



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Diplomová práce

Sledování informovanosti matek dětí hospitalizovaných na chirurgických JIP jako podklad pro zlepšení ošetřovatelské péče

Vypracovala: Bc. Iveta Votroubková

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Fendrychová, Ph.D.

České Budějovice 2015

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá sledováním informovanosti matek dětí hospitalizovaných na chirurgických jednotkách intenzivní péče (dále jen JIP). V souvislosti se zpracováváním závěrečné práce byla zjišťována informovanost matek, která je důležitým nástrojem pro poskytování kvalitních zdravotních služeb. Na základě studia literatury byly stanoveny čtyři výzkumné otázky.

Teoretická část práce popisuje základní fakta o informovanosti a ošetřování dítěte na chirurgických JIP, definuje potřebu informovanosti, její právní legislativu v České republice (dále jen ČR). Dále na základě literatury popisuje, jak probíhá podávání informací v praxi, kdo informace podává, jakým způsobem a kdo je jejich příjemcem. Rovněž poukazuje na význam komunikace při podávání informací a uvádí, jakým způsobem lze informace podávat a jak informovanost v praxi sledovat. Součástí teoretické části je také výčet nejčastějších diagnóz na dětských chirurgických JIP a je zde dále popsán příjem dítěte k chirurgickému výkonu, předoperační příprava, pooperační péče a propuštění dítěte do domácího prostředí.

Sběr dat pro praktickou část diplomové práce byl proveden na dvou jednotkách intenzivní péče v ČR ve Fakultní nemocnici (dále jen FN) v Praze Motole a ve FN Brno. Z každé JIP bylo záměrně vybráno pět respondentek, s nimiž byl veden polostrukturovaný rozhovor, který je zaznamenán v podkapitole 4.2. Výsledky rozhovorů s jednotlivými respondentkami byly následně podrobeny analýze a shrnuty v sumarizačních tabulkách.

Diplomová práce měla dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit subjektivní informovanost matek o onemocnění jejich dítěte a možných komplikacích nebo následcích onemocnění. Chtěli jsme zjistit, zda jsou matky subjektivně spokojeny s poskytnutými informacemi o onemocnění svého dítěte a případných komplikacích nebo následcích tohoto onemocnění. Rovněž jsme chtěli zjistit, zda v této oblasti pocítují nějaký deficit v získaných informacích, a jaké mají nejčastěji otázky na zdravotnický personál. Dotazováním bylo zjištěno, že převážná většina respondentek nebyla spokojená s poskytnutými informacemi. Zjistili jsme subjektivní pocit

z nedostatečné informovanosti o příznacích signalizujících zhoršení stavu dítěte v případě odmítnutí chirurgického výkonu. Jejich nejčastější otázky, deficit v informacích a odlišnosti ve výpovědích jsou popsány v kapitole 4 - Výsledky práce a 5 - Diskuse.

Druhým cílem bylo zjistit subjektivní informovanost matek o průběhu hospitalizace na chirurgické JIP a o následné péči o dítě v domácím prostředí. Chtěli jsme vědět, zda měly matky pocit, že byly dostatečně informované o předoperační přípravě a pooperační péči o jejich dítě a zda byly spokojeny s informacemi týkajícími se následné péče o jejich dítě v domácím prostředí. Rovněž jsme chtěli zjistit, zda v této oblasti pociťují nějaký deficit v získaných informacích, a jaké mají nejčastější otázky na zdravotnický personál. Šetřením bylo zjištěno, že převážná většina respondentek nebyla spokojená s informacemi týkajícími se předoperační přípravy dítěte a o komplikacích, které mohou chirurgický výkon provázet. S informacemi ohledně termínu operace a pravděpodobné délce hospitalizace byla spokojena převážná část respondentek. Dále byla většina respondentek spokojená s poskytnutými informacemi týkajícími se následné péče o dítě v domácím prostředí. Zjistili jsme nedostatečné informování zdravotnickým personálem o dalších kontaktech na rodičovské kluby, kluby stomiků nebo střediska rané péče.

Z výsledků dále vyplynulo, že každá z respondentek shledává nedostatky v různých odvětvích poskytovaných informací. Lze shrnout, že tomu tak je v poskytovaných informacích o charakteru chirurgického výkonu, řádu oddělení, dále považují za problematické to, že nemají zdravotníci dostatečné množství času. V neposlední řadě vidí respondentky deficit v souvislosti s předáváním si informací mezi zdravotníky, v nedostatku písemných informací na oddělení, ať už o oddělení samotném či o pomůckách, které mají možnost v souvislosti s hospitalizací s dítětem využívat (odsávačky mateřského mléka apod.) Mezi nejčastější otázky kladené zdravotnickému personálu patřily zejména otázky ohledně termínu chirurgického výkonu a jeho délce, dále pak otázky zjišťující to, zda může být dítě nakrmeno. Nejčastěji se respondentky ptaly na to, jak se vyvíjí zdravotní stav jejich dítěte (otázky ohledně trávení a vylučování). Nejčastější otázky byly dále zaměřeny na zjištění, kdy bude dítě

propuštěno. Dalšími byly dotazy na výsledky vyšetření a následných postupů v léčbě (viz kapitola 4 - Výsledky práce a 5 - Diskuse).

Na základě zjištěných výsledků, které poukazují na subjektivní pocit nedostatečné informovanosti matek o předoperační přípravě dítěte, jsme vypracovali materiál Informace pro rodiče o předoperační přípravě a pooperační péči v písemné formě. Dále v důsledku zjištění, že mají matky pocit nedostatečného množství písemných informací o oddělení, jsme zpracovali Informace pro rodiče o oddělení, které jsou určeny pro potřeby lůžkového oddělení Kliniky dětské chirurgie 2. LF UK a FN Motol, 7C – JIP pro novorozence a kojence. Tyto informační brožury jsou výstupem z diplomové práce.

Klíčová slova: informovanost, informace, sledování informovanosti, předoperační příprava, pooperační péče.

Abstract

This diploma thesis focuses on information awareness among mothers of children hospitalized at surgical intensive care units (hereinafter only referred to as ICU). In the context of development of the final thesis the issue of information awareness among mothers, which is an essential tool for provision of high-quality medical services, was explored. Four research questions were formulated on the basis of literature review.

The theoretical part of this thesis gives an overview of basic facts concerning information awareness and care of children at surgical ICUs, defines the necessity of information awareness and its legal framework in the Czech republic (hereinafter only referred to as the CR). Furthermore, it describes the way information is passed on in practice, who passes information on and who is the recipient based on the literature review. It also highlights the importance of communication in transfer of information and presents ways to be used for transfer of information and how information awareness can be monitored. A part of the theoretical section also comprises of the list enumerating the most common diagnoses with which children found themselves to be placed at surgical ICUs and it contains, as well, the description of admittance of children for a surgical intervention, pre-surgical care, post-surgical care and discharge of children from hospital to homecare.

Collection of data for the practical part of the diploma thesis was conducted at two intensive care units in the University Hospital (hereinafter only referred to as UH) in Motol, Prague, and UH Brno in the CR. Five respondents (mothers) were intentionally selected from each ICU with whom semi-structured interviews were conducted, which are summarized in sub-chapter 4.2.. The results of interviews with individual respondents were further subjected to analysis and summarized in summary tables.

The Diploma thesis had two objectives. The first objective was to ascertain subjective information awareness of mothers about their children's illnesses and possible complications or consequences related to these illnesses. We wanted to find out whether mothers were subjectively satisfied with information provided about their children's illnesses and possible complications or consequences related to these illnesses. We also wanted to discover whether they experienced any information deficit in this area and what were their most frequent questions to the medical personnel. It was ascertained through interviews that the majority of respondents was not satisfied with information provided. We discovered that the subjective experience of unsatisfactory information awareness pertained to information concerning symptoms signaling a negative development in child's condition in case mothers refused surgical intervention. Their most frequent questions, deficits in information awareness and differences in views are described in chapter 4. Results and chapter 5. Discussion.

The second objective was to discover subjective information awareness pertaining to the period of hospitalization at surgical ICU and child's subsequent homecare. We wanted to know whether mothers felt that they were kept informed enough about pre-surgical and post-surgical care of their child and whether or not they were satisfied with information pertaining to child's subsequent homecare. We were also interested in whether or not they experienced any deficit of information received and what were their most frequent questions to the medical personnel. It was discovered through an analysis that the majority of respondents was not satisfied with information pertaining to pre-surgical care and complications which might have arisen during the surgical intervention. As for information centred on the date of operation and possible duration of hospitalization most respondents were satisfied with it. Furthermore, the majority of respondents were satisfied with information provided about child's subsequent homecare. We discovered that respondents were not informed satisfactorily by medical personnel about other contacts such as for clubs for parents, stoma clubs and centres of early intervention.

It was possible to ascertain from the results that each respondent saw deficits in different areas of information provision as well. In the list of such information deficit areas are information about the character of surgical intervention, the ward rules, and the fact that doctors and nurses do not have enough time. Moreover, the respondents also perceived the deficit in sharing of information among medical personnel. It continued with the lack of written information at the ward - either about the ward itself or tools which mothers can utilize in relation to hospitalization of their child (a breast pump and others). Among most frequent questions to the medical personnel were mostly those concerning the date of surgical intervention; whether the child can be fed; the development in health condition of a child (specifically, digestion and excretion); the date when the child will be discharged; results of medical tests and further steps in treatment (see chapter 4. Results and chapter 5. Discussion)

On the basis of final results which point to experience of unsatisfactory information awareness among mothers about pre-surgical care for the child we developed in a written form the Information for parents about pre-surgical and post-surgical care brochure. We also prepared due to the fact that mothers sensed the lack of written information about the ward the Information for parents about the ward brochure which is aimed to serve an informative function the need at the ward of the Clinic of Paediatric Surgery 2. Medical Faculty of Charles University and UH in Motol, 7C - ICU for neonates and infants. These informative brochures are practical products of developing this diploma thesis.

Keywords: information awareness, information, monitoring of information awareness, pre-surgical care, post-surgical care.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a ligatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 10. 5. 2015

.....

Iveta Votroubková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala mé vedoucí práce Mgr. Jaroslavě Fendrychové, Ph.D. za odborné a spolehlivé vedení diplomové práce a za cenné rady a podporu při jejím zpracování. Velký vděk bych chtěla rovněž vyjádřit své rodině a blízkým, kteří při mně stáli po celou dobu studia ve všech těžkých a náročných chvílích, za podporu a porozumění.

Obsah

Úvod.....	14
1 Teoretická část	16
1.1 Potřeba informovanosti	16
1.2 Právní legislativa poskytování informací v České republice	16
1.2.1 Informace o zdravotním stavu pacienta a o navržených zdravotních službách	16
1.2.2 Zvláštní úprava pro souhlas nezletilého pacienta	18
1.3 Podávání informací v praxi	19
1.3.1 Poskytovatel informací	19
1.3.2 Způsoby podávání informací	20
1.3.3 Význam komunikace při podávání informací.....	21
1.3.4 Příjemce informací.....	22
1.4 Sledování informovanosti matek (rodičů) v praxi	24
1.4.1 Způsoby sledování informovanosti.....	24
1.4.2 Podmínky sledování informovanosti	27
1.5 Indikace k hospitalizaci dítěte na chirurgické JIP	28
1.5.1 Nejčastější diagnózy na dětských chirurgických JIP	29
1.6 Příjem dítěte k chirurgickému výkonu	31
1.6.1 Příjem dítěte k plánovanému výkonu	31
1.6.2 Příjem dítěte k akutnímu výkonu.....	32
1.7 Předoperační příprava dítěte na chirurgické JIP	32
1.7.1 Předoperační příprava dítěte k plánovanému výkonu.....	32
1.7.2 Předoperační příprava dítěte k akutnímu výkonu	34
1.8 Pooperační péče o dítě na chirurgické JIP	35
1.9 Pooperační komplikace	37
1.10 Propuštění dítěte do domácí péče	37
1.10.1 Příprava dítěte na propuštění	38
2 Cíle práce a výzkumné otázky	39
2.1 Cíle práce	39

2.2	Výzkumné otázky.....	39
3	Metodika práce.....	40
3.1	Charakteristika výzkumného souboru.....	40
4	Výsledky práce.....	41
4.1	Identifikační údaje respondentek a hospitalizovaných dětí	41
4.2	Přepis rozhovorů s respondentkami	43
4.3	Sumarizace výsledků.....	58
5	Diskuze.....	64
6	Závěr	71
7	Seznam použité literatury.....	73
8	Přílohy.....	81

Seznam použitých zkratek

AA	atrézie anu
ABR	acidobazická rovnováha
AJ	atrézie jícnu
CVP	centrální venózní tlak
ČR	Česká republika
EACH	Evropská asociace na podporu dětí v nemocnici (European Association for Children in Hospital)
EKG	elektrokardiogram
FN	fakultní nemocnice
GIT	gastrointestinální trakt
GS	gastrická sonda
HR	srdeční frekvence (heart rate)
JIP	jednotka intenzivní péče
KDCH	klinika dětské chirurgie
NEC	nekrotizující enterokolitis
NIBP	neinvazivní měření krevního tlaku (non-invasive blood pressure)
PeK	pediatrická klinika

RR	frekvence dýchání (respiratory rate)
SpO ₂	saturace krve kyslíkem
TK	krevní tlak
TJ	tříselná kýla
TT	tělesná teplota
VVV	vrozená vývojová vada

Úvod

Každý z nás se někdy během svého života ocitl v situaci, kdy potřeboval, ať už on sám nebo někdo z jeho okolí, využít zdravotní péči v nemocnici. Možná právě na základě těchto zkušeností si uvědomujeme velmi zásadní význam informovanosti rodiny, zvláště pak matek, jejichž dítě se ocitá náhle v roli pacienta. Pro matku je skutečnost, že musí její dítě podstoupit operační zákrok, velmi tíživá. Aby se mohla podílet na péči o své dítě, měla by mít možnost být s ním také hospitalizovaná. Jakmile se tomu tak stane, měla by být plně informovaná.

Při své práci jsem měla většinou zkušenost s tím, že se vše orientuje jen na uspokojování potřeb dítěte, což je zajisté v pořádku, ale mnohdy se neklade tak velký důraz na informování doprovodu nezletilého pacienta. Na základě těchto zkušeností jsem chtěla pomocí výzkumného šetření objasnit, jaká je aktuální situace v oblasti poskytování informací zdravotnickým personálem. Informovanost matek je totiž důležitým nástrojem pro poskytování kvalitních zdravotních služeb. Každý pacient, stejně tak i zákonný zástupce nezletilého pacienta – matka nebo otec – mají právo na informace.

Při pohledu do historie tomu bylo dříve tak, že po dlouhá léta panovala vzájemná shoda v názoru, že právě lékař je tím, kdo rozhoduje o tom, zda má být pacient informován o povaze svého onemocnění, či nikoliv. Tato doba, ve které vyvstávaly dilematické otázky, zda vůbec a o čem informovat, je minulostí. V současné době zkvalitňování zdravotnické péče je rovněž kladen důraz na kvalitní poskytování informací souvisejících s hospitalizací dítěte. To má snahu zlepšovat European Association for Children in Hospital (dále jen EACH), tedy Evropská asociace na podporu dětí v nemocnici. Tato asociace popsala mimo jiné i práva dětí související s hospitalizací. Mezi ně patří právo na informace podávané takovým způsobem, jaký odpovídá věku a chápání dítěte. V případě nezletilého pacienta přebírá roli příjemce informací matka, která je s dítětem hospitalizována nejčastěji. Poskytované informace mají být jasné a úplné, mají být poskytovány průběžně od přijetí pacienta až po jeho propuštění, mají obsahovat také informace týkající se další péče po propuštění dítěte

a měly by být poskytovány zkušeným členem zdravotnického týmu, schopným sdělovat informace tak, aby jim bylo možné snadno porozumět. Informace mají být opakovány tak často, jak je pro jejich snazší porozumění nezbytné, v neposlední řadě mají být zpětně ověřovány, aby bylo jisté, že jsou pochopeny.

Cílem této práce je zjistit subjektivní informovanost matek o onemocnění jejich dítěte, možných komplikacích nebo následcích onemocnění, dále pak zjistit informovanost matek o průběhu hospitalizace a o následné péči o dítě v domácím prostředí.

Výstupem diplomové práce bude návrh na informační brožuru pro rodiče, popisující předoperační a pooperační ošetrovatelskou péči o dítě, která bude nabídnuta těm oddělením, na kterých bude prováděno šetření, případně i ostatním dětským chirurgickým JIP v ČR, které o ně projeví zájem. Dále bude pro potřeby Kliniky dětské chirurgie 2. LF UK a FN Motol, lůžkového oddělení 7C – JIP pro novorozence a kojence vypracována informační brožura pro rodiče o všech specifických oddělení.

1 Teoretická část

1.1 Potřeba informovanosti

Potřeba být informován se v moderním ošetřovatelství vnímá jako významná a smysluplná. Většina rodičů má zájem o vše, co se týká zdravotního stavu jejich dítěte. Chtějí od zdravotníků informace o diagnóze, léčbě, hospitalizaci. Potřebují informace o lécích, které jejich dítě užívá, o ošetřovatelských výkonech, které jsou u dítěte realizovány, a mnoho dalších informací (Kristová, 2004).

Když jsou rodiče informováni dostatečně, snižuje to následně jejich stres a úzkost. Rodiče, kteří obdrží dostatečné množství informací, jsou spokojenější, následně všemu lépe rozumí a snadněji se přizpůsobují léčebnému režimu. Uvádí se, že 40 % informací příjemce zapomene do dvou hodin po jejich sdělení. Informace by se měly podávat s ohledem na potřeby rodičů a samozřejmostí je citlivost podávaných informací. Mezi základní cíle sdělování informací rodičům je pomoci porozumět, co se děje, snížit jejich úzkost a nejistotu a zajistit s nimi spolupráci (Ptáček, Bartůněk et al., 2011).

1.2 Právní legislativa poskytování informací v České republice

1.2.1 Informace o zdravotním stavu pacienta a o navržených zdravotních službách

„Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování ze dne 06. 11. 2011, v částce 131/2011, která nabyla účinnost od 1. 4.2012, zmiňuje postavení pacienta a jiných osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. V Hlavě I, právech a povinnostech pacienta a jiných osob, popisuje nezbytnost podávání informací o zdravotním stavu pacienta a o navržených zdravotních službách:

Poskytovatel je podle § 31 povinen:

- a) zajistit, aby byl pacient srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu a o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách,

- b) umožnit pacientovi nebo osobě určené pacientem klást doplňující otázky vztahující se k jeho zdravotnímu stavu a navrhovaným zdravotním službám, které musí být srozumitelně zodpovězeny.

Informace o zdravotním stavu obsahuje údaje o:

- a) příčině a původu nemoci, jsou-li známy, jejím stadiu a předpokládaném vývoji,
- b) účelu, povaze, předpokládaném přínosu, možných důsledcích a rizicích navrhovaných zdravotních služeb, včetně jednotlivých zdravotních výkonů,
- c) jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb, jejich vhodnosti, přínosech a rizicích pro pacienta,
- d) další potřebné léčbě,
- e) omezeních a doporučeních ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a možnosti vzdát se podání informace o zdravotním stavu podle § 32 a určit osoby podle § 32 a 33 nebo vyslovit zákaz o podávání informací o zdravotním stavu podle § 33.

Informace o zdravotním stavu je pacientovi sdělena při přijetí do péče a dále vždy, je-li to s ohledem na poskytované zdravotní služby nebo zdravotní stav pacienta účelné.

Informaci o zdravotním stavu podává ošetřující zdravotnický pracovník způsobilý k poskytování zdravotních služeb, kterých se podání informace týká. Ošetřující zdravotnický pracovník provede do zdravotnické dokumentace záznam o tom, že byla informace podána.

Informace o zdravotním stavu se nepodá pacientovi, který v důsledku svého zdravotního stavu není schopen poskytované informace vůbec vnímat.

Jde-li o nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností, právo na informace o zdravotním stavu a právo klást otázky náleží zákonnému zástupci nebo opatrovníkovi pacienta a pacientovi, je-li k takovému úkonu přiměřeně rozumově a volně vyspělý.

Jestliže to zdravotní stav nebo povaha onemocnění pacienta vyžadují, je poskytovatel oprávněn sdělit osobám, které budou o pacienta osobně pečovat, informace, které jsou nezbytné k zajištění této péče nebo pro ochranu jejich zdraví“ (Zákon č. 372/2011 Sb., s. 4749)

1.2.2 Zvláštní úprava pro souhlas nezletilého pacienta

„Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (viz předchozí kapitola) v části čtvrté § 35 rovněž zmiňuje, že při poskytování zdravotních služeb nezletilému pacientovi je třeba zjistit jeho názor na poskytnutí zamýšlených zdravotních služeb, jestliže je to přiměřené rozumové a volní vyspělosti jeho věku. Tento názor musí být zohledněn jako faktor, jehož závažnost narůstá úměrně s věkem a stupněm rozumové a volní vyspělosti nezletilého pacienta. Pro vyslovení souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb nezletilému pacientovi se použijí právní předpisy upravující svéprávnost fyzických osob s tím, že nezletilému pacientovi lze zamýšlené zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. Tím není dotčena možnost poskytování zdravotních služeb bez souhlasu.

Poskytnutí zdravotních služeb na základě souhlasu nezletilého pacienta nebrání tomu, aby ošetřující zdravotnický pracovník podal zákonnému zástupci informaci o poskytnutých zdravotních službách nebo zdravotním stavu nezletilého pacienta.

Jde-li o zdravotní služby, které spočívají v poskytnutí neodkladné péče nebo akutní péče, a souhlas zákonného zástupce nelze získat bez zbytečného odkladu, rozhodne o jejich poskytnutí ošetřující zdravotnický pracovník. To neplatí, lze-li zdravotní služby poskytnout na základě souhlasu nezletilého pacienta.

Jde-li o pacienta s omezenou svéprávností, odstavec první a třetí se použijí obdobně s tím, že věk pacienta se nezohledňuje.

Jde-li o pacienta, který je zbaven způsobilosti k právním úkonům nebo je nezletilý, poskytovatel vyloučí, má-li podezření, že je tento pacient zneužíván nebo týrán, popřípadě, že je ohrožován jeho zdravý vývoj“ (Zákon č. 372/2011 Sb., s. 4751).

1.3 Podávání informací v praxi

1.3.1 Poskytovatel informací

„Ve Sbírce zákonů č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (viz kapitola 1.2.1) je v § 31, odstavci třetím uvedeno, že „Informaci o zdravotním stavu podává ošetřující zdravotnický pracovník způsobilý k poskytování zdravotních služeb, kterých se podání informace týká; ošetřující zdravotnický pracovník provede do zdravotnické dokumentace záznam o tom, že byla informace podána“ (Zákon č. 372/2011 Sb., s. 4749).

Lékař informuje rodiče o diagnóze, současném stavu, léčbě a prognóze jejich dítěte. Tyto informace ovlivňují příjemce v plném rozsahu. Pokud jich je dostatek, snižuje se úzkost a stres z neznámého. Lidé, kteří dostali dostatek informací, jsou spokojenější s péčí, lépe všemu rozumí a rovněž se lépe přizpůsobují (Ptáček, Bartůněk et al., 2011).

Sestra může stejně jako ostatní nelékařští zdravotničtí pracovníci (fyzioterapeut, porodní asistentka, klinický psycholog, klinický logoped apod.) podávat informace o ošetrovatelské péči, kterou provádí zcela samostatně (Mach, 2010).

Informace podané lékařem a sestrou by měly být především srozumitelné, jasné a v případě potřeby i několikrát opakované. Zdravotník by měl rodiče upozornit, že změny k lepšímu probíhají delší dobu než změny k horšímu, ty jsou v některých případech otázkou minut. Pokud nejsou jednoznačně potvrzené negativní informace, nepodává je sestra ani lékař dříve, než jsou potvrzené. Stav dítěte se hodnotí všeobecně jako stabilizovaný, dobrý nebo vážný až kritický. Je třeba, aby lékař a sestra odpovídali na otázky rodičů pravdivě a nebáli se říct slovo nevím, když není odpověď jednoznačná. Zdravotníci musí vyjadřovat rodičům hospitalizovaného dítěte podporu a také porozumění (Janáčková, Weiss, 2008).

Významnou roli v komunikaci hraje týmová spolupráce, bez které si nelze představit ošetrovatelskou ani lékařskou profesi. Týmový přístup činí péči efektivní. Jde o způsob organizace práce založený na společné komunikaci mezi zdravotníky (Balková, Takáčová, 2014).

Zdravotní sestra může poskytovat informace o výkonu, který je oprávněna realizovat sama. V případě, že aplikuje lék, informuje rodiče pacienta o faktech

souvisejících s aplikací, například o tom, za jak dlouho lék začne účinkovat. Nepřísluší jí ale informovat o tom, proč byl lék indikován (Ondřichová, 2007).

Komunikace sestry s rodinou hospitalizovaného dítěte by měla zahrnovat přátelský postoj. Sestra by neměla mluvit autoritativně, ale přátelsky. Je na místě ukázat projev pochopení situace pacienta. Srozumitelná komunikace bez nevhodných výrazů a nesrozumitelných odborných termínů by měla být samozřejmostí (Vybíhalová, 2012).

Komunikování sestry s rodiči dítěte je velmi náročné. Je zapotřebí individuálního psychologického přístupu sestry, který je důležitý stejně jako respektování základních lidských práv a práv hospitalizovaného dítěte (Gulášová, 2012).

1.3.2 Způsoby podávání informací

Nejběžnější způsob podávání informací je rozhovor mezi poskytovatelem a příjemcem. Základním faktorem ústního podávání informací je srozumitelnost. Když se lidé orientují v situaci a rozumí jí, lépe se na ni mohou připravit a dále ji řešit. V ústním podávání informací je rovněž důležité pamatovat na to, že v případě rodičů nebo pacientů jde ve většině případů o laiky, kteří mohou být navíc v nemocničním zařízení poprvé. V průběhu rozhovoru si proto musí zdravotničtí pracovníci ověřovat, zda jim příjemci informací rozumí. Většina rodičů má potřebu mluvit o problému opakovaně, potřebují mít možnost se k problému vracet a ujišťují se, zda vše pochopili. Obecně není vhodné při komunikaci s rodiči používat odborné výrazy. Pokud mluvíme o něčem konkrétním, týkajícím se zdravotního stavu dítěte, musíme používat srozumitelné termíny (Sedlářová, 2008).

Informace lze poskytovat také písemnou formou. Výhodou je, že si je mohou vzít rodiče domů a kdykoliv se k nim vrátit. Díky písemným materiálům si mohou snáze a lépe připravit otázky pro zdravotnický personál. Brožura nebo leták ovšem nesmí nahradit ústní komunikaci, má sloužit pouze jako doplněk ke zkvalitnění informovanosti (Sedlářová, 2008).

Informovat lze i pomocí pomůcek, například fotografie, anatomických obrázků, modelů a trenažérů. K pomůckám patří též zdravotnický materiál nebo demonstrační loutky a hračky. Auditivní učební pomůcky jako hudební a zvukové záznamy jsou také

možností, jak zkvalitnit poskytování informací. Dále lze využít televizní pořady a výukové filmy (Juřeníková, 2010).

1.3.3 Význam komunikace při podávání informací

- **Přítomnost rodiče na oddělení**

„Zákon č. 372/2011 Sb. § 47 říká, že je poskytovatel lůžkové péče povinen umožnit pobyt zákonného zástupce nebo osoby jím pověřené společně s hospitalizovaným nezletilým pacientem nebo pacientem zbaveným způsobilosti k právním úkonům, pokud to umožňuje vybavení zdravotnického zařízení nebo nebude narušeno poskytování zdravotních služeb anebo takový pobyt není na základě jiného právního předpisu vyloučen“ (Zákon č. 372/2011 Sb., s. 4758)

I krátkodobá hospitalizace dítěte může mít přetrvávající následky jak pro dítě, tak pro rodinu. Hospitalizace rodiče společně s nemocným dítětem je velice žádoucí, a to zvláště v kojeneckém a batolecím věku. Mírní nežádoucí vlivy, které na hospitalizované dítě působí. Společná hospitalizace rovněž působí na lepší přizpůsobení se dítěte neznámému nemocničnímu prostředí a trvale umožňuje naplňování potřeb dítěte. Matka pomáhá malému pacientovi uspokojovat nejenom jeho biologické, ale i psychické potřeby, usnadňuje jeho adaptaci na nové prostředí a zmírňuje reakce dítěte na negativní faktory. Svou přítomností ovlivňuje a napomáhá uzdravování dítěte. Klinické výzkumy prokázaly fakt, že délka hospitalizace dítěte v nemocnici závisí na přítomnosti matky. Zahraniční zkušenosti ukazují to, že je přítomnost doprovodu přínosná také pro celkovou kvalitu zdravotní péče (Fendrychová, Klimovič et al., 2005).

- **Zásady komunikace s rodiči**

Rodiče mají právo znát jméno zdravotníka, který se podílí na léčbě a ošetřování jejich dítěte. Zdravotník by se měl při prvním setkání rodičům představit, neboť tento úkon představuje základní pravidlo slušného chování (Ptáček, Bartůněk et al., 2011). Dále je třeba jim nabídnout místo k sezení, udržovat oční kontakt, hovořit spisovně a srozumitelně (Linhartová, 2007).

Komunikace s rodiči by měla probíhat v soukromí a je třeba zajistit, aby nebyla atmosféra narušovaná telefony. Informovat se musí jasně, srozumitelně a s ohledem na jejich inteligenci a citový stav (Novák, 2008).

Přínosné je informace neustále opakovat a předávat také písemné informace v jazyce, kterému rodiče rozumí a který chápou. Mají potřebu získat co nejvíce informací, i když v mnohých případech je nedokážou přijmout. Pro dosažení efektivní komunikace je nutné používat slova, kterým rodiče rozumějí, a je třeba toto porozumění ověřovat a povzbuzovat je k tomu, aby se ptali. Je důležité informovat, nikoliv radit nebo poučovat (Fendrychová, Borek et al., 2012).

Je podstatné pochopit skutečnost, že rodiče prožívají krizový stav, ve kterém dochází k transovému (zúženému) stavu jejich vědomí. V těchto situacích mohou být nepřístupní nebo naopak snadno ovlivnitelní. Když je člověk v již zmíněném transovém stavu, pamatuje si z rozhovoru často jen strohé a zkrácené informace. Tato skutečnost klade další požadavek na kvalitní komunikaci zdravotnického personálu. Musí se neustále ujistovat, že jim rodiče rozumí a že chápou podávané informace. V případě potřeby je na místě opakovaně poskytnout již jednou sdělené informace a dávat najevo ochotu, že se mohou na cokoli doptat. Lékař odpovědný za léčbu poskytuje rodičům informace co nejdříve po přijetí dítěte na oddělení. Zdravotnický personál by měl umět přijímat také kritické projevy, které bývají často spjaty s obrannou tendencí ve fázi hledání viníka. Všeobecně je lepší, pokud má dítě oba rodiče, informovat oba naráz. V případě potřeby zajistit rodičům setkání s psychoterapeutem, psychologem apod. (Fendrychová, Klimovič et al., 2005).

- **Komunikace lékař – sestra**

Spolupráce sestry a lékaře je důležitá při plánování lékařských a ošetrovatelských výkonů, ale i ve vzájemné komunikaci. Její úroveň se však mnohde liší. Existují pracoviště, kde jsou sestry přítomné při rozhodování o postupu léčby a mohou se zapojit do vzájemné diskuze nebo jsou alespoň informované zpětně o rozhodnutích lékařů. Na mnoha pracovištích však k domluvě nedochází (Heřmanová et al., 2012).

1.3.4 Příjemce informací

- **Rodiče hospitalizovaných dětí**

Pobyt dítěte na JIP je pro rodiče zátěží obzvlášť v případě, když je dítě v kritickém stavu. Po čas jeho hospitalizace prožívají rodiče naději i beznadějí. Za dítětem jsou

mnohdy nuceni podnikat dlouhé cesty a celkově mají narušený pracovní i životní režim, rovněž málo spí. V podvědomí se obviňují za to, co se s dítětem stalo. Dostávají se do začarovaného kruhu. Mohou být rozrušení, útoční, obviňující. Setkání s agresivními rodiči hledajícími viníka, kteří obviňují sebe i zdravotníky, se má řešit v otevřeném prostoru. Rodiče se mají nechat vymluvit, aby se jim ulevilo. Mohou být rovněž hysteričtí až v afektu. V takových případech je třeba mluvit na ně klidným hlasem a zachovat si chladnou hlavu (Novák, 2008).

Přístup k rodičům je třeba volit individuálně a brát v úvahu také jejich mentální úroveň, citovou odolnost, věk, rodinnou situaci a další aspekty (Stolínová, Mach, 2010).

Při návštěvě svého dítěte mohou rodiče pociťovat zármutek i šok přesto, že jsou dostatečně informováni a připraveni. Může se u nich projevit úzkost, strach, beznaděj, pocit opuštění, stud a popření. Mají potřebu obdržet co největší množství informací, ale mnohdy nejsou schopni je přijmout (Fendrychová, Borek et al., 2012).

Onemocnění dítěte je zásadní změnou v běžném životě rodiny, které se musí přizpůsobit zdravotnímu stavu dítěte. Vztahy a prožívání rodičů jsou náhle jiné, než byly před tím, než se jejich dítě stalo pacientem. V partnerství dochází k přehodnocování vztahu, jiné je také naplňování a realizace životních rolí. I tyto aspekty ovlivňují příjem informací (Ptáček, Bartůněk, 2011).

Rodiče bývají ve většině případů rozrušení, útoční a obviňující. Informace, které jim zdravotník podává, mají být jasné a srozumitelné (Ptáček, Bartůněk et al., 2011).

Dle Kalivodové (2013) je otázkou, zda může lékař sdělit informace o zdravotním stavu rodiči dítěte, které mu nebylo svěřeno do péče. Odpovědí je skutečnost, že zákonnými zástupci jsou oba rodiče bez ohledu na fakt, kterému z nich je svěřeno dítě do péče. Pouze omezení rodičovské zodpovědnosti rozhodnuté soudem brání sdělení informací (Kalivodová, 2013).

Také pohlaví obou rodičů má vliv na příjem informací. Ženy mají tendenci používat více pozitivní signály, zejména citoslovce, příkyvování a úsměv. Muži udržují více oční kontakt a naslouchají tiše bez signálů zpětné vazby. Ženy naslouchají více mužům než opačně (DeVito, 2008).

- **Děti**

Candigliota (2012) uvádí, že nezletilý má právo se svobodně vyjádřit ke všemu, co se ho bezprostředně týká, a pokud je rozumově vyspělý, má právo o sobě rozhodovat. Rovněž má právo na informace o svém zdravotním stavu a navržených zdravotních postupech způsobem, který je přiměřený jeho vyspělosti (Candigliota, 2012).

Při komunikaci s dítětem je nutno mít znalosti o jeho vývojové úrovni, neboť tyto vědomosti umožňují efektivní komunikaci s ním. Informace podávané dítěti je třeba trpělivě vysvětlovat a brát ohled na psychickou zralost dítěte (Ptáček, Bartůněk, 2011).

- **Cizinci**

Cizinci mají rozdílné představy o nemoci a o strategiích jejího překonávání, odlišují se v názoru na smysl a účel speciálních zařízení a v neposlední řadě jsou zde odlišnosti také ve způsobu chování (Průcha, 2010).

K problematické komunikaci dochází v případě, kdy nejsou cizinci schopni v důsledku neznalosti jazyka vyjádřit své problémy a porozumět instrukcím zdravotnického personálu. Jazyková bariéra představuje i problém při získávání informovaného souhlasu, komplikující rozhodování (Špatenková, Králová, 2009).

1.4 Sledování informovanosti matek (rodičů) v praxi

Při hodnocení, zda byl pacient řádně informován, je důležité myslet na to, že je rozhodující, co příjemce pochopil, a ne to, co bylo sděleno. Rozhodující je tedy informace přijatá, ne vyslaná. V souvislosti s poskytováním informací je vhodné se vyvarovat odborných výrazů nebo je při jejich používání objasnit (Šustek, Holčapek, 2007).

1.4.1 Způsoby sledování informovanosti

- **Pozorování (sledování)**

Pozorování nebo také sledování je záměrné, systematické a cílevědomé. Sledují se nečastěji jevy spojené s registrací charakteristických údajů. Úspěšnost pozorování závisí na celkové informovanosti o problematice, kterou sledujeme. Dále záleží na schopnostech pozorovatele, na pomůckách potřebných k realizaci samotného aktu

pozorování. Před realizací je třeba zvážit, co a za jakých okolností se bude pozorovat a jak budou zaznamenávány výsledky. Pozorování má přispět k objektivnímu popisu určitého jevu, umožňujícímu následné analyzování (Kutnohorská, 2009).

Jednou z výhod pozorování je, že je tato metoda nezávislá na spolupráci pozorované osoby. Nelze zkreslit sledovanou skutečnost, když pozorovaná osoba neví, že je objektem sledování, takže nemůže cíleně měnit své chování. Touto metodou získáváme celou řadu souvislostí (Kozel, 2006).

Nevýhodou pozorování je jeho náročnost na pozorovatele, která spočívá zejména ve schopnosti interpretace údajů z pozorování. Zaznamenávání mnohých sledovaných jevů je obtížné a tím pádem může docházet ke zkreslení údajů. Metoda je též časově náročná. Je to monotónní činnost, vyžadující zvýšené nároky na pozornost sledujícího (Kozel, 2006).

- **Dotazování - rozhovor**

Rozhovor je vědomý a připravený dialog, v němž osoba nebo skupina osob odpovídá na otázky tazatele nebo popisuje vlastní problémy nebo názory. Rozhovor je jedním z nejrozšířenějších druhů komunikace mezi lidmi. Jeho úlohou je prověřování vztahů ke skupině i k sobě samému. Dále se jeho pomocí ověřují názory a postoje a také stanoviska o jevech, o životě i o sobě (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

Prostřednictvím rozhovoru se dozvídáme informace o obsahu lidského nitra. Napomáhá zkoumat motivy, zájmy, plány atd. Participuje na zjišťování vědomostí, zkušeností, postavení a úkolů v zaměstnání. Ve zdravotnictví hraje nezastupitelnou roli. Veškeré skutečnosti zjištěné pomocí rozhovoru by měly být zaznamenávány v ošetrovatelské dokumentaci a využity při ošetrovatelské péči (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

Na rozhovoru jsou významné tři složky, a to autokomunikace, což je rozhovor se sebou samým, tzv. vnitřní monolog. Dále jde o zpětnou vazbu, pomocí níž zdravotník zjišťuje, zda ho nemocný chápe správně, a reakce nemocného na zdravotníka (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

Mezi výhody rozhovoru řadíme zejména skutečnost, že se téměř vždy jedná o přímý kontakt výzkumníka a dotazované osoby. To umožňuje případné vysvětlení

nejasností, které mohou nastat při dotazování. Výhodou je také volné kladení otázek a možnost výzkumníka reagovat na odpovědi dotazované osoby. Při osobním kontaktu je výhodou i sledování neverbálních projevů člověka. Při neporozumění otázce je možné ji okamžitě objasnit (Cohen, Manion, Morrison, 2005).

Za nevýhody rozhovoru se považuje časová náročnost metody. V důsledku časového rozhraní mezi nevýhodami řadíme i menší počet respondentů, kteří jsou osloveni. V případě, že si respondent nepřeje použití nahrávacího zařízení, může být ztíženo zaznamenávání odpovědí. Poté může být obtížnější i vyhodnocení. Na tazateli mohou do značné míry záviset i výsledky v případě, že je pasivní. Může tím ovlivnit konečné výsledky výzkumu (Cohen, Manion, Morrison, 2005).

- **Dotazování - dotazníkové šetření**

Nástrojem této metody je dotazník, který obsahuje otázky a možnosti odpovědí, nebo nechává prostor na vlastní odpověď. Tato metoda je celkově velmi oblíbená, a to zejména proto, že umožňuje snadnou kontrolu reprezentativity vzorku respondentů a data získaná jeho pomocí lze rychle zpracovat. Používá se zejména v prostředí, které výzkumníci znají (Jandourek, 2008).

Ve srovnání s jinými metodami je dotazník méně časově náročný a s jeho pomocí lze získat rychle potřebné množství dat od velké skupiny dotazovaných. Šetří náklady, protože není potřeba tazatele. Neovlivňuje respondenty v odpovědích. Většinou bývá anonymní, což považují respondenti za bezpečnější (Kozel, Mynářová, Svobodová, 2011).

K nevýhodám otazníkového šetření patří dlouhá a mnohdy i nízká návratnost. Dotazníky nebývají flexibilní, tzn., že chybí možnost doplňujícího výkladu. Další nevýhodou je absence osobního kontaktu. Délka samotného dotazníku ovlivňuje zájem dotazovaného na téma. Nelze si ověřit to, zda respondent rozumí kladeným otázkám. U použití této metody není jistota, že dotazovaní poskytují pravdivé a upřímné odpovědi (Vašítková, 2014).

1.4.2 Podmínky sledování informovanosti

Použití a výběr jednotlivé metody musí odpovídat záměrům člověka, který chce jejich pomocí něco zjistit. Metoda, procedura a technika jsou vzájemně propojeny. Vybraná technika musí zajišťovat objektivnost, jasnost a přesnost (Kutnohorská, 2009).

- **Pozorování (sledování)**

Pozorovatel musí mít před zahájením procesu sledování stanovený cíl, konkrétní důvod nebo úmysl, kterým se pozorování bude řídit, a dále předmět, tzn. osoby, předměty, činnosti a prostředí. Je důležité naplánovat časovou dimenzi, jak dlouho a kdy, v jakých frekvencích se bude pozorovat. Určení, kdo bude pozorovat, jaké má schopnosti, jaké pozorovací nástroje použije, je podstatné stejně jako to, jak bude pozorování zaznamenávat a následně vyhodnocovat. Informace o člověku lze získat smyslovými orgány nebo zprostředkovaně pomocí přístrojů. V ošetřovatelství se zaznamenávají lidské projevy, vlastnosti osob, události nebo prostředí. Pozorování v přirozeném prostředí pro respondenta předchází možnému vzniku stresu sledovaného (Farkašová, 2006).

Při pozorování lze k zaznamenávání použít různé technické pomůcky, např. magnetofony, fotoaparáty, kamery, které napomáhají k vyhodnocení výsledků sledování. Touto metodou lze získat mnoho informací, jako jsou například vlastnosti a stav osoby, projevy verbální a neverbální komunikace, sledovat lze také aktivity jedince, přirozené prostředí, v němž se nachází apod. (Bártlová, Sadílek, 2005).

Existuje několik druhů pozorování, a to nezúčastněné a zúčastněné, skryté a zjevné, přímé a nepřímé. Každý z těchto druhů má i svá specifika (Bártlová, Sadílek, 2005).

- **Dotazování – rozhovor**

Rozhovor je třeba naplánovat a styl komunikace přizpůsobit dotazovanému. Úvod rozhovoru začíná vzájemným představením se a vysvětlením důvodu a cíle rozhovoru. Důležitá je motivace k ochotné spolupráci a ujištění, že výsledky nebudou zneužity. Již v úvodu by měl být dotazovaný seznámen s pravděpodobnou délkou rozhovoru (Kozel, 2006).

Pro rozhovor je nutné zajistit vhodné prostředí s co nejméně rušivými vlivy, kterými mohou být lidé, kteří nečekaně vstupují do rozhovoru, nebo i nevhodné prostředí (Plevová, 2011).

Mezi předpoklady úspěšného rozhovoru patří klidné prostředí, v němž rozhovor probíhá, vhodné načasování, navázání kontaktu s dotazovaným, zvážení možných variant odpovědí a dle toho upravení sledu otázek. Dále je nutné formulovat otázky jasně, stručně, přehledně a srozumitelně, dbát na zřetelnou výslovnost, být trpělivý a nenechat se ničím vyprovokovat. Tazatel musí počítat s možnou nepřesností paměti respondenta (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

- **Dotazování – dotazníkové šetření**

Dotazník by měl zahrnovat všechny podstatné problémy, na které hledáme odpověď. Obsah má respondenta přitahovat a formulace otázek má být jasná, zřetelná, jednoznačná. Formulace otázek se nejprve podrobuje zkoušce pomocí pilotní studie, což je předvýzkum, v němž se na malém vzorku osob otázky ověřují. Pokud je stavba dotazníku vhodná, příznivě ovlivňuje jeho akceptování a následně i jeho správné vyplnění. Zvláštní pozornost při tvorbě dotazníku zaslouží jeho obsah a formulace otázek, neboť z něj dostaneme pouze ty informace, na které se vhodně zeptáme (Bártlová, Sadílek, 2005).

1.5 Indikace k hospitalizaci dítěte na chirurgické JIP

Dítě, u kterého došlo z nějakého důvodu k selhání základních životních funkcí, je hospitalizováno na jednotce intenzivní péče. Specifika péče na JIP jsou však spojena také s řadou nepříjemných aspektů ovlivňujících psychiku nemocného dítěte. Z těch obecných jsou to zejména oddělení dítěte od rodiny, rušivé zvukové, světelné a taktilní podněty, bolestivé procedury, narušení schématu noc/den, léky ovlivňující vědomí a psychiku. Mimo tyto obecné problémy je dětská psychika vystavena dalším zátěžím, odvíjejícím se od samotného věku dítěte. Zatímco novorozenci snášejí hospitalizaci poměrně dobře, kojenci a batolata trpí odloučením od své matky nebo pečující osoby. Neblahý vliv na ně má také střídání neznámých lidí v jejich okolí (Ptáček, Bartůněk et al., 2011).

1.5.1 Nejčastější diagnózy na dětských chirurgických JIP

- **Nekrotizující enterokolitis (NEC)**

Jedná se o akutní onemocnění tenkého a tlustého střeva, které bývá nejčastější náhlou příhodou břišní u novorozenců, především u předčasně narozených s hmotností pod 1500g (Speer, Gahr, 2013).

NEC se vyskytuje u jednoho až tří případů na 1000 živě narozených dětí s nutností chirurgického řešení a hospitalizací na chirurgické JIP (Rennie, 2005).

Příčinou vzniku NEC je snížení krevního zásobení sliznice střeva, způsobené hypoxií nebo sepsí. Snižující se produkce protektivního hlenu má za následek snadnější pronikání bakterií do citlivé tkáně. Zdrojem bakteriální infekce může být výživa kravským mlékem nebo sondou hypertonicou výživou (Leifer, 2004).

Děti s tímto onemocněním jsou ihned transportovány na speciální JIP. Podstatou konzervativní terapie je zavedení gastrické sondy z důvodu dekomprese žaludku, vysazení enterálního příjmu a zavedení parenterální výživy. Volí se antibiotická léčba. Oběhová soustava musí zajišťovat správné prokrvení střeva. Při perforaci je nutné chirurgické řešení. Odstraňuje se nekrotická tkáň střeva a vyvede se stomie. Po vyléčení zánětu se velmi opatrně začíná opět s enterálním příjmem a po čase se také zanoří stomie (Illing, 2013).

- **Atrézie anu (AA)**

Anorektální malformace postihují 1 z 5000 novorozených dětí s převažujícím výskytem u chlapců. Malformace se mohou projevit izolovaně nebo jako součást VACTERL syndromu, což jsou vícečetné anomálie., Název je složen z počátečních písmen anglických slov označujících jednotlivé typy malformací: vertebral, anorectal, cardiac, tracheo-oesophageal, renal a limb (Reinhardt Nicolai, 2014).

Příčinou AA je abnormální oddělení trávicí trubice z primitivní kloaky v embryonálním období (Sohn, Holzgreve, 2012).

U tzv. nízkých atrézií, které jsou uloženy do 1,5 cm od anální jamky, se provádí transanální anoproktální plastika, a to v co nejkratším časovém úseku po stanovení diagnózy, aby mohla odcházet stolice. U vysokých atrézií se v první řadě založí

kolostomie a korekční operace je realizována později, mezi 3. – 5. měsícem věku (Muntau, 2014).

- **Atrézie jícnu (AJ)**

Jde o nejčastější vrozenou vývojovou vadu (dále jen VVV) gastrointestinálního traktu (dále jen GIT). Jícen je buď přerušen a rozdělen na dvě samostatné uzavřené části, nebo je přerušen, ale jedna nebo obě jeho části komunikují s tracheou (Johnson, 2005).

Cílem operačního zákroku je podvázání tracheoezofageální nebo gastroezofageální píštěle a ve stejném čase provedení anastomózy proximálního a distálního ezofageálního pahýlu. Za normálních okolností se operační řešení realizuje po stabilizaci stavu novorozence. Pokud z různých důvodů nelze provést anastomózu, přistupuje se k vyvedení gastrostomie, aby mohlo být dítě živeno přirozenou, tedy enterální cestou. Horní pahýl jícnu se pak permanentně odsává, aby nedošlo k vdechnutí slin, které dítě normálně polyká (Rodeck, Zimmer, 2013).

- **Tříselná kýla (TJ)**

Tříselná kýla se vyskytuje u novorozenců, častěji u chlapců, zpravidla na pravé straně. Jde o patologické projevy ve vývoji a uzavírání processus vaginalis peritonei. Výskyt tříselné kýly je častější u předčasně narozených dětí a u dětí pod 1500g hmotnosti. Obsahem kýly bývá klička tenkého střeva a u dívek vaječník (Illing, 2013).

U dětí je vrozená, nepřímá a je tvořená otevřenou peritoneální výchlípkou po sestupu varlete u chlapců a u dívek otevřenou výchlípkou podél ligamentum teres uteri (Zeman, Krška, 2014).

Je-li TJ diagnostikována, měla by se co nejdříve naplánovat operační korekce. Udává se, že se může předejít až 90 % komplikací, když se operace provede do jednoho měsíce od stanovení diagnózy (Schweinitz, Ure, 2009).

- **Hypertrofická stenóza pyloru (Pylorostenóza)**

Pylorostenóza je způsobena zbytněním hladkého svalstva pyloru a celého žaludku, který zužuje pylorický kanál na úzký průchod. Z tohoto důvodu se nemůže potravinu přesunout do duodena. Dítě krátce po příjmu potravy zvrací (Seidel, 2014).

Příčina pylorostenózy opět není známa. Hypertrofie svalstva pyloru může být vrozená i získaná. Postihuje 4x více chlapce než děvčata, celkově postihuje 3 z 1000 živě narozených dětí (Deutsch, Schnekenburger, 2009).

V současné době se konzervativní léčba nedoporučuje. Princip operačního zákroku spočívá v protěti svaloviny, čímž se pylorus uvolní a sliznice zůstává netknutá (Šnajdauf, 2005). Za 6 hodin po operačním výkonu je možné začít dítěti podávat stravu (Siewert, Stein, 2012).

- **Gastroschíza**

Jde o defekt břišní stěny, který je téměř vždy uložen napravo od pupečníku. Segmenty trávicího traktu od žaludku po tlusté střevo jsou uloženy mimo dutinu břišní. Ve vzácných případech mohou být vně i jiné orgány jako játra nebo slinivka břišní. Výskyt gastroschízy je přibližně 1,36 na 10 000 živě narozených dětí (Kurjak, Azumendi, 2007).

Podstatou operačního výkonu je navrácení vyhřezlých vnitřností zpět do dutiny břišní a uzavření stěny břišní, což se často zdaří již první operací. V některých případech nelze vrátit orgány ihned zpět do dutiny břišní, proto se zakládá silo (vak z umělé membrány, který se našije po obvodu otvoru v břišní stěně a horní konec se jemným tahem zavěsí nad dítě). Ve vaku umístěná střeva vlastní vahou klesají do břicha dítěte, to musí být asepticky ošetřováno. Pacient je po celou dobu pokryt antibiotickou léčbou. Pokud to stav dítěte umožní, silo se v průběhu několika dnů (až týdnů) zmenšuje, vyhřezlé orgány se zanořují do dutiny břišní a nakonec se stěna břišní uzavře (Puri, 2003).

(pozn. tyto diagnózy patří mezi nejčastější diagnózy dle statistik oddělení 56 PeK – JIP ve FN Brno a oddělení 7C KDCH – JIP ve FN Praze Motole za poslední dostupný rok – viz Příloha č. 1 a Příloha č. 2)

1.6 Příjem dítěte k chirurgickému výkonu

1.6.1 Příjem dítěte k plánovanému výkonu

Děti a mladiství do 18 let věku jsou k hospitalizaci doprovázeni svým zákonným zástupcem. Děti do 6 let je také možné hospitalizovat společně s doprovázejícím. Pokud

je dítě hospitalizováno bez doprovodu, je nutné se informovat o jeho návycích, stupni vývoje, schopnosti verbální komunikace, povaze a také o tom, jak jej má personál oslovovat, zda má nějakou přezdívku, jakou má oblíbenou hračku, činnost, apod. (Vytejšková et al., 2011).

Při příjmu na oddělení je dítě vykoupáno a převlečeno (dle zvyklostí oddělení) do pyžama nebo domácího oblečku. Přitom je mu vyšetřen stav kůže, vlasů a nehtů a případné změny jsou zaznamenány do dokumentace. Pečlivé provedení fyzikálního vyšetření dítěte lékařem je neopominutelná součást určení diagnózy. Postup vyšetření je závislý na věku dítěte a na jeho stavu, obecně platí od hlavy směrem kaudálním a od nebolestivých procedur po bolestivé (Šťastný, 2014).

Po přijetí dítěte na oddělení proběhne jeho seznámení s personálem, spolupacienty, s provozem oddělení a s domácím řádem, tedy i s možností návštěv. Stejným způsobem je informován také jeho doprovod. Důležité je seznámení s Chartou práv hospitalizovaného dítěte (viz Příloha č. 3), kde si může dítě i jeho doprovod přečíst, na co všechno má dítě právo. Sestra předá doprovodu telefonický kontakt na oddělení pro případ, kdyby nemohl na oddělení zůstat (Vytejšková et al., 2011).

1.6.2 Příjem dítěte k akutnímu výkonu

Při náhlé příhodě nebo po úrazu dítěte není na seznamování se s oddělením čas. Dítě je transportováno k hospitalizaci ve spěchu a někdy i v panice. Dítě a rodiče je proto nejprve nutné uklidnit, stručně a srozumitelně je informovat o tom, co bude následovat. Zdravotnický personál by se měl v těchto případech chovat vlídně, vyrovnaně, ale rozhodně (Fendrychová, Klimovič et al., 2005).

1.7 Předoperační příprava dítěte na chirurgické JIP

1.7.1 Předoperační příprava dítěte k plánovanému výkonu

- **Vyšetření pediatrem**

V případech plánovaných chirurgických výkonů je požadováno vyšetření pediatrem. To může být doplněno laboratorními testy, jako např. vyšetřením krevního obrazu, iontů, glykémie, vyšetřením moči, provedením koagulačních testů a zjištěním krevní skupiny pacienta. EKG a RTG snímek plic nebývá běžně požadován. V případě

komplikujících onemocnění vyšetřuje dítě taktéž specialista (Málek, 2011). Vyšetření pediatrem by nemělo být starší 2 týdnů (Málek, 2011). V případě, že dítě prodělalo očkování, je doporučeno odložit operační zákrok o 2-14 dnů, přičemž záleží na druhu očkování a očkovací látce (Janíková, Zeleníková, 2013).

- **Vyšetření anesteziologem**

Toto vyšetření probíhá zpravidla v předvečer chirurgického zákroku. Jeho cílem je posouzení aktuálního klinického stavu dítěte a stanovení anesteziologického rizika. V rámci klinického zhodnocení se v anamnéze zjišťují informace o počtu operací v celkové anestezii, dále informace ohledně užívaných léků apod. Anesteziolog rovněž zjišťuje a zhodnocuje stav periferního žilního řečiště pro zajištění eventuální venózní linky a předepisuje premedikaci (Fedora, 2012).

- **Vyšetření doplňující**

Jedná se o vyšetření laboratorní, radiologická, funkční a jiná. Eliminují rizika, která jsou odvozená od celkové anestezie a samotného operačního výkonu. Pro tato vyšetření není jednotný předpis, jejich realizaci určuje jak pediatr, tak anesteziolog (Fedora, 2012).

- **Premedikace**

Hlavní úlohou premedikace je potlačení pocitu strachu, sedace pacienta, utlumení nežádoucí reflektorické reakce a případně omezení nutnosti podání většího množství inhalačních anestetik (Fedora, 2012).

- **Psychologická příprava**

Kojenci a batolata nesou skutečnost odloučení od matky (pečujícího) velice špatně. Proto je její přítomnost při přípravě dítěte k operaci žádoucí. Pomáhá dítěti překonat strach z nového prostředí, zdravotnického personálu i ze samotného operačního výkonu. Aby matka sama neměla strach z toho, co její dítě čeká, musí být zdravotnickým personálem průběžně dostatečně informována. Sestry svým přístupem ovlivňují také její psychiku (Fedora, 2012).

- **Fyzická příprava**

Při příjmu dítěte na oddělení vyplňuje sestra ošetrovatelskou dokumentaci, do které zapíše výšku a hmotnost dítěte (Coyne, Timmins, Neill, 2010). Dle hmotnosti lékař

vypočítává dávky léků a roztoků (v miligramech na kilogram hmotnosti) (Leifer, 2004). Dále provede celkovou koupel dítěte s přihlédnutím k operačnímu místu. Pokud je potřeba, operační oblast také oholí (Hatfield, 2007). Sestra dále dítě přiměje k tomu, aby se vymočilo. Následně zkontroluje stav jeho chrupu a přítomnost rovnátek. Pokud je nějaký zub uvolněný, sestra informuje anesteziologa. Dítě nesmí mít nalakované nehty, je potřeba mu sejmout šperky, vlasové doplňky i případné protézy, sluchadla, čočky nebo brýle. U všech dětí, zvláště pak u novorozenců, se klade důraz na teplotní komfort, kvůli riziku tepelných ztrát je dovolena i čepice. Před odjezdem dítěte na operační sál musí proběhnout kontrola jeho identifikace, aplikace premedikace, kontrola dokumentace a podepsaného informovaného souhlasu zákonnými zástupci (Coyne, Timmins, Neill, 2010). Součástí dětské anestezie a intenzivní medicíny je zabezpečení cévního přístupu periferním či centrálním žilním katétre (Málek, 2011). Před většími výkony a dle typu operace se rovněž zavádí močový katétr (Pokrivčák, 2014).

- **Lačnění dítěte**

U dětí je oproti dospělému člověku větší riziko dehydratace v důsledku lačnění a tomu je třeba věnovat zvýšenou pozornost. Poslední příjem tuhé stravy před výkonem je možný večer před plánovaným zákrokem. Mléčnou stravu na bázi kravského mléka je možné dítěti naposledy podat šest hodin před úvodem do anestézie. Nakojit může matka dítě ještě čtyři hodiny před výkonem. Dvě hodiny před úvodem do anestézie je možné dítěti podat čistou tekutinu, nejlépe čaj (Mixa, 2014).

1.7.2 Předoperační příprava dítěte k akutnímu výkonu

U akutních výkonů je nutno předoperační přípravu zkrátit. V krátkém čase se provedou základní laboratorní vyšetření (pokud jsou vůbec potřeba) a vyšetření nezbytná k posouzení rizika operace. Volí se i zobrazovací metody k ověření diagnózy. Příprava dítěte před akutní operací zahrnuje doplnění objemu tekutin, minerálů a krve, podání nezbytných léků, léčbu šoku, zavedení nasogastrické sondy (dále jen NGS), močového katétru, přípravu operačního pole a podání premedikace (Vyhnánek, 2003).

1.8 Pooperační péče o dítě na chirurgické JIP

Po operačních výkonech jsou děti opět předávány na JIP nebo na tzv. dospávací pokoje, kde jsou ošetřovány v průběhu odeznívání anestézie. Hlavními úkoly zdravotnických pracovníků na těchto jednotkách je monitorování dítěte a zajišťování kardiopulmonální stabilizace, korekce vnitřního prostředí, analgezie, zajištění teplotního prostředí a výživy (Zezula, 2000).

Rozhodnutí o tom, zda dítě extubovat již na operačním sále nebo na oddělení, závisí na délce a charakteru operačního výkonu, na celkovém stavu dítěte a druhu použité anestezie. Proto jsou děti často ventilovány ještě i po převozu na JIP nebo na již zmíněný dospávací pokoj (Zezula, 2000).

Kvalita pooperační péče ovlivňuje mortalitu a morbiditu operovaných. Rozvoj intenzivní a resuscitační péče u dětí zapříčinil pokles mortality po některých operacích vrozených vývojových vad o 30 – 60 %. Dětská chirurgie je závislá na kvalitní pooperační péči, na dovednosti operátora i na přístrojovém vybavení a na personálním zajištění JIP (Zezula, 2000).

- **Monitorování**

Základem monitorování je sledování stavu vědomí dítěte, EKG křivky, srdeční frekvence (HR-heart rate), krevního tlaku (TK, NIBP-non-invasive blood pressure), frekvence dýchání (RR-respiratory rate), saturace krve kyslíkem (SpO₂) a tělesné teploty (TT). V indikovaných případech také sledování centrálního venózního tlaku (CVP). Z laboratorních vyšetření se hodnotí krevní obraz (KO), acidobazická rovnováha (ABR) a krevní plyny a základní biochemické ukazatele. Důležité je taktéž hodnocení hodinové diurézy (norma je 2 ml/kg/hod) (Novák, 2008).

- **Kardiopulmonální stabilizace**

Vstup do krevního oběhu je zpravidla proveden již v rámci předoperační přípravy. Při nedostatečné náplni cévního řečiště se objem doplňuje krystalickými roztoky, po kterých mohou následovat koloidní roztoky a krevní deriváty nebo přímo transfuzní prostředky (ery masa, leukocyty, trombocyty, plazma). Sleduje se hodinová diuréza a vede bilance tekutin. V závislosti na hodnotě krevního tlaku a diuréze se případně podávají diuretika či katecholaminy (Novák, 2008).

Po extubaci se zajišťuje průchodnost dýchacích cest a prevence aspirace odsáváním nebo vedením dítěte k odkašlávání a vyplivování hlenů do papírových kapesníků. Přínosná je také fyzioterapie plic vibračními masážemi nebo pomocí rozličných dechových pomůcek. Při přetrvávajících dechových potížích je třeba dítěti podat vhodnou formou zvlhčený a ohřátý kyslík. Pokud zůstává dítě zaintubované, je třeba pečovat o průchodnost endotracheální kanyly přísně asepticky. Výhodné jsou uzavřené odsávací systémy (Novák, 2008).

- **Korekce vnitřního prostředí**

Poruchy acidobazické rovnováhy lze rozdělit na acidémii (pH je nižší) a alkalémii (pH je vyšší), v praxi jednoduše nazývané acidózou a alkalózou. Podle příčiny vzniku je dále dělíme na respirační a metabolickou. Korekce spočívá v podání bikarbonátu (u metabolické acidózy) nebo chloridů (u metabolické alkalózy). Respirační acidóza se koriguje zvýšením ventilace a respirační alkalóza naopak omezením ventilace (Fendrychová, Klimovič et al., 2005).

- **Analgesedace**

Analgesedace je integrální součástí pooperační péče. Cílem je odstranění bolesti, neklidu, strachu a úzkosti dítěte. Zpravidla se volí kombinace sedativ, analgetik opiátové i neopiátové řady a analgesedativních dávek anestetik (Novák, 2008).

- **Zajištění teplotního prostředí**

Podchlazení dítěte zhoršuje jeho prognózu. Nízká teplota vede k utlumení dýchání, z toho důvodu klesá i minutový srdeční výdej, vzniká cyanóza. Když je dítě dlouhodobě vystaveno nepříznivému teplotnímu prostředí, zvyšuje energetické nároky, což vede posléze k acidóze a hypoglykémii. Nejvíce náchylní na nedostatek tepla jsou novorozenci a kojenci. Pro jejich ošetřování v pooperačním období jsou nejvhodnější otevřená vyhřevná lůžka (Novák, 2008).

- **Výživa**

Po krátkodobých operačních výkonech a nekomplikované anestezii se zahajuje příjem tekutin poměrně časně. Poté se postupně trávicí trakt zatěžuje kašovitou stravou a přechází se na stravu normální. Po déledobých výkonech na gastrointestinálním traktu (dále jen GIT) se zavádí gastrická sonda (dále jen GS) k odvádění obsahu žaludku

a nemocní jsou vyživováni parenterálně. Když se obnoví peristaltika a GS již neodvádí žádná residua, je možné začít s perorálním příjmem (Novák, 2008).

Enterální výživa je u dětí s funkčním zažívacím traktem nejpřirozenější a nejefektivnější způsob k dosažení přiměřeného stavu výživy (Fedor, 2006).

1.9 Pooperační komplikace

Normální pooperační průběh mohou narušovat různé pooperační komplikace. Již při předoperační přípravě, při anestezii a při operaci se má na tyto případné komplikace myslet. Důležitou roli hraje jejich včasné rozpoznání. Mezi ty akutní patří respirační selhání, selhání krevního oběhu, poruchy vědomí a krvácení v operačním poli. Pozdějšími komplikacemi mohou být infekce nebo dehiscence sutury. Vznik komplikací je ovlivněn různými faktory, které mohou být závislé na operačním výkonu, způsobu anestezie nebo pooperační péči, proto je tolik důležitá observace nemocného (Slezáková, 2012).

1.10 Propuštění dítěte do domácí péče

Načasování propuštění dítěte do domácí péče je individuální. Závisí na zdravotním stavu dítěte, na přístupu lékařů a na možnostech rodiny. Dítě by mělo být propuštěno po dosažení úplné stabilizace, tzn. v případě, že plynule přibývá na váze a je kompenzované po stránce dýchání, krevního oběhu a srdeční frekvence. Dále by dítě mělo být teplotně stabilní, tzn. schopné si udržet teplotu oblečené v pokojové teplotě bez použití jiných zdrojů tepla. Musí být rovněž adaptované z hlediska příjmu výživy (Peychl, 2005).

Před propuštěním dětského pacienta do domácí péče by měli jak lékař, tak sestra provést shrnutí všech informací o tom, jak dále pokračovat v léčbě a ošetřování dítěte doma. Je důležitá také kontrola toho, zda jsou zajištěné pomůcky potřebné na jeho ošetřování. Vhodné je doplnění ústní informace tištěnou. Je zapotřebí dohodnout kontroly a neopominout poskytnout spojení na sociální pracovníky a jiné odborníky. Matka by měla obdržet i telefonní kontakt na oddělení nebo na lékaře a sestru, aby v případě potřeby věděla, koho požádat o pomoc (Sedlářová, 2008).

1.10.1 Příprava dítěte na propuštění

„Zákon č. 372/2011 Sb., § 47 ukládá poskytovateli povinnost včas informovat zákonného zástupce pacienta o propuštění z jednodenní nebo lůžkové péče“ (Zákon č. 372/2011 Sb., s. 4758)

Jakmile stav dítěte směřuje k jeho propuštění, začnou se rodiče na tento fakt připravovat. Musí si zajistit vše, co budou doma k ošetřování svého dítěte potřebovat (Fendrychová, Borek et al., 2012).

V případě, že stav dítěte vyžaduje specifickou léčbu, například hyperalimentaci, péči o stomii, chůzi s berlemi, zvláštní dietu atd., jsou rodiče připravováni na propuštění již v průběhu hospitalizace. Instrukce obdrží v písemné formě, aby měli možnost se k nim v případě potřeby vrátit. Pokud si bude dítě aplikovat léčbu samostatně, je důležité, aby bylo jemu a rodičům vše pečlivě vysvětleno a opakováno do doby, dokud nejsou schopni domácí léčbu zvládnout sami. Někdy je nutná asistence domácí péče. Po hospitalizaci dítěte mohou nastat také behaviorální problémy, na něž musí být rodiče připraveni. U dítěte může nastat stresová situace, při které je vhodné vyhledat psychologa. Rodiče by měli vědět o propuštění s časovým předstihem, aby měli čas na to připravit sebe, dítě i domácí prostředí. Lékař rodičům sdělí datum další kontroly. Je rovněž vhodné rodiče informovat o nových návycích, které si dítě během hospitalizace osvojilo. Rodiče by měli být vybaveni vším, co budou v prvních dnech ošetřování dítěte v domácím prostředí potřebovat. Obdrží předpisy na léky nebo pomůcky, dostanou propouštěcí zprávu (Leifer, 2004).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Pro diplomovou práci byly stanoveny dva cíle. Prvním z nich bylo zjistit subjektivní informovanost matek o onemocnění jejich dítěte a možných komplikacích nebo následcích onemocnění. Druhým cílem bylo zjistit informovanost matek o průběhu hospitalizace na chirurgické JIP, o následné péči o dítě v domácím prostředí.

2.2 Výzkumné otázky

V souladu s cíli diplomové práce byly stanoveny čtyři výzkumné otázky. První zjišťovala, zda jsou matky subjektivně spokojeny s poskytnutými informacemi o onemocnění jejich dítěte a případných komplikacích nebo následcích tohoto onemocnění. Druhá se zaměřila na to, zda mají matky pocit, že jsou dostatečně informované o předoperační a pooperační péči o jejich dítě na chirurgické JIP. Třetí výzkumná otázka zjišťovala, zda jsou matky subjektivně spokojeny s informacemi, které jim poskytuje zdravotnický personál o následné péči o jejich dítě v domácím prostředí. Čtvrtá, zároveň poslední výzkumná otázka zjišťovala, zda matky pociťovaly nějaký deficit v získaných informacích a jaké měly nejčastější otázky na zdravotnický personál.

3 Metodika práce

Sběr dat probíhal formou polostrukturovaných rozhovorů ve dvou záměrně vybraných českých nemocnicích. Povolení k šetření bylo získáno od náměstkyň ošetrovatelské péče fakultních nemocnic (viz Příloha č. 4 a Příloha č. 5). Jednalo se o Fakultní nemocnici v Praze Motole a Fakultní nemocnici v Brně.

Rozhovory byly dobrovolné a byly realizovány s matkami dětí hospitalizovaných na chirurgických JIP. Bylo položeno celkem 22 otázek, jejichž součástí byly rovněž pomocné otázky, které ty hlavní doplnily (viz Příloha č. 6). Výzkumné šetření proběhlo v období 12/2014 - 05/2015.

Rozhovor byl složen ze čtyř částí. První byla zaměřena na identifikační údaje respondentek (celkem čtyři otázky). Druhá část rozhovorů se týkala onemocnění dítěte (osm hlavních otázek a dvě pomocné). Třetí část rozhovorů byla zaměřena na informovanost matek v průběhu hospitalizace jejich dítěte (pět hlavních a devět pomocných otázek). Čtvrtá a zároveň poslední část rozhovorů byla zaměřena na následnou péči o dítě v domácím prostředí (pět otázek).

3.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen deseti záměrně vybranými respondentkami různého věku a vzdělání. V každé nemocnici bylo dotazováno pět respondentek (matek), jejichž děti byly hospitalizované na chirurgických jednotkách intenzivní péče (JIP). Záměrem šetření bylo vybrat matky dětí po již provedeném chirurgickém výkonu s jednou z nejčastěji se vyskytujících diagnóz dle statistik, získaných z každého dotazovaného oddělení za poslední dostupný rok. Respondentky byly dotazovány bezprostředně před odchodem jejich dítěte do domácího prostředí, aby bylo možné klást jim otázky, týkající se informovanosti o následné péči o dítě v domácím prostředí. Každá respondentka souhlasila s tím, že její odpovědi budou zaznamenávány a použity do šetření v rámci diplomové práce. Všechny respondentky souhlasily se záznamem odpovědí do audio stopy.

4 Výsledky práce

4.1 Identifikační údaje respondentek a hospitalizovaných dětí

V tabulce 1 jsou uvedeny identifikační údaje respondentek. Respondentky (R) jsou označeny číslicemi 1 – 10. Šetření se zúčastnilo celkem 10 respondentek, z nichž 6 mělo vysokoškolské a 4 středoškolské vzdělání. 5 respondentek mělo celkem 2 děti, 1 respondentka celkem 3 děti. Pouze 1 respondentka měla zkušenosti z operace jednoho ze svých 3 dětí. Ostatní respondentky zkušenosti neměly. Průměrný věk respondentek byl 35,3 let.

Tabulka 1: Identifikační údaje respondentek

	Nejvyšší dosažené vzdělání	Zaměstnání (před nástupem na mateřskou dovolenou)	Počet dětí (celkem)	Operace u dalších dětí/věk
R1	středoškolské	zahradnice	2	ne
R2	středoškolské	prodavačka	2	ne
R3	vysokoškolské	pojišťovací zprostředkovatelka	2	ne
R4	vysokoškolské	finanční manažerka	2	ne
R5	středoškolské	vedoucí firmy	1	
R6	vysokoškolské	sociální pracovníce	3	ano/půl roku (lebka)
R7	středoškolské	podnikatelka	1	
R8	vysokoškolské	učitelka	2	ne
R9	vysokoškolské	dětská sestra	1	
R10	vysokoškolské	technickohospodářská pracovníce	1	

Zdroj: Vlastní zpracování

V tabulce 2 jsou uvedeny identifikační údaje hospitalizovaných dětí. Dvě děti měly diagnostikovanou atrezii anu, další dvě atrezii jícnu, stejný počet dětí měl tříselnou kýlu a pylorostenózu, jedno dítě mělo gastroschízu a rovněž jedno dítě nekrotizující enterokolitidu. Děti dotazovaných respondentek byly přijímány na JIP

v různém věku. Pět dětí hned po narození, další ve věku 10 týdnů, 8 týdnů, 4 týdnů, 5 dnů a 2 týdny po narození. Operační výkon podstoupily rovněž v různém věku. Tři děti několik hodin po narození, další dítě 5 týdnů, 10 týdnů, 8 týdnů, 4 týdny, 5 dnů a 2 týdny po narození. Jedno dítě podstoupilo dva operační zákroky, a to ve stáří několik hodin po narození (první operace) a 5 dnů po narození (druhá operace). V době rozhovoru s matkami byly děti opět různě staré, z čehož třem dětem byly 3 týdny, jednomu dítěti necelé 3 týdny, dvěma dětem bylo 8 týdnů, dále 5 týdnů, 10 týdnů, 4 týdny a 2 týdny věku. Délka hospitalizace dítěte, z toho společně s matkou, byla opět odlišná – viz tabulka 2.

V tabulce 2 je rovněž uveden údaj o způsobu podávání informací zdravotnickým personálem a dožadování se informací respondentkami.

Tabulka 2: Identifikační údaje hospitalizovaných dětí

	Diagnóza dítěte	Stáří dítěte v době příjmu na JIP	Stáří dítěte v době operace	Stáří dítěte v době rozhovoru	Délka hospitalizace dítěte/matky	Sdělování informací personálem/vyptávání matky
R1	gastroschíza	po narození	5 týdnů	8 týdnů	8 týdnů/3 týdny	vyptávání matky
R2	atrézie anu	po narození	1. operace - několik hodin, 2. operace - 5 dní	5 týdnů	5 týdnů/4 týdny	sdělování personálem
R3	tříselná kýla	10 týdnů	10 týdnů	10 týdnů	2 dny/2 dny	sdělování personálem + vyptávání matky
R4	pylorostenóza	8 týdnů	8 týdnů	8 týdnů	4 dny/3 dny	sdělování personálem
R5	atrézie jícnu	po narození	několik hodin	3 týdny	3 týdny/4 dny	sdělování personálem + vyptávání matky
R6	tříselná kýla	4 týdny	4 týdny	4 týdny	4 dny/4 dny	sdělování personálem + vyptávání matky

R7	nekrotizující enterokolitis	5 dnů	5 dnů	3 týdny	3 týdny/10 dní	vyptávání matky
R8	pylorostenóza	2 týdny	2 týdny	necelé 3 týdny	4 dny/4 dny	sdělování personálem + vyptávání matky
R9	atrézie anu	po narození	několik hodin	2 týdny	2 týdny/10 dní	sdělování personálem + vyptávání matky
R10	atrézie jícnu	po narození	několik hodin	3 týdny	3 týdny/2 týdny	sdělování personálem + vyptávání matky

Zdroj: Vlastní zpracování

4.2 Přepis rozhovorů s respondentkami

Okruh otázek se týkal vlastního onemocnění sledovaného dítěte a informovanosti matek o tomto onemocnění. V této části jsme zjišťovali, kdo podal informace o diagnóze a nezbytnosti provedení chirurgického výkonu u dítěte, zda se zdravotnický personál představil a zda respondentky hledaly informace také někde jinde. Dále nás zajímala informovanost respondentek o předoperačních vyšetřeních, jejich spokojenost s podanými informacemi, a zda jim byla také poskytnuta informace o pravděpodobné délce hospitalizace.

Další okruh otázek byl zaměřen na průběh hospitalizace. Respondentky byly dotazovány, zda jim byla nabídnuta společná hospitalizace s jejich dítětem, zda ji přijaly, zda byly seznámeny s návštěvními hodinami a možností návštěv rodinných příslušníků, pokud nemohly být z různých důvodů samy s dítětem hospitalizovány. Dále byly dotazovány, zda se cítily být dostatečně informovány (a jakou formou) o diagnostických, léčebných a ošetrovatelských výkonech, které jejich děti podstoupily, a kým byly informovány častěji, zda lékaři nebo sestrami. Rovněž jsme se tázali, zda respondentky měly možnost se seznámit na oddělení s Chartou práv hospitalizovaného dítěte, a zda (dle jejich uvážení) byla tato Charta dodržována.

Poslední okruh otázek zjišťoval informovanost respondentek o následné péči o dítě po propuštění z nemocnice. Respondentky byly dotazovány, zda jim byly podány

informace o možných omezeních dítěte (dietních, pohybových), o podávání léků a jejich účincích, o možných pomůckách (stomických sáčcích, cévkách) a kdo jim tyto informace podal a jakou formou. Také nás zajímalo, zda jim byl předán kontakt na někoho z oddělení pro případ doplnění informací nebo nějaký kontakt na rodičovské kluby, kluby stomiků nebo střediska rané péče. Odpovědi respondentek byly přepsány jako popis události do čtyř odstavců podle jednotlivých okruhů otázek. Respondentky byly očíslovány podle pořadí 1 - 10.

Rozhovor s respondentkou č. 1

Respondentkou byla 36letá matka 8 týdnů staré dívky s prenatálně zjištěnou vrozenou vývojovou vadou (gastroschízou). Respondentka byla absolventkou střední školy a před narozením dítěte pracovala jako zahradnice. Dívka byla převezena na oddělení JIP bezprostředně po narození, kde podstoupila operační zákrok po 5 týdnech hospitalizace a poté byla ještě 3 týdny hospitalizovaná společně s matkou. Je v pořadí druhým dítětem respondentky. Prvorozené dítě žádný operační zákrok nepodstoupilo. Na informace se musela ptát, neuvádí, že by jí byly sdělovány automaticky.

Informace o onemocnění (gastroschíze) byly respondentce sděleny při ultrazvukovém vyšetření v 12. týdnu těhotenství, gynekolog jí dal na rozmyšlenou, zda by nechtěla raději podstoupit interrupci. Zároveň jí objasnil chirurgický výkon, který bude u dítěte realizován krátce po porodu. Když jí byly informace podávány, zdravotnický personál se představil a znala rovněž jejich odbornost. Během rozhodování respondentka konzultovala diagnózu se specialisty v různých nemocnicích a jako zdroj informací použila také internet. O příznacích signalizujících zhoršení stavu v případě, že by chirurgický výkon u dítěte odmítla nebo požádala o jeho odložení, informována nebyla. Podle jejího názoru se zákrok ani odmítnout nedal. O předoperační přípravě a pravděpodobné délce hospitalizace byla respondentka informována (dle jejích slov) dostatečně. O termínu a pravděpodobné délce chirurgického zákroku byla rovněž informovaná, nicméně uvedla, že termín operace se dozvěděla až krátce před jeho realizací. Dle jejích slov se lékaři „nedokázali rozhodnout“. Informována byla i o případných komplikacích, které mohou chirurgický výkon provázet.

Hospitalizace společně s dítětem jí byla nabídnuta hned po jeho přijetí na JIP, ale vzhledem k péči o prvorozené dítě byla přijata na oddělení později, a celkem s ním strávila na oddělení 3 týdny. Rovněž byla seznámena s návštěvními hodinami a možnostmi návštěv rodinných příslušníků. S podanými informacemi zaměřenými na diagnostické, léčebné a ošetrovatelské výkony v průběhu hospitalizace byla spokojena, i když se jí občas zdálo, že se opakují nebo je každá sestra podává jinak. Informace jí byly podávány ústně převážně sestrami v době její přítomnosti na oddělení před realizací jednotlivých procedur. Sama se ptala lékařů hlavně na termín operace a sester na možnost dítě nakrmit apod. Návrh na zlepšení informovanosti matek respondentka neměla. Chartu práv hospitalizovaného dítěte si měla možnost přečíst a dle jejího názoru byla na oddělení dodržována.

Před propuštěním dítěte z nemocnice byla respondentka informována lékařem o denním režimu své dcery a o možných omezeních. Zdravotní sestry ji informovaly o podávání léků formou sirupu a jak ho připravit, a také o tom, že žádné další speciální pomůcky nebudou doma potřebovat. Byl jí poskytnut pouze kontakt na oddělení, kde bylo dítě hospitalizováno, a to v propouštěcí zprávě. Kontakt na rodičovské či jiné kluby respondentka nedostala. Informována o následných kontrolách stavu dítěte respondentka byla.

Rozhovor s respondentkou č. 2

Respondentkou byla 27letá matka 5 týdnů starého chlapce s diagnostikovanou atrezií anu. Respondentka byla absolventkou střední školy a před narozením dítěte pracovala jako prodavačka. Chlapec byl převezen na oddělení JIP bezprostředně po narození, kde podstoupil první operační zákrok po několika hodinách od narození a další kvůli komplikacím v pěti dnech po narození. Hospitalizace dítěte trvala 5 týdnů a matka s ním byla společně hospitalizována 4 týdny, přičemž byla v mezidobí 3 dny doma kvůli péči o druhé dítě. Chlapec je v pořadí druhé dítě respondentky. Prvorozené dítě žádný operační zákrok nepodstoupilo. Respondentka uvedla, že jí byly informace sdělovány automaticky.

Informace o onemocnění (atrézii anu) byly respondentce sděleny po porodu a pak znovu na oddělení, kde byl proveden chirurgický výkon. Byla spokojená s kvalitou a kvantitou informací od lékařského personálu a neměla potřebu se dotazovat jiného lékaře pro potvrzení diagnózy. Lékaři i sestry se jí představili a též jí sdělili svou odbornost ve vztahu ke zdravotnímu stavu dítěte. Informace nehledala nikde jinde, protože (dle jejích slov) si nemohla samotný název diagnózy moc zapamatovat. O příznacích signalizujících zhoršení stavu dítěte a možném odmítnutí následného zákroku nebylo s matkou hovořeno. O předoperační přípravě nebyla informována, o možných komplikacích částečně a o pravděpodobné délce hospitalizace byla informována (dle jejích slov) dostatečně, stejně jako o přesném termínu a délce trvání chirurgického výkonu.

Hospitalizace společně s dítětem jí byla nabídnuta hned po jeho přijetí na JIP a matka jí využila. Rovněž byla seznámena s návštěvními hodinami a možností návštěv rodinných příslušníků. Informace o veškerých výkonech jí byly poskytovány před jejich realizací. S podanými informacemi zaměřenými na diagnostické, léčebné a ošetrovatelské výkony v průběhu hospitalizace byla spokojena a nepřipadalo jí, že by se opakovaly. Informace jí častěji sdělovaly zdravotní sestry. Většina jí byla podána ústně nebo v některých případech telefonicky. Sama se ptala lékařů zejména na vývoj zdravotního stavu dítěte - např. stav trávení, jestli dítě dostává nějakou stravu a jaký charakter mají odpady ze stomie. Návrh na zlepšení informovanosti matek respondentka neměla. S Chartou práv hospitalizovaného dítěte nebyla seznámena, neboť ani netuší, že existuje.

Před propuštěním dítěte z nemocnice byla respondentka informována lékařem o denním režimu svého syna a o možných omezeních vyplývajících ze stomie, která byla dítěti zavedena. Sestry ji informovaly o formě léků, a kdy je bude nutno podávat. Dále jí byly podány informace o tom, jak přilepit stomické sáčky, byla jí poskytnuta možnost vyzkoušet si daný postup a navíc jí také bylo sděleno, že se v jejím okolí nachází stomická sestra, se kterou by se mohla zkontaktovat. Kromě toho jí byl také dán kontakt na stomickou sestru v nemocnici a dostala informaci o tom, že existují kluby,

které sdružují stomiky. V souvislosti s podáním informace o následných kontrolách stavu dítěte jí bylo sděleno, kdy a kam se mají dostavit.

Rozhovor s respondentkou č. 3

Respondentkou byla 39letá matka 10 týdnů starého chlapce, původně nezralého, s diagnostikovanou tříselnou kýlou. Respondentka byla absolventkou vysoké školy a před narozením dítěte pracovala jako pojišťovací zprostředkovatelka. Chlapec byl po propuštění z porodnice nějaký čas doma. Diagnóza byla zjištěna v rizikové poradně. Chlapci bylo v době chirurgického zákroku 10 týdnů a respondentka byla hospitalizována s dítětem na JIP po dobu dvou dnů po zákroku. Chlapec je v pořadí druhým dítětem respondentky. Prvorozené dítě žádný operační zákrok nepodstoupilo. Respondentka uvedla, že jí byly sdělovány informace automaticky, a když potřebovala vědět něco navíc, tak se doptala.

Informace o tříselné kýle byly respondentce sděleny v rizikové poradně, kde vysvětlení o povaze kýly a jak ji poznat neporozuměla a musela si nechat diagnózu vysvětlit od praktické lékařky, která matku ještě pro jistotu poslala na ultrasonografické vyšetření. S obsahem podané informace nebyla moc spokojená, musela se vyptávat, aby všemu porozuměla. Dotazovala se i své známé, jejíž syn byl v minulosti operovaný pro stejnou diagnózu. Jméno operátora se bez svého přičinění nedozvěděla (dotazovala se). Informace z jiných zdrojů již nečerpala, přičemž udala, že na to nebyl v podstatě ani čas. O příznacích signalizujících zhoršení stavu dítěte respondentka informovaná nebyla a o možném odmítnutí následného chirurgického zákroku ani neuvažovala. O předoperační přípravě, možných komplikacích a pravděpodobné délce hospitalizace byla informována (dle jejích slov) nedostatečně a na dost věcí se musela zeptat (o komplikacích nechtěla radši ani vědět). O přesném termínu a délce chirurgického výkonu byla informovaná částečně, neboť jí byl sdělen den a hodina výkonu, ale nikoli délka.

Hospitalizace společně s dítětem jí byla nabídnuta hned po přijetí dítěte na JIP a matka jí využila. Rovněž byla seznámena s návštěvními hodinami a možností návštěv rodinných příslušníků. Informace dostávala před realizací jednotlivých

ošetřovatelských, diagnostických a léčebných procedur. Když byla přítomna nějakému vyšetření nebo ošetření, bylo jí sděleno, proč je nutná realizace výkonu. S podanými informacemi zaměřenými na diagnostické, léčebné a ošetřovatelské výkony v průběhu hospitalizace byla celkem spokojená. Většina informací jí byla podána ústně nebo v některých případech i písemně (informované souhlasy), a to převážně sestrami. Sama se ptala lékařů na datum chirurgického výkonu, dobu jeho trvání a den propuštění z nemocnice. Návrh na zlepšení informovanosti matek respondentka měla a týkal se toho, že lékař by měl vést alespoň krátký pohovor s matkou před a po operačním zákroku. Měl by dát matce nějakou jistotu o zdravotním stavu dítěte. S Chartou práv hospitalizovaného dítěte byla seznámena a dle jejího názoru byla na oddělení dodržována.

Před propuštěním dítěte z nemocnice byla respondentka informována lékařem o denním režimu svého syna a o možných omezeních. Sestry ji informovaly o formě podání léků, a kdy je bude nutno podávat. Byl jí dán pouze kontakt na oddělení. Informace o následné kontrole jí byla sdělena.

Rozhovor s respondentkou č. 4

Respondentkou byla 41letá matka 8 týdnů staré dívky s diagnózou pylorostenóza. Respondentka byla absolventkou vysoké školy a před narozením dítěte pracovala jako finanční manažerka. Dívka byla operována v 8 týdnech po narození a poté byla 3 dny hospitalizována na JIP s matkou. Je v pořadí druhým dítětem respondentky. Prvorozené dítě žádný operační zákrok nepodstoupilo. Respondentka uvedla, že jí byly informace sdělovány automaticky.

Informace o onemocnění (pylorostenóza) byly respondentce sděleny pediatrem. Ne zcela byla spokojená s kvalitou a kvantitou informací od lékařského personálu o tom, co chtěla vědět, musela se vyptávat. Neměla potřebu se doptávat žádného jiného lékaře. Lékaři i zdravotní sestry se jí představili. Informace sháněla navíc na internetu, aby si vše potvrdila, ale uvedla, že se dozvěděla totéž, co od lékařů. O příznacích signalizujících zhoršení stavu dítěte v případě odmítnutí chirurgického výkonu nebyla informována ani se na to neptala, protože jí byla jasná neodkladnost

operace. O předoperační přípravě a pravděpodobné délce hospitalizace respondentka informována nebyla. Dozvěděla se o přesném termínu a délce trvání chirurgického výkonu. Informace o komplikacích během a po zákroku byly detailní, podepisovala informovaný souhlas. Pravděpodobná délka hospitalizace jí byla sdělena a skutečnost se shodovala s tím, co jí bylo řečeno.

Hospitalizace společně s dítětem jí byla nabídnuta, posléze umožněna ihned po jeho přijetí na JIP a matka jí využila. Rovněž byla seznámena s návštěvními hodinami a možností návštěv rodinných příslušníků. O veškerých realizovaných vyšetřeních byla informována předem, rovněž i v souvislosti s její přítomností u vyšetření či ošetření jejího dítěte. S podanými informacemi byla v průběhu hospitalizace spokojená. Častěji je poskytovaly zdravotní sestry. Většina informací jí byla podána ústně nebo v některých případech písemně (informované souhlasy). Sama se ptala sester na budoucí vývoj dítěte, na to, co bude, co má teď dělat a co bude dále následovat. Návrh na zlepšení informovanosti matek respondentka měla, a to, že by byla raději, kdyby jí byl denní řád vyložen ústně s možnostmi vyjasnění. S Chartou práv hospitalizovaného dítěte byla seznámena a dle jejího názoru byla na oddělení dodržována.

Před propuštěním dítěte z nemocnice byla respondentka informována lékařem o denním režimu svého syna a o možných omezeních vyplývajících z pooperačního stavu, zejména o omezeném koupání a zvýšené péči o operační ránu. O tom, jak doma podávat léky, byla informována, nicméně si tento úkon u svého dítěte sama nezkoušela. Udala, že žádné pomůcky v důsledku operačního výkonu nebudou doma potřebovat. V propouštěcí zprávě byl uveden kontakt na oddělení a datum kontroly. Žádné jiné kontakty jí nebyly poskytnuty.

Rozhovor s respondentkou č. 5

Respondentkou byla 34letá matka 3 týdny starého chlapce s vrozenou vývojovou vadou atrézie jícnu, zjištěnou prenatalně. Respondentka byla absolventkou střední školy a před narozením dítěte pracovala jako vedoucí firmy. Chlapec byl na JIP převezen bezprostředně po narození. Podstoupil operační zákrok ve stáří několika hodin po narození a poté byl ještě 3 týdny hospitalizován, z toho 4 dny s matkou. Je jejím prvním

dítětem. Respondentka uvedla, že informace jí byly zčásti podávány automaticky a zčásti se musela vyptávat.

Informace o onemocnění (atrézii jícnu) byly respondentce sděleny gynekologem a později potvrzeny prenatalním screeningem. Respondentka nebyla spokojená s obsahem podané informace a musela se lékařského personálu dále vyptávat, aby docílila výsledného porozumění diagnóze. Další potřebu ověřovat si diagnózu u jiného lékaře již neměla. Všichni, lékaři i zdravotní sestry se jí představili, ale svou specializaci jí nesdělili. V době, kdy se dozvěděla o tom, že její dítě má vrozenou vývojovou vadu, hledala další informace ještě na internetu. Informování o příznacích signalizujících zhoršení stavu v případě, že by chirurgický výkon odmítla nebo požádala o jeho odložení, neproběhlo, a to ji (dle jejího sdělení) zaráží. O předoperační přípravě a možných komplikacích byla respondentka informována (dle jejích slov) nedostatečně. Jako kdyby se jí lékaři snažili držet v blažené nevědomosti, o čemž si nebyla jistá, jestli to bylo správné, či nikoliv. Nebyl jí sdělen ani termín a délka trvání chirurgického výkonu. Naopak jí připadala dostatečná informace o pravděpodobné délce hospitalizace.

Hospitalizace společně dítětem jí nebyla formálně nabídnuta, dle jejího tvrzení nabídla tuto možnost až zdravotní sestra manželovi, který byl syna navštívit. Zpočátku za synem jen docházela a byla přijatá až před jeho plánovaným propuštěním. Byla seznámena s návštěvními hodinami a možností návštěv rodinných příslušníků, ale už ne s tím, jak takové návštěvy probíhají. Co se týče poskytovaných informací o jednotlivých specifických procedurách, neví o skutečnosti, zda její syn něco podstupoval. Když byla ale přítomna vyšetření či ošetření, tak byla informována o nutnosti provedení výkonu. S podanými informacemi v průběhu hospitalizace byla spokojena částečně a nepřipadalo jí, že by se neustále opakovaly. Informace jí poskytovali nejčastěji lékaři. Většina byla podána ústně nebo v některých případech písemně (domácí řád). Sama se ptala lékařů na datum propuštění jejího dítěte. Návrh na zlepšení informovanosti matek respondentka měla, a to takový, že sestry by měly podávat sjednocené informace, například podle nějakého manuálu, a také by měly podávat informace o chodu oddělení. S Chartou práv hospitalizovaného dítěte nebyla seznámena, ani nevěděla, o co se jedná.

Před propuštěním dítěte z nemocnice byla respondentka informována lékařem o denním režimu svého syna a byla zaškolená specializovanou sestrou na provádění první pomoci u novorozence. Sestry ji také informovaly o podávání léků, kdy je bude nutno podávat a jakým způsobem. Žádné pomůcky v souvislosti s pooperační péčí doma potřebovat nebudou. Byl jí poskytnut pouze kontakt na oddělení, datum a místo kontroly, jiné kontakty neobdržela.

Rozhovor s respondentkou č. 6

Respondentkou byla 45letá matka 4 týdny starého chlapce s diagnostikovanou tříselnou kýlou. Respondentka byla vysokoškolačka a před narozením dítěte pracovala jako sociální pracovníce. Chlapec byl přijat na JIP 4 týdny po narození, kde podstoupil operační zákrok, a poté byl ještě 4 dny hospitalizován společně s matkou. Je v pořadí třetím dítětem respondentky. Jedno z dalších jejích dětí podstoupilo operační zákrok ve věku 6 měsíců, a to v důsledku zlomeniny lebeční kosti. Respondentka uvedla, že jí byly informace sdělovány automaticky, ale že se musela na spoustu věcí sama ptát.

Informace o onemocnění (tříselné kýle) byly respondentce sděleny primářem oddělení a ošetřující lékařkou. Byla spokojená s kvalitou a kvantitou informací od lékařského personálu, i když poznamenala, že si často nejsou jisti, s jakou dávkou odbornosti by je měli předávat, protože nevědí, jak je matka vzdělaná v oboru. Informace od jiného lékaře nevyžadovala, neměla potřebu. Zdravotnický personál se jí představil a byla jí sdělena i jejich odbornost ve vztahu ke zdravotnímu stavu dítěte. Nepotřebovala shánět informace jinde, učinil tak prý její manžel. O příznacích signalizujících zhoršení stavu dítěte v případě, že by chirurgický výkon odmítla nebo požádala o jeho odložení, byla respondentka informována prostřednictvím letáku o onemocnění. Byly jí poskytnuty informace o předoperační přípravě, ale neví, zda byly dostatečné z toho důvodu, že není (dle jejích slov) odborníkem. Informace vztahující se ke sdělení přesného termínu a délce trvání chirurgického výkonu byly částečné vzhledem k tomu, že jí nebyla sdělena délka trvání výkonu. Stejně tomu bylo i s informováním ohledně případných komplikací, které by mohly provázet chirurgický výkon. Respondentka si myslela, že ohledně poskytování informací se zdravotníci drželi

spíše zpět, aby ji zbytečně nestresovali. Nedožvěděla se skutečnost o pravděpodobné délce hospitalizace související s konkrétní diagnózou dítěte.

Hospitalizace společně s dítětem jí byla nabídnuta hned po jeho přijetí na JIP a matka jí využila. Rovněž byla seznámena s návštěvními hodinami a možností návštěv rodinných příslušníků. S podanými informacemi zaměřenými na diagnostické, léčebné a ošetrovatelské výkony byla seznámena dle toho, jak byly jednotlivé procedury realizovány. Byla přítomna ultrasonografickému vyšetření svého dítěte a informována o tom, proč bylo nutné výkon realizovat. Lékař jí popsal i průběh vyšetření při jeho realizaci. S podanými informacemi byla spokojená. Respondentka rovněž uvedla, že ji zdravotnický personál informoval v závislosti na svých kompetencích, zdravotní sestra o ošetrovatelských výkonech a lékař o zdravotním stavu dítěte. Respondentka měla pocit, že se informace opakovaly, že byly stejné v souvislosti s tím, že se zdravotní stav jejího dítěte neměnil. Většina informací jí byla podána ústně a písemně obdržela leták o daném onemocnění. Sama se ptala lékařského personálu na vývoj zdravotního stavu dítěte a výsledky vyšetření či jaké další je plánované. Žádný konkrétní návrh na zlepšení informovanosti matek neměla. S Chartou práv hospitalizovaného dítěte byla seznámena a dle jejího názoru byla na oddělení dodržována.

Před propuštěním dítěte z nemocnice byla respondentka informována lékařem o denním režimu svého syna a o možných omezeních vyplývajících z pooperačního stavu dítěte, zejména o specifikách hygieny. Dále byla informována o podávání léků v domácím prostředí, o tom, jakou formou je podávat, jakým způsobem je podávat, kdy je podávat, o jejich možných vedlejších účincích. Kontakt na oddělení dostala, jiné kontakty neobdržela a sděleno jí bylo rovněž datum a místo příští kontroly.

Rozhovor s respondentkou č. 7

Respondentkou byla 33letá matka 3 týdny starého chlapce s diagnostikovanou nekrotizující enterokolitis. Respondentka byla absolventkou střední školy a před narozením dítěte pracovala jako podnikatelka. Chlapec byl převezen na JIP 5 dní po narození, kde podstoupil operační zákrok a následně byl ještě 3 týdny hospitalizován, z toho 10 dní společně s matkou. Je prvním dítětem respondentky, která uvedla, že si

o informace musela sama zatelefonovat, protože jí nikdo nevolal, takže se musela sama vyptávat.

Informace o onemocnění (nekrotizující enterokolitis) byly respondentce sděleny po telefonu lékařem. Byla spokojená s kvalitou a kvantitou informací od lékařského personálu. Jiného lékaře se pro potvrzení diagnózy nedotazovala. Necítila ani potřebu vyhledávat informace v jiných zdrojích. O příznacích signalizujících zhoršení stavu dítěte a možném odmítnutí následného zákroku nebylo s matkou hovořeno, jelikož se jednalo o akutní výkon. Termín operace a přibližná délka trvání chirurgického výkonu jí byla sdělena. O předoperační přípravě, možných komplikacích a pravděpodobné délce hospitalizace nebyla respondentka informována (dle jejích slov).

Hospitalizace společně s dítětem jí byla nabídnuta hned po jeho přijetí na JIP a matka jí využila v rozsahu 10 dnů. Rovněž byla seznámena s návštěvními hodinami a možnostmi návštěv rodinných příslušníků. Respondentka uvedla, že je při společné hospitalizaci s jejím dítětem nemohli navštěvovat ostatní členové rodiny. O všem byla informovaná dopředu, a když byla přítomna nějakému vyšetření nebo ošetření, bylo jí řečeno, proč je nutné výkon realizovat. S informacemi byla spokojená, většina jí byla podána ústně převážně lékaři. Sama se ptala lékařského personálu na vývoj zdravotního stavu dítěte a na další postup v léčbě. Návrh na zlepšení informovanosti matek respondentka neměla. S Chartou práv hospitalizovaného dítěte nebyla seznámena.

Před propuštěním dítěte z nemocnice byla respondentka informována lékařem o denním režimu svého syna a o možných omezeních. O lécích, které bude doma dítěti podávat, ji nikdo neinformoval, ani o pomůckách, které budou doma využívat. Dostala pouze telefonní číslo oddělení, „kdyby se něco dělo“. Nebyly jí poskytnuty jiné kontakty. Datum a místo kontroly jí nebylo sděleno.

Rozhovor s respondentkou č. 8

Respondentkou byla 39letá matka necelé 3 týdny staré dívky s diagnostikovanou pylorostenózou. Respondentka byla absolventkou vysoké školy a před narozením dítěte pracovala jako učitelka. Dívka byla na JIP přijata ve 2 týdnech po narození a poté byla ještě 4 dny hospitalizována společně s matkou. Je v pořadí druhým dítětem

respondentky. Prvorozené dítě žádný operační zákrok nepodstoupilo. Respondentka uvedla, že jí byly informace podávány s předstihem a automaticky, ale na spoustu věcí se musela vyptávat.

Informace o onemocnění (pylorostenóze) byly respondentce sděleny lékařem. Musela se dále vyptávat, aby diagnóze a chirurgickému výkonu porozuměla, tudíž nebyla jednoznačně spokojená. Dotazovala se jiného lékaře, známého z nemocnice, se kterým vše konzultovala, a zastává názor, že využití dalšího odborného názoru je pro dobro věci. Lékaři se jí představili, sestry tak nečinily, nicméně jen lékaři, vyjma zdravotních sester, ji seznamovali se svou odborností ve vztahu ke zdravotnímu stavu jejího dítěte. Další informace respondentka sháněla na internetu proto, aby měla více témat k otázkám, které by jí mohl lékař zodpovědět. Byla velice dobře informovaná o tom, jaké by byly příznaky signalizující zhoršení stavu v případě, že by chirurgický výkon dítěte odmítla nebo požádala o jeho odložení. Byly jí taktéž poskytnuty informace o specifikách předoperační přípravy a měla pocit, že byly dostačující. Věděla o přesném termínu operačního výkonu, ale doptávala se na další náležitosti, jako na to, jak dlouho bude chirurgický výkon trvat a podobně. Informace o případných komplikacích, které mohou chirurgický výkon provázet, obdržela až poté, co se iniciativně zajímala, takže jí byly předány částečným způsobem. Předpokládaná délka hospitalizace dítěte jí byla sdělena.

Hospitalizace společně s dítětem jí byla nabídnuta po přijetí jejího dítěte na JIP a matka jí využila, ale počítala s tím, že jen v tom případě, že bude dostatečný počet lůžek. Rovněž byla seznámena s návštěvními hodinami a možností návštěv rodinných příslušníků. Vždy byla informována předem o všech výkonech, které byly u její dcery realizovány.. S informacemi byla spokojená, i když se dle jejího názoru opakovaly hlavně před chirurgickým výkonem, přestože byl stav jejího dítěte před operací neměnný. Většina informací jí byla podána ústně, v některých případech i písemně, konkrétně dostala písemné informace o oddělení. Nejčastěji kladla otázky týkající se zdravotního stavu dítěte, ohledně příjmu potravy, jak přibývá na váze, jak toleruje mléko a kdy bude moct začít jíst a vypne se infuze. Návrh na zlepšení informovanosti matek měla respondentka takový, že by měly existovat odborné sestry,

kteřé by měly čas s matkami hovořit v klidu, a ne jen tak narychlo mezi prací. S Chartou práv hospitalizovaného dítěte nebyla seznámena, v důsledku toho ani neví o její existenci.

Před propuštěním dítěte z nemocnice byla respondentka informována lékařem o denním režimu své dcery, o možných omezeních týkajících se podávání mateřského mléka. Informace o podávání léků v domácím prostředí získala (dle jejího názoru) částečně. Žádné pomůcky nebudou potřebovat. Byl dán kontakt na ošetřujícího lékaře na oddělení a určeno datum příští kontroly. Jiné kontakty jí nebyly poskytnuty.

Rozhovor s respondentkou č. 9

Respondentkou byla 28letá matka 2 týdny starého chlapce, u kterého byla diagnostikována atrézie anu. Respondentka byla absolventkou vysoké školy a před narozením dítěte pracovala jako dětská sestra. Chlapec byl převezen na JIP bezprostředně po narození, kde po několika hodinách podstoupil operační zákrok, a poté byl ještě 2 týdny hospitalizován, z toho 10 dní společně s matkou. Je to první dítě respondentky, která uvedla, že jí byly některé informace sdělovány automaticky a na některé se musela ptát.

Informace o onemocnění (atrézii anu) byly respondentce sděleny lékařem. Musela se hodně doptávat, aby jim porozuměla i přesto, že je sama zdravotníkem. Na potvrzení diagnózy se ptala také primáře dětského oddělení, kde sama pracovala. Lékaři se jí představili, zdravotní sestry ne a nesdělily jí, o koho se jedná, takže měla problém s rozeznáním sestry od lékařky. Respondentka měla potřebu hledat další informace na internetu a rovněž se informovala u známých zdravotníků. Byla jí poskytnuta informace o tom, co by nastalo, kdyby nebyl chirurgický výkon uskutečněn i o tom, co bude nutné zajistit u jejího syna před operací. Vzhledem k tomu, že byla sama zdravotník, byla seznamována i s podrobnostmi. O tom, který den a v jakou hodinu chirurgický výkon proběhne, jak dlouho bude trvat, byla také informována. Zároveň jí ale nebylo nic sděleno o případných komplikacích, které by mohly provázet chirurgický výkon. A v případě délky hospitalizace se setkala s vyhýbavými odpověďmi, ale přisoudila to

skutečnosti, že bylo její dítě nedonošené a zdravotní stav se mohl změnit z hodiny na hodinu.

Hospitalizace společně s dítětem jí byla nabídnuta hned po jeho přijetí na JIP a matka jí využila. Rovněž byla seznámena s návštěvními hodinami a respondentkou bylo sděleno, že je nemohli při společné hospitalizaci ji a její dítě navštěvovat ostatní rodinní příslušníci. Byla informována o jednotlivých ošetřovatelských, diagnostických a léčebných procedurách předem, když byla hospitalizovaná společně s dítětem. A v době. Žádnému vyšetření či ošetření nebyla přítomna. S informacemi byla spokojená a častěji jí je podával lékař. Neměla pocit neustále se opakujících informací.

Většina informací jí byla podána ústně, písemně prý nic neobdržela. Sama se ptala lékařského personálu na konkrétní údaje v souvislosti se zdravotním stavem svého dítěte. Návrh na zlepšení informovanosti matek respondentka měla, a to takový, že lékaři a sestry by měli dávat jednotné informace a nespoléhat na to, že konkrétní informace již byla sdělena někým jiným. Vyzdvihla zde vhodnost adekvátního předávání informací mezi lékaři. Měla možnost si přečíst na oddělení Chartu práv hospitalizovaného dítěte, ale nečetla ji, protože se jí (dle jejího vyjádření) nechtělo.

Před propuštěním dítěte z nemocnice nebyla respondentka informována lékařem o denním režimu svého syna a o možných omezeních. Informaci o podávání léků v domácím prostředí dostala. Dále jí byly podány informace o tom, jak zacházet se stomickými sáčky, poskytnuta jí byla možnost si daný postup vyzkoušet. Byla seznámena s místem a termínem příštích kontrol v nemocnici a dostala kontakt na oddělení a kluby sdružující rodiče s dětmi s obdobným problémem.

Rozhovor s respondentkou č. 10

Respondentkou byla 31letá matka 3 týdny starého chlapce s prenatálně diagnostikovanou vrozenou vývojovou vadou atrézie jícnu. Respondentka byla absolventkou vysoké školy a před narozením dítěte pracovala jako technickohospodářská pracovnice. Chlapec byl převezen na JIP bezprostředně po narození, kde podstoupil operační zákrok po několika hodinách, poté byl ještě 3 týdny hospitalizován, z toho 2 týdny společně s matkou. Je prvním dítětem respondentky,

kteřá uvedla, že jí byly některé informace sdělovány automaticky a na některé se musela ptát, že to bylo padesát na padesát.

Informace o onemocnění (atrézii jícnu) byly respondentce sděleny před porodem a bylo jí vysvětleno chirurgické řešení vrozené vývojové vady. Byla spokojená s kvalitou a kvantitou informací od lékařského personálu. Aby si diagnózu potvrdila, dotazovala se rovněž známých lékařů. Lékaři se jí představili, zdravotní sestry nikoliv. Ani v jednom případě jí nebyla sdělena odbornost ve vztahu ke zdravotnímu stavu jejího dítěte. Informace hledala také na internetu, kde se zároveň dozvěděla o existenci webové stránky, která sdružuje rodiče, jejichž děti měly stejnou diagnózu. O příznacích signalizujících zhoršení stavu v případě, že by chirurgický výkon dítěte odmítla nebo požádala o jeho odložení, nebyla informována, rovněž tak o předoperační přípravě. Byla informovaná pouze o dni a hodině chirurgického výkonu, ale ne o tom, jak dlouho by mohl výkon trvat. Případné komplikace, které by mohly výkon provázet, jí nebyly sděleny a domnívá se, že v jejich případě to ani nehrozilo. O pravděpodobné délce hospitalizace nebyla respondentka informována.

Hospitalizace společně s dítětem jí byla nabídnuta hned po jeho přijetí na JIP a matka jí využila. Rovněž byla seznámena s návštěvními hodinami a možností návštěv rodinných příslušníků. Byla předem informovaná o jednotlivých ošetrovatelských, diagnostických a léčebných výkonech. Sama nebyla u žádného realizovaného ošetření či vyšetření. Byla spokojená se všemi informacemi, které jí podávali jak lékaři, tak sestry. Nepřipadalo jí, že by se informace od zdravotníků stále opakovaly. Většina byla podána ústně, též písemně, zvláště pak informovaný souhlas a propouštěcí zpráva. Respondentka si již nepamatuje, jaké otázky zdravotnickému personálu kladla nejčastěji a čeho se týkaly. Návrh na zlepšení informovanosti matek měla takový, že na oddělení by mělo být víc manuálů s ucelenými informacemi (např. jak používat elektrický odsávač mateřského mléka). Chartu práv hospitalizovaného dítěte si neměla možnost přečíst.

Před propuštěním dítěte z nemocnice byla respondentka informována zdravotní sestrou o denním režimu svého syna a o možných omezeních - jak masírovat jizvu či jak se starat o pupeční pahýl. Sestry ji informovaly o promazávání jizvy, což si mohla sama

vyzkoušet. Dostala kontakt na oddělení, ale nikoliv na rodičovské kluby, ty si dohledala iniciativně sama. A také datum a místo konání příští kontroly bylo obsaženo v rámci propouštěcí zprávy.

4.3 Sumarizace výsledků

Pro lepší přehlednost jednotlivých odpovědí byly vypracovány sumarizační tabulky. V tabulkách 3 a 4 jsou sumarizovány odpovědi týkající se informovanosti respondentek o onemocnění jejich dítěte, délce a průběhu hospitalizace. Všechny respondentky (celkem 10) byly o onemocnění svého dítěte informovány lékařem. 4 respondentky byly s podanými informacemi spokojeny, ostatní se musely dále vyptávat, aby rozuměly. 5 respondentek hledalo informace i mimo zdravotnické zařízení, kde bylo jejich dítě hospitalizováno.

6 respondentek uvedlo, že se jim zdravotničtí pracovníci představili jménem a uvedli také svoji odbornost, jedné respondentce se nepředstavili. Zbývající tři respondentky uvedly, že se lékaři představili, ale sestry nikoliv. Sestry rovněž respondentkám nesdělovaly svoji odbornost.

Informování o příznacích signalizujících zhoršení stavu dítěte nebylo realizováno v 6 případech.

O předoperační přípravě (fyzické, psychické) dítěte byly informovány 4 respondentky. Pro 3 respondentky byly informace dostatečné a jedna odpověděla, že neví.

O přesném termínu (dni, hodině) a délce trvání chirurgického výkonu bylo informováno 5 respondentek, jedna informována nebyla a zbylé 4 byly informovány částečně.

O případných komplikacích, které mohly chirurgický výkon provázet, byly informovány 2 respondentky, 5 jich nebylo informováno vůbec, další 3 byly informovány částečně.

O pravděpodobné délce hospitalizace byly 2 respondentky informovány částečně, 3 nebyly informovány vůbec – viz tabulka 3.

Tabulka 3: Informovanost respondentek o onemocnění jejich dítěte a délce hospitalizace

	Kdo podal informace/ spokojenost versus vyptávání/ dotazování jinde	Představení/ sdělení odbornosti	Vyhledávání dalších informací	Informace o zhoršení stavu při odmítnutí operace	Informace o předoperační přípravě/ dostatečnost	Informace o termínu a délce operace	Informace o komplikacích operace	Informace o pravděpodobné délce hospitalizace
R1	sonografista/vyptávání/ano	ano/ano	internet	ne	ano/ano	ano	ano	ano
R2	porodník + operatér/spokojenost/ne	ano/ano	ne	ne	ne	ano	částečně	ano
R3	lékař z rizikové poradny/vyptávání/ano	ne/ne	ne	ne	ne	částečně	ne	částečně
R4	pediatr/vyptávání/ne	ano/ano	internet	ne	ne	ano	ano	ano
R5	gynekolog/vyptávání/ne	ano/ne	internet	ne	ne	ne	ne	ano
R6	primář odd. + ošetřující lékař/spokojenost/ne	ano/ano	ne	ano	ano/neví	částečně	částečně	ne
R7	lékař/spokojenost/ne	ano/ne	ne	ne	ne	ano	ne	ne
R8	lékař/vyptávání/ano	lékaři ano/ano, sestry ne/ne	internet	ano	ano/ano	částečně	částečně	ano
R9	lékař/vyptávání/ano	lékaři ano/ne, sestry ne/ne	internet a známí	ano	ano/ano	ano	ne	částečně
R10	sonografista/spokojenost/ano	lékaři ano/ne, sestry ne/ne	internet	ne	ne	částečně	ne	ne

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 4: Informovanost respondentek o průběhu hospitalizace

	Umožnění společné hospitalizace	Informace o možnosti návštěv dítěte	Možnost návštěv ostatními rodinnými příslušníky	Informace o ošetřovatelských, diagnostických a léčebných postupech	Spokojenost s podanými informacemi/kdo je podával častěji	Pocit opakovaných informací	Způsob podání informací - ústně/písemně
R1	ano	ano	ano	před výkonem	ano/sestry	možná	ústně
R2	ano	ano	ano	před výkonem	ano/sestry	ne	ústně
R3	ano	ano	ano	před výkonem	ano/sestry	ne	ústně i písemně
R4	ano	ano	ano	před výkonem	ano/sestry	částečně	ústně i písemně
R5	ano	částečně	ano	neví	částečně/lékař	ne	ústně i písemně
R6	ano	ano	ano	před výkonem i po výkonu	ano/sestry i lékaři	ano	ústně i písemně
R7	ano	ano	ne	před výkonem	ano/lékař	ne	ústně
R8	ano	ano	ano	před výkonem	ano/sestry i lékaři	ano	ústně i písemně
R9	ano	ano	ne	před výkonem i po výkonu	ano/lékař	ne	ústně
R10	ano	ano	ano	před výkonem	ano/sestry i lékaři	ne	ústně i písemně

Zdroj: Vlastní zpracování

Společná hospitalizace s dítětem byla nabídnuta všem respondentkám - viz tabulka 4 a všechny jí také postupně využily. O možnosti návštěv a návštěvních hodinách bylo informováno 9 respondentek a 1 pouze částečně. Ostatní rodinní příslušníci mohli navštěvovat pouze 8 respondentek.

Informace o jednotlivých ošetřovatelských, diagnostických a léčebných procedurách byly podávány před jejich realizací 7 respondentkám, před realizací i po ní 2 respondentkám. Jedna respondentka odpověděla, že neví.

S informacemi bylo spokojeno 9 respondentek a 1 částečně. Ve 4 případech podávala informace častěji sestra, ve 3 případech lékař a ve 3 případech vyrovnaně sestra i lékař.

Pocit, že se informace neustále opakovaly, měly 2 respondentky, 1 částečně a 1 uvedla, že možná.

Informace v ústní i písemné podobě dostalo 6 respondentek, 4 respondentkám byly informace podávány pouze ústně. Konkrétně dostaly respondentky ve 3 případech v písemné formě informovaný souhlas, 1 respondentka navíc propouštěcí zprávu a další 3 respondentky zmínily domácí řád oddělení, informační leták o onemocnění a informace o oddělení.

Podle zkušeností matek dětí hospitalizovaných na chirurgických JIP by se mohla informovanost zlepšit v představování lékařů a sdělení operátérem, jak bude chirurgický výkon probíhat a co bude následovat po něm. To respondentka navrhla vzhledem k předchozím zkušenostem v souvislosti s hospitalizací společně s dítětem. Dále 1 respondentka uvedla, že jí ze začátku chyběl přesný řád oddělení (kdy dítě nakrmit, přebalit apod.) Věděla, kde si může tyto informace přečíst, nicméně až po prvním dnu společné hospitalizace s dítětem pochopila, co a kdy má dělat. Další z respondentek vyjádřila svůj návrh, že by bylo vhodné, aby byl na oddělení nějaký člověk kromě zdravotních sester, který bude mít na starosti informování matek při příjmu na oddělení. Tato respondentka vyjádřila pocit deficitních informací o řádu oddělení z počátku hospitalizace. Navrhla dále, aby měla sestra nějaký manuál, aby nezapomněla sdělit nějakou informaci, tím by se docílilo sjednocení informací od všech sester. 1 respondentka vyjádřila svůj návrh na zlepšení v tom, že by měli zdravotníci

zohledňovat individualitu příjemce informací. Myslí si, že každý člověk vyžaduje jiné informace. Někdo chce znát jen konečné závěry a někdo se zajímá o úplně vše a to by podle ní mělo být zohledněno. 1 z respondentek vyjadřovala svůj návrh o fungování více odborníků, kteří by měli na matku dostatečné množství času. Toto navrhla na základě toho, že sama potřebovala laktační poradkyni a musela se ptát, zda na oddělení funguje. Další z respondentek spatřovala zlepšení informovanosti v lepším předávání informací mezi lékaři, tím by byly podávané informace jednotné. Tento návrh má na základě myšlenky, že spousta informací není sdělena z toho důvodu, že si jeden lékař myslí, že to již sdělil ten druhý. Posledním návrhem jedné z respondentek bylo, aby se na oddělení nacházelo víc písemných informací. Dle jejího názoru by bylo vhodné víc manuálů (např. na elektrickou odsávačku mateřského mléka). Myslí si, že si tyto informace předávají matky jen mezi sebou, ale nejsou to ucelené informace. Návrh na zlepšení informovanosti podalo celkem 7 respondentek.

Nejčastější otázky, které respondentky kladly zdravotnickému personálu, se týkaly zdravotního stavu jejich dítěte. 1 respondentka nejčastěji kladla otázku lékařům, kdy bude termín operace, a sestřám, zda může dítě nakrmit. 2 z respondentek se nejčastěji ptaly na to, jak se vyvíjí zdravotní stav jejich dítěte (otázky ohledně trávení a vylučování). Nejčastější otázkou další respondentky byl termín operace, délka jejího trvání a kdy budou propuštěni domů. 1 z respondentek se nejčastěji ptala na to, co má dělat a co bude následovat (v souvislosti s péčí o její dítě). Dalším častým dotazem jedné z respondentek bylo, kdy budou propuštěni domů. V 1 případě byl nejčastěji kladen dotaz ohledně zrealizovaných vyšetření, jak dopadla a co bude následovat. Další z oslovených se dotazovala nejčastěji na zdravotní stav dítěte a kladla nejčastěji otázky týkající se dalších postupů v léčbě.

5 respondentek mělo možnost si přečíst Chartu práv hospitalizovaného dítěte, jedné respondentce se to číst nechtělo, 3 respondentky vůbec o existenci Charty nevěděly. 4 respondentky, které Chartu práv hospitalizovaného dítěte četly, si myslely, že byla na oddělení dodržována.

Tabulka 5: Informovanost respondentek o péči o dítě v domácím prostředí

	Informace o denním režimu, omezení aktivit dítěte po propuštění	Kdo konkrétně informace podal	Informace o podávání léků doma	Informace o pomůckách /možnost vyzkoušení	Obdržení kontaktů na oddělení /rodičovské kluby	Informace o kontrole
R1	ano	lékař	ano	nepotřebují	ano/ne	ano
R2	ano	lékař	ano	ano/ano	ano/ano	ano
R3	ano	lékař	ano	nepotřebují	ano/ne	ano
R4	ano	lékař	ano	nepotřebují	ano/ne	ano
R5	ano	lékař/sestra	ano	nepotřebují	ano/ne	ano
R6	ano	lékař	ano	nepotřebují	ano/ne	ano
R7	ano	lékař	ne	ne	ano/ne	ne
R8	ano	lékař	částečně	nepotřebují	ano/ne	ano
R9	ne		ano	ano/ano	ano/ano	ano
R10	ano	sestra	nebudou užívat	ano/ano	ano/ne	ano

Zdroj: Vlastní zpracování

V tabulce 5 jsou sumarizovány odpovědi týkající se informovanosti respondentek o péči o dítě v domácím prostředí.

O denním režimu dítěte po propuštění z nemocnice a o možném omezení aktivit bylo informováno 9 respondentek, a to v 7 případech lékařem, v 1 případě sestrou a v 1 případě sestrou i lékařem.

O podávání léků v domácím prostředí bylo informováno 7 respondentek, 1 nebyla a 1 byla informovaná částečně.

O pomůckách, které budou doma v důsledku pooperační péče děti potřebovat, byly informovány 3 respondentky. Měly také možnost se s nimi v průběhu hospitalizace seznámit.

Kontakt na někoho z oddělení v případě potřeby doplnění informací dostalo 10 respondentek. Kontakt na rodičovské kluby, kluby stomiků nebo střediska rané péče dostaly 2 respondentky.

Informování o následných kontrolách stavu dítěte, kdy a kde kontrola proběhne, bylo realizováno v 9 případech.

5 Diskuze

Informovanost nemocných a jejich doprovodu se postupem času zlepšuje, ale současná situace je stále neuspokojivá a vyžaduje změnu ve smyslu kvality. Existují studie, které svědčí o nedostatečné informovanosti. Zdravotní sestry by měly přispět ke správnému zavádění kvalifikovaného poskytování informovanosti do naší zdravotnické praxe (Haškovcová, 2007).

Diplomová práce měla dva cíle. Prvním bylo zjistit informovanost matek o onemocnění jejich dítěte a možných komplikacích nebo následcích tohoto onemocnění. Druhým cílem bylo zjistit informovanost matek o průběhu hospitalizace na chirurgické JIP a o následné péči o dítě v domácím prostředí.

První výzkumná otázka zjišťovala, zda byly matky spokojeny s poskytnutými informacemi o onemocnění jejich dítěte a o případných komplikacích nebo následcích tohoto onemocnění, a kdo jim tyto informace nejčastěji podával.

Šetřením bylo zjištěno, že s informacemi bylo spokojeno devět respondentek úplně a jedna částečně. Ve čtyřech případech podávala informace častěji sestra, ve třech případech lékař. V dalších třech případech informovali sestra i lékař stejnou měrou (viz Tabulka 4). Informace o diagnóze a o nezbytnosti provedení chirurgického výkonu u jejich dítěte podával respondentkám vždy lékař. Hošková (2007), která se stejnou otázkou zabývala již v roce 2010, zjistila, že v 88 % případů poskytoval informace pacientům lékař a ve 12 % sestra. Námi zjištěná data jsou tedy uspokojivější, neboť sdělování diagnózy náleží (dle mého názoru) pouze lékaři.

Dále jsme zjistili, že pět respondentek (50 %) se dotazovalo i jinde (v jiné nemocnici, jiného lékaře), aby si diagnózu potvrdily (viz Tabulka 3). Nejčastěji se jednalo o známé lékaře respondentek. Myslím si tedy, že využily svých známostí v odborných kruzích. Jedna respondentka uvedla, že si chtěla diagnózu potvrdit z toho důvodu, že je další odborný názor na místě.

Respondentky hledaly informace také na internetu, a to v šesti případech. Četnost těchto výpovědí nemusí jednoznačně poukazovat na nedostatečnost podaných informací zdravotnickým personálem. Je možné, že se jednalo pouze o potvrzení informací

a zpětné navrácení se k aktuálně řešené situaci. To, že se respondentky obracely právě k internetu, není překvapující, neboť v dnešní době je to nejvíce využívaný zdroj informací. Vhodnějším zdrojem by však podle mého názoru mohlo být vyhledávání v odborných publikacích.

Uttendorfská (2008) ve své práci také zjišťovala, zda respondenti obdrželi od lékařů dostatek informací o svém onemocnění. Z jejího šetření vyplynulo, že se kladně vyjadřovalo 80 % a záporně 20 % respondentů. V případě srovnání s našimi výsledky lze říci, že námi oslovené respondentky měly zvýšenou potřebu dotazování se jinde. Lze se domnívat, že by tomu tak nebylo, kdyby se nejednalo o potvrzování diagnózy u známých odborníků. Je v celku možné, že pokud by respondentky známé z řad lékařů neměly, možná by ani neměly potřebu se dotazovat jinde.

Ze studie Wendy Yee (2006) také vyplynulo, že zdrojem informací o zdravotním stavu pacienta na JIP byli lékaři a sestry, a odborná literatura a internet mohly sloužit jako zdroj pouze v minimu případů. Autorka rovněž uvedla, že si většina rodičů nemohla vybavit diagnózu svého dítěte a důvod pro dodatečné vyhledávání informací hledala v odborném výkladu ze stran lékaře nebo stres v době předání informací.

Dále nás zajímalo, zda se rodičům personál oddělení, na kterém bylo dítě hospitalizováno, v úvodu rozhovoru představil. Venglářová s Mahrovou (2006) uvádějí, že před každým rozhovorem a také v jeho průběhu máme respektovat běžná pravidla společenského chování. Proto jsme také chtěli vědět, zda zdravotníci sdělovali rodičům svoji odbornost (zda se jednalo např. o ošetřujícího lékaře, operátora, anesteziologa, sestru, apod.). Šetřením bylo zjištěno, že šesti respondentkám se zdravotničtí pracovníci představili jménem a uvedli také svoji odbornost, jedné respondentce se nepředstavili. Zbývající tři respondentky uvedly, že se lékaři představili, ale sestry nikoliv (viz Tabulka 3). Mnohé respondentky obhajovaly zdravotní sestry tím, že je to prý pochopitelné, neboť mají spoustu služeb a nemohou si pamatovat, zda se konkrétní matce již jednou představily či nikoliv. Touto otázkou se zabývala také Drtinová (2013), která zjistila, že lékař se pacientům představil v 61 % a sestra v 43 %. Z obou našich výsledků vyplývá, že v představování jsou na tom lékaři lépe než sestry. Tyto výsledky jsou dle mého názoru neuspokojivé. Důvodů, proč tomu tak je, může být

několik. Dle mého názoru záleží hlavně na slušném vychování každého z nás. V rámci svého zaměstnání se s rodiči setkávám a pamatuji si, komu jsem se představila. Myslím si, že je to velmi podstatná formalita, pomocí níž si hned z počátku zdravotník zajistí s rodiči spolupráci.

Svoji odbornost ve vztahu ke zdravotnímu stavu dítěte však zdravotníci respondentkám ve většině případů nesdělovali. Některé respondentky uvedly, že nevěděly, zda hovoří s lékařkou nebo sestrou. Pouze pěti respondentkám lékaři svoji odbornost sdělili a čtyřem respondentkám ji sdělily sestry. Myslím si, že sdělení odbornosti je neoddelitelnou součástí představení se. Respondentky označily za matoucí to, že všichni zdravotníci v rámci JIP nosí stejné uniformy. Z tohoto důvodu je (podle mne) představování a sdělení své odbornosti velmi důležité.

Informování o příznacích signalizujících zhoršení stavu v případě, že by respondentka chirurgický výkon u dítěte odmítla nebo požádala o jeho odložení, nebylo zdravotnickým personálem realizováno v šesti případech, což považuji za alarmující. Informace by měly být poskytovány komplexně, tudíž je vhodné i toto sdělení. Samozřejmě tomu je jinak u chirurgických výkonů z vitální indikace.

Druhá výzkumná otázka se zaměřovala na to, zda měly matky pocit, že byly informovány dostatečně, a to hlavně o předoperační přípravě a pooperační péči.

Šetřením bylo zjištěno, že o přípravě dítěte k operačnímu výkonu nebylo informováno šest respondentek (viz Tabulka 3), což je dle mého názoru neuspokojivé. Procházková (2012), která se ve své práci také zaměřila na úroveň informací pacientů o předoperační přípravě, zjistila, že v jejím vzorku bylo dostatečně informováno 68 % pacientů a spíše dostatečně 32 %. Naše výsledky jsou mnohem horší, ale vzhledem k malému počtu respondentek v našem vzorku je nelze srovnávat. Domnívám se, že problém je zejména v informovanosti matek o předoperační přípravě u dětí s vrozenou vývojovou vadou. Z praxe vím, že taková matka je sledovaná na oddělení rizikového těhotenství a její dítě je bezprostředně po porodu převezeno na příslušné oddělení, kde proběhne chirurgický výkon. Zpravidla první, kdo dítě po operaci spatří, je jeho otec, neboť matka je mnohdy ještě v péči gynekologů, a tak dostane informace pouze on. Jedna z oslovených respondentek se vyjádřila, že nebyla informována o předoperační

přípravě svého dítěte z důvodu, že jí gynekolog sdělil, že jí tuto informaci předá pediatr. Po porodu bylo jejímu manželovi řečeno, že dítě převážejí, že je nezbytné ho vyšetřit. Ráno, když otec telefonoval na oddělení, kam bylo dítě převezeno, mu bylo oznámeno, že je již po operaci. Takže informace o předoperačním vyšetření vůbec nedostal. Přesto je poskytování informací o tom, co bude realizováno před chirurgickým výkonem dle mého názoru neoddelitelnou součástí komplexního podávání informací.

Komplikace v rámci operace jsou příhody narušující normální operační průběh. Prevence začíná již při realizaci přípravy pacienta před operací. Důležité je jejich včasné rozpoznání (Slezáková et al., 2012). Z našeho šetření vyplynulo, že o případných komplikacích, které mohou chirurgický výkon provázet, byly plně informovány pouze dvě respondentky. Ani tento výsledek není podle mého názoru potěšující. Na základě studia literatury se domnívám, že všechny operační zákroky doprovází možné komplikace. Některé respondentky uváděly, že v jejich případech nic nehrozilo. Myslím si, že stres z informace před chirurgickým výkonem o komplikacích, které mohou výkon provázet, není tak hrozný, než když poté komplikace nastanou, a matka s nimi nepočítá.

Třetí výzkumná otázka zjišťovala, zda jsou matky spokojeny s informacemi o následné péči o jejich dítě v domácím prostředí.

Sedlářová (2008) ve své knize uvádí, že by měli lékař i sestra shrnout před propuštěním dítěte do domácí péče informace o tom, jak pokračovat v léčbě a v ošetřování dítěte a zkontrolovat, zda jsou zajištěné pomůcky, které budou doma rodiče a dítě potřebovat. Vhodné je také doplnění informací v tištěné podobě (Sedlářová, 2008). V rámci našeho šetření jsme zjišťovali, zda byly matkám poskytnuty informace o denním režimu dítěte, o možném omezení jeho aktivit a kdo konkrétně je o tom informoval. Dále jsme chtěli zjistit, zda byly matkám poskytnuty informace o podávání léků a pomůckách, používaných doma po propuštění, a zda měly možnost se s nimi seznámit, případně si manipulaci s nimi procvičit. Také jsme se ptali, zda respondentky obdržely kontakt na někoho z oddělení pro případ potřeby doplnění informací, nebo na rodičovské kluby, kluby stomiků nebo střediska rané péče.

Z výsledků šetření vyplynulo, že převážná většina respondentek byla s podanými informacemi spokojená (viz Tabulka 5). V rámci zodpovězení této výzkumné otázky jsme zjistili nedostatečné informování zdravotnickým personálem o dalších kontaktech na rodičovské kluby, kluby stomiků nebo střediska rané péče a dále například, jak uvádí Sedlářová (2008), na sociální pracovníky, psychology, rodičovské podpůrné skupiny apod. Možnou domněnkou, proč tomu tak je může být fakt, že zdravotničtí pracovníci sami nevědí o existenci výše zmíněných rodičovských klubů a dalších. Vhodným řešením by bylo vzdělávání v této oblasti, zajištění školení zdravotnického personálu.

Čtvrtá výzkumná otázka zjišťovala, zda respondentky pociťovaly nějaký deficit v podaných informacích a jaké měly nejčastější doplňující otázky na zdravotnický personál. Lze shrnout, že deficit pociťovaly především v informacích o charakteru chirurgického výkonu, řádu oddělení, dále pak shledávaly problém v tom, že na ně zdravotníci (dle jejich názoru) neměly dostatek času a na oddělení neměli dostatek písemných informací, ať už o oddělení samotném či o pomůckách, které měli v souvislosti s hospitalizací s dítětem využívat (odsávačky mateřského mléka apod.).

Rovněž jsme zjišťovali, zda měly respondentky pocit, že se některé informace neustále opakovaly. Ve většině případů tomu tak nebylo. Jedna respondentka uvedla, že se stávalo, že každá sestra řekla něco jiného. Toto by se podle mého názoru stávat nemělo, informace musí být stejné, sjednocené, sehrané.

Po přečtení studie Wigertové (2014) se ztotožňujeme s jejím návrhem, který by mohl pomoci tomuto předcházet. Autorka navrhla, aby byl matce a jejímu dítěti přidělen jeden lékař a jedna sestra, aby se vytvořil pevnější vztah než v případě, kdy se stále střídají. Vyjádřila rovněž názor, že by se sestry měly snažit na matky nahlížet jako na jednotlivce s jejich individuálními potřebami. Heřmanová (2012) ve své knize uvádí, že pokud má sestra plnit roli obhájce pacienta, jak jí ukládá etický kodex, musí se ptát, o čem přesně byl pacient informován a jak má ona dále postupovat. Informace o tom, co bylo pacientovi sděleno, by si zdravotní sestry měly navzájem předávat i při výměně služeb.

Součástí našich otázek byl i dotaz, jak by se mohla informovanost matek dětí hospitalizovaných na chirurgických JIP zlepšit, čímž byl zjišťován deficit

v informovanosti. Dle výzkumu Bennetové a Sheridanové (2005) prováděného v nemocnici ve Velké Británii se matky cítily nesvé v důsledku nedostatku informací o nemocničním prostředí, ve kterém se ocitly. Matkám by podle zjištění pomohlo, kdyby si o tom mohly s někým popovídat. Dle výsledků šetření matkám vadila také nejednotnost informací od sester a také to, že se komunikační schopnosti každé z nich lišily. Autorky se rovněž domnívají, že u sester může docházet k oslabení empatického jednání v důsledku toho, že jsou v nemocnici často a nedokáží se vcítit do toho, jak se matka cítí v cizím prostředí.

V rámci zodpovězení otázky ohledně návrhu na zlepšení informovanosti rovněž jedna z našich respondentek uvedla, že by bylo vhodné, kdyby na oddělení existovalo více odborníků, kteří by měli na matku dostatečné množství času. Vyjádřila tak své přání si s někým popovídat o záležitostech vztahující se k jejímu dítěti, a to i o běžných věcech.

Na výše zmíněné navazuje rovněž Hopwood (2010) z Bristol Royal Hospital for Children, kde píše, že matky by uvítaly neformální konverzaci při kontaktu se sestrami. Konverzace by se nemusela týkat ani hospitalizovaných dětí, rozptýlila by je a zároveň umocnila rovnocennost ve vzájemném vztahu. Podle ní by matky uvítaly informace podávané s ohledem na svůj psychický stav.

Zjišťovali jsme také možnost matek přečíst si na oddělení, kde bylo jejich dítě hospitalizováno, Chartu práv hospitalizovaného dítěte. Zajímavá byla odpověď respondentky původně ze Slovenska, která uvedla, že to bylo zajímavé, neboť v jejich zemi to nikde neviděla. Všechny respondentky, které Chartu práv hospitalizovaného dítěte četly, si také myslely, že byla na oddělení dodržována. Podle Charty práv hospitalizovaných dětí (Haškovcová, 2002): „...*mají tyto mít v nemocnici právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci*“. Dále pak: „*aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.*“ Je zde rovněž napsáno, že děti a jejich rodiče mají právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání.

Výzkum Ondriové z roku 2008/2009 se rovněž zabýval právy hospitalizovaného dítěte. Autorka se zaměřila na odpovědi na otázky, zda si rodiče všimli v nemocnici/na

oddělení Charty práv hospitalizovaného dítěte vyvěšených na viditelném místě. Jen 5 % rodičů odpovědělo „ano“. 33 % rodičů si všimlo jen částečně a 50 % si nevšimlo vůbec. V porovnání s výsledky výzkumného šetření Ondriové by se dalo vyvodit, že námi oslovené respondentky byly o Chartě práv hospitalizovaného dítěte lépe informovány.

Mezi nejčastější otázky kladené zdravotnickému personálu patřily zejména ty, které se týkaly termínu chirurgického výkonu a jeho trvání, dále pak otázky zjišťující to, zda může být dítě nakrmeno. Dále se respondentky ptaly na zdravotní stav jejich dítěte a na termín propuštění.

K zamyšlení je článek Bauerové (1995), ve kterém píše, že sestry na dětských odděleních nemají dostatečné množství času na to, aby se věnovaly matkám, a to v důsledku nedostatečného množství personálního obsazení na odděleních. Obhajují se také tím, že tomu tak je i v souvislosti s tím, že se mnohdy starají o děti, které končí svůj život v nemocnici, což je pro ně velmi stresující záležitost.

6 Závěr

Diplomová práce se zabývala zjišťováním informovanosti matek, která je důležitým nástrojem pro poskytování kvalitních zdravotních služeb. Na základě studia literatury byly předem konstruovány čtyři výzkumné otázky. Měly za cíl zjistit, zda jsou matky subjektivně spokojeny s poskytnutými informacemi o onemocnění svého dítěte, případných komplikacích nebo následcích tohoto onemocnění. Dále jsme chtěli zjistit, zda mají pocit, že jsou dostatečně informované o předoperační přípravě a pooperační péči o své dítě a zda jsou spokojeny s informacemi o následné péči v domácím prostředí. Zajímalo nás i to, jestli pocítují nějaký deficit v podaných informacích a jaké kladou nejčastěji otázky zdravotnickému personálu.

Prvním cílem bylo zjistit subjektivní informovanost matek o onemocnění jejich dítěte a možných komplikacích nebo následcích onemocnění. Dotazováním bylo zjištěno, že převážná většina respondentek nebyla spokojená s poskytnutými informacemi. Nedostatky byly v oblasti informací o příznacích signalizujících zhoršení stavu dítěte v případě odmítnutí chirurgického výkonu.

Druhým cílem bylo zjistit informovanost matek o průběhu hospitalizace na chirurgické JIP a o následné péči o dítě v domácím prostředí. Šetřením bylo zjištěno, že převážná většina respondentek nebyla spokojená s informacemi, týkajícími se předoperační přípravy dítěte a možných komplikací, které mohly chirurgický výkon provázet. S informacemi ohledně termínu operace a pravděpodobné délky hospitalizace byly respondentky naopak spokojeny. Rovněž tak s informacemi, které se týkaly následné péče o dítě v domácím prostředí. Nedostatečně byly respondentky informovány o kontaktech na rodičovské kluby, kluby stomiků nebo střediska rané péče. Dále pak měly některé respondentky málo informací o charakteru chirurgického výkonu nebo o řádu oddělení. Domnívaly se také, že zdravotnický personál neměl na podávání informací dostatek času. V neposlední řadě viděly deficit v souvislosti s předáváním informací mezi zdravotníky navzájem, v nedostatku písemných informací o oddělení samotném či o pomůckách, které měly možnost v souvislosti s hospitalizací jejich dítěte využívat (odsávačky mateřského mléka apod.).

Mezi otázky nejčastěji kladené zdravotnickému personálu patřily zejména ty, které se týkaly termínu chirurgického výkonu a jeho trvání a termínu zahájení výživy dítěte. Dále se respondentky ptaly na zdravotní stav jejich dítěte termín propuštění.

Na základě zjištěných nedostatků byla vyhotovena informační brožura, která rodičům hospitalizovaného dítěte podává informace o předoperační a pooperační péči (viz Příloha č. 7) a bude nabídnuta těm oddělením, na kterých byl prováděn výzkum, případně i ostatním dětským chirurgickým JIP v ČR, které o ně projeví zájem. Dále byla pro potřeby Kliniky dětské chirurgie 2. LF UK a FN Praha Motol vypracována informační brožura o oddělení pro rodiče o všech specifikách tohoto oddělení (viz Příloha č. 8).

7 Seznam použité literatury

BÁRTLOVÁ, Sylva a Petr SADÍLEK. 2005. *Výzkum a ošetřovatelství*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 146 s. ISBN 80-701-3416-X.

DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace*. 2008. 6. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 502 s. ISBN 978-80-247-2018-0.

FARKAŠOVÁ, Dana. 2006. *Výzkum v ošetřovatelství*. 1. vyd. Martin: Osveta, 87 s. ISBN 80-8063-229-4.

FEDOR, Marián et al. *Intenzivní péče v pediatrii*. 2006. 1. vyd. Martin: Osveta, 461 s. ISBN 80-806-3217-0.

FEDORA, Michal. *Dětská anesteziologie*. 2012. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 268 s. ISBN 978-807-0135-440.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Ivo BOREK et al. 2012. *Intenzivní péče o novorozence*. 2. přepracované vyd. Brno: NCO NZO, 447 s. ISBN 978-807-0135-471.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Michal KLIMOVICĚ et al. 2005. *Péče o kriticky nemocné dítě*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 414 s. ISBN 80-701-3427-5.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2007. *Informovaný souhlas: proč a jak?*. 1. vyd. Praha: Galén, 104 s. ISBN 978-807-2624-973.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2002. *Lékařská etika*. 3., rozš. vyd. Praha: Galén, 272 s. ISBN 80-7262-132-7.

HEŘMANOVÁ, Jana, VÁCHA, Marek a Hana SVOBODOVÁ, Marie ZVONÍČKOVÁ a Jan SLOVÁK. 2012. *Etika v ošetřovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 200 s. ISBN 978-802-4734-699.

Intenzivní perioperační péče. 2000. 1. vyd. Editor Roman Zazula. Praha: Galén, 252 s. ISBN 80-862-5717-7.

- JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 134 s. ISBN 978-807-3674-779.
- JANDOUREK, Jan. 2008. *Průvodce sociologií*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 208 s. ISBN 978-80-247-2397-6.
- JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 249 s. ISBN 9788024744124.
- JUŘENÍKOVÁ, Petra. 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 77 s. ISBN 978-802-4721-712.
- KOZEL, Roman, Lenka MYNÁŘOVÁ a Hana SVOBODOVÁ. 2011. *Moderní metody a techniky marketingového výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 304 s. ISBN 978-80-247-3527-6.
- KOZEL, Roman. 2006. *Moderní marketingový výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 277 s. ISBN 80-247-0966-X.
- KRISTOVÁ, Jarmila, 2004. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 211 s. ISBN 80-806-3160-3.
- KUTNOHORSKÁ, Jana. 2009. *Výzkum v ošetrovatel'ství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 175 s. ISBN 978-802-4727-134.
- LEIFER, Gloria. 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatel'ství*. 1. vyd. Praha, 2004, 951 s. ISBN 80-247-0668-7.
- LINHARTOVÁ, Věra. 2007. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 152 s. ISBN 978-802-4717-845.
- MACH, Jan. 2010. *Lékař a právo: praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 320 s. ISBN 978-80-247-3683-9.
- MÁLEK, Jiří. *Praktická anesteziologie*. 2011. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 188 s. ISBN 978-80-247-3642-6.

- MUNTAU, Ania. 2014. *Pediatric. 2.* české vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 588 s. ISBN 978-802-4745-886.
- NOVÁK, Ivan. *Intenzivní péče v pediatrii.* 2008. 1. vyd. Praha: Karolinum, 579 s. ISBN 978-802-4614-748.
- PEYCHL, Ivan. 2005. *Nedonošené dítě v péči praktického a nemocničního pediatra.* 1. vyd. Praha: Galén, 164 s. ISBN 80-726-2283-8.
- PLEVOVÁ, Ilona et al. 2011. *Ošetrovatelství II.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 223 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
- POKRIVČÁK, Tomáš. *Chirurgie.* 2014. 1. vyd. Praha: Triton, 282 s. ISBN: 978-80-7387-702-6.
- PRŮCHA, Jan. 2010. *Interkulturní komunikace.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 199 s. ISBN 978-80-247-3069-1.
- PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK et al. 2011. 1. vyd. *Etika a komunikace v medicíně.* Praha: Grada Publishing, a.s., 528 s. ISBN 978-802-4739-762.
- SEDLÁŘOVÁ, Petra. 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 248 s. ISBN 978-802-4716-138.
- SLAŠŤANOVÁ, Denisa a Zuzana DURAJOVÁ. 2012. *Zaměstnávání lidí s postižením a transformace sociálních služeb: přehled situace v České republice a doporučení pro změnu.* Brno: Liga lidských práv, 90 s. ISBN 978-80-87414-10-1.
- SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. 2012. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy.* 2., dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 249 s. ISBN 978-80-247-3602-0.
- STOLÍNOVÁ, Jitka a Jan MACH. 2010. *Právní odpovědnost v medicíně.* 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 313 s. ISBN 978-80-7262-686-1.
- ŠNAJDAUF, Jiří a Richard ŠKÁBA. 2005. *Dětská chirurgie.* 1. vyd. Praha: Galén, 395 s. ISBN 80-726-2329-X.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. 2009. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry.* 1. vyd. Praha: Galén, 135 s. ISBN 978-807-2625-994.

ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. 2007. *Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: ASPI, 243 s. ISBN 978-80-7357-268-6.

VAŠTÍKOVÁ, Miroslava. 2014. *Marketing služeb: efektivně a moderně*. 2., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 268 s. ISBN 978-80-247-5037-8.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s., 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

VYHNÁNEK, František et al. 2003. *Chirurgie I*. 2., přeprac. vyd. Praha: Informatorium, 190 s. ISBN 978-807-3330-057.

VYTEJČKOVÁ, Renata, Petra SEDLÁŘOVÁ, Vlasta WIRTHOVÁ a Jana HOLUBOVÁ. 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 228 s. ISBN 978-802-4734-194.

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 229 s. ISBN 978-802-4720-685.

ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA. 2014. *Speciální chirurgie*. 3., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 511 s. ISBN 9788074921285.

Cizojazyčné zdroje

Bauer, Patricia J. 1995. *The Parents' Perspective on Neonatal Intensive Care*. [online]. [cit. 2015-04-12]. Dostupné z: <http://quod.lib.umich.edu/m/mfr/4919087.0001.106/--parents-perspective-on-neonatal-intensive-care?rgn=main;view=fulltext>.

BENNETT, Rosalie a Cee SHERIDAN. 2005. *Mothers' perceptions of 'rooming-in' on a neonatal intensive care unit*. [online]. [cit. 2015-04-13]. Dostupné z: http://www.neonatal-nursing.co.uk/pdf/inf_005_mpr.pdf.

COHEN, Louis, Lawrence MANION a Keith MORRISON. 2011. *Research methods in education*. 7th ed. New York: Routledge, 758 p. ISBN 978-041-5583-367.

- COYNE, Imelda, Fiona TIMMINS a Freda NEILL. 2010. *Clinical skills in children's nursing*. New York: Oxford University Press, 466 p. ISBN 01-995-5903-1.
- DEUTSCH, Johann a Einleitung von Franz SCHNEKENBURGER. 2009. *Pädiatrie und Kinderchirurgie für Pflegeberufe*. 1. Aufl. Stuttgart: Thieme, 640 s. ISBN 978-313-1428-110.
- HATFIELD, Nancy T. 2007. *Broadribb's Introductory Pediatric Nursing*. 7. rev edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 752 p. ISBN 978-0-7817-7706-3.
- HOPWOOD, Rosalyn. 2010. *The role of the neonatal nurse in promoting parental attachment in the NICU*. [online]. [cit. 2015-04-18]. Dostupné z: http://www.neonatal-nursing.co.uk/pdf/inf_032_npp.pdf.
- ILLING, Stephan. 2013. *Kinderheilkunde für Hebammen*. 5., überarbeitete Auflage. Stuttgart: Hippokrates, 312 s. ISBN 978-383-0455-349.
- JOHNSON, Paul R. V. 2005. Oesophageal atresia. *Surgery*. vol. 1, issue 5, s. 163-167. Dostupné z: http://www.neonatal-nursing.co.uk/pdf/inf_005_oaa.pdf.
- KURJAK, Asim a Guillermo AZUMENDI et al. 2007. *The fetus in three dimensions*. London: Informa, 550 p. ISBN 978-041-5375-238.
- PURI, Prem. 2003. *Newborn Surgery, 2Ed*. Boca Raton: CRC Press, 2003. ISBN 978-0-340-76144-1.
- REINHARDT, Dietrich und Thomas NICOLAI. 2014. *Therapie der Krankheiten im Kindes- und Jugendalter*. 9., vollst. überarb. Aufl. Berlin: Springer Berlin, 1571 s. ISBN 978-364-2418-136.
- RENNIE, Janet M. 2005. *Roberton's textbook of neonatology*. 4th ed. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone, 1400 p. ISBN 04-430-7355-4.
- RODECK, Burkhard a Peter ZIMMER. 2013. *Pädiatrische Gastroenterologie, Hepatologie und Ernährung*. 2. Aufl. Berlin: Springer, 872 s. ISBN 978-364-2247-095.
- SEIDEL, Mira. 2014. *Pylorusstenose*. [online]. 2014-02-03 [cit. 2014-12-16]. Dostupné z: <http://www.netdokter.de/krankheiten/pylorusstenose/>.

SCHWEINITZ, Dietrich von a Benno URE. 2009. *Kinderchirurgie: Viszerale und allgemeine Chirurgie des Kindesalters*. 1. Aufl. Heidelberg: Springer Medizin, 660 s. ISBN 35-408-9031-9.

SIEWERT, Jörg Rüdiger a Hubert J. STEIN et al. 2012. *Chirurgie*. 9. Aufl. Berlin: Springer, 1028 s. ISBN 978-3-642-11330-7.

SOHN, Christof a Wolfgang HOLZGREVE. 2012. *Ultraschall in Gynäkologie und Geburtshilfe*. 3., überarb. u. erw. Aufl. Stuttgart: Thieme, 851 s. ISBN 978-313-1019-738.

SPEER, Christian P. a Manfred GAHR. 2013. *Pädiatrie*. 4. Aufl. Berlin: Springer, 1094 s. ISBN 978-364-2342-684.

WIGERT, Helena. 2014. Parents experiences of communication with neonatal intensive-care unit staff: an interview study. [online]. [cit. 2015-03-08]. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/s12887-014-0304-5.pdf>.

YEE, Wendy. 2006. Communicating with parents of high-risk infants in neonatal intensive care. [online]. 2006-05-11. [cit. 2015-03-06]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2518680/>.

Internetové zdroje

DRTINOVÁ, Šárka. 2013. *Spokojenost pacientů s podáváním vstupních informací ve zdravotnickém zařízení* [online]. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. [cit. 2015-05-01]. Bakalářská práce. Vedoucí práce Veronika Muchlová Mühlsteinová. Dostupné z: <https://otik.uk.zcu.cz/bitstream/handle/11025/9904BP%20-%20Drtinova.pdf?sequence=1>.

HOŠKOVÁ, Pavlína. 2007. Informovanost klientů/pacientů, rodinných příslušníků, laické veřejnosti [online]. Hradec Králové: Ústav sociálního lékařství LF UK, Oddělení ošetrovatelství. [cit. 2015-04-29]. Bakalářská práce. Vedoucí práce David Skorunka. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/36066/>.

KALIVODOVÁ, Markéta. 2013. Informace o zdravotním stavu dítěte. [online]. 2013-05-06. [cit. 2015-02-12]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/informace-o-zdravotnim-stavu-ditete-470303>.

PROCHÁZKOVÁ, Pavlína. 2012. Příprava pacienta před plánovaným operačním výkonem [online]. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. [cit. 2015-05-11]. Bakalářská práce. Vedoucí práce Jana Straková. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/358654/lf_b/.

ŠŤASTNÝ J. 2014. Základy fyzikálního vyšetření u dětí dostupné. [online]. 2014-06-15 [cit. 2015-05-03]. Dostupné z: <http://www.zdravotniregistr.cz/clanek/zaklady-fyzikalniho-vysetreni-u-deti>.

UTTENDORFSKÁ, Marie. 2008. *Spokojenost hospitalizovaných pacientů jako jeden z ukazatelů kvality zdravotní péče* [online]. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. [cit. 2015-05-01]. Bakalářská práce. Vedoucí práce Hana Pinkavová. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/142548/lf_b/.

Časopisy

BALKOVÁ, Hilda a Gabriela TAKÁČOVÁ. Je týmová práce v ošetrovatelství důležitá?. *Sestra*. 2014, č. 05, s. 15-16. ISSN 1210-0404.

GULÁŠOVÁ, Ivica. Etické aspekty komunikace s rodiči dětského pacienta. *Sestra*. 2012, č. 03, s. 23-24. ISSN 1210-0404.

MIXA, Vladimír. 2012. Současný pohled na anestezii dětí. *Pediatric pro praxi*. roč. 13, č. 2, s. 103-106. ISSN: 1213-0494. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2012/02/09.pdf>.

ONDŘICHOVÁ, Lucie. Sestra je odborník, který vidí celého člověka. *Medical tribune: Tribuna lékařů a zdravotníků*. 2007, roč. 10, s. A16. ISSN 1214-8911.

VYBÍHALOVÁ, Lenka. Komunikace a spolupráce s rodinou nemocného. *Sestra*. 2012, č. 11, s. 30. ISSN 1210-0404.

Legislativa

ČESKO. Zákon č. 372/2011 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 311, s. 4749 - 4768.

8 Přílohy

Příloha č. 1: Statistika lůžkového oddělení – JIP 56 – PeK FN Brno

Příloha č. 2: Statistika lůžkového oddělení – JIP 7C – KDCH FN Motol

Příloha č. 3: Charta práv dětí v nemocnici

Příloha č. 4: Schválená žádost s výzkumným šetřením - FN Motol

Příloha č. 5: Schválená žádost s výzkumným šetřením - FN Brno

Příloha č. 6: Polostrukturovaný rozhovor s matkami - otázky

Příloha č. 7: Informace pro rodiče o předoperační přípravě a pooperační péči o dítě

Příloha č. 8: Informace pro rodiče o oddělení

Příloha č. 1 Statistika lůžkového oddělení – JIP 56 – PeK FN Brno

Dg.	Počet (abs.)
Laryngotracheální rozštěp (ageneze trachey)	2
Atrezie jícnu (VogtIII.b)	8
Atrezie duodena	3
Stenóza duodena	1
Atrezie jejunu (vícenásobná)	1
Stenóza ilea	1
Stenóza colonasc. (po NEC)	1
volvulus	5
Atrezie anu s píštělí	6
Atrezie anu bez píštěle	1
Perinatální perforace žaludku	2
Prenatální perforace střeva	4
Mekoniový ileus	2
Ileus (v.s. funkční, etiol.nejasná)	2
m. Hirschprung	3
Porucha pasáže GIT (etiol. nejasná, většinou nedonošení)	9
Omfalokéla	1
Gastroschíza	1
Brániční kýla	2
Ductusomfaloentericus	1
Hrudní lymfangiom+hygromacolli	1
Čokoládová cysta levého ovaria uloženého vpravo	1
Tumor rektosigmoidea (hemangiopericytom)	1
Krvácení z GIT, meléna	2
Nekrotizující enterokolitida	14
Epifýzeolýza distálního humeru	1
Fraktura femoru	1
Tříselná (obrovská skrotální) kýla neuskřinutá	4
Tříselná kýla uskřinutá	5
Torze varlete	1
Jiné změny scrota (imitující torzi varlete)	2
hydronefróza	6
gastrostomie	1
Celkem chirurgických diagnóz	96

(zdroj: MUDr. Lia Elstnerová - lůžkové oddělení – JIP 56 – PeK FN Brno odd. 56)

Celkový počet pacientů přijatých na odd. v roce 2013 byl 360.

Příloha č. 2 Statistika lůžkové oddělení – JIP 7C – KDCH FN Motol

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Celkem příjmů	218	227	239	200	318	284	258	202	236	274
Exitus (na odd./jinde)	4	1	0	3	4(2)	2(1)	2(0)	10(1)	4(0)	4/3
Teratomy+ benigní tum.	6	11	4	2	9	10	9	5	6	2/0
Maligní tumory	6	4	6	6	5	12	6	6	4	0
Hydronefróza, VUR	14	14	3	13		7	?	3	6	7
Extrofie m. měchýře	1	2	1	2	1	1	1	3(1)	3	0
Gastroschisa/omfalokéla	4/3	8/2	4/5	5/4	10	7/7	9/7	10/6	6/6	12/4
Atrezie jícnu	10	14	15	17	26	26	16	20	19	21
Atrezie duodena	7	5	3	7	2	10	8	10	7	9
Atr. dalších úseků GIT	7	12	4	14	14	6	7	6	5	4
AAR / Kloaka	22	25	23	25	23	27	21	13/1	23/1	29/1
M. Hirschsprung	8	15	6	3	6	9	16	3	4	10
Atrezie žluč. cest	6	2	9	11	9	10	7	8	7	4
Pylorostenóza	8	4	5	6	19	23	9	11	6	16
Ladd.sy, volvulus	6	3	4	3	8	5	9	5/4	3/2	4/6
Brániční kýla/relaxace	1		3	1/2	4	2	4	4	3/2	2/0
Ventilační dny							508	796	600	725

(zdroj: MUDr. Jitka Stýblová – lůžkové oddělení – JIP 7C – KDCH FN Motol)

Příloha č. 3 Charta práv dětí v nemocnici

Charta práv dětí v nemocnici

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

(Zdroj: Haškovcová, 2002)

Příloha č. 4 Schválená žádost o výzkumné šetření - FN Motol

ŽÁDOST O SBĚR DAT/POSKYTNUTÍ INFORMACE PRO STUDIJNÍ ÚČELY v souvislosti se závěrečnou diplomovou prací studentů škol

Vyplňuje žadatel:

Jméno a příjmení žadatele: Iveta Votroubková, Bc.

Datum narození: 11.6.1989 Telefon: 721 826 274 E-mail: sestrickaiveta@seznam.cz

Adresa pro doručení dat: Nevanova 1049/1, Praha 6 – Řepy, 163 00

Přesný název školy/fakulty: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Obor studia: Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech - modul pediatrie

Žadatel ve FN Motol koná odbornou praxi:

ANO na útvaru: v termínu od: do:

NE

Žadatel je zaměstnancem/rodinným příslušníkem zaměstnance FN Motol:

ANO Útvar/Jméno zaměstnance: KDCH – JIP 7C (zaměstnanec)

NE

Téma závěrečné práce: Sledování informovanosti matek dětí hospitalizovaných na chirurgických JIP jako podklad pro zlepšení ošetrovatelské péče

Požadavek na (zaškrtněte):

Dotazníková akce pro pacienty FN Motol pro zaměstnance FN Motol

Počet respondentů:

Termín sběru dat: od: do:

Útvar, kde bude dotazníková akce probíhat:

Výpis ze zdravotnické dokumentace

Předpokládaný počet dat (počet prohlednuté zdravotnické dokumentace):

Termín sběru dat: od: do:

Útvar, kde bude sběr dat probíhat:

(přesná specifikace/způsob provedení žádosti):

X Ostatní (statistická data)

Rozsah sledovaného období: 12/2014 – 05/2015

Termín sběru dat: od: 12/2014 do: 05/2015

Útvar, kde bude sběr dat probíhat: KDCH – JIP 7C

(přesná specifikace/způsob provedení žádosti):

Výzkumné šetření bude provedeno kvalitativní metodou. Pro kvalitativní šetření bude zvolena metoda dotazování, technikou rozhovoru.

Cílem diplomové práce bude zjistit subjektivní informovanost matek o onemocnění jejich dítěte a možných komplikacích nebo následcích onemocnění a zjistit subjektivní informovanost matek o průběhu hospitalizace na chirurgické JIP, o následné péči o dítě v domácím prostředí.

Budete FN Motol uvádět jako „zdroj dat“ ve své práci?: ANO NE

Datum: 27.7.2014

Podpis:

Mgr. Jana Nováková, MBA
náměstkyň pro oš. péči FN Motol

FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE
150 06 Praha 5 - Motol, V Úvalu 84
náměstkyň pro oš. péči
IČO: 00064203 DIČ: CZ00064203

Příloha č. 5 Schválená žádost o výzkumné šetření - FN Brno

ŽÁDOST O SBĚR DAT/POSKYTNUTÍ INFORMACE PRO STUDIJNÍ ÚČELY v souvislosti se závěrečnou diplomovou (odbornou) prací studentů škol

Vyplňuje žadatel:

Jméno a příjmení žadatele: Iveta Votroubková, Bc.

Datum narození: 11.6.1989 Telefon: 721 826 274 E-mail: sestrickaliveta@seznam.cz

Adresa pro doručení dat: Nevanova 1049/1, Praha 6 – Řepy, 163 00

Přesný název školy/fakulty: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Obor studia: Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech - modul pediatrie

Žadatel ve FN Brno koná odbornou praxi:

ANO na útvaru: v termínu od: do:

NE

Žadatel je zaměstnancem/rodinným příslušníkem zaměstnance FN Brno:

ANO Útvar/Jméno zaměstnance:

NE

Téma závěrečné práce: Sledování informovanosti matek dětí hospitalizovaných na chirurgických JIP jako podklad pro zlepšení ošetrovatelské péče

Požadavek na (zaškrtněte):

Dotazníková akce pro pacienty FN Brno pro zaměstnance FN Brno

Počet respondentů:

Termín sběru dat: od: do:

Útvar, kde bude dotazníková akce probíhat:

Výpis ze zdravotnické dokumentace

Předpokládaný počet dat (počet prohlednuté zdravotnické dokumentace):

Termín sběru dat: od: do:

Útvar, kde bude sběr dat probíhat:

(přesná specifikace/způsob provedení žádosti):

Ostatní (statistická data)

Rozsah sledovaného období: 12/2014 – 05/2015

Termín sběru dat: od: 12/2014 do: 05/2015

Útvar, kde bude sběr dat probíhat: Lůžková stanice 56 - JIP

(přesná specifikace/způsob provedení žádosti):

Výzkumné šetření bude provedeno kvalitativní metodou. Pro kvalitativní šetření bude zvolena metoda

dotazování, technikou rozhovoru. *dotazníková akce v rámci své praxe*

Cílem diplomové práce bude zjistit subjektivní informovanost matek o onemocnění jejich dítěte a možných komplikacích nebo následcích onemocnění a zjistit subjektivní informovanost matek o průběhu hospitalizace na chirurgické JIP, o následné péči o dítě v domácím prostředí.

Budete FN Brno uvádět jako „zdroj dat“ ve své práci? ANO NE

Poučení:

Žadatel souhlasí se zpracováním jeho osobních údajů v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění pro účely této žádosti. Zavazuje se zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat/informací. V případě, že žadatel uvádí FN Brno jako „zdroj informací“, je jeho povinností předložit zpracované výsledky ke schválení příslušnému vedoucímu zaměstnanci přímo podřízenému řediteli FN Brno, který žádost o sběr dat/poskytnutí informace ve FN Brno povolí. Prezentace výsledků s uvedením jména Fakultní nemocnice Brno je možná pouze s jeho souhlasem.

Příloha č. 5 Schválená žádost o výzkumné šetření - FN Brno

Datum: 27.7.2014

Podpis:

Odbor organizačních, právních věcí a personalistiky - Oddělení organizace řízení:

Zaevidováno na OOR dne: 18.7.2014 pod číslem: 2014/PJ034/FNORAO-679

Návrh výše úhrady za sběr dat/poskytnutí informace Kč

Vyjádření vedoucího zaměstnance příslušného útvaru, kde bude probíhat sběr dat/informací:

souhlas - útvar: PEK nesouhlas - útvar:

Vedoucími zaměstnanci v přímé podřízenosti ředitele FN Brno postoupeno dne

Žadatel je zaměstnancem FN Brno od: útvaru: 18.7.2014 **Fakultní nemocnice Brno**
Jihlavská 20, 625 00 Brno

V Brně dne 25.7.2014

Klaberová
referent/vedoucí OOR

Vyjádření vedoucího zaměstnance v přímé podřízenosti ředitele FN Brno

- sběr dat/poskytnutí informací v **plném** požadovaném rozsahu
 sběr dat/poskytnutí informací v **omezeném** požadovaném rozsahu
specifikace neposkytovaných informací:

neposkytnutí informací z důvodu:

Útvar pro sběr dat/poskytnutí informací:

Poznámka k žádosti:

V Brně dne

.....
podpis a razítko vedoucího zaměstnance v přímé
podřízenosti ředitele FN Brno

Odbor organizačních, právních věcí a personalistiky - Oddělení organizace řízení:

Žadateli odeslána informace o (ne)schválení žádosti dne 5.8.2014

Medicinskému/nemedicinskému útvaru žádost postoupena dne 5.8.2014

V případě placené služby dle Ceníku EO č. 22/2011-09.5:

- souhlas žadatele s placenou službou nesouhlas žadatele s placenou službou,
požadavek na storno žádosti ze strany žadatele

Způsob platby: na pokladně FN Brno

fakturou na účet FN Brno

Částka připsána na účet FN Brno dne:

Požadovaná data medicinského/nemedicinského útvaru doručena na OOR

Požadovaná data postoupena žadateli dne

Požadovaná data převzal žadatel osobně dne v počtu

Převzal:
(podpis žadatele)

Příloha č. 6 Polostrukturovaný rozhovor s matkami - otázky

Identifikační údaje:

1. V důsledku jaké diagnózy podstoupilo Vaše dítě chirurgický zákrok? Jak staré bylo Vaše dítě v období chirurgického zákroku?
2. Kolik máte dětí?
3. Pokud máte ještě další děti, podstoupilo některé z nich také chirurgický zákrok? Jaký zákrok? V jakém věku?
4. Byly Vám veškeré informace, které máte sdělovány automaticky vždy před každým novým léčebným či ošetrovatelským úkonem, nebo jste se musela sama iniciativně ptát, abyste informace měla?

Otázky týkající se onemocnění:

5. Kdo Vás informoval o diagnóze a nezbytnosti provedení chirurgického výkonu u Vašeho dítěte?
 - a. Byla jste spokojená s obsahem podané informace, nebo jste se musela lékaře/sestry dále vyptávat, abyste diagnóze a chirurgickému výkonu porozuměla?
 - b. Dotazovala jste se i jiného lékaře (v jiné nemocnici, na ambulanci, známého) na potvrzení diagnózy?
6. Když vám byly podávány informace, představil se vám lékař/sestra? Sdělil vám zdravotník svou odbornost ve vztahu ke zdravotnímu stavu Vašeho dítěte (pediatr, operatér, anesteziolog, sestra z dospívání, ošetřující sestra)?
7. Hledala jste další informace ještě někde jinde? Kde? (internet, literatura, přátelé, atd.).
8. Byla jste informována o příznacích signalizujících zhoršení stavu v případě, že byste chirurgický výkon Vašeho dítěte odmítla, nebo požádala o jeho odložení?
9. Byla jste informována o předoperační přípravě (fyzické, psychické) Vašeho dítěte k operačnímu výkonu? Považovala jste tyto informace za dostatečné?

10. Byla jste informována o přesném termínu (dni, hodině) a délce trvání chirurgického výkonu?
11. Byla jste informována o případných komplikacích, které mohou chirurgický výkon provázet? (krvácení, nutnost podání TRF, selhání ZŽF).
12. Byla jste informována o pravděpodobné délce hospitalizace související s konkrétní diagnózou Vašeho dítěte?

Otázky týkající se průběhu hospitalizace:

13. Byla Vám nabídnuta/umožněna společná hospitalizace s Vaším dítětem?
 - a. Pokud ano, jak dlouho jste byly společně hospitalizováni?
 - b. Pokud ne, jak dlouho bylo Vaše dítě hospitalizováno?
 - c. Byla jste informována o možnosti návštěv a o návštěvních hodinách?
 - d. Mohli Vás a Vaše dítě při společné hospitalizaci navštěvovat také ostatní rodinní příslušníci?
14. Byla jste informována o jednotlivých ošetrovatelských, diagnostických a léčebných procedurách, například o realizovaném vyšetření před jejich realizací, nebo až po ní?
15. Pokud jste byla sama přítomna nějakému vyšetření nebo ošetření (např. odběru krve, podání klyzmatu, zajišťování venózního přístupu), byla jste informována o tom, proč je nutné výkon realizovat?
16. Byla jste spokojená s podanými informacemi? Nebo jste nebyla spokojená? Kdo vám podával informace častěji (lékař/sestra)?
 - a. Měla jste pocit, že se informace neustále opakovaly?
 - b. Dostávala jste informace pouze ústně nebo také písemně?
 - c. Pokud písemně, co konkrétně jste dostala v písemné formě (domácí řád oddělení, informovaný souhlas s operačním výkonem a anestézií, o konkrétním onemocnění, apod.)?
 - d. Jak by se mohla podle Vašich zkušeností informovanost matek dětí hospitalizovaných na chirurgických JIP zlepšit?
 - e. Vzpomenete si, jaké otázky jste zdravotnickému personálu kladla nejčastěji a čeho se týkaly?

17. Měla jste možnost přečíst si na oddělení, kde bylo Vaše dítě hospitalizováno, Chartu práv hospitalizovaného dítěte?
- Pokud ano, myslíte si, že byla tato Charta dodržována?
 - Pokud si myslíte, že dodržována nebyla, v čem konkrétně?

Otázky týkající se následné péče o dítě v domácím prostředí:

18. Byla jste informována o denním režimu vašeho dítěte po propuštění z nemocnice? Byla jste informována o možném omezení aktivit vašeho dítěte po propuštění?
- Pokud ano, kdo konkrétně Vás informoval (sestra, lékař)?
 - Pokud ne, vyhledala jste si informace jinde? Kde?
19. Byla jste informována o podávání léků v domácím prostředí? O tom, jakou formou je podávat (rozdrcené, rozpuštěné), jakým způsobem je podávat (lžičkou, stříkačkou), kdy je podávat (na lačno, s jídlem, po jídle), o jejich možných vedlejších účincích?
20. Byla jste informována o pomůckách (stomické sáčky, gastrické sondy, injekční stříkačky apod.), které budete doma v následné péči v důsledku pooperační péče po chirurgickém výkonu potřebovat? Měla jste možnost procvičit si v průběhu hospitalizace používání těchto pomůcek?
21. Dostala jste kontakt na někoho z oddělení v případě potřeby doplnění informací? Dostala jste kontakt na rodičovské kluby, kluby stomiků nebo střediska rané péče?
22. Byla jste informována o následných kontrolách stavu vašeho dítěte, kdy a kde kontrola proběhne?

Příloha č. 7 Informace pro rodiče o předoperační přípravě a pooperační péči o dítě

Informace pro rodiče o předoperační přípravě a pooperační péči o dítě



(Zdroj: <http://blog.veruce.cz/page/14/?s=30>)

Vážení rodiče,

Vaše dítě je v tuto chvíli hospitalizováno na jednotce intenzivní péče (JIP), což je pro Vás jistě stresující a hlavou Vám probíhá mnoho otázek. Množství lidí, přístrojů a také shonu na JIP vás může polekat. Zřejmě pro vás nebude lehké smířit se s tím, že právě Vaše dítě potřebuje takovou mimořádnou zdravotnickou péči. Tímto letákem bych Vás chtěla seznámit alespoň se základními postupy, které Vaše dítě po přijetí na JIP podstoupí:

Příprava dítěte k plánované operaci:

- **Vyšetření dětským lékařem** – před plánovaným chirurgickým výkonem je nezbytné, aby dítě vyšetřil dětský lékař. To může být doplněno laboratorním vyšetřením krve nebo moči. Někdy je rovněž nezbytné, aby dítě vyšetřil specialista, např. dětský kardiolog, diabetolog, apod. Vyšetření pediatrem by nemělo být starší 2 týdnů (Málek, 2011). Pokud jste tedy byli požádáni, aby Vaše dítě vyšetřil praktický dětský lékař, výsledky tohoto vyšetření přineste s sebou do nemocnice.
- **Vyšetření anesteziologem** – toto vyšetření probíhá zpravidla v předvečer chirurgického zákroku. Jeho cílem je posouzení aktuálního klinického stavu dítěte a stanovení anesteziologického rizika (Fedora a kol., 2012).
- **Vyšetření doplňující** – také anesteziolog může požadovat případná další vyšetření jako např. rentgen či ultrazvuk, jedná se o nebolestivá vyšetření (Fedora a kol., 2012).
- **Premedikace** – Vašemu dítěti bude před operací podána tzv. premedikace. Jedná se o léčebný přípravek, který má tlumicí účinky, které navozují dobrý spánek a potlačují pocit strachu z cizího prostředí a operačního zákroku (Fedora a kol., 2012).
- **Psychická příprava dítěte** – Vaše přítomnost na oddělení před operací dítěte je žádoucí. Pomáhá dítěti překonat strach z nového prostředí a z operace. Pokud však z různých důvodů přítomni být nemůžete, Vaši roli ochránce a těšitele

dítěte převezme zdravotnický personál, který je za tímto účelem odborně školen (Fedora a kol., 2012).

- **Fyzická příprava** - při příjmu dítěte na oddělení změří sestra výšku a zjistí hmotnost Vašeho dítěte. Dále zkontroluje odstranění piercingu, náušnic, kontaktních čoček, brýlí, sluchadel, zubních náhrad či rovnátek (pokud nejde o fixní pomůcky). Dále požádá o odstranění laku na nehty a make-upu, případně oholí ochlupení (či vlasový porost) v místě operace. Před vlastní operací dále provede celkovou koupel dítěte s přihlédnutím k operačnímu místu (Hatfield, 2007; Coyne, 2010).
- **Lačnění dítěte** – před operací bude Vaše dítě po nějaký čas bez příjmu stravy. Poslední příjem tuhé stravy je možný večer před plánovaným zákrokem. Mléčnou stravu na bázi kravského mléka je možné dítěti naposledy podat 6 hodin před operací. Nakojit dítě bude matka moci ještě 4 hodiny před výkonem. 2 hodiny před výkonem je možné dítěti podat čirou tekutinu, nejlépe čaj (Fedora et al., 2012). O všem budete informováni včas zdravotnickým personálem.

Převoz dítěte na operační sál

Dítě na operační sál převáží zpravidla sanitář pod dohledem sestry z oddělení a s doprovodem rodičů. Pokud je dítě převáženo z JIP, doprovází jej také lékař. Operační sál je vysoce sterilní prostředí, proto se rodiče musí rozloučit s dítětem ještě před vstupem. Dítě si poté přebírá anesteziologická sestra, která zkontroluje jeho identifikaci pomocí identifikačního náramku, dokumentace a u větších dětí také ústní kontrolou – jméno musí říct pacient sám. Dle dokumentace sestra zkontroluje podání premedikace (čas podání a podpis sestry, která premedikaci podala), dítěti nalepí EKG elektrody a napojí je na monitor ke zhodnocení srdeční akce a frekvence dýchání. Rovněž mu přiloží na paži manžetu ke změření krevního tlaku a na prst čidlo pulzního oxymetru ke zhodnocení saturace krve kyslíkem. V případě speciálních vyšetření prováděných v celkové anestézii (CT, MRI, endoskopie), může být doprovod přítomen také při uvádění dítěte do anestézie. Tuto činnost provádí lékař - anesteziolog. Úvod do

anestezie probíhá u 90 % dětí inhalačně, to znamená, že anesteziolog přiloží dítěti na nos a ústa masku, kterou mu podá plynné anestetikum, jež dítě vdechne a vzápětí usne. Předem však dítě na tuto skutečnost připraví. Potřebné pomůcky mu ukáže, případně nechá i osahat. Ostatní nezbytné přípravy k operaci, jako je např. zavedení kanyly do žíly, cévky do močového měchýře, sondy do žaludku, rourky do dýchacích cest pro případ umělé plicní ventilace (vše dle druhu a délky operačního výkonu) se provádějí již v celkové anestezii, aby dítě nepocíťovalo diskomfort nebo bolest (Fedora et al., 2012).

Pooperační péče o dítě

Po operačním výkonu jsou děti převáženy zpět na JIP nebo na tzv. dospávací oddělení (pooperační pokoj). Zde se dítě permanentně sleduje a monitoruje. Po operaci bude mít ještě zavedenou kanylu v žíle, cévku v močovém měchýři, sondu v žaludku, rourku v dýchacích cestách a může být napojeno na přístroj, který mu bude pomáhat s dýcháním, tzv. ventilátor.

- **Sledování a hodnocení základních životních funkcí dítěte** – sestra bude sledovat a hodnotit srdeční akci, frekvenci dýchání, hodnotu krevního tlaku, saturaci krve kyslíkem a tělesnou teplotu dítěte. Normální hodnoty sdělí doprovodu dítěte na požádání. Při zvýšených nebo snížených hodnotách bude monitor vydávat zvukové signály (alarm). Sestra bude rovněž sledovat stav vědomí a probuzení dítěte z anestézie. Nezřídka se stane, že dítě již probuzené na operačním sále, na JIP nebo dospávacím pokoji znovu usíná. V takovém případě je třeba, aby u něho do úplného probuzení stále někdo byl. Tím někým může být po domluvě s personálem i doprovod dítěte.
- **Sledování a hodnocení chování dítěte** – sestra hodnotí schopnost dítěte po probuzení navázat kontakt (s ní nebo doprovodem), jeho orientovanost (místem, časem, osobou) přiměřeně svému věku a předoperačnímu stavu, rovněž jeho motorickou koordinaci, která musí odpovídat předchozímu stavu. Sestra také hodnotí schopnost dítěte se vymočit a začít přijímat tekutiny ústy. Důležitou podmínkou propuštění dítěte je zvládnutí bolesti. Dítě musí mít zavedenou adekvátní analgézi, ve které může pokračovat i v domácím prostředí. Optimální

doba pobytu na dospávacím (pooperačním) pokoji je 4 – 6 hodin, za tuto dobu většina pacientů splní daná kritéria (Fedora et al., 2012).

- **Výživa dítěte** - po krátkodobých operačních výkonech a nekomplikované anestezii se zahajuje příjem tekutin poměrně časně, avšak to je individuální vzhledem ke zdravotnímu stavu dítěte. Poté se trávicí trakt zatěžuje kašovitou stravou a posléze se přechází na stravu normální (pokud nejsou žádná omezení). Po déledobých výkonech na trávicím traktu se dítěti zavádí sonda do žaludku k odvádění reziduí (zbytků) a dítě se vyživuje žilní cestou, tzv. parenterálně. Když se obnoví peristaltika a žaludeční sonda již neodvádí žádné zbytky, je možné dítě začít opět krmit ústy (Dlask in Novák, 2008).

Propuštění dítěte

Délka pooperačního sledování závisí na druhu a délce operačního výkonu, na věku pacienta, na přidružených onemocněních nebo možných komplikacích. O propuštění dítěte rozhoduje ošetřující lékař po domluvě s operátorem a anesteziologem.

Zdroje literatury:

MÁLEK, 2011.

FEDORA, 2012.

HATFIELD, 2007.

COYNE, 2010.

NOVÁK, 2008.

Informace pro rodiče



FN MOTOL

JIP pro novorozence a kojence – 7C
Klinika dětské chirurgie 2. LF UK a FN Motol
FN Motol

Vážení rodiče,

Vaše miminko má zdravotní potíže, a proto bylo převezeno nebo je právě převáženo na jednotku intenzivní péče pro novorozence a kojence – 7C Kliniky dětské chirurgie 2. LF UK a FN Motol.

Abychom vám pomohli orientovat se v nastalé situaci, rádi bychom vám podali alespoň základní informace.

Kde vaše miminko leží?

Vaše miminko bude po několik následujících dnů nebo týdnů hospitalizováno na jednotce intenzivní péče pro novorozence a kojence – 7C, Kliniky dětské chirurgie 2. LF UK a FN Motol.

Jedná se o jednotku intenzivní péče, která poskytuje vysoce specializovanou péči novorozencům a kojencům, kteří jsou na oddělení přijímáni po operačních výkonech.

Kdy se můžete informovat na dítě?

Informace o zdravotním stavu Vašeho dítěte podává ošetřující lékař pouze rodičům po sdělení číselného hesla pro komunikaci, které dostanete při první návštěvě na oddělení telefonicky nebo osobně při první návštěvě. Ošetřující sestra, která se ve službě stará o Vaše dítě, vám podá informace týkající se ošetřování a chování Vašeho dítěte rovněž telefonicky a při Vaší návštěvě na oddělení.

Telefonické informace jsou podávány kdykoli, nejlépe však po 10. hodině, kdy bývají zpravidla hotové lékařské vizity.

- Telefonní čísla na oddělení: recepce – **224432434**, intenzivní pokoje – **224432432** a **224432437**.

Jsou povoleny návštěvy dítěte?

Návštěvy dětí probíhají neomezeně, optimálně však do 21 hodin, v konkrétních případech se lze domluvit individuálně dle stavu dítěte.

Návštěvy jsou povoleny rodičům dítěte a dalším příbuzným dle domluvy s výjimkou dětí do 6 let (častí nositelé infekce). Návštěvy mohou být časově omezeny dle aktuální provozní situace na oddělení.

Není vhodné, aby na návštěvu přicházeli lidé, kteří mají teplotu, jsou nachlazení, mají kašel, průjem, vyrážku, opar. To jsou příznaky infekčních nemocí, jež mohou ohrozit Vaše dítě.

Co můžete svému dítěti přinést?

Vaše dítě má na našem oddělení samozřejmě zajištěny všechny nezbytné potřeby a pomůcky. Dle Vašeho uvážení mu však můžete přinést dudlík, dětskou kosmetiku nebo malou hračku. Nedoporučujeme nosit dítěti vlastní oblečení, neboť by se mohlo snadno ztratit.

Může se stát, že Vaše miminko nebude po nějaký čas schopné přijímat žádnou stravu. Avšak to nejlepší, co Vašemu dítěti můžete donést, je odstříkané mateřské mléko. Odstříkávejte mléko každé 3 hodiny, jako byste kojila, neboť pravidelné vyprázdnění prsů podporuje tvorbu mateřského mléka. Před odstříkáváním si umyjte a zdezinfikujte ruce, omyjte si prsy a bradavky vodou. Odsávačka musí být vyvařená. Odstříkávejte do sterilní kojenecké lahve nebo vyvařené uzavíratelné nádoby. Mléko zchlaďte 10 minut pod tekoucí vodou a uložte do mrazáku s teplotou – 18 °C, kde může být posléze uloženo max. 6 měsíců. Mléko je nutno transportovat v chladicí tašce, aby nerozmrzlo. Rozmražené mléko se musí spotřebovat do 24 hodin stejně tak čerstvé mléko v lednici.

Je možné přijmout k dítěti maminku?

Maminky vzhledem k omezené ubytovací kapacitě přijímáme za následujících podmínek:

- Zdravotní stav dítěte musí být stabilizovaný a musí umožňovat ošetřování dítěte matkou (tj. dítě není na dýchacím přístroji apod.).
- Zdravotní stav maminky musí být dobrý. Jedná se o dětské oddělení, na oddělení není k dispozici gynekolog. Ubytovna pro maminky se nachází v areálu nemocnice asi 50 metrů od budovy. Maminky musí být schopné docházet z této ubytovny a do jídelny, která se nachází v dospělé části nemocnice asi 600 metrů od oddělení.
- O příjmu maminky rozhoduje zdravotnický personál po předchozí osobní nebo telefonické domluvě s rodiči dítěte.

- V rámci komplexní péče o pohodu matky i dítěte je možné zajistit rozhovor s psychologem.

Co bude maminka v nemocnici potřebovat?

- Osobní doklady (občanský průkaz, kartu pojištění).
- Domácí obuv a oděv (pohodlný ke kojení).
- Pyžamo nebo noční košili.
- Hygienické potřeby.
- Peníze na zakoupení doplňkových potravin a zejména tekutin a rovněž na zálohy ke skříňkám, kartám – 200 Kč v drobných penězích (příp. odsávačku mateřského mléka – 1000 Kč).
- Doporučujeme odsávačku mateřského mléka.

Ostatní osobní věci omezte na nezbytně nutné. Výbavičku pro miminko si nechte přivést až bezprostředně před propuštěním.

Jak se k nám dostanete?

FN Motol se nachází na severozápadním okraji městského obvodu Praha 5, V Úvalu 84. Současné možnosti parkování v areálu FN Motol jsou velmi omezené. V době vjezdu od 7.00 do 18.00 při výjezdu do 30 minut je umožněn výjezd zdarma. V případě vjezdu v 17:59 je zdarma pouze půl hodiny, každá další započatá hodina je zpoplatněna poplatkem 30 Kč/hod. Rodičům dlouhodobě hospitalizovaných dětských pacientů jsou vyhrazena bezplatná střežená stání v krytém parkingu, která se rodičům dětí přidělují na základě vyplněné žádosti. Žádost obsahuje i písemné potvrzení ošetřujícího lékaře o dlouhodobé hospitalizaci dítěte. Uvedeným potvrzením se rodiče prokáží zaměstnanci bezpečnostní služby při vjezdu do parkingu a ten jim následně přidělí bezplatné parkovací místo.

Doprava MHD od Hlavního nádraží:

Metrem z Hlavního nádraží linkou C na Muzeum (přestupní stanice), přestup na linku A, zastávka metra Nemocnice Motol, doba jízdy je cca 25 minut.

Vlastní oddělení se nachází v budově dětské části nemocnice, **7. patro, monoblok (uzel) C**. Zde je nutno na oddělení zazvonit. Bližší informace vám rádi poskytnou zaměstnanci vrátnice.

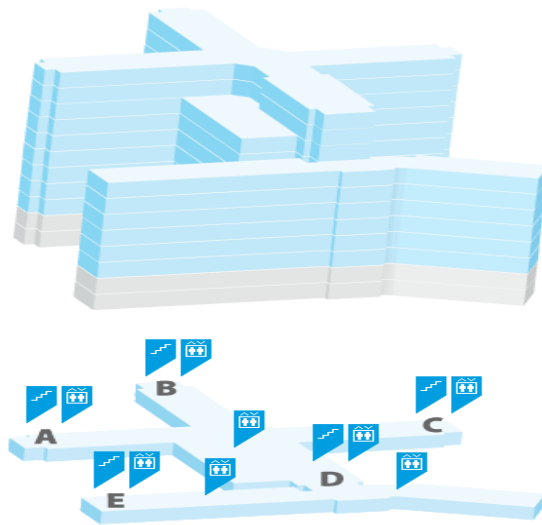
AREÁL FN MOTOL



- Část pro dospělé
- Ředitelství, Ombudsman
- Část pro děti
- Ubytovna
- Léčebna dlouhodobě nemocných
- Ústav ošetřovatelství, Ústav vědeckých informací, Knihovna 2LF
- Dětská psychiatrická klinika
- Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství
- Fotolaboratoř, Ústav jazyků 2LF

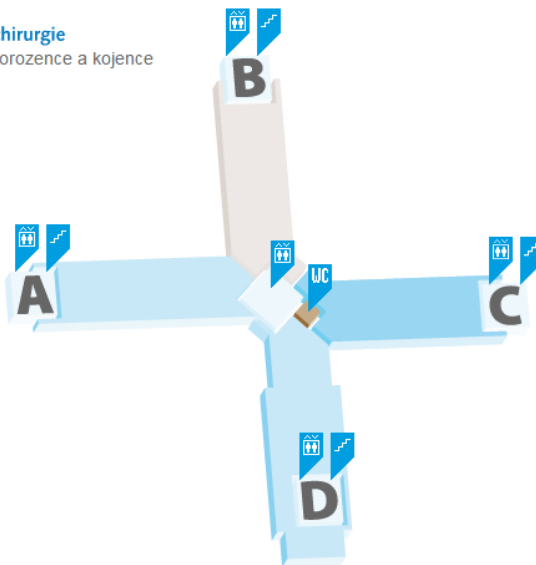
- Ústav patologie - Informace pro pozůstalé, příjem šatů
- Privátní stomatologické centrum
- Centrum rodinné terapie
- Centrum zrakových vad, Oddělení klinické psychologie
- Ústav lékařské mikrobiologie
- Pneumologická linka
- Ústav biologie a lékařské genetiky, ambulance Fresenius medical care
- Léčebna dlouhodobě nemocných
- Oddělení infekční
- Onkologie
- Dobrovolnické centrum, Česká pojišťovna, Pedikura, Ortopedické pomůcky, ORTOTIKA, Kosmetika, Solárium

Část pro děti



7. patro, uzel C

Klinika dětské chirurgie
oddělení pro novorozence a kojence
do 1 roku



*(zdroj: autor práce, FN Motol – interní informace o odstříkávání MM pro potřeby matek,
informační brožura FN Brno, web FN Motol - <http://www.fnmotol.cz/>)*