



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Vliv přítomnosti rodičů v průběhu hospitalizace na
ošetřovatelskou péči z pohledu dětské sestry**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **PEDIATRICKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Adéla Horáková

Vedoucí práce: Mgr. Hana Lazorová

České Budějovice 2025

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Vliv přítomnosti rodičů v průběhu hospitalizace na ošetrovatelskou péči z pohledu dětské sestry*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 30. 04. 2025

.....

Horáková Adéla

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Haně Lazorové za její cenné rady, odborné konzultace a přínosné podněty při zpracování bakalářské práce. Poděkování patří také probandkám, které mi věnovaly svůj čas a byly ochotné se do výzkumného šetření zapojit. V neposlední řadě děkuji mé rodině za trpělivost a podporu.

Vliv přítomnosti rodičů v průběhu hospitalizace na ošetrovatelskou péči z pohledu dětské sestry

Abstrakt

Současný stav: Tato bakalářská práce se zabývá vlivem přítomnosti rodičů během hospitalizace dítěte na ošetrovatelskou péči z pohledu dětské sestry. Cílem je zmapovat, jak přítomnost rodičů ovlivňuje poskytování ošetrovatelské péče dětskou sestrou, kvalitu poskytované péče a celkový průběh hospitalizace dítěte. Práce vychází z teoretických poznatků o významu rodiny v péči o hospitalizované dítě a opírá se o kvalitativní výzkum provedený formou polostrukturovaných rozhovorů s dětskými sestrami. Práce poukazuje na důležitost partnerského přístupu k rodičům a potřebu podpory sester při zvládnání těchto interakcí.

Cíle práce: Pro tuto bakalářskou práci byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem bylo zjistit pozitiva a negativa přítomnosti rodičů při poskytování ošetrovatelské péče hospitalizovanému dítěti. Jako druhý cíl bylo zjistit rozdíly v poskytování ošetrovatelské péče u hospitalizovaných dětí s doprovodem a bez doprovodu rodičů. Posledním cílem bylo zjistit, jak dětské sestry vnímají spolupráci s rodiči hospitalizovaného dítěte.

Metodika: Pro výzkumné šetření této bakalářské práce byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu za pomoci polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumný soubor tvořilo 10 dětských sester z dětských oddělení ve vybraných nemocnicích v Jihočeském kraji. Veškeré rozhovory byly nahrávány na diktafon a následně doslovně přepsány do Microsoft Word. Poté proběhla analýza dat za pomoci metody „tužka – papír“. Následně došlo k utvoření kategorií a podkategorií. Rozhovory byly realizovány a následně zpracovávány v průběhu března 2025.

Výsledky: Z výzkumného šetření vyplývá, že přítomnost rodičů má pozitivní vliv na psychickou pohodu hospitalizovaného dítěte a může usnadňovat spolupráci mezi zdravotnickým personálem a rodinou. Zároveň však mohou nastávat situace, kdy přítomnost rodičů klade zvýšené nároky na komunikační a organizační dovednosti sestry, které mohou být pro sestru náročné.

Závěr: Výzkumným šetřením bylo zjištěno, rodič je pro hospitalizované dítě nepostradatelnou součástí. Pro dětskou sestru je spolupracující rodič přínosem, avšak nespolupracující rodiče mají negativní vliv na ošetrovatelskou péči a zejména na dítě samotné.

Doporučení pro praxi: Bakalářská práce může nalézt využití v rámci celoživotního vzdělávání sester, může být přínosná zdravotnickým zařízením jako zpětná vazba a zvyšování kvality péče.

Klíčová slova

dětská sestra; dítě; hospitalizace dítěte; ošetrovatelská péče; rodiče

The influence of the presence of parents during hospitalization on nursing care from the perspective of a pediatric nurse

Abstract

Current status: This bachelor thesis deals with the influence of parental presence during the child's hospitalization on nursing care from the perspective of the pediatric nurse. The aim is to map how parental presence affects the provision of nursing care by the paediatric nurse, the quality of care provided and the overall course of the child's hospitalisation. The thesis is based on theoretical knowledge about the importance of the family in the care of the hospitalized child and is based on qualitative research conducted in the form of semi-structured interviews with pediatric nurses. The thesis highlights the importance of a partnership approach to parents and the need to support nurses in managing these interactions.

Objectives of the work: Three objectives were set for this bachelor thesis. The first objective was to determine the positives and negatives of parental presence in providing nursing care to a hospitalized child. The second objective was to determine the differences in providing nursing care to hospitalized children with and without parental accompaniment. The last objective was to find out how pediatric nurses perceive their collaboration with the parents of the hospitalized child.

Methodology: For the research investigation of this bachelor thesis, a qualitative research method using semi-structured interviews was chosen. The research sample consisted of 10 pediatric nurses from pediatric wards in selected hospitals in the South Bohemia region. The size of the research sample was determined based on the theoretical saturation of the data obtained. All interviews were recorded on a dictaphone and then transcribed verbatim into Microsoft Word. Data analysis was then conducted using the pencil-and-paper method. Subsequently, categories and subcategories were formed. The interviews were conducted and subsequently processed during March 2025.

Results: The research shows that the presence of parents has a positive effect on the psychological well-being of the hospitalized child and can facilitate cooperation between the medical staff and the family. At the same time, however, there may be situations where the presence of parents places increased demands on the nurse's communication and organisational skills, which can be challenging for the nurse.

Conclusion: the research investigation found the parent is an indispensable part of the hospitalized child. For the pediatric nurse, a cooperative parent is an asset, but uncooperative parents have a negative impact on nursing care and especially on the child himself.

Recommendations for practice: the bachelor's thesis can be used in the framework of lifelong learning of nurses, it can be beneficial to health care institutions as feedback and improving the quality of care.

Keywords

child; child hospitalization; nursing care; parents; pediatric nurse

Obsah

ÚVOD.....	10
1 SOUČASNÝ STAV	11
1.1 Péče o dítě v dnešní době.....	11
1.1.1 Péče zaměřená na dítě a rodinu	11
1.1.2 Přítomnost rodičů při hospitalizaci dítěte z hlediska legislativy.....	12
1.1.3 Podmínky a financování pobytu rodičů s hospitalizovaným dítětem v nemocnici.....	13
1.2 Specifika ošetrovatelské péče o děti	14
1.2.1 Novorozenecké období.....	14
1.2.2 Kojenecké období.....	15
1.2.3 Batolecí období	16
1.2.4 Období předškolního věku	17
1.2.5 Období školního věku	17
1.2.6 Období adolescence	18
1.2.7 Ošetrovatelská péče o dětského pacienta	18
1.3 Dětské sestry, dětský pacient a rodič	19
1.3.1 Komunikace dětské sestry s rodičem hospitalizovaného dítěte	19
1.3.2 Komunikace dětské sestry s dítětem	20
1.3.3 Dětský hospitalismus	21
1.3.4 Přínosy přítomnosti doprovodu hospitalizovaného dítěte.....	21
1.3.5 Negativa přítomnosti doprovodu hospitalizovaného dítěte.....	22
1.4 Současné výzkumy zabývající se problematikou přítomnosti rodičů u hospitalizovaných dětí	23
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	25
2.1 Cíle práce	25
2.2 Výzkumné otázky	25
3 METODIKA	26
3.1 Použité metody a techniky sběru dat	26
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	26
4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	28
4.1 Kategorizace výsledků	28
4.1.1 Kategorie 1 Zapojení rodiče do péče o hospitalizované dítě	29

4.1.2	Kategorie 2 Charakteristika rodiče při invazivních zákrocích.....	31
4.1.3	Kategorie 3 Komplikace při práci sester.....	33
4.1.4	Kategorie 4 Neinformovanost rodičů.....	35
4.1.5	Kategorie 5 Charakteristika vztahů rodičů k sestřám	36
4.1.6	Shrnutí výzkumných zjištění.....	39
5	DISKUZE.....	40
6	ZÁVĚR.....	45
6.1	Doporučení pro praxi	45
7	SEZNAM LITERATURY	46
8	PŘÍLOHY	51
8.1	Seznam příloh	51
9	SEZNAM ZKRATEK	52

ÚVOD

Bakalářská práce je věnována zmapování vlivu přítomnosti rodičů u hospitalizovaného dítěte pohledem dětské sestry. Systém péče o dítě neustále prochází vývojem a přizpůsobuje se potřebám dětí a jejich rodin. V současné pediatrické péči je rodina chápána jako jeden z klíčových prvků, protože zapojení rodičů a jejich přítomnost při péči o nemocné dítě výrazně ovlivňuje jeho emoční stav a samotný průběh hospitalizace. Bude představen přístup péče zaměřené na rodinu, popsány možnosti přítomnosti rodičů z hlediska legislativy a blíže specifikovány podmínky pobytu rodičů s dítětem v nemocnici. Dále budou představena období dětského věku. Dále se věnuji komunikaci mezi dětskou sestrou a hospitalizovaným dítětem spolu s jeho doprovodem, tedy rodičem. Dále budou prezentovány přínosy a negativa doprovodu a dětský hospitalismus. V poslední části bych se v této bakalářské práci chtěla zaměřit na představení současných výzkumných studií zabývajících se problematikou přítomnosti rodičů u hospitalizovaných dětí. Pro přehled bych dále chtěla nastínit, jakým způsobem je možné na tuto problematiku nahlížet a jak je zkoumána ve světovém měřítku. Zvolila jsem studie kvalitativní i kvantitativní. Cílem v empirické části bylo zmapování pozitiv a negativ přítomnosti rodičů při poskytování ošetrovatelské péče, dále bylo cílem zjistit rozdíly v poskytování ošetrovatelské péče u hospitalizovaných dětí s doprovodem a bez doprovodu a v neposlední řadě bylo cílem zjistit, jak dětské sestry vnímají spolupráci s rodiči hospitalizovaného dítěte.

Téma této práce jsem si zvolila proto, že se v praxi setkávám s touto problematikou téměř denně a je dle mého názoru velmi aktuální. Jako budoucí dětská sestra jsem chtěla zmapovat postoje a přístup dětských sester k doprovodu dítěte, poznat jejich zkušenosti a osobní názory. Také mě zajímalo, jak může přítomnost rodiče ovlivnit psychický stav dítěte, spolupráci při ošetrovatelských výkonech i celkový průběh léčby. Myslím si, že role sestry není pouze v poskytování odborné péče, ale také v podpoře rodiny a vytváření prostředí, které dítěti pomáhá zvládat stres z hospitalizace. Zároveň se domnívám, že správná spolupráce a důvěra mezi dětskou sestrou a rodičem může výrazně přispět ke zkvalitňování péče o dítě.

Tato bakalářská práce může nalézt využití v rámci celoživotního vzdělávání sester, dále může být přínosná zdravotnickým zařízením jako zpětná vazba nebo porovnání praxe a zvyšování kvality péče.

1 Současný stav

1.1 Péče o dítě v dnešní době

V současné době jsou děti lépe chráněny, než tomu bylo před sto lety. Vzdělávací standardy, sociální podpora, zdravotní péče i povědomí o dětském vývoji se zlepšily, a zneužívání dětí je nyní společensky neakceptovatelné. Došlo také k proměně lékařské péče, včetně pediatrie. V posledních 40 letech se zvýšil počet dětí hospitalizovaných v nemocnicích, avšak změnila se i samotná zkušenost s hospitalizací. Dříve byly návštěvy rodičů omezeny na 30 minut denně, ale dnes je běžnou praxí, že rodiče jsou přítomni u svého dítěte po celou dobu hospitalizace. Kdekoliv je to možné, klade se maximální důraz na to, aby děti nemusely být hospitalizovány. Mnoho složek specializované komplexní péče je v současné době dostupných i v rámci komunit. U akutně nemocných dětí nyní oddělení s krátkodobým pozorováním umožňují vyloučit závažné příčiny onemocnění a následně děti propustit do domácího ošetřování. Velká část hospitalizací však souvisí se sociálními důvody, například když panují obavy, že rodina není schopna nynější situaci zvládnout v domácím prostředí, nebo když je dojezdová vzdálenost do zdravotnického zařízení příliš velká (Miall & Smith, 2016).

1.1.1 Péče zaměřená na dítě a rodinu

Princip individualizované péče je nosným tématem v odborných diskusích již řadu let. V souvislosti s touto péčí se můžeme setkat s různými termíny, které ve svém článku shrnuje například Skrunka (2018, s. 19) takto: „Péče zaměřená na osobu/klienta/pacienta (person-centered care; patient-centered care; individualized treatment/care), nebo s důrazem na celou rodinu FCC (family-centered care).“

FCC (*family-centered care*) je přístup k plánování, poskytování a hodnocení zdravotní péče, který vychází ze spolupráce mezi zdravotnickými pracovníky, pacienty a jejich rodinami. Pacienti a jejich rodiny mají možnost vstupovat do rozhodování o tom, jak se chtějí podílet na péči, čímž získávají určitou míru kontroly nad péčí, což vede k celkové podpoře zdraví a pohody jednotlivců a jejich rodin. Cílem tohoto přístupu je tedy podpořit tuto spolupráci a současně spolupracovat také napříč různými úrovněmi péče a typy zdravotnických zařízení (IPFCC, n.d.).

Principy FCC nemají jednotnou podobu oficiálně uznaného kodexu, ale existují v řadě různě modifikovaných verzí. Vždy je ale jejich podstatou respekt k rodině, a především

uznání rodiny jako elementu, který má být organickou součástí pečujícího týmu a který se má aktivně podílet na rozhodování o podobě zdravotnické péče, jakou nemocné dítě dostává (Chvílová-Weberová et al., 2023).

Skrunka (2018) definuje specifika této individualizované péče následovně: důraz na komunikaci; poskytování péče, která se vyznačuje soucitem; adekvátní informovanost a edukace všech zúčastněných; posílení soběstačnosti a zvládnání spolupráce s rodinou; zohlednění kvality života a podpora paliativní péče.

Průkopnicí FCC ve Velké Británii byla sestra a sociální pracovníce June Jollyová, která svůj (tehdy inovativní) pohled na práci s dětským pacientem shrnula v knize „*The Other Side of Pediatrics*“ (volně přeloženo Druhá strana pediatrie), která pojednává o každodenní péči o nemocné děti (Chvílová-Weberová et al., 2023).

1.1.2 Přítomnost rodičů při hospitalizaci dítěte z hlediska legislativy

Hospitalizace dítěte je vždy zásahem nejen pro dítě, ale i jeho rodinu, ve které vyrůstá, a může být pro dítě traumatizujícím zážitkem, který ovlivňuje jeho psychiku. Přizpůsobení se nemocničnímu prostředí bývá často složité, zejména pro nejmenší děti. Když je hospitalizace nutná kvůli závažnosti onemocnění nebo složitosti diagnostiky, péči poskytují dětská oddělení, která by měla co nejvíce napodobovat přirozené rodinné prostředí. Prostorové uspořádání by mělo být uzpůsobeno režimu dětských pacientů, včetně přítomnosti nejbližších členů rodiny (Růžičková et al., 2022).

Práva dětských pacientů a rodičů jsou ukotveny v následující legislativě:

Zákon o zdravotních službách (zákon č. 372/2011 Sb.) stanovuje práva pacientů včetně práv dětí. Děti mají právo na přítomnost rodičů nebo jiných blízkých osob během hospitalizace, pokud to neohrožuje jejich zdraví nebo léčebný proces. (Parlament České republiky, 2011)

Zákon o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek (zákon č. 65/2017 Sb.), který také zohledňuje potřebu podpory rodičů a blízkých osob při léčbě dětí. (Parlament České republiky, 2017)

Zákon o rodině (zákon č. 94/1963 Sb.): Tento zákon vyzdvihuje význam rodiny a její roli v péči o děti. Podle něj by měl být zohledněn zájem dítěte, což zahrnuje i právo na kontakt s rodiči. (Parlament České republiky, 1963)

Standardy a doporučení klinických institucí, která má mnoho nemocnic a zdravotnických zařízení. Jedná se o vlastní interní směrnice a standardy, které se týkají přítomnosti rodičů při hospitalizaci dětí. Mohou pouze reflektovat zákonné požadavky, ale mohou také obsahovat specifické podmínky, které se vztahují na konkrétní oddělení nebo situace (např. intenzivní péče).

Úmluva o právech dítěte (Charta práv dětí) byla ratifikovaná Českou a Slovenskou Federativní republikou v roce 1991, a děti mají podle ní svá specifická práva. Úmluva zdůrazňuje právo dětí na rodinný život a na to, aby byly slyšeny. Evropská asociace pro děti v nemocnicích (dále EACH) je mezinárodní zastřešující organizace otevřená evropským nevládním neziskovým sdružením, která se zabývá péčí o děti v nemocnicích a v dalších zdravotnických službách. V roce 1988 vytvořili členové EACH Chartu, která v deseti bodech stanovuje práva nemocných dětí a jejich rodin před pobytem v nemocnici a v dalších zdravotnických službách, během něj a po něm (EACH, 2025). Smyslem Charty je kultivace společnosti a její zcitlivění pro potřeby nemocných dětí. Tvůrci Charty si vytkli za cíl co nejkompexněji vystihnout potřeby dětí, jež vyžadují zdravotnickou péči. V celé šíři svého záběru se celý dokument v podstatě opírá o čtyři základní principy, zahrnující respekt k přirozenému fyzickému prostředí dítěte, k jeho přirozenému sociálnímu prostředí, k jeho autonomii a k vývojovým potřebám dítěte, a to obecným i individuálním (Chvílová-Weberová et al., 2023).

V českém zdravotnictví mají děti, kterým je poskytována zdravotní péče, svá nepopíratelná práva. Jedním z těchto základních práv je nepřetržitá přítomnost rodičů nebo zákonných zástupců během poskytování zdravotní péče (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2023).

1.1.3 Podmínky a financování pobytu rodičů s hospitalizovaným dítětem v nemocnici

Dítě má právo být hospitalizováno s doprovodem, rovněž tak má nárok na nepřetržitou přítomnost svého zákonného zástupce, osoby určené zákonným zástupcem, pěstouna nebo osoby, které bylo svěřeno do péče. Toto právo je v souladu s platnými právními předpisy a vnitřními pravidly zdravotnického zařízení, pokud přítomnost těchto osob nenarušuje samotný proces poskytování zdravotní péče (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2023).

O přijetí doprovodu hospitalizovaného dítěte do zdravotnického zařízení rozhoduje ošetřující lékař. Pokud dospěje k závěru, že je doprovod nezbytný a vhodný, je pobyt doprovázející osoby v nemocnici včetně stravy hrazen pojišťovnou. Pokud však lékař rozhodne, že doprovod není nezbytný, má zákonný zástupce možnost si po domluvě s nemocnicí pobyt uhradit sám. Podmínkou však je, že nemocnice pro něj má volné lůžko— ať už přímo na pokoji s dítětem, v jiném pokoji v rámci nemocnice, či na ubytovně. Rodiči nemůže být upřeno právo na nepřetržitou přítomnost u jeho dítěte, přítomností však není myšleno ubytování a strava (Palečková a Hovorková, 2019).

Pokud to umožňuje vybavení zdravotnického zařízení a zároveň nebude narušeno poskytování zdravotních služeb anebo takový postup není na základě jiného právního předpisu vyloučen, je zákonnému zástupci nabídnut pobyt společně s dítětem. U dětí do 6 let je pobyt tzv. průvodce hrazen z veřejného zdravotního pojištění; u starších dětí si pobyt ve zdravotnickém zařízení hradí zákonný zástupce sám, pokud není úhrada krytá rozhodnutím zdravotní pojišťovny (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2023).

Právo dítěte na přítomnost osob není absolutní a uplatní se jen v případě, pokud výkon tohoto práva nebyl vyloučen či omezen zákonem o zdravotních službách či jiným právním předpisem, nenarušuje poskytování zdravotních služeb dítěti nebo jiným pacientům a nezasahuje nepřiměřeně do práv jiných pacientů a probíhá v souladu s vnitřním řádem poskytovatele (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2023).

1.2 Specifika ošetrovatelské péče o děti

Děti nejsou malí dospělí. Jejich fyzické, mentální a emocionální potřeby se od dospělých liší a liší se i v závislosti na jejich věku a vývojové fázi (Hibberson, 2019). Je klíčové, aby všem dětem byla poskytována kvalitní a bezpečná zdravotní péče (Ernst et al., 2020).

1.2.1 Novorozenecké období

Novorozenecké období je charakterizováno od narození do ukončeného 28. dne života. Můžeme také rozlišit užší novorozenecké období, které končí sedmým dnem života dítěte. Nastávají zde převratné změny, kdy se porodem mění životní podmínky jedince, který byl do té doby plně chráněn a živen tělem matky. Nastává doba přizpůsobování se novému prostředí a stejně tak dochází ke změnám týkajícím se krevního oběhu, dýchání, příjmu potravy a adaptace na zevní prostředí (Klíma, 2016).

Kachlová (2022) uvádí, že raný kontakt matky a dítěte je důležitý z mnoha důvodů. Začíná se utvářet pevná vazba mezi ní a dítětem. Jedná se o počátek symbiotického vztahu, při kterém dítě získává jistotu (Kachlová et al., 2022). K podpoře tohoto vztahu je vhodné bezprostředně po porodu zahájit proces tzv. *bondingu*, tedy vzájemného kontaktu matky a dítěte. Ten je realizován jako kontakt *skin to skin* (kůže na kůži), kdy je nahý novorozenec položen matce na obnažený hrudník nebo břicho (Kachlová et al., 2022). Na bonding následně navazuje *attachment* – proces vytváření citové vazby během několika týdnů po porodu, který má vliv nejen na formování osobnosti, ale zároveň vytváří pocit bezpečí (Kachlová et al., 2022).

Komunikace s rodiči a edukace matky v péči o dítě jsou významným pilířem v péči o novorozence. Tzv. *rooming in*, tedy umístění novorozence na pokoj spolu s matkou, jež o něj pečuje, tuto péči usnadňuje a přispívá k podpoře kontaktu matky s dítětem. Po propuštění do domácího prostředí by měla být matka edukována o poskytování základní péče o novorozence. Mezi oblasti edukace patří termomanagement, správná manipulace s dítětem, hygienická péče a v neposlední řadě kojení (Kachlová et al., 2022). Péče o dítě by měla být založena na respektování jeho potřeb. Rodiče by se tedy měli naučit rozpoznávat známky stresu a nepohodlí. Díky tomuto sledování mohou následně lépe zhodnotit, jak novorozenec reaguje na konkrétní poskytnuté intervence (Kachlová et al., 2022).

1.2.2 Kojenecké období

Kojenecké období charakterizujeme od narození do konce prvního roku života. Je označováno jako období největšího růstu a nejintenzivnějšího psychomotorického vývoje. Až třetina energie se spotřebovává na tělesný růst a ostatní přijatá energie se kromě fungování bazálního metabolismu spotřebuje tělesnou a duševní aktivitou. Ta se během prvního roku stává primárním stimulem vývoje jak motorického, tak i psychického (Klíma, 2016).

V prvním roce života neprobíhá vývoj stejně rychle. Jsou zřejmé individuální rozdíly v prožívání, chování, ale i v celkovém vývoji. Důležitou součástí interakce mezi matkou a dítětem je nápodoba, která také přispívá k udržení kontaktu. Matky často napodobují chování svého dítěte, zatímco dítě se zase učí opakovat to, co vidí u matky. V tomto období dochází k prvním experimentům s hlasem, kdy si kojenci broukají, žvatlají a spojují slabiky. Neméně důležité jsou podněty související s jídlem, teplem a celkovým

tělesným komfortem. Základní receptivita spojená s orálními aktivitami, jako je sání a později kousání, je primárně spojena s příjmem potravy, ale její význam může být širší. V kojeneckém věku jsou ústa klíčová i pro interakci s okolím, neboť dítě jimi objevuje objekty ve svém okolí (Vágnerová a Lisá, 2022).

Mezi šestým a osmým měsícem věku se u dětí zesiluje strach a úzkost vůči neznámým lidem, což souvisí s jejich schopností rozlišovat známé od cizích osob. Typickými projevy jsou přitisknutí k rodiči, pláč a vyhýbání se cizím lidem (Hockenberry et al., 2019).

1.2.3 Batolecí období

Batolecí věk je období mezi prvním a třetím rokem života. Pro toto období je klíčový výrazný rozvoj schopností, dovedností i dětské osobnosti. Dítě se stává nezávislejším, aktivním jedincem, který si uvědomuje svou vlastní existenci. Typickým rysem je osamostatňování se, což je spojeno s růstem do širšího světa. Nastává období emancipace, která je pro budoucí vývoj klíčová (Vágnerová a Lisá, 2022).

Na počátku batolecího období by měla být vytvořena pevná vazba s matkou, která je základem úspěšného emočního, kognitivního a sociálního vývoje. Mladší batolata si během postupného osamostatňování se od matky vytvářejí vazby na přechodné objekty, které se stávají dočasnou součástí jejich života – například plyšové hračky (Vágnerová a Lisá, 2022).

Otcové obvykle představují autoritu, disciplínu a věnují větší pozornost dodržování pravidel. Motivují dítě k výkonu a tím podporují rozvoj potřebných dovedností. Jejich nároky mohou být vnímány jako podnět a motivace pro další růst. Otcové výrazněji podporují rozvoj samostatnosti u dětí, povzbuzují je k iniciativě a k překonávání strachu z nových situací (Vágnerová a Lisá, 2022).

Dostavuje se také fáze vzdoru. Důležitým momentem je i začlenění dítěte do kolektivu a osvojení základních hygienických návyků. Hlavním aspektem tohoto období je získání lokomoce osvojením si chůze a schopnost verbálně komunikovat (Vágnerová a Lisá, 2022). Mezi hlavní zdravotní rizika tohoto věkového období patří úrazy a problémy s nimi spojené (Stožický et al., 2015).

1.2.4 Období předškolního věku

Předškolní věk začíná po třetím roce života, kdy končí batolecí období, a trvá zhruba do 6 let s nástupem základní školní docházky. Toto období se vyznačuje výrazným rozvojem druhé signální soustavy, porozuměním abstraktním pojmům a rychlým pokrokem ve vývoji řeči. Dítě si postupně začíná uvědomovat své vlastní „já“, vytváří a upevňuje mezilidské vztahy v rodině i v kolektivu vrstevníků. Rozvoj vědomostí a dovedností předchází vývoj sebekontroly a disciplíny, což jsou klíčové faktory pro školní zralost (Klíma, 2016).

Pro dítě v předškolním věku je důležitá hra, která je dle Vágnerové (2022) neverbální symbolickou funkcí a zároveň dalším způsobem vyjádření subjektivní interpretace reality, postoje ke světu i sobě samému. Symbolická hra pomáhá předškolním dětem vyrovnávat se s realitou, která pro ně může být náročná. Pohádky odpovídají typickému způsobu myšlení a prožívání dětí v tomto věku (Vágnerová a Lisá, 2022). Na začátku předškolního věku exekutivní funkce nejsou ještě dostatečně vyvinuté na to, aby dítě dokázalo regulovat všechny psychické projevy, zejména ty, které mu pomáhají udržet pocit bezpečí. Jedním z těchto projevů je silná potřeba dodržování rituálů (Vágnerová a Lisá, 2022).

Rodiče jsou pro předškolní děti emočně významnou autoritou a vzorem, kterému se chtějí ve všech ohledech podobat a s nímž se ztotožňují. Předškolní děti si již uvědomují, že jejich vztah s rodiči je trvalý a že k nim patří bez ohledu na momentální situaci (Vágnerová a Lisá, 2022).

1.2.5 Období školního věku

Klíma (2016) uvádí, že je mladší školní věk ukončen 11.–12. rokem života. Dle Vágnerové (2022) lze školní věk rozdělit na tři dílčí fáze, a to na raný školní věk, který trvá od 6 do 9 let, dále na střední školní věk od 9 do 12 let a na starší školní věk, který udává do 15. roku života. Toto období je z pohledu růstu a vývoje považováno za klidné, bez výrazných změn. Začíná i druhá dentice, tedy postupná náhrada mléčného chrupu za chrup definitivní. Dále se rozvíjejí všechny schopnosti, dovednosti a získané znalosti. Výrazným mezníkem tohoto období je nástup dítěte do školy, který vyžaduje odpovídající tělesnou, kognitivní, emoční, motivační a sociální zralost, a následně samotná školní docházka (Stožický et al., 2015).

V tomto období nabývá na důležitosti skupina vrstevníků, tedy školní třída, jako normativní skupina. Třída získává značný vliv a dítě si zde potřebuje vybudovat postavení, což se stává klíčovým prvkem jeho identity. Skupina si však vytváří vlastní pravidla, která jsou často velmi specifická. Pokud některé dítě těmto normám neodpovídá, bývá ze skupiny vyloučeno nebo odmítáno (Kaplan, 2022). Nováková (2023) uvádí, že předškolní dítě potřebuje mít od rodičů jasně stanovená pravidla, jak se ve škole chovat. Je také důležité dítě podporovat a motivovat v jeho aktivitách, ať už dobrovolných nebo povinných, ale také mu být oporou při neúspěchu. Role rodiče také spočívá v co možná největším usnadnění vstupu dítěte do školního procesu.

1.2.6 Období adolescence

Dospívání je období, ve kterém dochází k somatickým, psychickým a sociálním změnám, jež představují přechod od dětství k dospělosti. U dívek začíná dostavením první menstruace, zatímco u chlapců ejakulací. Vyznačuje se výraznými tělesnými i psychickými změnami, kdy kulminuje hormonální přestavba s vyzáváním pohlavních orgánů a dokončuje se vývoj sekundárních pohlavních znaků. Po pubertálním zrychlení růstu se tělesný růst zpomaluje a postupně končí. Jedinec se musí vyrovnávat s psychickými změnami, které jsou reakcí na nové životní zkušenosti. Také hledá své postavení nejen ve společnosti, ale i ve vztahu k nejbližšímu okolí. Dospívání je legislativně ukončeno dosažením 18. roku života, avšak biologické procesy tuto hranici nerespektují (Klíma, 2016). V období časně adolescence se mladý člověk pohybuje ve třech prostředích: rodině, skupině vrstevníků a ve škole. Začíná si budovat nezávislost na rodině a v této fázi také často v rodinném prostředí dochází k narušení rovnováhy. S příchodem prvních příznaků puberty roste adolescentova touha po soukromí, což obvykle vede ke konfliktům, nejčastěji s jedním z rodičů (Stožický et al., 2015).

1.2.7 Ošetrovatelská péče o dětského pacienta

Přijetí do nemocnice je pro dítě bez ohledu na věk velmi stresující zkušeností. Ztrácí tím pocit kontroly, musí se přizpůsobit cizímu prostředí a podstoupit nepříjemná vyšetření. Pokud je navíc hospitalizováno bez doprovodu, projevují se u něj následky separace od rodiny, která pro něj představuje klíčový zdroj bezpečí a emoční podpory (Mixa et al., 2024). Pozornost je zaměřena nejen na poskytování ošetrovatelské péče nemocným dětem, musí se ale také soustředit i na péči o emocionální potřeby jejich rodičů, sourozenců a dalších členů rodiny (Bartoníčková et al., 2022).

Poskytování zdravotní péče dětskému pacientovi se vyznačuje řadou specifik v oboru medicíny i ošetrovatelství. Při poskytování ošetrovatelské péče dítěti v klinické praxi je zásadní respektovat jeho vývojové období, využívat specifické aspekty verbální i neverbální komunikace, přihlížet ke zvláštnostem doporučených postupů (*guidelines*), ošetrovatelských standardů a v neposlední řadě respektovat práva dítěte.

Poskytování ošetrovatelské péče dítěti představuje fyzickou a psychickou zátěž, a to nejen pro zdravotní sestru, ale i pro ostatní členy multidisciplinárního týmu. Náročnost péče je umocněna i faktem, že do procesu zasahuje zákonný zástupce dítěte. V poskytování ošetrovatelské péče dítěti je důležité zohledňovat významná specifika, aktivně reflektovat individuální potřeby dítěte a při provádění sesterských intervencí postupovat podle přesně stanovených standardů (Hudáková et al., 2024).

1.3 Dětské sestry, dětský pacient a rodič

Dětské sestry a rodiče mají rozdílné role a odpovědnosti, avšak jejich společným cílem je zajistit úspěšnou léčbu dítěte. Aktivní zapojení rodičů je klíčové pro pocit bezpečí dítěte a jeho dobrovolnou spolupráci během nemocniční péče. Sdílený zájem o blaho dítěte vytváří prostor pro efektivní spolupráci a otevřený dialog mezi sestrami a rodiči. V některých situacích sehrává důležitou roli také iniciativa sestry, která skrze hru s dítětem dokáže navodit důvěru, uvolnit napětí a dítě uklidnit, což výrazně přispívá k úspěchu léčebného procesu (Sundal a Vatne, 2020).

1.3.1 Komunikace dětské sestry s rodičem hospitalizovaného dítěte

Jedna z největších priorit u hospitalizovaného dítěte je právo být v nepřetržitém kontaktu se svými rodiči a sourozenci. Rodiče by měli být informováni o provozu oddělení a zároveň podněcování k aktivní spolupráci na jeho chodu (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2019).

Dětská sestra se často ocitá před morálním dilematem, kdy se na jedné straně snaží zajistit dítěti co nejlepší péči, ale zároveň nemusí vždy vyhovět přáním rodičů (Bartoničková et al., 2022).

Profese sestry vyžaduje nejen dovednost postarat se o fyzické potřeby dítěte, ale také o jeho psychickou pohodu a zároveň umění maximálně komunikovat s rodiči a blízkými. Sestra by měla být schopna efektivně navázat, udržovat a podporovat správnou komunikaci, protože na tom často závisí úspěšnost léčby a spokojenost všech

zúčastněných (Zacharová, 2016). Způsob vedení komunikace dětské sestry s rodiči by měl být veden tak, aby budoval důvěru a dosáhnul vzájemnosti. Komunikace by měla být založena na respektu, upřímnosti a důvěře. Sestra by měla uplatňovat empatický a individuálně zaměřený přístup, který zahrnuje aktivní naslouchání, objasňování a zohledňování rodičovských zkušeností a perspektiv. V komunikaci sestra-rodič je nepostradatelné, aby sestra na základě vnímání potřeb rodičů během konkrétní interakce uměla rozpoznat, kdy použít autoritativní přístup. Jeho výsledkem by pak mělo být, aby rodiče získali jednoznačné odpovědi namísto toho, aby byli vedeni k dalším otázkám. Cílem komunikace s rodiči je poskytnutí informací, které pomáhají rodičům porozumět a léčit (Harder et al., 2024).

1.3.2 Komunikace dětské sestry s dítětem

Dle ustanovení § 35 zákona o zdravotních službách má dítě právo na informace o poskytované zdravotní péči, a to způsobem přiměřeným věku a úrovni jeho rozumového chápání. Při komunikaci s dítětem je důležité brát v potaz úroveň jeho rozumové a emocionální vyspělosti a respektovat jeho názor. Stejně tak má právo vyjádřit svůj názor v jakékoliv situaci a zároveň očekávat, že jeho názor bude zohledněn (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2023).

Děti a dospívající potřebují kromě podpory svých blízkých především jasné a srozumitelné informace, aby dokázali mobilizovat své vlastní zdroje a strategie pro zvládnutí zátěže. Je pro ně klíčové, aby je zdravotníci vnímali jako partnery a usilovali o získání jejich důvěry (Mixa et al., 2024). Při komunikaci s dětmi je klíčové uplatňovat individuální a citlivý přístup, který bere v potaz jejich věk i zdravotní stav. Úspěch rozhovoru často závisí na pocitech, které děti během komunikace zažívají, protože jsou vůči emocím velmi citlivé. Pro děti je důležitější způsob, jakým s nimi hovoříme než samotný obsah rozhovoru. Měli bychom mluvit klidně, laskavě, nespěchat, používat jednoduché věty a známá slova a udržovat oční kontakt. Důležité je usmívat se nejen ústy, ale i očima, působit přátelsky a vnímat neverbální signály. Pracujeme s vlastním napětím, kontrolujeme svou mimiku. Je také zásadní nebagatelizovat jejich obavy a k dítěti přistupovat s respektem a úctou jako k rovnocenným partnerům (Mixa et al., 2024). Získání důvěry a zájem dítěte je klíčové pro navázání rozhovoru. Zejména u menších dětí je vhodné použít hračky či herní aktivity, které jsou pro děti prvotní formou komunikace. Dětská sestra si tak může získat důvěru, vysvětlit chystaný zákrok nebo dítě lépe uklidnit

po nepříjemném výkonu. Hračka může být využita k odvedení pozornosti nebo jako odměna za odvalu. Děti potřebují mít jasno v tom, kde se nacházejí, proč tam jsou, co se s nimi děje a kdy za nimi přijdou rodiče (Mixa et al., 2024). Oproti tomu s adolescenty se dle Fendrychové (2018) snažíme navázat partnerský vztah.

Dětská sestra by měla dítě povzbuzovat, odpovídat na jeho otázky a nabízet mu útěchu v případě strachu nebo obav (EACH, 2024).

1.3.3 Dětský hospitalismus

Hospitalismus je výsledkem vlivu nepříznivých faktorů, které působí na dítě během jeho pobytu v nemocnici nebo jiném lůžkovém zařízení. Jedná se o silnou reakci na hospitalizaci, kterou může být plačtivost, smutek, nechutenství či poruchy spánku. Význam má i nečinnost. Čím déle je dítě hospitalizováno, tím větší je pravděpodobnost rozvoje hospitalismu. Během delšího pobytu v nemocnici je negativně ovlivněn jak psychický, tak fyzický stav dětského pacienta. Právě děti jsou hospitalismem postiženy častěji než dospělí, protože u nich vzhledem k jejich somatopsychické nezralosti a labilitě dochází k nejvýraznějším projevům. V současnosti se proto doporučuje, aby byla do nemocnice spolu s dítětem přijímána i matka, která může napomocet negativní faktory hospitalizace odbourat (Zacharová, 2017).

Reakce dítěte na hospitalizaci obvykle probíhá ve třech stádiích. Prvním stádiem je protest, kdy dítě pláče, volá matku a odmítá ostatní dospělé, což může trvat několik hodin nebo i dní. Následuje stádium zoufalství, kdy dítě ztrácí víru, že matku přivolá, a prožívá smutek z jejího odchodu; často se uzavírá do sebe, je tiché a v depresi. Třetím stádiem je odpoutání se od matky, kdy dítě potlačuje své city k matce, navazuje vazby na sestru a k matce se chová lhostejně. Po návratu domů se mohou objevit psychické problémy jako nespavost, noční děsy, pomočování, úzkost nebo potíže ve vztazích s rodiči. Pokud dítě v nemocnici nemá dostatek náhradní péče od zdravotnického personálu, hrozí riziko citového strádání. U dětí můžeme využívat na mnohých pracovištích kromě učitelů mateřských škol i herní specialisty (Zacharová, 2017).

1.3.4 Přínosy přítomnosti doprovodu hospitalizovaného dítěte

Nejen, že hospitalizace rodičů s dítětem poskytuje dítěti zmírnění úzkosti, emocionální podporu a pohodlí, ale také vytváří rozptýlení dítěte prostřednictvím uklidňující řeči, dotyku nebo objetí. Toto rozptýlení rodiči je vnímáno jako účinnější než rozptýlení

poskytované dětskou sestrou. Dítě se cítí pohodlněji během zákroků za přítomnosti rodičů, kteří jej motivují a psychologicky připravují na léčbu, což mírní bolest, kterou dítě podstupuje (Handayani a Daulima, 2020). Tento fakt potvrzuje i studie Inan a Inal (2019), která uvádí, že doprovod má vliv na tišení bolesti a úzkosti. Skupině dětí, kteří měli během odběru krve podporu rodičů, se ve srovnání se skupinou, která nebyla intervenována, účinně snížila bolest.

Pro dětské sestry je přítomnost rodičů přínosem v efektivní komunikaci mezi zdravotním personálem a rodinami, což vede k porozumění onemocnění, zdravotním problémům a koordinaci zdravotní péče. Toto přispívá jak ke spokojenosti rodin pacientů, tak může přispět k lepší efektivitě poskytované péče a spokojenosti dětských sester. Rodiče mohou částečně zastupovat role dětských sester v poskytování péče dítěti. Usnadňuje se tím proces léčby a péče o pacienty (Handayani a Daulima, 2020). Tento fakt potvrzuje i studie zabývající se dětmi na jednotce intenzivní péče, která tvrdí, že kriticky nemocné děti považují přítomnost rodičů za zásadní pro jejich pohodu. Rodiče hrají zásadní a mnohostrannou roli, která zahrnuje především pocit bezpečí pro hospitalizovaného dětského pacienta (Ryan et al., 2025)

1.3.5 Negativa přítomnosti doprovodu hospitalizovaného dítěte

Dle Diehl (2018) je nejzávažnější nízká spoluúčast rodičů na péči o dítě na neonatologickém oddělení, protože nejasná komunikace mezi sestrou a rodičem může vést k fatálním následkům. Neefektivní komunikace s rodinami hospitalizovaných dětí může navíc vést nejen ke snížení spokojenosti, ale i úrovně přirozené důvěry zdravotnického personálu. Rodiče v průzkumech spokojenosti pravidelně uváděli, že je trápí nejasná komunikace a že informace, které dostávají od ošetrovatelského personálu, se někdy liší od informací, které dostávají od ostatních členů lékařského týmu.

Grahn et al. (2016) uvádí, že někteří rodiče se stávají přehnaně ochrannými a projevují své úzkosti a strachy. Jsou tedy méně přístupní k informacím, protože si již vytvořily vlastní pohled na situaci, což může mít za následek ohrožení kontaktu sester s dítětem.

1.4 Současné výzkumy zabývající se problematikou přítomnosti rodičů u hospitalizovaných dětí

V roce 2023 proběhla studie (viz Příloha 2), která měla za cíl prozkoumat zkušenosti sester při péči o děti, mladé lidi a jejich rodiny s dlouhodobým onemocněním. Výzkumným zjištěním bylo prokázání úspěšného partnerství sestra-rodič a dyadického partnerství sestra-dítě (Barratt et al., 2024).

Výzkum z roku 2020 (viz Příloha 2) se zaměřil na ideální spolupráci rodičů a sester při péči zaměřené na léčbu a domácí péči hospitalizovaných předškolních dětí. Cílem bylo zmapovat zkušenosti rodičů a dětských sester, jakožto konkrétní způsoby, jakými rodiče a zdravotní sestry partnersky spolupracují při péči o děti předškolního věku. Bylo zjištěno, že spolupráce dětských sester a rodičů je zásadní a zajišťuje nejlepší zájmy dětí (Sundal a Vatne, 2020).

Další výzkum na toto téma proběhl v roce 2019 (viz Příloha 2), kdy bylo cílem vyhodnotit faktoriální validitu škály partnerství dětských sester s rodiči. Zjištěno bylo, že dětské sestry vnímají partnerství sestra-rodič na vysoké úrovni. Vzhledem k tomu, že se v oblasti pediatrické ošetrovatelské praxe stále více zaměřuje na partnerství mezi zdravotnickým personálem a rodinami, je partnerství dětské sestry a rodiče stále více přijímáno jako důležitý koncept (Choi a Uhm, 2022).

Studie z roku 2019 si kladla za cíl analyzovat partnerství mezi sestrami a rodiči hospitalizovaných dětí a kvalitu ošetrovatelské péče u dětí, jak ji vnímají dětské sestry. Bylo zjištěno, že kvalita ošetrovatelské péče poskytovaná dětem je vyšší u sester s delší pracovní praxí na dětských odděleních. Pro zkvalitnění ošetrovatelské péče na dětských odděleních by rodiče hospitalizovaných dětí měli být uznáváni jako partneři v ošetrovatelské péči (viz Příloha 2) (Yoo a kol., 2020).

Další studií (viz Příloha 2) zabývající se názory sester na přítomnost rodinných příslušníků při invazivních zákrocích u hospitalizovaných dětí zjišťovala názory a praktiky ošetrovatelského personálu ohledně přítomnosti rodinných příslušníků při invazivních výkonech u hospitalizovaných dětí. Zde bylo prokázáno, že sestry vnímají rodinu v pediatrické péči jako klíčový prvek a uvádějí, že zvou členy rodiny, aby se podíleli na péči o jejich dítě. Pouze polovina respondentů však zve rodinu k přítomnosti

invazivních výkonů. Pokud jde o přínos pro dítě a rodinu, většina sester vidí přítomnost rodiny jako zdroj podpory (Ventura Expósito et al.,2024).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

Pro naplnění empirické části práce byly stanoveny čtyři cíle.

Cíl 1: Zjistit pozitiva a negativa přítomnosti rodičů při poskytování ošetrovatelské péče hospitalizovanému dítěti.

Cíl 2: Zjistit rozdíly v poskytování ošetrovatelské péče u hospitalizovaných dětí s doprovodem a bez doprovodu rodičů.

Cíl 3: Zjistit, jak dětské sestry vnímají spolupráci s rodiči hospitalizovaného dítěte.

2.2 Výzkumné otázky

VO1: Jaká jsou pozitiva a negativa přítomnosti rodičů dítěte na ošetrovatelskou péči?

VO2: Jaké jsou rozdíly v poskytování ošetrovatelské péče u hospitalizovaných dětí s doprovodem a bez doprovodu rodičů?

VO3: Jak dětské sestry vnímají spolupráci s rodiči hospitalizovaného dítěte?

3 METODIKA

3.1 Použité metody a techniky sběru dat

Empirická část bakalářské práce byla zpracována metodou kvalitativního výzkumného šetření. K získávání dat byla využita metoda polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumná metoda byla zvolena v závislosti na výzkumných cílech. Výhodou této metody je hlubší porozumění daným fenoménům. Získaná data byla kódována a kategorizována prostřednictvím metody „tužka a papír“. Rozhovory probíhaly osobně se sestrami dětského oddělení ve vybraných zařízeních Jihočeského kraje, kde byly autorce této práce poskytnuty souhlasy od hlavních sester k realizaci výzkumného šetření prostřednictvím e-mailové komunikace.

Rozhovor obsahoval 13 předem připravených otázek (viz Příloha 3), na které mohly dotazované probandky otevřeně odpovídat. Rozhovory byly zaznamenány pomocí diktafonu a následně byly jednotlivě a doslovně přepsány do textové podoby prostřednictvím programu Microsoft Word. Účast ve výzkumném šetření byla zcela dobrovolná a šetření probíhalo zcela anonymně. Sestry předem vyslovily souhlas účastnit se rozhovorů a jejich odpovědi byly zaznamenávány na diktafon. Dvě ze sester nevypravily souhlas s nahráváním, jejich odpovědi byly proto zaznamenávány na záznamový arch písemně. V jednotlivých odpovědích probandek byly vyhledávány společné znaky, které byly barevně odlišeny dle podobně zaměřených celků. Jednotlivé celky byly poté kategorizovány do kategorií a podkategorií a dle nich byla následně vytvořena jednotlivá schémata. Sběr dat probíhal v měsících únor a březen roku 2025.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumné šetření probíhalo ve vybraných nemocničních zařízeních Jihočeského kraje a výzkumný soubor byl tvořen deseti sestrami z dětských oddělení s různou délkou praxe a dosaženým vzděláním. Pro zachování anonymity byly zúčastněné sestry označeny jako S a byla jim přidělena pořadová čísla 1–10 (viz Tabulka 1). Probandky byly osloveny při osobním setkání a na doporučení staniční sestry dětského oddělení. Jedna sestra byla z výzkumného šetření odstraněna z důvodu relevance. Identifikační údaje sester jsou pro přehlednost znázorněny v následující tabulce.

Tabulka 1 Identifikační údaje sester

Probandky	Nejvyšší dosažené vzdělání	Délka praxe	Délka praxe na dětském oddělení
S1	Bakalářské	1,5 roku	1,5 roku
S2	Bakalářské	25 let	7 let
S3	Bakalářské	2 roky	2 roky
S4	Středoškolské s maturitou – dětská sestra	29 let	29 let
S5	Bakalářské	5 let	2 roky
S6	Bakalářské	9 let	9 let
S7	Středoškolské s maturitou – dětská sestra	30 let	28 let
S8	Bakalářské	2 roky	2 roky
S9	Bakalářské	1,5 roku	1,5 roku
S10	Bakalářské	18 let	3 roky

Zdroj: vlastní (2025)

Celková délka praxe ve výzkumném souboru se pohybovala v rozmezí 1,5 roku až 30 let. Délka praxe na dětském oddělení se pohybovala obdobně mezi 1,5 roku až 29 let. Průměrná délka praxe na dětském oddělení byla 8,5 roku. Z deseti sester mělo osm bakalářské vzdělání, dvě sestry měly středoškolské vzdělání s maturitou (obor dětská sestra). Sestry, které se zúčastnily výzkumného šetření, byly z dětského oddělení (DEO standard) z vybraných nemocnic Jihočeského kraje.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

4.1 Kategorizace výsledků

Při analýze získaných dat vzniklo celkem 5 kategorií a 10 podkategorií: Zapojení rodiče do péče o hospitalizované dítě; Charakteristika rodiče při invazivních zákrocích; Komplikace práce sester; Nedostatečná informovanost rodičů; Charakteristika rodiče ve vztahu k sestřám.

Tabulka 2 Kategorizace výsledků rozhovorů

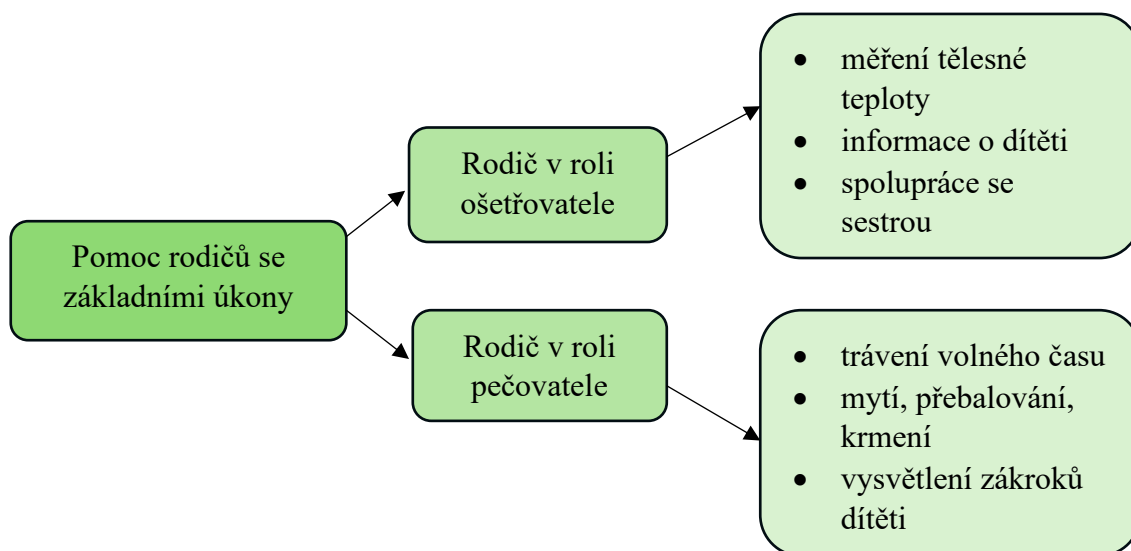
Kategorie 1	Zapojení rodiče do péče o hospitalizované dítě
<i>Podkategorie 1</i>	Rodič v roli ošetřovatele
<i>Podkategorie 2</i>	Rodič v roli pečovatele
Kategorie 2	Charakteristika rodiče při invazivních zákrocích
<i>Podkategorie 1</i>	Rodič jako opora
<i>Podkategorie 2</i>	Rodič jako zdroj stresu
Kategorie 3	Komplikace při práci sester
<i>Podkategorie 1</i>	Nežádoucí zásah rodičů do práce sester
<i>Podkategorie 2</i>	Zamezování sestřám v ordinovaných procedurách
Kategorie 4	Nedostatečná informovanost rodičů
Kategorie 5	Charakteristika vztahu rodičů k sestřám
<i>Podkategorie 1</i>	Úzkostný rodič
<i>Podkategorie 2</i>	Spolupracující rodič
<i>Podkategorie 3</i>	Agresivní rodič

Zdroj: vlastní, 2025

4.1.1 Kategorie 1 Zapojení rodiče do péče o hospitalizované dítě

První kategorií, která byla z analýzy dat stanovena, je zapojení rodiče do péče o hospitalizované dítě. Zde bylo sestrami S1 až S10 zjištěno, že rodiče se zapojují do ošetrovatelské péče různým způsobem. Z těchto možností byly vytvořeny další podkategorie, jakým způsobem se rodiče zapojují do ošetrovatelské péče u hospitalizovaného dítěte. Mezi nejčastější odpovědi patřilo, že rodiče se aktivně do péče zapojují na bázi ošetrovatelských úkonů. Na základě odpovědí sester S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10 byly vytvořeny dvě podkategorie.

Schéma 1 Zapojení rodiče do péče o hospitalizované dítě



Zdroj: vlastní (2025)

Podkategorie 1 Rodič v roli ošetrovatele

Z rozhovorů vyplynulo, že rodiče se nejvíce zapojují při péči o své dítě v následujících úkonech: spolupráce se sestrou při prováděných výkonech zmínily sestry S2, S3, S5, S6, S7, S8, S9 a S10. Měření tělesné teploty uvedly sestry S2, S7 a S8, podávání informací o dítěti zdravotnickému personálu je zmiňováno sestrami S3 a S10. Při odpovídání na položenou otázku, jaké výhody sestry shledávají při doprovodu rodiče hospitalizovaného dítěte, se sestry S2, S7 a S8 shodly na tom, že se rodiče mohou efektivně podílet na péči o své dítě měřením teploty. Sestra S8 uvedla výhodu i v tom, že dítě si nechá teplotu snadněji změřit a vyjádřila se: „Když potřebujeme třeba pomoci takovýma jednoduššíma,

třeba změřit teplotu nebo něco takovýho, tak je to určitě výhodou ten rodič.“ Důležitými aspekty péče je také získávání informací od rodičů o jejich dítěti a celková spolupráce se sestrou. Na tomto tvrzení se shodly sestry S2, S3, S5, S6, S7, S8, S9 a S10. Sestra S9 k tomuto uvádí: *„Když jsou to rodiče, který spolupracujou, tak je to pomoc úplně úžasná. Obstarají prostě vesměs tu hygienu, nebo je poprosíme, jestli čípek si zvládnou dát sami, nebo jestli třeba nějaký sirup si zvládnou dát sami. Takže v tomhleto si myslím, že nám hodně vycházejí vsříc a ulehčujou tu péči.*“ Sestra S3 se vyjadřuje k prováděným výkonům u dítěte při odběru takto: *„Kolikrát ty rodiče nám řeknou, kde třeba to dítě nabírali posledně, kde se jim to podařilo, nebo prostě místo toho vpichu, kde se to daří, kde se to nedaří.*“ Při dlouhodobých hospitalizacích a následném pokračování v léčbě v domácím prostředí jsou často rodiče zapojováni do ošetrovatelské péče tak, aby byli schopni procedury provádět i bez dohledu dětské sestry. K tomuto sestra S5 dodala: *„Potom třeba i když už jsou tady děti dýl, třeba astmatici nebo tak, tak je zapojujeme do třeba i inhalačních terapií, se kterýma pak odchází domů.*“ V neposlední řadě je pro zdravotnický personál důležité znát informace o hospitalizovaném dítěti, kdy je role rodičů nezastupitelná. Sestra S10 se k této problematice vyjádřila takto: *„Nám vlastně dávaj informace o tom dítěti. Rodič snáz pozná, jestli to dítě se chová standardně nebo ne.*“ Z tohoto výroku vyplývá, že i zkušená dětská sestra může mít v praxi problém s rozpoznáním standardního chování dítěte, které vidí poprvé, a nezná jeho povahu. Rodič nejlépe na dítěti pozná změnu v jeho přirozeném chování mimo nemocniční prostředí.

Podkategorie 2 Rodič v roli pečovatele

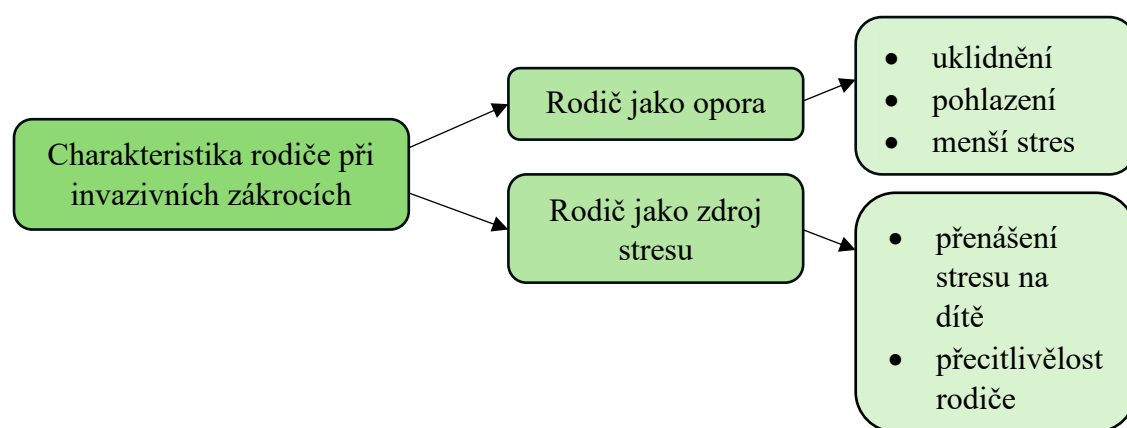
Na otázku „Jaký způsob zapojení rodičů je podle Vás efektivní“ sestry S1, S2 a S3 odpověděly, že role rodiče je nepostradatelná zejména v oblasti hygieny. Sestry S4, S5 a S6 jejich odpověď doplnily o přebalování a krmení dítěte, dále při trávení volného času s hospitalizovaným dítětem, kdy rodič dítě zabaví hrou nebo čtením knih. Sestry S2, S4, S5, S6, S7 a S9 v rozhovorech zmínily přínos zejména v oblastech hygieny, sestra S9 k tomuto řekla: *„Já si myslím, že to, že právě ty maminky si tady o ně pečujou, krmí si je, koupou, přebalujou, prostě celkově jim věnujou ten čas, a my tam vlastně chodíme vesměs jakoby jenom na kontroly nebo na jaké ty výkony zdravotnický, takže nám to strašně ulehčuje prostě.*“ Sestra S4 se k této problematice vyjádřila, jakým způsobem rodič tráví čas se svým dítětem, a uvedla, jakým způsobem zabavuje dítě během dne a tvrdila: *„Rodič dítě zabaví, zaměstná ho, můžou se spolu dívat na pohádky, malujou si, čtou si, takže vlastně o dítě je postaráno po ošetrovatelské stránce, umeje ho, přebalí ho, nakrmí*

ho.“ Sestra S10 vidí pozitivní přínos pro zdravotnický tým nejen v tom, že rodič umí dítěti vysvětlit úkony, které ho čekají, ale také poskytuje zdravotnickému personálu adekvátní informace o dítěti v souvislosti s jeho nemocí nebo chováním a odpověděla: „Pomáhaj s tou komunikací mezi dítětem a náma, a že nám vlastně dávaj informace o tom dítěti. A taky slouží jako testovací panáci, to je třeba, že změřím tlak nejdřív rodiči a pak tomu dítěti. Nebo ukážu, co budu dělat na tom rodiči tomu dítěti.“ Sestra S9 ještě k tomuto dodala: „S tím rodičem mají menší strach, nebo vidíte tam... Jakoby takhle bojí se vždycky, ale řekla bych, že asi kolikrát ty mamky to zvládnou vysvětlit, nebo je prostě utěšujou, hladí je, říkají jim, že tam jsou, jako určitě je to příjemnější, že tam jsou no, pokud jsou takový ty většina maminek spolupracující šikovný.“

4.1.2 Kategorie 2 Charakteristika rodiče při invazivních zákrocích

Druhá kategorie představuje charakteristiku chování rodičů při spolupráci s ošetrovatelským týmem u invazivních zákroků. Na základě odpovědí sester S1 až S10 z výzkumného šetření vyplynulo, že rodič je pro dítě oporou, avšak dle odpovědí sester vyplynulo také to, že rodiče jsou pro jejich práci spíše přítěží. Nejvíce bylo sestrami zmiňováno, že rodič hospitalizované dítě snáze uklidní, je dítěti při zákroku oporou, zmírňuje jeho stres a strach. Zároveň ale bylo zjištěno, že hospitalizované dítě se sestrou spolupracuje lépe, když rodič není přítomen. Na základě odpovědí sester S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9 a S10 byly stanoveny dvě podkategorie.

Schéma 2 Charakteristika rodiče při invazivních zákrocích



Zdroj: vlastní (2025)

Podkategorie 1 rodič jako opora

V této podkategorii se sestry S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9 a S10 shodly na tom, že rodič je pro hospitalizované dítě oporou a pobyt v nemocnici snáší výrazně lépe. Toto tvrzení doložila sestra S4, která k tomuto řekla: „*Všechno zvládá ve větším klidu, než když je tu samo ve stresu, v tom je tu v cizím prostředí, cizí osoby, takže pro to dítě to pak musí být strašný stres, když se najednou vy tady octlo samo úplně bez nikoho, úplně v cizím prostředí, který nezná. A teď se mu ještě dělají škaredý věci, že je to, co ho bolí a tak, a přece jenom s tou maminkou to všechno snáší daleko líp. Maminka ho uklidní, pofouká, pohladí.*“ Sestra S1 ještě dodala, že děti jsou s rodiči klidnější, cítí se komfortněji a mají menší strach. Sestra S6 vidí přínos i v tom, že rodič je nejen oporou, ale dokáže dítěti snáze vysvětlit plánované zákroky. S tímto souhlasí i sestra S9, která doplnila: „*Rodičům vysvětlíme, co to dítě čeká a oni se to vlastně s tím, jak je to maminka nebo tatínek že jo, tak oni už mu to podají samozřejmě mnohem líp, jako my, když to dítě nás nezná.*“

Podkategorie 2 rodič jako zdroj stresu

Že přítomnost rodiče nemusí mít pouze kladný efekt na průběh hospitalizace, dokládají odpovědi oslovených probandek S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9 a S10. Sestry S2, S3, S4, S7, S8, S9 a S10 se ve svých výrocích shodly, že přítomnost rodiče na oddělení má nepříznivý vliv na vyvolání stresu u dítěte, jež má absolvovat například odběry krve nebo jiný ošetrovatelský úkon. Dále pak v průzkumu vyšlo najevo, že rodič v dítěti vyvolává pocity lítosti a pláč. Z pohledu dětské sestry dokonce dochází k situacím, kdy rodič do výkonu vstupuje s úmyslem dítě ochránit, a to komplikuje jak práci dětské sestry, tak i utváření samotného vztahu mezi dětskou sestrou a dětským pacientem. Toto potvrdila sestra S7, která tuto problematiku vnímá takto: „*Rodiče se nám snaží vstupovat do práce, před dětmi říkají, že je to bude hodně bolet, třeba odběr krve, a dítě tak začne brečet ještě před samotným výkonem. A taky když je rodič hodně přecitlivělý, také to přenáší na dítě. Nebo také rodiče, kteří jsou konfliktní a nemají důvěru v personál a dítě toto vnímá.*“

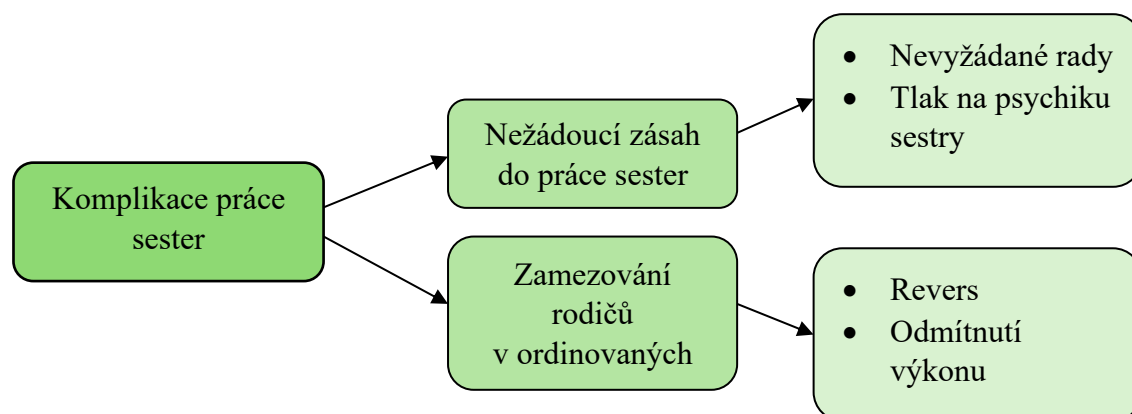
Podobně vidí tuto problematiku sestra S8, která dodala: „*Ale někdy i ten rodič právě, když se chová třeba přehnaně jako emočně labilní, tak to dítě dokáže víc vystresovat a znepokojit. Že vidíme ten strach u toho rodiče, tak to dítě pak má ten strach taky větší.*“ Sestra S2 uvedla, že mnoho rodičů děti místo podpory naopak stresují a stres vidí téměř v jakékoliv manipulaci s hospitalizovaným dítětem: „*Dneska rodiče neradi nechají děti trpět. To trpět říkám v uvozovkách, takže pro ně i trpění, odběr krve, jakákoliv manipulace*

s tím dítětem a oni to v těch dětech ještě víc podporují, kdy byl třeba na odběr a už vyloženě říkají pojd', oni ti jdou škodit a takový, což ještě to dítě víc samozřejmě začne plakat a bojí se.“ Sestra S4 se podělila se svou zkušeností: „Když tu máme samostatný dítě, tak ono už je s náma třeba šikovný, všechno je v pohodě, přijde rodič a všechno je vlastně jako by úplně naruby, že někdy s těma rodičema taky jako trochu cvičí, že ví, že před tou maminkou, když kňouraj, tak maminka samozřejmě se nad ním slituje a všechno, takhle přitom s náma bylo v pohodě, a přijde rodič a dítě začne brečet a nechce něco dělat, přitom doposavad to třeba dělá.“

4.1.3 Kategorie 3 Komplikace při práci sester

Třetí kategorie se zabývá komplikacemi ze strany rodičů hospitalizovaných dětí, se kterými se dětské sestry setkávají při výkonu své práce. Dle odpovědí sester S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9 a S10 byly stanoveny dvě podkategorie, které se zaměřují na nežádoucí zásah rodičů do práce sester a zamezování sestřám v ordinovaných procedurách. Mezi největší komplikace patří dle odpovědí probandek rady sestřám při zákrocích na dítěti, kdy sestru při práci znervózňují a znejistí. Mezi dalšími komplikacemi bylo zmiňováno odmítnutí výkonu nebo úplný odchod rodiče s dítětem z nemocnice z důvodu podepsání nesouhlasu s péčí.

Schéma 3 Komplikace práce sester



Zdroj: vlastní (2025)

Podkategorie 1 Nežádoucí zásah do práce sester

V této podkategorii z odpovědí sester S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9 a S10 vyplynulo, že mnozí rodiče zasahují sestřím do práce nežádoucím způsobem. Sestra S6 se k této problematice vyjádřila takto: „*Přílišný zasahování do naší práce, třeba u odběrů, co se týče verbální útoky na personál, křik, přílišný, jak říkám, to zasahování do naší péče, když se tady třeba dělají odběry nebo tak, a ty rodiče do toho šahaj, snaží se radit, tak je to pak takový otravný.*“ Zkušenost sestry S5 je také negativního rázu: „*Když se tady třeba dělají odběry nebo tak, a ty rodiče do toho šahaj, snaží se radit, tak je to pak takový otravný.*“

Sestra S3 se setkala s rodiči, kteří nemusí mít nutně znalost aktuálního problému, ale myslí si, že když jejich první dítě mohlo mít podobný zdravotní problém, v dané problematice se již vyznají, ale nemusí tomu tak být: „*Rodiče, co všechno znají, všechno ví a viděli to takhle a u nich to bylo takhle a u prvního dítě to bylo jinak, tak určitě takové to, že se prostě motají do té práce, i když přesto o tom nic neví.*“ Toto téma je tedy pro dětské sestry negativní a žádná z dotazovaných sester nemá pozitivní zkušenost s rodičem u výkonů, který třeba i v dobré víře chce sestře poradit ohledně péče o jejich hospitalizované dítě. I pro sestru S8 je tento typ jednání nepříjemný a vede k jejím pochybám o sobě samotné. Vyjádřila se takto: „*Někdy jsou to takoví ty rodiče, co všechno jako hodně řeší, mluví do té práce, tak mi to pak dokáže hodně znepokojit, že neudělám tu práci stoprocentně. A jsem fakt takovým tlakem a strachem.*“

Podkategorie 2 Zamezování rodičů v ordinovaných procedurách

V této podkategorii byly probandky S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9 a S10 dotazovány, jaké chování rodičů v souvislosti s péčí o jejich dítě je podle nich nežádoucí. Překážky vidí v omezování až úplném zamezení výkonu, které by hospitalizované dítě mělo podstoupit. Sestra S2 se vyjádřila následovně: „*Několikrát se to stalo, že třeba opravdu odmítli prostě odběry a opravdu podepsali radši třeba revers nebo paní doktorka třeba řekla, že jako bohužel bez té krve se neposuneme, prostě bez těch odběrů dál, že věsteckou kouli ještě nemáme a ty rodiči šli domů prostě.*“ Dle sestry S9 je problém v tom, že někteří rodiče mají problém celkově se zdravotnickou péčí a nemocničním prostředím. Vyjádřila se takto: „*Rodič prostě, to už jako poznáte od dveří, že to byly takový ty vysazený vůči zdravotnictví jako celkově, co prostě nesnášejí tohleto prostředí úplně moc dobře, a tak prostě, když se s náma jako dohadoujou, nebo nám jako zakazují třeba prostě nějaký výkony. Takže jako zamezování asi těch výkonů prostě, co jsou potřeba.*“

4.1.4 Kategorie 4 Neinformovanost rodičů

Čtvrtá kategorie se zaměřuje na to, jak dětské sestry vnímají důvěru rodičů ke zdravotnickému personálu. Z odpovědí sester S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9 a S10 bylo zjištěno, že vlivem nedostatečné informovanosti rodičů vzniká mezi dětskými sestrami a rodiči propast nedůvěry, což se odráží na kvalitě poskytované ošetrovatelské péče u hospitalizovaného dítěte. Dle sester by měli být rodiče edukováni o průběhu léčby a dalších postupů v případě hospitalizace již na příjmové ambulanci, než na dětské oddělení budou přijati.

Schéma 4 Komplikace práce sester



Zdroj: vlastní (2025)

Sestry S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9 a S10 se vyjádřily k chybějící důvěře ze strany rodičů ke zdravotnickému personálu, která je klíčová pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče hospitalizovanému dítěti. Pro dětskou sestru to znamená, že si pak nemusí být u práce jistá, co smí a nesmí u dítěte provádět a jak s ním celkově před rodičem jednat. K tomuto se vyjádřila sestra S8, která na tuto problematiku nahlíží takto: „*Když do toho vlastně, třeba do odborného výkonu jako hodně mluví, že prostě nám říká, co chce, co nechce, a co můžem, co nemůžem, a co nám i třeba dovoluje a nedovoluje. To je pak jako hodně náročný celkově vést nějaké vyšetření, protože vlastně nevíme, co můžem, co nemůžem a i ten zdravotní personál se pak bohužel bojí cokoliv udělat, aby právě to nebylo špatně. Což si myslím, že není dobře, že pokud je tam rodič, nějak vyšetřit dítě, tak musí tomu zdravotnickému personálu nějakým způsobem prostě důvěřovat.* Podobně její tvrzení podporují sestry S2, S7 a S9, které na téma důvěry pohlíží podobným způsobem a rodiče mnohdy přesvědčují, že jejich dětem nechtějí ubližovat, nýbrž se jim snaží pomoci.

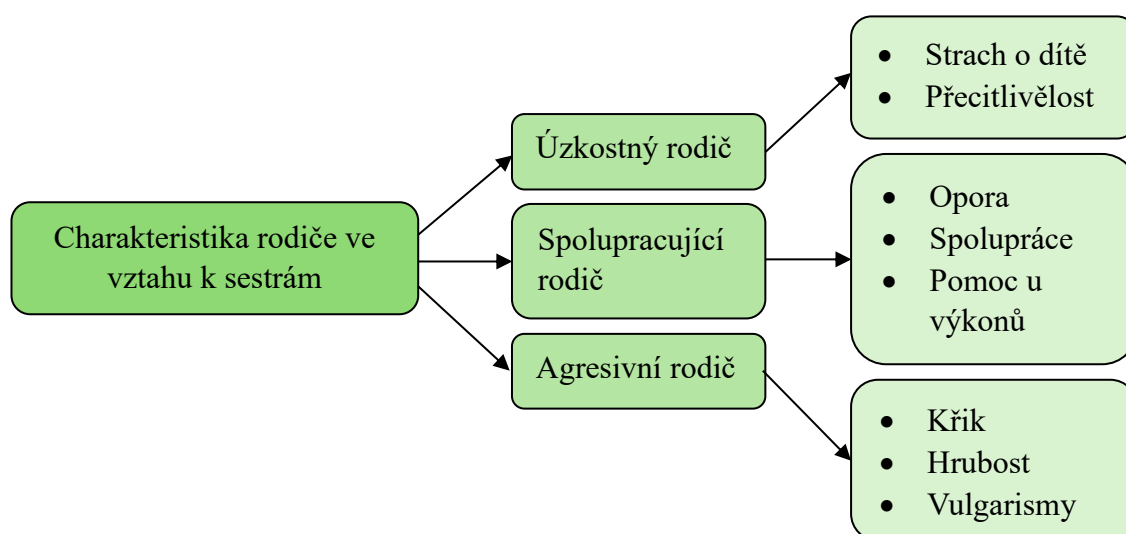
Dle sestry S3 je pro rodiče i zásadní věk ošetrující dětské sestry. Vidí rozdíly v tom, že starší a zkušenější sestra působí na rodiče důvěryhodněji a snáze dochází k domluvě mezi

oběma stranami. Zkušenost popsala následovně: „*Kolikrát fakt jako to rodiče i jsou nepříjemný jako na nás na mladý, takže prostě si tam vezmu tu starší sestřičku, ve který mají asi i větší důvěru prostě a je to takový, že si ani asi na ně moc netroufnou.*“ Mohou se však i vyskytnou menší neshody tím, že rodiče mají jasně daný svůj názor na danou věc, a doporučení sestry, které by přispělo k lepší péči o dítě ignorují. S tím se setkala sestra S6, která dodala: „*Někdy, když rodičům něco vysvětlujeme, tak někteří třeba to pochopí špatně, nebo to nechtějí pochopit. Takže třeba mají svůj názor třeba s dietou, když jim řekneme, že to dítě by třeba, když zvrací a má průjem, musí držet nějakou dietu, tak stejně se stane občas, že tu dietu nedodrží.*“ Sestra S9 ještě sdělila svou zkušenost s tím, jak nedůvěra rodičů komplikuje její práci: „*Přijdou už od dveří vidím, prostě jsou to takové ty, že v zdravotnictví nemají prostě v důvěru. V zdravotnictví tam je to obtížnější. Takže mít v nás takovou větší důvěru, tady prostě nechce nikomu ubližovat, ale že je prostě potřeba zjistit, co jako je trápí a tak.*“

4.1.5 Kategorie 5 Charakteristika vztahů rodičů k sestram

Při hospitalizaci dítěte v nemocnici se u rodičů objevují různé typy reakcí, které odrážejí jejich povahu i míru zvládnání stresu. Dětské sestry se setkávají s rozdílnými povahami rodičů, kteří často pod vlivem emocí zasahují do jejich práce a narušují tak plynulý chod vyšetření a úkonů, které je nutné u dítěte provést. Nejčastěji bylo uváděno, že rodiče hospitalizovaných dětí jsou úzkostní a přecitlivělí. Dále byl zmiňován stres až agrese rodičů, rodiče snažící se sestram radit, jak mají svou práci dělat, a nejméně byli zmiňování rodiče klidní, pohodoví. Na základě odpovědí probandek S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9 a S10 vznikly 4 podkategorie.

Schéma 5 Charakteristika rodiče ve vztahu k sestram



Zdroj: vlastní (2025)

Podkategorie 1 Úzkostný rodič

Zde sestry S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9 a S10 nejvíce zmiňovaly problémy při výkonu práce u dětí rodičů, kteří jsou úzkostní. Úzkost a přecitlivělost negativně ovlivňuje jak dítě, tak i dětskou sestru. Sestra S1 se k této problematice vyjádřila takto: „Nežádoucí jsou takový ty úzkostní rodiče, kteří prostě hlavně ať se mému dítěti nic nestane, nešahejte na něj, nic mu nedělejte. Když jsou to ty úzkostní rodiče, tak vlastně to ovlivňuje hodně, protože vlastně bude říkat, že i to, co my provádíme tomu dítěti, když jako v dobrém slova smyslu, tak oni budou říkat, že je to jako špatně, že třeba, že ho to bude bolet a tak.“

Sestra S4 souhlasí a doplnila: „Takové ty hodně úzkostlivý rodiče, který tady nad dětma pláčou třeba, když je nabíráme, nebo že třeba řeknu ‚sestřička je škaredá, ona ti jde ubližovat‘, tak to vlastně je podle mě špatně.“ Sestra S2 zmiňuje přecitlivělost, kdy má matka strach odejít od dítěte, byť jen na velmi krátkou dobu, a řekla následující: „Taková ta přecitlivělost a ta je asi nejhorší, kdy prostě maminka radši si na pokoji bude schovávat na jídelním stole pokálený a pokakaný plínky, protože neodejde na minutu do koše infekčního, protože dneska nenechají dítě prostě minutu brečet. A čeká na návštěvu, až návštěva přijde, aby pohlídala to dítě a vona si potom tyhlencty smradlavý pleny mohla odnést.“ K tomu ještě dodala následující: „Plno rodičů si myslí, když jsou tady, že to budou dělat opravdu dohled jenom nad tím, jestli my ubližujeme nebo neubližujeme.“

Podkategorie 2 Spolupracující rodič

Spolupracující rodič působí klidně, snaží se být oporou nejen dítěti, ale i zdravotníkům, situaci zvládá s nadhledem a podílí se na péči. Zkušenosti s těmito rodiči popsala sestra S4 následovně: *„Nejlepší jsou takový ty pohodový maminky, které třeba řeknou, je to prostě třeba, tak se to musí udělat a jako jsou úplně v pohodě.“* Tento názor sdílí i sestra S9: *„Když jsou to rodiče, který spolupracujou, tak je to pomoc úplně úžasná.“* Že spolupracující rodiče dokáží psychiku dětské sestry podpořit, potvrzuje výrok sestry S2, která má následující pozitivní zkušenost po předchozí negativní zkušenosti: *„Přijde jiná maminka třeba za hodinu a já nevím, přinese vám kafe nebo nějaké chlebičky a řekne, že jsme tady úžasný, takový anděl a tohoto vás zase trošku nakopne.“*

Podkategorie 3 Agresivní rodič

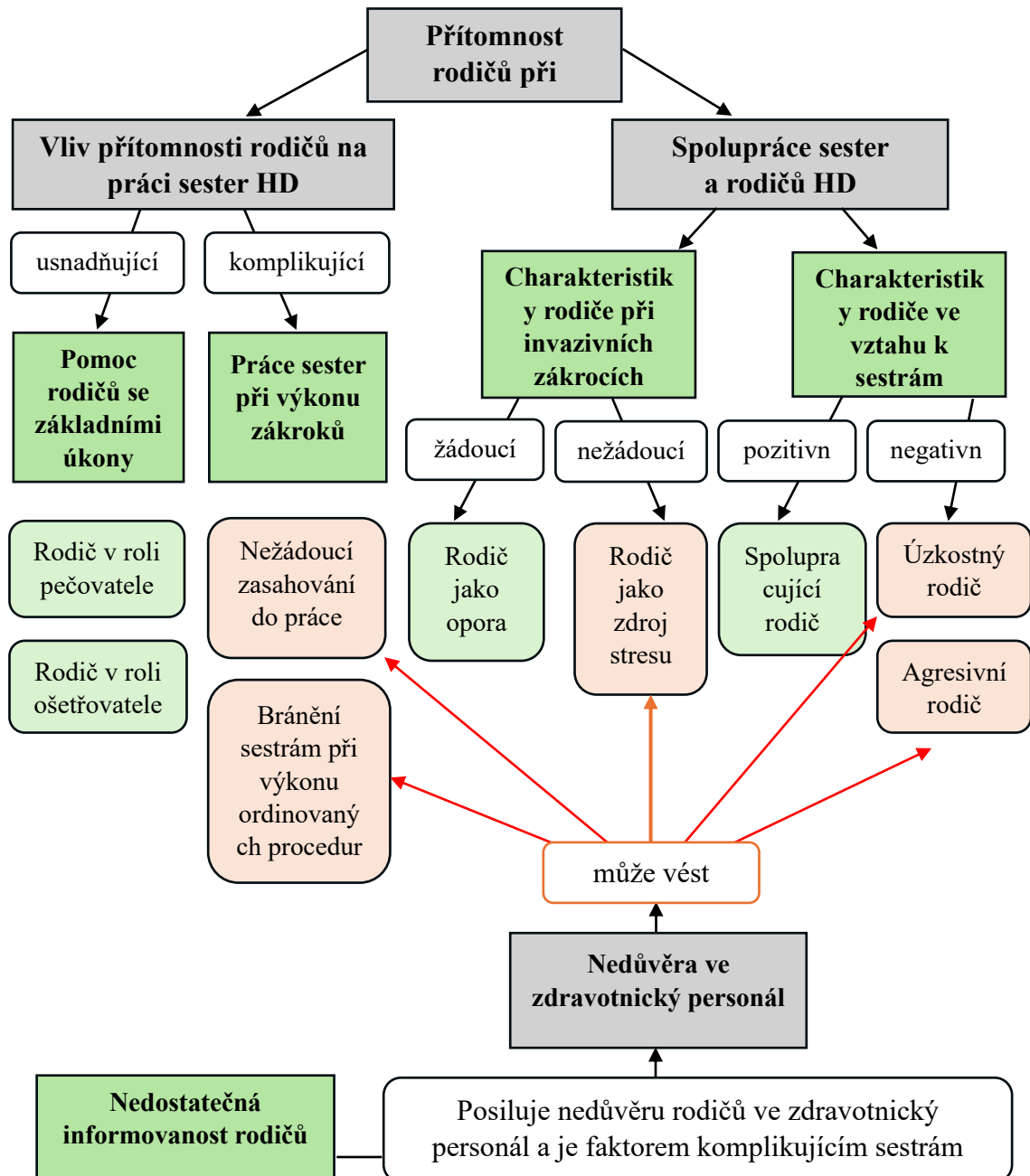
Dále sestry setkávají s rodiči, kteří jsou vystresovaní nebo agresivní na zdravotnický personál. Sestry S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9 a S10 byly dotazovány, jaké chování rodičů v souvislosti s péčí o jejich dítě je nežádoucí a jaké situace s rodiči považují za náročné a proč. Sestra S2 se setkala s agresivním rodičem a sdílí negativní zkušenost: *„Je pravda, že potom jeden takový rodič, který tu na vás něco začne neoprávněně prostě štěkat nebo něco, tak vám to vezme úplně veškerou energii.“* Za velmi náročnou situaci považuje S4 komunikaci s agresivními rodiči, pro kterou je obtížné se těmto rodičům bránit: *„Tak za ty náročné považuju takový ty výbušný rodiče a hrubý rodiče. Protože já sama sebe neumím moc bránit, abych na ně vyjela taky, takže si to většinou nechám libit. Takže spíš takový, když ty rodiče jsou škaredí, a vím, že neprávem na nás, je to, když se snažíme, tak to mi vadí taková ta hrubost a neomalenost těch rodičů. Ač se snažíte sebevíc, tak s nima prostě třeba nevyjdete.“*

S verbálními útoky se setkala i sestra S5, která doplnila: *„Třeba u odběrů, co se týče verbální útoky na personál, křik.“* Sestra S6 postupuje při řešení vážných konfliktů s rodiči na pracovišti i nutným zavoláním ochranky, vyjádřila se takto: *„Tak snažíme se to nejdřív jako by uklidnit, nějak to řešit jakoby v klidu, třeba když tam je nějaký svědek, nějaký lékař, tak přivolat lékaře, nebo další sestru, aby to zhodnotila i sestra další, nebo další lékař. A když pak tak dál zase potom nějakou ochranku, když by nějaký rodiče byli nějaký agresivní, tak voláme ochranku. Ale snažíme se to nějak jako, co to jde, tak bez té ochranky.“*

4.1.6 Shrnutí výzkumných zjištění

Zkoumaným fenoménem byla přítomnost rodičů u hospitalizovaných dětí. Hlavním výzkumným cílem bylo zjistit, jaký vliv má přítomnost rodičů v průběhu hospitalizace dítěte na ošetrovatelskou péči z pohledu dětské sestry. Schéma 6 prezentuje jednotlivé kategorie, které vznikly analýzou dat a představuje vztahy mezi nimi.

Schéma 6 Shrnutí výzkumných zjištění



Zdroj vlastní (2025)

5 DISKUZE

Předmětem této kapitoly je poskytnout kritickou analýzu a shrnutí výzkumných zjištění ve vztahu k výzkumnému cíli empirické části práce.

Z výzkumných zjištění vyplývá, že sestry vnímají přítomnost rodičů při jejich práci ve dvou polarizujících úrovních. Jedná se o vlivy, které jejich práci komplikují, a vlivy, které vnímají jako pozitivní a jejich práci jim usnadňují. To současně popisuje odpověď na první výzkumnou otázku.

První výzkumná otázka: Jaká jsou pozitiva a negativa přítomnosti rodičů při poskytování ošetrovatelské péče hospitalizovanému dítěti?

Přítomnost rodičů, která podle sester usnadňuje jejich práci, se projevuje v pomoci rodičů se základními úkony při péči o dítě. Zde je možné vnímat rodiče ve dvou hlavních rolích. Jedná se o rodiče v roli ošetrovatele a rodiče v roli pečovatele. Ošetrovatelská role rodiče spočívá v základních úkonech, které rodič zvládne, a i z hlediska přirozené blízkosti s dítětem je pro něj příjemnější, když tyto úkony rodič vykonává. Sestry vidí přínos zejména při práci u méně spolupracujících dětí. Současně se jedná o pomoc sestrám. Jsou to úkony na požádání sestry jako například měření teploty, podávání sirupu, kapek, léků, zaznamenávání různých důležitých informací o dítěti apod.

Pečovatelská role rodiče spočívá v samotné přítomnosti rodiče u dítěte, kdy rodič zajišťuje základní hygienické záležitosti (mytí, přebalování), kontroluje stravovací a pitný režim, komunikuje s dítětem o různých nezbytných postupech léčby, také tráví s dítětem čas a je schopen ho adekvátně zabavit. To vytváří pro dítě příjemnější prostředí, než by byly sestry schopny zajistit. Zde je tedy přítomnost rodičů pro práci sester z jejich pohledu velmi přínosná. Dle (Handayani & Daulima, 2020) je pro dětské sestry přítomnost rodičů přínosem také v efektivní komunikaci mezi zdravotním personálem a rodinami, což vede k porozumění onemocnění, zdravotním problémům a koordinaci zdravotní péče. Toto přispívá jak ke spokojenosti rodin pacientů, tak může přispět k lepší efektivitě poskytované péče a spokojenosti dětských sester. Rodiče mohou částečně zastupovat roli dětských sester v poskytování péče dítěti. Usnadňuje se tím proces léčby a péče o pacienty.

Vliv přítomnosti rodičů, který podle sester má spíše komplikující charakter, se objevuje při výkonu zákroků sestrami. Jedná se o situace, kdy rodiče sestrám nežádoucím

způsobem zasahují do práce nebo jim dokonce brání při výkonu ordinovaných procedur. V souvislosti s nežádoucími zásahy rodičů do práce sester se setkáváme s tím, že i přes absentující zdravotnické vzdělání podávají sestřám rady ohledně stavu nebo diagnózy hospitalizovaného dítěte. Zvláště problematické sestry vnímají fyzický zásah do konkrétních úkonů (například odběry krve). Tyto nevyžádané diskuse s rodičem vnímají sestry jako stresový faktor, který může nebo i ovlivňuje jejich práci negativním způsobem. Toto jednání rodičů vytváří totiž na sestry nepříjemný tlak a uvádí je do stresu, což by mohlo mít vliv i na jejich případnou chybovost. Horší variantou, která komplikuje práci sester, je samotné bránění rodičů v ordinovaných procedurách. To vnímají sestry jako problém nejen v jejich práci, ale také v souvislosti se stavem hospitalizovaného pacienta. Sestry zmiňují, že i přes jejich snahu vysvětlit důležitost výkonu ordinované procedury situace mnohdy graduje do té fáze, že rodič podepisuje revers. Ukazuje se, že tyto komplikující způsoby jednání rodičů mohou být spjaty s celkovou nedůvěrou ve zdravotnický personál.

Druhá výzkumná otázka: Jaké jsou rozdíly v poskytování ošetrovatelské péče u hospitalizovaných dětí s doprovodem a bez doprovodu rodičů?

V současné době je již běžnou prací péče zaměřená na rodinu. Ve výzkumu Abdel Razeq et al. (2024) prezentují, že většina sester z jejich výzkumného souboru věřila, že v rámci péče zaměřené na rodinu je vhodné pracovat v týmu, čímž poskytnou efektivnější péči o dítě. Náš výzkum potvrdil, že děti, které jsou hospitalizovány na oddělení spolu s rodiči, jsou více klidné a prožívají stresové situace lépe na rozdíl od dětí bez doprovodu. Ventura Expósito et al. (2024) uvádí, že většina sester vidí přítomnost rodiny jako zdroj podpory pro dítě. Sestry považují rodinu za klíčový prvek, zvou členy rodiny, aby se podílely na péči o jejich dítě. To potvrzuje také náš výzkum a konkrétně například tato oslovená probandka S4 se vyjadřuje k této problematice následovně: „*Všechno zvládá ve větším klidu, než když je tu samo ve stresu, v tom je tu v cizím prostředí, cizí osoby, takže pro to dítě to pak musí být strašný stres, když se najednou tady octlo samo úplně bez nikoho, úplně v cizím prostředí, který nezná. A teď se mu ještě dělají škaredý věci, že je to, co ho bolí a tak, a přece jenom s tou maminkou to všechno snáší daleko líp.*“ Mixa et al. (2024) navíc uvádí, že pokud je dítě hospitalizováno bez doprovodu, projevují se u něj následky separace od rodiny, která pro něj představuje klíčový zdroj bezpečí a emoční podpory. Doprovod je u dítěte tedy do velké míry žádoucí a je podporován.

Třetí výzkumná otázka: Jak dětské sestry vnímají spolupráci s rodiči hospitalizovaného dítěte?

Spolupráci sester s rodiči hospitalizovaného dítěte prezentuje výzkum Mcharo et al. (2022), který uvádí, že přítomnost sestry je pro utváření vztahu mezi sestrou a pacientem zásadní, a potvrzuje, že rodiče nemocných dětí zažívali přítomnost sester nejen při uspokojování svých sociálně-emocionálních potřeb, ale také fyzických potřeb svých nemocných dětí během léčby. Dle výzkumné studie Sundal a Vatne (2020) bylo zjištěno, že spolupráce dětských sester a rodičů je zásadní a zajišťuje nejlepší zájmy dětí. Další výzkum zabývající se vlivem přítomnosti rodičů (Choi & Uhm, 2022) zjistil, že dětské sestry vnímají partnerství sestra – rodič na vysoké úrovni. Vzhledem k tomu, že se v oblasti pediatrické ošetrovatelské praxe stále více zaměřuje na partnerství mezi zdravotnickým personálem a rodinami, je partnerství dětské sestry a rodiče stále více přijímáno jako důležitý koncept. To potvrzují i naše výzkumná zjištění.

Pro potřeby syntézy výzkumných zjištění o spolupráci sester a rodičů hospitalizovaného dítěte je ale nejdříve nutné si definovat charakteristiky rodičů z pohledu sester. Zde sestry hovořily o dvou základních charakteristikách. Jedná se o oblast týkající se invazivních zákroků (tedy to, jak se rodiče projevují při invazivních zákrocích) a oblast týkající se vztahu rodiče k sestram (tedy to, jak se rodiče chovají k samotným sestram). Zajímavé zjištění nabízí studie Yoo et al. (2020), která uvádí, že úroveň partnerství mezi sestrami a rodiči hospitalizovaných dětí a kvalita dětského ošetrovatelství byly vyšší u sester starších. To se v našem výzkumu nepotvrdilo. Při rozšíření výzkumného souboru na rodiče by ale bylo možné se tímto tématem dále zabývat.

Charakteristika rodiče hospitalizovaného dítěte při invazivním zákrocích sestry rozdělovaly do dvou hlavních kategorií. Jednalo se o rodiče, který při zákrocích fungoval jako opora pro dítě a v opačném pólu rodiče, který byl pro dítě spíše zdrojem stresu. Rodič jako opora je podle sester ten, který dokáže dítě uklidit a dítě v něm cítí bezpečí a jistotu. To vede k tomu, že dítě snáší své nesnáze lépe a jednodušší je následně i spolupráce s dítětem. To, že triadické partnerství sestra-rodič-dítě může pomoci vztahům a že empatický přístup sestry je nezbytný pro tyto dobré vztahy, potvrzuje i výzkum Barrat et al. (2024).

Oproti tomu rodič jako zdroj stresu přenáší své strachy, frustrace a svůj stres na hospitalizované dítě. Sestry popisují situace, kdy plačtivý, vystresovaný rodič přenáší tyto své pocity přímo na dítě. Rodič se projevuje také tak, že do práce sester vstupuje s úmyslem ochránit dítě přes nepříjemnými zásahy nebo bolestí. To sestry hodnotí jako přecitlivělost rodiče ve vztahu ke svému dítěti, kdy je cílem rodiče zamezit, aby dítě prožívalo jakoukoli nekomfortní situaci. Toto nežádoucí chování rodiče je také podle sester často spjata s nedůvěrou ve zdravotnický personál. Hudáková et al. (2024) uvádí, že poskytování ošetrovatelské péče dítěti představuje fyzickou a psychickou zátěž nejen pro sestru, ale i pro ostatní členy ošetrovatelského týmu. Náročnost péče je umocněna i faktem, že do procesu péče zasahuje i rodič dítěte.

Otázku, jak náročné je pečovat o dětského pacienta, zodpovídá i probandka S8, která se k vyjadřuje následovně: *„Když do toho, vlastně to třeba od odborného výkonu jako hodně mluví, že prostě nám říká, co chce, co nechce a co můžem, co nemůžem a co nám i třeba dovoluje a nedovoluje. To je pak jako hodně náročný celkově vést nějaké vyšetření, protože vlastně nevíme, co můžem, co nemůžem a i ten zdravotní personál se pak bohužel bojí cokoli udělat, aby právě to nebylo špatně.“* Ze zjištění tedy vyplývá, že výsledky jsou v kolizi a nelze jednoznačně z výzkumného souboru určit, zda je spolupráce s rodiči vnímána pozitivně či negativně. Z výsledků je patrné, že spolupráce je vnímána dle chování a přístupu rodičů k personálu, což platí i obráceně, tedy přístupu a jednání sester k rodičům hospitalizovaných dětí. Toto téma by si zasloužilo další zkoumání.

V souvislosti s charakteristikami rodičů ve vztahu k sestram se v datech ukázaly tři typy rodičů. Jedná se o pohodového rodiče, úzkostného rodiče a agresivního rodiče. Pozitivně sestry vnímaly spolupracujícího rodiče. Tento typ rodiče je klidný a je adekvátní oporou pro dítě, což podporuje také spolupráci se sestrou. Spolupráce s tímto rodičem je bezproblémová a z pohledu sester vysoce efektivní. Negativně pak sestry vnímaly rodiče úzkostného a agresivního. Právě negativním vlivem se zabývala studie Grahn et al. (2016), kde vyšlo najevo, že někteří rodiče se stávají přehnaně ochrannými a projevují své úzkosti a strachy. Jsou tedy méně přístupní k informacím, protože si již vytvořily vlastní pohled na situaci, což může mít za následek ohrožení kontaktu sester s dítětem.

Úzkostný rodič z našeho realizovaného výzkumu je charakteristický tím, že vytváří stresové prostředí pro dítě i pro sestru. Nadměrně ochraňuje dítě a neovládá vhodným

způsobem své emoce, což vede k přenosu těchto pocitů na dítě. Výzkum Konuk Şener a Karaca (2017) v této souvislosti uvádí, že matky očekávaly, že sestry poskytnou emocionální podporu, a sestry uvedly, že jsou si sice těchto očekávání vědomy, ale potřebují, aby byly matky chápavé a tolerantní k jejich pracovním podmínkám. To jen umocňuje potřebu vyváženosti očekávání a možné reality. To, že se jedná o náročný úkol, prezentuje i studie Eklund et al. (2022), která uvádí, že podpora citlivé interakce vyžaduje rozsáhlé znalosti a dobré komunikační dovednosti. Dětské zdravotní sestry v tomto ohledu vyjadřují svou nedostatečnost. To může vést k množství stresových situací, které mohou vygradovat až do agrese rodiče, o kterém hovořily naše probantky. Agresivní rodič vzniká zejména vygradováním předchozího typu úzkostného rodiče. Tento rodič se projevuje tím, že je na sestry slovně hrubý až neomalený. V určitých situacích pak může tato interakce vést i k zavolání ochranky. V těchto situacích se sestry shodují na nepříznivém vlivu nejen na jejich práci, ale také na samotné hospitalizované dítě.

Z výsledků dále vyplynulo, že zásadní roli v souvislosti s přítomností rodičů hospitalizovaného dítěte hraje nedostatečná informovanost rodičů. V rámci toho se jedná nejen o nedostatečnou informovanost ze strany sester, ale také lékařů, kteří by měli již na příjmu rodiče dostatečně informovat o tom, co se s jejich dítětem bude na oddělení dále odehrávat. Z pohledu sester nedostatečná informovanost posiluje nedůvěru rodičů ve zdravotnický personál a je významným faktorem komplikujícím sestrám práci. Právě nedůvěra je zde hlavním ohniskem obtíží vedoucích k řadě opakujících se komplikací, jako jsou například potíže při realizaci ordinovaných procedur, nevhodné zasahování do práce sester nebo vystresovaný, úzkostný až agresivní rodič. Z výpovědí sester vyplývá, že jsou přesvědčeny o tom, že pokud by byly rodiče vhodně informováni, mohlo by to významným způsobem zjednodušit jejich práci. Výzkumná studie Shdaifat et al. (2022) v souvislosti s vnímáním spolupráce rodičů v pediatrické péči také zdůrazňuje dostatečnou informovanost rodiče a uvádí, že sestry i rodiče se shodují v tom, že je důležité aktivně zapojit rodiče do plánování ošetrovatelské péče o pacienty, zejména vysvětlit změny očekávané ve stavu dítěte a cestě za léčbou a jak být dítěti nápomocni.

6 ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo analyzovat vliv přítomnosti rodičů na ošetrovatelskou péči z pohledu dětské sestry. Prvním cílem bylo zjistit pozitiva a negativa přítomnosti rodičů při poskytování ošetrovatelské péče hospitalizovanému dítěti. Z výzkumného šetření vyplynulo, že pro dětské sestry je doprovod hospitalizovaných dětí přínosný zejména pro komfort dítěte, které má menší strach v cizím prostředí a cítí se u matky v bezpečí. Dále je rodič přínosem pro samotnou sestru, kdy se podílí na péči o své dítě. Naopak negativa vnímají dětské sestry intenzivněji než pozitiva, sestry zmiňovaly zejména přecitlivělé a konfliktní rodiče, kteří ošetrovatelskou péči zdravotnickému personálu znesnadňují, sestry se cítí v takových situacích nejistě, pod tlakem a dochází i k řešení konfliktů přivoláním lékaře.

Druhým cílem bylo zmapovat rozdíly v poskytování ošetrovatelské péče u hospitalizovaných dětí s doprovodem a bez doprovodu rodičů. Zde se sestry se shodly, že děti lépe spolupracují, když rodiče u jednotlivých výkonů nejsou přítomni. Děti v přítomnosti rodičů se sestrou méně spolupracují a čekají, že rodiče zabrání výkonu. Naopak bez přítomnosti rodičů je spolupráce dle oslovených sester o poznání lepší.

Posledním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jak dětské sestry vnímají spolupráci s rodiči hospitalizovaného dítěte. Zde se ukázala jako klíčový prvek právě důvěra k dětské sestře a informovanost rodičů nejen od sestry samotné, ale i ze strany lékaře. Rodiče, kteří nemají důvěru ve zdravotnický personál, nechtějí spolupracovat při výkonech, mají strach, který ovlivňuje ve výsledku i hospitalizované dítě. V některých případech dochází k tomu, že sestry nemohou výkon provést z důvodu odmítnutí rodičem. Rodiče, kterým byly informace o postupech léčby podány, více spolupracují, podílí se lépe na péči a mají vliv na lepší psychiku dítěte i samotný ošetrovatelský proces.

6.1 Doporučení pro praxi

Tato bakalářská práce může nalézt využití v rámci celoživotního vzdělávání sester, dále může být přínosná zdravotnickým zařízením jako zpětná vazba nebo porovnání praxe a zvyšování kvality péče. Vzhledem k zjištěným výsledkům této bakalářské práce navrhuji se tímto tématem dále zabývat v navazující studii za účelem hlubšího prozkoumání celé problematiky.

7 SEZNAM LITERATURY

Barratt, M., Bail, K., Lewis, P., & Paterson, C. (2024). Nurse experiences of partnership nursing when caring for children with long-term conditions and their families: A qualitative systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 33(3), 932–950. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jocn.16924>

Bartoníčková, M. D., Kalánková, M. D., Bečvářová, B. R., & Mazalová, M. L. (2022). *Faktory ovlivňující práci sester v pediatrii—přehled kvalitativních studií. Pediatrie pro praxi*, 23(2), 145–147.

Choi, M. -Y., & Uhm, J. -Y. (2022). Factorial Validity of the Pediatric Nurse Parent Partnership Scale—Pediatric Nurses (PNPPS-PN). *Healthcare*, 10(6). Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/healthcare10060991>

Chvílová-Weberová, M., Matějsek, J., & Steinlauf, B. (2023). *Etika v pediatrii a neonatologii*. Grada.

Diehl, B. C. (2018). *Neonatal Nursing, An Issue of Critical Care Nursing Clinics of North America*. Elsevier.

EACH. (2025). *EACH*. European Association for Children in Hospital (EACH). Retrieved April 21, 2025, from <https://each-for-sick-children.org/intro-each-charter/>

Ernst, K. D., Rauch, D. A., Hill, V. L., Mauro-Small, M. M., Hsu, B. S. -H., Lam, V. T., Vinocur, C. D., & Jewell, J. A. (2020). Resources Recommended for the Care of Pediatric Patients in Hospitals. *Pediatrics*, 145(4). Dostupné z: <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0204>

Grahn, M., Olsson, E., & Mansson, M. E. (2016). Interactions Between Children and Pediatric Nurses at the Emergency Department: A Swedish Interview Study. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(3), 284–292. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.11.016>

Handayani, A., & Daulima, N. H. C. (2020). Parental Presence in the Implementation of Atraumatic Care during Children's Hospitalization. *Pediatric Reports*, 12(11). Dostupné z: <https://doi.org/10.4081/pr.2020.8693>

Harder, M., Högländer, J., Engström, H. A., Holmström, I. K., & Blomberg, H. (2024). An integrative review of communication in a professional-parental relationship provided in child health services: An authoritarian or guiding approach. *Patient Education and Counseling*, 118. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.108029>

Hibberson, M. (2019). Refining guidelines for the care of paediatric perioperative patients in a rural health care facility. *Journal of Perioperative Nursing*, 32(3). Dostupné z: <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1063>

Hudáková, Z., Ondriová, I., & Cinová, J. (2024). *Kazuistiky z ošetrovatelství v pediatrii*. Grada. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/kazuistiky-z-osetrovatelstvi-v-pediatrii-12406/>

Inan, G., & Inal, S. (2019). The impact of 3 different distraction techniques on the pain and anxiety levels of children during venipuncture: A clinical trial. *Clinical Journal of Pain*, 35(2), 140–147. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000666>

IPFCC. (n.d.). *About PFCC*. Institute for Patient – and Family-Centered Care. Dostupné z: <https://www.ipfcc.org/about/pfcc.html>

Kachlová, M., Kučová, J., & Petrášová, V. (2022). *Ošetrovatelská péče v neonatologii*. Grada.

Kaplan, A. (2022). *Pohybová neúspěšnost u žáků mladšího školního věku*. Karolinum. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/pohybova-neuspesnost-u-zaku-mladsiho-skolniho-veku-10884/>

Klíma, J. (2016). *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Grada.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2023). *Práva dítěte*. Národní zdravotnický informační portál. Dostupné z: <https://www.nzp.cz/clanek/239-prava-ditete>.

Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2023) *Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR, částka 8/2023*. Dostupné z: https://www.pediatrics.cz/content/uploads/2023/06/vestnik-mz_08-2023.pdf.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. (2019, March 14). *Práva hospitalizovaných dětí*. Ministerstvo práce a sociálních věcí. Retrieved April 26, 2025, from <https://www.mpsv.cz/prava-hospitalizovanych-deti>

Mixa, V., Heinige, P., & Vobruba, V. (2024). *Dětská přednemocniční a urgentní péče*. Grada. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/detska-prednemocnicni-a-urgentni-pece-12448/>

Miall, L., & Smith, D. (2016). *Paediatrics at a glance* (Fourth edition). Wiley Blackwell. Dostupné z: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/natl-ebooks/detail.action?docID=7104268>

Nováková, M. (2023). *Školní období a změny v období puberty a dospívání*. Šance dětem. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/skolni-obdobi-zmeny-v-obdobi-puberty-dospivani>

Palečková, J., & Hovorková, J. (2019). Smí rodiče s dítětem třeba i na operační sál? *Florenc odborný časopis pro nelékařské zdravotní pracovníky*. Dostupné z: <https://www.florence.cz/zpravodajstvi/aktuality/smi-rodice-s-ditetem-treba-i-na-operacni-sal/>.

Parlament České republiky. (2011). *Zákon č. 372/11 Sb., o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)*. Parlament České republiky. Retrieved April 21, 2025, from <https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=372&r=2011>

Parlament České republiky. (2017). *Zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek*. Parlament České republiky. Retrieved April 21, 2025, from <https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=65&r=2017>

Parlament České republiky. (1963). *Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině*. Parlament České republiky. Retrieved April 21, 2025, from <https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=94&r=1963>

Růžičková, P., Hlaváčková, E., & Černohorská, I. (2022). Hospitalization through the eyes of pediatric patients - qualitative research. *Pediatric pro praxi*, 23(1), 73–76. Dostupné z: <https://doi.org/10.36290/ped.2022.015>

Ryan, M. J., Lee, L. A., Carnevale, F. A., Crump, L., Garros, D., O'Hearn, K., Curran, J. A., Fiest, K. M., Fontela, P., Moghadam, N., Slumkoski, C., Walls, M., & Foster, J. R. (2025). Parental and family presence are essential: A qualitative study of children's lived experiences with family presence in pediatric intensive care. *Journal of Pediatric Nursing*, 80, e228-e235. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.12.017>

Stožický, F., Sýkora, J., & Sýkora, J. (2015). *Základy dětského lékařství: dětství a dospívání* (Vydání druhé). Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum.

Sundal, H., & Vatne, S. (2020). Parents' and nurses' ideal collaboration in treatment-centered and home-like care of hospitalized preschool children – a qualitative study. *BMC Nursing*, 19(1). Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00445-7>

Vágnerová, M. M., & Lisá, L. (2021). *Vývojová psychologie: dětství a dospívání* (Vyd. třetí, přeprac. a dopl). Univerzita Karlova – Nakladatelství Karolinum.

Ventura Expósito, L., Arreciado Marañón, A., Gomà Tous, M., Ferrerons Sánchez, M., & Zuriguel-Pérez, E. (2024). Nurses' views on the presence of family members during invasive procedures in hospitalised children: A questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*, 33(10), 3979-3990. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jocn.17062>

Yoo, S. Y., Cho, H., Kim, Y. Y., & Park, J. H. (2020). Levels of Partnership between Nurses and Parents of Hospitalized Children and the Quality of Pediatric Nursing Care as Perceived by Nurses. *Child health nursing research*, 26(1), 64–71. Dostupné z: <https://doi.org/10.4094/chnr.2020.26.1.64>

Zacharová, E. (2016). *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Grada. Dostupné z:
<https://www.bookport.cz/kniha/komunikace-v-osevrotatelske-praxi-2591/>

Zacharová, E. (2017). *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Grada.
Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/zdravotnicka-psychologie-3053/>

8 PŘÍLOHY

8.1 Seznam příloh

Příloha 1 – Charta práv dětí

Příloha 2 – Současné výzkumy zabývající se problematikou přítomnosti rodičů u hospitalizovaných dětí

Příloha 3 – Otázky k rozhovoru se sestrami

9 SEZNAM ZKRATEK

EACH – European Association for Children in Hospital

FCC – Family Centered Care

Příloha 1 Charta práv dětí

1. Děti mají být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo ambulantně.
2. Děti v nemocnici mají právo mít s sebou po celou dobu hospitalizace své rodiče nebo jinou blízkou osobu, rodiče zastupující.
3. Všem rodičům nebo zástupcům by mělo být nabídnuto ubytování a mělo by se jim také dostat pomoci a podpory k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali.
4. Děti a jejich rodiče mají právo na informace podávané takovým způsobem, jaký odpovídá jejich věku a chápání.
5. Děti a jejich rodiče mají mít právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování, jež souvisí s poskytovanou zdravotnickou péčí.
6. O děti by mělo být pečováno společně s jinými dětmi, které mají stejné vývojové potřeby.
7. Děti by měly mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělávání, přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu. Péče by měla probíhat v prostředí navrženém, vybaveném, zařízeném a personálně obsazeném tak, jak odpovídá jejich potřebám.
8. O děti by měli pečovat členové personálu, jimž jejich profesní průprava a reálné dovednosti umožňují adekvátně reagovat na fyzické, emoční a vývojové potřeby dětí a jejich rodin.
9. Kontinuitu péče by měl zajišťovat tým, který o dítě pečuje.
10. K dětem je vždy třeba přistupovat s taktem a pochopením a vždy by mělo být respektováno jejich soukromí. (Charta EACH, 2025)

Příloha 2 Současné výzkumy zabývající se problematikou přítomnosti rodičů u hospitalizovaných dětí

KVALITATIVNÍ VÝZKUMNÉ STUDIE			
Název výzkumu / autoři / rok	Cíle výzkumu	Metodologie výzkumu	Výzkumná zjištění
<p>1.</p> <p>Nurse experiences of partnership nursing when caring for children with long-term conditions and their families: A qualitative systematic review</p> <p>Zkušenosti sester s partnerským ošetřovatelstvím při péči o děti s dlouhodobým onemocněním a jejich rodiny</p> <p>Macey Barratt, Kasia Bail, Peter Lewis, Catherine Paterson</p> <p>2023</p>	<p>Cílem studie bylo prozkoumat zkušenosti sester při péči o děti a mladé lidi s dlouhodobým onemocněním a jejich rodiny.</p>	<p>Kvalitativní studie.</p> <p>Sběr/analýza dat: Bylo provedeno komplexní systematické vyhledávání v sedmi elektronických databázích. Kvalitativní zjištění s ilustrativními citacemi účastníků byla extrahována ze zahrnutých studií a seskupeny do kategorií, aby poskytly souhrnná syntetizovaná zjištění. Bylo provedeno metodické</p>	<p>Sestry prokázaly úspěšné partnerství ve své praxi, ale zaměřily se na rozvoj dyadického partnerství sestra-rodíč a dyadického partnerství sestra-dítě. Budoucí rozvoj praxe, který vytvoří trojstranné triadické partnerství, může napomoci terapeutickým vztahům a společnému rozhodování.</p>

		<p>hodnocení kvality.</p> <p>Výzkumný vzorek: 5837 publikací a 41 kvalitativních studií</p>	
<p>2.</p> <p>Exploring nursing presence as experienced by parents in pediatric oncology</p> <p>Zkoumání přítomnosti sester podle zkušeností rodičů na dětské onkologii</p> <p>Solomon K. Mcharo BSN, MSN, PhD, Jill Bally BSN, RN, BA(Psych), MN, PhD, Shelley Spurr BSN, MBA, PhD, Keith Walker D.D., Ph.D., M.Ed, Shelley Peacock RN, BSc, BSN, MN, PhD, Lorraine Holtslander</p>	<p>Cílem tohoto průvodce rozhovorem je prozkoumat hluboké znalosti a zkušenosti pečujících osob s přítomností ošetřovatelů. Téma, které by mělo být v těchto rozhovorech prozkoumáno, jsou zkušenosti pečujících osob s přítomností ošetřovatelů v nemocnici, když jejich dítě podstupuje onkologickou léčbu.</p>	<p>Kvalitativní studie.</p> <p>Sběr/analýza dat: Data byla sbírána mezi únorem 2020 a dubnem 2021. Celkem bylo provedeno 12 rozhovorů. Tato studie použila Giorgiho fenomenologický přístup ke zkoumání přítomnosti sester, jak ji prožívají rodiče onkologicky nemocných dětí.</p> <p>Výzkumný vzorek: Kritéria výběru</p>	<p>Zjištění ukázala, že přítomnost sestry je pro utváření vztahu mezi sestrou a pacientem zásadní. Tato studie potvrzuje, že rodiče onkologicky nemocných dětí zažívali přítomnost sester nejen při uspokojování svých sociálně-emocionálních potřeb, ale také fyzických potřeb svých nemocných dětí během léčby. Přítomnost sestry je nezbytná při vytváření terapeutických</p>

<p>RN, BSN, MN, PhD</p> <p>2022</p>		<p>účastníků zahrnovala rodiče dětí, u kterých byla diagnostikována rakovina</p>	<p>vztahů sestrapacient.</p>
<p>3.</p> <p>Parents' and nurses' ideal collaboration in treatment-centered and home-like care of hospitalized preschool children – a qualitative study</p> <p>Ideální spolupráce rodičů a sester při péči zaměřené na léčbu a domácí péči hospitalizovaných předškolních dětí</p> <p>Hildegunn Sundal, Solfrid Vatne</p> <p>2020</p>	<p>Celkovým cílem této studie je prozkoumat zkušenosti rodičů a zdravotních sester a konkrétní způsoby, jakými rodiče a zdravotní sestry partnersky spolupracují při péči o děti předškolního věku.</p>	<p>Kvalitativní studie.</p> <p>Sběr/analýza dat: Sběr dat probíhal na norské všeobecné pediatrické jednotce a data byla shromážděna z pozorování a kvalitativních rozhovorů s rodiči a sestrami.</p> <p>Výzkumný vzorek: 12 rodičů a 17 sester, kteří měli na starosti 11 hospitalizovaných dětí.</p>	<p>Zjištění ukázala, že partnerství rodičů a sester bylo zásadní pro popis ideální spolupráce mezi nimi. Ideální spolupráce mezi sestrami a rodiči se vyznačuje flexibilitou a vzájemností a je založena na slovních a akčních dialogích. V péči zaměřené na léčbu byla spolupráce rodičů a sester úspěšná svým průběhem a dynamikou a zajišťovala nejlepší zájmy dětí.</p>

<p>4.</p> <p>Mutual Expectations of Mothers of Hospitalized Children and Pediatric Nurses Who Provided Care: Qualitative Study</p> <p>Vzájemná očekávání matek hospitalizovaných dětí a dětských sester, které poskytovaly péči</p> <p>Dilek Konuk Şener, Aysel Karaca</p> <p>2017</p>	<p>Tato studie se pokusila identifikovat vzájemná očekávání matek, jejichž děti byly hospitalizovány na dětském oddělení fakultní nemocnice, a sester, které poskytovaly péči.</p>	<p>Kvalitativní studie.</p> <p>Sběr/analýza dat:</p> <p>Data byla shromážděna v únoru až červnu 2015 pomocí hloubkových kvalitativních rozhovorů. Údaje byly získány prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů nahraných na pásku.</p> <p>Výzkumný vzorek: pět sester pracujících na dětské klinice a 24 matek.</p>	<p>Matky očekávaly, že sestry poskytnou fyzickou podporu včetně podávání léků a emocionální podporu ve smyslu přátelského, spíše než kritického přístupu a přístupnosti a vnímavosti k otázkám a obavám matek. Sestry uvedly, že jsou si těchto očekávání vědomy, ale potřebují, aby matky byly chápavé a tolerantní vzhledem k jejich obtížným pracovním podmínkám.</p>
---	--	--	--

<p>5.</p> <p>Assessing and promoting responsive interaction between parents and children – A qualitative study of the experiences of child health care nurses in Sweden</p> <p>Hodnocení a podpora citlivé interakce mezi rodiči a dětmi – kvalitativní studie zkušeností dětských zdravotních sester ve Švédsku</p> <p>Anna-Lena Eklund, Elisabeth Jangsten, Hrafnhildur Gunnarsdóttir</p> <p>2016</p>	<p>Cílem této studie je porozumět zkušenostem švédských dětských zdravotních sester s hodnocením a podporou citlivé interakce mezi rodiči a dětmi.</p>	<p>Kvalitativní studie</p> <p>Sběr/analýza dat: Byla provedena kvalitativní studie rozhovorů s využitím induktivního přístupu v období březen–srpen 2016.</p> <p>Výzkumný vzorek: Bylo dotazováno 11 sester (rozsah: 30–58 minut) a přepisy byly analyzovány pomocí kvalitativní obsahové analýzy podle Graneheima a Lundmana. Kritériem pro zařazení bylo, aby sestry pracovaly alespoň jeden rok v dětském</p>	<p>Hodnocení a podpora citlivé interakce je důležitý, ale náročný úkol, který vyžaduje rozsáhlé znalosti a dobré komunikační dovednosti. Dětské zdravotní sestry v tomto ohledu vyjadřují svou nedostatečnost. Měl by být zajištěn přístup k odpovídajícím znalostem spolu s praktickými a strukturálními předpoklady v rámci služeb zdravotní péče o děti, aby byl umožněn choulostivý úkol podporovat citlivou interakci.</p>
---	--	---	---

		zdravotnickém zařízení	
KVANTITATIVNÍ VÝZKUMNÉ STUDIE			
Název výzkumu / autoři / rok	Cíle výzkumu	Metodologie výzkumu	Výzkumná zjištění
<p>6.</p> <p>Nurses' views on the presence of family members during invasive procedures in hospitalised children</p> <p>Názory sester na přítomnost rodinných příslušníků při invazivních zákrocích u hospitalizovaných dětí</p> <p>Laia Ventura Expósito PhDc, MSc, RN, Antonia Arreciado Marañón PhD, MSc, RN, Mireia Gomà Tous MSc, RN, Mercè Ferrerons Sánchez PhDc, MSc, RN, Esperanza Zuriguel-Pérez PhD, MSc, RN</p> <p>2022</p>	<p>Zjistit názory a praktiky ošetrovatelských profesionálů ohledně přítomnosti rodinných příslušníků při invazivních výkonech u hospitalizovaných dětí, zjistit znalosti ošetrovatelských profesionálů o modelu péče zaměřené na pacienta a rodinu.</p>	<p>Kvantitativní studie.</p> <p>Sběr/analýza dat: dotazník</p> <p>Výzkumný vzorek: 172 sester, z toho 155 platných odpovědí</p>	<p>Všichni respondenti považují rodinu za klíčový prvek v pediatrické péči a uvádějí, že zvou členy rodiny, aby se podíleli na péči o jejich dítě. Výsledky ukazují příznivý názor na přítomnost rodinných příslušníků a zdůrazňují potřebu školit sestry k rozvoji komunikačních dovedností. Pouze polovina respondentů však zve rodinu k přítomnosti invazivních výkonů a pouze polovina zná model péče zaměřený na</p>

			<p>pacienta a rodinu. Pokud jde o přínos pro pacienta a rodinu, většina sester vidí přítomnost rodiny jako zdroj podpory pro dítě. Menšina účastníků se domnívala, že přítomnost rodiny zvyšuje stres, který pocítují při provádění procedury.</p>
<p>7.</p> <p>Nurses' beliefs and perceptions regarding family-centered care services in acute pediatric healthcare settings</p> <p>Názory a vnímání sester na služby péče zaměřené na rodinu v zařízeních akutní pediatrické zdravotní péče</p>	<p>Family-centered care (FCC) je filozofie partnerské zdravotní péče, která zlepšila výsledky rodičů a dětí. Tyto studie se zaměřily především na vnímání sester a rodin při zavádění FCC do jejich praxe. Cílem bylo popsat přesvědčení dětských sester o jeho přínosech, principech, proveditelnosti,</p>	<p>Kvantitativní studie.</p> <p>Sběr/analýza dat: Studie probíhala v letech 2018 až 2019 formou dotazníkového šetření. Byla použita deskriptivní statistika.</p>	<p>Dvě třetiny sester většinou souhlasily s tím, že FCC je zásadní (65 %). většina sester věřila, že v rámci služeb FC budou všichni v týmu pracovat na stejných cílech a poskytovat účinnější péči (77 %). Podobně většina sester podporovala názor, že péče bude efektivnější,</p>

<p>Nadin M. Abdel Razeq RN, Ph.D. NIDCAP, Diana H. Arabiat PhD, RN., Reem A. Ali RN. Ph.D., Mohammad Al-Motlaq Ph.D., RN, CNS, MBS</p> <p>2019</p>	<p>možných výsledcích a vnímané vlastní účinnosti jeho implementace.</p>	<p>Výzkumný vzorek: V této studii bylo 246 sester, které vyplnily dotazník</p>	<p>protože FCS zlepšil komunikaci mezi poskytovateli služeb a rodinami (74 %) a že když se rodiny spojily s poskytovateli služeb, zlepšil se dodržování léčebných plánů (73 %). Ve srovnání s klasickou péčí se mnoho sester většinou shodlo na tom, že poskytovatelé služeb budou při používání FCS méně stresováni (67 %) a budou spokojenější s péčí o děti (58 %)</p>
<p>8. Levels of Partnership between Nurses and Parents of Hospitalized Children and the Quality of Pediatric Nursing</p>	<p>Tato studie byla provedena s cílem analyzovat partnerství mezi sestrami a rodiči hospitalizovaných dětí a kvalitu dětské ošetrovatelské péče,</p>	<p>Kvantitativní studie.</p> <p>Sběr/analýza dat: tato studie provedena v období od 24. září 2018 do 19.</p>	<p>Tato studie ukázala, že úroveň partnerství mezi sestrami a rodiči hospitalizovaných dětí a kvalita dětského</p>

<p>Care as Perceived by Nurses</p> <p>Úrovně partnerství mezi sestrami a rodiči hospitalizovaných dětí a kvalita dětské ošetrovatelské péče z pohledu sester</p> <p>So Yeon Yoo, Haeryun Cho, Yae Young Kim, Ji Hyeon Park</p> <p>2019</p>	<p>jak ji vnímají dětské sestry.</p>	<p>října 2018</p> <p>Výzkumný vzorek:</p> <p>Průřezová deskriptivní studie byla provedena mezi 90 sestrami zaměstnanými na dětských odděleních dvou univerzitách nemocnic v Soulu</p>	<p>ošetrovatelství byly vyšší u sester starších, vdaných a s dětmi. Navíc bylo zjištěno, že kvalita dětské ošetrovatelské péče je vyšší u sester s delší pracovní praxí na dětských odděleních. Pro zkvalitnění ošetrovatelské péče na dětských odděleních by rodiče hospitalizovaných dětí měli být uznáváni jako partneři ošetrovatelské péče.</p>
<p>9.</p> <p>Factorial Validity of the Pediatric Nurse Parent Partnership Scale-Pediatric Nurses (PNPPS-PN)</p>	<p>Cílem této studie bylo vyhodnotit faktoriální validitu škály partnerství dětské sestry s rodiči pro nemocniční dětské sestry a prozkoumat asociace jejích složek se škálou</p>	<p>Kvantitativní studie.</p> <p>Sběr/analýza dat: data byla shromažďována mezi březnem a červnem 2019</p>	<p>Tato studie byla provedena za účelem vyhodnocení vhodnosti nástroje pro měření partnerství mezi dětskou sestrou a rodičem, jak jej vnímají dětské</p>

<p>Faktorová validita škály partnerství dětských sester a rodičů s dětskými sestrami</p> <p>Mi-Young Choi, Ju-Yeon Uhm</p> <p>2019</p>	<p>Nursing Professional ValueScale a CompassionCompetenceScale.</p>	<p>Výzkumný vzorek:</p> <p>zúčastnilo se 236 dětských sester s praxí v nemocnici delší než 12 měsíců na dětských odděleních.</p>	<p>sestry – což je důležitý koncept v ošetrovatelském výzkumu a praxi. Celkové skóre naznačuje, že dětské sestry vnímají partnerství sestra-rodíč na vysoké úrovni. Vzhledem k tomu, že se v oblasti pediatrické ošetrovatelské praxe stále více zaměřuje na partnerství mezi zdravotnickým personálem a rodinami, je partnerství dětské sestry a rodiče stále více přijímáno jako důležitý koncept.</p>
<p>10.</p> <p>Assessment of Parent and Nurse Perceptions of Parental Participation in Hospital Paediatric Care</p>	<p>Cílem studie bylo zhodnotit vnímání sester a rodičů ohledně zapojení rodičů do péče o jejich hospitalizované děti</p>	<p>Kvantitativní studie.</p> <p>Sběr/analýza dat: Průřezová studie byla provedena v univerzitní</p>	<p>Studie zjistila, že rodiče i sestry se shodli na 7 z 20 výroků o důležitosti zapojení rodičů do péče o jejich hospitalizované</p>

<p>Hodnocení vnímání účasti rodičů a sester na nemocniční pediatrické péči</p> <p>Emad Shdaifat, Abdallah M. Sudqi, Firas T. Abusneineh, Najla M. Al-Ansari</p> <p>2017</p>	<p>a souvisejících faktorů</p>	<p>nemocnici ve východní oblasti Saúdské Arábie od května do října 2017 na pediatrických jednotkách.</p> <p>Výzkumný vzorek: K účasti byli vyzváni sestry a rodiče nebo opatrovníci hospitalizovaných dětí vyplněním dotazníků.</p>	<p>děti. Sestry i rodiče se shodují v tom, že je důležité aktivně zapojit rodiče do plánování ošetrovatelské péče o pacienty, zejména vysvětlit změny očekávané ve stavu dítěte a cestě za léčbou a jak být dítěti nápomocni.</p>
--	--------------------------------	--	---

Příloha 3 Otázky k rozhovoru se sestrami

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Kolik let jste celkově v praxi?

Kolik z toho na dětském oddělení?

Jaké jsou podle Vás výhody přítomnosti rodičů u hospitalizovaného dítěte?

Jaké jsou podle Vás nevýhody přítomnosti rodičů u hospitalizovaného dítěte?

Jaký způsob zapojení rodičů do péče o jejich dítě je podle Vás efektivní?

Jaké chování rodičů v souvislosti s péčí o jejich dítě je podle Vás nežádoucí?

Jak přítomnost rodiče ovlivňuje efektivitu Vaší práce?

Jaké jsou rozdíly ve spolupráci hospitalizovaných dětí se zdravotnickým personálem v přítomnosti/nepřítomnosti rodičů?

Vnímáte nějaké rozdíly ve zvládnutí strachu u dětí s doprovodem a bez doprovodu?

Jak hodnotíte Vaši komunikaci s rodiči?

Co by podle Vás přispělo k lepší spolupráci s rodiči?

Co Vám pomáhá udržet profesionální přístup v situacích, kdy rodiče zasahují do Vaší práce?

Jaké situace s rodiči považujete za náročné při své práci a proč?

Jak postupujete při řešení případných neshod s rodiči hospitalizovaných dětí? Jak motivujete rodiče, aby se aktivně zapojili do péče o dítě během hospitalizace?