

UNIVERZITA KARLOVA  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

*Ústav ošetrovatelství*



**Žaneta Šebestíková**

**Vliv hospitalizace na psychiku dítěte**

*The effect of hospitalization on the child's mental state*

*Bakalářská práce*

Praha, květen 2021

Autor práce: Žaneta Šebestíková

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Sandra Dvořáková**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK**

Předpokládaný termín obhajoby: 23.6.2021

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracoval/a samostatně a použil/a výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má diplomová/ bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne

Žaneta Šebestíková

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Sandře Dvořákové za možnost odborných konzultací a za cenné rady a připomínky k mé práci.

# Obsah

<b>Obsah</b> .....	<b>5</b>
<b>Úvod</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Teoretická část</b> .....	<b>6</b>
1.1 Hospitalizace .....	6
1.2 Možnosti zkvalitnění pobytu dětí v nemocnici .....	9
1.3 Komunikace s nemocným dítětem podle věkové skupiny .....	10
1.4 Prožívání nemoci a hospitalizace dítětem .....	14
1.4.1 Hospitalismus.....	15
1.4.2 Separáční reakce .....	16
1.4.3 Všeobecné znaky traumatu u dítěte .....	17
1.4.4 Posthospitalizační reakce aneb trauma z hospitalizace.....	19
1.5 Dítě a bolest.....	20
1.5.1 Chování dítěte při bolesti .....	21
1.5.2 Chyby v přístupu k bolesti u dítěte .....	22
1.6 Spolupráce s rodinou hospitalizovaného dítěte.....	22
1.6.1 Návštěvy hospitalizovaného dítěte .....	24
1.6.2 Hospitalizace doprovodu dítěte.....	25
1.6.3 Pozitivní faktory hospitalizace doprovodu dítěte .....	26
1.6.4 Negativní faktory hospitalizace doprovodu dítěte.....	27
<b>2. Empirická část</b> .....	<b>29</b>
2.1 Výsledky kvantitativního šetření.....	30
2.1.1 Rodiče hospitalizovaní s dítětem .....	30
2.1.2 Rodiče, kteří nebyli hospitalizováni s dítětem.....	41
<b>3. Diskuse</b> .....	<b>52</b>
<b>Závěr</b> .....	<b>55</b>
<b>Seznam použité literatury</b> .....	<b>57</b>

## Úvod

Mým pracovištěm je téměř čtvrtým rokem pediatrické oddělení ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze.

Za čtyři roky jsem pečovala o mnoho dětí různých věkových kategorií, z rodin úplných či neúplných, dětí vytoužených nebo naopak dětí, kterým se nedostalo tolik lásky a skončily v dětských domovech. Byly zde děti hospitalizované bez doprovodu i s doprovodem, děti plačtivé i usměvavé, statečné i vyděšené. Ačkoliv každé z dětí bylo úplně jiné, všechny dohromady spojila jedna skutečnost, a to nemoc a hospitalizace v nemocnici. Tato událost je vždy velkým zásahem do jejich malého světa, do jejich návyků a denního režimu. Jak tyto děti reagují? Je možné ovlivnit proces jejich adaptace? Má doprovod dítěte při hospitalizaci přínos pro psychiku dítěte? Ovlivní přístup sestry důvěru dítěte? Ráda bych ve své práci odpověděla na tyto otázky.

„Děti nejsou pouhou zmenšenou kopií dospělých (nemají méně rozumu, mēlčí city, neumí toho méně apod.), ale jsou v mnoha směrech kvalitativně jiné.“ (FENDRYCHOVÁ, KLIMOVIČ a kol, 2018)

# 1. Teoretická část

## 1.1 Hospitalizace

Hospitalizací je označován pobyt ve zdravotnickém zařízení za léčebným, diagnostickým nebo preventivním účelem. Onemocnění vypukne náhle a nemůžeme si jej naplánovat, proto bývá obvykle velkým zásahem do našeho života, obzvláště, když vyžaduje hospitalizaci v nemocnici. Hospitalizace v nemocnici mění naše hodnoty a potřeby. Ocitáme se v cizím prostředí, naše uzdravení je nyní v rukou odborníků, kterým musíme věřit. Často trpíme nedostatkem informací, nebo těmto informacím nerozumíme. Je také narušen náš denní režim, ráno musíme dříve vstávat, dostáváme jídlo v jiný čas, než jsme zvyklí, většinu času trávíme v nemocničním lůžku. Může se stát, že naše soběstačnost je omezena a nemůžeme tak najednou sami naplnit své potřeby. V této chvíli se musíme spolehnout na péči někoho jiného, a to zdravotnického personálu. Stále máme někde v sobě ten pocit, že personál má hodně práce a nechceme jej obtěžovat, proto často raději některé ze svým potřeb nenecháme naplnit, nebo nejsou naplněny tak, jak bychom to dokázali my sami bez narušení soběstačnosti onemocněním. Dospělí lidé hospitalizaci neunesou velmi dobře, ale podívejme se na děti. V jakékoliv věkové skupině je hospitalizace pro děti obrovský zásah do jejich každodenní rutiny.

V chartě práv hospitalizovaného dítěte je napsáno, že děti mají být přijímány do nemocnice pouze tehdy, jestliže péče, kterou vyžadují, jim nemůže být stejně dobře poskytnuta doma nebo při denní hospitalizaci. Bohužel se ale často stává, že stav dítěte vyžaduje příjem na oddělení. V tomto případě je opravdu důležitá spolupráce rodiny a zdravotnického personálu, zároveň správná znalost komunikace s dětmi v různých věkových skupinách, pomoc při adaptaci na nové prostředí a zdravotníky, citlivý přístup a empatie nejen k dětským pacientům, ale také k jejich rodičům.

Pokud už zdravotní stav dítěte vyžaduje hospitalizaci v nemocnici, je potřeba jej připravit na to, jak taková nemocnice vypadá a co dítě čeká. Nejdůležitější je dítěti nikdy nelhat a popravdě jej připravit na to, že některá vyšetření se neobejdou bez bolesti, že je možné, že bude potřeba podstoupit výkon, při kterém nastane změna stavu vědomí dítěte. V tomto případě je vhodné dítěti vyprávět formou

pohádky, může ji vyprávět rodič, nebo ji vymyslet spolu s dítětem. Dítě si vytvoří vztah k pohádkové postavě a bude to pro něj jistá forma zábavy, bude vědět, že postava podstoupila vyšetření/výkon také. Bude vědět, že postava dostala kouzelnou injekci, která jej uspala, popř. zbavila bolesti, horečky... Je také možné dítě obléknout do županu a hrát si „na nemocnici“. Lze zakoupit lékařský kufřík, poznávat pomůcky a vědět, k čemu slouží, vyzkoušet si je na loutkách, hračkách. Záměrem této přípravy je pomoci dětem seznámit se s tím, co možná budou prožívat, aby neměly strach z neznámého. (LEVINE, KLINEOVÁ, 2012)

Při příjmu dítěte do nemocnice navazujeme s dítětem první kontakt, který je důležitý a z velké části ovlivňuje další průběh hospitalizace a důvěru dítěte i rodiče ke zdravotnickému personálu. O tom, zda bude příjem k hospitalizaci probíhat bez stresu, rozhoduje velká spousta faktorů. Jedním z nich je věk dítěte. Hospitalizace je stresovým faktorem v každém věku, avšak mladší děti reagují především na hospitalizaci bez doprovodu značně hůře než děti starší. Zvláště nejmenší děti (do 5 let věku) reagují na odloučení od matky nejhůře. (PEŠKOVÁ, 1995)

Při rozhovoru u příjmu dítěte je velmi důležité se představit, zjistit jméno dítěte od dítěte samotného nebo od jeho matky/otce, uvést důvod rozhovoru (zvýšení kvality péče, podání základních informací). Je také důležité během rozhovoru zabavit dítě, dle možností jej zapojit do rozhovoru. Podstatné je zeptat se na aktuální obtíže, na obvyklé chování dítěte v době zdraví, jaký největší problém spojený s hospitalizací dítěte matka nebo dítě vnímají. Při příjmu dítěte s doprovodem ukážeme matce i dítěti hernu, jídelnu a ostatní místnosti. U dětského pacienta hospitalizovaného bez doprovodu je velmi důležité zeptat se na jeho návyky a zvláštnosti spojené s usínáním, stravováním, vyprazdňováním, sebeobsluhou, hygienickými návyky, přijímáním léků, společenskými návyky apod. (SMOLEJOVÁ, 1994)

Dítě poté zavedeme na pokoj, ukážeme mu jeho postýlku, stolek, seznámíme je s ostatními dětmi v pokoji, nabídneme mu hračky, zapojíme ho do hry. Vysvětlíme mu denní režim v nemocnici, který se dle možností budeme snažit přiblížit jeho režimu, na který je zvyklé. Během prvních chvilí hospitalizace je velmi důležité, aby se dítě dobře adaptovalo a abychom se vyhnuli separační úzkosti a ztrátě důvěry dítěte. Během příjmu a uvedení dítěte na pokoj a uložení do postýlky

je vhodné, aby byla přítomna matka a dítěti s adaptací spolu se sestrou pomohla. (PEŠKOVÁ, 1995)

Velmi důležité je během příjmu klidné jednání sestry, poskytnutí emocionální podpory matce i dítěti, úsměv, pohlazení.

## ***1.2 Možnosti zkvalitnění pobytu dětí v nemocnici***

V dnešní době již existuje spousta trendů, které se snaží potlačit či eliminovat zátěž hospitalizace. Řada těchto trendů se velmi dobře uchytila a osvědčila v praxi. Možnosti, které byly dříve teprve testovány, nyní fungují v nemocnicích naprosto běžně. Mluvíme zde například o přednosti ambulantní léčby před hospitalizací, o společné hospitalizaci rodiče a dítěte, také o neomezených návštěvách dítěte na oddělení. Ne všechny nemocnice nabízejí všechny zmíněné možnosti, ale velká většina k nim dospěla.

K dalším možnostem, které zde budou zmíněny postupně dospěly nemocnice s pomocí rodičů a jejich nápadů na zlepšení kvality péče.

První z možností je psycholog nebo psychoterapeut. Ten je nyní již standardní součástí týmu a bývá dostupný buď jako kmenový pracovník týmu, nebo je pozván jako konzilium ke konkrétnímu případu. Zajímá se jak o dětské pacienty, tak o jejich rodinné příslušníky.

Významnou funkci ve zkvalitnění pobytu v nemocnici mají také rodičovské skupiny. Rodiče dětí, které mají určité postižení či onemocnění, se sdružují a sdílejí své prožitky, nápady a zkušenosti. Tento způsob je brán jako velmi užitečný psychoterapeutický mechanismus, skupiny mohou vnikat pod vedením nemocnice či organizací samotných rodičů.

Nemocnice se také snaží naplnit kromě fyzických a psychických potřeb potřeby spirituální. Ty zajišťují prostřednictvím kněze, duchovního, pastora. Duchovní potřeby bývají často bagatelizovány a zanedbávány. Jisté duchovní hodnoty často uznávají i ateisté. Tyto hodnoty se podílejí na hledání smyslu nemoci a na vyrovnání se s nemocí. Proto je tedy třeba tyto duchovní potřeby respektovat jak u dětských pacientů, tak u jejich rodin.

Pokud zdravotní stav dítěte umožňuje praktikování náboženského života, snažíme se zajistit zvyky dětského pacienta, případně jeho doprovodu. Nabídneme

možnost návštěvy duchovního u lůžka, možnost účasti na bohoslužbě, umožníme pacientovi či doprovodu modlitbu.

Nemocnice v České republice mají také dobrou zkušenost s dobrovolníky. Dobrovolníci docházejí do nemocnic ve svém volném čase a uplatňují zde své znalosti a svou energii. Dobrovolníci nemají nárok na finanční odměnu. I práce dobrovolníků má svá pevná pravidla, mají svá práva i povinnosti. Po splnění všech náležitostí, jako je podepsání etického kodexu a mlčenlivosti, doložení všech potřebných dokumentů a absolvování pravidelných setkání vedených psychologem, mohou začít uplatňovat své aktivity. Velkým přínosem jsou dobrovolníci především na odděleních, kde jsou hospitalizovány chronicky nemocné děti. Dobrovolníci nezastupují zdravotnický personál, ale věnují se s dětmi skupinovým či individuálním výtvarným činnostem, stolním hrám, čtení, hře na hudební nástroj, angličtině hrou apod.

Některé nemocnice nabízejí pozici herního specialisty. Tato pozice by měla tvořit pomyslný most mezi rodiči s dětmi a zdravotníky. Na každém oddělení by měl být člověk, který se zabývá nejen zdravotnickou problematikou, ale také psychologii dítěte. Tento člověk by měl být schopen provést dítě a jeho rodinu prostředím nemocnice, starat se o volný čas dítěte a umožnit dítěti tvořit a rozvíjet se i během hospitalizace.

V České republice také existuje od roku 2001 sdružení s názvem Zdravotnický klaun. Myšlenka je převzata z New Yorku, kde bylo zjištěno, že pravidelné návštěvy klaunů zlepšují fyzický a psychický stav dětských pacientů na lůžkových odděleních. V dnešní době jsou klauni bráni jako důležitá součást léčebného programu v Americe, ale i v Evropě. Zdravotní klauni procházejí poměrně náročným výběrovým řízením, dále programem na vyškolení musí absolvovat tříměsíční zkušební lhůtu. Dále dostanou v nemocnici od lékaře informace o provozu nemocnice, týkající se pohybu v nemocnici a určitých pravidel. (FENDRYCHOVÁ, KLIMOVÍČ, 2018)

### ***1.3 Komunikace s nemocným dítětem podle věkové skupiny***

Jak je uvedeno již výše, je velmi důležité brát při komunikaci s dětským pacientem ohled na jeho věk. S nemocným dítětem při hospitalizaci musíme jednat

tak, abychom mu navodili pocit bezpečí, aby rozumělo našim požadavkům a edukaci. Zároveň s ním musíme jednat přiměřeně jeho věku. Je velmi důležité zapojovat dítě do komunikace, aby mělo pocit, že může také spolurozhodovat o tom, co se s ním bude dále dít. Je správné zeptat se jej na svolení a také mu nabízet alternativy, domluvit se na kompromisech. Velmi důležitým bodem při komunikaci s dítětem je nevynechávat dítě z konverzace a nejednat pouze s rodičem. (PLEVOVÁ, SLOWIK, 2010)

### **Novorozenec**

Novorozenecký věk bereme od narození do jednoho měsíce dítěte. Ačkoliv si tuto skutečnost spousta lidí neuvědomuje, i novorozenci mají svůj způsob komunikace. Tímto způsobem je křik. Křik pomůže novorozenci naplnit jeho potřeby (krmení, čistota, společnost). Novorozenec také rozpozná příjemný a nepříjemný dotek, reaguje na lidský hlas. (PLEVOVÁ, SLOWIK, 2010)

### **Kojenec**

Kojenecké období počítáme od jednoho do dvanácti měsíců života. Je dobré jednat s kojencem obdobně jako s novorozencem. Naplnit jeho potřeby (nakrmit, přebalit, pochovat, dostatek spánku) je důležité pro to, aby se cítil dobře. Je zde důležitá především neverbální komunikace (držení, houpání, pohlazení). Touto komunikací dokážeme navodit kojenci pocit bezpečí. Zároveň je však důležité nesnažit se kojence přehnaně stimulovat, pokud vidíme, že není důvěřivý a stahuje se. S kojencem také můžeme komunikovat prostřednictvím grimas a hry, často začne reagovat úsměvem nebo smíchem. Měli bychom mluvit jemně a klidně, nezvyšovat hlas a nekřičet. (PLEVOVÁ, SLOWIK, 2010)

### **Batole**

Batolecím obdobím nazýváme věk od jednoho do tří let. V prvním roce začíná dítě používat jednoduchá slova, která bývají většinou pouze napodobením zvířat, fyzikálních zvuků nebo lidských výkřiků, spojování slabik. Této řeči často rozumí pouze rodiče. Ve druhé polovině druhého roku nastává velký pokrok, dítě začíná chápat symbolický význam slov. Slovní zásoba se pomalu zvyšuje.

Při komunikaci používáme formu jména, na kterou je dítě zvyklé, také používáme slova z jeho slovníku, například pro jídlo, vyprazdňování, koupání. Dovolíme dítěti mít a používat známé hračky. Snažíme se nebýt direktivní, nepoužíváme slovo „musíš“, batole se poté často stáhne a reaguje odmítáním. V tomto věku se setkáváme s dětským negativismem, hovoříme zde o období vzdoru. Dítě si zde uvědomuje svou individualitu, snaží se ji prosadit, chce mít kontrolu nad situací. Zloba dítěte může být také způsob, jakým se vyrovnává se stresem spojeným s hospitalizací.

V neverbální komunikaci batolat se při vzdoru setkáváme se zatnutými pěstmi, dupání nožičkou, sveřepým výrazem tváře. Na verbální rovině komunikace může dítě projevovat slovy „já nechci“, „já sám“, nebo „ne“.

Na vzdor a negativismus u batolete často pomáhá odvedení pozornosti či zrcadlení situace, což znamená napodobit dítě a ukázat mu, jak se momentálně chová, dítě je často překvapeno, co to děláme a proč (PLEVOVÁ, SLOWIK, 2010)

### **Předškolní věk**

Do předškolního věku zařazujeme děti ve věku tří až šesti let života. Co se týče výslovnosti, je ve věku tří let ještě dost nepřesná, dítě si hlásky nahrazuje jinými nebo je vyslovuje nepřesně. Zvyšuje se rozsah a složitost větných promluv. Pro dítě v předškolním věku jsou charakteristické otázky, dítě je zvědavé, chce poznávat svět. Zásadou komunikace je tyto otázky neignorovat. V předškolním období také začínáme vidět na dětech odlišnosti. Některé děti se rády projevují, jsou komunikativní, ostatní jsou naopak mlčenlivé.

Při komunikaci v nemocnici s hospitalizovaným dítětem v předškolním věku se snažíme vyjadřovat jasně, stručně a srozumitelně. Když nám dítě něco sděluje, posloucháme ho a nepřerušujeme. Je možné komunikovat s dítětem prostřednictvím hry/hračky („Ukaž mi, kde to teď medvídko bolí“), nebo („Teď dáme medvídkovi léky, aby už neměl bolesti.“). (PLEVOVÁ, SLOWIK, 2010)

Dobrym nástrojem pro komunikaci s dítětem předškolního věku je také kreslení. Pokud to zdravotní stav dítěte dovoluje, umožníme mu, aby si mohlo kreslit. Děti v tomto věku také oceňují „dospělácký“ přístup. Snažíme se komunikovat především s dítětem, vysvětlovat mu zjednodušeně jeho nemoc, následující léčbu.

Snažíme se mu dát možnost volby, například co se týče stravy, např. zeptáme se, zda si k snídani přeje čaj nebo raději mléko.

Nikdy nesmíme dítěti lhát, důvěra k personálu se poté velmi těžko obnovuje, případně se již obnovit nemusí. Pokud se dítě ptá, zda výkon bude bolet, nelžeme mu. Lepší je říct, že injekce štípne podobně, jako když ho v létě štípne nějaký hmyz, dále můžeme navázat komunikaci, zda už zažilo štípnutí hmyzem a jakým. Dítě se nesmí za žádnou cenu cítit oklamáno, v pozdější komunikaci a spolupráci by mohl vzniknout velký problém s důvěrou. (PLEVOVÁ, SLOWIK, 2010)

### **Školní věk**

V této části budeme mluvit o mladším školním věku, kam bychom zařadili děti ve věku šesti až jedenácti let. S nástupem do školy se slovník dítěte značně rozšiřuje. Začne si osvojovat nová slova, poznávat jejich význam, více rozvinuje věty, je zde také vidět pokrok v artikulaci.

Dítě ve školním věku poznává více kamarádů, začíná kromě názorů rodičů vnímat také názory kamarádů. (PLEVOVÁ, SLOWIK, 2010) Při komunikaci s hospitalizovaným dítětem ve školním věku můžeme stále využívat kreativních nástrojů, jako je kresba, pomocí které můžeme dítěti vysvětlit anatomii nebo určitý výkon.

Je nutné také respektovat osobnost dítěte a období, kdy nechce komunikovat. Náročným obdobím je počínající pubertální věk u dítěte, který se často projevuje arogantním chováním. (PLEVOVÁ, SLOWIK, 2010)

### **Dospívající**

Období dospívání je velmi rozmanitým obdobím. Je vymezeno dolní hranicí 11-12 let a horní hranicí 20-22 let. Rozvíjejí se zde primární a sekundární pohlavní znaky. Období dospívání také můžeme rozdělit na dvě fáze – pubescence (zde můžeme začlenit dospívající děti od jedenácti do patnácti let) a adolescence (přibližně ukončena mezi 20.-22. rokem života). V období dospívání dochází ke zvýšené integraci pohlavní identity a reaktivity. (HORT, HRDLIČKA, KOCOURKOVÁ, MALÁ a kol., 2008)

V rámci hospitalizace dospívajícího je nejdůležitější poskytnout mu dostatek soukromí, ujistit jej o diskrétnosti, dovolit mu podílet se na rozhodnutích a ošetrovatelské péči. Podporujeme dospívajícího v zodpovědnosti za jeho zdravotní stav. Bereme ohledy na jeho pocit studu. Ke každému dospívajícímu přistupujeme jako k jedinečné osobnosti bez předsudků, týkajících se jeho zevnějšku, oblečení a chování. (PLEVOVÁ, SLOWIK, 2010)

#### ***1.4 Prožívání nemoci a hospitalizace dítětem***

V kapitole o prožívání nemoci a hospitalizace se pokusím více přiblížit prožívání nemoci dětmi, případné poruchy adaptace při hospitalizaci a také bych zde ráda zmínila bolest u dětí.

Choroba je nejen pro dítě nepříjemným zážitkem, který vyvolává úzkost, bolest a strach. Dítě na nemoc může reagovat zvýšenou podrážděností a také citovou labilitou.

V oblasti bolesti můžeme u dítěte zaznamenat plačtivost, mrzutost, afektivitu. Dítě bude bolest lépe snášet, pokud bude znát přesnou příčinu a alespoň přibližné trvání bolesti. Když v blízkosti dítěte není nikdo, kdo by mu pomohl odvést pozornost od bolesti a lépe ji snášet, je situace vždy horší. Je potřeba pro dítě v bolesti působit jako opora, mít k němu klidný a trpělivý přístup.

Další podstatnou oblastí ve vnímání nemoci dítětem je strach. Ten je vždy opodstatněný, dítě má strach, když ví, že je nemocné a bude muset navštívit nemocniční zařízení. Stává se, že rodiče tento strach ještě posilují zvýšenou lítostí nebo strašením dítěte. Dítěti vždy musíme dát možnost projevit jeho obavy i přesto, že někdy je těžké s ním navázat kontakt a získat jeho důvěru.

Se strachem u nemocného dítěte také souvisí úzkost. Dítě nemá jistotu, co jej při nemoci čeká. Pokud jsou v jeho přítomnosti také úzkostní rodiče, přenášejí tak svou úzkost a neklid také na dítě.

Tyto tři faktory, které velmi často děti při nemoci doprovázejí, můžou ztížit léčbu onemocnění. Je proto potřeba, aby personál pečující o dítě měl správný psychologický přístup k dítěti a také uměl správně taktně jednat s jeho rodiči. (PEŠKOVÁ, 1995 18)

Děti zaujímají k nemoci různé postoje. Tyto postoje ovlivňuje spousta faktorů, například závažnost nemoci, věk dítěte, psychická odolnost dítěte, četnost hospitalizací a podpora rodiny. Prvním možným postojem je přijetí choroby. Dítě je schopné vžít se do role nemocného. Pokud má podporu v rodině, která se o něj láskyplně stará a nemoc mu přináší jisté „výhody“ a žádné povinnosti, dítě chorobu přijme. Tyto děti se většinou při hospitalizacích domáhají jistých výhod a příliš nespolupracují s personálem.

Dítě se také může k chorobě postavit tak, že ji nepřijme. Odmítá léčbu a realitu, že je nemocné. Nespolupracuje se zdravotnickým personálem a je konfliktní. U těchto dětí je nutná dostatečná motivace k léčbě a spolupráci.

Dále může dítě zaujmout takzvaný nevyrovnaný postoj k chorobě. V této situaci dítě váhá, zda má chorobu přijmout nebo ne. Tento postoj se týká především dětí labilních a nevyrovnaných. Zde může postoj dítěte ovlivnit personál svým klidným a autoritativním přístupem.

Posledním postojem je realistický postoj. Ten zaujímají především děti s rodiči, který mají realistický přístup. Děti se smiřují se svou situací, akceptují svá omezení a léčebné výkony. Lépe si zvykají na zdravotnický personál. (PEŠKOVÁ, 1995)

Dítě v nemocnici ztrácí pocit opory a bezpečí, obzvláště, pokud je odloučeno od matky. Hospitalizace je pro dítě velmi traumatizujícím zážitkem, hlavně v případě, že se dítě cítí oslabeno a je poprvé v nemocnici. Nemocniční prostředí je často podnětově chudší, režim zde je stereotypní a dítě se zde nudí. (PEŠKOVÁ, 1995)

Hospitalizace je pro dítě stresujícím zážitkem, který může ohrozit vývoj dítěte. Důležité je, aby během pobytu v nemocnici byla poskytnuta dítěti také výchovná péče. Tato péče musí být personálem poskytována tak, aby nešlo pouze o prevenci negativních následků, ale také o to, aby hospitalizace poskytla dostatek podnětů, které dítě ovlivní pozitivně. (ZLÁMALOVÁ, ŠTŮR, 1992)

### 1.4.1 Hospitalismus

Již v minulosti byl objeven poznatek, že při hospitalizaci dětí dochází k určitým komplikacím při jejich uzdravování. Pro tyto komplikace se brzy objevil název hospitalismus, nyní často označován jako „psychická deprivace“. (PLEVOVÁ, SLOWIK, 2010)

Tuto psychickou deprivaci můžeme definovat jako psychický stav, který je následkem jistých životních situací, ve kterých nemá dítě možnost správně uspokojit svoje psychické potřeby po dostatečně dlouhou dobu. Můžeme popsat celkem čtyři základní psychické potřeby dítěte. První z nich je potřeba podnětů, jejich proměnlivosti a kvality, dále mluvíme o potřebě učení, poznávání, potřebě sociálního vztahu k jedné blízké osobě, s čímž úzce souvisí i potřeba jistoty a bezpečí a poslední z potřeb je potřeba vlastní činnosti a společenského uplatnění. (PEŠKOVÁ, 1995)

Při pobytu v nemocnici je značně ztíženo naplnění těchto potřeb, právě z důvodu ochuzení dítěte o dostatek podnětů a sociální vazby, na které je zvyklé. Dítě může mít v tomto případě narušenou duševní rovnováhu, může se zpomalit nebo úplně zastavit jeho vývoj, dokonce může dojít až k autismu. (PEŠKOVÁ, 1995)

Při nedostatku podnětů přestává centrální nervový systém dítěte pracovat naplno a nerozvíjí se, často se stává, že i po návratu dítěte do podnětově bohatšího prostředí již nebude systém schopen zpracovávat normální přívod podnětů. (PLEVOVÁ, SLOWIK, 2010)

Je důležité si uvědomit, že sestra může kromě psychické pomoci působit i výchovně. Sestra může dítě inspirovat, může je leccos nové naučit. Dítě musí od personálu vycítit zájem, je nutné také mít schopnost vcítit se do dítěte a předcházet, popřípadě likvidovat příznaky psychické deprivace. (PEŠKOVÁ, 1995)

### 1.4.2 Separační reakce

Separační reakce je přirozenou úzkostnou reakcí dítěte na hrozbu odloučení, nebo již probíhající odloučení od nejbližší osoby (ve většině případů matky). Reakci můžeme začít sledovat mezi šestým a osmým měsícem života, její síla s věkem

postupně klesá a většina dětí je již kolem třetího roku života schopna krátkého odloučení od matky. U některých dětí je však tento vývoj pomalejší a úzkosti při separaci se mohou objevit i později. (HORT et.al., 2008)

Dítě si nevytvorí svůj vztah jen k nejbližší osobě, ale také k ostatním členům rodiny a známým, se kterými je v častém kontaktu. Vztah si dítě nevytváří pouze k lidem, ale také k prostředí svého domova, k věcem a hračkám. Pokud dítě není připraveno na odtržení od běžných vztahů, věcí, hraček a zvyklostí, může to být velkou zátěží pro psychickou stránku dítěte. (PLEVOVÁ, SLOWIK, 2010)

Intenzitu separační reakce dokáže ovlivnit několik faktorů. Jedním z nich je věk. Je-li separace od rodiny předčasná, to znamená dříve než ve výše uvedeném věku, může dítě strádat. Pokud by k separaci došlo až ve školním věku, mohla by být prospěšná a vést dítě k samostatnosti.

Dále také záleží na formě separace. Forma může být náhlá, postupná, částečná, úplná, dlouhodobá a krátkodobá. V případě hospitalizace bychom mluvili o separaci náhlé. Musíme také brát ohledy na temperament dítěte. Každé dítě je individuální a má jinou povahu, proto se při separaci můžeme setkat s různými projevy, od neznatelných změn v chování až po těžko zvládnutelné projevy. Dalším faktorem je také případná předchozí zkušenost dítěte se separací. Dítě může po špatných zkušenostech příští separaci být citlivější a hůře snášet i separaci další, nebo naopak může být již připravenější a odolnější. (PLEVOVÁ, SLOWIK, 2010)

Pro separační chování u dítěte jsou tři typické fáze. První fází je takzvaná „fáze protestu“. Při této fázi je dítě neklidné, křičí, zmítá sebou, volá matku a čeká, že se pro něj vrátí. Při druhé fázi, kterou nazýváme „fáze zoufalství“, již dítě ztratí naději, že se pro něj matka/blízká osoba vrátí, přestává si všimnout svého okolí a reagovat na něj, je smutné, přechází do stavu stísněnosti. Nakonec následuje poslední „fáze odpoutání“, kdy se dítě odpoutá od osoby, která jej „opustila“ a začíná se fixovat na ošetřující osobu. Pokud ani tady není možnost vazby, začíná se upínat na věci, hračky. (PEŠKOVÁ, 1995)

K poslední fázi dochází většinou až po dlouhodobém odloučení od blízké osoby. „Pokud je odloučení od matky (resp. mateřské osoby) nezbytné, snáší ho dítě mnohem lépe v domácím prostředí a mezi známými lidmi než právě v nemocnici“. (PLEVOVÁ, SLOWIK, 2010)

### 1.4.3 Všeobecné znaky traumatu u dítěte

U všech dětí, zvlášt' u menších dětí, se projevují příznaky traumatu jinak než u dospělých. K jiným příznakům traumatu dochází především kvůli kombinaci faktorů, mezi nimiž je jiné stadium vývoje mozku, rozdílné vnímání dané situace a rozdílná schopnost reakce na danou situaci. Dospělý má více možností, jak reagovat, může si začít psát deník, začít cvičit, chodit např. na terapii a tyto možnosti mu mohou lépe pomoci zvládnout jeho pocity. Na rozdíl od dospělých jsou však děti zcela závislé na možnostech, které jim mohou nabídnout dospělí. Stejně jako se dospělý může stát výbušným ve stresových situacích, nebo se obrací k různým závislostem, tak i děti dávají najevo své emoce. Také se může naopak stát, že své emoce uzamknou v sobě. I toto je způsob, kterým nám děti ukazují, že se něco děje.

Levine a Klineová (2012) dělí znaky traumatu do tří kategorií: od miminek do předškolního věku, děti školního věku a dospívající. Byly také zjištěny jisté rozdíly mezi znaky u dívek a chlapců.

První kategorie, kterou se budeme zabývat, je kategorie dětí od miminek až po děti předškolního věku. Tyto děti mají omezené možnosti v oblasti pohybu a slovní zásoby. Nemohou nám tedy přesně sdělit to, co se jim stalo, případně se situaci adekvátně bránit jako děti starší. Proto si musíme všimnout symptomů, jako jsou somatické obtíže (bolest břicha, hlavy), regrese do časnějšího stadia vývoje, kde se dítě cítilo dobře a bezpečně, přehnané emoční reakce, poruchy spánku a aktivity. Dítě se také může začít příliš držet svých rodičů.

U nejmenších dětí se nejčastěji stává, že se při velkém přehlcení či traumatu uzavírají do sebe. Toto chování je automatickou odpovědí jejich systému. U těchto dětí se můžeme často všimnout nepřítomného výrazu obličeje a nepřítomnosti citu. Znamená to, že dítě už nedokáže zvládnout vnitřní signály a potřebuje pocit bezpečí. Dalšími běžnými projevy traumatu je již zmíněná regrese, která se může projevit pomočováním, cucáním palce, vracení se k lahvi po odstavení, žvatlání. Dítě dává rodičům tímto příkladem traumatické reakce najevo, že potřebuje znovu získat sebedůvěru. Je především důležité nevzbudit u dítěte při regresivním chování pocit zahanbení.

Děti také často prožívají trauma tak, jako by neustále pokračovalo, tento znak se projevuje především přes opakovanou hru. U této hry chybí nápaditost dítěte. Dítě skrze hru prožívá událost znovu a znovu, například pokud se stalo účastníkem autonehody, opakovaně při hře naráží dvěma autíčky do sebe, poté, co se topilo, může potápět například hlavu panenky. Děti, které jsou hrubě fyzicky trestány, můžou tyto tresty také odrážet do svojí hry. Dítě může například vynadat své panence a poté ji zbit. Dále ji po trestu může hladit a utěšovat. (LEVINE, KLINEOVÁ 2012)

Děti ve věku předškolním mohou kromě těchto symptomů projevovat reakci na trauma intenzivními výbuchy emocí a záchvaty zlosti, kousáním, kopáním, házením hračkami, také poruchami příjmu potravy. U některých dětí jsou tyto znaky pouze součástí jejich charakteru, ale pokud se takto dítě začne projevovat nově a neobvykle především v době, ve které dojde k traumatizující situaci, můžeme si toto chování spojit s traumatem.

Ve školním věku můžeme zaznamenat podobné reakce jako u mladších dětí. Tyto děti mohou také prožívat trauma stále dokola formou hry, případně mohou díky lepší slovní zásobě vymyslet vypravování na danou traumatickou událost. Můžeme u nich také zpozorovat somatické obtíže, projevy strachu či agrese, uzavírání se do sebe sama. U dětí ve školním věku jsou učitelé nejčastěji prvními, kdo zaznamenají známky traumatu. Ve škole se mohou projevovat jako hyperaktivita, nesoustředěnost, poruchy chování, potíže s učením.

Děti ve školním věku mohou při zažitém traumatu myslet nejen na sebe, ale také na druhé. Mohou mít starosti, zda zbytek rodiny prožívá také trauma po dané události, zda se něco podobného nestane i jinému členovi rodiny.

Co se týče kategorie dospívajících, jejich symptomy traumatu se již velmi blízce podobají symptomům dospělých. Výzkumy ukázaly, že velká většina dospívajících, kteří si prošli traumatem, se uchýlila k užívání drog. U dospívajících vzniká tendence prožívat znovu traumatické události, může zde vzniknout nespavost, deprese, podrážděnost, vzdorovité chování, špatná školní docházka, úzkosti. Také se můžeme setkat v náhlými změnami ve vztazích, oblíbení lidé již nemusí být tolik oblíbenými, také s odtažitostí nebo s radikálními změnami vzhledu. (LEVINE, KLINEOVÁ 2012)

#### **1.4.4 Posthospitalizační reakce aneb trauma z hospitalizace**

Hospitalizace je ve většině případů stresujícím zážitkem, který může a nemusí ovlivnit osobnostní vývoj dítěte. Pro některé děti může být tento zážitek až traumatizující, proto se u nich po návratu z hospitalizace můžou projevit následující reakce: (ZLÁMALOVÁ, ŠTŮR, 1992)

- zvýšená bojácnost – strach z lůžka, strach i z krátkodobé separace od matky, ranní pláč při nástupu do dětského zařízení
- poruchy s příjmem potravy
- poruchy spánku
- zvýšené požadavky na pozornost dospělých
- apatie a únik z různých stresových situací
- nespolupráce s rodiči a ostatními dospělými
- regrese vývoje
- pláč, vztek, podrážděnost

#### **1.5 Dítě a bolest**

Od roku 1979 existuje definice bolesti, kterou vydala Mezinárodní společnost pro výzkum bolesti a ta zní: „Bolest je nepříjemná smyslová a emoční zkušenost, zážitek spojený s aktuálním nebo potenciálním poškozením tkáně nebo popisovaný výrazy pro takové poškození.“ (PLEVOVÁ, SLOWIK, 2010)

Donedávna nebyla bolest u dětí vnímána jako problém. Mezi léčbou bolesti u dětí a dospělých panují významné rozdíly. V roce 1990 vyjmenoval J.D. Loeser důvody, které podle něj přispívají k přehlížení dětské bolesti. Jedním z důvodů bylo, že do té doby chyběl opravdový výzkum dětské bolesti, tudíž v této oblasti stagnovalo vzdělávání lékařů. Dalším důvodem bylo, že v praxi nebyla léčba bolesti u dětí považována za problém, kterému je třeba věnovat zvláštní pozornost. Mladí lékaři byli vždy kárání za komplikace při léčbě onemocnění, ale nikdy nebyli pochváleni za zbavení dětského pacienta bolesti. Dále je také pravdou, že malý zájem lékařů o

bolest u dětí způsobil malý odbyt léků a farmaceutické firmy proto neinvestovaly do výzkumů v této oblasti. Také publikace na toto téma nebyly jednotné, chyběla zde vzájemná komunikace mezi odborníky a články zástupců různých oborů se proto významně lišily.

Kvůli nedostatku mezioborové spolupráce a množství poznatků namísto řádného výzkumu se začaly šířit různé mýty o dětské bolesti, se kterými se dodnes stále setkáváme. Tyto mýty by se daly považovat až za nebezpečné pro nemocné dítě.

Jedním z tvrzení je, že čím je dítě mladší, tím méně vnímá bolest, z důvodu nezralého nervového systému. Toto tvrzení je vyvozeno ze závěrů, které byly uvedeny v jednom z prvních výzkumů o bolesti u dítěte. Tvrzení bylo také převzato do odborných publikací, a dokonce i do učebnic. Proto vznikl mýtus, že nejmladší děti (novorozenci a kojenci) nevnímají bolest natolik intenzivně jako dospělí. Podle dalších výzkumů z roku 1993 a 1994 však bylo zjištěno, že dráhy pro vedení bolesti a centra pro vnímání bolesti jsou správně vyvinuty již u nedonošeného novorozence.

Dalším též velmi rozšířeným mýtem je tvrzení, že děti si nepamatují bolest. Všeobecně se vychází ze skutečnosti, že dítě se již nevrací k prožití bolesti, nemluví o ní. V této oblasti jsou výzkumy zatím poněkud chudé, avšak z psychologického hlediska bylo zjištěno, že u dítěte funguje paměť na bolest především na principu znovupoznání. Pokud se dítě již dostane do situace, kdy zažilo bolest a tato situace se po čase opakuje, mohou být určité spouštěče, které jeho dětskou paměť aktivují. Jedním z nich může být konkrétní místo, například ordinace, vyšetřovna, také určitý nástroj nebo uniforma zdravotnického pracovníka. (MAREŠ a kol., 1997)

Výzkumy v některých lékařských oborech nám říkají, že strach z bolesti je častěji větší stresor než samotná bolest, která se nakonec dostaví. Tento strach zvyšuje předpoklad bolesti a navodí výraznější reakci na bolest. (FENRYCHOVÁ, KLIMOVIČ a kol., 2018)

### **1.5.1 Chování dítěte při bolesti**

Můžeme se setkat s různými projevy bolesti, jako hledání určité polohy, vzdychání, pláč, stažené obličejové svaly, křik, zvracení, omezení pohybu, zvýšená spavost nebo naopak hyperaktivita, bušení srdce, lapání po dechu. Jsou také děti,

kteří se snaží s bolestí vyrovnat, proto v jejich chování nezaznamenáme bolestivé projevy. (MAREŠ a kol., 1997) Správně vyškolený personál by měl umět od dítěte získat solidní informace o jeho bolesti. U nejmenších dětí existují metody jako škály pro posouzení celkového chování dítěte, jeho pohybů, mimiky a křiku. U dětí starších jsou již k dispozici metody pro zjištění lokalizace a intenzity bolesti. V současnosti platí, že měření opírající se o subjektivní výpověď dítěte je zlatým standardem v diagnostice dětské bolesti. (MAREŠ a kol. 1997)

### **1.5.2 Chyby v přístupu k bolesti u dítěte**

Pro dítě je bolest nepříjemnou zkušeností, kterou může doprovázet úzkost, strach i poruchy spánku. Pokud je bolest spojena s nějakým výkonem, malé dítě nechápe důvody této bolesti a vnímá ji jako trest od dospělých (PLEVOVÁ, SLOWIK, 2010)

Jednou z častých chyb je špatná příprava dítěte na bolest nebo úplná absence přípravy. Dítě se takto jednoduše stane zmateným a vyděšeným. Další zásadní chybou v přístupu k bolesti u dítěte je bagatelizování bolesti, k němuž patří například fráze: „To tě nemůže bolet!“ Dítě se může cítit zmatené a nechápe, proč to tedy bolí. Dále často opakujeme chybu jako lhaní dítěti o intenzitě nebo přítomnosti bolesti u určitého výkonu, popírání budoucího bolestivého zážitku („to nebude bolet“, „ani to nepoznáš“). V dítěti může toto popírání a lhaní vzbudit nedůvěru k dospělým. Výchovné prostředky jako kárání, ponižování nebo trest, když dítě přirozeně reaguje na bolest např. křikem též není vhodné. Ne vždy dítě dokáže zvládnout bolest podle představ dospělých. Nemůžeme proto potlačovat jeho reakci na bolest. (PLEVOVÁ, SLOWIK, 2010)

„Je těžké bolest mít a trpělivý být.“ (Publilius Syrus)

### ***1.6 Spolupráce s rodinou hospitalizovaného dítěte***

Komunikace s hospitalizovaným dítětem je velmi důležitým prvkem pro správnou léčbu dítěte, avšak stejně důležitá je také komunikace s rodičem dítěte. Stejně jako dítě by měl být rodič vždy správně informovaný a poučený o diagnóze a terapii u dítěte. V této kapitole budou uvedeny zásady správné komunikace s rodiči dítěte,

role hospitalizovaného doprovodu dítěte v nemocnici, výhody a nevýhody doprovodu dítěte v nemocnici, možnosti formy pobytu doprovodu v nemocnici, návštěvy rodičů hospitalizovaného dítěte a několik slov o tom, jak zvládají rodiče nemoc svého dítěte.

Hospitalizace se nedotkne pouze dítěte, ale také členů jeho rodiny, proto musí zdravotnický personál pochopit jejich momentální chování a povzbudit je k aktivní spolupráci při léčbě dítěte. Je potřeba vždy respektovat práva dítěte i jeho rodiče.

Existují nejdůležitější zásady pomoci rodině, která má nemocné nebo postižené dítě. První z nich je pomoc rodičům pozitivně přijmout skutečnost. Pokud se rodiče mají správně vyrovnat s onemocněním svého dítěte, je nutná informovanost. Je proto dobré vysvětlit rodičům mechanismus nemoci a výklad přizpůsobit jejich vzdělání a vnímání.

Další zásadou, která může rodině pomoci je získání spolupráce se širší rodinou. Tato spolupráce může zajistit lepší atmosféru, prožívání nemoci a také lepší kvalitu péče o nemocné dítě. Širší rodina může přispět k lepšímu vyrovnání se s nemocí dítěte.

Mezi zásady můžeme také zařadit účelný postup v péči o dítě. Je potřeba investovat energii a čas v oblasti, kde nemocnému dítěti reálně pomůžeme, nikoliv tam, kde není naděje uspět.

Velmi důležitou zásadou je vědomí, že dítěti nemůžeme sice zajistit plné zdraví, ale máme možnost mu pomoci ke šťastnému dětství. Nemocné dítě potřebuje, aby pečující osoba byla spokojená, zdravá a radostná. Je potřeba si tuto skutečnost uvědomit a při péči o dítě ji skutečně praktikovat.

Poslední zásada pro pomoc rodině je spíše vlastnost. Touto vlastností je hrdinství. Rodičům nemocného dítěte bychom měli dát najevo to, že jsme si vědomi jejich hodnoty. Za hrdinství totiž není považováno pouze vydávání se v nebezpečí, ale také zvládat překážky a mimořádné situace. Takoví lidé by měli být též příkladem pro lidi ostatní. (FENDRYCHOVÁ, KLIMOVIČ a kol., 2018)

Informace o zdravotním stavu dítěte je nutno je podávat srozumitelně, případně opakovat. Vždy si musíme uvědomit, že při komunikaci s rodinou dítěte jde ve velké většině případů o laiky, proto je třeba se ujistovat, že mluvíme dostatečně srozumitelně, rodiče rozumí všem termínům, které jsme použili, klidně se můžeme

ujistit, zda správně pochopili vše, co jsme jim sdělili. Není doporučeno používat velké množství odborné terminologie. Pokud však hovoříme o dané diagnóze či použitém léčivu, používáme správné výrazy, až jejich vysvětlení můžeme přizpůsobit běžné komunikaci. Velmi přínosné jsou také písemné materiály (brožury, letáčky), tyto materiály však nesmí nahradit plnohodnotnou komunikaci s rodiči, jsou zde pouze jako zlepšení kvality podávání informací. (PLEVOVÁ, SLOWIK, 2010)

Z výzkumu z roku 1995 bylo zjištěno, že většině rodičů je podáván nedostatek informací od lékaře. Je nutné, aby rodiče získávali informace každodenním rozhovorem s lékařem a byli přítomni u vizity. (RŮŽIČKOVÁ, 1995)

### **1.6.1 Návštěvy hospitalizovaného dítěte**

Návštěvy rodiny u hospitalizovaného dítěte mají své pozitivní i negativní dopady na dítě. Mezi pozitiva návštěv dítěte v nemocnici můžeme zařadit citové uspokojení dítěte ze styku se známými osobami, na které je dítě zvyklé. Také pocit opuštěnosti nebude tak silný, pokud bude za dítětem docházet blízká osoba. Návštěva může dítě informovat o všem, co se děje doma po dobu jeho nepřítomnosti. Pokud je dítě dlouhodobě hospitalizováno bez svého doprovodu, jsou návštěvy jedinou možností, jak udržovat vazbu s rodinou.

Návštěvy mohou mít bohužel i své negativní dopady jak na hospitalizované dítě, tak na rodiče. Pokud rodiče odcházejí z návštěvy, mohou trpět nejistotou a zároveň také pocitem viny. Návštěva tak může u dítěte vyvolat opakování otřesů z prvního loučení a může vnést neklid na celé oddělení. V tomto případě je možné omezit návštěvy na menší míru a také nabídnout rodině pomoc psychologa.

Nemělo by se také zapomínat na děti, které vědí, že za nimi žádná návštěva nedorazí, nebo jsou zklamány, že návštěva nepřišla. Tyto děti může pronásledovat pocit žárlivosti vůči jejich kamarádům, za kterými návštěva chodí a pocit opuštěnosti může být více vystupňován. U těchto dětí bychom měli zasáhnout pohotově a nabídnout hru, dostatečně děti zaměstnat a poskytnout jim co možná největší citové uspokojení jako náhradu za zklamání.

Zdravotníci by měli udržovat a povzbuzovat zájem rodiny o dítě, podporovat rodinu v návštěvách, podávat všechny informace o postupu léčby, novém vývoji léčby, zároveň také podávat informace o psychickém stavu dítěte a jeho samotném

vývoji a dobrých vlastnostech. Je důležité připomínat rodině hodnotu, kterou pro ně dítě má, především u dlouhodobě hospitalizovaných dětí. (FENDRYCHOVÁ, KLIMOVIČ, 2018)

### **1.6.2 Hospitalizace doprovodu dítěte**

V dnešní době je hospitalizace doprovodu (nejčastěji matky) prakticky samozřejmostí. Většina nemocnic již přizpůsobila své prostory pro možnost doprovodu a také zavedla pro tyto doprovody pravidla. Je pravdou, že na většině oddělení jsou prostory stále stísněné, protože dříve nebyla oddělení zřízena pro společný pobyt dětí a rodičů.

Do šestého roku života dítěte hradí hospitalizaci doprovodu zdravotní pojišťovna, dále je hospitalizace možná i po šestém roce, avšak již není hrazena. Je možné udělit výjimky, a to po doporučení ošetřujícího lékaře, také po doporučení psychologa. Zákon 48/1997 Sb. obsahuje paragraf, který umožňuje každému hospitalizovanému dítěti jeho průvodce. V paragrafu je také uvedeno, že do šesti let je pobyt doprovodu hrazen pojišťovnou. Zásada je také obsažena ve vyhlášce MZČR č. 134/1998 Sb. (GRYM, 2001)

V podstatě existují tři základní formy hospitalizace doprovodu dítěte, dále záleží na možnostech nemocnic a prostorech samotného oddělení, jaké možnosti je nejlepší se přizpůsobit.

První formou společné hospitalizace je možnost lůžka doprovodu vedle lůžka dítěte. Tato forma hospitalizace umožňuje dítěti a doprovodu prakticky nepřetržitý kontakt, rodič zde může být jak ve dne, tak v noci.

Další formou je společný pokoj pro matky, umístěný na oddělení, kde je dítě hospitalizováno. Tato forma hospitalizace většinou znemožňuje hospitalizaci otce. Existuje také možnost, že doprovod je na oddělení pouze přes den a přes noc dochází spát na jiné oddělení, případně mimo nemocnici. Je také častá kombinace těchto možností.

Největší přednost být jako doprovod na oddělení vždy dostávají kojící matky. Dále je také odlišná forma stravování doprovodu dle zvyklostí oddělení. Někde doprovod dostává stravu na oddělení, jinde musí docházet do jídelny. (FENDRYCHOVÁ, KLIMOVIČ a kol., 2018)

Pokud je hospitalizován doprovod dítěte na oddělení, je od něj očekávána především spolupráce se zdravotnickým personálem. Vztahy mezi profesionály a rodiči nejsou vždy ideální, ne vždy se tyto dvě skupiny schází se stejným názorem na postup léčby či na denní režim dítěte, avšak je třeba, aby byly obě skupiny otevřené novým nápadům, postojům a pokusily se o vzájemné porozumění.

Od doprovodu dítěte je očekáváno, že bude aktivně napomáhat adaptaci dítěte na cizí prostředí, bude jej psychicky podporovat a ujme se ošetrovatelských výkonů, jako je hygiena dítěte, krmení, péče o vyprazdňování a o spánek dítěte. Pokud nebude schopen se těchto výkonů přímo ujmout, může na nich alespoň aktivně spolupracovat se zdravotnickým personálem. Dítě jistě uklidní, když tyto úkony dělá osoba jemu blízká, případně je u nich alespoň přítomna. (FENDRYCHOVÁ, KLIMOVÍČ a kol., 2018)

Co se týče pomoci rodičům při začleňování se o celodenní péči o nemocné dítě, působí zde i tzv. projekt DAR, která realizují Státní zdravotní ústav v Praze a dětské oddělení Fakultní nemocnice v Hradci Králové. Cílem celonárodního projektu je přizpůsobení oddělení prostředí domova a také pomoc rodičům přítomným při hospitalizaci. (NĚMEC et al., 1998)

### **1.6.3 Pozitivní faktory hospitalizace doprovodu dítěte**

Rodič, který je hospitalizován spolu s dítětem, může uspokojovat jeho fyzické i psychické potřeby. Dítě bude akceptovat snahu o uspokojení potřeb značně lépe než od zdravotnického personálu. Jak bylo zmíněno výše, hospitalizace doprovodu pomůže k rychlejší adaptaci dítěte na nové prostředí a k vyrovnání se s negativními faktory. (FENDYCHOVÁ, KLIMOVÍČ, 2018)

Podle výzkumů je také dokázáno, že přítomnost doprovodu při hospitalizaci pomohla zkrátit celkovou dobu hospitalizace dítěte. Přítomnost rodiče dítěti také nejlépe zajistí pocit bezpečí a jistoty.

I pro zdravotní personál mohou být rodiče velkým přínosem. Děti může být hospitalizováno velké množství, a to pro sestru znamená více ošetrovatelských výkonů a zároveň také více zápisů do zdravotnické dokumentace. Občas se stane, že na oddělení vznikne mnoho situací, které vyžadují okamžité řešení (vizita, pře-

klady, příjmy, propuštění, převozy pacientů, plnění ordinací). Rodiče se tedy mohou aktivně podílet na ošetřování a pomoci personálu. Měří a zapisují bilanci tekutin, měří teplotu, váží, krmí, přebalují, provádějí hygienu a upozorňují personál na potřeby dítěte a případné změny zdravotního stavu. Vše z těchto výkonů samozřejmě probíhá ve spolupráci se sestrou, či přímo pod jejím dohledem. Lékaři zase mohou na vizitách získat cenné informace od rodičů přítomných při hospitalizaci. Ačkoliv sestra tráví s hospitalizovanými dětmi spoustu času, nikdy ne tolik co hospitalizovaný doprovod. (LUDÍKOVÁ, 2003)

Při výzkumu v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem, kde se jeden z dotazů na matky týkal důvodů, kvůli kterým chtějí být přítomny v nemocnici, matky nejčastěji odpovídaly, že chtějí být nápomocny při sebeobsluze dítěte, zároveň obsluhovat potřeby dítěte a pomoci zlepšit jeho fyzický a psychický stav. Matky z tohoto výzkumu byly tedy také toho názoru, že jsou v nemocnici přínosem. (RŮŽIČKOVÁ, 1995)

Co se dále týká pohledu rodičů, článek z časopisu Medical Tribune od Lucie Ondřichové popisuje zkušenosti matky v Nemocnici na Bulovce. Matka zde udává, že bez její přítomnosti by nebylo o její dítě správně postaráno a že bylo potřeba zdravotnický personál kontrolovat. V článku matka popisuje, že musela personálu oznamovat horečku u dítěte apod. O tématu tohoto článku by se dalo nekonečně dlouho diskutovat. Pokud je hospitalizován doprovod dítěte a rodič dítěte je dostatečně edukován o zápisu obtíží a měření teploty, zdravotnický personál často přenáší více odpovědnosti na doprovod. Není to však úplně správný přístup, zdravotnický personál a doprovod dítěte by vždy měli plně spolupracovat.

#### **1.6.4 Negativní faktory hospitalizace doprovodu dítěte**

Rodiče v nemocnici jsou nejen přínosem. V některých případech se naopak může stát, že jsou přítěží pro zdravotnický personál. Společná hospitalizace rodiče s dítětem klade na zdravotnický personál větší nároky, je nutné starat se také o psychický stav rodiče, komunikovat zároveň s rodičem i s dítětem, nezanedbávat při podávání informací ani jednu stranu. Proto je společná hospitalizace složitější časově i psychicky.

Často se také stává, že rodiče zpochybňují názory profesionálů a vznikají zde ožehavé situace, které mohou vést i k případnému konfliktu, pokud nebudou obě strany otevřené diskusi.

Musíme však brát v potaz, že ani pro rodiče není společná hospitalizace s dítětem jednoduchá. Chtějí znát co nejvíce informací ohledně zdravotního stavu jejich dítěte, ohledně dalších postupů a také o průběhu jednotlivých vyšetření. Zároveň bojují o to, aby byl co nejvíce zachován denní režim dítěte.

Průzkum z dětské nemocnice v Bostonu z roku 2014, jehož výsledky byly zveřejněny v časopisu *Hospital Pediatrics*, se dotazoval 471 rodičů dětí od 0 do 17 let a prozradil nejčastější nedorozumění mezi rodiči a zdravotníky. Rodiče mezi nejčastější důvody uvedli protichůdné informace, pozdní podávání informací, zklamání ze způsobu komunikace, nemožnost promluvy s psychologickým týmem, nesprávné informace, nejasnou pointu informací, neschopnost porozumět léčebnému plánu, jazykovou bariéru. Jeden rodič uvedl „ostatní důvody“. (ALISA KHAN et al., 2017)

I přes psychickou a časovou náročnost a časté riziko konfliktů mezi zdravotníky by však měl být brán ohled především na dítě a jeho potřeby. V chartě práv hospitalizovaného dítěte je uvedeno, že „Děti v nemocnici mají právo mít s sebou po celou dobu hospitalizace své rodiče nebo jinou blízkou osobu, rodiče zastupující.“ Děti mají právo mít u sebe rodiče, kdykoliv je potřebují. To se týká především noci, ať už se dítě probudí, nebo ne, během zákroků a vyšetření, během úvodu do anestezie a probouzení, pokud je dítě v kómatu nebo stavu částečného vědomí, během resuscitace, po narození, ať už je dítě zdravé nebo vyžaduje speciální péči. (EACH)

## **2. Empirická část**

### **Cíl výzkumu**

Cílem mého výzkumu je zjistit, zda má doprovod hospitalizovaného dítěte pozitivní vliv na dítě během pobytu v nemocnici. Dále také zjišťuji, zda je možné, že děti bez doprovodu mohou začít zaostávat v psychomotorickém vývoji a co je důvodem, proč se rodiče nechají nebo naopak nenechají hospitalizovat spolu se svým dítětem.

### **Metodika kvantitativního šetření**

Výzkum jsem pojala jako kvantitativní šetření pomocí dotazníků. Dohromady jsem předpokládala 60 respondentů ve dvou různých skupinách po 30 respondentech. Obě skupiny měly rozdílné dotazníky s patnácti uzavřenými otázkami. První dotazník je určen skupině rodičů, kteří se nechali hospitalizovat společně s dítětem, druhý dotazník je určen rodičům, kteří své dítě svěřili do péče zdravotnickému personálu.

Dotazníkové šetření jsem prováděla na Klinice pediatrie a dědičných metabolických poruch ve Všeobecné fakultní nemocnici, kde zároveň také pracuji. Se svolením vedení kliniky a náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a také etické komise jsem rozdávala dotazníky rodičům hospitalizovaných dětí od novorozeneckého věku do šesti let. S distribucí dotazníků mi pomohly kolegyně za mojí nepřítomnosti na oddělení. Dotazníky jsem rozdávala také matkám, které k nám docházejí na odběry a kontroly invazivních vstupů a mají zkušenost s hospitalizací v našem oddělení. Celkem se bylo distribuováno přesně 30 dotazníků pro obě skupiny. Všechny rozdané dotazníky byly vyhodnoceny a použity pro práci.

Dotazníkové šetření probíhalo ihned ode dne schválení výzkumu etickou komisí Všeobecné fakultní nemocnice, tzn. od 15.4.2021 do 9.5.2021.

## **Hypotézy**

Mé hypotézy vycházejí z pozorování dětí s doprovodem i bez doprovodu během hospitalizace v nemocnici, kde pracuji. Pomocí dotazníkového šetření se tyto hypotézy pokusím potvrdit či vyvrátit.

### **Hypotéza číslo 1:**

Dítě v přítomnosti blízké osoby zvládá lékařské/ošetrovatelské zákroky lépe než dítě bez doprovodu.

### **Hypotéza číslo 2:**

Následkem hospitalizace bez doprovodu děti často zaostávají v psychomotorickém vývoji.

### **Hypotéza č. 3**

Hospitalizace dítěte bez doprovodu může vést ke zhoršení vztahů mezi dítětem a rodiči.

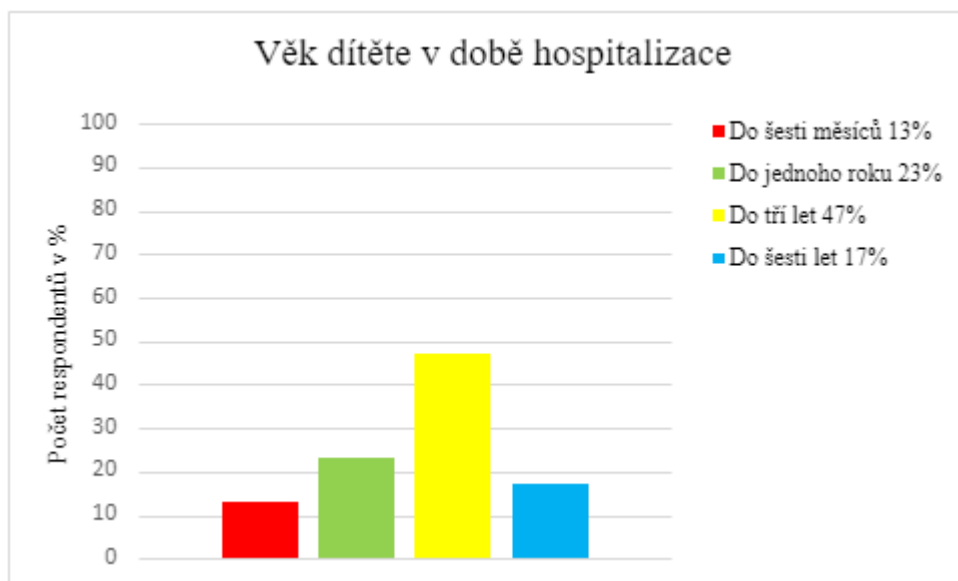
## ***2.1 Výsledky kvantitativního šetření***

### **2.1.1 Rodiče hospitalizovaní s dítětem**

První část vyhodnocení dotazníků se věnuje skupině rodičů, kteří byli hospitalizováni společně s dítětem.

#### **Věková skupina dětí respondentů**

Z grafu číslo 1 můžeme zjistit, že nejvíce byla zastoupena skupina respondentů, jejichž děti byly hospitalizovány ve věku do tří let. Tito respondenti tvořili téměř polovinu celkové skupiny respondentů (tj. 47 %). Ostatní věkové skupiny dětí byly zastoupeny přibližně stejně.

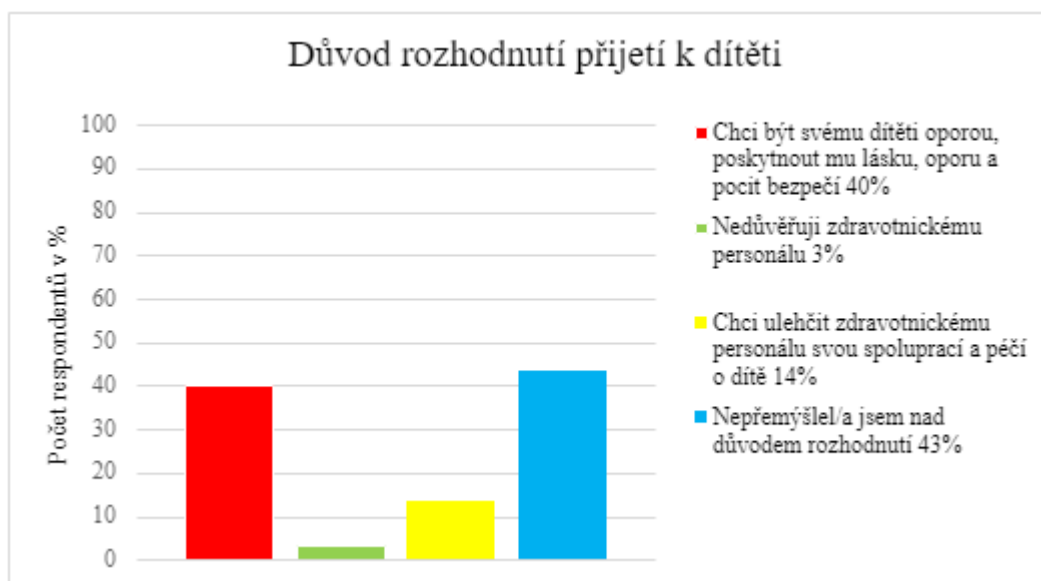


Graf č.1

### Důvod rozhodnutí přijetí k hospitalizovanému dítěti

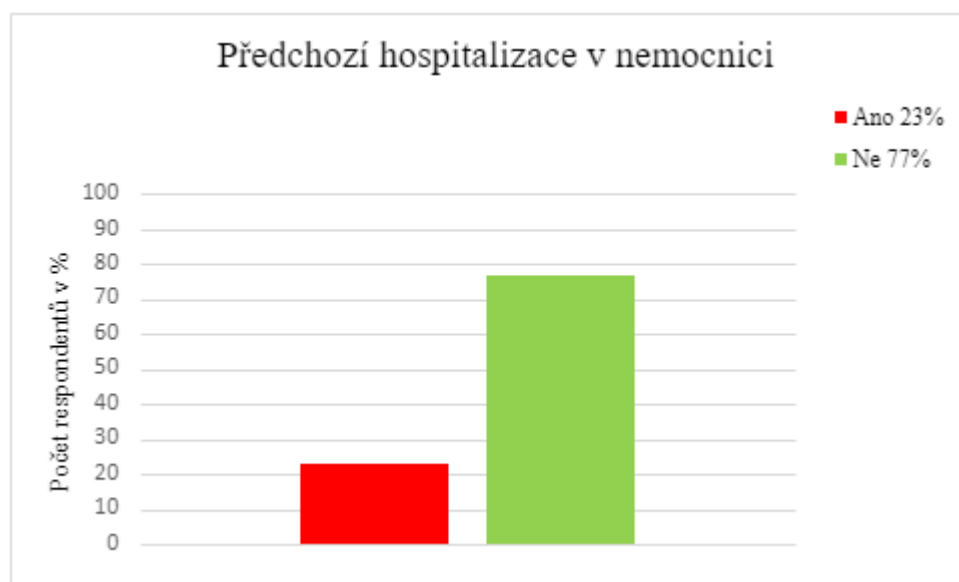
V této části dotazníku jsem se respondentů zeptala na důvod doprovodu hospitalizovaného dítěte. Druhou nejzastoupenější skupinou respondentů byli rodiče, kteří chtěli být svému dítěti oporou, poskytovat mu lásku, oporu a pocit bezpečí. Tuto skupinu tvořilo celkem 12 respondentů (tj. 40 %). Odpověď „nevěřím zdravotnickému personálu“ zvolil pouze jeden respondent ze třiceti. Celkem 4 rodiče dětí chtěli ulehčit práci zdravotnickému personálu. Nejvyšší počet respondentů, tj. 13 rodičů, nepřemýšlel nad důvodem svého rozhodnutí.

Graf č. 2



### Předchozí hospitalizace dítěte v nemocnici

Tabulka č. 2 nám ukazuje počet rodičů, jejichž děti byly dříve hospitalizovány v nemocnici. Pomocí dotazníkového šetření jsem porovnála odpovědi dle věkových skupin dětí z první otázky dotazníku. Z odpovědí vyplynulo, že všechny čtyři děti do půl roku nebyly ještě nikdy předtím hospitalizovány v nemocnici, šest dětí do jednoho roku též nepobývalo dříve v nemocnici a jedno dítě ve věku do jednoho roku již bylo hospitalizováno. Ze skupiny dětí do tří let byly ze čtrnácti dětí respondentů dříve hospitalizovány čtyři. Z celkového počtu pěti dětí do šesti let měly předchozí zkušenost s pobytem v nemocnici dvě děti.

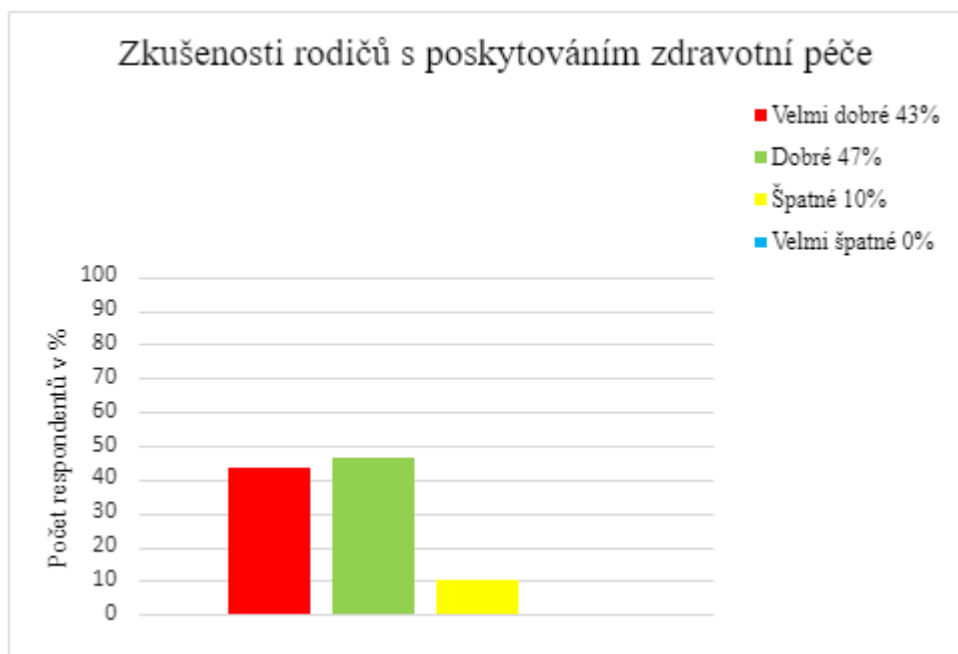


Graf č. 3

### Zkušenosti s poskytováním zdravotní péče

Ve čtvrté otázce svého dotazníku jsem od respondentů, kteří byli hospitalizováni společně se svým dítětem zjišťovala, jak jsou spokojeni s poskytováním zdravotní péče v daném zařízení. Souhrn odpovědí je vyjádřen grafem. Z vyhodnocení dané části dotazníku nám vyplývá, že celkem třináct rodičů hospitalizovaných

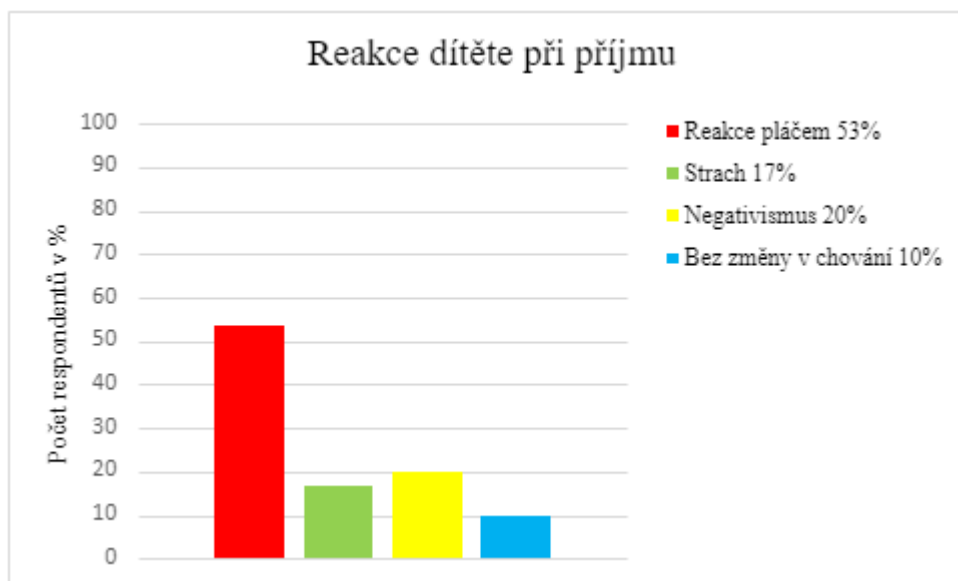
děti má velmi dobré zkušenosti s poskytováním zdravotní péče, nejvyšší počet respondentů měl dobré zkušenosti, a to dohromady čtrnáct respondentů (tj. 47 %). Pouze tři respondenti uvedli špatné zkušenosti se zdravotní péčí. Ve skupině, která měla velmi špatné zkušenosti, se nenacházel žádný rodič.



Graf č. 4

### Reakce dítěte při příjmu k hospitalizaci

V dotazu na reakci při příjmu dítěte k hospitalizaci 16 rodičů (tj. 53 %, tedy více než polovina respondentů) odpovědělo, že dítě reagovalo pláčem. Rodičů, jejichž děti reagovaly strachem, bylo celkem pět. Negativismem reagovalo celkem 6 dětí, tzn. 20 % celkového počtu dětí respondentů. Nejméně zastoupenou skupinou byli respondenti, kteří svého dítěte nezaznamenali žádnou změnu v chování. Tuto odpověď zvolili celkem tři rodiče.



Graf č. 5

Při vyhodnocení této části dotazníku nešlo přehlédnout, že nejvíce dětí reaguje na změnu prostředí a zdravotnický personál pláčem. Dle věkové skupiny jsem předpokládala, že všechny děti do šesti měsíců budou reagovat pláčem. Mé předpoklady se při vyhodnocení dotazníků naplnily. Šest ze sedmi dětí do jednoho roku reagovalo také pláčem. Také pět dětí ve věku do tří let při příjmu plakalo. Zbytek dětí v této věkové skupině reagovalo většinou negativismem. Pouze jedno dítě ve věku do šesti let se při příjmu k hospitalizaci rozplakalo.

### **Změna denního režimu dítěte při hospitalizaci**

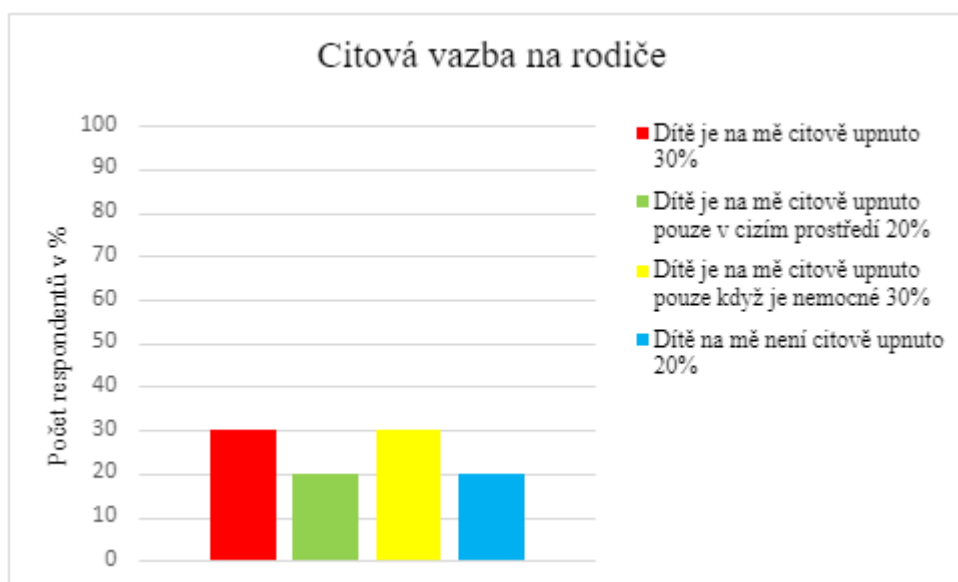
Z důvodu ošetrovatelských a lékařských výkonů je často nezbytné zasáhnout do denního režimu dítěte. Dotazník proto obsahoval otázku, nakolik se musel dle názoru respondentů změnit denní režim hospitalizovaného dítěte. Při hodnocení odpovědí jsem se dověděla, že stejný počet respondentů uvedl, že se jejich režim musel změnit, nebo se změnil alespoň částečně. Obě skupiny respondentů byly po třinácti rodičích. Pouze čtyři respondenti uvedli, že nezaznamenali změnu denního režimu během hospitalizace.



Graf č. 6

### Citová vazba na rodiče

V dotazníku jsem se dále respondentů optala, jak moc je na ně jejich dítě citově upnuto. Výsledky byly téměř vyrovnané. Odpověď „ano, neustále“ zvolilo 9 respondentů, tedy 30 % celkového počtu respondentů. Celkem 6 respondentů (tj. 20 %) se domnívá, že jejich dítě je na ně upnuto pouze v cizím prostředí. Devět respondentů prozradilo, že dítě se na ně upíná pouze při nemoci. Ostatních šest rodičů uvedlo, že dítě na ně není citově upnuto.



Graf č. 7

## Zvládání lékařských/ošetrovatelských výkonů

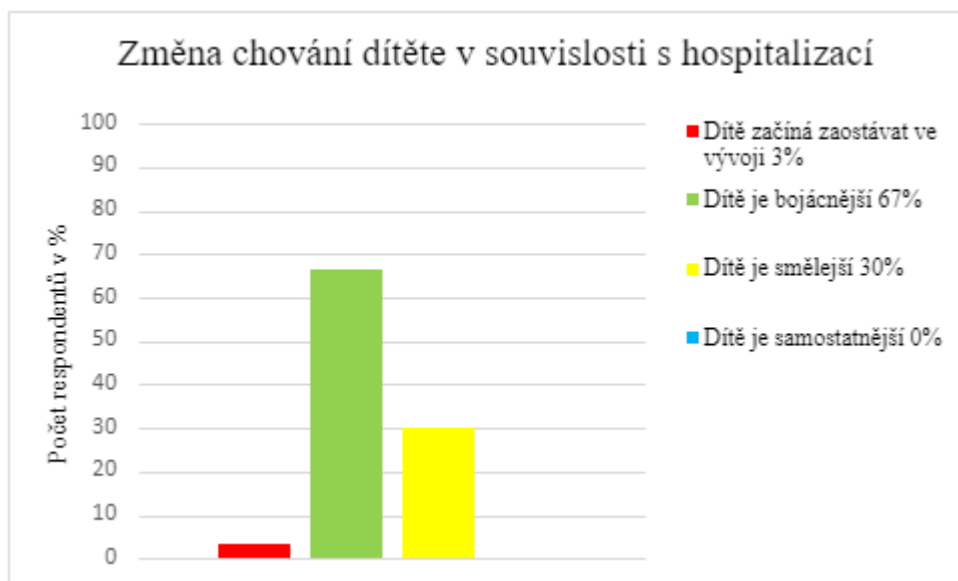
V mém výzkumu mě především zajímalo, zda dítě zvládá ošetrovatelské/lékařské výkony lépe v přítomnosti blízké osoby nebo spíše v její nepřítomnosti. Dotazník se proto respondentů optal, zda mají pocit, že dítě zvládá výkony lépe v jejich přítomnosti. Celkem 18 respondentů, to je 60 % z celkového počtu dotázaných, uvedlo, že jejich dítě zvládá výkony lépe v jejich přítomnosti. Čtyři respondenti se domnívají, že jejich přítomnost nemá vliv na zvládání ošetrovatelských/lékařských výkonů. Celkem 8 (tj. 27 %) respondentů nedokáže posoudit, zda je jejich přítomnost u výkonů přínosná.



Graf č. 8

## Pozorované změny v chování dítěte při hospitalizaci

V otázce, která se týkala změny chování dítěte v souvislosti s hospitalizací, byly uvedeny čtyři možnosti odpovědi. Jako první odpověď mohl respondent uvést, že se mu zdá, že dítě začíná zaostávat ve vývoji. Tuto odpověď zvolil pouze jeden respondent. Největší část respondentů, tedy celkem 20 rodičů, odpověděla, že se jim zdá dítě bojácnější. Devíti respondentům (tj. 30 %) se zdálo dítě v souvislosti s hospitalizací směřující. Žádný respondent nezvolil odpověď, že se mu dítě zdá samostatnější.



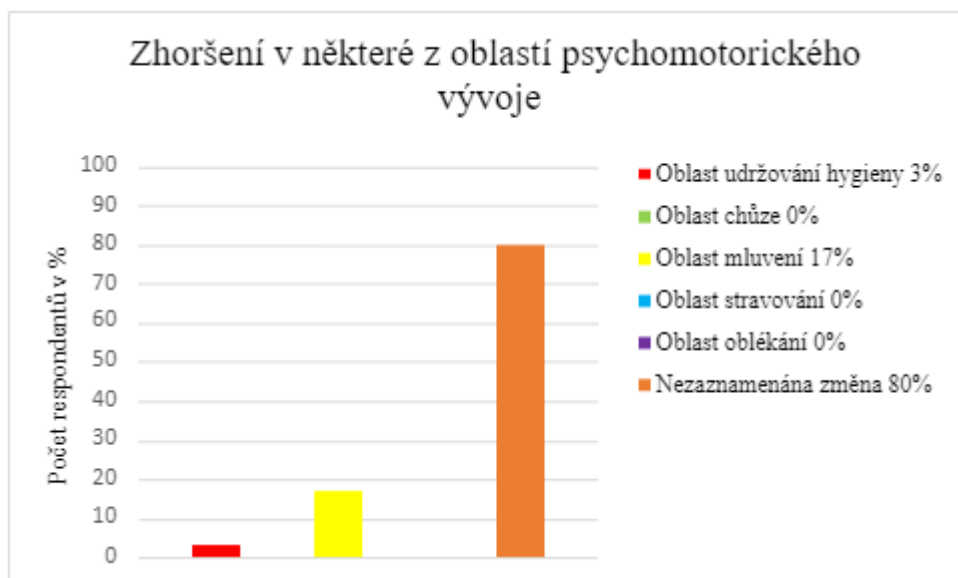
Graf č. 9

### Zhoršení psychomotorického vývoje

V souvislosti s hospitalizací v nemocnici se u dětí může stát, že se začne zhoršovat některá z oblastí psychomotorického vývoje. S pomocí dotazníku jsem chtěla zjistit, zda přítomnost rodiče může toto riziko minimalizovat. Vybrala jsem tedy několik oblastí psychomotorického vývoje, kde nejčastěji dochází k regresi.

- a) udržování hygieny
- b) chůze
- c) mluvení
- d) stravování
- e) oblékání
- f) žádná změna

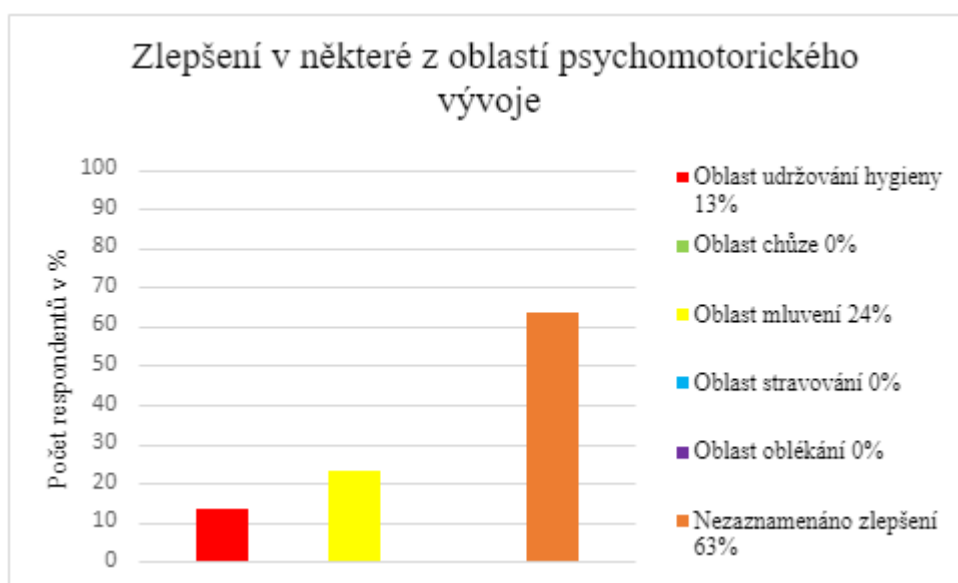
Možnost a) zvolil jeden respondent z třiceti. Chůze se nezhoršila u žádného z dětí respondentů. Pět respondentů uvedlo, že jejich dítě od začátku hospitalizace hůře mluví. Samostatně jíst nepřestalo žádné dítě, s oblékáním také nenastaly problémy u žádného z dětí. Celkem 24 respondentů, to je 80 % z celkového počtu dotázaných, uvedlo, že u dítěte nezaznamenalo žádné zhoršení ve vývoji.



Graf č. 10

### Zlepšení psychomotorického vývoje

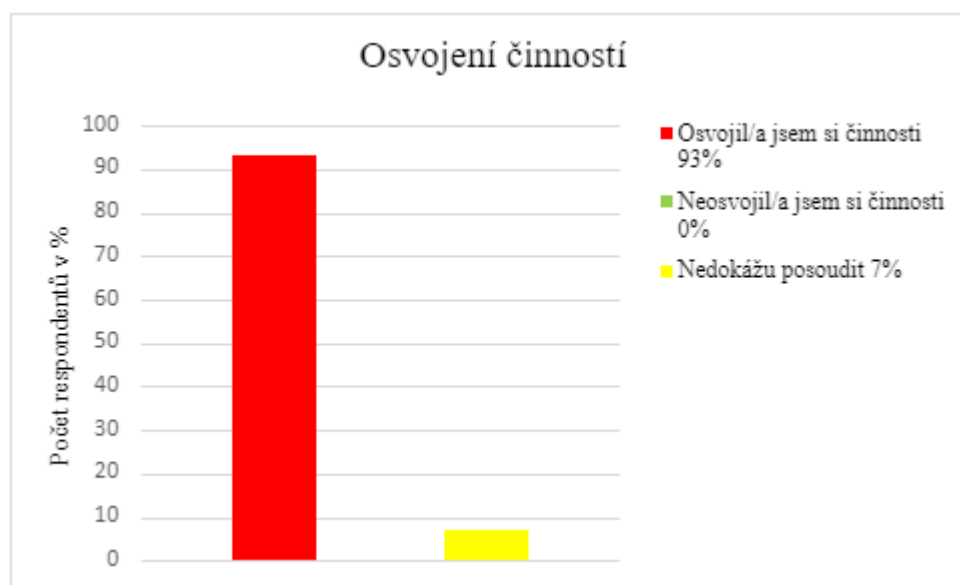
Co se týče progresu výše uvedených oblastí vývoje, celkem čtyři respondenti (tj. 13 %) uvedli, že se jejich dítě zlepšilo v oblasti udržování hygieny. V oblasti chůze se nezlepšilo žádné z celkového počtu dětí respondentů, v oblasti mluvení se dle odpovědí rodičů zlepšilo celkem sedm dětí (tj. 24 %). V oblasti stravování a oblékání se nezlepšilo žádné z dětí dotázaných respondentů. Nejvíce respondentů nezaznamenalo žádnou změnu ve vývoji (celkem 19 rodičů, tj. 63 %).



Graf č. 11

## Osvojení činností během hospitalizace

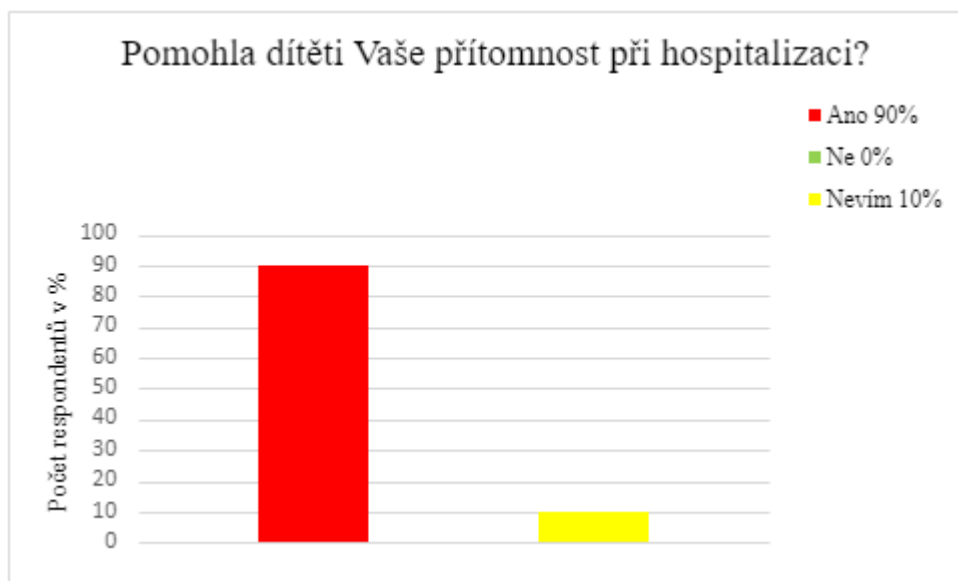
Společná hospitalizace může být pro rodiče i přínosná, a to v případě, že spolupracují se zdravotnickým personálem a podávají dítěti ordinované léky (tablety, kapky, sirupy, čípky) pod dohledem kompetentního zdravotnického personálu, měří a správně zapisují tělesnou teplotu. Na dotaz, zda si respondenti během hospitalizace tyto činnosti osvojili, odpovědělo 28 respondentů „ano“. Zbylí dva respondenti nedokázali posoudit, zda si tyto činnosti osvojili.



Graf č. 12

## Přínos společné hospitalizace

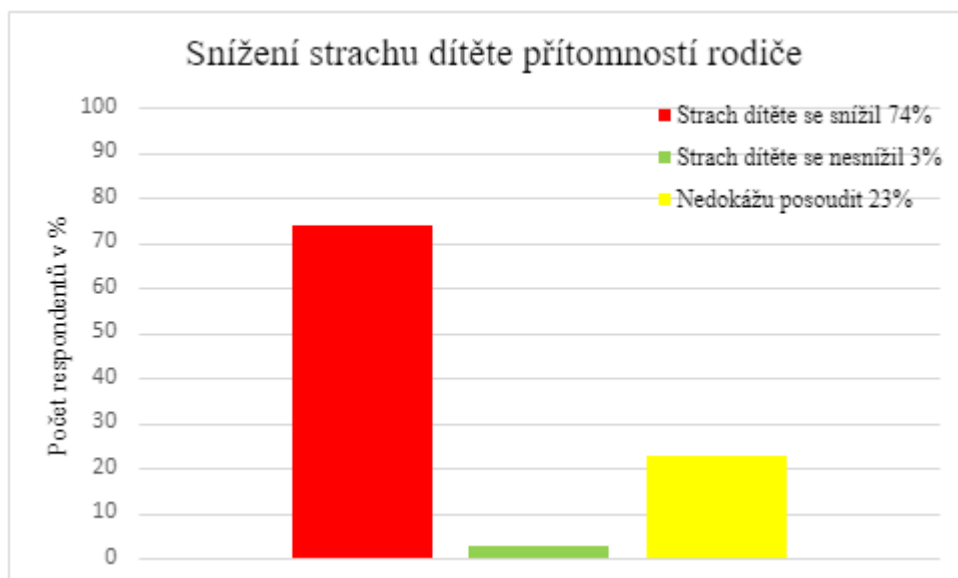
Cílem výzkumu je zjistit, zda je přítomnost rodiče přínosná pro hospitalizované dítě. Otázka, zda si rodiče myslí, že jejich přítomnost v nemocnici dětem pomohla, je tedy jednou z nejdůležitějších. Z celkového počtu 30 respondentů bylo 27 respondentů (90 %) názoru, že jejich přítomnost dítěti pomohla. Zbylý počet respondentů (3 rodiče) uvedl, že neví, zda jejich přítomnost v nemocnici pomohla. Žádný z respondentů si nemyslel, že jeho společný pobyt v nemocnici dítěti nepomohl.



Graf č. 13

### **Snížení strachu při hospitalizaci přítomností rodiče**

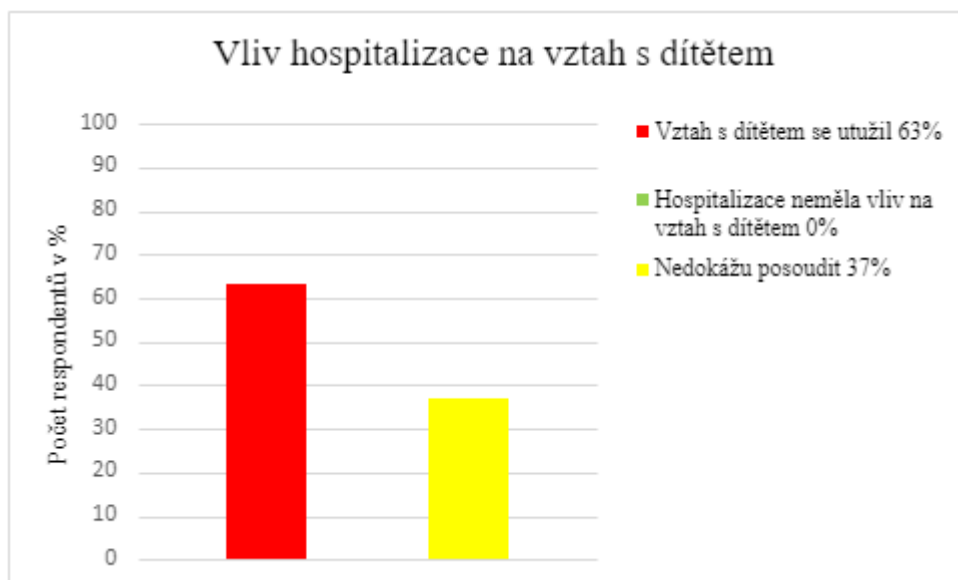
Celkem 22 respondentů se domnívalo, že jejich přítomnost dokázala snížit strach dítěte při hospitalizaci. Tato skupina tvořila celkem 74 %, tedy velkou většinu dotázaných respondentů. Jeden respondent uvedl, že společný pobyt při hospitalizaci s dítětem nepomohl snížit jeho strach. Celých 7 (tj. 23 %) respondentů nedokázalo zhodnotit, zda dítěti pomohli lépe bojovat se strachem z hospitalizace.



Graf č. 14

### **Vliv hospitalizace na vztah rodiče a dítěte**

Více než polovina tázaných respondentů uvedla, že společná hospitalizace utužila jejich vztah s dítětem. Respondentů v této skupině bylo celkem 19 (63 %). Žádný respondent neuvedl, že jeho přítomnost při hospitalizaci neutužila jeho vztah s dítětem. Celkem 11 respondentů (tj. 37 %) na tuto otázku nedokázalo odpovědět.



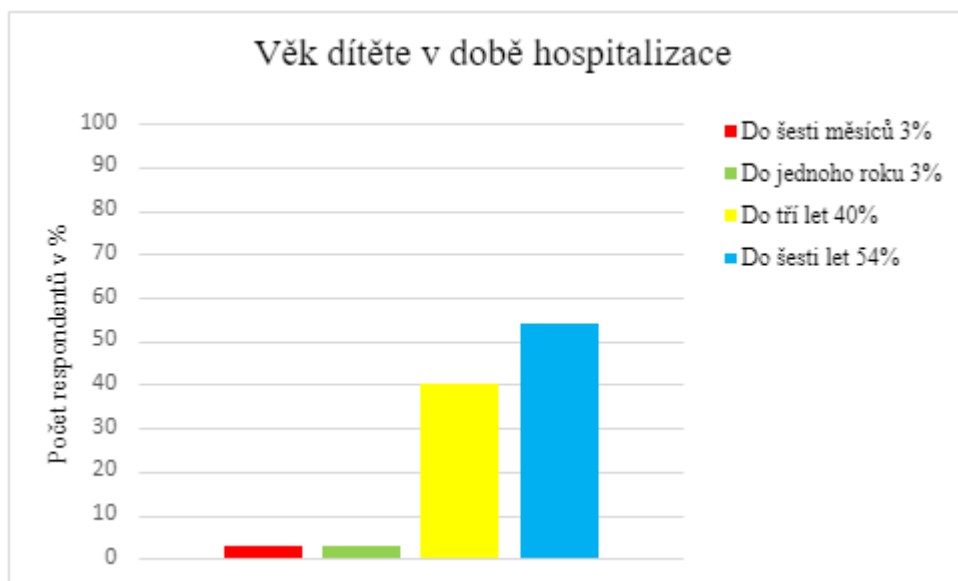
Graf č. 15

### 2.1.2 Rodiče, kteří nebyli hospitalizováni s dítětem

Druhá část výzkumu bude věnována respondentům, kteří nebyli přítomni při hospitalizaci dítěte.

#### Věková skupina dětí respondentů

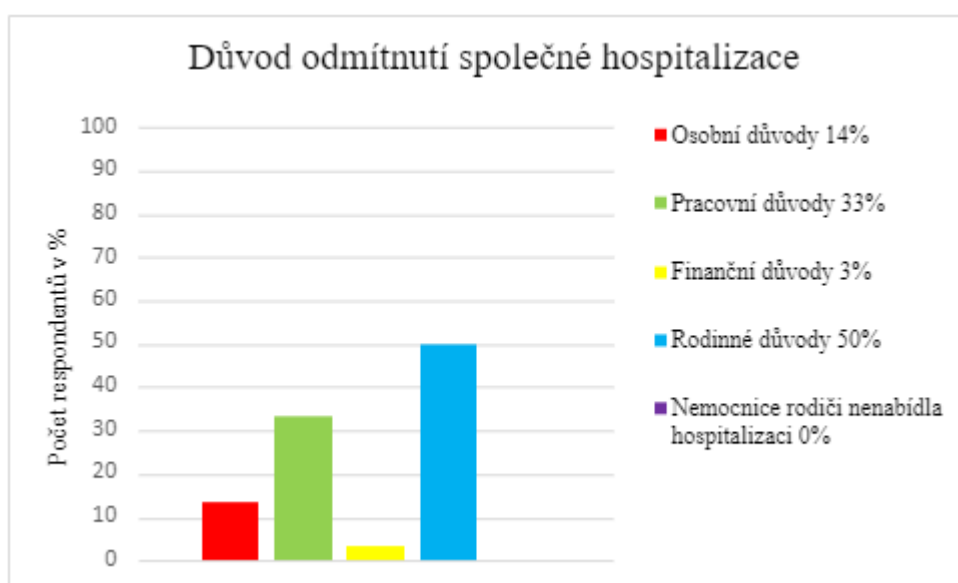
Věkové skupiny dětí respondentů jsou opět rozděleny do čtyř skupin. Jak můžeme vidět v grafu, bez doprovodu bylo hospitalizováno jedno dítě ve věku do šesti měsíců, jedno dítě do jednoho roku života, celkem 12 dětí respondentů bylo ve věku do tří let a 16 dětí mělo méně než šest let. Z vyhodnocení dotazníku tedy plyne, že největší skupinou dětí hospitalizovaných bez doprovodu byly děti do šesti let, které tvořily více než jednu polovinu dětí respondentů (54 %).



Graf č. 16

### Důvod odmítnutí společné hospitalizace

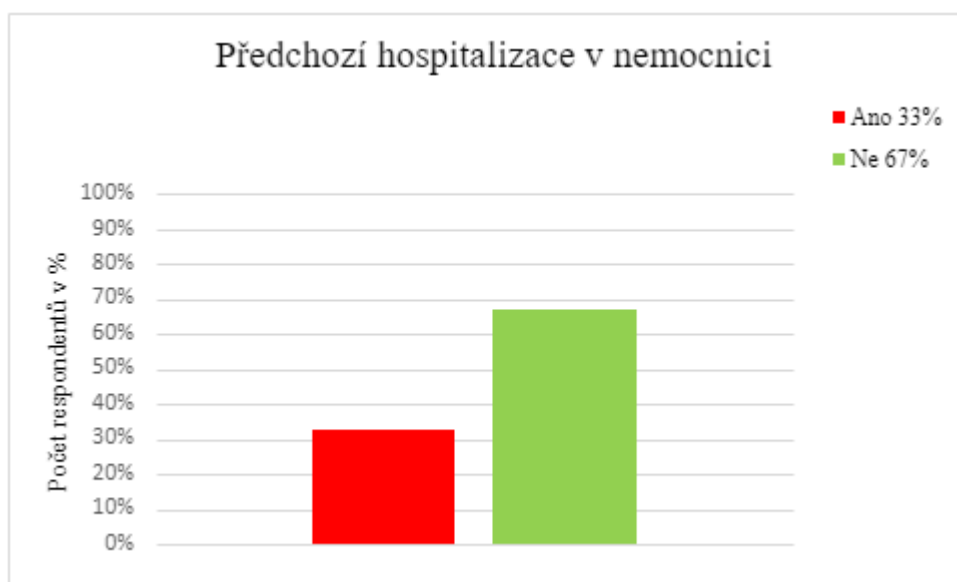
Pro svůj výzkum jsem chtěla vědět, z jakého důvodu rodiče odmítají společnou hospitalizaci s dítětem do šesti let, ačkoliv na ni mají nárok zdarma. Jako možnosti odpovědi jsem uvedla osobní, pracovní, finanční a rodinné důvody. Osobní důvody pro odmítnutí společné hospitalizace měli celkem 4 respondenti. Dohromady 10 respondentů má práci, která jim neumožnila pobyt v nemocnici s dítětem. Pouze jeden rodič uvedl finanční důvody jako příčinu odmítnutí hospitalizace. Přesně polovina respondentů, tedy 15 rodičů, uvedla rodinné důvody. Možnost, že hospitalizaci nemocnice nenabídla, nezvolil žádný respondent.



Graf č. 17

### Předchozí hospitalizace dítěte v nemocnici

Stejně jako v prvním dotazníku jsem rozdělila děti respondentů dle věkových skupin. Celkový počet dětí, které již byly hospitalizovány v nemocnici, byl deset. V této skupině bylo jedno dítě do šesti měsíců, dvě děti ve věku do tří let a sedm dětí do šesti let. Jediné dítě ze skupiny dětí respondentů do jednoho roku nikdy nepobývalo v nemocnici. Také deset dětí ve věku do tří let nemělo zkušenosti s hospitalizací a celkem devět dětí ve věku do šesti let nikdy dříve nebylo hospitalizováno.



Graf č. 18

### Zkušenosti rodičů s poskytováním zdravotní péče

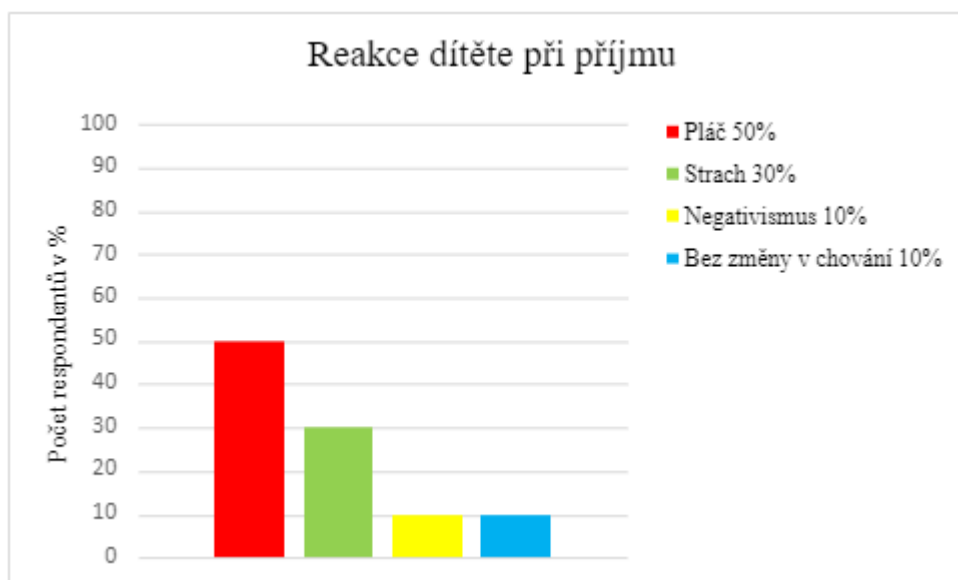
V obou částech jsem zjišťovala od rodičů, kteří nechali své dítě v nemocnici bez doprovodu, jak jsou spokojeni s poskytováním zdravotní péče v naší nemocnici. Celých 9 respondentů (tj. 30 %) uvedlo, že mají velmi dobré zkušenosti se zdravotní péčí poskytovanou jejich dítěti. Celkem 19 respondentů, tedy 64 %, mělo dobré zkušenosti. Špatné zkušenosti s péčí o dítě měl jeden respondent a velmi špatné zkušenosti potvrdil též jeden respondent.



Graf č. 19

### Reakce dítěte při příjmu k hospitalizaci

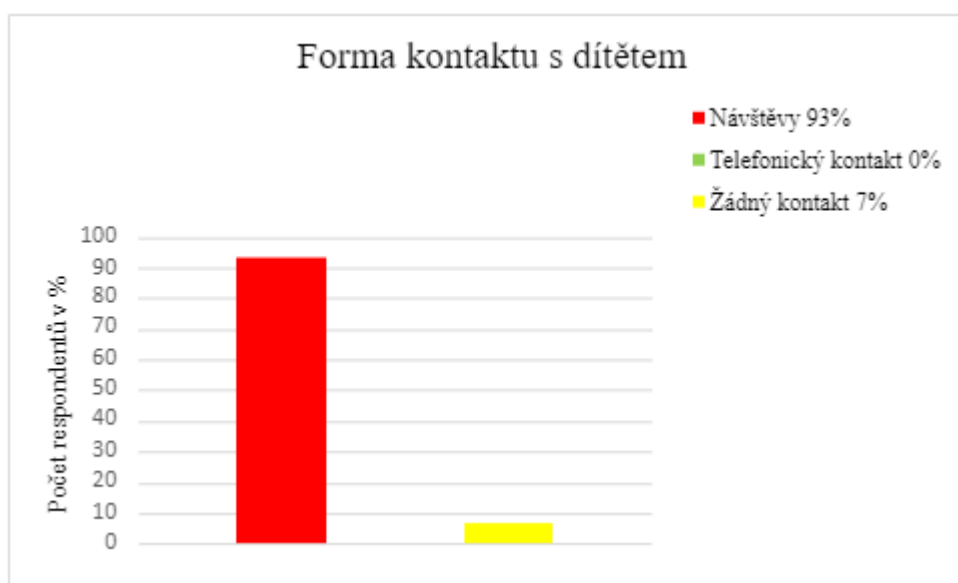
I v druhém dotazníku jsem od respondentů jsem zjišťovala, jak reagovalo jejich dítě po příchodu na oddělení. Přesně polovina z třiceti dětí respondentů reagovala pláčem. Strach projevilo celkem 9 dětí respondentů (tj. 30 %). Tři děti při příjmu reagovaly negativismem a tři respondenti uvedli, že nezaznamenali žádnou změnu v chování dítěte po příchodu na oddělení.



Graf č. 20

### Forma kontaktu s hospitalizovaným dítětem

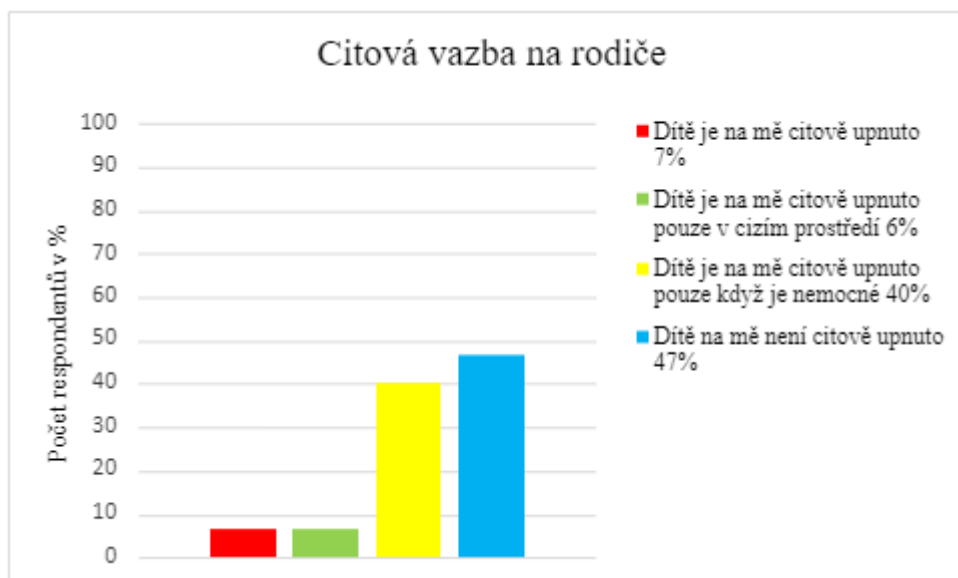
V další otázce mě zajímalo, zda rodiče udržovali kontakt se svým dítětem a pokud ano, jaký. Na výběr měli odpovídající respondenti mezi návštěvami, telefonickým kontaktem a žádným kontaktem. Celkem 28 respondentů (93 %) uvedlo, že nejvíce jim vyhovoval fyzický kontakt s jejich dítětem, a to formou návštěvy. Telefonický kontakt nezvolil žádný z rodičů dětí. Celkem dva respondenti neudržovali žádný kontakt s dítětem.



Graf č. 21

### Citová vazba na rodiče

Pro porovnání jsem tuto otázku vložila i do druhého dotazníku. S vyhodnocením dotazníku jsem zjistila, že dva respondenti se domnívali, že jejich dítě je na ně citově upnuto. Další dva respondenti uváděli silnější citové upnutí pouze v cizím prostředí. Celkem 12 respondentů (40 %) prozradilo, že dítě je na ně více citově upnuto při nemoci. Dohromady 14 respondentů nemá pocit, že jsou na ně jejich děti citově upnuty.



Graf č. 22

### Zvládání ošetrovatelských/ lékařských výkonů

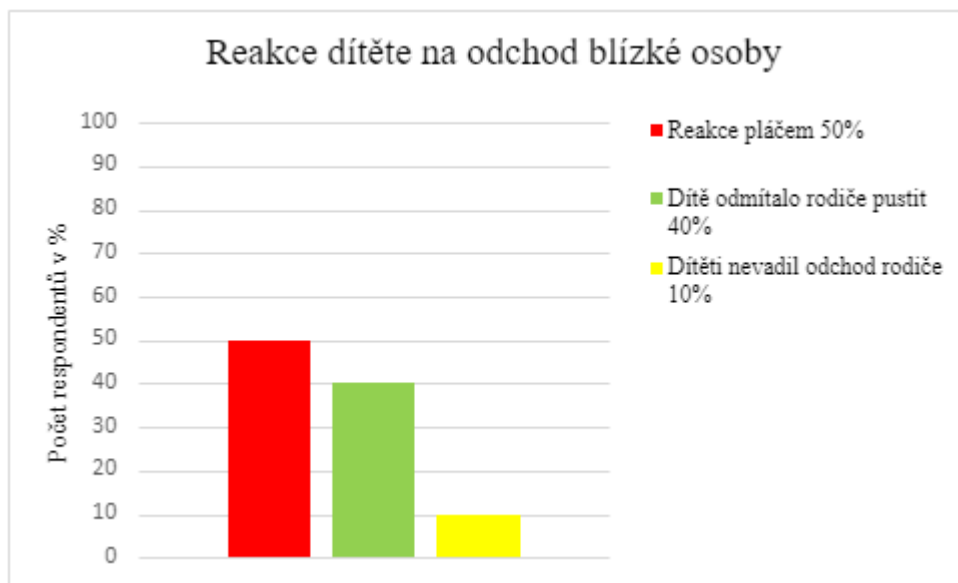
Respondentům jsem položila otázku, zda mají pocit, že jejich dítě lépe zvládá ošetrovatelské/lékařské výkony bez jejich přítomnosti. Pouze dva respondenti uvedli, že jejich dítě podle nich zvládá výkony lépe v jejich nepřítomnosti. Dalších 6 respondentů tvrdí, že jejich nepřítomnost dítěti nepomáhá. Dohromady 22 respondentů (73 %) neví, zda je jejich nepřítomnost přínosná nebo ne.



Graf č. 23

### Reakce dítěte na odchod blízké osoby

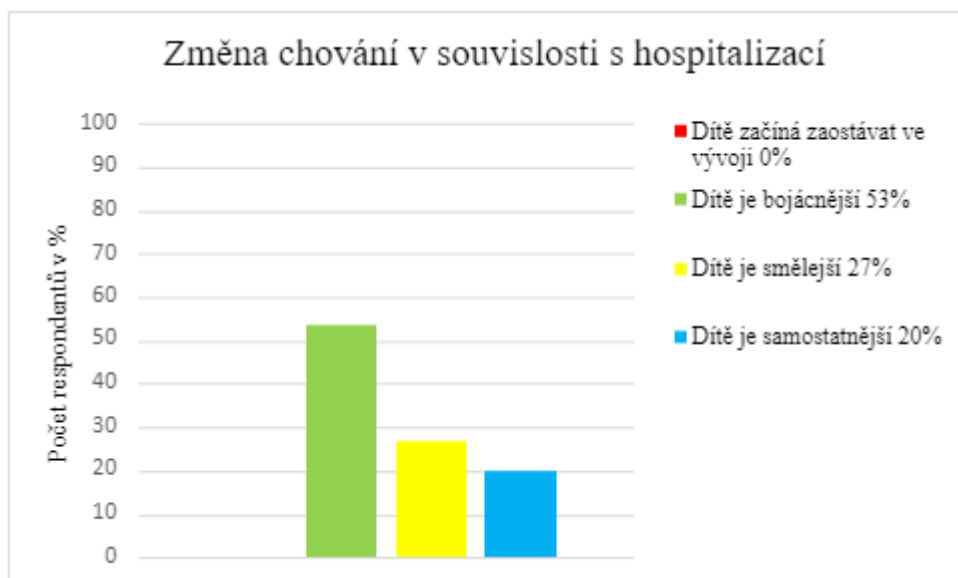
Ve druhém dotazníku jsem chtěla zjistit, jak děti respondentů reagovaly, když rodiče odcházeli z oddělení a děti musely zůstat samy. Přesně polovina respondentů (15 rodičů) uvádí, že dítě na jejich reagovalo pláčem. Dalších 12 respondentů (40 %) v dotazníku zakroužkovalo odpověď „dítě mě nechtělo pustit“. Tři respondenti tvrdí, že dítěti jejich odchod nevadil.



Graf č. 24

### Pozorované změny v chování dítěte při hospitalizaci

Pro pozdější porovnání jsem otázku, zda respondenti zaznamenali změnu v chování, uvedla do obou dotazníků. Ve druhém dotazníku odpovídali respondenti následovně: Žádný z respondentů nezaznamenal významné zaostávání ve vývoji dítěte, dohromady šestnácti rodičům, tedy více než polovině respondentů (53 %), se zdá dítě bojácnější. Celkem osm respondentů zaznamenalo větší smělost dítěte a šest respondentů usoudilo, že jejich dítě je nyní samostatnější.



Graf č. 25

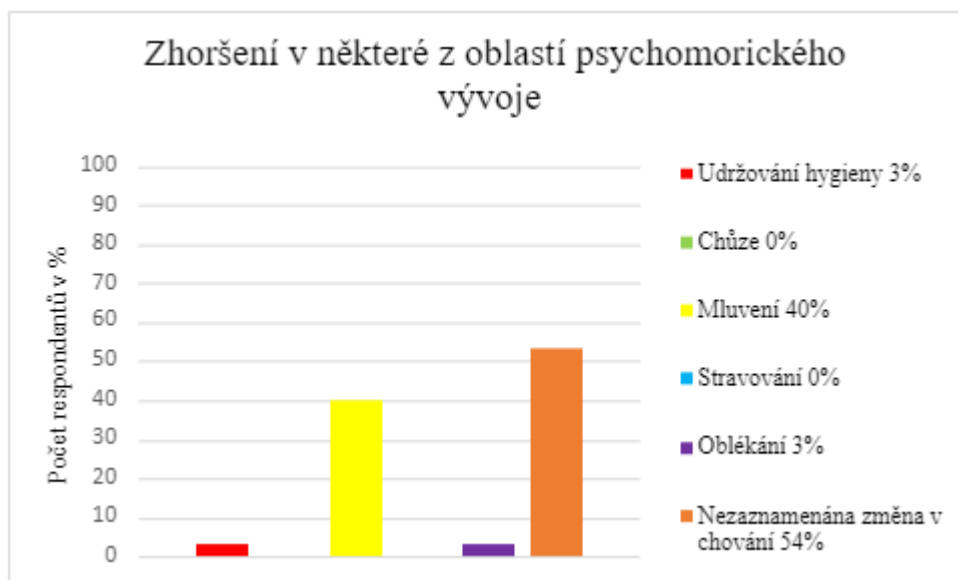
### Zhoršení psychomotorického vývoje

Stejně jako v prvním dotazníku jsem vývoj dítěte rozdělila do několika oblastí a respondenti měli možnost zvolit oblast, ve které se jejich dítě zhoršilo, případně mohli zvolit odpověď, že nezaznamenali žádnou změnu v psychomotorickém vývoji svého dítěte.

Znovu uvádím rozdělení činností v otázce:

- a) udržování hygieny
- b) chůze
- c) mluvení
- d) stravování
- e) oblékání
- f) žádná změna

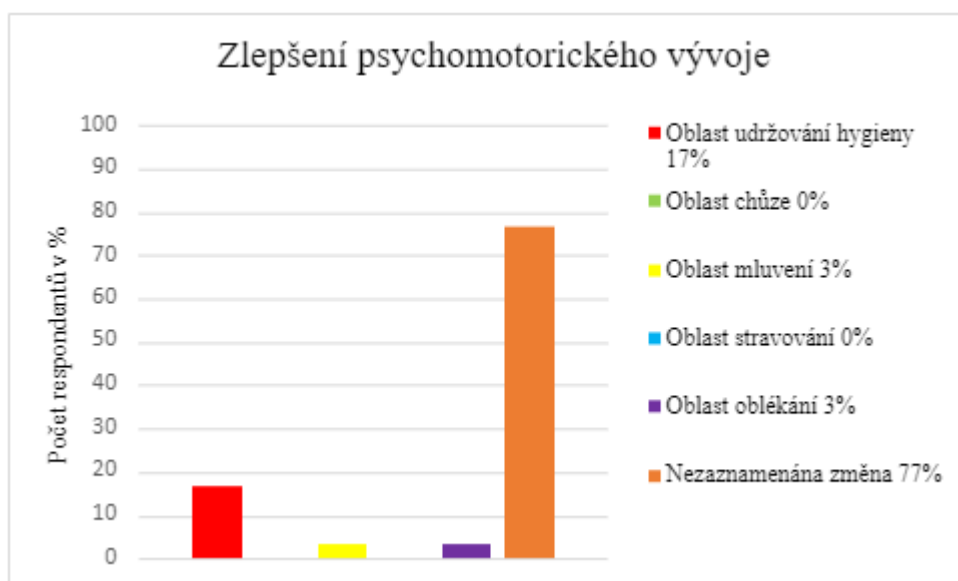
Ze třiceti respondentů uvedl jeden, že jeho dítě se zhoršilo v oblasti udržování hygieny a začalo se pomočovat. Žádný z respondentů nezaznamenal změnu v oblasti chůze. Celkem 12 respondentů, tedy skoro polovina dotázaných, zaznamenala regresi v oblasti mluvení. Žádné z dětí nepřestalo samostatně jíst. Jeden z respondentů uvádí, že se jeho dítě přestalo samostatně oblékat. Více než polovina, tedy celkem 16 respondentů tvrdí, že nezaznamenali žádné zhoršení psychomotorického vývoje.



Graf č. 26

### Zlepšení psychomotorického vývoje

V této otázce respondenti uváděli, ve které z výše uvedených oblastí vývoje zaznamenali progresi a zda ji zaznamenali. Dle pěti respondentů (17 %) se dítě zlepšilo v oblasti udržování hygieny. Žádný z respondentů si nevšiml zhoršení chůze u dítěte. Jeden rodič zaznamenal zlepšení v oblasti mluvení. Ani jedno dítě se nezlepšilo ve vývoji v oblasti stravování, tedy nezačalo samostatně jíst. Jeden respondent uvádí, že jeho dítě se při hospitalizaci v nemocnici naučilo samostatně oblékat. Celkem 23 respondentů (76 %) nezaznamenalo zlepšení dítěte v žádné oblasti.

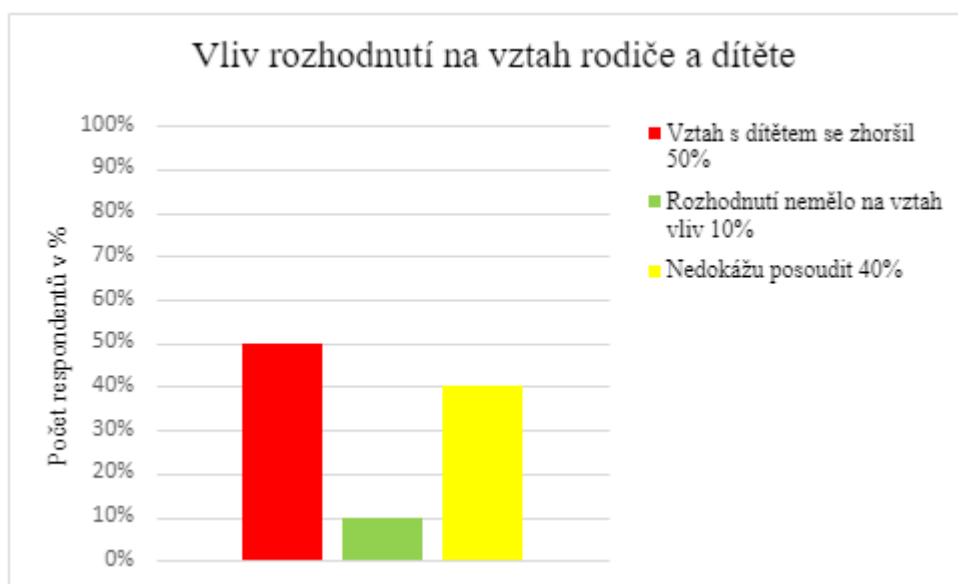


Graf  
č. 27

Respondentů, kteří odmítli společnou hospitalizaci s dítětem, jsem se zeptala, zda vnímali nějaké dopady jejich rozhodnutí. Mezi tyto dopady můžou patřit známky traumatu z hospitalizace nebo např. zhoršení vztahu mezi respondenty a jejich dětmi.

### Vliv rozhodnutí na vztah rodiče a dítěte

V mém výzkumu mě zajímalo, zda je možné, že nepřítomnost rodiče při hospitalizaci dítěte může rodiče a dítě oddálit a zhoršit mezi nimi vztah. Proto jsem se ve svém dotazníku zeptala respondentů, zda se z jejich pohledu zhoršil jejich vztah s dítětem. Celkem 3 respondenti uvedli, že jejich nepřítomnost při hospitalizaci nezhoršila vztah mezi nimi a jejich dítětem. Z celkového počtu respondentů uvedla polovina rodičů, že jejich nepřítomnost narušila vztah s dítětem. Celkem 12 respondentů na tuto otázku nedokázala odpovědět.

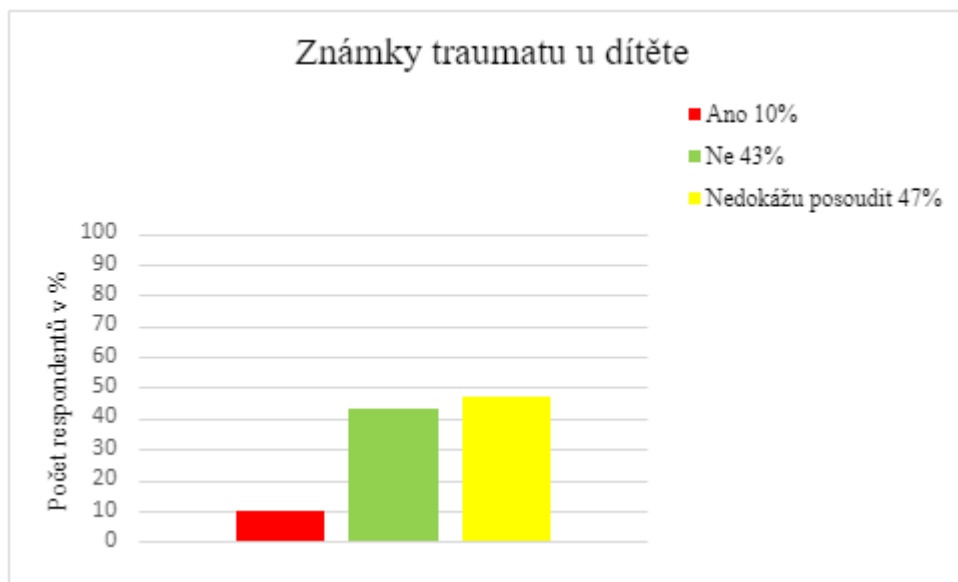


Graf č. 28

### Známky traumatu u hospitalizovaného dítěte

Jak bylo uvedeno v teoretické části, u dětí vzniká vysoké riziko traumatu z hospitalizace. Rodičů jsem se proto v dalším dotazu optala, zda zaznamenali u dítěte nějaké známky traumatu spojeného s hospitalizací v nemocnici. Celkem 3 respondenti uvádí, že si všimli známek traumatu u svého dítěte. Třináct respondentů,

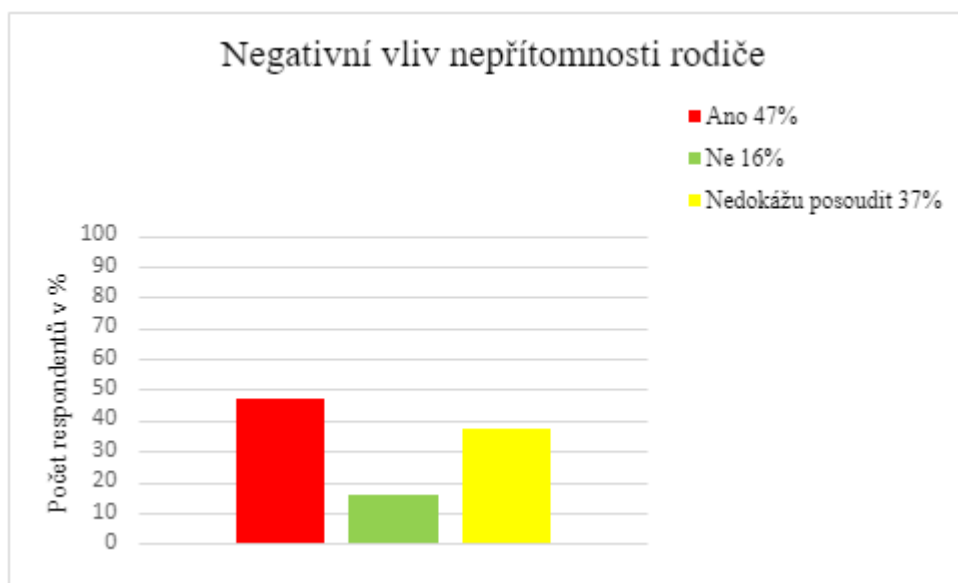
tedy skoro polovina z celkového počtu dotázaných, nezaznamenalo žádné známky traumatu u dítěte. Dohromady 14 respondentů na tento dotaz nedokáže odpovědět.



Graf č. 29

### Negativní vliv nepřítomnosti rodiče při hospitalizaci

Dále jsem chtěla pomocí dotazníkového šetření zjistit z pohledu rodičů, zda měla jejich nepřítomnost při hospitalizaci negativní vliv na jejich dítě. Celkem 14 respondentů do dotazníku uvedlo, že jejich nepřítomnost měla špatný vliv na psychiku dítěte, dle pěti respondentů neměla nepřítomnost blízké osoby žádný vliv na psychickou stránku dítěte a 11 respondentů nebylo schopno odpovědět na dotaz.



Graf č. 30

### 3. Diskuse

V diskusi budu porovnávat výsledky obou dotazníků. Při porovnávání se budu bavit o skupině hospitalizovaných a nehospitalizovaných. Hospitalizovaní jsou respondenti, kteří byli hospitalizováni společně s dítětem, nehospitalizovaní jsou respondenti, kteří nebyli přítomni u hospitalizace svého dítěte.

Co se týká věkového rozmezí hospitalizovaných dětí, ve skupině hospitalizovaných bylo více dětí ve věkové kategorii od šesti měsíců do tří let, zatímco ve skupině nehospitalizovaných rodičů převažovaly děti od tří do šesti let. Na dotaz ohledně předchozí zkušenosti s hospitalizací odpovídali respondenti obou skupin přibližně stejně. Velmi dobré zkušenosti s hospitalizací popisovalo více respondentů ze skupiny hospitalizovaných, dobré zkušenosti převažovaly u respondentů ze skupiny nehospitalizovaných. Špatné zkušenosti s poskytováním zdravotní péče popisovalo více respondentů ze skupiny hospitalizovaných rodičů, velmi špatné zkušenosti však z této skupiny nezvolil žádný rodič. Ve skupině nehospitalizovaných špatné zkušenosti naopak uvádí jeden respondent. Pokud srovnáme reakce dětí při příjmu k hospitalizaci, z obou skupin reagoval pláčem přibližně stejný počet dětí respondentů. Strachem potom reagovalo více dětí nehospitalizovaných rodičů. Negativismus byl zaznamenán více v první skupině. Stejný počet respondentů z obou skupin potom nezaznamenal žádné změny v chování dětí.

Citovou vazbu dítěte na rodiče jsme silněji zaznamenali ve skupině respondentů, kteří nebyli hospitalizováni společně s dítětem, kde je také větší počet dětí mladšího věku, než ve skupině dětí bez doprovodu. Ve skupině hospitalizovaných je více respondentů, kteří uvádí, že jejich přítomnost při ošetrovatelských/lékařských výkonech je pro dítě lepší. Naopak ve skupině nehospitalizovaných je větší množství rodičů, kteří na dotaz nedokázali odpovědět. Touto otázkou se podařilo ověřit hypotézu č. 1, protože celkem 60 % respondentů mělo dojem, že jejich přítomnost při výkonech byla přínosná a 20 % respondentů ze skupiny nehospitalizovaných uvedlo, že by dítě v jejich přítomnosti zvládalo výkony lépe.

V otázce na změny chování dítěte uvádí jeden respondent ze skupiny hospitalizovaných rodičů zaostávání psychomotorického vývoje a většímu množství respondentů z této skupiny se zdá dítě bojácnější. Co se však týče zvýšení smělosti

dítěte, zaznamenalo ji více respondentů ze skupiny nehospitalizovaných, stejně jako zvýšení samostatnosti.

V oblastech regrese psychomotorického vývoje pozorujeme větší změny ve skupině dětí bez doprovodu rodičů a to především v oblasti mluvení, kterou zde zvolilo celkem 40 % respondentů. Podařilo se tedy částečně potvrdit hypotézu č. 2, kdy jsem se domnívala, že dítě bez doprovodu rodiče může začít zaostávat ve vývoji. Otázkou na změny v chování dítěte jsem tuto hypotézu nedokázala potvrdit tak, jak jsem původně předpokládala, protože žádný z respondentů z druhé skupiny neuvedl, že dítě podle něj začíná zaostávat v psychomotorickém vývoji. Co se však týče otázek na zhoršení v různých oblastech psychomotorického vývoje, můžeme zde dokázat, že více dětí hospitalizovaných bez doprovodu začíná zaostávat v oblasti mluvení.

Pokud porovnáme oblasti zlepšení psychomotorického vývoje, zjistíme, že v obou skupinách je stejný počet respondentů, jejichž dítě se zlepšilo v oblasti udržování hygieny, avšak v oblasti mluvení se zlepšilo více dětí respondentů ze skupiny dětí, které byly v nemocnici s doprovodem. Většina respondentů ze skupiny hospitalizovaných uvádí utužení vztahů s dítětem díky společné hospitalizaci, ze skupiny nehospitalizovaných uvádí polovina respondentů, že jejich odloučení mělo špatný vliv na vztah s jejich dítětem.

Podívejme se na vliv přítomnosti doprovodu na dítě. Přesto, že otázka byla u obou skupin odlišná, získala jsem podobné výsledky. V obou skupinách se většina rodičů domnívá, že doprovod při hospitalizaci je přínosný. Stejný počet respondentů v obou skupinách nedokázal dotaz posoudit.

Pokud tedy zhodnotíme zásadní rozdíly ve výsledcích dotazníků, zjistíme, že ve skupině dětí, které nebyly hospitalizovány s rodičem je mnohem vyšší počet dětí, které začaly zaostávat v oblasti mluvení. Přesně polovina respondentů z této skupiny také zaznamenala zhoršení vztahů se svým dítětem, tudíž se potvrdila hypotéza č. 3 o zhoršení vztahů dítěte a rodičů při jejich nepřítomnosti v nemocnici.

Naopak děti, které byly hospitalizovány s doprovodem, se zlepšily v oblasti udržování hygieny a nezačaly zaostávat v psychomotorickém vývoji. Polovina rodičů udává zlepšení vztahů s dítětem při hospitalizaci.

Při porovnání dotazníků se lišilo věkové rozmezí dětí respondentů v obou skupinách. Zatímco ve skupině dětí hospitalizovaných s rodiči převažovaly děti do tří let, dětí bez rodičů bylo více ve věku do šesti let.

## Závěr

Bakalářská práce obsahuje část teoretickou a empirickou. Cílem práce bylo seznámit čtenáře co nejvíce s působením hospitalizace na psychickou stránku dítěte. Ze všech použitých zdrojů vyplývá, že je velmi důležité, aby byla sestra na dětském oddělení dostatečně empatická a aby byla pro hospitalizované děti nejen ošetřující osobou, ale také psychickou oporou a vychovatelkou. Měla by znát správné vývojové fáze dítěte, podle nich plnit potřeby dítěte a podporovat ho v dalším rozvoji. Je nutné zajímat se o názory a emoce dětí, zároveň i jejich doprovodu a rodiny.

Pro snížení strachu, úzkosti a deprivace dítěte je potřeba vědět, jak s dítětem komunikovat tak, aby byla komunikace přizpůsobena dané věkové skupině, aby nám dítě správně rozumělo, ale abychom s ním nejednali nepřiměřeně k jeho věku. Zároveň je důležité věnovat pozornost bolesti u dítěte, správně ji zhodnotit a nebagatelizovat.

Sestra musí být trpělivá co se týká komunikace s rodinou dítěte, musí podávat dostatek informací v rámci svých kompetencí, podporovat rodinu při ošetřování a výchově dítěte. Může také rodině připomínat hodnotu jejich dítěte. Spolupráce s hospitalizovaným doprovodem dítěte i rodičem, který se z jakéhokoliv důvodu nechal hospitalizovat, je velmi důležitá pro efektivní léčbu dítěte.

„Sestry musí svobodně využívat své vědomosti a zručnosti pro blaho lidstva a svými schopnostmi a autoritou zaručit, aby byly ošetřovatelské služby poskytovány bezpečně a účinně“ (KOZIEROVÁ et al. 1995) Tuto větu z knihy od Barbary Kozier jsem použila záměrně, je totiž velmi důležité, aby sestra používala své znalosti k tomu, aby byla její ošetřovatelská péče kvalitní a účinná. Například na oddělení pediatrie je nutné znát věkové skupiny vývoje a jejich fyziologický vývoj a podle těchto vědomostí se snažit co nejvíce naplnit potřeby dítěte.

Tím, jak vnímají skutečnosti kolem hospitalizace dítěte jejich rodiče a zda má jejich přítomnost v nemocnici pozitivní vliv na psychiku dítěte, se zabývá empirická část mé práce.

V empirické části jsem dotazník jsem sestavila tak, aby nebyl příliš obsáhlý, zároveň však aby měl význam pro můj výzkum. Dle mého názoru se otázky poda-

řily sestavit a rodiče dotazník bez problémů vyplnili. V praktické části mě překvapily některé odpovědi respondentů. Nečekala jsem, že pro 33 % respondentů bude prioritou práce, když je jejich dítě hospitalizováno v nemocnici. Také mě překvapili dva respondenti, kterým připadalo, že nemít žádný kontakt s hospitalizovaným dítětem je nejlepší.

## Seznam použité literatury

### Knihy:

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, KLIMOVÍČ, Michal a kolektiv autorů. *Péče o kriticky nemocné dítě*. Brno: NCO a NZO, 2018. ISBN 978-80-7013-592-1

HORT, Vladimír, HRDLIČKA, Michal, KOCOURKOVÁ, Jana, MALÁ, Eva a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-404-5

KOZIER, Barbara, ERBOVÁ, Glenora, OLIVIEROVÁ. *Ošetrovatel'stvo I*. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0

LEVINE, Peter, KLINEOVÁ, Maggie. *Trauma očima dítěte*. Praha: MAITREA, 2012. ISBN 978-80-87249-27-7

MAREŠ, Jiří a kol. *Dítě a bolest*. Praha: Grada Publishing, 1997. ISBN 80-7169-267-0

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

ZLÁMALOVÁ, Viola, ŠTÚR, Ivan. *Psychológia dieťaťa*. Martin: Osveta, 1992. ISBN 80-217-0463-2

### článek v tištěném časopise v češtině

GRYM, Josef. Dítě s matkou v nemocnici. *Pediatric pro praxi*. 2001, 1(9), 28-30. ISSN 1803-5264

LUDÍKOVÁ, Michaela. Rodiče jsou v nemocnici přínosem. *Děti a my*. 2003, 33(1), 47. ISSN 0323-1879

NĚMEC, Vladimír, JANOVSÁ, Miloslava, ONDRÁČKOVÁ, Pavla. Mami, zůstaň tu se mnou! Aktivní přístup k Chartě práv hospitalizovaných dětí. *Remedia populi*. 1998, 2(10), 23-27. ISSN 1211698X

ONDŘICHOVÁ, Lucie. Dítě bych v nemocnici samotné nenechala. *Medical tribune*. 2006, 2(7), 16. ISSN 1214-8911

PEŠKOVÁ, Andrea. Nemocné dítě v nemocnici. *Sestra*. 1995, **5**(6), 18-19. ISSN 1210-0404

RŮŽIČKOVÁ, Marie. Rodiče s dětmi v nemocnici, aneb co ukázal náš malý výzkum a co dál. *Sestra*. 1995, **5**(3), 14-15. ISSN 1210-0404

SMOLEJOVÁ, Iva. Jak přivítat dítě v nemocnici? *Sestra*. 1994, **4**(4), 11-12. ISSN 1210-0404

Článek v časopise v angličtině:

KHAN, Alisa, et al. Parent-Provider Misscommunications in Hospitalized Children, *Hosp Pediatr*. 2017 Sep, **7**(9): 505-515

internetové zdroje – databáze, CD rom

European Association for children in hospital.: 10 articles of each charter. [online] EACH [cit. 29.4.2021] dostupnost z <<https://www.each-for-sick-children.org/each-charter/the-10-articles-of-the-each-charter#annotation-2>>

## **Přílohy**

### **Příloha č. 1: Desatero hospitalizovaného dítěte**

1. Měj ke mně úctu jako k člověku.
2. Zajímej se o mě upřímně.
3. Povídej mi o lidech v nemocnicích, o provozu oddělení.
4. Nejdřív mi řekni, co se mnou budeš dělat a co ode mě očekáváš.
5. Nezapomeň, že potřebuji ochranu, jistotu a pozornost.
6. Věnuj mi teplý lidský vztah.
7. Můžeš mi cokoli říct i přikázat, ale vyslechni mě.
8. Nauč mě něco nového.
9. Jsem raději, když svoje povinnosti vykonáváš s milým úsměvem.
10. Zkus vidět situaci mýma očima.

(PLEVOVÁ, SLOWIK, 2010)

## **Příloha č. 2: Prosba dítěte**

1. Zjisti si, odkud přicházím, jaké jsou, nebo jaké byly podmínky mého dosavadního vývinu.
2. Jsem jiný než ostatní děti, na to nezapomínej.
3. Snaž se mě poznat, snadněji mi potom porozumíš.
4. Poskytni mi ochranu, bezpečí, pozornost, nové podněty.
5. Nevysmívej se mi, když je mi smutno po někom blízkém.
6. Pomoz mi v tom, co ještě neumím.
7. Dovol mi i volnou hru, neorganizuj každou chvíli mého času.
8. Mám rádo tvůj úsměv, používej ho co nejčastěji, stejně jako dobrý humor.
9. Když si nerozumíme, pokus se zjistit, proč to tak je.
10. Postav se na chvíli „do mých bot“ a uvidíš svět mýma očima

(ZLÁMALOVÁ, ŠTÚR, 1992)

### **Příloha č. 3: Anonymní dotazník pro hospitalizované rodiče**

Vážení rodiče,

Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění mého dotazníku, který bude sloužit jako podklad pro bakalářskou práci na téma „vliv hospitalizace na psychiku dítěte“.

Vaše účast ve výzkumu je dobrovolná a anonymní

Dovoluji si Vás požádat o co nejpresnější a nejpravdivější vyplnění dotazníku.

Předem Vám děkuji za Vaši spolupráci.

Žaneta Šebestíková

Studentka 3. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze

#### **1. Věk dítěte v době hospitalizace:**

- a) do šesti měsíců
- b) do jednoho roku
- c) do tří let
- d) do šesti let

#### **2. Byl/a jste přijat/a jako doprovod Vašeho dítěte. Co Vás vedlo k tomuto rozhodnutí?**

- a) chci být svému dítěti oporou, poskytnout mu lásku, oporu a pocit bezpečí
- b) nedůvěřuji zdravotnickému personálu
- c) chci ulehčit zdravotnickému personálu svou spoluprací a péčí o dítě
- d) nepřemýšlel/a jsem nad důvodem rozhodnutí

#### **3. Bylo již Vaše dítě v minulosti hospitalizováno?**

- a) ano
- b) ne

#### **4. Jaké máte zkušenosti s poskytováním zdravotní péče?**

- a) velmi dobré
- b) dobré
- c) špatné
- d) velmi špatné

#### **5. Jak reagovalo Vaše dítě při příjmu?**

- a) pláčem
- b) strachem
- c) negativismem
- d) nezaznamenal/a jsem změnu v chování

**6. Musel se z důvodu hospitalizace změnit režim Vašeho dítěte?**

- a) ano
- b) ne
- c) částečně

**7. Domníváte se, že je Vaše dítě na Vás citově upnuto?**

- a) ano, neustále
- b) ano, pouze v cizím prostředí
- c) ano, když je nemocné
- d) ne

**8. Domníváte se, že Vaše dítě zvládá ošetrovatelské/lékařské zákroky lépe ve Vaší přítomnosti?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**9. Jakou změnu v chování dítěte jste v souvislosti v hospitalizací zaznamenal/a?**

- a) zdá se mi, že začíná zaostávat ve vývoji
- b) je bojácnější
- c) je smělejší
- d) je samostatnější

**10. Zhoršilo se Vaše dítě v některé z následujících činností v oblasti vývoje?**

- a) udržování hygieny, začalo se pomočovat
- b) přestalo chodit
- c) méně nebo hůře mluví
- d) přestalo samostatně jíst
- e) přestalo se samostatně oblékat
- f) nezaznamenal/a jsem žádnou změnu

**11. Zlepšilo se Vaše dítě v některé z následujících činností v oblasti vývoje?**

- a) udržování hygieny
- b) začíná chodit
- c) více mluví
- d) začíná samostatně jíst
- e) samo se obleče
- f) nezaznamenal/a jsem žádnou změnu

**12. Osvojil/a jste si během hospitalizace nějaké činnosti, jako například podávání léků nebo měření tělesné teploty?**

- a) ano
- b) ne
- c) nedokážu posoudit

**13. Domníváte se, že Vaše přítomnost při hospitalizaci dítěti pomohla?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**14. Domníváte se, že Vaše přítomnost při hospitalizaci snížila strach dítěte?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**15. Domníváte se, že Vaše přítomnost při hospitalizaci utužila vztah mezi Vámi a Vaším dítětem?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

#### **Příloha č. 4: Anonymní dotazník pro nehospitalizované rodiče**

##### **1. Věk dítěte v době hospitalizace:**

- a) do šesti měsíců
- b) do jednoho roku
- c) do tří let
- d) do šesti let

##### **2. Bylo Vaše dítě v minulosti hospitalizováno?**

- a) ano
- b) ne

##### **3. Byla Vám nabídnuta možnost společné hospitalizace s dítětem, důvod odmítnutí byl:**

- a) osobní důvody
- b) pracovní důvody
- c) finanční důvody
- d) rodinné důvody
- e) možnost mi nebyla nabídnuta

##### **4. Jaké máte zkušenosti s poskytováním zdravotní péče?**

- a) velmi dobré
- b) dobré
- c) špatné
- d) velmi špatné

##### **5. Jak reagovalo Vaše dítě při příjmu?**

- a) pláčem
- b) strachem
- c) negativismem
- d) nezaznamenal/a jsem změnu v chování

##### **6. Jaká forma kontaktu s hospitalizovaným dítětem Vám vyhovovala?**

- a) návštěvy
- b) telefonický kontakt
- c) žádný kontakt

##### **7. Domníváte se, že je Vaše dítě na Vás citově upnuto?**

- a) ano, neustále
- b) ano, pouze v cizím prostředí
- c) ano, když je nemocné

d) ne

**8. Domníváte se, že ve Vaší nepřítomnosti zvládá dítě ošetřovatelské/lékařské výkony lépe?**

a) ano

b) ne

c) nevím

**9. Jakou změnu v chování dítěte jste v souvislosti v hospitalizaci zaznamenal/a?**

a) zdá se mi, že začíná zaostávat ve vývoji

b) je bojácnější

c) je smělejší

d) je samostatnější

**10. Zhoršilo se Vaše dítě v některé z následujících činností v oblasti vývoje?**

a) udržování hygieny, začalo se pomočovat

b) přestalo chodit

c) méně nebo hůře mluví

d) přestalo samostatně jíst

e) přestalo se samostatně oblékat

f) nezaznamenal/a jsem žádnou změnu

**11. Zlepšilo se Vaše dítě v některé z následujících činností v oblasti vývoje?**

a) udržování hygieny

b) začíná chodit

c) více mluví

d) začíná samostatně jíst

e) samo se obleče

f) nezaznamenal/a jsem žádnou změnu

**12. Jak reagovalo dítě na Váš odchod?**

a) pláčem

b) nechtělo mě pustit

c) nevadilo mu to

**13. Domníváte se, že Vaše nepřítomnost při hospitalizaci zhoršila vztah mezi Vámi a Vaším dítětem?**

a) ano

b) ne

c) nevím

**14. Zaznamenal/a jste známky traumatu u dítěte?**

- a) ano
- b) ne
- c) nedokážu posoudit

**15. Domníváte se, že Vaše nepřítomnost při hospitalizaci měla na dítě negativní vliv?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím