

**Univerzita Karlova v Praze**  
**Fakulta humanitních studií**

**Obor: Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických  
organizacích**

**Péče o rodiče kriticky nemocných dětí hospitalizovaných na  
JIP a ARO  
(jako integrální součást ošetrovatelské péče)**

**Autorka práce: Bc. Kateřina Ryklová**

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

**Praha 2009**

### **Formální prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jsem pouze literární zdroje uvedené v seznamu literatury.

.....

## **Poděkování**

Ráda bych touto cestou poděkovala paní Prof. PhDr. RNDr. Heleně Haškovcové, CSc. za ochotu a vstřícnost při vedení mé magisterské práce a PhDr. Jiřímu Šafrovi za cenné rady. Také bych ráda poděkovala vrchním sestřám jednotlivých klinik, vrchní sestře VFN KDDL Libuši Krulišové, vrchní sestře FTN PK Petře Camprové, hlavní sestře FN Motol Mgr. Janě Novákové MBA, vrchní sestře FNKV KPM Mgr. Lence Šetelíkové a vrchní sestře FTN KDCHT Mgr. Lence Jarcovjácové. Mé poděkování patří také všem respondentkám.

## OBSAH

<b>ABSTRAKT</b>	6
<b>1. ÚVOD</b>	9
<b>2. TEORETICKÁ ČÁST</b>	11
2.1. Dítě na JIP a ARO	12
2.1.1. Hospitalizace dítěte na JIP a ARO	12
2.1.2. Vliv hospitalizace na psychický stav dítěte	13
2.1.3. Potřeby hospitalizovaného dítěte	13
2.1.4. Stresory na JIP a ARO	15
2.2. Rodiče na JIP a ARO	17
2.2.1. Problematika krize	17
2.2.2. Stres	19
2.2.2.1. Stres u rodičů kriticky nemocných dětí	21
2.2.2.2. Intervence s cílem snížit stres u rodičů hospitalizovaných dětí	24
2.2.3. Potřeby rodičů na JIP a ARO	26
2.2.3.1. Jak sestry vnímají potřeby rodičů hospitalizovaných dětí?	27
2.2.4. Přítomnost rodičů na JIP a ARO	28
2.2.5. Přítomnost rodičů u invazivních výkonů	32
2.2.6. Přítomnost rodičů u resuscitace jejich dítěte	34
2.2.7. Úmrtí dítěte na JIP a ARO	38
2.3. Odborná příprava a podpora sester pracujících na JIP a ARO	40
<b>3. EMPIRICKÁ ČÁST – KVANTITATIVNÍ VÝZKUM</b>	44
3.1. Účel výzkumu a výzkumná otázka	44
3.2. Hypotézy	45
3.3. Stručná charakteristika výzkumných pracovišť	46
3.4. Konstrukce dotazníku	48
3.5. Sběr a zpracování dat	48
3.6. Výsledky výzkumu	49
3.6.1. Charakteristika zkoumané populace	49
3.6.2. Názory sester na péči o rodiče kriticky nemocných dětí jako součást ošetrovatelské péče	55
3.6.3. Názory sester na přítomnost rodičů u kriticky nemocného dítěte	57

3.6.4. Názory sester na začlenění rodičů do péče o kriticky nemocné dítě	63
3.6.5. Názory a zkušenosti sester s přítomností rodičů u invazivních výkonů	68
3.6.6. Podpora rodičů kriticky nemocných dětí hospitalizovaných na JIP a ARO ze strany sester	75
3.6.7. Problémové oblasti spojené s přítomností rodičů na JIP a ARO z pohledu sester	80
3.6.8. Pocity sester spojené s přítomností rodičů na JIP a ARO	82
3.6.9. Odborná příprava a podpora sester pracujících na JIP a ARO	83
3.7. Diskuze	85
3.8. Doporučení pro praxi	87
<b>4. ZÁVĚR</b>	<b>89</b>
<b>LITERATURA</b>	<b>90</b>
<b>SEZNAM TABULEK A GRAFŮ</b>	<b>94</b>
<b>PŘÍLOHY</b>	<b>97</b>

## ABSTRAKT

Cílem této magisterské práce bylo především zmapovat názory sester pracujících na dětských pracovištích intenzivní péče v pražských fakultních nemocnicích na problematiku přítomnosti rodičů kriticky nemocných dětí na JIP a ARO. V teoretické části jsou shrnuty dosavadní údaje o tomto problému. Empirická část prezentuje výsledky kvantitativního výzkumu, zaměřeného na názory sester na péči o rodiče kriticky nemocných dětí jako součást ošetrovatelské péče, na přítomnost rodičů na JIP a ARO, na jejich začlenění do péče o dítě a také na přítomnost rodičů u invazivních výkonů. Práce dále poukazuje na některé problémy spojené s přítomností rodičů na JIP a ARO z pohledu sester, na pocity sester a na odbornou přípravu a podporu sester.

Ze získaných dat lze vyvodit tyto nejdůležitější závěry:

- Většina sester považuje péči o rodiče kriticky nemocných dětí za důležitou součást své práce.
- Názory sester na přítomnost rodičů a jejich začlenění do péče jsou vesměs pozitivní, vysokoškolsky vzdělané sestry umožňují rodičům větší míru začlenění do péče o dítě.
- Názory sester na přítomnost rodičů u méně závažných invazivních výkonů jsou vesměs pozitivní, avšak jejich názory na přítomnost rodičů u závažných invazivních výkonů jsou výrazně negativní.
- Zkušenost sester s přítomností rodičů u méně závažných invazivních výkonů se liší dle jednotlivých pracovišť, jejich zkušenost s přítomností rodičů u závažných invazivních výkonů je minimální, vysokoškolsky vzdělané sestry mají zkušenost největší.
- Zkušenost sester s přítomností rodičů u invazivních výkonů pozitivně ovlivňuje názor sester na jejich přítomnost u takových výkonů.
- Podpora poskytovaná rodičům se liší dle jednotlivých pracovišť.
- Přítomnost rodičů na dětských JIP a ARO představuje pro sestry zátěž, většina sester se cítí být jen částečně připravena na komunikaci s rodiči kriticky nemocných dětí.

Výstupem práce jsou doporučení pro praxi na pracovištích pediatrické intenzivní péče.

**Klíčová slova:** pediatrie, intenzivní medicína, intenzivní ošetrovatelství, kriticky nemocné dítě, potřeby dětí, potřeby rodičů

## ABSTRACT

The aim of this master thesis was mainly to uncover the opinion of pediatric intensive care nurses working in academic hospitals in Prague on the issue of parental presence in PICU (pediatric intensive care units). The theoretical part summarizes the existing data on this issue. The empirical part presents the results of quantitative research, focusing on the opinion of nurses about care of parents of critically ill children as part of nursing care, the opinion about parental presence in PICU, about parental assistance in care of their children and their presence during invasive procedures. The thesis also focuses on some specific problems associated with parental presence in PICU from the nurses perspective, on the nurses feelings, education, special training and support received.

The main results of the research are:

- The majority of the nurses consider the care of critically ill childrens parents as an important part of their work.
- The nurses opinion about parental presence in PICU and their involvement in care of the child is mainly positive. Nurses with university degree allow parents greater integration into the care of their children.
- Nurses opinion about parental presence during less severe invasive procedures is mainly positive, meanwhile their opinion about parental presence during severe invasive procedure is strongly negative.
- The experience of nurses with parental presence during less severe invasive procedures depends on the workplace, their experience with parental presence during severe invasive procedures is minimal. Nurses with university degree are more experienced in this issue.
- The experience of the nurses with parental presence during invasive procedures positively affects their opinion to this issue.
- The support given to parents of critically ill children varies according to the workplace.
- Parental presence in PICU means a source of stress for nurses, the majority of nurses consider themselves to be only partially prepared for the communication with parents of critically ill children.

The outcome of the thesis are recommendations for changes in nursing practice regarding the care of parents of critically ill children hospitalised in PICU.

**Key words:** pediatrics, intensive medicine, intensive care nursing, critically ill child, children's needs, parental needs



# 1. ÚVOD

Tématem mé magisterské práce je problematika péče o rodiče kriticky nemocných dětí, hospitalizovaných na jednotkách intenzivní péče (JIP) a anesteziologicko resuscitačních odděleních (ARO), event. jednotkách intenzivní a resuscitační péče (JIRP). Důvodem volby tématu je zejména moje praxe na tomto typu oddělení a zkušenosti ze zahraničních stáží, kde jsem měla možnost sledovat, že péče o rodiče je součástí péče o dítě v mnohem větší míře, než je tomu v českých zdravotnických zařízeních. Zde je tato situace poměrně nová, i když rodiče jsou také v různé míře přítomni na dětských JIP či ARO. Ve své magisterské práci jsem se rozhodla zmapovat aktuální situaci na vybraných pracovištích v některých fakultních nemocnicích v Praze. V průběhu práce se ukázalo, že fakticky nesledují jen formy podpory rodičů, ale i jiné aspekty péče o rodiče kriticky nemocných dětí. Proto jsem změnila i původní název práce „Podpora rodičů a příbuzných kriticky nemocných dětí hospitalizovaných na JIP a ARO (jako integrální součást ošetrovatelské péče)“ na „Péče o rodiče kriticky nemocných dětí hospitalizovaných na JIP a ARO (jako integrální součást ošetrovatelské péče).“ (Projekt magisterské práce uvádím v Příloze č. 1)

Magisterská práce je složena ze dvou částí. V teoretické části se zabývám příčinami hospitalizace dítěte na JIP a ARO, vlivem hospitalizace na psychický stav dítěte a na jeho potřeby. Dále se zaměřuji na nejvýznamnější zdroje stresu na dětských JIP a ARO. Další, nejrozsáhlejší část práce, tvoří problematika kritického onemocnění dítěte ve vztahu k jeho rodičům. Zaměřuji se na téma krize a stresu spojeného s hospitalizací dítěte na JIP a ARO a na potřeby rodičů. Dále si všímám problematiky přítomnosti rodičů na JIP a ARO, včetně jejich přítomnosti u invazivních výkonů a resuscitace. Na závěr se stručně zabývám tématem umírání a smrti dítěte na JIP a ARO a na problematiku truchlení.

V popisu současného stavu vycházím z dostupné literatury, při jejímž studiu jsem se setkala s problémem, že v české odborné literatuře se téma péče o rodiče kriticky nemocných dětí na JIP a ARO vyskytuje jen velmi zřídka. Dostupná česká literatura se většinou zabývá problematikou přítomnosti rodičů na běžných odděleních. Zahraniční zdroje jsou oproti tomu poměrně rozsáhlé. Nedostatek české odborné literatury na toto téma

pravděpodobně svědčí o nedostatečném zájmu sester o tuto problematiku. Zahraniční odborné zdroje ovšem pojednávají o situaci mimo Českou republiku, která je v řadě aspektů velmi odlišná od situace v českých zdravotnických zařízeních, a tak jejich závěry a doporučení nelze bez problému přenést do naší praxe.

Praktickou část mé magisterské práce tvoří kvantitativní výzkum zaměřený na zdravotní sestry pracující na dětských JIP a ARO, jehož cílem bylo zjistit jejich názory na uvedenou problematiku, především na péči o rodiče hospitalizovaných dětí jako součást ošetrovatelské péče, dále na přítomnost rodičů na JIP a ARO, na začlenění rodičů do péče o dítě a na jejich přítomnost u invazivních výkonů. Práce se dále zaměřuje na podporu rodičů ze strany sester, na problémové oblasti a na pocity sester spojené s přítomností rodičů na JIP a ARO a na odbornou přípravu a podporu sester.

Jedním z cílů mé magisterské práce je upozornit na závažné téma přítomnosti rodičů na JIP a ARO a zvýšit povědomí sester o potřebách rodičů kriticky nemocných dětí. Citlivost vůči potřebám rodičů zcela jistě svědčí o kvalitě poskytované ošetrovatelské péče. V závěru práce navrhuji vhodná doporučení pro praxi na úrovni ošetrovatelství na pediatrických pracovištích intenzivní péče.

## 2. TEORETICKÁ ČÁST

Závažné onemocnění dítěte představuje pro rodinu náročnou zkušenost. Pokud je stav dítěte kritický, tzn. že je ohroženo selháním základních životních funkcí, či již k tomuto selhání došlo a dítě je hospitalizováno na JIP či ARO, situace bývá pro rodinu mimořádně zatěžující.

Dříve byla přítomnost rodičů na tomto typu oddělení spíše výjimečná, teprve v posledním desetiletí mají rodiče na tato oddělení v různé míře přístup a dochází k jejich postupnému začleňování do péče o dítě, i když ani v současnosti toto není pravidlem.

Přítomnost rodičů u lůžka těžce nemocného dítěte má mnoho důvodů. Především je to potřeba dítěte být v náročné situaci nemoci s lidmi které zná a kterým důvěřuje, ale také touha rodičů být s ním a v rámci svých možností mu pomoci. Potřeby dětí i jejich rodin našly výraz i v celé řadě národních a nadnárodních dokumentů. V širším kontextu hrají významnou roli společenské a politické změny po roce 1989 a s tím související důraz na lidská práva (Všeobecná deklarace lidských práv, Úmluva o právech dítěte), rozmach informačních technologií a přístup k informacím vůbec. Co se týče zdravotnického systému, bylo důležité především přijetí různých etických kodexů (např. Charta práv hospitalizovaného dítěte). Důležitou úlohu zde mají také změny v pojetí ošetřovatelství.

Dnes se považuje právo rodičů být u dítěte za samozřejmé, je však třeba věnovat v této souvislosti pozornost i sestřám, které se musí v relativně nové situaci orientovat a zvládat ji, aniž by na ni byly často dostatečně odborně připravené.

Péče o kriticky nemocné dítě, konfrontace s utrpením rodiny a případně i se smrtí dítěte bývá pro personál velmi náročná. Sestry jsou u lůžka dítěte stále a k jejich úkolům patří pečovat nejen o dítě, ale i o jeho rodiče, což předpokládá zvládnout i náročnou komunikaci s přítomnými rodiči nebo jinými blízkými osobami dítěte.

## **2.1 Dítě na JIP a ARO**

### **2.1.1. Hospitalizace dítěte na JIP a ARO**

V případě kritického onemocnění je dítě hospitalizováno na dětské JIP či ARO, které zajišťují vysoce specializovanou péči o děti v neodkladném stavu.

Resuscitační péče je určena dětem v bezprostředním ohrožení života, tedy dětem, u nichž selhaly životní funkce a je třeba je nahrazovat uměle. Jde o selhání dýchání, krevního oběhu a vědomí a tyto životně důležité funkce je třeba podporovat, nahrazovat, sledovat a monitorovat. Tento typ péče je poskytován převážně na resuscitačních odděleních.

Intenzivní péče je zpravidla poskytována na JIP a je určena dětem, u kterých by mohlo dojít k selhání životně důležitých funkcí, a zahrnuje intenzivní sledování, ošetřování a léčení. (31, str. 24, 42, str.170)

V současnosti existuje v ČR 15 srovnatelných pracovišť poskytujících intenzivní a resuscitační péči dětem.(42, str.170) Dále existuje řada oborových JIP.

Indikace k hospitalizaci na JIP či ARO jsou různé. Stavy, které vedou k selhání základních životních funkcí, je možné rozdělit na stavy netraumatické a traumatické. Nejčastější příčinou hospitalizace dítěte a na JIP a ARO je akutní respirační insuficience, která vzniká jednak v důsledku primárního poškození dýchacího ústrojí (např. laryngitida či aspirace cizího tělesa) nebo následkem jiného onemocnění či poranění (např. úrazy hrudníku či intoxikace). Traumatické stavy zahrnují kraniocerebrální poranění, poranění páteře, břicha, hrudníku a končetin, přičemž nejzávažnější jsou polytraumata - poranění více orgánových systémů. Mezi další příčiny respirační insuficience u dětí patří bezvědomí nejasné etiologie (např. v důsledku hypoxie či metabolického rozvratu), stavy po operačních výkonech a maligní onemocnění. (42, str.171)

V této souvislosti je důležité zmínit závažný problém úrazovosti dětí v České republice. U dětí představují úrazy nejčastější příčinu úmrtí. Přes 30 000 dětí ročně bývá hospitalizováno v důsledku úrazu, více než 100 dětí do 14 let a kolem 300 dětí a dospívajících do 19 let ročně v důsledku úrazů umírá. Mezi nejzávažnější patří dopravní úrazy, které spolu s tonutím mají nejvyšší úmrtnost. (3, str.182)

## **2.1.2 Vliv hospitalizace na psychický stav dítěte**

Hospitalizace dítěte má za cíl léčení, ošetřování či rehabilitaci dítěte, tedy především úlevu od jeho zdravotních obtíží. Přesto je spojena s řadou negativních okolností. Hospitalizace představuje pro dítě vždy náročnou životní situaci, která znamená narušení obvyklého životního rytmu v rámci jeho rodiny. Dítě se musí vyrovnávat se svým onemocněním, jehož léčba bývá často spojená s řadou nepříjemných či bolestivých zákroků. K celkové zátěži přispívá i neznámé prostředí a množství lidí, které se podílejí na péči o dítě. Dítě také velmi trpí odloučením od svých blízkých, kterým důvěřuje a kteří pro něj představují zdroj bezpečí a jistoty. Mezi faktory, které ovlivňují psychický stav dítěte, patří věk a osobnost dítěte, závažnost onemocnění či délka hospitalizace.

Dítě a jeho rodina by měla být na hospitalizaci náležitě připravena, ne vždy to je ale možné, jako např. v případě neplánované, akutní hospitalizace. Hospitalizace dítěte na JIP a ARO je specifická tím, že stav dítěte bývá velmi vážný. Děti často trpí různě závažnou poruchou vědomí, obvyklá je také umělá plicní ventilace spojená s farmakologicky navozeným bezvědomím. Tato situace často u zdravotníků vzbuzuje dojem, že dítě rodiče nepotřebuje. I přes závažný zdravotní stav má dítě své psychické potřeby a je třeba je mít na paměti. Někdy je opravdu obtížné rozlišit zda dítě své okolí vnímá či nikoliv např. také pro to, že to nemůže dát nijak najevo. Dle mého názoru je ale citlivější tuto možnost předpokládat a kontakt s rodiči umožnit. Pokud by to opravdu nic dítěti nepřinášelo, jeho rodičům zcela jistě ano.

„Všichni zdravotníci by měli znát potřeby hospitalizovaných dětí a účinně je naplňovat. Základním předpokladem kvalitní péče o děti v nemocnici je úzká spolupráce s jejich rodiči. V ideálním případě má jeden z rodičů dítě v nemocnici doprovázet a podílet se na jeho ošetřování.“( 35, str.143)

## **2.1.3. Potřeby hospitalizovaných dětí**

Z. Matějček uvádí pět základních duševních potřeb dítěte, které by měly být naplněny v pravý čas a v náležité míře, aby se dítě po duševní stránce dobře vyvíjelo. Tyto potřeby je třeba mít na paměti i během vážné nemoci či během hospitalizace.

Jedná se o potřebu dostatečných podnětů z vnějšího světa a potřebu přiměřené stimulace. Podněty by měly přicházet v náležitém množství a v náležité kvalitě tak, aby jich nebylo ani málo ani příliš mnoho a neměly by být ani příliš slabé ani příliš silné. Podněty by měly být i dosti proměnlivé, aby se neztrácela jejich účinnost. Dále je to potřeba smysluplného světa, potřeba řádu ve věcech a vztazích, což je základní podmínka, aby z podnětů mohly vznikat poznatky a zkušenosti, aby se dítě mohlo něčemu naučit. Další je potřeba životní jistoty, kterou pro dítě zajišťují jeho blízcí lidé. Neméně důležitá je také potřeba pozitivní identity neboli vlastního já, kdy dítě prostřednictvím soužití s rodiči poznává, že se na své blízké lidi může spoléhat, že k nim patří, že má pro ně určitý význam a určitou hodnotu. Svě vlastní já si uvědomuje podle toho, jak je svými blízkými přijímáno. Konečně je to také potřeba otevřené budoucnosti, která představuje životní perspektivu a naději.

( 23, s.28-30 )

A. Řezníčková, herní terapeutka z FN Motol, uvádí potřeby dětí s ohledem na jejich pobyt v nemocnici. Především je třeba zdůraznit potřebu přítomnosti blízkého člověka. Matka je pro dítě základním zdrojem jistoty a bezpečí a odloučení od ní znamená pro dítě větší zdroj stresu než sama nemoc či bolest. Doprovázející osoba pomáhá dítěti vypořádat se se strachem a nejistotou, pomáhá dítěti orientovat se v okolním dění a tlumočí informace zdravotníků. Největší překážkou pro přítomnost rodičů u hospitalizovaného dítěte bývají různá omezení ve zdravotnických zařízeních. Rodiče většinou chtějí se svým dítětem zůstat, i když někdy naopak potřebují k takovému kroku povzbudit. Překážkou ze strany rodiny bývá např. jiné malé dítě v rodině při jehož péči nemá kdo matku zastoupit.

Další, neméně důležitá, je potřeba opakovaných a srozumitelných informací, jelikož i děti potřebují pravdivé informace, které jsou sdělovány postupně a v pravý čas s přihlédnutím k individualitě dítěte a jeho aktuálnímu psychickému stavu. Důležité je dbát na to, aby informace podané zdravotníky byly jednotné.

Potřeba mít možnost volby, potřeba soukromí a jistoty je důležitá vzhledem k pocitu bezmoci, který může dítě prožívat. Je důležité tomu zabránit a posilovat u dítěte možnost ovládat situaci a mít ji pod kontrolou, např. tím, že mu je umožněno činit drobná rozhodnutí nebo něco ovlivnit.

Dítě má také potřebu bezpečného a podnětného prostředí přizpůsobeného věku dítěte. Prostředí oddělení by mělo být přizpůsobeno potřebám dětí, nejdůležitější je ale přívětivá atmosféra a dobré mezilidské vztahy.

Mezi další potřeby patří kvalitní kontakt s širší rodinou a vrstevníky a možnost hrát si a vzdělávat se. V souvislosti s touto potřebou je třeba zmínit roli herních terapeutů, jejichž hlavní úlohou je péče o dobrý psychický stav dětí a jejich blízkých. Působí jako komunikační most mezi dítětem, rodinou a zdravotníky, seznamuje dítě s nemocničním prostředím, připravuje dítě a jeho rodinu na léčebné zákroky a stará se o vyplnění volného času dětí nabídkou různých herních aktivit. (35, str. 139-142)

Psychické potřeby dětí na JIP a ARO bývají často omezené. Např. u dítěte převažuje potřeba jistoty a bezpečí zajišťovaná přítomností blízkého člověka, naopak potřeba hry či vzdělávání ustupuje do pozadí.

Přesto je však možné i závažně nemocným dětem nabídnout jednoduché činnosti, např. lze dítěti předčítat pohádky, ukazovat obrázky, pouštět hudbu nebo jinak stimulovat smysly (např. různými vůněmi či nahrávkami známých hlasů). (34, str. 151-152)

„Cílem léčebné péče musí být nejen dosažení co nejlepšího tělesného stavu malého pacienta, ale také co nejlepšího stavu duševního. Od počátku léčby je nutno dbát, aby její zdar nebyl vykoupen psychickým otřesem nebo jinými duševními poruchami, jež mnohdy mohou být i vážnější a trvalejší, než byla původní nemoc sama.“ (24, str. 83)

#### **2.1.4. Stresory na JIP a ARO**

Významným stresorem je samotné prostředí JIP a ARO. Předně je to pro dítě prostředí neznámé, ve kterém se neorientuje. Dále je to hluk, způsobený různými alarmy, telefony, ale také hlasitými projevy personálu. Dítě samozřejmě nezná význam jednotlivých zvuků a může se cítit ohrožené. Mezi další stresory na JIP a ARO patří různé technické vybavení v okolí dítěte a také velké množství neznámých lidí. Neméně závažné je také to, pokud dítě vidí či slyší jiné pacienty, a tak může být svědkem různých nepříjemných procedur. Dále je to také silné osvětlení, často i během noci, což má za následek narušení

spánku. Často mohou ke zvýšenému stresu přispívat i zdravotníci, a to např. neočekávanými doteky dítěte a nepříjemnými bolestivými vjemy. (6, str.17-20)

Dalším významným stresorem je separace. Separace znamená přerušení již vytvořených vztahů dítěte k blízkým osobám (obvykle nejvýrazněji k matce), kdy vzniká typická separační úzkost dítěte. Účinky separace jsou ovlivněny především věkem dítěte, kdy nejrizikovější je kojenecký a batolecí věk, kdy se vytváří specifický vztah k matce a závislost dítěte na ní je velmi výrazná. Vliv má také forma separace, kdy úplná, náhlá a dlouhodobá separace vytváří velmi nepříznivou situaci. V literatuře se uvádí typické tři fáze separační reakce dětí, a to fáze protestu, kdy dítě křičí, vzteká se, volá matku a čeká, že bude reagovat na jeho pláč. Dále je to fáze zoufalství, kdy dítě ztrácí naději na přivolání matky a odvrací se od okolí. Poslední fází je odpoutání se od matky, kdy dítě potlačuje své city k matce a buďto se připoutá k jiné osobě, nebo ztrácí vztah k lidem a upoutává se spíše na věci. Uvedené fáze mohou trvat různě dlouho a nemusí se objevovat vždy v tomto sledu. (24, str. 79-82)

Dítě je za normálních okolností závislé na blízké a stálé přítomnosti svých rodičů. Tato potřeba je ještě zvýrazněna v období nemoci. Přestože dnes již mají rodiče většinou na dětské JIP a ARO přístup, děti i tak zažívají periody odloučení od rodičů (např. v noci). Čím je dítě menší, tím méně rozumově chápe, proč rodič není na blízku a zažívá velký stres. Situace u dětí hospitalizovaných na JIP a ARO bývá často ovlivněna medikací dítěte (např. sedací).

Dalším významným stresorem jsou bolestivé a invazivní výkony. Bolest jako taková je významným zdrojem stresu u dětí všech věkových kategorií a bohužel doprovází nejen řadu onemocnění, ale i výkonů či procedur spojených s léčbou a ošetřováním dětí. Invazivní výkony jsou také spojeny se strachem ze ztráty tělesné integrity. Kriticky nemocné děti často nejsou schopni svou bolest vyjádřit, a to z důvodu jejich věku, závažného zdravotního stavu či medikace. Je proto třeba věnovat velkou pozornost hodnocení fyziologických reakcí organismu na stres a také nonverbálním projevům dítěte. Léčba a ošetřování dětí musí vždy směřovat k maximálnímu možnému tlumení bolesti.

Mezi stresory souvisejícími s hospitalizací dítěte na JIP a ARO patří také ztráta kontroly nad situací. Hospitalizace představuje pro dítě ztrátu pocitu



jistoty, řádu a předvídatelného světa, a to také z důvodu narušení všech jeho známých rituálů, denních zvyklostí či ztráty známých věcí. (6, str. 17-20)

## **2.2. Rodiče na JIP a ARO**

Hospitalizace je vždy náročná, a to jak pro pacienty, tak jeho rodinu. Každé závažné onemocnění, úraz či dokonce úmrtí dítěte lze jistě považovat za závažnou životní událost. Hospitalizace kriticky nemocného dítěte na JIP či ARO představuje pro rodiče obrovskou zátěž, která může vyústit až v krizi. Pro zdravotníky je nezbytné vědět, že rodiče se nacházejí ve velkém stresu a že v krizi se prakticky nacházejí všichni rodiče kriticky nemocných dětí.

### **2.2.1 Problematika krize**

Pojem krize má řadu definic. Psycholog J. Vymětal vysvětluje pojem krize takto: „Duševní krize nastává tehdy, jestliže se člověk střetne s překážkou, kterou není s to vlastními silami zvládnout v přijatelném čase a navyklym způsobem. Pokud nedojde k řešení, dochází dříve nebo později k narušení až ztrátě duševní rovnováhy, což samo o sobě ještě není symptomem duševní poruchy či nemoci, ale může k nim přispět nebo vést.“ (48, str. 287-288)

Situaci rodičů kriticky nemocných dětí také vystihuje definice G. Parryho: „Jedná se o intenzivní kritickou událost vybočující z každodenní reality. Jde o prožívání situace jako ztráty, ohrožení nebo ztráty šance, o přítomnost negativních emocí nebo zážitků, pocit ztráty kontroly, pocit nejistoty z budoucnosti. Dochází k náhlému narušení obvyklých vzorců chování jedince, jeho způsobu života, denního rytmu, návyků apod., přičemž stav emočního napětí trvá nějakou dobu...Je vyvolána nutnost změny a přizpůsobení se nové situaci.“ (40, str.18)

Někdy bývá v této souvislosti užíván i pojem psychotrauma a proto jej popíši blíže. B. Baštecká upozorňuje na rozdíl mezi krizí a traumatem. „Zatímco krize je definována subjektem (jedincem, kterému se to stalo..), trauma je definováno objektem (co se stalo..) Trauma představuje reakci na situaci, která vznikla v důsledku události přesahující běžnou lidskou zkušenost.“ (40, str. 17-18)

Psychotrauma vzniká následkem závažných životní situací, a to jak jednorázových extrémně stresujících zážitků, tak i dlouhotrvajících stresujících situací, které většinou vznikají náhle, jsou obtížně ovlivnitelné či kontrolovatelné (např. vážné onemocnění či úmrtí blízké osoby). Charakteristické je výrazné negativní prožívání a narušení tělesné a duševní integrity jedince. Člověk reaguje na tuto situaci šokem, selhávají běžné adaptační mechanismy a objevuje se celá řada projevů, které lze shrnout do kategorie akutní reakce na stres. (48, str.62,289, 46, str.360)

Průběh krize a dopad závažné životní události na zdraví jedince souvisí s jeho sociálním zázemím a s dřívější podobnou zkušeností. Dále zde hrají roli i genetické dispozice a naučené způsoby vyrovnávání se se zátěží, a také jedincova zakotvenost ve světě. (48, str.62)

N. Špatenková uvádí tyto determinanty průběhu krize: věk, pohlaví, životní situace, zdravotní stav, osobnostní faktory ( charakter, temperament, emoční stabilita či labilita, extroverze/introverze, adaptabilita), schopnost zvládat náročné životní situace – coping, dřívější nevyřešené krize, spolupůsobící krize, naděje, náboženské přesvědčení a sociální oporu. (40, str. 34-35)

N. Špatenková dále upozorňuje, že krize je stav ryze subjektivní a existuje tehdy, jestliže jedinec sám svou situaci za krizi považuje. Každý je totiž vybaven různě silnými obrannými a adaptačními mechanismy a mírou frustrační tolerance. (40, str.19-21)

Vznik, vývoj a řešení krize je proces, který má několik stádií. Psychiatr G. Caplan definoval čtyři fáze krizového stavu. V první fázi dominuje pocit ohrožení a s tím souvisící úzkost. Dochází k aktivizaci obvyklých vyrovnávacích strategií. Druhá fáze je charakterizována pocitu zranitelnosti a nedostatku kontroly nad situací. Ve třetí fázi se člověk pokouší o řešení krize, obvykle činí různá rozhodnutí a je přístupný pomoci. V poslední fázi se objevuje závažná psychologická dezorganizovanost, kognitivní, emocionální a psychologické změny, úzkost až panika. (46, str. 39-40)

N.Špatenková popisuje v případě situačních krizí čtyři etapy krizové reakce takto: „První fází je fáze šoková, její podstatou je mechanismus popírání. V psychice člověka dominuje chaos, bezcílná (hyper)aktivita, apatie či narušení vztahů s okolím. Druhou fází je fáze emoční reakce, kdy dochází ke konfrontaci s realitou, jedinec se přizpůsobuje nové situaci pomocí

mechanismu popírání, potlačování a racionalizace. Emoce jsou velmi intenzivní. V této fázi hraje významnou úlohu sociální opora. V další fázi dochází ke zpracování krize, kdy se jedinec pomalu osvobozuje od traumatických prožitků a začíná projevovat zájem o budoucnost, silné emoční reakce již nejsou tak intenzivní a jsou méně časté. Poslední je fáze nové orientace, kdy člověk získává zpět své ztracené sebevědomí, navazuje nové sociální kontakty a traumatická událost obohacuje jeho životní zkušenosti.“

(40, str. 26 – 27)

Nevyřešená krize může přejít do syndromu psychického ohrožení, kdy je ohrožena tělesná i psychická integrita jedince. Člověk nedokáže situaci zvládnout a tento stav může vyústit do duševního či somatického onemocnění. Součástí syndromu psychického ohrožení je výrazná úzkost, pocity viny, omezené vyhodnocování skutečnosti či patologické až destruktivní chování spojené např. s agresivním chováním, derealizací či panickou reakcí. Někteří autoři upozorňují, že se v této souvislosti může objevit dynamické zúžení apercepce, kdy je pozornost soustředěna jen na úzkou oblast vjemů.

(46, str.40-41)

### **2.2.2. Stres**

V souvislosti s problematikou rodičů kriticky nemocných dětí je třeba přiblížit pojem stres. H. Selye, objevitel stresu, který jako první použil tento termín, definoval stres „jako nescifickou odpověď organismu na působení jakéhokoliv činitele. Je to charakteristická fyziologická odpověď na poškození organismu, která se projevuje prostřednictvím adaptačního syndromu.“

(40, str. 17-18)

J. Křivohlavý uvádí následující definici stresu: „Stres je definován jako negativní emocionální zážitek, který je doprovázen určitým souborem biochemických, fyziologických, kognitivních a behaviorálních změn, jež jsou zaměřeny na změnu situace, která člověka ohrožuje, nebo na přizpůsobení se tomu, co nelze změnit.“ (19, str. 170)

Pro stresovou situaci je důležitý poměr mezi intenzitou stresogení situace a schopnostmi jedince danou situaci zvládnout. Pokud je intenzita taková, že překročí možnosti člověka, vzniká nadlimitní zátěž, která vede k narušení rovnováhy organismu. ( 19, str. 170-171)

H. Selye popsal tři fáze reakce na stres, tzv. obecný adaptační syndrom. První fází je fáze poplachová, kdy dochází k náhlému narušení vnitřního prostředí organismu, k šoku a protišokové reakci a aktivizaci adaptačních mechanismů. Druhá fáze je charakteristická maximální adaptací. Ve třetí fázi dochází k vyčerpání jedince v důsledku prolongovaného využívání adaptačních mechanismů a může dojít až k selhání organismu. (40, str. 17-18)

Reakce na závažný stres zahrnuje akutní reakci na stres a posttraumatickou stresovou poruchu. Obě tyto poruchy lze identifikovat na podkladě symptomatologie a průběhu, ale také na základě příčiny, tzn. mimořádně stresujícího životního zážitku.

Zdravotníci se v praxi většinou setkávají s akutní reakcí na stres, a to např. u rodičů následkem závažného úrazu dítěte. D. Vodáčková definuje akutní reakci na stres jako „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“. (46, str. 360-363)

D. Vodáčková popisuje dva typy akutní reakce na stres. „Prvním a také častějším typem je obranná reakce typu A, neboli také aktivní reakce (útěk nebo útok), kdy převáží funkce nervu sympatiku. Na tělesné a emoční úrovni a také na změnách v chování lze pozorovat různé změny, např. svalové napětí, zrudnutí v obličeji, zrychlený tep a dech, výraznou mimiku, psychomotorický neklid, výrazné emoce, třes či agresivní projevy. Druhým, méně častým typem je reakce typu B, neboli pasivní, kdy převáží funkce nervu parasympatiku. Tato reakce slouží jako obrana před vnímáním podnětu, který nelze integrovat. Jinou podobou je disociace, oddělení od duševních procesů, kdy se člověk nevědomě chrání před přívalem silných emocí, které by neudržel pod kontrolou. Tato reakce se může projevat např. strnulostí, bledostí kůže, maskovitým obličejem, neschopností porozumět verbálním sdělením či neprojevováním emocí.“ (46, str. 360-363)

Mezi další poruchu, která bezprostředně souvisí s prožitým závažným stresem, patří posttraumatická stresová porucha, která vzniká jako opožděná nebo protražovaná odezva na stresovou událost. Zdravotníci se tedy s touto poruchou většinou nesetkávají, mohou ale její případný rozvoj z části ovlivnit vhodnými preventivními opatřeními v době akutního stresu, tedy např. v období po příjmu dítěte na JIP či ARO.

Posttraumatická stresová porucha se projevuje zejména v tendenci k znovuprožívání traumatického obsahu (např. ve snech, myšlenkách, pocitech), v tendenci vyhnout se myšlenkám či pocitům spojených s traumatem (např. neschopností prožívat pozitivní emoce, amnézií na důležité aspekty traumatizující události), v přetrvávajících projevech zvýšené dráždivosti (např. nesoustředěnosti, psychomotorickém neklidu, podrážděnosti). Velmi typickou součástí posttraumatické stresové poruchy jsou somatizace, kdy se neprožité a nevyjádřené emoce projevují jako bolesti či tělesné obtíže ( bolesti hlavy, potíže s trávením aj.). Časté jsou také výrazné pocity viny. (46, str.363-366, 4, str. 81-82)

Pro posttraumatickou stresovou poruchu je typické, že se začátek symptomů může objevit až půl roku nebo i déle po traumatizující události. Důležitý je také fakt, že se tato porucha může objevit i u člověka, který nebyl přímým svědkem události. (4, str.82)

#### 2.2.2.1 Stres u rodičů kriticky nemocných dětí

Rodiče, jejichž dítě závažně onemocnělo nebo utrpělo úraz, prožívají obrovský stres. Dětská jednotka intenzivní péče představuje vysoce stresující a emočně nabitě prostředí a přijetí dítěte na takové pracoviště znamená pro rodiče velmi těžkou zkušenost, především proto, že výsledek léčby je často nejistý, řada výkonů je nepříjemných či bolestivých. Objevují se intenzivní emoce jako strach, smutek či vztek. (1)

Dle W. Ward-Begnoche, která se zabývá příznaky posttraumatické stresové poruchy v dětské intenzivní péči, jsou „dětí, které utrpěly úraz či závažně onemocněly a jejichž stav vyžaduje hospitalizaci na JIP či ARO, ohrožené posttraumatickými stresovými příznaky stejně tak, jako jejich rodiče.“(49) Na výskyt akutní stresové poruchy, na výskyt případné posttraumatické stresové poruchy u rodičů dětí hospitalizovaných na JIP či ARO a na vzájemný vztah obou poruch se ve svém výzkumu zaměřili autoři A.Baluffi, N.Kassam-Adams, M.Tucker, T. Dominguez a M.Helfear. Výzkumu se zúčastnili rodiče 272 dětí, hospitalizovaných na JIP či ARO alespoň po dobu 48 hodin. U 87 rodičů (32%) se objevily příznaky akutní stresové poruchy. Ze 161 rodičů, kteří se účastnili následného hodnocení, se u 33 (21%) objevily příznaky, které splňovaly kriteria posttraumatické stresové poruchy.

Symptomy obou poruch nebyly závislé na objektivně měřené závažnosti zdravotního stavu, nýbrž na vnímání situace rodiči, např. jejich strachu o život dítěte. Autoři na závěr konstatují, že příznaky stresových poruch se běžně objevují u rodičů hospitalizovaných dětí a mohou přetrvávat i dlouhou dobu po jejich propuštění. Hospitalizace dítěte na JIP a ARO tedy může mít pro rodiče a ostatní členy rodiny závažnější důsledky než je obecně předpokládáno. (2)

Rizikovými faktory pro vznik posttraumatických stresových symptomů u rodičů jsou podle některých autorů následující okolnosti: pokud jsou rodiče svědky silného emočního stresu dítěte, pokud musí zvažovat etické otázky vztahující se k léčbě, pokud jejich dítě zemře či pokud byli svědky úrazu dítěte nebo do něj byli nějakým způsobem zahrnuti. Další autoři poukazují na faktory ovlivňující reakce rodičů mezi které může patřit charakter úrazu, zahrnující např. znetvoření, devastující poranění, poškození mozku či změnu osobnosti dítěte. Větší riziko rozvoje posttraumatické stresové poruchy je také u rodičů velmi malých dětí. Významnou okolností je též ztráta rodičovské role, potřeba informací a nejistota ohledně výsledku léčby dítěte. (49)

W. Ward-Begnoche cituje řadu studií, které se zabývají jednotlivými zatěžujícími faktory. Vyplývá z nich, že rodiče jsou plni obav o zdravotní stav dítěte, toho, zda jejich dítě vůbec přežije či jaké bude mít trvalé následky. Vzhledem k závažnosti zdravotního stavu dítěte jsou najednou nuceni vzdát se výsadní pečující rodičovské role, jejich komunikace s dítětem je výrazně narušena. Velmi stresující pro ně může být vzhled dítěte, např. po úraze (popáleniny), mohou také negativně prožívat odloučení od dítěte a omezení jejich přístupu k dítěti (při vizitách nebo při různých výkonech), či naopak jejich přítomnost u náročných a bolestivých výkonů, pokud není předem dostatečně ošetřena ze strany zdravotnického personálu. (49) Dle výsledků jiné studie jsou rodiče intubovaných dětí stresováni především bolestivými výkony prováděnými na jejich dítěti, rodiče neintubovaných dětí jsou stresováni zejména chováním a citovými projevy dítěte. (1)

Mezi další významné stresory patří také časový faktor. Někteří autoři uvádějí, že rodiče dětí přijatých neplánovaně, čili bez adekvátní přípravy, prožívají větší stres než rodiče dětí s plánovaným příjmem. Zde hraje roli zejména velké množství vyšetření a výkonů, prováděných v krátkém časovém období. (1)

Uvedené výsledky potvrzuje i M. Carter, který upozorňuje, že změny v chování hospitalizovaného dítěte, jeho citové projevy a narušení vztahu rodič – dítě patří mezi nejvýznamnější stresory, a to pro oba rodiče. Nemožnost pečovat o dítě, chovat ho a chránit před bolestivými vjemy přispívá ke zvýšené úzkosti a vede k pocitu nedostatečnosti v roli rodiče. (37)

M.Aldridge dále poukazuje na výsledky studií, které se zabývají stresem u matek v porovnání se stresem u otců. Např. M.S. Miles uvádí, že oba rodiče vnímají hospitalizaci dítěte na JIP a ARO jako stejně stresující. Otcové považují za největší stresor nemožnost navštívit a pomoci dítěti, zatímco matky uvádějí za nejvíce stresující separaci a strach o dítě. (1)

W. Ward-Begnoche zmiňuje také výsledky výzkumu provedeného metodou focus group, který se zabývá zvládním (coping) rodičů dětí hospitalizovaných na JIP či ARO následkem úrazu. Autoři konstatují, že rodiče prožívali příznivější emoční stav tehdy, pokud dobře komunikovali se zdravotnickým personálem, pokud dostávali „správně načasované“ informace a pokud byli přesvědčení, že bylo uděláno vše pro léčbu jejich dítěte. (49)

M. Aldridge zmiňuje jmenovitě prospektivní studii autorů R. Board a N. Ryan-Wenger, která se zabývá dlouhodobým efektem hospitalizace na fungování rodin. Výsledky naznačují, že rodičovský stres přetrvává dlouhou dobu po ukončení hospitalizace dítěte a rodiny samy sebe hodnotí jako více disfunkční než před hospitalizací. (1)

Pro snížení rizika vzniku pozdějšího rozvoje posttraumatické stresové poruchy W. Ward-Begnoche doporučuje, aby byly děti i jejich rodiče důkladně systematicky sledovány. Toto sledování by mělo probíhat nejen během hospitalizace na JIP či ARO, ale také na dalších odděleních a po propuštění, a to po dobu týdnů až měsíců. Autorka dále doporučuje minimalizovat traumatizující zkušenosti již během hospitalizace, což zahrnuje adekvátní management bolesti, doporučuje nevystavovat dítě ani rodiče obtížím jiných pacientů, podporovat komunikaci mezi rodiči a personálem, zajistit rodičům poradenství aj. (49)

### 2.2.2.2. Intervence s cílem snížit stres u rodičů hospitalizovaných dětí

M. Aldridge vytvořil algoritmus intervencí zohledňující časový faktor s cílem snížit stres u rodičů hospitalizovaných dětí. Vychází přitom z poznatků, že stres u rodičů dětí hospitalizovaných na JIP a ARO je nejvyšší v den příjmu dítěte, kdy rodiče prožívají až panický stav. Míra stresu postupně klesá 2., 3. a 4. den po příjmu.

Rodič, který prožívá krajní stres, se vyznačuje ohromeným, strnulým výrazem, neschopností se soustředit či klást dotazy a zapomnětlivostí. Autor soudí, že zdravotní sestry musí zhodnotit stav rodičů a navrhnout vhodné intervence a doporučuje, aby sestry vždy hodnotily faktory, které zvyšují nebo naopak snižují míru prožívaného stresu u rodin hospitalizovaných dětí. Toto zahrnuje otázky týkající se složení rodiny, předchozích zkušeností, možnosti sociální opory či duchovních potřeb.

Navržené intervence jsou rozdělené do dvou skupin: základní a pokročilé. Základní intervence jsou dále děleny na intervence vhodné během prvního dne a na intervence vhodné po prvním dni. Podstatou intervencí v prvním dni je poskytnutí základních informací s ohledem na to, že rodiče prožívají vysokou míru stresu spojenou se sníženou schopností koncentrace. Poskytování příliš detailních informací by bylo v této fázi neúčelné, vhodné jsou stručné a jasné informace.

Základní intervence jsou dále děleny na 4 oblasti : poskytování informací, podpora rodičovské role, vytváření důvěry a poskytování podpory.

- Poskytování informací. Potřeba informací je velmi často uváděnou potřebou. Rodiče by měli zprvu obdržet informace týkající se základní orientace na JIP a ARO, např. vysvětlení různých alarmů, monitorů či výkonů, kterých mohou být svědky. Dále je vhodné poskytnout telefonní kontakty a zdůraznit, že mohou kdykoli zavolat, pokud budou mimo nemocnici. Výhodné je poskytnout tyto informace v písemné podobě. Později rodiče již nebývají tak stresovaní prostředím JIP či ARO a je možné přistoupit k detailnějším informacím týkajícím se stavu dítěte. Dále je třeba, aby sestry „přeložily“ informace poskytnuté lékařem tak, aby rodiče porozuměli a vhodnými otevřenými otázkami se ubezpečily, že je rodiče opravdu chápou.



- Podpora rodičovské role. Omezení až ztráta rodičovské role je dalším častým stresorem. Autor doporučuje, aby rodiče měli možnost být neustále se svým dítětem, zvláště během různých vyšetření, výkonů či během resuscitace. Dále by rodiče měli být podporováni v péči o dítě a zajišťování jeho pohodlí. Zprvu mohou být rodiče zaskočeni z velkého množství invazivní monitorovací techniky, proto je vhodné, aby např. drželi dítě za ruku. Postupně mohou rodiče přebírat aktivnější roli v péči o dítě. Dále je také vhodné doporučit, aby rodiče přinesli z domova oblíbené hračky, obrázky atd.
- Vytváření důvěry. Rodiče by měli znát jména a funkce všech členů týmu, který pečuje o jejich dítě. Někteří autoři doporučují, aby rodiče byli přítomni u všech invazivních výkonů, jelikož takový postup snižuje strach z neznámého. V této oblasti je dále velmi důležitá kontinuita péče a také jednotnost podávaných informací a doporučení. Např. může negativně působit, pokud jedna sestra umožní matce chovat intubované dítě a jiná sestra to nedovolí.
- Poskytování podpory. Sestry by se měly ubezpečit, že jsou uspokojovány základní potřeby rodičů jako strava, ubytování a spánek. Dále by se měly pokusit identifikovat zdroje sociální opory jako jsou přátelé či příbuzní a ti by měli mít přístup k rodině během hospitalizace dítěte. Rodiče mají mít také možnost mluvit s duchovním

M. Aldridge považuje sestry za ty, které identifikují rizikové rodiče a v případě potřeby doporučí pokročilé intervence, poskytované ostatními členy týmu, např. sociální pracovníci či psychologem. Dále autor považuje za přínosné tzn. konference, neboli diskusi mezi rodiči, sestrami, lékaři a ostatními členy týmu, které nemusí být vyhrazené jen pro krizové situace či ojedinělá závažná rozhodnutí, ale mohou být běžnou součástí péče. Rodiče se tak cítí začlenění do rozhodování týkajícího se léčby a péče o jejich dítě. (1)

### 2.2.3. Potřeby rodičů kriticky nemocných dětí

Pro moderního ošetrovatelství je charakteristické systematické hodnocení a plánovité uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb zdravého i nemocného člověka, které je realizováno prostřednictvím ošetrovatelského procesu. (43, str.9)

Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Potřeby jsou společné všem lidem, nicméně způsoby jejich uspokojování jsou zcela individuální. Prožívání nedostatku ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka, jeho pozornost, myšlení, emoce, volní procesy, a tím zcela zásadně vytváří vzorec chování člověka. Potřeby jsou základními motivy, vyjadřujícími nějaký nedostatek, tj. narušenou psychickou nebo psychofyziologickou rovnováhu, a současně tendencí k její restauraci. (43, str.10)

Při příjmu a následné hospitalizaci kriticky nemocného dítěte na JIP či ARO je obvykle veškerá pozornost ošetřujících věnována potřebám dítěte. Koncept péče zaměřené na rodinu ovšem staví do středu zájmu potřeby celé rodiny. ( viz Kapitola Přítomnost rodičů na JIP a ARO)

M. Aldridge ve své práci shrnuje potřeby rodičů v dětské intenzivní péči. Jako nejdůležitější je rodiči hodnocena potřeba informací ohledně onemocnění dítěte, jeho prognózy a léčby, dále potřeba pravdivých odpovědí na otázky a potřeba být ihned kontaktován při změně stavu dítěte. Mezi další potřeby rodičů patří potřeba informací ohledně technického vybavení okolo dítěte a potřeba naděje. Další oblastí rodičovských potřeb je potřeba být rodičem pro své dítě, což zahrnuje potřebu vědět, že se dítě cítí pohodlně, podílet se jakýmkoliv způsobem na péči o dítě a vědět, že dítě dostává maximální možnou péči a že na něm personálu záleží. Další oblastí je potřeba přístupu k dítěti, což zahrnuje možnost být neustále se svým dítětem, potřeba vidět své dítě kdykoliv bez omezení návštěvních hodin a také potřeba být se svým dítětem během různých výkonů. Oblast biologických potřeb rodičů zahrnuje např. potřebu tekutin a stravování a místo pro odpočinek poblíž JIP či ARO. (1)

L. Scott ve své práci, zaměřené na potřeby rodičů, uvádí kvalitativní studii autorů J.Kasper a A. Nymathi, zaměřenou na identifikaci potřeb rodičů hospitalizovaných dětí. Studie dělí zjištěné potřeby na psychické (58%), fyzické (27%) a sociální (15%), a dále na 37 subkategorií. Mezi nejčastěji

uváděné potřeby patří: potřeba přesných, pravdivých informací o dítěti podávaných vhodným způsobem, potřeba být se svým dítětem a potřeba podílet se na péči o dítě. (37)

M. Kirschbaum, který zjišťoval potřeby 41 rodičů kriticky nemocných dětí, uvádí jako nejdůležitější potřebu naděje, ujištění, že dítě dostává maximální možnou péči a také potřebu informací týkající se léčby, stavu dítěte a jeho změn a také jeho prognózy. S těmito výsledky se shoduje M. Fisher, který porovnává potřeby matek a otců. Pro oba rodiče je nejdůležitější potřeba informací a naděje. (37)

#### 2.2.3.1. Jak sestry vnímají potřeby rodičů hospitalizovaných dětí?

Prvořadým úkolem sestry je péče o kriticky nemocné dítě, tedy uspokojování jeho potřeb. Neméně důležitá je ovšem také péče o jeho rodiče. „Během kritického období po příjmu dítěte až do jeho hemodynamické stabilizace sestry často zanedbávají potřeby rodičů. Po stabilizaci stavu dítěte by měla být věnována pozornost jeho rodičům, neboť jejich specifické potřeby nemusí být identifikovány ani uspokojeny.“ Někteří autoři poukazují na to, že často jsou to právě sestry, které rozhodují o tom, které potřeby rodičů budou či nebudou naplněny a také na to, že sestry vnímají rodičovské potřeby poněkud odlišně než samotní rodiče. Neidentifikované a adekvátně neuspokojené potřeby mohou v kombinaci s výrazným stresem vést k obavám a úzkosti a vyústit v krizi. Toto pak může negativně ovlivňovat dítě a bránit jeho uzdravení. (37)

Autorka L. Scott se ve své studii zabývá identifikováním potřeb rodičů kriticky nemocných dětí tak, jak jsou vnímány samotnými rodiči a zdravotními sestrami a jejich vzájemným porovnáním. Zjišťovala potřeby u 30 rodičů kriticky nemocných dětí a u 23 sester. Mezi nejdůležitější potřeby identifikované rodiči patří potřeba znát předpokládaný výsledek léčby, potřeba informací ohledně poskytované léčby, potřeba pravdivých informací, potřeba jistoty, že dítěti je věnována maximální péče laskavým personálem, potřeba často vidět dítě a mít možnost ho navštěvovat a potřeba být upozorňován na změny ve stavu dítěte. Sestry označily jako důležité podobné potřeby, důraz kladly na potřebu informací a potřebu naděje. Nicméně vztah mezi uváděnými potřebami a jejich důležitostmi, jak ji vnímají rodiče a sestry, vykazuje velké

rozdíly. Např. rodiče často uváděli potřebu mluvit se stejným lékařem každý den či potřebu vědět, že je o dítě pečováno, zatímco tyto potřeby neuvedla žádná sestra. Naopak sestry často uváděly jako důležitou potřebu podpory, pohodlí či sebezpečí, rodiče však tyto potřeby zmiňovali jen zřídka. L. Scott závěrem konstatuje, že rodiče a sestry identifikovali podobné potřeby. Obě skupiny považují potřebu informací, jistoty a přístupu k dítěti jako nejdůležitější, potřebu podpory a pohodlí jako méně důležitou. Potřeby týkající se zdraví rodičů byly samotnými rodiči hodnoceny jako málo důležité, což lze přisuzovat neschopnosti rodičů soustředit pozornost na sebe sama, pokud je jejich dítě kriticky nemocné. Spirituální potřeby byly hodnoceny jako málo důležité, a to jak rodiči tak i sestrami, což může svědčit o popírání závažnosti onemocnění. Přesto přes 50% rodičů i sester vyjádřilo potřebu mluvit o možné smrti dítěte. (37)

Rozdíly mezi vnímáním potřeb u rodičů a sester potvrzuje i M. Aldridge, který také poukazuje na řadu podobných studií. Obecně platí, že sestry hodnotí stresory a potřeby rodičů jinak než sami rodiče, stejně tak jako odlišně hodnotí přínosné intervence. Někteří autoři např. zjistili, že doporučení sester, aby rodiče šli domů odpočívat, považovalo jen 22% rodičů za efektivní strategii zvládnání náročné situace. Výsledky studií naznačují, že sestry nemohou předpokládat, že zcela rozumí potřebám rodičů a stresorům v dětské intenzivní péči. (1)

Sestry hrají klíčovou roli v péči o kriticky nemocné dítě a jeho rodinu. Je třeba, aby správně identifikovaly potřeby rodičů, aby stanovily priority a ty potom začlenily do plánu péče o rodinu. Je nezbytné posilovat účast rodičů v péči o dítě a jejich rozhodování týkající se léčby a péče. Začlenění a aktivní účast rodičů vede k znovu získání rodičovské role, k získání kontroly a k usnadnění adaptace na hospitalizaci dítěte a k řešení krize. Jak upozorňuje J. Renick, je třeba chápat komplexní potřeby rodičů a dítěte jako celku, nikoliv jako oddělené jednotky. (37)

#### **2.2.4. Přítomnost rodičů na JIP a ARO**

Rodina je pro dítě základním, velmi důležitým životním prostředím. Význam rodiny v péči o dítě se odráží v řadě významných dokumentů. Podle Listiny základních práv a svobod má každé dítě právo na rodičovskou výchovu a péči, stejná práva mají i jeho rodiče. Tento stav může změnit pouze

rozhodnutí soudu. (21) Úmluva o právech dítěte, přijatá OSN v roce 1989, představuje významný dokument, který upravuje roli dítěte ve společnosti ve smyslu jeho lidských práv a svobod a také zdůrazňuje jedinečnou úlohu rodiny v odpovědnosti za péči o dítě. (44, 36, str.154)

Onemocnění dítěte je významným faktorem, který ovlivňuje celý rodinný systém. I krátký pobyt v nemocnici může mít negativní dopad na celou rodinu. Pokud není rodičům umožněno své dítě v nemocnici doprovázet, pečovat o něj, ochraňovat a poskytovat mu podporu, mohou pociťovat selhání v rodičovské roli a mohou se objevit pocity viny. ( 36, str. 154)

V případech hospitalizace dítěte nemohou zdravotníci, přes veškerou jejich snahu, nikdy nahradit rodičovskou péči a uspokojit všechny individuální potřeby dítěte. Snaha o zlepšení situace hospitalizovaných dětí a jejich rodin vedla ke vzniku etického kodexu Charta práv hospitalizovaných dětí, na jehož vzniku v ČR se významně podíleli reprezentanti nadace Klíček Markéta a Jiří Králůvci. Práva dětí jsou v České republice platná od roku 1993. Zvláště významný je bod 2. – Děti v nemocnici mají vždy právo mít u sebe své rodiče nebo jejich zástupce (v Příloze č. 3 uvádím v plném znění). (26, 36, str.155 )

Potřeby dětí a jejich rodin vedly také ke vzniku konceptu Family Centered Care, neboli péče zaměřené na rodinu. Tento koncept, který vznikl ve Velké Británii, vychází z přesvědčení, že rodiče jsou pro dítě základním zdrojem jistoty a bezpečí, nejlépe znají své dítě a mohou reagovat na jeho potřeby. Rodiče mají za dítě právní odpovědnost i během hospitalizace a měli by být tudíž součástí procesu uzdravování dítěte. Role sester se v této souvislosti mění, původně bylo jejich hlavním úkolem pečovat o dítě a co možná nejvíce nahradit matku. Koncept péče zaměřené na rodinu ale staví do středu zájmu celou rodinu, kdy má sestra, společně s rodiči, napomáhat uzdravení dítěte. (36, str. 154)

Hlavní zásady péče zaměřené na rodinu jsou tyto:

- Důstojnost a respekt – poskytovatelé zdravotní péče začleňují do plánování a poskytování péče vědomosti, hodnoty, víru a kulturní zázemí pacienta a jeho rodiny.
- Sdílení informací – poskytovatelé zdravotní péče komunikují a sdílejí kompletní, přesné a nezaujaté informace s pacientem a jeho rodinou tak, aby mohli efektivně spolupracovat na léčbě a rozhodování o ní.

- Účast – pacienti a jejich rodiny jsou povzbuzováni a podporováni v účasti na péči a rozhodování o ní, a to v míře, kterou si oni sami zvolí.  
(18)

Na běžných odděleních českých zdravotnických zařízení se již setkáváme s častější až pravidelnou přítomností rodičů. Pobyt rodiče s dítětem v nemocnici je jistě pozitivním faktorem, který mírní nežádoucí vlivy působící na hospitalizované dítě, usnadňuje adaptaci dítěte na cizí prostředí a umožňuje trvale naplňovat jeho psychické potřeby. Toto ve svém důsledku může mírnit odliv energie zaměřený na vyrovnávání se s negativními faktory. Svou přítomností může matka rovněž napomoci zaměření a posílení energetického potenciálu dítěte na ozdravné procesy. (30, str. 46-47)

A. Řezníčková uvádí: „V ideálním případě je rodič ubytován s dítětem na společném pokoji a plně o něj pečuje.“ V případě, že o dítě pečuje rodič, měla by platit tzv. dohodnutá péče, kdy se sestra s rodiči domluví o podmínkách péče a rodina si sama zvolí, jak dalece se bude na péči o dítě podílet. O dítě má být během hospitalizace pečováno pokud možno tak, aby režim dítěte byl co nejvíce podobný domácímu režimu, což vyžaduje velmi individuální přístup. Ideální je, pokud rodiče zajišťují obecné ošetřování dítěte a zdravotníci pouze péči odbornou. (36, str.156-156)

Ve většině českých nemocnic na standardních odděleních se stává možnost kontinuálních návštěv či pobyt rodičů s dětmi samozřejmostí, i když zdaleka ne všude je tato situace ideální. V praxi je situace taková, že dětem do šesti let hradí pobyt doprovodu zdravotní pojišťovna, u starších dětí je možná úhrada pojišťovnou na základě doporučení ošetřujícího lékaře a po posouzení důvodů a doporučení psychologa. Jinak je to možné jen na základě úhrady rodiči. Pobyt rodičů s dítětem má více podob, praxe se liší v různých nemocnicích i na různých odděleních. Nejčastější jsou tyto formy: lůžko pro doprovod je na pokoji vedle lůžka dítěte, na oddělení je společný pokoj pro matky nebo je doprovod na oddělení pouze přes den a v noci chodí rodiče spát mimo oddělení (na ubytovnu, jiné oddělení, domů). Obvykle jsou upřednostňovány kojící matky. Tato v České republice relativně nová situace přináší řadu problémů. Oddělení nejsou na pobyt rodičů s dětmi zařízena, často stísněné podmínky vytvářejí novou stresovou situaci pro rodiče i personál nemocnic. Hospitalizace matek spolu s dětmi klade na ošetřovatelský personál

daleko větší nároky a představuje další psychickou zátěž. (30, Pilát, str. 47-48)

Situace na dětských JIP a ARO je však velmi odlišná. Přítomnost rodičů u kriticky nemocných dětí je stále předmětem odborných diskuzí. Dříve bylo běžné, že rodiče neměli na tento typ oddělení přístup a i dnes je stále ještě velmi časté, že rodiče nemají ke svým dětem plný přístup. Někde mohou rodiče své dítě vidět jen tzv. „přes sklo“. „Zahraníční zkušenosti ukazují, že přítomnost rodičů je nejen možná, ale i pro celkovou kvalitu péče i velmi přínosná i u tak závažných medicínských zákroků, jakými je resuscitace dítěte.“ ( 30, str.46-47 )

Trendem ve vyspělých zemích je vytváření podmínek pro neustálou přítomnost rodičů u dítěte a současně jejich začleňování do péče o dítě. V této souvislosti autoři A.B.Smith, G.C.Hefley a K.J.S.Anand provedli výzkum mezi rodiči dětí hospitalizovaných na JIP a ARO. Cílem bylo zjistit souvislosti péče o hospitalizované děti s kontinuální přítomností jejich rodičů, která je podmíněna poskytováním lůžek pro rodiče. Výzkum se zabýval otázkou, nakolik tato kontinuální přítomnost rodičů při hospitalizaci dítěte ovlivňuje velikost jejich stresu a také jak ovlivňuje zdroje tohoto stresu. Autoři ve svém výzkumu porovnávají dvě jednotky dětské intenzivní péče. Tu původní, kde lůžka pro rodiče nebyla součástí vybavení, a novou, kde již tato lůžka jsou (jedná se o křeslo po boku dětského lůžka, které lze v noci proměnit v lůžko). Výsledky výzkumu ukázaly výrazné snížení míry stresu u rodičů, kteří využívali lůžka po boku svých dětí, tedy že nový systém intenzivní péče o děti, umožňující rodičům jejich neustálou přítomnost, vede ke snížení celkového stresu rodičů spojeného s hospitalizací dítěte. (38)

Autoři A.B.Smith, G.C. Hefley a K.J.S.Anand se ve svém výzkumu odvolávají na řadu studií, které také potvrzují pozitivní efekt přítomnosti rodičů u hospitalizovaných dětí, a to především pro snížení stresu a strachu u rodičů i dětí, zvýšení sebedůvěry rodičů týkající se rodičovských schopností, lepší zvládnání náročné nemoci u dětí aj.

V praxi představuje kontinuální přítomnost rodičů na JIP a ARO, vzhledem k charakteru oddělení, specifickou problematiku. Přítomnost rodičů na tomto typu oddělení je předpokladem k realizaci konceptu péče zaměřené na rodinu, který doporučuje umožnit rodičům 24 hodinovou přítomnost u svého dítěte. „Přítomnost rodičů sama o sobě nezaručuje jejich účast a

partnerství v péči o dítě, ale bez přítomnosti rodičů by ani nebyla příležitost povzbuzovat rodiče a napomáhat jim k tomu, aby byli do péče začleněni.“ (38)

Přítomnost rodičů na JIP a ARO vyžaduje od personálu zcela nový přístup. Někteří autoři doporučují, aby sestry informovaly rodiče dětí co se týče indikací k jednotlivým výkonům a jejich průběhu. „Každý rodič by měl mít možnost volby, zda chce či nechce být přítomen u dítěte během výkonu. Pokud se rozhodne, že ano, měl by obdržet jasné a stručné vysvětlení co se bude dít a především jak může podpořit své dítě. Sestry by měly dále dohlížet, zda o sebe rodiče dostatečně pečují a zabránit tak event. jejich vyčerpání. V tomto ohledu je důležité rodiče ubezpečit, že není nutné, aby byli neustále po boku svého dítěte a že jejich dítě je důkladně sledováno i během jejich nepřítomnosti. Dále je dobré rodičům doporučit krátké přestávky mimo oddělení, procházky venku, pravidelnou stravu a dostatečný příjem tekutin. Neméně důležité je zajištění maximálního možného soukromí a klidu tak, aby mohli rodiče dostatečně odpočívat.“(38)

#### **2.2.5. Přítomnost rodičů u invazivních výkonů**

Jako invazivní výkony bývají označovány takové zákroky, které narušují integritu jedince. V českých zdravotnických zařízeních rodiče většinou nemají možnost být se svým dítětem během tohoto typu výkonů. Většinou bývají požádáni, aby po dobu výkonu opustili pokoj dítěte, a to i v případě nezávažných invazivních zákroků jako jsou krevní odběry. Lékaři a sestry se často domnívají, že by rodiče mohli svou přítomností narušovat hladký průběh výkonů nebo předpokládají, že je pro rodiče lepší, pokud nic nevidí.

Náročná situace rodičů spojená s hospitalizací dítěte na JIP či ARO je umocňována mimo jiné neznámým, vysoce technologickým prostředím. Toto je ještě zvyrazněno vyloučením rodičů od lůžka dítěte během invazivních výkonů, které rodiče mohou vnímat jako velmi důležité a ovlivňující stav dítěte.

Problematika přítomnosti rodičů u invazivních výkonů je v zahraničí už řadu let předmětem odborné diskuze, v jejímž důsledku se tradiční praxe spojená s vyloučením rodičů od lůžka dítěte pomalu mění. Rodičům bývá čím dál častěji umožněno být po boku svého dítěte, a to i během velmi náročných výkonů. Důvodem k takovému postupu byla řada studií, které poukazují na



přání rodičů setrvat se svým dítětem i v případě invazivních výkonů. Autoři K.S.Powers, S. J. Rubenstein uvádějí výsledky studií, které se zabývají přítomností rodičů u invazivních výkonů dětí. Výsledky ukazují, že naprostá většina rodičů si přeje být se svým dítětem, a to především vzhledem k přesvědčení, že se jedná o velký přínos pro dítě. (32)

Studie autorů R.S. Dingeman, E.A. Mitchell, E.C. Meyer, M.A. Curley, která se týká přítomnosti rodiny u pediatrických invazivních výkonů a resuscitace, shrnuje výsledky 15ti různých studií. Všechny studie poukazují na to, že si rodiče přejí mít možnost volby, zda zůstanou po boku svého dítěte či nikoliv. Studie ale také odhaluje, že se jedná o velmi kontroverzní téma. Řada amerických institucí doporučila zavést standardy pro přítomnost rodiny během těchto náročných situací, přesto jen malá část nemocnic je má vytvořené. Autoři dále upozorňují, že je třeba zavést tuto problematiku do vzdělávání profesionálů a zajistit dostatečné množství kvalifikovaného personálu tak, aby bylo možné tento záměr realizovat ku prospěchu rodičů, dětí a rovněž zdravotníků. (7)

Autoři K.S. Powers, J.S.Rubenstein provedli výzkum zaměřený na zjištění, zda přítomnost jednoho či obou rodičů u invazivních výkonů snižuje úzkost, kterou rodiče prožívají v případě hospitalizace dítěte na JIP či ARO, dále na vyhodnocení přínosu pro dítě i rodiče a na zjištění, zda přítomnost rodičů není nebezpečná pro sestry a lékaře. Výzkumu se zúčastnily sestry a rodiče celkem 16 dětí, které byly intubované, měly zavedené centrální žilní katetry či tracheostomii. (32)

Výsledky výzkumu dále dokládají, že přítomnost rodičů během invazivních výkonů výrazně snižuje míru jejich úzkosti co se týče těchto procedur, ale neovlivňuje míru úzkosti vztahující se k celkovému stavu dítěte. 13 z 16 rodičů považuje svou přítomnost za přínos pro sebe sama a pro zdravotnický tým. 14 ze 16 rodičů považuje svou přítomnost za přínos pro dítě. 15 z 16 rodičů by zopakovalo možnost zúčastnit se výkonu. 15 z 16 sester se domnívá, že přítomnost rodičů je přínosem pro dítě i pro rodiče. Jedna sestra uvedla, že přítomnost rodičů může být v jistém smyslu nebezpečná. 13 z 18 sester se domnívá, že přítomnost rodičů během invazivních výkonů by měla být běžnou součástí péče. Celkem bylo hodnoceno 20 invazivních výkonů a ani jeden lékař se nedomníval, že by rodiče jakkoliv narušovali průběh výkonů. Studie jasně demonstuje, že přítomnost rodičů u dítěte během invazivních

výkonů objektivně snižuje míru úzkosti týkající se těchto výkonů a má pozitivní efekt jak pro dítě, tak pro jeho rodinu. Důvodem snížení míry úzkosti je pravděpodobně zjištění, že výkon je méně náročný či nepříjemný než si rodiče představovali. (32)

V české odborné literatuře jsem bohužel nenašla žádnou podobnou studii, která by se zabývala problematikou přítomnosti rodičů u invazivních výkonů. V praktické části práce se na tuto problematiku částečně zaměřuji a pokouším zmapovat situaci na vybraných pracovištích a zjistit názory sester na přínos přítomnosti rodičů u těchto výkonů.

### **2.2.6. Přítomnost rodičů během resuscitace jejich dítěte**

Kardiopulmonální resuscitace je „soubor výkonů k neprodlenému obnovení průtoku okysličené krve mozky u osoby postižené náhlým selháním jedné či více základních vitálních funkcí.“ (29, str. 97) Kardiopulmonální resuscitace zahrnuje řadu výkonů, především zajištění ventilace, nejčastěji endotracheální intubací a umělým dýcháním a nepřímou srdeční masáž, event. defibrilaci. (31, str. 47-67)

Resuscitace představuje na stupni invazivity nejnáročnější výkon. Kontroverzní téma přítomnosti rodičů během resuscitace dítěte je v zahraničí v současnosti předmětem široké odborné diskuze. „D. Eichhorn považuje přítomnost rodiny u resuscitace za vysoce emocionálně náročnou situaci. Stejně tak P. Connors považuje tuto situaci za vysoce emotivní záležitost, vedoucí k řadě právních, etických a morálních dilemat.“ (39) Přesto je již všeobecně uznáváno právo pacientů na přítomnost rodinných příslušníků během resuscitace. (14)

Zahraníční literatura zmiňuje řadu studií na toto téma, zaměřených jak na rodiče, tak na zdravotnický personál. Přítomnost rodiny lze definovat jako „přítomnost v místě, jež jí umožňuje vizuální a fyzický kontakt s pacientem v průběhu invazivních výkonů a kardiopulmonální resuscitace.“ (25)

Diskuze na téma přítomnosti rodičů u resuscitace jejich dítěte začaly ve Spojených státech amerických již v 80. letech minulého století. Jeden z prvních organizovaných pokusů začlenit rodinu do resuscitace se uskutečnil v roce 1982 ve FOOTE Hospital v Jacksonu v USA. (25)

Téma přítomnosti rodičů u resuscitace je aktuální i v Evropě. Např. Holandská asociace dětských sester a Holandská pediatrická společnost se usnesly, že rodiče mají právo být s dítětem i během resuscitace. (8, 14) Pediatrická jednotka intenzivní péče v univerzitní nemocnici v Leidenu, v Holandsku, nejprve zavedla pilotní studii, jejímž cílem bylo zjistit, jaký vliv má přítomnost rodičů během resuscitace na děti, rodiče a zdravotnický personál. Studie měla přinést odpovědi na řadu otázek, např. zda je resuscitace za přítomnosti rodičů vůbec proveditelná a za jakých podmínek, zda je přítomnost rodičů přínosem pro ně samotné i pro jejich děti či zda může mít negativní dopad na práci resuscitačního týmu. Výsledkem této studie je, že rodiče již mají ke svým dětem během resuscitace přístup. (8)

Hlavním argumentem pro přítomnost rodičů u resuscitace dítěte je, že „péče o dítě musí být vždy zaměřena i na jeho rodinu s tím, že rodina dítěte tvoří samozřejmou součást jeho existence. V momentě extrémní krize, jako je resuscitace dítěte, neexistuje výjimka pro péči zaměřenou na rodinu. Začlenění rodiny představuje holistický přístup k dítěti a podporuje a udržuje její integritu.“ (25)

Dalším argumentem pro přítomnost rodičů u resuscitace dítěte je to, že si to rodiče sami přejí. P.R. McGahey uvádí ve své práci rozsáhlou studii autorů E.T. Boie, G.P. Moore, C. Brummett a D.R. Nelson, kde bylo dotazováno celkem 400 rodičů, jejichž děti byly léčeny na JIP či ARO. Dotazy byly rozděleny do 5ti skupin podle stupně invazivity výkonů, přičemž resuscitace tvořila poslední skupinu. Výsledky ukázaly, že si rodiče přejí být přítomni během resuscitace svých dětí. Z dotázaných si 83,4 % přálo být přítomno i v případě, že jejich dítě pravděpodobně zemře. Bylo zajímavé, že rodiče trvali na tom, aby o jejich přítomnosti nerozhodovali lékaři. Rozhodnutí na lékařích ponechávalo jen 6,5% rodičů. Výsledky výzkumu přispěly k tomu, že dětské nemocnice rychle uznaly význam názoru rodičů a potřebu urychleně zavést jejich přání do praxe. (25)

Autoři L.Nibert a D. Ondrejka uvádějí shrnutí literatury na toto téma, které potvrzuje přání rodičů mít možnost se rozhodnout, zda chtějí být přítomni resuscitaci jejich dítěte. Autoři upozorňují, že nebyla nalezena žádná literatura, která by uváděla, že přítomnost rodiny je nebezpečná pro rodinu či instituci. (28)

A. S. Jarvis shrnuje ve své práci pozitiva spojená s přítomností rodičů. Jedná se o zdravější truchlení, způsobené snazším přijetím reality a tím zabránění dlouhému popírání skutečnosti. Dále je to možnost mluvit na své dítě a moci říci mu vše, co rodiče potřebují s tím, že existuje určitá možnost, že dítě je může slyšet a vnímat. Někteří rodiče považují svou přítomnost za důležitou jak pro ně, tak pro umírající dítě. Rodiče také mohou vidět, že bylo učiněno vše pro záchranu jejich dítěte a ne jen o tom slyšet, jsou více spokojeni s poskytovanou péčí a cítí se být více začleněni do celého procesu. Otevřený přístup také snižuje riziko stížností. Mezi další pozitiva patří fakt, že snaha o vyloučení rodičů z místa resuscitace může být náročnější než ponechání rodičů po boku dítěte. Pro řadu příbuzných může být daleko více stresující odloučení od člena rodiny v tak závažné situaci než být svědkem snah o záchranu jeho života. Důležité je také to, že sestry vnímají dítě více jako součást milující rodiny než jen jako pouhý klinický případ.

Mezi nevýhody spojené s přítomností rodiny při resuscitaci, které uvádí ve své práci A.S. Jarvis, patří možnost vyšší zátěže pro personál a zvýšení stresu rodičů. Rozhodnutí o ukončení resuscitace může být přítomností rodiny ovlivněno. Rodiče, kteří se nacházejí ve velkém stresu, mohou zasahovat do resuscitace a tím může být výkon personálu ovlivněn. Neadekvátní vedení týmu může vytvářet dojem nedostatečné či chybné péče a vést k právním sporům. (39)

Odborná literatura na toto téma zdůrazňuje, že právě přístup lékařů a sester je hlavní překážkou pro to, aby byli rodiče přítomni u resuscitace. Někteří odborníci tvrdí, že být svědkem resuscitace je zkušenost, která není terapeutická, ale politováníhodná a vysoce traumatizující událost, a může rodinu pronásledovat po celý život. (39) Personál bývá často přesvědčen, že by rodiče neměli být konfrontováni s bolestivými výkony, které musí jejich dítě podstoupit. (25)

Přístup zdravotníků k problematice přítomnosti rodičů během resuscitace jejich dítěte se však pozvolně mění a odborníci již uznávají její přínos. Např. článek autorky P.R.McGahey uvádí studii autorů A. Goldstein, K. Berry a A.Callaghan, která ukázala, že přístup dětských lékařů se mění ve prospěch přítomnosti rodičů při resuscitaci dítěte. Studie byla prováděna ve Velké Británii v roce 1997. Z 27 lékařů provádějících resuscitaci dětí za

přítomnosti rodičů se pouze 3 lékaři vyjádřili negativně. Ve dvou případech bylo důvodem to, že se resuscitace zbytečně protáhla. (25)

Ve studii A.S. Jarvis z roku 1998 byly zjišťovány postoje k přítomnosti rodiny u 60 členů týmu, tj. lékařů a sester, na dětské JIP univerzitní nemocnice ve Velké Británii. Téměř 89% respondentů vyjádřilo názor, že je třeba dát rodičům možnost být přítomní resuscitaci svých dětí, přestože se objevila i řada obav a pochybností. Personál uváděl tyto výhody: rodiče mohou na vlastní oči vidět, že bylo učiněno vše pro záchranu dítěte, což snižuje riziko právních sporů. Pokud rodiče nejsou svědky resuscitace, mohou mít navždy pochybnosti o tom, zda lékaři prováděli resuscitaci s nejvyšším možným nasazením a dostatečně dlouhou dobu. V případě úmrtí dítěte pak rodičům usnadňuje truchlení a podporuje realistický pohled na situaci.

Mezi nevýhody, které uváděl personál, patří: pro rodiče je to příliš stresující a traumatizující zkušenost, pro zdravotnický personál je velmi obtížné v těchto chvílích zajišťovat rodičům podporu, přítomnost rodičů u resuscitace znamená zvýšení zátěže personálu a existuje riziko narušování resuscitace.

Přesto A.S. Jarvis uzavírá svou práci citací jednoho respondenta: „Pokud rodiče pečují o své dítě od okamžiku narození, proč by jim měl být odepřen přístup v okamžiku smrti?“. (39)

Ve studii autorů A. Sachetti, C. Carraccio, E. Leva, R. Harris a R. Lichenstein z roku 2000, ve které byl osloven lékařský a ošetrovatelský personál ze 3 různých JIP či ARO, bylo zjištěno, že většina lékařů nebyla přítomností rodičů nadšena, zatím co sestry přítomnost rodičů upřednostňovaly. Odpovědi naznačily, že zkušenost s přítomností rodičů, nikoliv délka praxe, odpovídá pozitivnímu vnímání přítomnosti rodin. A. Sachetti z výsledků vyvozuje, že konkrétní zkušenosti z přítomnosti rodin, pozorování či hraní rolí by mělo být součástí odborného vzdělávání. (25)

Nedávná studie autorů P. Fulbrook, J.W. Albarran, J.M. Latour prezentuje výsledky výzkumu zaměřeného na zkušenosti a přístup 124 zdravotních sester z celé Evropy týkajícího se přítomnosti rodiny během resuscitace. Výzkum poukazuje na obecnou podporu přítomnosti členů rodiny během resuscitace, ale britské sestry mají výrazně pozitivnější přístup než sestry z ostatních zemí. (13, 15)

V případě přítomnosti rodičů u resuscitace je nutné zdůraznit význam patřičné přípravy nejen personálu, ale také rodičů samotných. Vzdělání personálu v tomto směru má zásadní význam, personál potřebuje jasné instrukce, jak působit na rodiny v momentech krize právě tak, jako ovládat svůj vlastní stres. Důležitá je také přítomnost speciálně školené podpůrné osoby, jejímž jediným úkolem je doprovázet rodinu v této velmi náročné situaci. Pokud tato podpůrná osoba chybí, může to vést k nejistotě a frustraci všech přítomných. (25)

### **2.2.7. Úmrtí dítěte na JIP a ARO**

K úmrtí dětí dochází bohužel na JIP a ARO v porovnání s ostatními odděleními poměrně často. Problematika umírání a smrti na JIP a ARO je velmi složitá a je spojena s řadou etických problémů. Zahrnuje náhlá úmrtí např. v důsledku závažného úrazu, či naopak úmrtí dětí trpících dlouhodobým, chronickým či onkologickým onemocněním, kde je možné blížíci se smrt předvídat. Umírání na JIP a ARO je „komplikováno“ vysoce technologickým vybavením a účinnými léky, které mohou smrt oddalovat. Problematika umírání a smrti na JIP a ARO také zahrnuje specifické přístupy, např. odpojování od ventilátoru u prokázané smrti mozku, kardiopulmonální resuscitaci či problematiku dárcovství orgánů.

V této souvislosti je třeba zmínit, jak uvádí T. Horká, že „konfrontace se smrtí dítěte patří mezi nejnáročnější okamžiky v životě rodiny, ale i v profesním životě zdravotníků.“ (17, str. 358) N. Špatenková k tomu uvádí: „Smrt dítěte je pro rodiče velmi těžkou ztrátou, kterou považují za „nepřirozenou“ či „příliš časnou“. Významnými faktory jsou i věk dítěte a také okolnosti smrti.“ (41, str. 78 )

Důležité je brát v úvahu kontext rodinného prostředí a událostí, např. počet dětí v rodině, předchozí zkušenosti, zda byl nástup onemocnění pozvolný nebo jedná-li se naopak o náhlý úraz či geneticky podmíněné onemocnění. (17, str. 359)

V případě, že se jedná o náhlou smrt, kdy dítě umírá velmi brzy po úrazu a rodiče nemají možnost se na smrt dítěte nijak připravit, je situace pro rodiče velmi náročná. „Truchlení v případě náhlého úmrtí je obtížnější než

v případech úmrtí, kterému předcházelo varování. V případě předčasného a náhlého úmrtí jsou patologické reakce na ztrátu častější“ (41, str. 44-45 )

N. Špatenková upozorňuje také na fakt, že „smrt dítěte sebou často přináší sekundární stresy, které se negativně odrážejí jak v psychickém stavu rodičů, tak v jejich partnerském soužití.“ Někteří autoři soudí, že v mnoha případech se partnerský vztah kvůli takové ztrátě rozpadne. (41, str.79 )

T. Horká zdůrazňuje důležitost, ale také náročnost práce s rodiči. „Práce s rodinou umírajícího dítěte je nesmírně náročná a představuje pro ošetřující personál obrovskou emocionální zátěž. Podmínkou pro tuto práci je, že sestry mají téma smrti zpracované. Pokud toto téma není pochopené, může se nejistota a obavy negativně přenášet do vztahu k dítěti a jeho rodině.“ (17, str. 369-371)

K tomu T. Horká dále dodává: „Je nutné si uvědomit, že rodiče prožívají obrovský šok a tragédii a informace ohledně závažného zdravotního stavu a hrozící smrti dítěte můžou být rodiči zcela vytěsněny. Práce s matkou, otcem a s celou rodinou umírajícího dítěte je složitý proces a nikoliv jednorázová záležitost. Mnohdy musíme opakovat již řečené a pochopit, že hněv a zloba jsou fázemi, které ve svém důsledku mohou vést k přijetí smrti. Rodiče by měli být motivováni ke spolupráci a k péči o umírající dítě. Mělo by jí být umožněno dítě chovat, hladit, konejšit, mluvit na něho. Je na místě zvážit, zda je např. striktní dodržování režimu na oddělení na místě a k opravdovému prospěchu dítěte. Primární by měla být vždy snaha o uspokojení potřeb umírajícího dítěte a jeho rodiny.“ (17, str. 359)

Z.Matějček k této problematice uvádí, že „je třeba dát příležitost ke spontánním projevům rodičů a umožnit jim volně vyjádřit své pocity a postoje, i když v této fázi mohou být nepřátelské vůči personálu.“ A dále zdůrazňuje význam rozloučení se s dítětem. „ Aby se rodiče se ztrátou dítěte mohli plně vyrovnat, měli by mít možnost skutečnost v plné míře poznat. To znamená, že pokud si to rodiče přejí, měli by své mrtvé dítě vidět ( případně se ho dotýkat) a svým způsobem se s ním rozloučit.“ (22, str.116-117) Rodiče také mohou ocenit památku na dítě, např. otisk ručičky či nožičky, pramínek vlasů či fotografii. (20)

V souvislosti s tématem umírání a smrti dítěte je třeba zmínit problematiku truchlení, neboť vhodný přístup zdravotníků k rodině umírajícího dítěte může zabránit patologickým formám žalu.

J. Vymětal definuje pojem truchlení takto: „Truchlení a s ním spojený smutek je prožitkem a stavem, který nastává, jestliže u jedince došlo ke ztrátě něčeho (nebo někoho), co pro něho představuje vysokou hodnotu, případně nastane ohrožení jeho sebepojetí. Člověk prožívá smutek a truchlí při mezní ztrátě, např. při úmrtí blízkého člověka. Truchlení je přirozená reakce potřebná k tomu, aby se člověk se ztrátou vyrovnal, a to zejména tím, že se s ní smíří a přijme ji.“ (48, str.245)

V odborné literatuře jsou popisována různá stádia truchlení. V rámci reakce na ztrátu se nejprve se objevuje šok a snaha popřít skutečnost, postupně jsou si pozůstalí schopni připustit ztrátu a dochází k projevování intenzivních emocí. Konečně dochází k přijetí skutečnosti a vytváření pozitivních plánů do budoucna. (41 str. 36-42, 48, str. 282-284)

Je důležité si uvědomit, že zdravotníci se nejčastěji setkávají s pozůstalými v prvním stádiu, tedy ve fázi šoku, který trvá zpravidla hodiny až dva dny a může se projevovat např. apatií, pocity prázdnoty, skleslostí, automatickým chováním a plněním povinností, depersonalizací či derealizací. (48, str.282-284) Při jednání s pozůstalými je třeba brát tuto skutečnost v úvahu.

### **2.3. Odborná příprava a podpora sester pracujících na JIP a ARO**

Sestry nejsou většinou dostatečně připravené na komunikaci s rodinou dětského pacienta, což se projevuje zvláště v případě kritického onemocnění dítěte, u dětí s infaustní prognózou nebo u dětí umírajících. Komunikace s lidmi v náročných životních situacích či v krizi je velmi náročná a vyžaduje jistě určitou osobnostní zralost sestry, ale také specifické vědomosti a dovednosti. Sestry tráví s dítětem a jeho rodinou nejvíce času a nároky na komunikaci u sester jsou obrovské. V kvalifikační a specializační přípravě ovšem není podle mého názoru této problematice věnováno dostatek prostoru. Komunikace je specifická tím, že často nestačí pouhé teoretické znalosti, ale jsou nutné také praktické nácviky vedoucí k osvojení získaných dovedností.

Problematika přítomnosti rodičů na dětských JIP a ARO a komunikace s nimi je velmi specifická. V kvalifikační přípravě sester se tedy téměř neobjevuje. Sestry jsou na obecné rovině připravovány na komunikaci s rodinou v rámci předmětu Psychologie či Komunikace. Tyto kurzy probíhají



většinou formou teoretických přednášek, praktické nácviky většinou nelze realizovat pro velké množství studentů.

Sestry specialistiky jsou připravovány v rámci specializačního vzdělání, v tomto případě se jedná o specializaci Dětská sestra se zaměřením na intenzivní péči v pediatrii. Sestra specialistka má dle současné legislativy nejvyšší dosažené vzdělání v oboru, pro který se specializuje. Sestra se může do specializačního vzdělávání přihlásit po 12 měsíční praxi jako všeobecná sestra na úseku péče o dítě, k průběžným podmínkám patří 12 měsíční praxe v oboru specializace.

Vzdělávací program pro získání specializované způsobilosti v oboru ošetrovatelské péče v pediatrii - dětská sestra je modulový, zahrnuje modul základní, odborný a specializovaný. Cílem specializačního studia je připravit dětskou sestru, která bude schopna samostatně provádět všechny činnosti specializované a vysoce specializované ošetrovatelské péče v rámci pediatrie. Délka studia je 36 měsíců a zahrnuje 640 hodin, z toho 320 hodin teorie a 320 hodin praxe. V rámci odborného modulu se může sestra specializovat na intenzivní péči v pediatrii – role dětské sestry se zaměřením na intenzivní péči v pediatrii, která je vymezena souhrnem konkrétních vědomostí, dovedností a ošetrovatelských činností, nezbytných pro poskytování profesionální ošetrovatelské péče. Sestra dále volí specializační moduly, např. modul péče o traumatizované dítě či péče o dítě s bolestí. Cílem je připravit dětskou sestru na poskytování vysoce specializované péče na všech typech dětských jednotek intenzivní péče. Rámcový vzdělávací program určuje specifické vědomosti a dovednosti, kterých by měla sestra během studia dosáhnout. Mimo jiné se zde uvádí, že sestra „zná způsoby komunikace s kriticky nemocným dítětem a jeho rodiči, s dlouhodobě nemocným, chronicky nemocným a umírajícím dítětem a adolescentem, zná poruchy komunikace a jejich prevenci“. Dále sestra „umí komunikovat s kriticky nemocným dítětem a jeho rodiči/ doprovodem“ a „umí edukovat dítě a rodinné příslušníky v přípravě na specializované a léčebné postupy“. (45)

Pokusila jsem se zjistit jak je toto v praxi zajišťováno a kontaktovala jsem odbornou referentku pro vzdělávání ve FTNsP, která mi poskytla informace týkající se specializačního studia pořádaného FTNsP. Kurzy, které se vztahují k problematice přítomnosti rodičů na JIP a ARO, jsou tyto: Psychologický a etický přístup ke kriticky nemocnému a handicapovanému

dítěti v jednotlivých věkových kategoriích, jehož součástí je téma spolupráce s rodinou a příbuznými. Této problematice jsou věnovány celkem 4 hodiny. Dále je to kurz Komunikace s kriticky nemocným dítětem a jeho rodiči, který obsahuje témata jako je význam profesionální komunikace s kriticky nemocným dítětem a jeho rodiči, zásady komunikace a její specifika, druhy komunikace a jejich využití v praxi. Kurz je také v rozsahu 4 hodin. Také je zde možné uvést kurz Potřeby kriticky nemocných dětí s tématy individuální bio-psycho-sociální potřeby kriticky nemocného dítěte a jejich uspokojování, následky neuspokojených potřeb, prevence frustrace. Celkový rozsah kurzu jsou 2 hodiny. Celkem je tedy problematice přítomnosti rodičů na JIP a ARO věnováno 10 hodin z celkového počtu 320 hodin teorie. Dle poskytnutých informací jsou i tyto kurzy realizovány formou přednášek a neobsahují tedy praktické nácviky.

V rámci celoživotního vzdělání mohou sestry využít nabídku vzdělávacích akcí Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, kde např. subkatedra psychologie nabízí některé kurzy, které by svou náplní mohly vyhovovat potřebám sester z dětských JIP a ARO. Je to např. certifikovaný kurz Zvládání stresu a pracovní zátěže jako prevence syndromu vyhoření v rozsahu 48 hodin. Kurz má formu sebezkušenostního výcviku, je zaměřený na osobnostní rozvoj, rozvoj péče o duševní zdraví a rozvoj psychosociálních dovedností v konkrétních stresových, konfliktních a zátěžových situacích v rámci ošetrovatelského procesu. Déle je to certifikovaný kurz Psychoterapeutické přístupy v rozsahu 240 hodin a trvání dvou let, a to také formou sebezkušenostního výcviku zaměřeného na pomoc psychologickými prostředky. Součástí kurzu jsou praktické nácviky získaných vědomostí a dovedností v modelových i reálných situacích. Další velmi zajímavý kurz Rozvoj komunikačních dovedností u zdravotníků pracujících se seniory není bohužel určen pro dětské sestry, ale jeho náplň je velmi zajímavá. Kurz je zaměřen na získání dovedností vedení nedirektivního rozhovoru s pacientem a jeho rodinou či na poskytování psychické podpory rodině umírajícího. Součástí kurzu jsou praktické nácviky modelováním situací z pracovního prostředí, hraní rolí či práce s videotechnikou. Katedra managementu nabízí pro zdravotně-sociální pracovníky certifikovaný kurz Odborná pomoc klientům v psychosociální krizi, který kromě teorie krize obsahuje i základy krizové intervence.( 27 )

Sestry mají samozřejmě také možnost využít nabídky jiných vzdělávacích zařízení, např. občanské sdružení Remedium pořádá kurzy krizové intervence pro pomáhající profese. Tyto kurzy jsou však relativně časově náročné a drahé.

Také zdravotnická zařízení pořádají pro své zaměstnance různé kurzy celoživotního vzdělávání. Na webových stránkách jednotlivých fakultních nemocnic jsem našla jen některé kurzy, které obsahují problematiku komunikace. FTNsP pořádá kurz Komunikace s problémovým klientem. (5) VFN pořádá v rámci Profesního rozvojového centra Modul Antistresové programy (Zátěž v životě člověka, Komunikační techniky v krizových situacích či Balintovská skupina) či Modul Umění komunikace (např. Neditivní komunikace). Délka těchto kurzů je 8 hodin, sestry se mohou účastnit za poplatek a jsou jim následně přiděleny kredity dle vyhlášky MZ ČR č. 423/2004 Sb. (33)

Osobně se domnívám, že každá sestra, pracující na dětských JIP a ARO, by se měla orientovat v problematice krize a ovládat alespoň základní techniky krizové intervence. Dle mého názoru by měla zdravotnická zařízení tomuto problému věnovat pozornost a sestřím další vzdělávání v této oblasti umožnit.

Práce s kriticky nemocnými dětmi a jejich rodinami je spojena s mnoha problémy a náročnými situacemi, které mohou vést k přetížení sester a jejich psychickému vyčerpání, které může vést až k syndromu vyhoření. Vzhledem k této skutečnosti je třeba uvažovat o vhodné podpoře sester, např. formou supervize. Supervize může být definována např. 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“. (16, str.29-30) Tato forma podpory a rozvoje pracovníků není bohužel ve zdravotnických zařízeních zatím příliš využívána.

### 3. EMPIRICKÁ ČÁST – KVANTITATIVNÍ VÝZKUM

#### 3.1. Účel výzkumu a výzkumná otázka

Předmětem empirické části mé magisterské práce je kvantitativní výzkum zaměřený na zdravotní sestry pracující na dětských JIP a ARO s ohledem na přítomnost rodičů hospitalizovaných dětí na tomto typu oddělení. Cílem výzkumu je zjistit názory sester na danou problematiku a také upozornit na závažné téma přítomnosti rodičů na dětských JIP a ARO. Hypotézy jsem stanovila na základě znalostí z odborné literatury a mé vlastní zkušenosti a k jejich testování jsem zvolila metodu dotazníkového šetření.

Práce by měla předložit odpovědi na následující otázky:

- *Považují sestry péči o rodiče kriticky nemocných dětí za důležitou součást své práce?*
- *Jaké jsou názory a postoje zdravotních sester k přítomnosti rodičů na dětských JIP a ARO?*
- *Jaké jsou názory sester k začleňování rodičů do péče o dítě? V jaké míře umožňují sestry pečovat rodičům o své děti?*
- *Jaké jsou názory a zkušenosti sester s přítomností rodičů u invazivních výkonů?*
- *Jak pečují zdravotní sestry na dětských JIP a ARO o rodiče hospitalizovaných dětí?*
- *Jaké problémy sestry vnímají v souvislosti s přítomností rodičů na JIP a ARO?*
- *Jaké jsou zdroje zátěže sester ve vztahu k přítomnosti rodičů na JIP či ARO?*
- *Jaké jsou pocity sester spojené s přítomností rodičů na dětských JIP a ARO?*
- *Cítí se být sestry dostatečně odborně připravené v této oblasti?*
- *Uvítaly by sestry podporu ze strany organizace při zvládnání náročných situací spojených s přítomností rodičů kriticky nemocných dětí?*

#### 3.2. Hypotézy

*Obecné hypotézy:*

- I. Péče sester o rodiče kriticky nemocných dětí je ovlivněna jejich délkou odborné praxe, vzděláním a zkušenostmi. Sestry s kratší délkou odborné praxe a sestry s vyšším vzděláním mají k problematice přítomnosti rodičů na dětských JIP a ARO pozitivnější postoj.
- II. Zvyklosti oddělení, kde sestry pracují, ovlivňují péči sester poskytovanou rodičům.
- III. Přítomnost rodičů na dětských JIP a ARO je spojena s řadou problémů a představuje pro sestry zátěž.
- IV. Odborná příprava sester v této problematice je nedostatečná.

*Pracovní hypotézy:*

Obecné hypotézy jsem dále rozpracovala do pracovních hypotéz, které jsem testovala v rámci dotazníkového šetření.

1. Většina sester považuje péči o rodiče hospitalizovaných dětí za důležitou součást své práce.
2. K péči o rodiče kriticky nemocných dětí na JIP a ARO mají pozitivnější postoj sestry s vyšším vzděláním a kratší délkou praxe.
3. Sestry s vyšším vzděláním a sestry s kratší délkou praxe považují přítomnost rodičů u kriticky nemocného dítěte za přínos pro dítě, rodiče i sestry spíše než sestry s nižším vzděláním a delší praxí (v dalším textu je tato hypotéza rozpracována dle jednotlivých kategorií).
4. Většina sester považuje začlenění rodičů do péče o dítě za přínos pro dítě, rodiče i sestry, i když přínos pro sestry hodnotí nejkritičtěji.
5. Míra začlenění rodičů do péče o dítě se liší na jednotlivých pracovištích.
6. Sestry s vyšším vzděláním umožňují rodičům více pečovat o své dítě než sestry s nižším vzděláním.
7. Sestry, které umožňují rodičům více pečovat o dítě, spíše považují začlenění rodičů do péče o dítě za přínos pro sestry.
8. Většina sester nepovažuje přítomnost rodičů u invazivních výkonů za přínos pro dítě, rodiče ani sestry.

9. Zkušenost sester s přítomností rodičů u méně závažných invazivních výkonů se liší podle jednotlivých pracovišť, zkušenost sester s přítomností rodičů u závažných invazivních výkonů je minimální.
10. Sestry s vyšším vzděláním mají větší zkušenost s přítomností rodičů u invazivních výkonů než sestry s nižším vzděláním.
11. Zkušenost sester s přítomností rodičů u invazivních výkonů pozitivně ovlivňuje jejich postoj k přítomnosti rodičů u takových výkonů.
12. Většina sester věnuje rozhovorům s rodiči max. 10 minut.
13. Většina sester věnuje pozornost zajišťování základních potřeb rodičů.
14. Většina sester nevyužívá dalších zdrojů podpory, nenabízí rodičům možnost konzultace se sociální pracovníci, psychologem či duchovním.
15. Většina sester neabsolvovala žádný speciálně zaměřený kurz týkající se problematiky přítomnosti rodičů na JIP a ARO, většina sester by uvítala nějaký druh podpory ze strany organizace.

### **3.3. Stručná charakteristika výzkumných pracovišť**

Výzkum jsem prováděla u zdravotních sester pracujících na dětských JIP a ARO v pěti pražských fakultních nemocnicích, zkoumána byla vždy celá populace sester. Ke stručné charakteristice oddělení připojuji informace týkající se přístupu rodičů k dítěti, tedy možnost návštěv, celodenní péče o dítě či přijetí rodiče jako doprovodu.

*Všeobecná fakultní nemocnice, Klinika dětského a dorostového lékařství VFN a 1. LF UK (VFN KDDL)*

- Dětská JIRP – 7 lůžek pro resuscitační péči.
- Dětská JIRP disponuje lůžky pro komplexní monitoring a podporu selhávajících základních životních funkcí včetně možnosti poskytování nekonvenčních způsobů umělé plicní ventilace a hemoelimačních metod.
- Návštěvy každý den od 12.00 do 19.00 hod., event. individuálně, společná hospitalizace rodiče s dítětem možná po individuální domluvě s ošetřujícím lékařem.(47 )

*Fakultní Thomayerova nemocnice, Pediatrická klinika IPVZ (FTN PK)*

- Dětská JIP – 6 lůžek pro nejvyšší stupeň intenzivní péče (včetně péče resuscitační), 3 lůžka intenzivní péče.
- Dětská JIP poskytuje léčbu dětem od narození do 19 let věku v kritickém stavu, vyžadujícím intenzivní péči včetně umělé plicní ventilace a invazivního monitorování životních funkcí.
- Návštěvy možné pouze po individuální domluvě s ošetřujícím lékařem. (10)

*Fakultní nemocnice v Motole, Klinika anesteziologie a resuscitace UK 2.LF a IPVZ (FN Motol KAR)*

- Dětské ARO – 12 lůžek resuscitační péče.
- Dětské ARO je součástí Kliniky anesteziologie a resuscitace a zajišťuje resuscitační péči pro kriticky nemocné děti od narození do 19 let.
- Návštěvy rodičů jsou řešeny individuálně s ošetřujícím lékařem. (12)

*Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Klinika popáleninové medicíny (FNKV KPM)*

- Dětská JIP – 6 lůžek intenzivní péče (z toho 2 lůžka resuscitační péče).
- Klinika popáleninové medicíny zajišťuje komplexní a kontinuální péči popáleninového traumatu pro spádovou oblast celých Čech. Dětská JIP je určena pro děti od narození do 19 let, které utrpí závažné či kritické popáleninové trauma.
- Návštěvy jsou možné každý den od 14.00 do 19.00 hodin, při celodenní péči o dítě od 8.00 do 20.00. Doprovody matek k popáleným dětem jsou řešeny individuálně, na základě zdravotního a psychického stavu dítěte a rozhodnutí vedoucího dětského oddělení a pediatra. (11)

*Fakultní Thomayerova nemocnice, Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3LF UK a FTNsP (FTN KDCHT)*

- Dětská JIRP- 3 lůžka intenzivní péče a 6 plně vybavených resuscitačních lůžek s možností umělé plicní ventilace.

- Klinika dětské chirurgie a traumatologie zajišťuje komplexní chirurgickou a traumatologickou péči pro pacienty od narození do dovršení 15., po dohodě až do 18. roku.
- Návštěvy možné pouze po domluvě s ošetřujícím lékařem.(9)

### **3.4. Konstrukce dotazníku**

Pro sběr dat jsem zvolila metodu dotazníkového šetření. Dotazník jsem vypracovala sama a jen za účelem tohoto šetření (viz. Příloha č.2.). Dotazník má celkem 22 otázek. Převážná většina otázek má charakter uzavřený či polouzavřený, některé otázky jsou otevřené. Některé otázky byly volené tak, aby respondentky mohly odpovědět i na více kategorií. Na závěr dotazníku ponechávám prostor pro další připomínky či poznámky.

Dotazník se zaměřuje na následující oblasti:

- *Názory sester na péči o rodiče kriticky nemocných dětí jako součást ošetrovatelské péče.*
- *Názory sester na přítomnost rodičů u kriticky nemocného dítěte.*
- *Názory sester na začlenění rodičů do péče o kriticky nemocné dítě.*
- *Názory a zkušenosti sester s přítomností rodičů u invazivních výkonů.*
- *Podpora rodičů kriticky nemocných dětí ze strany sester.*
- *Problémové oblasti spojené s přítomností rodičů na JIP a ARO z pohledu sester.*
- *Pocity sester spojené s přítomností rodičů na JIP a ARO.*
- *Odborná příprava a podpora sester pracujících na JIP a ARO.*

### **3.5. Sběr a zpracování dat**

Po předchozí domluvě jsem předala dotazníky vrchním sestřám jednotlivých klinik, které dotazníky předaly sestřám na konkrétních pracovištích s žádostí o vyplnění. Jediným pracovištěm, kde jsem jednala s hlavní sestrou, bylo KAR ve FN Motol. Sběr dat probíhal po dobu dvou týdnů, a to během listopadu a prosince 2008. Vyplněné dotazníky v zalepené obálce byly vhazovány do schránky umístěné v pracovních staničních sester.



V rámci výzkumu bylo rozdáno celkem 109 dotazníků podle počtu sester, pracujících na jednotlivých odděleních. Tento počet jsem si nejprve ověřila u příslušných vrchních sester. Celková návratnost vyplněných dotazníků se výrazně lišila na jednotlivých pracovištích. Celkem jsem obdržela zpět 59 dotazníků, celková návratnost tedy činila 65 %.

- VFN KDDL – celkem rozdáno 25 dotazníků, návratnost 36 %.
- FTN PK – celkem rozdáno 16 dotazníků, návratnost 75 %.
- FN Motol KAR – celkem rozdáno 32 dotazníků, návratnost 34 %.
- FNKV KPM – celkem rozdáno 18 dotazníků, návratnost 50 %.
- FTN KDCHT – celkem rozdáno 18 dotazníků, návratnost 100%.

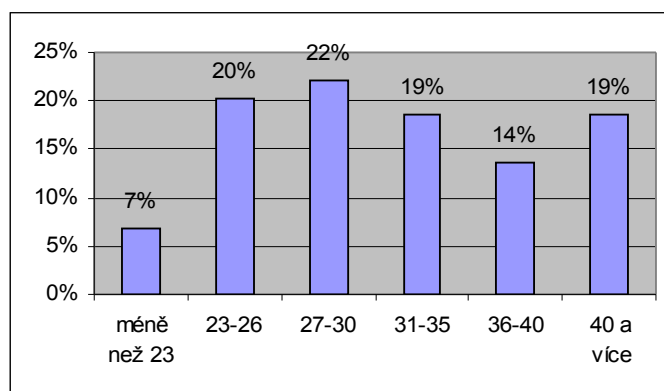
### **3.6. Výsledky výzkumu**

#### **3.6.1. Charakteristika zkoumané populace**

*Věk*

Nejčastěji zastoupená kategorie jsou sestry ve věku 27-30 let ( 22%), následuje kategorie sester ve věku od 23 do 26 let ( 20%) a téměř stejně početná kategorie sester ve věku od 31 do 35 let ( 19%). Překvapivě je ve stejné míře zastoupena též kategorie sester ve věku 40 let a více ( také 19%) a skupina sester mladších 23 let tvoří jen 7% zkoumané populace.

**Graf č. 1: Procentuální vyjádření jednotlivých věkových kategorií sester**



Zastoupení věkových kategorií na jednotlivých pracovištích se liší. Nejstarší sestry pracují ve FTN PK ( index 2,6) a ve FNKV KPM ( index 2,7).

Následuje FN Motol KAR (index 3,2). Naopak nejmladší sestry pracují ve VFN ( index 3,6) a ve FTN KDCHT (index 4,1).

**Tabulka č. 1: Procentuální vyjádření věkových kategorií na jednotlivých pracovištích**

Věk	VFN KDDL	FTN PK	FN Motol KAR	FNKV KPM	FTN KDCHT	Celkem
méně než 23	0%	0%	9%	0%	17%	7%
23-26	22%	8%	18%	0%	39%	20%
27-30	33%	25%	9%	44%	11%	22%
31-35	33%	8%	27%	11%	17%	19%
36-40	0%	33%	18%	11%	6%	14%
40 a více	11%	25%	18%	33%	11%	19%
<b>Celkem</b>	<b>100%</b> <b>(9)</b>	<b>100%</b> <b>(12)</b>	<b>100%</b> <b>(11)</b>	<b>100%</b> <b>(9)</b>	<b>100%</b> <b>(18)</b>	<b>100%</b> <b>(59)</b>

#### *Vzdělání sester*

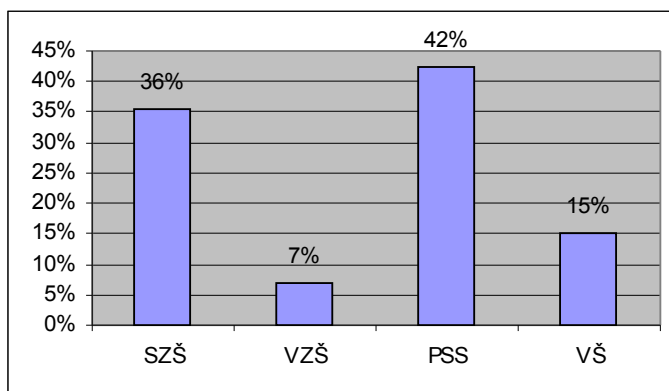
Vzdělání sester jsem původně chtěla hodnotit podle všech typů vzdělání, které sestry absolvovaly, a proto otázka v dotazníku vybízí k zaškrtnutí všech možných variant. Od tohoto záměru jsem v průběhu zpracování dat upustila, protože reálně existuje velké množství kombinací a zpracování by bylo příliš náročné. Vzhledem ke složitosti systému vzdělávání může jedna sestra zaškrtnout třeba i 6 možností. Rozhodla jsem se vzdělání sester hodnotit podle nejvyššího dosaženého vzdělání.

Vzdělání jsem rozdělila do 4 kategorií, a to na střední zdravotnické vzdělání (SZŠ), vyšší zdravotnické vzdělání (VZŠ), pomaturitní specializační vzdělání, dnes specializační studium (PSS) a vysokoškolské vzdělání (VŠ). Jako nejvyšší jsem zvolila vzdělání vysokoškolské, přestože podle současné legislativy je jako nejvyšší dosažené vzdělání považováno vzdělání specializační (vysokoškolské vzdělání je převážně koncipováno jen jako kvalifikační).

Nejčastěji je zastoupena kategorie sester s PSS ( 42%), tedy sester, které nejčastěji absolvovaly středoškolské vzdělání a pomaturitní specializační vzdělání ( PSS ARIP či PSS dětský ARIP), následuje SZŠ ( 36 %). Sester,

kteře absolvovaly VŠ, je 15%. Nejméně je sester, kteře absolvovaly VZŠ (7%).

**Graf č. 2: Procentuální vyjádřeni nejvyššího dosaženého vzdělání sester**



Vzdělání sester na jednotlivých pracovištích je také velmi rozdílné. Nejevzdělanější sestry pracují ve FNKV KPM ( index 3,3), dále ve VFN KDDL ( index 2,9). Následuje FN Motol KAR ( index 2,7). Sestry s nižším vzděláním pracují ve FTN PK ( index 2) a ve FTN KDCHT ( index 1,6).

**Tabulka č. 2: Procentuální vyjádřeni nejvyššího dosaženého vzdělání na jednotlivých pracovištích**

Vzdělání	VFN KDDL	FTN PK	FN Motol KAR	FNKV KPM	FTN KDCHT	Celkem
SZŠ	22%	50%	18%	0%	61%	36%
VZŠ	11%	0%	0%	0%	17%	7%
PSS	22%	50%	73%	67%	17%	42%
VŠ	44%	0%	9%	33%	6%	15%
<b>Celkem</b>	<b>100%</b> (9)	<b>100%</b> (12)	<b>100%</b> (11)	<b>100%</b> (9)	<b>100%</b> (18)	<b>100%</b> (59)

Zajímavé je porovnání nejvyššího dosaženého vzdělání v závislosti na délce praxe sester na JIP a ARO. Ze získaných dat vyplývá, že s délkou praxe roste vzdělání. Středoškolské vzdělání převažuje u sester s kratší praxí (nejvíce sester v kategorii 1-3 roky a sester s praxí kratší než 1 rok). Naopak sestry s PSS a vysokoškolsky vzdělané sestry jsou nejvíce zastoupeny v kategorii 10-15 let praxe a 16 a více let praxe. Tento závěr pravděpodobně potvrzuje fakt, že v praxi je nejvíce sester, které si své vzdělání doplňují průběžně a studují dálkově. Sestry, které absolvovaly současný systém kvalifikačního vysokoškolského studia, se v tomto zkoumaném souboru téměř nevyskytují.

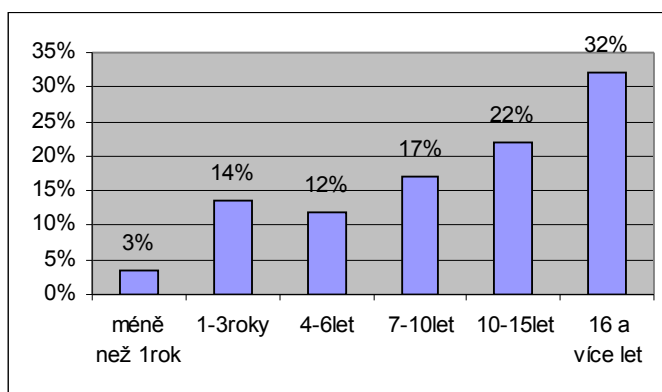
**Tabulka č. 3: Závislost nejvyššího dosaženého vzdělání na délce praxe sester na JIP/ARO (N=59)**

Délka praxe na JIP/ARO	SZŠ	VZŠ	PSS	VŠ	Celkový součet
16 a více let	0%	0%	28%	0%	12%
10-15 let	5%	0%	40%	44%	25%
7-10 let	14%	0%	16%	11%	14%
4-6 let	19%	25%	12%	22%	17%
1-3 roky	38%	75%	4%	11%	22%
méně než rok	19%	0%	0%	11%	8%
Chybějící odpovědi	5%	0%	0%	0%	2%
<b>Celkový součet</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

#### *Délka odborné praxe sester*

Tato kategorie do značné míry kopíruje věk sester. Nejčastěji zastoupenou kategorií je kategorie sester s délkou odborné praxe 16 let a více (32%). Následuje kategorie sester s délkou praxe 10-15 let (22%), dále 7-10 let (17%), 1-3 roky (14%) a 4-6 let (12%). Nejméně je sester s praxí kratší než 1 rok.

**Graf č. 3: Procentuální vyjádření délky odborné praxe sester**



Zastoupení kategorií délky odborné praxe na jednotlivých pracovištích rovněž kopíruje věk sester a poměrně značně se liší. Nejdlejší odbornou praxi mají sestry ve FNKV KPM (index 1,6), dále sestry z FTN PK (index 1,8). Následují sestry z FN Motol KAR (index 2,4) a sestry z VFN KDDL (index 3,1). Nejkratší odbornou praxi mají sestry z FTN KDCHT (index 3,6).

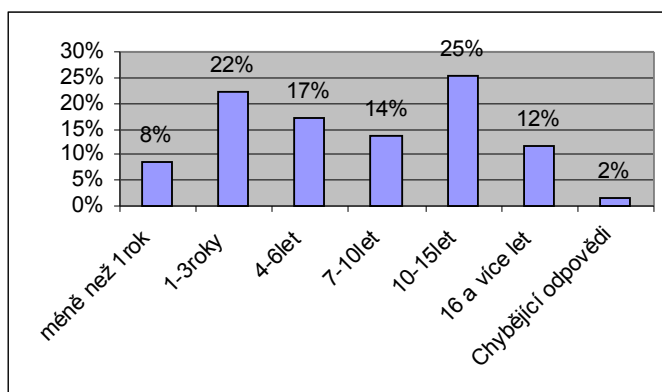
**Tabulka č. 4: Procentuální vyjádření délky odborné praxe na jednotlivých pracovištích**

Délka odborné praxe	VFN KDDL	FTN PK	FN Motol KAR	FNKV KPM	FTN KDCHT	Celkem
méně než 1rok	0%	0%	0%	0%	11%	3%
1-3roky	22%	0%	9%	0%	28%	14%
4-6let	11%	8%	18%	0%	17%	12%
7-10let	33%	25%	9%	0%	17%	17%
10-15let	22%	8%	27%	56%	11%	22%
16 a více let	11%	58%	36%	44%	17%	32%
<b>Celkem</b>	<b>100% (9)</b>	<b>100% (12)</b>	<b>100% (11)</b>	<b>100% (9)</b>	<b>100% (18)</b>	<b>100% (59)</b>

*Délka praxe na dětské JIP či ARO*

Délka praxe na JIP a ARO se částečně liší od délky odborné praxe sester. V délce odborné praxe na JIP či ARO je nejčastěji zastoupena kategorie sester s praxí 10-15 let (25%), následuje kategorie 1-3 roky (22%), dále kategorie 4-6 let (17%) a 7-10 let (14%). Nejméně je zastoupena kategorie 16 let a více (12%) a také kategorie nejmladších sester s praxí kratší než 1 rok.

**Graf č. 4: Procentuální vyjádření délky odborné praxe sester na JIP/ARO**



Nejdelší praxi na JIP či ARO mají sestry z FNKV KPM (index 2,6), následují sestry z FN Motol (index 2,7). Dále jsou to sestry z FTN PK (index 3) a sestry z VFN KDDL (index 3,7). Nekratší délku praxe na JIP či ARO mají sestry z FTN KDCHT (index 4,2).

**Tabulka č. 5: Procentuální vyjádření délky odborné praxe na JIP/ARO na jednotlivých pracovištích**

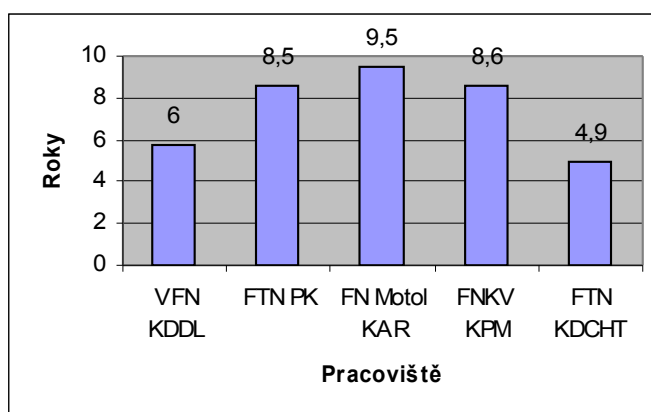
Délka praxe na JIP/ARO	VFN KDDL	FTN PK	FN Motol KAR	FNKV KPM	FTN KDCHT	Celkem
------------------------	----------	--------	--------------	----------	-----------	--------

<b>méně než 1rok</b>	0%	8%	0%	0%	22%	<b>8%</b>
<b>1-3roky</b>	22%	17%	18%	0%	39%	<b>22%</b>
<b>4-6let</b>	44%	17%	9%	11%	11%	<b>17%</b>
<b>7-10let</b>	11%	8%	18%	33%	6%	<b>14%</b>
<b>10-15let</b>	22%	17%	36%	56%	11%	<b>25%</b>
<b>16 a více let</b>	0%	25%	18%	0%	11%	<b>12%</b>
<b>Chybějící odpovědi</b>	0%	8%	0%	0%	0%	<b>2%</b>
<b>Celkem</b>	<b>100%</b> (9)	<b>100%</b> (12)	<b>100%</b> (11)	<b>100%</b> (9)	<b>100%</b> (18)	<b>100%</b> (59)

### *Praxe na stávajícím oddělení*

Nejdelší průměrnou délku praxe na stávajícím oddělení mají sestry z FN Motol KAR ( 9,5 let), následují sestry z FNKV KPM ( 8,6 let ) a sestry z FTN PK ( 8,5 let). Kratší průměrnou délku praxe na stávajícím oddělení mají sestry z VFN KDDL ( 6 let) a sestry z FTN KDCHT (4,9 let).

**Graf č. 5: Průměrná délka praxe sester na současném oddělení**



### **3.6.2. Názory sester na péči o rodiče kriticky nemocných dětí jako součást ošetrovatelské péče**

*1. Hypotéza: Většina sester považuje péči o rodiče hospitalizovaných dětí za důležitou součást své práce.*

Výsledky dotazníkového šetření potvrzují tuto hypotézu. Naprostá většina sester považuje péči o rodiče hospitalizovaných dětí za důležitou součást své práce (44% sester uvedlo „ano, rodina k dítěti neodmyslitelně patří“ a 51% sester uvedlo „spíše ano, ale hlavní je pro mně péče o dítě“). Rozdíly mezi jednotlivými pracovišti nejsou nijak výrazné. Nejvíce pozitivních odpovědí uvedly sestry z VFN KDDL, naopak 25% sester z FTN PK uvedlo, že spíše nepovažují péči o rodiče za součást své práce a péči o ně se věnují jen okrajově. Žádná z oslovených sester neuvedla variantu, že její povinností je pečovat o dítě a nikoliv o jeho rodiče.

**Tabulka č. 6: Považujete péči o rodiče hospitalizovaných dětí za důležitou součást Vaší práce?**

Názor	VFN KDDL	FTN PK	FN Motol KAR	FNKV KPM	FTN KDCHT	Celkem
Ano	67%	8%	55%	33%	44%	41%
Spíše ano	33%	67%	45%	44%	56%	51%
Spíše ne	0%	25%	0%	11%	0%	7%
Ne	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Chybějící odpovědi	0%	0%	0%	11%	0%	2%
<b>Celkem</b>	<b>100% (9)</b>	<b>100% (12)</b>	<b>100% (11)</b>	<b>100% (9)</b>	<b>100% (18)</b>	<b>100% (59)</b>

Obě následující hypotézy vycházejí z předpokladu, že sestry s vyšším vzděláním a sestry s kratší délkou praxe, které absolvovaly některou z forem vzdělání v novém systému, si budou více vědomy potřeb rodiny nemocného dítěte a jejich názory na tuto problematiku budou spíše pozitivní.

*2a. Hypotéza: Sestry s vyšším vzděláním mají k péči o rodiče pozitivnější postoj než sestry s nižším vzděláním.*

Na základě výsledků výzkumu není možné závislost na vzdělání potvrdit. Rozdíly v procentuálním zastoupení jednotlivých kategorií jsou malé, přestože např. 10% sester se středoškolským vzděláním uvedlo, že péči o rodiče spíše nepovažuje za součást své práce a tuto variantu neuvedla ani jedna sestra s vysokoškolským vzděláním.

**Tabulka č. 7: Závislost názoru sester na péči o rodiče na nejvyšším dosaženém vzdělání (N=59)**

Názor	SZŠ	VZŠ	PSS	VŠ	Celkový součet
-------	-----	-----	-----	----	----------------

<b>Spíše ne</b>	10%	0%	8%	0%	<b>7%</b>
<b>Spíše ano</b>	57%	50%	44%	56%	<b>51%</b>
<b>Ano</b>	33%	50%	44%	44%	<b>41%</b>
<b>Chybějící odpovědi</b>	0%	0%	4%	0%	<b>2%</b>
<b>Celkový součet</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

2b. Hypotéza: *Sestry s kratší délkou odborné praxe mají k péči o rodiče pozitivnější postoj než sestry s delší praxí.*

Na základě výsledků výzkumu není možné ani tuto hypotézu potvrdit, závislost názoru na délce praxe nelze prokázat. Rozdíly v procentuálním zastoupení jednotlivých kategorií jsou malé. Za zajímavé lze považovat, že nejvíce pozitivních odpovědí („ano“) uvedly sestry s nejdelší praxí na JIP a ARO (16 let a více - 57%) a také sestry s praxí kratší než 1 rok (60%). Vysoké procento pozitivních odpovědí u sester s minimální praxí lze vysvětlit např. novým systémem vzdělání či nedostatkem zkušeností, včetně zkušeností negativních. Naopak sestry s nejdelší praxí představují v tomto výzkumném vzorku také sestry nejvzdělanější, což může vysvětlovat jejich pozitivní odpovědi.

**Tabulka č. 8: Závislost názoru sester na péči o rodiče jako součást ošetrovatelské péče na délce praxe na JIP/ARO (N=59)**

<b>Názor</b>	<b>16 a více let</b>	<b>10-15 let</b>	<b>7-10 let</b>	<b>4-6 Let</b>	<b>1-3 roky</b>	<b>méně než rok</b>	<b>Chybějící odp.</b>	<b>Celkový součet</b>
<b>Spíše ne</b>	0%	13%	0%	20%	0%	0%	0%	7%
<b>Spíše ano</b>	43%	40%	38%	50%	77%	40%	100%	51%
<b>Ano</b>	57%	47%	50%	30%	23%	60%	0%	41%
<b>Chybějící odp.</b>	0%	0%	13%	0%	0%	0%	0%	2%
<b>Celkový součet</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

### 3.6.3. Názory sester na přítomnost rodičů u kriticky nemocného dítěte

#### *Přínos pro dítě*

Naprostá většina sester se domnívá, že přítomnost rodičů u kriticky nemocného dítěte představuje pro dítě přínos (přes 70% sester uvedlo pozitivní odpověď). Zhruba 30% sester uvedlo negativní odpověď. Názory sester



z jednotlivých pracovišť se většinou shodují. Převažují pozitivní odpovědi, jedinou výjimku tvoří FN Motol KAR, kde většina sester uvedla negativní odpovědi (63%).

**Tabulka č. 9: Domníváte se, že je přítomnost rodičů u kriticky nemocného dítěte přínosem pro dítě?**

Názor	VFN KDDL	FTN PK	FN Motol KAR	FNKV KPM	FTN KDCHT	Celkem
Rozhodně ano	11%	8%	18%	11%	39%	20%
Spíše ano	78%	50%	18%	78%	44%	51%
Spíše ne	11%	25%	45%	11%	17%	22%
Rozhodně ne	0%	8%	18%	0%	0%	5%
Chybějící odpovědi	0%	8%	0%	0%	0%	2%
<b>Celkem</b>	<b>100%</b> <b>(9)</b>	<b>100%</b> <b>(12)</b>	<b>100%</b> <b>(11)</b>	<b>100%</b> <b>(9)</b>	<b>100%</b> <b>(18)</b>	<b>100%</b> <b>(59)</b>

*3a. Hypotéza: Sestry s vyšším vzděláním považují přítomnost rodičů u dítěte za přínos pro dítě spíše než sestry s nižším vzděláním.*

Hypotézu v tomto případě nelze potvrdit. Nejvíce pozitivních odpovědi uvedly sestry se středoškolským vzděláním (85%), déle sestry s vysokoškolským vzděláním (78%). Naopak nejvíce negativních odpovědi uvedly sestry se specializačním vzděláním (56%).

**Tabulka č. 10: Závislost názoru sester na přínos přítomnosti rodičů pro dítě na nejvyšším dosaženém vzdělání (N=59)**

Názor	SZŠ	VZŠ	PSS	VŠ	Celkový součet
Rozhodně ne	0%	0%	12%	0%	5%
spíše ne	10%	25%	32%	22%	22%
Spíše ano	52%	50%	44%	67%	51%
Rozhodně ano	33%	25%	12%	11%	20%
Chybějící odp.	5%	0%	0%	0%	2%
<b>Celkový součet</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

*3b. Hypotéza: Sestry s kratší délkou odborné praxe považují přítomnost rodičů u dítěte za přínos pro dítě spíše než sestry s delší praxí.*

Hypotéza se v tomto případě částečně potvrdila. U mladších sester výrazně převažují pozitivní odpovědi (sestry s praxí kratší než 1 rok – 100%, sestry s praxí 1-3 roky - 85%). Naopak sestry s nejdélší praxí uváděly častěji

negativní odpovědi. Pozitivní odpovědi se v této kategorii neobjevovaly tak často ( sestry s praxí delší než 16 let – 58%, sestry s praxí 10 -15 let – 53 %).

**Tabulka č. 11: Závislost názoru sester na přínos přítomnosti rodičů pro dítě na délce odborné praxe na JIP/ARO (N=59)**

Názor	16 a více let	10-15 let	7-10 let	4-6 let	1-3 roky	méně než rok	Chybějící odp.	Celkový součet
Rozhodně ne	29%	7%	0%	0%	0%	0%	0%	5%
Spíše ne	14%	40%	13%	30%	15%	0%	0%	22%
Spíše ano	29%	40%	88%	50%	62%	40%	0%	51%
Rozhodně ano	29%	13%	0%	20%	23%	60%	0%	20%
Chybějící odp.	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	2%
<b>Celkový součet</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

#### *Přínos pro rodiče*

Přínos pro rodiče hodnotila většina sester obdobně jako přínos pro dítě. I v tomto případě se naprostá většina sester domnívá, že přítomnost rodičů u kriticky nemocného dítěte představuje pro rodiče přínos (přes 78% sester uvedlo pozitivní odpověď). Jen přes 20% sester uvedlo negativní odpověď. Názory sester z jednotlivých pracovišť se většinou shodují, jen sestry z VFN KDDL uvedly výrazně častěji názor, že přítomnost rodičů pro ně rozhodně představuje přínos (56%). Sestry z FN Motol KAR hodnotí přínos pro rodiče výrazně pozitivněji než hodnotily přínos pro dítě. Otázkou zůstává, proč tyto sestry hodnotí přínos pro dítě a pro rodiče tak odlišně. Důvodem může být fakt, že děti jsou často v bezvědomí a mohou vzbuzovat dojem, že přítomnost rodičů nepotřebují.

**Tabulka č. 12: Domníváte se, že je přítomnost rodičů u kriticky nemocného dítěte přínosem pro rodiče?**

Názor	VFN KDDL	FTN PK	FN Motol KAR	FNKV KPM	FTN KDCHT	Celkem
Rozhodně ano	56%	17%	18%	22%	28%	27%
Spíše ano	22%	58%	55%	67%	50%	51%
Spíše ne	22%	17%	27%	11%	22%	20%
Rozhodně ne	0%	8%	0%	0%	0%	2%
Chybějící odpovědi	0%	0%	0%	0%	0%	0%

<b>Celkem</b>	<b>100%</b> <b>(9)</b>	<b>100%</b> <b>(12)</b>	<b>100%</b> <b>(11)</b>	<b>100%</b> <b>(9)</b>	<b>100%</b> <b>(18)</b>	<b>100%</b> <b>(59)</b>
---------------	---------------------------	----------------------------	----------------------------	---------------------------	----------------------------	----------------------------

3c. Hypotéza: *Sestry s vyšším vzděláním považují přítomnost rodičů u dítěte za přínos pro rodiče spíše než sestry s nižším vzděláním.*

Hypotéza se v tomto případě částečně potvrdila. Nejvíce pozitivních odpovědí uvedly sestry s vysokoškolským vzděláním (100%). I v ostatních kategoriích převažují pozitivní odpovědi, následují sestry s PSS (80%) a sestry s VZŠ (75%). Sestry se středoškolským vzděláním uvedly nejvíce negativních odpovědí (33%).

**Tabulka č. 13: Závislost názoru sester na přínos přítomnosti rodičů pro rodiče na nejvyšším dosaženém vzdělání (N=59)**

Názor	SZŠ	VZŠ	PSS	VŠ	Celkový součet
Rozhodně ne	0%	0%	4%	0%	2%
Spíše ne	33%	25%	16%	0%	20%
Spíše ano	43%	50%	52%	67%	51%
Rozhodně ano	24%	25%	28%	33%	27%
<b>Celkový součet</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

3d. Hypotéza: *Sestry s kratší délkou odborné praxe považují přítomnost rodičů u dítěte za přínos pro rodiče spíše než sestry s delší praxí.*

Hypotéza se v tomto případě nepotvrdila. Sestry s kratší praxí nejčastěji uváděly negativní odpovědi (sestry s praxí kratší než 1 rok – 40%, sestry s praxí 1-3 roky- 38%). Naopak sestry s nejdelší praxí uváděly negativní odpovědi nejméně často (sestry s praxí delší než 16 let -14 %, sestry s praxí 10-15 let-13%)..

**Tabulka č. 14: Závislost názoru sester na přínos přítomnosti rodičů pro rodiče na délce odborné praxe na JIP/ARO (N=59)**

Názor	16 a více let	10-15 let	7-10 let	4-6 let	1-3 roky	méně než rok	Chybějící odp.	Celkový součet
Rozhodně ne	14%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%
Spíše ne	0%	13%	25%	10%	38%	40%	0%	20%
Spíše ano	43%	67%	63%	30%	54%	40%	0%	51%
Rozhodně ano	43%	20%	13%	60%	8%	20%	100%	27%
<b>Celkový</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

<b>součet</b>								
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--

### *Přínos pro sestry*

Přínos přítomnosti rodičů pro sestry hodnotila většina sester naprosto odlišně než přínos pro dítě a rodiče. V tomto případě výrazně převažovaly negativní odpovědi ( 68%), a to i na odděleních, kde sestry hodnotily přínos pro dítě a rodiče výrazně pozitivně (VFN KDDL). Názory sester na jednotlivých pracovištích se v podstatě shodují. Jediné oddělení, kde převažují pozitivní odpovědi, je FNKV KPM (56%). Na základě těchto výsledků lze usuzovat, že přítomnost rodičů u kriticky nemocného dítěte představuje pro sestry spíše zátěž než přínos.

**Tabulka č. 15: Domníváte se, že je přítomnost rodičů u kriticky nemocného dítěte přínosem pro sestry?**

Názor	VFN KDDL	FTN PK	FN Motol KAR	FNKV KPM	FTN KDCHT	Celkem
<b>Rozhodně ano</b>	0%	0%	9%	0%	6%	<b>3%</b>
<b>Spíše ano</b>	44%	0%	0%	56%	39%	<b>27%</b>
<b>Spíše ne</b>	56%	50%	73%	33%	50%	<b>53%</b>
<b>Rozhodně ne</b>	0%	42%	18%	11%	6%	<b>15%</b>
<b>Chybějící odpovědi</b>	0%	8%	0%	0%	0%	<b>2%</b>
<b>Celkem</b>	<b>100% (9)</b>	<b>100% (12)</b>	<b>100% (11)</b>	<b>100% (9)</b>	<b>100% (18)</b>	<b>100% (59)</b>

*3e. Hypotéza: Sestry s vyšším vzděláním považují přítomnost rodičů u dítěte za přínos pro rodiče spíše než sestry s nižším vzděláním.*

Hypotéza se v tomto případě částečně potvrdila. Téměř u všech kategorií převažují negativní odpovědi, výjimku tvoří pouze vysokoškolsky vzdělané sestry, které hodnotily přínos pro sestry poměrně pozitivně ( 67%). Následují sestry s VZŠ ( 50 %). Naopak nejvíce negativních odpovědí uváděly sestry s PSS ( 84 %) a sestry se SZŠ ( 67%).

**Tabulka č. 16: Závislost názoru sester na přínos přítomnosti rodičů pro sestry na nejvyšším dosaženém vzdělání (N=59)**

Názor	SZŠ	VZŠ	PSS	VŠ	Celkový součet
Rozhodně ne	5%	0%	32%	0%	15%
Spíše ne	62%	50%	52%	33%	53%
Spíše ano	24%	50%	12%	67%	27%
Rozhodně ano	5%	0%	4%	0%	3%
Chybějící odp.	5%	0%	0%	0%	2%
<b>Celkový součet</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

3f. Hypotéza: Sestry s kratší délkou odborné praxe považují přítomnost rodičů u dítěte za přínos pro sestry spíše než sestry s delší praxí.

Hypotéza se i v tomto případě částečně potvrdila. Názory sester s nejkratší praxí na JIP a ARO (méně než 1 rok) se výrazně odlišují od ostatních, jako jediné uvedly nejvíce pozitivních odpovědí (60 %). U ostatních kategorií sester převažují negativní odpovědi. Sestry s nejdelší praxí (16 let a více) uváděly nejčastěji názor, že přítomnost rodičů rozhodně není přínosem pro sestry ( 57%).

**Tabulka č. 17: Závislost názoru sester na přínos přítomnosti rodičů pro sestry na délce odborné praxe na JIP/ARO (N=59)**

Názor	16 a více let	10-15 let	7-10 let	4-6 let	1-3 roky	méně než rok	Chybějící odp.	Celkový součet
Rozhodně ne	57%	20%	13%	10%	0%	0%	0%	15%
Spíše ne	43%	40%	63%	60%	69%	40%	0%	53%
Spíše ano	0%	40%	25%	20%	31%	40%	0%	27%
Rozhodně ano	0%	0%	0%	10%	0%	20%	0%	3%
Chybějící odp.	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	2%
<b>Celkový součet</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Přístup rodičů k dítěti

V rámci tématu přítomnosti rodičů na JIP a ARO jsem se dále pokoušela zjistit, jaké okolnosti v praxi ovlivňují přístup rodičů k dítěti. Tento přístup je často ovlivňován zvyklostmi oddělení. Návštěvy rodičů na JIP a ARO většinou povoluje ošetřující lékař individuálně dle stavu dítěte. I když se pomalu dostává do povědomí zdravotníků právo dítěte na přítomnost rodičů, na

pracovištích intenzivní péče většinou převládá různá míra omezení přístupu rodičů k dítěti.

V rámci dotazníkového šetření jsem zjišťovala, za jakých okolností sestry rodiče k dítěti nepustí. Sestry mohly volit z nabízených možností. V případě neklidu dítěte se 75% sester vyjádřilo pozitivně a rodiče by k dítěti pustily. Pozitivní odpovědi převažují na všech pracovištích, ale jsou patrné jisté rozdíly. Např. všechny sestry z VFN KDDL by rodiče k dítěti pustily, zatímco 42% sester z FTN PK a 39% sester z FTN KDCHT uvedlo negativní odpověď.

**Tabulka č. 18: Pustíte rodiče k dítěti v případě jeho neklidu?**

Názor	VFN KDDL	FTN PK	FN Motol KAR	FNKV KPM	FTN KDCHT	Celkem
Nepustím	0%	42%	9%	22%	39%	25%
Pustím	100%	58%	91%	78%	61%	75%
chybějící odpovědi	0%	0%	0%	0%	0%	0%
<b>Celkem</b>	<b>100% (9)</b>	<b>100% (12)</b>	<b>100% (11)</b>	<b>100% (9)</b>	<b>100% (18)</b>	<b>100% (59)</b>

V případě rozrušení rodičů je počet sester, které by rodiče k dítěti nepustily, větší. Pozitivní odpověď uvedlo celkem 54% sester, negativní odpověď 46%. Oddělení, kde převládají pozitivní odpovědi, jsou VFN KDDL (78%), FN Motol KAR (64%) a FTN PK (58%). Naopak oddělení, kde převažují negativní odpovědi, jsou FTN KDCHT (61%) a FNKV KPM (56%).

**Tabulka č. 19: Pustíte rodiče k dítěti v případě jejich rozrušení?**

Názor	VFN KDDL	FTN PK	FN Motol KAR	FNKV KPM	FTN KDCHT	Celkem
Nepustím	22%	42%	36%	56%	61%	46%
Pustím	78%	58%	64%	44%	39%	54%
chybějící odpovědi	0%	0%	0%	0%	0%	0%
<b>Celkem</b>	<b>100% (9)</b>	<b>100% (12)</b>	<b>100% (11)</b>	<b>100% (9)</b>	<b>100% (18)</b>	<b>100% (59)</b>

V případě akutního příjmu se naprostá většina sester vyjádřila negativně (83%). Názor, že v případě akutního příjmu rodiče k dítěti nepustí, vyjádřila většina sester na všech pracovištích. Jednoznačně se vyjádřily např. sestry z FN Motol KAR (100% sester nepustí), méně jednoznačné stanovisko vyjádřily sestry z FNKV KPM (33% pustí) a sestry z FTN KDCHT (28% pustí).

**Tabulka č. 20: Pustíte rodiče k dítěti v případě akutního příjmu?**

Názor	VFN KDDL	FTN PK	FN Motol KAR	FNKV KPM	FTN KDCHT	Celkem
Nepustím	89%	92%	100%	67%	72%	83%
Pustím	11%	8%	0%	33%	28%	17%
chybějící odpovědi	0%	0%	0%	0%	0%	0%
<b>Celkem</b>	<b>100%</b> <b>(9)</b>	<b>100%</b> <b>(12)</b>	<b>100%</b> <b>(11)</b>	<b>100%</b> <b>(9)</b>	<b>100%</b> <b>(18)</b>	<b>100%</b> <b>(59)</b>

Sestry měly dále možnost uvést jiné okolnosti, které by vedly k tomu, že rodiče k dítěti nepustí. Tuto možnost využilo celkem 6 sester. Tyto výroky jsou: „pokud rodiče ruší jiné dítě na boxe“, „kdyby stresovali dítě“, „zajišťování invazí, převazy“, „pokud lékař návštěvu neschválí“, „pokud mám pocit, že situaci nezvládnou, naruší průběh výkonu“.

### 3.6.4. Názory sester na začlenění rodičů do péče o kriticky nemocné dítě

*4. Hypotéza: Většina sester považuje začlenění rodičů do péče o dítě za přínos pro dítě, rodiče i sestry, i když přínos pro sestry hodnotí nejkritičtěji.*

#### *Přínos pro dítě*

Stejně jako u názoru na přítomnost rodičů u kriticky nemocného dítěte se i v tomto případě naprostá většina sester domnívá, že začlenění rodičů do péče představuje pro dítě přínos. Pozitivní odpověď uvedlo dokonce přes 90% sester. Jen 8% sester uvedlo negativní odpověď. Rozdíly mezi jednotlivými pracovišti jsou minimální. Nejvíce negativních odpovědí uvedly sestry z FTN PK (25%).

**Tabulka č. 21: Domníváte se, že je začlenění rodičů do péče o dítě přínosem pro dítě?**

Názor	VFN KDDL	FTN PK	FN Motol KAR	FNKV KPM	FTN KDCHT	Celkem
Rozhodně ano	56%	17%	36%	56%	67%	47%
Spíše ano	33%	58%	55%	44%	33%	44%
Spíše ne	11%	25%	9%	0%	0%	8%
Rozhodně ne	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Chybějící odpovědi	0%	0%	0%	0%	0%	0%

<b>Celkem</b>	<b>100%</b> <b>(9)</b>	<b>100%</b> <b>(12)</b>	<b>100%</b> <b>(11)</b>	<b>100%</b> <b>(9)</b>	<b>100%</b> <b>(18)</b>	<b>100%</b> <b>(59)</b>
---------------	---------------------------	----------------------------	----------------------------	---------------------------	----------------------------	----------------------------

#### *Přínos pro rodiče*

Přínos začlenění rodičů do péče hodnotí naprostá většina sester jako přínos pro rodiče (přes 90% sester). V tomto případě se neobjevily žádné výrazné rozdíly mezi jednotlivými pracovišti.

**Tabulka č. 22: Domníváte se, že je začlenění rodičů do péče o dítě přínosem pro rodiče?**

Názor	VFN KDDL	FTN PK	FN Motol KAR	FNKV KPM	FTN KDCHT	Celkem
<b>Rozhodně ano</b>	67%	8%	55%	67%	50%	<b>47%</b>
<b>Spíše ano</b>	22%	83%	36%	33%	50%	<b>47%</b>
<b>Spíše ne</b>	11%	8%	9%	0%	0%	<b>5%</b>
<b>Rozhodně ne</b>	0%	0%	0%	0%	0%	<b>0%</b>
<b>Celkem</b>	<b>100%</b> <b>(9)</b>	<b>100%</b> <b>(12)</b>	<b>100%</b> <b>(11)</b>	<b>100%</b> <b>(9)</b>	<b>100%</b> <b>(18)</b>	<b>100%</b> <b>(59)</b>

#### *Přínos pro sestry*

Stejně jako u názoru sester na přínos přítomnosti rodičů pro sestry hodnotily sestry přínos začlenění rodičů do péče odlišně než přínos pro dítě a rodiče. V tomto případě ale nejsou rozdíly tak značné. Negativně se vyjádřilo jen 36 % sester. Co se týče rozdílů mezi pracovišti, převažují pozitivní odpovědi. Nejvíce pozitivně vnímají přínos začlenění rodičů do péče o dítě sestry z FTN KDCHT (89%) a sestry z VFN KDDL (78%). Naopak nejvíce negativních odpovědí uvedly sestry z FTN PK (83%). Otázkou zůstává, proč sestry hodnotí pozitivněji přínos pro sestry v případě začlenění rodičů do péče než v případě přítomnosti rodičů. Začlenění rodičů do péče může být za jistých okolností „úlevou“ pro sestry (např. pokud matka zastane krmení dítěte), často to ale vyžaduje čas strávený vysvětlováním konkrétních činností či dohledem nad rodiči.

**Tabulka č.23: Domníváte se, že je začlenění rodičů do péče o dítě přínosem pro sestry?**

Názor	VFN KDDL	FTN PK	FN Motol KAR	FNKV KPM	FTN KDCHT	Celkem
<b>Rozhodně ano</b>	11%	0%	0%	11%	22%	<b>10%</b>
<b>Spíše ano</b>	67%	17%	55%	56%	67%	<b>53%</b>
<b>Spíše ne</b>	22%	83%	45%	33%	6%	<b>36%</b>
<b>Rozhodně ne</b>	0%	0%	0%	0%	0%	<b>0%</b>
<b>Chybějící odpovědi</b>	0%	0%	0%	0%	6%	<b>2%</b>



<b>Celkem</b>	<b>100%</b> <b>(9)</b>	<b>100%</b> <b>(12)</b>	<b>100%</b> <b>(11)</b>	<b>100%</b> <b>(9)</b>	<b>100%</b> <b>(18)</b>	<b>100%</b> <b>(59)</b>
---------------	---------------------------	----------------------------	----------------------------	---------------------------	----------------------------	----------------------------

Hypotéza se tedy v případě názoru sester na začlenění rodičů do péče o dítě potvrdila, ve všech případech převažují pozitivní odpovědi, přínos pro sestry je hodnocen nejkritičtěji.

#### Míra začlenění rodičů do péče o dítě

##### *5. Hypotéza: Míra začlenění rodičů do péče o dítě se liší na jednotlivých pracovištích.*

V rámci dotazníkového šetření jsem dále zjišťovala, jak dalece se rodiče podílejí na péči o dítě, a to jak na péči o dítě spontánně ventilující, tak o dítě uměle ventilované. Důvodem je zejména značná odlišnost potřeb těchto dětí a též charakter poskytované ošetrovatelské péče.

Sestry měly možnost vyjádřit se, zda při jejich běžné směně rodiče jednotlivé činnosti provádějí či nikoliv. U neventilovaného dítěte jsem zjišťovala možnost hlazení a doteků, chování dítěte, zajišťování základní hygieny, přebalování, podávání tekutin a stravy, hry a čtení pohádek a možnost další činnosti. U ventilovaného dítěte jsem zjišťovala možnost hlazení a doteků, chování dítěte, zajišťování základní hygieny, přebalování a možnost další činnosti. Při zpracování dat jsem vycházela ze součtu jednotlivých činností a tak stanovila míru začlenění rodičů do péče o dítě. Maximální hodnota činí celkem 13, u neventilovaných dětí 7 a u dětí ventilovaných 5. Index v tomto případě představuje průměrnou hodnotu na jednotlivých pracovištích. Ze zjištěných dat vyplývá, že existují značné rozdíly mezi pracovišti. Nejvíce se rodiče podílejí na péči o dítě ve VFN KDDL ( index 8), naopak téměř o polovinu méně se na péči podílejí rodiče ve FTN PK( index 4,8). Průměrná hodnota na všech pracovištích je 6,3, u ventilovaných dětí 1,5. Hypotéza se tedy v tomto případě potvrdila, mezi jednotlivými pracovišti existují výrazné rozdíly.

**Tabulka č.24: Index míry začlenění rodičů do péče o dítě na jednotlivých pracovištích**

<b>Oddělení</b>	<b>Index – celkem</b>	<b>Index - ventilované děti</b>
-----------------	-----------------------	---------------------------------

	(max.13)	(max.5)
VFN KDDL	8	2
FTN PK	4,8	1,3
FN Motol KAR	6,3	1,7
FNKV KPM	6,1	1,1
FTN KDCHT	6,3	1,3

6. Hypotéza: *Sestry s vyšším vzděláním umožňují rodičům více pečovat o své dítě než sestry s nižším vzděláním.*

Dále jsem zjišťovala závislost míry začlenění rodičů do péče na vzdělání sester. V tomto případě zjištěná data ukazují souvislost, nejvíce umožňují rodičům začlenit se do péče o dítě sestry s vysokoškolským vzděláním ( index 8,1), následují sestry s VZŠ (index 6,6).

**Tabulka č. 25: Index míry začlenění rodičů do péče o dítě v závislosti na vzdělání**

Vzdělání	Index – celkem (max.13)	Index- ventilované děti (max.5)
SZŠ	5,9	1,3
VZŠ	6,6	1,3
PSS	5,8	1,4
VŠ	8,1	2,2

Následující tabulka detailně ukazuje míru začlenění rodičů do péče o dítě v závislosti na vzdělání sester. Z uvedených dat je patrné, že nejvíce vysokoškolsky vzdělaných sester umožňuje rodičům větší míru začlenění do péče o dítě ( index 7 a více), naopak nejvíce sester se SZŠ a též PSS umožňuje rodičům pečovat méně ( index 6 a méně).

**Tabulka č. 26: Závislost míry začlenění rodičů do péče o dítě na nejvyšším dosaženém vzdělání sester (N=59)**

Index aktivit rodičů	SZŠ	VZŠ	PSS	VŠ	Celkový součet
3	5%	0%	8%	0%	5%
4	14%	0%	16%	0%	12%
5	14%	0%	24%	0%	15%
6	29%	50%	20%	11%	24%
7	29%	25%	16%	22%	22%

<b>8</b>	10%	25%	8%	22%	<b>12%</b>
<b>9</b>	0%	0%	8%	33%	<b>8%</b>
<b>10</b>	0%	0%	0%	11%	<b>2%</b>
<b>Celkový součet</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

7. Hypotéza: *Sestry, které umožňují rodičům více pečovat o dítě, spíše považují začlenění rodičů do péče o dítě za přínos pro sestry.*

Dále jsem se rozhodla porovnat názor sester na přínos začlenění rodičů do péče pro sestry (tedy nejvíce negativně hodnocenou kategorii) s mírou začlenění rodičů, kterou jim sestry umožňují. V tomto případě se hypotéza potvrdila. Z následující tabulky je patrné, že sestry, které umožňují rodičům více pečovat o dítě, hodnotí přínos pro sestry spíše pozitivně a naopak procento negativních odpovědí stoupá s nižším indexem aktivit rodičů.

**Tabulka č. 27: Závislost názoru sester na přínos začlenění rodičů do péče na míře začlenění rodičů do péče (N=59)**

<b>Názor</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>Celkový součet</b>
<b>Spíše ne</b>	67%	57%	33%	57%	23%	14%	0%	0%	<b>36%</b>
<b>Spíše ano</b>	33%	29%	56%	36%	62%	57%	100%	100%	<b>53%</b>
<b>Rozhodně ano</b>	0%	14%	0%	7%	15%	29%	0%	0%	<b>10%</b>
<b>Chybějící odp.</b>	0%	0%	11%	0%	0%	0%	0%	0%	<b>2%</b>
<b>Celkový součet</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

### 3.6.5. Názory a zkušenosti sester s přítomností rodičů u invazivních výkonů prováděných u dětí hospitalizovaných na JIP a ARO

8. Hypotéza: *Většina sester nepovažuje přítomnost rodičů u invazivních výkonů za přínos pro dítě, rodiče ani sestry.*

Názory sester na přítomnost rodičů u méně závažných invazivních výkonů

Méně závažné invazivní výkony jsou takové zákroky, které sice narušují integritu jedince, ale nepředstavují výrazné zdravotní riziko. Většina takových výkonů se na JIP či ARO provádí velmi často a jejich provádění spadá do kompetence zdravotních sester. Sestry také většinou rozhodují o tom, zda rodiče mohou být u výkonů přítomni či nikoliv, i když zde jistě hrají roli i zvyklosti oddělení. V rámci dotazníkového šetření jsem zjišťovala zkušenost sester s přítomností rodičů během méně závažných invazivních výkonů a také jejich názor - zda se domnívají, že rodiče k takovým výkonům patří či nikoliv. Do této kategorie jsem zařadila i některé výkony, které invazivní nejsou, ale mohou být dítětem i rodiči vnímány jako náročné (např. převazy ran či invazí). Výkony, ke kterým se sestry vyjadřovaly, jsou následující: krevní odběry, kanylace periferních žil, odsávání z dýchacích cest, převazy invazí, převazy ran, sondování a cévkování.

#### *Přínos pro dítě*

Naprostá většina sester ( 88%) vyjádřila názor, že přítomnost rodičů během méně závažných invazivních výkonů může být někdy přínosem pro dítě, záleží však na okolnostech. Rozdíly mezi odděleními jsou minimální, nejvíce negativních odpovědí uvedly sestry z FTN PK (17%).

**Tabulka č. 28: Domníváte se, že je přítomnost rodičů u méně závažných invazivních výkonů přínosem pro dítě?**

Názor	VFN KDDL	FTN PK	FN Motol KAR	FNKV KPM	FTN KDCHT	Celkem
<b>Vždy</b>	11%	0%	9%	0%	6%	<b>5%</b>
<b>Někdy</b>	89%	83%	91%	100%	83%	<b>88%</b>
<b>Nikdy</b>	0%	17%	0%	0%	6%	<b>5%</b>
<b>Chybějící odpovědi</b>	0%	0%	0%	0%	6%	<b>2%</b>
<b>Celkem</b>	<b>100%</b> (9)	<b>100%</b> (12)	<b>100%</b> (11)	<b>100%</b> (9)	<b>100%</b> (18)	<b>100%</b> (59)

### *Přínos pro rodiče*

Přínos pro rodiče hodnotily sestry obdobně jako přínos pro dítě, v tomto případě se ale negativní odpovědi objevovaly častěji. Většina sester se domnívá, že přítomnost rodičů během méně závažných invazivních výkonů může být někdy přínosem, záleží však na okolnostech (78%). Nejvíce negativních odpovědí uvedly opět sestry z FTN PK (25%).

**Tabulka č. 29: Domníváte se, že je přítomnost rodičů u méně závažných invazivních výkonů přínosem pro rodiče?**

Názor	VFN KDDL	FTN PK	FN Motol KAR	FNKV KPM	FTN KDCHT	Celkem
Vždy	11%	8%	0%	11%	6%	7%
Někdy	78%	67%	82%	89%	78%	78%
Nikdy	11%	25%	18%	0%	17%	15%
Chybějící odpovědi	0%	0%	0%	0%	0%	0%
<b>Celkem</b>	<b>100% (9)</b>	<b>100% (12)</b>	<b>100% (11)</b>	<b>100% (9)</b>	<b>100% (18)</b>	<b>100% (59)</b>

### *Přínos pro sestry*

Přínos pro sestry hodnotily sestry i v tomto případě nejkritičtěji. Převládá sice názor, že přítomnost rodičů během méně závažných invazivních výkonů může být někdy přínosem pro sestry, záleží však na okolnostech (66%). Negativní odpověď uvedlo téměř 30% sester. Sestry z FTN PK uvedly tuto variantu v polovině případů.

**Tabulka č. 30: Domníváte se, že je přítomnost rodičů u méně závažných invazivních výkonů přínosem pro sestry?**

Názor	VFN KDDL	FTN PK	FN Motol KAR	FNKV KPM	FTN KDCHT	Celkem
Vždy	11%	0%	9%	0%	0%	3%
Někdy	78%	50%	64%	67%	72%	66%
Nikdy	11%	50%	27%	33%	22%	29%
Chybějící odpovědi	0%	0%	0%	0%	6%	2%
<b>Celkem</b>	<b>100 (9)</b>	<b>100% (12)</b>	<b>100% (11)</b>	<b>100% (9)</b>	<b>100% (18)</b>	<b>100% (59)</b>

V případě méně závažných invazivních výkonů se hypotéza potvrdila jen částečně, většina sester se domnívá, že rodiče mohou být za určitých okolností přínosem pro dítě, rodiče i sestry.

#### Názory sester na přítomnost rodičů u závažných invazivních výkonů

Závažné invazivní výkony jsou takové zákroky, které narušují integritu jedince a jejich provedení je relativně náročné. Většinou spadají do kompetence lékařů, sestry asistují. V tomto případě tedy o tom, zda rodiče mohou či nemohou být přítomni, většinou rozhoduje lékař. Tento typ výkonů často vyžaduje i různou míru sedace dítěte. V rámci dotazníkového šetření jsem zjišťovala zkušenost sester s přítomností rodičů během závažných invazivních výkonů a také jejich názor - zda se domnívají, že rodiče k takovým výkonům patří či nikoliv. Výkony, ke kterým se sestry vyjadřovaly, jsou následující: zavádění centrálních žilních katétrů, kanylace artérií, intubace a tracheostomie. Zvláštní kategorii tvoří resuscitace dítěte, která představuje na stupnici invazivity nejnáročnější výkon, a to i po emocionální stránce. Dále je to odpojování od ventilátoru u prokázané smrti mozku a péče o mrtvé tělo (v tomto případě se nejedná o invazivní výkony).

#### *Přínos pro dítě*

Většina sester (63%) hodnotí přínos přítomnosti rodičů u závažných invazivních výkonů negativně. V tomto případě jsou značné rozdíly mezi odděleními. Všechny sestry z FTN PK se vyjádřily negativně, zatímco u sester z FNKV KPM převažuje názor, že někdy může být přítomnost rodičů přínosem (78%) a u sester z FTN KDCHT se tento názor objevuje v polovině případů.

**Tabulka č. 31: Domníváte se, že je přítomnost rodičů u závažných invazivních výkonů přínosem pro dítě?**

Názor	VFN KDDL	FTN PK	FN Motol KAR	FNKV KPM	FTN KDCHT	Celkem
Vždy	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Někdy	33%	0%	27%	78%	50%	37%
Nikdy	67%	100%	73%	22%	50%	63%
Chybějící odpovědi	0%	0%	0%	0%	0%	0%
<b>Celkem</b>	<b>100%</b> <b>(9)</b>	<b>100%</b> <b>(12)</b>	<b>100%</b> <b>(11)</b>	<b>100%</b> <b>(9)</b>	<b>100%</b> <b>(18)</b>	<b>100%</b> <b>(59)</b>

### *Přínos pro rodiče*

Přínos přítomnosti rodičů u závažných invazivních výkonů hodnotí v tomto případě také většina sester negativně (73 %). Jen čtvrtina sester se domnívá, že někdy to může být pro rodiče přínosem. Stejně jako v předchozím případě jsou i zde značné rozdíly mezi odděleními. Např. u sester z FTN PK a z FN Motol KAR výrazně převažuje negativní názor (přes 90%), sestry z FNKV KPM opět hodnotí přínos spíše pozitivně.

**Tabulka č. 32: Domníváte se, že je přítomnost rodičů u závažných invazivních výkonů přínosem pro rodiče?**

Názor	VFN KDDL	FTN PK	FN Motol KAR	FNKV KPM	FTN KDCHT	Celkem
Vždy	0%	0%	0%	11%	0%	2%
Někdy	44%	8%	9%	56%	22%	25%
Nikdy	56%	92%	91%	33%	78%	73%
Chybějící odpovědi	0%	0%	0%	0%	0%	0%
<b>Celkem</b>	<b>100%</b> <b>(9)</b>	<b>100%</b> <b>(12)</b>	<b>100%</b> <b>(11)</b>	<b>100%</b> <b>(9)</b>	<b>100%</b> <b>(18)</b>	<b>100%</b> <b>(59)</b>

### *Přínos pro sestry*

Hodnocení přínosu přítomnosti rodičů pro sestry je stejně jako v předchozích případech výrazně negativní. 80% sester vyjádřilo názor, že rodiče nikdy nemohou být přínosem pro sestry. Jediné oddělení, kde převažuje názor, že někdy, v závislosti na okolnostech, rodiče mohou být přínosem, je opět FNKV KPM (56%).

**Tabulka č. 33: Domníváte se, že je přítomnost rodičů u závažných invazivních výkonů přínosem pro sestry?**

Názor	VFN KDDL	FTN PK	FN Motol KAR	FNKV KPM	FTN KDCHT	Celkem
Vždy	0%	0%	9%	0%	0%	2%
Někdy	33%	0%	0%	56%	17%	19%
Nikdy	67%	100%	91%	44%	83%	80%
Chybějící odpovědi	0%	0%	0%	0%	0%	0%
<b>Celkem</b>	<b>100%</b> <b>(9)</b>	<b>100%</b> <b>(12)</b>	<b>100%</b> <b>(11)</b>	<b>100%</b> <b>(9)</b>	<b>100%</b> <b>(18)</b>	<b>100%</b> <b>(59)</b>

V případě závažných invazivních výkonů se hypotéza potvrdila, většina sester se domnívá, že přítomnost rodičů nemůže být nikdy přínosem pro dítě, rodiče ani sestry.

Zkušenost sester s přítomností rodičů u invazivních výkonů

9. Hypotéza: Zkušenost sester s přítomností rodičů u méně závažných invazivních výkonů se liší podle jednotlivých pracovišť, zkušenost sester s přítomností rodičů u závažných invazivních výkonů je minimální.

Zkušenost sester s přítomností rodičů u jednotlivých invazivních výkonů jsem hodnotila pomocí indexu, který v tomto případě představuje součet výkonů, se kterými sestry mají zkušenost ve vztahu k jednotlivým oddělením. Index představuje průměrnou hodnotu. Ze získaných dat vyplývá, že existují podstatné rozdíly mezi pracovišti. Co se týče méně závažných invazivních výkonů, nejvíce zkušeností s přítomností rodičů mají sestry z VFN KDDL ( 6,1), následují sestry z FNKV KPM ( 4,7). Ostatní pracoviště mají hodnotu indexu podobnou (3,2-3,5). Sestry z VFN KDDL mají tedy téměř o polovinu více zkušeností s přítomností rodičů než sestry z FTN PK. Hypotéza se tedy v tomto případě potvrdila.

**Tabulka č. 34: Index zkušenosti sester s přítomností rodičů u méně závažných invazivních výkonů**

Pracoviště	Index zkušenosti - méně závažné invazivní výkony (max.7)
VFN KDDL	6,1
FTN PK	3,2
FN Motol KAR	3,5
FNKV KPM	4,7
FTN KDCHT	3,5



V případě zkušeností sester se závažnými invazivními výkony jsou indexy výrazně nižší, což potvrzuje hypotézu, že na pracovištích intenzivní péče v ČR není zvykem, aby rodiče byli přítomni u svých dětí během závažných invazivních výkonů, zkušenosti sester jsou tedy minimální. I v tomto případě mají největší zkušenost sestry z VFN KDDL (2,2), následují sestry z FN Motol KAR (1,2). Zkušenosti sester z ostatních oddělení jsou výrazně nižší. ( 0,1-0,3).

**Tabulka č. 35: Index zkušenosti sester s přítomností rodičů u závažných invazivních výkonů**

Pracoviště	Index zkušenosti - závažné invazivní výkony (max.7)
VFN KDDL	2,2
FTN PK	0,3
FN Motol KAR	1,2
FNKV KPM	0,1
FTN KDCHT	0,2

*10. Hypotéza: Sestry s vyšším vzděláním mají větší zkušenost s přítomností rodičů u invazivních výkonů než sestry s nižším vzděláním.*

Zkušenost sester s přítomností rodičů u invazivních výkonů jsem dále hodnotila ve vztahu k nejvyššímu dosaženému vzdělání. Ze získaných dat vyplývá, že v případě méně závažných invazivních výkonů nejsou rozdíly mezi jednotlivými kategoriemi vzdělání nijak výrazné. Přesto vysokoškolsky vzdělané sestry mají největší zkušenost s přítomností rodičů u takových výkonů. V případě závažných invazivních výkonů jsou rozdíly mezi kategoriemi vzdělání výrazné. Vysokoškolsky vzdělané sestry mají opět zkušenost největší. Index v tomto případě vyjadřuje průměrnou hodnotu součtu jednotlivých výkonů ve vztahu ke vzdělání sester. V tomto případě se tedy hypotéza potvrdila jen částečně.

**Tabulka č. 36: Index zkušenosti sester s přítomností rodičů u méně závažných invazivních výkonů na základě vzdělání**

Vzdělání	Index zkušenosti – méně závažné výkony (max.7)
SZŠ	3,5
VZŠ	4,5
PSS	4
VŠ	4,8

**Tabulka č. 37: Index zkušenosti sester s přítomností rodičů u závažných invazivních výkonů na základě vzdělání**

Vzdělání	Index zkušenosti -závažné invazivní výkony (max.7)
SZŠ	0,1
VZŠ	0
PSS	1,04
VŠ	1,4

*11. Hypotéza: Zkušenost sester s přítomností rodičů u invazivních výkonů pozitivně ovlivňuje jejich postoj k přítomnosti rodičů u takových výkonů.*

Na základě získaných dat jsem dále hodnotila názor sester na přítomnost rodičů v závislosti na jejich zkušenosti s přítomností rodičů u invazivních výkonů. Z výsledků lze vyvodit závěr, že sestry, které mají zkušenost s přítomností rodičů, hodnotí jejich přítomnost výrazně pozitivněji než sestry, které tuto zkušenost nemají. U méně závažných invazivních výkonů se 86 -100% sester, které mají zkušenost s přítomností rodičů, vyjádřilo, že rodiče k takovým výkonům patří. Naopak sestry, které zkušenost nemají, vyjádřily tento názor v 48-100%. Jedinou výjimkou jsou krevní odběry, kdy se pozitivněji vyjádřily sestry bez zkušenosti s přítomností rodičů (ovšem jen s minimálním rozdílem). Sestry, které mají zkušenost s přítomností rodičů u závažných invazivních výkonů, je výrazně méně. U všech sester převažuje názor, že rodiče k tomuto typu výkonů nepatří (zavádění CŽK, intubace, resuscitace). Výjimku tvoří kanylace artérií a tracheostomie, kde se sestry se zkušeností vyjádřily pro přítomnost rodičů. Přesto sestry, které mají zkušenost s přítomností rodičů u takových výkonů, hodnotí jejich přítomnost pozitivněji. Závislost pozitivního názoru na zkušenosti je nejvíce patrná v případě odpojování od ventilátoru u prokázané smrti mozku a v případě péče o mrtvé tělo. Zde se 100% sester, které takovou zkušenost mají, vyjádřilo pro přítomnost rodičů. Naopak pozitivně se vyjádřilo jen zhruba 50% sester, které tuto zkušenost nemají.

**Tabulka č. 38: Závislost názoru sester na přítomnost rodičů u invazivních výkonů na zkušenosti sester (N=59)**

Výkon	Zkušenost ano		Zkušenost ne		% ano zkušenost
	Patří	Nepatří	Patří	Nepatří	

<b>Krevní odběry</b>	93%	7%	100%	0%	78% (46)
<b>Kanylace periferních žil</b>	92%	8%	89%	11%	66% (39)
<b>Odsávání z dýchacích cest</b>	100%	0%	67%	33%	81% (48)
<b>Převazy invazí</b>	95%	5%	61%	39%	64% (38)
<b>Převazy ran</b>	89%	11%	50%	50%	59% (35)
<b>Sondování</b>	95%	5%	49%	51%	37% (22)
<b>Cévkování</b>	86%	14%	48%	52%	12% (7)
<b>Zavádění CŽK</b>	33%	67%	13%	87%	3% (2)
<b>Kanylace artérií</b>	75%	25%	13%	87%	7% (4)
<b>Intubace</b>	25%	75%	12%	88%	7% (4)
<b>Tracheostomie</b>	67%	33%	9%	91%	5% (3)
<b>Resuscitace</b>	20%	80%	12%	88%	8% (5)
<b>Odpojování od ventilátoru u prokázané smrti mozku</b>	100%	0%	59%	41%	19% (11)
<b>Péče o mrtvé tělo</b>	100%	0%	51%	49%	17% (10)

### 3.6.6. Podpora rodičů kriticky nemocných dětí hospitalizovaných na JIP a ARO ze strany sester

V rámci dotazníkového šetření jsem zjišťovala, zda a jak sestry poskytují podporu rodičům kriticky nemocných dětí, hospitalizovaných na JIP a ARO. Zaměřila jsme se na několik oblastí, a to na poskytování informací, poskytování podpůrného rozhovoru, uspokojování základních potřeb rodičů a nabízení dalších zdrojů podpory, tedy konzultace se sociální pracovníci, psychologem a duchovním.

#### Poskytování informací

12. Hypotéza: *Většina sester věnuje rozhovorům s rodiči max. 10 minut.*

Dostatek potřebných informací zcela jistě snižuje nejistotu rodičů a tlumí úzkost způsobenou hospitalizací jejich dítěte na neznámém prostředí JIP či ARO. Informace o zdravotním stavu dítěte poskytuje lékař. Sestry ale tráví s dítětem a jeho rodiči nejvíce času a je tedy běžné, že se rodiče dožadují různých informací právě od nich. Sestry sice nesdělují informace o zdravotním stavu, ale mohou doplnit informace poskytnuté lékařem. Dále také podávají

informace o poskytované ošetrovatelské péči či o technickém vybavení okolo dítěte. V rámci dotazníkového šetření jsem zjišťovala, kolik času sestry věnují rozhovorům s rodiči.

*Rozhovor o provozních záležitostech a podání praktických informací*

Ze získaných dat vyplývá, že většina sester věnuje rozhovoru s rodiči o provozních záležitostech a podání praktických informací 10 -20 minut (přes 80% sester). Rozdíly mezi pracovišti nejsou výrazné. Sestry z FNKV KPM uvedly, že s rodiči hovoří i 30 minut a déle (22%). Naopak některé sestry z FTN PK věnují rozhovoru s rodiči max. 5 min. ( 17%).

**Tabulka č. 39: Kolik času za směnu po příjmu dítěte obvykle věnujete rozhovoru s rodiči o provozních záležitostech a podání praktických informací?**

Délka rozhovoru	VFN KDDL	FTN PK	FN Motol KAR	FNKV KPM	FTN KDCHT	Celkem
Nevěnuji	0%	0%	0%	0%	0%	0%
max. 5 min.	0%	17%	9%	11%	6%	8%
10 min.	44%	75%	55%	44%	72%	61%
20 min.	33%	8%	27%	22%	17%	20%
30 min.	11%	0%	0%	11%	6%	5%
Déle	0%	0%	9%	11%	0%	3%
chybějící odpovědi	11%	0%	0%	0%	0%	2%
<b>Celkem</b>	<b>100% (9)</b>	<b>100% (12)</b>	<b>100% (11)</b>	<b>100% (9)</b>	<b>100% (18)</b>	<b>100% (59)</b>

*Rozhovor o technickém vybavení okolo dítěte*

Většina sester věnuje rozhovoru o technickém vybavení okolo dítěte 5-10 min.( 77%). Rozdíly mezi pracovišti nejsou ani v tomto případě výrazné. Nejdéle se rozhovoru věnují sestry z FN Motol KAR, 36 % sester uvedlo, že hovoří s rodiči 20 minut, následují sestry z VFN KDDL, které uvedly, že délka rozhovoru je 30 minut ( 22%). Naopak 33% sester z FTN PK uvedlo, že se rozhovoru s rodiči na toto téma nevěnuje.

**Tabulka č. 40: Kolik času za směnu po příjmu dítěte obvykle věnujete rozhovoru s rodiči o technickém vybavení okolo dítěte?**

Délka rozhovoru	VFN KDDL	FTN PK	FN Motol KAR	FNKV KPM	FTN KDCHT	Celkem
Nevěnuji	0%	33%	0%	0%	0%	7%
max. 5 min.	0%	33%	9%	44%	28%	24%

<b>10 min.</b>	78%	25%	45%	33%	72%	<b>53%</b>
<b>20 min.</b>	0%	0%	36%	11%	0%	<b>8%</b>
<b>30 min.</b>	22%	0%	0%	0%	0%	<b>3%</b>
<b>Déle</b>	0%	0%	9%	11%	0%	<b>3%</b>
<b>chybějící odpovědi</b>	0%	8%	0%	0%	0%	<b>2%</b>
<b>Celkem</b>	<b>100%</b> <b>(9)</b>	<b>100%</b> <b>(12)</b>	<b>100%</b> <b>(11)</b>	<b>100%</b> <b>(9)</b>	<b>100%</b> <b>(18)</b>	<b>100%</b> <b>(59)</b>

#### *Rozhovor o zdravotním stavu dítěte*

Většina sester věnuje rozhovoru o zdravotním stavu dítěte 10-20 minut za směnu (72%). Rozdíly mezi pracovišti jsou poměrně malé. Nejdéle se rozhovoru s rodiči na toto téma věnují sestry z FNKV KPM, které uvedly, že délka rozhovoru je 20 minut (56%) a ve 22% je dokonce delší než 60 min. Následují sestry z FN Motol KAR, kde 27% sester uvedlo délku rozhovoru 30 minut. Naopak celá čtvrtina sester z FTN PK se věnuje rozhovoru s rodiči max. 5 minut.

**Tabulka č. 41: Kolik času za směnu obvykle věnujete rozhovoru s rodiči ohledně zdravotního stavu dítěte?**

<b>Délka rozhovoru</b>	<b>VFN KDDL</b>	<b>FTN PK</b>	<b>FN Motol KAR</b>	<b>FNKV KPM</b>	<b>FTN KDCHT</b>	<b>Celkem</b>
<b>Nevěnuji</b>	0%	8%	0%	0%	0%	<b>2%</b>
<b>max. 5 min.</b>	0%	25%	9%	0%	11%	<b>10%</b>
<b>10 min.</b>	56%	50%	18%	22%	50%	<b>41%</b>
<b>20 min.</b>	22%	8%	36%	56%	33%	<b>31%</b>
<b>30 min.</b>	0%	0%	27%	0%	6%	<b>7%</b>
<b>60 min.</b>	11%	8%	0%	0%	0%	<b>3%</b>
<b>Déle</b>	0%	0%	0%	22%	0%	<b>3%</b>
<b>chybějící odpovědi</b>	11%	0%	9%	0%	0%	<b>3%</b>
<b>Celkem</b>	<b>100%</b> <b>(9)</b>	<b>100%</b> <b>(12)</b>	<b>100%</b> <b>(11)</b>	<b>100%</b> <b>(9)</b>	<b>100%</b> <b>(18)</b>	<b>100%</b> <b>(59)</b>

#### *Podpůrný rozhovor*

Většina sester se podpůrnému rozhovoru věnuje 10-20 minut za směnu (66%). Sestry z FN Motol uvedly, že se rozhovoru na toto téma věnují 30 -60 minut i déle (36%). Sestry z FNKV KPM uvedly, že délka rozhovoru je 60 min. i déle (31%). Nejkratší dobu věnují podpůrnému rozhovoru sestry z FTN PK, kde 17% sester uvedlo max. 5 minut a 17% sester se takovému rozhovoru nevěnuje vůbec.

**Tabulka č. 42: Kolik času za směnu obvykle věnujete podpůrnému rozhovoru s rodiči?**

Délka rozhovoru	VFN KDDL	FTN PK	FN Motol KAR	FNKV KPM	FTN KDCHT	Celkem
Nevěnuji	0%	17%	0%	0%	0%	3%
max. 5 min.	11%	17%	9%	0%	11%	10%
10 min.	44%	42%	36%	33%	44%	41%
20 min.	22%	17%	9%	33%	39%	25%
30 min.	0%	0%	9%	0%	6%	3%
60 min.	11%	8%	18%	11%	0%	8%
Déle	0%	0%	9%	22%	0%	5%
chybějící odpovědi	11%	0%	9%	0%	0%	3%
<b>Celkem</b>	<b>100% (9)</b>	<b>100% (12)</b>	<b>100% (11)</b>	<b>100% (9)</b>	<b>100% (18)</b>	<b>100% (59)</b>

Péče o základní potřeby rodičů

13. Hypotéza: Většina sester věnuje pozornost zajišťování základních potřeb rodičů.

Většina sester uvedla, že se péči o základní potřeby rodičů věnuje občas (61%). V tomto případě existují výrazné rozdíly mezi jednotlivými pracovišti. Např. většina sester z VFN KDDL se péči o základní potřeby rodičů věnuje často (67%), zatímco 42% sester z FTN PK se jí nevěnuje nikdy.

**Tabulka č. 43: Věnujete pozornost zajištění základních potřeb rodičů?**

Náзор	VFN KDDL	FTN PK	FN Motol KAR	FNKV KPM	FTN KDCHT	Celkem
Často	67%	0%	27%	44%	17%	27%
Občas	33%	58%	73%	56%	72%	61%
Nikdy	0%	42%	0%	0%	11%	12%
<b>Celkem</b>	<b>100% (9)</b>	<b>100% (12)</b>	<b>100% (11)</b>	<b>100% (9)</b>	<b>100% (18)</b>	<b>100% (59)</b>

Další zdroje podpory

14. Hypotéza: Většina sester nenabízí rodičům možnost konzultace se sociální pracovníci, psychologem či duchovním.

Získaná data ukazují, že sestry příliš nevyužívají další zdroje podpory a možnost konzultace rodičům nenabízejí. Ve všech případech se jedná o velké

fakultní nemocnice, kde tato možnost existuje. V případě konzultace se sociální pracovníci a psychologem jsou získaná data naprosto shodná.

#### *Konzultace se sociální pracovníci a psychologem*

Převažují sestry, které nikdy rodičům nenabídlly možnost konzultace se sociální pracovníci a psychologem (53%), 42% sester tuto možnost rodičům občas nabízí. Jediné pracoviště, kde převažují pozitivní odpovědi (často a občas) je VFN KDDL, kde tuto odpověď uvedlo 78% sester.

**Tabulka č.44: Nabízíte rodičům možnost konzultace se sociální pracovníci/ psychologem?**

Názor	VFN KDDL	FTN PK	FN Motol KAR	FNKV KPM	FTN KDCHT	Celkem
Často	11%	0%	0%	0%	0%	2%
Občas	67%	42%	27%	33%	44%	42%
Nikdy	22%	50%	73%	67%	50%	53%
Chybějící odpovědi	0%	8%	0%	0%	6%	3%
<b>Celkem</b>	<b>100% (9)</b>	<b>100% (12)</b>	<b>100% (11)</b>	<b>100% (9)</b>	<b>100% (18)</b>	<b>100% (59)</b>

#### *Konzultace s duchovním*

Většina sester i v tomto případě uvedla, že možnost konzultace s duchovním rodičům nenabízí (44%). Opět jediné oddělení, kde převažují pozitivní odpovědi (často a občas), je VFN KDDL, kde 78% sester uvedlo, že tuto možnost rodičům občas nabízí. Sestry z FNKV KPM na tuto otázku neodpověděly, což pravděpodobně svědčí o tom, že sestry o této možnosti nevědí, přestože FNKV duchovní služby pacientům poskytuje.

**Tabulka č.45: Nabízíte rodičům možnost konzultace s duchovním?**

Názor	VFN KDDL	FTN PK	FN Motol KAR	FNKV KPM	FTN KDCHT	Celkem
Často	0%	0%	9%	0%	0%	2%
Občas	78%	8%	36%	0%	44%	34%
Nikdy	11%	83%	55%	0%	50%	44%
Chybějící odpovědi	11%	8%	0%	100%	6%	20%
<b>Celkem</b>	<b>100% (9)</b>	<b>100% (12)</b>	<b>100% (11)</b>	<b>100% (9)</b>	<b>100% (18)</b>	<b>100% (59)</b>

### **3.6.7. Problémové oblasti spojené s přítomností rodičů na JIP a ARO z pohledu sester**

Problémové oblasti spojené s přítomností rodičů na JIP a ARO jsem zjišťovala formou otevřených otázek v dotazníku. Výroky sester uvádím tak, jak je ony samy formulovaly.

#### *Největší problémy spojené s přítomností rodičů na JIP a ARO z pohledu sester*

Největší problémy spojené s přítomností rodičů z pohledu sester jsem zjišťovala otevřenou otázkou v dotazníku. 13 sester uvedlo, že problémy nevidí, 7 sester na tuto otázku neodpovědělo a 39 sester se k tématu vyjádřilo. Většinou sestry uváděly i více výroků, uvádím je dle jejich četnosti: nedostatek prostoru („rodiče se mi pletou“, „nedostatek místa kolem lůžka“, „málo místa na boxe“, „omezený přístup k pacientovi“), porušování pravidel („nedodržují hygienicko epidemiologický režim“, „nedodržují provozní řád“), rodiče děti rozrušují („po návštěvě se děti hůře uklidňují“), rozrušení rodiče („rodiče se chovají hystericky“, „vystresovaní rodiče kladou stejné otázky pořád dokola“), neustálá kontrola („pořád vám koukají pod ruce a sledují, jak co děláte, porovnávají sestry“), rodiče zasahují do péče („rodiče si myslí, že vědí nejlépe, co dělat“, „neposlouchají pokyny“, „nespolupracují s námi“), agresivita rodičů („vyhledávají problémy“), negativní přístup lékařů k rodičům a jejich neochota poskytovat informace, ke kterým sestry nemají kompetence, chybí prostor určený pro rozhovory s rodiči.

#### *Co je pro sestry na přítomnosti rodičů u kriticky nemocného dítěte nejtěžší?*

Co je pro sestry nejtěžší na přítomnosti rodičů jsme zjišťovala opět otevřenou otázkou v dotazníku. 17 sester uvedlo, že přítomnost rodičů pro ně žádnou zátěž nepředstavuje a 13 sester na tuto otázku neodpovědělo. 29 sester konkrétně uvedlo, co je pro ně největší zátěž. Nejčastěji se objevují výroky,



kteře souvisí s péčí o dítě s infaustní prognózou či o umírající dítě ( „koukat se na jejich smutek, když je stav dítěte beznadějný“, „dotazy rodičů, proč zrovna jejich dítě umírá“, „beznaděj“, „reakce rodičů na špatné zprávy o zdravotním stavu jejich dítěte“, „ když rodiče chtějí dávat naději tam, kde není“), dále emoce rodičů („komunikace s plačícími rodiči“, „vidět jejich slzy“, „emoce, které nemám čas řešit“), náročnost péče o rodiče („někdy mám mnohem víc práce s rodiči než s pacientem“), pocit bezmoci („vidět jejich trápení a nemoci jim pomoci“, „když pro ně nemohu udělat něco, co by ulehčilo jejich trápení“).

#### *Negativní zkušenost sester s rodiči kriticky nemocných dětí*

25% sester uvedlo, že má negativní zkušenost s rodiči kriticky nemocných dětí. 49% sester uvedlo, že má ojedinělou negativní zkušenost, 25% sester uvedlo, že negativní zkušenost nemá a 18 sester uvedlo, o jakou negativní zkušenost se jedná. Nejčastěji byla uváděna slovní agresivita (10x), arogance rodičů (2x), nereálné nároky týkající se péče o dítě (2x), nemožnost komunikace (1x), rozrušení rodičů, které negativně ovlivňuje dítě (1x), přílišné dráždění dítěte (1x) a zasahování do ošetrovatelské péče (1x).

V dotazníku jsem také položila otázku týkající se toho, zda sestry uvažují o změně pracoviště. Tato otázka je spíše kontrolní a může vypovídat o spokojenosti sester s prací na daném pracovišti. Většina sester uvedla, že občas myslí na změnu pracoviště (64%). Tato odpověď převažuje na všech pracovištích. 29% sester uvedlo, že vůbec nikdy neuvažuje o změně pracoviště a jen 7% uvedlo, že o tom uvažuje často.

**Tabulka č. 46: Uvažoval/a jste za poslední rok vážně o změně pracoviště?**

Názor	VFN KDDL	FTN PK	FN Motol KAR	FNKV KPM	FTN KDCHT	Celkem
<b>Často</b>	11%	8%	0%	0%	11%	<b>7%</b>
<b>Občas</b>	67%	75%	64%	78%	50%	<b>64%</b>
<b>Nikdy</b>	22%	17%	36%	22%	39%	<b>29%</b>
<b>Chybějící odpovědi</b>	0%	0%	0%	0%	0%	<b>0%</b>
<b>Celkem</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

	(9)	(12)	(11)	(9)	(18)	(59)
--	-----	------	------	-----	------	------

### 3.6.8. Pocity sester spojené s přítomností rodičů na JIP a ARO

V rámci dotazníkového šetření jsem se snažila zjistit, jak sestry prožívají kontakt s rodiči kriticky nemocných dětí. Sestry mohly zaškrtnout různé výroky, se kterými se identifikují. Naprostá většina sester volila výrok „směna s rodiči je vždy náročnější“ (80%). Ostatní výroky se objevovaly výrazně méně často. 17% sester uvedlo výrok „mám nepříjemné pocity“, následuje výrok „nevím jak se chovat a co říkat“ (10%) a také pozitivní výrok „práce s rodiči mi přináší uspokojení“ (10%). Výrok „nijak zvlášť to neprožívám“ uvedlo 8% sester. Jen 2% sester uvedla výrok „vyhýbám se kontaktu“. Jedna sestra dopsala, že jí kontakt s rodiči psychicky a citově vyčerpává.

V dotazníku jsem dále položila otázku týkající se komunikace s rodiči kriticky nemocných dětí, která může představovat pro sestry zátěž a být spojena s negativními pocity. Cílem této otázky bylo zjistit, jak sestry hodnotí svou vlastní připravenost na komunikaci s rodiči dětí. Na otázku, zda sestry vědí, jak komunikovat s rodiči kriticky nemocných dětí, odpověděla většina sester „částečně, v některých situacích nevím“ (63%). Tato odpověď převažuje na všech pracovištích, rozdílly jsou tedy minimální. Následuje odpověď „ano, nemám s komunikací žádný problém“ (36%).

**Tabulka č. 47: Víte jak máte komunikovat s rodiči kriticky nemocných dětí?**

Názor	VFN KDDL	FTN PK	FN Motol KAR	FNKV KPM	FTN KDCHT	Celkem
Ano	44%	42%	36%	33%	28%	36%
Částečně	56%	58%	64%	67%	67%	63%
Ne	0%	0%	0%	0%	6%	2%
Chybějící odpovědi	0%	0%	0%	0%	0%	0%
<b>Celkem</b>	<b>100%</b> <b>(9)</b>	<b>100%</b> <b>(12)</b>	<b>100%</b> <b>(11)</b>	<b>100%</b> <b>(9)</b>	<b>100%</b> <b>(18)</b>	<b>100%</b> <b>(59)</b>

### 3.6.9. Odborná příprava a podpora sester pracujících na JIP a ARO

15. Hypotéza: *Většina sester neabsolvovala žádný speciálně zaměřený kurz týkající se problematiky přítomnosti rodičů na JIP a ARO, většina sester by uvítala nějaký druh podpory ze strany organizace.*

V rámci dotazníkového šetření jsem zjišťovala, zda sestry absolvovaly nějaký druh dalšího vzdělávání, který obsahoval problematiku přítomnosti rodičů na JIP a ARO. 75% sester uvedlo, že takový kurz neabsolvovalo. Negativní odpovědi převažují téměř na všech odděleních, i když jsou patrné jisté rozdíly. Jedinou výjimkou je FN Motol KAR, kde 55% sester uvedlo, že takový kurz absolvovalo. Pozitivní odpověď uvedlo celkem 25% sester. 13 sester uvedlo, o jaký konkrétní kurz se jedná: 9x kurz komunikace (včetně předmětů na VZŠ, VŠ či ARIP), 2x kurz multikulturního ošetřovatelství a 1x psychoterapeutický výcvik.

**Tabulka č. 48: Absolvoval/a jste nějaký kurz který obsahoval problematiku komunikace s rodiči kriticky nemocných dětí?**

Kurz	VFN KDDL	FTN PK	FN Motol KAR	FNKV KPM	FTN KDCHT	Celkem
Ano	11%	33%	55%	22%	11%	25%
Ne	89%	67%	45%	78%	89%	75%
<b>Celkem</b>	<b>100%</b> <b>(9)</b>	<b>100%</b> <b>(12)</b>	<b>100%</b> <b>(11)</b>	<b>100%</b> <b>(9)</b>	<b>100%</b> <b>(18)</b>	<b>100%</b> <b>(59)</b>

Dále jsem zjišťovala, jaký je zájem sester o podporu ze strany organizace, kde pracují a o další vzdělávání v této problematice, např. speciálně zaměřené kurzy typu krizové intervence či hraní rolí.

#### *Supervize*

Většina sester uvedla, že by uvítala možnost supervize jako způsob podpory ze strany organizace. Pozitivní odpovědi uvedlo celkem 73% sester. Ani ne čtvrtina sester uvedla negativní odpověď. V tomto případě jsou patrné jisté rozdíly mezi odděleními, i když na všech pracovištích převažují pozitivní odpovědi. Jedinou výjimku tvoří FN Motol KAR kde jsou pozitivní a negativní odpovědi vyrovnané. Nejvíce odpovědi „ rozhodně ano“ uvedly sestry z FNKV KPM ( 44%). Naopak nejvíce negativních odpovědí se objevilo u

sester z FN Motol KAR (45%) a u sester z FTN PK, kde se takto vyjádřilo 32% sester.

**Tabulka č. 49: Uvítal/a byste na Vašem pracovišti supervizi?**

Názor	VFN KDDL	FTN PK	FN Motol KAR	FNKV KPM	FTN KDCHT	Celkem
Rozhodně ano	0%	8%	9%	44%	11%	14%
Spíše ano	89%	42%	36%	56%	72%	59%
Spíše ne	11%	25%	45%	0%	17%	20%
Rozhodně ne	0%	17%	0%	0%	0%	3%
chybějící odpovědi	0%	8%	9%	0%	0%	3%
<b>Celkem</b>	<b>100%</b> <b>(9)</b>	<b>100%</b> <b>(12)</b>	<b>100%</b> <b>(11)</b>	<b>100%</b> <b>(9)</b>	<b>100%</b> <b>(18)</b>	<b>100%</b> <b>(59)</b>

#### *Speciálně zaměřený kurz*

Ve srovnání se supervizí by speciálně zaměřený kurz uvítalo menší množství sester, i když i v tomto případě převažují pozitivní odpovědi (68%). Negativně se vyjádřilo 31% sester. I v tomto případě jsou patrné rozdíly mezi jednotlivými pracovišti, převládají pozitivní odpovědi, výjimku tvoří opět FTN PK (59% negativních odpovědí) a FN Motol KAR (54% negativních odpovědí).

**Tabulka č. 50: Uvítal/a byste speciálně zaměřený kurz?**

Názor	VFN KDDL	FTN PK	FN Motol KAR	FNKV KPM	FTN KDCHT	Celkem
Rozhodně ano	11%	0%	18%	44%	22%	19%
Spíše ano	67%	33%	27%	56%	61%	49%
Spíše ne	22%	42%	45%	0%	11%	24%
Rozhodně ne	0%	17%	9%	0%	6%	7%
chybějící odpovědi	0%	8%	0%	0%	0%	2%
<b>Celkem</b>	<b>100%</b> <b>(9)</b>	<b>100%</b> <b>(12)</b>	<b>100%</b> <b>(11)</b>	<b>100%</b> <b>(9)</b>	<b>100%</b> <b>(18)</b>	<b>100%</b> <b>(59)</b>

### **3.7. Diskuze**

I. Obecná hypotéza, která stanovuje, že péče sester o rodiče kriticky nemocných dětí je ovlivněna jejich vzděláním, délkou praxe a zkušenostmi se částečně potvrdila. Zahraniční ošetrovatelská praxe péče o dítě vychází z konceptu péče zaměřené na rodinu, který je uplatňován i v pediatrické intenzivní péči. Z výsledků výzkumu vyplývá, že také většina našich sester považuje péči o rodiče dětí hospitalizovaných na JIP a ARO za důležitou součást své práce. Přítomnost rodičů na dětských JIP a ARO také považuje

většina sester za přínos pro dítě i rodiče. Naopak, přínos pro sestry je hodnocen výrazně negativně. Souvislost mezi názorem sester a jejich nejvyšším dosaženém vzdělání a délkou praxe na JIP a ARO je nejvíce patrná právě v tomto případě, kdy vysokoškolsky vzdělané sestry a sestry s nejkratší praxí hodnotí přínos přítomnosti rodičů na JIP a ARO pro sestry nejpozitivněji.

Začlenění rodičů do péče o dítě považuje většina sester za přínos pro dítě, rodiče a v tomto případě i pro sestry, i když posledně jmenovaná kategorie je sestrami opět hodnocena nejkritičtěji. Míra začlenění rodičů do péče je výrazně závislá na vzdělání sester, kdy vysokoškolsky vzdělané sestry umožňují rodičům nejvíce pečovat o své děti.

Názory sester na přítomnost rodičů u invazivních výkonů se výrazně liší podle typu výkonů. V případě méně závažných invazivních výkonů se většina sester domnívá, že za určitých okolností může být přítomnost rodičů přínosem pro dítě, sestry i rodiče. Naopak názory sester na přítomnost rodičů u závažných invazivních výkonů jsou značně negativní. Ze získaných dat vyplývá, že zkušenost sester s přítomností rodičů u závažných invazivních výkonů je minimální, což svědčí o tom, že na českých pediatrických pracovištích intenzivní péče není zvykem, aby rodiče byli během těchto výkonů se svými dětmi. Odborné zdroje potvrzují, že tato praxe je v zahraničí mnohem častější. (7) Zkušenost sester s přítomností rodičů u invazivních výkonů je závislá na vzdělání sester, což je nejvíce patrné v případě závažných invazivních výkonů, kdy vysokoškolsky vzdělané sestry mají zkušenost největší. V případě přítomnosti rodičů u invazivních výkonů je nejvíce patrná závislost názoru sester na zkušenosti. Sestry, které mají zkušenost, se domnívají, že rodiče k invazivním výkonům patří, a to v daleko větší míře než sestry, které takovou zkušenost nemají. Tyto výsledky se shodují např. se závěry studie autorů K.S.Powers a J.S. Rubenstein, kde naprostá většina sester, které se účastnily závažných invazivních výkonů za přítomnosti rodičů (94% z celkového počtu 16), považuje jejich přítomnost za přínos pro dítě i pro rodiče. (32) Důvodem může být to, že většina obav sester spojených s přítomností rodičů u invazivních výkonů se v praxi nepotvrdí.

V otázce kontroverzního tématu přítomnosti rodičů u resuscitace dítěte, někteří autoři uvádí výsledky studií, které potvrzují závislost pozitivního názoru na zkušenosti personálu s přítomností rodičů. (25) Ze získaných dat

nelze tuto souvislost potvrdit, a to především vzhledem k velmi malému počtu sester s touto zkušeností (5 sester má zkušenost s přítomností rodičů u resuscitace dítěte), kde se navíc naprostá většina sester (80%) vyjádřila negativně. Důvodem může být např. nedostatečná připravenost všech zúčastněných na tuto velmi náročnou situaci. Zásadní úlohu odborné přípravy potvrzuje řada studií. (25)

II. Obecná hypotéza, která předpokládá rozdíly v péči o rodiče kriticky nemocných dětí s ohledem na konkrétní pracoviště, se také potvrdila. Výrazné rozdíly se objevily zejména v míře začlenění rodičů do péče o dítě a ve zkušenostech sester s přítomností rodičů u invazivních výkonů. Rozdíly mezi jednotlivými pracovišti jsou patrné i v názorech na přítomnost rodičů na dětských JIP a ARO, ale také např. v podpoře poskytované rodičům, tedy v délce rozhovorů sester s rodiči za účelem podání informací nebo poskytování podpory či v otázce uspokojování základních potřeb rodičů a využívání dalších zdrojů podpory. Rozdíly mezi jednotlivými pracovišti jsou pravděpodobně způsobené odlišnými zvyklostmi nebo přístupem managementu k této problematice (včetně lékařů).

III. Obecná hypotéza, která předpokládá, že přítomnost rodičů na dětských JIP a ARO je spojena s řadou problémů a představuje pro sestry zátěž, se také částečně potvrdila. Z výsledků výzkumu vyplývá, že přítomnost rodičů na JIP a ARO představuje pro sestry zátěž a často bývá spojena s negativními pocity sester, a to zejména v případě dětí s infaustní prognózou a u dětí v terminálním stádiu onemocnění. Sestry také uvádí řadu problémových oblastí spojených s přítomností rodičů na JIP a ARO, např. nedostatek prostoru či porušování nemocničního řádu ze strany rodičů.

IV. Z výsledků výzkumu dále vyplývá, že ve většině případů se sestry cítí být jen částečně připravené na komunikaci s rodiči kriticky nemocných dětí. Většina sester také neabsolvovala žádný speciálně zaměřený kurz. Podporu ze strany organizace by uvítala také většina sester, a to zejména formou supervize, ale uvítaly by např. i speciální kurz. Přesto ale většina sester uvažuje o změně pracoviště jen občas a ze získaných dat vyplývá, že i míra fluktuace na těchto pracovištích je poměrně nízká (nejkratší průměrná délka praxe na stávajícím oddělení je téměř 5 let).

Výsledky provedeného kvantitativního výzkumu nelze zcela zobecnit na širokou ošetrovatelskou praxi především pro relativně malý soubor respondentek a také pro výrazné rozdíly v návratnosti dotazníku na jednotlivých pracovištích, což představuje jisté riziko, že dotazník vyplnily pouze ty sestry, které mají o tuto konkrétní problematiku zájem. Přesto ale pokládám zjištěné výsledky za zajímavé a na jejich základě navrhuji doporučení pro praxi na dětských JIP a ARO.

### **3.8. Doporučení pro praxi**

Pro změnu tradičního systému péče o kriticky nemocné dítě, který předpokládá jistá omezení v přístupu rodičů k dítěti, a plné zavedení konceptu péče zaměřené na rodinu v kontextu pediatrické intenzivní péče na jednotlivých pracovištích je především nutná spolupráce všech členů multidisciplinárního týmu, tedy lékařů, sester, fyzioterapeutů atd. Změna v této oblasti předpokládá náležitou přípravu personálu. Jsou nutné nejen teoretické znalosti uvedené problematiky, ale často i změna názorů, postojů a chování. Neméně důležité jsou praktické dovednosti, např. v otázce komunikace s rodiči kriticky nemocných dětí, tedy s lidmi v mimořádně náročné životní situaci. Přestože názory sester na přítomnost rodičů na JIP a ARO či na jejich začlenění do péče jsou vesměs pozitivní, náročnost situací s tím spojených a nedostatek znalostí a dovedností může v praxi vést k řadě problémů a ve výsledku k nedostatečnému uspokojování potřeb rodičů kriticky nemocných dětí. Změna v této oblasti by byla jistě pozvolná a předpokládá následující kroky:

- Pořádání seminářů s cílem přiblížit problematiku přítomnosti rodičů kriticky nemocných dětí na JIP a ARO, se zaměřením na teoretické aspekty a na zahraniční zkušenosti.
- Pořádání speciálních kurzů se zaměřením na komunikaci, problematiku krize a krizové intervence včetně praktických nácviků a hraní rolí.
- Zavedení supervize sester pracujících na JIP a ARO.
- Monitorování potřeb rodičů kriticky nemocných dětí.
- Stanovení jasných pravidel pro přítomnost rodičů na JIP a ARO včetně zabezpečení jejich dostatečné informovanosti a s ohledem na koncept péče zaměřené na rodinu.

- Vypracování plánu intervencí ke snížení stresu rodičů.
- Pokračování ve výzkumu především se zaměřením na potřeby rodičů kriticky nemocných dětí.
- Stáže sester na zahraničních pracovištích.



#### 4. ZÁVĚR

Předkládaná práce je rozdělena do dvou hlavních částí. V první, teoretické části, se zabývám problematikou péče o rodiče kriticky nemocných dětí hospitalizovaných na JIP a ARO. Druhá, empirická část, předkládá výsledky kvantitativního výzkumu zaměřeného na zdravotní sestry pracující na dětských JIP a ARO ve vybraných pražských fakultních nemocnicích. Cílem práce bylo především zmapovat aktuální situaci s ohledem na názory a zkušenosti zdravotních sester s uvedenou problematikou. Práce se zaměřuje na několik oblastí, a to na téma péče o rodiče hospitalizovaných dětí jako součást ošetrovatelské péče, dále na přítomnost rodičů na JIP a ARO, na začlenění rodičů do péče o dítě a na jejich přítomnost u invazivních výkonů. Práce se dále zaměřuje na podporu rodičů ze strany sester, na problémové oblasti a na pocity sester spojené s přítomností rodičů na JIP a ARO a na odbornou přípravu a podporu sester.

Cílem mé magisterské práce bylo mimo jiné upozornit na závažnou problematiku přítomnosti rodičů na dětských JIP a ARO, přiblížit zahraniční zkušenosti a zvýšit citlivost odborné veřejnosti vůči potřebám rodičů kriticky nemocných dětí. Dále považuji za důležité uvést, že pro celistvé zhodnocení této problematiky by bylo přínosné znát názory rodičů kriticky nemocných dětí stejně tak jako jejich případné náměty na zlepšení stávající situace. Potřeby rodičů kriticky nemocných dětí považuji za vhodné téma pro další ošetrovatelský výzkum.

Ze závěrů vlastní studie jsem vypracovala doporučení pro praxi na pediatrických pracovištích intenzivní péče. Předpokládám, že se mi podaří prosadit aspoň některá na mém pracovišti.

## SEZNAM LITERATURY

1. Aldridge, M.D.: Decreasing Parental Stress in the Pediatric Intensive Care Unit: one unit's Experience, Critical Care Nurse, Vol. 25, No. 6, Dec, 2005
2. Ballufi, A., Kassam-Adams, N., Kazak, A., Tucker, M., Dominguez, T., Helfaer, M.: Traumatic stress in parents of children admitted to the pediatric intensive care unit, Pediatr Crit Care Med, Vol. 5, No. 6, 2004
3. Benešová, V.: Prevence úrazů v dětském věku in Základní ošetrovatelská péče v pediatrii, Praha: Grada, 2008, ISBN 978-80-247-1613-8
4. Brown, Tom M., Pullen, Ian M., Scott, Allen I. F.: Emergentní psychiatrie, Praha : Psychoanalytické nakladatelství Jiří Kocourek, 1992
5. Centrum pro vědu a vzdělávání, Fakultní Thomayerova nemocnice, <http://www.ftn.cz/index.php?id=2520> , 30.1.2009
6. Curley, M.A.Q., Smith, J.B., Moloney-Harmon, P.A.: Critical care Nursing of Infants and Children, W.B. Saunders Company. A Division of Harcourt Brace and Company, Philadelphia, 1996, ISBN 0-7216-3120-7
7. Dingeman, R.S., Mitchell, E.A., Meyer, E.C., Curley, M.A.: Parent presence during complex invasive procedures and cardiopulmonary resuscitation: a systematic review of the literature, Pediatrics, Vol. 120, No. 4, Oct, 2007
8. Fabichová, K.: Přítomnost rodičů během resuscitace jejich dítěte, ZDN 3/2005
9. Fakultní Thomayerova nemocnice, Klinika dětské chirurgie a traumatologie, <http://www.ftn.cz/index.php?id=2837> , 12.1.2009
10. Fakultní Thomayerova nemocnice, Pediatrická klinika IPVZ, <http://www.ftn.cz/index.php?id=2311> , 12.1.2009
11. Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Klinika popáleninové medicíny, <http://www.fnkv.cz/?show=kliniky&menu=3&submenu=203&oddeleni=31&id=203>, 12.1.2009
12. Fakultní nemocnice v Motole, Klinika anesteziologie a resuscitace, <http://www.fnmotol.cz/cz/klinika-anesteziologie-a-resuscitace-uk-2-1f-a-ipvz> 12.1.2009
13. Fulbrook, P., Albarran, J.W., Latour, J.M.: A European survey of critical care nurses attitudes and experiences of having family

members present during cardiopulmonary resuscitation, Int J Nurs Stud, Vol. 42, No. 5, Jul, 2005

14. Fulbrook, P., Latour, J., Albarran, J., Graaf de W., Lynch, F., Devictor, D., Norekval, T.: The Presence of Family Members During Cardiopulmonary Resuscitation: European federation of Critical Care Nursing associations, European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care and European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions Joint Position Statement. The World of critical Care Nursing, Vol.5 No. 4, 2007  
[www.espnice.org-medicalinfo-overviewstudies](http://www.espnice.org-medicalinfo-overviewstudies)
15. Fulbrook, P., Latour, J.M., Albarran, J.W.: Pediatric critical care nurses attitudes and experiences of parental presence during cardiopulmonary resuscitation: a European survey, Int J Nurs Stud, Vol. 44, No. 7, Jul, 2007
16. Havrdová, Z.: Kompetence v praxi sociální práce. Osmium, Praha, 1999. ISBN: 80 – 902081–8-5
17. Horká, T.: Umírající dítě na jednotce intenzivní péče in Péče o kriticky nemocné dítě, Brno: NCONZO, 2005, ISBN 80-7013-427-5
18. Institute for Family Centered Care,  
<http://www.familycenteredcare.org/faq.html>, 11.11.2008
19. Křivohlavý, J.: Psychologie zdraví, Praha : Portál , 2003, ISBN 80-7178-774-4
20. Levetown, M.: Breaking bad news in the emergency department, Topics in Emergency Medicine, Vol.26, No.1, Jan-Mar, 2004
21. Listina základních práv a svobod,  
<http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>, 14.1.2009
22. Matějček, Z., Dytrych, Z.: Děti, rodina a stres, Praha : Galén, 1994 ISBN 80-85824-06-X
23. Matějček, Z.: Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte, Praha: Grada, 2005, ISBN 80-247-0870-1
24. Matějček, Z.: Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí, Jinočany: HaH, 2001, ISBN 80-86022-92-7
25. McGahey, P.R.: Family Presence During Pediatric Resuscitation: A Focus on Staff, Critical Care Nurse, Vol.22, No. 6, Dec, 2002
26. Nadační fond Klíček, <http://www.klicek.org/hospital/charta.html>, 15.1.2009

27. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, Nabídka vzdělávacích akcí na rok 2009, [http://www.nconzo.cz/c/document\\_library/get\\_file?uuid=23cf3f52-bd5b-4691-91d8-8654b3bb1f2a&groupId=1](http://www.nconzo.cz/c/document_library/get_file?uuid=23cf3f52-bd5b-4691-91d8-8654b3bb1f2a&groupId=1) , 30.1.2009
28. Nibert, L., Ondrejka, D.: Family presence during pediatric resuscitation: an integrative review for evidence-based practice, *Journal of Pediatric Nursing*, Vol. 20, No. 2, Apr, 2005
29. Pachel, J.: Zásady anesteziologie a neodkladné péče se zaměřením na dětský věk, Praha: H a H, 1992, ISBN 80-85467-44-5
30. Pilát, M.: Psychologické aspekty péče o kriticky nemocné dítě in Péče o kriticky nemocné dítě, Brno: NCONZO, 2005, ISBN 80-7013-427-5
31. Počta, J.: Kompendium neodkladné péče, Praha: Grada, 1996, ISBN 80-7169-145-3
32. Powers, K.S., Rubenstein, J.S.: Family presence During Invasive procedures in the Pediatric Intensive Care Unit, *Arch Pediatr Adolesc Med.*, Vol. 153, No. 9, Sept, 1999
33. Profesní rozvojové centrum, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, <http://www.vfn.cz/article.asp?nArticleID=4713&nDepartmentID=470&nLanguageID=1>, 30.1.2009
34. Řezníčková, A.: Herní aktivity dětí v nemocnici in Základní ošetrovatelská péče v pediatrii, Praha: Grada, 2008, ISBN 978-80-247-1613-8
35. Řezníčková, A.: Péče o dobrý psychický stav in Základní ošetrovatelská péče v pediatrii, Praha: Grada, 2008, ISBN 978-80-247-1613-8
36. Řezníčková, A.: Spolupráce s rodinou in Základní ošetrovatelská péče v pediatrii, Praha: Grada, 2008, ISBN 978-80-247-1613-8
37. Scott, L.D.: Perceieved Needs of Parents of Critically Ill Children, *Journal of the Society of pediatric Nurses*, Vol.3, No.1, Jan-Mar, 1998
38. Smith, A.B., Hefley, G.C., Anand, K.J.S.: Parent Bed Spaces in the PICU: Effect on Parental Stress, *Pediatric Nursing*, Vol.33, No.3, May-June, 2007
39. Jarvis, A.S.: Parental presence during resuscitation: attitudes of staff on paediatric intensive care unit, *Intensive and Critical Care Nursing*, 4, 3-7, 1998
40. Špatenková, N.: Krize : psychologický a sociologický fenomén, Praha : Grada , 2004, ISBN 80-247-0888-4

41. Špatenková, N.: Zármutek a pomoc pozůstalým, Praha : ISV , 2001, ISBN 80-85866-82-X
42. Tučková, J.: Základy resuscitační a intenzivní péče v dětském věku in Základní ošetrovatelská péče v pediatrii, Praha: Grada, 2008, ISBN 978-80-247-1613-8
43. Trachtová, E.: potřeby nemocého v ošetrovatelském procesu, Brno: IDVPZ, 1999, ISBN 80-7013-285-X
44. Úmluva o právech dítěte, <http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/umluva-o-pravech-ditete.pdf> , 14.1.2009
45. Věstník MZ ČR, Rámcové vzdělávací programy pro specializační vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků, únor 2006
46. Vodáčková, D.: Krizová intervence, Praha : Portál , 2002, ISBN 80-7178-696-9
47. Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Klinika dětí a dorostu, <http://kddl.lf1.cuni.cz/oddeleni/jirp.html>, 12.1.2009
48. Vymětal, J.: Lékařská psychologie, Praha : Portál , 2003, ISBN 80-7178-740-X
49. Ward-Begnoche, W.: Posttraumatic Stress Symptoms in the Pediatric Intensive Care Unit, Journal for Specialists in Pediatric Nursing, Vol.12, No.2, Apr, 2007

## SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Graf č. 1:	Procentuální vyjádření jednotlivých věkových kategorií sester	49
Graf č. 2:	Procentuální vyjádření nejvyššího dosaženého vzdělání sester	51
Graf č. 3:	Procentuální vyjádření délky odborné praxe sester	52
Graf č. 4:	Procentuální vyjádření délky odborné praxe sester na JIP/ARO	53
Graf č. 5:	Průměrná délka praxe sester na současném oddělení	54
Tabulka č. 1:	Procentuální vyjádření věkových kategorií na jednotlivých pracovištích	49
Tabulka č. 2:	Procentuální vyjádření nejvyššího dosaženého vzdělání na jednotlivých pracovištích	51
Tabulka č. 3:	Závislost nejvyššího dosaženého vzdělání na délce praxe sester na JIP/ARO	52
Tabulka č. 4:	Procentuální vyjádření délky odborné praxe na jednotlivých pracovištích	53
Tabulka č. 5:	Procentuální vyjádření délky odborné praxe na JIP/ARO na jednotlivých pracovištích	54
Tabulka č. 6:	Považujete péči o rodiče hospitalizovaných dětí za důležitou součást Vaší práce?	55
Tabulka č. 7:	Závislost názoru sester na péči o rodiče na nejvyšším dosaženém vzdělání	56
Tabulka č. 8:	Závislost názoru sester na péči o rodiče jako součást ošetrovatelské péče na délce praxe na JIP/ARO	56
Tabulka č. 9:	Domníváte se, že je přítomnost rodičů u kriticky nemocného dítěte přínosem pro dítě?	57
Tabulka č. 10:	Závislost názoru sester na přínos přítomnosti rodičů pro dítě na nejvyšším dosaženém vzdělání	57
Tabulka č. 11:	Závislost názoru sester na přínos přítomnosti rodičů pro dítě na délce odborné praxe na JIP/ARO	58
Tabulka č. 12:	Domníváte se, že je přítomnost rodičů u kriticky nemocného dítěte přínosem pro rodiče?	59
Tabulka č. 13:	Závislost názoru sester na přínos přítomnosti rodičů pro rodiče na nejvyšším dosaženém vzdělání	59
Tabulka č. 14:	Závislost názoru sester na přínos přítomnosti rodičů pro rodiče na délce odborné praxe na JIP/ARO	60
Tabulka č. 15:	Domníváte se, že je přítomnost rodičů u kriticky nemocného	

dítě přínosem pro sestry?	60
Tabulka č. 16: Závislost názoru sester na přínos přítomnosti rodičů pro sestry na nejvyšším dosaženém vzdělání	61
Tabulka č. 17: Závislost názoru sester na přínos přítomnosti rodičů pro sestry na délce odborné praxe na JIP/ARO	61
Tabulka č. 18: Pustíte rodiče k dítěti v případě jeho neklidu?	62
Tabulka č. 19: Pustíte rodiče k dítěti v případě jejich rozrušení?	62
Tabulka č. 20: Pustíte rodiče k dítěti v případě akutního příjmu?	63
Tabulka č. 21: Domníváte se, že je začlenění rodičů do péče o dítě přínosem pro dítě?	64
Tabulka č. 22: Domníváte se, že je začlenění rodičů do péče o dítě přínosem pro rodiče?	64
Tabulka č.23: Domníváte se, že je začlenění rodičů do péče o dítě přínosem pro sestry?	65
Tabulka č.24: Index míry začlenění rodičů do péče o dítě na jednotlivých pracovištích	66
Tabulka č. 25: Index míry začlenění rodičů do péče o dítě v závislosti na vzdělání	66
Tabulka č. 26: Závislost míry začlenění rodičů do péče o dítě na nejvyšším dosaženém vzdělání sester	67
Tabulka č. 27: Závislost názoru sester na přínos začlenění rodičů do péče na míře začlenění rodičů do péče	67
Tabulka č. 28: Domníváte se, že je přítomnost rodičů u méně závažných invazivních výkonů přínosem pro dítě?	69
Tabulka č. 29: Domníváte se, že je přítomnost rodičů u méně závažných invazivních výkonů přínosem pro rodiče?	69
Tabulka č. 30: Domníváte se, že je přítomnost rodičů u méně závažných invazivních výkonů přínosem pro sestry?	70
Tabulka č. 31: Domníváte se, že je přítomnost rodičů u závažných invazivních výkonů přínosem pro dítě?	71
Tabulka č. 32: Domníváte se, že je přítomnost rodičů u závažných invazivních výkonů přínosem pro rodiče?	71
Tabulka č. 33: Domníváte se, že je přítomnost rodičů u závažných invazivních výkonů přínosem pro sestry?	72
Tabulka č. 34: Index zkušenosti sester s přítomností rodičů u méně závažných invazivních výkonů	73
Tabulka č. 35: Index zkušenosti sester s přítomností rodičů u závažných invazivních výkonů	73

Tabulka č. 36: Index zkušenosti sester s přítomností rodičů u méně závažných invazivních výkonů na základě vzdělání	74
Tabulka č. 37: Index zkušenosti sester s přítomností rodičů u závažných invazivních výkonů na základě vzdělání	74
Tabulka č. 38: Závislost názoru sester na přítomnost rodičů u invazivních výkonů na zkušenosti sester	75
Tabulka č. 39: Kolik času za směnu po příjmu dítěte obvykle věnujete rozhovoru s rodiči o provozních záležitostech a podání praktických informací?	76
Tabulka č. 40: Kolik času za směnu po příjmu dítěte obvykle věnujete rozhovoru s rodiči o technickém vybavení okolo dítěte?	77
Tabulka č. 41: Kolik času za směnu obvykle věnujete rozhovoru s rodiči ohledně zdravotního stavu dítěte?	77
Tabulka č. 42: Kolik času za směnu obvykle věnujete podpůrnému rozhovoru s rodiči?	78
Tabulka č. 43: Věnujete pozornost zajištění základních potřeb rodičů?	78
Tabulka č.44: Nabízíte rodičům možnost konzultace se sociální pracovníci/psychologem?	79
Tabulka č.45: Nabízíte rodičům možnost konzultace s duchovním?	80
Tabulka č. 46: Uvažoval/a jste za poslední rok vážně o změně pracoviště?	82
Tabulka č. 47: Víte jak máte komunikovat s rodiči kriticky nemocných dětí?	83
Tabulka č. 48: Absolvoval/a jste nějaký kurz který obsahoval problematiku komunikace s rodiči kriticky nemocných dětí?	83
Tabulka č. 49: Uvítal/a byste na Vašem pracovišti supervizi?	84
Tabulka č. 50: Uvítal/a byste speciálně zaměřený kurz?	84



## **PŘÍLOHY:**

- Příloha č. 1: Projekt magisterské práce
- Příloha č. 2: Dotazník
- Příloha č. 3: Charta práv dětí v nemocnici

Příloha č.1.

Univerzita Karlova v Praze  
Fakulta humanitních studií  
Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích



## Projekt magisterské práce

*Podpora rodičů a příbuzných kriticky nemocných dětí  
hospitalizovaných na JIP a ARO  
(jako integrální součást ošetrovatelské péče)*

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

Praha, květen 2007  
Ryková

Bc. Kateřina

## 1. Formulace problému

Vzhledem k mé několikaleté praxi dětské sestry pro intenzivní péči na dětském JIP jsem si pro svou magisterskou práci zvolila téma *Podpora rodičů a příbuzných kriticky nemocných dětí hospitalizovaných na JIP a ARO (jako integrální součást ošetrovatelské péče)*.

Onemocnění dítěte představuje většinou pro rodinu náročnou situaci. Pokud dítě onemocní vážně či utrpí úraz a jeho stav je kritický, tedy je ohroženo selháním základních životních funkcí, či již k tomuto selhání došlo, situace bývá pro rodinu mimořádně zatěžující. Péče o kriticky nemocné dítě, konfrontace s utrpením rodiny a případně i se smrtí dítěte bývá ale velmi náročná i pro personál, jmenovitě pro sestry pracující na dětských JIP a ARO.

Ošetrovatelská péče o dítě s ohrožením či selháním životních funkcí, často dětí v bezvědomí, vyžadujících umělou plicní ventilaci a podporu dalších životních funkcí, je velice odborně náročná, vyžaduje stálou přítomnost sestry u lůžka dítěte a tedy i komunikaci s rodiči a blízkými příbuznými. Dříve byla přítomnost rodičů na tomto typu oddělení spíše výjimečná, teprve v posledním desetiletí mají rodiče možnost kontinuálních návštěv a dochází k postupnému začleňování rodičů do péče o dítě, i když ani v současnosti toto není pravidlem. V celospolečenském kontextu hraje významnou roli politická a společenská změna po roce 1989, demokracie a důraz na lidská práva (Všeobecná deklarace lidských práv) a také rozmach informačních technologií (přístup k informacím). V kontextu zdravotnického systému je to především přijetí různých etických kodexů (např. Práva pacientů, Charta práv hospitalizovaného dítěte – bod 2. – Děti v nemocnici mají vždy právo mít u sebe své rodiče nebo jejich zástupce) a změny v legislativě (Konvence o biomedicíně). V kontextu profese zdravotní sestry je to především změna v pojetí ošetrovatelství.

Odborná úroveň ošetrovatelské péče bývá zpravidla na odpovídající úrovni, zatímco komunikace s rodiči představuje pro řadu sester velký problém. Celodenní přítomnost rodičů u dítěte mimořádně zvyšuje nároky na komunikaci s nimi právě u zdravotních sester.

## ***Cíl magisterské práce***

Cílem mé magisterské práce bude popsat současnou situaci na několika odděleních JIP a ARO fakultních nemocnic s ohledem na přítomnost rodičů na těchto odděleních a jejich praktické zapojení do péče o kriticky nemocné děti. Zaměřím se také na to, jak jsou uspokojovány potřeby rodičů z pohledu zdravotních sester. Dále se pokusím zjistit zkušenosti sester pracujících na JIP a ARO a formulovat nejčastější problémy, se kterými se setkávají (např. v důsledku přítomnosti rodičů nemocných dětí), nebo s kterými se musejí vyrovnávat (např. emoční zátěž). V závěru se pokusím vytvořit doporučení pro praxi na úrovni ošetrovatelství na dětských JIP a ARO a navrhnout potřebné změny.

## **2. Pracovní postup**

V literární části se zaměřím na problematiku kriticky nemocných a umírajících dětí, na specifika péče o děti hospitalizované na JIP a ARO. Dále se zaměřím na potřeby rodičů a příbuzných kriticky nemocných dětí a provedu stručnou analýzu současné kvalifikační a specializační přípravy dětských sester s ohledem na problematiku komunikace.

V praktické části se pokusím zjistit, jak jsou naplňovány potřeby rodičů a příbuzných hospitalizovaných dětí z pohledu zdravotních sester a dále s jakými problémy se setkávají zdravotní sestry, které o dětské pacienty pečují za trvalé asistence rodičů a příbuzných. V obou případech použiji anonymní dotazník, který bude vypracován pouze pro účely této studie. Dotazník bude administrován na vybraná oddělení dětských JIP a ARO fakultních nemocnic (předběžně: DARO ve FN v Motole, dětský JIP Kliniky popáleninové medicíny FNKV, dětský JIP ve FTN, DARO ve FN v Brně).

Předběžné hypotézy:

- Hypotéza č.1.: Většina zdravotních sester pracujících na dětských JIP a ARO považuje komunikaci s rodiči kriticky nemocných dětí za vysoce emočně zátěžovou.
- Hypotéza č. 2.: Zdravotní sestry nejsou v kvalifikační a specializační přípravě dostatečně připravovány na náročné situace spojené s komunikací s rodiči kriticky nemocných dětí.

- Hypotéza č. 3.: Zdravotní sestry pracující na dětských JIP a ARO považují uspokojování potřeb rodičů kriticky nemocných dětí za nedostatečné.
- Hypotéza č. 4.: Zdravotním sestřám pracujícím na dětských JIP a ARO není zpravidla poskytována dostatečná podpora ve zvládnání náročných situací spojených s komunikací s rodiči kriticky nemocných dětí (na úrovni organizace).

### **3. Časový plán**

- **květen až červen 2007**
  - zpracování a odevzdání projektu magisterské práce
  - vyhledávání a seznamování se s odbornou literaturou
- **červenec až srpen 2007**
  - práce s literaturou, sepsání literární části magisterské práce
  - vyhotovení dotazníku
  - kontaktování vrchních sester pracovišť s žádostí o spolupráci
- **září až listopad 2007**
  - administrace dotazníků a zpracování výsledků
- **prosinec až leden 2007**
  - sepsání praktické části magisterské práce
- **únor až duben 2008**
  - práce na diskuzi, dokončení a odevzdání práce

#### 4. Předběžný seznam literatury

1. Fendrychová, J., Klimovič, M. a kol. : *Péče o kriticky nemocné dítě*. 1.vydání. Brno: NCONZO, 2005. ISBN 80-7013-427-5
2. Haškovcová, H.: *Thanatologie*. Praha: Galén, 2000.
3. Haškovcová, H.: *Lékařská etika*. 3. vyd. Praha: Galén, 2002.
4. Jobánková, M. a kol.: *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 1.vydání. Brno: IDV PZ, 2000. ISBN 80-7013-288-4 chybí rok
5. Klimpl, P.: *Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci*. Praha: Grada, 1998.
6. Kübler-Ross, E.: *O dětech a smrti*. Praha : ERMAT , 2003. ISBN 80-903086-1-9
7. Langmeier, J., Balcar, K., Špitz, J.: *Dětská psychoterapie*. 2.rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-381-1
8. Raboch, J., Zvolský, P.: *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha : Galén , 2001.
9. Staňková, M. : *Základy teorie ošetřovatelství*, Karolinum, Praha, 1997
10. Šatenková, N. a kol.: *Krizová intervence pro praxi*. 1. vyd. Praha : Grada , 2004 .
11. Vodáčková, D.a kol.: *Krizová intervence*. 1. vyd. Praha : Portál , 2002.

Vybrané články z odborných časopisů: *Sestra* , *Pediatric pro praxi*, *Florence*, *Diagnóza v ošetřovatelství*, *Děti a my*, *Praktický lékař*, *Zdravotnické noviny* a publikace NCO NZO.

## **Příloha č.2.**

Vážená kolegyně/kolego,

jsem studentkou 3. ročníku oboru „Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích“ na Fakultě humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze. V současné době pracuji na své magisterské práci „Péče o rodiče kriticky nemocných dětí hospitalizovaných na JIP a ARO (jako integrální součást ošetrovatelské péče)“ pod vedením Prof. PhDr. RNDr. Heleny Haškovcové, CSc.

Obracím se na Vás s žádostí o spolupráci, jejímž hlavním cílem je získat Váš názor na uvedenou problematiku. Vyplnění předloženého anonymního dotazníku Vám zabere zhruba 15 minut. Se všemi Vámi uvedenými údaji bude zacházeno jako s přísně důvěrnými a po anonymním zpracování dat budou získané výsledky použity výhradně pro odborné účely.

V případě dotazů či nejasností mě můžete kdykoli kontaktovat na telefonním čísle 603 30 55 83 nebo e-mail [katerina.ryklova@email.cz](mailto:katerina.ryklova@email.cz).

### **Instrukce k vyplnění dotazníku:**

- Prosím, vyplňte dotazník do 1 týdne od jeho obdržení
- Vybrané odpovědi označte křížkem
- Vyznačte vždy jen jednu odpověď ( pokud není v instrukci uvedeno jinak)
- Vyplněný dotazník vložte do obálky a vložte do schránky umístěné u staniční sestry oddělení

**Velmi Vám děkuji za spolupráci !**

Bc. Kateřina Ryklová

---

## DOTAZNÍK

• **Jaké je Vaše vzdělání?** (zaškrtněte všechny varianty, které se Vás týkají)

- SZŠ obor Všeobecná sestra
- SZŠ obor Dětská sestra
- VZŠ obor Všeobecná sestra
- VZŠ obor Dětská sestra
  
- PSS dětský ARIP
- PSS ARIP
- Kurz psychologie a pedagogiky dítěte
- Certifikovaný kurz intenzivní a resuscitační péče o dítě
  
- VŠ bakalářské studium ošetřovatelství
- VŠ magisterské studium ošetřovatelství
  
- jiná alternativa studia:.....

• **Jaký je Váš věk?**

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

• **Jaká je délka Vaší odborné praxe?**

- méně než 1 rok      1-3 roky      4-6 let      7-10 let      10-15 let
- 16 a více let

• **Jak dlouho pracujete na dětské JIP či ARO?**

- méně než 1 rok      1-3 roky      4-6 let      7-10 let      10-15 let
- 16 a více let

• **Jak dlouho pracujete na současném oddělení?.....**

---

**1. Považujete péči o rodiče hospitalizovaných dětí za důležitou součást Vaší práce?**

- Ano, rodina k dítěti neodmyslitelně patří
- Spíše ano, ale hlavní je pro mě péče o dítě
- Spíše ne, péči o rodiče se věnuji jen okrajově
- Ne, mou povinností je pečovat o dítě, nikoliv o jeho rodiče



2. Domníváte se, že je přítomnost rodičů u kriticky nemocného dítěte přínosem pro

a) dítě?  rozhodně ano  spíše ano  spíše ne  rozhodně ne

b) rodiče?  rozhodně ano  spíše ano  spíše ne  rozhodně ne

c) sestry?  rozhodně ano  spíše ano  spíše ne  rozhodně ne

3. Jak dalece se při Vaší běžné směně rodiče podílejí na péči o dítě? Které z následujících činností obvykle provádí (prosím, zaškrtněte i více možností)

a) u neventilovaného dítěte?

- hlazení, doteky
- chování dítěte
- zajišťování základní hygieny
- přebalování
- podávání tekutin a stravy
- hra, čtení pohádek
- jiné (prosím, vypište)

.....  
.....  
.....

b) u ventilovaného dítěte?

- hlazení, doteky
- chování dítěte
- zajišťování zákl. hygieny
- přebalování
- jiné (prosím, vypište)

.....  
.....  
.....

4. Domníváte se, že je začlenění rodičů do péče o dítě přínosem pro

a) dítě?  rozhodně ano  spíše ano  spíše ne  rozhodně ne

b) rodiče?  rozhodně ano  spíše ano  spíše ne  rozhodně ne

c) sestry?  rozhodně ano  spíše ano  spíše ne  rozhodně ne

5. Kolik času za směnu po příjmu dítěte obvykle věnujete rozhovoru s rodiči

a) o provozních záležitostech a podání praktických informací rodičům?

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

b) o technickém vybavení okolo dítěte (např. vysvětlení alarmů, účelu monitorace aj.)?

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

6. **Kolik času za běžnou směnu obvykle věnujete rozhovoru s rodiči o zdravotním stavu dítěte? (např. vysvětlujete informace, které podal lékař, hovoříte s rodiči o účelu poskytované ošetrovatelské péče aj.)**

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

7. **Kolik času za běžnou směnu obvykle věnujete podpůrnému rozhovoru s rodiči (např. zjišťujete co je trápí, vyslechnete jejich obavy aj.)?**

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

8. **Věnujete pozornost zajištění základních potřeb rodičů (např. příjem tekutin, odpočinek)?**

často  občas  nikdy

9. **Kolikrát jste v posledním roce nabídl/a rodičům možnost konzultace se:**

a) **sociální pracovníci?**  vůbec nikdy  ojedinele  často

b) **psychologem?**  vůbec nikdy  ojedinele  často

c) **duchovním?**  vůbec nikdy  ojedinele  často

10. **Máte zkušenost s přítomností rodičů u následujících výkonů? (zaškrtněte i více možností)**

Výkon	ano	ojediněle	ne
Krevní odběry			
Kanylace periferních žil			
Odsávání z dýchacích cest			
Převazy invazí			
Převazy ran			
Sondování			
Cévkování			
Zavádění centrálních žilních katétrů			
Kanylace artérií			
Intubace			
Tracheostomie			
Resuscitace			
Odpojování od ventilátoru u prokázané smrti mozku			
Péče o mrtvé tělo			

11. **Domníváte se, že je přítomnost rodičů u méně závažných invazivních výkonů (např. kanylace periferních žil) přínosem pro :**

a) **dítě?**  vždy  někdy, záleží na okolnostech  nikdy

**b) rodiče?**       vždy    někdy, záleží na okolnostech    nikdy

**c) sestry?**       vždy    někdy, záleží na okolnostech    nikdy

**12. Domníváte se, že je přítomnost rodičů u závažných invazivních výkonů (např. intubace) přínosem pro :**

**a) dítě?**       vždy    někdy, záleží na okolnostech    nikdy

**b) rodiče?**       vždy    někdy, záleží na okolnostech    nikdy

**c) sestry?**       vždy    někdy, záleží na okolnostech    nikdy

**13. Ke kterým výkonům podle Vašeho názoru rodiče nepatří: (zaškrtněte i více možností)**

Krevní odběry	
Kanylace periferních žil	
Odsávání z dýchacích cest	
Převazy invazí	
Převazy ran	
Sondování	
Cévkování	
Zavádění centrálních žilních katétrů	
Kanylace arterií	
Intubace	
Tracheostomie	
Resuscitace	
Odpojování od ventilátoru u prokázané smrti mozku	
Péče o mrtvé tělo	

**14. Za jakých okolností rodiče k dítěti nepustíte? (zaškrtněte i více možností)**

neklid dítěte       pustím vždy

rozrušení rodičů

akutní příjem

jiné (prosím, vypište)

.....

**15. Jak prožíváte kontakt s rodiči kriticky nemocných dětí? (zaškrtněte i více možností)**

Vyhýbám se kontaktu

Mám nepříjemné pocity

Nevím jak se chovat a co říkat

Směna s rodiči je vždy náročnější

Nijak zvlášť to neprožívám

Práce s rodiči mi přináší uspokojení

jiné.....

**16. Máte nějakou negativní zkušenost s rodiči kriticky nemocných dětí?**

ano  ojedinělou  ne

**Pokud ano, jakou?.....**

**17. Víte jak máte komunikovat s rodiči kriticky nemocných dětí?**

- Ano, nemám s komunikací žádný problém
- Částečně, v některých situacích nevím
- Ne, s komunikací mám problém

**18. Absolvoval/a jste nějaký kurz, který obsahoval problematiku přítomnosti rodičů na ARO a JIP ( např. komunikaci, hraní rolí..)?**

ano  ne

**Pokud ano, jaký?.....**

**19. Co považujete za největší problémy spojené s přítomností rodičů na Vašem oddělení?**

.....  Problémy nevidím  
.....  
.....  
.....

**20. Co je pro Vás osobně nejtěžší na přítomnosti rodičů kriticky nemocných dětí na Vašem oddělení?**

.....  Není to pro mně zátěž  
.....  
.....  
.....

**21. Uvažoval/a jste za poslední rok vážně o změně pracoviště?**

- Vůbec nikdy
- Občas na to myslím
- Často o tom uvažuji

**22. Uvítal/a byste nějaký způsob podpory ze strany Vaší organizace při zvládnání náročných situací spojených s přítomností rodičů na Vašem oddělení? Pokud ano, jakou?**

**a) supervizi ( metoda podpory zaměřená na různé pracovní situace)**

rozhodně ne  spíše ne  spíše ano  rozhodně ano

**b) speciálně zaměřený kurz (např. kurz krizové intervence,**

hraní rolí aj.)

rozhodně ne     spíše ne                       spíše ano     rozhodně ano

c)jiné .....

**Prostor pro další připomínky či poznámky:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Děkuji za Váš čas strávený vyplňováním dotazníku !!!**

### **Příloha č. 3**

#### **CHARTA PRÁV DĚTÍ V NEMOCNICI**

**Zdroj: Nadační fond Klíček**

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.