

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Potřeba návštěvní služby sester primární péče u dětských pacientů
Bakalářská práce

Mgr. Alena Machová

2007

Adéla Zavadilová

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 Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

3. 9. 2007

.....

Poděkování

Zvláštní poděkování věnuji Mgr. Aleně Machové za odborné vedení, trvalý zájem a cenné rady při psaní mé bakalářské práce.

Abstract

The topic of this bachelor thesis is the necessity of visiting service by primary care nurses for children patients. Visiting service is a lawful activity of nurses working in paediatric departments. During the visiting service there is a possibility to obtain valuable information on the child's family and its background. A nurse recommends the parents how to prevent diseases or injuries at their children. A nurse also educates them about a suitable diet, hygiene and upbringing. During the visiting service there is enough time for parents to ask about their children's prevention and upbringing. A community nurse can stand in for this post of primary care nurse as well. Such kind of nurses has not been initiated yet in the Czech Republic. The Ministry of Health is going to include this kind of nurses in general educational programme.

The aim of this thesis is to establish if primary care nurses put the visiting service for children into practice and if parents are interested in it. Hypothesis 1 states that primary care nurses do not practice visiting service for children. Hypothesis 2 states that parents are interested in visiting service for their children.

The quantitative method with questionnaires was chosen for this research. Two kinds of questionnaires were used. The first one was filled by nurses from paediatric departments in region of South Bohemia. It contained 16 questions which were mostly closed. The second questionnaire was destined for parents. There were 18 questions which were closed or semi-closed. Some of them could be answered with more possibilities. Sixty questionnaires were given to the nurses, the rate of return was 97% (58 questionnaires). A hundred questionnaires were given to the parents and the rate of return was 96% (96 questionnaires). Preventive care and visiting service for children was the main target of the questionnaires.

The result of this research shows that nurses carry out visiting service for children patients, but mostly only once for new-born children leaving their maternal hospital, because no insurance company pays another visiting service. That is why the hypothesis 1 was invalidated. Another result of this research shows that parents are interested in visiting service for their children. The hypothesis 2 was validated.

This bachelor thesis should inspire all primary care nurses to think about the necessity of visiting service for children patients. The result of this research will be published in a professional journal for nurses.

Obsah

Úvod	3
1. Současný stav	4
1.1 <i>Pediatric</i>	4
1.1.1 <i>Historie zdravotní péče a pediatrie</i>	4
1.1.2 <i>Některé sledované statistické údaje v pediatrii</i>	8
1.1.3 <i>Rozdělení dětského věku</i>	8
1.1.4 <i>Psychomotorický vývoj dítěte</i>	10
1.1.5 <i>Preventivní péče o dítě</i>	14
1.1.5.1 <i>Preventivní péče v prvním roce života</i>	14
1.1.5.2 <i>Očkování</i>	16
1.1.5.3 <i>Prevence zubního kazu</i>	17
1.2 <i>Primární péče</i>	17
1.2.1 <i>Poskytovatelé primární péče</i>	18
1.2.1.1 <i>Poskytovatelé primární péče dětem a dospívajícím</i>	18
1.2.1.2 <i>Návštěvní služba porodních asistentek a sester</i>	19
1.3 <i>Komunitní ošetrovatelská péče o dítě</i>	20
1.3.1 <i>Komunitní ošetrovatelství</i>	20
1.3.2 <i>Ošetrovatelský proces v komunitní péči o dítě</i>	21
2. Cíle práce a hypotézy	25
2.1 <i>Cíl</i>	25
2.2 <i>Hypotézy</i>	25
3. Metodika	26
3.1 <i>Použitá metoda</i>	26
3.2 <i>Charakteristika zkoumaného vzorku</i>	26
4. Výsledky	27
4.1 <i>Výsledky dotazování sester v pediatrických ambulancích</i>	27
4.2 <i>Výsledky dotazování rodičů</i>	37
5. Diskuse	48

6. Závěr	53
7. Seznam použité literatury	54
8. Klíčová slova	57
9. Přílohy	58

Úvod

*„Dospělý člověk, který je spolehlivý a stabilní,
mající v srdci lásku a toleranci,
je nejlepší terapií, jakou může dítě mít.“
Lafayette Ronald Hubbard*

Téma bakalářské práce „Potřeba návštěvní služby sester primární péče u dětských pacientů“ jsem si vybrala, neboť chci zdůraznit význam této problematiky, která je v dnešní době mnohdy velmi podceňovaná a zanedbávaná.

V životě dítěte je nejvýznamnější raný věk, ve kterém dochází k nejprudšímu vývoji dítěte v oblastech tělesných, psychických i sociálních. Některé případné odchylky v tomto vývoji lze zaznamenat při preventivních prohlídkách v ambulancích dětských lékařů. Těmto problémům je však potřeba věnovat dostatek času, proto návštěva sestry v rodině může být velice užitečná a může poskytnout dostatečný obraz o rodině jako takové a o prostředí, ve kterém dítě vyrůstá. Sestra by měla radit, informovat a pomáhat rodičům vychovat dítě s dobrým fyzickým i duševním zdravím. Spolu s lékařem by měli podporovat, uchovávat a obnovovat zdraví dětské populace. Děti jsou jedinečné lidské bytosti, které reagují na nemoc velmi individuálním způsobem. Proto je důležité včas předcházet nemocem a jejich komplikacím.

V současné době medicína klade důraz na prevenci. Nová koncepce primární zdravotní péče byla deklarována na konferenci v Alma-Atě již v roce 1978. Prevence a včasná léčba nemocí v dětském věku by se dala pokládat za primární prevenci chorobných stavů v dospělosti, čímž se zásadně ovlivňuje zdravotní stav obyvatelstva a průměrná délka života. Úsilí a prostředky vložené do prevence se mnohonásobně vrátí v podobě sociální, finanční i humánní. Zdravotní stav mladé generace a péče o ni je obrazem sociální a kulturní úrovně každé civilizované země. (14)

1. Současný stav

1.1 Pediatrie

1.1.1 Historie zdravotní péče a pediatrie

„Pediatrie je obor, který se zabývá péčí o zdraví kojenců, dětí a mladistvých, jejich vývojem tak, aby tito dosáhli plnohodnotné dospělosti.“ (24, str. 5)

Téměř v každé době lidské existence se můžeme setkat s určitými pokusy chránit si vlastní zdraví. Podpora zdraví je u jednotlivých kultur odlišná díky různým filozofiím a technologickým prostředkům. (3)

Z období starověku, zhruba 5 000 let před Kristem, pochází první údaje o zdravotní péči z Mezopotámie. Byly sepsány různé kodexy, ve kterých byly stanoveny povolené výkony. Ve 4. století před Kristem vzniká Hippokratovo dílo Epidemion, v němž jsou obsaženy popisy nemocí a klinických příznaků. V Římské říši chodily ženy ošetřovat chudé nemocné do jejich příbytků. Později začaly vznikat první špitály v kostelech, kde se lidé cítili být pod Boží ochranou.

Zprávy o ošetřování a léčení dětí jsou velmi staré. První z nich pochází z období 2000 let před naším letopočtem, kdy se o starší děti starali internisté a o novorozence porodníci. (3, 5)

Období středověku zaznamenalo úpadek v ochraně a podpoře zdraví. Lidé se zaměřovali na mysticismus a vývoj medicíny stagnoval. Ve středověku byla velmi nízká úroveň hygieny, kdy se lidé koupali jen zřídka a nosili špinavé oblečení. Nebyla udržována čistota vody a prostředí, proto byly velmi rozšířené infekční nemoci v podobě epidemií i pandemií, při kterých umírali tisíce lidí po celém světě. V 10. století vznikaly v českých zemích první hospice, které sloužily spíše jako útulky pro chudé, nemajetné a nemocné osoby, v nichž sestry poskytovaly charitativní pomoc v základních potřebách. Zajišťovaly víceméně střechu nad hlavou, obživu, postel a teplo, než léčení nemocných. Ve 14. století, kdy morová pandemie vyhubila téměř

třetinu lidstva, byl v jednotlivých městech oficiálně vyvinutý systém zdravotní péče. (3, 16)

Období novověku přineslo nové názory na rozvoj medicíny a tím i péče o zdraví. Pro veřejné zdraví byl důležitý objev mikroskopu, který umožňoval vidět různé mikroorganismy ve vodě a v půdě. V období renesance byla města udržována v čistotě. Špitály byly místem, kde se studovala medicína a pečovalo se zde převážně o chudé nemocné. (3, 16)

V 19. století byl zaznamenán nástup éry profesionálního ošetřovatelství. Znečištění ovzduší nebo vody vlivem rozvoje průmyslu sebou přináší změnu ve zdravotní péči. Předzvěstí ošetřovatelství a komunitní péče bylo založení dvou ošetřovatelských řádů na britských ostrovech, které se zaměřily na navštěvování a pomoc chudým v domácnostech a založily domov pro dívky bez prostředků. Na našem území o nemocné pečovaly řády johanitů, maltézských rytířů nebo alžbětinky a boromejky. V Anglii se ošetřovatelské činnosti věnovala Florence Nightingaleová, která ji nazvala „ošetřovatelstvím zdraví“. Vytvořila první koncepci ošetřovatelství vycházející z charitativního pojetí péče o nemocné, v němž jsou zdůrazněny především humánní motivy ošetřování. Poprvé zdůraznila významnou úlohu pozorování nemocného sestrou, upozornila na význam hygieny a čistoty a vlivu prostředí na stav nemocného. V roce 1859 založila asociaci obvodních sester vlivem myšlenky, že nemocní cítí potřebu ošetřovatelské péče ve svých domovech než v nemocnicích. I britská královna Viktorie podpořila tuto myšlenku návštěvního ošetřovatelství a při příležitosti svých 50. narozenin věnovala na jeho rozvoj 70 000 liber. (5, 16)

Pediatricie jako péče o dítě se postupně oddělovala od interního lékařství dospělých a samostatným oborem se stává až v 19. století. Rodí se první pokusy systematicky sledovat vývoj dítěte a vyvodit z toho závěry pro jeho výchovu a poskytování systematické péče. První dětská nemocnice vznikla v Paříži v roce 1802, v Petrohradě roku 1834, v Praze v roce 1842, o čtyři roky později v Brně. Již v roce 1897 profesor Schlossman v Drážďanech výstižně vyjádřil podstatu odlišností péče o dítě od péče

o dospělé takto: „Děti nejsou žádným zmenšeným vydáním dospělých. Dětská péče je úplně jiná než péče o dospělé.“ (3, str. 13)

Pediatric se zaměřila na dva výrazné problémové okruhy, které sledovaly zájmy dítěte a jeho postavení ve společnosti. První okruh se týkal zdraví a vývoje každého dítěte v dané společnosti a účasti pediatrie v péči o celou dětskou populaci. Nedostatečná výživa a vysoký výskyt infekčních nemocí podmiňovaly vysokou úmrtnost a nemocnost dětí. Řešení této problematiky se ubíralo mnoha směry a zároveň vytvářelo základ preventivní péče o děti jako rozhodující složky postupně se vytvářející péče společnosti o každé dítě. Druhý okruh byl zaměřen na postavení těch dětí, které pro vrozený nebo získaný nedostatek potřebovaly zvláštní pozornost společnosti. Byly to děti postižené, opuštěné, nemanželské a jinak ohrožené. Uvedené okruhy vytvořily a postupně rozvinuly dětské lékařství jako vědu o nemocech dětského věku, péče o zdraví dětí se snahou dosáhnout optimálního postavení ve společnosti s využitím preventivních postupů a péče o ohrožené a postižené děti. (24)

Největší rozvoj pediatrie v Čechách začíná po druhé světové válce. Hlavním problémem poválečné pediatrie byla vysoká úmrtnost kojenců, především na podkladě poruchy výživy. Vývoj pediatrie byl v první fázi ovlivněn zavedením umělé výživy významnými pediatry – byl to profesor Brdlík, Švejcar a Tayschl. Systém výživy pak výrazně pomohl snížit úmrtnost dětí. Ukázalo se však, že některé postupy byly nesprávné, proto muselo dojít později k jejich nápravě. Jedním z nápravných programů je tzv. prolaktační program spojený se znovuzavedením systému „roaming in“ v 70. letech. Druhé období je charakterizováno zdokonalením prevence, především sekundární, včetně zavedení odborných ordinací. Zájem byl zaměřen především na chronicky nemocné děti a prohlubovala se preventivní péče a očkování. Třetí období, kdy česká pediatrie nezachytila evropský nástup, je reprezentováno pomalým vznikem intenzivní péče a to zpočátku pouze pro patologické novorozence, teprve později pro větší děti. Téměř 20 let trvalo, než naše pediatrie tuto ztrátu dohonila. Významnou úlohu zde sehráli pracovníci 1. a 2. porodnické kliniky Vinšová, Melková, Zapadlo a Plavka. Poslední období pediatrie je ve znamení vzrůstu sociální pediatrie. (24)

S rozvojem pediatrie jsou spojené počátky ošetrovatelské péče o dítě. Zvláštní odborná příprava pracovníků pro ošetřování dětí v minulosti neexistovala. Prvními dětskými sestrami byly ošetrovatelky v nalezincích. Byly to svobodné matky, osamělé ženy a vdovy, které se tam uchýlily se svými dětmi. Řeholní sestry, které pracovaly v dětských nemocnicích se na svoje povolání připravovaly jen praxí. První ošetrovatelská škola pro dětské sestry byla založena v roce 1922 při nemocnici Ochrany matek a dětí v Praze – Krči. Na Slovensku byla v Martině roku 1925 založena Sociálně-zdravotní škola, která připravovala sociální pracovnice na práci v dětských poradnách a sociálních ústavech pro mládež. (3)

V České republice probíhalo vzdělávání dětských sester na středních zdravotnických školách do roku 1997, kdy byl obor dětská sestra ukončen. Poté pokračovalo pomaturitní vzdělávání na vyšších zdravotnických školách - obor diplomovaná dětská sestra, které bylo ukončeno v roce 2004. V současné době je studium ošetrovatelské péče o děti a dorost nahrazeno specializačním vzděláváním „Ošetrovatelská péče v pediatrii“. Specialistka bude mít odbornost dětská sestra se zaměřením na ošetrovatelskou péči v klinických oborech. Specializační program obsahuje 6 odborností a je určen pro všeobecné sestry, zdravotní sestry, ženské sestry a porodní asistentky, které poskytují odbornou a specializovanou péči dětem včetně novorozenců a adolescentů. Celková doba specializačního studia je minimálně 36 měsíců. Podmínkou pro zařazení do specializačního vzdělávacího programu je způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry a nejméně 12 měsíců výkonu povolání všeobecné sestry na úseku péče o dítě. Po zařazení do specializačního vzdělávání musí uchazeč o studium splnit 12 měsíců výkonu povolání v oboru specializace, tzn. musí pracovat v oboru, pro který se specializuje. V průběhu specializačního studia musí všeobecná nebo zdravotní sestra absolvovat modul Dětská sestra před zařazením do specializačního zaměření. Dále musí absolvovat určený počet teoretických a praktických hodin. Specializační studium probíhá v NCO NZO v Brně. (23)

1.1.2 Některé sledované statistické údaje v pediatrii

V pediatrii se sledují některé statistické údaje, které jsou jistým odrazem sociální situace v dané společnosti. Jedná se o perinatální, novorozeneckou a kojeneckou úmrtnost. Hodnoty těchto údajů mají v ČR příznivý trend - kojenecká úmrtnost po roce 1945 byla 42 promile a v současné době jsou to 3 promile. V minulosti negativně ovlivňovala hodnoty perinatální a kojenecké úmrtnosti celá řada sociálních a ekonomických faktorů. Vyšší hodnoty úmrtnosti byly zpočátku ovlivněny především nedostatkem zdravotnických pomůcek a přístrojů. Nejvyšší perinatální a kojenecká úmrtnost byla pak v regionech se soustředěným těžkým průmyslem, v regionech s největším počtem interrupcí, nejvyšší rozvodovostí atd. ČR měla vysokou perinatální a kojeneckou úmrtnost ovlivněnou také tím, že měla vysoké procento žen, které rodily do 18 let věku. (24)

Ve světě se sleduje úmrtnost do 5 let. V perinatální a kojenecké úmrtnosti dosahuje ČR úrovně nejlepších států. V úmrtnosti do 5 let je však ČR pouze průměrná. Všechny vlivy nejsou známy. Jisté je, že se nepříznivě zúčastňuje vysoký počet úrazů a otrav. (24)

Hodnoty perinatální, novorozenecké a kojenecké úmrtnosti jsou nejnižší v zemích s nejlepším životním standardem. Hodnoty jsou ovlivněny úrovní zdravotnické péče, ale ještě větší vliv má sociální situace prostředí, ve kterém žena žije (zaměstnání, dojíždění, přerušování těhotenství, kouření, sociální situace rodiny atd.). Mezi další sledované statistické údaje lze zařadit potrat, porod, mrtvorozenost, časná novorozenecká úmrtnost aj. (24)

1.1.3 Rozdělení dětského věku

Dětský věk se dělí na prenatální, novorozenecký, kojenecký, batolecí, předškolní, mladší a starší školní věk a na věk dorostový. (24)

Prenatální věk začíná početím a končí porodem. Fyziologicky toto období trvá 280 dnů. Lze ho rozdělit na embryonální období, které trvá do 6. týdne těhotenství. Dále se mluví o období fetálním. V těchto obdobích se zakládají orgány a pokračuje jejich vývoj. Plod je připravován pro činnosti, které budou nutné pro jeho přežití a pro interakci se zevním světem. Již v prenatální době získává jedinec schopnost sociální interakce. (10, 20, 24)

Novorozenecký věk začíná odstřížením pupečníku a končí 28. dnem života. Je to období adaptace, během níž se novorozenec přizpůsobuje podmínkám nového prostředí. (24)

Kojenecké období trvá od 28. dne do 12 měsíců věku. Dítě prochází kefalokaudálním vývojem, díky němuž začíná objevovat a poznávat svět. Také je zaznamenáván velmi rychlý vývoj celé osobnosti. Základním úkolem tohoto období je získat důvěru a pocit bezpečí ve vztahu ke světu. (10, 20, 24)

V batolecím věku, který je vymezen od 1 roku do 3 let věku, se dítěti rozvíjí řeč a rozšiřují se kontakty s okolím. Lokomoce je prostředkem prostorového osamostatňování. (10, 20, 24)

V období předškolního věku, který trvá od 3 do 6 let věku, je u dítěte zaznamenáván psychomotorický rozvoj dovedností. Hlavní potřebou dítěte je aktivita a sebeprosazení. Předškolák se postupně uvolňuje z rodinných vztahů. (10, 20, 24)

Školní věk trávající od 6 do 15 let věku, který můžeme ještě rozdělit na mladší a starší, zaznamenává u dítěte rozvoj duševních dovedností, růstu a nástup puberty. Potřeba kontaktu s vrstevníky je jednou z nejdůležitějších potřeb školního věku. (10, 20, 24)

Dorostový věk, neboli adolescence, končí 18. rokem života. Jde o dynamické, náročné, přechodné období mezi dětstvím a dospělostí. Tento věk se vyznačuje duševním, tělesným a sexuálním vývojem. (10, 20, 24)

1.1.4 Psychomotorický vývoj dítěte

Jedná se o rozvoj jemné, hrubé motoriky a lokomoce, který umožňuje dítěti zasahovat do okolního světa a přispívá výrazně k jeho postupné emancipaci, která pokračuje i v dalších vývojových obdobích. (20)

Motorický vývoj postupuje od hlavy dolů. Dítě po porodu v poloze na zádech pohybuje všemi končetinami nekoordinovaně a symetricky. V poloze na břiše je těžiště směřováno na hrudník. Dokáže otočit hlavu ze strany na stranu. Novorozenec je vybaven mnoha reflexy, které slouží buď k přežití – hledací a sací reflex, nebo reflexy motorické – Moroův reflex udržování rovnováhy, uchopovací reflex atd. Novorozené dítě od samého počátku vidí a některé podněty sleduje dokonce se značným zájmem. Pozornost dítěte je přitahována pohybem nebo pohybujícím se předmětem. Zraková pozornost novorozeného dítěte se obvykle rychle vyčerpá. Novorozenec je v interakci s okolím a reaguje na různé podněty. (6, 10, 20, 22)

Ve druhém měsíci se dítěti zlepšuje svalové napětí, uchopování začíná být záměrné. V 6. týdnu se těžiště přesouvá na břicho, a tak kojeneček v poloze na břiše dokáže na krátkou chvíli udržet hlavu v úhlu 45°. Zrak je zdrojem mnoha informací. Dozrává centrální část sítnice, čímž se zlepšuje zraková ostrost, i když zatím jen v omezené míře. Dítě je koncentrováno na vlastní tělo a jeho pohyby. Bdí asi 10 hodin denně, stále však potřebuje několikrát za den usnout, nevydrží být vzhůru příliš dlouho. (6, 20, 22)

Ve třetím měsíci se v poloze na břiše těžiště přesouvá na symfýzu, dítě tak dokáže udržet hlavu a hrud' delší dobu nahoře. Začíná se opírat o lokty – „pase koničky“. V poloze na zádech je koordinace rukou a nohou stále lepší, dokáže se dotknout jednou rukou druhé. Pro tříměsíčního kojence je typická poloha „šermíře“ - hlava je otočena do strany a končetiny, k nimž je přivrácena, jsou extendovány, končetiny na opačné straně jsou spíše v semiflexi. Podrží-li se dítě na krátkou chvíli v sedu s oporou pod pažemi, je hlava většinou již vzpřímená, ale páteř tvoří stále velký oblouk. Reaguje pozitivně emočně na obličej a odlišuje ho od okolních předmětů. Od třetího měsíce

se zlepšuje periferní vidění. Dítě dovede zaostřit na předměty ve vzdálenosti 12 – 50 cm. Vydává první hlásky – brouká. (6, 10, 20, 22)

Ve čtvrtém měsíci začíná kojeneček uchopovat předměty kolem sebe a strká si je do úst – objevuje se koordinace aktivity ruky a úst. V poloze na břiše se opírá o ruce, nejprve o zavřené, později o otevřené dlaně. Díky tomu se může převalit z břicha na bok a z boku na záda. (6, 20, 22)

V pátém měsíci v poloze na břiše zvedá dítě hlavu i hrudník a opírá se při tom jen o dlaně. Má již dostatečně vyvinuté zádové svaly, ale zatím je pro něj sed s oporou nevhodný. Dokáže udržet v obou rukách předmět, např. láhev. Umí lépe dát najevo své pocity – štěstí, radost, smutek a množství jeho emocí se rozšiřuje. (2, 20, 22)

V šestém měsíci se dítě dokáže otáčet ze zad na bok a na břicho, ale i z břicha zpět na záda. V poloze na břiše se bez problémů opře o ruce a drží nahoře hlavu, ramena i horní část hrudi. Přidrží se podaných prstů a přitahuje se do sedu. S oporou sedí vzpřímeně, hlava se nekymácí, páteř je zakřivena jen v bedrech. Pokud se dítě podrží tak, aby stálo, začne narovnávat a krčit nohy – „poskakuje“. Zdokonaluje se jemná motorika – zatím převažuje dlaňový úchop, ale dítě udrží v každé ruce jednu hračku. Otáčí se za zvukem ve správném směru a rozpozná své jméno. V tomto období končí symbiotická vazba mezi matkou a dítětem. Kojeneček tak začíná matku vnímat jako samostatnou bytost, odlišnou od něho samotného i od ostatních. (2, 20, 22)

Sedmý měsíc je ve znamení pohybu z jednoho místa na druhé. Dítě začíná lézt a stát s oporou. V tomto období začíná kojeneček žvatlat. Je to výsledek interakce vrozených dispozic a učení. Zvuky, které vydává, mají ráz slabiky. Nedá se určit, jaké hlásky říká, ale lze zaslechnout samohlásky a souhlásky. Mluví na předměty a obličej. Zrak se podstatně zlepšil, přesto je dítě zatím spíše krátkozraké. (2, 20, 22)

V osmém měsíci sedí kojeneček již pevně, má tedy volné ruce pro manipulaci s hračkami. Zvedne prsty drobný předmět. Rozlišuje mezi známou a neznámou tváří. Od této doby hraje matka v citovém životě dítěte nejdůležitější roli. Kojeneček začíná dávat najevo úzkost při odloučení blízké osoby a pociťuje strach z neznámých lidí – separační úzkost. (2, 20, 22)

V devátém měsíci dítě sedí vzpřímeně, nepadá, může se v sedu pohybovat, hrát si. Dovede se samo bez pomoci posadit. Začíná také lézt po kolenou s pomocí rukou. Dokáže se postavit a je schopno chůze s přidržováním se oběma rukama. Převažuje klešťový úchop, a tak dítě dokáže uchopit i malé předměty. Aktivně upouští předměty, s oblibou vyhazuje věci a sleduje je zrakem, rozvíjí se tak koordinace ruky a oka. Křikem si přivolává pozornost a když se jí nedočká, pokouší se o to znovu. Většina dětí v této době začíná rozumět jednoduchým výzvám („udělej pápá“, „paci-paci“). (2, 10, 20, 22)

V desátém měsíci se zdokonalují aktivity, které již dítě zvládá. Dokáže několik vteřin samo stát, sedne si z jakékoli polohy, může např. držet hrnek a napít se z něj. Dostává se do období dělené pozornosti, kdy je schopno soustředit se na více věcí najednou. Může říkat jednoduchá slova – „mama“, „tata“. Většina dětí rozumí mnoha slovům. Napodobuje zvuky, gesta a grimasy. (2, 20, 22)

Jedenáctý měsíc charakterizuje dítě představivost a touha napodobovat. Dokáže vylézt na vyvýšenou plochu, cca 20 cm. Umí uposlechnout jednoduchým rozkazům. Prohlubuje se vztah k otci. Dítě dá najevo, co chce a co odmítá. (2, 20, 22)

Dvanáctiměsíční kojeneček volně stojí, chodí veden již jen za opory jedné ruky, obvykle zvládne i první samostatné kroky. Pije z hrnku s pomocí, kouše rohlík, který drží sám, jí lžičkou, pomáhá při oblékání. Umí říct asi pět jednoduchých slov. Zachází s tužkou jako s ostatními předměty, tluče s ní apod., pokouší se o tahy na papíře, které jsou víceméně nahodilé, přesahující papír. Dítě je zvědavé, chce vše prozkoumat, je schopno rozeznat známé lidi a zvířata na šest metrů a bude je i zdravit. (2, 20, 22)

V období batolecím pokračuje prudký rozvoj celé dětské osobnosti. Největší pokrok je zaznamenáván ve vývoji hrubé a jemné motoriky, lokomoci a v řeči. Dítě si osvojuje mnoho pohybových dovedností nebo se zdokonaluje stále jejich vývoj. Lokomoce je prostředkem prostorového osamostatňování. Batole se stává v souvislosti s rozvojem pohybu autonomním a aktivním subjektem. Začíná bezpečně chodit a běhat i po nerovném terénu. Lezení je opuštěno. Do schodů chodí nejprve s oporou a s přisunováním jedné nohy, později nohy střídá a zvládne chůzi do schodů bez opory.

Chůze se schodů se střídáním obou nohou je obtížnější, zvládne ji až ve čtyřech letech – tím je vývoj chůze zcela ukončen. V batolecím období začíná jezdit na tříkolce. Jemná motorika a koordinace oka a ruky se také dále rozvíjí. Manipulace s drobnými předměty se tak zdokonaluje. Myšlení je centrováno na přítomnost a nejbližší budoucnost. Uplatňuje se také egocentrismus. Zajímavá je trivalita počtu ve třech letech: pozná, co je více, méně, nic a hodně, nechápe však číselné vyjádření počtu. Velký pokrok je zaznamenáván v rozvoji řeči. Většině slov již rozumí. Aktivní slovní zásoba se rozšíří až na 200 a více slov ve dvou letech. Objevují se první krátké dvouslovné věty. Během třetího roku rozvoj řeči prudce pokračuje, dítě hovoří plynule ve větách. Řeč batolete je fyziologicky dysláická. V batolecím období dochází k vývoji vlastní identity. Batole si uvědomuje sebe sama, svou jedinečnost a svůj vztah k okolnímu prostředí. Důležitým vývojovým aspektem je sebeprosazení, které má charakter vzdoru a negativismu. (20, 22)

Základním úkolem předškolního období je rozvíjet účelové aktivity, které musí být přiměřeně regulované. Dítě je již dobře pohybově zdatné, rozvíjí se dále zručnost, kresba, řeč, myšlení a všechny další poznávací procesy. Vývoj je zaznamenáván i v oblasti emoční a sociální. Dítě se připravuje na nástup do školy. (20, 22)

Vstup do školy je významným mezníkem v životě dítěte. Nastává nová povinnost – učení a mění se sociální role dítěte – role předškoláka v roli školáka a spolužáka. Ve školním období se systematicky s nábívkou psaní, čtení a počítání rozvíjí dále všechny poznávací procesy a celá osobnost dítěte. Dítě staršího školního věku má již vyhraněný postoj ke škole. Jeho vztah k učiteli je neutrálnější než jak tomu bylo v mladším školním věku. Roste potřeba kontaktu s vrstevníky. Identifikace s vrstevnickou skupinou je jedním z mezníků v socializaci. Dítě potřebuje být vrstevnickou skupinou akceptováno a pozitivně hodnoceno. Dále se rozvíjí vědomí stability a originality vlastní identity. S rozvojem logických operací se mění i sebehodnocení. (20, 22)

Období dospívání je náročné nejen pro dítě samotné, ale i pro jeho okolí. Dospívání začíná prvními známkami pohlavního zrání a akcelerací růstu a končí dovršením plné pohlavní zralosti a dokončením tělesného růstu. (20, 22)

Psychomotorický vývoj dítěte je zcela individuální, nesmí se však přehlédnout a zanedbat důležité vývojové aktivity dítěte. Jejich nezvládnutím by v dalších vývojových obdobích vznikla vývojová krize. (20)

1.1.5 Preventivní péče o dítě

Pod pojmem prevence rozumíme předcházení nemocem a dlouhodobé sledování zdravotního stavu dítěte. Naše péče o děti je v současné době prováděna v ambulancích praktických dětských lékařů a je péčí komplexní ve smyslu propojení léčebné a preventivní péče od narození dítěte dětským lékařem, kterého si rodiče zvolí. (19)

Preventivní péče se dělí na primární, sekundární a terciální. Primární prevencí se rozumí provádět taková opatření, aby vůbec nemoc nevznikla. Jde například o očkování, zajištění kvalitní perinatální péče a mnoho dalších. Sekundární prevence se uplatňuje již v počátcích onemocnění. Jedná se o časnou diagnostiku nemoci a včasné zahájení léčby. Pomocí terciální prevence se může zabránit komplikacím či zhoršení choroby, například vzděláváním nebo dostatkem pohybu. (11, 19)

1.1.5.1 Preventivní péče v prvním roce života

Prevence nemoci je jedním z nejdůležitějších úkolů v kojeneckém věku a zahrnuje veškerá opatření k upevnění zdraví a optimalizaci psychosociální adaptace dítěte. Zdravé dítě by mělo být devětkrát prohlédnuto dětským lékařem ve spolupráci se sestrou, z toho třikrát v prvních třech měsících života a následně třikrát do půl roku života. Každá systematická preventivní prohlídka má přesně stanovenou náplň, pomocí které by měli lékař a sestra zachytit změny či odlišnosti v tělesném, duševním i smyslovém vývoji konkrétního dítěte. (11, 19)

Preventivní péčí o dítě v prvním roce života zajišťuje lékař a sestra ve spolupráci s matkou dítěti optimální racionální výživu, zejména dostatečně dlouhé období kojení s individuálním počátkem podání příkrmů ovocných, zeleninových či masozeleninových. Kojenci ve srovnání s dospělými potřebují v poměru ke své váze mnohem větší množství kalorií, proteinů, minerálů a vitamínů. Sestra by měla edukovat rodiče o důležitosti kojení – proč je kojení důležité, správná technika kojení atd. Také by měla poučit rodiče, že kravské plnotučné mléko by se kojencům do jednoho roku dávat nemělo. (19)

Dalším důležitým preventivním opatřením je pravidelné podávání preparátů s vitamínem D, jež má zejména u kojených dětí zabránit vzniku onemocnění rachitidou. Vitamín se dítěti v kapkové formě podává denně od 14 dnů jeho života do dvanácti měsíců. Stejně důležité je doporučované podávání vitamínu K kojeným novorozencům a kojencům v daném schématu do 6 měsíců, jako prevence krvácivých chorob. Pro zdravý vývoj plodu, novorozence i kojence je důležitý dostatečný přívod jódu. Ten je nutno zajistit preventivním podáváním jodidu v tabletách těhotným ženám či kojícím matkám nebo přísunem stravy obohacené jódem. (19)

Dětská lékařka ve své poradenské činnosti o dítě též zodpovídá za další složky preventivní činnosti, například za včasné ultrazvukové vyšetření kyčlí dítěte na ortopedickém pracovišti. Nedílnou součástí preventivní péče o dítě je screening vrozených metabolických vad a snížené funkce štítné žlázy. Toto vyšetření provádí v součinnosti s porodnicí též praktický dětský lékař. (19)

Dětská sestra provádí první návštěvu novorozence, zajišťuje screeningová vyšetření, učí matky správnému ošetřování novorozence a edukuje je o důležitosti kojení. Poskytuje ošetrovatelskou péči v rámci primární péče a zajišťuje dodržování plánu povinného očkování a preventivních prohlídek. Dále sestra sleduje psychomotorický vývoj dítěte, vede o něm písemný záznam, provádí opatření k zamezení vzniku psychických deprivací a retardací psychomotorického vývoje, vhodným výchovným přístupem předchází negativním vlivům v dalším vývoji dítěte

a rozvíjí jeho komunikační schopnosti. Také vyhledává rizikové faktory ohrožující vývoj dítěte. (11, 12, 19)

1.1.5.2 Očkování

Očkování je důležitou součástí zdravotní prevence. Významem očkování je předcházet některým infekčním nemocem. Dělí se na očkování pravidelné, zvláštní, mimořádné, očkování při úrazech a poraněních, očkování před cestou do zahraničí a očkování na žádost. Očkování spočívá v povzbuzení lidského imunitního systému a vytvoření obranných látek v těle očkováného jedince. Provádí se podle očkovacího kalendáře (viz. příloha č. 3), který přesně určuje nejvhodnější dobu podání jednotlivých očkovacích dávek v přesném časovém intervalu. Určuje též počet těchto dávek. (19)

V České republice je pravidelné očkování ze zákona povinné. Očkovací látku poskytuje u pravidelného očkování stát zdarma. Dnešní očkovací látky jsou již vysoce bezpečné, jejich vývoj, příprava, výroba, skladování i distribuce podléhají četným, náročným a pravidelným kontrolám. I přes tato opatření, včetně správné aplikace očkovací látky dítěti, se mohou projevit vedlejší účinky – bolest, otok či zarudnutí v místě vpichu, zvýšená teplota, bolesti hlavy, zvracení či průjem, výjimečně křeče. (19)

Očkování provádí dětská sestra dle indikace lékaře. Ručí za podání správné očkovací látky správným způsobem. Upozorní rodiče na možné vedlejší účinky a poučí je, jak v takovém případě postupovat. Provede záznam o očkování do očkovacího průkazu a do dokumentace. Sestra musí rodiče opakovaně přesvědčovat o důležitosti očkování. (11, 19)

1.1.5.3 Prevence zubního kazu

Zubnímu kazu lze v současné době velmi účinně předcházet. Mezi hlavní zásady prevence zubního kazu patří zdravá výživa, pečlivá ústní hygiena, podpora odolnosti skloviny prostřednictvím fluoridů a pravidelné návštěvy zubního lékaře. Sestra poučí rodiče o správných stravovacích návycích v předcházení zubnímu kazu u svých dětí – je třeba omezit příjem sladkostí, děti by měly jíst více zeleniny, ovoce a mléčných výrobků, měl by být omezen i příjem sladkých nápojů. (19)

Sestra edukuje rodiče o pravidelném a pečlivém čištění zubů, které patří k nejučinnějším prostředkům, jak odstranit mikrobiální povlak a tím předcházet zubnímu kazu. Čištění by mělo probíhat nejlépe ráno po snídani a večer po posledním příjmu stravy či nápoje. Rodiče by si také měli osvojit správnou techniku čištění zubů a k tomu vést také své děti. Prokázalo se, že fluoridy zvyšují odolnost zubní skloviny proti zubnímu kazu. Fluorid lze nalézt v pitné vodě i v minerálních vodách a také v některých potravinách, např. v mořských rybách a v čaji. Fluoridy je možné podávat buď celkově nebo místní aplikací. O velikosti dávky vždy rozhoduje lékař. Zodpovědnost za zdravé zuby svého dítěte nesou rodiče, kteří by měli být informováni lékařem a sestrou o prevenci zubního kazu a učit své dítě návykům, jak správně pečovat o chrup. (19)

1.2 Primární péče

„Primární péče je koordinovaná komplexní zdravotně – sociální péče poskytovaná zejména zdravotníky jak na úrovni prvního kontaktu občana se zdravotnickým systémem, tak na základě dlouhodobě kontinuálního přístupu k jednotlivci. Je souborem činností souvisejících s podporou zdraví, prevencí, vyšetřováním, léčením, rehabilitací a ošetřováním. Tyto činnosti jsou poskytovány co nejbližše sociálnímu prostředí pacienta a respektují jeho bio – psycho – sociální potřeby.“ (17, str. 13)

1.2.1 Poskytovatelé primární péče

Primární zdravotní péče vychází z práva lidí na zdraví a je založena na principech programu „Zdraví pro všechny“. Hlavními poskytovateli primární péče v České republice jsou praktičtí lékaři pro dospělé a praktičtí lékaři pro děti a dorost, kteří většinou bývají prvním kontaktem pacienta se zdravotnickým systémem. Dále jsou to ambulantní gynekologové, stomatologové, lékařská služba první pomoci a lékárny. Všechny poskytovatele charakterizuje přímá dostupnost pro občany, kteří danou péči a pomoc potřebují. (17, 18)

Primární péče má také svoji složku nelékařskou, představovanou samostatně pracujícími odborníky v ošetrovatelství a v ergoterapii. V našich podmínkách se uplatňují zejména agentury domácí ošetrovatelské péče. (15)

Práce praktického lékaře vyžaduje spolupráci s ostatními poskytovateli zdravotních a sociálních služeb v komunitě. Významnou roli má i sestra praktického lékaře, která velmi dobře zná své pacienty, prostředí a další souvislosti. (4, 17)

1.2.1.1 Poskytovatelé primární péče dětem a dospívajícím

Primární péči dětem a dospívajícím poskytuje praktický lékař pro děti a dorost pečující o populaci do 19 let. V současné době se na této péči podílí 2300 praktických lékařů, z toho 97 % pracuje privátně. V průměru připadá na jednoho lékaře 944 registrovaných dětí. (4)

S praktickým lékařem pro děti a dorost spolupracuje dětská sestra. Její práce je velmi náročná, proto vyžaduje dostatek zkušeností, které získá z předešlé praxe na novorozeneckém nebo kojeneckém lůžkovém oddělení a nebo na oddělení starších dětí a dorostu. Tato praxe by měla trvat minimálně 5 let. (21)

Praktický lékař provádí preventivní prohlídky dětí a dorostu v prvním roce života 9x do roka, poté v osmnáctém měsíci věku, ve třetím roce věku a dále vždy po dvou letech až do patnácti let věku dítěte. U žáků a studentů se preventivní prohlídky provádí při vstupu na střední školu a při ukončení studia na střední škole, při vstupu na vysokou

školu a při ukončení studia na vysoké škole. Při preventivních prohlídkách lékař a sestra zjišťují hmotnost a výšku, doplňují anamnézu, vyšetřují sluch a zrak, provádí potřebná biochemická vyšetření, očkování, vyšetřují psychomotorický vývoj, podávají potřebná poučení rodičům dítěte a posuzují sociální úroveň a funkčnost rodiny. Mezi další činnosti praktického lékaře a sestry patří diagnostická a terapeutická péče a dále dispenzární péče, která se poskytuje vybraným zdravým, ohroženým a chronicky nemocným dětem a mladistvím. Tato péče představuje celý komplex opatření preventivních, léčebných, sociálních, sociálně-právních, zdravotně výchovných a hygienicko-epidemiologických. (21)

Dětská sestra má u praktického lékaře pro děti a dorost nezastupitelné místo. Sestra pracuje bez odborného dohledu a bez indikace nebo bez odborného dohledu na základě indikace lékaře. Mezi její úkoly a kompetence patří asistence a pomoc lékaři při vyšetřování dítěte, diagnosticko-terapeutické činnosti, poskytnutí první pomoci podle svých odborných znalostí, odpovědnost za správné uložení léků a sledování jejich expirační doby, řízení plynulého chodu ordinace, vedení dokumentace a očkovacího záznamu do očkovacího průkazu dítěte, účast na přípravě preventivních prohlídek, edukace rodičů ve výchově a péči o dítě v jednotlivých vývojových obdobích, průběžné provádění zdravotní výchovy dětí a konečně preventivní a kurativní návštěvy v rodinách. (12, 21)

1.2.1.2 Návštěvní služba porodních asistentek a sester

Návštěvní služba funguje v řadě zemí Evropské unie. V České republice je však tato služba poskytována minimálně, i přesto, že patří mezi kompetence praktického lékaře, sester primární péče a porodních asistentek.

Porodní asistentky pracující v návštěvní službě jsou specialistky na všechny problémy, které trápí ženy a jejich děti v šestinedělí. Jejich komplexní péče v domácím prostředí bezprostředně navazuje na péči nemocniční a nemůže ji adekvátně zastoupit žádný jiný zdravotnický pracovník. Hlavně dnes, kdy jsou matky propouštěny domů z porodnice již třetí den po spontánním porodu a pátý den po porodu císařským řezem,

má návštěvní služba své opodstatnění. V naší zemi byla tato péče porodní asistentky zrušena po roce 1989 – před tím měla každá matka svoji porodní asistentku, která jí byla oporou v šestinedělí. Nyní již v některých regionech opět pracují porodní asistentky v návštěvní službě, protože je tato individuální péče velmi důležitá jak pro rodiče, tak pro novorozence. Porodní asistentka předá rodičům mnoho informací, jak pečovat o novorozence, ale zároveň mnoho informací zjistí sama o rodině, ve které bude dítě vychovááno. (7, 8)

Dětské primární sestře tato návštěva umožňuje kontakt s dítětem, rodinou, prostředím, ve kterém dítě vyrůstá a které na dítě působí a vytváří jeho osobnost. Sestra může posoudit vztah rodičů a dalších členů rodiny k dítěti a jejich schopnost o dítě pečovat. Také může posoudit socioekonomickou situaci v rodině. Dále sestra poskytuje rady a pomoc v péči o dítě – ve výživě, kojení, hygieně a v ošetřování dětí. Sestra také sleduje růst a psychomotorický vývoj dítěte, bezpečnost v domácím prostředí a dentální péči. Návštěvy jsou vždy cílené a provádějí se v každém dětském věkovém období jak u dětí zdravých, tak u akutně nemocných, dispenzarizovaných nebo defektních. Častost návštěv v rodině je individuální. Záleží na zdravotním stavu dítěte, na zdravotním uvědomění rodičů nebo na pokynech praktického lékaře. (5, 12, 21, 25)

1.3 Komunitní ošetrovatelská péče o dítě

1.3.1 Komunitní ošetrovatelství

„Komunitní péče znamená poskytovat intervence a podporu na správné úrovni a ve správné podobě tak, aby pacient dosáhl co nejvyšší úrovně nezávislosti (samostatnosti, soběstačnosti) a kontroly nad svým životem. Jde tedy o systém služeb, systém odborné podpory a pomoci v komunitě (ve společenství, v běžných životních podmínkách) a komunitou (společenstvím), nastavení běžné populace k akceptování hendikepovaných občanů a k ochotě a připravenosti být jim dle svých možností přirozeně ku pomoci.“ (17, str. 16)

Úlohou komunitního ošetřovatelství je předcházet vzniku chorob, chránit, udržovat a podporovat zdraví. Je zaměřené na vykonávání terapeutických zásahů a na poradenské, edukační, manažerské a obhajovací aktivity. Služby komunitního ošetřovatelství jsou poskytovány jednotlivcům i rodinám na specifických místech jak ve městech, tak i na vesnicích. Vykonává je sestra komunitního zdraví (územní sestra), návštěvní sestra vykonávající domácí ošetřovatelskou péči, porodní asistentka pečující o ženu před porodem, během a po porodu, dětská komunitní sestra, komunitní psychiatrická sestra, sestra pro tělesně nebo mentálně hendikepované, školní sestra a sestra pro zdraví v povolání a zaměstnání. Ošetřovatelství v komunitní zdravotní péči zasahuje do všech oblastí života od narození až po smrt. (5)

Komunitní sestry pracují na různorodých místech – od domácností přes školy až po továrny. Toto široké rozpětí pracovního prostředí klade vysoké nároky na vzdělávání všeobecné komunitní sestry. Proto je ve vzdělání potřebná nejen všeobecná složka, ale i specializovaná příprava v ošetřovatelství. V komunitě sestra pracuje samostatně, musí se umět včas rozhodovat a řešit různé problémy. Měla by se v každé situaci zachovat profesionálně. (5)

1.3.2 Ošetřovatelský proces v komunitní péči o dítě

Cíle komunitní ošetřovatelské péče o dítě může sestra rozdělit na primární, sekundární a terciální prevenci. Mezi cíle primární prevence patří podpora normálního růstu a vývinu dítěte, vývoj pozitivních vztahů mezi rodiči a dítětem, ochrana zdraví a předcházení zdravotním problémům dítěte a vývoj prostředků primární prevence. Do cílů sekundární prevence může sestra zahrnout podporu při tvorbě přesných ošetřovatelských diagnóz zdravotních problémů dítěte, ulehčení léčby a ošetřovatelské péče již existujících zdravotních problémů dítěte a eliminace vzniklých zdravotních problémů dítěte. A konečně mezi cíle terciální prevence může sestra zařadit stabilizování poškozeného organismu, prevence opakování problému a zhoršování

zdravotního stavu dítěte, prevenci komplikací existujících zdravotních problémů dítěte a podporu adaptace dítěte na chronický stav. (5, 9)

Na začátku hodnocení potřeb dítěte v komunitě si sestra vybere ošetřovatelský model. Pro dětského pacienta je nejvhodnější V. Hendersonové komplementární model 14-ti základních potřeb. Model sestře umožní cíleně hodnotit zdravotní stav dítěte a určit jeho problémy. Hodnocení by mělo být důsledné, ale sestra nemusí získat všechny informace hned při první návštěvě. Údaje získané během prvního shledání závisí na aktuálním stavu dítěte a na prostředí, ve kterém žije. Pokud je dítě nemocné, sestra se snaží získat pouze nezbytně nutné informace o jeho aktuálním stavu a vstupní údaje odloží na později. Sestra posuzuje u dítěte jeho růst a vývoj, prostředí, ve kterém dítě žije, životní styl a systém zdravotní péče o dítě. Při posuzování růstu a vývoje se sestra zaměřuje na zralost a věk, genetickou výbavu a fyziologické funkce. Parametry růstu jsou délka (výška) dítěte a jeho hmotnost, u novorozenců a kojenců také obvod hlavy a hrudníku. Získané hodnoty sestra porovná s tabulkovými hodnotami dětí pro daný věk a zhodnotí je. Odchyly od normálních hodnot mohou signalizovat různá onemocnění, vrozené vady či jiné problémy. Hodnocení psychomotorického stavu a fyziologických funkcí sestru odvozuje od současného, ale i od předcházejícího zdravotního stavu dítěte. Prostor může mít nepříznivé účinky na zdraví dítěte. Sestra posuzuje fyzikální, psychologické a sociální prostředí a jejich negativní nebo pozitivní vlivy na dítě. V oblasti fyzikálního prostředí sestru zhodnotí dodržování bezpečnostních opatření v rodině. Vychází přitom z věku dítěte a podle toho edukuje rodinu o bezpečnostních opatření jako například správný výběr hraček, postýlky, přístupnost k lékům, čistícím prostředkům v domácnosti, zábrany na schodech, oknech, umístění elektrických spotřebičů apod. Z oblasti psychologického prostředí sestru vyhodnocuje reakci a odpověď dítěte na stimuly prostředí, vzor dětské reaktivity, rodičovské očekávání a disciplínu, schopnosti rodičů řešit problémy dítěte, interakci rodič-dítě a sebeobranu dítěte. Sestra by vždy měla uvažovat i o potencionálním zneužívání dítěte v rodině nebo o náhlé změně prostředí péče o dítě (rodič alkoholik, narkoman, nezaměstnaný). Dalším krokem posuzování potřeb dítěte je odhadnutí faktorů sociálního prostředí. Dítě získává názory od rodičů nebo sourozenců o interakci

s jinými osobami a okolím. Sestra by měla umět rozpoznat normální reakce od patologických pro daný věk. Dále hodnotí kulturu celé rodiny a její účinky na zdraví dítěte. Životní styl přispívá k zdraví či nemoci dítěte. Při jeho posuzování se sestra zaměřuje především na výživu, odpočinek, spánek a aktivity, na péči o dítě ze strany rodičů a na stravování dítěte ve škole. Při posuzování systému zdravotní péče o dítě se sestra zaměřuje na prostředky zdravotní péče, využívání zdravotní péče a na služby primární prevence jako je očkování, dispenzární péče, dentální péče, školní zdravotní péče apod. Sestra také posuzuje vědomosti rodičů v péči o dítě v domácím prostředí. (1, 5, 25)

Komunitní dětská sestra si na základě shromážděných údajů při posuzování stanoví ošetřovatelské diagnózy – základní potřeby dítěte vycházející z jeho zdravotního stavu a potřeb. Diagnózy jsou zaměřeny na primární, sekundární nebo terciální prevenci ve smyslu pozitivním nebo negativním. Při jejich tvorbě se používá zápis podle formulace PES (Problém – Etiologie – Symptomy). (5, 9)

Při plánování péče o dítě je potřeba přítomnosti dítěte nebo rodičů či osob, které se o dítě starají. Sestra stanoví priority podle potřeb dítěte, vytvoří výsledná kritéria, zhodnotí alternativy, stanoví cíle péče, vybere ošetřovatelské intervence a naplánuje specifické intervence týkající se primární, sekundární a terciální prevence. Mezi všeobecná opatření realizace těchto tří úrovní prevence patří zajištění dostupnosti zdravotnických služeb pro rodinu s dítětem. Činnosti primární prevence jsou zaměřeny na podporu zdraví dítěte a prevenci chorob. Největší důraz je kladen na růst a vývoj dítěte, výživu, bezpečnost, očkování, dentální péči a přípravu na rodičovství. V oblasti vývinu dítěte se sestra zaměřuje na edukaci rodičů ohledně individuality růstu jejich dítěte. Informuje rodiče například o vyprazdňování dítěte na nočníku a o růstu prvního chrupu. S růstem a vývojem dítěte souvisí správná výživa. Sestra edukuje rodiče, jak připravit vyváženou stravu se správnou nutriční hodnotou, jak vytvořit jídelní lístek, poučí je o nutnosti dodržování stravovacích rituálů a pitného režimu a upozorní je, že správnou výživou lze předcházet mnoha onemocněním. Důležitou složkou primární prevence u dětí je předcházení úrazům. Mezi nejčastější příčiny úmrtí u dětí patří autonehody, utonutí, otravy a pády. Sestra poučí rodiče, jak vytvořit příznivé prostředí

pro dítě, aby k těmto úrazům nedocházelo. Sekundární prevence řeší současně zdravotní problémy dítěte. Činnosti jsou zaměřené na screening péče při běžných dětských nemocech a na diagnostické a léčebné služby. Sestra vzdělává rodiče o příznacích choroby, informuje je o činnostech, které mohou zvládnout sami v domácí péči a upozorní na stavy, které je nutné ošetřit ve zdravotnickém zařízení. Při plánování terciální prevence se sestra zaměří na prevenci před opakovaným výskytem zdravotních problémů, na prevenci před zhoršením zdravotního stavu a prevenci komplikací a na pomoc a podporu v procesu adaptace pokud jde o chronické onemocnění. Komunitní dětská sestra pomáhá rodičům i dětem dosáhnout co nejvyššího stupně soběstačnosti dítěte, aby se začlenilo do společnosti a vedlo co nejkvalitnější život, poučí rodiče, jak se starat o chronicky nemocné dítě, a to formou rozhovoru nebo edukačních kurzů. (5, 9)

V procesu realizace ošetrovatelských činností sestra posuzuje zdravotní stav dítěte, jeho pozitivní nebo negativní změny, které nastaly v průběhu ošetrovatelských činností uskutečňovaných podle stanoveného plánu. Tyto činnosti sestra přizpůsobí individuálně podle věku dítěte, vývojové úrovně, pohlaví, zdravotního stavu a faktorů prostředí. Uplatňuje aktivní účast dítěte na realizaci činností podle jeho věku a zdravotního stavu. (5, 9)

Ve fázi vyhodnocení ošetrovatelské péče o dítě sestra vyhodnotí, zda byly dosaženy stanovené cíle a do jaké míry. Vyhodnocení ukáže, jestli se mají ošetrovatelské zásahy ukončit, změnit nebo mají pokračovat. Na závěr komunitní dětská sestra vyhodnotí kvalitu ošetrovatelské péče o dítě. (5, 9)

V České republice vznikl pod vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 463/2004 Sb. „Rámcový vzdělávací program pro získání specializované způsobilosti v oboru komunitní ošetrovatelská péče“, který mimo jiné zahrnuje i specifické činnosti komunitní sestry v péči o rodinu, neboť v ČR zatím není takový typ terénní sestry zaveden. (13, 18)

2. Cíle a hypotézy

2.1 Cíl

Cílem této práce bylo zjistit, zda sestry v primární péči provádějí návštěvní službu u dětských pacientů a zda rodiče mají zájem o návštěvní službu u svých dětí.

2.2 Hypotézy

H1: Sestry v primární péči neprovádí návštěvní službu u dětských pacientů.

H2: Rodiče mají zájem o návštěvní službu sester v primární péči u svých dětí.

3. Metodika

3.1 Použitá metoda

Pro tuto bakalářskou práci byla zvolena kvantitativní metoda dotazování pomocí dotazníků. Byly použity dva druhy dotazníků. První dotazník pro sestry (viz. příloha č. 1) se týká preventivní péče v pediatrických ambulancích a provádění návštěvní služby u dětských pacientů. Tento dotazník má 16 otázek, které jsou ve většině uzavřené. Některé otázky jsou polouzavřené. Sestrám bylo poskytnuto k vyplnění 60 dotazníků. Návratnost byla 97% (58 dotazníků). Druhý dotazník pro rodiče (viz. příloha č. 2) je zaměřen na preventivní péči v pediatrických ambulancích a zájem o návštěvní službu. Tento dotazník obsahuje 18 otázek, které jsou ve většině uzavřené. U některých otázek byla možnost zaškrtnout více odpovědí. Rodičům bylo rozdáno 100 dotazníků. Návratnost byla 96% (96 dotazníků). Tato metoda byla vybrána pro porovnání názoru sester v primární péči a rodičů na návštěvní službu u dětských pacientů. Výsledky byly vyhodnoceny pomocí programu Microsoft Excel. Sběr dat probíhal od 5. 3. 2007 do 6. 4. 2007.

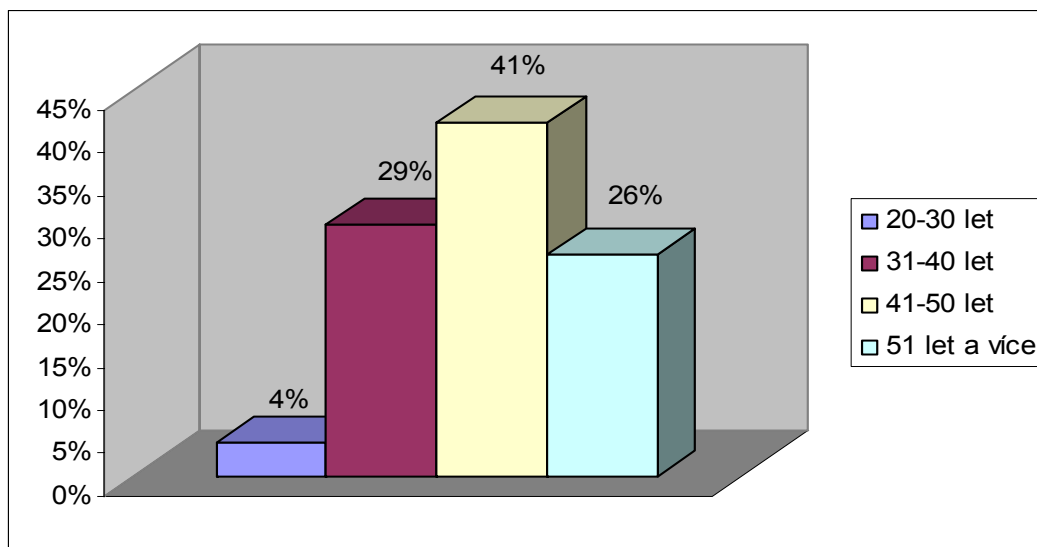
3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

1. výzkumný soubor tvořilo 60 sester pracujících v pediatrických ambulancích v Jihočeském kraji. 2. výzkumný soubor tvořilo 100 rodičů, kteří byli osloveni v Písku.

4. Výsledky

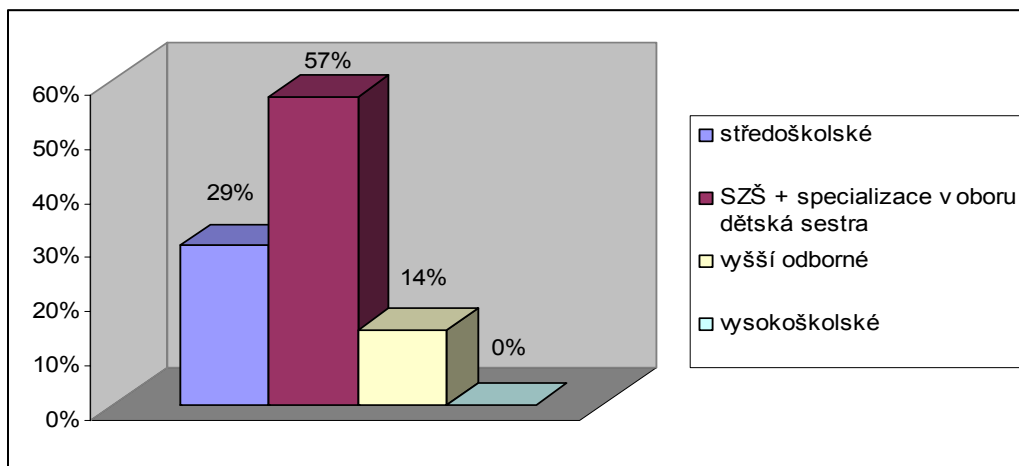
4.1 Výsledky dotazování sester v pediatrických ambulancích

Graf 1 – Věk sester



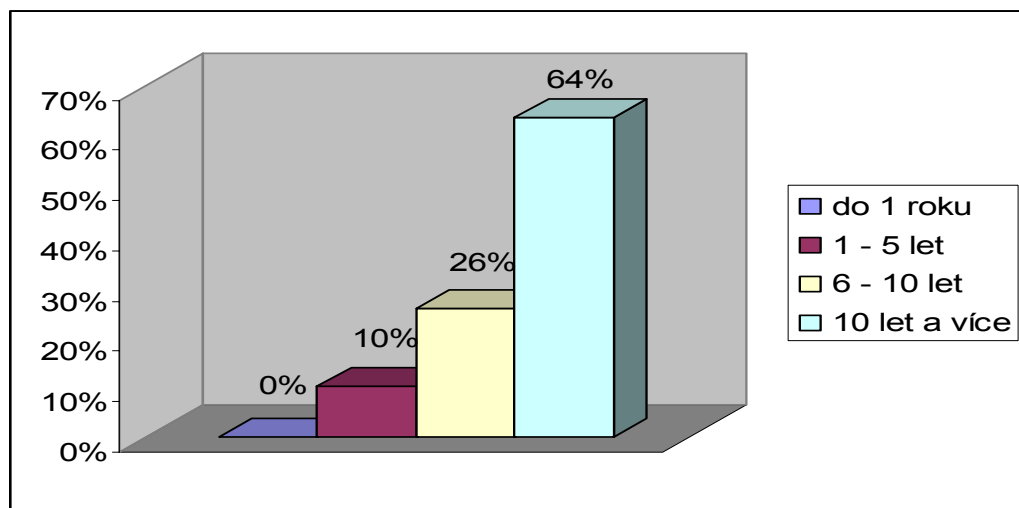
Z celkového počtu 58 (100 %) sester jsou ve věkovém rozmezí 20 – 30 let 2 (4 %) sestry, v rozmezí 31 – 40 let bylo 17 (29 %) sester, v rozmezí 41 – 50 let odpovídalo 24 (41 %) sester a 51 let a více odpovědělo 15 (26 %) sester.

Graf 2 – Vzdělání sester



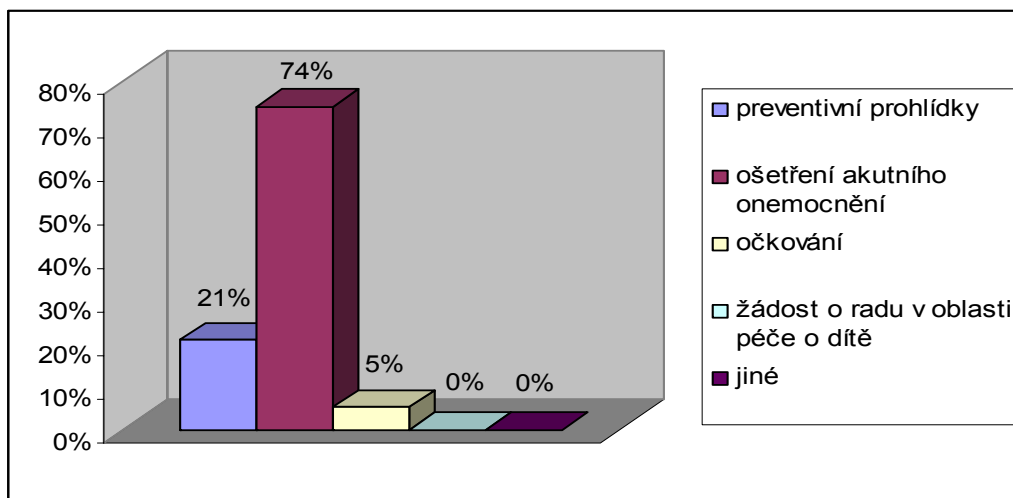
Z celkového počtu 58 (100 %) sester má středoškolské vzdělání 17 (29 %) sester, SZŠ + specializaci v oboru dětská sestra má 33 (57 %) sester, vyššího odborného vzdělání dosáhlo 8 (14 %) sester a vysokoškolské vzdělání nemá žádná z dotazovaných sester.

Graf 3 – Délka praxe sester v ambulantním zařízení pro děti a dorost



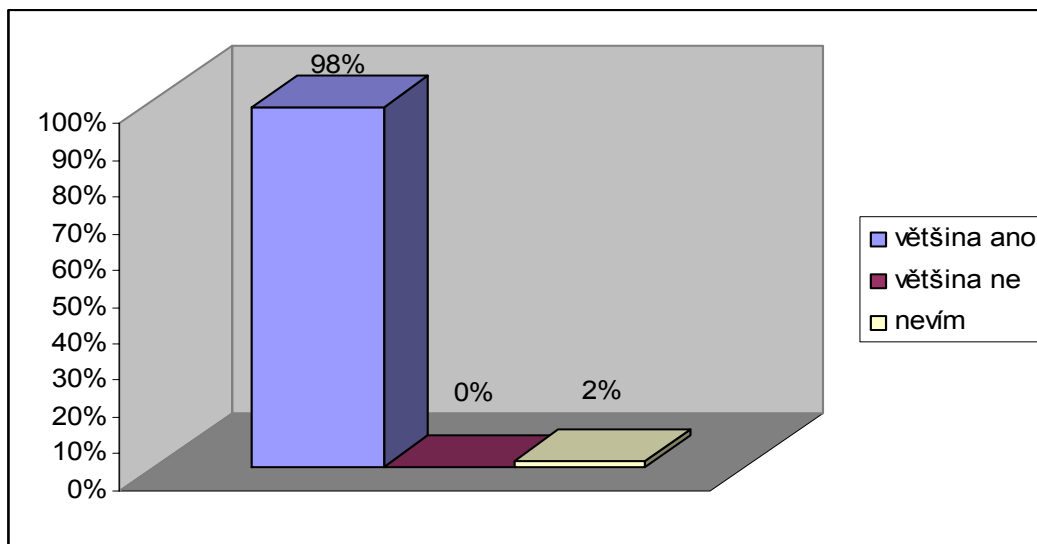
Z celkového počtu 58 (100 %) sester nebyla s délkou praxe do 1 roku z dotazovaných žádná sestra, s délkou praxe v rozmezí 1 – 5 let bylo 6 (10 %) sester, s praxí trvající 6 – 10 let bylo 15 (26 %) sester a 10 let a více dlouhou praxí mělo 37 (64 %) dotázaných sester.

Graf 4 – Nejčastější důvod dětských pacientů vyhledat dětského lékaře



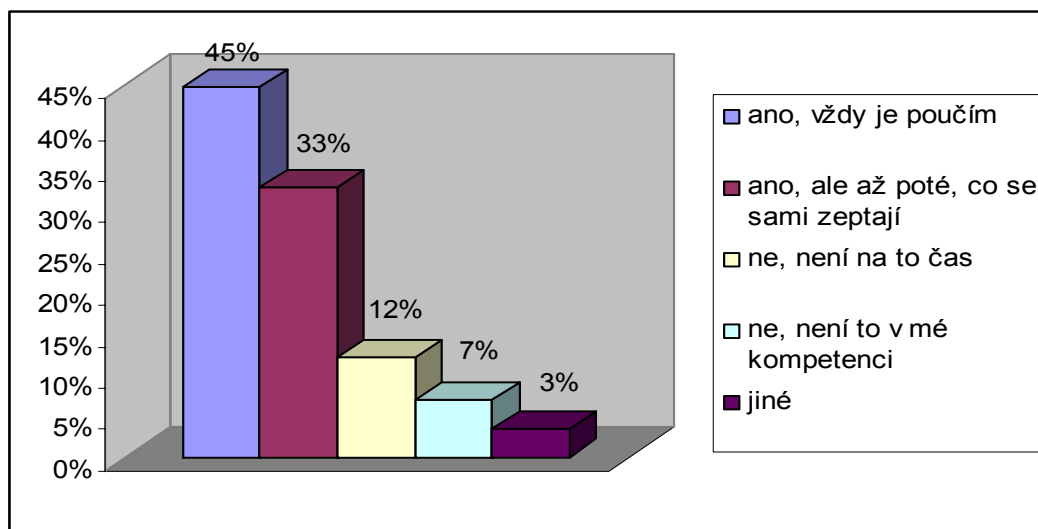
Z celkového počtu 58 (100 %) sester si 12 (21 %) sester myslí, že nejčastějším důvodem rodičů a dětských pacientů vyhledat dětského lékaře jsou preventivní prohlídky, 43 (74 %) sester se domnívá, že nejčastější důvod je ošetření akutního onemocnění, 3 (5 %) dotázané sestry si myslí, že nejčastěji dětský pacient navštíví dětského lékaře z důvodu očkování a žádná z dotazovaných sester si nemyslí, že by nejčastějším důvodem byla žádost rodičů o radu v oblasti péče o dítě nebo jiné.

Graf 5 – Názor sester na docházení dětských pacientů na preventivní prohlídky



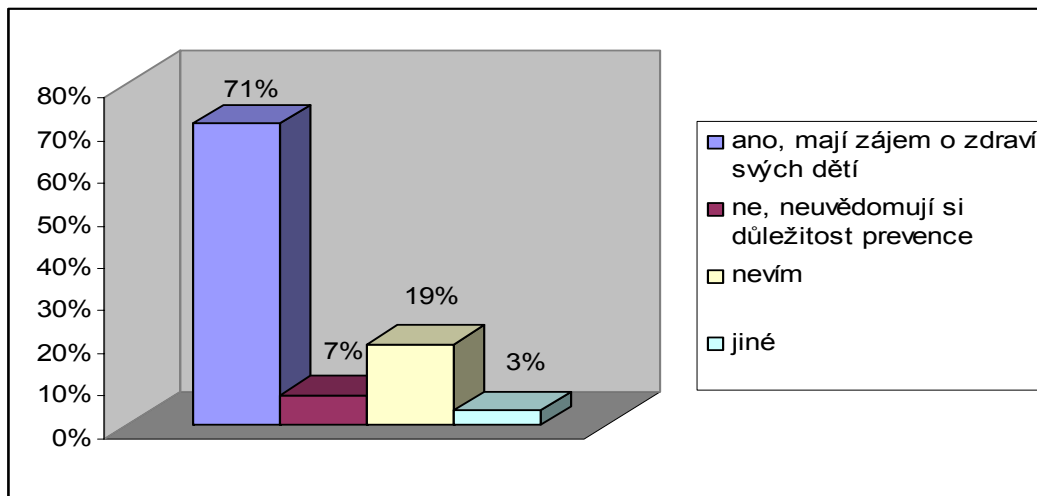
Z celkového počtu 58 (100 %) sester si 57 (98 %) sester myslí, že na preventivní prohlídky chodí většina dětských pacientů, žádná z dotazovaných sester si nemyslí, že většina dětských pacientů na preventivní prohlídky nechodí a 1 (2 %) sestra neví.

Graf 6 – Edukace rodičů sestrami o předcházení nemocem



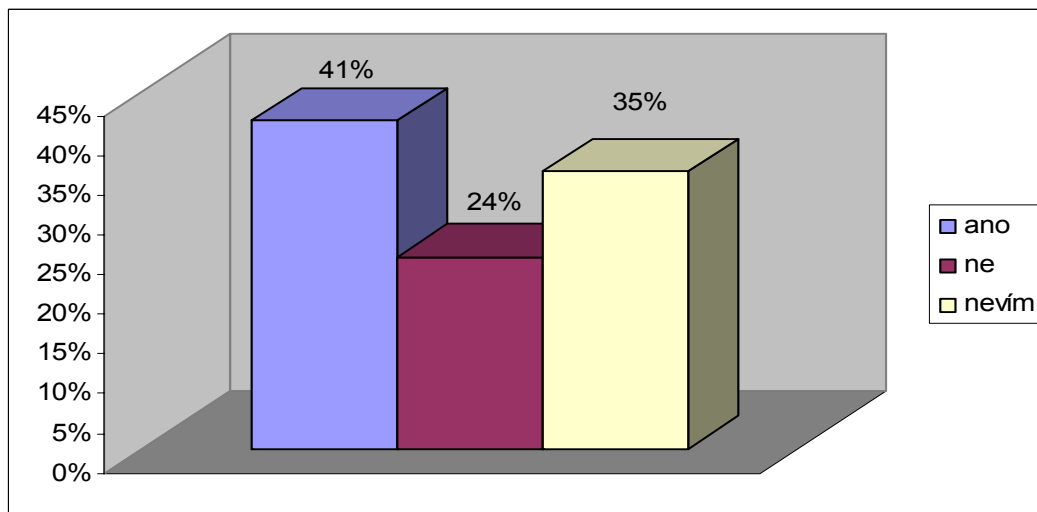
Z celkového počtu 58 (100 %) sester 26 (45 %) sester vždy rodiče poučí, jak předcházet nemocem u jejich dětí, 19 (33 %) sester rodiče poučí až poté, co se sami zeptají, 7 (12 %) dotázaných sester nepoučí rodiče, protože na to není čas, 4 (7 %) sestry si myslí, že edukace o předcházení nemocem není v jejich kompetencích a 2 (3 %) sestry odpověděly jiné.

Graf 7 – Názor sester na zájem rodičů o radu v oblasti prevence



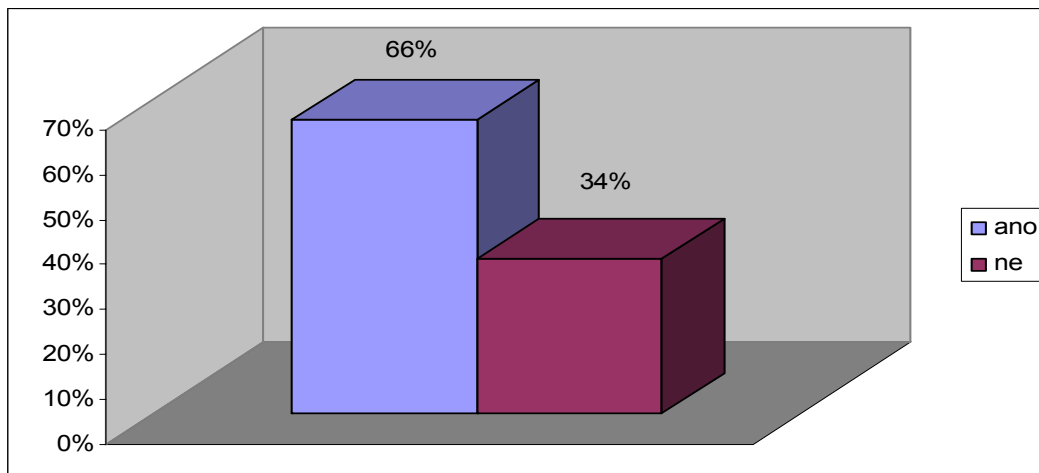
Z celkového počtu 58 (100 %) sester si 41 (71 %) sester myslí, že je rodiče žádají o radu v oblasti prevence, protože mají zájem o zdraví svých dětí, 4 (7 %) dotazované sestry si myslí, že si rodiče neuvědomují důležitost prevence, 11 (19 %) sester označilo odpověď 'nevím' a 2 (3 %) sestry označily odpověď 'jiné'.

Graf 8 – Názor sester na význam návštěvní služby u dětských pacientů



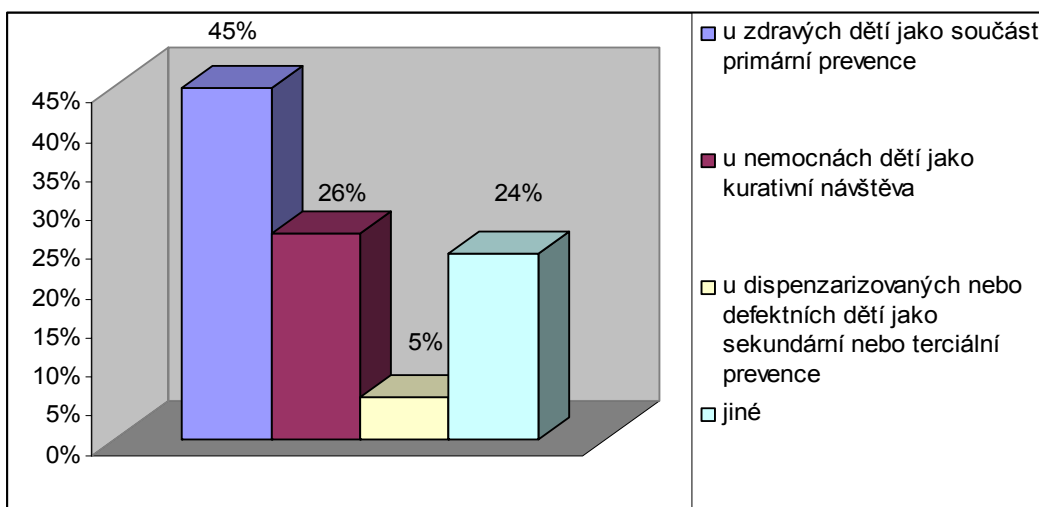
Z celkového počtu 58 (100 %) sester si 24 (41 %) sester myslí, že návštěvní služba je důležitá, 14 (24 %) sester nepovažuje návštěvní službu za důležitou a 20 (35 %) sester neví.

Graf 9 – Provádění návštěvní služby sestrami u dětských pacientů



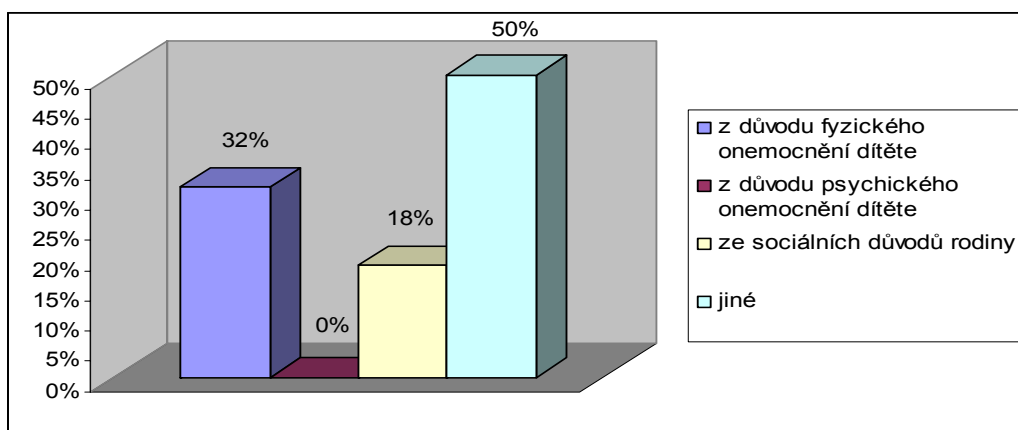
Z celkového počtu 58 (100 %) sester 38 (66 %) sester provádí návštěvní službu a 20 (34 %) sester návštěvní službu neprovádí.

Graf 10 – Druh návštěvní služby u dětských pacientů



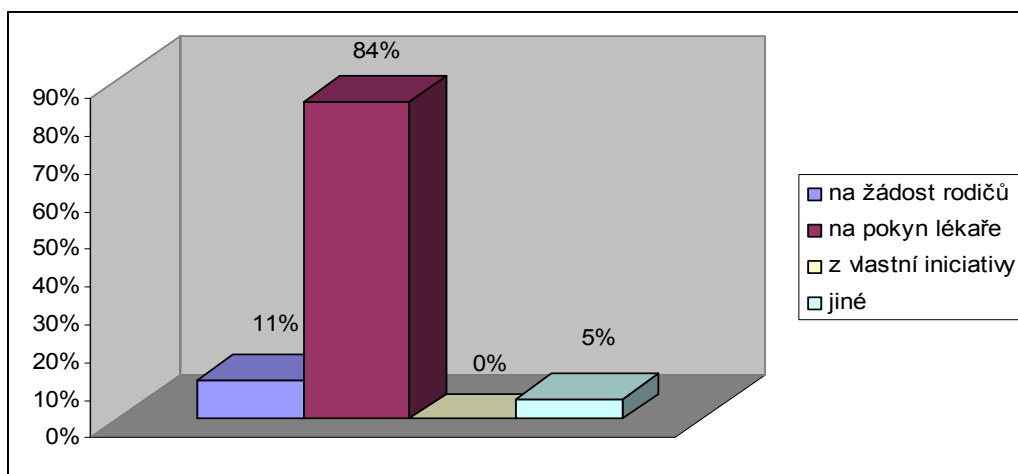
Z celkového počtu 38 (100 %) sester provádějících návštěvní službu 17 (45 %) sester provádí návštěvní službu u zdravých dětí jako součást primární prevence, 10 (26 %) sester provádí návštěvní službu u nemocných dětí jako kurativní návštěvu, 2 (5 %) sestry dělají návštěvní službu u dispenzarizovaných nebo defektních dětí jako součást sekundární a terciální prevence a 9 (24 %) sester označilo odpověď jiné.

Graf 11 – Nejčastější důvod návštěvní služby u dětských pacientů



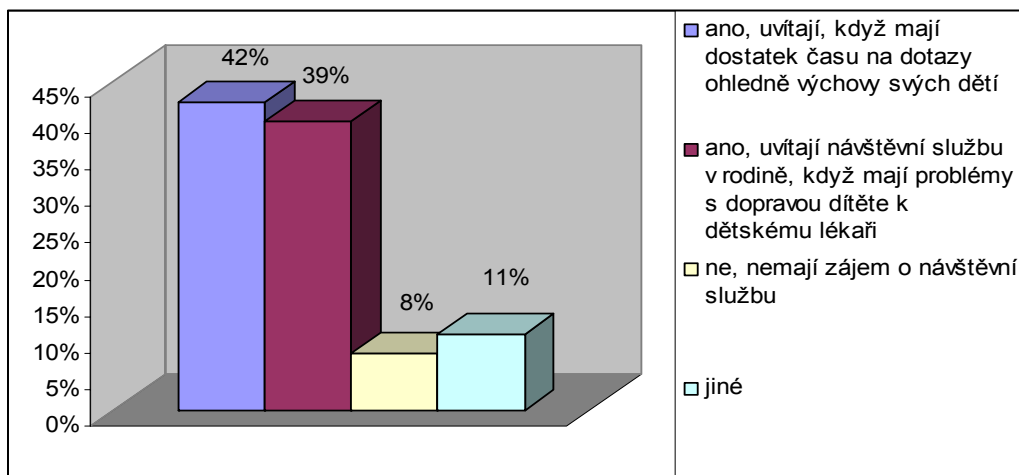
Z celkového počtu 38 (100 %) sester provádějících návštěvní službu 12 (32 %) sester provádí návštěvní službu nejčastěji z důvodu fyzického onemocnění dítěte, žádná dotázaná sestra neprovádí návštěvní službu z důvodu psychického onemocnění dítěte, 7 (18 %) sester dělá nejčastěji návštěvní službu ze sociálních důvodů rodiny a 19 (50 %) sester označilo odpověď jiné.

Graf 12 – Provedení návštěvní služby



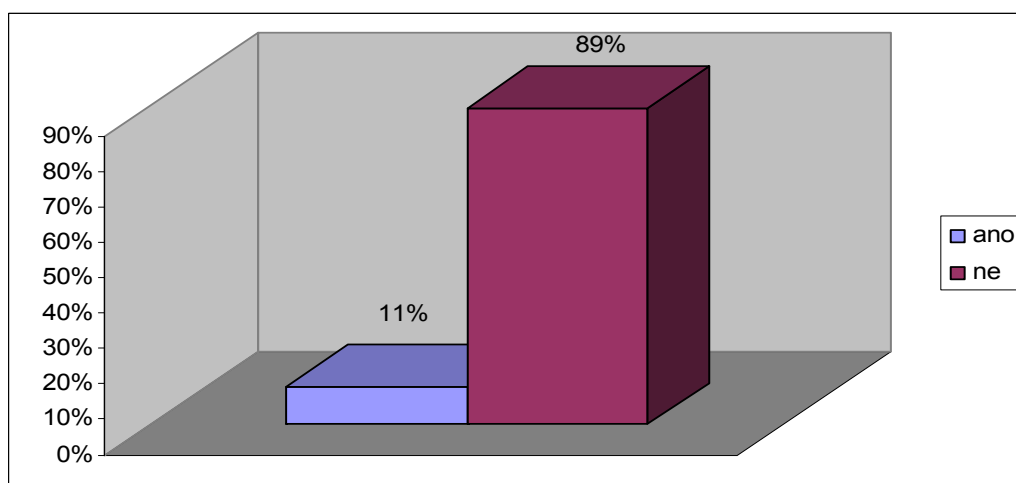
Z celkového počtu 38 (100 %) sester provádějících návštěvní službu 4 (11 %) dotázané sestry provádí návštěvní službu na žádost rodičů, 32 (84 %) sester na pokyn lékaře, žádná dotázaná sestra nedělá návštěvní službu z vlastní iniciativy a 2 (5 %) sestry označily odpověď jiné.

Graf 13 – Spokojenost rodičů s poskytováním návštěvní služby



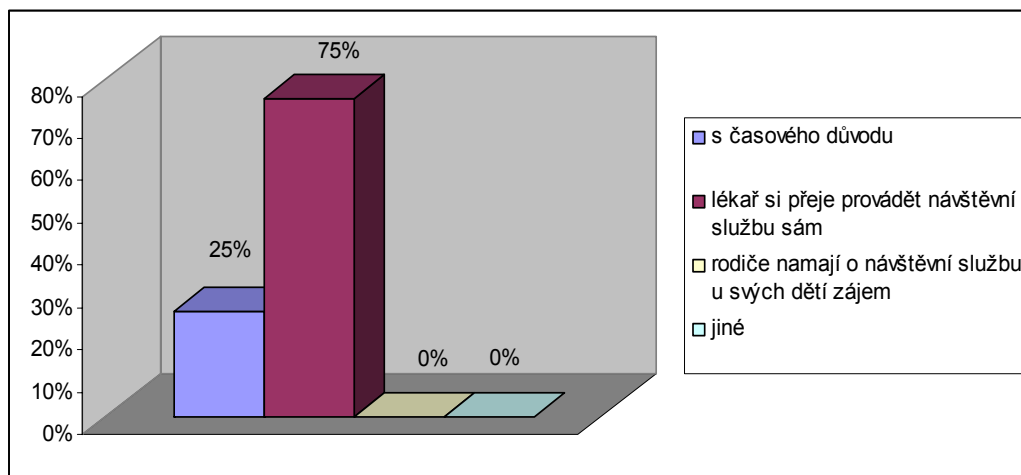
Z celkového počtu 38 (100 %) sester provádějících návštěvní službu se 16 (42 %) sester domnívá, že rodiče návštěvní službu uvítají, když mají dostatek času na dotazy ohledně výchovy svých dětí, 15 (39 %) sester si myslí, že rodiče uvítají návštěvní službu, když mají problémy s dopravou dítěte k dětskému lékaři, 3 (8 %) sestry se domnívají, že rodiče nemají o návštěvní službu zájem a 4 (11 %) sestry označily odpověď jiné.

Graf 14 – Spolupráce sester s porodní asistentkou v péči o dítě



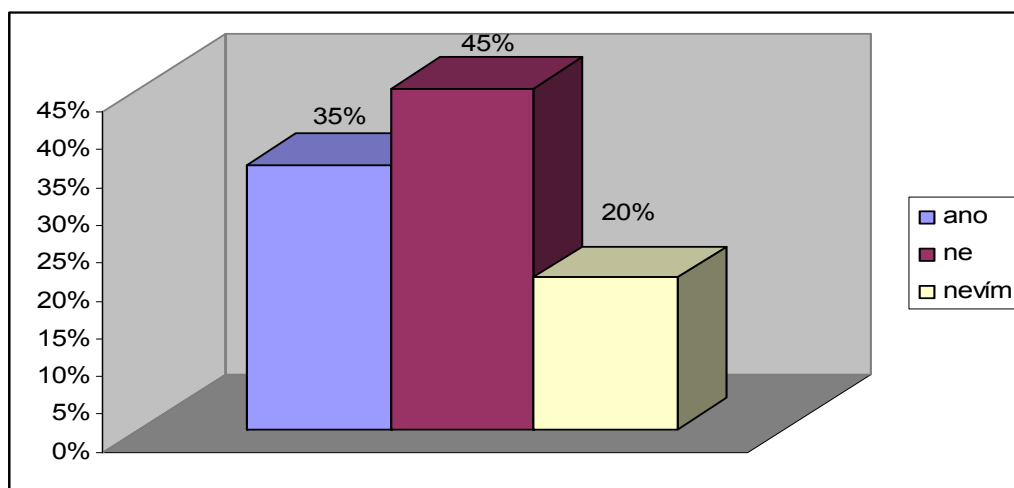
Z celkového počtu 38 (100 %) sester provádějících návštěvní službu 4 (11 %) sestry spolupracují v péči o dítě s porodní asistentkou a 34 (89 %) sester s porodní asistentkou nespolupracuje.

Graf 15 – Důvod sester neprovádění návštěvní služby



Z celkového počtu 20 (100 %) sester, které neprovádí návštěvní službu, jich 5 (25 %) neprovádí návštěvní službu z časového důvodu, 15 (75 %) sester nedělá návštěvní službu, protože si jí lékař přeje provádět sám a žádná z dotázaných sester neprovádí návštěvní službu z důvodu, že rodiče nemají o návštěvní službu zájem nebo z jiných důvodů.

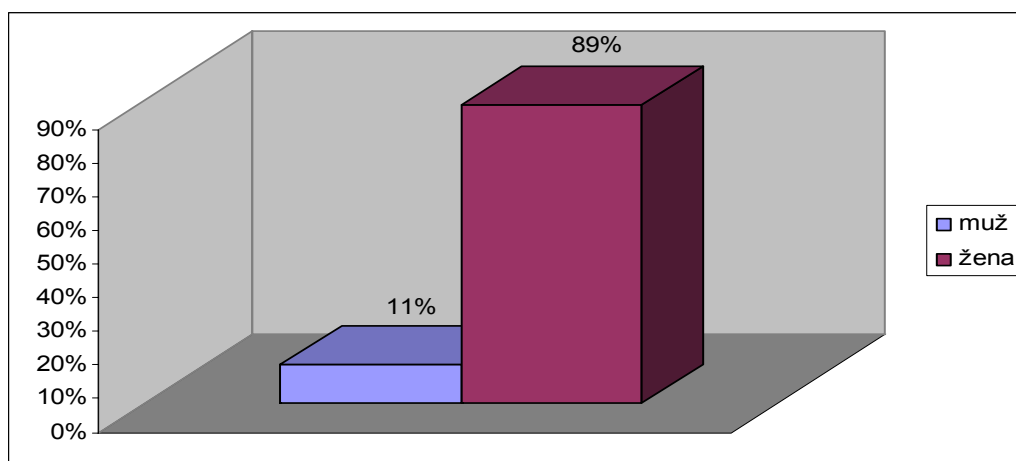
Graf 16 – Zájem sester provádět návštěvní službu u dětských pacientů



Z celkového počtu 20 (100 %) sester neprovádějících návštěvní službu by 7 (35 %) sester mělo zájem provádět návštěvní službu, 9 (45 %) sester nemá zájem provádět návštěvní službu a 4 (20 %) sestry neví.

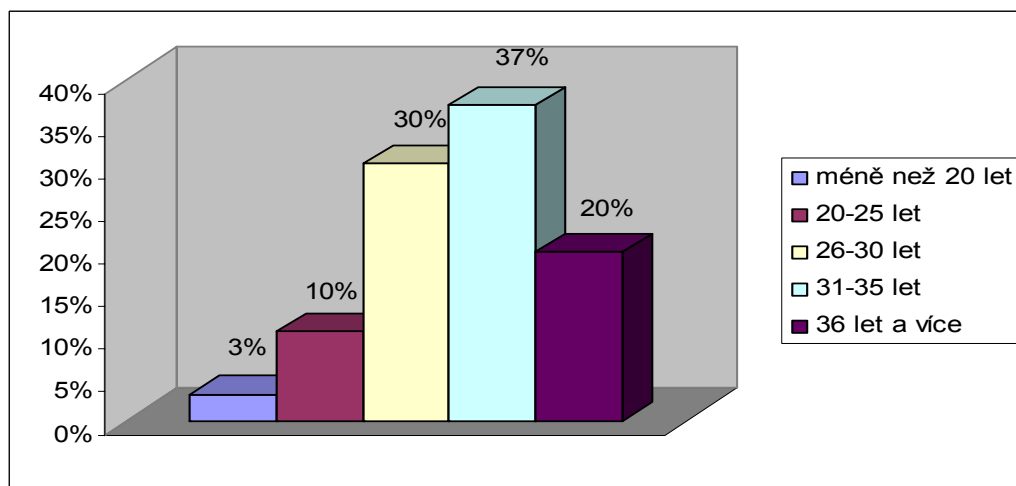
4.2 Výsledky dotazování rodičů

Graf 17 – Pohlaví rodičů



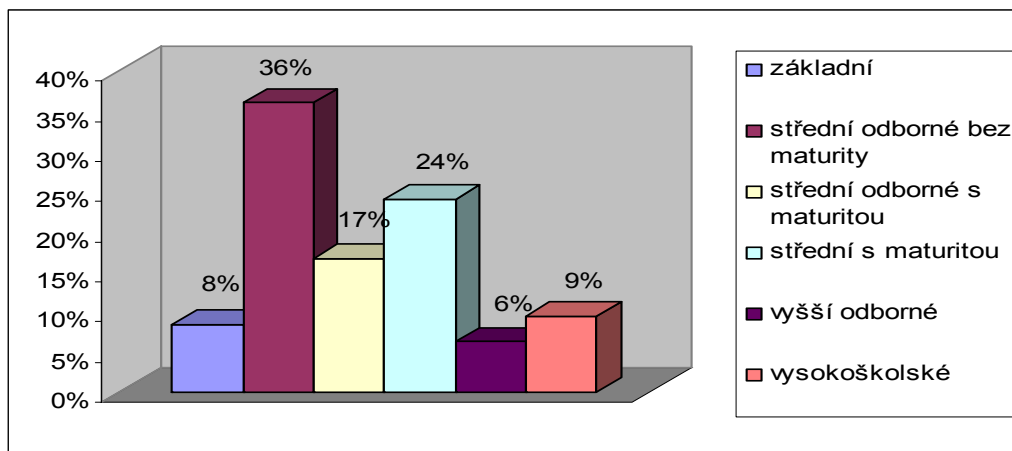
Z celkového počtu 96 (100 %) dotázaných rodičů vyplnilo dotazník 11 (11 %) mužů a 85 (89 %) žen.

Graf 18 – Věk rodičů



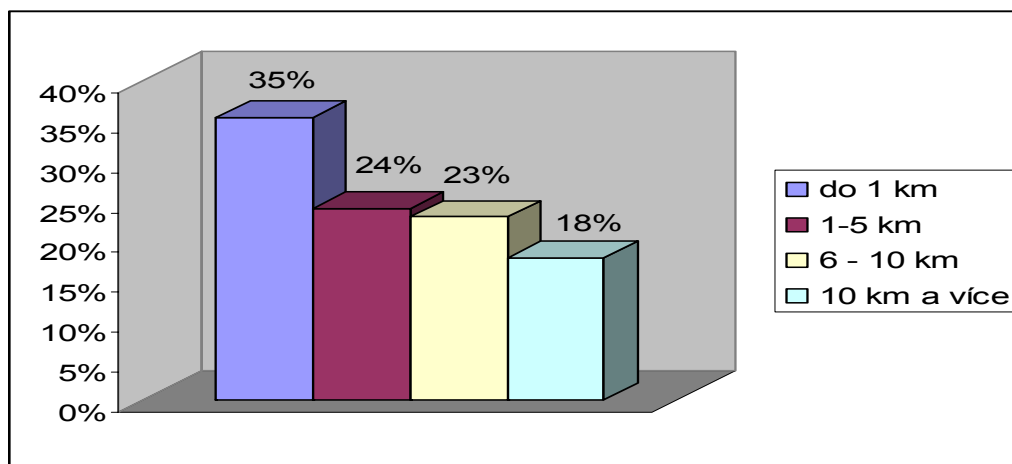
Z celkového počtu 96 (100 %) rodičů byli 3 (3 %) respondenti ve věkovém rozmezí méně než 20 let, 10 (10%) respondentů bylo ve věku 20 – 25 let, 29 (30 %) dotázaných rodičů patřilo do věkového rozmezí 26 – 30 let, 35 (37 %) respondentů bylo ve věkovém rozmezí 31 – 35 let a ve věkovém rozmezí 36 let a více bylo 19 (20 %) rodičů.

Graf 19 – Vzdělání rodičů



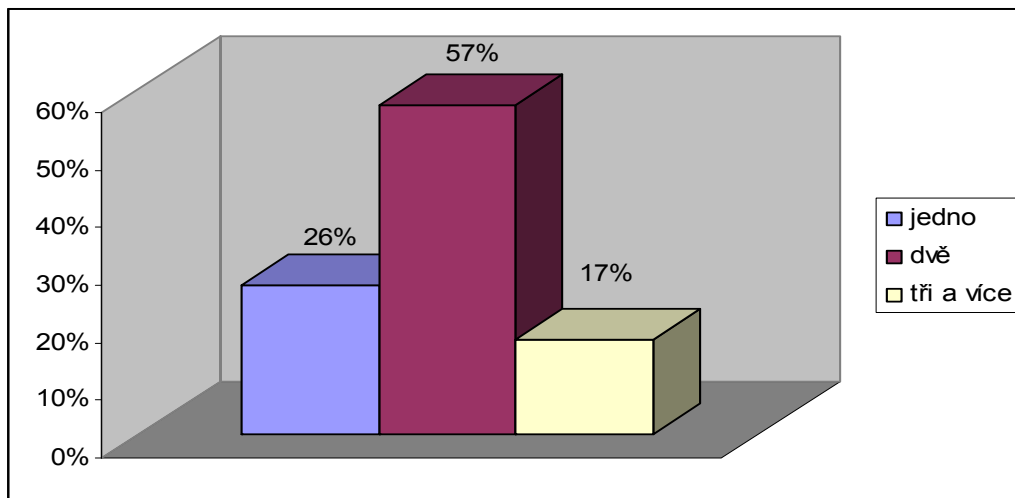
Z celkového počtu 96 (100 %) rodičů dosáhlo základního vzdělání 8 (8 %) respondentů, 34 (36 %) respondentů má vzdělání střední odborné bez maturity, 16 (17 %) rodičů má vzdělání střední odborné s maturitou, vzdělání střední s maturitou má 23 (24 %) dotazovaných rodičů, 6 (6 %) rodičů má vzdělání vyšší odborné a vysokoškolského vzdělání dosáhlo 9 (9 %) dotázaných rodičů.

Graf 20 – Vzdálenost bydliště od zdravotnického zařízení pro děti



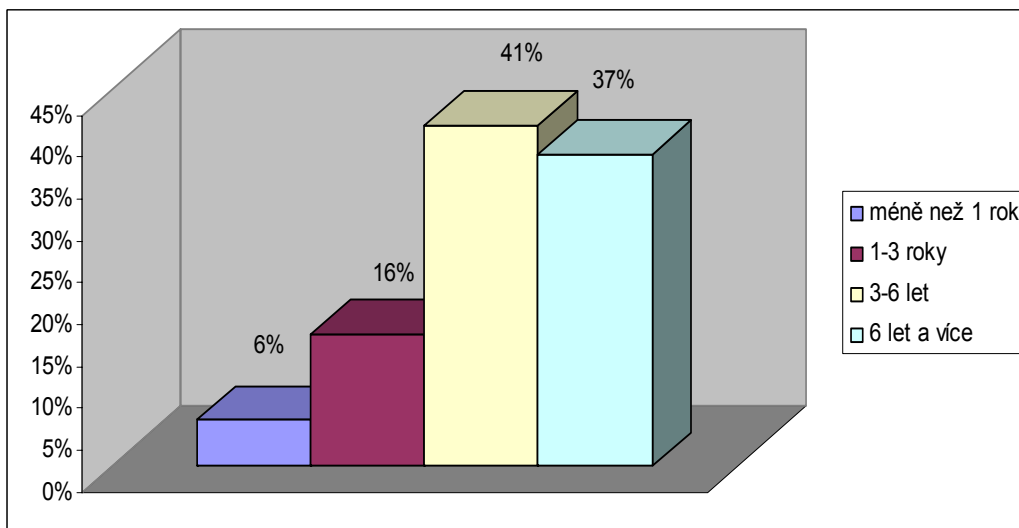
Z celkového počtu 96 (100 %) rodičů bydlí do 1 km od zdravotnického zařízení pro děti 34 (35 %) respondentů, ve vzdálenosti 1 – 5 km bydlí 23 (24 %) respondentů, 22 (23 %) dotázaných rodičů bydlí 6 – 10 km od zdravotnického zařízení a 10 km a více bydlí 17 (18 %) respondentů.

Graf 21 – Počet dětí



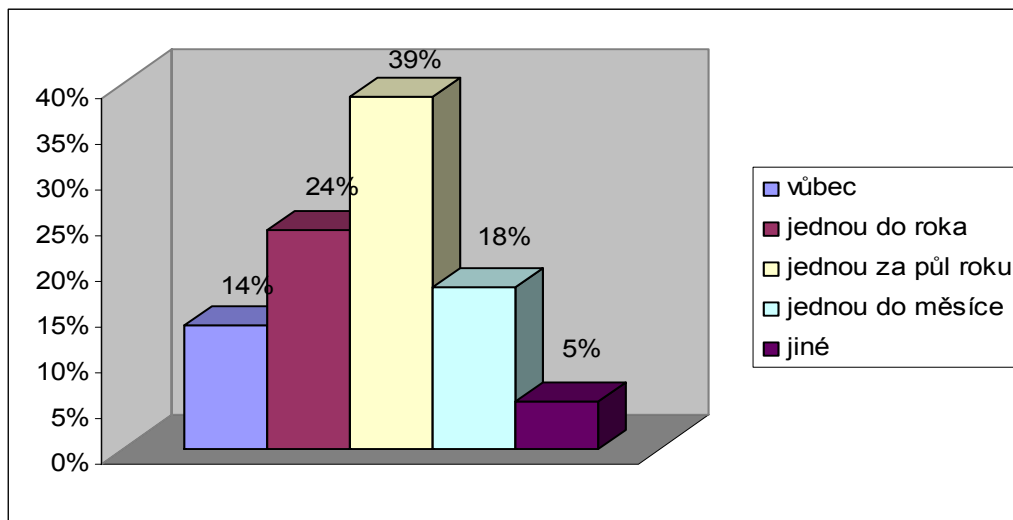
Z celkového počtu 96 (100 %) rodičů má 25 (26 %) dotazovaných rodičů jedno dítě, 55 (57 %) respondentů má dvě děti a tři a více dětí má 16 (17 %) respondentů.

Graf 22 – Věk dětí



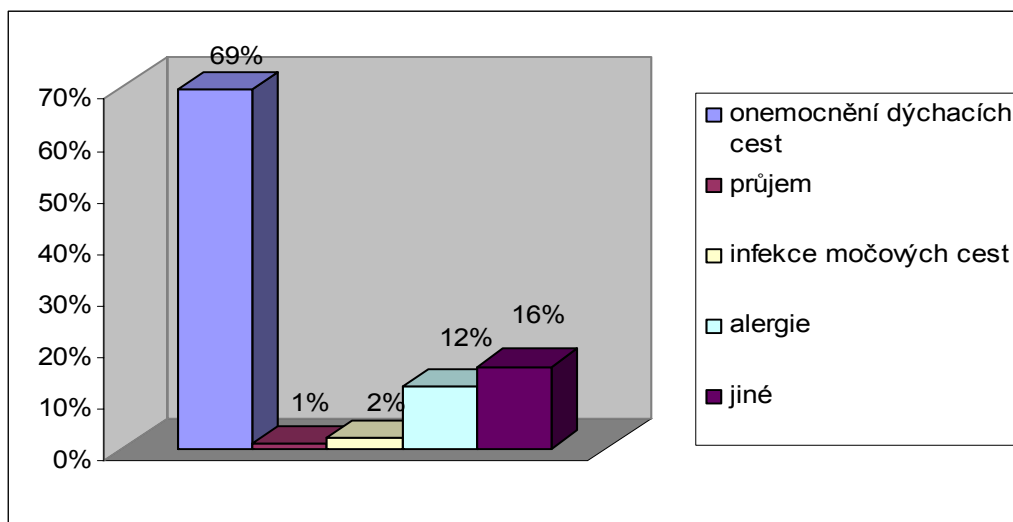
Z celkového počtu 145 odpovědí (100 %) má 8 dotázaných rodičů (6 % odpovědí) dítě (děti) ve věku do jednoho roku, 23 respondentů (16 % odpovědí) má dítě (děti) ve věku 1 – 3 roky, dítě (děti) ve věku 3 – 6 let má 59 respondentů (41 % odpovědí) a 55 rodičů (37 % odpovědí) má dítě (děti) ve věku 6 let a více.

Graf 23 – Častost onemocnění dětí akutním onemocněním



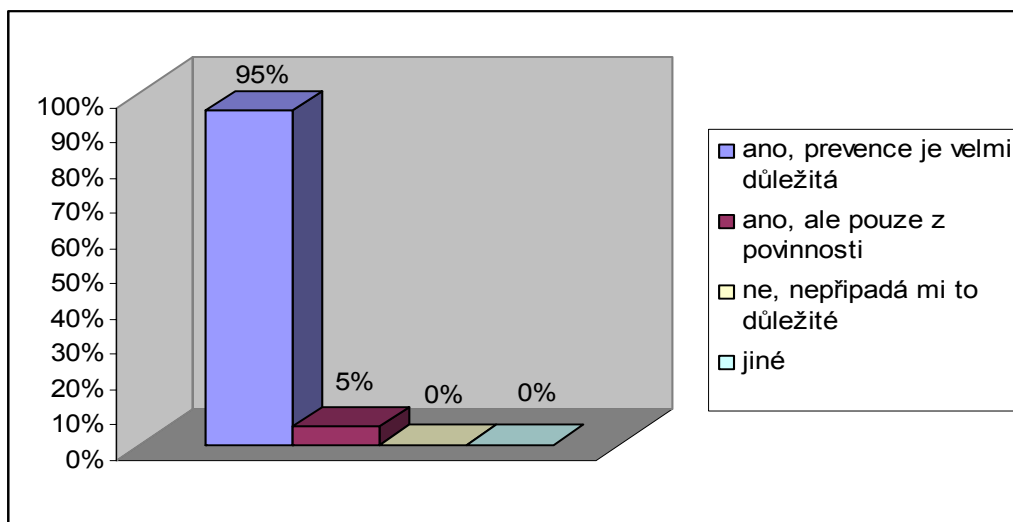
Z celkového počtu 96 (100 %) rodičů 13 (14 %) respondentů odpovědělo, že jejich děti netrpí vůbec akutním onemocněním, jednou do roka onemocní děti u 23 (24 %) respondentů, 37 (39 %) rodičů odpovědělo, že jejich děti onemocní jednou za půl roku, jednou do měsíce trpí akutním onemocněním děti u 17 (18 %) respondentů a 5 (5 %) rodičů odpovědělo jiné.

Graf 24 – Nejčastější onemocnění dětí



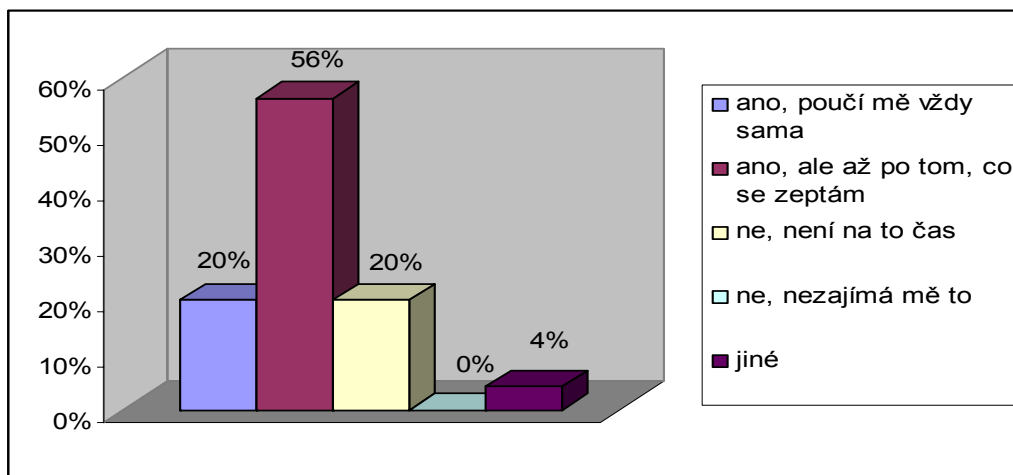
Z celkového počtu 101 odpovědí (100 %), děti trpí onemocněním dýchacích cest u 70 respondentů (69 % odpovědí), 1 respondent (1 % odpovědí) odpověděl, že jeho dítě má nejčastěji průjem, 2 rodiče (2 % odpovědí) tvrdí, že jejich dítě nejčastěji onemocní infekcí močových cest, alergii mají nejčastěji děti u 12 respondentů (12 % odpovědí) a jiné onemocnění odpovědělo 16 rodičů (16 % odpovědí).

Graf 25 – Návštěvnost dětského lékaře z důvodu preventivní prohlídky



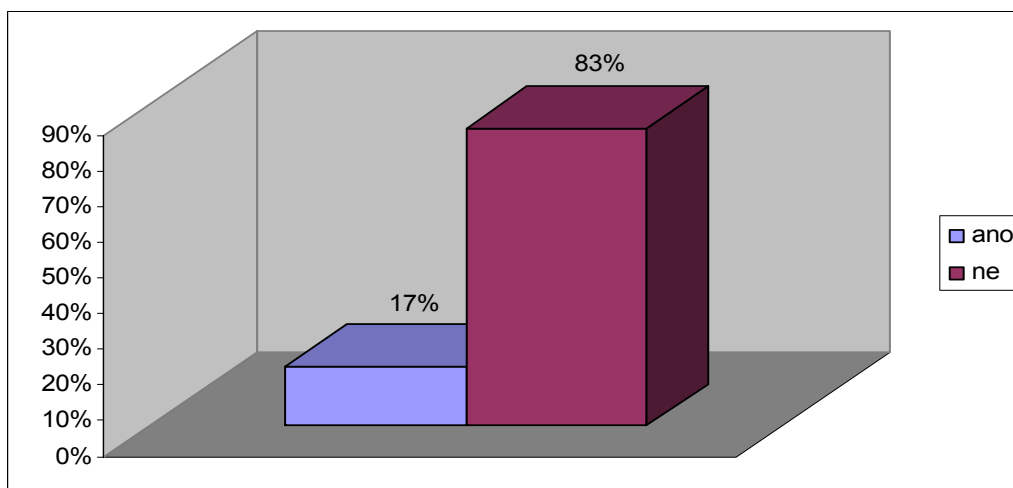
Z celkového počtu 96 (100 %) rodičů 91 (95 %) dotázaných rodičů chodí se svými dětmi na preventivní prohlídky, neboť je prevence velmi důležitá, 5 (5 %) respondentů chodí na preventivní prohlídky pouze z povinnosti a žádný respondent neodpověděl, že mu preventivní prohlídky nepřipadají důležité nebo jiné.

Graf 26 – Edukace sestrou o předcházení nemocem



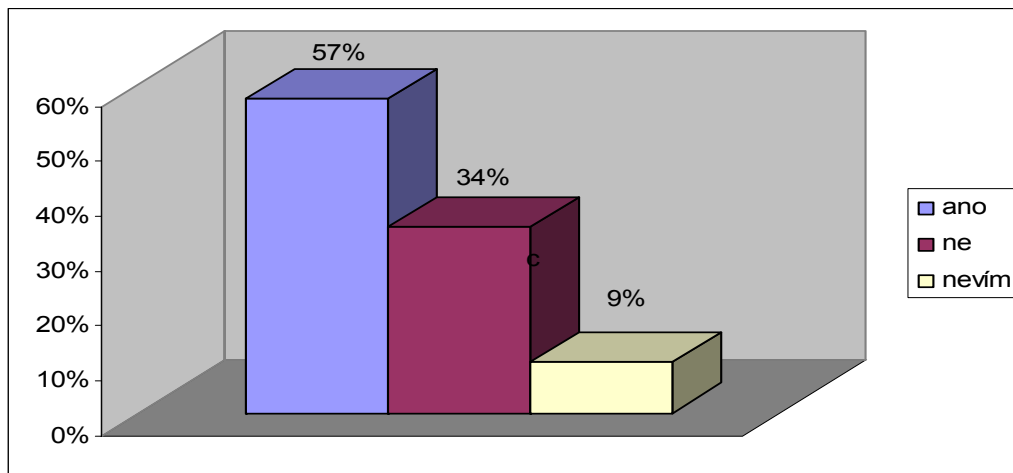
Z celkového počtu 96 (100 %) rodičů 19 (20 %) rodičů odpovědělo, že je sestra vždy poučí sama, jak předcházet nemocem u dětí, 54 (56 %) respondentů tvrdí, že je sestra poučí, ale až poté, co se zeptají, 19 (20 %) dotázaných rodičů si myslí, že na edukaci o předcházení nemocem není čas, žádný respondent neodpověděl, že ho nezajímá, jak předejít akutnímu onemocnění u svých dětí a 4 (4 %) rodiče odpověděli jinak.

Graf 27 – Problémy s dopravou k dětskému lékaři



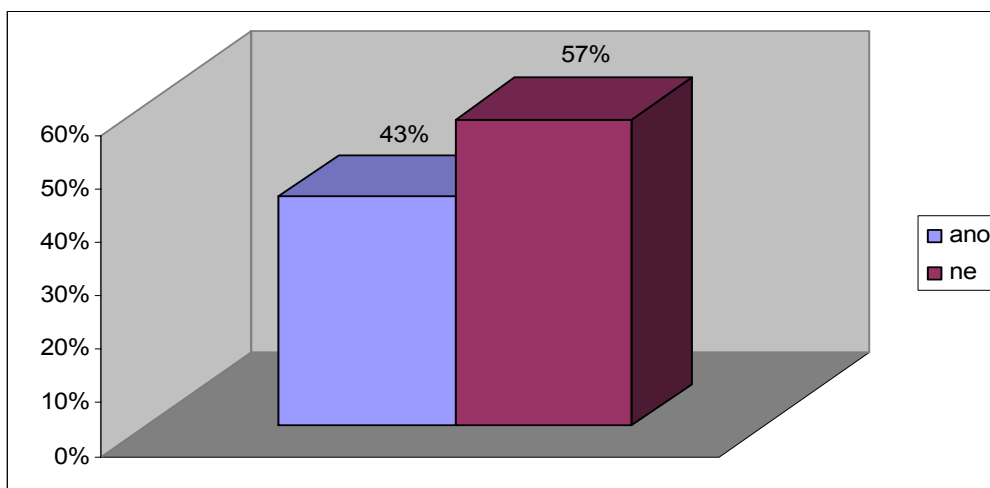
Z celkového počtu 96 (100 %) rodičů má problémy s dopravou svých dětí k dětskému lékaři 16 (17 %) rodičů a 80 (83 %) respondentů problémy s dopravou k dětskému lékaři nemá.

Graf 28 – Informovanost rodičů o návštěvní službě



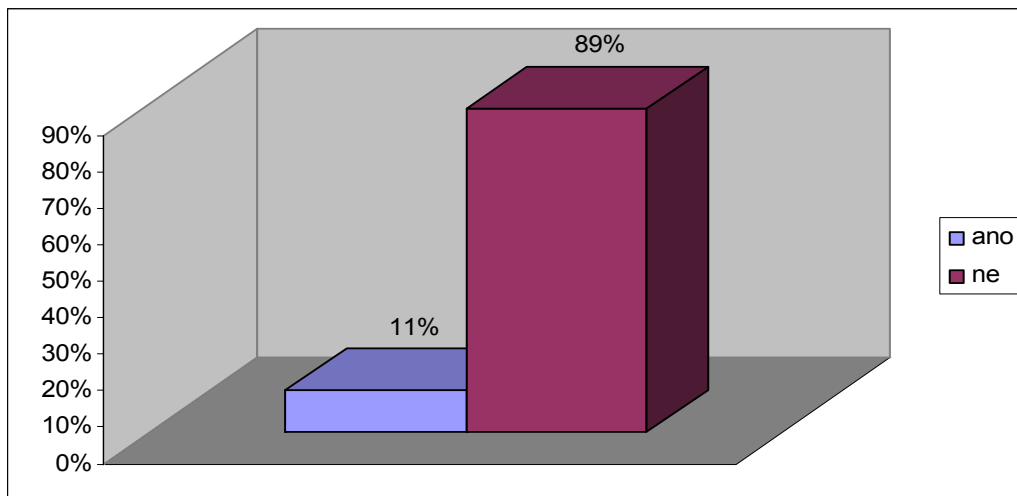
Z celkového počtu 96 (100 %) rodičů 55 (57 %) rodičů slyšelo o návštěvní službě, 32 (34%) respondentů o návštěvní službě neslyšelo a 9 (9 %) rodičů neví.

Graf 29 –Návštěva dětského lékaře při náhlém onemocnění dítěte v domácím prostředí



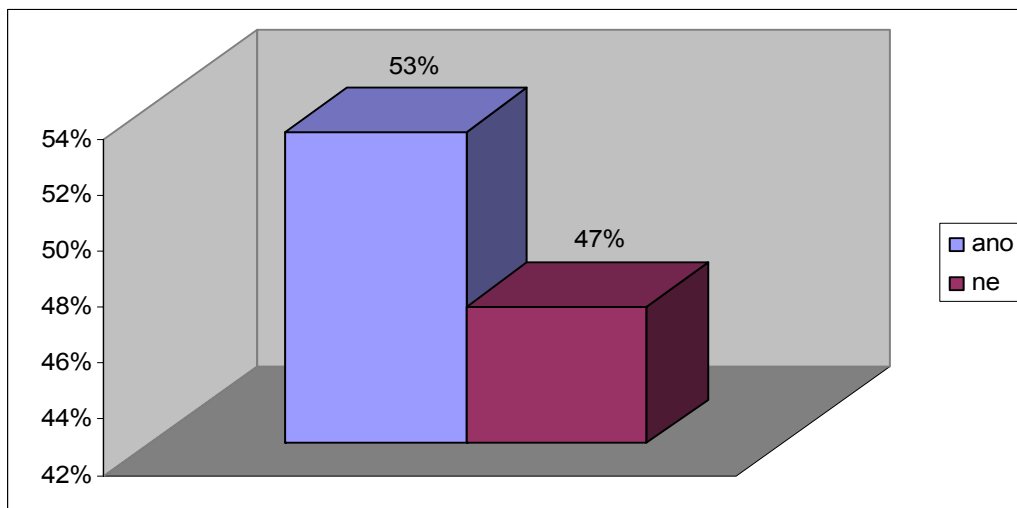
Z celkového počtu 96 (100 %) rodičů musel u 41 (43 %) respondentů navštívit dětský lékař jejich děti doma a u 55 (57 %) respondentů nenastala situace, kdy by musel navštívit dětský lékař jejich dítě doma.

Graf 30 – Nabídka návštěvní služby u dětských pacientů sestrou



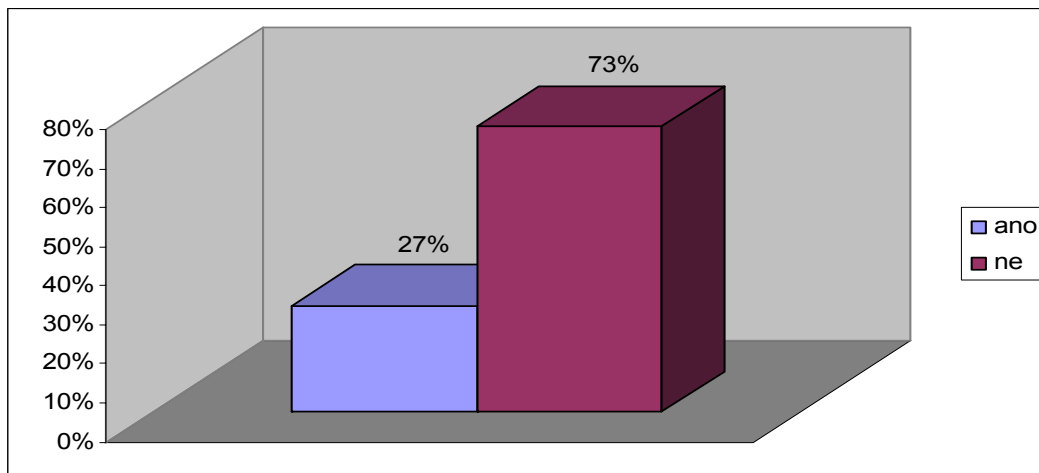
Z celkového počtu 96 (100 %) rodičů sestra na dětském obvodu nabídla návštěvní službu 11 (11 %) rodičům a 85 (89 %) rodičů odpovědělo, že jim sestra návštěvní službu nenabídla.

Graf 31 – Zájem rodičů o návštěvní službu dětských sester



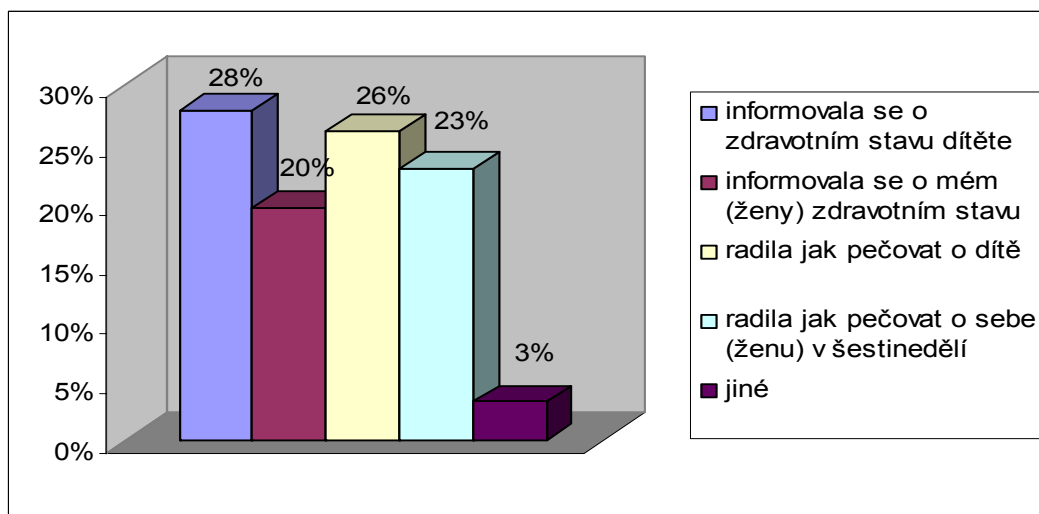
Z celkového počtu 96 (100 %) rodičů by 51 (53 %) rodičů mělo zájem o návštěvní službu dětské sestry u svých dětí a 45 (47 %) rodičů nemá zájem o návštěvní službu.

Graf 32 – Provedení návštěvní služby porodní asistentkou po porodu



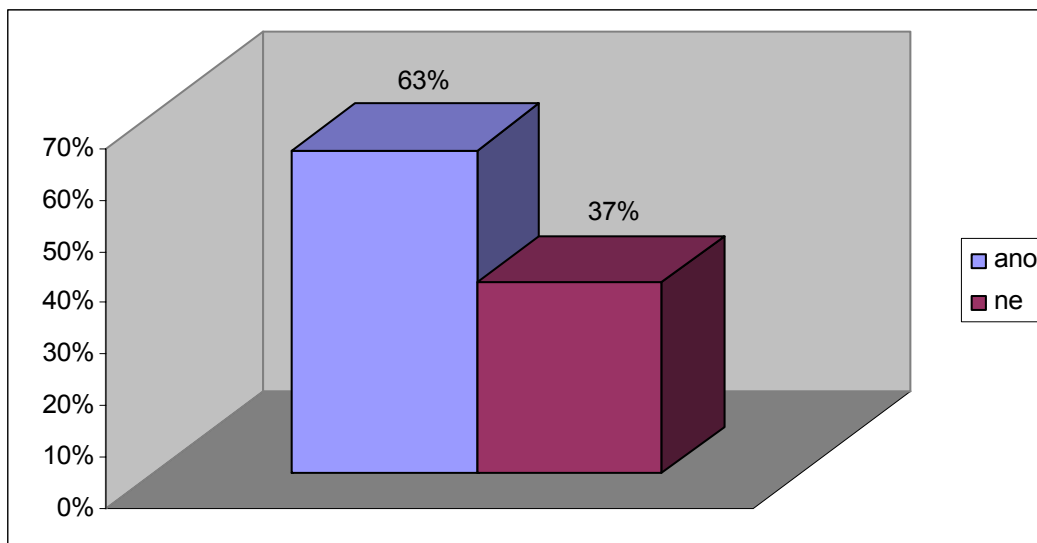
Z celkového počtu 96 (100 %) rodičů prováděla porodní asistentka návštěvní službu po porodu u 26 (27 %) respondentů a u 70 (73 %) dotázaných jí neprováděla.

Graf 33 – Průběh návštěvy porodní asistentky po porodu



Z celkového počtu 61 (100 %) odpovědí, kdy prováděla porodní asistentka návštěvní službu po porodu, se u 17 respondentů (28 % odpovědí) porodní asistentka informovala o zdravotním stavu dítěte, u 12 dotázaných (20 % odpovědí) se porodní asistentka informovala o zdravotním stavu ženy, 16 respondentům (26 % odpovědí) radila, jak pečovat o dítě, 14 dotázaným (23 % odpovědí) radila, jak pečovat o ženu v šestinedělí a 2 respondenti (3 % odpovědí) označili odpověď jiné.

Graf 34 – Zájem rodičů o návštěvní službu porodní asistentky po porodu



Z celkového počtu 70 (100 %) dotazovaných rodičů, u kterých porodní asistentka neprováděla návštěvní službu po porodu, má zájem o návštěvní službu porodní asistentky po porodu 44 (63 %) respondentů a 26 (37 %) dotázaných nemá o návštěvní službu porodní asistentky zájem.

5. Diskuse

V diskusi se zabýváme výsledky výzkumu zaměřeného na problematiku návštěvní služby sester primární péče u dětských pacientů. Prostřednictvím dotazníků jsme oslovili sestry v pediatrikách ambulancích a rodiče. Výzkum proběhl v Jihočeském kraji. Cílem výzkumu bylo zjistit, zda sestry v pediatrikách ambulancích provádějí návštěvní službu u dětských pacientů a zda rodiče mají o návštěvní službu u svých dětí zájem. Spolupráce s rodiči probíhala téměř bez problémů a většina oslovených ochotně poskytla požadované informace pro výzkum. Spolupráce se sestrami v pediatrikách ambulancích nebyla již tak snadná a zřejmě vzhledem k jejich vysoké pracovní vytíženosti proběhla ne vždy úspěšně.

U výzkumu sester jsme položili otázky č. 1 až 3 jako identifikační. Jejich výsledkem je, že na pracovní pozici dětská sestra v pediatriké ambulanci výrazně převládá věková kategorie sester mezi 41 - 50 lety. Četnost sester spadající do této kategorie je podle našeho názoru zapříčiněna především požadavkem na vysokou profesionální a znalostní úroveň, kterou lze získat především dlouholetou praxí. Dále jsme zjišťovali vzdělání sester. Nejpočetnější skupinu tvořily sestry mající specializaci v oboru dětská sestra, což je správné, neboť tato specializace umožňuje získat více vědomostí a znalostí v oblasti péče o dítě a především jejich využití. V současné době probíhá kvalifikační vzdělávání v oboru dětská sestra na univerzitách (13). Nejvíce sester má praxi v ambulantním zařízení pro děti a dorost 10 a více let. Zkušenosti získané dlouholetou praxí mají vliv na kvalitu ošetrovatelské péče o dítě.

Na preventivní péči z pohledu sestry jsou zaměřeny otázky č. 4, 5, 6 a 7. Preventivní péče, a to hlavně v dětském věku, je velmi důležitá a je podstatné jí věnovat dostatek času (19). V otázce, jaký je nejčastější důvod rodičů a dětských pacientů navštívit dětského lékaře, bylo nabídnuto několik odpovědí. Nejčastějším důvodem bylo podle 74 % dotázaných sester návštěva lékaře dětským pacientem za účelem ošetření akutního onemocnění. Jedná se tedy o prevenci sekundární. Za primární prevenci lze považovat provedení preventivních prohlídek a očkování. To bylo nejčastějším důvodem návštěvy lékaře dětským pacientem podle 21 % sester.

Myslíme si, že by se rodiče měli více zaměřit na prevenci primární, tedy jak předcházet nemocem u svých dětí, která by jistě měla větší efekt, než následně vyhledávat lékaře za účelem léčení již vzniklého onemocnění.

Výsledky další otázky nás potěšily, neboť téměř všechny sestry odpověděly, že rodiče chodí se svými dětmi na preventivní prohlídky. Toto svědčí o zodpovědnosti většiny rodičů v přístupu ke zdraví jejich dětí. Tento fakt lze také přisoudit tomu, že rodiče jsou ze zákona povinni chodit se svými dětmi na preventivní prohlídky k dětskému lékaři (19).

Edukační činnost patří mezi kompetence sestry (25). Většina sester udávala, že rodiče o tom, jak předcházet nemocem u svých dětí, vždy sama poučí. Stejná otázka byla položena v dotazníku pro rodiče. Zajímavé je porovnání odpovědí sester a rodičů, které se však neshodují. Většina rodičů odpověděla na tuto otázku, že je sestra poučí, ale až poté, co se sami zeptají. Podle našeho názoru většina sester sama rodiče opravdu needukuje, i když je to jejich povinnost. Tento fakt je nejspíše zapříčiněn vysokým pracovním vytížením sester.

Otázky č. 8 až 16 jsou zaměřeny na návštěvní službu sester primární péče u dětských pacientů. Odpovědi na otázku, zda si sestry myslí, že návštěvní služba u dětí je důležitá, jsou téměř vyrovnané. Domníváme se, že návštěvní služba není v praxi dostatečně zavedena, proto si na tuto problematiku sestry nevytvořily většinový názor.

Výsledky otázky, zda sestry provádějí návštěvní službu u dětí, nás překvapily, neboť většina sester odpověděla, že návštěvní službu u dětských pacientů provádí. Tato činnost patří mezi kompetence dětské sestry pracující v pediatrické ambulanci (12).

Na otázky č. 10 až 15 odpovídaly sestry, které návštěvní službu provádějí. Nejčastěji uvedly, že provádějí návštěvní službu u novorozenců. Domníváme se, že hlavním významem je důležitost první návštěvy novorozence a rovněž fakt, že jsou tyto návštěvy hrazeny zdravotní pojišťovnou. Výsledky další otázky jsou také překvapivé. Většina sester provede návštěvní službu až na pokyn lékaře. Náš názor je takový, že by sestry měly vyvíjet více vlastní iniciativy v této problematice. V další otázce sestry odpovídaly, jak jsou rodiče spokojeni s poskytováním návštěvní služby

u svých dětí. Výsledky této otázky byly téměř vyrovnané. Udávají, že rodiče uvítají návštěvní službu, neboť mají dostatek času na dotazy ohledně výchovy svých dětí a také jsou rádi za návštěvní službu, pokud mají problémy s dopravou k dětskému lékaři. Věnování dostatečného času na edukaci ohledně výchovy a zdraví dětí je žádoucí (19). Další otázka byla zaměřena na spolupráci sester s porodní asistentkou v péči o dítě. Převážná většina sester uvedla, že s porodní asistentkou nespolupracuje. Tento výsledek je na škodu věci, neboť spolupráce by mohla poskytnout komplexní obraz o dítěti a tím by se mohla zlepšit kvalita péče o dítě.

Na otázky č. 15 a 16 odpovídaly sestry, které návštěvní službu neprovádějí. Jako hlavní důvod uvedly, že si lékař přeje provádět návštěvní službu sám. Několik sester také odpovědělo, že návštěvní službu u dětí neprovádí z nedostatku času. Posledním bodem problematiky návštěvní služby bylo, zda by sestry měly zájem provádět návštěvní službu u dětských pacientů. Nejčastěji sestry odpověděly, že o provádění návštěvní služby zájem nemají. Zde vyvstává otázka, proč sestry nemají zájem provádět návštěvní službu, když jí považují za důležitou. Domníváme se, že důvodem je bohužel nekrytí této služby zdravotní pojišťovnou.

Při zpracovávání výsledků dotazníků pro sestry v pediatrických ambulancích jsme dospěli k závěru, že sestry provádí nejčastěji návštěvní službu u novorozenců do dvou dnů od propuštění z porodnice, neboť jim je tato služba proplacena zdravotní pojišťovnou. Ostatní návštěvy u dětí jim zdravotní pojišťovny neproplácí, proto sestry tuto činnost neprovádí nebo pouze minimálně v nejnutnějších případech. Tento problém nejspíš lze vyřešit dohodou privátních lékařů a sester se zdravotními pojišťovnami o změně proplácení návštěvní služby nebo ministerstvem zdravotnictví.

U výzkumu rodičů jsou otázky č. 1 až 6 identifikační, jsou zaměřeny jak na rodiče, tak děti. Nejvíce dotazníků bylo vyplněno matkou, což se dalo předpokládat, neboť v našich sociokulturních podmínkách dokáže o dítěti poskytnout informace ve většině případů žena, která s ním tráví nejvíce času. Nejpočetněji zastoupeni byli rodiče mezi 31 – 35 lety. Tento fakt možno přisoudit změně socioekonomického myšlení dnešní populace (19). Co se týče vzdálenosti bydliště od zdravotnického zařízení, zvolili rodiče nejčastěji možnost do jednoho kilometru. Nemají tedy ve většině případů problémy s dopravou do zdravotnického zařízení. Zároveň se domníváme, že i dostupnost sester k těmto pacientům může být bezproblémová. Nutno podotknout, že dotazníky byly rozdávány rodičům bydlícím převážně ve městě. Více než polovina dotázaných rodičů odpověděla, že má dvě děti, necelá 1/3 má jedno dítě a ostatní mají tři děti nebo více. Je pravděpodobné, že řada rodičů s jedním dítětem bude mít ještě další potomky. Tato četnost odpovídá středoevropskému normálu (19). Věk dětí respondentů byl nejčastěji v rozmezí 3-6 let, jako další byla označována možnost věku dítěte 1–3 roky. Tento výsledek je zcela jistě proto, že dotazníky byly rodičům rozdávány převážně v mateřských školách.

V otázkách č. 7 a 8 rodiče odpovídali na otázky týkající se nemocnosti jejich dětí. Zde rodiče nejvíce odpovídali, že jejich děti onemocní jednou za půl roku. Nejméně rodičů pak odpovědělo, že jejich děti neonemocní akutním onemocněním vůbec. Je jisté, že děti v batolecím a předškolním věku jsou nejnáchylnější k různým onemocněním, z toho největší procento zaujímají respirační choroby (3). Tento fakt se potvrdil i v našem výzkumu, neboť téměř všichni rodiče odpověděli, že jejich dítě trpí nejčastěji onemocněním dýchacích cest, především jde o kašel a rýmu. Je tedy nutné nepodceňovat prevenci. Tento názor oslovení rodiče naštěstí ve většině případů sdílejí a chodí se svými dětmi pravidelně na preventivní prohlídky k dětskému lékaři.

Na návštěvní službu z pohledu rodičů jsou zaměřeny otázky č. 12, 14, 15, 16, 17 a 18. Zde více než polovina dotázaných rodičů uvedla, že o návštěvní službě již někdy slyšela. Soudíme, že osvěta v tomto směru je dostačující. Většině rodičů však tato služba nebyla sestrou v pediatrické ambulanci nabídnuta. Toto si můžeme vysvětlit opět domněnkou o vysoké pracovní vytíženosti sester a nehrazením této služby

ze strany zdravotní pojišťovny. Naopak více než polovina dotázaných rodičů uvedla, že má o návštěvní službu zájem. U této otázky měli rodiče možnost doplnit, proč o tuto službu mají či nemají zájem. U kladných odpovědí byl častým důvodem problém s dopravou dítěte k dětskému lékaři a v neméně případech pak sdílení čekárny s nemocnými dětmi v případě preventivní prohlídky. U záporných odpovědí rodiče nejčastěji dopisovali, že nemají zájem o návštěvní službu z důvodu narušování soukromí. Rodiče se ve většině případů nesetkali ani s návštěvní službou porodní asistentky. Porodní asistentka navštívila zhruba jednu třetinu matek s dětmi. Zde se podle odpovědí informovala o jejich zdravotním stavu a radila, jak o sebe pečovat v šestinedělí. Rodiče, u nichž porodní asistentka návštěvní službu po porodu neprováděla, ve většině uváděli, že by o tuto službu měli zájem, a to především z důvodu nejistoty v péči o prvorozené dítě. Před rokem 1989 byla tato činnost porodní asistentky samozřejmostí (7). V dnešní době mají rodičky možnost si vybrat, zda návštěvní službu od porodní asistentky chtějí či ne.

Při zpracovávání výsledků dotazníků pro rodiče jsme dospěli k závěru, že rodiče nemají dostatek informací o možnosti návštěvní služby sester v primární péči u svých dětí a o návštěvní službě jako takové. Spousta rodičů nemá důvěru v znalosti a dovednosti sester pracujících v primární péči a dává přednost radám lékaře. Také si rodiče myslí, že návštěvní služba v domácnostech není tak efektivní jako v ordinaci, kde je dostatek pomůcek pro ošetření, avšak návštěvní služba není jen o léčení nemocí, ale měla by být především o prevenci. Myslíme si, že široká veřejnost by měla mít dostatek informací o návštěvní službě sester primární péče. Tyto informace by měla získat v pediatrických ambulancích, především od sester samotných.

6. Závěr

Návštěvní služba patří mezi zákonem stanovené činnosti sestry pracující v pediatrické ambulanci. Při návštěvní službě má sestra možnost získat mnoho cenných informací o rodině a o prostředí, ve kterém dítě vyrůstá. Sestra může poradit rodičům v oblasti prevence nemocí a úrazů u dětí a dát jim rady v oblasti výživy, hygieny nebo výchovy. Zároveň pro rodiče může být návštěva velkým přínosem, neboť zde mají dostatek času na dotazy ohledně prevence nebo výchovy svých dětí. Vzhledem k tomu, že žádná zdravotní pojišťovna tuto činnost sestrám neproplácí, sestry provádějí návštěvní službu pouze u novorozence jako první návštěvu od propuštění z porodnice, která zdravotními pojišťovnami proplacena je. Jen malé procento sester provádí podle výsledků výzkumu návštěvní službu „ve volném čase“ nebo v nejnutnějších případech. Ve většině případů provádí návštěvní službu lékař sám. Tento problém lze vyřešit nejspíše dohodou mezi pediatrickými ambulancemi a pojišťovnami o proplácení návštěvní služby sestrám nebo by tento problém mělo řešit ministerstvo zdravotnictví zavedením do rámcového vzdělávacího programu obor komunitní dětská sestra, která by zastala návštěvní službu sester v primární péči.

Cílem této práce bylo zjistit, zda sestry pracující v pediatrických ambulancích provádí návštěvní službu u dětských pacientů a zda rodiče mají o návštěvní službu u svých dětí zájem. Hypotéza 1 udávala, že sestry v primární péči neprovádí návštěvní službu u dětských pacientů. Tato hypotéza se nepotvrdila. Hypotéza 2 zněla: „Rodiče mají zájem o návštěvní službu sester v primární péči u svých dětí.“ Tato hypotéza se potvrdila. Cíl byl splněn.

Myslím si, že návštěvní služba sester primární péče u dětských pacientů je velmi důležitá, proto budu výsledky výzkumu publikovat v odborném časopise pro sestry. Tato bakalářská práce by měla přispět k zamyšlení se sester v primární péči nad nutností návštěvní služby u dětských pacientů.

7. Seznam použité literatury

1. ARCHALOUSOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ, Z. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. 1. vyd., Hradec Králové: Nukleus HK, 2005. 107 s. ISBN 80-86225-63-1.
2. AŠENBRENEROVÁ - PEČENKOVÁ, I. *Vývoj dítěte – 5. - 12. měsíc*. [cit. 2006 – 11 - 14]
Dostupné z: <<http://www.mladazena.cz/scripts/detail.php?id=209511>>.
3. BOLEDOVIČOVÁ, M., a kol. *Pediatrické ošetrovatelstvo*. 2. vyd., Martin: Osveta, 2006. 208 s. ISBN 80–8063–211–1.
4. CABRNOCHOVÁ, H. *Praktický lékař pro děti a dorost, poskytovatel primární péče. Zdravotnické noviny ČR*. Praha: 2003, roč. 52, č.1, s. 30 ISSN 0044-1996.
5. HANZLÍKOVÁ, A., a kol. *Komunitní ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 2004. 280 s. ISBN 80–8063–155–7.
6. HOLOUBKOVÁ, H. *Vývoj dítěte - 1. – 4. měsíc*. [cit. 2007 – 01 - 12]
Dostupné z: <http://www.miminka.cz/disp_art2.php?&artID=458>.
7. CHVÁTALOVÁ, P. *Návštěvní služba*. [cit. 2007 - 01 - 12]
Dostupné z: <<http://www.porodniasistentka.cz/navstevy.htm>>.
8. KARGER, P. *Preventivní péče v prvním roce života. Zdravotnické noviny ČR*. Praha: 2003, roč. 52, č. 1, s. 29 - 30 ISSN 0044-1996.
9. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo 1, 2*. Martin: Osveta, 1996. ISBN 80-217-0528-0.

10. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3. vyd., Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80–7169–195-X.
11. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 952 s. ISBN 80-247-0668-7.
12. MZČR. *Vyhláška č. 424/2004 Sb. o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků ze dne 30. 6. 2004*. [cit. 2007 - 01 - 21]
Dostupné z: <<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt>>.
13. MZČR. *Narizení vlády č. 463/2004 Sb. o oborech specializačního vzdělávání a označení odborností zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí ze dne 28. 7. 2004*. [cit. 2007 - 02 - 26]
Dostupné z: <<http://www.mvcr.cz/sbirka/2004/sb156-04.pdf>>.
14. MZČR. *Zdraví 21 – Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století*. Ministerstvo zdravotnictví ČR. 124 s. ISBN 80–85047–99–3.
15. PACOVSKÝ, V., SUCHARDA, P. *Úvod do medicíny*. Praha: Karolinum, 2002. 150 s. ISBN 80–246–0414–0.
16. ROZSYPALOVÁ, M., STAŇKOVÁ, M., a kol. *Ošetrovatelství I/I*. 2. vyd., Praha: Informatorium, 1999. 234 s. ISBN 80–86073–39-4.
17. SEIFERT, B., a kol. *Primární péče, praktické lékařství*. 1. vyd., Praha: Karolinum, 2004. 156 s. ISBN 80–246–0883–9.
18. SZO. *Lemon 4*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 160 s. ISBN 80-7013-248-5.

19. ŠVEJCAR, J., a kol. *Péče o dítě*. 1. vyd., Praha: Nuga, 2003. 399 s.
ISBN 80-85903-15-6.
20. ŠVINGALOVÁ, D. *Kapitoly z psychologie*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita, 2001. ISBN nevedeno.
21. TOTHOVÁ, V. *Ošetrovatelství*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2000. ISBN 7040-454-X.
22. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 522 s.
ISBN 80-7178-308-0.
23. VACUŠKOVÁ, M. *Změny ve specializačním studiu ošetrovatelské péče o děti a dorost*. *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 9, s. 15 ISSN 1210-0404.
24. VELEMÍNSKÝ, M., a kol. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2005. ISBN 80-7040-813-8.
25. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2002. 95 s.
ISBN 80-8063-108-5.

8. Klíčová slova

Primární péče

Sestra

Dítě

Návštěvní služba

Komunitní ošetřovatelství

9. Přílohy

Příloha č. 1 - Dotazník pro sestry

Příloha č. 2 - Dotazník pro rodiče

Příloha č. 3 - Očkovací kalendář

Příloha č. 1 - Dotazník pro sestry

Vážená sestro,

jmenuji se Adéla Zavadilová a jsem studentkou 3. ročníku oboru všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Tématem mé bakalářské práce je „**Potřeba návštěvní služby sester primární péče u dětských pacientů**“. Dotazník, který držíte v ruce, se vztahuje k této problematice.

Dotazník je zcela anonymní, proto Vás prosím o důkladné a pravdivé vyplnění.

Děkuji Vám za ochotu.

Označte vždy jednu odpověď.

1. Kolik je Vám let?

- a) 20 – 30 let
- b) 31 – 40 let
- c) 41 – 50 let
- d) 51 let a více

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) středoškolské
- b) SZŠ + specializace v oboru dětská sestra
- c) vyšší odborné
- d) vysokoškolské

3. Jak dlouhá je Vaše praxe v ambulantním zařízení pro děti a dorost?

- a) do 1 roku
- b) 1 – 5 let
- c) 6 – 10 let
- d) 10 let a více

4. Jaký je nejčastější důvod dětských pacientů a jejich rodičů vyhledat dětského lékaře?

- a) preventivní prohlídky
- b) ošetření akutního onemocnění, nejčastěji jakého _____
- c) očkování
- d) žádost o radu v oblasti péče o dítě
- e) jiné, prosím doplňte _____

5. Chodí rodiče se svými dětmi na preventivní prohlídky?

- a) většina ano
- b) většina ne
- c) nevím

6. Edukujete rodiče, jak mají u svých dětí předcházet nemocem?

- a) ano, vždy je poučím
- b) ano, ale až poté, co se sami zeptají
- c) ne, není na to čas
- d) ne, není to v mé kompetenci
- e) jiné, prosím doplňte _____

7. Žádají Vás rodiče o radu v oblasti prevence?

- a) ano, mají zájem o zdraví svých dětí
- b) ne, neuvědomují si důležitost prevence
- c) nevím
- d) jiné, prosím doplňte _____

8. Myslíte si, že je důležitá návštěvní služba u dětských pacientů?

- a) ano, proč _____
- b) ne, proč _____
- c) nevím

9. Provádíte návštěvní službu u dětských pacientů?

- a) ano, odpovězte dále na otázku č. 10 - 14
- b) ne, odpovězte dále na otázku č. 15 - 16

10. U kterých dětí provádíte nejčastěji návštěvní službu?

- a) u zdravých dětí jako součást primární prevence
- b) u nemocných dětí jako kurativní návštěva
- c) u dispenzarizovaných nebo defektních dětí jako sekundární nebo terciární prevence
- d) jiné, prosím doplňte _____

11. Z jakého důvodu nejčastěji provádíte návštěvní službu u dětských pacientů?

- a) z důvodu fyzického onemocnění dítěte
- b) z důvodu psychického onemocnění dítěte
- c) ze sociálních důvodů rodiny (zanedbávání dítěte atd.)
- d) jiné, prosím doplňte _____

12. Kdy nejčastěji provádíte návštěvní službu u dětských pacientů?

- a) na žádost rodičů
- b) na pokyn lékaře
- c) z vlastní iniciativy
- d) jiné, prosím doplňte _____

13. Jsou rodiče spokojeni s poskytováním návštěvní služby u svých dětí?

- a) ano, uvítají, když mají dostatek času na dotazy ohledně výchovy svých dětí
- b) ano, uvítají návštěvní službu v rodině, když mají problémy s dopravou dítěte k dětskému lékaři
- c) ne, nemají zájem o návštěvní službu
- d) jiné, prosím doplňte _____

14. Spolupracujete s porodní asistentkou v péči o dítě?

- a) ano
- b) ne

15. Z jakého důvodu neprovádíte návštěvní službu u dětských pacientů?

- a) z časového důvodu
- b) lékař si přeje provádět návštěvní službu sám
- c) rodiče nemají o návštěvní službu u svých dětí zájem
- d) jiné, prosím doplňte _____

16. Měla byste zájem v budoucnu provádět návštěvní službu u dětských pacientů?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Příloha č. 2 - Dotazník pro rodiče

Vážení rodiče,

jmenuji se Adéla Zavadilová a jsem studentkou 3. ročníku oboru všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Tématem mé bakalářské práce je „**Potřeba návštěvní služby sester primární péče u dětských pacientů**“. Dotazník, který držíte v ruce, se vztahuje k této problematice.

Dotazník je zcela anonymní, proto Vás prosím o důkladné a pravdivé vyplnění.

Děkuji Vám za ochotu.

Označte vždy jednu odpověď, nebude-li uvedeno jinak.

1. Jakého jste pohlaví?

- a) žena
- b) muž

2. Kolik je Vám let?

- a) méně než 20
- b) 20 – 25 let
- c) 26 – 30 let
- d) 31 – 35 let
- e) 36 let a více

3. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní
- b) střední odborné bez maturity
- c) střední odborné s maturitou
- d) střední s maturitou
- e) vyšší odborné
- f) vysokoškolské

4. Jak daleko bydlíte od zdravotnického zařízení pro děti?

- a) do 1 km
- b) 1 – 5 km
- c) 6 – 10 km
- d) 10 km a více

5. Kolik máte dětí?

- a) jedno
- b) dvě
- c) tři a více

6. Jaký je věk Vašeho dítěte (Vašich dětí)? (více možností)

- a) méně než 1 rok
- b) 1 – 3 roky
- c) 3 – 6 let
- d) 6 a více let

7. Jak často trpí Vaše dítě akutním (náhlým) onemocněním?

- a) vůbec
- b) jednou do roka
- c) jednou za půl roku
- d) jednou do měsíce
- e) jiné, prosím doplňte _____

8. Jaké je nejčastější onemocnění Vašeho dítěte? (více možností)

- a) onemocnění dýchacích cest, jaké _____
- b) průjem
- c) infekce močových cest
- d) alergie
- e) jiné, prosím doplňte _____

9. Chodíte s Vaším dítětem pravidelně na preventivní prohlídky k dětskému lékaři?

- a) ano, prevence je velmi důležitá
- b) ano, ale pouze z povinnosti
- c) ne, nepřipadá mi to důležité
- d) jiné, prosím doplňte _____

10. Vysvětluje Vám dětská sestra v ordinaci jak předcházet nemocem u Vašeho dítěte?

- a) ano, poučí mě vždy sama
- b) ano, ale až po tom, co se zeptám
- c) ne, není na to čas
- d) ne, nezajímá mě to
- e) jiné, prosím doplňte _____

11. Máte problémy s dopravou Vašeho dítěte k dětskému lékaři?

- a) ano, proč _____
- b) ne

Návštěvní služba u dětských pacientů patří mezi úkoly a kompetence dětských lékařů, sester pracujících v ambulancích dětských lékařů a porodních asistentek v terénní péči. Jedná se o vykonávání preventivních i léčebných návštěv v rodinách. Návštěvy jsou vždy cílené a provádějí se v každém dětském věkovém období jak u dětí zdravých, tak u akutně nemocných, dispenzarizovaných nebo defektních.

12. Slyšel(a) jste někdy o návštěvní službě?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

13. Nastala situace, kdy Vaše dítě musel navštívit doma dětský lékař?

- a) ano, jaká situace _____
- b) ne

14. Nabídla Vám sestra na dětském obvodě návštěvu dítěte v domácím prostředí?

- a) ano
- b) ne

15. Uvítali byste, kdyby dětská sestra prováděla návštěvní službu u Vašeho dítěte?

- a) ano, proč _____
- b) ne, proč _____

16. Prováděla u Vás (u Vaší ženy) po porodu porodní asistentka návštěvní službu?

- a) ano, odpovězte dále na otázku č. 17
- b) ne, odpovězte dále na otázku č. 18

17. Jak návštěva porodní asistentky probíhala? (více možností)

- a) informovala se o zdravotním stavu dítěte
- b) informovala se o mém (ženy) zdravotním stavu
- c) radila jak pečovat o dítě
- d) radila jak pečovat o sebe (o ženu) v šestinedělí
- e) jiné, prosím doplňte _____

18. Uvítal(a) byste, kdyby u Vás (Vaší ženy) v šestinedělí prováděla porodní asistentka návštěvní službu?

- a) ano, proč _____
- b) ne, proč _____

Příloha č. 3 - Očkovací kalendář

OČKOVACÍ KALENDÁŘ platný v ČR								
Rok	Měsíc	Týden	Očkování proti					
			záškrtu, tetanu, dávnému kašli a hemofilovým nákazám typu b	tuberkulóze	virové hepatitidě typu B	dětské přenosné obrně	spalničkám, příušnicím a zarděnkám	
1	1	1-2		od 4. dne do 6 týdnů, 1. dávka				
		3-4						
	2	5-6						
		7-8						
	3	9-10	od 9. týdne, 1. dávka 1)		od 3. měsíce, 1. dávka	od 3. měsíce 1. dávka (březen)		
		11-12						
	4	13-14	za 1-2 měsíce, 2. dávka		za 1 měsíc, 2. dávka			
		15-16						
	5	17-18				od 5. měsíce 2. dávka (květen)		
		19-20						
	6-8	za 1-2 měsíce, 3. dávka						
	9-12			za 5 měsíců, 3. dávka				
2	13-14		ve 2. roce revakcinace u tuberkulín negativních dětí					
	15-16				od 15. měsíce, 3. dávka (březen)	od 15. měsíce, 1. dávka		
		17-18		18.-20. měsíc, 3. dávka			od 17. měsíce, 4. dávka (květen)	
	19-20							
	21-22					21.-25. měsíc, 2. dávka		
	23-24							
3-4								
5-6	5. rok, 5. dávka 2)							
7-8								
9-10								

11-12		11. rok revakcinace u TBC negativních dětí	12. rok, 3 dávky 4)		
13-14	14. rok, tetanová vakcína 3)			13. rok 5.dávka (březen nebo květen)	
<p>1) nejlépe zahájit až 12 týdnů po očkování proti TBC 2) podává se vakcína pouze proti záškrtu, tetanu a dávivému kašli 3) tetanová vakcína se následně podává každých 10-15 let, jako tzv. posilující očkování 4) jen u dětí, které nebyly v minulosti očkovány proti virové hepatitidě typu B</p>					
Poznámka					
<p>Vedle vakcíny hrazených státem je možné realizovat pravidelné (povinné) očkování pomocí komerčních vícevalentních vakcín, které si musí rodiče uhradit sami (tj. nejsou hrazeny státem). V případě jejich použití se očkovací schéma může upravit v souladu s postupy uvedenými v SPC nebo příbalové informaci výrobce dané vakcíny.</p>					