

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**HOSPITALIZACE RODIČŮ SPOLU
S NEMOCNÝM DÍTĚTEM
Z POHLEDU SESTRY**

Bakalářská práce

Autor práce : **Petra Havlásková**
Vedoucí práce : Bc. Jitka Nováková

2007

**CHARLES UNIVERSITY OF PRAGUE
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

**ADMISSION OF PARENTS
WITH THEIR ILL CHILD TO HOSPITAL
FROM NURSE'S POINT OF VIEW**

Bachelor's thesis

Autor : **Petra Havlásková**
Supervisor : **Bc. Jitka Nováková**

2007

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Říčanech 20. dubna 2007

.....

(podpis)

PODĚKOVÁNÍ:

Na tomto místě bych chtěla poděkovat všem, kteří mi pomáhali. Děkuji paní Bc. Jitce Novákové, vrchní sestře Dětské kliniky v Hradci Králové za ochotu a odborné vedení mé bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala všem vrchním sestřám, které mi umožnily realizovat empirickou část na svých pracovištích a všem sestřám, které dotazníky vyplnily.

V neposlední řadě patří poděkování mé rodině za toleranci a podporu při studiu.

Motto :

„Úsměv nestojí nic a vynáší mnoho.

Obohacuje toho, kdo ho přijímá, aniž by ochuzoval toho, kdo ho daruje. Trvá chvíli, ale vzpomínka na něj bývá stálá.

Nikdo není tak bohatý, aby se bez něj obešel a nikdo není tak chudý, aby ho nemohl darovat.

V únavě přináší odpočinek, ve znechucení a ve smutku je potěchou a pro každou bolest přirozeným lékem.

Je dobře, že si ho není možno koupit ani půjčit ani ukrást, protože má hodnotu chvíle, kdy se dává.“

Dale Carnegie

OBSAH

ÚVOD.....	8
1. TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1.1 Charakteristika dítěte v jednotlivých vývojových obdobích.9	
1.1.1 Novorozenecké období.....	9
1.1.2 Kojenecké období.....	11
1.1.3 Batolecí období.....	13
1.1.4 Předškolní období.....	15
1.2 Základní duševní potřeby dítěte.....17	
1.2.1 Potřeba přiměřené stimulace.....17	
1.2.2 Potřeba určitého řádu ve věcech a vztazích.....17	
1.2.3 Potřeba životní jistoty.....17	
1.2.4 Potřeba vlastního „ já „.....18	
1.2.5 Existenciální potřeba.....18	
1.3 Děti v nemocnici.....19	
1.4 Dítě a nemoc.....21	
1.4.1 Činitelé ovlivňující reakci dítěte na nemoc.....22	
1.4.2 Vliv nemoci a hospitalizace na psychiku dítěte.....24	
1.4.2.1 Kladné stránky pobytu v nemocnici.....24	
1.4.2.2 Záporné stránky pobytu v nemocnici.....24	
1.5 Rodiče v nemocnici.....30	
1.5.1 Podmínky pro dobrou spolupráci.....30	
1.5.2 Výhody a nevýhody společné péče rodičů a zdravotníků.....33	
1.6 Od minulosti k současnosti.....35	
1.6.1 Dvouletá jde do nemocnice.....35	
1.6.2 Family-centred care.....36	
1.7 Právní aspekty.....38	
1.8 Nové role v péči o hospitalizované děti.....40	
1.8.1 Herní specialista.....40	
1.8.2 Dobrovolníci.....42	
1.8.3 Další možnosti zkvalitnění pobytu dětí v nemocnici45	

2	EMPIRICKÁ ČÁST.....	47
2.1	Cíl výzkumu.....	47
2.2	Metoda výzkumu.....	47
2.3	Charakteristika zkoumaného vzorku.....	48
2.4	Výsledky výzkumu.....	49
	DISKUSE.....	85
	ZÁVĚR.....	87
	ANOTACE.....	89
	LITERATURA A PRAMENY.....	91
	SEZNAM TABULEK.....	94
	SEZNAM GRAFŮ.....	95
	SEZNAM PŘÍLOH.....	96
	PŘÍLOHY.....	97

ÚVOD – CÍLE

Jako téma své závěrečné bakalářské práce jsem si vybrala problematiku hospitalizace rodičů s nemocným dítětem. V dnešní době se s rodiči dětských pacientů na odděleních setkáváme celkem běžně, ale ne vždy tomu tak bylo a ne všude k tomu jsou ideální podmínky. Každé pracoviště hledalo svůj způsob jak se s přibývajícími rodiči vypořádat.

Problém není jen „kam s nimi“, ale mnohdy spíše v tom „jak na ně“. I dnes se můžeme setkat s řadou lékařů či sester, kteří si na přítomnost rodičů těžko zvykají. Přitom zaleží na nás zdravotnících, jak k nim budeme přistupovat a zda pochopíme jejich roli v péči o dítě, jedině tak můžeme dosáhnout dobré spolupráce a vzájemného respektu.

V teoretické části této práce se chci zaměřit na psychologické potřeby dítěte v jednotlivých fázích jeho vývoje. Chci přiblížit prožívání nemoci, její vliv na psychiku a činitele ovlivňující reakce na nemoc. Dalším tématem jsou samotní rodiče, komunikace s nimi a problémy při spolupráci.

Zapomenout nemohu ani na pár informací z historie a význam pojmu *family-centred care*. V závěru své práce bych ráda zmínila i nové role v péči o nemocné děti a právní aspekty.

V empirické části se chci zabývat názory sester na hospitalizaci rodičů s dítětem a jejich přítomnost na odděleních.

Jako hlavní jsem si stanovila tyto cíle :

- Zjistit pohled sester na přijímání rodičů a přístup jejich pracoviště
- Zjistit nejčastější problémy a zájem o jejich řešení
- Zjistit znalost pojmu *family-centred care*
- Zjistit zkušenosti a zájem o herního specialistu, dobrovolníky a psychologa
- Zjistit dodržování Charty práv dětí v nemocnici

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 CHARAKTERISTIKA DÍTĚTE V JEDNOTLIVÝCH VÝVOJOVÝCH OBDOBÍCH

Z vývojového hlediska je důležitý věk, kdy k onemocnění došlo. Z psychologického hlediska je v jednotlivých vývojových fázích rozhodující dostatečné uspokojování specifických vývojových potřeb, s nimiž může nemoc interferovat, tak aby emoční a osobnostní vývoj dítěte nebyl celkově zbrzděn nebo v některých oblastech vážněji narušen. (Říčan, Krejčířová 2006)

1.1.1 Novorozenecké období

Časové období se může v různých učebních textech lišit, období šestinedělí je proto voleno jako přijatelný a všem srozumitelný kompromis. Je to období adaptace novorozence na nové životní prostředí. Začíná porodem a jde o mimořádně náročný a dramatický skok nejen pro matku, ale i pro novorozence, který se musí v relativně krátkém časovém úseku adaptovat na zcela nové životní prostředí. (Jobánková, 2000)

Dnes se, zásluhou francouzského porodníka Leboyera, dbá i na to, aby byl novorozenec na světě uvítán co nejšetrněji a nejlaskavěji. Heslem se stal „něžný porod“, (Říčan, 2004), který je svou podstatou a přístupem mnohem ohleduplnější k matce i k dítěti a na rozdíl od tradičně medicínského pojetí klade mnohem větší důraz na stránku psychologickou.

Něžný porod neznamena v podstatě nic jiného, než upravení podmínek porodu a změnu přístupu zdravotníků k matce i dítěti, aby porodní trauma právě narozeného člověka bylo co nejmenší.

Výzkumy novorozenců přinesly v poslední době mnohá překvapující zjištění. Ukazuje se, že nejde o tvory pasivní a nemohoucí, ale o bytosti, které do značné míry aktivně ovládají své bezprostřední okolí a u nichž prudce rostou schopnosti čilé sociální interakce. Zralý novorozenec je schopen se i učit, hledá ve svém okolí souvislosti a získává z nich zkušenosti.

Zjistilo se, že novorozenec reaguje na lidský hlas mnohem živěji než na jiné zvukové podněty, že pečlivě zkoumá zrakem rysy lidského obličeje, intenzivně vnímá pachy a je schopen tímto způsobem identifikovat svou matku.

Během sociální interakce využívá novorozenec všechny své rozvíjející se smysly – zrak, sluch, hmat, čich, chuť, vjemy kinestetické. Důležitá je zejména doteková komunikace, která probíhá intenzivně při kojení, přebalování, mazlení. Jemných doteků na nahém těle novorozence lze využít na jeho zklidnění.

Nezbytným předpokladem pro úspěšné zapojení novorozence do lidského společenství je především rodičovské chování poskytující potřebnou zpětnou vazbu, posilující jeho aktivity a umožňující mu rychlé učení ve všech směrech. Má-li mít novorozenec v prvních dnech svého života optimální podmínky pro svůj rozvoj, potřebuje od prvopočátku osobu, (především matku, která je k této roli biologicky i psychicky nejlépe připravena) která se mu věnuje v každé chvíli s pozorností a přirozenou empatií. Předpokládá se, že je to právě kontakt matky s dítětem v prvních minutách, hodinách, dnech, který má rozhodující vliv pro navození úspěšné interakce. (Jobánková, 2000)

Dobré podmínky pro nastartování kvalitních interakcí může vytvářet dnes již u nás běžný systém rooming-in, při němž je matka s novorozeným dítětem na stejném pokoji po celých 24 hodin. Také přítomnost otců u porodu dnes není žádnou zvláštností a významný je i důraz na podporu kojení.

(Langmeier, Krejčířová, 1998)

Problémem zůstává z tohoto hlediska vývoj dětí, které byly pro nezralost, či z jiných důvodů hned po narození od rodičů odloučeny. Mnohé v tomto ohledu mohou učinit právě zdravotníci zlepšením psychologických podmínek dětí v inkubátorech, na jednotkách intenzivní péče, v kojeneckých ústavech.

(Jobánková, 2000)

1.1.2 Kojenecké období

Je to období do jednoho roku života.

Kojenecký věk bývá někdy obrazně nazýván „nejdelším rokem lidského života“. Nejdelším proto, že během kojeneckého období dochází k nejbouřlivějšímu vývoji po stránce tělesné a duševní. Dítě se během prvního roku života naučí zvládat pohyb v prostoru, na jeho konci už ovládá i vzpřímenou chůzi, dovede manipulovat s předměty, rozvíjí se u něj praktická inteligence, naváže specifické diferencované vztahy ke svému okolí, dospěje až na samý začátek řečové komunikace. Dětský organismus je během kojeneckého období nejzranitelnější, nejcitlivější, nejtvárnější, a to jak v záporném tak v kladném smyslu. Psychický a tělesný vývoj kojence se v tomto období vzájemně podmiňují. Psychický růst je do značné míry určován růstem tělesným, zvláště pak zráním centrální nervové soustavy. Zdravé, rychle rostoucí dítě prospívá obvykle i psychicky.

Sociální interakce - okolo sedmého měsíce dochází k tzv. specifickému připoutání dítěte k matce (či jiné náhradní osobě).

Postupně se toto pouto přenáší na další blízké osoby dítěte i k místu, kde dítě žije – k domovu.

Na nepřítomnost matky dítě často reaguje tzv. separační úzkostí, kterou může často vyvolat pouhý odchod matky do jiné místnosti. S projevy separační úzkosti úzce souvisí i projevy strachu z cizích lidí. (Jobánková, 2000)

Tento strach se objevuje o něco později, obvykle v osmi měsících. Dítě v přítomnosti cizí osoby „ztuhne“ nebo se „lepí“ k matce, často se rozpláče, kňourá nebo omezí svoji aktivitu. (Říčan, 2004)

Tyto projevy jsou výrazem normálního emočního vývoje dítěte. Naopak u dětí, které jsou vychovávány v ústavních zařízeních a nemají tudíž možnost navázat k některé dospělé osobě specifický vztah, se tyto emocionální projevy nevyskytují, což se považuje za známku defektu přirozeného emocionálního vývoje.

Se socializací úzce souvisí zdokonalující se komunikační schopnosti dítěte. Vedle bohaté komunikace neverbální se velmi rychle rozvíjí i řečová aktivita kojence. Od broukání, kdy dítě začíná vydávat první hlásky, přes žvatlání, kdy vytváří první slabiky až po jednoduchá nedokonalá slůvka. Ke konci kojeneckého období dítě rozumí stále většímu počtu slov a výzev.

Pro celý první rok dítěte platí, že pro jeho zdravý tělesný i duševní vývoj je nezbytné harmonické domácí prostředí, především pak láskyplná péče matky, množství smyslových i emocionálních podnětů, aby dítě prožívalo pocit bezpečí a důvěry v okolní svět, což je základním předpokladem zdravého duševního vývoje člověka v celé další ontogenezi . (Jobánková, 2000)

Umístění do ústavu (nemocnice, kojenecký ústav) přináší pro dítě v tomto věku vždy zvýšené riziko, které je jen těžko kompenzováno péčí ošetrovatelského personálu. Při nezbytné hospitalizaci jsou již dnes ve většině našich nemocnic vytvořeny podmínky pro přijímání matek (případně otců) do nemocnice společně s dítětem. Tam, kde to není možné, musíme usilovat o to, aby rodiče mohli navštěvovat dítě bez omezení, aby po dobu pobytu byla zajištěna náhrada za matku v některé ze sester, která se dítěti zvláště věnuje, a aby byla dítěti zajištěna dostatečně bohatá, věku přiměřená stimulace. Také je důležité zkrátit pobyt dítěte v nemocnici jen na nezbytně nutnou dobu.

(Langmeier, Krejčířová, 1998)

Děti v kojeneckém věku jsou velmi citlivé na senzoryckou a pohybovou deprivaci a při delší hospitalizaci, zejména není-li trvale přítomna doprovázející osoba, může dojít i k vývojovému regresi či k zpomalení vývojového tempa. Z hlediska zvládnutí nemoci je proto v kojeneckém věku nejdůležitější maximálně omezit eventuální nezbytnou separaci dítěte od rodiny a zavádět stimulační – herní programy.

(Říčan, Krejčířová 2006)

1.1.3 Batolecí období

Je to období od jednoho roku do tří let života dítěte. V tomto období teprve dítě získává hlavní druhově specifické charakteristiky, které člověka odlišují od ostatních živočišných druhů. Jedná se především o vzpřímenou chůzi a prudký rozvoj dětské řeči. Koncem batolecího období vzniká u dítěte sebeuvědomování, vyděluje se vlastní „já“, což výrazně ovlivňuje další bouřlivý vývoj dětské osobnosti.

Během celého batolecího období je patrný rozvoj hrubé i jemné motoriky a řeči. Zpočátku nejistá a vratká chůze se rychle zdokonaluje a kolem patnáctého měsíce dítě chodí většinou samostatně, dvouleté batole zvládá nerovnosti terénu, skáče, běhá, zvládá chůzi do schodů. Ruka již ovládá všechny základní pohyby, klíčový úchop a jemnost pohybů se zdokonaluje, dítě umí předmět záměrně upustit, postavit věž z kostek, objevují se první náznaky výtvarného projevu. Ke konci batolecího období se dítě zpravidla naučí samo jíst, s pomocí se samo obléci, učí se aktivnímu udržování čistoty.

Již koncem prvního roku života se objevují první náznaky řečové komunikace. K rozhodujícímu pokroku v dětské komunikaci dochází zhruba v druhé polovině druhého roku života, kdy děti začínají chápat symbolický význam slov. Slovní zásoba roste, dítě postupně slova spojuje a později se učí slova ohýbat, skloňovat a časovat. Kolem druhého roku bývá ukončen vývoj senzomotorické inteligence a dochází k rozvoji tzv. symbolického a předpojmového myšlení, batole již dokáže myslet v představách.

V oblasti sociálního života zůstává jeho osou i nadále vztah k rodičům (či osobám náhradním), zejména k matce. Batole si pozvolna buduje svou roli v rodině. (Jobánková, 2000)

I krátkodobé odloučení vyvolává velmi prudké separační reakce, podobné jako už ke konci prvního roku, ale mnohdy ještě nápadnější, protože dítě disponuje větším rozsahem výrazových prostředků. Proto by v případě hospitalizace dítěte měla být matka přijímána společně. Návštěvy rodičů by měly být povoleny v neomezené míře.

Mimořádný význam má v této situaci hra. Nejen tím, že dítě zaujme a odvede pozornost, ale především tím, že díky ní dítě může aktivně prožít celou situaci. (Langmeier, Krejčířová 1998)

Pro děti mezi prvním a třetím rokem je typická velká pohybová aktivita, děti tohoto věku velmi špatně snášejí pohybové omezení nutné v případě některých nemocí. U batolat je proto důležité dbát na jejich aktivizaci a vytvořit jim i v nemoci dostatek prostoru pro autonomii při pevně stanovených hranicích chování.

K nemocnému dítěti okolí mnohdy přistupuje spíše hyperprotektivně, omezuje jeho spontaneitu, ale současně mu neposkytuje dostatečně pevné vedení, hranice se pak stávají pro dítě nejasnými a brání mu tak v dosažení bezpečného pocitu autonomie bez prožitku studu a nejistoty.

(Říčan, Krejčířová, 2006)

Díky výraznému pokroku v lokomoci, myšlení i řeči, dochází ke stále větší samostatnosti a uvědomění si vlastní autonomie. Dítě poznává, že ono samo je iniciátorem mnoha jevů v okolním světě, může jít kam chce, může něco vlastnit, k někomu přijít, nebo od něj utéci. Dítě si začíná uvědomovat, že je osobností a má tendenci si vyzkoušet, kam až nově objevená autonomie sahá. Tato fáze vývoje se dostavuje mezi druhým a třetím rokem života a mluvíme o ní jako o fázi vzdoru či negativismu. Mívá různě dramatický průběh a různou dobu trvání. Dětský vzdor je přirozenou a nevyhnutnou součástí ontogeneze. (Jobánková, 2000)

Řešením krize je přijetí řádu. V ostrých kolizích s okolím dítě pochopí : Omezení, která mi rodiče ukládají, jsou součástí pevného vedení a toto pevné vedení mě má chránit. (Říčan, 2004)

1.1.4 Předškolní období

Je to období od 3 do 6-7 let, konec období je charakterizován tzv. první tvarovou proměnou, dosažením „školní zralosti“, nástupem logického myšlení.

V předškolním období se tělesný i duševní vývoj oproti obdobím předcházejícím zřetelně zpomalují. Dítě neustále zdokonaluje dříve nabyté schopnosti a dovednosti, diferencuje své vztahy k ostatním lidem, vrstevníkům. Výrazného pokroku dosahuje v oblasti myšlení, paměti, koncentrace pozornosti.

Celý vývoj předškolního období směřuje k dosažení psychické, sociální a tělesné „zralosti“ nezbytné ke vstupu do školy.

Po stránce motorické je patrná zlepšená pohybová koordinace, větší hbitost, plynulost a elegance pohybů. Pokroky v jemné motorice jsou patrné zejména v kresbě a při hrách se stavebnicemi, pískem, plastelínou.

Řečový projev se zdokonaluje jak co do počtu slov, tak ve skladbě vět a délce řečového projevu. Roste zájem dítěte o mluvenou řeč, s chutí naslouchá pohádkám a příběhům, naučí se zpívat, odříkává krátké říkanky a básničky. Dítě je v této době velmi zvědavé, o všechno se zajímá, na vše chce znát odpověď. Podle Říčana je to období „tisísinásobného proč“.

Také v myšlení dochází k velkým změnám. Okolo čtvrtého roku života dítě překonává úroveň symbolického myšlení a dostává se na vyšší úroveň názorového (intuitivního) myšlení. Charakteristickými rysy myšlení předškoláka jsou :

Egocentričnost – nechápe, že jiní lidé mají odlišný názor, pokud něco vypráví, předpokládá, že všichni ví o věci to, co on sám.

Magičnost – dovoluje měnit objektivní fakta podle vlastního přání.

Antropomorfní myšlení - má tendenci všechny předměty a jevy okolo sebe polidšťovat.

Po stránce sociální zůstává pro předškoláka nejvýznamnějším sociálním prostředím nadále rodina, ale dítě si postupně vytváří širší strukturu vztahů k většímu okruhu lidí.

Významné jsou vztahy s vrstevníky, objevuje se citová vzájemnost mezi dětmi, děti si začínají hrát spolu. Hra má v socializačním procesu dítě nezastupitelnou roli, je to hlavní a nejpřirozenější dětská činnost, kterou bychom měli v co největší míře podporovat.

Dalším mezníkem v socializaci dítěte je vývoj vnitřních sociálních kontrol a především pak přebírání vyspělejších sociálních rolí. Rozvoj obojího podněcují především rodiče výchovou a svým příkladem, ale stále významnější roli hraje i širší sociální prostředí.

Termínem vnitřní sociální kontrola rozumíme především vyvíjející se „svědomí“. Vývoj svědomí je založen především na vřelém, uspokojivém vztahu dítěte k rodičům.

Dítě začíná disponovat širším repertoárem rolí a dokáže plynule přecházet z jedné do druhé – role dítěte doma, v mateřské škole, role spolužáka. Jako nejdůležitější se však jeví identifikace s mužskou či ženskou rolí. Dítě si v této době osvojuje vzory mužského či ženského chování podle vzoru rodičů i podle tzv. sexuálních stereotypů. Je důležité, aby dítě mělo v nejbližším sociálním okolí možnost srovnání „mužské a ženské role“. (Jobánková, 2000)

Dítě i v nemoci potřebuje dostatečný prostor pro hru a rozvoj vlastní podnikavosti. Současně narůstá potřeba dítěte porozumět světu i vlastnímu tělesnému fungování. Myšlení je magické a při bohaté fantazii velmi snadno vznikají pocity viny. Tam, kde zdravotní obtíže nejsou před lékařským zákrokem pro dítě dosti zřetelné, může dítě zákrok vnímat např. i jako trest za špatné chování. Trvá značná pohotovost ke vzniku fobií.

Vysvětlování a dostatečné informování dítěte je proto v předškolním věku již nezbytné, vzhledem k rychlému rozvoji řeči a komunikace je možná i přímá příprava dítěte na zákrok či hospitalizaci (především s využitím symbolické hry). V mnoha nemocnicích proto dnes pracují herní terapeuti, kteří se ve své práci s dětmi i na tuto problematiku cíleně zaměřují. Intenzivní kontakt s rodinou je pro dítě stále velmi důležitý, vzhledem k častým emočním regresům dětí ve zhoršeném zdravotním stavu může být separační úzkost intenzivní ještě i ve školním věku. (Říčan, Krejčířová, 2006)

1.2 ZÁKLADNÍ DUŠEVNÍ POTŘEBY DÍTĚTE

Co děti po duševní stránce nejvíce potřebují ?

Je asi pět základních psychických potřeb, které by měly být naplněny v pravý čas a v náležitě míře, aby se dítě po duševní stránce vyvíjelo dobře, zdravě a uspokojivě. Pokud by některá z těchto potřeb splněna nebyla, byla by to pro dítě určitá nevýhoda a následky psychické deprivace mohou negativně ovlivnit celý život.

1.2.1 Dostatek podnětů z vnějšího světa = potřeba přiměřené stimulace

Podněty by měly přicházet v náležitém množství a v náležitě kvalitě. Nemělo by jich být ani málo ani příliš mnoho a neměly by být ani příliš slabé ani příliš silné. Podněty by měly být i dosti proměnlivé, aby se neztrácela jejich účinnost.

1.2.2 Smysluplný svět = potřeba určitého řádu ve věcech a vztazích

To je základní podmínka, aby z podnětů, které smyslovými orgány dítěte přichází do mozku, mohly vznikat poznatky a zkušenosti, aby se dítě mohlo něčemu naučit.

1.2.3 Životní jistota = potřeba životní jistoty

Dárce a činitelem této životní jistoty jsou dítěti „jeho lidé“

1.2.4 Pozitivní identita = potřeba vlastního „já“

Dítě soužitím s rodiči poznává, že se na „své lidi“ může spoléhat, že k nim patří, že má pro ně určitý význam a určitou hodnotu. Čím dál více si bude uvědomovat své „já“ a podle toho, jak je budou „jeho lidé“ přijímat a jak se budou k němu chovat, bude jeho sebevědomí a jeho sebedůvěra silnější nebo slabší, pevnější nebo povrchní. Ve věku dvou let dítě obvykle přijímá tzv. rodinnou identitu, kdy se svým způsobem zúročí všechno, co bylo do té doby rodinnou výchovou do dítěte vloženo.

1.2.5 Otevřená budoucnost = existenciální potřeba

Životní perspektiva, naděje, to je něco co táhne život dopředu. Zavřená budoucnost znamená zoufalství, útlum, nicotu. (Matějček, 2005)

1.3 DĚTI V NEMOCNICI

Diagnóza nemoci je jako hranice mezi dvěma světy a v nepřipravené a nezralé společnosti, kde je tato hranice velmi příkrá, se nemocné dítě často a znenadání stává jakýmsi „cizincem mezi svými“. Ještě včera měl jeho život známé a pevné obrysy – bylo samo sebou, mělo své místo v rodině, ve škole, mezi kamarády, žilo normální, obyčejný život s povinnostmi, radostmi a strachy. Okamžikem stanovení diagnózy se však vnější svět mění – a všichni se rázem chovají jinak, ačkoli dítě je stále totéž a ačkoli se nijak nezměnilo ani jeho přemýšlení a vnímání. Rodičovská autorita, která byla v životě dítěte až dosud určující a hlavní, je najednou podřízena autoritě medicínské, rodič náhle nemá hlavní slovo a do určité míry tak přestává fungovat jako ochrana a útočiště.

Stává se to kupříkladu tehdy, když je dítě přijato do nemocnice a rodič se nechá ukolébat důvěrou v zaběhanou tradici a v panující systém, a dítě de facto opustí s vysvětlením, že „to prostě jinak nejde“, a že se to zkrátka musí nějak vydržet. Takové odloučení, kromě toho, že zraňuje jaksi samo sebou, způsobuje navíc ještě jednu věc. Když dítě neprožívá nemocniční zkušenost s někým blízkým, pocit cizince ve vlastním domově se prohlubuje, doma totiž nikdo neví, čím vším přesně v nemocnici prošlo, jakými nadějemi, strachy a radostmi žilo, co jej potkalo. Nemocniční zkušenost se pak těm nejbližším nedá vůbec sdělit a přinejmenším na určitý čas se stává bariérou, hradbou mezi dítětem a jeho rodinou.

Když je dítě v nemocnici samo, naráží ještě na jiné věci, například na to, že personál většinou po určité době propadne jakési rutině – v tom smyslu, že se pohybuje v (jemu) známém prostředí, dělá (jemu) známé úkony a za (jemu) známým účelem. Je mu jasné všechno, co se na oddělení děje a nemá tudíž většinou potřebu pohlížet na to všechno z nějakého jiného úhlu. Nemyslí na to, že to, co je pro něj známé a samozřejmé, může být pro dítě s jinou logikou, jinou zkušeností, jiným vnímáním a v jiné pozici – divné, nepochopitelné a stresující.

Podobně nepochopitelné mohou být nejrůznější slova zdravotnického slangu (ať už jde o „bažanta“, „mísu“, „emitku“) nebo rozličné prvky denního řádu např. měření teploty v šest ráno.

Zde je třeba připomenout ještě další věc, děti léčené na nějakém specializovaném oddělení máme zpravidla sklon vnímat jako nějakou skupinu, jako kolektiv lidí, kteří jsou na tom víceméně stejně a kteří k sobě tak nějak patří. Takové uvažování bývá mnohým dětem cizí a proti mysli – děti (a nejen děti) často nechtějí být počítány mezi ostatní pacienty na oddělení, nevnímají se jako součást oddělení, ale uvědomují si samy sebe velmi výrazně jako jedince – se svým vlastním a zcela individuálním životním příběhem, s individuální perspektivou, s individuálním osudem.

To jak děti prožívají nemoc a hospitalizaci, je prvotně určováno tím, koho mají okolo sebe, s jakými lidmi se setkávají a jací vůči nim tito lidé jsou. Zcela klíčové pak je, zda pobyt v nemocnici znamená odloučení od rodičů či jiných blízkých lidí, nebo ne.

V uplynulých letech se poněkud módním tématem stala humanizace nemocnic, jenže humanizace znamená především změnu vztahů mezi lidmi a změnu základních hodnot, jež naše zdravotnické instituce vyznávají. Veselé obrázky, barevně vymalované stěny a herny plné hraček nejsou žádným projevem humanizace, ale pouhou estetizací. Estetizace je sice efektní a nekonfliktní, ale bez skutečné vnitřní proměny prostředí také zcela samoučelná, ba škodlivá – definuje totiž prostředí jinak, než odpovídá jeho podstatě a stavu. Proto je potřeba změna sociálního prostředí ve smyslu změny stávajících rolí – zejména role rodiče, dětského pacienta, ale i sestry a lékaře ve vzájemném kontaktu , jednak zaváděním rolí nových – herní specialista, nemocniční kaplan, dobrovolník. To vše směřuje k tzv. family centred care – péči zaměřenou na celou rodinu, se kterou se můžeme setkat na Západě.

Nemocné dítě má i svůj svět mimo nemocnici – svět, kde mnohé ztrácí i nalézá, svět, odkud do nemocnice přišlo a kam se chce vrátit. Ovšem děti těžce nemocné a děti dlouhodobě hospitalizované se vracejí změněny svou novou bolestnou zkušeností. Doba nemoci a hospitalizace není nějakou odbočkou na životní pouti, je její podstatnou součástí.

A často je v rukou nás dospělých, aby se nemocné děti necítily se svou novou zkušeností mezi ostatními jako malí cizinci. (www.klicek.cz)

1.4 DÍTĚ A NEMOC

Nemoc staví dítě do zvláštní situace, která je pro něj zátěžová v oblasti tělesné, psychické i sociální. Dítě žije ve velmi blízkých vazbách ve svém rodinném prostředí. Nemoc dítěte však vyvolává celou řadu změn nejen v rámci rodinného systému, ale následně i v širších sociálních vztazích.

(absence rodičů v zaměstnání, dočasné omezení či přerušení kontaktů s přáteli atd.)

Výstižně tuto situaci popisuje H. Haškovcová slovy : „ stůně-li dítě, stůně v jistém slova smyslu celá rodina.“

To jak dítě na nemoc reaguje, jak ji zvládá a do jaké míry je ohrožen zdravý psychický vývoj, závisí na více faktorech :

- Závažnost a druh onemocnění
- Věk, v němž onemocnění propuklo
- Osobnost dítěte a jeho tělesné a duševní vlastnosti a zvláštnosti
- Rodina a širší okolí, ve kterém žije

(Michalčáková, Květoň, 2001)

Účinky jakékoliv škodliviny, která působí na organismus, se vždy promítají do celé osobnosti dítěte a podle toho také nabývají u každého dítěte poněkud jiné osobité podoby. Každé dítě si svou nemoc uvědomuje, nějak ji prožívá. Omezení pohybu, izolace od kamarádů nebo odloučení od rodiny v něm vyvolává úzkost. Jinak se při onemocnění projeví dítě dobře vychované, ukázněné, zvyklé na spolupráci, než dítě rozmazlené, neukázněné, zvyklé na okamžité uspokojení všech svých přání. Osobnosti dětských pacientů jsou stejně individuální jako osobnosti všech ostatních lidí. Máme-li pak s různými lidmi dosáhnout téhož cíle, tj. v našem případě co nejlepšího duševního stavu, musíme s nimi zacházet individuálně. (Matějček, 2001)

1.4.1 Činitelé ovlivňující reakci dítěte na nemoc

Prožitek nemoci – nemoc či jakékoliv jiné zdravotní postižení znamená pro dítě kromě zátěže organismu i změněnou životní situaci, s níž se musí vyrovnat. Nemoc dítěte si samozřejmě uvědomuje a prožívá i jeho nejbližší sociální okolí. I ono reaguje na změněnou situaci a vyrovnává se s ní. Nejistota a úzkost rodičů a dalších blízkých lidí v prostředí dítěte, jejich nálady a postoje, jejich projevy, změny v chování vůči dítěti, to vše se může neobyčejně silně dítěte dotýkat. Je třeba připomenout, že děti jsou vůči takovýmto změnám ve svém prostředí individuálně různě vnímavé a následkem toho i jejich reakce se mohou velmi různit. V zásadě jde o to, aby tento vliv prostředí na dítě nemocné nebyl rušivý, ale pokud možno uklidňující, povzbuzující a tedy terapeutický.

Vývojová úroveň dítěte - úroveň psychického a sociálního vývoje dítěte ve většině případů odpovídá jeho věku. Rozdílná je situace u dítěte s vrozeným postižením a s postižením získaným až v některém pozdějším stadiu vývoje. Problémem dítěte s vrozeným postižením je trvalé přizpůsobování zvláštní životní situaci. Zdravému vývoji osobnosti hrozí dvojí nebezpečí – jednak nedostatek podnětů či jejich nerovnoměrný, dysharmonický přívod, takže může docházet k opoždění mentálního vývoje – jednak nevhodné výchovné vedení, k němuž je na straně citově angažovaných jeho primárních vychovatelů větší příležitost. Problémem dítěte s postižením získaným v pozdějším vývojovém období je přizpůsobování životní situaci, jež se změnila víceméně náhle (nebo se od určité doby zhoršuje), a pak teprve další vývoj za zhoršených podmínek.

Rozsah postižení – Je samozřejmé, že jinou psychosociální situaci vytváří mírné pohybové omezení než amputace dolní končetiny, jinou vytváří mírná nedoslýchavost a jinou ztráta sluchu atd. Pocity méněcennosti se všemi svými komplikacemi provázejí především děti se znatelnými odchylkami tělesného

vzhledu. Společensky závažným rozsahem nemoci je i jeho složka časová – konkrétně progresse.

Duševní konstituce pacienta – významnými činiteli jsou tu zřejmě i některé základní rysy duševní výbavy, které si děti přinášejí na svět jako genetický vklad po rodičích a dalších předcích – inteligence, stupeň dráždivosti či naopak odolnosti nervového systému, temperament, extraverte a introverte, dominance a submise aj.

Postoj okolí k nemocnému dítěti - je několik okruhů vlivů okolí na dítě ve zdraví i v nemoci. Předně jsou to hodnoty, které daná společnost přisuzuje tělesnému zdraví, neporušenosti a zdatnosti. To přirozeně ovlivňuje postoje nejbližších vychovatelů dítěte a dotýkají se tedy nejprve nepřímo a zprostředkovaně, tj. prostřednictvím rodičů a ostatních dospělých. Teprve později, když dítě vstupuje do dětské společnosti, pociťuje působení těchto obecných norem přímo, tj. v kontaktu s vrstevníky.

Druhým okruhem, z něhož přicházejí významné podněty, je především rodina a všichni ti, kdo jsou na jeho osudu citově angažováni.

(rodinná tradice v nazírání na nemoc, zkušenosti)

Můžeme se setkat s některými nevhodnými výchovnými postoji :

s přílišnou úzkostlivostí

s odporem vůči dítěti

s protestem proti osudu

s beznadějí

Dalším, významným činitelem v postojích okolí je sám pacient. Je v neustálé interakci se svým sociálním okolím, je pod jeho vlivem, ale sám je také ovlivňuje.

V době, kdy se dítě nachází v akutním stadiu onemocnění, je mu obvykle věnováno hodně péče a pozornosti. Postupně s přechodem do chronického stadia tento zájem přirozeně ochabuje. Je-li takové dítě dlouhou dobu dokonce mimo rodinu, rodinné společenství si začíná zvykat na život bez něho. Je proto důležité působit k tomu, aby rodina zájem o dítě neztrácela, ale aby naopak měla pozitivní výhled do budoucna i s tímto dítětem. (Matějček, 2005)

1.4.2 Vliv nemoci a hospitalizace na psychiku dítěte

Úspěšný boj s nemocí a rychlý návrat zdraví má pro dítě velký význam, neboť dobrá tělesná kondice je jedním ze základních předpokladů zdravého duševního vývoje. Do nemocnice přichází dítě především proto, aby tam rychleji a úplně dosáhlo tohoto cíle, než by to bylo možné při ošetřování doma.

1.4.2.1 Kladné stránky pobytu v nemocnici

Dnes jsou do nemocnice děti přijímány zpravidla jen v těch případech, kdy není dobře možná (nebo dost účelná) léčba ambulantní a kdy právě pobyt v nemocnici přináší dítěti z léčebného hlediska řadu výhod. Dítěti se tu dostává odborné lékařské a ošetrovatelské péče, je pod stálým dohledem a v případě potřeby je pomoc při ruce.

U některých dětí, zvláště vyrůstajících v zanedbaném rodinném prostředí, může nemocnice být místem, kde si osvojí hygienické návyky. U dětí s neurotickými obtížemi nebo poruchami chování, které byly vázané na konflikty v rodině nebo ve škole, dojde ke zlepšení. Také se může zlepšit zapojování do dětského kolektivu atd. (Matějček, 2001)

1.4.2.2 Záporné stránky pobytu v nemocnici

Hospitalismus

Už v počátcích rozvoje dětských nemocnic došli lékaři k poznatku, že se některé děti v nemocnici neuzdravují tak rychle a úspěšně, jak by se dalo očekávat. Naopak se objevovaly komplikace, které vysvětlovali jako důsledek snížené odolnosti organismu vlivem nepříznivého duševního stavu dítěte.

Pro tuto „nemocniční nemoc“ se ustálil výraz hospitalismus, který vzniká všude tam, kde se dítěti nedostává dostatek smyslových, citových a motorických podnětů. Nejvyšší riziko je v kojeneckém a batolecím období, kdy je dítě závislé na matce a pro osamostatnění nezralé.

(Fendrychová a kol., 2005)

Psychická deprivace

Definice psychické deprivace říká, že je to psychický stav, který vzniká v takových životních situacích, kdy dítěti není dána příležitost k uspokojení jeho základních duševních potřeb v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu. Je celkem pochopitelné, že pobyt dítěte v nemocnici může být jednou z takových situací, zvláště jde-li o pobyt dlouhodobý a je-li jím postiženo dítě v útlém věku.

Nebezpečí deprivace pramení z několika zdrojů, které souvisejí s psychickým vývojem dítěte.

V prvních měsících života je pro zdravý duševní vývoj dítěte důležité, aby bylo zásobeno přiměřeným množstvím podnětů ze svého okolí. Jestliže se podnětů nedostává, je nebezpečí, že se centrální nervový systém „naladí“ na nízký přívod, nepracuje naplno, necvičí se a nerozvíjí. Je nebezpečí, že ani později, po zlepšení situace, dítě nebude schopno normální přívod podnětů zpracovávat a bude tedy vývojově zaostávat.

Od časného kojeneckého věku můžeme pozorovat, že se dítě v pravém smyslu slova „učí“. Reaguje totiž na určité podněty určitým vyhraněným způsobem. Usmívá se, sahá po lákavých věcech, učí se chodit na nočník atd.

Jestliže „žádoucí“ projevy dítěte jsou náležitým způsobem zpevnovány souhlasným chováním dospělých, je přirozené, že dítě bude mít tendenci si znovu zopakovat všechno to příjemné, co v této souvislosti zažilo. Jestliže tu naopak není nikdo, kdo by na úsměv dítěte reagoval také úsměvem, jestliže jeho první slovní projevy nenacházejí žádnou odezvu, těžko se naučí, co je žádoucí a co není. Za normálních okolností se kolem 7.měsíce vytváří tzv. specifický citový vztah dítěte k mateřské osobě. O měsíc později se zpravidla projeví strach před cizími lidmi.

Citový vztah k mateřské osobě je pro dítě zdrojem životní jistoty, vědomí domova a pocitu sounáležitosti k společenství lidí. Toto vše je pak základnou pro další sociální vývoj. Pokud se toto dítěti dostává, je předpoklad k pozdějšímu navázání přátelství, šťastných partnerských vztahů. Není-li v životní situaci dítěte dost příležitostí k navázání hlubokých, pevných a trvalých pout, je přirozeně další vývoj jeho osobnosti ohrožen.

Po tomto přehledu je celkem zřejmé, že pro dítě umístěné dlouhodobě v nemocnici vznikají nebezpečí na všech uvedených úrovních. Nemocniční prostředí je zařízeno účelově, má usnadnit ošetřování dítěte a provádění léčebných zákroků. Takové prostředí může být chudší na podněty a na vývojovou stimulaci než prostředí rodinné. Je tu tedy nebezpečí psychické deprivace.

Separace

Na rozdíl od psychické deprivace, kdy dítě bylo dlouhodobě vystaveno „ochuzenému“ životnímu prostředí a následkem toho trpělo nedostatkem smyslových, citových a sociálních podnětů, znamená separace náhlé přerušení vztahů již vytvořených.

Biologická závislost dítěte na matce se teprve v druhé polovině roku života přetváří na závislost citovou, proto lze předpokládat, že separace bude pro dítě zvláště tíživou právě v této době, tj. přibližně od 7. měsíce věku výše.

Dítě si ovšem nevytváří specifický vztah jen k matce, ale velmi brzy i k ostatním členům rodiny a všem, kdo se jím zabývají. Vytváří si však určitý osobitý vztah k prostředí domova, k citové atmosféře, k věcem, k hračkám – takže každé nepřipravené vytržení dítěte z domova a umístění v nemocnici je narušením celé této složité soustavy jeho vztahů a značnou zátěží pro celý jeho organismus.

O účinku separace rozhoduje na prvním místě věk dítěte.

Separace sama o sobě není patogenním činitelem. Je nebezpečná, je-li předčasná ! Jde-li do nemocnice školní dítě, může takové odloučení povzbudit jeho vývoj k samostatnosti.

Je-li však v této situaci dítě ve věku batolecím nebo předškolním, kdy je na matce ještě silně závislé a pro osamostatňování nezralé, může odloučením těžce strádat. Jestliže se pak separace protáhne na delší dobu, může být podkladem deprivace.

Kromě věku hraje roli i forma separace. Ta může být náhlá i postupná, úplná i částečná, krátkodobá i dlouhodobá.

Důležitou roli však hrají i konstituční temperamentové vlastnosti dítěte. To nám vysvětluje, proč na tutéž nepříznivou situaci reagují děti tak rozdílně. K tomu je třeba přihlédnout i na předchozí zkušenosti s podobnými situacemi. Dítě může být předchozí separací připravenější, zkušenější, odolnější nebo naopak citlivější.

V celém tomto ději má velkou důležitost i chování ošetřujícího personálu, kvalita náhradní mateřské péče, které se dítěti v době separace dostává.

Je třeba si uvědomit, že postiženo není jen dítě, ale i jeho vychovatelé, tj. především rodiče. Tak jako je dítě separováno od matky, je matka separována od dítěte. I u ní je nutno počítat se separační úzkostí, která se projeví nejen ve vztahu k dítěti, ale i ve vztahu k ostatním členům rodiny, k ostatním lidem atd.

Chování matky ovlivňuje chování dítěte, jsou matky které dovedou dítěti dodat jistotu i ve velmi náročné situaci, jsou však i matky, které dovedou dítě jistoty zbavit. Současně však chování dítěte ovlivňuje postoje matky. A obojí je do značné míry závislé na postojích a chování ošetřujícího personálu. Pro praxi to znamená zabývat se při umístění dítěte v nemocnici nejen jím samým, ale i jeho rodiči. (Matějček, 2001)

V literatuře se zpravidla uvádějí tři fáze separačních reakcí :

1. Fáze protestu - dítě křičí, volá matku, čeká na základě své předchozí zkušenosti, že ona přijde, když ji bude dost vytrvale volat
2. Fáze zoufalství – dítě postupně ztrácí naději na přivolání matky, křičí méně a odvrací se od okolí ve stavu hluboké stísněnosti, odmítá stále navázat kontakt s druhými, kteří se mu snaží pomoci, odmítá i hračky, často leží typicky s hlavou zabořenou do podušek

3. Fáze odpoutání od matky – dítě potlačí postupně své city k matce a je schopno připoutat se k jinému dospělému, najde-li někoho, kdo mu mateřskou péči nahrazuje – jinak ztrácí svůj vztah k lidem a upoutává se spíše na věci

Popsané fáze trvají u jednotlivých dětí různě dlouho (několik hodin, dnů, týdnů) a nemusejí být vždy stejně pravidelné a zřetelné. Třetí fáze bývá už vnějšími pozorovateli vykládána jako příznivá adaptace, ale jde jen o reakce obranné, které mohou působit jako překážka v dalším vývoji osobnosti dítěte.

Podobné reakce dětí bychom měli chápat jako zcela přirozené, nasvědčující tomu, že dítě se až dosud vyvíjelo příznivě a navázalo dobrý vztah ke své matce a je pochopitelné, když se ztráty vztahu bojí. Naopak chybí-li podobná reakce, je to spíše podezřelé – vztah dítěte k matce byl slabý nebo dítě bylo předešlými separacemi neúměrně „otuženo“ a ve svém vývoji poškozeno. Hodně závisí i na individuálním temperamentu dítěte, takže ani u dětí vyrůstajících za stejných podmínek nemusí být projevy stejné.

Chování dětí po jejich návratu domů může být rozličné. Děti, které byly při návratu ještě ve fázi aktivního protestu, projevovaly častěji zvýšenou závislost na matce. Sledovaly ji všude, kam se hnula, i v bytě samém a velmi špatně snášely každou další, třeba jen krátkou separaci. Jestliže však bylo již dítě ve stadiu odpoutání a našlo-li si náhradní osobu v době separace, pak ona úzkostná závislost nebyla tak patrná, ale dítě už hůře navazovalo opětový příklon k matce.

Novější studie poopravily původní názor na univerzálnost separační reakce. Zdá se, že tam, kde je dítě samo aktivní, je jeho separační chování doprovázeno spíše zvědavostí než úzkostí, ale tam, kde je pasivní obětí situace, kterou nemůže ovládat, projevuje úzkost z bezmoci a beznaděje. Ve skutečnosti se děti v batolecím věku samy aktivně vzdalují od matky. Úzkost však v dítěti vzbuzuje situace, při níž je matce odňato cizí osobou a násilně odneseno. Nemůže-li být matka přijata do nemocnice s dítětem společně, pak jedinou zbývající taktikou je trpělivé a chápající jednání a podle možnosti zvýšená pozornost jedné sestry, kterou dítě postupně akceptuje jako náhradu.

Návštěvy rodičů by ovšem měly být povoleny prakticky za všech okolností a v neomezené míře. Námitky lékařů, že dítě po každé návštěvě znovu a znovu pláče a že se tedy zbytečně rozrušuje, jsou v tomto období méně významným argumentem proti riziku, jaké s sebou trvalejší narušení vztahu matky s dítětem při delší nepřerušované separaci přináší. Mimořádný význam má v této situaci také hra. Nejen tím, že dítě zaujme a odvede tak jeho pozornost, ale především tím, že právě v ní může dítě aktivně prožít celou situaci. Je-li už na úrovni symbolického myšlení, může právě na posunuté rovině symbolické hry nabýt dojmu, že situaci samo kontroluje (píchá panence injekce, ukládá ji do postýlky...) Má-li přitom dospělého společníka, je to pomoc dvojnásobná.

Takové ovládnutí skutečnosti na symbolické rovině umožňuje dítěti, aby zvládlo ohrožující situaci, kterou rozumem nechápe. Dítě ovšem snáší odloučení od matky lépe, zůstane-li v navyklém prostředí domova a u druhých lidí, na které si zvyklo, než když vedle ztráty matky prožívá i ztrátu celého domácího prostředí. Trvá-li odloučení dítěte od rodiny delší dobu a není-li zajištěna potřebná náhrada, vzniká nebezpečí celkového opožďování psychomotorického vývoje a narušení základu osobnosti. Mnohé děti se vracejí na nižší úroveň návyků – přestávají udržovat tělesnou čistotu, odmítají samy jíst apod. Někdy bývá zhoršen somatický stav dítěte a uzdravení nepokračuje tak, jak by lékař jinak očekával. (Langmeier, Krejčířová 1998)

1.5 RODIČE V NEMOCNICI

1.5.1 Podmínky pro dobrou spolupráci

Umožnit rodině pečovat o dítě celý den/noc

Rodičům by mělo být umožněno pečovat o dítě celý den (noc). Vymezení návštěvních hodin je v kompetenci vedení každého dětského oddělení nebo kliniky. V posledních letech však mnohá zdravotnická zařízení návštěvní omezení ruší. Jsou však rodiče pro své dítě návštěvou? V současné době mají rodiče několik možností, jak se svým dítětem v nemocnici zůstat.

- Mohou být s dítětem přijati jako tzv. průvodci, v tomto případě hradí jejich pobyt příslušná zdravotní pojišťovna. (pobyt i strava)
O přijetí rozhoduje většinou ošetřující lékař.
(týká se dětí do 6 let, po schválení revizním lékařem i dětí starších na základě doporučení ošetřujícím lékařem)
Rodiče mohou být ubytováni ve vyhrazených pokojích na oddělení, na ubytovně v areálu nemocnice nebo v ideálním případě spolu s dítětem na pokoji, vše záleží na možnostech daného zdravotnického zařízení.
- Pokud rodiče není možné z nějakého důvodu přijmout s dítětem, mohou u dítěte zůstat, musí se ovšem stravovat sami a zajistit si ubytování pokud není nemocnice v místě jejich bydliště.
- Mnohá pracoviště nabízí i možnost ubytování na nadstandardních pokojích za přímou platbu.

Každá nemocnice by se měla snažit vytvořit takové podmínky, aby každý rodič, který chce s dítětem v nemocnici zůstat tuto možnost měl. Rodiče potřebují mít vždy zachována svá práva a rodičovskou roli. Jejich úkolem je dítě ochraňovat a chtít pro ně to nejlepší.

V nemocnici se ale snadno dostávají do pozice pasivního pozorovatele a ztrácejí možnost ovlivňovat dění kolem dítěte. Mohou trpět pocitem zbytečnosti a zoufalství, ztrátou sebedůvěry, pocitem viny a selhání. To vše je umocněno strachem o dítě. (Řezníčková, 2002)

Přijmout rodiče jako partnery a spolupracovníky

Partnerská spolupráce je založena na vzájemném respektování obou zúčastněných stran, respektování rozdílnosti schopností, dovedností při zachování profesionálních i rodičovských kompetencí. Respektování rodičů v tomto typu spolupráce jako expertů přes svoje dítě a vlastní rodinné prostředí posiluje jejich rodičovskou sebedůvěru, aktivitu a nezávislost. Partnerství rodičů a zdravotníků by nemělo obsahovat jen výměnu informací, společné hodnocení a rozhodování, ale také sdílení pocitů. Pozitivní emoční přístup, citová vřelost zdravotníků k dítěti, projevená radost nad tím, co dítě dělá či projev uspokojení v dosažených výsledcích, to vše je pro rodiče důležité. Pokud zdravotníci nejsou na vytváření vztahu s rodiči připraveni, vede to k nedostatku důvěry ve vzájemném přibližování. (Macková, 2002)

Předpokladem dobré spolupráce s rodinou dítěte je kvalitní komunikace a pochopení jejich nenahraditelnosti. Je potřeba umět jim nabídnout pomoc, porozumění a emoční podporu. Rodiče potřebují vědět, že personál chápe jejich náročnou situaci. Je potřeba jim připomínat, že jejich přítomnost je pro dítě nepostradatelná, oni jsou to nejcennější co dítě má. Mají za úkol být s dítětem. To je jejich pomoc a podíl na léčbě. Není to pro ně ale vůbec lehké. Musíme si uvědomit, že mají právo na stres i na neadekvátní reakce a jsme to my, profesionálové, kdo má situaci zvládnout. Důležité je přesvědčit je, že jsme tu pro ně a chceme jim pomoci, že chápeme jejich potřebu ventilovat negativní emoce a neodsuzujeme je za to. V případě, že nemohou či nechtějí v nemocnici s dítětem zůstat, je na místě taktní a slušné jednání. Rodina má pro to své důvody, které třeba nechce sdělovat.

Ve většině případů jsou z toho nešťastní, cítí vinu a mají výčitky svědomí, proto bysme se měli pokusit najít náhradní řešení – časté návštěvy, telefon atd.

Umožnit rodičům ovlivňovat péči o dítě

Celý zdravotnický tým se má snažit o dítě pečovat tak, aby se denní režim moc nelišil od domácího. Vyžaduje to od všech individuální přístup a snahu vyjít jednotlivým rodinám vstříc. Ne vždy je to však s ohledem na požadavky léčby možné. Měla by také platit dohoda mezi sestrou a rodiči o tom, kdo, kdy, jak a co u dítěte zajišťuje, řada rodičů se ráda na péči maximálně podílí. Rodiče jsou sami klidnější, mají-li konkrétní úkol, mohou-li svému dítěti nějak pomoci a jejich klid se pak přenáší i na dítě.

Také si musíme uvědomit, že existují různé přístupy k životu, různé typy výchovy či mezilidských vztahů a nám nepřísluší vnucovat ostatním své názory. Stejně tak není možné rodiče ani jejich děti během krátké hospitalizace převychovat.

Poskytovat rodičům opakované a srozumitelné informace

Při komunikaci s rodinou musíme stále myslet na to, že to jsou laici. Mohou být v nemocnici poprvé a nemusejí znát pro nás běžné termíny (vizita...). Musíme se ujistit, že nám rozumí, jedině tak zmírníme jejich obavy. Opakované a srozumitelné informace jsou pro pacienta a jeho rodinu základní potřebou. Mnoho lidí potřebuje o problému hovořit opakovaně, mít možnost se k němu vrátit, ujistit se, že vše správně pochopili. Doporučuje se nemluvit příliš odborně, ale je potřeba nazývat léčebné postupy, léky, onemocnění správným termínem, protože rodiče budou v budoucnu vysvětlovat, jaké onemocnění jejich dítě prodělalo a musejí je umět správně pojmenovat. Velmi přínosné je poskytnout rodině informace v písemné podobě. K textu se pak mohou kdykoliv vrátit.

Každý člen zdravotnického týmu musí také znát své kompetence a vědět jaké informace může poskytovat. Důležitá je také návaznost informací od jednotlivých odborníků.

Nejčastější chybou bývá nejednotnost zdravotníků, podávání rozdílných a neúplných informací a přílišné používání odborné terminologie. (Řezníčková, 2002, 2006)

1.5.2 Výhody a nevýhody společné péče rodičů a zdravotníků

Výhody

- dítě je méně úzkostné, většinou lépe spolupracuje
- rodiče dítě povzbuzují, posilují pocit bezpečí
- rodiče pomáhají s ošetřováním dětí
- minimalizuje se nebezpečí přenosu nozokomiální infekce
- rodiče znají své děti nejlépe – první poznají změnu
- dítě může být dříve propuštěno do domácí péče
- dítě je po návratu domů méně rozrušené, snadněji se adaptuje

Nevýhody

- příliš mnoho lidí na oddělení
- časová náročnost pro sestru věnovat se všem
- nespolupráce při léčbě
- nespolupráce dítěte v přítomnosti rodičů
- úzkostná, hyperprotektivní matka
- nedodržování domácího řádu oddělení a bezpečnostních opatření
- snaha rodičů pečovat o jiné děti
- plýtvání pomůckami a materiálem

Přítomnost rodičů na oddělení přináší i problémy. S výše uvedenými se na dětských odděleních setkáváme asi nejčastěji. Většina z nich se dá vyřešit na organizační a komunikační úrovni přímo na oddělení.

(Grym, 2001; Knížková, 2001)

V případě úzkostných a hyperprotektivních rodičů je vhodná spolupráce s psychologem, výhodou by bylo mít ho k dispozici i pro ostatní rodiče, to však zatím není zcela běžné.

Úzkostné matky

Tyto matky věnují svým dětem přehnanou péči a ochranu, velmi se o ně obávají a rozmazlují je. Svým úzkostným chováním vyvolávají u dětí také úzkost, brzdí rozvoj jejich osobnosti a příliš omezují dětskou spontánnost. Způsobují, že dítě je na nich značně závislé, a proto nesamostatné a obtížně se zařazuje do dětského kolektivu. Je velmi pravděpodobné, že vedle genetických faktorů má na tom podíl chování matky k dítěti, jež v něm vytváří zvýšenou pohotovost k úzkostným projevům a úzkostnému prožívání. (Langmeier, Balcar 2000)

Hyperprotektivní matky

Tyto matky se příliš soustředí na dítě. Usilují o extrémní péči, stimulaci a pohodu dítěte, mnohdy v důsledku pocitu viny nebo ze studu za negativní postoj k dítěti. Druhý z rodičů se může cítit vyloučen nebo odmítán. Podobně i ostatní děti v rodině.

Dítě bývá rodiči vnímáno jako zranitelné, ti pak na něj nekladou dostatečné nároky a požadavky. Tento pohled pak dítě postupně přebírá samo, jeho sebepercepce je tím narušena, je oslabeno jeho sebevědomí a sebejistota. (Říčan, Krejčířová 2006)

1.6 OD MINULOSTI K SOUČASNOSTI

1.6.1 Dvouletá jde do nemocnice

V Anglii v padesátých letech minulého století se tématem odloučení dětí od rodičů začal zabývat psychoterapeut James Robertson. Hlavním tématem jeho práce bylo odloučení dětí od rodičů – v jeslích, mateřských školách a posléze v nemocnicích. Usilovně se snažil vysvětlit lékařům a zdravotním sestřám, že hospitalizované děti zdaleka netrápí jen nemoc a bolest a že je nutné péči o dětské pacienty změnit. Neuspěl.

Pořídil si tedy filmařské vybavení a v rámci své výzkumné práce skrytou kamerou natočil dítě, které jde do nemocnice bez doprovodu rodičů. Tak vznikl dokumentární film o malé Lauře – „Dvouletá jde do nemocnice“ („A Two-Years-Old Goes to Hospital“) z roku 1951.

Filmem se snažil poukázat na to, co dítě potřebuje v nemocnici nejvíce. Svou maminku.

V roce 1959 byla publikována tzv. „Plattova zpráva“ zabývající se pohodou hospitalizovaných dětí. Zpráva přinesla řadu doporučení a stvrzovala důležitost rodičovské role a význam emocionálních a mentálních potřeb. Z 55 bodů byly pro rodiče nejdůležitější ty, které se týkaly zrušení návštěvnických opatření a současné přijímání dětí s jejich matkami. Přestože se stala Plattova zpráva součástí zdravotní politiky, v praxi se mnoho nezměnilo. Proto se J. Robertson rozhodl obrátit na veřejnost, napsal sérii článků, připravil televizní program, to vedlo maminky k založení hnutí „mateřskou péči dětem v nemocnici“

(„Mother Care for Children in Hospital“), které v roce 1963 změnilo název na National Association for the Welfare of Children in Hospital (NAWCH) - Národní asociace pro pohodu dětí v nemocnici. Tato asociace měla pobočky po celé zemi, které přesvědčovaly nemocnice ke změnám, pomáhaly rodičům, připravovaly herní programy, ze shromážděných peněz se platili herní terapeuti, ubytování rodičů v nemocnici, nakoupily se rozkládací křesla pro rodiče atd.

V dnešní době je situace taková, že rodič může doprovázet své dítě těsně před operační sál, může být v nemocnici po celých 24 hodin. Prostředí nemocnice je barevné, veselé a co je nejdůležitější, podařilo se vytvořit rovnoprávný vztah mezi sestrami, lékaři a rodiči nemocných dětí.

Británii lze považovat za kolébkou humanizačních změn v dětských (a nejen dětských) zdravotnických zařízeních. (Královcovi, 1993)

Ve světě se v současné době stále častěji prosazuje trend tzv. „ family-centred care“, ten se zrodil ve Velké Británii ve druhé polovině 20. století jako obecně respektovaný princip přístupu k dětskému pacientovi.

1.6.2 Family-centred care

Péče zaměřená na celou rodinu dětského pacienta tzv. „family-centred care“ vnímá rodiče jako nezastupitelnou a neoddiskutovatelnou součást pečovatelského týmu. V takovém pojetí bývá samozřejmostí zájem o doprovázejícího rodiče a další členy rodiny. Základem je důvěra, zdravotníci a rodina dítěte jsou partnery, spolupráce je zaměřena na uspokojování potřeb dítěte.

Jádrem konceptu je několik oblastí :

Rodina – je jistotou v životě dítěte, proto je důležitá naše podpora a pomoc rodině se vyrovnat s nemocí jejich dítěte.

Respekt – family-centred care vyžaduje důvěru a respekt, včetně respektování rodinných hodnot, víry, náboženství...

Volba – je třeba poskytnout rodině dostatečné informace, tak aby se mohla rozhodovat o způsobu léčby a podpořit je v jejich rozhodnutí.

Pokud rodina rozumí své volbě, cítí se méně bezmocná.

Vzájemná informovanost – pokud nabídneme rodině potřebné informace a oceníme osobní informace o jejich dítěti, posílí tato vzájemná výměna informací důvěru a partnerství mezi rodinou a zdravotníky.

Podpora – podpora rodiny a respektování jejich rozhodnutí.

Úspěch zapojení rodičů do péče o dítě závisí na obou rodičích a postoji zdravotníků, entuziasmu a ochotě spolupracovat.

V tuzemských modelech péče je takový přístup stále novinkou, ve většině zařízení pečujících o dětské pacienty a klienty, rodiče dosud nemají své přirozené místo, nikdo je nemá na starosti, mnohde jsou stále „neviditelní“. Personál se teprve pomalu učí vidět za každým dítětem jeho rodinu a za každou rodinou její osobní příběh. Můžeme udělat mnohé pro to, aby se ze života dětí nevytratily všechny drobné rituály, jako je třeba způsob ukládání ke spánku atd.

Měli bychom usilovat o vytváření svobodného a podpůrného prostředí jak pro nemocné dítě, tak pro jeho blízké. Je chybou domnívat se, že všechny bolestivé zážitky samy od sebe rychle přebolí, a že po propuštění z nemocnice se vše zase brzy vrátí do starých kolejí.

Mnoha dětem pro pocit klidu a bezpečí stačí, když vědí, že je máma nebo táta nablízku a že s ním sdílí realitu nemocničního života.

Tam, kde se personál naučí „mít rád rodiče svých pacientů“ a nechávat jim dostatečný prostor, odpadne i potřeba sledovat a neustále posuzovat co a jak dělají.

(Královcovi, 1,3/ 2006; www.cincinnatichildrens.org ; Palmer 1993)

Mnohá naše dětská oddělení a dětské nemocnice teprve hledají optimální způsob, jak se s novou situací, tedy s přítomností většího počtu doprovázejících rodinných příslušníků vyrovnat. Někde se kupují rozkládací lůžka, zařizují se ubytovny pro rodiče, někde personál polepuje oddělení cedulkami s novými příkazy a zákazy. Často jde jen o reakci na zvýšený tlak rodičů, nikoli o systémové řešení – tím může být třeba vyčlenění samostatného člena personálu, který má rodiče na starosti. Takový člověk pak nemusí zpětně reagovat na rodičovský tlak, ale může se starostmi a potřebami rodičů zabývat předem tak, aby byly pro jejich pobyt vytvořeny co nejlepší podmínky. Pomoci může i vytvoření jednoduchého letáčku se základními provozními informacemi, informační nástěnka, ze které se rodiče dozvědí, „kdo je kdo“, kdy a kde se mohou na kontaktní osobu obrátit atd. (Královcovi, 2/2006)

1.7 PRÁVNÍ ASPEKTY

„Péče o děti a jejich výchova je právem rodičů, děti mají právo na rodičovskou výchovu a péči. Práva rodičů mohou být omezena a nezletilé děti mohou být od rodičů odloučeny proti jejich vůli jen rozhodnutím soudu na základě zákona“

(Ústava ČR, Listina základních práv a svobod, čl.32, odstavec 4.)

Nemocnice nemá právo určovat, zda bude průvodce přítomen či nikoliv, bylo by to poškozování cizích práv (práv dítěte) a mohlo by se jednat dokonce o trestný čin. V případě, že rodiče odejdou dobrovolně, nejedná se o porušení zákona, rodič totiž nedal najevo, že mu odloučení vadí a tudíž s ním souhlasil. (Královcovi 1/2006)

Podle zákona o veřejném pojištění u dítěte mladšího šesti let, je-li při přijetí do zdravotnického zařízení vzhledem k jeho zdravotního stavu nutná celodenní přítomnost průvodce, může s ním být průvodce přijat do ústavní péče a je tedy i jeho pobyt hrazen pojišťovnou. U dítěte staršího hradí pojišťovna pobyt průvodce jen se souhlasem revizního lékaře.

(§ 25 zákona 48/1997 sb.)

Průvodcem může být jakákoliv dospělá osoba, která je dítěti blízká : rodič, prarodič, sourozenec...

Jestliže je s dítětem přijat jeden z rodičů, pak je základním předpokladem poskytování péče také jeho poučení, a to nejen o zdraví dítěte, postupu vyšetření a léčení, ale také o chodu oddělení a právech a povinnostech doprovodu, zejména o povinnostech dodržování denního řádu a o bezpečnostních opatřeních stanovených k ochraně hospitalizovaných dětí (např. uzavírání postýlek). Je vhodné, aby doprovod poučení podepsal.

Pokud je při hospitalizaci doprovázející rodič s dítětem na pokoji, má za dítě, které je mu v této době svěřeno do péče, odpovědnost, zejména pokud byl řádně poučen.

Doprovod při hospitalizaci není oprávněn zasahovat do léčby, manipulovat s infúzí, měnit čas podávání léků ordinovaných v předepsaném čase nebo porušovat dietu. Pokud k tomu dochází, je sestra oprávněna a povinna doprovod poučit a věc oznámit ošetřujícímu lékaři. Sestra je též povinna provést záznam do dokumentace.

(Vondráček, 2006)

Charta práv hospitalizovaných dětí

Předlohou české verze Charty práv dětí v nemocnici se staly některé anglické dokumenty, jakož i Charta práv hospitalizovaných dětí, která byla schválena na I. evropské konferenci o hospitalizovaných dětech v roce 1988.

Markéta a Jiří Královcovi, reprezentanti nadace Klíček, vypracovali ve spolupráci s pediatrem Janem Jandou návrh Charty práv dětí v nemocnici. (viz. Příloha č.2) Tento dokument byl prohlášen v České republice za platný v létě 1993.

Charta práv nám v péči o nemocné dítě může posloužit jako vodítko.

(Haškovcová, 2002)

1.8 NOVÉ ROLE V PÉČI O HOSPITALIZOVANÉ DĚTI

1.8.1 Herní specialista

Herní specialista je v naší zemi rolí novou, ale zatím běžně není součástí našeho systému péče o děti v nemocnici. Zatím, ani u nás ani v anglosaském světě, odkud vzešla, nepanuje terminologická jednotnost – u nás se často setkáváme s označením herní terapeut, v britské angličtině jsou nejčastějšími termíny play-specialist a playworker, američané se kloní k označení child-life specialist, tedy odborník na život dítěte.

Herní specialista se začal poprvé objevovat v britských nemocnicích kolem roku 1970. V osobě herního pracovníka by měl dětský pacient najít někoho, kdo je schopný nahlížet na nemocnici a všechno to, co se tam odehrává „dětskýma očima“.

Práce herního specialisty vždy vychází ze situace a z potřeb konkrétního dítěte a jeho rodiny a pokrývá pět základních oblastí :

- Seznamuje dítě a jeho blízké s prostředím nemocnice, mírní nejistotu a úzkost z neznámého
- Přípravuje dítě na plánované zákroky, vysvětluje v čem spočívají a proč je zapotřebí je provést, spolu s rodiči dítě k zákrokům doprovází
- Funguje jako komunikační most mezi dítětem a jeho rodinou a ostatními členy personálu
- Stará se o náplň volného času dítěte - nabízí možnost různých aktivit
- Využívá-li oddělení dobrovolníků, má na starosti jejich koordinaci (www.klicek.org)

Hra je pro dítě prostředkem k pochopení světa kolem, tedy i nemoci a všeho, co se s ním v nemocnici děje. Pomocí hraček a napodobivé hry poznává vše, co mu dospělí popisují neznámými slovy a co v nich vzbuzuje strach a úzkost.

Dobře zvolené herní programy, vhodné a bezpečné prostředí, vyškolený personál a přítomnost matky mu pomůže podpořit jeho vlastní rezervy a překonat smutek, strach, bolest a beznaděj.

Hra v nemocnici

- Zachovává dítěti část normálního života v nenormální situaci
- Podporuje normální vývoj dítěte
- Pomáhá dítěti se vyrovnat s úzkostí, strachem a stresy spojenými s pobytem v nemocnici
- Umožňuje dítěti vyjádřit hrou co cítí a co potřebuje sdělit okolí
- Pomáhá rodičům se snadněji vyrovnat s onemocněním jejich dítěte

Herní specialista musí být patřičně vyškolen. Musí znát normální vývoj dítěte, mít základní znalosti o onemocněních, vyšetřovacích metodách, rozumět chování dítěte ve stresových nebo krizových situacích, odloučeného od rodiny a vytrženého z přirozeného a známého prostředí domova.

Herní práce – prostředky a pomůcky

- Hračky
- Speciální loutky
- Arteterapie
- Muzikoterapie
- Názorné ukázkové knihy
- Odborné zdravotnické pomůcky
- Individuální terapeutická hra
(Řezníčková, 2000)

1.8.2 Dobrovolníci

V systému zdravotnictví je dobrovolnictví zcela běžnou formou pomoci v mnoha zemích světa a velmi často je otázkou i společenské prestiže. Dobrovolnictví v nemocnicích, resp. myšlenka vnést do nemocnice více lidského kontaktu a zájmu, vyplnit volný čas radostí a zábavou dětským i dospělým pacientů je u nás nová.

Kdo je dobrovolník ?

Dobrovolník je každý, kdo ze své vůle, ve svém volném čase a bez nároku na finanční odměnu vykonává činnost ve prospěch jiných lidí.

Dobrovolníkem může být kdokoliv, protože každý z nás umí něco, co může poskytnout ostatním.

Poslání

Dobrovolník v nemocnici je spojnicí s vnějším zdravým světem, kontaktním mostem pro člověka v obtížné životní situaci, nositelem změny a tvůrčího přístupu k životu.

Dobrovolník pracuje s tím, co je zdravé a trvá i v době pacientovy nemoci, co má pro pacienta hodnotu, co motivuje a zvyšuje zájem pacienta o vlastní uzdravení, co aktivizuje ke spolupráci a zapojení vlastních sil při léčbě.

Hlavní zásada

Vytvořit fungující systém dobrovolnické pomoci tak, aby nenarušoval léčebný režim a provoz v nemocnici a vhodně doplňoval práci odborného personálu tam, kde je to možné.

Přínos pacientovi a jeho rodině

- Změna nemocničního stereotypu
- Aktivizace, motivace, vyplnění volného času (výtvarné práce, hudba a zpěv, práce na počítači, doučování jazyků, četba...)
- Objevení nových nebo obnovení starých dovedností
- Zlepšení emocionálního ladění a spolupráce s personálem
- Zlepšení zájmu o vlastní uzdravení a tvůrčí přístup k životu
- Možnost odpočinku a regenerace sil rodiče v době přítomnosti dobrovolníka u dítěte
- Možnost aktivního odpočinku zapojením do kreativních činností

Přínos pro personál

- Odlehčení a více času na odborné činnosti
- Přímá pomoc s některými vybranými činnostmi
- Změna atmosféry a nový pohled na práci na oddělení
- Organizace kulturních a benefičních akcí pro oddělení
- fundraising

Přínos pro nemocnici

- Pomoc na hospodářsko-organizačním a technickém úseku
- Pomoc s administrativními činnostmi
- Pomoc s organizací větších jednorázových akcí
- Public relation organizace

Podmínky fungování programu

Ze strany dobrovolníka

- Věk nad 18 let
- Vlastnosti – aktivita, kreativita, komunikativnost, adaptibilita, schopnost improvizovat a přizpůsobit se měnícím se podmínkám, tolerance, trpělivost

Ze strany nemocnice

- Rozumět roli dobrovolníka a vážit si jeho pomoci
- Spolupracovat při výběru činností, školení a zařazení dobrovolníka
- Připravit odpovídající podmínky pro činnost dobrovolníků – prostor pro domluvené aktivity, možnost úschovy osobních věcí,
- Zajistit kontaktní osobu na oddělení
- Spolupracovat při vyhodnocování programu – supervizní dohled, zpětná vazba

Ze strany dobrovolnického centra

- Dobře rozumět potřebám a podmínkám obou stran, pro které pracuje
- Rozumět principu programu jako interaktivní formě spolupráce

Koordinátor – má dobrovolníky na starosti

- Zajišťuje nábor, výběr a výcvik dobrovolníků
- Zajišťuje organizaci supervize dobrovolnické práce, podporu a motivaci dobrovolníků a hodnocení jejich činnosti
- Zajišťuje propojení klinik s dobrovolníky a jejich kontaktními osobami na odděleních

- Zajišťuje potřebné administrativní formality a vedení dokumentace (smlouva dobrovolníka s dobrovolnickým centrem, závazek mlčenlivosti, kodex dobrovolníka, pojištění na zodpovědnost za škodu, požadavky klinik na dobrovolníky atd.)

První myšlenka na založení dobrovolnictví v Čechách vznikla v roce 1996, od té doby se rozvíjí dobrovolnická centra v nemocnicích, pečovatelských domech, domech pro seniory a dalších organizacích.

Fakultní nemocnice v Motole je první nemocnicí v České republice, kde se začal dobrovolnický program ve spolupráci s Národním dobrovolnickým centrem Hestia rozvíjet od roku 1999. V současné době tam má dobrovolníky na starosti Dobrovolnické centrum FN Motol.

(www.fnmotol.cz ; Stará, 2002; Svobodová, 2005)

1.8.3 Další možnosti zkvalitnění pobytu dětí v nemocnici

Zdravotní klaun

Od roku 2001 funguje v České republice občanské sdružení Zdravotní klaun. Historie myšlenky zdravotních klaunů se datuje do roku 1986, kdy v nemocnici v New Yorku byla poprvé vyzkoušena možnost pravidelných návštěv speciálně vyškolených klaunů na dětských lůžkových odděleních. Zjistilo se, že pravidelné návštěvy klaunů vedou ke zlepšení psychického a tudíž i zdravotního stavu pacientů. V současnosti jsou profesionální zdravotní klauni považováni za důležitou součást léčebného procesu na dětských odděleních nemocnic nejen v Americe, ale též v Evropě a také u nás.

Koncept „léčby humorem“ rozvinul v České republice Američan Gary Edwards, který působí v občanském sdružení jako umělecký a výkonný ředitel.

Zdravotní klauni procházejí náročným výběrem, poté školícím programem a následně zkušební lhůtou.

(Fendrychová a kol., 2005; www.zdravotni-klaun.cz)

Loutky v nemocnici

Divadlo, které usiluje o ulehčení pobytu dětí v nemocnici. Přináší pohádky a písničky, kdy jevištěm je třeba i dětská postýlka. S tímto nápadem přišel Ottokar Seifert, český emigrant žijící v Německu, kde tato představení řadu let provozuje. Se svou kolegyní z České republiky se mu podařilo něco obdobného zavést od roku 1999 i u nás. Hlavním tématem her je vždy nemoc, hry jsou interaktivní, takže pokud děti chtějí, mohou do nich vstupovat. Napovídají, pomáhají, vymýšlejí příběhy a hrají s loutkami. Loutka je blízká hračce a tak si při hře děti často postěžují, co je trápí a vzniká prostor pro verbalizaci pocitů. Mimo loutek se hraje s maňásky, prstovými loutkami i plyšáky. Hraje se v hernách i na pokojích, vždy se improvizuje vzhledem k věku a závažnosti onemocnění dětí. Často se zapojují i rodiče a personál. Zatím fungují hlavně v pražských nemocnicích, ale doufají, že se jim podaří představení rozšířit a dělat radost malým pacientům i v dalších nemocnicích. (www.noise.cz)

2 EMPIRICKÁ ČÁST

2.1 Cíl výzkumu

Cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat názory sester na přijímání rodičů společně s dítětem do nemocnice, zjistit, s jakými problémy se nejčastěji potýkají, zda mají zájem o této problematice společně hovořit a hledat možná řešení. Další oblastí mého zájmu byla také možnost společné hospitalizace rodiče s dítětem či neomezená přítomnost rodiče na oddělení a jednotnost v přístupu k rodičům.

Zajímalo mě, zda sestry mají nějaké povědomí o pojmu *family-centred care*, zda mají zkušenosti a event.zájem o zapojení dobrovolníků, herních terapeutů či psychologa do péče o děti a jak vnímají dodržování Charty práv dětí v nemocnici na svých odděleních.

2.2 Metoda výzkumu

Ke sběru dat jsem použila metodu dotazníku. Vypracovala jsem dotazník, který byl předložen zdravotním sestram na dětských odděleních tří pražských fakultních nemocnic – Fakultní nemocnice Královské Vinohrady / dále jen FNKV /, Fakultní Thomayerova nemocnice v Krči / dále jen FTN Krč / a Fakultní nemocnice Motol / dále jen FN Motol /. Dotazníky byly předány ve spolupráci s vrchními sestrami příslušných klinik.

Dotazníkové šetření probíhalo od prosince 2006 do února 2007.

Každé oddělení mělo na vyplnění lhůtu 14 dní.

Dotazník byl anonymní a obsahoval celkem 20 otázek.

Otázky číslo 7, 19 a 20 obsahují podotázky.

Většina otázek byla pokládána tak, aby respondenti mohli vybírat jednu z nabízených odpovědí. U otázky číslo 8 byla možnost výběru tří možností a otázky 17 a 18 byly otevřené s možností vlastního vyjádření.

2.3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Celkově bylo rozdáno 120 dotazníků. Byly rozdány sestřám na tato oddělení a kliniky

- Klinika popáleninové medicíny FNKV
- Klinika plastické chirurgie FNKV
- oddělení dětské chirurgie ve FNKV
- Pediatrická klinika IPVZ ve FTN
- Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3.LF UK ve FTN
- oddělení dětské neurologie ve FTN
- Pediatrická klinika ve FN Motol.

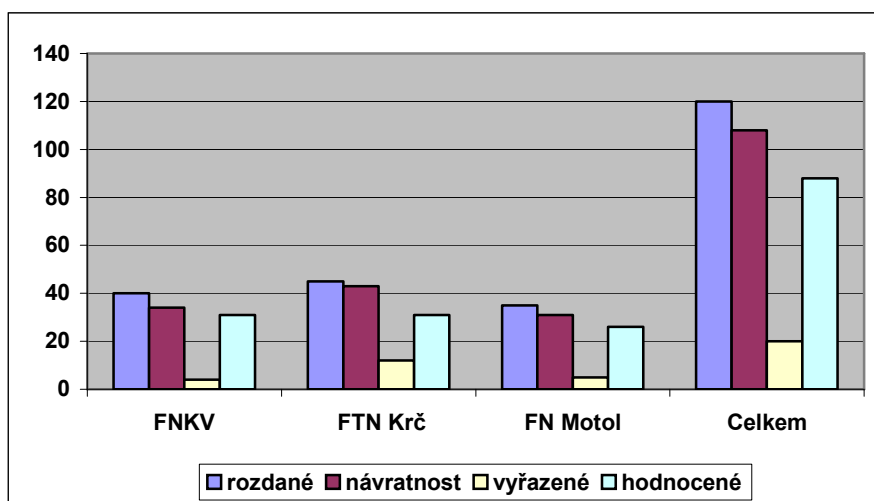
Návratnost dotazníků byla 108.

20 dotazníků bylo nutno vyřadit pro neúplné či chybné vyplnění, celkově tedy bylo hodnoceno 88 dotazníků. (Tab.1 a graf 1)

Tab. 1 Počet dotazníků

Dotazníky	FNKV	FTN Krč	FN Motol	Celkem
Rozdané	40	45	35	120
Vrácené	34	43	31	108
Vyřazené	4	12	5	20
Hodnocené	31	31	26	88

Graf 1 Počet dotazníků



2.4 Výsledky výzkumu

V této části práce se věnuji zhodnocení odpovědí jednotlivých otázek.

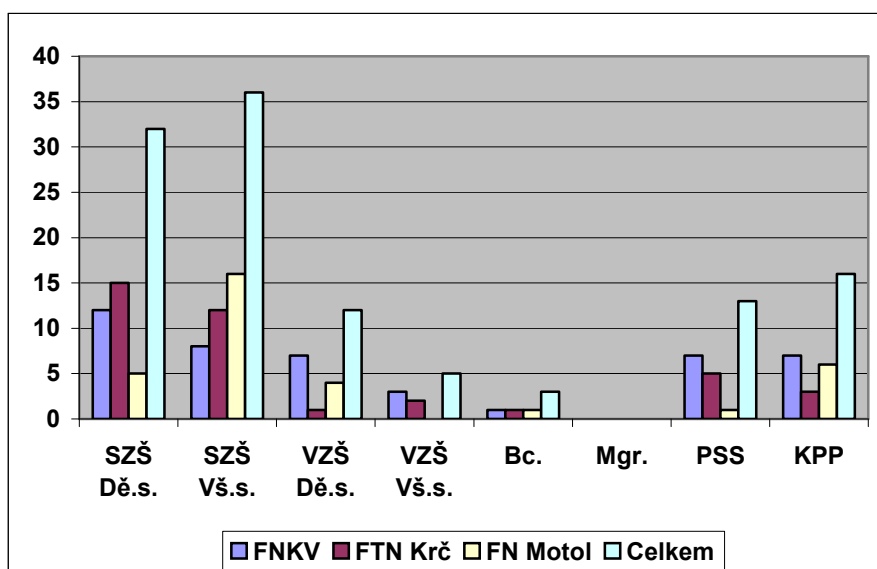
Pro přehlednost uvádím tabulky a grafy.

Otázka č. 1 Vaše nejvyšší dosažené vzdělání ?

Tab. 2 Vzdělání

1	FNKV	FTN Krč	FN Motol	Celkem	%
SZŠ Dě.s.	12	15	5	32	36%
SZŠ Vš.s.	8	12	16	36	41%
VZŠ Dě.s.	7	1	4	12	14%
VZŠ Vš.s.	3	2	0	5	6%
Bc.	1	1	1	3	3%
Mgr.	0	0	0	0	0%
PSS	7	5	1	13	15%
KPP	7	3	6	16	18%

Graf 2 Vzdělání



Komentář :

41 % sester má střední zdravotnickou školu, obor všeobecná sestra.

36 % sester má střední zdravotnickou školu, obor dětská sestra.

20% sester má vyšší zdravotnickou školu, z toho 14% obor dětská sestra a 6% obor všeobecná sestra. 3% sester mají vysokoškolské bakalářské vzdělání.

18% všeobecných sester má kurz psychologie a pedagogiky dítěte.(KPP)

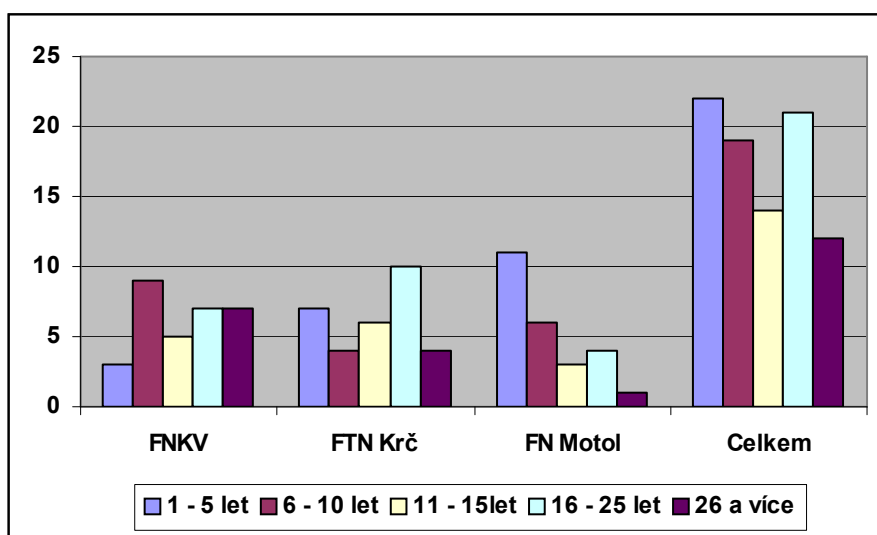
15% sester má specializační vzdělání se zaměřením na ošetřování dětí a dorostu.(PSS)

Otázka č. 2 Délka Vaší praxe ?

Tab. 3 Délka praxe

2	FNKV	FTN Krč	FN Motol	Celkem	%
1 - 5 let	3	7	11	22	25%
6 - 10 let	9	4	6	19	22%
11 - 15let	5	6	3	14	16%
16 - 25 let	7	10	4	21	24%
26 a více	7	4	1	12	13%

Graf 3 Délka praxe



Komentář :

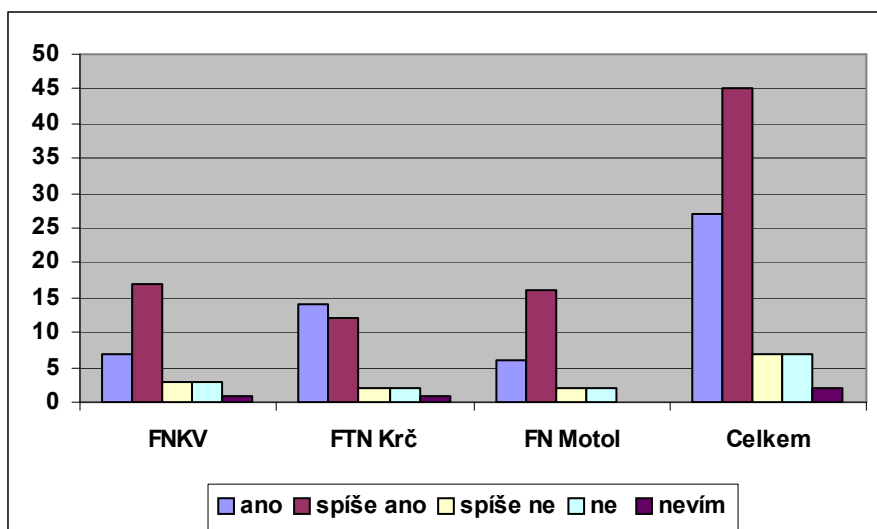
25% procent dotazovaných sester uvedlo délku praxe 1 – 5 let,
24 % sester 16 – 25 let, 22% sester 6 – 10 let, 16% sester 11 – 15 let a
13% sester má praxi více jak 26 let.

Otázka č. 3 Domníváte se, že by se doprovody k dětem měly automaticky přijímat ?

Tab. 4 Měly by se doprovody přijímat ?

3	FNKV	FTN Krč	FN Motol	Celkem	%
ano	7	14	6	27	31%
spíše ano	17	12	16	45	51%
spíše ne	3	2	2	7	8%
ne	3	2	2	7	8%
nevím	1	1	0	2	2%

Graf 4 Měly by se doprovody přijímat ?



Komentář :

51% sester je spíše pro přijímání doprovodů, 31% sester odpovědělo ano.

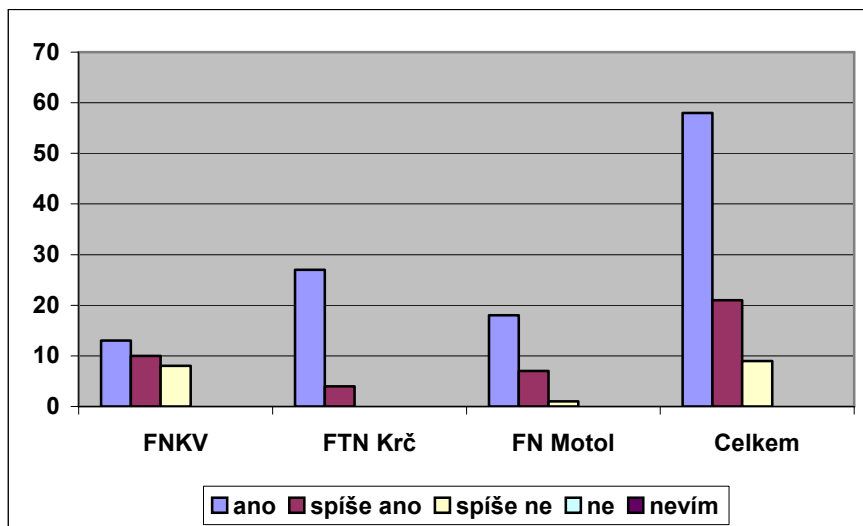
8% sester uvedlo, že spíše ne a 8% ne. 2% sester neví.

Otázka č. 4 Nabízíte na Vašem pracovišti doprovodům tuto možnost ?

Tab. 5 Možnost přijetí s dítětem ?

4	FNKV	FTN Krč	FN Motol	Celkem	%
ano	13	27	18	58	66%
spíše ano	10	4	7	21	24%
spíše ne	8	0	1	9	10%
ne	0	0	0	0	0%
nevím	0	0	0	0	0%

Graf 5 Možnost přijetí s dítětem ?



Komentář :

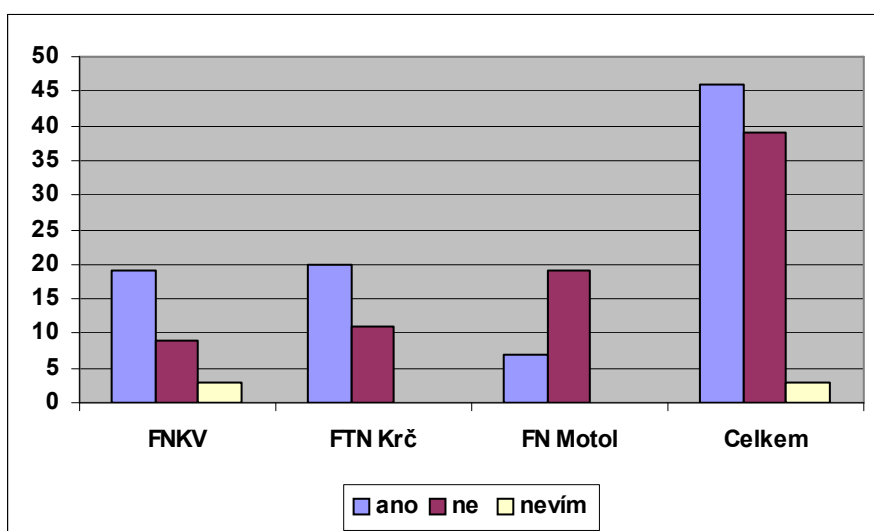
66% sester uvedlo, že na jejich pracovišti přijetí doprovodu nabízí, 24% sester uvedlo, že spíše ano a 10% sester odpovědělo, že ne. Záporné odpovědi uvedly hlavně sestry z FNKV.

Otázka č. 5 Jsou na Vašem pracovišti nějaká kritéria pro přijímání doprovodů ?

Tab. 6 Máte nějaká kritéria ?

	5	FNKV	FTN	Krč	FN Motol	Celkem	%
ano		19	20		7	46	53%
ne		9	11		19	39	44%
nevím		3	0		0	3	3%

Graf 6 Máte nějaká kritéria ?



Komentář :

53% sester uvedlo, že žádná kritéria pro přijímání doprovodů nejsou.

44% sester uvedlo, že kritéria mají, jako nejčastější byla uváděna tato => viz tab. 7 .

3% sester odpověděla nevím.

Tab. 7 Kritéria

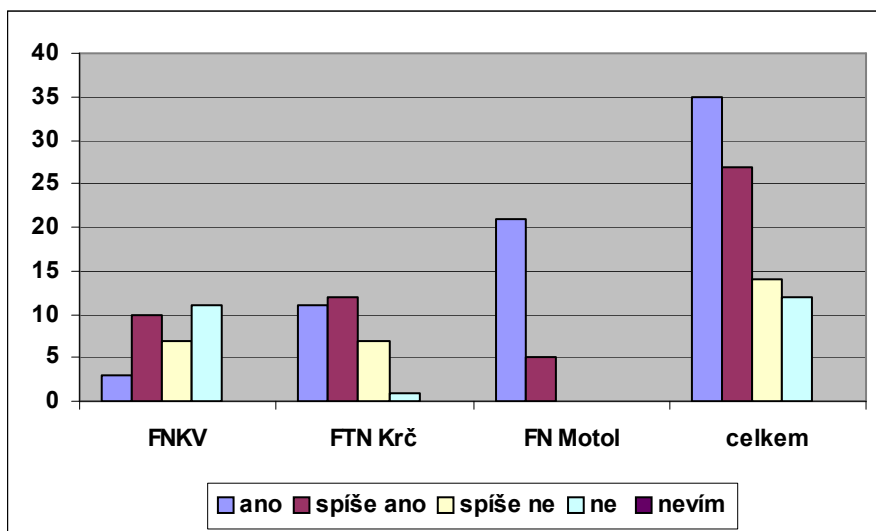
Kritéria	FNKV	FTN Krč	FN Motol	Celkem
kapacita míst	4	6	4	14x
Věk do 6 let	1	10	1	12x
kojící matky	11	4	1	16x
Dg/stav/postižení	1	8	1	10x

Otázka č. 6 Pokud není nikdo z rodiny přijat jako doprovod, má možnost neomezených návštěv během dne, případně i v noci ?

Tab. 8 Možnost neomezených návštěv

6	FNKV	FTN Krč	FN Motol	celkem	%
ano	3	11	21	35	40%
spíše ano	10	12	5	27	31%
spíše ne	7	7	0	14	16%
ne	11	1	0	12	13%
nevím	0	0	0	0	0%

Graf 7 Možnost neomezených návštěv



Komentář :

40% sester uvedlo, že rodiče mají možnost neomezených návštěv,

31% sester uvedlo, že spíše ano.

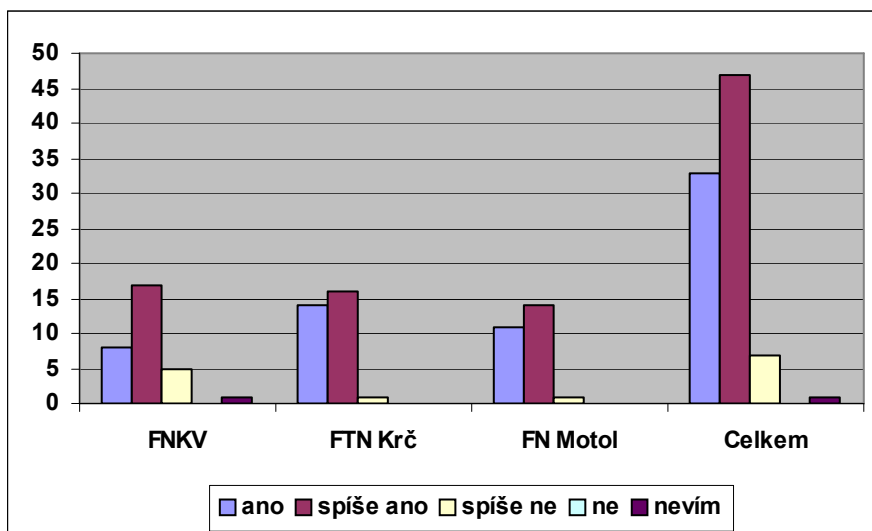
16% sester odpovědělo, že spíše ne a 13% sester uvedlo, že rodiče tuto možnost nemají.

Otázka č. 7a) Myslíte si, že má přítomnost doprovodu pozitivní vliv na psychický stav dítěte ?

Tab. 9 Vliv doprovodu na psychiku

7a	FNKV	FTN Krč	FN Motol	Celkem	%
ano	8	14	11	33	38%
spíše ano	17	16	14	47	53%
spíše ne	5	1	1	7	8%
ne	0	0	0	0	0%
nevím	1	0	0	1	1%

Graf 8 Vliv doprovodu na psychiku



Komentář :

Většina sester vidí pozitivní vliv doprovodu na psychiku dítěte.

53% sester odpovědělo spíše ano, 38% sester ano,

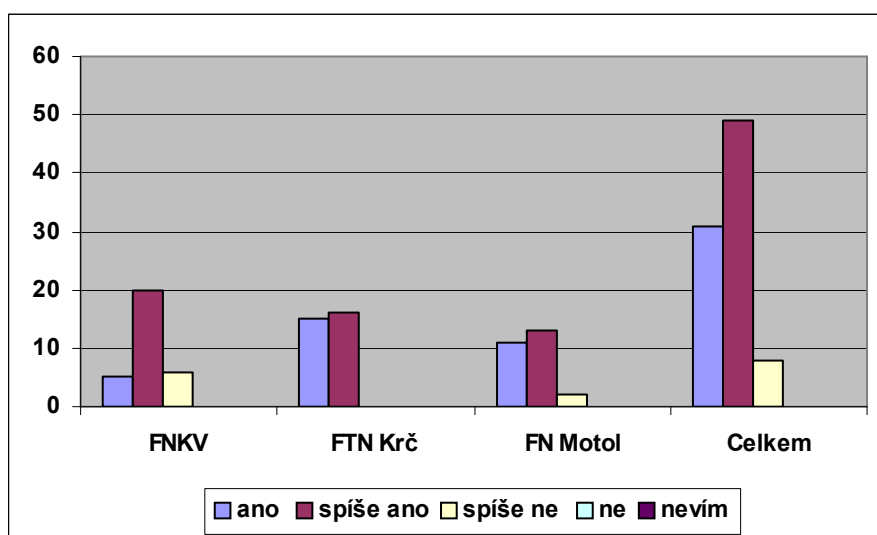
8% sester uvedlo, že spíše ne a 1% odpovědělo nevím.

Otázka č. 7b) Má přítomnost doprovodu přínos i pro Vaši práci ?

Tab. 10 Přínos pro práci sester

7b	FNKV	FTN Krč	FN Motol	Celkem	%
ano	5	15	11	31	35%
spíše ano	20	16	13	49	56%
spíše ne	6	0	2	8	9%
ne	0	0	0	0	0%
nevím	0	0	0	0	0%

Graf 9 Přínos pro práci sester



Komentář :

56% sester odpovědělo, že přítomnost doprovodu spíše má přínos pro jejich práci, 35% odpovědělo kladně a 9% sester uvedlo spíše ne.

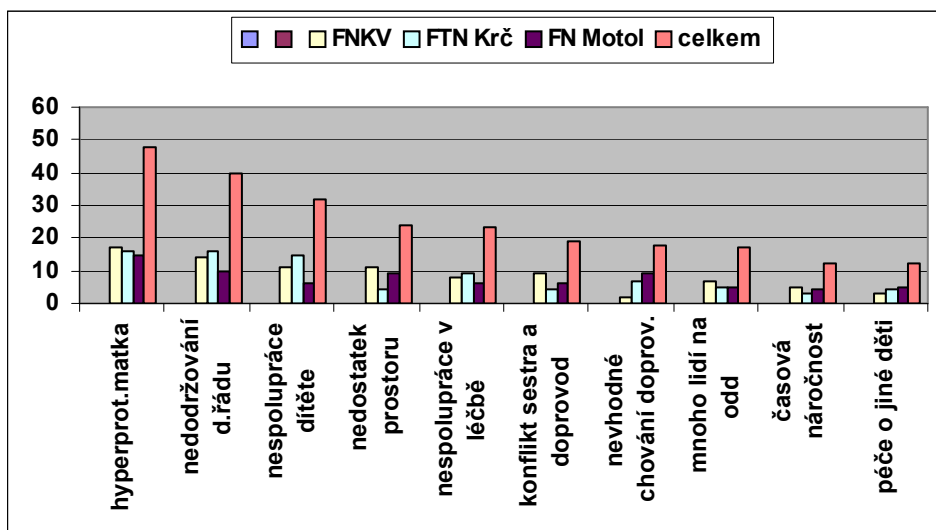
Otázka č. 8 Přijímání doprovodů může přinášet i problémy.

S jakými se nejčastěji setkáváte ? Co Vám nejvíce vadí ?

Tab. 11 Problémy s doprovody

8	FNKV	FTN Krč	FN Motol	celkem
Hyperprotektivní matka	17	16	15	48x
nedodržování dom. řádu	14	16	10	40x
nespolupráce dítěte	11	15	6	32x
nedostatek prostoru	11	4	9	24x
nespolupráce v léčbě	8	9	6	23x
konflikt sestra a doprovod	9	4	6	19x
nevhodné chování doprovodu	2	7	9	18x
mnoho lidí na oddělení	7	5	5	17x
časová náročnost	5	3	4	12x
péče o jiné děti	3	4	5	12x

Graf 10 Problémy s doprovody



Komentář :

Jako nejproblématictější oblasti sestry uvedly :

hyperprotektivní matky 48x, nedodržování domácího řádu oddělení 40x a nespolutpráce dítěte v přítomnosti sestry 32x.

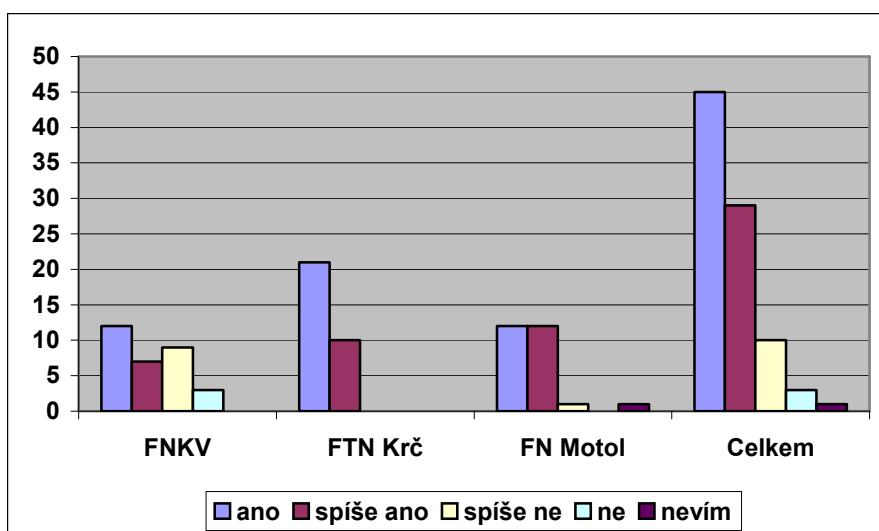
Na dalších místech se umístily tyto problémy viz. Tab. 11.

Otázka č. 9 Domníváte se, že doprovodům poskytnete na Vašem pracovišti dostatečné informace o všem, co potřebují znát a co je zajímavé ?

Tab. 12 Dostatek informací

9	FNKV	FTN Krč	FN Motol	Celkem	%
ano	12	21	12	45	51%
spíše ano	7	10	12	29	34%
spíše ne	9	0	1	10	11%
ne	3	0	0	3	3%
nevím	0	0	1	1	1%

Graf 11 Dostatek informací



Komentář :

51% sester se domnívá, že doprovodům poskytnete dostatek informací, 34% sester odpovědělo spíše ano, 11% odpovědělo spíše ne a 3% ne. 1% sester neví.

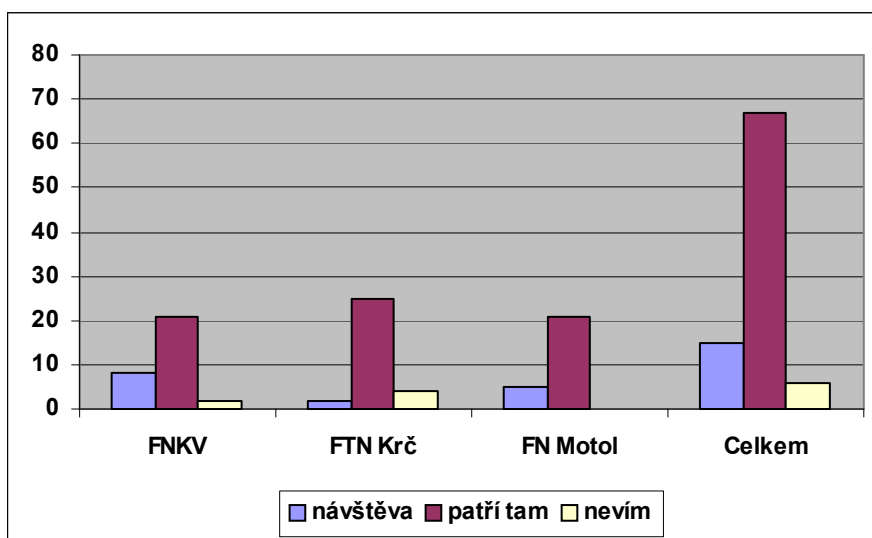
Otázka č. 10 Jak vnímáte přítomnost rodičů na oddělení ?

Spíše jako návštěvu a tudíž mají možnost omezeného kontaktu nebo někoho, kdo k dítěti neodmyslitelně patří a měl by mít možnost neomezeného kontaktu ?

Tab. 13 Vnímání rodičů

	FNKV	FTN Krč	FN Motol	Celkem	%
návštěva	8	2	5	15	17%
patří tam	21	25	21	67	76%
nevím	2	4	0	6	7%

Graf 12 Vnímání rodičů



Komentář :

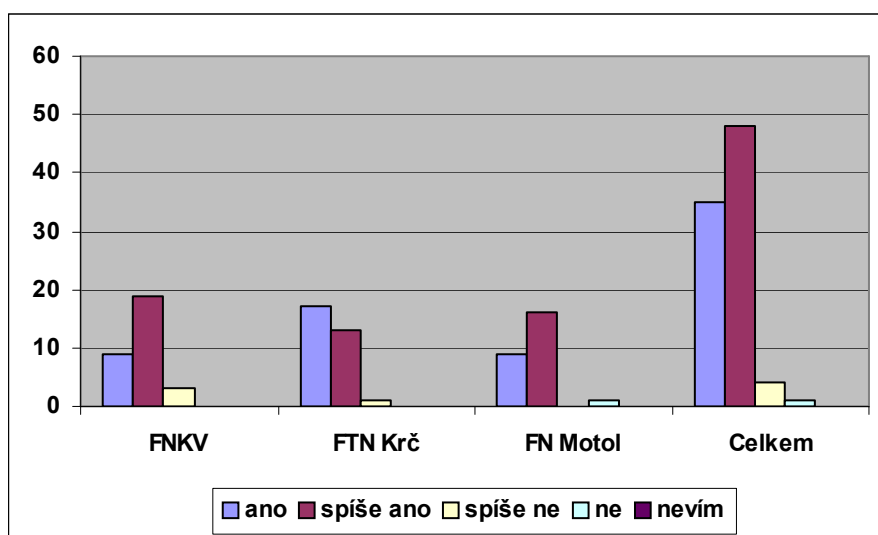
76% sester se domnívá, že rodiče k dítěti patří, 17% sester je považuje za návštěvu a 7% sester odpovědělo nevím.

Otázka č. 11 Přistupujete k rodičům jako partnerům ?

Tab. 14 Partnerský přístup

11	FNKV	FTN Krč	FN Motol	Celkem	%
ano	9	17	9	35	40%
spíše ano	19	13	16	48	54,5%
spíše ne	3	1	0	4	4,5%
ne	0	0	1	1	1%
nevím	0	0	0	0	0%

Graf 13 Partnerský přístup



Komentář :

54,5% sester odpovědělo, že spíše přistupuje k rodičům jako k partnerům, 40% sester odpovědělo kladně.

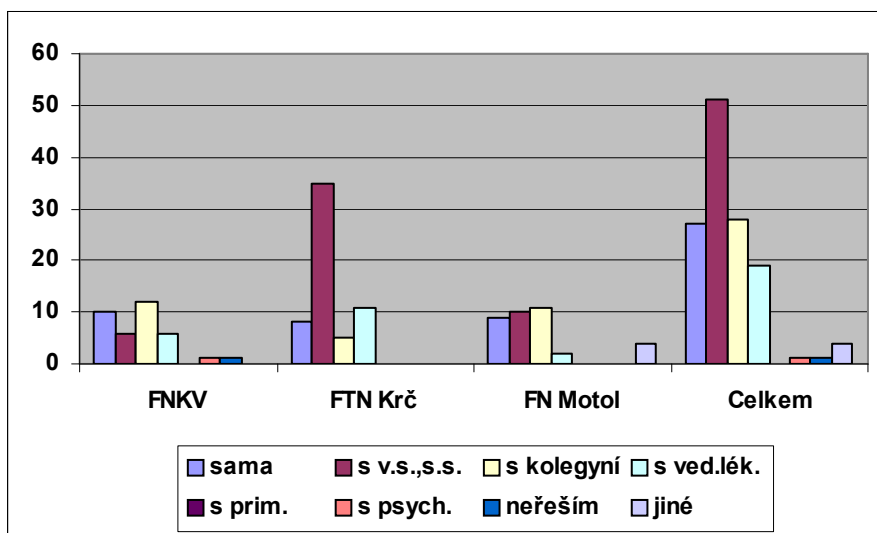
4,5% sester odpovědělo spíše ne a 1% ne.

Otázka č. 12 Pokud k problémům či konfliktním situacím dochází, řešíte je ?

Tab. 15 Řešení konfliktů

12	FNKV	FTN Krč	FN Motol	Celkem
sama	10	8	9	27x
s vrchní.s.,staniční.s.	6	35	10	51x
s kolegyní	12	5	11	28x
s vedoucím lékařem	6	11	2	19x
s primářem	0	0	0	0x
s psychologem	1	0	0	1x
neřeším	1	0	0	1x
jiné	0	0	4	4x

Graf 14 Řešení konfliktů



Komentář :

Nejčastější variantou řešení problémů bylo se staniční event. vrchní sestrou, celkem 51x, na dalším místě sestry uvedly řešení s kolegyní 28x nebo sama 27x, s vedoucím lékařem 19x, 1x se objevilo řešení s psychologem a v jednom případě odpověď neřeším.

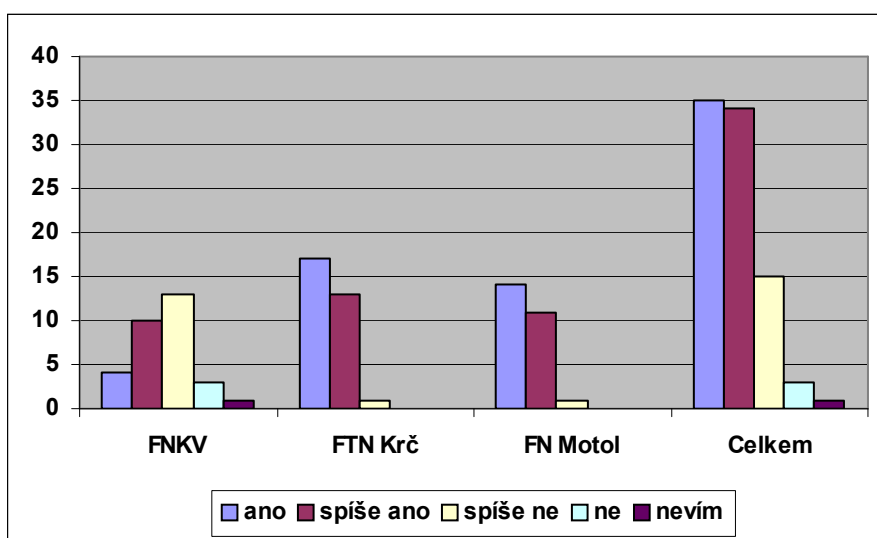
4x byla vybrána varianta jiné – např. s lékařem ve službě, ošetřujícím lékařem, či dle situace.

Otázka č. 13 Myslíte si, že je Vaše pracoviště nakloněno k přijímání doprovodů?

Tab. 16 Postoj pracoviště

13	FNKV	FTN Krč	FN Motol	Celkem	%
ano	4	17	14	35	40%
spíše ano	10	13	11	34	39%
spíše ne	13	1	1	15	17%
Ne	3	0	0	3	3%
Nevím	1	0	0	1	1%

Graf 15 Postoj pracoviště



Komentář :

40% sester uvedlo, že jejich pracoviště je nakloněno k přijímání doprovodů, 39% sester odpovědělo, že spíše ano.

17% sester uvedlo spíše ne a 3% sester odpověděla ne. 1% sester neví.

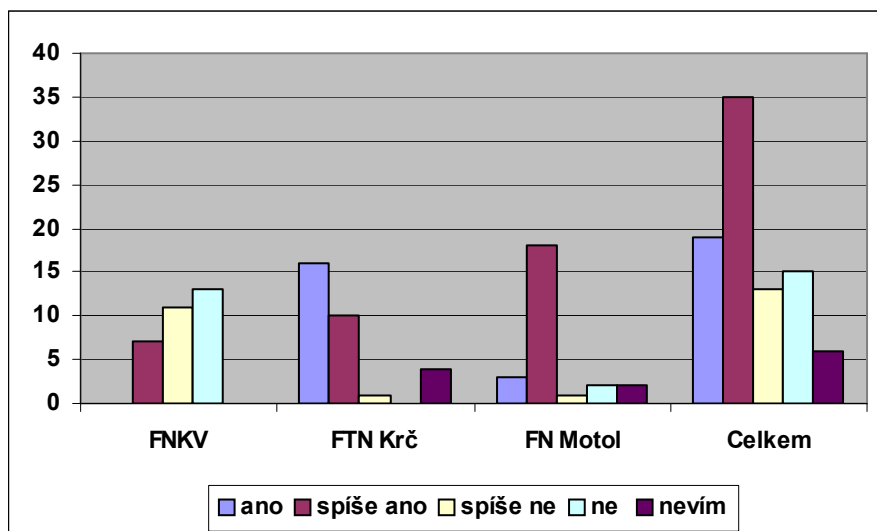
Zajímavý je rozdíl mezi sestrami z FNKV, které mají pocit, že jejich pracoviště doprovodům nakloněna nejsou a ostatními FN.

**Otázka č. 14 Jsou v myšlence, zda doprovody přijímat či nikoliv,
všichni lékaři a sestry na Vašem pracovišti jednotní ?**

Tab. 17 Jednotný přístup

14	FNKV	FTN Krč	FN Motol	Celkem	%
ano	0	16	3	19	21%
spíše ano	7	10	18	35	40%
spíše ne	11	1	1	13	15%
ne	13	0	2	15	17%
nevím	0	4	2	6	7%

Graf 16 Jednotný přístup



Komentář :

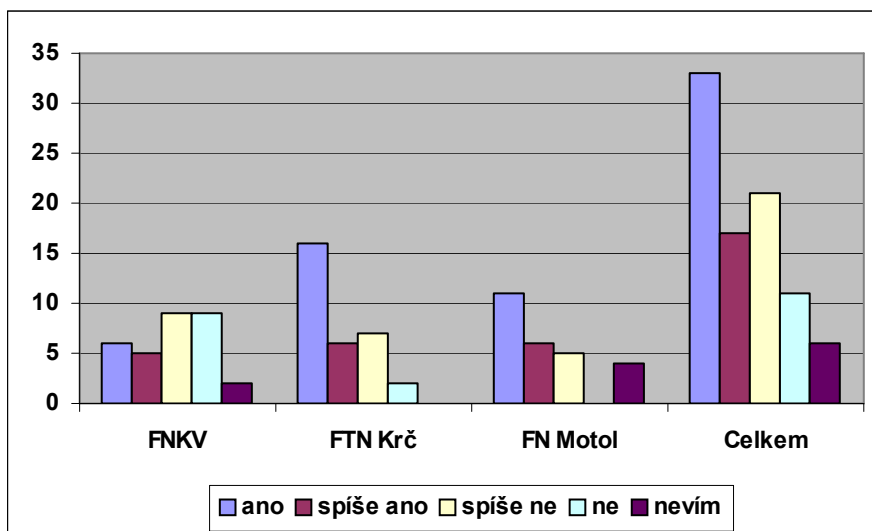
40% sester uvedlo, že lékaři a sestry jsou spíše jednotní, 21% odpovědělo kladně, 17% sester odpovědělo ne a 15% spíše ne. 7% sester neví.

Otázka č. 15 Hovoříte o této problematice na Vašich provozních schůzích ?

Tab. 18 Diskuse o problematice

15	FNKV	FTN Krč	FN Motol	Celkem	%
ano	6	16	11	33	37,5%
spíše ano	5	6	6	17	19%
spíše ne	9	7	5	21	24%
ne	9	2	0	11	12,5%
nevím	2	0	4	6	7%

Graf 17 Diskuse o problematice



Komentář :

37,5% sester uvedlo, že hovoří o problematice rodičů na provozních schůzích, 24% sester uvedlo, že spíše ne, 19% sester odpovědělo, že spíše ano a 12,5% sester odpovědělo ne. 7% sester neví.

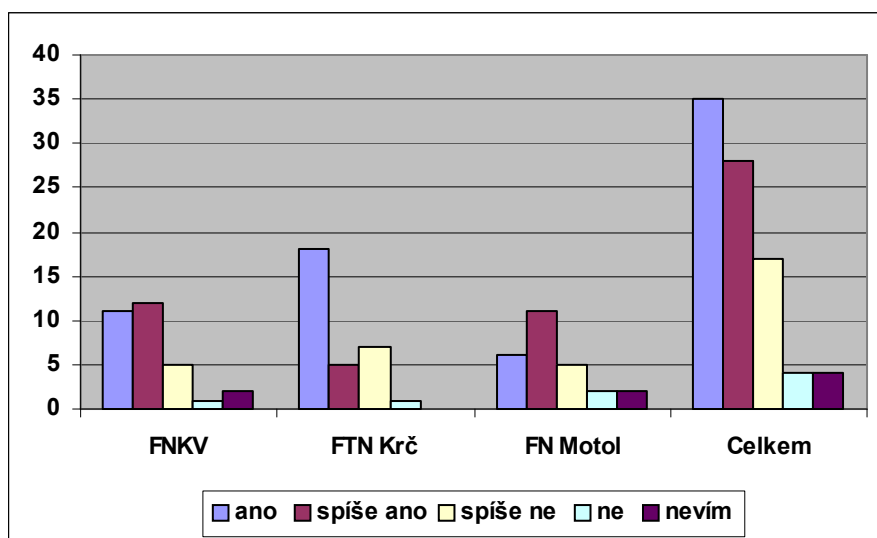
Otázka č. 16 Cítíte potřebu o této problematice hovořit ?

**/ názory ostatních, jejich zkušenosti, možnosti řešení,
změny, novinky /**

Tab. 19 Potřeba diskuse

16	FNKV	FTN Krč	FN Motol	Celkem	%
ano	11	18	6	35	40%
spíše ano	12	5	11	28	32%
spíše ne	5	7	5	17	19%
ne	1	1	2	4	4,5%
nevím	2	0	2	4	4,5%

Graf 18 Potřeba diskuse



Komentář :

40% sester má potřebu o této problematice hovořit, 32% sester uvedlo, že spíše ano, 19% sester uvedlo, že spíše ne a 4,5% ne a stejný počet sester neví.

Otázka č. 17 Slyšeli jste již někdy pojem *family - centred care* ?

Co si pod tímto pojmem představujete ?

Tab. 20 Znalost *family-centred care*

	17	FNKV	FTN Krč	FN Motol	Celkem	%
ano	5	1	6	12	14%	
ne	26	30	20	76	86%	

Komentář :

86% sester tento termín nikdy neslyšelo, 14% sester uvedlo, že slyšelo.

V odpovědích se nejčastěji objevovala tato vysvětlení :

- centrum rodinné péče 5x
- rodinná péče 4x
- spolupráce s rodiči, jejich začlenění do péče 4x
- rodinná péče 2x
- péče zaměřená na rodinu 2x

Otázka č. 18 Máte nějaký návrh jak by se péče o dětské pacienty dala vylepšit, co by i Vám pomohlo ve Vaší práci ?
/ O čem jste slyšeli, četli, zažili na jiných pracovištích /

Tab. 21 Návrhy na zlepšení

18	FNKV	FTN	Krč	FN Motol	Celkem	%
nic nevedlo	13	22		14	49	56%

Tab. 22 Návrhy na zlepšení

Herna	10x
Herní specialista	7x
Psycholog	7x
Větší prostory	7x
Více personálu	5x
Učitelky mateřské školy	3x
Více pomocného personálu	2x
Jednotný přístup, týmová spolupráce	2x
Stavební úpravy/moderní pracoviště	2x
Učebna, tělocvična na RHB	1x
Více pokojů pro matky s dětmi	1x
PC-internet pro děti	1x
Vyčleněný pracovník pro doprovody	1x
Zlepšení komunikace sestra-lékař sestra-doprovod	1x
Nadstandardní pokoje	1x
Vybavení pokojů, více pomůcek	1x
Barevné povlečení, místnost pro matky	1x

Komentář :

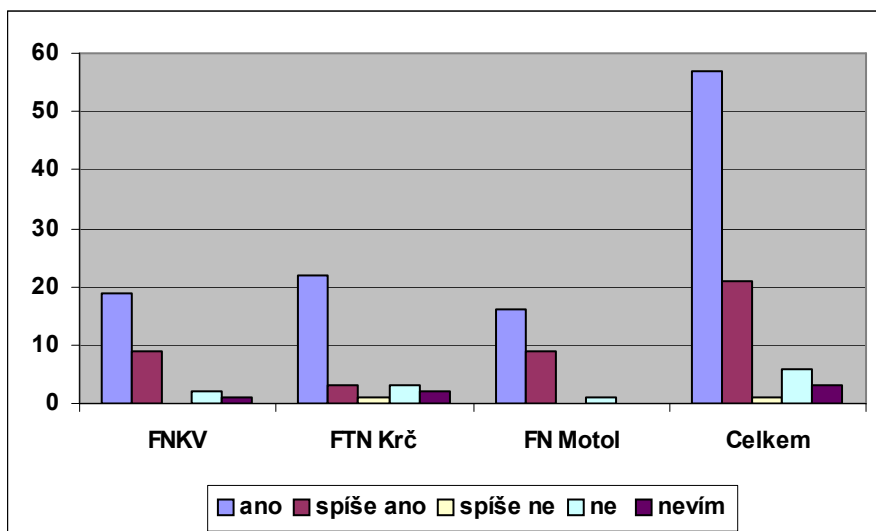
56% sester se nevyjádřilo, zbylých 44% uvedlo některou v výše uvedených možnostech v tabulce 22 .

**Otázka č. 19a) Uvítali byste na Vašem pracovišti spolupráci
1/ herního specialisty ?**

Tab. 23 Zájem o herního specialistu

19a/1	FNKV	FTN Krč	FN Motol	Celkem	%
ano	19	22	16	57	65%
spíše ano	9	3	9	21	24%
spíše ne	0	1	0	1	1%
ne	2	3	1	6	7%
nevím	1	2	0	3	3%

Graf 19 Zájem o herního specialistu



Komentář :

65% sester by uvítalo spolupráci s herním specialistou.

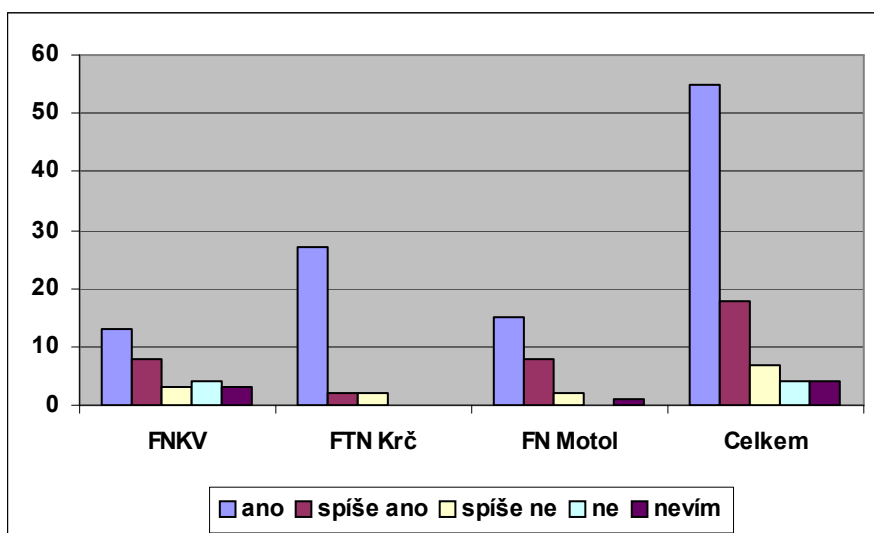
24% sester odpovědělo, že spíše ano, 7% sester ne, 3% neví a 1% sester se vyjádřilo, že spíše ne.

**Otázka č. 19a) Uvítali byste na Vašem pracovišti spolupráci
2/ dobrovolníků ?**

Tab. 24 Zájem o dobrovolníky

19a/2	FNKV	FTN Krč	FN Motol	Celkem	%
ano	13	27	15	55	62,5%
spíše ano	8	2	8	18	20,5%
spíše ne	3	2	2	7	8%
ne	4	0	0	4	4,5%
nevím	3	0	1	4	4,5%

Graf 20 Zájem o dobrovolníky



Komentář :

62,5% sester by uvítalo spolupráci dobrovolníků, 20,5% sester je spíše pro.

8% sester odpovědělo spíše ne, 4,5% sester odpověděla ne a stejný počet sester tj. 4,5% neví.

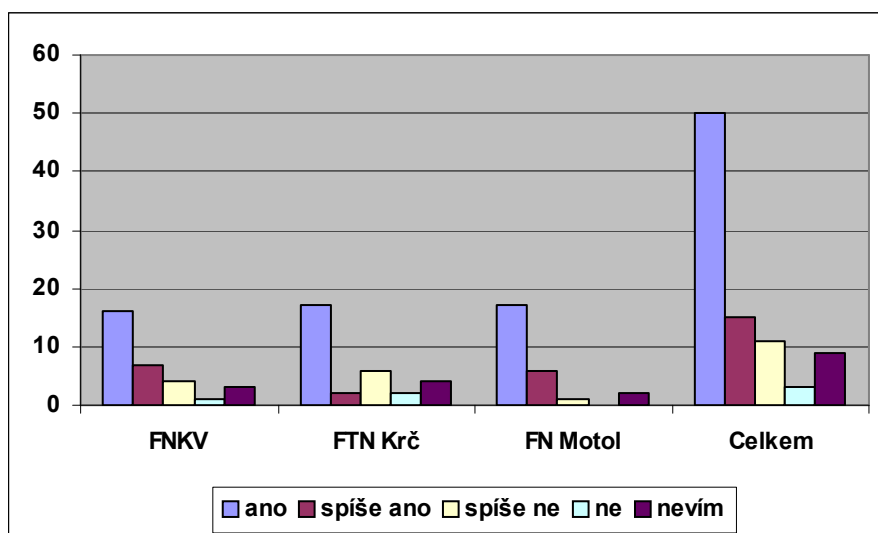
Otázka č. 19a) Uvítali byste na Vašem pracovišti spolupráci

3/ psychologa ?

Tab. 25 Zájem o psychologa

19a/3	FNKV	FTN Krč	FN Motol	Celkem	%
ano	16	17	17	50	57%
spíše ano	7	2	6	15	17%
spíše ne	4	6	1	11	13%
ne	1	2	0	3	3%
nevím	3	4	2	9	10%

Graf 21 Zájem o psychologa



Komentář :

57% sester je pro spolupráci psychologa, 17% sester odpovědělo spíše ano, 13% sester spíše ne. 10% sester neví a 3% sester se vyjádřila pro ne.

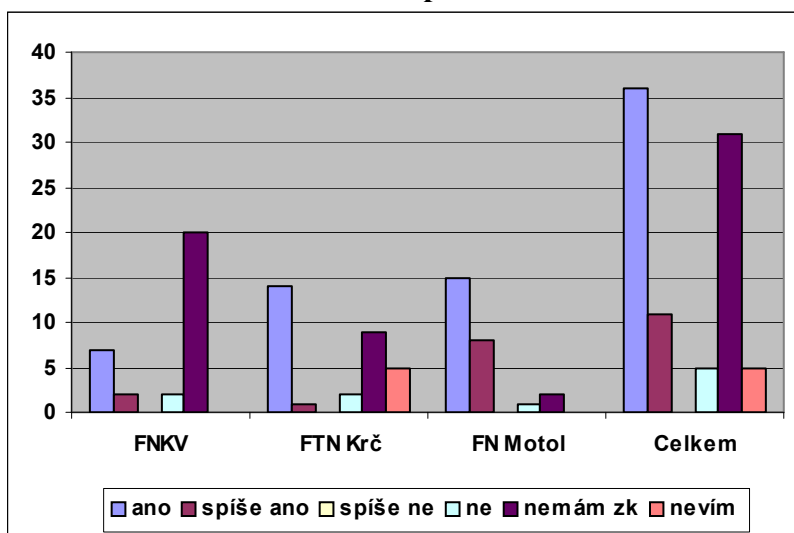
Otázka č. 19b) Pokud s některými z nich máte zkušenosti, doporučili byste je ?

1/ herní specialista

Tab. 26 Zkušenost s herním specialistou

19b/1	FNKV	FTN Krč	FN Motol	Celkem	%
Ano	7	14	15	36	41%
spíše ano	2	1	8	11	12%
spíše ne	0	0	0	0	0%
ne	2	2	1	5	6%
nemám zk.	20	9	2	31	35%
nevím	0	5	0	5	6%

Graf 22 Zkušenost s herním specialistou



Komentář :

41% sester by herní specialisty doporučilo, 35% sester s nimi nemá žádnou zkušenost, 12% sester je spíše pro spolupráci.

6% sester by herní specialisty nedoporučilo a 6% sester neví.

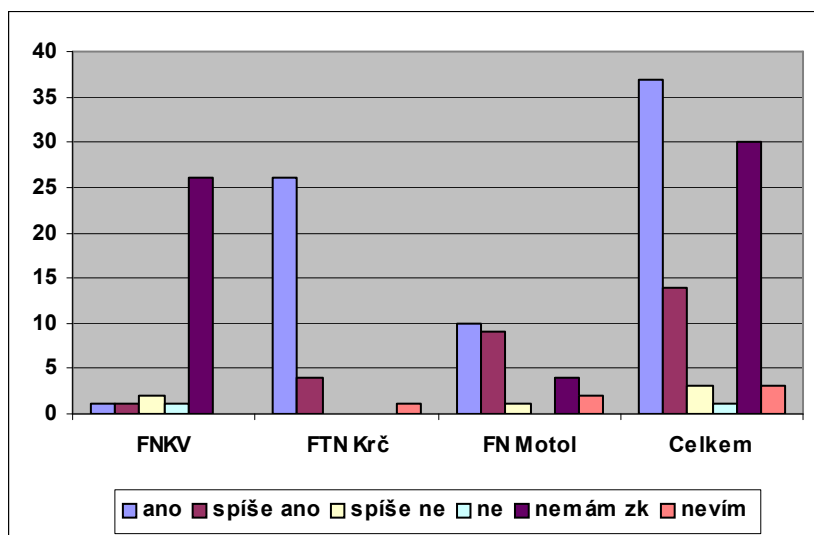
Pro doplnění uvádím, že herní specialista funguje ve FN Motol, ve FTN měla začít spolupráce letos na jaře a ve FNKV není.

Otázka č. 19b) Pokud s některými z nich máte zkušenost, doporučili byste je ?
2/ dobrovolníci

Tab. 27 Zkušenost s dobrovolníky

19b/2	FNKV	FTN Krč	FN Motol	Celkem	%
ano	1	26	10	37	42%
spíše ano	1	4	9	14	16%
spíše ne	2	0	1	3	3%
ne	1	0	0	1	1%
nemám zk.	26	0	4	30	35%
nevím	0	1	2	3	3%

Graf 23 Zkušenost s dobrovolníky



Komentář :

42% sester by dobrovolníky doporučilo, 35% sester s nimi nemá žádné zkušenosti, 16% sester je spíše pro.

3% sester odpověděla spíše ne a 1% ne. 3% sester neví.

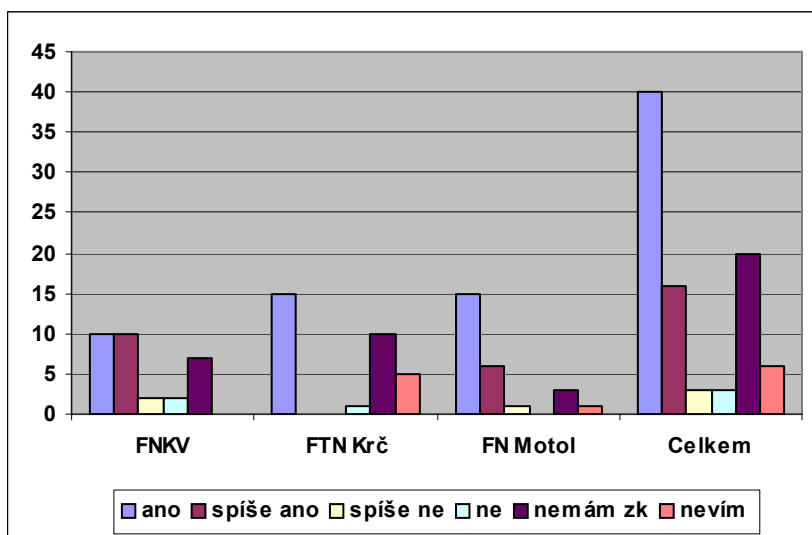
Pro doplnění uvádím, že dobrovolnická centra spolupracují s FTN v Krči a FN Motol. Ve FNKV zatím spolupráce s dobrovolníky není.

Otázka č. 19b) Pokud s některými z nich máte zkušenosti, doporučili byste je ?
3/ psycholog

Tab. 28 Zkušenost s psychologem

19b/3	FNKV	FTN Krč	FN Motol	Celkem	%
ano	10	15	15	40	46%
spíše ano	10	0	6	16	18%
spíše ne	2	0	1	3	3%
ne	2	1	0	3	3%
nemám zk	7	10	3	20	23%
nevím	0	5	1	6	7%

Graf 24 Zkušenost s psychologem



Komentář :

46% sester by spolupráci s psychologem doporučilo, 23% sester s ním nemá zkušenosti, 18% sester je spíše pro spolupráci. 3% sester odpověděla spíše ne a stejný počet ne. 6% sester neví. Na většině oddělení je psycholog k dispozici pouze na vyžádání.

**Otázka č. 20 Dodržuje se na Vašem pracovišti Charta práv dětí
v nemocnici ?**

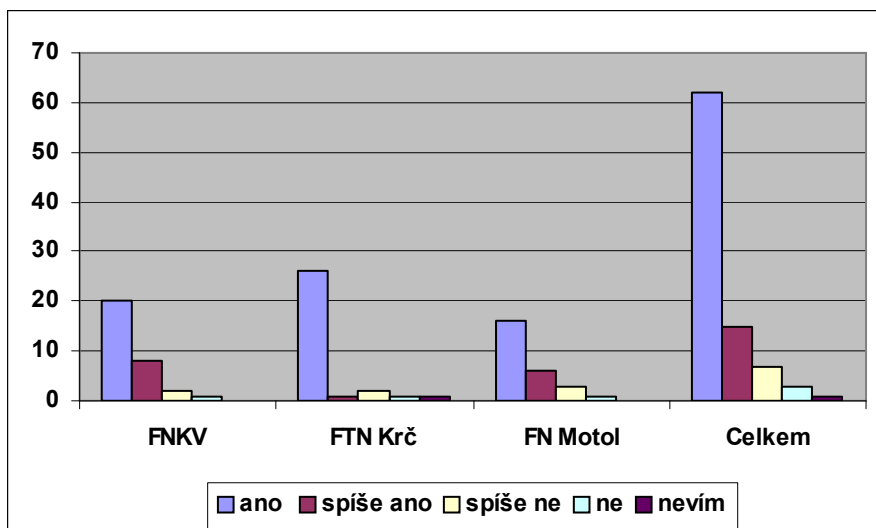
**/ Vyjádřete se k jednotlivým bodům tak, jak to vnímáte
Vy sama/sám /**

**20/1 Děti mají být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče,
kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta
v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení.**

Tab. 29 Dodržování 1. práva

20.1	FNKV	FTN Krč	FN Motol	Celkem	%
ano	20	26	16	62	71%
spíše ano	8	1	6	15	17%
spíše ne	2	2	3	7	8%
ne	1	1	1	3	3%
nevím	0	1	0	1	1%

Graf 25 Dodržování 1. práva



Komentář :

71% sester uvedlo, že se toto právo dětí na jejich pracovišti dodržuje.

17% uvedlo, že spíše ano, 8% sester odpovědělo, že spíše ne a

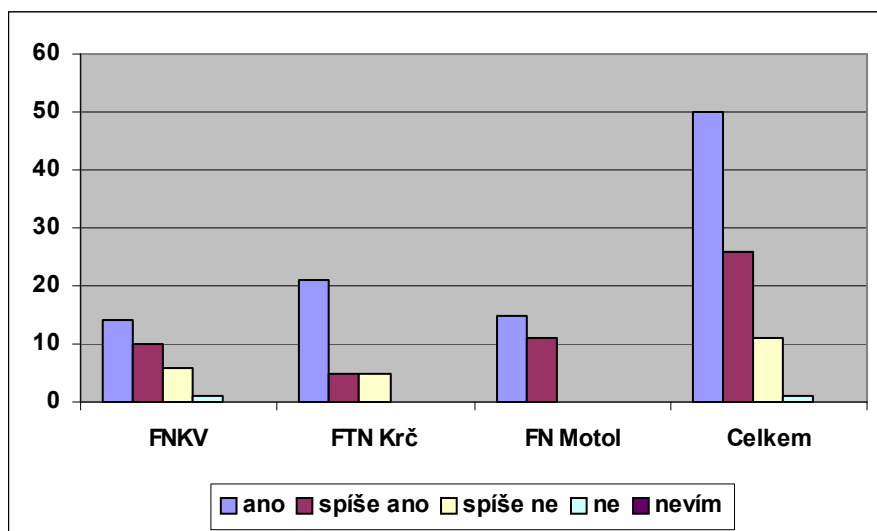
3% odpověděla ne. 1% sester neví.

20/2 Děti v nemocnici mají mít právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, by se mělo rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzování k aktivní účasti na něm.

Tab. 30 Dodržování 2. práva

20.II	FNKV	FTN Krč	FN Motol	Celkem	%
ano	14	21	15	50	57%
spíše ano	10	5	11	26	29,5%
spíše ne	6	5	0	11	12,5%
ne	1	0	0	1	1%
nevím	0	0	0	0	0%

Graf 26 Dodržování 2. práva



Komentář :

57% sester uvedlo, že se toto právo dětí na jejich odděleních dodržuje.

29,5% sester odpovědělo spíše ano.

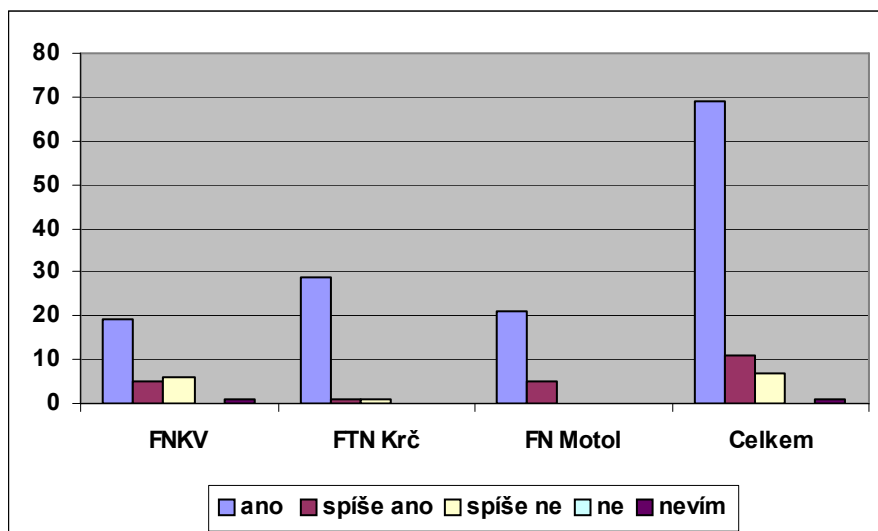
12,5% sester uvedlo spíše ne a pro ne se vyjádřilo 1% .

20/3 Děti a/nebo jejich rodiče mají právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Mají mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.

Tab. 31 Dodržování 3. práva

20.III	FNKV	FTN Krč	FN Motol	Celkem	%
ano	19	29	21	69	78%
spíše ano	5	1	5	11	13%
spíše ne	6	1	0	7	8%
ne	0	0	0	0	0%
nevím	1	0	0	1	1%

Graf 27 Dodržování 3. práva



Komentář :

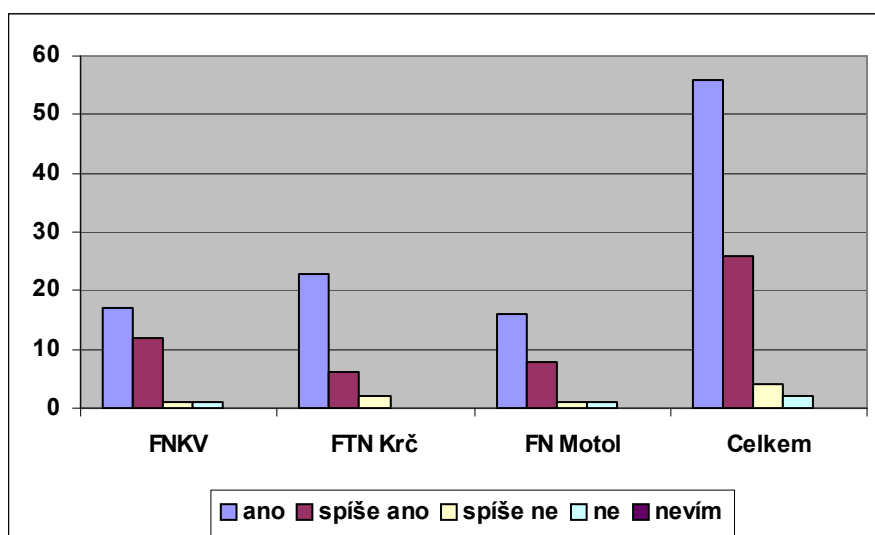
78% sester uvedlo, že se toto právo dětí dodržuje, 13% sester odpovědělo spíše ano. 8% uvedlo spíše ne a 1% sester neví.

20/4 Děti a/nebo jejich rodiče mají právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je poskytována. Každé dítě má být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné, a před zbytečnými úkony podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emocionálního rozrušení.

Tab. 32 Dodržování 4. práva

20.IV	FNKV	FTN Krč	FN Motol	Celkem	%
ano	17	23	16	56	64%
spíše ano	12	6	8	26	29,5%
spíše ne	1	2	1	4	4,5%
ne	1	0	1	2	2%
nevím	0	0	0	0	0%

Graf 28 Dodržování 4. práva



Komentář :

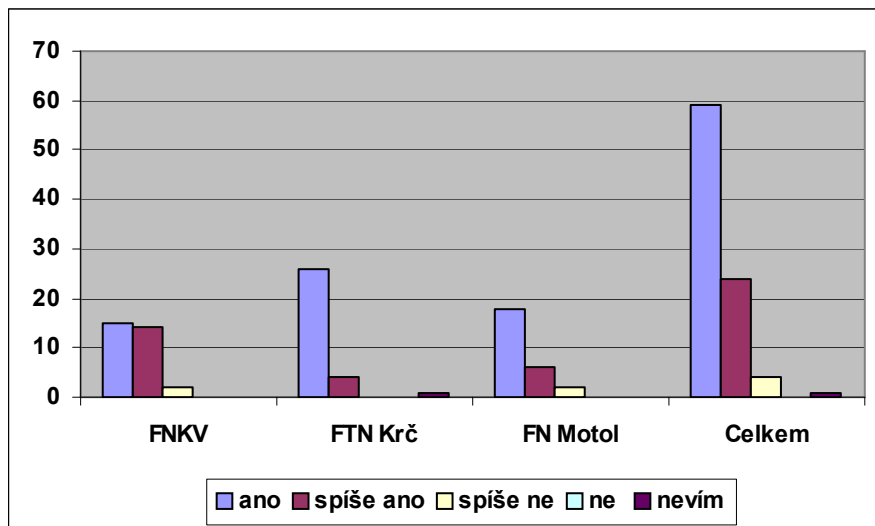
64% sester uvedlo, že se toto právo dětí na jejich pracovišti dodržuje. 29,5% sester odpovědělo spíše ano, 4,5% spíše ne a pro ne se vyjádřila 2% sester.

20/5 S dětmi se musí zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.

Tab. 33 Dodržování 5. práva

20.V	FNKV	FTN Krč	FN Motol	Celkem	%
ano	15	26	18	59	67%
spíše ano	14	4	6	24	27,5%
spíše ne	2	0	2	4	4,5%
ne	0	0	0	0	0%
nevím	0	1	0	1	1%

Graf 29 Dodržování 5. práva



Komentář :

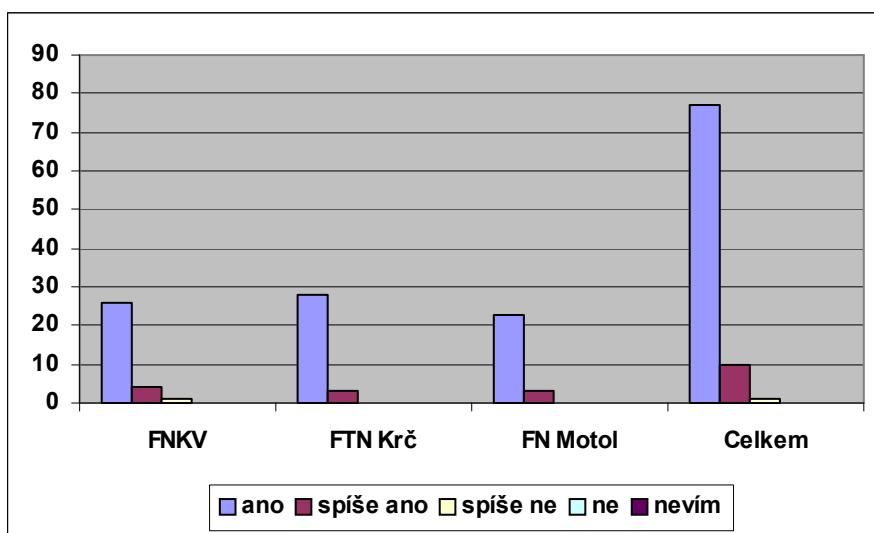
67% sester se vyjádřilo kladně, 27,5% sester odpovědělo spíše ano. 4,5% sester uvedlo spíše ne a 1% sester nevědělo.

20/6 Dětem se má dostávat péče náležitě školeného personálu, který si je plně vědom fyzických i emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny.

Tab. 34 Dodržování 6. práva

20.VI	FNKV	FTN Krč	FN Motol	Celkem	%
ano	26	28	23	77	88%
spíše ano	4	3	3	10	11%
spíše ne	1	0	0	1	1%
ne	0	0	0	0	0%
nevím	0	0	0	0	0%

Graf č. 30 Dodržování 6. práva



Komentář :

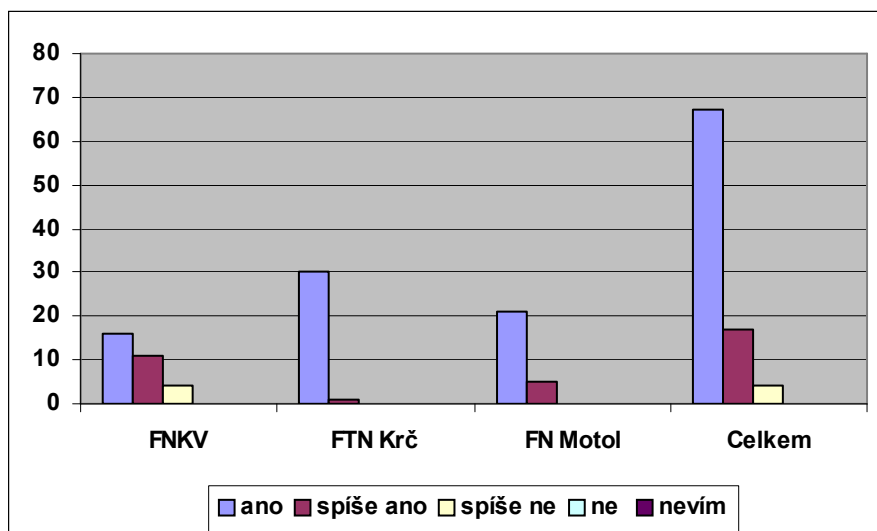
88% sester uvedlo, že se toto právo dodržuje, 11% se vyjádřilo spíše ano a 1% uvedlo spíše ne.

20/7 Děti mají možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své věci.

Tab. 35 Dodržování 7. práva

20.VII	FNKV	FTN Krč	FN Motol	Celkem	%
ano	16	30	21	67	76%
spíše ano	11	1	5	17	19,5%
spíše ne	4	0	0	4	4,5%
ne	0	0	0	0	0%
nevím	0	0	0	0	0%

Graf 31 Dodržování 7. práva



Komentář :

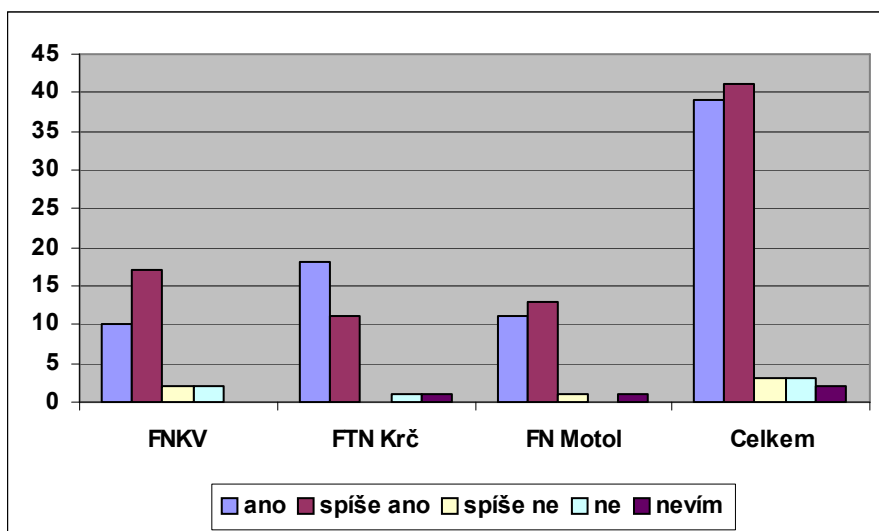
76% sester odpovědělo kladně, 19,5% sester odpovědělo spíše ano. 4,5% odpovědělo spíše ne.

20/8 O děti má být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.

Tab. 36 Dodržování 8. práva

20.VIII	FNKV	FTN Krč	FN Motol	Celkem	%
ano	10	18	11	39	45%
spíše ano	17	11	13	41	47%
spíše ne	2	0	1	3	3%
ne	2	1	0	3	3%
nevím	0	1	1	2	2%

Graf 32 Dodržování 8. práva



Komentář :

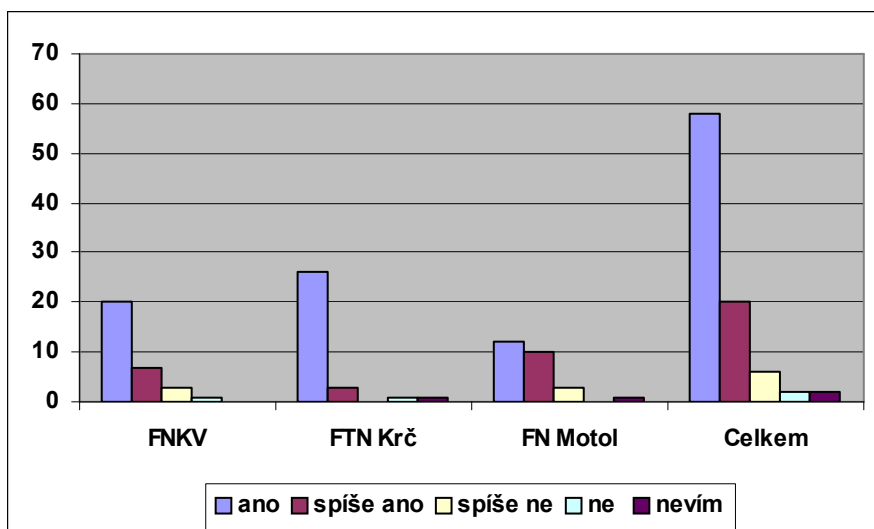
45% sester odpovědělo ano, 47% sester spíše ano na to, zda se dodržuje toto právo. 3% sester uvedla spíše ne a stejný počet sester ne. 2% odpověděla nevím.

20/9 Děti mají být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům, a aby zároveň vyhovovalo uznaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.

Tab. 37 Dodržování 9. práva

20.IX	FNKV	FTN Krč	FN Motol	Celkem	%
ano	20	26	12	58	66%
spíše ano	7	3	10	20	23%
spíše ne	3	0	3	6	7%
ne	1	1	0	2	2%
nevím	0	1	1	2	2%

Graf 33 Dodržování 9. práva



Komentář :

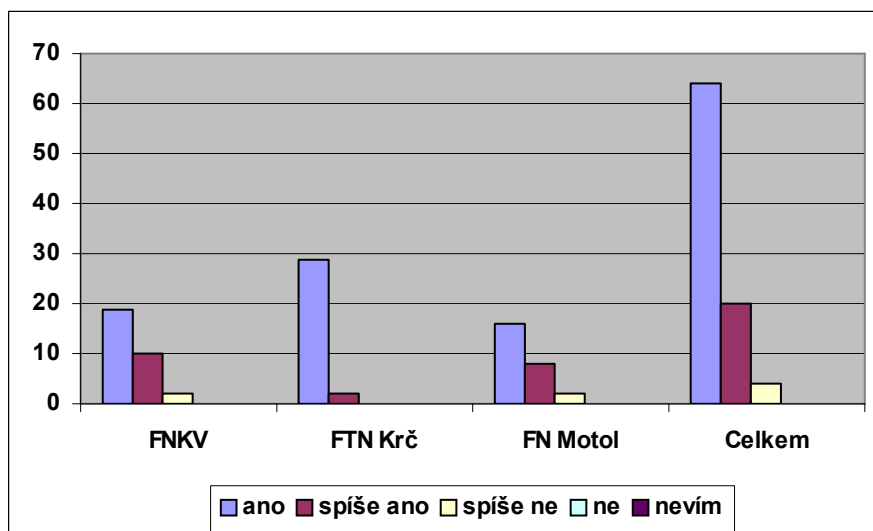
66% sester se domnívá, že se dodržuje toto právo, 23% odpovědělo spíše ano. 7% sester uvedlo spíše ne a 2% sester ne. 2% sester odpověděla nevím.

20/10 Děti mají mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání, přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu.

Tab. 38 Dodržování 10. práva

20.X	FNKV	FTN Krč	FN Motol	Celkem	%
ano	19	29	16	64	73%
spíše ano	10	2	8	20	23%
spíše ne	2	0	2	4	4%
ne	0	0	0	0	0%
nevím	0	0	0	0	0%

Graf 34 Dodržování 10. práva



Komentář :

73% sester potvrdilo dodržování tohoto práva, 23% odpovědělo spíše ano a 4% sester uvedla, že spíše ne.

3.1 DISKUSE

Proč jsem si jako téma své bakalářské práce vybrala hospitalizaci rodičů s nemocným dítětem ?

Pracuji na dětském oddělení již několik let a za tu dobu se mnohé změnilo. Velice vzrostl zájem rodičů o přijetí spolu s dítětem a počet těch, kteří zájem nemají je velmi malý. Ne vždy však zájem všech může být uspokojen. Kapacita míst pro rodiče je většinou omezená. Řada nemocnic nebyla na tuto situaci stavěna a pokud zde neproběhla v posledních letech rekonstrukce, která by tyto podmínky zlepšila, mohou být někteří rodiče z důvodu nedostatku míst odmítnuti.

Problém samozřejmě není jen v nedostatku míst, mnohem důležitější roli hraje samotný přístup k rodičům. Zde musí dojít k té největší změně v každém z nás. Pochopit jejich roli v péči o dítě, chtít s nimi spolupracovat a hledat v nich partnery.

Vzrostl také zájem zdravotníků o spolupráci s rodiči ? Považujeme je za partnery ? Jaký na to vše mají názor sestry na jiných pracovištích ?

Mají podobné problémy ? Na tyto a řadu dalších otázek jsem hledala odpověď.

Výsledky výzkumu ukázaly, že odpovědi na většinu otázek jsou podobné.

Potěšilo mě, že většina sester (82%) souhlasí s přijímáním rodičů, 90% sester také uvádí, že je jim tato možnost nabízena. Můžeme tedy říci, že rodiče už dnes mají na většině odděleních své místo a mohou se tak na péči o své dítě podílet.

Jako nejčastější problémy, které spolupráce s rodiči přináší, sestry uváděly hyperprotektivní matky, nedodržování domácího řádu oddělení a nespolečné dítěte při výkonu v přítomnosti matky. Otázkou je, co všechno sestry zahrnují pod pojem hyperprotektivní matka. Je potřeba si uvědomit, že hyperprotektivní chování při péči o nemocné dítě je do určité míry přirozenou reakcí každého rodiče. Svou roli zde hraje jejich stres, strach o dítě atd.

Problémy související s nedodržováním domácího řádu mohou být způsobeny třeba nedostatkem informací o chodu oddělení. Samozřejmě jiná věc je, pokud jsou pravidla porušována úmyslně.

Proto zde je důležitá komunikace a dostatečná informovanost. Vhodné je dávat rodičům informace i v písemné podobě, aby se k nim mohli kdykoli vrátit. Za zvážení také stojí, zda není možné, aby je podával jeden člověk, zabránilo by se tak nejednotným či neúplným informacím.

Nespolupráci dítěte při výkonu v přítomnosti rodiče ovlivňuje řada faktorů – věk a osobnost dítěte, jeho zkušenosti se zdravotníky, osobnost rodiče, jeho strach a úzkost, která se může na dítě přenášet, ochota spolupracovat se zdravotníky, přístup samotných zdravotníků...Proto i zde je velmi důležitá komunikace a dostatečná informovanost a samozřejmě samotná příprava dítěte na výkon.

Dále mne zajímalo povědomí sester o pojmu *family-centred care*. Celých 86% sester se s tímto pojmem nikdy nesetkalo. V našich podmínkách je to pojem nový. Informovat o něm zdravotníky i veřejnost se u nás snaží například manželé Královcovi, zakladatelé nadačního fondu Klíček.

Velký zájem sester o spolupráci s herním specialistou, dobrovolníky a psychologem mě vůbec nepřekvapil. Zájem o každého z nich se pohyboval kolem 80%. Jsem ráda, že si sestry uvědomují, že tito lidé na dětská oddělení patří a mohou být pro všechny přínosem. Všechny tyto role mají svůj význam a lze si jen přát, aby se brzy staly běžnou součástí péče o děti v nemocnicích.

Poslední oblastí mého zájmu bylo dodržování Charty práv dětí v nemocnici. Zde sestry většinou dodržování potvrdily. Kladné odpovědi se pohybovaly v rozmezí 86,5% - 90%. Mohu tedy říci, že Charta práv dětí v nemocnici se stala běžnou součástí na těchto pracovištích.

Na závěr bych ráda uvedla, že by bylo zajímavé také vypracovat podobný dotazník pro rodiče hospitalizovaných dětí a poté porovnat jejich výsledky s výsledky sester. Rodiče totiž mohou vnímat řadu věcí odlišně. Tato zpětná vazba by mohla vést k zamyšlení a následnému zlepšení péče o dítě, což by mělo být naším společným zájmem.

ZÁVĚR

Cílem teoretické části bylo charakterizovat jednotlivá vývojová stadia dítěte a jeho potřeby pro správný duševní i tělesný vývoj.

Jedině tak si můžeme uvědomit potřeby dítěte, které se náhle ocitne v nemocnici a jediné tak můžeme pochopit jeho chování a reakce na tuto nově vzniklou situaci. Aby byl negativní dopad pobytu v nemocnici pro dítě co nejmenší, je téměř vždy vhodné začlenit do péče i jeho nejbližší - rodiče.

Dalším cílem bylo pochopit důležitost partnerského vztahu mezi rodiči a zdravotníky, ukázat důležitost správné komunikace a individuálního přístupu při spolupráci s nimi a umožnit jim ovlivňovat péči o jejich dítě. Tato spolupráce s sebou samozřejmě přináší i řadu problémů, základem jejich řešení a současně „prevencí“ je vzájemná komunikace a dostatečná informovanost adekvátním způsobem.

Cílem bylo i seznámit se se základními právními aspekty, které rodičům umožňují pobývat se svým dítětem v nemocnici a s historií myšlenky vedoucí ke změně v přístupu k rodičům jako k osobám, které k dítěti i v nemoci patří, protože právě v tomto období dítě jejich oporu nejvíce potřebuje.

V závěru teoretické práce se věnuji novým rolím v péči o hospitalizované děti, které se objevují už i na našich pracovištích.

V empirické části jsem se zabývala pohledem sester na přijímání rodičů a přístupů jejich pracovišť. Téměř 82% sester se domnívá, že by se rodiče k dětem měly přijímat. 90% sester též odpovědělo, že tuto možnost na jejich pracovištích nabízejí a téměř 76% sester si myslí, že tam rodiče patří. Co se týká přístupu pracovišť, 79% sester uvádí, že jejich pracoviště je nakloněno k přijímání doprovodů a 61% sester si myslí, že jsou v této myšlence lékaři i sestry na jejich pracovišti jednotní.

Dále jsem se zajímala o nejčastější problémy a zájem o jejich řešení. Z výzkumu vyplynulo, že nejvíce problémů sestry mají s hyperprotektivními matkami, nedodržíváním domácího řádu oddělení a s nespolupracujícími dětmi při výkonech v přítomnosti rodičů.

Další oblastí mého zájmu bylo povědomí o pojmu *family-centred care*. Celých 86% sester se s tímto pojmem nikdy neseťkalo.

V závěru výzkumu jsem se zaměřila na zkušenosti a zájem sester o spolupráci s herním specialistou, dobrovolníky a psychologem. 89% sester by uvítalo herního specialistu, 83% sester má zájem o spolupráci s dobrovolníky a 74% sester o spolupráci psychologa. Pokud jde o zkušenosti s výše uvedenými, tak 35% sester nemá žádnou zkušenost s herním specialistou, ale 53% sester by ho doporučilo, 35% nemá zkušenost ani s dobrovolníky, ale 58% sester by je doporučilo a zkušenost s psychologem nemá 23% sester, ale 64% sester ho doporučuje.

Posledním tématem kterým jsem se zabývala byla Charta práv dětí v nemocnici a její dodržování.

Kladné odpovědi nad dodržováním jednotlivých práv se pohybovaly v rozmezí od 86,5% do 99%, z čehož vyplývá, že se všechna práva dětí v nemocnici většinou dodržují. To je jistě dobrá známka a je dobře, že většina pracovišť se jimi řídí a přijala je za svá.

Co říci na samý závěr? Již mnoho bylo pro děti v nemocnici uděláno, ale téměř vždy je možné udělat více, některé věci nemůžeme až tak ovlivnit, ale řadu věcí ano. To, jak se chováme a jednáme, zda dokážeme a chceme přemýšlet o dětské duši a zda se dokážeme alespoň trošku vcítit do situace rodičů.

Někdo moudrý kdysi řekl :

„Kdo chce, hledá způsoby, kdo nechce, hledá důvody.“

ANOTACE

- Autor :** Petra Havlásková
- Instituce :** Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové
Oddělení ošetrovatelství
- Název práce :** Hospitalizace rodičů s nemocným dítětem z pohledu sestry
- Vedoucí práce :** Bc. Jitka Nováková
- Počet stran :** 104
- Počet příloh :** 2
- Rok obhajoby :** 2007
- Klíčová slova :** hospitalizace rodičů s dítětem v nemocnici, potřeby dítěte, charta práv dětí nemocnici, family-centred care, herní specialista, dobrovolník

Bakalářská práce pojednává o problematice společné hospitalizace rodičů s nemocným dítětem. Klade důraz na psychické potřeby dítěte, vliv nemoci na jeho psychiku a zdůrazňuje potřebu mít kolem sebe blízkou osobu, která mu dodává pocit bezpečí, zvláště pak v situaci, kdy je dítě vytrženo z jeho přirozeného prostředí.

Těžiště práce tvoří kvantitativní výzkum zaměřený na postoj sester k přijímání doprovodů a přístup jejich pracovišť, nejčastější problémy, povědomí sester o pojmu *family-centred care*, a zájem o spolupráci s herními specialisty, dobrovolníky či psychologem a dodržování Charty práv dětí v nemocnici.

Zkoumaný vzorek tvoří zdravotní sestry dětských oddělení ze tří pražských fakultních nemocnic.

The goal of bachelor's thesis is to present the problems of parents staying together with their ill child in hospital. It emphasizes on child's psychical needs influenced by illness, especially on need to have around a person he or she knows well to provide him or her the emotional support and comfort, especially when being taken away from his or her usual environment.

A quantitative research was carried out how nursing staff from paediatric wards of three Faculty Hospitals in Prague. The research was focused on how nurses accept parents or adults accompanying a child, the most common problems, the staff knowledge of the term *family-centred care*, cooperation with play therapists, volunteers or psychologist and also how the Chart of hospitalized children is respected.

POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY

1. FENDRYCHOVÁ, J., KLIMOVIČ, M. a kol. *Péče o kriticky nemocné dítě*. 1.vydání. Brno: NCONZO, 2005. ISBN 80-7013-427-5
2. GRYM, J. Dítě s matkou v nemocnici. *Pediatric pro praxi*, 2001, Roč 2, č. 1, s. 28-30, ISSN 1213-0494
3. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. rozšířené vydání. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7
4. JOBÁNKOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 1.vydání. Brno: IDV PZ, 2000. ISBN 80-7013-288-4
5. KNÍŽKOVÁ, Z. Hospitalizace matky s dítětem. *Sestra*, 2001, Roč. 11, č. 12, s. 33, ISSN 1210-0404
6. KRÁLOVCOVI M. a J. Dlouhá cesta. *Zdravotnické noviny*, 1993, Roč. 42, č. 52, s. 5 –7, ISSN 0044-1996
7. KRÁLOVCOVI M. a J. Děti v nemocnici I. *Děti a My*, 2006, Roč. 36, č. 1, s. 35, ISSN 0323-1879
8. KRÁLOVCOVI M. a J. Děti v nemocnici II. *Děti a My*, 2006, Roč. 36, č. 2, s.33, ISSN 0323-1879
9. KRÁLOVCOVI M. a J. Děti v nemocnici III. *Děti a My*, 2006, Roč.36, č.3, s. 35, ISSN 0323-1879
10. KRÁLOVCOVI M. a J. *Nemoc jako výzva k sblížení*. [online].[cit.2006-11-26]Dostupné na <http://www.klicek.org/hospital/vyzva.html>
Nové role v péči o hospitalizované děti. [online].[cit. 2006-11-26] Dostupné na <http://www.klicek.org/hospital/role.html>
11. LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*. 2.rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-381-1
12. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3.vydání. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-195-X
13. MACKOVÁ, I. Partnerství rodičů a odborníků. *Děti a My*, 2002, Roč. 32, č. 1, s. 2 , ISSN 0323-1879
14. MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3.vydání. Jinočany: H & H, 2001. ISBN 80-86022-92-7

15. MATĚJČEK, Z. *Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0870-1
16. MICHALČÁKOVÁ, R. Proč tu mám být sám. *Psychologie dnes*, 2001, Roč. 7, č. 5, s. 20-21, ISSN 1211-5886
17. PALMER, S. J. *Care of sick children by parents :a meaning role*. [online]. [cit. 2007-1-20] dostupné na [http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1046/j1365-2648.1993.18020185.x?journal code-jan](http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1046/j1365-2648.1993.18020185.x?journal%20code%20jan)
18. ŘEZNÍČKOVÁ, A. Nesnažme se rodiče v nemocnici převychovat. *Med. Tribune*, 2006, Roč. 2, č. 8, s. 13, ISSN 1214-8911
19. ŘEZNÍČKOVÁ, A. Herní specialista na dětském oddělení. *Sestra*, 2001, Roč. 10, č. 1, s. 11, ISSN 1210-0404
20. ŘEZNÍČKOVÁ, A. Rodiče jsou základním zdrojem jistoty a bezpečí. *Můžeš*, 2002, Roč. 10, č. 3, s. 11, ISSN 1210-717
21. ŘEZNÍČKOVÁ, A. Podpora rodiny hospitalizovaného dítěte. *Děti a My*, 2002, Roč. 32, č. 1, s. 4-5, ISSN 0323-1879
22. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 2. vydání, přepracované. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-829-5
23. ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1049-8
24. STARÁ, I. Dobrovolníci v nemocnici. *Děti a my*. 2002, Roč. 32, č. 1, s. 6-7, ISSN 0323-1879
25. SVOBODOVÁ, H. Slavnostní otevření kanceláře Dobrovolnického centra v FTN v Praze Krči. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2005, Roč. 1, č. 3, s. 160-161, ISSN 1801-1349
26. VONDRÁČEK, L. Rodiče při poskytování zdravotní péče jejich dítěti. *Florence*, 2006, Roč. 2, č. 10, s. 50, ISSN 1801-464X
27. *Dobrovolníci* [online]. [cit. 2007-1-15] Dostupné na <http://www.fnmotol.cz/html/infoservis/dobrovolnici>
28. <http://www.noise.cz/divadlo> [cit. 2007-3-17]
29. <http://www.zdravotni-klaun.cz> [cit. 2007-3-17]

30. *Family-centered Care Philosophy and Core Concepts* [online]
[cit. 2007-1-20] Dostupné na
<http://www.cincinnatichildrens.org/about/fcc/>
31. Ústava ČR, Listina základních práv a svobod
32. Zákon 48/1997 O veřejném zdravotním pojištění

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1	Počet dotazníků.....	48
Tabulka 2	Vzdělání.....	50
Tabulka 3	Délka praxe.....	51
Tabulka 4	Měly by se doprovody přijímat ?.....	52
Tabulka 5	Možnost přijetí.....	53
Tabulka 6	Máte nějaká kritéria ?.....	54
Tabulka 7	Kritéria.....	54
Tabulka 8	Možnost neomezených návštěv.....	55
Tabulka 9	Vliv doprovodu na psychiku.....	56
Tabulka 10	Přínos pro sestry.....	57
Tabulka 11	Problémy s doprovody.....	58
Tabulka 12	Dostatek informací.....	59
Tabulka 13	Vnímání rodičů.....	60
Tabulka 14	Partnerský přístup.....	61
Tabulka 15	Řešení konfliktů.....	62
Tabulka 16	Postoj pracoviště.....	63
Tabulka 17	Jednotný přístup.....	64
Tabulka 18	Diskuse o problematice.....	65
Tabulka 19	Potřeba diskuse.....	66
Tabulka 20	Znalost Family-centred care.....	67
Tabulka 21-22	Návrhy na zlepšení.....	68
Tabulka 23	Zájem o herního specialistu.....	69
Tabulka 24	Zájem o dobrovolníky.....	70
Tabulka 25	Zájem o psychologa.....	71
Tabulka 26	Zkušenosti s herním specialistou.....	72
Tabulka 27	Zkušenosti s dobrovolníky.....	73
Tabulka 28	Zkušenosti s psychologem.....	74
Tabulka 29	Dodržování prvního práva.....	75
Tabulka 30	Dodržování druhého práva.....	76
Tabulka 31	Dodržování třetího práva.....	77
Tabulka 32	Dodržování čtvrtého práva.....	78
Tabulka 33	Dodržování pátého práva.....	79
Tabulka 34	Dodržování šestého práva.....	80
Tabulka 35	Dodržování sedmého práva.....	81
Tabulka 36	Dodržování osmého práva.....	82
Tabulka 37	Dodržování devátého práva.....	83
Tabulka 38	Dodržování desátého práva.....	84

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1	Počet dotazníků.....	48
Graf 2	Vzdělání.....	50
Graf 3	Délka praxe.....	51
Graf 4	Měly by se doprovody přijímat ?.....	52
Graf 5	Možnost přijetí.....	53
Graf 6	Máte nějaká kritéria ?.....	54
Graf 7	Možnost neomezených návštěv.....	55
Graf 8	Vliv doprovodu na psychiku.....	56
Graf 9	Přínos pro sestry.....	57
Graf 10	Problémy s doprovody.....	58
Graf 11	Dostatek informací.....	59
Graf 12	Vnímání rodičů.....	60
Graf 13	Partnerský přístup.....	61
Graf 14	Řešení konfliktů.....	62
Graf 15	Postoj pracoviště.....	63
Graf 16	Jednotný přístup.....	64
Graf 17	Diskuse o problematice.....	65
Graf 18	Potřeba diskuse.....	66
Graf 19	Zájem o herního specialistu.....	69
Graf 20	Zájem o dobrovolníky.....	70
Graf 21	Zájem o psychologa.....	71
Graf 22	Zkušenosti s herním specialistou.....	72
Graf 23	Zkušenosti s dobrovolníky.....	73
Graf 24	Zkušenosti s psychologem.....	74
Graf 25	Dodržování prvního práva.....	75
Graf 26	Dodržování druhého práva.....	76
Graf 27	Dodržování třetího práva.....	77
Graf 28	Dodržování čtvrtého práva.....	78
Graf 29	Dodržování pátého práva.....	79
Graf 30	Dodržování šestého práva.....	80
Graf 31	Dodržování sedmého práva.....	81
Graf 32	Dodržování osmého práva.....	82
Graf 33	Dodržování devátého práva.....	83
Graf 34	Dodržování desátého práva.....	84

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Dotazník pro sestry

Příloha č. 2 Charta práv dětí v nemocnici

Příloha č. 1

Vážené kolegyně, kolegové

Obracím se na Vás se žádostí o spolupráci, jejímž hlavním cílem je ověřit si Váš názor na hospitalizaci rodičů spolu s nemocným dítětem či jejich přítomnost na oddělení a dodržování Charty práv dětí v nemocnici. Dotazník, který Vám předkládám je součástí mé bakalářské práce zabývající se tímto tématem.

Tento dotazník bude předložen sestrám na několika dětských standardních odděleních v pražských fakultních nemocnicích a pokud budete mít zájem, s výsledky Vás ráda seznámím.

/ Dotazník je zaměřen převážně na přijímání doprovodů k dětem **do 6 let**, kdy je hrazen pojišťovnou /

Dotazník je anonymní a jeho vyplnění Vám zabere cca 15 minut. Téměř vždy je možné označit **jen jednu** z nabízených odpovědí. Vybrané odpovědi **označte křížkem**.

Pokud tomu je jinak, budete na to u příslušné otázky upozorněni.

/ 8. ,17., 18./

Prosím o vyplnění a odevzdání dotazníků nejpozději do

Vyplněné dotazníky vložte do obálky a vhod'te do označené krabice na oddělení.

Předem Vám všem děkuji za spolupráci

Petra Havlásková

Studentka 4.ročníku bakalářského studia ošetřovatelství na LF UK v Hradci Králové.

/ pracoviště – FNKV, klinika popáleninové medicíny, dětské odd./

havlaskovap@seznam.cz

Dotazník – HOSPITALIZACE RODIČŮ SPOLU S NEMOCNÝM DÍTĚTEM, PŘÍTOMNOST RODIČŮ NA ODDĚLENÍ Z POHLEDU SESTRY

1. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

- SZŠ – Dětská sestra
 - SZŠ – Všeobecná sestra / zdravotní /
 - VZŠ – Dětská sestra
 - VZŠ – Všeobecná sestra
 - Bc.
 - Mgr.
- + PSS v pediatrii
+ kurz psychologie
a pedagogiky dítěte

2. Délka Vaší praxe

- 1 – 5 let
- 6 – 10 let
- 11 – 15 let
- 16 – 25 let
- 26 a více

3. Domníváte se, že by se doprovody k dětem měly automaticky přijímat ?

- ano spíše ano spíše ne ne nevím

4. Nabízíte na Vašem pracovišti doprovodům tuto možnost ?

- ano spíše ano spíše ne ne nevím

5. Jsou na Vašem pracovišti nějaká kritéria pro přijímání doprovodů ?

- ano ne nevím

pokud ano , jaká

6. Pokud není nikdo z rodiny přijat jako doprovod, má možnost neomezených návštěv během dne, případně i v noci ?

- ano spíše ano spíše ne ne nevím

7. a/ Myslíte si, že má přítomnost doprovodu pozitivní vliv na psychický stav dítěte ?
/ lépe snáší pobyt v nemocnici, je klidnější, lépe spolupracuje, .../

- ano spíše ano spíše ne ne nevím

b/ Má to přínos i pro Vaši práci ?
/ lepší spolupráce s dítětem, pomoc při péči o děti - hygiena, oblékání, krmení, zájmová činnost.../

- ano spíše ano spíše ne ne nevím

8. Přijímání doprovodu může přinášet i problémy.
S jakými se nejčastěji setkáváte?
/ Co Vám nejvíce vadí ? / Vyberte 3 nejproblematictější oblasti.

- nespoupráce v léčbě /dieta, léčebný režim /
- nedodržování domácího řádu oddělení a bezpečnostních opatření
- nespoupráce dítěte v přítomnosti doprovodu
- konflikty mezi doprovody
- konflikty mezi doprovodem a sestrou
- nedodržování hygienických návyků
- snaha pečovat o jiné děti
- nevhodné chování doprovodu
- hyperprotektivní, úzkostná matka
- nedostatečná péče o dítě
- individuální režim jednotlivých dětí
- nedostatek prostoru
- příliš mnoho lidí na oddělení
- časová náročnost pro sestru věnovat se všem
- jiné

9. Domníváte se, že doprovodům poskytujete na Vašem pracovišti dostatečné informace o všem co potřebují znát a co je zajímavé ?
/Zdravotní stav, vyšetření, postup léčby, chod oddělení, práva a povinnosti doprovodu, bezpečnostní opatření k ochraně hospitalizovaných dětí, práva dětí, ošetřující lékař, sestra ve směně/

- ano spíše ano spíše ne ne nevím

10. Jak vnímáte přítomnost rodičů na oddělení ?

- spíše jako návštěvu, tudíž mají možnost omezeného kontaktu
- nebo někoho, kdo k dítěti neodmyslitelně patří a měl by mít možnost neomezeného kontaktu
- nevím

11. Přístupujete k nim jako k partnerům?

/ máte čas je vyslechnout, poskytnout potřebné informace i opakovaně, přizpůsobit se doprovodům různého věku i vzdělání, berete do úvahy i jejich názory, snažíte se najít kompromis při spolupráci ? /

- ano spíše ano spíše ne ne nevím

12. Pokud k problémům či konfliktním situacím dochází, řešíte je :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> sama | <input type="checkbox"/> s kolegyní |
| <input type="checkbox"/> se staniční či vrchní sestrou | <input type="checkbox"/> s vedoucím lékařem oddělení |
| <input type="checkbox"/> s primářem či přednostou | <input type="checkbox"/> s psychologem |
| <input type="checkbox"/> jiné | <input type="checkbox"/> neřeším je |

13. Myslíte si, že je Vaše pracoviště nakloněno k přijímání doprovodů ?

- ano spíše ano spíše ne ne nevím

14. Jsou v myšlence, zda doprovody přijímat či nikoliv, všichni lékaři a sestry na Vašem pracovišti jednotní ?

- ano spíše ano spíše ne ne nevím

15. Hovoříte o této problematice třeba na Vašich provozních schůzích ?

- ano spíše ano spíše ne ne nevím

16. Cítíte potřebu o této problematice hovořit ? / názory ostatních, jejich zkušenosti, možnosti řešení, změny, novinky.../

- ano spíše ano spíše ne ne nevím

17. Slyšeli jste již někdy pojem *family-centred care* ?

Co si pod tímto pojmem představujete ?

18. Máte nějaký návrh jak by se péče o dětské pacienty dala vylepšit, co by i Vám pomohlo ve Vaší práci ? / O čem jste slyšeli, četli, zažili na jiných pracovištích /

vyjmenujte _____

**19. a/ Uvítali byste na Vašem pracovišti spolupráci třeba
1) herního specialisty**

ano spíše ano spíše ne ne nevím

2) dobrovolníků

ano spíše ano spíše ne ne nevím

3) psychologa

ano spíše ano spíše ne ne nevím

**b/ Pokud s některými z nich máte zkušenosti, doporučili byste je ?
1) herní specialista**

ano spíše ano spíše ne ne nevím nemám
zkušenost

2) dobrovolníci

ano spíše ano spíše ne ne nevím nemám
zkušenost

3) psycholog

ano spíše ano spíše ne ne nevím nemám
zkušenost

**20. Dodržuje se na Vašem pracovišti Charta práv dětí v nemocnici ?
/vyjádřete se k jednotlivým bodům, tak jak to vnímáte vy sama/sám/**

1. Děti mají být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení.

ano spíše ano spíše ne ne nevím

2. Děti v nemocnici mají mít právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, mělo se by rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.

ano spíše ano spíše ne ne nevím

3. **Děti a/nebo jejich rodiče mají mít právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Mají mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.**
- ano spíše ano spíše ne ne nevím
4. **Děti a/nebo jejich rodiče mají mít právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě má být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné, a před zbytečnými úkony podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emocionálního rozrušení.**
- ano spíše ano spíše ne ne nevím
5. **S dětmi se má zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.**
- ano spíše ano spíše ne ne nevím
6. **Dětem se má dostávat péče náležitě školeného personálu, který si je plně vědom fyzických i emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny.**
- ano spíše ano spíše ne ne nevím
7. **Děti mají mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své věci.**
- ano spíše ano spíše ne ne nevím
8. **O děti má být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.**
- ano spíše ano spíše ne ne nevím
9. **Děti mají být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům a aby zároveň vyhovovalo uznaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.**
- ano spíše ano spíše ne ne nevím
10. **Děti mají mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání, přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu.**
- ano spíše ano spíše ne ne nevím

Možná, že jsem se Vás zapomněla na něco důležitého zeptat, pokud chcete, můžete mi to napsat zde :

Příloha č. 2

CHARTA PRÁV DĚTÍ V NEMOCNICI
(Platná od roku 1993)

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

- 9. Děti mají být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům, a aby zároveň vyhovovalo uznaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.**

- 10. Děti mají mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání, přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu.**