



DOPROVOD DĚTSKÝCH PACIENTŮ A JEHO VÝZNAM V PRŮBĚHU HOSPITALIZACE

Bakalářská práce

Studijní program: B5341 – Ošetřovatelství
Studijní obor: 5341R009 – Všeobecná sestra
Autor práce: **Ilona Čermáková**
Vedoucí práce: Mgr. Marie Froňková





ACCOMPANIMENT PEDIATRIC PATIENTS AND ITS IMPORTANCE IN THE COURSE HOSPITALIZATION

Bachelor thesis

Study programme: B5341 – Nursing
Study branch: 5341R009 – General Nurse
Author: **Ilona Čermáková**
Supervisor: Mgr. Marie Froňková



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Ilona Vepřovská**
Osobní číslo: **Z13000169**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Doprovod dětských pacientů a jeho význam v průběhu hospitalizace**
Zadávací katedra: **Ústav zdravotnických studií**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíle práce:

1. Zkoumat zapojení doprovodů hospitalizovaných dětí do ošetrovatelské péče.
2. Zhodnotit spokojenost doprovodů hospitalizovaných dětí s mírou spolupráce mezi nimi a sestrami pracujícími na dětském oddělení.
3. Zjistit spokojenost respondentů s prostředím a vybavením pokojů na oddělení.

Teoretická východiska (včetně výstupu z BP):

Bakalářská práce se zabývá problematikou doprovodů dětských pacientů a jeho významem v průběhu hospitalizace. Role doprovodů hraje významnou úlohu v léčbě a ošetrovatelské péči o dětského pacienta, a proto bude mimo jiné zkoumáno, kdo doprovází a do jaké míry se zapojuje do ošetrovatelské péče a samotné hospitalizace. Cílem bakalářské práce je rovněž zjistit úroveň zapojení doprovodů hospitalizovaných dětí do ošetrovatelské péče a monitorování spokojenosti doprovodu s prostředím na oddělení. Výsledky budou využity v rámci dětského odd. v nemocnici v Jablonci nad Nisou, p.o.

Výzkumné předpoklady:

1. Do ošetrovatelské péče u pacientů z kojeneckého oddělení se zapojuje minimálně 70% doprovodu a to především rodičů. Do ošetrovatelské péče u pacientů, umístěných na oddělení větších dětí, se zapojuje maximálně 50% respondentů a to především rodičů, ale i dalších přímých příbuzných.
2. Více jak 50% respondentů je spokojeno s mírou spolupráce se sestrami, pracujícími na dětském oddělení.
3. Více jak 70% respondentů je spokojeno s prostředím na oddělení a vybavením pokojů.

Metoda: Kvantitativní

Technika práce, vyhodnocení dat: Dotazníkové šetření

Místo a čas realizace výzkumu: Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o., listopad 2014- leden 2015.

Vzorek: Doprovody dětských pacientů z kojeneckých oddělení a z oddělení větších dětí.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy: 50 - 70 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

- ŠPAŇHELOVÁ Ilona. Průvodce dětským světem. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-1907-8.
- SIKOROVÁ Lucie. Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3593-1.
- PTÁČEK Radek a Dana JURÁSKOVÁ. Etika a komunikace v medicíně. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3976-2.
- PLEVOVÁ Ilona a Regina SLOWIK. Komunikace s dětským pacientem. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4729-688.
- ŠPAŇHELOVÁ Ilona. Komunikace mezi rodičem a dítětem. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2698-4.
- MATĚJÍČEK Zdeněk. Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí. 3. přepracované vydání. Praha: H&H Vyšehradská, s.r.o., 2001. ISBN 80-86022-92-7.
- LANGMEIER Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. Vývojová psychologie. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1284-9.
- KELNAROVÁ Jarmila. Psychologie 1. díl. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3270-1.
- FENDRYCHOVÁ Jaroslava a Milan PILÁT. Péče o kriticky nemocné dítě. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2005. ISBN 80-701-3427-5.
- SEDLÁŘOVÁ Petra, Marie VLACHOVÁ, Alice ŘEZNÍČKOVÁ, Mahulena MOJŽÍŠOVÁ. Základní ošetrovatelská péče v pediatrii. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-1613-8.
- DATTA Parul. Pediatric nursing. New Dehli: Jaypee Bros, 2007. ISBN 81-806-1970-2.

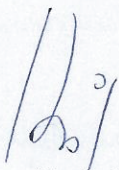
Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Marie Froňková

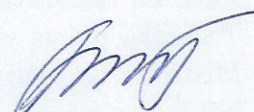
Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: 26. září 2014

Termín odevzdání bakalářské práce: 30. června 2015


prof. Dr. Ing. Zdeněk Kůs
rektor




Mgr. Marie Froňková
pověřena vedením ústavu

V Liberci dne 31. ledna 2015

Studentka
Ilona VEPŘOVSKÁ
Z13000169
Rádlo 317
468 03 RÁDLO

Vyřizuje: Zuzana Janošíková / 485 353 762

V Liberci dne 26. září 2014
č.j.: 14/8515/037159-02

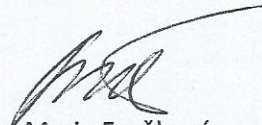
Vyjádření k žádosti o změnu tématu bakalářské práce

Vážená studentko,

na základě Vaší žádosti ze dne 25. 9. 2014, zaevidované pod č.j.: 14/8515/037159-01, Vám sděluji, že **souhlasím** se změnou tématu na „Doprovod dětských pacientů a jeho význam v průběhu hospitalizace“ pod mým vedením.

Termín odevzdání bakalářské práce je do 30. 6. 2015.

S pozdravem


Mgr. Marie Froňková
pověřena vedením ústavu

Technická univerzita v Liberci
Ústav zdravotnických studií
Studentská 2, 461 17 Liberec 1



Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum: *v Liberci dne 30. dubna 2015*

Podpis: *Monika Čermáková*

Poděkování

Chtěla bych poděkovat Mgr. Marii Froňkové za obětavý přístup a pomoc při zpracování mé bakalářské práce. Vedení bylo po celou dobu odborné, vlídné a plné cenných rad. Dále bych chtěla poděkovat referentkám ze studijního oddělení za vstřícnost. Mé poděkování patří též respondentům, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření. Děkuji manželovi, rodičům a celé své rodině a přátelům za podporu po celou dobu mého studia.

ANOTACE

Jméno a příjmení autora:

Ilona Čermáková

Instituce:

Technická univerzita v Liberci, Ústav zdravotnických studií

Název práce:

Doprovod dětských pacientů a jeho význam v průběhu hospitalizace

Vedoucí práce:

Mgr. Marie Froňková

Počet stran:

82

Počet příloh:

15

Rok obhajoby:

2015

Souhrn:

Bakalářská práce na téma „Doprovod dětských pacientů a jeho význam v průběhu hospitalizace“, se zabývá rolí doprovodů, která hraje významnou úlohu v léčbě a ošetrovatelské péči o dětského pacienta, je zkoumáno, kdo doprovází a do jaké míry se zapojuje do ošetrovatelské péče a samotné hospitalizace. Práce je rozčleněná na teoretickou a empirickou část. V teoretické části jsou popsána vývojová období dítěte, zvládání nemoci dítětem, potřeby nemocného dítěte. Dále se práce zaměřuje na ošetrovatelský proces a jeho specifika v pediatrii, zabývá se péčí o dětského pacienta, negativními následky hospitalizace a prevence negativních následků hospitalizace. V empirické části je popsána metodika výzkumného šetření, která byla provedena pomocí dotazníků, které byly rozdány na lůžkovém oddělení pediatrie v Nemocnici Jablonec nad Nisou p. o. Cílem bakalářské práce je rovněž zjistit úroveň zapojení doprovodů hospitalizovaných dětí do ošetrovatelské péče.

Klíčová slova:

Dětský pacient, vývojová období, dítě a nemoc, role rodičů, hospitalizace, komunikace, ošetrovatelská péče, všeobecná sestra.

ANOTATION

Name and Surname:

Ilona Čermáková

Institution:

Technical University of Liberec, Institute of Health Studies

Title:

Accompaniment pediatric patients and its importance in the course hospitalization

Supervisor:

Mgr. Marie Froňková

Pages:

82

Apendix:

15

Year:

2015

Summary:

Accompaniment plays a significant role in the treatment and nursing care of a child patient. Therefore inter alia will be examined, who accompanies the child, how is involved in nursing care during hospitalization. This bachelor thesis is divided into theoretical and empirical part. In the theoretical section are described developmental periods, child's needs and coming to terms with the disease. The thesis also focuses on the specific nursing process in pediatrics. It deals with the care of a child patient, the negative consequences of hospitalization and prevention. Survey methodology of opinions is described in the empirical part. This was done using questionnaires that were distributed in the hospital in patient department of pediatrics in Jablonec nad Nisou. The aim of the bachelor thesis is the importance and level of involvement accompanying persons in nursing care for hospitalized children.

Keywords:

Child patient, developmental stages, child and disease, role of parents, hospitalization, communication, nursing care, general nurse

OBSAH

Seznam použitých zkratk a symbolů.....	11
1 Úvod.....	12
2 Teoretická část	13
2.1 Dětský pacient.....	13
2.1.1 Vývojová období.....	13
2.2 Dítě v nemoci.....	16
2.2.1 Zvládání nemoci v jednotlivých vývojových obdobích dítěte.....	16
2.2.2 Potřeby nemocného dítěte.....	17
2.3 Hospitalizace dětského pacienta	19
2.3.1 Ošetrovatelský proces a jeho specifika v pediatrii.....	19
2.3.2 Péče o hygienu dítěte	20
2.3.3 Výživa v dětském věku.....	22
2.3.4 Péče o vyprazdňování moče	24
2.3.5 Péče o vyprazdňování stolice.....	24
2.3.6 Bolest u dětí	25
2.3.7 Fyziologické funkce.....	26
2.3.8 Podávání léků dětem.....	27
2.3.9 Negativní následky hospitalizace.....	29
2.3.10 Prevence následků hospitalizace.....	31
2.4 Podpora dětského pacienta.....	32
2.4.1 Přítomnost rodičů v nemocnici	32
2.4.2 Možnost hry a vzdělávání v rámci hospitalizace	35
2.4.3 Herní terapie	38
3 Výzkumná část.....	41
3.1 Cíle práce a předpoklady	41
3.2 Metodika výzkumu	42
3.3 Charakteristika výzkumného vzorku	42
3.4 Výsledky výzkumu a jeho analýza	44
4 Vyhodnocení empirické části.....	65
5 Diskuze	67
6 Návrh doporučení pro praxi	74
7 Závěr	76

8 Seznam bibliografických citací.....	77
9 Seznam příloh	80
10 Seznam tabulek	81
11 Seznam grafů	82

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A SYMBOLŮ

cm	centimetr
°C	stupeň Celsia
EKG	Elektrokardiogram
FLACC	Face Legs Activity Cry and Consolability
g	gram
CHEOPS	Children's Hospital Eastern Ontario Pain Scale
kg	kilogram
ml	mililitr
NIPS	Neonatal/Infant Pain Scale
OŠB	objektivní škála bolesti
%	procento
°	stupeň

1 ÚVOD

Problematika doprovodu dětských pacientů v průběhu hospitalizace je neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče o dětského pacienta. Doby, kdy byly nemocné děti v doprovodu rodičů po přijetí lékařem zanechány samotné v nemocničním zařízení, jsou dávno za námi. V dnešní době je spíše výjimečné, pokud je dítě do tří let věku přijato samotné a rodiče za ním docházejí pouze na návštěvy. Na oddělení větších dětí se častěji setkáváme s hospitalizacemi doprovodu dětí starších šesti let, kde si doprovod musí pobyt hradit z vlastních prostředků, protože zdravotní pojišťovna jim hradí pobyt pouze při doprovázení dítěte do jeho šesti let. Pouze ve výjimečných případech se stane, že není na oddělení volný mateřský pokoj nebo přistýlka. Doprovod pacientů bezesporu pomáhá při základní ošetrovatelské péči, jako je hygiena, stravování dítěte, asistence při vyprazdňování a také je psychickou oporou pro jejich dítě. V současné době personál dětského oddělení řeší indispozici nejen dětského pacienta, ale také jeho doprovodu. Například podávání léků na bolesti hlavy a páteře, měření vysokého tlaku, zajišťování gynekologického vyšetření při potížích matek v šestinedělí, přes běžnou denní péči. Všeobecná sestra spolu s lékařem velmi často plní úlohu psychické opory a není ani výjimečné přizvání psychologa, který dost často neřeší jen dítě, ale právě matku anebo celou rodinu. V některých případech se stává, že dítě naopak lépe spolupracuje a komunikuje bez přítomnosti rodičů. Teoretická část bakalářské práce se zabývá specifiky dítěte jako dětského pacienta. Stěžejní částí bakalářské práce je problematika hospitalizace dětského pacienta a ošetrovatelský proces a jeho specifika v pediatrii. Další podkapitolou je podpora dětského pacienta, přítomnost rodičů v době nemoci, možnost hry a vzdělávání v rámci hospitalizace. V praktické části jsou interpretovány výsledky výzkumu dotazníkového šetření, s cílem zkoumání vlivu přítomného doprovodu hospitalizovaných dětí na ošetrovatelskou péči. Zhodnocení spokojenosti členů doprovodu hospitalizovaných dětí, ale také spokojenost respondentů s prostředím a vybavením pokojů na oddělení. Pro výzkum jsou zvoleny dva výzkumné vzorky a jejich odpovědi mezi sebou jsou porovnávány. První vzorek tvoří doprovod, doprovázející děti na kojenecké oddělení, druhou skupinou jsou respondenti doprovázející dítě na oddělení větších dětí. Získaná data jsou analyzována a zpracována do tabulek a grafů. V závěru bakalářské práce jsou prezentovány výsledky výzkumu. Diskuse a návrhy, vedoucí ke zvýšené spokojenosti doprovodu a ke snadnější spolupráci mezi těmi, kdo doprovázejí dětské pacienty a všeobecnými sestrami.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Dětský pacient

Dítě není malý dospělý. Na tento fakt nás upozorňuje Charta práv dětí v nemocnici, (příloha č. 1). Charta nezapomíná na to, že dítě se potřebuje vzdělávat a hrát si, což neřeší práva pacientů. Výrazným rozdílem oproti dospělému pacientovi je, že dítě má právo na hospitalizaci s rodinným příslušníkem. Ten se může podílet na rozhodování ohledně zdravotní péče, která je dítěti poskytována. Je to výrazný rozdíl oproti dospělému, který si o své péči rozhoduje výhradně sám. Dítě je odkázáno na správné a zodpovědné rozhodnutí rodičů. Dalším neopomenutelným faktem je i to, že každé dítě do 3 let vyžaduje neustálou péči, jak v oblasti stravování, vylučování a hygieně. Dost často malé dítě není schopné přesně říci anebo ukázat, kde a co ho bolí. Některé děti jsou neklidné, pláčou a vznikají problémy při jejich vyšetření, často se nedají utiшит. Banální ošetrovatelský výkon jako je odběr krve, který u spolupracujícího dospělého pacienta zvládne jedna všeobecná sestra, se na dětském oddělení mění ve spolupráci lékaře a sestry a dost často i přihlížejícího rodiče, který se snaží dítě uklidnit. Proto je pro pochopení problematiky nutné zabývat se vývojovým obdobím člověka od prenatální fáze po období dospívání. (Kelnerová, 2010)

2.1.1 Vývojová období

Vývojovým obdobím člověka se zabývá vývojová psychologie, která studuje jedince v průběhu celého života. Sleduje vývoj psychických procesů, stavů a vlastností osobnosti, ale i změny v důsledku stárnutí. (Langmeier a Krejčířová, 2007)

První etapou ve vývoji člověka je **prenatální období, které** trvá od početí do porodu, tedy 40 týdnů + /- 2 týdny. Tuto etapu dělíme do tří fází. První fáze je oplození, přičemž tato fáze trvá přibližně tři týdny. Druhá fáze je embryonální, trvající od 4 - 12 týdnů. V této fázi se vytvářejí všechny orgánové základy. Poslední fází je fetální období, které trvá od 12. týdne do narození. Psychický vývoj dítěte v prenatálním období není zcela prozkoumán, nicméně z výzkumů vyplývá, že pro dobrý vývoj dítěte jak psychického, tak fyzického, je podmínkou dobrý psychický stav matky. Plod uvnitř dělohy je připravován na působení vnějšího prostředí. Tato příprava je nezbytná pro

budoucí přežití. (Kelnerová, 2010)

Druhou etapou je **novorozenecké období**, trvající od narození do 28. dne. Je to nejkritičtější období lidského života s nejvyšší úmrtností. Dítě se přizpůsobuje životu samostatnému, kdy musí začít samostatně dýchat, udržet si teplotu těla. Probíhá přestavba krevního oběhu, začíná se zatěžovat trávicí systém a další orgánové soustavy. Velký význam má v tomto období porod a první ošetření novorozence. Na tomto období je nejvýznamnější utváření pevné vazby mezi matkou a dítětem. Důležitou roli zde hraje častý kontakt s matkou. Dítě upřednostňuje spíše vyšší ženský hlas. Novorozeně dítě pozná hlas své matky a upřednostňuje ho před hlasem jiné ženy. (Langmeier a Krejčířová, 2007)

Dalším obdobím, které trvá od 28. dne života do prvního roku od narození se nazývá **kojenecké období**. Dochází k prudkému tělesnému i psychickému vývoji. Vzrůst o 20 - 25 cm a hmotnostní přírůstek 6 - 7 kg je běžný. Dítě používá jako komunikační prostředek pláč, protože velmi rychle a snadno pochopí, že křik je účinný prostředek, který mu zajistí péči a pozornost rodičů. Ve třetím měsíci se dítě spontánně usmívá, vydává různé zvuky, hraje si s prsty, hlavu zvedne nad podložku, udrží předmět, který mu vložíme do ruky. Od šestého měsíce se drží podaných prstů a přitáhne se do sedu. Intenzivně se otáčí na záda a ze zad na břicho. Postupně se chystá na řeč. Od devátého měsíce samostatně sedí, plazí se a postupně začíná lézt. S pomocí se přitáhne do stoje. Dále se objevuje pinzetový úchop, kdy je dítě schopno uchopit i malé předměty. Velká změna je v řeči, kdy začíná rozumět jednoduchým pokynům, začíná vyslovovat první slůvka. (Langmeier a Krejčířová, 2007)

Další etapou je **období batolecí**, které zahrnuje dobu dvou let, tedy od 1 do 3 let věku dítěte. Fyzický vývoj je nadále intenzivní, ale nastává zpomalení ve váhovém přírůstku. Batole by mělo vážit ke konci tohoto období kolem 14 - 15 kg. Pro toto období je charakteristické odpoutávání od úzkých vazeb na rodiče, hlavně matku. Rozvíjí se jemná a hrubá motorika dítěte, na konci období si samo dokáže zapnout knoflík nebo udržet tužku v prstech. Chůzi dítě zvládá i po nerovném terénu. Velkou zábavou je pro dítě pohyb, hýbe se velmi rádo. Dítě postupně rozvíjí řeč, ve druhém roce života umí používat přibližně 200 slov. Ve 3 letech, tedy ke konci batolecího období, se slovní zásoba zvýší až na 1000 slov. Jedním z hlavních projevů je, že si dítě uvědomuje vlastní „Já“. Při dlouhodobém odloučení od matky, například z důvodů hospitalizace, se batole upne na jinou osobu a při pozdějším setkání se svou matkou obtížně navazuje znovu vztah. (Kelnerová, 2010)

Na období batolecí navazuje etapa, která se nazývá **předškolní věk**. Označuje období od 3 do 6 let věku dítěte a je ukončeno nástupem do školy. Pro toto období jsou charakteristické pokroky v sociálním chování a samostatnosti. Dítě je méně závislé na rodičích. Dítě v tomto věku inklinuje spíše než k realitě běžného života k fantazírování. Součástí života se stává hra, kde může dobře uplatnit svou fantazii. Začíná respektovat daná pravidla a hraje si s ostatními dětmi. Pro dítě je hra přípravou na dospělost, kdy se některé z her stanou skutečností a běžnou součástí jejich života. Také slovní zásoba šestiletého dítěte je bohatší, tedy 2500 - 3500 slov oproti dítěti tříletému, které disponuje slovní zásobou 1000 slov. (Kelnerová, 2010)

Následující etapou je **školní věk**, který dělíme do tří fází. První fází je mladší školní věk, který začíná nástupem do školy a končí přibližně v 8 - 9 letech dítěte. Pro toto období je charakteristická změna v životních situacích. Střední školní věk je druhou fází a trvá od 9 do 12 let a konec této fáze je významným přechodem na druhý stupeň základní školy. Poslední stádium je starší školní věk, který trvá do ukončení základní školy, tedy do 15 let. Zejména pro mladší školní věk je typické, že dítě navazuje nové kontakty s vrstevníky, dokáže se lépe soustředit a přijímat úkoly. U dítěte si můžeme všimnout, že fantazie postupně ustupuje, zato se u dítěte začínají objevovat první sexuální sklony. (Vágnerová, 2012)

Tyto sklony pokračují a zesilují i v dalším období, kterým je **dospívání**. Sem již můžeme zahrnout starší školní věk, který začíná od 11 - 12 let a je ukončen 15. rokem života dítěte. V období dospívání se tato etapa nazývá obdobím pubescence. Je vymezená 11 - 15 lety a je to první fáze dospívání, kterou můžeme rozdělit do dvou částí. První část se nazývá fáze prepuberty, která je vymezená od 11 - 13 let věku dítěte, pro kterou je typické objevování prvních sekundárních znaků. Vývoj u chlapců je charakterizován zvětšováním varlat, penisu a vývojem pubického ochlupení, již v tomto období začíná první noční poluce. Stejně jako u chlapců, tak i u dívek probíhá růst prsů, objevuje se pubické ochlupení a první menarche. Vlastní puberta, která je vymezená od 13 - 15 let je druhou fází v období pubescence. Nadále probíhá dospívání, dochází k růstu hrtnanu, následné mutaci hlasu a zrychlenému růstu. Jak u chlapců, tak i u dívek se objevují sexuální touhy. Období adolescence je druhou etapou období dospívání, která je vymezená od 15 do 21 let věku. Na konci období se ustálí dospělé formy chování, egocentrismus ustupuje a myšlení se stává flexibilním. (Vágnerová, 2012)

2.2 Dítě v nemoci

Nemoc nepříjemně omezuje každého nemocného, ať je to dítě nebo dospělý. V nemoci dochází k omezení pohybu, odloučení od rodiny a kamarádů. Pokud je nutné, aby bylo dítě hospitalizované, o to více se potýká se strachem z neznámého prostředí, ze strachu z bolesti a přítomnosti cizích lidí. Dítě se v jednotlivých obdobích vyrovnává s nemocí a hospitalizací jinak. Důležité jsou potřeby dítěte, komunikace s ním a jeho doprovodem. (Fendrychová, 2005)

Dalším důležitým faktorem je samotná osobnost dítěte. Ta ovlivní, jak se dítě dokáže s danou situací vyrovnat. Odlišná reakce bude u klidného, vyrovnaného, ukázněného dítěte, které je zvyklé na spolupráci a jiná reakce nastane u dítěte výbušného, rozmazleného, úzkostného. Dítě silně vnímá postoj rodičů a celého okolí k dané situaci. Nálady, projevy nejistoty a úzkosti nebo výrazné změny v chování svých rodičů, velmi ovlivňují reakce a samotné chování dítěte. Následně se zhoršuje spolupráce se zdravotnickým personálem. Jak rodiče, tak i dítě, vnímají vše velice negativně. Proto je důležité, aby prostředí na dítě působilo veselým, příjemným, povzbuzujícím a uklidňujícím dojmem. (Matějček, 2001)

2.2.1 Zvládání nemoci v jednotlivých vývojových obdobích dítěte

Každé dítě prožívá hospitalizaci odlišně, záleží na věku dítěte, jeho vyspělosti, temperamentu, výchově, závažnosti onemocnění a na dalších jiných faktorech. **V kojeneckém a mladším batolecím věku** probíhá utváření osobnosti. Dětský pacient je nejvíce ohrožen ztrátou pocitu bezpečí, jistoty. Mohou být ohroženy rozumové schopnosti, rozvoj povahy. Zdravotnický personál, tedy cizí lidé, v dítěti vyvolávají strach. U dítěte může dojít k hospitalizmu, deprivaci nebo separaci. Děti, které jsou v tomto období odloučené od matky, například během hospitalizace, procházejí fázemi protestu, zoufalství a fází odpoutání od matky. Tyto fáze neprobíhají u všech dětí stejně. Mohou trvat různě dlouho a nemusí být v tomto sledu. **Batolecí a předškolní věk** je období vzdoru, odporování druhým, typické je prosazování své vůle. Dětem v tomto období nejvíce vadí omezení pohybu, jsou citlivé na deprivace a regres. Proto velkou hrozbou je v tomto období opožďování jak povahového tak rozumového vývoje. Velmi snadno může vzniknout úzkost až fobie, kterou si jedinec může nést až po zbytek života. Ve **školním věku** děti nelpí tak na rodině, jako tomu bylo v předešlých

vývojových období. Špatně zvládají náhlé omezení pohyblivosti, nedostatek kontaktu s přáteli. Děti v tomto věku velmi dobře spolupracují. V **pubertě a dospívání** je nutné počítat při ošetřování pacienta s jeho výkyvy nálad, změnou pozornosti, zvýšenou citlivostí na kritiku. Více než rodinou se spíše zaobírají svým citovým životem. Navazují intimní přátelství a vztahy k opačnému pohlaví. Velmi řeší fyzický vzhled. (Fendrychová, 2005) Komplexní příčiny ovlivňují chování jedince v nemoci. Mezi tyto příčiny patří biologické faktory, naučený vzorec chování, predispozice, systém zdravotní péče, citlivost na podněty a sociálně kulturní faktory. Důležitý je i věk a pohlaví. (Raudenská, 2011)

2.2.2 Potřeby nemocného dítěte

Dospělí, ale i děti mají své potřeby, které musí být naplňovány, aby vývoj probíhal správně. Potřeby dělíme na základní biologické, psychické, sociálně vývojové. (Sikorová, 2011)

Dále můžeme potřeby rozdělit dle Allena a Marotzre na potřeby: **tělesné:** (mezi které patří potřeba ochrany, výživy, čistoty a odpočinku); **psychické:** (jako je láska, bezpečí a důvěra, správná očekávání dospělých, přijetí kulturních, vývojových či etických odlišností); **učit se:** (přístup ke hře přizpůsobujeme dle chuti dítěte a jeho zkušenostem, dítě nesmí být přehlčeno podněty, potřeba vzoru chování a získání komunikačních dovedností); posledními jsou **sebevědomí a úcta:** (do této potřeby zahrnujeme vlídné prostředí, kde je oceňována snaha, podpora kladného sebehodnocení). (Bielčíková, 2014)

Komunikace je jednou z potřeb a zároveň slouží jako prostředek k dorozumívání. Dělíme ji na verbální a neverbální. Verbální komunikace je sdělení svých pocitů, myšlenek, názorů, prožitků pomocí slov. Neverbální komunikace znamená předávání zpráv beze slov, tedy řečí těla. (Doherty, 2005)

Komunikace s dětským pacientem se výrazně liší podle věku, pohlaví, individuální vyzrállosti dítěte, intenzitou klinických příznaků, charakterem a typem onemocnění. Je tedy jasné, že novorozenci i kojenci uplatňují spíše neverbální projevy komunikace. V období batolecím začíná znatelný vývoj v řeči. Do té doby dávají novorozenci a kojenci svou nelibost najevo pláčem, křikem. Komunikaci rozvíjejí pomocí broukání, výskání a doteků. Tato fáze se nazývá předřečová, začíná již ve třech měsíci života dítěte. Pomocí neverbálních pokynů, například z bolestivé grimasy, která doprovází

pláč, může rodič poznat bolest dítěte. Desetiměsíční dítě chápe, že gesta slouží ke komunikaci i pomocí ukazování a natahování rukou na určitý předmět. Obličej je důležitý při vyjadřování emocí. (Plevová, 2010)

V **batolecím období**, tedy okolo jednoho roku se začíná dítě vyjadřovat jedním slovem. Postupně řadí více slov volně za sebou, skládá je do základních vět a postupně si osvojuje základy gramatiky. (Vágnerová, 2012)

Dospělí by při komunikaci s batoletem měli používat krátká, jasná sdělení a zároveň by se měli vyvarovat direktivnímu způsobu chování a komunikace. Batolata reagují vzdorem, což je přirozené. (Špaňhelová, 2009)

Komunikovat s dítětem v **předškolním věku** je dobré pomocí hry, kresbou je dítě schopné vyjádřit realitu. Časté používání slov „proč“ a „jak“, je důležité jak pro poznávání, učení novým slovům, tak pro rozvoj správného vyjadřování. (Vágnerová, 2012)

Dítě v tomto věku není schopno pochopit, co se mu děje a proč. Na to je nutné myslet při samotném vyšetření dítěte, které často reaguje vzdorovitě. Když dítě mluví, je důležité ho nepřerušovat a dobře mu naslouchat. U hospitalizovaných dětí **školního věku**, které mají podstoupit ošetřovatelský výkon anebo lékařský zákrok, upřednostňujeme používání dětského slovníku. (Špaténková, 2009)

Slovní zásoba je dobrá, tedy i verbální komunikace je na velice dobré úrovni, proto je možné s dítětem komunikovat a podílet se na společných rozhodnutích. Uznáváme názory dítěte. (Vágnerová, 2012)

Před a při výkonu mluvíme a vše vysvětlujeme přímo dítěti. Nikdy nelžeme, neslibujeme to, co nemůžeme splnit, dítě poté k nám má důvěru. Nepříjemný nebo bolestivý zákrok dítěti musíme nastínit popisem něčeho, co samo zná, například píchnutí bolí, jako když se píchneš o růžičku. (Špaténková, 2009)

Při komunikaci s **dospívajícími** je důležité umět naslouchat, oslovovat pacienta jménem. Musíme respektovat jeho soukromí a stud. Při komunikaci s dospívajícím již můžeme používat odborné výrazy, ale vždy se musíme ujistit, že jim rozumí. Nedoporučuje se direktivní styl komunikace. Děti v období dospívání jsou na komunikaci velmi citlivé, ale také vztahovačné a kritické. (Špaténková, 2009)

2.3 Hospitalizace dětského pacienta

V současnosti je velké úsilí vynaloženo, aby do nemocnice bylo dítě přijímáno pouze v nezbytném případě, kdy poskytovaná ambulantní péče nestačí. Pobyt v nemocnici představuje pro dítě rychlejší uzdravení. Výhody nemocniční péče jsou nesporné. Dítě je pod neustálou kontrolou odborníků v oblasti lékařské a ošetrovatelské péče a v případě nutnosti je odborná pomoc okamžitě dostupná. Další nespornou výhodou hospitalizace pro děti, které v prostředí vlastní rodiny nemají příležitost osvojit si hygienické návyky, může být dětské oddělení místem, kde k takové výchově dojde. U některých dětí může v nemocnici dojít k redukci obtíží v oblasti poruch chování, neurotických obtíží, které způsobily konflikty v rodině. U takto poznamenaných dětí může vymizet noční pomočování, zmírní se projevy agresivity a jiné negativní projevy právě díky hospitalizaci na dětském oddělení. V opačném případě, tedy při poskytování nevhodné péče nebo neuspokojení duševních potřeb dítěte, zejména v případě delší hospitalizace, se zvyšuje riziko vzniku strachu, bolesti, separace, hospitalizmu a psychické deprivace. Tato nebezpečí, které pobyt v nemocnici může dítěti způsobit, by měl každý zdravotník znát a snažit se jim předcházet. Nemocniční prostředí, jako je oddělení pediatrie a jiná oddělení jsou zařízená účelově. Bývají tedy chudší na podněty, to samotné stačí k nastartování některých rizik. (Matějčík, 2001)

2.3.1 Ošetrovatelský proces a jeho specifika v pediatrii

Lidské společnosti se shodují v tom, že zdraví dětí je životně důležité, protože právě děti jsou budoucností lidstva. Ošetrovatelská péče v pediatrii se zabývá zdravím dětí, jejich růstem a vývojem, ale i jejich nemocemi, které právě vývoj a samotný růst mohou ovlivnit. Náročnost ošetrovatelské vědy si postupně vyžádala potřebu pediatrického ošetrovatelství, které je specifické. (Datta, 2007)

Ošetrovatelský proces je jedinou pracovní metodou, prostřednictvím které nelékařští zdravotničtí pracovníci vyhledávají a posléze uspokojují individuální potřeby pacientů, rodin a komunit. Tento průběh představuje myšlenkový sled a sérii činností, které na sebe navazují. Tím utvářejí jeden dynamický komplex. Každá etapa ošetrovatelského procesu má své místo a její provedení ovlivňuje ostatní fáze procesu, které na sebe navazují. Ošetrovatelský proces je propojení úkonů, které mají za úkol uspokojit

potřeby nemocného. Je to logický postup poskytování a vedení ošetrovatelské péče. Činnosti, které jsou naplánované, jsou vzápětí nelékařským personálem v ošetrovatelství použity. Jedná se o přístup, který je individualizovaný k ošetrovatelské péči o pacienta a je orientovaný na řešení problému. (Sikorová, 2011)

Ošetrovatelský proces má 5 fází, mezi které řadíme anamnézu, ošetrovatelské diagnózy, plán ošetrovatelské péče, realizaci ošetrovatelské péče a hodnocení ošetrovatelské péče. V první fázi dochází k prvnímu kontaktu sestry s dítětem a jeho rodiči. V této fázi sestra zjišťuje a získává informace o zdravotním stavu dítěte, které zaznamenává do anamnézy. Jako zdroj informací nám slouží rodiče, nebo jiné pečující osoby a samotný pacient. Samozřejmě na dětském oddělení záleží na věku pacienta. Záznamy o nemocném dítěti jsou zjišťovány pozorováním a pomocí fyzikálního vyšetření, poté se provede zápis do dokumentace. Stanovení ošetrovatelské diagnózy je druhou fází ošetrovatelského procesu, to ovšem vyžaduje dostatek informací o nemocném dítěti, které sestra získala již v první fázi. (Sedlářová, 2008)

Třetí fází je ošetrovatelský plán, u kterého si sestra stanoví priority v péči o dítě, je důležité si stanovit cíle, kterých chceme dosáhnout a měřitelná kritéria. Realizace je čtvrtou fází, zde se realizují samotné činnosti, které si sestra naplánovala, je nezbytné klást důraz na propojení s plánem ošetrovatelské péče. O činnosti, kterou sestra provedla, musí být provedený záznam do dokumentace. Poslední, tedy pátou fází ošetrovatelského procesu, je zhodnocení. Hodnotí se ošetrovatelský plán a jeho realizace, dále se klasifikuje, zda se sestra dostala k předem stanovenému cíli. Výsledek ošetrovatelského procesu je komplexní s individuálním přístupem k nemocnému dítěti a jeho rodině. Je důležité dbát na to, aby byl pacient vždy na prvním místě. (Sedlářová, 2008)

2.3.2 Péče o hygienu dítěte

V péči o kůži dítěte musíme dbát na základní odlišnost mezi kůží dítěte a dospělého. Kůže dítěte je tenčí, na jejím povrchu není vyvinut dostatečný kyselý ochranný plášť, tedy je i méně odolná vůči chemickým, fyzikálním, biologickým i mechanickým vlivům. Dítě podléhá rychleji dehydrataci oproti dospělému, protože škára dítěte váže i ztrácí velké množství vody. Dětská kůže obsahuje více lipidů, proto se snadněji vstřebávají chemické látky a lokálně aplikované léky přímo na kůži. Koupání dítěte je nyní doporučováno provádět obden. U u dětí se suchou kůží přidáváme olejové

přípravky. Dětské mýdlo s glycerinem používáme na celé tělo pouze jednou týdně, pravidelně se doporučuje mydlit jen ruce, nohy, místa vlhké zapárky a hýždě. Velkou pozornost je nutné věnovat kůži v oblasti genitálu a zadečku, protože moč a stolice působí na kůži nepříznivě, a to může vést k vzniku opruzenin a plenkové dermatitidy. Proto je nutné dítě přebalovat minimálně osmkrát denně, pokud je potřeba, například z důvodu průjmu, musíme dítě přebalovat častěji. Nesmíme opomenout řádné omytí genitálu, které u dívek provádíme od stydké kosti směrem dolů k zadečku a u chlapců umyjeme nejen konečník, třísla, ale i záhyby pod šourkem a kůži pod penisem. U chlapců se při koupeli doporučuje přetahování předkožky, protože kůže ve vodě změkne a je to méně bolestivé. Většina lékařů se shoduje, že je vhodné s přetahováním začít v prvním roce života dítěte. (Sedlářová, 2008)

Péče o vlasy je rozdílná, jelikož dětský vlas je jemný a u narozených dětí postrádá dřev. Je to tzv. velusový vlas. V průběhu prvního roku dítěte se doporučuje používat k mytí vlasů vlažnou vodu a pouze jednou týdně aplikovat na vlasy dětské mýdlo. V **péči o uši** je dnes doporučováno čistit vnější část ušního boltce. Uši chráníme před vodou mýdlem a vatovými tampony. **Nos** čistíme jen dle potřeby suchými vatovými štětečky. Novorozence a kojence odsáváme pouze při rhinitis, batolata učíme smrkat. (Sedlářová, 2008)

Je nutné neopomenout **péči o chrup**, která s sebou přináší bolest při prořezávání, zvýšenou teplotu, řídké stolice. Mléčný chrup se začíná prořezávat mezi 6 - 7 měsícem. Roční dítě mívá 6 zubů: 4 nahoře a 2 dole. Dolní řezáky se prořezávají nejdříve, pak následují horní řezáky a pak rostou špičáky a stoličky, které se prořezávají, jako poslední. Děti bývají neklidné a plačtivé. Pomoci jim mohou masáže dásní, kousání do studeného kousátka, lokální anestetika, při kterých může dojít k znecitlivění zadního farynxu a následně k aspiraci. Dítě tedy musí být krmeno opatrně a pod trvalým dohledem. Důležité je nepodcenit prevenci zubního kazu. Stačí nezanedbat pár hlavních zásad, jako je správná výživa, hygiena dutiny ústní, prohlídky u stomatologa, podávání dostatečné dávky fluoru. Je prokázáno, že děti na umělé stravě mají vyšší kazivost chrupu oproti dětem kojeným. (Sedlářová, 2008)

S **hygienou dutiny ústní** a tedy čištěním zubů začínáme, když dítěti naroste první zoubek. Nyní je k dostání speciální gumový kartáček. V nemocničním zařízení se používá vlhčený kousek gázy, který nám pomůže odstranit zbytky potravy a plaku. U ročního dítěte můžeme použít klasický kartáček s malou hlavou, který má měkké štětinky. Čištění provádíme dvakrát denně a po 2 měsících kartáček vyměníme za nový.

Nácvik čištění zubů zahajujeme okolo druhého roku života dítěte. Pastu používáme dětskou, teprve u školních dětí používáme pasty pro dospělé, které obsahují vyšší obsah fluoru. Krouživé pohyby provádí matka u malých dětí, technika stírací je doporučována u školních dětí. Častým hygienickým nešvarem některých matek je olizování lžiček, dudlíků, lahviček. Pokud si toho sestra všimne, měla by matku taktně upozornit, že to není vhodné. Matka tak zanesse do úst dítěte bakterie *Streptococcus mutans*, která hraje významnou úlohu v tvorbě zubního kazu. **Prohlídky u stomatologa** by měly proběhnout ještě před prořezáním prvního zoubku a dále dvakrát ročně. Rodiče se dozvědí, jak mají o chrup pečovat a dítě se v budoucnu nebude tolik bát, protože bude s prostředím již dobře seznámeno. **Péče o nehty** není tak náročná, zde je zásad jen pár. U novorozenců stříhání nehtu oddalujeme, protože kůže je k nehtu přirostlá. Aby se děťátko nepoškrábalo, je dobré neopomenout nasazení rukaviček. Kojencům se doporučuje stříhat nehty, když spí a nepoužívat špičaté nůžky. Nehty na ruku stříháme do obloučku, na nohou zastříhujeme rovně. (Sedlářová, 2008)

2.3.3 Výživa v dětském věku

Předpoklad pro správný tělesný a psychosociální vývoj je vyhovující výživa. Nesprávnou výživou můžeme dítěti způsobit podvýživu a tím samozřejmě můžeme narušit růst a vývoj organismu dítěte. Strava musí obsahovat základní složky výživy, jako jsou cukry, tuky, bílkoviny, vitamíny, minerály a vodu. Stravovací návyk ovlivňují jedince a jeho zdraví po celý život. Proto je důležité, aby si matky uvědomovaly, že právě ony nastavují stravovací návyky svého dítěte a je jenom na nich, jestli budou či nebudou správné. Dítě preferuje takovou stravu, kterou vidí u svých rodičů, proto by rodiče měli být dítěti správným vzorem. Výživa dětí do jednoho roku je rozdělena do tří fází. (Sedlářová, 2008)

První fází je období výhradně mléčné výživy, kdy je dítě kojeno mateřským mlékem nebo krmeno pomocí lahve počátečním mlékem. K této variantě se přistupuje v případě, že kojení není možné. Častým důvodem je nedostatek mateřského mléka, a s tím související neprospívání kojence. (Sedlářová, 2008)

Druhou fází je období přechodné, kdy se do jídelníčku kojence po ukončení 4. měsíce, pokud dítě není již plně kojeno, přidávají i nemléčné příkrmy, jako jsou zeleninová pyré z jednoho druhu zeleniny, například mrkve. Postupně přidáváme příkrmy z ovocného pyré například jablečné, banánové. Pokud je ovšem dítě do 6 měsíců plně kojeno, tak

s příkrmy začínáme až po ukončeném šestém měsíci věku dítěte. Mléčné obilné kaše začínáme dítěti podávat místo večerní dávky mléka od ukončeného 5. měsíce u dětí, které již nejsou plně kojené a u dětí plně kojených od ukončeného 7. měsíce. (Sedlářová, 2008)

Třetí fází je období smíšené stravy, kdy se postupně do jídelníčku dítěte zařazuje vhodně upravená a méně solená strava dospělých. Tekutiny přidáváme u dětí, které jsou na umělém mateřském mléku. Nejvhodnější je kojenecká voda, neslazené čaje, ovocné šťávy, které jsou určeny pro daný věk dítěte. U dětí plně kojených přidáváme tekutiny od 10. měsíce pravidelně. Pokud má dítě zdravotní problémy, zvýšenou teplotu, průjem, hrozí dítěti dehydratace. V těchto případech je nutné dítě zavodňovat více. (Sedlářová, 2008)

Je velice důležité dbát na zvýšenou hygienu při připravování pokrmů. U novorozenců je nutné vyvařování saviček, lahvíček po každém krmení. Matky, které odstříkávají mateřské mléko, vědí, že je nutné po každém odsátí odsávačku umýt pod proudem horké vody a alespoň jednou za 24 hodin nechat vyvařit. Výživa batolat a dětí předškolního věku je stále pod kontrolou jiné pečující osoby. Děti v tomto období ztrácejí zájem o jídlo, spíše je zajímá okolní svět. Naším úkolem je rodiče ujistit, že je to normální jev. Děti do jídla nenutíme, spíše nabízíme rozmanitá jídla s jinou chutí. Orientační jídelníček a velikost porcí podle věku (příloha č. 2). Batolata a děti předškolního věku by měly jíst pětkrát denně. U dětí do 4 let je nejvyšší riziko aspirace. Z těchto důvodů se vyhýbáme potravinám, jako jsou oříšky, kandované ovoce, popcorn, bonbóny, žvýkačky. Strava do 2 let by neměla omezovat přísun tuků, podáváme plnotučné mléko, kterého by dítě mělo denně vypít až 500 ml a k tomu i plnotučné jogurty. (Sedlářová, 2008)

U dětí předškolního věku tuky omezujeme, stačí již mléko, které je polotučné, méně solíme, strava by měla obsahovat nízký obsah cukru. Ovoce a zelenina by měly být součástí každé porce. Jako tekutiny jsou vhodné neslazené a nesycené vody a čaje. Základ potravinové pyramidy tvoří pečivo, rýže, těstoviny, vhodné je podávat celozrnné pečivo. V prvním patře pyramidy je ovoce a zelenina, kterou dítěti dáváme alespoň několikrát za den. V druhém patře pyramidy je mléko a jiné mléčné výrobky a maso. Vrchol pyramidy tvoří tuky, sladkosti. (Sedlářová, 2008)

2.3.4 Péče o vyprazdňování moče

Vyprazdňování je fyziologickou potřebou každého z nás. Poruchy této funkce mohou mít několik příčin: například stres, narušení intimity, nemoc, léky. Je důležité, aby sestra dbala na intimitu dětí a dospívajících. Fyziologické močení u novorozence probíhá reflexně. Novorozenec ani kojeneček není schopný vůlí ovládat močení, tento fakt je zásadním rozdílem oproti dětem v předškolním věku a dospívajícím. Kapacita močového měchýře u novorozenců je okolo 15 - 30 ml, u kojenců až 50 ml. Je to výrazný rozdíl oproti dospělému, který má kapacitu močového měchýře 500 - 700 ml, ale nucení na močení dospělý člověk pocítuje při náplni 250 - 300 ml. Teprve kolem třetího roku je dítě schopné na pokyn spustit močení. Tyto výrazné anatomické i fyziologické rozdíly musí nepodmínečně sestra pracující na dětském oddělení znát. Při ošetrovatelských výkonech jako je katetrizace močového měchýře je třeba mít na paměti, že nesmí být ohroženo zdraví pacienta. Frekvence močení je u novorozence a kojence dvanáctkrát až dvacetkrát za 24 hodin. Odlišnost v denní a noční diuréze není. U větších dětí by měla být frekvence močení osmkrát až desetkrát za 24 hodin. Poruchy tvorby a vyprazdňování moči řeší stejně jako u dospělých urolog, nefrolog. S tím souvisí i metody derivace moči, jako je katetrizace močového měchýře, kterou provádíme buď jednorázově nebo permanentně i na klasických dětských odděleních. Další metody jako je punkční stomie a nástěnná stomie, se týkají pouze oddělení specializovaných. Ošetrování těchto vstupů probíhá stejně jako u dospělých, pouze dbáme na rozdílnou komunikaci. (Sedlářová, 2008)

2.3.5 Péče o vyprazdňování stolice

První stolicí novorozence je smolka. Smolka by měla začít odcházet do 24 hodin po porodu, typická je mazlavá konzistence, barva je tmavě nazelenalá až do černa. Tato stolice vzniká z látek polknutých dítětem v děloze, tedy z epitelové tkáně, lanuga, hlenu, plodové vody, žluči. Pokud smolka neodchází, je nutné upozornit lékaře. Může se jednat pouze o zpoždění, vrozenou vadu nebo jiný zdravotní problém. (Sedlářová, 2008) S postupným příjmem potravy se stolice mění, vypadá jako míchaná vajíčka. Frekvence stolice u dětí se výrazně mění. Kojené děti mohou mít stolicí s každým přebalením až osmkrát denně, anebo vše co snědí, stráví a pak stolice odejde pouze jednou za týden. U novorozenců a kojenců na umělé výživě by měla být stolice, alespoň jednou za 24

hodin, pokud se stolice nedostaví do tří dnů, lékař musí najít řešení problému. Sestra zatím doporučí matce různá cvičení, masáže břicha na zrychlení peristaltiky střev. U přirozeně živých dětí trvá pasáž celým trávicím ústrojím asi 15 hodin, u dětí na umělém mléku 20 - 24 hodin, u dospělých přibližně 40 - 48 hodin. Vyprazdňování je reflexní děj, ke kterému u dospělých dochází minimálně jednou za 24 hodin. U dospělých a starších dětí jde o podmíněný reflex, který je vůlí ovládatelný. U malých dětí postačí k vyvolání defekačního reflexu naplnění konečníku střevním obsahem. Je tedy zřejmé, že vyprazdňování u dětí a dospělých má mnoho společného, ale i odlišného. Odlišnosti musí mít sestra na paměti, zejména při ošetrovatelských výkonech jako je klyzma, které se provádí buď očistné, projímavé, léčebné, diagnostické. Rozdílnost v podávání klyzmatu dětem je v množství podané tekutiny. Množství a druh tekutiny, kterou vpravíme za pomoci rektální rourky a irigátoru konečníkem do tlustého střeva záleží na ordinaci lékaře. Sestra dbá na to, aby nepodala větší množství tekutiny a nezpůsobila, tak poranění tlustého střeva. U malých dětí je nutné klyzma provádět velice opatrně, protože většina dětí po celou dobu pláče a křičí, a proto je pro sestru těžké rozeznat, kdy se jedná o bolest a kdy o strach ze samotného výkonu. (Sedlářová, 2008)

Vyprazdňování mohou doprovázet poruchy, mezi které patří nejčastější obstipace (zácpa), enkopréza neboli umazávání, průjem a inkontinence. Řešení těchto poruch je stejné jako u dospělých, pouze komunikace je rozdílná. Je zvýšená u některých ošetrovatelských výkonů z důvodů nespolupráce a nesamostatnosti dětí. Například péče o stomii u dětského pacienta je z 99% pouze dočasným řešením. Sestra provádí ošetření stomie standardně jako u dospělého pacienta s tím rozdílem, že zaučující se osoba v péči o stomii nemusí být vždy samotný pacient, ale například jeho matka, která ošetření bude provádět. (Sedlářová, 2008)

2.3.6 Bolest u dětí

Bolest je subjektivní pocit, který nám říká, že s naším organizmem není vše v pořádku. Děti prožívají bolest v různých fázích dětského věku odlišně. Abychom mohli na bolest reagovat, musíme vědět, jak v jednotlivých vývojových obdobích děti na bolest odpovídají. (Sedlářová, 2008)

Novorozenci a kojenci cítí bolest, reagují na ní pláčem, bolestivými grimasami v obličeji, propínáním končetin a nejsou k utišení. Batole je schopné vyjádřit bolest již

slovně pomocí slov „au“. U dětí předškolního věku dbáme na to, aby dítě nechápalo bolest jako trest, tím bychom zvýšily jejich stres. Nechápu, že bolest například při odběru je nezbytná pro uzdravení. Bolest nám umí dát dostatečně najevo pomocí slov. Mají strach z jehel, krve a to vše umocňuje jejich fantazii. Děti školního věku jsou již samostatnější, lépe spolupracují, komunikace je o poznání snadnější. U dospívajících, již postačí zvýšený dohled. Mají pocit všemocnosti, hrozí u nich nedodržování léčebného režimu, popírání bolesti. Většina rodičů chce být přítomna u bolestivých výkonů svých dětí jako opora. Mezi časté chyby rodičů řadíme nepravdivé podávání informací. Někteří rodiče slibují, že výkony jako je odběr krve, kanylace žíly, převaz rány nebolí, ale to není pravda. Dítě se pak stává nedůvěřivým jak k rodičům, tak k okolí. Správné je přiznat dítěti, že zákrok bolet může, ale říci mu, že je statečný a že to společně určitě vydržíme. Bolest je nutné sledovat a hodnotit. U malých dětí bolest nejlépe rozezná jejich matka, která zná dítě nejlépe. U větších dětí používáme například obličejovou škálu bolesti (příloha č. 3). Školní děti již umí bolest očíslovat od jedné do pěti, kdy pět znamená nesnesitelnou bolest. Sestra musí dítě ohodnotit observační škálou bolesti například Children's Hospital Eastern Ontario Pain Scale (dále jen CHEOPS), Face Legs Activity Cry and Consolability (dále jen FLACC) nebo Neonatal/Infant Pain Scale (dále jen NIPS), (příloha č. 4). Bolest se projevuje tachykardií, vzestupem tlaku, pocením, rozšířením zornic, zvýšenou potřebou kyslíku, nepravidelným dechem. Je vhodné využití stupnic bolesti například Objektivní škála bolesti (dále jen OŠB), (příloha č. 5), která neopomíjí kombinaci hodnocení chování i fyziologických parametrů. Podávání analgetik musí naordinovat lékař. Zpravidla se nejčastěji používají neopiátová analgetika jako je paracetamol, nesteroidní antirevmatika- antiflogistika, například ibuprofen.. Slabé opioidy, jako je tramadol, kodein se používají spíše v pooperační péči. Silným opioidům se pediatrie snaží vyhnout a používají se pouze v nezbytných případech. (Sedlářová, 2008)

2.3.7 Fyziologické funkce

Mezi základní fyziologické funkce patří: vědomí, tělesná teplota, krevní tlak, srdeční akce, puls, dýchání. K posouzení stavu **vědomí** se u dětí nejčastěji používá modifikované dětské Glasgow coma scale (příloha č. 6). Zároveň je důležité dítěti změřit tělesnou teplotu. Normální teplota se pohybuje mezi 36 - 37 °C. Život ohrožující stav u malých dětí může být vysoká teplota, která nesouvisí vždy se stupněm závažnosti

onemocnění. U relativně lehkého virového onemocnění se může objevit extrémní horečka (hyperpyrexie), tím označujeme teplotu nad 40°C. Může vyvolat nebezpečné febrilní křeče (křeče z vysoké teploty). Objevují se až u 5 % dětí a mají obvykle lehký průběh. Z těchto důvodů je důležité měření teploty. U kojenců je nej přesnější měření rektální teploty. Rektální teplota (měřená v řitním otvoru) je přibližně o 0,2 - 0,5 °C vyšší než v podpaží. U starších dětí měříme teplotu v podpaží a dohlížíme na správnou techniku měření tělesné teploty. Obecně platí, že je dobré snižovat teplotu, až když stoupne nad 38 - 38,5°C. Děti tyto teploty ještě dobře tolerují a antipyretika se podávají, jen pokud se při teplotách necítí dobře. K snížení teploty neužíváme u dětí kyselinu acetylosalicylovou. Užívání těchto antipyretik je spojované se vznikem Reyova syndromu, který může mít fatální následky. Ke snížení teploty u dětí můžete použít antipyretika s účinnou látkou, jako je paracetamol a ibuprofenum. Je dobré, mít doma k dispozici léky s oběma účinnými látkami. Pak tyto látky můžete střídat minimálně po 3 hodinách v doporučeném dávkování. (Slezáková, 2010)

Dále je nutné změřit dechovou frekvenci, což je množství vdechů za minutu. U dítěte je klidová hodnota rozdílná podle věkového období dítěte (příloha č. 7). (Sedlářová, 2008) Další rozdíl je v tepové frekvenci, která má opět rozdílné hodnoty podle věkového období (příloha č. 8). Nedílnou součástí vyšetření dětského pacienta je změření krevního tlaku. Sestra musí znát a umět použít správný rozměr manžety, s tím souvisí i správnost naměřené hodnoty. Výsledek měření je podmíněný věkovým obdobím, pohlavím, výškou dítěte (příloha č. 9). (Sedlářová, 2008)

Rozměry manžety se liší podle věkové skupiny dítěte, ale záleží i na tloušťce paže. U novorozenců i kojenců by měla být manžeta široká 4 - 6 cm. Šíře manžety 8 cm se používá u dětí od 1 - 8 let a u dětí nad 8 let je doporučováno použít manžetu se šíří 12cm. (Slezáková, 2010)

2.3.8 Podávání léků dětem

Podávání léků dětem se nejen výrazně liší od podávání léků dospělému, ale i dětem různých věkových skupin. Léky připravuje pouze sestra. Samotné podávání léku je vhodné při spolupráci s rodiči. Je důležité si uvědomit, že medikamenty, které mohou dospělí, by mohl vyvíjejícímu se dětskému organismu škodit. Dávkování léků dětem musí být přesné na rozdíl od dávkování léků dospělému pacientovi, kterému můžeme aplikovat průměrnou dávku léků. V pediatrii žádné průměrné dávky léků nepřipadají

v úvahu. Váha dětí je rozdílná, může se pohybovat od 500 g až přes 100 kg, proto je nutné, aby každý lék a jeho dávkování bylo lékařem řádně vypočteno. Úkolem sestry je určenou dávku léku správně podat. Způsoby podávání léků dětem jsou stejné jako u dospělých. Léky, které **podáváme ústy**, jsou v různých formách. U novorozenců, kojenců, batolat a dětí předškolního věku je nutné tablety drtit a rozpouštět například v čaji. Do úst nalévat opatrně, aby dítě léky nevdechlo. (Sedlářová, 2008)

Při **podávání medikamentů konečníkem** dbáme pouze na to, aby dítě lék nevytlačilo, proto je nutné, aby rodiče drželi hýždě dítěte u sebe. **Inhalační podání léku** vyžaduje spolupráci pacienta a správnou edukaci sestry. U novorozenců, kojenců a batolat nemůže sestra očekávat spolupráci. Aby podání bylo efektivní, je zapotřebí použití spaceru, který se přiloží na obličej a dítě volně dýchá. (Sedlářová, 2008)

U **aplikace léků na kůži** je potřeba, aby se dítě neškrábalo na postiženém místě, kde je lék nanesený. Matky tedy mají za úkol hlídat dítě, aby si například mast omylem nenaneslo do očí nebo úst. Podávání **léků do oka** je náročné kvůli otevření očních víček. Dalším způsobem podání léků je **aplikace do uší**, kdy se kapky nebo mast nanáší přímo do zvukovodu. Pro aplikaci léčebných přípravků injekčním podáním máme několik způsobů. **Intradermální podání** neboli podání do kůže je v kompetenci lékaře. Nejčastěji se tak podávají očkovací látky. **Subkutánně** (pod kůží) může aplikovat sestra u menších dětí. Je zapotřebí, aby u výkonu byly přítomné sestry dvě. Dítě je nutné držet, aby nedošlo k jeho zranění. Množství léku určuje lékař, pod kůží může sestra aplikovat maximálně 2 ml. **Podání intramuskulární** (do svalu) u dětí provádíme kožní řasou, kvůli riziku nabodnutí kosti. Současně provádíme vpich pod úhlem 60°, oproti 90°, který je doporučený u dospělých. U novorozenců volíme jako místo vpichu m. vastus lateralis a u dětí do dvou let většinou m. gluteus medius. Pro starší děti stejně jako pro dospělé volíme m. gluteus maximus. Většina postupů je stejná jako u dospělého pacienta, proto není nutné je zde opakovat. U **intravenózního podání**, tedy do žíly je zapotřebí alespoň dvou sester nebo lékaře. Pokud je dítě silně neklidné, potřebujeme přítomnost alespoň tří osob, aby byla kanyla úspěšně zavedená. Při plánovaném zavedení intravenózního vstupu, je výhodou použít lokální analgetikum jako je náplast nebo krém. U novorozenců a kojenců končetinu zatahuje asistující sestra, gumový popruh se nedoporučuje, jelikož by mohl končetinu zaškrtnout více než je třeba. K intravenózní aplikaci používáme žíly na ruce, nohou a u dětí do roka i na hlavě. Důležitá je kvalitní fixace kanyly. K fixaci používáme pruban různých rozměrů, aby dítě netlačil. Je možné použít i ponožky, rukavičky, obinadla či náplasti. Nesmírně

důležité je dítě často kontrolovat. U malých dětí je nutné léky ředit menším množstvím roztoku, abychom nezpůsobili hyperhydrataci. V urgentních stavech se můžeme setkat se zavedením jehly **intraoseální** - (nitrokostním). Intraoseální jehlu zavádí lékař, sestra pouze asistuje. Tento vstup se využívá, když zajištění periferních žil se nedaří a pacient je bezprostředně ohrožen na životě. Do tohoto vstupu můžeme aplikovat jak krystaloidy, koloidy, tak i krevní deriváty. (Sedlářová, 2008)

2.3.9 Negativní následky hospitalizace

Riziko negativních následků se zvyšuje při dlouhodobých hospitalizacích a každý zdravotník by měl vědět, jak se projevují. Případně, co může sestra se svými kompetencemi ovlivnit, aby pomohla zmírnit nebo napravit tyto následky. (Matějčíček, 2001)

Strach a úzkost jsou emoce, které nás varují před nebezpečím, stimulují nás k dalšímu řešení a tím nám ulehčují přivykání na nové podmínky. Škodí vše, co se dostavuje v nadměrné míře. Stejně je to i s emocemi. Jsou důvodem strádání, které zpomalují osobnostní vývoj dítěte. Strach a úzkost se neprojevují pouze v obličeji a jeho mimice, ale jsou zřejmé i v chování a v oblasti psychické. Dítě prožívá největší strach a úzkost právě z lékaře, například při odběrech krve. V neznámém prostředí se obává i odloučení od matky. **Strach** je spojený se skutečným objektem nebo situací, která v nás vyvolává pocit ohrožení, slouží jako znamení a obranná funkce organismu. Projevuje se neklidem, napětím, ochromením, zrychlením srdeční činnosti, nadměrným pocením, pocitem sucha v ústech, zblednutím a ztrnutím obličeje. (Vymětal, 2004)

Úzkost je odezvou na očekávané nebezpečí. Oproti strachu není spojena se skutečným objektem nebo situací. Přesto je ale hůře vnímána, protože nevíme, co nás čeká. Bezradnost a panika doprovází úzkost. Úzkost má stejné projevy, jako strach, je příznakem některých somatických onemocnění, která vyplývají z ohrožení organismu. Jsou to například edém plic, angina pectoris, plicní embolie. Všechna tato onemocnění spojuje stejný příznak, tedy dušnost. Strach a úzkost nemá mezi sebou striktní hranice, mnohdy přechází jedna v druhou. (Vymětal, 2004)

Separace je nečekané omezení nebo absolutní přerušení vztahů, které jsou již vytvořeny. Vztahem jsou myšleny vazby rodinné, ale i ke známému prostředí. Dítě snáší špatně odloučení od oblíbených hraček, domácích mazlíčků. Závislost na rodičích, zejména na matce se v průběhu kojeneckého věku mění. Nejdříve je dítě na matce

závislé spíše po biologické stránce, která se postupně přeměňuje v citovou. Velmi těžké je odloučení od matky již kolem prvního půl roku života dítěte. Pokud je v této době hospitalizace nevyhnutelná, je to pro dítě velká psychická zátěž. Separace je nebezpečná, pouze pokud je předčasná. U dětí školního věku vede separace spíše k samostatnosti. V batolecím věku je dítě pro odloučení nezralé, a proto separací většinou velmi trpí. Zvládnutí odloučení je závislé na temperamentu dítěte, předchází zkušenosti s odloučením, ale i chování pečujících osob, tedy v nemocnici především sester. (Matějček, 2001)

Separáčnický úzkost neboli úzkost z odloučení je velmi intenzivní okolo prvního půl roka života dítěte do 3 - 4 let. Z těchto důvodů je jednomu z rodičů nabídnuta možnost s dítětem zůstat po dobu hospitalizace ve dne i v noci. Pokud je dítě hospitalizováno samotné, hrozí, že se dostaví separáčnický úzkost, která má tři fáze. Každá fáze může trvat různě dlouho od několika hodin do několika týdnů. První stádium se nazývá období protestu. Dítě v této fázi pláče, křičí, vzteká se, volá rodiče, doufá, že se vrátí a přijde ho utěšit. Stádium zoufalství, je typické tím, že dítě ztrácí naději na příchod matky, stále se odvrací od okolí, již méně pláče. Odpoutání od matky je třetí fází, dítě v této fázi hledá oporu v ošetřujícím personálu. V případě, že oporu nenachází a nemá možnost se k nikomu připoutat, opouští ho důvěra k lidem a své city váže na věci. U některých dětí se tyto fáze vůbec nemusí dostavit. Jsou známkou toho, že dítě nemá v rodině vytvořené pevné citové vazby. Vhodná je hospitalizace s matkou, která s dítětem tráví nejvíce času. V případě, že hospitalizace dítěte s rodinným příslušníkem není možná, jsou pro dítě velmi důležité návštěvy. Návštěvy doporučujeme i přes opakovaný pláč dítěte. Návštěvy slouží jako prevence třetí fáze neboli stádia odpoutání. Pokud však k této fázi dojde a dítě odmítá rodiče, je důležité být trpělivý a k dítěti přistupovat pomalu, s láskou, aby se ztracená důvěra dítěte navrátila. (Matějček, 2001)

Hospitalizmus je skupina příznaků, které se vyvíjejí z důvodu dlouhodobé hospitalizace v nemocnicích a v podobných zařízeních. Toto prostředí bývá chudé na stimuly, jak citové tak intelektové, děti také trpí odloučením od rodiny. Projevy jsou různé například regres, negativismus nebo stereotypní pohyby. Bylo zjištěno, že i když je léčba správná, u některých dětí se výsledek správné léčby nedostavuje tak rychle, jak by lékaři očekávali. Zhoršení psychického stavu u dětí má za následek komplikace. Snížení obranyschopnosti organismu má velkou souvislost právě se zhoršením psychického stavu. (Matějček, 2001)

Psychická deprivace je stav, kdy dítě nemá po delší dobu uspokojovány své základní

psychické potřeby. Pokud se tak stane v brzkém věku, je ohrožen vývoj zdravého jedince, jelikož lidský organizmus nepracuje naplno a vývoj je nedostatečný. Děti, které v brzkém věku trpěly psychickou deprivací, mohou mít problém s učením i když jejich mysl je normální a životní podmínky jsou dobré. Dítě může mít problémy s navazováním nových kontaktů, dále trpět psychickou deprivací, která se může projevat v oblasti motorické, senzorické, emoční a sociální. (Matějček, 2001)

2.3.10 Prevence následků hospitalizace

Důležité je, aby rodiče nepodcenili mírnění strachu a úzkosti z návštěvy lékaře a z hospitalizace. Rodiče by měli s dítětem komunikovat a před každou návštěvou lékaře či před hospitalizací klidným a pravdivým způsobem vysvětlit, co ho bude čekat. Například svléknutí se před lékařem, odběry biologického materiálu, poslouchání fonendoskopem. Vysvětlení by mělo být srozumitelné, jasné a stručné. Dítě chválíme, povzbuzujeme a důležitá je odměna dítěte po výkonu, který zvládne. (Vymětal, 2004)

Prevence negativního odloučení je, že dítě by nemělo být odloučeno od rodičů, pokud na to není zralé. Většinou je dítě zralé v období mladšího školního věku. O úloze sestry v prevenci negativních následků hospitalizace není pochyb. Sestra stráví s dítětem v průběhu jeho hospitalizace nejvíce času, a proto může pozitivně ovlivnit jeho adaptaci. (Boledovičová, 2006)

Především záleží na sestře, která dítě ošetřuje a na jejím přístupu, zdali je empatická či nikoliv. Dále záleží na tom, do jaké míry je sestra schopná zmírnit následky stresu, který má vliv na psychiku dítěte. Komplexním dodržováním práv hospitalizovaného dítěte je možné předejít projevům hospitalizmu. (Kovács, Šašinka, Šagát, 2012)

Sestra a rodina nemocného dítěte společně sledují dítě a jeho onemocnění. Rodinu a zdravotnický personál spojuje společný cíl, a to je uzdravení dítěte. Představy k dosažení stejného cíle se většinou rozcházejí. Rodiče dítěte vidí svým pohledem, co se jim zdá být pro dítě nejlepší, sestra nahlíží na onemocnění dětského pacienta jako odborník. Snaží se co nejefektivněji prosadit své znalosti, aby dosáhla uzdravení dítěte. V některých případech k této spolupráci dojde naprosto přirozeně, v méně ideálním případě vznikají problémy ve vztahu mezi rodiči dítěte a sestrou. Sestra by měla chápat chování matky, která má nemocné dítě a nebrat si ho osobně. Prací sestry je nutnost umět správně komunikovat s rodiči, aby dokázala odstranit nedostatky v potřebách dětského pacienta. Jen tak můžeme dosáhnout efektivnější spolupráce s rodiči a zároveň

poskytnout dítěti kvalitní ošetrovatelskou péči. Doprovod dětského pacienta by neměl sloužit, jako kontrolor, ale jako pomocník při provádění práce sester. Sestra by měla být schopná adekvátně usměrnit rodiče v jejich požadavcích, správně je informovat v rozsahu svých kompetencí. Dále je nezbytné brát v úvahu odlišnou životní situaci rodiče po dobu hospitalizace jeho dítěte. Jen tak bude sestra schopná lépe pochopit změny v chování a jednání rodičů. (Křištofová, 2004)

2.4 Podpora dětského pacienta

Nemalé úsilí je vynaloženo do podpory dětského pacienta. Podporou je myšlen jak fyzický, tak i psychický prospěch dítěte, ale i jeho doprovodu, kterému se dnes nemocniční zařízení snaží vyjít vstříc. Doprovázející může s dítětem zůstat 24 hodin denně, doprovázet ho na nejrůznější vyšetření. V dnešní době je kladen vyšší důraz na zpříjemnění hospitalizace dětského pacienta a to nejen tím, že dítě má u sebe přítomny rodiče anebo někoho blízkého. Vedení nemocnic a vedoucí pracovníci dětských oddělení investují nemalé peníze do nákupů elektroniky, jako jsou televizory, výpočetní technika. V některých nemocnicích se můžeme setkat s internetovým připojením. Výpočetní technika slouží nejen k zábavě, ale především k výuce, která probíhá individuálně, dle zdravotního stavu dítěte. Toto vybavení vítají především děti od školního věku až po dospívající pacienty. Děti předškolního věku, které nemají infekční onemocnění, si mohou svůj čas strávený na dětském oddělení zpříjemnit a zkrátit v herně, kde se jim věnují, jak rodiče, tak i pedagogové. Děti, které jsou bez doprovodu, uvítají herního terapeuta, zdravotního klauna či dobrovolníka, kteří dítěti pomáhají vyplnit volný čas. Dětská oddělení nezapomínají ani na kojence či batolata, pro které mají maminky k dispozici nezávadné hračky, se kterými si děti nemohou ublížit. Nejvýznamnější podporou je rodič, který je dítěti na blízku a v neznámém prostředí je dítěti oporou. (Škrla, 2008)

2.4.1 Přítomnost rodičů v nemocnici

Pobyt v nemocničním zařízení je pro dítě traumatizující, ať je krátkodobý nebo dlouhodobý. Podpora dítěte ve smyslu přítomnosti rodičů je zároveň jeden z nejvýznamnějších nástrojů prevence vzniku negativních následků hospitalizace, jako jsou například: strach, úzkost, separace, hospitalizmus. Rodiče nemocných dětí se často

nechávají v nemocničním zařízení ubytovat společně se svým dítětem. Neboť vědí, že pobyt v nemocnici je pro dítě, které nebylo ještě mimo rodinu, velmi špatně snášen. Pokud rodič nemůže sdílet hospitalizaci z jakýchkoliv důvodů, a proto se o své dítě nemůže postarat, přijímá tuto situaci, jako své selhání, což je pro samotného rodiče velmi stresující. Sestry nemohou vykompenzovat péči rodičů, není v jejich moci každému dítěti zajistit individuální přístup a naplnit veškeré jeho potřeby. Rodič je pro dítě bezpečí a jistota. Dnes již není možné rodiče vynechat z ošetrovatelského procesu, jako tomu bylo dříve. Nyní jsou rodiče důležitou součástí ošetrovatelského procesu, stále jsou jeho zákonnými zástupci a mají právní odpovědnost za své dítě. Sestra, která vykonává práci na dětském oddělení, již nemusí dítěti nahrazovat matku. Role sestry je zásadně změněná, spočívá především ve společné práci po boku rodiny, která má nemocné dítě. Výrazná obměna přístupu v péči o nemocné dítě s sebou přináší potíže, neboť celý zdravotnický tým včetně lékařů a sester, se musí vypořádat s novým pojetím práce, osvojit si nové schopnosti a zvyky, péče se dnes týká celé rodiny. (Sedlářová, 2008)

Spolupráce s rodinou nemocného dítěte je velmi důležitá, a proto je nutné respektovat v plném rozsahu rodiny, jejich přání ve vztahu k dítěti, zodpovědnost a prosazovat jeho zájmy. Mezi zásadní podmínky úspěšné spolupráce rodičů a sester je nutné rodičům umožnit péči o dítě po celou dobu ošetrovatelského, léčebného či rekonvalescenčního pobytu dítěte v nemocničním zařízení. V optimálním případě je rodič, nejčastěji matka, ubytovaná s dítětem přímo na pokoji. Nepřetržitě pečovat, tedy 24 hodin denně by mělo být umožněno alespoň jednomu z rodičů. V případě, že to není možné, je rodičům nabídnuta nemocniční ubytovna. Rodičům jsou zachována vždy jejich práva, například péče o dítě, učení novým věcem a poznatkům. Rodiče mají přirozený úkol dítě chránit, vykonávat pro dítě jen to nejlepší. Rodiče mnohdy nedokážou pochopit ošetrovatelské či léčebné procesy, a proto může v ojedinělých případech docházet ke střetům se zdravotnickým personálem. U rodičů převládá pocit nadbytečnosti a beznaděje. Zdravotnický personál by měl chápat nelehkou situaci rodičů a snažit se obětavým a milým vystupováním působit na rodiče. Postupně je uklidnit a spolupráce je poté snadnější. V méně příjemných případech se může stát, že rodina reaguje nepřiměřeně, pod tíhou stresu. Sestra je profesionálním pracovníkem, proto je nutné, aby v takovém případě zachovala klid a uvědomila si, že rodiče prožívají těžkou situaci. Rodiče velice pozitivně vnímají, když mají dostatek informací a když je sestry informují o některých ošetrovatelských, ale i léčebných praktikách. (Sedlářová, 2008)

Ovlivnit režim a ošetřování dítěte je jednou z dalších podmínek, které bychom měli rodičům umožnit. Osobitý přístup a úsilí splnit rodinám jejich potřeby, není vždy možné, i přesto, že se sestra o dítě stará, konzultuje s rodiči jeho stravovací návyky, režim dne, spánek, hygienické návyky. Různá vyšetření, operační výkon, však můžou tento režim narušit, což neprospívá psychické stránce dítěte. Zkušená sestra neopomíjí ani stránku psychickou, proto rodičům doporučí, aby dítěti vzali s sebou oblíbenou hračku. Zdravotnický personál rodičům vysvětluje, proč se ten určitý výkon uskutečňuje a jakým způsobem se bude provádět, zdali to je výkon nepříjemný nebo bolestivý. Pokud je to možné, doporučuje se zapojení jednoho z rodičů, ti jsou poté klidnější a důvěřivější k postupu personálu. Tím, že bude dbáno na podávání srozumitelných informací, je předcházeno případným konfliktům, nedorozumění a stresovým situacím, což je důležité jak pro zdravotnický personál, tak zejména pro rodiče. (Sedlářová, 2008)

Lékař ani sestra nesmí opomenout to, že většina rodičů jsou laici. Při kontaktu s nimi dbáme na srozumitelnost, a to znamená vyvarování se odborným názvům. Rozhovor přizpůsobíme na jejich úroveň tak, aby informace, které jim sdělujeme, správně pochopili. Pokud rodiče a pacienti čemukoliv nerozumí, nesmí mít ostych se opakovaně zeptat. (Ptáček, 2011)

Komunikace s doprovodem dětského pacienta je nesmírně důležitá, jelikož nemoc je zátěžovou situací jak pro pacienta, tak i pro celou jeho rodinu. U nemocného dítěte trpí zvýšenou zátěží zejména rodiče, proto jejich chování není vždy pro zdravotnický personál příjemné, ale je důležité, abychom změny v jejich chování uměli chápat a nebrali si nevhodné chování rodičů osobně. Důležité je povzbuzování v péči o dítě a aktivní zájem na léčbě. Tímto profesionálním přístupem ze strany zdravotnického personálu získává doprovod dítěte pocit jistoty. V podpoře a péči o nemocné dítě sehrává velkou roli sestra, která by měla umět doprovod dítěte dostatečně informovat. Rodiče chtějí být dostatečně informováni o zdravotním stavu svého dítěte. Doprovod je často nervózní a ne všechny informace stíhá vnímat. Postupy ošetřovatelských a lékařských výkonů musíme několikrát opakovat. Lékaři důkladně vysvětlí příčiny a vznik onemocnění, informují rodiče o výsledcích vyšetření. Veškeré informace musí být jasné a srozumitelné. Sestra smí podávat ty informace, ke kterým je kompetentní. Měla by se ujistit, že doprovod správně pochopil sdělení. (Plevová 2010)

Rodiče při nedostatku informací přestávají rozumět situaci, ve které se nacházejí, chtějí by dítěti pomoci, ale neví jak, což může vyústit v negativní vnímání léčby a v nedůvěru ke zdravotnickému personálu. Může to přejít v agresivní chování doprovodu. Zejména u

matek se objevují pocity sebelítosti, beznaděje, selhání a přímo se staví proti zdravotnickému personálu. Tyto negativní pocity a postoje doprovodu se rychle přenášejí na samotného dětského pacienta, který trpí spolu s doprovodem. (Sedlářová, 2008)

V případě, že k této situaci dojde, je nezbytné s rodiči opakovaně mluvit o jejich pocitech, neustále je povzbuzovat, ale společně se snažit vysvětlit dětskému pacientovi, že léčba, kterou právě podstupuje, je nezbytná k jeho uzdravení. Je důležité správně pojmenovat konkrétní onemocnění nebo lék, který dítěti podáváme, avšak není dobré používat v rozhovoru příliš odborné terminologie. Důležité je povzbuzovat doprovod dítěte, aby neopomíjeli své potřeby. Navrhnout doprovázejícímu výměnu u dítěte buď s druhým rodičem anebo s prarodiči, samozřejmě pokud diagnóza dítěte není infekční. Sdělování informací rodičům ohledně zdravotního stavu dítěte, zvláště pak závažné diagnózy, je vhodné oběma rodičům současně, mluvit srozumitelně, mít dostatek času a vybrat vhodné místo. Lékař by měl zvážit, zdali je sdělení natolik závažné a popřípadě by měl zajistit psychologa, který bude u rozhovoru přítomen. (Sedlářová, 2008)

2.4.2 Možnost hry a vzdělávání v rámci hospitalizace

Děti mají právo na vzdělání i v nemocnici. Z těchto důvodů jsou na dětském oddělení k dispozici pedagogové ze základní školy, kdy dochází přímo za dětmi na pokoj. Úkolem školy při nemocnici je doplňovat mezery ve vědomostech, které vznikají nepřítomností ve vlastní škole. Vyučování není stejné, jako ve škole neboť výuka probíhá dle zdravotního stavu dítěte a jeho možností. (Sedlářová, 2008)

V některých nemocnicích jsou již k dispozici tzv. herní specialisti, kteří mají za úkol usnadnit komunikaci mezi dítětem, rodiči a zdravotníky. Seznamují děti, ale i rodiče s prostředím nemocnice, dále se starají o jejich psychické potřeby. Snaží se dítě lépe připravit na vyšetření, podrobně dítěti vysvětlí, co ho čeká. Zábavnou formou, pomocí hry zjišťuje, co dítě bolí, jestli má splněné všechny osobní potřeby, popřípadě se snažit dítěti příjemně vyplnit volný čas. Hraní je pro dítě důležité, jelikož ho rozvíjí, o to více je hra potřebná v nemocnici. Pomocí hry dítě ventiluje své pocity, a proto je někdy nutné děti v cizím prostředí ke hře vyzvat. Z těchto důvodů by bylo dobré mít na pracovišti herního specialistu, který by dítě povzbuzoval, zapojil do hry, včetně dětí, které jsou upoutané na lůžko. (Sedlářová, 2008)

Další osoba, která se může věnovat dětem ve zdravotnickém zařízení, je zdravotní

klaun. Zdravotní klauni mají své sdružení v České republice od roku 2001. Klauni dochází na dětská oddělení pravidelně, alespoň jednou týdně a svou přítomností zlepšují psychický, ale i zdravotní stav dětí a mnohdy rozveselí i jejich doprovod. Klauni musejí být speciálně školení. (Fendrychová, 2005)

Děti různého věku vyžadují různou herní aktivitu. Proto je důležité, jakou výtvarnou činnost nebo hru zvolíme. Výběr samotné hry se odvíjí od věku dítěte a jeho vývoje. Dále je nutné se zaměřit na rozumové schopnosti a zdravotní stav dítěte. Právě podle těchto kritérií je nutné vybrat tu správnou hru. Hra musí dítě zaujmout a především bavit. Hra s dítětem v kojeneckém věku bude diametrálně odlišná od hry se staršími dětmi. Hračka pro kojence musí splňovat hygienické normy a především musí být bezpečná. Kojencům se zamlouvají hračky měkké, plyšové, hračky, které šustí nebo vydávají jiné zvuky. Vhodné jsou plastové obrázkové knížky, hračky ke kousání. U půlročních dětí upřednostňujeme i hračky do vody, se kterými si děťátko hezky vyhraje. U dětí kolem 10 měsíců až jednoho roku jsou vhodné hračky, které jsou na provázku a dítě je může za sebou táhnout. (Vymětal, 2004)

Rodiče si se svým děťátkem mohou hrát i bez hraček, stačí jim pouze jejich obličej, ruce a hlas. Tím, že se rodič nakloní nad dítě a svůj obličej přiblíží k dítěti, navážete oční kontakt a získá si tak jeho pozornost. Dětem se líbí, když si rodiče vezmou jejich ruce a hladí si s nimi svůj obličej. V průběhu hlazení je dobré si s dítětem zpívat, pobrukovat, nebo si s ním jen tak povídat. Touto formou hry je dítě podněcováno ke žvatlání. Další užitečnou hrou je držení hračky nad dítětem, abychom upoutali jeho pozornost a dítě mělo tendenci po hračce sáhnout. Když se mu to podaří, je správné ho pochválit. Na dítě je dobré mluvit prostřednictvím hraček, jako jsou maňásci, se kterými je důležité hýbat, mluvíme výrazně a vesele. S dítětem kojeneckého věku je dobré si hrát i tak, že hračka se nechá zmizet a zase se objeví, děti to velice baví. Dále si maminky s dětmi hrají, že si svůj obličej zakrývají rukama, po odrytí obličeje na dítě zvolají „bať“. Můžou se schovávat i za ručník například při koupání. (Sedlářová, 2008)

Vhodné hračky pro děti v batolecím věku jsou zejména ty pohyblivé, které za sebou mohou tahat, různé skládačky, stavebnice, určené pro jejich věk. Dětem se pro zlepšení motoriky hodí i navlékání velkých korálků. Samozřejmě u této hry musí matka u dítěte sedět, aby korálek nespolklo nebo nevdechlo. Dítě v batolecím období má rádo výtvarnou aktivitu ať už je to kreslení, vymalování omalovánků, malování prsty. (Vymětal, 2004)

Další hra, oblíbená nejen u dětí v období batolecím, ale i u dětí starších, je “messy

play“, tedy takzvaná špinavá hra. Jde o hru s materiálem, jako je voda, písek, těsto, hlína. Tato hra nemá cíl, strukturu, dětem je příjemné stříkání vodou pomocí stříkačky, patlání barev, boření rukou do hlíny. U her tohoto typu se dětem začne uvolňovat přebytečná energie, ale i napětí, stres. Z těchto důvodů je hra uplatňovaná u dětí, které nespolupracují nebo jsou neklidné a agresivní. Tím, že dítě s hmotou může zacházet, jak chce, například jí může různě tvarovat, trhat, ničit, uvolňuje stres. U dětí se dostavuje radost už jenom z toho, že jsou celé špinavé a tím si hru užívají. Forma této hry se dá uplatnit i u dětí upoutaných na lůžko. Ovšem dodržení hygienických podmínek je náročnější, aby dítě neumazalo postel a lůžkoviny, je zapotřebí gumové podložky, která se umístí na lůžko. Samotné dítě musíme obléct do gumové zástěry, mít po ruce plastové umyvadlo a nějakou hmotu, se kterou bude dítě pracovat. U dětí se rozvíjí jemná motorika, vyjadřování nálad, pocitů. (Vymětal, 2004)

Pro batolata jsou vhodné hry na procvičení koordinace a zručnosti. Pokud je to možné, tak i pohybové hry v postýlce i na zemi. Zábavné je pro děti napodobování, jak dělá pes, kočička nebo necháme dítě pečovat o panenku. S dítětem si povídáme různé básničky, říkanky, pohádky, prohlížíme knihu. Pokud nemá dítě od lékaře zakázanou televizi, můžeme mu pustit pohádku nebo dovolit poslechnout hudby, tak abychom neomezovali ostatní nemocné děti. (Sedlářová, 2008)

U dětí předškolního věku se začíná projevovat větší zájem o televizi, počítač, video, rádio a techniku obecně. Děti zajímá i nadále různé tvoření, malování, ale i sbírání přírodních materiálů, jako je listí, kaštiny, žaludy, bukvice, různé kamínky. Rády se pohybují, když je to možné, hrají nejrůznější míčové hry. Mají rády jednoduché společenské hry, hrají si s panenkami, plyšovými hračkami, nejrůznějšími stavebnicemi nebo skládačkami. (Vymětal, 2004)

Dítě si v předškolním věku hraje rádo samo nebo ve společnosti druhého dítěte. Dítě ve věku pěti let začíná upřednostňovat hry kolektivní. Děti napodobují lékaře, obchod, paní učitelku, hrají si na maminku a tatínka, jsou to tak zvané úlohové hry, kterými děti napodobují zaměstnání. Konstruktivní hry, jako jsou stavebnice, používání přírodních materiálů, jsou pro dítě zábavnou činností. Děti se rády pohybují, běhají za míčem, jezdí na tříkolce, skáčou panáka nebo upřednostňují jiné pohybové aktivity. Ne méně oblíbené jsou u zvědavých dětí hádanky, didaktické hry a hraní loutkového divadla, kdy se může v plném rozsahu projevit jejich fantazie. Baví je výtvarná činnost, jako je lepení různých kamínků, či látek. Zároveň se u této činnosti mnohdy umažou a z výtvarné činnosti přecházíme k takzvané špinavé hře, která je i v tomto věku stále

oblíbená. (Sedlářová, 2008)

2.4.3 Herní terapie

Ve státech jako jsou Belgie, Holandsko nebo Velká Británie je povolání herního terapeuta ve srovnání s Českou republikou, rozšířenější. U nás se herní terapie na dětském oddělení začala objevovat od roku 1993. Zřejmě je tato situace způsobená tím, že u nás neexistuje kvalifikační studium, které by poskytlo vzdělání herního specialisty. Lidé, kteří chtějí tuto práci vykonávat, musí podstoupit kurzy nebo příslušné semináře. Další možností jsou certifikované programy, které jsou k dispozici na Univerzitě Karlově v Praze. Tento program se nazývá „Specialista pro hru a komunikaci v institucionální a domácí péči.“ V roce 1999 vzniklo občanské sdružení, které se nazývá: „Společnost pro herní práci s dětmi v nemocnici“. Toto občanské sdružení slouží lidem, kteří mají potřebu pracovat s dětmi v nemocnicích. (Handlířová, 2007)

U hospitalizovaných dětí je častým problémem ztráta zájmu o hru. Děti v nemocnicích jsou často smutné, postrádají motivaci, tím je ohrožen jejich zdravý vývoj. Hospitalizace je pro děti náročná, ne vždy dobře snášená. Z těchto důvodů je dobré, aby v nemocnici pracovali herní terapeuti. Herní terapeut má za úkol ulehčit pobyt v nemocnici tím, že vytváří pro děti herní aktivity, jak pro děti chodící, ležící pro děti bez doprovodu nebo různých věkových skupin. Zároveň respektuje jeho potřeby a přání. (Valenta, 2001)

Herní terapeut má hned několik cílů a úkolů, které musí splnit. Prvním úkolem je pomáhat dítěti, aby se odreagovalo, a tím zapomnělo na své problémy. Je dokázáno, že hra zlepšuje náladu a tedy i jeho psychický stav, který ovlivňuje stav fyzický. Tedy pokud se dítě cítí v psychické pohodě, tak i léčba a následné uzdravení probíhá rychleji. Druhým úkolem terapeuta je fungovat jako prostředník v komunikaci mezi dítětem a zdravotnickým personálem. Dítě se při hře uvolní a otevře hernímu terapeutovi více, než sestře a lékaři. Informace, které poskytne dítě hernímu terapeutovi, mohou ovlivnit léčbu i ošetrovatelskou péči. Herní terapeut má nadále za úkol pomoci dítěti chápat vlastní onemocnění a tím, že to dítěti vysvětlí, mu lépe umožní se s ním vyrovnat. Herní terapeut dítěti dodává odvalu, aby onemocnění zvládlo a překonalo. Hru herní terapeut volí podle toho, čeho chce v rámci hry dosáhnout. Například prostřednictvím řízené hry děti lépe chápou své onemocnění, ale i vyšetření, která jsou v důsledku jejich nemoci nezbytná. Pokud se má dítě odreagovat, je naopak dobré zvolit volnou hru, která přinese

dítěti potěšení, ale i radost. Tím, že si děti hrají, zapomínají na svá trápení. V České republice má většina dětských oddělení hernu, kde si děti, které nemají infekční onemocnění, mohou hrát. Herna by měla být velká, barevná místnost plná obrázků a dětských her. Hery na dětských odděleních v naší zemi, jsou převážně situované buď na konci oddělení anebo jsou umístěné mezi dvěma pokoji a přístup do herny je ze společné chodby. Herna je často místnost mimo sesternu a dětské pokoje. Například ve Velké Británii je herna situovaná ve středu celého oddělení a místnosti jsou velké, barevné. Místnost je zdobená výtvary a obrázky dětských pacientů. Přístup do herny je ze všech pokojů. Sestry mají neustálý přehled o dětech, které jsou jak na pokoji, tak v herně, jelikož součástí herny je i pracovní sester. Tento systém u nás zatím zavedený není. Domnívám se, že zahraniční systém je pro děti příjemnější. (Valenta, 2001)

Herní aktivity hospitalizovaných dětí, dělíme do čtyř oblastí. První herní aktivitou je zahrnutí do běžné, ale i do speciální ošetrovatelské péče. Hra se dá nadále použít jako edukační prostředek díky, kterému dítě můžeme lépe připravit na vyšetření anebo jiný lékařský zákrok. Další herní aktivitou je vyplnění volného času hrou. Poslední herní aktivitou je takzvaná terapeutická hra. (Sedlářová, 2008)

Je důležité, aby dítě herního specialistu chápalo jako svého kamaráda a vnímalo ho tedy jako rovnocenného partnera. Specialista vnímá dítě takové, jaké je, chápe jeho nálady, emoce. Snahou herního specialisty je, aby vždy vystupoval a jednal v zájmu dítěte a zároveň respektoval jeho práva. Dítě by se v nemocnici mělo nejprve setkat právě s herním specialistou, teprve po té by se mělo seznámit s ostatním personálem. Díky hernímu specialistovi dítě lépe chápe nové situace a snadněji se smíruje s léčbou a samotným pobytem v nemocnici, který není mnohdy příjemný. (Valenta, 2001)

Herní specialista musí mít speciální odborné znalosti a dovednosti. Musí znát vývojová období od narození do dospělosti. Dále je nesmírně důležité rozeznat potřeby dítěte, přinášet dítěti radost, které se mu dostává při hře a umět používat vhodné herní metody. Herní specialista by měl umět chápat chování dítěte, rodiny, vzhledem k situaci, která rodinu postihla. Pokud má herní specialista dítě správně psychicky připravit na určitý zákrok, musí mít základní znalosti o onemocněních, diagnostických metodách a postupech léčby. Herní terapeut má za pomoci loutek, které jsou ožívány, připravit dítě na vyšetření nebo zákrok. Tyto loutky, jsou z textilních materiálů, jsou speciálně vyrobeny právě k herní terapii, tudíž je možné odepnout hrudník, břicho, ve kterém jsou uloženy orgány, které se dají vyjmout. Dětem se tato loutka velice líbí. Pomocí dalších pomůcek, jako je špátle, fonendoskop, injekční stříkačky, svody od Elektrokardiogramu

(dále jen EKG), jejichž aplikaci si děti mohou vyzkoušet, lépe chápou celé vyšetření a strach z neznámého výkonu je opouští (příloha č. 10). Spolupráce s takto informovaným dítětem je o poznání snadnější.(Valenta, 2001)

3 VÝZKUMNÁ ČÁST

Cílem bakalářské práce je zjistit zkoumání vlivu přítomného doprovodu hospitalizovaných dětí na ošetrovatelské péče, zhodnocení spokojenosti členů doprovodu hospitalizovaných dětí, ale také spokojenost respondentů s prostředím a vybavením pokojů na oddělení.

3.1 Cíle práce a předpoklady

Bakalářské práci má stanoveny tři základní cíle:

Cíl č. 1

Zkoumat zapojení doprovodů hospitalizovaných dětí do ošetrovatelské péče.

Cíl č. 2

Zhodnotit spokojenost doprovodů hospitalizovaných dětí s mírou spolupráce mezi nimi a sestrami pracujícími na dětském oddělení.

Cíl č. 3

Zjistit spokojenost respondentů s prostředím a vybavením pokojů na oddělení.

Na základě jmenovaných cílů jsem stanovila níže uvedené předpoklady. Jejichž ověření se věnuje podkapitola 3. 4.

Předpoklad č. 1

Do ošetrovatelské péče u pacientů z kojeneckého oddělení se zapojuje minimálně 70% doprovodu, a to především rodičů.

Předpoklad č. 2

Do ošetrovatelské péče u pacientů, umístěných na oddělení větších dětí, se zapojuje maximálně 50% respondentů, a to především rodičů.

Předpoklad č. 3

Více jak 50% respondentů je spokojeno s mírou spolupráce se sestrami, pracujícími na dětském oddělení.

Předpoklad č. 4

Více jak 70% respondentů je spokojeno s prostředím na oddělení a vybavením pokojů.

3.2 Metodika výzkumu

Empirická část bakalářské práce je vypracována na základě kvantitativního výzkumu pomocí metody dotazníkového šetření. Šetření proběhlo formou anonymních dotazníků. Před samostatným zahájením výzkumu jsme zmapovali oddělení, kde byl výzkum realizován. Výzkumné techniky jsme si pilotním šetřením ověřili na deseti respondentech, kterým byl dotazník rozdán. (příloha č. 11). Pilotní studie obsahuje sedm otázek, které jsou použity i v dotazníkovém šetření. Na základě studie jsou stanoveny předpoklady č. 1, č. 2 a následně rozdán doplněný dotazník (příloha č. 12). Dotazník obsahuje 21 otázek a lze ho rozdělit na dvě části. První část obsahuje identifikační údaje a skládá se ze tří otázek. Tyto otázky konkrétně zjišťují pohlaví respondentů, druh oddělení, na kterém doprovází své dítě, četnost hospitalizací s dětským pacientem v našem zařízení. Druhá část dotazníku je, orientovaná na zjištění úrovně zapojení doprovodů hospitalizovaných dětí do ošetrovatelské péče. Dále je monitorovaná spokojenost doprovodu s prostředím na oddělení. Tato část zahrnuje 18 otázek. Tyto otázky jsou základem analytické části prezentované v podkapitole 3 a 5. Dotazník obsahuje 17 uzavřených, a 4 polouzavřené otázky, kde respondenti mohli odpověď zvolit, nebo vpisovat vlastní názor. Výsledky šetření byly vyjádřeny pomocí absolutních a relativních četností odpovědí na jednotlivé otázky. Pro větší přehlednost jsou výsledky šetření zobrazeny v grafech. Ověření bylo provedeno v programu MS Excel.

3.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Respondenti byli složeni z řad rodičů a blízkých osob doprovázených dětí v průběhu hospitalizace. Před provedením samotného dotazníkového šetření bylo provedeno pilotní šetření, ve kterém bylo rozdáno 10 dotazníků doprovodům dětského pacienta. Z toho pět dotazníků, bylo rozdáno na kojenecké oddělení a pět na oddělení větších dětí. Obě oddělení spadají pod pediatrickém oddělení Nemocnice Jablonec nad Nisou p. o. Pilotní studie, byla prováděná od 23. 9 do 3. 10. 2014. Pilotní šetření, slouží k ověření srozumitelnosti a správnosti otázek v dotazníku, který byl poté doplněn a použit. Celkově bylo v rámci šetření rozdáno 100 dotazníků, na pediatrické oddělení Nemocnice Jablonec nad Nisou, p. o. Zpátky se vrátilo 88 formulářů, 10 z nich bylo

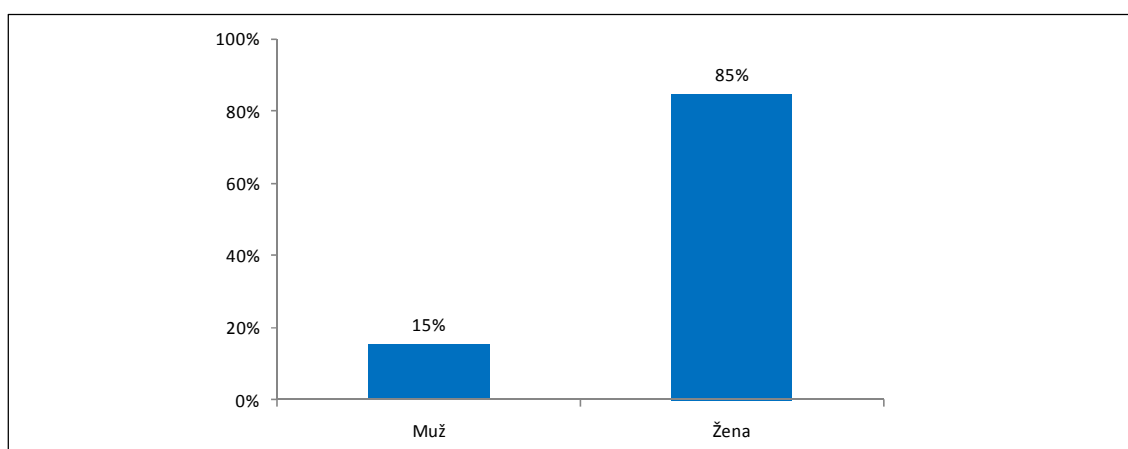
bohužel vyplněno jen částečně. Návratnost dotazníkového šetření činila 88 %. Neúplné dotazníky byly z výzkumu vyřazeny.

3.4 Výsledky výzkumu a jeho analýza

3.4.1 Analýza dotazníkové položky č. 1 *Jste?*

Tab. 1: Pohlaví respondentů

	Absolutní čet. [n]	Relativní čet. [%]
Muž	12	15%
Žena	66	85%
Celkem	78	100%



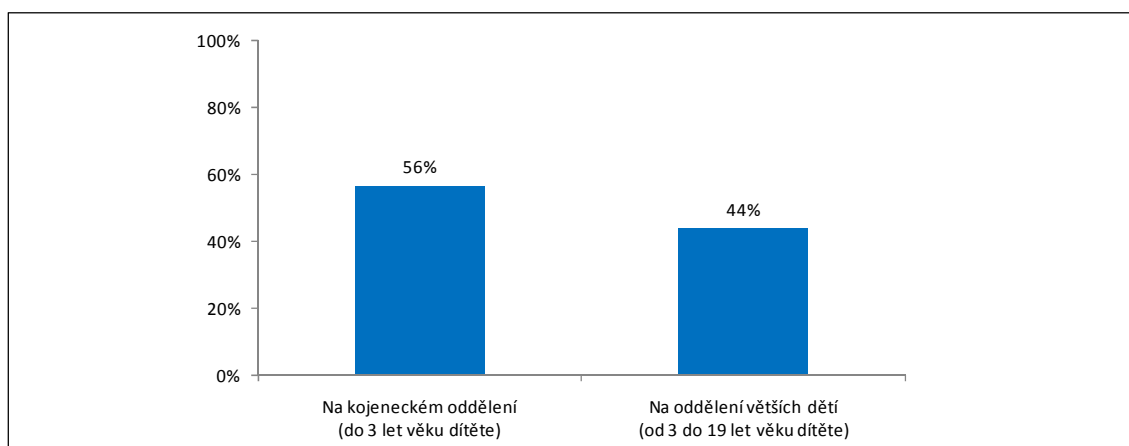
Graf 1: Pohlaví respondentů

První otázka rozděluje respondenty podle pohlaví. Z celkového počtu 78 respondentů tvoří největší skupinu pohlaví žen s relativní četností 85 %. Druhou skupinou jsou respondenti mužského pohlaví s relativní četností 15 %.

3.4.2 Analýza dotazníkové položky č. 2 *Vaše dítě je hospitalizované kde?*

Tab. 2: Místo hospitalizace dítěte

	Absolutní čet. [n]	Relativní čet. [%]
Na kojeneckém oddělení (do 3 let věku dítěte)	44	56%
Na oddělení větších dětí (od 3 do 19 let věku dítěte)	34	44%
Celkem	78	100%



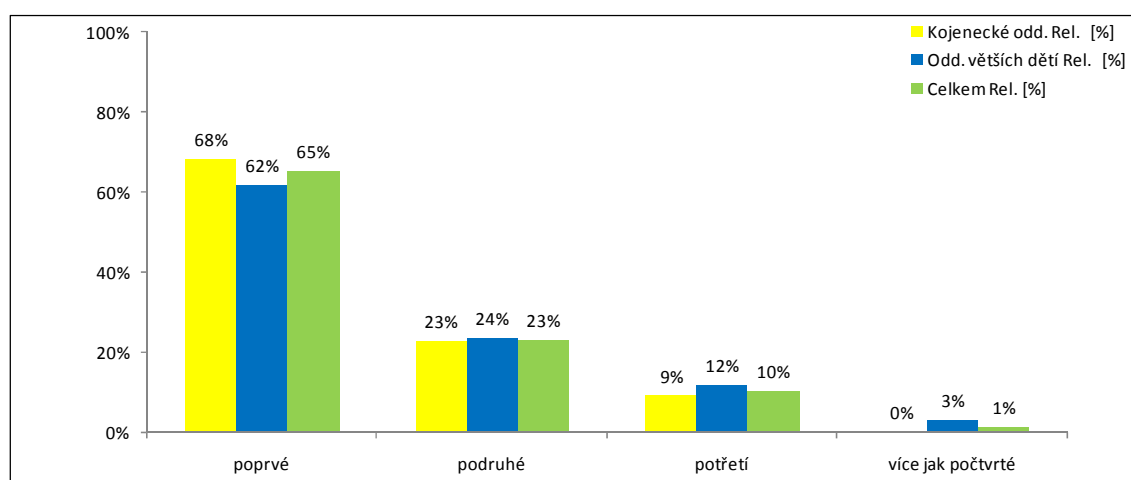
Graf 2: Místo hospitalizace dítěte

Druhá otázka rozděluje respondenty dle typu oddělení. Z celkového počtu respondentů je 56% dotázaných z kojeneckého oddělení a 44% z oddělení větších dětí.

3.4.3 Analýza dotazníkové položky č. 3 *Pokolikrát jste hospitalizováni s vaším dítětem v našem zařízení?*

Tab. 3: Počet hospitalizací s dítětem

	Kojenecké odd.		Odd. větších dětí		Celkem	
	Abs. [n]	Rel. [%]	Abs. [n]	Rel. [%]	Abs. [n]	Rel. [%]
poprvé	30	68%	21	62%	51	65%
podruhé	10	23%	8	24%	18	23%
potřetí	4	9%	4	12%	8	10%
více jak počtvrté	0	0%	1	3%	1	1%
Celkem	44	100%	34	100%	78	100%



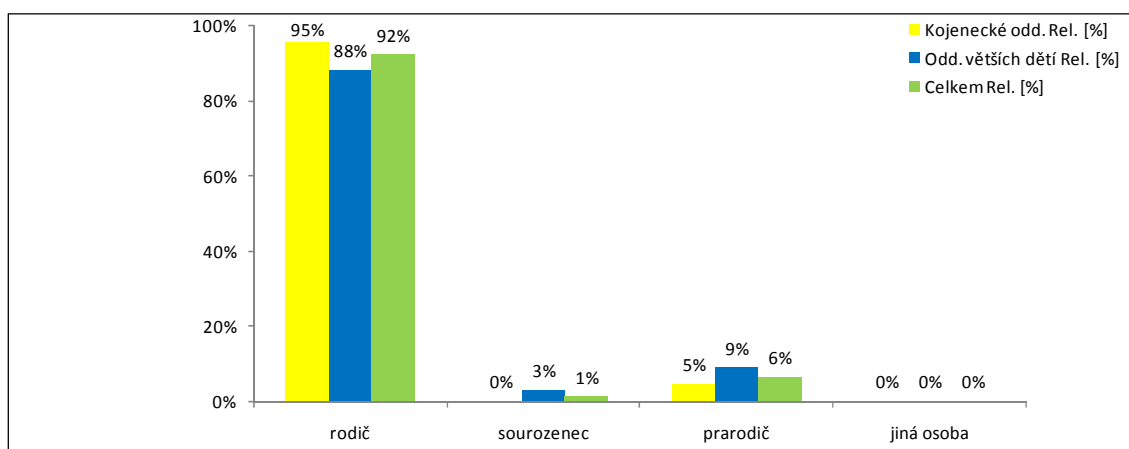
Graf 3: Počet hospitalizací s dítětem

Třetí otázka respondenty rozděluje podle počtu hospitalizací. Z celkového počtu respondentů jsou nejpočetnější skupinou s 65%, tj. ti, kteří jsou hospitalizováni se svým dítětem poprvé. Druhou nejpočetnější skupinou jsou respondenti, kteří jsou se svým dítětem hospitalizováni podruhé s 23%. S podílem 10% jsou respondenti, kteří jsou se svým dítětem hospitalizováni potřetí. Nejméně respondentů, tedy 2% je s četností hospitalizací více, jak po čtvrté.

3.4.4 Analýza dotazníkové položky č. 4 Jaký máte vztah k doprovázenému dětskému pacientovi?

Tab. 4: Vztah k pacientovi

	Kojenecké odd.		Odd. větších dětí		Celkem	
	Abs. [n]	Rel. [%]	Abs. [n]	Rel. [%]	Abs. [n]	Rel. [%]
rodič	42	95%	30	88%	72	92%
sourozenec	0	0%	1	3%	1	1%
prarodič	2	5%	3	9%	5	6%
jiná osoba	0	0%	0	0%	0	0%
Celkem	44	100%	34	100%	78	100%



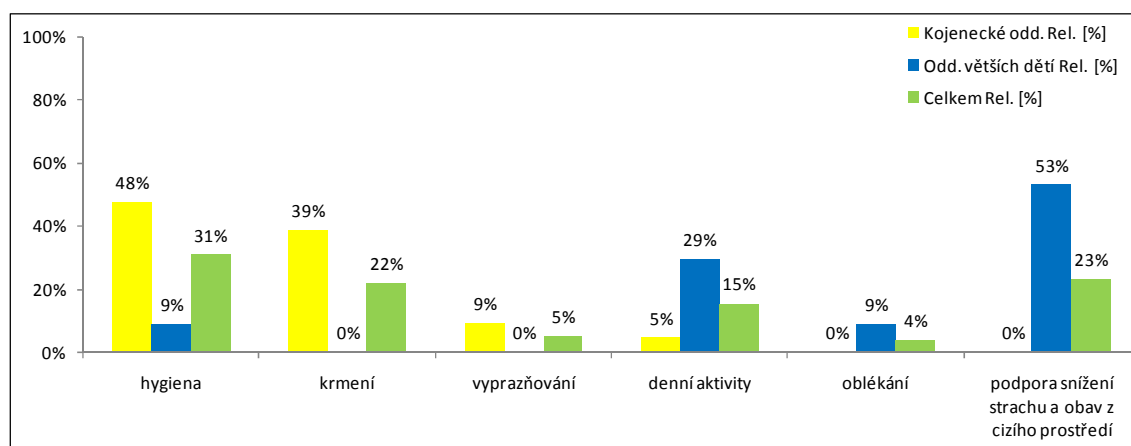
Graf 4: Vztah k pacientovi

Čtvrtá otázka zjišťuje vztah respondentů k pacientovi. Z celkového počtu tvoří největší skupinu rodiče s relativní četností 92%. Druhou nejpočetnější skupinou jsou prarodiče s počtem 6%. Třetí skupinou jsou sourozenci s 1%.

3.4.5 Analýza dotazníkové položky č. 5 V čem si myslíte, že spočívá vaše nejčastější poskytování péče, kterou dáváte vašemu nemocnému dítěti?

Tab. 5: Poskytování péče dítěti

	Kojenecké odd.		Odd. větších dětí		Celkem	
	Abs. [n]	Rel. [%]	Abs. [n]	Rel. [%]	Abs. [n]	Rel. [%]
hygiena	21	48%	3	9%	24	31%
krmení	17	39%	0	0%	17	22%
vyprazdňování	4	9%	0	0%	4	5%
denní aktivity	2	5%	10	29%	12	15%
oblékání	0	0%	3	9%	3	4%
podpora snížení strachu a obav z cizího prostředí	0	0%	18	53%	18	23%
Celkem	44	100%	34	100%	78	100%



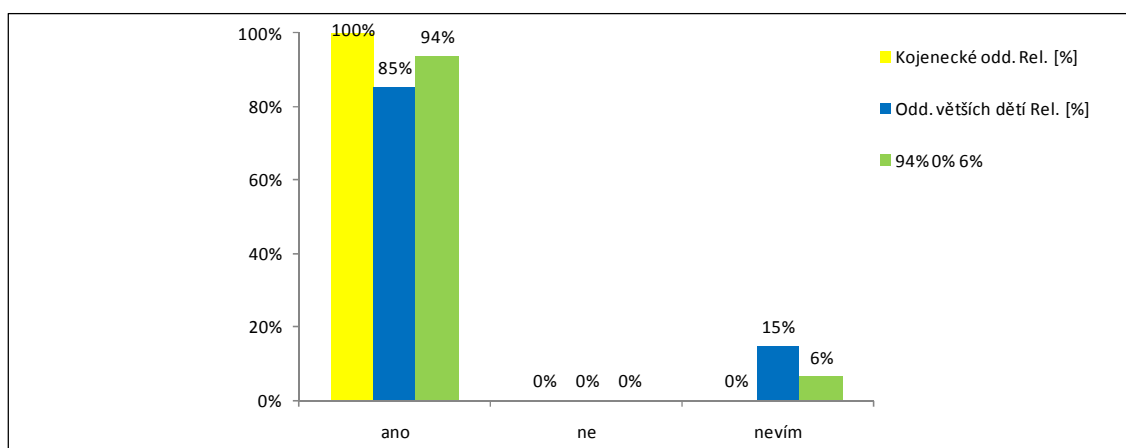
Graf 5: Poskytování péče dítěti

Pátá otázka zjišťuje, v čem spočívá nejčastější poskytování péče ze strany doprovodu nemocného dítěte. Respondenti z kojeneckého oddělení uvádí s relativní četností 48%, že nejčastěji provádějí hygienu dítěte. Z oddělení větších dětí uvádí stejnou odpověď 9%. Druhou nejčastěji uváděnou odpovědí respondenty z kojeneckého oddělení s relativní četností 39% je krmení dítěte. Odpověď „vyprazdňování“ uvádí 9% respondentů z kojeneckého oddělení. Čtvrtou variantu odpovědi „denní aktivity“ uvádí 5% respondentů z kojeneckého oddělení a 29% z oddělení větších dětí. Nejčastěji poskytovanou péče uvádí 9% respondentů z oddělení větších dětí „oblékání dítěte“. Nejvíce respondentů z oddělení větších dětí tedy 53% uvádí „podporu snížení strachu a obav z cizího prostředí“.

3.4.6 Analýza dotazníkové položky č. 6 *Domníváte se, že jako doprovod dítěte při hospitalizaci na oddělení můžete svou přítomností pozitivně ovlivnit průběh péče o vaše nemocné dítě?*

Tab. 6: Pozitivní ovlivnění průběhu nemoci

	Kojenecké odd.		Odd. větších dětí		Celkem	
	Abs. [n]	Rel. [%]	Abs. [n]	Rel. [%]	Abs. [n]	Rel. [%]
ano	44	100%	29	85%	73	94%
ne	0	0%	0	0%	0	0%
nevím	0	0%	5	15%	5	6%
Celkem	44	100%	34	100%	78	100%



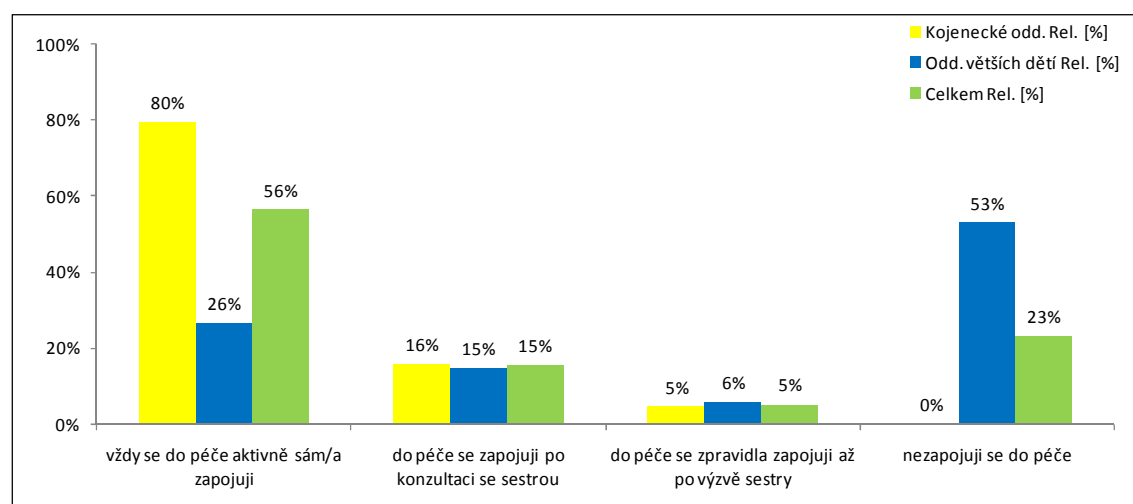
Graf 6: Pozitivní ovlivnění průběhu nemoci

Šestá otázka zjišťuje pozitivní ovlivnění průběhu péče o nemocné dítě. Respondenti z kojeneckého oddělení odpovídají všichni kladně. Z oddělení větších dětí uvádí kladnou odpověď 85%. Třetí variantu odpovědi, tedy že neví, uvádí 15% respondentů z oddělení větších dětí.

3.4.7 Analýza dotazníkové položky č. 7 *Zapojujete se do péče o vaše dítě spontánně nebo až na výzvu sester?*

Tab. 7: Zapojení doprovodu do péče

	Kojenecké odd.		Odd. větších dětí		Celkem	
	Abs. [n]	Rel. [%]	Abs. [n]	Rel. [%]	Abs. [n]	Rel. [%]
vždy se do péče aktivně sám/a zapojuji	35	80%	9	26%	44	56%
do péče se zapojuji po konzultaci se sestrou	7	16%	5	15%	12	15%
do péče se zpravidla zapojuji až po výzvě sestry	2	5%	2	6%	4	5%
nezapojuji se do péče	0	0%	18	53%	18	23%
Celkem	44	100%	34	100%	78	100%



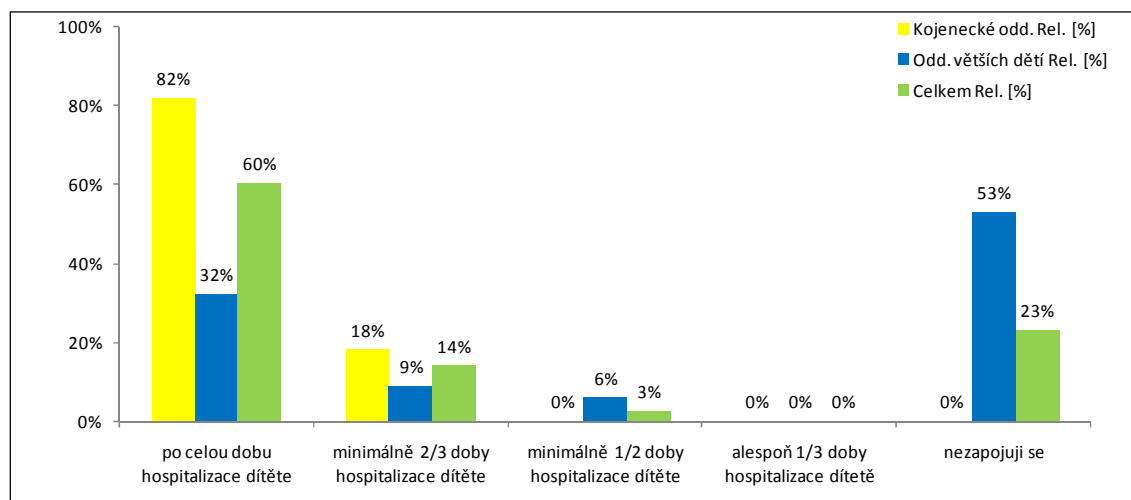
Graf 7: Zapojení doprovodu do péče

Sedmá otázka zjišťuje, zda se respondenti zapojují do péče o své dítě. Respondenti z kojeneckého oddělení se v 80% aktivně sami zapojují. Respondenti z oddělení větších dětí se aktivně zapojují v 26%. Druhou nejčastěji uváděnou odpovědí na kojeneckém oddělení s relativní četností 16% je „do péče se zapojuji až po konzultaci se sestrou“. Tato odpověď u respondentů z oddělení větších dětí je s relativní četností 15 % třetí nejčastěji zvolenou odpovědí. Nejméně zastoupená je odpověď u respondentů z kojeneckých oddělení s relativní četností 5% do péče se zapojuji až po vyzvání sestrou. Sejnou odpověď uvádí 6% respondentů z oddělení větších dětí. Do péče se nezapojuji, volí 53% respondentů z oddělení větších dětí.

3.4.8 Analýza dotazníkové položky č. 8 Pokud se zapojujete do péče o vaše dítě, po jakou dobu to je?

Tab. 8: Doba zapojení do péče

	Kojenecké odd.		Odd. větších dětí		Celkem	
	Abs. [n]	Rel. [%]	Abs. [n]	Rel. [%]	Abs. [n]	Rel. [%]
po celou dobu hospitalizace dítěte	36	82%	11	32%	47	60%
minimálně 2/3 doby hospitalizace dítěte	8	18%	3	9%	11	14%
minimálně 1/2 doby hospitalizace dítěte	0	0%	2	6%	2	3%
alespoň 1/3 doby hospitalizace dítěte	0	0%	0	0%	0	0%
nezapojuji se	0	0%	18	53%	18	23%
Celkem	44	100%	34	100%	78	100%



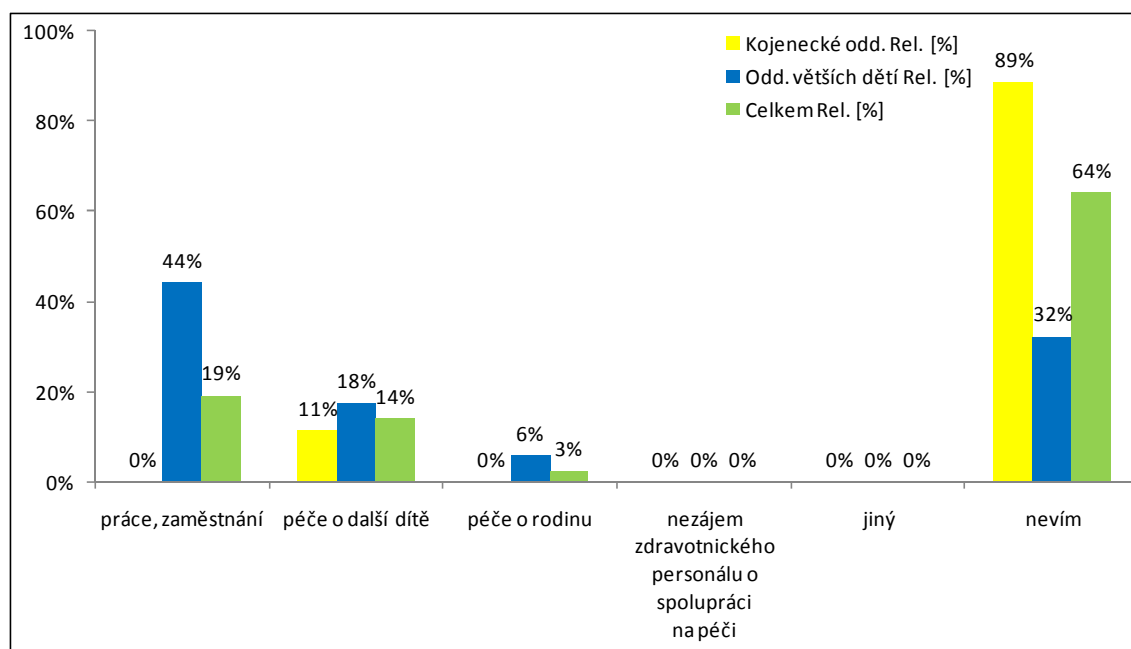
Graf 8: Doba zapojení do péče

Osmá otázka zjišťuje, po jakou dobu se respondenti zapojují do péče. Z kojeneckého oddělení uvádí 82% respondentů, že se zapojují do péče po celou dobu hospitalizace dítěte. Stejnou odpověď volí 32% respondentů z oddělení větších dětí. Druhou odpovědí na kojeneckém oddělení je s relativní četností 18% odpověď, že do péče se respondenti zapojují minimálně na 2/3 doby hospitalizace dítěte. Stejnou odpověď volí 9% respondentů z oddělení větších dětí. Nejméně uváděnou odpovědí na oddělení větších dětí s počtem respondentů 6% je, že do péče se respondenti zapojují minimálně na 1/2 doby hospitalizace dítěte. Do péče se nezapojuje 53% respondentů z oddělení větších dětí.

3.4.9 Analýza dotazníkové položky č. 9 Pokud Vám některé okolnosti zabraňují zapojení se do péče po celou dobu hospitalizace vašeho dítěte, jaké to nejčastěji jsou?

Tab. 9: Okolnosti zabraňující zapojení se do péče v průběhu hospitalizace

	Kojenecké odd.		Odd. větších dětí		Celkem	
	Abs. [n]	Rel. [%]	Abs. [n]	Rel. [%]	Abs. [n]	Rel. [%]
práce, zaměstnání	0	0%	15	44%	15	19%
péče o další dítě	5	11%	6	18%	11	14%
péče o rodinu	0	0%	2	6%	2	3%
nezájem zdravotnického personálu o spolupráci na péči	0	0%	0	0%	0	0%
jiný	0	0%	0	0%	0	0%
nevím	39	89%	11	32%	50	64%
Celkem	44	100%	34	100%	78	100%



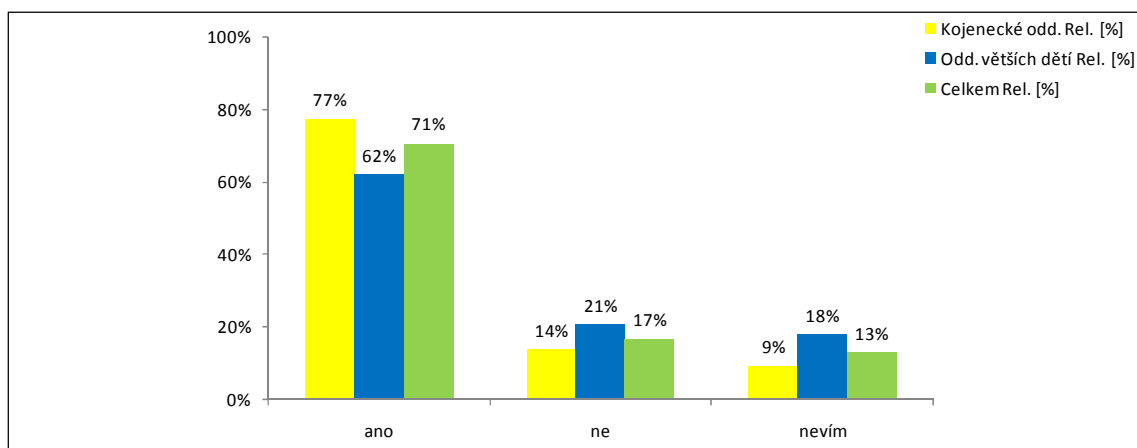
Graf 9: Okolnosti zabraňující zapojení se do péče v průběhu hospitalizace

Devátá otázka zjišťuje, které okolnosti zabraňují zapojení se do péče po celou dobu hospitalizace. 89% respondentů z kojeneckého oddělení uvádí, že neví o žádných okolnostech, které by jim bránily v zapojení se do péče. Stejnou odpověď uvádí 32% respondentů z oddělení větších dětí. Odpověď „práce, zaměstnání“ uvádí 44% dotazovaných z oddělení větších dětí. 11% respondentům z kojeneckého oddělení brání v péči po celou dobu hospitalizace péče o další nezletilé dítě. Stejnou odpověď uvádí 18% respondentů z oddělení větších dětí. Nejméně respondentů z oddělení větších dětí, tedy 6%, brání v péči po celou dobu hospitalizace péče o rodinu.

3.4.10 Analýza dotazníkové položky č. 10 *Všimáte si a jste seznámeni s prací sester pracujících na dětském oddělení?*

Tab. 10: Vnímání práce sester

	Kojenecké odd.		Odd. větších dětí		Celkem	
	Abs. [n]	Rel. [%]	Abs. [n]	Rel. [%]	Abs. [n]	Rel. [%]
ano	34	77%	21	62%	55	71%
ne	6	14%	7	21%	13	17%
nevím	4	9%	6	18%	10	13%
Celkem	44	100%	34	100%	78	100%



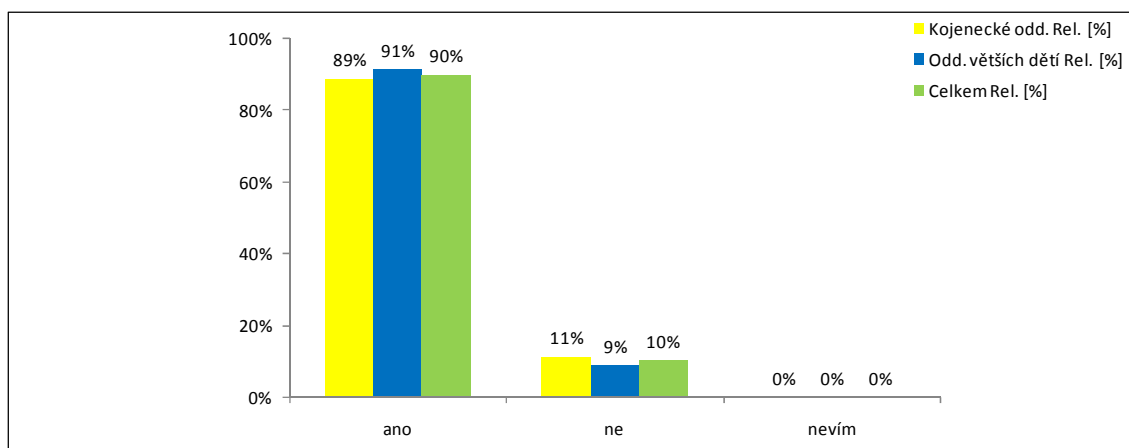
Graf 10: Vnímání práce sester

Desátá otázka zjišťuje, zda si respondenti všimají práce sester. Z kojeneckého oddělení odpovídá 77% respondentů kladně. Stejnou odpověď volí 62% respondentů z oddělení větších dětí. Negativní odpověď z kojeneckého oddělení uvádí 14%. Z oddělení větších dětí tuto možnost volí 21%. Třetí možnost odpovědi „nevím“ uvádí 9% respondentů z kojeneckého oddělení, z oddělení větších dětí tuto možnost volí 18% respondentů.

3.4.11 Analýza dotazníkové položky č. 11 *Spolupracujete se sestrami na dětském oddělení?*

Tab. 11: Spolupráce se sestrami

	Kojenecké odd.		Odd. větších dětí		Celkem	
	Abs. [n]	Rel. [%]	Abs. [n]	Rel. [%]	Abs. [n]	Rel. [%]
ano	39	89%	31	91%	70	90%
ne	5	11%	3	9%	8	10%
nevím	0	0%	0	0%	0	0%
Celkem	44	100%	34	100%	78	100%



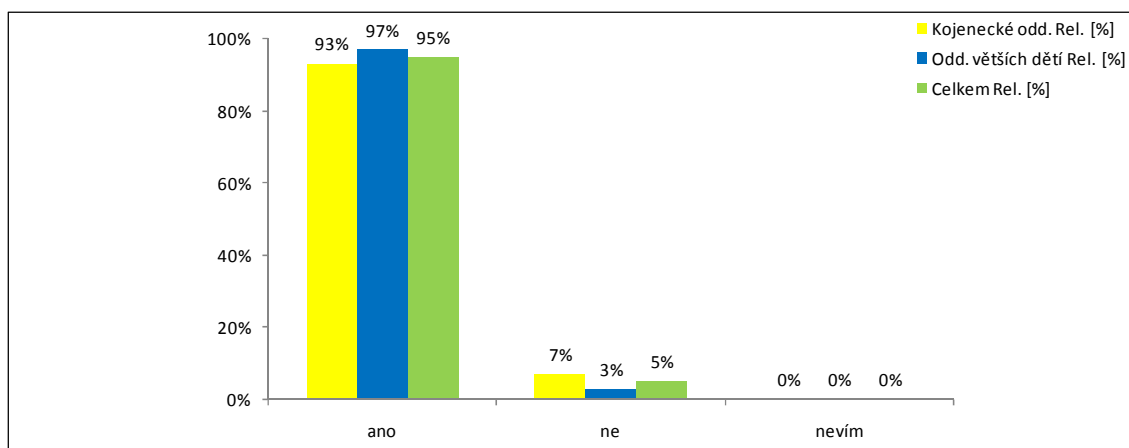
Graf 11: Spolupráce se sestrami

Jedenáctá otázka zjišťuje, zdali respondenti spolupracují se sestrami. 89% respondentů z kojeneckého oddělení uvádí kladnou odpověď. Stejnou odpověď volí 91% respondentů z oddělení větších dětí. Negativní odpověď uvádí 11% respondentů z kojeneckého oddělení. Tuto možnost volí 9% respondentů z oddělení větších dětí.

3.4.12 Analýza dotazníkové položky č. 12 *Vyhovuje Vám spolupráce se sestrami, které pracují na dětském oddělení?*

Tab. 12: Spolupráce se sestrami 2

	Kojenecké odd.		Odd. větších dětí		Celkem	
	Abs. [n]	Rel. [%]	Abs. [n]	Rel. [%]	Abs. [n]	Rel. [%]
ano	41	93%	33	97%	74	95%
ne	3	7%	1	3%	4	5%
nevím	0	0%	0	0%	0	0%
Celkem	44	100%	34	100%	78	100%



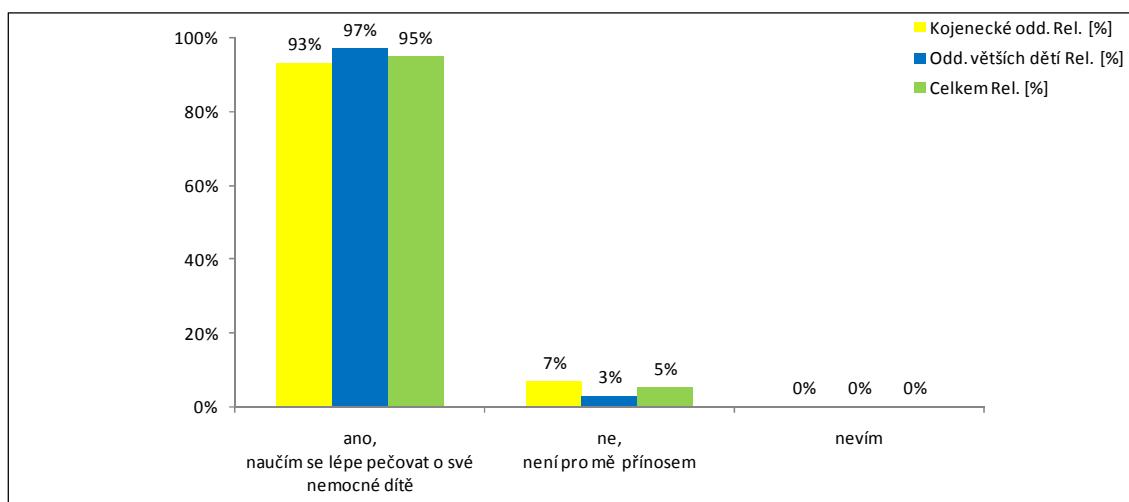
Graf 12: Spolupráce se sestrami 2

Dvanáctá otázka zjišťuje, zdali respondentům vyhovuje spolupráce se sestrami. Většina respondentů 93% z kojeneckého oddělení uvádí kladnou odpověď. 97% respondentů z větších dětí volí stejnou možnost, jako respondenti z kojeneckého oddělení. Negativně odpovídá 7% respondentů z kojeneckého oddělení a pouhá 3% z oddělení větších dětí.

3.4.13 Analýza dotazníkové položky č. 13 *Je podle Vás spolupráce se sestrami přínosem pro Vás?*

Tab. 13: Přínosnost spolupráce

	Kojenecké odd.		Odd. větších dětí		Celkem	
	Abs. [n]	Rel. [%]	Abs. [n]	Rel. [%]	Abs. [n]	Rel. [%]
ano, naučím se lépe pečovat o své nemocné dítě	41	93%	33	97%	74	95%
ne, není pro mě přínosem	3	7%	1	3%	4	5%
nevím	0	0%	0	0%	0	0%
Celkem	44	100%	34	100%	78	100%



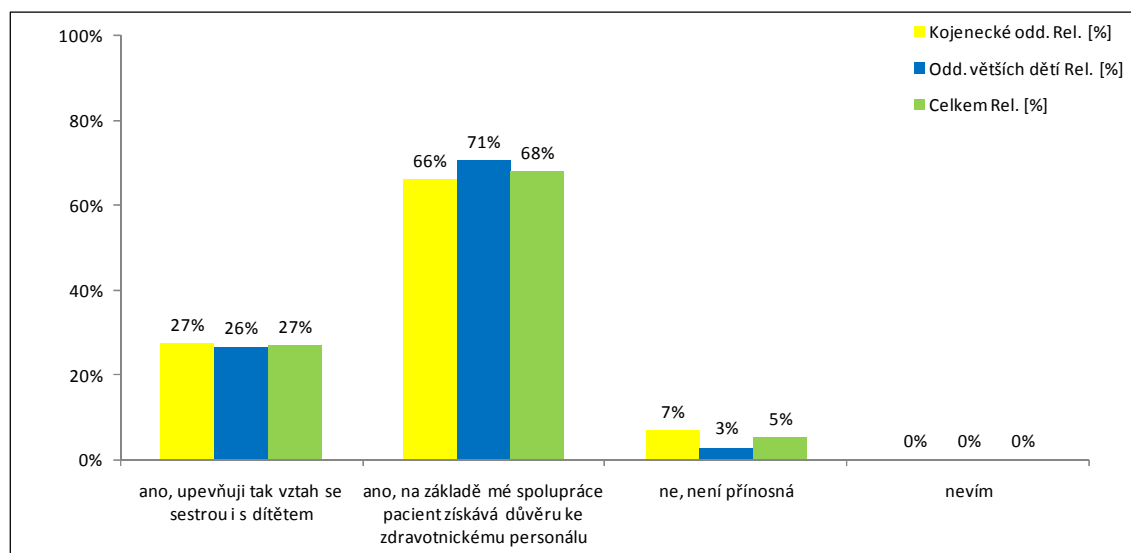
Graf 13: Přínosnost spolupráce

Třináctá otázka zjišťuje, zdali je spolupráce přínosná pro respondenty. 93% respondentů z kojeneckého oddělení uvádějí kladnou odpověď. Stejně odpovídá 97% respondentů z oddělení větších dětí. Negativní odpověď uvádí 7% respondentů z kojeneckého oddělení a 3% respondentů z oddělení větších dětí.

3.4.14 Analýza dotazníkové položky č. 14 *Myslíte si, že je přínosná Vaše spolupráce se sestrami pro Vámi doprovázené dítě?*

Tab. 14: Přínosnost spolupráce mezi doprovodem a sestrou

	Kojenecké odd.		Odd. větších dětí		Celkem	
	Abs. [n]	Rel. [%]	Abs. [n]	Rel. [%]	Abs. [n]	Rel. [%]
ano, upevňuji tak vztah se sestrou i s dítětem	12	27%	9	26%	21	27%
ano, na základě mé spolupráce pacient získává důvěru ke zdravotnickému personálu	29	66%	24	71%	53	68%
ne, není přínosná	3	7%	1	3%	4	5%
nevím	0	0%	0	0%	0	0%
Celkem	44	100%	34	100%	78	100%



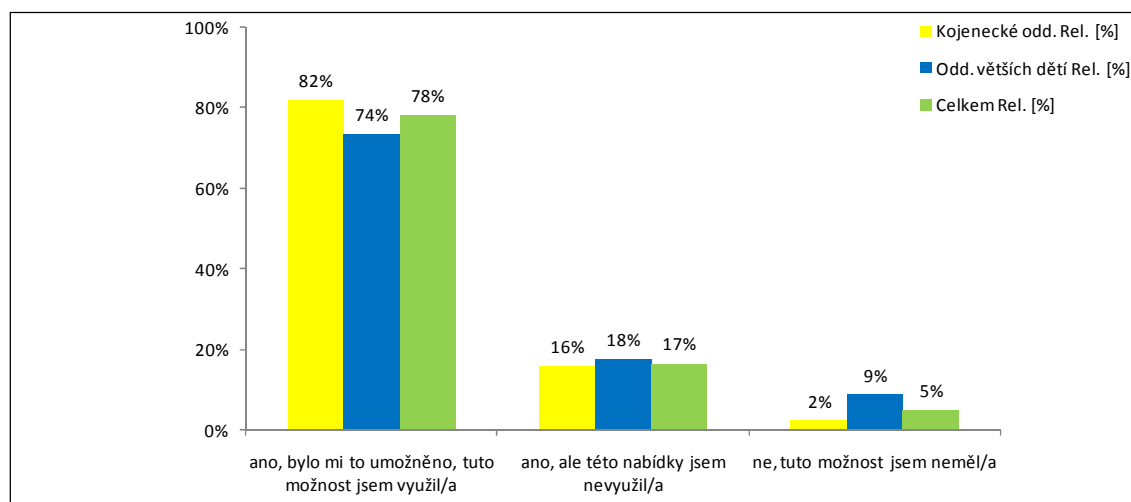
Graf 14: Přínosnost spolupráce mezi doprovodem a sestrou

Čtrnáctá otázka zjišťuje přínos spolupráce pro pacient. 66% respondentů z kojeneckého oddělení nejčastěji uvádějí: „ano, na základě mé spolupráce, pacient získává důvěru ke zdravotnickému personálu“. S touto odpovědí se ztotožňuje 71% respondentů z oddělení větších dětí. Druhou nejčastější odpovědí s relativní četností 27% u respondentů z kojeneckého oddělení a 26% u respondentů z oddělení větších dětí uvádí odpověď: „ano, upevňuji tak vztah se sestrou i s dítětem“. Respondenti z kojeneckého oddělení uvádí v 7% odpověď negativní. 3% respondentů z oddělení větších dětí se s touto odpovědí ztotožňuje.

3.4.15 Analýza dotazníkové položky č. 15 *Měl/a jste možnost být přítomen/a u ošetrovatelského výkonu, zvláště byl-li výkon spojen s bolestí (převaz, odběr krve, podávání léků)?*

Tab. 15: Přítomnost doprovodu u ošetrovatelského výkonu

	Kojenecké odd.		Odd. větších dětí		Celkem	
	Abs. [n]	Rel. [%]	Abs. [n]	Rel. [%]	Abs. [n]	Rel. [%]
ano, bylo mi to umožněno, tuto možnost jsem využil/a	36	82%	25	74%	61	78%
ano, ale této nabídky jsem nevyužil/a	7	16%	6	18%	13	17%
ne, tuto možnost jsem neměl/a	1	2%	3	9%	4	5%
Celkem	44	100%	34	100%	78	100%



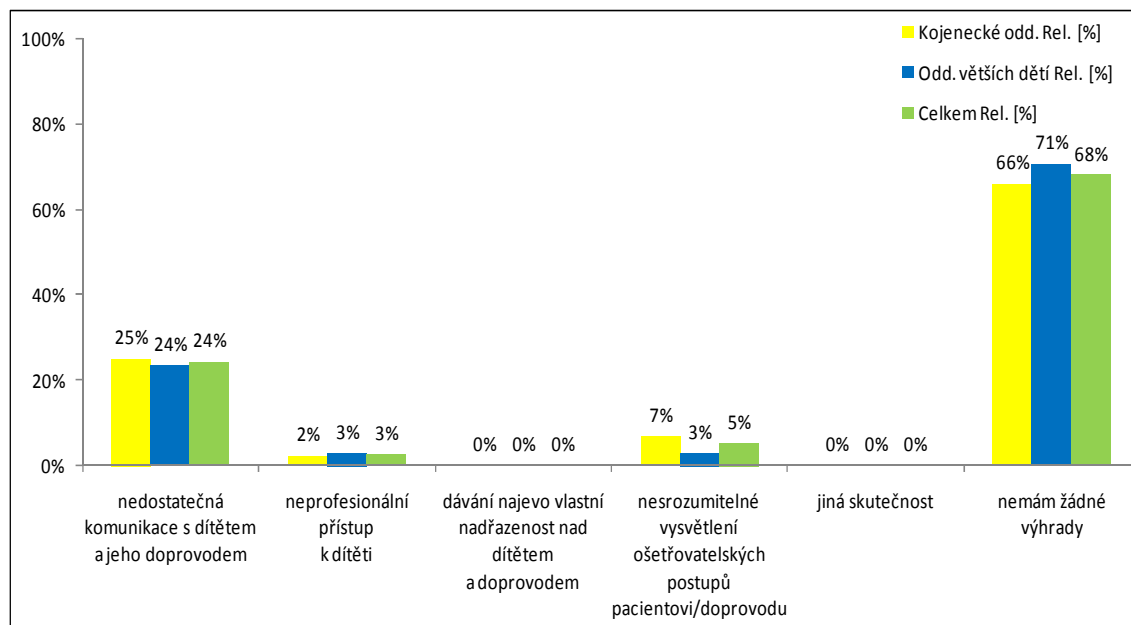
Graf 15: Přítomnost doprovodu u ošetrovatelského výkonu

Patnáctá otázka zjišťuje, zda respondenti mají možnost být u ošetrovatelského výkonu. 82% respondentů z kojeneckého oddělení nejčastěji uvádí: „ano, bylo mi to umožněno, tuto možnost jsem využil/a“. S touto odpovědí se ztotožňuje 74% respondentů z oddělení větších dětí. Druhou nejčastější odpovědí s podílem 16% u respondentů z kojeneckého oddělení a 18% u respondentů z oddělení větších dětí uvádí odpověď: „ano, ale této nabídky jsem nevyužil/a“. Negativní odpověď uvádí pouhá 2% respondentů z kojeneckého oddělení a 9% respondentů z oddělení větších dětí.

3.4.16 Analýza dotazníkové položky č. 16 Co Vám nevyhovuje na spolupráci se sestrami pracujícími na dětském oddělení?

Tab. 16: Hodnocení spolupráce se sestrami

	Kojenecké odd.		Odd. větších dětí		Celkem	
	Abs. [n]	Rel. [%]	Abs. [n]	Rel. [%]	Abs. [n]	Rel. [%]
nedostatečná komunikace s dítětem a jeho doprovodem	11	25%	8	24%	19	24%
neprofesionální přístup k dítěti	1	2%	1	3%	2	3%
dávání najevo vlastní nadřazenost nad dítětem a doprovodem	0	0%	0	0%	0	0%
nesrozumitelné vysvětlení ošetřovatelských postupů pacientovi/doprovodu	3	7%	1	3%	4	5%
jiná skutečnost	0	0%	0	0%	0	0%
nemám žádné výhrady	29	66%	24	71%	53	68%
Celkem	44	100%	34	100%	78	100%



Graf 16: Hodnocení spolupráce se sestrami

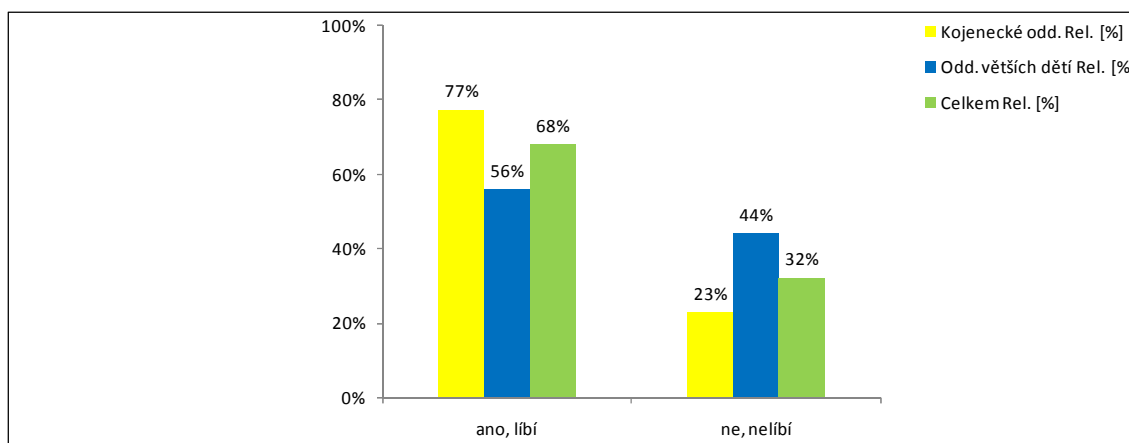
Šestnáctá otázka zjišťuje, co nevyhovuje respondentům na spolupráci se sestrami. 66% z kojeneckého oddělení uvádí, že nemá žádné výhrady. Stejnou možnost uvádí 71% respondentů z oddělení větších dětí. Druhou nejčastější odpovědí s četností 25% respondentů z kojeneckého oddělení je „nedostatečná komunikace s dítětem a jeho doprovodem“. S touto odpovědí se ztotožňuje 24% respondentů z oddělení větších dětí. Třetí nejčastěji zastoupenou odpovědí u respondentů z kojeneckého oddělení s

relativní četností 7% je nesrozumitelné vysvětlení ošetřovatelských postupů pacientovi/doprovodu. Tuto možnost uvedla 3% respondentů z oddělení větších dětí. Poslední nejméně využitou odpovědí s relativní četností 2% respondentů z kojeneckého oddělení a 3% respondentů z oddělení větších dětí je odpověď za b) neprofesionální přístup k dítěti.

3.4.17 Analýza dotazníkové položky č. 17 *Líbí se Vám prostředí dětského oddělení, na které doprovázíte své dítě?*

Tab. 17: Spokojenost s prostředím na oddělení

	Kojenecké odd.		Odd. větších dětí		Celkem	
	Abs. [n]	Rel. [%]	Abs. [n]	Rel. [%]	Abs. [n]	Rel. [%]
ano, líbí	34	77%	19	56%	53	68%
ne, nelíbí	10	23%	15	44%	25	32%
Celkem	44	100%	34	100%	78	100%



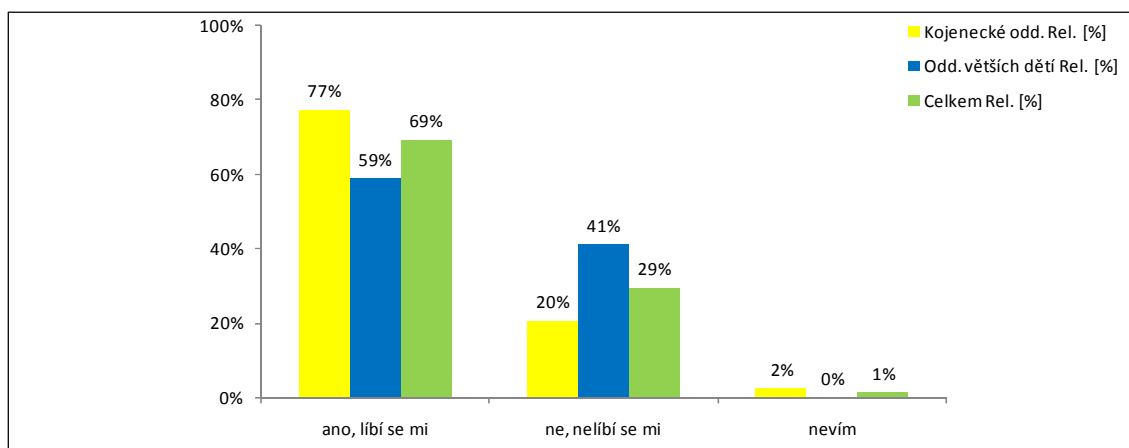
Graf 17: Spokojenost s prostředím na oddělení

Sedmnáctá otázka zjišťuje, jestli se respondentům líbí dětské oddělení. Z kojeneckého oddělení odpovědělo nejvíce respondentů, tedy 77% kladně. S touto odpovědí se ztotožňuje 56% respondentů z oddělení větších dětí. Negativní odpověď uvádí 23% respondentů kojeneckého oddělení a 44% respondentů z oddělení větších dětí.

3.4.18 Analýza dotazníkové položky č. 18 *Líbí se Vám barva pokojů, chodby a sociálních zařízení?*

Tab. 18: Barva oddělení

	Kojenecké odd.		Odd. větších dětí		Celkem	
	Abs. [n]	Rel. [%]	Abs. [n]	Rel. [%]	Abs. [n]	Rel. [%]
ano, líbí se mi	34	77%	20	59%	54	69%
ne, nelíbí se mi	9	20%	14	41%	23	29%
nevím	1	2%	0	0%	1	1%
Celkem	44	100%	34	100%	78	100%



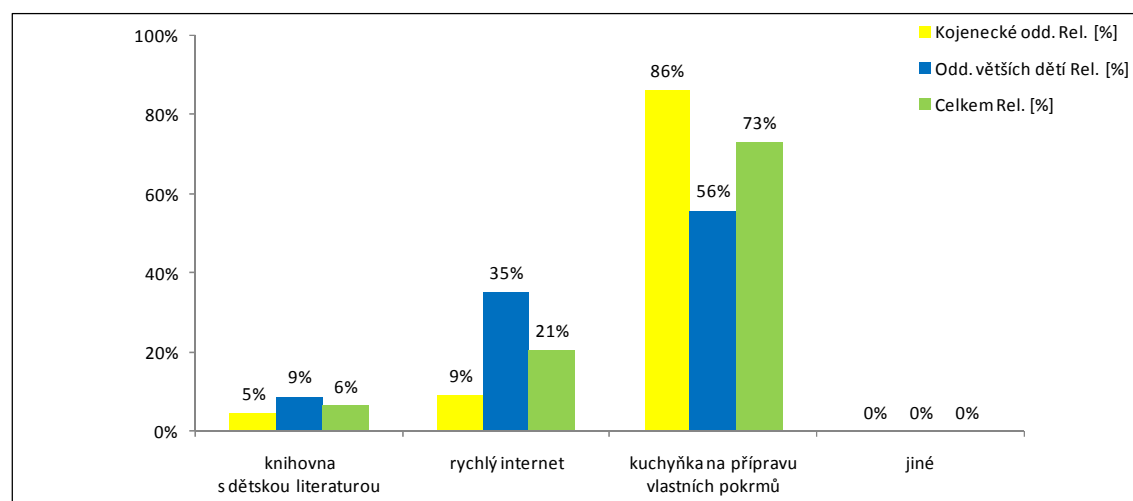
Graf 18: Barva oddělení

Osmnáctá otázka zjišťuje, zda se respondentům líbí barva na oddělení. 77% respondentů z kojeneckého oddělení a 59% respondentů z oddělení větších dětí je spokojena s barvou, kterou je vymalované oddělení. Negativní odpověď uvedlo 20% respondentů z kojeneckého oddělení a 41% z oddělení větších dětí. Odpověď nevím uvádí pouhá 3% respondentů z kojeneckého oddělení.

3.4.19 Analýza dotazníkové položky č. 19 *Co Vám, pro Váš komfort, nejvíce na oddělení chybí?*

Tab. 19: Komfort na oddělení

	Kojenecké odd.		Odd. větších dětí		Celkem	
	Abs. [n]	Rel. [%]	Abs. [n]	Rel. [%]	Abs. [n]	Rel. [%]
knihovna s dětskou literaturou	2	5%	3	9%	5	6%
rychlý internet	4	9%	12	35%	16	21%
kuchyňka na přípravu vlastních pokrmů	38	86%	19	56%	57	73%
jiné	0	0%	0	0%	0	0%
Celkem	44	100%	34	100%	78	100%



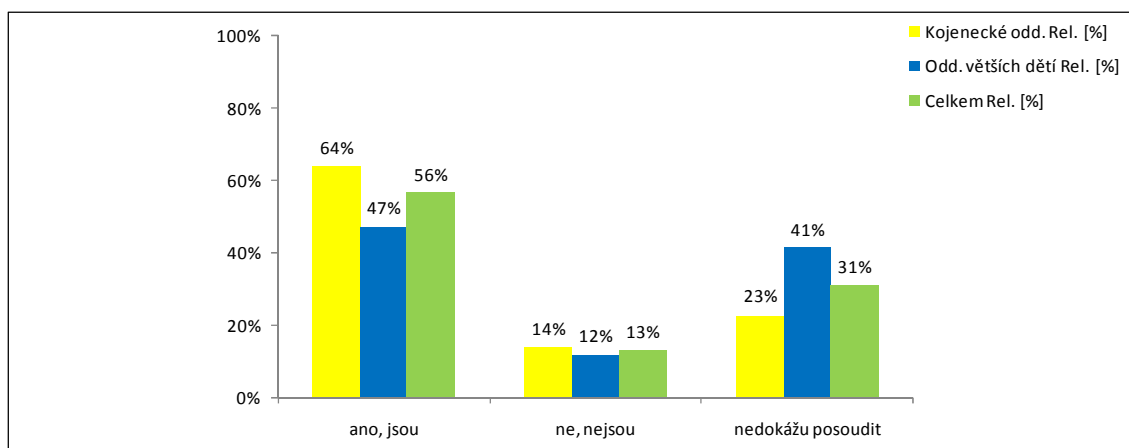
Graf 19: Komfort na oddělení

Devatenáctá otázka zjišťuje, co respondentům na oddělení nejvíce chybí. Z kojeneckého oddělení uvádí 86% respondentů, že nejvíce postrádají kuchyňku pro přípravu vlastních jídel. Stejně tomu je u respondentů z oddělení větších dětí s relativní četností 56%. Rychlí internet postrádá 9% respondentů na kojeneckém oddělení a 35% respondentů na oddělení větších dětí. Knihovnu s dětskou literaturou postrádá 5% respondentů z kojeneckého oddělení a 9% respondentů z oddělení větších dětí.

3.4.20 Analýza dotazníkové položky č. 20 Jsou podle Vás vhodně vybaveny pokoje na dětském oddělení?

Tab. 20: Vybavenost pokojů

	Kojenecké odd.		Odd. větších dětí		Celkem	
	Abs. [n]	Rel. [%]	Abs. [n]	Rel. [%]	Abs. [n]	Rel. [%]
ano, jsou	28	64%	16	47%	44	56%
ne, nejsou	6	14%	4	12%	10	13%
nedokážu posoudit	10	23%	14	41%	24	31%
Celkem	44	100%	34	100%	78	100%



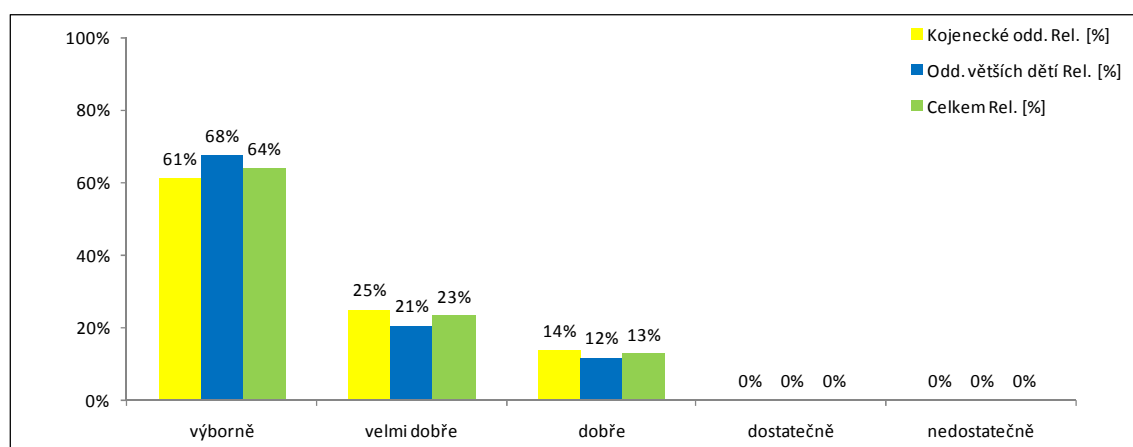
Graf 20: Vybavenost pokojů

Dvacátá otázka zjišťuje, zdali jsou respondenti spokojeni s vybavením na pokojích. 64% respondentů z kojeneckého oddělení uvádí kladnou odpověď. S touto možností se ztotožňuje 47% respondentů z oddělení větších dětí. Vybavení pokojů nedokáže posoudit 23% respondentů z oddělení kojeneckého a 41% respondentů z oddělení větších dětí. Negativní odpověď volí 14% respondentů z kojeneckého oddělení a 12% z oddělení větších dětí.

3.4.21 **Analýza dotazníkové položky č. 21** *Jak hodnotíte celkovou péči (servis, který Vám byl poskytnut)?*

Tab. 21: Servis na oddělení

	Kojenecké odd.		Odd. větších dětí		Celkem	
	Abs. [n]	Rel. [%]	Abs. [n]	Rel. [%]	Abs. [n]	Rel. [%]
výborně	27	61%	23	68%	50	64%
velmi dobře	11	25%	7	21%	18	23%
dobře	6	14%	4	12%	10	13%
dostatečně	0	0%	0	0%	0	0%
nedostatečně	0	0%	0	0%	0	0%
Celkem	44	100%	34	100%	78	100%



Graf 21: Servis na oddělení

Dvacátá první otázka zjišťuje spokojenost s péčí. Nejvíce respondentů z kojeneckého oddělení, tedy 61%, hodnotí poskytování péče výborně. S touto skutečností se ztotožňuje 68% respondentů z oddělení větších dětí. Velmi dobře hodnotilo poskytovanou péči 25% respondentů z kojeneckého oddělení a 20% z oddělení větších dětí. Nejméně volenou a zároveň poslední možností je odpověď dobře. Tuto možnost uvádí 14% respondentů z kojeneckého oddělení a 12% respondentů z oddělení větších dětí.

4 VYHODNOCENÍ EMPIRICKÉ ČÁSTI

Zhodnocení probíhá na základě stanovených cílů práce a k nim vztahujícím se předpokladům.

Zhodnocení cíle č. 1 a předpokladu č. 1 a předpokladu č. 2

Ke stanovení **cíle č. 1**: Zkoumat zapojení doprovodů hospitalizovaných dětí do ošetrovatelské péče, se vztahuje **předpoklad č. 1**: Do ošetrovatelské péče u pacientů z kojeneckého oddělení se zapojuje minimálně 70 % doprovodu, a to především rodičů. Předpoklad je stanoven v návaznosti na výsledcích z pilotní studie (příloha č. 11). Celkem pro ověření tohoto předpokladu použito šest dotazníkových otázek č. 4, 5, 6, 7, 8, 9. Z tohoto ověření vyplývá, že stanovený **předpoklad je v souladu**.

Ke stanovení **cíle č. 1** je stanoven i druhý **předpoklad č. 2**: Do ošetrovatelské péče u pacientů, umístěných na oddělení větších dětí, se zapojuje maximálně 50 % respondentů, a to především rodičů. Předpoklad je stanoven v návaznosti na výsledcích z pilotní studie (příloha č. 11). Ověření druhého předpokladu je zjištěna pomocí stejných otázek, jako tomu bylo u předpokladu č. 1 s tím rozdílem, že zde jsou zkoumání respondenti z oddělení větších dětí. Z tohoto ověření vyplývá, že stanovený **předpoklad je v souladu**.

Zhodnocení cíle č. 2 a předpokladu č. 3

Ke stanovení **cíle č. 2**: Zhodnotit spokojenost doprovodů hospitalizovaných dětí s mírou spolupráce mezi nimi a sestrami pracujícími na dětském oddělení, se vztahuje **předpoklad č. 3**: Více jak 50 % respondentů je spokojeno s mírou spolupráce se sestrami, pracujícími na dětském oddělení. Předpoklad je stanoven na základě zjištění M. Bielčíkové, která se ve své bakalářské práci zabývá rodiči dětských pacientů a jejich rolí v ošetrovatelské péči v průběhu hospitalizace. (Bielčíková, 2014) Pravdivost předpokladu č. 3 je ověřena pomocí sedmi dotazníkových otázek č. 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16. Z tohoto ověření vyplývá, že stanovený **předpoklad je v souladu**.

Zhodnocení cíle č. 3 a předpokladu č. 4

Ke stanovení **cíle č. 3**: Zjistit spokojenost respondentů s prostředím a vybavením pokojů na oddělení, se vztahuje **předpoklad č. 4**: Více jak 70 % respondentů je spokojeno s prostředím na oddělení a vybavením pokojů. Předpoklad je stanoven na základě zjištění

M. Bielčíkové, která se ve své bakalářské práci zabývá rodiči dětských pacientů a jejich rolí v ošetrovatelské péči v průběhu hospitalizace. (Bielčíková, 2014) Pravdivost předpokladu č. 4 je ověřen pomocí pěti otázek č. 17, 18, 19, 20, 21. Z tohoto ověření vyplývá, že stanovený **předpoklad není v souladu.**

5 DISKUZE

Bakalářské práce má stanovené celkem tři cíle a k nim stanovené čtyři předpoklady, které se zabývají problematikou doprovodů dětských pacientů a jeho významem v průběhu hospitalizace. Předpoklady byly ověřeny na základě dotazníkového šetření, které bylo provedeno na pediatrickém oddělení Nemocnice Jablonec nad Nisou p. o. Snažili jsem se oslovit, co možná nejvíce respondentů pro validitu výsledku. V následujícím jsou postupně rozebrány výsledky ověřených jednotlivých předpokladů. Dále jsou výsledky této práce porovnávány s jinou prací, která se zabývá podobným tématem a odbornou literaturou. V případě, kdy došlo k opačnému výsledku, budou komentovány možné příčiny těchto odchylek.

V prvním cíli jsme zkoumali zapojení doprovodů hospitalizovaných dětí do ošetrovatelské péče. Analyzováním sebraných dat se ukázalo, že předpoklad č. 1 je v souladu, tedy že do ošetrovatelské péče u pacientů z kojeneckého oddělení se zapojuje minimálně 70 % doprovodu a to především rodičů. Pro ověření tohoto předpokladu je použito šest dotazníkových otázek č. 4, 5, 6, 7, 8, 9. Rodiče nemocných dětí se často nechávají v nemocničních zařízeních ubytovat společně se svým dítětem. (Sedlářová, 2008) Tento výsledek je v souladu s naším zjištěním, kdy 95 % respondentů, z kojeneckého oddělení uvádějí, že jsou ve vztahu k doprovázenému dětskému pacientovi, rodiče. (viz Tab. 4). Tento výsledek je v souladu také s bakalářskou prací Bielčíkové. (Bielčíková, 2014) Taktéž je nutné zjistit, v čem spočívá nejčastější poskytování péče respondentů, svému nemocnému dítěti. V této části jsme nebyli překvapeni, že respondenti z kojeneckého oddělení uvádí s relativní četností 48 %, že nejčastěji provádějí hygienu dítěte. Dále nás nepřekvapilo, že druhou nejčastěji uváděnou odpovědí respondenty z kojeneckého oddělení s relativní četností 39 % je krmení dítěte. Třetí odpověď je vyprazdňování, kterou uvádí 9 % respondentů z kojeneckého oddělení (viz Tab. 5). Tento výsledek je v souladu s literaturou Kelnerové, která uvádí, že u každého dítěte do tří let je nutné poskytovat neustálou péči. Na prvních místech jmenuje právě hygienu, stravování a vylučování. (Kelnerová, 2010) V další otázce jsme se zaměřili, zdali se doprovod domnívá, že svou přítomností může pozitivně ovlivnit průběh péče o nemocné dítě. Všichni respondenti z kojeneckého oddělení uvádí kladnou odpověď, tedy že svou přítomností pozitivně ovlivňují průběh péče o své nemocné dítě. (viz Tab. 6) Toto zjištění je velice pozitivní, jelikož většina

respondentů si je vědomá důležitosti, své role být oporou v péči o své nemocné dítě. Tento výsledek je v souladu i s literaturou Škrly, který ve své publikaci uvádí přítomnost rodiče, jako nejvýznamnější oporu v neznámém prostředí pro nemocné dítě. (Škrly, 2008) Dále je výsledek v souladu i s bakalářskou prací Bielčíkové. (Bielčíková, 2014) Rodič má právo pečovat o své dítě nepřetržitě tedy 24hodin denně. (Sedlářová, 2008) Je tedy velmi příjemným zjištěním, že vždy se do péče aktivně sami respondenti z kojeneckého oddělení zapojují s 80 % zastoupením respondentů. (viz Tab. 7) Tento výsledek je v souladu s odbornou literaturou Sedlářové, která apeluje na to, aby rodičům byla umožněná péče o své dítě. Jen tak může být spolupráce mezi doprovodem a sestrou na dobré úrovni. (Sedlářová, 2008) Je nutné rodičům umožnit nepřetržitou péči o své dítě. (Sedlářová, 2008). Tento fakt si uvědomují právě samotní rodiče dětí z kojeneckého oddělení. Po celou dobu hospitalizace dítěte se do péče o své dítě zapojuje 82 % respondentů z kojeneckých oddělení. Druhou a zároveň poslední využitou možností, kterou respondenti z kojeneckého oddělení v 18 % volí, je že o své dítě pečují minimálně ze 2/3 po dobu hospitalizace dítěte. (viz Tab. 8) Kojenecké období je fází kdy, dítě potřebuje větší pozornost a péči, jelikož se o sebe ještě nevládne samotné postarat. (Sedlářová, 2008). Toto potvrzuje i naše zjištění. Matějček uvádí, že právě v tomto období se nedoporučuje, aby dítě bylo hospitalizováno bez své matky, jelikož separace je pro dítě velká zátěž na jeho psychiku. (Matějček, 2001) V další otázce jsme se zaměřili na okolnosti, které doprovodem brání v zapojení se do péče po celou dobu svého hospitalizovaného dítěte. Je potěšujícím zjištěním, že většina respondentů (89 %) uvádí, že nevědí o žádných okolnostech, které by jim bránily v zapojení se do péče o své dítě po celou dobu hospitalizace. (viz Tab. 9) Domnívám se, že tento pozitivní výsledek souvisí s mateřskou dovolenou, kterou si matky mohou nastavit až na čtyři roky.

K prvnímu cíli se vztahuje i předpoklad č. 2. Analyzováním sebraných dat se ukázalo, že předpoklad č. 2 je v souladu, tedy že do ošetrovatelské péče u pacientů, umístěných na oddělení větších dětí, se zapojuje maximálně 50 % respondentů, a to především rodičů. Pravdivost druhé předpokladu byla zjištěna pomocí stejných otázek, jako tomu bylo u předpokladu č. 1 s tím rozdílem, že zde jsou zkoumáni respondenti z oddělení větších dětí. Celkem je pro ověření tohoto předpokladu použito šest dotazníkových otázek č. 4, 5, 6, 7, 8, 9. Rodiče nemocných dětí se často nechávají v nemocničních zařízeních ubytovat společně se svým dítětem. (Sedlářová, 2008) Tento výsledek je

v souladu s naším zjištěním, kdy 88 % respondentů, z oddělení větších dětí uvádějí, že jsou ve vztahu k doprovázenému dětskému pacientovi, rodiče. (viz Tab. 4). Tento výsledek je v souladu také s bakalářskou prací Bielčíkové. (Bielčíková, 2014) Taktéž je nutné zjistit, v čem spočívá nejčastější poskytování péče respondentů, svému nemocnému dítěti. V této části jsme nebyli překvapeni, že respondenti z oddělení větších dětí uvádí s relativní četností 53 %, že nejčastěji provádějí podporu snížení strachu a obav z cizího prostředí. Druhou nejčastěji uváděnou odpovědí respondenty z oddělení větších dětí s relativní četností 29 % je poskytování denní aktivity. Třetí odpověď je hygiena, kterou uvádí 9 % respondentů z oddělení větších dětí (viz Tab. 5). Je to výrazný rozdíl oproti respondentům z kojeneckého oddělení, kde první místa obsadila, základní péče. Nicméně toto zjištění je v souladu s literaturou Kelnerové, která uvádí, že pro dítě od tří do šesti let věku jsou charakteristické pokroky v sociálním chování a samostatnosti. Dítě je méně závislé na rodičích. (Kelnerová, 2010) Zároveň se potvrzuje, že děti ve školním věku nelpí, tak na rodině, jako tomu bylo v předešlých obdobích. (Fendrychová, 2005) V další otázce jsme se zaměřili, zdali se doprovod domnívá, že svou přítomností může pozitivně ovlivnit průběh péče o nemocné dítě. 85% respondentů z oddělení větších dětí uvádí kladnou odpověď, tedy že svou přítomností pozitivně ovlivňují průběh péče o své nemocné dítě. (viz Tab. 6) Toto zjištění je velice pozitivní, jelikož většina respondentů si je vědomá důležitosti, své role být oporou v péči o své nemocné dítě. Tento výsledek je v souladu i s literaturou Škrly, který ve své publikaci uvádí přítomnost rodiče, jako nejvýznamnější oporu v neznámém prostředí pro nemocné dítě. (Škrly, 2008) S tímto výsledkem se ztotožňuje i odborná literatura, Sedlářové, která uvádí, že rodiče jsou důležitou součástí ošetrovatelského procesu a zároveň jsou pro dítě, které se nachází v neznámém prostředí bezpečí a jistota. (Sedlářová, 2008) Je tedy méně příjemným zjištěním, že do péče se nezapojuje 53% respondentů z oddělení větších dětí. Je to výrazný rozdíl oproti výsledkům z kojeneckého oddělení. (viz Tab. 7) Na základě těchto zjištěných informací se dá předpokládat, že doprovod bere poskytování péče za samozřejmé. Tudíž se respondent nedomnívá, že by se do péče zapojovali nebo si pod poskytováním péče představují pouze odbornější úkony, které již vykonává sestra nebo lékař. Aniž by si uvědomovali, že i základní poskytnutí péče je důležité a stěžejní, právě pro psychický, ale i fyzický stav jejich dítěte. I když si to rodiče vzhledem k těmto výsledkům nemusí uvědomovat, jsou právě oni pro dítě bezpečí a jistota, kterou dítě v nemoci a pokud je ještě v neznámém prostředí postrádá. (Sedlářová, 2008) Je nutné rodičům umožnit

nepřetržitou péči o své dítě. (Sedlářová, 2008). Tento fakt si uvědomuje pouze 32% respondentů z oddělení větších dětí, kteří uvádějí, že o své dítě pečují p celou dobu hospitalizace. (viz Tab. 8) Na oddělení větších dětí je nejčastěji zvolenou odpovědí s relativní četností 53 % respondentů možnost d) „nezapojuji se do péče“. Domnívám se, že důvod je stejný, jako u otázky č. 7. Tento méně uspokojivý výsledek jsem předpokládal. Jelikož Fendrychová ve své publikaci uvádí, že větší děti nevyžadují, takovou péči, jako děti na kojeneckém oddělení, jelikož jsou samostatnější a běžné činnosti zvládají bez problémů. (Fendrychová, 2005) V další otázce jsme se zaměřili na okolnosti, které doprovodem brání v zapojení se do péče po celou dobu svého hospitalizovaného dítěte. Zjištění je méně potěšujícím, jelikož většina respondentů (44 %) uvádí, že v zapojení se do péče o své dítě po celou dobu hospitalizace jim brání práce, zaměstnání. (viz Tab. 9) Domnívám se, že tento výsledek, odpovídá náročnosti dnešní doby. Strach ze ztráty zaměstnání respondentům nedovoluje s dítětem trávit 24 hodin denně po dobu hospitalizace, proto se v péči o dítě snaží střídat celá rodina, pokud to stav dítěte dovoluje. Zde je jistě zvýhodněný doprovod z kojeneckých oddělení, který většinou pobývá na mateřské dovolené do čtyř let věku dítěte. Očekávala jsem, že respondenti z oddělení větších dětí budou mít větší problém se zapojením do péče po celou dobu hospitalizace dítěte oproti respondentům z oddělení kojenců.

Ve druhém cíli jsme zhodnotili spokojenost doprovodů hospitalizovaných dětí s mírou spolupráce mezi nimi a sestrami pracujícími na dětském oddělení. Analyzováním sebraných dat se ukázalo, že předpoklad č. 3 je v souladu, tedy že více jak 50 % respondentů je spokojeno s mírou spolupráce se sestrami, pracujícími na dětském. Obdobným předpokladem se zabývá, bakalářská práce Bielčíkové, která zkoumá, zdali je více jak 50 % respondentů spokojeno s mírou spolupráce se sestrami, pracujícími na dětském oddělení. (Bielčíková, 2014) Dovoluji si tvrdit, že porovnání mé bakalářské práce a práce M. Bielčíkové je možné, jelikož se zabývá stejnou problematikou. Celkem je pro ověření tohoto předpokladu použito sedm dotazníkových otázek č. 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16. Zjistili jsme, že práce sester si všímá 71 % respondentů. (viz Tab. 10) Potěšilo mne, že si většina respondentů uvědomuje a všímá práce sester. Tento výsledek považuji za kladné zjištění, že práce sester není respondentům lhostejná. Taktéž je nutné zjistit, zdali respondenti spolupracují se sestrami na dětském oddělení. Kladnou odpověď uvádí 90 % respondentů, tedy že spolupracují se sestrami na dětském

oddělení. (viz Tab. 11) Tento výsledek je v souladu s bakalářskou prací Bielčíkové, která se respondentů ptá na obdobnou otázku. (Bielčíková, 2014) Rodiče jsou důležitou součástí ošetrovatelského procesu a není možné rodiče vynechat. Zároveň jsou pro dítě, které se nachází v neznámém prostředí bezpečí a jistota. (Sedlářová, 2008) V další otázce jsme se zaměřili, zdali se doprovod vyhovuje spolupráce se sestrami pracujícími na dětském oddělení. 95 % respondentů uvádí kladnou odpověď, že se spoluprací sester pracujících na dětském oddělení jsou spokojeni. (viz Tab. 12) Výsledek je velice potěšující a je v souladu s bakalářskou prací Bielčíkové, která se respondentů ptá na obdobnou otázku. (Bielčíková, 2014) Taktéž je nutné zjistit, zdali je podle respondentů spolupráce se sestrami přínosem pro ně samotné. 95 % respondentů uvádí kladnou odpověď, že spolupráce se sestrami je přínosná pro ně samotné. (viz Tab. 13) Tento pozitivní výsledek je velice potěšující a poukazuje na vysokou kvalitu práce sester a jejich velice dobré spolupráce mezi nimi a respondenty, zároveň je v souladu s bakalářskou prací Bielčíkové, která pokládá respondentům obdobnou otázku. (Bielčíková, 2014) V další otázce jsme se zaměřili, zdali si respondenti myslí, že je přínosná jejich spolupráce se sestrami pro jejich dítě. 68 % respondentů uvádí, že si myslí, že je jejich spolupráce přínosná, jelikož na základě jejich spolupráce, získává pacient důvěru ke zdravotnickému personálu. 27 % respondentů uvádí, že se domnívají, že díky jejich spolupráci se upevňuje vztah se sestrou i s dítětem. (viz Tab. 14) Je velice dobré, že si respondenti uvědomují svou roli a přínos pro samotného dětského pacienta, který oni samotní mohou svou spoluprací na péči o své nemocné dítě pozitivně ovlivnit. Tento výsledek, je v souladu s odbornou publikací Matějčeka který uvádí, že dítě silně vnímá postoj rodičů a celého okolí k dané situaci. Pokud rodič, je nejistý, úzkostný odmítá spolupracovat, dá se toto chování očekávat i od samotného dítěte. Stejně, tak to funguje i obráceně. Klidní a spolupracující rodiče mohou očekávat dobrou spolupráci od svého dítěte. Následně můžeme očekávat i dobrou spolupráci se zdravotnickým personálem. (Matějček, 2001) Taktéž je nutné zjistit, zdali respondenti měli možnost být přítomni u ošetrovatelského výkonu, zvláště byl-li výkon spojen s bolestí. 78 % respondentů uvádí, že jim bylo umožněno, být přítomni u výkonu a této možnosti také využily. Domnívám se, že důvodem, proč někteří respondenti nechtějí být přítomni u výkonu, je že se jim například z pohledu na krev nedělá dobře. Tento výsledek je v souladu s bakalářské prací Bielčíkové, která se ptala na obdobnou otázku. (Bielčíkové, 2014) Dále je výsledek v souladu s Fendrychovou, která uvádí, že se dítě potýká se strachem z neznámého prostředí, ze strachu z bolesti a přítomnosti cizích lidí. Všechny

tyto pro dítě negativní faktory, může zmírnit právě přítomnost blízké osoby při výkonu, pokud se tedy jedná o rodiče klidného a spolupracujícího. (Fendrychová, 2005) V další otázce jsme se zaměřili na to, co doprovodu nejvíce nevyhovuje na spolupráci se sestrami pracujícími na dětském oddělení. 68 % respondentů uvádí, že nemá žádné výhrady ohledně spolupráce se sestrami pracujícími na dětském oddělení. Je pozitivní, že tento výsledek uvádí většina respondentů. Nic méně bych očekávala vyšší spokojenost respondentů. Na vině může být i nesprávná nebo nedostačující komunikace. Rodiče při nedostatku informací přestávají rozumět situaci, ve které se nacházejí, chtějí být dítěti pomoci, ale neví jak, což může vyústit v negativní vnímání léčby a nedůvěru zdravotnickému personálu. (Sedlářová, 2008)

Ve třetím cíli zjišťujeme spokojenost respondentů s prostředím a vybavením pokojů na oddělení. Analyzováním sebraných dat se ukázalo, že předpoklad č. 4 je v nesouladu. Tedy že s prostředím na oddělení a vybavením pokojů není spokojeno více jak 70 % respondentů. Obdobným předpokladem se zabývala bakalářská práce Bielčíkové. Její práce také zjišťuje, zda je více, jak 70% respondentů spokojeno s vybavením pokojů a prostředím na oddělení. (Bielčíková, 2014) V této srovnávané práci se daný předpoklad potvrdil. V případě mé bakalářské práce je tento předpoklad v nesouladu. Jelikož práce Bielčíkové, byla prováděná v nově zrekonstruovaném dětském bloku FN Motol je spokojenost respondentů na místě. (Bielčíková, 2014) Z tohoto zjištění je se dá usuzovat, že i když je pediatrické oddělení Nemocnice Jablonec nad Nisou p. o. staré pouze 15 let, rekonstrukce by z pohledu respondentů byla na místě. Celkem je pro ověření tohoto předpokladu použito pět dotazníkových otázek č. 17, 18, 19, 20, 21.

Je důležité, aby prostředí působilo ne jen na dítě, ale i rodiče veselím, příjemným, povzbuzujícím a uklidňujícím dojmem. (Matějíček, 2001) Pouze 68% se líbí pediatrické oddělení Nemocnice Jablonec nad Nisou p. o. Negativní odpověď uvádí 32% respondentů. Tento výsledek není v souladu s bakalářskou prací Bielčíkové. (Bielčíková, 2014) Nic méně Matějíček uvádí, že rodiče pod tíhou stresu, ale i dítě vnímají vše velice negativně. (Matějíček, 2001) Což je zřejmě i případ pediatrického oddělení Nemocnice Jablonec nad Nisou p. o. Další otázka zjišťuje, zdali se respondentům líbí barva pokojů, chodby a sociálních zařízení. 69 % uvádí, že se jim líbí barva pokojů, chodby a sociálních zařízení. Doufala jsme, že vymalování zařízení se bude líbit více, jak 70% respondentů, nicméně ani tady nebyla spokojenost vyšší. Respondentům nejvíce na oddělení chybí s relativní četností 73% kuchyňka pro

přípravu vlastních pokrmů. Nemalou relativní četnost tedy 21% respondentů udává potřebu rychlého internetu. Tento výsledek není v souladu s bakalářskou prací Bielčíkové. (Bielčíková, 2014) Další otázka zjišťuje vhodné vybavení pokojů. Pouhých 56 % respondentů, uvádí, že pokoje na dětském oddělení jsou vhodně vybavené. Domnívám se, že takto nízký počet spokojených respondentů, souvisí s otázkou č. 19. Opět tento výsledek není v souladu s bakalářskou prací Bielčíkové, kde respondenti uváděli spokojenost více, jak v 70%. (Bielčíková, 2014) Hodnocení celkové péče a servisu, který byl respondentům poskytnut hodnotí 64 % respondentů výborně. 23 % respondentů z pediatrického oddělení Nemocnice Jablonec nad Nisou p. o. hodnotí péči také velmi dobře. Dobře hodnotí péči 13 % respondentů z tohoto oddělení. Ve srovnání s bakalářskou prací Bielčíkové, která pokládá respondentům tuto otázku je výsledek v souladu s touto prací. (Bielčíková, 2014) Domnívám se, že výsledek této otázky není vůbec špatný pro námi zkoumané respondenty z pediatrického oddělení Nemocnice Jablonec nad Nisou p. o. Dále bych chtěla podotknout, že tento příznivý výsledek je odrazem dobře odváděné práce celého zdravotnického personálu.

6 NÁVRH DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Bakalářská práce nabízí několik důležitých doporučení, vyplývajících z provedeného výzkumného šetření. Pro kvalitní spolupráci mezi **sestru, doprovodem a dětským pacientem** je nezbytné, aby rodiče byly dostatečně informováni. Z tohoto důvodu slouží tento „Průvodce pediatrickým oddělením Nemocnice Jablonec nad Nisou, p. o.“, především pro **samotné rodiče**. Doporučení jsou vhodná pro **vedoucí pracovníky na pozicích managementu**. Získané informace budou vedoucím pracovníkům po svolení Technické univerzity v Liberci sloužit, jako nástroj a samotná motivace sester k docházení na účelná a pravidelná školení formou kurzů v oblasti komunikace. Vedoucí pracovníci na základě výsledků z šetření, zjistí, co nejvíce rodiče postrádají, aby se na oddělení cítili lépe. Bakalářská práce rovněž může sloužit, jako základní a zároveň **pomocný materiál**, k postupnému zavedení herní terapie na toto oddělení. Zároveň je možné formou přednášek sestrám, pedagogickým pracovníkům, ale i laické veřejnosti zvýšit informovanost o této problematice. Také slouží pro samotný doprovod dětského pacienta, který na podkladě těchto základních informací o přípravě dětského pacienta, může své dítě vhodně připravit na banální zákrok, jako je odběr krve.

Hlavním výstupem bakalářské práce je:

Zpracovaný materiál s názvem: „Průvodce pediatrickým oddělením Nemocnice Jablonec nad Nisou, p. o.“. (příloha č. 15). Cílem je zvýšit informovanost doprovodů, a dětských pacientů a zároveň umožnit přístup k informacím každému. Tento průvodce by po svolení vedení Technické univerzity v Liberci a svolení vedení Nemocnice Jablonec nad Nisou p. o. byl k dispozici na oddělení pediatrie, ale i na dětských ambulancích u praktických lékařů.

Po svolení vedení Technické univerzity v Liberci poskytnout výsledky vedoucím pracovníkům, na pozicích managementu Nemocnice Jablonec nad Nisou p. o., kde bylo výzkumné šetření prováděno. Na základě těchto výsledků se vedení nemocnice informuje, co doprovodům na oddělení nejvíce schází.

Rodičům, kteří doprovází své dítě na oddělení, nejvíce pro jejich komfort schází kuchyňka. Počet respondentů je, tak vysoký, že případná rekonstrukce v rámci inovace oddělení by byla na místě.

Pravidelnou akcí pediatrického oddělení Nemocnice Jablonec nad Nisou p. o. je akce s názvem „Těšíme se na miminko“. Tato akce se koná v nemocniční kapli 2x do roka, kde mohu se svolením Technické univerzity v Liberci, prezentovat přínosné informace,

které budou nastávajícím matkám užitečné a které jsem získala v rámci vypracování bakalářské práce.

Pediatrické oddělení v Nemocnici Jablonec nad Nisou p. o. má k dispozici loutku, která je určená k herní terapii, ale nepoužívá se. Mou snahou bude působením na samotné sestry, ale i učitelky, které na oddělení pracují, aby v rámci pracovní doby zahájili „oživení“ této zapomenuté loutky. Toto doporučení nezatěžuje finančně vedení nemocnice, ale pro samotné dítě a jeho doprovod je jedním z nejužitečnějších.

7 ZÁVĚR

Bakalářské práci se zabývá problematikou doprovodů dětských pacientů a jeho významem v průběhu hospitalizace. Role doprovodů hraje významnou úlohu v léčbě a ošetrovatelské péči o dětského pacienta, a proto je zkoumáno, kdo doprovází a do jaké míry se zapojuje do ošetrovatelské péče a samotné hospitalizace. Dále je zjišťována spokojenost doprovodů s mírou spolupráce sester, pracujících na dětském oddělení. V neposlední řadě je monitorována spokojenost doprovodu s prostředím na oddělení. Respondenti doprovázející dětského pacienta na kojenecké oddělení a respondenti, kteří doprovázejí své dítě na oddělení větších dětí, jsou mezi sebou porovnáváni.

Práce je rozdělená na část teoretickou a empirickou. V teoretické části jsou zpracovány teoretické poznatky a poznatky z praxe k dané problematice. V empirické části jsou stanoveny tři cíle a čtyři předpoklady, které jsou ověřeny pomocí analýzy získaných dat z dotazníkového šetření. Získaná data jsou zpracována do tabulek a grafů. Ověřením předpokladů se zjistilo, zdali jsou uvedené předpoklady v souladu, či nesouladu.

Z uvedených čtyř předpokladů, jsou tři v souladu a jeden v nesouladu. První cíl zkoumá zapojení doprovodů hospitalizovaných dětí do ošetrovatelské péče. K tomuto cíli jsou stanoveny dva výzkumné předpoklady. První předpoklad zní: „Do ošetrovatelské péče u pacientů z kojeneckého oddělení se zapojuje minimálně 70% doprovodu a to především rodičů“. Tento předpoklad je v souladu. Další předpoklad, který se vztahuje k tomuto cíli, je předpoklad č. 2, který zní: „Do ošetrovatelské péče u pacientů, umístěných na oddělení větších dětí, se zapojuje maximálně 50% respondentů, a to především rodičů.“ Tento předpoklad je v souladu. Druhým cílem je zhodnotit spokojenost doprovodů hospitalizovaných dětí s mírou spolupráce mezi nimi a sestrami pracujícími na dětském oddělení. K tomuto cíli se vztahuje předpoklad č. 3, který zní: „Více jak 50% respondentů je spokojeno s mírou spolupráce se sestrami, pracujícími na dětském oddělení“. Tento předpoklad je v souladu. Poslední cíl má za úkol zjistit spokojenost respondentů s prostředím a vybavením pokojů na oddělení. K tomuto cíli je přiřazený předpoklad č. 4., který zní: „Více jak 70% respondentů je spokojeno s prostředím na oddělení a vybavením pokojů“. Tento předpoklad je v nesouladu. Na základě všech výsledků jsem navrhla řešení zjištěných nedostatků.

8 SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

Odborná periodika

1. FENDRYCHOVÁ, J., M. KLIMOVIČ. *Péče o kriticky nemocné dítě*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 414 s. ISBN 80-7013-427-5.
2. KELNAROVÁ, J., E. MATĚJKOVÁ. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing, 2010. 184 s. ISBN 978-80-247-3270-1.
3. LANGMEIER, J., D. KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2006. 368 s. Psyché. ISBN 80-247-1284-9.
4. MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Jinočany: H & H, 2001. 147 s. ISBN 80-86022-92-7.
5. MATĚJČEK, Z. *Výbor z díla*. Praha: Karolinum, 2005. 445 s. ISBN 80-246-1056-6
6. PLEVOVÁ, I., R. SLOWIK. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada Publishing, 2010. 247 s. ISBN 978-80-247-2968-8.
7. PTÁČEK, R., P. BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
8. RAUDENSKÁ, J., A. JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2011. 304 s. ISBN 978-802-4722-238.
9. SEDLÁŘOVÁ, P. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8
10. SIKOROVÁ, L. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada Publishing, 2011. 208 s. ISBN 978-80-247-3593-1.

11. SLEZÁKOVÁ, L. *Ošetrovatelství v pediatrii*. Praha: Grada Publishing, 2010. 292s., Sestra. ISBN 978-80-247-3286-2.
12. ŠPAŇHELOVÁ, I. *Průvodce dětským světem*. Praha: Grada Publishing, 2008. 187 s. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-1907-8.
13. ŠPAŇHELOVÁ, I. *Komunikace mezi rodičem a dítětem*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. 104 s. ISBN 978-80-247-2698-4.
14. ŠPATENKOVÁ, N., J. KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén Publishing, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.
15. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: Dětství a dospívání*. druhé, rozšířené a přepracované vydání. Praha: Karolinum, 2012. 531 s. ISBN 978-80-246-2153-1.
16. VALENTA, M. a kol. *Herní specialista*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2001. 167 s. ISBN 80-244-0345-5
17. VYMĚTAL, J. *Úzkost a strach u dětí*. Praha: Portál, 2004. 181 s. ISBN 80-7178-830-9.
18. ZAHÁLKOVÁ, M. *Pediatric pro speciální pedagogy*. 3. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005, 91 s. ISBN 80-210-3811-x.

Absolventské práce

19. BIELČÍKOVÁ, M. *Rodiče dětských pacientů a jejich role v ošetrovatelské péči v průběhu hospitalizace*. Praha, 2014. Bakalářská práce. UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE 2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA Ústav ošetrovatelství. Vedoucí práce PhDr. Šárka Tomová.
20. HANDLÍŘOVÁ, M. *Možnosti pedagogické péče o hospitalizované dítě a vliv herní terapie*. Diplomová práce: Masarykova univerzita, Fakulta pedagogická, Katedra speciální pedagogiky, 2007.

Zahraniční zdroje

22. BOLEDOVIČOVÁ, M., a kol. *Pediatrické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2006. 208 s. ISBN 80-8063-211-1.

23. DATTA, Parul. *Pediatric nursing*. New Dehli: Jaypee Bros, 2007.0
ISBN 81-806-1970-2.

24. KOVÁCS, L., M. ŠAŠINKA, T. ŠAGÁT. *Pediatrics*. Martin: Osveta, 2012. 2190 s.
ISBN 978-80-8917-149-1.

Periodická publikace

25. KRIŠTOFOVÁ, E.: *Očakávanie hospitalizovaného dieťaťa a jeho rodičov*. In Ošetrovatelství – teorie a praxe moderního ošetrovatelství. ISSN 1212-723X, 2004, roč. 6,č. 1|2, s. 51–53. Vyd. Univerzita Karlova. Lékařská fakulta v Hradci Králové. Katedra sociálního lékařství

Jiné internetové zdroje

26. ŠKRLA, Petr. Transformace nemocničního prostředí - globální trend. *Sestra* [online]. 2008, č. 2 [cit. 2012-10-12]. Dostupné z:
<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra-priloha/transformace-nemocnicniho-prostrediglobalni-trend-346024>

27. ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA: při zdravotnických zařízení Kraje Vysočina. [online]. 2007 [cit. 2015-04-03]. Dostupné z:
http://www.skolyzz.cz/index.php?page=herni_terapie

28. NEMOCNICE JABLONEC NAD NISOU, p. o.: Pediatrické oddělení [online]. 2000. [cit. 2015-04-09]. Dostupné z:
<http://www.nemjbc.cz/redakce/index.php?xuser=&lanG=cs&subakce=ssearch&ssearchText=zalo%C5%BEen%C3%AD+webov%C3%BDch+str%C3%A1nek>

9 SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA 1: CHARTA PRÁV DĚTÍ V NEMOCNICI

PŘÍLOHA 2: ORIENTAČNÍ ZÁKLADY JÍDELNÍČKU S JEDNOTLIVÝMI SKUPINAMI JÍDEL A VELIKOSTÍ PORCÍ PODLE VĚKU

PŘÍLOHA 3: ŠKÁLA HODNOCENÍ BOLESTI POMOCÍ OBLIČEJŮ (WONG/BAKR)

PŘÍLOHA 4: OBSERVAČNÍ ŠKÁLY BOLESTI

PŘÍLOHA 5: OBJEKTIVNÍ ŠKÁLA BOLESTI

PŘÍLOHA 6: MODIFIKOVANÉ DĚTSKÉ GLASGOW COMA SCALE

PŘÍLOHA 7: PARAMETRY DÝCHÁNÍ U JEDNOTLIVÝCH VĚKOVÝCH SKUPIN

PŘÍLOHA 8: PARAMETRY SRDEČNÍ FREKVENCE PRO JEDNOTLIVÉ VĚKOVÉ SKUPINY

PŘÍLOHA 9: PARAMETRY KREVNIHO TLAKU PRO JEDNOTLIVÉ VĚKOVÉ SKUPINY

PŘÍLOHA 10: PŘÍPRAVA DÍTĚTE PŘED ZÁKROKY A VYŠEŘENÍMI

PŘÍLOHA 11: PILOTNÍ ŠETŘENÍ

PŘÍLOHA 12: DOTAZNÍK

PŘÍLOHA 13: PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

PŘÍLOHA 14: ŽÁDOST

PŘÍLOHA 15: PRŮVODCE PEDIATRICKÝM ODDĚLENÍM NEMOCNICE JABLONEC NAD NISOU P. O.

10 SEZNAM TABULEK

Tab. 1: Pohlaví respondentů	44
Tab. 2: Místo hospitalizace dítěte	45
Tab. 3: Počet hospitalizací s dítětem	46
Tab. 4: Vztah k pacientovi	47
Tab. 5: Poskytování péče dítěti	48
Tab. 6: Pozitivní ovlivnění průběhu nemoci	49
Tab. 7: Zapojení doprovodu do péče	50
Tab. 8: Doba zapojení do péče	51
Tab. 9: Okolnosti zabraňující zapojení se do péče v průběhu hospitalizace	52
Tab. 10: Vnímání práce sester	53
Tab. 11: Spolupráce se sestrami	54
Tab. 12: Spolupráce se sestrami 2	55
Tab. 13: Přínosnost spolupráce	56
Tab. 14: Přínosnost spolupráce mezi doprovodem a sestrou	57
Tab. 15: Přítomnost doprovodu u ošetrovatelského výkonu	58
Tab. 16: Hodnocení spolupráce se sestrami	59
Tab. 17: Spokojenost s prostředím na oddělení	60
Tab. 18: Barva oddělení	61
Tab. 19: Komfort na oddělení	62
Tab. 20: Vybavenost pokojů	63
Tab. 21: Servis na oddělení	64

11 SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Pohlaví respondentů	44
Graf 2: Místo hospitalizace dítěte	45
Graf 3: Počet hospitalizací s dítětem	46
Graf 4: Vztah k pacientovi	47
Graf 5: Poskytování péče dítěti	48
Graf 6: Pozitivní ovlivnění průběhu nemoci	49
Graf 7: Zapojení doprovodu do péče	50
Graf 8: Doba zapojení do péče	51
Graf 9: Okolnosti zabraňující zapojení se do péče v průběhu hospitalizace	52
Graf 10: Vnímání práce sester	53
Graf 11: Spolupráce se sestrami	54
Graf 12: Spolupráce se sestrami 2	55
Graf 13: Přínosnost spolupráce	56
Graf 14: Přínosnost spolupráce mezi doprovodem a sestrou	57
Graf 15: Přítomnost doprovodu u ošetrovatelského výkonu	58
Graf 16: Hodnocení spolupráce se sestrami	59
Graf 17: Spokojenost s prostředím na oddělení	60
Graf 18: Barva oddělení	61
Graf 19: Komfort na oddělení	62
Graf 20: Vybavenost pokojů	63
Graf 21: Servis na oddělení	64

PŘÍLOHA 1: CHARTA PRÁV DĚTÍ V NEMOCNICI

1. Děti mají být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžaduje jejich stav, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení.
2. Děti v nemocnici mají mít právo a 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 nebo jejich rodiče mají mít 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 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 školeného personálu, který si je plně vědom fyzických a emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny.
7. Děti mají mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít sebou v nemocnici své věci.
8. O děti má být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.
9. Děti mají být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům a aby zároveň vyhovovalo uznaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.
10. Děti mají mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání, přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu.

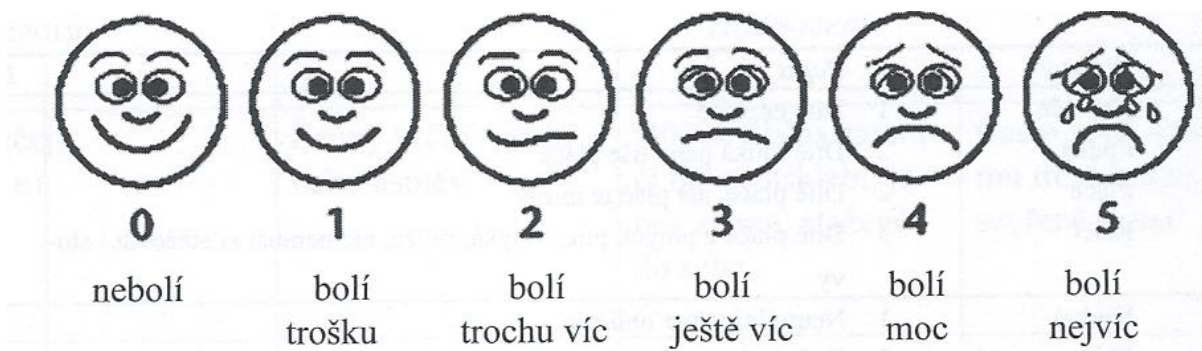
Zdroj: (NEMOCNICE JABLONEC NAD NISOU, p. o.: Pediatrické oddělení [online]. 2000. cit. 2014.12.02)

PŘÍLOHA 2: ORIENTAČNÍ ZÁKLADY JÍDELNÍČKU S JEDNOTLIVÝMI SKUPINAMI JÍDEL A VELIKOSTÍ PORCÍ PODLE VĚKU

Jídlo	Věk 2–3 roky		Věk 4–6 let		Poznámky
	Velikost porce	Počet porcí	Velikost porce	Počet porcí	
Mléko a mléčné výrobky	1/2 hrnečku (125 ml)	4–5	1/2–3/4 hrnečku (125–180 ml)	3–4	1/2 hrnečku mléka = 15–20 g sýru = 1/2 hrnečku jogurtu
Maso, drůbež, ryby	30–60 g	2	30–60 g	2	30 g masa může být nahrazeno: 1 vajíčkem, 4–5 lžícemi vařených luštěnin
Zelenina vařená Zelenina syrová	2–3 lžice několik málo kousků	4–5	3–4 lžice několik málo kousků	4–5	zahrnuje jednu listovou nebo žlutou zeleninu pro obsah vitamínu A (mrkev, špenát, brokolice)
Ovoce syrové Konzervované ovoce Ovocné šťávy	1/2–1 malé 2–4 lžice 100–120 ml	4–5	1/2–1 malé 4–6 lžice 120 ml	4–5	zahrnuje jedno na vitamín C bohaté ovoce nebo zeleninu, např. pomeranče, grapefruity, citróny, jahody, rajčata, brokolici
Chléb a výrobky z obilí Celozrnný chléb Vařené obilniny	1/2–1 krajíc 1/4–1/2 hrnečku	3–4	1 krajíc 1/2 hrnečku	3–4	jeden krajíc chleba může být nahrazen 1/2 hrnečkem vařených těstovin nebo rýže

Zdroj: (Sedlářová, 2008, s. 81)

PŘÍLOHA 3: ŠKÁLA HODNOCENÍ BOLESTI POMOCÍ OBLIČEJŮ (WONG/BAKR)



Zdroj: (Sedlářová, 2008, s. 231)

PŘÍLOHA 4: OBSERVAČNÍ ŠKÁLY BOLESTI

Children's Hospital Eastern Ontario Pain Scale (CHEOPS)

Doporučeno pro děti od 1 roku do 7 let. Součet nad 8 bodů znamená bolest.

<i>Položka</i>	<i>Projevy</i>	<i>Popis</i>	<i>Body</i>
Pláč	Nepláče	1 Dítě nepláče	
	Fňuká	2 Dítě fňuká nebo tiše pláče	
	Pláče	2 Dítě pláče, ale pláč je mírný	
	Křičí	3 Dítě pláče z plných plic, vzlyká, může, ale nemusí si stěžovat i slovy	
Obličej	Klidný	1 Neutrální výraz obličeje	
	Grimasa	2 Bodujte pouze jasně negativní výraz obličeje	
	Úsměv	0 Bodujte pouze jasně pozitivní výraz obličeje	
Co dítě říká	Nic	1 Dítě nemluví	
	Jiné stížnosti	1 Dítě si stěžuje, ale ne na bolest, například: „Chci maminku“ nebo „Mám žízeň“	
	Stížnosti na bolest	2 Dítě si stěžuje na bolest	
	Obojí stížnosti	2 Dítě si stěžuje na bolest i na jiné věci, například: „Bolí to, chci maminku!“	
	Mluví pozitivně	0 Dítě něco kladně hodnotí nebo mluví o různých věcech a nestěžuje si	
Trup	Neutrální	1 Tělo (ne končetiny) je v klidu; trup se aktivně nepohybuje	
	Vrtí se	2 Tělo je v pohybu posouvá se, kroučí se jako had	
	Napjatý	2 Tělo je do oblouku nebo strnulé	
	Třese se	2 Tělo se chvěje nebo mimovolně třese	
	Vzpřímený	2 Dítě je ve vertikální nebo vzpřímené poloze	
	Připoutaný	2 Tělo je připoutané	
Dotyk	Nedotýká se	1 Dítě se nedotýká rány	
	Sahá	2 Dítě sahá směrem k ráně, ale nedotýká se jí	
	Dotýká se	2 Dítě se jemně dotýká rány nebo bolestivé oblasti	
	Chňapá	2 Dítě rázně chňapá po ráně	
	Připoutaný	2 Dítě má připoutané ruce nebo mu je někdo přidržuje	
Nohy	Neutrální	1 Nohy jsou v jakékoli pozici, ale jsou uvolněné; jemné pohyby jako při plavání	
	Kroucení/kopání	2 Zřetelně nepokojné, neklidné pohyby nohou a/nebo kopání nohama	
	Přitažená/napjaté	2 Nohy jsou napjaté, nebo přitažení pevně k tělu a nehýbou se	
	Stojí	2 Stojí, sedí na bobku, klečí	
	Připoutané	2 Dítě má připoutané nohy nebo mu je někdo přidržuje	

Zdroj: (Sedlářová, 2008, s. 232)

Stupnice FLACC

Kategorie	Hodnocení		
	0	1	2
Obličej (Face)	Žádný určitý výraz nebo úsměv	Dítě se občas zamra- čí nebo zašklebí, je bez zájmu, stažené do sebe	Často nebo stále se mu třese brada, má sevržené čelisti
Nohy (Legs)	Dítě má normální pozici nebo je uvol- něné	Dítě je klidné, napjaté	Kope, nebo má nohy přitažené k břichu
Aktivita	Leží klidně, normál- ní pozice, uvolněně se pohybuje	Dítě je napjaté, kroučí se, vrtí se tam a zpět	Napjaté do oblouku, hází sebou, strnulé
Pláč (Cry)	Nepláče (spí nebo je vzhůru)	Nařiká, kňourá, občas si stěžuje	Stále pláče, ječí nebo vzlyká, často si stěžuje
Uklidnění (Consolability)	Dítě je spokojené, uvolněné	Uklidní se občasným dotykem, pohlaze- ním, tím, že se na ně mluví, lze odvést pozornost	Je obtížné dítě utěšit nebo uklidnit

Zdroj: (Sedlářová, 2008, s. 233)

Neonatal/Infant Pain Scale (NIPS)

Pro děti do jednoho roku. Součet nad 3 znamená bolest.

Hodnocení bolesti		Součet
Výraz obličeje		
0 – Uvolněné svaly	Klidná tvář, neutrální výraz	
1 – Grimasa	Napjaté mimické svaly; svraštělé obočí, brada, zaťatá čelist (negativní výraz obličeje – nos, ústa, obočí)	
Pláč		
0 – Žádný pláč	Dítě je tiché, nepláče	
1 – Fňukání	Mírně, intermitentně kňourá, sténá	
2 – Silný pláč	Hlasitý křik, přidává na intenzitě, trvalý pláč (podle výrazu obličeje je možné počítat i bezhlasy pláč intubovaného dítěte)	
Typ dýchání		
0 – Uvolněné	Obvyklý typ dýchání pro dané dítě	
1 – Změna v dýchání	Zatahuje, dýchá nepravidelně, dává se, zadržuje dech	
Paže		
0 – Uvolněné/mírné pohyby	Bez svalové ztuhlosti, občasné náhodné pohyby paží	
1 – Skrčené/natažené	Natažené paže, napjaté, ztuhlé nebo rychlé střídání extenze a flexe	
Nohy		
0 – Uvolněné/mírné pohyby	Bez svalové ztuhlosti, občasné náhodné pohyby nohou	
1 – Skrčené/natažené	Natažené dolní končetiny, napjaté, ztuhlé nebo rychlé střídání extenze a flexe	
Stav vědomí		
0 – Spí/bdí	Klidný, dítě tiše spí, nebo je bdělé, občas pohne nohou	
1 – Neklidný	Bdělý, neklidný, hází sebou, zmítá se	

U pacientů na JIP možno pro zvýšení citlivosti metody přidat:

Akce srdeční		
0 – odchylka 10 %	Odchylka do 10 % od normální klidové hodnoty	
1 – odchylka 11–20 %	Odchylka 11–20 %	
2 – odchylka nad 20 %	Nad 20 %	
Saturace O₂		
0 – bez přidaného O ₂	Dobrá saturace i bez zvýšeného O ₂	
1 – s přidaným O ₂	K zachování dobré saturace je třeba přidat O ₂	

Pak je 3–6 střední bolest a nad 6 silná bolest.

Zdroj: (Sedlářová, 2008, s. 234)

PŘÍLOHA 5: OBJEKTIVNÍ ŠKÁLA BOLESTI

Objektivní škála bolesti (pro děti od 4 měsíců do 4 let)

Zvýšení krevního tlaku:	
do 10 % proti předoperační hodnotě (nebo normě pro věk)	0
10–20 %	1
20–30 %	2
Pláč:	
nepláče	0
pláče, ale dá se ukonejšit láskyplnou péčí	1
pláče, nedá se ukonejšit láskyplnou péčí	2
Pohybová aktivita:	
běžná	0
motorický neklid	1
hází sebou	2
Rozrušení:	
spí nebo je klidné	0
mírně rozrušené	1
hysterické	2
Slovní hodnocení nebo „řeč těla“:	
spí, klidné, neudává bolest	0
mírná bolest, pacient ani pozorovatel nedokáže přesně lokalizovat	1
střední a silná bolest, ukáže, popíše, antalgické držení, reakce na palpaci	2

0–3 bez intervence

4–6 intervence vhodná

7–10 intervence nutná, již měla být provedena

Zdroj: (Sedlářová, 2008, s. 236)

PŘÍLOHA 6: MODIFIKOVANÉ DĚTSKÉ GLASGOW COMA SCALE

<i>Body</i>	<i>Motorická odpověď</i>	<i>Slovní odpověď</i>	<i>Otevírání očí</i>
4	flexe a extenze	X	spontánní
3	úhyb na bolest	pláč	okohybné svaly intaktní, fotoreakce zornic
2	hypertonus	spontánní ventilace	okohybné svaly poškozeny nebo fixované zornice
1	bez odezvy	apnoe	okohybné svaly paralyzovány, fixované zornice

Zdroj: (Sedlářová, 2008, s. 35)

PŘÍLOHA 7: PARAMETRY DÝCHÁNÍ U JEDNOTLIVÝCH VĚKOVÝCH SKUPIN

<i>Věkové období</i>	<i>Dechová frekvence (za minutu)</i>
Novorozenec, kojeneček	30–60
Batole	24–40
Předškolák	22–34
Školák	18–30
Dospívající	12–16

Zdroj: (Sedlářová, 2008, s. 37)

PŘÍLOHA 8: PARAMETRY SRDEČNÍ FREKVENCE PRO JEDNOTLIVÉ VĚKOVÉ SKUPINY

<i>Věkové období</i>	<i>Srdeční frekvence v bdělém stavu (za minutu)</i>	<i>Srdeční frekvence ve spánku (za minutu)</i>
Novorozenec	100–180	80–160
Kojeneček	100–160	75–160
Batole	80–110	60–90
Předškolák	70–110	60–90
Školák	65–110	60–90
Dospívající	60–90	50–90

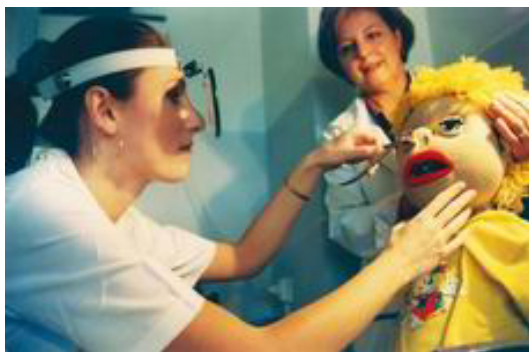
Zdroj: (Sedlářová, 2008, s. 38)

PŘÍLOHA 9: PARAMETRY KREVNIHO TLAKU PRO JEDNOTLIVÉ VĚKOVÉ SKUPINY

<i>Věkové období</i>	<i>Systolický tlak (mm Hg)</i>	<i>Diastolický tlak (mm Hg)</i>
Novorozenec (12 hod., < 1000 g)	39–59	16–36
Novorozenec (12 hod., 3 kg)	50–70	25–45
Novorozenec (96 hod.)	60–90	20–60
Kojenec	87–105	53–66
Batole	95–105	53–66
Školák	97–112	57–71
Dospívající	112–128	66–80

Zdroj: (Sedlářová, 2008, s. 39)

PŘÍLOHA 10: PŘÍPRAVA DÍTĚTE PŘED ZÁKROKY A VYŠEŘENÍMI



Zdroj: (ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA: při zdravotnických zařízení Kraje Vysočina. [online]. 2007 cit. 2015. 04.03)

PŘÍLOHA 11: PILOTNÍ ŠETŘENÍ

1) Vaše dítě je hospitalizováno kde?

Varianta odpovědi	Absolutní čet. [n]	Relativní čet. [%]	Absolutní čet. [n]	Relativní čet. [%]
a) na kojeneckém oddělení, tedy do 3let věku dítěte	5	100%	0	0%
b) na oddělení větších dětí, tedy od 3 let do 19 let věku dítěte	0	0%	5	100%
Celkem	5	100%	5	100%

2) Jaký máte vztah k doprovázenému dětskému pacientovi?

Varianta odpovědi	Kojenecké oddělení		Oddělení větších dětí	
	Absolutní čet. [n]	Relativní čet. [%]	Absolutní čet. [n]	Relativní čet. [%]
a) rodič	5	100%	4	80%
b) sourozenec	0	0%	0	0%
c) prarodič	0	0%	1	20%
d) jiná osoba (doplňte)	0	0%	0	0%
Celkem	5	100%	5	100%

3) V čem si myslíte, že spočívá vaše nejčastější poskytování péče, kterou dáváte vašemu nemocnému dítěti?

Varianta odpovědi	Kojenecké oddělení		Oddělení větších dětí	
	Absolutní čet. [n]	Relativní čet. [%]	Absolutní čet. [n]	Relativní čet. [%]
a) hygiena	2	40%	1	20%
b) kmení	2	40%	1	20%
c) vyprazdňování (přebalování dítěte, vysazování dítěte na nočník či WC)	1	20%	0	0%
d) denní aktivity (koníčky oblíbená hra, pohybový režim dítěte)	0	0%	0	0%
e) oblékání dítěte	0	0%	0	0%
f) podpora snížení strachu a obav z cizího prostředí	0	0%	3	60%
Celkem	5	100%	5	100%

4) Domníváte se, že jako doprovod dítěte při hospitalizaci na oddělení můžete svou přítomností pozitivně ovlivnit průběh péče o vaše nemocné dítě?

Varianta odpovědi	Kojenecké oddělení		Oddělení větších dětí	
	Absolutní čet. [n]	Relativní čet. [%]	Absolutní čet. [n]	Relativní čet. [%]
a) ano	5	100%	3	60%
b) ne	0	0%	0	0%
c) nevím	0	0%	2	40%
Celkem	5	100%	5	100%

5) Zapojujete se do péče o vaše dítě spontánně nebo až na výzvu sester?

Varianta odpovědi	Kojenecké oddělení		Oddělení větších dětí	
	Absolutní čet. [n]	Relativní čet. [%]	Absolutní čet. [n]	Relativní čet. [%]
a) vždy se do péče aktivně sám/a zapojuji	4	80%	2	40%
b) do péče se zapojuji po konzultaci se sestrou	1	20%	0	0%
c) do péče se zpravidla zapojuji až po výzvě sestrou.	0	0%	0	0%
d) nezapojuji se do péče	0	0%	3	60%
Celkem	5	100%	5	100%

6) Pokud se zapojujete do péče o vaše dítě, po jakou dobu to je?

Varianta odpovědi	Kojenecké oddělení		Oddělení větších dětí	
	Absolutní čet. [n]	Relativní čet. [%]	Absolutní čet. [n]	Relativní čet. [%]
a) po celou dobu hospitalizace dítěte	4	80%	2	40%
b) minimálně na 2/3 doby hospitalizace dítěte	1	20%	0	0%
c) minimálně na 1/2 doby hospitalizace dítěte	0	0%	0	0%
d) alespoň na 1/3 doby hospitalizace dítěte	0	0%	0	0%
e) nezapojuji se	0	0%	3	60%
Celkem	5	100%	5	100%

7) Pokud Vám některé okolnosti zabraňují zapojení se do péče po celou dobu hospitalizace vašeho dítěte, jaké to nejčastěji jsou?

Varianta odpovědi	Kojenecké oddělení		Oddělení větších dětí	
	Absolutní čet. [n]	Relativní čet. [%]	Absolutní čet. [n]	Relativní čet. [%]
a) práce, zaměstnání	0	0	2	40%
b) péče o další nezletilé dítě péče o rodinu	0	0	1	20%
c) nezájem zdravotnického personálu o spolupráci na péči	0	0	0	0%
d) jiný (doplňte)	0	0	0	0%
e) nevím	5	100%	2	40%
Celkem	5	100%	5	100%

Zdroj: (vlastní)

PŘÍLOHA 12: DOTAZNÍK

Vážená paní, Vážený pane,

v současné době je pro účely vypracování bakalářské práce prováděn průzkum práce na téma „*Doprovod dětských pacientů a jeho význam v průběhu hospitalizace*“. Výsledkem tohoto průzkumu by mělo být zejména zjištění, do jaké míry doprovod dětských pacientů ovlivňuje průběh hospitalizace dětských pacientů.

Ujišťuji Vás, že celý průzkum je naprosto anonymní a Vaše konkrétní stanoviska nebudou zveřejňována. Za Váš čas strávený nad vyplněním dotazníku Vám předem děkuji.

Ilona Čermáková

studentka 3. ročníku

oboru Všeobecná sestra

Technické univerzity v Liberci

1) Jste:

- a) muž
- b) žena

2) Vaše dítě je hospitalizované kde?

- a) na kojenecké oddělení, tedy do 3let věku dítěte
- b) na oddělení větších dětí, tedy od 3 let do 19 let věku dítěte

3) Pokolikrát jste hospitalizováni s vaším dítětem v našem zařízení?

- a) poprvé
- b) podruhé
- c) potřetí
- d) více jak počtvrté

4) Jaký máte vztah k doprovázenému dětskému pacientovi?

- a) rodič
- b) sourozenec
- c) prarodič
- d) jiná osoba (doplňte)

5) V čem si myslíte, že spočívá vaše nejčastější poskytování péče, kterou dáváte vašemu nemocnému dítěti?

- a) hygiena
 - b) krmení
 - c) vyprazdňování (přebalování dítěte, vysazování dítěte na nočník či WC)
 - d) denní aktivity (koníčky oblíbená hra, pohybový režim dítěte)
 - e) oblékání dítěte
 - f) podpora snížení strachu a obav z cizího prostředí
- 6) Domníváte se, že jako doprovod dítěte při hospitalizaci na oddělení můžete svou přítomností pozitivně ovlivnit průběh péče o vaše nemocné dítě?
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
- 7) Zapojujete se do péče o vaše dítě spontánně nebo až na výzvu sester?
- a) vždy se do péče aktivně sám/a zapojuji
 - b) do péče se zapojuji po konzultaci se sestrou
 - c) do péče se zpravidla zapojuji až po výzvě sestrou.
 - d) nezapojuji se do péče
- 8) Pokud se zapojujete do péče o vaše dítě, po jakou dobu to je?
- a) po celou dobu hospitalizace dítěte
 - b) minimálně na 2/3 doby hospitalizace dítěte
 - c) minimálně na 1/2 doby hospitalizace dítěte
 - d) alespoň na 1/3 doby hospitalizace dítěte
 - e) nezapojuji se
- 9) Pokud Vám některé okolnosti zabraňují zapojení se do péče po celou dobu hospitalizace vašeho dítěte, jaké to nejčastěji jsou?
- a) práce, zaměstnání
 - b) péče o další nezletilé dítě
 - c) péče o rodinu
 - d) nezájem zdravotnického personálu o spolupráci na péči
 - e) jiný (doplňte)
 - f) nevím
- 10) Všimáte si a jste seznámeni s prací sester pracujících na dětském oddělení?
- a) ano
 - b) ne

c) nevím

11) Spolupracujete se sestrami na dětském oddělení?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

12) Vyhovuje Vám spolupráce se sestrami, které pracují na dětském oddělení?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

13) Je podle Vás spolupráce se sestrami přínosem pro Vás?

- a) ano, naučím se lépe pečovat o své nemocné dítě
- b) ne, není pro mě přínosem
- c) nevím

14) Myslíte si, že je přínosná Vaše spolupráce se sestrami pro Vámi doprovázené dítě?

- a) ano, upevňuji tak vztah se sestrou i s dítětem
- b) ano, na základě mé spolupráce, pacient získává důvěru ke zdravotnickému personálu
- c) ne, není přínosná
- d) nevím

15) Měl/a jste možnost být přítomen/a u ošetrovatelského výkonu, zvláště byl-li výkon spojen s bolestí (převaz, odběr krve, podávání léků)?

- a) ano, bylo mi to umožněno, tuto možnost jsem využil/a
- b) ano, ale této nabídky jsem nevyužil/a
- c) ne, tuto možnost jsem neměl/a

16) Co Vám nejvíce nevyhovuje na spolupráci se sestrami pracujícími na dětském oddělení?

- a) nedostatečná komunikace s dítětem a jeho doprovodem
- b) neprofesionální přístup k dítěti
- c) dávání najevo vlastní nadřazenost nad dítětem a doprovodem
- d) nesrozumitelné vysvětlení ošetrovatelských postupů pacientovi/doprovodu
- e) jiná skutečnost (doplňte).....
- f) nemám žádné výhrady

17) Líbí se Vám prostředí dětského oddělení, na které doprovázíte své dítě?

- a) ano, líbí
- b) ne, nelíbí

18) Líbí se Vám barva pokojů, chodby a sociálních zařízení?

- a) ano, líbí se mi
- b) ne, nelíbí se mi
- c) nevím

19) Co Vám, pro Váš komfort, nejvíce na oddělení chybí?

- a) knihovna s dětskou literaturou
- b) rychlý internet
- c) kuchyňka pro přípravu vlastních pokrmů
- d) doplňte

20) Jsou podle Vás vhodně vybaveny pokoje na dětském oddělení?

- a) ano, jsou
- b) ne, nejsou
- c) nedokážu posoudit

21) Jak hodnotíte celkovou péči (servis, která Vám byla poskytnuta?)

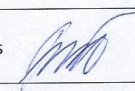
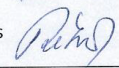
- a) výborně
- b) velmi dobře
- c) dobře
- d) dostatečně
- e) nedostatečně

Zdroj: (vlastní)

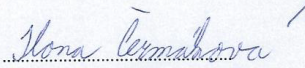
PŘÍLOHA 13: PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	Čermáková Ilona	
Studijní obor	Osobní číslo studenta	Ročník
Všeobecná sestra	713100169	III.
Téma práce	Doprovod dětských pacientů a jeho význam v průběhu hospitalizace	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o., Pediatrice lůžková část	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Marie Fronková	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	26. 3. 2015 podpis 
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	30. 3. 2015 podpis 
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	1. 4. 2015 podpis Jana Jirů vrchní sestra - pediatrie
Datum zahájení výzkumu	1. 4. 2015	
Datum ukončení výzkumu	15. 4. 2015	
Počet oslovených respondentů (personálu)		
Počet oslovených respondentů (klientů)	100	
Poznámka:		

V Liberci dne 26. 3. 2015



podpis studenta



PŘÍLOHA 14: ŽÁDOST

Dobrý den Mgr. Řehořová,

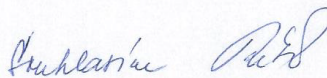
jmenuji se Ilona Čermáková, pracuji na oddělení Pediatrie, jako zdravotní asistent a současně studuji obor Všeobecná sestra, kombinovanou formou studia na Technické univerzitě v Liberci. V rámci bakalářské práce se zabývám doprovodem dětských pacientů a jeho významem v průběhu hospitalizace. Výstupem této práce má být brožura, která by se nazývala: „Průvodce pediatrickým oddělením Nemocnice Jablonec nad Nisou, p. o.“. Cílem je zvýšit informovanost doprovodů, a dětských pacientů a zároveň umožnit přístup k informacím každému.

Žádost

Tím to bych, chtěla požádat vedení nemocnice o svolení k použití fotografií a textu z webových stránek Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o.

Informace a fotografie o pediatrickém oddělení, budou s Vaším svolením použity na vytvoření brožury, která bude v tištěné podobě interpretována.

Děkuji za kladné vyřízení žádosti,
s pozdravem a přáním hezkého dne Ilona Čermáková.



Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o.
Mgr. Jitka Řehořová, MBA
náměstek pro ošetrovatelskou péči
Nemocniční 15, 466 00 Jablonec nad Nisou

n. Jablonec n. 1. 15. 4. 2011

PŘÍLOHA 15: PRŮVODCE PEDIATRICKÝM ODDĚLENÍM NEMOCNICE JABLONEC NAD NISOU P. O.

Průvodce pediatrickým oddělením Nemocnice Jablonec nad Nisou P. O.



Zdroj: <http://www.nemjbc.cz/>

Průvodce pediatrickým oddělením slouží především pro samotné rodiče. Cílem je zvýšit informovanost rodičů a dětských pacientů a zároveň umožnit přístup informacím každému.

Pediatrické oddělení

Jak se k nám dostanete?

pavilon C2, 1. patro, jděte po **ŽLUTÉ**



Zdroj: <http://www.nemjbc.cz/>

Spektrum péče

Oddělení pediatrie se podílí významným způsobem na poskytování zdravotní péče dětem a


adolescentům z celého okresu Jablonec nad Nisou. Ve své ambulantní a lůžkové části zabezpečuje odbornou diagnostickou, terapeutickou a konziliární péči. Na novorozeneckém, kojeneckém oddělení a oddělení batolat jsou podmínky pro rooming-in, tedy společný pobyt dítěte s matkou. Jak v diagnostickém, tak terapeutickém přístupu k dětským pacientům je dáována přednost k péči ambulantní. Pokud je pacient přijat na lůžkové oddělení, je snaha o co nejkratší pobyt. Toho lze dosáhnout i optimální koordinací diagnostických postupů a přesným naplánováním terapie. Oddělení pediatrie je určeno pro děti od narození do 19 let, lůžková část je rozdělena na oddělení novorozenecké, kojenecké, oddělení větších dětí a JIP pediatrie. Součástí pediatrie je i složka ambulantní, která zajišťuje specializovanou péči v oblasti dětské kardiologie a endokrinologie. Ambulance dětské gastroenterologie a nefrologie poskytuje specializovanou péči pro celý Liberecký kraj.

Primář [MUDr. Petr Rota](#) tel.: 483 345 617

Vrchní sestra [Jana Jírů](#) tel.: 483 345 639

Ambulance a poradny

Jak se k nám dostanete?

pavilon C2, 1. patro, jděte po **ŽLUTÉ** 

Do ambulance je třeba se předem objednat. S sebou je nutné mít doporučení od praktického dětského lékaře.

Kardiologie

V ambulanci pečujeme o děti s vrozenými srdečními vadami, poruchami srdečního rytmu, kontrolujeme děti s primární hypertenzí. Diagnostikujeme a sledujeme pacienty se srdečním onemocněním - záněty srdečního svalu, osrdečníku a nitroblány srdeční. Provádíme konsiliární vyšetření pro novorozenecké oddělení a pro další oddělení naší nemocnice. Ambulance je součástí celorepublikového systému péče o děti s vrozenými a získanými srdečními vadami.

11.1.1 Ordinační hodiny

Pondělí - Pátek 7:00 - 15:00 hodin dle pozvání k vyšetření MUDr. Stanislav Jůna

Telefon: 483 345 630

Gastroenterologie

Podrobně vyšetřuje děti s poruchami výživy, opakovanými bolestmi břicha, nespecifickými záněty střev, chorobami jater, žlučových cest a slinivky. Provádí komplexní ultrazvukové

vyšetření a endoskopická vyšetření zažívacího ústrojí včetně extrakcí cizích těles v gastrointestinálním traktu (trávicí soustavě), endoskopické enterobiopsie, v rámci endoskopického oddělení endoskopickou ultrasonografií, 24 hod. pH metrií, rektální manometrií, endoskopická retrogradní cholangiopankreatikografie od 10 let věku dítěte.

Ordinační hodiny

Úterý 8:45 - 11:00 hodin
MUDr. Pavel Šochman
Čtvrtek 8:45 - 11:00 hodin

Telefon: 483 345 623

Nefrologie

Ordinace má v péči dětské pacienty s onemocněním ledvin, močových cest, funkčním postižením močových cest. Provádí vyšetření pomocí ultrasonografie, základní urodynamické vyšetření (uroflowmetrie, plnicí cystometrie, profilometrie), rehabilitace, biofeedback. Úspěšně se rozvíjí spolupráce s klinikou dětské urologie v Praze, která zabezpečuje 1x měsíčně ambulantní vyšetření pro tento region svými lékaři v naší ambulanci.

11.1.2 Ordinační hodiny

Pondělí 7:00 - 15:00 hodin
prim. MUDr. Petr Rota
Středa 9:00 - 15:00 hodin

Telefon: 483 345 615

Endokrinologie

Má v péči děti s poruchou činnosti štítné žlázy, s poruchami růstu, dětské diabetiky a jiné.

Ordinační hodiny

Úterý 9:00 - 11:30, 13:00 - 15:00 hodin MUDr. Miroslav Adam

Telefon: 483 345 615

Dětská urologie

Ordinační hodiny

Pátek 8:00–15:00 hodin pouze dle objednání MUDr. doc. Kočvara, CSc.

Tel.: 483 345 615

Funkční vyšetření plic

Jak se k nám dostanete?

pavilon C2, 1. patro, jděte po  (zvoňte na lůžkové oddělení)

Ordinační hodiny

Úterý - Čtvrtek dle objednání MUDr. Miroslav Adam

Telefon: 483 345 638

Urodynamika

Jak se k nám dostanete?

přízemí, chodba k pavilonu B, vedle urologické ambulance, jděte po 


Ordinační hodiny

Úterý 14:30 - 15:30 hodin - dle objednání prim. MUDr. Petr Rota

Telefon: 483 345 615

Biofeedback

Jak se k nám dostanete?

přízemí, chodba k pavilonu B, jděte po 

Ordinační hodiny

Úterý 14:30 - 15:30 hodin - dle objednání sestra Jana Dvořáková

Telefon: 483 345 615

Hospitalizace

Na oddělení větších dětí může rodič s dítětem zůstat celý den tedy od 8:00 – 20:00. Pokud rodič chce s dítětem zůstat i přes noc je tu možnost přistýlky, která se uloží vedle lůžka samotného dítěte. Tato možnost pobytu je hrazena pojišťovnou pouze do 6 let věku dítěte, po té si rodiče musí pobyt hradit sami. Návštěvy na oddělení větších dětí pro ostatní rodinné příslušníky a kamarády jsou denně 14:30 - 17:00 hodin. Na kojeneckém oddělení má maminka nebo tatínek možnost celodenního pobytu se svým dítětem. Návštěvy na nadstandardních pokojích jsou denně 8:00 - 20:00 hodin.

Děti hospitalizované v naší nemocnici potřebují

- pyžamo, event. župan, obuv na přezutí, ponožky

- hygienické potřeby (mýdlo, ručník, žínku, hřeben, kartáček a pastu na zuby, šampon)
- toaletní papír, papírové kapesníky
- pro kojence vlhčené ubrousky na zadeček, event. jednorázové pleny
- příbor
- pro školáky základní učebnice
- dlouhodobě používané léky

Potřeby pro doprovod hospitalizovaných dětí

- hygienické potřeby, toaletní papír
- příbor



Zdroj: <http://www.nemjbc.cz/>

Rady rodičům při hospitalizaci dítěte

- **Děti jsou rády, mají-li s sebou něco z domova** např. knihu, audiokazetu, oblíbenou hračku, hru. Osvědčily se 2-3 rodinné fotografie jako pojítka s rodinou.
- **Děti čekají každý den návštěvu.** Je nejlepší, když dítě navštíví jeden až dva dospělí a po určité době se vystřídají s dalšími příbuznými či přáteli. Dítě není na pokoji samo, když ostatní děti mají návštěvy. Návštěvní doba je od 14:30 do 17:00 denně. Pro menší děti je velmi důležitý polední klid (12:00–14:00 hodin), kdy usínají.
- **Dítě by o svých problémech či nemoci mělo být informováno od rodičů, který je samozřejmě s touto problematikou dopředu dobře seznámen od samotného lékaře.** Kdo zná vaše dítě lépe než vy? Kdo ho umí nejlépe zbavit strachu a navodit pocit bezpečí a klidu i při nepříjemných úkonech? Informace by měla být přiměřená věku. Říkejte pravdu přijatelným způsobem. Nezatajujte před dětmi, že je čekají vyšetření, která mohou být i nepříjemná. Zeptejte se lékaře, a pak dítě informujte, na jak dlouhou dobu v nemocnici bude.

- **Dítě má k dispozici každý všední den školu a školku.** Od 8:00 do 15:30 hodin se dětem věnují dvě učitelky, které s dětmi kreslí, tvoří, vystřihují, zpívají. Vybavení k těmto činnostem je zabezpečeno.
- **Děti pokračují ve vzdělávání.** S nástupem na hospitalizaci vybavte své dítě základními školními potřebami: penálem, učebnicí ČJ, M, AJ nebo NJ, jedním sešitem. Bude-li dítě v nemocnici déle než týden, je dobré spolupracovat s třídním učitelem a v nemocnici pak předat instrukce kmenové školy tak, aby zde učitelka mohla přímo pokračovat ve výuce.
- **Malé děti bývají často lítostivé.** Maminky i tatínkové mají možnost být s dítětem, po dohodě s lékařem a sestrou, na pokoji celý den. Pokud to kapacita dětského oddělení a vybavení umožňuje, je možná i hospitalizace jednoho z rodičů po celou dobu pobytu dítěte. Rodič zná své dítě nejlépe, a proto právě on musí usoudit, za dítě hospitalizaci zvládne bez jeho přítomnosti 24 hodin denně nebo ne.



Zdroj: <http://www.nemjbc.cz/>

Lůžkové oddělení

Telefon: 483 345 638, 483 345 620

Oddělení disponuje 37 lůžky, z nichž kojenecké oddělení a oddělení větších dětí má 21 lůžek, JIP 3 lůžka a novorozenecké oddělení 13 lůžek.



Zdroj: <http://www.nemjbc.cz/>

Oddělení kojenců

Uspořádání oddělení umožňuje přijímat spolu s dětmi (zejména nižších věkových skupin) i maminku či jiného rodinného příslušníka. Rodiče mají možnost využít ubytování na samostatných nadstandardních pokojích. Přednostně jsou přijímány kojící maminky. Na oddělení se léčí děti od narození do 3 let, nejčastěji s akutním onemocněním dýchacích cest, zažívacích a močových cest. Zvláštní skupinu tvoří děti s otravami a úrazy.



Zdroj: <http://www.nemjbc.cz/>

Oddělení větších dětí

I na tomto oddělení mají rodiče právo zůstat se svým dítětem po dobu 24hodin denně. Nic méně k dispozici mají přistýlku, která se do 6 let věku dítěte nemusí hradit, jelikož je pobyt rodiče uhrazen pojišťovnou. Nad 6 let věku dítěte si rodiče hradí pobyt sami, takže je pouze na jejich uvážení, jestli jejich dítě zvládne pobyt samo. Samozřejmě rodiče mají nárok na nadstandartní pokoj, který si hradí sami. Oddělení poskytuje péči akutně nemocným dětem nevyžadujícím intenzivní péči, vyšetření dětí s onemocněním ledvin, trávicího traktu a poruchami výživy, hypertenzí, s chronickým respiračním onemocněním, s diabetem. Na léčbě a diagnostice se podílí též dětský kardiolog, neurolog, oftalmolog, lékař ORL, chirurg, ortoped, dětský psycholog, samozřejmě součástí je rehabilitace.



Zdroj: <http://www.nemjbc.cz/>

Jednotka intenzivní péče (JIP)

Disponuje 3 lůžky kompletně vybavenými pro intenzivní péči včetně výhřevného lůžka pro novorozence. Zajišťuje v celém rozsahu péči dětem bezprostředně ohroženým na životě ve spolupráci se všemi odbornými konziliáři.



Zdroj: <http://www.nemjbc.cz/>

Na tomto oddělení mohou rodiče sedět vedle svého dítěte od 8:00 do 20:00 po individuální domluvě, a pokud to stav nemocného dítěte dovolí i déle. Možnost ubytování zde společně s dítětem není. Rodiče, ale můžeme uložit na jiný pokoj a k dítěti si může docházet i v noci. Samozřejmě vše se děje s ohledem na další dětské pacienty, kteří nechtějí být v noci rušeni.

ZŠ a MŠ v nemocnici

Základní a mateřská škola funguje při dětském oddělení Nemocnice Jablonec nad Nisou. Dětem ve věku 3 - 19 let se věnuje učitelka základní školy a učitelka mateřské školy.

Základní škola: Mgr. Blanka Koutová - učitelka

Mateřská škola: Eva Drahoňovská - učitelka

Telefony:

Herna na oddělení: 483 345 644 (Po - Pá 8:00 - 15:30 hodin)

Kancelář: 483 345 646 nemskola@email.cz

Další informace: www.ditevnemocnici.poradnazdarma.cz



Zdroj: <http://www.nemjbc.cz/>

Základní škola

Všechny školní děti, které nemusí zůstat na lůžku, tráví dopoledne v herně nad učení. Pokračují ve výuce v českém jazyce, matematice a v cizím jazyce. Proto je nejlepší, když si děti s příchodem do nemocnice přinesou svoje učebnice, 1 sešit a penál. Škola nabízí pomoc i hospitalizovaným středoškolákům.



Zdroj: <http://www.nemjbc.cz/>

Škola při nemocnici plní dvojí funkci:

Jako škola udržuje kontinuitu vzdělávacího procesu. Představuje svébytnou součást terapie, psychologické působení výrazně individualizovaného typu, které poskytuje žákům důležitou podporu, pomáhá naplnit jejich volný čas a odvést jejich pozornost od nemoci k učení, ke hře i zábavě. Zřizování škol v nemocnici je třeba považovat za plnění závazku státu, který ukládá občanům povinnou školní docházku, vůči žákům. Z **Úmluvy o právech dítěte** vyplývá, že smluvní strany uznávají právo dítěte na vzdělávání a "**činí základní vzdělávání povinným a bezplatně dostupným pro všechny**". Věková skladba dětí je různorodá, učí se vzájemné toleranci a přizpůsobivosti. Odpoledne mohou i školní děti přijít do herny, kde je možnost využít počítač s připojením na internet, stavět z lega, sestavovat puzzle, hrát hry nebo si hrát společně s mladšími dětmi.

Mateřská škola

Dětem ve věku 3-6 let se věnuje učitelka MŠ od 9.30 do 15.30 hodin. Nově je škola povinná vyžadovat od rodičů či zákonných zástupců dítěte informovaný souhlas k jakékoli práci s dítětem. Prosíme tedy rodiče, aby dali informovaný souhlas. Ten je součástí vstupního dotazníku, který rodiče vyplňují při příjmu.

Děti poslouchají nejraději pohádku, kterou jim čte dospělý. Kazeta ani CD přímý kontakt nenahradí.

MŠ je velice hezky vybavena nejen hračkami, stavebnicemi, legem a knížkami, ale také různorodým materiálem pro výtvarnou a pracovní výchovu. Děti jsou spokojené, mohou-li malovat, vystřihovat, nalepovat či libovolně tvořit. Však také spotřeba rozličného materiálu je veliká. Proto mateřská škola velice vítá případné drobné příspěvky odřezků papíru, látek atp.

Nejen děti předškolní, ale i ty trochu větší velice rády tvoří. Nevyčerpatelnou studnici nápadů dodává paní učitelka mateřské školy odpoledne všem zájemcům, děvčatům, chlapcům, sedmiletým i sedmnáctiletým.



Zdroj: <http://www.nemjbc.cz/>

Paní učitelka MŠ Eva Drahoňovská při pracovní výchově. Někdo je samostatný, jinému se musí trošku pomoci.

Děti ležící mají prostor pro hraní a pro tvoření poněkud omezený, přesto se snažíme, aby to co nejméně pociťovaly. Na každém pokoji dětského oddělení je barevná televize se čtyřmi programy, u starších děvčat a chlapců přidala škola i hi-fi věž. Menším dětem nosíme přehrávač podle příležitosti na pokoj. Děti si pak mohou vybrat svou oblíbenou pohádku či písničku nebo si od rodičů nechají přinést své. Vytvořit dětem příjemné prostředí je pro nás to hlavní a nejlepším uznáním je to, když se občas stává, že se dětem ani nechce domů. Poslední den, kdy se s dětmi loučíme, nám děti píší do našeho památníčku své dojmy a pocity, trápení, ale i to, co je při pobytu v nemocnici překvapilo. My se na oplátku těšíme, co nám napíší. A mnohdy se i poučíme.



Zdroj: <http://www.nemjbc.cz/>

Zpestřením pobytu v nemocnici bývá pravidelné zpívání s kytarou. Často se sejdou opravdu dobří zpěváci a hudebníci. Pro děti, které se učí v ZUŠ hrát na klavír, zde máme nové klávesy. A tak se hraje a zpívá, buď s kytarou nebo s doprovodem kláves. Oblíbené jsou lidové písničky a písně "Není nutno" Zdeňka Svěráka a "Tři čuníci" Jarka Nohavici

Pediatrické oddělení

Služba	Cena včetně DPH
Doprovod dítěte do 6 let věku	hrazen zdravotní pojišťovnou
Doprovod dítěte nad 6 let věku	350,- Kč/den
EKG vyšetření (v případě vyžádané péče nehrazené zdravotní pojišťovnou)	150 Kč/1 vyšetření
Kopie EKG záznamu	70 Kč/1 kopie

Ubytování matky s dítětem (doprovod) na nadstandardním pokoji

Cena za jednolůžkový pokoj *	300,- Kč/den
Cena za dvoulůžkový pokoj *	200,- Kč/den

** ubytování pacienta na nadstandardním pokoji poskytnuto při hospitalizaci, která měla léčebný cíl (nebo cíl chránící lidské zdraví) je od DPH osvobozeno. V případě hospitalizace z jiného důvodu bude služba zdaněna sníženou sazbou daně (tj. cena pokoje bude navýšená o sníženou sazbu DPH dle platné legislativy).*

	Celkem:
Doprovod dalšího rodinného příslušníka	500,- Kč
Z toho stravné:	250,- Kč
Z toho ubytování:	250,- Kč
Administrativní úkony na žádost pacienta	220,- Kč
Administrativní úkony na žádost pacienta spojené s vyšetřením lékaře	200,- Kč

Charta práv dítěte

Jako jsou práva hospitalizovaných pacientů, mají i děti Chartu práv dětí v nemocnici.

1. Děti mají být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení.
2. Děti v nemocnici mají vždy právo mít u sebe své rodiče nebo jejich zástupce a sourozence.
3. Tam, kde je to možné, by se mělo rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Pro rodiče by to nemělo být finanční zátěží a neměli by trpět ztrátou výdělku. 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.
4. Děti a rodiče mají právo být informováni způsobem odpovídajícím věku a úrovni chápání. Měla by být učiněna opatření ke zmírnění fyzického a emočního stresu.
5. Děti a rodiče mají právo na informovanou účast ve všech rozhodnutích týkajících se péče o ně. Každé dítě má být chráněno před zbytečnou léčbou a výzkumem.
6. Děti mají být ošetřovány spolu s dětmi, se kterými mají stejné vývojové potřeby a nemají být přijímány na oddělení dospělých. Pro návštěvníky dětských oddělení by neměla platit žádná omezení, pokud se týká věku.
7. Děti mají mít veškeré podmínky ke hře a odpočinku a vyučování vhodnému pro jejich věk a stav a mají být v účelném, nábytkem vybaveném a stimulujícím prostředí, které má být vybaveno v souladu s jejich potřebami.
8. O děti má pečovat personál, jehož vzdělání a zkušenosti mu umožňují reagovat na fyzické, emoční a vývojové potřeby dětí a jejich rodin.
9. Kontinuita péče by měla být zajišťována týmem pečujícím o děti.
10. S dětmi má být zacházeno s taktem a pochopením a jejich soukromí má být vždy respektováno

Zdroj: (NEMOCNICE JABLONEC NAD NISOU, p. o.: Pediatrické oddělení [online]. 2000. cit. 2014.12.02)



Zdroj: <http://www.nemjbc.cz/>

Na příjemnou spolupráci a společnou péči o Vaše dítě se těší lékaři, sestřičky a pomocný zdravotnický personál.