



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Katedra preventivního lékařství
Ústav zdraví dětí a mládeže

Martina Kubíková

**Práva a potřeby dětí staršího školního
věku**

-

*The Rights and The Needs of Older Pupilage
Children*

Diplomová práce

Praha, prosinec 2009

Autorka práce: Martina Kubíková

Studijní program: Všeobecné lékařství

Vedoucí práce: **MUDr. Eva Vaníčková, CSc.**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav zdraví dětí a mládeže,
3. LF UK**

Datum a rok obhajoby: 21. ledna 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato diplomová práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 29. prosince 2009

Martina Kubíková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala mé školitelce MUDr. Evě Vaníčkové, CSc. za cenné rady, náměty a vstřícnost při tvorbě práce. Dále lékařům a ošetřujícímu personálu Kliniky dětské chirurgie a traumatologie Fakultní Thomayerovy nemocnice a Klinice dětí a dorostu Fakultní nemocnice Královské Vinohrady - Oddělení větších dětí za umožnění mé návštěvy, ochotu a čas mi věnovaný a v neposlední řadě dětským pacientům za pečlivé vyplnění distribuovaných dotazníků, bez jejichž účasti by realizace mé diplomové práce nemohla být zdárně dotažena do konce.

Obsah

ÚVOD	6
1. ÚMLUVA O PRÁVECH DÍTĚTE	7
2. POTŘEBY DÍTĚTE	7
2.1 <i>Základní lidské potřeby</i>	7
2.2 <i>Co děti nejvíce potřebují</i>	8
2.3 <i>Neuspokojené potřeby a jejich projevy u dítěte</i>	9
3. VÝVOJOVÉ CHARAKTERISTIKY DÍTĚTE ŠKOLNÍHO VĚKU	
A ADOLESCENTA	11
3.1 <i>Mladší školní věk</i>	11
3.2 <i>Starší školní věk (pubescence)</i>	12
3.3 <i>Adolescence</i>	13
4. PRÁVA DÍTĚTE V NEMOCNICI	13
4.1 <i>Hospitalismus</i>	13
4.2 <i>Vývoj Charty práv dětí v nemocnici</i>	15
5. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	18
6. METODIKA	19
6.1 <i>Metoda</i>	19
6.2 <i>Zpracování výsledků</i>	20
6.3 <i>Charakteristika souboru</i>	21
7. VÝSLEDKY	21
8. DISKUZE	29
ZÁVĚR	35
SOUHRN	37
SUMMARY	38
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	39
SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK	41
SEZNAM PŘÍLOH	42
PŘÍLOHY	43

Úvod

„ Jsi nemocný(á), budeme si Tě tady muset nechat,“ těchto slov z úst lékaře se obává téměř každé dítě při návštěvě ambulance. Dítě starší šesti let bývá většinou na nemocniční lůžko přijímáno samo, a tak se mnohdy poprvé v životě ocitá nepřípravené v cizím prostředí zcela odlišném od domova, na který bylo dosud zvyklé a fixované, bez rodičů, sourozenců, přátel a obvyklého zázemí. Ztrácí pocit jistoty, opory a bezpečí. Během hospitalizace prochází řadou nepříjemných vyšetření a prožívá pocity bolesti z nemoci a po operaci. Zpočátku se všechny děti bojí, některé projevují svůj strach a pocit osamění pláčem, jiné se naopak upadají do apatie a smutku, odmítají komunikovat jak se spolupacienty, tak se zdravotnickým personálem. U některého dítěte se mohou vystřídat obě tyto reakce.

S podobnými příběhy dětských pacientů jsem se měla možnost jako studentka medicíny setkávat při stážích z pediatrie a dětské chirurgie a povinně volitelných kurzů „Dítě s handicapem“ a „Násilí na dětech“, a tak jsem se i při výběru tématu diplomové práce „Práva a potřeby staršího školního věku“ nechala inspirovat svým dlouhodobým zájmem o pediatrii.

Charta práv dětí v nemocnici si klade mimo jiné za cíl zpříjemnit podmínky pobytu dítěte v nemocnici, podporu co nejčastějších návštěv dítěte rodinou a blízkými, uspokojování biologických i emocionálních potřeb, laskavý a odborný přístup ze strany zdravotnického personálu a vzdělávání, které by mělo vést k minimalizaci frustrace z hospitalizace.

1. Úmluva o právech dítěte

Úmluva o právech dítěte (dále jen Úmluva) byla přijata v roce 1989 Valným shromážděním OSN. Jejím cílem je definovat dětská práva na celosvětové úrovni. Pojetí Úmluvy vychází z původní anglické verze „3 P – provision, protection, participation“. Můžeme si to představit jako tři skupiny práv, týkajících se zajištění dítěte (práva zaměřená na přežití, rozvoj, vývoj), ochranu dítěte (ochrana před násilím, vykořisťováním, zneužíváním, škodlivými vlivy) a jeho účasti na spolurozhodování o věcech, které se ho osobně dotýkají. Dítětem se rozumí každá lidská bytost mladší 18 let, pokud podle právního řádu, jenž se na dítě vztahuje, není zletilosti dosaženo dříve.^(1,2)

V roce 1991 přijalo Úmluvu Federální shromáždění ČSFR a ratifikoval ji prezident republiky. Od té doby platí i v České republice. Roku 1997 byla založena Evropská síť ombudsmanů pro děti (European Network of Ombudsman for Children – ENOC). Jedná se o síť nezávislou na mezinárodních institucích, jejímž cílem je podporovat aplikaci Úmluvy o právech dítěte. V České republice nebyla doposud funkce ochránce práv dětí ustanovena.^(2,3)

V roce 2000 byly k Úmluvě přijaty dva Opční protokoly:

1. Opční protokol k Úmluvě o právech dítěte o zapojování dětí do ozbrojených konfliktů, v ČR byl také ratifikován.
2. Opční protokol k Úmluvě o právech dítěte týkající se prodeje dětí, dětské prostituce a dětské pornografie, který na rozdíl od jiných evropských států nebyl v ČR dosud ratifikován.⁽²⁾

2. Potřeby dítěte

2.1 Základní lidské potřeby

Uspokojování základních potřeb jednotlivce patří mezi významné činitele prevence poruch zdraví dětí a dorostu. Mají přirozenou podstatu, jsou spjatá s existencí jednotlivce jako lidské bytosti, proto je považujeme za závazné. Respektovat základní lidské potřeby neznamená

vycházet vstříc jakýmkoliv požadavkům a přáním jednotlivce – jde zde o ty potřeby, jejichž uspokojení má na zdraví a hodnotný způsob života člověka vždy pozitivní vliv. Univerzální platnost hierarchie lidských potřeb se podařilo výstižně charakterizovat americkému psychologovi Maslowovi:⁽⁴⁾



Obř. 1: Maslowův model lidských potřeb, efekt jejich uspokojování je veden principem od jednoduššího ke složitějšímu⁽⁵⁾

2.2 Co děti nejvíce potřebují

Potřebu definuje psychologický slovník jako „nutnost organismu něco získat nebo něčeho se zbavit“, ale také jako „stav lidského organismu, který znamená porušení vnitřní rovnováhy nebo nedostatek ve vnějších vztazích osobnosti...“⁽⁶⁾

Na téma, co děti nejvíce potřebují, referuje přední český psycholog dětského věku Prof. PhDr. Matějček. Formuloval nejdůležitější pediatrické emocionální, psychické, sociální a duchovní potřeby:⁽⁷⁾

- Potřeba určitého množství, kvality a proměnlivosti vnějších smyslových podnětů
- Potřeba poznávání a experimentování

- Potřeba prvotních citových a sociálních vztahů, tj. vztahů k rodičům či jiným osobám prvotních vychovatelů formou bezpodmínečné lásky

- Potřeba jistoty ve vztazích

Zážitek fungující ucelené rodiny, možnosti komunikovat, svěřit se, spolehnout se na pomoc a podporu v tísní navozuje dítěti pocit důvěry a bezpečí. Tak se postupně naučí překonávat úzkost a strach.⁽⁷⁾

- Potřeba určité stálosti, řádu a smyslu v podnětech

- Potřeba sociálního kontaktu

- Potřeba identity

➤ tj. nezbytnost vědět, kdo jsem

➤ nezbytnost prožitku někam patřit, mít své soukromí

- Potřeba samostatnosti

- Potřeba společenského uplatnění a sebevědomí

- Potřeba otevřené budoucnosti či životní perspektivy

Otevřenou budoucností je myšlena možnost těšit se na něco nebo někoho, mít naději, plány a představy např. čím bych chtěl(a) jednou být.⁽⁷⁾

2.3 Neuspokojené potřeby a jejich projevy u dítěte

Frustrace

V případě, že některá nebo více potřeb není uspokojována krátkodobě v intenzivní míře nebo dlouhodobě i v míře menší, reaguje na tento stav člověk prožitky nedostatku, nouze a omezování, trpí a strádá. Frustrace se projevuje poruchami v oblasti emocí, poznávacích procesů, chování, komunikace a sociálních vztahů. Z daných projevů nelze určit deficitní naplňování konkrétní potřeby. **Klinický obraz frustrace** provází následné **změny na 4 úrovních:**⁽⁴⁾

- **Nálada, emoce a motivace:** únava a vyčerpání (ranní a odpolední ospalost), které mohou být důsledkem výkonového přetěžování, při němž nejsou respektovány potřeby dítěte komplexně a nejsou posilovány zdroje jeho motivace; v závislosti na temperamentu

jedince se objevuje buď apatie, pasivita, stísněnost, lítostivost až plačtivost, strach z nových situací a úkolů, nezájem o činnosti, přičemž některé dítě se zároveň očividně nudí a dává najevo otrávenost nebo naopak agresivita, neklid, neovládání se, vyhledávání konfliktů, případně i rvačky, provokativní chování a používání vulgárních výrazů.⁽⁴⁾

- **Sebepojetí a sebedůvěra:** dítě je nevyrovnané, nemá realistický obraz o sobě, jeho projevy kolísají od sebepřeceňování k podceňování, nevěří si, ale před druhými se vychloubá, projevuje nesamostatnost a nezodpovědnost, nepřijímá kritiku a nepřipouští, že udělalo chybu, svoje omyly nemá v úmyslu napravovat, svaluje příčinu nebo odpovědnost na druhé, žaluje, žárlí, závidí, hledá náhradní způsoby, jak si získat prestiž a autoritu.⁽⁴⁾
- **Komunikace a spolupráce:** dítě nekomunikuje nebo i nespolupracuje s osobami odpovědnými za jeho výchovu nebo za veřejný pořádek, často odmlouvá a hledá argumenty proti úkolům nebo způsobům chování, které se od něho požadují, dovede ostatním kazit práci, věci, potěšení, podílí se na šikaně, často z osamělosti hledá vazbu na někoho mimo svůj přirozený rámec (starší kamarád, parta, zvíře, apod.).⁽⁴⁾
- **Poznávací funkce:** dítě je nesoustředěné, nepamatuje si a nereprodukuje dobře to, čeho se zúčastnilo, nemá zájem o poznání a učení, učení odkládá, podlehne každému svodu rozptýlení, řídí se předsudky, zkreslenými úsudky a jednostrannými soudy.⁽⁴⁾

Deprivace

Váženějším případem důsledků z nerespektování a neuspokojování potřeb dítěte je stádium deprivace. Na rozdíl od frustrace, kterou může prožívat jedinec, protože poznal nějakou podobu uspokojení určité potřeby, takže je také schopen pocítit a poznat, když se mu nedostává, je příčina deprivace závažnější. Dítě ani nemá určitou potřebu vyvinutou, protože nikdy nežilo v podmínkách, kde by došlo k jejímu uspokojení,

např.: nepoznalo matku, nenašla se osoba poskytující pocit jistoty a bezpečí, nepoznalo, jak se žije v rodině (děti z ústavní péče).⁽⁴⁾

3. Vývojové charakteristiky dítěte školního věku a adolescenta

Vývoj lidského jedince od 6 do 20 let věku prochází postupně **třemi etapami**. Označujeme je jako **mladší školní věk**, který se zhruba kryje s prvním stupněm základní školy (6 – 12 let, končí s nástupem dospívání), **starší školní věk** (12 – 15 let) odpovídající druhému stupni základní školy a **adolescenci** (15 – 20/22 let), období charakterizující zpravidla studium na střední, ev. vysoké škole nebo nástup do prvního zaměstnání.^(8,9)

3.1 Mladší školní věk

V období mladšího školního věku se vyvíjí smyslové vnímání. Dítě se stává pozornější, předměty prozkoumává detailněji po částech, je vytrvalejší, pečlivější a méně závislé na svých okamžitých přáních a potřebách.⁽⁴⁾

V řeči se rozšiřuje slovní zásoba, složitost vět, upravuje se výslovnost. Rozvoj řeči podporuje rozvoj paměti, které spolu s dětskou zvědavostí představují podmínky učení. Krátkodobá i dlouhodobá paměť je stabilnější. Při činnosti uplatňuje dítě záměrnost, je schopno vytyčit si cíl a překonávat překážky k jeho dosažení, je schopno plánovat a provádět úkony podle vlastní vůle, je schopno reflexe a analýzy svých soudů a úkonů. S plánovitostí a záměrností si osvojuje strategie učení.^(8,9)

V sedmi letech dítě dosahuje v kognitivním vývoji stádium logických operací. Logické usuzování se vztahuje na konkrétní děje, které si může názorně představit na základě své vlastní činnosti.^(8,9)

Nově se objevuje pocit méněcennosti, jímž se dítě učí reagovat na nezdar a který je může stimulovat k větším výkonům. Emoce jsou

stabilnější než v předškolním věku či pubescenci, ve svých projevech je dítě zdrženlivější.^(4,8,9)

V oblasti sociálních vztahů nastávají významné změny. Děti v mladším školním věku uznávají většinou autoritu rodičů, pedagogů, lékařů. Podstatnou část dne však dítě tráví ve škole mezi vrstevníky mimo domov a posiluje svou nezávislost na rodině. Rozvíjejí si širší sociální vztahy, přátelství s vrstevníky je ale založeno většinou na společných životních podmínkách. Od 9 -10 let věku se dítě začíná zajímat o to, jak je hodnotí vrstevníci, velmi mu na tom záleží.^(4,8,9)

3.2 Starší školní věk (pubescence)

Období dospívání zahrnuje pubescenci a adolescenci. **Období pubescence** se dále člení na:

a) **fázi prepuberty**, kdy se objevují první sekundární pohlavní znaky a pubertální růstový výšvih. Končí s nástupem menarché u dívek, resp. první polucí u chlapců. U většiny dívek trvá toto období od 11 do 13 let. U chlapců probíhá podobný vývoj asi o 1-2 roky později.⁽⁴⁾

b) **fázi vlastní puberty**, která nastupuje po dokončení prepuberty a trvá do dosažení reprodukční schopnosti.⁽⁴⁾

Psychické změny provází nové pudové tendence, emoční labilita, impulzivita v jednání a nejistota pramenící z neurohumorální přestavby organismu, z postavení na pomezí dětství a dospělosti, kdy nastává rozpor mezi rozumovým vývojem a nedostatkem zkušeností. Kognitivní vývoj přechází do stádia formálně abstraktního myšlení a generalizace, plně si uvědomuje vztah příčiny a následku, autority a jejich tvrzení jsou podrobovány větší kritičnosti na základě vlastních zkušeností, dospívá k pochopení morálky.^(4,8,9)

V sociálních vztazích od dospělých vyžaduje pubescent úctu ke své osobnosti, důvěru a rozšíření samostatnosti. Při nenaplnění těchto potřeb sahá k různým formám protestu a vzdoru. Dospívání nastupuje u dívek

dříve, jsou tedy vyspělejší než chlapci stejného věku. Ve skupině vrstevníků má dospívající tendenci podřizovat se normám kolektivu, udržet se ve skupině a získat zde přijatelnou pozici.^(8,9)

3.3 Adolescence

Dospívající se orientuje na budoucnost – plánování kariéry a hledání partnera a hledá smysl vlastní existence. Psychologicky je aktivizována hodnotově orientační činnost, sebeuvědomění se dále rozvíjí a dostavuje se autonomie v chování. Abstraktní myšlení přechází z introspektivního hlediska přítomného na začátku období do skutečné empatie ve vztahu k ostatním. Rigidita myšlení je vystřídána flexibilitou, díky čemuž je schopen člověk lépe akceptovat ty, kteří jsou v určitém slova smyslu odlišní. Adolescent navazuje vztahy s vrstevníky i opačného pohlaví, snaží se být přijat sociální skupinou a vzrůstá počet takových skupin, do kterých se začleňuje. Uzavírá stabilnější a hlubší přátelství na základě společných zájmů, vzájemné důvěře a emocionální blízkosti.^(4,8,9,10)

Ztráta impulzivity, sebekontrola vlastního jednání, přiměřená spolupráce a vnímání dlouhodobých důsledků jednání se podílejí na akceptování léčebné péče pacientem – adolescentem a charakterizují jeho připravenost na aktivní spoluúčast v terapeutickém procesu a převzetí odpovědnosti za své zdraví.⁽¹⁰⁾

4. Práva dítěte v nemocnici

4.1 Hospitalismus

Hospitalismus představuje patologickou reakci lidského jedince na soubor nepříznivých faktorů souvisejících s pobytem v nemocnici. Ohroženi jsou jím především děti, dlouhodobě nemocní a senioři.⁽¹¹⁾

Tuto negativní reakci u dětí zapříčiňuje kombinace následujících faktorů. V první řadě se může jednat o důsledek separace dítěte od rodiny, respektive od matky u malých dětí. Rozhodujícím kritériem jsou

zde věk dítěte, závažnost diagnózy, temperament dítěte, jeho předchozí zkušenosti z ambulantního i lůžkového zařízení nemocnice a zejména přístup ošetřovatelského personálu. Během hospitalizace se dítě musí adaptovat na nové prostředí a režim pediatrického oddělení. Je stresováno přítomností vlastní choroby, na všechny druhotné stresory reaguje o to citlivěji. Druhý faktor můžeme spatřovat v podnětově chudém zařízení nemocničního oddělení, jehož kontext v očích dětského pacienta dotváří uniformní bílá barva výmalby stěn, nemocničního prádla i oděvů zdravotníků. Opakované pobyty dítěte přetrhávají sociální vazby s rodinou a školními vrstevníky a nutí jej přeorientovat se na navazování sociálních vztahů v nemocnici (třetí faktor). Nedobrovolná nečinnost spojená s klidem na lůžku představuje čtvrtý faktor. Přírozenou činností dítěte je hra a pohyb. Zvláště na starší děti někdy působí nepříznivě pocit zameškání školní docházky a opodstatněné obavy z nezvládnutí jejích požadavků.⁽¹¹⁾

Podobné osudy dětských pacientů se odehrávaly u nás v nemocničním prostředí do konce 90. let 20. století. Rodiče svěřovali s důvěrou své ratolesti do rukou zdravotnického personálu, který měl v popisu práce především uspokojování základních fyziologických potřeb. Biorytmus dne striktně odpovídal režimu oddělení s důrazem na fungování organizace. Na duchovní a individuální potřeby nebyl brán zřetel. Do nemocnice bylo přijímáno jakkoli staré dítě zpravidla bez doprovodu rodičů, návštěvní řád povoloval oficiálně krátké návštěvy (cca 1 hodinu) 2x týdně. Tradovalo se, že dítě na zážitky z nemocnice brzy zapomene. Vyšetření byla prováděna bez upozornění a připravení pacienta se snahou dopřát mu, aby to mělo co nejrychleji za sebou. Bolest a pláč byly považovány za nutnou součást terapeutického procesu.

Odborníci si již v 60. létech zabývali výzkumem negativních dopadů hospitalizace na dítě a jeho vývoj. Soustředili se zejména na důsledky dlouhodobé hospitalizace, na symptomy hospitalismu a separační úzkosti. Již před rokem 1989 proběhla řada konferencí ohledně problematiky dítěte a jeho nemoci, přístupů zdravotnického personálu - především

zdravotních sester k dětskému pacientovi. Od té doby snahy specialistů směřují k prevenci a eliminaci vedlejších vlivů ústavní léčby. Cíle co nejvíce pobyt v nemocnici dítěti usnadnit a náležitě respektovat jeho vývoj a potřeby zakotvuje etický kodex zvaný Charta práv dětí v nemocnici.

4.2 Vývoj Charty práv dětí v nemocnici

Práva pacientů jsou určena pro dospělé, kteří se ocitli v postavení nemocných. O právech dětí a mladistvých pojednává Charta práv dětí v nemocnici (dále jen Charta), kterou podpořila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky v roce 1993. Výrazně k ní přispěli Markéta a Jiří Královcovi, za podpory pediatra Jana Jandy, z nadace Klíček. Charta je pouze morálním kodexem a její jednotlivá ustanovení nelze právně vymáhat.

Tento významný dokument vychází z textu Charty práv dětských pacientů britské organizace NAWCH (National Association for the Welfare of Children) a z Charty práv hospitalizovaných dětí, která byla schválena na 1. evropské konferenci o hospitalizovaných dětech v květnu 1988 Českým a Slovenským výborem pro UNICEF.

Odborníci z Velké Británie si již před 50 lety položili otázku, jak má vypadat nemocniční péče o dítě s ohledem na jeho vývojová specifika. Dosud zde dominovalo předsvědčení, že pouze vyškolený personál poskytne nemocným dětem kvalitní péči. Nedostatečně informovaným rodičům byla poskytnuta jen minimální příležitost spolupodílet se na léčebné péči. Kontakt mezi rodiči a dětmi během hospitalizace nebyl podporován a prakticky skoro neexistoval.⁽¹¹⁾

Anglický psychoterapeut James Robertson uvedl v rámci své výzkumné práce pokrokový vhled do této problematiky. Na klinice v Tovistocku natočil skrytou kamerou film, který byl později veřejnosti prezentován pod názvem „Dvouletá jde do nemocnice“. Snímek o děvčátku, které se připravuje na pobyt v nemocnici bez rodičů, vzbudil velký ohlas veřejnosti. Původně byl určen pro pediatry jako názorný

příklad psychologického pohledu na problematiku hospitalizovaného dítěte a měl pediatriy motivovat k podpoře společného pobytu dítěte s matkou.⁽¹¹⁾

Ministerstvo zdravotnictví v Anglii reagovalo na tyto poznatky vydáním tzv. Plattovy zprávy v roce 1959. Její hlavní myšlenky shrnuje následujících pět bodů:⁽¹¹⁾

- Přijetí do nemocnice jen když dítě nemůže být léčeno doma.
- Neomezené návštěvy rodičů všech dětí (24 hodin denně).
- Přijetí matky spolu s dítětem kdykoliv je to možné.
- Povzbuzování rodičů, aby se účastnili péče o dítě v nemocnici.
- Větší zaměření výchovy lékařů a sester na porozumění emočních a sociálních potřeb dítěte.

Prvotní reakce na tuto zprávu z řad zdravotníků byla negativní. Hlavní sporný bod tkvěl v přístupu, který vyžadoval mnoho změn. Lékaři nebyli zvyklí potkávat na odděleních rodiče a neustále odpovídat na jejich dotazy. Zdravotní sestry nebyly vyškoleny k práci u lůžka dítěte v přítomnosti rodičů. Obávaly se z kontroly a případné kritiky ze strany rodičů. Matka, která setrvala s dítětem v nemocnici, pociťovala, že není na oddělení vítána a byla uváděna do rozpaků. Nebyla poučena, co se od ní očekává.⁽¹¹⁾

Po vydání Plattovy zprávy vzniká dobrovolné sdružení rodičů, dětských lékařů a sester, nyní se nazývá Action for Sick Children. Podílela na transformaci a humanizaci péče o nemocné děti nejen v Anglii, ale také v dalších zemích. Podporuje studie týkající se kvality ošetřování dětí v nemocnicích. Kooperuje s odbornými organizacemi dětských lékařů a sester, administrativní správou nemocnic a ministerstvem zdravotnictví.⁽¹¹⁾

V roce 1976 byla ustanovena tzv. Courntova zpráva doporučující partnerství mezi zdravotníky a rodiči a zdůrazňuje, že zodpovědnost za dítě nese pouze rodina. Roku 1991 ministerstvo vydává normy „Péče o děti a mladistvé v nemocnici“, které zakotvují myšlenku familiárně

centrované péče o nemocné dítě.⁽¹¹⁾ Jednotlivá práva Charty vztahující se na hospitalizované pediatrické pacienty a jejich rodiče jsou formulována v 10 následujících bodech:

Charta práv dětí v nemocnici

- 1) Děti mají být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně poskytnuta v domácím léčení nebo při ambulantním docházení.
- 2) Děti v nemocnici mají mít právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, mělo by se 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, případně jejich rodiče, mají právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Musí mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.
- 4) Děti, případně jejich rodiče, mají právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě musí 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 musí zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.
- 6) Dětem se musí dostávat péče náležitě proškoleného personálu, který si je plně vědom fyzických i emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny.
- 7) Děti mají mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své věci.
- 8) O děti má být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.
- 9) Děti mají být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům, a aby zároveň vyhovovalo uznaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.
- 10) Děti mají mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělávání, přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu.

Podle organizace National Association for the Welfare of Children in Hospital (NAWCH) se sídlem v Londýně. Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky text upravila, schválila a prohlásila za platný 25. února 1992.

5. Cíl práce a hypotézy

Diplomová práce si klade za cíl zmapovat informovanost dětských pacientů hospitalizovaných ve třech vybraných pražských fakultních nemocnicích o Chartě práv dětí v nemocnici. Součástí práce je vyhodnocení naplňování jednotlivých práv tohoto významného dokumentu v praxi. Výsledky této diplomové práce se mohou stát inspirací a zdrojem ke zkvalitnění poskytované péče na pediatrických lůžkových zařízeních.

První pracovní hypotéza vychází z předpokladu založeného na subjektivních zkušenostech autorky a výsledcích dílčích průzkumů týkajících se povědomí a informovanosti o Chartě práv dětí v nemocnici. Lze vyslovit předpoklad, že minimálně 50% dotazovaných dětí bude Chartu znát.

Druhá pracovní hypotéza dovoluje na základě povědomí o úrovni a kvalitě preventivní a léčebné péče na pražských fakultních pracovištích formulovat předpoklad, že nebude shledán významný rozdíl v jednotlivých nemocnicích v naplňování práv Charty. Na straně druhé lze vyslovit předpoklad, že v estetickém vzhledu nahradila standardní bílou uniformní barvu příjemnější barevně pestřejší výmalba a výzdoba obrázky, a že nemocnice nabízejí alternativní péči pro vyplnění volného času a uspokojení zájmů dětí, včetně práce s nimi (např. školní výuka, herní terapeuti, zdravotní klauni, canisterapie, výtvarná činnost).

Třetí pracovní hypotéza se týká vytvoření podmínek pobytu rodiče na pediatrickém oddělení a naplnění práva dítěte mít neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Autorka práce na základě svých zkušeností předpokládá, že budou ve všech nemocnicích prostorové a režimové podmínky pro naplnění tohoto významného práva a že nebudou rozdíly mezi jednotlivými nemocnicemi.

Čtvrtá pracovní hypotéza se týká aktuálního pocitu osobní pohody dětí během hospitalizace. Předpoklad vychází ze skutečnosti, že opakovaná hospitalizace, závažnost vstupní diagnózy a náročnost terapeutického procesu ovlivňují pocit osobní pohody ve smyslu minus.

6. Metodika

6.1 Metoda

Autorka práce vypracovala dotazník s kombinovanou formou možností odpovědí – převážná většina otázek nabízela uzavřenou volbu odpovědí (zpravidla 2 - 4 možnosti), u mnohočetného výběru byl respondent na tuto skutečnost u každé otázky upozorněn a pro několikáslovné volné odpovědi byly ponechány prázdné řádky. Dotazník (viz příloha č. 1) byl rozdělen do dvou částí.

Část A byla koncipována jako identifikační. Děti s pobytem v nemocnici kratším než dva dny byly eliminovány z důvodu nedostatečné možnosti adaptovat se na režim oddělení, získat základní přehled a poskytnout tak relevantní odpovědi. Dále byly děti dotazovány na případnou subjektivní bolest a aktuální pocit osobní pohody provázející jejich současný pobyt v nemocnici, jejichž hodnoty měly vyznačit na jedenáctistupňové škále analogické pediatrickému pravítku (0 jako nejlepší hodnota, 10 jako nejhorší).

V části B byla zjišťována všeobecná informovanost a povědomí dětských pacientů o Chartě a způsob, jak s ní byly děti seznámeny. Zbývající otázky byly zaměřeny na naplňování jednotlivých práv Charty v praxi. Závěrem dostaly děti za úkol oznámkovat svůj pobyt v nemocnici analogicky pětistupňové školní klasifikaci.

Dotazník byl po souhlasu vedení každého zdravotnického zařízení předložen dětem školního věku a adolescentům hospitalizovaným ve třech pražských fakultních nemocnicích – Fakultní Thomayerově nemocnici (Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3.LF UK/ FTNsP, dále jen FTN), Fakultní nemocnici Královské Vinohrady (Klinika dětí a dorostu,

dále jen FNKV) a Fakultní nemocnici Motol (Pediatrická klinika UK 2.LF a FN Motol, dále jen FNM). Zaručoval anonymitu a jeho vyplnění bylo zcela dobrovolné. Ve FTN bylo dotazníkové šetření uskutečněno v rámci chirurgické stáže autorky, ve FNKV jí byla umožněna odpolední návštěva oddělení, a tak mohla být nápomocna dětem při nejasnostech při vyplňování. Ve FNM nebyla autorce povolena osobní návštěva jednotlivých dětí na oddělení z organizačních důvodů. Zde proběhlo rozdání a výběr dotazníků zprostředkovaně pověřením staniční sestry.

Další část výzkumu byla realizována metodou pozorování a krátkým vedeným interview se zdravotnickým personálem autorkou práce. Bylo zjišťováno umístění Charty, estetický vzhled oddělení, prostory a stavební úpravy pro rodiče, možnosti využití společenské místnosti a její vybavení, zda zdravotnický personál nosí vizitky se jménem nebo visí jejich jména na nástěnce, doba předepsaného odpočinku v režimu oddělení a jakou alternativní péči k vyplnění volného času dětí jednotlivé nemocnice nabízejí. Personál byl dotazován dále na kritéria přidělování dětí na pokoje a možnosti vzájemných návštěv dětských pacientů na sousedních pokojích.

Závěrem autorka vyhodnotila dodržování jednotlivých bodů Charty jednotlivými nemocnicemi, při splnění daného práva získalo dané zdravotnické pracoviště 1 bod, v případě nesplnění bylo uděleno 0 bodů. Celkový součet bodů pro jednotlivé nemocnice byl následně porovnán s průměrnou známkou, kterou oklasifikovali respondenti svou hospitalizaci.

6.2 Zpracování výsledků

Vzhledem k omezeným možnostem získat dostatečně reprezentativní vzorek hospitalizovaných dětských pacientů, (celkový počet vybraných dotazníků $n=53$) nemohou být výsledky zobecněny. Sběr dat byl statisticky vyhodnocen zástupnou procentuální analýzou podle jednotlivých nemocnic a v závislosti na věku respondentů v programu Microsoft Office Excel 97-2003 do přehledných tabulek a grafů.

6.3 Charakteristika souboru

Studie se účastnilo celkem 53 respondentů ve věku od 7 do 18 let hospitalizovaných ve třech pražských fakultních nemocnicích. Celkovou i detailní charakteristiku souboru dle jednotlivých nemocnic, pohlaví a věku znázorňuje tabulka A. Respondenti byly zařazeni dle věku do tří kategorií – mladší školní věk (7-11 let), starší školní věk (12-15 let) a adolescenti (16-18 let).

Tab.A: Množství vyplněných dotazníků, počet dětských respondentů v jednotlivých nemocnicích dle pohlaví a jejich věk

Nemocnice	Počet dotazníků	Pohlaví		Věková skupina		
		chlapec	děvče	7-11 let	12-15 let	16-18 let
FTN	28	17 (59%)	11 (46%)	7 (64%)	15 (52%)	7 (50%)
FNKV	11	4 (14%)	7 (29%)	1 (9%)	7 (24%)	3 (21%)
FNM	14	8 (27%)	6 (25%)	3 (27%)	7 (24%)	4 (29%)
CELKEM	53	29 (55%)	24 (45%)	11 (21%)	28 (53%)	14 (26%)

7. Výsledky

Všechny výsledky jsou prezentovány formou přehledných tabulek a grafů chronologicky v příloze č. 2. Tato kapitola se soustředí na popis zjištěných rozdílů a zajímavých výsledků.

Většina respondentů uvedla, že se jedná o jejich opakovaný pobyt v nemocnici (průměrný počet $h=3$) a že do nemocnice byli přijati akutně (nejvyšší podíl akutních příjmů probíhá na úrazovém a chirurgickém oddělení FTN). Na běžných pediatrických odděleních převažuje plánovaný příjem. O důvodu hospitalizace byly děti informovány v předstihu před příjmem do nemocnice, zejména u plánovaných výkonů. Podrobnější informace o důvodu hospitalizace, její pravděpodobné délce a průběhu nejsou respondentům vždy známy, sděluje jim je nejčastěji lékař, dále zdravotní sestra a rodiče. Zajímavým zjištěním je pravděpodobné suplování lékaře v této pozici zdravotní sestrou ve FTN ve dvou případech ve věkové skupině mladšího školního věku, které uvádí parciální informovanost.

Bolest pocítilo během hospitalizace 45% z celkového počtu všech dotazovaných. Tělesnou bolest uvádí 36% respondentů, její průměrná hodnota na pediatrickém pravítku dosáhla hodnoty 6,1. Psychickou bolest pocítilo 13% všech dětí. Její průměrná hodnota činí 5, nejvyšší středně nepříjemná průměrná hodnota 6 na pediatrickém pravítku byla shodně zaznamenána ve FTN a FNM. Ve srovnání s těmito fakultními pracovišti FNKV dosahuje výrazně nižších hodnot, její průměr je roven 2,5.

Autorka měla možnost se osobně přesvědčit, že Charta práv dětí v nemocnici visí na nástěnce chodby každého oddělení i webových stránkách jednotlivých nemocnic. Ve FTN je kolonka poučení dítěte a rodiče o Chartě součástí ošetrovatelské dokumentace. Povědomí o existenci Charty měla jen necelá 1/3 z celkového souboru respondentů. Nejčastěji (ve 41%) se s ní seznámili náhodně přečtením jejího znění vyvěšeného na nástěnce oddělení, zdravotní sestrou bylo poučeno 23%, rodiči 18 %, jinou osobou 18% (pravděpodobně byl respondent upozorněn jiným dětským spolupacientem nebo nemocniční učitelkou). Lékař v této situaci nebyl účasten v žádném případě.

Prostudováním materiálů uveřejněných na webových stránkách jednotlivých nemocnic a vedeným rozhovorem s ošetrujícím personálem bylo objektivně zjištěno, že FTN nabízí přijetí dětí starších šesti let společně s dospělým doprovodem pouze na nadstandardní pokoj a k dispozici je jedno přenosné křeslo pro případ ojedinělého přenocování rodiče u lůžka dítěte na standardním pokoji. Děti starší šesti let zde bývají zpravidla hospitalizovány samy. Návštěvní doba v režimu oddělení připadá na odpolední 13-18 hod., pro rodiče je prodloužena do 20 hod. a platí každý den s výjimkou vyhlášení epidemie. Nedoporučují se návštěvy sourozenci mladšími 3 let. Moderně postavená a zrekonstruovaná pediatrická oddělení FNKV a FNM podporují časově neomezené návštěvy rodičů a volná neobsazená lůžka na dětských pokojích mohou během pobytu na oddělení po dohodě využívat. FNM poskytuje též pro mimopražské rodiče lůžka na nemocniční ubytovně. Pro ostatní návštěvy jsou ve FNKV doporučeny odpolední hodiny obdobně jako ve FTN, ve FNM

nejsou kromě nočního klidu návštěvní hodiny omezeny. Na všech odděleních mají rodiče možnost uvařit si odpolední čaj nebo kávu v kuchyňce, ve FTN je k dispozici na chodbě oddělení mikrovlnná trouba.

Majorita dětských pacientů starších šesti let je hospitalizována sama, doprovázeni jsou rodičem nebo prarodičem pouze ve 3 případech (6%). Přání mít u sebe na blízku dospělou osobu vyjádřilo 17% ve věkové kategorii mladšího a staršího školního věku. 3/4 dětí navštěvuje rodina každý den, délka této návštěvy trvá průměrně 2,5 hodiny. S návštěvními hodinami jsou respondenti převážně spokojeni a své návštěvy přijímají na svém pokoji.

V dotazníkovém šetření 86% respondentů uvedlo, že mají pro potřebu kontaktu s rodinou a kamarády u sebe vlastní mobilní telefon. V době nočního klidu domácí řád oddělení předepisuje povinnost mít jej vypnutý nebo alespoň zvukově ztlumený. Dětem, které nedisponují vlastním mobilním telefonem, mohou rodiče zatelefonovat na oddělení ve všech zkoumaných nemocnicích, zavolat samy domů z oddělení mohou děti po domluvě se zdravotní sestrou ve FTN (mobilní telefon oddělení pro kontakt s rodinou určený především pro dlouhodobě hospitalizované mimopražské děti) a FNKV. 17% může s blízkými a přáteli komunikovat i elektronickou poštou, neboť mají u sebe vlastní notebook s připojením na internet. FNKV dokonce zdarma nabízí možnost využívat nemocniční bezdrátový wifi internet, v době od 9.00-11.30 používají děti pro potřeby školní výuky čtyři nemocniční notebooky s připojením na internet.

O průběhu léčby, tedy o nutných zákrocích, nezbytných vyšetřeních, o nutnosti užívat léky a dodržovat určitá opatření apod. bylo dle statistických výsledků studie dostatečně informováno 60% respondentů. Částečné vysvětlení bylo poskytnuto 28%. Z hlediska věku si nejvíce a dostatečně informována připadala věková skupina 7-11letých, s rostoucím věkem pocit dostatečné informovanosti upadá.

Správná reflexe a porozumění sdělení lékaře nebo zdravotní sestry ze strany dětského pacienta byla dosažena u 91% respondentů. 3/4 dotázaných byl poskytnut prostor pro kladení otázek zdravotnickému personálu. Dětem byla při této příležitosti dána možnost vyjasnit si, čemu neporozuměly nebo si přály se dozvědět, využilo ji 38% respondentů. Nejčastěji se ptali na doplňkové informace ohledně operace, choroby a její terapie, výsledků vyšetření, celkového zdravotního stavu, data propuštění do domácího ošetřování. Nestandardní dotaz jedné dlouhodobě a opakovaně hospitalizované, zřejmě na transplantaci jater čekající 11leté dívky zněl: „Kam se dají moje játra?“ Uvedla i obdrženou odpověď: „Do spalovny.“

Názor dětského pacienta v terapeutickém a diagnostickém procesu zohledňován v moderně zřízených fakultních nemocnicích je přibližně v 60%, ve FTN v necelých 30%. Celkově je tedy přihlédnuto k názoru u 43%, někdy u 17%. Se zvyšujícím věkem se stoupá akceptace dětského pacienta jako aktivního účastníka při spolurozhodování o léčbě (72%).

Děti mají nárok na účast rodiče při vyšetření. Znalost tohoto práva a možnost zvolit si, zda se bude rodič přítomen, uvedla 1/3 respondentů. Výsledky ve FTN (72% si není jisto) jsou podmíněny hospitalizací dětí bez doprovodu a časově omezenými návštěvami rodičů, které se uskutečňují především v odpoledních hodinách na rozdíl od běžně prováděných lékařských vyšetření v dopoledních hodinách. Při lékařském vyšetřování dítěte a současné účasti rodiče je dítě v převážné většině aktivně oslovováno a dotazováno.

Respektování soukromí dětských pacientů na pediatrických odděleních je dle jejich názoru vesměs dodržováno. Závažné porušení tohoto práva nikdo z dotazovaných neuvedl. Narušení soukromí pocítila věková skupina 7-11 let. V tomto věku zřejmě není pravidlem vyšetřování v oddělené místnosti (tzv. vyšetřovně) a bez zraku ostatních spolupacientů. 100% pozitivního hodnocení bylo dosaženo u 16-18letých.

Pozorováním bylo objektivně zjištěno, že ve všech fakultních nemocnicích nosí zaměstnanci vizitky se svými identifikačními údaji (jméno, pracovní pozice a příslušné oddělení). S asertivním partnerským navázáním prvního kontaktu ze strany lékaře se setkalo 80% dětí ve FNKV a FNM. Ve FTN ho přiznává jen 41%.

Naplnění fyzických a emocionálních potřeb dětí ze strany ošetřujícího personálu reflektují následující zmapované pocity dotazovaných: pocit osobní pohody, pocit osamění a pocit strachu během hospitalizace.

Většina dětí uvádí aktuální pocit osobní pohody jako spíše příjemný – 82% (z celkového počtu dětí odpovídajících na tuto otázku n=28) označilo na jedenáctibodové stupnici analogické pediatrickému pravítku pro hodnocení bolesti číselnou hodnotu nižší nebo rovnou 3, průměrná hodnota činila 2. Průměrné hodnoty dle jednotlivých nemocnic nejsou z důvodu nízkého počtu respondentů u této otázky vypovídající.

Pocit osamění během hospitalizace prožilo celkem 34% respondentů, 8% si nebylo jisto. Nejčastěji to bylo v souvislosti s dlouhou chvilí při pobytu na lůžku, v prvních dnech, po operaci, nepřítomnosti dětí stejné věkové kategorie, ubytování na jednolůžkovém pokoji, při nedečkavém očekávání návštěvy a v noci.

Strach a silnější obavy provázely hospitalizaci 47% dětí, 4% vyjádřila nejistotu. Rozdíly mezi jednotlivými nemocnicemi nejsou signifikantní. Specifikujeme-li situace vyvolávající strach, nejčastěji se dostavoval při rozhovoru s lékařem, invazivním zákroku, vyšetření lékařem, rozhovoru se zdravotní sestrou a v noci. V jednotlivém případě se objevil při nástupu do nemocnice a pooperační bolesti.

Dětský psycholog poskytuje konzultace a poradenství pediatrickým pacientům a eventuálně jejich zákonným zástupcům v rámci konsilií na požádání ošetřujícího lékaře.

Děti mají možnost na všech odděleních nosit vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své osobní věci.

Vedeným interview byli zdravotničtí pracovníci na jednotlivých odděleních dotazováni na zvyklost přidělovat dětské pacienty na pokoje. Všichni shodně odpověděli, že dominujícím kritériem je především pohlaví, dále diagnóza a poté věk. Diferencovaná hospitalizace chlapců a dívek na pokojích je striktně dodržována, autorka měla možnost se jen v ojedinělém případě setkat ve FTN s přechodným umístěním 11letého chlapce k dvěma dívkám – 13 a 16leté pro nedostatek volných lůžek na standardních chlapeckých pokojích. Z důvodu neznalosti diagnózy nemůže být toto kritérium statisticky hodnoceno. Věk byl uveden až jako třetí kritérium a existuje proto teoretická možnost, že na jednom pokoji bude ubytováno i 3leté dítě s adolescentem. Průměrný věkový rozdíl dětí na jednotlivých pokojích činí 4 roky.

Ve staré zástavbě FTN převládají 4-5 lůžkové pokoje, v moderněji zařízených nemocnicích jsou pokoje dispozičně uspořádány jako 2-3 lůžkové ve FNKV a 1-3 lůžkové ve FTN. V době prováděného dotazníkového šetření nebyly všechny pokoje plně obsazeny, průměrný počet dětí na pokoji dosáhl celkem hodnoty 2,5. Vzájemné návštěvy dětí na sousedních pokojích jsou na všech odděleních povoleny, pokud tomu nebrání celkový zdravotní stav dítěte – nutnost klidového režimu na lůžku nebo hospitalizace na izolačním pokoji pro nebezpečí infekce a nákazy chorobou sebe nebo ostatních dětí. Nejméně takových návštěv probíhá na dětské chirurgii a traumatologii FTN, kde je mnoho dětí po úrazu nebo operaci upoutáno na lůžko a dále na pediatrickém oddělení FNM, kde se léčí i děti dlouhodobě nemocné s imunodeficiencí a nemožností opustit svůj pokoj. Nejvíce dětí se vzájemně navštěvuje na pediatrii FNKV, kde nadpoloviční většina respondentů je přijímána plánovaně a jejich diagnóza tudíž umožňuje neomezený pohyb po oddělení a společné trávení volného času ve společenské místnosti.

V estetickém vzhledu standardní nemocniční bílou uniformní barvu nahradila na všech třech fakultních pediatrických odděleních příjemnější

barevně pestřejší výmalba a výzdoba dětskými obrázky, která autorku upoutala hned na začátku.

Společenská místnost je dětem k dispozici ve všech třech nemocnicích, ve FTN a FNKV se nachází přímo na oddělení a děti ji mohou využívat každý den. Ve FNM se nachází jedna společenská místnost, o kterou se dělí několik oddělení. Každé oddělení má do ní vyhrazený přístup jeden den v týdnu. Místnost je většinou vyzdobena esteticky pestrými barvami, uprostřed se nachází stoly se židlemi a prostor pro hraní na zemi, v regálu jsou uloženy hračky a knížky. Nechybí televize. Na nástěnce visí fotografie a výkresy malované dětmi. Pro starší děti je k dispozici počítač, ve FNKV jsou 4 notebooky s připojením na internet využívány v době dopoledního školního vyučování. 3/4 dětí jsou s vybavením společenské místnosti spokojené. Na otázku, co zde nejvíce postrádají, odpověděly: počítač s připojením na internet, playstation, DVD ve FTN a opět počítač s připojením na internet a herní konzole ve FNM.

Většina pokojů ve FTN a FNKV je vybavena díky štědrosti sponzorů televizí a děti si mohou pomocí dálkového ovládání sami naladit vysílaný program dle jejich přání. Televize smí být puštěna kromě doby nočního klidu a vizity prakticky celý den. Na některých pokojích je součástí televize i zabudovaný videopřehrávač.

Děti jsou zdravotní sestrou při příjmu poučovány o bezpečnostních pravidlech, režimu a uspořádání oddělení. Ve skutečnosti na seznámení s režimem a uspořádáním oddělení pamatuje lehce nad 50% dětí.

Metodou vedeného rozhovoru se zdravotnickými pracovníky a pozorným prostudováním nástěnek oddělení ve všech třech fakulních nemocnicích bylo zjištěno, že dětem je během hospitalizace nabízena řada kreativních činností pro zpestření volného času a uspokojení jejich zájmů, při nichž je s dětmi aktivně pracováno. Zdravotní klauni dochází většinou ve 14denních intervalech v odpoledních hodinách, děti a jejich rodiče jsou pomocí letáčků vyvěšených na nástěnce v předstihu o plánované akci informováni. Výtvarná kreativní činnost se těší též velké oblibě, zhotovené obrázky pak následně poslouží k zlepšení estetického

vzhledu chodby a společenské místnosti. Ve FTN je realizováno i košíkářství, ve FNM canisterapie, keramická dílna a indiánský tábor na zahradě areálu nemocnice v době letních prázdnin. V dopoledních hodinách ve všední den probíhá pro děti školou povinné, pokud tomu nebrání jejich zdravotní stav, výuka. Za jednotlivými pacienty dochází nemocniční učitelka a s každým individuálně probírá potřebnou látku. Návštěvu nemocniční učitelkou uvedlo celkem 71% respondentů. Nižší procentuální výsledky ve FTN lze vysvětlit převahou akutních příjmů s diagnózou vylučující školu v prvních dnech a krátkodobých hospitalizací s předáním do lékařské péče ambulantního specialisty. S rostoucím věkem logicky klesá asistence, především na základní školství koncipovaného, nemocničního učitele při vzdělávání během hospitalizace. Adolescenti – většinou středoškoláci – jsou schopni zameškanou látku většinou dohnat samostatně. Pro tyto dlouhodobě hospitalizované pacienty FNM vyhradila právo používat nemocniční zásuvky pro dobití vlastních přinesených notebooků za účelem vzdělání. Předškolním dětem se v dopoledních hodinách věnují herní terapii u lůžka pacienta, jak měla autorka možnost z pozice pasivního pozorovatele shlédnout ve FTN.

Závěrem dotazníku byli respondenti požádáni o oznámkování svého současného pobytu v nemocnici. Rozsah hodnotící škály odpovídal školní klasifikaci (1 jako nejlepší a 5 jako nejhorší). Většina respondentů udělila „dvojku.“

V závislosti na věku zjišťujeme, že s počtem přibývajících let dětského pacienta se zlepšuje výsledná známka. Danou skutečnost reflektuje větší znalost a počet nabytých zkušeností s nemocničním prostředím u starších dětí, na které se vztahuje vyšší pravděpodobnost opakované hospitalizace. Tyto děti mají konkrétnější a reálnější představy, co je v nemocnici čeká a jaké vybavení jim zde může být poskytnuto. Lépe se adaptují na režim oddělení a spokojí se s pravidelnými návštěvami rodiny.

V klasifikaci vztažené na jednotlivé nemocnice sledujeme, že pomyslné první místo z pohledu dětských pacientů obsadila FNKV s průměrnou známkou 1,4, druhé FTN se známkou 2,1 těsně následovaná FNM na třetím místě se známkou 2,2. Pro možnost objektivizovat korelaci výsledné průměrné známky dle testovaných nemocnic s dodržováním Charty práv dětí v nemocnici na jednotlivých fakultních pracovištích, byla autorkou na závěr vypracována přehledná tabulka AG s obodováním desatera Charty. Maximální možný počet získaných bodů činil 9. U práva č. 2 bylo uděleno FTN 0 bodů pro nedostatečné stavební úpravy podporující společnou hospitalizaci rodiče a dítěte staršího šesti let a časově omezené návštěvy vztahující se i na rodiče. Podobně bylo učiněno i u práva č. 4 z důvodu nízkého procentuálního zastoupení (necelých 30%) zohledňování názoru dětského pacienta v terapeutickém a diagnostickém procesu. FNM byl odebrán 1 bod za omezený přístup dětí do společenské místnosti – pouze jeden den v týdnu. Po sečtení všech získaných bodů se dozvídáme, že všechny zúčastněné nemocnice dosahují pozitivního celkového hodnocení (FNKV 9 bodů, FNM 8 bodů a FTN 7 bodů z 9 maximálně možných). Odchytky mezi jednotlivými nemocnicemi nejsou výrazné a výsledky korelují se známkovou klasifikací respondentů.

8. Diskuze

První pracovní hypotéza předpokládající minimálně 50% informovanost dětských respondentů o Chartě práv dětí v nemocnici se neprokázala. Aktivní znalost Charty přiznala jen necelá 1/3 dětí, většina z nich se s ní seznámila náhodným přečtením na nástěnce oddělení. Lékař nebo zdravotní sestra zastupovali v seznamování s Chartou minoritní úlohu.

Autorka měla možnost se osobně přesvědčit, že Charta práv dětí v nemocnici visí na nástěnce chodby každého oddělení i webových stránkách jednotlivých nemocnic. Ve FTN je kolonka poučení dítěte a rodiče o Chartě součástí ošetřovatelské dokumentace. Nízká

informovanost o Chartě bude zapříčiněna kombinací více faktorů. Dosavadní praxe vyvěsit znění Charty na nástěnce chodby pediatrického oddělení a webové stránky nemocnice spoléhá na aktivní a motivovaný zájem rodičů a dětí samostatně si informaci vyhledat nebo si ji náhodně přečíst. Rodič je zdravotní sestrou při podepisování informovaného souhlasu s léčbou dítěte a poučení o režimu oddělení seznámen s Chartou pravděpodobně velmi stručně. Zdravotní sestra pouze zaškrtně příslušnou kolonku. Rodič tuto informaci nepovažuje za důležitou, eventuálně ji zapomene a dítěti nepředá. Tímto deficitním způsobem zřejmě probíhá organizace způsobu poučení rodičů a dětí o Chartě práv dětí v nemocnici ošetřujícím zdravotnickým personálem. Některé děti, jimž zdravotní stav neumožňuje opustit lůžko nebo izolační pokoj, nemají příležitost si Chartu na nástěnce chodby oddělení prostudovat. O existenci Charty nemají ponětí, nemohou proto samy zdravotní sestru požádat o nahlédnutí do jejího znění.

Za účelem zvýšit informovanost rodičů a dětí o Chartě práv dětí v nemocnici se nabízí přesně stanovit zdravotnickými pracovníci způsob organizace seznámení s tímto dokumentem a proškolení pověřené zaměstnance. Dětským pacientům by mohlo být k dispozici znění Charty minimálně v jednom výtisku na každém pokoji.

Předpoklad v druhé pracovní hypotéze se potvrdil. Po zhodnocení dodržování jednotlivých bodů Charty se prokázala vysoká snaha všech zúčastněných zdravotnických pracovišť o naplňování jejího obsahu v praxi.

První deficit reflektuje pocit nedostatečné informovanosti dětských pacientů o diagnóze a terapii (nutných zákrocích, nezbytných vyšetřeních, o nutnosti užívat léky a dodržovat určitá opatření apod.). Dostatečnou informovanost v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání, uvádí jen 60% dotazovaných. Z hlediska věku se nejlépe informována cítila být věková skupina mladšího školního věku. Danou skutečnost si lze vysvětlit orientací zdravotníků především na mladší pacienty, s těmi je

nejvíce práce, mnohdy pokynům a poučení nerozumí, je třeba jim vše trpělivě opakovat a spokojí se se stručnější informací. V časové tísní nezbyvá prostor pro podrobnější interpretaci terapeutických a diagnostických postupů, které by si mnohé zvědavé děti starší 12 let a především adolescenti přáli znát. Průměrný pediatrický pacient tohoto věku se svými rozumovými schopnostmi blíží dospělému pacientovi a očekává, že bude na této úrovni akceptován. Umění jednat s dětmi patří mezi silné stránky pediatriů, přesto nemůžeme přehlížet z důvodu „časové zaneprázdněnosti“ potřebu dospívajících jedinců být dostatečně informováni, je nutné se nadále v této problematice - poučení dětského pacienta vzdělávat. Při rozhovoru s dospívajícím by se měl lékař vyvarovat paternalistické pozici a projevit empatii. Užití příkladů z praktického života místo abstraktních pojmů přispěje k lepší vzájemné komunikaci a porozumění. Dětské pacienty mají díky moderním technologiím, zejména internetu a televizi, obdivuhodné poznatky a též nestandardní dotazy. Pediatr by měl být na tuto situaci připraven. ⁽¹²⁾

Druhý deficit lze vysledovat ze statistických výsledků práva dětí poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Názor dítěte je zohledňován ve 43% a vyskytují se značné rozdíly mezi jednotlivými nemocnicemi.

Třetí deficit se týká práva být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo vývojovým potřebám a požadavkům dětí. Výzkum prokázal existenci časového omezení možnosti využívat společenskou místnost zřízenou za tímto účelem – přístup 1 den v týdnu ve FNM. Společenská místnost je dětem k dispozici ve všech třech nemocnicích, ve FTN a FNKV se nachází přímo na oddělení a děti ji mohou využívat každý den. Ve FNM se nachází jedna společenská místnost, o kterou se dělí několik oddělení. Místnost je většinou vyzdobena esteticky pestrými barvami, uprostřed se nachází stoly se židlemi a prostor pro hraní na zemi, v regálu jsou uloženy hračky a knížky. Nechybí televize. Na nástěnce visí fotografie a výkresy malované dětmi. Pro starší děti je k dispozici počítač, ve FNKV jsou 4 notebooky s připojením na internet

využívány v době dopoledního školního vyučování. Většina pokojů ve FTN a FNKV je vybavena díky štědrosti sponzorů televizí a děti si mohou pomocí dálkového ovládání sami naladit vysílaný program dle jejich přání. Televize smí být puštěna kromě doby nočního klidu a vizity prakticky celý den. Na některých pokojích je součástí televize i zabudovaný videopřehrávač.

Se standardní nemocniční bílou uniformní barvou se na žádném ze zkoumaných pediatrických fakultních pracovišť nesetkáme, byla nahrazena esteticky příjemnější a barevně pestřejší výmalbou a výzdobou dětskými výkresy na zdech chodby, prosklených plochách i pokojích. Nadstandardní aktivity pro zpestření volného času a uspokojení zájmů dětí, včetně práce s nimi jsou poskytovány ve všech třech nemocnicích. Zdravotní klauni dochází většinou ve 14denních intervalech v odpoledních hodinách, děti a jejich rodiče jsou pomocí letáčků vyvěšených na nástěnce v předstihu o plánované akci informovány. Výtvarná kreativní činnost se těší též velké oblibě, zhotovené obrázky pak následně poslouží k zlepšení estetického vzhledu chodby a společenské místnosti. Ve FTN je realizováno i košíkářství, ve FNM canisterapie, keramická dílna a indiánský tábor na zahradě areálu nemocnice v době letních prázdnin. V dopoledních hodinách ve všední den probíhá pro děti školou povinné, pokud tomu nebrání jejich zdravotní stav, výuka. Za jednotlivými pacienty, především za dětmi navštěvujícími základní školu, dochází nemocniční učitelka a s každým individuálně probírá potřebnou látku. Adolescenti – většinou středoškoláci – jsou schopni zameškanou látku většinou dohnat samostatně. Pro tyto dlouhodobě hospitalizované pacienty FNM vyhradila právo používat nemocniční zásuvky pro dobití vlastních přinesených notebooků za účelem vzdělání. Předškolním dětem se v dopoledních hodinách věnují herní terapeuti u lůžka pacienta, jak měla autorka možnost z pozice pasivního pozorovatele shlédnout ve FTN.

Třetí pracovní hypotéza týkající se vytvoření podmínek pobytu rodiče na pediatrickém oddělení a naplnění práva dítěte

mít neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci se potvrdila zčásti. Deficit byl zjištěn v podpoře společné hospitalizace rodiče s dítětem. Časově neomezené návštěvy pro rodiče a sourozence a stavební úpravy umožňující pobyt rodiče (dostatek lůžek, kuchyňka apod.) nejsou pravidlem.

Moderně zřízené a zrekonstruované nemocnice FNKV a FNM podporují společnou hospitalizaci rodiče a dítěte jak dítěte mladšího, tak i staršího šesti let. Volná lůžka na pokoji, pokud není naplněna kapacita pediatrickými pacienty, smí být po dohodě využity za tímto účelem. Na rodiče se vztahují časově neomezené návštěvy a je jim umožněn přístup do kuchyňky oddělení. Dětská chirurgie a traumatologie umístěná ve staré zástavbě FTN disponuje standardními pokoji uzpůsobenými pro společný pobyt matky (ev. jiné dospělé osoby blízké dítěti) s dítětem mladším šesti let a jedním nadstandardním pokojem určeným i pro děti školního věku s dospělým doprovodem. Majorita dětí je tedy hospitalizována sama, pro rodiče platí časově omezené návštěvy od 13-20 hodin a pro nouzové přenocování rodiče u lůžka dítěte je k dispozici 1 křeslo na celé oddělení. Mimopražští rodiče mohou využít podobně jako ve FNM nemocniční ubytovnu.

Návštěvní doba v režimu oddělení FTN připadá na odpolední 13-18 hod., pro rodiče je prodloužena do 20 hod. a platí každý den s výjimkou vyhlášení epidemie. Nedoporučují se návštěvy sourozenci mladšími 3 let. FNKV a FNM podporují časově neomezené návštěvy rodičů a sourozenců. Pro ostatní návštěvy jsou ve FNKV doporučeny odpolední hodiny obdobně jako ve FTN, ve FNM nejsou kromě nočního klidu návštěvní hodiny omezeny. Na všech odděleních mají rodiče možnost uvařit si odpolední čaj nebo kávu v kuchyňce, ve FTN je k dispozici na chodbě oddělení mikrovlnná trouba.

Ve čtvrté pracovní hypotéze předpokládaný aktuální pocit osobní pohody během hospitalizace ve smyslu minus se nepotvrdil. Většina dětí jej uvádí jako spíše příjemný (82% označilo na

jedenáctibodové stupnici analogické pediatrickému pravítku pro hodnocení bolesti číselnou hodnotu nižší nebo rovnou 3, průměrná hodnota činila 2). V pozitivní výsledné hodnotě pocitu osobní pohody se reflektuje kombinace několika faktorů - možnost denního kontaktu pediatrických pacientů s rodinou a kamarády prostřednictvím fyzických návštěv i alternativního telefonického rozhovoru, taktním a empatickým přístupem lékařů a ošetrujícího zdravotnického personálu znalých fyzických i emocionálních potřeb dětí, vyplněním volného času školní výukou a alternativními kreativními činnostmi (např. herní terapeuti, zdravotní klauni, canisterapie, výtvarná činnost), sledováním televize, společnou péčí s dětmi stejné věkové skupiny, nízkým skóre subjektivní bolesti a nepřítomností pacientů s těžkou diagnózou, vážnou či infaustní prognózou na zkoumaných pediatrických odděleních poskytujících léčebně preventivní péči. Děti jsou na pobyt v nemocnici, zejména u plánovaného příjmu, dostatečně rodiči a pediatrii připravovány, získávají tak reálný představu, jak bude hospitalizace probíhat a která vyšetření podstoupí. Tato informační příprava zvyšuje akceptaci terapie pediatrickým pacientem a minimalizuje strach a obavy. Starší děti, které jsou opakovaně hospitalizovány, mohou být příjemně překvapeny změnou přístupem lékařů a ošetrujícího personálu a vybavením oddělení oproti předchozím létům.

Dotazníková metoda, která byla použita, může jistě podstatně zkreslovat prezentované výsledky. Odpovědi jednotlivých respondentů mohou být subjektivně ovlivněné konkrétními zkušenostmi s nemocničním prostředím, ať už negativními nebo pozitivními. K získání relevantnějších statických dat by bylo vhodnější rozšířit počet dotazovaných respondentů a spektrum zastoupených nemocnic, což se autorce z časových důvodů a z nedostatečného počtu personálně zainteresovaných zdravotnických pracovníků ochotných se podílet na spolupráci nepodařilo.

Závěr

Diplomová práce se zabývá zmapováním informovanosti dětských pacientů, hospitalizovaných na třech pražských fakulturních pracovištích poskytujících léčebně preventivní pediatrickou péči, o Chartě práv dětí v nemocnici. Součástí práce je vyhodnocení naplňování jednotlivých práv Charty v praxi. Za tímto účelem byla malá klinická studie. Data byla získána formou dobrovolného a anonymního vyplnění dotazníku. Sledovaný soubor tvořilo 53 respondentů ve věku od 6 do 18 let.

Nebyly zjištěny významné deficity v dodržování práv Charty, nicméně nejzávažnější deficit byl shledán v informovanosti dětských pacientů o Chartě práv dětí v nemocnici. Povědomí o její existenci necelá 1/3 respondentů. Lékař nebo zdravotní sestra zastupovali v seznamování s Chartou minoritní úlohu.

Na základě výsledků provedené práce lze formulovat následující doporučení:

a) pro zdravotnická pracoviště

- Zohledňovat právo dítěte poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je mu poskytována.
- Poskytovat pediatrickým pacientům dostatek informací o diagnóze a terapii v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání.
- Podporovat společnou hospitalizaci dítěte s dospělým doprovodem a časově neomezené návštěvy rodičů a aktivně informovat rodiče o této možnosti.
- Podporovat alternativní péči pro vyplnění volného času a uspokojení zájmů hospitalizovaných dětí, včetně práce s nimi (např. školní výuka, herní terapeuti, zdravotní klauni, canisterapie, výtvarná činnost).
- Přesně stanovit způsob organizace při seznamování rodiče a dítěte s Chartou práv dětí v nemocnici a proškolit lékaře a zdravotní sestry za tímto účelem.
- Získávat od rodičů a dětí zpětnou vazbu (např. formou anonymních dotazníků) a vyhodnocovat průběžně kvalitu poskytované péče.

b) na úrovni rodiny

- Zvýšit zájem rodičů o aktivní spolupráci připravovat dítě v předstihu na pobyt v nemocnici, doprovázet dítě během hospitalizace a nastavit pravidla vzájemné komunikace.
- Zainterесovat praktické lékaře pro děti a dorost podílet se na aktivní přípravě dětí a rodičů na hospitalizaci a seznamování s Chartou.

c) na úrovni společnosti

- Zajistit informaci o Chartě při vzdělávání budoucích zdravotníků.
- Nemocnicím vytvářet podmínky pro naplnění práv Charty a provádět kontrolu.
- Zvýšit všeobecnou propagaci Charty práv dětí v nemocnici tiskovými materiály – např. kapesními kalendáři rozdávanými jednotlivým pediatrickým pacientům a jejich rodičům, vyvěšením jejího znění na webové stránky Ministerstva zdravotnictví a nemocniční pokoje dětí.

Souhrn

Ústředním tématem diplomové práce je deskripce práv a potřeb dětí s důrazem na práva dětí v nemocnici zakotvená etickým kodexem Charta práv dětí v nemocnici.

Teoretická část vedle práv hospitalizovaných dětí podává přehled o základních lidských potřebách a vývojových specifických dítěte školního věku a adolescenta. Probírá negativní důsledky neuspokojení potřeb dítěte a popisuje jejich symptomy.

Hlavním obsahem diplomové práce je deskriptivní studie, která má za cíl zmapovat informovanost dětských pacientů, hospitalizovaných na třech pražských fakultních pracovištích poskytujících léčebně preventivní pediatrickou péči, o Chartě práv dětí v nemocnici. Součástí práce je vyhodnocení naplňování jednotlivých práv Charty v praxi. Za tímto účelem byla provedena malá klinická studie. Data byla získána formou dobrovolného a anonymního vyplnění dotazníku. Sledovaný soubor tvořilo 53 respondentů ve věku od 6 do 18 let.

Z výsledků vyplynul nejzávažnější deficit v informovanosti dětských pacientů o Chartě práv dětí v nemocnici. Povědomí o její existenci měla necelá 1/3 respondentů. Lékař nebo zdravotní sestra zastupovali v seznamování s Chartou minoritní úlohu. Neúplnosti v praktikování jednotlivých práv Charty se týkaly nedostatečné podpory společné hospitalizace dítěte staršího šesti let s rodičem, pocitu nedostatečné informovanosti dětských pacientů o diagnóze a terapii a zohledňování práva dítěte poučeně se podílet na rozhodování ohledně zdravotní péče, která je mu poskytována.

Na základě výsledků byla navržena preventivní doporučení pro zdravotnická pracoviště, na úrovni rodiny a společnosti s ohledem na zvýšení informovanosti dětí i široké veřejnosti o Chartě a minimalizaci identifikovaných neúplností v naplňování práv tohoto významného dokumentu.

Summary

The main topic of this diploma thesis is to describe the rights and needs of children, focused on children rights in the hospitals as embedded in the ethical codex of the Charter of the Rights of Children in Hospital.

The theoretical part summarizes the rights of hospitalized children, basic human needs and developmental specifics of a schoolchild or adolescent. It is concerned with negative consequences of not satisfying the children's needs and describes the symptoms.

The main part of this thesis is a descriptive treatise with the aim to map the knowledgeability of the Charter of the Rights of Children in Hospital among the child patients, hospitalized at three Prague teaching facilities providing medically preventive pediatric care. Part of this thesis is also an evaluation of the fulfillment of the individual rights in the Chart in praxis. A small clinical treatise was carried out for this purpose. The data was collected with a voluntary and anonymous questionnaire. 53 respondents in the age of 6 to 18 years comprised the studied data set.

The results provided the most important deficit in the child patient's knowledgeability of the Chart. Not even 1/3 of the respondents was aware of its existence. The doctors and nurses played a minority role in familiarizing patients with the Chart. Individual rights of the Chart were employed incompletely and concerned the following problems: insufficient support of hospitalizing a child older than 6 years with a parent, a feeling of the child's insufficient knowledge about the diagnosis and therapy and insufficient respect to the child's right to participate in the decisions about offered medical care.

On the basis of these results preventive recommendations for the medical facilities were devised, with regard to the family and society background, in order to increase the knowledgeability of the Chart among the children and general public and to minimize the incompletenesses in employing the rights stated in this significant document.

Seznam použité literatury

- (1) HRODEK, O., VAVŘINEC, J. et. al. *Pediatricie*. Praha: Galén, 2002, s. 586-7. ISBN 80-7262-178-5.
- (2) VANÍČKOVÁ, E. *Deklarace práv dětí*. [on-line]. [cit. 10.11.2009]. Dostupné z [www: <http>//www.vlada.cz/cz/media-centrum/tema/deklarace-prav-ditete-63749](http://www.vlada.cz/cz/media-centrum/tema/deklarace-prav-ditete-63749)
- (3) ZÁBOJNÍKOVÁ, H. *Úmluva o právech dítěte*. [on-line]. [cit. 18.10.2007]. Dostupné z [www: <http>//old.rvp.cz/clanek/230/1659](http://old.rvp.cz/clanek/230/1659)
- (4) *Charakteristiky růstu a vývoje v jednotlivých obdobích*. In PROVAZNÍK, K., KOMÁREK, L. *Manuál prevence v lékařské praxi. Souborné vydání*. Praha: Fortuna, 2003, 2004, s. 395-403. ISBN 80-7168-942-4.
- (5) *Hierarchy potřeb podle A. Maslowa*. [on-line]. Dostupné z [www: <http>//www.otevrene-vyucovani.cz/ov/vychodiska/masl.jpg](http://www.otevrene-vyucovani.cz/ov/vychodiska/masl.jpg)
- (6) HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, s. 444. ISBN 80-7178-303-X
- (7) MATĚJČEK, Z. *Co děti nejvíc potřebují*. Praha: Portál, 2008, 112 s. ISBN 978-80-7367-504-2 (brož.).
- (8) LANGMEIER, J. *Vývojová psychologie pro dětské lékaře*. Praha: Avicenum, 1991, 284 s. ISBN 80-201-0098-7
- (9) LANGMEIER, J., LANGMEIER, M., KREJČÍKOVÁ, D. *Vývojová psychologie s úvodem do vývojové neurofyzologie*. Praha: H&H, 1998, 132 s. ISBN 80-86022-37-4.
- (10) LEBL J., PROVAZNÍK, K., HEJCMANOVÁ L. *Preklinická pediatrie*. Praha: Galén, 2003, s. 7-21. ISBN 80-7262-207-2.
- (11) STARKOVÁ, O. *Rodiče a zdravotníci ve Velké Británii*. Děti a My, 2002, roč. 1.
- (12) LISSAUER, T., CLAYDEN, G. *Illustrated Textbook of Pediatrics*. London: Mosby, 2001, s. 313-28. ISBN 0-723-43243-0.
- (13) MIGONE, M., MC NICHOLAS, F., LENNON R. Are we following the European charter? Children, parents and staff perceptions. *Child: care, health and development*, 2008, vol. 34. no. 4, p. 409-17
- (14) KURZ, R. et al. Ethical issues in the daily medical care of children. *European Journal of Pediatrics*, 2006, vol. 165, no. 2, p. 83-6
- (15) HANZOVÁ, M., KODÝM M., KREMLIČKOVÁ M. *Práva a povinnosti našich dětí*. Praha: Victoria Publishing, 1995. 90 s. ISBN 80-7187-007-2.
- (16) *Úmluva o právech dítěte*. [on-line]. Dostupné z [www: <http>//www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/umluva-o-pravech-ditete.pdf](http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/umluva-o-pravech-ditete.pdf)

Internetové zdroje:

http://assets.unicef.ch/downloads/kinderrechte_geschichte_dt.pdf

<http://www.detivnemocnici.cz/>

<http://www.detskaprava.cz/>

<http://www.ftn.cz/>

<http://www.fnkv.cz/>

<http://www.fnmotol.cz/index.php>

Seznam obrázků a tabulek

Obr. č. 1: *Maslowův model lidských potřeb* **8**

Tab. A: *Množství vyplněných dotazníků, počet dětských respondentů v jednotlivých nemocnicích dle pohlaví a jejich věk* **21**

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník

43

Příloha č. 2: Prezentace výsledků ve formě přehledných tabulek a grafů

47

- Dosavadní počet hospitalizací dětského pacienta v životě (ot. A1, tab. B, graf 1)
- Příjem do nemocnice a informovanost o zdravotním stavu (ot. A2-A5, tab. C-F, graf 2-5)
- Pocit osobní pohody a subjektivní bolest provázející hospitalizaci dětských pacientů (otázka A7-A8, tab. G-H, graf 6-7)
- Povědomí a informovanost pediatrických pacientů o Chartě práv dětí v nemocnici (otázka B1-B3, tab. I, graf 8-9)
- Dodržování jednotlivých bodů Charty práv dětí v nemocnici v praxi
 - ✓ *bod 2*) (otázka B5-B12, tab. J-P, graf 10-13)
 - ✓ *bod 3*) (otázka A2-A5, B17, B18, B20, tab. Q-S, graf 14-17)
 - ✓ *bod 4*) (otázka B19, tab. T, graf 18-19)
 - ✓ *bod 5*) (otázka B15, B16, B21, tab. U-W, graf 20-22)
 - ✓ *bod 6*) (otázka B13, B22-B24, tab. X-Z, graf 23-26)
 - ✓ *bod 8*) (otázka B25-B26, tab. AA-AB)
 - ✓ *bod 9*) (otázka B27, B14, tab. AC-AD, graf 27)
 - ✓ *bod 10*) (otázka B28, B29, tab. AE, graf 28)
- Celkové hodnocení dodržování Charty dle jednotlivých nemocnic (otázka B30, tab. AF-AG, graf 29-30)

10. Kde můžeš přijímat své návštěvy? (můžeš zaškrtnout více možností)
- v mém pokoji
 - ve společenské místnosti
 - v návštěvní místnosti
 - na chodbě oddělení
 - se souhlasem zdravotní sestřičky smím jít v doprovodu návštěvy na vycházku

11. Existuje na oddělení nějaké omezení, kdy k Tobě smí přijít návštěva? ano ne
Pokud ano, napiš prosím kterých osob (např. rodič, sourozenec, prarodič, teta, strýc, kamarád) a v jaké denní době se omezení návštěv týká:

.....

Kdo o omezení návštěv rozhoduje?.....

12. Máš možnost zatelefonovat nebo poslat email z nemocnice rodině nebo kamarádům (můžeš zaškrtnout více odpovědí)

- mám u sebe zapnutý mobilní telefon
- mám u sebe mobilní telefon, ale musí být vypnutý v době (doplň kdy).....
- na chodbě je telefonní automat na mince
- na chodbě je telefonní automat na kartu
- můžu poprosit sestřičku, že si chci zavolat domů
- mám u sebe notebook s připojením na internet
- na oddělení jsou k dispozici počítače s připojením na internet, které mohu používat (doplň kdy)

.....

13. Představili se Ti jednotliví pracovníci pečující o Tebe svým jménem?

- a) lékař ano ne b) zdravotní sestra ano ne c) ostatní ano ne

14. Byl(a) jsi při přijetí na lůžko seznámen(a) s:

- a) režimem oddělení ano ne b) uspořádáním oddělení ano ne

15. Můžeš si vybrat, jestli chceš účast rodiče při nějakém vyšetření?

- ano ne nejsem si jist(a)

16. Jestliže ano a rodič je přítomen, s kým hovoří zdravotníci, když Tě vyšetřují?

- hovoří přímo s Tebou a rodiči kladou doplňující otázky
- hovoří pouze s Tvým dospělým doprovodem

17. Byl Ti vysvětlen průběh Tvé léčby (o nutných zákrocích, vyšetřeních, o nutnosti užívat léky, dodržovat určitá opatření apod.)?

- ano ne částečně nejsem si jist(a)

18. Rozumíš vždy tomu, co Ti lékař nebo zdravotní sestra sdělují?

- ano většinou ano většinou ne ne

19. Je při výběru vyšetření a léčby vyslechnut také Tvůj názor, přání a obavy?

- ano ne někdy nejsem si jist(a)

20. Byla Ti nabídnuta možnost zeptat se na to, čemu jsi neporozuměl(a) nebo jsi si přál(a) vědět?

ano ne nejsem si jist(a)

Využil(a) jsi tuto příležitost? ano ne

Pokud ano, napiš prosím proč

.....

21. Je na oddělení respektováno Tvé právo na soukromí (např. při hygienické péči, vyšetřování, osobní věci)? ano ne nejsem si jist(a)

Pokud je porušováno, napiš prosím jak

.....

22. Cítil(a) si se někdy během pobytu v nemocnici osamocen(á)?

ano ne nejsem si jist(a)

Pokud ano, při jaké příležitosti

.....

.....

23. Pociťuješ v nemocnici někdy silnější strach či obavy?

ano ne nejsem si jist(a)

24. Pokud ano, při jakých příležitostech (můžeš zaškrtnout více odpovědí)

při rozhovoru s lékařem

při rozhovoru se zdravotní sestrou

při vyšetření lékařem

při invazivním zákroku (např. píchání injekcí, cévkování)

v noci

při jiné příležitosti (doplň jaké)

25. Kolik let je ostatním dětem, které jsou s Tebou na pokoji?.....

26. Můžeš navštěvovat děti na sousedních pokojích? ano ne

27. Připadá Ti vybavení společenské místnosti odpovídající Tvému věku?

ano ne

Pokud ne, doplň prosím, co Ti v ní nejvíce chybí

.....

.....

28. Kdy během denního režimu máš možnost hrát si nebo trávit jinak svůj volný čas?

.....

29. Byla Tě navštívit nemocniční paní učitelka? ano ne

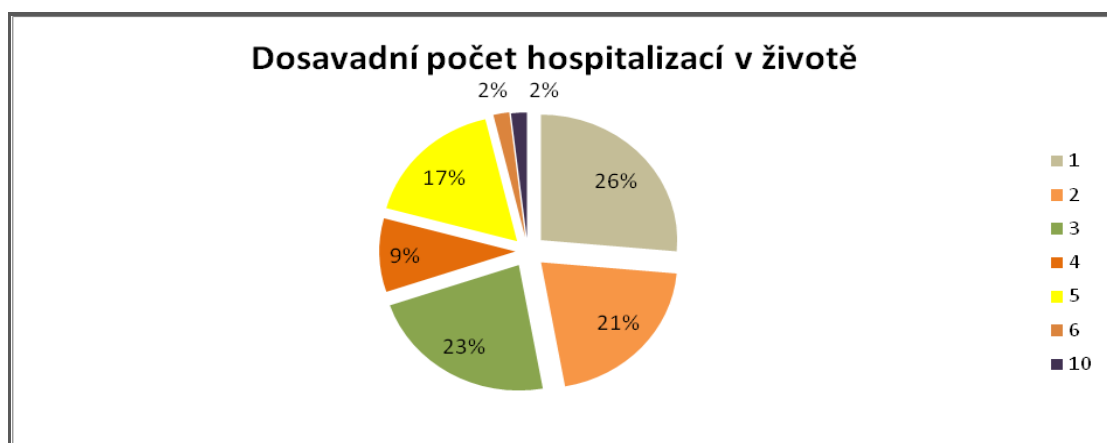
30. Kdybys měl(a) oznámkovat svůj pobyt v nemocnici, jakou známku bys dal(a)?
(známkování jako ve škole) 1 2 3 4 5

Příloha č. 2: Prezentace výsledků ve formě přehledných tabulek a grafů

Tab.B: Dosavadní počet hospitalizací v životě – všichni respondenti (otázka A1)

Nemocnice	Dosavadní počet hospitalizací v životě							Průměrný počet hospitalizací v životě (h)
	1	2	3	4	5	6	10	
FTN	9 (32%)	9 (32%)	7 (25%)	1 (4%)	2 (7%)	0	0	2
FNKV	4 (36%)	1 (9%)	1 (9%)	2 (18%)	3 (27%)	0	0	3
FNM	1 (7%)	1 (7%)	4 (29%)	2 (14%)	4 (29%)	1 (7%)	1 (7%)	4
CELKEM	14 (26%)	11 (21%)	12 (23%)	5 (9%)	9 (17%)	1 (2%)	1 (2%)	3
Věk								
7-11 let	3 (27%)	2 (18%)	2 (18%)	1 (10%)	3 (27%)	0	0	3
12-15 let	9 (32%)	6 (21%)	7 (25%)	1 (4%)	4 (14%)	0	1 (4%)	3
16-18 let	2 (15%)	3 (21%)	3 (21%)	3 (21%)	2 (15%)	1 (7%)	0	3

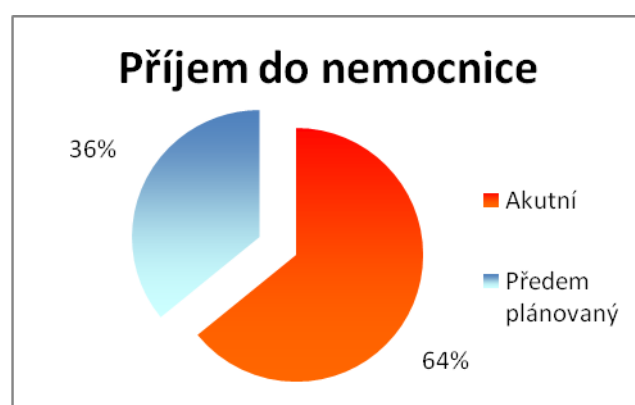
Graf 1: Dosavadní počet hospitalizací v životě – všichni respondenti (otázka A1)



Tab.C: Příjem do nemocnice (otázka A2)

Nemocnice	Akutní	Předem plánovaný
FTN	24 (86%)	4 (14%)
FNKV	5 (45%)	6 (55%)
FNM	5 (36%)	9 (64%)
CELKEM	34 (64%)	19 (36%)
Věk		
7-11 let	7 (64%)	4 (36%)
12-15 let	19 (68%)	9 (32%)
16-18 let	8 (57%)	6 (43%)

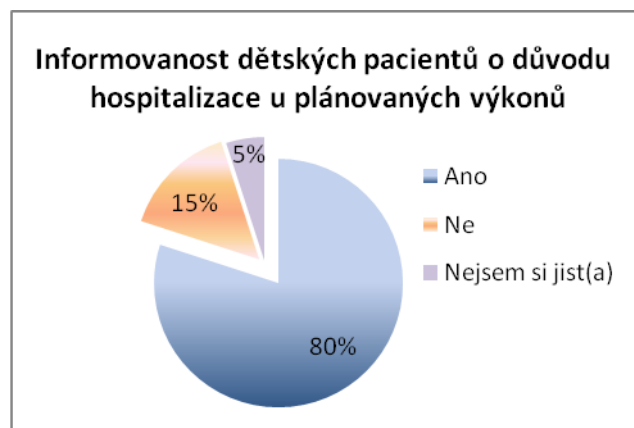
Graf 2: Příjem do nemocnice – všichni respondenti (otázka A2)



Tab.D: Informovanost dětských pacientů o důvodu hospitalizace před příjmem do nemocnice (otázka A3)

Nemocnice	Ano	Ne	Nejsem si jist(a)
FTN	21 (75%)	5 (18%)	2 (7%)
FNKV	7 (64%)	2 (18%)	2 (18%)
FNM	12 (86%)	1 (7%)	1 (7%)
CELKEM	40 (75%)	8 (15%)	5 (10%)
Věk			
7-11 let	9 (82%)	2 (18%)	0
12-15 let	21 (75%)	5 (18%)	2 (7%)
16-18 let	10 (72%)	1 (7%)	3 (21%)

Graf 3: Informovanost dětských pacientů o důvodu hospitalizace před příjmem do nemocnice u plánovaných výkonů (ot. A3)



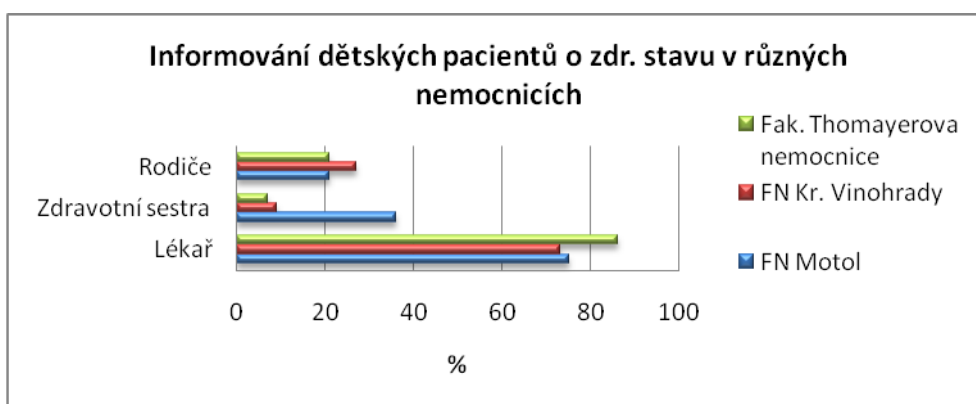
Tab.E: Dostatek informací o důvodu hospitalizace, jejím pravděpodobném průběhu a délce (otázka A4)

Nemocnice	Ano	Ne	Částečně
FTN	8 (28%)	3 (11%)	17 (61%)
FNKV	5 (45%)	4 (36%)	2 (18%)
FNM	5 (36%)	7 (50%)	2 (14%)
CELKEM	18 (36%)	14 (26%)	21 (40%)
Věk			
7-11 let	2 (18%)	3 (27%)	6 (55%)
12-15 let	8 (29%)	4 (14%)	16 (57%)
16-18 let	8 (57%)	0	6 (43%)

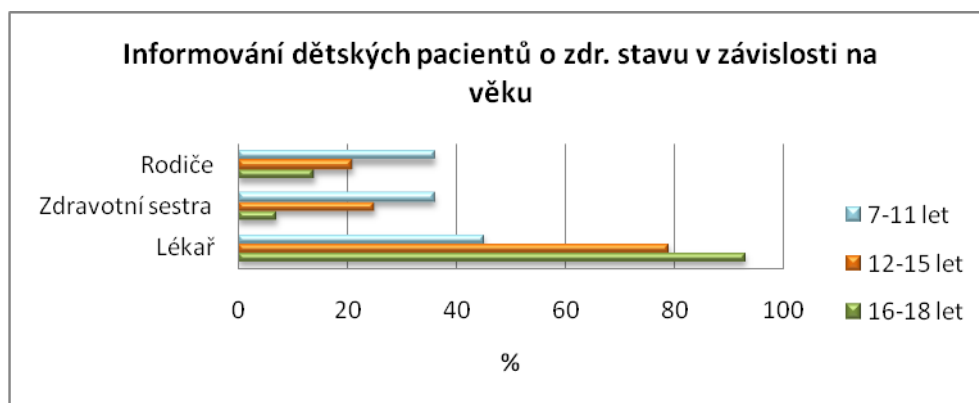
Tab.F: Kdo nejčastěji informuje dětské pacienty o jejich zdravotním stavu - multiple choice (otázka A5)

Nemocnice	Lékař	Zdravotní sestra	Rodiče	Jiná osoba
FTN	21 (75%)	10 (36%)	6 (21%)	0
FNKV	8 (73%)	1 (9%)	3 (27%)	0
FNM	12 (86%)	1 (7%)	3 (21%)	0
CELKEM	41 (77%)	12 (23%)	12 (23%)	0
Věk				
7-11 let	5 (45%)	4 (36%)	4 (36%)	0
12-15 let	22 (79%)	7 (25%)	6 (21%)	0
16-18 let	13 (93%)	1 (7%)	2 (14%)	0

Graf 4: Kdo nejčastěji informuje dětské pacienty o jejich zdravotním stavu - multiple choice, grafické znázornění dle jednotlivých nemocnic (otázka A5)



Graf 5: Kdo nejčastěji informuje dětské pacienty o jejich zdravotním stavu - multiple choice, grafické znázornění v závislosti na věku respondenta (otázka A5)



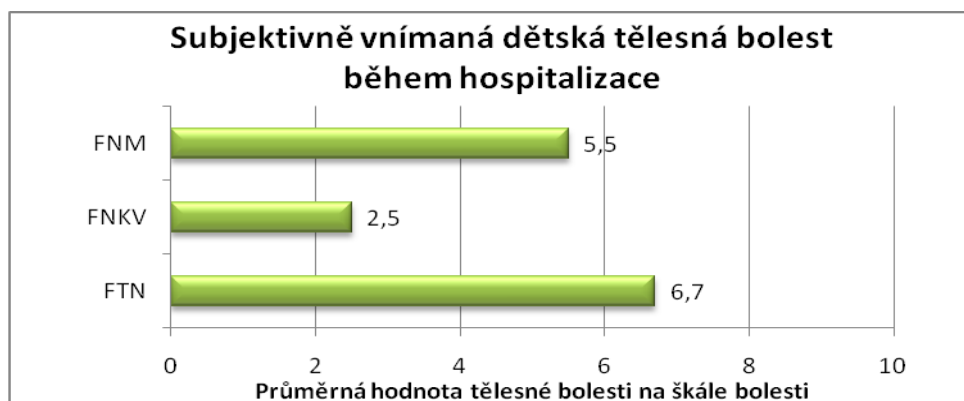
Tab.G: Aktuální pocit osobní pohody na jedenáctistupňové škále analogické pediatrickému pravítku pro hodnocení bolesti (0 jako nejlepší hodnota, 10 jako nejhorší hodnota) (otázka A8)

Nemocnice	Aktuální pocit osobní pohody											Průměrná hodnota
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
FTN	7	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0	1,4
FNKV	2	2	1	1	0	0	1	0	0	0	1	2,9
FNM	4	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1,9
CELKEM	13	3	3	4	1	0	2	0	1	0	1	2
CELKEM	23 (82%) ≤ 3				5 (18%) > 3							

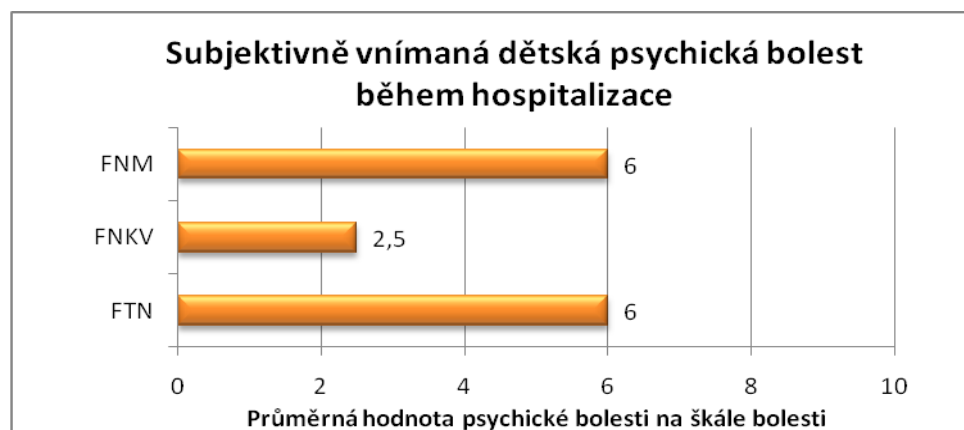
Tab.H: Subjektivně vnímaná dětská bolest během hospitalizace (otázka A7-A8)

Nemocnice	Tělesná bolest na škále bolesti											Průměrná hodnota
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
FTN			3	1		2	1	4		3	1	6,7
FNKV			1	1								2,5
FNM					1			1				5,5
CELKEM 19 (36% dotázaných)			4	2	1	2	1	5		3	1	6,1
Nemocnice	Psychická bolest na škále bolesti											Průměrná hodnota
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
FTN						1		1				6
FNKV			1	1								2,5
FNM					1			2				6
CELKEM 7 (13% dotázaných)			1	1	1	1		3				5

Graf 6: Průměrná hodnota tělesné bolesti na jedenáctistupňové škále bolesti (0 nejlepší, 10 nejhorší hodnota) dle jednotlivých nemocnic (otázka A7-A8)



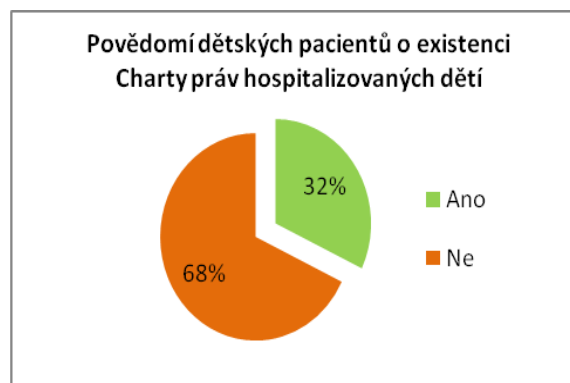
Graf 7: Průměrná hodnota psychické bolesti na jedenáctistupňové škále bolesti (0 nejlepší, 10 nejhorší hodnota) dle jednotlivých nemocnic (otázka A7-A8)



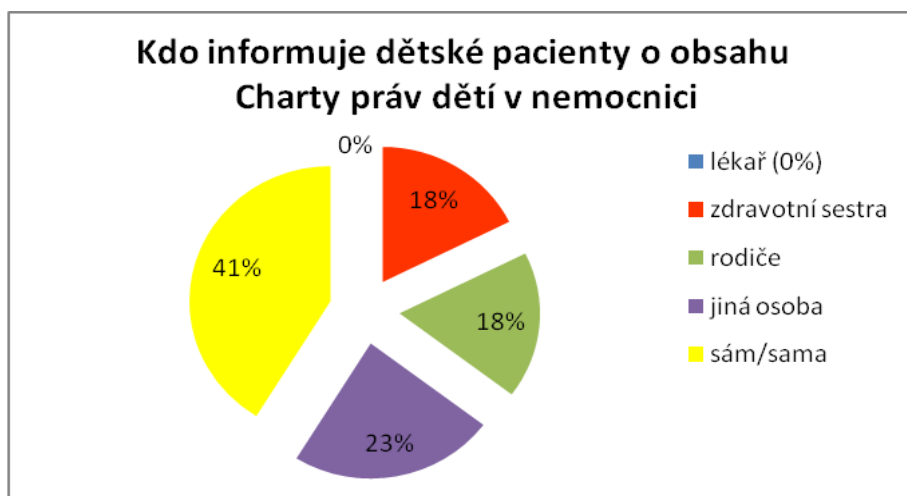
Tab.I: Povědomí dětských pacientů o existenci Charty práv dětí v nemocnici (otázka B1)

Nemocnice	Ano	Ne
FTN	5 (18%)	23 (82%)
FNKV	7 (64%)	4 (36%)
FNM	5 (36%)	9 (64%)
CELKEM	17 (32%)	36 (68%)
Věk		
7-11 let	2 (18%)	9 (82%)
12-15 let	10 (36%)	18 (64%)
16-18 let	5 (36%)	9 (64%)

Graf 8: Povědomí dětských pacientů o existenci Charty práv dětí v nemocnici – všichni respondenti (otázka A1)



Graf 9: Kdo poučuje dětské pacienty o obsahu Charty práv dětí v nemocnici (informovaní pacienti n=17) (otázka B2)



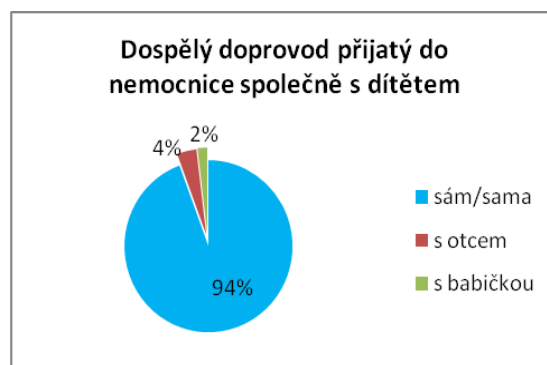
Tab.J: Podmínky pro pobyt rodiče na oddělení očima dětí – multiple choice (ot. B7)

Nemocnice	Lůžko na mém pokoji	Přístýlka na mém pokoji	Na zemi v mém pokoji	V sousedním pokoji	Kuchyňka pro denní pobyt	Ne, možná pouze návštěva
FTN		3	1	5	1	15
FNKV	7					4
FNM	8	1	1		3	1
CELKEM	15 (30%)	4 (8%)	2 (4%)	5 (10%)	4 (8%)	20 (40%)

Tab.K: Dospělý doprovod přijatý do nemocnice společně s dítětem (ot. B5)

Nemocnice	Sám	S matkou	S otcem	S babičkou
FTN	27		1	
FNKV	10			1
FNM	13		1	
CELKEM	50 (94%)		2 (4%)	1 (2%)
Věk				
7-11 let	9		1	1
12-15 let	28			
16-18 let	13		1	

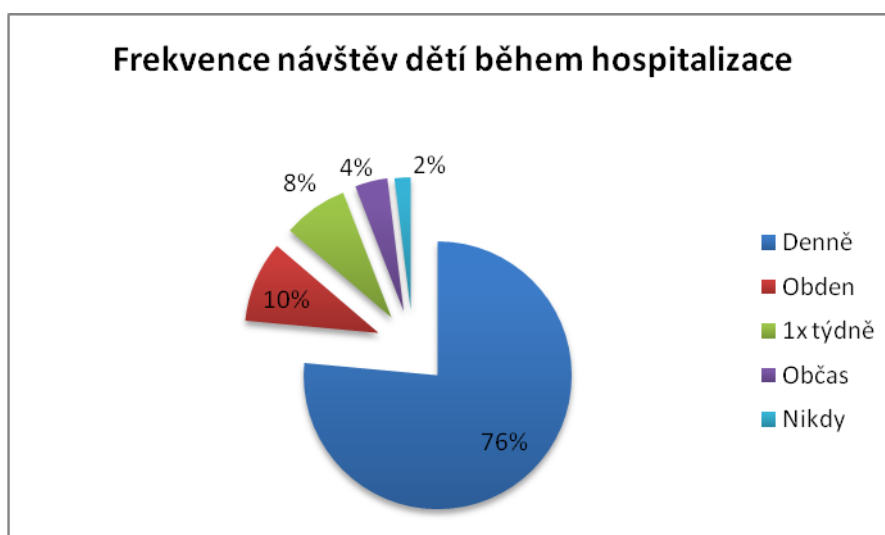
Graf 10: Dospělý doprovod přijatý do nemocnice společně s dítětem – všichni respondenti (otázka B5)



Tab.L: Frekvence návštěv dětí během hospitalizace a průměrná délka jedné návštěvy (otázka B8)

Nemocnice	Denně	Obden	1x týdně	Občas	Nikdy	Délka návštěvy \bar{x}
FTN	25 (89%)	2 (7%)			1 (4%)	2,5 hod.
FNKV	5 (50%)	1 (10%)	2 (20%)	2 (20%)		2 hod.
FNM	9 (70%)	2 (15%)	2 (15%)			3 hod.
CELKEM	39 (76%)	5 (10%)	4 (8%)	2 (4%)	1 (2%)	2,5 hod.
Věk						
7-11 let	9 (82%)	1 (9%)	1 (9%)			3,3 hod.
12-15 let	18 (67%)	4 (15%)	3 (11%)	2 (7%)		3 hod.
16-18 let	12 (92%)				1 (8%)	2,5 hod.

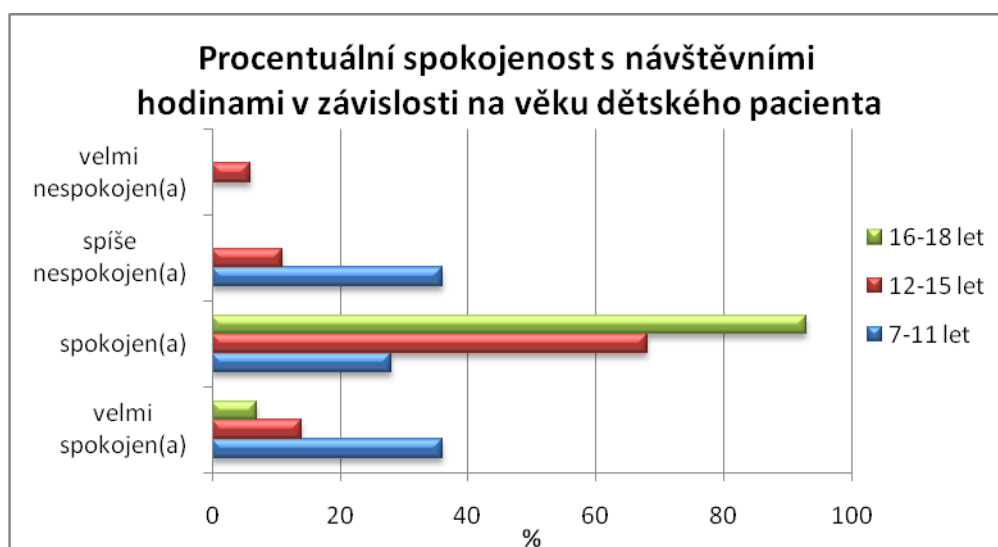
Graf 11: Frekvence návštěv dětí během hospitalizace – všichni respondenti (otázka B8)



Tab.M: Spokojenost dětských pacientů s návštěvními hodinami v nemocnici (ot. B9)

Nemocnice	Velmi spokojen(a)	Spokojen(a)	Spíše ne-spokojen(a)	Velmi ne-spokojen(a)
FTN	4 (14%)	19 (68%)	5 (18%)	0
FNKV	2 (18%)	7 (64%)	1 (9%)	1 (9%)
FNM	3 (21%)	9 (64%)	1 (7%)	1 (7%)
CELKEM	9 (17%)	35 (66%)	7 (13%)	2 (4%)
Věk				
7-11 let	4 (36%)	3 (28%)	4 (36%)	0
12-15 let	4 (14%)	19 (68%)	3 (11%)	2 (7%)
16-18 let	1 (7%)	13 (93%)	0	0

Graf 12: Procentuální spokojenost s návštěvními hodinami v závislosti na věku dětského pacienta – všichni respondenti (otázka B9)



Tab.N: Omezení návštěvních hodin na pediatrickém oddělení z pohledu dětského pacienta (otázka B11)

Nemocnice	Ano	Ne
FTN	18 (69%)	8 (31%)
FNKV	3 (30%)	7 (70%)
FNM	2 (14%)	12 (86%)
CELKEM	23 (46%)	27 (54%)
Věk		
7-11 let	6 (60%)	4 (40%)
12-15 let	14 (52%)	13 (48%)
16-18 let	4 (29%)	10 (71%)

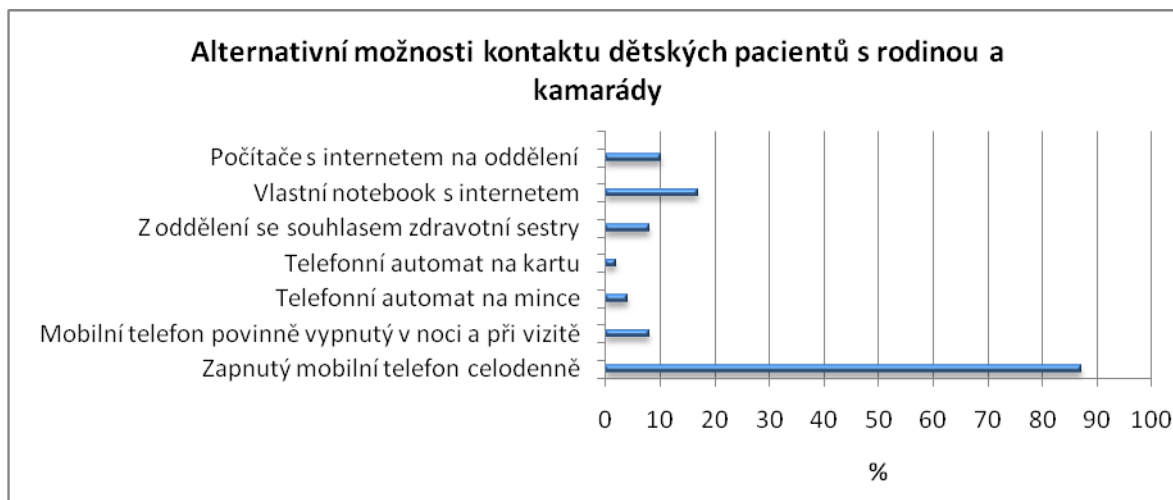
Tab.O: Prostory pro příjem návštěv očima dětského pacienta - multiple choice (ot. B10)

Nemocnice	Můj pokoj	Společenská místnost	Chodba	Vycházka po dohodě
FTN	27	5	3	2
FNKV	10	9	0	1
FNM	14	5	2	6
CELKEM	51 (96%)	19 (36%)	5 (9%)	8 (15%)

Tab.P: Alternativní možnosti kontaktu dětských pacientů s rodinou a kamarády - multiple choice (otázka B12)

Nemocnice	Zapnutý mobilní telefon celodenně	Mobilní telefon povinně vypnutý v noci a při vizitě	Telefonní automat na mince	Telefonní automat na kartu	Z oddělení se souhlasem zdravotní sestry	Vlastní notebook s internetem	Počítače s internetem na oddělení
FTN	22	4	0	0	3	0	0
FNKV	9	0	0	0	1	5	5
FNM	14	0	2	1	0	4	0
CELKEM	45 (87%)	4 (8%)	2 (4%)	1 (2%)	4 (8%)	9 (17%)	5 (10%)
Věk							
7-11 let	8	1	0	0	2	1	0
12-15 let	24	3	0	0	1	4	4
16-18 let	12	0	1	2	1	2	1

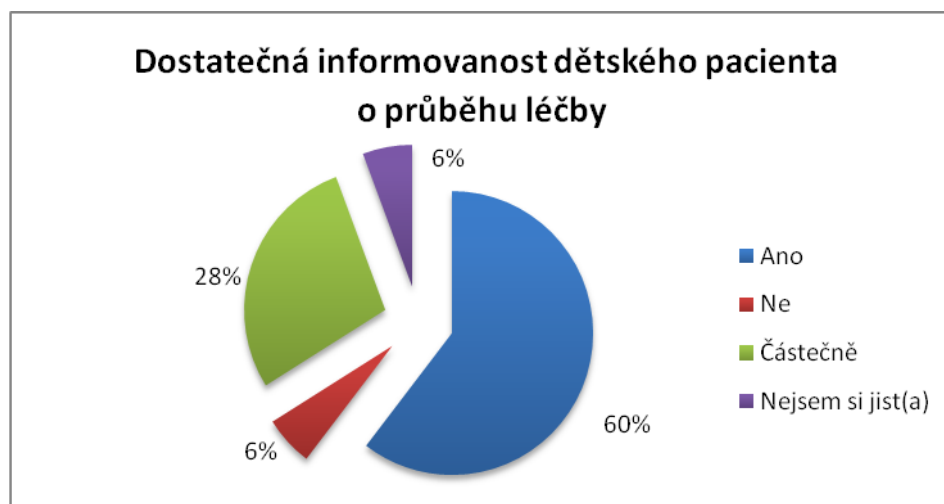
Graf 13: Alternativní možnosti kontaktu dětských pacientů s rodinou a kamarády – multiple choice, všichni respondenti (otázka B12)



Tab.Q: Dostatečná informovanost dětského pacienta o průběhu léčby (otázka B17)

Nemocnice	Ano	Ne	Částečně	Nejsem si jist(a)
FTN	15 (54%)	1 (4%)	10 (34%)	2 (8%)
FNKV	6 (55%)	2 (16%)	2 (16%)	1 (9%)
FNM	11 (79%)	0	3 (21%)	0
CELKEM	32 (60%)	3 (6%)	15 (28%)	3 (6%)
Věk				
7-11 let	9 (82%)	1 (9%)	1 (9%)	0
12-15 let	14 (50%)	2 (7%)	10 (36%)	2 (7%)
16-18 let	3 (21%)	1 (7%)	0	10 (72%)

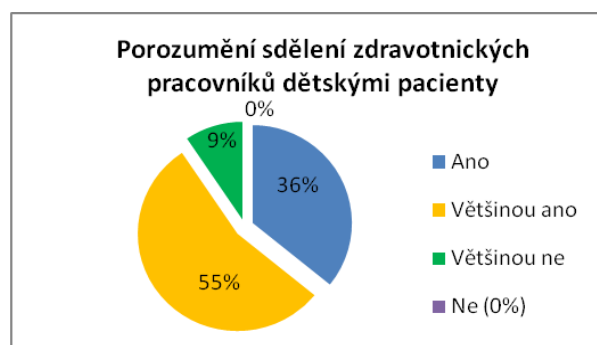
Graf 14: Dostatečná informovanost dětského pacienta o průběhu léčby – všichni respondenti (otázka B17)



Tab. R: Porozumění sdělení zdravotnických pracovníků dětskými pacienty (otázka B18)

Nemocnice	Ano	Většinou ano	Většinou ne	Ne
FTN	10 (36%)	16 (57%)	2 (7%)	0
FNKV	5 (45%)	5 (45%)	1 (10%)	0
FNM	4 (28%)	8 (58%)	2 (14%)	0
CELKEM	19 (36%)	29 (55%)	5 (9%)	0
Věk				
7-11 let	5 (46%)	3 (27%)	3 (27%)	0
12-15 let	10 (36%)	16 (57%)	2 (7%)	0
16-18 let	4 (29%)	10 (71%)	0	0

Graf 15: Porozumění sdělení zdravotnických pracovníků dětskými pacienty – všichni respondenti (ot. B18)



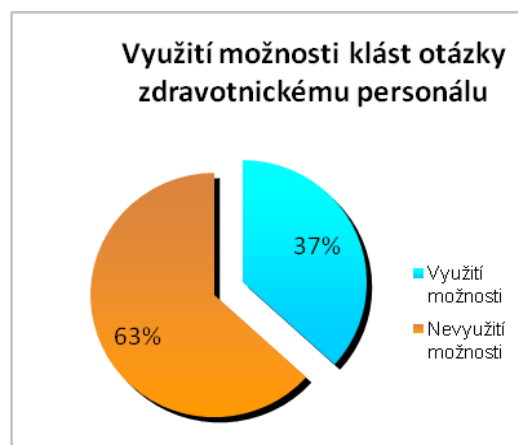
Tab. S: Možnost klást otázky zdravotnickému personálu ze strany dětského pacienta (otázka B20)

Nemocnice	Ano	Ne	Nejsem si jist(a)	Využití možnosti	Nevyužití možnosti
FTN	21 (75%)	1 (4%)	6 (21%)	10 (38%)	16 (62%)
FNKV	7 (64%)	1 (9%)	3 (27%)	4 (40%)	6 (60%)
FNM	12 (86%)	0	2 (14%)	4 (31%)	9 (69%)
CELKEM	40 (75%)	2 (4%)	11 (21%)	18 (37%)	31 (63%)
Věk					
7-11 let	7 (64%)	1 (9%)	3 (27%)	2 (25%)	6 (75%)
12-15 let	20 (71%)	0	8 (29%)	13 (48%)	14 (52%)
16-18 let	13 (93%)	1 (7%)	0	3 (21%)	11 (79%)

Graf 16: Možnost klást otázky zdravotnickému personálu ze strany dětského pacienta – všichni respondenti (otázka B20)



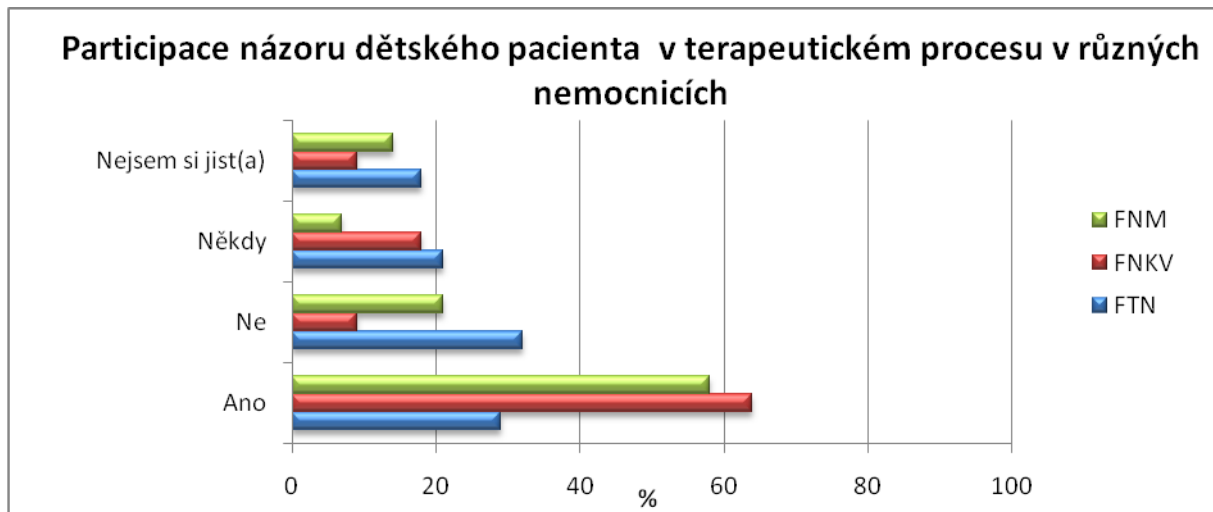
Graf 17: Využití možnosti klást otázky zdravotnickému personálu ze strany dětského pacienta – odpovědělo 49 respondentů (otázka B20)



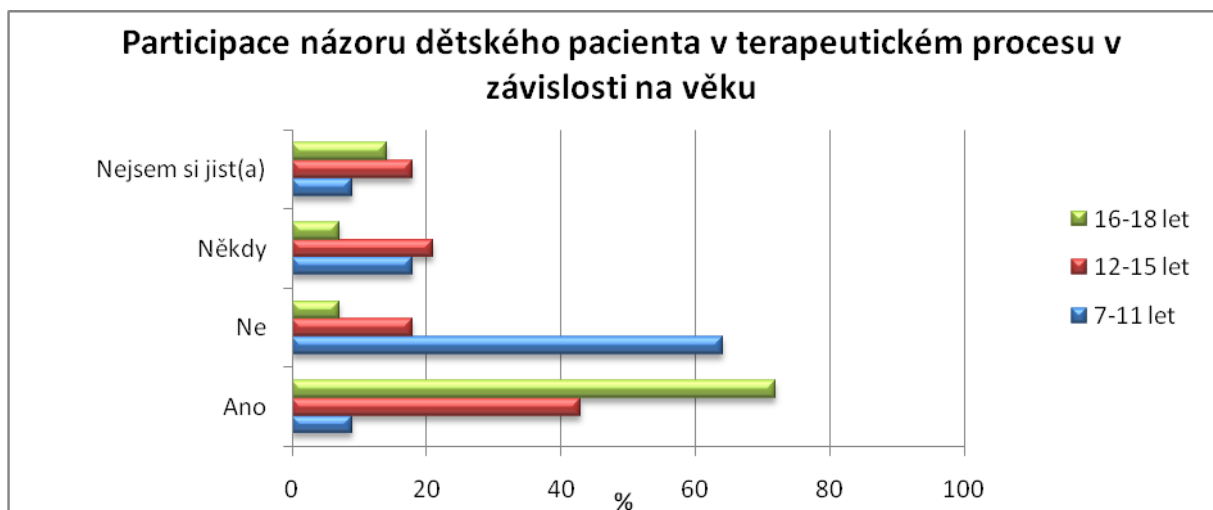
Tab.T: *Participace názoru dětského pacienta v terapeutickém procesu (otázka B19)*

Nemocnice	Ano	Ne	Někdy	Nejsem si jist(a)
FTN	8 (29%)	9 (32%)	6 (21%)	5 (18%)
FNKV	7 (64%)	1 (9%)	2 (18%)	1 (9%)
FNM	8 (58%)	3 (21%)	1 (7%)	2 (14%)
CELKEM	23 (43%)	13 (25%)	9 (17%)	8 (15%)
Věk				
7-11 let	1 (9%)	7 (64%)	2 (18%)	1 (9%)
12-15 let	12 (43%)	5 (18%)	6 (21%)	5 (18%)
16-18 let	10 (72%)	1 (7%)	1 (7%)	2 (14%)

Graf 18: *Participace názoru dětského pacienta v terapeutickém procesu dle jednotlivých nemocnic (otázka B19)*



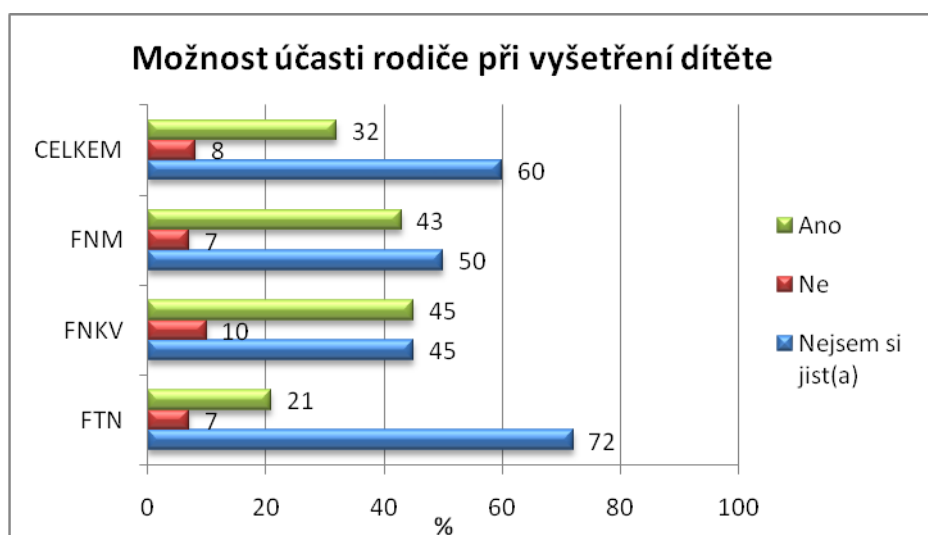
Graf 19: *Participace názoru dětského pacienta v terapeutickém procesu v závislosti na věku (otázka B19)*



Tab.U: Možnost účasti rodiče při vyšetření dítěte (otázka B15)

Nemocnice	Ano	Ne	Nejsem si jist(a)
FTN	6 (21%)	2 (7%)	20 (72%)
FNKV	5 (45%)	1 (10%)	5 (45%)
FNM	6 (43%)	1 (7%)	7 (50%)
CELKEM	17 (32%)	4 (8%)	32 (60%)
Věk			
7-11 let	3 (27%)	2 (18%)	6 (55%)
12-15 let	11 (39%)	1 (4%)	16 (57%)
16-18 let	3 (21%)	1 (7%)	10 (72%)

Graf 20: Možnost účasti rodiče při vyšetření dítěte – všichni respondenti (otázka B15)



Tab.V: Partnerské jednání zdravotního personálu při vyšetření (otázka B16)

Nemocnice	dítě-rodíč-zdravotník	jen rodič-zdravotník
FTN	19 (79%)	5 (21%)
FNKV	9 (81%)	2 (19%)
FNM	13 (93%)	1 (7%)
CELKEM	41 (84%)	8 (16%)
Věk		
7-11 let	6 (67%)	3 (33%)
12-15 let	23 (88%)	3 (12%)
16-18 let	12 (86%)	2 (14%)

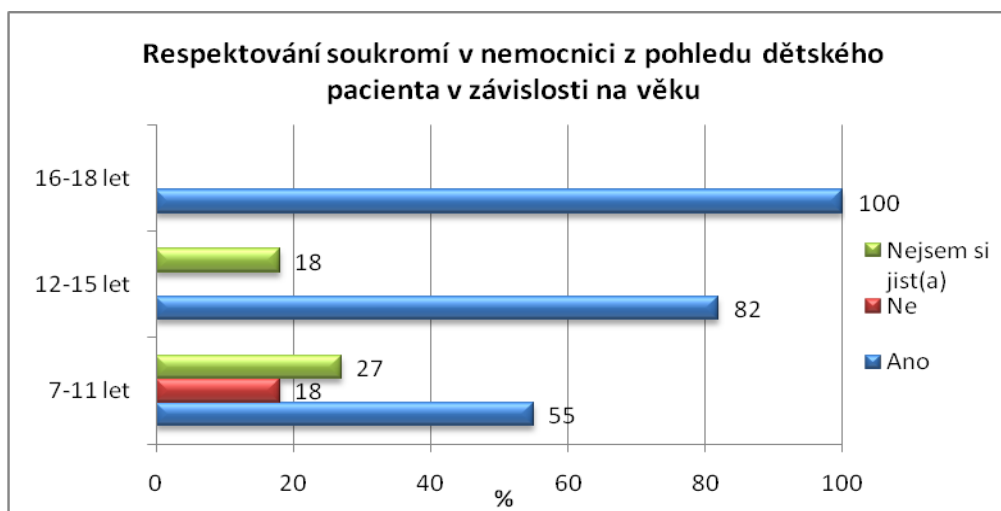
Graf 21: Partnerské jednání zdravotního personálu při vyšetření – odpovědělo 49 respondentů (otázka B16)



Tab.W: Respektování soukromí v nemocnici z pohledu dětského pacienta (otázka B21)

Nemocnice	Ano	Ne	Nejsem si jist(a)
FTN	23 (82%)	2 (7%)	3 (11%)
FNKV	9 (82%)	0	2 (18%)
FNM	11 (79%)	3 (21%)	0
CELKEM	43 (82%)	5 (9%)	5 (9%)
Věk			
7-11 let	6 (55%)	2 (18%)	3 (27%)
12-15 let	23 (82%)	0	5 (18%)
16-18 let	14 (100%)	0	0

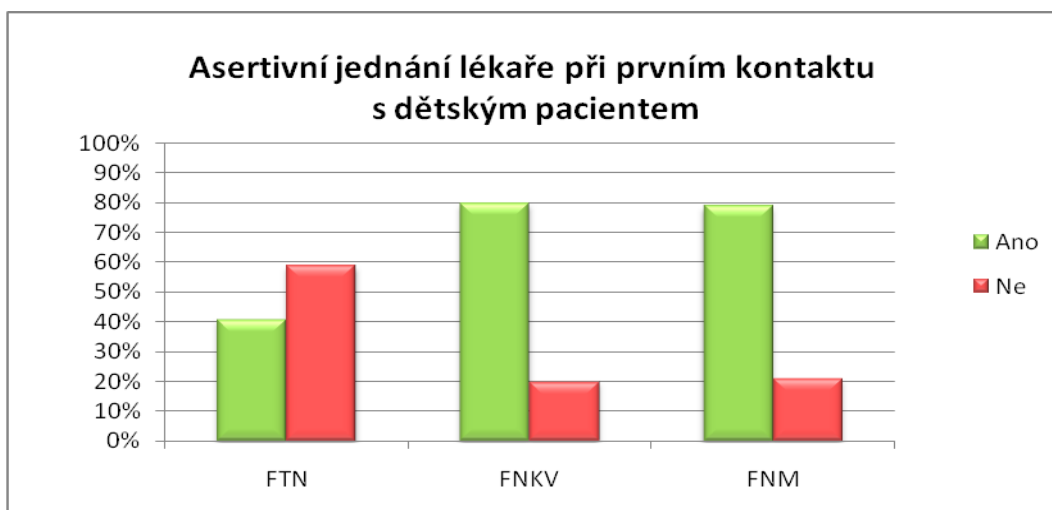
Graf 22: Respektování soukromí v nemocnici z pohledu dětského pacienta – všichni respondenti (otázka B21)



Tab.X: Asertivní partnerské jednání ze strany ošetřujícího personálu při prvním kontaktu s dětským pacientem (otázka B13)

Nemocnice	Lékař		Zdravotní sestra		Ostatní (např. učitelka)	
	Ano	Ne	Ano	Ne	Ano	Ne
FTN	11 (41%)	16 (59%)	9 (33%)	18 (67%)	7 (28%)	18 (72%)
FNKV	8 (80%)	2 (20%)	6 (60%)	4 (40%)	5 (45%)	6 (55%)
FNM	11 (79%)	3 (21%)	5 (36%)	9 (64%)	1 (7%)	13 (93%)
CELKEM	30 (59%)	21 (41%)	20 (39%)	31 (61%)	13 (26%)	37 (74%)
Věk						
7-11 let	4 (40%)	6 (60%)	4 (40%)	6 (60%)	3 (38%)	5 (62%)
12-15 let	17 (63%)	10 (37%)	10 (37%)	17 (63%)	7 (26%)	20 (74%)
16-18 let	9 (64%)	5 (36%)	5 (36%)	9 (64%)	4 (29%)	10 (71%)

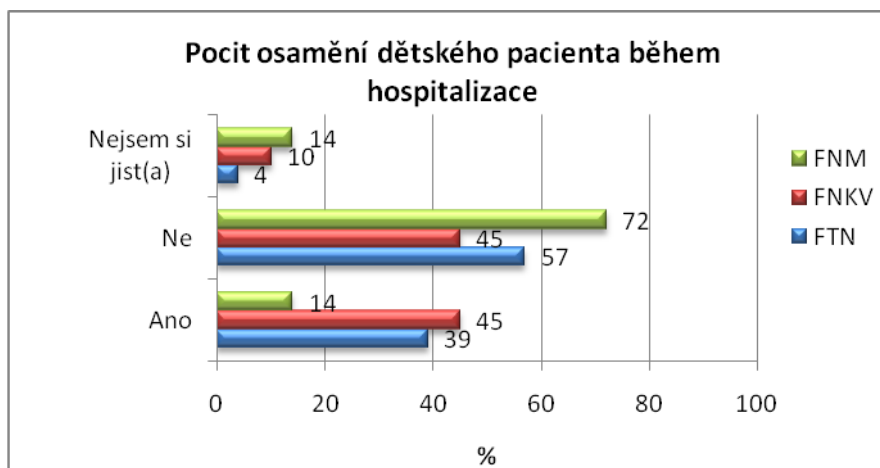
Graf 23: Asertivní partnerské jednání lékaře při prvním kontaktu s dětským pacientem v jednotlivých nemocnicích – odpovědělo celkem 51 respondentů (otázka B13)



Tab.Y: Pocit osamění dětského pacienta během hospitalizace (otázka B22)

Nemocnice	Ano	Ne	Nejsem si jist(a)
FTN	11 (39%)	16 (57%)	1 (4%)
FNKV	5 (45%)	5 (45%)	1 (10%)
FNM	2 (14%)	10 (72%)	2 (14%)
CELKEM	18 (34%)	31 (58%)	4 (8%)
Věk			
7-11 let	5 (45%)	6 (55%)	0
12-15 let	10 (36%)	15 (54%)	3 (10%)
16-18 let	3 (21%)	10 (71%)	1 (8%)

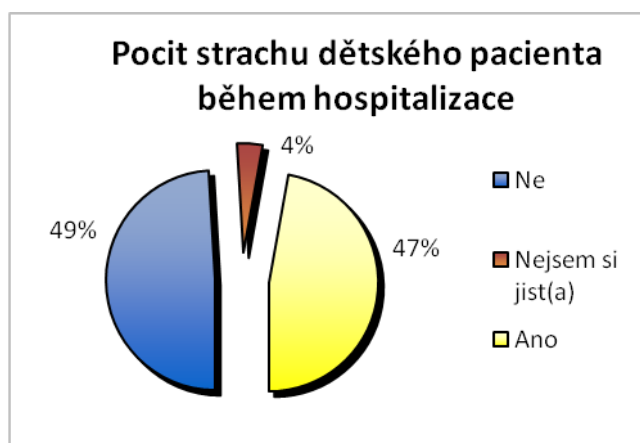
Graf 24: Pocit osamění dětského pacienta během hospitalizace v jednotlivých nemocnicích (otázka B22)



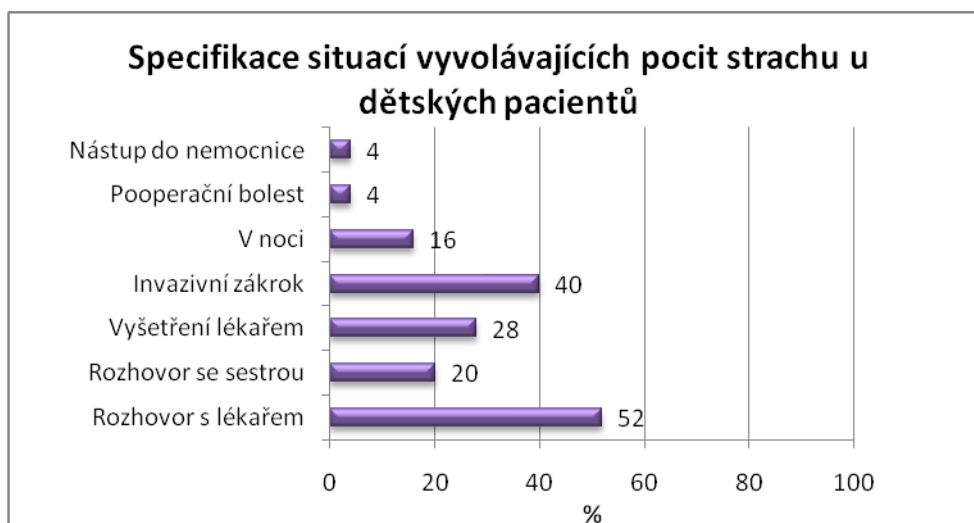
Tab.Z: Pocit strachu dětského pacienta během hospitalizace (otázka B23)

Nemocnice	Ne	Nejsem si jist(a)	Ano (multiple choice)							
			Celkem	Rozhovor s lékařem	Rozhovor se sestrou	Vyšetření lékařem	Invazivní zákrok	V noci	Pooperační bolest	Nástup do nemocnice
FTN	13 (46%)	1 (4%)	14 (50%)	3	1	2	1	1	0	0
FNKV	6 (54%)	1 (10%)	4 (36%)	7	2	3	6	2	1	0
FNM	7 (50%)	0	7 (50%)	3	2	2	3	1	0	1
CELKEM	26 (49%)	2 (4%)	25 (47%)	13 (52%)	5 (20%)	7 (28%)	10 (40%)	4 (16%)	1 (4%)	1 (4%)
Věk										
7-11 let	5 (45%)	0	6 (55%)	3	1	2	2	1	0	0
12-15 let	12 (43%)	1 (3%)	15 (54%)	8	3	4	5	3	1	1
16-18 let	9 (64%)	1 (15%)	3 (21%)	2	0	1	3	0	0	0

Graf 25: Pocit strachu dětského pacienta během hospitalizace – všichni respondenti (otázka B23)



Graf 26: Specifikace situací vyvolávajících pocit strachu u dětských pacientů – multiple choice (otázka B23)



Tab.AA: Průměrný počet dětí na pokoji a jejich průměrný maximální věkový rozdíl (roky) (otázka B25)

Nemocnice	Ø počet pacientů na pokoji	Ø maximální věkový rozdíl (roky)
FTN	3,4	4,5
FNKV	2,0	3,4
FNM	2,0	4,0
CELKEM	2,5	4,0

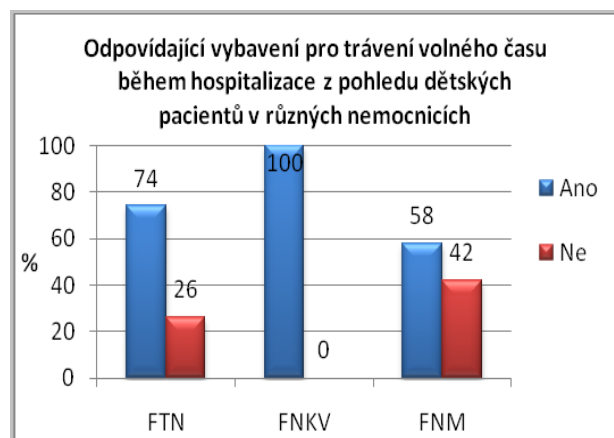
Tab.AB: Možnost vzájemných návštěv na sousedních pokojích (otázka B26)

Nemocnice	Ano	Ne
FTN	12 (43%)	14 (57%)
FNKV	10 (91%)	1 (9%)
FNM	10 (71%)	4 (29%)
CELKEM	32 (60%)	19 (40%)

Tab.AC: Odpovídající vybavení pro trávení volného času během hospitalizace z pohledu dětských pacientů (otázka B27)

Nemocnice	Ano	Ne
FTN	14 (74%)	5 (26%)
FNKV	9 (100%)	0
FNM	7 (58%)	5 (42%)
CELKEM	30 (75%)	10 (25%)
Věk		
7-11 let	5 (62%)	3 (38%)
12-15 let	17 (77%)	5 (23%)
16-18 let	8 (80%)	2 (20%)

Graf 27: Odpovídající vybavení pro trávení volného času během hospitalizace z pohledu dětských pacientů v jednotlivých nemocnicích – odpovědělo 40 respondentů (otázka B27)



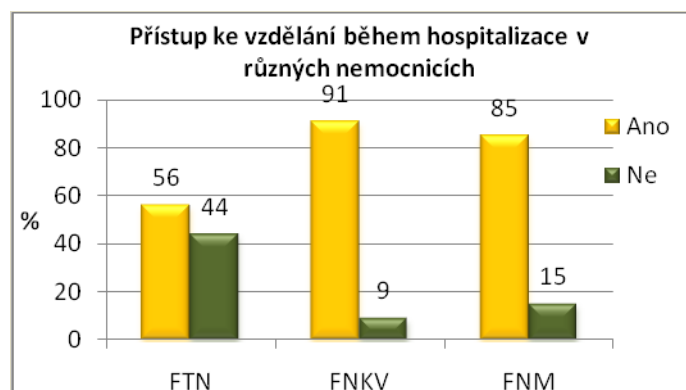
Tab.AD: Seznámení dětských pacientů s režimem a uspořádáním oddělení při přijetí k hospitalizaci (otázka B14)

Nemocnice	S režimem oddělení		S uspořádáním oddělení	
	Ano	Ne	Ano	Ne
FTN	12	12	10	16
FNKV	5	6	5	6
FNM	11	3	12	2
CELKEM	28 (57%)	21 (43%)	27 (53%)	24 (47%)
Věk				
7-11 let	4 (50%)	4 (50%)	5 (56%)	4 (44%)
12-15 let	15 (56%)	12 (44%)	14 (50%)	14 (50%)
16-18 let	9 (64%)	5 (36%)	8 (57%)	6 (43%)

Tab.AE: Přístup ke vzdělání během hospitalizace (otázka B29)

Nemocnice	Ano	Ne
FTN	15 (56%)	12 (44%)
FNKV	10 (91%)	1 (9%)
FNM	11 (85%)	2 (15%)
CELKEM	36 (71%)	15 (29%)
Věk		
7-11 let	8 (80%)	2 (20%)
12-15 let	21 (78%)	6 (22%)
16-18 let	7 (50%)	7 (50%)

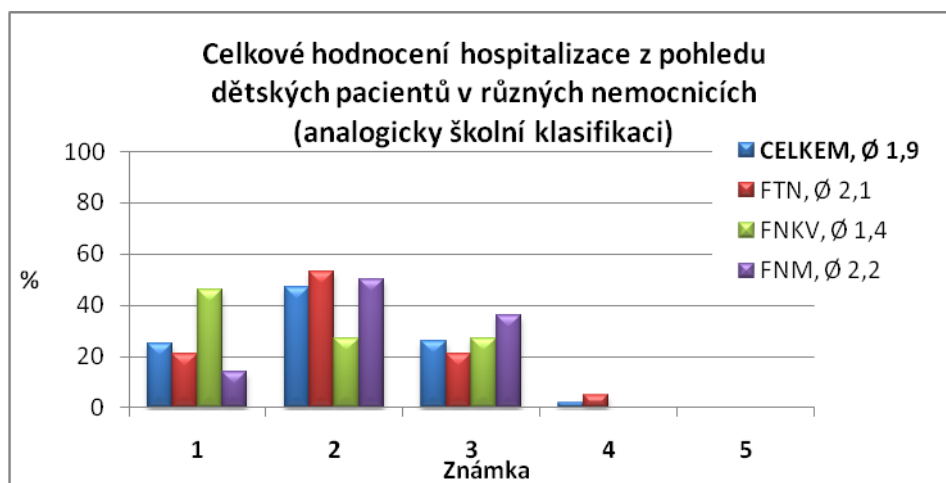
Graf 28: Přístup ke vzdělání během hospitalizace v různých nemocnicích – odpovědělo 51 respondentů (otázka B29)



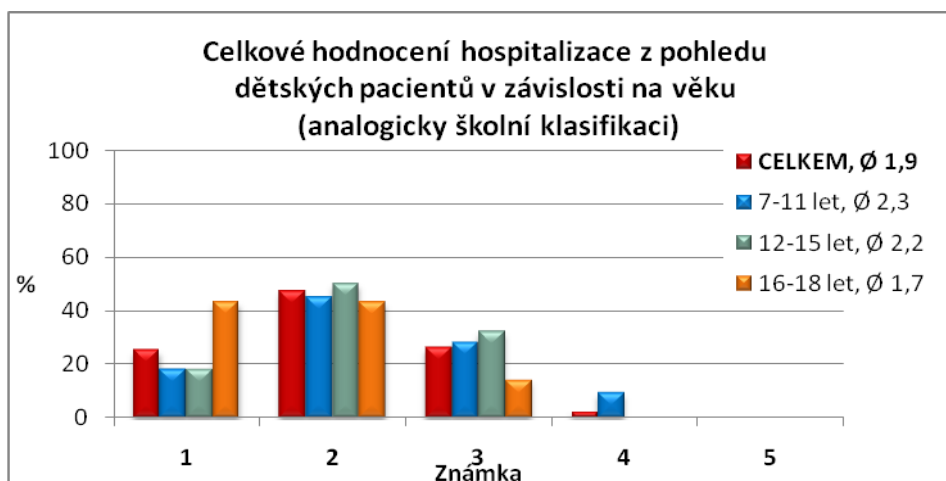
Tab.AF: Celkové hodnocení hospitalizace z pohledu dětských pacientů (analogicky školní klasifikaci) (otázka B30)

Nemocnice	1	2	3	4	5	Průměrná známka
FTN	6 (21%)	15 (53%)	6 (21%)	1 (5%)	0	2,1
FNKV	5 (46%)	3 (27%)	3 (27%)	0	0	1,4
FNM	2 (14%)	7 (50%)	5 (36%)	0	0	2,2
CELKEM	13 (25%)	25 (47%)	14 (26%)	1 (2%)	0	1,9
Věk						
7-11 let	2 (18%)	5 (45%)	3 (28%)	1 (9%)	0	2,3
12-15 let	5 (18%)	14 (50%)	9 (32%)	0	0	2,1
16-18 let	6 (43%)	6 (43%)	2 (14%)	0	0	1,7

Graf 29: Celkové hodnocení hospitalizace z pohledu dětských pacientů v jednotlivých nemocnicích (analogicky školní klasifikaci) – všichni respondenti (otázka B30)



Graf 30: Celkové hodnocení hospitalizace z pohledu dětských pacientů v závislosti na jejich věku (analogicky školní klasifikaci) – všichni respondenti (otázka B30)



Tab.AG: Celkové hodnocení Charty práv dětí v nemocnici dle jednotlivých nemocnic

Nemocnice		FTN	FNKV	FNM
Charta práv dětí v nemocnici	1)	nelze hodnotit		
	2)	0	1	1
	3)	1	1	1
	4)	0	1	1
	5)	1	1	1
	6)	1	1	1
	7)	1	1	1
	8)	1	1	1
	9)	1	1	0
	10)	1	1	1
Počet bodů celkem		7	9	8

