nic o jeho pocitech, obavách, úzkostech, přáních a podobně. Nadřazený přístup k dítěti je překážkou k vytvoření otevřeného vztahu, založeného na vzájemné důvěře. Součástí dobrého vzájemného vztahu je umění přiznat vlastní chybu a omluvit se.

Platí, že malé dítě nikdy nelže – i když nemluví pravdu. Tato skutečnost je dána prolínáním vnějšího a vnitřního světa u malých dětí a je ovlivněna postupným zráním centrální nervové soustavy. Pokud lež uslyšíme od školáka a staršího dítěte, je třeba se ptát na její důvod – bojí se říct pravdu? Proč? Je vhodné dát dítěti příležitost nepravdivé tvrzení beztestně změnit. Vhodné jednání u dětí posilujeme častou pochvalou, oceněním a povzbuzením. Dětem bychom měli poskytnout dostatek času pro vyjádření jejich názoru, přání, pochybností, souhlasu či nesouhlasu. Uznání respektu k dítěti dáváme najevo tím, že s dítětem vyjednáváme o věcech, které se jej bezprostředně týkají. Činíme tak s ohledem na mentální schopnosti dítěte. Děti v případě potřeby káráme či napomínáme diskrétně, beze svědků, sdělení formulujeme jednoznačně a srozumitelně. V komunikaci s malým dítětem je třeba zúčastněně naslouchat, často se ptát, abychom získali zpětnou vazbu, že dítě správně rozumí řečenému. Verbální a neverbální sdělení musí být v souladu – opak je dítětem citlivě vnímám. (Pilát in Fendrychová, 2005, s. 29 – 30)

Sdělení předkládaná dětem musí být vždy pravdivá, pokud máme dítě uchránit od nepříjemných překvapení a vzniku úzkostí. Také opatření rodičů, jejichž cílem je ochránit dítě „aby nemělo předem strach“ jsou zdrojem komplikací a psychických otřesů, které dítě utrpí. Dítěti je nutné říct včas a šetrně celou pravdu. Všechny informace podáváme dítěti s přihlédnutím k jeho rozumovým schopnostem. Předškolním dětem vysvětlujeme důvod přijetí do nemocnice pro ně srozumitelnou formou. Nezdůrazňujeme přitom nepříjemnosti, ale snažíme se najít příznivé skutečnosti. Děti školního věku už dovedou pochopit rozumově důvody hospitalizace. V atmosféře vzájemné důvěry odpovídáme na jejich otázky. (Matějček, 2001, s. 86)

Naprosto nevhodné a nebezpečné z hlediska dalšího psychického vývoje dítěte je strašení dítěte větami typu „*jestli budeš zlobit, pan doktor/sestřička ti dá injekci*“. Takovým přístu-

pem dojde u dítěte k vypěstování strachu z lékařů a z nemocničního prostředí. Dítě by mělo vědět, že doktor/sestra se snaží ulehčit mu od jeho obtíží, i když některé zákroky mohou být nepříjemné. (Pilát in Fendrychová, 2005, s. 51)

Dospívající, pokud mají motivaci k upřímnému sdělení, jsou schopni spolehlivě komunikovat. V rozhovoru s dospívajícím by měl zdravotník zaujímat klidný, věcný a partnerský přístup. Měl by dodržovat profesionální neutralitu, to znamená nebyť nadměrně autoritativní ani se nepřizpůsobovat adolescentní subkultuře (slangové výrazy a podobně). Velkou hodnotu pro navázání vztahu s adolescentem má poskytnutí možnosti spolurozhodovat. (Pilát in Fendrychová, 2005, s. 30 – 31)

3.2 Komunikace s rodiči nemocného dítěte

V úvodu rozhovoru je nezbytné se představit, popřípadě představit další zúčastněné. Od začátku by mělo být zřejmé, že komunikačním partnerem je pro nás celá rodina dítěte. Je třeba si uvědomovat, že rodiče nemocného dítěte, zvláště pokud se jedná o těžce nemocné dítě, se mohou nacházet ve stavu zúženého vědomí, ve kterém mohou být velmi nepřístupní nebo naopak značně sugestibilní (ovlivnitelní). Z rozhovoru si pak pamatují pouze částečné nebo zkreslené informace. Zpětnou vazbou je třeba ověřovat porozumění sděleným informacím a v případě potřeby je opakovat. Včasné podávání informací přispívá k vyrovnání se rodičů s náročnou životní situací, jakou nemoc dítěte bezpochyby představuje. Vhodné je dát rodičům najevo sympatizující postoj – projevit pochopení pro jejich duševní rozpoložení související s aktuální situací. Výhodou je, pokud mohou být informováni oba rodiče společně. V závěru rozhovoru upozorníme rodiče na možnost dalších konzultací. (Pilát in Fendrychová, 2005, s. 50)

Cílem úvodního rozhovoru s rodiči je vzájemné seznámení a poskytnutí prvních důležitých informací o nemocném dítěti. Má jim umožnit vytvořit si reálnou představu, co se bude dále dít, jaký bude další postup. Přináší ujištění, že se případem jejich dítěte zabýváme, že jej bereme vážně a že jsme připraveni jej řešit. Pro navození vzájemné důvěry je důležité chovat se přirozeně a autenticky. (Dunovský, 1999, s. 128)

Stejně jako v přístupu k pacientům i v komunikaci s rodiči je třeba uplatňovat individuální přístup. Rodiče úzkostně naladěni, přijmou spíše klidné, ale autoritativní chování a pře-

svědčivé sdělení. Naopak racionálně založení rodiče vyžadují důkladné vysvětlení s technickými podrobnostmi. (Matějček, 2001, s. 86)

4 LEGISLATIVA SOUVISEJÍCÍ S PROBLEMATIKOU HOSPITALIZACE DÍTĚTE

Termínem „legislativa“ se rozumí soubor platných právních předpisů, které se vztahují k určité konkrétní oblasti. V souvislosti s hospitalizací dítěte v nemocnici jsou důležitými právními předpisy Úmluva OSN o právech dítěte, Listina základních práv a svobod, Zákon o zdravotní péči a Zákon o veřejném zdravotním pojištění. Významným dokumentem je také etický kodex Charta práv hospitalizovaných dětí.

4.1 Listina základních práv a svobod

Je součástí ústavního pořádku České republiky od 16. prosince 1992 usnesením předsednictva České národní rady. V tomto dokumentu jsou zakotvena tradiční demokratická práva občana. Vychází z principů právního státu, který je pro občana garantem dodržování práv uváděných v Listině základních práv a svobod. V dokumentu jsou definována základní lidská práva a svobody, politická práva, práva národnostních a etnických menšin, práva hospodářská, sociální a kulturní a právo na soudní a právní ochranu. (Česko, 1992)

4.2 Úmluva o právech dítěte

20. listopadu 1989 byla Valným shromážděním Organizace spojených národů (OSN) v New Yorku přijata Úmluva o právech dítěte, kterou ratifikovali do dnešního dne všechny státy světa s výjimkou Spojených států amerických a Somálska. Jedná se o nejrozšířenější smlouvu deklarující lidská práva. Tato mezinárodní konvence stanovuje občanská, ekonomická, sociální, kulturní a politická práva dětí. Její dodržování kontroluje Výbor pro práva dítěte OSN. Česká republika (Česká a Slovenská Federativní Republika ratifikovala Úmluvu v New Yorku 30. září 1990) ratifikací Úmluvy o právech dítěte přijala povinnost implementovat ji do svého právního řádu a dbát na dodržování zásad, které z ní vyplývají. Úmluva vstoupila v ČSFR v platnost 6. února 1991. Česká republika se také zavázala, že každých pět let podá Výboru pro práva dítěte OSN podrobnou zprávu o dodržování práv dětí v ČR a stavu dětské populace. (www.unicef.cz)

Mezi práva dítěte vyplývající z úmluvy patří například právo na život, na jméno, právo znát své rodiče a být jimi vychováván, dále právo na ochranu zdraví a využívání zdravotnických

zařízení nebo právo na ochranu soukromí. Dále úmluva konkretizuje povinnosti státu a povinnosti rodičů ve vztahu k dětem.

Článek č. 7 úmluvy zajišťuje dítěti právo na péči vlastních rodičů. V článku č. 24 úmluvy smluvní strany uznávají právo dítěte na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně zdravotního stavu a zajištění práva na přístup ke zdravotnickým službám. (Česko, 1991, s. 3)

4.3 Zákon o zdravotních službách

Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování – č. 372/2011 Sb. – upravuje, jak je patrné z názvu, zdravotní služby a podmínky jejich poskytování a s tím spojený výkon státní správy, druhy a formy zdravotní péče, práva a povinnosti pacientů a osob pacientům blízkých, poskytovatelů zdravotních služeb, zdravotnických pracovníků, jiných odborných pracovníků a dalších osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, podmínky hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb, další činnosti související s poskytováním zdravotních služeb a zpracovává příslušné předpisy Evropské unie. (Česko, 2011)

4.4 Zákon o veřejném zdravotním pojištění

Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů upravuje rozsah a podmínky, na jejichž základě jsou hrazeny zdravotní služby z veřejného zdravotního pojištění a stanovují se ceny léčivých přípravků hrazených z veřejného zdravotního pojištění.

V části páté výše uvedeného zákona jsou definovány podmínky zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění. Paragraf 25 upravuje podmínky pro pobyt průvodce pojištěnce v lůžkové péči následovně:

- (1) Je-li při hospitalizaci pojištěnce ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče nutná celodenní přítomnost průvodce vzhledem
 - a) ke zdravotnímu stavu pojištěnce, nebo
 - b) k nutnosti zaškolení průvodce pojištěnce v ošetřování a léčebné rehabilitaci doprovázeného pojištěnce,

je pobyt průvodce pojištěnce do dovršení šestého roku věku doprovázeného pojištěnce včetně hrazenou službou; pobyt průvodce pojištěnce staršího 6 let je hrazenou službou jen se souhlasem revizního lékaře.

(2) Pobyt průvodce hradí zdravotní pojišťovna, u které je pojištěn doprovázený pojištěnec. (Česko, 1997, s. 1194)

4.5 Charta práv hospitalizovaných dětí

Charta práv hospitalizovaných dětí (dále jen Charta) je etický kodex schválený Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví ČR v roce 1993. Její znění vychází z Charty EACH (European Association for Children in Hospital – Evropská asociace na podporu dětí v nemocnici), která byla přijata v roce 1988 v holandském Leidenu na 1. evropské konferenci o hospitalizovaných dětech. Charta definuje určité základní standardy související s péčí o hospitalizované děti. Určuje obecná pravidla, která by měla být v dané situaci uplatňována. Přestože nemá charakter zákonné normy, je akceptována mnoha zdravotnickými zařízeními, která poskytují péči nemocným dětem. O propagaci Charty práv hospitalizovaných dětí v České republice a její překlad z angličtiny se zasloužil Nadační fond Klíček, který je členem EACH. Později byly přidány k jednotlivým článkům tohoto dokumentu doplňující komentáře, jejichž účelem je usnadnit zavádění Charty do praxe. (detivnemocnici.cz, © 2008)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 CÍLE A METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

5.1 Cíle výzkumného šetření

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit případné rozdíly ve vnímání role a významu doprovodu hospitalizovaného dítěte u sester a u rodičů nemocných dětí.

Dílčí cíle:

Cíl 1 – zjistit, v čem spatřují úlohu doprovodu hospitalizovaného dítěte sestry a v čem rodiče hospitalizovaní společně s nemocným dítětem

Cíl 2 – zjistit, jaká je dle názoru sester a rodičů věková hranice, kdy dítě nezbytně potřebuje přítomnost rodiče při hospitalizaci v nemocnici

Cíl 3 – zjistit, zda a jak vnímají sestry a rodiče hospitalizovaných dětí vliv nemoci dítěte na jeho rodinu

Cíl 4 – zjistit, zda sestry a rodiče znají obsah Charty práv hospitalizovaných dětí

Cíl 5 – zjistit, jak hodnotí dodržování Charty práv hospitalizovaných dětí sestry a jak rodiče hospitalizovaní společně s nemocným dítětem

Cíl 6 – zjistit názory sester na skutečnosti související s hospitalizací dítěte s doprovodem

Cíl 7 – zjistit názory rodičů na skutečnosti související s hospitalizací dítěte s doprovodem

5.2 Specifikace metod sběru dat

Pro zpracování praktické části bakalářské práce byla použita kvantitativní metoda šetření, technika dotazníku. Byly vytvořeny dva typy nestandardizovaných dotazníků pro dva výzkumné soubory – jeden pro sestry a druhý pro rodiče doprovázející hospitalizované děti. Oba dotazníky obsahovaly uzavřené a polouzavřené otázky. Dotazník pro sestry je sestaven ze 14 otázek, dotazník pro rodiče z 15 otázek. Otázky z obou dotazníků spolu vzájemně korespondují. Otázky v dotaznících se vztahovaly k předem stanoveným cílům výzkumného šetření. V úvodu byli respondenti seznámeni s účelem a s cílem dotazníkového šetření, byla zdůrazněna anonymita při vyplňování dotazníků. Respondenti dotazníkového šetření měli možnost výběru z nabídnutých odpovědí, u některých otázek možnost více odpovědí, popřípadě možnost doplnění jiné – vlastní odpovědi. V rámci předvýzkumu byl dotazník

pro sestry rozdán k posouzení na pracovišti autorky bakalářské práce – na dětské JIP Uherskohradištské nemocnice a. s. Na základě cenných rad a připomínek byly provedeny úpravy formulace některých otázek a odpovědí. Finální verze dotazníků byla konzultována a schválena vedoucí bakalářské práce.

5.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výběr respondentů výzkumného šetření byl záměrný. Výzkumný soubor zahrnoval dvě skupiny respondentů. První skupinu tvořily všeobecné sestry (se specializací dětská sestra) pracující v nemocnicích na lůžkových odděleních, která poskytují zdravotní péči dětem. Druhou skupinou byli rodiče (nebo jiná doprovázející osoba) hospitalizovaní společně se svými nemocnými dětmi jako doprovod. Další kritérium výběru respondentů dotazníkového šetření představoval souhlas dotazovaného s vyplněním dotazníku.

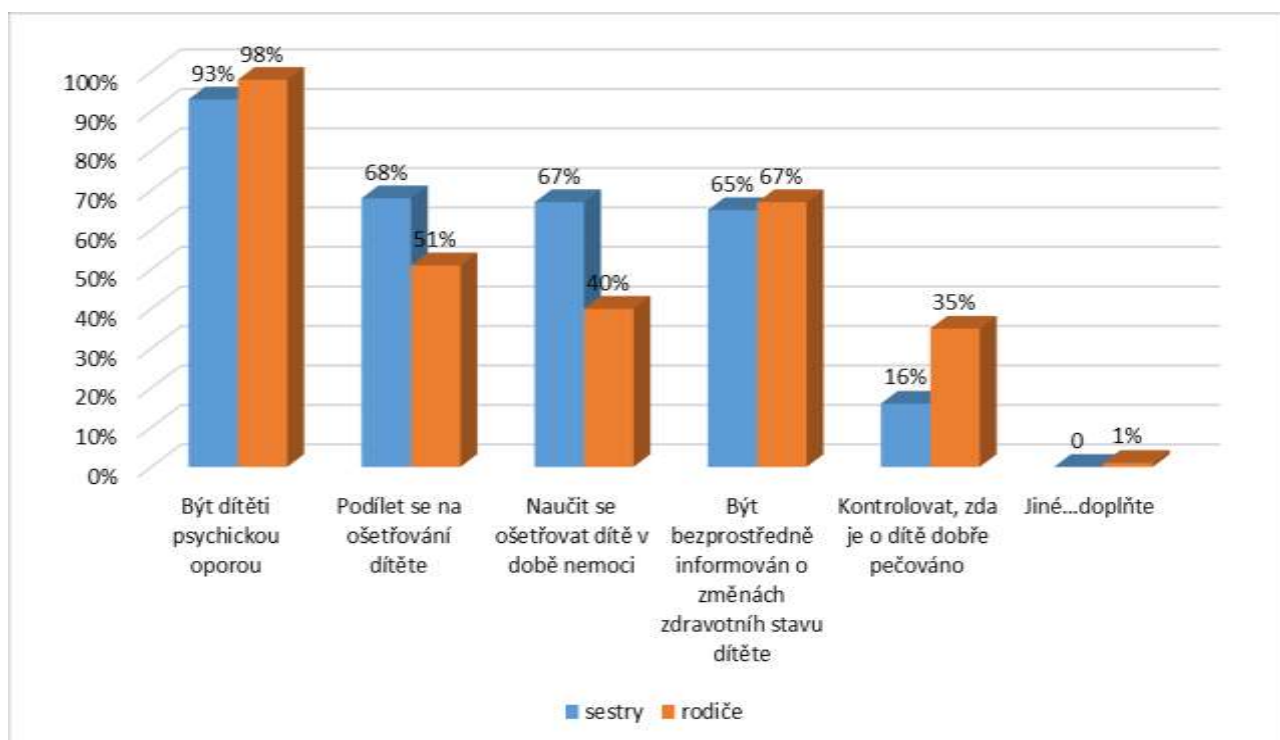
5.4 Organizace výzkumného šetření

Po předchozím schválení Žádosti o umožnění dotazníkového šetření byly dotazníky distribuovány na dětské oddělení Uherskohradištské nemocnice a.s. v počtu 25 dotazníků pro sestry a 30 dotazníků pro rodiče, dále ve FN Brno na Pediatrické klinice na Oddělení dětské chirurgie a ortopedie 50 dotazníků pro sestry a 50 dotazníků pro rodiče a na dětské oddělení KNTB Zlín 25 dotazníků pro sestry a 30 dotazníků pro rodiče. Z celkového počtu 100 dotazníků pro sestry, se vrátilo 94 vyplněných dotazníků (návratnost 94 %). Rodičům (osobám hospitalizovaným s nemocným dítětem) bylo rozdáno celkem 110 dotazníků, vyplněno bylo 93 dotazníků (návratnost 84,5 %). Všechny vyplněné dotazníky byly zpracovány. Výzkumné šetření probíhalo od poloviny listopadu do poloviny prosince (jeden měsíc) na všech výše uvedených pracovištích.

6 ANALÝZA VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

6.1 Zpracování dat

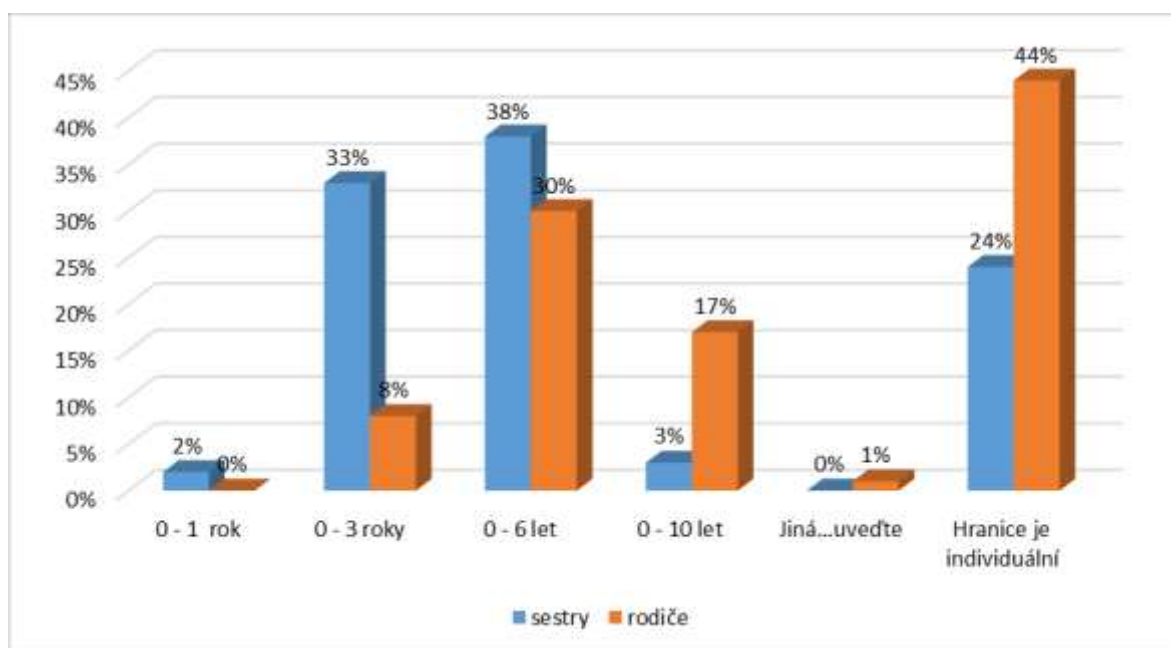
Veškerá data získaná dotazníkovým šetřením byla zpracována pomocí počítačových programů Microsoft Word a Microsoft Excel. Výsledky jsou uvedeny v grafech a doplněny slovním komentářem.



Graf 1 Porovnání názorů (sestry/rodiče) co je úlohou rodiče - zdravého doprovodu při společné hospitalizaci s dítětem

K dílčímu cíli č. 1 Zjistit, zda a v čem spatřují úlohu doprovodu hospitalizovaného dítěte sestry a v čem rodiče hospitalizovaní společně s nemocným dítětem, se vážala položka č. 5 v dotazníku pro sestry a položka č. 4 v dotazníku pro rodiče. K uvedeným otázkám byla v obou dotaznících možnost zvolit více odpovědí. Jak je uvedeno v grafu č. 1, z výsledků vyplynulo, že nejčastěji byla u obou skupin respondentů uvedena odpověď, že úlohou doprovodu hospitalizovaného dítěte je být dítěti psychickou oporou. Tuto možnost uvedlo 87 (93 %) z celkového počtu 94 sester a 91 (98 %) z celkového počtu 93 rodičů. Druhou nejčastěji uváděnou byla odpověď „být bezprostředně informován o změnách zdravotního

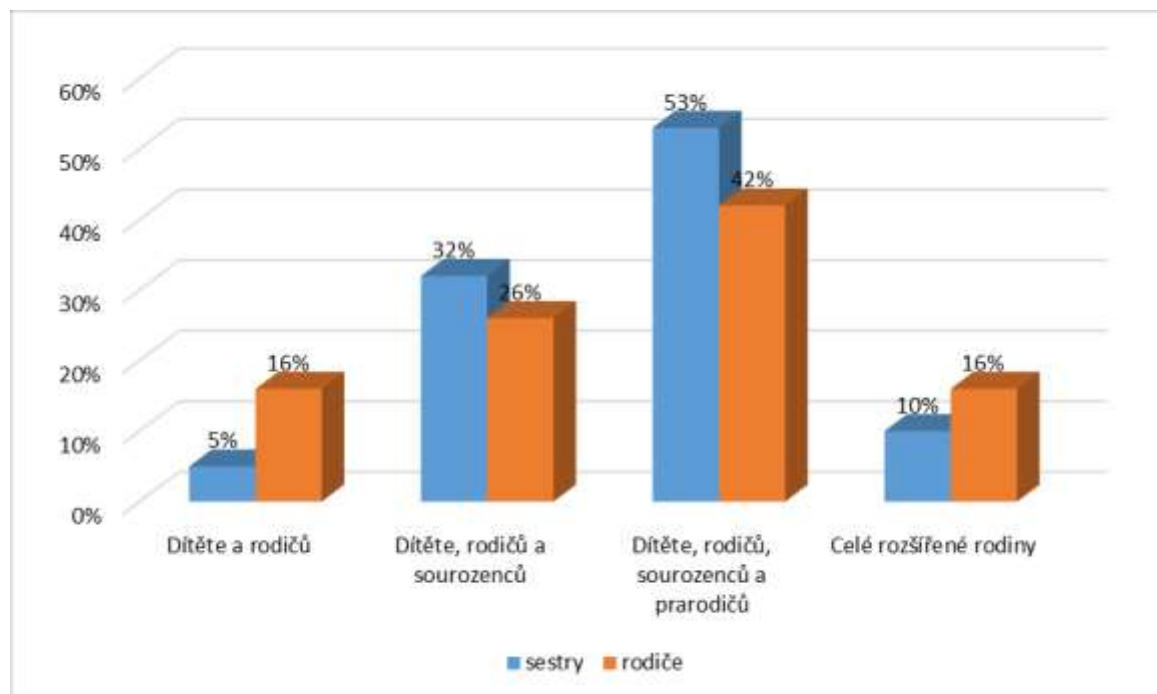
stavu dítěte a o léčebném plánu“, kterou zvolilo 61 (65 %) sester a 58 (67 %) rodičů. Podílet se na ošetřování dítěte, považuje za jednu z hlavních úloh rodiče doprovázejícího hospitalizované dítě 60 (68 %) sester a 44 (51 %) rodičů, naučit se ošetřovat dítě v době nemoci uvádí 59 (67 %) sester a 37 (40 %) rodičů. Odpověď „kontrolovat, zda je o dítě dobře pečováno“ zvolilo 15 (16 %) sester a 30 (35 %) rodičů doprovázejících hospitalizované dítě. Možnost jiné odpovědi označil 1 (1 %) rodič bez uvedení vlastní odpovědi.



Graf 2 Porovnání názorů (sestry/rodiče) na věkovou hranici, kdy dítě nezbytně potřebuje přítomnost rodiče při hospitalizaci v nemocnici

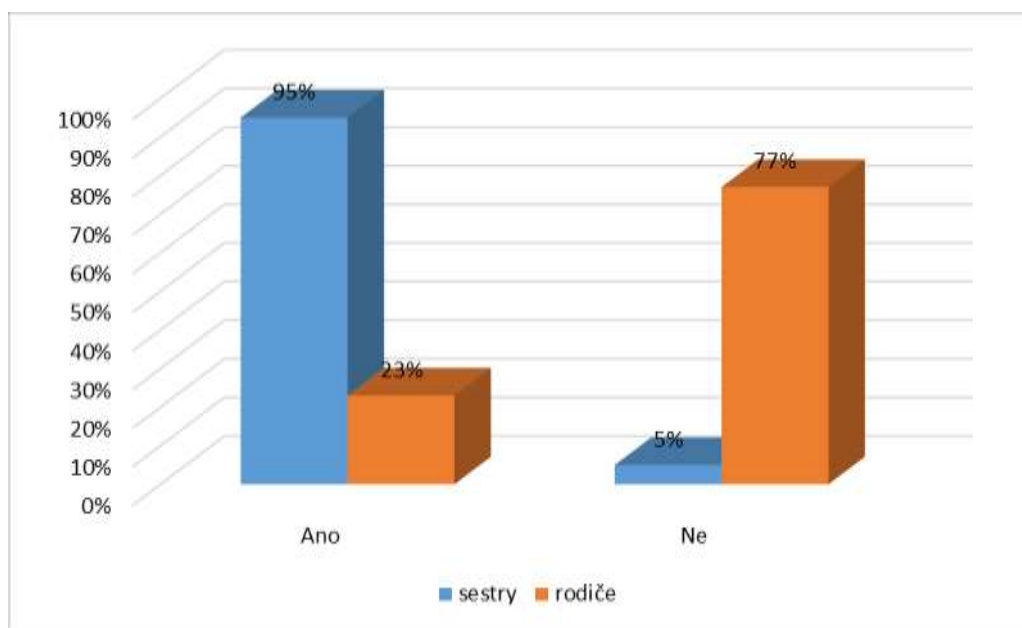
K dílčímu cíli č. 2 Zjistit, jaká je dle názoru sester a rodičů věková hranice, kdy dítě nezbytně potřebuje přítomnost rodiče při hospitalizaci v nemocnici, se vztahuje otázka č. 5 v dotazníku pro rodiče a otázka č. 6 v dotazníku pro sestry. Jak ukazuje graf č. 2, nejčastější odpovědí bylo, že věková hranice, kdy dítě nezbytně potřebuje přítomnost rodiče při hospitalizaci v nemocnici, je 0 – 6 let, což uvedlo 36 (38 %) z celkového počtu 94 sester a 28 (30 %) z celkového počtu 93 rodičů. Hranice je individuální – záleží na psychickém a fyzickém stavu dítěte, byla nejčastější odpověď rodičů – uvedena u 41 (44 %) rodičů a u 22 (24 %) sester. Věkovou hranici 0 – 3 roky považuje za nezbytnou v této souvislosti 31 (33 %) sester a 7 (8 %) rodičů. 0 – 10 let uvedlo 3 (3 %) sester a 16 (17 %) rodičů. Vě-

kovou hranici 0 – 1 rok uvádí 2 (2 %) sestry a nikdo z rodičů. Možnost odpovědi „Jiná“ uvedl 1 (1 %) rodič, s uvedením věkové hranice 0 – 8 let a žádná sestra.



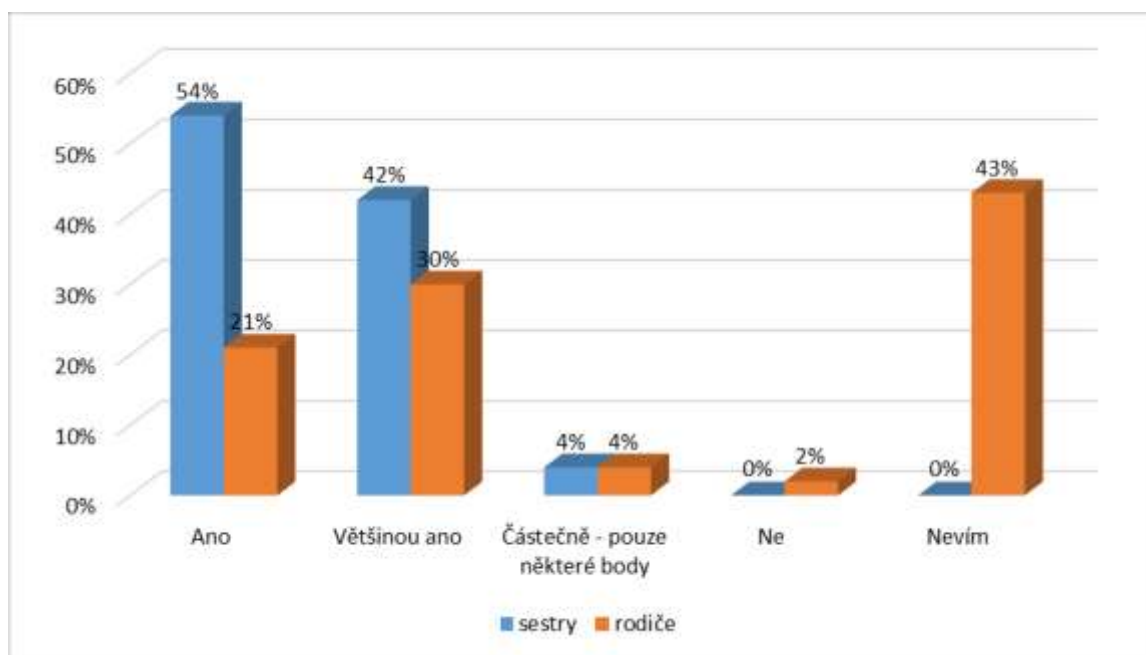
Graf 3 Porovnání názorů (sestry/rodiče) jak širokého okruhu lidí se dotýká nemoc dítěte

K dílčímu cíli č. 3 Zjistit, zda a jak vnímají sestry a rodiče hospitalizovaných dětí vliv nemoci dítěte na jeho rodinu, se vztahuje otázka č. 8 v dotazníku pro rodiče a otázka č. 9 v dotazníku pro sestry „Jak širokého okruhu lidí se dle Vašeho názoru nemoc dítěte dotýká?“. Jak je patrné z grafu č. 3, 50 (53 %) dotázaných sester a 39 (42 %) dotázaných rodičů se domnívá, že nemoc dítěte se dotýká dítěte, rodičů, sourozenců a prarodičů. Druhou nejpočetnější byla odpověď „dítěte, rodičů a sourozenců“, kterou uvedlo 30 (32 %) sester a 24 (26 %) rodičů. Vliv nemoci dítěte na celou rozšířenou rodinu vnímá 9 (10 %) sester a 15 (16 %) rodičů. Jako záležitost dítěte a jeho rodičů vidí nemoc dítěte 5 (5 %) sester a 15 (16 %) hospitalizovaných rodičů.



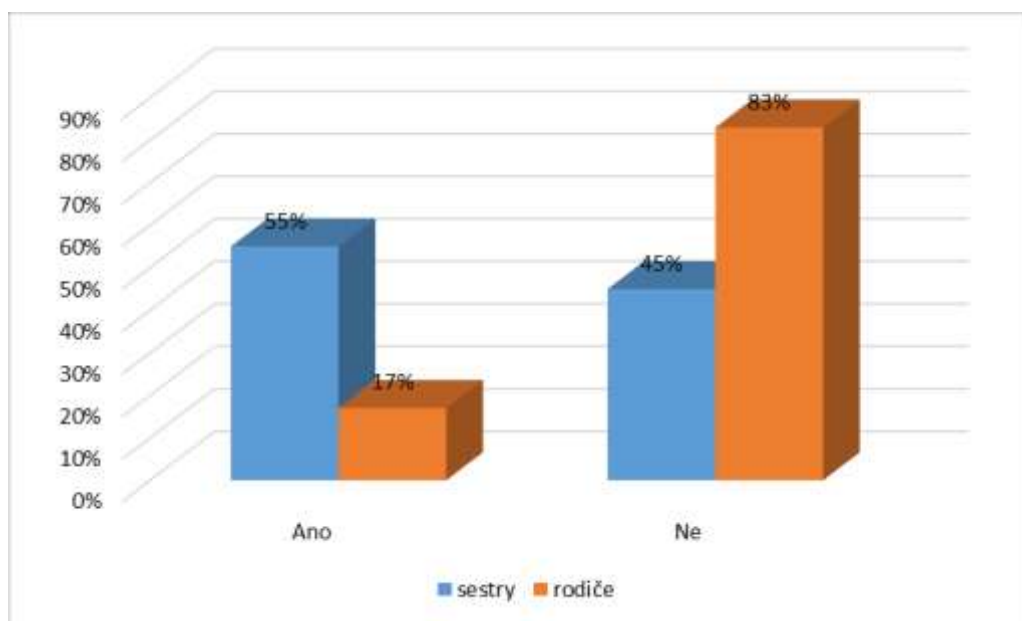
Graf 4 Porovnání názoru (sestry/rodiče) zda znají obsah Charty práv hospitalizovaných dětí

K dílčímu cíli č. 4 *Zjistit, zda sestry a rodiče znají obsah Charty práv hospitalizovaných dětí*, se váže otázka č. 12 v dotazníku pro sestry i v dotazníku pro rodiče. Jak ukazuje graf č. 4, 89 (95 %) sester a pouze 21 (23 %) rodičů uvedlo, že ví, co je obsahem Charty práv hospitalizovaných dětí. Naopak 5 (5 %) sester a 72 (77 %) rodičů odpovědělo, že nezná obsah tohoto dokumentu.



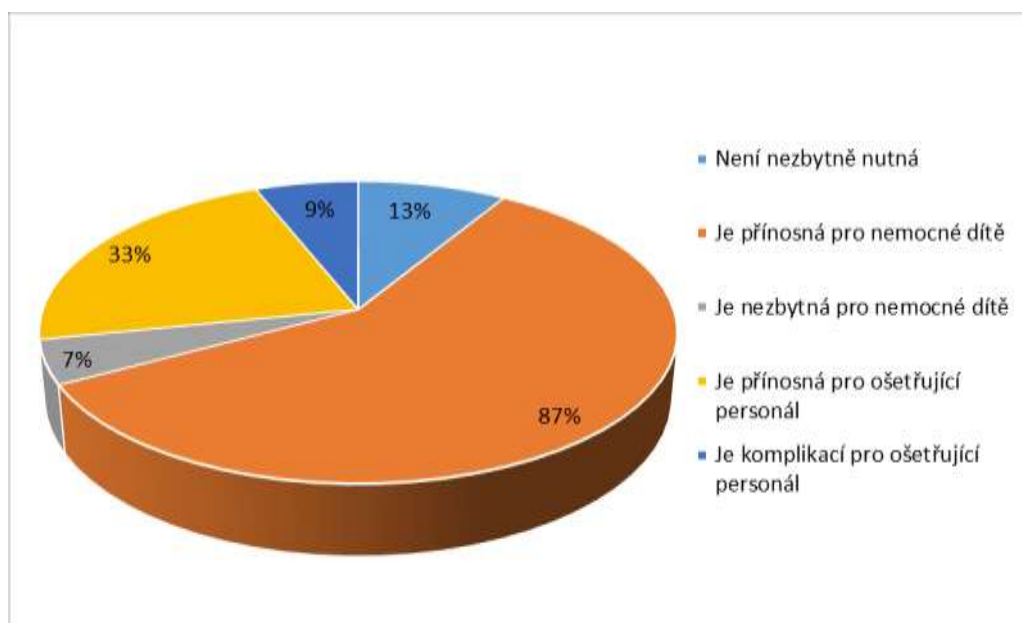
Graf 5 Porovnání názorů (sestry/rodiče) na dodržování Charty práv hospitalizovaných dětí

K dílčímu cíli č. 5 Zjistit, jak hodnotí dodržování Charty práv hospitalizovaných dětí sestry a jak rodiče hospitalizovaní společně s nemocným dítětem, se vztahuje otázka č. 13 v dotazníku pro sestry a otázka č. 14 v dotazníku pro rodiče. Graf č. 5 ukazuje, že na otázku, zda zdravotnický personál dodržuje Chartu práv hospitalizovaných dětí, odpovědělo 51 (54 %) sester a 19 (21 %) rodičů „ano“. Odpověď „většinou ano“ zvolilo 39 (42 %) sester a 28 (30 %) rodičů. „Částečně – pouze některé body“ uvádí stejný počet sester i rodičů – 4 (4 %). Že Charta práv hospitalizovaných dětí není dodržována, se domnívají 2 (2 %) rodiče a žádná sestra. 40 (43 %) rodičů pak uvedlo odpověď „nevím“.



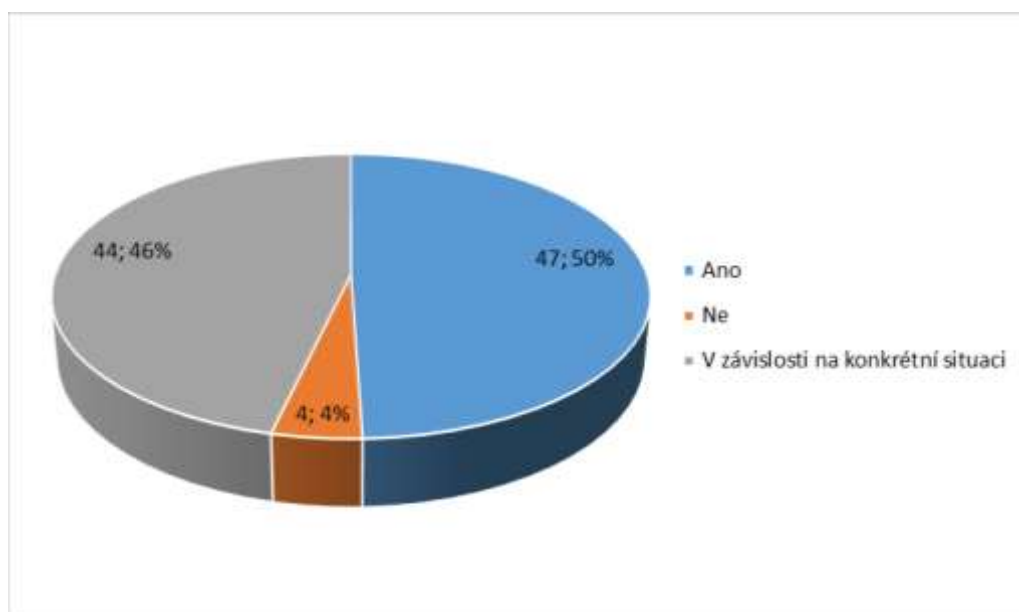
Graf 6 Porovnání názoru (sestry/rodiče) zda společná hospitalizace s dítětem komplikuje rodičům jejich osobní situaci

Data uvedená v grafu č. 6 se vztahují k dílčímu cíli č. 6 *Zjistit názory sester na skutečnosti související s hospitalizací dítěte s doprovodem* (zda se sestry domnívají, že je společná hospitalizace s dítětem pro rodiče komplikací) a dílčímu cíli č. 7 *Zjistit názory rodičů na skutečnosti související s hospitalizací dítěte s doprovodem* (zda je společná hospitalizace s dítětem pro rodiče komplikací). Uvedená data vycházejí z otázky č. 7 v dotazníku pro sestry a otázky č. 6 v dotazníku pro rodiče. Na otázku zda se domnívají, že společná hospitalizace s dítětem komplikuje rodičům jejich osobní situaci, uvedlo odpověď „ano“ 52 (55 %) dotázaných sester z celkového počtu 94 a 16 (17 %) dotázaných rodičů z celkového počtu 93. Naopak odpověď „ne“ zvolilo 42 (45 %) sester a 77 (83 %) rodičů.



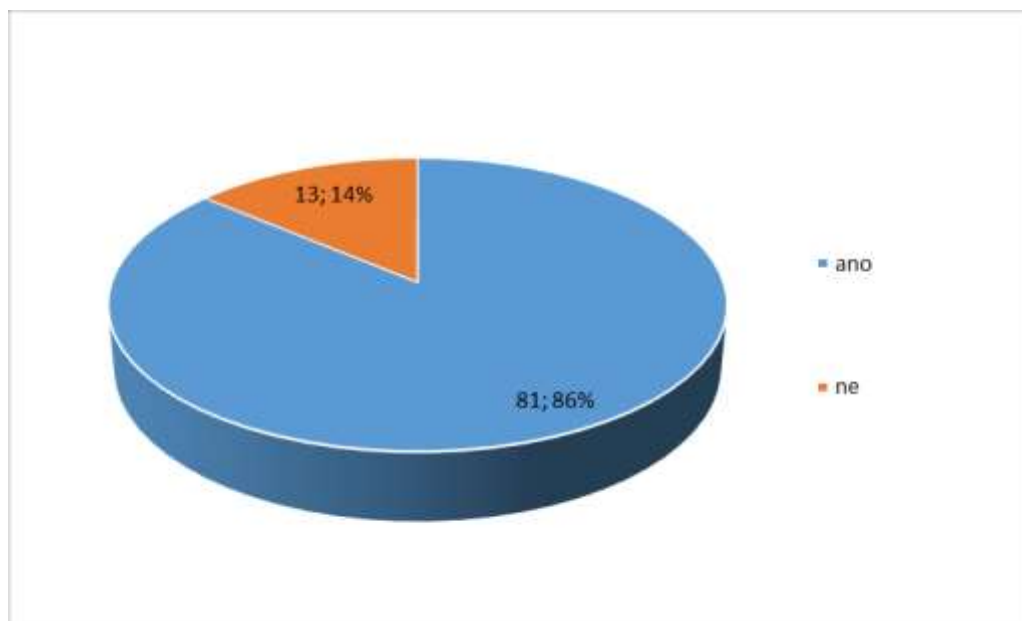
Graf 7 Pohled sester na společnou hospitalizaci dítěte s doprovodem

K dílčímu cíli č. 6 Zjistit názory sester na skutečnosti související s hospitalizací dítěte s doprovodem (pohled sester na společnou hospitalizaci dítěte s doprovodem) se vztahuje graf č. 7. V grafu jsou zpracována data získaná zpracováním odpovědí na otázku č. 1 v dotazníku pro sestry „Jak vnímáte možnost hospitalizace zdravého doprovodu společně s nemocným dítětem?“. Na tuto otázku byla možnost zvolit více odpovědí. Nejčastěji byla zvolena odpověď „Je přínosná pro dítě“, a to 82 (87 %) respondenty, odpověď „Je přínosná pro ošetřující personál“ uvedlo 31 (33 %) dotázaných. 12 (13 %) sester zvolilo odpověď „Není nezbytně nutná“, naopak jako nezbytnou pro nemocné dítě vnímá společnou hospitalizaci pouze 7 (7 %) sester. Za komplikaci pro ošetřující personál považuje společnou hospitalizaci doprovodu s nemocným dítětem 8 (9 %) respondentů.



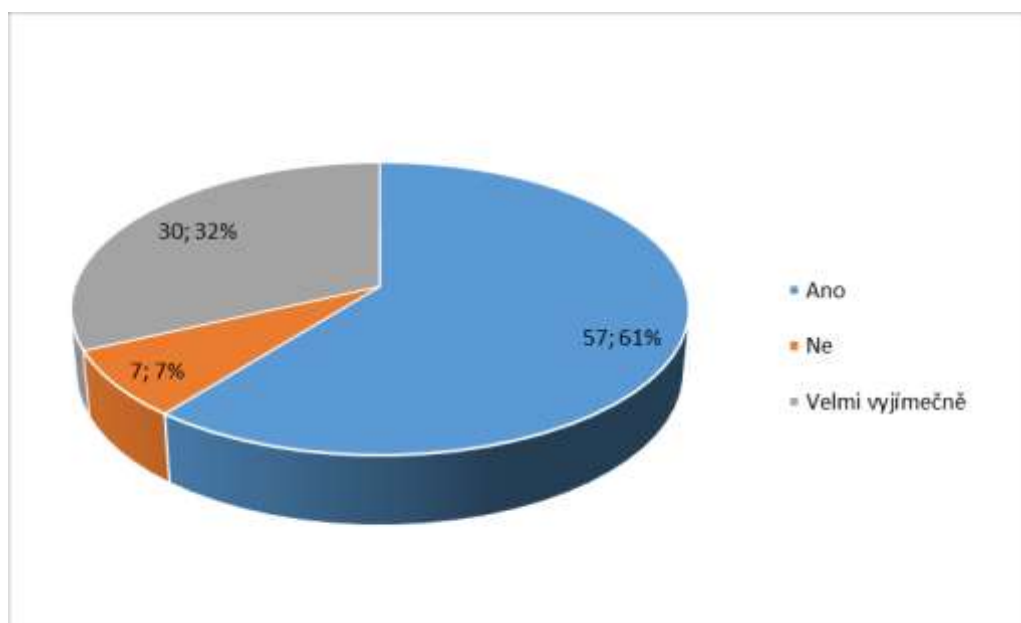
Graf 8 Aktivní nabízení společné hospitalizace

K dílčímu cíli č. 6 *Zjistit názory sester na skutečnosti související s hospitalizací dítěte s doprovodem* (přístup sester k možnosti společné hospitalizace rodiče s nemocným dítětem) se vztahuje graf č. 8. Na otázku č. 2 v dotazníku pro sestry „Nabízíte aktivně rodičům možnost hospitalizace společně s nemocným dítětem?“ odpovědělo z 94 dotázaných sester 47 (50 %), že nabízí aktivně rodičům společnou hospitalizaci s nemocným dítětem, 4 (4 %) sestry odpověděly, že nenabízí aktivně tuto možnost a 44 (46 %) respondentů jedná v závislosti na konkrétní situaci.



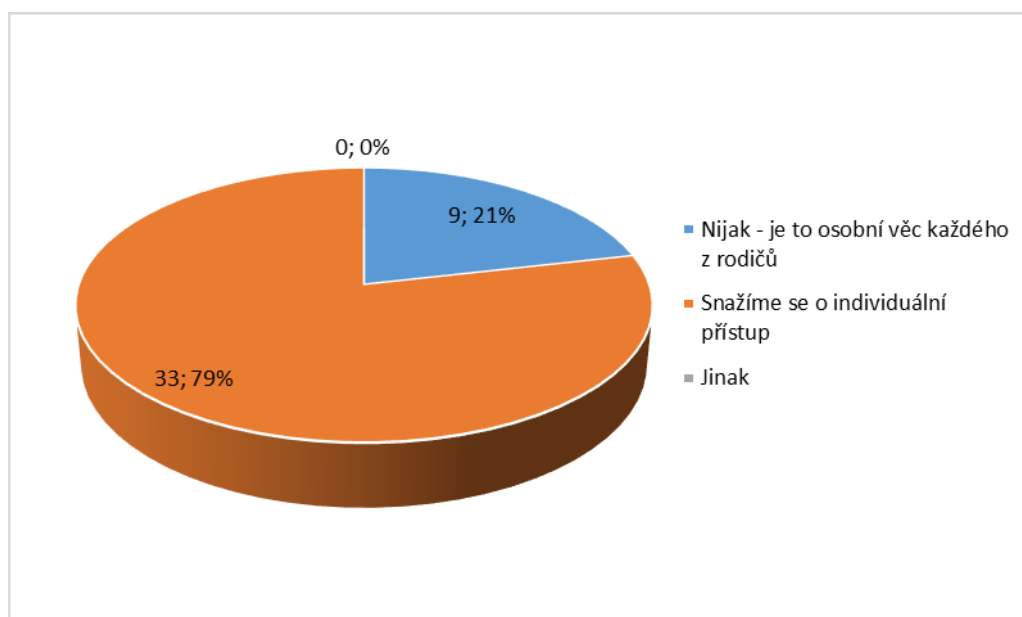
Graf 9 Podporování rodičů ke společné hospitalizaci s dítětem

K dílčímu cíli č. 6 *Zjistit názory sester na skutečnosti související s hospitalizací dítěte s doprovodem* (zda sestry podporují rodiče, kteří váhají, ke společné hospitalizaci s dítětem) se vztahuje graf č. 9. Na otázku č. 3 v dotazníku pro sestry „Podporujete rodiče, kteří váhají, ke společné hospitalizaci s dítětem?“ odpovědělo 81 (86 %) dotázaných sester kladně, tedy, že podporují rodiče, kteří váhají, ke společné hospitalizaci s dítětem. Záporně odpovědělo 13 (14 %) z celkového počtu 94 dotázaných sester.



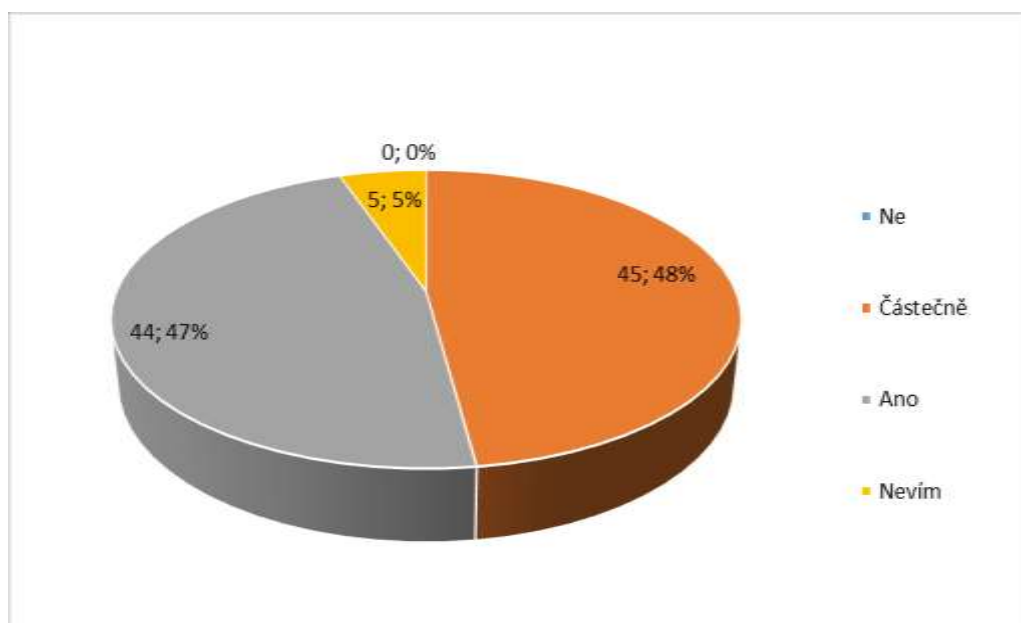
Graf 10 Kapacitní podmínky společné hospitalizace

K dílčímu cíli č. 6 *Zjistit názory sester na skutečnosti související s hospitalizací dítěte s doprovodem* (jak vnímají sestry kapacitní podmínky pro společnou hospitalizaci dítěte s doprovodem) se vztahuje graf č. 10. Na otázku č. 4 v dotazníku pro sestry „Může nastat situace, že není možné z kapacitních důvodů přijat zdravý doprovod k nemocnému dítěti“, odpovědělo z 94 dotázaných sester 57 (61 %) respondentů kladně, tzn., že tato situace může nastat. 30 (32 %) respondentů uvádí, že tato situace může nastat velmi výjimečně a pouze 7 (7 %) sester tuto možnost vylučuje.



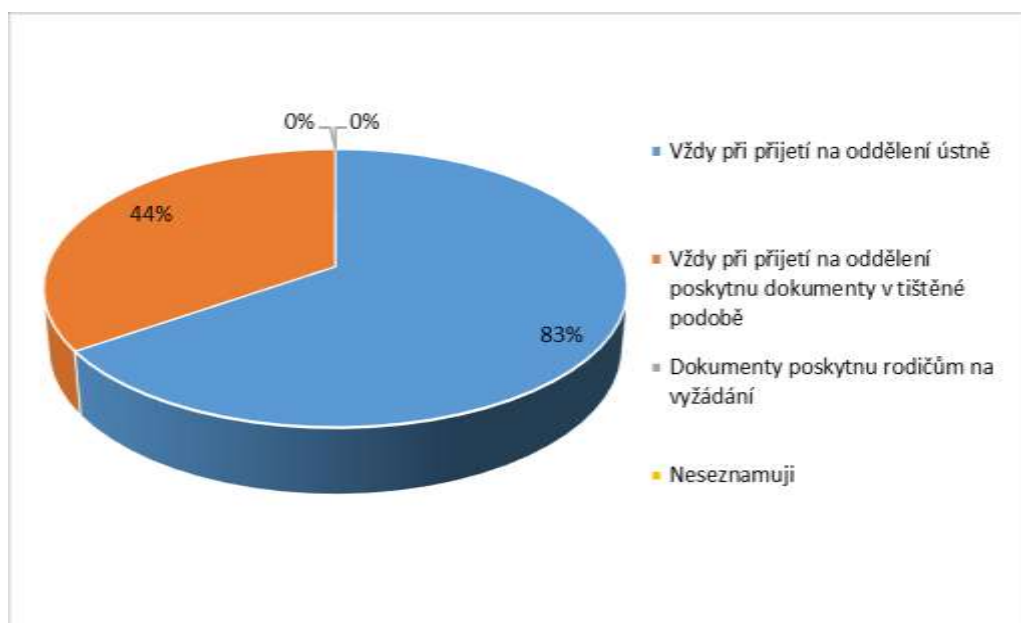
Graf 11 Přístup k doprovodu hospitalizovaného dítěte

K dílčímu cíli č. 6 *Zjistit názory sester na skutečnosti související s hospitalizací dítěte s doprovodem* (zda sestry pomáhají rodičům zvládat komplikace související s doprovázením nemocného dítěte při hospitalizaci) se váže graf č. 11. Graf zobrazuje data získaná zpracováním odpovědí na otázku č. 8 v dotazníku sester, jak sestry, v případě, že se domnívají, že společná hospitalizace s dítětem komplikuje rodičům jejich osobní situaci, s touto skutečností pracují. Z celkového počtu 42 sester, které odpovídaly na danou otázku, jich 9 (21 %) uvedlo odpověď „nijak – je to osobní věc každého z rodičů“. 33 (79 %) odpovědělo „snažíme se o individuální přístup“ a žádná sestra ne zvolila jinou – vlastní možnost.



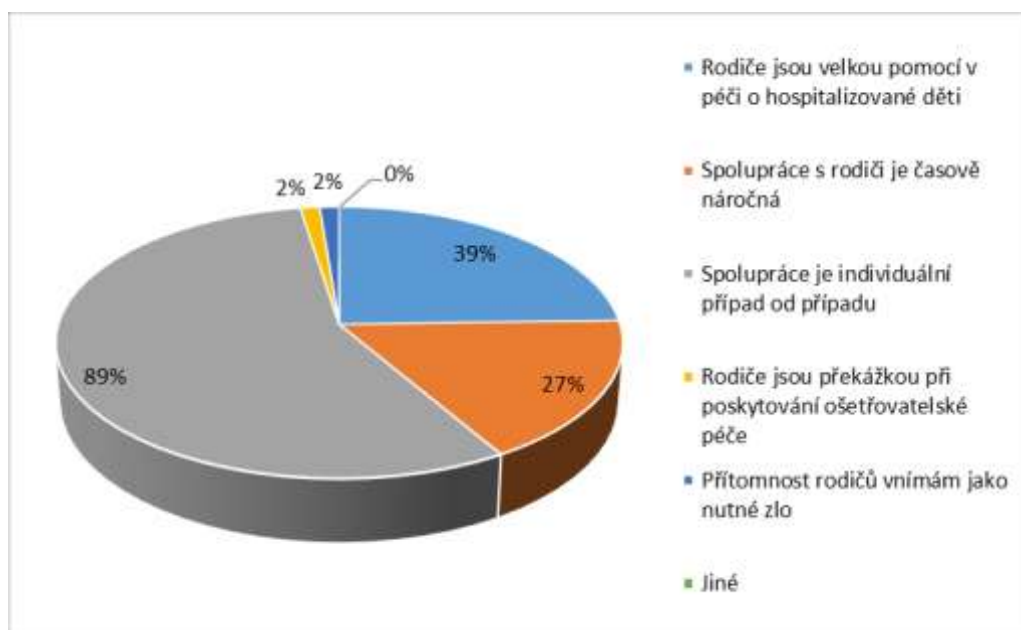
Graf 12 Schopnost poskytnout emocionální podporu rodičům

K dílčímu cíli č. 6 *Zjistit názory sester na skutečnosti související s hospitalizací dítěte s doprovodem* (zda se sestry domnívají, že dovedou poskytnout rodičům nemocných dětí emocionální podporu) se vztahuje graf č. 12. Na otázku č. 10 v dotazníku pro sestry „Dokážete rodičům poskytnout emocionální podporu při vyrovnávání se s nemocí dítěte?“ uvádí 44 (47 %) sester z celkového počtu 94 dotázaných sester, že dokáže poskytnout emocionální podporu rodičům při vyrovnávání se s nemocí dítěte, 45 (48 %) z nich uvádí, že pouze částečně dokáže poskytnout tuto podporu rodičům, 5 (5 %) sester zvolilo odpověď „nevím“. Odpověď „ne“ neuvádí žádný z respondentů.



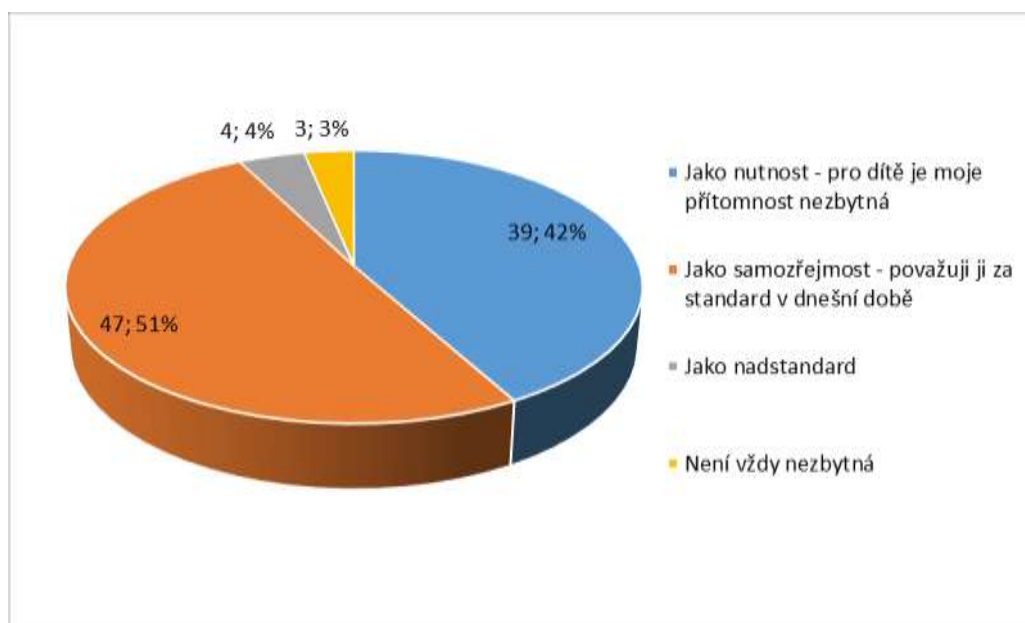
Graf 13 Způsob seznávení rodičů s domácím a provozním řádem oddělení

Graf č. 13 se vztahuje k dílčímu cíli č. 6 *Zjistit názory sester na skutečnosti související s hospitalizací dítěte s doprovodem* (jakým způsobem sestry seznamují rodiče s domácím a provozním řádem oddělení). Sestry odpovídaly na otázku č. 11 v dotazníku pro sestry „Jakým způsobem seznamujete hospitalizované rodiče s domácím a provozním řádem?“. Na tuto otázku bylo možné zvolit více odpovědí. 78 (83 %) dotázaných sester odpovědělo, že seznamují rodiče s domácím a provozním řádem vždy při přijetí na oddělení ústně. 41 (44 %) dotázaných uvedlo také možnost „vždy při přijetí na oddělení poskytnu dokumenty v tištěné podobě“. Možnost odpovědi „neseznamuji“ a „dokumenty poskytnu rodičům na vyžádání“ neuvedl nikdo.



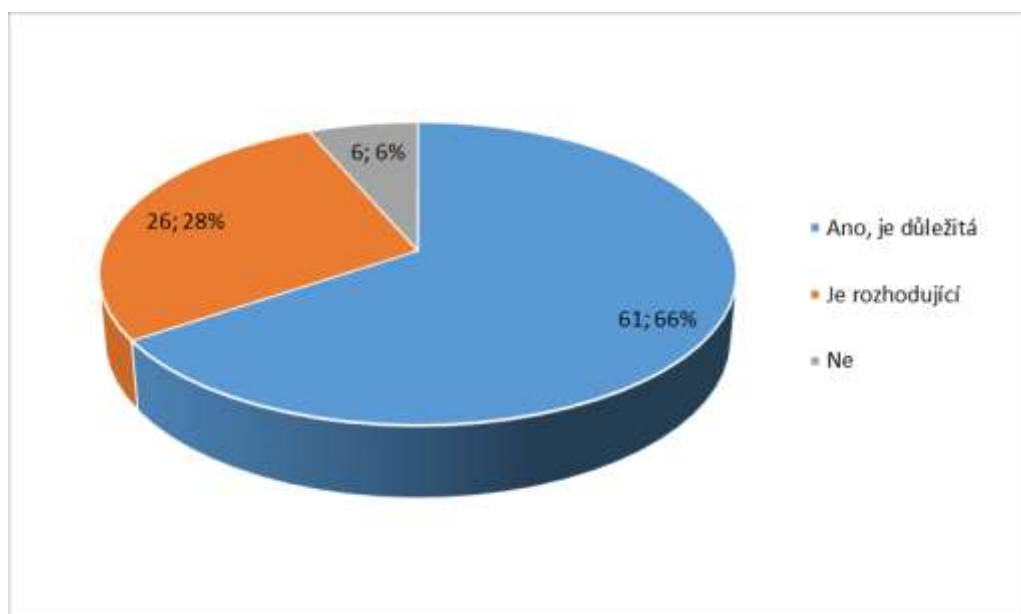
Graf 14 Hodnocení spolupráce s rodiči

K dílčímu cíli č. 6 *Zjistit názory sester na skutečnosti související s hospitalizací dítěte s doprovodem* (jak sestry hodnotí spolupráci s rodiči) se vztahuje graf č. 14. Otázka č. 14 v dotazníku pro sestry „Jak hodnotíte spolupráci s rodiči?“ umožňovala zvolit více odpovědí. Jak je patrné z grafu, z celkového počtu 94 dotázaných uvedlo 84 (89 %) sester, že spolupráce s rodiči je individuální případ od případu. Odpověď „rodiče jsou velkou pomocí v péči o hospitalizované dítě“ zvolilo 37 (39 %) dotázaných. Za časově náročnou považuje spolupráci s rodiči 25 (27 %) sester. Rodiče jako překážku při poskytování ošetrovatelské péče dítěti vnímají 2 (2 %) dotázaných. Za nutné zlo považují přítomnost rodičů v nemocnici spolu s nemocným dítětem 2 (2 %) respondentů. Jinou (vlastní) možnost odpovědi neuvedl nikdo.



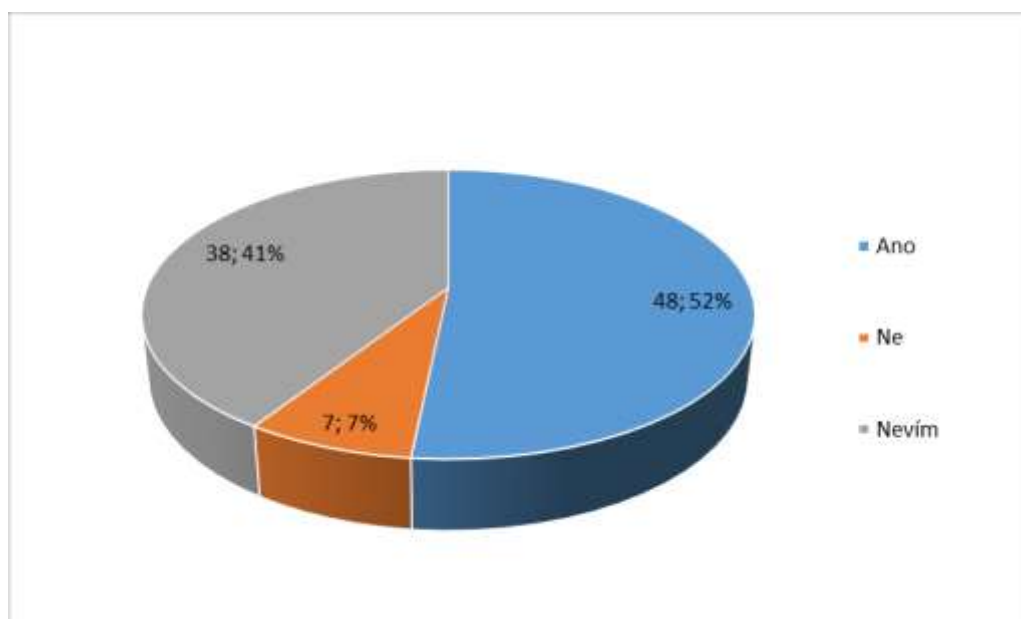
Graf 15 Vnímání společné hospitalizace dle rodičů (doprovodu)

Graf č. 15 se vztahuje k dílčímu cíli č. 7 Zjistit názory rodičů na skutečnosti související s hospitalizací dítěte s doprovodem (jak vnímají rodiče možnost společné hospitalizace s nemocným dítětem). Na otázku č. 1 v dotazníku pro rodiče „Jak vnímáte možnost hospitalizace společně s nemocným dítětem?“ uvedlo 47 (51 %) z celkového počtu 93 respondentů, že možnost hospitalizace společně s nemocným dítětem vnímá „jako samozřejmost – považuje ji za standard v dnešní době“. Odpověď vnímám ji „jako nutnost – pro dítě je moje přítomnost nezbytná“ byla uvedena 39 (42 %) respondenty. Za nadstandard považují společnou hospitalizaci 4 (4 %) dotázaných. Pro 3 (3 %) respondenty není společná hospitalizace s nemocným dítětem vždy nezbytná.



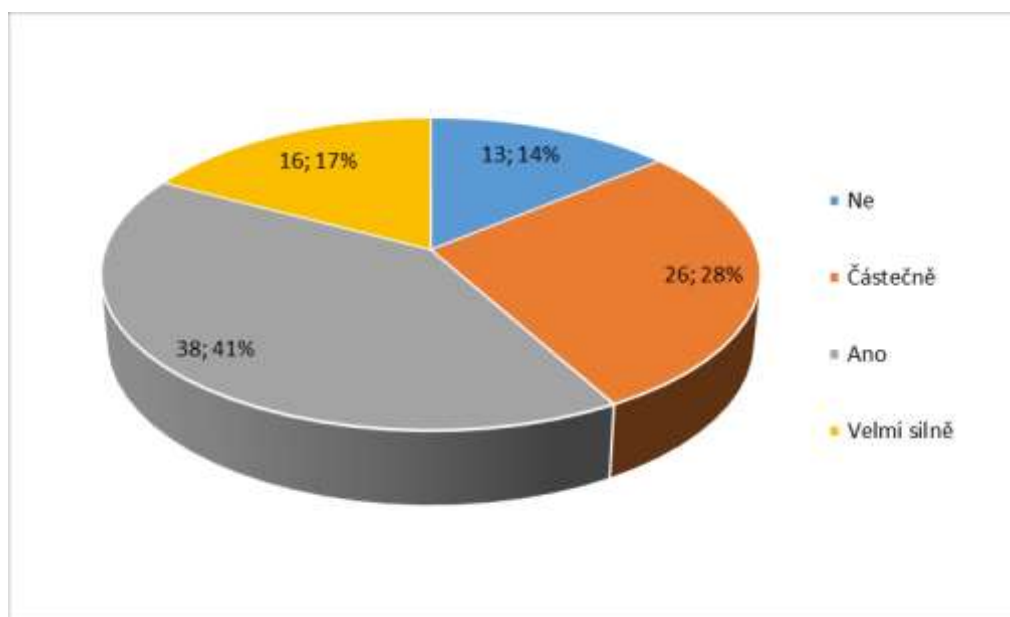
Graf 16 Možnost společné hospitalizace jako faktor ovlivňující výběr zdravotnického zařízení

K dílčímu cíli č. 7 *Zjistit názory rodičů na skutečnosti související s hospitalizací dítěte s doprovodem* (zda je pro rodiče možnost hospitalizace dítěte s doprovodem důležitá při výběru zdravotnického zařízení) se vztahuje graf 16. V grafu byly zpracovány odpovědi na otázku č. 2 v dotazníku pro rodiče „Je pro Vás možnost být hospitalizován/a spolu s nemocným dítětem důležitá při výběru zdravotnického zařízení?“. Možnost být hospitalizován/a spolu s nemocným dítětem je důležitá pro 61 (66 %) respondentů, rozhodující je tato možnost pro 26 (28 %) dotázaných rodičů a naopak není důležitá pro 6 (6 %) matek ev. jiných osob hospitalizovaných spolu s nemocným dítětem.



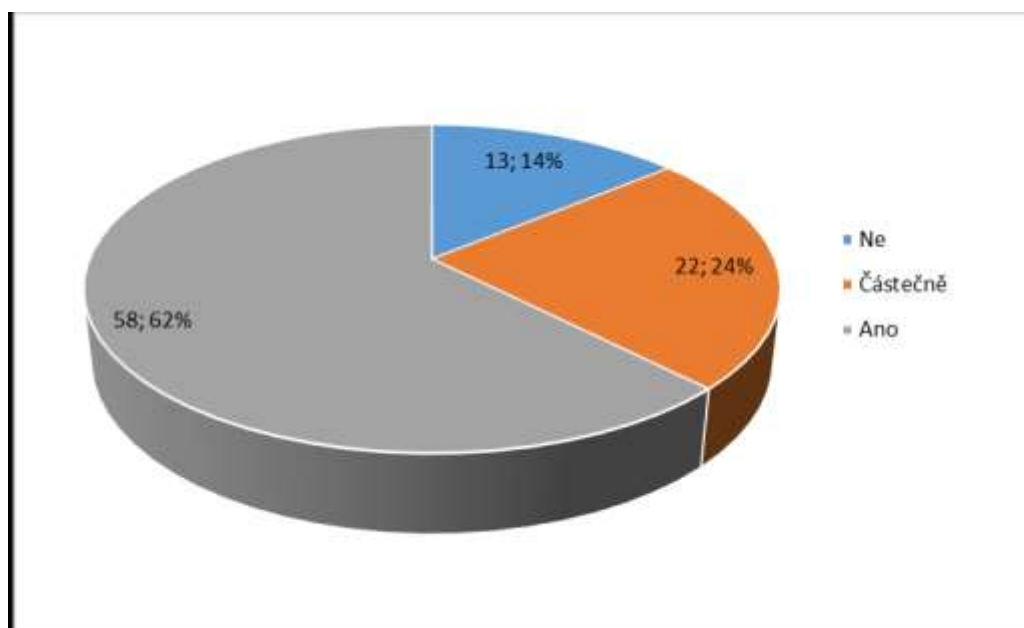
Graf 17 Podpora ke společné hospitalizaci s dítětem ze strany sester

Graf č. 17 se vztahuje k dílčímu cíli č. 7 *Zjistit názory rodičů na skutečnosti související s hospitalizací dítěte s doprovodem* (zda se domnívají, že zdravotnický personál povzbuzuje rodiče ke společné hospitalizaci s nemocným dítětem). V grafu byly zpracovány odpovědi na otázku č. 3 v dotazníku pro rodiče „Jsou podle Vás rodiče zdravotnickým personálem povzbuzováni ke společné hospitalizaci?“. 48 (52 %) z celkového počtu 93 dotázaných rodičů se domnívá, že jsou povzbuzováni zdravotnickým personálem ke společné hospitalizaci s nemocným dítětem. 38 (41 %) dotázaných zvolilo odpověď „nevím“. Naopak 7 (7 %) respondentů uvádí, že rodiče nejsou povzbuzováni zdravotnickým personálem ke společné hospitalizaci s nemocným dítětem.



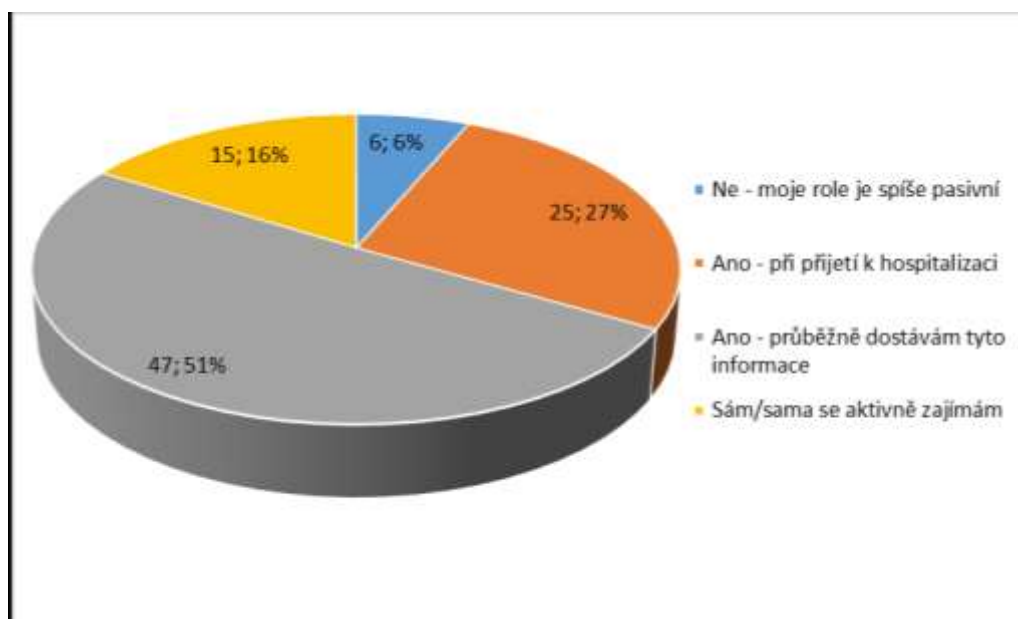
Graf 18 Vliv nemoci dítěte na ostatní členy rodiny dle rodičů

K dílčímu cíli č. 7 *Zjistit názory rodičů na skutečnosti související s hospitalizací dítěte s doprovodem* (zda se domnívají, že se nemoc dítěte dotýká ostatních členů rodiny) se vztahuje graf č. 18. V grafu byly zpracovány odpovědi na otázku č. 7 v dotazníku pro rodiče „Dotýká se nemoc Vašeho dítěte ostatních členů rodiny?“. Jak je z grafu patrné, na otázku uvedlo z celkového počtu 93 respondentů 38 (41 %) dotázaných odpověď „ano“, 26 (28 %) respondentů odpovědělo, že se nemoc dítěte dotýká částečně ostatních členů rodiny a 16 (17 %) dotázaných rodičů zvolilo odpověď „velmi silně“. Naopak 13 (14 %) respondentů se domnívá, že se nemoc jejich dítěte nedotýká ostatních členů rodiny.



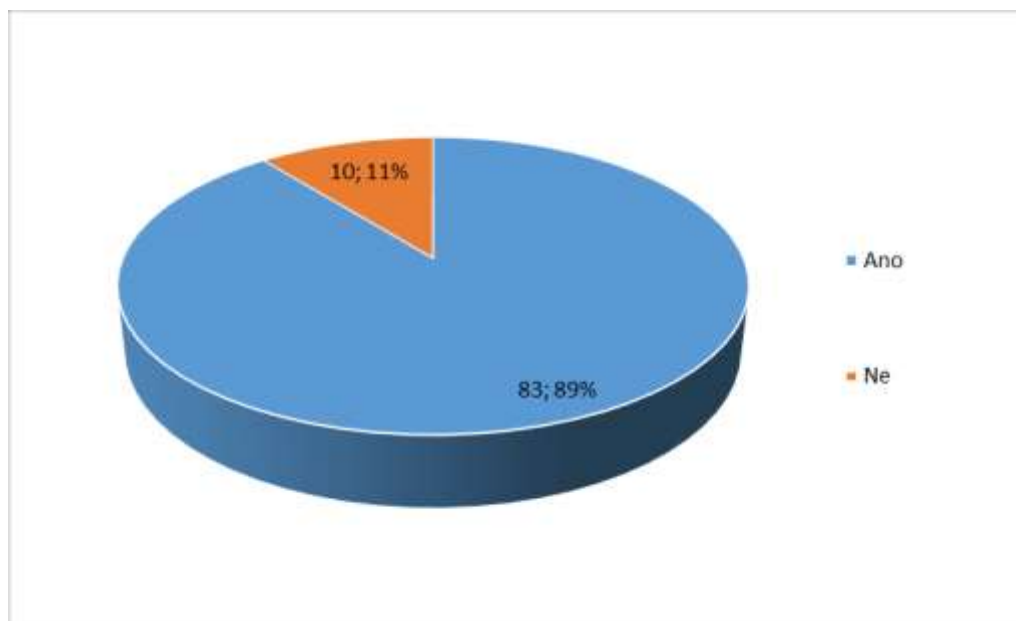
Graf 19 Poskytnutí emocionální podpory rodičům

K dílčímu cíli č. 7 *Zjistit názory rodičů na skutečnosti související s hospitalizací dítěte s doprovodem* (zda rodičům zdravotnický personál poskytl emocionální podporu při vyrovnávání se s nemocí dítěte) se vztahuje graf č. 19. Graf zobrazuje data získaná zpracováním odpovědí na otázku č. 9 v dotazníku pro rodiče „Dostalo se Vám od zdravotnického personálu emocionální podpory při vyrovnávání se s nemocí dítěte?“. Z celkového počtu 93 respondentů 58 (62 %) dotázaných rodičů odpovědělo „ano“. 22 (24 %) dotázaných uvádí „částečně“ a 13 (14 %) respondentů zvolilo odpověď „ne“.



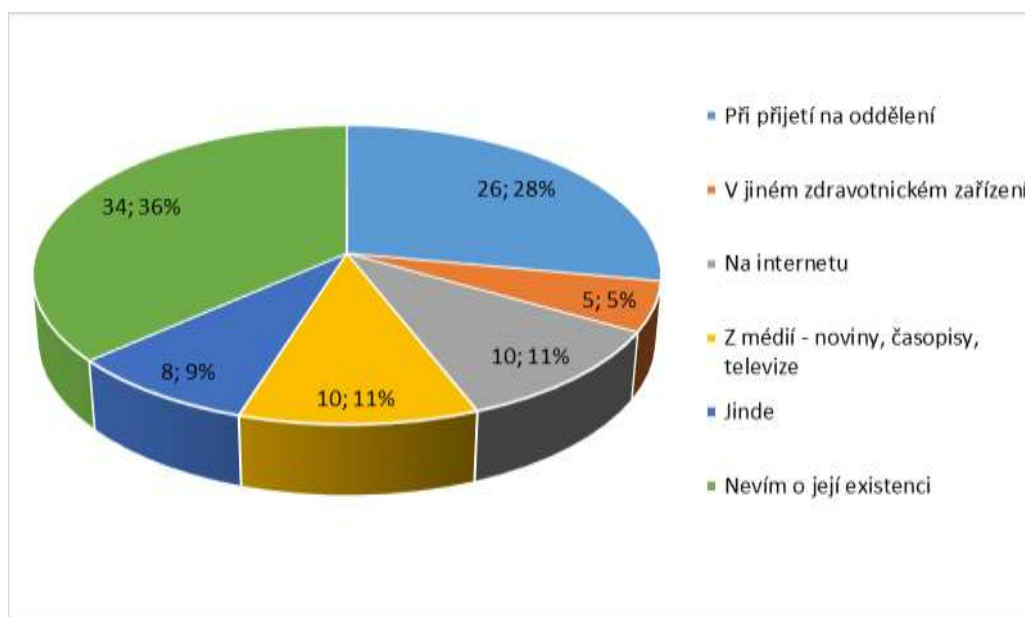
Graf 20 Informovanost rodičů o možnostech pomoci a spolupráce

K dílčímu cíli č. 7 *Zjistit názory rodičů na skutečnosti související s hospitalizací dítěte s doprovodem* (zda byli rodiče informováni o možnostech pomoci a spolupráce při péči o nemocné dítě) se váže graf č. 20. V grafu byly zpracovány odpovědi na otázku č. 10 v dotazníku pro rodiče „Byl/a jste informován/a o možnostech Vaší pomoci a spolupráce při péči o Vaše dítě?“. Jak je patrné z grafu, z celkového počtu 93 dotázaných 47 (51 %) uvádí, že informace o možnostech pomoci a spolupráce při péči o nemocné dítě jsou jim poskytovány průběžně. 25 (27 %) respondentů získalo tyto informace při přijetí k hospitalizaci. 15 (16 %) dotázaných rodičů uvádí, že se sami aktivně o tyto informace zajímají. 6 (6 %) osob doprovázejících hospitalizované dítě odpovědělo, že nebyly informovány o možnostech pomoci a spolupráce při péči o nemocné dítě a vnímají svoji roli jako spíše pasivní.



Graf 21 Seznámení rodičů s domácím řádem a provozem oddělení

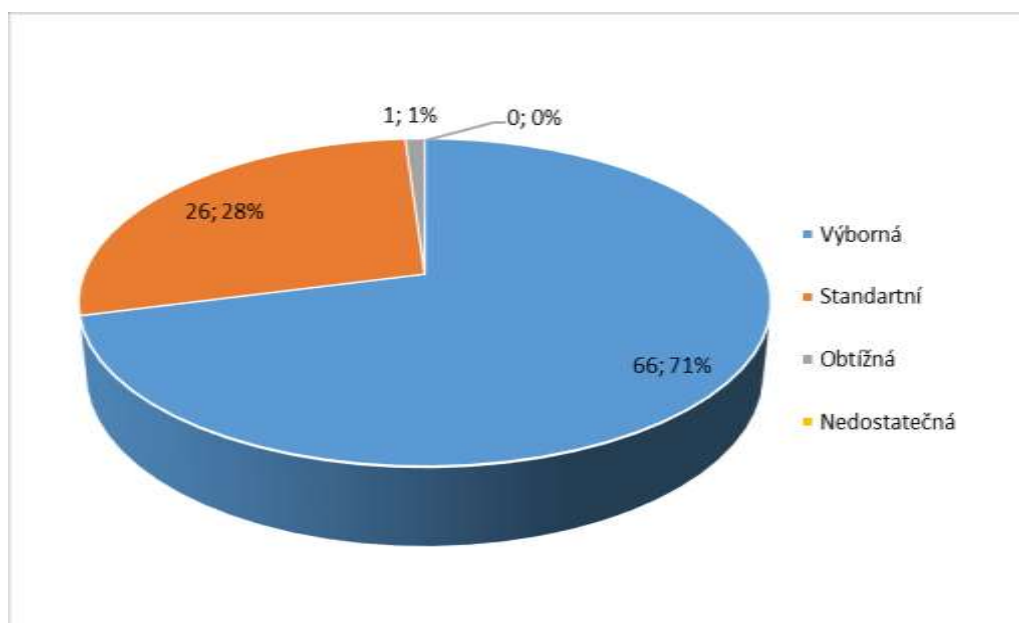
K dílčímu cíli č. 7 *Zjistit názory rodičů na skutečnosti související s hospitalizací dítěte s doprovodem* (zda rodiče byli seznámeni s domácím řádem a provozem oddělení) se váže graf č. 21. V grafu jsou zpracovány odpovědi na otázku č. 11 v dotazníku pro rodiče „Byl/a jste seznámen/a s domácím řádem a provozem oddělení?“. Z celkového počtu 93 respondentů odpovědělo na otázku, zda byl/a seznámen/a s domácím a provozním řádem oddělení 83 (89 %) rodičů „ano“. Naopak 10 (11 %) dotázaných rodičů uvedlo odpověď „ne“.



Graf 22 Zdroje informací o Chartě práv hospitalizovaných dětí

K dílčímu cíli č. 7 *Zjistit názory rodičů na skutečnosti související s hospitalizací dítěte s doprovodem* (kde se rodiče dozvěděli o existenci Charty práv hospitalizovaných dětí) se vztahuje graf č. 22. V grafu jsou zpracovány odpovědi na otázku č. 13 v dotazníku pro rodiče „Kde jste se o existenci Charty práv hospitalizovaných dětí dozvěděli/a?“.

Z celkového počtu 93 respondentů 26 (28 %) uvádí, že se o existenci Charty práv hospitalizovaných dětí dozvěděli při přijetí na oddělení, 10 (11 %) dotázaných rodičů odpovědělo, že se o existenci dokumentu dozvěděli na internetu, rovněž 10 (11 %) respondentů získalo tyto informace z médií (noviny, časopisy, televize) a 5 (5 %) dotázaných uvedlo odpověď „v jiném zdravotnickém zařízení. 8 (9 %) respondentů zvolilo odpověď jinde a uvedlo doplnění: v práci (1x), právník (1x), z tohoto dotazníku (1x), zdravotník (2x), ve škole (3x). Odpověď „nevím o její existenci“ byla označena u 34 (36 %) dotázaných.



Graf 23 Hodnocení spolupráce se zdravotnickým personálem

Graf č. 23 se váže k dílčímu cíli č. 7 *Zjistit názory rodičů na skutečnosti související s hospitalizací dítěte s doprovodem* (jak rodiče hodnotí spolupráci se zdravotnickým personálem). V grafu byly zpracovány odpovědi na otázku č. 15 v dotazníku pro rodiče „Jak hodnotíte spolupráci se zdravotnickým personálem?“. Z celkového počtu 93 respondentů hodnotí spolupráci se zdravotnickým personálem 66 (71 %) dotázaných jako výbornou, 26 (28 %) jako standartní, jako obtížnou vidí spolupráci se zdravotnickým personálem 1 (1 %) respondent. Nikdo z dotázaných neoznačil spolupráci jako nedostatečnou.

6.2 Diskuze

Bakalářská práce se zabývá problematikou ošetrovatelské péče o dítě hospitalizované s doprovodem. Data potřebná ke splnění vytýčených cílů jsme získali výzkumným šetřením, technikou dotazníku vlastní konstrukce. Byly vytvořeny dva dotazníky – jeden pro sestry pracující na dětských odděleních a druhý pro osoby doprovázející hospitalizované dítě, kterými jsou většinou matky. Uspokojivá byla návratnost dotazníků – u dotazníku pro sestry 94 % a u dotazníku pro matky (doprovod) 84,5 %. Potěšující byla vstřícnost a ochota ke spolupráci ze strany managementu nemocnic a vedoucích oddělení, kde byly dotazníky distribuovány.

Podobné téma bylo v minulosti zpracováno v několika závěrečných pracích. Obdobnou problematikou se zabývá bakalářská práce Kateřiny Pšenkové (2006) z Pedagogické fakulty Masarykovy university v Brně s názvem *Psychologie hospitalizovaného dítěte*. Také Vendula Nevrlková (2007) z Fakulty humanitních studií UTB ve Zlíně zpracovávala téma hospitalizace dítěte s doprovodem ve své bakalářské práci s názvem „Problematika hospitalizovaného dítěte v doprovodu matky“. Problematiku hospitalizace dítěte s doprovodem si zvolila jako téma bakalářské práce rovněž Lucie Žáková (2008) ze Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Hlavní cíl výzkumného šetření – zjistit případné rozdíly ve vnímání role a významu doprovodu hospitalizovaného dítěte u sester a u rodičů nemocných dětí – byl podrobněji rozpracován v dílčích cílech.

Dílčím cílem číslo 1 bylo zjistit, v čem spatřují úlohu doprovodu hospitalizovaného dítěte sestry a v čem rodiče hospitalizovaní společně s nemocným dítětem. Na otázku, co je úkolem rodiče – zdravého doprovodu při společné hospitalizaci s dítětem, odpovědělo 87 (93 %) sester z 94 a 91 (97 %) rodičů z 93 „být dítěti psychickou oporou. Rovněž Nevrlková (2007) uvádí, že 33 % dotázaných matek vidí jako hlavní důvod pro společnou hospitalizaci s dítětem psychickou podporu dítěte. Možnost „být bezprostředně informován o změnách zdravotního stavu dítěte a o léčebném plánu zvolilo 61 (65 %) sester a 58 (66 %) rodičů. Podílet se na ošetřování dítěte vidí jako úkol rodičů při hospitalizaci s dítětem 60 (64 %) sester a 44 (47 %) rodičů. „Naučit se ošetřovat dítě v době nemoci“ označilo 59 (63 %) dotázaných sester a 37 (42 %) rodičů. Překvapením byla odpověď

„kontrolovat, zda je o dítě dobře pečováno“, kterou uvedlo 15 (16 %) sester a 30 (32 %) dotázaných rodičů. Z výše uvedeného je patrné, že jak sestry, tak také rodiče vnímají jako hlavní úkol rodiče při společné hospitalizaci s dítětem být dítěti psychickou oporou. Význam poskytnutí psychické opory v mimořádně náročné situaci, kterou bezpochyby nemoc a hospitalizace pro dítě je, je popsán v odborné literatuře, která je citována v předcházejících kapitolách.

Dílčí cíl číslo 2 se zabývá názorem sester a rodičů na věkovou hranici, kdy dítě nezbytně potřebuje přítomnost rodiče při hospitalizaci. Z analýzy odpovědí na otázku č. 5 v dotazníku rodičů a č. 6 v dotazníku sester vyplynulo, že věkovou hranici, kdy dítě potřebuje přítomnost rodiče při hospitalizaci, vnímají sestry a rodiče rozdílně. Věkovou hranici 0 – 3 roky zvolilo 31 (33 %) sester a pouze 7 (8 %) rodičů. Věkovou hranici 0 – 6 let, která je v této souvislosti stanovena také zdravotními pojišťovnami, uvádí 36 (38 %) sester a 28 (30 %) rodičů. Rozdíl je patrný u věkové hranice 0 – 10 let, kterou považuje za potřebnou 16 (17 %) rodičů a pouze 3 (3 %) sester. Téměř polovina rodičů pak zvolila odpověď, že hranice je individuální – záleží na psychickém a fyzickém stavu dítěte. Výzkumné šetření ukazuje, že rodiče nemocných dětí považují za nezbytně nutnou přítomnost rodiče při hospitalizaci dítěte často i ve školním věku, což potvrzuje také praxe.

Dílčím cílem číslo 3 bylo zjistit, zda a jak vnímají sestry a rodiče hospitalizovaných dětí vliv nemoci dítěte na jeho rodinu. Na otázku „Jak širokého okruhu se dle Vašeho názoru nemoc dítěte dotýká?“ uvádí 50 (53 %) z 94 sester a 39 (42 %) z 93 dotázaných rodičů, že se dotýká dítěte, jeho rodičů, sourozenců a prarodičů. Možnost „dítěte, rodičů a sourozenců“ označilo 30 (32 %) sester a 24 (26 %) rodičů. Že se nemoc dítěte dotýká celé rozšířené rodiny, se domnívá 9 (10 %) sester a 15 (16 %) rodičů. Naopak jako záležitost pouze dítěte a jeho rodičů vidí nemoc dítěte 5 (5 %) sester a 15 (16 %) dotázaných rodičů. Z analýzy vyplývá, že ve vnímání dopadu nemoci dítěte na ostatní členy rodiny nejsou statisticky významné rozdíly mezi sestrami a rodiči hospitalizovaných dětí. Za povšimnutí stojí relativně vysoké procento rodičů, kteří uvádějí, že nemoc dítěte se dotýká pouze rodičů a dítěte. Otázkou zůstává, zda na vnímání této situace rodiči nemocných dětí nemá vliv současná menší soudržnost a funkčnost rodin. Podobnou otázku zahrnula do svého výzkumného šetření také Nevrlková (2007). Na otázku „Měla Vaše hospitalizace vliv na zbylé členy rodiny?“ odpovědělo 67 % dotázaných matek „ano“ a 33 % odpovědělo „ne“.

Analýza otázek č. 12 v obou dotaznících se vztahovala k dílčímu cíli číslo 4, který se zabýval znalostí znění Charty práv hospitalizovaných dětí u sester a u rodičů hospitalizovaných společně s nemocnými dětmi. Znalost znění Charty práv hospitalizovaných dětí, uvádí 89 (95 %) z 94 dotázaných sester a pouze 21 (23 %) z 93 dotázaných rodičů. Záporně, tedy že nezná obsah tohoto dokumentu, odpovědělo 5 (5 %) sester a 72 (77 %) dotázaných rodičů. Rozdíly ve znalosti obsahu dokumentu u sester a u rodičů bylo možné předpokládat. Překvapením je poměrně nízké procento rodičů, kteří znají obsah Charty práv hospitalizovaných dětí, přestože jsou v dané chvíli hospitalizováni společně s nemocným dítětem.

K dílčímu cíli číslo 5 – zjistit, jak hodnotí dodržování Charty práv hospitalizovaných dětí sestry a jak rodiče doprovázející hospitalizované děti – se vztahovala otázka č. 13 v dotazníku pro sestry a otázka č. 14 v dotazníku pro rodiče. Jak ukázala analýza zjištěných dat, většina dotázaných sester uvádí, že Charta práv hospitalizovaných dětí je dodržována nebo většinou dodržována. Totéž uvádí více než polovina rodičů. Menší polovina rodičů neví, zda se zdravotníci při své práci řídí tímto dokumentem.

K dílčímu cíli č. 6 – zjistit názory sester na skutečnosti související s hospitalizací dítěte s doprovodem – se vztahovaly otázky č. 1 – 4, č. 7 – 8, č. 10 – 11 a č. 14 v dotazníku pro sestry. Analýza odpovědí na uvedené otázky ukázala převážně pozitivní přístup sester ke společné hospitalizaci dítěte s doprovodem. 82 (87 %) sester považuje hospitalizaci s doprovodem za užitečnou pro dítě a třetina sester ji považuje za přínosnou pro ošetřující personál. Polovina z celkového počtu 94 dotázaných sester odpověděla, že aktivně nabízí rodičům hospitalizaci společně s nemocným dítětem a 81 (86 %) z nich dále uvádí, že podporuje rodiče, kteří váhají, ke společné hospitalizaci. Ze 42 sester, které považují hospitalizaci s dítětem za komplikaci pro doprovázejícího rodiče, jich 33 (79 %) uplatňuje individuální přístup k rodičům ve snaze pomoci rodičům zvládat náročnou situaci. Většina dotázaných sester se podle výsledků šetření domnívá, že dokáže poskytnout rodičům emoční podporu při vyrovnávání se s nemocí dítěte. Z odpovědí na otázky v dotazníku pro sestry také vyplynulo, že rodiče doprovázející hospitalizované dítě jsou seznamováni s domácím a provozním řádem oddělení vždy při přijetí na oddělení. Hodnocení spolupráce s rodiči z pohledu sester ukazuje pohled sester na tuto problematiku. 84 (89 %) dotázaných uvedlo, že spolupráce s rodiči je individuální případ od případu. Že jsou rodiče velkou pomocí v péči o hospitalizované dítě, se domnívá 37 (39 %) sester a 25 (27 %) dotázaných považuje spolupráci s rodiči za časově náročnou. Individuální úroveň spolupráce s rodiči je

dána pravděpodobně individuální mírou psychické i fyzické odolnosti každého z rodičů a jejich schopností zvládat náročnou situaci, kterou hospitalizace dítěte v nemocnici jistě představuje.

K dílčímu cíli č. 7 – zjistit názory rodičů na skutečnosti související s hospitalizací dítěte s doprovodem – se vztahovaly otázky č. 1 – 3, č. 7, č. 9, č. 10 – 11, č. 13 a č. 15 v dotazníku pro rodiče. Z analýzy odpovědí na uvedené otázky vyplynulo, že polovina dotázaných rodičů vnímá hospitalizaci dítěte s doprovodem jako samozřejmost – považuje ji za standard v dnešní době. 39 (42 %) z celkového počtu 93 dotázaných rodičů se domnívá, že přítomnost rodiče je pro dítě nezbytná. Pouze 13 (14 %) rodičů se odpovědělo, že se nemoc dítěte nedotýká ostatních členů rodiny. Emocionální podpory při hospitalizaci s nemocným dítětem se dostalo ze strany zdravotnického personálu většině hospitalizovaných rodičů. Většina rodičů byla informována, jak vyplynulo z šetření, o možnostech pomoci a spolupráce při péči o dítě. 6 (6 %) rodičů tyto informace, jak ukazuje analýza odpovědí na danou otázku, tyto informace nedostalo. Tato skutečnost upozorňuje na potřebu důkladné, opakované a srozumitelné edukace pacientů a jejich rodičů ze strany zdravotnického personálu. Seznámení s domácím a provozním řádem oddělení potvrdila většina respondentů z řad rodičů. O existenci Charty práv hospitalizovaných dětí se rodiče, jak ukazuje analýza výsledků šetření, dozvěděli z různých zdrojů – nejčastěji při přijetí na oddělení, dále z internetu nebo veřejných médií. 34 (36 %) dotázaných rodičů však neví o existenci tohoto dokumentu. Spolupráci se zdravotnickým personálem hodnotí kladně většina rodičů.

Další informací vyplývající z dotazníkového šetření, která by mohla být důležitá pro management lůžkových zdravotnických zařízení, je odpověď na otázku v dotazníku pro rodiče, zda je pro ně možnost být hospitalizován/a spolu s nemocným dítětem důležitá při výběru zdravotnického zařízení. 66 % dotázaných rodičů uvádí, že je důležitá a pro dalších 28 % respondentů je přímo rozhodující! Pouze 6 % rodičů odpovědělo, že tato možnost není důležitá. S výše uvedenou otázkou koresponduje otázka v dotazníku po sestry: „Může nastat situace, že není možné z kapacitních důvodů přijat zdravý doprovod k nemocnému dítěti?“. 61 % dotázaných sester odpovědělo, že tato situace může nastat a dalších 32 % připustilo tuto možnost velmi výjimečně. V praxi se ukazuje, že zájem o doprovázení dítěte při hospitalizaci mají rodiče stále starších dětí. Pravděpodobně každé dětské oddělení vychází těmito požadavkům vstříc, pokud to kapacitní podmínky dovolí.

ZÁVĚR

Předkládaná bakalářská práce s názvem „Problematika ošetrovatelské péče o dítě s doprovodem“ sledovala několik cílů. Hlavní cíl, kterým bylo zjistit případné rozdíly ve vnímání role a významu doprovodu hospitalizovaného dítěte u sester a u rodičů nemocných dětí, byl rozpracován do dílčích cílů. Ke splnění vytýčených cílů napomohlo výzkumné šetření, které bylo provedeno se dvěma průzkumnými soubory. Prvním souborem byly sestry pracující na dětských odděleních nemocnic, druhým rodiče hospitalizovaní společně se svým nemocným dítětem. Šetření probíhalo ve třech nemocnicích.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že sestry, stejně jako rodiče, si uvědomují, že hospitalizace nemocného dítěte s doprovodem rodiče je přínosem pro dítě. Rodiče a sestry se také shodují, že hlavním úkolem rodiče doprovázejícího hospitalizované dítě je být dítěti psychickou oporou. Rovněž v odborné literatuře je popisován nezastupitelný vliv matky (rodičů) při uspokojování psychosociálních potřeb dítěte a to především v útlém věku. Také ve vnímání případných dalších rolí doprovodu hospitalizovaného dítěte panuje mezi sestrami a rodiči poměrně značná shoda. V otázce hodnocení vlivu nemoci dítěte na jeho rodinu se dotazované sestry a rodiče také shodují. U obou skupin pouze nízké procento respondentů vnímá dopad nemoci dítěte na celou rozšířenou rodinu. Citovaná odborná literatura uvádí, že nemoc dítěte má vliv na širší rodinu.

Je nutné konstatovat, že obsah Charty práv hospitalizovaných dětí by měla znát každá sestra pracující v ambulantní či lůžkové části zdravotnického zařízení, kde je poskytována péče dětem. Z výzkumného šetření vyplynulo, že většina (95 %) dotázaných sester zná znění tohoto kodexu. Co je důvodem, že některé sestry (5 %) neznají obsah Charty práv hospitalizovaných dětí, nebylo předmětem šetření. Z oslovených rodičů pouze necelá čtvrtina uvedla, že ví, co je obsahem zmíněného dokumentu. Přestože není Charta práv hospitalizovaných dětí zákonnou normou, většina zdravotnických zařízení, která poskytují péči dětem, se jí řídí. Dodržování těchto zásad však není nijak kontrolováno. V zařízeních, ve kterých jsou jednotlivé body dokumentu automaticky dodržovány, není nutná kontrola či případné intervence rodičů nemocných dětí.

I přes veškerá zlepšení, kterými oblast péče o dítě v nemocnici v posledních desetiletích prošla, je třeba stále hledat cesty, jak nemocným dětem toto nesnadné období v životě co nejvíce ulehčit. Ke zvládnutí tohoto nelehkého úkolu je třeba oboustranná tolerance, kvali-

fikovaný přístup a chuť spolupracovat, s vědomím společného cíle, kterým je spokojené dítě.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

DUNOVSKÝ, Jiří, 1999. *Sociální pediatrie: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 80-716-9254-9.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Michal KLIMOVIČ, 2005. *Péče o kriticky nemocné dítě*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-701-3427-5.

HEŘMANOVÁ, Jana, 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3469-9.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.

MATĚJČEK, Zdeněk, 2005. *Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte: normy vývoje a vývojové milníky z pohledu psychologa: základní duševní potřeby dítěte: dítě a lidský svět*. Praha: Grada. Pro rodiče. ISBN 978-802-4708-706.

MATĚJČEK, Zdeněk, 2001. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přepracované vydání. Jinočany: H. ISBN 978-80-860-2292-7.

PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK, 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2968-8.

ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Dětská klinická psychologie*. 4., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1049-8.

SIKOROVÁ, Lucie, 2011. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3593-1.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2005. *Vývojová psychologie I.: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0956-8.

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2068-5.

ZAOUTIS, Lisa B. a Vincent W. CHIANG, ©2007. *Comprehensive pediatric hospital medicine*. Philadelphia: Mosby/Elsevier. ISBN 978-032-3030-045.

Internetové zdroje:

ČESKO, 1992. Zákon č. 2/1993 Sb. Listina základních práv a svobod. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 1, s. 18-19 [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=1993&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=9>

ČESKO, 1997. Zákon č. 48/1997 Sb. O veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 16, s. 1194 [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=zdravotn%u00edm+poji%u0161t%u011bn%u00ed&typeLaw=zakon&what=Text_v_annotaci&stranka=4

ČESKO, 2011. Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 131, s. 4730-4800 [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=o%20zdravotn%C3%ADch%20slu%C5%BEB%C3%A1ch&typeLaw=zakon&what=Text_v_annotaci

DĚTI V NEMOCNICI [online]. Praha, ©2008 [cit. 2017-04-21]. Dostupné z: <http://www.detivnemocnici.cz/charter/index.html>

History of EACH. EACH - European Association for Children in Hospital [online]. Nizozemsko, 2016 [cit. 2017-04-21]. Dostupné z: <https://www.each-for-sick-children.org/home/history.html>

GRYM, Josef, 2001. *Dítě s matkou v nemocnici*. *Pediatric pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2001(1), s. 28-30 [cit. 2017-04-21]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: pediatriepropraxi.wwi.cz/pdfs/ped/2001/01/09.pdf

KRÁLOVCOVI, M. a J., 2001. *Nové role v péči o hospitalizované děti*. In: Nadační fond Klíček [online]. Praha, ©2005-2008 [cit. 2017-04-21]. Dostupné z: <http://www.klicek.org/playwork/role.html>

MIHÁL, Vladimír, 2003. *Nemocné dítě a rodina - mění se úloha rodiny v péči o nemocné dítě?* *Pediatric pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2003(4), s. 198-201 [cit. 2017-04-21]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2003/04/05.pdf>

Nadační fond Klíček [online]. Praha, ©2016 [cit. 2017-04-21]. Dostupné z: <http://www.klicek.org>

NEVRKLOVÁ, Vendula, 2007. *Problematika hospitalizovaného dítěte v doprovodu matky* [online]. Zlín, [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/3645/nevrlkov%C3%A1_2007_bp.pdf?sequence=1. Bakalářská práce. UTB ve Zlíně. Vedoucí práce Anna Krátká.

PŠENICOVÁ, Kateřina, 2006. *Psychologie hospitalizovaného dítěte* [online]. Brno, [cit. 2017-04-21]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/105742/pedf_b/bakalarskaprace.pdf. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně. Vedoucí práce Petr Kachlík

Práva dětí. UNICEF Česká republika [online]. Praha: Český výbor pro UNICEF, 2017 [cit. 2017-04-21]. Dostupné z: <https://www.unicef.cz/co-delame/kde-pusobime>

VALUŠOVÁ, Dana a Darja JAROŠOVÁ, 2013. *Hodnocení kvality péče rodiči dětských pacientů*. *Pediatric pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2013(4), s. 267-269 [cit. 2017-04-21]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2013/04/18.pdf>

VYORAL KRAKOVSKÁ, Radka, 2013. *Informovanost rodičů o právech hospitalizovaných dětí*. *Pediatric pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2013(6), s. 392-394 [cit. 2017-04-21]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2013/06/14.pdf>

ZACHAROVÁ, Eva, 2010. *Práva dětského pacienta v ošetrovatelské péči*. *Pediatric pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2010(5), s. 334-335 [cit. 2017-04-21]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2010/05/13.pdf>

ZACHAROVÁ, Eva a Zdenka ŘÍMOVSKÁ, 2014. *Nemocné nebo zdravotně postižené dítě v rodině*. *Pediatric pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2014(1), s. 55-56 [cit. 2017-04-21]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2014/01/17.pdf>

ŽÁKOVÁ, Lucie, 2008. *Problematika hospitalizovaného dítěte na dětském oddělení s rodiči* [online]. České Budějovice, [cit. 2017-04-21]. Dostupné z: http://theses.cz/id/elsu8n/downloadPraceContent_adipIdno_11046.

Http://theses.cz/id/elsu8n/downloadPraceContent_adipIdno_11046. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Alena Machová.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

| | |
|--------|---|
| a.s. | Akciová společnost |
| BFH | Baby Friendly Hospital |
| BFHI | Baby Friendly Hospital Initiative |
| ČSFR | Česká a Slovenská Federativní republika |
| EACH | European Association for Children in Hospital |
| FN | Fakultní nemocnice |
| JIP | Jednotka intenzivní péče |
| KNTB | Krajská nemocnice Tomáše Bati |
| OSN | Organizace spojených národů |
| UNICEF | Dětský fond Organizace spojených národů |

SEZNAM GRAFŮ

| | |
|---|-----------|
| <i>Graf 1 Porovnání názorů (sestry/rodiče) co je úlohou rodiče – zdravého doprovodu při společné hospitalizaci s dítětem.....</i> | <i>40</i> |
| <i>Graf 2 Porovnání názorů (sestry/rodiče) na věkovou hranici, kdy dítě nezbytně potřebuje přítomnost rodiče při hospitalizaci v nemocnici.....</i> | <i>41</i> |
| <i>Graf 3 Porovnání názorů (sestry/rodiče) jak širokého okruhu lidí se dotýká nemoc dítěte.....</i> | <i>42</i> |
| <i>Graf 4 Porovnání názorů (sestry/rodiče) zda znají obsah Charty práv hospitalizovaných dětí.....</i> | <i>43</i> |
| <i>Graf 5 Porovnání názorů (sestry/rodiče) na dodržování Charty práv hospitalizovaných dětí.....</i> | <i>44</i> |
| <i>Graf 6 Porovnání názorů (sestry/rodiče) zda společná hospitalizace s dítětem komplikuje rodičům jejich osobní situaci.....</i> | <i>45</i> |
| <i>Graf 7 Pohled sester na společnou hospitalizaci dítěte s doprovodem.....</i> | <i>46</i> |
| <i>Graf 8 Aktivní nabízení společné hospitalizace.....</i> | <i>47</i> |
| <i>Graf 9 Podporování rodičů ke společné hospitalizaci s dítětem.....</i> | <i>48</i> |
| <i>Graf 10 Kapacitní podmínky společné hospitalizace.....</i> | <i>49</i> |
| <i>Graf 11 Přístup k doprovodu hospitalizovaného dítěte.....</i> | <i>50</i> |
| <i>Graf 12 Schopnost poskytnout emocionální podporu rodičům.....</i> | <i>51</i> |
| <i>Graf 13 Způsob seznamování rodičů s domácím a provozním řádem oddělení.....</i> | <i>52</i> |
| <i>Graf 14 Hodnocení spolupráce s rodiči.....</i> | <i>53</i> |
| <i>Graf 15 Vnímání společné hospitalizace dle rodičů (doprovodu).....</i> | <i>54</i> |
| <i>Graf 16 Možnost společné hospitalizace jako faktor ovlivňující výběr zdravotnického zařízení.....</i> | <i>55</i> |
| <i>Graf 17 Podpora ke společné hospitalizaci s dítětem ze strany sester.....</i> | <i>56</i> |
| <i>Graf 18 Vliv nemoci dítěte na ostatní členy rodiny dle rodičů.....</i> | <i>57</i> |
| <i>Graf 19 Poskytnutí emocionální podpory rodičům.....</i> | <i>58</i> |
| <i>Graf 20 Informovanost rodičů o možnostech pomoci a spolupráce.....</i> | <i>59</i> |
| <i>Graf 21 Seznámení rodičů s domácím řádem a provozem oddělení.....</i> | <i>60</i> |
| <i>Graf 22 Zdroje informací o Chartě práv hospitalizovaných dětí.....</i> | <i>61</i> |
| <i>Graf 23 Hodnocení spolupráce se zdravotnickým personálem.....</i> | <i>62</i> |

SEZNAM PŘÍLOH

- PI Dotazník pro rodiče hospitalizovaných dětí
- PII Dotazník pro sestry
- PIII Charta práv hospitalizovaných dětí

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK PRO RODIČE HOSPITALIZOVANÝCH DĚTÍ

Vážení rodiče,

jmenuji se Veronika Žajdlíková, jsem studentkou 3. ročníku kombinovaného bakalářského studia na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně, studijní program Ošetrovatelství, obor Všeobecná sestra. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který poslouží pro vypracování empirické části mé bakalářské práce na téma: **Problematika ošetrovatelské péče o dítě hospitalizované s doprovodem**. Dotazník je **anonymní** a získané informace poslouží ke zjištění případných rozdílů ve vnímání role a významu zdravého doprovodu u rodičů nemocných dětí a u zdravotnického personálu.

Děkuji Vám za Váš čas a ochotu.

1. Jak vnímáte možnost hospitalizace společně s nemocným dítětem?

- a) Jako nutnost – pro dítě je moje přítomnost nezbytná
- b) Jako samozřejmost – považuji ji za standard v dnešní době
- c) Jako nadstandard
- d) Není vždy nezbytná

2. Je pro Vás možnost být hospitalizován/a spolu s nemocným dítětem důležitá při výběru zdravotnického zařízení?

- a) Ano, je důležitá
- b) Je rozhodující
- c) Ne

3. Jsou podle Vás rodiče zdravotnickým personálem povzbuzováni ke společné hospitalizaci s nemocným dítětem?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

4. Co je podle Vás úkolem rodiče – zdravého doprovodu při společné hospitalizaci s dítětem? (možnost více odpovědí)

- a) Kontrolovat, zda je o mé dítě dobře pečováno
- b) Být dítěti psychickou oporou
- c) Podílet se na ošetřování dítěte
- d) Naučit se ošetřovat své dítě v době nemoci
- e) Být bezprostředně informován o zdravotním stavu dítěte a léčebném plánu
- f) Jiné...uved'te

5. Jaká je dle Vašeho názoru věková hranice, kdy dítě potřebuje nezbytně přítomnost rodiče při hospitalizaci v nemocnici?

- a) 0 – 1
- b) 0 – 3
- c) 0 – 6
- d) 0 – 10
- e) Jiná...uved'te
- f) Hranice je individuální – záleží na psychickém a fyzickém stavu dítěte

6. Komplikuje Vám hospitalizace s dítětem osobní situaci?

- a) Ne
- b) Ano...uved'te, prosím, jakým způsobem

7. Dotýká se nemoc Vašeho dítěte ostatních členů rodiny?

- a) Ne
- b) Částečně
- c) Velmi silně
- d) Dotýká se také rozšířené rodiny – včetně prarodičů apod.

8. Dostalo se Vám od zdravotnického personálu emocionální podpory při vyrovnávání se s nemocí dítěte?

- a) Ne
- b) Částečně
- c) Ano

9. Byla jste informována o možnostech Vaší pomoci a spolupráce při péči o Vaše dítě?

- a) Ne – moje role je spíše pasivní
- b) Ano - při přijetí k hospitalizaci
- c) Ano – průběžně dostávám tyto informace
- d) Sám/sama se aktivně zajímám

10. Byl/a jste seznámena s domácím řádem a provozem oddělení?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Sám/sama jsem si tyto informace vyžádal/a

11. Znáte Chartu práv hospitalizovaných dětí?

- a) Ne
- b) Vím o její existenci, ale nevím, co je obsahem
- c) Zním obsah Charty práv hospitalizovaných dětí

12. Kde jste se o existenci Charty práv hospitalizovaných dětí dozvěděl/a?

- a) Při přijetí na oddělení
- b) V jiném zdravotnickém zařízení
- c) Na internetu
- d) Z médií – noviny, časopisy, televize

- e) Od známých
- f) Jinde... uveďte

13. Řídí se, podle Vašeho názoru, zdravotnický personál Chartou práv hospitalizovaných dětí?

- a) Ano
- b) Částečně
- c) Ne

14. Jak hodnotíte spolupráci se zdravotnickým personálem?

- a) Výborná
- b) Standardní
- c) Obtížná
- d) Nedostatečná

PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK PRO SESTRY

Dobrý den,

Jmenuji se Veronika Žajdlíková, jsem studentkou 3. ročníku kombinovaného bakalářského studia na Universitě Tomáše Bati ve Zlíně, studijní program Ošetrovatelství, obor Všeobecná sestra. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který poslouží pro vypracování empirické části mé bakalářské práce na téma: **Problematika ošetrovatelské péče o dítě hospitalizované s doprovodem**. Dotazník je **anonymní** a získané informace poslouží ke zjištění případných rozdílů ve vnímání role a významu zdravého doprovodu u rodičů a u zdravotnického personálu.

Děkuji Vám za Váš čas a ochotu.

- 1. Jak vnímáte možnost hospitalizace zdravého doprovodu společně s nemocným dítětem?**
 - a) Není nezbytně nutná
 - b) Je přínosná pro nemocné dítě
 - c) Je nezbytná pro nemocné dítě
 - d) Je přínosná pro ošetrující personál
 - e) Je komplikující pro ošetrující personál

- 2. Nabízíte aktivně rodičům možnost hospitalizace společně s nemocným dítětem?**
 - a) Ano
 - b) Ne
 - c) V závislosti na konkrétní situaci

- 3. Podporujete rodiče, kteří váhají, ke společné hospitalizaci s dítětem?**
 - a) Ano
 - b) Ne

4. Může nastat situace, že není možné z kapacitních důvodů přijat zdravý doprovod k nemocnému dítěti?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Velmi výjimečně

5. V čem spatřujete úlohu rodiče – zdravého doprovodu při společné hospitalizaci s dítětem?

(možnost více odpovědí)

- a) Je dítěti psychickou oporou
- b) Kontroluje, zda je o dítě dobře pečováno
- c) Podílí se na ošetřování dítěte
- d) Učí se ošetřovat své dítě v době nemoci
- e) Je bezprostředně informován o změnách zdravotního stavu dítěte a o léčebném plánu
- f) Jiné ... doplňte

6. Jaká je podle Vašeho názoru věková hranice, kdy dítě potřebuje nezbytně přítomnost rodiče při hospitalizaci v nemocnici?

- a) 0 – 1
- b) 0 – 3
- c) 0 – 6
- d) 0 – 10
- e) Jiná ... uveďte
- f) Hranice je individuální – záleží na psychickém a fyzickém stavu dítěte

- 7. Domníváte se, že společná hospitalizace s dítětem komplikuje rodičům jejich osobní situaci?**
- a) Ne
 - b) Ano
- 8. V případě, že jste na předchozí otázku odpověděl/a ano, jak s touto skutečností pracujete?**
- a) Nijak – je to osobní věc každého z rodičů
 - b) Snažíme se o individuální přístup ke konkrétnímu rodiči, aby se pokud možno minimalizovalo množství komplikací
 - c) Jinak ... uveďte jak
- 9. Jak širokého okruhu lidí se dle Vašeho názoru dotýká nemoc dítěte?**
- a) Dítěte a jeho rodičů
 - b) Dítěte, jeho rodičů a sourozenců
 - c) Dítěte, jeho rodičů, sourozenců a prarodičů
 - d) Celé rozšířené rodiny
- 10. Dokážete rodičům poskytnout emocionální podporu při vyrovnávání se s nemocí dítěte?**
- a) Ne
 - b) Částečně
 - c) Ano
 - d) Nevím

11. Jakým způsobem seznamujete hospitalizované rodiče s domácím a provozním řádem oddělení?

- a) Vždy při přijetí na oddělení ústně
- b) Vždy při přijetí na oddělení poskytnu dokumenty v tištěné podobě
- c) Dokumenty poskytnu rodičům na vyžádání
- d) Neseznamuji

12. Znáte znění Charty práv hospitalizovaných dětí?

- a) Ano
- b) Ne

13. Domníváte se, že je na Vašem pracovišti dodržována Charta práv hospitalizovaných dětí?

- a) Ano
- b) Většinou ano
- c) Částečně – pouze některé body
- d) Ne

14. Jak hodnotíte spolupráci s rodiči? (možnost více odpovědí)

- a) Rodiče jsou velkou pomocí v péči o hospitalizované děti
- b) Spolupráce s rodiči je časově náročná
- c) Spolupráce je individuální případ od případu
- d) Rodiče jsou překážkou při poskytování ošetrovatelské péče
- e) Přítomnost rodičů vnímám jako nutné zlo
- f) Jiné ... doplňte

PŘÍLOHA PIII CHARTA PRÁV HOSPITALIZOVANÝCH DĚTÍ

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

Schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví ČR v roce 1993

(Česko, 1993)