

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Problematika hospitalizace dítěte na dětském oddělení s rodiči

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce:
Mgr. Alena Machová

Autor:
Lucie Žáková

2008

Abstract

I chose the topic of my thesis-the problems of child's hospitalization with parents at children's ward, because ill children and in hospital should not stay alone. The care should be focused on their psychic and also on their parents who are afraid and worried about their child.

In the theoretical part of my work the branch paediatrics is mentioned first, followed partly by history of children medicine and nursing. Contemporary system of children's care is described and developmental periods of children are mentioned in short. Then concepts like health, illness, coping with illness in different age periods continue. Further chapters are devoted to the family of ill child, preparation for hospitalization and nursing process in child at the ward.

Practical part is focused on parent's and nurses' opinion on the problems, their opinions whether they prefer hospitalization together with parent or just short-time visits of a child who is hospitalized.

The data were investigated with the help of two kinds of questionnaires. The first one was established for nurses working at the ward, the other one was for parents or company of hospitalized children.

It was found out that Hypothesis I: "Parents prefer hospitalization with the child" was confirmed. But Hypothesis II: "Nurses prefer in child's hospitalization just short visits of parents" was not confirmed because nurses prefer common hospitalization of parents and their children to short-time visits.

The results of this thesis can be used both by children stations and other people who are interested in the problems.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Problematika hospitalizace dítěte na dětském oddělení s rodiči“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích 9.5.2008

.....

Poděkování

Touto cestou bych ráda upřímně poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Aleně Machové za cenné rady, připomínky a ochotu při zpracování mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat také své rodině za všestrannou podporu během celého studia.

Obsah

Úvod.....	3
1. Současný stav.....	4
1.1 <i>Pediatric</i>	4
1.2 <i>Historie dětského lékařství a ošetrovatelství</i>	5
1.3 <i>Současný systém péče o dítě</i>	7
1.4 <i>Vývojová období dětského věku</i>	9
1.4.1 <i>Novorozenecké období</i>	9
1.4.2 <i>Kojenecké období</i>	10
1.4.3 <i>Batolecí období</i>	11
1.4.4 <i>Předškolní věk</i>	12
1.4.5 <i>Školní věk</i>	13
1.4.6 <i>Adolescence</i>	15
1.5 <i>Pojetí zdraví a nemoci</i>	16
1.5.1 <i>Onemocnění a individualita dítěte</i>	18
1.5.1.1 <i>Zvládání nemoci v kojeneckém, batolecím a předškolním věku</i>	19
1.5.1.2 <i>Zvládání nemoci ve školním věku, v pubertě a adolescenci</i>	20
1.6 <i>Rodina nemocného dítěte</i>	21
1.7 <i>Ošetrovatelský proces u hospitalizovaného dítěte</i>	22
1.7.1 <i>Příprava dítěte na hospitalizaci</i>	24
1.7.2 <i>Přítomnost rodičů v nemocnici</i>	25
1.7.3 <i>Komunikace s nemocným dítětem</i>	27
1.7.4 <i>Hra</i>	28
1.7.5 <i>Zvláštnosti přístupu k dětskému pacientovi</i>	29
1.8 <i>Sestra na dětském oddělení, její práce a poslání</i>	30
2. Cíl práce a hypotézy.....	32
2.1 <i>Cíl</i>	32
2.2 <i>Hypotézy</i>	32

3. Metodika	33
3.1 Použitá metodika.....	33
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	34
4. Výsledky	35
4.1 Výsledky šetření u rodičů a doprovodu dětí.....	35
4.2 Výsledky šetření u sester.....	54
5. Diskuse	72
6. Závěr	82
7. Seznam použité literatury	84
8. Klíčová slova	87
9. Přílohy	88

ÚVOD

Přijetí do nemocnice, jiným slovem hospitalizace, patří mezi náročné životní období. Je to zatěžující situace, která otřese dospělým člověkem, a s dítětem mnohokrát více. Hospitalizace dítěte je ale náročná nejen pro samotné dítě, ale také pro jeho celou rodinu, kdy s příchodem nemoci dochází k mnoha změnám. A pokud musí být dítě přijato do nemocnice, jsou tyto změny velice radikální. Dítě je náhle v jiném prostředí, mezi cizími lidmi a jeho dosavadní režim se mu od základu mění (35).

Jen málo rodičů se vyhne tomu, aby se nemuseli starat o své nemocné dítě. A záleží na mnoha faktorech, jak celá tato náročná situace v životě proběhne. Rodiče přijdou s dítětem do nemocnice, do neznámého prostředí, plní úzkosti a obav. A ať chtějí nebo ne, dítě jejich pocity vnímá. Záleží hodně na samotné osobnosti dítěte, ale také na jeho věku, výchově rodičů a na tom, zda rodiče měli možnost dítě připravit, či nikoliv. Na přípravě se mohou podílet sestry jak u praktického lékaře, tak i sestry na dětské ambulanci nebo na oddělení. Dnes zatím ještě málo známou osobou, která se na této důležité činnosti může podílet, je herní specialista, který nejen vyplňuje volný čas dětí v nemocnici, ale také jim pomáhá v jejich přípravě na různé výkony. Tvoří spojení mezi zdravotníky a rodiči a je zde pro ně hlavně lidský. Hodně také záleží na věku dítěte, ale přítomnost jednoho z rodičů je pro hospitalizované dítě obrovským přínosem. Zmírňuje se nepříznivé působení neznámého prostředí na psychiku dítěte a dítě se s pocity bezpečí a jistoty může rychleji uzdravovat (21,7).

Téma bakalářské práce - Problematika hospitalizace dítěte na dětském oddělení s rodiči - jsem si vybrala, z toho důvodu, že děti nemocné a v nemocnici by neměly zůstat samy a péče by měla být směřována i na jejich psychickou stránku a také na jejich rodiče, kteří jsou plní strachu, obav a starostí o své dítě.

1. Současný stav

1.1 Pediatrie

Slovo pediatrie je složeno z termínu pais – dítě a iatreiá – léčení. Pediatrie (dětské lékařství) je základním lékařským oborem, který se zabývá péčí o zdraví kojenců, dětí a mladistvých a jejich vývojem až do dospělosti. Pediatrie je obor, který se začal postupně vyvíjet z oborů interny, porodnictví, veřejného zdravotnictví, sociálního zařízení a dalších oborů, především od konce 18. století (27,10,31).

Lékař, zabývající se péčí o děti, se nazývá pediatr. Jeho hlavním úkolem je pečovat o správný tělesný, mentální a emocionální vývoj s důrazem na sociální vlivy. Zvláštní pozornost je třeba věnovat souladu tělesného, duševního a sociálního vývoje dítěte v souvislosti se zdravím a v nemoci. Pediatrie má dvě složky, složku preventivní a složku léčebnou. Důraz je kladen na preventivní složku, a to hlavně na prosazování zdravého způsobu života (27,10).

Preventivní pediatrie tvoří jeden z podoborů pediatrie, tím druhým je sociální pediatrie. Práce preventivní pediatrie by měla být základem veškeré pediatrické činnosti. Cílem je zabránit tomu, aby vůbec došlo k poškození dítěte jak po stránce tělesné, tak i psychické a sociální. Pokud již nebezpečí vznikne, pak je důležité ho snížit na minimum. A pokud se objeví patologický stav, pak je hlavním úkolem zabránit prohlubování tohoto stavu. V preventivní pediatrii je hlavním odborníkem dětský lékař. Spolupracuje s dětskou sestrou a s vysokoškolsky vzdělaným pracovníkem v oboru zdravotně sociálním. Z postupného vývoje pediatrie vyplývá význam zdravotně sociálního vzdělání v péči o dítě. Pediatrie postupně vznikala v souvislosti s řešením sociální problematiky péče o dítě (první dětské nemocnice vznikaly z tzv. nalezinců). Dalším problémem, který se v poválečném období řešil, byl problém vysoké kojenecké úmrtnosti, na které se především podílel špatný systém výživy a již zmiňovaná sociální situace. Z tohoto důvodu došlo k výraznému rozšíření poraden pro kojence, probíhala primární prevence v dětském věku a byla zavedena a rozšířena celá řada povinných očkování (TBC, záškrt, černý kašel,...) (27,10).

1.2 Historie dětského lékařství a ošetřovatelství

Nejstarší zachované písemnosti, které se zmiňují o postupech ošetřování dětí, jsou již z dob starověku (Mezopotámie, Indie). Nejstarší dochovanou písemnou zprávou jsou babylonské nápisy, které pocházejí z druhého tisíciletí př. n. l. a obsahují „Pokyny kojným“. V době antiky jsou ve zdravotnických spisech Hippokrata a Galéna popsána již podrobnější řešení některých specificky dětských potíží. Ve středověku se zprávy zmiňují v souvislosti s útulky pro děti osiřelé, odložené nebo nemanželské (tzv. nalezince vznikaly již od 8. století a první v Itálii). Pečovalo se zde o zdravé i nemocné děti. Ostatní děti se léčily doma a mnohem později v nemocnicích pro dospělé (10).

V roce 1835 je popisován primitivní inkubátor (tzv. Ruehlova kolébka). V Praze byla v roce 1842 založena první dětská nemocnice (německá). A v roce 1902 byla otevřena první česká dětská klinika. V roce 1924 byly také v Praze zřízeny první jesle, kde pracovaly diplomované sestry. Byly zřizovány poradny „Našim dětem“. V Čechách začíná největší rozvoj pediatrie po druhé světové válce. Postupně byla budována dětská oddělení ve všech nemocnicích. V roce 1953 založila Univerzita Karlova (dále UK) fakultu dětského lékařství (po roce 1989 přejmenována - II. lékařská fakulta UK) (10,27).

Byla zavedena umělá výživa (lékaři Švejcar, Brdlík a jiní). A v 50. letech jsou rozšířeny dětské poradny s preventivním zaměřením. V 60. letech pak odborné poradny a byla zdokonalena sekundární prevence (27,10).

70. léta jsou ve světě charakterizována rozvojem intenzivní péče hlavně pro patologické novorozence, později i pro větší děti (80.-90. léta). Tento pokrok významně přispěl ke snížení mortality a morbiditity kojenců. V tomto období také došlo k obnově a rozvoji prolaktačního programu a systému ošetřování „rooming in“ (27).

V 80. a 90. letech došlo k výraznému vzestupu sociální pediatrie. V druhé polovině 90. let nastupuje vlna užívání drog u dětí a mladistvých a současně problematika pohlavně přenosných chorob. Roste potřeba linek důvěry, krizových center a sociálních dětských zařízení a vzrůstá prevence úrazů a otrav u dětí. V Čechách

vznikají první nemocnice tzv. „Baby Friendly Hospital“ (nemocnice, které propagují kojení– prolaktační program) (27).

Počátkem 21 . století se pediatrie zaměřuje na sociální problematiku, patří sem prevence úrazů, protidrogová prevence a problematika rizikového chování dospívajících. Pozornost se i nadále věnuje intenzivní péči o děti a dorost a problematice speciálně pedagogické. Na důležitosti získávají preventivní vyšetření, která souvisí s problematikou životního stylu u dětí (výživy, tělesná zdatnost, alergie, drogy a onemocnění související s defekty imunity) (27).

Velký rozvoj nastal i v oblasti vzdělávání. První ošetrovatelská škola vznikla v Praze v roce 1874, ale po několika letech zanikla. Na jejím vzniku se podílely spisovatelky K.Světlá a E. Krásnohorská. V roce 1916 byla otevřena česká státní dvouletá ošetrovatelská škola v Praze. V roce 1918 byla zřízena v Praze jednoletá škola pro sociální péči. Hned po válce se začaly klást na ošetrovatelky vyšší odborné, ale i mravní požadavky. Dokládá to slib dobrovolné sestry Československého Červeného kříže (platný od roku 1920). V roce 1926 vzniká dvouletá Vyšší škola sociální péče. Masarykova státní škola zdravotní a sociální péče byla založena v roce 1935 v Praze. V tomto období vznikaly sociální školy v Brně a ve Vysokém Mýtě. V roce 1945 vznikla v Ostravě dvouletá Vyšší škola pro vzdělávání sociálních pracovníků a v roce 1946 Sociálně zdravotní škola. Mezi tím od roku 1945 fungovala Vysoká škola politická a sociální v Praze a v Brně. O dva roky později vznikla v Brně Vysoká škola sociální. Od roku 1949 vznikaly Vyšší zdravotní školy, které byly čtyřleté (měly 2 roky společný základ a 2 roky specializační studium, které bylo například pro porodní asistentky, dětské sestry, zdravotní laboranty, zubní laboranty, nebo pro pracovníce v oboru výživy). I střední zdravotnické školy začaly s výchovou dětských sester. Později se dětské sestry vzdělávaly na vyšších zdravotnických školách, ale od roku 2004 bylo vzdělávání dětské sestry na těchto školách zrušeno a studium dětských sester je nyní zajištěno na vysokých školách (10,27,9,19,36).

1.3 Současný systém péče o dítě

Pediatric je obor, který se zabývá vyvíjejícím se jedincem a tvoří tak základní článek celkové péče o dítě. Péče o dítě je jedna z nejdůležitějších oblastí celospolečenských úkolů, které ovlivňují zdraví celé populace. Základním a nejdůležitějším článkem v péči o dítě je bezesporu rodina, poté další společenské skupiny (předškolní, školní, zájmové, skupiny vrstevníků) a společenské úseky (školství, zdravotnictví a sociální péče). Pediatric poskytuje dle potřeb péči jak ambulantní, tak i lůžkovou (10).

Ambulantní péče zahrnuje soubor všech činností (preventivní i léčebná) poskytovaných zdravotnickými pracovníky (praktickým lékařem pro děti a dorost – PLDD) a dětskou sestrou (spolupracují se sociální péčí a se školskými zařízeními). Toto zařízení, které si rodiče vybrali, poskytuje dětskému pacientovi primární ambulantní péči, která zahrnuje hlavně ochranu zdraví a sledování zdravého vývoje jedince (k hodnocení psychomotorického vývoje se doporučuje využívat diagnostiky dle lékaře Vojty). Je zaměřena na prevenci nemocí, jejich léčbu a rehabilitaci. Lékař zde pečuje o děti ve všech fázích jejich vývoje ve zdraví i nemoci. Důležitou metodou v preventivní pediatrii je tzv. screening (aktivní vyhledávání event. nemocných). Probíhá prenatalně i postnatalně u tzv. zdravé populace (10,27).

Preventivní prohlídky mají svůj časový harmonogram a obsah. Jsou doplněny očkováním (povinné i nepovinné, dle očkovacího kalendáře) (Příloha 1). Primární preventivní prohlídky se provádějí v prvním roce života 9x, ve druhém roce 1x, ve třetím roce 1x, před nástupem do školy 1x (v 6 letech), po absolvování první třídy 1x a dále každé dva roky. Tyto prohlídky probíhají za účasti rodičů. Výsledky prohlídek lékař zaznamenává do zdravotnické dokumentace („Záznam o zdraví a nemocech dítěte“) a do zdravotního průkazu dítěte, jehož součástí je očkovací průkaz a zubní vložka (10,27).

Nezastupitelnou úlohu v poskytování této péče má vzdělaná dětská sestra, která má dostatečné znalosti problematiky péče o dítě ve všech věkových kategoriích. Podílí se na provádění preventivních a léčebných úkonů, a hlavně spolupracuje při hodnocení

psychomotorického vývoje, dovedností dítěte a schopnosti komunikace. Dětská sestra také často dokáže odhadnout společenskou a hygienickou úroveň rodiny a její schopnost postarat se o dítě, jeho jistoty, zázemí a citové vazby, které jsou nezbytné pro jeho zdárný vývoj. Dále může být dětská sestra blízkým rádčem matky a může působit na rodinu v oblasti zdravého životního stylu. Při zjištění určitého onemocnění lékař vyžádá pro pacienta konziliární vyšetření u příslušného odborníka, který zajistí potřebnou terapii a dítě eviduje. Lékař základní péče pak následně zakládá tzv. dispenzární záznam (10,27).

V případě nutnosti navazuje na primární péči nemocniční lůžková péče, která řeší závažné stavy ohrožení zdraví či života. Tato péče je poskytována v lůžkových zařízeních nemocnic na dětských odděleních, nebo ve specializovaných odborných centrech. Dlouhodobá léčba a rekonvalescence probíhá v léčebnách a ozdravovnách. Dětské oddělení dále zajišťuje diagnostickou a léčebnou péči při hospitalizaci. Tuto péči zajišťují odborníci jednotlivých pediatrických specializací (10,27).

Přijetí dítěte do nemocnice je samozřejmě vážným zásahem do jeho života a adaptace na nemocniční prostředí je velice obtížná, zvláště pak u nejmenších dětí. Snahou pediatrie proto je, aby co největší podíl péče byl poskytnut dítěti v rodině, v domácím prostředí. Pokud je ale přijetí do nemocnice nezbytné, je potřeba prostředí a denní režim přiblížit co nejvíce domácímu prostředí a přizpůsobit ho potřebám dítěte. Proto je také nezbytné, aby sestra znala charakteristiky jednotlivých vývojových období dítěte, aby mohla dobře posoudit, co dítě vyžaduje, potřebuje a jak je třeba s ním jednat (10,27).

Tyto zásady byly přesně formulovány a schváleny jako Charta práv hospitalizovaných dětí na I. evropské konferenci o hospitalizovaných dětech v květnu roku 1988 (Příloha 2) (10,27).

1.4 Vývojová období dětského věku

1.4.1 Novorozenecké období

Novorozenecké, neonatální období je obdobím od narození do 28. dne života, včetně perinatálního stadia, které trvá prvních 7 dní. Je to doba přizpůsobování se novému prostředí, kdy se zásadně mění podmínky jedince, který byl do té doby plně chráněn a živěn tělem matky. Je to velká zátěž pro organismus i psychiku dítěte (34,10,12).

V tomto senzitivním biologicky daném období se vytváří pevná vazba mezi dítětem a matkou. Jejich chování je po porodu řízeno biologicky (instinktivně). Důležitý je hlavně časný kontakt, kojení a stálá přítomnost matky, která napomáhá stimulovat mateřské instinktivní chování. Pro dítě i matku je z psychologického hlediska velmi důležité kojení (vznikají a rozvíjí se první sociální reakce dítěte). Péče o novorozence má být podle jeho individuality a rytmu, kdy se dospělý přizpůsobuje dítěti, ne však naopak (34,12).

V tomto období roste schopnost novorozence aktivně se zapojit do sociální interakce a ovládat okolí (nejde o období pasivní závislosti a nemohoucnosti, jako se popisovalo dříve). Dítě má vyvinuty všechny základní nepodmíněné reflexy (hledací, sací, polykací, orientační, polohové, úchopové, vyměšovací, obranné), které mu pomáhají v novém prostředí (34,12).

I všechny smysly jsou více vyspělé, než se dříve soudilo. Novorozenec vidí od samého počátku, ale ostrost zraku je menší (oproti dospělému až 30x). Dospělé ostrosti dosáhne okolo jednoho roku. Už v prvních dnech si novorozené dítě pamatuje obličej své matky. Podobně je to i se sluchem, dítě například preferuje vyšší ženský hlas a upřednostňuje hlas své matky (hlas svého otce pozná později). Již v prvních minutách po narození umí spojovat informace z různých smyslů (přivracejí pohled ke zdroji zvuku). Tuto schopnost projevují v novorozeneckém věku, pak jí ztrácejí a znovu si ji osvojí kolem 3. či 4. měsíce života. Stejně jako ostatní smysly, které se vyvíjely již intrauterinně, tak i hmat je dobře rozvinut. Novorozenci mají rádi teplo a taktilní uklidňování. Velmi dobře jsou vyvinuty i chuť a čich, dítě pozná svou matku čichem,

nejpozději do šesti dní po porodu. Také vnímá bolest, což se dříve podceňovalo. Po motorické stránce je však novorozenec ještě nezralý. Aktivně vyhledává příjemné a vyhýbá se nepříjemnému. I jeho křik je diferencovaný. Při křiku jiných dětí v místnosti se rozpláče, ale při přehrávce vlastního křiku se uklidní. Je tedy sociálně aktivní. Má základní mimické výrazy emocí (radost, smutek, strach, překvapení, nechut', nebo odpor), které bezděčně napodobuje (12).

1.4.2 Kojenecké období

Kojenecké období probíhá do 12 měsíců od narození. V tomto období se začínají více prohlubovat individuální rozdíly mezi dětmi. Velmi důležitý je vztah s matkou. Pro jeho zdravý psychosociální vývoj je důležité, aby byla matka stále dítěti k dispozici a empaticky uspokojovala jeho potřeby. Ke svému správnému vývoji potřebuje dítě jednu stálou osobu a péči pravidelnou a ritualizovanou (na tomto základě začíná vznikat identita). Kvalita vztahu s matkou v prvním roce života určuje základní postoj k druhým lidem a světu vůbec (důvěra, nedůvěra) (34,10).

Je to období nejbouřlivějšího psychomotorického vývoje a nejintenzivnějšího růstu (Příloha 3). Do jednoho roku dítě vyrostne o 50 % (25-30cm) a tělesnou hmotnost dokonce ztrojnásobí. Rychle se rozvíjí motorika, ovládání těla postupuje stejně jako somatický růst směrem kefalokaudálním (od hlavy k patě). Pohyby na horních a dolních končetinách začínají aktivně, hlavně v rameních a koleních kloubech, postupně přecházejí k zápěstí a na prsty a chodidla. Tento postup je proximodistální (od centra k periférii). Úchop ruky postupuje směrem ulnoradiálním, od malíkové strany dlaně k palcové při aktivním úchopu až ke klešťovému úchopu (mezi palec a ukazováček) (10,12,2).

Velmi významný je i rozvoj smyslového vnímání. U zrakového vnímání dítě nejdříve fixuje pohled na předmět v zorném poli, dále na pohybující se předmět (3. měsíc), pak otáčí za předmětem hlavičku (4. měsíc) a nakonec se převrátí na bok, nebo na břicho (5. měsíc). Předměty zkoumá zrakem i ústy. U zvukových podnětů dítě zpočátku zpozorní, zastaví pohyby, později otočí za zdrojem zvuku oči, pak i hlavičku. Rozvoj zrakového a sluchového vnímání má obrovský vliv na rozvoj řeči. Dítě

od narození vnímá, když na něj rodiče a ostatní osoby mluví, užívají gesta, mimiku a usmívají se. Zpočátku dítě vydává náhodně některé zvuky, pak začíná houkat a broukat (3. měsíc). Dále vydává slabiky, žvatlá (6. měsíc), napodobuje zvuky a pak přichází první slova (9.-12. měsíc). Řeči rozumí dříve, okolo 8.-9. měsíce, kdy reaguje na jméno a některé výzvy (10,12,2).

První úsměv se objevuje před dokončením 2. měsíce a později je doprovázen hlasovými projevy. Po 6. měsíci odlišuje cizí osoby od matky a kolem 9. měsíce začíná dítě chápat, že s matkou není jedna bytost. Dítě v této době silně vyžaduje přítomnost matky. Pro vytváření silných citových vztahů v dalším životě a navazování hlubších přátelství i milostných vztahů má velký význam silný citový vztah k matce (10,12,2).

1.4.3 Batoletí období

Období batolete je období od 1. roku do 3 let. Toto období se vyznačuje dalším růstem a vývojem, růst je ale pozvolnější a psychický vývoj převažuje nad motorickým. Charakteristické pro toto období je pohyb, zvědavost a mimořádná a trvalá aktivita. Uzavírá se velká fontanela (14. – 18. měsíc) a dokončuje se prořezávání mléčného chrupu. Začíná se uplatňovat abstraktní myšlení (34,10).

Začátkem období (1. rok) se očekávají první samostatné krůčky u dítěte. To je důležitým vývojovým mezníkem, kdy se dítě pohybuje samo a přestává být do jisté míry závislé na dospělém. Dítě postupně zvládá nerovný terén, chůzi do kopce i z kopce, po schodech nejdříve s přísunem jedné nohy k druhé a na konci období již nožky střídá. Začíná se učit jezdit na tříkolce a snaží se někam vylézt. Tím také vzrůstá nebezpečí úrazů a dítě vyžaduje zvýšený dozor. Pohybem v prostoru se dítě od matky odpoutává a vrací, současně její přítomnost kontroluje zrakem. Toto fyzické oddalování vede svým způsobem k psychickému oddělování dítěte od matky, což je velmi důležité (34,2).

V tomto období (kolem 2 let) se dítě začíná prosazovat, typické jsou výkyvy nálady a hněv, když se něco nepodaří – období prvního vzdoru (zákonitě patří k vývoji dítěte). Postupně dochází k nezávislosti a vyvíjí se sebekontrola (učí se zachovávat

čistotu). Dítě se začíná v tomto období s blízkým dospělým identifikovat a přejímá jeho pohled na sebe (34,2).

V tomto období postupně dochází k rozvoji řeči. Některé děti již na konci prvního roku života užívají několik málo výrazů, je to dětský žargon, kterému rozumí jen rodiče, a má neurčitý význam nějakého přání. Dítě užívá pouze několik jednoduchých slov (ke konci druhého roku -200 slov a ve třech letech – přibližně 900 slov). Obvykle mezi druhým a třetím rokem již dítě mluví ve větách (jsou zde individuální rozdíly). Přibližně okolo osmnáctého měsíce již dítě chápe obsah slov a tím se urychluje rozvoj řeči a myšlení. A to je důležité pro sociální vývoj dítěte (34,2,12).

V tomto období převládá hra manipulativní, experimentální, napodobivá, kdy chce dítě pomáhat při domácích činnostech a hraje si „jako“ (chápe, že hra není skutečná). Zde si dítě zatím hraje ještě samo, vedle ostatních dětí, ale na konci období nastupuje hra sociální (s ostatními dětmi). Začíná používat tužku a kreslit (34,2).

1.4.4 Předškolní věk

Období předškolního věku počítáme od 3. roku života a trvá až do doby nástupu dítěte do školy. Děti jsou v tomto věku neobyčejně zvědavé, neúnavné, podnikavé a milé. Touží po pochvale a chtějí se rodičům zalíbit. Objevují se nové vztahové zkušenosti, protože se okruh osob, se kterými se děti setkávají, rozšiřuje. Dítě nastupuje do mateřské školy a zvyká si na odloučení od matky. Je vhodné, aby si dítě zvykalo postupně, dle individuality dítěte. Pro některá zařízení je tento postup samozřejmý, jinde se nastupuje bez adaptační fáze (34,10).

V tomto období se zlepšuje koordinace pohybů a dovednosti. Dítě se umí samo najíst, obléci, později zvládá i náročnější dovednosti (obout se, zavázat kličku u bot, zapnout knoflík). Rádo pomáhá a chce dokázat, že už umí všechno samo. Zvládne jízdu na kole, tříkolce, rádo sáňkuje, začíná se učit plavat, lyžovat, bruslit (34,2).

Dochází k mohutnému rozvoji řeči, myšlení a fantazie. Také se někdy toto období nazývá magickým, protože myšlení dítěte bývá metaforické, názorné a intuitivní. Dítě převážně žije přítomností a často věci doplňuje fantazií. A mnohdy nedovede oddělit skutečnost od fantazie. Často je toto období označováno za věk

iniciativy, kdy samotným cílem je poznávání a aktivita. Vytváří se svědomí a pocity viny, které jsou nesmírně důležité pro regulaci vnitřního chování. Názory a postoje přejímá hlavně od rodičů tím, jak se s nimi identifikuje, zejména s rodičem stejného pohlaví, kdy se rozvíjí i jeho sexuální identifikace. Umí sebe označit jako „holčičku“, nebo „chlapečka“. Je zde velmi silná a pro toto období typická potřeba identifikace (proto jsou těmito dětmi velmi špatně snášeny rozvody a odchody jednoho z rodičů). Nápodoba a identifikace jsou hlavními prostředky pro socializaci dítěte (34,2).

Hlavní činností pro tyto děti je hra. Typické jsou hry oživené fantazií a námětové, kdy děti spolupracují s ostatními dětmi. Rozlišují hry ryze dívčí a chlapecké. Slouží k osobnostnímu vývoji a psychohygieně (např. odreagovávají takto různé „křivdy“, strachy, obavy...). Dochází k rozvoji kresby, nejdříve čmárá a později zvládne čáru, kolečko, naznačí postavu („hlavonožec“). Kolem šesti let je postava relativně dokonalá. K rozvoji dochází i v řeči, okolo šesti let zná dva až tři tisíce slov, vyjadřuje se v souvětích, rozumí předčítanému textu a miluje pohádky. Před vstupem do školy se často dítě naučí trochu počítat, zdraví, děkuje, omluví se, poprosí a zná své jméno a adresu. Před nástupem do školy magické myšlení ztrácí na síle. Dokáže si lépe představit pozici druhého člověka a chápat jeho potřeby. Ale stále potřebuje být ze strany rodičů plně povzbuzováno a akceptováno (34,2).

1.4.5 Školní věk

Toto období trvá od nástupu dítěte do školy až do ukončení základní školní docházky (6-15 let). Vstup dítěte do školy je obrovskou změnou v jeho životě. Dochází ke změně denního režimu, mění se charakter prostředí, v němž tráví dítě převážnou část dne, a mění se i míra a druh zátěže. Dítě přestává být ovlivňováno pouze prostředím rodiny a stále více musí podřizovat své chování vůli kolektivu. Toto období lze rozdělit na mladší a starší školní věk (10).

Období mladšího školního věku zahrnuje období od nástupu do základní školy do 11-12 let (do dokončení prvního stupně). Tento věk představuje období školní adaptace, získávání základních školních návyků (denně jít do školy, pracovat ve škole, učit se a psát úkoly) a první znalosti a dovednosti. Od dětí se vyžaduje více kázně a

trpělivosti, než tomu bylo dosud. Zvykají si na hodnocení rodičů i učitelů a vyrovnávají se s úspěchem i neúspěchem. Zpočátku se děti podřizují autoritě učitelů, mají je rády a věří jim. Ve vyšších ročnících ale začínají být kritické, hodnotí jejich výkon a sledují jejich nestrannost a spravedlivý přístup (2,10).

Vztahy s jejich spolužáky jsou kamarádké, soutěží mezi sebou (silní jedinci jsou hodnoceni lépe, ale i ti, kteří dokážou pomáhat). Oblíbená hra v tomto věku je na honěnou, na schovávanou, hry s míčem a hry s panenkami, nebo se stavebnicemi. Při těchto hrách se děti učí vést ostatní i podříditi se. Rády pečují o zvířata, přináší jim to určité povinnosti, které musí vykonávat, a zvyšuje to jejich zodpovědnost a samostatnost. Je tak uspokojena i potřeba o někoho pečovat. Pokud mají možnost starat se o sourozence, nebo dítě ze sousedství, učí se tím budoucímu rodičovskému chování. V tomto období se děti nejhůře vyrovnávají s nesrovnalostmi mezi rodiči a jejich rozchody (2).

Pro další rozvoj je důležité, zda si dítě rozvine a udrží kladné sebehodnocení. To závisí hlavně na mínění rodičů a později na hodnocení vrstevníků. Proto toto období bývá také někdy označováno věkem snažení (2,34).

Ke konci tohoto období jsou již děti více samostatné a poměrně dobře snášejí lékařské zákroky, ale jsou mezi nimi individuální rozdíly, které je třeba respektovat. Jinak může dojít k nárůstu strachu u dítěte a následně dalším komplikacím (až fobie). Zvýšenou ohleduplnost a trpělivost bychom tedy měli věnovat nejen dětem v období 1. a 2. třídy (34).

Období staršího školního věku zahrnuje věk mezi 11.-15. rokem (druhý stupeň). Také bývá toto období označováno jako pubescence, puberta. Je to období charakteristické mohutným nárůstem duševní kapacity. Zdokonaluje se proces učení, získávání znalostí a dovedností. Dochází ke změnám tělesného růstu a k pohlavnímu dozrávání. Děti rychleji rostou, typický dětský vzhled se mění a postava více připomíná postavu dospělého (individuální rozdíly). Dochází hlavně ke změně tělesných proporcí a tím k přechodnému narušení koordinace pohybů. Zpravidla dívky vyrostou o něco dříve, ale chlapci je později většinou předhoní. U dívek přichází první menstruace a u chlapců poluce, vyvíjí se ochlupení a zvětšují se pohlavní orgány (10,2).

V psychickém vývoji dochází také k rozvoji. Děti si utvářejí svůj názor, prosazují se a dostávají se často do konfliktů s dospělými. Dochází k větší emoční labilitě, která souvisí se zvýšenou produkcí hormonů. Reagují často prudce, vznětlivě, jsou hašteřivé, vzápětí až lítostivé a pláč je rychle vystřídán smíchem. Hůře ovládají své chování, jsou nekompromisní, impulzivní a vztahovačné (2).

Rozvíjí se i myšlení, od konkrétních operací přechází k logickým, přemýšlí kriticky a systematicky. Vliv vrstevnické skupiny se zvyšuje (chtějí se vrstevníkům vyrovnat a dávají přednost jejich názorům před názorem rodiny), ale na rodině jsou stále ještě závislé. Vzrůstá potřeba mít někoho rád a vznikají často dlouhodobá, pevnější přátelství. Jsou spravedlivé a mají smysl pro humor (2).

1.4.6 Adolescence

Období adolescence (dospívání) probíhá ve věku zhruba od 15 do 20 let. Je to radikální období a obrat v životě lidského jedince. Vývojovým úkolem dospívání je proměna dítěte v dospělého, a také příprava na budoucí povolání. Dochází k dozrání v samostatnou a vyspělou osobnost, na rodičích nezávislou. V průběhu tohoto období se ještě mírně mění vzhled postavy (stále přetrvává určitá tělesná disharmonie), také se snaží co nejvíce podobat svému ideálu a stále převládá emoční labilita. Významně se odlišuje tělesná stavba dívek a chlapců (2).

Mají sklon k velkému nadšení pro nějakou novou věc, nebo činnost a mají snahu vše řešit ihned a radikálně. Rady starších jsou často přijímány neochotně a dobrý záměr ztroskotá často na nedostatku zkušeností. Velký význam má příslušnost k nějaké partě a často se s jejími názory ztotožní. Někdy ale nemají odvahu skupinu opustit, i když s jejími názory a činností již nesouhlasí (12,2).

Toto období lze charakterizovat jako hledání nové vlastní identity (nalézání sebe a svého místa ve světě). Dospívající se chce o sobě dozvědět co nejvíce, hledá odpovědi na otázky „kdo jsem“ a „jaký je smysl mého života“. Také někdy bývá nazýváno obdobím druhého vzdoru, prostřednictvím kterého mladý člověk nalézá sám sebe a separuje se postupně od rodičů. Je to také období silných citových přátelství, ale více jsou již vyhledávány styky s opačným pohlavím. Mladý člověk se rychle zamiluje, silně

se váže na zvoleného partnera a často ho vidí nekriticky a idealizuje si ho. Od partnera vyžaduje stejnou citovou vazbu, jakou chová k němu. Zpočátku ale nemají tyto vztahy dlouhého trvání (34,2).

Velmi těžce nesou náročné situace, rozchod rodičů, vážné choroby, nebo úmrtí. Dospívající je velmi vnímavý a citlivý ke všemu, co se ho týká. Výrazněji prožívá ponížení a stud, proto se jeho chování někdy může zdát zbytečně přecitlivělé, nepřiměřené. Je potřeba vědět, že se v tomto věkovém období vyskytují depresivní stavy, které jsou vázané na dospívání a jeho citlivá místa. Je velmi důležité chovat se k mladému člověku s respektem („jako k dospělému“) a poskytovat mu to, co subjektivně potřebuje, a to je uznání a akceptaci (2,12,34).

Postupně se stále zlepšuje paměť, pozornost a logické zapamatování. Dospívající již umí reálněji posuzovat své klady a nedostatky, postupně se rozhoduje méně ukvapeně a zvažuje odpovědněji. Dospělost začíná, když jedinec rozumí sobě a zároveň je schopen otevřít se druhému, a to je podmínkou pro vytvoření pevného partnerského vztahu (2,12,34).

1.5 Pojetí zdraví a nemoci

Definování zdraví je složitý problém a někteří autoři se domnívají, že nelze jednoznačně vymezit pojem zdraví a nemoc. Zdraví a nemoc jsou často chápány jako dvě odlišné kvality, které stojí proti sobě v přísné opozici. V lidské společnosti představuje zdraví jednu z nejvýznamnějších hodnot, která je uznávána ve všech kulturách a dobách. Zdraví je podstatným předpokladem pro naši spokojenost, je chápáno jako důležitý prostředek, který potřebujeme k dosažení našich rozmanitých cílů. K tomu, aby se lidé mohli plně realizovat, potřebují být zdraví. V průběhu let se pojetí zdraví měnilo. Může být vnímáno různě, například v souvislosti se zdravím těla (fyzické zdraví), nebo duše či jako genetický předpoklad (35).

Definice zdraví prošla v průběhu času mnoha změnami. Definice, která je nyní již definicí zdravotně sociální, je z roku 1977. Zdraví je „stav vést sociálně a ekonomicky produktivní život“. V roce 1984 Světová zdravotnická organizace (WHO)

definici upravila a zdraví je zde chápáno ne jako cíl života, ale jako zdroj každodenního života (32).

Lidské zdraví je tedy považováno za složitý systém, ve kterém fyzický, psychický a sociální subsystém tvoří společný a spjatý celek. A nelze jej brát jako něco definitivního, ale je potřeba jej chápat jako proces, ve kterém můžeme dosáhnout maximálního rozvoje dle možností organismu. Zdraví jako proces se mění okamžik od okamžiku spolu se změnami organismu a prostředí (35).

Stejně jako pojem zdraví, tak i pojem nemoc prošel dlouhým vývojem. V posledních letech se poukazuje na zúžený náhled biologický a požaduje se respektování psychologických a sociálních oblastí. Důležité je vycházet z celistvosti a jednoty organismu a prostředí. To nám umožňuje chápat nemoc stejně jako zdraví v rovině životních procesů člověka v interakci s prostředím. A pak není nemoc ničím jiným než poruchou tohoto systému (35,10).

Stejně jako zdraví má nemoc svůj aspekt biologický, psychologický a společenský. Nemoc je definována jako porucha zdraví, nebo jako porucha rovnováhy vnitřního a vnějšího prostředí organismu či porucha integrity, jeho součástí. Dle slovníku medicíny je nemoc stav organismu, který vzniká působením zevních či vnitřních okolností, které narušují jeho správné fungování a rovnováhu. Dle Bártlové je nemoc porucha schopnosti individua plnit očekávané úkoly a role. Nemoc tedy také znamená odchylku od normální sociální role (35,10).

Na rozdíl od pocitu zdraví, nemoc přináší potíže a je pro většinu lidí náročnou životní situací, která je často obtížně zvládnutelná, nebo dokonce nezvládnutelná. Nemoc narušuje dosud navyklý způsob života, denní program a omezuje člověka v jeho běžných činnostech po různě dlouhou dobu. Následně dochází k neuspokojování celé řady potřeb. Nemoc klade zvýšené nároky na jedince a vyžaduje určitou míru adaptace na novou situaci. Často narušuje a mění mezilidské vztahy (méně kontaktu s blízkými), naopak při hospitalizaci situace vyžaduje vytvářet si nové vztahy k personálu nebo spolupacientům. Nemocný člověk musí současně přijmout i některá omezení, která silně působí na jeho psychiku. Z komplexního přístupu vyplývá, že jedince nelze posuzovat

izolovaně, ale jako celistvou osobu a osobnost, navíc začleněnou do určitého sociálního prostředí (35,10).

1.5.1 Onemocnění a individualita dítěte

Nemoc se promítá do celé osobnosti dítěte. Každé dítě je individualita a svou nemoc si uvědomuje a prožívá různě. Ať už je to odloučení od rodiny, jakékoliv omezení v pohybu, nebo izolace od kamarádů, to všechno v dítěti vyvolá různý stupeň úzkosti a dítě pak následně může trpět pocity viny, nebo je děsí představa smrti, či trvalé invalidity (6).

Psychické příznaky budou vypadat různě, jinak u dítěte klidného a vyrovnaného a jinak u dítěte výbušného, nebo úzkostného. Jinak se projeví dítě zvyklé na spolupráci, ukázněné a jinak dítě zvyklé na okamžité uspokojení svých potřeb a přání. Snažíme-li se pak o dosažení stejného cíle, tedy o uzdravení a co největší zlepšení duševního stavu v daných podmínkách v nemocnici, musíme s nimi zacházet individuálně (6).

Nelze tedy použít jeden standardní recept, ale je potřeba se přizpůsobit každému dítěti, jeho věku, vyspělosti a současným potřebám dítěte. Ti, kteří budou po dobu nemoci o dítě pečovat, mají obrovský a významný úkol a odpovědnost, protože chování zdravotníků bude mít velký vliv na dítě nejen v průběhu onemocnění, ale také v období po uzdravení, nebo až onemocní příště. V nemalé míře ovlivní i jeho postoj k lékařům, sestřám a ostatnímu personálu, ale také k vlastnímu zdraví a zdraví svých blízkých. Dětská sestra proto potřebuje nejen důkladné vědomosti, ale i aktivní zájem o děti, vřelé, laskavé a klidné chování a trvalou snahu jim porozumět (6).

Velice důležitým faktorem při zvládnutí zátěže spojené s nemocí je samozřejmě věk pacienta. S každou nemocí, nebo pobytem v nemocnici se vždy pojí celá řada komplikací. Ať už je to odloučení od rodiny, přátel a od známého prostředí, nebo projevy nemoci jako je bolest, svědění, únava, omezení mobility, změna tělesného vzhledu, nebo nepříjemné diagnostické a léčebné výkony, nejistota o dalším průběhu nemoci, nebo strach z blížícího se konce života. Každá tato zátěž má svůj specifický význam a dopad na pacienta. Záleží hlavně na jeho osobnosti, na poskytované péči, rodině apod. (6).

1.5.1.1 Zvládání nemoci v kojeneckém, batolecím a předškolním věku

Časné dětství má z psychologického hlediska mimořádnou důležitost. Zkoumání v posledních desetiletí ukazují, jak obrovský význam pro utváření osobnosti člověka má nejen uspokojování základních biologických a duševních potřeb dítěte, ale i přiměřená zdravotní a hygienická péče a také dostatek smyslových a citových podnětů (6).

Největším ohrožením pro dítě v kojeneckém věku je ztráta jistoty a pocitu bezpečí, který vzniká při nuceném odloučení od rodičů, při kontaktu s cizími lidmi a prostředím, nedostatečná smyslová a pohybová stimulace, to všechno vzbuzuje u dětí přirozený strach. A zde je důležitá úloha sestry, která nejčastěji jako první přichází do styku s dětským pacientem (6).

Dítě do 8 měsíců je převážně odkázáno na podněty od dospělých, ale jakmile začne lézt a chodit, začíná si velkou část podnětů opatřovat samo. V tomto období má dobrý pohybový vývoj velkou hodnotu. Nebezpečí vzniká u dítěte, které je v tomto kojeneckém období motoricky a sociálně omezené ať už nemocí, nebo hospitalizací. Vzniká zde nebezpečí ve vývoji rozumových schopností a povahového vývoje (6).

Mnoho lékařů již na počátku rozvoje dětských nemocnic došlo k poznatku, že se u některých dětí objevují komplikace, které vznikly v důsledku snížené odolnosti organismu pod vlivem nepříznivého duševního stavu, nedostatečné motorické, smyslové, a hlavně citové stimulace, kterou označujeme jako deprivace. Tyto děti se neuzdravovaly tak rychle a úspěšně, jak se při soustředěné péči předpokládalo. Tato „nemocniční nemoc“, která vzniká všude tam, kde má dítě nedostatek všech vývojových podnětů, se nazývá hospitalizmus (6).

Dítě v tomto kojeneckém a batolecím období je silně závislé na matce a je pro osamostatnění nezralé. Může dojít ke vzniku patologie a nezvratných změn ve vývoji osobnosti. Biologická závislost dítěte na matce se v druhém pololetí věku (7. měsíc a výše) přetváří na závislost citovou, a proto odloučení od matky v tomto věku je zvláště tíživé. Dochází k náhlému přerušení, nebo omezení již vytvořených vztahů, tedy separaci. Kromě věku mají na účinek separace také vliv temperamentové vlastnosti dítěte, forma separace (postupná, nebo náhlá) a předchozí zkušenosti.

Rozlišujeme tři typické fáze průběhu separace, které dětská sestra musí znát.

Jsou to:

1. období protestu – pláč, křik, očekávání reakce
2. období zoufalství – ztráta naděje, odvrácení se od okolí, méně křiku
3. období odpoutání od matky – potlačení citů k matce a obrácení se na věci, nebo k někomu, kdo jej ošetřuje (6).

U jednotlivých dětí mohou jednotlivé fáze trvat různou dobu (několik hodin, dnů, týdnů), nemusí být u všech dětí stejné a mohou být v různém sledu. Pozitivní vliv sestry může fáze výrazně ovlivnit. Pokud se příznaky separace neobjeví, může to také znamenat, že vztahy k rodinnému prostředí nebyly příliš hluboké (6).

V tomto věku se děti učí ovládat vlastní tělo, psychické procesy a vědomě chtít a nechtít, prosazují svou vůli, to se projevuje na odporování druhým. Toto období se také někdy nazývá obdobím vzdoru, nebo také batolecí negativismus. Děti v batolecím období se velice těžko vyrovnávají s omezením iniciativy, pohybu a autonomie. Jsou velmi citlivé a tam, kde může dojít k vážnému omezení získávání podnětů, hrozí opoždování rozumového, nebo povahového vývoje. I zde může sestra pozitivně působit na vývoj dítěte. Při často opakovaných nepříjemných zážitcích vzniká velice často úzkost až fobického charakteru. Tato fobie, vzniklá za těchto podmínek, často trvá po celý život (fobie ze zubního lékaře, z injekcí). U malých dětí je vždy obtížnější přizpůsobit se. Za nejcitlivější období je považován věk od prvního do čtvrtého roku věku dítěte (6).

1.5.1.2 Zvládání nemoci ve školním věku, v pubertě a dospívání

Vstupem do školy dochází k uvolňování závislosti na rodině a rozšíření společenského okruhu. Dítě, ale i rodina se přizpůsobuje novému společenskému postavení – školákovi. Toto období výrazněji rozděluje potřeby a priority podle pohlaví a hodnota motoriky je v tomto období významnější pro chlapce, než pro dívky (6).

Náhlý nedostatek přirozeného kontaktu s kamarády, omezení pohyblivosti, nebo neúspěchy mohou u dítěte vyvolat trvalé pocity méněcennosti a při nesprávném vedení

dítě kapituluje. Z druhé strany, mají-li naději svou zdatnost zlepšit, velice dobře spolupracují. Proto zde hraje působení sestry důležitou roli (6).

Z psychologického hlediska jde o období velice náročné. V organismu dochází k fyziologickým změnám při pohlavním dozrávání, což znamená vysokou zátěž pro organismus. A na to by sestra měla brát ohled (6).

Při ošetřování dítěte v tomto věku musí sestra přistupovat se zvláštním taktem a poučeně. Musí počítat s výkyvy nálad a pozornosti, s rychlejší únavou a s větší citlivostí na kritické poznámky, výtky, nebo dokonce zesměšňování od dospělých. Důležitý je její respekt zvýšené potřeby intimity (tělesné) a nutnost nevystavovat pacienty společensky náročným situacím bez přípravy (6).

Děti jsou nevyzrálé jak kognitivně, tak i emocionálně, což má vliv na vyrovnávání se s kritickým onemocněním a na jejich chápání. I jejich komunikační schopnosti nejsou dokonalé, sestra tak musí umět předvídat jejich starosti a potřeby a být citlivá k jejich nonverbální komunikaci (6).

1.6 Rodina nemocného dítěte

Rodina je malá primární společenská skupina, která je založena na svazku muže a ženy a na pokrevním vztahu rodičů a dětí. Rodina je společenství, které je závislé na fungování společnosti. Její stabilita zároveň ovlivňuje vývoj dítěte a jeho postoje. A tím se také ovlivňuje vývoj celé společnosti. Je základním článkem ve společnosti (10,18).

Rodina je prvním nejdůležitějším životním prostředím dítěte. Je to společenství jedinců se systémem vztahů, které může být v kterékoli fázi ovlivněno každým jejím členem. Změna jednoho člena vyvolá změnu u ostatních a v důsledku promění rodinu jako celek. Každý jedinec prochází individuálním vývojem, ale i rodina jako celek se vyvíjí. Nemoc dítěte vyvolává v rodinném systému a následně i v širších sociálních vztazích řadu změn, které může sestra významně ovlivnit (6).

To, jak dítě prožívá svoji nemoc, je ovlivňováno i výchovnými postoji v rodině. A vývoj nemoci je ovlivněn nejen výchovnými postoji, ale také dobrými vztahy

v rodině a stabilním domácím prostředí. Stabilita rodiny je velice důležitá v jakékoli fázi jeho života (6).

Rodiče a jejich dítě musí být léčeni jako celek. Podpůrným systémem v dětském věku je samozřejmě rodina, a proto je velice důležité, aby ji sestra brala jako partnera a komunikovala s ní pozitivně. Je důležité, aby komunikovala s rodiči často a jasně. Strach rodičů se velmi rychle přenáší na dítě, a proto sestra musí všem členům rodiny dodávat emocionální podporu a měla by jim umožnit zůstat s dítětem tak často, jak je to jen možné. Pokud nemohou být návštěvní hodiny nepřetržité, měly by být alespoň vyhovující (6,18,10,34).

1.7 Ošetrovatelský proces u hospitalizovaného dítěte

Pro optimální vývoj dítěte ve všech jeho složkách je důležité naplnit a uspokojit jeho potřeby. V průběhu vývoje se tyto potřeby mění. Několik základních potřeb je ale trvalých, a ty vyžadují, aby došlo k jejich plnému uspokojení a vývoj dítěte tím nebyl narušen. Míra neuspokojení základních potřeb bývá i mírou narušení celkového stavu a vývoje dítěte. A čím je dítě mladší, tím bývá závažnost tohoto poškození větší (24).

Tyto potřeby můžeme rozdělit na potřeby biologické (tělesné), psychické (duševní) a sociální (společenské). Lidské potřeby jsou rozčleněny v hierarchickém systému podle své naléhavosti. Tedy je-li nejnižší potřeba uspokojena, může pak dominovat potřeba vyšší. Mezi nižší potřeby patří fyziologické potřeby a potřeby bezpečí a k vyšším potřebám patří potřeby seberealizace, uznání a sounáležitosti. Takto potřeby klasifikoval A. H. Maslow a velmi důležitá je Maslowova hierarchie potřeb (Příloha 4) (24,25).

U novorozenců mají větší převahu fyziologické potřeby hladu, žízně a bezpečí. Mladší děti jsou pak ovládány potřebami bezpečí a lásky a starší děti zase potřebami lásky a uznání. Až na počátku adolescence se objevuje potřeba seberealizace (25).

Malé dítě nemá schopnost sdělit nám své potřeby, a tak je signalizuje neverbálními projevy v chování. A tady je velice důležité a nezbytné, aby sestra pečlivě sledovala stav nemocného dítěte a jeho projevy. Při ošetřování dítěte v nemocnici je

důležitá něžnost a náklonnost, která dítě chrání před strachem a usnadňuje mu odreagovat napětí a křečovitou obranu. Mezi důležité potřeby dítěte patří hlavně potřeba citového vztahu s dospělým, potřeba slyšet lidskou řeč od prvních dnů života, potřeba stimulace k psychomotorickému vývoji, potřeba činnosti a orientace v prostředí, potřeba sociálního kontaktu, očního kontaktu a oslovování jménem, pak je to potřeba klidného spánku, tišení bolesti a fyzického kontaktu prostřednictvím laskajících doteků. S hospitalizací a nemocí se potřeby dítěte mění a hlavní úlohou sestry je, aby je dokázala co nejlépe uspokojit. K tomu jí pomáhá ošetrovatelský proces (2,34,25,24).

Pojem ošetrovatelský proces představuje sérii plánovaných činností, které sestra zaměřuje na dosažení určitého výsledku. Jde o metodu plánování a poskytování ošetrovatelské péče, jejímž cílem je pokud možno pozitivní změna zdravotního stavu a uspokojení potřeb pacienta. Cílem ošetrovatelského procesu je tedy kvalitní ošetrovatelská péče. Ošetrovatelský proces má 5 fází. Patří sem zhodnocení, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení (14).

Mezi nejčastější ošetrovatelské diagnózy v souvislosti s hospitalizací dítěte patří nedostatek zájmových aktivit – 00097, deficitní znalosti – 00126, zhoršená verbální komunikace – 00051, riziko osamělosti – 00054, riziko zhoršení rodičovské role – 00057, přerušovaný život rodiny – 00060, riziko oslabení rodičovské vazby rodičů a dítěte – 00058, poškozená sociální interakce – 00052, strach – 00148, úzkost – 00146, neefektivní zvládnání zátěže – 00069, ohrožující zvládnání zátěže rodinou – 00074, narušené chování dítěte – 00116, riziko narušení chování dítěte – 00115, sociální izolace – 00053, opožděný růst a vývoj – 00111, riziko opožděného vývoje – 00112 a další, dle druhu onemocnění (13).

Cíle, plánované v souvislosti s hospitalizací dítěte, mohou být krátkodobé, dlouhodobé, obecné a mohou se dotýkat pacienta, nebo sestry. V některých případech se mohou mírně lišit, ale převážně je jejich společným cílem uzdravení, zlepšení zdravotního stavu pacienta a zkvalitnění jeho zdraví. V případě dětského pacienta je do tohoto týmu více zapojena rodina a jejich společným a hlavním cílem je samozřejmě uzdravení dítěte a navrácení dítěte do domácího prostředí, bez jakýchkoliv poruch ve vývoji (14).

Pokud je to možné, tak si sestra, dítě a rodiče naplánují cíle, které budou směřovat k co nejrychlejšímu uzdravení. Dítě bude hospitalizováno s rodičem, nebo v doprovodu blízkého člena rodiny. Bude komunikovat se sestrou a ostatními členy zdravotnického týmu, bude mít uspokojeny všechny své potřeby a bude se aktivně zajímat o hru, protože již to je první známka uzdravování dítěte. Následně se sníží strach a úzkost dítěte, a to díky vlídnému a empatickému přístupu sestry. Těchto cílů sestra může dosáhnout pomocí intervencí, jako jsou například zásady komunikace s nemocným dětmi, které by měla znát, nebo zajištění přítomnosti rodičů u dítěte.

1.7.1 Příprava dítěte na hospitalizaci

Pokud je dostatek času na přípravu dítěte k pobytu v nemocnici, má sestra společně s rodiči dítě na tuto zatěžující situaci předem připravit. Ale jsou situace (úraz, náhlé onemocnění), kdy sestra na delší přípravu dítěte zpravidla nemá čas. Dítě je často dopravováno ve spěchu a panice a v těchto případech je důležité, aby sestra dítě i jeho rodinu uklidnila a stručně a srozumitelně podala několik informací o tom, co bude následovat. Důležité je, aby chování zdravotníků působilo vlídně, vyrovnaně a rozhodně a bylo zřejmé, že dítě je v dobrých rukou a rodiče jej mohou zdravotníkům s důvěrou svěřit. Je dobré, aby sestra v této situaci dítě povzbudila, že už to nejhorší má za sebou a teď je už všechno začátek uzdravování (6).

Je-li na přípravu dostatek času, měla by sestra začít vždy s rodiči, protože oni jsou odpovědní za své dítě a v jejich rukou bude příprava na hospitalizaci. Ideální by bylo vzbudit v dítěti dojem, že nemocnice je příjemné místo. Je dobré o tomto problému mluvit s ostatními členy v rodině. To, jaké zaujmou postoje rodiče, se odrazí samozřejmě v chování dítěte. Lékaři a sestry by je proto měli uklidnit, dodat jim důvěru a vysvětlit jim důvody hospitalizace a léčebných opatření. Úzkostní a nervózní rodiče přijmou spíše klidné, ale autoritativní a přesvědčující vysvětlení. Rodiče racionálnější vyžadují spíše důkladné vysvětlení s technickými podrobnostmi (6,21).

Neméně se samozřejmě sestra věnuje dítěti, aby ho ušetřila nepříjemných překvapení a stavů úzkosti. Platí jedno pravidlo, dítěti nikdy nelžeme. Pokud se dítěti řekne včas šetrně celá pravda, obvykle se ušetří mnoho komplikací. Dobrou přípravou je například kniha na toto téma, nebo hra s dítětem na doktora a sestřičky, kdy dítě bude

mít úlohu lékaře, či sestry a bude se starat o jednoho z rodičů, nebo o některou ze svých hraček (6,21).

U kojeneckého a batolecího období ale hrozí větší nebezpečí separace. Proto velmi záleží na správném zacházení s dítětem během hospitalizace (6).

U mladších dětí by sestra měla najít způsob, jak jim klidně a srozumitelně vysvětlit důvody pobytu v nemocnici. Přitom by měla zdůraznit věci zajímavé (bude dříve zdravé, pozná nové lidi a děti...) a nezdůrazňovat věci nepříjemné a bolestivé (6).

Dítěti ve školním věku již sestra může důkladněji a rozumově vysvětlit důvody hospitalizace. Volí ale přiměřené množství informací. Informace mu nevnucuje a otázky ochotně zodpoví v míře, aby dítě uspokojila (6).

Rodičům by mělo být dovoleno, aby mohli strávit s dítětem určitou dobu, než se s ním rozloučí, i když to poněkud ruší provoz oddělení. Pro dítě v novém prostředí je ideální, pokud bude mít sebou nějakou svou hračku, nebo milý osobní předmět, dárek, který mu rodiče při odchodu zanechají, aby se dítě necítilo tolik osamoceno (6).

U některých dětí se po odchodu rodičů projeví jakási citová krize, kdy si naplno uvědomí svou situaci. Předškolní a menší děti mají někdy pocit, že odloučení od rodičů je trestem za něco, co udělaly. Proto se sestra musí snažit, aby se dítě tohoto pocitu zbavilo. Klidným a srozumitelným způsobem dítěti vysvětlí důvody pobytu v nemocnici a podstatu onemocnění. Vysvětlí jim také, že je rodiče mají stále rádi (6).

1.7.2 Přítomnost rodičů v nemocnici

Podle studií dětí, které byly přijaty do nemocnice, se ukazuje, že i krátkodobá hospitalizace může mít dlouhodobé následky jak pro dítě, tak i pro jeho rodinu. Protože hospitalizace znamená narušení normálního denního života a aktivit dítěte. Pobyt rodiče s dítětem v nemocnici je pozitivní faktor, který pomáhá zmírnit nežádoucí vlivy, které působí na hospitalizované dítě. Také usnadňuje jeho adaptaci na cizí prostředí a umožňuje trvalé naplňování jeho potřeb. Výzkumy ukázaly, že přítomnost matky, nebo jiného člena rodiny má vliv na délku hospitalizace dítěte. Došlo ke zkrácení doby pobytu. Hospitalizace matky s dítětem klade jistě větší nároky na zdravotnický personál. Pro něj to znamená větší zátěž psychickou, materiální i časovou (6,16).

Pobyt rodičů s dětmi se stal postupně samozřejmostí ve většině nemocnic. Tato situace přináší dětem větší pocit jistoty a bezpečí. Ale ukázalo se, že je potřeba pro pobyt rodičů na oddělení stanovit určitá pravidla. Očekává se, že doprovod bude dítěti psychickou podporou a že se aktivně ujme některých ošetrovatelských úkonů (mytí, vysazování na nočník, krmení...). Dětem do šesti let věku hradí pobyt s doprovodem zdravotní pojišťovna. Na oddělení může být i doprovod s dítětem starším šesti let, ale tento pobyt si musí rodiče hradit hotově (6).

Pokud nemůže být rodič s dítětem na oddělení, tak příznivě působí i návštěvy rodičů. Poskytují dětem citové uspokojení ze styku se známými a milými osobami a zbavují je pocitu opuštěnosti. Návštěvy ale mohou mít i opačnou stranu, a to v případě, kdy rodiče doma pociťují osamělost a starosti, trpí pocity viny a nejistotou. V takovém případě každá návštěva může opětovně vyvolat citové otřesy jako při prvním loučení. Zde má smysl omezit návštěvy na nejmenší míru a nabídnout rodině pomoc (6).

Dětem, kterým návštěva nepřišla, nebo dopředu vědí, že za nimi nikdo nepříjde, by sestra měla věnovat zvláštní péči. Mohou pociťovat žárlivost a závist vůči ostatním dětem. Proto je vhodné účelné zaměstnání dětí, hra a poskytnutí dostatečného citového uspokojení (6).

Pokud malé dítě nemá v nemocnici dostatek náhradní péče ze strany personálu, může dojít k již zmiňovanému citovému vyhladovění - hospitalizmu (může vzniknout i u dospělého pacienta). Dítě do půl roku netrpí odloučením od matky, pokud je mu poskytnuta láskyplná péče. Pro děti školního věku může být hospitalizace i užitečnou zkušeností, ale pro děti předškolního věku je odloučení od matky téměř vždy škodlivé. V současné době je vhodné, aby byla s dítětem na oddělení přijímána i matka (může pomoci snížit vliv negativních faktorů). Prevence hospitalizmu je v současné době jeden z důležitých a významných úkolů současné medicíny a ošetrovatelství. Důležitá je správná realizace léčebně ochranného režimu a humanizovaného nemocničního režimu. To znamená přiblížit ústavní režim běžným životním podmínkám a zajistit dostatek činností a podnětů. V nemalé míře dětské pacienty ovlivňuje i oblečení zdravotnického personálu. Bílá barva často působí na děti depresivně, vyvolává v nich stísněné pocity a stres. V dnešní době lze využít činnosti učitelů ze školy v nemocnici, nebo herní

terapeuty. Organizovat správnou činnost nemocných je složitý a náročný úkol, kde je potřeba i určitá míra pedagogického umění ze strany sester. Základním předpokladem úspěšné léčby je spolupráce pacienta s ošetřujícím personálem a dobré mezilidské vztahy (35,6,20).

1.7.3 Komunikace sestry s nemocným dítětem

Komunikace je proces, při kterém dochází ke sdělování informací navzájem mezi lidmi, a tím umožňuje sociální interakci. Způsob řečové komunikace mezi dvěma i více účastníky se nazývá rozhovor. Jde o sociální interakci, kdy sdělujeme určité významy účelově. Tím se vytváří vztah, pracovní společenství. Prostřednictvím rozhovoru sestra dětského pacienta ovlivňuje a dodává, či získává potřebné informace (18,34).

Komunikace vždy ovlivňuje osoby, které se jí účastní, a její realizace má určitý následek. Z toho, jak sestra mluví a jedná, může pacient vycítit postoje sestry. Spokojenost pacienta s léčbou a zdravotnickým personálem bývá do značné míry tvořena spokojeností se „zacházením“, kde hlavní součástí tvoří komunikace. Pacient spokojený je většinou pacientem spolupracujícím (4).

Komunikace s dítětem je v období nemoci zvláště citlivá. A právě správná komunikace sestře může pomoci v navázání dobrého vzájemného vztahu a k dosažení dobré spolupráce s dítětem a dospívajícím (Příloha 5). Sestra se pro dítě stává kromě rodičů nejbližší osobou. Při kontaktu s dítětem nemusí být pouze zdravotníkem, ale také může být pro něj partnerem ve hře, nebo náhradou kamarádů. Vždy by sestra měla být zdrojem jistoty a porozumění. Obrovský význam má i neverbální projev. Velmi důležitý je oční kontakt a úsměv. Postoj je důležitý, hlavně v počátku by sestra měla zvolit stejnou výšku na úrovni dítěte. Měla by si všimnout gest dítěte a komunikovat s ním i na této úrovni (např.: zrcadlení). V oblasti dotyku je důležitá citlivost k nastavení dítěte na dotyk, protože dotykem může sestra zklidnit i rozrušit (pohlazení, nošení v náručí, držení za ruku...). Výborným zdrojem komunikace je také zevnějšek, ať je to náhrada uniformy za barevnější a líbivější oděv, nebo vykukující hračka z kapsy, vše ovlivňuje emocionální naladění dítěte. Významnou roli hraje i zrcadlení v pohybu (prochází se a

my začneme s ním) a úprava prostředí. Důležité je, aby sestra věnovala pozornost všem komunikačním vodítkům, všímala si zrakových signálů od dítěte, zda gestikuluje, jestli se na ni dívá, nebo se vyhýbá očnímu kontaktu, nebo zda upoutává záměrně její pozornost (28,6).

Je důležité, aby sestra dodržovala několik zásad komunikace s dětským pacientem. Ta první je, že dítěti nelže, dále dítěti vše vysvětluje podle jeho zralosti. Měla by se stále přesvědčovat, zda ji dítě chápe. Používá krátké srozumitelné věty a jednoduchý slovník. Dítě má vědět, že nezůstane samo. Důležité je dítě připravit na bolest a nikdy netvrdit opak. Také je potřeba, aby sestra dítě často chválila a povzbuzovala. Zjistí, co má rádo, a využívá hračky, obrázky a knihy. Pokud je možná aktivní spolupráce s rodiči, sestra se snaží je začlenit do celého procesu. Při komunikaci dítě nevynechává, nemluví o něm, ale s ním (28).

Péče o psychické potřeby a kvalita komunikace s dětskými pacienty stále pokulhává za péčí o tělesné potřeby. Také sestra nebývá většinou školená v umění komunikace, mnohé se naučí až v praxi, kde je také často odkázána pouze na vlastní intuici, na osobní zkušenosti, nebo na zkušenosti svých spolupracovníků. To však bývá mnohdy příčinou přenášení a opakování nebezpečných stereotypů chování a reakcí (Příloha 6). Časté chyby, které se objevují je lhaní, zlehčování, zastírání, přístup k dítěti jako k malému dospělému, nebo příliš autoritativní přístup. Dále je to devalvace emocionálních projevů (pláče, strachu...), nebo ignorace dětských otázek, či devalvace odpovědí („tomu bys ještě nerozuměl“). Dále je to kárání dítěte za nešikovnost, srovnávání s jinými dětmi, nebo výčitky. Základní pravidla dobré komunikace obecně jsou úcta, respekt a individuální přístup, schopnost empatie, subjektivní prožívání a aktivní naslouchání (34,18,28,4,3,6).

1.7.4 Hra

Typickou činností dětského věku je hra. Je účinným a výchovným prostředkem, rozvíjí se při ní tělesné dovednosti a duševní schopnosti. Je také jazykem dětství a přípravou na život a práci. Pokud dojde k poklesu zájmu o hru, tak to vždy signalizuje, že není něco v pořádku. Dobře zvolená hračka sestře může napomoci navázat kontakt

s dítětem, povzbudit jej, zlepšit mu náladu, povzbuzuje jeho činnost a usnadňuje průběh léčení. Při onemocnění dítěte se často sestra může setkat s regresí vývoje, kdy se dítě chová jako mladší, a proto je nutné způsob hry vždy přizpůsobit jeho aktuální úrovni (2,18,26).

Hra může být volná, kdy se dítě s chutí zabývá něčím samo a dobrovolně, nebo vedená dospělým, ta je zvolená záměrně, anebo to může být hra s pravidly, které je potřeba vysvětlit a dodržovat. Pro děti, které jsou hospitalizovány v nemocnici, nebo v jiných ústavech, jsou na odděleních zřizovány herny. Zde si děti mohou hrát pod dozorem sestry, nebo učitelky mateřské školy při nemocnici. Děti školního věku se učí v nemocnici s učitelem, který je zde přítomen. V poslední době v nemocnicích pracuje tzv. herní specialista (vyškolený odborník). Připravuje děti na zákroky a vyšetření pomocí loutky a hry, kdy jim vysvětluje, jaká vyšetření jim budou prováděna. Očekává se od něj schopnost pohlížet na dění v nemocnici „dětskýma očima“. Pokud si sestra připravuje zaměstnání pro děti na oddělení, je velice důležité její naladění, zájem o hru s dítětem a schopnost dobře vybrat hračku podle věku dítěte, vnímat dítě jako osobnost se všemi jeho zvláštnostmi (2,18,26,11).

Ke hře je často potřeba určitá hračka. Hračky jsou pro děti nezbytné, jsou stejně důležité jako léky nebo jídlo. Pokud je jich nedostatek, děti jsou smutné, pasivní, opoždují se v tělesném i duševním vývoji. Důležité je dbát na to, aby hračky byly výchovně vhodné, odpovídaly věku dítěte a byly nezávadné, aby si s nimi dítě nemohlo ublížit (2,18,26).

1.7.5 Zvláštnosti přístupu k dětskému pacientovi

Důležitou součástí sesterského přístupu k dětskému pacientovi a jeho blízkým osobám v jeho životě je samozřejmě úcta a respekt, tento přístup nejen podporuje, ale i rozvíjí u člověka lidskou důstojnost. Jde o pohled na člověka jako na bytost jedinečnou, cennou a hodnotnou (34).

Tento přístup a postoj je v každé profesi důležitý, zvláště pak ve zdravotnictví. Nejde jen o vlídnost, ohleduplnost, trpělivost a zdvořilost, tedy tzv. „slušné chování“, ale je to hlavně projev rovnosti a pohled na pacienta jako na plnohodnotnou bytost, ať

už jde o člověka nám sympatického, nebo nesympatického, dospělého, nebo dětského pacienta (34).

Zpravidla nejvíce záleží na prvním kontaktu s dětským pacientem. Toto první setkání určuje, jak bude probíhat další spolupráce a vztah pacient a sestra. Projev osobního zájmu a plného soustředění na pacienta působí anxiolyticky a antidepresivně, pacient se necítí být sám a pocítuje vlídnou pomoc od sestry a možnou změnu k lepšímu (34).

Další důležitou součástí sesterského přístupu k dětskému pacientovi je porozumění. Psychologické porozumění je hlavně lidské porozumění na základě empatie, kdy se sestra snaží pochopit, proč člověk jedná, tak jak jedná, a snaží se vcítit do jeho situace. Jde o hluboké pochopení druhého člověka, čím se sestra snaží prohloubit další lidský zájem a toleranci (34).

Empatie z řeckého *empathia* – vcítění. Empatie patří mezi lidské schopnosti stejně jako inteligence. Má část vrozenou a část získanou (vlivem výchovy). Je možné ji proto kultivovat a rozvíjet. Vysoce empatictí lidé mají schopnost velmi přesně vycítit a pochopit psychické stavy druhých lidí, včetně příčiny a dalšího vývoje. Mají schopnost i správně předvídat, jak druhý člověk bude jednat. Empatická sestra má tu schopnost vyvolat u člověka dojem subjektivní blízkosti a osobního zájmu. Tímto chováním dochází k redukci úzkostných stavů a nežádoucímu prožívání nemoci s jejími dopady. Nemělo by dojít ale ke ztotožnění (identifikaci) s druhou osobou, a tím ke ztrátě subjektivního odstupu. Je to komplikace, kdy sestra ztrácí objektivitu při poznávání, hodnocení a rozhodování. Na druhou stranu málo empatická sestra se stává člověkem sociálně a lidsky nechápavým (34).

1.8 Sestra na dětském oddělení, její práce a poslání

Při výkonu své práce sestra provádí řadu nejrůznějších činností. Málomocná profese vyžaduje takovou řadu znalostí a dovedností jako ošetrovatelství (18).

Její práce začíná od uspokojování základních potřeb dítěte, jako je krmení a pomoc při jídle nejmenším dětem, přes přebalování a udržování hygieny, měření tělesné

teploty a fyziologických funkcí, které provádí v průběhu celého dne a pak podle ordinací lékaře a potřeby i v nočních hodinách. Asistuje lékaři při nejrůznějších výkonech a vizitách, kdy se stále od sestry vyžaduje jemnost, vstřícnost, takt a aktivní empatické naslouchání k dětskému pacientovi, který je v novém neznámém prostředí, mezi cizími lidmi velmi citlivý. Nezbytnou a velmi důležitou součástí její práce je spolupráce s rodiči. Dále sestra plní ordinace lékaře, zajišťuje a objednává různá vyšetření. V náplni její práce je i příprava nejen potřebných pomůcek a žádanek, ale i příprava dítěte, která je na dětském oddělení nesmírně důležitá a také svízelná. Protože malý pacient je jedinečná osobnost, kterou sestra musí poznat, aby nezranila jeho duši a jeho další pohled na zdravotníky. Ke své práci také používá dovednost komunikovat s pacientem, která jí slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s ním. Během celého dne sleduje celkový stav pacientů a zaznamenává své pozorování do dokumentace. Sleduje rány, obvazy, podává nejrůznější léky, kapky, sirupy, nebo injekce. A to je nepříjemná zkušenost pro dospělého, zvláště pak pro dítě. Jen těžko mu sestra vysvětlí, že tyto nepříjemnosti jsou pro jeho dobro. Tyto všechny činnosti a ještě mnoho dalších jsou pečlivě naplánovány a rozvrženy v provozním řádu. Tento časový harmonogram se může od běžného režimu jednotlivých dětí lišit, ale pro chod oddělení je nezbytný (33,28,1).

Sestra je neustále v úzkém kontaktu s dětskými pacienty a v dnešní době mnohem častěji i s některými jejich rodiči, kteří jsou hospitalizováni společně s nimi a bedlivě střeží, co se kolem nich děje. Sestra spolupracuje s lékaři, ostatními sestrami, s dalším personálem a také s rodiči. Jejich společným cílem je co nejlepší a včasné vyléčení jejich dětí (18).

2. Cíl práce a hypotézy bakalářské práce

2.1 Cíl

Cílem práce je zjistit, jaké jsou názory rodičů a ošetrovatelského personálu na problematiku hospitalizace dítěte s rodičem.

2.2 Hypotézy

H 1 – Rodiče upřednostňují hospitalizaci s dítětem.

H 2 – Sestry upřednostňují při hospitalizaci dítěte pouze krátkodobé návštěvy rodičů.

3. Metodika

3.1 Použitá metodika

Ke zpracování dat a vypracování praktické části bakalářské práce byl použit kvantitativní výzkum. Byla použita metoda dotazníku. Výzkum probíhal v měsíci březnu roku 2008. Dotazníky byly anonymní a jejich vyplnění dobrovolné. Byly vytvořeny dva dotazníky. Jeden pro rodiče, doprovod dítěte (Příloha 7), a jeden pro sestry (Příloha 8).

Dotazník pro rodiče, doprovod dítěte, obsahoval 26 otázek. Z toho bylo 19 otázek uzavřených a 7 otázek polouzavřených. Dotazník byl určen rodičům, kteří byli hospitalizováni na dětském oddělení společně s dítětem, nebo rodičům, kteří docházeli za svým dítětem na návštěvy. Dále byl dotazník určen doprovodu dítěte (např. babička...), který byl na oddělení hospitalizován společně s dítětem.

Dotazník pro sestry dětského oddělení obsahoval 26 otázek. Z toho bylo 19 otázek uzavřených a 7 otázek polouzavřených. Dotazník byl určen pro sestry, které pracují na dětském oddělení.

Celkem bylo rozdáno rodičům a doprovodu dětí 100 dotazníků a vrátilo se jich 65 (65 %). Z toho v Českých Budějovicích bylo rozdáno 50 dotazníků a vrátilo se jich 38 (76%) a v Písku bylo rozdáno 50 dotazníků a vráceno bylo 27 (54 %) dotazníků. Pro zpracování grafů je za 100 % bráno 65 dotazníků u výzkumného souboru rodičů.

Sestrám bylo rozdáno celkem 90 dotazníků a vrátilo se jich 68 (75,56 %). Z toho v Českých Budějovicích bylo rozdáno 50 dotazníků a vráceno bylo 48 (96 %) a v Písku bylo rozdáno 40 dotazníků a vrátilo se jich 20 (50 %). Pro zpracování grafů je za 100 % bráno 68 dotazníků u výzkumného souboru sester.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

První výzkumný soubor tvořilo celkem 65 respondentů (rodiče a doprovod dítěte). Z dětského oddělení nemocnice České Budějovice bylo 38 respondentů a 27 respondentů bylo z dětského oddělení nemocnice Písek.

Druhý výzkumný soubor tvořilo celkem 68 sester. Z toho 48 sester bylo z dětského oddělení v Českých Budějovicích a 20 sester bylo z dětského oddělení nemocnice Písek.

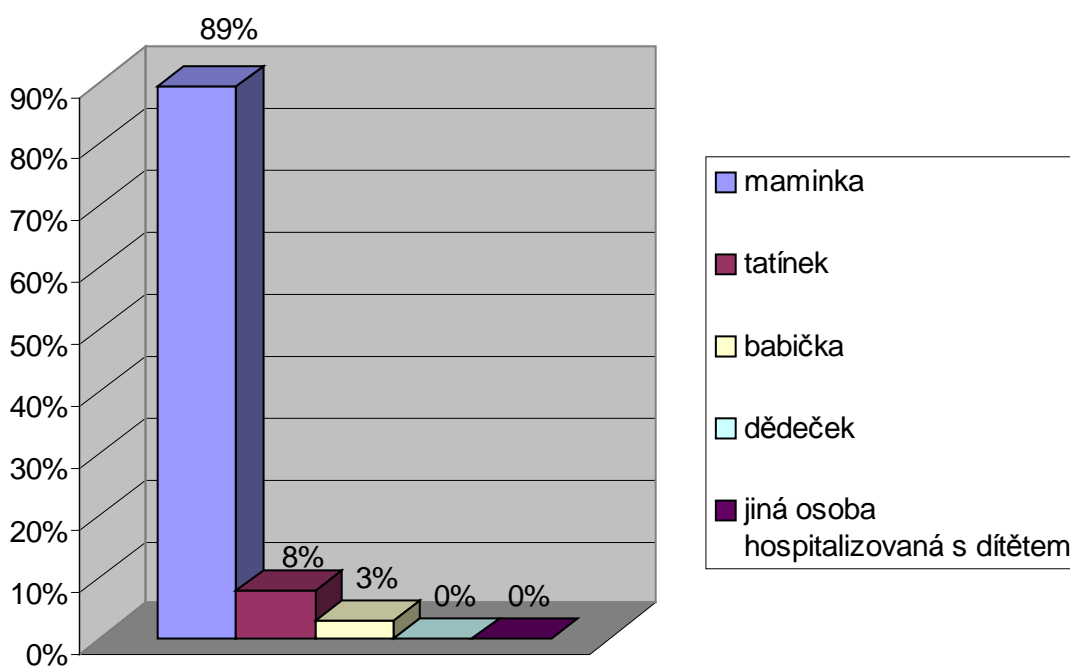
4. Výsledky

4.1 Výsledky šetření u rodičů a doprovodu dětí

Čísla grafů nesouhlasí s čísly otázek v dotazníku pro rodiče a doprovod dítěte.

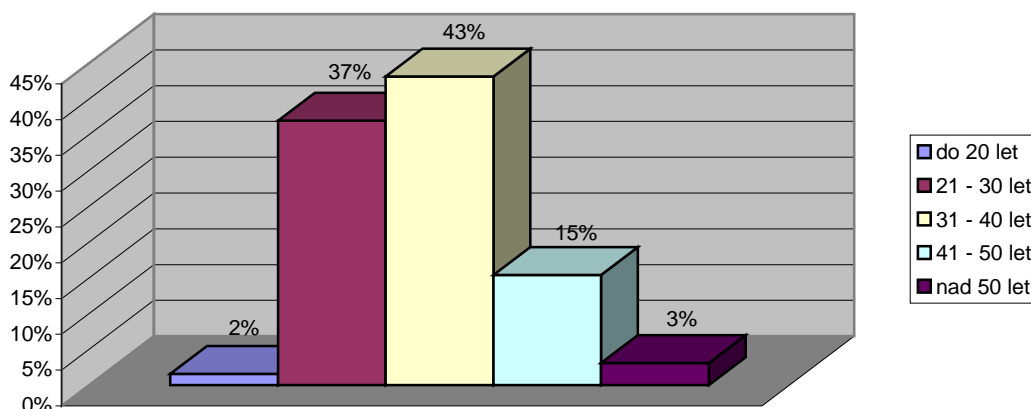
Graf 1 (Otázka 1)

Rodiče a doprovod dítěte



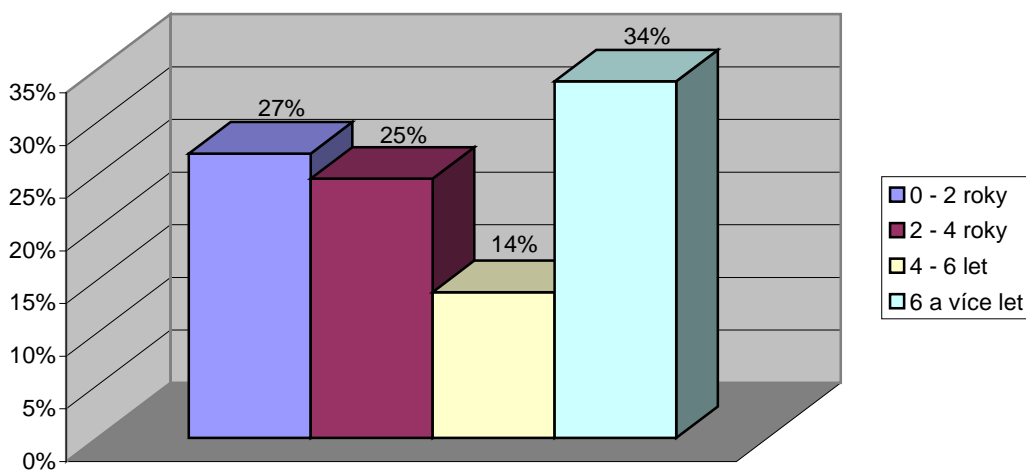
Z celkového počtu 65 (100 %) respondentů bylo 58 (89 %) maminek, 5 (8 %) tatínků, 2 (3 %) babičky, žádný dědeček a ani jiná osoba hospitalizovaná s dítětem nebyla.

Graf 2 (Otázka 2) Věkové kategorie rodičů a doprovodu dětí



Z celkového počtu 65 (100 %) respondentů byl 1 (2 %) respondent v kategorii do 20 let, 24 (37 %) respondentů bylo ve věku 21-30 let, 28 (43 %) respondentů bylo ve věku 31-40 let, 10 (15 %) respondentů bylo ve věku 41-50 let a 2 (3 %) respondenti byli ve věku nad 50 let.

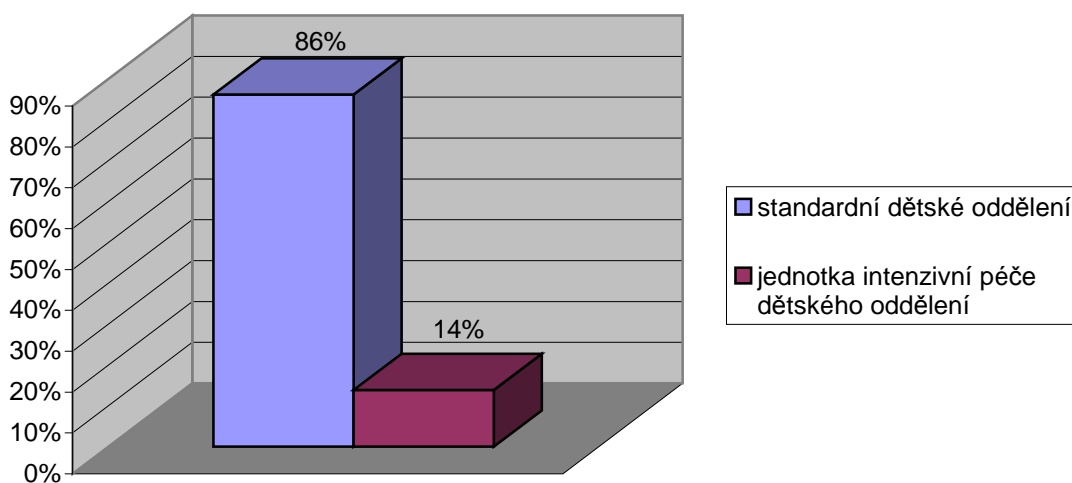
Graf 3 (Otázka 3) Věk dítěte



Z celkového počtu 65 (100 %) respondentů bylo 18 (27 %) dětí ve věku 0-2 roky, 16 (25 %) dětí bylo ve věku 2-4 roky, 9 (14 %) dětí bylo ve věku 4-6 let a 22 (34 %) dětí bylo ve věku nad 6 let.

Graf 4 (Otázka 4)

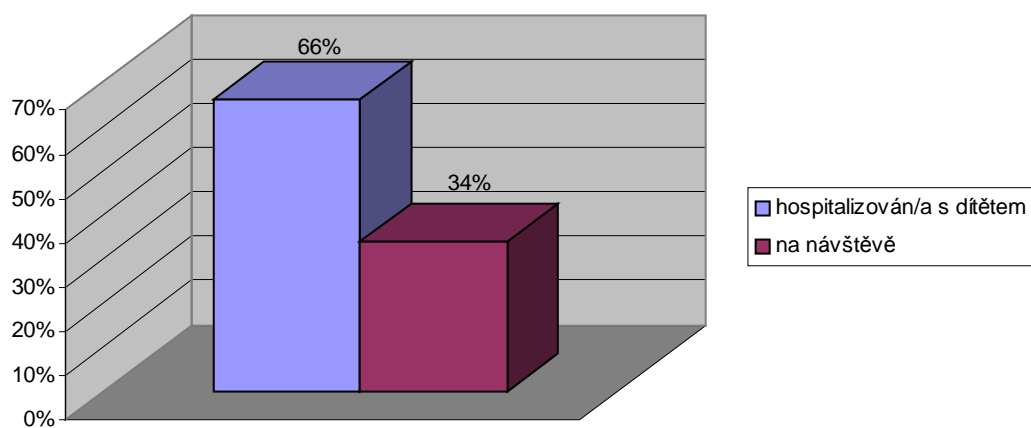
Typ oddělení



Z celkového počtu 65 (100 %) respondentů bylo 56 (86 %) respondentů na standardním dětském oddělení a 9 (14 %) respondentů bylo na jednotce intenzivní péče dětského oddělení.

Graf 5 (Otázka 5)

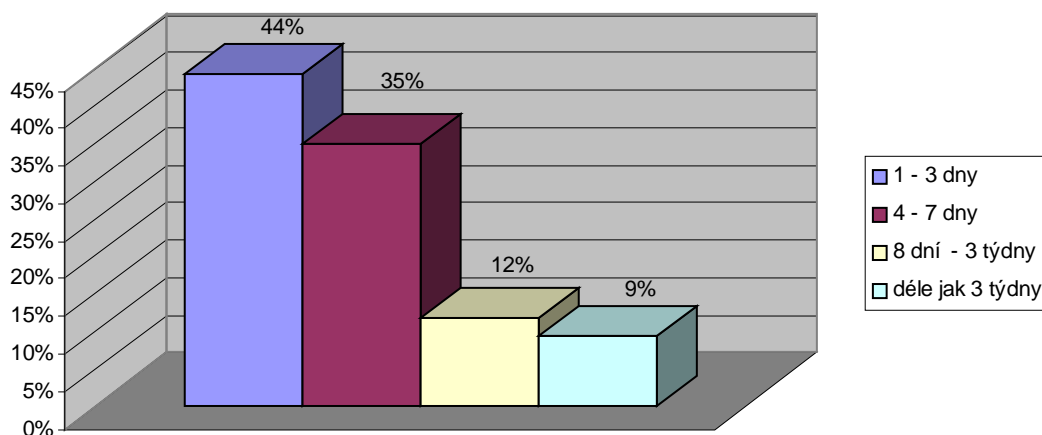
Rodiče hospitalizovaní nebo na návštěvě



Z celkového počtu 65 (100 %) respondentů bylo 43 (66 %) respondentů hospitalizováno na oddělení s dítětem a 22 (34 %) respondentů bylo na oddělení na návštěvě.

Graf 6 (Otázka 6)

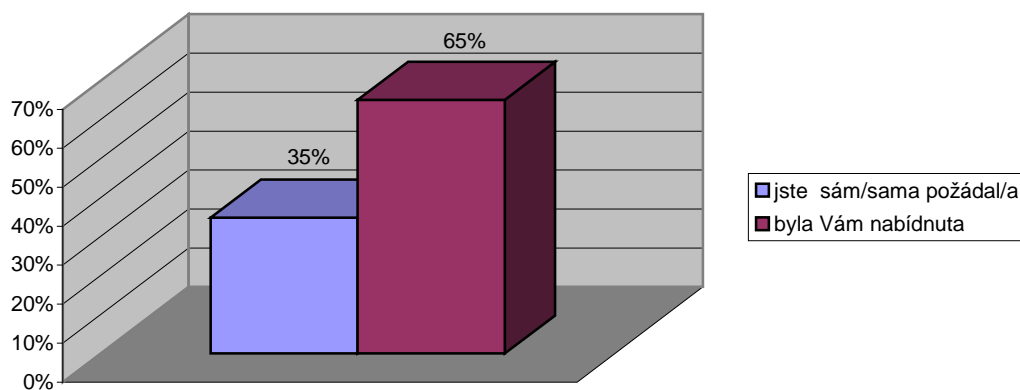
Délka hospitalizace



Z celkového počtu 43 (100 %) respondentů bylo 19 (44 %) respondentů hospitalizováno na oddělení v rozsahu 1-3 dny, 15 (35 %) respondentů bylo hospitalizováno na oddělení v rozsahu 4-7 dní, 5 (12 %) respondentů bylo na oddělení v rozsahu 8 dní-3týdny a 4 (9 %) respondenti byli na oddělení hospitalizováni déle než 3 týdny.

Graf 7 (Otázka 7)

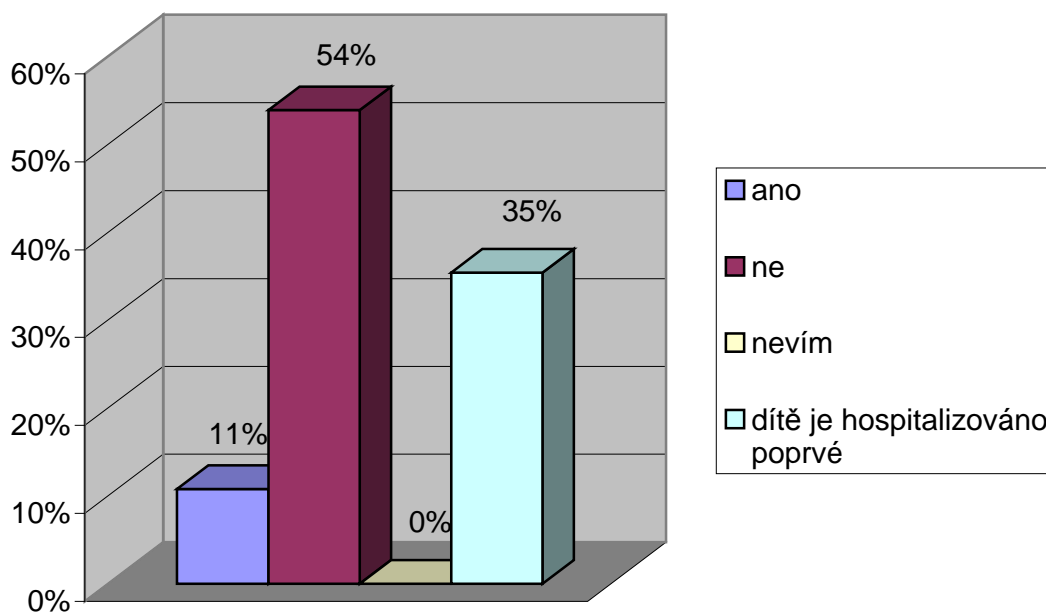
Nabízení hospitalizace s dítětem



Z celkového počtu 43 (100 %) respondentů si 15 (35 %) respondentů o hospitalizaci na oddělení s dítětem požádalo a 28 (65 %) respondentům byla hospitalizace s dítětem nabídnuta.

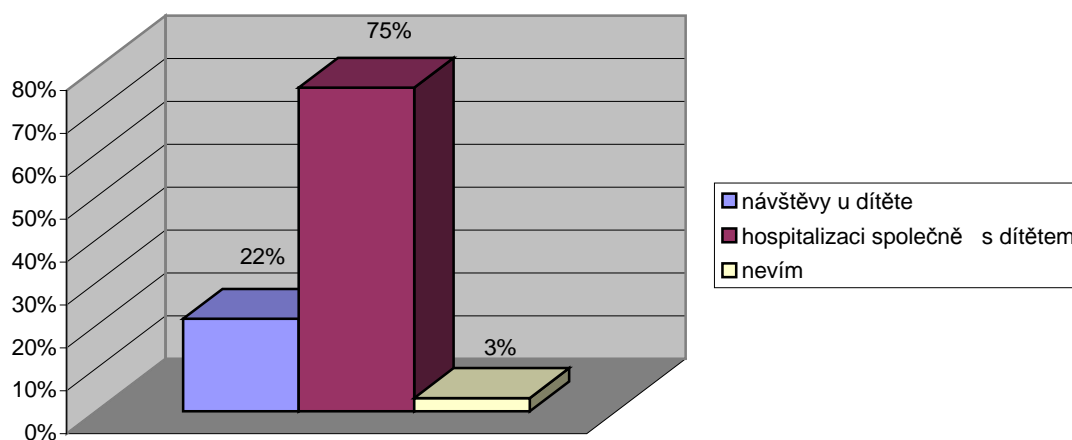
Graf 8 (Otázka 8)

Odepření hospitalizace s dítětem personálem



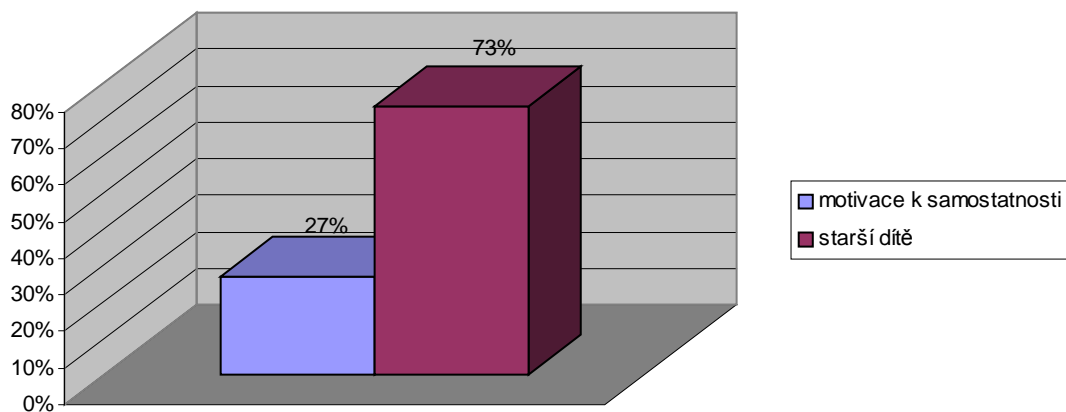
Z celkového počtu 65 (100 %) respondentů 7 (11 %) respondentů odpovědělo, že jim hospitalizace odepřena dříve byla, a to nejčastěji z důvodu plně obsazeného oddělení, 35 (54 %) respondentům hospitalizace odepřena dříve nebyla, žádný respondent ne zvolil možnost nevím a 23 (35 %) respondentů odpovědělo, že jejich dítě je hospitalizováno poprvé.

Graf 9 (Otázka 9) Upřednostňování návštěv před hospitalizací rodičů s dítětem



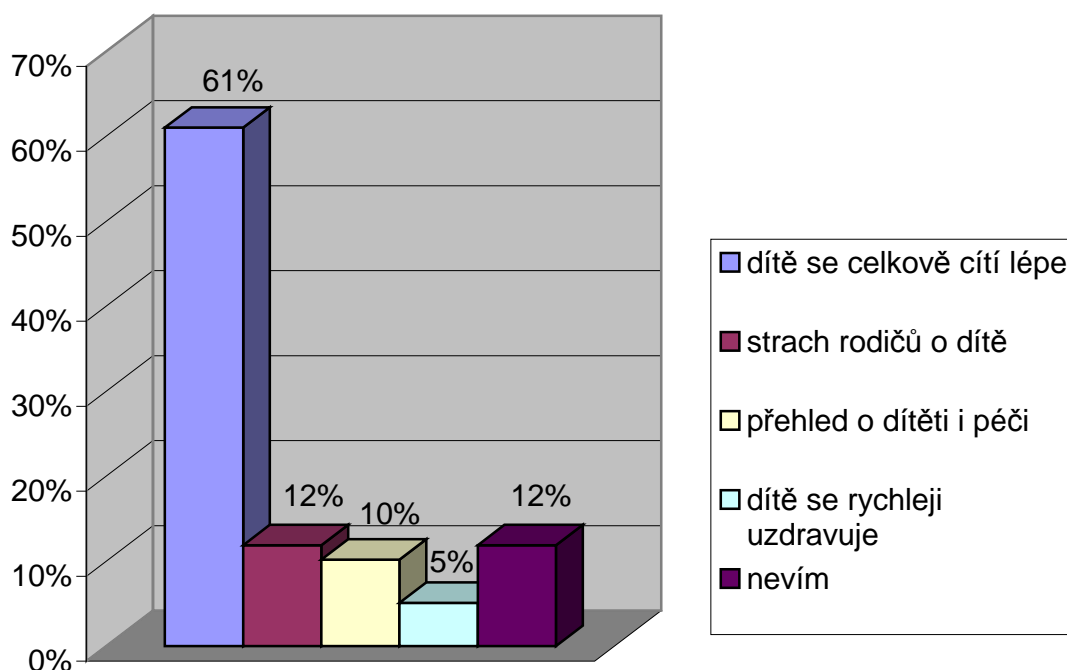
Z celkového počtu 65 (100 %) respondentů 14 (22 %) dotazovaných upřednostňuje návštěvy u dětí, 49 (75 %) dotazovaných upřednostňuje hospitalizaci a 2 (3 %) dotazovaní odpověděli nevím.

Graf 10 (Otázka 9) Nejčastější důvody rodičů a doprovodu dítěte upřednostňování návštěv



Od celkového počtu 14 respondentů bylo 15 (100 %) odpovědí. 4 (27 %) odpovědi byly v oblasti motivace dítěte k samostatnosti a nejvíce respondenti odpovídali, že hlavním důvodem upřednostňování návštěvy je již starší věk dítěte, zde bylo 11 (73 %) odpovědí.

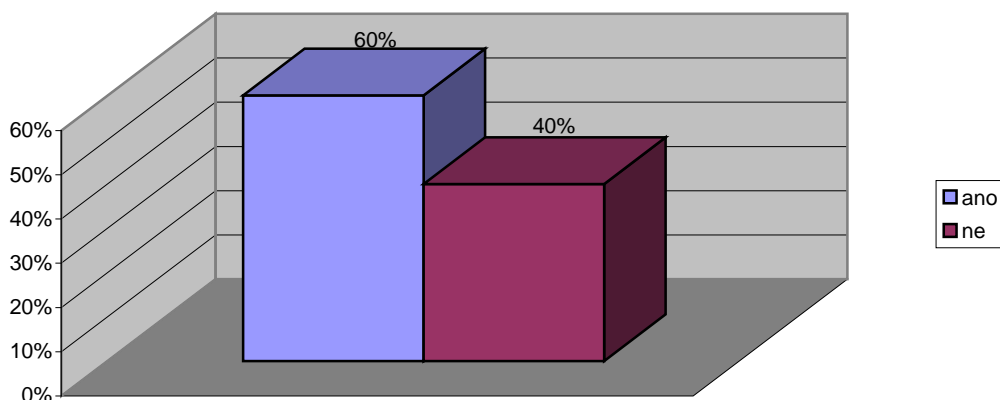
Graf 11 (Otázka 9) Nejčastější důvody rodičů a doprovodu dítěte upřednostňování hospitalizace



Od celkového počtu 49 respondentů bylo 59 (100 %) odpovědí. Respondenti nejčastěji odpovídali, že hlavním důvodem upřednostňování hospitalizace je, že dítě se celkově cítí lépe, je klidnější a není stresováno. Těchto odpovědí bylo 36 (61 %). Dále respondenti uváděli, že i rodiče mají menší strach o dítě, těchto odpovědí bylo 7 (12 %). 6 (10 %) odpovědí bylo v kategorii, kde respondenti odpovídali, že mají kvalitnější a stálý přehled o péči. 3 (5 %) odpovědi byly v oblasti, kde si respondenti myslí, že se dítě rychleji uzdravuje. 7 (12 %) odpovědí bylo v oblasti nevím.

Graf 12 (Otázka 10)

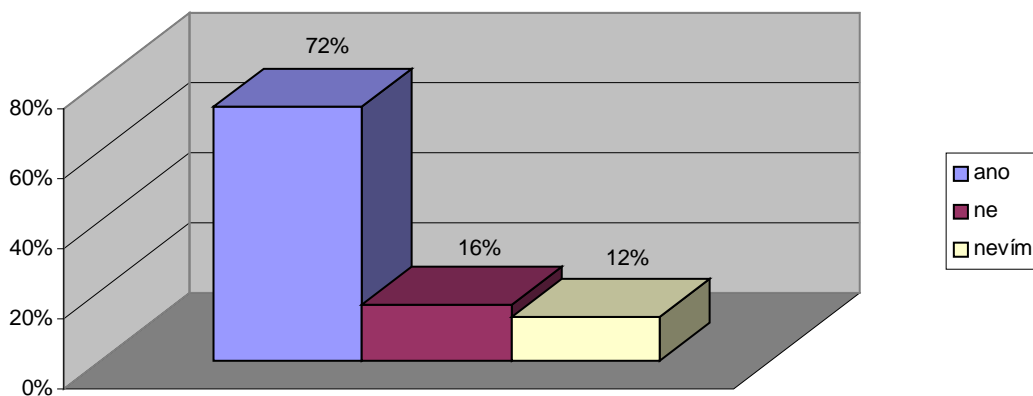
Informovanost o umístění provozního řádu



Z celkového počtu 65 (100 %) respondentů jich 39 (60 %) respondentů ví, kde je na oddělení umístěn provozní řád, a 26 (40 %) respondentů neví, kde je umístěn provozní řád.

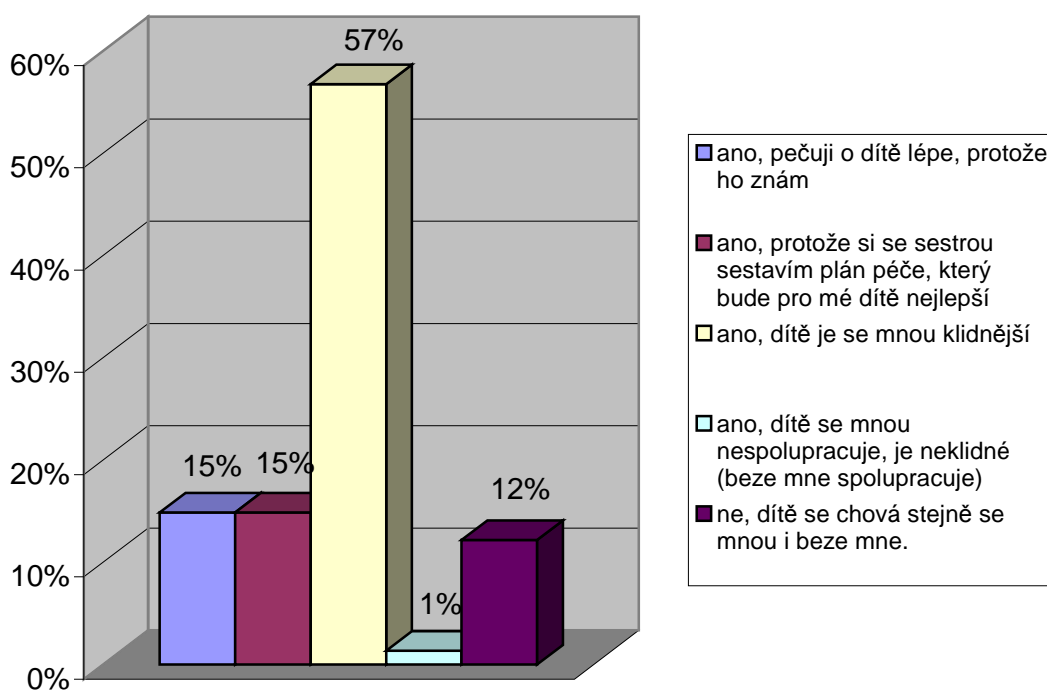
Graf 13 (Otázka 11)

Význam přípravy dítěte na hospitalizaci



Z celkového počtu 65 (100 %) respondentů si 47 (72 %) respondentů myslí, že je potřeba dítě na hospitalizaci připravit, 10 (16 %) respondentů se domnívá, že příprava dítěte není nutná. 8 (12 %) respondentů neví, zda je potřeba připravit dítě na hospitalizaci.

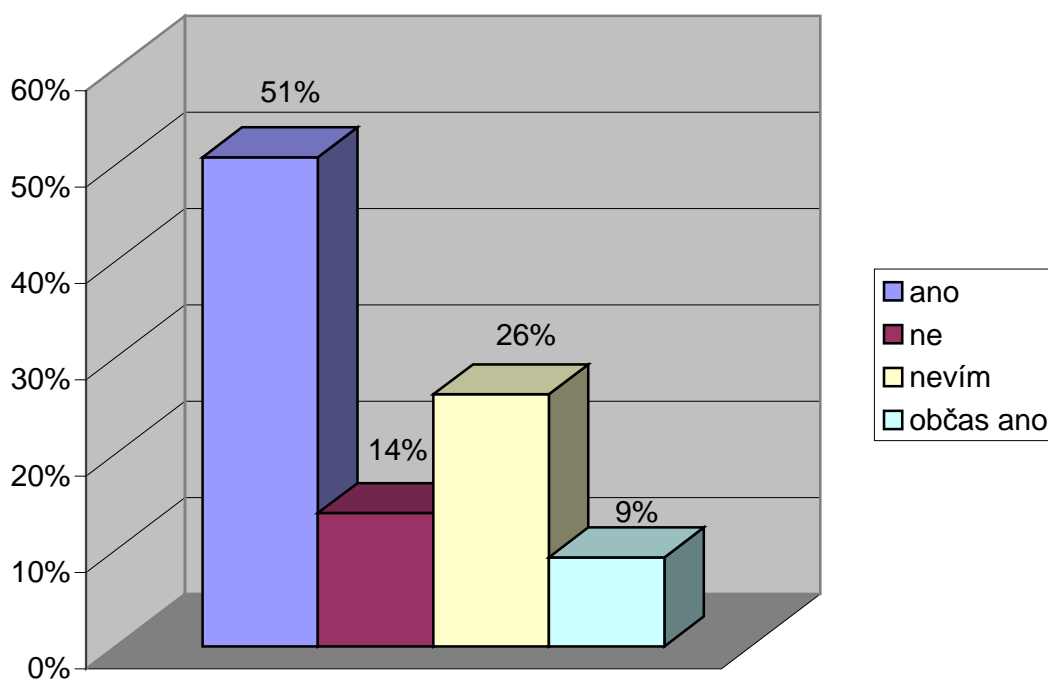
Graf 14 (Otázka 12) Ovlivňování ošetrovatelské péče u dítěte za přítomnosti rodičů



Od celkového počtu 65 respondentů bylo získáno 74 (100 %) odpovědí, respondenti měli možnost zvolit více odpovědí. 11 (15 %) odpovědí volili respondenti v oblasti, kde se rodiče domnívají, že pečují o dítě lépe, protože ho znají. Stejný počet 11 (15 %) odpovědí zvolili rodiče v oblasti, kde si sestaví se sestrou plán péče, který bude nejvhodnější pro jejich dítě. 42 (57 %) odpovědí bylo v oblasti, kde se rodiče domnívají, že dítě je s nimi klidnější, 1 (1 %) odpověď byla u oblasti, kde si rodiče myslí, že s nimi je dítě neklidné. 9 (12 %) odpovědí se vyskytovalo u možnosti, kde se rodiče domnívají, že jejich dítě se chová stejně s nimi i bez nich.

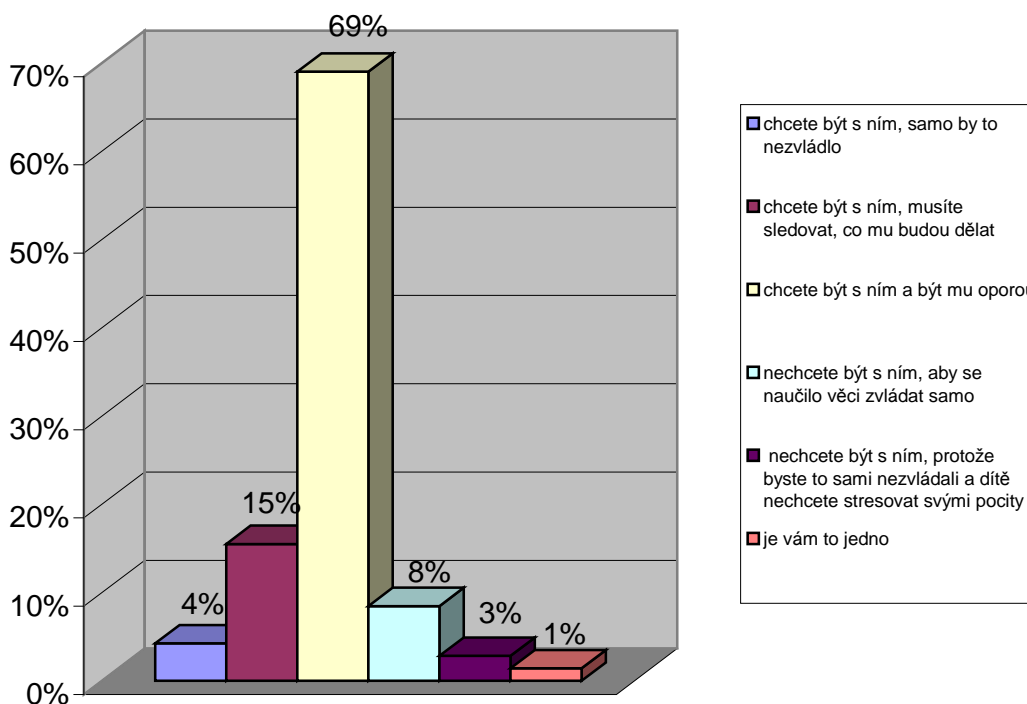
Graf 15 (Otázka 13)

Spolupráce rodičů se sestrou



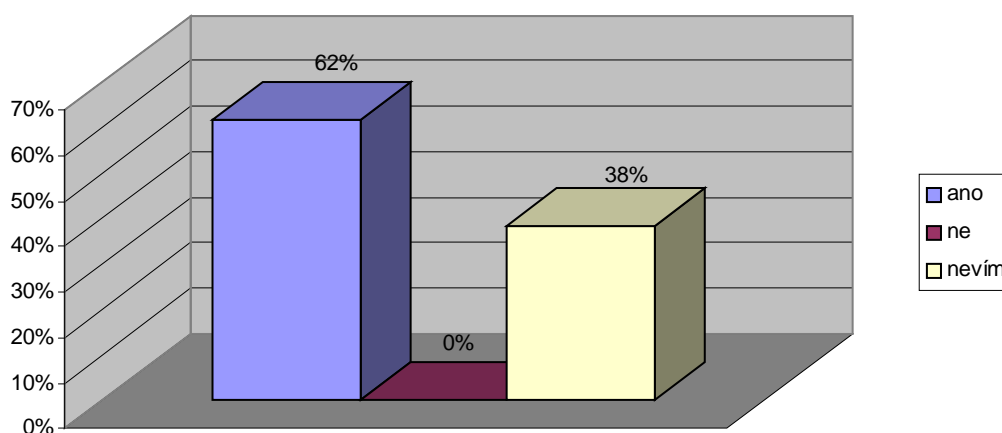
Z celkového počtu 65 (100 %) respondentů se 33 (51 %) respondentů domnívá, že se sestrami tvoří jeden tým, 9 (14 %) respondentů si to nemyslí, 17 (26 %) respondentů neví a 6 (9%) respondentů se domnívá, že spolupracuje jen občas.

Graf 16 (Otázka 14) Vliv přítomnosti rodičů na vyšetřování dítěte



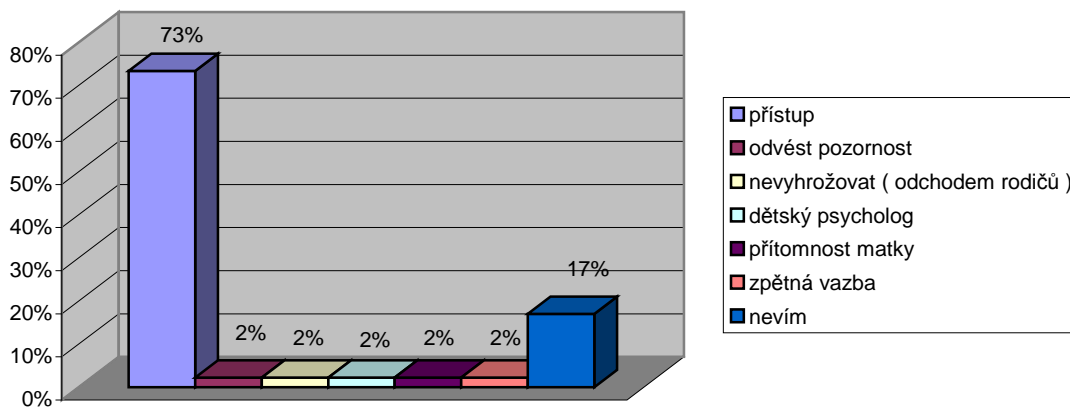
Od celkového počtu 65 respondentů bylo zaznamenáno 71 (100 %) odpovědí, protože respondenti měli možnost zvolit více odpovědí. Ve 3 (4 %) odpovědích se rodiče domnívají, že by dítě vyšetření bez nich nezvládlo, v 11 (15 %) odpovědích rodiče musí sledovat, co se bude dělat při vyšetřování dítěte. Největší počet odpovědí bylo u možnosti, kde rodiče budou při vyšetřování dítěti oporou, zde bylo 48 (69 %) odpovědí. 6 (8 %) se vyskytovalo u možnosti, kde rodiče chtějí, aby se dítě naučilo zvládat věci samo. U možnosti, kde si rodiče myslí, že by dítě stresovali svými pocity, a proto nechtějí být přítomni vyšetření, byly 2 (3 %) odpovědi a 1 (1 %) odpověď byla u možnosti, kde je to rodičům jedno.

Graf 17 (Otázka 15) Význam dodržování zásad při rozhovoru s nemocnými dětmi



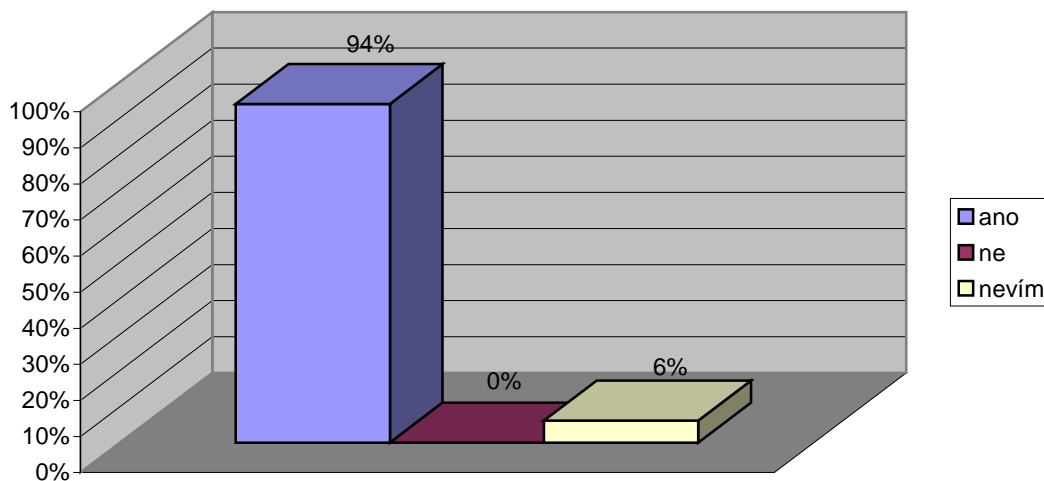
Z celkového počtu 65 (100 %) respondentů se jich 40 (62 %) domnívá, že by se měly používat určité zásady při rozhovoru s nemocnými dětmi, žádný z respondentů si nemyslí, že by se zásady používat neměly, a 25 (38 %) respondentů nevědělo.

Graf 18 (Otázka 15) Druhy zásad při rozhovoru s nemocnými dětmi



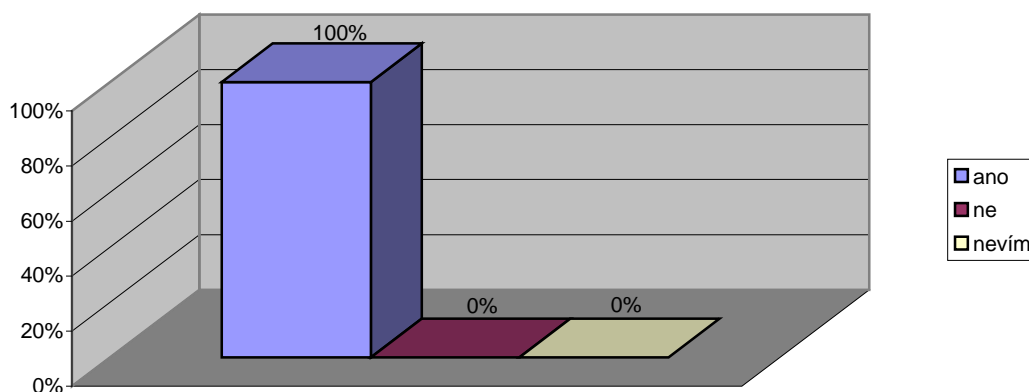
Od celkového počtu 40 respondentů bylo 45 (100 %) odpovědí. Nejčastěji respondenti odpovídali, že při rozhovoru je důležitý vhodný přístup, zde bylo 33 (73 %) odpovědí. 7 (17 %) odpovědí bylo u možnosti nevím a vždy 1 (2 %) odpověď byla u možnosti, kde se rodiče domnívali, že je důležité při rozhovoru odvést pozornost od nepříjemných věcí, nevyhrožovat odchodem rodičů, další možnost byla přítomnost dětského psychologa, přítomnost matky a také využití zpětné vazby.

Graf 19(Otázka 16) Vliv přístupu k dítěti při příjmu na další setkání se zdravotníky



Z celkového počtu 65 (100 %) respondentů se 61 (94 %) respondentů domnívá, že vhodný přístup k dítěti při příjmu má vliv na jeho další setkání se zdravotníky. Žádný z respondentů si nemyslí, že by přístup k dítěti při příjmu neměl vliv na další setkání se zdravotníky a 4 (6 %) respondenti nevěděli.

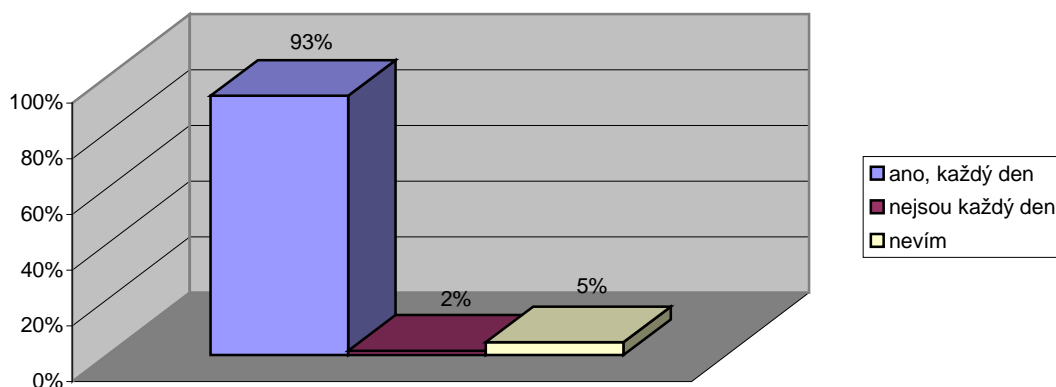
Graf 20 (Otázka 17) Možnost návštěv ostatních členů rodiny u dítěte



Z celkového počtu 43 (100 %) respondentů chtějí všichni respondenti mít možnost, aby je navštívili i ostatní členové rodiny, žádný z respondentů neodpověděl ne ani nevím.

Graf 21 (Otázka 18)

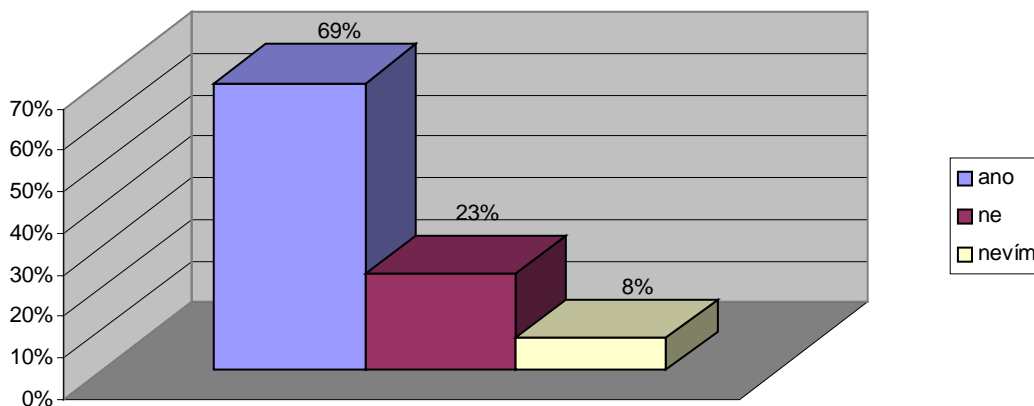
Návštěvní hodiny



Z celkového počtu 65 (100 %) respondentů 61 (93 %) respondentů odpovědělo, že návštěvní hodiny jsou na oddělení každý den, 1 (2 %) respondent odpověděl, že návštěvní hodiny nejsou každý den, a 3 (5 %) respondenti nevěděli.

Graf 22 (Otázka 19)

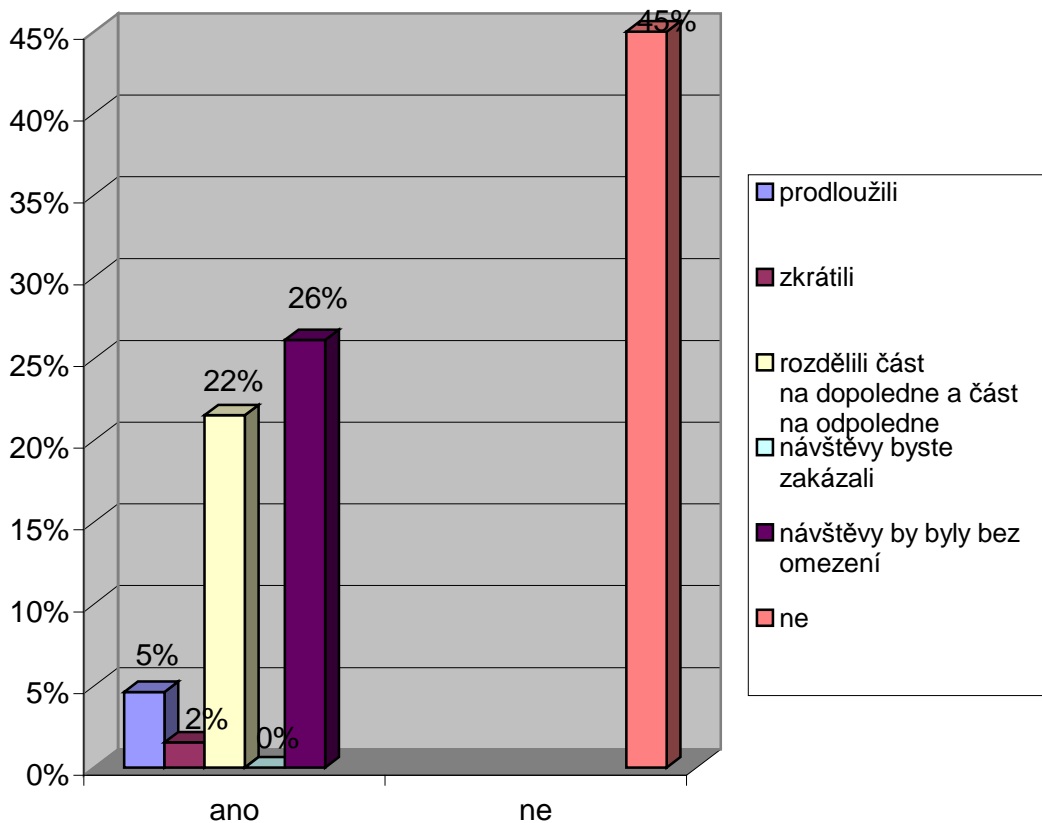
Spokojenost s délkou návštěvních hodin



Z celkového počtu 65 (100 %) respondentů bylo v převážné většině 45 (69 %) respondentů, kteří si myslí, že návštěvní hodiny jsou dostatečně dlouhé, 15 (23 %) respondentů se domnívá, že návštěvní hodiny nejsou dostatečně dlouhé. 5 (8 %) respondentů neví.

Graf 23 (Otázka 20)

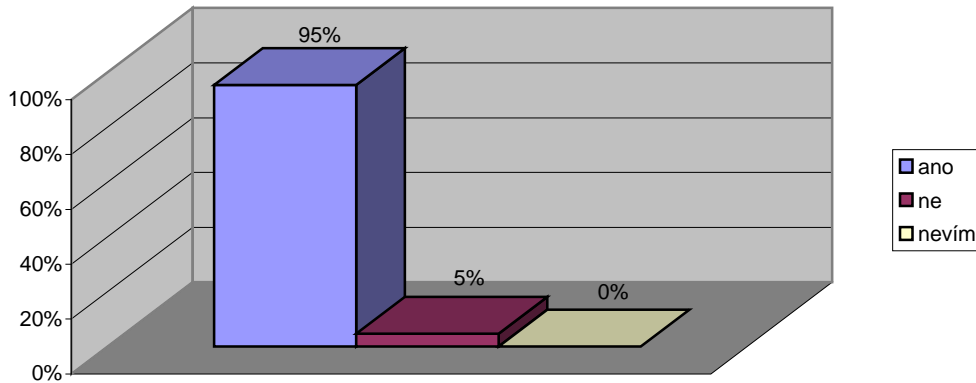
Zájem o úpravu návštěvních hodin



Z celkového počtu 65 (100 %) respondentů by 35 (55 %) respondentů délku návštěvních hodin upravilo, z toho 3 (5 %) respondenti by návštěvní hodiny prodloužili, 1 (2 %) respondent by raději návštěvní hodiny zkrátil, 14 (22 %) respondentů by návštěvní hodiny rozdělilo na dopoledne a odpoledne, žádný z respondentů nechtěl návštěvy zakázat, 17 (26 %) respondentů by si přálo návštěvní hodiny, které by byly, bez omezení a 30 (45 %) respondentů by délku návštěvních hodin neupravovalo.

Graf 24 (Otázka 21)

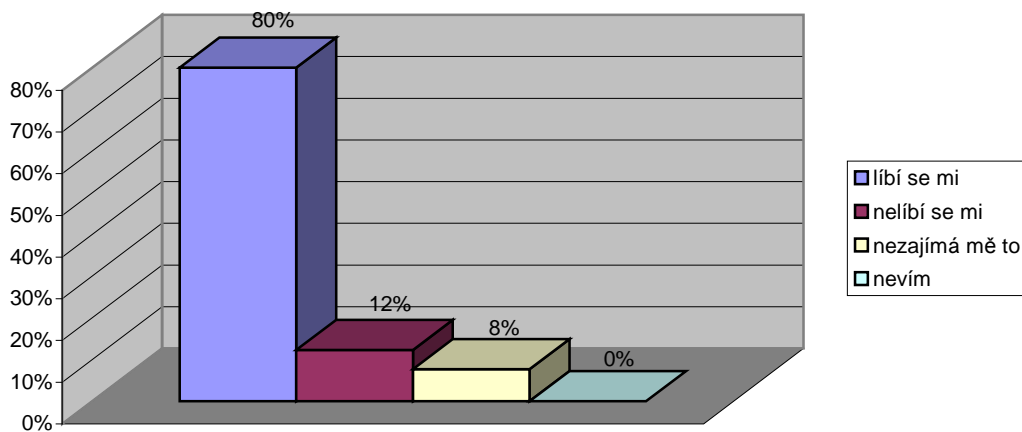
Spokojenost s vybavením herny



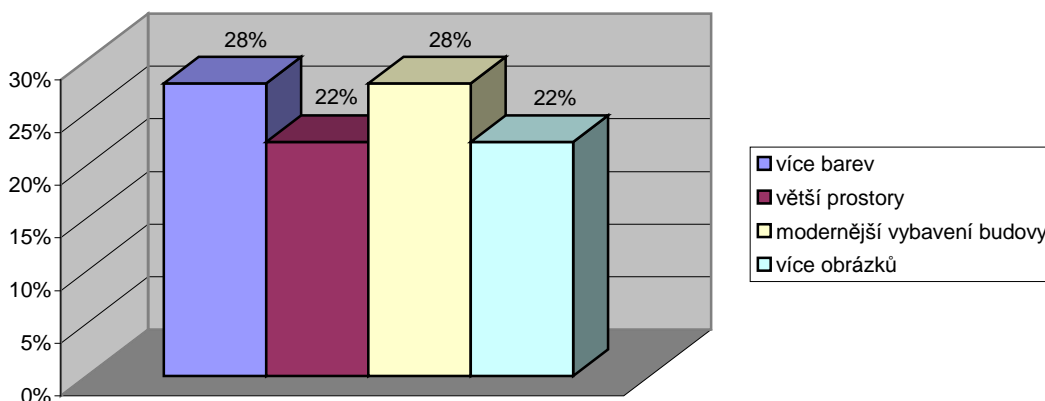
Z celkového počtu 65 (100 %) respondentů je většina 62 (95 %) respondentů spokojena s vybavením herny, 3 (5 %) respondenti s vybavením herny nejsou spokojeni a možnost nevím ne zvolil žádný z respondentů.

Graf 25 (Otázka 22)

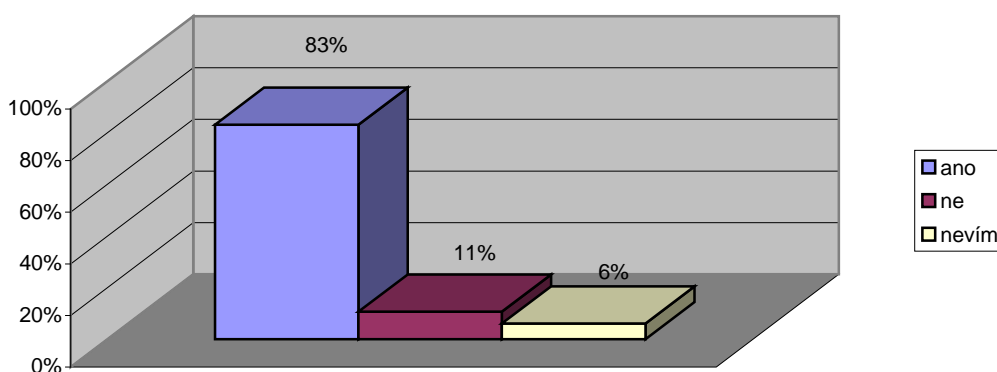
Spokojenost s výzdobou oddělení



Z celkového počtu 65 (100 %) respondentů se výzdoba dětského oddělení líbí 52 (80 %) respondentům, nelíbí se 8 (12 %) respondentům, 5 (8 %) respondentů výzdoba oddělení nezajímá a možnost nevím ne zvolil žádný z respondentů.

Graf 26 (Otázka 22)**Možnost úpravy výzdoby oddělení**

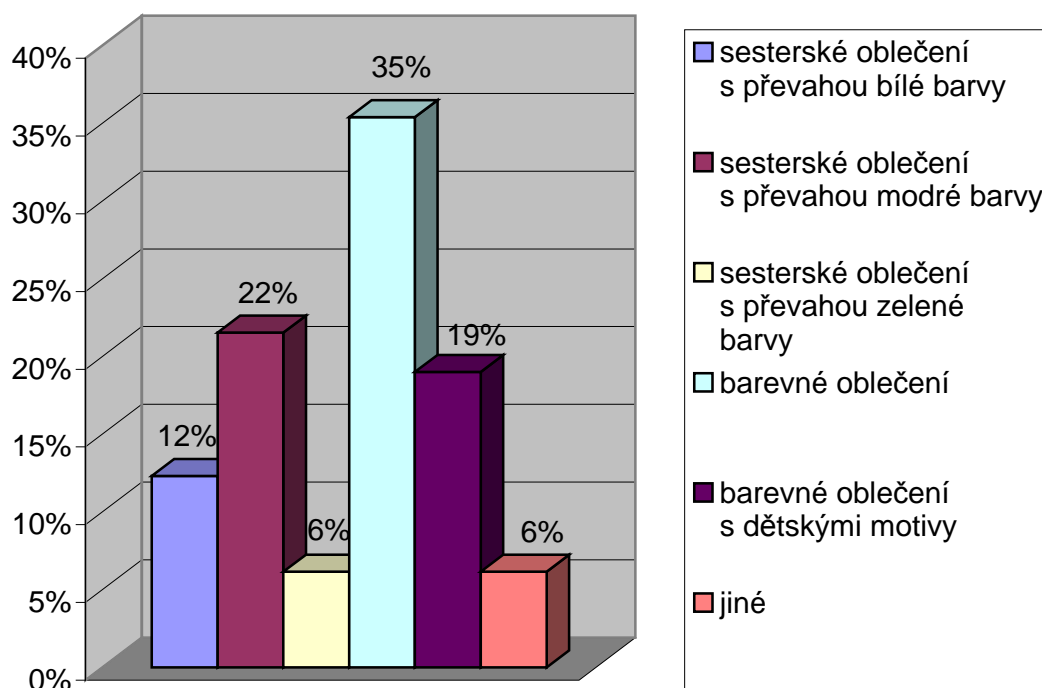
Od celkového počtu 8 respondentů, bylo 18 (100 %) odpovědí. Nejčastěji by respondenti na oddělení zvolili více barev, těchto odpovědí bylo 5 (28 %), 4 (22 %) odpovědi byly v kategorii, kde by respondenti chtěli větší prostory, 5 (28 %) odpovědí bylo v oblasti, kde by si respondenti přáli celkově modernější budovu a vybavení, 4 (22 %) odpovědi volili respondenti u kategorie, kde by si přáli více obrázků.

Graf 27 (Otázka 23)**Spokojenost s oblečením sester**

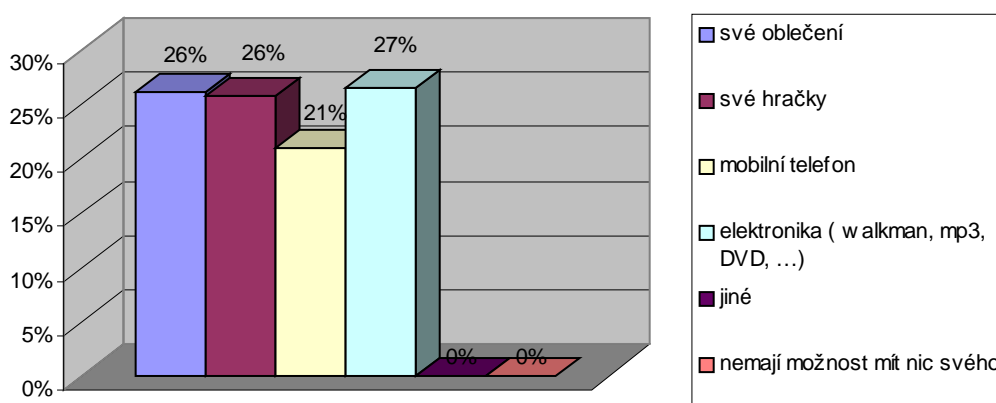
Z celkového počtu 65 (100 %) respondentů je spokojeno s oblečením sester 54 (83 %) respondentů, 7 (11 %) respondentů není spokojeno s oblečením sester a 4 (6 %) respondenti neví.

Graf 28 (Otázka 24)

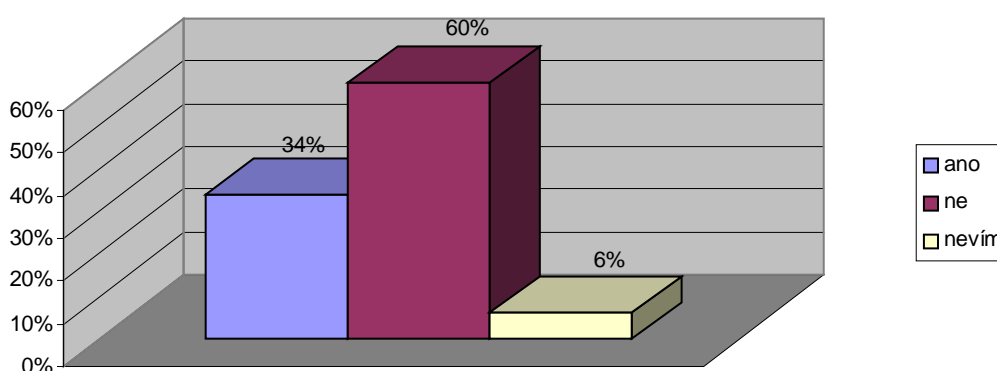
Volba oblečení podle respondentů



Z celkového počtu 65 (100%) respondentů by 8 (12 %) respondentů volilo bílé oblečení, 14 (22 %) respondentů by zvolilo sesterské oblečení s převahou modré barvy, 4 (6 %) respondenti zvolili oblečení s převahou zelené barvy, 23 (35 %) respondentů by rádo vidělo sestry v barevném oblečení, 12 (19 %) respondentů dává přednost barevnému oblečení s dětskými motivy a 4 (6 %) respondenti vybrali možnost jiné.

Graf 29 (Otázka 25)**Možnost mít vlastní věci na oddělení**

Od celkového počtu 65 respondentů bylo získáno 245 (100 %) odpovědí. Respondenti měli možnost zvolit více odpovědí. 64 (26 %) odpovědí volili respondenti v oblasti, kde děti mohou mít na oddělení své oblečení, 63 (26%) odpovědí bylo v oblasti, kde dítě může mít s sebou na oddělení své hračky, 53 (21 %) odpovědí zvolili respondenti u možnosti mobilní telefon, 65 (27 %) odpovědí bylo u možnosti elektroniky, žádná odpověď byla u možnosti jiné a u možnosti, že respondent nemá možnost mít nic svého.

Graf 30 (Otázka 26)**Znalost Charty práv hospitalizovaných dětí**

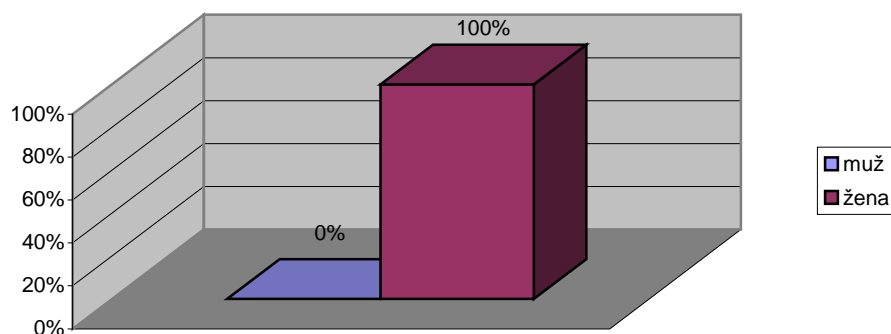
Z celkového počtu 65 (100 %) respondentů 22 (34 %) respondentů zná Chartu práv dětí, 39 (60 %) respondentů ji nezná a 4 (6 %) respondenti zvolili možnost nevím.

4.2 Výsledky šetření u sester

Čísla grafů nesouhlasí s čísly otázek v dotazníku pro sestry.

Graf 31 (Otázka 1)

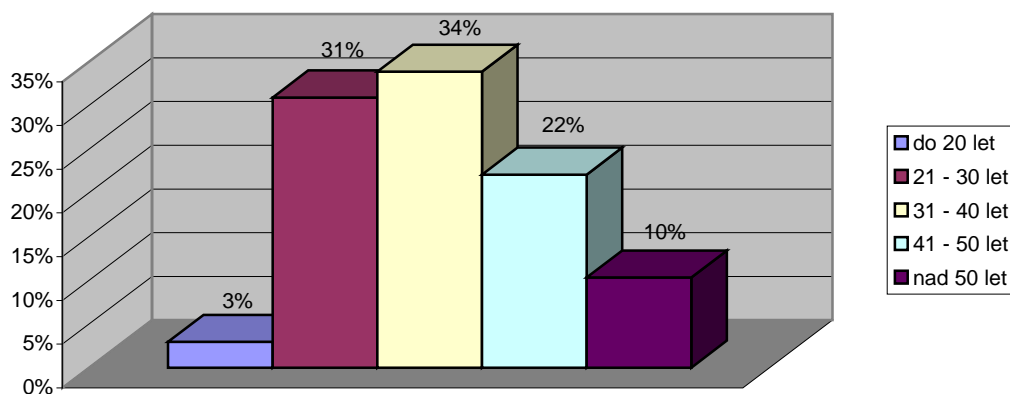
Pohlaví



Z celkového počtu 68 (100 %) respondentů bylo 0 (0 %) mužů a žen bylo 68 (100 %).

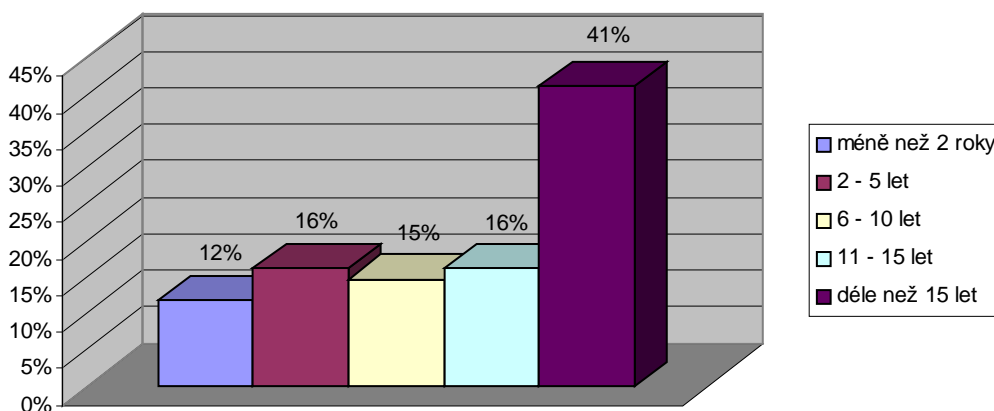
Graf 32 (Otázka 2)

Věkové kategorie



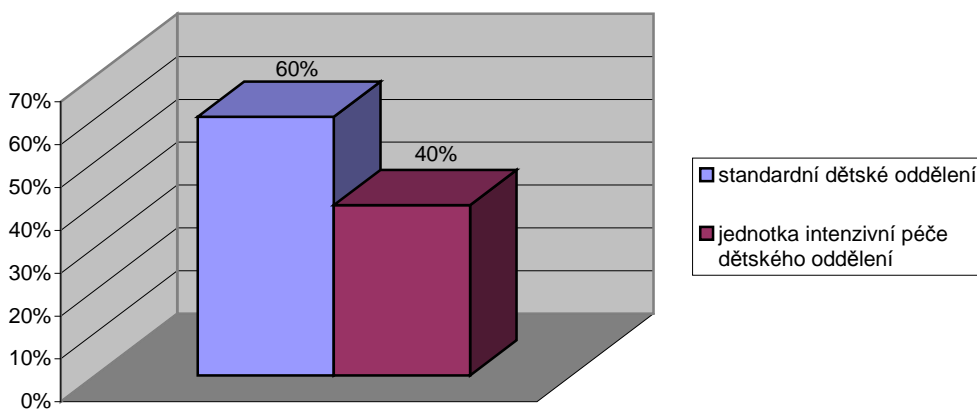
Z celkového počtu 68 (100 %) respondentek byly 2 (3 %) sestry ve věku do 20 let, 21 (31 %) sester ve věku 21-30 let, nejvíce sester - 23 (34 %) bylo ve věku 31-40 let, 15 (22 %) sester bylo ve věku 41-50 let a 7 (10 %) sester bylo ve věku nad 50 let.

Graf 33 (Otázka 3) Délka působení sester ve zdravotnictví

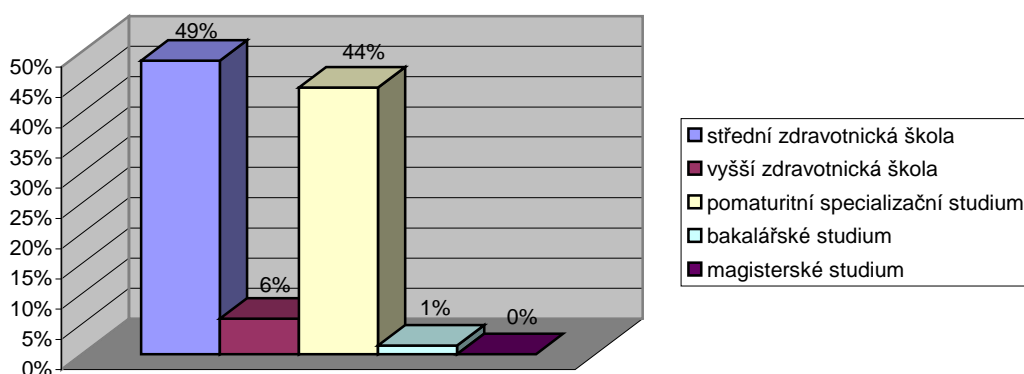


Z celkového počtu 68 (100 %) respondentek pracuje ve zdravotnictví méně než 2 roky 8 (12 %) sester, 2-5 let pracuje 11 (16 %) sester, 6-10 let pracuje 10 (15 %) sester, 11-15 let pracuje 11 (16 %) sester a déle než 15 let pracuje 28 (41 %) sester.

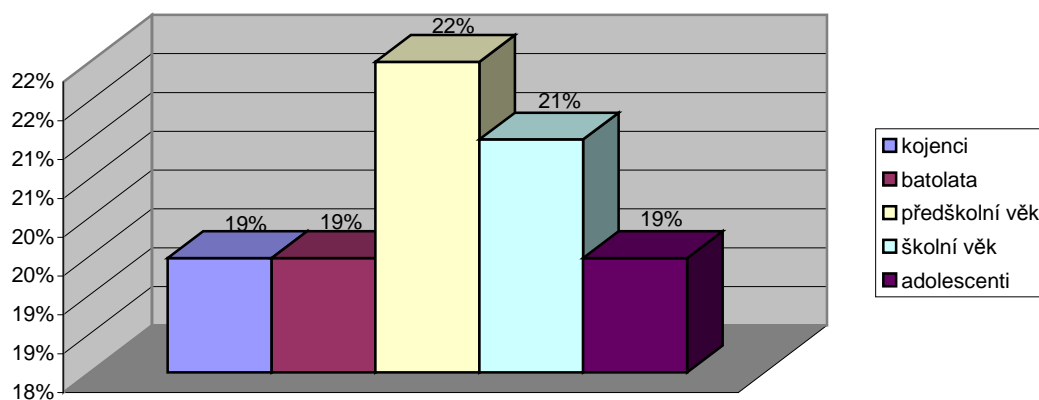
Graf 34 (Otázka 4) Typ oddělení



Z celkového počtu 68 (100 %) respondentek se ze standardního dětského oddělení účastnilo výzkumu 41 (60 %) sester a z jednotky intenzivní péče dětského oddělení se účastnilo 27 (40 %) sester.

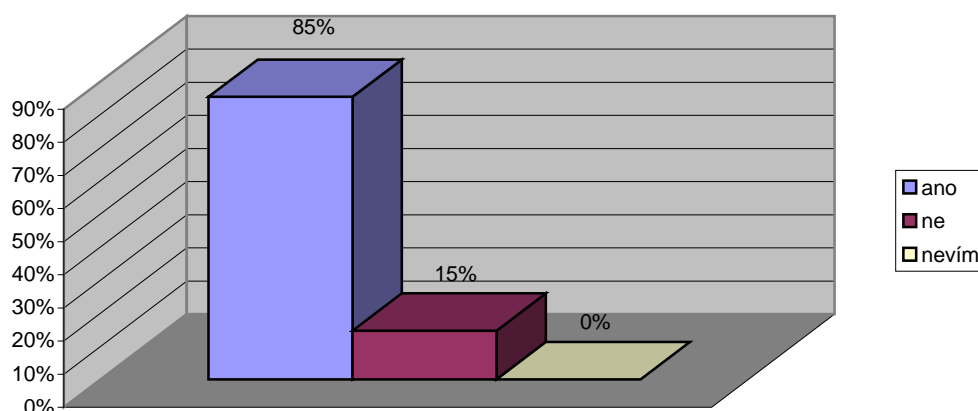
Graf 35 (Otázka 5)**Nejvyšší dosažené vzdělání sester**

Z celkového počtu 68 (100 %) respondentek má 33 (49 %) sester nejvyšší dosažené vzdělání na střední zdravotnické škole, vyšší zdravotnickou školu mají 4 (6 %) sestry, pomaturitní specializační studium má 30 (44 %) sester, bakalářské studium má 1 (1 %) sestra a magisterské studium nemá žádná sestra (0 %).

Graf 36 (Otázka 6) Věkové kategorie hospitalizovaných dětí

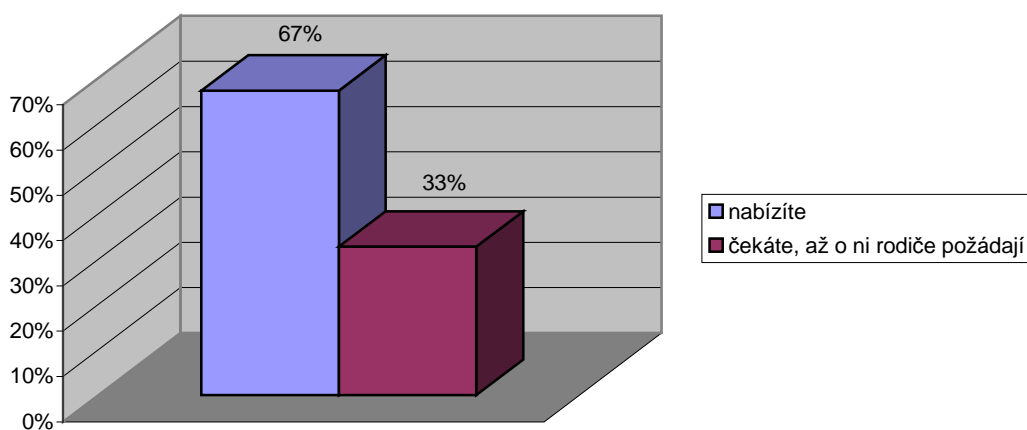
Od celkového počtu 68 (100 %) respondentek bylo získáno 303 (100 %) odpovědí. Sestry měly možnost zvolit více odpovědí. U kategorie kojenci bylo 59 (19 %) odpovědí, ve stejném početním zastoupení byla i batolata 59 (19 %) odpovědí, největší zastoupení měl předškolní věk 65 (22 %) odpovědí. Druhou největší skupinou byl školní věk - 61 (21 %) odpovědí a u kategorie adolescenti bylo 59 (19 %) odpovědí.

Graf 37 (Otázka 7) Možnost rodičů být hospitalizováni společně s dítětem



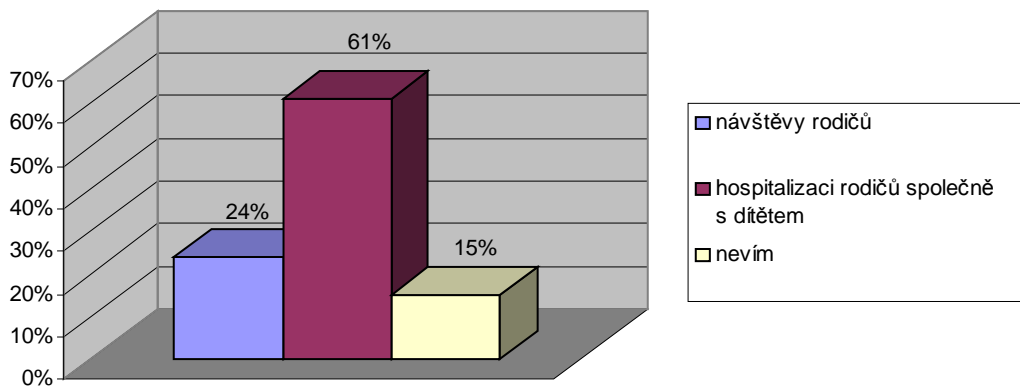
Z celkového počtu 68 (100 %) respondentek odpovědělo 58 (85 %) sester, že na jejich oddělení mají rodiče možnost být hospitalizováni společně se svým dítětem, menší počet sester - 10 (15 %) odpovědělo, že na jejich oddělení rodiče tuto možnost nemají a nevím neodpověděla žádná sestra.

Graf 38 (Otázka 8) Hospitalizace rodičů



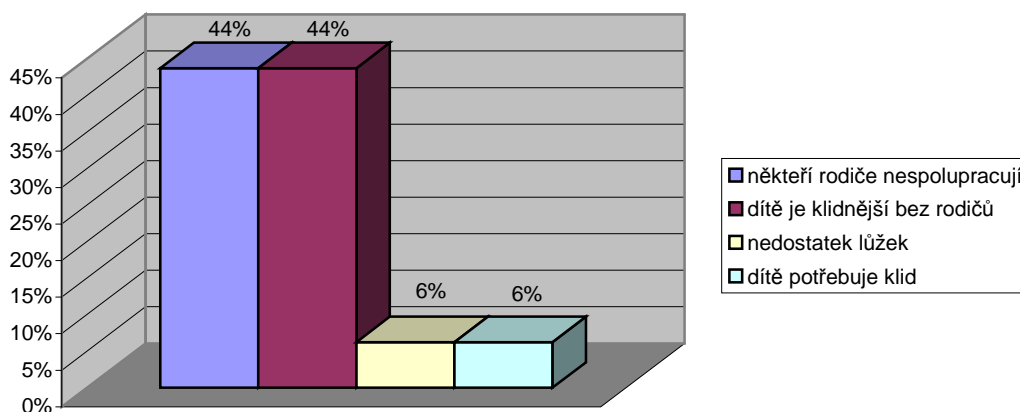
Z celkového počtu 58 (100 %) respondentek bylo 39 (67 %) sester, které rodičům nabízejí společnou hospitalizaci s dítětem, a 19 (33 %) sester čeká, až o ni rodiče požádají.

Graf 39 (Otázka 9) Upřednostňování návštěv před hospitalizací rodičů



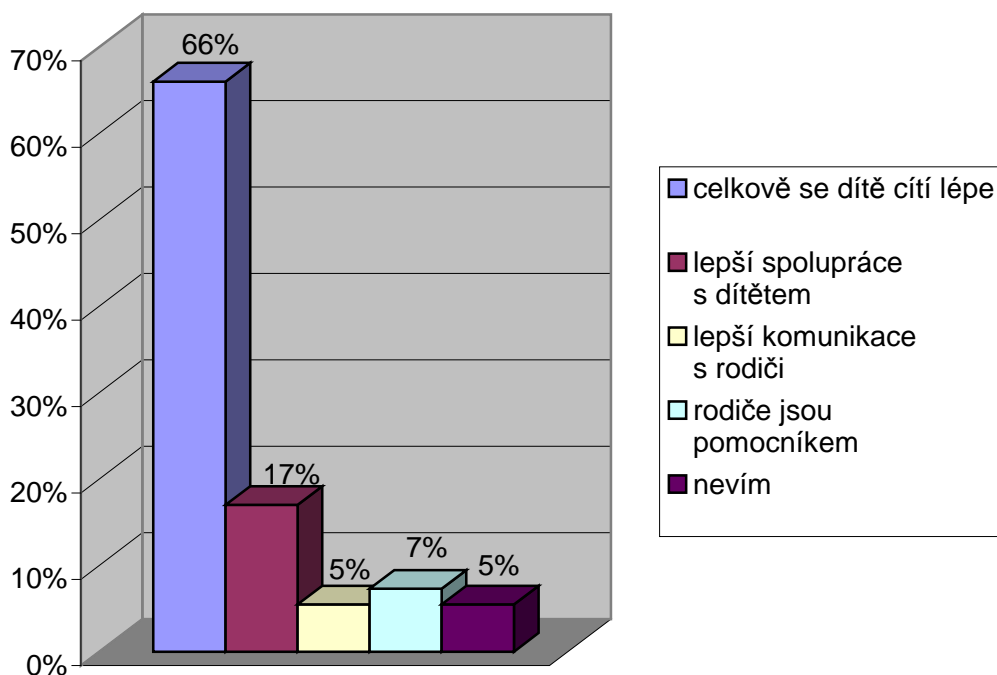
Z celkového počtu 68 (100 %) respondentek odpovědělo 16 (24 %) sester, že upřednostňuje návštěvy rodičů, 42 (61 %) sester upřednostňuje hospitalizaci rodičů společně s dítětem před návštěvami a 10 (15 %) sester odpovědělo nevím.

Graf 40 (Otázka 9) Nejčastější důvody upřednostňování návštěv rodičů



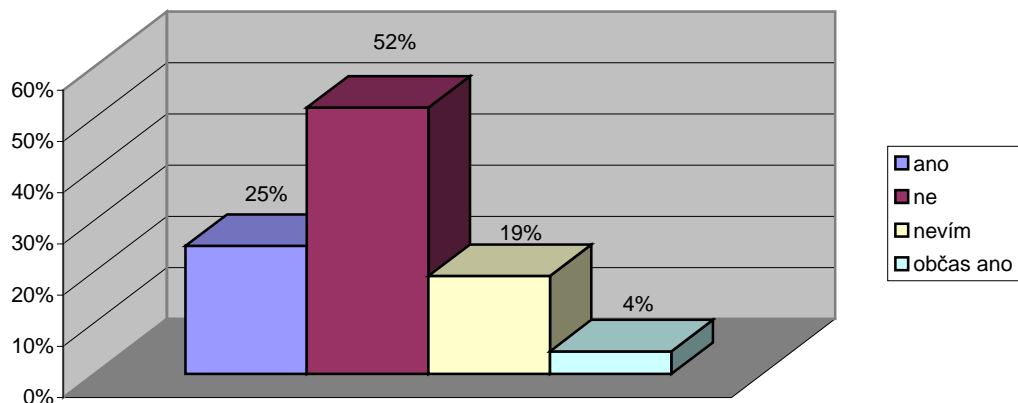
Od celkového počtu 16 respondentek bylo 16 (100 %) odpovědí, sestry nejčastěji uváděly, že někteří rodiče nespolupracují. Těchto odpovědí bylo 7 (44 %). Dalších 7 (44 %) nejčastějších odpovědí bylo, že dítě je klidnější bez rodičů, 1 (6 %) odpověď byla, že důvodem je nedostatek lůžek, a 1 (6 %) odpověď, že dítě potřebuje klid.

Graf 41 (Otázka 9) Nejčastější důvody upřednostňování hospitalizace rodičů



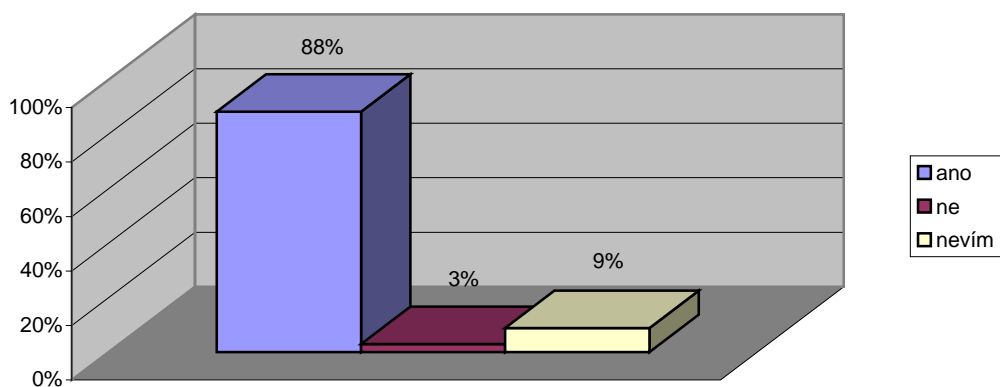
Od celkového počtu 42 respondentek bylo 55 (100 %) odpovědí. Sestry nejčastěji uváděly, že dítě se s rodičem cítí celkově lépe, těchto odpovědí bylo 36 (66 %). 9 (17 %) odpovědí bylo v oblasti, že je s dítětem lepší spolupráce, 3 (5 %) odpovědi byly v kategorii, že s rodiči je lepší komunikace, 4 (7 %) odpovědi byly. U kategorie, že rodiče jsou i pomocníkem, a 3 (5 %) odpovědi byly nevím.

Graf 42 (Otázka 10) Vliv hospitalizace s rodiči na zvýšení stresu sester



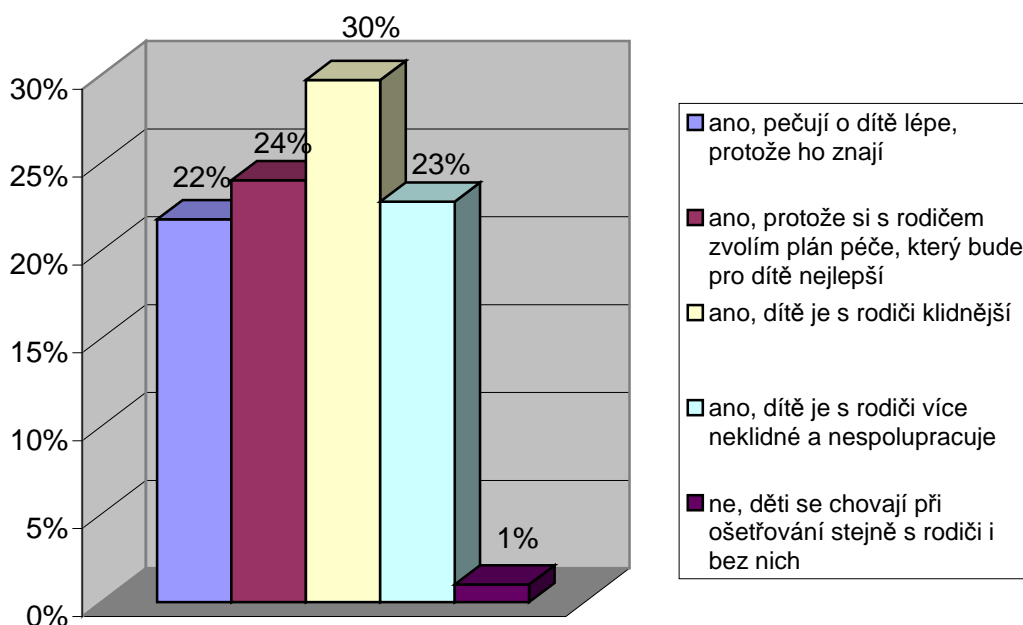
Z celkového počtu 68 (100 %) respondentek má 17 (25 %) sester pocit, že pokud jsou s dětmi přijati i rodiče, tak jsou ve větším stresu. 35 (52 %) sester si myslí, že nejsou ve větším stresu, pokud jsou s dětmi hospitalizováni i rodiče, 13 (19 %) sester neví, zda pociťují větší stres a 3 (4 %) sestry odpověděly, že občas větší stres při hospitalizaci rodičů pociťují.

Graf 43 (Otázka 11) Význam přípravy dítěte na hospitalizaci



Z celkového počtu 68 (100 %) respondentek si 60 (88 %) sester myslí, že dítě je na hospitalizaci potřeba připravit, 2 (3 %) sestry se domnívají, že příprava není nutná, a 6 (9 %) sester odpovědělo nevím.

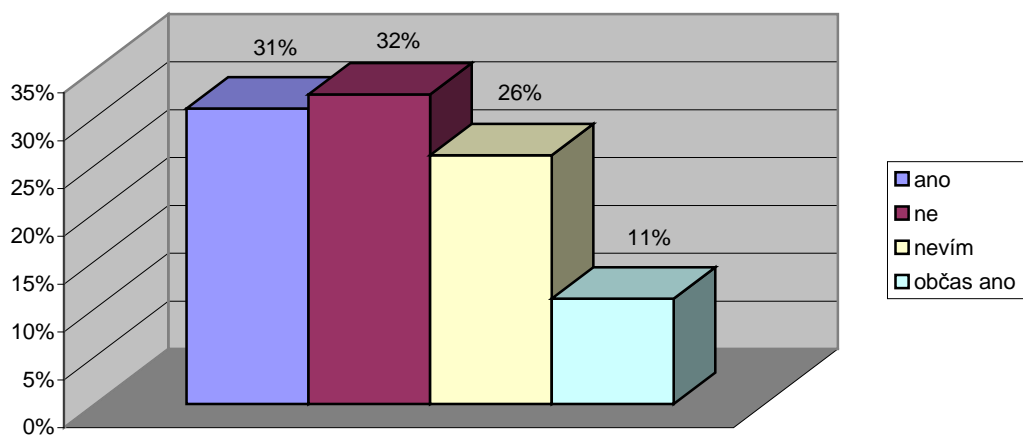
Graf 44 (Otázka 12) Ovlivňování ošetrovatelské péče u dítěte za přítomnosti rodičů



Od celkového počtu 68 respondentek poskytlo 101 (100 %) odpovědí. Sestry měly možnost zvolit více odpovědí. 22 (22 %) odpovědí si vybraly sestry, které si myslí, že rodiče pečují o dítě lépe, protože ho znají, 25 (24 %) odpovědí, volily sestry, které se domnívají, že si s rodičem zvolí plán péče, který bude nejlepší pro dítě, 30 (30 %) odpovědí. Volily sestry, které se domnívají, že dítě je s rodiči klidnější, 23 (23 %) odpovědí si vybraly sestry, které si myslí, že dítě bez rodičů lépe spolupracuje, a 1 (1 %) odpověď zvolila sestra, která se domnívá, že děti se chovají při ošetrování stejně s rodiči i bez nich.

Graf 45 (Otázka 13)

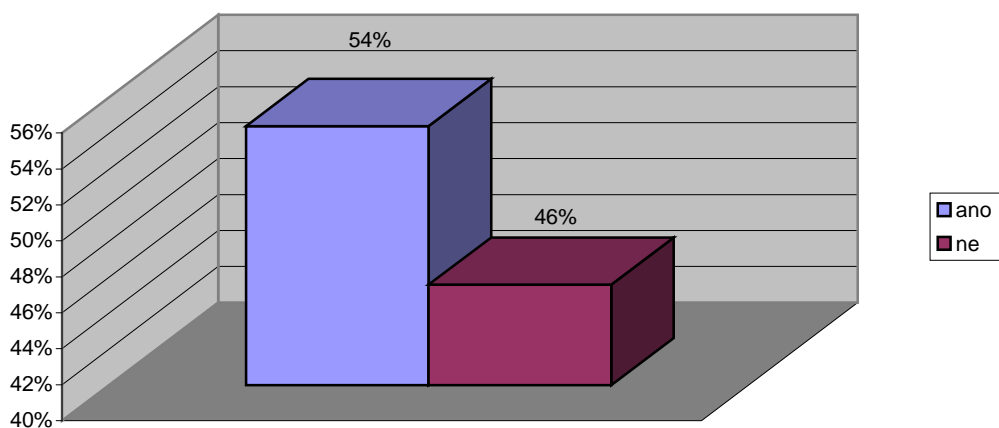
Spolupráce sester s rodiči



Z celkového počtu 68 (100 %) respondentek se 21 (31 %) sester domnívá, že tvoří s rodiči jeden tým, 22 (32 %) sester si myslí, že nejsou s rodiči jeden tým, 18 (26 %) sester nevědělo a 7 (11 %) sester si myslí, že tým s rodiči tvoří jen občas.

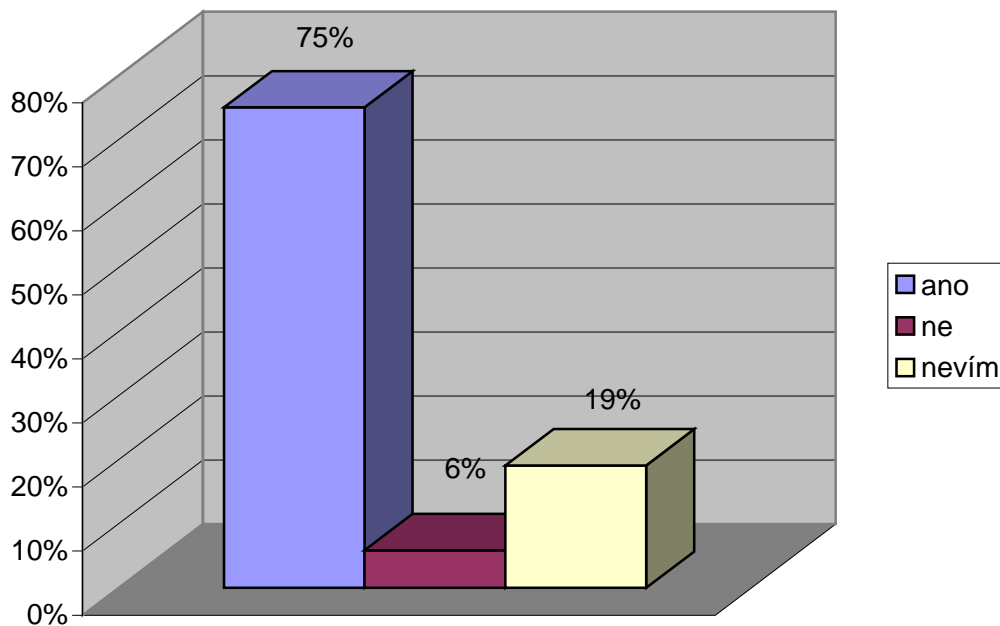
Graf 46 (Otázka 14)

Upřednostňování přítomnosti rodičů při vyšetření



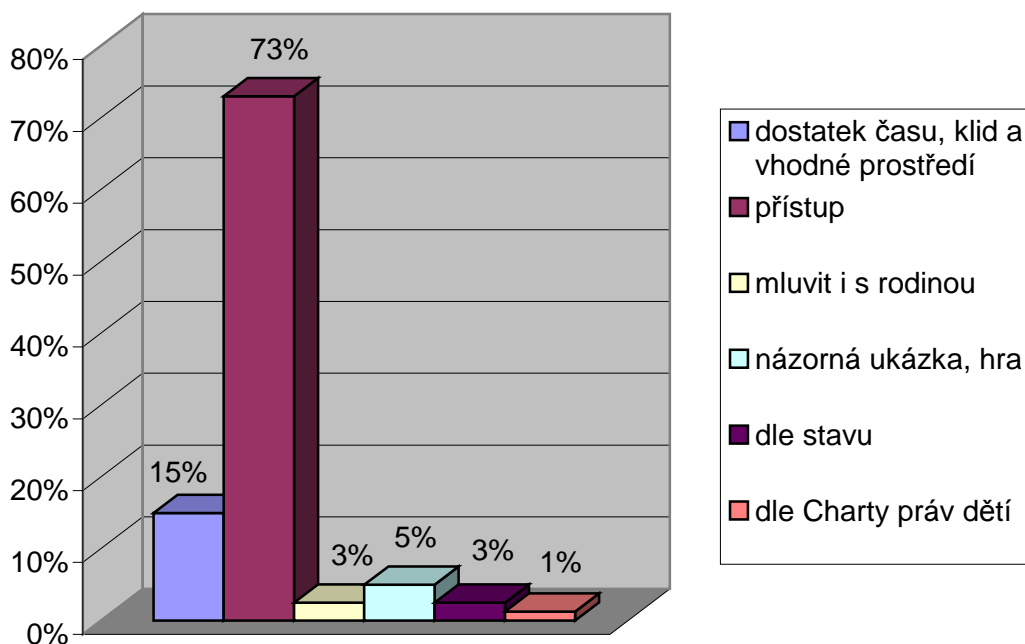
Z celkového počtu 68 (100 %) respondentek jich 37 (54 %) upřednostňuje při vyšetřování dítěte přítomnost rodiče a 31 (46 %) sester má raději, když rodiče při vyšetřování dítěte nejsou přítomni.

Graf 47 (Otázka 15) Nutnost dodržování zásad při rozhovoru s nemocnými dětmi



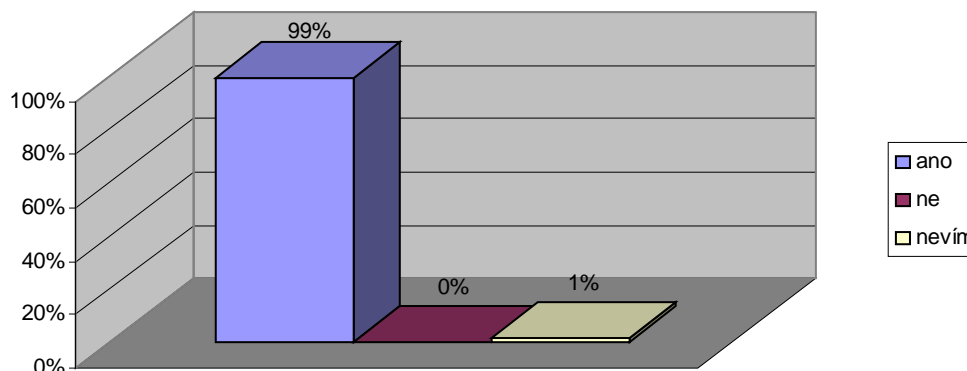
Z celkového počtu 68 (100 %) respondentek se 51 (75 %) sester, domnívá, že při rozhovoru s nemocnými dětmi je potřeba používat určité zásady, 4 (6 %) sestry si myslí, že není potřeba používat zásady při rozhovoru s nemocným dítětem, a 13 (19 %) sester nevědělo.

Graf 48 (Otázka 15) Používání zásad při rozhovoru s nemocnými dětmi



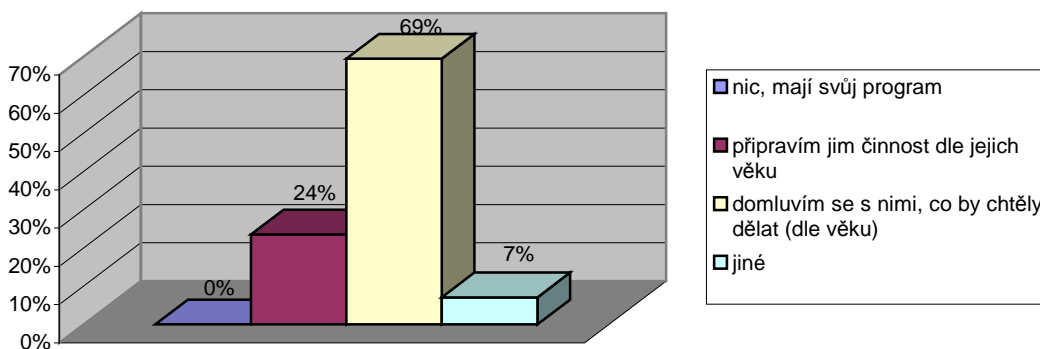
Od celkového počtu 51 respondentek bylo 80 (100 %) odpovědí. Sestry měly možnost zvolit více odpovědí. 12 (15 %) odpovědí sestry nejčastěji volily v oblasti vhodné prostředí a dostatek času, 59 (73 %) odpovědí sestry přiřadily do kategorie vhodný přístup při rozhovoru s nemocnými dětmi, 2 (3 %) odpovědi sestry přiřadily k oblasti, že je nutné mluvit i s rodinou, další 4 (5 %) odpovědi byly v oblasti, kde se sestry domnívaly, že je vhodné při komunikaci s dětským pacientem použít hru a názornou ukázkou, 2 (3 %) odpovědi byly v oblasti, kde si sestry myslí, že je potřeba se řídit dle aktuálního stavu dítěte, a 1 (1 %) odpověď byla v oblasti řídit se dle Charty práv dětí.

Graf 49 (Otázka 16) Vliv přístupu k dítěti při příjmu na další setkání se zdravotníky



Z celkového počtu 68 (100 %) respondentek se 67 (99 %) sester nejčastěji domnívá, že vhodně zvolený individuální přístup k dítěti může mít vliv na pozdější setkání se zdravotníky, žádná ze sester si nemyslí, že individuální přístup k dítěti by neměl vliv na další setkání se zdravotníky, a 1 (1 %) sestra nevěděla.

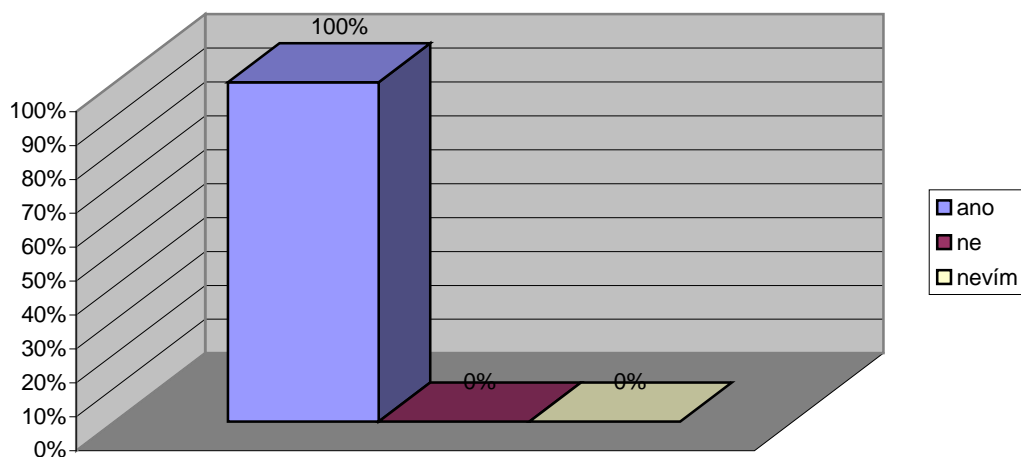
Graf 50 (Otázka 17) Zajištění činnosti dětí, které nemají návštěvy sestrou



Od celkového počtu 68 respondentek bylo zaznamenáno 85 (100 %) odpovědí. Sestry měly možnost zvolit více odpovědí. Žádná odpověď nebyla v oblasti pro děti nedělám nic, mají svůj program, 20 (24 %) odpovědí bylo v oblasti, kde sestry připraví dětem činnost podle jejich věku, 59 (69 %) odpovědí bylo v oblasti, kde se sestry domluví s dětmi, co by chtěly dělat, a 6 (7 %) odpovědí bylo v oblasti jiné.

Graf 51 (Otázka 18)

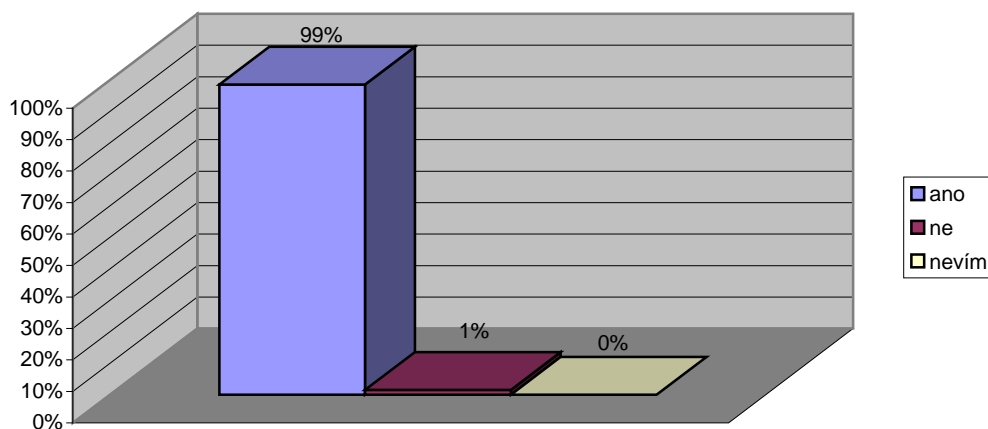
Každodenní návštěvní hodiny



Z celkového počtu 68 (100 %) respondentek odpovědělo všech 68 (100 %) sester, že na jejich oddělení jsou návštěvní hodiny denně, nikdo neodpověděl, že návštěvní hodiny nejsou denně. Odpověď nevím ne zvolila žádná sestra.

Graf 52 (Otázka 19)

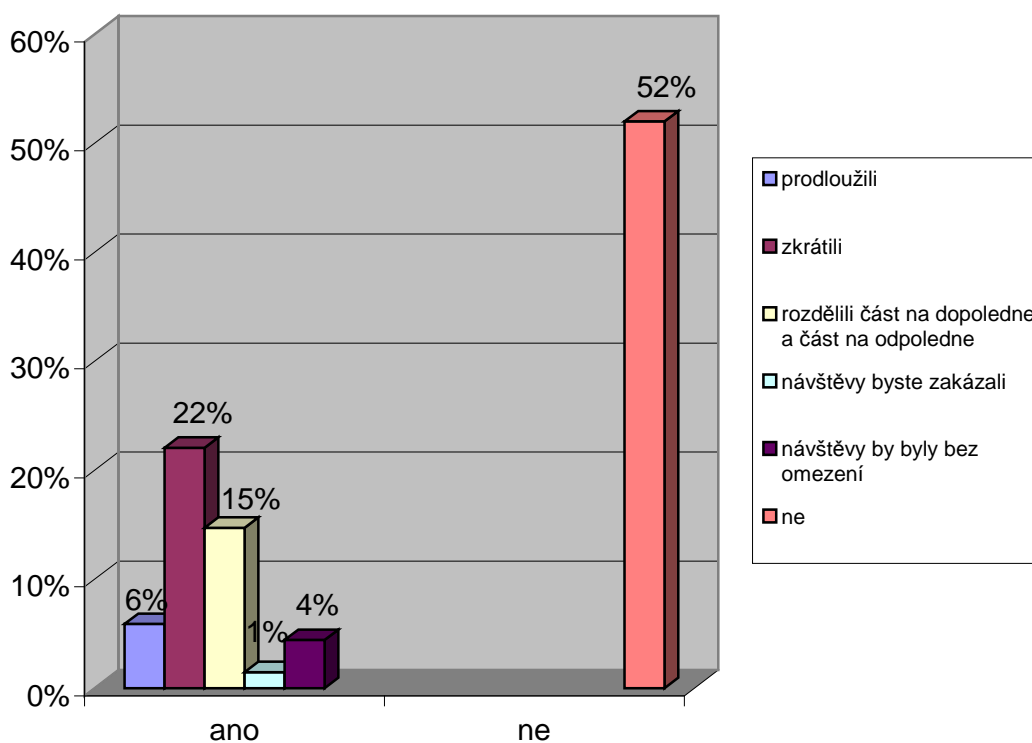
Spokojenost s délkou návštěvních hodin



Z celkového počtu 68 (100 %) respondentek odpovědělo nejvíce 67 (99 %) sester, které si myslí, že návštěvní hodiny na jejich oddělení jsou dostatečně dlouhé, 1 (1 %) sestra se domnívá, že návštěvní hodiny na jejich oddělení nejsou dostatečně dlouhé, a žádná sestra neodpověděla nevím.

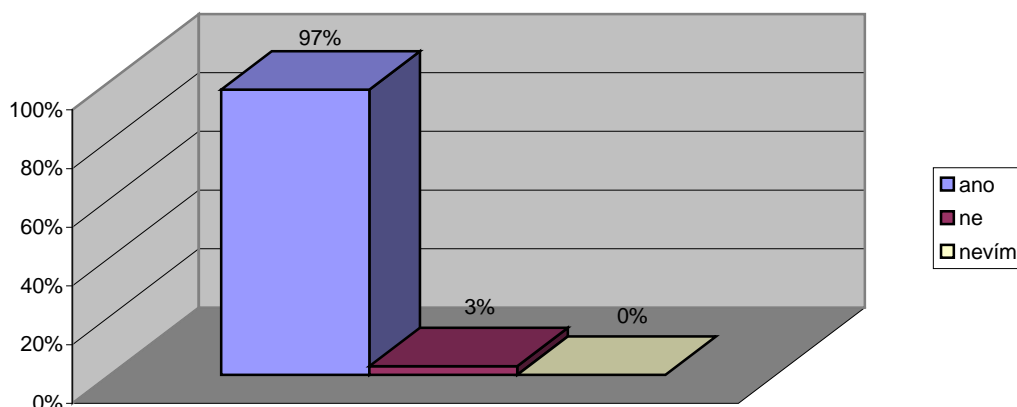
Graf 53 (Otázka 20)

Úprava návštěvních hodin



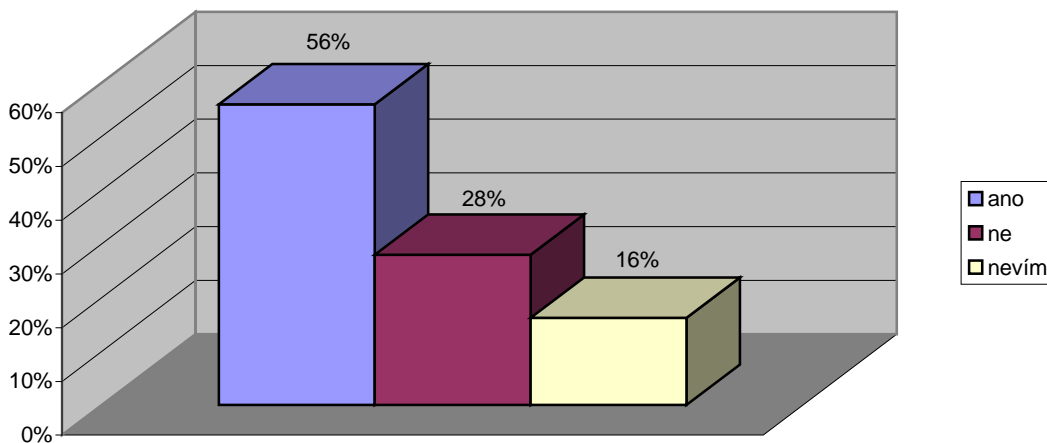
Z celkového počtu 68 (100 %) respondentek by 33 (48 %) sester délku návštěvních hodin upravilo, z toho 4 (6 %) sestry by délku návštěvních hodin prodloužily, 15 (22 %) sester by chtělo délku návštěvních hodin zkrátit, 10 (15 %) sester by návštěvní hodiny rozdělilo na dopoledne a na odpoledne, 1 (1%) sestra by ráda návštěvní hodiny úplně zakázala, 3 (4 %) sestry odpověděly, že by si přály návštěvní hodiny bez omezení, a 35 (52 %) sester odpovědělo, že by délku návštěvních hodin neupravovalo.

Graf 54 (Otázka 21) Možnost návštěvy dětí ostatními členy rodiny



Z celkového počtu 68 (100 %) respondentek odpovědělo 66 (97 %) sester, že na jejich oddělení mají možnost navštívit dítě i ostatní členové rodiny, 2 (3 %) sestry odpověděly, že tuto možnost ostatní členové rodiny na jejich oddělení nemají, a nevím neodpověděla žádná sestra.

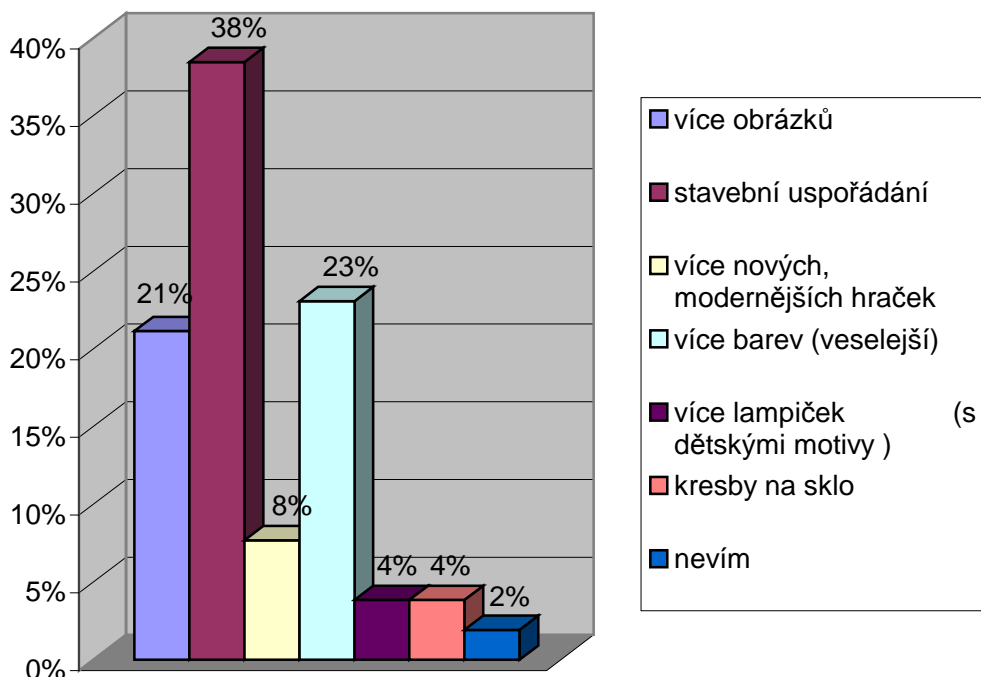
Graf 55 (Otázka 22) Zájem o úpravu výzdoby oddělení



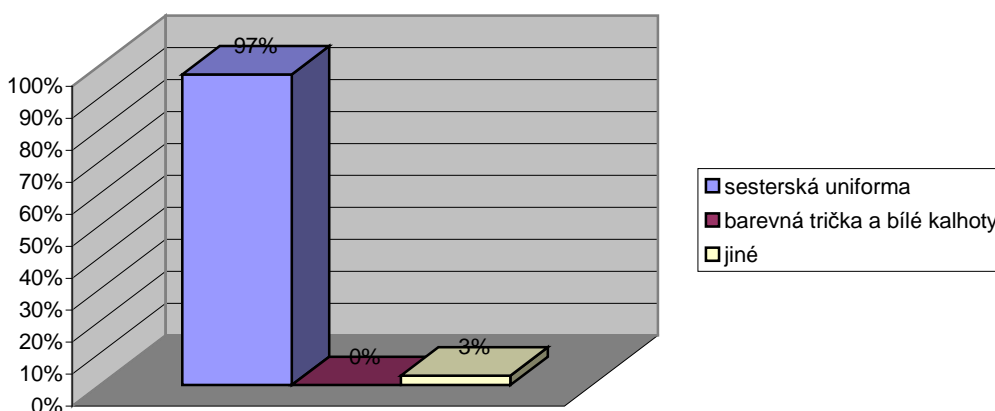
Z celkového počtu 68 (100 %) respondentek by 38 (56 %) sester změnilo výzdobu na oddělení, 19 (28 %) sester by na oddělení výzdobu neměnilo a 11 (16 %) sester uvedlo, že neví.

Graf 56 (Otázka 22)

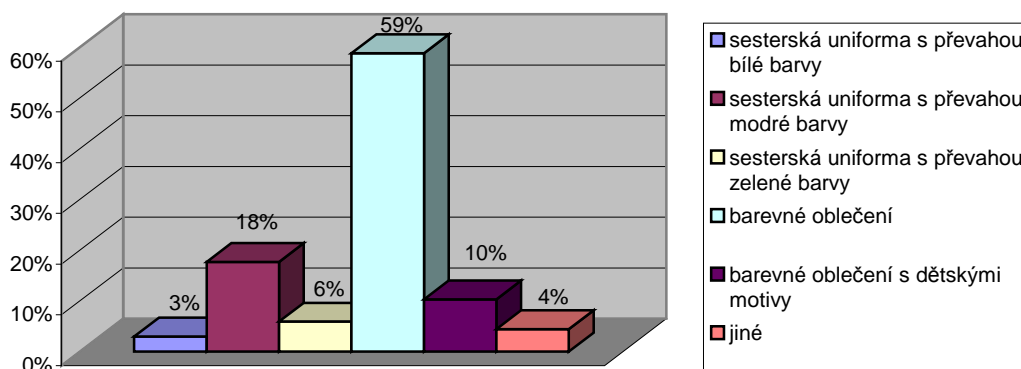
Úprava výzdoby oddělení



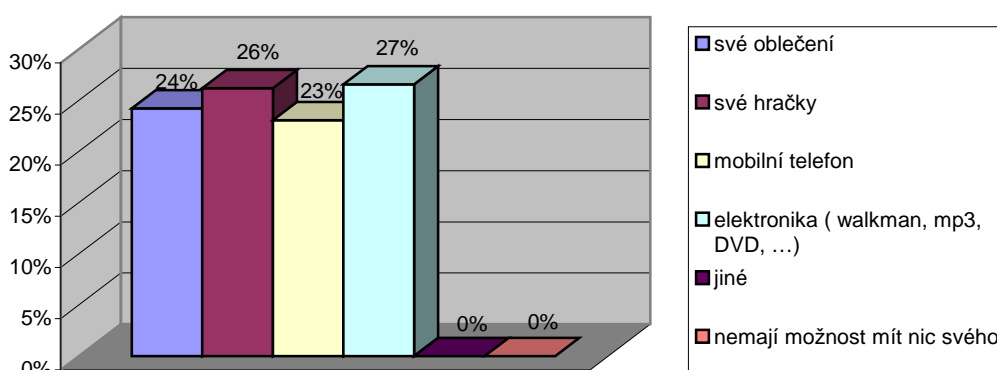
Od celkového počtu 38 respondentek bylo 52 (100 %) odpovědí. 11 (21 %) odpovědí bylo v oblasti, kde by si sestry přály více obrázků, 20 (38 %) odpovědí bylo v oblasti, kde by sestry kompletně upravily stavební uspořádání oddělení, v oblasti nových modernějších hraček byly 4 (8 %) odpovědi, 12 (23 %) odpovědí bylo v oblasti, kde by si sestry přály více barev, 2 (4 %) odpovědi byly v kategorii, kde si sestry přály více lampiček, stejný počet odpovědí byl i v oblasti kreseb na sklo, zde byly také 2 (4 %) odpovědi a 1 (2 %) odpověď byla v kategorii nevím.

Graf 57 (Otázka 23)**Typ oblečení sester**

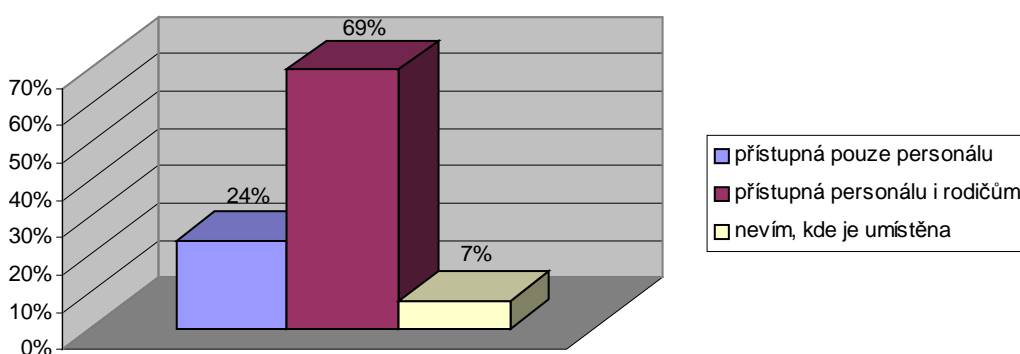
Z celkového počtu 68 (100 %) respondentek nejčastěji nosí sesterskou uniformu 66 (97 %) sester, barevná trička a bílé kalhoty nenosí žádná ze sester a možnost jiné zvolily 2 (3 %) sestry.

Graf 58 (Otázka 24)**Volba oblečení sestrou**

Z celkového počtu 68 (100 %) respondentek 2 (3 %) sestry volily bílou uniformu, sesterskou uniformu s převahou modré barvy volilo 12 (18 %) sester, uniformu s převahou zelené barvy volily 4 (6 %) sestry, 40 (59 %) sester by nejčastěji nosilo barevné oblečení, 7 (10 %) sester volilo barevné oblečení s dětskými motivy a 3 (4 %) sestry zvolily možnost jiné.

Graf 59 (Otázka 25)**Možnost mít vlastní věci na oddělení**

Od celkového počtu 68 respondentek bylo 256 (100 %) odpovědí. Sestry mohly zvolit více možností. 62 (24 %) odpovědí sestry označily u možnosti své oblečení. U možnosti, zda dítě může mít na oddělení své hračky, bylo 67 (26 %) odpovědí, 59 (23%) odpovědí zvolily sestry u možnosti mobilní telefon, 68 (27 %) odpovědí bylo u možnosti elektronika a žádná odpověď nebyla u možnosti jiné a dítě nemá možnost mít nic svého.

Graf 60 (Otázka 26)**Přístupnost Charty práv dětí**

Z celkového počtu 68 (100 %) respondentek 10 (24 %) sester odpovědělo, že Charta práv hospitalizovaných dětí je přístupná pouze personálu, 47 (69 %) sester odpovědělo, že je přístupná personálu i rodičům, a 5 (7 %) sester neví, kde je Charta práv hospitalizovaných dětí umístěna.

5. Diskuse

Cílem práce je zjistit, jaké jsou názory rodičů a ošetřovatelského personálu na problematiku hospitalizace dítěte na dětském oddělení s rodičem. Pro zjištění těchto dat byly vypracovány dva dotazníky. Jeden dotazník byl určen pro rodiče, kteří byli na oddělení hospitalizováni společně se svým dítětem, nebo své dítě navštěvovali o návštěvních hodinách. Občas se totiž v dnešní době stává, že na oddělení je s dítětem přijata jiná osoba než jeden z rodičů, nejčastěji z plné vytíženosti rodičů. A proto byl dotazník určen nejen pro rodiče, ale i pro jiný doprovod, který byl na oddělení přijat s dítětem. Druhý dotazník byl určen pro sestry pracující na dětských odděleních. Výzkum byl prováděn na dětských odděleních v Českých Budějovicích a v Písku.

Při zajišťování výzkumu v nemocnici Písek jsem po domluvě s hlavní sestrou sepsala žádost o rozdání dotazníků a dotazníky jsem hned další den mohla předat na dětské oddělení. V nemocnici Českých Budějovicích se hlavní sestře i přes její ochotu můj záměr moc nelíbil. A to z důvodu již dřívějších nesrovnalostí s jinými dotazníky. Ale po domluvě i se samotným dětským oddělením, s vrchní sestrou a primářem oddělení, který měl zájem o shlednutí dotazníků, byl výzkum povolen i v Českých Budějovicích. Přes tyto drobné komplikace jsem ale byla o to více mile překvapena, když mi vrchní sestra dětského oddělení v Českých Budějovicích předávala většinu vyplněných dotazníků. Od rodičů 76 % a od sester 96 %. Na rozdíl od dětského oddělení v Písku, kde bylo od rodičů 54 % a od sester 50 % vyplněných dotazníků, zřejmě proto, že je v Písku menší nemocnice. Celkově mě ale velmi potěšila ochota všech sester a rodičů spolupracovat jejich zájem a názory na dané téma.

Na počátku výzkumu byla zjišťována obecná data. Je zajímavé, že na dětských odděleních, kde probíhal výzkum, pracují pouze ženy, ale žádný muž. Naopak v druhém výzkumném souboru bylo mužů na oddělení hned 8 % (5) a z toho byl jeden tatínek hospitalizován na oddělení. Dále byly na oddělení hospitalizovány s dítětem i 2 (3 %) babičky, z toho jedna na jednotce intenzivní péče a jedna na standardním oddělení. Na oddělení nebyl žádný dědeček, a ani jiná osoba. Největší procentuální zastoupení měly maminky, těch bylo 89 % (58) (Graf 1,31).

Rodiče byli nejčastěji ve věku mezi 31-40 lety (43 %), nejmenší počet měla kategorie nad 50 let (3 %), tu tvořily dvě babičky a kategorie do 20 let (2 %), 37 % rodičů bylo ve věku 21-30 let a 15 % rodičů bylo ve věku 41-50 let (Graf 2). Myslím si, že toto procentuální zastoupení se dá vysvětlit dnešní zvyšující se hranicí pro rodičovství a možností antikoncepce. Dnešní mladí lidé často chtějí nejdříve studovat, poznat svět, různé země a zajistit si například postavení v zaměstnání a až po té třeba založit rodinu. Ale nevím, zda je to vždy ta nejšťastnější volba z důvodu celkem častých neplodných párů, které souvisí i s věkem.

Děti byly na oddělení nejčastěji hospitalizovány ve věku nad 6 let (34 %), dále to byly děti do 2 let (27 %), ve 25 % to byly děti ve věku 2-4 roky a 14 % dětí bylo ve věku 4-6 let (Graf3). Nejvíce dětí bylo hospitalizováno na standardním oddělení (86 %) a na JIP bylo 14 % dětí (Graf 4). Rodiče byli na oddělení převážně s dítětem hospitalizováni v 66% a 34 % rodičů bylo na návštěvě (Graf 5). U hospitalizovaných dětí s rodiči byla nejčastější délka hospitalizace do 3 dnů (44 %) a následně do 7 dnů (35 %), 12 % dětí bylo na oddělení hospitalizováno v rozmezí 8 dní až 3 týdny. Relativně pozitivní je, že nejméně dětí bylo na oddělení déle jak 3 týdny (9 %) (Graf 6). Myslím si, že z toho vyplývá, že je snaha dítě co nejdříve uzdravit a navrátit do domácího prostředí, také i díky společné hospitalizaci rodičů s dítětem, jak se o tom zmiňuje Pilát (6).

Věková kategorie u sester byla nejvíce zastoupena v rozmezí 31-40 let, a to ve 34 %, nejméně bylo sester nad 50 let (10 %) a sester do 20 let (3 %), 31 % sester bylo ve věkovém rozmezí 21-30 let a 22 % sester bylo ve věku 41-50 let (Graf 32). Myslím si, že se to brzo změní, sestry do 20 let nebudou žádné, protože budou získávat vzdělání a vzhledem k stále se zvyšující hranici odchodu do důchodu bude přibývat počet sester nad 50 let. O tom svědčí i délka praxe sester ve zdravotnictví. Největší počet sester pracuje ve zdravotnictví déle než 15 let (41 %) a nejméně sester pracuje ve zdravotnictví méně než 2 roky, těch je 12%, 16 % sester má praxi v rozmezí 2-5 let a 11-15 let a 15 % sester je ve zdravotnictví 6-10 let (Graf 33).

Výzkumu se účastnilo 60% sester na standardním oddělení a 40 % sester na JIP (Graf 34). Nejvyšší dosažené vzdělání má 49 % sester na střední zdravotnické škole,

pomaturitní specializační studium má 44 % sester, jen 4 % sester má vyšší zdravotnickou školu, bakalářské studium měla jen 1 (1 %) sestra a magisterské vzdělání neměla žádná sestra (Graf 35).

Z výsledků vyplynulo, že na oddělení mohou být hospitalizovány buď všechny věkové kategorie, a to hlavně na JIP a na dětském oddělení v Písku, ostatní oddělení jsou již rozdělena dle věku dětí (Graf 36).

Dále bylo zjišťováno, zda mají rodiče možnost být hospitalizováni na oddělení společně s dítětem. Domnívala jsem se, že zde bude jednoznačná odpověď, ale bylo zde 15 % sester, které odpověděly, že na jejich oddělení tato možnost není. Převážně to byly sestry z JIP, kde se domnívám, že je to většinou pro nedostatek prostoru (Graf 37). Z dalších výsledků je patrné, že 67 % sester nabízí rodičům společnou hospitalizaci. Rodiče odpovídali, že je jim v 65 % případů hospitalizace nabízena (Graf 7,38). Podle výsledků byla 11 % rodičů hospitalizace dříve odepřena, a to nejčastěji z důvodu plného oddělení a staršího věku dítěte. Ale rodiče popisovali, že se personál snaží o alternativní řešení a ihned po uvolnění míst byli ke svému dítěti přijati (Graf 8).

Hlavním úkolem bylo zjistit, co vlastně rodiče a sestry raději upřednostňují. Z výzkumu vyplynulo, že samozřejmě rodiče raději volí společnou hospitalizaci s dítětem, těchto rodičů bylo 75 %. 22 % rodičů volí raději návštěvy u dítěte a 3 % rodičů neví. Z odpovědí bylo patrné, že návštěvy upřednostňují rodiče již starších dětí a nejčastějšími důvody byl právě věk dítěte a snaha rodičů motivovat dítě k samostatnosti.

Důvody, proč rodiče volí raději společnou hospitalizaci s dítětem, byly různorodé. Nejčastěji se rodiče domnívají, že se dítě cítí v přítomnosti rodičů lépe (61 % odpovědí) a mají pocit bezpečí a jistoty, že je rodiče na oddělení nechtějí nechat. Dále si rodiče myslí, že dítě není tolik stresováno a není samo a následně zvládá lépe celou hospitalizaci a nové prostředí. 2 maminky odpověděly jednoduše „máma je máma“ a dalším důvodem bylo i kojení. 12 % odpovědí uvedli rodiče, kteří se domnívají, že se dítě rychleji uzdravuje. Je zajímavé, že takto neodpověděla žádná sestra, i když se přímo o tomto problému zmiňuje mnoho odborné literatury (6,30,11). Pilát v knize Péče o kriticky nemocné dítě přímo popisuje, jak je prospěšná přítomnost matky, nebo blízkého člena rodiny, jak pro proces uzdravování, tak i pro psychiku

dítěte. Popisuje zde i výzkum, který ukázal, že délka pobytu dítěte s matkou v nemocnici je v průměru kratší než u dětí, které byly hospitalizovány bez doprovodu blízké osoby. Nehledě na to, že je to jedno z práv hospitalizovaného dítěte, které je společně s dalšími sepsáno v Chartě práv hospitalizovaných dětí (Příloha 2). Dále rodiče uváděli, že doma by měli větší strach o dítě, a proto se domnívám, že společná hospitalizace působí pozitivně i na pocity rodičů. I o této skutečnosti se zmiňuje kniha Péče o kriticky nemocné dítě (6).

V 10 % odpovědí se dále rodiče zmiňovali o tom, že mají kvalitnější přehled o péči, která je dítěti poskytována, jsou dříve informováni a mají přehled i o dítěti samotném. V 5 % rodiče sice upřednostňují společnou hospitalizaci, ale nevěděli přímo proč (Graf 9,10,11).

Předpokládali jsme, že na rozdíl od rodičů budou sestry volit raději návštěvy u dítěte, ale milým překvapením bylo, že sestry v 61 % upřednostňují, stejně jako rodiče, společnou hospitalizaci s dítětem. Návštěvy upřednostňuje 24 % sester, to je celkem podobný počet jako u rodičů. 15 % sester nevědělo, kterou variantu mají zvolit.

V případě, kdy sestry upřednostňují raději návštěvy u dítěte, bylo nejčastějším důvodem, to že pokud jsou rodiče hospitalizováni společně s dítětem, tak často nespolupracují a nedodržují léčbu. Také často uváděly, že dítě je bez rodičů klidnější a s personálem více spolupracuje. Dalšími důvody, které sestry uváděly, byl nedostatek lůžek a 1 sestra z JIP uvedla, že dítě potřebuje klid. To mi přijde logické, dle vlastních zkušeností vím, že většina malých dětí se bude snažit udržet svou bdělost tak dlouho, jak to jen půjde, protože mají strach, kdyby usnuly, aby jim maminka neodešla. Jsou velmi unavené, ale přesto se viditelně brání spánku, ale myslím si, že pokud by dítě nemělo negativní zkušenosti a mělo dostatek informací o tom, že jeho maminka bude s ním, nebálo by se usnout. Stejně tak i odborná literatura uvádí, že přítomnost matky je přínosná i u závažných medicínských zákroků (6).

Důvody, pro které sestry volily raději společnou hospitalizaci s dítětem než návštěvy, byly také rozmanité jako u rodičů. Nejčastěji se sestry domnívají, podobně jako rodiče, že dítě se cítí celkově lépe, citově nestrádá, je klidnější, má pocit bezpečí. Jako další důvod sestry uváděly, že je dítě fixováno na matku a také uváděly kojení

těchto odpovědí bylo 66 %. V 17 % odpovědí se sestry domnívají, že je s dítětem lepší spolupráce, také lépe zvládá hospitalizaci a lépe komunikuje s personálem. Dle sester je i lepší spolupráce s rodiči, jsou klidnější, protože mají stále nové informace. Mají neustálý dozor nad dítětem, a hlavně matka zná dobře své dítě. V 5 % odpovědí se sestry domnívají, že jsou rodiče i pomocníkem. Rodiče se mohou nejen postarat o psychickou podporu dítěte, ale také se od nich očekává, že se postarají například o hygienu dítěte, vysazování na nočník, krmení a další činnosti, protože dítě uklidňuje když o něj pečuje blízký člověk jak uvádí článek *Dítě v nemocnici* (23).

V této části výzkumu vyšly zajímavé výsledky. Někteří respondenti si myslí, že jsou vhodnější návštěvy, aby bylo dítě klidnější, a jiní se domnívají, že ze stejného důvodu je vhodnější společná hospitalizace. Osobně se domnívám, že je hlavně potřeba přistupovat k dítěti individuálně a dle jeho věku. Již podle výsledků, je zřejmé, že každé dítě vyžaduje jiný přístup, stejně jako jeho rodiče. A je na sestře, která je s dětmi a jejich rodiči nejčastěji v kontaktu, aby správně rozpoznala všechny potřeby a zvolila vhodný přístup. Z vlastní zkušenosti vím, že to není jednoduché a je potřeba, aby obě strany jak sestry, tak i rodiče byli nanejvýš trpěliví a tolerantní, protože mají společný cíl a zájem a tím je uzdravení dítěte. Na negativní vliv odloučení od blízké osoby při hospitalizaci poukazuje i Veselá ve svém článku *Prožívání nemoci a hospitalizace dětským pacientem* (29). Zde se také zmiňuje o třech fázích, které jsou u dítěte v útlém věku vyvolány odloučením od matky. Podobně se o nich zmiňuje i další odborná literatura (6,12,2).

U rodičů nás dále zajímalo, zda ví, kde je umístěn provozní řád. Zde 60 % respondentů vědělo, kde je provozní řád, a 40 % respondentů nevědělo, kde je provozní řád umístěn (Graf 12). Z toho usuzuji, že možná právě proto někteří rodiče nespolupracují, protože neví, že musí dodržovat i určitá pravidla (hygienická, bezpečnostní...) pro správný chod oddělení.

U sester jsme se ptaly, zda pociťují větší stres, pokud jsou s dětmi hospitalizováni i rodiče. Pozitivní je, že sestry v 52 % větší stres nepociťují, ve 25 % pociťují větší stres a 4 % sester vnímají zvýšení stresu jen občas, 19 % sester nevědělo

(Graf 42). Podobně píše i Veselá ve svém článku, jak se rodiče stávají pro sestry stresujícím faktorem. A proto je potřeba dbát na dobrou komunikaci (30).

Příprava dítěte na hospitalizaci je dle mého názoru velice důležitá, snad i nezbytná. Myslím si, že by se mělo začít například již na dětských ambulancích. Zmiňuje se o tom i kniha Péče o kriticky nemocné dítě, kde je této problematice věnována celá kapitola. Také velmi pěkně je popsáno toto téma v části odborného článku, který se zabýval výzkumem uspokojování potřeb bezpečí a jistoty u hospitalizovaných dětí (17). Z našeho výzkumu je zřejmé, že příprava dítěte na hospitalizaci má význam a to si myslí 88 % sester a 72 % rodičů. Opačný názor mají 3 % sester a 16 % rodičů (Graf 13,43).

Zda je ošetrovatelská péče u dítěte ovlivněna přítomností rodičů, si rodiče v 74 % odpovědí myslí ano, protože je s rodičem dítě klidnější. U sester bylo těchto odpovědí 30 %. U možnosti, že rodiče pečují o dítě lépe, protože ho znají, bylo u rodičů 15 % odpovědí a u sester 22 % odpovědí. V případě, kdy si sestry a rodiče zvolí plán péče, bylo u rodičů 15 % a u sester 24 % odpovědí. U možnosti, kdy dítě s rodiči nespolupracuje, bylo u rodičů 1 % a u sester 23 % odpovědí. 12 % odpovědí bylo u rodičů a 1 % u sester, kde si myslí, že se děti chovají stejně s rodiči i bez nich (Graf 14,44).

Že spolupracují sestry s rodiči a naopak, si myslí 51 % rodičů a jen 31 % sester. Opačný názor má 14 % rodičů a překvapivě 32 % sester. Celkem vyrovnaně 26 % rodičů a 27 % sester neví, zda tvoří společně jeden tým, a 9 % rodičů a 10 % sester se domnívají, že spolupracují jen občas (Graf 15,45).

Při vyšetřování dítěte chtějí být rodiče nejčastěji se svým dítětem a být mu oporou v 69 % odpovědí. V případě, kdy rodiče chtějí sledovat, co se bude dítěti dělat, bylo 15 % odpovědí. V 8 % odpovědí rodiče nechtějí být při vyšetření dítěte, aby se dítě snažilo věci zvládat samo. Pozitivní je, že sestry upřednostňují přítomnost rodičů při vyšetření v 54 % a v 46 % jsou sestry raději, když rodiče při vyšetření nejsou přítomni (Graf 16,46).

Podle doporučení Venglářové, Mahrové (28) je důležité znát vývojová stadia dítěte a jejich charakteristiku, která je důležitá pro úspěšnou komunikaci s dítětem,

zvláště v období nemoci. S tímto doporučením bezesporu souhlasím. I výzkum ukázal, že i 62 % rodičů a 75 % sester se domnívá, že je potřeba při rozhovoru používat určité zásady (Graf 17,47).

Při rozhovoru bylo 73 % odpovědí od rodičů, kteří by volili při rozhovoru s nemocným dítětem hlavně vhodný přístup. Tím často popisovali kamarádství, pravdivost podaných informací, příjemné vystupování, mít dostatek času, volit vhodnou formu rozhovoru podle věku dítěte, být trpělivý, pochválit, podpořit a dát dítěti prostor k vlastnímu vyjádření. V 17 % rodiče sice souhlasili s tím, že se mají používat zásady při rozhovoru, ale nevěděli, které by zvolili. Ve 2 % odpovědí se rodiče domnívají, že vhodné by bylo odvést pozornost od nepříjemných věcí, nevyhrožovat odchodem rodičů, použít zpětnou vazbu, dětského psychologa, nebo přítomnost matky.

Sestry stejně jako rodiče volily v 73 % odpovědí také vhodný přístup při rozhovoru, kde popisovaly také trpělivost, být milý, ohleduplný, všímavý, mít zájem o dítě a jeho pocity, opakovat, nelhat mu, mluvit přímo k dítěti, chválit ho, motivovat, volit vhodná slova a informace přizpůsobit věku dítěte. V 15 % odpovědí se vyskytoval hlavně dostatek času, klid, vhodné prostředí a soukromí. V 5 % odpovědí volily sestry názornou ukázkou, nebo hru. 3 % odpovědí volily sestry, které se domnívaly, že je potřeba mluvit i s rodinou a řídit se dále podle aktuálního zdravotního stavu dítěte. 1 % odpovědí bylo, že je potřeba přistupovat k dítěti při rozhovoru dle Charty práv dětí (Graf 18,48).

Že má vhodně zvolený přístup k dítěti při příjmu vliv na další setkání se zdravotníky, se jednoznačně domnívá 94 % rodičů a 99 % sester (Graf 19,49).

Dalším předmětem výzkumu byly návštěvy, které pomáhají nejen dětem, ale i rodičům, kteří jsou hospitalizováni společně s dítětem. Jak to popisuje primář Němec ve svém článku (15). Možnost návštěv ostatními členy rodiny má 100 % rodičů, 97 % sester uvedlo, že tuto možnost na jejich oddělení děti mají, ale 3 % sester odpověděla, že tato možnost na oddělení není. Z dotazníků bylo zřejmé, že takto odpovídaly sestry z JIP. Domnívám se, že je to z důvodu zdravotního stavu dětí, a proto jsou návštěvy omezené jen na nejbližší členy rodiny (Graf 20,54).

V případě kdy děti nemají návštěvy, se 69 % sester domluví s dětmi na činnosti, kterou by chtěly dělat, 24 % sester dětem připraví činnost dle jejich věku a 7 % sester zvolily jiné možnosti, například vychovatelky na oddělení, nebo televizi, společenské hry, nebo návštěva herny (Graf 50). Zvolilo správný druh hračka nebo hry je velice důležité. Hlavně v době nemoci, kdy hra dítěti pomáhá vyrovnat se strachem a úzkostí, která často nemoc doprovází, jak to zmiňuje Stříteská ve svém článku. V knize Herní specialista je také popsána důležitost hry a hračky v dětském věku i v době nemoci a autor vysvětluje hlavně postavu herního specialisty na dětském oddělení, která se u nás začíná rozvíjet (22,26).

Návštěvní hodiny jsou na odděleních, kde probíhal výzkum, každý den, odpovědělo 100 % sester a 93 % rodičů (Graf 21,51). S délkou návštěvních hodin je spokojeno 99 % sester, ale jen 69 % rodičů. 1 % sester a 23 % rodičů není spokojeno s délkou návštěvních hodin a 8 % rodičů nevědělo (Graf 22,52).

Pokud by měli respondenti možnost úpravy návštěvních hodin, jen 5 % rodičů a 6 % sester by je prodloužilo, 2 % rodičů, a 22 % sester by je zkrátilo, 22 % rodičů a 15 % sester by chtěly návštěvní hodiny rozdělit na dopoledne a odpoledne. A 26 % rodičů a 4 % sester by zajistily návštěvní hodiny bez omezení. Celkem tedy bylo 55 % rodičů a 48 % sester, které by návštěvní hodiny upravily (Graf 23,53).

Dále nás zajímalo, jak jsou rodiče spokojeni s vybavením herny. A výsledky byly přívětivé celkem 95 % rodičů je s hernou spokojeno a jen 5 % rodičů není spokojeno s vybavením herny. Rodiče uvedli, že je málo hraček a pro hernu malé prostory (Graf 24).

Překvapivě bylo s výzdobou oddělení spokojeno 80 % rodičů, ale 12 % rodičů se výzdoba nelíbila a 8 % rodičů toto téma nezajímalo. Převážně tuto skupinku tvořili muži. Sestry by v 56 % výzdobu na oddělení změnily, (Graf 25,55).

Pokud by sestry měly možnost změnit výzdobu na jejich oddělení, vzaly by to opravdu velice radikálně. Zatím co rodiče by z 28 % odpovědí volili více barev, modernější vybavení a ve 22 % odpovědí více barev obrázků, tak sestry by z 38 % odpovědí změnily kompletně stavební uspořádání celé budovy. Ve 23 % by si sestry přály více veselejších barev, více obrázků bylo ve 21 % odpovědí, více modernějších

hraček bylo v 8 % odpovědí, dále by si sestry přály více lampiček - například i s dětskými motivy a kresby na sklo (Graf 26,56). O úpravě celé budovy psala převážná většina sester z Českých Budějovic zřejmě proto, že zatím je dětské oddělení stále ve staré budově, oproti ostatním objektům v areálu. Ale z článku Duškové vyplývá, že zřejmě ve stísněných podmínkách nejsou samy (5).

V nemalé míře je dítě i rodič ovlivňován i oblečením sester. V 97 % sestry nosí sesterskou uniformu, ani na jednom oddělení se nenosí barevné oblečení a ve 3 % sestry nosí jiné oblečení, nejčastěji je to operační prádlo, které nosí sestry na JIP (Graf 57).

Rodiče jsou s oblečením sester v 83 % spokojeni, ale v 11 % jsou nespokojeni (Graf 27). Pokud by si rodiče a sestry mohli vybrat, tak 35 % rodičů a 59 % sester by si přála barevné oblečení, 22 % rodičů a 18 % sester by si dále přálo oblečení s převahou modré barvy, 19 % rodičů a 10 % sester by raději zvolilo barevné oblečení s dětskými motivy. Dále 12 % rodičů a 3 % sester překvapivě chtělo oblečení s převahou bílé barvy, podle poznámek rodičů je toto oblečení „andělské“. Oblečení s převahou zelené barvy si přálo 6 % rodičů i sester, 6 % rodičů a 4 % sester si přálo jiné oblečení, které by mělo být podle rodičů hlavně pohodlné pro sestry a uklidňující pro děti. Dle sester by to mělo být oblečení slušivé, padnoucí, barevné, nebo jen jednoduše triko a kalhoty (Graf 28,58). V tomto případě jde hlavně o to, aby dítě zaujala a upoutala barva, nebo obrázek. Ale důležitá je také funkčnost oblečení, pohodlnost, kvalita, která spíše zajímá samotné nositele oděvu, jak to uvádí časopis Florence 3/2008 (8).

Pro děti je také důležité mít na oddělení s sebou něco svého. Pomáhá jim to v adaptaci na nové prostředí. V 26 % odpovědí rodičů a v 24 % odpovědí sester může mít dítě s sebou na oddělení své oblečení, v 26 % odpovědí rodičů i sester může mít i své hračky, v 21 % odpovědí rodičů a 23 % odpovědí sester mohou mít děti i mobilní telefon a v 27 % odpovědí rodičů i sester mají děti povolenou i elektroniku, jako jsou walkmany, mp3, DVD přehrávač, počítač a další (Graf 29,59).

Dítě, pokud je hospitalizováno v nemocnici, má také svá práva, a ta jsou formulována, jak jsem již zmiňovala dříve, jako Charta práv hospitalizovaných dětí (Příloha 2). Je důležité, aby plné znění Charty práv hospitalizovaných dětí bylo přístupné personálu i rodičům, dle sester je tomu v 69 %, 24 % sester odpovědělo, že

Charta je přístupná pouze personálu, a 7 % sester neví, kde je umístěna. U rodičů nás zajímalo, zda znají Chartu práv hospitalizovaných dětí. Očekávala jsem, že rodiče Chartu práv dětí neznají, ale byla jsem mile překvapena. Celých 34 % rodičů ji zná, ale 60 % rodičů ne. Tuto problematiku také stručně popisuje časopis Sestra 7-8/2005.

Pozitivně nás potěšilo, že sestry upřednostňují společnou hospitalizaci rodičů s dítětem podobně jako rodiče, i když byla potvrzena jen jedna hypotéza.

6. Závěr

Bakalářská práce se zabývá problematikou hospitalizovaných dětí. Každý pobyt v nemocnici i nemoc sama sebou nese různé komplikace. A vše je složitější, pokud jde o dítě. Čím je mladší, tím je větší zátěž jak pro dítě samotné, tak i pro jeho nejbližší okolí. Také sestra, která je nejčastěji v kontaktu jak s dítětem tak i s jeho rodinou, má nelehkou úlohu a očekává se od ní profesionální jednání. Vždy jde ale o jediný cíl, a tím je uzdravení dítěte bez následků na dětské duši.

Cílem práce bylo zjistit, jak rodiče celkově nahlíží na hospitalizaci dítěte, zda jim více vyhovuje společná hospitalizace s dítětem, nebo jen krátkodobé návštěvy u dítěte v určité době. Dalším úkolem bylo zjistit, jak sestry, které pracují na dětských oddělení, vnímají společnou hospitalizaci dítěte s rodičem, zda upřednostňují návštěvy rodičů, nebo společnou hospitalizaci rodičů s dítětem.

Bakalářská práce ověřovala 2 hypotézy. Hypotéza 1: „Rodiče upřednostňují hospitalizaci s dítětem“ byla potvrzena. Rodiče jsou v převážné většině raději hospitalizováni společně s dítětem. Mají pocit, že je jejich dítě klidnější a lépe zvládá hospitalizaci v blízkosti svých nejbližších, když už nemohou bojovat s nemocí v domácím prostředí. Rodiče jsou si ale vědomi toho, že je nutné brát zřetel na stáří dítěte a s přibývajícím věkem učit dítě samostatnosti i v takto těžké situaci. Hypotéza 2: „Sestry upřednostňují při hospitalizaci dítěte pouze krátkodobé návštěvy rodičů“ nebyla potvrzena. Z výzkumu vyplynulo, že sestry stejně jako rodiče upřednostňují raději hospitalizaci dítěte s rodičem, nejčastěji z důvodu, že se dítě cítí lépe a je s ním lepší spolupráce. Ale i přesto se občas názory sester lišily, nebyl velký rozdíl mezi sestrami, které si myslí, že je dítě klidnější s rodiči, a mezi sestrami, které si myslí, že dítě v přítomnosti rodičů nespolupracuje. Ale i tak volí sestry při vyšetřování dítěte přítomnost rodičů.

Myslím si, že cíl bakalářské práce byl splněn. Byly zjištěny názory a pohledy obou stran, jak rodičů, tak sester. Sestry i rodiče chápou, že je potřeba vnímat hlavně věk dítěte a také jeho individualitu a jedinečnost.

Doufám, že tato práce bude využita také v praxi, kde může být přínosem jak pro dětské sestry, tak i pro rodiče. Výsledky výzkumu by mohly být prezentovány na dětských odděleních, kde výzkum probíhal.

7. Seznam použité literatury

1. BACUS, A. *Vaše dítě ve věku od 3 do 6 let*. Přel. L. Hučínová. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. 176 s. Přel. z: *Votre infant de 3 á 6 ans*. ISBN 80-7178-862-7.
2. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., KUČEROVÁ, H. *Psychologie a pedagogika II*. 1. vydání. Praha: Informatorium, 2004. 160s. ISBN 80-7333-028-8.
3. DE VITO, J. A. *Základy mezilidské komunikace*. Přel. M. Bartůšek, J. Rezek. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2001. 420s. Přel. z: *Essentials of Human Communication*. ISBN 80-7169-988-8.
4. DOHERTHY-SNEDDON, G. *Neverbální komunikace dětí*. Přel. H. Loupová. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 197s. Přel. z: *Children's unspoken language*. ISBN 80-7367-043-7.
5. DUŠKOVÁ, M. *Chybí partnerství rodičů a profesionálů*. [cit. 2008-01-28] Dostupné z: < <http://www.rodina.cz/clanek788.htm>.
6. FENDRYCHOVÁ, J., KLIMOVIČ, M. a kol. *Péče o kriticky nemocné dítě*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 414s. ISBN 80-7013-427-5.
7. CHVÁTALOVÁ, H. *Svět očima dítěte*. [cit. 2008-01-28] Dostupné z: < <http://www.rodina.cz/clanek334.htm>.
8. IGLAUER, R. Ošetrovatelská móda 2008. *Florence*. Praha: 2008. roč. IV, č. 3, s. 134. ISSN 1801-464X.
9. KAFKOVÁ, V. *Z historie ošetrovatelství*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992. 185s. ISBN 80-7013-123-3.
10. KLÍMA, J. a kol. *Pediatric*. 1. vydání. Praha: Eurolex Bohemia, 2003. 320s. ISBN 80-86432-38-6.
11. KRÁLOVCOVI, J. a M. *Nadační fond Klíček*. [cit. 2008-03-08] Dostupné z: <<http://www.klicek.org/hospital/role.html>.

12. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vydání, 4. vydání přepracované a doplněné. Praha: Grada Publishing, 2006, 368s. ISBN 80-247-1284-9.
13. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006, 264s. ISBN 80-247-1399-3.
14. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I. Díl-Systémový přístup*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2004, 188s. ISBN 80-246-0429-9.
15. NĚMEC, V. *Nemocné dítě a jeho rodiče v nemocnici*. [cit. 2008-01-28]
Dostupné z: < <http://www.rodina.cz/clanek2608.htm>.
16. ONDRIOVÁ, I., MROSKOVÁ, S., SCHLOSSEROVÁ, A. Prieskum o právach hospitalizovaného dieťaťa. *Sestra*. Praha: 2005, roč. IV, č. 7-8, s. 32-33. ISSN 1335-9444.
17. RAPČÍKOVÁ, T. Význam uspokojovania potreby bezpecnia a istoty u hospitalizovaných detí. *Florence*. Praha: 2008, roč. IV, č.3, s. 118-119. ISSN 1801-464X.
18. ROZSYPALOVÁ, M., ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A. *Psychologie a pedagogika I*. 1. vydání. Praha: Informatorium, 2003. 186s. ISBN 80-7333-014-8.
19. ROZSYPALOVÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetrovatelství I. Pro 1. ročník středních zdravotnických škol*. 1. vydání. Praha: Informatorium, 2002, 232s. ISBN 80-86073-96-3.
20. RŮŽIČKOVÁ, B. Dítě v nemocnici – co chce a co mu schází. *Florence*. Praha: 2007, ročník III, č. 1, s. 23. ISSN 1801-464X.
21. STOPPARDOVÁ, M. *Zdravé dítě*. Přel. K. Orlová. 1. vydání. Euromedia Group – Ikar, 2000. 128s. Přel. z: CHILD HEALTH. ISBN 80-7202-725-5.
22. STŘÍTESKÁ, E. *Děti v nemocnici*. [cit. 2008-01-28]
Dostupné z: < <http://rodina.cz/clanek4331.htm>.
23. *Dítě v nemocnici*. [cit. 2008-01-28]
Dostupné z: < <http://www.rodina.cz/clanek2401.htm>.

24. ŠVEJCAR, J. a kol. *Péče o dítě: Doplněné rozšířené a aktualizované vydání*. 1. vydání. Praha: Nuga, 2003. 400s. ISBN 80-85903-15-6.
25. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání, Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 186s. ISBN 80-7013-324-4.
26. VALENTA, M. a kol. *Herní specialista*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2001. 170s. ISBN 80-244-0345-5.
27. VELEMÍNSKÝ, M. a kol. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 5. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2007. 136s. ISBN 80-7040-813-8.
28. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. 144s. ISBN 80-247-1262-8.
29. VESELÁ, K. *Prožívání nemoci a hospitalizace dětským pacientem*. [cit. 2008-03-08] Dostupné z: < <http://www.sestra.cz/scripts/detail.php?id%285328>.
30. VESELÁ, R. *Hospitalizace matky s dítětem*. [cit. 2008-03-08] Dostupné z: < <http://www.sestra.cz/scripts/detail.php?id=285327>.
31. VOLF, V., VOLFOVÁ, H. *Pediatrie I*. 3. doplněné vydání. Praha: Informatorium, 2003, 112s. ISBN 80-7333-021-0.
32. VURM, V. a kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: MANUS, 2004. 100s. ISBN 80-86571-07-6.
33. VYBÍRAL, Z. *Psychologie lidské komunikace*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. 264 s. ISBN 80-7178-291-2.
34. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 1. vydání. Praha: Psychoanalytické nakladatelství – J. Kocourek, 1999. 300s. Edice psychoterapie. Sv. 7. ISBN 80-86123-08-1.
35. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie: Teorie a praktická cvičení*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. 232s. ISBN 978-80-247-2068-5.
36. ZOUHAROVÁ, A. *Způsobilost k výkonu povolání dětské sestry*. [cit. 2008-04-07] Dostupné z: < <http://pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2005/01/08.pdf>.

8. Klíčová slova

Dítě

Rodiče

Sestra

Hospitalizace

Spolupráce

9. Přílohy

Příloha 1 Očkovací kalendář

Příloha 2 Charta práv hospitalizovaných dětí

Příloha 3 Psychomotorický vývoj kojence

Příloha 4 Maslowova hierarchie potřeb

Příloha 5 Zvláštnosti komunikace s dětmi a dospívajícími

Příloha 6 Chyby v komunikaci s dítětem

Příloha 7 Dotazník pro rodiče, doprovod dítěte

Příloha 8 Dotazník pro sestry

Příloha 1 Očkovací kalendář

Očkovací kalendář platný v roce 2005

4. den – 6. týden	TBC
9. – 12. týden	Záškrt, tetanus a dáivivý kašel, hemofilus B, žloutenka B
10. týden – 18. měsíc	Dětská obrna 2x
13. – 16. týden	Záškrt, tetanus a dáivivý kašel, hemofilus B, žloutenka B
17. – 20. týden	Záškrt, tetanus a dáivivý kašel
8. měsíc	Žloutenka
14,5 – 30. měsíc	Dětská obrna (přeočkování) 2x
15. měsíc	Spalničky, příušnice a zarděnky (přeočkování za 6 – 10 měsíců, možno i později)
18. – 20. měsíc	Záškrt, tetanus, dáivivý kašel, hemofilus B
21. – 25. měsíc	Spalničky, příušnice a zarděnky (přeočkování)
2. rok	TBC-přeočkování (u tuberkulin negativních, tuberkulinová zkouška se provede jen u dětí, které nemají prokazatelnou jizvu po očkování, provedeném v novorozeneckém věku)
5. rok	Záškrt, tetanus a dáivivý kašel (přeočkování)
11. rok	TBC-přeočkování (u tuberkulin negativních)
12. rok	Žloutenka B 3x (druhá dávka po jednom, třetí dávka po pěti měsících po první dávce)
13. rok	Dětská obrna (přeočkování) 1x
14. rok	Tetanus (přeočkování, další vždy po 10 letech)
















Zdroj: VELEMÍNSKÝ, M. Vybrané kapitoly z pediatrie (27).










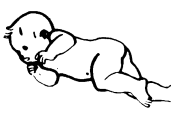




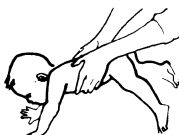



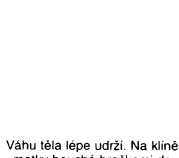
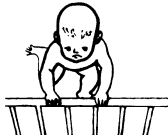
CHARTA PRÁV HOSPITALIZOVANÝCH DĚTÍ







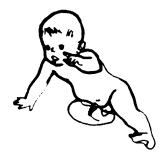





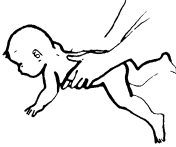
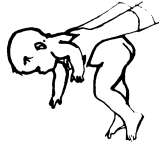




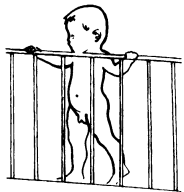

1. Děti mají být přijímány do nemocnice pouze tehdy, jestliže péče, kterou vyžadují, jim nemůže být stejně dobře poskytnuta doma nebo při denní hospitalizaci.
2. Děti v nemocnici mají vždy právo mít u sebe své rodiče nebo jejich zástupce.
3. Ubytování by mělo být nabídnuto všem rodičům, a ti by měli být podporováni v tom, aby zůstali. Pro rodiče by to nemělo být finanční zátěží a neměli by trpět ztrátou výdělku. Aby se mohli podílet na péči o své dítě, měli by být rodiče trvale informováni o chodu oddělení a měla by být podporována jejich aktivní účast.
4. Děti a rodiče mají právo být informováni způsobem odpovídajícím jejich věku a úrovni chápání. Měla by být učiněna opatření ke zmírnění fyzického a emočního stresu.
5. Děti i 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 jde o věk.
7. Děti mají mít veškeré podmínky ke hrám 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 zkušenost 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: KLÍMA, J. Pediatrie (10).

Příloha 3 Psychomotorický vývoj kojence

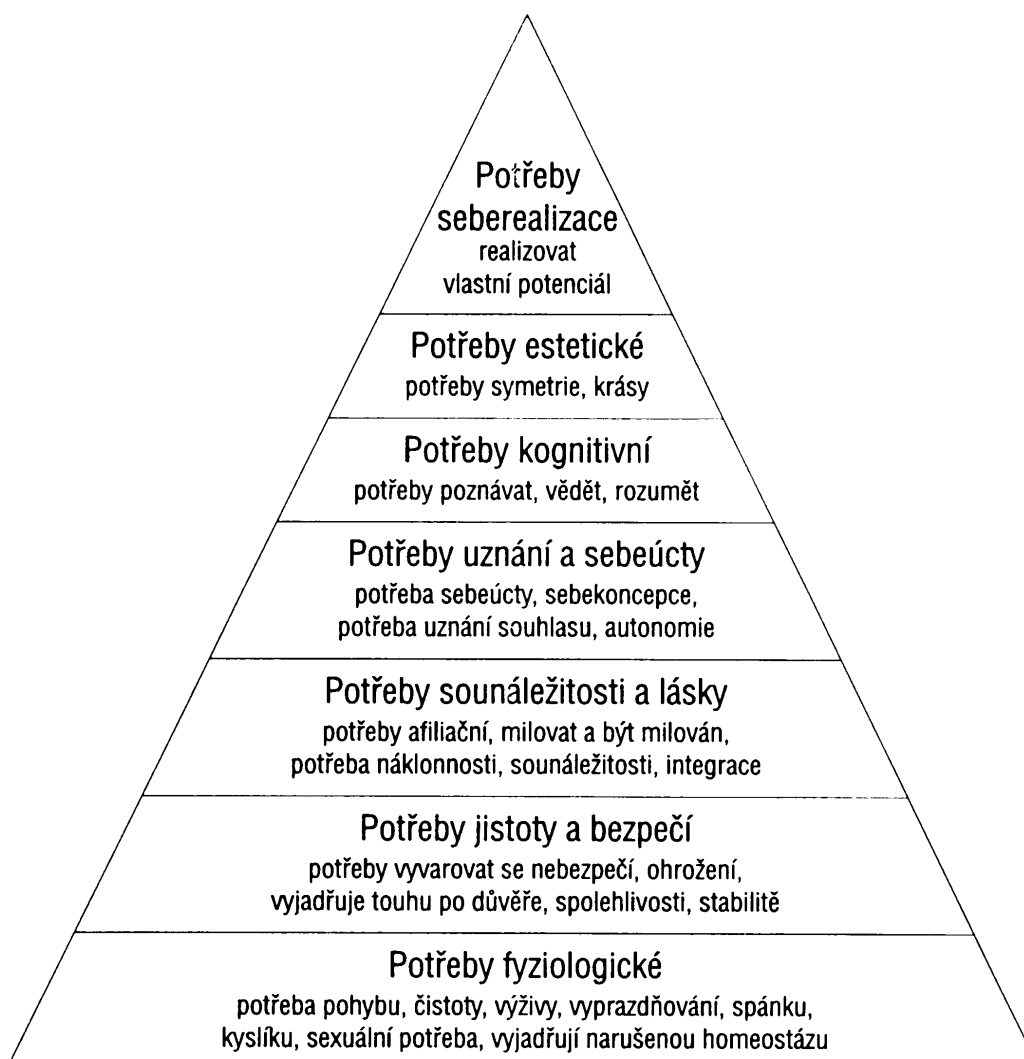
POLOHA	KONEC 1. MĚSÍCE	KONEC 2. MĚSÍCE	KONEC 3. MĚSÍCE	KONEC 4. MĚSÍCE
NA ZÁDECH	 <p>Dívá se na hračku či obličej v jeho zorném poli. Mrkne či škubne celým tělem při náhlém silném zvuku. Občas hrdeční zvuky (ah, eh).</p>	 <p>Sleduje hračku pohybující se do stran nad hrudníkem či známý obličej. Odpovídá úsměvem na úsměvné oslovení. Reaguje na zvuky.</p>	 <p>Sleduje okolí a pozoruje hračky zavěšené v postýlce. Na zvuky reaguje pohybem či naopak zkloněním. Začíná broukat. Živě se pohybuje.</p>	 <p>Začíná si prohlížet vlastní ruce a hraje si s nimi. Začíná sahát na nejbližší předměty. Hračky v ruce podrží a prohlíží si je.</p>
PŘI KRATČÍKÉM ZKUSMÉM POBAZOVÁNÍ (V PRVÉM PŮLROČÍ NESMÍME NECHAT SEDĚT)			 <p>Vychýlen se opře o loket.</p>	 <p>Vychýlen se lépe opře o loket a napřimuje hlavu.</p>
NA BŘÍŠKU	 <p>Hlavu dovede otočit ke stranám. chvílemi ji na okamžik asymetricky nadzvedne.</p>	 <p>Hlavičku lehce zvedne i na několik sekund.</p>	 <p>„Pase koně“</p>	 <p>Rozhlídí se. Otočí se za zdrojem zvuku. Brouká a začíná se hlasitě smát.</p>
V ZÁVĚSU (MŮŽEME ZKUSIT PŘI KOUFÁNÍ)				
SVISLA				 <p>Postaven neudrží váhu těla (jako by neměl „nohy“).</p>

POLOHA	KONEC 5. MĚSÍCE	KONEC 6. MĚSÍCE	KONEC 7. MĚSÍCE	KONEC 8. MĚSÍCE
NA ZÁDECH	 <p>Rozhlíží se. Nabízenou hračku uchopí celou rukou a dává ji do úst. Rozezná přísný a laskavý tón řeči. Vydává různé zvuky (výská ...).</p>	 <p>Ohmatává si kolínka. Pokouší se zvednout hlavu. Přemísťuje hračku z ruky do ruky.</p>	 <p>Hraje si s nožkami. Prohliží hračky ve vlastních rukou.</p>	 <p>Menší předměty uchopuje palcem a prsty. Strká ukazovákem do věcí. Dovede na výzvu očima nalézt několik osob či předmětů. Opakuje slabiky a začíná je zdvojit.</p>
PŘI KRATICKÉM ZKUSMÉM POSAZOVÁNÍ (V PRVÉM PŮLROCE NESMÍME NECHAT SEDĚT)	 <p>Zkusmo posazen se na chvíli udrží pomocí rukou v sedu s kulatými zády. Záměrně jej však neposazujeme!!!</p>	 <p>V sedu jej neponecháváme! Při vychýlení se opře celou dlaní. Najde zdroj zvuku očima. Říká různé hláskové i samohláskové zvuky. Žvýká tužší sousta a přijímá potravu ze lžičky.</p>	 <p>Vychýlen vyvažuje rovnováhu volnou horní končetinou a druhou se opře.</p>	 <p>Sám se posadí přes boční polohu a udrží se ve vzpřímeném sedu. Při tom se rozhlíží a sahá po okolních předmětech. Drží si chleba a ukusuje.</p>
NA BŘÍŠKU		 <p>Začíná se sám obracet na bříško.</p>	 <p>Obratně se otáčí ze zad na bříško a zpět. Někdy dělá „letadlo“ (točí se kolem dokola).</p>	 <p>Obratně se převrací na bříško, vzpřímí se na čtyři a houpe se vpřed a vzad. Udrží se v trakárku. Někdy se plazí po bříšku.</p>
V ZÁVĚSU (MŮŽEME ZKUSIT PŘI KOUPÁNÍ)		 <p>Spuštěn k podložce se opře dlaněmi.</p>	 <p>Spuštěn k podložce se dokonale opře o ruky.</p>	 <p>V závěsu v podpaží má pokrčené dolní končetiny.</p>
SVISLÁ		 <p>Držen vstoje udrží váhu těla na nožkách (rozkročen).</p>	 <p>Váhu těla lépe udrží. Na klíně matky bouchá hračkami do podložky (stolu). Na slovní výzvu najde pojmenovanou osobu či předmět. Má rád slovní hříčky (berany duc apod.), i když je posud sám neprovede. Žvatlá slabiky (tatata). Dovede přijímat nekašovitou stravu.</p>	 <p>Z polohy na čtyřech se u ohrádky pokouší vzpřímít přes klek na jednom kolenu.</p>

POLOHA	KONEC 9. MĚSÍCE	KONEC 10. MĚSÍCE	KONEC 11. MĚSÍCE	KONEC 12. MĚSÍCE
NA ZÁDECH	 <p>Hraje si s drobnými předměty, sebere drobek. Tluče dvěma kostkami o sebe. Zdvouje slabky (tata, mama).</p>	 <p>Na zádech jen odpočívá. Raduje se z pohybu.</p>	 <p>Zvolna začíná převažovat jemná motorika nad lokomoci. Manipuluje s hračkami.</p>	 <p>Obratně manipuluje drobnými předměty. Vezme i dvě hračky do jedné ruky. Uchopuje opozici palce a ukazováku. Vyhovuje jednoduchým výzvám: „Nesmiš.“ Napodobuje jednoduché činnosti. Vyslovuje první smysluplné slovo („máma“).</p>
PŘI KRATIČKÉM ZKUSMÉM POSAZOVÁNÍ (V PRVÉM PŮLROČÍ NESMÍME NECHÁT SEDĚT)	 <p>Sám se snaží posadit přímo z polohy na zádech přes loket. Sedi zpřímá, pevně a hraje si. Sedi rozkročmo.</p>	 <p>Vyjme kostku z hříčku. Na výzvu provede „pá-pá“ či „paci-paci“ nebo to napodobuje. Někdy vyhoví výzvě: „Dej!“ apod. Pokouší se sám napít.</p>	 <p>V sedu dokonale vyvažuje rovnováhu, hraje si, plní nádoby hračkami. Na výzvu se podívá či ukáže části svého těla, okolní věci a osoby.</p>	 <p>V sedu je stabilní a stále něco kutí a přesunuje se. Manipuluje lžící a pokouší se ji vést do úst. Vysazen se někdy vyčurá.</p>
NA BŘÍŠKU	 <p>Obratně se dostane na čtyři a pokouší se lézt.</p>	 <p>Leze.</p>	 <p>Rychle leze vpřed i vzad.</p>	 <p>Leze nebo se přemísťuje „jako medvěd“.</p>
V ZÁVĚSU (MŮŽEME ZKUSIT PŘI KOUPÁNÍ)	 <p>Někdy převážně „plachtí“ (upažuje a unožuje), jindy už začíná „přistávat“.</p>	 <p>Začíná „přistávat“ (směřuje končetiny k podložce).</p>	 <p>„Přistává“.</p>	 <p>Dokonale „přistává“.</p>
SVISLÁ	 <p>Sám se u ohrádky postaví a s oporou se udrží vstoje.</p>	 <p>U ohrádky se sám postaví, udrží se a pokouší se o ukroky za pomoci rukou.</p>	 <p>Dokonaleji se sám staví u ohrádky. Někdy provede první krůček bez pomoci či za jednu ruku. Ukroky zdokonalil.</p>	 <p>Obratně se staví, sám stojí a dělá první neobratné a nevybalancované krůčky.</p>

Zdroj: VOLF, V., VOLFOVÁ, H. Pediatrie (31).

Příloha 4 Maslowova hierarchie potřeb



Zdroj: TRACHTOVÁ, E. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu (25).

ZVLÁŠTNOSTI KOMUNIKACE S DĚTMI A DOSPÍVAJÍCÍMI

V komunikaci s dítětem musíme brát ohled na jeho věk (vývoj řeči, kognitivních funkcí, emoční a sociální zralost). Bez dobrého kontaktu s dítětem se nic nedozvíme o jeho pocitech, úzkosti, vztazích k důležitým osobám.

- Děti nejsou pouhou zmenšenou kopií dospělých (nemají méně rozumu, mēlčí city, neumí toho méně apod.), ale jsou v mnoha směrech kvalitativně jiné. Tato jinakost spočívá především v nediferencovanosti, v nejasné a málo ohraničené strukturovanosti psychických funkcí a procesů – včetně prolínání vnějšího světa s vnitřním – i jejich chování. Psychický svět malého dítěte si můžeme představit jako „směs“ jednotlivých psychických struktur a procesů. **Teprve s postupným zráním je možné od sebe odlišovat jednotlivé psychické funkce**, jako je vnímání, city, myšlení, chtění, fantazie a další.
- Pro komunikování dospělého s malým dítětem (batoletem, mladším předškolákem) vyplývá z načrtnuté nediferencovanosti jedno významné poselství: **malé dítě nikdy nelže – i když nemluví pravdu.**
- Jestliže lež vychází z úst školáka a staršího dítěte, ptejme se, proč neříká pravdu? Třeba se nás bojí nebo má s pravdou špatné zkušenosti. **Dejme mu šanci beztrestně a nevýhružně nepravdivé tvrzení změnit.**
- Děti **co nejčastěji chvalme**, oceňujeme, povzbuzujeme. Tímto „odměňováním“ posilujeme vhodné jednání.
- Poskytujeme dětem **čas k vyjádření souhlasu** s tím, co sdělujeme a též, aby mohly vyjádřit vlastní názor, přání, pochybnost a nesouhlas.
- V kontaktech s dětmi **neopomíjeme konvenční zdvořilosti**: pozdravit, poděkovat, poptat se na rodinu, kamarády. To umožní dobré navázání vztahu a možnost a možnost přejít k osobnějším sdělením.

- Neváhejme dětem **přiznat vlastní chybu a omluvit se**, jestliže něco řekneme nedobře nebo uděláme špatně.
- O všech důležitých věcech, které se dětí týkají, s nimi **vyjednáváme**. Čím jsou starší, tím vyjednáváme častěji. Vyjednáváním dítě vedeme respektu k jiným názorům, dáváme mu najevo důležitost jeho samého v našich očích.
- Pokud potřebujeme dítě **pokárat, napomenout a potrestat**, pak je důležité takové sdělení formulovat srozumitelně a jednoznačně. Je však také dobré výtkami šetřit a na splnění trestu trvat.
- Nabízíme, poskytujeme a vyžadujeme **zpětné vazby**, což znamená dítěti pozorně a zúčastněně naslouchat, často se ptát, abychom si ověřili, zda jeho sdělení správně chápeme a také, zda pochopilo, co máme na mysli.
- Jestliže chceme probrat s menším dítětem něco závažnějšího (třeba nějakou chybu nebo sporné jednání), bývá dobré **šetřit zájmemem „PROČ?“**. Malé dítě totiž těžko může vysvětlovat motivaci svého jednání. Vhodnější bývá zeptat se „**JAK**“ se to či ono stalo.
- Pozor na **dvojně zpětné vazby**. Tímto termínem se označují rozporná, vzájemně se popírající, či vylučující sdělení, vysílaná současně jednomu adresátovi. Jde zejména o nesoulad mezi verbálním a neverbálním poselstvím (např. zachmuřeně a nervózně nabádáme dítě ke klidu a pokoji). Patří sem i takové výzvy a pokyny, kdy ať dítě reaguje jak-koliv, vždy je to špatně (např. při sporu rodičů nucení dětí vyjádřit se, kterého rodiče má raději).
- Když dítě jakéhokoliv věku udělá něco špatně, nešikovně, hloupě, když se vzteká či odmlouvá, **nikdy mu neříkejme, že je nemotorné, hloupé, zlé, neposlušné, nepořádné**. **Vytkněme či kritizujme konkrétní chování, jasně popsané jednání.**

Období dospívání přináší výrazné vývojové změny. Dospívající bývají obvykle dostatečně schopni se vyjadřovat a z hlediska rozvoje rozumových schopností spolehlivě vést rozhovor a popsat svoje potíže i jejich souvislosti. Problémem může být spolupráce a motivace k upřímnému sdělení. Verbální projev adolescenta často vykazuje extrémní znaky buď nadměrné úzkosti a staženosti, nebo může být

provokativní a bez společenských zábran. Přístup zdravotníka k rozhovoru s dospívajícím by měl být **klidný, věcný a určitým způsobem partnerský**. Zdravotník-profesionál by se měl držet **profesionální neutrality** (tzn. nestranit ani dospívajícímu ani jeho rodičům), neměl by být ani nadměrně autoritativní, ani by se neměl přizpůsobovat adolescentní subkultuře (např. ve slangových výrazech). Svízelnou otázkou se může stát oslovení adolescenta – **vykání či tykání**. Toto je třeba posuzovat individuálně, ale obecně lze doporučit vždy se na tomto s adolescentem domluvit. Důležité je **dát mu možnost spolurozhodnout**. To samo o sobě má mimořádnou hodnotu pro navázání vztahu. V naprosté většině si adolescent přeje, aby mu ošetřující zdravotník tykal.

Zdroj: FENDRYCHOVÁ, J. Péče o kriticky nemocné dítě (6).

KOMUNIKAČNÍ PASTI A FALEŠNÉ PŘEDSTAVY

1. Je možno nekomunikovat

Falešnou představou je, že je možné se s druhým člověkem setkat a nic mu nesdělit. Pravý opak je pravdou. Když se s někým setkáme, tj. dostaneme se do jeho blízkosti, tak mu již automaticky něco sdělujeme neverbálně, např. pohledem, postavením těla.

2. Slova jsou to hlavní

Falešnou představou je, že to je nejdůležitější, co si sdělujeme, jsou slova. Významnou a ve stavech zvýšeného emočního napětí (např. v nemocnici) dokonce dominantní jsou verbální složky komunikace (co říká moje tvář, můj postoj, držení těla). V dlouhodobé perspektivě je důležitá řeč našich činů, ta často „mluví“ nejsrozumitelněji a sděluje to nejdůležitější v našem sociálním styku.

3. Je možno sdělovat holá fakta, nezáleží na tom, jak řeknu to, co řeknu

Další falešnou představou je, že jsme schopni sdělovat si navzájem jen holá fakta. Ať řekneme co řekneme, ať se tváříme jakkoliv a uděláme cokoliv, co má určitý dopad pro druhého člověka, zároveň mu tím sdělujeme svůj vztah k němu. Naším sdělením můžeme druhého posílit, povzbudit (elevace) nebo naopak ponížit, zastrašit (devalvace). Způsob, jak řekneme to, co řekneme, dotváří význam našeho slovního sdělení. A právě v jednání s nemocným či emočně labilizovaným člověkem si musíme být obzvláště vědomi naší zodpovědnosti za to, co sdělujeme nejenom slovy.

4. Tomu, co řeknu rozumí druhý stejně jako já

Falešnou představou je, že slovu, které říkám já, rozumí druhý stejně jako já. Každý z nás máme do určité míry odlišný významový obsah nejen slov, ale i celých slovních seskupení – výpovědních celků. To, co já myslím tím, co říkám, rozumí druhý vždy do míry jinak. Já to říkám podle svého pojetí a druhý si to interpretuje podle svého pojetí.

5. To, co říkám, druhý člověk chce slyšet

Falešnou představou je, že druhý člověk slyší přesně to, co já říkám. Kolikrát jsme překvapeni tím, co pacient nebo jeho příbuzný vyposlechl z toho, co jsme jim řekli. Pravdou je, že si slyšen interpretujeme podle svého. Slyšíme v první řadě to, co bychom rádi slyšeli a slyšené si zopravujeme podle toho, co chceme slyšet. To, co říká něco jiného nežli očekáváme a přejeme si, to nám kolikrát uniká – neslyšíme to, protože to slyšet nechceme.

6. Já vím, co druhý potřebuje

Falešnou představou je, že to, co si sdělujeme v mezilidském styku se dá měřit jen jako v počítači – kvantitou. Pravdou je, že v sociální komunikaci – a rozhovor je příkladem takovéto sociální komunikace – jde nejen o množství informací, ale i o jejich kvalitu. A ta se měří jejich potřebností. To, co mi sděluješ – ikdyž to je pravda a je to pro mne nové – mi nemusí nic říkat, když já právě tuto informaci nepotřebuji. A jak moc práce si dáváme se zjišťováním potřeb pacientů? Nejen fyzických, ale i psychických a duchovních?

7. Slovo nemůže druhého zranit

Falešnou představou je, že slova jsou jen akustické vlnění vzduchu a nic víc. Pravdou je, že slovo může druhého člověka popíchnout a zranit. Může ho dokonce zranit smrtelně. Na druhé straně však je též pravda, že slovo může člověka povzbudit, postavit ho na nohy a vlít do něj chuť k životu – i chuť bojovat o uzdravení.

8. Nevědomé estetické stereotypy

Větší nevědomou pozornost získávají pacienti mladí, atraktivní, výřeční, inteligentní, sexuálně přitažliví. Naproti tomu k nevědomému zanedbávání nebo odmítání se dostávají lidé prostí, nezajímaví, nemluvní, zanedbaní, znetvoření. Problematictí pacienti snadno dostávají nálepku „hysterky“ nebo „hypochondra“.

Nejčastěji se opakující chyby v komunikaci a přístupu k dětským pacientům:

„Sestři, vemte si dceru a já rychle zmizím, ať dlouho nebrečím.“

„Jen počkej, když budeš zlobit, pan doktor ti dá injekci.“

„Neboj se, to nebolí.“ „Pan doktor se na tebe jenom podívá a nic ti nebude dělat.“
(Můžeme říci, jen pokud je to pravda.)

„Brečím jenom zbabělci (malé děti, holky...)“

„Všechny děti jsou hodnější, když u výkonu nemají matku.“

„Nemá smysl, abyste chodila na návštěvy, vaše dítě pak pokaždé zbytečně brečí.“

Zdroj: FENDRYCHOVÁ, J. Péče o kriticky nemocné dítě (6).

DOTAZNÍK PRO RODIČE, DOPROVOD DÍTĚTE

Dobrý den, jmenuji se Lucie Žáková a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity. Tento dotazník je součástí mé bakalářské práce na téma Problematika hospitalizace dítěte na dětském oddělení s rodiči. Výsledky a analýza tohoto dotazníku budou součástí bakalářské práce. Tento výzkum je anonymní. Ráda bych vás požádala o vyplnění dotazníku, které je dobrovolné. Pokud budete mít nějaké dotazy a připomínky, které se týkají tohoto dotazníku, kontaktujte mě, prosím na email: skodovaL@quick.cz

Děkuji za spolupráci.

1. Jste:

- maminka
- tatínek
- babička
- dědeček
- jiná osoba hospitalizovaná s dítětem (*prosím, doplňte*).....

2. V jaké jste věkové kategorii?

- do 20 let
- 21 - 30 let
- 31 - 40 let
- 41 - 50 let
- nad 50 let

3. Kolik let je Vašemu dítěti?

- 0-2 roky
- 2-4 roky
- 4-6 let
- 6 a více let

4. Na jakém oddělení je Vaše dítě hospitalizováno?

- standardní dětské oddělení
- jednotka intenzivní péče dětského oddělení

5. Na oddělení jste :

- hospitalizován/a s dítětem
- na návštěvě (*pokud jste na návštěvě, přejděte na otázku č.8*)

6. Jak dlouho jste na oddělení s dítětem hospitalizován/a?

- 1 – 3 dny
- 4 – 7 dní
- 8 dní – 3 týdny
- déle jak 3 týdny

7. O hospitalizaci s Vaším dítětem:

- jste sám/sama požádal/a
- byla vám nabídnuta

8. Byla vám někdy dříve Vaše hospitalizace s dítětem odepřena?

- ano – jaký byl důvod (*prosím, doplňte*).....
- ne
- nevím
- dítě je hospitalizováno poprvé

9. Upřednostňujete raději?

- návštěvy u dítěte – a proč (*prosím, doplňte*).....
-
- hospitalizaci společně s dítětem – a proč (*prosím, doplňte*).....
-
- nevím

10. Víte, kde je na oddělení provozní řád?

- ano
- ne

11. Myslíte si, že je potřeba dítě na hospitalizaci připravit?

- ano
- ne
- nevím

12. Myslíte si, že pokud jste na oddělení přijati se svým dítětem, můžete ovlivňovat ošetrovatelskou péči u svého dítěte? (*Můžete zaškrtnout více odpovědí*).

- ano, pečuji o dítě lépe, protože ho znám
- ano, protože si se sestrou sestavím plán péče, který bude pro mé dítě nejlepší
- ano, dítě je se mnou klidnější
- ano, dítě se mnou nespolupracuje, je neklidné (beze mne spolupracuje)
- ne, dítě se chová stejně se mnou i beze mne.

13. Máte pocit, že Vy a sestry jste jeden tým?

- ano
- ne
- nevím
- občas ano

14. Při vyšetřování Vašeho dítěte (*můžete zaškrtnout více odpovědí*).

- chcete být s ním, samo by to nezvládlo
- chcete být s ním, musíte sledovat, co mu budou dělat
- chcete být s ním a být mu oporou
- nechcete být s ním, aby se naučilo věci zvládat samo
- nechcete být s ním, protože byste to sami nezvládali a dítě nechcete stresovat svými pocity
- je vám to jedno

15. Myslíte si, že by se měly používat nějaké zásady při rozhovoru s nemocnými dětmi?

- ano – jaké (*prosím, doplňte*).....
- ne
- nevím

16. Myslíte si, že vhodně zvolený individuální přístup k dítěti při příjmu může mít vliv na další setkání se zdravotníky?

- ano
- ne
- nevím

(*Pokud jste na návštěvě, následující otázku nevyplňujte*)

17. Mají dovoleno Vás navštívit v nemocnici ostatní členové rodiny?

- ano
- ne
- nevím

18. Jsou návštěvní hodiny na oddělení, kde jste se svým dítětem hospitalizován/a denně?

- ano
- ne
- nevím

19. Myslíte si, že návštěvní hodiny na dětském oddělení jsou dostatečně dlouhé?

- ano
- ne
- nevím

20. Upravili byste délku návštěvních hodin?

- ano - prodloužili
- zkrátili
- rozdělili část na dopoledne a část na odpoledne
- návštěvy byste zakázali
- návštěvy by byly bez omezení
- ne

21. Jste spokojen/a s vybavením herny?

- ano
 ne (*pokud ne, co byste změnil/a- prosím, doplňte*).....
 nevím

22. Jak se Vám líbí výzdoba dětského oddělení, kde jste hospitalizován/a se svým dítětem, nebo kde jste na návštěvě?

- líbí se mi
 nelíbí se mi (*a proč – prosím, doplňte*).....
 nezajímá mě to
 nevím

23. Jste spokojen/a s oblečením, které nosí zdravotnický personál na dětském oddělení, kde jste hospitalizován/a, na návštěvě?

- ano
 ne
 nevím

24. Jaké oblečení byste zvolil/a Vy osobně?

- sesterské oblečení s převahou bílé barvy
 sesterské oblečení s převahou modré barvy
 sesterské oblečení s převahou zelené barvy
 barevné oblečení
 barevné oblečení s dětskými motivy
 jiné (*prosím, doplňte*).....

25. Mají děti možnost mít na oddělení: (*můžete zaškrtnout více odpovědí*)

- své oblečení
 své hračky
 mobilní telefon
 elektronika (walkman, mp3, DVD, ...)
 jiné.....
 nemají možnost mít nic svého

26. Znáte Chartu práv hospitalizovaných dětí?

- ano
 ne
 nevím

Děkuji za Vámi strávený čas nad tímto dotazníkem a přeji hezký den.

DOTAZNÍK PRO SESTRY

Dobrý den, jmenuji se Lucie Žáková a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity. Tento dotazník je součástí mé bakalářské práce na téma Problematika hospitalizace dítěte na dětském oddělení s rodiči. Výsledky a analýza tohoto dotazníku budou součástí bakalářské práce. Tento výzkum je anonymní. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, které je dobrovolné. Pokud budete mít nějaké dotazy a připomínky, které se týkají tohoto dotazníku, kontaktujte mě, prosím na email: skodovaL@quick.cz
Děkuji za spolupráci.

1. Osobní údaje:

- muž
 žena

2. Věkové kategorie :

- do 20 let
 21 - 30 let
 31 - 40 let
 41 - 50 let
 nad 50 let

3. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

- méně než 2 roky
 2 – 5 let
 6 – 10 let
 11 – 15 let
 déle než 15 let

4. Na jakém typu oddělení pracujete?

- standardní dětské oddělení
 jednotka intenzivní péče dětského oddělení

5. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- střední zdravotnická škola
 vyšší zdravotnická škola
 pomaturitní specializační studium
 bakalářské studium
 magisterské studium

6. Jaké věkové kategorie dětského věku jsou u Vás hospitalizovány? (Můžete zaškrtnout více odpovědí).

- kojenci
- batolata
- předškolní věk
- školní věk
- adolescenti

7. Mají rodiče na Vašem oddělení možnost být hospitalizováni společně se svým dítětem?

- ano
- ne
- nevím (pokud odpovíte ne,nevím, přejděte na otázku č.9)

8. Hospitalizaci rodičům na Vašem oddělení:

- nabízíte
- čekáte, až o ni rodiče požádají

9. Upřednostňujete raději?

- návštěvy rodičů - a proč (prosím, doplňte).....
- hospitalizaci rodičů společně s dítětem - a proč (prosím, doplňte).....
- nevím

10. Máte pocit, že jste ve větším stresu, pokud jsou s dětmi hospitalizováni i rodiče?

- ano
- ne
- nevím
- občas ano

11. Myslíte si, že je potřeba dítě na hospitalizaci připravit?

- ano
- ne
- nevím

12. Myslíte si, že pokud jsou na oddělení přijati se svým dítětem rodiče, mohou ovlivňovat ošetrovatelskou péči u svého dítěte? (Můžete zaškrtnout více odpovědí).

- ano, pečují o dítě lépe, protože ho znají
- ano, protože si s rodičem zvolím plán péče, který bude pro dítě nejlepší
- ano, dítě je s rodiči klidnější
- ano, dítě je s rodiči více neklidné a nespolupracuje (bez rodičů spolupracuje)
- ne, děti se chovají při ošetřování stejně s rodiči i bez nich

13. Máte pocit, že Vy a rodiče jste jeden tým?
- ano
 - ne
 - nevím
 - občas ano
14. Při vyšetřování dítěte upřednostňujete?
- přítomnost rodiče / doprovodu
 - nepřítomnost rodiče / doprovodu
15. Myslíte si, že by se měly používat nějaké zásady při rozhovoru s nemocnými dětmi?
- ano – jaké (*prosím, doplňte*).....
 - ne
 - nevím
16. Myslíte si, že vhodně zvolený individuální přístup k dítěti při příjmu, může mít vliv na další setkání se zdravotníky?
- ano
 - ne
 - nevím
17. Co děláte pro děti, které nemají návštěvy? (*Můžete zaškrtnout více odpovědí*).
- nic, mají svůj program
 - připravím jim činnost dle jejich věku
 - domluví se s nimi, co by chtěly dělat (dle věku)
 - jiné (*prosím, doplňte*).....
18. Jsou na Vašem oddělení návštěvní hodiny denně?
- ano
 - ne
 - nevím
19. Myslíte si, že návštěvní hodiny na dětském oddělení jsou dostatečně dlouhé?
- ano
 - ne
 - nevím
20. Upravila byste délku návštěvních hodin?
- ano - prodloužila
 - zkrátila
 - rozdělila část na dopoledne a část na odpoledne
 - návštěvy byste zakázala
 - návštěvy by byly bez omezení
 - ne

21. Mají možnost na Vašem oddělení navštívit dítě i ostatní členové rodiny?

- ano
- ne
- nevím

22. Změnila byste něco na výzdobě Vašeho oddělení?

- ano –jak (*prosím, doplňte*).....
- ne
- nevím

23. Jaké oblečení nosíte na Vašem oddělení?

- sesterská uniforma
- barevná trička a bílé kalhoty
- jiné (*prosím, doplňte*).....

24. Jaké oblečení byste zvolil/a Vy osobně?

- sesterskou uniformu s převahou bílé barvy
- sesterskou uniformu s převahou modré barvy
- sesterskou uniformu s převahou zelené barvy
- barevné oblečení
- barevné oblečení s dětskými motivy
- jiné (*prosím, doplňte*).....

25. Mají děti možnost mít na oddělení: (*můžete zaškrtnout i více odpovědí*)

- své oblečení
- své hračky
- mobilní telefon
- elektronika (walkman, mp3, DVD, ...)
- jiné.....
- nemají možnost mít nic svého

26. Máte na Vašem oddělení přístupnou Chartu práv hospitalizovaných dětí?

- přístupná pouze personálu
- přístupná personálu i rodičům
- nevím, kde je umístěna

Děkuji za Vámi strávený čas nad tímto dotazníkem a přeji hezký den.