

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH**  
**ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**Bakalářská práce**

**2007**

**Kateřina Papoušková**

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**  
**Zdravotně sociální fakulta**

**Spolupráce rodič, sestra, dítě v ošetrovatelském procesu**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**Mgr. Dita Nováková, DiS., R.N.**

**2007**

**Kateřina Papoušková**

## **ABSTRAKT**

The theme of the thesis is „Cooperation Parent, Nurse, Child in the nursing process“. The thesis is divided into a theoretical part and into a practical part. The theoretical part consists of three main chapters. Chapter 1 deals with the problems of ill children at the age of 0 – 6 years. The factors influencing the experience of the illness by the child such as developmental peculiarity and needs of the child, his/her mental age, the type and the extent of the illness as well as the attitude of other people to the ill child are described. In chapter 2 the hospitalization of the child is looked at. Firstly, the reactions of the child and his/her parents to the stay in a hospital are discussed. Secondly, the aspects of the common hospitalization of the parents and their children are dealt with. Chapter 3 is focused on the nursing process and describes the work of the nurses at the children's ward. The right attitude of the nurses towards the children and their parents is described here. Furthermore, the possibilities of the cooperation between the nurses and the parents in different areas of the childcare are analysed. The practical part deals with the goals of the thesis, the hypothesis, the methodology of data collection and introduces the analysed material. Next chapter comprises graphs which summarise the results of the research. Furthermore, these findings are looked at in detail, are evaluated and are compared. The research was realised on the basis of a survey and the evaluation of the questionnaires completed by the parents being hospitalized together with their children in a hospital and by the nurses working at the children's ward in a hospital. The goal of the thesis was to find out what the quality of the cooperation between the parents and the nurse in the nursing process is like. In addition, it sets itself an aim to determine and to compare the degree of involvement of the parents to the nursing process from the nurses' point of view and from the parents' point of view. Last but not least, the drawbacks of the cooperation between the nurse and the parents of the hospitalized children are revealed. Two hypothesis were made in the thesis. Firstly, „the parents of the hospitalized children are not actively involved in the nursing process.“ Secondly, „nurses working at the children's clinic of a teaching hospital cooperate with the parents of the hospitalized children in a better way than the nurses working at the children's ward of a regional hospital.“ It follows from

the findings of the research that the cooperation between nurses and parents being hospitalized together with their children in a hospital is quite satisfying. Although some drawbacks were revealed in the research from the side of the nurses and from the side of the parents as well. The findings disprove the first hypothesis „the parents of the hospitalized children are not actively involved in the nursing process.“ However, the second hypothesis, „nurses working at the children’s clinic of a teaching hospital cooperate with the parents of the hospitalized children in a better way than the nurses working at the children’s ward of a regional hospital.“ is confirmed. The goals determined in the research were fulfilled.

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Spolupráce rodič, sestra, dítě v ošetrovatelském procesu vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích dne 11.5.2007

.....

podpis studenta

**Poděkování:**

Touto cestou bych chtěla poděkovat Mgr. Ditě Novákové, DiS., R.N. za odborné vedení, trvalý zájem a cenné rady při psaní mé bakalářské práce.

Také bych ráda poděkovala své rodině za poskytovanou podporu a vytvoření podmínek pro psaní této práce.

## OBSAH

ÚVOD.....	3
1. SOUČASNÝ STAV .....	6
1.1 Nemocné dítě .....	6
1.1.1 Faktory, ovlivňující prožitek nemoci dítětem .....	6
1.1.1.1 Vývojové zvláštnosti a potřeby do 6 let věku dítěte .....	6
1.1.1.2 Základní duševní konstituce dítěte.....	12
1.1.1.3 Postoj okolí k nemocnému dítěti.....	12
1.1.1.4 Typ onemocnění a rozsah postižení .....	13
1.2 Hospitalizace dítěte .....	15
1.2.1 Reakce dítěte na hospitalizaci .....	16
1.2.1.1 Separáční úzkost.....	16
1.2.2 Reakce rodičů na hospitalizaci dítěte.....	17
1.2.3 Aspekty společné hospitalizace dítěte s rodičem .....	18
1.2.3.1 Hospitalizace dítěte s doprovodem z pohledu sestry .....	19
1.3 Ošetrovatelský proces .....	19
1.3.1 Ošetrovatelský proces a práce sestry na dětském oddělení.....	20
1.3.1.1 Podávání informací a komunikace s rodičem nemocného dítěte .....	20
1.3.1.2 Přístup k hospitalizovanému dítěti.....	21
1.3.1.3 Spolupráce s rodičem v přípravě dítěte na výkony a vyšetření.....	23
1.3.1.4 Spolupráce s rodičem v péči o pohybovou aktivitu a spánek dítěte .....	24
1.3.1.5 Spolupráce s rodičem v péči o hygienu, oblékání a vyprazdňování dítěte ...	25
1.3.1.6 Spolupráce s rodičem v péči o výživu dítěte.....	26
1.4 Partnerství rodičů a zdravotní sestry .....	28
2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY .....	29
2.1 Cíle práce .....	29
2.2 Hypotézy .....	29
3. METODIKA .....	30
3.1 Metodika práce.....	30
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	30

4. VÝSLEDKY .....	33
5. DISKUSE.....	87
6. ZÁVĚR .....	114
7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	116
8. KLÍČOVÁ SLOVA .....	119
9. PŘÍLOHY .....	120
9.1 Seznam příloh.....	120



## ÚVOD

*„Každá nemoc je cenná, nesdělitelná životní zkušenost nejen pro dětského pacienta samotného, ale i pro jeho rodinu, přátele a širší sociální prostředí. Je to zkouška lidskosti nás všech. Pomáháme – li překonávat utrpení svých bližních, pochopíme možná snáze smysl lidského bytí a sounáležitosti.“*

*Říčan*

Mnoho let byla péče pediatrů zaměřena pouze na tělesné zdraví dítěte a křehké dětské duši byla věnována pramalá pozornost. Naprosto se zapomínalo na rodiče dětského pacienta, přestože své dítě důvěrně znají, váže je k sobě hluboké citové pouto, jsou svému dítěti zdrojem lásky, útěchy, bezpečí. V posledních letech probíhají v přístupu k hospitalizovaným dětem a jejich rodině velké změny. Pozornost zdravotníků již není úzce orientována pouze na nemoc dítěte, ale zaměřuje se na dítě se všemi jeho potřebami. K výraznému posunu zkvalitnění péče o hospitalizované dítě a jeho rodinu přispělo přijetí Charty práv hospitalizovaného dítěte v nemocnici. Přestože byla charta v plném znění přijata Ministerstvem zdravotnictví, není její dodržování závazné. V zájmu lepší péče se jí však větší část dětských oddělení snaží alespoň částečně zohledňovat. Jeden z bodů charty říká: „Děti v nemocnici mají 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.“ Zkusme si přiblížit, co se s dítětem děje, pokud je přijato do nemocnice bez svého rodiče. Takové dítě se najednou ocitá v neznámém prostředí, místo rodičů, které v tuto chvíli nejvíce potřebuje, o něj pečují cizí lidé, je upoutáno na lůžko a podrobováno mnohdy bolestivým a nepříjemným zákrokům. Často dochází k narušení navykého režimu dítěte, je nuceno k jinému rozložení spánku a bdění, mění se jeho navyký jídelníček. Malé dítě nechápe, proč ho maminka opustila, usilovně pláče a doufá, že jí svým křikem přivolá...

Pro dětský organismus, již tak značně zatížený samotným onemocněním, se může stát vyrovnávání se s výše uvedenými skutečnostmi neúnosnou zátěží. Daleko

lépe se s nemocničním prostředím vyrovná dítě, které má u sebe svou blízkou, milovanou osobu (nejčastěji jednoho ze svých rodičů). Matka (otec) je pro své dítě nejlepším vychovatelem i ošetřovatelem, pečuje o něj způsobem, na které je zvyklé. Je mu stále nablízku, tlumočí mu informace zdravotníků, zmírňuje nepříznivé působení neznámého prostředí, je pro své dítě zdrojem jistoty a bezpečí. Přítomnost matky (otce) na oddělení je nesporným přínosem pro hospitalizované dítě, avšak aby byl jejich vliv na nemocné dítě ryze pozitivní, musí jim sestra věnovat patřičnou péči a pozornost. Je důležité, aby si u rodičů získala důvěru. Především s nimi musí umět komunikovat a také je v dostatečném množství a vhodnou formou informovat o veškerém dění, které se týká jejich nemocného dítěte. Zároveň od nich získává potřebné informace a učí je náležitě pečovat o své nemocné dítě. Při správně prováděném ošetřovatelském procesu je tedy nevyhnutelná aktivní spolupráce sestry s rodiči dítěte.

Téma této práce jsem si zvolila proto, že jsem sama před 4 lety absolvovala hospitalizaci se svým dítětem v nemocnici. Nedovedu si představit, že by se za mým, tehdy půlročním synem zavřely dveře dětského oddělení a já zůstala na druhé straně. Jsem velice šťastná, že jsem mohla být u svého dítěte přítomna po celou dobu hospitalizace. Sestry byly většinou vstřícné a mohla jsem o své dítě sama pečovat. Přesto zde naprosto vážla komunikace v oblasti informací a byla jsem svědkem mnoha prohřešků, kterých se sestry dopouštěly na ostatních rodičích. Nejvíce mě trápila pasivita ze strany personálu. Informace ohledně léků, vyšetření, výkonů automaticky podávány nebyly, musela jsem si je sama zjišťovat. Některé sestry ani nedokázaly ostatním rodičům popsat průběh plánovaného vyšetření, co se s dítětem bude dít, zda ho to nebude bolet. Rodiče, hospitalizovaní ve stejném čase jako já byly nedostatkem informací velice stresováni, přesto se sester neodvažovali zeptat, aby náhodou nezdržovali a neobtěžovali. Po čase zjistili, že jsem nejen matka, ale i zdravotní sestra a se všemi dotazy a starostmi chodili za mnou. Přesto nemůžu sestry hodnotit negativně. Některé z nich byly doslova „balzámem“ pro ustrašenou duši rodičů, dokázaly pohladit, pochválit, utišit.

Ošetřovatelský proces a přístup k hospitalizovaným pacientům má na pediatrickém oddělení oproti jiným svá specifika, která jsou dána rozdílnými potřebami

dětského věku. Uvědomuji si, že je práce sester na dětském oddělení velice náročná a právě proto zastávám názor, že by měly být speciálně vzdělávané. Záměrem mé práce není znevážení sester z dětského oddělení, jak by se snad mohlo zdát. Chtěla bych zdůraznit důležitost spolupráce sester s rodiči hospitalizovaných dětí a aktivního zapojování rodičů do ošetrovatelského procesu. Zároveň se pokusím prostřednictvím této práce nastítnit problematiku nemocného dítěte a také náročnost a specifika práce sestry na dětském oddělení. Ve výzkumu budu zjišťovat kvalitu spolupráce sester s rodiči hospitalizovaných dětí.

## 1. SOUČASNÝ STAV

### *1.1 Nemocné dítě*

Pod pojmem nemocné dítě chápeme dítě trpící akutním či chronickým onemocněním, tělesným defektem či jakýmkoliv jiným zdravotním postižením. Je nutné si uvědomit, že nemoc nepostihuje pouze jednotlivý orgán v těle, nýbrž působí na celou osobnost dítěte. Proto je velikou chybou, pokud se zaměříme pouze na léčbu postižené části těla. Při léčbě a ošetřování dětských pacientů je nevyhnutelný celostní, holistický přístup a zajištění všech biopsychosociálních potřeb. Musíme dítě dobře znát a všichni svou péči přizpůsobit jeho individuálním potřebám. Nezbytná je dobrá znalost faktorů, které ovlivňují prožitek nemoci dětským pacientem. [2, 5, 12]

#### *1.1.1 Faktory, ovlivňující prožitek nemoci dítětem*

Každé dítě reaguje na své onemocnění trochu jiným způsobem. Na dítě působí celá řada činitelů, jejichž souhra dodává výsledný obraz. Záleží na vývojové úrovni dítěte, jeho základní duševní konstituci, postoji okolí k nemocnému dítěti a samozřejmě na typu a rozsahu onemocnění. Pouze pokud tento obraz dokážeme pochopit, můžeme poskytnout dětskému pacientovi kvalitní péči. [2, 12]

##### *1.1.1.1 Vývojové zvláštnosti a potřeby do 6 let věku dítěte*

V každém vývojovém období dítě získává nové poznatky a zkušenosti, osvojuje si nové pracovní techniky, způsoby myšlení a nazírání, které vždy vyrůstají z poznatků dříve získaných. Pro správný rozvoj dítěte je tedy velice důležité, aby nebylo žádné vývojové období zanedbáno, ale náležitě stimulačně využito. Významnou roli z vývojového hlediska hraje věk, kdy onemocnění nastalo. Emoční a osobnostní vývoj dítěte může být důsledkem onemocnění celkově zbrzděn či v některých oblastech vážněji narušen. Aby se tomuto předešlo, je velice důležité znát a dostatečně uspokojovat specifické vývojové potřeby dítěte, které může nemoc ovlivňovat. [2, 20]

Je nutno uvést několik základních psychických potřeb, které děti pro správný vývoj potřebují v každém z níže uvedených věkových obdobích. Na prvním místě je základní potřeba přiměřené stimulace, čili přívodu dostatečného množství podnětů

z vnějšího světa. Tyto stimuly by měly přicházet v náležitém množství a kvalitě. Další je potřeba smysluplného světa. Dítě musí mít určitý řád ve věcech a vztazích, aby si mohlo z přicházejících podnětů vytvářet poznatky a zkušenosti. Na třetím místě je potřeba životní jistoty, tou je pro dítě přítomnost, péče a láska blízkých lidí. Dále je tu potřeba pozitivní identity, neboli vlastního „já“. Dítě si postupem věku čím dál více uvědomuje své „já“ a podle toho, jak ho přijímají a jak se k němu chovají blízcí lidé, se mu formuje sebedůvěra a sebevědomí. Na konec je tu potřeba otevřené, jasné budoucnosti. Tato potřeba je čistě lidská, člověk si uvědomuje plynutí času od začátku až do nevyhnutelného konce. [11]

**Kojenecký věk** (období prvního roku života dítěte) je charakterizován intenzivním růstem a mohutným rozvojem motorických a psychických funkcí. Během prvního roku svého života dítě ztrojnásobí svou porodní hmotnost, vyroste v průměru o 25 cm, naučí se samostatně pohybovat, ve 12 měsících života vysloví pár jednoduchých slov. Pro kojence je velice důležitá stálost prostředí, potřeba pravidelnosti v poskytování podnětů a denním rytmu. Pravidelnost a předvídatelnost různých situací navozují v dítěti pocit jistoty. Pokud se vybočí z pravidelného, zaběhnutého stereotypu, může dítě pociťovat úzkost. V tomto období prochází dítě tzv. kefalokaudálním vývojem. Jedná se o motorický vývoj, začínající zvedáním hlavičky a končící postavením se na nohy. Základním vývojovým úkolem kojence je utvoření pevného vztahu s matkou (rodičem) a díky němu dosáhnutí pocitu bazální jistoty. Kojenec je schopen vnímat nálady a postoje lidí, kteří jej obklopují. Dokáže rozeznat klid od nervozity, lásku od lhostejnosti. Jeho vývoj je značně závislý na sociálním prostředí a sociální interakci mezi ním a blízkými osobami. K postupnému rozšíření zájmu dítěte na vnější svět dochází mezi druhým a třetím měsícem života. Začíná si uvědomovat, že živé bytosti jsou jiné, než neživé objekty. V tomto období začíná kojeneček komunikovat pomocí neverbálních aktivit (pohledem, úsměvem apod.). Symbiotická vazba mezi mateřskou osobou (většinou matkou, ale i otcem, babičkou..) a dítětem se vytváří mezi třetím a šestým měsícem. Dítě si ještě neuvědomuje přesné hranice vlastní bytosti, tato vazba mu usnadňuje adaptaci na svět, slouží jako základ budoucího pocitu jistoty. Potřeba mateřské osoby se u většiny dětí mění ve specifický citový vztah okolo

sedmého měsíce života. Dítě jí dává výrazně přednost před ostatními a dožaduje se její pozornosti. Tento citový příklon je velmi důležitým činitelem v celém dalším vývoji člověka. Je předznamenáním všech pozdějších citových vztahů, včetně erotických. Rozhoduje o důvěře a nedůvěře k okolnímu světu. Jakmile dítě pochopí stálou existenci mateřské osoby, začne si postupně uvědomovat i to, že je samostatnou bytostí. V tomto procesu je nesmírně důležité, aby matka svým chováním poskytovala dítěti přiměřenou stimulaci, odpovídající jeho potřebám. Je nutné si uvědomit, že mateřská osoba svými reakcemi poskytuje dítěti informace o jeho osobě, jeho významu a hodnotě. Tento obraz se stává základem jeho identity. V osmém měsíci můžeme pozorovat strach z cizích lidí. Svět dítěte se začíná rozdělovat na věci známé, tedy bezpečné a věci neznámé, nebezpečné. Aby byl u dítěte dosažen pocit bezpečí, musí dojít k přesvědčení, že jeho lidé jsou stálí a je na ně spolehnout. Pokud je dítě v tomto období odloučeno od mateřské osoby, například při hospitalizaci, hrozí rozvoj tzv. anaklinické deprese. Jedná se o stav, kdy dítě nejprve usilovně pláče, volá po matce, protestuje, následně upadá do apatie a ztrácí zájem o své okolí. Většinou se postupem času adaptuje a navazuje vztahy k náhradním osobám. Po ukončení separace se musí vztah k matce utvářet znovu, aby byla obnovena bazální jistota. Tyto děti se poté často potýkají se separační úzkostí, která mnohdy přetrvává až do školních let. To může mít negativní vliv na celkový vývoj dítěte. Děti do jednoho roku jsou velmi citlivé na senzickou a pohybovou deprivaci. Pokud je nutná dlouhodobější hospitalizace, obzvláště není-li přítomna blízká osoba, může nastat regres vývoje nebo zpomalení vývojového tempa. Z tohoto pohledu je nejdůležitější maximálně omezit separaci dítěte od rodiny. [2, 11, 20, 25, 27]

***Batolecí věk*** (období od jednoho do tří let života dítěte) je charakterizován intenzivním rozvojem, zasahujícím mnoho oblastí. Mezi jinými jde hlavně o motoriku, myšlení a řeč. Pro tento věk je typická značná potřeba pohybu a aktivity. Její uspokojení je důležité pro další vývoj. Dítě se zdokonaluje v chůzi, v jednom a půl roce běhá, učí se chodit do schodů, dále si rozvíjí manuální dovednosti. Tím se mu stávají dostupnější další podněty a stále se snižuje míra, v níž je ve svém poznávání vázáno na prostor či odkázáno na dospělé. Pokud je dítě nuceno k déletrvající nečinnosti (např. v důsledku nemoci), vzniká v něm velké vnitřní napětí, které potřebuje nějak

odreagovat. To se může projevit jednorázovým výbuchem vzteku, ale mohou se také fixovat určité neurotické návyky - např. okusování nehtů, kývání se apod. Sociální vývoj se v tomto věku uskutečňuje nápodobou druhých lidí. Vzorem pro nápodobu jsou dítěti rodiče, ale také sourozenci a jiné osoby, s nimiž je v častém kontaktu. V tomto období si dítě osvojuje určitý řád, co může a co nemůže. Učí se vzorcům jednání, přejímá rodinou akceptované normy chování. Význam hodnot a norem, které mu dospělí předkládají, musí chápat, jen mechanické oznámení nestačí. Přítomnost studu u dítěte při porušení dané normy je signálem, že tuto normu pochopilo. Nejdůležitější osobou pro batole zůstává nadále matka. Pokud se cítí ohroženo, něco ho bolí, má strach či úzkost, vyžaduje její blízkost. Separáční úzkost a strach z cizích lidí, které jsou přítomny v předchozí vývojové etapě nadále přetrvávají. U dětí této věkové skupiny snadno vznikají fobie, například strach z „lidí v bílém“, který pak může trvat po celý život. Dítě ještě nemá vytvořeny racionální mechanismy zvládnutí a tyto strachy jen obtížně zpracovává. Proto je obecně doporučován odklad všech invazivních či operačních výkonů na co nejpozdější dobu. Vedle vyhraněné potřeby závislosti (na matce) se u dítěte postupně rozvíjí potřeba nezávislosti. Dítě se pomalu a postupně začíná odpoutávat od matky, s níž do té doby žilo v symbiotickém vztahu. Osamostatňování je spojeno s rozvojem komunikace, která je základem sociálního přizpůsobení dítěte. Rozvoj řeči je v batolecím období velmi dramatický - zatímco na počátku této fáze dítě ovládá průměrně 25 slov, ve třech letech je to asi 40x tolik. Tím, že dítě rozumí řeči jiných lidí, stává se mu sociální prostředí srozumitelné. V jeho myšlení se objevuje tzv. symbolická fáze, kdy jedním slovem dovede označit věci, které mají něco podobného. Význam minulosti ani budoucnosti batole zatím nechápe. Pro dítě existuje jen přítomný časový okamžik a podobné je to i s prostorem. Okolo osmnáctého měsíce života si dítě začíná osvojovat hygienické návyky, zejména samostatnou kontrolu a regulaci vyměšování. Ve třech letech má vyměšování moči i stolice pod kontrolou většina dětí, i když občas se ještě může objevit selhání (např. při nemoci, ve spánku, v zápalu hrdla). Dítě se dále učí samostatně oblékat, svlékat, mýt se a jíst lžičkou. Okolo druhého roku života dochází u dítěte k ukončení procesu sebeuvědomění. Tato skutečnost se projeví sebeprosazováním a může mít až podobu

negativismu. Pro další rozvoj dítěte je velmi důležitá podpora a pochopení ze strany dospělých. Dítě má silnou potřebu být za své výkony oceněno a je nesmírně citlivé, pokud dostane pocítit, že něco nezvládlo. Protože nedokáže odlišit oprávněnou a neoprávněnou kritiku, chápe ji vždy jako důsledek svého selhání, a tento pocit si "ukládá" do své vznikající identity. [2, 11, 20, 25]

**Předškolní věk** je vývojová fáze, začínající po třetím roce života a končící nástupem do školy, většinou v šesti letech věku dítěte. Dítě se dále rozvíjí po všech stránkách – tělesně, pohybově, intelektově, citově i společensky. Období předškoláka lze označit jako věk iniciativy. Jeho hlavní potřebou je aktivita a sebeprosažení. Důležitým úkolem pro toto období je rozvíjení účelné aktivity, kterou je ovšem potřeba určitým způsobem regulovat, aby neztratila smysl. Dítě si samo vybírá, co bude dělat, jeho konání se již cíleně zaměřuje určitým směrem. První, nejbouřlivější etapa pohybového vývoje je ve třech letech zpravidla dokončena, v předškolním věku následuje zjemňování a rozvoj nabytých dovedností. Dítě se již pohybuje s jistotou, rychle se zdokonaluje v ovládání různých nástrojů. Předškolák postupně zvládá jíst příborem, používat kartáček na zuby, zacházet s tužkou, malovat štětcem či stříhat nůžkami. Vývoj motoriky souvisí nejen s dozráváním nervového systému, ale také s praxí a procvičováním. Větší zručnost dítěte kolem čtvrtého roku se projeví v rychle narůstající soběstačnosti, dítě se samostatně svléká a obléká, jí, zvládne si obout boty a zkouší zavazovat tkaničku. Také při toaletě je zvětší části soběstačné. Myšlení předškoláka lze charakterizovat egocentrismem, kdy subjektivně posuzuje dění ze svého zorného úhlu a také absolutismem, kdy je dítě přesvědčeno, že každé tvrzení zůstává konečné. Pro tento věk je také typická velmi živá představivost, pomocí které si dítě přizpůsobuje realitu vlastním potřebám, což má značný význam pro vyváženost jeho duševního života. Úroveň myšlení se projevuje v činnostech - například v kresbě či hře. V předškolním věku je patrné bohaté emocionální prožívání, charakteristické velkými výkyvy mezi krajními polohami, dítě rychle přechází ze smíchu do pláče. Podněty z prostředí by měly být takové, aby u dítěte převažovaly kladné city. Vrcholí prožitky strachu, častá je obava ze tmy, zvířat, „zlého pána“, úzkost může vyvolat i přemíra



informací. V tomto případě je důležitý klidný, nestresující přístup, s dítětem o těchto prožitcích hovořit, projevit své pochopení a tím mu poskytnout pocit bezpečí. Sebepojetí předškolního dítěte se vztahuje k postojům a hodnocení dospělých. Dítě přebírá názor, že je špatné či dobré, protože je tak vidí maminka nebo učitelka. Přestože má i v tomto období pro dítě největší význam rodina, započíná se socializace do širšího prostředí. U předškoláka se objevuje potřeba uplatnit se ve skupině svých vrstevníků, být tam přijat a kladně hodnocen. V kolektivu (nejčastěji mateřské školy) dítě navazuje nové vztahy s kamarády, učitelkami, osvojuje si nové role, formují se některé osobnostní vlastnosti. Pokud dítě nemá možnost kontaktu s vrstevníky (např. při dlouhodobé hospitalizaci, pohybovém omezení) je ochuzeno v oblasti vývojově specifických socializačních podnětů a jeho sociální vývoj může být narušen. V tomto období jsou upevňovány pohlavní role, kde se kromě biologických charakteristik promítají faktory ze strany prostředí. Čtyřleté děti si jsou již vědomi neměnnosti a trvalosti své pohlavní identity. Na základě příkazů a zákazů se započíná s osvojováním norem, dítě se nachází v tzv. premorálním stadiu, po uposlechnutí/neuposlechnutí dospělého následuje odměna/trest. Začíná se rozvíjet svědomí, které se navenek projevuje pocity viny dítěte, při porušení nějaké, již přijaté normy. Dominantní činností předškoláka je hra. Hra se stává každodenní potřebou dítěte. Ve hře dítě symbolicky zpracovává nepříznivé zkušenosti, přináší mu odreagování a zmírnění napětí. Nemalý význam má hra pro rozvoj kognitivních schopností a sociálních dovedností. Hra umožňuje dítěti aktivně se prosadit a tím i podpořit sebedůvěru ve vlastní schopnosti. Dostatečný prostor pro hru a rozvoj vlastní podnikavosti potřebuje dítě, i pokud je nemocné. Zároveň u něj stoupá potřeba porozumět světu a vlastnímu tělesnému fungování. Předškolák má velice bohatou fantazii a snadno podléhá pocitům viny. Pokud dostatečně nechápe situaci, může léčebný zákrok vnímat jako trest za špatné chování. Stejně jako v batolecím, i v tomto věkovém období hrozí vznik fobií. Je proto nezbytné dítě na zákrok či hospitalizaci připravit, nejlépe pomocí symbolické hry. Pro děti předškolního věku je stále značná potřeba kontaktu s rodinou, neboť separační úzkost může být intenzivní i v tomto období, vzhledem k častým emočním regresům dětí ve zhoršeném zdravotním stavu. [1, 2, 10, 13, 14, 20, 25]

### ***1.1.1.2 Základní duševní konstituce dítěte***

Člověk si základní rysy své duševní výbavy přináší na svět jako genetický vklad po svých rodičích a dalších předcích. Tato výbava je u každého trochu jiná, již v útlém věku ovlivňuje naše prožívání a chápání nastalých situací. S tím souvisí i to, jak bude dítě reagovat na svou nemoc. Záleží na jeho inteligenci, temperamentu, stupni dráždivosti či naopak odolnosti nervového systému. Také záleží na některých hlouběji zakotvených povahových rysech dítěte, jako je extroverze a introverze, zda je dominantní či spíše submisivní. V souvislosti s onemocněním hraje důležitou roli tzv. frustrační tolerance. Tím je myšlen stupeň odolnosti nervového systému dítěte vůči nepříjemným prožitkům či zátěžím, způsobených neuspokojením některé z duševních potřeb dítěte. Tuto toleranci lze zvýšit, pokud má dětský pacient možnost nápor těžkostí úspěšně překonat a tím dostát pocitu, že se osvědčil. Proto je důležité dítě na každý léčebný zákrok či nepříjemnou situaci předem připravit a tím u něj předejít stavům úzkosti či paniky. Taktéž je nezbytné dítě za každý, třeba jen nepatrný náznak snahy o zvládnutí situace náležitě pochválit. [2, 12]

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

Každá společnost přisuzuje tělesnému zdraví a zdatnosti určitou hodnotu, neboli normu. Tyto obecně přijímané normy mají vliv na chování a postoje členů rodiny dítěte a jejich prostřednictvím se ho nepřímo, zprostředkovaně dotýkají. Přímé působení těchto norem pocítí dítě až při vstupu do kolektivu svých vrstevníků, kteří podle norem vypadají, či dle nich podávají požadované výkony. Tak se dítěti postupně stávají tyto normy měřítkem, kterým hodnotí sebe i ostatní. Významné podněty pro dítě přicházejí i od lidí z jeho nejbližšího rodinného okruhu. Značně záleží na tom, jak chápou a prožívají jeho nemoc. V některých rodinách je nemocné dítě přijímáno vyrovnaně, bez zbytečné paniky a cíleně se pracuje na jeho včasném uzdravení. Jinde však může být každé banální nachlazení prožíváno s nejvyšší úzkostí, která se velice snadno přenese na dítě a tím mu ztíží situaci. V některých rodinách je dítě v nemoci zahrnuto přílišnou pozorností a péčí. V tomto případě hrozí, že si dítě tuto pozici oblíbí, obtížně se jí vzdává a při problémech do ní opět utíká. Opakem této nadměrné péče je tzv.

„spartánský“ přístup rodiny, kdy je jakákoliv nemoc či zaplakání pokládáno za slabost a ostudu. Zde hrozí vážné zanedbání zdraví dítěte, které ze strachu zapírá příznaky onemocnění a raději tiše trpí. Dalším, neméně důležitým činitelem v postoji okolí je samotné dítě. Způsob jeho chování vyvolává u ostatních lidí určité reakce. Záleží na způsobu, jakým dětský pacient přitahuje pozornost ostatních, zda provokuje, dráždí, nebo budí lítost, jestli časově a fyzicky vyčerpává své ošetřovatele. Zároveň však může v rodičích i u sourozenců vzbudit mnohé pozitivní lidské vlastnosti, jako je soucit, obětavost, empatie aj., které by jinak zůstaly neprojevené. [2, 12, 13]

#### ***1.1.1.4 Typ onemocnění a rozsah postižení***

Je spousta nemocí, které mohou dítě postihnout. Každá z nich ho svým způsobem zatěžuje a vyčerpává. Lze říci, že čím více a déle nastalé onemocnění dítě zatěžuje, tím více ohrožuje jeho zdravý psychosociální vývoj. [12, 13]

Děti mohou být relativně často postiženy onemocněním dýchacích cest, chřipkou či jinými virovými nemocemi, nejrušnějšími zánětlivými procesy, infekcí zažívacího ústrojí se zvracením, průjmami apod. První příznaky výše uvedených nemocí se projeví nápadnou změnou v chování dítěte. Lze je často pozorovat dosti dlouhou dobu před vzplanutím základního onemocnění. Dítě může být neklidné, podrážděné nebo naopak apatické, unavené, s nechutí k jakékoliv činnosti. Může dojít k nepochopení situace, kdy je dítě za toto chování trestáno, nuceno překonat svou „lenost“, což u něj vyvolá napětí, špatnou náladu a negativistické reakce. Proto je důležité dítě dobře znát, všimnout si ho a nepodceňovat změny v jeho chování. V akutním stádiu se psychické příznaky, pozorované v předchorobí, většinou dále stupňují, nebo nastává obrat z neklidu a podrážděnosti do apatie a útlumu. Onemocnění doprovázené vysokými teplotami může u dítěte vyvolat horečnaté delirium s obluženým vědomím, poruchami vnímání, kdy se objevují iluze a halucinace, někdy s psychomotorickým neklidem a se zlostnými či úzkostnými afekty. Po odeznění akutní fáze nastává období rekonvalescence. V tomto období se děti i po malé zátěži lehce unaví, jejich potřeba spánku je značně zvýšená. V kojeneckém a batolecím věku dochází často k regresi chování týkajícího se již dříve osvojených návyků. [2, 12, 13]

Vleklými a chronicky probíhajícími onemocněními je postiženo přibližně 7 - 10 % dětské populace. Jedná se například o vleklé zažívací poruchy, revmatická onemocnění, srdeční obtíže, diabetes mellitus či jiné endokrinní, imunitní a metabolické poruchy. Tyto choroby vyžadují časté návštěvy lékaře, dlouhodobé užívání léků a omezují dítě v jeho přirozených aktivitách a potřebách. Následkem dlouhodobého trvání těchto podnětů a omezení dochází k oslabení nervové soustavy dítěte. To se projeví psychomotorickým neklidem, dráždivostí, netrpělivostí, náladovostí, sklony k zlostným či úzkostným afektům. Proto musejí být požadavky léčebného režimu uvedeny do souladu s psychickými potřebami a odolností nervového systému dítěte na daném stupni vývoje a zralosti. Důležitý je také přístup rodičů, kteří často ve snaze ochránit své dítě neustále zdůrazňují nebezpečí, která mu hrozí, pokud nebude dodržovat léčebné předpisy a uložená omezení. Toto jednání může v dítěti vzbudit pocity strachu z postupující choroby nebo dokonce ze smrti či neúměrné pocity viny při každém porušení léčebného režimu. Základním předpokladem úspěchu v péči o dítě je udržování potřebné motivace ke spolupráci v léčbě. Té lze nejnázne dosáhnout pochvalou a oceněním za každou projevenou snahu spolupracovat. Chronicky nemocné dítě nesmí mít dojem, že je s ním jednáno jinak, než je běžné u zdravých dětí. Důležité je, aby bylo aktivně a v maximální možné míře zapojováno do všech činností běžného života, pokud to jeho nemoc jen trochu dovoluje. Je ovšem důležité si uvědomit, že malé dítě není schopno samo odolávat nejrůznějším lákadlům, proto je vhodné provokující podněty odstranit nebo alespoň omezit na minimum. [2, 12, 13, 20]

Další skupinu nemocí, vyskytující se v dětském věku, tvoří nemoci provázené bolestmi. Jedná se především o záněty středního ucha či jiné zánětlivé stavy, střevní koliky, nežity a vředy, vertebrogenní obtíže, renální infekce, spáleniny, rozsáhlejší kožní oděrky, stavy po úrazech, onkologická onemocnění apod. Bolest doprovází i různé lékařské zákroky a procedury, jako jsou operace, lumbální punkce, zubní ošetření a mnoho dalších. Dítěti, trpícímu bolestivým onemocněním je potřeba věnovat zvláštní pozornost i péči. Nedostatečné tlumení bolesti narušuje důvěru dětského pacienta ke zdravotníkům a zhoršuje jeho chování. Čím je bolest větší a doba jejího trvání delší, tím více je ohrožena centrální nervová soustava dítěte a jeho zdravý psychosociální vývoj.

Zároveň je nutné připomenout, že silná bolest může dětského pacienta přivést až do šokového stavu. Jedním z základních ochranně léčebných požadavků je tedy bolest vyloučit nebo alespoň omezit na nejnižší možnou míru. Pokud to není kontraindikováno, tlumí se bolest pomocí vhodných anestetických prostředků. Rovněž je důležitá úprava prostředí, vyloučení dalších rušivých podnětů a snaha o pozitivní citové nalazení dítěte účastnou sympatií, trpělivostí a shovívavostí k jeho výkyvům nálad, negativizmu, ale i k agresivním projevům, které často doprovázejí bolestivé stavy. Pokud se dítě nudí, nebo nemá možnost kontaktu s okolím, je daleko více vnímavější k bolestivým, či dráždivým podnětům, přicházejícím z jeho organismu. Proto je nutné jeho denní program uzpůsobit tak, aby bylo co nejvíce zaměstnáno hrou, zábavou, poutavými činnostmi. Z toho vyplývá, že ošetřování tohoto dítěte vyžaduje stálou přítomnost a péči dalšího člověka, který by usměrňoval jeho pozornost správným směrem. [2, 12, 13, 20]

### ***1.2 Hospitalizace dítěte***

V současné době jsou děti přijímány do nemocnice pouze tehdy, pokud jim nemůže být poskytnuta srovnatelná péče v domácím ošetření. Hospitalizovány jsou převážně děti v novorozeneckém, kojeneckém a batolecím věku se závažným onemocněním dýchacích cest, centrálního nervového systému, ledvin, náhlou příhodou břišní, po rozsáhlých zraněních, otravách a popáleninách. Druhou velkou skupinou pacientů vyžadujících nemocniční péči tvoří děti s nepříznivou prognózou, nádorovým nebo vleklým a chronicky probíhajícím onemocněním. Pro nemocné hospitalizované děti a jejich rodiče byla schválena na I. evropské konferenci o hospitalizovaných dětech v roce 1988 charta práv hospitalizovaných dětí [příloha 1]. Chartu v tomto znění podpořila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví ČR v roce 1993. Charta práv hospitalizovaných dětí je velice důležitý dokument, týkající se zdraví a pohody dětí při jejich pobytu v nemocničním zařízení. Zatím nemá oficiální charakter, mnoho zdravotnických zařízení, zvláště pak s pediatrickou specializací jej však v zájmu lepší péče o dětské pacienty plně respektuje. [15, 17]

### ***1.2.1 Reakce dítěte na hospitalizaci***

Každé dítě je individualitou a pobyt v nemocnici prožívá jinak. Záleží na jeho věku a vyspělosti, předchozí přípravě, jistotě domácího života, dřívější zkušenosti s hospitalizací, podpoře rodiny a ošetřujícího personálu a v neposlední řadě jaké má emoční zdraví. Reakce dětí se tedy na pobyt v nemocnici liší. Některé dítě je zakřiknuté, jiné se naopak vzteká, pláče a všemi způsoby upoutává pozornost svého okolí. Zde je potřeba připomenout, že dítě, které je „hodné“ často prochází stejným, nebo i větším trápením než dítě, které pláče a navenek projevuje své pocity. Malé dítě většinou nechápe, co se s ním bude dít i přes to, že bylo na pobyt v nemocnici důkladně připravováno. Najednou se ocitne v neznámém prostředí, místo rodičů, které v tuto chvíli nejvíce potřebuje se o něj starají cizí lidé a ještě ke všemu je podrobováno mnohdy nepříjemným či bolestivým vyšetřením. Často dochází k narušení navykého režimu dítěte, je nuceno k jinému rozložení spánku a bdění, mění se jeho navyký jídelníček. Je nutné si uvědomit, že vyrovnávání se s těmito změnami a nároky se může stát pro dítě, již tak značně zatížené samotným onemocněním neúnosnou zátěží. Zdravotnický personál by se měl tedy snažit přizpůsobit pobyt dítěte v nemocnici tak, aby se co nejméně zasahovalo do jeho navykého denního režimu. [1, 6, 13]

#### ***1.2.1.1 Separační úzkost***

Základním zdrojem jistoty a bezpečí je pro drtivou většinu dětí matka. Odloučení od matky mnohdy představuje pro dítě daleko větší stres, než který působí samotné onemocnění či bolest. Separační úzkost se plně projeví u kojenců od šestého měsíce a více, nejintenzivněji je prožívána dětmi v batolecím věku, často přetrvává i u předškoláků. Kojenec, separovaný od své matky, může být nápadně úzkostný, často nejí, pláče, odmítá pokusy o jiný kontakt a obtížně se utěšuje. Pokud se v okolí nenajde nikdo, kdo by mu pomohl překonat jeho úzkost, přechází do apatie a beznaděje. Ztrácí veškerý zájem o okolí, nehraje si a často celé hodiny leží s tváří zabořenou do peřinky. Jeho duševní vývoj se opožďuje a tělesně neprospívá. Nejcitlivěji pak na separaci reaguje mladší batole, které se hůře adaptuje na změny. Jeho chování je podobné, jako u kojence, ale ve svých projevech intenzivnější a vytrvalejší. Vyhlíží a naslouchá, zda

nepřichází matka, vytrvale pláče a křičí až do úplného vyčerpání. Opakovaně volá maminku, při přiblížení dospělého svůj křik zesílí. Když pochopí, že svým chováním matku nepřivolá, propadá smutku a depresi. Nakonec se fixuje na náhradní osobu, avšak pokud takovou osobu nenajde, ztrácí vztah k lidem a zaměřuje se na věci kolem sebe a své tělo. Na návštěvy rodičů se tváří lhostejně, již pro něj nejsou důležité. [6, 13, 19, 20]

Separční reakce dětí lze rozdělit do tří typických fází. První je „fáze protestu“, kdy dítě zoufale volá matku, pláče, křičí, vzteká se a čeká, že ona bude na jeho pláč reagovat. Druhá je „fáze zoufalství“, kdy se dítě odvrací od svého okolí ve stavu hluboké stísněnosti, ztrácí naději na přivolání matky. Třetí je „fáze odpoutání“, kdy dítě potlačí své city k matce a připoutá se k jiné osobě, nebo ztrácí vztah k lidem. Tato fáze nastupuje až po dlouhodobém odloučení dítěte od rodiny. Zdravotníci neznající fáze separční úzkosti mohou mít sklon nesprávně vnímat plačící dítě jako „zlobivé“, zakřiknuté dítě v depresi jako „přízpůsobující se“ a dítě ve fázi odmítnutí za „přízpůsobené“. Je nutné si uvědomit, že je správné, jestliže se dětský pacient při návštěvě svých rodičů vrací do první fáze protestu. Je to známka toho, že citové pouto mezi matkou a dítětem zůstalo zachováno. Ošetřovatelský personál by měl pomáhat udržovat a zpevňovat toto pouto, protože pokud dítě dospěje do třetí fáze, musí být vztah k matce znovu složitě utvářen. [6, 13, 20]

### ***1.2.2 Reakce rodičů na hospitalizaci dítěte***

Hospitalizaci dítěte rodiče obvykle velmi intenzivně prožívají. Mohou mít výčitky svědomí, že včas neodhalili příznaky nemoci nebo v případě úrazu své dítě dostatečně nehlídali. Jsou vystrašení, obávají se o své dítě, hledají pomoc a podporu. Často vyjadřují pocity bezmoci nad ztrátou své ochranné role. Do jaké míry se rodiče s hospitalizací svého dítěte vyrovnají záleží především na závažnosti a prognóze jeho onemocnění. V situaci, kdy je dítě ohroženo těžkou nemocí prochází rodiče řadou stádií emočních reakcí. První sdělení závažné diagnózy vyvolá u rodičů šok, smutek a úzkost. Tato reakce je patrná i v těch případech, kdy se nemoc vyvíjela po delší dobu a rodiče ji vnímali již v prediagnostické fázi jako závažnou. Po tomto stádiu rodiče přechází do fáze popření, kdy vytěsňují diagnózu dítěte nebo jí nevěří. Následuje stadium smutku, zlosti, úzkosti a pocitů viny. V této fázi hledají rodiče vinu u druhých, mají

vztek na sebe i celý svět. Časté jsou agresivní pocity vůči partnerovi nebo zdravotnickému personálu. Tyto pocity mohou být ještě posíleny nevhodnou poznámkou či postojem zdravotníků. Běžnou reakcí tohoto období je hluboký smutek, sebelítost a sebeobviňování. V tomto stadiu je nesmírně důležité pomoci rodičům, aby otevřeně vyjádřili své pocity. Následuje stádium rovnováhy, rodiče postupně přijímají situaci a snaží se aktivně podílet na léčbě a péči o své dítě. V prvních dvou stádiích většinou rodiče nedokážou vnímat a zpracovávat podrobnější informace o nemoci dítěte a možnostech léčby. Je proto nezbytné tyto informace opakovat. Důležitou zásadou při poskytování informací je především dostatek času na zodpovězení všech otázek, citlivé a taktické naslouchání a tolerance vůči bouřlivým emočním reakcím. Hospitalizaci dítěte většinou negativně prožívají i jeho sourozenci. Mohou se cítit ostrčením, nechápou, co se děje, často trpí pocitem viny. Je potřeba věnovat pozornost i těmto dětem, srozumitelně jim vysvětlit situaci a umožnit jim projevit své pocity. Pro zdravého i nemocného sourozence je velice přínosné, pokud je jim umožněn vzájemný kontakt. [6, 18, 20]

### ***1.2.3 Aspekty společné hospitalizace dítěte s rodičem***

Jedním ze základních práv hospitalizovaného dítěte je právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Pobyt rodičů v nemocnici je do šesti let věku dítěte plně hrazen zdravotní pojišťovnou. Bohužel některá zařízení stavebně nevyhovují, nebo nemají dostatečnou kapacitu a rodičům neumožňují nepřetržitou přítomnost u svého dítěte. Je však třeba podotknout, že mnoho nemocnic v poslední době prodělalo stavební úpravy a tím vytvořilo podmínky k pobytu rodičů přímo na oddělení. Naprosto ideální je, pokud může být rodič ubytován se svým dítětem na společném pokoji. Tato forma hospitalizace je poskytována především rodičům kojenců a batolat. V zájmu každé nemocnice by měla být snaha o vytvoření takových podmínek, aby každý rodič, který chce s dítětem v nemocnici zůstat, tuto možnost měl. [8, 19]

Nejčastěji své dítě v nemocnici doprovází maminka. Přítomnost rodiče má pro dětského pacienta nezastupitelnou roli. Matka je pro své dítě nejlepším vychovatelem i ošetřovatelem. Je s ním biologicky spojena, důvěrně ho zná, váže je k sobě hluboké citové pouto. Své dítě má nepřetržitě na očích, zná všechny jeho projevy a neunikne jí



žádná změna. Je mu stále nablízku, tlumočí mu informace zdravotníků, zmírňuje nepříznivé působení neznámého prostředí, je pro své dítě zdrojem jistoty a bezpečí. Zároveň na sebe přebírá jeho starosti, strach a nejistotu. Dítě, již tak zatíženo svou nemocí není vyčerpáváno projevy separační úzkosti. To vše velice pozitivně působí na psychiku malého pacienta, který se pak snáze vypořádává se svým onemocněním. [4, 15, 19, 28]

### ***1.2.3.1 Hospitalizace dítěte s doprovodem z pohledu sestry***

Na první pohled by se mohlo zdát, že přítomnost rodičů výrazně usnadňuje práci sestry. Většinou je to však právě naopak. Pobytem rodiče na oddělení vzniká pro sestru mnoho nových povinností. Při příjmu seznamuje rodiče s oddělením, domácím řádem, režimem a zvláště v prvních dnech jim poskytuje oporu když se smiřují s diagnózou svého dítěte. Dále musí rodičům opakovaně vysvětlovat povahu a sled jednotlivých léčebných zásahů, poučovat je o potřebách dítěte a informovat o negativních účincích léků. Musí umět naslouchat a projevovat dostatečné porozumění. Získává matku k aktivní spoluúčasti na léčbě a snaží se v ní svým přístupem vzbudit důvěru. Učí jí správné technice ošetřování a dohlíží, zda to dělá správně. Nesmí zapomínat, že informace matky o dítěti mohou být zkresleny. Proto zároveň s matkou sama sleduje projevy dítěte, kontroluje podávání léků, stravy, měření bilancí tekutin. Dále musí sestra umět rodičům poskytnout vhodnou formu pomoci a podpory, pokud péči o své dítě citově nezvládají. Je tedy zřejmé, že pro sestry znamená přítomnost rodiče na dětském oddělení větší časovou, ale i psychickou náročnost práce. Tuto práci může správně provádět pouze řádně proškolená sestra, které záleží na spokojenosti dítěte a má ráda svou práci. [8, 15, 19]

### ***1.3 Ošetřovatelský proces***

V současné době se ošetřovatelský proces stal mezinárodním standardem ošetřovatelské praxe. Jedná se o systematickou, racionální metodu plánování, která se zaměřuje na člověka jako individuum, na jeho potřeby biologické i psychosociální. Zajišťuje systematickou, uvědomělou, plánovanou, dokladovanou a efektivní ošetřovatelskou péči. Ošetřovatelský proces má pět fází - posuzování, diagnostiku,

plánování, realizaci a vyhodnocení. V první fázi sestra hodnotí stav individuálních potřeb klienta, rodiny nebo komunity. Ve druhé fázi stanoví pomocí ošetřovatelských diagnóz potencionální a skutečné problémy klienta, které je kompetentní sama řešit. Ve třetí fázi ošetřovatelského procesu sestra sestaví plán péče, kdy na základě ošetřovatelských diagnóz stanoví cíle a výsledná kritéria, kterých chce dosáhnout, způsoby řešení individuálních problémů klienta a pořadí postupu. Ve čtvrté fázi sestra prostřednictvím své péče, komunikace a asistence dosahuje naplánovaných cílů individualizované péče. V této fázi také poskytuje pomoc a odborné poradenství, provádí edukaci, obhajuje práva pacientů, vede a řídí své podřízené. V poslední fázi vyhodnocuje spolu s klientem efektivitu ošetřovatelské péče. Všechny uvedené fáze se vzájemně prolínají a ve spirále opakují. [5, 9, 21]

### ***1.3.1 Ošetřovatelský proces a práce sestry na dětském oddělení***

Hlavní pracovní metodou sestry na dětském oddělení je ošetřovatelský proces, který lze souhrnně charakterizovat jako jednotu příznivě působících vlivů na osobnost dítěte s poměrným zastoupením složky zdravotní, vývojové a výchovné. Při realizaci ošetřovatelského procesu nesmí sestra zapomenout na rodiče dítěte. Přítomnost matky (otce) na oddělení je nesporným přínosem pro hospitalizované dítě, avšak aby byl jejich vliv na nemocné dítě ryze pozitivní, musí jim sestra věnovat patřičnou péči a pozornost. Je důležité, aby si u rodičů získala důvěru. Především s nimi musí umět komunikovat a také je v dostatečném množství a vhodnou formou informovat o veškerém dění, které se týká jejich nemocného dítěte. Zároveň od nich získává potřebné informace a učí je náležitě pečovat o své nemocné dítě. Při správně prováděném ošetřovatelském procesu je tedy nevyhnutelná spolupráce sestry s rodinou dítěte a to především ve fázi posuzování, realizace, ale i hodnocení. [7, 19, 28]

#### ***1.3.1.1 Podávání informací a komunikace s rodičem nemocného dítěte***

Účinně vedená komunikace je jádrem kvality poskytované zdravotní péče. S její pomocí navazuje sestra s dítětem i jeho rodiči vzájemný vztah ve snaze dosáhnout příznivého léčebného výsledku a zároveň je získává ke spolupráci v léčebném a ošetřovatelském procesu. Poučuje rodiče o potřebách jejich nemocného dítěte a

uklidňuje je, pokud jsou rozrušení. Zároveň získává informace o chování a subjektivních potížích dětského pacienta a doplňuje anamnestické údaje, potřebné k ošetřovatelské péči. K dosažení kvalitní oboustranné komunikace musí sestra ovládat základní komunikační dovednosti a schopnosti. Při správně vedeném rozhovoru sestra naslouchá, aktivně vnímá a citlivě přistupuje k tomu, co jí druhý říká. Umí se dívat na svět z pohledu druhého, projevuje porozumění a dává jej najevo. Tomu, s kým hovoří, prokazuje úctu, respektuje jeho práva a potřeby, ponechává mu jeho autonomii a samostatnost. Pokud je třeba, podává mu jednoznačné rady, doporučení, ukládá konkrétní povinnosti a to vše důvěryhodně, jasně, srozumitelně a s pochopením pro jeho pochyby a námítky. Při poskytování informací nepoužívá složité odborné výrazy a vždy se zpětně přesvědčí, zda jí dotyčný porozuměl a nabízí další vysvětlení. Onemocnění, léčebné postupy či používané léky nazývá vždy správným termínem. Sestra na dětském oddělení ví, že opakované a srozumitelné informace jsou pro dítě i jeho rodinu základní potřebou. Tyto informace poskytuje i v psané podobě, formou různých letáků, informačních brožurek apod. Pro správné pochopení psaných informací dopřeje rodičům dostatek času i klidu na přečtení a následně zjišťuje, zda těmito informacím porozuměli, případně poskytne vysvětlení a doplnění. [16, 19, 24, 26]

### ***1.3.1.2 Přístup k hospitalizovanému dítěti***

Pro dosažení kvalitní, oboustranné komunikace s dětským pacientem musí sestra respektovat některé všeobecné požadavky, jako je empatický a individuální přístup, úcta, pravý a upřímný zájem o nemocné dítě. Důvěru dětského pacienta si sestra získá upřímným zájmem, vlídným a klidným slovem, správným postojem, úsměvem, očním kontaktem. Dítě na své onemocnění a hospitalizaci často reaguje změnou nálad, pláčem, vzdorem a jinými negativními citovými reakcemi. V těchto případech je důležité, aby sestra poučila rodiče o důvodech tohoto chování a nutnosti chápavého, citlivého a klidného přístupu k dítěti a toleranci jeho negativních projevů. [3]

To, jak by měli rodiče a sestry přistupovat k hospitalizovaným dětem vystihl Šimanovský v Desateru hospitalizovaného dítěte:

- „ 1. Měj ke mně úctu jako k člověku.
2. Upřímně se zajímej o mé problémy: co mne bolí, trápí a těší.
3. Povídej si se mnou o lidech.
4. Řekni napřed, co se mnou budeš dělat a co ode mě očekáváš.
5. Nezapomínej, že potřebuji ochranu, jistotu a pozornost.
6. Vyslechni mě a naslouchej mi.
7. Vytvoř si ke mně laskavý vztah.
8. Nauč mě něco nového.
9. Své povinnosti vykonávej s milým úsměvem.
10. Pokus se vidět mou situaci mýma očima.

Dítě “ [22, s. 161].

Způsob, kterým by se mělo přistupovat k nemocnému dítěti také záleží na jeho úrovni vývoje, proto by měla sestra znát zvláštnosti a potřeby dětí z hlediska jednotlivých vývojových období. U hospitalizovaného kojence musí sestra napomáhat jeho vazbě k rodičům, ukazuje jim, jak se k dítěti chovat, jak jej houpat, jak na něj mluvit a zpívat mu. Děti v tomto vývojovém období potřebují tělesný kontakt a něžné dotýkání. V nemocnici by o ně měly pečovat stále stejné osoby. Pro hospitalizované batole je nejdůležitější přítomnost rodičů. Sestra by měla rodiče poučit o jednotlivých fázích separační úzkosti. Pokud se matka potřebuje na čas vzdálit, laskavě své dítě pochová, rozloučí se a rychle odejde. Předtím mu jasně a srozumitelně vysvětlí, kdy se vrátí (např. po spinkání) a tento slib musí skutečně dodržet. Hospitalizovaného předškoláka je potřeba o všem dobře informovat a za každý náznak snahy nešetřit chválou. Sestra musí pamatovat na to, že děti v tomto věkovém období snadno podléhají strachu z neznámého, proto jim musí být o všem podáno jasné, srozumitelné a pravdivé vysvětlení. Těmto dětem je třeba naslouchat a opravovat jejich mylné představy. [3, 6]

### ***1.3.1.3 Spolupráce s rodičem v přípravě dítěte na výkony a vyšetření***

Nejčastější formou obtížného chování dítěte při léčebných a diagnostických výkonech je negativismus způsobený nejistotou a strachem. Dítě se zoufale drží matky, pláče, křičí, je ochotno bránit se až do krajnosti. V této situaci se pak někdy naprosto nesprávně použije násilí. Dětský strach může být uvědomělý, kdy se bojí bolesti, injekcí, přístrojů, cizích lidí. Ve většině případů však dětský pacient trpí neurčitou nejistotou z neznámé, nepřehledné situace. V nemalé míře je dítě ovlivněno i chováním svého přítomného rodiče. Proto je nutné dítě i jeho rodiče na zákrok předem dobře připravit. Pokud je matka přítomna u výkonu, musí situaci dobře rozumět a dostat možnost aktivně spolupracovat. Vždy je důležité nabídnout konkrétní nápad, jak může svému dítěti pomoci. Tento úkol pomůže matce ulevit od úzkosti a její klid se významným způsobem přenáší na dítě. Sestra si musí umět získat důvěru rodiče i nemocného dítěte. Při přípravě dítěte na zákrok velice záleží na jeho individualitě a vývojové zralosti. U kojence, který není schopen porozumět vysvětlování je dobré provést zákrok co nejrychleji. Pokud to povaha procedury dovoluje, je matka přítomna a bezprostředně po výkonu se pak stává její náruč nejlepším prostředkem k utišení a zklidnění malého pacienta. U batolete musí příprava a vysvětlení probíhat až před výkonem, aby se dítě nestrachovalo delší dobu. Pláč a protest dítěte je zdravým projevem pocitů a pomáhá zmírnit úzkost a bolest. Na každou bolest je potřeba dítě předem upozornit a to vhodnou formou, se samozřejmostí a bez zbytečných podrobností. Pokud se dítěti bolest zatají, ztrácí důvěru ve zdravotníky a jeho chování velice ztíží další ošetřování. Kojenci a batolata nejsou schopni předvídat příští děje a proto se snadno upoutá jejich pozornost novými silnými podněty. Matka může během výkonu své dítě rozptylovat barevnými, neznámými hračkami, maňáskem, obrázky, ale i zajímavými předměty v ordinaci, jako je obvaz, špátle, stříkačka aj. V zápalu hry pak mnohdy děti ani menší výkon nezaregistrují (např. bodnutí injekční jehly). Dítě v předškolním věku potřebuje jasné, srozumitelné a pravdivé vysvětlení. Verbální vysvětlování je vhodné podpořit symbolickou hrou, obrázky, obrázkovými knížkami. Odvedení pozornosti bývá u předškoláků daleko složitější, než u kojenců a batolat. Dobré je, pokud dokáže sestra upoutat pozornost na svou osobu. Je nutné s dítětem

neustále hovořit, zaměřovat se otázkami a odpověďmi. Během léčebného zákroku se velmi osvědčuje shovívavý, dobrosrdečný, lehce humorný tón. U předškolního dítěte jsou projevy strachu velice silné. Stále je pro něj důležitá přítomnost matky. Někdy se však v její blízkosti více poddává projevům strachu a negativismu. Může pomoci, pokud matka opustí místnost a dítě tak ztratí oporu, kterou v ní mělo a je ochotno podřídit se alespoň základním pokynům. Poté se mu nabídne, že maminka přijde zpět, zůstane-li nadále „hodně“. Tento slib se ovšem musí dodržet. S pomocí matky pak může dojít ke skutečnému uklidnění a navázání pracovního kontaktu, neboť dítě pozná, že nejde o úskok či nepředvídatelné nebezpečí. Provádění jakéhokoliv výkonu v úzkostném afektu dítěte je z psychologického hlediska přípustné pouze v opravdu nevyhnutelných případech, kdy by mohlo být ohroženo jeho zdraví. [6, 13, 18, 20]

#### ***1.3.1.4 Spolupráce s rodičem v péči o pohybovou aktivitu a spánek dítěte***

Pohybová aktivita je pro dítě základní fyziologickou potřebou. Úzce souvisí s psychickým vývojem. Rozvoj motorických dovedností umožňuje dítěti provozovat širší poznávací aktivity a tím významně přispívá k rozvoji kognitivních procesů. Omezení pohybové aktivity se vždy negativně odrazí na psychomotorickém vývoji dítěte. Sestra by měla znát psychomotorický vývoj dítěte z hlediska jeho věku a pravidelně ho hodnotit. Dítěti, které má v důsledku nemoci omezenou pohyblivost je nutné zajistit dostatek podnětů k jeho zdravému vývoji. Do tohoto procesu je velice vhodné zapojit rodiče. Nejsnáze své dítě zabaví, ale i odreagují, pokud si s ním budou hrát. Vždy je nutné tuto aktivitu provádět individuálně vzhledem k věku, dovednostem, zájmu a nemoci dítěte. Pro kojence jsou vhodné barevné předměty, zavěšené nad postýlkou nebo různé pohyblivé či hudební hračky. Rozvíjí se tak koordinace očí, vývoj sluchu a motivují dítě k dosahování a uchopování. Kojenci potřebují zkoumat nové předměty, uchopovat je do rukou a vkládat do úst. Rodiče by je měli často chovat, houpat, mluvit na ně, zpívat jim. S dítětem v batolecím věku mohou rodiče procvičovat různé manuální dovednosti pomocí rozličných hraček, stavění kostek, navlékání korálků. Děti v tomto věku si velice rádi prohlížejí knížky, napodobují zvířátka apod. Předškolní děti si již rádi hrají i se svými vrstevníky. Součástí většiny dětských

oddělení je také herna. Pokud to zdravotní stav dítěti dovolí, může si v této herně pohrát se svou maminkou, ale i ostatními dětmi. [5, 23]

Dítě pro svůj správný tělesný i duševní vývoj potřebuje dostatek spánku. Potřeba spánku je u každého individuální, záleží na denní aktivitě dítěte, fyziologickém stavu jeho organismu, na jeho věku a jiných faktorech. Při příjmu by měla sestra od rodičů zjistit zvyklosti dítěte ohledně spánku. Jaký má režim dne, kdy spí, jakým způsobem usíná, na jaké podmínky je zvyklé. Je dobré v tomto režimu pokračovat i v nemocnici a společně s matkou přizpůsobit dítěti prostředí co nejvíce podobné tomu domácímu. Matka může dítěti například přinést do postýlky známý polštářek nebo oblíbenou hračku. Pokud má dítě problémy s usínáním, může ho maminka houpat, hladit, tiše mu zpívat. Sestra by měla odstranit všechny rušivé podněty, vyvarovat se hluku na oddělení, zajistit přítomnost v pokoji. Pokud dítě spí, nemělo by být zbytečně buzeno kvůli výkonům, které lze odložit na pozdější dobu. Potřeba spánku bývá u nemocného dítěte většinou zvýšená a je důležité, aby tuto skutečnost sestra i rodič chápali a respektovali. [13, 19, 23]

#### ***1.3.1.5 Spolupráce s rodičem v péči o hygienu, oblékání a vyprazdňování dítěte***

Pokud je společně s dítětem hospitalizovaná i matka, většinou zajišťuje péči o hygienu, oblékání a vyprazdňování svého dítěte sama. Sestra jí v těchto činnostech musí kontrolovat a pomáhat. Dítě v kojeneckém věku je ve všech těchto oblastech zcela odkázané na péči dospělé osoby. U nemocného kojence, který má horečku snadno vznikají potničky a opruzeniny zvláště v oblasti plen. Proto je nutné udržovat jeho kůži v suchu a často měnit plenky. Matka by měla mít k dispozici dostatek čistého oblečení i plen a v případě potřeby své dítě kdykoliv převléknout. Při každém přebalování je nutné očistit zadeček a nanést ochranný krém. Sestra spolupracuje s matkou, zjišťuje od ní charakter a frekvenci stolice, počet pomočených plen a společně si všímají změn na kůži dítěte. Koupání dítěte by mělo být prováděno v čase, na který je zvyklé z domova. Pokud má již dítě zoubky, nesmí se zapomínat na jejich čištění. V batolecím věku již může mít dítě osvojeny některé hygienické návyky, zejména samostatnou regulaci a kontrolu vyměšování. Stále však potřebuje péči a asistenci dospělé osoby. Sestra od matky zjišťuje okolnosti ohledně vyprazdňování, zda chodí dítě na nočníček a kdy

probíhá vylučování stolice. Upozorňuje ji na skutečnost, že v nemocnici může dojít k dočasné ztrátě těchto dovedností a její dítě se může znovu pomočovat a jakoby vracet ve vývoji zpět. Nemocné dítě by se nemělo zbytečně zatěžovat častým posazováním na nočník, pokud své vyprazdňování nemá pod kontrolou. Děti předškolního věku jsou více méně samostatní v oblasti hygieny i vyprazdňování. S oblékáním mohou ještě občas potřebovat pomoc (knoflíky, zip, zavazování kaničky). K dětem tohoto věku je důležité přistupovat s důsledností a jejich sebeděči kontrolovat. Jako u kojenců, tak i u starších dětí sestra kontroluje stav kůže dítěte, získává od matky informace o stolici a močení dítěte, zajišťuje dostatek čistého prádla a hygienických pomůcek. Batolecí a předškolní věk je nejdůležitějším vývojovým obdobím pro vytvoření hygienických návyků. Záleží především na rodičích a jejich zvyklostech. Sestra by měla sledovat zvyky dětí i rodičů v oblasti hygieny a vhodnou formou poučit maminky, které nepostupují správně. [6, 13, 23]

#### ***1.3.1.6 Spolupráce s rodičem v péči o výživu dítěte***

V kojeneckém a batolecím věku jsou děti v péči o výživu plně závislé na své matce. V prvním půlroce věku dítěte je z hlediska psychologického, nutričního i hygienického plné kojení nejideálnějším způsobem výživy. Plné kojení znamená, že dítě přijímá jen a pouze mateřské mléko. Pokud je v nemocnici hospitalizováno kojene dítě, musí ho doprovázet matka. Kojící matce je potřeba zajistit dostatek prostoru a soukromí, aby mohla přiložit své dítě k prsu vždy, když o pití projeví zájem. Strava kojící matky musí být bohatá na bílkoviny, vitamíny a minerály, nedráždí s vyloučením všech potravin, které způsobují nadýmání. Sestra by měla věnovat kojící matce zvláštní pozornost, podporovat jí a snažit se, aby bylo kojení zachováno po celou dobu hospitalizace dítěte. Nesmí zapomínat, že je kojící matka v důsledku hormonálních změn citlivější a potřebuje vlídný a celkově uklidňující přístup. Kojenému dítěti v prvním půlroce života není nutné podávat žádnou jinou stravu ani tekutiny, pokud nedochází k odchylce v percentilových grafech a má dostatek pomočených plen. V batolecím věku jsou děti velmi citlivé na změny ve způsobu stravování. Batolata milují rituály, což se projeví zejména v souvislosti s jídlem. Vyžadují zvláštní talíř, svou skleničku, bryndáček a pod. Splnění těchto požadavků jim



dává pocit jistoty. Při příjmu získává sestra od rodičů informace o stravovacích návycích dítěte, co má rádo, jakým způsobem je krmeno, na co je zvyklé. Sestra by se měla snažit vytvořit podmínky co nejvíce podobné těm domácím. Pokud rodiče projeví zájem, neměla by jim bránit, aby nosili dítěti jídlo z domova. Musí však splňovat požadavky s ohledem na onemocnění a případnou dietu dítěte. Předškolák je již při jídle většinou samostatný. Některé děti mohou mít určité zvyklosti v jídle a navyklý stravovací režim. Opět je nutné, aby sestra získala od rodičů podrobné informace o těchto zvycích a pokud to možnosti oddělení umožňují, tyto zvyklosti respektovala. Častým projevem nemocného dítěte bývá nechutenství. Dítě, které odmítá potravu by se do jídla v žádném případě nemělo nutit. Důležitý je dostatečný pitný režim, nejvhodnější jsou slabé čaje a ředěné ovocné šťávy. [5, 6, 23]

Některé onemocnění dítěte vyžaduje dodržování dlouhodobé diety. Dieta znamená vyloučení či omezení určité látky z potravy. U dětí se lze nejčastěji setkat s dietou bezmléčnou, bezlepkovou, jaterní, diabetickou a v poslední době i s dietou redukční. Při nutnosti dlouhodobé diety záleží především na rodičích nemocného dítěte, zda bude správně dodržována. Hlavním úkolem sestry je tedy příprava rodiče na péči o výživu jejich dítěte. Rodičům vysvětlí důvody diety a důsledky, pokud bude porušena. Informuje je slovně a zároveň poskytne i psané informace o povolených a zakázaných potravinách. Přínosné je, pokud poskytne i kontakt na různá sdružení či kluby např. celiaků, diabetiků, internetové odkazy aj. Dítě snadno vycítí, že dospělí pokládají odlišnost jeho pokrmů za zlo. Proto je důležitý přístup, rodiče se musí chovat naprosto samozřejmě, zmiňovat se o přednostech této stravy a v žádném případě své dítě nelitovat. Pokrmy by měly být upraveny chutně a dostatečně pestře, aby se na ně mohlo dítě těšit. Sestra může doporučit rodičům různé specializované kuchařky, které jsou již běžně na trhu. Hned od začátku je nutné pěstovat v dítěti kladný postoj k dlouhodobé dietě, aby ji postupně vzalo za svou, ochotně jí dodržovalo a nemělo kvůli ní komplex méněcennosti. Dítěti velice pomáhá, pokud jeho rodina alespoň částečně přejde na stejnou dietu. [14]

#### ***1.4 Partnerství rodičů a zdravotní sestry***

Partnerství rodiče a sestry znamená rovnocenný vztah, ve kterém se daří uskutečňovat kvalitní a aktivní spolupráce. Tato spolupráce musí být založena na vzájemném respektu a uznání rozdílnosti schopností a dovedností při zachování profesionálních i rodičovských kompetencí. Sestra by měla vnímat rodiče jako nejlepšího znalce svého dítěte a zohledňovat jeho informace při ošetřování. Tímto přístupem si získá důvěru rodiče a zároveň posílí jeho sebevědomí, aktivitu i nezávislost. Vzájemným dotazováním a nasloucháním po celou dobu hospitalizace získává sestra od rodiče nezbytné informace pro komplexní ošetrovatelskou péči a rodič zase větší náhled na speciální potřeby svého dítěte a okolnosti jeho onemocnění. V průběhu pobytu si rodič s pomocí sestry osvojuje nesmírně potřebné praktické i teoretické dovednosti, které bude dlouhodobě uplatňovat při ošetřování svého dítěte v domácí péči. Pro rodiče je velice důležitý emoční přístup a citová vřelost sestry k nemocnému dítěti a projevená radost při sebemenším úspěchu v léčbě. Má-li být spolupráce s rodiči co nejlepší, musí jim sestra nabídnout pomoc, porozumění a emoční podporu. Pokud je k nim vlídná, vstřícná a přátelská, postupně se upokojí, posílí se jejich důvěra v léčbu a v klidu se dohodnou podmínky spolupráce. [7, 15, 19]

## **2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY**

### ***2.1 Cíle práce***

Zjistit na základě analýzy a vyhodnocení dotazníků získaných od rodičů hospitalizovaných dětí a sester lůžkového dětského oddělení kvalitu spolupráce mezi rodiči a sestrou v ošetrovatelském procesu u hospitalizovaného dítěte.

Určit a porovnat míru zapojení rodičů do ošetrovatelského procesu z pohledu sester a rodičů hospitalizovaných dětí.

Odhalit nedostatky ve spolupráci mezi sestrou a rodiči hospitalizovaných dětí.

### ***2.2 Hypotézy***

H 1: Rodiče hospitalizovaných dětí nejsou aktivně zapojováni do ošetrovatelského procesu.

H 2: Sestry pracující na dětské klinice fakultní nemocnice spolupracují s rodiči hospitalizovaných dětí kvalitněji, než sestry pracující na dětském oddělení spádové nemocnice.

### 3. METODIKA

#### 3.1 Metodika práce

Výzkum byl proveden kvantitativní dotazníkovou technikou. Ke sběru dat byly použity dva typy dotazníků.

První dotazník [příloha 2] byl určen pro sestry pracující na standardních lůžkových odděleních, kde jsou hospitalizované děti ve věku od 0 do 6 let. Obsahoval 16 otázek, z toho 14 otázek uzavřených, 1 otázku filtrační a 1 otázku otevřenou. U 8 uzavřených otázek sestry zakroužkovaly na škále hodnocení známku na stupnici 1 až 5 jako při známkování ve škole, přičemž známku 1 a 2 lze považovat za odpověď pozitivní, 3 za neutrální a známku 4 a 5 za hodnocení negativní. Pro usnadnění orientace byla na začátku a konci škály umístěna slova, vyjadřující v kontextu s danou otázkou pozitivní či negativní odpověď. U 6 uzavřených otázek vybíraly sestry nejvhodnější nabízenou variantu odpovědi zakřížkováním do rámečku. U všech uzavřených otázek měly sestry možnost bez ohledu na známkování uvést připomínky.

Druhý dotazník [příloha 3] byl určen pro rodiče hospitalizované společně se svým dítětem na standardním dětském lůžkovém oddělení. Obsahoval 17 uzavřených, 1 polouzavřenou a 2 filtrační otázky. U 16 uzavřených a 1 filtrační otázky respondenti zakroužkovali na škále hodnocení známku na stupnici 1 až 5 jako při známkování ve škole, přičemž známku 1 a 2 lze považovat za odpověď pozitivní, 3 za neutrální a známku 4 a 5 za hodnocení negativní. Pro usnadnění orientace byla na začátku a konci škály umístěna slova, vyjadřující v kontextu s danou otázkou pozitivní či negativní odpověď. U 1 uzavřené a 1 filtrační otázky vybírali respondenti nejvhodnější nabízenou variantu odpovědi zakřížkováním do rámečku. U 2 filtračních a 16 uzavřených otázek měli respondenti bez ohledu na výběr odpovědi možnost uvést připomínky.

#### 3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Dotazníkové šetření bylo prováděno během měsíce března a dubna 2007 a bylo zaměřeno na čtyři výzkumné soubory.

První výzkumný soubor tvořily sestry, pracující na standardních lůžkových odděleních dětské kliniky Fakultní nemocnice v Plzni, určených pro děti ve věku od 0

do 6 let. Těmto sestřám bylo rozdáno celkem 17 dotazníků, vrátilo se 16, všechny správně vyplněné. Návratnost činila 94,1 %.

Druhý výzkumný soubor tvořili rodiče hospitalizovaní se svými dětmi na standardních lůžkových odděleních dětské kliniky Fakultní nemocnice v Plzni. Věkové rozmezí hospitalizovaných dětí bylo od 0 do 6 let. Rodičům bylo rozdáno celkem 35 dotazníků, vrátilo se 26, všechny správně vyplněné. Návratnost činila 74,3 %.

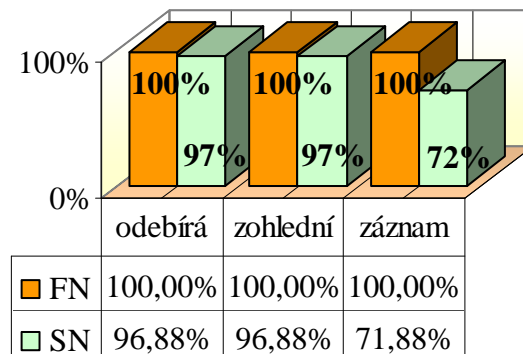
Třetí výzkumný soubor tvořily sestry pracující na standardním dětském lůžkovém oddělení 4 spádových nemocnic v jižních Čechách a to v Českém Krumlově, Prachaticích, Písku a Táboře. Sestřám do Českého Krumlova bylo rozdáno 10 dotazníků, vrátilo se 10 správně vyplněných. Návratnost činila 100 %. Do nemocnice v Prachaticích bylo rozdáno 11 dotazníků, vrátilo se 9, všechny správně vyplněné. Návratnost činila 81,8 %. Na dětské oddělení tábořské nemocnice bylo rozdáno 8 dotazníků, vrátilo se 8 správně vyplněných. Návratnost činila 100 %. Do nemocnice v Písku bylo rozdáno 15 dotazníků, vrátilo se 6, všechny správně vyplněné. Návratnost činila 40 %. Celkem tedy bylo sestřám do nemocnic v Jižních Čechách rozdáno 44 dotazníků a vrátilo se 32, všechny správně vyplněné. Celková návratnost činila 72,7 %.

Čtvrtý výzkumný soubor tvořili rodiče hospitalizovaní se svými dětmi na standardním lůžkovém oddělení 4 spádových nemocnic v jižních Čechách a to v Českém Krumlově, Prachaticích, Písku a Táboře. Věkové rozmezí hospitalizovaných dětí bylo od 0 do 6 let. Rodičům do Českého Krumlova bylo rozdáno 15 dotazníků, vrátilo se 10, všechny správně vyplněné. Návratnost činila 66,7 %. Do nemocnice v Prachaticích bylo rozdáno 15 dotazníků, vrátilo se 9, jeden byl pro neúplně vyplnění vyřazen. Návratnost správně vyplněných dotazníků činila 53,3 %. Na dětské oddělení tábořské nemocnice bylo rozdáno 15 dotazníků, vrátilo se 11, jeden byl vyřazen pro neúplně vyplnění. Návratnost správně vyplněných dotazníků činila 66,7 %. Do nemocnice v Písku bylo rozdáno 20 dotazníků, vrátilo se 12, všechny správně vyplněné. Návratnost činila 60 %. Celkem tedy bylo rodičům do nemocnic v jižních Čechách rozdáno 65 dotazníků a vrátilo se 40, všechny správně vyplněné. Celková návratnost činila 61,5 %.

V konečném součtu tedy bylo rozdáno 61 dotazníků pro sestry a 100 dotazníků pro rodiče. Správně vyplněných dotazníků se vrátilo 48 od sester (78,7 %) a 66 od rodičů (66 %). V dalším zpracování výsledků byly konečné počty správně vyplněných dotazníků jednotlivých výzkumných souborů brány jako 100 %.

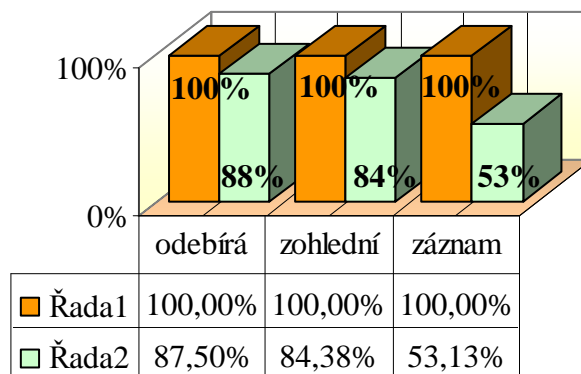
#### 4. VÝSLEDKY

**Graf 1** Informace ohledně stravovacích návyků dítěte z pohledu sester – srovnání spádových nemocnic s fakultní nemocnicí



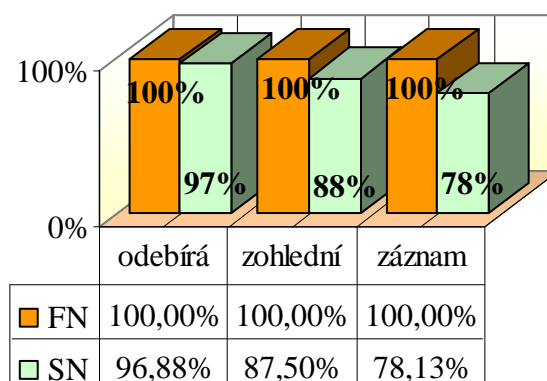
Z celkového počtu 16 sester (100 %) pracujících na dětské klinice fakultní nemocnice (dále jen FN) odebírání informace o stravovacích návycích dítěte, zohledňuje je při ošetřování a zaznamenává do oš. dokumentace všech 16 sester (100 %). Z celkového počtu 32 sester pracujících na dětských odděleních spádových nemocnic (dále jen SN) odebírání tyto informace 31 sester (96,9 %), zohledňuje je 31 sester (96,9 %) a do dokumentace zaznamenává 23 sester (71,9 %).

**Graf 2** Informace ohledně denního režimu dítěte z pohledu sester – srovnání spádových nemocnic s fakultní nemocnicí



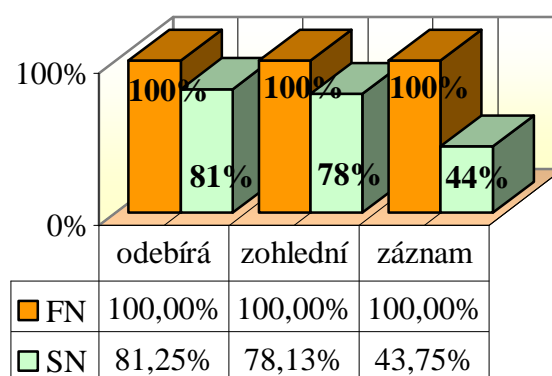
Z celkového počtu 16 sester (100 %) pracujících na dětské klinice FN odebírání informace o denních návycích dítěte, zohledňuje je při ošetřování a zaznamenává do oš. dokumentace všech 16 sester (100 %). Z celkového počtu 32 sester pracujících na dětských odděleních SN odebírání tyto informace 28 sester (87,5 %), zohledňuje je 27 sester (84,4 %) a do dokumentace zaznamenává 17 sester (53,1 %).

**Graf 3** Informace ohledně vyprazdňování dítěte z pohledu sester – srovnání spádových nemocnic s fakultní nemocnicí



Z celkového počtu 16 sester (100 %) pracujících na dětské klinice FN odebírání informace ohledně vyprazdňování dítěte, zohledňuje je při ošetřování a zaznamenává do oš. dokumentace všech 16 sester (100 %). Z celkového počtu 32 sester pracujících na dětských odděleních SN odebírání tyto informace 31 sester (96,9 %), zohledňuje je 28 sester (87,5 %) a do dokumentace zaznamenává 25 sester (78,1 %).

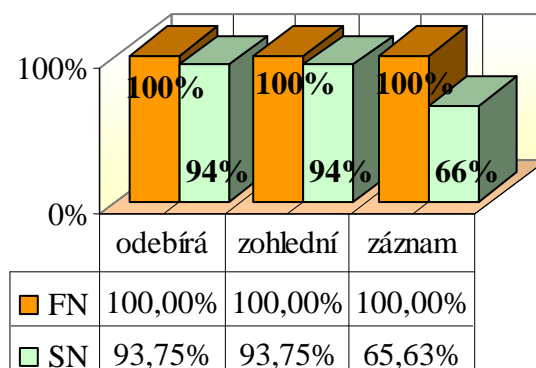
**Graf 4** Informace ohledně zvládnutí zátěže a bolesti dítětem z pohledu sester – srovnání spádových nemocnic s fakultní nemocnicí



Z celkového počtu 16 sester (100 %) pracujících na dětské klinice FN odebírání informace ohledně zvládnutí zátěže a bolesti dítětem, zohledňuje je při ošetřování a zaznamenává do oš. dokumentace všech 16 sester (100 %). Z celkového počtu 32 sester pracujících na dětských odděleních SN odebírání tyto informace 28 sester (81,3 %), zohledňuje je 27 sester (78,1 %) a do dokumentace zaznamenává 17 sester (43,7 %).

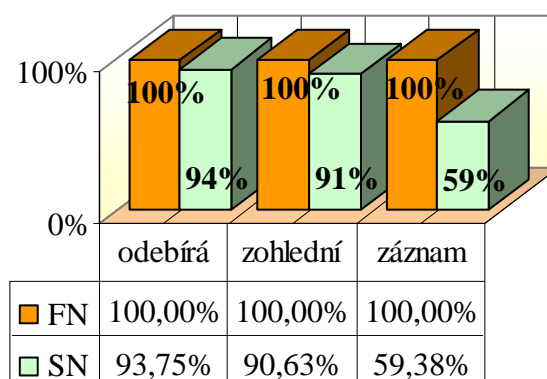


**Graf 5** Informace ohledně hygienických návyků dítěte z pohledu sester – srovnání spádových nemocnic s fakultní nemocnicí



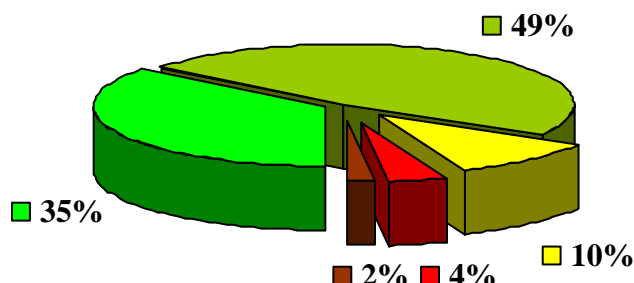
Z celkového počtu 16 sester (100 %) pracujících na dětské klinice FN odebírání informace ohledně hygienických návyků dítěte, zohledňuje je při ošetřování a zaznamenává do oš. dokumentace všech 16 sester (100 %). Z celkového počtu 32 sester pracujících na dětských odděleních SN odebírání tyto informace 30 sester (93,7 %), zohledňuje je 30 sester (93,7 %) a do dokumentace zaznamenává 21 sester (65,6 %).

**Graf 6** Informace ohledně spánkových návyků dítěte z pohledu sester – srovnání spádových nemocnic s fakultní nemocnicí



Z celkového počtu 16 sester (100 %) pracujících na dětské klinice FN odebírání informace ohledně spánkových návyků dítěte, zohledňuje je při ošetřování a zaznamenává do oš. dokumentace všech 16 sester (100 %). Z celkového počtu 32 sester pracujících na dětských odděleních SN odebírání tyto informace 30 sester (93,7 %), zohledňuje je 29 sester (90,6 %) a do dokumentace zaznamenává 19 sester (59,4 %).

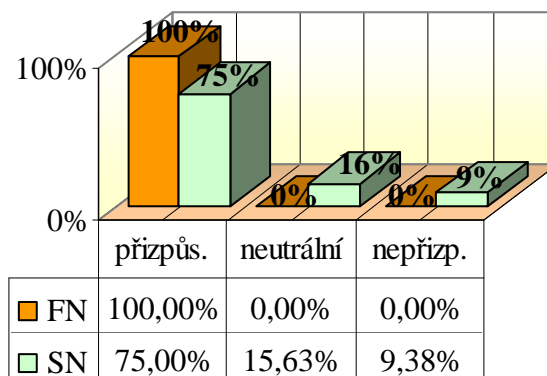
**Graf 7 Snaha sestry přizpůsobit pobyt dítěte v nemocnici jeho domácím zvyklostem z pohledu sester**



■ určité ano 1 ■ 2 ■ neutrální 3 ■ 4 ■ 5 neměním zaběhnuté postupy

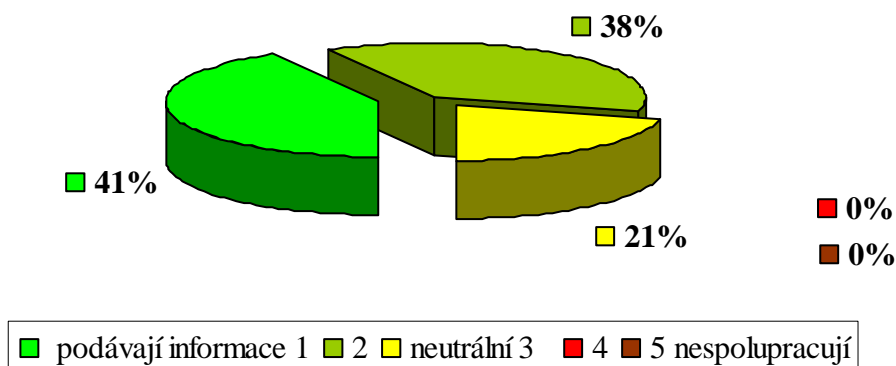
Z celkového počtu sester 48 (100%) se snaží přizpůsobit pobyt dítěte v nemocnici jeho domácím zvyklostem 40 sester (83,7 %), z toho 17 sester (35,1 %) hodnotí svou snahu známkou 1 a 23 sester (48,6 %) známkou 2. Neutrální postoj zaujalo 5 sester (10,1%), 3 sestry (6,2 %) se pobyt dítěti přizpůsobit nesnaží, z toho 2 sestry hodnotí svou snahu známkou 4 (4,1 %), 1 sestra známkou 5 (2,1 %).

**Graf 8 Snaha sester přizpůsobit pobyt dítěte v nemocnici z pohledu sestry (srovnání spádových nemocnic s fakultní nemocnicí)**



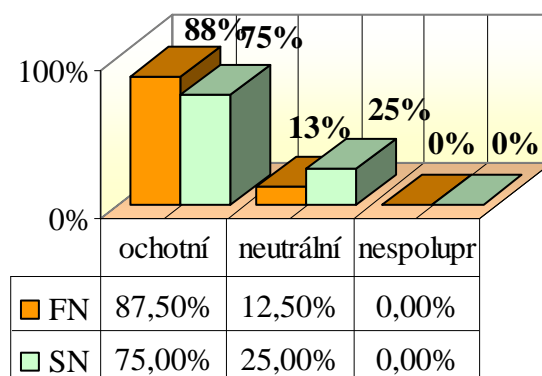
Z celkového počtu 16 sester (100%) pracujících na dětské klinice FN se snaží přizpůsobit pobyt dítěte v nemocnici jeho domácím zvyklostem všech 18 sester (100%). Z celkového počtu 32 sester (100%) pracujících na dětských odděleních spádových nemocnic se snaží přizpůsobit pobyt dítěti 24 sester (75 %), 5 sester zaujalo neutrální postoj (15,6 %), 3 sestry (9,4 %) se pobyt dítěti přizpůsobit nesnaží.

**Graf 9 Postoj rodičů při odebírání ošetrovatelské anamnézy z pohledu sester**



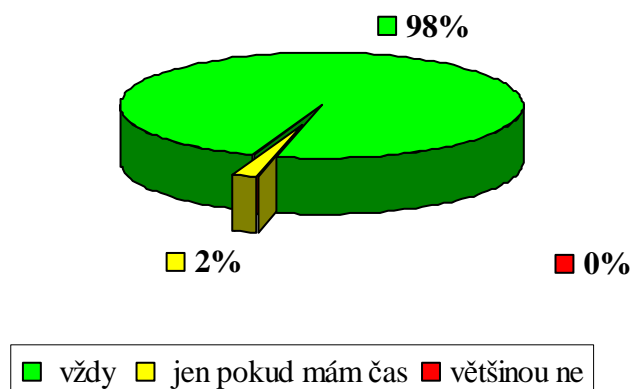
Z celkového počtu sester 48 (100%) hodnotí rodiče při odebírání ošetrovatelské anamnézy jako ochotné poskytovat informace 38 sester (79,2%), přičemž známku 1 použilo 20 sester (41,5 %), známkou 2 hodnotilo 18 sester (37,7 %). 10 sester (20,8 %) hodnotí postoj rodičů při odebírání ošetrovatelské anamnézy jako neutrální.

**Graf 10 Postoj rodičů při odebírání ošetrovatelské anamnézy z pohledu sester - srovnání spádových nemocnic s fakultní nemocnicí**



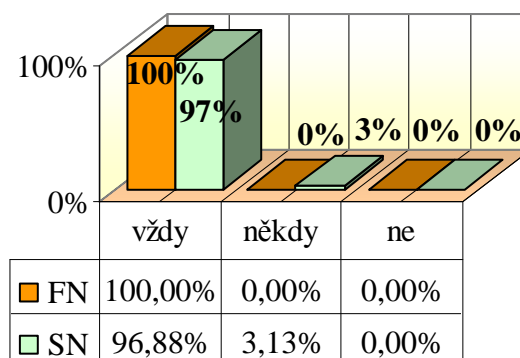
Z celkového počtu 16 sester (100%) pracujících na dětské klinice FN hodnotí rodiče při odebírání ošetrovatelské anamnézy jako ochotné poskytovat informace 14 sester (87,5 %), 2 sestry (12,5 %) hodnotí postoj rodičů jako neutrální. Z celkového počtu 32 sester (100%) pracujících na dětských odděleních SN hodnotí rodiče při sběru oš. anamnézy jako ochotné 24 sester (75 %), 8 sester (25 %) hodnotí postoj rodičů jako neutrální.

**Graf 11** Obeznamení dětí a rodičů s důvody a průběhem vyšetření či oš. výkonu sestrou z pohledu sester



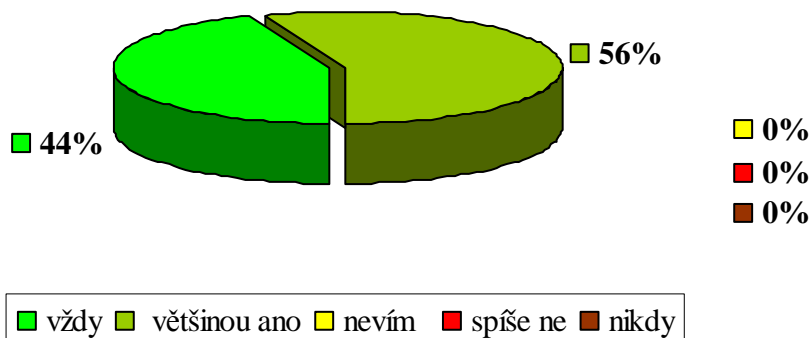
Z celkového počtu sester 48 (100%) vysvětlí přítomným rodičům i dětem důvody a průběh vyšetření 47 sester (97,7%) vždy, 1 sestra (2,1%) poskytuje tyto informace jen pokud má čas.

**Graf 12** Obeznamení dětí a rodičů s důvody a průběhem vyšetření či oš. výkonu sestrou z pohledu sester - srovnání spádových nemocnic s fakultní nemocnicí



Z celkového počtu 16 sester (100%) pracujících na dětské klinice FN vysvětlí přítomným rodičům i dítětem důvody a průběh vyšetření vždy všech 16 sester (100%). Z celkového počtu 32 sester (100%) pracujících na dětských odděleních spádových nemocnic vysvětlí přítomným rodičům i dítětem důvody a průběh vyšetření vždy 31 sester (96,8 %), 1 sestra (3,1 %) poskytuje tyto informace jen pokud má čas.

**Graf 13 Spolupráce sestry s rodičem při psychické přípravě dítěte na nepříjemný zákrok z pohledu sester**



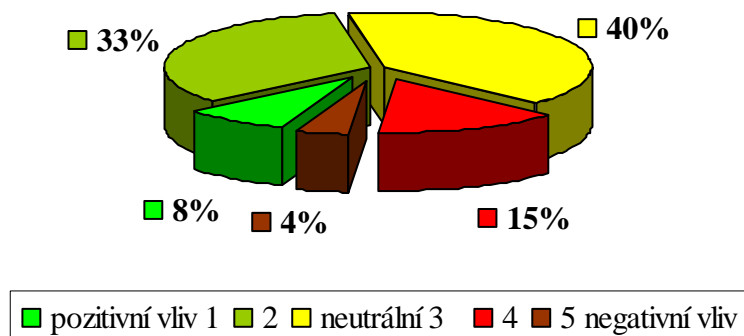
Z celkového počtu sester 48 (100%) spolupracuje s rodičem při psychické přípravě dítěte na nepříjemný zákrok 21 sester (43,8 %) vždy, 27 sester (56,2 %) spolupracuje většinou.

**Tabulka 1 Spolupráce sestry s rodičem při psychické přípravě dítěte na nepříjemný zákrok**

připomínky sester	počet	
	FN	SN
většinou ano, ale některé matky svým přístupem dítě ještě více vystresují	1	2
s některými rodiči se přes veškerou snahu spolupracovat nedá		2
pokud rodič dobře spolupracuje, je velikým přínosem	1	1

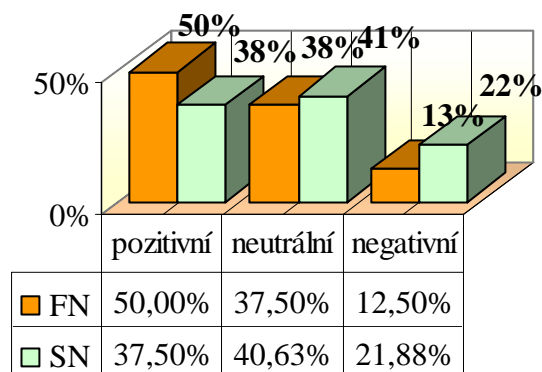
Tabulka 1 uvádí vyjádřené připomínky sester k otázce zpracované v grafu 13 a 14. Z celkového počtu 48 sester (100 %) uvedlo připomínku 7 sester (14,6%), z toho 2 sestry pracující na dětské klinice FN (12,5 % z celkového počtu 16 sester) a 5 sester pracujících na dětských odd. SN ( 15,6 % z celkového počtu 32 sester).

**Graf 14** Vliv přítomnosti rodičů na dítě při provádění ošetrovatelského výkonu, zvláště je – li spojen s bolestí



Z celkového počtu sester 48 (100%) vnímá přítomnost rodičů u provádění bolestivého zákroku jako pozitivní přínos pro dítě 20 sester (41,7 %), přičemž známku 1 použily 4 sestry (8,3 %) a 16 sester (33,3 %) hodnotilo známku 2. Neutrální postoj zaujalo 19 sester (39,6 %), 9 sester (18,7%) vnímá přítomnost rodiče u bolestivého zákroku jako negativní vliv na dítě, přičemž 7 sester (14,6 %) hodnotilo známku 4 a 2 sestry (4,1 %) známku 5.

**Graf 15** Vliv přítomnosti rodičů na dítě při provádění oš. výkonu, zvláště je – li spojen s bolestí - srovnání spádových nemocnic s fakultní nemocnicí



Z celkového počtu sester 16 (100%) pracujících na dětské klinice FN vnímá přítomnost rodičů u provádění bolestivého zákroku jako pozitivní přínos pro dítě 8 sester (50 %), 6 sester (37,5 %) zaujalo neutrální postoj, 2 sestry (12,5%) vnímají přítomnost rodiče u bolestivého zákroku jako negativní vliv na dítě. Z celkového počtu sester 32 (100%) pracujících na dětských odděleních SN vnímá přítomnost rodičů u provádění bolestivého zákroku jako pozitivní 12 sester (37,5 %), 13 sester (40,6 %) zaujalo neutrální postoj, 7 sester (21,9 %) vnímá přítomnost rodiče u zákroku negativně.

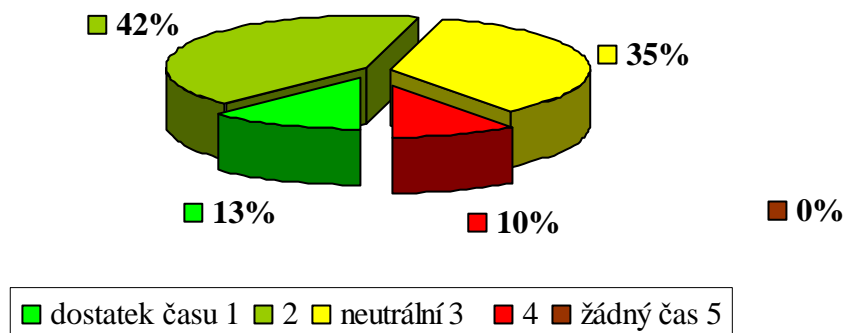
**Tabulka 2 Vliv přítomnosti rodičů na dítě při provádění ošetřovatelského výkonu, zvláště je – li spojen s bolestí**

připomínky sester	počet	
	FN	SN
je to individuální, záleží na situaci, výkonu, rodičích, někteří mají dobrý vliv na dítě, jiní ne	4	4
většinou je lepší, pokud rodiče u výkonu nejsou	1	2
některé matky svým přístupem dítě ještě více vystresují		2
rodič často trpí víc než dítě		2
dítě hledá u rodiče ochranu a tu nenachází	1	
je - li dítě hysterické, pošleme rodiče za dveře, někdy vadí i podávání léků p.os., pokud není přítomen rodič, jde to lépe		1
nemám problém s přítomností rodičů u výkonu		1
když rodiče odejdou jsou většinou děti přístupnější a klidnější		1

Tabulka 2 uvádí vyjádřené připomínky sester k otázce zpracované v grafu 14 a 15. Z celkového počtu 48 sester (100 %) uvedlo připomínku 19 sester (39,6 %), z toho 6 sester pracujících na dětské klinice FN (37,5 % z celkového počtu 16 sester) a 13 sester pracujících na dětských odd. SN ( 40,6 % z celkového počtu 32 sester).

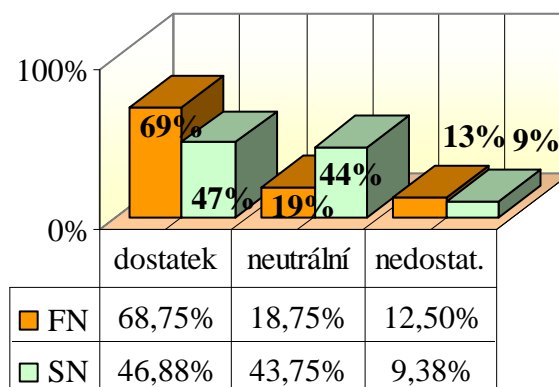


**Graf 16** Čas, který mají sestry na komunikaci s rodiči z pohledu sester



Z celkového počtu sester 48 (100 %) má 26 sester (54,2 %) dostatek času na komunikaci s rodiči, přičemž 5 sester (12,6 %) hodnotilo známkou 1 a 20 sester známkou 2 (41,6 %). Neutrální postoj zaujalo 17 sester (35,4 %), 5 sester (10,4 %) hodnotilo známkou 4, že nemá dostatek času na komunikaci s rodiči.

**Graf 17** Čas, který mají sestry na komunikaci s rodiči z pohledu sester - srovnání spádových nemocnic s fakultní nemocnicí



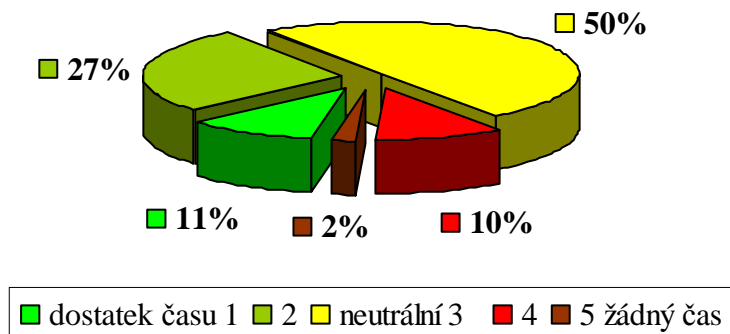
Z celkového počtu sester 16 (100 %) pracujících na dětské klinice FN má 11 sester (68,8 %) dostatek času na komunikaci s rodiči, neutrální postoj zaujaly 3 sestry (18,7 %), 2 sestry (12,5 %) nemají dostatek času na komunikaci s rodiči. Z celkového počtu sester 32 (100 %) pracujících na dětských odděleních SN má 15 sester (46,9 %) dostatek času na komunikaci s rodiči, neutrální postoj zaujalo 14 sester (43,7 %), 3 sestry (9,4 %) nemají dostatek času na komunikaci s rodiči.

**Tabulka 3** Čas, který mají sestry na komunikaci s rodiči

připomínky sester	počet	
	FN	SN
záleží na počtu a náročnosti pacientů, je to různé, často jsem pracovně vytížena	1	3

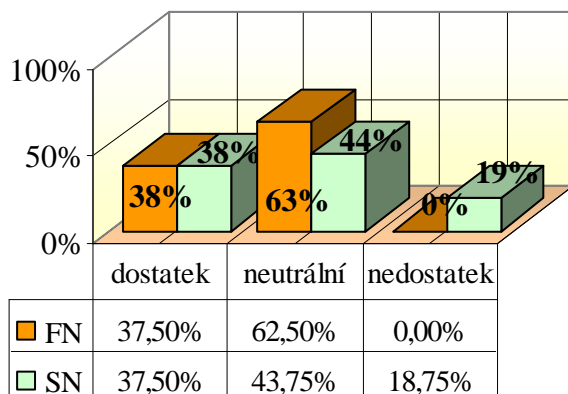
Tabulka 3 uvádí vyjádřené připomínky sester k otázce zpracované v grafu 16 a 17. Z celkového počtu 48 sester (100 %) uvedly připomínku 4 sestry (8,3 %), z toho 1 sestra pracující na dětské klinice FN (6,3 % z celkového počtu 16 sester) a 3 sestry pracující na dětských odd. SN ( 9,4 % z celkového počtu 32 sester).

**Graf 18** Čas, který mají sestry k provádění ošetrovatelského procesu u dětí



Z celkového počtu sester 48 (100 %) má dostatek času na provádění oš. procesu u dětí 18 sester (37,5 %), přičemž 5 sester (10,6 %) použilo známku 1 a 13 sester (26,9 %) známku 2. Neutrální postoj zaujalo 24 sester (50 %), 6 sester (12,5 %) nemá čas na provádění oš. procesu u dětí, přičemž 5 sester (10,4 %) použilo známku 4 a 1 sestra (2,1 %) známku 5.

**Graf 19** Čas, který mají sestry k provádění ošetrovatelského procesu u dětí - srovnání spádových nemocnic s fakultní nemocnicí



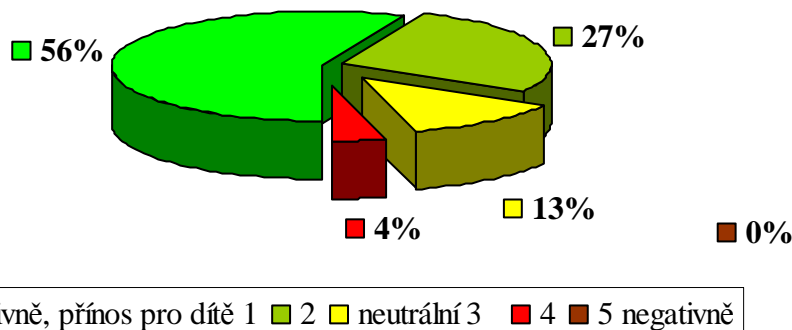
Z celkového počtu sester 16 (100 %) pracujících na dětské klinice FN má dostatek času na provádění oš. procesu u dětí 6 sester (37,5 %), neutrální postoj zaujalo 10 sester (62,5 %). Z celkového počtu sester 32 (100 %) pracujících na dětských odděleních SN má čas na oš. proces 12 sester (37,5 %), neutrální postoj zaujalo 14 sester (43,7 %), 6 sester (18,8 %) nemá čas na provádění oš. procesu u dětí.

**Tabulka 4** Čas, který mají sestry k provádění ošetrovatelského procesu u dětí

připomínky sester	počet	
	FN	SN
někdy je nedostatek času na administrativu	3	
podle počtu a náročnosti pacientů, je to různé		3

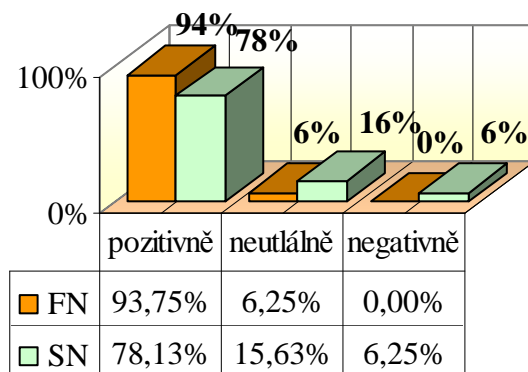
Tabulka 4 uvádí vyjádřené připomínky sester k otázce zpracované v grafu 18 a 19. Z celkového počtu 48 sester (100 %) uvedlo připomínku 6 sester (12,5 %), z toho 3 sestry pracující na dětské klinice FN (18,8 % z celkového počtu 16 sester) a 3 sestry pracující na dětských odd. SN ( 9,4 % z celkového počtu 32 sester).

**Graf 20 Jak sestry vnímají přítomnost rodičů u hospitalizovaného dítěte**



Z celkového počtu sester 48 (100 %) vnímá přítomnost rodičů u hospitalizovaného dítěte pozitivně 40 sester (83,3 %), přičemž známkou 1 hodnotilo 27 sester (56,2 %) a 13 sester (27,1 %) známkou 2. Neutrální postoj zaujalo 6 sester (12,6 %), 2 sestry (4,1 %) vnímají přítomnost rodičů negativně, hodnotily známkou 4.

**Graf 21 Jak sestry vnímají přítomnost rodičů u hospitalizovaného dítěte - srovnání spádových nemocnic s fakultní nemocnicí**



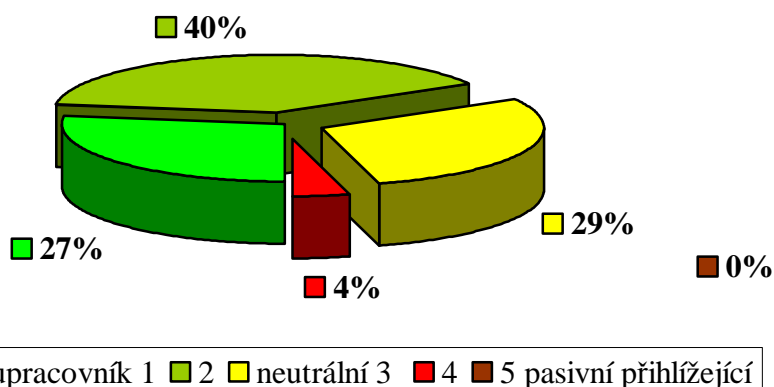
Z celkového počtu sester 16 (100 %) pracujících na dětské klinice FN vnímá přítomnost rodičů u hospitalizovaného dítěte pozitivně 15 sester (93,8 %), neutrální postoj zaujala 1 sestra (6,25 %). Z celkového počtu sester 32 (100 %) pracujících na dětských odděleních SN vnímá přítomnost rodičů u hospitalizovaného dítěte pozitivně 25 sester (78,1 %), neutrální postoj zaujalo 5 sester (15,6 %). 2 sestry (6,3 %) vnímají přítomnost rodičů negativně.

**Tabulka 5 Jak sestry vnímají přítomnost rodičů u hospitalizovaného dítěte**

připomínky sester	počet	
	FN	SN
rodiče dítě zabaví, v noci je opečují a hlídají, pro děti jsou jistotou	1	2
je to individuální, většinou jsou pro děti přínosem, ale někteří se zde chovají jako v hotelu, o dítě nejeví zájem, hlavně aby měli na pokoji televizi	1	1
záleží na věku dítěte a přístupu rodičů, u malých dětí jsou rozhodně přínosem		2
lepší je spolupráce s tatínky		1

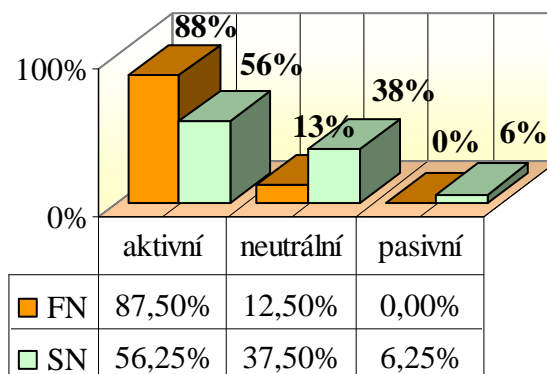
Tabulka 4 uvádí vyjádřené připomínky sester k otázce zpracované v grafu 20 a 21. Z celkového počtu 48 sester (100 %) uvedlo připomínku 8 sester (16,7 %), z toho 2 sestry pracující na dětské klinice FN (12,5 % z celkového počtu 16 sester) a 6 sester pracujících na dětských odd. SN ( 18,8 % z celkového počtu 32 sester).

**Graf 22 Úloha rodiče v ošetrovatelském procesu z pohledu sester**



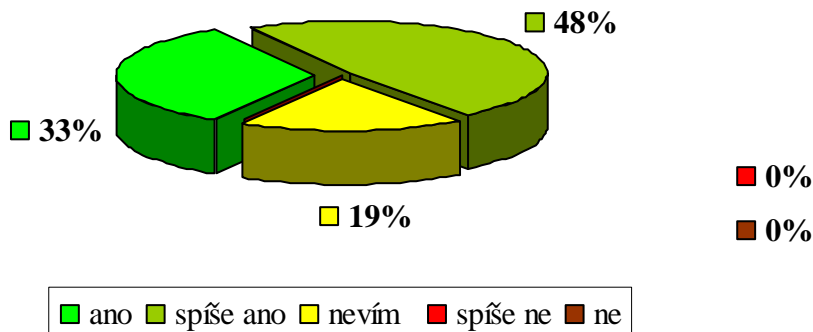
Z celkového počtu sester 48 (100%) vnímá 32 sester (66,7 %) rodiče v ošetrovatelském procesu jako aktivního spolupracovníka, přičemž známku 1 použilo 13 sester (27,1 %) a 19 sester (39,6 %) známku 2. Neutrální postoj zaujalo 14 sester (29,2 %), 2 sestry (4,1 %) vnímají úlohu rodiče spíše jako pasivního přihlížejícího.

**Graf 23 Úloha rodiče v ošetrovatelském procesu z pohledu sester - srovnání spádových nemocnic s fakultní nemocnicí**



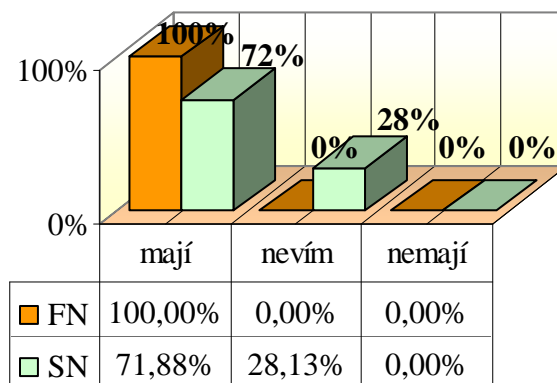
Z celkového počtu sester 16 (100%) pracujících na dětské klinice FN vnímá 14 sester (87,5 %) rodiče v ošetrovatelském procesu jako aktivního spolupracovníka, 2 sestry (12,5 %) zaujaly neutrální postoj. Z celkového počtu sester 32 (100%) pracujících na dětských odděleních SN vnímá 18 sester (56,3 %) rodiče v ošetrovatelském procesu jako aktivního spolupracovníka, 12 sester (37,5 %) zaujalo neutrální postoj, 2 sestry (6,2 %) vnímají úlohu rodiče spíše jako pasivního přihlížejícího.

**Graf 24**      **Hodnocení sester, zda k nim mají rodiče důvěru**



Z celkového počtu sester 48 (100 %) zastává 39 sester (81,3 %) názor, že k nim mají rodiče důvěru, přičemž 16 sester (33,3 %) použilo známku 1 a známkou 2 hodnotilo 23 sester (47,9 %). 9 sester (18,7 %) neví, zda k nim mají rodiče důvěru.

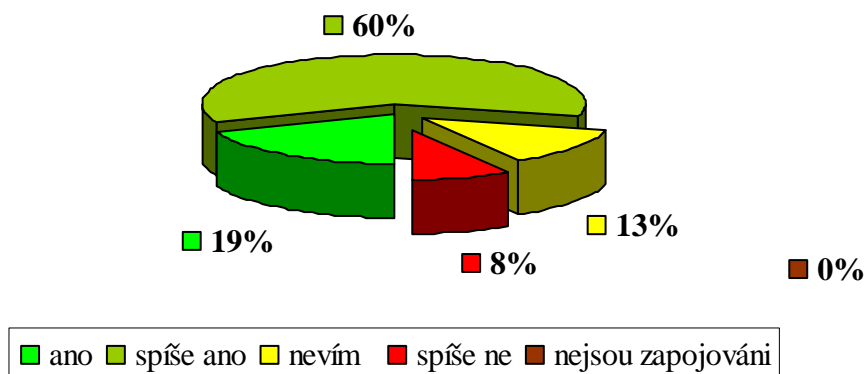
**Graf 25**      **Hodnocení, zda mají rodiče důvěru k sestřám z pohledu sester - srovnání spádových nemocnic s fakultní nemocnicí**



Z celkového počtu sester 16 (100 %) pracujících na dětské klinice FN zastává všech 16 sester (100 %) názor, že k nim mají rodiče důvěru. Z celkového počtu sester 32 (100 %) pracujících na dětských odděleních SN zastává 23 sester (71,9 %) názor, že k nim mají rodiče důvěru. 9 sester (28,1 %) neví, zda k nim mají rodiče důvěru.

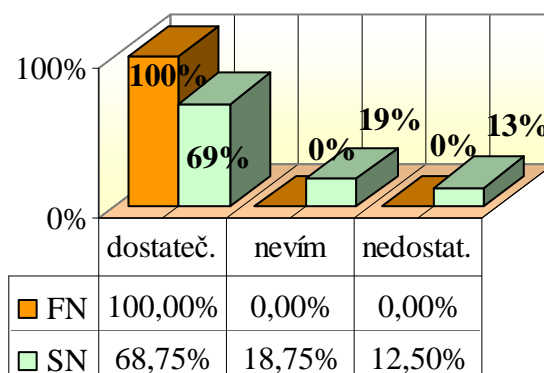


**Graf 26** Hodnocení sester, zda jsou rodiče dostatečně zapojováni do ošetrovatelského procesu



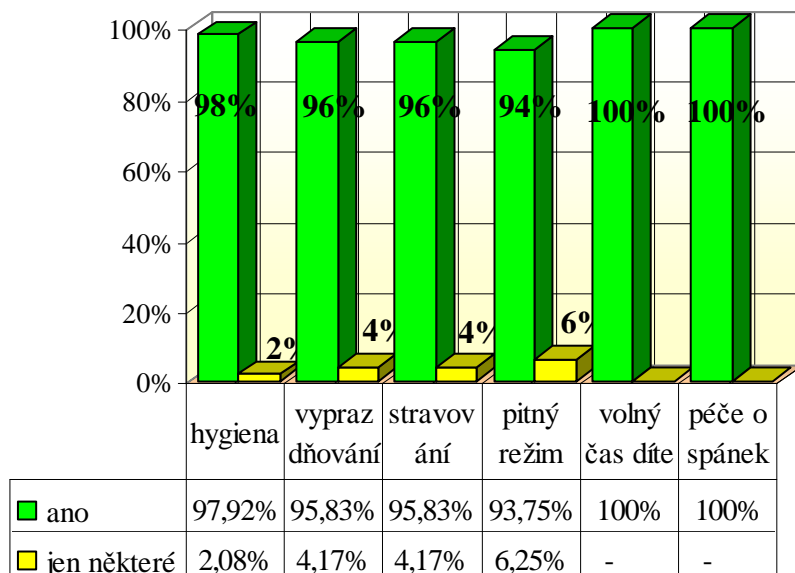
Z celkového počtu sester 48 (100 %) hodnotí zapojení rodičů do oš. procesu jako dostatečné 38 sester (79,2 %), přičemž 9 sester (18,9 %) hodnotilo známkou 1 a známkou 2 použilo 29 sester (60,3 %). 6 sester (12,5 %) neví, 4 sestry (8,3 %) hodnotí zapojení rodičů do oš. procesu známkou 4, jako nedostatečné.

**Graf 27** Hodnocení sester, zda jsou rodiče dostatečně zapojováni do ošetrovatelského procesu - srovnání spádových nemocnic s fakultní nemocnicí



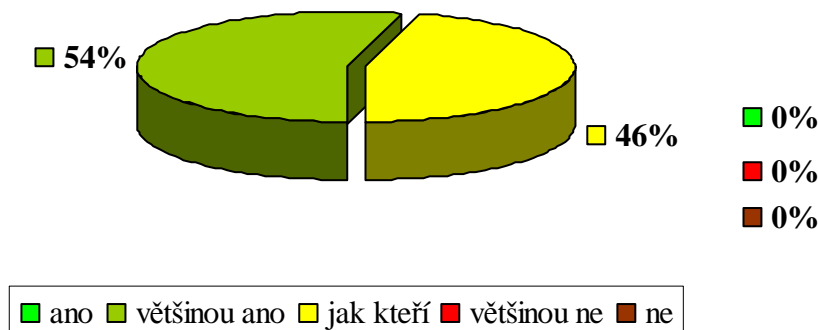
Z celkového počtu sester 16 (100 %) pracujících na dětské klinice FN hodnotí zapojení rodičů do oš. procesu jako dostatečné všech 16 sester (100 %). Z celkového počtu sester 32 (100 %) pracujících na dětských odděleních SN hodnotí zapojení rodičů jako dostatečné 22 sester (68,7 %), 6 sester (18,7 %) neví, 4 sestry (12,5 %) hodnotí zapojení rodičů do ošetrovatelského procesu jako nedostatečné.

**Graf 28 Vyjádření sester, zda zapojují rodiče do péče o dítě v uvedených oblastech**



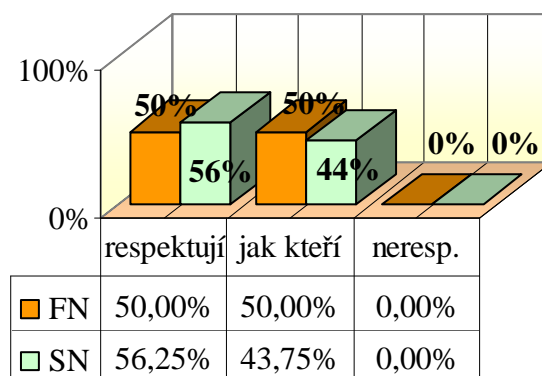
Z celkového počtu sester 48 (100 %) zapojuje rodiče do péče o hygienu dítěte 47 sester (97,9 %), jedna sestra (2,1 %) zapojuje v této oblasti do péče jen některé rodiče. Z celkového počtu sester 48 (100 %) zapojuje rodiče do péče o vyprazdňování dítěte 46 sester (95,8 %), dvě sestry (4,2 %) zapojují v této oblasti do péče jen některé rodiče. Z celkového počtu sester 48 (100 %) zapojuje rodiče do péče o stravování dítěte 46 sester (95,8 %), dvě sestry (4,2 %) zapojují v této oblasti do péče jen některé rodiče. Z celkového počtu sester 48 (100 %) zapojuje rodiče do péče o pitný režim dítěte 45 sester (93,7 %), 3 sestry (6,3 %) zapojují v této oblasti do péče jen některé rodiče. Z celkového počtu sester 48 (100 %) zapojuje rodiče do péče o volný čas dítěte všech 48 sester (100 %). Z celkového počtu sester 48 (100 %) zapojuje rodiče do péče o spánek dítěte všech 48 sester (100 %).

**Graf 29** Hodnocení sester, zda rodiče respektují léčebný režim dítěte



Z celkového počtu sester 48 (100 %) hodnotí 26 sester (54 %) většinu rodičů jako respektující léčebný režim dítěte, podle 22 sester (45,8 %) někteří rodiče respektují léčebný režim dítěte, jiní ne.

**Graf 30** Hodnocení sester, zda rodiče respektují léčebný režim dítěte - srovnání spádových nemocnic s fakultní nemocnicí



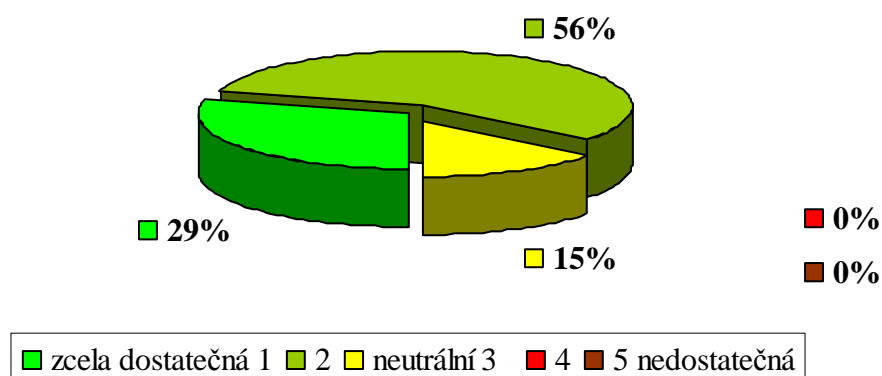
Z celkového počtu sester 16 (100 %) pracujících na dětské klinice FN hodnotí respektování léčebného režimu rodiči pozitivně 8 sester (50 %), podle 8 sester (50 %) někteří rodiče respektují léčebný režim dítěte, jiní ne. Z celkového počtu sester 32 (100 %) pracujících na dětských odděleních SN hodnotí respektování léčebného režimu rodiči pozitivně 18 sester (56,2 %), podle 14 sester (43,8 %) někteří rodiče respektují léčebný režim dítěte, jiní ne.

**Tabulka 6** Hodnocení sester, zda rodiče respektují léčebný režim dítěte

připomínky sester	počet	
	FN	SN
problémy s rodiči máme zvláště v dodržování dietního opatření u dítěte, rodiče podávají dítěti nevhodnou stravu	3	4

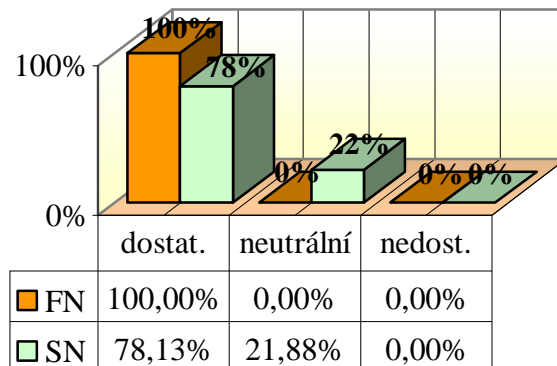
Tabulka 4 uvádí vyjádřené připomínky sester k otázce zpracované v grafu 29 a 30. Z celkového počtu 48 sester (100 %) uvedlo připomínku 7 sester (14,6 %), z toho 3 sestry pracující na dětské klinice FN (18,8 % z celkového počtu 16 sester) a 4 sestry pracující na dětských odd. SN ( 12,5 % z celkového počtu 32 sester).

**Graf 31 Jak sestry hodnotí vlastní spolupráci s rodiči hospitalizovaných dětí**



Z celkového počtu 48 sester (100 %) hodnotí vlastní spolupráci s rodiči jako dostatečnou 41 sester (85,4 %), přičemž 14 sester (29,1 %) hodnotilo známku 1 a 27 sester (56,3 %) známku 2. Neutrální postoj zaujalo 7 sester (14,6 %).

**Graf 32 Jak sestry hodnotí vlastní spolupráci s rodiči hospitalizovaných dětí srovnání spádových nemocnic s fakultní nemocnicí**

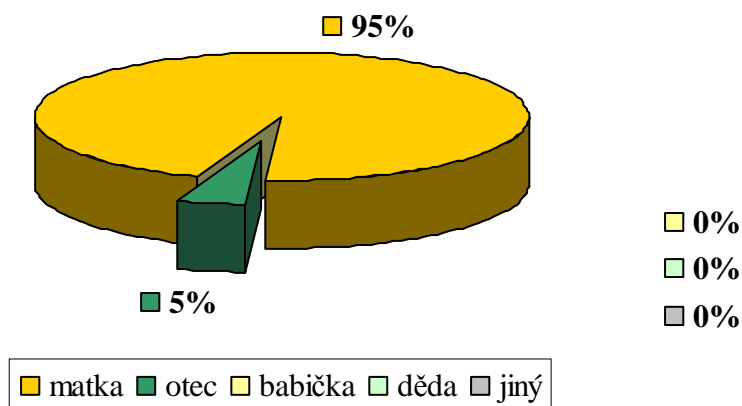


Z celkového počtu 16 sester (100 %) pracujících na dětské klinice FN hodnotí vlastní spolupráci s rodiči jako dostatečnou všech 16 sester (100 %). Z celkového počtu 32 sester (100 %) pracujících na dětských odděleních SN hodnotí vlastní spolupráci s rodiči jako dostatečnou všech 25 sester (78,1 %), neutrální postoj zaujalo 7 sester (21,9 %).

**Tabulka 7 Největší obtíže sester při spolupráci s rodiči**

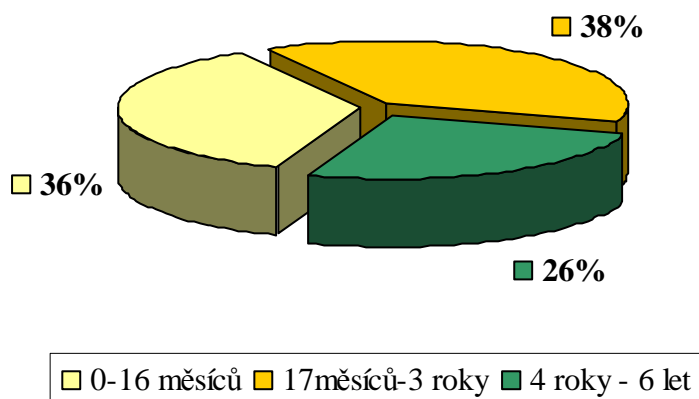
<b>vyjádření sester</b>	<b>počet</b>	<b>%</b>
komunikace s rodiči	21	43,8%
nerespektování léčebného režimu dítěte rodiči	18	37,5%
neochota rodičů ke spolupráci	17	35,4%
nerespektování domácího řádu na oddělení rodiči	12	25,0%
nedostatek času sester na spolupráci s rodiči	11	22,9%
negativní postoj některých rodičů	8	16,7%
arogance některých rodičů	6	12,5%
jazyková bariéra	6	12,5%
špatná přizpůsobivost rodičů	6	12,5%
nezájem rodičů o dítě, raději koukají na televizi, chodí kouřit, nehlídají své dítě	5	10,4%
nízká inteligence rodičů	5	10,4%
nerespektování intimity ostatních pacientů rodiči	4	8,3%
počáteční nedůvěra rodičů	2	4,2%

**Graf 33 Vztah doprovázející osoby k dítěti**



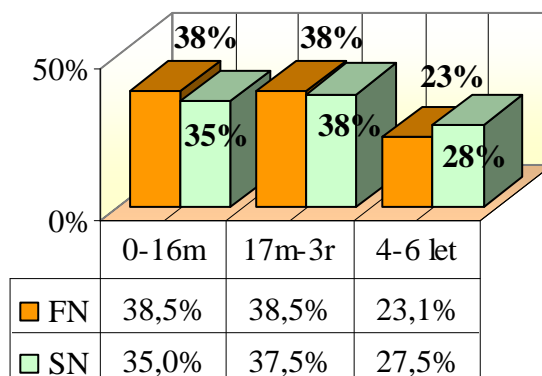
Z celkového počtu respondentů 66 (100 %) tvořila doprovod svého dítě v nemocnici v 63 případech matka (95,5 %) a ve 3 případech otec (4,5%).

**Graf 34 Věková kategorie hospitalizovaného dítěte, které dotazovaní rodiče doprovázeli**



Z celkového počtu rodičů 66 (100 %) doprovázelo v nemocnici dítě staré 0 – 16 měsíců 24 rodičů (36,4 %), 25 rodičů (37,9 %) doprovázelo děti spadající do věkové kategorie 17 měsíců – 3 roky a 17 rodičů (37,9 %) děti ve věku od 4 do 6 let.

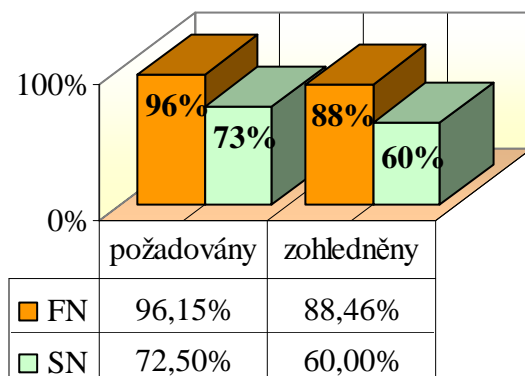
**Graf 35** Věková kategorie hospitalizovaného dítěte, které dotazovaní rodiče doprovázeli – srovnání spádových nemocnic s fakultní nemocnicí



Z celkového počtu rodičů 26 (100 %) hospitalizovaných na dětské klinice FN doprovázelo 10 rodičů (38,5 %) dítě staré od 0 do 16 měsíců, 10 rodičů (38,5 %) děti ve věku od 17 měsíců do 3 let a 6 rodičů (23,1 %) doprovázelo děti spadající do věkové kategorie od 4 do 6 let. Z celkového počtu rodičů 40 (100 %) hospitalizovaných na dětských odděleních SN doprovázelo 14 rodičů (35 %) dítě staré od 0 do 16 měsíců, 15 rodičů (37,5 %) děti ve věku od 17 měsíců do 3 let a 11 rodičů (27,5 %) doprovázelo děti spadající do věkové kategorie od 4 do 6 let.

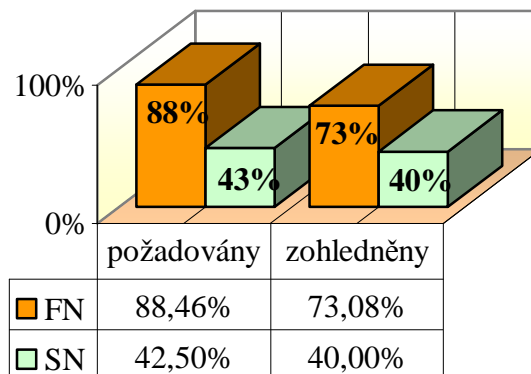


**Graf 36** Informace ohledně stravovacích návyků dítěte z pohledu rodičů – srovnání spádových nemocnic s fakultní



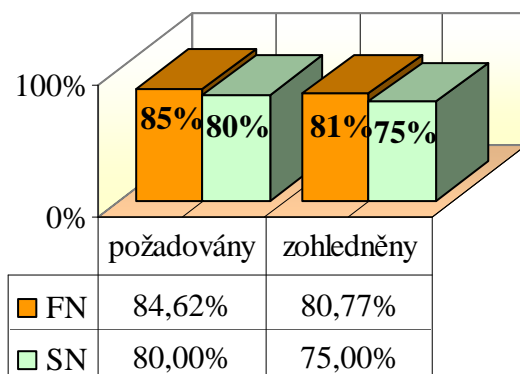
Z celkového počtu rodičů 26 (100 %) hospitalizovaných na dětské klinice FN žádaly sestry informace ohledně stravovacích zvyklostech dítěte od 25 rodičů (96,2 %), přičemž 23 rodičů (88,5 %) udává, že tyto informace dále zohledňovaly při ošetřování jejich dítěte. Z celkového počtu rodičů 40 (100 %) hospitalizovaných na dětských odd. SN žádaly sestry informace ohledně stravovacích zvyklostech dítěte od 23 rodičů (72,5 %), přičemž 24 rodičů (60 %) udává, že tyto informace dále zohledňovaly při ošetřování jejich dítěte.

**Graf 37** Informace ohledně denního režimu dítěte z pohledu rodičů – srovnání spádových nemocnic s fakultní



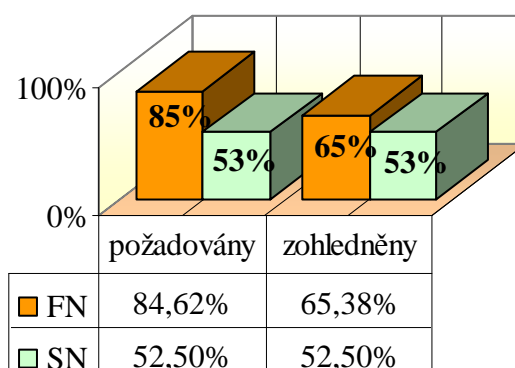
Z celkového počtu rodičů 26 (100 %) hospitalizovaných na dětské klinice FN žádaly sestry informace ohledně denního režimu dítěte od 23 rodičů (88,46 %), přičemž 19 rodičů (73,1 %) udává, že tyto informace dále zohledňovaly při ošetřování jejich dítěte. Z celkového počtu rodičů 40 (100 %) hospitalizovaných na dětských odd. SN žádaly sestry informace ohledně denního režimu dítěte od 17 rodičů (42,5 %), přičemž 16 rodičů (40 %) udává, že tyto informace dále zohledňovaly při ošetřování jejich dítěte.

**Graf 38** Informace ohledně vyprazdňování dítěte z pohledu rodičů – srovnání spádových nemocnic s fakultní



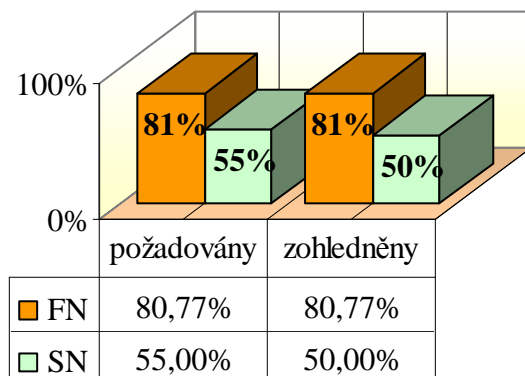
Z celkového počtu rodičů 26 (100 %) hospitalizovaných na dětské klinice FN žádaly sestry informace ohledně vyprazdňování dítěte od 22 rodičů (84,6 %), přičemž 21 rodičů (80,8 %) udává, že tyto informace dále zohledňovaly při ošetřování jejich dítěte. Z celkového počtu rodičů 40 (100 %) hospitalizovaných na dětských odd. SN žádaly sestry informace ohledně denního režimu dítěte od 32 rodičů (80 %), přičemž 30 rodičů (75 %) udává, že tyto informace dále zohledňovaly při ošetřování jejich dítěte.

**Graf 39** Informace ohledně zvládnání bolesti dítětem z pohledu rodičů – srovnání spádových nemocnic s fakultní



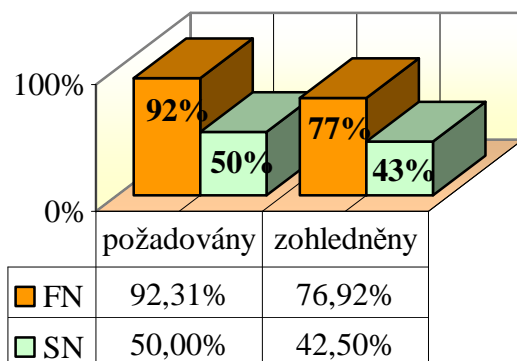
Z celkového počtu rodičů 26 (100 %) hospitalizovaných na dětské klinice FN žádaly sestry informace ohledně zvládnání bolesti dítětem od 22 rodičů (84,6 %), přičemž 17 rodičů (63,4 %) udává, že tyto informace dále zohledňovaly při ošetřování jejich dítěte. Z celkového počtu rodičů 40 (100 %) hospitalizovaných na dětských odd. SN žádaly sestry informace ohledně zvládnání bolesti dítětem od 21 rodičů (52,5 %), přičemž 21 rodičů (52,5 %) udává, že tyto informace dále zohledňovaly při ošetřování jejich dítěte.

**Graf 40** Informace ohledně hygienických návyků dítěte z pohledu rodičů – srovnání spádových nemocnic s fakultní



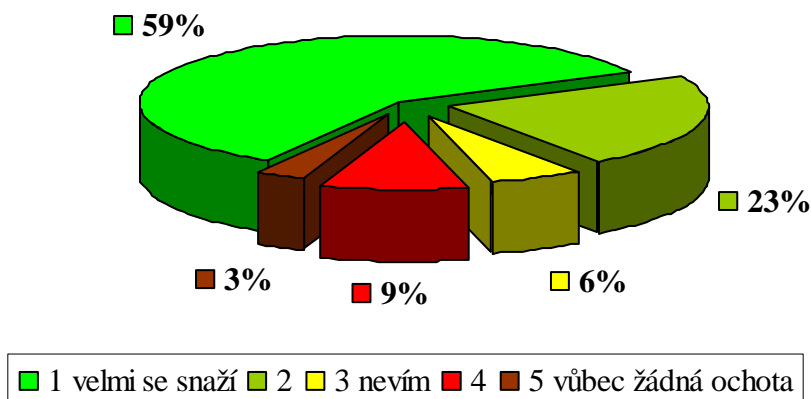
Z celkového počtu rodičů 26 (100 %) hospitalizovaných na dětské klinice FN žádaly sestry informace ohledně hygienických návyků dítěte od 21 rodičů (80,8 %), přičemž 21 rodičů (80,8 %) udává, že tyto informace dále zohledňovaly při ošetřování jejich dítěte. Z celkového počtu rodičů 40 (100 %) hospitalizovaných na dětských odd. SN žádaly sestry informace ohledně hygienických návyků dítěte od 20 rodičů (55 %), přičemž 20 rodičů (50 %) udává, že tyto informace dále zohledňovaly při ošetřování jejich dítěte.

**Graf 41** Informace ohledně spánkových návyků dítěte z pohledu rodičů – srovnání spádových nemocnic s fakultní



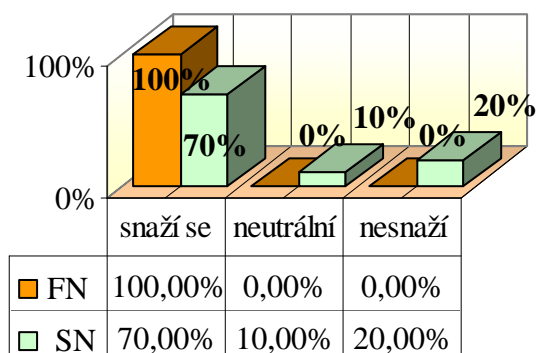
Z celkového počtu rodičů 26 (100 %) hospitalizovaných na dětské klinice FN žádaly sestry informace ohledně spánkových návyků dítěte od 24 rodičů (92,3 %), přičemž 20 rodičů (76,9 %) udává, že tyto informace dále zohledňovaly při ošetřování jejich dítěte. Z celkového počtu rodičů 40 (100 %) hospitalizovaných na dětských odd. SN žádaly sestry informace ohledně spánkových návyků dítěte od 20 rodičů (50 %), přičemž 17 rodičů (42,5 %) udává, že tyto informace dále zohledňovaly při ošetřování jejich dítěte.

**Graf 42 Snaha sester přizpůsobit pobyt dítěte v nemocnici jeho domácím zvyklostem z pohledu rodičů**



Z celkového počtu rodičů 66 (100 %) hodnotí snahu sester přizpůsobit pobyt dítěte v nemocnici jeho domácím zvyklostem pozitivně 54 rodičů ( 81,8 %), přičemž známku jedna použilo 39 rodičů (59,1 %) a známku 2 rodičů 15 (22,7 %). Neutrální postoj zaujaly 4 rodiče (6,1 %) a negativní postoj 8 rodičů (12,1 %), přičemž 6 rodičů (9,1 %) hodnotilo známkou 4 a 2 rodiče (3 %) známkou 5.

**Graf 43 Snaha sester přizpůsobit pobyt dítěte v nemocnici jeho domácím zvyklostem z pohledu rodičů – srovnání spádových nemocnic s fakultní**



Z celkového počtu rodičů 26 (100 %) hospitalizovaných na dětské klinice FN hodnotí snahu sester přizpůsobit pobyt dítěte v nemocnici jeho domácím zvyklostem pozitivně všech 26 rodičů (100 %). Z celkového počtu rodičů 40 (100 %) hospitalizovaných na dětských odd. SN hodnotí tuto snahu pozitivně 28 rodičů (70 %), neutrální postoj zaujali 4 rodiče (10 %) a negativní postoj 8 rodičů (20 %).

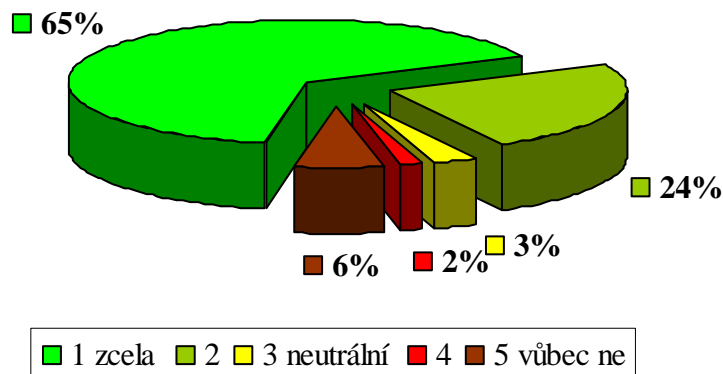
**Tabulka 8 Snaha sester přizpůsobit pobyt dítěte v nemocnici jeho domácím zvyklostem z pohledu rodičů**

připomínky rodičů	počet	
	FN	SN
Pokud zohledním vybavení oddělení tak mi nezbyvá, než před sestřičkami smeknout.		1
Většina se opravdu snaží, ale sestry staršího věku o dost méně než ty mladé.	1	
Já jsem spokojená, ale mám pocit, že snaha je především u dětí s rodiči, pokud jsou zde děti samotné, přizpůsobení je téměř nulové.	1	

Tabulka 8 uvádí vyjádřené připomínky rodičů k otázce zpracované v grafu 42 a 43. Z celkového počtu 66 rodičů (100 %) uvedli připomínku 3 rodiče (4,5 %), z toho 2 rodiče hospitalizovaní na dětské klinice FN (7,7 % z celkového počtu 26 rodičů) a 1 rodič hospitalizovaný na dětském odd. SN ( 2,5 % z celkového počtu 40 rodičů).

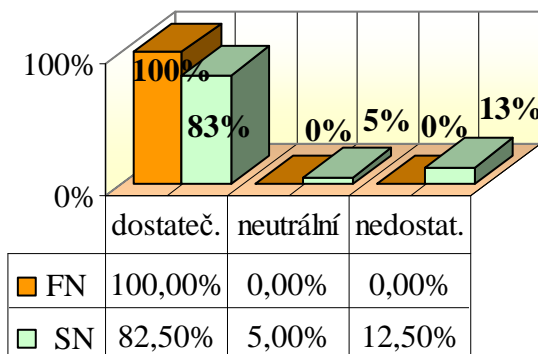


**Graf 44 Seznámení rodičů s domácím řádem na oddělení**



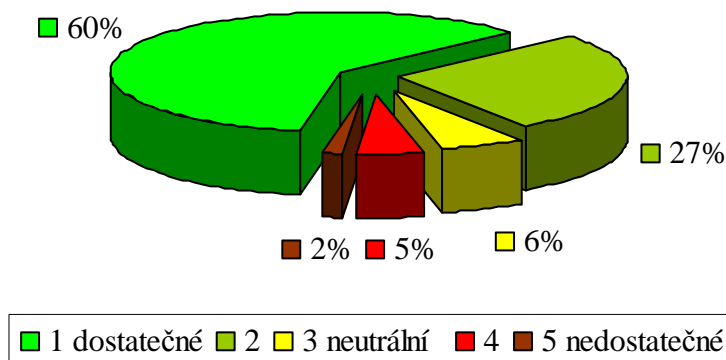
Z celkového počtu 66 rodičů seznámila sestra s domácím řádem na oddělení 59 rodičů (89,4 %), přičemž 43 rodičů (65,2 %) použilo známku 1 a 16 rodičů (24,2 %) známku 2. Neutrální postoj zaujali 2 rodiče (3 %). 5 rodičů (7,6 %) hodnotilo seznámení s domácím řádem negativně, přičemž 1 rodič použil známku 4 (1,5 %), 4 rodiče (6,1 %) použili známku 5.

**Graf 45 Seznámení rodičů s domácím řádem na oddělení – srovnání spádových nemocnic s fakultní**



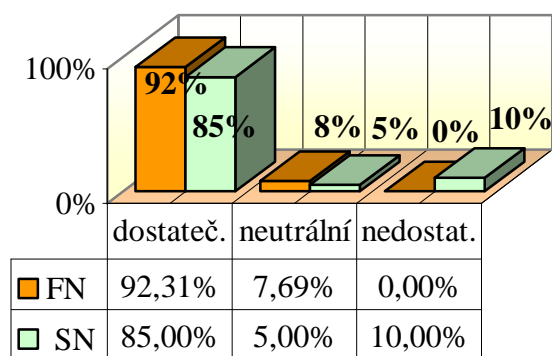
Z celkového počtu rodičů 26 (100 %) hospitalizovaných na dětské klinice FN bylo s domácím řádem na oddělení sestrou dostatečně seznámeno všech 26 rodičů (100 %). Z celkového počtu rodičů 40 (100 %) hospitalizovaných na dětských odd. SN bylo sestrou dostatečně seznámeno 33 rodičů (82,5 %), neutrální postoj zaujali 2 rodiče (5 %), 5 rodičů (7,6 %) hodnotilo seznámení s domácím řádem jako nedostatečné.

**Graf 46** Informace ohledně léků dítěte z pohledu rodičů



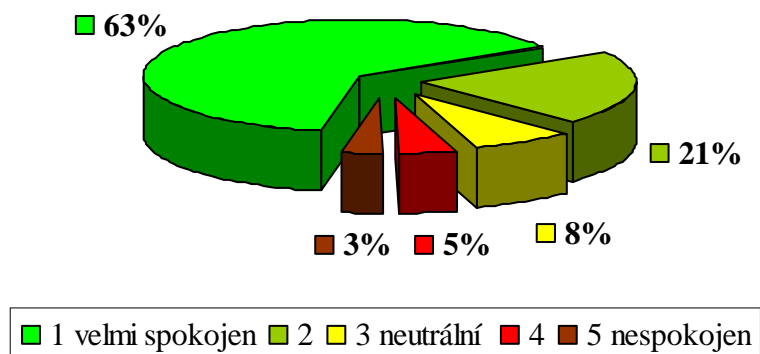
Z celkového počtu 66 rodičů (100 %) bylo o léčích dítěte dostatečně poučeno 58 rodičů (87,8 %), přičemž známkou 1 hodnotilo 40 rodičů (60,5 %) a 18 rodičů (27,3 %) známkou 2. Neutrální postoj zaujali 4 rodiče (6,1 %). Nedostatečně poučení byli 4 rodiče (6,1 %), přičemž známku 4 použili 3 rodiče (4,5 %), 1 rodič (1,6 %) hodnotil známkou 5.

**Graf 47** Informace ohledně léků dítěte z pohledu rodičů - srovnání spádových nemocnic s fakultní



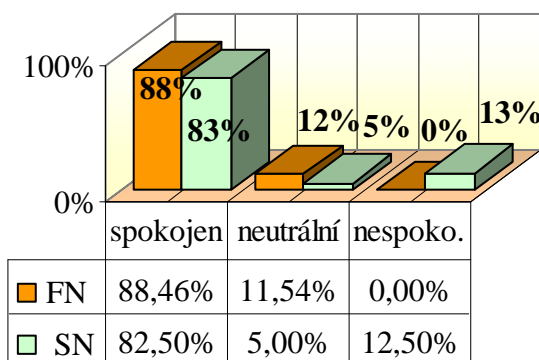
Z celkového počtu rodičů 26 (100 %) hospitalizovaných na dětské klinice FN bylo o léčích dítěte sestrou dostatečně poučeno 24 rodičů (92,3 %) a neutrální postoj zaujali 2 rodiče (7,7 %). Z celkového počtu rodičů 40 (100 %) hospitalizovaných na dětských odd. SN bylo o léčích dostatečně poučeno 34 rodičů (85 %), neutrální postoj zaujali 2 rodiče (5 %), 5 rodičů (10 %) hodnotilo poučení o léčích jako nedostatečné.

**Graf 48 Spokojenost rodičů s vysvětlením důvodů vyšetření a výkonů**



Z celkového počtu rodičů 66 (100 %) bylo spokojeno s vysvětlením důvodů výkonů a vyšetření sestrou 56 rodičů (84,9 %), přičemž 42 rodičů (63,5 %) použilo známku 1 a 14 rodičů (21,4 %) známku 2. Neutrální postoj zaujalo 5 rodičů (7,6 %) a nespokojeno bylo 5 rodičů (7,6 %), přičemž 3 rodiče (4,6 %) hodnotili známkou 4 a 2 rodiče (3 %) známkou 5.

**Graf 49 Spokojenost rodičů s vysvětlením důvodů vyšetření a výkonů - srovnání spádových nemocnic s fakultní**



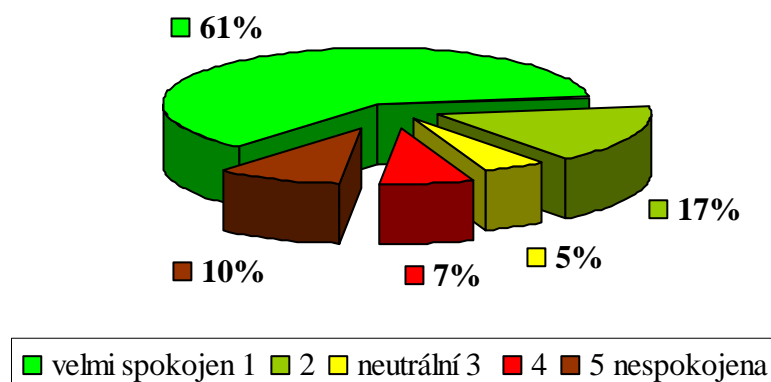
Z celkového počtu rodičů 26 (100 %) hospitalizovaných na dětské klinice FN bylo spokojeno s vysvětlením důvodů výkonů a vyšetření sestrou 23 rodičů (88,5 %), neutrální postoj zaujali 3 rodiče (11,5 %). Z celkového počtu rodičů 40 (100 %) hospitalizovaných na dětských odd. SN bylo spokojeno s vysvětlením důvodů výkonů a vyšetření sestrou 33 rodičů (82,5 %), neutrální postoj zaujali 2 rodiče (5 %), nespokojeno bylo 5 rodičů (12,5 %).

**Tabulka 9 Spokojenost rodičů s vysvětlením důvodů vyšetření a výkonů**

připomínky rodičů	počet	
	FN	SN
Informoval i lékař, ale až od sester jsem to úplně pochopila a hlavně mě vždy dokázaly uklidnit.	1	
S výkony mě neseznámila, pouze jsem měla uklidnit dítě.		1

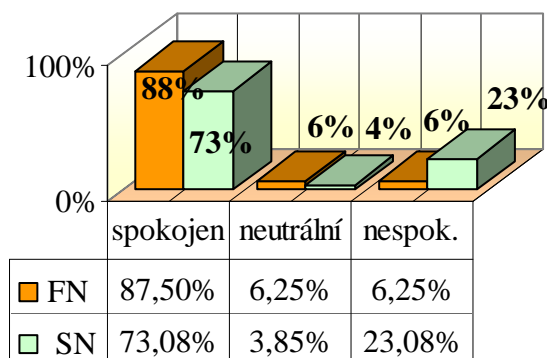
Tabulka 9 uvádí vyjádřené připomínky rodičů k otázce zpracované v grafu 48 a 49. Z celkového počtu 66 rodičů (100 %) uvedli připomínku 2 rodiče (3 %), z toho 1 rodič hospitalizovaný na dětské klinice FN (3,8 % z celkového počtu 26 rodičů) a 1 rodič hospitalizovaný na dětském odd. SN ( 2,5 % z celkového počtu 40 rodičů).

**Graf 50 Spokojenost rodičů s vysvětlením důvodů vyšetření a výkonů dítěti**



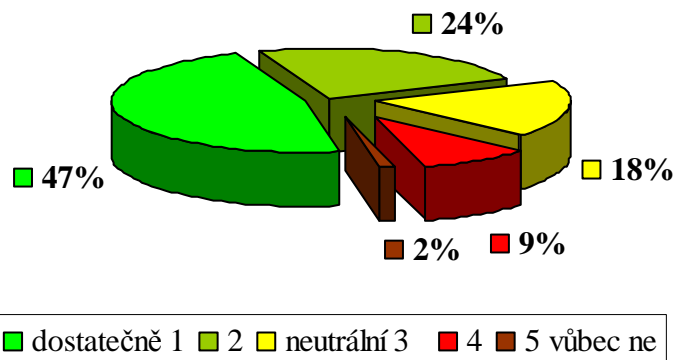
Z celkového počtu rodičů 42 (100 %) bylo spokojeno s vysvětlením důvodů výkonů a vyšetření dítěti sestrou 33 rodičů (78,6 %), přičemž 26 rodičů (61,5 %) použilo známku 1 a 7 rodičů (17,1 %) známku 2. Neutrální postoj zaujali 2 rodiče (4,8 %), nespokojeno bylo 7 rodičů (16,7 %), přičemž 3 rodiče (7,1 %) hodnotili známkou 4 a 4 rodiče (9,6 %) známkou 5.

**Graf 51 Spokojenost rodičů s vysvětlením důvodů vyšetření a výkonů dítěti - srovnání spádových nemocnic s fakultní**



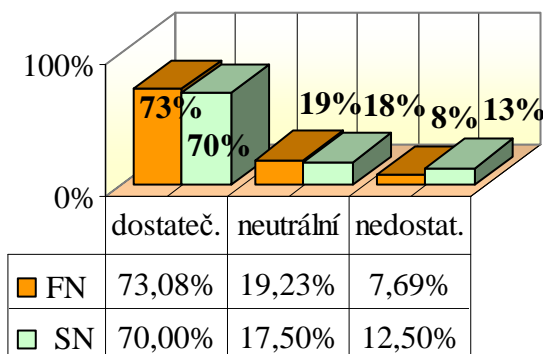
Z celkového počtu rodičů 16 (100 %) hospitalizovaných na dětské klinice FN bylo spokojeno s vysvětlením důvodů výkonů a vyšetření sestrou dítěti 14 rodičů (87,5 %), neutrální postoj zaujal 1 rodič (6,2 %) a nespokojen byl 1 rodič (6,2 %). Z celkového počtu rodičů 26 (100 %) hospitalizovaných na dětských odd. SN bylo spokojeno s vysvětlením důvodů výkonů a vyšetření sestrou 19 rodičů (73,1 %), neutrální postoj zaujal 1 rodič (3,8 %) a nespokojeno bylo 6 rodičů (23,1 %).

**Graf 52 Poučení rodičů o jejich úloze v přípravě dítěte na vyšetření, výkon z pohledu rodičů**



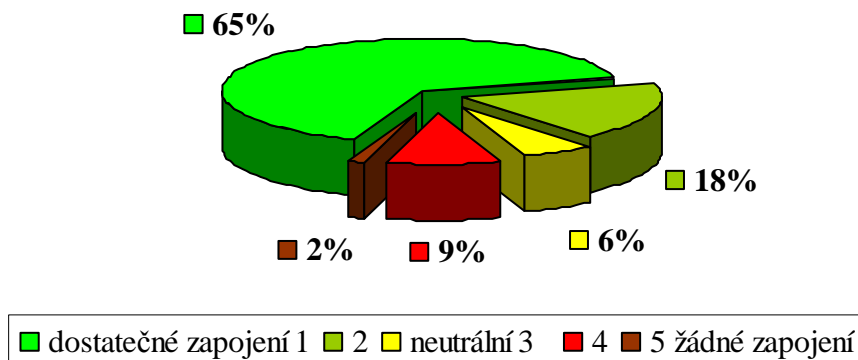
Z celkového počtu rodičů 66 (100 %) bylo dostatečně poučeno sestrou o své úloze v přípravě dítěte na výkon či vyšetření 47 rodičů (71,2 %), přičemž známkou 1 hodnotilo toto poučení 31 rodičů (47 %) a známkou 2 16 rodičů (24,2 %). Neutrální postoj zaujalo 12 rodičů (18,2 %), nedostatečně bylo poučeno o své úloze 7 rodičů (10,6 %), přičemž 6 rodičů (9,1 %) použilo známku 4 a 1 rodič (1,5 %) známku 5.

**Graf 53 Poučení rodičů o jejich úloze v přípravě dítěte na vyšetření, výkon z pohledu rodičů - srovnání spádových nemocnic s fakultní**



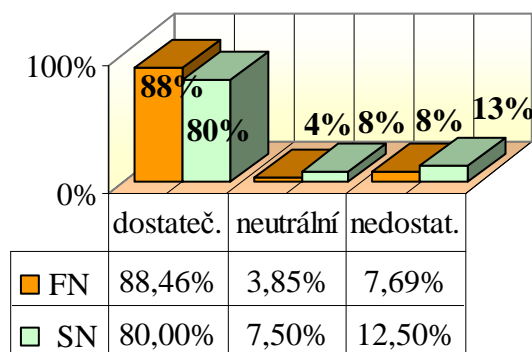
Z celkového počtu rodičů 26 (100 %) hospitalizovaných na dětské klinice FN bylo dostatečně poučeno sestrou o své úloze 19 rodičů (73,1 %), neutrální postoj zaujalo 5 rodičů (19,2 %), nedostatečně byli o své úloze poučeni 2 rodiče (7,7 %). Z celkového počtu rodičů 40 (100 %) hospitalizovaných na dětských odd. SN bylo dostatečně poučeno sestrou o své úloze 28 rodičů (70 %), neutrální postoj zaujalo 7 rodičů (17,5 %), nedostatečně bylo o své úloze poučeno 5 rodičů (12,5 %).

**Graf 54** Možnost vlastního zapojení při přípravě dítěte na vyšetření, výkon z pohledu rodičů



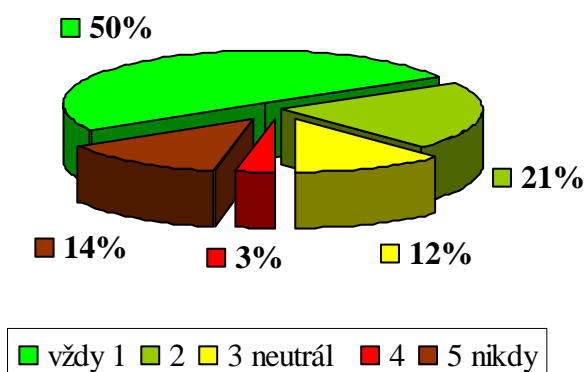
Z celkového množství rodičů 66 (100 %) hodnotilo vlastní zapojení při přípravě svého dítěte na výkon či vyšetření jako dostatečné 55 rodičů (83,3 %), přičemž známku 1 použilo 43 rodičů (65,1 %) a 12 rodičů (18,2 %) hodnotilo známkou 2. Neutrální postoj zaujali 4 rodiče (6,1 %). Svě zapojení jako nedostatečné hodnotilo 7 rodičů (10,6 %), přičemž známkou 4 hodnotilo 6 rodičů (9,2 %) a 1 rodič (1,6 %) známkou 5.

**Graf 55** Možnost vlastního zapojení při přípravě dítěte na vyšetření, výkon z pohledu rodičů - srovnání spádových nemocnic s fakultní



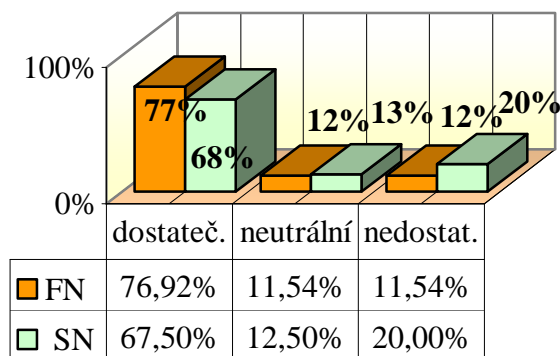
Z celkového počtu rodičů 26 (100 %) hospitalizovaných na dětské klinice FN bylo dostatečně zapojeno 23 rodičů (88,5 %), neutrální postoj zaujal 1 rodič (3,8 %), 2 rodiče (7,7 %) hodnotili své zapojení jako nedostatečné. Z celkového počtu rodičů 40 (100 %) hospitalizovaných na dětských odd. SN bylo dostatečně zapojeno 32 rodičů (80 %), neutrální postoj zaujali 3 rodiče (7,5 %) a 5 rodičů (12,5 %) bylo zapojeno nedostatečně.

**Graf 56** Umožnění přítomnosti u bolestivého oš. výkonu z pohledu rodičů



Z celkového množství rodičů 66 (100 %) dostalo možnost být přítomen u bolestivého oš. výkonu 47 rodičů (71,2 %), přičemž 33 rodičů (50 %) hodnotilo tuto možnost známkou 1 a 14 rodičů (21,2 %) známkou 2. Neutrální postoj zaujalo 8 rodičů (12,1 %) a 11 rodičů (16,7 %) hodnotilo tuto možnost jako nedostatečnou, přičemž 2 rodiče (3 %) použili známku 4 a 9 rodičů (13,6 %) známku 5.

**Graf 57** Umožnění přítomnosti u bolestivého oš. výkonu z pohledu rodičů - srovnání spádových nemocnic s fakultní



Z celkového počtu rodičů 26 (100 %) hospitalizovaných na dětské klinice FN dostalo možnost přítomnosti u bolestivého oš. výkonu 20 rodičů (76,9 %), neutrální postoj zaujali 1 rodiče (11,5 %) a 3 rodiče (11,5 %) hodnotili tuto možnost jako nedostatečnou. Z celkového počtu rodičů 40 (100 %) hospitalizovaných na dětských odd. SN dostalo tuto možnost 27 rodičů (67,5 %), neutrální postoj zaujalo 5 rodičů (12,5 %) a 8 rodičů (20 %) hodnotilo tuto možnost jako nedostatečnou.

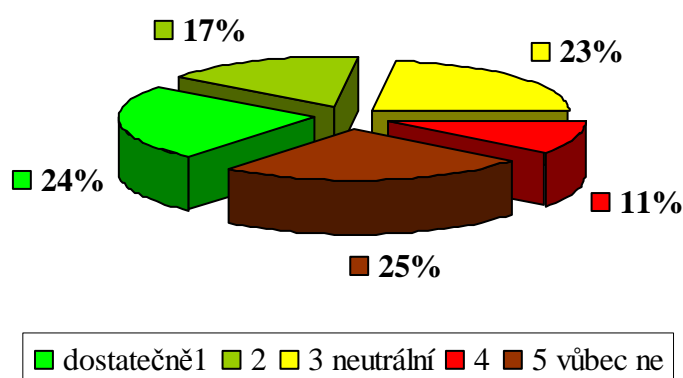


**Tabulka 10** Umožnění přítomnosti u bolestivého oš. výkonu z pohledu rodičů

připomínky rodičů	počet	
	FN	SN
I přes mé výslovné přání mi to umožněno nebylo.	1	2
Ne vždy, velice mě to trápilo, chce to změnit!!! pokud je dítě poučeno přiměřeně k věku a má u sebe maminku, snáší bolest mnohem lépe.	1	

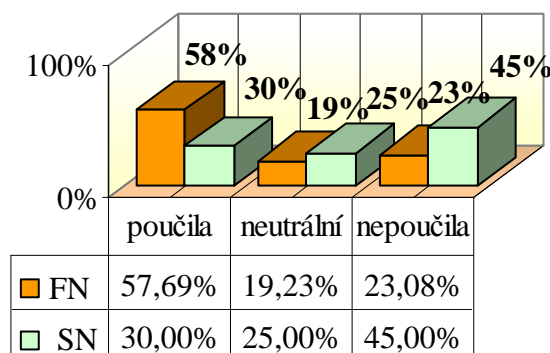
Tabulka 10 uvádí vyjádřené připomínky rodičů k otázce zpracované v grafu 54 a 55. Z celkového počtu 66 rodičů (100 %) uvedli připomínku 4 rodiče (6,1 %), z toho 2 rodiče hospitalizovaní na dětské klinice FN (7,7 % z celkového počtu 26 rodičů) a 2 rodiče hospitalizovaní na dětském odd. SN ( 5 % z celkového počtu 40 rodičů).

**Graf 58** Poučení rodičů sestrou jak mluvit se svým dítětem o jeho nemoci z pohledu rodičů



Z celkového počtu rodičů 66 (100 %) hovořila sestra o tom, jak mluvit se svým dítětem o jeho nemoci dostatečně s 27 rodiči (40,9 %), přičemž známku 1 použilo 16 rodičů (24,2 %) a 11 rodičů (16,7 %) známku 2. Neutrální postoj zaujalo 15 rodičů (22,7 %), 24 rodičů (36,4 %) hodnotilo poučení o komunikaci s dítětem o jeho nemoci jako nedostatečné, přičemž 7 rodičů (11 %) použilo známku 4 a 17 rodičů (25,4 %) známku 5.

**Graf 59 Poučení rodičů sestrou jak mluvit se svým dítětem o jeho nemoci z pohledu rodičů - srovnání spádových nemocnic s fakultní**

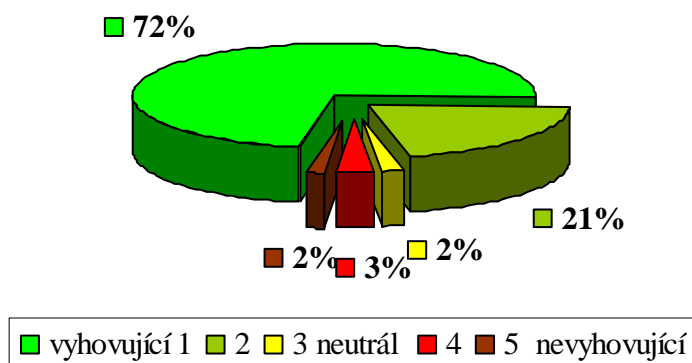


Z celkového počtu rodičů 26 (100 %) hospitalizovaných na dětské klinice FN hovořila sestra dostatečně o tom, jak mluvit se svým dítětem o jeho nemoci s 15 rodiči (57,7 %), neutrální postoj zaujalo 5 rodičů (19,2 %), 6 rodičů (23,1 %) hodnotilo poučení o komunikaci s dítětem o jeho nemoci jako nedostatečné., přičemž 7 rodičů (11 %) použilo známku 4 a 17 rodičů (25,4 %) známku 5. Z celkového počtu rodičů 40 (100 %) hospitalizovaných na dětských odd. SN hovořila sestra dostatečně o tom, jak mluvit se svým dítětem o jeho nemoci s 12 rodiči (30 %), neutrální postoj zaujalo 10 rodičů (25 %), 18 rodičů (45 %) hodnotilo poučení o komunikaci s dítětem o jeho nemoci jako nedostatečné.

**Tabulka 11 Poučení rodičů sestrou o komunikaci s dítětem o jeho nemoci z pohledu rodičů - srovnání spádových nemocnic s fakultní v kontextu s věkem hospitalizovaného dítěte**

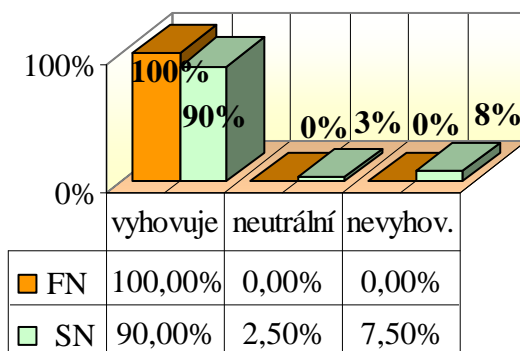
věk dítěte	poučila % rodičů		neutrální % rodičů		nepoučila % rodičů	
	FN	SN	FN	SN	FN	SN
0-16 měsíců	-	-	40% (4)	29% (4)	60% (6)	71% (10)
17měsíců - 3 roky	90% (9)	53% (8)	10% (1)	13% (2)	-	33% (5)
4 roky - 6 let	100% (6)	36% (4)	-	36% (4)	-	27% (3)
<b>celkem</b>	<b>58%(15)</b>	<b>30%(12)</b>	<b>19% (5)</b>	<b>25%(10)</b>	<b>23% (6)</b>	<b>45%(18)</b>

**Graf 60 Komunikace mezi rodičem a sestrou z pohledu rodičů**



Z celkového počtu rodičů 66 (100 %) hodnotilo komunikaci se sestrou jako vyhovující 62 rodičů (93,9 %), přičemž známku 1 použilo 48 rodičů (72,7 %) a 14 rodičů (21,2 %) známku 2. Neutrální postoj zaujal 1 rodič (1,6 %), 3 rodiče (4,4 %) hodnotili komunikaci se sestrou jako nevyhovující, přičemž známku 4 použili 2 rodiče (2,9 %) a 1 rodič (1,6 %) známku 5.

**Graf 61 Komunikace mezi rodičem a sestrou z pohledu rodičů - srovnání spádových nemocnic s fakultní**



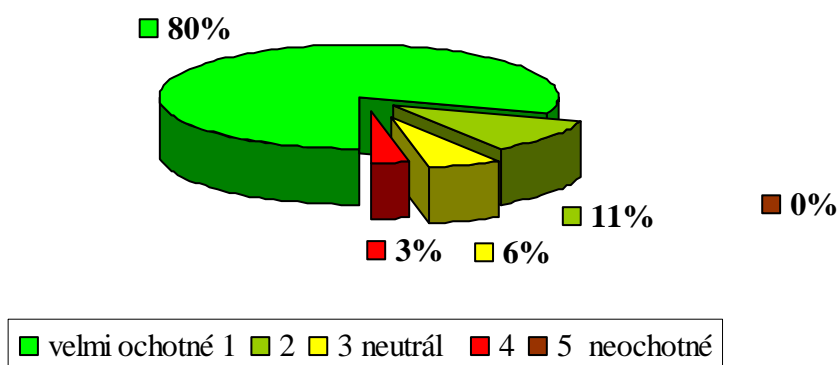
Z celkového počtu rodičů 26 (100 %) hospitalizovaných na dětské klinice FN hodnotilo komunikaci se sestrou jako vyhovující všech 26 rodičů (100 %). Z celkového počtu rodičů 40 (100 %) hospitalizovaných na dětských odd. SN hodnotilo komunikaci se sestrou jako vyhovující 36 rodičů (90 %), neutrální postoj zaujal 1 rodič (2,5 %), 3 rodiče (7,5 %) hodnotili komunikaci se sestrou jako nevyhovující.

**Tabulka 12 Komunikace mezi rodičem a sestrou z pohledu rodičů**

připomínky rodičů	počet	
	FN	SN
Všechny sestřičky jsou moc ochotné, vše se snaží vysvětlit a poradit mi.	2	1
Jsem nadšená, pečují zde nejen o naše děti, ale i o nás, i sebemenší bolístku mého dítěte se mnou ochotně probíraly a vždy mě uklidnily.	1	
Kdykoliv jsem se na ně mohla obrátit, výborné!	1	

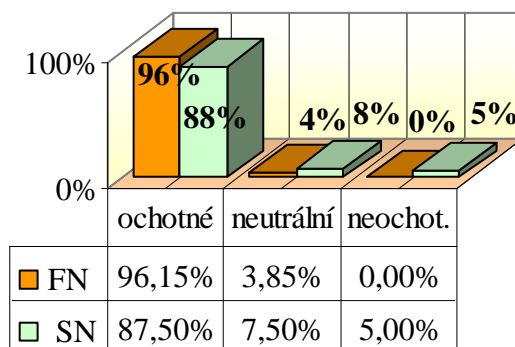
Tabulka 12 uvádí vyjádřené připomínky rodičů k otázce zpracované v grafu 58 a 59. Z celkového počtu 66 rodičů (100 %) uvedlo připomínku 5 rodičů (7,58 %), z toho 4 rodiče hospitalizovaní na dětské klinice FN (15,4 % z celkového počtu 26 rodičů) a 1 rodič hospitalizovaný na dětském odd. SN ( 2,5 % z celkového počtu 40 rodičů).

**Graf 62 Ochota sester ke spolupráci z pohledu rodičů**



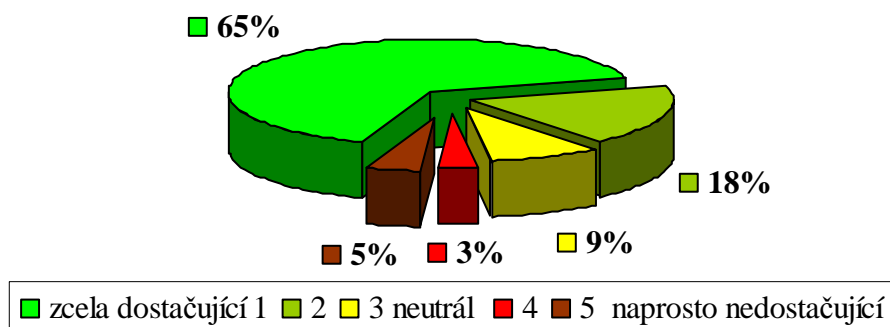
Z celkového počtu rodičů 66 (100 %) hodnotilo sestry jako ochotné ke spolupráci 60 rodičů (90,9 %), přičemž známku 1 použilo 53 rodičů (80,3 %) a 7 rodičů (10,6 %) známku 2. Neutrální postoj zaujali 4 rodiče (6,1 %) a sestry jako neochotné ke spolupráci hodnotili 2 rodiče (3 %), oba použili známku 4 (3 %).

**Graf 63 Ochota sester ke spolupráci z pohledu rodičů - srovnání spádových nemocnic s fakultní**



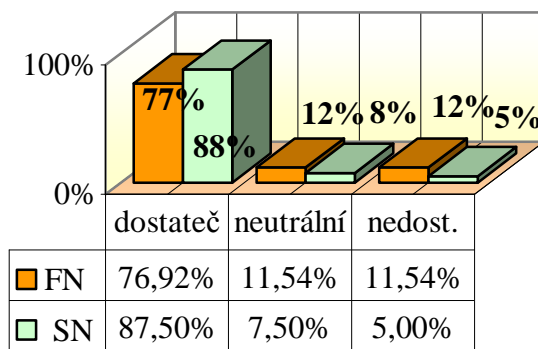
Z celkového počtu rodičů 26 (100 %) hospitalizovaných na dětské klinice FN hodnotilo sestry jako ochotné ke spolupráci 25 rodičů (96,1 %), neutrální postoj zaujal 1 rodič (3,9 %). Z celkového počtu rodičů 40 (100 %) hospitalizovaných na dětských odd. SN hodnotilo sestry jako ochotné ke spolupráci 35 rodičů (87,5 %), neutrální postoj zaujali 3 rodiče (7,5 %), sestry jako neochotné ke spolupráci hodnotili 2 rodiče (5 %).

**Graf 64**      **Hodnocení času sester ke komunikaci a spolupráci s rodiči z pohledu rodičů**



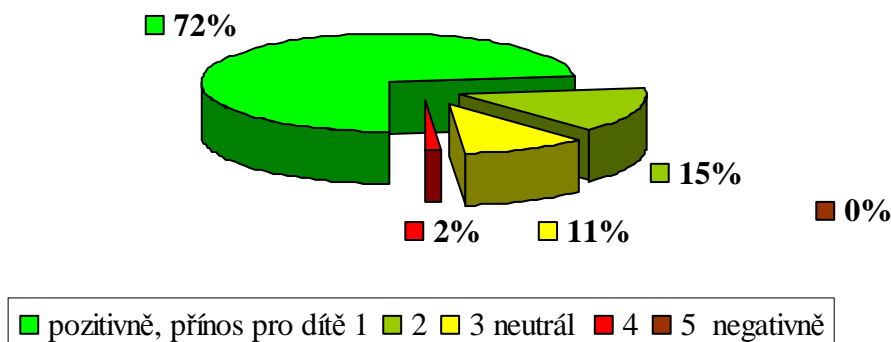
Z celkového počtu rodičů 66 (100 %) hodnotilo čas sester ke komunikaci a spolupráci s rodiči jako dostačující 55 rodičů (83,3 %), přičemž známku 1 použilo 43 rodičů (65,1 %) a 12 rodičů hodnotilo (18,2 %) známkou 2. Neutrální postoj zaujalo 6 rodičů (9,1 %), čas sester na komunikaci a spolupráci jako nedostačující hodnotilo 5 rodičů (7,6 %), přičemž 2 rodiče (3 %) použili známku 4 a 3 rodiče (4,6 %) známku 5.

**Graf 65**      **Hodnocení času sester ke komunikaci a spolupráci s rodiči z pohledu rodičů - srovnání spádových nemocnic s fakultní**



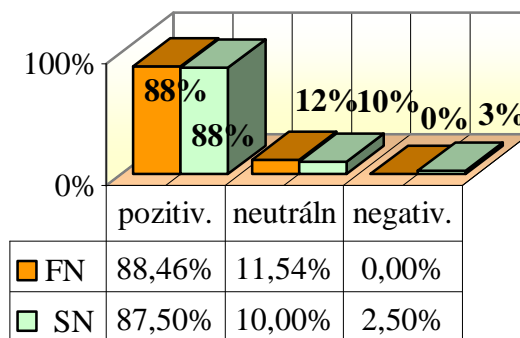
Z celkového počtu rodičů 26 (100 %) hospitalizovaných na dětské klinice FN hodnotilo čas sester ke komunikaci a spolupráci jako dostačující 20 rodičů (76,9 %), neutrální postoj zaujali 3 rodiče (11,5 %), jako nedostatečný tento čas hodnotili 3 rodiče (11,5 %). Z celkového počtu rodičů 40 (100 %) hospitalizovaných na dětských odd. SN hodnotilo čas sester ke komunikaci a spolupráci jako dostačující 35 rodičů (87,5 %), neutrální postoj zaujali 3 rodiče (7,5 %) a jako nedostatečný ho hodnotili 2 rodiče (5 %).

**Graf 66 Jak sestry vnímají přítomnost rodičů z pohledu rodičů**



Z celkového počtu rodičů 66 (100 %) si myslí 58 rodičů (87,9 %), že sestry vnímají jejich přítomnost kladně, přičemž 48 rodičů (72,1 %) použilo známku 1 a 10 rodičů (15,2 %) známku 2. Neutrální postoj zaujalo 7 rodičů (10,6 %), 1 rodič (1,6 %) si myslí, že ho sestry vnímají negativně, hodnotil známkou 4.

**Graf 67 Jak sestry vnímají přítomnost rodičů z pohledu rodičů - srovnání spádových nemocnic s fakultní**



Z celkového počtu rodičů 26 (100 %) hospitalizovaných na dětské klinice FN si myslí 23 rodičů (88,5 %), že sestry vnímají jejich přítomnost kladně a neutrální postoj zaujali 3 rodiče (11,5 %). Z celkového počtu rodičů 40 (100 %) hospitalizovaných na dětských odd. SN si myslí 35 rodičů (87,5 %), že sestry vnímají jejich přítomnost kladně, neutrální postoj zaujali 4 rodiče (10 %), 1 rodič (2,5 %) si myslí, že ho sestry vnímají negativně.

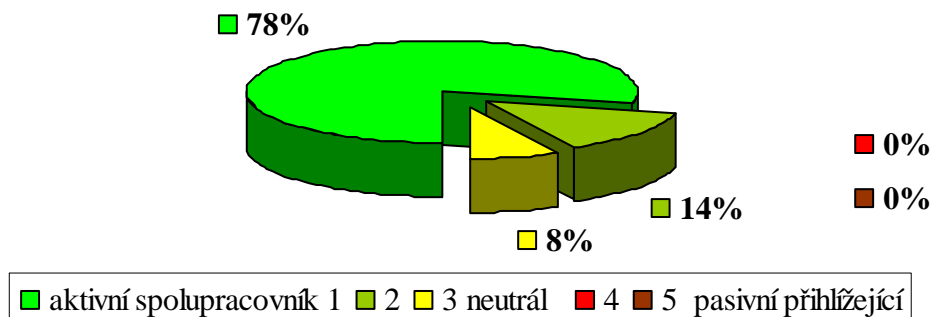
**Tabulka 13 Jak sestry vnímají přítomnost rodičů z pohledu rodičů**

připomínky rodičů	počet	
	FN	SN
Pouze u výkonů mám stále pocit, že překážím.	1	
Určitě kladně, vždyť jim v mnohém ulehčujeme práci, mají o děti postaráno!		1

Tabulka 13 uvádí vyjádřené připomínky rodičů k otázce zpracované v grafu 64 a 65. Z celkového počtu rodičů 66 (100 %) uvedli připomínku 2 rodiče (3 %), z toho 1 rodič hospitalizovaný na dětské klinice FN (3,8 % z celkového počtu 26 rodičů) a 1 rodič hospitalizovaný na dětském odd. SN ( 2,5 % z celkového počtu 40 rodičů).

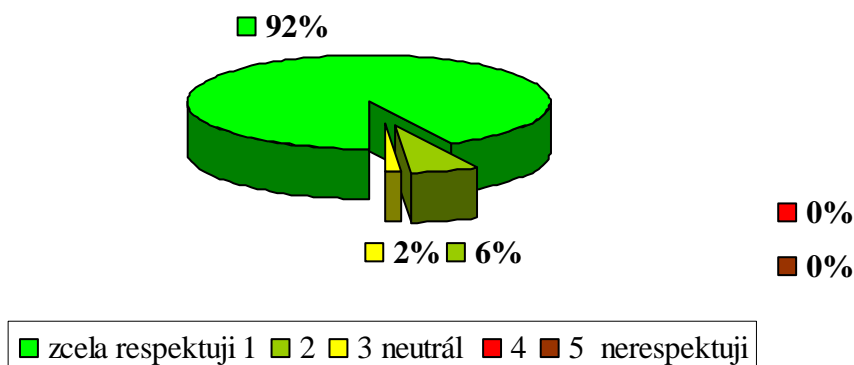


**Graf 68** Jak rodiče vnímají sami sebe při spolupráci se sestrou



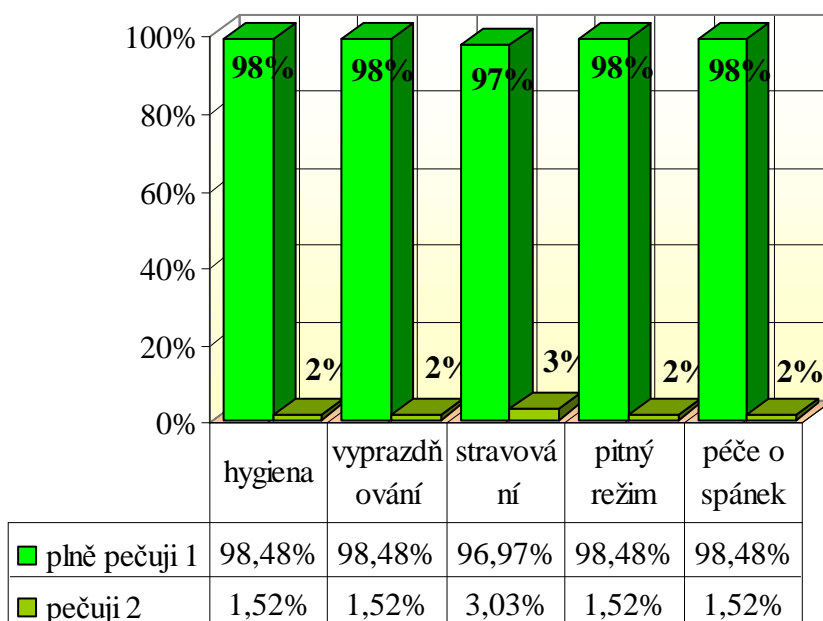
Z celkového počtu rodičů 66 se při spolupráci se sestrou v péči o své dítě vnímá 61 rodičů (92,4 %) jako aktivní spolupracovník, přičemž známkou 1 hodnotilo 52 rodičů (78,8 %) a 9 rodičů použilo známku 2 (13,6 %). Neutrální postoj zaujalo 5 rodičů (7,6 %).

**Graf 69** Respektování léčebného režimu dítěte rodičem z pohledu rodičů



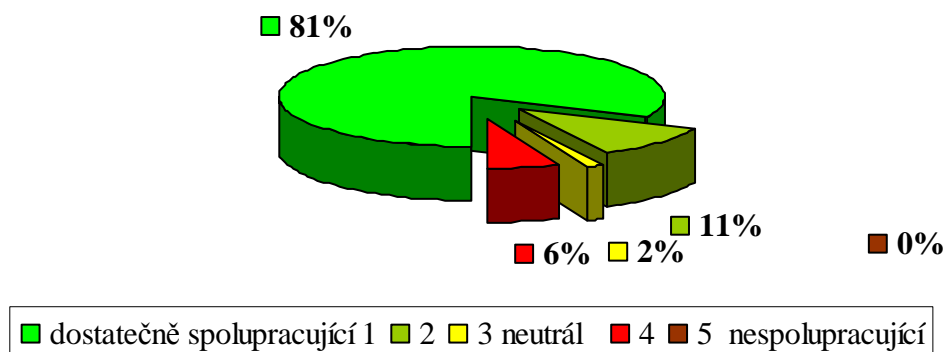
Z celkového počtu rodičů 66 (100 %) vyjádřilo 65 rodičů (98,5 %), že respektuje režim svého dítěte, přičemž 61 rodičů (92,4 %) použilo známku 1 a 4 rodiče (6,1 %) známku 2. Neutrální postoj zaujal 1 rodič (1,6 %).

**Graf 70 Hodnocení rodičů, zda mohou pečovat o své dítě v uvedených oblastech**



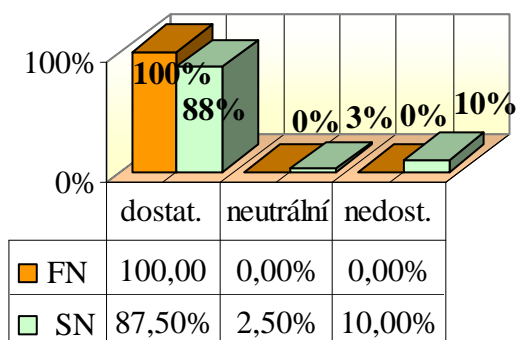
Z celkového množství rodičů 66 (100 %) hodnotí možnost podílet se na péči o své dítě v oblasti hygieny pozitivně 66 rodičů (100 %), přičemž známku 1 použilo 65 rodičů (98,5 %) a 1 rodič (1,5 %) hodnotil známkou 2. Z celkového množství rodičů 66 (100 %) hodnotí možnost podílet se na péči o své dítě v oblasti vyprazdňování pozitivně 66 rodičů (100 %), přičemž známku 1 použilo 65 rodičů (98,5 %) a 1 rodič (1,5 %) hodnotil známkou 2. Z celkového množství rodičů 66 (100 %) hodnotí možnost podílet se na péči o své dítě v oblasti stravování pozitivně 66 rodičů (100 %), přičemž známku 1 použilo 64 rodičů (97 %) a 2 rodiče (3 %) hodnotili známkou 2. Z celkového množství rodičů 66 (100 %) hodnotí možnost podílet se na péči o své dítě v oblasti pitného režimu pozitivně 66 rodičů (100 %), přičemž známku 1 použilo 65 rodičů (98,5 %) a 1 rodič (1,5 %) hodnotil známkou 2. Z celkového množství rodičů 66 (100 %) hodnotí možnost podílet se na péči o své dítě v oblasti spánku pozitivně 66 rodičů (100 %), přičemž známku 1 použilo 65 rodičů (98,5 %) a 1 rodič (1,5 %) hodnotil známkou 2.

**Graf 71 Dostatečnost spolupráce mezi sestrou a rodiči z pohledu rodičů**



Z celkového počtu rodičů 66 (100 %) hodnotí sestry jako dostatečně spolupracující 61 rodičů (92,4 %), přičemž 54 rodičů (81,8 %) použilo známku 1 a 7 rodičů (10,6 %) známku 2. Neutrální postoj zaujal 1 rodič (1,6 %) a jako nedostatečnou hodnotili spolupráci sester s rodiči 4 rodiče (6,1 %), všichni známkou 4.

**Graf 72 Dostatečnost spolupráce mezi sestrou a rodiči z pohledu rodičů – srovnání spádových nemocnic s fakultní**



Z celkového počtu rodičů 26 (100 %) hospitalizovaných na dětské klinice FN hodnotí sestry jako dostatečně spolupracující všech 26 rodičů (100 %). Z celkového počtu rodičů 40 (100 %) hospitalizovaných na dětských odd. SN hodnotí sestry jako dostatečně spolupracující 35 rodičů (87,5 %), neutrální postoj zaujal 1 rodič (2,5 %), jako nedostatečnou hodnotili spolupráci sester s rodiči 4 rodiče (10 %).

**Tabulka 14 Dostatečnost spolupráce mezi sestrou a rodiči z pohledu rodičů**

připomínky rodičů	počet	
	FN	SN
Na tomto oddělení jsou velice příjemné a ochotné sestřičky, spolupracovalo se mi s nimi výborně.		1
Nevím, jak by se měly ještě více snažit spolupracovat!!!		1
Chtěla bych tímto poděkovat všem sestřičkám na tomto oddělení (nemocnice Prachatice).		1

Tabulka 14 uvádí vyjádřené připomínky rodičů k otázce zpracované v grafu 69 a 70. Z celkového počtu 66 rodičů (100 %) uvedli připomínku 3 rodiče (4,6 %), z toho všichni 3 hospitalizovaní na dětském odd. SN ( 7,5 % z celkového počtu 40 rodičů).

## 5. DISKUSE

Výzkum byl zaměřen na problematiku spolupráce sester s rodiči hospitalizovanými společně se svým dítětem v nemocnici. Jeho cílem bylo zjistit kvalitu této spolupráce, určit a porovnat míru zapojení rodičů do ošetrovatelského procesu u hospitalizovaného dítěte z pohledu sester a rodičů hospitalizovaných dětí a odhalit případné nedostatky v jejich vzájemné spolupráci. Vlastní výzkum lze rozdělit na dvě části.

V první části proběhlo dotazníkové šetření, kterého se zúčastnilo celkem 48 sester, z toho bylo 16 pracujících na dětské klinice fakultní nemocnice (dále jen FN) a 36 pracujících na dětských odděleních spádových nemocnic (dále jen SN).

V první části dotazníku odpovídaly sestry na otázku, zda při sběru ošetrovatelské anamnézy odebírají od rodičů informace ohledně zvyklostí dítěte v jednotlivých oblastech a pokud ano, zda tyto informace zaznamenávají do ošetrovatelské dokumentace a zda je zohledňují při ošetrování dítěte. Literatura uvádí, že základní potřebou dítěte je potřeba smysluplného světa. Je nutné dítěti zachovat ve věcech řád, pravidelnost a předvídatelnost v poskytování podnětů a v denním rytmu. Pokud se vybočí ze zaběhlého stereotypu, je dítě frustrováno a zvláště v nemoci zbytečně zatěžováno. I v nemocnici by se sestry měly snažit uzpůsobit pobyt dítěte co nejvíce podle jeho domácích zvyklostí, samozřejmě s ohledem na možnosti oddělení a zdravotní stav dítěte. Aby sestry mohly dítěti uzpůsobit pobyt v nemocnici jeho domácím zvyklostem, musí při sběru ošetrovatelské anamnézy tyto informace zjišťovat a samozřejmě by je měly pro potřebu ostatních sester zaznamenávat do dokumentace [5, 6, 11, 23].

Z výzkumu vyplynulo, že informace ohledně stravovacích návyků dítěte získává od rodičů 98 % dotazovaných sester, při ošetrování dítěte je zohledňuje všech 98 % sester a do ošetrovatelské dokumentace je zaznamenává 86 % sester. Graf 1 znázorňuje odpovědi sester pracujících na dětské klinice FN v porovnání s odpověďmi sester pracujících na dětských odděleních SN. Z výsledků vyplývá, že informace ohledně stravovacích návyků dítěte odebírá od rodičů, zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace a zohledňuje při ošetrování 100 % dotazovaných sester pracujících na

dětské klinice FN. O něco méně pozitivní byly odpovědi od sester pracujících na dětských odděleních SN. Z těchto sester jich 81 % informace ohledně stravovacích návyků dítěte od rodičů odebírá a zároveň zohledňuje při ošetřování a 72 % sester je zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace.

Další část otázky se týkala informací ohledně denního režimu dítěte. Z výzkumu vyplynulo, že informace ohledně denního režimu dítěte získává od rodičů 94 % dotazovaných sester, při ošetřování dítěte je zohledňuje 92 % sester a do ošetrovatelské dokumentace je zaznamenává 77 % sester. Graf 2 znázorňuje odpovědi sester pracujících na dětské klinice FN v porovnání s odpověďmi sester pracujících na dětských odděleních SN. Z výsledků vyplývá, že informace ohledně denního režimu dítěte odebírá od rodičů, zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace a zohledňuje při ošetřování 100 % dotazovaných sester pracujících na dětské klinice FN. Méně pozitivní byly odpovědi od sester pracujících na dětských odděleních SN. Z těchto dotazovaných sester odebírá informace ohledně denního režimu dítěte od rodičů 87 % sester, při ošetřování je zohledňuje 84 % sester a do ošetrovatelské dokumentace zaznamenává pouze 53 % sester. Z výsledků je patrné, že 16 % sester při ošetřování dítěte nezohledňuje jeho denní režim. Je to s podivem, jestliže uvážíme, že tímto přístupem komplikují ošetřování a péči o dítě nejen sobě, ale i rodičům. Lze se domnívat, že pokud sestra naplánuje ošetrovatelský výkon, který nemusí být striktně realizován v určitém čase na dobu, kdy je dítě například zvyklé spát, bude dítě během výkonu více negativistické, unavené, mrzuté a tím pádem nespolupracující. Sestry by měly vědět, jaký má dítě navykly denní režim, kdy je zvyklé spát, kdy jíst, kdy si hraje a tento režim zohledňovat při ošetřování [6, 19].

Další šetření se týkalo informací ohledně vyprazdňování dítěte. Tyto informace od rodičů odebírá 98 % dotazovaných sester, při ošetřování dítěte je zohledňuje 94 % sester a do ošetrovatelské dokumentace zaznamenává 89 % sester. V této otázce spolupracují sestry s rodiči zvláště při sběru ošetrovatelské anamnézy téměř ve 100 %. Lze to přisoudit i tomu, že větší část rodičů, hospitalizovaných se svým dítětem sama pečuje o své děti v oblasti vyprazdňování (znázorněno v grafu 70) a sestry potřebují znát informace ohledně močení, charakteru a četnosti stolice dítěte a ty zaznamenávají

do zdravotnické dokumentace. Graf 3 znázorňuje odpovědi sester pracujících na dětské klinice FN v porovnání s odpověďmi sester pracujících na dětských odděleních SN. Z výsledků vyplývá, že informace ohledně vyprazdňování dítěte odebírá od rodičů, zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace a zohledňuje při ošetrování 100 % dotazovaných sester pracujících na dětské klinice FN. O něco méně pozitivní byly odpovědi od sester pracujících na dětských odděleních SN. Z těchto dotazovaných sester odebírá informace ohledně vyprazdňování dítěte od rodičů 97 %, při ošetrování je zohledňuje 87 % sester a do ošetrovatelské dokumentace zaznamenává 78 % sester.

Další část otázky se týkala informací ohledně zvládnutí zátěže a bolesti dítěte, jak je zvládá a co by mu mohlo pomoci. Z výzkumu vyplynulo, že informace ohledně zvládnutí zátěže a bolesti dítětem získává od rodičů 91 % dotazovaných sester, při ošetrování dítěte je zohledňuje 89 % sester a do ošetrovatelské dokumentace je zaznamenává 72 % sester. Graf 4 znázorňuje odpovědi sester pracujících na dětské klinice FN v porovnání s odpověďmi sester pracujících na dětských odděleních SN. Z výsledků vyplývá, že informace ohledně zvládnutí zátěže a bolesti dítětem odebírá od rodičů, zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace a zohledňuje při ošetrování 100 % dotazovaných sester pracujících na dětské klinice FN. Méně pozitivní byly odpovědi od sester pracujících na dětských odděleních SN. Z těchto dotazovaných sester odebírá informace ohledně zvládnutí zátěže a bolesti dítětem od rodičů 81 %, při ošetrování je zohledňuje 78 % sester a do ošetrovatelské dokumentace zaznamenává pouze 44 % sester. Informace získané od sester pracujících ve spádových nemocnicích jsou překvapující. 19 % sester se vůbec nezeptá rodiče, jak jeho dítě zvládá bolest či zátěž a co by mu mohlo pomoci k jejich zmírnění a 66 % sester tyto informace nezaznamenává do ošetrovatelské dokumentace. Celkem zarážející je odpověď jedné dotazované sestry, která sice tyto informace odebírá, ale už je nezohledňuje při ošetrování. Bylo by zajímavé, kdybychom mohli zjistit, proč tomu tak je a co jí v tom brání.

Další část otázky se zabývala informacemi ohledně hygienických návyků dítěte. Z výzkumu vyplynulo, že informace ohledně hygienických návyků dítěte získává od rodičů 97 % dotazovaných sester, při ošetrování dítěte je zohledňuje 97 % sester a do ošetrovatelské dokumentace je zaznamenává 83 % sester. Péči o hygienu dítěte zajišťuje

v drtivé většině případů rodič hospitalizovaný společně se svým dítětem (znázorněno v grafu 70). Z odpovědí dotazovaných sester je zřejmé, že téměř všechny sestry zjišťují hygienické návyky dítěte, což je důležité vzhledem k tomu, že při péči o hygienu dítěte nemusí rodiče postupovat vždy správně. Graf 5 znázorňuje odpovědi sester pracujících na dětské klinice FN v porovnání s odpověďmi sester pracujících na dětských odděleních SN. Z výsledků vyplývá, že informace ohledně hygienických návyků dítěte odebírá od rodičů, zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace a zohledňuje při ošetrování 100 % dotazovaných sester pracujících na dětské klinice FN. Jen o trochu méně pozitivní byly odpovědi od sester pracujících na dětských odděleních SN. Z těchto dotazovaných sester odebírá informace ohledně hygienických návyků dítěte od rodičů 94 % sester, při ošetrování je zohledňuje 94 % sester a do ošetrovatelské dokumentace zaznamenává 66 % sester.

Poslední část otázky se týkala informací ohledně spánkových návyků dítěte. Z výzkumu vyplynulo, že informace ohledně spánkových zvyklostí dítěte získává od rodičů 97 % dotazovaných sester, při ošetrování dítěte je zohledňuje 95 % sester a do ošetrovatelské dokumentace je zaznamenává 80 % sester. Graf 6 znázorňuje odpovědi sester pracujících na dětské klinice FN v porovnání s odpověďmi sester pracujících na dětských odděleních SN. Z výsledků vyplývá, že informace ohledně spánkových zvyklostí dítěte odebírá od rodičů, zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace a zohledňuje při ošetrování 100 % dotazovaných sester pracujících na dětské klinice FN. O něco méně pozitivní byly odpovědi od sester pracujících na dětských odděleních SN. Z těchto dotazovaných sester informace ohledně spánkových zvyklostí dítěte od rodičů odebírá 94 % sester, při ošetrování je zohledňuje 91 % sester a do ošetrovatelské dokumentace zaznamenává pouze 59 % sester.

Po shrnutí všech odpovědí na otázky ohledně zvyklostí dítěte v jednotlivých oblastech je možné konstatovat, že jsou rodiče v těchto otázkách většinou aktivně zapojováni do ošetrovatelského procesu o své dítě – sběru ošetrovatelské anamnézy. Pokud bychom porovnali odpovědi sester, pracujících na dětské klinice FN se sestrami pracujícími na dětských odděleních SN, dojdeme k jednoznačnému zjištění, že sestry pracující ve fakultní nemocnici ve všech oblastech výše uvedených otázek předčily



svými odpověďmi sestry ze spádových nemocnic a jejich spolupráce s rodiči hospitalizovaných dětí je tudíž kvalitnější. Zajímavé bylo zjištění, že většina dotazovaných sester pracujících na dětském oddělení SN sice odebírá od rodičů informace ohledně zvyklostí dítěte ve výše uvedených oblastech, ale tyto informace zaznamená do ošetrovatelské dokumentace pouze polovina či v některých případech maximálně 2/3 sester. Přihlédneme-li k tomu, že je více sester, které mají zájem na zohledňování zvyklostí dítěte během jeho ošetřování, než sester, které tyto informace zaznamenávají, může nastat problém, kdy sestry nenajdou tyto informace v dokumentaci a rodič je bude muset opakovat vícekrát v průběhu hospitalizace dalším sestram. Zarážející bylo zjištění, kdy se odpovědi sester pracujících na dětských odděleních SN na otázku, zda zaznamenávají zjištěné informace do ošetrovatelské dokumentace, lišily i mezi jednotlivými sestrami, pracujícími na stejném oddělení. Lze si to vysvětlit tak, že sestry nemají standardizovaný postup při sběru ošetrovatelské anamnézy a nebo nemají na oddělení zavedenou ošetrovatelskou dokumentaci a odpovědi sester jsou zkreslené tím, že tento fakt nechtěly přiznat.

Na další otázku zda se snaží přizpůsobit pobyt dítěte v nemocnici jeho domácím zvyklostem (pokud je to možné s ohledem na chod oddělení, vybavení a léčebná opatření) odpovědělo 84 % sester ano, pouze 6 % sester nehodlá měnit zaběhnuté postupy (graf 7). Tento výsledek lze hodnotit jako pozitivní, přesto je zarážející odpověď sester, že své zaběhnuté postupy nehodlají měnit. Proč asi sestry odmítají přizpůsobit dítěti pobyt v nemocnici jeho domácím zvyklostem? Můžeme se domnívat, že se jedná o sestry, které již na dětském oddělení pracují řadu let a nejsou ochotny měnit své pracovní postupy, nebo může jít o sestry, pro které je jednodušší stejný přístup ke všem dětem a nezajímá je, zda tímto přístupem dítě trpí. Zajímavé je srovnání odpovědí dotazovaných sester z dětské kliniky FN se sestrami z dětských odděleních SN vyjádřené v grafu 8, kdy se pobyt dítěti v nemocnici jeho domácím zvyklostem snaží přizpůsobit 100 % sester z fakultní nemocnice, kdežto ve spádových nemocnicích tuto snahu vyjádřilo pouze 75 % dotazovaných sester. V tomto srovnání opět sestry z fakultní nemocnice předčily sestry z nemocnic spádových.

Postoj rodičů při odebírání ošetřovatelské anamnézy hodnotilo 79 % dotazovaných sester jako ochotný a 21 % sester jako neutrální (graf 9). Z tohoto zjištění vyplývá, že sestry nemají s většinou rodičů potíže při odebírání ošetřovatelské anamnézy.

Graf 11 znázorňuje odpovědi sester na otázku, zda vysvětlí přítomným rodičům i dítěti důvod a průběh vyšetření či ošetřovatelského výkonu. Z dotazovaných sester vysvětlí dítěti i přítomnému rodiči důvod a průběh vyšetření či výkonu vždy 47 sester (98 %), pouze jedna sestra (2 %) odpověděla, že toto vysvětlení provádí jen tehdy, pokud má čas. Toto zjištění je velice potěšující. Leifer ve své publikaci uvádí, že nejčastější formou obtížného chování dítěte při vyšetřeních a výkonech je negativismus způsobený strachem a nejistotou. V nemalé míře je dítě ovlivněno i chováním svého rodiče. Proto je nutné dítě i jeho rodiče na zákrok předem dobře připravit, čímž lze v mnohých případech předejít negativistickému chování dítěte [6].

V další otázce odpovídaly sestry, zda spolupracují s rodiči při psychické přípravě dítěte na nepříjemný zákrok. Odpovědi na tuto otázku znázorňuje graf 13 a z výsledků je patrné, že 44 % dotazovaných sester spolupracuje s rodiči při psychické přípravě dítěte na nepříjemný zákrok se všemi rodiči a 56 % sester spolupracuje s většinou rodičů. V připomínkách k této otázce uvádí 5 sester své zkušenosti, že přes veškerou snahu se s některými rodiči spolupracovat nedá a někteří rodiče svým přístupem dítě ještě více vystresují. Dvě sestry uvádějí zkušenost takovou, že dobře spolupracující rodič je pro psychickou přípravu dítěte na nepříjemný zákrok velkým přínosem.

Méně pozitivní byly odpovědi sester na otázku, jak vnímají přítomnost rodiče při ošetřovatelském výkonu, zvláště je – li spojen s bolestí. Jako pozitivní vliv na dítě vnímá přítomnost rodiče u bolestivého zákroku 42 % dotazovaných sester, neutrální postoj zaujalo 40 % sester a jako negativní vliv na dítě tuto přítomnost vnímá 19 % sester (graf 14). V porovnání FN a SN mají o něco pozitivnější pohled na tuto problematiku sestry, pracující na dětské klinice FN, ze kterých pozitivně hodnotilo 50 % sester a negativně 13 % sester. Trochu skeptičtější byly sestry pracující na dětských odděleních SN, ze kterých hodnotilo přítomnost rodičů u výkonu jako pozitivní vliv na dítě 38 % sester a jako negativní vliv na dítě 22 % sester (graf 15).

Literatura uvádí, že provádění jakéhokoliv výkonu v úzkostném afektu dítěte je z psychologického hlediska přípustné pouze v opravdu nevyhnutelných případech, kdy by mohlo být ohroženo zdraví dítěte. Pro děti do 6 let věku je důležitá přítomnost matky (otce), která pro něj představuje oporu, jistotu, zdroj bezpečí. Aby mohla matka během bolestivého ošetrovatelského výkonu pozitivně působit na své dítě, musí situaci dobře rozumět a dostat možnost aktivně spolupracovat. Vždy je důležité nabídnout konkrétní nápad, jak může svému dítěti pomoci. Tento úkol matce uleví od úzkosti a její klid se významným způsobem přenáší na dítě [6, 13, 20]. Z odpovědí na předchozí otázku je patrné, že sestry matce vysvětlují důvody a průběh výkonů (graf 13), přesto nejsou zkušenosti dotazovaných sester s přítomností rodičů u bolestivého výkonu vždy pozitivního rázu. Proč tomu tak je, se pokusily vyjádřit samy sestry v připomínkách k této otázce. Zajímavé je, že nejvíce připomínek vyjádřily sestry právě k tomuto dotazu (tabulka 2). Svou zkušenost mělo potřeba uvést 40 % sester, z toho 6 sester (38 %) pracujících na dětské klinice FN a 13 sester (41 %) pracujících na dětských oddělení SN. V připomínkách sestry uvádějí, že vliv přítomnosti rodiče na dítě je různý, vždy záleží na situaci, výkonu a samotných rodičích. Několik sester má zkušenost takovou, že je většinou lepší, pokud rodiče u výkonu nejsou vůbec. Další připomínky patřily rodičům, které dítě svým přístupem ještě více vystresují. U této připomínky by bylo zajímavé zjistit, jakým způsobem sestra rodiče připravuje na výkon a do jaké míry ho dokáže uklidnit a poučit o možnostech spolupráce. Další názor sestry, která tvrdí, že pokud je dítě hysterické, pošle rodiče pryč a pak jde vše lépe, se zcela rozchází s názorem Matějčka [13]. Bohužel z tvrzení není patrné, zda se dítě uklidní a nebo jen sestra provede výkon násilím a rychle, aniž by toho byl rodič svědkem. V druhém případě by ovšem mohla tato sestra hrubě poškodit pohled dítěte na zdravotníky jako takové a velice znesnadnit další léčebnou péči. V některých případech by pak mohlo dítě trpět fobií „z bílých plášťů“ ještě dlouhou dobu po ukončení hospitalizace [13, 6, 20]. V další připomínce vyjádřila sestra, že nemá problém s přítomností rodičů u provádění bolestivého výkonu jejich dítěti. Je zajímavé, že některé sestry nemají problémy s rodiči a jejich přítomnost u výkonu vnímají jako pozitivní vliv na dítě a jiné sestry v tom vidí problém. Proč tomu tak je? Samozřejmě záleží na osobní zkušenosti

každé z dotazovaných sester a jistě lze i souhlasit s názorem, že je to vždy individuální podle typu výkonu, chování rodičů, ale i dítěte. Přesto by bylo zajímavé zjistit, jaké jsou znalosti sester ohledně zvládnutí bolesti dítětem v kontextu s věkem dítěte, jakým způsobem vysvětlují sestry rodičům jejich možnosti spolupráce a zda je dokážou dostatečně uklidnit. Otázka správného postupu sester při provádění bolestivého výkonu u dítěte a spolupráce s rodiči v této oblasti by si jistě zasloužila samostatný výzkum.

V další otázce posuzovaly sestry, zda mají dostatek času na komunikaci s rodiči. Tento čas hodnotilo 54 % dotazovaných sester jako dostatečný, neutrální postoj zaujalo 36 % sester a 10 % sester hodnotilo svůj čas na komunikaci s rodiči jako nedostatečný (graf 16). Uvážíme-li, že jen polovina dotazovaných sester má dostatek času na komunikaci s rodiči, jsou tyto výsledky negativní. Při srovnání sester pracujících na dětské klinice FN se sestrami pracujícími na dětských odděleních SN (graf 17) vyšlo u dotazovaných sester pracujících ve fakultní nemocnici více pozitivních (69 % sester), ale i negativních odpovědí (13 % sester), než u sester ze spádových nemocnic, kdy čas na komunikaci hodnotilo jako dostatečný 47 % sester a jako nedostatečný 9 % sester. Zjištění, že pouhá polovina dotazovaných sester má dostatek času na komunikaci s rodiči je celkem negativní vzhledem k tomu, co píší ve svých článcích Němec a Tutková - že základem spolupráce mezi rodičem a sestrou je komunikace a pokud bude nedostatečná, hrozí vznik vzájemných nedorozumění a problémů [16, 24]. Proč sestry pociťují nedostatek času? Lze se domnívat, že jsou pracovně vytíženy a na komunikaci s rodiči jim již prostě nezbyvá čas, což potvrzují i samy sestry v uvedených připomínkách. V těchto připomínkách (tabulka 3) uvedly 4 sestry, že jsou často pracovně vytíženy a vždy záleží na počtu a náročnosti pacientů.

V další části dotazníku hodnotily sestry čas, který mají k provádění ošetrovatelského procesu u dětí. Dostatek času na provádění ošetrovatelského procesu má 38 % dotazovaných sester, polovina sester zaujala neutrální postoj a 12 % dotazovaných sester nemá dostatek času na ošetrovatelský proces (graf 18). Zarážející byla odpověď jedné sestry, která uvedla, že nemá žádný čas na provádění ošetrovatelského procesu. Můžeme se domnívat vzhledem k tomu, že je ošetrovatelský proces hlavní metodou práce sestry [5, 6], že tato sestra naprosto nezvládá plnit své

povinnosti nebo neví, co si má pod pojmem ošetrovatelský proces představit. Pokud porovnáme odpovědi sester pracujících na dětské klinice FN se sestrami, pracujícími na dětských odděleních SN jsou na tom s časem lépe sestry ve fakultní nemocnici, z nichž 37 % hodnotilo čas na ošetrovatelský proces jako dostatečný a 63 % zaujalo neutrální postoj, žádná z dotazovaných sester neměla pocit, že má nedostatek času na provádění ošetrovatelského procesu. Naproti tomu hodnotilo stejné procento sester ze spádových nemocnic čas na ošetrovatelský proces jako dostačující, neutrální postoj zaujalo 44 % sester a 19 % vyjádřilo nedostatek času na provádění ošetrovatelského procesu. Z těchto výsledků vyplývá, že jsou sestry ve spádových nemocnicích zřejmě více pracovně vytíženy oproti sestram z fakultní nemocnice. V připomínkách k této otázce uvádějí 3 sestry, pracující ve fakultní nemocnici, že je někdy nedostatek času na administrativu a 3 sestry ze spádových nemocnic, že záleží na počtu a náročnosti pacientů na oddělení (tabulka 4).

Graf 20 znázorňuje odpovědi sester na otázku, jak vnímají přítomnost rodičů u hospitalizovaného dítěte. Tuto přítomnost vnímá pozitivně jako přínos pro dítě 83 % dotazovaných sester, neutrální postoj zaujalo 13 % sester a negativně tyto rodiče vnímají 4 % sester. Tento výsledek lze hodnotit veskrze pozitivně. Macurová, Florčíková, Mihál i Řezníčková ve svých článcích uvádějí, že s pobytem rodičů na oddělení vzniká pro sestru mnoho nových povinností a větší časová i psychická náročnost práce [8, 15, 19]. I přes tento fakt ale přítomnost rodičů na oddělení hodnotí pozitivně 83 % dotazovaných sester, což jen dokazuje, že jim jde při jejich práci především o spokojenost hospitalizovaných dětí. V porovnání sester z fakultní nemocnice se sestrami ze spádových nemocnic (graf 21) opět vyšlo pozitivnější hodnocení rodičů u sester, pracujících na dětské klinice FN, kde 94 % dotazovaných sester vnímá rodiče pozitivně, jako přínos pro dítě a žádná sestra nepoužila negativní hodnocení. Naproti tomu přítomnost rodiče vnímá pozitivně 78 % dotazovaných sester pracujících na dětských odděleních SN a 7 % dotazovaných sester tuto přítomnost vnímá dokonce negativně.

V další otázce odpovídaly sestry na to, jak vnímají úlohu rodiče v ošetrovatelském procesu. Rodiče jako aktivního spolupracovníka vnímá 67 %

dotazovaných sester, neutrální postoj zaujalo 29 % sester a jako pasivního přihlížejícího hodnotilo úlohu rodiče 4 % sester (graf 22). Toto zjištění je překvapující, vzhledem k tomu, že z odpovědí sester na ostatní otázky se více méně prokázala aktivní spolupráce s rodiči a také jejich aktivní zapojování do ošetrovatelského procesu. V připomínkách (tabulka 5) sestry vyjadřují, že rodiče dítě zabaví, v noci je opečují a hlídají a navíc jsou svému dítěti zdrojem jistoty. Jiné sestry uvádějí, že aktivní rodiče jsou pro děti přínosem, přesto je to velice individuální. Někteří rodiče totiž nejeví o dítě zájem, chovají se v nemocnici jako v hotelu a dávají přednost televizi. Z těchto připomínek lze usuzovat, že ne vždy je v zájmu rodičů, aby se aktivně podíleli na ošetrovatelské péči o své dítě, což je celkem zarážející zjištění vzhledem k tomu, že se nechali dobrovolně hospitalizovat společně se svým dítětem v nemocnici. Pokud porovnáme odpovědi sester z fakultní nemocnice se sestrami z nemocnic spádových (graf 23), opět nalezneme pozitivnější hodnocení u sester, pracujících na dětské klinice FN. Z těchto dotazovaných sester vnímá úlohu rodiče coby aktivního spolupracovníka 88 % sester, žádná ze sester nehodnotila rodiče coby pasivního přihlížejícího. Naproti tomu úlohu rodiče coby aktivního spolupracovníka vnímá pouze 56 % dotazovaných sester pracujících na dětských odděleních SN a rodiče coby pasivního přihlížejícího 6 % sester. Z tohoto zjištění vyplývá, že sestry z fakultní nemocnice vědomě více a aktivněji spolupracují s rodiči hospitalizovaného dítěte. Příčinou toho, proč sestry ve fakultní nemocnici téměř ve všech otázkách spolupracují aktivněji s rodiči hospitalizovaných dětí může být tedy i fakt, že jen 56 % sester, pracujících ve spádových nemocnicích vnímá úlohu rodiče v ošetrovatelském procesu coby aktivního spolupracovníka.

Graf 24 znázorňuje názory sester, zda k nim mají rodiče důvěru. Názor, že k nim mají více méně rodiče důvěru, zastává 81 % sester, 19 % sester nedokázalo tuto otázku hodnotit. Toto zjištění lze pokládat za velmi pozitivní, protože pokud si sestra dokáže získat důvěru rodiče, může s ním efektivně spolupracovat [7, 19]. Zajímavé je srovnání sester pracujících ve fakultní nemocnici se sestrami pracujícími v nemocnicích spádových (graf 25). Všechny dotazované sestry pracující na dětské klinice FN jsou si jisté, že k nim většina rodičů chová důvěru. Naproti tomu si je jisto touto důvěrou jen 72 % sester pracujících na dětských odděleních SN. Proč tomu tak je, se můžeme pouze

domnívat - možná mají sestry z fakultní nemocnice větší sebevědomí anebo lepší zpětnou vazbu při spolupráci s rodiči.

V další části dotazníku odpovídaly sestry na otázku, zda je zapojení rodičů do ošetrovatelského procesu dostatečné. Z výsledků vyplývá, že 79 % dotazovaných sester hodnotí zapojení rodičů do ošetrovatelského procesu jako dostatečné, 13 % sester zaujalo neutrální postoj a 8 % sester hodnotí zapojení rodičů jako nedostatečné (graf 26). Výsledky tohoto šetření lze považovat za pozitivní, přesto není možné přehlédnout názor 4 dotazovaných sester, že jsou rodiče nedostatečně zapojováni do ošetrovatelského procesu. Pokud srovnáme odpovědi sester z fakultní nemocnice s odpověďmi sester z nemocnic spádových (graf 27), hodnotí zapojení rodičů do ošetrovatelského procesu jako dostatečné 100 % dotazovaných sester pracujících na dětské klinice FN, oproti tomu ze sester pracujících na dětských oddělení SN toto zapojení rodičů jako dostatečné hodnotí pouze 69 % sester a zapojení rodičů do ošetrovatelského procesu jako nedostatečné 13 % sester. Opět lze sestry z fakultní nemocnice vidět v lepším světle nežli sestry z nemocnic spádových. Přesto je dobré, že sestry ze spádových nemocnic si ve spolupráci s rodiči uvědomují nedostatky, které jsou patrné i v tomto výzkumu.

Graf 28 vyjadřuje odpovědi sester na otázku, zda zapojují rodiče do péče o dítě v uvedených oblastech. Z výsledků tohoto šetření vyplývá, že naprostá většina sester zapojuje rodiče do péče o dítě v oblasti hygieny, vyprazdňování, stravování a dodržování pitného režimu dítěte. Všechny dotazované sestry pak zapojují rodiče do péče o spánek a volný čas dítěte. Z tohoto pozitivního zjištění vyplývá, že se drtivá většina rodičů může aktivně podílet na péči o své dítě.

V další otázce hodnotily sestry, zda rodiče respektují léčebný režim dítěte. 54 % sester se domnívá, že většina rodičů respektuje léčebný režim dítěte, 46 % sester odpovědělo, že někteří rodiče respektují léčebný režim a jiní ne (graf 29). Z těchto odpovědí lze vyvodit, že sestry mají zkušenosti i s rodiči, kteří nerespektují léčebný režim svého dítěte, což je celkem zarážející fakt přihlédneme-li k tomu, že by mělo jít rodičům především o zdraví jejich dítěte. V uvedených připomínkách (tabulka 6) mají sestry největší potíže s rodiči zvláště v dodržování dietního opatření u dítěte.

Graf 31 znázorňuje odpovědi sester na otázku, zda si myslí, že je jejich spolupráce s rodiči při péči o jejich dítě dostatečná. Vlastní spolupráci jako dostatečnou hodnotilo 85 % dotazovaných sester a 15 % sester zaujalo neutrální postoj. Z tohoto zjištění vyplývá, že většina sester považuje svou spolupráci s rodiči za dostatečnou, což lze hodnotit jedinečně pozitivně. Zajímavý je opět postoj sester z fakultní nemocnice. Všechny 100 % sester si myslí, že je jejich spolupráce dostatečná, kdežto ze spádových nemocnic si toto troufá tvrdit jen 78 % sester, ostatní zaujaly neutrální postoj (graf 32). Odpovědi opět hrají ve prospěch sester, pracujících na dětské klinice FN.

V poslední otázce byly sestry vyzvány, aby vyjádřily, co jim činí největší obtíže při spolupráci s rodiči (tabulka 7). Největší problém s nimi mají sestry ohledně komunikace. Tento problém uvedlo 44 % sester. Toto zjištění není nikterak překvapující přihlédneme-li k tomu, že správná komunikace s rodiči je pro sestru nesmírně časově, ale i psychicky náročná [8, 24]. Navíc pouhá polovina dotazovaných sester udává, že má dostatek času na komunikaci s rodiči (graf 16). Dalším velkým problémem jsou pro 38 % sester rodiče, kteří nerespektují léčebný režim dítěte. Tento fakt je celkem pochopitelný, jistě není pro sestry příjemné, pokud musí napomínat nerespektující rodiče a kontrolovat je, aby svým jednáním dítěti neublížili. Velice překvapující je, že pro 35 % sester znamená problém rodiče, kteří nejsou ochotní spolupracovat. Z tohoto zjištění vyplývá, že ne všichni rodiče ochotně spolupracují, což je zarážející vzhledem k tomu, že jde o zdraví jejich dítěte. Jako další problém uvedlo 25 % sester rodiče, kteří nerespektují domácí řád na oddělení a 23 % sester uvedlo málo času na spolupráci s rodiči. Pro 17 % sester je problém negativní postoj rodičů a pro 13 % arogance některých rodičů. Potíže s jazykovou bariérou či špatnou přizpůsobivostí rodičů vyjádřilo shodně 13 % sester. Největší obtíže s rodiči, kteří nejeví zájem o své dítě, raději koukají na televizi, chodí kouřit a nehlídají své dítě, vyjádřilo 10 % sester a stejnému počtu sester činí obtíže při spolupráci nízká inteligence některých rodičů. Rodiče, kteří nerespektují intimitu ostatních pacientů, vadí 8 % sester a obtíže s počáteční nedůvěrou rodičů udávají 4 % sester.

Z odpovědí sester na výše uvedené dotazy je zřejmé, že kvalita spolupráce mezi sestrou a rodičem hospitalizovaného dítěte je i přes určité nedostatky dobrá. Mezi tyto



nedostatky patří hlavně málo času sester, které se cítí být nadměrně pracovní vyčerpány, a nedisciplinovanost některých rodičů. U dotazovaných sester pracujících na dětských odděleních spádových nemocnic lze považovat za problém nejednotný postup při sběru ošetřovatelské anamnézy a nedostatečné zaznamenávání této anamnézy do ošetřovatelské dokumentace. V porovnání sester pracujících ve fakultní nemocnici se sestrami ze spádových nemocnic prokázala analýza výsledků z tohoto dotazníku vyšší kvalitu spolupráce s rodiči hospitalizovaných dětí u sester pracujících na dětské klinice fakultní nemocnice. Otevřená zůstává otázka přítomnosti rodičů během provádění bolestivého ošetřovatelského výkonu dítěti vzhledem k tomu, že by si tato problematika zasloužila daleko rozsáhlejší šetření, na které nebyl v tomto výzkumu prostor.

V druhé části výzkumu proběhlo dotazníkové šetření, kterého se zúčastnilo 66 rodičů hospitalizovaných společně se svým dítětem, přičemž 26 rodičů bylo hospitalizováno na dětské klinice FN a 40 rodičů na dětských odděleních SN. V 63 případech tvořila doprovod svému dítěti matka, ve 3 případech otec dítěte. Z dotazovaných rodičů doprovázelo 24 rodičů dítě staré 0 – 16 měsíců, 25 rodičů dítě spadající do věkové kategorie 17 měsíců – 3 roky a 17 rodičů děti ve věku od 4 do 6 let. Pokud bychom porovnali rodiče hospitalizované se svými dětmi ve fakultní nemocnici s rodiči v nemocnicích spádových je procentuální zastoupení dotazovaných rodičů podle věkových kategorií jejich dítěte téměř shodné.

V první části dotazníku odpovídali rodiče na otázku, zda od nich sestra žádala informace ohledně zvyklostí dítěte v jednotlivých oblastech a zda tyto zvyklosti zohledňovala při ošetřování. Z výzkumu vyplynulo, že informace ohledně stravovacích návyků dítěte žádaly sestry od 84 % dotazovaných rodičů, přičemž 74 % rodičů udávalo, že tyto informace dále zohledňovaly při ošetřování jejich dítěte. V porovnání rodičů hospitalizovaných na dětské klinice FN s rodiči hospitalizovanými na dětských odděleních SN (graf 36) byly výsledky pozitivnější ve fakultní nemocnici, kde tyto informace požadovaly sestry od 96 % rodičů a dále je zohledňovaly u 88 % dětí dotazovaných rodičů. Ve spádových nemocnicích byly tyto informace vyžadovány od 73 % dotazovaných rodičů a sestry je zohlednily pouze u 60 % dětí dotazovaných

rodičů. Pokud bychom toto zjištění porovnali s odpověďmi sester znázorněných v grafu 1, zjistíme, že se výsledky sice úplně neshodují, přesto je toto zjištění možné brát jako pozitivní. Je zde sice rozpor u zohledňování těchto návyků sestrou, ale vzhledem k tomu, že si nemoc dítěte často vyžaduje dietní opatření a také přihlédneme-li k tomu, že sestry viděly největší potíže s dodržováním léčebného režimu právě v oblasti stravování (tabulka 6), nelze tento rozpor považovat za negativní jev.

Další část této otázky se zabývala informacemi ohledně denního režimu dítěte. Tyto informace žádaly sestry pouze od 65 % dotazovaných rodičů, přičemž 56 % rodičů udávalo, že tyto informace dále zohledňovaly při ošetřování jejich dítěte. Zjištění, že u více než třetiny dětí dotazovaných rodičů sestry nezjišťovaly denní režim dítěte a téměř u poloviny dětí dotazovaných rodičů tento navyký denní režim nezohledňovaly při ošetřování, je velice znepokojivé a tento výsledek nelze hodnotit jako pozitivní. V tomto případě jednaly sestry v rozporu s doporučeními, které uvádí Mastiliaková a Řezníčková ve svých publikacích [9, 19]. V porovnání rodičů hospitalizovaných na dětské klinice FN s rodiči hospitalizovanými na dětských odděleních SN (graf 37) byly výsledky opět pozitivnější ve fakultní nemocnici, kde tyto informace požadovaly sestry od 88 % rodičů a dále je zohledňovaly u 73 % dětí dotazovaných rodičů oproti nemocnicím spádovým, kde tyto informace podávalo pouhých 42 % rodičů a sestry je zohlednily jen u 40 % dětí dotazovaných rodičů. Přestože výsledky byly opět lepší u rodičů z fakultní nemocnice, je z výzkumu patrné, že se rozcházejí s tvrzením sester uvedeným v grafu 2. Jako naprosto nevyhovující musíme hodnotit zjištění z odpovědí, které udávali dotazovaní rodiče hospitalizovaní ve spádových nemocnicích.

Další část otázky byla zaměřena na informace ohledně vyprazdňování dítěte. Z výzkumu vyplynulo, že informace ohledně vyprazdňování dítěte žádaly sestry od 82 % dotazovaných rodičů přičemž 78 % rodičů udávalo, že tyto informace dále zohledňovaly při ošetřování jejich dítěte. Toto zjištění lze hodnotit pozitivně, přesto je, vzhledem k tomu, že všichni dotazovaní rodiče plně pečovali o své dítě v této oblasti (uvádí graf 70), zarážející fakt, že 18 % rodičů nepodávalo sestře informace o vyprazdňování dítěte. Vždyť zaznamenávání četnosti stolice a močení by mělo být standardem u všech hospitalizovaných dětí [5]. V porovnání rodičů hospitalizovaných

na dětské klinice FN s rodiči hospitalizovanými na dětských odděleních SN (graf 38) byly výsledky jen o málo pozitivnější ve fakultní nemocnici, kde tyto informace požadovaly sestry od 85 % rodičů a dále je zohledňovaly u 81 % dětí dotazovaných rodičů oproti nemocnicím spádovým, kde tyto informace podávalo 80 % rodičů a sestry je zohlednily u 75 % dětí dotazovaných rodičů. Tyto výsledky jsou opět poněkud v rozporu s odpověďmi sester, znázorněnými v grafu 3.

Další část otázky se týkala sběru informací do ošetřovatelské anamnézy ohledně toho, jak dítě zvládá zátěž a bolest a co by mu mohlo pomoci. Tyto informace požadovaly sestry od 67 % dotazovaných rodičů a zohlednily je u 59 % dětí dotazovaných rodičů. Pokud porovnáme rodiče hospitalizované na dětské klinice FN s rodiči hospitalizovanými na dětských odděleních SN, vyjdou nám opět pozitivnější odpovědi od rodičů z fakultní nemocnice, kde tyto informace požadovala sestra od 85 % dotazovaných rodičů a zohlednila je u 65 % dětí dotazovaných rodičů oproti nemocnicím spádovým, kde tyto informace požadovaly sestry od 52 % rodičů a stejné procento rodičů udává i jejich zohlednění (graf 39). Celkem zarážející jsou výsledky z fakultní nemocnice kdy přesto, že sestry tyto informace požadovaly u 85 % rodičů, zohlednily je jen u 65 % dětí dotazovaných rodičů. Naproti tomu ve spádových nemocnicích vyjádřilo všech 52 % rodičů, že informace, které podávali, byly zohledněny při ošetřování jejich dítěte. Bylo by zajímavé zjistit, proč z pohledu rodičů hospitalizovaných ve fakultní nemocnici u 20 % dětí sestry nezohlednily získané informace.

Další část otázky byla zaměřena na informace ohledně hygienických návyků dítěte. Z výzkumu vyplynulo, že tyto informace žádaly sestry od 63 % dotazovaných rodičů přičemž 61 % rodičů udávalo, že sestry tyto informace dále zohledňovaly při ošetřování jejich dítěte. Toto zjištění je celkem zarážející a nelze ho hodnotit jako pozitivní už z toho důvodu, že všichni dotazovaní rodiče v této oblasti o své dítě pečovali (znázorněno v grafu 70). V porovnání rodičů hospitalizovaných na dětské klinice FN s rodiči hospitalizovanými na dětských odděleních SN (graf 40) byly výsledky pozitivnější ve fakultní nemocnici, kde tyto informace požadovaly sestry od 81 % rodičů a u stejného procenta dětí dotazovaných rodičů je i zohledňovaly. Ve

spádových nemocnicích tyto informace podávalo pouze 55 % rodičů a sestry je zohlednily jen u 50 % dětí dotazovaných rodičů. V tomto případě nelze postup sester ze spádových nemocnic hodnotit nikterak pozitivně. Tyto dotazované rodiče sice aktivně zapojily do ošetrovatelského procesu při péči o dítě v oblasti hygieny (znázorněno v grafu 70), ale jak uvádí Leifer a Kozierová ve svých publikacích, jejich povinností by měla být i kontrola rodičů, zda mají správné hygienické návyky v péči o dítě a při nesprávném postupu rodiče vhodnou formou edukovat [5, 6].

Poslední část otázky se týkala informací ohledně spánkových návyků dítěte. Tyto informace žádaly sestry pouze od 71 % dotazovaných rodičů, přičemž 60 % rodičů udávalo, že tyto informace dále zohledňovaly při ošetrování jejich dítěte. Zjištění, že u 31 % dětí dotazovaných rodičů sestry nezjišťovaly spánkový režim dítěte a u 40 % dětí dotazovaných rodičů tento spánkový režim nezohledňovaly při ošetrování není příliš pozitivní. Podle Matějčka, Říčana a Krejčířové potřebuje dítě pro svůj správný tělesný i duševní vývoj dostatek spánku a jeho navyklý spánkový režim by měl být pokud možno respektován i v průběhu hospitalizace [13, 20]. Je zřejmé, že pokud sestry nezjistí spánkové návyky dítěte, budou je těžko zohledňovat při ošetrování. V porovnání rodičů hospitalizovaných na dětské klinice FN s rodiči hospitalizovanými na dětských odděleních SN (graf 41) byly výsledky výrazně pozitivnější ve fakultní nemocnici, kde tyto informace požadovaly sestry od 92 % rodičů a dále je zohledňovaly u 77 % dětí dotazovaných rodičů oproti nemocnicím spádovým, kde tyto informace podávalo pouhých 50 % rodičů a sestry je zohlednily jen u 42 % dětí dotazovaných rodičů. V tomto případě se odpovědi rodičů hospitalizovaných ve spádových nemocnicích významně rozcházejí s tvrzením sester, které ve více než 90 % tyto informace odebírají i zohledňují.

Pokud shrneme odpovědi rodičů na otázku, zda od nich sestra žádala informace ohledně zvyklostí dítěte v jednotlivých oblastech a zda tyto zvyklosti zohledňovala při ošetrování, nedojdeme k jednoznačnému hodnocení. Z výsledků této otázky je patrné, že sběr ošetrovatelské anamnézy vážne především u informací ohledně denního režimu dítěte, hygienických a spánkových návyků dítěte. Vzhledem k tomu, že v celkovém součtu rodičů nepřesáhly negativní odpovědi ani jednou 50 %, nelze sestry z odpovědí

rodičů hodnotit negativně. Přesto jsou zde jistě velké nedostatky, které nelze přehlížet, a to zvláště u sester, pracujících ve spádových nemocnicích. Zhruba polovina dotazovaných rodičů hospitalizovaných se svým dítětem ve spádových nemocnicích nepodávala sestřím informace ohledně denního režimu dítěte, zvládnání bolesti a zátěže dítětem, ohledně hygienických ani spánkových návyků dítěte. Z tohoto zjištění bohužel vyplývá, že sestry pracující na dětských odděleních SN spolupracují s rodiči při sběru ošetrovatelské anamnézy nedostatečně. Z výsledků odpovědí rodičů hospitalizovaných na dětské klinice FN můžeme konstatovat, že s těmito rodiči při sběru ošetrovatelské anamnézy sestry aktivně spolupracují. Poměrně překvapující je ale zjištění, že odpovědi rodičů hospitalizovaných ve FN na otázku, zda se jich sestry tázaly na jednotlivé zvyklosti dítěte nebyly nikdy 100% pozitivní, přestože všechny dotazované sestry pracující na dětské klinice FN uvedly, že sbírají výše uvedené informace a zohledňují je při ošetřování (graf 1 – 6).

V další otázce hodnotili rodiče ochotu sester přizpůsobit pobyt dítěte v nemocnici jeho domácím zvyklostem (graf 42). Sestry ochotné přizpůsobit dítěti jeho pobyt v nemocnici hodnotilo 82 % dotazovaných rodičů, neutrální postoj zaujalo 6 % rodičů a 12 % rodičů vyjádřilo názor, že sestry nepřizpůsobují dítěti pobyt v nemocnici jeho domácím zvyklostem. Z výzkumu vyplývá, že více než 2/3 rodičů hodnotí sestry pozitivně. Pokud bychom porovnali odpovědi rodičů hospitalizovaných na dětské klinice FN s rodiči hospitalizovanými na dětských odděleních SN (graf 43), vyjdou nám jednoznačně pozitivněji odpovědi rodičů z fakultní nemocnice, kdy všichni tito rodiče hodnotili sestry jako ochotné uzpůsobit pobyt dítěti v nemocnici jeho domácím zvyklostem oproti rodičům ze spádových nemocnic, ze kterých 70 % hodnotilo sestry jako ochotné a 20 % rodičů vyjádřilo názor, že se sestry nesnaží uzpůsobit dítěti pobyt v nemocnici jeho domácím zvyklostem. Je zvláštní, že v předchozí otázce byli rodiče daleko skeptičtější při hodnocení, zda sestry zohledňují zvyklosti jejich dětí (graf 37 – 40), uvážíme-li, že přizpůsobení pobytu dítěte jeho domácím zvyklostem s touto otázkou přímo souvisí. Pokud tyto výsledky porovnáme s odpověďmi sester (znázorněny v grafu 7 a 8), kterým byla položena stejná otázka, zjistíme, že jsou téměř shodné. V závěru hodnocení výsledků této otázky by bylo chybou neuvést velice

pěknou připomínku jednoho rodiče ze spádové nemocnice, který napsal: „Pokud zohledním vybavení oddělení, tak mi nezbyvá, než před sestřičkami smeknout“ (tabulka 8).

Graf 44 znázorňuje odpovědi rodičů na otázku, zda byli plně seznámeni s domácím řádem na oddělení. Dostatečně seznámeno s domácím řádem se cítilo být 89 % dotazovaných rodičů, neutrální postoj zaujala 2 % rodičů a 8 % rodičů s domácím řádem seznámeno nebylo. Z výsledků vyplývá, že většina dotazovaných rodičů s ním byla seznámena, což lze hodnotit pozitivně. Přesto nelze ponechat bez povšimnutí fakt, že 8 % dotazovaných rodičů s domácím řádem na oddělení seznámeno nebylo. V tomto případě pak může lehce dojít ke konfliktu rodiče se sestrou, pokud nevědomky poruší domácí řád oddělení. V porovnání odpovědí rodičů hospitalizovaných na dětské klinice FN s rodiči hospitalizovanými na dětských odděleních SN (graf 45) nám opět vyjdou jednoznačně pozitivněji odpovědi rodičů z fakultní nemocnice, kdy všichni tito rodiče hodnotili seznámení s domácím řádem jako dostatečné oproti rodičům ze spádových nemocnic, ze kterých bylo 82 % seznámeno s domácím řádem dostatečně a 12 % rodičů nedostatečně.

V další otázce rodiče hodnotili, zda byli dostatečně poučeni o lécích, které jejich dítě užívá (graf 46). Dostatečně poučeno o těchto lécích se cítilo být 88 % dotazovaných rodičů, neutrální postoj zaujalo 6 % rodičů a nedostatečně poučeno se cítilo být 6 % rodičů. Toto zjištění hraje ve prospěch sester a lze ho pokládat za jednoznačně pozitivní. Pokud bychom porovnali odpovědi rodičů hospitalizovaných na dětské klinice FN s rodiči hospitalizovanými na dětských odděleních SN (graf 47), vyjdou nám opět pozitivněji odpovědi rodičů z fakultní nemocnice, kdy se 93 % rodičů cítilo být dostatečně poučeno o lécích jejich dítěte a žádný z rodičů neuvedl negativní hodnocení oproti nemocnicím spádovým, kde 85 % rodičů hodnotilo toto poučení jako dostatečné a 10 % rodičů bylo o užívaných lécích svého dítěte informováno nedostatečně. Proč tyto rodiče nebyli poučeni, se můžeme pouze domnívat. Je možné, že jejich děti neužívaly žádné léky a v nemocnici byly hospitalizovány z jiných, než léčebných důvodů. V tom případě byl postup sester v pořádku. Horší by byla varianta, že děti užívaly léky a rodiče o nich nebyli poučeni. V tomto případě by se jednalo o celem významné pochybení ze

strany sester, uvážíme-li, že většina léků má nežádoucí účinky, které, když se neodhalí včas, mohou velice zkomplikovat zdravotní stav dítěte. Je tedy velice důležité, aby sestry vhodnou formou rodiče poučily, čeho si mají u svého dítěte všimnout a při prvních známkách těchto projevů ihned upozornili sestru.

Graf 48 znázorňuje odpovědi rodičů na otázku, zda byli spokojeni s tím, jak jim sestry vysvětlily důvody různých výkonů a vyšetření, které se u dítěte prováděly. Spokojeno s vysvětlením důvodů vyšetření a výkonů sestrou vyjádřilo 85 % dotazovaných rodičů, neutrální postoj zaujalo 7 % rodičů a nespokojeno s tímto vysvětlením bylo 8 % rodičů. Tyto výsledky lze hodnotit pozitivně. V porovnání odpovědí rodičů hospitalizovaných na dětské klinice FN s rodiči hospitalizovanými na dětských odděleních SN (graf 49) nám opět vyjdou jednoznačně pozitivněji odpovědi rodičů z fakultní nemocnice, kdy 88 % rodičů bylo spokojeno s tímto vysvětlením a žádný z rodičů neuvedl negativní hodnocení oproti rodičům ze spádových nemocnic, ze kterých bylo 83 % rodičů spokojeno a 13 % rodičů vyjádřilo nespokojenost s tím, jak jim sestry vysvětlily důvody výkonů a vyšetření. Vezmeme-li v potaz fakt, že, s výjimkou jedné, všechny dotazované sestry seznamují rodiče s výše uvedenými důvody vždy (uvedeno v grafu 11 a 12), můžeme logicky předpokládat, že u výše zmíněných 13 % nespokojených rodičů byly důvody výkonů či vyšetření sestrou sice vysvětleny, ale zřejmě ne vhodnou formou. Bohužel tento předpoklad nám vyvrací připomínka jednoho rodiče ze spádové nemocnice, který uvádí: „S výkony mě sestra neseznámila, pouze jsem měla uklidnit dítě“ (tabulka 9). V tomto případě sestra nejednala ani v nejmenším správně a bohužel si můžeme pouze domýšlet, co ji k tomu vedlo. Vzhledem k tomu, že některé dotazované sestry udávaly nedostatek času na komunikaci s rodiči (graf 16 a 17) je možné, že byla příliš pracovně vytížena. O mnoho pozitivnější byla připomínka jedné matky z fakultní nemocnice, která uvedla: „Informoval mě i lékař, ale až od sester jsem to úplně pochopila a hlavně mě vždy dokázaly uklidnit“ (tabulka 9).

V další části dotazníku odpovídali rodiče na otázku, zda byli spokojeni s tím, jak sestry vysvětlily důvody výkonů a vyšetření jejich dítěti. Vzhledem k tomu, že myšlení dětí mladších 16 měsíců není ještě vyvinuto do té míry, aby tyto důvody mohly

pochopt (25), byla otázka zaměřena na rodiče, kteří doprovázeli dítě ve věku od 17 měsíců výše. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že 78 % dotazovaných rodičů bylo spokojeno s vysvětlením důvodů výkonů a vyšetření jejich dítěti, 5 % rodičů zaujalo neutrální postoj a 17 % rodičů s tímto vysvětlením spokojeno nebylo (graf 50). S ohledem na to, že více než 2/3 dotazovaných rodičů uvedlo spokojenost s tím, jak sestry vysvětlily jejich dítěti výkony a vyšetření, je možné hodnotit sestry v této oblasti jejich práce pozitivně. V porovnání odpovědí rodičů hospitalizovaných na dětské klinice FN s rodiči hospitalizovanými na dětských odděleních SN (graf 51) nám opět vyjdou pozitivněji odpovědi rodičů z fakultní nemocnice, kdy 88 % rodičů bylo spokojeno s tímto vysvětlením a nespokojenost uvedlo 6 % rodičů oproti rodičům ze spádových nemocnic, ze kterých bylo 73 % rodičů spokojeno a 23 % rodičů vyjádřilo nespokojenost s tím, jak sestry vysvětlily důvody výkonů a vyšetření jejich dítěti. Pokud shrneme odpovědi rodičů na tuto otázku, dojdeme ke zjištění, že se v této oblasti sestry více věnují rodičům (znázorněno v grafu 48 a 49) než samotným dětem. Proč tomu tak je? Možná rodiče svými dotazy natolik zaměstnají sestru, že jí již nezbude dostatek času k informování dítěte. Nebo se mohou některé sestry domnívat, že stačí, aby byl o této věci informován pouze přítomný rodič dítěte. Další možnost by mohla být taková, že sestry nepokládají za nutné zvláště menším dětem tyto procedury vysvětlovat.

Graf 52 znázorňuje odpovědi rodičů na otázku, jak je sestra poučila o jejich úloze v přípravě dítěte na vyšetření a výkony. Z výzkumu vyplývá, že bylo 71 % dotazovaných rodičů dostatečně poučeno o své úloze při přípravě dítěte na výkon, neutrální postoj zaujalo 18 % rodičů a nedostatečně se cítilo být poučeno 11 % rodičů. Toto zjištění můžeme hodnotit jako pozitivní. V porovnání odpovědí rodičů hospitalizovaných na dětské klinice FN s rodiči hospitalizovanými na dětských odděleních SN (graf 53) nám vyjdou o něco pozitivněji odpovědi rodičů z fakultní nemocnice, kde bylo 73 % dotazovaných rodičů dostatečně poučeno o své úloze při přípravě dítěte na výkon a 8 % rodičů vyjádřilo nedostatečné poučení. Ve spádových nemocnicích poučily sestry 70 % dotazovaných rodičů dostatečně a nedostatečně 12 % rodičů.



Další část otázky se týkala zapojení rodičů do přípravy dítěte na výkon (vyšetření) z pohledu rodičů. Zde hodnotilo vlastní zapojení do přípravy dítěte na výkon jako dostatečné 83 % dotazovaných rodičů, neutrální postoj zaujalo 6 % rodičů a své zapojení jako nedostatečné hodnotilo 11 % rodičů (graf 54). Z výzkumu tedy vyplynulo, že sestry aktivně spolupracovaly v této oblasti s většinou dotazovaných rodičů, což je pozitivní zjištění. V porovnání odpovědí rodičů hospitalizovaných na dětské klinice FN s rodiči hospitalizovanými na dětských odděleních SN (graf 55) nám vyjdou o něco pozitivněji odpovědi rodičů z fakultní nemocnice, kde bylo 88 % dotazovaných rodičů dostatečně zapojeno do přípravy dítěte na výkon a 8 % rodičů vyjádřilo zapojení nedostatečné. Ve spádových nemocnicích zapojily sestry 80 % dotazovaných rodičů dostatečně a 12 % rodičů nedostatečně. Pokud bychom výsledky, znázorněné v grafu 54 a 55, dále porovnali s fakty zjištěnými v předešlé otázce (graf 52 a 53), je na první pohled patrné, že se procentuální zastoupení rodičů, kteří nebyli poučeni sestrou o své úloze při přípravě dítěte na výkon, naprosto shoduje s rodiči, kteří hodnotili možnost svého zapojení při přípravě dítěte na výkon jako nedostatečnou. Je tedy zřejmé, že se rodiče, pokud je sestra nepoučí o jejich úloze, nemají možnost aktivně účastnit na přípravě dítěte na výkon. Toto zjištění dokazuje, že se správně prováděný ošetrovatelský proces na dětském oddělení neobejde bez edukační činnosti a komunikační dovednosti sester [6, 7, 28].

V další části dotazníku odpovídali rodiče na otázku, zda mohli být přítomni u provádění bolestivého ošetrovatelského výkonu jejich dítěti. Z výzkumu vyplývá, že sestry dovolily přítomnost u bolestivého výkonu 71 % rodičů, neutrální postoj zaujalo 12 % rodičů a 17 % rodičů vyjádřilo, že jim sestry u tohoto výkonu přítomnost neumožnily. Toto zjištění je překvapivé a hraje ve prospěch sester, uvážíme-li, že pouze 42 % dotazovaných sester vnímá pozitivně vliv přítomnosti rodiče na dítě během bolestivého výkonu a 19 % sester dokonce tento vliv vnímá negativně (graf 14). Zajímavá je procentuální shoda sester, které hodnotily přítomnost rodičů negativně (graf 14), s rodiči, kterým nebyla umožněna přítomnost u bolestivého zákroku. Z výsledků tohoto zjištění bychom se mohli domnívat, že sestry, které vnímají přítomnost rodičů u výkonu negativně, v této oblasti s rodiči nespolupracují a je tedy dost možné, že se o

tuto spolupráci ani nesnaží. Pokud bychom porovnali odpovědi rodičů hospitalizovaných na dětské klinice FN s rodiči hospitalizovanými na dětských odděleních SN (graf 57), vyjdou nám o něco pozitivněji odpovědi rodičů z fakultní nemocnice, kde mohlo být přítomno během bolestivého zákroku 77 % dotazovaných rodičů a nemohlo být přítomno 12 % rodičů. Ve spádových nemocnicích umožnily sestry přítomnost u bolestivého výkonu 68 % dotazovaných rodičů a 20 % rodičů přítomnost umožněna nebyla. Přípomínky rodičů, uvedené k této otázce (tabulka 10), hrají výrazně v neprospěch sester. V první připomínce udávají 3 rodiče, že jim i přes jejich výslovné přání nebyla umožněna přítomnost během provádění bolestivého zákroku jejich dítěti. Bohužel nevíme, o jaký výkon se jednalo, ale přesto se můžeme domnívat, že některé sestry v této oblasti spolupráci s rodiči odmítají. V druhé připomínce se vyjádřila matka hospitalizovaná ve fakultní nemocnici: „Ne vždy jsem mohla být přítomna. Je nutná změna!!! Pokud je dítě poučeno přiměřeně k věku a má u sebe maminku, snáší bolest mnohem lépe.“ Tato připomínka jen potvrzuje naši domněnku, že některé sestry opravdu odmítají spolupráci v této oblasti komplexně u všech rodičů, neboť z tohoto vyjádření je patrné, že se matka v této problematice orientuje a přesto jí nebyla přítomnost vždy umožněna.

Graf 58 znázorňuje odpovědi rodičů na otázku, zda s nimi sestry hovořily o tom, jak mají mluvit se svým dítětem o jeho nemoci. Na toto téma hovořily sestry se 41 % dotazovaných rodičů, neutrální postoj zaujalo 23 % rodičů a 36 % rodičů opovědělo, že s nimi sestry na toto téma nemluví. Abychom mohli tyto výsledky objektivně hodnotit, je potřeba zohlednit věk dětí dotazovaných rodičů. Rodiče hospitalizovaných dětí věkové kategorie od 0 do 16 měsíců zaujali v této otázce neutrální postoj v 34 % a 66 % dotazovaných rodičů uvedlo, že s nimi sestry na toto téma nehovořily. Toto hodnocení nelze považovat za negativní vzhledem k tomu, že myšlení dětí mladších 16 měsíců není ještě vyvinuto do té míry, aby dokázaly pochopit fakt, že jsou nemocné [25]. Rodiče dětí hospitalizovaných ve věku od 17 měsíců do 3 let odpověděli, že je sestra poučila, jak mají mluvit se svým dítětem o jeho nemoci v 72 %, neutrální postoj zaujalo 12 % dotazovaných rodičů a 17 % rodičů uvedlo, že s nimi sestry na toto téma nehovořily. V porovnání fakultní nemocnice se spádovými nemocnicemi (tabulka 11)

vyšel jednoznačně lepší výsledek u dotazovaných rodičů, hospitalizovaných na dětské klinice FN, se kterými na výše uvedené téma hovořily sestry v 90 % případů a žádný z dotazovaných rodičů neuvedl negativní hodnocení. Ve spádových nemocnicích na toto téma hovořily sestry s 53 % rodičů a 33 % rodičů uvedlo, že s nimi sestry na toto téma nemluvily. Rodiče hospitalizovaných dětí ve věku od 4 do 6 let odpověděli, že je sestra poučila, jak mají mluvit se svým dítětem o jeho nemoci v 68 % případů, neutrální postoj zaujalo 18 % dotazovaných rodičů a 14 % rodičů uvedlo, že s nimi sestry na toto téma nehovořily. V porovnání fakultní nemocnice se spádovými (tabulka 11) vyšel opět jednoznačně lepší výsledek u dotazovaných rodičů, hospitalizovaných na dětské klinice FN, kdy sestry z této nemocnice poučily všechny dotazované rodiče, jak mají mluvit se svým dítětem o jeho nemoci. Naproti tomu sestry, pracující ve spádových nemocnicích, hovořily na toto téma pouze s 36 % dotazovaných rodičů a 14 % rodičů vyjádřilo, že s nimi sestry na toto téma nemluvily. Z těchto výsledků je patrné, že sestry pracující na dětské klinice poučily téměř všechny rodiče dětí ve věku od 17 měsíců do 6 let.. Vzhledem k četnosti pozitivních odpovědí se můžeme domnívat, že je tento postup standardem v práci sester zaměstnaných na dětské klinice fakultní nemocnice. Naproti tomu zcela jistě není tento postup standardem v práci sester z dětských oddělení spádových nemocnic. Odpovědi rodičů z těchto nemocnic vůbec nelze hodnotit kladně vzhledem k nízkému výskytu pozitivních odpovědí, a to zvláště od rodičů dětí ve věku od 4 do 6 let. Dunovský s Matějčkem ve svých publikacích zdůrazňují, že s dítětem by se o jeho nemoci mělo vhodnou formou, vzhledem k jeho věku, hovořit, tuto nemoc před ním nepodceňovat, ale ani zbytečně nedramatizovat. Při nesprávném postupu, zvláště pokud se jedná o nemoc dlouhodobou, hrozí narušení psychiky a sebehodnocení dítěte, které se pak s těmito následky musí dlouhá léta, ne-li po celý život, vyrovnávat [2, 12, 13].

V další části dotazníku hodnotili rodiče komunikaci se sestrami (graf 60). S komunikací sester bylo spokojeno 94 % dotazovaných rodičů, neutrální postoj zaujalo 2 % rodičů a 4 % rodičů hodnotili vzájemnou komunikaci se sestrami jako nevyhovující. Němec, Tutková a Řezníčková ve svých článcích napsali, že správná komunikace je základem kvalitní spolupráce sester s rodiči hospitalizovaných dětí [16,

19, 24]. V této otázce nelze hodnotit sestry jinak, než kladně. Zajímavé je zjištění, že přestože 44 % dotazovaných sester udává největší obtíže při spolupráci s rodiči právě v oblasti komunikace (tabulka 7), se tento fakt v hodnocení rodičů neprojevil. Možná sestry tyto obtíže uváděly spíše v souvislosti s časovou a psychickou náročností, kterou si jistě správně vedená komunikace vyžaduje. Pokud porovnáme odpovědi rodičů z fakultní nemocnice s rodiči ze spádových nemocnic, byly pozitivněji hodnoceny sestry pracující ve fakultní nemocnici, se kterými komunikace vyhovovala všem dotazovaným rodičům. Komunikaci se sestrami pracujícími ve spádových nemocnicích hodnotilo pozitivně 90 % dotazovaných rodičů a pouze 7 % rodičů hodnotilo komunikaci se sestrami jako nevyhovující. Velice pěkné byly připomínky pěti rodičů, uvedené k této otázce (tabulka 12). Rodiče zde vyjádřili: „Všechny sestry jsou moc ochotné, vše se snaží vysvětlit a se vším mi poradí“, „Jsem nadšená, pečují zde nejen o naše děti, ale i o nás, i sebemenší bolístku mého dítěte se mnou ochotně probíraly a vždy mě uklidnily.“, „Kdykoliv jsem se na ně mohla obrátit, výborné!“.

Graf 62 znázorňuje ochotu sester ke spolupráci z pohledu rodičů. Sestry jako ochotné ke spolupráci hodnotilo 91 % dotazovaných rodičů, neutrální postoj zaujalo 6 % rodičů a 3 % rodičů hodnotily sestry jako neochotné. Toto zjištění je velice pozitivní, neboť kvalita spolupráce sester s rodiči je do značné míry závislá na ochotě obou stran ke vzájemné spolupráci. Pokud porovnáme odpovědi rodičů z fakultní nemocnice s rodiči ze spádových nemocnic, byly opět pozitivněji hodnoceny sestry pracující ve fakultní nemocnici, které 96 % dotazovaných rodičů hodnotilo jako ochotné ke spolupráci a žádný z dotazovaných rodičů ochotu sester nehodnotil negativně (graf 63). Rodiče hospitalizovaní na dětských odděleních spádových nemocnic hodnotili sestry jako ochotné ke spolupráci v 88 % případů, 5 % dotazovaných rodičů hodnotilo sestry ke spolupráci jako neochotné.

V další části dotazníku hodnotili rodiče čas, který sestry věnují komunikaci a spolupráci (znázorněno v grafu 64). Z výsledků výzkumu vyplývá, že 83 % rodičů považuje čas, který jim sestry ke komunikaci a spolupráci věnují, za dostatečný, neutrální postoj zaujalo 9 % rodičů a jako nedostatečný hodnotilo tento čas 8 % rodičů. Z tohoto zjištění lze vyvodit, že většina sester věnuje rodičům dostatek času jak

v oblasti komunikace, tak i v oblasti spolupráce. Při porovnání odpovědí rodičů, hospitalizovaných ve fakultní nemocnici s rodiči ze spádových nemocnic (graf 65) byly lépe hodnoceny sestry pracující ve spádových nemocnicích, kde čas, který věnují na komunikaci a spolupráci hodnotilo jako dostatečný 88 % dotazovaných rodičů a tento čas jako nedostatečný pouze 5 % dotazovaných rodičů. Ve fakultní nemocnici hodnotilo čas, který věnují sestry na spolupráci a komunikaci, jako dostatečný 77 % rodičů a jako nedostatečný hodnotilo tento čas 12 % rodičů.

Graf 66 znázorňuje odpovědi rodičů na otázku, jak si myslí, že vnímají sestry jejich přítomnost. Bylo zjištěno, že 88 % dotazovaných rodičů je přesvědčeno, že jejich přítomnost na oddělení vnímají sestry pozitivně, neutrální postoj zaujalo 11 % rodičů a 2 % rodičů si myslí, že je jejich přítomnost vnímána negativně. Při porovnání odpovědí rodičů hospitalizovaných ve fakultní nemocnici s rodiči ze spádových nemocnic nalezneme téměř shodné výsledky (graf 67). V připomínce k této otázce uvádí jeden rodič, že se cítí být sestrami hodnocen pozitivně, pouze u výkonů má stále pocit, že překáží. V další připomínce udává jiný rodič, že ho musí sestry vnímat určitě kladně, jelikož jim v mnohém ulehčuje práci a sestry mají o dítě postaráno (tabulka 13). Tvrzení, že je pobytem rodiče na oddělení ulehčena práce sester se rozchází s názorem Macurové, Mihála i Řezníčkové, kteří se ve svých článcích touto problematikou zabývají a je častým mylným názorem mnoha lidí, kteří vidí do této problematiky pouze okrajově [8, 15, 19].

V další otázce hodnotili rodiče sami sebe při spolupráci se sestrou v péči o dítě. Graf 68 uvádí, že se 92 % rodičů vnímalo při spolupráci se sestrou v péči o dítě coby aktivní spolupracovník a 8 % dotazovaných rodičů zaujalo neutrální postoj. Toto zjištění je pozitivní a svědčí o aktivní spolupráci sester s rodiči hospitalizovaných dětí.

V další části dotazníku odpovídali rodiče na otázku, zda respektují léčebný režim svého dítěte. Z výsledků odpovědí znázorněných v grafu 69 vyplývá, že 98 % rodičů respektuje léčebný režim svého dítěte a 2 % rodičů zaujala neutrální postoj. Tyto výsledky se zcela rozcházejí s tvrzením sester, znázorněným v grafu 29, kdy téměř polovina dotazovaných sester uvedla, že léčebný režim je některými rodiči nerespektován. Díky těmto argumentům je na místě domněnka, že někteří rodiče

z pochopitelných důvodů uvedli pozitivní odpověď, přestože léčebný režim dítěte nerespektují. Tuto domněnku potvrzuje i skutečnost, že 38 % dotazovaných sester udávalo jako největší obtíž při spolupráci s rodiči právě nerespektování léčebného režimu dítěte rodičem (tabulka 7).

Graf 70 uvádí odpovědi rodičů na otázku, zda mohli pečovat o své dítě v uvedených oblastech. Z výzkumu vyplynulo, že všichni dotazovaní rodiče o své dítě aktivně pečovali v oblasti hygieny, vyprazdňování, stravování, dodržování pitného režimu dítěte a spánku dítěte. Tvrzení sester, že většinu rodičů zapojují do této oblasti péče se potvrdilo (graf 28), což lze hodnotit jediňe pozitivně. V této oblasti jsou rodiče aktivně zapojováni do ošetrovatelského procesu..

V poslední části dotazníku odpovídali rodiče na otázku, zda si myslí, že s nimi sestry dostatečně spolupracují při péči o dítě. Odpovědi na otázku znázorňuje graf 71, který uvádí, že 92 % rodičů hodnotilo sestry jako dostatečně spolupracující, neutrální postoj zaujala 2 % rodičů a 6 % rodičů hodnotilo spolupráci sester jako nedostatečnou. Z výsledků můžeme vyvodit pozitivní zjištění, že sestry s většinou rodičů spolupracují dostatečně. Pokud bychom porovnali odpovědi rodičů hospitalizovaných ve fakultní nemocnici s rodiči ze spádových nemocnic (graf 72), byly lépe hodnoceny sestry z fakultní nemocnice, které dostatečně spolupracovaly se všemi dotazovanými rodiči. Ve spádových nemocnicích spolupracovaly sestry dostatečně s 88 % dotazovaných rodičů a 10 % rodičů hodnotilo spolupráci s těmito sestrami jako nedostatečnou. Přestože výsledky vyzněly lépe pro fakultní nemocnici, byly u této otázky uvedeny tři velice pěkné připomínky (tabulka 14), všechny od rodičů hospitalizovaných ve spádových nemocnicích: „Na tomto oddělení jsou velice příjemné a ochotné sestřičky, spolupracovalo se mi s nimi výborně.“, „Nevím, jak by se sestry měly snažit ještě více spolupracovat!!!“, „Chtěla bych tímto poděkovat všem sestřičkám na tomto oddělení (nemocnice Prachatice)“.

Z odpovědí rodičů na výše uvedené dotazy je zřejmé, že je kvalita spolupráce mezi sestrou a rodičem hospitalizovaného dítěte i přes určité nedostatky dobrá. Mezi tyto nedostatky patří hlavně neuspokojivá spolupráce sester s rodiči při sběru informací do ošetrovatelské anamnézy o denním režimu dítěte, zvládání bolesti a zátěže dítětem a

v neposlední řadě i v informacích o hygienických a spánkových návycích dítěte. U sester pracujících na dětských odděleních spádových nemocnic lze považovat za nedostatek fakt, že nehovoří s rodiči o tom, jak mají mluvit se svým dítětem o jejich onemocnění. V porovnání rodičů hospitalizovaných ve fakultní nemocnici s rodiči z nemocnic spádových prokázala analýza výsledků z tohoto dotazníku vyšší kvalitu spolupráce s rodiči hospitalizovaných dětí u sester pracujících na dětské klinice fakultní nemocnice. Z odpovědí rodičů se prokázalo, že jsou aktivně zapojováni do ošetrovatelského procesu.

Na základě vyhodnocení obou dotazníků lze souhrnně konstatovat, že kvalita spolupráce mezi sestrami a rodiči hospitalizovanými společně se svým dítětem v nemocnici je vcelku uspokojivá. Přesto byly v této spolupráci odhaleny některé nedostatky, a to jak ze strany sester, tak i ze strany rodičů.

První hypotéza „Rodiče hospitalizovaných dětí nejsou aktivně zapojováni do ošetrovatelského procesu“ se nepotvrdila.

Druhá hypotéza „Sestry pracující na dětské klinice fakultní nemocnice spolupracují s rodiči hospitalizovaných dětí kvalitněji, než sestry pracující na dětském oddělení spádové nemocnice“ se potvrdila.

Cíle této bakalářské práce lze považovat za splněné.

## 6. ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala problematikou spolupráce mezi rodiči hospitalizovanými společně se svým dítětem v nemocnici a sestrami pracujícími na dětském lůžkovém oddělení. Cílem této práce bylo zjistit, na základě analýzy a vyhodnocení dotazníků získaných od rodičů hospitalizovaných dětí a sester lůžkového dětského oddělení, kvalitu spolupráce mezi rodiči a sestrou v ošetrovatelském procesu u hospitalizovaného dítěte. Dále určit a porovnat míru zapojení rodičů do ošetrovatelského procesu z pohledu sester a rodičů hospitalizovaných dětí a v neposlední řadě odhalit nedostatky ve spolupráci mezi sestrou a rodiči hospitalizovaných dětí. Všechny výše uvedené cíle byly úspěšně splněny. Míra zapojení rodičů do ošetrovatelského procesu z pohledu sester i rodičů byla podrobně analyzována v kapitole Diskuse a zde byly i odhalovány nedostatky ve spolupráci sester s rodiči hospitalizovaných dětí, vyplývající z výše uvedené analýzy.

Hypotéza 1 *„Rodiče hospitalizovaných dětí nejsou aktivně zapojováni do ošetrovatelského procesu.“* se nepotvrdila.

Hypotéza 2 *„Sestry pracující na dětské klinice fakultní nemocnice spolupracují s rodiči hospitalizovaných dětí kvalitněji, než sestry pracující na dětském oddělení spádové nemocnice.“* se potvrdila.

Na základě výzkumu lze souhrnně konstatovat, že kvalita spolupráce mezi sestrami a rodiči hospitalizovanými společně se svým dítětem v nemocnici je vcelku uspokojivá. Přesto byly v této spolupráci odhaleny některé nedostatky, a to jak ze strany sester, tak i ze strany rodičů. Mezi tyto nedostatky patří hlavně pracovní vytíženost sester a nedisciplinovanost některých rodičů. Dále byla zjištěna neuspokojivá spolupráce sester s rodiči při sběru ošetrovatelské anamnézy ohledně denního režimu dítěte, ohledně zvládnutí bolesti a zátěže dítětem a ohledně hygienických a spánkových návyků dítěte. U dotazovaných sester pracujících na dětských odděleních spádových nemocnic lze považovat za problém nejednotný postup při sběru ošetrovatelské anamnézy a nedostatečné zaznamenávání této anamnézy do ošetrovatelské dokumentace.



I když je spolupráce sester s rodiči hodnocena pozitivně, z výsledků je patrné, že kvalita spolupráce mezi sestrami a rodiči hospitalizovaných dětí musí být nadále zvyšována. Na oddělení by mělo pracovat vždy dostatek sester. Sestry by měly být edukovány o možnostech spolupráce s rodiči v jednotlivých oblastech péče o dítě. Ve spádových nemocnicích by neměla chybět standardizovaná ošetrovatelská dokumentace a sestry by měly být edukovány na téma, jak mluvit s dítětem o jeho nemoci. K lepší spolupráci sester s rodiči by jistě přispělo, pokud by se sestry pracující ve spádových nemocnicích inspirovaly u svých kolegyň z nemocnice fakultní. Tato inspirace by mohla proběhnout například formou stáže jedné sestry, která by pak zjištěné informace předala formou přednášky ostatním kolegyním.

Hlavním záměrem práce je zdůraznění důležitosti spolupráce sester s rodiči hospitalizovaných dětí a aktivního zapojování rodičů do ošetrovatelského procesu. Zároveň se prostřednictvím této práce pokusit nastínit problematiku nemocného dítěte a také zdůraznit náročnost a specifika práce sestry na dětském oddělení.

## 7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BACUS, A. *Vaše dítě ve věku od 3 do 6 let*. Přel. L. Hučínová. 1. vyd. Praha: nakladatelství Portál, 2004. 174 s. Přel. z: *Votre enfant 3 á 6 ans*. ISBN 80-7178-862-7.
2. DUNOVSKÝ, J. a kol. *Sociální pediatrie: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 1999. 284 s. ISBN 80-7169-254-9.
3. GULÁŠOVÁ, I. Psychologický přístup k hospitalizovanému dětskému pacientovi. *Česko – slovenská pediatrie*. Praha: 2004, roč. 59, č. 6, s. 320-321. ISSN 0069-2328.
4. JAROŠOVÁ, D. Psychické potřeby dítěte hospitalizovaného na operačním oddělení. *Sestra*. Praha: 2004, roč. 14, č. 1, s. 30. ISSN 1210-0404.
5. KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G; OLIVIERIOVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Martin: nakladatelství Osveta, 1995. 1474 s. Přel. z: *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process and Practice*. ISBN 80-217-0528-0.
6. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a dětského ošetrovatelství*. Přel. O. Flégr. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 951 s. Přel. z: *Thompson's Introduction to Maternity and Pediatric Nursing*. 3. vyd. ISBN 80-247-0668-7.
7. MACKOVÁ, I. Partnerství rodičů a odborníků. Porozumění – příloha *Děti a my*. *Děti a my*. Praha: 2002, roč. 32, č. 1, s.2 v příloze Porozumění. ISSN 0323-1879.
8. MACUROVÁ, I.; FLORČÍKOVÁ, J. Aspekty společné hospitalizace rodičů a dětí s hematoonkologickým onemocněním. *Sestra*. Praha: 2002, roč. 12, č. 4, s. 32. ISSN 1210-0404.
9. MASTILIAKOVA, D. *Úvod do ošetrovatelství. I. díl. Systémový přístup*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2004. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
10. MATĚJČEK, Z. *Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 184 s. ISBN 80-247-0870-1.
11. MATĚJČEK, Z.; POKORNÁ, M; KARGER, P. *Rodičům na nejhezčí cestu*. 1.vyd. Jinočany: nakladatelství H & H Vyšehradská, s. r. o., 2004. 189 s. ISBN 80-7319-023-0.

12. MATĚJČEK, Z.; DYTRYCH, Z. *Krizové situace v rodině očima dítěte*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2002. 128 s. ISBN 80-247-0332-7.
13. MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3., přepracované vyd. Jinočany: nakladatelství H & H Vyšehradská, s. r. o., 2001. 147 s., ISBN 80-86022-92-7.
14. MATĚJČEK, Z.; POKORNÁ, M. *Radosti a strasti: předškolní věk, mladší školní věk, starší školní věk*. 1.vyd. Jinočany: nakladatelství H & H Vyšehradská, s. r. o., 1998. 205 s. ISBN 80-86022-21-8.
15. MIHÁL, V. Nemocné dítě a rodina. Mění se úloha rodiny v péči o nemocné dítě? *Pediatric pro praxi*. Konice: 2003, roč. 4, č. 4, s. 198 – 201. ISSN 1213-0494.
16. NĚMEC, V. Nemocné dítě a jeho rodiče v nemocnici; Porozumění – příloha Děti a my. *Děti a my*. Praha: 2002, roč. 32, č. 2, s. 8 v příloze Porozumění. ISSN 0323-1879.
17. RADOUŠKOVÁ, K.; VANÍČKOVÁ, E. Charta práv hospitalizovaných dětí. *Česká a slovenská hygiena*. Praha: 2005, roč. 2, č. 2, s 39-43. ISSN 1214-6722.
18. RAUDENSKÁ, J. Musíme do nemocnice. *Děti a my*. Praha: 2002, roč. 32, č. 1, s. 10-11. ISSN 0323-1879.
19. ŘEZNÍČKOVÁ, A. Podpora rodiny hospitalizovaného dítěte. Porozumění – příloha Děti a my. *Děti a my*. Praha: 2002, roč. 32, č. 1, s. 4-5 v příloze Porozumění. ISSN 0323-1879.
20. ŘÍČAN, P.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Dětská klinická psychologie*. 4., přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 604 s. ISBN 80-247-1049-8.
21. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 4. Jak provádět ošetřovatelský proces. Praktická příručka pro sestry*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. 66 s. ISBN 80-7013-283-3.
22. ŠIMANOVSKÝ, Z. *Hry pro zvládnutí agresivity a neklidu*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 175 s. ISBN 80-7178-689-6.

23. TRACHTOVÁ, E. a kolektiv. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. nezměněné vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-8.
24. TUTKOVÁ, J. Komunikace sestry – pacient. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 1, s. 22-23. Dostupný také z WWW: <<http://sestra.cz/scripts/detail.php?id=285309>>. ISSN 1210-0404.
25. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999. 353 s. ISBN 80-7184-803-4.
26. VÁLKOVÁ, L. *Úvod do praktického lékařství a komunikačních dovedností*. Praha: 2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy Výukové pracoviště praktického lékařství, nakladatelství Galén, 1999. 39 s. ISBN 80-7262-000-2.
27. VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 5. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 136 s. ISBN 80-7040-813-8.
28. VUČKOVÁ, J. a kolektiv. *Ošetrovatelství – IV pro 4. ročník středních zdravotnických škol*. 1. vyd. Praha: nakladatelství učebnic Fortuna, 1997. 168 s. ISBN 80-7168-507-0.

## **8. KLÍČOVÁ SLOVA**

Dítě

Hospitalizace

Nemoc

Ošetrovatelský proces

Rodič

Sestra

Spolupráce

## **9. PŘÍLOHY**

### ***9.1 Seznam příloh***

Příloha 1 Charta práv hospitalizovaných dětí

Příloha 2 Dotazník pro sestry

Příloha 3 Dotazník pro rodiče

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, mělo by se rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.
3. Děti a/nebo jejich rodiče mají právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Musejí 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 musí být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné, a před zbytečnými úkony podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emocionálního rozrušení.
5. S dětmi se musí zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.
6. Dětem se musí dostávat péče náležitě školeného personálu, který si je plně vědom fyzických i emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny.
7. Děti mají mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své věci.

8. O děti má být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.
9. Děti mají být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům, a aby zároveň vyhovovalo uznaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.
10. Děti mají mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání, přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu.

Podle organizace National Association for the Welfare of Children in Hospital (NAWCH) se sídlem v Londýně. Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky text upravila, schválila a prohlásila za platný 1993.



Vážené kolegyně,

jmenuji se Kateřina Papoušková a jsem studentkou Jihočeské univerzity – obor Všeobecná sestra. Dovolte mi, abych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku. Jeho cílem je zjistit, jak funguje spolupráce mezi rodiči hospitalizovaných dětí a zdravotními sestrami a do jaké míry mají rodiče možnost aktivně se zapojit do péče o své dítě.

Zpracované odpovědi poskytnu zdejšímu oddělení jako námět k zamyšlení. Získané údaje budou zároveň zpracovány v mé bakalářské práci, která se touto problematikou zabývá.

**Dotazník je anonymní.** Prosím Vás o upřímné zodpovězení otázek buď křížkem do rámečku, nebo zakroužkováním číslice, která se nejvíce blíží Vašemu názoru. Čísla můžete brát jako známky ve škole, přičemž známku **1** a **2** lze považovat za **hodnocení pozitivní**, známku **3** za **neutrální** postoj, **4** a **5** za **negativní** hodnocení. U většiny otázek máte možnost ke slovnímu vyjádření.

Za odpovědi na následující otázky Vám velice děkuji.

---

1. Získáváte od rodiče při sběru ošetřovatelské anamnézy dítěte informace ohledně:

- stravovacích návyků dítěte ? **ano**  **ne**
- pokud ano, zohledňujete tyto informace při ošetřování dítěte? **ano**  **ne**
- zaznamenáváte tyto informace do ošetřovatelské dokumentace? **ano**  **ne**
- denním režimu dítěte ? **ano**  **ne**
- pokud ano, zohledňujete tyto informace při ošetřování dítěte? **ano**  **ne**
- zaznamenáváte tyto informace do ošetřovatelské dokumentace? **ano**  **ne**
- vyprazdňování (jakým způsobem, kdy, jak často) ? **ano**  **ne**
- pokud ano, zohledňujete tyto informace při ošetřování dítěte? **ano**  **ne**
- zaznamenáváte tyto informace do ošetřovatelské dokumentace? **ano**  **ne**
- zvládání zátěže, bolesti(jak zvládá, co by mohlo pomoci) ? **ano**  **ne**
- pokud ano, zohledňujete tyto informace při ošetřování dítěte? **ano**  **ne**
- zaznamenáváte tyto informace do ošetřovatelské dokumentace? **ano**  **ne**
- hygienických návyků? **ano**  **ne**
- pokud ano, zohledňujete tyto informace při ošetřování dítěte? **ano**  **ne**
- zaznamenáváte tyto informace do ošetřovatelské dokumentace? **ano**  **ne**

- spánkových návyků dítěte (jak usíná, kdy, jak často spí)? **ano**  **ne**

- pokud ano, zohledňujete tyto informace při ošetřování dítěte? **ano**  **ne**

- zaznamenáváte tyto informace do ošetřovatelské dokumentace? **ano**  **ne**

2. Snažíte se přizpůsobit pobyt dítěte v nemocnici jeho domácím zvyklostem (samozřejmě pokud je to možné s ohledem na chod oddělení, vybavení, léčebná opatření..) ?

**URČITĚ ANO 1 2 3 4 5 NE, NEMĚNÍM ZABĚHNUTÉ POSTUPY**

Připomínky.....  
.....  
.....

3. Jaký je postoj (většiny) rodičů při odebírání ošetřovatelské anamnézy?

**OCHOTNĚ PODÁVAJÍ INFORMACE 1 2 3 4 5 NESPOLUPRACUJÍ**

Připomínky.....  
.....  
.....

4. Vysvětlíte přítomným rodičům i dítěti důvod a průběh vyšetření či oš. výkonu?

**vždy**  **jen pokud mám čas**  **většinou ne**

Připomínky.....  
.....  
.....

5. Spolupracujete s rodičem při psychické přípravě dítěte na nepříjemný zákrok (injekce, odběr, převaz...) ?

**vždy**  **většinou ano**  **nevím**  **spíše ne**  **nikdy**

Připomínky.....  
.....  
.....

6. Jak vnímáte přítomnost rodiče při provádění oš. výkonu, zvláště je-li spojen s bolestí?

**pozitivně, dobrý vliv na dítě 1 2 3 4 5 negativní vliv na dítě**

Připomínky.....

.....

.....

7. Máte dostatek času na komunikaci s rodiči?

**DOSTATEK ČASU 1 2 3 4 5 ŽÁDNÝ ČAS**

Připomínky.....

.....

.....

8. Myslíte, že máte dostatek času k provádění ošetřovatelského procesu u dětí?

**DOSTATEK ČASU 1 2 3 4 5 ŽÁDNÝ ČAS**

Připomínky.....

.....

.....

9. Jak vnímáte přítomnost rodiče u hospitalizovaného dítěte?

**POZITIVNĚ, PŘÍNOS PRO DÍTĚ 1 2 3 4 5 NEGATIVNĚ**

Připomínky.....

.....

.....

10. Jak vnímáte úlohu rodiče v ošetřovatelském procesu?

**AKTIVNÍ SPOLUPRACOVNÍK 1 2 3 4 5 PASIVNÍ PŘIHLÍŽEJÍCÍ**

Připomínky.....

.....

.....

11. Myslíte si, že rodiče mají k sestřám dostatek důvěry?

**ano**       **spíše ano**       **nevím**       **spíše ne**       **ne**

Připomínky.....  
.....  
.....

12. Myslíte si, že jsou rodiče dostatečně zapojováni do ošetrovatelského procesu?

**ano**       **spíše ano**       **nevím**       **málo zapojování**       **nejsou zapojováni**

Připomínky.....  
.....  
.....

13. Zapojujete rodiče do péče o dítě v oblasti:

▪ **hygieny**      **ano**       **jen některé**       **ne**

Připomínky.....  
.....  
.....

▪ **vyprazdňování**      **ano**       **jen některé**       **ne**

Připomínky.....  
.....  
.....

▪ **stravování**      **ano**       **jen některé**       **ne**

Připomínky.....  
.....  
.....

▪ **dodržování pitného režimu**      **ano**       **jen některé**       **ne**

Připomínky.....  
.....  
.....

- vyplnění volného času dítěte **ano**  **jen některé**  **ne**

Připomínky.....  
.....  
.....

- péče o spánek dítěte **ano**  **jen některé**  **ne**

Připomínky.....  
.....  
.....

**14.** Respektují rodiče léčebný režim dítěte?

- ano**  **většinou ano**  **jak kteří**  **většinou ne**  **ne**

Připomínky.....  
.....  
.....

**15.** Myslíte si, že je Vaše spolupráce s rodiči při péči o jejich dítě dostatečná?

**ZCELA DOSTATEČNÁ 1 2 3 4 5 NEDOSTATEČNÁ**

Připomínky.....  
.....  
.....

**16.** Co Vám činí největší obtíže při spolupráci s rodiči?

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

*Velice Vám děkuji za čas, který jste strávila nad tímto dotazníkem.*

Vážení rodiče,

jmenuji se Kateřina Papoušková a jsem studentkou Jihočeské univerzity – obor Všeobecná sestra. Dovoďte mi, abych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku. Jeho cílem je zjistit, jak funguje spolupráce mezi rodiči hospitalizovaných dětí a zdravotními sestrami a do jaké míry mají rodiče možnost aktivně se zapojit do péče o své dítě.

Zpracované odpovědi poskytnu zdejšímu oddělení jako námět k zamyšlení. Získané údaje budou zároveň zpracovány v mé bakalářské práci, která se touto problematikou zabývá.

**Dotazník je anonymní.**

Prosím Vás o upřímné zodpovězení otázek buď křížkem do rámečku, nebo zakroužkováním číslice, která se nejvíce blíží Vašemu názoru. Čísla můžete brát jako známky ve škole, přičemž známku **1 a 2** lze považovat za **hodnocení pozitivní**, známku **3** za **neutrální** postoj, **4 a 5** za **negativní** hodnocení. U většiny otázek máte možnost ke slovnímu vyjádření.

Za odpovědi na následující otázky Vám velice děkuji.

1. Jaký je Váš vztah k dítěti, které zde doprovázíte?  
 MATKA  OTEC  BABIČKA  DĚDA  JINÝ:.....
  
2. Do jaké věkové kategorie spadá dítě, které zde doprovázíte?  
 0 – 16 měsíců  17 měsíců – 3 roky  4 roky – 6 let
  
3. Žádala od Vás sestra následující informace o zvyklostech vašeho dítěte ohledně:
  - stravovacích návyků dítěte ? ano  ne
  - pokud ano, zohlednila tyto informace při ošetřování vašeho dítěte? ano  ne
  - denním režimu dítěte ? ano  ne
  - pokud ano, zohlednila tyto informace při ošetřování vašeho dítěte? ano  ne
  - vyprazdňování (jakým způsobem, kdy, jak často) ? ano  ne
  - pokud ano, zohlednila tyto informace při ošetřování vašeho dítěte? ano  ne
  - zvládání zátěže, bolesti(jak zvládá, co by mohlo pomoci) ? ano  ne
  - pokud ano, zohlednila tyto informace při ošetřování vašeho dítěte? ano  ne
  - hygienických návyků? ano  ne
  - pokud ano, zohlednila tyto informace při ošetřování vašeho dítěte? ano  ne

- spánkových návyků dítěte (jak usíná, kdy, jak často spí)? **ano**  **ne**

- pokud ano, zohlednila tyto informace při ošetřování vašeho dítěte? **ano**  **ne**

Připomínky.....  
.....  
.....

4. Jak hodnotíte ochotu sester přizpůsobit pobyt dítěte v nemocnici jeho domácím zvyklostem (samozřejmě s ohledem na možnosti a chod oddělení, vybavení, léčebná opatření...)?

**VELICE SE SNAŽÍ 1 2 3 4 5 VŮBEC ŽÁDNÁ OCHOTA**

Připomínky.....  
.....  
.....

5. S pokyny pro rodiče ohledně domácího řádu na oddělení (doba buzení, vizit, podávání stravy) jsem byl/a sestrou seznámen/a

**ZCELA 1 2 3 4 5 VŮBEC**

Připomínky.....  
.....  
.....

6. Jak jste byl/a poučen/a o užívaných lécích pro dítě – proč je bere, jaké mají účinky, jak se mají podávat?

**DOSTATEČNĚ 1 2 3 4 5 NEDOSTATEČNĚ**

Připomínky.....  
.....  
.....

7. Jste spokojen/a s tím, jak Vám sestry vysvětlily důvody různých vyšetření a výkonů, které se u dítěte prováděly?(odběry krve, injekce, inhalace..)

**VELMI SPOKOJEN/A 1 2 3 4 5 NESPOKOJEN/A**

Připomínky.....  
.....

**8. Tuto otázku nevyplňujte, pokud je Vašemu dítěti 16 měsíců a méně.**

Byl/a jste spokojen/a s tím, jak Vašemu dítěti sestry vysvětlily důvody různých vyšetření a výkonů, které se u něj měly provést?(odběry krve, injekce, inhalace..)

**VELMI SPOKOJEN/A 1 2 3 4 5 NESPOKOJEN/A**

Připomínky.....

.....

**9. Jak Vás sestra poučila o tom, jaká je vaše úloha v přípravě dítěte na vyšetření, výkon DOSTATEČNĚ 1 2 3 4 5 VŮBEC**

Připomínky.....

.....

**10. Jak hodnotíte možnost vlastního zapojení při přípravě dítěte na vyšetření, výkon. DOSTATEČNĚ ZAPOJENÍ 1 2 3 4 5 ŽÁDNÉ ZAPOJENÍ**

Připomínky.....

.....

**11. Bylo Vám dovoleno být přítomen/na u ošetrovatelského výkonu prováděného na oddělení, zvláště je – li tento výkon spojen s bolestí (aplikace injekce, převaz, rehabilitace, odběr krve) ?**

**VŽDY 1 2 3 4 5 NIKDY**

Připomínky.....

.....

**12. Hovořily s Vámi sestry dostatečně o tom, jak s dítětem mluvit o jeho nemoci? DOSTATEČNĚ 1 2 3 4 5 VŮBEC**

Připomínky.....

.....

**13. Komunikaci mezi mnou a sestrou hodnotím jako:**

**VYHOVUJÍCÍ 1 2 3 4 5 NEVYHOVUJÍCÍ**

Připomínky.....

.....



14. Jak hodnotíte z Vašeho pohledu ochotu sester s Vámi spolupracovat?

**VELMI OCHOTNÉ 1 2 3 4 5 NEOCHOTNÉ**

Připomínky.....  
.....  
.....

15. Čas, který mi věnují sestry ke komunikaci a spolupráci hodnotím jako :

**ZCELA DOSTAČUJÍCÍ 1 2 3 4 5 NAPROSTO NEDOSTAČUJÍCÍ**

Připomínky.....  
.....  
.....

16. Jak myslíte, že sestry vnímají Vaší přítomnost ?

**POZITIVNĚ, PŘÍNOS PRO DÍTĚ 1 2 3 4 5 NEGATIVNĚ**

Připomínky.....  
.....  
.....

17. Jak vnímáte sami sebe při spolupráci se sestrou v péči o dítě?

**AKTIVNÍ SPOLUPRACOVNÍK 1 2 3 4 5 PASIVNÍ PŘIHLÍŽEJÍCÍ**

Připomínky.....  
.....  
.....

18. Respektujete léčebný režim Vašeho dítěte?

**ZCELA RESPEKTUJI 1 2 3 4 5 NERESPEKTUJI**

Připomínky.....  
.....  
.....

19. Jak hodnotíte možnost podílet se na péči o své dítě v těchto oblastech:

- péče o hygienu **PLNĚ PEČUJI 1 2 3 4 5 NEMOHU PEČOVAT**

Připomínky.....  
.....  
.....

- péče o vyprazdňování **PLNĚ PEČUJI 1 2 3 4 5 NEMOHU PEČOVAT**

Připomínky.....  
.....  
.....

- péče při stravování **PLNĚ PEČUJI 1 2 3 4 5 NEMOHU PEČOVAT**

Připomínky.....  
.....  
.....

- dodržování pitného režimu **PLNĚ PEČUJI 1 2 3 4 5 NEMOHU PEČOVAT**

Připomínky.....  
.....  
.....

- péče o spánek dítěte **PLNĚ PEČUJI 1 2 3 4 5 NEMOHU PEČOVAT**

Připomínky.....  
.....  
.....

**20.** Myslíte si, že s Vámi sestry dostatečně spolupracují při péči o Vaše dítě?

**DOSTATEČNĚ SPOLUPRACUJÍ 1 2 3 4 5 NESPOLUPRACUJÍ**

Připomínky.....  
.....  
.....

*Velice Vám děkuji za čas, který jste strávil/a nad tímto dotazníkem a přeji Vám i Vašemu děťátku mnoho štěstí a zdraví.*