



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Bakalářská práce

Role sestry v rámci preventivních prohlídek v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost

Vypracovala: Zdeňka Tručková
Vedoucí práce: Ing. Iva Brabcová, Ph.D.

České Budějovice 2016

Abstrakt - Role sestry v rámci preventivních prohlídek v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost

Současný stav: Primární péče ve zdravotnictví je důležitou součástí efektivního a dobře fungujícího zdravotního systému v každé zemi. Představuje v rámci zdravotnictví klíčový prvek pro udržení dobré úrovně zdraví populace v České republice. V této oblasti mají nenahraditelnou roli především praktičtí lékaři pro děti a dorost a dětské sestry. Zajišťují péči o děti spojenou s osvojením správných návyků v péči o vlastní zdraví, které vede k dlouhému a kvalitnímu životu. Zdravotní výchova má velký význam především u dětí a mládeže, kde správný dohled na jejich zdravotní stav a vývoj je nezbytným předpokladem pro jejich úspěšný vstup do života. Teoretická východiska této práce jsou situována do oblasti pediatrie, prevence, historické perspektivy rozvoje oboru a postavení dětské sestry.

Cíl práce: Hlavním cílem práce je určení úlohy sestry při preventivních prohlídkách dětí a dorostu a popis obsahu a pravidel těchto prohlídek z pohledu české legislativy. Dalším úkolem je popsat na základě legislativních zdrojů, jak se měnila role dětské sestry od roku 1990 do současnosti.

Nejprve bylo nutné dokumentovat vývoj oboru pomocí změn v legislativě. Druhým krokem bylo postihnout odraz těchto změn v odborné literatuře především z hlediska prevence. Pozornost je tak věnována zejména vzdělávání pediatrů a dětských sester, oblasti komunikace a kompetencí dětské sestry a úloze preventivních prohlídek v systému zdravotní péče. Stěžejní závěrečná část práce se soustředí na to, jak uvedené faktory ovlivňují podobu preventivních prohlídek a působení sestry při nich. Jsou zde zmiňovány důležité prvky preventivních prohlídek, jako je očkování, sledování psychomotorického vývoje, vyhodnocování výživy.

Metodika a výzkumný soubor: Výzkumná práce je zpracována jako teoretická přehledová práce. Ke zpracování bakalářské práce bylo použito kvalitativní výzkumné šetření s využitím techniky sekundární analýzy relevantních zdrojů. Jedná se o systematickou

vlastní rešeršní činnost s dohledanými zdroji. Po analýze získaných dat, následovala jejich syntéza, komparace a zhodnocení. Vyhledávání informací o zkoumané problematice vycházelo z odborných, vědeckých publikací a české legislativy. Rešerše relevantních zdrojů vychází z těchto klíčových slov: pediatrie, prevence, sestra, kompetence, historie.

Výsledky: Bakalářská práce popisuje vývoj měnící se role dětské sestry od počátku ošetrovatelství, jak probíhalo vzdělávání dětských sester a jaká je jejich role v primární preventivní pediatrické péči, výchově ke zdraví. Dále si všímá, jak se měnily kompetence a image dětské sestry. Důležitá je spolupráce s pediatrem, navázání vztahu s dítětem a rodiči. Dobrá komunikace a etika v ambulantní praxi mají v prevenci a léčbě dětí velký význam. Vstupem naší země do Evropské unie začala plnit Česká republika požadavky, týkající se vzdělávání, způsobilosti a kompetencí k výkonu nelékařských zdravotnických profesí a došlo k podstatným změnám v legislativě. Změnilo se začlenění povolání dětské sestry a také způsob přípravy pro výkon specializovaného povolání dětské sestry. Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, specifikuje podmínky získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a ukládá povinnost celoživotního vzdělávání. Náplň činnosti a kompetence dětské sestry k výkonu specializovaného povolání jsou uvedeny ve vyhlášce MZ ČR č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Tato vyhláška umožňuje sestřím převzít vyšší kompetence, což znamená vyšší kvalitu a odbornost práce a požadavek na odborné specializované a vyšší vzdělání sester. Dětské sestry přebírají na jedné straně některé specializované činnosti lékaře a na straně druhé zodpovědnost za pacienta, na kterého se v posledních dvou desetiletích, pohlíží jako na bytost holistickou se specifickými bio-psycho-sociálními potřebami. Pacient už není pouhý pasivní konzument zdravotní péče, ale aktivně spolupracuje na prevenci, péči o své zdraví a léčbě, je partnerem lékaře a sestry. Zvyšuje se též prestiž povolání sestry.

Konkrétní činnosti dětské sestry vymezuje § 51 vyhlášky č. 424/2004 Sb., o činnostech zdravotnických a jiných odborných pracovníků. Dětská sestra poskytuje v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost komplexní ošetrovatelskou, preventivní a léčebnou péči

dětem od propuštění z porodnice do devatenácti let věku. Plánuje a organizuje ošetrovatelskou péči o zdravé i nemocné děti a spolupracuje s rodiči. Asistuje lékaři při vyšetření dítěte. Edukuje matky v péči o novorozence, technice kojení, výživě, péči o kůži, stav výživy, sleduje psychomotorický vývoj dítěte a sociální situaci rodiny, všímá si rizikových faktorů. Dále připravuje děti po stránce psychické na ošetrovatelské výkony a vyšetření. Sestra vede řádnou zdravotní dokumentaci, provádí zdravotní záznamy do průkazu dítěte a očkovacího průkazu. Eviduje termíny preventivních prohlídek a povinného očkování, následně objednává děti k vyšetření.

Preventivní prohlídky dětí a dorostu legislativně vymezuje vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách. Popisuje obsah, náplň a časové rozmezí preventivních prohlídek dětí a dorostu. V praktické ordinaci pro děti a dorost pediatr a sestra hodnotí psychomotorický vývoj, stav výživy a sociální vývoj dítěte, a také vyhledávají rizikové faktory a rizikové skupiny dětských pacientů. Součástí preventivních prohlídek je povinné očkování. Význam preventivních prohlídek dětí a dorostu je často veřejností podceňován.

Závěr a využití pro praxi: Výsledky z výzkumného šetření mají sloužit jak odborné, tak laické veřejnosti s cílem připomenout důležitost a význam preventivních prohlídek dětí a dorostu a motivovat k účasti na preventivních prohlídkách. Výstupem práce je ucelený přehled o tom, jak se změnila role sestry při preventivních prohlídkách u praktického lékaře pro děti a dorost za posledních 25 let.

Klíčová slova: pediatrie; prevence; sestra; kompetence; historie

Abstract – The nurse's role in the context of preventive examinations in the office of general practitioner for children and adolescents

Present situation: Primary care in the health sector is an important part of an effective and functional health care system of every country. It represents the key factor for maintaining good health of the Czech Republic population. It is mainly the pediatricians and pediatric nurses who are irreplaceable in their role. They provide health care for children along with assisting with the acquirement of correct habits in taking care of one's health to ensure a long and good quality life. Health education is of great significance especially with children and youth where appropriate monitoring of their health state and development is a necessary precondition for them to embark successfully on their journey of life. The theoretical foundation for this paper lies within the areas of pediatrics, prevention, a historical perspective of the discipline and the role of the pediatric nurse.

Objective: The main aim of the thesis is to determine the role of nurses in routine checkups of children and youth and to describe the content and rules of these checkups according to the Czech legislation. Another goal is to describe, based on legislative sources, the changing role of the pediatric nurse since 1990.

Firstly, it was necessary to trace down the development of the discipline by means of changes in the legislation. Secondly, the reflection of these changes in professional literature was captured, primarily with respect to prevention. Therefore, attention is paid mainly to the education of pediatricians and pediatric nurses, to the sphere of communication and competence of the pediatric nurse, and to the role of routine checkups in the health care system. The crucial, concluding part of the paper focuses on how the above mentioned factors affect the form of routine checkups and the nurse's role in them. It also mentions important particulars of routine checkups, such as vaccination, monitoring psychomotor development, or assessing nourishment.

Methodology and research sample: The research paper is composed as a theoretical review thesis. For the purpose of the bachelor thesis, qualitative research survey has been used employing the method of secondary analysis of relevant sources. It is a systematic own research with bibliographical sources. After an analysis of the obtained data their synthesis followed, then comparison and assessment. Bibliographical research on the studied issues is based on scientific publications and Czech legislation. The research of the relevant sources draws on these key words: pediatrics, prevention, nurse, competence, history.

Results: The bachelor thesis describes the changing role of the pediatric nurse since the initial phases of nursing care, the way pediatric nurses have been trained and what their role has been in primary preventive pediatric care and education on health. Furthermore, it deals with the changing competence and image of the pediatric nurse. Cooperation with the pediatrician is crucial, as well as building a relationship with both the child and the parents. Well established communication and ethics in ambulatory practice play a significant part in pediatric prevention and treatment. Upon accession to the European Union, the Czech Republic had to meet requirements related to education, qualifications and professional competence to carry out paramedical jobs, and substantial changes in legislation have been made. The classification of the profession of pediatric nurse has changed as well as the methods of training for practicing this specialized profession. Act no. 96/2004 Coll., on paramedical jobs, specifies the conditions for gaining and recognizing the competence to perform paramedical jobs and imposes the obligation for lifelong learning. The responsibilities and competence of the pediatric nurse to perform the specialized job is given in Decree no. 55/2011 Coll. of the Ministry of Health of the Czech Republic, on the activities of medical staff and other specialized workers. This decree enables nurses to assume higher competence which entails higher quality and expertness of the job and therefore a requirement for specialized professional and higher education of the nurses. On one hand, pediatric nurses take on some specialized tasks previously carried out by the doctor and on the other hand also responsibility for the patient who has been regarded in the past two decades as a holistic being with specific biological, psychological and social needs. The

patient is no longer a mere passive health care consumer but someone who takes active part in prevention, taking care of his/her own health state and treatment, a partner of the nurse and doctor. Likewise, the status of the profession of nurse is increasing.

The particular activities of the pediatric nurse are defined by § 51 of the Decree no. 424/2004 Coll., on the activities of medical staff and other specialized workers. In the general practice of a pediatrician, the pediatric nurse provides complex medical treatment, preventive and therapeutic care to children from birth until the age of 19. He/she plans and arranges the treatment of both healthy and ill children and communicates with their parents. He/she assists the doctor during the examination of children. He/she educates mothers on newborn care, breastfeeding techniques, nutrition, skin care, nourishment, monitors psychomotor development of the child and social situation in the family, takes notice of risk factors. Moreover, he/she makes children feel more comfortable and able to put up with the stress of the upcoming treatment and examination. The nurse is in charge of keeping medical records, making entries in the children's medical and vaccination cards. He/she keeps a record of the dates of routine checkups and mandatory vaccination and subsequently makes examination appointments for children.

Routine checkups of children and youth are defined legislatively by Decree no. 70/2012 Coll., on routine checkups. It delineates the content and schedule of the routine checkups of children and youth. In the general practice for children and youth, the pediatrician and the nurse assess the psychomotor development, nourishment and social development of the child, as well as look for risk factors and groups of children patients predisposed to risks. Mandatory vaccination is part of the routine checkups. The significance of the routine checkups of children and youth is often underrated by the general public.

Conclusion and practical applicability: The results of the research survey should serve to both the professional as well as general public with the aim to draw attention to the significance and relevance of routine checkups of children and youth and to motivate them to attend the routine checkups. The output of the paper is a comprehensive overview of the changing role of the nurse during routine checkups performed by pediatricians over the past

25 years.

Key words: **pediatrics; prevention; nurse; competence; history**

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem 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 – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 13. dubna 2016

.....
Zdeňka Tručková

Poděkování

Děkuji paní Ing. Ivě Brabcové Ph.D. za pomoc, cenné rady a trpělivé vedení při psaní mé bakalářské práce.

Obsah

Seznam použitých zkratk	14
Úvod	16
1 Cíle a výzkumné otázky	18
2 Metodika a výzkumný soubor	19
3 Teoretické vymezení oboru pediatrie	20
3.1 Náplň oboru pediatrie	20
3.2 Historie pediatrie v České republice	21
3.3 Historie dětského ošetrovatelství a vzdělávání dětských sester.....	26
3.4 Způsobilost k výkonu povolání dětské sestry	31
3.5 Náplň práce dětské sestry	32
4 Historický exkurz do vývoje legislativy v oblasti zdravotnických pracovníků	35
4.1 Vývoj legislativy v oblasti způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání.....	35
4.1.1 Pozitiva a negativa zákona č. 96/2004 z pohledu sestry	36
4.1.2 Navrhované změny zákona č. 96/2004 Sb.....	38
4.2 Vývoj legislativy v oblasti náplně činnosti a způsobilosti zdravotnických pracovníků	41
4.3 Vývoj legislativy v oblasti specializačního vzdělání v oboru Dětská sestra.....	44
5 Potřeby pacientů v dětském věku	46
5.1 Základní rozdělení potřeb dítěte	48
5.2 Psychologické potřeby dítěte	48
5.3 Sociální potřeby	49
5.4 Spirituální potřeby dětí	50
5.5 Vývojové potřeby dětí	52
5.6 Práva dětského pacienta.....	52
5.6.1 Úmluva o právech dítěte	54
5.6.2 Organizace pro ochranu dětí.....	55
6 Systém péče o děti a dorost v České republice	57
6.1 Primárně preventivní péče v ČR.....	57

6.2	Cíle praktického pediatrického lékařství	58
6.3	Současný stav a hlavní problémy v praktickém lékařství	59
6.4	Vzdělávání a specializace pediatriů	61
6.5	Spolupráce mezi dětskou sestrou a praktickým lékařem pro děti a dorost	62
6.6	Image dětské sestry	63
6.7	Význam komunikace a etiky v ambulantní praxi	64
7	Preventivní péče	67
7.1	Pediatrická prevence	68
7.2	Rizikové skupiny dětských pacientů	68
7.2.1	Rizikové faktory	69
7.2.2	Rizika v oblasti výživy a životního stylu	71
7.3	Program Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany zdraví a prevence nemocí	73
7.4	Výchova ke zdraví	75
7.5	Prevence úrazů a otrav u dětí	77
7.6	Problematika prevence závislostí	79
7.7	Reprodukční zdraví	82
7.8	Role dětské sestry v primárně preventivní péči	83
8	Preventivní prohlídky	87
8.1	Obsah a náplň preventivních prohlídek	88
8.2	Časové rozmezí preventivních prohlídek	89
8.3	Očkování	94
8.3.1	Očkovací látka, přehled očkovacích látek	95
8.3.2	Pravidelné povinné očkování dětí	96
8.3.3	Nepovinné očkování dětí	98
8.3.4	Diskuse nad přínosy a riziky očkování dětí	100
8.4	Role sestry při preventivních prohlídkách v ordinaci praktického lékaře	104
8.4.1	Posouzení růstu a vývoje dítěte	105
8.4.2	Posouzení hmotnosti	107
8.4.3	Posouzení psychomotorického vývoje	110
9	Diskuse	115

10	Závěr	121
10.1	Doporučení pro praxi	123
11	Literatura	125
12	Seznam příloh.....	142

Seznam použitých zkratek

ARO	Anesteziologicko – resuscitační oddělení
ATB	Antibiotika, antiinfektivum, lék, který usmrcuje některé mikroorganismy nebo brání jejich růstu
BCG	Tuberkulóza – živá atenuovaná vakcína, Bacil vaccinne
BMI	Body mass index
ČAS	Česká asociace sester
DNA	Deoxyribonukleová kyselina
EBP	European Board of Pediatrics
FN	Fakultní nemocnice
HBSAg	Hepatitis B surface Antigen, australský antigen Hepatitis B viru
HDL	Cholesterol, vysokodenzitní lipoprotein, (hodný)
HPV	Human papiloma virus, (očkovaní proti rakovině děložního čípku)
KÚ	Kojenecká úmrtnost
LDL	Cholesterol nízkodenzitní lipoprotein, (odpovědný za ukládání)
LF UK	Lékařská fakulta Univerzity Karlovy
MUDr.	Lékař, doktor medicíny
MZ ČSR	Ministerstvo zdravotnictví České socialistické republiky
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NAWCH	National Association for the Welfare of Children
NCO NZO	Národní centrum nelékařských zdravotnických organizací
NutriCHEQ	[Nutriček]-praktický nástroj pro diagnostiku, řešení nedostatků ve výživě batolat
PLDD	Praktický lékař pro děti a dorost
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
OSPLDD	Odborná společnost praktických lékařů pro děti a dorost

SPRP	Společnost pro ranou péči
SZÚ	Státní zdravotní ústav
TBC	Tuberkulóza
TEGA	Tetanový globulin
UNICEF ČR	United Nations International Children's Emergency Fund, Nadace charitativní projekt pomoci dětem
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZP	Zdravotní pojišťovna
ZSF	Zdravotně sociální fakulta Jihočeská univerzita

Úvod

*Motto: Necháš-li nemoci čas, až kořeny její pevně se ujmou,
marné je hledati lék (Ovidius, Remedia Amoris 91,92)*

Péče o děti má u nás dlouholetou tradici. Již ve 20. letech minulého století byly zřizovány dětské poradny vedené erudovanými dětskými lékaři. Téma „Role sestry při preventivních prohlídkách v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost“ jsem si pro svou bakalářskou práci vybrala proto, že v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost pracuji více než 20 let. Za tu dobu došlo k řadě změn v oblasti legislativy, vzdělávání a kompetencí sester. Moderní ošetřovatelství je orientováno na člověka a jeho potřeby a problémy. Důraz je zde kladen na kvalitní komunikaci a spolupráci všech členů ošetřovatelského týmu, který se vyznačuje zájmem o pacienta a profesionálním přístupem k němu (Bártlová a Chloubová, 2009). Z pohledu péče o zdraví se v poslední době zásadně mění role pacienta a jeho rodiny. Pacient už není pouze pasivním příjemcem zdravotní péče, ale nyní má aktivní účast na uzdravení (Bártlová, 2009a).

Cílem předkládané teoretické práce je popsat úlohu sestry při preventivních prohlídkách v ambulanci praktického lékaře pro děti a dorost. Dále popsat náplň a obsah preventivních prohlídek dětí a dorostu; vymezit legislativní oporu předmětu výzkumného šetření a v neposlední řadě popsat na základě legislativního exkurzu, jak se měnila role dětské sestry od roku 1990 dosud.

Bakalářská práce je rozdělena do několika částí. První část teoretické práce definuje náplň oboru pediatrie, představuje historii vzniku a vývoje dětského lékařství u nás a popisuje povolání a náplň práce dětské sestry. Zabývá se také vývojem legislativy v oblasti specializačního vzdělávání v oboru „Dětská sestra“ za posledních 25 let a z ní plynoucích změn ve vzdělávání, způsobilosti a kompetencích. V závěru první části je uvedena definice dětského pacienta a přehled jeho potřeb.

Druhá část práce popisuje současný stav systému péče o děti a dorost v ČR a hlavní

problémy v praktickém lékařství, vzdělávání a specializací pediatriů a dětských sester. Zabývá se rolí dětské sestry v primární preventivní pediatrické péči, kompetencemi a image dětské sestry, spoluprací s pediatrem. Věnuje se také potřebnosti kvalitní komunikace a etiky v ambulantní praxi.

Následující kapitola uvádí preventivní pediatrickou péči, primární, sekundární a terciární prevenci. Zaměřila jsem se na popis rizikových faktorů v životě dětí a jejich rodin a na definování rizikové skupiny dětských pacientů se zaměřením na určení role dětské sestry v oblasti preventivní pediatrické péče.

Závěrečná část práce ozřejmuje význam preventivních prohlídek dětí a dorostu. Vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách, popisuje obsah, náplň a časové rozmezí preventivních prohlídek. Součástí preventivních prohlídek je povinné očkování. Podkapitola s názvem Očkování vysvětluje význam očkování, jeho historii a nabízí současný očkovací kalendář a přehled povinných a nepovinných očkování u nás. Kapitulu uzavírá představení úlohy dětské sestry v průběhu preventivních prohlídek dětí a dalších oblastech péče jako je - vyhodnocení výživy a psychomotorického vývoje. Tato práce podává ucelený přehled o tom, jak se změnila role sestry při preventivních prohlídkách u praktického lékaře pro děti a dorost za posledních 25 let. Výsledkem výzkumného šetření je připomenout důležitost a význam preventivních prohlídek dětí a dorostu.

1 Cíle a výzkumné otázky

Cílem práce je určení úlohy sestry při preventivních prohlídkách dětí a dorostu a popis obsahu a pravidel těchto prohlídek dle české legislativy. Dalším úkolem je popsat na základě legislativních zdrojů, jak se měnila role dětské sestry od roku 1990 do současnosti.

Na základě hlavního záměru výzkumného šetření byly stanoveny následující výzkumné otázky:

1. Jakou úlohu má sestra při preventivních prohlídkách dětí a dorostu?
2. Jaký je obsah a náplň preventivní prohlídky pro děti a dorost?
3. Jaká je opora preventivních prohlídek pro děti a dorost v české v legislativě?
4. Jaké změny v legislativě v oblasti vzdělávání a kompetencí dětských sester nastaly od roku 1990?
5. Jak se měnila role sestry od roku 1990?
6. Jak se změnila kompetence sestry od roku 1990?

2 Metodika a výzkumný soubor

Bakalářská práce je zpracována jako teoretická přehledová práce. Ke zpracování bakalářské práce bylo použito kvalitativní výzkumné šetření s využitím techniky sekundární analýzy relevantních zdrojů. Jednalo se o systematickou vlastní rešeršní činnost s dohledanými zdroji (Švaříček a Šedřová, 2007). Po analýze získaných dat, následovala jejich syntéza, komparace a zhodnocení (review). Vyhledávání informací o zkoumané problematice vycházelo z odborných, vědeckých publikací a české legislativy. Rešerše relevantních zdrojů vychází z těchto klíčových slov: pediatrie, prevence, sestra, kompetence, historie. Sběr primárních dokumentů probíhal od července 2015 do března 2016. Některé zdroje byly s použitím klíčových slov získané z rešerše zpracované Městskou knihovnou v Třebíči. Další primární dokumenty byly dohledávány dle rešerše vypracované v Akademické knihovně Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, Moravské zemské knihovně v Brně, Národní lékařské knihovně v Praze a v Knihovně Národního centra ošetrovatelství nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO) v Brně. Předmětem zdrojů byla historie ošetrovatelství a vzdělávání dětských sester, historie a náplň oboru pediatrie, preventivní péče, výchova ke zdraví. Získaná literatura představovala díla následujících autorů: Bártlová, Tóthová, Boledovičová, Staňková, Haškovcová, Plevová, Kutnohorská, Fendrychová, Pospíšilová, Koutná, Kafková, Janečková, Hnilicová, Sikorová, Sedlářová, Vacušková, Vágnerová, Langmayer, Krejčířová, Švejcar, Matějček, Velemínský, Kukla, Bayer, Dunovský, Mihál, Horký, Muntau, Beran, Havlík a dalších (viz seznam literatury). Z českých vědeckých a odborných časopisů bylo použito zdrojů Kontakt, Sestra, Florence, Pediatrie pro praxi, Pediatrie Vox, Medicína pro praxi, Medicína po promoci, Tempus Pediatrie, Medical tribune, Lékařské listy, Československá pediatrie, Světová medicína stručně a další. V databázi Ministerstva vnitra České republiky byla vyhledána aktuální i historická česká legislativa (zákony, vyhlášky, nařízení vlády atd.). Ve výzkumné práci bylo čerpáno celkem z odborných publikací, z nichž bylo 88 monografií, 52 článků a 33 internetových zdrojů.

3 Teoretické vymezení oboru pediatrie

3.1 Náplň oboru pediatrie

Pediatrie, dětské lékařství (z řeckého παις - dítě a „ιατρεία - léčení) je vedle vnitřního lékařství, chirurgie a gynekologie jedním ze čtyř pilířů medicíny. Pediatrie má složku preventivní a léčebnou (Horký a kol., 2003; Velemínský, 2005).

Dětské lékařství se postupně vyvíjelo z interních oborů, porodnictví a veřejného zdravotnictví. Zabývá se lékařskou péčí o děti, prevencí, diagnostikou, léčbou onemocnění, rehabilitací, psychologickou a výchovnou péčí a sociálně právní ochranou dítěte (Klíma a kol., 2003; Sedlářová a kol., 2008).

Pediatrii dělíme na ambulantní, nemocniční a pediatrie ve zvláštních dětských zařízeních. Dětské ambulance rozdělujeme na primární ordinace pro děti a dorost a dále na specializované pediatrické ordinace. V nemocnici jsou dětská oddělení rozdělena na novorozenecká a dětská lůžková oddělení. Mezi zvláštní dětská zařízení patří dětské léčebny a ozdravovny, stacionáře, kojenecké ústavy a dětské domovy, jesle a ústavy sociálního zabezpečení (Velemínský, 2005).

Pediatr je lékař zabývající se péčí o dítě, jeho úkolem je sledovat mentální a tělesný vývoj dítěte s důrazem na prostředí, ve kterém dítě žije, a na sociální vlivy, kterým je vystaveno. Bere přitom v úvahu vývojová hlediska a posuzuje dítě ve vztahu k rodině. Podoborem pediatrie je preventivní a sociální pediatrie (Dunovský a kol., 1999). Preventivní pediatrie má zabránit vzniku somatického, psychického i sociálního poškození a snažit se zabránit jeho prohloubení (Kukla, 2007). Běžně lze předejít onemocněním jako diabetes, kardiovaskulárním onemocněním, ale i nádorovým onemocněním. Důležitý je záchyt onemocnění štítné žlázy nebo hypertenze (Skála, 2014).

V oboru pediatrie spolupracují dětský lékař, dětská sestra a sociální pracovník. Stávají se koordinátory péče o dítě zdravé, ale i ohrožené nemocí a prostředím. Pediatrie je dnes již tak obsáhlá, že ji jednotlivec nemůže pojmout. Některé její podobory, jako neonatologie, se

rozvíjejí tak intenzivně, že naplňují kritéria samostatné vědní disciplíny (Bayer, 2011).

Lidský organismus podstupuje od narození do dospělosti mnoho změn. Dětství je obdobím nejvýraznějšího růstu, vývoje a dozrávání všech orgánů lidského těla. Nejde jen o pouhý růst, během dětství postupně dozrávají všechny orgánové systémy. Složitá souhra těchto dějů probíhá především na podkladě genetického předurčení, může však být různě ovlivněna prostředím. Každé vývojové období dítěte je specifické a má svou problematiku. K rozpoznání normálních odlišností od těch patologických vedou lékaře léta školení a praxe nad rámec běžného lékařského vzdělání (Skála, 2014).

V jednotlivých obdobích má i tatož klinická (nosologická) jednotka různé možné příčiny (Muntau, 2009). Pediatr si musí více všimnout vrozených a vývojových vad nebo genetických odlišností. Spoustu dědičných chorob mnohem častěji léčí pediatri než lékaři pro dospělé, neboť ještě donedávna se většina takto nemocných dospělosti vůbec nedožila. Mezi nejznámější příklady patří srpkovitá anémie, cystická fibróza nebo thalasemie. Infekčními chorobami a imunizací se opět zabývají především dětské lékaři (Bayer, 2011).

Pediatr vždy musí brát ohled na otázku poručnictví, práva na soukromí, právní odpovědnosti a informovaného souhlasu. Z toho vyplývá, že, pediater musí častěji jednat i s rodiči (a někdy s celou rodinou) než jen se samotným dítětem (Lébl a kol., 2007). Samotnou právní kategorii tvoří mladiství, kteří mají za jistých podmínek právo sami rozhodovat o zdravotní péči jim poskytované. Toto právo ovšem často podléhá změnám a liší se stát od státu.

3.2 Historie pediatrie v České republice

Počátek I. dětské kliniky v Praze se váže k historii pražského nalezince na Karlově. Roku 1882 byla pražská univerzita rozdělena na českou a německou. Tehdy vzniká česká dětská klinika pro novorozence, kojence a kojící ženy, jejímž přednostou byl porodník docent Karel Schwing. Česká klinika v nalezinci neměla oddělení pro větší děti, tu naopak měla nová

Dětská nemocnice (II. dětská klinika). Od roku 1916 vedl kliniku Quido Mann, jenž se zasloužil o zavedení preventivní poradenské péče pro matky a kojence. Na založení nové nemocnice měl značný podíl profesor Bohdan Neuretter (Koutecký, 2001).

Historie dětského lékařství v České republice se může jevit jako velmi krátká, avšak je třeba mít na zřeteli, že se začala psát již před téměř 128 lety (roku 1888), kdy byla otevřena ambulantní část Dětské nemocnice Na křižovatce v Praze, kde skupina lékařů se specializací ve vnitřním lékařství a porodnictví poskytovala péči matkám a dětem. Seskupili se kolem profesora Bohdana Neuretterera, jenž se roku 1884 stal prvním českým profesorem dětského lékařství. Počátek jeho přednáškové činnosti znamenal skutečný start české pediatrie. Zájem o Neuretterovy přednášky byl obrovský (Brdlík, 1957).

České dětské lékařství vznikalo velkým úsilím několika nadšených lékařů a provázely ho značné obtíže. Dokladem toho je citace ze vzpomínek Brdlíkových: „A přece vzpomínáme těch dob s láskou, neboť menšina znamenala tehdy semknutí, soudržnost, která držela všechny pohromadě, k sobě, kdy nebylo tolik závisti, naopak úspěch jednoho byl radostí všech, kdy podporoval jeden druhého u vědomí, že se jen společnou prací domůžeme rovnoprávnosti a rovnocennosti (Koutecký, 2001, s. 2)“.

Profesor Brdlík v letech 1911 až 1919 vykonával funkci odborného asistenta na České klinice pro dětské choroby Lékařské fakulty Univerzity Karlovy (LF UK) v Praze. V roce 1916 získal habilitaci v oboru dětské lékařství. Po vzniku samostatného Československa odešel v roce 1919 do Bratislavy, kde působil od roku 1920 jako řádný profesor dětských nemocí na Lékařské fakultě Univerzity Komenského. V letech 1919 až 1930 zastával funkci přednosty Dětské kliniky na LF UK v Bratislavě. V letech 1927-1928 byl jmenován rektorem Univerzity Komenského a v následujícím roce zastával funkci prorektora. Během svého působení na Slovensku prosazuje jako jeden z prvních důslednou lékařskou péči o dětské pacienty. Jako nejefektivnější instituce pro předcházení dětských chorob zřizuje na Dětské klinice v Bratislavě poradnu pro matky a kojence a poradnu proti tuberkulóze dětí (Zeman a kol., 2015). Spolu s docentem Churomem provedl na bratislavské klinice hromadné očkování proti záškrtu. V roce 1930 se vrací zpět do Prahy, kde je jmenován přednostou I. Dětské

kliniky LF Univerzity Karlovy. V letech 1934 až 1954 působil jako přednosta II. Dětské kliniky LF UK. V letech 1930 až 1957 je řádným profesorem patologie a terapie chorob dětských a novorozenců (Koutecký, 2001).

V tomto období byly v Praze dvě dětské kliniky, první pro kojence v nalezinci a druhá pro větší děti v dětské nemocnici na Karlově. Dětská nemocnice poskytovala péči dětem od roku 1902. V roce 1891 byla dobudována a otevřena lůžková část Nemocnice Na křižovatce. Byla koncipována především jako porodnice s novorozeneckým úsekem. Teprve později byly přijímány větší děti s interními onemocněními (Švejcar, 1997). Velkým skokem ve vývoji české pediatrie bylo otevření dětské nemocnice Na Karlově roku 1902. Nemocnice měla tehdy 270 lůžek. Celý název byl Česká dětská nemocnice Na Karlově. Vznikla v místě bývalého nalezince a přečkala 1. světovou válku, období první a druhé republiky a 2. světovou válku. Roku 1918 vznikla Masarykova liga proti TBC v Čechách a v roce 1924 byla zavedena kalmetizace (Velemínský, 2005). Během 2. světové války byla univerzita zavřená a česká dětská klinika fungovala jako dětské oddělení, univerzitní klinikou zůstala německá klinika (Pediatrická klinika Fakultní nemocnice v Motole, 2007).

Dětské lékařství v Čechách v období mezi světovými válkami výrazně ovlivnila německá škola. Ve dvacátých letech minulého století byla pozornost soustředěna na boj proti tuberkulóze. Ve třicátých letech vznikaly první dětské kliniky, postupně se v krajských a okresních nemocnicích budovala dětská oddělení. Až po druhé světové válce docházelo k výraznému rozvoji dětského lékařství. Vývoj probíhal v jednotlivých etapách se zaměřením na určitou oblast zájmu a problému v oboru (Mlýnková, 2009).

Meziválečné období je spojeno se jmény významných osobností naší dětské medicíny, profesora Jiřího Brdlíka a profesora Josefa Švejcara. Oba přišli v roce 1931 z Bratislavy. Od roku 1945 vedl 1. dětskou kliniku prof. Švejcar a 2. dětskou kliniku prof. Brdlík (Pediatrická klinika fakultní nemocnice v Motole, 2007). Prof. Švejcar spoluzakladatel moderní československé pediatrie byl na půdě této kliniky vědecky činný až do svých stých narozenin roku 1997. Ještě na jejich oslavě představil vícero svých plánů a vizi směřování dětské medicíny v České republice. Profesor Švejcar v roce 1915 zahájil v Praze studium medicíny,

dokončil ho však v roce 1921 v Bratislavě, jelikož zde osvobození Slovenska československou armádou, začal působit jako asistent na dětské klinice UK v Bratislavě jako žák Jiřího Brdlíka. V roce 1931 přešel na dětskou kliniku do Prahy. V letech 1945-1966 byl již jako řádný profesor přednostou I. dětské kliniky, poté se stal vedoucím pediatrické katedry a Ústavu pro doškolování lékařů a farmaceutů v Praze. V roce 1997 obdržel Medaili Za zásluhy I. stupně. Avšak nejdůležitější zásluhou profesora Švejcara byla schopnost rychle rozpoznat důležitost jednotlivých specializací v pediatrii a také najít nadšené a schopné spolupracovníky. Profesor Švejar byl jedním z hlavních iniciátorů založení Fakulty dětského lékařství a také Ústavu výzkumu vývoje dítěte, který patřil pod tuto fakultu. Klíčovými oblastmi byla péče o kojence, výzkum umělé výživy a spolupráce s výrobcí sušeného mléka (Pediatrická klinika Fakultní nemocnice v Motole, 2007). Negativní stránkou tohoto období byla silná propagace umělé výživy na úkor mateřského mléka. Přípravky Sunar a Feminar pocházejí již z této doby, jakož i speciální dietetika Lakton a Relakton. Do dnešní doby se uchoval název Sunar, ačkoliv produkt je již vyráběn pouze v zahraničí a k nám je dovážen. Na klinice vzniklo oddělení pro nedonošené děti. Značný pokrok zaznamenalo zavedení školní výuky na klinice, které bylo později legalizováno na nemocniční školu (Pediatrická klinika Fakultní nemocnice v Motole, 2007). Hodnocení, jak v období komunismu prosperovaly obě nemocnice, není jednoznačné. V této době naše pediatrie prodělává velký rozvoj. Byla to právě Nemocnice Na Karlově, která předznamenala vznik 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy (Koutecký, 2001).

Padesátá léta minulého století se zabývala závažnou problematikou vysoké kojenecké úmrtnosti v souvislosti s poruchami výživy kojenců. Zavádění a správné podávání umělé stravy dětem v tomto období, kdy byla populace vlivem válečných let a nedostatku kvalitní stravy ve špatné zdravotní kondici, zahrnovala první etapu rozvoje pediatrie a s tím související potřebu profese dětské sestry. Byly zavedeny dětské poradny, které se postupně rozšířily do všech větších obcí. Jejich zaměření bylo preventivní. Sledoval se stav výživy kojenců, očkovalo se (Velemínský, 2005). Roku 1951 byl zřízen pediatrický obor Fakulty všeobecného lékařství Univerzity Karlovy, jejími proděkany byli profesori Švejar a Houšťek.

Roku 1953 byla zřízena Fakulta dětského lékařství Univerzity Karlovy, děkanem byl prof. Houštek a fakulta postupně zřizovala potřebné kliniky. Se vznikem Fakulty dětského lékařství se zlepšila výchova dětských lékařů. V roce 1971 se 1. dětská klinika přestěhovala do motolské nemocnice. Tehdy ji vedl prof. Emil Poláček, od r. 1973 prof. Kamil Kubát, který byl hlavním redaktorem časopisu Československá pediatrie. V letech 1973 až do roku 1989 byla přednostkou 1. dětské kliniky prof. Zdeňka Třesohlavá, kterou vystřídal prof. Jan Janda. Ten zde působil až do sloučení 1. a 2. dětské kliniky roku 2004. Po sloučení klinik byl přednostou nově vzniklého pracoviště, nazvaného Pediatrická klinika, prof. Jan Vavřinec, kterého v roce 2006 vystřídal prof. Jan Lebl (Pediatrická klinika Fakultní nemocnice v Motole, 2007).

V šedesátých letech minulého století došlo ke zdokonalování prevence, propracování včasné diagnostiky a zakládání dětských odborných ordinací, dispenzarizují se chronicky nemocní, zejména děti trpící onemocněním srdce a ledvin (Brdlík, 1957). Díky zavedeným dětským poradnám se zlepšila výchova žen k mateřství a péči o dítě. Důraz je kladen na prevenci luxace kyčlí (Kubát, 1982). Je zajímavé, že v této době neexistovaly ordinace alergologické, které dnes tvoří drtivou většinu odborné péče nejen pediatrické (Velemínský, 2005). Až v 80. a 90. letech 20. století prof. Špičák na I. dětské klinice UK zakládá alergologické centrum, které je zaměřeno především na léčbu dětí s astmatem bronchiale, Profesor Poláček zde vypracoval originální přístupy v léčení toxikóz a byl zakladatelem dětské nefrologie. Profesor Poláček vedl dětskou kliniku po odchodu profesora Švejcara do nově vzniklé Lékařské fakulty při Thomayerově nemocnici v Praze, v Krči (Špičák a Vondra, 1988). V roce 1971 se I. dětská klinika přestěhovala do motolské nemocnice, vedl ji po tři roky profesor Poláček, roku 1973 vedení převzal profesor Kamil Kubát, který dlouhodobě vedl redakci časopisu Československá pediatrie. Po něm ve vedení byla profesorka Zdeňka Třesohlavá, zasloužila se o problematiku léčby dětských mozkových dysfunkcí. Od roku 1989 byl přednostou I. dětské kliniky až do jejího sloučení se II. Dětskou klinikou roku 2004 profesor Jan Janda (Koutecký, 2001).

V sedmdesátých letech došlo ke zrušení malých porodnic, tzv. sleháren, v malých

městech. Sedmdesátá léta minulého století byla třetí etapou rozvoje pediatrie u nás. Docházelo k rozvoji intenzivní péče, především zaměřené na péči o patologického novorozence, následně pak o větší děti. Péče o matku a dítě se centralizovala, začal se zavádět systém roaming-in péče. Vznikají perinatologická centra při 1. a 2. gynekologicko - porodnické klinice v Praze (Mydlil a Vocel, 1982). Vznikl obor Dorostové lékařství, jehož zakladatelem byl prof. Antonín Rubín (Velemínský, 2005).

V 80. a 90. letech 20. století byla na vzestupu sociální pediatrie, reprezentovaná nedávno zesnulým prof. Jiřím Dunovským, populárním zakladatelem SOS vesniček. Ve všech porodnicích a v následné péči o novorozence a kojence se kladl důraz na prolaktační program. Do praxe je uváděn program Baby friendly hospital (Velemínský, 2005).

Na přelomu tisíciletí se pediatrie zaměřuje na protidrogovou prevenci, vznikají ordinace adiktologie - léčby závislostí, problematiku rizikového chování dětí a dospívajících a také prevenci úrazů (Sikorová, 2012).

3.3 Historie dětského ošetřovatelství a vzdělávání dětských sester

Prvopočátky ošetřovatelské péče vedou až do křesťanských civilizací raného středověku, křesťané vyznávali filozofii pomoci bližnímu a trpícímu člověku. Získané zkušenosti při léčbě nemocných a laická ošetřovatelská péče se předávala z generace na generaci (Kutnohorská, 2010). Charitativní ošetřovatelství soustředěné na základní potřeby člověka, péče jak o tělo, tak i o duši, se rozvíjelo v českých zemích spolu se zakládáním klášterů, mnišských řádů, útulků, sirotčinců, starobinců a špitálů, kde se o nemocné staraly převážně řeholní sestry. S rozvojem medicíny, vědy a techniky vzniká profesionální ošetřovatelství vázané na další vzdělávání, jehož zakladatelkou je Florence Nightinghalová (Pospíšilová a Tóthová, 2015).

Florence Nightinghalová vytvořila první koncepci ošetřovatelství, která je zaměřena nejen na část léčebnou, ošetřovatelskou a odbornou, ale zejména na humánní motivy

ošetřování nemocných. Zdůrazňuje význam čistoty, hygieny a prostředí nemocného (Mastiliáková, 2002). Právě Nightinghalová při ošetrovatelské péči o děti přihlížela ke zvláštnostem dětského věku. Snažila se o zlepšení ošetrovatelského přístupu k hospitalizovaným dětem, budování dětských nemocnic a přípravu sester zaměřenou na péči o děti (Vacušková, 2009). Florence jako první vychovávala ošetrovatelky pro nemocniční službu, při níž poukazovala na důležitost aktivního přístupu k nemocnému a jeho prostředí, na uspokojování základních potřeb v kombinaci s potřebou vysoké odbornosti sester (Staňková, 2001).

Počátky oboru dětské sestry se vážou na rozvoj dětského lékařství. Samostatná péče o děti začala již v 18. století, ale znalosti o příčinách dětských onemocnění, jejich projevech, výživě dítěte či hygieně byly na nízké úrovni (Sedlářová a kol., 2008). Začátek respektování rozdílů a potřeby jiného přístupu mezi dětskými pacienty a dospělými s přihlédnutím k jednotlivým vývojovým obdobím dětí v českých zemích můžeme pozorovat přibližně od roku 1821. Německý pediater profesor Schlossmann se zasloužil o oddělení péče o děti od péče o dospělé s nutností cílené péče a respektování rozdílů a potřeb vývoje dětí, upozorňoval na to, že děti nejsou jen menšími dospělými. První dětské nemocnice ve světě i v českých zemích vznikaly ve větších městech; v Paříži v r. 1802, v Petrohradu v r. 1834, v Praze 1842, v Brně 1846, Bratislavě 1853 (Sedlářová a kol., 2008).

Speciální a odborná příprava sester pečujících o děti dlouho neexistovala. Výuka dětských sester probíhala odděleně v pražském nalezinci a přednášky z pediatrie byly součástí výuky z vnitřního lékařství. Tento nalezinec, Vlašský špitál na Malé Straně v Praze, patřil k jednomu z nejstarších v Evropě. Byly tu umístěny jak zdravé, tak i nemocné, opuštěné, tajně porozené děti a sirotci od narození do jednoho roku (Mlýnková, 2009). Ošetřování a léčba dětí byla založena na zkušenostech získaných právě v nalezincích a pozorováním nemocných dětí doma v rodinách. Prvními dětskými sestrami v nalezincích, které pečovaly o nemocné děti, byly tzv. opatrovnice bez odborného vzdělání, poskytovaly vlastně laickou péči dětem. Jednalo se zejména o svobodné matky, osamělé ženy či vdovy, které se sem uchýlily často s vlastními dětmi. Péče v nalezincích byla na nízké úrovni kvůli

špatným hygienickým podmínkám, a protože chyběly znalosti o dětských nemocech, jejich příčinách a projevech a také o výživě dětí. Úmrtnost dětí kvůli infekčním a dětským nemocem byla vysoká (Koutecký, 2001).

První ošetrovatelská škola vznikla roku 1874 v Praze za přispění Ženského výrobního spolku, který založila Karolina Světlá a v roce 1871. Tento spolek v Praze pořádal také kurzy pro vychovatelky a ošetrovatelky, umožnil výraznější profesní zařazení žen (Zelinka, 2014). Lékaři, zaměřující se na zkoumání lidského těla a nových diagnostických a léčebných postupů, potřebovali spolehlivého a vzdělaného spolupracovníka k lůžku, který by pečoval o pacienta a prováděl lékařovy instrukce, a který by rozuměl lékařským předpisům. Potřebu odborného vzdělávání sester si vynutila vyšší odpovědnost sestry v péči o nemocné (Kafková, 1992). Škola otevřela pět běhů a v roce 1881 byla zrušena. Ve škole se vyučovala teorii a praxe pod vedením českých lékařů, působících zejména na Lékařské fakultě Karlovy univerzity. Jednalo se o organizovanou odbornou výuku ve formě čtyřměsíčních kurzů. Praktický výcvik probíhal na Karlově v městském chorobinci. Výuka se týkala především služeb, hygieny a potřeb nemocných. Škola zanikla v roce 1882 z finančních důvodů. Výchova sester se v mezidobí od roku 1882 až do roku 1916 konala pouze formou tzv. vyučení se v nemocnicích. Nařízením rakouského Ministerstva vnitra č. 139 Říšského zákona z roku 1914 bylo uděleno povolení k zřízení dvouletých ošetrovatelských škol, které měly zaručit praktický výcvik ve všech oborech nemocniční péče (Staňková, 2001; Kafková 1992). Byla ustanovena organizační struktura, obsah studia, podmínky pro přijetí a povinnosti studujících a absolventek. Absolventky končily školu diplomovou zkouškou a získaly titul diplomovaná ošetrovatelka. Státní česká i německá ošetrovatelská škola byla otevřena až v roce 1916 v Praze. Už v této době byla výuka na velmi dobré úrovni, vyučovaly se navíc předměty jako etika a historie ošetrovatelství a ošetrovatelské techniky, odborná praxe probíhala v pražských klinikách, kde postupně vznikaly školní stanice podporované školou. Ošetrovatelská péče, její organizace a vzdělávání sester se rychle zlepšovaly. Tento vývoj byl přerušen druhou světovou válkou (Staňková, 1996).

V devatenáctém století se dítě díky změnám ve společnosti a pokrokům v medicíně stalo

středem zájmu. Pediatrie se zaměřila na dvě hlavní tíživé oblasti. První oblastí bylo zaměření na zdraví, výživu a vývoj každého dítěte a druhou vysoký výskyt infekčních onemocnění; spojený s vysokou úmrtností a nemocnost dětí. Příčinou tohoto nepříznivého stavu byla hmotná nouze a bída. Postupně se ve společnosti vytváří základ pro počátek preventivní péče o dítě. Středem zájmu jsou opuštěné, ohrožené a postižené děti a sirotci, kteří zůstávali v ústavech ve špatných podmínkách. Do první světové války byly nemocnice centrem pro chudinu, zatímco majetní občané se léčili doma (Staňková, 2001). Rok 1914 se stal mezníkem výnosem vydaným odborem ministerstva vnitra, podle kterého se školení ošetřovatelek stanovilo na dva roky a péče byla rozdělena jednak na ústavní a nemocniční a dále na preventivní, zdravotní a sociální, která byla zaměřena na péči a návštěvní službu přímo v rodinách (Hanzlíková, 2004). V letech 1916 a 1917 na Škole pro ošetřování nemocných v Praze byla péče o děti součástí výuky, zahrnovala však jen přednášky o průběhu dětských nemocí (Koutecký, 2001).

V roce 1922 při nemocnici Ochrany matek a dětí v Praze - Krči byla založena první ošetřovatelské škola pro dětské sestry a byla také jedinou českou školou, která vyučovala dětské sestry až do roku 1945 (Sedlářová a kol., 2008). Výuku kurzů zde vedl MUDr. Mann, jednalo se o rok trvající kurzy zaměřené na zvláštnosti dětského věku, speciální péči o děti a jejich potřeby, později byly kurzy zkráceny na půl roku. V nemocnici pracovaly sestry bezplatně, jen za byt a stravu. V praxi byly velmi ceněny a žádány pro získané znalosti a zkušenosti (Boledovičová a kol., 2006).

Meziválečné období položilo dobré základy českého ošetřovatelství a ošetřovatelského školství, avšak bylo zaměřeno na diagnostiku a léčbu a nebralo v potaz psychologickou a sociální stránku potřeb pacientů. Až po druhé světové válce se nemocnice staly místem odborné lékařské péče. Vzniká profese civilních sester jako kompromis nábožensko-charitativní a medicínsko-racionální úlohy sester (Staňková, 1996). Roku 1946 vznikla v Praze Švejcárova škola pro přípravu dětských sester. Od roku 1947 probíhalo vzdělávání dětských sester na Škole pro ošetřování nemocných v Praze (Sedlářová a kol., 2008).

V roce 1948, kdy vstoupil v platnost školský zákon č. 95 o jednotné škole, byly všechny

školy, kde byly vyučovány dětské sestry přeměněny na střední zdravotnické školy, výuka trvala čtyři roky a byla ukončena maturitní zkouškou. Příprava dětských sester probíhala na vyšších odborných sociálně zdravotních školách. Sestry nejprve absolvovaly dvouletý základní kmen výuky a dále studovaly dle svého výběru specializaci, například péči o děti nebo jiný obor. V průběhu let 1950- 1955 byla výuka zkrácena na tři roky. V roce 1960 v Praze začalo vysokoškolské magisterské studium sester. Téhož roku byl založen Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, které se roku 2003 stává jako Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů centrem ošetřovatelství (Jarošová, 1999). Roku 1981 došlo ke sblížení studijního oboru zdravotní a dětská sestra dle vyhlášky Ministerstva Československé socialistické republiky č. 77/1981 Sb., o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví. Dětská, ženská a zdravotní sestra se stala zastupitelnou, studijní obor měl společný studijní základ (Sedlářová a kol., 2008).

Koncem minulého století dochází k novému pojetí ošetřovatelství, od starého systému, kdy byla ošetřovatelská péče soustředěna na nemoc a plnění ordinace lékaře, dochází ke změně, pozornost je soustředěna na zlepšení, upevnění a obnovení zdraví jedince, pomoc nemocnému, jeho rodině a skupinám dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody a na aktivní spolupráci pacienta s lékařem a sestrou (Staňková, 2005).

V roce 1995 dochází k transformačním změnám zdravotnického školství v oboru dětská sestra. Pomaturitní dvouleté kvalifikační a čtyřleté studium dětské sestry na střední zdravotnické škole bylo zrušeno. Od roku 1997 byl na Vyšších zdravotnických školách otevřen tříletý obor Diplomovaná dětská sestra, mohli zde studovat i absolventi gymnázia. Studium bylo ukončeno absolutoriem. Avšak po deseti letech tento obor končí roku 2006. Nové změny přinesl zákon č. 96/2004 Sb., který říká, že kvalifikaci dětské sestry získá všeobecná sestra ve specializačním vzdělávacím programu (Sedlářová a kol., 2008).

3.4 Způsobilost k výkonu povolání dětské sestry

Způsobilost k výkonu povolání všeobecná sestra je v současné době upravena zákonem č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Zdravotnický pracovník musí splňovat odbornou způsobilost podle zákona, zdravotní způsobilost a bezúhonnost. Specializaci dětské sestry může všeobecná sestra dosáhnout jednak studiem specializačního vzdělávání, které je formou celoživotního vzdělávání v NCO NZO v Brně, anebo dvouletým magisterským navazujícím studiem na univerzitě. Od roku 2004 bylo otevřeno dvouleté navazující magisterské studium, studijní program Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech, modul pediatrie na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích a roku 2009 na Ostravské univerzitě v Ostravě. Ke studiu se mohou hlásit absolventi bakalářského studia, kteří složí písemnou zkoušku formou testů z teorie ošetrovatelství a pediatrie. Toto studium umožňuje absolventům získat specializaci dětská sestra a také vědomosti a dovednosti pro vědeckou, pedagogickou a manažerskou práci v ošetrovatelství (ZSF JU, 2015; Ostravská univerzita, 2015).

Specializační vzdělávání pro nelékařské zdravotnické pracovníky probíhá podle vzdělávacích programů, dle Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., které byly stanoveny v souladu se zákonem č. 96/2004 Sb. Zařazení nelékařského pracovníka do specializačního studia probíhá na základě písemné žádosti ministerstvu a úředně ověřené kopie dokladů o získané odborné nebo specializované způsobilosti. Ministerstvo potom zařadí uchazeče do studia a do 30 dní oznámí termín začátku vzdělávání. Dle § 56 zákona č. 96/2004 Sb. probíhá specializační vzdělávání v akreditovaných zařízeních a skládá se z několika modulů. Základní modul je společný pro všechny specializace a je povinný, další obor je odborný a třetí je speciální, kde jsou tři moduly povinně volitelné a další volitelné. Jednotlivé obory jsou sestaveny ze samostatných modulů, z nichž je možno vytvářet různorodé sestavy. Účastník specializačního vzdělávání si zvolí, jaké absolvuje moduly podle oborů

specializačního vzdělávání a individuálně moduly speciální dle svého zaměření nebo specializace. Účastník si volí specializační vzdělávání v oboru ošetrovatelská péče a to buď vzdělávací program: ošetrovatelská péče v pediatrii nebo intenzivní péče v pediatrii (NCO NZO, 2015).

Na základě úspěšného absolvování výše uvedených vzdělávacích programů má účastník kompetence k provádění specializovaných činností dle ustanovení § 57 a 58 vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Specializační vzdělávání nemusí být uskutečňováno při výkonu povolání, student však musí před přihlášením se k atestační zkoušce splnit dobu výkonu povolání stanovenou § 56 odst. 6 zákona č. 96/2004 Sb.

Podmínkou ke splnění teoretické části specializačního vzdělávání je absolvování všech modulů (základního i odborného), každý modul je zakončen závěrečnou ústní zkouškou. Vzdělávací program dále stanovuje absolvování odborné praxe na akreditovaném pracovišti v příslušném rozsahu. Obsah specializačního vzdělávacího programu vychází z dokumentu MZ ČR „Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru Ošetrovatelská péče v pediatrii.“ (MZ ČR, Specializační vzdělávání, 2015a).

3.5 Náplň práce dětské sestry

Činnost dětské sestry je popsána v § 57 vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Dětská sestra po získání specializované způsobilosti poskytuje a organizuje ošetrovatelskou péči o zdravé i nemocné dítě, u kterého nedochází k selhání základních životních funkcí nebo kde toto selhání nehrozí, nebo které nemá poruchy duševního zdraví, které vyžadují stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života nebo zdraví dítěte nebo jeho okolí, včetně vysoce specializované ošetrovatelské péče. Přitom bez odborného dohledu a bez indikace zejména může edukovat pacienty, případně jiné osoby ve specializovaných ošetrovatelských

postupech, a připravovat pro ně informační materiály. Dále sleduje a vyhodnocuje stav pacientů z hlediska možnosti vzniku komplikací a náhlých příhod a podílí se na jejich řešení, koordinuje práci členů ošetrovatelského týmu v oblasti své specializace. Hodnotí kvalitu poskytované ošetrovatelské péče, provádí ošetrovatelský výzkum, zejména identifikuje oblasti výzkumné činnosti, realizuje výzkumnou činnost a vytváří podmínky pro aplikaci výsledků výzkumů do klinické praxe na vlastním pracovišti i v rámci oboru, připravuje standardy specializovaných postupů v rozsahu své způsobilosti. Vede specializační vzdělávání v oboru své specializace; provádí první ošetření novorozence včetně případného zahájení resuscitace. Zajišťuje termoneutrální prostředí a sleduje bezproblémovou poporodní adaptaci, vykonává činnosti specializované ošetrovatelské péče poskytované dítěti v domácím prostředí i během hospitalizace. Vykonává návštěvní službu, spolupracuje s fyzioterapeutem, nutričním terapeutem, klinickým psychologem nebo zdravotně-sociálním pracovníkem. Vyhodnocuje výchovné, sociální a léčebné prostředí ve zdravotnických a zvláštních dětských zařízeních, vytváří stimulační prostředí pro zdravý rozvoj dítěte, sleduje psychomotorický vývoj dítěte, rozvíjí komunikační schopnosti dítěte, vykonává činnosti specializované ošetrovatelské péče poskytované dítěti, které má poruchy duševního zdraví, ale nevyžaduje stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života nebo zdraví dítěte nebo jeho okolí, zajišťuje preventivní a protiepidemiologická opatření včetně plánu povinného očkování. Edukuje rodiče nebo jiného zákonného zástupce dítěte ve výchově a ošetrovatelské péči o dítě v jednotlivých vývojových obdobích, a to převážně ve výživě, včetně kojení, hygieně a dále v oblasti preventivních prohlídek a dispenzární péče. Na základě indikace lékaře dětská sestra může provádět přípravu pacientů na specializované diagnostické a léčebné postupy, doprovázet je a asistovat během výkonů, sledovat je a ošetřovat po výkonu. Edukuje pacienty, případně jiné osoby ve specializovaných diagnostických a léčebných postupech. Vykonává činnosti preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče u dítěte. Dále dětská sestra aplikuje infuzní roztoky a nitrožilní léčivu s výjimkou radiofarmak, provádí výplach žaludku u dítěte při vědomí, zavádí gastrickou a duodenální sondu u dítěte při vědomí, provádí katetrizaci

močového měchýře dívek. Věkové omezení dítěte zde není blíže specifikováno (vyhláška č. 55/2011 Sb., § 57).

V § 55 vyhláška uvádí činnosti dětské sestry pro intenzivní péči u dítěte staršího 10 let, u kterého dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí (vyhláška č. 55/2011 Sb.).

4 Historický exkurz do vývoje legislativy v oblasti zdravotnických pracovníků

Legislativa v oblasti zdravotnictví se v posledních 25 letech měnila v návaznosti na politické změny v naší společnosti a zejména v návaznosti na vstup naší republiky do Evropské unie, kdy jsme povinni harmonizovat své právní předpisy s předpisy EU.

4.1 Vývoj legislativy v oblasti způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání

Od roku 1981 do roku 2004 platila Vyhláška Ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky č. 77/1981 Sb., o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví, která stanovovala kategorie a obory zdravotnických pracovníků (lékaři, farmaceuti, zdravotničtí pracovníci s jiným vysokoškolským vzděláním, střední zdravotničtí pracovníci, nižší zdravotničtí pracovníci a pomocní zdravotničtí pracovníci) a podmínky dalšího vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.

V roce 2004 vstoupil v platnost zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) a tento zákon platí až dosud. Připravuje se jeho novelizace. Zákon zavádí odlišnou terminologii, upravuje podmínky získávání a uznání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání (problematiku lékařů a farmaceutů upravuje samostatný zákon č. 95/2004 Sb.), akreditaci vzdělávacích zařízení, formy vzdělávání, podmínky pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Ze zákona vyplynula nejen odlišná kategorizace nelékařských zdravotnických pracovníků, ale byly stanoveny náročnější požadavky na vzdělávání zdravotnických pracovníků, nově už např. nestačí středoškolské vzdělání sestry, jako tomu

bylo před r. 2004, stanoveny byly nově také konkrétní požadavky na průběžné celoživotní vzdělávání zdravotníků (Mikšová, 2012).

Zdravotnická povolání patří k povoláním náročným na odborný a profesionální výkon, i z toho důvodu, že ve zdravotnictví dochází k rychlému rozvoji technologií, zdravotnické techniky, vyšetřovacích metod a pracovních postupů. Od zdravotníků se očekává profesionální humánní vztah k pacientovi, klidné a příjemné vystupování, chápání problémů nemocných, trpělivý přístup, vysoká odbornost a dobré komunikační schopnosti, vysoká míra empatie, hodnotová orientace v zájmu o člověka a práci, odpovědnost a pečlivost (Zacharová a kol., 2007).

4.1.1 Pozitiva a negativa zákona č. 96/2004 z pohledu sestry

Pozitivní stránkou zákona č. 96/2004 Sb. je, že jsou přesně stanoveny kategorie zdravotnických pracovníků a jejich kompetence. Registrovány jsou téměř všechny sestry pracující v oboru. Sestry mají přístup k nejnovějším poznatkům v medicíně a zdravotnictví, ve vědě a technice, které jsou z obecných zkušeností předních odborníků převáděny do praxe. Sestry mohou volně působit v ostatních zemích Evropské unie (Staňková, 2002).

Zavedená registrace je zárukou odborné způsobilosti a celoživotního vzdělávání. Cílem centrálního registru sester je zlepšení kvality a bezpečí poskytované péče. S vyšším vzděláním sestry se zvyšuje prestiž jejího povolání (Kutnohorská, 2010). Na druhou stranu práce sestry je považována za poslání a každý, kdo si toto povolání vybere, měl být na sebe právem hrdý. Avšak v Česku dosud neplatí, že čím vyšší vzdělání, tím vyšší kompetence (Prošková, 2008). Kvalifikovaná sestra má nezastupitelné postavení v multidisciplinárním týmu, posiluje se její postavení a mění se požadavky na nové uspořádání rolí ve zdravotnickém systému (lékař, kvalifikovaná sestra a další zdravotnický personál). „Vysokoškolsky vzdělané sestry jsou více nezávislé a získávají vyšší kompetence, zvyšují se také požadavky na kvalitní spolupráci a komunikaci mezi členy ošetrovatelského a léčebného

týmu.“ (Bártlová a Chloubová, 2009, s. 252). Vzdělané sestry si mají osvojit kritické myšlení a získat aktivní postoj k praktickému využití výsledků výzkumu, mohou řídit výzkumný projekt. Takto získané odborné zkušenosti a poznatky jsou základem pro profesionální a kvalitní ošetrovatelskou péči o pacienty (Bártlová a kol., 2005). Z výzkumu Fendrychové (2007), jehož cílem bylo zjistit motivaci sester ke specializačnímu studiu, očekávání sester od tohoto studia, předávání poznatků ze studia na pracovišti a postoje lékařů, vyplynulo, že studium splnilo očekávání sester. Zaměstnavatel měl hlavní úlohu při rozhodnutí sester pro studium. Některé sestry byly motivovány snahou o doplnění znalostí, prohloubení vědomostí, zvýšení kvalifikace, získání specializace; vyšší finanční ohodnocení nebylo prioritou. Polovina sester však neměla motivaci žádnou, byly na studium poslány. Některým se zdálo studium jednostranně zaměřené a náročné. Pozitivním zjištěním bylo, že si sestry navzájem předávaly na pracovišti nově získané poznatky ze studia a ty byly přijímány kolegyněmi většinou kladně (Fendrychová, 2007). Každé studium sestru zušlechťuje, rozšiřuje jí lidské obzory a možnosti uplatnění. Sestrám, které mají svoji profesi rády, pomáhá vyšší vzdělání k aktivní a tvořivé práci v ošetrovatelství a poskytuje jim také právní ochranu. Naše společnost by měla na sestry pohlížet s větším respektem a úctou, a to nejen v době válek a katastrof.

Negativní stránkou zákona č. 96/2004 Sb. je jeho nejasný výklad a pochopení pro praxi a dvoukolejnost vzdělávání u některých povolání – bakalářské studium a studium na vyšší odborné škole. Prováděcí předpis nerozlišuje kompetence sester dle dosaženého stupně vzdělání, kompetence jsou stejné, ale vysokoškolsky vzdělané sestry bývají lépe finančně hodnocené. Stává se, že sestry někdy studují dvakrát stejný obor. Dalším negativem je nejasný výklad pojmu „odborný dohled“ a jeho problematické zajištění v praxi (Pastuchová, 2015). Problematická je také rozdílná kvalita výuky na školách, přílišná administrativa a absence dětských sester vyplývající z jejich povinného vzdělávání. Negativní stránkou je, že další vzdělávání stojí sestry čas a peníze navíc. Zaměstnavatel tyto náklady většinou nehradí, často ani nemá zájem, aby se sestra vzdělávala, není ochoten ji z práce na vzdělávací akci uvolnit, neboť je problém za ni na tento čas zajistit vhodný zástup. Dle Šnajdrové (2015)

by bylo ideálním řešením, pokud by sestry mohly absolvovat semináře a školení v rámci své pracovní doby a náklady za tyto vzdělávací akce by byly hrazeny zaměstnavatelem.

NCO NZO vypracovalo studii, jejímž cílem je popsat sociologické aspekty vzdělávání sester a na základě výzkumného šetření zjistit, jaké formy dalšího vzdělávání budou sestry v následujících letech preferovat. Podle Bártlové (2005b) z výzkumu vyplynulo, že určujícím faktorem pro rozhodování v oblasti celoživotního vzdělávání byl věk sester. Mladší sestry upřednostňují více vysokoškolské studium, zatímco starší sestry se rozhodují mezi inovačními kurzy, školicími akcemi, odbornými stážemi, odbornými konferencemi, kongresy, sympozii.

Sestry by neměly k povinnému celoživotnímu vzdělávání přistupovat jako k nutnému zlu. Práce sestry patří mezi nejnáročnější profese vůbec kvůli vysoké psychické i fyzické zátěži. Další vzdělávání může sestřám pomoci vyrovnat se s nároky jejich zaměstnání, má sestřám přinášet radost a uspokojení, profesní a duševní růst. Má jim pomoci ke zlepšení komunikačních dovedností, organizačních a řídicích schopností, k dosažení harmonie mezi rozumem a citem. Vzdělávání umožňuje zvýšit sebevědomí sester a celkově rozšířit jejich životní rozhled.

4.1.2 Navrhované změny zákona č. 96/2004 Sb.

Dle sdělení současného ministra zdravotnictví, MUDr. Svatopluka Němečka MBA, návrh novely zákona č. 96/2004 Sb. vrací vzdělávání sester na střední zdravotnické školy. Nyní sestra k získání kompetencí studuje sedm let, čtyři roky na střední škole a další tři roky na vysoké škole (MZ ČR, 2014a). Dle připravované novely by sestře po maturitě k získání plné kvalifikace měl stačit jeden rok studia na vyšší odborné škole. Toto navrhované řešení vzniklo na základě hrozící personální krize, nedostatku zdravotníků v českých nemocnicích. Ministr zdravotnictví uvádí dvě cesty k řešení nedostatku zdravotnického personálu, první z nich je vyšší finanční ohodnocení zdravotníků a další cestou je změna systému vzdělávání,

jak u lékařů, tak u sester. Toto řešení nazývá ministerstvo „4 + 1“, což v praxi znamená, že základem vzdělávání sester bude studium na středních zdravotnických školách, po jehož absolutoriu absolventka nebude zdravotnickým asistentem jako dosud, ale praktickou sestrou. Ročním následným studiem na vyšší odborné škole se absolventka stane všeobecnou sestrou a získá všechny kompetence kvalifikované sestry. Ministr předpokládá, že současní zdravotničtí asistenti, kterých je u nás kolem tří tisíc, budou novým návrhem motivováni k ročnímu studiu na vyšší odborné škole a k získání kompetencí všeobecné sestry (Oldřichová, 2016).

Předsedkyně Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče v ČR v článku „Jaké bude vzdělávání sester?“ z 5. 10. 2015, varuje před návratem sester na středoškolský stupeň vzdělání, které povede k dalšímu snížení ohodnocení práce sester. Autorka dále uvádí, že problém nedostatku sester není způsoben systémem vzdělávání, ale především stále se zhoršujícími pracovními podmínkami a špatně nastavenými personálními standardy, porušováním zákoníku práce a dalších právních předpisů (Francl, 2015). Většina českých nemocnic porušuje zákon, protože nízké počty zdravotníků neumožňují legislativu dodržovat. Pokud Ministerstvo zdravotnictví tuto kritickou situaci nebude řešit, začnou se zavírat oddělení i celé nemocnice. Dle předsedkyně Žídkové je nutná změna personální vyhlášky, která by určila vyšší počty pracovníků na jednotlivých pracovištích, a zvýšení platů, které by sestry přivedlo zpět do nemocnic. Pokud by se upravil počet ostatního zdravotnického personálu, sestry by se mohly věnovat kvalifikované práci (Francl, 2015).

Česká asociace sester (ČAS) na základě více než dvacetileté zkušenosti v oblasti vzdělávání sester konstatuje, že připravované řešení „4+1“ nepodpoří profesní růst a rozšíření odborných kompetencí sester, což negativně ovlivní kvalitu ošetrovatelské péče. V dnešním moderním ošetrovatelství je nejvíce potřebná sestra, která pracuje samostatně a komplexně zajišťuje péči o pacienty s různými diagnózami. Vzhledem ke stárnoucí populaci bude velká poptávka po sestrách, které se budou starat o seniory v oblasti zdravotních a sociálních potřeb. ČAS připomíná, že má-li být zajištěna pacientům kvalitní ošetrovatelská péče podle nejnovějších poznatků, nemůžeme jí dosáhnout bez vzdělaných sester. Prezidium ČAS

uvádí, že nedostatek zdravotníků v ošetrovatelské péči není způsoben typem jejich kvalifikačního studia, ale nepoměrem mezi náročností povolání a výší finančního ohodnocení. Ve světě je přitom v ošetrovatelství trend převzetí kompetencí lékařů sestrami, které je podmíněno odpovídajícím vzděláním sester (Prezidium ČAS, 2016). Sestra by měla pěstovat zdravou sebedůvěru a lásku ke své profesi, změna image v zodpovědnou a nadšenou sestru by veřejnost vnímala jako významnou členku terapeutického týmu (Gulášová, 2004).

Myslím si, že se situace v našem zdravotnictví nezlepší. Důsledky nynějších legislativních změn budou vidět za 5 a více let a na vlastní kůži je poznáme my, starší ročníky, už v roli pacienta. Středoškolští učitelé tvrdí, že dnešní maturanti nejsou dostatečně sociálně zralí a jejich úroveň vzdělanosti se rovná dřívějšímu absolventu základní školy. Sama tyto děti v ordinaci denně vidím a neumím si představit nynější maturanty, jak se starají o umírající a staré, nemohoucí lidi, kterých bude u nás každým rokem přibývat, anebo novorozence, onkologicky nemocné pacienty a podobně. Samozřejmě existují sociálně a morálně vyspělé a nadšené studentky se zájmem o pacienta, které své povolání přijmou jako poslání a budou se o nemocné starat obětavě a rády, ale je jich nedostatek. Mnoho těch, které vystudují, ve zdravotnictví nezůstanou. Nejen kvůli finanční stránce, ale kvůli druhu a náročnosti zdravotnického povolání. Zdravotnické školy už nejsou výběrovými školami jako dříve a myslím si, že těch pět let studia nestačí, aby byly absolventky připraveny zvládnout poskytování kvalitní odborné ošetrovatelské péče, a přitom se věnovat pacientovi po stránce psychologické, sociální a duchovní. Zvláště dětských sester je velký nedostatek. I když doškolovací centrum v Brně vydalo počty dětských sester specialistek, nikdo neviduje, kolik jich v oboru zůstalo, a předpokládá se, že více se jich ke svému oboru nevrátilo například po mateřské dovolené atd.

4.2 Vývoj legislativy v oblasti náplně činnosti a způsobilosti zdravotnických pracovníků

Od roku 1986 do června roku 2004 platila pro vymezení oblasti náplně činnosti zdravotnických pracovníků směrnice č. LP-210.3-7.1.86 Ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky o náplni činnosti středních, nižších a pomocných zdravotnických pracovníků. Směrnice byla zveřejněna ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČSR v částce 8-12/1986 pod č. 10. Tato směrnice rozdělovala náplně činnosti dětské sestry do devíti kategorií. Jednalo se o náplně činnosti dětské sestry (§ 11), dětské sestry se specializací v úseku práce anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče (§ 12), dětské sestry pracující na operačním sále (§ 13), dětské sestry se specializací v úseku práce ošetrovatelská péče o děti (§ 14), dětské sestry se specializací v úseku ošetrovatelské péče v dětské psychiatrii (§ 15), dětské sestry se specializací v sociálních službách (§ 16), dětské sestry se specializací ve stomatologii (§ 17), dětské sestry se specializací pro výchovnou péči (§ 18) a poslední kategorií byla dětská sestra se specializací zdravotní výchova obyvatelstva (§ 19).

Směrnice v první části definuje, jaké činnosti dětská sestra vykonává (Věstník MZ ČSR, 1986, s. 93, Náplň činnosti zdravotní sestry). Dětská sestra zajišťovala všestrannou péči o individuální potřeby nemocného dítěte a aktivně spolupracovala s jeho rodinou při vyšetřeních a léčbě. Starala se o hygienickou a estetickou úpravu prostředí zdravotnického zařízení a zdravotně výchovný režim. Dále se starala o výměnu osobního a ložního prádla a hygienu hraček a výchovných pomůcek, edukovala matky ke správné péči o dítě, jeho potřeby a o významu kojení.

Dětská sestra připravovala stravu kojencům a batolatům, krmila je a pomáhala jim, dbala na dodržování stanovených diet a učila děti správnému stolování. Dětská sestra plnila úkoly školní zdravotní služby, kontrolovala osobní hygienu dětí a hygienu školního prostředí. Organizovala preventivní prohlídky žáků, vyšetření zraku, sluchu a laboratorní vyšetření. Plánovala očkování a následně kontrolovala proočkovanost. Prováděla návštěvní službu v rodinách dětí, kde matky poučila o výživě, hygieně a péči o dítě. Poskytovala radu

v otázkách výchovy a sociálně právní oblasti. Dětská sestra připravovala denní plán výchovné činnosti ve zdravotnických zařízeních, vytvářela vhodné výchovné prostředí, které děti optimálně stimulovalo v duševním vývoji, dbala o pobyt dětí venku. Sledovala neuropsychický vývoj dítěte a o něm vedla písemný záznam, písemně komunikovala s rodinou dítěte a pozorovala projevy rodičů o dítě. Dbala na dodržování bezpečnostních opatření před úrazy a otravami dětí, na vhodné oblékání, údržbu prádla a oděvů, odpovídala za výbavu dětí a vydávala jim kapesné. Spolupracovala s orgány národních výborů na úseku péče o dítě, školskými úřady a usilovala o vzájemnou informovanost v oblasti péče o dítě, hlavně v rodinách problémových a dysfunkčních (Věstník MZ ČSR, 1989).

Od roku 2004 do roku 2011 platila vyhláška č. 424/2004 Sb. ze dne 30. června 2004, kterou se stanovily činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Poslední změnou v legislativě je dosud platná vyhláška č. 55/2011 Sb. ze dne 1. března 2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Tato vyhláška rozděluje ošetrovatelskou péči na základní, specializovanou a vysoce specializovanou. U základní ošetrovatelské péče předpokládáme, že pacienti nemají porušené fyziologické funkce a jsou v dobrém psychickém stavu. Řadíme sem základní ošetrovatelskou péči, která zajišťuje základní potřeby pacienta v běžných podmínkách. Specializovanou činností rozumíme vysoce odbornou ošetrovatelskou péči o pacienta, která je zaměřená na narušené a selhávající životní funkce pacienta, patologické psychické změny nebo pacienty v terminálním stádiu. Specializovaná ošetrovatelská péče je vykonávána zdravotníkem podle kompetencí, bez odborného dohledu nebo pod odborným dohledem (Plevová, 2011a).

Tabulka 1 uvádí srovnání kompetencí dětské sestry dle vyhlášky č. 424/2004 Sb., (platila v období 2004-2011) a dle vyhlášky č. 55/2011 Sb. platí od r. 2011 dosud.

Z níže uvedeného srovnání v tabulce 1 je patrné, že se postupně zvyšuje odbornost dětských sester a jejich kompetence se rozšiřují z hlediska náročnosti poskytované péče. Např. základní ošetrovatelská péče od r. 2011 je definovaná bez omezení věku pacienta (dříve se jednalo jen o péči od 6 let věku), dětská sestra může v současné době na základě indikace

lékaře vykonávat činnosti preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče u dítěte. Vyhláška definuje výkony, které sestra může vykonávat bez odborného dohledu a které naopak pod dohledem lékaře.

Naopak se zužují kompetence dětské sestry ve smyslu práce s dítětem v terénu a ve škole. V kompetencích dětských sester od r. 2011 nejsou uvedeny např. tyto činnosti: pomáhá řešit zdravotní i sociální problémy v rámci školního poradenství, spolupracuje s ostatními institucemi v oblasti péče o dítě a rodinu, zejména sociálními a vzdělávacími zařízeními a správními úřady; vhodným výchovným přístupem předchází negativním vlivům v dalším vývoji dítěte, rozvíjí komunikační schopnosti dítěte, vyhledává rizikové faktory ohrožující zdravý vývoj dítěte.

Tabulka 1 Srovnání kompetencí dětské sestry dle vyhlášky č. 424/2004 Sb., a vyhlášky č. 55/2011 Sb.

2004 – 2011 (vyhláška č. 424/2004 Sb.)	2011 – dosud (vyhláška č. 55/2011 Sb.)
Dětská sestra bez odborného dohledu a bez indikace lékaře	
<p>Vytváří stimulující výchovné a léčebné prostředí, výchovná zaměstnání.</p> <p>Připravuje stravu novorozencům, kojencům.</p> <p>Vede matky ve výživě dítěte, v technice kojení.</p> <p>Provádí psychickou přípravu dítěte na diagnostické a léčebné výkony a OP o děti.</p> <p>Sleduje psychomotorický vývoj dětí, vede o něm písemný záznam, předchází psychické deprivaci. Vyhledává rizikové ohrožující faktory.</p> <p>Provádí první ošetření novorozence, vč. případného zahájení okamžité resuscitace, zajišťuje screeningová vyšetření, učí matky správnému ošetřování novorozence.</p> <p>Poskytuje OP v rámci primární péče, vykonává návštěvní službu, hodnotí prostředí, poskytuje rady a pomoc v péči o dítě, tj. ve výživě, kojení, hygieně, v ošetřování dětí, zajišťuje dodržování očkování a preventivních prohlídek.</p> <p>Edukuje rodiče ve výchově a péči o děti, pomáhá jim řešit zdravotní i sociální problémy v rámci školního poradenství, spolupracuje s ostatními institucemi v oblasti péče o dítě a rodinu.</p>	<p>Může: - provádět první ošetření novorozence, zahájení resuscitace, zajišťovat termoneutrální prostředí a sledovat poporodní adaptaci,</p> <p>- vykonávat činnosti specializované OP poskytované dítěti doma i během hospitalizace, vykonávat návštěvní službu, spolupracovat s fyzioterapeutem, nutričním terapeutem,</p> <p>- vyhodnocovat výchovné, sociální a léčebné prostředí ve zdravotnických zařízeních, vytvářet stimulační prostředí pro zdravý rozvoj dítěte,</p> <p>- sledovat psychomotorický vývoj dítěte, rozvíjet komunikační schopnosti dítěte,</p> <p>- vykonávat činnosti specializované OP poskytované dítěti s duševní poruchou,</p> <p>- zajišťovat preventivní a protiepidemiologická opatření včetně plánu povinného očkování,</p> <p>- edukovat rodiče ve výchově a OP o dítě v jednotlivých vývojových obdobích ve výživě, kojení, hygieně a v oblasti preventivních prohlídek a dispenzární péče;</p>
Dětská sestra bez odborného dohledu na základě indikace lékaře	
<p>Aplikuje intravenózní injekce a infuze novorozencům a dětem do 3 let.</p> <p>Provádí katetrizaci močového měchýře dívek do 10 let.</p> <p>Zavádí nazogastrické a jejunální sondy dětem při vědomí.</p> <p>Provádí výplach žaludku u dětí při vědomí.</p>	<p>Může - vykonávat činnosti preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče u dítěte,</p> <p>- aplikovat infuzní roztoky a nitrožilní léčiva,</p> <p>- provádět výplach žaludku u dítěte při vědomí,</p> <p>- zavádět gastrickou a duodenální sondu u dítěte při vědomí,</p> <p>- provádět katetrizaci močového měchýře dívek.</p>

4.3 Vývoj legislativy v oblasti specializačního vzdělání v oboru Dětská sestra

Od 1. září 1981 nabyla platnosti vyhláška č. 77/1981 Sb. MZ ČR ze dne ze dne 21. července 1981, o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví. Dle této vyhlášky mohli střední zdravotničtí pracovníci v oboru dětská sestra získat pomaturitním specializačním studiem specializaci na těchto úsecích práce:

anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče, instrumentování na operačním sále, ošetrovatelská péče o děti, ošetrovatelská péče v dětské psychiatrii, sociální služba, stomatologická péče, výchovná péče a zdravotní výchova obyvatelstva.

V rámci nařízení vlády č. 463/2004 Sb. ze dne 28. července 2004, kterým se stanoví obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí, zůstal zachován pouze jeden obor specializačního vzdělávání v oblasti ošetrovatelské péče o děti, a to ošetrovatelská péče v pediatrii s označením odbornosti specialistů dětská sestra.

Nařízením vlády č. 31/2010 Sb. ze dne 11. ledna 2010 o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí jsou stanoveny dva obory specializačního vzdělávání: ošetrovatelská péče v pediatrii a intenzivní péče v pediatrii. Označení odbornosti specialistů je dětská sestra a dětská sestra pro intenzivní péči.

Z výše uvedené konkretizace jednotlivých oborů specializačního vzdělávání v pediatrii vyplývá, že se počet oborů za posledních 25 let výrazně snížil na stávající počet dvou oborů specializačního vzdělávání.

5 Potřeby pacientů v dětském věku

Léčba dětí se od léčby dospělých liší v mnoha ohledech. Nejde jen o rozdíly ve velikosti lidského těla, ale také o změny, ke kterým dochází během dospívání (Mihál, 2011). Menší tělo kojenců či novorozenat se fyziologicky podstatně liší od těla dospělého člověka. Dítě není jen menší dospělý, dítě je jiné. Má odlišné fyziologické reakce, jiné patologické děje, odlišný metabolismus. Dítě je jiné psychologicky i ve svých sociálních vztazích (Šimek, 2007).

Na jednotlivé potřeby novorozence bychom neměli nahlížet odděleně, ale jako na komplex potřeb. Podle Matějčka (2005) novorozenec potřebuje životní jistotu a ochranu matky, přiměřenou stimulaci podněty z vnějšího prostředí k optimálnímu naladění centrální nervové soustavy s patřičnou přiměřeností pro adaptaci organismu, řád ve věcech a vztazích pro pochopení smysluplnosti světa a existence. Dále novorozenec potřebuje pozitivní objevování vlastního já, přijetí druhými lidmi a možnost projevit svou vůli jako základ sebevědomí a sebedůvěry..

Hlavní rozdíl mezi léčením dětí a dospělých je, že se děti ve většině právních systémů nemohou rozhodovat samy za sebe. Během vývoje se učí vnímat své potřeby, pojmenovat je a říci si o jejich naplnění. Tento proces trvá téměř 20 let. Dítě se učí porozumět světu, buduje si vlastní model světa věcí a sociálních vztahů. Doprovázejí ho rodiče, blízcí lidé, později učitelé, vrstevníci a další lidé. Pomáhají dítěti uspokojovat jeho potřeby, předávají potřebné informace a své zkušenosti se zacházením s věcmi, lidmi, zvířaty. „ Dětství a adolescence je vysoce dynamické období lidského života, ve kterém dítě a mladý člověk řeší spoustu vývojových úkolů (Erikson, 2002, s. 38).“ Dle Vágnerové (2005) potřebuje novorozenec k naplňování potřeb zejména laskavou a včasnou péčí matky, kterou vnímá jako svou sociální skupinu, pevný vztah k jednomu člověku, lidské podněty a včasnou reakci rodičů. Symbiotická vazba s matkou usnadňuje novorozenci adaptaci na svět a představuje základ budoucího pocitu jistoty, jenž je předpokladem osamostatnění.

Dětský pacient vždy vyžaduje individuální přístup zdravotníků. Setkává se s nimi od

narození v pravidelných intervalech preventivních prohlídek v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost a při onemocnění. Většina dětí cítí při návštěvě zdravotnického zařízení nejistotu, strach a úzkost, protože návštěva lékaře bývá často spojena s bolestivými zákroky a vyšetřeními. Chování dítěte v ordinaci je závislé zejména na jeho vrozených temperamentových vlastnostech (Zacharová a kol., 2007). Do ošetrovatelského procesu vstupují s dítětem také jeho rodiče. A proto je důležité získat i jejich důvěru, podat jim dostatek informací a získat je ke spolupráci. Práce s dětským pacientem vychází z „Charty práv hospitalizovaných dětí“, viz Příloha 1. Dítě je přijímáno do nemocnice, pokud je to jen možné, s matkou. Důležité je vysvětlení a podání informací dítěti podle jeho věku a úrovně jeho chápání. Základem pro správné poznání, analyzování a uspokojování potřeb dítěte je zde pro sestru dobrá znalost zákonitostí vývoje dítěte (Sikorová, 2011).

Dětský pacient trpí obtížemi nemoci a odkladem či ztrátou mnoha životních radostí a navíc oproti dospělému dlouhodobější nemoc komplikuje jeho vývoj a může způsobit vážné zaostávání za ostatními vrstevníky. V předškolním období je pro vývoj dítěte rozhodující kontakt s matkou. Dle Matějčka (2005) je důležitá životní epocha dítěte mezi mladším a starším školním věkem, toto období je označováno za střední školní věk. Jedná se o období mezi 10. a 11. rokem. V tomto období probíhá významná diferenciacie identity podle pohlaví a dozrávání instinktivního rodičovského chování vůči malému dítěti. Pro svůj harmonický vývoj potřebuje dítě ve středním školním věku vzory ženského a mužského chování v přirozených podmínkách (Matějček, 2005).

Ve vzájemné komunikaci si staví dítě základy svého porozumění světu, svých vztahů a hlavní pilíře své morality (Vágnerová, 2005). Nemoc dítěti přináší řadu potíží a vytrhuje jej z jeho mikrosvěta a přivádí do neznámého prostředí. Dostává se do péče cizích lidí, kteří k němu mluví pro něj nesrozumitelnou řečí, zápasí se strachem. Strach z neznámého dítě zvládá díky blízkosti člověka, kterému důvěřuje a který je má rád. Získání důvěry dítěte je pro zdravotníka důležitým úkolem (Šimek, 2007).

Prevenčí vztahových poruch, které by se u dítěte mohly objevit, je prenatální rozhovor matky s dítětem, jehož smyslem je, vytvořit si vzájemný vztah a oboustranné návyky na

určité podněty. U rodičů, kteří spolu vytvářejí atmosféru lásky a porozumění a na dítě se těší, dochází ke komunikaci s dítětem spontánně (Langmayer a Krejčířová, 2006).

Dle Bridleyho (1996, s. 37) „období od narození do puberty je klíčovým, schopnost učit se je na nejvyšším stupni pohotovosti“.

5.1 Základní rozdělení potřeb dítěte

Potřeby dítěte se dělí na biologické, emocionální, psychické, sociální, spirituální a vývojové. Mezi základní biologické potřeby dítěte řadíme potřebu kvalitní výživy a potravy, dle věku v přiměřeném množství a kvalitě, dále potřebu vzduchu, tepla, světla, vody, čistoty a ochrany před nemocemi a úrazy, potřebu obydlí a ošacení. Řadíme sem také potřebu dostatku adekvátních podnětů, stimulujících dětský organismus v oblasti nervové, lokomoční, potřebu psychických a komunikačních aktivit, potřebu zdravého vývoje a dostatečné obranyschopnosti – zdravotně preventivní a komplexní léčebná péče, včetně péče rehabilitační a resocializační (Vágnerová, 2005; Sedlářová a kol., 2008). Matějček s nadsázkou uvádí potřebu „dobře se narodit“. Dítě se má narodit zdravé, chtěné, vítané, milované, nadané všemi předpoklady a schopnostmi pro dobrý všestranný rozvoj (Matějček, 2013).

K potřebám emocionálním patří potřeba pozitivní výchovy dítěte a bezpodmínečné lásky, potřeba pocitu jistoty a bezpečí, sociální podpory, pocitu sounáležitosti, jednoho průvodce v útlém dětství, schopnosti empatie, potřeba uvědomělého prožívání situací, dobrého skutku a veřejně prospěšné práce (Vaníčková a kol., 2012).

5.2 Psychologické potřeby dítěte

Na biologické potřeby navazují psychologické potřeby – potřeba rozvoje intelektu, citu,

vůle, chování, interakce s okolím, chápání sebe i ostatních, potřeba osamostatnění. Patří sem potřeba stimulace v přiměřeném množství a kvalitě a v pravý čas, potřeba učení se na základě podnětů a smysluplných zkušeností, které mají řád a smysl, potřeba vlastního já. Dítě si kolem 2. a 3. roku vytváří představu o své osobě, o tom, jak ho vnímá okolí, co oceňuje a co odsuzuje. Vytváří se sebevědomí dítěte. Potřeba jistoty je uspokojována matkou, na základě vztahu s matkou se utvářejí další citové a sociální vztahy, potřeba emocionální umožňuje prožívání pocitu důvěry a bezpečí v blízkosti známých lidí, potřeba otevřené budoucnosti dává životu smysl. Jde o rozpětí mezi nadějí a beznadějí. Kritický bývá předškolní věk v případě vážné nemoci se špatnou prognózou (Sikorová, 2011). Podle Matějčka (1994) je potřeba otevřené budoucnosti základní duševní potřebou a tato potřeba je ohrožena například při rozvodu rodičů. Nejde jen o odloučení rodičů, ale u jednoho z rodičů o omezení možnosti jednat, což budí napětí, dochází k frustraci a rodič se může prosazovat ve zlém, místo aby se podílel na budoucnosti dítěte v dobrém. K odloučení od dítěte může dojít i z jiných důvodů - pro vážnou nemoc rodičů, invaliditu, duševní onemocnění apod.

5.3 Sociální potřeby

Sociální potřeby a dovednosti jsou nezbytné pro socializaci člověka. Mezi tyto potřeby patří potřeba lásky a bezpečí poskytovaná vlastním člověkem, potřeba přijetí, potřeba identifikace s vlastním člověkem, potřeba podpory rozvoje schopností a dovedností dítěte, potřeba umění překonávat překážky v životě dítěte i v bezprostředním okolí, potřeba rozvinout všechny síly a schopnosti dítěte a potřeba osvojit si zdravý životní styl (Dunovský, 1999). Do sociálních potřeb dítěte můžeme zařadit potřebu zajištění bydlení, tzv. vlastního prostoru dítěte, a dále potřebu ochrany před všemi formami násilí, zvládnání stresových situací v různém sociálním prostředí, porozumění vnitřním a vnějším rozdílům a vzorům pravidel chování při verbální i neverbální komunikaci (Vaníčková a kol., 2012). „Dítě je aktivním subjektem, jenž interpretuje podněty z okolí a na tyto vytvořené obrazy reaguje. V interakci

s nejbližšími se podílí na modifikování rodinných rolí, přispívá k socializaci rodičů jako rodičů, a tím zpětně působí na formování role vlastní“ (Havlík a Kořa, 2002, s. 65). Rodina, ve které dítě vyrůstá, není jen vnějším prostředím dítěte, ale odráží se v celém jeho dalším životě. Nejdůležitější je, zda se mají členové rodiny vzájemně rádi, zda spolu aktivně tráví společný čas, jak se k sobě vzájemně chovají a komunikují spolu, a jak řeší neshody a potíže. Rodina je tak pro dítě zdrojem postojů a názorů, které jednou ovlivní jeho vlastní budoucí rodinu a výchovu jeho dětí (Helus, 1987).

5.4 Spirituální potřeby dětí

Spiritualita je důležitá v životě každého člověka. Jedná se o touhu vztahovat se k hodnotám, které člověka přesahují, o které se může opřít a které dají jeho životu konečný smysl (Langmajer a Krejčířová, 2006). Patří sem potřeby sebepojetí, životního příběhu, rodinných vztahů, paměti, svědomí a potřeba hierarchie životních hodnot (Vaníčková a kol., 2012). Dle Matějčka (2005) je náš vztah k Bohu podstatně ovlivněn schopností zprostředkovávat prožité zkušenosti, dítěti je zprostředkovávají blízké osoby. Patří sem např. víra v uzdravení, v pokrok medicíny a vědy, víra v nadpřirozenou bytost a síly, víra v posmrtný život, náboženství, víra v přírodní síly. Pro správný vývoj dítěte je třeba, aby se mohlo na své nejbližší zcela spolehnout a bezmezně jim důvěřovat. Nezastupitelná je zde role prarodičů, udržuje hluboké sdílení mezi generacemi, rituály, základní důvěru v život a naději, že vše bude dobré, zprostředkovává poznání, že život má smysl (Hauserová-Schonerová, 1996).

Základem sebeúcty a optimismu je tvořivost, rodiče ubezpečují děti o hodnotě a důležitosti jejich podstaty. Tvořivost je závislá na soukromí – dítě prožívá svou činnost jako důležitou a strach a obavy z kritiky dospělých si nese dlouho s sebou v paměti. Rodiče poskytují dětem různé prostředky k projevům tvořivosti, zaujímají pozitivní stanoviska k sebevyjadřování, přiznávají jim právo hrát si a podporují jejich individualitu v souladu

s normami chování rodiny a ve vyváženém poměru s potřebou adaptability. Tím, že rodiče podporují tvořivost dětí, zvyšují jejich sebevědomí a schopnost úspěšně komunikovat, dovolují dítěti projevat svoje city bez obav. Děti se pak naučí více si uvědomovat city druhých lidí a dovedou na ně reagovat. Dovedou se pak lépe a pružněji rozhodovat při řešení různých společenských situací, nedělá jim problém požádat o to, co potřebují, vysvětlit ostatním, čemu dávají přednost. Umění vyjadřovat své city společensky přijatelným způsobem patří k základním životním dovednostem a je základem pro flexibilitu a přizpůsobivost. S rozvojem talentu a dovedností působí v dětech současně i proces tvořivosti a vytváří v nich vědomí integrity. Patří sem povzbuzování dětí k tvořivému vyjadřování a poskytnutí potřebného prostoru pro rozhodování. S rozvojem tvořivosti se naučí děti vážit si samy sebe. Sebeúcta je podmínkou uplatnění osobní integrity, což znamená, že v jeho rozhodování se odráží to, v co věří a co cítí. Proto je velmi důležité, aby děti mohly doma svobodně tvořit a pracovat na tom, co si samy vybraly a oddávat se své fantazii, budují si tak základ pro osobní integritu (Bean, 1995). Autoři Hart a Schneider (1997) v publikovaném review, kde bylo diskutováno o duchovních intervencích u onkologicky nemocných dětí, poukazují na to, že duchovní péče má být v souladu s psychosociálními potřebami nemocného dítěte a přizpůsobena vývojovému stadiu dítěte. Sestra má respektovat spiritualitu dítěte a vnímat dítě a jeho rodinu jako celek, měla by vědět, jaké ztráty nemocné dítě prožívá. Ošetřovatelské intervence sestry jsou zaměřeny na znovuzískání pocitů dítěte před onemocněním. Při plánu ošetřovatelské péče je sestra citlivá a snaží se získat důvěru dětského pacienta, který je pak jejím spolurozhodujícím partnerem. Je brán ohled na náboženskou orientaci a hodnotový systém dítěte (Hart a Schneider, 1997).

Hodnotový systém dětského pacienta se v jednotlivých věkových skupinách neustále mění životními zkušenostmi a prožitky. Velkou roli zde hraje prostředí a vztahy, ve kterých dětský pacient žije. Sestra má při uspokojování spirituálních potřeb dítěte nahlížet na dětského pacienta jako celek bio-psycho-sociální a spirituální. Při nemoci dítěte, která je náročnou životní situací, dochází k přehodnocení a ke změně žebříčku hodnot. Nastává hledání nové cesty řešení náročné situace. Dětský pacient potřebuje pomoc, útěchu, oporu,

radu a povzbuzení. Dobrá komunikace a navázání důvěrného vztahu s dětským pacientem sestře pomůže orientovat se v pocitech, motivech, cílech, přáních a hodnotách dítěte (Marešová, 2009).

5.5 Vývojové potřeby dětí

Vývojové potřeby pomáhají udržovat dosaženou úroveň života dítěte v optimálním stavu, vedou k činnostem, kterými se mysl sama rozvíjí. Motivují k činnostem, které prostřednictvím učení aktivizují vnitřní možnosti jedince a pokračují v dalším rozvoji dítěte. Jedná se o touhu sportovat, naučit se jazyk, hrát na hudební nástroj a mnoho dalších potřeb a tužeb. Mnohé potřeby a tužby vyblokuje cíl původně nezamýšlený, společensky těžko přijatelný, například sběratelstvím je kompenzována touha po zisku a podobně. Vývojové potřeby dítěte se mění v čase, jsou závislé na růstu a rychlosti vývoje dítěte, na jeho odchylkách. Důležitou podmínkou správného vývoje dítěte je motivace, která vede dítě k vyhledávání a poznávání nových skutečností, poznatků a činností (Vágnerová, 2005).

Jsou-li potřeby dítěte uspokojovány, pozitivně ovlivňují nálady, emoce, touhu po poznávání a posiluje se sebevědomí a sociální vztahy (Sedlářová a kol., 2008). Dítě je veselé, otevřené, směje se, kontroluje své afekty přiměřeně věku. Počíná schopnost empatie. Dítě si věří, ale respektuje druhé. Přebírá zodpovědnost za sebe a své chování. Pracuje klidně, vyjadřuje se plynule, projevuje zvědavost a tvořivost. Je schopno usuzovat, řešit problémy, vytvořit si vlastní názor, není snadné ho ovládnout či indoktrinovat. Vzniká stálá a stále se rozvíjející schopnost kritického myšlení (Dunovský, 1999; Sikorová, 2011).

5.6 Práva dětského pacienta

Prvním dokumentem, který upravoval postavení dítěte ve společnosti, byla Ženevská

deklarace práv dítěte přijatá roku 1924. Dalším dokumentem přijatým roku 1959 v Chicagu byla Charta práv dítěte, přiznávající dítěti láskyplnou matčinu péči. Úmluva o právech dítěte z roku 1989 měnila postavení dítěte ve společnosti na rovnocenného partnera dospělých s nároky na všechna lidská práva, svobody a uznání práva na co nejvyšší úroveň zdraví. Naše republika tuto Úmluvu začala naplňovat roku 1993. Roku 1989 byla schválena také Charta práv hospitalizovaných dětí, obsahuje deset bodů, které vymezují práva dítěte při péči zdravotníků s ohledem na potřeby dítěte a jeho rodiny. Roku 1990 byla přijata Světová deklarace o přežití, ochraně a rozvoji dětí (Sikorová, 2011).

Mezi základní práva dítěte patří prosazování nejlepšího zájmu dítěte, nepostradatelný význam rodiny, nepřístupnost diskriminace, maximální ochrana před nepříznivými vlivy a podmínkami, a to již před narozením, plná právní subjektivita a respektování názoru dítěte, je-li ho schopno vyjádřit, právo na vzdělání (Úmluva o právech dítěte, 2009). „Při poskytování zdravotní péče dětským pacientům mají jak pacienti a jejich právní zástupci, tak poskytovatelé péče, sestry a lékaři stejná práva a povinnosti. Jejich znalost a dodržování ovlivňuje vzájemný vztah důvěry, který se výrazným způsobem podílí na spokojenosti s poskytovanou péčí i na hodnocení výsledku medicínského snažení“ (Vondráček, 2007, s. 65).

Práva pacienta jsou všeobecně známa, jde o laické i zdravotnické veřejnosti všeobecně dostupný etický kodex. V současné době se o něm často diskutuje. Především nemoc dítěte je vážnou situací, která ovlivňuje celé jeho okolí, nejen rodinu. Zde může důsledná aplikace práv dítěte zmírnit dopady spojené s tíživou životní situací, která se pojí k nemoci dítěte (Zacharová, 2010).

První Charta práv nemocných byla vyhlášena v USA již v roce 1972. Po jejím vyhlášení bylo nezbytné, aby zdravotníci konkrétně vymezili, na jakou péči má nemocný právo, jaká péče mu musí být poskytnuta. Jako reakce na vyhlášení práv nemocných proto začaly vznikat první standardy ošetrovatelské péče, které postupně vymezovaly kvalitu standardní léčebné i ošetrovatelské péče. Česká verze etického kodexu Práva nemocných byla koncipována na základě vzorových práv pacientů, která zveřejnil Americký svaz občanských svobod v roce

1985. Definitivní verze Práv pacientů, která respektuje česká specifika, vznikla na základě výsledků široké diskuse odborné veřejnosti. Byla formulována a vyhlášena Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví ČR dne 25. února 1992 (Charta práv hospitalizovaných dětí, Nemocnice České Budějovice, 2016).

Česká verze charty Práva hospitalizovaných dětí vychází z textu Charty práv dětských pacientů britské organizace NAWCH (National Association for the Welfare of Children) a z Charty práv hospitalizovaných dětí, která byla schválena na I. evropské konferenci o hospitalizovaných dětech v roce 1988. Materiál v tomto znění podpořila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví ČR v roce 1993. I když zatím nemá oficiální charakter, mnoho zdravotnických zařízení a zdravotníků ji u nás v zájmu lepší péče o děti respektuje. Plné znění Charty práv hospitalizovaných dětí je uvedeno v Příloze 1.

5.6.1 Úmluva o právech dítěte

Úmluva o právech dítěte byla přijata Valným shromážděním OSN 20. listopadu 1989, je to konvence platná mezi všemi národy, která stanovuje základní občanská, politická, ekonomická, sociální a kulturní práva dětí, prosazuje rovné příležitosti pro všechny děti bez ohledu na to, kde žijí. V této úmluvě se vyskytují dva hlavní body, a to práva dítěte a povinnosti státu.

Mezi hlavní práva dítěte patří: právo na život, právo na jméno, právo poznat své rodiče a být jimi vychován, svoboda projevu a svobodný přístup k informacím, svoboda myšlení a náboženského vyznání, svoboda sdružování a pokojného shromažďování, právo na ochranu soukromí. Děti mají právo chodit do školy, žít v bezpečném prostředí, být v kontaktu se svou rodinou, dostat tu nejlepší možnou péči v případě nemoci, mít prostor pro své dětské hry a sny. Děti mají právo na ochranu před násilím, ponižením a vykořisťováním, právo na výhody sociálního zabezpečení, právo na životní úroveň potřebnou pro svůj rozvoj, právo na vzdělání, právo na využívání vlastního jazyka, právo na odpočinek a volný čas, právo na ochranu před

nebezpečnou prací (Úmluva o právech dítěte, 2009).

Povinností státu vzhledem k dítěti patří například to, že stát musí přijmout opatření ke snížení dětské úmrtnosti, k zajištění podpory vzdělání, které je buďto bezplatné, nebo je dítěti v případě nutnosti poskytnuta finanční pomoc, k ochraně dětí před mučením, zbavením svobody, k podpoře reintegrace dětí, se kterými bylo nelidsky zacházeno, k zajištění odpovídající péče matce před porodem a mnoho dalších. Porušování těchto práv je trestné. (Úmluva o právech dítěte, 2009). Další informace o Úmluvě o právech dítěte jsou uvedeny v Příloze 2.

Dítě má také své povinnosti. Je povinno respektovat a ctít své rodiče. Žije-li ve společné domácnosti s nimi, je povinno podle svých schopností jim pomáhat. Také je povinno přispívat na úhradu společných potřeb rodiny, má-li vlastní příjem (Vondráček, 2007).

5.6.2 Organizace pro ochranu dětí

V České republice pracují organizace pro ochranu dětí, které se zasazují o plnění dětských práv u nás, ale i o veřejné povědomí o dětských právech. Jedná se zejména o tyto organizace: Bílý kruh bezpečí, Sdružení zastánců dětských práv, Nadace Naše dítě, Liga lidských práv, Sdružení Linka bezpečí dětí a mládeže, Servis pro práva dítěte, Středisko náhradní rodinné péče, Výbor pro práva dětí při Radě vlády pro lidská práva Úřadu vlády ČR, Českého výboru pro UNICEF, Společnost pro ranou péči a další.

Linky důvěry jsou důležité pro děti, které mají nějaké problémy a bojí se s nimi svěřit svým rodičům nebo mají problémy se svými rodiči (více viz Příloha 3). Při sdružení Linka bezpečí a důvěry dětí a mládeže vznikl roku 2004 Vzdělávací institut ochrany dětí. Tato instituce je projektem podpořeným Evropskou Unií. Jejím posláním je zkvalitnění a podpora vzdělávání v oblasti ochrany dětí, vzdělávací a školicí činnost pro profesionální pracovníky, studijní programy, prezentace a semináře, výzkumná dokumentační a publikační činnost v oblasti prevence patologických jevů v ochraně dětí, odborné poradenství.

Hlavní úlohou UNICEF ČR v oblasti dětských práv je seznamovat veřejnost se situací dětí, prosazovat dětská práva na legislativní úrovni a upozorňovat kompetentní orgány na situace, které dodržování dětských práv ohrožují.

V České republice funguje od roku 1992 Sdružení Klíček. Jde o dobrovolnou neprofesionální organizaci, sdružující své členy z řad občanů bez rozdílu věku, národnosti, víry či společenského postavení, jejichž postoje jsou blízké ideálům Nadačního fondu Klíček a kteří se chtějí aktivně podílet na pomoci nemocným dětem a jejich rodinám (Sdružení Klíček, 2015).

Již 25 let (od roku 1990) existuje v naší republice profesionální Společnost pro ranou péči, podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, patří mezi služby sociální prevence a je poskytována klientům zdarma. Je jedním z nejvýznamnějších poskytovatelů služeb rané péče. Ranou péči zajišťuje u nás pět středisek v krajských městech: v Praze, Brně, Ostravě, Olomouci a Českých Budějovicích. Poskytuje odbornou pomoc a poradenství rodinám, které pečují o dítě postižené nebo ohrožené nepříznivým vývojem v raném věku, zpravidla jde o dítě se zrakovým nebo kombinovaným postižením do věku 7 let dítěte. Další informace jsou uvedeny v Příloze 4 (Tušlová, 2015).

6 Systém péče o děti a dorost v České republice

Zdravotnictví je všude v Evropě státní zakázkou. Jeho chod je řízen přesnými a přísnými pravidly, zakotvenými v zákonech. Péči o pacienty dělíme na ambulantní a lůžkovou. Primární péči poskytují v ČR praktičtí lékaři pro dospělé, praktičtí lékaři pro děti a dorost, ambulantní gynekologové, stomatologové, lékařské služby první pomoci, agentury domácí péče a lékárny. Lůžková péče nastupuje tam, kde není již řešením pokračovat v ambulantní léčbě a je nezbytná hospitalizace pacienta. Dělí se na akutní a intenzivní péči v případech náhlých onemocnění a urgentních stavů, a péči standardní, která je poskytována neakutním pacientům při zhoršení stavu s nutností hospitalizace. Třetí skupinou je následná lůžková péče, která je poskytována pacientům již stabilizovaným nebo indikovaným k dalším vyšetřením. Čtvrtou skupinou je dlouhodobá lůžková péče. Ta je poskytována pacientům, jejichž zdravotní stav se bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče zhoršuje. V rámci dlouhodobé lůžkové péče lze provádět též intenzivní ošetrovatelskou péči u pacientů s poruchou základních životních funkcí (Zákon 372/2011 Sb., § 5, Druhy zdravotní péče).

6.1 Primárně preventivní péče v ČR

Základem každého vyspělého zdravotnictví je primárně preventivní péče. Je zaměřená na podporu zdraví a prevenci chorob. Přináší nejlepší výsledky zdravotní péče s nejnižšími náklady a maximální spokojenost klientů. Primární péče je naší největší nadějí do budoucnosti (Šebková, 2015). V pediatrii je kladen největší důraz na sledování a podporu normálního růstu a vývoje dítěte. Porozumění zákonitostem růstu a vývoje jedince je pro primární prevenci východiskem pro včasné odhalení odchylek a jejich možných příčin. Význam preventivní péče je nepochybný a z ekonomického hlediska přínosný, a to pro jednotlivce i stát. Tento obor primární péče má velmi dobré výsledky, brání zbytečným hospitalizacím a přináší úspory v systému zdravotní péče (Hovorka, 2015). Intervence

preventivní pediatrie začínají už v prenatálním období dítěte, snaží se zamezit kontaktu těhotných žen s infekcemi, patogeny, kouřením, alkoholem, návykovými látkami, ale i psychickými a sociálními stresy. Po porodu se prevence zaměřuje na minimalizaci vzniku nozokomiálních nákaz a prevenci sociálních stresů. Nemocnice podporují společnou hospitalizaci matky s dítětem, tzv. „Roaming in,“ pro-laktační program a ošetřování v systému „Baby friendly hospital“ (Velemínský, 2005). V kojeneckém věku se prevence zaměřuje na správnou výživu a sleduje psychomotorický vývoj dítěte, v této době probíhá většina povinných očkování. V batolecím věku se soustřeďuje na vývoj jemné a hrubé motoriky, vývoj řeči. Nebezpečím tohoto věku je riziko otrav a úrazů. Předškolní prevence sleduje připravenost dítěte do školy, tzv. školní zralost, smyslové vady, neurózy a ortopedické anomálie. Prevence ve školním období je zaměřena na předcházení poruchám chování, závislostí, neuróz, ortopedických vad a prevenci sexuálně přenosných nemocí. Preventivní medicína je integrovanou součástí léčebně preventivní péče zahrnující podporu zdraví, prevenci nemocí, léčbu, rehabilitaci a podpůrnou péči pacientům. Primární péče je koordinovaná, komplexní zdravotně sociální péče (Seifert a kol., 2004).

6.2 Cíle praktického pediatrického lékařství

Systém zdravotní péče je nastaven zdravotní politikou státu. Vychází ze zásad a usnesení Světové zdravotnické organizace. Důraz je kladen na právo všech lidí na kvalitní zdravotní péči, ale zároveň též na aktivní zapojení široké veřejnosti do péče o zdraví a převzetí zodpovědnosti za ně. V primární péči je nejširší prostor pro možnost pozitivně ovlivňovat myšlení, chování a postoje obyvatelstva. Poskytovateli primárně preventivní péče jsou lékaři a sestry v praktických ordinacích (Fait a kol., 2008).

V praktickém pediatrickém lékařství jsou nejdůležitější preventivní prohlídky. Je jich celkem 19, z toho polovina v prvním roce života dítěte. Jejich četnost je stanovena nyní především metodikou zdravotních pojišťoven (Svaz zdravotních pojišťoven, 2015). Jde při

nich o podstatná vyšetření, která mohou odhalit různá onemocnění ještě v době, kdy na ně laik nepřijde, přičemž vznik a vývoj onemocnění lze většinou ovlivnit. Jde zejména o kardiovaskulární choroby (u dětí se jedná většinou vrozené vývojové vady), diabetes či onkologická onemocnění. Pediatr zná rodinné prostředí dítěte a na možná zdravotní rizika se intuitivně soustřeďuje. Každé vývojové období dítěte je specifické a má svou vlastní problematiku. Součástí každé preventivní prohlídky je edukace matky, zejména na téma psychomotorického vývoje jejího dítěte a na otázky zdravé výživy.

V České republice proběhly v posledních osmi letech čtyři studie Společnosti pro výživu, ve kterých byly identifikovány nedostatky současné výživy českých dětí. Tláškal (2016) uvádí, že nevyvážený způsob stravování dlouhodobě ovlivňuje zdravý vývoj dětí až do dospělosti. Jedná se o zvýšený výskyt civilizačních onemocnění jako je obezita, hypertenze, rezistence na inzulin a další s tím související choroby. Praktický lékař a sestra zde mohou vhodnou edukací a poradenstvím mnohé včas příznivě ovlivnit.

6.3 Současný stav a hlavní problémy v praktickém lékařství

Praktičtí lékaři pro děti a dorost (PLDD) a praktičtí lékaři pro dospělé (PL) zajišťují většinu primární péče (Cabrnach, 2015). Ta má být snadno dostupná, bez kulturních či ekonomických bariér. Primárně preventivní péče je orientována na celého člověka, nejen na jeho nemoc (Provažník a kol., 1998). Zvláště praktičtí lékaři pro děti a dorost vnímají pacienta v kontextu rodiny, jejího sociálního a kulturního zázemí (Seifert a kol., 2004).

Současný trend je nasměrován k obnovení rodinných lékařů. Odbornost praktický lékař pro děti a dorost by následně byla pravděpodobně zrušena - není jasné, zda by se praktičtí lékaři pro děti a dorost mohli rekvalifikovat na lékaře rodinné, a v jakém časovém úseku by mohli splnit všechny předepsané stáže a zkoušky. Otázkou také je, zda by se jim to vyplatilo, neboť vše je zcela v jejich ekonomické režii. Praktičtí lékaři pro dospělé budou též v nelehké situaci, ze dne na den budou muset převzít dětské pacienty a konat pro ně zcela nezvyklou

práci. To vše přichází v situaci, kdy lékařský terén začíná být poddimenzovaný. Již teď je velký nedostatek zvláště terénních pediatriů, ale ani v nemocnicích není situace lepší. Kongres primární péče potvrdil oficiální data podle údajů ÚZIS, k 31. 12. 2012 v naší republice působilo 2059 lékařů pro děti a dorost. Na každého průměrně připadá tisíc registrovaných pacientů. PLDD do 40 let bylo jen 76, zato ve věku nad šedesát let bylo 711 lékařů, muži byli zastoupeni 14 %, ženy 86 %. Některé praxe v příhraničí bez náhrady zanikly, například v jižních a severních Čechách a Moravskoslezském kraji. Někteří dětské lékaři další nové pacienty nechtějí registrovat, protože jich už mají mnoho a nestačili by se jim dostatečně věnovat. Rodiče pak musí s dětmi dojíždět k lékaři do větších vzdáleností. Mladé rodiny s dětmi se častěji stěhují do větších měst za práci, a proto se vesnice vyliďňují, praktikům zde pacienti rychle ubývají a ordinace mají ekonomické potíže (Klimovičová, 2014).

Nedostatek praktiků bude brzy citelný, již teď praktičtí lékaři pro dospělé a praktičtí stomatologové nepřibírají nové pacienty. Systém tzv. celoživotního vzdělávání je příliš komplikovaný a pro lékaře též ekonomicky neúnosný. Minuly již doby, kdy obvodním lékařem mohl být každý bez ohledu na svůj původní obor. Dnešek spíše nakládá na lékaře stále nová břemena, v menších městech a pohraničních oblastech jsou vysoké náklady na provoz ordinace a plat sestry a celkově malý počet registrovaných pacientů, pak o tato místa není žádný zájem. Podle mého názoru se v těchto oblastech situace nezmění, ani po bodovém navýšení ze strany pojišťoven, jak je plánováno. Praktičtí lékaři jsou ve velké většině v předdůchodovém a důchodovém věku, ještě hůře jsou na tom praktičtí lékaři pro děti a dorost, v této skupině jich řada už roky přesluhuje. Například v našem okolí na jižní Moravě a v sousedním kraji Vysočina se několik ordinací úplně zavřelo, pacienti si museli vyhledat jiného praktika, zejména lékaři PLDD jsou již ve vysokém věku a už o desítku let překročili důchodový věk. Podobná situace je i v ostatních krajích. Praktici nemají komu svou praxi předat (Hulleová, 2015). Dalším faktem je, že se v České republice trvale snižuje porodnost, v roce 2013 byl počet živě narozených dětí u nás o 2409 nižší než počet zemřelých. V roce 2014 se sice narodilo o 4195 dětí více, než kolik lidí zemřelo, ale už v loňském prvním

čtvrtletí počet zemřelých převyšil narozené dokonce o 4919 osob. Letošní bilance bude ještě zápornější, neboť do věku rodičů přichází slabší ročníky žen. Statisticy a demografové uvádějí, že tato nepříznivá situace bude pokračovat několik dalších desetiletí. V současné době se u nás rodí kolem sto tisíc dětí za rok, ale podle prognóz na období let 2040 až 2075 to může být jen 60 až 85 tisíc (Hulleová, 2015). Mezi důležité ukazatele péče o děti patří kojenecká úmrtnost, tj, podíl počtu živě narozených dětí zemřelých do konce 1. roku života. Česká republika patří mezi státy s nejnižší KÚ. Poslední údaje jsou kolem 3 promile (Muntau, 2009). V posledních letech je upozorňováno na globální stárnutí populace, mění se strukturu rodin, zvyšuje se počet rodin neúplných. V naší postmoderní společnosti vstupuje do popředí individualismus, emancipace žen, vyšší zaměstnanost žen, ale také vyšší rozvodovost. Pacient je více aktivní, je lépe informován o svých právech a možnostech (Festová a kol., 2010).

6.4 Vzdělávání a specializace pediatriů

Obor pediatrie má k dnešnímu dni dva hlavní podobory: Dětské lékařství a Praktické lékařství pro děti a dorost. Atestovaný lékař v podoboru Dětské lékařství by měl mít teoretické znalosti a praktické dovednosti nezbytné k samostatné práci na dětských odděleních (klinikách). Absolvování specializovaného vzdělávání v podoboru Dětské lékařství je nezbytné pro vstup do vyšších specializací, kterých je u nás zatím více než v jiných zemích EU. Jedná se o neonatologii, dorostové lékařství, dětskou neurologie, dětskou gastroenterologii, dětskou kardiologii, dětskou pneumologii a mnoho dalších specializačních oborů. Praktický lékař pro děti a dorost atestací získává způsobilost k výkonu samostatné ambulantní praxe. Zvláštní důraz v podoboru PLDD je kladen na prevenci. Ta tvoří plnou polovinu náplně práce PLDD a dětské sestry, jak bude popisováno dále. Preventivní charakter oboru podtrhuje klíčovou úlohu pravidelných prohlídek a očkování. Vše je u nás citelně limitováno metodikou zdravotních pojišťoven, které neumožňují konání

preventivní prohlídky častěji než jedenkrát za 2 roky, s výjimkou kojenců. Daný stav není optimální a chybějící preventivní prohlídky nenahradí ani plánované znovuzavedení povinných školních prohlídek. Školní prohlídky by byly krokem zpět, do systému nedávno minulého. Navíc je není možno sladit se systémem, kdy pacient je povinně registrován u jednoho PLDD (Lébl a kol., 2007).

Pediatrická péče v EU míří ke sjednocení. Dle článku 24 Úmluvy OSN každé dítě má právo na kvalitní pediatrickou péči. Zatím poslední verze jednotného vzdělávání v pediatrii v Evropě je z roku 1998. Její inovace a aktualizace vyplývá z potřeby vytvořit základ pro lékaře, kteří budou pečovat o dítě v první linii. U nás jsou to nemocniční pediatrii a praktičtí lékaři pro děti a dorost. Skupina European Board of Pediatrics navrhuje společný vzdělávací kmen v trvání tří let, společný všem pediatrům. Následuje dvouleté curriculum, které je již odlišné pro pediatriy nemocniční a terénní. V ČR je dosud platný dvouletý kmen a navazující dvouletá příprava, jiná pro nemocniční pediatriy a jiná pro PLDD. Postgraduální studium dětského lékaře je tedy u nás čtyřleté, zatímco v Evropě je doporučený tříletý pediatrický kmen. Současný stav není v rozporu evropskou legislativou. Problém je v odchodu mladých lékařů do Evropy (Šebková, 2015).

6.5 Spolupráce mezi dětskou sestrou a praktickým lékařem pro děti a dorost

V ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost pracuje tandem dětský lékař – sestra. Jejich činnosti se při dobré spolupráci doplňují. Vztah lékaře a sestry se radikálně změnil, systém jednostranné podřízenosti nahradila vzájemná spolupráce, vzájemná komunikace a rozdělení kompetencí (Bártlová a kol., 2010).

Dětská sestra se podílí na preventivní, primární a speciální péči. Pracovní náplň zahrnuje dále návštěvní službu, administrativní činnosti a tzv. ranní aktivity (odběry krve, biologického materiálu, kultivace). Ordinační doba dětské ordinace činí v průměru 35 hodin týdně. Ordinační doba má být strukturovaná. Zvláště je třeba oddělit prevenci a poradnu od

kurativy, aby na preventivní prohlídky nechodily matky s malými dětmi mezi pacienty s virózami. Časovou organizaci chodu ordinace má na starosti sestra. Rozesílá pozvánky na preventivní prohlídky a očkování, v době kurativy dohlíží na pacienty a rodiče v čekárně. Sestra je prostředníkem mezi lékařem a pacientem, pomáhá pacientovi vytvářet důvěru k lékaři (Bártlová, 2005b).

6.6 Image dětské sestry

Povolání sestry prošlo v minulosti i nyní řadou složitých historických i sociologických změn. Sestra by měla věřit ve spoji profesi a mít zdravou sebedůvěru, což by měla její image vyzařovat (Bártlová a kol., 2010). Interní image je individuální pohled sestry na sebe samu a na profesi ošetřovatelství. To, jak sestra sama o sobě smýšlí, se následně promítá do verbální a hlavně neverbální komunikace. Neverbální komunikaci představuje úprava sesterské uniformy a zejména přístup sestry k pacientovi – pohledy, mimika, gestika, posturologie a haptika. Externí image je způsob, jak vnímá sestru veřejnost, média a legislativní orgány. V průběhu století se externí image měnila takto: do 1. světové války byla sestra milosrdným andělem a podle vzoru Florence Nightingalové, vzdělanou ženou a obhájkyní práv pacientů. Do 2. světové války byla sestra levnou pracovní silou a skromnou, ochotnou služkou. Za 2. světové války se sestra stala hrdinkou, která je schopná samostatného rozhodování. Po válce získává sestra vysoký společenský status, je sympatizující obětavou ženou, která obětuje sama sebe. V době komunistické éry je na sestru pohlíženo jako na sexuální symbol, jako na nespolehlivou, neprofesionální a málo inteligentní ženu. Sestry a sesterské organizace od roku 1990 bojují o novou image sestry profesionálky, která je vysokoškolsky vzdělaná, inteligentní, samostatná, empatická, progresivní, asertivní a je rovnocennou členkou léčebného týmu, nejen pouhou pomocnicí lékaře (Příkrylová, 1993). Sesterské povolání má svou vážnost a respekt, vždyť provází člověka od narození, celým životem až po jeho odchod ze života. Není to povolání snadné, je nesmírně zodpovědné. A bez ohledu na problémy

společenské a politické nejvíce záleží na osobnosti sestry a jejím odhodlání a obětavosti, které do své profese přináší (Haškovcová a Pavlicová, 2014).

Image dětské sestry je po celou historii stejné v tom, že je spojeno se silně vžitou představou, že sestra je pro pacienta tou nejbližší osobou. Její vysoce odborná péče má též složku laskavosti, slušnosti a ochoty. Role dětské sestry vyžaduje každodenní stoprocentní nasazení, silnou motivaci, sebevzdělávání formální i neformální. Dalšími faktory, které ovlivňují image sestry, je přístup k pacientovi vyjadřující empatii, respekt a ochotu. Samozřejmostí je profesionální vystupování, vysoká odbornost a výborné znalosti klinické a komunikační. Sestra má naslouchat i srdcem, sledovat také neverbální projevy pacienta. Má mít zdravé sebevědomí a být aktivně se účastnit seminářů a kongresů (Plevová a kol., 2011b).

6.7 Význam komunikace a etiky v ambulantní praxi

Sestra používá komunikaci k získání informací, k motivaci, edukaci a navození důvěry ze strany pacienta (Plevová a kol., 2011b). Chceme-li porozumět lépe člověku, musíme sledovat nejen to, co říká, ale i to, co vyjadřuje řečí těla. Verbální a neverbální komunikace tvoří jeden celek (Křivohlavý, 1988). Řeč má svou etickou stránku, dotýká se vědomí a sebevědomí člověka. Může se stát, že neverbální komunikace vypovídá o něčem jiném, než co říkáme svými slovy. Právě empatie je založena na intenzivním zpracování neverbální komunikace (Staňková, 2004; Křivohlavý, 1997).

Empatie sestry se skládá ze dvou částí, jednak z poznávací části, sestra se snaží rozeznat, v jakém duševním stavu se pacient nachází a jakou má náladu, co právě potřebuje a co očekává, jaký je způsob jeho myšlení. Druhá část je emocionální, znamená vcítění se sestry do psychického stavu pacienta, tyto dvě části nemůžeme oddělit, protože se vzájemně prolínají (Kristová, 2008). Projevovat empatii tzv. srdcem, nejen vnímat sluchem a zrakem signály neverbální komunikace platí u dětí dvojnásob. Je zde prostor pro navázání kontaktu

a získání pozornosti, pro zmírnění strachu a úzkosti, pro poskytnutí pocitu jistoty a bezpečí (Matějček, 1996).

I když jsme dobře vybaveni psychologickými poznatky o tom, jak jednat s lidmi, často se soustředíme sami na sebe a málo vnímáme komunikující protějšek. Nevidíme postoj či pohled pacienta. Máme dojem, že jsme situaci zvládli, ale pacient takový dojem nemá, neboť vycítil strojenost a bezmyšlenkovost naší komunikace. Jednejme tedy více citem než rozumem. Stačí si uvědomit, že také v našem osobním životě jsme se tímto mnohokrát řídili (Lewi, 1985).

V posledních letech se klade mimořádný důraz na komunikaci jak mezi zdravotníky, tak mezi zdravotníky a pacienty. Narůstá však administrativní zátěž a management ve zdravotnictví je soustředěn více na výkony zdravotníků a ekonomické zájmy. Na komunikaci s pacientem a situační etiku není dostatek času. V moderním ošetřovatelství je kvalitní základní péče, kvalitní kontakt s pacientem a míra jeho psychické a fyzické pohody stejně důležitá jako kvalitní diagnosticko-terapeutická péče (Haškovcová, 2000).

Komunikace sestry s dítětem a rodičem vyžaduje značnou dávku trpělivosti, důslednost, upřímnost, lidskost, schopnost naslouchat a profesionálně vystupovat. V ambulanci je požadována při komunikaci nejen řádné oslovování pacientů a elementární slušnost, ale také takt a ohleduplnost. Důležitý respekt k důstojnosti nemocného. „Komunikace s nemocným dítětem je ovlivněna vždy charakterem a typem onemocnění a intenzitou klinických příznaků, ovlivňuje momentální prožívání i psychický stav dítěte“ (Plevová a Slowik, 2010, s. 63).

V dětské ordinaci se vyžadují od sestry nejen kvalitní odborné znalosti, ale domnívám se, že nejdůležitější jsou komunikační schopnosti a navození důvěry a spolupráce s rodiči a jejich dětmi. Pediatr a sestra vstupuje do interakce jednak odbornými znalostmi a také celou svou osobností. Děti jsou specifická skupina pacientů v každém jednotlivém věkovém období. Budování důvěry k rodičům je někdy jednoduché, jindy složitější. Sestra by měla být v rozhovoru chápavá, klidná, rozhodná a přitom laskavá. Měla by mít pochopení a jednání a výchovné metody rodičů nehodnotit. Pokud rodič sestře důvěřuje, je většinou

upřímný a podá jí pravdivé informace o zdravotním stavu a obtížích svého dítěte. Doporučení by měla být srozumitelná, individualizovaná a konkrétní. Při dobré znalosti situace rodiny, mají-li rodiče vůli s námi spolupracovat, lépe se hledá cesta a postup v prevenci a léčbě (Mertin, 2014).

Rozhodně se musíme vyhnout ironii. Ta se projevuje opakováním některých výroků pacienta – tzv. pohrdlivá citace. Též je třeba vymýtit projevy povýšenosti. Ta se sama nabízí. Zdravotník, představitel mocné vědy, a jeho protějšek, třeba matka bez dokončeného základního vzdělání. Sestra se setkává s pacienty agresivními a s jejich nevhodným chováním a situaci musí zvládnout diplomaticky a se ctí, což někdy stojí méně a jindy více sil. Stereotyp v práci, pacient a rodič diktující si vyšetření a léčbu bez ohledu na názor lékaře, násilné sebeovládání zdravotníka bez možnosti kompenzace, odpočinku, může vést k syndromu vyhoření. Naše zdravotnictví má své problémy, personálu je málo a zdravotník je často přetížený, příliš zaměstnaný administrativou a má také své nedostatky v postoji a chování k pacientovi. Některé zdravotnické nešvary si ani neuvědomuje, dobře se o nich zmiňuje Haškovcová ve své knize „Ideály a realita v ambulantní péči“. Octneme-li se najednou v roli pacienta, vše vnímáme a prožíváme docela jinak, měli bychom na to myslet každý den při své práci (Haškovcová, 2014).

Dle doporučení Plevové a Slowika (2010) může sestra navázat kontakt s dítětem pomocí knížky nebo hračky, oslovovat dítě jménem, měla by mluvit stručně, jasně, komunikačně být na úrovni dítěte. Důležitá je pochvala, ocenění, povzbuzení a před vyšetřením nebo zákrokem také náležité vysvětlení podle vývojového stupně dítěte a jeho rozumových schopností. Sestra může dítěti vysvětlit zákrok například na panence nebo medvídkovi, dítě lépe motivuje ke spolupráci.

Podle naší zkušenosti je vhodné, než pacient opustí ordinaci, ujistit se, že všemu rozuměl a potřebné instrukce mu případně ještě jednou trpělivě zopakovat.

7 Preventivní péče

Preventivní péče v 21. století stále nabývá na významu a v moderní pediatrii tvoří významnou část péče. Světová zdravotnická organizace dokládá, že země poskytující primárně preventivní péči vykazují lepší výsledky, jsou výkonnější a mají nižší náklady na zdravotnictví (Seifert a kol., 2004). Systematická preventivní péče je zejména důležitá u dítěte do 1 roku věku. Tato péče je spojena s působností dětských poraden. Dítě je sledováno a chráněno před možným onemocněním. Lékař pátrá po odchylkách, které signalizují první projevy onemocnění. Dětský lékař získává potřebné informace o genetických dispozicích dítěte a zachycuje rizikové případy (Švejcar, 2003). Komplexní léčebně – preventivní péče zahrnuje podporu zdraví, prevenci nemoci, léčbu, rehabilitaci a podpůrnou péči, která reflektuje bio-psycho-sociální a spirituální potřeby pacienta (Fait a kol., 2008).

Dětské lékařství je zaměřeno preventivně. Význam prevence ve všech medicínských oborech je velký, v pediatrii je však zcela zásadní a zřejmý. Důležitý je i aspekt ekonomický, můžeme zjednodušeně říci: „Vyhněte se nemoci a ušetříte čas, nervy i peníze“. Včasná preventivní prohlídka je nesrovnatelně levnější než složitá léčba těžké nemoci. Zajištění prevence a léčby v dětském období zásadně ovlivňuje zdravotní stav obyvatelstva, délku a kvalitu života. Významnou roli v prevenci má aktivní ovlivnění dětské populace ke zdravému životnímu stylu (Boledovičová a kol., 2015).

Preventivní péče odhalí mnohá onemocnění, která by nepoznaná, mohla způsobit vážné komplikace, anebo skončit částečnou nebo trvalou invaliditou či úmrtím pacienta. Běžně lze předcházet onemocněním kardiovaskulárním, onemocněním štítné žlázy, diabetu mellitu, nádorovým onemocněním a různým infekcím. Dětský lékař často zná problematiku rodiny a intuitivně pátrá po možných rizicích (Skála, 2014).

7.1 Pediatrická prevence

Prevenci rozdělujeme na primární, sekundární a terciární. Primární pediatrická prevence sleduje především růst a vývoj dítěte, nejen tělesný, ale i psychomotorický.

Sekundární prevencí rozumíme včasné vyhledávání onemocnění a dispenzarizaci v odborných poradnách. Smyslem je vybrat děti, které vyžadují odborná vyšetření a častější kontroly. Úkolem dětského lékaře je vyhodnotit výsledky dosavadních odborných vyšetření a stanovit další postup (Sikorová, 2012). Dětský lékař je koordinátorem této preventivní péče. Vyhledávání onemocnění nazýváme screening. Screeningová vyšetření mají svůj přesný harmonogram. Jedná se o prevenci, jejímž účelem je včasný záchyt nemoci. Patří sem též sledování odchylek ve fyziologickém vývoji, vrozených vývojových vad a genetických odlišností (Fait a kol., 2008).

Terciární prevencí rozumíme minimalizaci následků onemocnění již proběhlých. Jde též o prevenci recidiv nemoci. Dispenzární péči rozumíme aktivní a dlouhodobé sledování pacienta již trpícího onemocněním, které je tak lépe pod kontrolou. Říkáme, že pacient je dispenzarizován např. pro hypertenzi, pro srdeční vadu, pro diabetes. Dá se předpokládat změna zdravotního stavu (zhoršení, recidiva), jejíž včasné zjištění může zásadním způsobem ovlivnit úspěšnost léčby. Dispenzární prohlídky mají různou frekvenci dle závažnosti onemocnění. Dispenzární péče o pacienty je u nás regulována vyhláškou č. 39/2012 Sb., o dispenzární péči. Dle této vyhlášky dispenzární prohlídku vykonává poskytovatel zdravotních služeb v takovém rozmezí, jaké vyžaduje stav pacienta, nejméně však 1x ročně. Nemoci, u nichž se dispenzární péče poskytuje, jsou uvedeny v Příloze 5.

7.2 Rizikové skupiny dětských pacientů

Rizikové skupiny dětí můžeme podle WHO rozdělit z hlediska zdravotního stavu a péče o zdraví na tři základní skupiny. První rizikovou skupinou jsou novorozenci s nízkou porodní

váhou, předčasně narození, opožděně narození a novorozenci s vysokou porodní váhou, s vrozenými vývojovými vadami, s komplikacemi prenatálními, natálními a postnatálními, s infekcemi, s bolestmi hlavy, břicha, se zvracením, křečemi, horečkou, metabolickým rozvratem apod. Druhou skupinu rizikových pacientů tvoří kojenci s déledobými potížemi. Může se jednat o děti nechtěně narozené, o které rodiče nejeví zájem, anebo hrozí dítěti zneužívání a týrání. Třetí nejohroženější skupinu tvoří adolescenti z kvůli svému rizikovému chování. Mládež, která vychází ze škol a připravuje se na povolání, je ohrožena závislostí, násilím, kriminalitou a rizikem pohlavních onemocnění. Zásadní vliv zde má životní styl (Kukla, 2007).

7.2.1 Rizikové faktory

Rizikové faktory mohou být na straně dítěte, na straně rodičů nebo rodiny, nebo také na straně sociálního prostředí. Jsou-li rizikové faktory na straně dítěte, dítě může být postižené nebo může odlišně reagovat. Postižení bývá nejčastěji centrální – postižení mentální, smyslové, nebo jiné organické postižení centrální nervové soustavy. Izolovaná nebo kombinovaná porucha vede k disharmonii v oblasti duševní, tělesné a sociální. Takto narušený vývoj zhoršuje adaptační schopnosti jedince, jeho zdraví a snižuje kvalitu života. Rodina prožívá dvojí ztrátu.: ztrátu představy o zdravém dítěti a vynucenou změnu života, se kterou se musí smířit. Většina rodičů potřebuje odbornou pomoc pro udržení komunikace v rodině i ve chvílích vyskytujících se podstatných problémů. Mentálně nebo smyslově znevýhodněné dítě s odlišnou reaktivitou může být dráždivé, plačtivé, neklidné nebo naopak málo reaktivní. Dítě může mít obtížný temperament s převahou negativních emocí nebo jejich silnou intenzitou (Sikorová a Birteková, 2011).

Rizikové faktory na straně rodičů se mohou vyskytovat kvůli jejich příliš nízkému věku. Příliš mladí rodiče nemají dost schopností empatie, nejsou připraveni ani socioekonomicky. Výrazně rizikovou skupinou jsou nezletilé matky pobývající i s dítětem ve výchovném

ústavu. Nezletilé matky mají nárok na vycházky a na dovolenky přes prázdniny a svátky. Ty tráví obvykle ve své původní rodině nebo komunitě. Jejich dítě je tak vystaveno značnému riziku. Z dovolenek se vrací často pod vlivem drog, s dítětem nedostatečně opečovaným, často s infekčním onemocněním.

Další rizikovou skupinou jsou rozvedení rodiče. Neexistuje věk, ve kterém by dítě rozvodem rodičů netrpělo. Reakce bývají vzhledem k věku různé. Dítě netrpí jen samotným rozvodem, ale již i událostmi předcházejícími – hádkami, křikem, příchodem nového partnera, stěhování. Nesouladem mezi rodiči dítě trpí, samo sebe obviňuje z toho, že si rodiče nerozumí. Pokračujícími projevy nesouladu a rozvodem se cítí ohroženo. Menší dítě nechápe přesně, co se děje, avšak jeho pocit ohrožení není menší. Větší dítě je navíc schopno srovnání, většinou se šťastnějšími spolužáky (Matějček, 2013).

Jsou-li rodiče alkoholici, je u nich stálá hrozba nezaměstnanosti a chudoby. Alkoholismus je častý, jedná se o sociální problém. Jednání pod vlivem alkoholu znemožňuje normální, přirozenou komunikaci (Lovasová a kol., 2005).

Na zdraví jedince má velký vliv sociální prostředí, do kterého se rodí a ve kterém vyrůstá. Při cílených návštěvách není obtížné posoudit komunikační model rodiny. Je komunikace otevřená, bez zábran, bezprostřední? Je komunikace nějak omezená? Vyjadřuje dítě obavy, nebo větší dítě hovoří ironicky, obvykle na adresu rodičů? Na komunikaci se však dětská sestra neomezuje. Posuzuje též hmotnou úroveň rodiny a vlivy širší komunity, která je již nad rámec rodiny. Tyto vlivy „nad rámec rodiny“ nám připadají zanedbatelné, pokud jde o normálně situované občany bydlící třeba v pěkném bytě. Slušní lidé mívají více přátel, komunikace s nimi je častá. Zde může docházet k nežádoucímu ovlivňování dětí, které mnohdy napodobují děti přátel rodičů. Hodnotí, jak se kdo obléká a co má, co oni nemají. Jiná je situace u občanů sociálně vyloučených. Tam je vliv členů komunity na první pohled zřejmý, ovšem rovněž se většinou nejedná o vliv dobrý (Dunovský a kol., 1999).

7.2.2 Rizika v oblasti výživy a životního stylu

Výživa je jedním z hlavních faktorů vnějšího prostředí, který se uplatňuje při vzniku i prevenci onemocnění. Zdravé stravování znamená dostatečný příjem základních živin. Nevhodná výživa člověku škodí, je závažným rizikem zejména hromadného vzniku civilizačních chorob. Výstupy z různých studií ukazují na výrazný dopad výživy v raném věku na celoživotní zdraví jedince. V letošním roce díky Grantu MZ ČR vzniká v rukou odborníků NutriCHEQ, program pro diagnostiku a řešení nedostatků ve výživě batolat. V této aktivitě je zapojena pracovní skupina předních odborníků z oblasti pediatrie, dětské gastroenterologie, alergologie a neonatologie a Odborná společnost praktických dětských lékařů. Vznikla tak nová a jednotná doporučení pro výživu kojenců a batolat, která pomohou ukázat na konkrétní chyby ve stravování batolat a zachytí a napraví chyby dřív, než se zafixují a způsobí dlouhodobé důsledky na zdraví (Tláskal, 2016).

Předčasný výskyt civilizačních chorob ovlivňují nepříznivé faktory: nadměrný příjem masa a masných výrobků, nízké zastoupení ryb a drůbeže, nízkotučných mléčných výrobků, nízká spotřeba ovoce a zeleniny, vzestup spotřeby sladkých nápojů a pochutin a také nadměrná spotřeba soli. Nedostatek pohybu a zvýšený energetický příjem se významně podepisuje na vzniku nadváhy a obezity. Oba problémy se podílejí na zvýšení výskytu civilizačních chorob jako diabetes, metabolický syndrom, hypertenze, hyperlipidemie. Nadváha a obezita je chronické onemocnění, které postihuje nejen dospělé, ale i děti. Nabývá formy epidemie. K diagnostice nadváhy a obezity slouží BMI (Body mass index) vyjadřující vztah výšky a tělesné hmotnosti. U dětí je třeba hmotnost a výšku porovnat s percentilovými grafy pro daný věk. Pro zdravý vývoj dítěte je vhodné stravování nezbytné. Životosprávu dítěte ovlivňuje jednak pestrá strava a také stravovací návyky celé rodiny. Vhodná je pravidelná strava rozdělená do pěti dávek denně, tvořená třemi hlavními jídly a dvěma svačinami - dopolední, odpolední. Ideální je strava smíšená a pestrá kvůli aktuální potřebě a pro vytváření chuťových návyků na celý život (Boledovičová a kol. 2015). Je-li to možné, měla by rodina stolovat společně, klidná atmosféra u rodinného stolu, pomáhá k vytváření

dobré rodinné pohody a zamezuje vzniku nechutenství a žaludečních nevolností dětí. Důležitou roli hraje také pravidelný pitný režim, který bývá často opomíjen. Vhodná je pitná voda, čaj, minerálka a ovocné šťávy, nevhodné jsou příliš sladké nápoje. Dalším problémem je porucha příjmu potravy, vedoucí k poruchám fyzického a psychického zdraví a sociální integrace. Faktory ovlivňující příjem potravy jsou věk, pohlaví, tělesná konstituce, dále nemoci dýchacího, kardiovaskulárního a gastrointestinálního systému, imobilita, léky apod. Mezi psychické faktory patří stres, úzkost, hněv, prostředí a rodina, výchova a společnost, životní styl, pohybová aktivita, užívání návykových látek a další. Základní poruchy příjmu potravy jsou: hladovění vědomé, podvýživa, nízký přívod živin, malnutrice, dlouhodobý deficit přívodu makro a mikronutrientů (stopových prvků, iontů, vitamínů) s ireverzibilními orgánovými změnami. Anorexie znamená ztrátu chuti k jídlu, kachexie ztrátu hmotnosti a chuti k jídlu, karence je nedostatek některé živiny. Poruchám příjmu potravy lze předcházet v rizikovém období dospívání vhodným výchovným působením. Základ prevence je samozřejmě v rodině, kde se výchova významně podílí na sebepojetí jedince. Také škola svými preventivními programy může přispět ke snížení incidence těchto onemocnění. Životní styl dětí se mění, snížená je pohybová aktivita, dominuje sezení u počítače a televize, nesprávné jsou stravovací návyky (Procházka, 2011).

S výchovou k aktivnímu pohybu je nutné začít už v dětství, kdy má dítě přirozenou potřebu pohybu. Průměrná pohybová aktivita má významný vliv na dětský organismus. Stimuluje morfologicky i funkční vývoj dětského organismu, podporuje zdokonalování orgánů, systémů a celkové zdatnosti organismu. Kompenzuje jednostrannou tělesnou zátěž statického charakteru a zátěž psychickou. Přispívá k rozvoji osobnosti v oblasti psychických vlastností – vůle, odvaha, odolnost, estetické cítění, podporuje rozvoj sociálních vztahů a interakci s životním prostředím. Ulehčuje kontakt s vrstevníky. Formuje návyky správné pohybové životosprávy. Pravidelná tělesná aktivita napomáhá změně životního stylu. Podílí se na prevenci stresu a může podpořit i prevenci kouření. Změna chování populace v oblasti tělesné aktivity patří k jedněm z nejobtížnějších úkolů preventivní péče. Přetechnizovaná společnost, dopravní prostředky, technické vymoženosti, časté sledování televize, pasivní

trávení volného času nevytváří dostatečné zázemí k zakotvení potřeby tělesné aktivity v profilu jedince. Dominuje silně konzumní styl života. Jedná se o celospolečenský problém. Nutná je změna postojů občanů k zařazování tělesné aktivity do denního života zahrnutí tělesné aktivity do školního rozvrhu, poskytnutí vhodné fyzické aktivity v mimoškolním prostředí, využití masmédií ke změně myšlení obyvatel ve prospěch vytvoření osobnostních vzorů z řad herců, zpěváků, oblíbených politiků, moderátorů, známých osobností. Rodiče by měli dávat svým dětem dobrý příklad aktivního zdravého způsobu života, kdy je potřeba fyzické aktivity součástí každodenního života (Sikorová, 2012). Z americké studie, která se zabývala vlivem fyzické aktivity na celoživotní výskyt depresivních syndromů, vyplývá, že fyzické aktivity v populaci ubývá. Její dopad se pak nezpochybnitelně projeví na fyzickém zdraví. Studie uvádí, že fyzická aktivita zpomaluje pokles kognitivních funkcí. A proto posilování vědomí populace o významu fyzické aktivity se jeví jako preventivní faktor pro fyzické, ale i mentální zdraví (Pereira et al., 2014).

Důležitá je u dětí také spánková hygiena. V loňském roce byla provedena v USA studie uveřejněná v časopisu Pediatrics, která potvrdila, že chytré telefony a tablety v ložnici mají větší negativní vliv na dobu spánku než televize. Tyto obrazovky produkují světlo brzdící produkci melatoninu. Negativní vliv na spánek má své dopady na psychické a širší mentální zdraví dítěte, projevuje se hlavně úzkostí, depresí (Falbe et al., 2015).

7.3 Program Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany zdraví a prevence nemocí

Program Zdraví 2020 definuje strategii pro rozvoj veřejného zdraví v ČR. Je implementací stejnojmenného programu, jenž byl schválen 62. zasedáním Regionálního výboru WHO pro Evropu v září 2012. Účelem Národní strategie je především stabilizace systému prevence nemocí a podpory zdraví a nastartování účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů ke zlepšení zdravotního stavu populace. Rozpracovává vizi systému veřejného zdraví jako dynamické sítě zainteresovaných subjektů na všech úrovních

společnosti. Je tedy určena nejen institucím veřejné správy, ale též všem ostatním složkám – jedincům, komunitám, neziskovému a soukromému sektoru, vzdělávacím vědeckým a dalším institucím. Jejich úkolem je řešení složitých zdravotních problémů 21. století zejména cestou prevence nemoci a ochrany a podpory zdraví. Národní strategie vychází především z Hodnotící zprávy plnění cílů Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR v letech 2003 až 2012 a rovněž z Koncepce hygienické služby a primární prevence v ochraně veřejného zdraví, která byla přijata Ministerstvem zdravotnictví ČR v roce 2013 (Zdraví 2020, 2014).

Dobré zdraví je velmi důležité nejen pro život každého jednotlivce, jeho rodinu a komunitu, ale také pro ekonomický a sociální rozvoj společnosti. Úloha sestry zde spočívá v pomoci pacientovi získat kontrolu nad svým životem, nad determinanty zdraví. Sestra pacienta motivuje, aby chránil, zlepšoval své zdraví a zkvalitňoval svůj život. Toho však nelze dosáhnout bez jeho aktivní spolupráce a převzetí zodpovědnosti za své zdraví. Sestra může pomocí vhodné edukace zvýšit gramotnost zdravých i nemocných, posilovat jejich samostatnost v přispívání ke zdraví. Začlenit sem můžeme pomoc sestry těhotným ženám k bezpečnému průběhu těhotenství a edukací při péči o novorozence. Sestra poskytuje kvalitní a srozumitelné základní zdravotní informace k lepšímu zdraví a služby v ochraně zdraví dětí a mládeže, zajištění jejich bezpečí, duševního a sexuálního zdraví a životní pohody. Dalším tématem je zaměření na prevenci rizikového chování mládeže – kouření, užívání alkoholu a návykových látek. Národní strategie Zdraví 2020 rozděluje témata pro rozvoj aktivit na horizontální a vertikální. Do horizontálních řadí například dostatečnou pohybovou aktivitu, správnou výživu a stravovací návyky, snižování rizik životního a pracovního prostředí, zvládání stresu a péči o duševní zdraví, zvládání infekčním onemocnění včasnou léčbou, vakcinací. Dále využíváním screeningových programů, zajištěním kvalitní, bezpečné a dostupné zdravotní péče, celoživotním vzděláváním zdravotnických pracovníků a elektronizací zdravotnictví. K vertikálním aktivitám řadí zdravotní gramotnost, podporu zdraví během života, ekonomiku zdraví, evidence-based přístupy (Zdraví 2020, 2014).

Jak uvádí ministr zdravotnictví, MUDr. Svatopluk Němeček MBA, je schválena strategie 13 akčních plánů v rámci implementace Národní strategie Zdraví 2020. Jejím cílem je stabilizace systému prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví a nastartování účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů ke zlepšení zdravotního stavu populace. Celkové náklady na Národní strategii Zdraví 2020 se odhadují na 10 miliard Kč. Konkrétní realizace jednotlivých plánů je na programu jednání s partnery, kteří se budou na realizaci podílet - jednotlivými resorty, neziskovým a soukromým sektorem, nebo vzdělávacími a výzkumnými institucemi. Mezi vybrané akční plány Národní strategie Zdraví 2020 patří podpora pohybové aktivity ve vzdělávání, aktivní mobility, aktivního využívání volného času, podpora sportu a prostředí, infrastruktury, správné výživy a stravovacích návyků, prevence obezity a infekčních onemocnění, podpora pohybové aktivity u zaměstnanců ve zdravotnictví a sociálních službách (MZ ČR, 2015b).

7.4 Výchova ke zdraví

Výchova ke zdraví by měla patřit mezi základní součást výchovy již od předškolního věku. Výchovu ke zdraví by měli provádět zejména rodiče, ruku v ruce s pediatrem a dětskou sestrou. V druhé linii se nabízí jako základní instituce výchovy škola, která se svým přístupem a aktivizací může podílet na pozitivním postoji žáků k vlastnímu zdraví (Plevová, 2011b).

Zdraví není pouze individuální životní hodnotou, ale ovlivňuje i ekonomiku a rozvoj společnosti. Životní styl podmiňuje zdraví, vypovídá o způsobu našeho života, preferenci výživy, pohybových aktivitách, postojích k návykovým látkám.

Zdraví je podmíněno životním prostředím, včetně pracovních podmínek. Dalším faktorem jsou genetické predispozice a v neposlední řadě je to zdravotní péče a cílená prevence nežádoucího chování (Křivohlavý, 2001). Dle Twiga a Afeka et al. (2014) existuje statisticky významný vztah mezi nadváhou v dospívání a mortalitou v dospělosti.

Nejzávažnějšími riziky životního stylu jsou tyto faktory: kouření, nadměrná konzumace alkoholických nápojů, nadváha, pracovní rizika, nedostatek zeleniny ve výživě, chudoba, nezaměstnanost, závislost na drogách, suicidita, dopravní úrazy, nedostatek pohybu, vysoký příjem živočišných tuků, exhalace v ovzduší. Zdraví významně ovlivňují i podmínky sociální a psychické. Mezi tyto vlivy patří rodina, rané dětství, dosažené vzdělání, práce, sociální status, stres, sociální izolace, sebehodnocení, důvěra v sílu vlastního já nebo typ osobnosti (Dunovský 1999; Kukla 2008).

Výchova ke zdraví zahrnuje aktivní přístup k této problematice. Jejím cílem je poskytnout široké veřejnosti vhodným způsobem informace o možnostech a způsobech, jakými lze předcházet nemoci a poškození zdraví, zkvalitnit znalosti o zdraví a nemoci, změnit postoje ke svému zdraví a aktivizovat jedince k péči, ochranu a upevňování vlastního zdraví (Janečková a Hnilicová, 2009). Výchova ke zdraví je disciplína, která čerpá z poznatků řady vědních oborů – lékařských, psychologických, pedagogických, sociálních a ekonomických. Je zaměřena na jednotlivce zdravé, nemocné, ohrožené na zdraví, na skupiny obyvatelstva, komunitu a na celou populaci (Čevela a kol., 2009).

Mezi metody výchovy patří soustavná výchova ke zdraví na základních a středních školách vhodně zakomponovaná do výchovně-vzdělávacího programu, besedy, peer program, soutěže, literární práce, netradiční pedagogické metody výuky. Na širokou veřejnost působí v rámci cíleného upoutání pozornosti velkoplošná reklama, televizní a rozhlasové pořady, noviny, časopisy, populárně-vědecké publikace. Zdravotničtí pracovníci mohou působit na veřejnost v rámci primární, sekundární či terciální prevence, formou odborné přednášky, besedy, zdravotnické informační brožurky (Wolf a Wolfová, 2003). Dětská sestra má významné místo při výchově a vzdělávání dětských pacientů a rodičů dětí v oblasti zdravotní péče, výživy, hygieny, fyzické aktivity, dietních a režimových opatření. Tato ošetřovatelská edukace může probíhat ve zdravotnickém zařízení, přímo v rodině, v mateřské školce či škole. Cílem uvedených metod je výchova ke zdraví, vybudování a ovlivnění vlastních vzorů chování, včetně aktivní spolupráce v rámci vlastní prevence zdraví a následné působení na své okolí, rodinu, přátele, spolupracovníky (Sikorová, 2012).

7.5 Prevence úrazů a otrav u dětí

„Úraz je definován jako akutní poškození zdraví v důsledku vystavení energii, jenž je silnější než adaptační schopnost organismu (Sedlářová a kol., 2008, s. 182)“. Orientačně můžeme rozdělit úrazy na neúmyslné a úmyslné (napadení, útok, vražda). Mezi působením vyvolávajícím příčiny (energií) a vznikem příznaků úrazu je časová souvislost – příznaky se musí objevit ihned.

Úrazy jsou celosvětově první příčinou smrti u dětí od 5 do 17 let. Prevalence úrazů je asi 16 %, počítajíc v to též otravy. Na 2. stupni ZŠ přesahuje incidence 20 %. Znamená to, že každé 5. dítě je každoročně postiženo úrazem. Dle statistik dochází k nejzávažnějším úrazům v dopravním prostředí (jedná se o 10 – 16 % z celkového počtu úrazů); nejčastějším místem vzniku úrazu je domov a škola, kde jde především o úrazy hlavy, vdechnutí malých částí, riziko udušení, otravy a poleptání a popáleniny. K dalším častým úrazům dětí dochází při sportovních aktivitách a ve škole, kde se jedná o zlomeniny, vykloubeniny a zhmožděny. Ke stejnému výsledku dospěla i epidemiologická studie provedená pod záštitou ZSF JCU v období 2009-2010 v Jihočeském kraji, oproti celorepublikovým výsledkům se lišila pouze v nižší četnosti úrazů způsobených v dopravním prostředí. Studie dále potvrdila, že nejrizikovější skupinou jsou chlapci ve věkové skupině 11 – 14 let. Úrazy u dětí se většinou staly u dětí v domácím prostředí. Výzkum zjistil, že četnost úrazů ovlivňují sociální vlivy, sociální znalost a vzdělání rodičů (Průchová, Velemínský a kol., 2012; Blažek a kol., 2010).

Česká republika se zařadila mezi země, pro které je prevence dětských úrazů prioritou, a proto podporuje mnoho aktivit zabývajících se problematikou prevence dětských úrazů, díky kterým došlo v posledních letech k mírnému snížení úmrtnosti dětí v důsledku úrazů. Ministerstvem zdravotnictví byla ustanovena Meziresortní pracovní skupina pro prevenci dětských úrazů. Vytvoření a následné plnění Národního akčního plánu prevence dětských úrazů na léta 2007-2017 (Národní akční plán) lze považovat za zásadní krok systémového řešení problematiky dětských úrazů v České republice. Cílem Národního akčního plánu prevence dětských úrazů na léta 2007-2017 je maximální snížení dětské úmrtnosti v České

republiky v důsledku úrazů a zastavení nárůstu a snížení četnosti dětských úrazů, zejména úrazů závažných a s trvalými následky. Národní akční plán mapuje dosavadní aktivity v rámci prevence dětských úrazů, hodnotí tyto aktivity z hlediska slabých a silných stránek, využití příležitostí a odvrácení hrozeb, dále stanovuje nejdůležitější úkoly jednotlivých resortů pro období 2007-2017. Jedním z prioritních úkolů resortu zdravotnictví je ustavení Národního registru dětských úrazů, do kterého se zaznamenává každý úraz z hlediska příčin jeho vzniku, charakteru postižení, postupu léčby a výsledků léčby. Tato data následně umožní optimální diagnostiku, terapii a prevenci. Výsledky tohoto registru budou vyhodnoceny po 1 roce jeho fungování s následnou revizí úkolů Národního akčního plánu a jejich doplněním o konkrétní opatření cílená na zjištěné problémy.

Kroky, které Ministerstvo zdravotnictví v souvislosti s prevencí dětských úrazů podniká, nezůstaly bez povšimnutí ani za hranicemi. Světová zdravotnická organizace (WHO) bude zvažovat, zda právě u nás zřídí své spolupracující centrum pro dětské úrazy. Celonárodní registr dětských úrazů je kompatibilní se sběrem úrazových dat v EU a je koncipován tak, aby posledními etapami celého projektu bylo možné propojení jednotné dětské úrazové databáze se zeměmi Visegrádské skupiny. Cílem akčního plánu i registru je maximální snížení dětské úmrtnosti v České republice v důsledku úrazů, která je u nás nad evropským průměrem. Pro úraz je ročně hospitalizováno 26,5 tisíc a ambulantně ošetřeno 445 tisíc dětí do čtrnácti let. Až tři stovky dětí a mladistvých do devatenácti let přijde z důvodu vážného úrazu o život.

Úrazy představují závažný zdravotnický, ekonomický a společenský problém na celém světě. Ve státech OECD vzrostl podíl úmrtí v důsledku úrazů za posledních 25 let z 25 % na 37 %. Úrazy jsou ve vyspělých státech příčinou více než 40 % úmrtí dětí od 0-14 let. Každoročně umírá v důsledku úrazů ve státech OECD 20 000 dětí, v rozvojových zemích cca 1 milion dětí 0-14 let. Dopravní nehody tvoří ve státech OECD v průměru 41 % všech usmrcení v důsledku úrazu dětí do 14 let, utonutí 15 %, úmyslné úrazy 14 %, popáleniny 7 %, pády 4 %, otravy 2 %, zranění střelnou zbraní 1 % všech smrtelných úrazů. Na úrazovost dětí má vliv prostředí – je evidována 4x vyšší míra úmrtnosti v zemích s nízkými socio-kulturně-

ekonomickými podmínkami (Kudyn, 2014).

V některých státech je úmrtnost na úrazy a četnost úrazů velmi nízká díky dobře organizovanému systému prevence úrazů. Úrazům lze předcházet. Znalost všech okolností úrazů je důležitá pro omezování a předcházení vzniku těchto nežádoucích příhod i pro nastavení preventivních opatření. V oblasti prevence zbývá v České republice ještě mnohé vykonat. Setrvale je podceňována zdravotnická osvěta. Odhaduje se, že jedna jediná kvalifikovaná beseda se žáky každé třídy ročně by mohla snížit incidenci úrazů až o polovinu. Nejvíce úrazů vzniká v období školních prázdnin. Mnoho služeb v osvětě by mohla udělat též televize, především se zaměřovat na období těsně před prázdninami. Zatím však v naší republice toto nebylo zavedeno, je zde ještě volný prostor (Machová, Kubátová 2009).

Úloha sestry spočívá v prevenci, při preventivní prohlídce může sestra v závislosti na věku dítěte upozornit rodiče na riziko vzniku úrazů a na způsob, jak mu předcházet, na používání vhodných bezpečnostních pomůcek a posilování tělesné zdatnosti dětí. Při návštěvě novorozence se sestra zaměřuje na podmínky a bezpečí domácího prostředí a věnuje se edukaci rodičů v oblasti předcházení dětským úrazům. Dále úloha sestry pokračuje ošetřovatelskou péčí o děti poškozené úrazem (Sikorová, 2012; Sedlářová a kol., 2008). V případě úrazu sestra v ordinaci dětského lékaře kvalifikovaně vyplňuje formulář Hlášení úrazu a jiného poškození zdraví, který je odeslán k posouzení příslušné zdravotní pojišťovně pacienta. Formulář slouží ke statistickému zpracování, ale i jako doklad k vymáhání náhrady nákladů na léčbu v případě cizího zavinění tzv. regres.

7.6 Problematika prevence závislostí

Kouření je závažným zdravotním problémem většiny evropských zemí. ČR se řadí ke státům s vysokým počtem kuřáků. Kouření tabáku patří k nejrizikovějším faktorům životního stylu (Sikorová a Bužgová, 2008).

Alkohol je omamná, návyková látka, způsobuje závislost a řadíme ho mezi drogy. V menších dávkách způsobuje uvolnění, euforii, ve větších dávkách útlum, nevolnost až otravu. Způsobuje změny vnímání a chování, zhoršuje úsudek, oslabuje imunitu, narušuje spánek, poškozují játra a slinivku břišní. Alkohol se podílí na vzniku více než 200 různých chorob. Úmrtnost způsobená alkoholem souvisí zejména s nádory, onemocněními srdce, úmyslným i neúmyslným poraněními, onemocněními trávicího systému infekcemi (WHO, 2014). Účinek alkoholu závisí na vypitém množství na fyzickém a psychickém stavu konzumenta, na jeho náladě. V současnosti děti začínají s konzumací alkoholu v nižším věku. Rizikové formy návykového chování se u české mládeže vyskytují ve větší míře, než je tomu v průměru u mládeže v Evropě. Alkohol je pro organizmus dětí a dospívajících nebezpečnější než pro dospělé. S tím souvisí i vznik patologických forem užívání, závislosti jako specifické psychiatrické poruchy, riziko úrazů a následků agresivního chování, intoxikace, dopravních přestupků. Konzumace alkoholu ovlivňuje sexuální chování a je rizikovým faktorem šíření pohlavních chorob (Kalina, 2015). Alkohol a cigareta bývají vstupní bránou k ostatním drogám jako je marihuana, hašiš, lysohlávka a další halucinogenní houby, LSD (lysergamid), opiáty, heroin, pervitin, extáze, kokain, crack, těkavé látky jako toluen. Při delším zneužívání dochází k poruchám krvevotvorby, paměti, hrozí riziko poškození mozku, sebepoškození, ohrožení srdce a dýchání (Sikorová, 2012).

V poslední době se mluví v řadě zemí o legalizaci marihuany pro lékařské i běžné užití. Mezi mladými lidmi je vysoké procento těch, kteří tuto drogu zkusili. Nejčastěji formou užití listů, stonků a semen *Cannabis sativa* je inhalace kouřením v cigaretách, dýmkách, vodních dýmkách a doutnicích. Marihuana může být také vyluhována jako čaj nebo je jako olejnatý extrakt vmíchána do potravin. Marihuana má svá rizika. Akutní intoxikace zhoršuje kognitivní funkce a to může mít vážné následky při řízení motorových vozidel. „Opakované užívání hlavně v adolescentním věku může vést k trvalým změnám mozkových funkcí, které mohou ohrozit vzdělání, profesionální a sociální status v dospělosti“ (Volkow et al., 2014. s. 18-19). Při legalizaci této drogy se dají očekávat další negativní důsledky.

U řady mladých lidí vzniká závislost na sociálních médiích a tyto se pojí s dalšími psychickými poruchami. Denně navštěvuje stránky Facebooku 800 miliónů lidí. Nové zprávy přinášejí některým lidem uspokojení, což je nutí se na Facebook znovu vracet. Dle Hormes a kol. může obecná závislost vést k mozkovým změnám, které jsou podobné jako u závislosti na psychotropních látkách, včetně poruch glukózového metabolismu a hladin dopaminu ve specifických oblastech mozku (Hormes a kol., 2014).

Mezi další typy závislostí patří patologické hráčství - gamblerství, hry pro zábavu nebo pro zisk. Patologické hráčství způsobuje bolesti páteře, nespavost, bušení srdce, zanedbávání výživy, výkyvy nálad a depresi. Léčba gamblerů je dlouhodobá. Návykové chování ve vztahu k počítačům vzniká u dětí už ve velmi útlém věku. Děti jsou neschopné přestat hrát, zanedbávají školní povinnosti, zaostávají v sociálních vztazích a dovednostech, mají oslabený soucit a empatii, odcizují se rodině, přátelům a dřívějším zájmům, stávají se neschopnými odlišit realitu od hry, ztrácejí kontrolu nad svým chováním, trpí nespavostí, neklidem, podrážděností, dochází u nich ke zhoršení školního prospěchu, vznikají u nich vady zraku, objevují se poruchy pohybového aparátu, vadné držení těla, obezita a další (Sikorová, 2012).

Prevence závislostí na počítačových hrách je v rukou rodičů a školy. Prevence spočívá zejména ve zdravém posilování sebevědomí dítěte, předcházení nudě, ve stanovení maximální doby stráveném dítětem hrou na počítači. Zde tvrdě narážíme na rozpor. „Hraní“ na počítači nelze omezit, lze je jedině úplně odvrhnout, jiná cesta opravdu neexistuje, nesnažme se ji vůbec hledat. Kompozice počítačových her je úmyslně a záměrně degradabilní. Svým obsahem jsou na úrovni předškolního dítěte – viz dnes nejrozšířenější softwary s tanky. Odpovídá to hraní na vojáčky, jaké vidáme u dětí v mateřské škole. Ve skutečnosti jsou hry určeny dospívajícím. Skutečným cílem jejich tvůrců je šíření násilí. Nezanedbatelným a zcela úmyslným cílem je degradace osobnosti a intelektu hráče. Z maturanta či vysokoškoláka se stává zlé dítě. Je neklidný, podrážděný, agresivní. Deset minut denně je ochoten věnovat škole, deset a více hodin denně patologickému hraní. Dochází k nalomení životní linie. Od počítače je již jen krok k automatům, což vede i

k ekonomickým problémům. Těm předchází vždy úpadek mravní. A samozřejmě zvyšuje riziko kontaktu dítěte s drogami. Bludný kruh všech myslitelných útrap pro rodiče se uzavře. Řešením závislostí se zabývá nově vzniklý multidisciplinární obor, adiktologie (Sikorová, 2012). Adiktologie se zaměřuje se na studium těch forem chování, které mohou vést k závislosti. Zabývá se primární prevencí, jak postupovat, aby závislost vůbec nevznikla. Hledá způsoby, jak vzniklou závislost řešit léčbou a resocializací závislých, sleduje rizika spojená se závislostí (Kalina a kol., 2015). Úkolem sestry je působení v prevenci onemocnění závislostí a podpoře zdraví. Provádí plánování a realizaci ošetřovatelské péče a hodnotí ošetřovatelskou péči formou ošetřovatelského procesu. Sestra působí v oblasti zdravotní výchovy a poradenství, zajišťuje spolupráci s dalšími odborníky a profesionály, kteří pečují o dítě a rodinu (Sedlářová a kol., 2008).

7.7 Reprodukční zdraví

Výchova ke zdravému sexuálnímu životu byla rozdělena do tří věkových etap. U dětí ve věku 6-10 let je tématem rodina, osobní hygiena, zdravá životospráva, lidské tělo. Výchova u dětí ve věku 11-12 je zaměřena na tělesné změny v pubertě, hygienu, zdravou životosprávu. U dětí 13-15 let je výchova doplněna tématy morálky, přátelství, lásky a výběru životního partnera.

Sexuální výchova je dlouhodobý proces, který začíná v rodině, pokračuje ve školách mediální výchovou a také sociálně kulturní výchovou (Plevová, 2011a). Koncepce sexuální výchovy zahrnuje tři části: první část je medicínská, je zaměřena na otázku psychosociální, formování osobnosti, názorovou orientaci a motivaci k zodpovědnému sexuálnímu chování. Druhou částí je pedagogická koncepce, která vychází z holistického přístupu ke zdraví, co o zdraví a učení víme. Poslední je psychologická koncepce. Během povinné výuky jsou probírána témata rodina, partnerské vztahy, rodičovství a sociální patologie. Součástí výuky

jsou také medicínské okruhy prenatální vývoj, porod, antikoncepční metody prevence pohlavních chorob, sexuální deviace, interrupce (Machová a Hamanová, 2002).

7.8 Role dětské sestry v primárně preventivní péči

Dětská sestra má nezastupitelnou úlohu v podpoře zdraví dětí a dospívajících. Její kompetence se postupně rozšiřují s dosaženým vzděláním. Jejím základním posláním v primární preventivní péči je ochrana a podpora optimálních podmínek pro zdravý růst a vývoj dítěte. Sestra je často prvním zdravotnickým pracovníkem, jemuž se rodiče nebo samo dítě svěří se svým problémem. Jde často o pouhé obavy o zdraví, které je možno rozptýlit vhodným poučením. Sestra je nenahraditelným odborníkem pro konzultace s rodinou. Je nenahraditelnou členkou týmu, ať již klinického, či „pouhého“ tandemu pediatr – dětská sestra. Nabízí rodičům především svůj poradní hlas, počínajíc novorozeneckým a kojeneckým obdobím, kdy právě ona je odborníkem na výživu dítěte a nosí v hlavě očkovací kalendář, a končíc složitým obdobím adolescence, kdy se stává často psychoterapeutkou s důvěrou neomezenou.

Sestra zajišťuje tradiční pečovatelskou roli, která je spojená s poskytováním základní ošetrovatelské péče. V prevenci je důležitá role sestry edukátorky, která je zaměřená na upevňování zdraví a prevenci poruch, rozvoj soběstačnosti osob s porušenou mobilitou, předcházení komplikacím. Podle Juřeníkové (2010) edukace navozuje pozitivní změny v myšlení, chování, jednání, postojích návycích a dovednostech pacientů. Edukace v ordinaci probíhá nejčastěji formou rozhovoru a vysvětlování, může být doplněna instruktáží, anebo formou tištěných materiálů, jako jsou letáky, brožury nebo plakáty (Juřeníková, 2010).

Edukace dětské sestry se zaměřuje také na pomoc rodinám, nácvik praktických dovedností, jako je kojení, péče o novorozence, ošetřování dětí, péče o chronicky nemocné. Setkává se čím dál častěji s obezitou, onkologickým onemocněním, diabetem, které jsou náročnou životní situací pro děti a jejich rodinu. Sestra má roli obhájkyně při řešení různých

problémů pacienta, roli koordinátora, kdy úzce spolupracuje s ostatními odborníky ošetrovatelského týmu, podílí se na plánování a realizaci ošetrovatelské péče, získává rodinu nemocného k aktivní spolupráci a koordinuje následnou péči v terénu. Dále má roli asistenta při diagnosticko-terapeutické péči, připravuje nemocné dítě k vyšetření a asistuje v jeho průběhu. Organizuje terapeutické činnosti ordinované lékařem. V neposlední řadě má roli manažerky – musí si správně zorganizovat práci a čas. Zná své povinnosti a za svá rozhodnutí je plně zodpovědná (Staňková, 2002).

Do popředí se dostávají činnosti ve vztahu k mentální hygieně, kdy jde o pomoc, kterou sestra poskytuje pacientovi při zdolávání nemoci nebo mu pomáhá se s ní vyrovnat. Změny v náplni profese sestry byly předmětem 1. evropské konference o ošetrovatelství, konané ve Vídni roku 1988 pod záštitou WHO. Zde bylo konstatováno, že sestra má podporovat jednotlivce, rodiny a komunity, aby se více spoléhali na vlastní síly v péči o zdraví. Pacient přebírá zodpovědnost za své vlastní zdraví. Nadále je však spatřována základní funkce sester v tom, že pomáhají zdravému či nemocnému člověku v provádění činností týkajících se ochrany zdraví v situacích, kdy toho není sám schopen či nemá potřebnou sílu, vůli nebo znalosti. V primární péči se má úloha sestry zaměřit více na zdraví, než na nemoc. Vznikají požadavky na speciální odpovědnost sester vůči pacientovi a jeho rodině. Z filozofie, že každý je sám nejvíce zodpovědný za své zdraví, vychází požadavek WHO na domácí péči (Home care). Činnosti, které dětská sestra v rámci primární péče poskytuje, jsou dominantně zaměřeny na prevenci primární, sekundární i terciární. Prevence existuje na úrovni péče o dítě v rodině, v předškolních zařízeních a školách. Součástí primární péče dětské sestry jsou rovněž činnosti edukační, administrativní a preventivně hygienické (Bártlová, 2005a).

Role dětské sestry vyžaduje velkou dávku duševních sil, silnou motivaci a stálý trénink a v neposlední řadě úsilí odborně se vzdělávat. Sestra v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost provází dítě od narození do dospělosti. Dětská sestra se podílí na preventivní, primární speciální péči. Zajišťuje bezchybný, plynulý chod praxe, podmínky pro poskytování kvalitní péče, pomoci a podpory pacientům a plní další úkoly v oblasti organizační, odborné a administrativní. Při dobré spolupráci s lékařem se jejich činnosti doplňují. Sestra může klást

doplňující otázky, všimnout si drobných skutečností, které například lékař přehlédl apod. (Sikorová, 2012).

Dětská sestra má na starosti časovou organizaci chodu dětské ordinace, plánování termínů odběrů krve, preventivních prohlídek a očkování, atd. Pracovní náplní sestry je také návštěvní služba. Určuje také pořadí pacientů čekajících v čekárně. Dětská sestra by měla umět naslouchat, být empatická, aktivní a flexibilní ve zvládnutí různých reakcí a situací při kontaktu s rodiči a dětmi. Měla by s nimi umět snadno navázat sociální kontakt, získat si jejich důvěru. Měla by mít ráda děti, umět dítě pohladit, povzbudit, pochválit, usmát se a komunikovat tzv. pozitivní mimikou. V komunikaci s dítětem má být sestra trpělivá, důsledná a upřímná (Matějček, 2005; Plevová a Slowik, 2010).

Úroveň ambulantní péče, a především vstřícné nebo naopak problematické chování sester rozhoduje o tom, co si občané myslí o zdravotnictví jako celku. V posledních letech jejich hodnocení obsahuje řadu kritických výhrad při setkávání pacientů se sestrami (Haškovcová a Pavlicová, 2014).

V ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost jsou sice důležité odborné znalosti lékaře a sestry, stejně důležité jsou jejich komunikační schopnosti a jejich samotná osobnost. Skutečně porozumět očekáváním rodičů je někdy složitá mravenčí práce. V oboru dětská sestra pracuji více jak dvacet let a stále se učím. Rodiče jsou různí, většina z nich pátrá po informacích o otázkách běžné a alternativní léčby, péče o dítě, očkování a dalších, kde se dá. Internet má své kvalifikované zdroje, ale ne všechny. Na trhu je spousta literatury, velkým zdrojem informací jsou média. Jak s těmito informacemi naloží laik? Může získat poznání, zkušenosti, ale může sobě nebo svým blízkým také ublížit. Některý rodič požaduje autoritativní instrukce a jiný žádá možnosti a sám se chce rozhodnout na základě doporučení lékaře. Zkušená sestra vhodně zvolenými otázkami zjistí, jaké je očekávání rodiče a pacienta. Pak spolu hledají společnou cestu, aby byla prevence a léčba co nejučinnější. Její doporučení musí být srozumitelná a stručná a jasná pro konkrétní rodinu a dítě. Sestra má být v rozhovoru klidná, rozhodná, chápavá a přitom laskavá. Má mít pochopení a respekt, ale přitom jednání

a výchovné postupy rodičů nehodnotit. Jedině když nám rodič důvěřuje, poskytně nám pravdivé a přesné informace.

Dětská sestra poskytuje, organizuje a metodicky řídí ošetrovatelskou péči, včetně vysoce specializované ošetrovatelské péče, podílí se na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči o zdravé i nemocné děti, včetně novorozenců a adolescentů, s výjimkou péče o děti, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí nebo mají patologické změny psychického stavu, které vyžadují stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života nebo zdraví pacienta nebo jeho okolí. K činnostem sestry patří edukace matek v technice kojení a dohled na jeho správné provedení. Dětská sestra také psychicky připravuje dítě na diagnostické a léčebné výkony a provádí ošetrovatelskou péči o děti v jejich průběhu a po jejich skončení s ohledem na vývojové zvláštnosti dětské psychiky. Připravuje a provádí výchovné zaměstnání. Připravuje stravu novorozencům, kojencům a batolatům. Sleduje psychomotorický vývoj dětí, podílí se na tvorbě opatření k zamezení vzniku psychických deprivací, retardací psychomotorického vývoje dítěte, předcházení negativním vlivům v dalším vývoji dítěte vhodným výchovným přístupem, rozvíjení komunikačních schopností dítěte. Vede matky ke správnému přístupu ve výživě dítěte, vyhledávání rizikových faktorů ohrožujících zdravý vývoj dítěte. Vytváří stimulačního výchovného a léčebného prostředí (Zákon č. 96/2004, 90 odst. 2 písm. f). Právní předpisy upravující činnost sester nerozlišují nijak zásadně mezi dětskou sestrou na dětském oddělení a v ordinaci PLDD.

8 Preventivní prohlídky

V oblasti péče o děti a dorost poskytují dětský lékař a sestra odborné zdravotní služby, jejichž cílem je ochrana, podpora, posilování a rozvoj zdraví. Nejdůležitější význam má prevence příznaků nemoci, včasná diagnostika odchylek a skrytých poruch, včasné zahájení terapie a ošetřování, popřípadě rehabilitace, jako prevence následků nemoci. Mezinárodní studie dokazují, že zdravotní péče se podílí na celkovém zdraví jen ve 20 %. Další procenta jsou tvořena z největší části životním stylem a faktory působícími na člověka v běžném životě. Právě zde mají lékař a sestra prostor pro motivaci, posílení zdravotní výchovy, ochranu a podporu zdraví a prevenci. Velký vliv na péči o zdraví mají média a informační a komunikační technologie (Zdraví 2020, 2014). Dětská sestra v ordinaci praktického lékaře provází dítě od narození do dospělosti. Význam její práce spočívá v kvalitní, odborné edukaci rodičů i dětí v otázkách zdraví a nemoci. Sestra pomáhá rodičům a dětem osvojit si správné stravovací návyky, zdravý životní styl, informuje o vhodné pohybové aktivitě, spánku a relaxaci jako prevenci proti stresu. Důležitou roli má sestra při pravidelných preventivních prohlídkách, které slouží ke včasnému screeningu závažných onemocnění. Další úlohu má sestra při očkování, které chrání děti proti infekčním onemocněním. Sestra edukuje rodiče o důležitosti a potřebě očkování a také o možných nežádoucích účincích. Zná platný dětský očkovací kalendář, dodržuje očkovací schéma a správné očkovací postupy (Vincentová, 2007; Machová a Suchanová, 2013). Další oblastí edukace, které se sestra věnuje, je prevence před rizikovým chováním, kouřením, užíváním alkoholu a návykových látek.

Řada preventivních programů probíhá také ve školách, jedná se v nich o problematiku zdravého životního stylu, správného stravování, plánování rodičovství, těhotenství, péče o kojence, o prevenci před úrazy, pohlavními chorobami, kouřením, alkoholismem a dalšími riziky. Nenahraditelnou roli zde hraje rodina a její hodnotový systém. Pro správný vývoj dítěte je třeba láskyplného, rodinného zázemí, důležitá je výchova, výživa a hygienická péče (Zdraví 2020, 2014).

8.1 Obsah a náplň preventivních prohlídek

Lidský organismus podstupuje od narození do dospělosti řadu dynamických změn. Nejde o pouhý růst. Prakticky všechny orgánové systémy během dětství postupně dozrávají. Složitá souhra těchto dějů probíhá především na podkladě genetického předurčení, může však být různě ovlivněna okolním prostředím. Odlišení patologického stavu od varianty fyziologického nálezu není vždy jednoduché a v jednotlivých obdobích dětského věku má i tatáž klinická jednotka různé příčiny, průběh a možné následky (Bayer, 2011).

Preventivní prohlídka je definována jako předcházení nemocem a dlouhodobé sledování zdravotního stavu dítěte pro jeho dobrý a správný vývoj. V České republice je základní preventivní péče zajišťována v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost. Cílem preventivní prohlídky je odhalit určitá onemocnění v době, kdy ho ještě laik nerozezná a kdy lze onemocnění či vadu dobře ovlivnit. Snahou je co nejdříve odhalit poruchy normálního vývoje a včas zasáhnout v situaci, kdy je možná ještě náprava, anebo alespoň stabilizace stavu. Důležité je navíc i možné poruchy předvídat, zejména s ohledem na životní styl a sociální prostředí rodiny s cílem nepříznivé vlivy ovlivnit (Vincentová, 2007).

Preventivní prohlídky mají přesně stanovenou náplň v závislosti na věku dítěte, protože každé věkové období se vyznačuje specifickou problematikou. Tím je dáno zaměření prohlídky a edukace rodičů. Obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek legislativně upravuje vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách, vychází rovněž z různých vývojových etap dítěte. Dle § 3 této vyhlášky je obsahem všeobecných preventivních prohlídek dětí od narození založení zdravotnické dokumentace. Dětská sestra zakládá zdravotní dokumentaci dvojím způsobem, jednak písemně a jednak elektronicky. Při přijetí dítěte do péče vypisuje registrační list dítěte, tento doklad podepisuje zákonný zástupce, jedno vyhotovení se odesílá příslušné zdravotní pojišťovně, druhé dostane rodič a třetí se zakládá do zdravotní dokumentace dítěte.

Sestra zaznamenává anamnézu a zjišťuje změny zdravotního stavu od poslední kontroly, kontroluje očkování dítěte, popřípadě doplní očkování chybějící očkování v rozsahu

stanoveném právními předpisy upravujícími očkování proti infekčním nemocem. Součástí fyzikálního vyšetření je zjištění hmotnosti, délky dítěte a obvodu jeho hlavy a následné zhodnocení těchto parametrů podle růstových grafů. Psychomotorický vývoj dítěte se hodnotí podle diagramu prof. Vojty a docenta Vlacha, poloha na zádech, na bříšku, při posazování a sedu a při vertikalizaci. Součástí preventivní prohlídky je interní vyšetření, diagnostická rozvaha, zjištění zdravotního stavu, cílené vyšetření pro daný věk, zjištění zdravotních rizik jako je riziko týrání, zanedbávání a zneužívání dítěte (Vincentová, 2007).

Dětská sestra edukuje rodiče o výživě a režimu dítěte včetně úrazové prevence podle specifík pro daný věk. Jde-li o dítě s poruchami zdravotního stavu nebo o dítě ohrožené poruchami zdravotního stavu včetně poruch zdravotního stavu v důsledku vlivu nepříznivého rodinného nebo jiného společenského prostředí, provádí sestra s rodičem psychoterapeutický rozhovor.

8.2 Časové rozmezí preventivních prohlídek

Termíny preventivních prohlídek jsou rozloženy od narození do 19 let věku. Z celkového počtu 19 povinných preventivních prohlídek se polovina uskuteční v prvním roce života dítěte. První prohlídka probíhá většinou v domácím prostředí do dvou dnů od propuštění novorozence a matky z porodnice. Další prohlídka se uskutečňuje ve 14 dnech věku dítěte již v ordinaci dětského lékaře, dále v šesti týdnech, ve třetím, čtvrtém, pátém, šestém, desátém a dvanáctém měsíci života dítěte. Následuje preventivní prohlídka v roce a půl, ve třech letech a dále ve dvouletých intervalech až do věku 19 let. Poslední, výstupní prohlídkou je zakončeno sledování pacienta a nadále se o něho stará praktický lékař pro dospělé.

Očkování je součástí preventivních prohlídek, provádí se podle platného očkovacího kalendáře a zaznamenává se do očkovacího průkazu dítěte. Nedílnou součástí preventivní prohlídky jsou administrativní úkony, řádné zavedení zdravotní dokumentace, zavedení do

počítačové databáze, vypsání receptů potřebných léků. Rodiči je vypsán registrační list a je vyzván, aby dítě přihlásil na vybrané zdravotní pojišťovně.

Obsahem první všeobecné preventivní prohlídky novorozence je posouzení sociálního prostředí dítěte, rodinná anamnéza, osobní a těhotenská anamnéza matky. Hodnotí se prenatální, perinatální a postnatální anamnéza a lékařské zprávy o novorozenci. Probíhá vyšetření spočívající v posouzení celkového stavu dítěte, vyšetření kůže a podkožní vrstvy, vlasů a nehtů, vyšetření mízních uzlin, svalstva a kostry, hlavy včetně tvaru, velikosti fontanel a změření obvodu hlavy, dále vyšetření očí a jejich okolí včetně postavení bulbů a spojivek, vyšetření uší, nosu, dutiny ústní, krku, hrudníku, jeho obvodu a tvaru a stavu klíčních kostí. Dále lékař provádí fyzikální nález na srdci a plicích, vyšetření břicha včetně jeho velikosti, palpačního vyšetření nitrobřišních orgánů a pupeční jizvy, a také vyšetření třísel včetně palpačního vyšetření a pulzu na stehenních tepnách, vyšetření genitálu, končetin včetně jejich symetrie, deformity a hybnosti v kyčelních kloubech a vyšetření psychomotorického vývoje včetně novorozeneckých reflexů, orientační vyšetření sluchu, kontrola preventivního podání vitamínu K (Vincentová, 2007; Skála, 2014).

Druhá preventivní prohlídka probíhá ve 14 dnech věku dítěte, vedle výše uvedených vyšetření se zahajuje preventivní podávání vitamínu D proti křivici. Potřebné je poučení rodičů dítěte a doporučení odborného ortopedického vyšetření kyčlí mezi třetím až šestým týdnem věku.

Při preventivní prohlídce dětí v 6 týdnech věku se kromě výše uvedených vyšetření provádí kontrola výsledku ortopedického vyšetření a kontrola preventivního podávání vitamínu D, orientační vyšetření zraku, zahajuje se očkování a nastavuje se plán dalšího očkování. Při preventivní prohlídce dětí ve 3 měsících věku se opět provádí kontrola preventivního podávání vitamínu D, kontrola očkování a plánuje se další očkování. Preventivní prohlídka dětí ve 4 až 5 měsících věku navíc zahrnuje orientační vyšetření zraku a sluchu, kontrolu očkování a plán dalšího očkování. Při preventivní prohlídce dětí v 6 měsících věku kromě výše zmíněných vyšetření probíhá kontrola preventivního podávání vitamínu D, kontrola vývoje chrupu, dětská sestra podává poučení rodičům o nutnosti

registrace dítěte u zubního lékaře v druhém půlroce života dítěte a jeho zapojení do pravidelných zubních prohlídek. Další preventivní prohlídka dětí, která probíhá v 8 měsících věku, zahrnuje navíc orientační vyšetření zraku a sluchu. Preventivní prohlídka dětí v 10 až 11 měsících věku dále obsahuje kontrolu preventivního podávání vitamínu D (Velemínský, 2005). Další preventivní prohlídka dětí probíhá ve 12 měsících věku. Kromě vyšetření výše uvedených, se provádí zjištění základních antropometrických ukazatelů a jejich zhodnocení, kontrola preventivního podávání vitamínu D, zjištění velikosti velké fontanely, vyšetření zraku a sluchu, vývoje řeči a chrupu a potřebná poučení rodiče dítěte, informace o hygieně dutiny ústní, individuální zvážení celkového příjmu fluoridů, doporučení stomatologického vyšetření, kontrola očkování a plán dalšího očkování dítěte.

Preventivní prohlídka v 18 měsících má stejnou náplň, jako prohlídka v jednom roce života. Lékař navíc sleduje uzávěr velké fontanely dítěte, stav prořezávání dentice, případně doporučí vhodné stomatologické vyšetření. Sestra sleduje sociální chování dítěte, zeptá se rodičů na hygienické návyky dítěte. Zjišťuje se hmotnost a výška dítěte, tyto parametry se posuzují podle růstových grafů z důvodu odhalení případné podvýživy, nadváhy nebo obezity. Při této prohlídce je prováděno kompletní fyzikální vyšetření včetně prohlídky kůže a vyloučení známek týrání, zanedbávání a zneužívání dítěte. Provádí se vyšetření očí a zraku, vyšetření řeči, hlasu a sluchu.

Obsah preventivní prohlídky ve 3 letech věku dítěte je uveden v § 4 vyhlášky č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách. Dětská sestra orientačně zjišťuje laterální dítěte a prověřuje jeho znalost barev. Dětská sestra provádí vyšetření moči diagnostickým papírkem, měří krevní tlak a pulz. Doplňují se anamnestické údaje od rodičů, kontroluje se očkování. Provádí se vyšetření zraku, vyšetření sluchu, dutiny ústní a stavu chrupu, hodnotí se psychomotorický vývoj dítěte. Na závěr je vyšetřen genitál, a to uložení varlat u chlapců a zjištění případného výtoku u dívek. Cílem rozhovoru lékaře a dětské sestry s rodičem je získání jejich aktivní spolupráce, poučení rodiče o výživě a režimu dítěte včetně úrazové prevence podle specifik pro daný věk. Ve zvláštních případech je vhodný podpůrný

psychoterapeutický rozhovor, zejména jde-li o vážně nemocné dítě, ohrožené dítě a problematiku funkčnosti rodiny.

Preventivní prohlídka v 5 letech obsahuje zjištění hmotnosti a výšky, zjištění hmotnostně-výškového poměru a posouzení růstu dítěte podle růstových grafů z důvodu odhalení případné podvýživy, nadváhy nebo obezity, zhodnocení psychomotorického vývoje k předběžnému posouzení školní zralosti, vyšetření znalosti barev s požadavkem jejich samostatného slovního označení, kontrolu hygienických návyků dítěte se zaměřením na pomočování. Vyskytuje-li se v rodinné anamnéze ischemická choroba srdeční, infarkt myokardu, angina pectoris, náhlé cévní mozkové příhody nebo hyperlipoproteinemie a další rizikové faktory, provádí se vyšetření koncentrace celkového cholesterolu, lipoproteinu o vysoké hustotě HDL-cholesterolu, lipoproteinu o nízké hustotě LDL-cholesterolu a triacylglycerolů (Urbanová a Šamánek, 2012). Pro posouzení školní zralosti dítěte se provádí test školní zralosti, případně se posuzuje odklad školní docházky, celková zralost dítěte, míra soustředěnosti, jemné motoriky, řeč, verbální schopnosti, znalost barev.

Preventivní prohlídka v 7, 9, 11 a 13 letech věku dítěte obsahuje dle § 5 vyhlášky o preventivních prohlídkách základní fyzikální vyšetření, vyšetření zraku, barvocitu, sluchu, tlaku, pulzu, dutiny ústní a chrupu, štítné žlázy a vyšetření moči, zjištění stavu pohlavního vývoje, u děvčat nástup menstruace. Při prohlídce se doplní anamnéza od rodičů, s cíleným zaměřením na odhalení nemocí a stavů, které se v počátku projevují nejasnými příznaky. Úkolem dětské sestry je také vyloučení známek týrání, zanedbávání, zneužívání dítěte a odhalení počátků různých závislostí a rizikového chování dítěte. Oblastí edukace rodičů dětského pacienta je poučení o zdravém životním stylu včetně úrazové prevence podle specifík pro daný věk a posouzení funkčnosti rodiny. Další úkolem je kontrola očkování dítěte v 11 a 13 letech.

Sestra zaznamenává do zdravotní karty pacienta (písemně a elektronicky) i do zdravotního průkazu dítěte nově zjištěná měření: hmotnost a výšku dítěte, index tělesné hmotnosti a posouzení růstu dítěte podle růstových grafů z důvodu odhalení případné podvýživy, nadváhy nebo obezity. Sestra změří tlak a pulz, vyzkouší pacientovi zrak na

optotypu, barvocitu pomocí speciálních tabulek, zkouší sluch a řeč. Jedná-li se o dospívající dívku, zeptá se sestra, zda již dívka má pravidelnou menstruaci, nabídne rodičům možnost bezplatného očkování proti rakovině děložního čípku. Veškeré výsledky kompletního fyzikálního vyšetření zapíše. Lékař vyšetřuje stav kůže, dutinu ústní, stav chrupu, mízní uzliny, štítnou žlázu, poslechne plíce a srdce, stav pohybového aparátu a sekundární pohlavní znaky. Lékař i sestra může dát rodičům dítěte poučení vztahující se ke zdravému životnímu stylu, zdravotním rizikům souvisejícím s rodinnou a osobní anamnézou, a také s důsledky související se sexuálním životem včetně poučení o užívání antikoncepce a chráněném sexu. Dalším údajem je vyjádření ke studijnímu zaměření v souvislosti s ukončením povinné školní docházky u dětí ve 13 letech věku. U osob se zdravotním postižením zaznamenáváme vyjádření k omezení přípravy na pracovní uplatnění a k pracovní schopnosti (Skála, 2014).

Náplní preventivní prohlídky dětí v 15 a 17 letech věku je celkové vyšetření a aktualizace údajů z anamnézy, eventuální doplnění chybějícího očkování. Sestra zjišťuje hmotnost a výšku dítěte, index tělesné hmotnosti, dále posuzuje růst dítěte podle růstových grafů. Důvodem je odhalení případné podvýživy, nadváhy nebo obezity. Sestra provádí kompletní fyzikální vyšetření, vyšetřuje moč indikátorovým papírkem. Lékař vyšetřuje stav kůže, sekundárních pohlavních znaků a dutiny ústní. Sestra provádí fyzikální vyšetření krevního tlaku a pulzu, vyšetření zraku, barvocitu, vyšetření sluchu, řeči a hlasu. Lékař celkově hodnotí stav a vývoje dítěte, vysloví poučení vztahující se k možným zdravotním rizikům a rizikům plynoucím z rodinné a osobní anamnézy a jejich důsledkům. Dívkám je doporučeno gynekologické vyšetření, zejména pokud se ještě nedostavila menstruace a připomenou se možnosti očkování proti karcinomu děložního čípku. Lékař se vyjádří k pracovnímu, případně studijnímu zaměření dítěte, u dítěte se zdravotním postižením je zaznamenáno omezení přípravy na pracovní uplatnění a k pracovní schopnosti.

Preventivní prohlídka v 19 letech je prohlídkou výstupní. Pacientovi je vyhotoven doklad o předání pacienta k praktickému lékaři pro dospělé, doplněna je anamnéza, hlavní zdravotní problematika a doporučena případná dispenzarizace (Vyhláška č.70/2012Sb., o preventivních prohlídkách).

8.3 Očkování

Imunita je schopnost organismu odolávat napadení a působení cizorodých látek a patogenů z latiny *immunire* – opevňovat. Principem očkování je umělé vpravení antigenu do organismu za účelem tvorby protilátek. Kontraindikací očkování je akutní onemocnění, alterovaná imunita, závažné reakce po předchozí dávce, neurologické symptomy v anamnéze, anafylaxe na vaječnou bílkovinu a ATB ve vakcíně. Jednotlivé druhy očkování v České republice dělíme na pravidelné očkování, zvláštní očkování, mimořádné očkování, očkování při i úrazech, poraněních a nehojících se ranách, očkování před cestou do zahraničí a očkování na žádost (Švejda, 1987; Dáňová a Částková, 2008).

Očkování funguje na principu ochranných reakcí těla a imituje přirozenou imunitní reakci. Pro dosažení potřebné hladiny protilátek se v závislosti na druhu a vlastnostech konkrétní očkovací látky aplikuje jedna či více dávek základního očkování. K dosažení imunity obvykle dochází za jeden až tři týdny po ukončení základního očkování. Podle potřeby se provádí přeočkování, aby se imunita získaná očkováním prodloužila. Optimální rozvržení dávek je pevně stanoveno, aby bylo dosaženo dlouhodobého udržení vysokých hladin protilátek a tedy i imunity (Beran, 2006; Beran a Havlík a kol., 2008). Imunizace znamená vytvoření imunity proti antigenu. Rozdělujeme ji na přirozenou aktivní a pasivní, a umělou aktivní a pasivní. Přirozená aktivní imunizace je tzv. postinfekční, po přirozeném setkání s antigenem, proděláním nemoci. Přirozená pasivní imunizace je zprostředkována Imunoglobuliny G, které volně přestupují placentární bariérou z oběhu matky do oběhu plodu. Umělá aktivní imunizace se provádí naočkováním antigenu. Umělá pasivní imunizace se provádí naočkováním protilátky (Švejda, 1987).

V našich podmínkách se k pasivní imunizaci používají jen homologní (humánní) séra, lépe řečeno gammaglobuliny. Globuliny heterologní (zvířecí) se již nepoužívají, tím odpadá sledování možných nežádoucích účinků (anafylaktický šok), není nutné frakcionované

podání. V praxi je používán přípravek Gammaglobulinumantiviperinum a TEGA - tetanický gammaglobulin. Zřejmý je rozdíl v indikaci očkování proti tetanu toxoidem, přípravky Alteana a Tetavax a přípravkem TEGA, již hotovou protilátkou. V prvním případě se jedná o imunizaci aktivní, ve druhém případě o imunizaci pasivní, TEGA je již hotová protilátka, která ale nevydrží dlouho.

Imunizace je nejprospěšnější a nákladově nejvýhodnější prevencí nemocí. Účinnost očkování můžeme pozorovat na srovnání nemocnosti a úmrtnosti na infekční choroby před a po zavedení očkování.

8.3.1 Očkovací látka, přehled očkovacích látek

Očkovací látku (vakcínu) lze definovat jako preparát, který obsahuje antigeny jednoho či více mikroorganismů a po aplikaci člověku či zvířeti vyvolá protilátkovou odezvu, navodí vznik aktivní imunity. Slovo vakcína je odvozeno od latinského vacca – kráva. Poprvé bylo očkování experimentálně použito proti kravským neštovicím. Z historie očkování víme, že roku 1796 britský lékař Edward Jenner poprvé očkoval malého chlapce proti pravým neštovicím (varirole), k tomuto očkování experimentálně použil virus kravských neštovic. Roku 1885 francouzský vědec Louis Pasteur použil oslabený virus vztekliny k vakcinaci proti vzteklině. V obou případech se očkování jedinci stali vůči přirozené infekci imunní a po setkání s infekcí se u nich nemoc neprojevila (Beran, 2006).

Vakcíny rozdělujeme podle způsobu přípravy na atenuované, živé oslabené vakcíny, vzniklé pasážováním na kultivačních médiích (bakterie nebo virus ztrácí svoji patogenitu, při zachování své antigenní struktury). Používají se k prevenci spalniček, zarděnek, příušnic, dětské obrny, tuberkulózy a žluté zimnice. Druhou skupinou jsou inaktivované, suspenze usmrcených bakterií nebo virů bez poškozených povrchových antigenů, jde o kombinované vakcíny proti záškrtu, tetanu, chřipce, vzteklině, hepatitidě A. Třetí skupinu tvoří anatoxiny, jde o bakteriální toxiny, které jsou upraveny tak, že neškodí, ale podněcují tvorbu protilátek.

Používají se k prevenci infekčních onemocnění, pro jejichž rozvoj hraje toxin bakterie důležitou roli. Čtvrtou skupinu tvoří subjednotkové vakcíny, jde o virové částice, štěpící se a purifikující se. Odstraněním toxických částí virového antigenu se snižuje reaktivita, výhodou je menší výskyt nežádoucích účinků a patologických reakcí na očkování (chřipka). Pátou skupinou jsou konjugované vakcíny, jde většinou o T-independentní polysacharidový antigen konjugovaný s imunogenním proteinem. Imunitní systém malých dětí by totiž nedokázal reagovat na samotný antigen jako je pneumokok, meningokok, Haemophilus influenzae typ B. Šestou skupinou jsou rekombinantní vakcíny (vektorové) připravované genetickou cestou, kdy klon kvasinek nebo bakterií vytvoří po vnesení genu velké množství protilátek hepatitis B, pertusse. DNA vakcína je obdoba rekombinantní vakcíny s tím rozdílem, že nosičem je celá DNA, která se vnese do buňky očkované osoby. Tato vakcína je prozatím ve stádiu experimentů. Osmou skupinu tvoří syntetické vakcíny, připravené chemicky, kde se očekává vysoká biologická a chemická čistota a nízká cena. Devátou skupinou je autovakcína, která je připravená z patogenního kmene kultivovaného od postižené osoby. Je tak šitá na míru konkrétnímu pacientovi, přičemž v podstatě nejde o očkování, ale o imunostimulaci (Šterzl et al., 2005).

8.3.2 Pravidelné povinné očkování dětí

Pravidelné očkování dětí se řídí vyhláškou č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem. Plošné očkování zahrnuje očkování proti devíti nemocem a provádí jej praktický lékař pro děti a dorost (Petráš, 2014).

Očkování je součástí preventivních prohlídek, je ze zákona povinné a jeho ignorování je postižitelné. Jeho smyslem je motivovat dětský organismus k tvorbě ochranných protilátek, které pak dítě při styku s infekčním onemocněním ochrání a zabrání vzniku nemoci. Tvorba protilátek probíhá postupně, k dosažení maximálního účinku očkování je nutné podat očkovací látku opakovaně v předem stanovených intervalech (Beran a Havlík, 2008).

Očkování chrání děti v jejich nejrizikovějším období, kdy jsou náchylné k řadě onemocnění. Pravidelné očkování dětí proti infekčním nemocem pomohlo snížit a omezit výskyt řady onemocnění. Díky vysoké proočkovanosti u nás se již nesetkáváme s přenosnou dětskou mozkovou obrnou, tetanem, jen vzácně se spalničkami, zarděnkami a tuberkulózou (Vincentová, 2007).

Významným předpokladem práce sestry při očkování je edukace rodičů a jejich získání ke spolupráci. Je nutné rodičům vysvětlit význam očkování, informovat je, jak očkování bude probíhat, doporučit po očkování setrvat nejméně 30 minut v čekárně v klidu kvůli ojedinělým možným nežádoucím účinkům (Machová a Suchanová, 2013).

Plošné očkování dětí Hexavakcínou proti záškrtu, tetanu, dávivému kašli, virové hepatitidě B, Haemophilus influenzae b a dětské obrně se provádí třemi základními a jednou posilující dávkou od 9. týdne věku. Základní očkování proti zarděnkám, spalničkám a příušnicím se provede živou očkovací látkou, a to nejdříve první den patnáctého měsíce po narození dítěte. Přeočkování se provede jednou dávkou za 6 až 10 měsíců po provedeném základním očkování. Přeočkování proti záškrtu, tetanu a dávivému kašli se provádí v 5. roce věku. Přeočkování proti záškrtu, tetanu, dávivému kašli a dětské obrně se provádí v 11. letech očkovací látkou Boostrix polio (Beran a Havlík, 2008).

Platný dětský očkovací kalendář je uveden v Příloze 7. Metodika provádění pravidelného očkování v roce 2015, kterou vydala Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, je určena smluvním poskytovatelům zdravotní péče a zdravotním pojišťovnám. Upravuje způsob zajištění a provádění pravidelného povinného plošného očkování (včetně očkování rizikových pacientů) v souladu s § 30 odst. 2 písm. a) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve smyslu vyhlášky č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem (Svaz zdravotních pojišťoven, 2016).

8.3.3 *Nepovinné očkování dětí*

Očkování proti pneumokokům, které způsobují záněty mozkových blan, záněty plic a středouší, je zajišťováno očkovacími látkami Synflorix (obsahuje protilátky proti 10 kmenům) nebo Prevenar (obsahuje 13 kmenů a je hrazen pojišťovnou pouze částečně). Očkuje se v prvním roce 4x současně s Hexavakcínou, tj. ve 3, 4, 5 a 12 měsících.

K očkování proti infekcím rotaviry, které se projevují průjmem, teplotami a zvracením, se používají očkovací látky Rotarix a Rotateq. Onemocnění je charakteristické zejména pro kojence. Jak uvádí Velemínský (2015), v mateřském mléce jsou protilátky, které ničí účinnost této očkovací látky a zvyšuje se zátěž kojence v tomto období dalším nadbytečným očkováním.

Proti hepatitidě typu A se očkuje 2 dávkami očkovací látky Havrix, Twinrix a Vaqta, nejlépe po druhém roce života. Jedná se o onemocnění „špinavých rukou“, protože se přenáší špinavými rukama, nemytými potravinami, šíří se často v dětských kolektivech. Lze zakoupit očkovací látku kombinovanou proti hepatitidě A i B (Petráš, 2014).

Proti meningitidě (zánětu mozkových blan), závažnému onemocnění obalů mozku, které může přecházet do mozkové tkáně, se očkuje očkovacími látkami Bexsero, Menjugate, Menveo, Neisvac C, Polysacharidovou meningokokovou vakcínou A+B. Existuje několik typů – A, B, C, Y, W135, X, D. Používá se očkovací látka Bexsero proti B kmenům, které jsou nejčastější příčinou zánětlivého onemocnění mozkových blan a vyvolávají nejtěžší formy onemocnění. Dětem obvykle stačí jedna dávka, kojencům se dávají nejméně 2 dávky.

Při očkování proti planým neštovicím očkujeme očkovací látkou Priorix Tetra a Varilrix a můžeme očkovat spolu s povinným očkováním proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám, anebo individuálně. Očkuje se 2x (Petráš, 2014).

U dětí se provádí očkování proti rakovině děložního čípku vakcínou Silgard a Cervarix, obě tyto látky obsahují protilátky proti kmenům Human papiloma viru (HPV). Infekce se nejčastěji projeví onemocněním zevního genitálu a rakovinou děložního čípku. Bezplatné

nepovinné očkování proti HPV se provádí mezi 13. a 14. rokem života děvčat a je plně hrazeno zdravotní pojišťovnou (Velemínský, 2015).

Očkování proti chřipce očkujeme očkovací látkou Fluarix, Vaxigrip, Influvac. Všechny vakcíny obsahují dva typy usmrčené chřipky typu A a B. Děti do tří let se očkují dvěma polovičními dávkami a děti starší 9 let jen jednou dávkou. Očkování proti klíšťové encefalitidě očkujeme očkovací látkou Encepur a FSME. Očkujeme třemi dávkami a další přeočkování je po 5 letech.

Očkování proti tuberkulóze bylo v ČR zrušeno od listopadu 2010 s odůvodněním, že je u nás snížený výskyt tohoto onemocnění, a proto se provádí u rizikových novorozenců s indikacemi, které posoudí lékař novorozeneckého oddělení, případně registrující lékař pro děti a dorost (Petráš, 2014), anebo na žádost rodiče. Dítě v rizikové skupině, které splňuje podmínky indikace k očkování proti tuberkulóze, je na základě žádosti zákonného zástupce dítěte a lékaře spolu s vyplněným dotazníkem a s doporučením lékaře odeslán na pracoviště kalmetizace. Zde je provedeno očkování podle metodiky provádění pravidelného očkování v roce 2015, tato metodika určená pro potřeby praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost při provádění pravidelného očkování se použije i pro potřeby pracovišť kalmetizace. Metodika je dostupná na webových stránkách MZ ČR a zdravotních pojišťoven

V pediatrické praxi je očkování dětí co nejvíce synchronizováno. Očkování je prováděno od 1. dne do 9. týdne věku dítěte, to znamená, že dítě má mít již 8 týdnů. Ve 4týdenních odstupech jsou provedena vždy všechna očkování najednou. Obvykle je aplikována Hexacima a Synflorix v jeden den. Dále je postupováno dle očkovacího kalendáře.

Dětská sestra dobře zná očkovací kalendář, edukuje rodiče, může sama provádět očkování dítěte, bez přímé účasti lékaře. V medicíně se vše rychle mění. Očkovací kalendář doznal nejvíce změn právě v posledních 5 letech. Počet očkování se snížil o deset. Sestra zná očkovací techniku, druhy jednotlivých očkovacích látek a časové rozestupy jednotlivých očkování. Dodržuje správné skladovací podmínky vakcín a kontroluje pravidelně jejich expiraci (Vincentová, 2007). Před očkováním musí sestra, která očkování provádí, zhodnotit celkový zdravotní stav dítěte. Není-li dítě zcela v pořádku, je očkování odloženo.

Kontraindikací očkování je akutní horečnaté onemocnění, reakce na jednu složku vakcíny a jiné komplikace, k nimž dojde během očkování. Po očkování sestra rodičům doporučí, aby vyčkali v klidu v čekárně nejméně 30 minut kvůli možným nežádoucím reakcím po očkování. Může se objevit přechodné zarudnutí kůže, otok a bolest v místě vpichu, přechodně zvýšená tělesná teplota, únava, bolest hlavy, slabost a malátnost. Místo vpichu je třeba sledovat. V případě potíží je vhodné místo vpichu chladit studenými obklady, v případě teploty podat léky proti horečce dle váhy dítěte (Česká vakcinologická společnost, 2014, Beran a Havlík, 2008).

8.3.4 Diskuse nad přínosy a riziky očkování dětí

V současné době odmítání povinného očkování hraje bezpečnost klíčovou roli. Účinnost očkování prokážeme snadno, zato bezpečnost je snadno napadnutelná. Většina očkovacích látek vyvolá u některých jedinců nežádoucí reakci, tato je však mírná a rychle odezní. Většinou jde o mírnou bolest, zarudnutí a otok, anebo zvýšenou tělesnou teplotu, výjimečně může dojít k alergické reakci nebo neurologickým reakcím. Přínos očkování zdaleka přesahuje ojedinělé nežádoucí reakce (Prymula, 2016). Vakcíny slouží ke stimulaci imunitního systému, která přináší vysoký stupeň ochrany proti některým specifickým onemocněním. Žádné vědecké důkazy o poškození imunitního systému, anebo snížení jeho funkce či zvýšení vnímavosti k jiným infekčním onemocněním neexistují (Dražan, 2015).

Protože se většina infekčních onemocnění u nás už nevyskytuje, není možné, porovnat skupinu očkovaných a neočkovaných dětí. Není u nás dosud žádná studie, která by sledovala komplikace po prodělaném infekčním onemocnění a možné nežádoucí komplikace po očkování. Není pochyb o tom, že každé očkování může mít nežádoucí komplikace, ve většině případů jsou mírné a do dvou, tří dní odeznívají. S porovnáním s riziky při probíhajícím možném infekčním onemocnění jde o zanedbatelné číslo (Beran a Havlík, 2008).

Beran a Havlík (2008) uvádějí, že odmítání očkování rodiči je důsledek nedostatečné komunikace mezi lékařem a rodiči dětí. Částečně s jejich výrokem souhlasím. Nicméně rodiče často věří informacím z internetu a nekvalifikovaných zdrojů. Pro neočkování svého dítěte nemají zpravidla žádný konkrétní důvod.

V loni v létě ve Španělsku onemocněl šestiletý chlapec a jeho osm spolužáků záškrtem. Chlapec bojoval o život na jednotce intenzivní péče v Barceloně. Rodiče chlapce byli zastánci zdravého způsobu života, litovali svého rozhodnutí chlapce neočkovat kvůli agitaci členů antivakcinačního hnutí. Chlapcovi spolužáci byli očkovaní, nemoc se u nich nerozvinula a byli залечeni antibiotiky. Španělský ministr zdravotnictví vyslovil názor, že neočkování je nezodpovědné a že hnutí proti očkování není podloženo žádnými vědeckými důkazy (Alonso, 2015).

Další případ se týkal rodičů dítěte, kteří měli zaplatit pokutu 6 tis. Kč, protože odmítli nechat očkovat dceru povinným očkováním hexavakcínou. Ústavní soud ČR se v letos v lednu těchto rodičů pokutovaných za odmítnutí očkování dítěte z důvodu náboženského přesvědčení zastal. Soud přihlédl k okolnostem, jež vedly rodiče dítěte pro odmítnutí očkování. Jeden z rodičů v dětství sám zažil závažnou nežádoucí reakci po očkování a měl obavy, že dítě bude stejně trpět (Ústavní soud, 2016).

V České republice vzrostl počet nemocných s pertusí, černým kašlem, jedná se o akutní bakteriální vysoce infekční a přenosné onemocnění. V ČR roce 2014 dosáhla celková nemocnost hlášených nemocných pertusí 23,98/100 000 obyvatel (2 521 případů). Nárůst hlášených případů pertuse v populaci je spojen se zvýšenou nemocností nejmenších dětí, včetně hospitalizace a komplikací spojených s onemocněním. Fabiánová uvádí, že nejohroženější skupinou jsou děti do jednoho roku. Nová strategie prevence spočívá v očkování těhotných (Fabiánová, 2015). Zdrojem infekce v populaci jsou adolescenti v postinfekční fázi. Důvodem znovuobjevení se tohoto onemocnění může být oslabení postvakcinační imunity z dětství, stoupající vnímavost dospívající populace, výskyt nových genetických variant původce a stoupající patogenita původce (Chlíbek, 2011).

Na nežádoucí účinky očkování upozorňuje Společnost pacientů s následky po očkování. Tato společnost uvádí, že množství nežádoucích účinků po očkování není tak zanedbatelné, jak tvrdí oficiální stanoviska českých úřadů. Svědčí o tom i oficiální údaj Státního ústavu pro kontrolu léčiv, který uvádí, že se hlásí pouze 5 % nežádoucích účinků. Nejde jen o přechodné reakce jako zarudnutí v místě vpichu, horečka a podobně, ale vznik autismu, depresí atd. Mnoho dětí po očkování začalo trpět vážnými imunologickými, kožními či neurologickými problémy. Většina lékařů však tyto problémy bagatelizuje a místo toho, aby české úřady tuto situaci řešily, český zákonný systém ohledně očkování přitvrzuje (Hrabák, 2015).

Založeny byly webové stránky pooockovani.cz spolu s profilem na sociální síti, na kterých jsou informace pro laiky i lékaře a je zde zřízena i on-line poradna. Společnost spolupracuje s organizacemi jako například Rozalio, Liga lidských práv či Svaz pacientů. Tyto organizace chtějí, aby očkování přinášelo lidem prospěch a nikoliv hrozbu a zdravotní problémy na celý život (Hrabák, 2015).

V ordinaci dětského lékaře pracuji více jak dvacet let a mohu říci, že u současných vakcín se setkáváme s nežádoucími komplikacemi jen opravdu výjimečně. Dochází k tomu někdy, když u dítěte zároveň propukne nachlazení, takže se objeví zvýšená teplota nebo horečka; anebo v případě, že rodiče nedodrží upozornění nepobývat 1-2 dny po očkování na slunci. U jednoho dítěte se matka domnívala, že došlo po prvním očkování u dítěte ke křečím a epilepsii. Ale ani po podrobném vyšetření, nebyla tato domněnka potvrzena, že šlo o nežádoucí účinky očkování, potvrzeno. V rodině se totiž epilepsie vyskytovala u prarodičů dítěte. Před 15 a více lety jsme se s nežádoucími účinky v ordinaci setkávali častěji; jednalo se o teplotu, vyrážku, otok, bolest v oblasti místa vpichu. Tyto komplikace trvaly několik dní. Na druhou stranu byly očkovány všechny registrované děti. Nyní se objeví jedny nebo dvojice rodiče ročně, kteří si očkování nepřejí. Stejný stav je v celé naší republice, je to 1-2 % dětí, které nejsou očkovány (Muntau, 2009).

V případě, že rodiče nesouhlasí s povinným očkováním svých dětí, podepisují formulář o nesouhlasu s očkováním. Důvody mají různé a většinou neví, jestli jsou správné. Z praxe vím, že rodiče, kteří oddalovali termíny povinného očkování, nakonec svého zdržování

litovali, neboť jejich neočkované dítě onemocnělo do jednoho roku černým kašlem. V naší ordinaci jsme měli těchto obdobných případů několik. Fabiánová (2015) ve zprávě SZÚ konstatuje stejné výsledky: ze všech dětí, které v ČR onemocněly pertusí, jich 77 % onemocnělo v prvních 4 měsících života. Téměř všechny musely být hospitalizovány a došlo ke čtyřem úmrtím; 3 z těchto dětí nebyly očkovány z důvodu nízkého věku, u čtvrtého bylo očkování odloženo.

Viděla jsem takových případů v ordinaci několik. U nás v ordinaci jedna matka neočkovaného dítěte žádala o očkování po roce života dítěte, protože bylo dítě pokousáno psem. Mělo na ručičce několik stehů, poměrně velkou tržnou ránu, která se špatně a dlouho hojila. Matka měla strach z onemocnění tetanem. Rodiče neočkovaných dětí musí přijmout fakt, že jejich dítě nebude přijato do mateřské školky. Očkování je v našem zákonodárství povinné (Olchava, 2007).

Myslím si, že očkování chrání zdraví dětí a celé populace. Bezdůvodné odmítání očkování dětí jejich rodiči by nemělo být společností tolerováno, neboť tito jedinci jsou vstupní bránou infekce a hrozbou pro ostatní lidi. Jsou jistě také výjimky, pokud rodiče mají vážný důvod pochybovat o prospěšnosti očkování jejich dítěte a jsou přesvědčeni, že ho vážně poškodí, měl by lékař a odborník v očkování posoudit, zda je jejich obava odůvodněná. Pak by jistě neměli být sankcionováni. Lékař by jim měl vysvětlit důsledky jejich rozhodnutí pro jejich dítě. Je potřeba rodiče upozornit na to, že pokud jejich dítě onemocní, ponесou velký díl odpovědnosti. Jsem si jistá, že většina rodičů naslouchá a důvěřuje svému lékaři. Vždyť onemocnění jako je tetanus nebo záškrť jsou smrtelná a dětská mozková obrna přináší trvalé postižení. Sama jsem matkou tří dětí. Dcera má dvě autoimunitní choroby a měla velké nežádoucí účinky po očkování, přesto bych ji nechala očkovat znovu, i kdybych o nich dopředu věděla. Ve světě stovky dětí nesmírně trpí a umírají na infekční nemoci, které se u nás nevyskytují jen díky očkování. Umírají, protože si jejich rodiče z finančních důvodů nemohou očkování dovolit, zatímco u nás je toto očkování zadarmo.

8.4 Role sestry při preventivních prohlídkách v ordinaci praktického lékaře

První prohlídka dítěte by měla probíhat formou návštěvy sestry v domácím prostředí dítěte do 2 dnů po propuštění z porodnice. Takto může sestra zhodnotit sociální podmínky rodiny a celkový zdravotní stav dítěte, jeho adaptaci na prostředí. Sestra novorozence zváží, změří, zhodnotí váhový úbytek, tolerována je zde hodnota kolem deseti procent od hodnoty porodní váhy. Dále sestra hodnotí celkový zdravotní stav dítěte, provádí fyzikální vyšetření, sleduje barvu kůže, posuzuje stav žloutenky, stav případného opruzení. Patří sem vyšetření očí, uší, úst, hojení pupečníku, stav končetin, genitálu a psychomotorický vývoj včetně novorozeneckých reflexů – hledací, sací a Moorův reflex. Dětská sestra edukuje maminku v péči o dítě, kontroluje správnou techniku kojení, polohu dítěte při kojení, zdůrazní význam a výhody kojení, posiluje citovou a tělesnou vazbu matky a dítěte. Informuje matku o správném složení stravy a dostatečném množství tekutin při kojení. Poučí matku o frekvenci močení a počtu a charakteru stolice dítěte. Sestra také matku poučí o koupání, péči o pokožku a vhodnosti střídavého ukládání do postýlky, aby nedocházelo k predilekčnímu držení hlavičky jedním směrem. Vysvětlí matce důležitost užívání vitamínu D jako prevence křivice a vitamínu K jako prevence krvácivého onemocnění novorozence. Veškeré údaje sestra zaznamená do zdravotního průkazu dítěte a dokumentace dítěte. Zhodnotí případná rizika. Novorozenec je zván na kontrolní ultrazvukové vyšetření správného vývoje kyčelních kloubů na ortopedickou ambulanci a je mu také doporučeno screeningové vyšetření sluchu v odborné ORL ambulanci do prvního měsíce věku.

Schéma preventivních prohlídek dětí vychází z každého jednotlivého vývojového období dítěte. V prvním roce života dítěte se uskuteční celá polovina z celkového počtu preventivních prohlídek. Dětská sestra dobře zná normální projevy zdravého dítěte v oblasti psychomotorického vývoje dítěte, hodnotí vývoj smyslový, citový a sociální, jemnou a hrubou motoriku, vývoj řeči. Všimá si odchylek a na případně zjištěnou patologii včas upozorní lékaře kvůli včasnému zachycení a možnosti rychlého léčebného postupu (Olchava, 2007).

Při preventivní prohlídce sestra posuzuje přírůstek hmotnosti, měří výšku a obvod hlavy a hrudníku dítěte. Údaje zaznamená do dokumentace a percentilových růstových grafů. První rok a půl života dítěte je pozornost zaměřena na správný růst, motorický vývoj a smyslový rozvoj a řeč. Od druhého měsíce věku dítěte se zahajuje pravidelné povinné očkování dítěte, toto je součástí preventivní prohlídky a probíhá dle platného očkovacího kalendáře. Dle přání rodiče může být dítě očkováno i nepovinným očkováním (Sikorová, 2012).

8.4.1 Posouzení růstu a vývoje dítěte

Růst je specifickou tělesnou změnou, projevuje se přírůstkem výšky nebo váhy či jiné tělesné proporce, jako je obvod hlavy apod. Množením buněk a jejich zvětšováním dochází k přibývání na váze, prodlužování těla, rukou a nohou. Růstové změny jsou přesně a spolehlivě měřitelné. Rychlost a míra růstu se během života mění. Za hlavní antropometrické údaje lze považovat tělesnou výšku respektive délku a tělesnou hmotnost (Sikorová, 2012). Růst a fyzický vývoj jsou u každého člověka individuální. Současná pediatrie využívá k určování odchylek růstu u dětí od průměrných hodnot tzv. percentilové grafy. Průměrné hodnoty se pohybují mezi 25. až 75. percentilem. Děti pod nebo nad touto hranicí je nutné sledovat a hledat příčiny jejich pomalejšího nebo rychlejšího růstu. V minulosti se užívaly tabulky podle Poláčka, v současnosti se řídíme tabulkami podle Kučery (Hrodek, Vavřinec a kol., 2002). U hypotrofického novorozence je nutná intenzivnější péče než u dětí narozených s průměrnou hmotností. Sledujeme jejich krevní testy ohledně glykémie, důležité jsou hodnoty vnitřního prostředí, krevního obrazu. Sledujeme prospívání, toleranci stravy, vitální projevy. Neobvyklé a výrazné či přetrvávající změny růstu mohou včas upozornit na mnoho onemocnění, nejen růstového charakteru. Pro hodnocení růstu všech dětí používáme jako důležitou podpůrnou diagnostickou pomůcku růstové grafy (viz Příloha 6). Tyto růstové grafy jsou k dispozici také rodičům ve Zdravotním průkazu dítěte nebo na stránkách www.szu.cz/data/rustove-grafy.

Průběh růstu kojených a nekojených dětí se liší. Kolem 2. a 3. měsíce se růst zpomaluje, tento jen je fyziologický. V prvním půlroce věku kojeného dítěte se křivka kojeného dítěte dostává pod křivku percentilového grafu. Kojené děti se stávají štíhlejšími. Kojení je pro vývoj dítěte nenahraditelné, protože podporuje správný fyzický a psychický růst, je preventivním faktorem obezity (Gregora a Velemínský ml., 2011). Prvním ukazatelem růstu je tělesná výška, která je do 2 let měřená vleže a říkáme jí délka a hmotnost dítěte. Dalším doplňujícím a nezbytným údajem u nejmenších dětí je obvod hlavy. Růst posuzujeme pomocí růstových grafů, které srovnávají hodnoty růstu jedince s hodnotami jeho vrstevníků. Přitom hodnota 50. percentilu znamená průměrnou hodnotu. Stejnou nebo nižší hodnotu má polovina dětí určitého věku. Pravidelné sledování přiměřenosti růstu umožňují opakovaná měření. Důležitý je rovnoměrný růst a individuální růstová křivka dítěte. Při hodnocení výsledků růstových grafů je třeba přihlídnout k celkovému zdravotnímu stavu dítěte, výživovému stavu a okolnostem, které ovlivňují růst. Konečné zhodnocení připadá lékaři (Paulová a kol., 2011).

Porodní hmotnost a délka chlapců je vyšší než dívek. Průměrná porodní hmotnost u nás je u chlapců $3390 \text{ g} \pm 464 \text{ g}$, u dívek $3244 \text{ g} \pm 460 \text{ g}$. Průměrná délka je u chlapců $50,4 \text{ cm} \pm 2,9 \text{ cm}$, u dívek $49,7 \pm 2,9 \text{ cm}$. Nejmenší růstová rychlost je před nástupem puberty, v pubertě dochází k růstovému výšvihu. Ten nastává u dívek ve 12 letech ± 9 měsíců, rostou 6-11 cm za rok. U chlapců dochází k růstovému výšvihu ve 14 letech ± 9 měsíců, rostou 7-12 cm za rok. Růst téměř ustává u dívek v 15-16 letech, u chlapců v 17-18 letech (Hrodek, Vavřínek a kol. 2002). V adolescenci dochází k úplnému vývoji druhotných pohlavních znaků. Referenční údaje jsou k dispozici ve formě růstových percentilových grafů. Tyto grafy jsou nedílnou součástí každého očkovacího průkazu. Hodnoty hlavních percentilů jsou zvýrazněny – třetí, pátý, desátý, dvacátý pátý, padesátý, sedmdesátý pátý, devadesátý, devadesátý pátý a devadesátý sedmý. Pozornost zasluhují odchylky pod 10. a zvláště pod 3. percentilem, jsou-li děti velmi malé, je nutno objasnit proč. Nad 75. percentilem jsou jedinci s výškou velkou, nad 90. percentilem velmi velkou. Percentilové grafy jsou pro hmotnost jiné u chlapců, jiné u dívek. Posuzovat tělesný růst znamená zvažovat faktory, které na něj

mohou mít vliv. Očekávané přírůstky délky a hmotnosti jsou uvedeny v tabulkách, kterými jsou vybaveny běžné pediatrické počítačové programy. U dítěte do 2 let měříme délku (vleže), nad 2 roky výšku (vstoje). Délka se měří v bodymetru, který má být vybaven kolmou deskou k přesnějšímu odečtu. Samotné měření metrem nemusí být přesné, v každém případě se doporučuje položit aspoň dítě do korýtkového bodymetru. Výška ve stoje se od 2 let věku měří pomocí stadiometru. Metr je upevněný na stěně s posuvným kolmým dílem, kde lze odečíst výšku digitálně. K posouzení růstu lebky se měří její obvod v nejdelším okcipitofrontálním úseku – přes čelo nad očima a přes prominující část záhlaví. V prvních 2 měsících života se obvod hlavičky zvětšuje asi i 1,9 cm měsíčně, do 6. měsíce asi o 1 cm měsíčně. Přesné údaje jsou rovněž tabulkové a jsou součástí běžných počítačových programů. Celosvětově užívanou stupnicí k posouzení tělesného vývoje je pětistupňová Tannerova škála (Pastucha a kol., 2011).

8.4.2 Posouzení hmotnosti

Zvláštní důraz věnujeme indexu tělesné hmotnosti (body mass index, BMI). BMI je hodnota, kterou lze vypočítat podílem hmotnosti a druhé mocniny výšky. V ČR je 25 % dětí obézních, a to i přesto, že obezita je definována až překročením 97. percentilu BMI. Je třeba zdůraznit, že samotná číselná hodnota BMI nám o nadváze či obezitě nic nevyovídá, pokud BMI neodečteme z růstového grafu pro body mass index. Ten je opět zvlášť pro chlapce a zvlášť pro dívky. Varovný je již 90. percentil – nadváha. Nadváhou trpí u nás třetina populace. Jedinci obézní a jedinci s nadváhou nemají pocit, že jsou něčím zvláštní. Chybí jim náhled, že mají problém, který vyžaduje rychlé a radikální řešení. Obezita nebolí. Je vhodné pacienta upozornit a dále vyčkávat, zda sám chce problém řešit.

V naší praxi je tomu tak, že hmotnost a výšku zadáme v počítačovém softwaru do tabulky, systém nám vygeneruje BMI. Máme tendenci považovat za normu jen hodnoty mezi 15 a 25, avšak jsou to jen absolutní čísla. Je třeba je vřadit do růstového grafu BMI.

Zjišťujeme, že u 18 letého chlapce je BMI 25 ještě pod 90. percentilem, zatímco u chlapce 5-6 letého je významně nad 97. percentilem. U kojence do 3 měsíců může být BMI pod 10 a nejspíše se nejedná o patologický stav podvýživy (Hrodek, Vavřinec a kol, 2002). Zvláště kojené děti většinou netloustnou. Zde pochválíme kojící matku a situaci vysvětlíme. Je na zkušenosti sestry i terénního pediatra odlišit stav normální od hraničního nebo již závažného. Ani dnes, v době sofistikované výpočetní techniky, lidský faktor nelze zcela nahradit. Umění rozlišovat, použít intuici a „neprohádat“, to je vklad zkušené dětské sestry a pediatra.

Podle rozsáhlého reprezentativního výzkumu studie Státního zdravotního ústavu a 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, je při růstu kojených dětí (0-18 měsíců) nízká prevalence nadváhy a obezity. U kojených dětí (dle doporučení WHO do 6 měsíců věku) s očekávaným podílem daným růstovou normou byla zjištěna nadváha v 7 % případů a obezita ve 3 % případů. Delší dobu kojené děti ve srovnání s dětmi kojenými kratší dobu, trpěly méně často nadváhou a obezitou. To se ukázalo ve všech hodnotitelných skupinách kojenců. Výhody dlouhodobého kojení byly zřejmé i po ukončení výlučného kojení. Studie potvrdila, že s věkem počty obézních dětí klesaly, tedy že i při zachování kojení děti z obezity a nadváhy vyrostly (Paulová a kol., 2014).

Po celou dobu vývoje dítěte (při každé preventivní prohlídce) sledujeme a zaznamenáváme výšku a váhu a výsledky zaneseme do percentilového grafu dítěte. Vzniklá vývojová křivka, která nám pak ukáže, zda se růst dítěte odehrává ve všech sledovaných parametrech fyziologicky, nebo je trend patologický. Sledujeme zvláště, zda nám dítě v kratším časovém intervalu nepřechází z jednoho percentilového pásma do jiného. Tedy dítě, které nám roste na ideálním 50. percentilu, nemůže mít hodnoty při příští prohlídce třeba na percentilu devadesátém. Nikdo nemůže chtít po rodičích, aby sledovali růstové parametry sami, i když jim to nezakazujeme, ještě nikdy jsme se s žádnou iniciativou v tomto směru nesečkali. Spíše vidíme malý zájem o zdravou výživu, přiměřený energetický výdej a sportování.

Dětská sestra musí většinu problematiky, která se týká sklonů k nadváze, být schopna vhodně rodičům vysvětlit. Obezita je v populaci na stálém vzestupu. Týká se mnohem více

nižších sociálních skupin, které nedbají o správnou výživu. U průměrné populace jde o vliv nižší tělesné aktivity, agresivní reklamy a rychlého občerstvení. Dispozice k obezitě jsou do značné míry vrozené. Vtírá se mi slogan „tloustne celá rodina“, je zde problém nejen v genetice, ale i v rodinném stravování. V rodině obvykle jedí všichni totéž a všichni mají stejný nedostatek pohybu, životní styl je možná významnější než genetika. Nebezpečí obezity je značné. Nadměrné tukové zásoby vedou ke změněným hladinám hormonů, nejen insulínu, ale i hormonů štítné žlázy. Vzniká latentní diabetes. Ten může být léta nepoznan a být příčinou cévních (hypertenze, mrtvice), nebo nervových komplikací (diabetická neuropatie, ztráta zraku). Další komplikací diabetu je diabetická nefropatie, sraštění ledvin na podkladě cévních změn. Tím se bludný kruh uzavírá. Ledviny řídí krevní tlak systémem hormonální kaskády renin – angiotensin. Krevní tlak dále nekontrolovaně stoupá. Pošleme-li pacienta na endokrinologii pro zvýšenou hodnotu hormonu thyreotropinu (TSH) nikdo již nikdy nezjistí, zda obezita vznikla na základě poruchy štítné žlázy, či spíše byla sama příčinou relativního nedostatku trijodtyroninu a tyroxinu, a tak došlo ke zvýšení TSH. Žlázy s vnitřní sekrecí jsou tak nadměrně namáhány, stimulovány k nadměrnému výkonu a brzy vyčerpány. Většina obézních lidí má též zvýšený celkový reaktivní protein. Je tedy zřejmé, že obezita je zánět. Tato hrozivá skutečnost skoro nikomu nedochází. Zánětlivé změny pak postihují všechny orgány, nejdříve ovšem klouby. Postižení kloubů vede k dalšímu snížení pohyblivosti (Olchava, 2007).

Obezita je nemoc a lze ji léčit. Léčení má dvě hlavní složky: první je úprava výživy a druhá je zvýšení energetického výdaje. Oba přístupy jsou velice komplexní. Redukční dieta musí být vědecky přesná a především přísná. Výdej energie není neřešitelný. 2x v týdnu hodina chůze, turistický výšlap nebo rekreační plavání. Pacienta potěší, když opravdu začne hubnout, a co je nejdůležitější, bude se cítit lépe, přestane být podrážděný a tělesná aktivita se mu stane žádoucí samozřejmostí (Marinov, Kytarová, Lébl, 2014).

8.4.3 *Posouzení psychomotorického vývoje*

Psychomotorický a sociální vývoj dítěte je mnohostranný, kontinuální proces změn, kdy děti jsou schopny zvládat stále složitější úrovně pohybu, myšlení a vztahů s ostatními. Součástí práce sestry v ordinaci PLDD je pozorování, hodnocení a zaznamenávání stavu duševního a tělesného vývoje dítěte. Nejdůležitější je hodnocení motoriky – hrubé, jemné, grafomotoriky, motoriky mluvidel a očních pohybů – dále sledujeme oblast řečovou. Dětská sestra se účastní celého preventivního vyšetření dítěte, přičemž značnou část může provést sama s účastí pediatra.

Motorický vývoj probíhá třemi směry: směr kefalokaudální (od hlavy dolů), až k prstům na nohou. Dítě nejprve vztyčuje hlavičku, od 8. měsíce samo sedí, od roku samo chodí. Směr proximodistální (shora dolů), myšleno je zde hlavně zpevňování trupu a dolních končetin v průběhu nácvičku lokomoce – chůze. Směr ulnoradiální vyjadřuje rozvoj horních končetin, postupně od pletence ramenního až po jemnou prstovou motoriku.

Vyšetření kojence - dítěte do 1 roku provádíme polohováním v několika základních polohách - posturách testem podle Vlacha a Vojty. Screeningové vyšetření dle Vlacha slouží k rutinnímu vyšetření. „Postury“ jsou vleže na zádech, vleže na břicho a „něco mezi tím“. Dítě tedy stimulujeme k přetočení ze zad na břicho, od půlroku se dítě překulí samo, bez dopomoci. V poloze na břicho sledujeme zvedání hlavičky a tedy pevnost šíjového svalstva. Od 6 měsíců přitahujeme dítě do sedu, sledujeme pevnost svalstva, zvláště horních končetin a zad. Provádíme tedy orientační neurologické vyšetření. Dítě 8 měsíční se posadí samo, bez dopomoci. U kojence do tří měsíců můžeme vyšetřit též reflexy: úchopový a Moro. Reflex Moroův po 3. měsíci vymizí. Je vyvoláván různými podněty, tradičně podtržením podložky (nepříliš citlivé), jinak pasivním rychlejším předklonem hlavičky vleže. Odpovědí je rozpažení a zároveň zřetelná flexe kolenou (Zezuláková a kol., 2005).

Podmínkou správného hodnocení je pohoda dítěte. Nemělo by být hladové, ospalé nebo nemocné. Častá je porucha vzpřimovacích mechanismů. Dítě se opožděně vertikalizuje. Jestliže dítě ve svůj čas neleze, ani se do 14. měsíce věku nepostaví v postýlce s pomocí

rukou, ordinujeme neurologické vyšetření a bezodkladně zahajujeme rehabilitaci, dnes převážně Vojtovou metodou (vývojová rehabilitace). Nesmíme přitom promarnit vhodný čas. Dítě 24 měsíční musí být plně vertikalizováno, musí bez pomoci chodit. Není-li tomu tak, pak již vertikalizováno nebude nikdy. S dítětem je třeba rehabilitovat co dříve, než až od dvou let. Chodit musí již dítě roční. Takže, znovu maximální důraz klademe na prevenci (Zukunft – Huber, 2007).

Sociální vývoj v prvních měsících života, jak jej vidí dětská sestra: komunikace je reflexivní, dítě mrká, saje, pohybuje končetinami, reaguje na úlek. Komunikace je neverbální – do 1 roku se hovoří o fyziologické nemluvnosti. Je pozoruhodné, jak probíhá vývoj hlasové komunikace v závislosti na jazykovém prostředí. Dítě ve druhém půlroce života fonuje jinak v Česku a jinak třeba ve Francii, přestože to jako vývoj jazyka nevnímáme. Matka nemusí být nadměrně vzdělaná, aby poznala, že dítě slyší. Dítě ještě nemluví, ale „brouká si“. Modulace hlasu je česká, nikoli třeba francouzská nebo španělská. Přízvuk odpovídá danému jazykovému prostředí. Často matka pozná některý tón ukolébavky, kterou dítěti zpívá. Skutečná mluva se vyvíjí od 1 roku. Některé dítě dříve mluví, jiné dříve chodí. První slovo vznikne zdvojením jedné slabiky ta-ta, ma-ma, ba-ba (Michaličková, 2002).

K sociální složce vývoje patří mimika. Od 3 měsíců se dítě pravidelně usmívá, od 4. měsíce se hlasitě směje. Obličej vyjadřuje i negativní emoce (strach, hněv). Mimika je dekódována vrozeným mechanismem. Dítě z našeho obličeje pozná naši náladu. Platí to dvojnásob i naopak, matka, ale nejen ona, rozpozná náladu dítěte podle obličejové mimiky (Rieger a Vyhnálková, 2001).

Od 1. dne 13. měsíce života dítěte (batolecí období) do konce 3. roku života lze hovořit o batolecím období či o batolivém věku. Tato kategorie je nestejnorodá – stačí si uvědomit velký fyzický a vývojový rozdíl mezi dítětem ročním a tříletým. Ve druhém roce života „pracuje“ dítě na koordinaci pohybů. Ve 3. roce pak spíše „doladuje“ jemnou motoriku. 15ti měsíční batole položí na sebe dvě kostky, 18ti měsíční tři kostky, od 2 let staví věž ze šesti kostek. Je možno sledovat i rychlý vývoj v oblasti percepčně kognitivní. Dítě chápe souvislosti (dá lžičku do hrníčku, pojmenuje obrázky). Je schopno třídit předměty podle

zadaného kritéria, třeba malé a velké. Vzniká pojem „já“. V oblasti sociální je dítě k cizím méně ostražité, spíše přátelské. Rádo napodobuje. Řeč batolete je holofrastická (heslovitá). Stále více a lépe moduluje hlas. Mezi 15. a 18 měsícem se učí jíst lžičkou a pít z hrnku. Od 2 let si dítě samo svlékne nebo oblékne část oděvu. Podáme-li mu tužku, uchopí ji dlaní. Teprve cvikem se dosáhne špetkovitého úchopu, a to až koncem 3. roku života. Otvírá se prostor pro hodnocení kresby dítěte. Zadáni je „nakresli pána“ nebo „namaluj princeznu“ (Vágnerová, 2005).

Dříve stěžejní předškolní vyšetření v ordinaci PLDD bylo postupně odbouráno, a to pouze z finančních důvodů. Pojišťovny je nehradí, odvolávajíce se na duplicitu s obdobným vyšetřením dítěte u zápisu do školy. PLDD provádí tedy vyšetření dítěte pětiletého a dále až sedmiletého. Není to žalostně málo? Hodnocení kresby dítěte bylo u předškolních prohlídek stěžejní. Děti se zvaly individuálně nebo po malých skupinkách asi měsíc před 6. narozeninami. Dítě v tomto období nakreslí postavu se všemi náležitostmi, rozčleněnou na hlavu, krk, trup, končetiny. Zdůrazní, co se mu jeví zajímavé a důležité, kresba je překvapivě přesná. Dítě nezralé kreslí tzv. „hlavonožce“. Dítě před 6. narozeninami již umí barvy. Mezi 5. a 6. rokem dokáže dítě rozlišit, kde je méně a kde více předmětů na obrázcích. Zná základní geometrické tvary. Kruh, čtverec, trojúhelník, obdélník. Během návštěvy ordinace si sestra všímá sociálních dovedností dítěte, jako je pozdravení, poděkování, žádost o dovolení aj. Sleduje přiměřenost reakcí dítěte na situace jemu dříve neznámé, jako je pláč menšího dítěte, hra s ostatními v čekárně. Úroveň sociálních dovedností je výsledkem nejenom snaživosti dítěte, ale je zde základní vliv rodičů a celého blízkého okolí (Trnková, 2009).

Dětská sestra se zaměřuje též na verbální a pojmový vývoj osobnosti. Sleduje, zda dítě používá správně pojmy jako „dříve – potom“, „ráno – večer“ a podobně. Sestra se ptá, co dělalo dítě včera, co dnes, co zítra a zjišťuje, jak se orientuje. Hodnotí se též plynulost slovního projevu. Udává se, že předškolní dítě aktivně používá asi 3000 slov, tvoří věty o 6 až 7 slovech, gramaticky správné. Posouzení vývoje řeči má několik aspektů. Poruchy výslovnosti jednotlivých hlásek (např. r, ř a sykavek) nejsou častější, než byly v době před počítači. Řečový projev je však celkově chudý. Dítě, které vychovával počítač a televize, má

problém s představivostí. S tím souvisí pojmová chudost. Čteme-li dítěti text o králi, královně a princezně, dítě si je představivostí dotvoří v mysli. Dostane-li je však naservírované na obrazovce, nemá jeho mysl již co dotvářet. Nemohou být vytvořeny obecné pojmy. Na obrazovce vidí objekt, ale nepojmenuje jej, neví, co je to. (Allen a Marotz, 2002).

Školní věk začíná dovršením 6. roku. V mladším školním věku je dítě ve fázi vývojové integrace. Dochází ke sjednocování a propojování různých dovedností. Dítě je stále šikovnější, dovede překonávat překážky. Je též samostatnější. Nastupuje do školy, splní-li podmínky školní zralosti. Školní zralost je stav somato-psycho-sociálního vývoje dítěte, který je výsledkem úspěšně dovršeného vývoje celého předchozího období a vyznačuje se věku přiměřenými dispozicemi a dovednostmi (Langmeier a Krejčířová, 2006). K hlavním znakům školní zralosti patří tělesná výška 105-115 cm děvčata, 110-118 cm chlapci a také zralost percepční a kognitivní, schopnost chápání symbolů a paměť a sociální a motivační zralost. Dítě by se mělo umět podřídit autoritě učitele, mělo by zvládnout pobýt mimo rodinu, spolupracovat se spolužáky apod. (Bednářová a Šmardová, 2015).

V předchozím textu již bylo konstatováno, že posouzení školní zralosti bylo zcela vyňato z pravomoci pediatra a ponecháno pedagogům. To již nezměníme. Jistě jsme se však připravili o nikoli nepodstatnou výhodu. Pediatr zná dítě i jeho rodinu. Učitel při zápisu vidí dítě poprvé a na velmi omezenou dobu. Školní zralost se posuzuje ve dvou etapách: 1. orientační screening, dříve konaný v ordinaci PLDD, nyní pedagogy při zápisu do ZŠ. 2. V případě nezralosti posouzení pedagogickým psychologem v odborné poradně. Jsou voleny různé možné testy úrovně školní zralosti. Je-li školní zralost posuzována učiteli před nástupem do první třídy, můžeme si být jisti, že jiné vyšetřovací metody byly použity v Českých Budějovicích a jiné třeba v Moravském Krumlově. Vyšetření téhož dítěte různými metodami může dát diametrálně odlišný výsledek. Na odstranění této nejednotnosti je třeba pracovat, a to na vládní úrovni, vydáním jednotné závazné metodiky. V ordinacích PLDD byl užíván Kernův test v Jiráskově modifikaci, zaměřený na kresebný projev. Dítě zde mělo nakreslit postavu, obkreslit písmena ("Eva je tu"), a obkreslit skupinu bodů. Dříve používaných testů školní zralosti je celá spousta a již jen jejich vyjmenování by zabralo celou

stránku. V rámci hodnocení testu není povoleno dítě kritizovat, lze jen pobídnout nebo pochválit (Sikorová, 2012).

Při výchově a vzdělávání dochází k dalšímu kognitivnímu, sociálnímu a mravnímu vývoji. Na nedostatky upozorní obvykle pedagog, pakliže je nad možnosti rodičů, aby je oni sami viděli. Ve školním věku se dále zlepšuje hrubá i jemná motorika. Sedmileté dítě udrží rovnováhu na jedné noze, hází a chytá míčky. Šikovnější děti mohou již začít s tenisem, stolním tenisem nebo florbalem. Dítě postupně nabývá jistoty v grafomotorickém projevu – kreslení a psaní. Školák upřednostňuje hru se skupinou dětí stejného pohlaví, mezi 8. a 10 rokem ubývá egocentrismu, vhodný je kolektivní sport. Nejsou již problémy s hygienou a oblékáním. Do pojmu hygiena je třeba zařadit i celou oblast stravovacích návyků a správné výživy (Vágnerová, 2005). Existuje též spánková hygiena. Ta nám orientačně říká kvantitativní potřebu spánku. Je individuální, ale nedoporučuje se spánek kratší než 10 hodin denně, kvalita spánku je dána lůžkem (spíše tvrdé než příliš pohodlné, zato širší), a prostředím ložnice. Není vhodná ani příliš vysoká ani příliš nízká teplota, je vhodná lehká přikrývka, nepříliš vysoký polštář. Spánek si žádá tmou nebo aspoň šero. Spí-li dítě odpoledne, je třeba stáhnout rolety nebo žaluzie (Příhodová, 2011).

S nástupem puberty dochází k odpoutávání od rodiny. Dítě tráví více času s vrstevníky než s rodinou. Toto citlivé období je nesmírně složité a pro rodiče i vychovatele náročné. Dítě jakoby nerozumělo napomínání, proto je třeba upustit od mentorování a verbálního poučování, je to chápáno již jen jako sekýrování. Nezastupitelnou roli zde má osobní příklad. Sečteno a podtrženo, možnosti našeho ovlivnění dítěte stále existují, jen se přesunuly z oblasti řečové (napomínání, kárání, rozkazy, zákazy) do oblasti morálně volní. Nemůžeme dítě správně a bezpečně směřovat, nejsme-li si sami jisti správností své vlastní cesty, tedy, nejsme-li dostatečně mravně pevní. Děti nás ve všem napodobují, nejinak je tomu v období adolescence. Využijme toho tedy pozitivně, neboť slova tu již nic neznamenají. Naše dcera může si říci „Naučím se krásně hrát na klavír, jako hraje moje máma“. Náš syn však třeba konstatuje: „Budu chodit každý den do hospody, jako můj táta.“ V povaze našeho dítěte nacházíme většinou jen to, co jsme tam sami vložili (Sikorová, 2012).

9 Diskuse

Předkládaná přehledová práce popisuje náplň a vývoj Pediatrie v České republice, historii dětského ošetřovatelství a vývoj vzdělávání dětských sester a jejich roli v primární preventivní pediatrické péči, výchově ke zdraví a změny v kompetencích a image dětské sestry.

V první části výzkumného šetření byly hledány odpovědi na otázky: *Jakou úlohu má sestra při preventivních prohlídkách pro děti a dorost?* Dětská sestra poskytuje v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost komplexní ošetřovatelskou, preventivní a léčebnou péči dětem od propuštění z porodnice do devatenácti let věku. Cílem preventivní prohlídky je odhalit určitá onemocnění či poruchu normálního vývoje v době, kdy ho ještě laik nepozná a kdy lze je možná ještě napravit nebo stabilizovat stavu. Je možné onemocnění předvídat, zejména s ohledem na životní styl a sociální prostředí rodiny, a snažit se nepříznivé vlivy ovlivnit. Péče při preventivní prohlídce je odborná a komplexní, a přitom je dostupná, velmi efektivní a levná. V prevenci má důležitou roli sestra jako edukátorka, zaměřující se na upevňování zdraví a prevenci poruch, rozvoj soběstačnosti osob s porušenou mobilitou, předcházení komplikacím. Edukace při preventivní prohlídce probíhá formou rozhovoru, vysvětlování, může být doplněna instruktáží, anebo formou tištěných materiálů, letáků, brožur nebo plakátů. Jejím účelem je pomoci navozovat pozitivní změny v myšlení, chování, jednání, postojích, návycích a dovednostech pacientů. Hlavní myšlenkou je výchova ke zdraví, zdůraznění vlastní zodpovědnosti rodičů za zdraví svých dětí, výchova ke zdravému životnímu stylu, povzbuzení ke vhodné fyzické aktivitě, správné výživě a také dostatku spánku, odpočinku. Dalším tématem je riziko úrazů a závislostí. Dětská sestra provádí diagnostickou rozhahu, dává rodičům poučení o výživě a režimu dítěte včetně poučení o úrazové prevenci podle specifik pro daný věk. Dětská sestra zaznamenává provedení preventivní prohlídky dítěte do zdravotní dokumentace dvojnásobným způsobem, písemně a elektronicky. Sestra zaznamenává anamnézu a zjišťuje změny zdravotního stavu od poslední

kontroly, kontroluje očkování dítěte, v rozsahu stanoveném právními předpisy upravujícími očkování.

Dětská sestra sleduje chování dětí i rodičů, pomáhá předcházet zdravotním problémům. Dětská sestra také psychicky připravuje dítě na diagnostické a léčebné výkony a provádí ošetrovatelskou péči o děti v jejich průběhu a po jejich skončení s ohledem na vývojové zvláštnosti a specifika dětské psychiky. Edukuje matky v péči o novorozence, technice kojení, výživě, péči o kůži, stavu výživy, sleduje psychomotorický vývoj dítěte a sociální situaci rodiny, všímá si rizikových faktorů. Provádí zdravotní záznamy do průkazu dítěte a očkovacího průkazu. Sleduje termíny preventivních prohlídek a povinného očkování, následně objednává děti k vyšetření. Termíny preventivních prohlídek jsou rozloženy od narození do 19 let věku a je celkem 19 povinných preventivních prohlídek, z nich polovina se uskuteční v prvním roce života dítěte. První prohlídka probíhá do dvou dnů od propuštění novorozence a matky z porodnice většinou v domácím prostředí, další ve 14 dnech již v ordinaci dětského lékaře, dále v šesti týdnech, ve třetím, čtvrtém, pátém, šestém, desátém a dvanáctém měsíci života dítěte. Následuje preventivní prohlídka v roce a půl, ve třech letech a dále ve dvouletých intervalech až do věku 19 let, která je výstupní prohlídkou zakončeno sledování pacienta, nadále se o pacienta stará praktický lékař pro dospělé.

Druhá, třetí a čtvrtá výzkumná otázka zjišťuje: *Jaký je obsah a náplň preventivních prohlídek dětí a dorostu? A jaká je opora preventivních prohlídek v legislativě?* Obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek stanovuje vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách. Preventivní prohlídka má v určitém věku přesně stanovenou náplň, každé věkové období se vyznačuje specifickou problematikou a tím je dáno zaměření prohlídky a edukace rodiče. Je zaměřena na somatickou, senzorickou a kognitivní stránku vývoje dítěte a vývoj řeči. Dále posuzuje sociální zázemí, kde dítě žije. Součástí preventivní prohlídky je fyzikální vyšetření - zjištění hmotnosti, délky dítěte a obvodu jeho hlavy a následné zhodnocení těchto parametrů podle růstových grafů. Mezi další intervence probíhající v rámci preventivní prohlídky patří interní vyšetření, vyšetření psychomotorického vývoje, cílené vyšetření specifické pro daný věk a zjištění zdravotního rizika jako je riziko týrání,

zanebávání a zneužívání dítěte. Dětská sestra provádí diagnostickou rozvahu, dává rodičům poučení o výživě a režimu dítěte včetně poučení o úrazové prevenci podle specifík pro daný věk. Dětská sestra zaznamenává provedení preventivní prohlídky dítěte do zdravotní dokumentace dvojnásobným způsobem, písemně a elektronicky. Sestra zaznamenává anamnézu a zjišťuje změny zdravotního stavu od poslední kontroly, kontroluje očkování dítěte, v rozsahu stanoveném právními předpisy upravujícími očkování.

Pátá, šestá a sedmá část výzkumného šetření hledá odpověď na otázky: *Jaké změny v legislativě nastaly od roku 1990? Jak se měnila role sestry od roku 1990? A jak se změnila kompetence sestry od roku 1990?* Vstupem naší země do Evropské unie začala plnit Česká republika požadavky týkající se vzdělávání, způsobilosti a kompetencí k výkonu nelékařských zdravotnických profesí a došlo k podstatným změnám v legislativě. Změnilo se začlenění povolání dětské sestry a také příprava pro výkon specializovaného povolání dětské sestry. Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, specifikuje podmínky získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a ukládá povinnost celoživotního vzdělávání. Náplň činnosti a kompetence dětské sestry k výkonu specializovaného povolání jsou uvedeny ve vyhlášce MZ ČR č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Tato vyhláška umožňuje sestrám převzít vyšší kompetence, což znamená vyšší kvalitu a odbornost práce a požadavek na odborné specializované a vyšší vzdělání sester. Dětské sestry přebírají na jedné straně některé specializované činnosti od lékařů a na straně druhé zodpovědnost za pacienta, na kterého se v posledních dvou desetiletích pohlíží jako na bytost holistickou se specifickými bio-psycho-sociálními potřebami.

Změny v náplni profese sestry byly předmětem 1. evropské konference o ošetřovatelství, konané ve Vídni roku 1988 pod záštitou WHO. Zde bylo konstatováno, že sestra má podporovat jednotlivce, rodiny a komunity, aby se více spoléhali na vlastní síly v péči o zdraví. Pacient přebírá zodpovědnost za své vlastní zdraví, záleží na něm, jakou hodnotu pro něj zdraví představuje a jak o ně pečuje (Bártlová, 2009b). Nadále je však spatřována základní funkce sester v tom, že pomáhají zdravému či nemocnému člověku v provádění

činností týkajících se ochrany zdraví v situacích, kdy toho není sám schopen či nemá potřebnou sílu, vůli nebo znalosti.

Nová reforma zdravotnického školství přináší v 90. letech změny i pro profesi dětské sestry. Období 1996-1999 je posledním, kdy sestry získaly kvalifikaci vzděláváním v oboru diplomované dětské sestry na vyšších zdravotnických školách. Od roku 2006 dosud se kvalifikace dětské sestry získává už jen specializačním studiem v akreditovaných zařízeních. Specializaci může nyní dětská sestra získat také v navazujícím magisterském studijním programu Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech modul pediatrie na ZSF Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a na Ostravské univerzitě v Ostravě.

Konkrétní činnosti dětské sestry vymezuje § 51 vyhlášky č. 424/2004 Sb., o činnostech zdravotnických a jiných odborných pracovníků. Sestra plánuje a organizuje ošetrovatelskou péči o zdravé i nemocné děti a spolupracuje s rodiči, asistuje lékaři při vyšetření dítěte. V primární péči se má úloha sestry zaměřuje více na zdraví, než na nemoc. Důležitá je aktivní spolupráce s pediatrem, navázání vztahu s dítětem a rodiči. Velký význam má v ambulantní péči, prevenci a léčbě dětí dobrá komunikace a etika.

V dětské ordinaci se setkáváme čím dál častěji s obezitou, onkologickým onemocněním, diabetem, které jsou náročnou životní situací pro děti a jejich rodinu. Sestra má tak roli obhájkyně při řešení různých problémů pacienta, roli koordinátora, kdy úzce spolupracuje s ostatními odborníky ošetrovatelského týmu, podílí se na plánování a realizaci ošetrovatelské péče, získává rodinu nemocného k aktivní spolupráci a koordinuje následnou péči v terénu. Měla by mít ráda děti, umět snadno navázat sociální kontakt, získat si jejich důvěru, umět dítě pohladit, povzbudit, pochválit, usmát se a komunikovat tzv. pozitivní mimikou. Dále by měla dobře znát jednotlivá vývojová období a jejich zvláštnosti, umět naslouchat, být empatická, aktivní a flexibilní ve zvládnání různých reakcí a situací při kontaktu s rodiči a dětmi. Měla by s nimi umět snadno navázat sociální kontakt, získat si jejich důvěru, a přitom být trpělivá, důsledná a upřímná. Zkušená sestra se vhodně zvolenými otázkami dobírá k očekávání rodiče a pacienta a pak spolu hledají společnou cestu, aby byla prevence a léčba co nejúčinnější. Naše doporučení musí být srozumitelná a stručná a jasná pro konkrétní

rodinu a dítě. Sestra má být v rozhovoru klidná, rozhodná, chápavá a přitom laskavá. Má mít pochopení a respekt, jednání a výchovné postupy rodičů nehodnotit. Jedině když nám rodič důvěřuje, poskytne nám pravdivé a přesné informace.

V naší republice pečuje 2 100 praktických lékařů pro děti a dorost spolu s dětskými sestrami o 20 % naší populace, děti od narození do 19 let. Pochlubit se můžeme vysokou proočkovaností dětí a téměř stoprocentní účastí pacientů na preventivních prohlídkách, nízkou kojeneckou úmrtností. Díky vysoce specializované ambulantní péči došlo ke snížení obložnosti v nemocnicích. Hlavními trendy v našem zdravotnictví je směr od kurativy k prevenci a všeobecný rozvoj integrované zdravotně sociální péče formou kontinuálního přístupu. Boledovičová a kol. (2009) uvádí, že negativním důsledkem privatizace bylo zrušení funkce školní sestry. Od roku 1929 u nás fungovala Ošetřovatelská zdravotní služba v rodinách, vedly ji diplomované sestry. Tato služba zajišťovala péči o těhotné matky, poradnu pro matku a dítě, školní a zubní poradnu, dispenzarizaci pro TBC a pohlavní choroby (Tóthová a kol. 2011). Před rokem 1989 sestra zajišťovala kurativu, dispenzarizaci, poradnu, zdravotní výchovu dětí v jeslích, mateřských školkách, školách, návštěvní službu v rodinách, sociální péči a administrativu.

Společné úsilí a propojení zdravotní a školské instituce by v prevenci a výchově přineslo lepší výsledky. Nyní je sestra málo samostatná, její pole působnosti se omezuje jen na dětskou ordinaci. Návštěvní služba se provádí jen po propuštění novorozence s matkou domů, jen tuto návštěvu hradí zdravotní pojišťovna. Péče o dětského pacienta by byla kvalitnější, pokud by se školní sestra do praxe vrátila. Znovuobnovení návštěvní služby by pomohlo lépe monitorovat potřeby a problémy nemocných dětí i jejich sociální zázemí. Otázkou je, jak by byla tato služba financována. Dle Boledovičové a kol. (2009) by to mohlo být cestou krajů a obcí. Ordinance v menších městech a v pohraničí s menším počtem pacientů mají už nyní problémy se uživit, některé se zavírají v souvislosti s odchodem praktického lékaře do důchodu a ordinace se už neobnovují. Není o ně zájem ani po příslibeném finančním zvýhodnění dle ministra Němečka, lékař v této lokalitě si nemůže dovolit přijmout další sestru, která by pracovala v terénu. Školy mají své zdravotně preventivní programy, se

zdravotníky v nich nepočítají. Řešením by bylo, pokud by obě strany (školství i zdravotnictví) našlo společnou cestu a spojilo úsilí v prevenci a výchově ke zdraví. Velemínský (2011) konstatuje v koreferátu k článku „Komunitní sestra v péči o děti“, že by se náplň práce komunitní sestry pro děti od dřívějších dob lišila, ale v mnohém by byla stejná.

Cíl je v této oblasti stejný, děti je třeba vést ke zdravému způsobu života, prevenci úrazů a dalších rizik. Sestra jako odborná autorita by v komunitní péči mohla kromě edukace dětí a rodičů přímo v rodinách sledovat růst a vývoj dětí, provádět očkování, pomáhat rodinám s handicapovanými a zdravotně znevýhodněnými dětmi. Školám by mohla pomáhat v programech výchovy ke zdraví, prevenci rizikového chování apod. Propojila by se tak spolupráce rodičů dětí, školy a praktického lékaře. Ve světě tuto službu provádí vysokoškolsky vzdělané sestry (Tóthová a kol., 2011). Bylo by třeba tematiku přizpůsobit aktuálním potřebám a problematice dětí. Sami jsme v našem městě několik vzdělávacích akcí uskutečnili, pozvali nás ředitelé do mateřské školky a místního Výchovného ústavu.

Podle mého názoru by úroveň dětského lékařství zlepšilo nahrazení kvantity kvalitou. Vhodné by bylo dostat komunikaci a přístup k pacientovi na profesionální úroveň. Bez vlastní iniciativy a osobního nasazení sester a lékařů se nemůže naše zdravotnictví zlepšit. Všechno není jen otázkou peněz. V našem zdravotnictví někdy chybí zdravý rozum. Čekáme nové reformy ve zdravotnictví, ale nikdo z nás nic konkrétního neudělá. Marně čekáme na podnět zvnějšku, je třeba, aby každý z nás začal se změnou u sebe samotného, aby nás naše práce více naplňovala a dělala nám radost, musíme změnit svůj úhel pohledu. Sestry by měly mít svou profesi rády. Každý z nás zdravotníků se může snažit být empatičtější člověkem, který má pro pacienty pochopení, úsměv a vlídné slovo. Odměnou nám bude spolupracující pacient, který nám důvěřuje, brzy se uzdravuje a o své zdraví se zodpovědněji stará.

10 Závěr

Cílem práce je určení úlohy sestry při preventivních prohlídkách dětí a dorostu a popis obsahu a pravidel těchto prohlídek dle české legislativy. Při preventivní prohlídce je úloha sestry zaměřená na odbornost a komplexnost. Sestra má v prevenci důležitou roli edukátorky, zaměřuje se na upevňování zdraví a prevenci poruch, rozvoj soběstačnosti dětí s porušenou mobilitou, předcházení komplikacím. Při preventivní prohlídce probíhá edukace formou rozhovoru, vysvětlování, může být doplněna instruktáží, anebo formou tištěných materiálů. Jejím cílem je pomoci navodit pozitivní změny v myšlení, chování, jednání, postojích, návycích a dovednostech pacientů. Vůdčí myšlenkou je výchova ke zdraví, zdůraznění vlastní zodpovědnosti rodičů za zdraví svých dětí, výchova ke zdravému životnímu stylu, povzbuzení ke vhodné fyzické aktivitě, správné výživě a také dostatku spánku, odpočinku. Dalším tématem je riziko úrazů a závislostí. Dětská sestra provádí diagnostickou rozvahu, dává rodičům poučení o výživě a režimu dítěte včetně poučení o úrazové prevenci podle specifik pro daný věk a zaznamenává zjištěné údaje do dokumentace.

Legislativní rámec vymezující obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek stanovuje vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách.

Dalším úkolem bylo popsat na základě legislativních zdrojů změny v legislativě v oblasti vzdělávání a kompetencí dětských sester od roku 1990 a jak se měnila role dětské sestry od roku 1990 do současnosti. Tento cíl byl splněn. Způsobilost k výkonu povolání všeobecná sestra je v současné době upravena zákonem č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče (Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Náplň činnosti a kompetence dětské sestry k výkonu specializovaného povolání definuje vyhláška MZ ČR č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Tato vyhláška umožňuje sestram převzít vyšší kompetence, což znamená vyšší kvalitu a odbornost práce a požadavek na odborné specializované a vyšší vzdělání sester. Dětské sestry přebírají na jedné straně některé specializované činnosti lékaře

a na straně druhé zodpovědnost za pacienta, na kterého se v posledních dvou desetiletích, pohlíží jako na bytost holistickou se specifickými bio-psycho-sociálními potřebami. Pacient už není pouhý pasivní konzument zdravotní péče, ale aktivně spolupracuje na prevenci, péči o své zdraví a léčbě, je partnerem lékaře a sestry. Konkrétní činnosti dětské sestry vymezuje § 51 vyhlášky č. 424/2004 Sb., o činnostech zdravotnických a jiných odborných pracovníků. Dětská sestra poskytuje v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost komplexní ošetrovatelskou, preventivní a léčebnou péči dětem od propuštění z porodnice do devatenácti let věku. Plánuje a organizuje ošetrovatelskou péči o zdravé i nemocné děti a spolupracuje s rodiči. Asistuje lékaři při vyšetření dítěte. Edukuje matky v péči o novorozence, technice kojení, výživě, péči o kůži, stav výživy, sleduje psychomotorický vývoj dítěte a sociální situaci rodiny, všímá si rizikových faktorů. Dále připravuje děti po stránce psychické na ošetrovatelské výkony a vyšetření.

Dětská sestra musí splňovat odbornou způsobilost podle zákona, zdravotní způsobilost a bezúhonnost. Specializaci dětské sestry může všeobecná sestra dosáhnout jednak studiem specializačního vzdělávání, které je formou celoživotního vzdělávání v NCO NZO v Brně, anebo dvouletým magisterským navazujícím studiem na univerzitě.

Ošetrovatelská péče v pediatrii je v primární prevenci zaměřena zejména na péči o zdravé dítě a prevenci chorobných stavů dětí. Tato péče zaznamenala rychlý rozvoj a stala se vysoce odbornou v souvislosti s vzděláváním dětských sester ve specializačních studijních programech a na univerzitách v navazujícím magisterském studiu. Ošetrovatelská péče je orientována komplexně a přitom individuálně, k zajištění všech potřeb dítěte a dospívajícího.

Sestra ve spolupráci s lékařem v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost provází dítě od propuštění z porodnice až po dospělost. Význam její práce je velký zvláště v edukaci rodičů a dětí ve zdraví i nemoci. Celkový zdravotní stav dětské populace ovlivňuje nejvyšší mírou životní styl rodiny a zevní prostředí, ve kterém dítě vyrůstá. V menší míře se pak uplatňuje vliv genetiky a také úroveň zdravotnických služeb, jsme to i my zdravotníci, můžeme pomoci rodičům si osvojit správné stravovací návyky, pohybovou aktivitu a zdravý životní styl, dostatek spánku a relaxace jako prevenci civilizačních chorob a obranu proti

stresu.

Dětská sestra má v rámci prevence nezastupitelnou roli, tato začíná navázáním důvěrného a přátelského vztahu s dítětem a rodiči, pokračuje zmírněním strachu a obav z vyšetření a léčby. Podstatou je získání dítěte a rodiče pro spolupráci. Jde především o laskavé a srozumitelné vysvětlení postupu vyšetření podle vývojového stupně a rozumových schopností dítěte. Samozřejmostí by měla být trpělivost, empatie, pochválení dítěte a odměna obrázkem nebo omalovánkami.

V naší moderní době jsme závislí na technice, energii a dopravě. Myslím si však, že všechny moderní vymoženosti, bez kterých si už život nedovedeme představit, mají své důsledky. Dochází k chudnutí jazyka, což se odráží v chudnutí myšlenek, zážitků, zájmů a citového prožívání. Naším dětem dělá problém napsat delší dopis, vztahy jsou povrchnější. V ohrožení je rodina a osud našich dětí. Svůj velký podíl tu nesou masmédiá, která vytvářejí nereálný svět, předkládají živé obrazy, fráze. Závislost na počítačích a filmech se odráží v myšlení, jednání a chování lidí, roste agresivita, nuda a užívání alkoholu a drog. Zhoršuje se životní styl, životní prostředí.

10.1 Doporučení pro praxi

Výsledky z výzkumného šetření by mohly sloužit jak odborné, tak laické veřejnosti s cílem připomenout důležitost a význam preventivních prohlídek dětí a dorostu a motivovat k účasti na preventivních prohlídkách. Tato práce by mohla sloužit jako doplňující studijní materiál pro dětské sestry.

Dříve v nemocnicích fungovala tzv. Oddělení osvěty, nyní podobná instituce chybí. Pacienti si dohledávají informace o zdraví, nemoci a léčbě na internetu a ne vždy jsou tyto informace pravdivé. Nové zřízení podobné instituce by mohlo pomoci zlepšit odbornou informovanost v oblasti výchovy ke zdraví, prevence, očkování, úrazů, rizikového chování a

bojovat proti nárůstu civilizačních chorob, onkologických onemocnění, proti zneužívání antibiotik, následnému nárůstu alergií apod.

11 Literatura

- ALONZO, Alfonso, 2015. Ve Španělsku se po 30. letech objevil záškrť! Lidé se zlobí na biomatky, které neočkují své děti. *Extra.cz* [online]. [cit. 23. 2. 2016]. Dostupné na: .
- ALLEN, Eileen a Lyn MAROTZ, 2002. *Přehled vývoje dítěte od prenatálního období do osmi let*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-614-4.
- BÁRTLOVÁ, Sylva, 2005a. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přeprac. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1197-4.
- BÁRTLOVÁ, Sylva, 2005b. Sociologické aspekty vzdělávání sester. *Sestra*. **15**(10), 13. ISSN 1210-0404.
- BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ, 2005. *Výzkum v ošetrovatelství*. Brno: NCONZO, ISBN 80-7013-416-X.
- BÁRTLOVÁ, Sylva, 2009a. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Tuřany: Osvěta. ISBN 978-8063-306-6.
- BÁRTLOVÁ, Sylva a Ivana CHLOUBOVÁ, 2009. Postavení sestry v multidisciplinárním týmu. *Kontakt*. **11**(1), 252-253, ISSN 1212-4117.
- BÁRTLOVÁ, Sylva, 2009b. Ošetrovatelství v systému komunitní zdravotní péče. *Kontakt*. **11**(1), 109-113. ISSN 1212-4117.
- BÁRTLOVÁ, Sylva, Ivana CHLOUBOVÁ a Marie TREŠLOVÁ, 2010. *Vztah sestra-lékař*. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-526-6.
- BAYER, Milan, 2011. *Pediatric, Lékařské repertorium*, Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-388-2.
- BEAN, Reynold, 1995. *Jak rozvíjet tvořivost dítěte*. Praha: Portál. ISBN 80-7178- 035-9.
- BEDNÁŘOVÁ Jiřina a Vlasta ŠMARDOVÁ. 2015. Školní zralost. Co by mělo dítě umět před vstupem do školy. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-0793-9.
- BERAN, Jiří, 2006. Očkování – otázky a odpovědi. Praha: Galen. ISBN 80-7262-380-X.
- BERAN, Jiří, Jiří, HAVLÍK a kol. 2008. *Lexikon očkování*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-

734-164-6.

- BLAŽEK, Karel a kol., 2010. Vybrané vnější vlivy a druhy úrazů dětí v okrese České Budějovice. *Prevence úrazů, otrav a násilí*. 6(2). 141-153. ISSN 1801-0261.
- BOLEDOVIČOVÁ, Mária a kol. 2006. *Pediatrické ošetrovatelstvo. Učebnica pre fakulty ošetrovatelstva*. 2. vyd. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-211-1.
- BOLEDOVIČOVÁ, Mária, Erika KRIŠTOFOVÁ, Iveta NÁDASKÁ a Katarína ZLOCHOVÁ, 2009. Školská sestra – potřeba budoucnosti alebo súčasnosti? *Kontakt*, ZSF JU CB. XI(1). 142-148, ISSN 1212-4117.
- BOLEDOVIČOVÁ, Mária, Alena MACHOVÁ, Dita NOVÁKOVÁ a Andrea SCHNOBAUEROVÁ, 2015. Stravovací návyky školních dětí. *Zdravotnictví a sociální práce*. 10(1), 18-24. ISSN 1336-9326.
- BRIDLEY, John, 1996. *Sedm prvních let života rozhoduje*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-109-6.
- BRDLÍK, Jiří, 1957. *Dětské lékařství v minulosti a jak jsem je prožíval*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.
- CABRNOCH, Milan. 2015. Jaká je skutečná potřeba nových PLDD? *Vox Pediatrice. Příloha*. Zpráva z parlamentního semináře PLDD 23. 6. 15. 15 (7), ISSN: 1213-2241.
- ČESKÁ VAKCINOLOGICKÁ SPOLEČNOST, *Očkování v ČR*. Očkovací kalendář pro děti. 2014. Online 11-2-2016. Dostupné na: <http://www.vakcinace.eu/ockovani-v-cr>.
- ČEVELA, Rostislav, Libuše, ČELEDOVÁ, Hynek DOLANSKÝ. 2009. *Výchova ke zdraví pro střední a zdravotnické školy*. Praha: Grada. ISBN 078-80-247-2860-5.
- DÁŇOVÁ Jana a Jitka ČÁSTKOVÁ. 2008. *Očkování v České republice*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-122-2.
- DRAŽAN, Daniel. 2015. Přetěžují vakcíny imunitní systém? *Vakcinologie*. 9(2). 103-106. ISSN 1802-3150.
- DUNOVSKÝ, Jiří a kol. 1999. *Sociální pediatrie – vybrané kapitoly*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-254-9.
- ERIKSON, Erik Homburger, 2002. *Dětství a společnost*, Praha: Argo, ISBN 807- 203-3808.

- FABIÁNOVÁ, Kateřina. 2015. Očkování těhotných proti pertusi – současná situace ve světě a v ČR. *Zpráva centra epidemiologie a mikrobiologie*. Státní zdravotní ústav: Praha. 24 (1). 15-18. ISSN 1804-8668.
- FAIT, Tomáš a Michal VRABIK, Richard ČEŠKA kol., 2008. *Preventivní medicína*. Praha: Maxdorf, ISBN 978-80-7345-160-8.
- FALBE, Jennifer, Kirsten K. DAVIDSON et al. Pediatrics Sleep Duration Restfulness, and Screens in the Sleep Environment, Vol. 135 No 2 February 1, 2015, pp. E375/doi:10.1542/peds.2014-2306). *Světová medicína stručně*. 2015. IX (2). 10. ISSN 1803-8980.
- FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, 2007. Specializační vzdělávání dětských sester – vyhodnocení průzkumu. *Kontakt*. 9(1), 70-77. ISSN 1212-4117.
- FESTOVÁ Andrea, Sylva BÁRTLOVÁ a Valérie TÓTHOVÁ, 2010. Názory odborné a laické veřejnosti na možné uplatnění porodní asistentky v komunitní péči. *Kontakt*. 4(12), 380-386, ISSN 1212-4117.
- FRANCL, Lubomír. 2015. *Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR*. [online] cit. 27. 10. 2015 Jaké bude vzdělávání sester v ČR? Dostupné na: <http://osz.cmkos.cz/cz/clanky/20-10-2015-jake-bude-vzdelavani-sester.aspx>
- GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ. 2011. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3081-3.
- GULÁŠOVÁ, Ivica, 2004. Osobnostní a profesionální vlastnosti sestry. *Sestra*. 14(6), 8 - 9. ISSN 1210-0404.
- HANZLÍKOVÁ, Alžběta a kol., 2004. *Komunitné ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-155-7.
- HART, D. A D. SCHNEIDER. 1997. Spiritual care for children with cancer. *Seminars in Oncology Nursing*. 1997;13(4):263–270. doi:10.1016/S0749-2081(97)80023-X. [] Loma Linda University School of Nursing, CA 92350, USA. (PMID:9392035) Překlad: Duchovní péče u onkologicky nemocných dětí. *Ošetrovatelství v onkologii*.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2000. *Manuálek o etice pro zdravotní sestry*. Brno: Institut pro

- další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-310-4.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, Jindra PAVLICOVÁ, 2014. *Ideály a realita v ambulantní praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-063-9.
- HAUSEROVA – SCHONEROVÁ, Isabella, 1996. *Děti potřebují prarodiče*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-105-3.
- HAVLÍK Radomír a Jaroslav KOŤA, 2002. *Sociologie výchovy a školy*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-635-7.
- HELUS Zdeněk, 1987. *Vyznat se v dětech*. Edice Knihy pro rodiče. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 2. vyd. SPN 4-31-23/2, 14-186-87.
- HORKÝ, Karel a kol., 2003. *Lékařské repetitorium*. Praha: Galén, ISBN 80-726-2241-2.
- HORMES, J. M., KEARNS, B. end TIMKO C. A. 2014. Závislost na sociálních médiích se pojí s dalšími psychickými poruchami. *Světová medicína stručně*, **IX** (1). 2015. Vyd. Adamira s.r.o. Addiction, 109: 2079-2088,doi: 10.1111/add.12713. ISSN 1803-8980.
- HOVORKA, Ludvík. 2015. Budoucnost primární péče o děti a dorost v ČR - 23. června 2015. Souhrnný pohled na současnou problematiku primární péče o děti a dorost v ČR – 2015. *Vox Pediatrice. Příloha*. 15(7), ISSN 1213-2241.
- HRABÁK, Václav. 2015. *Společnost pacientů s následky po očkování*. Vznikla Společnost pacientů s následky po očkování. [Online] 7. 12. 15. Dostupné na: <http://www.pooockovani.cz/>.
- HRODEK, Otto a Jan VAVŘINEC a kol. 2002. *Pediatric*. ISBN 80-7262-178-5.
- HULLEOVÁ, Ilona. 2015. Primární péče o děti a dorost v ČR současnost a budoucnost. Stránky SPLDD ČR. [online] [12. 2. 2016] Dostupné na: <http://www.detsky lekar.cz/content/seminar-budoucnost-primarni-pece-o-deti-dorost-v-cr-23-cervna-2015>.
- CHARTA PRÁV HOSPITALIZOVANÝCH DĚTÍ. *Nemocnice České Budějovice*. [online] [cit. 1. 3. 2016] 2016. Dostupné na: <http://www.nemcb.cz/pro-pacienty/detsky-pacient/charta-prav-deti/>
- CHLÍBEK, Roman. 2011. Pertuse a současnost očkování. *Postgraduální medicína*. 2015.

- 13(9) ISSN. 1212-4184 [online] [cit. 23. 2. 2016] Dostupné na: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/pertuse-a-soucasnost-ockovani-462088>.
- JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ, 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-592-9.
- JAROŠOVÁ, Darja, 1999. *Vybrané kapitoly z teorie ošetrovatelství*. Ostrava – Ostravská univerzita ZSF. ISBN 18-7042-318-8.
- JUŘENÍKOVÁ, Petra. 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.
- KAFKOVÁ, Vlastimila. 1992. *Z historie ošetrovatelství*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-701-3123-3.
- KALINA, Kamil a kol., 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4331-8.
- KLÍMA, Jiří a kol. 2003. *Pediatric – učebnice pro SZŠ a VZŠ*. Praha: Eurolex Bohemia. ISBN 80-86432-38-6.
- KLIMOVIČOVÁ, Eva, 2014. Máme co předávat. Otázkou zůstává, budeme-li mít komu. *Světová medicína stručně*. 4. 39-41. ISSN 1803-8980.
- KOUTECKÝ, Josef. 2001. 2. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy. *Nalezinec a Česká dětská nemocnice na Karlově [online]. 2001 [cit. 18. 11. 2015]. Dostupné z <https://www.lf2.cuni.cz/fakulta/historie/etos-hippokrates/nalezinec-a-ceska-detska-nemocnice-na-karlove>.*
- KRISTOVÁ Jarmila. 2008. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. 3. uprav. vyd. Martin: Osveta,. ISBN 978-80-8063-146-8.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 1988. *Neverbální komunikace*. Praha: SPN.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 1997. *Jak zvládat depresi*. Praha: Grada Publishing, ISBN 80-247-0575-3.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2001. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, ISBN 80-7178-551-2.
- KUBÁT, Rudolf, 1982. *Ortopedie dětského věku*. Praha: Avicenum.

- KUDYN, Milan. 2014. Studie OECD zdravotní péče ČR – 2014. *Vox pediatrice*. 10 (8) roč 14. ISSN 1213-2241
- KUKLA, Lubomír. 2007. *Úvod do sociální pediatrie*. České Budějovice: ZSF Jihočeské univerzity v českých Budějovicích. ISBN 978-80-7040-990-9.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-2473-224-4.
- LANGMAIER, Jiří a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-1284-9.
- LÉBL, Jan, Kamil PROVAZNÍK a Ludmila HEJCMANOVÁ et al. 2007. *Preklinická pediatrie*, 2. vyd., Praha: Galén, Karolinum, ISBN 80-726-2438-6.
- LEWI, Vladimír Lvovič. 1985. *Umění jednat s lidmi*. Praha: Mladá fronta. ISBN: 23-020-85.
- LOVASOVA, Lenka, Jaroslava HANUŠOVÁ a Kateřina Hellebrandová. 2005. *Rodinné vztahy*. Děti a jejich problémy. Praha: Sdružení Linka bezpečí. ISBN 80-239-4482-7.
- MACHOVÁ, Jitka a Jana HAMANOVÁ. 2002. *Reprodukční zdraví v dospívání*. Praha: Nakladatelství H&H, 2002. ISBN 80-86022-94-3.
- MACHOVÁ, Alena. Martina, SUCHANOVÁ. 2013. Povinné očkování – úloha sestry v ordinaci PLDD. *Pediatrie pro praxi*. **14**(2), 130-136. ISSN: 1213-0494.
- MACHOVÁ, Jitka, Dagmar, KUBÁTOVÁ 2009. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-271.
- MARINOV, Zlatko, Jitka KYTNAROVÁ a Jan LÉBL. 2014. Dětská nadváha a obezita jako zdravotní problém. *Příručka pro pacienty*. Vydala Pediatrická společnost ČLS JEP.
- MAREŠOVÁ, Gabriela, 2009. Dětský pacient a hodnotový systém. *Sestra*. 2009 **19**(5), 38-39. ISSN 1210-0404.
- MASTILIÁKOVÁ, Dagmar, 2002. *Úvod do ošetrovatelství*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0429-9.
- MATĚJČEK Zdeněk, 1994. *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní*. Praha: Portál. ISBN 80-85282-83-6.

- MATĚJČEK, Zdeněk. 1996. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. Praha: Portál ISBN 80-7178-085-5.
- MATĚJČEK, Zdeněk, 2005. *Výbor z díla*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1056-6.
- MATĚJČEK, Zdeněk, 2013. *Co děti nejvíc potřebují*. 6. vydání Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0398-8.
- MERTIN, Václav. 2014. Rozhovor v pediatrické praxi. *Vox Pediatricae* **9**(7),18-19. ISSN 1213-2241.
- MIHÁL, Vladimír, 2011. *Pediatric: metodické základy*. Lékařské repertorium. Praha: Triton, ISBN 978-80-7387-388-2.
- MICHALIČKOVÁ, Marcela. 2002. Logopedie. *Vox Pediatricae*. **6**(2). 13-14. ISSN 1213-2241.
- MIKŠOVÁ, Zdenka, 2012. Transformace nelékařských zdravotnických povolání v ČR. *Florence*. **8**(12), 39. ISSN 1801-464X.
- MLÝNKOVÁ, Jana, 2009. První ošetrovatelská škola v dějinách ošetrovatelství. *Florence*, **5**(9), 15-16. ISSN: 1801-464X.
- MUNTAU, Ania, 2009. *Pediatric*. Vyd. 6. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4588-6.
- MYDLIL, Václav a Jiří VOCEL, Jiří, 1982. *Praktická neonatologie*. Praha: Avicenum.
- MZ ČR. 2014. Vzdělání dětských sester v ČR. *MZ ČR. Odbor komunikace s veřejností*. [cit. 18. 11. 2015]. Dostupné z http://www.mzcr.cz/dokumenty/na-pude-mz-se-konal-kulaty-stul-na-tema-%E2%80%9Evzdelavani-detskych-sester-v-cr%E2%80%9C_9269_3030_1.html.
- MZ ČR. 2015a. Specializační vzdělávání. *MZ ČR. Obsah. Specializační vzdělávání*, [online] 2015. [cit. 15. 11. 2015]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/specializacni-vzdelavani_3082_3.html.
- MZ ČR. 2015b. Vláda odsouhlasila akční plány Zdraví 2020 i strategické investice v nemocnicích.[online] 2015. [cit. 23. 2. 2016] Dostupné z:
- Nařízení vlády č. 463/2004 Sb., kterým se stanoví obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 156, s. 9126-9132. ISSN: 1211-1244.

- Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 10, s. 338-347. ISSN: 1211-1244.
- NCO NZO. Informace pro uchazeče. *Specializační vzdělávání. Info specializace. 2015* [online] [cit. 2015-11-15]. Dostupné z: <http://www.nconzo.cz/web/guest/informace-pro-uchazece>.
- OLDŘICHOVÁ, Lucie. 2016. Na MZ definitivně vítězí model vzdělávání sester 4+1. *Medical tribune*. [online]. 2016 [cit. 22. 1. 2016] Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/38364-na-mz-definitivne-vitezi-model-vzdelavani-sester-plus>
- OLCHAVA, Petr. 2007. *Zdravé a nemocné dítě. Od početí do puberty*. 2. aktual.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-251-1690-6.
- OSTRAVSKÁ UNIVERZITA, 2015. LF OSTRAVA, Celoživotní vzdělávání. *Ošetrovatelská péče v pediatrii - program CŽV v rámci akreditovaného studijního programu* [online]. 2015. [cit. 1. 12. 2015] Dostupné z <http://lf.osu.cz/index.php?kategorie=143&id=4298&idkurz=94> LF U Ostrava.
- PASTUCHA, Dalibor a kol., 2011. *Pohyb v terapii a prevenci dětské obezity*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4065-2.
- PASTUCHOVÁ, Jana, 2015. Přípravovaný zákon o nelékařských zdravotnických profesích: Správný směr nebo cesta do pekel. www.parlamentni.cz. [online] [cit. 25. 2. 2016]. <http://www.parlamentnilisty.cz/politika/politici-volicum/pastuchova-ANO-Navrh-zakona-o-nelekarich-Spravny-smer-nebo-cesta-do-pekkel-382983>
- PAULOVÁ, Markéta a kol., 2011. Jak hodnotit růst kojeného dítěte. Praha: Státní zdravotní ústav. Neprodejná brožura. Podpořeno grantem IGA MZ ČR č. NS 9974-4/2008.
- PAULOVÁ Markéta, Jana VIGNEROVÁ, Jitka RIEDLOVÁ, Bohuslav PROCHÁZKA, Renata RUŽKOVÁ. 2014. Studie růstu českých kojených dětí 0-18 měsíců nízká prevalence nadváhy a obezity. *Vox Pediatrice*. **10** (8) 31-33. ISSN 12143-2241.
- PEDIATRICKÁ KLINIKA FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE, [online]. 2007. [cit.

1. 2. 2016] Dostupné z: <http://www.pediatrie-motol.cz/historie-i-detske-kliniky>
- PEREIRA, Pinto Snehla M., Marie-Claude GEOFFOY et Christine POWER. Depressive Syndroms and Physical Activity During 3 Decades in Adult Life Bidirectional Associations in Prospective Cohort Study. *Jama Psychiatry*. 2014, 71(12): 1373-1380. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.1240. Vliv fyzické aktivity na celoživotní výskyt depresivních symptomů. *Světová medicína stručně*. IX (3) 28. ISSN 1803-8980.
- PETRÁŠ, Marek. 2014. Co by měli rodiče vědět o očkování. *Příloha časopisu Informace pro lékařskou praxi*. 3-32. ISSN 1214-486X.
- PLEVOVÁ Ilona, Regina SLOWIK. 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2968-8.
- PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2011a. *Ošetřovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3.
- PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2011b. *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3558-0.
- POSPÍŠILOVÁ, Eva a Valérie TÓTHOVÁ, 2015, *Vývoj vybraných ošetřovatelských postupů od nejstarších dob po současnost*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-824-5.
- PREZIDIUM ČAS, 2016. *Florence*. Potřebují české sestry další vzdělávání, o němž se mluví čtyři plus jedna? [Online] 2016. [cit. 12. 2. 2016]. Dostupné na: <http://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2015/10/potrebuji-ceske-sestry-dalsi-typ-vzdelavani-4-1-o-nemz-se-mluvi/>
- PROCHÁZKA, Bohuslav. 2011. Prevence civilizačních chorob u dětí v primární péči. *Příloha: Lékařské listy 08/11*. [online] [cit. 25. 2. 2016]. Dostupné na: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/prevence-civilizacnich-chorob-u-deti-v-primarni-peci-462434>.
- PROŠKOVÁ, Eva. 2008. Chceme větší kompetence, otázka je jaké? *Medical Tribune* č. 5 [online] [cit. 25. 2. 2016]. Dostupné na: <http://www.tribune.cz/clanek/11549-chceme-vetsi-kompenence-otazka-je-jake>.
- PROVAZNÍK, Kamil a kol. 1998. *Manuál prevence v lékařské praxi*. Praha: SZÚ. ISBN 80-7071-080-2.

- PRUCHOVÁ, Dagmar, Miloš VELEMÍNSKÝ a kol., 2012. Úrazy dětí v Jihočeském kraji – epidemiologická studie. *Prevence úrazů, otrav a násilí*. 4(2). 141-153. ISSN 1801–0261.
- PRYMULA, Roman. 2016. Bezpečnost očkování – současný pohled na problematiku. *Vakcinologie*. 10(1). 23. ISSN 1802-3150.
- PŘÍHODOVÁ, Iva. 2011. *Poruchy spánku u dětí a principy spánkové hygieny*. *Pediatric pro praxi* 12(1). 54-57. ISSN 1213-0494.
- PŘIKRYLOVÁ, Libuše. 1993. *Vývoj ošetrovatelství a ošetrovatelského školství*, 2. vydání, Brno: IDVPZ.
- SDRUŽENÍ KLÍČEK. [Online] 2015 [Cit. 12. 3. 2016]. Dostupné na: <http://www.klicek.org/sdruz/>.
- SEDLAŘOVÁ, Petra a kol. 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada, 248s, ISBN 80-247-1613-5.
- SEIFERT, Bohumil a kol. 2004. *Primární péče – praktické lékařství*. Praha: Karolinum, ISBN 978-80-2460-883-9.
- SIKOROVÁ, LUCIE, Radka BUŽGOVÁ. 2008. *Ošetrovatelská diagnostika a praxe založená na důkazech*. Ostrava: ZSF Ostrava. ISBN 978-80-7368-499-0.
- SIKOROVÁ, Lucie, Zuzana. BIRTEKOVÁ. 2011. Odolnost s handicapovaným dítětem. *Praktický lékař*. 91 (8) 477-481. ISSN 00326739.
- SIKOROVÁ, Lucie. 2011. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3593-1.
- SIKOROVÁ, Lucie. 2012. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3592-4.
- SKÁLA, Pavel. Preventivní prohlídky. Informace. [Online] 2014 [Cit. 2. 2. 2016]. Dostupné na: <http://www.doktor-skala.cz/informace/info.php?id=3>.
- STAŇKOVÁ, Marta, 1996. *Základy teorie ošetrovatelství*. Praha: Univerzita Karlova. ISBN: 80-7184-243-5.
- STAŇKOVÁ, Marta, 2001. *České ošetrovatelství 7: Galerie historických osobností*. Brno:

- IDVPZ, ISBN: 80-70-13-329-5.
- STAŇKOVÁ, Marta, 2002. *České ošetrovatelství, Sestra reprezentant profese*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. ISBN 80-7013-368-6.
- STAŇKOVÁ, Marta a kol., 2004, *Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi II*. Sestra a pacient (komunikace v praxi). Brno: NCO NZO. ISBN: 80-7013-388-0.
- STAŇKOVÁ, Marta, 2005. *Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie. České ošetrovatelství, praktická příručka pro sestry*, Brno, NCO NZO. ISBN 80-7013-420-8.
- SVAZ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN. [online] 2015. [Cit. 12. 2. 2016]. Dostupné na:http://www.szpcr.cz/aktuality/20160229_metodika_ockovani_%202016.pdf.
- ŠEBKOVÁ, Alena. 2015. Budoucnost primární péče o děti a dorost v ČR - 23. června 2015. Souhrnný pohled na současnou problematiku primární péče o děti a dorost v ČR – předsedkyně OSPLDD MUDr. Aleny Šebkové. *Vox Pediatrice. Příloha*. **15(7)**, ISSN: 1213-2241.
- ŠIMEK, Jiří, 2007. Dětský pacient. *Dimenze moderního ošetrovatelství* **1(2)**, 38. ISSN 1802-4084.
- ŠNAJDROVÁ, Lenka. 2015. Medical Tribune. cz. Tribuna lékařů a zdravotníků. *Jaké sestry potřebuje české zdravotnictví* [online]. 2015.[cit. 28. 10. 2015] Dostupné z <http://www.tribune.cz/clanek/35516-jake-sestry-potrebuje-ceske-zdravotnictvi>
- ŠPIČÁK, Václav a Vladimír VONDRA, 1988. *Asthma bronchiale v dětství a dospělosti*. Praha: Avicenum.
- ŠTERZL, Ivan, et al. 2005. *Základy imunologie pro zubní a všeobecné lékaře*. 1. vydání. Praha: Nakladatelství Karolinum. ISBN 80-246-0972-X.
- ŠVAŘÍČEK, Roman, Klára ŠEĐOVÁ a kol. 2007, *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: pravidla hry*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
- ŠVEJCAR, Josef, 1997. *Paměti profesora Švejcara*. Praha: Petrklíč.
- ŠVEJCAR, Josef, 2003. *Péče o dítě*. 14. vyd. Praha: Nuga, ISBN 80-8590-315-6.
- ŠVEJDA, Jan. 1987. *Principy obecné epidemiologie*. Praha: Avicenum. ISBN 978-80-244-4559-5.

- TLÁSKAL, Petr. 2016. Nedostatky současné výživy našich dětí. *Vox peditrie* **16**(1) 20-22. ISSN 1213-2241.
- TÓTHOVÁ, Valérie, Alena MACHOVÁ a Věra VAISOVÁ. 2011. Komunitní sestra v péči o děti. *Kontakt*. 13(1) 18-29. ISSN 1212-4117.
- TRNKOVÁ, Veronika. 2009. Přípravenost dítěte do 1. třídy základní školy. *Media 4U Magazine*, **X3** mimořádné vyd. ISSN 1214-9187.
- TUŠLOVÁ, Jana, 2015. Dobrý start v jižních Čechách. V Kostce, *Časopis pro ranou péči*. **11**(15), s. 26. ISSN nemá.
- TWIG, Gilad, Arnon AFEK et al. 2014. Adolescence BMI and adulthood Mortality: A study of 2.16 Milion Adolescents. *Journal of Cinical Endocrinology and Metabolism* 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1210/> Čeká dnešní adolescenty předčasné úmrtí? *Světová medicína stručně*. **4**. s. 12. 2014. ISSN 1803-8980.
- URBANOVÁ Zuzana a Milan ŠAMÁNEK. 2012 Primární prevence kardiovaskulárních onemocnění v dětství. *Pediatric pro praxi*. 13(2). 72-74. ISSN 1213-0494.
- ÚMLUVA O PRÁVECH DÍTĚTE. Sdělení federálního ministerstva zahraničních věcí č. 104/1991 Sb., o Úmluvě o právech dítěte. Deklarace práv dítěte. Informační centrum vlády [online]. 2009 [cit. 26. 11. 2015]. Dostupné z: http://icv.vlada.cz/assets/udalosti/Charta_detskych_prav.pdf.
- ÚSTAVNÍ SOUD. 2016. Ústavní soud rozhodl v otázce odmítnutí povinného očkování z důvodu světské výhrady a svědomí. [Online] 2016. [Cit. 22. 1. 2016]. Dostupné na: <http://www.usoud.cz/aktualne/ustavni-soud-k-otazce-odmitnuti-povinneho-ockovani-z-duvodu-svetske-vyhrady-svedomi/>.
- Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka: 1, s. 3-16, ISSN: 1211-1244.
- VACUŠKOVÁ, Miluše., a kol. 2009. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii. 1. část*. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-491-7.
- VÁGNEROVÁ, Marie. 2005. *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0956-8.

- VANÍČKOVÁ, Eva, Věra, FAIERAJZLOVÁ, Marie, NEJEDLÁ a Jana VOTAVOVÁ 2012. *Škola přátelská dětem. Stručný průvodce manuálem UNICEF pohledem nejlepšího zájmu dětí*. Praha: UK, 3. LF. ISBN 978-80-260-2883-3.
- VELEMINSKÝ, Miloš, 2005. *Vybrané kapitoly z pediatrie pro studující ZSF JU*. 5. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, ISBN 80-704-0643-7.
- VELEMÍNSKÝ, Miloš, 2011. Koreferát k článku „Komunitní sestra v péči o děti“. *Kontakt*. 13(1). 28-29. ISSN 1212-4117.
- VELEMÍNSKÝ, Miloš. 2015. Nepovinné očkování.[online] [cit. 23. 2. 2016]. Dostupné na VĚSTNÍK MZ ČSR. 1986. *Směrnice o náplni činnosti středních, nižších a pomocných zdravotnických pracovníků*. Roč. 34(8/12), s. 90-105. ISSN: 0139-9837.
- VINCENOVÁ, Dana. 2007. Preventivní prohlídky v pediatrii, role dětské sestry v primární péči. *Pediatrie pro praxi*. 8(2), 116-118. ISSN 1213-0494.
- VIGNEROVÁ J., RIEDLOVÁ J., BLÁHA P. et al. 2001. 6. Celostátní antropologický výzkum dětí a mládeže. Souhrnné výsledky. Praha: PřF UK, SZÚ.
- VOLKOW, D. Nora, M. D. Ruben D. BALER, WILSON M. COMPTON, and Susan R.B. WEISS, Adverse Health Effects of Marijuana Use. *N Engl J Med* 2014, 370:2219-2227 June 5, 2014 DOI: 10 1056/NEJMra1402309. *Světová medicína stručně*. 2014. 6. 18-19. ISSN 1803-8980.
- VONDRÁČEK, Jan, 2007. Práva a povinnosti dětí a rodičů při poskytování zdravotní péče. *Dimenze moderního zdravotnictví* 1(2). s. 65. ISSN 1802-4084.
- Vyhláška Ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky č. 77/1981 Sb., o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví [online] In: *Sbírka zákonů Československé socialistické republiky*. Částka 19, s. 402 – 415. [online] [cit. 2015-09-09]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=77/1981%20&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.
- Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných

- pracovníků [online] 2011. [cit. 2015-11-11]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 20, s. 482-543. ISSN: 1211-1244. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/informace-k-vyhlasce-c-sb-ktou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlasky-c-sb_4763_3120_3.html.
- Vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách [online] 2012. [cit. 10. 10.2015]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 27, s. 842-847. ISSN: 1211-1244. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/preventivni-prohlidky_8092_2956_1.html.
- Vyhláška c. 187/2009 Sb., o minimálních požadavcích na studijní programy všeobecné lékařství, zubní lékařství, farmacie a na vzdělávací program všeobecné praktické lékařství [on-line] 2009. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 56, s. 2727-2729. ISSN: 1211-1244. Dostupné z: <http://www.lkcr.cz/zpusobilost-k-vykonu-lekarskeho-povolani-436.html> [cit. 20. 10. 2015].
- Vyhláška č. 361/2010 Sb., kterou se mění vyhláška č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů [on-line] 2010. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 131, s. 4834-4857. ISSN: 1211-1244. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/informace-v-souvislosti-svydanim-novely-vyhlasky-c-sb-vyhlaska-c-sb_4492_93 [cit. 20. 10. 2015].
- Vyhláška č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem. [online] 2006. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka: 174, s. 7282-7287, ISSN: 1211-1244. Dostupné na: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/> [cit. 13. 2. 2016].
- Vyhláška č. 39/2012 Sb., o dispenzární péči. [online] 2912. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka: 15, s. 306-311, ISSN: 1211-1244. Dostupné na: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>. [Cit. 13. 2. 2016].
- Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků [online] 2006. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 139, s. 8096-8138. ISSN: 1211-1244. Dostupné z: <https://http://www.epravo.cz/top/zakony/sbirka-zakonu/vyhlaska-ze-dne-28-cervence-2006->

- kteřou-se-meni-vyhlaska-c-4242004-sb-kteřou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-15597.html).
- Vyhlaška Ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky č. 77/1981 Sb., o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví [online] In: *Sbírka zákonů Československé socialistické republiky*. Částka 19, s. 402 – 415. [online]. [cit. 2015-09-09]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=77/1981%20&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.
- WHO, 2014. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data Global status report on alcohol and health – 2014 ed. 1.Alcoholism - epidemiology. 2.Alcohol drinking - adverse effects. 3.Social control, Formal - methods. 4.Cost of illness. 5.Public policy. I.World Health Organization. ISBN 978 92 4 156475 5.
(Překlad: Globální status alkohol a zdraví. 2014. Alkohol – epidemiologie. 2. Pití alkoholu – nepříznivé účinky. 3. Sociální kontrola, formální kontroly. 4. Náklady na nemoci. 5. Veřejná politika. SZO).
- WOLF, Vladimír a Hana WOLFOVÁ, 2003. *Pediatric 2: pro 3. ročník středních zdravotních škol*. Praha: Informatorium, ISBN 80-7333-023-7.
- ZEZULAKOVÁ, Jaroslava., Vladimír, VLACH, Jan, HADAČ. 2005. Vyšetření psychomotorického vývoje screeningem podle Vlacha. *Postgraduální medicína*. 7(2) Příloha. 26-32. ISSN 1212-4184. Také [online] 2005. [Cit. 12. 2. 2016] dostupné na:www: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/vysetreni-psychomotorickeho-vyvoje-screeningem-podle-vlacha-166578>.
- ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2068-5.
- ZACHAROVÁ, Eva, 2010. Práva dětského pacienta v ošetrovatelské péči. *Pediatr pro praxi*. 11(5), 334-335. ISSN: 1213-0494.
- Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a

- farmaceuta v platném znění [on-line] 2015. [cit. 20. 10. 2015]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 30, s. 1434-1451. ISSN: 1211-1244. Dostupný z: <http://www.lkcr.cz/zpusobilost-k-vykonu-lekarskeho-povolani-436.html>.
- Zákon 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. [online] 2015. [cit. 11. 11. 2015]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 30, s. 1452-1479. ISSN: 1211-1244. Dostupný z: <http://www.nconzo.cz/web/guest/legislativa>.
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). [online]. 2015. [cit. 11. 11. 2015]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 131, s. 4730-4801. ISSN: 1211-1244. Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/zakony/sbirka-zakonu/zakon-ze-dne-19-unora-2013-kterym-se-meni-zakon-c-3722011-sb-o-zdravotnich-sluzbach-a-podminkach-jejich-poskytovani-zakon-o-zdravotnich-sluzbach-ve-zneni-pozdejsich-predpisu-19442.html>.
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka: 37, s. 1257-1289, ISSN: 1211-1244.
- Zákon č. 3/1993 Sb., o státních symbolech České republiky. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka: 2, s. 26-32, ISSN: 1211-1244.
- ZDRAVÍ 2020, MZČR 2014. *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. Praha: MZČR. ISBN 978-80-85047-47-9.
- ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA JU v Českých Budějovicích. 2015. *Informace o studijním oboru Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech* [online], 2015. [citace 10. 11. 2015]. Dostupné z: http://www.zsf.jcu.cz/studium/informace-pro-uchazece-o-studium/prijimaci-rizeni/info_2015/osetrovatelstvi-nav-magstudium.
- ZELINKA, Patrik, 2014. První ošetřovatelské školy v Československu. Historie ošetřovatelských škol. *Florence plus, odborné články*, [online]. 2014. [cit. 13. 10. 2015] Dostupné z <http://www.florence.cz/odborne-clanky/florence-plus/historie-osetrovatelskych-skol/>.

ZEMAN Jiří, Jozef, HOZA, Ladislav, ZEMAN, 2015. Historie Dětského areálu Karlov, nalezinec. *Klinika dětského a dorostového lékařství Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy*. [online]. 2015. [cit. 18. 11. 2015] Dostupné z <http://www.vfn.cz/pracoviste/kliniky-a-oddeleni/klinika-detskeho-a-dorostoveho-lekarstvi/charakteristika-pracoviste/historie-detskeho-arealu-karlov/>

ZUKUNFT-HUBER, Barbara. 2007. *Cvičení s miminkem: baby gymnastika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1713-5.

12 Seznam příloh

- Příloha 1 Charta práv hospitalizovaných dětí
- Příloha 2 Úmluva o právech dítěte
- Příloha 3 Linky důvěry
- Příloha 4 Společnost pro ranou péči
- Příloha 5 Dispenzární skupiny
- Příloha 6 Percentilové grafy
- Příloha 7 Dětský očkovací kalendář v ČR platný k 1. 1. 2014

Příloha 1 Charta práv hospitalizovaných dětí

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

věku a zdravotnímu stavu.

Úmluva o právech dítěte, 1989

Příloha 2 Úmluva o právech dítěte

Celkově úmluvu o právech dítěte ratifikovalo 193 států. Tehdy Česká a Slovenská federativní republika, podepsala Úmluvu dne 30. září 1990 a ratifikovala ji. Česká republika je Úmluvou vázána dnem svého vzniku, tedy od 1. ledna 1993. "Úmluva o právech dítěte" č. 104/1991 Sb., jako celek je součástí našeho právního řádu a její ustanovení vzhledem k tomu, že jde o mezinárodní dokument, mají přednost před zákonem, což vyplývá z čl. 10 Ústavy ČR 1/1993 Sb. Celkem má Úmluva 54 článků, které odpovídají citaci zákona. Česká republika implementovala Úmluvu o právech dítěte do svého právního řádu v roce 1991 na základě zákona č.3/1993 Sb. Česká republika Úmluvu o právech dítěte zařadila do svých legislativních norem a dbá na dodržování těchto zásad. Každých pět let pak podává podrobnou zprávu Výboru OSN pro práva dětí o stavu dětské populace a úrovně naplňování dětských práv v České republice (Úmluva o právech dítěte, znění přijaté v ČR, 1991).

Příloha 3 Linky důvěry

V České republice sdružuje tyto linky důvěry celorepubliková Česká asociace pracovníků linek důvěry. Jde o občanské sdružení, které vzniklo roku 1995. Linky důvěry však mají v naší republice tradici již od roku 1964, kdy byla založena první linka důvěry. Do roku 1989 jich bylo v České republice jen několik – Linka naděje v Brně, Linka důvěry v Kosmonosích, Linka důvěry v Bílé Vodě, Linka důvěry v Třebíči a Linka důvěry v rámci psychiatrické léčebny v Olomouci. Po roce 1992 se začaly tyto linky stále více a více rozšiřovat. Linky důvěry nebyly již doménou pouze zdravotnických zařízení, ale vznikaly také linky sociálního a školského charakteru. V současné době se na našem území nachází okolo 35 pracovišť linek důvěry. Při sdružení Linky bezpečí a důvěry dětí a mládeže vznikl roku 2004

Vzdělávací institut ochrany dětí. Tato instituce je projektem podpořeným Evropskou Unií. Jejím posláním je zkvalitnění a podpora vzdělávání v oblasti ochrany dětí, vzdělávací a školicí činnost pro profesionální pracovníky, studijní programy, prezentace a semináře, výzkumná dokumentační a publikační činnost v oblasti prevence patologických jevů v ochraně dětí, odborné poradenství. (Vzdělávací institut ochrany dětí, 2015).

Příloha 4 Společnost pro ranou péči

Společnost poskytuje odborné služby a spolupráci s lékaři, dále informace v domácím prostředí a podporuje rozvoj dítěte s postižením v rodině a organizuje aktivizační služby pro rodiny s dětmi a vzdělávání rodičů a pěstounů, aktivizuje osvětovou činnost nejen v naší republice, ale i v zahraničí. Vydává odborné a informační materiály, publikace a instruktážní videa (Společnost pro ranou péči, 2015). Středisko rané péče SPRP v Českých Budějovicích je v projektu Dobrý start zaměřeno na spolupráci s neonatologickými odděleními v Českých Budějovicích a Písku vytváří bezpečné prostředí pro rodiče, zajišťují pomoc odborného kontaktního pracovníka, který s rodiči komunikuje od narození nedonošeného nebo zdravotně postiženého dítěte (Tušlová, 2015).

Příloha 5 Dispenzární skupiny

Dispenzární skupiny, které sleduje praktický lékař pro děti a dorost – je jich 49:

- Infekční a parazitární onemocnění s prokázanou infekční etiologií a chronickým průběhem, jejichž následky vyžadují soustavnou léčbu déle než 1 rok
- Lymeská borelióza
- Závažná chronická onemocnění způsobená herpetickými viry
- Závažné imunodeficientní stavy, vyžadující soustavnou léčbu déle než 1 rok. Stav po splenectomii
- Defekty koagulace vyžadující soustavnou léčbu déle než 1 rok
- Závažné anémie vyžadující soustavnou léčbu déle než 1 rok
- Diabetes mellitus a další poruchy glukózové tolerance
- Další závažné poruchy endokrinní soustavy vyžadující soustavnou léčbu delší než 1 rok
- Závažná metabolická onemocnění
- Cystická fibróza
- Familiární hypercholesterolemie
- Mentální retardace
- Závažná forma dětské mozkové obrny vyžadující soustavnou rehabilitaci déle než 1 rok
- Primární enuréza u dítěte nad 5 let věku
- Enkopréza s chronickou obstipací
- Hydrocephalus
- Následky zánětlivých onemocnění CNS, onemocnění CNS s nejistou prognózou
- Progredující neurologická a svalová postižení
- Epilepsie

- Vrozená nebo získaná postižení oka /mimo samotných refrakčních vad/, vyžadující soustavnou péči déle než 1 rok
- Strabismus
- Vrozená nebo získaná porucha sluchu vyžadující soustavnou péči déle než 1 rok
- Závažné alergie s perzistujícími klinickými příznaky kožními, očními, bronchiálními nebo gastrointestinálními a stavy po anafylaxi
- Bronchopulmonární dysplazie
- Stavy po chirurgické léčbě nitrohruďných procesů s následnou poruchou funkce plic
- Chronická obstrukční plicní nemoc dětského věku, bronchiektázie
- Idiopatické střevní záněty
- Cholecystolithiasa
- Vředová choroba žaludku a duodena
- Stavy po operaci zažívacího traktu, vyžadující dlouhodobé sledování
- Střevní malabsorpce včetně céliakie
- Psoriáza a další závažná onemocnění vyžadující soustavnou léčbu delší než 1 rok
- Lupus erythematosus
- Revmatická onemocnění u dětí, systémová postižení pojivové tkáně
- Nefrotický syndrom
- Vrozené a získané srdeční vady s příznaky srdečního selhání nebo poruchou hemodynamiky
- Závažné arytmie vyžadující soustavnou léčbu déle než 1 rok
- Stavy po operaci srdce, angioplastikách, valvuloplastikách
- Plicní hypertenze
- Kardiomyopathie vyžadující soustavnou léčbu déle než 1 rok
- Intersticiální a difusní plicní procesy s poruchou funkce plic
- Stav po dlouhodobé ventilaci plic pro syndrom dechové tísně
- Asthmabronchiale, závažné a persistující formy, obtížně léčitelné asthma
- Chronická pankreatitis vyžadující soustavnou léčbu delší než 1 rok

- Závažná chronická onemocnění jater vyžadující soustavnou léčbu delší než 1 rok
- Chronická pyelonefritis a glomerulonefritis a veškeré další stavy spojené s poruchou funkce ledvin nebo vážnou poruchou funkce vývodných močových cest
- Stavy po transplantacích orgánů a krvetvorných buněk
- Vrozené anomálie a chromozomové abnormality vyžadující léčbu
- Děti ohrožené sociálním prostředím, to jsou děti týrané, zneužívané a zanedbávané (Vyhláška ze dne 23. ledna 2012 o dispenzární péči, podle § 120 zákona 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, k provedení § 5 odst. 3 písm. b/ zákona).

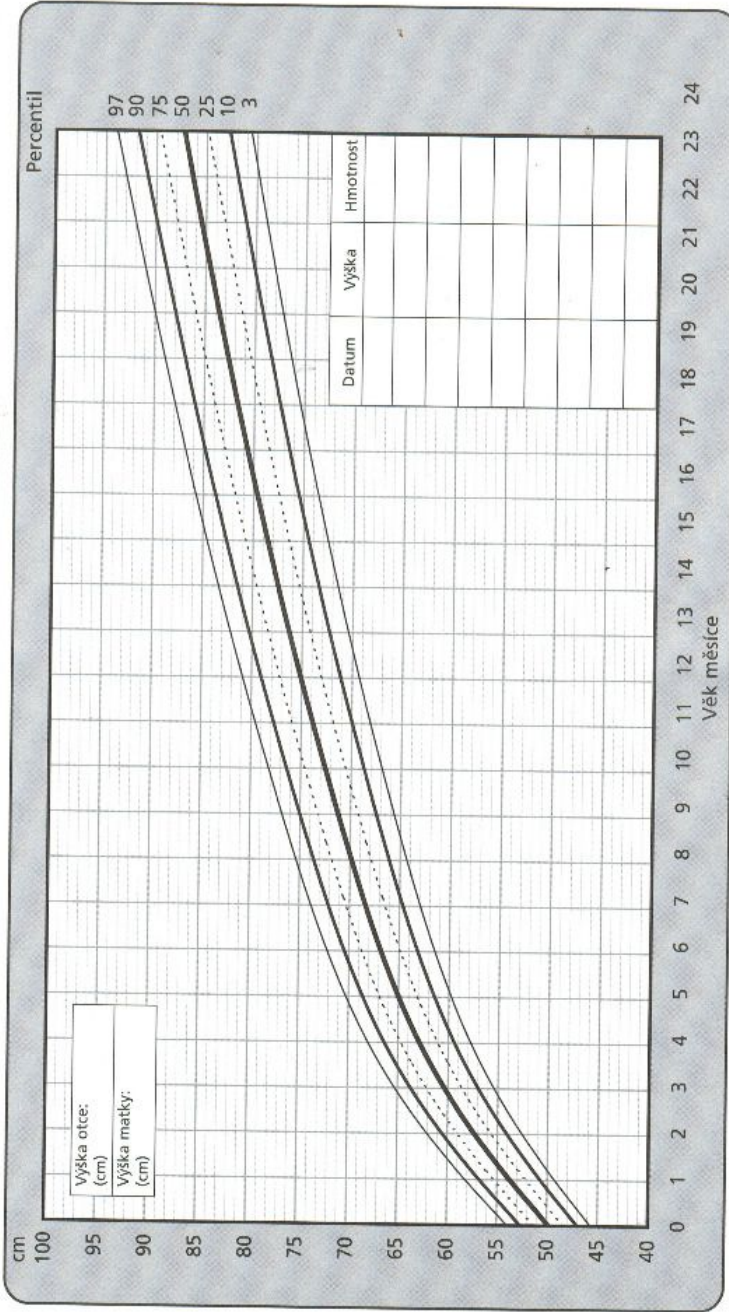
Příloha 6 - Percentilové grafy

Percentilový graf tělesné délky

Jméno pacienta
Datum narození

Porodní délka
Porodní hmotnost
Gestační věk

Dívky
(0 – 24 měsíců)



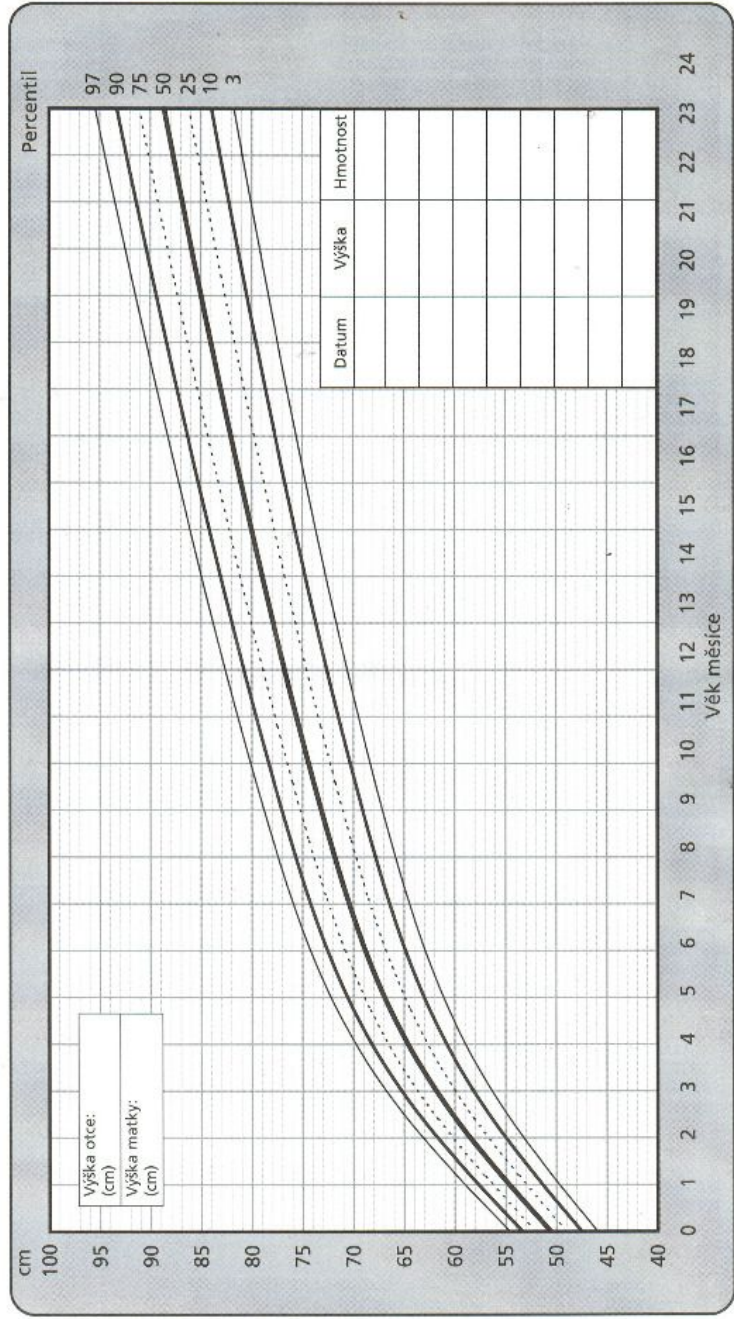
EKGZ HBH

Vígnerová J., Riedlová J., Bláha P. et al:

Percentilový graf tělesné délky

Chlapci
(0 – 24 měsíců)

Jméno pacienta	Porodní délka
Datum narození	Porodní hmotnost
	Gestační věk



Vianerová J., Riedlová J., Bláha P. et al.

Příloha 7 Dětský očkovací kalendář v ČR platný k 1. 1. 2014

Dětský očkovací kalendář v ČR platný k 1. 1. 2014

Termín věk dítěte	Povinné očkování		Nepovinné očkování	
	Nemoc	Očkovací látka	Nemoc	Očkovací látka
od 4. dne – 6. týdne	Tuberkulóza (pouze u rizikových dětí s indikací)	BCG vaccine SSI		
od 6. týdne			Rotavirové nákazy	Rotarix, Rotateq (1. dávka)
od 9. týdne (2. měsíc)	Záškrt, tetanus, černý kašel, dětská obma, žloutenka typu B, onemocnění vyvolaná Haemophilus influenzae typu B	Infanrix hexa Hexacima (1. dávka)	Pneumokoková onemocnění*	Synflorix, Prevenar 13 (1. dávka)
			Rotavirové nákazy	Rotarix, Rotateq (2. dávka-za měsíc po 1. dávce)
3. měsíc	Záškrt, tetanus, černý kašel, dětská obma, žloutenka typu B, onemocnění vyvolaná Haemophilus influenzae typu B	Infanrix hexa Hexacima (2. dávka-za měsíc po 1. dávce)	Pneumokoková onemocnění*	Synflorix, Prevenar 13 (2. dávka-za měsíc po 1. dávce)
			Rotavirové nákazy	Rotateq (3. dávka-za měsíc po 2. dávce)
4. měsíc	Záškrt, tetanus, černý kašel, dětská obma, žloutenka typu B, onemocnění vyvolaná Haemophilus influenzae typu B	Infanrix hexa Hexacima (3. dávka-za měsíc po 2. dávce)	Pneumokoková onemocnění*	Synflorix, Prevenar 13 (3. dávka-za měsíc po 2. dávce)

11.-15. měsíc			Pneumokoková onemocnění*	Synflorix, Prevenar 13 (přeočkování)
15. měsíc	Spalničky, zarděnky, příušnice	Priorix (1. dávka)	Plané neštovice, spalničky, zarděnky, příušnice	Priorix-Tetra (1. dávka)
do 18. měsíce	Záškrt, tetanus, černý kašel, dětská obma, žloutenka typu B, onemocnění vyvolaná Haemophilus influenzae typu B	Infanrix hexa Hexacima (4. dávka)		
21. až 25. měsíc	Spalničky, zarděnky, příušnice	Priorix (2. dávka-za 6-10 měsíců po 1. dávce)	Plané neštovice, spalničky, zarděnky, příušnice	Priorix-Tetra (2. dávka)
5. - 6. rok	Záškrt, tetanus, černý kašel	Infanrix (přeočkování)		
10. - 11. rok	Záškrt, tetanus, černý kašel, dětská obma	Boostrix polio (přeočkování)		
13. rok (jen dívky)			Onemocnění lidským papilomavirem (karcinom děložního čípku)*	Cervarix, Silgard (celkem 3 dávky)
14. rok (u neočkovaných v 10-11 letech)	Tetanus	Tetavax, Tetanol Pur (přeočkování)	Záškrt, tetanus, černý kašel	Boostrix, Adacel (přeočkování)

*hrazeno ze zdravotního pojištění

Zdroj: Česká vakciniologická společnost ČLS JEP ČR, 2014