



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

# Domácí návštěvní služba jako náplň práce sestry v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost

Vypracoval: Andrea Kneiflová  
Vedoucí práce: Mgr. Alena Machová

České Budějovice 2015

## Abstrakt

Pediatric a neonatologie prošla velkými změnami. Došlo k velkému pokroku v chápání dětských nemocí, jejich ošetřování a celkovému přístupu k dětem. V dnešní době dokážou zachránit i děti předčasně narozené již od 24. týdne. Vzrostla i úroveň chirurgie, kdy dokážou řešit různé vady, které byly dříve neslučitelné se životem.

V této práci jsem se zmínila o komunitní a domácí péči, jaký je mezi nimi rozdíl a jaké mají cíle. Zde hraje roli primární péče. Lékař poskytuje péči jak zdravým dětem tak nemocným, sleduje jejich psychomotorický vývoj a vývoj řeči. Součástí je i očkování jako prevence infekčních nemocí. Sestra s lékařem tvoří dobrý tým, kdy vytváří pohodové prostředí, aby se děti a rodiče cítili bezpečně a mohla probíhat dobrá spolupráce mezi zdravotnickým personálem, dětmi a rodiči.

Je důležité znát specifika vývojových období dětí a tím přizpůsobit přístup a jednání s dětmi. Sestra si všimá změn a tím se dá předejít různým vývojovým vadám.

Nejen v nemocnici ale i v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost je třeba znát základní potřeby dítěte a jejich uspokojování. Jsou to nejen potřeby fyzické tak i psychické. Pokud u dětí nedochází k uspokojování těchto potřeb, může dojít k ovlivnění jejich vývoje.

Náplní sestry v ordinaci je navázat kontakt s dětmi a jejich rodiči. Zjistit maximum informací o dítěti, rodině a prostředí, ve kterém dítě vyrůstá. Sestra by měla zvládat jak ošetrovatelskou péči, tak asistenci lékaři, administrativu, vést dokumentaci, tak i udržet chod ordinace po stránce materiální tak i provozní. Měla by mít cit pro úpravu prostředí. Důležitá je správná komunikace s dětským pacientem, ale i s jeho rodiči. Sestra by měla být profesionální.

I v ordinaci u praktického lékaře pro děti a dorost se uplatňuje ošetrovatelský proces. Získávání informací, určování cílů, naplánování ošetrovatelské péče a následné zhodnocení. U dětí jsou nejzákladnější potřeby výživa, vylučování a výměna, aktivita

a spánek, bezpečí a ochrana, komfort a bolest, růst a vývoj. Ošetrovatelský proces sestry uplatňuje i v rámci návštěvní služby v rodině. Vznik návštěvní služby prošel vývojem, kdy začínaly nejprve spolky, které pečovaly o děti a staré nemocné lidi. V současné době je návštěvní služba sestrou plně hrazena pojišťovny.

### **Cíle práce**

Cílem této práce bylo zjistit, zda se provádí návštěvní služba a v jakém rozsahu, zda matky ví o této službě, jaký je zájem ze stran matek a o jakou péči mají matky zájem. Byly zvoleny otázky: Jaké důvody vedou sestry k návštěvě v domácím prostředí? Proč matky využívají návštěvní službu dětských sester?

### **Výsledky**

Rozhovory byly přepsány a podrobeny analýze, metodou otevřeného kódování pomocí tužka a papír. Byly dva výzkumné vzorky a to sestry a matky. U sester vzniklo pět kategorií a to Důvody provádění návštěvní služby, Kladné názory na návštěvní službu, Záporný názor na návštěvní službu, Přínos návštěvní služby sestře a Provádění ošetrovatelské péče sestrou v domácím prostředí. U matek vznikly tři kategorie a to: Představa o návštěvní službě z pohledu matky, O co mají matky zájem a Přínos návštěvní služby matce. Ke každé kategorii byly přiřazeny podkategorie ke kterým jsou přiřazeny kódy, na kterých se nejčastěji shodovaly. Vše je zaznamenáno v přehledných schématech vyjmenovaných kategorií.

### **Závěr**

Z výzkumu vyplývá, že sestry, které byly podrobeny výzkumu, tak ne všechny návštěvní službu provádí z důvodu velkého rozsahu obvodu, používání přístrojů

a administrativy. Ty které ji provádí jsou z malého města nebo obce. Všechny sestry se shodují, že v této službě vidí přínos pro jejich práci v ambulantní péči. Matky, které byly podrobeny výzkumu, zda službu využívají, tak některé o této službě nevěděly a ani jim nebyla nabídnuta a některé ji využily a byly za to rády.

Vzhledem ke zjištěným výsledkům navrhuji publikovat výsledky v odborném časopise *Pediatric pro praxi*.

Klíčová slova: návštěvní služba, dětská sestra, dítě, primární péče, potřeby

## **Abstract**

Paediatrics and neonatology have changed a lot. There has been big progress in perception of children's diseases, in their treatment and in the general attitude to children.

Nowadays even premature babies at 24th week can be saved. The standard of surgical interventions has improved either- various defects, which used to be incompatible with life, can be eliminated.

In my work I have focused on home care and community care, on the differences between them and what their aims are. Primary care has a big role there. Both healthy children and ill ones are provided with care by doctors who follow their psychomotoric development and the development of speech. Vaccination forms an integral part of this care

as the prevention of infectious diseases. A doctor and a nurse form a good team, make balanced friendly atmosphere so that children and parents could feel safe and a good cooperation among medical staff, children and parents could undergo.

It is important to know all the specifics of developmental periods children's lives and adapt attitude and actions to children. A nurse pays attention to changes and it is possible to prevent various developmental defects.

It is essential to know children's basic needs and their satisfaction in hospitals and pediatrician's surgery. These are not only physical needs but mental ones either. If children's needs are not satisfied their development can be influenced.

A nurse's duties in a surgery are to make contact with children and their parents, to find all information about children, families, and environment, where children grow up. A nurse should manage both nursing and assistance in surgery, paperwork, keeping records, working of surgery in respects of its materials and operation. She should have aesthetic sense of environment. Adequate communication with small and young patients and their parents is a must. A nurse should be professional.

Nursing process is applied in paediatrician's surgery too. Getting information, setting aims, planning of nursing service and its evaluation. Basic children's needs are nutrition or diet, excretion and metabolism, activity and sleep, safety and protection, comfort and pain, growth and development. Nursing process is applied within visiting service in families. The origin of nursing service underwent its development when at first there were clubs, which took care of children and old ill people. At present home nursing fully covered by health insurance.

### **Aims of the work**

The aim of this work was to find out if home nursing is performed and what its extent is, if mothers are aware of the service, what mothers' interest is and what care mothers want.

Two questions have been chosen: What are the reasons of nurses' visits at homes?

Why mothers make use of nurses' visiting service?

### **Results**

Talks were rewritten and analysed with the method of open coding with help of a pen and paper. There were two research files- nurses and mothers. Considering nurses there were five categories: Reasons of home visiting service, Positive views on visiting service, Negative

view on visiting service, Benefit of visiting service for a nurse and Performance of a nurse visiting service at home environment. Considering mothers there were three categories:

Idea of visiting service from the point of view of mother, What are mothers interested in and

Benefit of visiting service for a mother. Subcategories with codes were matched to all categories, which showed most frequent correspondence. All figures are recorded in transparent charts of named categories.

From the research emerged that not all the nurses, who took part in the research, do visiting service due to large extent of the district, due to the use of devices and paperwork.

Those who do it are from a small town or locality. All the nurses agree that they see the main benefit in their work in ambulatory care. Mothers, who took part in the research if they make use of this service, some of them did not know about it and it was not offered to them and some of them made use of it and were very grateful for it.

With regard to findings I suggest to publish the results in the professional magazine Paediatrics for practice.

Key words: visiting service, children nurse, child, primary care, Leeds

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne (datum)

.....

(jméno a příjmení)



## **Poděkování**

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Aleně Machové za odborné vedení, ochotu, poskytnutí podkladů a cenných rad, které mi nabídla při zpracování této práce.

Poděkování mé rodině, především mé dceři za pomoc s úpravami a s vytvořením dobré rodinné atmosféry.

Současně sděluji díky dotazovaným sestrám a matkám, které mi poskytli důležité informace v příjemném prostředí.

# Obsah

## ÚVOD

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. SOUČASNÝ STAV</b> .....  | <b>14</b> |
| <b>1.1 Historie pediatrie a neonatologie</b> .....   | <b>14</b> |
| <b>1.2 Historie návštěvní služby</b> .....   | <b>16</b> |
| <b>1.3 Rozvoj vzdělávání sester</b> .....  | <b>17</b> |
| <b>1.4 Komunitní a domácí péče</b> .....   | <b>19</b> |
| <b>1.5 Psychomotorický vývoj dítěte od narození do šesti let</b> .....                     | <b>22</b> |
| <b>1.6 Základní potřeby dítěte</b> .....   | <b>25</b> |
| <b>1.7 Úloha sestry v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost</b> .....              | <b>26</b> |
| <b>1.8 Komunikace s dětským pacientem</b> .....  | <b>27</b> |
| <b>1.8.1 Hranice osobní zóny</b> .....   | <b>28</b> |
| <b>1.9 Ošetrovatelský proces dítěte od narození po předškoláka</b> .....                   | <b>28</b> |
| <b>1.10 Vyhodnocení vybraných potřeb dítěte v domácím prostředí dle Taxonomie II</b> ..... | <b>30</b> |
| <b>1.10.1 Zhodnocení výživy v domácím prostředí</b> .....                                  | <b>31</b> |
| <b>1.10.2 Zhodnocení vylučování a výměny v domácím prostředí</b> .....                     | <b>33</b> |
| <b>1.10.3 Zhodnocení aktivity a spánku v domácím prostředí</b> .....                       | <b>34</b> |
| <b>1.10.4 Zhodnocení sociálních vztahů v domácím prostředí</b> .....                       | <b>35</b> |
| <b>1.10.5 Zhodnocení bezpečí a ochrany v domácím prostředí</b> .....                       | <b>35</b> |
| <b>1.10.6 Zhodnocení domény komfort a bolest v domácím prostředí</b> .....                 | <b>37</b> |
| <b>1.10.7 Vyhodnocení růstu a vývoje v domácím prostředí</b> .....                         | <b>38</b> |
| <b>2. CÍL, VÝZKUMNÉ OTÁZKY</b> .....   | <b>40</b> |
| <b>2.1 Cíle práce</b> .....  | <b>40</b> |
| <b>2.2 Výzkumné otázky</b> .....   | <b>40</b> |
| <b>3. METODIKA</b> .....   | <b>41</b> |
| <b>3.1 Metodika zkoumání</b> .....   | <b>41</b> |
| <b>3.2 Charakteristika výzkumného souboru</b> .....  | <b>42</b> |
| <b>3.3 Charakteristika prostředí výzkumu sester</b> .....                                  | <b>42</b> |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>4. VÝSLEDKY</b> .....                      | <b>44</b> |
| <b>4.1 Výsledky rozborů se sestrami</b> ..... | <b>44</b> |
| <b>4.2 Výsledky rozborů s matkami</b> .....   | <b>54</b> |
| <b>5. DISKUZE</b> .....                       | <b>61</b> |
| <b>6. ZÁVĚR</b> .....                         | <b>67</b> |
| <b>7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....     | <b>69</b> |
| <b>8.PŘÍLOHY</b> .....                        | <b>74</b> |
| <b>8.1 Seznam příloh</b> .....                | <b>74</b> |

## **Seznam použitých zkratk**

CAN- Child Abuse and Neglect

CCN- Community Childrens Nursing

CRP- C reaktivní protein

ICN- Mezinárodní rada sester

WHO- World Health Organisation

## Úvod

Sestra pracující v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost by měla být znalá v ošetrovatelské péči o děti, měla by umět naslouchat a dobře pracovat jak s dětmi tak jejich rodiči, mít odborné znalosti a stále se vzdělávat. Důležitá je i orientace v administrativě a v sociální oblasti péče o dítě.

Sestra spolu s lékařem by měli tvořit tým, který provádí kvalitní péči, snaží se dobře léčit malé dětské pacienty a svým přístupem odstraňuje strach dětí z vyšetření, zdravotnického personálu, neznámého prostředí a plačících dětí v čekárně.

Je dobré vysvětlit matce, aby před návštěvou lékaře neříkala dítěti, že nic nebude bolet. Aby malého pacienta připravila na určité vyšetření nebo očkování, hrou v něm vzbudila důvěru, a předešla tak stresu z nečekané bolesti. Zde hraje důležitou roli návštěvní služba sestry v domácím prostředí. Pro děti je to prostředí přirozené. Zde nemají strach, jsou přirozenější a otevřenější.

Tato návštěva je dobrá i pro matky, které se vrátily z porodnice. Prvorodička při návratu domů může být bezradná, najednou tu nemá nikoho, na koho se může obrátit, má pocit, že je na vše sama, a skloubit péči o rodinu, domácí práce a o novorozence může být velmi těžké. I matka, která má již druhé dítě, při návratu domů může potřebovat pomoc profesionála. Změny hormonální, nutnost adaptace na novou situaci a jiný režim mohou být náročné a ovlivňovat především psychiku matky. Návštěva sestry v rodině může těmto problémům předejít.

Při návštěvě může sestra sledovat situaci v rodině po stránce sociální a poradit, kam se může rodina obrátit o pomoc, na jaké dávky státní sociální podpory mohou mít její členové nárok. Také může upozornit na nebezpečí a tím předejít úrazům, otravám, jak lékovým, tak i různými chemikáliemi, a poleptání. Znalost sociální situace v rodině pak může i lékaři pomoci v léčbě malých pacientů.

Touto prací bych chtěla zjistit, do jaké míry je návštěvní služba využívána, jak jsou s ní matky spokojené a jestli je sestrami tato služba matkám nabízena a v jakém rozsahu. Rovněž jsem si dala za cíl zjistit výhody, nevýhody a kvalitu poskytované služby, jaký přínos tato služba přináší sestřím, anebo naopak, jaké jim způsobuje komplikace.

# 1. Současný stav

## 1.1 Historie pediatrie a neonatologie

Teprve na přelomu 19. a 20. století se pediatrie stala samostatným vědním oborem. Dříve lékaři ošetřovali dětské pacienty společně s dospělými. O rozdílech v ošetřování dětí a dospělých lékaři nic nevěděli. (Sedlářová a kol., 2008)

Samostatná péče o děti začala již v 18. století, ale byla na nízké úrovni. Lékaři ani sestry neměli dostatek znalostí o výživě dětí, příčinách nemocí a ani znalost dětských nemocí. Až v 19. století se dítěti věnuje větší pozornost. Systematicky lékaři sledují vývoj dětí a z těchto poznatků vycházejí, jak pečovat o děti a vychovávat je. (Sedlářová a kol., 2008)

Při vzniku oboru pediatrie se lékaři zaměřili na dvě oblasti. První oblastí byl vývoj a zdraví dítěte, druhá se zaměřovala na oblast výživy a infekčních nemocí, které měly za následek značně vysokou úmrtnost u dětí. Řešení těchto problémů dalo základ preventivní péči. (Sedlářová a kol., 2008)

Další péče byla zaměřena na osiřelé děti vyrůstající v ústavech. Tato problematika vedla k postupnému rozvoji pediatrie jako samostatného medicínského oboru. Jeho náplní byla nauka o dětských nemocech, zdraví dítěte ve společnosti a péče o postižené děti. (Sedlářová a kol., 2008)

S dětským lékařstvím souvisí i obor ošetřovatelství a s tím vznik profese dětská sestra. Mezi osoby pečující o dětské pacienty v minulosti patřily řádové sestry, vdovy, svobodné matky a především ošetřovatelky v nalezincích. Teoretická příprava nebyla. Vědomosti ošetřovatelky čerpaly ze zkušeností, které získávaly z pozorování a léčení dětí doma nebo v nalezincích. (Sedlářová a kol., 2008)

U nás je prvopočátek dětského lékařství spojován s jmenováním prvního českého profesora dr. Bohdana Neuerttermena roku 1884. (Sedlářová a kol., 2008)

Ve 20. století českou pediatrii ovlivňuje německá škola reprezentována např. Czernym nebo Kellerem. Albert Hoffa v roce 1906 bojuje za poskytování vhodné výchovy i postiženým dětem. Alfred Grothajn v roce 1912 se zabývá sociální hygienou. Čeští lékaři jako Brdlík, Švejcar a Houšťek na tyto odborníky navazují, v roce 1918 vzniká Masarykova liga TBC a v roce 1924 se u nás zavádí kalmetizace. Díky tomu

po druhé světové válce dochází k poklesu TBC u nás. První dětská klinika na našem území vznikla v Praze na Karlově ve 30. letech 20. Století. V Českých Budějovicích bylo dětské oddělení nemocnice vytvořeno v roce 1945, prvním primářem byl dr. Šabata. (Velemínský, 2003)

V 60. letech minulého století se začíná zdokonalovat prevence, především sekundární, a vznikají odborné ordinace, zejména to jsou ordinace zaměřené na onemocnění srdce a ledvin. Zlepšuje se ale i diagnostika a léčba luxace kyčlí. Další období, tj. 70. léta, se v Evropě vyznačuje rozvojem intenzivní péče o patologické novorozence. České pediatrii trvalo téměř 20 let, než tuto ztrátu dohonila. V budování tzv. perinatologických center sehráli velkou úlohu pracovníci 1. a 2. Porodnické kliniky. V této době byl vyvinut prolaktační program a ošetrovatelský systém „rooming in“. Zvláštní pozornost si zaslouží i skutečnost, že se podařilo vymýtit dětskou obrnu pomocí vakcíny Salka a Sabina. Velkou zásluhu na této skutečnosti má profesor Procházka. (Velemínský, 2003)

80. a 90. léta zaznamenávají vzestup sociální pediatrie, prohlubuje se péče o patologické novorozence, rozvíjí se intenzivní péče. Druhá polovina 90. let se vyznačuje nárůstem abusu drog a pohlavně přenosných chorob, především AIDS. Jednou z příčin je zaměstnanost rodičů a nárůst podnikatelské činnosti. Touto dobou vznikají linky důvěry, krizová centra a řada sociálních zařízení. Také je založena první nemocnice v Čechách s názvem „Baby Friendly Hospital“, která propaguje kojení a učí matky správnému kojení. (Velemínský, 2003)

Začátkem 21. století se pediatrie zaměřuje na sociální problematiku, je to prevence protidrogová, prevence rizikového chování dospívající mládeže a prevence úrazů. Lékaři se věnují také speciální pedagogice a zavádějí do praxe práva dětí. (Velemínský, 2003)

Pokud se týká neonatologie v letech 1920-1950, je tato doba v péči o novorozence obdobím „hands-off“ (v překladu „ruce pryč“ anebo nesahat). Neonatologie vznikla v polovině 20. století v souvislosti s péčí o zralé, donošené děti. O nedonošené děti nebo o novorozence s infekcí či vrozenou vadou byla v té době péče velmi omezená. (Fendrychová, 2011)

Zakladatelem neonatologie v roce 1960 byl Alexandr Schaffer, v této době začali rozdělovat novorozence na narozené „před termínem“ (tedy narozené před 38. týdnem těhotenství) a na narozené v „termínu s opožděným intrauterinním růstem“. (Fendrychová, 2011)

V současnosti je obor neonatologie považován za samostatný vědní obor na hranici porodnictví a pediatrie. Neonatologie se účastní péče o novorozence a především má za úkol pomoci dítěti překonat nejjednodušší vstup do života mimo tělo matky. Za posledních několik let dosáhla neonatologie velkých pokroků. Záchrana dětí, které dříve neměly šanci přežít, je dnes zcela běžná. Teprve nedávno byla přijata hranice života mimo dělohu od 24. týdne těhotenství. Ještě před osmi lety byla tato hranice 27. týden. Rozvojem intenzivní péče o novorozence se snížila hranice úmrtnosti, na druhou stranu však narůstá počet dětí, které jsou primárně těžce postižené. (Příbylová, 2009)

I vysoká úroveň současné chirurgie dokáže řešit vrozené vady, které dříve nebyly slučitelné se životem. (Příbylová, 2009)

Na neonatologickém pracovišti se zdravotnický personál často setkává s etickými problémy, jakými jsou například právo novorozence na život, hranice životaschopnosti dítěte, právo na plnohodnotný život a další. (Příbylová, 2009)

Proto zde funguje etická komise, která se skládá ze 6-9 členů. Jsou v ní zastoupeni lékaři z různých oborů, podle charakteru případu, sester, zástupce církve, právník, filozof i politik. Vyjadřují se ke klinické a výzkumné problematice. (Příbylová, 2009)

## **1.2 Historie návštěvní služby**

Roku 1920 zásluhou dr. Alice Masarykové vyslala Liga Červených křížů americkou misi zdravotníků, která pomáhala při organizování aktuálních úkolů v našem mladém státě. Začala se rozvíjet dobrovolná liga sociální péče. Jejími nositeli byly podpůrné a ochranné spolky České srdce, katolická Charita a Armáda spásy pečující o studentstvo, děti, staré občany. Mimo jiné existovaly komise pro děti a mládež, československá péče o dítě, ochrana matek a kojenců. V roce 1921 byly změněny na okresní péče o mládež, které pracovaly podle jednotlivých stanov v sídlech soudních okresů. (Kafková, 1992)



Pro nedostatek sester návštěvní ošetrovatelství pomalu zanikalo. Do roku 1925 se udržela tato činnost jen ojedinele. Pak po roce 1929 v Praze se věnovaly této službě čtyři diplomové sestry. Pomáhaly v rodinách s péčí o nemocné členy a radily matkám, jak pečovat o výživu dětí, v problémech výchovy dětí a hospodaření. Návštěvní služba se pak začíná opět rozrůstat. (Kafková, 1992)

Diplomové sestry se stávaly vedoucími v poradnách. Ty, které absolvovaly další studia zaměřená na sociální péči, posilovaly řady sociálních pracovníků. Evidovaly nemocné, vedly záznamy o nemocných, výdej léků, režijní poplatky a organizovaly práci stanic. (Kafková, 1992)

V poradnách sestry informovaly matky o prohlídkách dětí a následně prováděly návštěvy v rodinách a komunikovaly i s učiteli. Sestry zjišťovaly, jaké jsou poměry v rodinách, převážně sociální. Tyto informace pomáhaly lékaři stanovit diagnózu. (Kafková, 1992)

Podíváme-li se do zahraničí, návštěvní služba byla už v roce 1880 v Anglii podporována zdravotníky z nemocnic. Bylo to z důvodu izolace dětí jako předcházení šíření infekčních nemocí. Také to byly důvody ekonomické. Ve Velké Británii v současné době působí CCN (Community Children's Nursing) založené v roce 1987. Společnost podporuje a rozvíjí kvalitní ošetrovatelskou péči podle zdravotní péče v komunitě. CCN uvádí, že lépe reaguje na potřeby péče o dítě jak v průběhu běžné péče, tak i v případech akutní a paliativní péče. Sdružení poukazuje na vzdělávání sester a získávání větších kompetencí. (Sikorová, 2012)

### **1.3 Rozvoj vzdělávání sester**

Začátky vzdělávání sester - ošetrovatelek bylo na základě předávání informací z generace na generaci ve středověkých hospitálech, určených k poskytnutí útulku a základní péče jednotlivci z řad chudiny. V první polovině 19. století se z hospitálů začaly stávat chudobince a sirotčince, ale stále bez účasti lékaře. Až v druhé polovině století do nemocnic proniká lékařská péče a s tím se spojuje i profese sestry jako opory lékaři při komunikaci s nemocnými a jejich ošetrování. (Plevová a kol., 2011)

První zárodky vzdělávání sester probíhalo formou přednášek. Roku 1860 zakládá Florence Nightingalová v Londýně první ošetrovatelskou školu. U nás vzniká první ošetrovatelská škola v Praze roku 1874 vlivem emancipačního ženského hnutí. Tato škola však měla jen krátké trvání, a to sedm let. Pak přišlo nařízení rakouského ministra o ošetrování nemocných v roce 1914, kterým stanovil organizační strukturu a obsahovou náplň výuky ošetrovatelek. Školy pak mohly být zřizovány pouze při nemocnicích. Velký vliv na naše vzdělávání měly východní státy. Ošetrovatelské školy byly následně slučovány s rodinnými a sociálními školami a přejmenovány na střední zdravotnické školy. Nároky na kvalifikaci sester přitom stále stoupají. (Plevová a kol., 2011)

Roku 1948 vyšel zákon o jednotných školách v systému obecného a odborného vzdělávání. Ošetrovatelské školy byly řízeny ministerstvem zdravotnictví a byly řazeny do systému vyšších odborných škol. Výuka probíhala 4 roky, a to v jak odborných, tak všeobecně vzdělávacích předmětech. Vyšší sociálně zdravotní školy vznikaly ve větších městech a jejich základ byl položen již v letech 1946 – 1947. Děly se na větve ošetrovatelky, dětské sestry, zdravotnické pracovnice, porodní asistentky, zubní laboranti a zdravotní laboranti. Výuka probíhala dva roky stejným způsobem pro všechny větve, ve třetím ročníku si mohli studenti vybrat zaměření a vzdělání ukončili maturitní zkouškou. (Kutnohorská, 2010)

Začátkem 21. století prošla ošetrovatelská péče velkými změnami a stále jimi prochází. Cílem vzdělávání po roce 1990 je přispět ke zvýšení úrovně zdravotnické péče a tím zlepšit úroveň zdraví obyvatelstva. Současně jde i o to zajistit soulad vzdělávání sester s kritérii Evropské unie. (Plevová a kol., 2011)

V 60. letech 20. století vydala Rada Evropy základní směrnice pro kvalifikaci sester. V letech 1967 - 1971 podepsalo postupně dohodu dvanáct evropských zemí. Roku 1972 ve Štrasburku byla vyhlášena dohoda o vzdělání sester, oficiální dokument číslo 59 Rady Evropy. Postupně se k němu přihlásily všechny státy Evropské unie i mezinárodní organizace WHO (World Health Organisation) a ICN (Mezinárodní rada sester). V roce 1995 byl doplněn o Role vzdělání sester. Evropská komise roku 1989 doporučila vzdělávání sester na vysokoškolské úrovni. Od roku 2004/2005 probíhá kvalifikační

příprava všeobecných sester jen na úrovni vyšších zdravotnických škol, vysokých škol anebo univerzit. (Plevová a kol., 2011)

Pregraduální studium probíhá na střední zdravotnické škole, kdy od roku 2004/2005 byl obor všeobecná sestra ukončen a nahrazen zdravotnickým asistentem, který nesmí pracovat samostatně. Dále existují zdravotnická lycea, kde probíhá příprava na vysoké školy, např. lékařské fakulty. Další možností jsou vyšší zdravotnické školy, které v České republice existují od roku 1996. Absolventi získávají titul diplomovaný specialista, např. diplomovaná všeobecná sestra nebo diplomovaný nutriční terapeut. Vysokoškolské studium je od roku 1992 pro sestry další možností vzdělávání. Nejprve bakalářské, pak magisterské a v současnosti i doktorské studium. (Plevová a kol., 2011)

Specializační studium je zaměřené na specifiku ošetrovatelské péče. Probíhá v akreditovaných institucích dle vzdělávacích programů a s příslušným počtem kreditů. (Plevová a kol., 2011)

Vzdělávání dětských sester probíhá v magisterském studiu, které navazuje na bakalářské studium oboru Všeobecná sestra. Studium je rozděleno do tří modulů. Jsou povinně volitelné. Student si vybere jeden modul, který určuje jeho zaměření, v tomto případě Ošetrovatelská péče v pediatrii. (Zdravotně sociální fakulta Jihočeská univerzita, 2015)

Dále jsou vypracované vzdělávací specializační programy modulovým způsobem a výuka probíhá na akreditovaných pracovištích. Národní centrum Ošetrovatelských a nelékařských zdravotnických oborů je v Brně. Specializované vzdělávání probíhá ve třech rovinách, a to formální - individuální výuka, obsahové - rozpracování vzdělávacích programů do studijních témat a procedurální - cíle jednotlivých studijních témat na sebe navazují, aby splnily cíl modulu. Vzdělávací programy mají tři úrovně, které na sebe navazují, a to modul základní, odborný a speciální. (Houdek, 2006)

#### **1.4 Komunitní a domácí péče**

Komunitní péče je velmi různě chápána, pro někoho je komunita místem, kde může strávit svůj život, pro jiného je to skupina lidí, která mezi sebou komunikuje, anebo to může být systém terapie, podpory a pomoci. Zdravotníci by si měli uvědomit,

že pro jejich pacienty znamená komunita jejich mikrosvět, kde bydlí, starají se o své blízké a stýkají se s nimi. Smyslem komunity je aktivizace občanské pomoci, svépomoc s podporou různých programů. (Bártlová, 2009)

Pro potřebu zdravotnické péče lze definovat komunitu jako společenství lidí žijících v geografické oblasti, u nichž existují vzájemné sociální vazby, např. vazba příbuzenská, přátelská, a mají společné aktivity. (Sikorová, 2012)

Komunitní ošetrovatelská péče je péčí v komunitě, je to péče o jednotlivce, rodiny a skupiny v místě, kde žijí, pracují nebo chodí do školy. Politické a ekonomické změny poslední doby jsou samozřejmě pocíťovány i ve zdravotnictví. Reformy si vyžádaly zdokonalení orientace systémů, lepší plánování služeb, diagnostiku, léčbu a péči. Komunitní péče má ekonomický a společenský význam pro podporu zdraví jednotlivce. Má za cíl přesvědčit jedince, aby převzali odpovědnost za své zdraví a vhodně využili zdravotnických služeb. Charakteristické znaky pro komunitní péči je ošetrování jedince v domácím prostředí, zaměřuje se na prevenci, edukaci, upevnění zdraví, zvyšování odpovědnosti za své zdraví. (Sikorová, 2012)

Ve většině evropských zemí tato péče přesahuje klasické chápání těchto služeb. Zde nejde jen o péči o jednotlivce v domácím prostředí, ale je zde péče psychologická, poradenská, duchovní. Orientuje se především na konkrétní skupinu např. ohroženou mládež, nezaměstnané, sociálně slabší rodiny, svobodné matky. Pracovníci, kteří poskytují tyto služby, nejsou jen zdravotníci, jsou to i sociální pracovníci a další odborné profese. (Sikorová, 2012)

Cíl komunitní péče je především zlepšit zdraví celé komunity, vyhledávat rizikové skupiny, kterým hrozí riziko onemocnění nebo zdravotní postižení a poskytnout jim specifickou péči. K této péči je třeba vyhotovit profil komunity, a podle něj naplánovat poskytování služby. Rozborem získaných dat zjišťujeme určité konkrétní potřeby komunity, např. potřebu péče o dítě. (Sikorová, 2012)

Institut, který se podílí na komunitní péči, je ambulance praktického lékaře pro děti a dorost. Provádí komplexní léčbu a preventivní péči od narození do 19 let věku dítěte. Nejdůležitější je péče preventivní, která sestává z preventivních prohlídek a očkování.

Do tohoto programu jsou zahrnuty i stomatologické a gynekologické prohlídky. (Sikorová, 2012)

Do těchto služeb také patří hospice, privátní sestry a porodní asistentky a také agentury domácí péče. (Plevová a kol., 2011)

Komunitní péče postupně nabývá na významu. Je devět principů, které stanovují tuto péči, a to např. dostupnost celých 24 hodin, návaznost péče, spolupráce multidisciplinární, individuální přístup. (Plevová a kol., 2011)

Domácí péče je od roku 1990 součástí našeho systému péče zdravotně sociální. Každý občan na ni má nárok na doporučení praktickým lékařem. Výhodou je přirozené prostředí, zapojení rodinných příslušníků a také ekonomický dopad (kratší doba hospitalizace). Domácí péče je individuální podle konkrétních potřeb nemocného. (Plevová a kol., 2011)

Domácí návštěvy jsou zaměřené na těhotné ženy, novorozence a děti. Sestra pracuje s rodinou v jejím přirozeném prostředí. Hodnotí domácí prostředí a chování rodiny. (Jarošová, 2007)

Domácí a komunitní péče se často překrývá. Rozdíl je v zaměření, komunitní péče se zaměřuje na celou komunitu, a to především na prevenci, domácí péče je zaměřena na péči o nemocné. (Plevová a kol., 2011)

Primární zdravotní péči dětem a dospívajícím poskytuje praktický lékař pro děti a dorost, který je smluvně vázán pojišťovny. Rodiče si lékaře mohou sami vybrat. Pravou rukou lékaře je pak dětská sestra, která by měla mít specializaci v oboru a alespoň pět let praxe na lůžkovém oddělení. Lékař poskytuje jak preventivně léčebnou péči tak i návštěvní službu. Preventivní péče začíná již od narození formou preventivních prohlídek dítěte, které probíhají prvním rokem života dítěte 10x do roka, a to v intervalech: 3., 6., 10 týden, poté v 3., 4., 5., 6., 8., 10., 12. a 18 měsíci, další prohlídka je ve třech letech a pak za další dva roky. Při těchto prohlídkách se hodnotí psychomotorický vývoj, vývoj řeči, školní zralost i směřování volby povolání dítěte. Nejdůležitější je očkování dítěte podle očkovacího kalendáře. Součástí náplně zdravotníků v této péči je i výchova nejen dětí ale i jejich rodičů, a to především v oblasti správné výživy, osobní hygieny, výchova k rodičovství, prevence pohlavních

chorob, protidrogová výchova, prevence alkoholizmu, kouření a také poskytnutí první pomoci. (Slezáková a kol., 2006)

### **1.5 Psychomotorický vývoj dítěte od narození do šesti let**

Novorozenec počínaje porodem do čtvrtého až šestého týdne života má základní nepodmíněné reflexy, a to sací, hledací, úchopové, vyměšovací, polohové a orientační. Dítě vidí od samého začátku, sleduje pohybující se předměty, a to mnohdy i se zájmem. Sluch se vyvíjí již v prenatálním období. Po porodu dítě rozezná hlas matky, který preferuje. I hmat je dobře vyvinutý. Dítě má rádo teplo a dotek. Je známo, že se i sami novorozenci dotekem uklidňují. Po stránce motorické je novorozenec nevyzrálý. V pohybu a držení těla je odkázán na pečující osoby. Vnímá silné zvukové a světelné podněty, vzniká u něj úleková reakce. Rozhodí ruce, mračí se a někdy začne i brečet. Při vzetí do náruče cítí teplo matky a při pohlazení se dokáže uklidnit. (Hellbrügge, Šoltés a kol., 2010)

Kojenec je období do jednoho roku. Je to období největšího výšvihu po stránce psychomotorické. V pohybu je to především v oblasti lezení, sezení, chůze a úchopu. Vývoj jde od hrubé motoriky k jemné. (Hellbrügge, Šoltés a kol., 2010)

Pokud se týká psychosociálního vývoje, v prvních týdnech života kojence je jeho komunikací pláč, od 12. týdne již pláče méně a začíná reagovat dotykem a úsměvem. Spojuje podnět s prostředím a vhodnou motorikou. V období mezi 9. a 12. měsícem již dítě chápe trvalost předmětů, manipuluje s předměty pomocí nástrojů. Toto období nazývá Freud orálním stádiem, kdy dítě své potřeby uspokojuje ústy. V tomto věku dochází mezi dítětem a matkou k symbióze, utváří se trvalé citové pouto s rodiči. Ve 3. až 6. měsíci dítě napodobuje a v 9. měsíci začíná objevovat složitější hry např. na schovávanou. V tomto období vzniká u dítěte strach z odloučení a bojí se cizích lidí. Vrchol tohoto strachu je v 15. měsíci a končí ve 2 letech. (Sedlářová a kol., 2008)

Psychomotorický vývoj začíná postupně při uvědomělé hybnosti. V prvním roce jde zejména o vývoj hrubé motoriky. Vývojem motoriky dosahuje dítě k vzpřímené poloze a k chůzi. Rozvoj hrubé motoriky pomáhá dítěti objevovat okolní svět. V 6. měsíci je schopno samo sedět, ale důležitější je schopnost přetáčení ze zad na břicho. Další

měsíce jsou podstatné v rozvoji pohybu formou plazení a lezení, které pak vyvrcholí samostatnou chůzí v rozmezí 9. až 17. měsíce. (Sedlářová a kol., 2008)

Jemná motorika je vidět především v úchopu. Dítě mezi 3. a 4. měsícem je schopno uchopovat celou dlaní. Zapojení palce nastává kolem 5. měsíce, v 7. měsíci používá palec v opozici a v 9. měsíci má již klíšťový úchop. (Sedlářová a kol., 2008)

Rozvoj řeči je rozhodující především pro duševní vývoj dítěte. Naši domněnkou je, že mluvíme, protože myslíme, ale opak je pravdou. (Hellbrügge, Šoltés a kol., 2010)

Pro novorozence jsou typické různé druhy pláče. Ve 3. měsících začíná broukat a houkat. Hlávky začíná vydávat v 5. měsících a v 6. měsících tyto začíná spojovat (např. la, egu, grr). V 8. měsíci opakuje zvukové slabiky jako bababa, gegege. V 10. měsíci zdvojuje slabiky, ale stále neví jejich význam - baba, tata a ve 12. měsících již vydává první slova jako ham, bác nebo bum. (Kiedroňová, 2013)

Batolečí věk je od 1 roku do 3 let. Toto období dělíme na dvě části, a to na mladší batolečí věk (1 - 2 roky) a na starší batolečí věk (do 3 let). Zde dochází k výraznému rozvoji osobnosti dítěte. Začíná být samostatnější a uvolňuje se z vazeb. (Kelnarová a Matějková, 2010)

Období batolete se také vyznačuje velkým tělesným růstem. Ve druhém roce dítě vyroste o 12 cm a ve třetím roce o 6 - 7 cm, ale zpomaluje se váhový nárůst, ve druhém i třetím roce je to o 2 kg. (Kelnarová a Matějková, 2010)

Vývoj hrubé motoriky je vidět na první pohled, dvouleté dítě již velmi dobře zvládá chůzi, nepadá a zvládne nerovnosti terénu. Dokáže překonat práh, postupně začíná zvládat chůzi do schodů - nejprve jen leze, kolem druhého roku jde do schodů s přisunutím nohy, ve dvou a půl roce to zvládá již jako dospělý. Ze schodů jim to zatím nejde. Ve dvou letech umí poskočit snožmo anebo z malé výšky. Opravdový skok zvládne kolem třetího roku, taktéž jízdu na tříkolce. (Langmeier a Krejčířová, 2006)

Jemná motorika se také velmi zdokonaluje, pohyby prstů při úchopu, manipulování s věcmi i pouštění. Dokáže řadit kostky jak svisle tak vodorovně, ve třech letech zvládá batole i složitější stavby, jakou je most z kostek. Také dokáže navlékat korálky přiměřené jeho věku. Ve dvou letech dokáže rozeznat základní geometrické tvary, pokouší se malovat tzv. „čmárání“. (Langmeier a Krejčířová, 2006)

V oblasti řeči dochází k rozhodujícímu pokroku. Ve druhé polovině druhého roku začíná chápat význam slov a začíná je užívat. (Langmeier a Krejčířová, 2006)

Mezi druhým a třetím rokem má dítě slovní zásobu kolem 900 slov, rozumí jim a dokáže je použít. To je však podmíněno aktivizací od okolí. Děti se rády učí říkanky a chlubí se a zájem okolí posiluje jejich sebevědomí. (Helus, 2011)

V tomto období vznikají sociální vztahy. Dítě se uvolňuje, osamostatňuje, může kdykoli odlézt od matky, později odejít, a zase se vrátit. Hry na schovávanou jsou nejoblíbenější. Na konci batolecího období začíná vidět v rodičích, prarodičích vzor a snaží se je napodobit. Začíná se stydět a to ho motivuje k vývoji správným směrem. (Kelnarová a Matějková, 2010)

Předškolní období je přibližně od tří do šesti let věku. Konečná fáze zde není určena jen fyzickým věkem, ale i sociálním faktorem, a to nástupem do školy. (Kelnarová a Matějková, 2010)

Je to období, kdy je dítě samostatné, vydrží být bez rodičů a mateřskou školu plně akceptuje. Jsou zde charakteristické jevy pro předškolní věk v oblasti motoriky i jiných dovedností. Je oproti batoleti rychlejší, obratnější a své pohyby plně koordinuje. Samo se dokáže obsloužit jak při jídle, tak při použití toalety. Umí se obléct a dokáže pomoci při uklízení. Další je kresba. Na konci třetího roku dokáže nakreslit geometrické tvary. Nejraději má spontánní kresbu, kdy vyjadřuje a zpřítomňuje svá přání, nebo co prožilo hezkého, ale i traumatické zážitky. Odborníci této činnosti věnují velkou pozornost. (Helus, 2011)

Pak je tady význam hry, kdy se výrazně rozšiřuje repertoár her. Dělíme je na hry motorické - s míčem, prolézání, skákání. Dále to jsou hry na sociální role, tyto hry hraje samo, s kamarády či rodiči. Je to hra na učitele, lékaře a jiné. Pak jsou to hry, kdy si vymění roli s matkou, nebo když se vrátí ze školky, tak rozesadí plyšové hračky (hra na učitelku a žáky, které poučuje). Jsou to hry s přesunem sociálních perspektiv. (Helus, 2011)

Jsou to hry s pravidly. Dítě ví, že existují pravidla a snaží se je dodržovat. Děti rády vyprávějí a naslouchají. Už má co vyprávět, jak bylo ve školce, co zažilo. Rozvíjí se řečová způsobilost, ale musí zde být impulz od dospělých, kteří je poslouchají. Také



rády naslouchají pohádkám, kde je vymezené dobro a zlo, záhadnou tajemnost „bylo, nebylo“. (Helus, 2011)

## **1.6 Základní potřeby dítěte**

Většina dětí má shodné základní potřeby, ať tělesné tak psychické. Je třeba naplňovat tyto potřeby, protože v prvních letech se dítě vyvíjí nejrychleji a je závislé na okolí více než v dalších etapách života.(Sikorová, 2011)

Růst a vývoj jedince je podmíněný jak geneticky, tak i vlivem okolního prostředí. Růstový vývoj můžeme dobře měřit a monitorovat, ale duševní vývoj se těžko udává. Jsou zde individuální rozdíly řečového i sociálního vývoje. Zde mají vliv především faktory sociální, kulturní, rodinné, které udávají rychlost vývojových kroků. (Sedlářová a kol., 2008)

Základní potřeby dítěte dělíme na tělesné a psychické. K tělesným potřebám patří přístřeší, strava přiměřená věku, teplo, čistota, odpočinek a prevence, jak zdravotní, tak zubní. Psychické potřeby jsou láska a důslednost, bezpečí a důvěra, vztah mezi dávat a brát, které posilují vnímání a reagování, očekávání dospělých, co dítě dokáže v daném vývojovém stupni, příjem etických, kulturních nebo vývojových odlišností. Potřeby učit se komunikačním dovednostem, učit se hrou bez výčitek, když něco udělají špatně, získat vzor chování. Sebeúctu a sebevědomí dítě získává díky vlídnému prostředí, povzbuzování, ocenění úkolu, který zvládlo. Současně je důležité, aby dítě nebylo přehlcoováno informacemi. (Plevová a kol., 2011)

Vědci se pokouší mnoho let zjistit, jak funguje vztah mezi rodiči a dětmi. Výchova má sociální, kulturní a vědecký podtext. Vše, co rodiče dělají, má vliv na fyzický a psychický vývoj dítěte. Děti rostou, naslouchají, pozorují dospělé. Ale proč je ovlivňuje některá osoba nebo událost víc než jiná? A jaká je míra ovlivnění rodiči, kulturou? Anebo je ovlivnění osoby dané pouze geneticky? Zatím se to vědcům nedaří zjistit. (Smallová, 2012)

## 1.7 Úloha sestry v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost

V ambulanci je poskytována léčebně preventivní péče o novorozence, kdy sestra chodí na návštěvy do rodinného prostředí, při kterých matce vysvětlí péči o dítě, podmiňuje matku ke spolupráci, podporuje kojení, správnou výživu, hygienu a sleduje psychomotorický vývoj dítěte. Vše pečlivě zaznamenává, vede údaje o očkování a výsledcích preventivních prohlídek. (Boledovičová, 2000)

Náplní práce sestry v ordinaci je navázání kontaktu jak s dítětem, tak s rodiči. Zjišťuje informace o pacientovi, rodinném a sociálním zázemí. Získané informace předá lékaři, neboť tyto mu mohou pomoci k určení diagnózy. Sestra musí zvládat asistovat lékaři při vyšetření dítěte a jeho následném ošetření, i při zajišťování průběhu léčby. Dále provádí podle ordinace lékaře odběry biologického materiálu, vyšetření sluchu a zraku, měření fyziologických funkcí, převazy, podání léků, vyšetření moče a další jednodušší vyšetření. (Nejedlá a kol., 2005)

Důležitou součástí v ambulantní péči je administrativní činnost. Sestra musí umět správně vést dokumentaci a mít přehled o sociální problematice. Dále musí zvládat předlékařskou první pomoc. Měla by umět zajistit plynulý chod ordinace, a to jak po stránce organizační, tak po stránce provozní a materiální, a zvládat dobře zdravotně výchovnou činnost. (Nejedlá a kol., 2006)

Administrativa je v současné době zjednodušována novými a kvalitními softwary, velké nároky se však kladou na kvalitu dokumentace. Dětská sestra kompletuje a archivuje zdravotní dokumentaci. Nového pacienta registruje, zakládá veškeré zprávy, výsledky a vypisuje žádanky na vyšetření. (Sikorová, 2012)

Dětská sestra řídí ošetrovatelskou péči, ošetřuje jak zdravé tak nemocné děti od narození až do adolescence. Spolupracuje s rodiči a snaží se je zapojit do preventivní a výchovné péče. (Sedlářová a kol., 2008)

Dětské sestry se zapojují do péče o děti a rodinu, podporují zdravý vývoj dítěte. Zájem sestry, bez rozdílu jejího pracoviště, je hlavní blaho dítěte a jeho rodiny. Úkolem je působit v oblasti prevence, podpory zdraví, poradenství, zajištění spolupráce s dalšími profesionály, kteří se podílejí na péči, na plánování a realizování ošetrovatelské péče formou ošetrovatelského procesu. (Sikorová, 2011)

V poslední době má sestra i roli výzkumnice. Podílí se na využívání nových poznatků v ošetrovatelství, z odborných periodik získává nové informace a podílí se na tvorbě nových standardů. (Plevová a kol., 2011)

### **1.8 Komunikace s dětským pacientem v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost**

Správně komunikace s pacientem je vždy velmi důležitá, ať jsou to dospělí nebo děti, zdraví či nemocní. Dítě je v období nemoci obzvláště citlivé. Sestra je pro dítě po rodičích další kontaktní osobou. Důležitou roli hraje i neverbální komunikace. Oční kontakt a úsměv, snížený postoj na úroveň dítěte. Sestra si všímá gest, zjišťuje citlivost na dotek. Záleží i na zevnějšku sestry. Uniformu nahradíme něčím, co děti zaujme. Také prostředí hraje velkou roli. Hřejivé barvy na stěnách, hezké obrázky a hračky jsou zdrojem podnětů. (Venglářová a Mahrová, 2006)

Komunikace při jednání s dětským pacientem je velmi specifická. Zdravotník musí být profesionál, aby si získal spolupráci dítěte. Úspěšná komunikace se odvíjí od znalostí vývojových charakteristik a zvláštností, které přináší každé období. Také zdravotní stav dítěte se podílí na komunikaci a psychickém prožívání. Sestra by měla stále zdokonalovat své komunikační schopnosti. (Plevová a Slowik, 2010)

Komunikace s rodiči nemocného dítěte vyžaduje velkou trpělivost, musí být důsledná, upřímná a hlavně „lidská“, Sestra by se měla snažit rodičům naslouchat. (Plevová a Slowik, 2010)

U dětí je nejrozšířenější formou komunikace haptika. V péči je dotek nejdůležitější nástroj, kterým se dá pacient uklidnit. Sestra dotekem nebo podáním ruky může vyjádřit dítěti pocit jistoty, srdečnosti a jejího zájmu. Ale dotekem může vyvolat i agresi, narušení osobního prostoru. Zde je třeba, aby sestra dobře odhadla, zda je dobré podat ruku či ne. (Plevová a kol., 2011)

Další věcí je naslouchání a empatie. Tyto dvě důležité věci patří do neverbální komunikace a zvyšují profesní etický kredit sestry. Naslouchání je na prvním místě. Je to aktivní vnímání toho, co nemocný říká. Přitom sestra sleduje mimiku a pohyb těla dítěte. Této schopnosti je třeba se naučit, není to snadné. Jde tu o víc, než jen vnímat

slova. Je třeba umět i klást správné otázky. Správné otázky jsou projevem našeho zájmu a sympatií. (Kutnohorská, 2007)

Projevem naslouchání je skutečná empatie. Jsme schopni vidět svět druhého z jeho pohledu. Empatie je základní předpoklad dobré komunikace a schopnosti rozpoznat emoční rozpoložení pacienta. Je třeba rozlišovat od sympatie. (Kutnohorská, 2007)

### ***1.8.1 Hranice osobní zóny***

Osobní zóny dělíme na intimní, kdy je těsná hmatová zóna - dotek. Nejčastěji existuje mezi matkou a dítětem. Hranice je 15-30 cm, zde jsou zapojeny smysly hmat a čich. Pokud tuto zónu narušíme, můžeme být vnímáni jako vetřelci. Při porušení této zóny může komunikace vážnout. (Venglářová a Mahrová, 2006)

Další je osobní zóna, hraniční vzdálenost je 45-75 cm a horní hranice je 1,20 m. Zde je možné pozorovat mimiku a oční odpověď, lze ještě vnímat pach.(Venglářová a Mahrová, 2006)

Pak je společenská zóna neboli sociální, která začíná ve vzdálenosti 1,20 m a končí ve vzdálenosti 2 - 3,5 m od osoby. Tady vidíme celou postavu. Je to oblast úředního jednání, diskuse více lidí anebo učitele a žáka. (Venglářová a Marhová, 2006)

Dále je to veřejná zóna (od 3,5m až 7,5 m). V této zóně sledujeme celou postavu a pohyb v prostoru. Bývá to při hereckém vystoupení nebo vystoupení politických činitelů. (Venglářová a Mahrová, 2006)

## **1.9 Ošetřovatelský proces dítěte od narození po předškoláka**

Metoda ošetřovatelského procesu umožňuje sestře organizovaný přístup jak k dětem tak i jejich rodičům. Také rodiče a prarodiče se zapojují do tohoto procesu. Ošetřovatelský proces sestře pomáhá poznat, analyzovat a uspokojovat dětské potřeby. (Sedlářová a kol., 2008)

Ošetřovatelský proces je systémový komplex výkonů ošetřovatelské činnosti a přihlíží k individuálním potřebám ošetřovaného. Ošetřovatelský proces souvisí s akceptováním vědeckého přístupu a východisek ošetřovatelství. Jedná se o proces pětifázový, přičemž těmito fázemi jsou zhodnocení/posouzení, diagnostika, plánování,

realizace a vyhodnocování. Při zhodnocování sestra získává informace a hodnotí zdravotní stav pacienta, hledá rizika a patologické procesy i silné stránky pacienta. V diagnostice provádí sestra analýzu získaných informací a stanoví potencionální problémy. Ty tvoří základ plánu péče. Při plánování sestra vykonává čtyři kroky. Nejprve určí, jaké problémy jsou prioritní a které není třeba řešit ihned. Stanoví cíl, to znamená, co můžeme očekávat a za jakou dobu. Určí činnosti, které jsou potřebné k dosažení cíle. Poté musí zaznamenat, jak vše probíhá a jestli je plán dodržován, tato fáze individualizuje. Při realizaci plánu nelze postupovat automaticky, vždy je třeba posoudit stav pacienta, a pokud je třeba, změnit postup dle jeho reakcí. Sestra vše musí důkladně zaznamenat do dokumentace. Poslední fází je vyhodnocení, zda došlo k dosažení cíle. Když je cíl splněn, může dojít k ukončení. Pokud nebyl cíl dosažen, znovu se hodnotí stav pacienta a vše probíhá od začátku. (Tóthová a kol. 2014)

Při prvním kontaktu sestra sbírá informace anamnestické, o zdravotním stavu dítěte a o rodině a prostředí, ve kterém vyrůstá, a posuzuje hlavně vývojové potřeby dítěte. (Sedlářová a kol., 2008)

Údaje získáváme přímo od pacienta s přihlédnutím na věk dítěte, od rodičů anebo od jiné osoby, která o něj pečuje. Zdravotní záznamy, jak lékařské tak ošetrovatelské, ukládáme do ambulantní karty pacienta. Stejně tak výsledky vyšetření. Údaje shromažďujeme pozorováním, dítě sledujeme, jak se chová, jestli trpí bolestí, nebo jestli je bledé. Sestra dělá rozhovor, aby zjistila problém, poskytuje informace, které jsou v její kompetenci, je podporou dítěti i rodičům. Poté provádí fyzikální vyšetření, které je důležité i z hlediska odhalení možného týrání dítěte. Všechny shromážděné informace směřují ke stanovení ošetrovatelské diagnózy. Problémy pacienta mohou být nejen zdravotní, ale i psychické nebo sociální. Další fází je plánování ošetrovatelské péče. Stanovíme priority pacienta a stanovíme cíl. Toto musí být v souladu s dalšími léčebnými postupy, které naordínuje lékař. Pak ošetrovatelský plán realizujeme. Intervence jsou závislé, ty ordinuje lékař, nebo nezávislé, to je vlastní aktivita sestry a vzájemná spolupráce zdravotnického týmu. To vše zhodnotíme, abychom zjistili, jestli je cíl plněn, nebo se vše dá ukončit anebo je potřeba cíl změnit. Vše řádně zapíšeme do dokumentace. Zápis musí být přehledný, v dokumentaci se

nesmí škrtat. Pokud je třeba něco změnit, příslušnou změnu označíme a potvrdíme podpisem. (Sedlářová a kol., 2008)

## **1.10 Vyhodnocování vybraných potřeb dítěte v domácím prostředí dle**

### **Taxonomie II**

Taxonomie II.- Ošetřovatelské diagnózy- obsahuje třináct domén, které nám pomáhají v diagnostice aktuálních diagnóz, ale i potencionálních, kde se opíráme o nalezení určujících znaků a souvisejících faktorů při hledání ošetřovatelského problému. Nabízí nám názvy jednotlivých diagnóz, definice a diagnostické prvky dysfunkčních a potencionálních disfunkčních potřeb. (Herdman, 2012-2014)

V první doméně je Podpora zdraví, zjišťuje jaký je pacientův životní styl a jaké jsou zde problémy. Druhá doména je Výživa, zjišťuje problémy v příjmu potravy, trávení, vstřebávání metabolismu a hydrataci. Třetí doména je Vylučování a výměna, kde zjišťujeme problémy ve vyprazdňování moči a stolice, funkce pokožky, respirační problémy a gastrointestinální poruchy. Čtvrtá doména Aktivita a spánek hledáme problémy v oblasti spánku, aktivity, energetické rovnováhy, sebeděče, kardiovaskulární a pulmonální odezva. Pátá doména Vnímání a poznávání řeší problémy s orientací, pozorností, vnímání, poznávání a komunikací. Šestá doména Vnímání sebe sama řeší problémy se sebezpojetím, sebeúctou a obrazem těla. Sedmá doména Vztahy, která poukazuje na problémy v roli pečovatele, rodinné vztahy, vykonávání role a kojení. Osmá doména Sexualita řeší problémy sexuální identity, sexuální funkce a reprodukce. Devátá doména Zvládání zátěže, zde hledáme problémy například zvládání zátěže v rodině, udržení vztahů, podceňování. Desátá doména Životní princip zjišťuje pacientovi hodnoty, přesvědčení a soulad hodnot. Jedenáctá doména Bezpečnost a ochrana zjišťuje problémy infekce, aspirace, pády, integrity kůže, syndrom náhlého úmrtí kojence, tepelné poranění, násilí, otravy, alergická reakce a termoregulace. Dvanáctá doména Komfort řeší problémy tělesného komfortu, sociální komfort a prostředí. Třináctou doménou je Růst a vývoj kde řešíme problémy v růstu a vývoji. Z těchto domén jsem vybrala ty, které se nejčastěji řeší v domácím prostředí.(Herdman, 2012-2014)

### ***1.10.1 Zhodnocení výživy v domácím prostředí***

Nejpřirozenější výživa novorozence a kojence je kojení. Je to nejdůležitější úkol, neplní jen funkci vyživovací, ale i sociální. Je to jedinečný způsob kontaktu dítěte s matkou. (Jungwrtová, 2009)

Dítěti kojení vyhovuje a matce usnadňuje péči o něj. Dítěti to přináší nejen výživu, ale i protilátky poskytující imunitu. Při kojení si dítě reguluje svou chuť k jídlu. Také se posiluje vztah s matkou a matka poznává rytmus života svého dítěte. Uspokojují se jak potřeby matky, tak potřeby dítěte. I když matka nemá mléko anebo nepociťuje mateřské city, neznamená to, že je špatná matka. Každá si najde svou cestu k mateřství. (Bacus, 2005)

Mateřské mléko obsahuje vše potřebné pro zdravý vývoj dítěte. Každá matka má své mateřské mléko specifické, v němž je obsaženo to, co její dítě potřebuje. Jsou zde v ideálním poměru zastoupeny cukry, tuky, bílkoviny a minerály. V mléce jsou také látky, které se podílejí na obranyschopnosti dítěte. Mléko je vstřebatelné a dobře zpracovatelné pro zažívací trakt dítěte. (Strnadelová a Zezrán, 2007)

Kojení je přirozená věc, není to žádná věda a matky se nemají čeho obávat. Je třeba se zajímat o kojení ještě před porodem a předejít tím různým obavám. Plné kojení by mělo trvat alespoň půl roku. Konzistence mléka a podíl tekutých složek se průběžně upravuje podle potřeb dítěte, ale také záleží na stravování matky. (Muntau, 2009)

Příkrmy by se měly začít podávat kolem půl roku a nejpozději kolem sedmého, osmého měsíce. Doplnují stravu dítěte a dítě si tak zvyká na různé chutě, konzistenci a složení stravy. Na délku kojení existuje několik názorů. V jednom roce by se měla četnost kojení snižovat a nejdéle do dvou let by se mělo kojení ukončit. Všeho moc škodí, proto ani v případě kojení by matka neměla nic přehánět, pak by pro dítě kojení bylo spíše na škodu. Dítě může být v případě příliš dlouhého kojení zahleněné, postupně ztrácí enzymy, které zpracovávají bílkoviny. (Strnadelová a Zezrán, 2007)

Ukončení kojení by mělo být pozvolné. Není to jednoduché a matka musí být trpělivá a důsledná. Je třeba se s dítětem častěji mazlit a vyjadřovat lásku, protože jinak by u něj mohl nastoupit pocit nejistoty a ztráta bezpečí. (Strnadelová a Zezrán, 2007)

Přechod dítěte na pevnou stravu by měl být posupný, začíná se s příkrmy v půl roce, pokud dítě odmítá, můžeme to zkusit v sedmém a nejpozději v osmém měsíci. Příkrmy by měly být tepelně zpracované. Začínáme zeleninou, nejprve jedním druhem, a pokud jej dítě toleruje, přidáme další druh. Zeleninové polévky nesmí obsahovat sůl vzhledem ke správnému vývoji ledvin. V polévce by měly být maximálně tři druhy zeleniny pro lepší stravitelnost. Zeleninu nemixujeme, ale rozdrtíme anebo rozmačkáme vidličkou, protože si dítě musí zvykat na různou konzistenci potravy. Také nepodáváme jídlo z lahve, aby si dítě předčasně neodvyklo pít z prsu. Později zařadíme i ovoce, také tepelně zpracované a bez cukru. Po 9. měsíci můžeme podávat obiloviny, ale bezlepkové, abychom neponičili střevní sliznici. (Strnadelová a Zezrán, 2007)

Pokud matka z jakéhokoliv důvodu nemůže kojit, tak je zde možnost využít umělou kojeneckou výživu, která je dnes již velmi kvalitní. Je dostupná pro všechny věkové kategorie. Máme zde počáteční výživu, která se nejvíce podobá mateřskému mléku. Je přizpůsobená ke krmení novorozenců a je méně sytá. Navazuje pokračující výživa, která je hustější, je zde zastoupena laktulóza a polysacharidy, je v ní nižší obsah tuku než v kravském mléce. U této výživy je třeba důsledněji kontrolovat tělesnou hmotnost dítěte, neboť může docházet k překrmování. Následnou stravu, v níž je větší podíl bílkoviny a která je energeticky bohatší, lze podávat od 5. měsíce. (Muntau, 2009)

Pokud děti netolerují tuto umělou výživu, lze ji nahradit výživou na bázi sojového mléka. Musí to být preparát kojenecké výživy, ne volně prodejné sojové mléko. U dětí s alergickou zátěží můžeme použít hypoalergenní výživu, která redukuje četnost alergií zejména kožních a gastrointestinálních. Tato kojenecká výživa je pouze pro speciální indikaci. (Muntau, 2009)



### ***1.10.2 Zhodnocení vylučování a výměny v domácím prostředí***

Do vylučování a výměny řadíme výměnu plynů. Dýchání je základní biologickou potřebou. Dýchací cesty je třeba udržovat čisté a průchodné. Při potížích ošetrovatelská činnost spočívá v polohování, odstraňování sekretu z dýchacích cest, zvlhčování vzduchu a udržování přiměřené teploty. Děti od narození do šesti let jsou nejčastěji nemocné, převažují nemoci horních a dolních cest dýchacích. Zde je důležité naučit dítě dobře smrkat a u malých dětí umět dobře odsát horní cesty dýchací. Pokud matka neví, jak odstraňovat sekret, tak jí poradíme, jaké nástroje zakoupit, a ukážeme správné odsátí. Také poradíme jak připravit vlhké prostředí a jak polohovat dítě v postýlce. (Sedlářová a kol., 2008)

Další nedílnou součástí je vyprazdňování moči a stolice. Je to základní biologická a fyziologická potřeba. Vyprazdňování moče závisí na vývojové etapě, novorozenci močí zatím bez ovládnutí močového měchýře. Od 6. měsíce do 12. měsíce se začíná objevovat vnímání pocitů na močení, až kolem 3. roku je dítě schopno na pokyn spustit mikci. Vrcholem je úplná kontrola močení, kdy je dítě schopno se vymočit i při menší náplni anebo započatý akt přerušit. U novorozence je častost močení alespoň 12 až 20 x denně, u starších 8 až 10x denně. Pokud dojde k odchylce, je třeba hned problém nahlásit lékaři. (Sedlářová a kol., 2008)

Vyprázdnění stolice u novorozence by mělo být do 24 hodin po narození, je to odchod smolky. Pokud nedojde k vyprázdnění, je to třeba nahlásit lékaři a vyšetřit, zda jde pouze o opožděný odchod smolky, anebo se jedná o vrozenou vadu či onemocnění zažívacího traktu. S příjmem potravy se mění vzhled a barva stolice. K vyprázdnění dochází jednou za 24 hodin, množství stolice závisí na množství potravy, kterou dítě přijme. U dětí, které navštěvují školku a jsou stydlivější, může dojít k zácpě v důsledku potlačování vyprázdnění stolice. Problém je třeba rychle řešit a naučit dítě se pravidelně vyprazdňovat. (Sedlářová a kol., 2008)

Opačným problémem bývá průjem. Nejčastějšími příčinami průjmu bývají například dietní chyby, nevhodná kombinace potravin, alergie a toxická reakce. Dále mohou průjem způsobit parazité, viry a bakterie. Řidší stolice se může objevit u prořezávání

zoubků nebo horečnatého onemocnění. Průjem dělíme na akutní, který trvá nejdéle do dvou týdnů, a chronický, který trvá déle než dva týdny. (Gregora, 2013)

Virové průjmy jsou nejčastěji způsobené rotaviry, enteroviry a jinými. Těmto průjmům lze předejít očkováním. Sestra může matce doporučit, pokud kojí, aby nepřestávala, neboť v mateřském mléce jsou obsaženy látky, které chrání střevní sliznici a napomáhají původce průjmu odstranit. Na doplnění ztráty tekutin může sestra doporučit zakoupení v lékárně roztok k tomu určený, např. roztok Kulíšek, a poučí matku o přípravě a způsobu podání. U nekojených dětí sestra doporučí podat roztok do čtyř hodin a poté pokračování v podávání umělé výživy. Mléko může matka připravovat z rýžového odvaru. U starších dětí poradí sestra matce vyvarovat se tučného jídla. Pokud se zdravotní stav dítěte nelepší a přidá se např. zvracení, může dojít k dehydrataci, je proto třeba okamžitě navštívit lékaře. Poučíme matku i o důkladné hygieně a ošetřování konečníku. (Gregora, 2013)

### ***1.10.3 Zhodnocení aktivity a spánku v domácím prostředí***

Další důležitou doménou je aktivita a spánek. Prostředí by mělo být přizpůsobené věku dítěte a jeho potřebám. Je důležité dítě přiměřeně stimulovat, dávat mu vnější podněty, a tím podmiňovat centrální nervový systém a jeho rozvoj. Podněty by neměly být ani slabé ani silné a měly by se měnit. Stimulace by měla být také přiměřená. Při slabé stimulaci si dítě zvykne a vystačí si jen s málem, při nadměrné dochází k tomu, že je dítě neurotické. Spánek u nejmenších dětí je nejdůležitější a zaplňuje většinu dne. Čím je dítě starší, tím méně spí a převládá aktivita. I mezi dětmi se najdou ty, které více spí, a ty, co toho moc nenaspí a přitom jsou zdravé a normální. Když dítě spí, tak má pocit bezpečí. I pro rodiče je to chvíle, kdy mají trochu času na další záležitosti, a mají pocit pohody a bezpečí. Sestra doporučí matce například rituály před spaním, jaká teplota by měla být v místnosti, jak mít vybavenou postýlku a další. (Matějček, 2005)

Je důležité dodržovat přibližné časy jak k nočnímu spánku, tak k probouzení a spánku přes den. Před spaním by nemělo dítě hrát divoké hry. Sice je dobré, aby dítě vybil svou energii, ale hodinu před spaním bychom měli dítě uklidnit například

koupáním, klidnou hrou, masírováním. Při ulehnutí můžeme přečíst pohádku, zpívat ukolébavku nebo dítě hladit a dát mu jeho oblíbenou hračku. Dítěti tím zajistíme bezpečí, a pokud se bojí tmy, necháme otevřené dveře, aby prosvítalo světlo z vedlejší místnosti, nebo pořídíme noční světlo. Pokud nás volá, přijdeme, pohladíme ho a ujistíme, že jsme tam s ním. (Warner, 2005)

#### ***1.10.4 Zhodnocení sociálních vztahů v domácím prostředí***

Sociální vývoj dítěte je chápán jako jeho postupné začlenění do společnosti. V sociálním a citovém vývoji hrají nejdůležitější roli rodiče. Jesle, školky a školy pouze doplňují tento vývoj. Dítě se učí osamotňování, sebeobsluze, prostřednictvím sociálních kontaktů také dochází k rozvoji řeči, rozumovému vývoji a získání schopnosti vyrovnat se s emocemi. Tím dítě získává sebedůvěru. (Kiedroňová, 2010)

Při návštěvě dítěte doma sestra sleduje rodinné a sociální vztahy, jestli rodiče podporují rozvoj vztahu s dítětem, jak se chovají sourozenci mezi sebou a jak rodiče reagují na jejich rozepře, zda rodiče dávají dobrý příklad dítěti, zda rodiče zabraňují dítěti v násilném chování a jak se dítě chová v přítomnosti rodičů. (Racek a kol., 2014)

#### ***1.10.5 Zhodnocení bezpečí a ochrany v domácím prostředí***

U dětí je nejdůležitější doménou bezpečnost a ochrana. Do této domény lze zařadit jak rizika infekce, tak aspirace, pády, porušení integrity kůže, syndrom náhlého úmrtí kojence, alergické reakce, tepelné poranění, otravy, termoregulace a v neposlední řadě i syndrom CAN. (Warner, 2005)

Dětské úrazy jsou na třetím místě jako nejčastější příčina úmrtí. Nejčastější jsou úrazy domácí, které jsou sice méně závažné než úrazy dopravní, jejich účinná prevence v ČR je však s ohledem na jejich počet naléhavá. (Sedlářová a kol. 2008)

Je dobré znát poskytnutí první pomoci. Již v porodnici dostávají matky brožury o poskytování první pomoci, obsahující mj. i telefonní čísla na jednotlivé složky integrovaného zášahového systému. Tyto brožury rovněž obsahují informace, jak předcházet náhlému úmrtí kojence. Návštěva sestry v domácím prostředí je v tomto ohledu důležitá, její náhled na bezpečné prostředí může pomoci předejít mnoha úrazům.

V dnešní době, kdy matky chtějí mít vše perfektní, může sestra upozornit na nebezpečný nábytek, jeho ostré hrany anebo materiál. Může doporučit různé ochrany rohů a zajištění skleněných výplní. Pokud mají rodiče doma schodiště, poradí, jak zajistit schody před pádem dítěte. Upozorní rodiče, že je nebezpečné nechávat dítě bez dozoru, především pokud již dokáže vylézt na postel nebo sedačku. Otravám také lze předejít. Je třeba veškeré prostředky na úklid mít především řádně označené a hlavně uklizené z dosahu dítěte, aby dítě k nim nemělo přístup, a také lékárnu důkladně zajistit. Při vaření je nutno dbát na to, aby dítě nedosáhlo na horké věci a nestrhlo je na sebe. Tyto úrazy bývají nejčastější, děti na sebe strhnou horkou kávu nebo čaj. Časté bývají rovněž případy Další nejčastější případy vdechnutí cizího tělesa. Mohou to být malé části hraček, korálky. Sestra edukuje matku o vhodných hračkách, které je třeba vybírat podle věku dítěte, jeho vývojových schopností a vhodných materiálů. (Velemínský a Velemínský, 2007)

Nebezpečná pro dítě je i hra venku. Dítě nikdy nenecháváme bez dozoru ani na malou chvíli. Hrozí utonutí, pád z výšky, poranění zvířetem anebo vběhnutí pod dopravní prostředek. Rovněž je velmi důležité chránit dítě před slunečním zářením, sestra poskytne matce informace o vhodné kosmetice k ochraně pokožky a letáky s různými druhy této kosmetiky. Edukuje matku, kdy nemá dítě vystavovat slunečnímu záření, o vhodném oblečení a dostatečné hydrataci. Dítě by nemělo pobývat na přímém slunci moc dlouho, mělo by být chráněno, i když je polojasno, střídavě ochlazováno a mělo by nosit pokrývku hlavy. Rovněž je třeba chránit dítě před bodavým hmyzem, vyhýbat se z toho důvodu kvetoucím stromům, odpadkovým košům, sladkým potravinám a dítě neoblékat do jasných barev, které přitahují hmyz. Poučíme matku o první pomoci při bodnutí hmyzem, doporučíme postižené místo chladit, sledovat reakci, a pokud dítě otéká, vyhledat lékařskou pomoc. (Warner, 2005)

V poslední době se poukazuje na týrání a zneužívání dětí v rodině. Tento jev bývá přítomen především v rodinách, které se ocitly pod velkým stresem. Dochází tu k psychickému, tělesnému týrání, psychické deprivaci a zanedbávání. Tělesným týráním jsou nejvíce ohrožené malé děti v prvním a druhém roce. Může dojít až k úmrtí. U těchto dětí dochází například k opožděnému vývoji, děti jsou málo motivované.

Dochází i k odchylkám v chování. Děti mohou být apatické, nedokážou se radovat, vyjadřovat bolest nebo spokojenost. Naopak mohou být velice agresivní, neklidné, ustrašené. (Říčař a Krejčířová, 2006)

V poslední době narůstá i sexuální zneužívání dětí. Na veřejnost se dostane pouze 1/5- 1/3 případů. Tato záležitost se stává věcí veřejného a odborného zájmu. Hledá se konsenzus v posuzování a hodnocení zneužívání a jeho závažnosti. Pro děti má zneužívání závažné následky. Především traumatické, zklamání, bezmocnost, strach a úzkost. (Říčař a Krejčířová, 2006)

Při návštěvě v domácím prostředí se sestra zaměří na to, jestli rodič dbá o bezpečnost dítěte, jestli nejsou znát známky násilí na dítěti a jestli má dítě bezpečné hračky. Sledujeme, zda má dítě svůj soukromí prostor, pokud je dítě zraněné, zda mají rodiče logické vysvětlení. (Racek a kol., 2014)

Do bezpečí a ochrany také patří očkování. Dítě tím chráníme před nakažlivým onemocněním. Sestra rodičům vysvětlí důležitost této ochrany, v rámci své kompetence vysvětlí, jak může dítě reagovat na očkování a co mají dělat, většinou nežádoucí účinky jsou mírné a přechodné. Sestra poskytne rodičům očkovací kalendář, v němž je uvedeno, proti jaké nemoci se v jakém období očkuje. Vysvětlí rodičům, které očkování je povinné a které jsou jen doporučená. (Gregora, 2005)

#### ***1.10.6 Zhodnocení domény komfort a bolest v domácím prostředí***

Pro dítě je také důležitá doména komfort - bolest. U dětí je těžké rozpoznat bolest a tím ji i začít včas léčit. Důvodem je nedostatečná znalost vnímání a projevu bolesti u dětí. Malé děti nemají dostatečné schopnosti bolest vyjádřit - neumí ji slovy popsat. Sestry v léčbě bolesti mají velmi důležitou roli, s dítětem a rodiči tráví více času. Nejen pro dítě, rodiče, ale i zdravotníky je bolest subjektivní prožitek. Navíc je třeba brát v úvahu i vývojové odlišnosti u jednotlivých dětí. Bolest by měla sestra důkladně monitorovat. Musí se naučit pomoci dítěti zvládnout tuto těžkou chvíli, vhodně ho utěšovat a připravovat na bolestivé zákroky. U kojenců se často objevuje kolika, neboť dítě nemá zatím ještě vyvinuté břišní svaly. Sestra kojící matce proto doporučí, jak se

vhodně stravovat, jaké úlevové polohy může dítě zaujímat a jaké přípravky lze použít. (Sedlářová a kol., 2008)

U dětí se používá k hodnocení míry bolesti například Faces Pain scale - obličejová škála pro děti od 3 do 6 let, která obsahuje namalované obličeje, které se v různé míře usmívají na jedné straně až obličeje plačící na straně druhé. Podle výrazu těchto obličejů děti určují, jak moc je to bolí. U akutní bolesti se doporučuje hodnotit bolest hned při vzniku a poté kontrolovat v pravidelných intervalech. Po podání analgetik se provádí kontrola po 10 minutách při podání nitrožilně a po 30 minutách při podání enterálně. U chronické bolesti je důležité stanovit i intenzitu, určit bazální míru, přijatelnou hodnotu bolesti, kolísání intenzity, aby bylo možné správně zasáhnout a správně hodnotit výsledky léčby. U dětí je nutné bolesti předcházet. Při projevu bolesti se nesmí na léčbu čekat. Vodítkem k volbě vhodného analgetika poskytuje tzv. WHO analgetický žebříček, který rozděluje analgetika do tří skupin dle účinnosti, a to na slabé, středně silné a silné. Do skupiny slabých analgetik patří neopiátová analgetika - antipyretika jako například paracetamol a dále nesteroidní antirevmatika, antiflogistika jako například Ibuprofen. Druhou skupinu tvoří slabé opioidy jako je tramadol. Ve třetí skupině jsou opiáty, a to především morfin. (Sedlářová a kol., 2008)

### ***1.10.7 Vyhodnocení růstu a vývoje v domácím prostředí***

Sledování růstu a vývoje dítěte je velmi důležité a včasné odhalení odchylky může zmírnit její následky. Je to zrcadlo zdrav dítěte. Odráží se v něm jak genetické faktory, tak výživa, nemoci, vliv prostředí. Proto je nutné chodit s dítětem na pravidelné preventivní prohlídky, kde se děti váží, měří a hodnotí se růstová křivka. Při nemoci se křivka zpomalí a po uzdravení se opět urovná do původní dráhy. Sleduje se jednak váha, výška, ale také obvod hlavy. Toto se zanesse do grafů, kde nám ukážou, jestli je vše v pořádku, anebo je zde nějaká odchylka. (Sedlářová a kol., 2008)

Tělesnou délku u dětí do dvou let měříme v korýtku, vleže, u starších dětí měříme ve stoje stadiometrem. Obvod hlavy u donošeného novorozence je cca 35 cm, koncem prvního roku je to 47 cm. Měření obvodu hlavy a sledování přírůstku je důležité k indikaci růstu mozkové hmoty. Měří se pásovou mírou a vede se přes obočí a přes

největší vyklenutí týlu. Také měření hmotnosti je důležitá u sledování růstu a vývoje dítěte. Hmotnost u dětí do 18. měsíců zjišťujeme pomocí kojenecké váhy a u dětí starších, schopných samostatně stát, na osobní váze. I hmotnost je nutno zaznamenávat do percentilového grafu. Výpočet hmotnosti a výšky tzv. Body- mass index nám určí, jestli není dítě obézní, anebo podvyživené. (Sedlářová a kol., 2008)

Tělesnou délku zanášíme do percentilových grafů formou bodů, které poté spojíme a vzniklou křivku poté porovnáme s křivkami vrstevníků dítěte. Pokud křivka probíhá rovnoběžně, ale mimo průměrné rozpětí, je třeba přihlédnout k vzrůstu rodičů dítěte. Růst a vývoj dítěte je citlivým indikátorem zdraví. Jakákoliv odchylka má velký význam, je jednou ze základních diagnóz, především v preventivní oblasti pediatrie. (Sedlářová a kol., 2008)

## **2. Cíl, výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle práce**

1. Cíl: Zjistit, zda sestry navštěvují rodiny a z jakého důvodu.
2. Cíl: Zjistit, zda matky využívají návštěvní službu dětských sester a z jakého důvodu.

### **2.2 Výzkumné otázky**

1. Jaké důvody vedou sestry k návštěvě dítěte v rodinném prostředí?
2. Proč matky využívají návštěvní službu dětské sestry?



## 3. Metodika

### 3.1 Metoda zkoumání

Pro zpracování teoretické části bakalářské práce bylo zvoleno studium odborné literatury. K výzkumu bylo použito kvalitativní výzkumné šetření. Zvolena byla metoda dotazování, technika hloubkového rozhovoru. Rozhovor byl rozdělen do dvou částí. V první části bylo osloveno pět sester pracujících u praktického lékaře pro děti a dorost v Jihočeském kraji. Bylo jim položeno šest otevřených výzkumných otázek, které byly předem připravené (Příloha 1). Sestry byly předem seznámeny s průběhem rozhovoru. Se souhlasem sester byl rozhovor nahráván na diktafon a potom doslovně přepsán (Příloha 3CD). Každá jeho řádka byla očíslována pro případ odkazování v textu, například R1 (respondentka 1) (Příloha 5). Rozhovory byly provedeny po ukončení pracovní doby a přímo na pracovišti sester, kde se cítily bezpečněji. Rozhovory trvaly celkem půl až tři čtvrtě hodiny.

Ve druhé části bylo osloveno pět matek, které byly náhodně osloveny v čekárně u praktického lékaře pro děti a dorost. Dle zadaných kritérií byly vybrány matky s dětmi do šesti let. Byla domluvena schůzka v jejich domácím prostředí s přihlédnutím na věk dětí. Bylo jim položeno pět předem připravených výzkumných otázek (Příloha 2). Rozhovor byl veden metodou hloubkového rozhovoru. Matky byly předem seznámeny s průběhem rozhovoru a s jejich souhlasem byl rozhovor nahrán na diktafon, poté doslovně přepsán a řádky opět očíslované (Příloha 3CD).

Kvalitativní výzkum používá metodu sběru dat formou rozhovoru. V této práci byl použit hloubkový rozhovor (in-depth interview), který v překladu můžeme definovat jako nestandardizované dotazování jednoho respondenta jedním badatelem pomocí připravených otevřených otázek. (Švaříček, Šedřová a kol., 2007)

Otevřenými otázkami můžeme porozumět pohledu jiných lidí na zkoumaný problém, aniž bychom omezili možnost jejich vyjádření prostřednictvím dotazníku. Při rozhovoru

můžeme pozorovat i neverbální sdělení respondentů, průběh jejich emocí. Hlubkový rozhovor je složen z výběru metody, přípravy rozhovoru, průběhu rozhovoru, přepisu, reflexe rozhovoru, analýzy, zapsání dat a jejich prezentování. (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007)

Při analýze je důležité mít všechny rozhovory přepsané, neboť je třeba se k údajům často vracet, pročitat je a následně kódovat. Lze si je zvýrazňovat, kódovat a komentovat, zda se názory shodují anebo rozcházejí, nebo se navzájem doplňují a lze vytvářet mezi nimi vztahy. (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007)

Analýza dat byla provedena metodou kódování v ruce, rozhovory byly doslovně přepsány, přečteny a metodou tužka a papír kódovány do jednotlivých kategorií a podkategorií. V rozhovoru byla barevně podtržena shodná slova (Příloha 4), která použily respondentky, ta byla použita k vytvoření schémat tvořených s kategorií a podkategorií. Podkategorie jsou doplněny odkazem na přímé citace respondentek například S2/8 znamená, že sestra 2 toto tvrdila na řádce 8. (Příloha 3)

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

První výzkumný vzorek tvořilo 5 sester, které pracují v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost.

Druhý výzkumný soubor tvořilo 5 matek pečujících o dítě do 6 let.

### **3.3 Charakteristika prostředí výzkumu sester**

První část výzkumu, v níž jsem zkoumala názory sester, probíhal vždy na jejich pracovišti po skončení ordinační doby. Sestry se v tomto prostředí cítily bezpečně a měly pocit, že mají vše po ruce, kdyby potřebovaly něco předvést. Každá ordinace byla jinak vybavená, ale vždy bylo vidět, že je přizpůsobená dětem, aby zde byla možnost děti zaujmout barevností, obrázky i hračkami.

Ve druhé části byly osloveny matky v čekárnách ordinací praktických lékařů pro děti a dorost. Byla domluvena schůzka v jejich domácím prostředí. Matky byly raději, když

jsem přišla k nim domů, neboť tak mohly nechat dítě během rozhovoru spát anebo si hrát ve svém bezpečném prostředí a dítě nemuselo být omezováno.

Z důvodu ochrany osobních dat a malého výzkumného vzorku neuvádím přesnou lokalizaci ordinací a ani bydliště matek.

## 4. Výsledky

### 4.1 Výsledky z rozhovorů se sestrami

Tabulka 1- Identifikační údaje sester

| Respondenti                    | S1               | S2               | S3               | S4                  | S5               |
|--------------------------------|------------------|------------------|------------------|---------------------|------------------|
| Věk                            | 55               | 60               | 53               | 43                  | 40               |
| Vzdělání                       | SZŠ              | SZŠ              | SZŠ              | SZŠ                 | SZŠ              |
| Obor                           | Dětská<br>sestra | Dětská<br>sestra | Dětská<br>sestra | Všeobecná<br>sestra | Dětská<br>sestra |
| Délka praxe                    | 36               | 41               | 34               | 9                   | 23               |
| Délka praxe<br>v Ordinaci PLDD | 26               | 21               | 26               | 7                   | 14               |

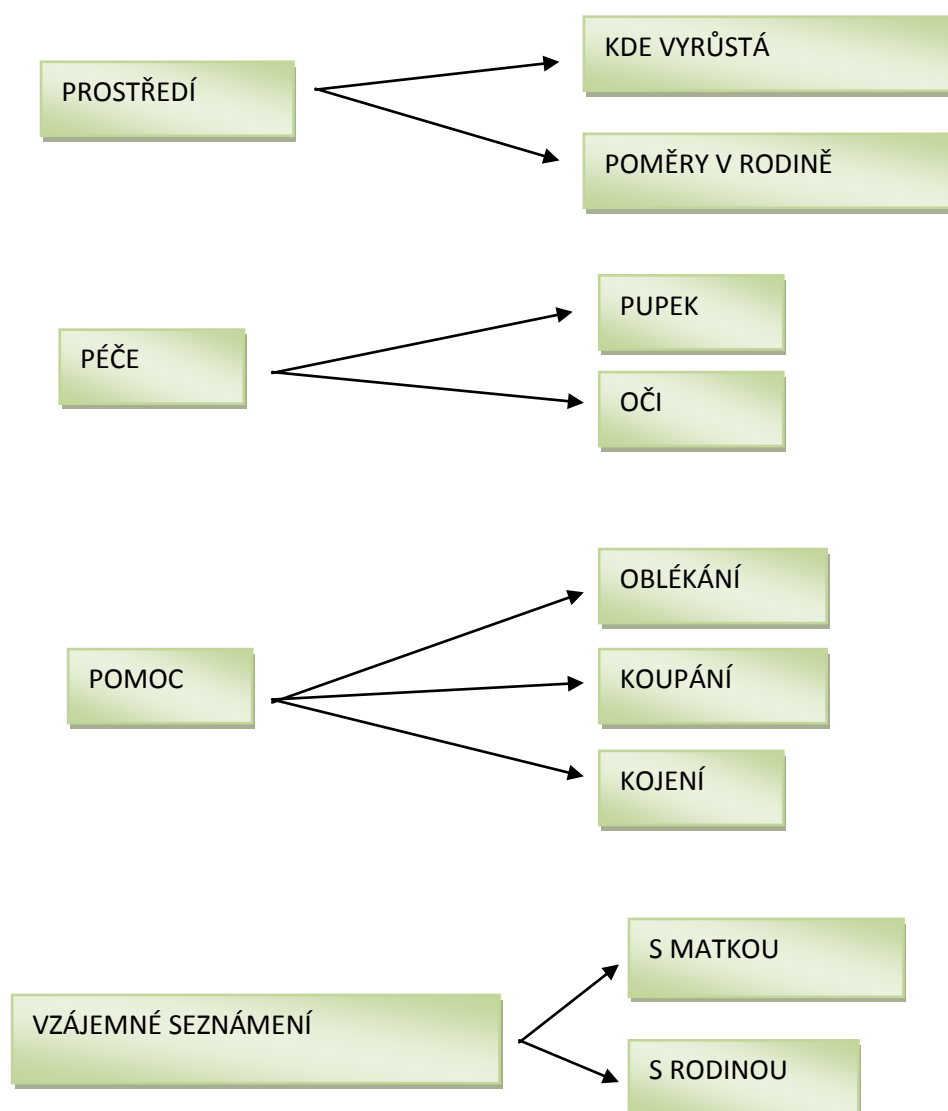
Zdroj: vlastní výzkum

První části výzkumu se zúčastnilo 5 sester pracujících v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. Věk se pohyboval od 40 do 60 let. Průměrný věk činí 50 let. Čtyři sestry mají středoškolské vzdělání v oboru dětská sestra a jedna v oboru všeobecná sestra. Respondentky pracují v ordinacích v Jihočeském kraji. Jejich celková doba praxe se pohybuje od 9 do 41 let, průměrná doba činí 29 let. Délka praxe v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost je od 7 do 26 let, průměrná délka praxe je 19 let.

Schéma 1 – Kategorie 1: Důvody provádění návštěvní služby z pohledu sestry

**DŮVODY PROVÁDĚNÍ NÁVŠTĚVNÍ SLUŽBY Z POHLEDU SESTRY**

Podkategorie:

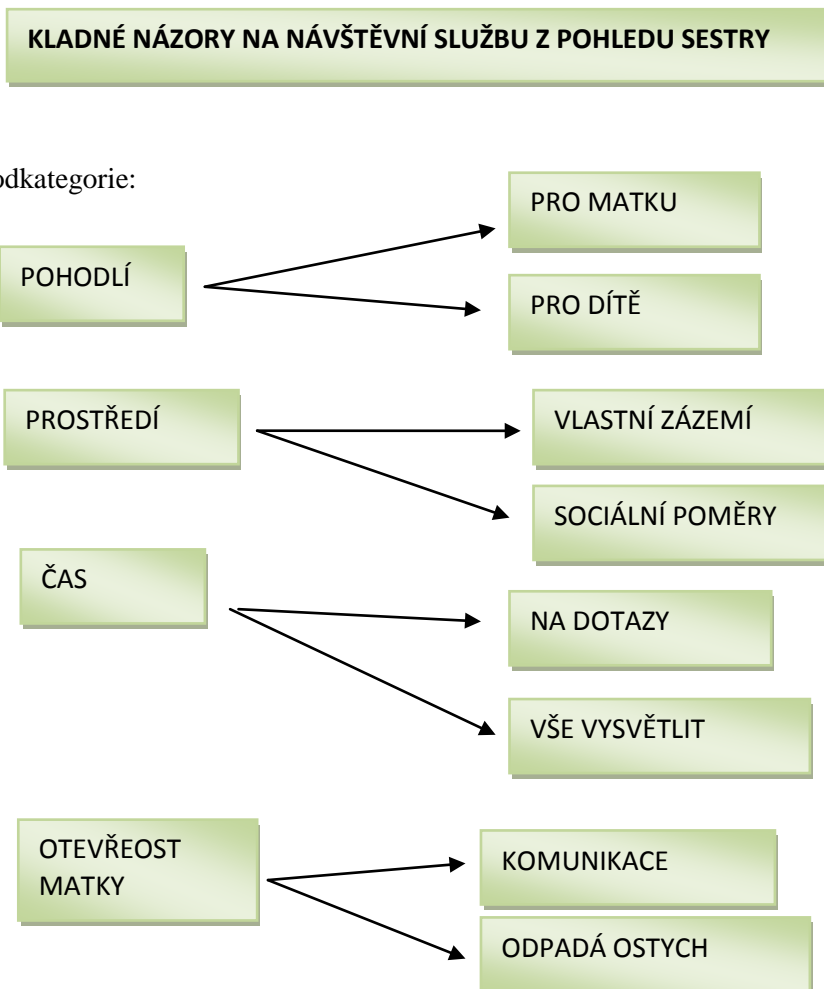


Kategorie 1 Důvody provádění návštěvní služby z pohledu sester je zaměřena na důvod provádění návštěvy sestry v domácím prostředí, tedy zkoumání, na co přesně

se sestry zaměřují v domácím prostředí. Odpovědi respondentek byly podrobeny analýze dat, ze které byla vytvořena kategorie důvody provádění návštěvní služby a čtyři podkategorie: Prostředí, Péče, Pomoc, Vzájemné seznámení. K jednotlivým podkategoriím byly přiřazeny kódované výrazy, které respondentky nejčastěji udávaly. Všechny informace jsou shrnuty v přehledném schématu 1.

Z rozhovoru jsem se dozvěděla důvody provádění návštěvní služby. Některé respondentky uváděly, že některé návštěvní službu provádějí a některé nikoliv. Nejčastěji pak provádějí záchyt novorozence, péči o pupek, oči, kontrolu zdravotního stavu, také se zaměřily na prostředí, ve kterém bude dítě vyrůstat. S1 uvádí důvody: „z důvodu, že maminka novorozence si ji vyžádá“. S2 provádí tuto službu z důvodu, aby věděla, v jakém prostředí dítě bude žít: „*abychom viděly, do jakého prostředí se to miminko narodí*“. S3 kdysi domů k pacientům chodila, ale teď již ne: „*zjišťovala, v jakém prostředí bude dítě vyrůstat, seznámit se s maminkou a jestli má maminka vše připravené*“. S4 tuto službu neprovádí, provádí ji pouze lékařka, u níž pracuje, při záchytu novorozence: „*v naší ordinaci provádí návštěvní službu pouze paní doktorka, a to v případě záchytu novorozence*“. S5 návštěvní službu provádí především z důvodu, aby zjistila, jak to v rodině vypadá, jaké jsou poměry a zda má matka vše potřebné pro dítě: „*abych měla obrázek, jak to vypadá v rodině, jaké jsou tam poměry, kdo všechno žije v té rodině, pak jak si maminka umí na vše zajít*“.

Schéma 2 – Kategorie 2: Kladné názory na návštěvní službu z pohledu sestry



Kategorie 2 Kladné názory na návštěvní službu z pohledu sestry nám poskytla informaci o kladném názoru respondentek na návštěvní službu, kdy se respondentky shodovaly, že je to dobré jak pro matku, tak pro sestru. Sestry mají čas vše vysvětlit v domácím prostředí a matka je v domácím prostředí otevřenější než v ordinaci, kde tlačí čas jak na zdravotníky, tak na matku. Veškeré názory respondentek byly podrobené analýze a na tomto základě vznikla kategorie kladné názory na návštěvní službu z pohledu sestry a čtyři podkategorie Čas, Prostředí, Pohodlí, Otevřenost matky. Veškerá data jsou shrnuta v přehledném schématu 2.

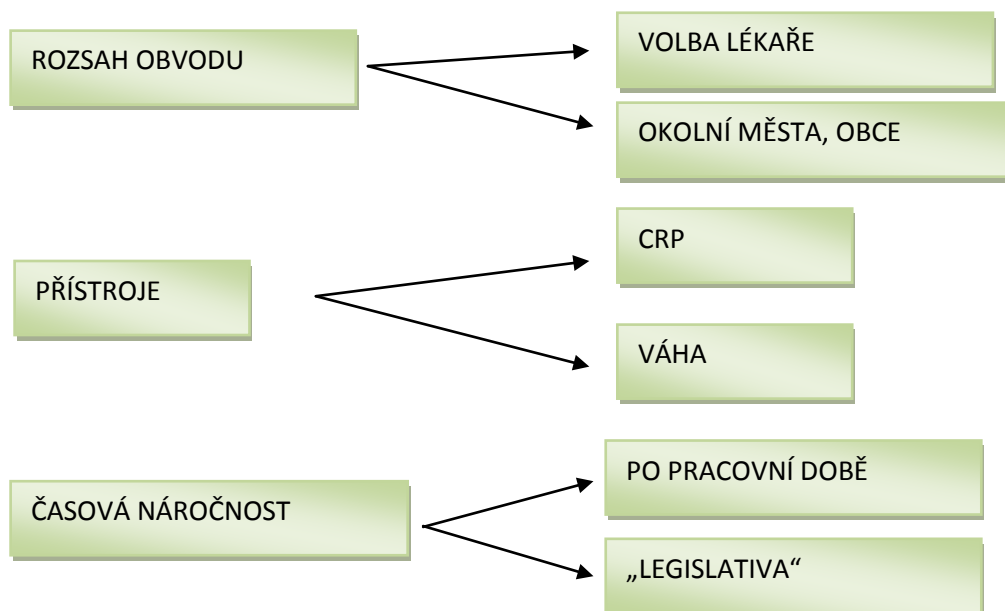
Respondentky se nejčastěji shodovaly v tom, že je dobré, když poznají prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, jaké jsou poměry v rodině. S1 má kladný názor na tuto službu:

„to byl takový dobrý počin“. S2 vidí návštěvy pro svou práci jako přínosné: „no myslím si, že je to užitečné pro naši práci, jak jsem říkala, poznáme jednak to prostředí“. S3 má názor kladný, ale nechodí, vše provádí v ordinaci: „snad to dřív bývalo dobré, ale dneska je to jiné, poskytujeme dostupnou péči kdykoliv, ať je všední den, nebo sobota nebo svátek“. S4 návštěvní službu neprovádí, ale podle zkušeností z jiné ordinace ji hodnotí kladně, především pohodlí, kontrola prostředí, otevřenost matek a dostatek času: „rodiče jsou dle mých zkušeností otevřenější, povídavější, když jsou ve svém prostředí“. S5 vidí pozitivum především v pohodlí pro matky: „ale je to pohodlnější pro ně, když mi jedeme za nimi, než aby musely cestovat sem za námi“.

Schéma 3- Kategorie 3: Záporný názor na návštěvní službu z pohledu sestry

### ZÁPORNÝ NÁZOR NA NÁVŠTĚVNÍ SLUŽBU Z POHLEDU SESTRY

Podkategorie:



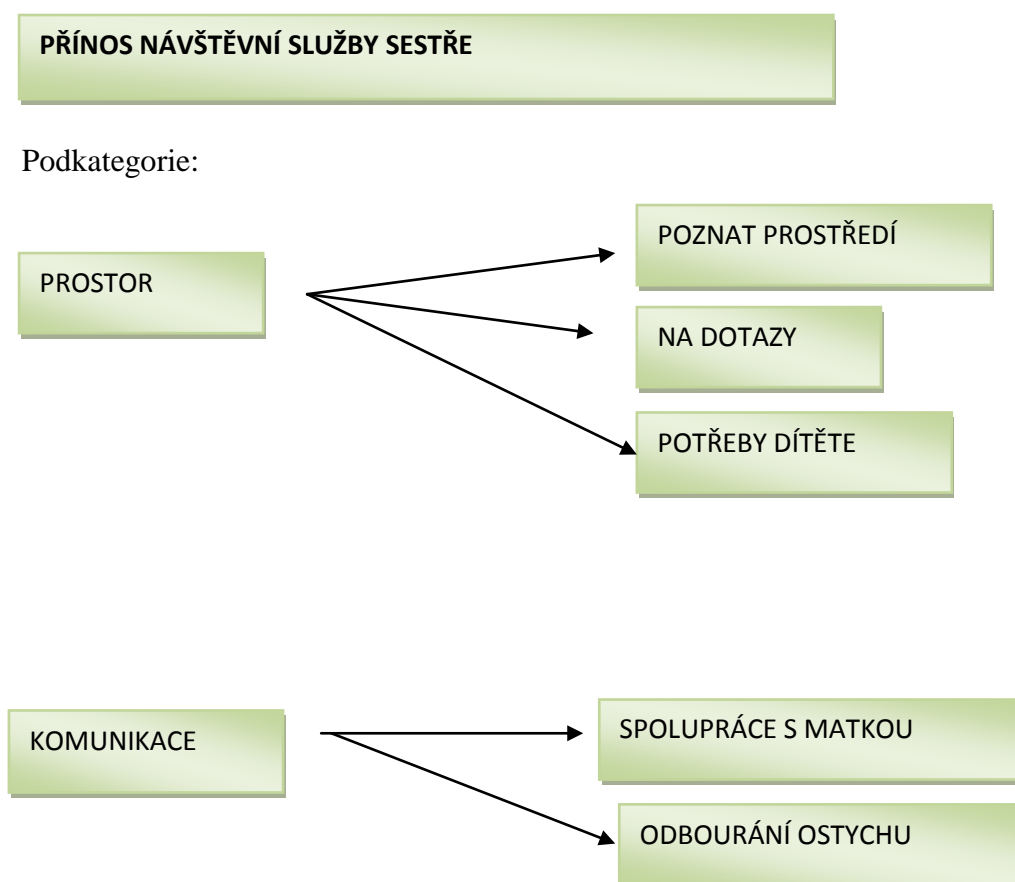


Kategorie 3 Záporný názor na návštěvní službu z pohledu sestry - respondentky poukazyvaly na velký rozsah obvodu, k čemuž přispívá svobodná volba lékaře, už to není spádový obvod, ale velmi široký rozsah pacientů z okolních menších měst a vesnic. Také přístrojové vybavení ordinací, které usnadňuje a urychluje diagnostiku, nelze vždy převážet. Návštěvní služba se provádí po ordinaci, kdy matky mají různé aktivity, proto nechtějí na sestru čekat a raději přijedou do ordinace. Také nárůst administrativní činnosti ubírá čas.

V této kategorii Záporný názor na návštěvní službu z pohledu sestry byly respondentky podrobeny důkladné analýze a na tomto podkladě vznikly tři podkategorie, a to Rozsah obvodu, Přístroje, Časová náročnost, a k tomu bylo přiřazeno kódování z analýz, ve kterých se nejčastěji respondentky shodovaly. Všechna data jsou shrnuta do schématu 3.

S1 vidí větší problém v rozsahu obvodu a také v tom, že matky odpoledne bývají často pryč: *„dřív máma seděla doma a žehlila plíny a dneska jsou pořád někde a pro nás je to taky lepší, nemusíme s sebou tahat všechny přístroje na vyšetření např. CRP a jiné, a ani nevím, co bude potřeba vyšetřit“*. S2 má jen kladný názor, její ordinace se nachází v obci, kde se všichni znají, zde pracuje již 21 let a chodí k nim už další generace dětí. S3 nechodí vůbec, pani doktorka má 24 hodinovou dostupnou službu a většinou si řeší vše sama: *„jednak je velký rozsah obvodu v uvozovkách, máme maminy třeba z Velešína, Ševětína a okolních vesnic“*. S4 čerpala názor z dřívějších zkušeností, ale teď nechodí, raději rodiče přijedou, než aby čekali, až bude moci přijet sestra: *„dnes už má každý auto a snadno přijedou do ordinace a taky nechtějí čekat do odpoledne“*. S5 poukazuje na administrativu, která je časově náročná. Návštěvy provádí po skončení ordinační doby a administrativních prací: *„z hlediska času je to náročné, protože po skončení ordinační doby, odbavení legislativy, tak potom nastupuje čas na návštěvu doma“*.

Schéma 4 - Kategorie 4: Přínos návštěvní služby sestře

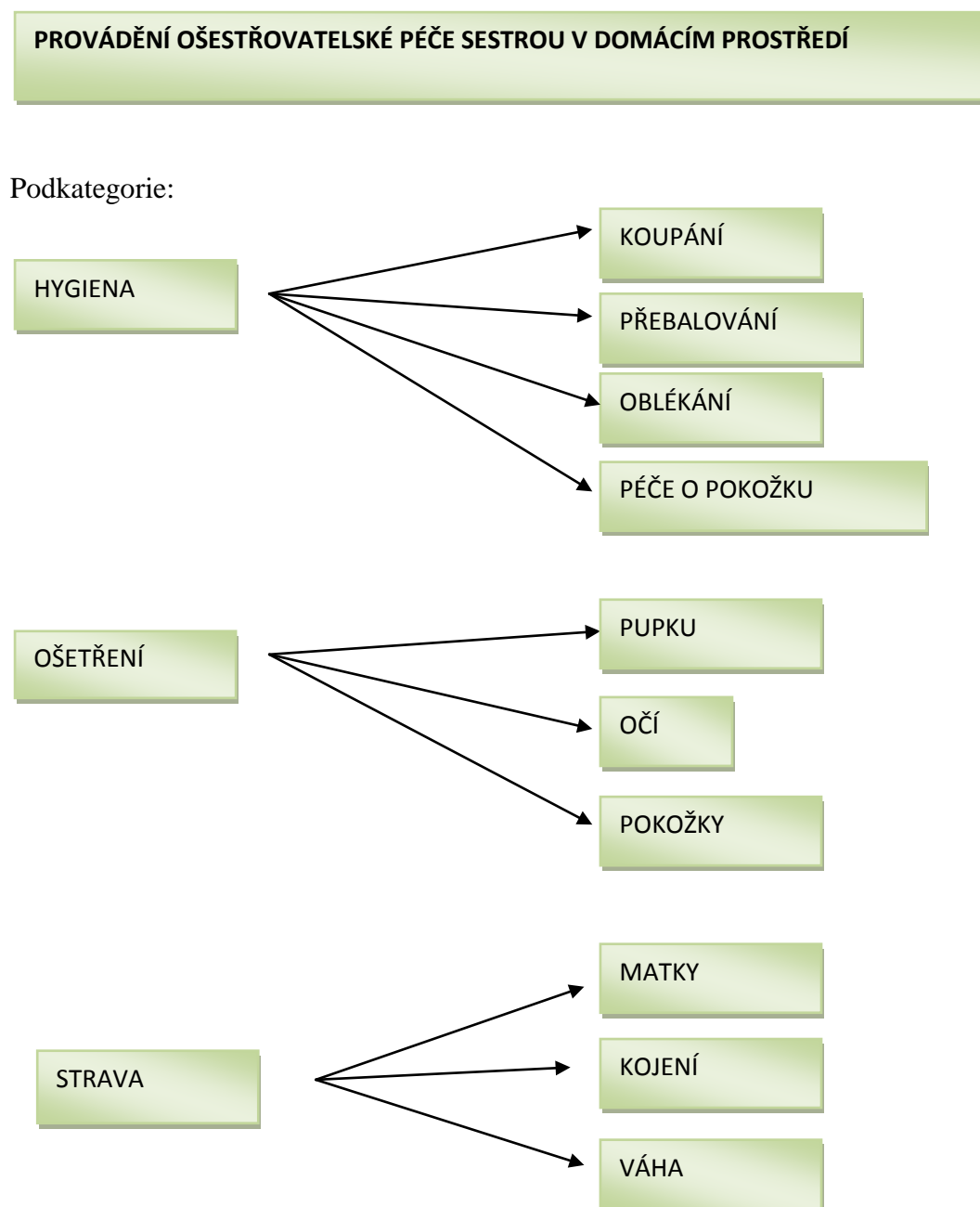


V Kategorii 4 Přínos návštěvní služby sestře jsme odpovědi respondentek podrobily analýze a jejich názor na přínos návštěvní služby se většinou shodovaly na seznámení se s rodinným prostředím, zjištění, v jakém prostředí dítě vyrůstá, dostatku času na péči o dítě a na komunikaci. Díky dobré komunikaci jsou matky otevřenější a lépe spolupracují, méně se bojí na cokoli se zeptat. Tato kategorie Přínos návštěvní služby sestře byla rozdělena na dvě podkategorie Prostor a Komunikace a k tomu bylo přiřazeno kódování z analýz, na kterém se nejčastěji respondentky shodovaly. Všechna data byla shrnuta do přehledného schématu 4.

Většinou se respondentky shodovaly na poznání prostředí, kde bude dítě vyrůstat, zda je matka připravená na příchod dítěte. Dále se shodovaly na dostatku času se

na cokoliv zeptat ohledně péče o dítě (koupání, kojení, teplota v místnosti, oblékání, prostředí a strava matky). Také je dostatek času vše důkladně ukázat, poradit, „jak si na vše zajít“, podpořit matku a tím získat její důvěru pro lepší spolupráci. V ordinaci je většinou vše ve spěchu a jsou tam další děti, které brečí. S1 sledovala především prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, jaké jsou sociální poměry rodiny. Znalost bydliště rodiny rovněž pomáhá sestře při objednávání matek do poradny, tedy, jestli se matka může na daný čas dostavit, a hlavně, zda přijede: „*věděla jsem, kde bydlí, protože i to, jako že si v hlavě, potom píšu adresu na nějakou žádanku, nebo něco, tak si uvědomím, odkud to dítě je, odkud jede, jestli sem má třeba dobrou dopravu*“. S2 vidí v návštěvní službě užitečnost a přínos pro svou práci. Především zná matky nebo otce už od jejich dětství, ví, jak vyrůstali oni sami a co od nich může čekat: „*zatím tady nemáme problémové rodiny a většinou jsou to maminy, které k nám už chodily jako děti samy*“. Respondentka S3 nedokázala odpovědět, zda je pro ni návštěvní služba přínosem, protože na tuto nechodí, neboť lékařka, u níž pracuje, má 24 hodin denně dostupnou službu a vše si řeší sama. S4 vidí přínos především v prostoru na dotazy matek a v tom, že vše probíhá v klidu: „*podle mých zkušeností se rodiče zeptají spíše sestry na věci, na které by se styděly zeptat v ordinaci*“. S5 zmiňuje, že je to práce s lidmi a záleží na dobré komunikaci s nimi. Díky tomu, že jsou z malého města a skoro všichni se zde znají, je návštěvní služba velkým přínosem. Odpadá ostych a nervozita matek se ptát na vše, na co si vzpomenou. Zmiňuje i zaměření matek, zda jsou přístupnější k alternativní léčbě anebo přírodním postupům: „*určitě jde o komunikaci s rodinou, je pravda, že jsme menší město a dost se tu známe, pro nás je to velká výhoda*“.

Schéma 5 - Kategorie 5: Provádění ošetrovatelské péče sestrou v domácím prostředí



Kategorie 5 Provádění ošetrovatelské péče v domácím prostředí – zde se respondentky shodly na tom, že provádějí především záchyt novorozence, ale u starších dětí již návštěvní službu nevykonávají. Nejčastěji řeší koupání, správnou teplotu vody a v místnosti, používání kosmetiky, přebalování a široké balení, jak dítě oblékat, když jde ven, a stav pokožky. Dále ošetřují pupek, řeší, jakou dezinfekcí jej ošetřovat, jak se o něj starat a na co si dávat pozor při přebalování. Velké množství dětí má zánět v očích, proto respondentky zjišťují, zda matky o riziku zánětu vědí a zda jim bylo v porodnici doporučeno, jak oči ošetřovat. Zde jsem se dozvěděla i rozdílné názory na stříhání nehtů, kdy v nemocnici doporučují nechat je přirozeně olámat, bohužel děti jsou pak poškrábané, zatímco respondentky zastávají názor, že je lepší nehty dítěti stříhat. Matky se dále zajímají o kojení, jaká poloha je pro kojení vhodná, a pokud matka nemůže kojit, jaká umělá výživa je nejvhodnější. Rovněž matky zajímá, jak se při kojení stravovat, aby dítě nemělo potíže. Některé respondentky kontrolují váhu novorozenců, také provádějí kontrolu efektivního kojení, a zda má matka dostatek mléka.

V této kategorii Provádění ošetrovatelské péče sestrou v domácím prostředí byly odpovědi respondentek podrobeny důkladné analýze a kategorie byla poté rozdělena na tři podkategorie, a to Hygiena, Ošetření a Strava, a k nim byla přiřazena klíčová slova, která byla shrnuta do podrobného schématu 5.

Respondentky shodně uvádějí, že provádějí především péči o novorozence, ošetřují pupek, oči a nehty, kontrolují kojení a váhu. S1 převážně provádí kontrolu váhy a kojení: „*já tam provedu to, že přijedu a to dítě zvažím, to je první záležitost*“. S2 říká, že u novorozence ošetrovatelské výkony neprovádí, když jsou to zdravé děti. Jinak kontroluje pupek, oči, pomůže s hygienou, stříháním nehtů, provede kontrolu kyčlí, a pokud je třeba, poradí jak provádět masáž: „*některé dětičky jsou v děloze schoulený, tak mají trošku stočený ty nožky, tak řeknu mamince při každém rozbalování, nebo když ho přebalujete a máte mastný ruce, tak vzít ty nožky a ukážu jí, jak mají cvičit*“. S3 službu neprovádí. S4 již do rodin nechodí, ale když návštěvy ještě prováděla, zaměřovala se na záchyt novorozence, ošetření pupku, kontrolu váhy a kojení: „*pokud jsem šla na záchyt novorozence sama, prohlídla jsem mimino, případně ošetřila pupík*

*a ukázala, jak se má o něj starat“.* S5 uvádí, že pokud je dítě nedonošené, tak jezdí s lékařkou a dělají poradnu doma. U zdravých novorozenců provádí kontrolu pupku, očí, ostříhání nehtů: *„pokud je to zdravý novorozenec, tak jedu sama a kontroluju celkový vzhled, jestli nemá vyrážku, jak vypadá pupík, ukážu, jak se o něj starat“.* Dále kontroluje kojení a proberou s matkou i vhodnou polohu při kojení. Setkává se ale i s matkami, které z různých důvodů službu odmítají.

## 4.2 Výsledky z rozhovorů s matkami

Tabulka 2 - Identifikační údaje matek

| Respondenti | M1     | M2        | M3             | M4          | M5      |
|-------------|--------|-----------|----------------|-------------|---------|
| Věk         | 30     | 37        | 36             | 35          | 33      |
| Vzdělání    | VŠ     | SOU       | SŠ             | VŠ          | VŠ      |
| Děti        | 1      | 2         | 1 a druhé čeká | 2           | 1       |
| Věk dětí    | 9 měs. | 2 a 7 let | 4 roky         | 7 a 16 měs. | 18 měs. |
| Bydliště    | obec   | město     | město          | město       | obec    |

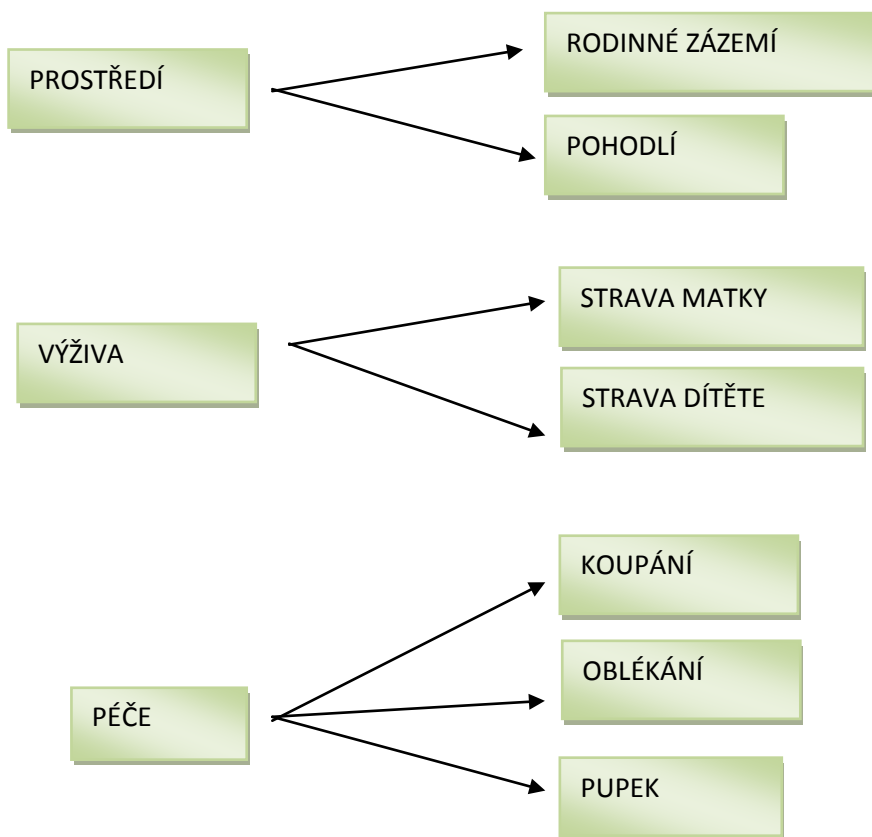
Zdroj: vlastní výzkum

Druhé části výzkumu se zúčastnilo 5 matek pečujících o dítě ve věku do 6 let. Tři matky mají vysokoškolské vzdělání, jedna středoškolské a jedna je vyučená. Mají 1 až 2 děti a jedna je navíc těhotná. Průměr počtu dětí činí 1,5 dítěte. Věk dětí je od 9 měsíců do 7 let. Průměr činí 40 měsíců (což jsou 3 roky). Tři matky bydlí ve městě a dvě v obci.

Schéma 6 - Kategorie 6: Důvody provádění návštěvní služby z pohledu matky

**PŘEDSTAVA O NÁVŠTĚVNÍ SLUŽBĚ Z POHLEDU MATKY**

Podkategorie:



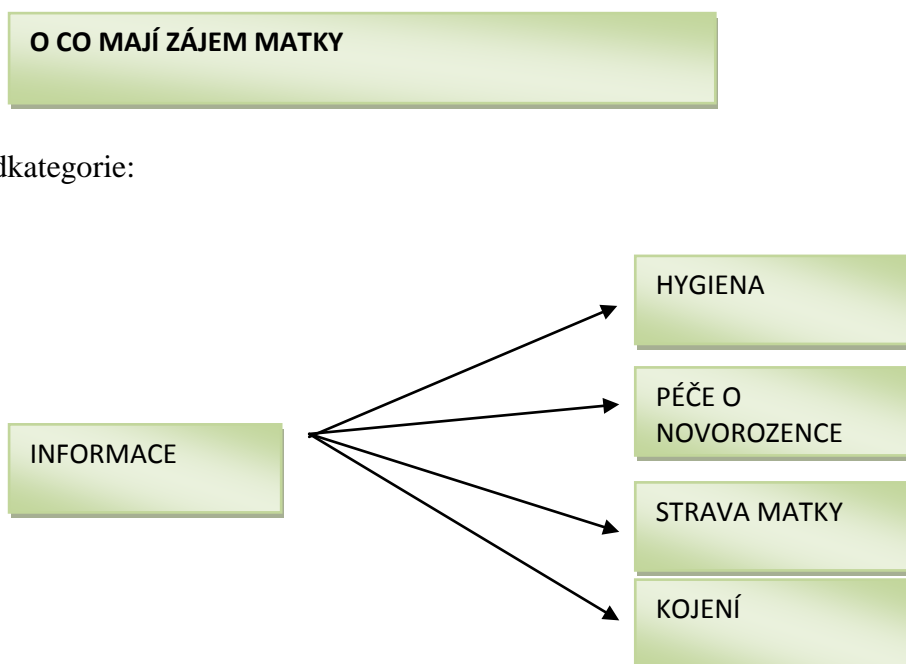
Kategorie 6 Představa o návštěvní službě z pohledu matek byla vyhodnocena na podkladě informací od respondentek, které tyto poskytly k dotazu, jakou mají představu o návštěvní službě. V této kategorii jsem zjistila, že matky o návštěvní službě nemají téměř žádné informace, některým nebyla ani nabídnuta. Respondentky se shodovaly na návštěvě sestry v rodinném prostředí, kontrole prostředí a péče o dítě, a získání informací. Jedna respondentka uvedla, že informace, jejichž poskytnutí by od návštěvní služby sestry čekala, obdržela již na předporodním kurzu, kde se probírala veškerá péči o dítě i kojení, některé informace získala i z knih.

Tato kategorie vznikla na základě analýzy dat získaných od respondentek, kdy byly určeny podkategorie Prostředí, Výživa, Péče, Počasí, Zdravotní stav a k nim přiřazeny kódované výrazy na kterých se respondentky nejčastěji shodovaly. Vše bylo shrnuto do přehledného schématu 6.

Z analýzy dat jsem získala informace, jak si představují návštěvní službu sestrou v rodinném prostředí. Některým respondentkám byla tato služby nabídnuta, některé ani nevěděly, co si mají pod tímto názvem představit. M1 má představu o návštěvní službě, že přijde sestra domů k záchytu novorozence a matce podá informace o péči: *„kdy se narodí dítě a přijde teda sestra domu a podá ty první informace a s tou maminkou si nějak pohovoří“*. M2 byla zaskočena, služba jí nebyla nikdy nabídnuta, po chvílce přemýšlení si vzpomněla, že v dětství, když byl její bratr malý, tak k nim sestra přišla domů a zjišťovala, kolik váží a zda prospívá: *„když byl můj bratr malý, tak u nás byla sestra doma a nejdřív ho zvažila, koukla, jestli prospívá, ale jinak nevím“*. M3 také služba nebyla nabídnuta a má představu, že když se vrátí z porodnice, tak jí sestra podá informace, jak pečovat o dítě: *„ježiš, to nevím, snad poradit jak zacházet s miminem, když se vrátím z porodnice, a sestra by mi pomohla, jak pečovat o mimino“*. M4 byla tato služba nabídnuta u obou dětí a využila ji, pod názvem návštěvní služby si představuje kontrolu prostředí a péče o dítě, pomoc při koupání, prevence úrazu a užití vhodných léků a povzbuzení: *„kontrolu matky, zda chápe a umí zacházet s dítětem, případně kontrola koupání, prostředí ve kterém bude vyrůstat, případně doporučení, jak upravit prostředí, aby nedošlo k úrazu dítěte“*. M5 byla návštěvní služba nabídnuta až po návratu z porodnice, když se telefonicky hlásila pediatrice, že je již s novorozencem doma, ale službu nevyužila. Její představa o návštěvní službě je: *„dětská sestra s lékařem navštěvuje novorozence doma po návratu z porodnice, poradí matce s péčí o dítě, kojením, koupáním, oblékáním, výživou matky...“*.



Schéma 7 - Kategorie 7: O co mají zájem matky



Kategorie 7 O co mají zájem matky byla vyhodnocena na podkladě odpovědí respondentek na dotaz, o jakou péči by měly zájem v domácím prostředí od dětských sester. Nejvíce se opakoval zájem o informace, které si nezapamatovaly z porodnice, kde vše probíhalo ve spěchu. Zájem měly o pomoc s koupáním, určením správné teploty vody, informace, jak dítě oblékat, strava matky a kojení. Respondentky by pak nejvíce ocenily, že by vše probíhalo v klidném prostředí.

Tato kategorie vznikla na základě analýzy dat získaných od respondentek a určena byla podkategorie Informace, ke které byly přiřazeny kódované výrazy, na kterých se respondentky shodovaly. Vše bylo shrnuto do přehledného schématu 7.

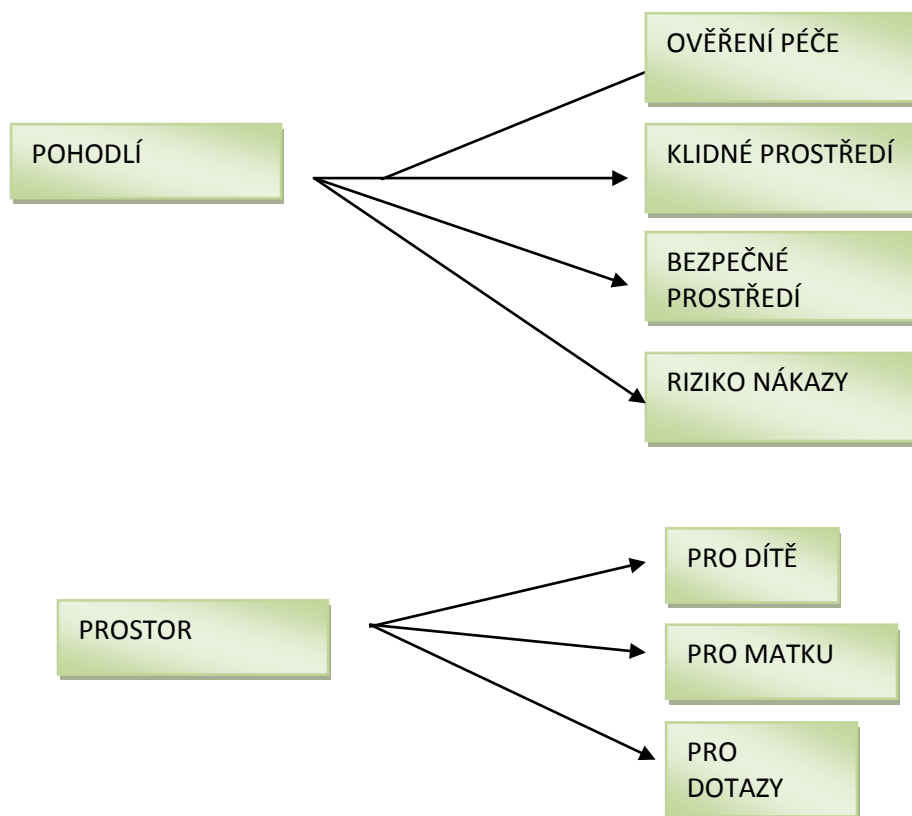
Z analýzy dat jsem získala informace, o co by měly respondentky zájem při návštěvě sestry v domácím prostředí. Převážně to bylo zopakování informací, které v porodnici obdržely ve spěchu. M1 by ocenila možnost vše probrat v klidu doma, zejména péči o dítě, tedy koupání, kojení, péči o pupek. V porodnici strávila pouze tři dny a vše probíhalo v rychlosti a každou informaci o proškolení musela podepsat: „*péče o to*

*mimino, co si z té porodnice nezapamatovala, v porodnici jsem byla tři dny, informace jsem dostala, ale vše ve spěchu“.* M2 si nedovede představit, co by měla sestra u ní doma dělat, po přemýšlení uvádí, že snad poradit s koupáním, oblékáním anebo péčí o pupek: *„nedovedu si představit, u mě nebyla, a tak nevím, co by se mělo dělat“.* M3 by ocenila pomoc při návratu z porodnice, nevěděla, co má dělat: *„když jsem se vrátila z porodnice, tak jsem byla jak v Jiříkově vidění, nevěděla jsem, co mám dělat“.* M4 by si ráda vše prošla znovu a hlavně v klidu, při návštěvě ordinace si na vše nevzpomněla: *„po narození dítěte pomoc s koupáním, oblékáním, kojením, a stravou matky, třeba jakou kosmetiku používat“.* M5 uvedla, že díky informacím z knih, absolvování předporodního kurzu a dobré instruktáži v porodnici běžnou péčí o novorozence dobře zvládala. Od sestry při návštěvní službě by tak ocenila především informace: *„jak dítě správně nosit, aby netrpěla páteř, a stimulovat jej k dobrému vývoji“.*

Schéma 8 - Kategorie 8: Přínos návštěvní služby matce

**PŘÍNOS NÁVŠTĚVNÍ SLUŽBY MATCE**

Podkategorie:



Kategorie 8 Přínos návštěvní služby matce byla vyhodnocena na podkladě analýz odpovědí získaných od respondentek, které uváděly, že by jim návštěvní služba přinesla především pohodlí, klid, prostor na dotazování, nedocházelo by ke kontaktu s nemocnými dětmi a matky by se nestresovaly, zda stihnou přijet do poradny včas.

Tato kategorie vznikla na základě analýzy dat získaných od respondentek a byly určeny dvě podkategorie Pohodlí a Prostor, kde k nim byly přiřazovány kódované výrazy, které respondentky zmiňovaly. Vše bylo shrnuto do přehledného schématu 8.

Z analýzy dat jsem zjistila, že by služba respondentkám přinesla velké pohodlí, nemusely by se stresovat časem objednání, plnou čekárnou, když doma mají děti své prostředí a klid, neměly by strach z nákazy dítěte nemocí v ordinaci pediatra. M1 by služba přinesla především to, že by nemusela hned s dítětem po návratu z porodnice někam jezdit, když je ještě unavená, aby chodila do poradny mezi ostatní matky a děti. Také by nemusela mít strach z nákazy: „*že si chce dítě naložit do auta nebo kočárku a lítat někde po doktorech, kde jsou další lidi a nemocní, že to prostředí doma je čisté, je lepší a klid*“. M2 by ocenila službu v prvních dnech, kdy po návratu domů si nebyla vším jistá, dítě často brečelo a byla by ráda za opětovné vysvětlení péče, kdy by si vzpomněla i na další věci, na které si nevzpomněla v poradně: „*když jsem večer koupala, tak jsem si nebyla jistá, jestli mám dost teplou vodu, malej pořád brečel, a tak bych to ocenila, aby mi to sestra v klidu znovu vysvětlila*“. Pro M3 by služba znamenala velký přínos: „*velmi mnoho, bylo by to v domácím prostředí, malá by třeba tolik nebrečela*“. M4 by přinesla návštěva především klid, aby se nestresovala a nepřenesla stres i na dítě. Nemusela by dlouho čekat v čekárně, nemusela by řešit, jestli přijede včas. Především by ji pak uklidnila kontrola, jestli provádí péči o dítě správně: „*uklidnění, zda zachází s dítětem správně, zda o něj pečují dobře, zda dobře prospívá*“. M5 by byla služba přínosem z pohledu pohodlí, klidu, vlastního prostředí, nebýt v čekárně s dalšími dětmi, které mohou být nemocné, byla by ráda i za očkování doma: „*možná i očkování doma by bylo lepší než v ordinaci, dítě by bylo ve svém prostředí, ve kterém to zná a nebrečí tu další děti*“.

## 5. Diskuze

V diskuzi bakalářské práce se zabýváme výzkumem zaměřeným na provádění návštěvní služby sestrou v ambulanci praktického lékaře pro děti a dorost, povědomí matek o existenci této služby a její využívání. Výzkum byl rozdělen do dvou částí. První část byla prováděna formou rozovorů vedených se sestrami z ambulancí praktických lékařů pro děti a dorost, celkem bylo osloveno pět sester. Rozhovory probíhaly v jejich ordinacích po pracovní době. Všechny sestry byly ochotné k rozhovoru a souhlasily s nahráváním, i když některé říkaly, že neví, jestli mi pomohou, protože návštěvní službu neprovádějí. Sestry byly osloveny v ambulancích v Jihočeském kraji.

Druhá část výzkumu byla prováděna formou rozhovorů s pěti matkami, které jsem oslovila v čekárnách u praktických lékařů pro děti a dorost. Podmínkou byla výchova dítěte do šesti let. Matky byly ochotné spolupracovat a souhlasily s nahráváním rozhovoru. Rozhovory byly provedeny v jejich domácím prostředí, a to i s ohledem na věk dětí.

U výzkumu sester byly položeny identifikační otázky ke zjištění jejich věku, vzdělání a délky praxe v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost. Věk sester se pohyboval v rozmezí 40 až 60 let. Nejmladší sestra má vystudovanou střední zdravotnickou školu obor všeobecná sestra a je registrovaná (vlastní Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dozoru a je zapsána do registru těchto pracovníků, který vede Ministerstvo zdravotnictví České republiky.) Ostatní sestry jsou starší, a měly tak možnost vystudovat střední zdravotnickou školu se specializací dětská sestra. Rovněž i ony jsou registrovanými sestrami. Sestra označená pro účely vyhodnocení výzkumu jako S2 má ještě specializaci psychologie pro jeslové dětské sestry. V současné době je možné získat specializaci dětská sestra formou navazujícího magisterského studia (např. Jihočeská univerzita, Fakulta zdravotně sociální, 2015). Délka praxe oslovených sester je v rozmezí 7- 26 let.

Při otázce na důvody provádění návštěvní služby se respondentky nejčastěji shodovaly na poznání prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, sociálních poměrů rodiny, seznámení se s matkou. Dále to byla péče o dítě, nejčastěji zmiňovaly ošetřování pupku

a očí, kdy sestry matkám radí, jak ošetřovat pupek, jakou používat dezinfekci, jak si poradit při přebalování, aby nedošlo k poranění pahýlu, u očí pak kontrolují, zda v nich není zánět a jestli matky vědí, jak oči ošetřovat. Sestry se dále shodly, že pomáhají matkám s oblékáním dítěte, radí, jak dítě obléci doma, i pokud jdou ven v nepříznivém počasí. Z mého pohledu je návštěvní služba přínosná jak pro sestry samotné, které tak poznají prostředí, ve kterém dítě žije, jestli je bezpečné a nehrozí mu úraz, také zkontrolují, zda matka ví, jak se o novorozence postarat. Krátký pobyt v porodnici je dle mého názoru na jedné straně lepší z důvodu nižší míry stresu u matky, která se lépe cítí v domácím prostředí, avšak na druhou stranu znamená jen velmi málo času si procvičit veškerou péči o dítě a získat potřebné informace. Matka je pak po návratu domů v péči o dítě velmi nejistá.

Další otázka byla zaměřena na kladné názory na návštěvní službu. Všechny dotázané sestry považují návštěvní službu za prospěšnou, ale ne všechny ji provádějí. Některé sestry nechodí z důvodu, že lékař má 24 hodinovou dostupnou službu na telefonu a vše si řeší sám. Jinak se sestry shodovaly, že služba přináší pohodlí jak pro matku, která nemusí hned po návrtu z porodnice s novorozencem do čekárny mezi ostatní děti, které mohou být nemocné, tak pro dítě, které je ve svém klidném a čistém prostředí. S uvedeným mohu jen souhlasit. Ačkoli jsem sama byla v porodnici 14 dní, byla jsem po návratu velmi unavená a nevěděla, co dělat dříve, natož, aby měla náladu jít s dítětem do poradny. Dalším kladem návštěvní služby je možnost poznání prostředí, tedy v jakých podmínkách rodina žije. Jaký má dítě prostor a podněty pro svůj vývoj, jak zmiňuje Plevová (2011). Dalším společným názorem bylo, že díky návštěvní službě má matka dostatek času se na cokoli zeptat, neboť v poradně kolikrát na některé dotazy zapomene. Dále se sestry shodovaly na větší otevřenosti matek a nižší míře jejich ostychu v domácím prostředí a důležitosti dobré komunikace nejen s dětmi, ale i s jejich rodiči. Z mého pohledu se jedná o nelehký, avšak velmi důležitý úkol. Pokud si získáme důvěru dítěte a rodičů, lépe se nám s nimi spolupracuje, vše se snadněji řeší a dítě není tolik stresované, jak ostatně zmiňuje Plevová a Slowik (2010).

Další otázkou byly záporné názory na návštěvní službu. Co nejčastěji brání sestřám vykonávat návštěvu v rodinném prostředí? Jedna sestra nechodí do rodin vůbec, protože

lékařka, u níž pracuje, má 24 hodinovou dostupnou službu na telefonu a vše si řeší sama, ať jsou to novorozenci, tak nemocné děti. Další sestry na návštěvy chodí, ale problém vidí především v množství administrativní činnosti, kterou musí zvládnout, přičemž na další pracovní náplň jim nezbyvá tolik času, problémem je také svobodná volba lékaře. V minulosti měl lékař stanovený obvod a spádové pacienty. Dnes si každý rodič může vybrat lékaře i z jiného města a za lékařem dojíždí i několik desítek kilometrů. Většina sester však nemá řidičský průkaz nebo se dělí o jeden automobil s manželem a pacienti ze vzdálenějších lokalit se tak pro sestry stávají hůře dostupnými. V této věci se sestrami souhlasím, nárůst administrativy je velký, přičemž důsledkem je méně času na pacienty. Sestry dále udávají problém s přístroji, které jsou těžké na převoz, navíc, nikdy předem neví, co na konkrétní návštěvě budou řešit. To je z mého pohledu ze stran sester výmluva. Dříve sestry měly jen váhu, a přesto si dokázaly s většinou věcí poradit, šlo jim především o zdraví dítěte. Navíc, pokud jdou na návštěvu do rodinného prostředí na záchyt zdravého novorozence, jde především o pomoc a poskytnutí informací matce, k čemuž žádné těžké přístroje nejsou potřeba.

Další otázka byla na přínos návštěvní služby sestře. Zde se sestry shodovaly na dvou věcech. Za kladné považují především poznání prostředí, v němž dítě vyrůstá. Z mého pohledu je dobré pro sestru vědět, kde dítě vyrůstá a kdo všechno s ním bydlí. Dnešní doba přináší různá úskalí, lidé žijí od výplaty k výplatě a mají málo prostředků na zajištění dobré péče o dítě, tedy správné výživy, dostatku oblečení, aby vyrůstalo v čistém a podnětném prostředí, rodiče nebyly závislí na drogách či alkoholu, netopili se v dluzech. Bohužel se i ukazuje, že matky chtějí mít vše perfektní a dokonalé. Neuvědomují si, že nábytek může být krásný, avšak nebezpečný pro dítě z důvodu ostrých hran či použití pro dítě nevhodných materiálů. Na to by měla sestra při návštěvě v domácím prostředí matku upozornit, a může se tím předejít i závažným úrazům, jak zmiňuje Velemínský (2007). Sestry dále shodně uvádějí důležitost dobré komunikace, která přináší lepší spolupráci s rodiči, odpadá stud se ptát na věci, ve kterých rodiče tápají, je možné jim vysvětlit třeba i důležitost očkování, jak uvádí Boledovičová (2006).

Další otázka směřovala na provádění ošetrovatelské péče. Zde se residentky shodly především na hygieně, kdy nejčastěji pomáhají s koupáním. Matky si nejsou jisty správnou teplotou vody a prostředím a používanou kosmetikou. Sestry dále učí péči o pokožku při přebalování a první sestra i široké balení při problémech s kyčlemi. Sestra dále sleduje stav pokožky dítěte, zda nejsou opruzeniny nebo vyrážka, a opět poradí jakou kosmetiku používat. Také řeší stříhání nehtů, kdy v nemocnici doporučují nechat je olámat, že se nesmí stříhat, ale sestry mají zkušenost, kdy děti jsou značně poškrábané, a proto z letité praxe doporučují nehty ostříhat, a pokud si matka netroufá, tak je ostříhají. Při ošetření pupku sestra upozorní na šetrné zacházení především při přebalování a koupání, Také doporučí vhodnou dezinfekci, kdy nejvíce se osvědčuje jodová tinktura. Z mého pohledu a zkušeností s nimi mohu v tomto jen souhlasit. Také ošetření očí je pro sestry důležité. Mají zkušenost, že každé dítě, které se vrátí z porodnice, má zánět v očích a některé maminky to ani neví, tak jim sestra doporučí jak ošetřovat a čím. Dále řeší s matkou kojení, jaká je vhodná poloha a jak se stravovat, aby dítě nemělo problémy s trávením a kolikou. V dnešní době doporučují kojit co nejdéle, neboť z mateřského mléka děti získávají imunitu od matky a předchází se tak i různým alergiím. Pokud matka z nějakého důvodu kojit nemůže, doporučí jí sestra vhodnou formu umělé výživy, jak se zmiňují Bacus (2005) a Muntau (2009).

U výzkumu matek jsem položila také několik identifikačních otázek, které se týkaly věku, typu vzdělání a věku dětí. Věk se pohyboval od 30 do 37 let. Zde je vidět, že věková hranice, kdy si žena pořizuje děti, se posouvá stále výš a můj názor po provedeném dotazování je, že čím je matka v době narození dětí starší, tím více je úzkostlivější. Pokud je např. dítě plačtivější, matka v tom hned vidí závažnou nemoc. Dosažené vzdělání u tří matek bylo vysokoškolské a jedna stále studuje, u jedné je středoškolské a jedna je vyučená. Dvě matky mají dvě děti a tři jen jedno, věk dětí se pohybuje od 9 měsíců do 7 let.

U matek první otázka směřovala na jejich představu obsahu pojmu návštěvní služba. Jedna matka byla zaskočena a nevěděla, co si má pod tímto názvem představit. Po analýze rozhovorů se ukázalo, že odpověď na tuto otázku záleží i na dosaženém vzdělání. Čím byly matky vzdělanější, tím měly o návštěvní službě více informací.



Věděly, že je to návštěva sestry v domácím prostředí a pomoc s péčí o novorozence. Nejvíce se shodovaly na kontrole vhodnosti prostředí ze strany sestry, zda je dobrá teplota v místnosti, jak upravit prostředí a předejít úrazům dítěte. Uváděly, že je návštěvní služba pro ně pohodlnější, neboť sestra provede kontrolu doma a matka nemusí jezdit s dítětem do ordinace. Dalším pozitivem je možnost v klidu probrat stravu jak dítěte, kdy chtějí poradit jak kojit, u matky, co by měla sama jíst, aby nenastaly problémy s kolikou či alergickou reakcí u dítěte. Matky by si rovněž přály pomoci s koupáním, neboť v porodnici nebylo dostatek času vše se naučit a vše probíhalo ve spěchu, s oblékáním, neboť si nejsou jisté, zda je dítě oblečené dostatečně či jestli není naopak oblečené příliš. Další věcí je péče o pupek, čím a jak ho ošetřovat. V porodnici matka obdržela informaci, že má pupek nechat odpadnout, ale jak se tento odlučuje, vzniká problém při přebalování, neboť o něj zadržává plenu a může jej poranit. Sestra proto matku poučí o správném postupu tak, aby nedošlo k infekci.

Další otázkou jsem zjišťovala, o co by matky měly při návštěvní službě zájem. Shodly se, že by ocenily informace, které sice v nemocnici dostaly, ale ve spěchu za velmi krátkou dobu pobytu v porodnici. Při návratu z porodnice byly rozladěné, projevila se únava a nevěděly, co mají dřív doma dělat, zda se starat o novorozence nebo o domácnost. Proto by přivítaly vše zopakovat v klidném domácím prostředí. Informace o hygieně, teplotě vody a prostředí, kosmetických přípravcích, vlastní péči o novorozence, především, jedná-li se o jejich první dítě. Rovněž je zájem o informace o stravě matky při kojení. Jedna matka zmiňovala, že měly přednášku o stravě, čeho se mají vyvarovat a naopak, co mají do svého jídelníčku zařadit. Vzápětí k obědu dostaly čičku s opečeným párkem, tedy jídlo při kojení zcela nevhodné. Není to k zamyšlení? Velký zájem je rovněž o všechny informace týkající se kojení. V minulosti se od kojení upouštělo, ale naštěstí je tento trend již dávno pryč. V mateřském mléce má dítě vše potřebné pro svůj vývoj, jak zmiňuje Strnadelová a Zezrán (2007). Matky rovněž opakovaly, že v domácím prostředí si během péče o novorozence vybaví, na co by se chtěly zeptat, snáze než v čekárně či ordinaci lékaře.

Pak vyvstala otázka, jaký přínos by měly matky z návštěvní služby. Z mého pohledu je tato služba velmi dobrá, ač nevyužívaná a nenabízená. Pro matku je přínosem

především pohodlí domova. Je zde klid, dítě je v prostředí, na které je zvyklé, a neruší je pláč jiných dětí. I matka, která je po návratu z porodnice unavená a nemá náladu navštěvovat ordinaci – zvláště, pokud je dítě zdravé a návštěvou ordinace vzniká riziko nákazy, neboť v čekárně jsou i děti nemocné. Z vlastní zkušenosti mé zkušenosti vím, že i když je poradna vyhrazena dětem zdravým, chodí do ní i rodiče s nemocnými dětmi s tím, že neměli čas přijít jindy a potřebují dítě vyšetřit, to už je však otázkou ohleduplnosti každého rodiče. Matky dále oceňují prostor pro dotazy, na které si většinou v ordinaci nevzpomenou nebo se stydí zeptat, aby si před lékařem a jinými rodiči nepřipadaly hloupě. Rovněž je pro matky důležité ujištění ze strany sestry, že péči o dítě provádějí správně, toto potvrzení je pro ně velkou vzpruhou po stránce psychické. Dle mého názoru je psychický stav matky při péči o dítě jedním z nejdůležitějších faktorů, pokud matka není klidná a vyrovnaná, není si jistá, zda o dítě řádně pečuje, vše provádí ve spěchu, aby např. stihla dojít s novorozencem včas na poradnu k lékaři, přenáší svůj stres i na dítě, které je poté více plačtivé, což matku dále znervózňuje, a vzniká začarovaný kruh. Právě v takových případech by měla být sestra nápomocná, poradit matce osvědčené postupy v péči o dítě, ale také, jak si najít čas jen na sebe, odpočinout si a nabrat síly. Z vlastní zkušenosti vím, že jsem po návratu z porodnice chtěla mít vše perfektní, vše dokonale zvládat. Přepínala jsem se, což vedlo k problémům s kojením a ztrátě mléka. Bála jsem se, že nebudu mít čím krmit své dítě, a velmi mi pomohla právě dětská sestra, která mě uklidnila, poradila, abych požádala někoho, aby mě zastoupil v péči o dítě, odpočinula si, pila bílou kávu. Byla jsem moc vděčná za tuto radu, a mohla poté dítě kojit ještě dlouho. A stačilo přitom tak málo.

## 6. Závěr

Návštěvní služba sestry v ambulanci praktického lékaře pro děti a dorost je plně hrazena zdravotní pojišťovnou. Je velmi přínosná pro práci sestry v ambulanci, kdy tato získává dostatek informací nejen o dítěti, ale i o prostředí ve kterém dítě vyrůstá, zda je bezpečné z pohledu možnosti vzniku úrazů, zda nedochází k týrání a zneužívání dítěte. Sestra je i oporou rodičů, které ujistí, že se starají o své dítě dobře, a podá jim dostatek informací, o něž mají rodiče zájem, to vše v klidném domácím prostředí, v němž nejsou rodiče stresováni pozdním příchodem do poradny a čekárnou plnou nemocných a plačících dětí. Návštěva je důležitá i pro vzájemné poznání a navázání lepšího kontaktu s rodiči, kdy díky dobré komunikaci jsou rodiče uvolněnější a odpadá zbytečný ostych. Zlepšuje se tak i spolupráce rodičů se zdravotnickým personálem.

Tato služba je v současnosti využívána pouze k záchytu novorozence, a to ještě ve velmi malé míře, především pak v menších městech či obcích, kde se lidé navzájem dobře znají. Bohužel většina sester tuto službu nenabízí, a to především z důvodu časové náročnosti, kdy kvůli nárůstu administrativy, kterou musí sestra obsáhnout, nezbyvá tolik potřebného času pro pacienty. Také rozsah obvodu je díky možnosti svobodné volby lékaře značný, a rodiče tak dojíždějí k lékaři s dítětem i ze vzdálenějších měst nebo obcí. Většina lékařů pak provádí návštěvní službu sama, mají 24 hodinovou službu na telefonu, kdy jsou ochotni za pacienty osobně přijet anebo problém vyřešit po telefonu. Sestry pak jako další důvod uvádějí nemožnosti mobility přístrojového vybavení ordinace.

Ve své práci jsem si stanovila dva cíle. Za prvé, zjistit, zda sestry navštěvují rodiny a z jakého důvodu. Druhým cílem pak bylo získat informace o tom, zda matky využívají návštěvní službu dětskou sestrou a z jakého důvodu. Výzkumná otázka pro první cíl pak zněla: Jaké důvody vedou sestru k návštěvě dítěte v domácím prostředí? Dozvěděla jsem se, že na návštěvy do rodin chodí jen velmi málo sester, a to většinou jen z obce nebo malého města a pouze z důvodu záchytu novorozence. Na druhou výzkumnou otázku – tedy proč matky využívají návštěvní službu dětskou sestrou, jsem dostala odpověď, že některé matky o existenci této služby vůbec neví nebo jim nebyla

nabídnutá, ale rady by ji využily především z důvodu možnosti získání potřebných informací bez spěchu, v pohodlí a bezpečí domova.

Z mého pohledu je návštěvní služba dětskou sestrou v ambulanci praktického lékaře pro děti a dorost velice důležitá, a proto budu závěry svého výzkumu obsaženého v této bakalářské práci publikovat v odborném časopise *Pediatric pro praxi*. Tato práce by měla sloužit k zamyšlení k poskytování a využívání návštěvní služby dětskou sestrou ve větším rozsahu, tak aby se tato služba znovu stala běžnou součástí náplně práce dětské sestry v ambulantní péči.

## 7. Seznam použité literatury

BACUS, Anne, 2005. *První rok vašeho dítěte*. Praha: Portál, ISBN 80-7367-029-1.

BÁRTLOVÁ, Sylva, 2009. Ošetřovatelství v systému komunitní zdravotní péči. *Kontakt*, roč.11, č.1, s.109-114,ISSN 1212-4117.

BOLEDOVIČOVÁ, Mária a kol., 2000. *Pediatrické ošetrovatelstvo*. Osveta, Martin, ISBN 80-8063-050-X.

HOUDEK, Lubomír, 2006: *Sborník z mezinárodní konference, Vzdělávání sester: současnost a očekávání*. Praha: Galén, ISBN 80-7262-434-2.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, 2011. *Základní ošetrovatelské postupy v péči o novorozence*. Praha: Grada,ISBN 978-80-247-3940-3.

GREGORA, Martin, 2005. *Kniha o matce a dítěti*. Praha: Grada,ISBN 80-247-0854.

GREGORA, Martin, 2013. *Virový průjem patří u dětí k nejčastějším onemocněním*[online][citace 2015-04-03] Dostupné z:<<http://www.babyweb.cz/vyrovy-prujem-patri-u-deti-k-nejcastejsim-onemocnenim>.

HELUS, Zdeněk, 2011. *Úvod do psychologie*. Praha: Grada,ISBN 978-80-247-3037-0.

HELLBRÜGGE, Theodor, Ladislav, ŠOLTÉS a kol. 2010. *Prvních 365 dní v životě dítěte*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3457-6.

HERDMAN, T., 2012- 2014. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace: 2012-2014= Nursing diagnoses : defitions and classification* : Přeložila Pavla Kudlová. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-4328-8.

JAROŠOVÁ, Darja, 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*, Praha: Grada, ISBN 978-80-247-2150-7.

JUNGWIRTOVÁ, Iva, 2009. *Pohodoví rodiče-pohodové děti; podporujeme vývoj dítěte*. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-536-3.

KAFKOVÁ, Vlastimila, 1992. *Z historie ošetrovatelství*. Brno: Institut pro další vzdělávání, ISBN 80-7013-123-3.

KELNAROVÁ, Jarmila, Eva MATĚJKOVÁ, 2010. *Psychologie 1. díl, Pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3270-1.

KIEDROŇOVÁ, Eva, 2010. *Rozvíjej se děťátko...*, Vydání 2., Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3744-7.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-2069-2.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3224-4.

LANGMEIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ, Dana, 2006. *Vývojová psychologie*. Vydání 2., Praha: Grada, ISBN 80-247-1284-9.

MATĚJČEK, Zdeněk, 2005. *Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte*. Praha: Grada, ISBN 80-247-0870-1.

MUNTAU, Ania, 2009. *Pediatric*. Praha : Grada, ISBN 978-80-247-2525-3

NEJEDLÁ, Marie, SVOBODOVÁ, Hana a kol. 2005. *Ošetrovatelství IV/2*. Informatorium, ISBN 80-7333-034-2.

PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha : Grada, ISBN 978-80-247-3558-0.

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

PŘIBYLOVÁ, Lucie, 2015. *Etika v neonatologii*, [online][citace 2015-03-04] Dostupné z: <<http://www.nedonosenci.blogspot.cz/2009/01/etika-v-neonatologii.html>>, sobota 10. ledna 2009.

RACEK, Jindřich, SOLAŘOVÁ, Hana a SVOBODOVÁ, Alena, 2014. *Vyhodnocování potřeb dětí: praktický průvodce: metodika vyhodnocování*. Praha: Lumos Foundation, ISBN 978-80-260-5521-1.

ŘÍČAŘ, Pavel, KREJČÍŘOVÁ, Dana a kol., 2006. *Dětská klinická psychologie*. 4. přepracované vydání, Praha: Grada, ISBN 978-80-247-1049-5

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

SIKOROVÁ, Lucie, 2012. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3592-4.

SEDLÁŘOVÁ, Petra a kol. 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-1613-8.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol., 2006. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty II.-Pediatrie a chirurgie*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-2040-1.

SMALLOVÁ, Meredith F., 2012. *Naše děti, naše světy: jak biologie a kultura ovlivňují naše rodičovství*. Praha: Grada, ISBN 978-80-7436-028-2.

STRNADELOVÁ, Vladimíra, Jan, ZERZÁN, 2009. *Radost ze zdravých dětí: preventivní i léčebná strava pro celou rodinu*. Olomouc: Anag, ISBN 978-80-7263-419-4.

ŠVARŤÍČEK, Roman, ŠEĐOVÁ a kol. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-313-0.

TÓTHOVÁ, Valerie a kol., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Triton, ISBN 978-80-7387-785-9.

VELEMÍNSKÝ, Miloš, 2003. *Vybrané kapitoly z pediatrie pro studující ZSF JU*. 4. vydání, České Budějovice: Jihočeská univerzita (České Budějovice). Zdravotně sociální fakulta, ISBN 80-7040-643-7.

VELEMÍNSKÝ, Miloš a Miloš, VELEMÍNSKÝ ml., 2007. *3x333 otázek pro dětského lékaře*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-929-0.

VENGLÁŘOVÁ, Martina, MAHROVÁ Gabriela, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, ISBN 80-247-1262-8.



WARNER, Penny, 2005. *333 nápadů pro život s batoletem (Osvědčené tipy a rady pro rodiče dětí ve věku od 1 do 3 let)*. Praha: Portál, ISBN 80-7178-962-3.

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA, JIHOČESKÁ UNIVERZITA, 2015. *Vzdělávání a studium*. [online][citace 2015-04-20]. Dostupné z: <[http://www.zsf.jcu.cz/cs/vzdelavani-a-studium/studijni-programy-obory-kurzy/copy\\_of\\_informace-o-jednotlivych-studjinich-oborech](http://www.zsf.jcu.cz/cs/vzdelavani-a-studium/studijni-programy-obory-kurzy/copy_of_informace-o-jednotlivych-studjinich-oborech)

## **8. Přílohy**

### **8.1 Seznam příloh**

Příloha č.1 - Otázky k rozhovorům se sestrami

Příloha č.2. – Otázky k rozhovorům s matkami

Příloha č.3 - CD- rozhovory

Příloha č.4 - Kódování rozhovorů

Příloha č.5 – Přímé citace respondentek