

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Specifika ošetrovatelské péče se zaměřením na potřeby dětí v kojeneckých  
ústavech z pohledu sester**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

**Vedoucí práce:**

Mgr. Jaroslava Fendrychová, Ph.D.

**Autor:**

Bc. Lenka Jamborová

2011

**Prohlášení:**

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě Zdravotně sociální 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.....

.....

podpis studenta

**Poděkování:**

Touto cestou bych chtěla poděkovat všem, kteří mi pomáhali při vypracování mé diplomové práce. Děkuji své vedoucí práce Mgr. Jaroslavě Fendrychové, Ph.D. za její cenné rady, drahocenný čas a za to, že mi pomohla dokončit tuto práci. Děkuji doc. MUDr. Lubomíru Kuklovi CSs. za odbornou konzultaci a věnovaný čas mé práci.

## **Abstrakt**

The Diploma Thesis deals thematically with the specifics of nursing care specialized in accommodating the needs of children in nurseries from the perspective of nurses. Nurseries are medical facilities for children from birth to three years of age. In some cases, children may stay in a nursery beyond the age of three years, e.g., if they wait until arrangements have been made for their sibling, so that they could be allocated to the same foster family of children's home together.

The specifics of nursing care for children in nurseries vary according to their age and needs. Regular regimen has to consist of time intervals for feeding, playtime, outdoor activities, sleep, and daily hygiene. It is thereof necessary to observe a certain routine schedule and build up a sense of order in the children from very early age.

Dunovský divides children's needs into biological, psychological, social, and developmental needs. The children's needs are described as variable at the different stages of their development. Their biological needs, however, are constant and require full satisfaction for undisturbed development of every child.

The objective of the Thesis is to find out whether the children's needs are properly satisfied from the perspective of the nurses who work in such nurseries. With this aim in mind, we have set out four research questions, all of which we have been able to answer successfully. For the purposes of our study, we applied qualitative research methods, specifically, the method of structured interviews. During the interviews, the respondents answered 32 prepared questions. The research team was comprised of general and pediatric nurses from seven locations of the Children's Centers in Jihlava, Znojmo, Strakonice, Prague, and Dvůr Králové, and from the Children's Homes in Kamenice nad Lipou and Stránčice. The interviews were transcribed into casuistry and processed further as categorization tables.

The survey revealed that the nurses at the nurseries under study were satisfying the children's biological, psychological, as well as social needs to the extent of their best conscience, human resources availability, and the technical provisions of their respective workstations. The children in their care could be attended to even better, if

there were more personnel, a new gym, swimming pool, and another pavilion, where the children could be transferred after reaching the age of six years.

Based on the results of the survey, an information flyer has been drawn up containing compiled information for the public as to the role and function of nurseries and available options in the area of foster family care. The Thesis might also be used as educational material by medical/nursing staff members in the Czech Republic, and raise awareness about any existing shortcomings in the care for these children.

## Obsah

Úvod .....	3
1. Současný stav.....	5
1.1 Ošetřovatelský proces u dětí.....	5
1.1.1 Vymezení pojmů.....	5
1.1.2 Stručná historie ošetřovatelského procesu.....	7
1.1.3 Specifika ošetřovatelské péče u dětí v kojeneckých ústavech.....	8
1.1.4 Nejčastěji umístřované děti v kojeneckých ústavech.....	12
1.2 Práva dětí.....	13
1.2.1 Dokumenty o právech dětí.....	14
1.3 Potřeby dětí.....	15
1.4 Rodina.....	17
1.4.1 Funkce rodiny .....	18
1.4.2 Poruchy rodiny.....	19
1.5 Kojenecké ústavy, dětské domovy a dětská centra .....	20
1.5.1 Pobyty v kojeneckých ústavech .....	22
1.5.2 Historie kojeneckých ústavů.....	22
1.6 Dětská sestra .....	25
1.6.1 Historický vývoj role sestry .....	26
1.6.2 Náplň práce sestry v kojeneckém ústavu.....	28
1.6.3 Sestry a vzdělávání.....	28
2 Cíl práce a výzkumné otázky .....	30
3 Metodické postupy .....	31
3.1 Použité metody a techniky .....	31
3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	31
3.3 Obsah rozhovoru .....	31
4 Výsledky .....	34
4.1 Výsledky šetření v Dětském centru Jihlava (pracoviště č. 1) .....	34
4.2 Výsledky šetření v Dětském centru Strakonice (pracoviště č. 2).....	37
4.3 Výsledky šetření v Dětském domově v Kamenici nad Lipou (pracoviště č. 3).....	40

4.3 Výsledky šetření v Dětském centru Znojmo (pracoviště č. 4) .....	43
4.4 Výsledky šetření v Dětském centru Praha (pracoviště č. 5) .....	46
4.5 Výsledky šetření v Dětském domově Strančice (pracoviště č. 6) .....	49
4.6 Výsledky šetření v Dětském centru Dvůr Králové (pracoviště č. 7) .....	52
5 Diskuse .....	78
6 Závěr .....	83
7 Seznam použitých zdrojů .....	84
8 Klíčová slova .....	92
9 Seznam příloh .....	94

## Seznam zkratek

<b>KÚ</b>	Kojenecký ústav
<b>DC</b>	Dětské centrum
<b>DD</b>	Dětský domov
<b>Oš. péče</b>	Ošetřovatelská péče
<b>PSS</b>	Pomaturitní specializační studium
<b>SS</b>	Staniční sestra
<b>VS</b>	Vrchní sestra
<b>Vých. S.</b>	Výchovná sestra
<b>S</b>	Sestra
<b>Pr.</b>	Pracoviště
<b>Res.</b>	Respondentka



## Úvod

*„Nad zlato dražší klenot jest dítě,  
avšak nad sklo křehčí...“*

*J. A. Komenský*

Kojenecké ústavy jsou zdravotnická zařízení pro děti od 0 do 3 let věku. v některých případech se zde nacházejí i děti starší, a to hlavně z toho důvodu, že čekají na své sourozence, aby společně odešly do náhradních rodin či následné institucionální péče.

V názvu práce dodržuji stávající název kojenecký ústav, i když výzkumné šetření probíhalo v dětských domovech a dětských centrech. Dotazem na Ministerstvo zdravotnictví České republiky mi bylo sděleno, že se v současné době připravuje nový zákon, který nahradí stávající č. 20/1966 Sb. v rámci tohoto zákona budou mimo jiné definovány i zdravotní služby a zaopatření poskytované v dětských domovech pro děti do 3 let věku. Kojenecké ústavy již nebudou v připravovaném zákoně zmiňovány, neboť ve snaze zamezit dělení sourozeneckých skupin a přemísťování dětí z jednoho typu zařízení do druhého v prvním roce věku dítěte by mělo dojít ke sloučení kojeneckých ústavů s dětskými domovy pro děti do 3 let věku. v návaznosti je připravován také zákon o dětských centrech, která budou definována jako zdravotnická zařízení pečující o všestranný rozvoj dětí, a to zejména těch, které nemohou vyrůstat v rodinném prostředí. Dále pak dětí týraných, zanedbávaných, zneužívaných a ohrožených ve vývoji nevhodným sociálním prostředím, dětí se zdravotním postižením a ostatních dětí, které potřebují služby zajišťované dětskými centry. v budoucnosti by tedy dětská centra měla nahradit stávající dětské domovy pro děti do 3 let věku i kojenecké ústavy.

Téma mé diplomové práce jsem si zvolila převážně z toho důvodu, že mě velmi zajímá problematika těchto dětí. Během letní praxe v dětském centru jsem měla možnost nahlédnout blíže do systému této péče. Byla jsem velmi mile překvapena, kolik kvalifikovaného personálu zde pracuje a jak se dětem s láskou a oddaností věnují. Jsem

si jistá, že tuto práci může dělat pouze člověk, který má rád děti, nesoudí je a nedělá mezi nimi žádné rozdíly.

Výzkumným šetřením v jednotlivých pracovištích jsem chtěla zjistit, že i když se nazývají každé jinak, jejich činnosti se téměř v ničem neliší. Děti jsou zde přijímány od 0 do 6 let věku, téměř ve všech případech z důvodu sociálních, zdravotních, zdravotně sociálních nebo z důvodu závislosti rodičů na drogách a alkoholu.

Získané poznatky a výsledky mé diplomové práce mohou dále pomoci sestřám zkvalitnit a ucelit péči, kterou dětem na jednotlivých pracovištích věnují a mohou být také využity jako materiál pro edukaci zdravotnického personálu pracujícího v těchto typech zařízení v České republice. Práce by mohla posloužit i laické veřejnosti, protože si myslím, že stále mnoho lidí nemá dostatek informací o funkci kojeneckých ústavů, dětských domovů a dětských center a práci personálu v těchto zařízeních stále kritizují a nedoceňují.

# 1. Současný stav

## 1.1 Ošetrovatelský proces u dětí

### 1.1.1 Vymezení pojmů

„**Dítětem** je rozuměna každá lidská bytost od narození do osmnácti let věku, pokud tedy dle právního řádu není zletilosti dítěte dosaženo dříve (17 str. 57)“. Dětský věk můžeme rozdělit do jednotlivých období, která jsou charakterizována určitými znaky. Novorozenecké období je definováno od okamžiku přerušení pupečníku do konce 28. dne života. Kojenecké období začíná 29. dnem a končí 1. rokem života dítěte. Batolecí období začíná ukončeným 1. rokem a trvá do 3. roku věku dítěte. Předškolní věk je definován od 3. do 6. roku věku dítěte. Školní věk začíná 6. nebo 7. rokem života (podle začátku školní docházky) a končí 15. nebo 16. rokem věku. Někdy se ještě dělí na mladší a starší školní věk, kdy je dělítkem ukončená pátá třída základní školní docházky. Adolescence sice nastává příchodem puberty, ale v pediatrii je popisována od 15. do ukončeného 18. roku života (1, 12, 33, 35, 43, 66, 69). Psychologové mají pochopitelně zase svoje definice.

**Ošetrovatelský proces** je definován jako série plánovaných činností, které jsou zaměřeny na dosažení určitého výsledku. Jde tedy o systémovou teorii aplikovanou na postup, který řeší určitý problém s předem stanoveným cílem. Ošetrovatelský proces používají kvalifikované sestry při hodnocení stavu klienta, plánování, realizaci a vyhodnocování činností péče. Kozierová a kol. (1995) definovala ošetrovatelský proces jako systematickou, racionální metodu plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Jeho cílem je určit pacientův zdravotní stav, skutečné nebo potenciální problémy, naplánovat uspokojení zjištěných potřeb a vykonat specifické ošetrovatelské zásahy na jejich uspokojení. Každý pacient vyžaduje individuální přístup zdravotnického personálu. Metoda ošetrovatelského procesu umožňuje systematický přístup v péči o dítě, vždy je však nutné znát zákonitosti dětského vývoje. Metodou ošetrovatelského

procesu je poskytnut prostor pro propojení přístupu k dítěti, což pomáhá dokonale poznat, analyzovat a také uspokojovat jejich potřeby. Jednotlivé fáze ošetřovatelského procesu se vzájemně prolínají a ve spirále opakují a jsou uskutečňovány v určitém logickém pořadí. Každá fáze je samostatná, ale přístup k ošetřovatelské péči musí být uplatněn jako celek, každý jednotlivý krok je závislý na krocích ostatních (24, 27, 30, 52).

Ošetřovatelský proces se skládá z 5 fází:

1. První fází ošetřovatelského procesu je posouzení a zhodnocení. Zahrnuje sběr, ověřování a třídění údajů o pacientově zdravotním stavu. Informace o tělesných, emocionálních, vývojových, společenských, kulturních a intelektových aspektech pacienta.
2. Druhou fází ošetřovatelského procesu je diagnostika. Ta se skládá z analyzování údajů, formulace a ověření diagnóz. Ošetřovatelská diagnóza je standardní pojmenování problému pacienta, jeho reakce na aktuální a potenciální zdravotní problémy nebo životní procesy či situace. Je to závěr o skutečném nebo potenciálním narušení zdravotního stavu pacienta.
3. Třetí fází ošetřovatelského procesu je plánování ošetřovatelských strategií či intervencí s cílem prevence, redukce či eliminace pacientových zdravotních problémů, které byly zjištěny během diagnostické fáze. Nejdříve dochází k vytyčení priorit, stanovení očekávaných výsledků, plánování ošetřovatelských strategií, zápis sesterských ordinací, psaní plánů ošetřovatelské péče a konzultování.
4. Fáze realizace je čtvrtou fází ošetřovatelského procesu a je zaměřena na dosažení očekávaných výsledků péče či cílů pacienta. Propojuje všechny fáze ošetřovatelského procesu a je zde nezbytné, aby sestry maximálně spolupracovaly s pacientem. Na realizaci této fáze se podílejí i ostatní zdravotničtí pracovníci.
5. Poslední fází ošetřovatelského procesu je vyhodnocení. Hodnotíme, zda a do jaké míry byly splněny cíle, které jsme si s pacientem stanovili. Poskytuje nám zpětnou vazbu, kterou můžeme využít k identifikaci dalších potřeb jedince. Vyhodnocování provádíme během celého cyklu ošetřovatelského procesu (24, 27, 30, 52 ).

### ***1.1.2 Stručná historie ošetrovatelského procesu***

Před tím než byl ošetrovatelský proces vyvinut, sestry poskytovaly svou péči na příkaz lékaře a jejich péče byla zaměřena více na chorobu než na individuální potřeby nemocného člověka. Termín ošetrovatelský proces poprvé použila Hallová v roce 1955. Od té doby byl ošetrovatelský proces popsán dalšími sestrami různým způsobem. v roce 1963 ho Wiedenbachová popsala jako třífázový: pozorování, poskytnutí pomoci a přesvědčení se o výsledku péče. Staňková pak uvedla termín ošetrovatelský proces jako způsob profesního uvažování sestry o nemocném a jeho individuální problematice, který ovlivňuje její způsob práce s nemocným (28).

V roce 1967 pak Západní mezistátní komise o vyšším vzdělávání (Western Interstate Commission on Higher Education) uvedla 5 kroků ošetrovatelského procesu: percepce, komunikace, interpretace, intervence a vyhodnocení. Tato komise označila ošetrovatelský proces jako vzájemný vztah mezi pacientem a sestrou v daném prostředí (27, 30).

Roku 1967 Fakulta ošetrovatelství Katolické americké univerzity v USA předložila 4 součásti ošetrovatelského procesu: posouzení, plánování, zásah a vyhodnocení péče. Využití ošetrovatelského procesu v praxi se pak legitimizovalo v roce 1973 v USA, kdy Sdružení amerických sester (American Nurses Association - ANA) uveřejnilo Normy ošetrovatelské praxe a uvedlo 5 součástí ošetrovatelského procesu: zhodnocení, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení. Stále více se pak začal používat pojem ošetrovatelská diagnóza. Tento pojem se vyvíjel v 50. a 60. letech a používal se na označení pacientových problémů či potřeb. v roce 1982 byla založena organizace Severoamerické sdružení pro sesterské diagnózy (North American Nursing Diagnosis Association - NANDA). Tato organizace v roce 1990 kodifikovala asi 100 diagnostických kategorií. Původní podobu dnešního ošetrovatelského procesu pak dala roku 1982 Národní rada států rady ošetrovatelství (National Council of State Boards of Nursing- NCSBN), která definovala pět kroků ošetrovatelského procesu: posouzení, analýza, plánování, realizace a vyhodnocení (19, 27, 30, 37).

### ***1.1.3 Specifika ošetrovatelské péče u dětí v kojeneckých ústavech***

Specifika ošetrovatelské péče u dětí v kojeneckých ústavech se mění v závislosti na věku či potřebách dítěte. Pravidelné střídání spánku, jídla, hry, pobytu venku a denní hygieny má zajistit denní režim. Ten je potřeba regulovat a budovat v něm určitý pořádek již od útlého věku (13, 65, 72).

Kojenecké ústavy jsou také zdravotnická zařízení, ale režim dětí je zde odlišný od režimu v nemocnici, je zcela podřízen jejich potřebám.

K dětem je snaha přistupovat tak, jako kdyby žily v rodině s přihlédnutím k jejich aktuálnímu zdravotnímu stavu. Děti jsou zde rozděleny do skupin podle věkových kategorií. Každá sestra má na starosti určitý počet dětí. Cílem je co nejvíce snížit počet dětí v jednotlivých skupinách tak, aby si mohly dostatečně užít péče sestry, která se o ně stará. Přizpůsobují se i pracovní směny jednotlivých sester, aby se u dětí střídalo co nejméně personálu, aby u sebe měly neustále známé tváře. Každé dítě má vytvořený výchovný plán, podle kterého se postupně rozvíjí jeho schopnosti, řeč a sociální chování. Probíhají zde v pravidelných intervalech psychologická vyšetření, která zjišťují úroveň vývoje dítěte, pomáhají odhalit případné vývojové odchylky, které se při včasné diagnostice dají ve velké míře eliminovat. Ve většině těchto zařízení pracují výchovné sestry, které tvoří výchovné programy pro jednotlivé věkové skupiny dětí. Tyto sestry také dohlíží na uplatnění programů v každodenní péči (24, 48, 52).

K základním ošetrovatelským výkonům, které jsou v kojeneckých ústavech, dětských domovech a dětských centrech dětem poskytovány, patří hygienická péče. Jde o soubor pravidel a postupů, které vedou k podpoře a ochraně zdraví. Patří mezi biologické potřeby dítěte, které se vyvíjejí a mají být uspokojovány již od narození. Umývání rukou před jídlem a po použití toalety musí být pro děti naprostou samozřejmostí. Čistění zubů má začít již od jejich prvního prořezání kolem 7. měsíce věku. i když jsou novorozenci a kojenci zcela závislí na péči sestry, která se o ně stará, základní hygienické návyky si začínají vytvářet již v tomto útlém věku. Nejdůležitějším věkovým obdobím pro vytváření hygienických návyků je však období batolecí (24, 26, 27, 52).

V kojeneckých ústavech, dětských domovech a dětských centrech jsou děti koupany jedenkrát denně, vždy ve večerních hodinách, aby si utvářely určitý režim a také aby se jim lépe usínalo. Pomůcky ke koupání by měly být připraveny v blízkosti vaničky, aby sestra nemusela zbytečně odbíhat a nenechávala dítě samotné bez dozoru. Nevynechává se ani česání a péče o nehty. Nehty se stříhají jedenkrát týdně nůžkami se zaoblenou špičkou. Postupuje se tak, aby se dítě při nečekaném pohybu nezranilo. u kojenců je třeba navíc dbát o kůži v plenkové oblasti, protože je vystavena řadě nepříznivých vlivů, které mohou vést ke vzniku opruzenin nebo plenkové dermatitidy. Batolata se již učí jít na nočník a přihlásit se o potřebu použít WC. Měla by umět používat kapesník, umět se vysmrkat, učesat a samostatně se obléknout (26, 27, 52, 61).

K dalším základním ošetrovatelským výkonům patří zajištění výživy. Strava je definována jako směs živin, kterou tělo potřebuje pro získání energie, pro růst a obnovu buněk, tkání a orgánů a pro správné fungování organismu. Dětská strava by měla být vyvážená a měla by obsahovat bílkoviny, sacharidy a tuky procentuálně rozložené dle věku. Strava je dětem podávána v intervalech a množství podle věku, ale také podle jejich chuti, aby se postupně vytvářely a podporovaly určité návyky pravidelnosti a režimu s delší noční pauzou. v kojeneckých ústavech, dětských domovech a dětských centrech ji připravují dietní sestry v mléčné kuchyňce. Přípravují zvláště stravu pro novorozence, kojence a pro batolata. Pro novorozence je optimální výživou mateřské mléko. Dítě je dostává od matky nebo z banky mateřského mléka, kterých je v současné době v České republice pouze 5. Pokud to nelze, nahrazuje se formulí. Množství pro zdravého kojence je přibližně 1/6 jeho hmotnosti, to znamená asi 150 až 170 ml na kilogram jeho hmotnosti za den, maximálně však 1 litr mléka denně. Novorozenci dostávají mléko 8 - 10x denně, kojenci již mají v noci delší pauzu (24, 27, 47, 52).

Pokud nejsou děti kojeny, mohou již od 4. měsíce věku dostat nemléčné ovocné či zeleninové příkrmy. Podávání příkrmů dříve než je doporučeno nepřináší žádné výhody, naopak zbytečně zatíží ledviny a zvýší riziko potravinových alergií. Od 5. měsíce věku pak mohou dostat místo poslední večerní dávky mléčnou obilnou kaši. Pokud jsou však děti kojeny plně, dostávají příkrmy až od 6. měsíce, protože v tomto věku již samotné mléko nepokryje jejich energetické požadavky. Veškeré příkrmy by měly být

u zdravých dětí podávány lžičkou, u některých postižených dětí to nelze a je třeba tyto příkrmy podávat savičkou s větším otvorem. Děti od jednoho roku většinou jí méně, ztrácejí zájem o jídlo, proto je do jídla nenutíme, ale nabízíme jim rozmanitost stravy, různé chutě, konzistence a teploty. Měly by jíst pětkrát denně a strava by měla být pestrá. Děti by měly jíst u stolu s dopomocí sestry, ale již od 2 let věku by měly být učeny samostatnosti. Ve 2 letech by měly umět samy používat lžičku.

Protože se v kojeneckých ústavech, dětských domovech a dětských centrech nesetkáváme pouze se zdravými dětmi, patří k běžným ošetrovatelským výkonům také podávání léků. Lék je jakákoliv látka nebo směs látky, která je podávána dítěti za účelem diagnostiky, léčby, zmírnění či prevence nemocí. Při podávání léků dětem je nutné vědět, že dětský organismus oproti organismu dospělého člověka zcela jinak reaguje na léky (27, 52, 70).

Mezi hlavní zásady patří: nepodávat lék dítěti do potravy, podávat jej dítěti v bdělém stavu, ve zvýšené poloze a nikdy nepoužívat násilí. v kojeneckých ústavech, dětských domovech a dětských centrech stejně jako v nemocnici musí léky a jejich množství naordinovat lékař. Mezi nejčastější způsoby podávání léků v kojeneckých ústavech patří: per orální, rektální, do spojivkového vaku, do zevního zvukovodu a na nosní sliznici. Nejčastější léky podávané ústy jsou suspenze, kapky, roztoky, tablety, kapsle a dražé. Novorozencům, kojencům a batolatům jsou podávány léky v tekuté formě, odměřují se lžičkou nebo odměrkou a měly by být chuťově přijatelné. v případě, že nemáme k dispozici léky v tekuté formě a podáváme tablety nebo dražé, rozdrtíme je v třecí misce a rozpustíme v malém množství tekutiny. Mohou být podány na lžičce nebo přes stříkačku či savičku. u novorozenců a kojenců je také považováno za velmi spolehlivé, bezbolestné a rychlé podání léků do konečníku. Začátek působení léku v konečníku je již za 15 minut. Rektálně mohou být podány čípky a roztoky. u podávání léků do spojivkového vaku, zvukovodu a nosní sliznice musí být počítáno s tím, že novorozenci, kojenci a batolata nemusí spolupracovat. Je tedy potřeba dítě při aplikaci přidržovat, aby se neporanilo. u takto malých dětí se roztok do nosu nekape, pouze se smotkem namočeným v léku dutina nosní vytírá. v případě, že dítě nebude spolupracovat a bude odmítat lék polknout, je třeba být trpělivý a nepoužívat násilí.



Léky je nutné zajistit tak, aby k nim děti neměly přístup. Lékárnu je třeba zamykat a vozíky s léky nenechávat volně bez dohledu (24, 50, 52).

K dalším běžným činnostem sestry v kojeneckých ústavech, dětských domovech a dětských centrech patří hra s dětmi. Jde o radostnou činnost, která má být spontánní a vysoce motivovaná a nutná pro normální vývoj každého dítěte. Nemusí mít konkrétní smysl, ale může mít za cíl radost či relaxaci. Hra není důležitá pouze pro zábavu, ale může sloužit i ke vzdělávání. Je důležitým faktorem v oblasti sociálního, rozumového a citového růstu. i prostřednictvím hry se dítě učí a postupně se u něho začíná vyvíjet chápání světa, ve kterém žije. Herna a hračky dělají v kojeneckém ústavu, dětském domově či v dětském centru pohostinnější a bezpečnější prostředí pro dítě (26).

Kojenecké ústavy, dětské domovy i dětská centra získávají hračky nejčastěji jako dary od sponzorů. Hračky musí být vždy bezpečné, čisté a věkově vhodné. Kojenci mohou mít hračky zavěšené nad postýlkou. Velmi přínosné jsou hračky, které vydávají různé zvuky a hračky ke koupání. Pomocí nich může dítě považovat koupání za radostnou událost, na kterou se bude těšit. Při hře s batolaty je kladen důraz na procvičení koordinace, jemné motoriky a zručnosti. Pozornost je zaměřena také na nápodobu řeči. Sestry mohou z rádia či televize dětem přehrávat písničky, básničky, říkadla či pohádky. Mohou s dětmi prohlížet knížky a často na ně mluvit. v tomto věku jsou vhodné kostky různých velikostí, panenky, kočárky, autíčka, míčky, stavebnice, zvukové hračky a hudební nástroje (24, 52, 61).

Poslední z činností sestry, kterou je třeba také zmínit, je zajišťování klidného spánku svěřených dětí. Při spánku dochází k útlumu či relaxaci organismu, při níž se snižuje funkce některých smyslů, snižuje se tělesná teplota, dýchání se zpomaluje a krevní tlak se snižuje. Rušení při spánku nebo jeho neumožnění vede k psychickým problémům (26).

Délka spánku je u každého člověka individuální. v jednotlivých věkových obdobích se děti odlišují zejména různě dlouhou potřebou spánku. Novorozenec spí v průměru 20 až 22 hodin, budí se převážně jen na jídlo a přebalování. Kojenec od 6. měsíce spí kolem 18 hodin denně. Převážná část jeho spánku probíhá v noci, přes den jsou již delší až hodinové úseky bdění. Batole spí 12 až 15 hodin denně, opět převážně v noci, přes

den má již dlouhé úseky bdění. v kojeneckých ústavech, dětských domovech a dětských centrech se děti nebudí hromadně, respektují se jejich potřeby (24, 26, 27, 48, 52).

#### ***1.1.4 Nejčastěji umístované děti v kojeneckých ústavech***

Do kojeneckých ústavů jsou nejčastěji přijímány děti, u kterých je podezření na týrání, zanedbávání nebo zneužívání. Samozřejmě také děti, o které se rodiče nemohou, neumějí nebo i nechťejí starat. Některé děti jsou zdravé, některé trpí různými onemocněními nebo syndromy. k těm nejčastějším patří syndrom Downův nebo CAN.

- Syndrom zneužívaného, týraného nebo zanedbávaného dítěte (CAN - Child Abuse and Neglect). Zmíněných negativních činností se mohou dopouštět rodiče samotní nebo jejich blízcí, kteří mají k dětem nepřátelský vztah. Tento syndrom se může vyskytovat i mimo rodinu, přichází ze širokého společenského prostředí. Lékaři se jím začali zabývat až ve 20. století a zařadili jej mezi neúrazová poranění. Kempe ho popsal v roce 1962 jako tzv. syndrom bílého dítěte. Jedná se o děti, jejichž zdraví a život jsou určitým způsobem ohroženy.

Zneužívání může mít několik forem. Při kontaktním dochází k osahávání, které může vyústit až ve znásilnění nebo incest. Při nekontaktním neboli nedotýkovém se jedinec např. obnažuje a předvádí - exhibicionismus.

Zanedbávání je buď tělesné, kdy dochází k úmyslnému nepečování o dítě a může vyústit až v jeho neprospívání a skončit smrtí. Nebo psychické, kdy dochází k nedostatečnému uspokojování základních potřeb dítěte.

Týrání je rovněž buď tělesné, kdy dochází k bití, kopání či popálení. Dále pak psychické a emocionální, které vede ke strachu dítěte, ponižování, nadávání či sociální izolaci.

Na tento syndrom je třeba myslet vždy, když se objeví známky zanedbanosti nebo podvýživy dítěte. Nejobtížnější je diagnostikovat sexuální zneužívání, většinou k němu dochází v domácím prostředí dítěte a je bráno jako tajemství. Bohužel se většinou věří spíše dospělému než dítěti (2, 15, 29, 32, 34, 35, 36, 40, 51, 70).

- Děti s Downovým syndromem je do kojeneckých ústavů, dětských domovů a dětských center přijímáno stále více. Péče o ně je velmi náročná, nejenom po

psychické, ale také po fyzické stránce. Velmi často se u nich vyskytuje makroglosie, která jim působí potíže při mluvení, jídle i polykání. Naprostá většina jedinců trpí mírnou až středně těžkou formou mentální retardace. To způsobuje jejich emocionální i motorickou opožděnost. Rozvoj těchto dětí si žádá zvláštní péči a individuální přístup (53, 67).

## ***1.2 Práva dětí***

Práva dětí lze definovat jako souhrn požadavků k zabezpečení jejich potřeb. Vychází ze společného základu lidských práv a prošla dlouhým a obtížným vývojem. Od období, kdy byla dětem veškerá práva upírána, po období, kdy měly práva jen některé děti (10, 11, 16, 42, 61, 70).

Právní řád České republiky poskytuje dětem ochranu v různých směrech a různými prostředky. Vychází ve všech souvislostech z požadavků blaha dítěte, vyznačuje se jím právní postavení a ochrana dětí. Právní ochrana je založena na principu, že nikdo není oprávněn zasahovat do rodinných vztahů, pokud rodina nezletilého dítěte řádně plní všechny své povinnosti. Pokud ale rodiče všechna svá práva a povinnosti neplní, nebo je vážným způsobem porušují či zneužívají, je stát oprávněn a zároveň také povinen prostřednictvím svých orgánů do tohoto vztahu zasáhnout. a v zájmu ochrany dítěte přijmout nezbytná opatření, která zákon připouští. o sociálně právní ochraně dětí pojednává Zákon č. 359/1999 Sb., který stanoví základní principy a podmínky sociálně právní ochrany dětí. Tento zákon představuje především zajištění práva na život, jeho příznivý vývoj, právo na rodičovskou péči a život v rodině, na identitu dítěte, svobodu myšlení, svědomí a náboženství, právo na vzdělání a zaměstnání, ale zahrnuje také ochranu před jakýmkoliv tělesným či duševním násilím či zanedbáváním, zneužíváním nebo vykořisťováním. v rámci sociálně právní ochrany se pak zvýšená pozornost věnuje převážně dětem, jejichž rodiče z vážných, ať už objektivních či subjektivních důvodů neplní dostatečně povinnosti plynoucí z rodičovské zodpovědnosti. Dále to mohou být děti, na kterých byl spáchán závažný trestný čin a která vzhledem ke svému jednání nebo chování vyžadují zvýšenou pomoc a ochranu (3, 29, 31, 45, 61, 75).

### ***1.2.1 Dokumenty o právech dětí***

- **Deklarace práv dítěte**

V roce 1924 byla v Ženevě přijata Deklarace práv dítěte, což byl první dokument tohoto typu. Všechny státy, které k ní přistupovaly, se zavazovaly k poskytování co nejlepší péče všem dětem a jejich rozvoji a ochrany, kdyby se dostaly do jakékoliv nepříznivé situace. Za nejvýznamnější můžeme považovat učení o deprivaci v dětství, důležitost mateřské vazby pro jejich další osud a zákonitosti psychomotorického vývoje (16, 61, 70).

- **Charta práv dítěte**

Byla schválena Spojenými národy roku 1959. Prosazovala a zaměřovala své cíle na optimální vývoj a ochranu každého dítěte. Dětem byla přiznávána téměř všechna práva ve shodě s Listinou lidských práv a svobod. Dětství je bráno jako plnohodnotné období života jedince s přípravou na celý další život a příprava začíná již před narozením. Vzájemný vztah rodiče a dítěte je ovlivněn tradicemi, kulturními zvyklostmi, společenským systémem a sociálním prostředím, kde se konkrétní rodina pohybuje. v České republice se těmito záležitostmi zabývá několik právních předpisů, především Zákon o rodině č. 94/1963 Sb. (16, 61, 76).

- **Úmluva o právech dětí**

Byla přijata 20. listopadu 1989 Valným shromážděním OSN a ratifikována českým parlamentem byla v březnu 1993. Tato úmluva deklaruje pomoc od státu dítěti a rodině v tíživé sociální situaci, v jejímž důsledku může dojít k zanedbávání péče o dítě. Vytváří tak právní rámec pro prevenci tohoto jevu. Její podstatou je specifikace práv dětí a ochrana milionů z nich, žijících v těžkých životních podmínkách. Chápe potřeby dítěte jako jeho požadavky na optimální vývoj, které pak formuluje jako jeho práva. Péče spočívá především v zajišťování a posuzování nejlepšího zájmu a prospěchu dítěte, jeho optimálního rozvoje všech schopností, nediskriminaci a všestranné ochrany a pomoci při nepříznivých životních situacích, ale i jeho rodiny a samozřejmě dalších požadavků pro naplnění práv dítěte (6, 7, 14, 16, 21, 31, 61, 70).

Úmluva o právech dítěte pokrývá čtyři základní oblasti:

1. Právo na život a přežití, která v sobě zahrnují právo na přiměřenou životní úroveň, přiměřené bydlení, výživu a zdravotní péči.
2. Právo na osobní rozvoj, právo na vzdělání, náboženství a přístup k informacím, právo na hru a zábavu a také právo na svobodu myšlení.
3. Právo na ochranu proti všem druhům násilí, krutosti a vykořisťování, proti svévolnému odloučení od rodiny a poškozování.
4. Participační práva, která zahrnují práva dětí vyjadřovat své názory a vyjadřovat se k náležitostem svého života.

Jde obecně o vrozené právo na život, zachování života a rozvoje dítěte. Každé dítě má od svého narození právo na jméno, právo na státní příslušnost a pokud je to možné, právo znát své rodiče a právo na jejich péči (15, 21, 25).

### **1.3 Potřeby dětí**

Matějček a Dunovský v roce 1999 rozdělili potřeby dětí na biologické, psychické, sociální a vývojové. Potřeby dětí jsou popsány tak, že se v různých fázích vývoje mění. Základní potřeby jsou však trvalé a ty vyžadují plné uspokojení, aby vývoj dítěte nebyl narušen. Když dojde k neuspokojení potřeb, může dojít k narušení celkového stavu a vývoje. Čím je jedinec mladší, tím bývá míra tohoto porušení větší, zahrnuje více struktur a funkcí rychle se vyvíjejícího organismu (15, 32, 40, 43, 61).

- Biologické potřeby patří nepochybně k potřebám základním. Lze do nich zařadit zajištění správné výživy, uspokojování základních hygienických požadavků, čistý vzduch, čistou vodu, přiměřené teplo, stálé přístřeší a ochranu před škodlivými vlivy. Nejvýznamnější je náležitá dodávka potravy z hlediska kvality i kvantity, tedy řádná výživa. Zvláště v počátečním období života dítěte je důležité mu zajistit dostatek tepla, čistoty i ochrany před negativními vlivy z bezprostředního životního prostředí. Významnou biologickou potřebou dítěte je také dostatek adekvátních stimulů, které podněcují a rozvíjí funkci organismu hlavně v oblasti nervové soustavy. Optimální nebo alespoň uspokojivá péče zajišťuje rozvoj všech sil a schopností organismu v oblasti

imunobiologické, psychomotorické i sociální. Nesmíme zapomínat ani na péči o zdraví, a to jak z hlediska preventivních prohlídek a očkování, tak i kurativní a případné rehabilitační péče. (4, 15, 32, 40).

- Psychické potřeby úzce souvisí s potřebami biologickými a jejich uspokojování se vzájemně prolíná. Uspokojení těchto potřeb umožňuje dítěti nejen se přiměřeně rozvíjet v oblasti intelektu, citů a vůle, ale i v chování, interakci s okolím, chápáním sebe i lidí, společenských hodnot i celého prostředí, jehož součástí se stává. Psychické potřeby zahrnují potřeby smysluplného světa, bezpečí a jistoty, osobní identity a otevřené budoucnosti. Aby se ze spousty podnětů, které dítě přijímá, staly poznatky a zkušenosti, musí být postupně organizovány a zpracovávány. Měl by v nich být tedy určitý smysl a řád (4, 15, 32, 40).

- Sociální potřeby jsou úzce spjaty s potřebami psychickými. Někdy jsou také označovány jedním slovem jako potřeby psychosociální. Jsou nezbytné nejen pro děti, ale i pro dospělé. u dítěte nabývají na důležitosti v souvislosti s požadavkem optimální socializace, která je bez uspokojení základní sociální potřeby neuskutečnitelná. Významná sociální potřeba je potřeba lásky a bezpečí poskytovaná právě vlastním člověkem. Na ní je vázána i potřeba přijetí dítěte, jeho akceptace právě takového, jaké je. Zdůrazňujeme i vlastní prostor pro dítě, kde má uloženy svoje věci.

- Vývojové potřeby dítěte se mění v čase s dynamikou a charakterem vývoje a jeho zvláštnostmi. Pokud je optimální stav narušen, dítě má např. hlad, chybí mu patřičná stimulace, projeví se tyto potřeby v činnostech, kterými se lidský jedinec sám rozvíjí. Uspokojení těchto potřeb má dlouhodobý charakter a většinou není jednorázově ukončeno. s věkem dítěte roste i motivace k činnostem, které plynou z vývojových potřeb. Motivace vyvolaná těmito potřebami je plastická a časem proměnlivá. Vede jedince k vyhledávání nových a zatím nezvládnutých činností. Přitažlivé jsou aktivity vedoucí k získání nových poznatků i dovedností. Charakter vývojových potřeb odrážející postupný vývoj dítěte se stále mění (15, 21, 32, 38, 54, 61).

## 1.4 Rodina

Rodina je charakterizována z hlediska socializace jako ta nejdůležitější skupina. Je nejvýznamnější součástí společenské mikrostruktury, provází člověka nebo se ho alespoň nějak dotýká ve všech fázích jeho života. Přesná definice je však velmi obtížná, možná až nemožná. Existuje mnoho jejich podob, variant i způsobů soužití v prostoru, čase a formě. Mohou se hledat její nejdůležitější znaky, které by rodinu charakterizovaly ve veškeré její variabilitě (15, 25, 42, 55).

V jiných zdrojích lze nalézt, že jde v užším a tradičnějším pojetí o skupinu lidí spojenou pouty pokrevního příbuzenství nebo právních svazků jako je sňatek nebo adopce. Z tohoto hlediska je možné chápat rodinu jako malou primární společenskou skupinu založenou na svazku muže a ženy, na pokrevním vztahu rodičů a dětí či vztahu osvojení, ve společné domácnosti, jejíž členové plní společensky určené a uznávané role vyplývající ze soužití (15, 21, 24, 35, 40, 41, 60).

Zákon o rodině č. 94/1963 Sb. nazývá souhrn práv a povinností rodičovskou zodpovědností, která se týká péče o nezletilé dítě a zahrnuje především péči o jeho zdraví, tělesný, citový a mravní vývoj, zastupování dítěte a péči o jeho jmění (6, 57, 76).

Rodina představuje biosociální systém, který neustále hledá a nachází své místo ve společnosti. Rodinné společenství může fungovat jako pojítko mezi jedincem a společností. Díky rodině je možno vyřešit základní problémy lidského života, ale také jak si uchovat svou osobnost a nežít jenom sám pro sebe. Může být místem trvalých a hlubokých citových vztahů, takových vztahů, které zůstávají na celý život. Má podmínky pro rozvoj těchto vztahů a může je vytvářet. Dobře fungující rodina dítěti nabízí, zprostředkuje a otevírá velmi mnoho, ale i dítě může svým rodičům, kteří se k němu mateřsky a otcovsky chovají, mnoho nabídnout, například být rodiči, ale i být významným zdrojem nových podnětů a nových zkušeností (15, 38).

Rodina, do níž se jedinec narodí s danou genetickou výbavou, má pro dítě nezastupitelný význam a ovlivňuje rozvoj jeho osobnosti. Hlavně v nejranějším období jeho dětství, a to jak v oblasti tělesné, duševní, ale i sociální. Uskutečňuje se zde sociální adaptace dítěte a jeho začlenění do společnosti, jejímž prostřednictvím si uvědomuje své místo a svou roli. Pro jedince je příkladem základních vzorců chování,

návyků, dovedností a strategií, které jsou pak rozhodující pro jeho orientaci ve společnosti. Dítě zde poznává základní sociální a kulturní hodnoty a normy. Sociální vztahy v rodině a také způsob výchovy bude pro dítě základem, ze kterého bude vycházet, až si založí svou vlastní rodinu. v raném vývoji dítěte je potřeba, aby vidělo a také pociťovalo matku a otce jako šťastné, klidné a rozhodné lidi, kteří netrpí citovými bouřemi a se kterými se může dobře a bez problémů identifikovat. Z tohoto plyne, že je rozhodující psychologické rodičovství, založené na vnitřním psychickém a citovém přijetí dítěte, a nikoli jen na biologickém rodičovství (32, 38, 39).

Rodina je místem soužití, spolupráce, souhry a sounáležitosti. Funguje v plném rozsahu a má také své opodstatnění, ale jen tehdy, pokud uspokojuje potřeby a požadavky každého jejího člena, které jsou společností kladeny. Tak, aby dostála všem náročným požadavkům, musí plnit základní úlohy a funkce, které zabezpečují život člověka ve společnosti ve všech etapách jeho existence (11, 15, 23, 46, 56).

#### ***1.4.1 Funkce rodiny***

Každá rodina by měla splňovat čtyři základní funkce, z nich je třeba na prvním místě jmenovat funkci biologicko-reprodukční. Pokud je v rodině dítě, je třeba jej nějak zabezpečit. Na řadu přichází funkce ekonomicko-zabezpečovací. Dítě ale potřebuje také lásku, proto je emocionální funkce rodiny neméně důležitá. Jak dítě roste, je třeba jej začít vychovávat. Přichází na řadu funkce socializačně-výchovná.

- Biologicko-reprodukční funkce rodiny je jedním z nejobvyklejších a nejpříjemnějších důvodů pro její existenci. Udržuje život početím a porozením nového člověka. Někdy je v ní také označována sexuální funkce, čímž se naznačuje oddělení sexuálních aktivit pro radost od sexuálních aktivit pro reprodukci. Vztah muže a ženy zde nachází svou funkci. Vznikne-li nový jedinec, nachází svou genetickou výbavu. Biologicko-reprodukční funkce se může uplatnit i mimo rodinu, ale jen v rodině nabývá svůj plný význam. Nejde jen o to přivést dítě na svět, ale také mu zabezpečit potřebné podmínky života a dalšího jeho vývoje (15, 21, 23, 44, 73).

- Ekonomicko-zabezpečovací funkce se nevztahuje jen na dítě v rodině, ale na všechny její členy. Domácí činnosti, mezi které patří například úklid, praní, žehlení



a příprava stravy, vytváří hmotné zabezpečení dítěte a jsou další důležitou vnitřní činností rodiny. Zabezpečovací funkce se týkají i oblasti materiální a postupně přechází do oblasti sociální, duševní až duchovní. Ekonomicko zabezpečovací funkce má také poskytovat svým členům životní jistoty.

- Emocionální funkce se stává nejdůležitějším faktorem rodiny, je považována za zcela nezastupitelnou a jedinečnou. Je potřebná stejně pro dospělé i děti. Není vázána na věk členů rodiny. Potřeba zázemí, bezvýhradného přijímání, podpory a pomoci, potřeba klidu, potřeba sdílení společných zážitků, rituálů, potřeba známosti, důvěrnosti, potřeba společných plánů je nutná pro všechny věkové kategorie. a to vše by měla fungující rodina poskytovat. Zájem o dítě i sledování jeho prospěchu pramení právě z emocionality a zajišťuje harmonický život rodiny i životní naplnění pro všechny její členy. v dysfunkční rodině jde právě o oblast emoční, která nejvíce zraňuje a je nejhluběji zasažena.

- Socializačně výchovná funkce poskytuje dítěti základní orientaci v okolním světě a poskytuje mu vše potřebné pro plynulé a potřebné zařazení do společnosti. Je považována za velice podstatnou a obtížně nahraditelnou. Vytváří také hodnotové orientace a tvoří základ pro formování vlastního JÁ, koncepce vlastního života. Pozitivní harmonické vztahy i celková atmosféra v rodině se stává východiskem pro nejvýznamnější rodinnou funkci. Spočívá v zájmu o dítě a kvalitní péči o něj, v jeho výchově, v jeho přijetí jaké je, porozumění mu v jeho vývojových potřebách a požadavcích, v rozvíjení všech jeho schopností a sil. Prosazovat vždy jeho nejlepší zájem a prospěch (15, 21, 23, 73).

#### ***1.4.2 Poruchy rodiny***

Poruchou rodiny se rozumí taková situace, kdy rodina v různé míře neplní své základní funkce. a může to být z důvodu, že se (rodiče) o dítě nemohou, nechtějí, či neumějí postarat.

- Důvody, proč se rodiče o své děti nemohou starat, mohou někdy spočívat v nepříznivých rodinných podmínkách, někdy pak v narušení celého rodinného systému

jako je úmrtí, nemoc, invalidita. Dříve se jednalo o hladomor, bídu či válku. Může se ale jednat i o zdravotní stav dítěte, který mu zabraňuje žít doma (15, 21, 59).

- Důvody, kdy se rodiče o děti neumějí postarat, jsou většinou takové, kdy rodiče mají materiální podmínky, které jim umožní se o dítě dobře postarat, ale z určitého důvodu to nedokáží a výchovu nezvládají. Mohou to být důvody nezralosti, nebo proto, že se nejsou schopni vyrovnat se zvláštními situacemi, např. mimomanželské narození dítěte, handicapované dítě, dítě přijaté do náhradní rodiny nebo rodiče, kteří nejsou schopni přijmout sociální normy (15, 21, 59).

- Mezi situace, kdy se rodiče o dítě nechtějí starat, mohou patřit nejrůznější poruchy osobnosti rodičů, jako jsou psychopatie, maladaptace, alkoholismus aj., které způsobí, že rodiče své povinnosti neplní tak, jak by měli. Neposkytují potřebnou péči, v některých případech se dítě zřeknou nebo jej odloží do dětského domova, k příbuzným či do jiné ústavní výchovy. Výsledkem je nedostatečná, žádná nebo špatná péče, kterou lze označit také jako zanedbávání v oblasti somatické a psychické (15, 21, 59).

### **1.5 Kojenecké ústavy, dětské domovy a dětská centra**

Kojenecké ústavy jsou zdravotnická zařízení v resortu Ministerstva zdravotnictví pro děti od narození do 3 let věku. Kojenecké ústavy dnes můžeme také nalézt pod názvem dětská centra nebo kojenecké ústavy s dětskými domovy pro děti od narození do 3 let věku. Patří do zdravotnické sítě, a to z toho důvodu, že tato zařízení poskytují převážně léčebně-preventivní péči. Začlenění kojeneckých ústavů do resortu Ministerstva zdravotnictví vychází z předpokladu, že děti v kojeneckém a batolivém věku potřebují převážně zdravotní péči. Právě proto základ personálu v těchto zařízeních tvoří všeobecné a dětské sestry (49, 52, 55).

Tato zařízení poskytují i sociální, výchovnou i jinou ústavní péči dětem, jejichž vývoj je ohrožen nevhodným domácím prostředím. Pro tyto děti a také pro jedince se zdravotní indikací zastupují zaměstnanci kojeneckých ústavů, dětských domovů a dětských center jejich rodiny, a to po stránce citové i výchovné. Pravdou ovšem zůstává, že i přes vysoké personální obsazení kvalifikovanými pracovníky rodinou péči

v celé komplexnosti bohužel nahradit nemohou. Tato zařízení představují nezbytnou součást systému zdravotně sociální péče (54).

Vedoucím kojeneckých ústavů, dětských domovů i dětských center bývá většinou lékař, který má za úkol poskytovat dětem základní péči, zajišťovat jejich sociálně právní situaci a v případě nezájmu jejich rodičů ve spolupráci s oddělením sociálně právní ochrany dětí, zprostředkovat vhodný typ další výchovné péče. Několik studií poukázalo na to, že ústavní péče má negativní vliv na vývoj kojenců a malých dětí, a nejen tělesný vývoj, ale i vývoj citový (7, 9, 36, 62, 64, 74).

Podle našeho zákona o rodině za dítě zodpovídá zákonný zástupce, většinou to bývají jeho rodiče. Pokud ale rodič selže, musí zájem dětí hájit někdo jiný. Je třeba pochopit nelehkou a zodpovědnou roli pracovníků kojeneckých ústavů, dětských domovů, dětských center a dalších organizací, které se zabývají náhradní péčí o děti. Snaží se o to, aby zajistily opuštěným dětem život v takovém prostředí, které by se co nejvíce podobalo jeho vlastní rodině (11).

Jak již bylo zmíněno, některé kojenecké ústavy jsou dnes nazývány dětská centra. Jde o komplexní zdravotnická zařízení, která zahrnují ambulantní a lůžkovou část. Působí v nich sociálně-pediatrický tým, lékař (sociální pediatr), dále psycholog (klinický), speciální pedagog, terapeut (fyzioterapeut, muzikoterapeut, arteterapeut a další). Hlavním úkolem dětských center je diferenciatní diagnostika, prognóza, poradenství, terapie a sociálně-právní ochrana dítěte. Velkými výhodami těchto zařízení je centralizace péče a její komplexnost. v platných právních normách není pojem dětské centrum ještě zakotven. v současné době však probíhá příprava zákona o dětských centrech, původně se mělo jednat o zákon o kojeneckých ústavech a dětských domovech. v budoucí době se počítá právě s transformací stávajících kojeneckých ústavů a dětských domovů do dětských center (17).

Indikací pro přijetí do těchto center, kojeneckých ústavů a dětských domovů od narození do tří let věku dítěte jsou problémy zdravotní, vrozené vývojové vady, genetické vady, určité zátěže v rodině jako je alkohol, kouření, drogy nebo psychiatrické onemocnění rodičů. Ze sociální indikace to mohou být nechtěné děti narozené mimo manželství, rodiče ve výkonu trestu, zanedbávání a týrání dětí,

ekonomické a bytové problémy nebo rodiče, kteří se o dítě nemohou, neumějí nebo nechtějí starat. Děti bývají přijímány z domova, z porodnice, nemocnice nebo se také můžeme setkat s přijetím dětí přímo z ulice (7, 59, 63).

### ***1.5.1 Pobyty v kojeneckých ústavech***

Pobyty dětí v kojeneckých ústavech mohou být buď krátkodobé, dlouhodobé nebo pobyty matek s dítětem, které se dále mohou dělit podle důvodu přijetí na zdravotní, sociální, zdravotně-sociální, výchovné či diagnostické.

- Krátkodobé pobyty jsou pobyty přechodné nebo dočasné, které by měly trvat co možná nejkratší dobu, maximálně do jednoho roku. Jde o pomoc rodinám, které se ocitly v tíživé životní, zdravotní nebo sociální situaci.

- Dlouhodobé pobyty trvají déle než jeden rok. Jsou zde přijímány děti z ohrožených prostředí, děti zanedbávané, týrané, opuštěné, nalezené, nebo děti s těžkým zdravotním stavem, který vylučuje péči v rodině. Také děti, jejichž rodiče užívají drogy, alkohol, nebo mají různé psychiatrické diagnózy.

- U pobytů matek s dětmi se může jednat o zdravotní důvody matky nebo matky gravidní či kojící. Tyto pobyty se dále mohou dělit na:

Sociální, kdy se jedná o azyl pro matku s dítětem, utajené porody, nebo když matka nemůže nadále setrvávat ve vlastní rodině.

Výchovné, kdy jde o zácvik pěstounů nebo adoptivních rodičů v péči o dítě, zácvik matky nebo otce v základní péči o dítě nebo může jít o dítě s postižením nebo zácvik nezkušené matky.

Diagnostické, kdy může mít matka různou psychiatrickou zátěž, abusus drog nebo alkoholu, podezření na syndrom zneužívaného, zanedbávaného či týraného dítěte, tělesné, duševní, smyslové nebo i kombinované postižení (36, 59, 63).

### ***1.5.2 Historie kojeneckých ústavů***

Jedna z prvních institucí pečující o opuštěné a osiřelé děti byl u nás Vlašský špitál, který byl založený na počátku 16. století Italy, kteří pobývali v Praze. Potýkal se ale se značnými finančními problémy a byl zcela závislý na dobročinnosti. Až v roce 1762

následoval pokus o státní instituci dekretem Marie Terezie. Nejen ona, ale i Josef II. byli zastánci kolektivní výchovy sirotek v ústavech. Aby vedení pražského sirotčince fungovalo, musela přispívat pražská města. v roce 1922 v Praze – Krči vznikl první kojenecký ústav a o něco později další v Ostravě. Děti zde byly přijímány nejen z důvodu osiření, ale také z důvodů zdravotních jako byla ochrana před tuberkulózními rodiči, neprospíváním, nutnost zajištění dlouhodobé umělé výživy u nejmenších dětí a jiné. První zdravotnická škola pro dětské sestry fungující právě při pražském kojeneckém ústavu vychovala řadu vynikajících dětských sester, což bylo v dané době obrovské novum výrazně zvyšující kvalitu péče o děti, což svědčilo o tom, že zde převažoval charakter zdravotnický (20, 55, 64).

V pražském kojeneckém ústavu byly jako první prováděny operace rozštěpů patra. Paradoxně některá pozitiva mělo i to, že kolektivním zařízením věnoval podporu stát a z toho mohou tato zařízení těžit až doposud. Kojenecké ústavy byly personálně kvalitně obsazeny. v jejich čele stál vždy pediatr a o děti pečovaly specializované dětské sestry, velmi často s postgraduálním vzděláním v oblasti pedagogiky, které obsahovalo 100hodinové kurzy pedagogiky a psychologie. Právě tyto sestry ukončily funkci tzv. výchovným sestrám, které sledovaly a podílely se na výchově a práci s dětmi. v těchto zařízeních bylo i dostatek psychologů. Tímto se náš systém ústavní péče podstatně odlišoval od samého začátku od většiny evropských zemí. u nás právě tuto péči na poměrně vysoké úrovni garantoval stát, zatímco v evropských zemích péče o děti v zařízeních byla spíše doménou charity jako sociální služby, nikoliv jako péče odborná, komplexní, i když na medicínské bázi (9, 20).

Začátkem 60. let byla popsána psychická deprivace dětí vyrůstajících mimo rodinné prostředí. Ředitelé těchto zařízení byli ve spojení s dětskými psychology (např. Langmeier a Matějček), kteří tuto možnost psychické deprivace potvrzovali právě u dětí v ústavní péči. a snažili se nebezpečí deprivace u dětí minimalizovat či úplně odstraňovat. Hledali cesty, jak by přizpůsobili pobyt dětí v zařízeních pobytu dětí v rodině. Velké zásluhy na tom má zavedení metod rituálů v Kojeneckém ústavu v Luhačovicích primářkou Damborskou. Každá sestra při jakékoliv rutinní práci s dítětem jako je krmení, přebalování nebo koupání musela s dítětem komunikovat tak,

jak musí matka v rodině s dítětem mluvit, zpívat mu, udržovat s ním oční kontakt a opětovat jeho úsměvy. Tato metodika se pak stala běžnou součástí práce personálu ve všech podobných zařízeních.

Dále se měnila struktura důvodů, pro které byly děti do kojeneckých ústavů přijímány. Rozvojem pediatrické terénní péče, zlepšením životních a hygienických podmínek a zavedením povinného očkování ubývalo stále více zdravotnických důvodů a začínaly převažovat klasické sociální důvody pro přijetí dětí do kojeneckých ústavů. Například matka nebo rodiče ve výkonu trestu, rozvrat rodiny, nevhodné bytové podmínky, nezletilá matka nebo dítě počaté mimomanželsky. Objevily se ale i první vážné diagnózy týraného a zanedbávaného dítěte nebo dítěte s postižením a rodiče ho kvůli tomu odmítají (9, 20).

Ve druhé polovině 70. let výrazně přibývalo zdravotně sociálních důvodů. Když byly děti do kojeneckých ústavů s určitým handicapem umisťovány, byla jim poskytnuta rehabilitační a další velmi potřebná péče, ale rodiče se o ně nezajímali či nechtěli zajímat. Naopak ubývalo důvodů přijetí jako byl nevhodný byt, matky samoživitelky, vysokoškolačky a podobně. Důvody zdravotně sociální a klasické se tedy vyrovnávaly. Tímto se také začínaly měnit struktury dětí, ubývaly děti zdravé s dobrou rodinnou a osobní anamnézou, ale přibývaly děti s postižením nebo děti přijímané pro klasické sociální důvody, které pocházely z různých společenských vrstev s nejistou či dokonce neznámou rodinou a osobní anamnézou. Toto přetrvávalo až do poloviny 90. let (9, 20, 63, 64).

Změny po roce 1989 znamenaly pro některá zařízení významný mezník v jejich existenci, a to z více důvodů. Výrazně ubyl počet narozených dětí a tím i počet přijímaných do kojeneckých ústavů. Pokles také vznikl sloučením některých kojeneckých ústavů s dětskými domovy pro děti od 1 do 3 let.

Na začátku 80. let klesla také lůžková kapacita z původních téměř 3 000 míst na necelých 1 600 lůžek. Klesl počet přijímaných a také propuštěných dětí z původního počtu 3 500 přijatých na současných 1 800 dětí ročně. Došlo k rozvoji různých typů nestátních ambulantních zařízení pro děti s postižením a tím výrazně ubyl počet přijímaných k trvalému či dlouhodobému pobytu v kojeneckých ústavech a tedy

i dětských domovech. v těchto zařízeních zůstávaly pouze děti s postižením tak velkým, že rodiče bez pomoci nestátních organizací péči o ně nemohli zvládnout. Šlo především o děti vyžadující trvalý přívod kyslíku nebo výživu sondou. v České republice byla transformací zdravotnictví zasažena i zvláštní dětská zařízení. Velká část fungovala jako příspěvkové organizace příslušných okresních úřadů, dnes krajů nebo městských úřadů. Ale jejich financování zůstává dosud nevyřešeno. Kdybychom chtěli, aby bylo ideální, mělo by být z více zdrojů. Což je bohužel v současné době nemožné. Tato zařízení nemají jiné možnosti financování než od sponzorů nebo příspěvků zřizovatele.

V čele mnohých zařízení stojí nezdravotničtí pracovníci, což může být pozitivní z hlediska managementu, ale už méně pozitivní z hlediska rozvoje odbornosti. Dochází zde k redukci počtu míst odborných pracovníků a k tomu vedou omezené finanční zdroje. Některá zařízení mají dokonce lékaře jen na částečný úvazek. Nebo nemají ani v trvalém pracovním poměru psychology či sociální pracovníky. Ale pravdou je, že není ani tak důležité, kdo je jaký odborník a jakou poskytuje speciální péči, ale jde hlavně o to, jestli má rád děti a tuto péči vykonává s láskou (9, 20, 63, 64).

## **1.6 Dětská sestra**

Sestra (především dětská) zaujímá v oboru pediatrie nezastupitelné místo. Podílí se v rámci svých kompetencí na komplexní péči o děti od narození do jejich 19. roku života. Péče, kterou poskytuje dětem, není jen podmíněna odbornou způsobilostí dle zákona č. 96/2004 Sb., který stanovuje odbornou způsobilost pro výkon dětské sestry, ale také musí mít i určité osobnostní předpoklady a vlastnosti jako je láska k dětem, citlivost k dětskému trápení a bolesti, trpělivost, pozorovací schopnosti, logickou úvahu, schopnost rozhodovat, zodpovědnost, předvídavost, obětavost a sebekázeň. Neměly by jí také chybět ani předpoklady pro výchovnou práci a estetické cítění. Právě práce dětské sestry je více než ostatní ošetrovatelské obory zaměřena i na rodinu (10, 18, 24, 52, 68, 77).

Dětská sestra se také v rámci svých kompetencí podílí na poskytnutí preventivních a léčebných výkonů v péči o děti. v této oblasti je proto nutné správné navázání spolupráce s rodiči či opatrovníky dítěte. Ovlivňování rodičů a podpora správným

směrem tak, aby dítěti nastavili podmínky ke zdravému rozvoji, aby měli dostatek vědomostí a praktikovali zdravý životní styl, správnou životosprávu, posilovali obranyschopnost a vytvářeli optimální životní podmínky pro děti (78).

Vstupem České republiky do Evropské unie jsme přistoupili také k plnění jejich požadavků týkajících se vzdělávání a kompetencí k výkonu nelékařských profesí. v důsledku toho došlo k podstatným změnám legislativy upravující způsobilost nelékařských zdravotnických povolání. Podle prováděcích předpisů k zákonu č. 96/2004 Sb., je dětská sestra označením odbornosti pro specializační obor „ošetřovatelská péče v pediatrii“. Tento obor je možné studovat až ve specializačním studiu po absolvování oboru všeobecná sestra. Specializační studium je formou celoživotního vzdělávání, považuje se za prohlubování kvalifikace až po získání odborné způsobilosti. Cílem tohoto specializačního vzdělávání v oboru ošetřovatelská péče v pediatrii je připravit dětskou sestru pro samostatné provádění činností, které souvisejí s poskytováním specializované ošetřovatelské péče v rámci pediatrie (10, 15, 18, 28, 68, 79).

### ***1.6.1 Historický vývoj role sestry***

Zpočátku se profese sestry formovala v charitativních institucích a středověkých hospitálech, které byly určeny k poskytnutí útulku a nezákladnější péči pro jednotlivce z řad chudiny, o které se nemohla postarat jejich rodina. Bylo zde pečováno o vdovy, nemocné, sirotky a staré lidi pod jednou střechou. Jednalo se o dobročinnou, tedy charitativní činnost, která stála na náboženském základě a byla prováděna převážně církevními řády. Péče v hospitálech pak nevyžadovala odbornou přípravu personálu (5, 71).

V první polovině 19. století se hospitály začaly diferencovat na chudobince, nemocnice, starobince a sirotčince. v těchto institucích neprobíhalo léčení za účasti lékaře, ale tyto instituce si i nadále zachovávaly charitativní charakter. Až v druhé polovině 19. století proniká do nemocnice racionální medicína a postupně se do nich přesouvala jak lékařská činnost, tak i medicínské poznání. Byl položen i základ k novodobé profesi sestry. Lékař potřeboval ke své činnosti pomocníka, který byl



schopný odborné komunikace a racionálního jednání při ošetřování nemocných. Teprve po druhé světové válce se nemocnice staly místem nejkvalitnější lékařské pomoci. Do té doby vyšší vrstvy stonaly výhradně v rodinném prostředí a nemocnice byly určeny pouze pro chudinu. Anglická ošetřovatelka Florence Nightingalová je považována za zakladatelku moderního ošetřovatelství. v roce 1860 založila v Londýně první ošetřovatelskou školu. Sestra byla považována za členku týmu, který poskytuje základní péči pacientům a to bude i nadále hlavní funkcí ošetřovatelství. Vznikají však stále se rozšiřující odpovědnosti, které vycházejí z orientace profesní činnosti sestry na lidské zdraví jako celek. Do popředí se dostávají činnosti ve vztahu k mentální hygieně, dále činnosti spojené s funkcí vychovatele, protože i to nejjednodušší léčení se může stát zdrojem napětí a stresů (5, 71).

Poznání vlastní role sestry je velmi důležité, protože její dokonalé osvojení může vyloučit lehkomyšlné a nedomyšlené porušování pravidel a chování. Vynucuje si to nejen pokrok v medicíně a ošetřovatelské péči, ale i výrazně pronikající nové poznatky ze společenských věd do tohoto oboru. a to zejména psychologie, pedagogika, sociologie, etika a stále větší uplatnění zde nachází i zdravotnická technika. Sestra se stále více stává rovnocennou členkou zdravotnického týmu, schopnou samostatné práce v oblasti své působnosti, mění se kompetence sestry a tím dochází i ke změně obsahu její práce a profese se stává samostatnější (5, 71).

Charakteristika role sestry z hlediska skladby činností je velice složitá. Sestry nevykonávají totiž stejné činnosti, plní úlohy odborně, kvalifikačně i funkčně v různé podobě, skladbě i rozsahu. Povolání zdravotní sestry tvoří celý systém společenských rolí, ty jsou různě horizontálně i vertikálně členěné. Jde o dílčí role v oblasti ošetřovatelsko- pečovatelské, expresivní, výchovné, instrumentální (technické), poradenské (rodina, veřejnost), podpory a výchovy ke zdraví (prevence), organizace a administrativa. v profesi sestry se událo v poměrně krátkém časovém období množství změn. Toto povolání prodělalo složitý vývoj nejenom v minulosti, ale i v současné době. Změnilo se profesionální, právní postavení sestry i její vzdělání a pracovní podmínky. Sestry a ošetřovatelská profese mají v systému zdravotní péče nezastupitelnou úlohu a podle Světové zdravotnické organizace představují

nejdůležitější přínos do oblasti zdraví jedinců i skupin. Profesi sestry lze nazvat jako povolání, odbornost nebo odbornou přípravu na požadované povolání (5, 71).

### ***1.6.2 Náplň práce sestry v kojeneckém ústavu***

Činnost sestry v kojeneckém ústavu můžeme rozdělit do několika skupin z hlediska jejich obsahu. Uspokojování základních potřeb dítěte, které mohou být nemocí pozměněny nebo si je není jedinec schopen zajistit sám. v diagnosticko-terapeutických činnostech jsou zahrnuté práce spojené s přípravou a provedením různých vyšetření, ale i následného pozorování dítěte a jeho ošetření. Jsou zde zahrnuty i odběry biologického materiálu na vyšetření. Dále pak psychosociální činnost, která je nezbytná pro ošetrovatelskou diagnostiku, ale i pro spolupráci s jedincem a jeho rodinou, podílí se na tvorbě a realizaci ošetrovatelského plánu a zajištění celkové pohody ošetrovaného dítěte. Je možné zde zařadit i komunikaci, poskytování informací a instrukcí a edukační práce. Dále pak administrativní práce, které jsou potřebnou součástí práce každé sestry, ale je důležité vědět, že ji nesmějí odvádět od jejích hlavních povinností. Je vždy nezbytné posoudit, které práce jsou důležitější a které jsou méně důležité. Mezi další činnosti patří vedení záznamu o dítěti, vedení ošetrovatelské dokumentace. Přípravné a dokončující práce jsou činnosti spojené s přípravou ošetrovatelských, diagnostických a léčebných výkonů, péče o pomůcky, jejich dekontaminace, ale také doplňování léků a materiálů. Sestra při ošetrování dětí v rámci ošetrovatelského procesu uplatňuje všechny role, které jsou uvedené v kontaktu s nemocnými i zdravými osobami, případně s jejich rodinami. Ošetrovatelství od sestry očekává, že je v oblasti svého působení uznávaným odborníkem (22, 58).

### ***1.6.3 Sestry a vzdělávání***

Od prvopočátku má vzdělávání v ošetrovatelství své nezastupitelné místo a svá specifika. Příprava na povolání, které je založeno na pomoci druhým, ať už zdravým či nemocným, je velmi náročným úkolem. v ošetrovatelství je vzdělávání v neustálém vývoji. Sestry hrají v systému zdravotní péče významnou úlohu a jejich kvalitní znalosti by měly být přínosem pro zdravotnické instituce. Ošetrovatelská praxe se po celém

světě významně změnila, v současné době je vyžadováno spotřebiteli zdravotnické péče ošetřovatelství vycházející z vědomostí, technických znalostí a klinických schopností sester.

Vzdělávání dětských sester je zaměřeno na porozumění fyziologickým odlišnostem, které se týkají jednotlivých vývojových období dětského věku, na podporu správného vývoje dítěte. Velkou a nenahraditelnou součástí vzdělání je také umět komunikovat s rodinou, s matkou či jinak blízkou osobou dítěte (5, 78).

Celoživotní vzdělávání je považováno za nástroj, který sestřám umožňuje získávat aktuální informace, nejnovější poznatky, dovednosti a reagovat tak na změny ve zdravotní péči. Dle Světové zdravotnické organizace je snaha umožnit celoživotní vzdělávání kvalifikovaným sestřám, soustředit se na priority a potřeby zdravotní péče dané země, musí být pravidelně hodnocena jeho kvalita a mělo by být prováděno vysokoškolsky vzdělanými sestrami. Celoživotní vzdělávání vede ke zdokonalování jejich vědomostí a dovedností. Spokojenost sester, pozitivní pracovní prostředí a vztahy na pracovišti mohou vést k jejich pracovnímu růstu (5, 18, 78).

Holistické vnímání člověka, tedy všech jeho bio-psycho-sociálně-spirituálních potřeb, učí sestry respektovat a chápat ho jako celého jedince. Individuální přístup ke klientům je podstatou učení, poznání specifik jak jednotlivce, tak skupin či komunit (5, 18, 78).

## **2 Cíl práce a výzkumné otázky**

### Cíl práce

Zjistit, zda jsou uspokojovány potřeby dětí v kojeneckých ústavech z pohledu sester.

### Výzkumné otázky:

1. Jak jsou uspokojovány biologické potřeby u dětí v kojeneckých ústavech z pohledu sester?
2. Jak jsou uspokojovány psychické potřeby u dětí v kojeneckých ústavech z pohledu sester?
3. Jak jsou uspokojovány sociální potřeby u dětí v kojeneckých ústavech z pohledu sester?
4. Jak by sestry změnily péči o děti v kojeneckých ústavech?

## **3 Metodické postupy**

### **3.1 Použité metody a techniky**

Pro zpracování empirické části diplomové práce byla zvolena kvalitativní metoda výzkumného šetření. Sběr dat probíhal v měsících únor až březen roku 2011.

Byl použit strukturovaný rozhovor, který byl sestaven na podkladě odborné literatury, která se zabývá problematikou kojeneckých ústavů (viz příloha č. 1). Tři rozhovory byly nahrávány na diktafon a následně zpracovány. Zbýlých 23 rozhovorů si respondentky nepřály nahrávat, proto byla použita metoda písemného zapisování. Obsahem kvalitativního výzkumného šetření byl rozhovor s 26 sestrami. Otázky byly nejprve zaměřeny na identifikační údaje pracovníka a zdravotnického zařízení a následně na uspokojování potřeb dětí z pohledu sester.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumné šetření probíhalo v Dětském centru v Jihlavě, Znojmě, Strakonících, Praze a Dvoře Králové. Dále pak v Dětském domově v Kamenici nad Lipou a Strančicích. Šetření vždy předcházela ústní domluva s ředitelem a vrchní sestrou zdravotnického zařízení. Celkově bylo dotazováno 26 sester. Z Dětského centra v Jihlavě, Znojmě Strakonících a z Dětského domova v Kamenici nad Lipou poskytlo rozhovor 5 sester. Vzhledem k tomu, že se jejich odpovědi téměř ve všech položkách naprosto shodovaly, byly v dalších zařízeních (Dětském centru Praha, Dvůr Králové a Dětském domově Strančice) dotazovány již jen 2 sestry.

### **3.3 Obsah rozhovoru**

Rozhovor se skládal z 32 základních otázek, které se dále dělily na podotázky, které měly přímou souvislost se zkoumanou oblastí. Nejprve jsme se zaměřili na identifikační údaje, které zjišťovaly věk respondentek, vzdělání, délku praxe na sledovaném pracovišti, délku pracovní směny, celkovou délku praxe a funkci, kterou sestra na daném pracovišti zastávala - viz tabulka č. 1. Pro přehlednost tabulky byla jednotlivá zdravotnická zařízení odlišena také barevně. Oranžově je označeno Dětské centrum

v Jihlavě (prac. 1), žlutě Dětské centrum ve Strakonících (prac. 2), zeleně Dětský domov v Kamenici nad Lipou (prac. 3), modře Dětské centrum ve Znojmě (prac. 4), růžově Dětské centrum v Praze Krči (prac. 5), šedě Dětský domov ve Strančicích (prac. 6) a fialově Dětské centrum ve Dvoře Králové (prac. 7).

**Tabulka 1 Soubor respondentek**

*Pr.	*Res.	Věk	Vzdělání	Délka praxe na sledovaném pracovišti (roky)	Délka pracovní směny (hodiny)	Celková délka praxe (roky)	Funkce
<b>1</b>	1	32	VOŠ	10	12	10, 3	*S
	2	42	VOŠ	24	12	24	*S
	3	48	* PSS	15	8, 12	30	*VS
	4	50	* PSS	6	12	32	*S
	5	53	SZŠ	26	12	35	*S
<b>2</b>	6	42	SZŠ	3	12	24	*VS
	7	45	SZŠ	3	12	27	*S
	8	38	SZŠ	2	12	20	*S
	9	35	VŠ	1	8	17	*Vých. s
	10	44	*PSS	5	12	26	*S
<b>3</b>	11	52	VŠ	32	8, 12	34	*VS
	12	30	VŠ	3 měsíce	12	3 měsíce	*S
	13	45	SZŠ	13	12	27	*S
	14	58	PSS	33	12	33	*S
	15	38	VŠ	12	12	20	*S
<b>4</b>	16	42	*PSS	24	8	24	*VS
	17	30	VOŠ	5	12	5	*S
	18	54	SZŠ	30	12	36	*S
	19	37	SZŠ	18	12	19	*S
	20	50	SZŠ	33	12	33	*S
<b>5</b>	21	55	*PSS	35	8	35	*SS
	22	41	VOŠ	23	12	23	*S
<b>6</b>	23	49	*PSS	21	8	10	*VS
	24	23	SZŠ	3	12	5	*S
<b>7</b>	25	56	SZŠ	36	12	36	*S
	26	50	SZŠ	12	12	32	*S

\* Pr.= pracoviště, \*Res.= respondentka, \*PSS = pomaturitní specializační studium, \*SS = staniční sestra,

\* VS = vrchní sestra, \*Vých. s = výchovná sestra, \*S = sestra

Dále byly respondentky dotazovány na věkovou kategorii dětí v jejich zdravotnickém zařízení, délku pobytu, prognózu, nejčastější důvody k umístění dětí do ústavu a na jejich vlastní názor na adopci či pěstounskou péči.

V dalších otázkách jsme se zaměřili na základní (biologické) potřeby dětí. Nejprve nás zajímalo uspokojování potřeby výživy. Rozhovor se týkal skladby jídelního lístku, kdo jej sestavuje, četnosti podávání stravy, využití banky mateřského mléka a kontroly stavu výživy dětí (sledování jejich hmotnosti).

U potřeby hygieny jsme otázky zaměřili na dobu a způsob koupání dětí, druhy pomůcek a jejich dostatek, způsob provedení ranní hygieny a čištění zubů.

Uspokojování potřeby spánku bylo zjišťováno otázkami zaměřenými na dobu ukládání a probouzení, celkovou délku spánku a případné noční buzení. Respondentky byly také dotazovány, zda ukládají děti k spánku i přes den a jak upravují prostředí pro klidný a nerušený spánek.

Další otázky byly zaměřeny na psychické potřeby dětí. Nejprve na potřebu bezpečí a jistoty, kdy byly kladeny otázky ohledně bezpečnosti dětí, zabránění přenosu nozokomiálních nákaz, dezinfekce hraček, poskytování skupinové či individuální péče.

Uspokojování potřeby lásky a sounáležitosti bylo zjišťováno dotazem na četnost návštěv rodičů, návštěvní dny instituce a možnosti návštěv ostatních příbuzných.

Zbývající 4 otázky rozhovoru byly zaměřeny na sestry, kdy jsme se ptali, zda jsou s péčí, kterou dětem poskytují, spokojeny a zda potřeby dětí vyhledávají a uspokojují aktivně.

## 4 Výsledky

### 4.1 Výsledky šetření v Dětském centru Jihlava (pracoviště č. 1)

Na pracovišti č. 1 bylo dotazováno 5 respondentek, které se odlišovaly věkem, vzděláním, délkou praxe, celkovým počtem odpracovaných let a funkcí, kterou na daném pracovišti zastávaly. Viz tabulka č. 1.

#### Identifikační údaje respondentek a zdravotnického zařízení

Respondentce č. 1 bylo v době šetření 32 let, vystudovala střední zdravotnickou školu obor všeobecná sestra, poté studovala na vyšší odborné škole. v dětském centru pracovala 10 let ve 12hodinových směnách, předtím pracovala 3 měsíce na psychiatrickém oddělení.

Respondentce č. 2 bylo v době šetření 42 let, vystudovala střední zdravotnickou školu, poté vyšší odbornou školu, obor dětská sestra. v dětském centru pracovala 24 let ve 12hodinových směnách, předtím nikde jinde nepracovala.

Respondentce č. 3 bylo v době šetření 48 let, vystudovala střední zdravotnickou školu, obor dětská sestra a poté pomaturitní studium, obor ošetrovatelská péče pro děti a dorost. v dětském centru pracovala 15 let, z toho 12 let jako vrchní sestra. Předtím pracovala v dětské ozdravovně. Pracovala v 8hodinových pracovních směnách, ale při nedostatku personálu vypomáhala i ve službách.

Respondentce č. 4 bylo v době šetření 50 let, vystudovala střední zdravotnickou školu, obor dětská sestra a pomaturitní studium intenzivní a resuscitační péče. v dětském centru pracovala 6 let ve 12hodinových směnách. Předtím pracovala v kožní ambulanci.

Respondentce č. 5 bylo v době šetření 53 let, vystudovala střední zdravotnickou školu, obor dětská sestra. v dětském centru pracovala 26 let, předtím pracovala v nemocnici na porodnickém oddělení. Její pracovní směna má 12 hodin.

Všechny respondentky odpovídaly shodně, že do jejich centra jsou přijímány děti ve věku od 0 do 3 let. Občas pečují i o děti starší, které například čekají na své sourozence, aby společně odešly do náhradních rodin či následné institucionální péče. Nejvíce je zastoupeno dětí ve věku 1,5 roku. Délka pobytu dětí v centru je individuální, některé



jsou zde 3 měsíce, některé půl roku, ale jiné zůstanou až do 3 let. Jejich prognóza je velmi dobrá, většina se dostane zpět do svých vlastních biologických rodin nebo do adopcí či pěstounských péčí. Jen malý počet je dále předáván do dětských domovů. Dále respondentky uvedly, že více dětí v současné době odchází do adoptivní péče, a to hlavně z toho důvodu, že pěstounská péče je psychicky velmi náročná, protože si pěstouni k dětem vytvoří silné pouto, ale zároveň se po celou dobu obávají, že jim dítě může být biologickými rodiči kdykoliv odebráno. Respondentky si také myslí, že v České republice je celkově více upřednostňovaná adopce před pěstounskou péčí, protože rodiči si chtějí být jisti, že dítě zůstane jejich. Pouze respondentka č. 2 uvedla, že dle jejího mínění v současné době z jejich centra odchází více dětí do pěstounské péče. a to z toho důvodu, že právně volných dětí pro adopci je stále nedostatek a rodiče nechtějí čekat. Všechny respondentky shodně odpověděly, že největší zájem je o zdravé děti v novorozeneckém a kojeneckém věku. Nejčastěji jsou do centra umisťovány děti ze zdravotních a sociálních důvodů, například, když se matky o dítě nemohou postarat, protože samy jsou v tíživé ekonomické a sociální situaci. Pro některé rodiče je narození dítěte se zdravotním postižením důvodem k jeho odložení do dětského centra. Často zde bývají umístěné děti s Downovým syndromem.

### **Uspokojování potřeb dětských klientů z pracoviště č. 1**

Jídelní lístek sestavuje kuchařka v mléčné kuchyňce. u novorozenců a kojenců se skládá převážně z formulí (Beba nebo Nutrilon). Možnosti využití banky mateřského mléka k dispozici nemají. Od 4. měsíce podávají dětem příkrmy v podobě mléčné kaše, polévky nebo dětské přesnídávky. Děti od 1 roku dostávají k snídani většinou pečivo s kakaem, k dopolední svačině tvaroh, nebo jogurt. Oběd se skládá z polévky a hlavního jídla, v němž je maso pouze mleté. k dopolední svačině dostávají ovoce, či zeleninu. Večeře jsou studené, chleba se sýrem, či rohlík s pomazánkou. Děti do jednoho roku jsou krmeny sedmkrát až osmkrát denně a od jednoho roku pětkrát denně. Hmotnost novorozenců a kojenců je kontrolována denně v rámci hygieny. Od jednoho do dvou let jsou děti váženy jedenkrát týdně a od staršího věku pak jedenkrát měsíčně. Když jsou

děti zdravé, mají dostatečné přírůstky na váze. Při nemoci, kdy nemají chuť k jídlu, nejsou tak velké přírůstky pozorovány.

Potřeba čistoty těla je u novorozenců a kojenců zajišťována bezprostředně po probuzení umytím obličeje a zadečku, který se následně potře ochranným krémem. Dále sestry vyčistí dětem uši a nos, učešou vlasy a převlečou je do čistého oblečení. Zuby si děti čistí od 1,5 roku vždy ráno a večer. Celková koupel je zajišťována ve vaně jedenkrát za dva dny, ale v letních měsících denně. Pomůcek pro hygienu mají vždy dostatek, většinou jde o dary sponzorů, mezi nejčastěji používané patří Nivea, Baby, Batole, kartáčky, pasty, pudry, vatové štětičky a další.

K spánku jsou děti ukládány kolem 19. hodiny a ráno se budí spontánně (přibližně v 7 hodin). v průběhu noci se budí pouze novorozenci nebo kojenci z důvodu příjmu stravy. Starší děti spí až do rána. v průběhu dne spí mezi 12. – 14. hodinou. Před ukládáním k spánku sestra vyvětrá pokoj.

Potřeba bezpečí je zajištěna nepřetržitou přítomností sestry, která provádí dozor. Na elektrických zásuvkách a topeních jsou umístěny kryty jako prevence popálenin a úrazů. v období chřipkové epidemie jsou zakázány návštěvy a hračky jsou jedenkrát týdně umývány vodou. v centru je poskytována skupinová péče. Každá sestra se stará běžně o 5 dětí, ale jsou i měsíce, kdy pečuje až o 10 dětí.

Sociální potřeby dětí jsou uspokojovány návštěvami rodičů a rodinných příslušníků. Návštěvní dny v centru jsou vždy v pondělí a ve čtvrtek, ale dle domluvy s ředitelkou dětského centra a sociální pracovníci mohou probíhat individuálně. Sociální pracovníce musí být přítomna u každé návštěvy. Je možné, aby zde pobývala i matka s dítětem. v době šetření byla v centru ubytována matka, která se o dítě starala sama a čekala na azylový dům. Většina rodičů za dětmi ale moc nechodí, spíše telefonují. Děti mohou navštívit i ostatní příbuzní, ale s návštěvou musí souhlasit biologičtí rodiče.

Všechny respondentky se shodně domnívají, že potřeby dětí aktivně vyhledávají a uspokojují, ale rodičovskou náruč jim bohužel nenahradí. Péče, kterou poskytují, se jim zdá velmi dobrá a komplexní. Co by změnily, je počet personálu, a to tak, aby ho bylo více a péče se nemusela zaměřovat pouze na uspokojování základních dětských potřeb a mohly se dětem ještě více individuálně věnovat. Dále uvádí, že ředitelka

dětského centra se podle nich snaží získat přízeň sponzorů tak, aby se péče o děti nemusela v žádném ohledu omezovat. a díky tomu mají sponzorů prozatím dostatek. Respondentky si myslí, že se dětem intenzivně věnují. Podle nich dostávají některé lepší péči než by měly v jejich domácím prostředí. Jezdí s nimi na výlety, do zoo, na procházky do parku, s většími dětmi i do divadla. Za smutné považují to, že děti ještě nikdy nebyly v lese. Jako možné negativum uvádějí chybějící autoritu dětí k ošetřovatelskému personálu. Velmi kladně hodnotí, že se v centru téměř vůbec nestřídá personál. Děti si k nim vypěstovaly důvěrnější vztah, více jim věří a nebojí se jich. Ale přesto jim nemohou nahradit fungující rodinu.

#### **4.2 Výsledky šetření v Dětském centru Strakonice (pracoviště č. 2)**

##### **Identifikační údaje respondentek a zdravotnického zařízení**

Respondentce č. 6 bylo v době šetření 42 let, vystudovala střední zdravotnickou školu, obor dětská sestra. v dětském centru pracovala 3 roky ve 12hodinových směnách. Předtím působila na porodnickém oddělení.

Respondentce č. 7 bylo v době šetření 45 let, vystudovala střední zdravotnickou školu, obor dětská sestra. Poté studovala pomaturitní studium intenzivní a resuscitační péče. v dětském centru pracovala 3 roky ve 12hodinových směnách. Předtím pracovala v gynekologické ambulanci.

Respondentce č. 8 bylo v době šetření 38 let, vystudovala střední zdravotnickou školu. v dětském centru pracovala 2 roky ve 12hodinových směnách. Předtím byla na mateřské dovolené.

Respondentce č. 9 bylo v době šetření 35 let, vystudovala střední zdravotnickou školu, poté učitelství pro mateřské školy. v dětském centru působila jako výchovná sestra. Pracovala zde 1 rok v 8hodinových směnách. Předtím byla na mateřské dovolené.

Respondentce č. 10 bylo v době šetření 44 let, vystudovala střední zdravotnickou školu, obor dětská sestra, poté pomaturitní studium intenzivní a resuscitační péče. v dětském centru pracovala 5 let ve 12hodinových směnách. Předtím pracovala na dětském a porodnickém oddělení.

Všechny dotazované respondentky odpověděly shodně, že do jejich centra jsou přijímány děti ve věku od 0 do 5 let. Nejvíce jsou pak zastoupeny děti do 1 roku. Jejich délka pobytu je individuální. Některé dochází pouze do denního stacionáře, jiné tu bývají půl roku, ale větší část dětí zůstává déle jak 3 roky. Myslí si, že prognóza dětí je velmi dobrá. Uvádí, že mají velkou úspěšnost v adoptivní péči. Jsou přesvědčeny, že je to z toho důvodu, že pečují převážně o děti zdravé bez jakéhokoliv postižení, protože o tyto děti je největší zájem z řad adoptivních rodičů. Nezapomínají také zmínit problémy s dnešními soudy, kdy jsou špatně nastaveny zákony a trvá velmi dlouhou dobu než je dítě právně volné a může do adoptivní péče odejít. v některých případech právní uvolnění trvá i několik let a o starší děti již není takový zájem jako o děti v novorozeneckém a kojeneckém věku. Respondentky opět potvrzují, že do jejich centra jsou nejčastěji umisťovány děti sociálně slabých rodičů a děti se zdravotním postižením.

## **Uspokojování potřeb dětských klientů z pracovišti č. 2**

Jídelní lístek sestavuje dietní sestra ve spolupráci s kuchařkou. Novorozenci a kojenci mají kojeneckou stravu, která se skládá z formulí Beba, Nutrilon, při alergiích Beba senzitiv. Banku mateřského mléka k dispozici nemají. Od 4. měsíce podávají dětem příkrmy v podobě mléčné kaše, polévky nebo dětské přesnídávky. Děti do 1 roku jsou krmeny osmkrát až devětkrát denně a děti od 1 roku výše pětkrát denně. k snídani dostávají buchtu, chléb s máslem a marmeládou, mléko, kakao nebo čaj. Dbají na dostatečný pitný režim. k dopolední svačině podávají dětské přesnídávky, tvaroh nebo jogurt. Oběd obsahuje polévku a hlavního jídlo. Odpolední svačina se skládá z ovoce, či zeleniny. Nezapomínají ani na sladkosti v podobě čokolády nebo bonbónů. Večeře jsou v týdnu teplé a o víkendu studené. Vážení probíhá jedenkrát týdně. Dětem zde velmi chutná, takže pozorují dostatečné přírůstky na váze.

Ráno se děti probudí, umyje se jim obličej a zadeček, přebalí se, převlečou se do čistého prádla, vyčistí se jim uši, nos a zuby a učešou se jim vlasy. Zuby si děti čistí zhruba od 2 až 3 let vždy ráno a večer. Celková hygiena těla probíhá každý den, kdy se děti koupou ve vaně a jedenkrát týdně se jim myjí vlasy. Pomůcky dostávají od

sponzorů a mají jich dostatek. Mezi nejčastěji používanou kosmetiku patří Baby, Batole nebo Nivea.

K spánku jsou děti ukládány individuálně. Do 1 roku to bývá kolem 18. a 19. hodiny a od jednoho roku kolem 19. a 20. hodiny. Ráno sestra čeká, dokud se děti samy neprobudí (přibližně kolem 7. hodiny). v průběhu noci se budí novorozenci a kojenci z důvodu příjmu stravy. Přes den děti spí mezi 12.-15. hodinou. Před ukládáním k spánku sestra vyvětrá pokoj a na topení nastaví nižší teplotu než v hernách.

Potřeba bezpečí dětí je zajištěna přítomností sestry, která provádí dozor, dále kryty na elektrických zásuvkách a topení. v období chřipkové epidemie jsou zakázány návštěvy a dvakrát týdně jsou dezinfikovány hračky. Název dezinfekčního prostředku respondentky neznají, protože se každý měsíc střídá dle harmonogramu. v centru je poskytována skupinová a individuální péče. Při skupinové péči většinou jedna sestra pečuje o 4 děti. Individuální péče probíhá tak, že si sestra vezme jedno dítě stranou a věnuje se pouze jemu. Může s ním kreslit, modelovat, číst nebo zpívat.

Sociální potřeby dětí jsou uspokojovány návštěvami rodičů a rodinných příslušníků. Respondentky uvádí, že návštěvy bohužel neprobíhají moc často, protože rodiče za dětmi moc nechodí, více jim telefonují. Možné je, aby zde pobývaly i matky s dětmi jako forma zaučení pro adoptivní péči. Návštěvní dny v centru jsou každý den dle domluvy s ředitelem dětského centra a sociální pracovníci. Děti mohou navštívit i jejich ostatní příbuzní, musí mít ale svolení biologických rodičů.

Dále respondentky shodně uvádějí, že potřeby dětí aktivně vyhledávají a uspokojují. Péči v jejich centru hodnotí jako kvalitní, ucelenou a vysoce odbornou. Myslí si, že velkým pozitivem je vysoký počet kvalifikovaného personálu, mají k dispozici rehabilitační pracovníci, která s dětmi denně cvičí, lékaře, který do centra dochází a sociální pracovníci. o děti pečují s láskou a snaží se jim co nejvíce věnovat, ale i tak si jsou vědomy toho, že stejně jako všude i zde jsou rezervy. Myslí si, že negativní na této práci je sledování osudu dětí. Dále pak malé prostory pro herny a chybějící izolace, když jsou děti nemocné. Kdyby mohly péči změnit, rozdělily by skupiny dětí tak, aby jich bylo na 1 sestru méně a ta se jim pak mohla o to více věnovat.

#### **4.3 Výsledky šetření v Dětském domově v Kamenici nad Lipou (pracoviště č. 3)**

##### **Identifikační údaje respondentek a zdravotnického zařízení**

Respondentce č. 11 bylo v době šetření 52 let, vystudovala střední zdravotnickou školu, obor dětská sestra. Poté pomaturitní studium obor vychovatelství a ošetřovatelství. Následně studovala na vysoké škole obor rehabilitační a psychosociální péče a pokračovala navazujícím magisterským studium v tomtéž oboru. v dětském domově pracovala již 32 let v 8 a 12hodinových směnách. Předtím působila v nemocnici na interním oddělení.

Respondentce č. 12 bylo v době šetření 30 let, vystudovala střední zdravotnickou školu. Poté vysokou školu se zaměřením na pedagogiku volného času. v dětském centru pracovala 3 měsíce ve 12hodinových směnách. v jiném zdravotnickém zařízení nepůsobila.

Respondentce č. 13 bylo v době šetření 45 let, vystudovala střední zdravotnickou školu, obor dětská sestra. v dětském domově pracovala 13 let ve 12hodinových směnách. Předtím působila v ambulanci u dětského lékaře.

Respondentce č. 14 bylo v době šetření 58 let, vystudovala střední zdravotnickou školu, obor dětská sestra. Vzdělání si doplnila pomaturitním studiem, obor anesteziologická a resuscitační péče. v dětském centru pracovala již 33 let ve 12hodinových směnách. Předtím nikde jinde nepracovala.

Respondentce č. 15 bylo v době šetření 38 let, je absolventkou střední zdravotnické školy a v době šetření studovala vysokou školu obor všeobecná sestra. v dětském centru pracovala 12 let ve 12hodinových směnách. Předtím působila v gynekologické ambulanci.

Všechny respondentky shodně uvádějí, že do jejich domova jsou přijímány děti ve věku od 0 do 6 let. Nejvíce zde mají batolata ve věku 1 až 3 let. Nejčastěji přijímají na dlouhodobé nepřetržité pobyty, ale poskytují i denní stacionáře. Respondentky se shodně domnívají, že prognóza dětí je docela příznivá. v ideálním případě se vrací zpět do svých rodin, a pokud to nelze, proběhne náhradní rodinná péče. v současné době zaznamenaly zvýšený zájem o adopce, dle jejich názoru je to způsobeno tím, že přibývá stále více neplodných párů a také tím, že ženy v současné době odkládají mateřství na

pozdější dobu a pak zjistí, že děti mít nemohou. Pro adopce je jednoznačně největší zájem o děti od 0 do 3 let. Naopak respondentka č. 15 uvedla, že prognóza dětí není moc příznivá. a to proto, že i když se snaží, aby se většina dětí mohla vrátit zpět do svých vlastních rodin, často se jim to nepovede a děti jsou pak odkázané na náhradní rodinou péči nebo jsou dále umístované do dětských domovů. Dále uvádí, že si není jistá, zda je větší zájem o adopce nebo pěstounské péče, ale myslí si, že častěji rodiče žádají o adopce. Převážně z toho důvodu, že o možnosti pěstounské péče moc lidí neví. Respondentky by si moc přály, aby zákony byly nastaveny jinak a dětem bylo umožněno co nejdříve odejít do náhradních rodin, kde je budou mít rádi a vychovají z nich slušné lidi. Mezi nejčastější důvody, se kterými se zde setkaly, řadí důvody sociální, kdy se rodiče o děti z různých příčin nemohou postarat nebo zanedbávání či týrání dětí.

### **Uspokojování potřeb dětských klientů z pracoviště č. 3**

Jídelní lístek pro děti sestavuje ředitelka a schvaluje ho lékař. Novorozenci a kojenci dostávají kojeneckou stravu v podobě formulí Beba a Nutrilon. Banku mateřského mléka k dispozici nemají. Od 4. měsíce jsou dětem podávány příkrmy, například mléčné kaše, zeleninové polévky nebo dětské přesnídávky. u dětí starších 1 roku se nejčastěji v jídelním lístku objevují ryby, luštěniny, rýže, zelenina a ovoce. Dále respondentky uvádí, že v domově upřednostňují zdravou stravu a vaří i různé diety, například bezlepkovou. Podávání stravy je individuální. Novorozencům a kojencům je strava podávána osmkrát denně a dětem starším 1 roku pětkrát denně. Novorozenci a kojenci se váží každý týden a batolata a děti starší 3 let jedenkrát za měsíc. Pozorují dostatečné přírůstky na váze. Respondentky doplňují, že dětem zde velmi chutná.

Ranní hygiena dětí se odehrává ihned po probuzení, kdy se jim umyje obličej a zadeček, přebalí se, převléknou se do čistého prádla, vyčistí se jim uši, nos a zuby a učešou se jim vlasy. Zuby si děti čistí od 2, 5 až 3 let ráno a večer. Celková koupel je zajišťována večer ve vaně. Děti do 1 roku se koupou denně a nad 1 rok jedenkrát za 2 dny. Pomůcky pro hygienu používají kvalitní a mají jich dostatek. Dostávají je darem

od zahraničních sponzorů. Používají kartáčky na zuby, žínky, ručníky, vatové tyčinky atd.

K spánku jsou děti ukládány individuálně. Obvykle kolem 19. hodiny. Záleží na věku a ročním období. Například v letních měsících, když je déle vidět, chodí spát kolem 20. hodiny. Ráno se děti budí samy (bývá to kolem 7. hodiny). v průběhu noci budí jen novorozence a kojence z důvodu příjmu stravy. Batolata se budí pouze z důvodu přebalování, když se u nich vyskytne větší rozsah opruzenin. Děti spí přes den od 12,30 do 15,00 hodin. Před ukládáním k spánku sestra větrá ložnici a nastavuje na topení nižší teplotu než je nastavena v hernách a děti jsou k spánku méně oblékány.

Potřeba bezpečí je zajištěna plastovými kryty na topení a elektrických zásuvkách a s dětmi vždy musí být přítomna sestra, která provádí dozor. Aby v domově nedošlo k přenosu nozokomiálních nákaz, dodržují hygienický řád. Pravidelné mytí a dezinfekce rukou patří k denní rutině ošetřovatelského personálu. Dále pak dle rozpisu používají dezinfekční prostředky, kterými každý týden dezinfikují hračky a v období chřipkové epidemie jsou zakázány návštěvy. Název dezinfekce respondentky neuvádí. v domově poskytují skupinovou a individuální péči. Každá sestra pečuje průměrně o 4 děti. Záleží samozřejmě na celkovém počtu dětí.

Sociální potřeby dětí jsou zajišťovány návštěvami rodičů a rodinných příslušníků. Respondentky uvádí, že i když rodiče mají možnost své děti navštěvovat každý den od 10 do 17 hodin a dle domluvy s ředitelkou domova i častěji, tuto možnost moc často nevyužívají. Ubytování pro matky v domově nenabízí. Za dětmi mohou chodit i ostatní příbuzní jako je babička, teta nebo strýc, ale pouze po domluvě s jejich biologickými rodiči.

Respondentky jsou přesvědčeny, že potřeby dětí jsou v domově aktivně vyhledávány a uspokojovány. Domnívají se, že mnohým dětem zachrání život. Myslí si, že péče, kterou poskytují, je velmi dobrá a ucelená, protože mají k dispozici péči pediatra, rehabilitační a sociální pracovnice a vysoce vzdělaný personál s mnohaletou praxí. Péči, kterou poskytují, se snaží co nejvíce přizpůsobit rodinnému prostředí. Jsou pyšné na nově zrekonstruované prostory dětského domova. Jako pozitivum péče uvádí personál, který se u dětí téměř vůbec nestřídá a děti ho znají a mají k němu větší důvěru. Změnily



by pružnost v jednání, jejich prioritou jsou co možná nejkratší pobyty dětí v ústavu a spolupráce s rodinou a soudy. Myslí si, že děti zde rozhodně nestrádají a mnohé se zde mají lépe než by se měly ve svých vlastních domovech, mají k dispozici spoustu pěkných hraček, které jim napomáhají v rozvoji hrubé motoriky a verbálních schopností. Herny, ložnice a kuchyňky jsou vybaveny novým moderním nábytkem. Podnikají s dětmi různé výlety a procházky do přírody. Dále uvádí, že je to krásná práce, která je velmi baví a jsou přesvědčeny, že je to znát i v jejich přístupu k dětem. Jsou rády, že měly možnost a finance zrekonstruovat celý dětský domov tak, aby se jim zde dobře pracovalo a dětem se zde dobře žilo.

#### **4.3 Výsledky šetření v Dětském centru Znojmo (pracoviště č. 4)**

##### **Identifikační údaje respondentek a zdravotnického zařízení**

Respondentce č. 16 bylo v době šetření 42 let, vystudovala střední zdravotnickou školu, poté pomaturitní studium dětská sestra. v dětském centru pracovala 24 let ve 12hodinových směnách. v jiném zdravotnickém zařízení nepůsobila.

Respondentce č. 17 bylo v době šetření 30 let, vystudovala střední zdravotnickou školu. Poté vyšší odbornou školu, obor dětská sestra. v dětském centru pracovala 5 let ve 12hodinových směnách. v jiném zdravotnickém zařízení nepůsobila.

Respondentce č. 18 bylo v době šetření 54 let, vystudovala střední zdravotnickou školu. v dětském centru pracovala 30 let ve 12hodinových směnách. Předtím působila v jeslích a na porodnickém oddělení.

Respondentce č. 19 bylo v době šetření 37 let, vystudovala střední zdravotnickou školu. v dětském centru pracovala 18 let ve 12hodinových směnách. Předtím působila na dětském oddělení.

Respondentce č. 20 bylo v době šetření 50 let, vystudovala střední zdravotnickou školu. v dětském centru pracovala 33 let ve 12hodinových směnách. v jiném zdravotnickém zařízení nepůsobila.

Respondentky shodně uvádí, že věková hranice dětí v jejich dětském centru je od 0 do 6 let. Nejvíce dětí je pak zastoupeno ve věku 0 až 4 roky. Nejčastěji jsou děti přijímány na dlouhodobé nepřetržité pobyty, ale poskytují i denní a týdenní stacionáře.

Dále se domnívají, že prognóza dětí není tak špatná, jak se na první pohled může zdát. Uvádí, že děti se zde mají lépe než by se většina měla ve svých původních rodinách. Je o ně postaráno, jsou v teple, klidu a pečují o ně lidé, kteří je mají rádi. Upřednostňují, aby se děti mohly vrátit zpět do svých vlastních rodin, když to nelze, snaží se o umístění dětí do rodin náhradních. Jsou přesvědčeny, že větší zájem je o adopce, a to hlavně z toho důvodu, že pěstounská péče u nás není tak rozšířená jak v zahraničí a je také nedostatečně finančně ohodnocena. Dále si myslí, že většina rodičů chce přijmout dítě za vlastní a mít všechna práva o něm rozhodovat a ne se o něj pouze pár let starat a čekat, že kdykoliv může přijít jeho biologická matka a dítě jim bude kdykoliv odebráno. Největší zájem o děti do adopce je ve věku od 0 do 2 let, zdravé a neromského původu. Pouze ve výjimečných situacích se najdou rodiče, kteří by si vzali dítě romské. Respondentky se zde nejčastěji setkávají s umístěním dětí ze sociálních a zdravotních důvodů, nejvíce to bývá špatná ekonomická situace rodičů, kdy nemají dostatečné finanční prostředky, aby se o dítě mohli postarat.

#### **Uspokojování potřeb dětských klientů z pracoviště č. 4**

Jídelní lístek sestavuje dietní sestra a konzultuje ho s kuchařkou a ředitelem centra. u dětí do jednoho roku se jídelní lístek skládá převážně z kojeneckých formulí jako je Nutrilon nebo Beba. Banku mateřského mléka k dispozici nemají. Stravu mají rozdělenou zhruba do 7 až 8 porcí za den. Dále od 5. měsíce jsou dětem podávány příkrmy, zeleninové polévky nebo mléčné kaše. Od jednoho roku je dětem podávána plnohodnotná strava pětkrát denně. v centru se zaměřují na zdravou výživu. Jídelní lístek obsahuje hodně ryb, zeleniny, ovoce, luštěnin a rýže. Vážení probíhá jedenkrát za měsíc, při nemoci samozřejmě častěji. Pozorují dostatečné přírůstky na váze.

Ráno, až se děti samy vzbudí, jim sestra umyje obličej, podle věku vyčistí zuby, dále jim umyje zadeček, následně je přebalí a natře ochranným krémem proti opruzeninám, učeše jim vlasy a vyčistí uši a nos. Zuby si děti čistí od 1, 5 roku ráno a večer. Celková koupel dětí probíhá denně večer ve sprše. Pomůcky pro hygienu jim poskytují sponzoři a mají jich dostatek. Například tělová mléka, šampóny, zubní pasty, kartáčky, vatové štětičky a další.

K spánku jsou děti ukládány kolem 18. hodiny, ráno se budí spontánně (obvykle kolem 7. 30 hodin). v průběhu noci děti nebudí. Přes den děti spí 2 až 3 hodiny. Před ukládáním k spánku sestra větrá a zvlhčuje vzduch v ložnici a děti na spánek méně obléká.

Bezpečnost dětí je zajišťována plastovými kryty na topeních a elektrických zásuvkách a s dětmi je vždy přítomna sestra. Pro prevenci přenosu nozokomiálních nákaz slouží pravidelná dezinfekce rukou personálu a hraček, které se dezinfikují jedenkrát týdně. Respondentky uvádějí, že dezinfekce střídají pravidelně každý měsíc a nejvíce používají Sanosil, Dezisan, Savo aj. Dále pak v době chřipkových epidemií zakazují návštěvy. v dětském centru poskytují skupinovou a individuální péči. Individuální péči zde provádí výchovná sestra. Každá sestra pečuje o 4 děti.

Sociální potřeby dětí jsou zajišťovány návštěvami rodičů a rodinných příslušníků. Návštěvní dny probíhají od pondělí do pátku, čas je individuální po domluvě s ředitelem centra a sociální sestrou. Bohužel tuto možnost návštěv rodiče moc často nevyužívají. v centru je matkám poskytnuta možnost, aby zde nějaký čas pobývaly s dítětem. Tato možnost slouží hlavně pro případy adopcí, kdy se matky zaučují v péči o dítě nebo v případech, kdy se matky svého dítěte vzdát nechtějí, ale jsou v tíživé životní situaci, nemají kam jít a čekají na přidělení bytu či azylového domu. Děti mohou navštívit i ostatní příbuzní, ale musí o tom vědět jejich rodiče.

Respondentky si myslí, že potřeby dětí jsou v jejich centru aktivně vyhledávány a uspokojovány. Jsou přesvědčeny o tom, že kdyby si to nemyslely, tuto práci by ani nemohly dělat. Z pohledu respondentek je péče, kterou v centru poskytují, na velmi dobré úrovni. Uvádí, že transformace z dřívějšího kojeneckého ústavu na dětské centrum udělala strašně moc a péče o děti se velmi zlepšila, nyní je více komplexní. Mají k dispozici multidisciplinární tým složený z psychologa, pediatra, rehabilitační sestry a sociální pracovnice. Pozitiva vidí v tom, že nyní mají ideální počet dětí na jednu sestru a ta se jim pak může více věnovat. v době šetření v centru probíhala celková rekonstrukce a respondentky uvedly, že už se moc těší, jak se dětem budou líbit nové vymalované herny, ložnice a jídelny. Jako negativum uvádí absenci mužského vzoru ve zdravotnickém personálu. o děti zde pečují pouze ženy. Kdyby mohly péči změnit,

přijaly by mezi zdravotnický personál v centru muže, protože děti by měly vědět, že i muž zastává v domácnosti svou roli. Dále by namalovaly dětem barevně postýlky, aby měla každá jinou barvu a jim se pak v nich lépe spalo.

#### **4.4 Výsledky šetření v Dětském centru Praha (pracoviště č. 5)**

##### **Identifikační údaje respondentek a zdravotnického zařízení**

Respondentce č. 21 bylo v době šetření 55 let, vystudovala střední zdravotnickou školu a poté pomaturitní specializační studium. v dětském centru pracovala 35 let, předtím nikde jinde nepracovala. Působila ve funkci staniční sestry v 8hodinových směnách.

Respondentce č. 22 bylo v době šetření 41 let, vystudovala střední zdravotnickou školu a poté vyšší odbornou školu. v centru pracovala 23 let ve 12hodinových směnách. Předtím nikde jinde nepracovala.

Obě respondentky shodně uvedly, že do jejich centra jsou přijímány děti ve věku od 0 do 5 let. Nejvíce dětí je ve věku 2 až 3 let. Převážně z toho důvodu, že nerozdělují sourozence a čekají, až budou moct do náhradní rodinné péče či dětského domova odejít společně. v době šetření zde měly nejvíce kojenců a batolat. v centru převažují dlouhodobé nepřetržité pobyty, ale poskytují také denní a týdenní stacionáře. Například když matka samoživitelka musí být neodkladně hospitalizována v nemocnici a o její dítě se nemá kdo postarat, v centru se o něj po tuto dobu postarají, ale doplňují, že to není tak častá záležitost. Pokud jsou děti zdravé, hodnotí respondentky jejich prognózu kladně, bohužel, když se jedná o dítě se zdravotním postižením, ať už fyzickým či psychickým a moc dobře to do budoucna nedopadá, děti jsou dále umisťované do domova pro děti se zdravotním postižením. o ně, bohužel, při adopcích a pěstounské péči zájem není. Obě respondentky jsou přesvědčeny o tom, že více jsou upřednostňované adopce. Při adopcích je největší zájem o děti zdravé v novorozeneckém věku. Pěstounské péče jsou velmi výjimečnou záležitostí. Největší problém shledávají v právním systému, kdy děti nejsou právně volné a čeká se velmi dlouhou dobu, než jsou u nich adopce vůbec umožněné. Jsou nepříjemně překvapeny názory, které slyšají hlavně z řad rodičů, kteří o tom příliš nevědí a myslí si, že děti

v centru záměrně zdržují, aby byla centra stále plná dětí a ony měly dostatek práce. Umožňují tedy rodičům, kteří mají o adopce zájem, možnost nahlédnutí do tohoto systému a celého právního řízení. Nejčastěji se zde setkávají s dětmi, jejichž matky jsou závislé na alkoholu či drogách.

### **Uspokojování potřeb dětských pacientů z pracoviště č. 5**

Jídelní lístek v centru sestavuje vrchní sestra a konzultuje ho s lékařem. Mají k dispozici mléčné kuchyňky, kde stravu připravují. Skladba jídla je dána věkem dětí. Do půl roku přijímají děti pouze mléčnou stravu. Od 6. měsíce se na noc postupně přidávají příkrmy v podobě dětských přesnídávek. Od jednoho roku je dětem podávána batolecí strava, přijímají již klasické jídlo v podobě omáček, brambor se zeleninou, pečivo, jogurty, ovoce či zeleninu. Banku mateřského mléka k dispozici nemají. Příjem stravy probíhá opět závisle na věku dětí. Novorozenci přijímají stravu osmkrát denně zhruba po 3 hodinách. u dětí od půl roku se interval mezi jídlem postupně prodlužuje, takže jí pětkrát denně. Ale je to samozřejmě individuální. Vážení dětí opět probíhá v závislosti na věku. Do 3 měsíců se váží denně, do jednoho roku dvakrát týdně, do jednoho a půl roku dvakrát měsíčně, děti starší se pak váží jedenkrát za měsíc.

Potřeba čistoty těla začíná bezprostředně ranní hygienou, kdy se děti převlečou do čistého oblečení, umyje se jim obličej, následně zadeček, přebalí se, převlečou se do čistého prádla, učešou se jim vlasy, vyčistí nos a uši. Koupou se každý den večer ve vaně. Zuby si děti čistí teprve tehdy, až dokáží stát u umyvadla. Bývá to zhruba kolem jednoho roku. Respondentky nepociťují, že by měly nedostatek pomůcek, řeší to převážně sponzorskými dary, dále pak z finančního rozpočtu centra. Používají jednorázové ubrousky, vatové štětičky, dětské gely a olejíčky.

K spánku jsou děti od jednoho roku ukládány od 18. hodiny. Mladší děti dříve, starší pak o něco později. v průběhu noci je nebudí. Budí je pouze tehdy, když mají děti problémy s jídlem nebo při pravidelném podávání léků, kdy se musí dodržet určitý interval. Ráno se budí spontánně, většinou kolem 7. až 8. hodiny. Když se dětem ráno nechce vstávat, sestra to respektuje a jde si s ostatními dětmi hrát vedle do herny a zbytek dětí nechává dospat. v průběhu dne děti odpočívají, u novorozenců a kojenců

se pravidelně střídá rytmus spánku a bdění asi po 3 hodinách. Zhruba od půl roku se interval spánku prodlužuje a probíhá pouze dopolední a odpolední spánek. a od jednoho roku probíhá jen odpolední spánek. v centru probíhá polední klid od 12 do 15 hodin. Před ukládáním k spánku sestra větrá ložnice a zatahuje závěsy, aby je nerušilo světlo, dále se děti snaží zklidnit muzikou, kdy jim pouští různé ukolébavky a dává jim na spaní oblíbené hračky.

Potřeba bezpečí a jistoty je zajištěna neustálou přítomností sestry u dětí. Všechen nábytek v centru je navržen tak, aby bylo riziko úrazu minimální, nemá ostré hrany, dostávají a kupují jen ty hračky, které jsou bezpečné a určené pro danou kategorii dětí a elektrické zásuvky a topení jsou opatřeny bezpečnostními kryty. Prevenci přenosu nozokomiálních nákaz řeší hygienický řád, kde jsou uvedeny požadavky pravidelně dezinfikovat ruce a teploměry, vyvařovat savičky, dále má každé dítě svůj vlastní hrníček. Každý týden dezinfikují hračky Desprejem nebo Desanem. Poskytují skupinovou a individuální péči. Jedna sestra pečuje o 4 až 5 dětí. Sestry si mohou u sociální pracovnice vyřídit propustky a děti pak mohou brát přes noc domů nebo na jednodenní výlety, do bazénu nebo do zoologické zahrady.

Sociální potřeby dětí jsou zajišťovány návštěvami rodičů a rodinných příslušníků. v centru mají také k dispozici 6 pokojů pro matky s dětmi. Hlavně v případech, kdy matky docházejí na léčení a dítěte se vzdát nechtějí. Návštěvování dětí rodiči je velmi individuální, ale celkově rodiče za dětmi moc nechodí. Návštěvní dny v centru probíhají v úterý, ve středu a ve čtvrtek. Mají místnost vyhrazenou pouze pro návštěvy. i ostatním příbuzným je umožněno děti navštívit, svolení potřebují pouze tehdy, když by chtěli za dětmi chodit sami bez biologických rodičů.

Respondentky jsou přesvědčeny, že potřeby dětí jsou v jejich centru zcela jistě aktivně vyhledávány a následně uspokojovány. Velmi se snaží o to, aby se péče, kterou poskytují, co nejvíce podobala rodinnému prostředí. Oddělení mají rozdělené do tzv. rodinek, kdy se jedna sestra stará o 4 až 5 dětí, které jsou různého věku. Poskytují dětem spoustu aktivit, kdy si sestry děti berou přes noc domů, aby viděly i jiný způsob života než je v centru, kde vidí „tety“ už oblečené a učesané. Každý rok s dětmi jezdí na týdenní i delší pobyty do přírody, do bazénů a solných jeskyní. Provádějí hypoterapii

a mají také svůj keramický kroužek. Pomáhá jim sdružení dobrovolníků Malíček, kdy má každé dítě svého dobrovolníka, který za ním jedenkrát týdně do centra dochází a intenzivně se mu věnuje. Dále mají také tzv. firemní dobrovolníky, kteří, aby si odpočinuli od své práce, většinou tedy psychické, pomáhají jim s provozem centra, který by oni sami nezvládaly. Natírají ploty, lavičky a hrabou listí v parku. Malé negativum pocítují v tom, že je v centru málo personálu na daný počet dětí. Myslí si, že kdyby bylo více sester, udělalo by se ještě více práce. Dále uvádí, že by bylo dobré, kdyby děti měly k dispozici větší herny. Respondentky uvádí, že péče, kterou poskytovaly dětem, když do centra nastoupily, je nesrovnatelná s péčí, kterou poskytují nyní. Děti mají dostatek hraček, snaží se o takové uspořádání místností, aby to vyhovovalo dětem i jim.

#### **4.5 Výsledky šetření v Dětském domově Strančice (pracoviště č. 6)**

##### **Identifikační údaje respondentek a zdravotnického zařízení**

Respondentce č. 23 bylo v době šetření 49 let, vystudovala střední zdravotnickou školu a pomaturitní specializační studium. v centru pracovala 21 let jako vrchní sestra v 8hodinových směnách. Předtím pracovala na ortopedii.

Respondentce č. 24 bylo v době šetření 23 let, vystudovala střední zdravotnickou školu. v centru pracovala 3 roky ve 12hodinových směnách. Předtím pracovala na kardiochirurgickém oddělení.

Obě respondentky shodně uvedly, že do jejich centra jsou přijímány děti ve věku od 0 do 6 let. Nejvíce dětí je ve věku 5 až 6 let. Nejčastěji přijímají na dlouhodobé nepřetržité pobyty, ale poskytují i denní a týdenní stacionáře. Nejvíce tehdy, když si rodiče, kteří mají doma postižené dítě a péči o něj již nezvládají, zažádají o pomoc. Dítě pak do domova vozí na týdenní stacionář a na víkendy si ho mohou brát domů.

Respondentka č. 23 hodnotí prognózu dětí celkem kladně, uvádí, že pro všechny děti se snaží nalézt určité vyústění. Oproti tomu respondentka č. 24 hodnotí prognózu dětí jako špatnou a to hlavně proto, že v jejich domově jsou děti převážně postižené, které vlastní rodina z tohoto důvodu zavrhlá nebo odložila a do adopcí nebo pěstounských péčí o ně není žádný zájem. u dětí se zdravotním postižením po dovršení 6 let jejich

věku odcházejí do domova pro děti se zdravotním postižením, pokud jsou zdravé, jsou děti umisťované do náhradní rodinné péče. Respondentky uvádějí, že více žadatelů pociťují o adoptivní péči, kdy je samozřejmě největší zájem o děti zdravé a nejlépe hned z porodnice, ale myslí si, že to vůbec není dobré řešení, protože adoptivní rodiče nikdy nemohou vědět, jakou má dítě anamnézu a zda se u něj v budoucnu nevyskytne nějaká dědičná choroba. Jako nezájem o pěstounskou péči uvádí problém profesionálních pěstounů, který se stále řeší a dosud nebyl nijak vyřešen. Jako nejčastější důvody umístění dětí do domova respondentky shodně uvedly tělesné či mentální postižení, ale nejsou ani výjimkou sociální důvody, kdy se rodiče, i když mají dítě zdravé, z důvodu nedostatku financí o něj nemohou starat.

### **Uspokojování potřeb dětských klientů z pracoviště č. 6**

Jídelní lístek v dětském domově sestavuje vrchní sestra a konzultuje ho s nutričním terapeutem. Snaží se, aby děti měly denně čerstvé a kvalitní jídlo, dostatek zeleniny a ovoce, dostatečný pitný režim a stravu s malým obsahem soli. Nezapomínají zde ani na sladkosti. Nedávají dětem zahraniční ovoce a citrusové plody z důvodu alergie. Skladba stravy je závislá na věku dítěte a nemoci. Do půl roku je podávána pouze kojenecká strava, od půl roku již příkrmy a od jednoho roku děti dostávají celou plnohodnotnou stravu. Banku mateřského mléka k dispozici nemají. Příjem stravy probíhá individuálně podle potřeby a věku. Vážení probíhá u novorozenců a kojenců denně, u batolat a dětí, které mají problémy s výživou jedenkrát týdně, dále pak jedenkrát měsíčně.

Hygiena dětí začíná hned ráno, kdy se děti koupou ve vaně. Je to z toho důvodu, že ráno je v domově vždy nejvíce sester a při koupání větších dětí si vždy pomohou. Při výskytu nějakého zdravotního problému se může ihned informovat lékař, který ráno provádí vizitu a tak se může ihned zasáhnout. Při koupání dětem nechávají dostatek času, aby si koupání užily, protože to mají moc rády. Respondentky uvádí, že pomůcky mají kvalitní, dostávají je od sponzorů, kraje nebo si je hradí ze svého rozpočtu. Mají k dispozici vanu s tryskami, která jim velmi usnadní práci, dále vířivky, biolampy a kvalitní léky. Pokud to ze zdravotního důvodu jde, čistí dětem zuby od jednoho roku.



K spánku děti ukládají mezi 18. a 19. hodinou. Ráno se děti budí spontánně, většinou to bývá kolem 7. až 8. hodiny. v průběhu noci děti nebudí, když potřebují na záchod nebo mají hlad, přihlásí se samy. Přes den děti spí od 12,00 do 13,30 hodin. Před ukládání k spánku sestra větrá, zatahuje závěsy a snaží se navodit příjemnou atmosféru pro spánek, pouští dětem pohádky a snaží se být potichu, aby je nevzbudila.

Potřeba bezpečí a jistoty je zajišťována hlavně prevencí, školením o bezpečnosti, dále ochrannými kryty na topení a elektrických zásuvkách, u kterých vždy probíhá pravidelná revize. Dále pak vhodně vyrobeným a umístěným nábytkem v hernách. Aby zabránily přenosu nozokomiálních nákaz, snaží se do práce nechodit akutně nemocné, v době chřipkových epidemií zakazují návštěvy, pravidelně dezinfikují povrchy a nočníky. a samozřejmě je i pravidelná dezinfekce rukou. Hračky dezinfikují jedenkrát týdně dezinfekcí, která je v hygienickém řádu a pravidelně se střídá. Používají hlavně Savo a Sterilium. Dětem poskytují skupinovou a individuální péči. Každá sestra pečuje o 5 a někdy i více dětí.

Sociální potřeby dětí jsou zajišťovány návštěvami rodičů a rodinných příslušníků. Rodiče navštěvují své děti celkem často, ale je to samozřejmě velmi individuální. Pokoje pro matky s dětmi k dispozici nemají, protože se jim to neosvědčilo. Návštěvní dny v domově probíhají neomezeně. Po telefonické domluvě se sociální pracovníci jsou umožněny návštěvy i ostatním rodinným příslušníkům.

Respondentky se domnívají, že potřeby dětí v jejich domově aktivně vyhledávají a uspokojují. Vůbec netuší, jak by péči mohly ještě více zlepšit, myslí si, že už to snad více ani nelze, jsou přesvědčeny, že je na velmi dobré úrovni. Respondentka č. 23 uvádí, že se snaží přijímat personál, který má děti rád a pro tuto práci bude nadšený. Negativum vidí v přílišné integraci zdravých dětí s postiženými. Je přesvědčena, že to úplně správné není a trochu by to omezila. Dále uvádí, že dětem chybí tělocvična a vnitřní bazén, který by jistě vhodně využily. Respondetka č. 24 si myslí, že v domově chybí specificky vyškolený pedagogický pracovník pro určitý typ dětského postižení. Myslí si, že kdyby v domově takovou specificky vyškolenou osobu měly, mohly by děti více zabavit.

#### **4.6 Výsledky šetření v Dětském centru Dvůr Králové (pracoviště č. 7)**

##### **Identifikační údaje respondentek a zdravotnického zařízení**

Respondentce č. 25 bylo v době šetření 56 let, vystudovala střední zdravotnickou školu a v centru pracovala 36 let ve 12hodinových směnách. Předtím nikde jinde nepracovala.

Respondentce č. 26 bylo v době šetření 50 let, vystudovala střední zdravotnickou školu a v centru pracovala 12 let ve 12hodinových pracovních směnách. Před tím pracovala na novorozeneckém oddělení.

Výpovědi respondentek se příliš nelišily a obě shodně uvedly, že do jejich centra jsou přijímány děti ve věku od 0 do 6 let. Myslí si, že věková hranice dětí v centru je vyrovnaná, mají stejný počet novorozenců, kojenců, batolat i předškolních dětí, protože když děti dosáhnou 6. roku a jsou dále umisťovány do dětských domovů školského typu, nebo do náhradních rodin, přijmou se děti jiné a věková hranice dětí v centru zůstává stejná. Takže tu mají téměř stále stejný počet novorozenců, kojenců, batolat i dětí v předškolním věku. v centru poskytují denní a týdenní stacionáře, ale i dlouhodobé nepřetržité pobyty. Více se zaměřují na pobyty dlouhodobé, krátkodobé pobyty jsou spíše výjimečnou záležitostí. Prognózu dětí hodnotí celkem kladně, uvádí, že problém nastává až tehdy, když jsou děti větší a svou situaci si uvědomují. Respondentka č. 25 si myslí, že v současné době je větší zájem o pěstounskou péči, ale vzhledem k tomu, že na pěstouny jsou v České republice kladeny přílišné požadavky, nyní není moc lidí, kteří by to chtěli dělat a více dětí od nich z centra odchází do adopcí. Oproti tomu respondentka č. 26 uvedla, že větší zájem je o adopce. Je přesvědčena, že je to z toho důvodu, že pěstouni se bojí biologických rodičů, že budou děti neustále navštěvovat, různými způsoby kontaktovat a mluvit jim do jejich výchovy. v adoptivní péči se biologičtí rodiče nesmí dozvědět, kdo je adoptoval, tudíž je další kontakt s dítětem vyloučen. Nejvíce je zájem o zdravé děti v novorozeneckém věku. Obě respondentky uvádějí, že do jejich centra jsou nejčastěji umisťovány děti z důvodů sociálních a zdravotních a dále různé druhy závislostí rodičů na alkoholu, drogách nebo jiných návykových látkách.

## **Uspokojování potřeb dětských klientů z pracoviště č. 7**

V dětském centru jídelní lístek sestavuje ředitelka a konzultuje ho s hospodářkou a kuchařkou. Jeho skladba je v závislosti na věku a potřebě. Novorozenci a kojenci dostávají kojeneckou stravu. Banku mateřského mléka k dispozici nemají. Zhruba od 5. měsíce dostávají příkrmy v podobě mléčných kaší. u dětí od jednoho roku je již strava plnohodnotná, kdy dostávají hodně zeleniny, ovoce, vlákniny, v jídelníčku nesmí chybět hodně ryb, luštěnin, mléčných výrobků a dostatečný pitný režim. Děti jsou krmeny dle věku, potřeby a váhy. Novorozenci zhruba po 3 hodinách, dále se interval mezi jídly prodlužuje a u dětí od jednoho roku je strava podávána pětkrát denně. Vážení probíhá opět dle věku a ordinace lékaře. Novorozenci se váží dvakrát týdně, kojenci jedenkrát týdně, batolata jedenkrát měsíčně a děti starší dvou let jedenkrát za 3 měsíce. Respondentky uvádějí, že pozorují dostatečné přírůstky na váze.

Hygiena dětí je zajišťována každý den. Novorozenci, kojenci a batolata se koupou ve vaně a děti starší dvou let se sprchují. Pomůcek mají dostatek, převážně od sponzorů, mezi nejčastěji používané patří různé olejíčky, vatové tampónky, štětíčky, hřebeny na vlasy, kartáčky, zubní pasty, dále šampóny a další. Ranní hygiena se odehrává ihned po probuzení, kdy se dětem omyje obličej, vyčistí se jim uši a nos, namažou se krémem, učešou se jim vlasy. Dále se přebalí a převlečou do čistého prádla a jdou snídat. Po snídani si děti čistí zuby. Zuby si čistí dvakrát denně, vždy ráno a večer, zhruba od 1, 5 roku.

K spánku děti ukládají kolem 20. hodiny a ráno se budí samy. v průběhu noci se budí jen novorozenci a kojenci z důvodu příjmu stravy, ostatní děti spí až do rána bez probuzení. Od 12. do 14. hodiny probíhá v centru polední klid, během kterého děti spí. Před ukládáním k spánku sestra větrá ložnice a čte dětem pohádku.

Potřeba bezpečí a jistoty je zajištěna neustálou přítomností sestry u dětí, dále ochrannými kryty na elektrických zásuvkách a topeních. Aby v centru nedošlo k přenosu nozokomiálních nákaz, personál si pravidelně dezinfikuje ruce, chrání se ústenkami a ochrannými rukavicemi a neustále se větrá. Hračky dezinfikují každý týden, dezinfekci pravidelně střídají každý měsíc, nyní dezinfikují Performem. v centru poskytují skupinovou a individuální péči, kdy každá sestra pečuje o 3 až 4 děti.

Individuální péče probíhá tak, že každá sestra má k sobě přidělené jedno dítě, kterému se více věnuje.

Sociální potřeby dětí jsou zajišťovány návštěvami rodičů a ostatních rodinných příslušníků. Respondentky ovšem uvádějí, že rodiče děti moc nenavštěvují. Možnost, aby v centru pobývala matka s dítětem, nemají. Návštěvní dny jsou každý den, každou 1. a 3. sobotu a neděli v měsíci, dále pak po individuální domluvě s ředitelkou centra a sociální pracovnící. Ostatní příbuzní smí děti navštívit pouze dle rozhodnutí soudu.

Respondentky jsou přesvědčeny o tom, že potřeby dětí aktivně vyhledávají a uspokojují. Péči, kterou poskytují, hodnotí velmi kladně. Dětem se snaží hodně věnovat, nedělají rozdíly mezi dětmi vlastními a dětmi v centru, o které se starají. Vyzdvihují pravidelné pobyty na horách, návštěvu bazénu a školky v přírodě. Myslí si, že děti zde nestrádají a mají se zde mnohdy lépe, než by se měly ve svých vlastních rodinách. Nikdy se jim nestalo, že když jde dítě na víkend na propustku ke svých rodičů, že by se nechtělo vrátit zpět do centra, myslí si, že právě naopak se tam velmi těší. Kdyby to šlo, postavily by u centra ještě alespoň jednu budovu, která by sloužila k tomu, aby děti po dovršení 6. roku měly kam odejít.

**Tabulka 2 Identifikační údaje zdravotnických pracovišť**

Otázky	Pracoviště 1	Pracoviště 2	Pracoviště 3	Pracoviště 4
Věková hranice dětí	0 – 3 roky	0 – 5 let	0 – 6 let	0 - 6 let
Nejvíce dětí ve věku	1,5 roku	1 rok	1 – 3 let	0 – 4 let
Délka pobytu	dlouhodobý nepřetržitý	Denní týdenní dlouhodobý nepřetržitý	Denní dlouhodobý nepřetržitý	denní týdenní dlouhodobý nepřetržitý
Prognóza dětí (dle mínění respondentek)	velmi dobrá	velmi dobrá	docela příznivá	dobrá
Kam děti odcházejí nejčastěji	do adopce	do adopce	do adopce	do adopce
O jaké děti je větší zájem při adopci	o zdravé v novoroz. a kojeneckém věku	v novoroz. a kojeneckém věku	ve věku 0 – 3 roky	o zdravé a neromskéh o původu ve věku 0 - 2 roky
Důvody umístění dětí do centra	sociální a zdravotní	sociální a zdravotní	sociální	sociální a zdravotní

V tabulce 2 jsou v kategorizované formě uspořádány odpovědi respondentek na otázky, které se týkaly věkové hranice přijímaných dětí, důvodu a délky jejich pobytu a také prognózy. Pracoviště č. 1 přijímá děti od narození do 3 let věku, pracoviště č. 2 do 5 let a zbývající dvě pracoviště se starají o děti do 6 let věku. Prognózu dětí hodnotí respondentky na dvou prvních pracovištích za velmi dobrou, na 3. pracovišti za docela příznivou a na posledním pracovišti za dobrou. Na všech dotazovaných pracovištích je

největší zájem o adopce a o děti zdravé v novorozeneckém a kojeneckém věku. Nejčastěji jsou děti do center umístěny z důvodů sociálních, ale také zdravotních.

**Tabulka 3 Identifikační údaje zdravotnických pracovišť**

Otázky	Pracoviště 5	Pracoviště 6	Pracoviště 7
Věková hranice dětí	0 – 5 let	0 – 6 let	0 - 6 let
Nejvíce dětí ve věku	2 – 3 roky	5 – 6 let	věková hranice dětí je vyrovnaná
Délka pobytu	denní, týdenní, dlouhodobý nepřetržitý	denní, týdenní, dlouhodobý nepřetržitý	denní, týdenní, dlouhodobý nepřetržitý
Prognóza dětí (dle mínění respondentek)	kladná u dětí s dobrým zdrav. stavem	kladná, při špatném zdravotním stavu dětí špatná	celkem kladná
Kam děti odcházejí nejčastěji	do adopce	do adopce	do adopce i pěstounské péče
O jaké děti je větší zájem při adopci	o zdravé v novoroz. věku	o zdravé v novoroz. věku	o zdravé v novoroz. věku
Důvody umístění dětí do centra	závislosti rodičů na drogách a alkoholu	sociální a zdravotní důvody	sociální, zdravotní důvody a závislost rodičů na drogách a alkoholu

V tabulce 3 jsou v kategorizované formě uspořádány odpovědi respondentek na otázky, které se týkaly věkové hranice přijímaných dětí, důvodu a délky jejich pobytu a také prognózy. Pracoviště č. 5 přijímá děti od narození do 5 let věku. Zbývající dvě pracoviště se starají o děti do 6 let věku. Prognózu dětí hodnotí respondentky z pracovišti č. 5 u dětí s dobrým zdravotním stavem za kladnou, na pracovišti č. 6 při špatném zdravotním stavu za špatnou a na posledním pracovišti č. 7 za celkem kladnou. Na pracovištích č. 5 a 6 je největší zájem o adopce a na všech pracovištích uvedly, že

největší zájem je o děti zdravé v novorozeneckém a kojeneckém věku. Pouze na pracovišti č. 7 respondentky uvedly, že v jejich centru je zájem o adoptivní, ale i pěstounskou péči. Na pracovištích č. 5 a 7 jsou nejčastěji děti umisťovány z důvodu závislosti rodičů na drogách a alkoholu a na pracovišti č. 6 jsou děti nejčastěji umisťovány z důvodu sociálních a zdravotních.

**Tabulka 4 Uspokojování potřeb výživy na pracovištích 1 - 4**

<b>Otázky</b>	<b>Pracoviště 1</b>	<b>Pracoviště 2</b>	<b>Pracoviště 3</b>	<b>Pracoviště 4</b>
Skladba jídelního lístku dětí	dle věku, kojenecké formule, příkrmy	dle věku, dostatečný pitný režim, ovoce, zelenina	dle věku, ryby, luštěniny, jogurty	dle věku, zdravá strava, ryby, luštěniny, vláknina
Jídelní lístek sestavuje	kuchařka	dietní sestra a kuchařka	ředitelka, schvaluje lékař	dietní sestra, kuchařka, ředitel
Využití banky mateřského mléka	ne	ne	ne	ne
Četnost podávání dětské stravy	dle potřeby a věku, do 1 roku 7-8x denně, od 1 roku 5x denně	dle potřeby a věku, do 1 roku 8-9x denně, od 1 roku 5x denně	dle potřeby a věku, do 1 roku 8x denně, od 1 roku 5x denně	do 1 roku strava rozdělena do 7-8 porcí za den, nad 1 rok 5 porcí za den
Kontrola stavu výživy, sledování hmotnosti dětí	dle věku 1x denně, 1x týdně, 1x měsíčně, při dobrém zdravotním stavu dostatečné přírůstky na váze	vždy 1x týdně, pozorují dostatečné přírůstky na váze, dětem velmi chutná	dle věku 1x týdně, 1x měsíčně, pozorují dostatečné přírůstky na váze	vždy 1x měsíčně, při nemoci častěji, pozorují dostatečné přírůstky na váze



Tabulka 4 ukazuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázky týkající se zajištění potřeby výživy na pracovištích 1 - 4. Z odpovědí respondentek vyplynulo, že na těchto dotazovaných pracovištích závisí skladba jídelního lístku na věku dětí. Rozdíly byly nalezeny pouze v osobě, která jídelní lístek dětí připravuje. Zatímco na 1. pracovišti to byla kuchařka, na 2. již pomáhala dietní sestra. Na 3. pracovišti jídelní lístek připravovala ředitelka a schvaloval lékař a na 4. se do týmu zapojila opět i dietní sestra. Banku mateřského mléka nevyužívalo žádné z dotazovaných pracovišť. Počty dávek se na jednotlivých pracovištích významně nelišily, ani ve zjišťování stavu výživy nebyly shledány výrazné odlišnosti.

**Tabulka 5 Uspokojování potřeb výživy na pracovištích 5 - 7**

Otázky	Pracoviště 5	Pracoviště 6	Pracoviště 7
Skladba jídelního lístku dětí	dle věku, mléčná strava, příkrmy, plnohodnotná strava	dle věku, strava čerstvá a kvalitní, ovoce, zelenina, pitný režim, málo soli	dle věku a potřeby, od kojenecké stravy po plnohodnotnou stravu
Jídelní lístek sestavuje	vrchní sestra a lékař	vrchní sestra a nutriční terapeut	ředitelka, kuchařka a hospodářka
Využití banky mateřského mléka	ne	ne	ne
Četnost podávání dětské stravy	dle věku, 0 – 0,5 let 8x denně, od půl roku 5x denně	dle věku a potřeby	dle věku, potřeby a váhy, novorozenci po 3 hodinách, starší 5x denně
Kontrola stavu výživy, sledování hmotnosti dětí	dle věku, 1x denně, 2x týdně, 2x měsíčně, 1x za měsíc	dle věku, 1x denně, 1x týdně, 1x měsíčně	dle věku a ordinace, 2x týdně, 1x týdně, 1x měsíčně, 1x za 3 měsíce

Tabulka 5 ukazuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázky týkající se zajištění potřeby výživy na pracovištích 5 - 7. Odpovědi respondentek byly stejné jako na předcházejících pracovištích. Rozdíly byly rovněž nalezeny pouze v osobě, která jídelní lístek připravuje. Na 5. pracovišti to byla vrchní sestra a lékař, na 6. vrchní sestra a nutriční terapeut a na 7. pracovišti se do týmu zapojil ředitel, kuchařka a hospodářka. Banku mateřského mléka nevyužívalo žádné z dotazovaných pracovišť. Počty dávek se

na jednotlivých pracovištích významně nelišily, ani ve zjišťování stavu výživa nebyly shledány výrazné odlišnosti.

**Tabulka 6 Uspokojování potřeb hygieny na pracovištích 1 - 4**

<b>Otázky</b>	<b>Pracoviště 1</b>	<b>Pracoviště 2</b>	<b>Pracoviště 3</b>	<b>Pracoviště 4</b>
Doba a způsob koupání dětí	ve vaně 1x za 2 dny	ve vaně 1x denně, 1x týdně si myjí vlasy	ve vaně, do 1 roku se koupou 1x denně, nad 1 rok 1x za 2 dny	ve sprše 1x denně
Druhy pomůcek a jejich dostatek	pomůcek mají dostatek, Baby, Nivea, kartáčky, ...	pomůcek mají dostatek, Baby, Nivea, Batole, jednorázové ubrousky, ...	pomůcek mají dostatek od zahraničních sponzorů, Nivea, Baby, ...	pomůcek mají dostatek, kartáčky, ubrousky, vatové štětičky, ...
Způsob provedení ranní hygieny u dětí	umyjí se, přebalí, převlečou se do čistého prádla, vyčistí jim nos a uši, učešou vlasy	umyjí se, přebalí, převlečou se do čistého prádla, vyčistí jim nos a uši, učešou vlasy	umyjí se, přebalí, převlečou se do čistého prádla, vyčistí jim nos a uši, učešou vlasy	umyjí se, přebalí, převlečou se do čistého prádla, vyčistí jim nos a uši, učešou vlasy, dle věku vyčistí zuby
Čištění dětského chrupu	od 1, 5 roku ráno a večer	ve 2 až 3 letech	ve 2, 5 až 3 letech ráno a večer	od 1, 5 roku večer

Tabulka 6 ukazuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázky týkající se zajištění potřeby hygieny na pracovištích 1 - 5. Rozdíly byly nalezeny pouze v tom, zda děti koupou ve vaně, či je sprchují a v častosti koupání. Na pracovišti č. 4 děti sprchují, na zbylých třech pracovištích děti koupou ve vaně. Na pracovišti č. 1 děti koupou jednou za 2 dny, na pracovišti č. 3 se častost koupání odvíjí podle věku dětí. Z odpovědí respondentek vyplynulo, že na všech dotazovaných pracovištích používají téměř stejné pomůcky a mají jich dostatek. Způsob provedení ranní hygieny se na jednotlivých pracovištích také nelišil.

**Tabulka 7 Uspokojování potřeb hygieny na pracovištích 5 - 7**

Otázky	Pracoviště 5	Pracoviště 6	Pracoviště 7
Doba a způsob koupání dětí	večer ve vaně 1x denně	ráno ve vaně 1x denně	novorozenci, kojenci a batolata se koupou ve vaně, starší děti se sprchují 1x denně
Druhy pomůcek a jejich dostatek	pomůcek mají dostatek, jednorázové ubrousky, vatové štětičky, ...	pomůcek mají dostatek, vanu s tryskami, biolampu, ...	pomůcek mají dostatek, vatové štětičky, olejíčky, ...
Způsob provedení ranní hygieny u dětí	umyjí obličej, zadeček, následně je přebalí, učešou vlasy, vyčištění uší a nosu	koupel ve vaně, dostatek času, aby si to děti užily	umyjí obličej, vyčistí uši, nos, namažou se krémem, učešou vlasy, přebalí je, převlečou je do čistého prádla, vyčistí si zuby
Čištění dětského chrupu	dle věku, pokud dokáží stát samy u umyvadla (kolem 1 roku)	pokud to ze zdravotních důvodů lze od 1 roku	2x denně ráno a večer, od 1, 5 roku

Tabulka 7 ukazuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázky týkající se zajištění potřeby hygieny na pracovištích 5 - 7. Rozdíly byly shledány pouze v tom, že na pracovišti č. 7 starší děti sprchují, čištění dětského chrupu na pracovišti č. 5 probíhá až tehdy, pokud děti dokáží samy stát u umyvadla, na pracovišti č. 6 dětem zuby čistí

tehdy, když to ze zdravotních důvodů lze. Na všech dotazovaných pracovištích se druh pomůcek a způsob provedení ranní hygieny téměř nelišil.

**Tabulka 8 Uspokojování potřeb spánku na pracovištích 1 - 4**

Otázky	Pracoviště 1	Pracoviště 2	Pracoviště 3	Pracoviště 4
Doba ukládání k spánku a probouzení dětí	kolem 19. hod., budí se spontánně (kolem 7.hod.)	individuální a dle věku, kolem 18. až 20. hod., budí se spontánně (kolem 7. hod.)	individuální, kolem 19. hod., a 20. hod., budí se spontánně (kolem 7. hod.)	kolem 18. hodiny, ráno se budí spontánně (kolem 7.30 hod.)
Noční buzení dětí, popřípadě z jakého důvodu	pouze novorozenci a kojenci z důvodu stravy	pouze novorozenci a kojenci z důvodu stravy	pouze novorozenci a kojenci z důvodu stravy	v průběhu noci se nebudí
Ukládání dětí k spánku i přes den	12,00 – 14,00 hod.	12,00 – 15,00 hod.	12,30 – 15,00 hod.	přes den spí 2 až 3 hodiny
Jakým způsobem je upravováno prostředí pro klidný a nerušený spánek dětí	sestra větrá ložnice	sestra větrá ložnice, na topení nastaví nižší teplotu	sestra větrá ložnice, nastavuje na topení nižší teplotu, děti k spánku méně obléká	sestra větrá ložnice, zvlhčuje vzduch v ložnici, děti k spánku méně obléká

Tabulka 8 ukazuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázky týkající se zajištění potřeby spánku na pracovištích 1 - 4. Odpovědi respondentek se téměř nelišily,

pouze na pracovišti č. 2 je ukládání dětí k spánku individuální a odvíjí se také od věku dětí, na pracovišti č. 3 je doba ukládání k spánku závislá na ročním období. Odlišnosti byly shledány také v tom, že na pracovišti č. 1 sestra před spánkem pouze větrá ložnice. Dále se odpovědi respondentek téměř nelišily.

**Tabulka 9 Uspokojování potřeb spánku na pracovištích 5 - 7**

Otázky	Pracoviště 5	Pracoviště 6	Pracoviště 7
Doba ukládání k spánku a probouzení dětí	dle věku, kolem 18. hod., budí se spontánně (kolem 7.- 8. hod.)	kolem 18.- 19. hod., budí se spontánně (kolem 7.- 8- hod.)	kolem 20. hod., budí se spontánně
Noční buzení dětí, popřípadě z jakého důvodu	v průběhu noci děti nebudí, pouze při pravidelném podávání léků, nebo při poruše příjmu potravy	v průběhu noci děti nebudí	v průběhu noci budí pouze novorozence a kojence z důvodu příjmu stravy
Ukládání dětí k spánku i přes den	přes den odpočívají dle potřeby a věku, polední klid je od 12.00 do 15.00 hod.	od 12.00 do 13. 30 hod.	polední klid je od 12.00 do 14.00 hod.
Jakým způsobem je upravováno prostředí pro klidný a nerušený spánek dětí	sestra větrá v ložnici, zatahuje závěsy, dětem pouští ukolébavky, podává jim oblíbené hračky na spaní	sestra větrá ložnici, zatahuje závěsy, snaží se navodit vhodnou atmosféru k spánku, pouští dětem pohádky, snaží se být potichu	sestra větrá ložnici, čte dětem pohádky

Tabulka 9 ukazuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázky týkající se zajištění potřeby spánku na pracovištích 5 - 7. Odlišnosti byly shledány v době ukládání dětí k spánku, kdy na pracovišti č. 5 se doba odvíjí od věku dětí. Na pracovišti č. 7 děti ukládají k spánku až kolem 20. hodiny. v průběhu noci budí děti na pracovišti č. 7, na



zbylých dvou pracovištích děti budí jen ve výjimečných případech. Úprava prostředí před spánkem se na jednotlivých pracovištích téměř nelišila.

**Tabulka 10 Uspokojování potřeb bezpečí a jistoty na pracovištích 1 - 4**

<b>Otázky</b>	<b>Pracoviště 1</b>	<b>Pracoviště 2</b>	<b>Pracoviště 3</b>	<b>Pracoviště 4</b>
Způsoby zajištění bezpečnosti dětí	přítomnost sestry, el. zásuvky a topení opatřeny kryty	přítomnost sestry, el. zásuvky a topení opatřeny kryty	přítomnost sestry, el. zásuvky a topení opatřeny kryty	přítomnost sestry, el. zásuvky a topení opatřeny kryty
Zábrana přenosu nozokomiálních nákaz	v době chřipkových epidemií zakázány návštěvy, hračky omývají vodou	v době chřipkových epidemií zakázány návštěvy, 2x týdně dezinfikují hračky	v době chřipkových epidemií zakázány návštěvy, dodržování hygienického řádu	v době chřipkových epidemií zakázány návštěvy, pravidelná dezinfekce rukou personálu a hraček
Častost dezinfekce hraček a druh dezinfekce	1x týdně omývají hračky vodou, dezinfekci nepoužívají	2x týdně dezinfikují hračky, název dezinfekce neznají	1x týdně dezinfikují hračky, název dezinfekce neuvádí	1x týdně Sanosilem nebo Dezisanem dezinfikují hračky
Poskytování skupinové či individuální péče, počet dětí na 1 sestru	poskytují skupinovou péči, 1 sestra pečuje o 5 dětí, někdy i více	poskytují skupinovou i individuální péči, 1 sestra pečuje o 4 děti	poskytují skupinovou i individuální péči, 1 sestra pečuje průměrně o 4 děti	poskytují skupinovou i individuální péči, 1 sestra pečuje o 4 děti

Tabulka 10 ukazuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázky týkající se zajištění potřeby bezpečí a jistoty na pracovištích 1 - 4. Odlišnosti v jednotlivých odpovědích respondentek byly shledány na pracovišti č. 3, kde zabraňují přenosu nozokomiálních nákaz dodržováním hygienického řádu a pravidelnou dezinfekcí rukou personálu. Dále na pracovišti č. 2 dezinfikují hračky dvakrát týdně, na ostatních pracovištích jedenkrát týdně. Pouze na pracovišti č. 4 respondentky znaly název dezinfekce, kterou používají na hračky. Na pracovišti č. 1 dezinfekci na hračky nepoužívají, omývají je vodou. Dále se jednotlivé odpovědi respondentek odlišovaly v tom, že na pracovišti č. 1 poskytují pouze individuální péči.

**Tabulka 11 Uspokojování potřeb bezpečí a jistoty na pracovištích 5 - 7**

Otázky	Pracoviště 5	Pracoviště 6	Pracoviště 7
Způsoby zajištění bezpečnosti dětí	přítomnost sestry, ochranné kryty na topeních a el. zásuvkách, nábytek navržen bez ostrých hran, hračky určené pro věkovou hranici dětí	prevence, školení o bezpečnosti, ochranné kryty na topeních a el. zásuvkách, vhodně zvolený a umístěný nábytek	přítomnost sestry, ochranné kryty na topeních a el. zásuvkách
Zábrana přenosu nozokomiálních nákaz	pravidelná dezinfekce rukou personálu, teploměrů, saviček, dodržování hygienického řádu	pravidelná dezinfekce rukou personálu, povrchů nábytku a nočníků, nechodí akutně nemocné do práce, v době chřip. epidemií zakázány návštěvy	pravidelná dezinfekce rukou personálu, větrání, ústenky a ochranné rukavice
Častost dezinfekce hraček a druh dezinfekce	1x týdně, Desan, Desprej	1x týdně, dezinfekci střídají, Savo, Sterilium	1x týdně, dezinfekci střídají, Perform
Poskytování skupinové či individuální péče, počet dětí na 1 sestru	skupinová a individuální péče, 1 sestra pečuje o 4 - 5 dětí	skupinová a individuální péče, 1 sestra pečuje o 5 a více dětí	skupinová a individuální péče, 1 sestra pečuje o 3- 4 děti

Tabulka 11 ukazuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázky týkající se zajištění potřeby bezpečí a jistoty na pracovištích 5 - 7. Zde byly shledány větší

odlišnosti, na pracovišti č. 5 zajišťují bezpečnost dětí speciálně navrženým nábytkem a hračky mají určené pro danou věkovou hranici dětí. Na pracovišti č. 6 absolvuje personál pravidelné školení o bezpečnosti. Pracoviště č. 5 zabraňuje přenosu nozokomiálních nákaz pravidelnou dezinfekcí saviček a teploměrů. Na pracovišti č. 6 sestry nechodí do práce akutně nemocné, dezinfikují povrchy nábytku a dětské nočníky. Na pracovišti č. 7 sestry pravidelně větrají a používají ústenky a ochranné rukavice. Na všech 3 pracovištích sestry věděly název dezinfekce, kterou používají k dezinfekci hraček. Názvy dezinfekcí se lišily a každý měsíc byly střídány. Dále se odpovědi respondentek lišily v počtu dětí, o které se starají na jednotlivých pracovištích. Na pracovišti č. 5 se sestry starají o 4 až 5 dětí, na pracovišti č. 6 o 5 a více dětí a na pracovišti č. 7 se sestry starají o 3 až 4 děti.

**Tabulka 12 Uspokojování potřeb lásky a sounáležitosti na pracovištích 1 - 4**

Otázky	Pracoviště 1	Pracoviště 2	Pracoviště 3	Pracoviště 4
Možnost návštěv rodičů a pobyt matky s dítětem	ano, v centru jsou pokoje pro pobyt matek s dětmi	ano, v centru jsou pokoje pro pobyt matek s dětmi	ano, ubytování matek v centru neumožňují	ano, v centru jsou pokoje pro pobyt matek s dětmi
Četnost návštěv rodičů a návštěvní dny instituce	nízká, rodiče více telefonují, pondělí a ve čtvrtek, dále dle domluvy individuálně	nízká, rodiče více telefonují, návštěvní dny jsou každý den	nízká, rodiče děti moc nenavštěvují, návštěvní dny jsou každý den od 10 do 17 hod.	nízká, rodiče návštěv moc nevyžívají, návštěvní dny jsou 5 dní v týdnu od pondělí do pátku
Možnost návštěv i ostatních příbuzných	ano, se souhlasem biologických rodičů	ano, se souhlasem biologických rodičů	ano, se souhlasem biologických rodičů	ano, se souhlasem biologických rodičů

Tabulka 12 ukazuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázky týkající se zajištění potřeby lásky a sounáležitosti. Odlišnosti jsme našli na pracovišti č. 3, kde neumožňují ubytování matek s dětmi. Dále na pracovišti č. 1 jsou návštěvní dny pouze v pondělí a ve čtvrtek a na pracovišti č. 4 jsou návštěvní dny 5 dní v týdnu. Dále se odpovědi respondentek téměř nelišily.

**Tabulka 13 Uspokojování potřeb lásky a sounáležitosti na pracovištích 5 - 7**

Otázky	Pracoviště 5	Pracoviště 6	Pracoviště 7
Možnost návštěv rodičů a pobyt matky s dítětem	ano, 6 pokojů pro pobyt matek s dětmi	ano, nemají možnost pobytu matky s dětmi	ano, nemají možnost pobytu matky s dětmi
Četnost návštěv rodičů, návštěvní dny instituce	individuální, moc za dětmi nechodí, návštěvní dny úterý, středa a čtvrtek	individuální, ale návštěvy probíhají celkem často, návštěvní dny neomezené	rodiče děti navštěvují málo, návštěvní dny každý den, dále individuálně po domluvě, každou 1. a 3. sobotu a neděli v měsíci
Možnost návštěv i ostatních příbuzných	ano, se souhlasem biologických rodičů	ano, po telefonické domluvě se sociální pracovníci	ano, na základě rozhodnutí soudu

Tabulka 13 ukazuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázky týkající se zajištění potřeby lásky a sounáležitosti na pracovištích 5 - 7. Odlišnosti jsme našli na pracovišti č. 5, kde umožňovali ubytování matek s dětmi. Na zbylých dvou pracovištích ubytování neumožňovali. Dále na pracovišti č. 5 jsou návštěvní dny pouze v úterý ve středu a ve čtvrtek. Z odpovědí respondentek vyplynulo, že pouze na pracovišti č. 7 je potřeba povolení soudu, aby mohli ostatní příbuzní navštívit děti.

**Tabulka 14 Spokojenost sester s poskytovanou péčí na pracovištích 1 - 4**

Otázky	Pracoviště 1	Pracoviště 2	Pracoviště 3	Pracoviště 4
Aktivní vyhledávání a uspokojování dětských potřeb	ano, ale rodičovskou náruč nenahradí	ano	ano, často dětem zachrání život	ano, jinak by práci nemohly dělat
Poskytovaná péče z pohledu sester	velmi dobrá a komplexní	kvalitní, ucelená a vysoce odborná	velmi dobrá a ucelená, vzdělaný personál s praxí, podobná rodinnému prostředí	velmi dobrá, po transformaci z KÚ na DC se péče zlepšila, multidisciplinární tým
Pozitiva péče	dětem se intenzivně věnují, jezdí s nimi na výlety	vysoký počet kvalifikovaného personálu	personál, který se téměř vůbec nestřídá, pěkné hračky, moderní nábytek, výlety	ideální počet dětí na 1 sestru, zrekonstruované prostory
Negativa péče	nízká autorita dětí k oš. personálu	sledování osudu dětí, malé prostory	neuvádí	absence mužského vzoru
Způsob změny péče	umožnily by dětem podívat se do lesa	změna rozdělení skupin dětí, aby jich bylo na 1 sestru méně	s péčí jsou spokojeny a nijak by ji neměnily	přijetí muže, barevné namalování postýlek



Tabulka 14 ukazuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázky týkající se spokojenosti sester s poskytovanou péčí. Odlišnosti byly shledány při odpovědích respondentek na pracovišti č. 3. Péči mají přizpůsobenou rodinnému prostředí a mají k dispozici vzdělaný personál s praxí. Na pracovišti č. 4 odpověděly, že transformace z KÚ na DC péči zlepšila, mají k dispozici multidisciplinární tým. Odlišnosti byly shledány také v pozitivěch a negativěch poskytované péče, kterou viděly respondentky z jednotlivých pracovišť různě (viz. tabulka). Pouze na pracovišti č. 3 respondentky neuvěděly žádná negativá péče. Respondentky z pracoviště č. 1 by umožnily dětem podívat se do lesa, na pracovišti č. 2 by rozdělily jinak skupiny, aby bylo na jednu sestru méně dětí, na pracovišti č. 3 jsou respondentky s poskytovanou péčí spokojeny a nijak by ji neměnily. Na pracovišti č. 4 by přijaly mezi zdravotnický personál muže a dětem by namalovaly barevně postýlky.

**Tabulka 15 Spokojenost sester s poskytovanou péčí na pracovištích 5 - 7**

Otázky	Pracoviště 5	Pracoviště 6	Pracoviště 7
Aktivní vyhledávání a uspokojování dětských potřeb	ano	ano	ano
Poskytovaná péče z pohledu sestry	podobá rodinnému prostředí	na velmi dobré úrovni, neví, jak by ji měly více zlepšit	dobrá, snaží se dětem hodně věnovat
Pozitiva péče	firemní dobrovolníci, sdružení Malíčků	personál, který práce baví	výlety každý rok na hory, do školy v přírodě
Negativa péče	málo personálu na daný počet dětí	přílišná integrace postižených dětí mezi zdravé	neuvádí
Způsob změny péče	více sester a větší herny	tělocvična, vnitřní bazén a specificky vyškolený pracovník pro určitý typ postižených dětí	budovu navíc, kam by mohly přemístit děti, které dovršily 6 let

Tabulka 15 ukazuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázky týkající se spokojenosti sester s poskytovanou péčí. Na pracovišti č. 5 se snaží, aby se péče co nejvíce podobala rodinnému prostředí, na zbylých dvou pracovištích hodnotí péči jako dobrou a dětem se snaží hodně věnovat. Pracoviště č. 5 uvádí jako pozitivum péče firemní dobrovolnické sdružení Malíčků. Pracoviště č. 6 personál, kterého práce baví a pracoviště č. 7 pozitivně hodnotí každoroční výlety na hory a do školy v přírodě. Možná negativa viděla jednotlivá pracoviště různě, v zařízení č. 5 jim chybí personál na daný počet dětí, překvapivé zjištění bylo na pracovišti č. 6, kde jim vadila přílišná

integrace postižených dětí mezi zdravé, pouze respondentky z pracoviště č. 7 negativa péče nevedly. Na pracovišti č. 5 by péči změnilo přijmutím více sester a zvětšením heren pro děti, na pracovišti č. 6 by chtěli postavit tělocvičnu a vnitřní bazén a přijaly by specificky vyškoleného pracovníka pro určitý typ postižených dětí.

## 5 Diskuse

Cílem práce bylo zjistit, zda a jakým způsobem jsou uspokojovány potřeby dětí v kojeneckých ústavech z pohledu sester. Výzkumné šetření však probíhalo v dětských centrech a dětských domovech. Kvůli stávající přeměně kojeneckých ústavů na dětská centra a přípravě nového zákona, který upraví stávající zákon č. 20/1966 Sb. byla jednotlivá zdravotnická zařízení průběžně přejmenována (viz Úvod). Toto zjištění potvrzuje Sedláčková (49), která uvádí, že kojenecké ústavy jsou zdravotnická zařízení v resortu Ministerstva zdravotnictví ČR pro děti od narození do 3 let věku, které dnes můžeme také nalézt pod názvem dětská centra nebo kojenecké ústavy s dětskými domovy pro děti od narození do 3 let věku. Téměř na všech pracovištích jsem byla velmi mile překvapena ochotou zdravotnických pracovníků mi s prováděným výzkumem pomoci. Po uskutečněných rozhovorech s respondentkami jsem byla udivena, že mi téměř všechny odpověděly na dané otázky stejně.

První část rozhovorů ukázala, že z celkového počtu 26 sester bylo 9 starších 50 let a pouze 1 sestra dosahovala věkové hranice nad 20 let. Všech 26 sester mělo střední zdravotnické vzdělání, 7 mělo navíc specializační vzdělání a 4 sestry vysokoškolské vzdělání. Je tedy patrné, že vysokoškolsky vzdělaných sester přibývá. Myslím si, že je to hlavně z toho důvodu, že ošetřovatelství se stává samostatným vědním oborem a žádá si vzdělané odborníky. Venglářová a Mahrová (71) uvádějí, že v profesi sestry se událo v poměrně krátkém časovém období množství změn. Toto povolání prodělalo složitý vývoj nejenom v minulosti, ale i v současné době. Změnilo se profesionální, právní a regulační postavení sestry, ale i její vzdělání a pracovní podmínky. Také Bártlová a Mutalay uvádějí, že vzdělávání je považováno za nástroj, který sestrám umožňuje získávat aktuální informace, nejnovější poznatky a dovednosti a umožňuje jim tak reagovat na změny ve zdravotní péči.

Další oblastí rozhovoru byla délka praxe na sledovaném pracovišti, která u 5 sester přesahovala 30 let, u 5 sester přesahovala 20 let a 6 sester pracovalo na daném pracovišti méně jak 5 let. Domnívám se, že na tomto zjištění lze vidět, že sestry svou

práci dělají opravdu rády, a proto pracovní místa nestřídají a zůstávají zde delší dobu. Z 26 sester pouze 4 sestry pracovaly v osmihodinových pracovních směnách. Jsem přesvědčena, že je to z toho důvodu, že plnily funkci vrchní, staniční nebo výchovné sestry. u zbylých 20 sester se pracovní doba skládala z dvanáctihodinových směn a 2 pracovaly podle potřeby 8 i 12 hodin.

V další části rozhovorů jsme se zaměřili na identifikační údaje zdravotnických pracovišť (viz. tabulka č. 2). Ze 7 zdravotnických pracovišť 4 pracoviště přijímají děti od 0 do 6 let a jen jedno pracoviště má věkovou hranici dětí od 0 do 3 let. Jedno pracoviště odpovědělo, že přijímají děti výhradně na dlouhodobé nepřetržité pobyty, zbylých 6 pracovišť přijímá na denní, týdenní a dlouhodobé nepřetržité pobyty, a to převážně z důvodu zdravotních, sociálních a závislostí rodičů na drogách a alkoholu. To také potvrzuje Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva (63), který ve své studii rozděluje pobyty dětí v těchto zařízeních na krátkodobé a dlouhodobé. a jako nejčastější důvody umístění dětí do takovýchto zařízení uvádí závislost rodičů na drogách či alkoholu, podezření na syndrom zneužívaného, zanedbávaného či týraného dítěte. Ze zdravotních důvodů pak nejčastěji uvádí tělesné, duševní, či smyslové nebo kombinované postižení.

Další otázky byly vedeny na téma uspokojování potřeb dětí. Dunovský a Matějček (15) uvedl základní rozdělení potřeb dětí na biologické, psychické, sociální a vývojové. Tyto potřeby jsou popsány tak, že se v různých fázích dětského vývoje mění. Biologické potřeby jsou však trvalé a ty vyžadují plné uspokojení, aby vývoj dítěte nebyl narušen. Což by mohl potvrdit i výsledek našeho výzkumného šetření, kdy jsme se na jednotlivých pracovištích respondentek ptali, jak jsou biologické potřeby uspokojovány. Jako první byla hodnocena potřeba výživy. Zajímala nás skladba jídelního lístku a četnost podávané stravy (viz tabulka č. 4). Na všech pracovištích nám respondentky odpověděly, že skladba jídelního lístku a četnost podávané stravy jsou závislé na věku a potřebách dětí. Náš nálezní potvrzuje Mydlilová (47), která uvádí, že strava je dětem podávána v intervalech a množství podle věku, ale také podle jejich chuti, aby se postupně vytvářely a podporovaly určité návyky pravidelnosti a režimu s delší noční pauzou.

Dále jsme se v rozhovoru zaměřili na hygienickou péči, která patří k základním ošetrovatelským výkonům, které jsou v kojeneckých ústavech dětem poskytovány (viz tabulka č. 5). Pokud nahlédneme do Výkladového ošetrovatelského slovníku kolektivu autorů (26), můžeme si přečíst, že hygienická péče patří mezi biologické potřeby dítěte, které se vyvíjejí a mají být uspokojovány již od narození. Ve výzkumném šetření bylo zjištěno, že v 5 zařízeních koupou děti denně, ve zbylých 2 zařízeních jednou za 2 dny, dále pak podle potřeby. Domnívám se, že není potřeba koupat děti denně, ničí se tím přirozená mikroflóra jejich kůže. Jiné je to ovšem v letních měsících, kdy je právě naopak potřeba děti koupat denně, protože by mohlo dojít k zapádkám a opruzeninám kůže. Čištění dětského chrupu provádí na 3 pracovištích od 1, 5 roku, na pracovišti č. 5 až tehdy, pokud děti dokáží stát sami u umyvadla. Dalo by se říci, že toto tvrzení vyvrací Klíma a kolektiv (24), který uvádí, že čištění zubů má začít již od jejich prvního prořezání kolem 7. měsíce věku.

Při dotazování na potřebu spánku (viz tabulka č. 8) respondentky na všech uvedených pracovištích uvedly, že děti ukládají k spánku individuálně, většinou kolem 18. až 20. hodiny a ráno se pak budí spontánně. Podle Klímy a kol. (24) je délka spánku u každého člověka individuální a v jednotlivých věkových obdobích se děti odlišují zejména různě velkou potřebou spánku. i u Pilátové (48) můžeme nalézt, že v kojeneckých ústavech se děti nebudí hromadně, protože se respektují jejich potřeby. Ve Výkladovém ošetrovatelském slovníku (26) se mimo jiné uvádí, že jedna z velmi důležitých činností sestry je také zajišťování klidného spánku svěřených dětí. To by nám mohlo potvrdit tvrzení respondentek z pracoviště č. 6, kdy na otázku jak připravují prostředí pro klidný a nerušený spánek dětí odpověděly, že se snaží být během usínání a následného spánku dětí potichu.

Další část rozhovorů byla zaměřena na uspokojování psychických potřeb dětí, kam byla na prvním místě zařazena potřeba bezpečí a jistoty. Respondentky odpovídaly, že bezpečnost zajišťují přítomností sestry u dětí, ochrannými kryty na topeních a elektrických zásuvkách. Pouze na pracovištích č. 5 a 6 se dále odpovědi odlišovaly speciálně navrženým nábytkem bez ostrých hran, prevencí a školením o bezpečnosti a speciálně určenými hračkami pro daný věk dětí. Myslím si, že bezpečnost dětí na

jednotlivých pracovištích opravdu nepodceňují a úrazům předchází, jak jen to lze. Na pracovištích č. 4, 5, 6 a 7 respondentky věděly i název dezinfekce, kterou používají na hračky, na rozdíl od ostatních pracovišť, kde hračky také dezinfikují a druh dezinfekce pravidelně střídají každý měsíc, ale název si nepamatují. Na pracovišti č. 1 hračky omývají pouze vodou. Pracoviště č. 2 uvedlo, že hračky dezinfikuje dokonce dvakrát týdně. Myslím si, že je potřeba hračky dezinfikovat co nejčastěji, protože v těchto typech zařízení se veškeré infekce šíří velmi rychle.

Sociální potřeby byly tématem další části rozhovorů. Nás zajímala hlavně potřeba lásky a sounáležitosti. Jak se můžeme dočíst v publikaci Matějčka (38), významnou sociální potřebou je potřeba lásky a bezpečí, poskytovaná právě vlastním člověkem. Na ní je vázána i potřeba přijetí dítěte a jeho akceptace právě takového, jaké je. Myslím si, že toho se bohužel nedostává dětem, které jsou v ústavní péči a mají jednu sestru, která svou lásku musí rozdělit někdy i mezi 10 dětí. Pilátové (48) uvádí, že k dětem je v kojeneckých ústavech snaha přistupovat tak, jako kdyby žily v rodině. Děti jsou zde rozděleny do skupin podle věkových kategorií. Každá sestra pak má na starosti určitý počet dětí. Je velkým cílem každého zařízení co nejvíce snížit počet dětí v jednotlivých skupinách tak, aby si mohly dostatečně užít péči sestry, která se o ně stará. Přizpůsobují se i pracovní směny jednotlivých sester, aby se u dětí střídalo co nejméně personálu, aby u sebe měly neustále známé tváře. Ze 7 pracovišť, na kterých naše rozhovory probíhaly, pouze 4 umožňují ubytování pro matky s dětmi. a bohužel na všech dotazovaných pracovištích respondentky shodně uvedly, že rodiče děti moc často nenavštěvují, spíše jim telefonují.

Poslední otázkou výzkumného šetření jsme chtěli zjistit, jak by sestry změnilly péči o svěřené děti. Na otázku jaká jsou pozitiva a negativa péče respondentky odpovídaly rozdílně. Na první 2 otázky, které se týkaly této oblasti, odpověděly všechny shodně, že aktivně vyhledávají a uspokojují potřeby dětí a péče, kterou poskytují, se jim zdá být ucelená a komplexní. Respondentky z pracoviště č. 3 měly k dispozici vzdělaný personál s dlouholetou praxí a péče, kterou poskytují, se podle nich podobá rodinnému prostředí. Myslím si, že je to také tím, že zde mají velkou většinu vysokoškolsky vzdělaných sester. Z výzkumného vzorku, který tvořilo 5 sester z tohoto pracoviště,

byly 3 sestry, které měly vysokoškolské vzdělání. Na pracovišti č. 4 měli krásné, nově zrekonstruované prostory. Na pracovišti č. 5 měli k dispozici dobrovolnické sdružení Malíček, které jim pomáhá v opravách. Respondentky ze všech 7 pracovišť také shodně odpověděly, že jako velké pozitivum berou možnost častých výletů s dětmi do zoo, na hory, do bazénů a solných jeskyní.

Velmi rozdílné byly názory respondentek na negativa péče. Na pracovišti č. 1 uvedly chybějící autoritu dětí k ošetřovatelskému personálu, na pracovišti č. 2 sledování osudu dětí, malé prostory pro herny a chybějící izolaci. Oproti tomu na pracovištích č. 3 a 7 žádná negativa péče respondentky nevedly. Překvapivé zjištění pro mě bylo, že respondentky z pracoviště č. 4 uvedly jako negativum péče absenci mužského vzoru. Tuto odpověď bych v těchto zařízeních očekávala častěji právě proto, že zde pracují převážně ženy. Opět velmi zajímavá odpověď se mi dostala od respondentek na pracovišti č. 6, kde jim vadila přílišná integrace postižených dětí mezi děti zdravé. Tento názor mě velmi překvapil, protože v dnešní době se velmi usiluje právě o to, aby byly děti s postižením integrovány mezi zdravé a předešlo se jakémukoliv rozlišování.

Na poslední otázku, jestli by respondentky nějak změnily péči o děti v kojeneckých ústavech, většinou odpovídaly, že by přijaly více personálu tak, aby se dětem mohly více věnovat. Pracoviště č. 7 by si přálo vedle dětského centra postavit ještě jednu budovu, aby děti po dovršení věku 6 let nemusely odejít jinam do dětských domovů. Na ostatních pracovištích by si pořídily tělocvičny, bazény a herny. Jedině na pracovišti č. 3 jsou s péčí spokojeny a nijak by ji neměnily.

Ztotožňuji se s názorem Bártlové a Mutalaye (5), že holistické vnímání člověka, tedy všech jeho bio-psycho-sociálně-spirituálních potřeb, učí sestry respektovat a chápat ho jako celého jedince. Individuální přístup ke klientům je podstatou učení, poznání specifik jak jednotlivce, tak skupin či komunit.



## 6 Závěr

Diplomová práce byla zaměřena na specifika ošetrovatelské péče a potřeby dětí v kojeneckých ústavech. Předmětem zkoumání bylo uspokojování jednotlivých potřeb dětí v 7 kojeneckých ústavech v České republice.

Cílem této práce bylo zjistit, zda jsou z pohledu sester pracujících v kojeneckých ústavech uspokojovány potřeby dětí. Byly stanoveny čtyři výzkumné otázky. Všechny se nám podařilo ve výzkumném šetření zodpovědět. Z výsledků vyplynulo, že sestry v kojeneckých ústavech uspokojují biologické potřeby dětí vhodnou skladbou jídelního lístku, podáváním stravy podle věku a potřeby dětí, pravidelným sledováním hmotnosti a pravidelně prováděnou hygienou dětí již od narození. Sestry nezapomínají ani na dostatečný, klidný a nerušený spánek dětí. Dále z šetření vyplynulo, že sestry uspokojují psychické potřeby dětí dostatečným zajištěním jejich bezpečnosti, bráněním přenosu nozokomiálních nákaz, poskytováním skupinové a individuální péče, kdy má každá sestra na starost maximálně 5 dětí a může se jim tedy dostatečně věnovat. Z odpovědí respondentek dále vyplynulo, že i sociální potřeby dětí jsou v kojeneckých ústavech uspokojovány, a to především potřebou lásky a souměřitosti, kdy umožňují rodičům i ostatním příbuzným časté návštěvy svých dětí a ve většině zařízeních umožňují i pobyty matek s dětmi. Cíl práce byl tedy splněn.

Na poslední otázku, jak by sestry změnilly péči o svěřené děti, z našich výsledků vyplynulo, že by přijaly více personálu, aby se dětem mohly ještě více věnovat. Dále by rády postavily dětem tělocvičny, bazény a další budovy, kam by děti mohly odcházet, až by dovršily 6 let věku.

Vzhledem k tomu, že jsme se v této práci dotazovali také na příčiny přijetí dětí do kojeneckých ústavů a možnosti jejich propuštění do náhradní péče, vytvořili jsme informační leták, kterým bychom chtěli podat souhrnné a stručné informace o funkcích kojeneckých ústavů a důvodech, proč je předání a osvojení dětí mnohdy tak komplikovaná záležitost (viz příloha č. 2).

Tento leták může posloužit studentům ošetrovatelství, zdravotnickým pracovníkům, ale i laikům jako pomůcka pro rychlejší orientaci v problematice.

## 7 Seznam použitých zdrojů

1. ALLEN, K. E., MAROTZ, L. R. *Přehled vývoje dítěte od prenatálního období do 8 let*. 2. vyd. Praha: Portál. 2005. 187 s. ISBN 80-7367-055-0.
2. ARCHEROVÁ, C. *Dítě v náhradní rodině*. 1. vyd. Praha: Portál. 2001. 120 s. ISBN 80-7178-578-4.
3. AUTOR NEUVEDEN. *Aktuální otázky ochrany lidských práv v České republice: školení pro pracovníky a dobrovolníky neziskových organizací*. 1. vyd. Praha: Český helsinský výbor. 2002. 98 s. ISBN 80-86436-12-8.
4. BACUS, A. *První rok vašeho dítěte*. 1. vyd. Praha: Portál. 2005. 158 s. ISBN 80-7367-029-1.
5. BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. 1. vyd. Martim: Osveta, 2009. 141 s. ISBN 978-80-8063-306-6.
6. BECHYŇOVÁ, V., KONVIČKOVÁ, M. *Sanace rodiny*. 1. vyd. Praha: Portál. 2008. 152 s. ISBN 978-80-7367-392-5.
7. BITTNER, P. a kol. *Děti z ústavů!* [online]. 2007. [citováno 2010- 5-11]. Dostupné z: [http://www.llp.cz/\\_files/file/deti\\_z\\_ustavu.pdf](http://www.llp.cz/_files/file/deti_z_ustavu.pdf)
8. BROWNE, K. *Effects of Institutional Care*. [on-line]. 15. 1. 2010. [citováno 04-12-2010]. Dostupné z: <http://bettercarenetwork.org/bcn/details.asp?id=21534&themeID=1003&topicID=1023>
9. BRUTHANSOVÁ, D. a kol. *Zdravotně sociální služby v kojeneckých ústavech a dětských domovech pro děti do tří let věku*. [online]. 2005. [citováno 2010- 10-20]. Dostupné z: [http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz\\_177.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_177.pdf)

10. BRŮŽEK, D., TOMEK, V. *Pracovní právo ve zdravotnictví a sociálních službách*. 1. vyd. Praha: ASPI. 2005. 212 s. ISBN 80-7357-093-9.
11. BUBLEOVÁ, V. a kol. *Průvodce náhradní rodinou péčí*. [online]. 2009. [citováno 2010- 10-20]. Dostupné z:  
[http://terezin.websites.cz/files/download/brozury/Stredisko%20vychovne%20pece\\_pruvodce%20nahradni%20rodinnou%20peci.pdf](http://terezin.websites.cz/files/download/brozury/Stredisko%20vychovne%20pece_pruvodce%20nahradni%20rodinnou%20peci.pdf)
12. ČAČKA, O. *Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace*. 1. vyd. Brno: Doplněk. 2000. 378 s. ISBN 80-7239-060-0.
13. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A. a kol. *Speciální psychologie*. 4. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 2003. 173 s. ISBN 80-7013-386-4.
14. DUNOVSKÝ, J. *Úmluva o právech dítěte z roku 1989 a její některé problémy při aplikaci*. [online]. 2010- 11. 9. [citováno 2010- 11-9.]. Dostupné z:  
<http://www.planovanirodiny.cz/clanky/umluva-o-pravech-ditete-z-roku-1989>
15. DUNOVSKÝ, J. *Vybrané kapitoly ze sociální pediatrie*. 1. vyd. Praha: Grada. 1999. 284 s. ISBN 80-7169-254-9.
16. DUNOVSKÝ, J. a kol. *Problematika dětských práv a komerčního sexuálního zneužívání dětí u nás a ve světě*. 1. vyd. Praha: Grada. 2005. 252 s. ISBN 80-247-1201-6.
17. DVOŘÁK, J. *Systém náhradní výchovy*. [online]. 2007. [citováno 2010- 10-20]. Dostupné z: [http://www.anv.cz/System\\_nahradni\\_vychovy.pdf](http://www.anv.cz/System_nahradni_vychovy.pdf)
18. FENDRYCHOVÁ, J. a kol. *Specializační příprava dětské sestry*. *Pediatrie pro praxi*. Olomouc: Solen. 2006. roč. 7. č. 6. 354 s. ISSN 1213-0494.

19. FIKAROVÁ, L. *Ošetrovatelská diagnostika a ošetrovatelské diagnózy v pediatrii*. 2009. 62 s. Bakalářská práce Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Dita Nováková, Dis.
20. GABRIEL, Z., NOVÁK, T. *Psychologické poradenství v náhradní rodinné péči*. 1. vyd. Praha: Grada. 2008. 144 s. ISBN 978-80-247-1788-3.
21. HRODEK, O., VAVŘINEC, J. a kol. *Pediatrie*. 1. vyd. Praha: Galén. 2002. ISBN 80-7262-178-5.
22. JAMBOROVÁ, L. *Vliv stresu na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče v akutních ambulancích z pohledu sester*. 2009. 61 s. Bakalářská práce Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Vedoucí bakalářské práce Bc. Alena Polanová.
23. JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
24. KLÍMA, J. a kol. *Pediatrie*. 1. vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 2003. 320 s. ISBN 80-86432-38-6.
25. KOCOUREK, J. *Zákon o rodině a související předpisy*. 2. vyd. Praha: EUROUNION. 1997. 128 s. ISBN 80-85858-54-1.
26. KOLEKTIV AUTORŮ. *Výkladový ošetrovatelský slovník*. 1. vyd. Praha: Grada. 2007. 568 s. ISBN 978-80-247-2240-5.
27. KOLEKTIV AUTORŮ. *Základy ošetrování nemocných*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 2005. 143 s. ISBN 80-246-0845-6.
28. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 2. vyd. Praha: Portál, 1997. 147 s. ISBN 80-7178-150-9.
29. KOVAŘÍK, J. *Náhradní rodinná péče v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál. 2004. 167 s. ISBN 80-7178-957-7.

30. KOZIEROVA, B. a kol. *Ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Martin: Osveta. 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
31. KREJSOVÁ, P. *Práva dětí v ústavní péči*. 2009. 108 s. Diplomová práce Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Vedoucí diplomové práce Mgr. et Mgr. Jitka Dvořáková Ph.D.
32. KUKLA, L. *Úvod do sociální pediatrie*. 1. vyd. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta. 2007. 44 s. ISBN 978-80-7040-990-9.
33. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie 2*. 4. vyd. Praha: Grada. 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
34. LEBL, J., PROVAZNÍK, K., HEJCMANOVÁ, L. *Preklinická pediatrie*. 1. vyd. Praha: Galén. 2003. 248 s. ISBN 80-7262-207-2.
35. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. 2004. 952 s. ISBN 80-247-0668-7.
36. LIGA LIDSKÝCH PRÁV. *Děti z ústavů*. [online]. [citováno 2010- 10-20]. Dostupné z: <http://www.llp.cz/cz/temata/prava-deti/deti-z-ustavu/zpravy>
37. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství. I. Díl. Systémový přístup*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze. Karolinum. 2004. 188 s. ISBN 80-246-0429-9.
38. MATĚJČEK, Z. *Co děti nejvíc potřebují*. 5. vyd. Praha: Portál. 2008. 108 s. ISBN 978-80-7367-504-2.
39. MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z. *Krizové situace v rodině očima dítěte*. 1. vyd. Praha: Grada. 2002. 128 s. ISBN 80-247-0332-7.
40. MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál. 2008. 380 s. ISBN 978-80-7367-502-8.

41. MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství Slon. 2003. 161 s. ISBN 80-86429-19-9.
42. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál. 2003. 288 s. ISBN 80-7178-549-0.
43. MOKRÁ, H. Vývoj dítěte a jeho potřeby pro fyzické a psychické zdraví (montessori pedagogika ve zdravotnictví). *Pediatric pro praxi*. Olomouc: Solen. 2006, roč. 7, č. 2, s. 100-101. ISSN 1213-0494.
44. MONTOUSSÉ, M., RENOARD, G. *Přehled sociologie*. 1. vyd. Praha: Portál. 2005. 336 s. ISBN 80-7178-976-3.
45. MOROZOVÁ, S. *Práva dětí z pohledu dětí a dospělých*. 2010. 106 s. Diplomová práce Univerzity Palackého v Olomouci. Vedoucí diplomové práce Mgr. Dagmar Pitnerová Ph.D.
46. MOŽNÝ, I. *Rodina a společnost*. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství. 2008. 323 s. ISBN 978-80-86429-87-8.
47. MYDLILOVÁ, A. Banky mateřského mléka v ČR. *Pediatric pro praxi*. Olomouc: Solen. 2006, roč. 7, č. 1, s. 56 – 57. ISSN 1213-0494.
48. PILÁTOVÁ, E. *Kojenecké ústavy ano či ne?* [online]. 2007. [citováno 2011- 11-3.]. Dostupné z: <http://www.apra.ipvz.cz/download.asp?docid=256>
49. PLŠKOVÁ, P. *Rozvoj osobnosti dítěte v kojeneckém a dětském centru ve Valašském Meziříčí*. 2010. 71 s. Bakalářská práce Univerzity Palackého v Olomouci. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Dagmar Pitnerová Ph.D.
50. ROZSYPALOVÁ, M. *Ošetřovatelství II*. 1. vyd. Praha: Informatorium. 2002. 239 s. ISBN 80-86073-97-1.

51. ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada. 2006. 603 s. ISBN 80-247-1049-8.
52. SEDLÁČKOVÁ, P. a kol. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada. 2008. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
53. SELIKOWIT, M. *Downův syndrom*. 1. vyd. Praha: Portál. 2005. 197 s. ISBN 80-7178-973-9.
54. SHIHNING, C. BROWNE, K. *The relationship between institutional care and the international adoption of children in Europe*. [on-line]. 5. 3. 2009. [citováno 04-12-2010]. Dostupné z: [http://www.vzd.cz/sites/default/files/Relationship\\_btw\\_Institutional\\_Care\\_and\\_Intl\\_Adoption.pdf](http://www.vzd.cz/sites/default/files/Relationship_btw_Institutional_Care_and_Intl_Adoption.pdf)
55. SOBOTKOVÁ, I. *Proč je u nás tolik dětí v ústavech?* [online]. 13. 5. 2005. [citováno 2010- 4-13]. Dostupné z: <http://www.rodina.cz/clanek4388.htm>
56. SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny a pediatrie: styčné body a možnosti spolupráce*. *Pediatrie pro praxi*. Olomouc: Solen. 2006. roč. 7. č. 6. 348- 350 s. ISSN 1213-0494.
57. SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. 2. vyd. Praha: Portál. 2007. 224 s. ISBN 978-80-7367-250-8.
58. STAŇKOVÁ, M. *Sestra reprezentace profese- české ošetrovatelství I*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotních oborů. 2004. 78 s. ISBN 80-7013-368-6.
59. ŠKOVIER, A. *Dilemata náhradní výchovy*. 1. vyd. Praha: Portál. 2007. 144 s. ISBN 978-80-7367-318-5.
60. ŠULOVÁ, L. *Raný psychický vývoj dítěte*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova. 2004. 247 s. ISBN 80-246-0877-4.

61. ŠVEJCAR, J. *Péče o dítě*. 1. vyd. Praha: Nuga. 2003. 400 s. ISBN 80-85903-15-6.
62. TOTTENHAM, N. et al. *Prolonged institutional rearing is associated with atypically larger amygdala volume and difficulties in emotion regulation* [online]. 13. 1. 2010. [citováno 2010- 4-12]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2817950/?tool=pubmed>
63. ÚSTAV VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNICTVÍ a MEDICÍNSKÉHO PRÁVA. *Instituciální (ústavní) péče o dítě*. [online]. 2011. [citováno 2011- 11-3.]. Dostupné z: [http://usm.lf1.cuni.cz/download/institucionalni\\_pece.pdf](http://usm.lf1.cuni.cz/download/institucionalni_pece.pdf).
64. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ a STATISTIKY. *Činnost kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do tří let*. [on-line]. 2010. [citováno 20-11-2010]. Dostupné z: [http://www.vzd.cz/sites/default/files/Kojenecke\\_ustavy\\_2009.pdf](http://www.vzd.cz/sites/default/files/Kojenecke_ustavy_2009.pdf)
65. VACUŠKOVÁ, M. a kol. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii* 1. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2009. 225 s. ISBN 978-80-7013-419-7.
66. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I.: dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8.
67. VÁGNEROVÁ, M. *Náročné mateřství : být matkou postiženého dítěte*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 2009. 333 s. ISBN 978-80-246-1616-2.
68. VAŇKOVÁ, S. *Komunitní péče versus sestry v primární pediatrické péči*. 2009. 149 s. Diplomová práce Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí diplomové práce PhDr. Vlasta Koudelková Ph.D.
69. VELEMÍNSKÝ, M. *Dítě 3x 333 otázek pro dětského lékaře*. 1. vyd. Praha: Triton. 2007. 267 s. ISBN 978-80-7254-929-0.



70. VELEMÍNSKÝ, M., TOMŠÍKOVÁ, Z., KUKLA, L. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 6. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta. 2009. 176 s. ISBN 978-80-7394-182-6.
71. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada. 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
72. VOLF, V., VOLFOVÁ, H. *Pediatrie* 1. 3. vyd. Praha: Informatorium. 2003. 111 s. ISBN 80-7333-021-0.
73. VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. *Aplikovaná sociální psychologie I*. 1. vyd. Praha: Portál. 1998. 384 s. ISBN 80-7178-269-6.
74. WHETTEN, K. et al. a *Comparison of the Wellbeing of Orphans and Abandoned Children Ages 6–12 in Institutional and Community-Based Care Settings in 5 Less Wealthy Nations* [online]. 19. 12. 2009. [citováno 2010-4-12]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2790618/?tool=pubmed>
75. ZÁKON č. 359/ 1999 Sb. o *sociálně právní ochraně dětí*. Sbírka zákonů MZ ČR, roč. 1999. 1999.
76. ZÁKON č. 94/1963 Sb. *Zákon o rodině*. Sbírka zákonů MZ ČR, roč. 1963.
77. ZÁKON č. 96/2004 o *podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně ně, kterých souvisejících zákonů - zákon o nelékařských zdravotnických povolání*, Sbírka zákonů MZ ČR, č. 30, 2004.
78. ZMEŠKALOVÁ, S. *Historie a současnost vzdělávání dětských sester a jejich postoju k vlastní profesi*. 2010. 100 s. Diplomová práce Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Mgr. Jaroslava Fendrychová Ph.D.
79. ZOUHAROVÁ, A. *Způsobilost k výkonu povolání dětské sestry*. *Pediatrie pro praxi*. Olomouc: Solen. 2005. roč. 6. č. 1. 29-30 s. ISSN 1213-0494.

## **8 Klíčová slova**

Dítě

Ošetrovatelská péče

Rodina

Kojenecký ústav

Potřeby dětí

Dětská sestra

## **Seznam kategorizačních skupin**

1. Soubor respondentek (tabulka 1)
2. Identifikační údaje zdravotnických pracovišť (tabulka 2)
3. Identifikační údaje zdravotnických pracovišť (tabulka 3)
4. Uspokojování potřeb výživy (tabulka 4)
5. Uspokojování potřeb výživy (tabulka 5)
6. Uspokojování potřeb hygieny (tabulka 6)
7. Uspokojování potřeb hygieny (tabulka 7)
8. Uspokojování potřeb spánku (tabulka 8)
9. Uspokojování potřeb spánku (tabulka 9)
10. Uspokojování potřeby bezpečí a jistoty (tabulka 10)
11. Uspokojování potřeby bezpečí a jistoty (tabulka 11)
12. Uspokojování potřeby lásky a sounáležitosti (tabulka 12)
13. Uspokojování potřeby lásky a sounáležitosti (tabulka 13)
14. Spokojnost sester s poskytovanou péčí v KÚ (tabulka 14)
15. Spokojnost sester s poskytovanou péčí v KÚ (tabulka 15)

## **9 Seznam příloh**

Příloha 1- Otázky k rozhovorům

Příloha 2- Informační leták pro veřejnost

Příloha 3- Odborné stanovisko - doc. MUDr. Lubomír Kukla, CSc.

## **Příloha 1 Otázky k rozhovorům**

### **Identifikační údaje zdravotnického pracovníka:**

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jak dlouho pracujete v kojeneckém ústavu? a pracovala jste i v jiném zdravotnickém zařízení?
4. Pracujete v osmihodinových, nebo dvanáctihodinových pracovních směnách?

### **Identifikační údaje zdravotnického pracoviště:**

5. Jaká je věková kategorie dětí ve Vašem ústavu? a která věková skupina dětí je v KÚ nejvíce zastoupena?
6. Na jak dlouhou dobu jsou děti do KÚ přijímány? (denní, týdenní stacionář, dlouhodobý nepřetržitý pobyt)?
7. Jaká je prognóza dětí do budoucna?
8. Je větší zájem o děti do adopcí, nebo do pěstounských péčí? Proč si myslíte, že tomu tak je? a o které děti je při adopci větší zájem?
9. s jakými nejčastějšími důvody umístění dětí do KÚ jste se zde setkala?

### **Jak jsou uspokojovány biologické potřeby dětí v KÚ z pohledu sester?**

#### **Potřeba výživy-**

10. Z čeho se skládá jídelní lístek dětí na jeden den? a kdo jídelní lístek sestavuje?
11. Využíváte možnosti bank mateřského mléka?
12. Jak často děti krmíte?
13. Jak často děti vážíte? a pozorujete u dětí dostatečné přírůstky na váze?

#### **Potřeba hygieny-**

14. Jak často a kdy děti koupete, jakým způsobem je koupete?
15. Jaké pomůcky používáte, máte jich dostatek?
16. Jak probíhá ranní hygiena dětí?
17. Od kterého věku a jak často čistíte dětem zuby?

### **Potřeba spánku-**

18. v kolik hodin děti ukládáte ke spánku? a v kolik hodin je probouzíte?
19. Budíte děti v průběhu noci a z jakého důvodu?
20. Spí děti přes den a jak dlouho?
21. Jakým způsobem připravujete vhodné prostředí pro spánek? (př. vyvětráte, ...)

### **Jak jsou uspokojovány psychické potřeby dětí ve vybraných KÚ z pohledu sester?**

#### **Potřeba bezpečí a jistoty-**

22. Jakými postupy předcházíte ohrožení bezpečnosti dětí?( např. pádu, úrazu...)
23. Jak zabraňujete přenosu nozokomiálních nákaz u dětí?
24. Jak často dezinfikujete hračky? Jakou dezinfekci používáte?
25. Poskytujete dětem skupinovou, nebo individuální péči? a o kolik dětí pečuje jedna sestra?

### **Jak jsou uspokojovány sociální potřeby u dětí ve vybraných KÚ z pohledu sester?**

#### **Potřeba lásky a sounáležitosti -**

26. Navštěvují děti jejich rodiče? Je zde matka po celou dobu nebo dítě pouze navštěvuje?
27. Jak často je navštěvují a kdy je jim to umožněno?
28. Jsou umožněny návštěvy i dalších příbuzných, jak často a na jak dlouho?

### **Jak by sestry změnilly péči o děti v kojeneckých ústavech?**

29. Myslíte si, že jsou aktivně vyhledávány a uspokojovány potřeby dětí v KÚ?
30. Jaká je z vašeho pohledu péče poskytovaná dětem ve vašem zařízení?
31. Jaká jsou podle vás pozitiva a negativa této péče?
32. Změnila byste péči o děti v KÚ? Proč a jak byste péči změnila?

**Příloha 2 Informační leták**



**Ústavní a náhradní rodinná péče**

Informační leták pro veřejnost

Lenka Jamborová

## Obsah

1. Úvod.....	3
2. Ustavní péče.....	4
Kojenecké ústavy.....	4
Dětské domovy.....	4
Dětská centra.....	4
3. Náhradní rodinná péče.....	5
Pěstounská péče.....	5
Dávky pěstouna.....	5
Adopce.....	5
Právně volné děti.....	6
4. Literatura.....	7



## 1. Úvod

Tento informační leták je určen především pro laickou veřejnost, může však pomoci i zdravotnickým pracovníkům v poznání, co je to ústavní výchova a náhradní rodinná péče.

### *Cílem tohoto letáku je :*

- seznámit veřejnost s kojeneckými ústavami, dětskými domovy a dětskými centry,
- informovat veřejnost o možnostech pěstounské a adoptivní péče,
- seznámit veřejnost s možností odměn pro pěstouny,
- informovat veřejnost, kdy je možno děti z ústavů umístit do náhradní rodinné péče.

V naší rozmanité společnosti existuje poměrně velká skupina dětí, jejichž vlastní biologická rodina se o ně nemůže nebo není schopna z nejrůznějších důvodů postarat a poskytnout jim adekvátní péči. Řešením pro tyto děti je buď náhradní rodinná péče (zejména adopce, pěstounská péče), nebo péče ústavní.

## **2. Ústavní péče**

### ***Kojenecké ústavy***

Kojenecké ústavy jsou zdravotnická zařízení v resortu Ministerstva zdravotnictví ČR pro děti od narození do 3 let věku. Kojenecké ústavy dnes můžeme také nalézt pod názvem dětská centra nebo kojenecké ústavy s dětskými domovy pro děti od narození do 3 let věku. Patří do zdravotnické sítě z toho důvodu, že tato zařízení poskytují především léčebně-prevantivní péči. Začlenění kojeneckých ústavů do resortu Ministerstva zdravotnictví ČR vychází z předpokladu, že děti v kojeneckém a batolivém věku potřebují převážně zdravotní péči. Základ personálu v těchto zařízeních proto tvoří všeobecné nebo dětské sestry.

### ***Dětské domovy***

Dětské domovy poskytují ústavní a výchovnou péči dětem, o které nemá kdo pečovat nebo jimž nelze ze sociálních důvodů zajistit péči ve vlastní rodině, popřípadě náhradní rodinnou péči, a to ve věku od 1 do 3 let, pokud ji ze zdravotních nebo sociálních důvodů není nutné poskytovat dětem starším. V dětských domovech tedy mohou být i děti starší, a to zpravidla do 5 let věku. Kojenecké ústavy a dětské domovy je možno podle místních podmínek spojit do společného zařízení.

### ***Dětská centra***

Dětská centra jsou komplexní zdravotnická zařízení, která zahrnují ambulantní a lůžkovou část. Působí v nich sociálně-pediatrický tým - lékař, psycholog a speciální pedagog. Hlavním úkolem dětských center je diferenciální diagnostika, prognóza, poradenství, terapie a sociálně-právní ochrana dětí. Výhodami těchto zařízení je centralizace péče a její komplexnost. V platných právních normách není pojem dětská centra zakotven. V současné době však probíhá příprava zákona o dětských centrech. V budoucí době se počítá právě s transformací stávajících kojeneckých ústavů a dětských domovů na dětská centra.

### 3. Náhradní rodinná péče

#### *Pěstounská péče*

Pěstounská péče je v České republice považována za druhý základní typ náhradní rodinné péče. Dítě svěřené do pěstounské péče nemusí být na rozdíl od adopce (osvojení) právně volné. Pěstoun zde není zákonným zástupcem dítěte a k dítěti nemá vyživovací povinnost.

#### *Dávky pěstounské péče*

- Příspěvek na úhradu potřeb dítěte - na tuto částku má nárok nezletilé dítě. Jedná se o opakující se dávku vyplácenou pěstounovi až do dosažení zletlosti dítěte.
- Odměna pěstounovi - zde má pěstoun nárok na odměnu za výkon pěstounské péče a za výkon individuální pěstounské péče.
- Příspěvek při převzetí dítěte - pěstoun má nárok na jednorázový příspěvek při převzetí dítěte. Výše dávky je stanovena podle věku převzatého dítěte: do 6 let věku dítěte 8000 Kč, od 6 do 14 let dítěte 9000 Kč, od 15 do 18 let věku dítěte 10000 Kč.
- Příspěvek na zakoupení motorového vozidla - pěstoun, který má v pěstounské péči nejméně čtyři děti, má nárok na příspěvek při zakoupení motorového vozidla. Pokud zakoupil osobní motorové vozidlo nebo zajistil nezbytnou celkovou opravu motorového vozidla a toto vozidlo nepoužívá při výdělečné činnosti, výše dávky odpovídá 70 % pořizovací ceny vozidla, maximálně 100 000 Kč.

#### *Adopce (osvojení)*

Osvojení nebo-li adopce pochází z anglického slova adoption = přijetí. Osvojení je z hlediska právního postavení nejvyšším a nejvýhodnějším typem náhradní rodinné péče. Důležitou podmínkou osvojení je ale právní uvolnění dítěte. Při osvojení dítěte také zanikají všechna práva a povinnosti mezi osvojovaným dítětem a jeho původní rodinou. Na návrh osvojitele rozhoduje o osvojení soud a zprostředkovávají a zajišťují ho krajské úřady a ministerstvo práce a sociálních věcí podle zákona č. 359/1999 Sb. o sociálně-právní ochraně dětí.

#### *Právně volné děti*

Právně volné dítě je jen tehdy, když je dán souhlas rodičů, nebo soud rozhodl o jejich nezájmu. Za právně volné je také považováno dítě, jehož rodiče zemřeli, byli zbaveni rodičovské zodpovědnosti nebo nemají způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu. Není třeba souhlasu od zákonných zástupců osvojovaného dítěte, jestliže po dobu nejméně 6ti měsíců neprojevovali opravdový zájem, a to hlavně tím, že dítě pravidelně nenavštěvovali, neplnili dobrovolně a pravidelně vyživovací povinnost, neprojevovali snahu upravit v daných možnostech své rodinné a sociální zázemí, aby se mohli osobně ujmout péče o dítě, nebo pokud po dobu nejméně dvou měsíců po narození dítěte neprojevili žádný zájem o dítě, ačkoliv jim nebránila žádná závažná překážka.

#### 4. Literatura

1. AUTOR NEUVEDEN. *Pěstounská péče*. [online]. 2011. [citováno 2011- 6-22]. Dostupné z: [http://www.fod.cz/stranky/adopce/nsp/pest\\_pece.htm](http://www.fod.cz/stranky/adopce/nsp/pest_pece.htm)
2. AUTOR NEUVEDEN. *Osvojení (adopce)*. [online]. 2011. [citováno 2011- 6-22]. Dostupné z: <http://www.fod.cz/stranky/adopce/nsp/osvojeni.htm>
3. BROWNE, K. *Effects of Institutional Care*. [on-line]. 15. 1. 2010. [citováno 04-12-2010]. Dostupné z: <http://bettercarenetwork.org/bcn/details.asp?id=21534&themeID=1003&topicID=1023>
4. BRUTHANSOVA, D., a kol. *Zahavné sociální služby v kojeneckých ústavech a dětských domovech pro děti do tří let věku*. [online]. 2005. [citováno 2010- 10-20]. Dostupné z: [http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz\\_177.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_177.pdf)
5. DVORÁK, J. *Systém náhradní výchovy*. [online]. 2007. [citováno 2010- 10-20]. Dostupné z: [http://www.amv.cz/System\\_nahradni\\_vychovy.pdf](http://www.amv.cz/System_nahradni_vychovy.pdf)
6. SEDLÁČKOVÁ, P. a kol. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada. 2008. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
7. SOBOTKOVÁ, I. *Proč je u nás tolik dětí v ústavech?* [online]. 13. 5. 2005. [citováno 2010- 4-13]. Dostupné z: <http://www.rodina.cz/clanek4388.htm>
8. PLŠKOVÁ, P. *Rozvoj osobnosti dítěte v kojeneckém a dětském centru ve Valašském Meziříčí*. 2010. 71 s. Bakalářská práce Univerzity Palackého v Olomouci. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Dagmar Pittnerová Ph.D.
9. ŠIMAK, M. *Právo a sociální zabezpečení*. [online]. 2011. [citováno 2011- 6-22]. Dostupné z: <http://www.zsf.jcu.cz/Members/simak/Informace/pravo-socialniho-zabezpeci-3-pp-3-rpb-1-rpn/statni-socialni-podpora>
10. ZÁKON č. 20/1996 Sb. *O péči o zdraví lidí*, Sbírka zákonů MZ ČR, roč. 1996.
11. ZÁKON č. 117/1995 Sb. *O státní sociální podpoře*, Sbírka zákonů MZ ČR, roč. 1995.
12. ZÁKON č. 359/1999 Sb. *O sociálně-právní ochraně dětí*, Sbírka zákonů MZ ČR, roč. 1999.

### **Příloha 3 odborné stanovisko - doc. MUDr. Lubomír Kukla, CSc.**

#### **Odborné stanovisko na diplomovou práci**

**Název:** Specifika ošetrovatelské péče se zaměřením na potřeby dětí v kojeneckých ústavech z pohledu sester

**Autorka:** Bc. Lenka Jamborová

Diplomová práce má obvyklou strukturu, je psána čtivě, bez gramatických chyb. Je užito odpovídající odborné literatury, užití internetu je malé, což kvituji velmi pozitivně. Diplomantka prokázala, že umí s literaturou pracovat (a to jak v úvodní části, tak i v diskuzi).

Cíle práce byly naplněny, k jejich zhodnocení bylo použito dotazníků – polostrukturovaného rozhovoru se sestrami v kojeneckých ústavech, dětských domovech a dětských centrech. Diplomantka si je vědoma chystaných zákonných změn v nomenklatuře ústavní péče.

Zpracování je přehledné, v tabulkách vidíme, jak jsou naplňovány jednotlivé druhy potřeb dětí v ústavních zařízeních v rezortu MZ ČR. Poměrně v krátkém čase dokázala navštívit 7 zařízení a provést rozhovory se sestrami, včetně zhodnocení, co by se mělo v zařízeních změnit.

Jako vynikající nápad vidím (jako jeden z výstupů práce) Informační leták pro veřejnost („Ústavní a náhradní rodinná péče“), který stručně informuje o současné situaci v ústavní a náhradní rodinné péči včetně literárních odkazů.

**Závěr:** Předloženou práci hodnotím velmi kladně.

Doc. MUDr. Lubomír Kukla, CSc.