

**Univerzita Karlova v Praze**

**Fakulta humanitních studií**

**Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích**

---

**Bc. Marta Faiereislová**

**Hospitalizace rodičů spolu s nemocným dítětem  
z pohledu zdravotní sestry**

**Diplomová práce**

**Vedoucí práce: Prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová CSc.**

**PRAHA 2009**

**Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci vypracovala samostatně a použila literaturu uvedenou v závěrečném seznamu.

V Praze 27.4.2009

Podpis:.....

### **Poděkování**

Ráda bych touto cestou poděkovala paní prof. PhDr. RNDr. Heleně Haškovcové, CSc. za její ochotu, trpělivost, cenné rady a v neposlední řadě vstřícnost při přípravě mé diplomové práce. Dále bych ráda poděkovala PhDr. Jiřímu Šafrovi za konzultace při přípravě výzkumné části. Vreční sestře Mgr. Lence Šetelíkové a psychologovi Mgr. Miloši Mauerovi děkuji za spolupráci při dotazníkovém šetření.

## OBSAH:

<b>1 ABSTRAKT.....</b>	<b>6</b>
<b>2 ÚVOD.....</b>	<b>8</b>
<b>3 TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>9</b>
3.1 HISTORIE PÉČE O DĚTI V NEMOCNICÍCH.....	9
3.1.1 <i>Filmový záznam: Dvouletá jde do nemocnice.....</i>	<i>9</i>
3.1.2 <i>Family-centred care.....</i>	<i>10</i>
3.2 HOSPITALIZACE DÍTĚTE V NEMOCNICI.....	11
3.2.1 <i>Co ovlivňuje reakci dítěte na nemoc?.....</i>	<i>11</i>
3.2.2 <i>Pozitivní a negativní stránky pobytu v nemocnici.....</i>	<i>13</i>
3.3 PRÁVA HOSPITALIZOVANÝCH DĚTÍ.....	18
3.4 HOSPITALIZACE RODIČE S DÍTĚTEM V NEMOCNICI.....	20
3.4.1 <i>Podmínky pro dobrou spolupráci zdravotníků s rodiči.....</i>	<i>21</i>
3.4.2 <i>Přijmout rodiče jako partnery a spolupracovníky.....</i>	<i>22</i>
3.4.3 <i>Umožnit rodičům ovlivňovat péči o dítě.....</i>	<i>23</i>
3.4.4 <i>Poskytovat rodičům opakované a srozumitelné informace.....</i>	<i>24</i>
3.4.5 <i>Výhody a nevýhody společné péče rodičů a zdravotníků.....</i>	<i>24</i>
3.5 MOŽNOSTI ZKVALITNĚNÍ POBYTU DĚTÍ V NEMOCNICI.....	26
3.6 ZDRAVOTNÍ SESTRY NA DĚTSKÉM ODDĚLENÍ.....	30
3.6.1 <i>Od paternalismu k partnerství.....</i>	<i>30</i>
3.6.2 <i>Komunikace ze strany zdravotníků.....</i>	<i>31</i>
3.6.3 <i>Vzdělávání sester v oblasti komunikace.....</i>	<i>32</i>
3.6.3.1 <i>Kvalifikační studium.....</i>	<i>32</i>
3.6.3.2 <i>Specializační studium.....</i>	<i>33</i>
3.6.3.3 <i>Odborné kurzy.....</i>	<i>34</i>
3.6.3.4 <i>Supervize.....</i>	<i>34</i>
<b>4 PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>37</b>
4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	37
4.2 HYPOTÉZY.....	38
4.3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO PRACOVÍŠTĚ.....	39
4.4 ZKOUMANÁ POPULACE.....	40
4.5 KONSTRUKCE DOTAZNÍKU.....	41
4.6 SBĚR A ZPRACOVÁNÍ DAT.....	42
4.7 VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	43
4.7.1 <i>Charakteristika respondentů.....</i>	<i>43</i>
4.7.1.1 <i>Zdravotní sestry.....</i>	<i>43</i>

4.7.1.2 Rodiče.....	45
4.7.2 Testování pracovních hypotéz.....	50
4.8 SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU A DISKUZE.....	75
4.9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	79
<b>5 ZÁVĚR.....</b>	<b>81</b>
<b>6 LITERATURA.....</b>	<b>82</b>
<b>7 SEZNAM TABULEK A GRAFŮ.....</b>	<b>85</b>
<b>8 PŘÍLOHY.....</b>	<b>88</b>

# 1 ABSTRAKT

Cílem diplomové práce bylo zmapovat, jak zdravotní sestry komunikují a spolupracují s rodiči hospitalizovaných dětí.

V teoretické části byly shrnuty údaje z odborné literatury pojednávající o hospitalizaci dítěte v nemocnici, v minulosti i současnosti a o jeho společné hospitalizaci s rodiči, resp. matkou.

V praktické části byla v centru mého zájmu problematika pobytu rodičů na oddělení a vzájemná komunikace zdravotních sester s rodiči. Byly zjištěny následující skutečnosti:

- Věk sester nemá vliv na zkušenost s rodiči v nemocnici a také nemá vliv na zájem o další vzdělávání v oblasti komunikace.
- Většina zdravotních sester předává rodičům potřebné informace, ale při spolupráci mezi zdravotníky a rodiči se vyskytují problémy.
- Vysokoškolské vzdělání kladně ovlivňuje komunikaci sester s rodiči.
- Zdravotní sestry z JIP si myslí, že jim rodiče při práci nepomáhají a přály by si uzavřené oddělení bez rodičů, na rozdíl od sester z dětského standardního oddělení.
- Přínos rodičů pro dítě v nemocnici hodnotí většinou sestry kladně.
- Sestry si přejí k edukaci rodičů vytvořit informační brožuru.

V závěru diplomové práce je prezentováno doporučení pro praxi, kde je především navržen nový způsob zápisů do ošetrovatelské dokumentace.

## **Klíčová slova**

Hospitalizace dítěte, hospitalismus, ošetrovatelství, rodiče v nemocnici, komunikace

# **Parental participation during children's hospitalization from the perspective of nurses**

## **ABSTRACT**

The aim of this thesis was to describe how nurses communicate and cooperate with parents of hospitalized children.

The theoretical part of the thesis includes data from specialized literature dealing with children's hospitalization from past to present, their common hospitalization with parents let us say mothers.

The practical part focus of my interest was issue of parents staying on hospital department and bilateral communication between nurses and parents.

They were researched the following facts:

- The age of nurses does not affect the experience with parents in hospital and it does not affect the interest in further education in the field of communication.
- The majority of nurses convey needed information to the parents but problems occur in the cooperation of parents and the medical staff.
- University education has a positive effect on parents-nurses communication.
- Nurses from the intensive care unit are of the opinion parents do not assist them in their work and would prefer a closed department without parents while nurses from the standard children's department think the opposite.
- The majority of nurses view parental presence for the children as beneficial.
- Nurses would welcome the creation of an information brochure that would provide relevant information for parents.

In the thesis summary is presented recommendation for practice, such as a draft of new kind of logs into nursing documentation.

### **Keywords**

Children hospitalization, hospitalism, nursing, parents in hospital, communication

## 2 ÚVOD

Předložená diplomová práce se zabývá aktuálním tématem komunikace a spolupráce zdravotních sester s rodiči hospitalizovaných dětí. Tato problematika je mi blízká, protože pracuji na Klinice popáleninové medicíny ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady v Praze jako zdravotní sestra.

Předloženou práci člením na část teoretickou a praktickou.

V teoretické části jsem zmapovala dostupnou literaturu, pojednávající o hospitalizaci dítěte v nemocnici, v minulosti i v současnosti. A popisuji zejména psychickou stránku dětského pacienta v průběhu hospitalizace. Dále se zabývám hospitalizací rodičů spolu s dětmi, s ohledem na to, jaké jsou výhody a nevýhody společné péče rodičů a zdravotníků. U nás je společná hospitalizace rodičů a nemocných dětí stále relativní novinkou a proto zdůrazňuji ta ustanovení Charty práv hospitalizovaných dětí, které se jí týkají. Dále si všímám možností zkvalitnění pobytu dětí v nemocnici. Podstatná část mé práce se týká komunikace zdravotních sester s rodiči hospitalizovaných dětí a jejich vzděláním v této oblasti.

V praktické části prezentuji výsledky výzkumu, který se týkal komunikace zdravotních sester s rodiči hospitalizovaných dětí. Zkoumám, zda sestry předávají informace, které rodiče potřebují znát ke spolupráci při péči o hospitalizované dítě.

Výzkum byl zaměřen na obě skupiny respondentů, tedy na zdravotní sestry a rodiče hospitalizovaných dětí na dvou dětských odděleních Kliniky popáleninové medicíny v Praze.

V závěru formuluji doporučení na změnu, navrhuji zavést nové prvky do ošetrovatelské dokumentace, které by mohly být aplikovány do praxe na uvedené klinice.



## 3 TEORETICKÁ ČÁST

### 3.1 Historie péče o děti v nemocnicích

Před zhruba sto lety byly děti přijímány do nemocnice jen s rozpaky a po dlouhém váhání, jednak kvůli nebezpečí přenosu infekce, ale také proto, že za nejlepší možnou ošetřovatelku byla v té době samozřejmě považována maminka. /23/

Počátkem dvacátého století se však tyto zvyklosti změnily. Děti přijímané do nemocnice byly zpravidla izolovány od svých rodin, někdy i na dlouhé týdny. Rodiče mohli navštívit své hospitalizované dítě občas, a to pouze v určených návštěvních hodinách. /23/

H. Haškovcová uvádí, že, „v určité vývojové etapě zdravotnických systémů se skutečně soudilo, že nemocnému bude v náručí profesionálů nejen lépe, ale dokonce nejlépe.“ /10/

#### 3.1.1 Filmový záznam: Dvouletá jde do nemocnice

V Anglii v padesátých letech dvacátého 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. /32/ Usilovně se snažil vysvětlit lékařům a zdravotním sestřám, že hospitalizované děti zdaleka netrápí jen nemoc a bolest, ale především nepřítomnost nejbližších lidí. Proto usiloval změnit péči o dětské pacienty. Zpočátku neuspěl. Pořídil si tedy kameru 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, totiž svou maminku. /32, 23, 20/

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 dětí. Z 55 nabídnutých možností byly pro rodiče nejdůležitější ty, které se týkaly zrušení návštěvních opatření a společné přijímání dětí s jejich matkami. Přestože se stala Plattova zpráva součástí zdravotní

politiky, v praxi se mnoho nezměnilo. Proto se J. Robertson z Velké Británie rozhodl obrátit na veřejnost, napsal sérii článků, připravil televizní program, což 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, její aktivisté přesvědčovali nemocnice ke změnám, pomáhaly rodičům, připravovali herní programy, ze shromážděných peněz se platili herní terapeuti, pobyty rodičů v nemocnici, rozkládací křesla pro rodiče atd. /32, 23/

V dnešní době je situace ve Velké Británii taková, že rodič může doprovázet své dítě těsně před operačním 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.

Velkou Británii lze považovat za kolébkou humanizačních změn v dětských (a nejen dětských) zdravotnických zařízeních. /23/

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. /20/

### 3.1.2 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.“ /22, 3/ Základem je důvěra, zdravotníci a rodina dítěte jsou partnery, spolupráce je zaměřena na uspokojování potřeb dítěte. /3/

Jádrem konceptu je několik oblastí:

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

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

**Volba** – je třeba poskytnout rodině dostatečné informace tak, aby se mohla rozhodovat o způsobu léčby svého dítěte a podpořit ji v jejím 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. /3/

## 3.2 Hospitalizace dítěte v nemocnici

### 3.2.1 Co ovlivňuje reakci dítěte na nemoc?

#### Vývojová úroveň dítěte

Úroveň psychického a sociálního vývoje dítěte ve většině případů odpovídá jeho věku. Rozdílná je situace u dítěte s vrozeným či získaným postižením. /28, s. 18-20/ Získané postižení je problematické z důvodu přizpůsobování se nové životní situaci, jež se např. s popáleninovým úrazem změnila náhle.

P. Říčan uvádí, že z vývojového hlediska je důležitý věk, kdy k onemocnění dojde. Z psychologického hlediska je v jednotlivých vývojových fázích rozhodující dostatečné uspokojování vývojových potřeb. Tyto vývojové potřeby může nemoc ovlivňovat, osobnostní a emoční vývoj dítěte se tím může opozdit nebo vážněji narušit. /41, s. 80/ Hospitalizace dítěte je závažný zásah do jeho denního režimu. Pokud je dítě v nemocnici odděleno od matky, ztrácí oporu a pocit bezpečí, který je nesmírně důležitý pro další průběh nemoci. /34, s. 7/

V odborné literatuře se uvádí, že zvláště malé děti (do pěti let věku) reagují na odloučení od matky nejhůře - křičí, pláčí a odmítají nabízenou péči. /34, s. 7/

### **Rozsah postižení**

Z. Matějček popisuje, že je samozřejmé, že jinou psychosociální situaci vytváří mírné pohybové omezení než rozsáhlejší postižení. /28, s. 20-21/ Popáleninový úraz postihuje kožní kryt a je to velký zásah do tělesného vzhledu. Pro dítě může být tento fakt celoživotně traumatizující.

### **Prožitek nemoci**

V odborné literatuře se uvádí, že nemoc či jakékoliv jiné zdravotní postižení znamená pro dítě kromě organické zátěže i změněnou životní situaci, s níž se musí vyrovnat. Dítě si nemoc samozřejmě uvědomuje a prožívá ji i jeho nejbližší sociální okolí. I ono reaguje na změněnou situaci a vyrovnává se s ní. Nejistota a úzkost rodičů a dalších blízkých lidí, jejich nálady a postoje, změny v chování vůči dítěti, to vše se dítěte neobyčejně silně dotýká. Je třeba zdůraznit, že děti jsou však vůči takovýmto změnám individuálně různě vnímavé a následkem toho i jejich reakce se mohou velmi různit. V zásadě jde o to, aby tento vliv nemocničního prostředí na nemocné dítě nebyl rušivý, ale pokud možno uklidňující, povzbuzující a tedy terapeutický. /28, s. 17/

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. /19/

### **Duševní konstituce pacienta**

Z. Matějček ve své knize uvádí, že významnými prvky jsou tu zřejmě základní rysy duševní výbavy, které si děti přinášejí na svět jako genetický vklad po rodičích a dalších předcích. /28, s. 21-22/

Dítě může ovlivňovat temperament, inteligence, stupeň dráždivosti či naopak odolnosti nervového systému, dominance a submise aj. /28, s. 21-22/

### **Postoj okolí k nemocnému dítěti**

Je několik vlivů, které působí na dítě ve zdraví i v nemoci. Jeden z vlivů je, jaký postoj má společnost k tělesnému zdraví. To přirozeně ovlivňuje postoje rodiny a dotýkají se dítěte

nepřímo a zprostředkovaně. Teprve později, když dítě vstupuje do dětské společnosti, pociťuje působení obecných norem přímo, tj. v kontaktu s vrstevníky. /28, s. 22-23/

Druhým okruhem, z něhož přicházejí významné podněty, je především rodina a všichni ti, kdo jsou na osudu dítěte citově angažováni (rodinná tradice v nazírání na nemoc, zkušenosti).

Můžeme se setkat s některými nevhodnými výchovnými postoji v rodinách, jako jsou například přílišná úzkostlivost rodičů, odpor vůči dítěti, protest proti osudu a v neposlední řadě beznaděj. /28, s. 22-23/

Dalším, významným prvkem v postojích okolí je samotné dítě. Je v neustálé interakci se svým sociálním okolím, je pod jeho vlivem, ale sám je také ovlivňuje. /28, s. 22-23/

### **3.2.2 Pozitivní a negativní stránky pobytu v nemocnici**

Děti jsou do nemocnice zpravidla přijímány v případech, kdy není dostatečně účelná ambulantní péče a pobyt v nemocnici je pro ně z léčebného hlediska nejlepší. Pobyt v nemocnici je vždy pro dítě náročnou životní situací.

#### **Pozitivní stránky pobytu v nemocnici**

##### **Zisky z nemoci**

Jako pozitivní stránka pobytu nemocnici bývá uváděna také úleva od každodenních povinností. Malé děti bývají více obětovány, rodiče jim poskytují zvýšenou pozornost a dostávají dárky.

#### **Negativní stránky pobytu v nemocnici**

##### **Hospitalismus**

J. Fendrychová ve své knize uvádí, že „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 vysvětlovaly jako důsledek snížené odolnosti organismu vlivem nepříznivého duševního stavu dítěte.“ /4, s. 21/

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. /4, s. 21/

### **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.“ /6, s. 107/ 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.

Z. Matějček popisuje, že od časného kojeneckého věku můžeme pozorovat, že se dítě „učí“ poznávat věci kolem sebe. Reaguje totiž na určité podněty určitým vyhraněným způsobem, jako například se usmívá, sahá po lákavých věcech, učí se chodit na nočník a jiné.

Jestliže tyto 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. /28, s. 77-78/

Dále Z. Matějček uvádí, že 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. /28, s. 78-79/

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. /28, s. 78-79/

## 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 přerušování vztahů již vytvořených. /6, s. 531/

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 a 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 dětský organismus. /28, s. 79-80/

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.

Jde-li do nemocnice školní dítě, může takové odloučení naopak povzbudit jeho vývoj k samostatnosti. /28, s. 79-80/

Důležitou roli však hrají i temperamentové vlastnosti dítěte. To vysvětluje, proč na tutéž nepříznivou situaci reagují děti tak rozdílně.

K tomu je třeba přihlídnout 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, který má roli 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.

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 hospitalizaci dítěte nejen jím samým, ale i jeho rodiči. /28, s. 80-82/

V odborné literatuře se zpravidla uvádějí tři fáze separačních reakcí:

Fáze protestu, kdy dítě křičí, volá matku, čeká na základě své předchozí zkušenosti, že ona přijde, když ji bude dost vytrvale volat. /25, s. 79/

Fáze zoufalství, kdy 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. /25, s. 79/

Fáze odpoutání od matky, kdy 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. /25, s. 79/

Tyto „popsané fáze trvají u jednotlivých dětí různě dlouho (několik hodin, dnů, týdnů) a nemusejí být vždy stejně pravidelné a zřetelné.“ /25, s. 79/

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. /25, s. 79/

Chování dětí po jejich návratu domů může být různé. J. Langmeier popisuje, že „dětí, 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 citový příklon k matce.“ /25, s. 79/

Ve skutečnosti se děti v batolecím věku sami 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 z jakéhokoliv důvodu, pak jedinou zbývající taktikou je trpělivé a chápající jednání a podle možnosti zvýšená pozornost jedné sestry, kterou dítě postupně akceptuje jako náhradu. /25, s. 79/

Jak dále popisuje J. Langmeier „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.“/25, s. 79/ 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 při symbolické hře nabýt dojmu, že situaci samo kontroluje, například píchá panence injekce, ukládá ji do postýlky apod. Má-li přitom dospělého společníka, je to pomoc dvojnásobná. /25, s. 79-80/

Takové ovládání skutečnosti pomocí hry umožňuje dítěti, aby zvládlo ohrožující situaci, kterou rozumem nechápe. Dítě ovšem snáší odloučení od matky lépe, zůstane-li ve svém prostředí domova a u druhých lidí, na které si zvyklo, než když vedle ztráty matky prožívá i ztrátu celého domácího prostředí. Trvá-li toto odloučení dítěte od rodiny delší dobu a není-li zajištěna potřebná náhrada, vzniká nebezpečí celkového opožďování psychomotorického vývoje a narušení osobnosti dítěte. Mnohé děti se tak mohou vracet na nižší úroveň návyků, jako je například nedodržování tělesné čistoty, odmítání samostatné obsluhy u jídla apod. Někdy se odloučení od rodiny může projevat i zhoršením somatického stavu dítěte. /25, s. 80/

### 3.3 Práva hospitalizovaných dětí

Listina základních práv a svobod říká, že „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.“ /33/

Podle Listiny základních práv a svobod je zřejmé, že rodiče mají právo být se svými dětmi i během jejich hospitalizace.

Nemocnice tedy nemá právo určovat, zda bude rodič přítomen či nikoliv, bylo by to poškozování 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.“ /21/

Podle zákona o veřejném pojištění u dítěte mladšího šesti let, je-li při přijetí do zdravotnického zařízení vzhledem k jeho zdravotnímu stavu nutná celodenní přítomnost rodiče, může s ním být rodič přijat do ústavní péče a je tedy i jeho pobyt hrazen pojišťovnou. U dítěte staršího šesti let hradí pojišťovna pobyt průvodce jen se souhlasem revizního lékaře. /50/

Místo rodiče může dítě doprovázet jakákoliv dospělá osoba, která je dítěti blízká: rodič, prarodič nebo sourozenec.

Pokud je tedy s dítětem přijat k hospitalizaci doprovod, pak je základním předpokladem poskytování péče také jeho ústní poučení, a to nejen o zdraví dítěte, postupu vyšetření a léčení, ale také o chodu oddělení a právech a povinnostech doprovodu, ale také zejména o povinnostech dodržování denního řádu a o bezpečnostních opatřeních stanovených k ochraně hospitalizovaných dětí (např. uzavírání postýlek). Je vhodné, aby toto ústní poučení bylo sepsáno a v tištěné podobě předáno doprovodu a ten se mohl k textu kdykoliv vrátit. Je také vhodné, aby doprovod podepsal, že byl s poskytováním péče seznámen. /49/

Lékař a právník L. Vondráček uvádí, že pokud „doprovázející rodič je s dítětem na pokoji, má za dítě, které je mu v této době svěřeno do péče, odpovědnost, zejména pokud byl řádně poučen.“ /49/

Dále uvádí, že doprovod při hospitalizaci není oprávněn zasahovat do léčby, manipulovat s infúzí, měnit čas podávání léků ordinovaných v předepsaném čase nebo porušovat ordinovanou 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. /49/

### **Nemocnice přátelská dětem (Baby Friendly Hospital)**

Za socialismu se i v pediatrii uplatňoval výhradní paternalismus, ale bylo na něj reagováno aktivitou týkající se přátelského prostředí, tzv. koncept přátelské nemocnice. Některá pediatrická oddělení se snažila materiálně vybavit hračkami. Byla zde snaha zlepšit dětem sterilní bílé prostředí. Začátkem 80. let vznikla spolupráce mezi dětským oddělením Neurologické kliniky Všeobecné fakultní nemocnice na Karlově náměstí se Střední uměleckoprůmyslovou školou v Praze na Žižkově. Studenti střední školy vyráběli hračky pro nemocné děti. /9/ Také Klinika dětí a dorostu FN Královské Vinohrady začala v té době spolupracovat se Střední uměleckou školou na Hollarově náměstí. Studenti několikrát vymalovali prostory kliniky dětskými motivy a pohádkovými postavičkami. /45/

V té době se i v porodnicích angažovaly matky narozených dětí a požadovaly změny k lepšímu. V současné době jsou pojmem přátelská nemocnice označovány porodnice, které propagují kojení. V těchto nemocnicích dělají maximum proto, aby matka mohla začít úspěšně kojít. /35/

### **Charta práv hospitalizovaných dětí**

Po roce 1989 Manželé Královcovi, kteří usilovali o zlepšení situace zejména onkologicky nemocných dětí, se zasloužili o Chartu práv dětí v nemocnici.

„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.“ /8, s. 102/

Markéta a Jiří Královcovi, reprezentanti nadačního fondu Klíček, vypracovali ve spolupráci s pediatrem Janem Jandou návrh Charty práv dětí v nemocnici. Tento

dokument byl schválen Etickou komisí při Ministerstvu zdravotnictví ČR a prohlášen v České republice za platný v létě 1993. /8, s. 102/

Charta práv může posloužit jako vodítko v péči o nemocné dítě, jak pro personál, tak pro rodiče nemocných dětí. (příloha č. 4)

### 3.4 Hospitalizace rodiče s dítětem v nemocnici

Matka má na dítě určující vliv, proto je jí v současné době, ve většině případech, umožňováno, aby byla hospitalizována spolu se svým dítětem.

V této souvislosti je důležité věnovat pozornost, co může matku v nemocnici ovlivňovat.

I. Kopecká popsala, které aspekty to mohou být, které matku ovlivňují. Jsou to, na prvním místě, osobnost matky (její věk, stupeň citlivosti, frustrační tolerance, citová reaktivita, hierarchie hodnot, zdravotní uvědomění, poměr k nemoci, ztotožnění se s rolí matky), dále rodinné a sociální poměry (matka samoživitelka, více nezaopatřených dětí, rodina nesouhlasí s hospitalizací matky), předchozí zkušenosti s hospitalizací (vlastní zkušenosti, negativně působící informace z okolí), charakter onemocnění dítěte (závažnost nemoci, délka a obtížnost terapie, počet hospitalizací hrožící opakování hospitalizací, faktor dědičnosti) a v neposlední řadě je to vztah matky k dítěti a jeho nemoci (míra pocitů viny, dítě jedináček, matka zdravotník, matka vyššího věku). /18/

Dále autorka popisuje, možné reakce matky na konkrétní náročnou životní situaci, kterou hospitalizace dítěte bezesporu je. Reakce matky může být různá, nejčastěji je to však zejména akutní reakce na stres. /18/

U matek se také mohou projevovat psychosomatické stavy a obtíže, které tyto náročné životní situace provázejí. Obtíže mohou být např. únava, poruchy spánku, poruchy zažívání, poruchy vyprazdňování, bolesti hlavy a další. /18/

#### **Stres u rodičů**

Není pochyb o tom, že závažná nemoc dítěte vyvolává v rodičích akutní reakci na stres. Opakovaně byla popsána reakce na stres, jako např. D. Vodáčková uvádí definici, že akutní reakcí na stres jsou: „fyziologické změny a změny v chování a prožívání, které se objevují bezprostředně po traumatizujícím podnětu nebo v následných 2 - 3 dnech.

Podstatou této reakce jsou obranné a ochranné reakce, které maximálně mobilizují rezervy postiženého jedince“. /48, s. 360-363/

Jak popisuje M. Mauer, v náročné životní situaci se lidé chovají neobvykle a pro své okolí nesrozumitelně. Lidé jsou v tomto období schopni přijmout jen 7- 10 % sdělených informací, takže si často nepamatují sdělené informace, např. od lékařů nebo sester, což může vyvolávat nedorozumění. Ze začátku se také často stane, že člověku problém ještě nedochází a chová se přirozeně. V dalších fázích se může objevovat netečnost nebo až přehnaná činnost, panika, strach a úzkost. V další fázi má člověk často potřebu hledat individuální smysl události a potřebuje, aby mu někdo naslouchal. V této fázi se často objevují různé stupně vzteku, protože jedinec může najít smysl události v provinění buď sebe, nebo okolí. /29/

Z toho vyplývá, že rodiče nemocných dětí mohou mít reakce na stres různé a je na zdravotnících tuto situaci profesionálně zvládnout.

Rodiče mohou vnímat pocity (např. sociální stigmatizace, pocity rodičovského selhání, obavy z budoucnosti), co bude dál, po propuštění dítěte z nemocnice, které ještě celou jejich situaci zhoršují. /47, s. 7/

### **3.4.1 Podmínky pro dobrou spolupráci zdravotníků s rodiči**

Rodičům by mělo být umožněno pečovat o dítě celý den, případně i noc. /40, 46, s. 118/

Vymezení návštěvních hodin je v kompetenci vedení každého dětského oddělení nebo kliniky. V posledních letech však mnohá zdravotnická zařízení návštěvní omezení ruší. Rodiče však nejsou pro své dítě návštěvou. V současné době mají rodiče několik možností, jak se svým dítětem v nemocnici zůstat. /39/

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. /40/

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. /40/

Mnohá pracoviště nabízí i možnost ubytování na nadstandardních pokojích za přímou platbu. /40/

Ve FN Motol provozuje od roku 1993 Nadační fond Klíček svépomocnou ubytovnu s dvanácti lůžky pro mimopražské rodiče či jiné blízké osoby hospitalizovaných dětí, kterým neposkytne ubytování nemocnice a pro které je jiná forma noclehu finančně nedostupná. Kromě noclehu nabízí ubytovna i odpovídající zázemí na vaření, praní, žehlení i odpočinek. V současné době rodiče přispívají 30 Kč za noc. /13/

Tato ubytovna je příkladem, že 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.“ /39/

### **3.4.2 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.“ /27/

Respektování rodičů v tomto typu spolupráce jako odborníků 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 přiblížování. /27/

„Předpokladem dobré spolupráce s rodinou dítěte je kvalitní komunikace a pochopení jejich nenahraditelnosti.“ /38/ Je potřeba umět nabídnout pomoc, porozumění a emoční podporu. Rodiče potřebují vědět, že personál chápe jejich náročnou situaci. Je potřeba 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. Rodiče mají právo na stres i na neadekvátní reakce a jsou to profesionálové, kdo mají situaci zvládnout. Důležité je informovat je, že mají možnost pomoci, pochopení jejich potřeb ventilovat negativní emoce. 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. /38/

Ve většině případů jsou z toho nešťastní, cítí vinu a mají výčitky svědomí, proto by se mělo vždy pokusit najít náhradní řešení – časté návštěvy, telefon atd. /38/

### **3.4.3 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 zdravotníků individuální přístup a snahu vyjít jednotlivým rodinám vstříc. Ne vždy je to však s ohledem na požadavky léčby možné. /38/

Mezi rodiči a sestrami by měli být jasně vymezené kompetence, kdo, kdy, jak a co u dítěte zajišťuje, řada rodičů se ráda na péči maximálně podílí.

S rodiči je možné konzultovat denní režim dítěte, stravovací návyky, potřebu spánku a snažit se o maximální šetrnost. /46, s. 120-121/

Rodiče jsou sami klidnější, mají-li konkrétní úkol, mohou-li svému dítěti nějak pomoci a jejich klid se pak přenáší i na dítě. /38/

Avšak odborné výkony vždy provádí zdravotník a v žádném případě by se neměla přenášet zodpovědnost na rodiče.

Velkou roli by zde měla hrát tolerance ze strany odborníků. Není vhodné rodinu odsuzovat a zakazovat jí její dlouholeté zvyklosti, jako je např. vegetariánství. /46, s. 121/

„Stejně tak není možné rodiče ani jejich děti během krátké hospitalizace převychovat.“ /38/

### **3.4.4 Poskytovat rodičům opakované a srozumitelné informace**

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. „Velmi přínosné je poskytnout rodině informace také v písemné podobě. K textu se pak mohou kdykoliv vrátit. /38/ Opakovaná ústní komunikace zdravotníků by měla být samozřejmostí, text, který rodiče dostanou v písemné podobě nesmí tuto komunikaci nahrazovat.

„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.“ /38/

Platí obecné pravidlo, že čím lépe se lidé v situaci orientují a rozumí jí, tím méně se bojí.

### **3.4.5 Výhody a nevýhody společné péče rodičů a zdravotníků**

V posledních letech v České republice dochází k postupným změnám v péči o hospitalizované děti, zdravotníci nemají na starosti jen samotné děti, ale i jejich rodiče, v zájmu se ocitá celá rodina. /46, s. 118/

#### **Výhody společné péče rodičů a zdravotníků o děti v nemocnici**

- dítě je méně úzkostné, klidnější, většinou lépe spolupracuje
- rodiče dítě povzbuzují, utěšují, posilují pocit bezpečí a důvěru ke zdravotníkům
- rodiče pomáhají s ošetřováním a zajišťováním potřeb svého dítěte
- minimalizuje se nebezpečí přenosu nozokomiální infekce
- rodiče znají své děti nejlépe – první poznají změnu, že se něco děje
- dítě může být dříve propuštěno do domácí péče, protože rodiče jsou zaškoleni v jednoduchých úkonech



- dítě je po návratu domů méně rozrušené, snadněji se adaptuje rodinnému životu /40, 17, 46, s. 118/

### **Relativní nevýhody společné péče rodičů a zdravotníků o děti v nemocnici**

- 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 bezpečnostních opatření
- snaha rodičů pečovat o jiné děti
- plýtvání pomůckami a materiálem /17, 5/

Přítomnost rodičů na oddělení přináší i problémy. Většina z nich se dá vyřešit na organizační a komunikační úrovni přímo na oddělení. /5/

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. Psychologové v nemocnicích se vyskytují málo, na Klinice popáleninové medicíny je psycholog externím pracovníkem, který na oddělení dochází jedenkrát týdně. Jeho aktivita se spíše zaměřuje na dospělé pacienty, na rodiče hospitalizovaných dětí ojediněle.

### **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 nesamostatně 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. /51/

### **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. /41, s. 71/

## 3.5 Možnosti zkvalitnění pobytu dětí v nemocnici

### **Psycholog, psychoterapeut**

Klinický psycholog a psychoterapeut by měl být standardní součástí odborného týmu na jednotlivých odděleních. „Intervenuje jak přímo u dětských pacientů, tak u jejich rodinných příslušníků.“ /4, s. 39/

Psycholog poskytuje podporu a pomoc, jak rodičům hospitalizovaných dětí, tak také zdravotníkům. V nemocnicích tato profese stále není běžná.

### **Herní specialista**

Herní specialista je pracovník, který pečuje o pohodu dětí a rodičů v nemocnici. Svým působením vytváří most mezi hospitalizovanými dětmi, personálem a rodiči. Jeho úkolem je naslouchat, vcítovat se a snažit se vidět svět dětskýma očima.

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 herní práce 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. /20/

J. Fendrychová popisuje, že „herní specialista je člověk, který má na oddělení poskytovat nemocným dětem i jejich rodičům jinou péči a jiné služby než zdravotnické.“ /4, s. 41/

Herní specialista se poprvé objevil 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“. /20/

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
- Připravuje 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 formou hry /20/

A. Řezníčková, herní terapeutka v Motole uvádí, že 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.“ /37/

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. /37/

### **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 /37/

A. Řezníčková dále popisuje, že „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.“ / 37/

V České republice se oboru Herní specialista věnují manželé Královcovi z Nadačního fondu Klíček. Tento obor je možné vystudovat na Střední a Vyšší zdravotnické škole v Plzni. V současné době však tato profese prozatím nemá ukotvení v zákoně, tak tito herní specialisté pracují v nemocnicích pod jiným zařazením.

### **Dobrovolníci**

I. Stará ve svém článku uvádí, 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.“ /2, 42/

Může jít o pomoc konkrétnímu člověku či organizaci, která pomoc potřebným poskytuje. Dobrovolníkem může být kdokoliv, protože každý z nás umí něco, co může poskytnout ostatním. /2, 42/

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 není u nás nová. / 42/

Hlavní zásada, která je popsána na stránkách dobrovolnického centra ve FN Motol je „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.“ /2/

K hlavním aktivitám dobrovolníků na dětských odděleních patří výtvarná činnost se skupinou dětí, individuální výtvarná činnost u lůžka imobilních pacientů, stolní hry, čtení knih a časopisů, hra na kytaru, angličtina hrou, výroba dárků pro rodiče, personál, sponzory a podobně. /4, s. 42/

Organizovaný dobrovolnický program začal ve FN v Motole v roce 1999 na Klinice dětské onkologie, díky ohlasu a úspěšnosti programů se zájem o dobrovolníky začal rozšiřovat i na další kliniky. V současné době je v dobrovolnickém programu FN Motol zapojeno 14 klinických pracovišť, z toho 10 dětských. /42/ FN Královské Vinohrady v Praze dobrovolnický program neposkytuje.

### **Zdravotní klaun**

Od roku 2001 funguje v České republice občanské sdružení Zdravotní klaun. Historie myšlenky zdravotních klaunů se datuje od roku 1986, kdy v nemocnici v New Yorku byla poprvé vyzkoušena možnost pravidelných návštěv speciálně vyškolených klaunů na dětských lůžkových odděleních. /4, s. 42/

Zjistilo se, že pravidelné návštěvy klaunů vedou ke zlepšení psychického a tudíž i zdravotního stavu pacientů. Jak uvádí J. Fendrychová, 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 v České republice. /4, s. 42/

Koncept „léčby humorem“ rozvinul v České republice Američan Gary Edwards, který působí v občanském sdružení Zdravotní klaun jako umělecký a výkonný ředitel. /52/

### **Loutky v nemocnici**

Loutky v nemocnici, tak se nazývá 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 v České republice. 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 hračka 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. Divadlo zatím funguje hlavně v pražských nemocnicích, v dalších nemocnicích jen ojediněle. /26/

## 3.6 Zdravotní sestry na dětském oddělení

### 3.6.1 Od paternalismu k partnerství

„Celá dlouhá staletí rozhodoval o míře sdělovaných informací lékař“ /7/, sestry se tradičně zabývaly pouze plněním fyziologických potřeb jednotlivých dětských i dospělých pacientů. Sestra hrála pouze submisivní roli a lékař byl tedy ten, který rozhodoval, zda pacienta vůbec informovat, o jeho zdravotním stavu i poskytované péči. /12, s. 85/ Tento, „paternalistický model vztahů mezi lékařem a nemocným, vyhovoval oběma stranám po dlouhá staletí.“ /7/

Sestra byla chápána jako součást týmu, který se stará o pacienta. Její rolí byla fyzická péče o pacienta. Profese sestry však vyžaduje nejen schopnost pečovat o fyzickou stránku pacienta, ale i schopnost pečovat o stránku psychickou, schopnost komunikovat s rodinou, příbuznými maximálně profesionálně, tj. umět reagovat na jejich emoce, které jsou reakcí na zdravotní problém. /16, s. 130/

H. Haškovcová uvádí, že „v době po 2. světové válce, s akcelerací v začátku 70. let, se situace začala měnit v souvislosti s nástupem obdivuhodné tzv. vítězné medicíny. Stručně řečeno, „mlčící medicína“ byla neudržitelná. Neudržitelnost stavu, kdy pacient ví, lékař ví, že pacient ví a oba mlčí, začala vadit oběma stranám a začala změna tzv. paternalismu v partnerství.“ /7/

Vývoj pokračoval a v roce 2001 ratifikoval Parlament ČR Konvenci o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikaci biologie a medicíny. Tento nejvyšší zdravotnický zákon země zakládá nárok každého pacienta na informace o svém zdraví (a tedy i nemoci) s tím, že pokud si pacient takové informace nepřeje znát, je třeba to bezpodmínečně respektovat. /7/

V současné době při rozvoji medicíny se mění i způsob práce, který přináší stále nové požadavky na odborné znalosti a dovednosti zdravotní sestry. Nemocnice se v daleko větší míře otevřely rodinám pacientů, návštěvám, dětská oddělení jsou vybavena lůžky pro rodiče, kteří setrvávají po celou dobu hospitalizace dítěte. To vše mění i roli sestry, která je v daleko větší míře vystavena komunikacím a to v různých úrovních. Zdokonalení komunikačních dovedností středních zdravotnických pracovníků je proto nezbytné. /16, s. 130/

Analogicky tak, jako má být lékař partnerem dospělého pacienta, má zdravotnický personál přistupovat k rodičům jako ke svým partnerům. Vždyť jejich společným zájmem je úspěšná léčba dítěte.

### **3.6.2 Komunikace ze strany zdravotníků**

Slovo komunikace „znamená vzájemnou výměnu informací mezi lidmi.“ /16, s. 132/ Komunikace je jednou ze základních podmínek k rozvíjení zdravých vztahů, a tím k zajištění efektivní a kvalitní péče o děti a jejich rodiče. /44, s. 292/

Nejde ale pouze o předávání informací, ale komunikace má také dimenzi vztahovou, to znamená, že vyjadřuje, jak informace předáváme. Jak verbální, tak neverbální signály jasně odhalí, jaký vztah existuje mezi komunikujícími. /44, s. 292/

Pacienti či rodiče postižených a dlouhodobě hospitalizovaných dětí si občas stěžují na nedostatečnou komunikaci ze strany zdravotníků. Novinářka H. Chvátalová si myslí, že důvodem může být fakt, že rozhovor s pacientem pojišťovny nezohledňují, to znamená, že zdravotníci hovoří s pacienty a rodinou zadarmo. „Například u vizity pojišťovny vůbec nepředpokládají, že by lékaři s pacienty mluvili.“ /14/

Tento názor je sice pravdivý, ale nemůže být akceptována nedostatečná komunikace, protože tento výkon není bodově ohodnocen. Zdravotníci mají pacienta i rodinu vnímat jako bio- psycho- sociální jednotku a tak k ní také přistupovat.

V nemocnicích se tedy setkáme jak s arogantním a nepřijemným přístupem personálu, tak i s ochotnými zdravotníky, kteří se pacientovi přizpůsobují. Záleží na dané osobnosti zdravotníka. /24/

Komunikace zdravotníků s rodiči hospitalizovaných dětí by měla být samozřejmou součástí práce zdravotních sester i ostatních členů zdravotnického týmu. Dostatečná

komunikace ovlivňuje míru spolupráce mezi zdravotníky a rodiči hospitalizovaných dětí.

To, jak bude rodina spolupracovat, záleží především na vzájemném vztahu a vzájemné komunikaci, která probíhá mezi rodinou a těmi, kdo o jejich dítě pečují. Ideální spolupráce je tam, kde zdravotníci podávají dostatečné množství informací a rodiče se nebojí podílet na péči o nemocné dítě. Poté je možné, aby matka o všem důležitém plně a včas informovala lékaře a ošetřující personál, zajímala se o léčbu dítěte a dodržovala doporučení. Dobrá spolupráce je, pokud matka důvěřuje ošetřujícímu personálu, to znamená, že matka vnímá, že se o ní zdravotník zajímá, že jí bere vážně a naslouchá jí. /16, s. 130-131/

### **3.6.3 Vzdělávání sester v oblasti komunikace**

#### **3.6.3.1 Kvalifikační studium**

Vzdělávání sester se v současné době u nás řídí zákonem 96/2004 Sb. Pro kvalifikační přípravu na profesi všeobecné sestry je potřeba absolvování tříletého bakalářského oboru všeobecná sestra nebo tříletého studia na vyšší zdravotnické škole. /30/ Před přijetím tohoto zákona pro vykonávání profese zdravotní sestry stačil čtyřletý obor s maturitou.

Mění se role sestry a tím i nároky na její vzdělávání. Úroveň odborných předmětů bakalářského studia je nyní vysoká. Předmětem zabývajícím se komunikací je psychologie. Vyučování se odehrává na teoretické úrovni, ale je zde i možnost si zkusit praktický nácvik komunikace. Jedná se většinou o jednorázový seminář. /43/ Témata vyučování komunikace jsou, jak by měla sestra komunikovat s pacientem, s rodinou pacienta, dále s lékařem a kolegyní. Nutno dodat, že sester bakalářek je praxi stále málo a profesi vykonává většina sester, která vystudovala střední zdravotnickou školu.

Obory na střední zdravotnické škole, jako zdravotní sestra, ženská sestra, dětská sestra a všeobecná sestra byly zrušeny a od roku 2004 se na střední škole vyučuje obor zdravotnický asistent.

Učební osnova na střední zdravotnické škole oboru všeobecná sestra sestávala hlavně z odborných předmětů, oblasti komunikace s pacientem se dotkla teoretická výuka



psychologie a předmět ošetřovatelství, který obsahoval konkrétní kapitoly, např.: ošetřování nemocných na chirurgickém oddělení a součástí výuky bylo poučení pacienta před operací. Kapitola ošetřování dítěte na dětském oddělení obsahuje popis péče sestry o dítě, její výchovné působení a citlivé jednání nahrazující dítěti mateřskou péči. Z uvedeného vyplývá, že rodiče v nemocnici neměli své místo a sestry se při svém vzdělávání na střední zdravotnické škole, s rodiči hospitalizovanými spolu s dětmi, se zřejmě většinou nesetkaly. Obor dětská sestra byl určen pro zájemce o práci na dětských odděleních, kojeneckých ústavech a jeslích. Toto studium bylo velmi kvalitní a absolventi měli dobré uplatnění. Dětská sestra měla vědomosti zejména z oblasti ošetřování dítěte, pediatrie, psychologie, pedagogiky, výchovného zaměstnání dětí a v neposlední řadě edukace rodičů. Dětské sestry učily rodiče prevenci onemocnění, režimová opatření dítěte a výživu dětí. Sestry na středisku u dětského lékaře prováděly preventivní návštěvní službu v rodině a sledovaly psychomotorický vývoj dítěte. V současné době tato služba není v takové míře prováděna. /45/

### **3.6.3.2 Specializační studium**

Sestry při vykonávání své profese mají dále možnost absolvovat specializační studium v oboru, ve kterém pracují. Toto specializační studium, je dle současné legislativy, nejvyšším možným dosažením vzdělání sestry v daném oboru, sestra pak získává označení sestra specialista. Studium nabízí Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCONZO) v Brně. Zdravotní sestry mají možnost si vybrat z široké nabídky studia. Podmínkou přijetí uchazeče je 12 měsíční praxe na dětském oddělení. Sestry mohou studovat například tyto specializace: Dětská sestra se zaměřením na intenzivní péči v pediatrii, Ošetřovatelská péče v pediatrii. Toto vzdělávání je modulové, obsahuje tři moduly: základní, odborný a speciální. Studium je zaměřeno hlavně na odbornou problematiku péče o dítě, konkrétní ošetřovatelské postupy a dovednosti. Sestra je tak připravena pečovat o dítě na specializovaných odděleních dětské intenzivní péče a dětských standardních odděleních. /31/

### **3.6.3.3 Odborné kurzy**

Dále jsou sestry povinny se celoživotně vzdělávat na odborných seminářích, přednáškách a konferencích zařazených do kreditního systému, což vyplývá ze zákona 96/2004 Sb. Kreditní body poskytuje Česká asociace sester (ČAS). Sestry si mohou vybrat z široké škály vzdělávacích akcí, které nabízí pro sestry Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCONZO) a dále mnoho soukromých společností, například Sestra in, Remedia, Konference Král, kurzy Straumann apod.

Tyto kurzy nabízejí mnoho témat, z oblasti komunikace jsou to například: Rozvoj komunikačních dovedností, Psychoterapeutické přístupy, Zvládání stresu a pracovní zátěže, Supervize jako prostředek osobního a pracovního růstu apod. Obsahem těchto kurzů je jak teoretický úvod, tak obsahují i praktický nácvik komunikace. Tyto kurzy jsou pořádány jen pro omezený počet účastníků.

### **3.6.3.4 Supervize**

Jako další možnost sebevzdělávání a podpory sester je supervize. Z. Havrdová ve své knize uvádí, že „v českém zdravotnickém prostředí není dosud pojem supervize zažit.“ /11, s. 179/

Zdravotníci většinou nevědí, co pojem supervize přesně znamená, a mají dojem, že jde o nějaký systém kontroly jejich práce. Jedna z definic supervize je popsána jako „organizovaná příležitost k reflexi možností, jak jinak rozumět, jaké zaujímat postoje a jak jednat v situacích s klienty a kolegy s cílem zvyšovat svou profesionální kompetenci“. /12, s. 29-30/

Supervize má tři hlavní funkce: vzdělávací, řídicí a podpůrnou, dá se použít ve všech odvětvích ošetrovatelství a vede k tomu, aby zdravotníci dobře porozuměli své pracovní roli, znali své pracovní kompetence a přejímali odpovědnost za svou práci. Supervize umožňuje reflexi vlastní práce, přenáší teoretické poznatky do praxe a umožňuje podporu při psychické zátěži. /11, s. 178-179/

V praxi sestrám supervize může poradit, co příště udělat jinak a lépe, aby se podobná situace neopakovala. Při podpoře psychické zátěže může pomoci při pocitech, pokud sestra má dojem, že její práce je zbytečná, je lítostivá a chce opět získat sebedůvěru. V těchto případech se nejčastěji využívá supervize individuální i týmová.

Další možné využití supervize ve zdravotnictví je metoda videotrénink interakcí (VTI). Základem této metody je natáčení videozáznamů z běžné komunikace mezi zdravotníkem a pacientem nebo jeho rodinou. Tento videozáznam sledují supervizor i zdravotník na obrazovce a společně řeší danou interakci. /11, s. 191-192/

K. Jechová ve svém článku uvádí, že tato metoda VTI byla využita v projektu Video na pomoc komunikaci v nemocnici- podpora komunikace mezi zdravotnickým personálem, rodičem a dítětem ve FN Motol v Praze, v období února 2004 až dubna 2005. Projektu se zúčastnily dvě jednotky intenzivní péče Kliniky dětské chirurgie. Realizovaný projekt byl zaměřen na problematiku komunikace ošetřujícího zdravotnického personálu, rodičů a hospitalizovaných dětí. Cílem projektu bylo nabídnout pozitivní podporu a pomoc zdravotním sestrám i lékařům, poskytnout jim pozitivní zpětnou vazbu pro jejich práci. Dále rozpoznat komunikační dovednosti, posílit ty užitečné nebo zprostředkovat nové způsoby komunikace, pomoci ošetřujícímu personálu více se soustředit na verbální i neverbální projevy malých pacientů i rodičů, hledat nové způsoby řešení při zvládnutí náročných situací, využít mnohostranných úhlů pohledu a podpořit tak týmovou spolupráci. Metoda VTI také pomohla podpořit ustavení užitečných pravidel komunikace na oddělení, která budou samotným personálem monitorována a dodržována. /15/

V projektu se potvrdilo, že v profesní přípravě zdravotnického personálu, ale i v samotné praxi je věnována velmi malá pozornost komunikačním dovednostem zdravotnického personálu obecně. Nejistota a nedůvěra v komunikaci pak vede k velmi neuspokojivým či zkratkovitým kontaktům nebo přímo konfliktní komunikaci. Ta je velmi rizikovým faktorem, který blokuje týmovou spolupráci i úzkou a nezbytnou spolupráci zdravotník - rodič. Téměř všechny stížnosti a vyjádřená nespokojenost rodičů se týkají komunikace personálu. Pokud je naopak rodič spokojen, opět téměř vždy dává do souvislosti svoji spokojenost s přístupem a komunikací zdravotníků. Celkově zdravotníci hodnotili tento projekt kladně a všichni uvedli, že mnohem častěji a déle se sami věnují rodičům, v kontaktu s rodiči si více důvěřují a více chápou situaci rodičů, jejich potřeby, což se odráží v celkové atmosféře na oddělení. /15/

Tento příklad metody VTI je uplatnitelný i na jiných dětských odděleních a je možné ho doporučit jako podporu komunikace mezi personálem, rodiči a hospitalizovanými dětmi.

Závěrem lze říci, jak uvádí Z. Havrdová, že pravidelná reflexe ošetrovatelské práce, která se odehrává v bezpečném, podpůrném a přátelském prostředí, je nejlepším způsobem jak zvyšovat dovednosti a kvalitu poskytované péče, jak účinně propojovat teoretické znalosti s konkrétní praxí. Dále je velmi účinnou prevencí syndromu vyhoření a nástrojem udržení motivace k vykonávání zdravotnické profese. Manažeri zdravotnických zařízení by si toho měli být vědomi a měli by umožnit svým zaměstnancům pravidelnou supervizi a využívat její rozvojový potenciál. /11, s. 182/

## 4 PRAKTICKÁ ČÁST

### 4.1 Výzkumný problém a výzkumné otázky

Předmětem praktické části mé magisterské práce je kvantitativní výzkum zaměřený na komunikaci zdravotních sester pracujících na dětském oddělení a dětské jednotce intenzivní péče Kliniky popáleninové medicíny v Praze a zároveň hodnocení sester rodiči hospitalizovaných dětí na této klinice. Cílem výzkumu je zjistit, jak zdravotní sestry komunikují s rodiči hospitalizovaných dětí. Z důvodu anonymního zpracování údajů jsem zvolila výzkumnou metodu dotazníkové šetření. Hypotézy jsem stanovila na základě vlastní, více než desetileté, zkušenosti na této klinice.

#### **Obecný výzkumný problém:**

**Zdravotní sestry málo komunikují s matkami hospitalizovaných dětí, protože je nepovažují za partnery při péči o hospitalizované dítě.**

Výzkumný problém jsem rozpracovala do výzkumných otázek, které budu zjišťovat.

#### **Výzkumné otázky pro svůj kvalitativní výzkum jsem zformulovala následovně:**

- Jaké je vzdělání sester na daných odděleních?
- Jaké mají sestry zkušenosti s výukou komunikace?
- Chtěli by se sestry dále vzdělávat v oblasti komunikace?
- Kolik času se sestry věnují rodičům při rozhovoru?
- S jakými problémy při rozhovorech s rodiči se sestry setkaly?
- Jak vnímají sestry rodiče na oddělení?
- Mají sestry v komunikaci s rodiči problémy?
- Jak sestry ověřují, zda rodiče rozhovoru rozumí?
- Jakou formu edukace rodičů by sestry uvítali?
- Kolik rodičů je hospitalizováno spolu s dítětem na oddělení?
- Vědí rodiče, jak se mohou podílet na péči o dítě?

## 4.2 Hypotézy

### Obecná hypotéza:

**Většina zdravotních sester neposkytuje matkám hospitalizovaných dětí dostatečné množství informací, které matky potřebují znát při péči o své hospitalizované děti.**

Obecnou hypotézu jsem dále rozpracovala do pracovních hypotéz, které jsem zjišťovala v dotazníkovém šetření.

### Pracovní hypotézy:

1. **Starší zdravotní sestry se při studiu praktické výuky setkávaly pouze se samotnými dětmi bez rodičů, o které pečovaly.**
2. **Čím jsou zdravotní sestry mladší, tím se chtějí v komunikaci dále vzdělávat.**
3. **Čím jsou zdravotní sestry vzdělanější, tím mají větší zkušenost s teoretickou výukou o komunikaci s rodinou pacienta.**
4. **Čím jsou zdravotní sestry vzdělanější, tím mají větší zkušenost s praktickým nácvikem komunikace.**
5. **Zdravotní sestry, které měly při výuce možnost si zkusit praktický nácvik komunikace, nejdéle hovoří s rodiči.**
6. **Čím jsou zdravotní sestry vzdělanější, tím tráví více času při komunikaci s rodiči hospitalizovaných dětí.**
7. **Většina zdravotních sester s rodiči hospitalizovaných dětí hovoří max. 10 minut při příjmu dítěte i při běžné směně.**
8. **Většina zdravotních sester si myslí, že rodiče jsou dostatečně informováni a vědí, jak se mohou podílet při péči o dítě.**
9. **Zdravotní sestry, které mají alespoň 1 dítě, se nejvíce věnují rozhovoru "jen tak".**
10. **Většina zdravotních sester má zkušenosti s problémy při spolupráci s rodiči hospitalizovaných dětí.**

11. **Většina zdravotních sester si myslí, že komunikuje s rodiči hospitalizovaných dětí bez problémů.**
12. **Většina zdravotních sester má názor, že přítomnost rodičů na oddělení jim nepomáhá při jejich práci.**
13. **Starší zdravotní sestry si myslí, že přítomnost rodičů u lůžka hospitalizovaného dítěte není přínosná pro dítě.**
14. **Zdravotní sestry s praxí na dětském oddělení více jak 5 let upřednostňují uzavřené oddělení bez rodičů hospitalizovaných dětí.**
15. **Většina zdravotních sester neověřuje, zda rodič porozuměl poskytnutým informacím týkajících se péče o dítě.**
16. **Jako formu poučení rodičů používá většina zdravotních sester jen rozhovor.**
17. **Většina zdravotních sester by uvítala informační tištěnou brožuru pro edukaci rodičů.**
18. **Většina zdravotních sester nezaznamenává do dokumentace, že rodiče informovala.**

### 4.3 Charakteristika výzkumného pracoviště

Dotazníkové šetření jsem prováděla na Klinice popáleninové medicíny v Praze ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady. Do výzkumu byly zahrnuty všechny zdravotní sestry pracující na dětských odděleních této kliniky a rodiče hospitalizovaných dětí.

Jedná se o dvě oddělení: dětské standardní oddělení a dětskou jednotku intenzivní péče.

Počty lůžek:

- Dětská jednotka intenzivní péče (podjip)- 6 lůžek
- Dětské standardní oddělení (popdeo)- 20 lůžek

Klinika popáleninové medicíny zajišťuje komplexní a kontinuální péči popáleninového traumatu pro spádovou oblast celých Čech.

Na dětskou jednotku intenzivní péče i na dětské oddělení jsou přijímány děti od 0 do 16 let věku, které utrpí popáleninové trauma.

#### Charakteristika výzkumného prostředí:

Historicky byly na této klinice návštěvy pacientů zakázány z důvodu infekce. Panoval názor, že popálený pacient potřebuje hlavně sterilní prostředí, které mu může zajistit jen zdravotník, který se převlékne ve filtru a na pokoj pacienta vchází v čepici a ústence.

Po revoluci v roce 1989 se brány kliniky postupně otevřely, až se ustálilo časové rozmezí návštěvních hodin od 14 do 19 hodin každý den. Rodiče hospitalizovaných dětí se na kliniku dostali v návštěvních hodinách a hospitalizovány byly pouze maminky, které uvedly, že je dítě kojeno. Postupně některé maminky docházely za dítětem na celý den, pokud o to lékaře požádaly a ten souhlasil.

Do roku 2007 sídlilo dětské oddělení a dětská jednotka intenzivní péče ve společných prostorách. Maminky, které byly hospitalizovány, pro nedostatek prostoru na dětském oddělení, byly ubytovávány na pokojích pro dospělé pacienty, které byly zrovna volné. Dětské oddělení přes den doslova praskalo ve švech. Pokoje byly malé a u každé postýlky bylo několik rodinných příslušníků. Vedle těchto pokojů byly také pokoje s kriticky nemocnými dětmi.

Od roku 2008 se podařilo uvolnit na klinice prostory a bylo vybudováno nové dětské oddělení standardní péče. Od té doby se rodiče na toto oddělení přijímají spolu se svými dětmi na jeden pokoj. Výjimkou zůstává dětská jednotka intenzivní péče, kde rodič spí na dětském oddělení a za dítětem dochází.

## 4.4 Zkoumaná populace

V dotazníkovém šetření byly osloveny všechny zdravotní sestry pracující na Klinice popáleninové medicíny na zmíněných dětských odděleních.

Počty zdravotních sester:

- Dětská jednotka intenzivní péče – 19 sester
- Dětské standardní oddělení – 8 sester



Dále se dotazníkového šetření zúčastnily rodiče, většinou matky, kteří byli s dítětem hospitalizováni nebo za ním přišli na návštěvu.

## 4.5 Konstrukce dotazníku

Metodu dotazníkového šetření jsem zvolila z důvodu anonymního zpracování dat. Na této klinice pracuji jako zdravotní sestra na dětské jednotce intenzivní péče. Dotazovala jsem se přímo vlastních kolegyně a kolegů z dětského oddělení, s nimiž často spolupracuji. Na základě zkušeností ze souběžného výzkumu kolegyně Kateřiny Ryklové, která měla nízkou návratnost vyplněných dotazníků z důvodu položených otevřených otázek, a kolegyně se patrně obávaly stigmatizace, proto jsem v dotazníku zvolila pouze uzavřené otázky. Pro vyšší návratnost jsem také kolegyně několikrát motivovala k vyplnění tohoto dotazníku.

Pro získání důvěry k dotazníkovému šetření u rodičů jsem tudíž požádala o spolupráci psychologa kliniky Miloše Mauera, aby rodiče informoval a povzbudil k vyplnění dotazníku. Ze stejného důvodu, jako u sester, jsem použila uzavřené otázky, aby rodiče získali větší důvěru, aby se návratnost dotazníků zvýšila.

Dotazník pro zdravotní sestry je zaměřen na oblasti:

- Zkušenosti sester s výukou teoretické i praktické komunikace.
- Zkušenosti sester s přítomností rodičů na oddělení při praktické výuce.
- Kolik sestry věnují času při rozhovoru s rodiči na různá témata.
- Se kterými problémy při rozhovorech s rodiči se sestry setkávají.
- Zda přítomnost rodičů na oddělení sestrám pomáhá při jejich práci.
- Názor sester na přínos rodičů pro dítě.
- Zda si sestry přejí přítomnost rodičů na oddělení.
- Jak sestry vnímají svou komunikaci.
- Jak sestry ověřují, zda rodič jejich informaci rozuměl.

Dotazník pro rodiče je zaměřen na oblasti:

- Kolik sestry věnují času při rozhovoru s rodiči na různá témata.

- Názor rodičů na komunikaci zdravotních sester.
- Jaké vidí rodiče problémy při komunikaci se sestrami.
- Zda přítomnost rodičů na oddělení sestrám pomáhá při jejich práci.
- Názor rodičů na jejich přínos pro dítě.
- Zda rodiče ví, jak mohou pomáhat při péči o dítě během hospitalizace.
- Jak sestry ověřují, zda rodič jejich informaci rozuměl.

## 4.6 Sběr a zpracování dat

Dotazníky pro sestry jsem ponechala na jednotlivých odděleních a uvedla, kam mají vyplněné dotazníky dávat. Dotazníkové šetření sester jsem uskutečnila v období prosince 2008 až ledna 2009.

Dotazníky pro rodiče byly předány M. Mauerovi. Postupně je předal všem rodičům, kteří v dané době na klinice pobývali. Dotazníkové šetření rodičů jsem uskutečnila v lednu 2009 a dále v březnu 2009.

Počty získaných dotazníků:

- Dětská jednotka intenzivní péče: celkem zde pracuje 19 sester, dotazník vyplnilo a odevzdalo 16 sester
- Dětské standardní oddělení: celkem zde pracuje 8 sester, dotazník vyplnilo a odevzdalo 8 sester
- Celkem: vráceno 24 dotazníků od sester, návratnost je tedy 89 %.

Podle vedené statistiky na Klinice popáleninové medicíny v Praze bylo za rok 2008 přijato k hospitalizaci celkem 219 doprovodů k dítěti. Nerozlišuje se zde, na kterém oddělení je dítě hospitalizováno. Dotazníky byly rozdány všem rodičům, kteří v měsíci lednu a březnu byly s dítětem hospitalizováni nebo za ním přišli na návštěvu. Vždy se jednalo o jeden dotazník k jednomu dítěti.

- Dětská jednotka intenzivní péče: dotazník vyplnilo a odevzdalo 8 rodičů, 1 rodič neodevzdal
- Dětské standardní oddělení: dotazník vyplnilo a odevzdalo 14 rodičů, 2 rodiče neodevzdali

- Celkem: vráceno 22 dotazníků od rodičů, návratnost je tedy 88 %.

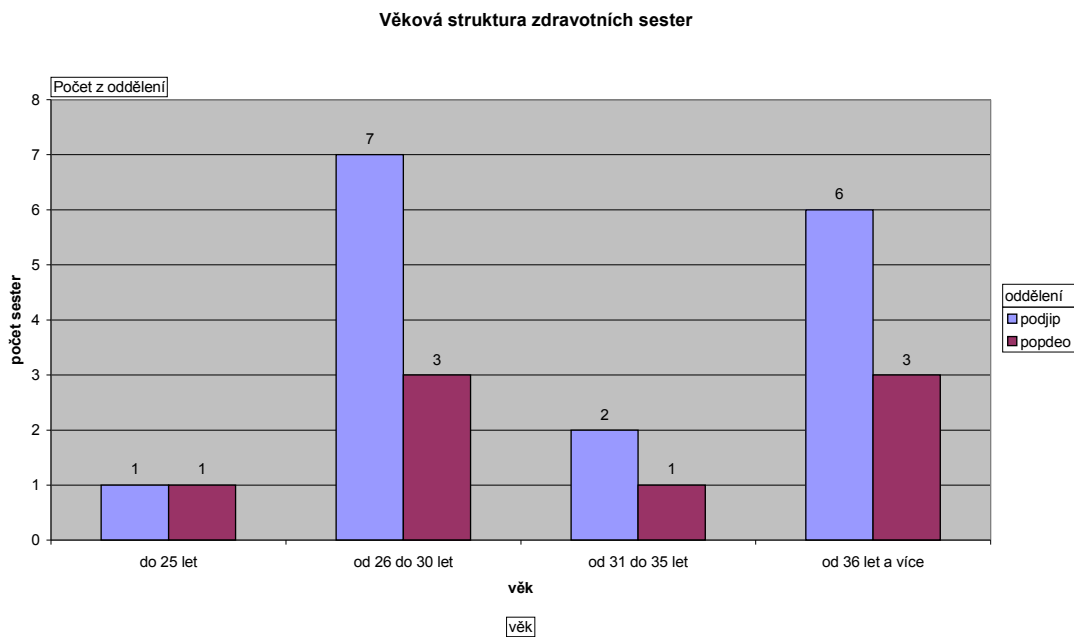
## 4.7 Výsledky výzkumu

### 4.7.1 Charakteristika respondentů

#### 4.7.1.1 Zdravotní sestry

##### Věk zdravotních sester na jednotlivých odděleních

*Graf 1: Věková struktura zdravotních sester na podjip a popdeo (N=24)*



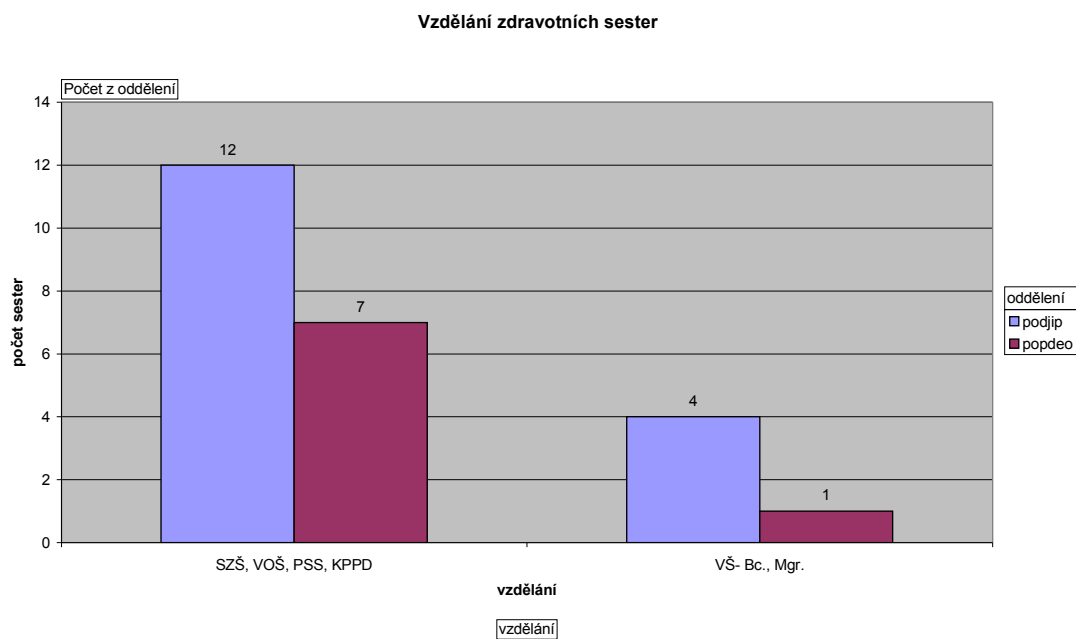
Největší počet zdravotních sester je zastoupen v kategorii mezi 26 až 30 roky (10 sester), dále pak od 36 let a více (9 sester). Naopak nejméně sester je v kategorii do 25 let (2 sestry) a v kategorii mezi 31 až 35 let (3 sestry). V kategorii mezi 31 až 35 let je nejvíce sester na rodičovské dovolené. Na obou odděleních je věková struktura sester podobná.

##### Počet dětí zdravotních sester

Sestry bez dítěte a sestry alespoň s jedním dítětem jsou v každé skupině zastoupeny zhruba jednou polovinou. Bezdětných zdravotních sester na klinice pracuje celkem 10, dále 7 sester s jedním dítětem, 5 sester má dvě děti a 2 sestry mají děti tři. Nejvíce bezdětných sester pracuje na dětském JIP (8), další kategorie jsou na odděleních podobné.

### **Vzdělání zdravotních sester na jednotlivých odděleních**

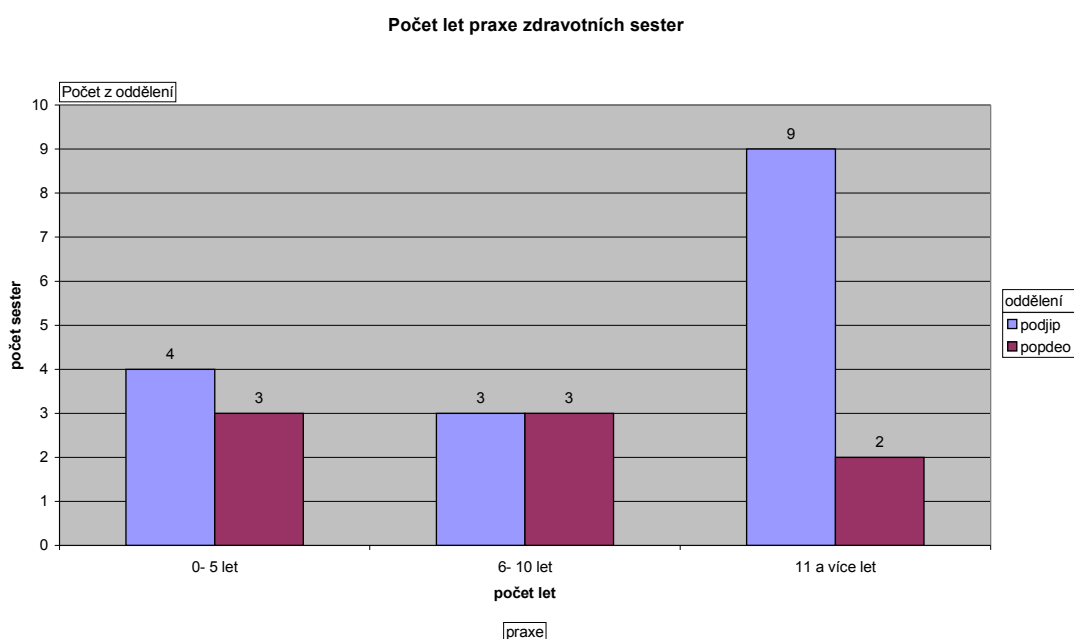
**Graf 2: Nejvyšší dosažené vzdělání zdravotních sester na podjip a popdeo (N=24)**



Vzdělání zdravotních sester jsem hodnotila podle nejvyššího dosaženého vzdělání. Pro vykonávání profese zdravotní sestry na dětském oddělení, mají sestry možnost vystudovat různé kombinace vzdělání, proto jsem sestry rozdělila pouze do dvou skupin, se středoškolským a vysokoškolským vzděláním. Jedna sestra měla vystudovanou pouze SZŠ (Střední zdravotnickou školu), VOŠ (Vyšší odbornou školu) měly 2 sestry, dále následovaly různé kombinace studia PSS (kurzy Pomaturitního specializačního studia) a KPPD (Kurz psychologie a pedagogiky), které má vystudováno 16 sester. Vysokou školu má vystudováno 5 sester.

## Délka praxe na dětských odděleních zdravotních sester

**Graf 3: Délka praxe zdravotních sester na dětských odděleních (N=24)**



Délka praxe je uvedena na tomto nebo obdobném typu oddělení. To znamená dětská lůžková oddělení bez rozdílu, zda se jedná o JIP nebo standardní oddělení. Největší zastoupení sester je v kategorii 11 let a více praxe (11), dále je zastoupena kategorie 0-5 let praxe (7), a nejméně zastoupená kategorie je 6-10 let praxe na dětských odděleních.

### **4.7.1.2 Rodiče**

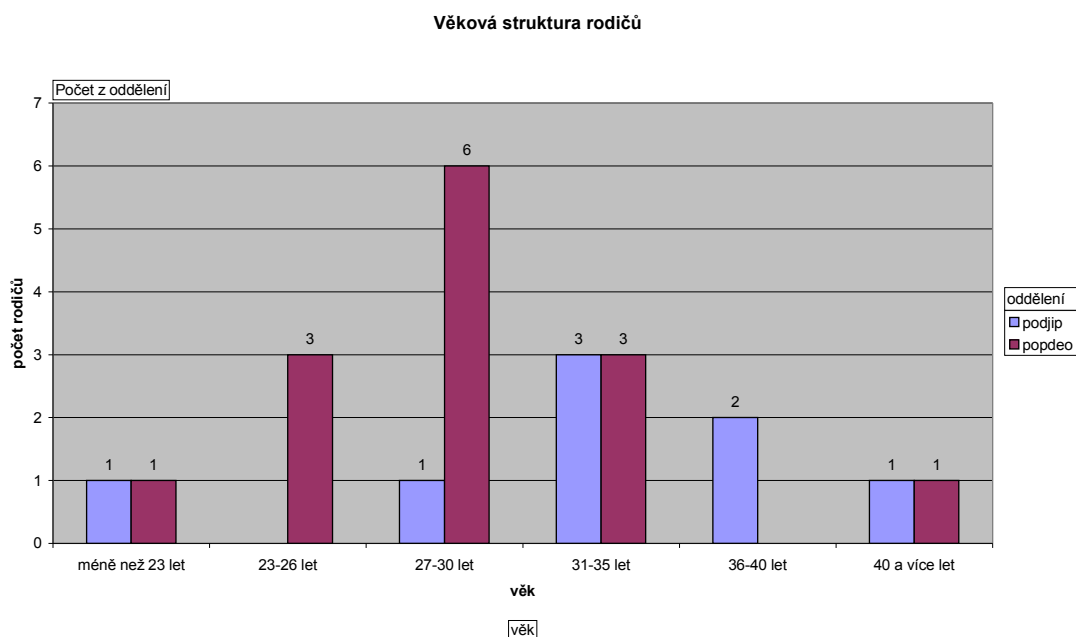
#### Pohlaví rodičů

Dotazovaní respondenti byly většinou ženy, ve všech případech matky, které byly spolu se svým dítětem na oddělení. Na JIP odpovídalo 7 matek a na standardním dětském oddělení matek 12 (celkem 19).

Část respondentů byli také muži, všichni byli otcové dětí. Na JIP odpovídal 1 otec a na dětském oddělení 2 otcové (celkem 3).

## Věk rodičů

**Graf 4: Věková struktura rodičů na podjip a popdeo (N=22)**



Nejvíce rodičů je zahrnuto v kategorii 27-30 let (7), dále v kategorii 31-35 let (6). Ostatní kategorie jsou zastoupeny v malém množství. Domnívám se, že věková struktura rodičů se neliší od běžné populace.

## Počet dětí

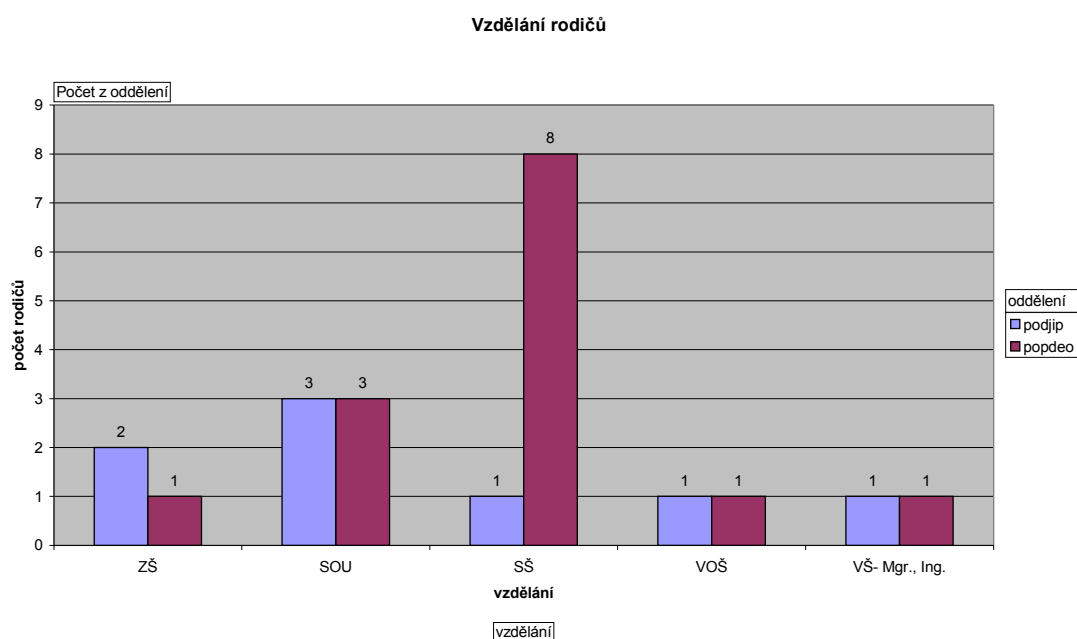
Rodiče uváděli, že nejčastěji mají jedno dítě (11) a dále dvě děti (9), nejméně rodičů má tři děti (2).

## Stav

Stav rodičů respondenti nejčastěji uvedli vdaná/ženatý (11), dále svobodná/ý (9), rozvedená/ý (1), poslední kategorie vdova/vdovec (1).

## Vzdělání rodičů

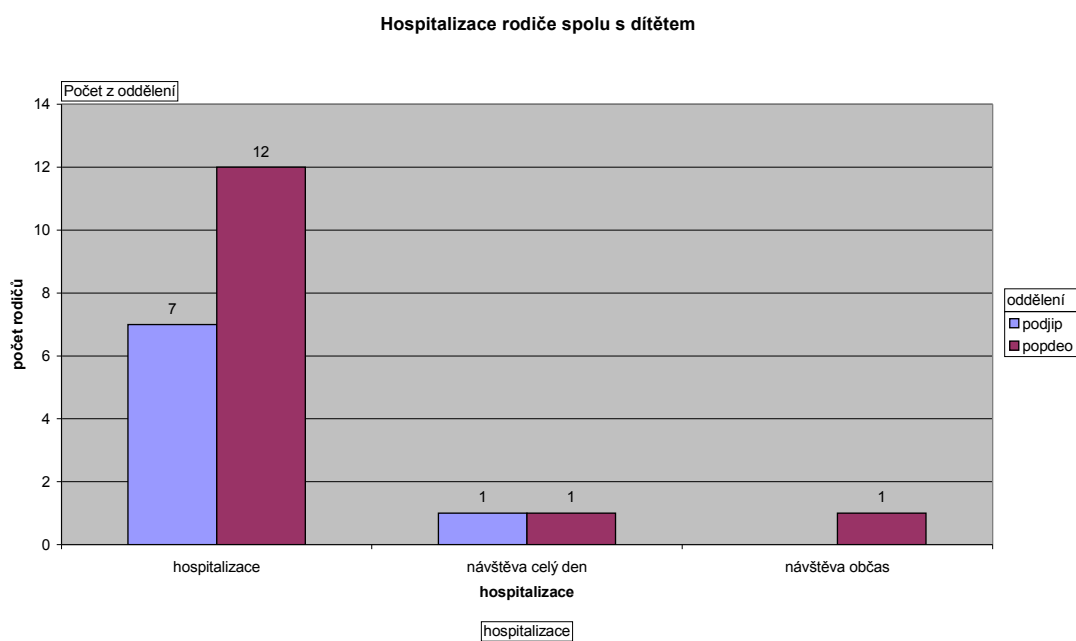
**Graf 5: Dosažené vzdělání rodičů na podjip a popdeo (N=22)**



Nejčastější vzdělání u rodičů se objevuje středoškolské, dále střední odborné učiliště. Ostatní kategorie, jako je základní vzdělání, vyšší odborná škola a vysokoškolské se objevují v malé míře.

## Hospitalizace spolu s dítětem

**Graf 6: Počet hospitalizovaných rodičů spolu s dítětem, počet rodičů, kteří docházejí na návštěvy na podjip a popdeo (N=22)**

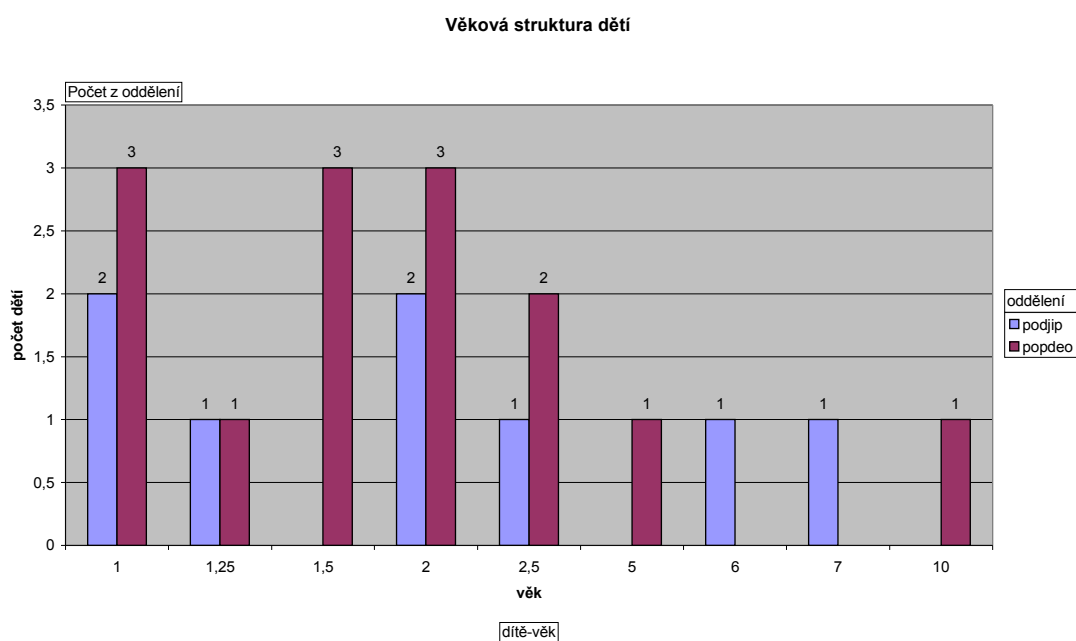


Z uvedeného grafu vyplývá, že rodiče jsou ve velké míře hospitalizováni na klinice spolu se svými dětmi (19), dále někteří za svým dítětem dochází na celodenní návštěvu (2), některý rodič své dítě navštěvuje občas (1).



## Věk dítěte

**Graf 7: Věk dětí, které jsou hospitalizovány na podjip a popdeo (N=22)**



V tomto grafu je uveden věk dětí, které jsou na klinice hospitalizovány. Nejvíce dětí (18) je v kategorii 1 až 2,5 roku.

## Počet dní hospitalizace dětí

Délka hospitalizace dětí respondentů se pohybuje od 2 dní až 14 dní, nejdelší hospitalizace byla uvedena 45 dní.

## 4.7.2 Testování pracovních hypotéz

### Hypotéza č. 1:

1. Starší zdravotní sestry se při studiu praktické výuky setkávaly pouze se samotnými dětmi bez rodičů, o které pečovaly.

### Hypotéza se nepotvrdila.

*Tabulka 1: Závislost věku zdravotních sester na setkávání se při praktické výuce se samotnými dětmi bez rodičů (N=24)*

	věk sester				
názor	do 25 let	od 26 do 30 let	od 31 do 35 let	od 36 let a více	Celkový součet
ano	50,00%	50,00%	33,33%	66,67%	54,17%
ne	50,00%	50,00%	66,67%	33,33%	45,83%
Celkový součet	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
	2	10	3	9	24

Hypotéza vychází z předpokladu, že v dřívějších dobách nebyla možnost přijímat rodiče do nemocnice spolu se svými dětmi a sestry, které v té době studovaly, se při své odborné praxi s rodiči v nemocnicích nesetkávaly. Pokud by sestry neměly s rodiči na oddělení zkušenost, dalo by se předpokládat, že s nimi neumí spolupracovat, pokud je to nikdo neučil. Z hypotézy vyplývá, že zkušenost s rodiči, při praktické výuce během studia, mají sestry ve všech věkových kategoriích.

### **Hypotéza č. 2:**

2. Čím jsou zdravotní sestry mladší, tím se chtějí v komunikaci dále vzdělávat.

### **Hypotéza se nepotvrdila.**

*Tabulka 2: Závislost věku zdravotních sester na motivaci se dále v komunikaci vzdělávat (N=24)*

	věk sester				
názor	do 25 let	26-30 let	31-35 let	36 a více let	Celkový součet
ano	50,00%	70,00%	100,00%	55,56%	66,67%
ne	50,00%	30,00%	0,00%	44,44%	33,33%
<b>Celkový součet</b>	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
	2	10	3	9	24

Hypotéza předpokládá, že pokud je sestra mladší, je více motivována se ve svém oboru vzdělávat, chce získat více vědomostí a zkušeností. Z výsledků vyplývá, že další vzdělávání sester není závislé na věku, ale na konkrétní osobě, která má o vzdělávání v komunikaci zájem. Pozitivním výsledkem je, že procento sester (67%), které se chtějí dále vzdělávat je vyšší, než těch, kteří zájem o vzdělávání v komunikaci nemají (33%). O vzdělávání v komunikaci mají největší zájem sestry mezi 26 – 35 lety.

### **Hypotéza č. 3:**

3. Čím jsou zdravotní sestry vzdělanější, tím mají větší zkušenost s teoretickou výukou o komunikaci s rodinou pacienta.

**Hypotéza se potvrdila.**

*Tabulka 3: Závislost vzdělání zdravotních sester na zkušenosti s teoretickou výukou o komunikaci s rodinou pacienta (N=24)*

názor	vzdělání sester		Celkový součet
	SZŠ, VOŠ, PSS	VŠ	
ano	5,26%	60,00%	16,67%
ne	94,74%	40,00%	83,33%
<b>Celkový součet</b>	100,00%	100,00%	100,00%
	19	5	24

Hypotéza vychází ze zkušenosti, že vyučování komunikace při studiu se týká hlavně samotného pacienta, popřípadě komunikace mezi kolegy. Výuka komunikace s rodinou pacienta je opomíjena. Hypotéza uvádí, že na vysokoškolském stupni studia se komunikace s rodinou pacienta vyučuje, ne však ve všech případech.

**Hypotéza č. 4:**

4. Čím jsou zdravotní sestry vzdělanější, tím mají větší zkušenost s praktickým nácvikem komunikace.

**Hypotéza se potvrdila.**

*Tabulka 4: Závislost vzdělání zdravotních sester na zkušenosti s praktickým nácvikem komunikace (N=24)*

názor	vzdělání sester		Celkový součet
	SZŠ, VOŠ, PSS	VŠ	
ano	10,53%	80,00%	25,00%
ne	89,47%	20,00%	75,00%
<b>Celkový součet</b>	100,00%	100,00%	100,00%
	19	5	24

Tato hypotéza navazuje na předchozí hypotézu, v této se předpokládá, že vzdělání sester zvyšuje zkušenost s praktickým nácvikem komunikace, např. hraní rolí. Výsledky jsou

obdobné. Na vysokoškolském stupni studia mají studentky možnost si zkusit praktický nácvik komunikace v 80%, ve 20% praktickou komunikaci nevyzkoušely.

**Hypotéza č. 5:**

5. **Zdravotní sestry, které měly při výuce možnost si zkusit praktický nácvik komunikace, nejdéle hovoří s rodiči.**

**Hypotéza se potvrdila.**

*Tabulka 5: Závislost zkušenosti s praktickým nácvikem komunikace zdravotních sester na délce komunikace o zdravotním stavu (N=24)*

komunikace o zdravotním stavu	praktická komunikace		Celkový součet
	ano	ne	
nevěnuji	0,00%	5,56%	4,17%
max. 5 minut	16,67%	27,78%	25,00%
max. 10 minut	0,00%	22,22%	16,67%
max. 20 minut	0,00%	11,11%	8,33%
max. 30 minut	50,00%	5,56%	16,67%
max. 60 minut	33,33%	5,56%	12,50%
déle jak 60 minut	0,00%	22,22%	16,67%
	100,00%	100,00%	100,00%
<b>Celkový součet</b>	6	18	24

Hypotéza vychází z předpokladu, že pokud sestry absolvovaly praktický nácvik komunikace, měly by dobře zvládat komunikaci obecně. Tato hypotéza se potvrdila, pokud sestry umí praktickou komunikaci, déle hovoří s rodiči o zdravotním stavu dítěte, vysvětlují prováděné ošetřovatelské výkony, edukují matku, jak může o dítě pečovat apod.

**Hypotéza č. 6:**

6. **Čím jsou zdravotní sestry vzdělanější, tím tráví více času při komunikaci s rodiči hospitalizovaných dětí.**

Hypotéza předpokládá, že vzdělání sestry ovlivňuje délku komunikace na konkrétní témata při rozhovorech s rodiči.

**Tabulka 6: Závislost vzdělání zdravotních sester na délce komunikace o chodu oddělení (N=24)**

komunikace o chodu oddělení	vzdělání sester		Celkový součet
	SZŠ, VOŠ, PSS	VŠ	
max. 5 minut	5,26%	20,00%	8,33%
max. 10 minut	42,11%	40,00%	41,67%
od 10 minut a déle	52,63%	40,00%	50,00%
	100,00%	100,00%	100,00%
<b>Celkový součet</b>	19	5	24

**Hypotéza se nepotvrdila.**

Z uvedené hypotézy vyplývá, že seznámení rodičů s chodem oddělení, hygienickým režimem, denním harmonogramem, podáním informací o kontaktech na oddělení apod., neovlivňuje vzdělání sestry. Všechny sestry komunikují podobně.

**Tabulka 7: Závislost vzdělání zdravotních sester na délce komunikace o technice na oddělení (N=24)**

komunikace o technice na oddělení	vzdělání sester		Celkový součet
	SZŠ, VOŠ, PSS	VŠ	
max. 5 minut	42,11%	40,00%	41,67%
max. 10 minut	47,37%	20,00%	41,67%
od 10 minut a déle	10,53%	40,00%	16,67%
	100,00%	100,00%	100,00%
<b>Celkový součet</b>	19	5	24

**Hypotéza se nepotvrdila.**

Výsledek uvádí, že komunikaci o technice na oddělení, např. seznámení se signalizací k přivolání sester, informace o monitoraci pacienta apod., sestry věnují čas individuálně. Vzdělání sester s délkou komunikace na toto téma nesouvisí.

**Tabulka 8: Závislost vzdělání zdravotních sester na délce komunikace o zvyklostech dítěte (N=24)**

komunikace o	vzdělání sester		Celkový součet
	SZŠ, VOŠ, PSS	VŠ	

zvyklostech dítěte			součet
max. 5 minut	10,53%	40,00%	16,67%
max. 10 minut	63,16%	20,00%	54,17%
od 10 minut a déle	26,32%	40,00%	29,17%
	100,00%	100,00%	100,00%
<b>Celkový součet</b>	19	5	24

**Hypotéza se nepotvrdila.**

Délka komunikace o zvyklostech dítěte, jako jsou např. strava, denní a noční režim, které by sestra měla znát, také není závislá na vzdělání sester. Čas strávený rozhovorem s rodiči na toto téma je individuální.

***Tabulka 9: Závislost vzdělání zdravotních sester na délce prohlídky po oddělení (N=24)***

prohlídka po oddělení	vzdělání sester		Celkový součet
	SZŠ, VOŠ, PSS	VŠ	
max. 5 minut	36,84%	60,00%	41,67%
max. 10 minut	42,11%	20,00%	37,50%
od 10 minut a déle	21,05%	20,00%	20,83%
	100,00%	100,00%	100,00%
<b>Celkový součet</b>	19	5	24

**Hypotéza se nepotvrdila.**

Prohlídka po oddělení, např. kde je kuchyňka, místo na donesené potraviny, kde jsou toalety apod., se sestry s vysokoškolským vzděláním věnují nejkratší čas (5 minut). Sestry se středoškolským vzděláním se prohlídce věnují nejčastěji 10 minut. Hypotéza předpokládala opačný výsledek.

***Tabulka 10: Závislost vzdělání zdravotních sester na délce komunikace o zdravotním stavu (N=24)***

komunikace o zdravotním stavu	vzdělání		Celkový součet
	SZŠ, VOŠ, PSS	VŠ	
max. 5 minut	31,58%	20,00%	29,17%
max. 10 minut	21,05%	0,00%	16,67%
od 10 minut a déle	47,37%	80,00%	54,17%
	100,00%	100,00%	100,00%
<b>Celkový součet</b>	19	5	24

**Hypotéza se potvrdila.**

Tato hypotéza vychází z předpokladu, že vzdělanější sestry déle komunikují s rodiči o zdravotním stavu dítěte, vysvětlují prováděné ošetrovatelské výkony, edukují matku, jak může o dítě pečovat, protože mají více vědomostí z oblasti péče o dítě. Mají více informací, které mohou rodičům předat. Hypotéza se potvrdila. Sestry s vysokoškolským vzděláním skutečně komunikují s rodiči o zdravotním stavu dítěte déle než sestry se středoškolským vzděláním.

**Tabulka 11: Závislost vzdělání zdravotních sester na délce komunikace „jen tak“ (N=24)**

komunikace „jen tak“	vzdělání		Celkový součet
	SZŠ, VOŠ, PSS	VŠ	
max. 5 minut	15,79%	0,00%	12,50%
max. 10 minut	21,05%	20,00%	20,83%
od 10 minut a déle	63,16%	80,00%	66,67%
	100,00%	100,00%	100,00%
<b>Celkový součet</b>	19	5	24

**Hypotéza se nepotvrdila.**

Sestry s vysokoškolským vzděláním si povídají s rodiči na volné téma stejně jako ostatní sestry. Čas věnovaný rozhovoru zřejmě souvisí s osobností sestry a na její individuální chuti si s rodiči povídat na volné téma.

**Hypotéza č. 7:**

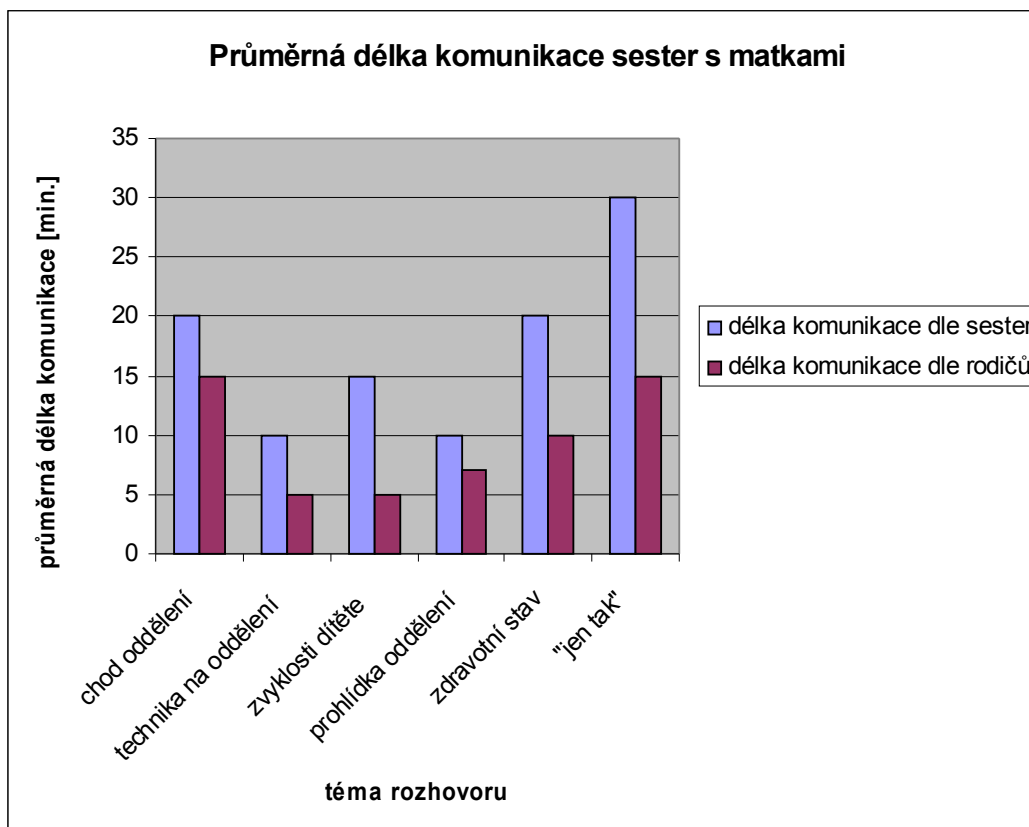
- Většina zdravotních sester s rodiči hospitalizovaných dětí hovoří max. 10 minut při příjmu dítěte i při běžné směně.**

**Hypotéza se nepotvrdila.**

Graf znázorňuje srovnání názorů sester a rodičů na průměrnou délku komunikace sester.

**Graf 8: Srovnání průměrné délky komunikace dle odpovědi zdravotních sester a rodičů (sestry N=24, rodiče N=22)**





Graf znázorňuje průměrnou délku komunikace sester na obou odděleních. Je zde uveden názor sester na jejich komunikaci a názor rodičů na komunikaci sester.

Sestry uvádějí průměrně delší časové údaje o své komunikaci na různá témata narozdíl od rodičů. Sestry mají pocit, že nejdéle si povídají s rodiči „jen tak“ (30 minut), naopak nejkratší čas věnují prohlídce po oddělení a informacím o technice na oddělení (10 minut).

Rodiče uvedli u všech témat komunikace kratší čas než sestry. Nejdéle vnímají rodiče komunikaci na téma chod na oddělení a rozhovor „jen tak“ (15 minut), nejkratší čas uvedli na téma technika na oddělení a zvyklosti dítěte (5 minut).

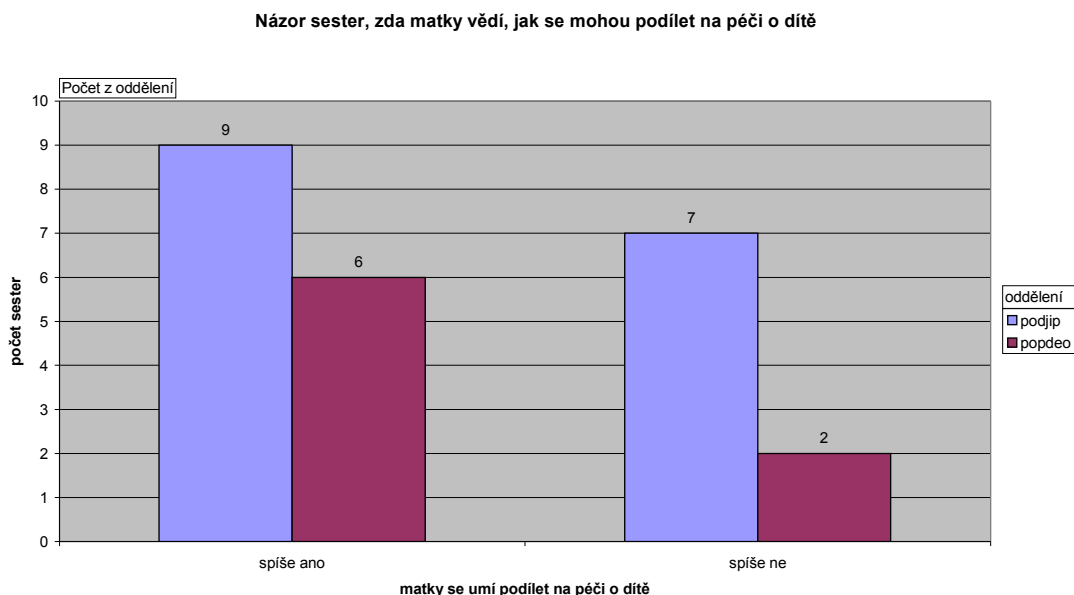
### **Hypotéza č. 8:**

8. **Většina zdravotních sester si myslí, že rodiče jsou dostatečně informováni a vědí, jak se mohou podílet při péči o dítě.**

### **Hypotéza se potvrdila.**

Grafy znázorňují srovnání odpovědí sester a rodičů na názor, jak se mohou rodiče podílet na péči.

**Graf 9: Názor všech zdravotních sester, zda rodiče vědí, jak se mohou podílet na péči o dítě (N=24)**

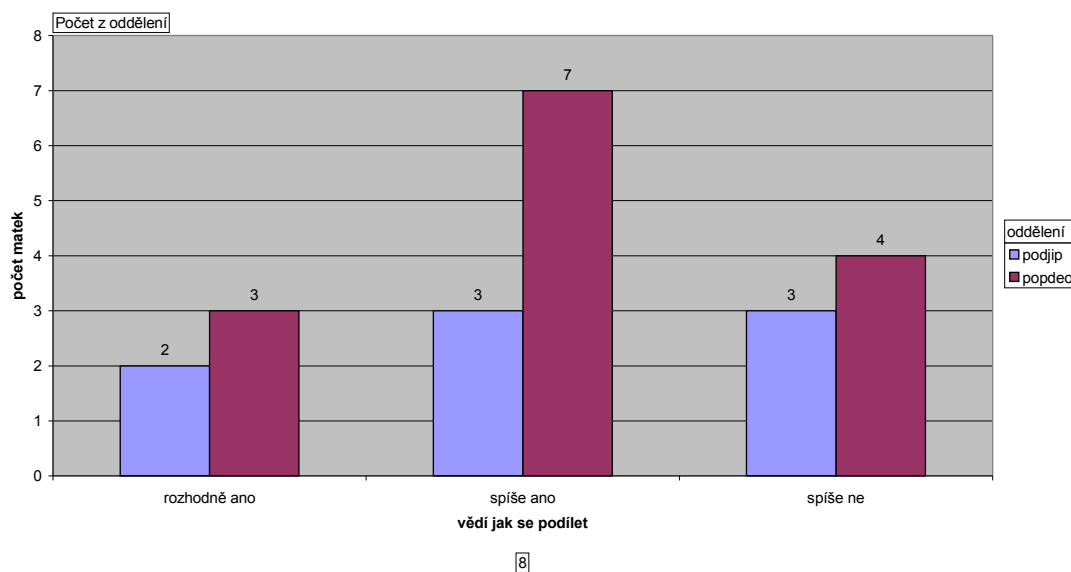


8

Graf uvádí názory sester, zda rodiče vědí, jak mohou spolupracovat při péči o dítě, zda se rodiče cítí být dostatečně informováni a vědí, co mohou a nemohou s dítětem při spolupráci dělat.

**Graf 10: Názor rodičů, zda vědí, jak se mohou podílet na péči o dítě (N=22)**

Názor matek, zda vědí jak se mohou podílet na péči o dítě



V tomto grafu je uveden názor rodičů, jak se sami cítí být informováni o možnosti spolupráce při péči o dítě. Zda vědí, jestli dítě mohou držet, jak mohou dítě koupat, jaké mohou dát dítěti vhodné potraviny, zda musí dítě dodržovat klid na lůžku nebo je potřebná pomoc při rehabilitaci apod.

Z grafů je zřejmé, že sestry se domnívají, že matky informovány jsou (uvedlo 15 sester), ale dost sester si myslí, že matky informovány nejsou (uvedlo 9 sester).

To znamená, že sestry sami uznávají potřebu rodiče informovat, ale z nějakého důvodu se tak neděje.

Názory rodičů na jejich informovanost jsou vesměs kladné. Celkem rodiče uvedli názory, že rozhodně vědí, jak se podílet na péči (5), dále, spíše vědí jak se podílet na péči (10) a spíše nevědí jak se podílet na péči (7).

### **Hypotéza č. 9:**

**9. Zdravotní sestry, které mají alespoň 1 dítě, se nejvíce věnují rozhovoru "jen tak".**

**Hypotéza se nepotvrdila.**

*Tabulka 12: Závislost zdravotních sester bezdětných a s dětmi na délce komunikace „jen tak“ (N=24)*

komunikace „jen tak“	sestry 0-1a více dětí		Celkový součet
	žádné dítě	1 a více dětí	
max. 5 minut	10,00%	14,29%	12,50%
max. 10 minut	10,00%	28,57%	20,83%
od 10 minut a déle	80,00%	57,14%	66,67%
<b>Celkový součet</b>	100,00%	100,00%	100,00%
	10	14	24

Hypotéza předpokládá, že sestra, která má alespoň jedno své vlastní dítě, nejdéle hovoří s rodiči na volné téma, protože má společnou zkušenost péče o své dítě. Mohou mít společná témata např. z oblasti dětských výrobků a institucí. Tato hypotéza se nepotvrdila, všechny sestry hovoří s rodiči podobně.

**Hypotéza č. 10:**

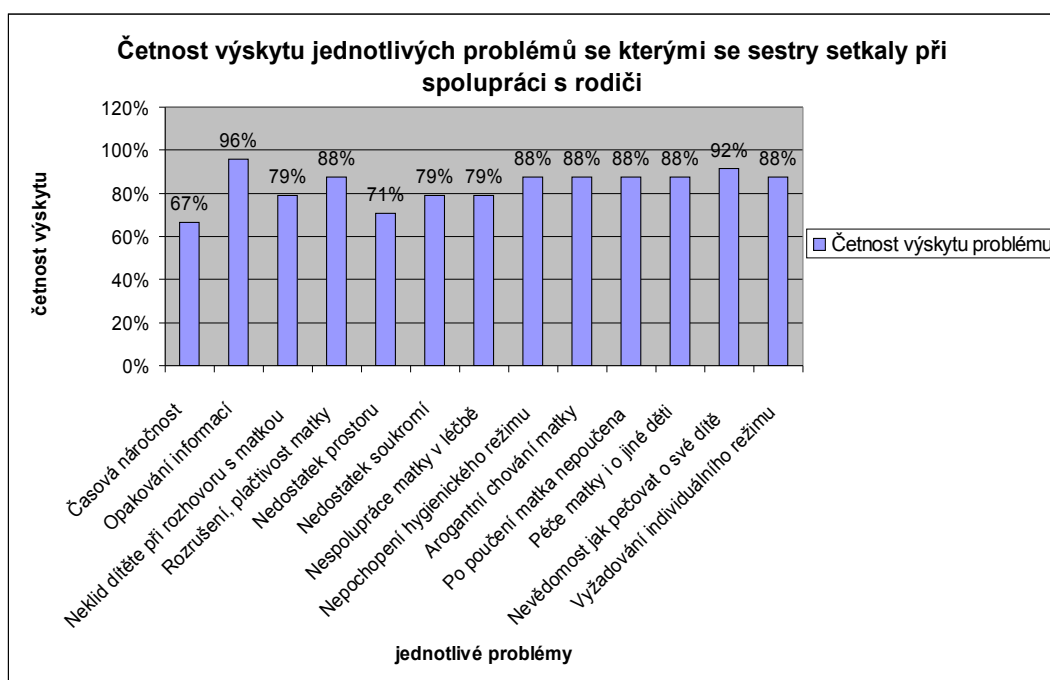
**10. Většina zdravotních sester má zkušenosti s problémy při spolupráci s rodiči hospitalizovaných dětí.**

**Hypotéza se potvrdila.**

Problémy při spolupráci s rodiči	Četnost výskytu problému
Časová náročnost pro sestru věnovat se všem	67%
Opakovaně podávané stejné informace matce	96%
Velký neklid dítěte při rozhovoru s matkou	79%
Rozrušení, plačtivost matky	88%
Nevhodné prostředí – nedostatek prostoru	71%
Nedostatek soukromí – příliš mnoho lidí na oddělení	79%
Odmítání spolupráce matky v léčbě /dieta, léčebný režim/	79%
Nepochopení hygienického režimu oddělení a bezpečnostních opatření	88%
Arogantní chování matky	88%

Po poučení sestrou matka tvrdí, že nebyla poučena	88%
Snaha matek pečovat o jiné děti a informovat se o nich	88%
Matka neví, jak o dítě pečovat	92%
Matky vyžadují individuální režim u jednotlivých dětí	88%

**Graf 11: Četnost výskytu jednotlivých problémů se kterými se zdravotní sestry setkaly při spolupráci s rodiči**



Tato tabulka a graf ukazují konkrétní problémy, které sestry uvedly, při spolupráci s rodiči. Byl předpoklad, že každá sestra se občas setkala s různými problémy. Výsledek je překvapující, protože četnosti problémů u všech sester jsou mezi 67% až 96%. Nejčastějším problémem sester jsou opakovaně podávané stejné informace matce (uvedlo 96%), a nejméně častým, přesto s vysokou četností, časová náročnost věnovat se všem (uvedlo 67%). Četnost ostatních problémů se pohybuje v rozmezí těchto výsledků.

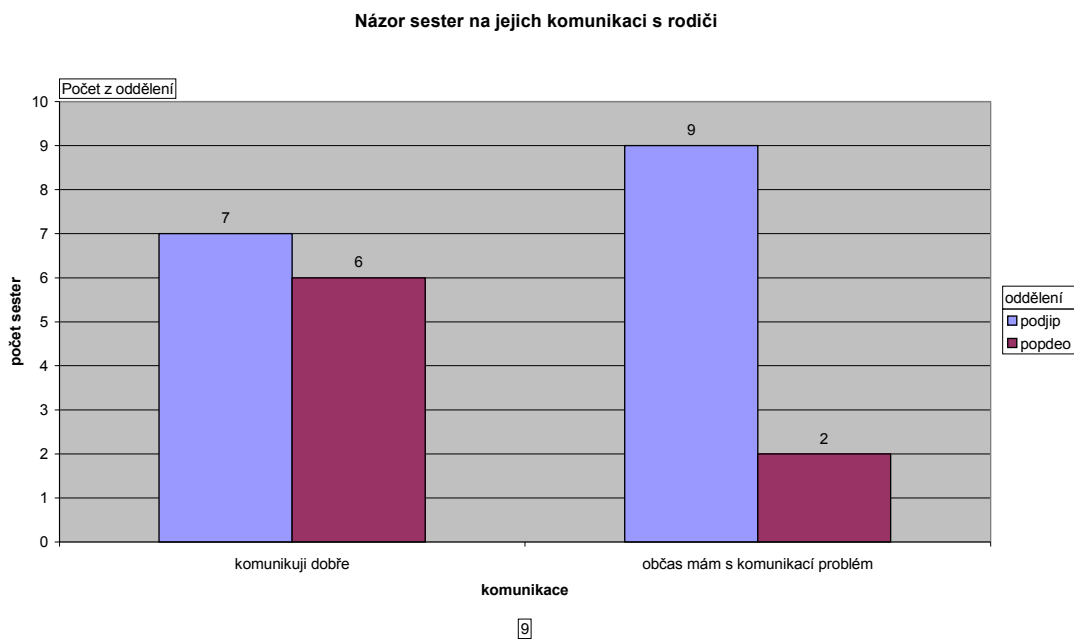
### **Hypotéza č. 11:**

- 11. Většina zdravotních sester si myslí, že komunikuje s rodiči hospitalizovaných dětí bez problémů.**

**Hypotéza se potvrdila jen částečně.**

Grafy znázorňují srovnání názorů sester a rodičů na komunikaci sester.

***Graf 12: Názor všech zdravotních sester, na jejich komunikaci s rodiči (N=24)***

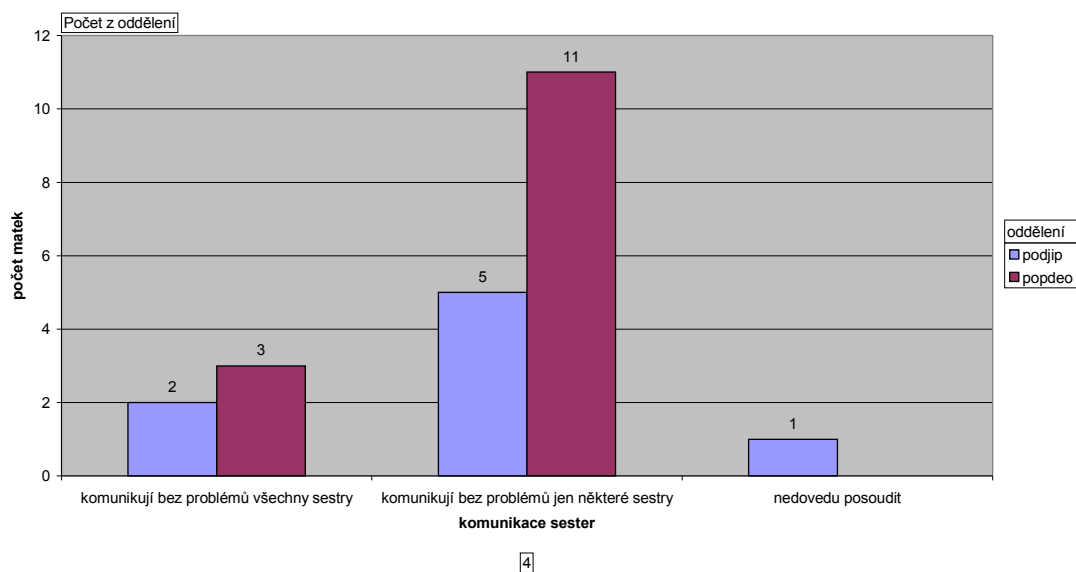


Sestry si myslí, že s rodiči komunikují dobře, některé uvedly, že mají s komunikací občas problém. Žádná ze sester neuvedla, že s komunikací problém má vždy.

Z výsledků je zřejmé, že s komunikací nemá problém 13 sester, občas při komunikaci má problém 11 sester.

***Graf 13: Názor rodičů, jak s nimi zdravotní sestry komunikují (N=22)***

Názor rodičů, jak s nimi sestry komunikují



Graf uvádí, jaký mají názor rodiče na komunikaci sester na odděleních.

Rodiče uvedli, že sestry komunikují bez problémů (5), nejčastěji však komunikují bez problémů jen některé sestry, ostatních se rodiče raději neptají (16), v nejmenší míře je zastoupen názor nedovedu posoudit (1).

**Tabulka 13: Názor rodičů, jaké vidí největší problémy v komunikaci se zdravotními sestrami na oddělení (N=22)**

Názor rodičů, jaké vidí největší problémy v komunikaci se sestrami na tomto oddělení
nemohu říci svůj názor na léčbu a podávat informace o lécích apod.
pouze, když mají hodně práce, jinak bez problémů
chybí pravidla pro péči rodiče o dítě, každá sestra má jiný systém
cizí jazyk
nemám problém
žádný problém
nemám problém
je to pro ně rutinní práce
jedna sestra řekla udělejte to takhle a jiná zase, že to není správně, udělejte to jinak
většina bez problémů, pouze ve dvou, třech případech jsme si připadali jako za Rakouska-Uherska
sestry nechtějí komunikovat s matkami (nadřazenost, arogance...)
žádný problém
nemám problém
hodně práce, málo personálu, sestry nemají čas
připadá mi to, když se jdu na něco zeptat, jako bych obtěžovala

V dotazníkovém šetření byla možnost vyplnit otevřenou otázku, Co je podle Vás největším problémem v komunikaci se sestrami na tomto oddělení? Sedm rodičů na tuto otázku

neodpovědělo, ostatní názory jsou zastoupeny v předchozí tabulce. Z celkového počtu názorů (15) je uvedeno 5 kladných, kdy rodiče nemají žádný problém, dále jsou uvedeny konkrétní negativní názory na komunikaci sester (10). Postoje rodičů nejsou rozděleny, protože názory se podle jednotlivých oddělení nelišily.

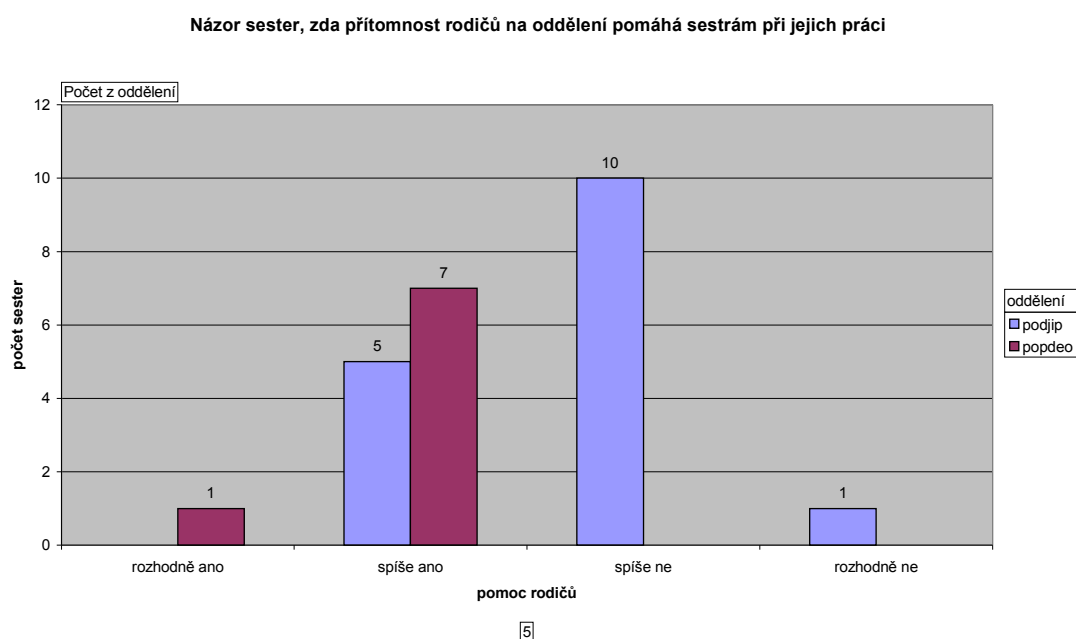
### **Hypotéza č. 12:**

**12. Většina zdravotních sester má názor, že přítomnost rodičů na oddělení jim nepomáhá při jejich práci.**

### **Hypotéza se potvrdila.**

Grafy znázorňují srovnání odpovědí sester a rodičů na názor, zda přítomnost rodičů na oddělení pomáhá sestřím při jejich práci.

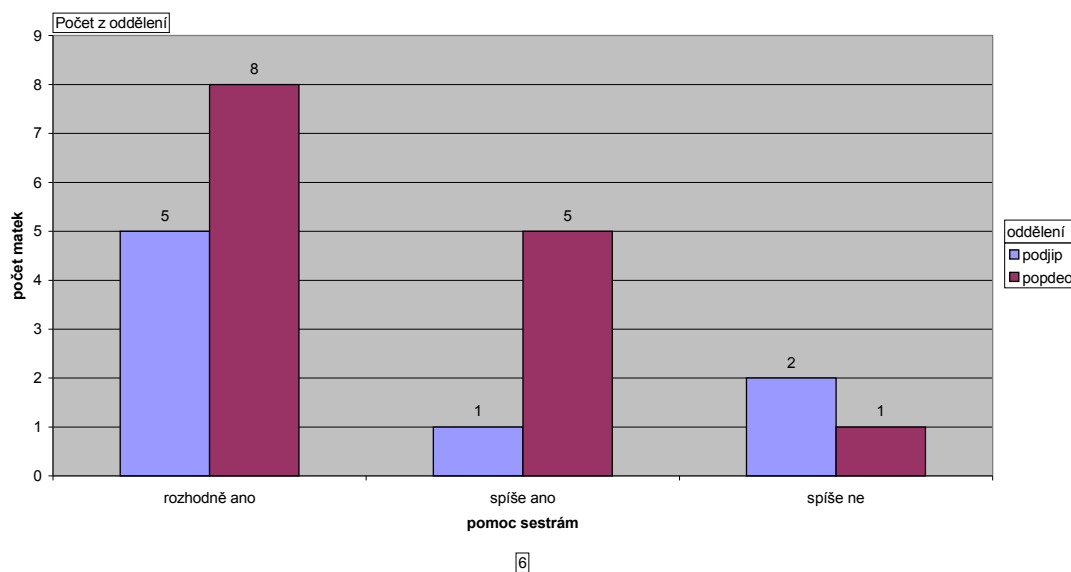
**Graf 14: Názor všech zdravotních sester, zda přítomnost rodičů na oddělení pomáhá sestřím při jejich práci (N=24)**



**Graf 15: Názor rodičů, zda jejich přítomnost u dítěte na oddělení pomáhá sestřím při jejich práci (N=22)**



### Názor rodičů, zda jejich přítomnost u dítěte pomáhá sestrám při práci



Grafy znázorňují názory sester a rodičů, zda přítomnost rodičů u dítěte pomáhá sestrám při jejich práci, např. je lepší spolupráce s dítětem, které je klidnější, rodiče pomáhají při péči o dítě a sestry mají méně práce apod.

Názor sester je kladný ve 13 případech, 10 sester hodnotilo názorem spíše ne, 1 sestra si myslí že přítomnost rodičů jí rozhodně nepomáhá. Je zde rozdíl také v názorech podle oddělení, kdy má většina sester negativní postoj z JIP (11), kladný postoj mají jen některé sestry z JIP (5) a všechny sestry pracující na dětském standardním oddělení (8).

Názory rodičů na jejich pomoc sestrám jsou většinou kladné. Rozhodně ano uvedlo 13 rodičů, spíše ano 6 rodičů, spíše na 3 rodiče.

Z uvedeného je patrné, že sestry na JIP pomoc většinou neoceňují, na dětském standardním oddělení ano, ale rodiče si myslí, že pomáhají sestrám na obou odděleních.

### Hypotéza č. 13:

13. Starší zdravotní sestry si myslí, že přítomnost rodičů u lůžka hospitalizovaného dítěte není přínosná pro dítě.

**Hypotéza se nepotvrdila.**

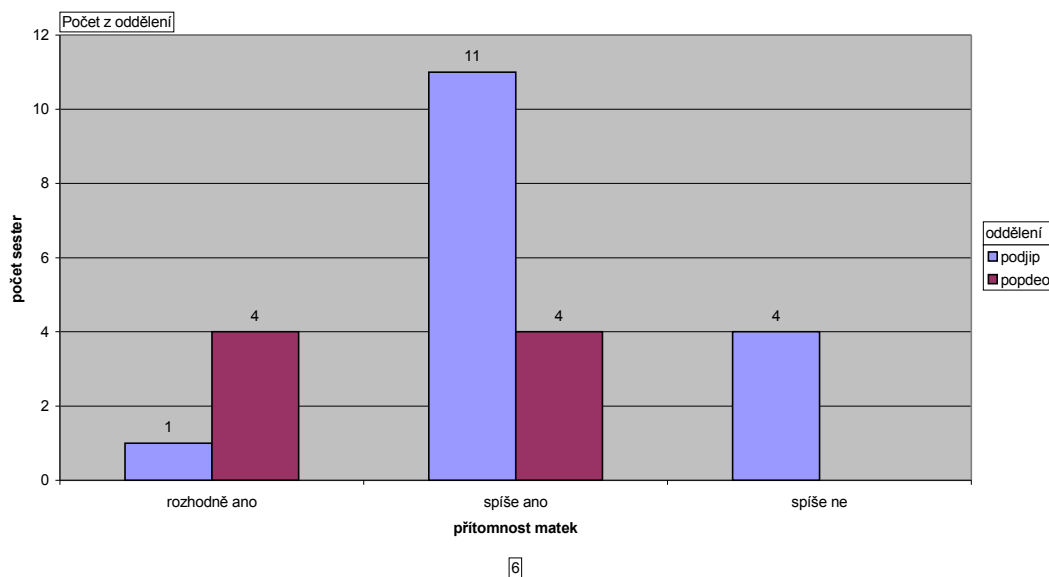
*Tabulka 14: Závislost věku zdravotních sester na názoru, zda je rodič pro dítě přínosem při hospitalizaci (N=24)*

přínos matky pro dítě	věk sester			36 a více let	Celkový součet
	do 25 let	26-30 let	31-35 let		
rozhodně ano	50,00%	10,00%	66,67%	11,11%	20,83%
spíše ano	0,00%	80,00%	0,00%	77,78%	62,50%
spíše ne	50,00%	10,00%	33,33%	11,11%	16,67%
Celkový	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
součet	2	10	3	9	24

Hypotéza vycházela z předpokladu, že starší sestry mají s rodiči zkušenost, pokud rodiče přišli za dítětem na návštěvu, dítě bylo poté rozrušené a plačtivé. Pro sestry bylo příjemnější oddělení bez návštěv, aby byly děti klidné. Předpoklad je, že dítě je před matkou více plačtivé, dožaduje se její náruče a je obtížné dodržet léčebnou polohu. Tato hypotéza se nepotvrdila, většina sester si myslí, že je rodič pro dítě přínosem.

*Graf 16: Názor všech zdravotních sester, zda si myslí, že přítomnost rodičů na oddělení je pro dítě přínosná (N=24)*

Názor sester, zda si myslí, že přítomnost matek je pro dítě přínosná



V grafu je znázorněn postoj sester k rodičům, zda jsou pro dítě přínosem. Většina sester si myslí, že rodiče jsou pro dítě přínosem (19), negativní postoj mají 4 sestry, které pracují na JIP. Na stejnou otázku odpověděli všichni rodiče kladně, je pro ně samozřejmé, že jsou v nemocnici pro své dítě přínosem.

**Hypotéza č. 14:**

14. Zdravotní sestry s praxí na dětském oddělení více jak 5 let upřednostňují uzavřené oddělení bez rodičů hospitalizovaných dětí.

**Hypotéza se potvrdila.**

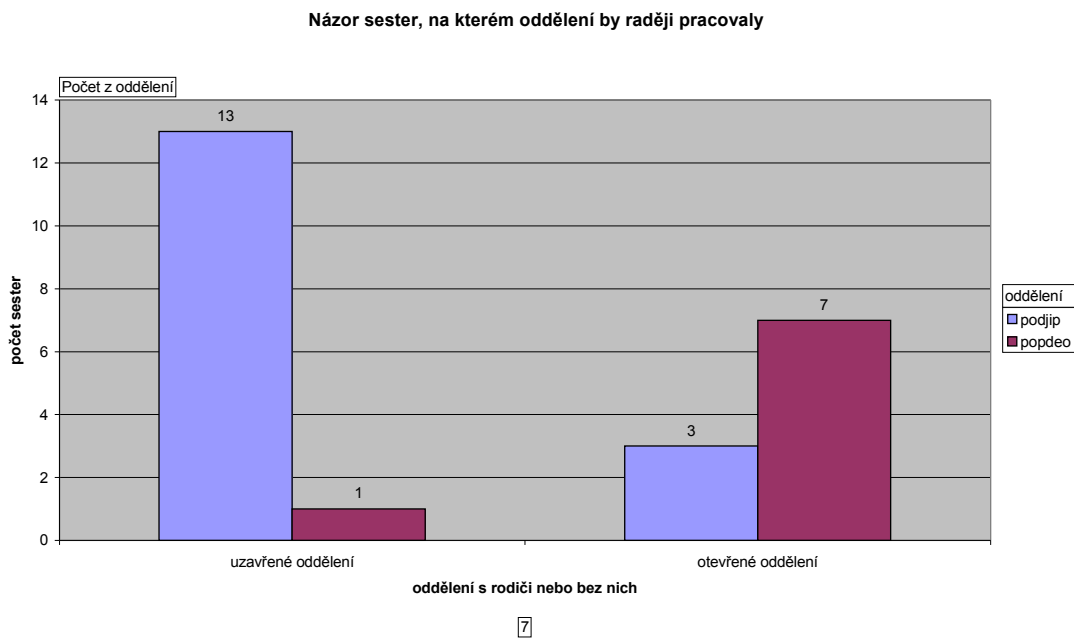
*Tabulka 15: Závislost délky praxe zdravotních sester na postoji k otevřenému oddělení spolu s rodiči hospitalizovaných dětí (N=24)*

typ oddělení	délka praxe sester		Celkový součet
	0-5 let	5 let a více	
uzavřené oddělení	42,86%	64,71%	58,33%
otevřené oddělení	57,14%	35,29%	41,67%
<b>Celkový součet</b>	100,00%	100,00%	100,00%
	7	17	24

Předpokladem hypotézy je, že sestry, které pracují delší dobu než 5 let na dětských odděleních, preferují oddělení bez rodičů, pouze se samotnými dětmi. Dříve nebylo běžné

přijímat rodiče spolu se svými dětmi do nemocnice. Sestry s delší praxí jsou na tento typ oddělení zvyklé a vyhovuje jim oddělení bez rodičů. Tato hypotéza se potvrdila, sestry s praxí delší než 5 let upřednostňují oddělení bez rodičů na rozdíl od sester s kratší praxí, které upřednostňují otevřené oddělení s rodiči.

**Graf 17: Názor všech zdravotních sester, zda upřednostňují uzavřené oddělení nebo otevřené oddělení s rodiči hospitalizovaných dětí (N=24)**



Graf znázorňuje zobecněné názory všech sester na uzavřené oddělení bez rodičů a otevřené oddělení s rodiči. Většina sester by upřednostnila uzavřené oddělení bez rodičů (14), zbytek sester oddělení otevřené s rodiči (10). Je zde také velký rozdíl mezi odděleními, sestry z JIP by si přály oddělení bez rodičů (13), narozdíl od sester z dětského standardního oddělení, kde by většina chtěla otevřené oddělení s rodiči dětí (7).

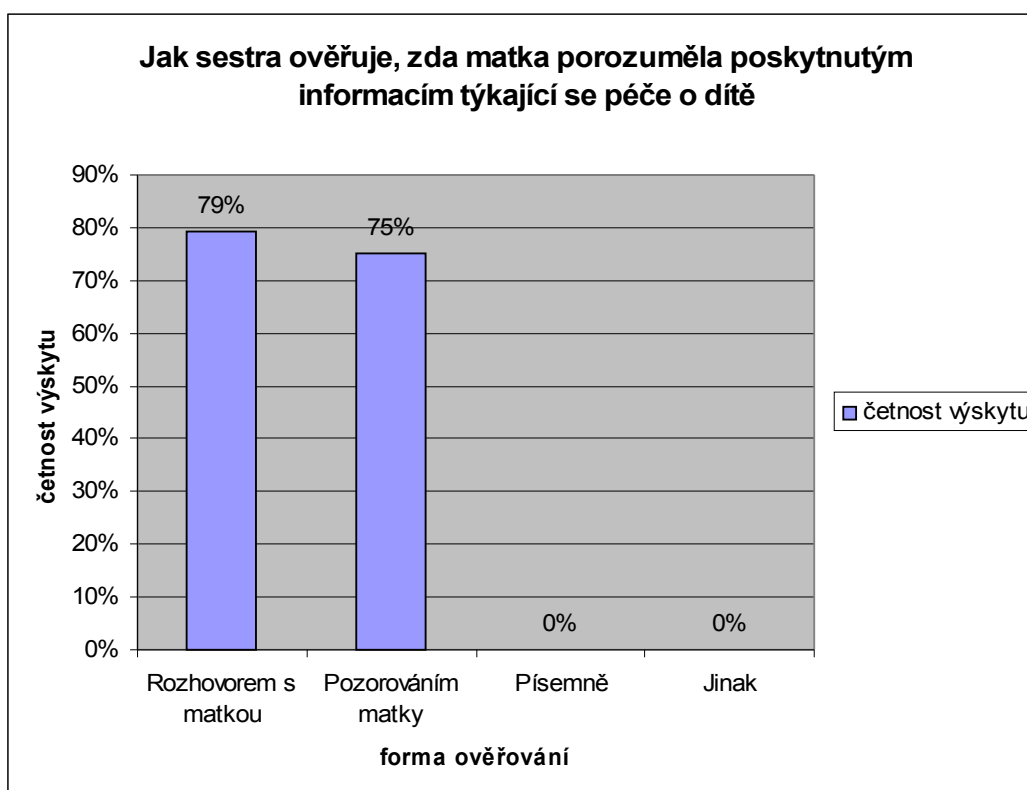
**Hypotéza č. 15:**

15. Většina zdravotních sester neověřuje, zda rodič porozuměl poskytnutým informacím týkajících se péče o dítě.

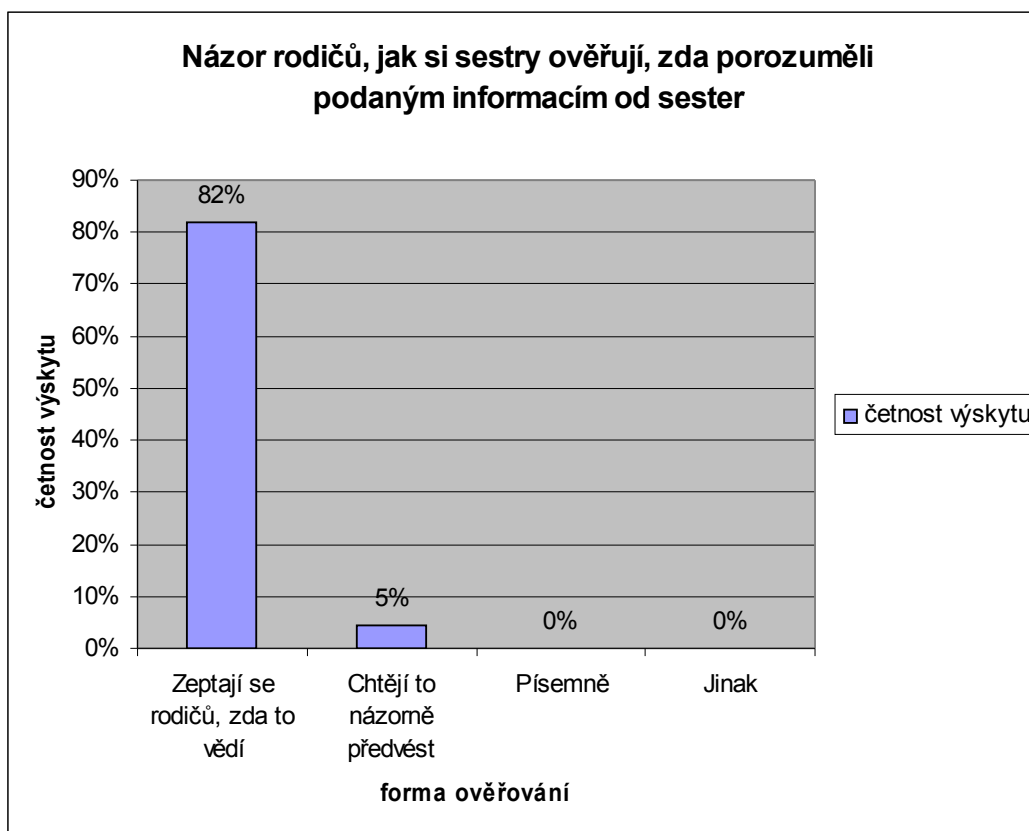
**Hypotéza se nepotvrdila.**

Grafy znázorňují srovnání odpovědí sester a rodičů na názor, jak si sestry ověřují, zda rodiče porozuměli informacím od sester.

**Graf 18: Četnost výskytu podle zdravotních sester, jak si sestry ověřují, zda rodič porozuměl poskytnutým informacím týkajících se péče o dítě**



**Graf 19: Četnost výskytu podle rodičů, jak si sestry ověřují, zda rodič porozuměl poskytnutým informacím týkajících se péče o dítě**



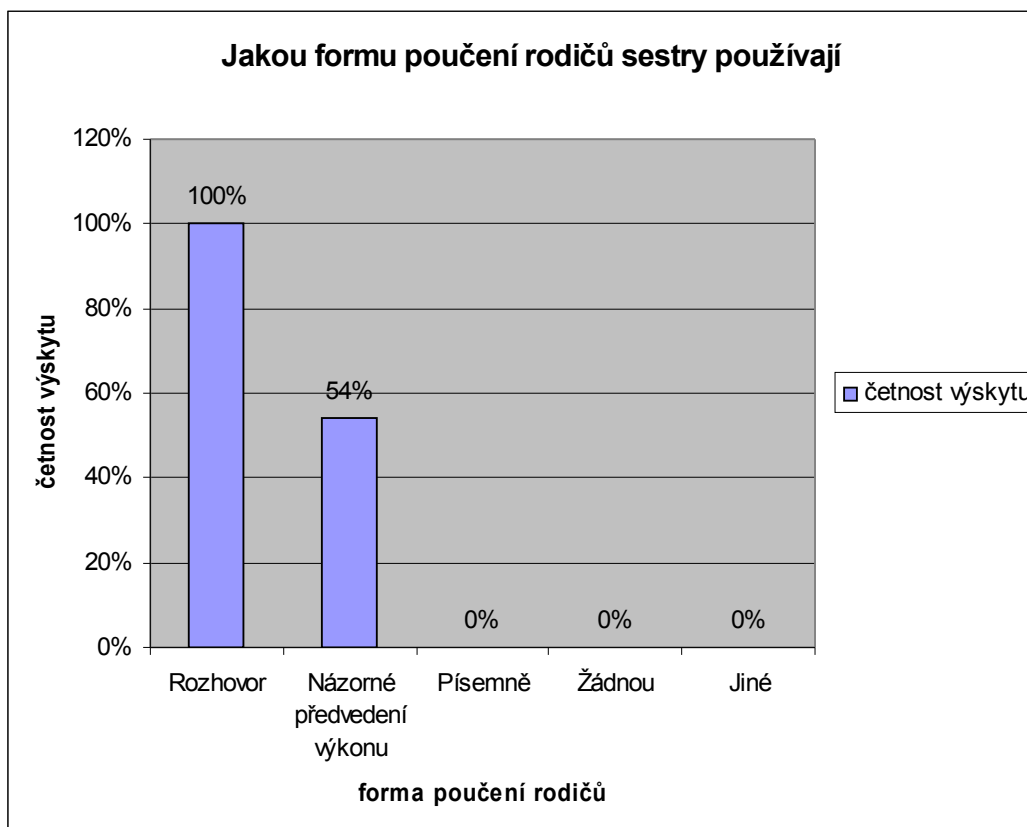
Grafy znázorňují názory sester a názory rodičů, jak si sestry ověřují, zda rodiče porozuměli informacím od sester. Obě strany odpověděly, že sestry si ověřují podané informace rozhovorem. V odpovědi, že sestry od rodičů chtějí názorné předvedení výkonu, je velký rozpor. Sestry uvedly, že předvést výkon od rodičů chtějí v 75 %, ale rodiče tuto zkušenost mají jen v 5 %. Důvodem může být, že rodiče nevědí, když je sestry pozorují nebo sestry své odpovědi nadhodnotily.

### Hypotéza č. 16:

16. Většina zdravotních sester jako formu poučení rodičů používá jen rozhovor.

### Hypotéza se potvrdila.

*Graf 20: Četnost výskytu podle zdravotních sester, jakou formu poučení rodičů sestry používají*



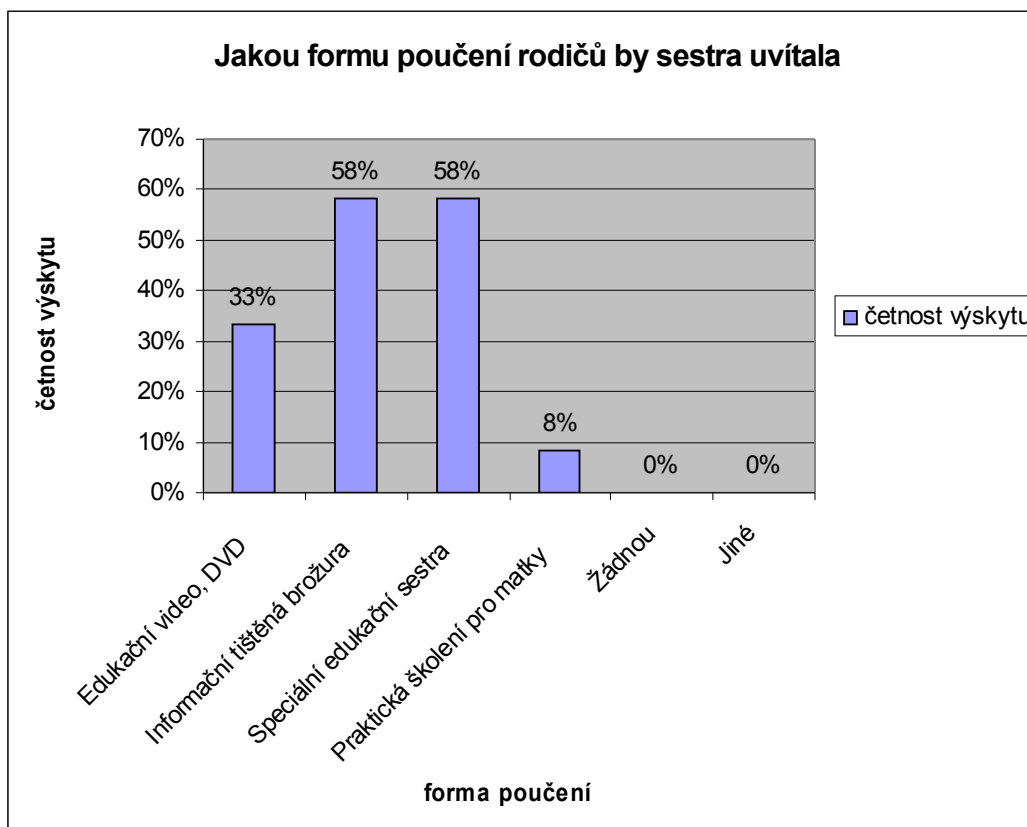
Všechny sestry používají k edukaci rodičů rozhovor, polovina sester k tomu ještě ošetřovatelský úkon názorně předvede. Jiná forma edukace rodičů není používána, protože ji sestry nemají k dispozici, např. edukační video, DVD, tištěnou informační brožuru, speciální edukační sestru, organizované školení pro rodiče apod.

### Hypotéza č. 17:

17. Většina zdravotních sester by uvítala informační tištěnou brožuru pro edukaci rodičů.

### Hypotéza se potvrdila.

*Graf 21: Četnost výskytu podle zdravotních sester, jakou formu poučení rodičů by sestra uvítala*



Pokud sestry nemají k dispozici jinou formu edukace, než rozhovor a názorné předvedení výkonu, je zajímavé, co by sestry uvítaly. Nejčastěji by sestry uvítaly informační tištěnou brožuru, kterou by rodičům rozdávaly, a ti se mohli kdykoliv k textu vrátit a přečíst. Dále sestry uvedly, že by byla vhodná edukační sestra, která by s rodiči komunikovala a odpovídala na jejich dotazy. V menší míře by si sestry přály k edukaci rodičů video, DVD, kde by byly všechny důležité informace. Ostatní formy edukace jsou popsány ojedinelé.

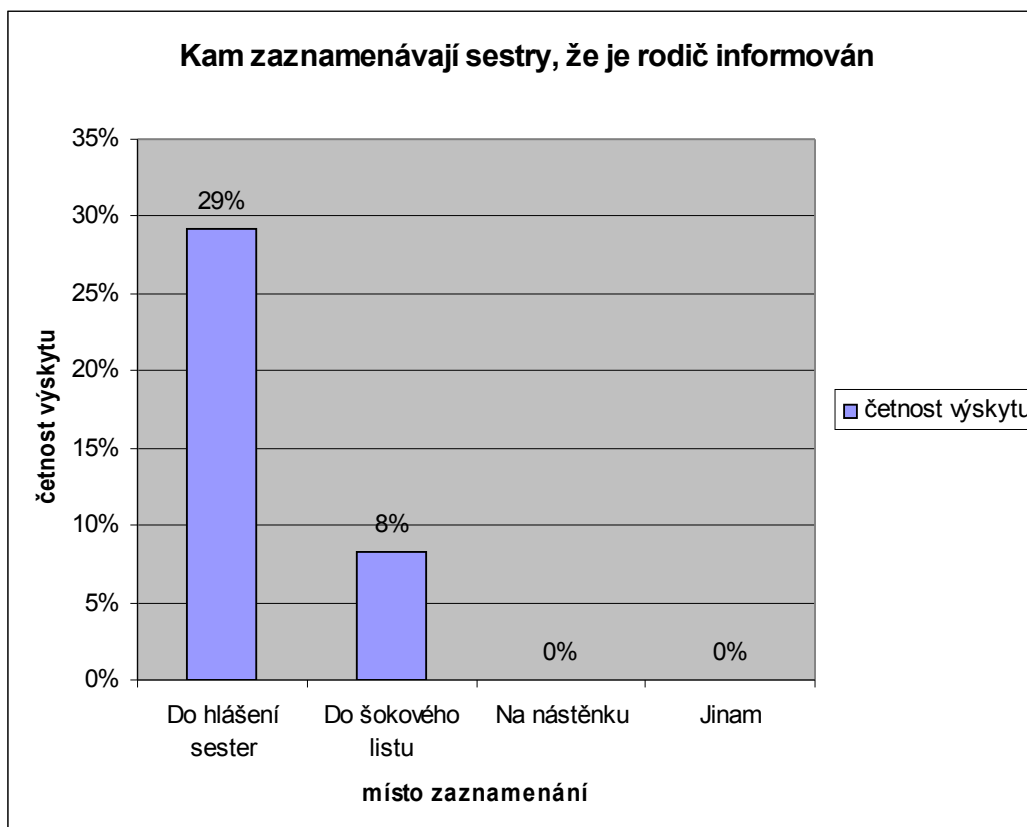


### **Hypotéza č. 18:**

18. Většina zdravotních sester nezaznamenává do dokumentace, že rodiče informovala.

### **Hypotéza se potvrdila.**

*Graf 22: Četnost výskytu podle zdravotních sester, kam sestry zaznamenávají, že je rodič informován*

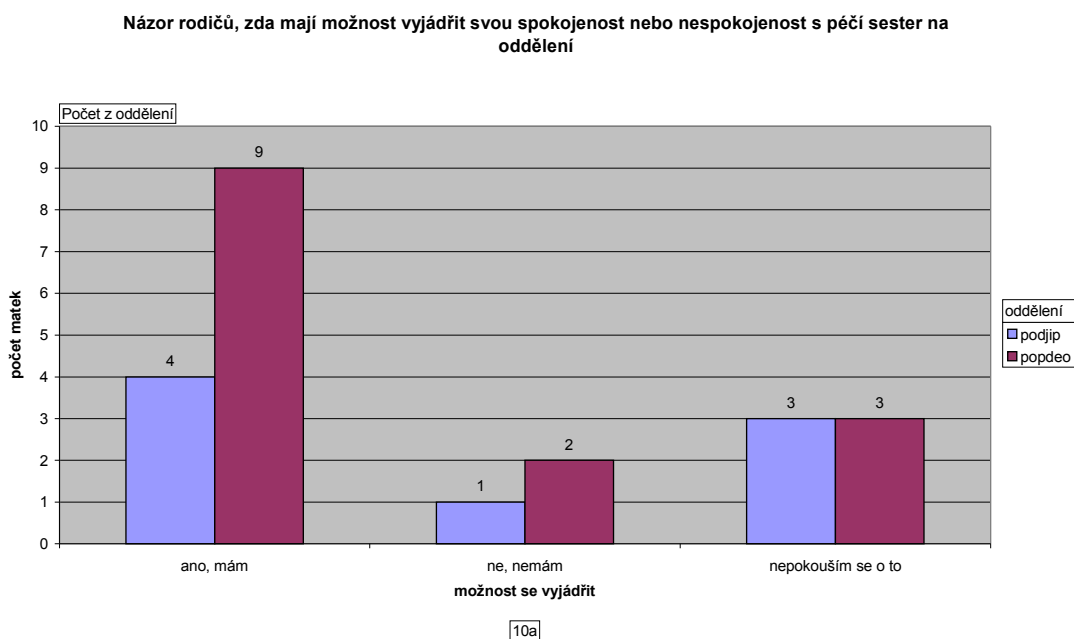


Pokud sestra informuje rodiče o ošetrovatelských výkonech, např. o rehabilitaci dítěte, možnostech pohybu po operaci apod., měla by o této skutečnosti informovat další sestru, která si dítě převezme do péče, aby věděla, jak je rodič informován. Při postupném předávání směn se mohou informace zkreslit a zúžit. Ze všech sester, které na odděleních pracují, zaznamenávají poskytnuté informace rodičům jen z 29% do hlášení sester. Hlášení sester obsahuje předání informací o dítěti, zápis o informovanosti rodičů je tedy věcí navíc, která se sem běžně nezapisuje. Některé sestry uvedly (8 %), že zapisují záznam o informovanosti rodičů do šokového listu. Šokový list je používán pouze na JIP a slouží především k zapisování fyziologických

funkcí dítěte. Pro zápis o informovanosti rodičů se hodí ještě méně. Sestry neuvedly jinou dokumentaci, kam by zaznamenávaly zápisy o informovanosti rodičů.

### **Možnost rodičů vyjádřit svou spokojenost nebo nespokojenost**

**Graf 23: Názor rodičů, zda mají možnost vyjádřit svou spokojenost nebo nespokojenost s péčí sester na oddělení**



Tento graf znázorňuje, zda rodiče mohou projevit případnou spokojenost nebo nespokojenost s péčí sester, zda je toto prostředí pro ně bezpečné a mohou-li projevit svůj případný nesouhlas. Většina rodičů uvedla, že mají možnost se vyjádřit, nejčastěji by se svěřili staniční sestře, dále primáři kliniky.

## 4.8 Shrnutí výsledků výzkumu a diskuze

Cílem výzkumu bylo zjistit, jak zdravotní sestry s rodiči komunikují, zda jim předávají informace, které rodiče potřebují znát ke spolupráci při péči o dítě.

Pracovní hypotézy, které jsem zjišťovala v dotazníkovém šetření, se dělí do čtyř základních oblastí:

První oblast hypotéz se zabývala vzděláváním sester o problematice komunikace s pacientem a jeho rodinou (hypotézy 1-4). Vzdělávání komunikace je jak na teoretické úrovni, kdy se sestra může vzdělávat v komunikaci s pacientem, jeho rodinou a v interpersonální komunikaci. V oblasti praktických zkušeností s komunikací může přispět reálná praxe na dětském oddělení, kde jsou i rodiče nebo absolvování kurzu praktické komunikace, např. hraní rolí.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že věk sester nemá vliv na zkušenost s rodiči v nemocnici při praktické výuce. Zájem o další vzdělávání v oblasti komunikace s pacienty a rodiči je také na věku sestry nezávislý. Pravděpodobně se jedná o individuální postoj každé sestry, bez ohledu na její věk.

Závislost teoretických znalostí i praktických zkušeností s výukou komunikace na typu vzdělání sestry se jasně ukázala. Z toho vyplývá, že středoškolská úroveň studia (SZŠ, VOŠ, PSS) není pro získání komunikačních schopností sestry dostačující. Vysokoškolské vzdělání poskytuje sestrám zkušenosti na mnohem vyšší úrovni.

Důvodem je, že se na vysokých školách sestry učí teoretickou i praktickou komunikaci, mají zde možnost absolvovat praktický nácvik komunikace ve skupinách /43/, zatímco ve středoškolských osnovách se teoretická ani praktická výuka komunikace s rodinou pacienta nevyskytuje. Zajímavé je, že i když kurzy komunikačních dovedností jsou zastoupeny v nejrůznějších vzdělávacích institucích i farmaceutických firmách a přihlásit se mohou všechny sestry bez ohledu na vzdělání, zkušenost sester se středoškolským vzděláním s těmito kurzy je minimální.

Z uvedeného vyplývá, že tyto sestry se aktivně nezapojují do svého osobního rozvoje a raději absolvují přednášku s pasivní účastí.

Druhá oblast hypotéz se zabývala délkou a kvalitou komunikace sester na různá témata (hypotézy 5-9). Zdravotní sestry uvedly, že průměrně hovoří s rodiči v intervalu mezi 10 až 30 minutami. Nejdelší čas je věnován rozhovoru „jen tak“. Rodiče na stejnou otázku odpověděli v menších časových hodnotách, a to v rozmezí 5 až 15 minut. Nejdelší čas je opět věnován rozhovoru „jen tak“ a také seznámení s chodem oddělení. Sestry uvedly, že dostatečně informují rodiče a ti potvrdili, že jsou dobře informováni. Podstatné je, že se potvrdila závislost délky komunikace, při které jsou rodiče informováni o zdravotním stavu dítěte, o prováděných ošetrovatelských výkonech, i o to, jak mají o své dítě pečovat, závisí na vzdělání sester. Naopak se nepotvrdilo, že by sestry, které mají vlastní děti, by déle hovořili s rodiči.

Informace, že sestry s vysokoškolským vzděláním déle komunikují s rodiči o zdravotním stavu dítěte, na rozdíl od sester se střední školou, může být zavádějící. Protože se rodiče nevyjadřovali k délce komunikace konkrétních sester, ale vyslovili názor na komunikaci všech sester, tento výsledek může být zkreslený. Sestry s vysokou školou tedy nemusí být lepší než ostatní sestry, pouze si mohou myslet, že jejich komunikace je kvalitnější.

V odborné literatuře se uvádí, že si rodiče stěžují na neúplné vysvětlení ošetrovatelských úkonů ze strany zdravotníků, a proto se snaží zdravotníky stále dotazovat. /36/ Pocit rodičů, že jsou dobře informováni, může být způsoben tím, že nevědí, které informace jim chybí.

Třetí oblast se zabývá postojem zdravotních sester k hospitalizaci rodičů spolu s dětmi (hypotézy 10-14). Většina sester uvedla, že komunikuje s rodiči bez problémů, na stejnou otázku rodiče uvedli, že komunikují bez problémů jen některé sestry, jiných se raději neptají. Zároveň však se většina sester setkala s problémy při spolupráci s rodiči. Nejčastěji se u sester vyskytoval problém opakovaně podávaných informací matkám. Četnost uvedených problémů byla vysoká (mezi 96% až 67%) i přesto, že sestry uvedly, že komunikují bez problémů. Rodiče na otevřenou otázku, jaké vidí problémy v komunikaci se sestrami, odpověděli téměř v polovině (10) případech negativními příklady.

V odborné literatuře se rovněž píše, že rodiče jsou vystaveni stresu, ve kterém jsou schopni přijmout jen 7-10 % sdělených informací, takže si často nepamatují sdělené informace, což může vyvolávat nedorozumění. /29/ Tento jev vysvětluje proč jsou

sestry nuceny opakovaně podávat stejné informace matkám. Sestry, které uvedly, že komunikují bez problémů, mohou opravdu mít pocit, že tomu tak je, protože člověk se vždy vidí jinak, než ho vidí ostatní. Stačí použít při komunikaci nadřazený, paternalistický přístup a nedá se hovořit o partnerské spolupráci s rodiči. /7/

Názor, že přítomnost rodičů nepomáhá sestřím při jejich práci, zastávají sestry z JIP, naopak sestry z dětského oddělení si myslí, že rodiče jim pomáhají. Je to zřejmě způsobeno také různým rozsahem postižení dítěte a náročností práce, jak dalece se rodič může podílet na péči. V tomto ohledu je mezi rodiči a sestrami menší bariéra na dětském oddělení, a proto je zde také větší vzájemná interakce. Většina rodičů si myslí, že sestřím při jejich práci pomáhají.

Přínos rodičů pro dítě v nemocnici hodnotí všechny sestry kladně. Uznávají, že rodiče mají své místo na oddělení.

Většina sester na JIP by preferovala uzavřené oddělení bez rodičů, zatímco sestry na standardním oddělení preferují otevřené oddělení spolu s rodiči. Tento výsledek může být způsoben, že rodiče se mohou na standardním dětském oddělení více podílet na péči o dítě.

Podle názorů řady autorů se přítomnost rodičů na oddělení postupně stává samozřejmou záležitostí a personál si na tuto situaci musí zvykat. Má-li být spolupráce rodiny a zdravotníků co nejlepší, je nutné, aby zdravotníci rodiče nejprve opravdu přijali a pochopili jejich nenahraditelnost. /38/ V praxi ovšem některé sestry mohou rodiče stále vnímat jako přítěž.

Čtvrtá oblast se zabývala ověřováním podaných informací (hypotézy 15-18). Většina sester ověřuje, zda rodič porozuměl podaným informacím a to rozhovorem, který obsahuje kontrolní otázky a pozorováním rodiče. Žádný písemný záznam se nepoužívá. Sestry, které chtějí zaznamenat, že rodiče byli informováni, tak činí prostřednictvím tradičního hlášení sester. Tuto možnost však využívá jen třetina z nich. Ostatní sestry předávají informace o rodičích ústně.

V hlášení sester se ve většině případech objevují informace o rodičích, kteří si stěžovali, nebo tehdy, když se rodiče neřídí instrukcemi sester. Pokud sestry nepovažují situaci za mimořádnou událost, v hlášení sester se zápis neobjeví. Do šokových listů sestry většinou zapisují heslovitou informaci, zda je rodič hospitalizován spolu s dítětem nebo jen za ním dochází na oddělení.

Sestry si přejí pro edukaci rodičů vytvořit informační tištěnou brožuru, popř. zřídit místo pro speciální edukační sestru.

Lékař a právník L. Vondráček, zabývající se problematikou zdravotnické dokumentace uvádí, že jestliže je s dítětem přijat k hospitalizaci jeden z rodičů, je základním předpokladem jeho ústní poučení. Doporučuje mít také sepsaný text, ke kterému se mohou rodiče vždy vrátit. /49/

Domnívám se, že metoda kvalitativního výzkumu např. rozhovory, by mohla být přesnější, ale myslím si, že na této klinice není pro něj prozatím vhodné klima. Sama pracuji na jednom ze zkoumaných oddělení a myslím si, že sestry nemají kladný přístup k rodičům. Na dotaz, zda je rodič přínosem pro dítě, odpoví sestra vždy ano, protože ví, že je to vhodné. Sestry obecně s rodiči hovoří málo, odpovídají jen na dotazy rodičů, ale aktivní komunikace běžná není.

Výsledky výzkumného šetření se nedají považovat za reprezentativní. Jsou ale dobře použitelné v rámci kliniky, na které byl výzkum proveden. Sestry mohou po seznámení se s výsledky dostat konkrétní a možná vůbec první validní zpětnou vazbu. Proto na základě výsledků svého výzkumu navrhuji doporučení pro praxi na dětských odděleních této kliniky.

## 4.9 Doporučení pro praxi

Pro sestry na klinice se přítomnost rodičů postupně stává samozřejmostí, ale vedoucími pracovníky nebyly učiněny kroky, jak prakticky realizovat vzájemnou spolupráci mezi rodiči a sestrami. Z tohoto důvodu bývají přístupy sester k rodičům velmi rozdílné, závislé na přirozených komunikačních schopnostech každé sestry. Spolupráce s rodiči může být sestrami vnímána jako práce navíc. Proto bez kvalifikované výuky mohou častěji nastávat konfliktní situace.

Z důvodu zlepšení spolupráce mezi rodiči a sestrami by vedoucí pracovníci měli realizovat následující doporučení:

- Cílené kurzy komunikačních dovedností pro sestry
- Stanovit kompetence sester ve sdělování informací
- Zavést nové prvky do ošetrovatelské dokumentaci
- Zavést systém kontroly vyplňování ošetrovatelské dokumentace
- Pravidelné opakování výzkumného šetření u rodičů, za účelem zjištění zlepšení komunikace sester
- Zavést pohyblivou složku osobního hodnocení, zohledňující komunikační dovednosti sestry a přístup k rodičům
- Pravidelnou supervizi sester

### **Návrh ošetrovatelské dokumentace:**

- Příjmová ošetrovatelská dokumentace: měla by obsahovat základní údaje o dítěti, jaké má zvyklosti a důležité informace potřebné pro péči o dítě v nemocnici. Formulář vyplní sestra společně s rodičem dítěte při příjmu dítěte na oddělení. (*příloha č. 5*)
- Informace pro rodiče: měly by obsahovat informace pro rodiče o chodu oddělení, hygienickém režimu, denním harmonogramu, kontaktu na lékaře apod. Tyto informace sestra předá rodičům při prvním kontaktu s nimi, při příjmu dítěte na oddělení. (*příloha č. 6*)

- Edukační záznam: tento formulář by měl obsahovat jednotlivé oblasti, o kterých by měla sestra rodiče informovat. Oblasti se týkají seznámení s oddělením, technikou na oddělení, možnostmi spolupráce matky s péčí o dítě. Záznam o edukaci vyplní sestra, rodič svým podpisem stvrdí, že byl informován. (*příloha č. 7*)



## 5 ZÁVĚR

V diplomové práci se zabývám hospitalizací rodičů s těžce nemocnými dětmi, což je velice náročná životní situace. Zdravotní sestry chápou opodstatnění společné hospitalizace, avšak teprve postupně si na ni zvykají. Spolupráce s matkami či otci jako „pomocníky sester“ je v našem zdravotnictví zatím poměrně novou situací.

Z tohoto důvodu jsem si jako stěžejní téma vybrala problematiku vzájemné komunikace mezi zdravotními sestrami a rodiči hospitalizovaných dětí.

Výsledky výzkumu potvrdily závislost délky komunikace na vzdělání. Sestry, které mají vysokoškolské studium, déle rodiče informují o zdravotním stavu dítěte, o prováděných ošetrovatelských výkonech, i o tom, jak mají o své dítě pečovat. Přínos rodičů v nemocnici pro nemocné dítě hodnotí všechny sestry kladně. Většina sester má zájem o další vzdělávání. Potvrdilo se, že sestry z dětského standardního oddělení vnímají rodiče jako pomoc při své práci, tento názor však nemají sestry z JIP. Většina sester z JIP preferuje uzavřené oddělení bez rodičů. Většina sester uvedla, že komunikuje s rodiči bez problémů, avšak s vysokou četností se s problémy při komunikaci s rodiči setkala. Nejčastěji sestry uváděly problém opakovaně podávaných informací matkám.

Výsledky výzkumu se týkají Kliniky popáleninové medicíny ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady v Praze. Vzhledem k tomu, že na dětské JIP této kliniky pracují již 12 let, ráda bych některé náměty z této diplomové práce zavedla na zkoumaných odděleních do běžné každodenní praxe.

Navrhuji proto zavést dodatek k ošetrovatelské dokumentaci: Informační brožuru pro rodiče, Příjmovou ošetrovatelskou dokumentaci a Edukační záznam.

Myslím si, že by byla vhodná i užší spolupráce s psychologem, který na této klinice externě působí. Rodiče, kteří pobývají na oddělení, jsou často sami psychicky vyčerpaní a z tohoto důvodu by potřebovali patřičnou odbornou péči a podporu.

V neposlední řadě by zdravotní sestry motivovala ke komunikačním dovednostem pozitivní podpora a pomoc při práci, jakou může nabídnout pravidelná supervize.

## 6 LITERATURA

1. DiCroce, H. R., Grohar- Murray, M. E.: Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče. Praha: Grada, 2003.
2. Fakultní nemocnice Motol: Dobrovolníci. Dostupné na: <http://www.fnmotol.cz/html/infoservis/dobrovolnici>, 25.1.2007.
3. Family-centered Care Philosophy and Core Concepts. Dostupné na: <http://www.cincinnatichildrens.org/about/fcc/>, 20.1.2007.
4. Fendrychová, J., Klimovič, M. a kol.: Péče o kriticky nemocné dítě. Brno: NCONZO, 2005.
5. Grym, J.: Dítě s matkou v nemocnici. *Pediatric pro praxi*, roč 2, 2001, č. 1, s. 28 - 30.
6. Hartl, P., Hartlová, H.: *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000.
7. Haškovcová, H.: *Etika ve zdravotnictví*. Dostupné na: <http://forum.czechmed.cz/?q=node/539>, 30.4.2009.
8. Haškovcová, H.: *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2002.
9. Haškovcová, H.: osobní sdělení, 12.5.2009.
10. Haškovcová, H.: Problematika tzv. kontinuálních návštěv. *Čas. Lék. čes.*, 129, 1990, č. 19, s. 586-589.
11. Havrdová, Z., Hajný, M., et al: *Praktická supervize - průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize*. Praha: Galén, 2008.
12. Havrdová, Z.: *Kompetence v praxi sociální práce*. Praha: Osmium, 1999.
13. Chvátalová, H.: Je potřeba i jiné teplo. *Děti a My*, roč. 5, 2005, č. 1, s. 20-22.
14. Chvátalová, H.: Na co zdravotní pojišťovny zapoměly. *Děti a My*, č. 3, 2005, s. 36.
15. Jechová, K.: Využití videotréninku interakcí při vzdělávání zdravotníků. Dostupné na: <http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=108>, 20.4.2009.
16. Jobánková, M. a kol.: *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: IDV PZ, 2000.
17. Knížková, Z.: Hospitalizace matky s dítětem. *Sestra*, roč. 11, 2001, č. 12, s. 33.

18. Kopecká, I.: Postavení matky hospitalizované s dítětem. *Ošetřovatelství*, roč. 3, 2001, č. ½, s. 46 - 47.
19. Královcovi, M. a J. Děti v nemocnici. Dostupné na: <http://www.klicek.org/hospital/index.html>, 22.2.2007.
20. Královcovi, M. a J. Nové role v péči o hospitalizované děti. Dostupné na: <http://www.klicek.org/hospital/role.html>, 22.2.2007.
21. Královcovi, M. a J.: Děti v nemocnici I. *Děti a My*, roč. 36, 2006, č. 1, s. 35.
22. Královcovi, M. a J.: Děti v nemocnici III. *Děti a My*, roč. 36, 2006, č. 3, s. 35.
23. Královcovi, M. a J.: Dlouhá cesta. *Zdravotnické noviny*, roč. 42, 1993, č. 52, s. 5 – 7.
24. Kubálková, P.: Lékař: budu tě trávit jako krysu. *M F Dnes*, 7.5.2007, s. A4.
25. Langmeier, J., Krejčířová, D.: *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, 1998.
26. Loutky v nemocnici. Dostupné na: <http://www.noise.cz/divadlo>, 17.3.2007.
27. Macková, I.: Partnerství rodičů a odborníků. *Děti a My*, roč. 32, 2002, č. 1, s. 2.
28. Matějček, Z.: *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Jinočany: H & H, 2001.
29. Mauer, M.: Popálené dítě a jeho duše. Dostupné na: <http://www.bolito.cz/cz/popaleniny/psychologicka-pomoc.html>, 15.4.2009.
30. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Dostupné na: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/FAQ.html?situace=18>, 10.4.2009.
31. Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Dostupné na: <http://www.nconzo.cz/download/SpecializacniVzdelavani.pdf>, 10.4.2009.
32. Palmer, S. J.: Care of sick children by parents a meaning role. Dostupné na: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1046/j1365-2648.1993.18020185.x?journal=code-jan>, 20.1.2007.
33. Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna: Ústava ČR, Listina základních práv a svobod, čl. 32, odstavec 4. Dostupné na: <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>, 10.4.2007.
34. Plevová, M: *Dítě v nemocnici*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, Pedagogická fakulta, 1997.
35. Portál pro maminky a těhotné: Světový týden kojení. Dostupné na: <http://www.bonella.cz/clanky/Svetovy-tyden-kojeni>, 19.1.2009.

36. Rybářová, M., Pečenková, J.: Zvládání zátěžových situací u dětských hematologických pacientů. Hradec Králové: Lékařská fakulta v Hradci Králové, 2001.
37. Řezníčková, A.: Herní specialista na dětském oddělení. Sestra, roč. 10, 2000, č. 1, s. 11.
38. Řezníčková, A.: Nesnažme se rodiče v nemocnici převychovat. Med. Tribune, roč. 2, 2006, č. 8, s. 13.
39. Řezníčková, A.: Podpora rodiny hospitalizovaného dítěte. Děti a My, roč. 32, 2002, č.1, s. 4-5.
40. Řezníčková, A.: Rodiče jsou základním zdrojem jistoty a bezpečí. Můžeš, roč. 10, 2002, č. 3, s.11.
41. Říčan, P., Krejčířová, D. a kol.: Dětská klinická psychologie. Praha: Grada Publishing, 2006.
42. Stará, I.: Dobrovolníci v nemocnici. Děti a my, roč. 32, 2002, č. 1, s. 6 - 7.
43. Stará, V.: osobní sdělení, 4.5.2009.
44. Škrlovi, P. a M.: Kreativní ošetrovatelský management. Praha: Advent-Orion s. r. o., 2003.
45. Šmerdová, J.: osobní sdělení, 13.5.2009
46. Valenta, M. a kol.: Herní specialista. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2001.
47. Vidová, T.: Situace rodiny s postiženým dítětem. Praha: Státní zdravotní ústav, 2002.
48. Vodáčková, D.: Krizová intervence, Praha: Portál, 2002.
49. Vondráček, L.: Rodiče při poskytování zdravotní péče jejich dítěti. Florence, roč. 2, 2006, č. 10, s. 50.
50. Všeobecná zdravotní pojišťovna: Zákon 48/1997 O veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. Dostupné na: [http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Platci/legislativa/zakon\\_48\\_1997\\_sb.html#Par25](http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Platci/legislativa/zakon_48_1997_sb.html#Par25), 10.4.2007.
51. Vymětal, J.: Úzkostné matky. Dostupné na: [http://www.stripky.cz/vychova/vychova/uzkost\\_matky.html](http://www.stripky.cz/vychova/vychova/uzkost_matky.html), 13.4.2007.
52. Zdravotní klaun. Dostupné na: <http://www.zdravotni-klaun.cz>, 17.3.2007.

## 7 SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

GRAF 1: VĚKOVÁ STRUKTURA ZDRAVOTNÍCH SESTER NA PODJIP A POPDEO (N=24).....	43
GRAF 2: NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SESTER NA PODJIP A POPDEO (N=24).....	44
GRAF 3: DÉLKA PRAXE ZDRAVOTNÍCH SESTER NA DĚTSKÝCH ODDĚLENÍCH (N=24).....	45
GRAF 4: VĚKOVÁ STRUKTURA RODIČŮ NA PODJIP A POPDEO (N=22).....	46
GRAF 5: DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ RODIČŮ NA PODJIP A POPDEO (N=22).....	47
GRAF 6: POČET HOSPITALIZOVANÝCH RODIČŮ SPOLU S DÍTĚTEM, POČET RODIČŮ, KTERÝ DOCHÁZEJÍ NA NÁVŠTĚVY NA PODJIP A POPDEO (N=22).....	48
GRAF 7: VĚK DĚTÍ, KTERÉ JSOU HOSPITALIZOVÁNY NA PODJIP A POPDEO (N=22).....	49
GRAF 8: SROVNÁNÍ PRŮMĚRNÉ DÉLKY KOMUNIKACE DLE ODPOVĚDÍ ZDRAVOTNÍCH SESTER A RODIČŮ (SESTRY N=24, RODIČE N=22).....	56
GRAF 9: NÁZOR VŠECH ZDRAVOTNÍCH SESTER, ZDA RODIČE VĚDÍ, JAK SE MOHOU PODÍLET NA PÉČI O DÍTĚ (N=24).....	58
GRAF 10: NÁZOR RODIČŮ, ZDA VĚDÍ, JAK SE MOHOU PODÍLET NA PÉČI O DÍTĚ (N=22) .	58
GRAF 11: ČETNOST VÝSKYTU JEDNOTLIVÝCH PROBLÉMŮ SE KTERÝMI SE ZDRAVOTNÍ SESTRY SETKALY PŘI SPOLUPRÁCI S RODIČI.....	61
GRAF 12: NÁZOR VŠECH ZDRAVOTNÍCH SESTER, NA JEJICH KOMUNIKACI S RODIČI (N=24).....	62
GRAF 13: NÁZOR RODIČŮ, JAK S NIMI ZDRAVOTNÍ SESTRY KOMUNIKUJÍ (N=22).....	62
GRAF 14: NÁZOR VŠECH ZDRAVOTNÍCH SESTER, ZDA PŘÍTOMNOST RODIČŮ NA ODDĚLENÍ POMÁHÁ SESTRÁM PŘI JEJICH PRÁCI (N=24).....	64
GRAF 15: NÁZOR RODIČŮ, ZDA JEJICH PŘÍTOMNOST U DÍTĚTE NA ODDĚLENÍ POMÁHÁ SESTRÁM PŘI JEJICH PRÁCI (N=22).....	64
GRAF 16: NÁZOR VŠECH ZDRAVOTNÍCH SESTER, ZDA SI MYSLÍ, ŽE PŘÍTOMNOST RODIČŮ NA ODDĚLENÍ JE PRO DÍTĚ PŘÍNOSNÁ (N=24).....	66
GRAF 17: NÁZOR VŠECH ZDRAVOTNÍCH SESTER, ZDA UPŘEDNOSTŇUJÍ UZAVŘENÉ ODDĚLENÍ NEBO OTEVŘENÉ ODDĚLENÍ S RODIČI HOSPITALIZOVANÝCH DĚTÍ (N=24) .	68
GRAF 18: ČETNOST VÝSKYTU PODLE ZDRAVOTNÍCH SESTER, JAK SI SESTRY OVĚŘUJÍ, ZDA RODIČ POROZUMĚL POSKYTNUTÝM INFORMACÍM TÝKAJÍCÍCH SE PÉČE O DÍTĚ.	69

<b>GRAF 19: ČETNOST VÝSKYTU PODLE RODIČŮ, JAK SI SESTRY OVĚŘUJÍ, ZDA RODIČ POROZUMĚL POSKYTNUTÝM INFORMACÍM TÝKAJÍCÍCH SE PÉČE O DÍTĚ.....</b>	<b>70</b>
<b>GRAF 20: ČETNOST VÝSKYTU PODLE ZDRAVOTNÍCH SESTER, JAKOU FORMU POUČENÍ RODIČŮ SESTRY POUŽÍVAJÍ.....</b>	<b>71</b>
<b>GRAF 21: ČETNOST VÝSKYTU PODLE ZDRAVOTNÍCH SESTER, JAKOU FORMU POUČENÍ RODIČŮ BY SESTRA UVÍTALA.....</b>	<b>72</b>
<b>GRAF 22: ČETNOST VÝSKYTU PODLE ZDRAVOTNÍCH SESTER, KAM SESTRY ZAZNAMENÁVAJÍ, ŽE JE RODIČ INFORMOVÁN.....</b>	<b>73</b>
<b>GRAF 23: NÁZOR RODIČŮ, ZDA MAJÍ MOŽNOST VYJÁDRIT SVOU SPOKOJENOST NEBO NESPOKOJENOST S PÉČÍ SESTER NA ODDĚLENÍ.....</b>	<b>74</b>
<b>TABULKA 1: ZÁVISLOST VĚKU ZDRAVOTNÍCH SESTER NA SETKÁVÁNÍ SE PŘI PRAKTICKÉ VÝUCE SE SAMOTNÝMI DĚTMI BEZ RODIČŮ (N=24).....</b>	<b>50</b>
<b>TABULKA 2: ZÁVISLOST VĚKU ZDRAVOTNÍCH SESTER NA MOTIVACI SE DÁLE V KOMUNIKACI VZDĚLÁVAT (N=24).....</b>	<b>51</b>
<b>TABULKA 3: ZÁVISLOST VZDĚLÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SESTER NA ZKUŠENOSTI S TEORETICKOU VÝUKOU O KOMUNIKACI S RODINOU PACIENTA (N=24).....</b>	<b>52</b>
<b>TABULKA 4: ZÁVISLOST VZDĚLÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SESTER NA ZKUŠENOSTI S PRAKTICKÝM NÁCVIKEM KOMUNIKACE (N=24).....</b>	<b>52</b>
<b>TABULKA 5: ZÁVISLOST ZKUŠENOSTI S PRAKTICKÝM NÁCVIKEM KOMUNIKACE ZDRAVOTNÍCH SESTER NA DÉLCE KOMUNIKACE O ZDRAVOTNÍM STAVU (N=24).....</b>	<b>53</b>
<b>TABULKA 6: ZÁVISLOST VZDĚLÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SESTER NA DÉLCE KOMUNIKACE O CHODU ODDĚLENÍ (N=24).....</b>	<b>54</b>
<b>TABULKA 7: ZÁVISLOST VZDĚLÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SESTER NA DÉLCE KOMUNIKACE O TECHNICE NA ODDĚLENÍ (N=24).....</b>	<b>54</b>
<b>TABULKA 8: ZÁVISLOST VZDĚLÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SESTER NA DÉLCE KOMUNIKACE O ZVYKLOSTECH DÍTĚTE (N=24).....</b>	<b>54</b>
<b>TABULKA 9: ZÁVISLOST VZDĚLÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SESTER NA DÉLCE PROHLÍDKY PO ODDĚLENÍ (N=24).....</b>	<b>55</b>
<b>TABULKA 10: ZÁVISLOST VZDĚLÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SESTER NA DÉLCE KOMUNIKACE O ZDRAVOTNÍM STAVU (N=24).....</b>	<b>55</b>
<b>TABULKA 11: ZÁVISLOST VZDĚLÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SESTER NA DÉLCE KOMUNIKACE „JEN TAK“ (N=24).....</b>	<b>56</b>

<b>TABULKA 12: ZÁVISLOST ZDRAVOTNÍCH SESTER BEZDĚTNÝCH A S DĚTMI NA DÉLCE KOMUNIKACE „JEN TAK“ (N=24).....</b>	<b>60</b>
<b>TABULKA 13: NÁZOR RODIČŮ, JAKÉ VIDÍ NEJVĚTŠÍ PROBLÉMY V KOMUNIKACI SE ZDRAVOTNÍMI SESTRAMI NA ODDĚLENÍ (N=22).....</b>	<b>63</b>
<b>TABULKA 14: ZÁVISLOST VĚKU ZDRAVOTNÍCH SESTER NA NÁZORU, ZDA JE RODIČ PRO DÍTĚ PŘÍNOSEM PŘI HOSPITALIZACI (N=24).....</b>	<b>66</b>
<b>TABULKA 15: ZÁVISLOST DÉLKY PRAXE ZDRAVOTNÍCH SESTER NA POSTOJI K OTEVŘENÉMU ODDĚLENÍ SPOLU S RODIČI HOSPITALIZOVANÝCH DĚTÍ (N=24).....</b>	<b>67</b>

## **8 PŘÍLOHY**

1. Projekt diplomové práce
2. Dotazník pro zdravotní sestry
3. Dotazník pro rodiče
4. Charta práv hospitalizovaného dítěte
5. Příjmová ošetřovatelská dokumentace
6. Informace pro rodiče
7. Edukační záznam



# Universita Karlova v Praze

Fakulta humanitních studií

Obor: Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

---

## Projekt magisterské práce

### Předběžný název magisterské práce:

**Hospitalizace rodičů spolu s nemocným dítětem  
z pohledu zdravotní sestry**



**Vedoucí práce:** Prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová CSc.

V Praze dne 19.5.2006

Marta Faiereislová  
2. ročník

## **Hospitalizace rodičů spolu s nemocným dítětem z pohledu zdravotní sestry**

### **Formulace problému**

Práce zdravotní sestry je velmi všestranná a vyžaduje dovednosti nejen po stránce odborné, ale také lidské. V porovnání s ostatními členy zdravotnického týmu jsou zdravotní sestry s pacienty v nejužším kontaktu a předpokládá se, že tedy pacienty nejlépe znají a umí o ně nejen odborně, ale i lidsky pečovat. Všestranně citlivá péče nabývá na významu zejména u dětských pacientů. I když v některých nemocnicích participují na péči rodiče nemocných dětí, mnoho lékařů a sester stále přijímá jejich účast spíše jako rušivý element. Důvodem je jistě tradiční přístup, spočívající v přesvědčení, že veškerá péče o hospitalizované dítě je plně a výhradně v kompetenci zdravotnického personálu. To je však mylná představa, protože rodič má za dítě zodpovědnost i v době, kdy je přijato do nemocnice.

Z vlastní zkušenosti vím, že se dětská oddělení postupně mění a pomalu otevírají přístup pro hospitalizaci rodičů nemocných dětí, to však přináší další nároky na zdravotnický personál v podobě komunikace s rodiči.

Komunikace s rodiči nemusí být vždy jednoduchá a je třeba se jí učit. Někdy vznikají vzájemná nedorozumění a tím zbytečné konflikty mezi rodiči a zdravotnickým personálem.

Cílem mé práce bude tedy zjistit jaký je postoj zdravotních sester k hospitalizovaným rodičům, zda vnímají přítomnost rodičů u dítěte pro dítě jako přínos, nebo zda se tím nějakým způsobem narušuje léčba dítěte. Dále jaké jsou příčiny případných nedorozumění, a poté navrhnout možné podněty pro zlepšení vztahů mezi zdravotními sestrami a rodiči nemocných dětí.

Myslím, že by rodiče měli spoluvytvářet atmosféru na oddělení, a proto by bylo od personálu neprozíravé s nimi nepočítat a hledat způsoby, jak jejich počet omezit. S nedostatkem prostoru i finančních prostředků se potýká snad každá nemocnice, ale i tak se najde nemocniční oddělení, kde se daří nalézat způsoby, jak rodičům hospitalizovaných dětí vycházet vstříc.

### **Pracovní postup**

V teoretické části se budu zabývat jednak psychikou dětí odloučených od rodičů, jednak popisem přínosu přítomných rodičů u nemocného dítěte v nemocnici. Budou zde zvažovány věkové skupiny hospitalizovaných dětí, od nedonošených dětí až po školní věk. Dále bude popsáno proč a za jakých okolností mají rodiče právo být se svým dítětem v nemocnici. Budou

diskutovány též právní aspekty problému zodpovědnosti za stav dítěte. Stručně bude popsán i problém spolupracujících a nespolupracujících rodičů. Pozornost bude věnována také hyperprotektivním matkám.

Bude zde popsán také rozdíl mezi anesteziologicko-resuscitačním oddělením (ARO), jednotkou intenzivní péče (JIP) a standardním oddělením pro děti.

A v neposlední řadě také rozdíl mezi dětmi s diagnózou příznivou na straně jedné a problematickou či závažnou na straně druhé z pohledu hospitalizace rodičů spolu s dítětem.

V empirické části bude provedeno šetření pomocí dotazníku, který bude rozdáán zdravotním sestřím pracujícím na dětských standardních odděleních. Pomocí dotazníku bude zkoumán postoj zdravotních sester k hospitalizaci rodičů spolu s dítětem v nemocnici. Výsledkem tohoto výzkumu budou informace, které popíší daný stav a navrhnou možné podněty pro zlepšení vztahů mezi zdravotními sestrami a rodiči nemocných dětí.

### Časový plán

- **Říjen-listopad 2006:** vyhledávání a práce s relevantní odbornou literaturou
- **Prosinec 2006:** šetření pomocí dotazníků
- **Leden 2007:** vyhodnocování získaných dat
- **Únor 2007:** sepsání praktické části magisterské práce
- **Březen 2007:** navržení plánu pro možné řešení situace
- **Duben-květen 2007:** dokončení a odevzdání magisterské práce

### Předběžný seznam literatury

- Bechyňová, V: Pouponnière znamená doslova „miminkárna“. Děti a my, 2, 2006, s. 45-47
- Belsonová, P.: Dlouhá cesta. Časopis pro herní práci s dětmi v nemocnici, 1,2006, s. 2-4.
- Dostal, L.: Přirozená péče o vaše dítě. Praha: Weleda, 2000.
- Einonová, D.: Naše dítě - rozvoj tvořivosti. Havlíčkův Brod: Fragment, 2002.
- Houška, T.: Škola hrou. Praha: Tomáš Houška, 1991.
- Kübler-Rossová, E.: O dětech a smrti. Ermat pro nadační fond klíček, Praha: 2003.
- Mareš, J. a kol.: Dítě a bolest. Praha: Grada Publishing s. r. o., 1997.

- Mareš, J. a kol.: Sociální opora u dětí a dospívajících II. Hradec Králové: Nucleus, 2002.
- Mareš, J. a kol.: Sociální opora u dětí a dospívajících III. Hradec Králové: Nucleus, 2003.
- Matějček, Z.: Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí. Jinočany: H a H Vyšehradská, 2001.
- Mertin, M.: Rodič jako diagnostik a terapeut. Děti a my, 1, 1999, s. 15-20.
- Morris, D.: Lidské mládě. Praha: Argo, 1995.
- Stark, J.: Jak jsem se naučil mít rád rodiče svých pacientů na oddělení. Čs. Pediatr., 50, 1995, s. 40-45.
- Valenta, M: Herní specialista v somatopedii. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003.
- <http://klicek.org>

Dále časopisy: Děti a my, Sestra, Florence, Praktický lékař, Čs. pediatrie apod.

Předkládá:

Marta Faiereislová

Doporučuji:

Prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová CSc.

**DOTAZNÍK**

Vážená kolegyně/kolego,

jsem studentkou oboru Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizací na Fakultě humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze. V současné době pracuji na své magisterské práci na téma Hospitalizace rodičů spolu s nemocným dítětem z pohledu zdravotní sestry pod vedením Prof. PhDr. RNDr. Heleny Haškovcové, CSc.

V této souvislosti se na Vás obracím se žádostí o vyplnění předloženého dotazníku, které nezabere více než 10 minut Vašeho času. Ráda bych získala maximální počet odpovědí na položené otázky, proto Vás prosím o pečlivost a trpělivost při vyplňování. U každé otázky prosím zaškrtněte odpověď, která nejvíce odpovídá Vašemu názoru nebo Vaším zkušenostem.

Se všemi Vámi uvedenými údaji bude zacházeno jako s přísně důvěrnými a získané výsledky budou použity výhradně pro odborné účely.

Dotazník po vyplnění, prosím, vhodte v zalepené obálce do schránky, která je k tomuto účelu umístěna v inspekční místnosti sester! V případě nejasností mě můžete kdykoli kontaktovat na telefonním čísle 604553960.

Děkuji za spolupráci.

Říjen 2008

Bc. Marta Faiereislová

**Základní údaje o respondentovi:****Váš věk:**

méně než 23    23-26    27-30    31-35    36-40    40 a více

**Počet dětí.....****Na kterém oddělení pracujete? (prosím zaškrtněte)**

JIP  
 Standardní dětské oddělení

**Délka praxe na dětském oddělení (na tomto nebo podobném): celkem..... let****Dosažené vzdělání v oboru (zaškrtněte vše, co jste absolvovala):**

SZŠ     obor Všeobecná sestra  
 SZŠ     obor Dětská sestra  
 VZŠ     obor Diplomovaná všeobecná sestra  
 VZŠ     obor Diplomovaná dětská sestra

PSS  
 Kurz psychologie a pedagogiky dítěte

VŠ - bakalářské studium  
 VŠ - magisterské studium  
 Jiné:.....

**Probíhala při Vašem studiu teoretická výuka o komunikaci?**

ano       ne

**Pokud ano, jaká? (zaškrtněte i více možností)**

- Komunikace s dospělým pacientem  
 Komunikace s dětským pacientem  
 Komunikace s rodinou pacienta  
 Interpersonální komunikace  
 Jiné: .....

**Měla jste možnost zkusit si při výuce praktický nácvik komunikace? (např. hraní rolí)**

ano       ne

**Chtěla byste se zúčastnit nějakého kurzu o komunikaci?**

ano       ne

**Když jste při studiu absolvovala praktickou výuku, setkávala jste se na odděleních:**

- Pouze se samotnými dětmi, o které jste pečovala  
 S dětmi spolu s jejich matkami  
 S dětmi samotnými i dětmi s matkami, jak na kterém oddělení  
 Byla jsem pouze na oddělení s dospělými pacienty

**1. Kolik času věnujete rozhovoru s matkami při příjmu jejich dítěte na oddělení?****Informace o chodu oddělení (hygienický režim, denní harmonogram, kontakt na lékaře apod.)**

nevěnuji     max.5 min.     10min.     20min.     30min     déle

**Informace o technice na oddělení (signalizace k přivolání sester, monitorace pacienta apod.)**

nevěnuji     max.5 min.     10min.     20min.     30min     déle

**Informace o zvyklostech dítěte (strava, denní a noční režim dítěte apod.)**

nevěnuji     max.5 min.     10min.     20min.     30min     déle

**Samotné prohlídce po oddělení (kuchyňka, místo na donesené potraviny, kde jsou toalety apod.)**

nevěnuji     max.5 min.     10min.     20min.     30min     déle

2. Kolik času při vaší běžné směně věnujete rozhovoru s matkami ohledně zdravotního stavu dítěte? (vysvětlujete prováděné ošetřovatelské výkony, edukujete matku jak může o dítě pečovat)

nevěnuji  max.5 min.  10min.  20min.  30min  60min  déle

3. Kolik času při vaší běžné směně věnujete na rozhovor s matkami „jen tak“? (vyslechnete jejich názory, obavy apod.)

nevěnuji  max.5 min.  10min.  20min.  30min  60min  déle

4. Se kterými problémy při spolupráci s matkami na oddělení jste se setkala? (zaškrtněte i více možností)

problémy	Ano, často	Ano, ojediněle	Ne
Časová náročnost pro sestru věnovat se všem			
Opakovaně podávané stejné informace matce			
Velký neklid dítěte při rozhovoru s matkou			
Rozrušení, plačtivost matky			
Nevhodné prostředí – nedostatek prostoru			
Nedostatek soukromí – příliš mnoho lidí na oddělení			
Odmítání spolupráce matky v léčbě /dieta, léčebný režim/			
Nepochopení hygienického režimu oddělení a bezpečnostních opatření			
Arogantní chování matky			
Po poučení sestrou matka tvrdí, že nebyla poučena			
Snaha matek pečovat o jiné děti a informovat se o nich			
Matka neví, jak o dítě pečovat			
Matky vyžadují individuální režim u jednotlivých dětí			
Jiné.....			

5. Pomáhá Vám přítomnost matek hospitalizovaných dětí na oddělení při Vaší práci? (lepší spolupráce s dítětem, pomoc při péči o dítě apod.)

rozhodně ano  spíše ano  spíše ne  rozhodně ne

6. Myslíte si, že je přítomnost matek u lůžka hospitalizovaných dětí jednoznačně pro dítě přínosná? (lépe snáší pobyt v nemocnici, je klidnější, lépe spolupracuje apod.)

rozhodně ano  spíše ano  spíše ne  rozhodně ne

7. **Kdyby jste si mohla vybrat, pracovala by jste raději na uzavřeném oddělení pro návštěvy nebo společně s matkami hospitalizovaných dětí? (prosím zaškrtněte jednu z možností)**

- a.  Ano, na uzavřeném oddělení  
 b.  Ano, společně s matkami hospitalizovaných dětí

8. **Myslíte si, že matky hospitalizovaných dětí vědí jak se mohou podílet na péči o dítě na oddělení (jak mají dítě držet, zda ho mohou koupat apod.)?**

- rozhodně ano    spíše ano    spíše ne    rozhodně ne

9. **Jak komunikujete s matkami hospitalizovaných dětí?**

- Dobře, komunikuji bez problémů  
 Občas mám s komunikací problém, v některých situacích nevím co říci  
 Vždy mám s komunikací problém

10. **Ověřujete, zda matka porozuměla poskytnutým informacím týkající se péče o dítě?**

- ano    ne

**Pokud ano, jak to ověřujete? (prosím zaškrtněte)**

- Rozhovorem s matkou  
 Pozorováním matky  
 Písemně  
 Jinak: .....

11. **Jakou formu poučení matky používáte?**

- Rozhovor  
 Názorné předvedení výkonu  
 Písemně  
 Žádnou  
 Jiné: .....

12. **Jakou formu poučení matky by jste uvítala?**

- Edukační video, DVD  
 Informační tištěná brožura  
 Speciální edukační sestra  
 Praktická školení pro matky vedená sestrou z oddělení  
 Žádnou  
 Jiné: .....

13. **Zaznamenáváte někam, zda jste matku informovala?**

- ano    ne

**Pokud ano, kam? (prosím zaškrtněte)**

- Do hlášení sester  
 Do šokového listu  
 Na nástěnku  
 Jinam: .....



**DOTAZNÍK pro rodiče**

Vážená maminko, tatínku...

jsem studentkou oboru Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizací na Fakultě humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze. V současné době pracuji na své magisterské práci na téma Hospitalizace rodičů spolu s nemocným dítětem z pohledu zdravotní sestry pod vedením Prof. PhDr. RNDr. Heleny Haškovcové, CSc.

V této souvislosti se na Vás obracím se žádostí o vyplnění předloženého dotazníku, které nezabere více než 10 minut Vašeho času. Ráda bych získala maximální počet odpovědí na položené otázky, proto Vás prosím o pečlivost a trpělivost při vyplňování. U každé otázky prosím zaškrtněte odpověď, která nejvíce odpovídá Vašemu názoru nebo Vašim zkušenostem.

Se všemi Vámi uvedenými údaji bude zacházeno jako s přísně důvěrnými a získané výsledky budou použity výhradně pro odborné účely.

Dotazník po vyplnění, prosím, vhodte v zalepené obálce do schránky, která je k tomuto účelu umístěna na chodbě! V případě nejasností mě můžete kdykoli kontaktovat na telefonním čísle 604553960.

Děkuji za spolupráci.

Říjen 2008

Bc. Marta Faiereislová

**Základní údaje o respondentovi:****Pohlaví:**

muž       žena

**Váš věk:**

méně než 23    23-26       27-30    31-35    36-40       40 a více

**Rodinný stav (prosím, zaškrtněte):**

Svobodná/ý  
 Vdaná/ženatý  
 Rozvedená/ý  
 Vdova/vdovec

**Počet dětí.....****Nejvyšší dosažené vzdělání (prosím, zaškrtněte):**

ZŠ  
 SOU  
 SŠ  
 VOŠ  
 VŠ - Bc. studium  
 VŠ - Mgr., Ing. studium  
 jiná alternativa studia (prosím, uveďte)

.....

**Vztah k hospitalizovanému dítěti: /matka, sestra, babička, otec apod./: .....**

**Jste zde spolu se svým dítětem hospitalizován/a nebo za ním na oddělení docházíte? (prosím, zaškrtněte):**

- Jsem zde hospitalizovaná spolu s dítětem  
 Docházím denně na celodenní návštěvu  
 Docházím na návštěvy podle svých možností:

*prosím uveďte jak často: .....*

**Kolik dní zde celkem Vaše dítě leží? Napište: .....**

**Kolik let je Vašemu dítěti, které je zde hospitalizováno?:.....**

**Kam bylo Vaše dítě po úraze přijato?**

- Na jednotku intenzivní péče  
 Na standardní dětské oddělení

**Na kterém oddělení je v současné chvíli Vaše dítě hospitalizováno?**

- Na jednotce intenzivní péče  
 Na standardním dětském oddělení

**14. Kolik času při rozhovoru Vám věnovala sestra při příjmu Vašeho dítěte na oddělení?**

**Informace o chodu oddělení (hygienický režim, denní harmonogram oddělení, vizity, kontakt na lékaře apod.)**

- nevěnovala    max.5 min.    10min.    20min.    30min    déle

**Informace o technice na oddělení (signalizace k přivolání sester, přístroje u dítěte apod.)**

- nevěnovala    max.5 min.    10min.    20min.    30min    déle

**Dotaz na informace o zvyklostech Vašeho dítěte (strava, denní a noční režim dítěte apod.)**

- nevěnovala    max.5 min.    10min.    20min.    30min    déle

**Informovala Vás o celém oddělení – ukázala Vám oddělení (kde je kuchyňka, místo na donesené potraviny, kde jsou toalety apod.)**

- nevěnovala    max.5 min.    10min.    20min.    30min    déle

**15. Kolik času při běžném dni hospitalizace Vašeho dítěte věnuje sestra rozhovoru s Vámi ohledně zdravotního stavu dítěte? (vysvětlujete prováděné ošetřovatelské výkony, říká Vám, jak můžete o dítě pečovat - zda ho můžete chovat, koupat, kde ho držet apod.)**

- nevěnuje    max.5 min.    10min.    20min.    30min    60min    déle

**16. Kolik času při běžném dni hospitalizace Vašeho dítěte věnuje sestra rozhovoru s Vámi „jen tak“? (vyslechne Vaše názory, obavy, povídá si s Vámi apod.)**

- nevěnuje    max.5 min.    10min.    20min.    30min    60min    déle

**17. Jak s Vámi zdravotní sestry mluví?**

- Komunikují bez problémů všechny sestry, mohu se kdykoli zeptat, co potřebuji  
 Komunikují bez problémů jen některé sestry, ostatních se raději neptám  
 Částečně komunikují, v některých situacích cítím napjatou atmosféru  
 Všechny sestry málo komunikují, informace se snažím získat hlavně od ostatních maminek  
 Nedovedu posoudit  
 Jiné:.....

**18. Co je podle Vás největším problémem v komunikaci se sestrami na tomto oddělení?**

**Stručně vypište:**.....

**19. Myslíte si, že sestrám při jejich práci Vaše přítomnost u dítěte jednoznačně pomáhá? (mají lepší spolupráci s dítětem, pomáháte při péči o dítě apod.)**

- rozhodně ano    spíše ano    spíše ne    rozhodně ne

**20. Myslíte si, že je Vaše přítomnost u lůžka dítěte jednoznačně pro dítě přínosná? (lépe snáší pobyt v nemocnici, je klidnější, lépe spolupracuje apod.)**

- rozhodně ano    spíše ano    spíše ne    rozhodně ne

**21. Byla jste dostatečně sestrami informována, víte, jak se můžete podílet na péči o Vaše dítě na oddělení? (jak můžete dítě držet, zda ho můžete koupat, co mu dát k svačině apod.)**

- rozhodně ano    spíše ano    spíše ne    rozhodně ne

**22. Ověřují si sestry, zda jste porozuměla informacím, které Vám řekly, jak můžete pečovat o dítě?**

- ano, ověřují    ne, neověřují

**Pokud ano, jak to ověřují? (prosím zaškrtněte)**

- Zeptají se Vás na to, zda to víte  
 Chtějí to názorně předvést  
 Písemně  
 Jinak: .....

**23. Máte možnost vyjádřit svou spokojenost nebo nespokojenost s péčí sester na oddělení?**

- ano, mám    ne, nemám    nepokouším se o to

**Pokud ano, uveďte komu:**.....

## CHARTA PRÁV DĚTÍ V NEMOCNICI

1. Děti mají být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení.
2. Děti v nemocnici mají mít právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, by se mělo rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.
3. Děti a/nebo jejich rodiče mají 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.

Zdroj literatury:

Haškovcová, H.: Lékařská etika. 3. rozšířené vydání. Praha: Galén, 2002.

## Příjmová ošetrovatelská dokumentace

### Klinika popáleninové medicíny

#### Dětské oddělení a JIP

**Jméno a příjmení dítěte:**.....  
 Oslovení:.....  
 Rodné číslo:.....  
 Hospitalizace: od:..... do:.....  
 DG při přijetí:.....  
 Jiné závažné údaje:.....  
 Kontaktní osoba:.....

#### Váha pacienta:

datum	.....	.....	.....	.....	.....
Váha					

#### Fyziologické funkce:

datum	.....	.....	.....	.....	.....
TK, P, TT					

#### Stav kůže:

- fyziologická  
 otoky  
 opruzeniny  
 defekty  
 hematomy  
 dekubity  
 exantém  
 jiné:.....  
 Lokalizace:.....  
 .....

#### Alergie:

- ano:.....  
 ne

#### Tekutiny:

Co obvykle pije?.....  
 Co nepije?.....

#### Pije:

- savičkou:  anatomická     normální  
 pomocí lžičky  
 z hrnku  
 brčkem  
 jiné:.....

**Pomůcky:** šidítko brýle jiné: .....**Strava:**

Zvyklosti: .....

.....

Co nejí? .....

**Jí samo?**  ano  ne savičkou lžičkou příborem**Druh stravy:** kojeno kojenecká batolecí dieta: ..... zvláštnosti: .....**Léky:**Užívá léky:  ano  ne rozdrcené vcelku**Vyprazdňování: močení**Řekne si  ano  ne**Používá:** pleny nočník záchod**Pomočuje se?**  ano  ne přes den  v noci**Vyprazdňování: stolice**

Jak často? .....

Řekne si:  ano  ne

A jak? .....

**Chodí samo na stolicí?**  ano  ne

Používá:

 pleny nočník záchod**Spánek:**

Jak často a kdy přes den spí: .....

Buzení v noci: .....

**Psychomotorický vývoj:**

Odpovídá věku:  ano  ne

**Záliby:**

.....  
Způsob hry:.....

.....  
Oblíbená hračka:.....

**Osobní věci:**.....

**Cenné předměty:**.....

**Informace podané sestrou:**

dítěti

rodinnému příslušníkovi: (kdo).....

Orientace na oddělení

Polohování lůžka

Televize

Koupelna, WC

Lednice

Doby jídla

Režim na oddělení

Charta práv dítěte

Vizita

Jméno ošetřujícího lékaře

Kontakt na oddělení

.....  
Podpis pacienta  
(rodinného příslušníka)

.....  
Podpis sestry

**Poznámky:**

## Informace pro rodiče

**Milá maminko a tatínku!**

Vaše dítě bylo přijato se závažným popáleninovým úrazem na dětské oddělení Kliniky popáleninové medicíny FNKV.

Hospitalizace je nezbytná k tomu, aby se úraz, který Vaše dítě utrpělo, v co nejkratší době a co nejlépe vyléčil. Aby pobyt na našem oddělení proběhl co možná nejsnadněji, chceme Vás seznámit s několika pravidly a radami, které je v průběhu hospitalizace dobré dodržovat.

### INFORMACE o zdravotním stavu

Informace o zdravotním stavu Vašeho dítěte Vám lékař podá v pracovní dny od 08,00 do 08,45 hod., dále po ukončení operačního programu od 13,00 do 15,00 hodin. V dopoledních hodinách je lékař na operačním sále a jiných odděleních.

**MUDr. Richard Kubok, chirurg, tel.: 267 16 3353**

**MUDr. Jiří Kripner, pediatr, tel.: 267 16 3346**

**Dětské standardní oddělení, tel.: 267 16 3238**

**Dětská jednotka intenzivní péče (JIP), tel.: 267 16 3378**

### DEN NA ODDĚLENÍ

- 06,00 – 06,30 hod. - měření tělesné teploty, kterou lékař potřebuje vědět k ranní vizitě
- 07,00 hod. – ranní vizita, mytí, hygiena, drobné převazy
- 07,30 hod. – velká vizita přednosta kliniky či primáře (úterý)
- 08,30 hod. – snídaně. Do té doby dítě **nesmí** jíst ani pít, aby mohlo být zařazeno v případě nutnosti do operačního programu.
- 08,45 hod. – převazy na oddělení a výkony v celkové anestezii na operačním sále. Po příchodu ze sálu dítě **nesmí** 1 hodinu pít a 2 hodiny jíst! Mohlo by v případě nevolnosti tekutiny vdechnout.
- 11,30 - 12,00 hod. – oběd
- 12,00 – 14,00 hod. - polední klid. Odpočinek, popř. spánek na uzavřeném pokoji je důležitý pro zdraví Vašeho dítěte.
- 15,00 hod. – svačina
- 17,00 hod. - měření tělesné teploty
- 18,00 hod. – večere
- kolem 19,00 hod. večerní vizita, ukládání dětí k spánku



## HOSPITALIZACE spolu s dítětem

Naše klinika umožňuje hospitalizovat spolu s dítětem i rodinného příslušníka. Do nemocnice si s sebou vezměte domácí oblečení, přezůvky a hygienické potřeby. Před přijetím doprovodu je třeba podstoupit bakteriologické vyšetření, abychom předešli případné nákaze dětí v nemocnici.

O příjmu rodinného příslušníka se prosím domluvte s lékařem.

## NÁVŠTĚVY

### Na standardním dětském oddělení:

Návštěvy ostatních členů rodiny na oddělení jsou každý den v době od 14,00 do 18,00 hodin nebo dle dohody s lékařem. Zvažte návštěvy sourozenců a malých dětí, nejsou z hygienicko epidemiologického hlediska vhodné. Ohrožujete úrazem oslabeného pacienta možným přenosem infekce. Každou návštěvu prosím oznamte sestře.

U vchodu na oddělení je nezbytné obléknout si empír a obout návleky. Před kontaktem s dítětem, pro jeho ochranu, si umyjte a dezinfikujte ruce. Přípravky jsou k dispozici na každém pokoji.

### Na dětské JIP:

Návštěvy na JIP povoluje individuálně lékař. Vstup na JIP je možný po převlečení do nemocniční haleny a kalhot, na pokoji je nutné mít čepici a ústenku. Před kontaktem s dítětem, pro jeho ochranu, si umyjte a dezinfikujte ruce. Přípravky jsou k dispozici na každém boxe.

## CO JE VHODNÉ MALÉMU PACIENTOVI PŘINĚST

- Jídlo, na které je dítě zvyklé – vhodné jsou jogurty, ovoce, oblíbené nápoje. Pro zdraví Vašeho dítěte nejsou vhodné pokrmy připravené na tuku, např. hranolky, hamburgery apod.
- Sestru na oddělení informujte, co jste přinesli a co dítě snědlo. Zbylé pokrmy lze uložit do lednice, která je vám k dispozici na chodbě oddělení. Jídlo na pokoji nenechávejte.
- Dětem školního věku doneste učebnice, neboť na oddělení dochází učitelka a podle zdravotního stavu dítěte se věnuje výuce.
- Můžete přinést léky, masti apod., které dítě užívá.
- Můžete přinést mléčnou stravu (Sunar, Nutrilon apod.), na kterou je dítě zvyklé. Pro přípravu je nutné ji poslat do mléčné kuchyně, vše potřebné zařídíme. Při propuštění Vám nepoužité množství mléka vrátíme zpět.
- Můžete dítěti přinést i vlastní hračky či láhev na pití. Věci doporučujeme podepsat. Jejich množství dobře zvažte, pokud je na oddělení nechcete ponechat. Oddělení je infekční a hračka by se mohla stát po návratu domů zdrojem nákazy.
- Pokud svému dítěti přinesete mobilní telefon, rádio, walkman nebo jiné cenné věci, uvědomte si riziko eventuální ztráty, personál za ně nemůže ručit.

## **DALŠÍ DŮLEŽITÁ DOPORUČENÍ**

S dětmi prosím nechodte do kuchyňky, čistící místnosti a na WC pro doprovody, vzhledem k možné infekci a výskytu nebezpečných látek.

### **Informace pro doprovod dítěte a docházející rodiče**

Hospitalizovaný rodič by měl pečovat o psychickou pohodu svého dítěte. Pro dobrou spolupráci mezi zdravotníky a rodiči je vítáno, pokud rodič hlásí sestře či lékaři každou změnu zdravotního stavu u dítěte (močení, stolice, vyrážka, teplota, příjem potravy apod.). Během dopoledne je vhodné, aby si rodiče s dětmi hráli v herně nebo zabavili své děti na pokoji. Omezte, prosím, pobyt na chodbě, neboť se tudy vozí pacienti na operační sály. Jestliže Vaše dítě spí v dopoledních hodinách, buďte ohleduplní a respektujte prosím polední klid ostatních dětí. Nenechte své dítě v době poledního klidu pobíhat a rušit spící děti.

Děkujeme za spolupráci

Sestry a lékaři dětského oddělení Kliniky popáleninové medicíny FNKV.

# Edukační záznam

## Klinika popáleninové medicíny

### Dětské oddělení a JIP

List č.:.....

Jméno a příjmení dítěte:.....

Datum, čas:.....

**Edukovaná osoba:**

- Pacient  
 Rodinný příslušník:.....

**Téma edukace:**

- Práva pacientů  
 Interní řád oddělení (hygienický režim, denní harmonogram)  
 Kontakt na lékaře  
 Jméno sestry ve službě  
 Signalizace k přivolání sester  
 Monitorace dítěte  
 Sledování dítěte  
 Léčebný postup  
 Medikace  
 Péče o invazivní vstupy  
 Péče o ránu  
 Výživa  
 Polohování dítěte  
 Pohybový režim  
 Užívání pomůcek  
 Péče o dítě (hygiena)  
 Rehabilitace

**Poznámky:****Použitá metoda:**

- Ústní  
 Písemná  
 Praktický nácvik

**Reakce edukované osoby:**

- Porozuměl/a  
 Prokazuje dovednost  
 Odmítá edukaci  
 Nezájem o edukaci  
 Nutno zopakovat

**Podpis edukujícího:****Podpis edukované osoby:**