

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Pobyt dítěte v nemocnici z pohledu doprovázející osoby

Diplomová práce

Vedoucí práce

Doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph. D

Autor práce

Bc. Veronika Cabajová

2008

Abstract

In last two decades medicine and nursery have experienced many reforms. In-patients are regarded self-contained human beings, persons with biopsychosocial needs. The holistic approach of human reflects also in paediatrics. After 1990 family has become a part of medical and nursery process. In case of a child hospitalisation contacts of the child and his/her family are not constrainedly interrupted but on the contrary there occurs a possibility of a common stay of children and parents or other persons caring for the child. For my Diploma Thesis I chose the theme: “Stay of a child in hospital in terms of an accompanying person.”

This thesis contains two parts, the theoretical and empirical one. The theoretical part is divided into nine chapters. The first chapter is devoted to history of common hospitalisation of a child and his/her mother, the second one describes hospitalisation of a child with an accompanying person at present. In other chapters there are described rights of a child and accompanying persons, individual development periods of a child in connection with a disease and hospitalisation, what effect do disease or pain have on the child and reaction of the child to hospitalisation. Following chapters are devoted to the nursery process at children’s department and to medical care organisation in the Czech Republic.

The empirical part is focused on finding out the level of satisfaction with the nursery care for a hospitalised child in terms of an accompanying person, which was directly the objective of the Diploma Thesis. The research proceeded in form of a quantitative investigation using a questionnaire survey. To complete and perfect the information obtained I used the qualitative investigation which proceeded in form of a depth interview.

In conclusion it is possible to say that all the four hypotheses proved true: the hypothesis 1 An accompanying person is satisfied with the nursery care for a child in hospital. Hypothesis 2 An accompanying person provides a positive evaluation of the approach of nurses , the hypothesis 3 An accompanying person when staying in hospital

is sufficiently informed about the child patient regime and the hypothesis 4 An accompanying person is satisfied with the environment of the department.

In interviews the respondents mentioned often a missing alarm system in rooms to be the biggest negative of the common stay of a child and an accompanying person in hospital, which means insufficient contact with a nurse in case of a need of an assistance. The respondents liked the most being sufficiently informed about the child patient regime.

It will be possible to use the results of the Diploma Thesis for evaluation of quality of the nursery care at children's departments and for proposal of corrective measures in the relevant area, which should lead to increase of satisfaction in the area of care for a hospitalised child and accompanying person.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma *P/obyt dítěte v nemocnici z pohledu doprovázející osoby* vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích

.....

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji vedoucí práce Doc. PhDr. Sylvě Bártlové, Ph.D. za metodické vedení a cenné rady při psaní této diplomové práce.

Obsah

Úvod.....	3
1 Současný stav	4
1.1 Historie hospitalizace dítěte s matkou	4
1.2 Hospitalizace dítěte s matkou v současnosti	5
1.3 Práva dítěte	6
1.4 Práva a povinnosti doprovázející osoby.....	8
1.5 Jednotlivá vývojová období v souvislost s nemocí a hospitalizací.....	9
1.5.1 Novorozenecké období.....	10
1.5.2 Kojenecké období.....	12
1.5.3 Batolecí období	13
1.5.4 Předškolní věk.....	15
1.5.5 Mladší školní věk	16
1.5.6 Starší školní věk	17
1.5.7 Období adolescence.....	18
1.6 Nemocné dítě.....	19
1.6.1 Dítě a bolest	20
1.7 Reakce dítěte na hospitalizaci.....	22
1.7.1 Hospitalismus.....	24
1.7.2 Psychická deprivace	25
1.7.3 Separační úzkost	26
1.8 Ošetřovatelský proces na dětském oddělení a jeho specifika.....	28
1.8.1 Způsobnost pro práci dětské sestry	29
1.8.2 Úloha sestry na dětském oddělení.....	31
1.8.3 Komunikace s dítětem.....	34

1.8.4	Komunikace s rodiči.....	36
1.9	Organizace nemocniční péče v ČR.....	37
1.9.1	Aspekty hospitalizace.....	38
1.9.2	Přítomnost doprovázející osoby.....	39
1.9.3	Herní a vzdělávací aktivity u dětí v nemocnici.....	40
2	Cíl práce, hypotézy a výzkumné otázky.....	42
2.1	Cíl práce.....	42
2.2	Hypotézy.....	42
2.3	Výzkumné otázky.....	42
3	Metodika výzkumu.....	43
3.1	Použité metody a techniky.....	43
3.2	Charakteristika zkoumaného vzorku.....	43
4	Výsledky.....	45
4.1	Výsledky kvantitativního šetření.....	45
4.2	Výsledky kvalitního šetření.....	84
4.3	Seznam tabulek a grafů.....	95
5	Diskuse.....	98
6	Závěr.....	107
7	Seznam použitých zdrojů.....	108
8	Klíčová slova.....	115
9	Přílohy.....	116

„V dětech jsou uloženy všechny naše vlastní velké možnosti.“

L.N.Tolstoj

Úvod

V posledních dvou desetiletích prošla medicína i ošetrovatelství mnoha reformami. Do popředí přichází nová koncepce ošetrovatelství. V novém pojetí ošetrovatelství se nahlíží na hospitalizovanou osobu jako na celistvou bytost tedy jako na osobu s bio- psycho-sociálními potřebami. Holistické pojetí člověka se promítá i do dětského lékařství. Rodina se po roce 1990 stává součástí léčebného i ošetrovatelského procesu. V případě, hospitalizace dítěte nejsou již styky dítěte s rodinou nuceně přerušeny, ale naopak vzniká možnost společného pobytu dětí a rodičů, či jiných osob pečujících o dítě. Poznatky z mnoha studií a vývojové psychologie dokazují, že na úspěšnosti léčby i na zmírnění psychických následků hospitalizace u dítěte se do značné míry podílí hospitalizace dítěte společně s doprovázející osobou, kterou bývá zpravidla nejbližší člen z rodiny, tedy matka nebo otec.

Výhodou tohoto systému je mimo jiné i to, že doprovázející osoba může zhodnotit kvalitu poskytované péče, vybavenost zdravotnického zařízení, přístup zdravotnického personálu k dítěti a míru informovanosti o zdravotním stavu a léčebném režimu dítěte z vlastního pohledu. A právě na toto téma je zaměřena tato diplomová práce.

Motivací k napsání této diplomové práce byl zájem informovat se, jak se tento relativně nový způsob společné hospitalizace dítěte a matky osvědčil. Dále mně motivovala zvědavost, jak tento nastavený systém v realitě funguje respektive do jaké míry jsou doprovázející osoby při společném pobytu s dítětem v nemocnici spokojeny.

Cílem práce je zjistit spokojenost s ošetrovatelskou péčí o hospitalizované dítě z pohledu doprovázející osoby.

Výsledky diplomové práce bude možno prakticky využít ke zhodnocení kvality ošetrovatelské péče na dětských oddělení a k navržení nápravných opatření v dané oblasti, což by mělo vést ke zvýšení spokojenosti v péči o hospitalizované dítě a doprovázející osobu v nemocnici.

1 Současný stav

1.1 Historie hospitalizace dítěte s matkou

Začátkem 18. století fakta jako strach z infekce, obavy ze zadušení dítěte a víra, že novopečená matka potřebuje komplexní odpočinek vedly k oddělení matky a dítěte a k vytvoření oddělených dětských pokojů v nemocnicích. Přísné plány krmení také narušily kontakt matky a dítěte. Jakmile se krmení z láhve stalo normou, oddělení dětí se stalo úplné a ženy ztratily nejranější základ utváření vztahu matky a dítěte. Ve 40. letech 20. století se prosazuje rooming-in tedy postup umístění dětské kolébky podél matčiny postele, takže matka mohla zvyšovat kontakt s dítětem. Tento postup se začal realizovat ve vyspělejších nemocnicích. Následkem toho klesla dětská nemocnost, neboť děti jsou mnohem náchylnější k infekci v dětských pokojích, kde jsou v kontaktu s dalšími dětmi a střídajícími se doktory i sestrami. Když se k rooming-in přidalo ještě kojení, chorobnost dětí klesla ještě více kvůli přítomnosti protilátek v matčině mléku. Rooming-in a kojení dále snížily náklady nemocnice, protože předcházely potřebě mléka, lahví, sterilizace a dalších zařízení, a také zlehčilo pracovní vytížení zdravotnického personálu. V západních zemích postupem času většina nemocnic přijala opatření pro společný pobyt matky a dítěte a tento zvyk byl též znovu zahájen v zemích třetího světa (27).

Podíváme-li se na vývoj v naší zemi, v minulosti se o této problematice příliš neuvažovalo, privilegium hospitalizace společné s dítětem měly pouze kojící matky. Až po roce 1990 začala v České republice probíhat rozsáhlá transformace zdravotnictví, jež byla z hlediska ošetřovatelského procesu v pediatrii nesmírně cenná. Nyní je matce umožněna hospitalizace se svým dítětem, čímž je dítě chráněno před možným psychickým strádáním (20).

Ovšem trvalo několik let než se u nás rooming-in, jež se dá volně přeložit jako „společné bydlení“ matky a dítěte dosáhlo. A zasloužil se o to profesor Švejcar, významný český pediatr. Objížděl města a jejich porodnice, kde přednášel, diskutoval, vysvětloval a hlavně vyvracel námitky jako: nemáme místo, nemáme lidí, nemáme s tím zkušenosti, zvýší se počet infekcí u dětí i matek, matky se v noci nevyspí apod. Ovšem

došlo k tomu, že se postupně mnozí sami přesvědčili, že to stejně jako v západních státech funguje (32).

1.2 Hospitalizace dítěte s matkou v současnosti

Pokud nastane náhlá situace a dítě onemocní, každý dětský lékař dává jednoznačně přednost léčbě ambulantní před léčbou nemocniční, ovšem za předpokladu, že domácí prostředí poskytne nemocnému dítěti kvalitní péči. V opačném případě tj. je-li hospitalizace nutná, umožňuje se jednomu z rodičů společné přijetí do nemocnice. Současně ostatní členové rodiny včetně sourozenců mají možnost kontinuálního osobního kontaktu.

Dětské oddělení nemocnice má zajistit léčbu dítěte v takovém prostředí, jež vyhovuje vývojovým potřebám dítěte, dává příležitost ke hře, učení a odpočinku a zaručí bezpečnou ochranu pro dítě. Personál pečující o nemocné dítě by měl mít vědomosti a zkušenosti zdravotní, vývojové, sociální a pedagogické, neboť dítě má právo být ošetřováno lékařem a sestrou se znalostí dětské problematiky (47).

Do povědomí odborné i laické veřejnosti se již vrylo, že rodiče nejsou pro dítě návštěva, ale že je důležité umožnit rodičům o dítě v době nemoci pečovat nepřetržitě 24 hodin denně. Péče zdravotníků na pediatrickém oddělení tedy není již zaměřena pouze na nemocné dítě, ale v centru jejího zájmu se ocitá celá rodina.

Každá nemocnice by se měla snažit vytvořit takové podmínky, aby každému rodiči, který chce v nemocnici se svým dítětem zůstat, byl tento pobyt umožněn. V současné době existují dvě možnosti společné hospitalizace dítěte s matkou. Za první je to tzv. indikovaný pobyt, kdy zdravotní pojišťovny plně hradí pobyt rodičů. Je to u rodičů, jejichž dítě je mladší věku šesti let, dále u průvodců dětí se ZTP či ZTP/P, mentálně retardovaných, dětí s mnohočetným poraněním, onkologicky nemocných dětí v akutní fázi léčby a dětí ohrožených na životě. V těchto vyjmenovaných případech zdravotní pojišťovna hradí za tohoto rodiče pobyt i stravu. Druhý případ je pobyt rodiče samoplátce, kdy si náklady spojené pobytem v nemocnici hradí rodiče sami.

V odůvodněných případech je však možnost požádat revizního lékaře pojišťovny o udělení výjimky (8, 35).

Bohužel zatím ne všechna zdravotnická zařízení mají pro tuto péči ideální podmínky. Některé nemocnice byly v minulosti stavěny tak, že se s plněním těchto požadavků vůbec nepočítalo, proto je dnes většina z nich stavebně zcela nevyhovující a není proto možné vyčlenit pro rodiče pokoje přímo na oddělení. Toto opomenutí se ovšem už při nynějších přestavbách a rekonstrukcích nemocnic bere v potaz a nemocnice připravují nápravná opatření.

V ideálním případě je rodič ubytován společně s dítětem v jednom pokoji, kde je možné, aby se rodič o své dítě plně staral. Tato forma hospitalizace je poskytována především pro rodiče mladších dětí tedy kojenců a batolat. Pro rodiče větších dětí bývá zřízeno zpravidla společné ubytování s jinými rodiči na rodičovském pokoji v rámci oddělení. Nutné je však samozřejmě i přihlédnout ke zdravotnímu stavu dítěte. U těžce nemocného dítěte, které potřebuje permanentní dohled a odbornou péči zdravotníků, se tak podíl rodičovské péče snižuje (35).

1.3 Práva dítěte

Z minulosti nemáme dostatek informací o vztahu k dětem na počátku lidského rodu, avšak víme, že lidstvo samo, vztah k dětem a práva dětí se během několikatisícileté existence lidského rodu hodně změnil. Život prvních lidských společenství probíhal v poměrně drsných životních podmínkách a populace byla zřejmě regulována čistě biologickými mechanismy. Množství potravy mělo přímý vliv na úživnost narozených dětí a jejich úmrtnost. V prehistorickém, a v řadě oblastí ještě i v historickém, období dítě mělo obětní hodnotu. U celé řady starých národů a kmenů bylo dítě zabíjeno z rituálních důvodů.

Až Chammurapi (Mezopotámie: 1728- 1686 před Kristem) ve svém zákoníku stanovil, že otec nemá právo libovolně usmrcovat příslušníky rodiny, ale bylo možné, pokud s nimi nebyl spokojen, prodat je do otroctví. Problematiku vztahu k potomstvu snad nejlépe vyjadřuje Starý zákon, kde je v dramatické zkratce vylíčeno nahrazení lidské oběti zvířetem. Je zde zachyceno rozhraní dvou etap vztahu k dítěti (22).

Zabití dítěte bylo považováno zákonem za vraždu až ve čtvrtém stoletím po Kristu tedy v době, kdy již bylo křesťanství státním náboženstvím římské církve. Zákony týkající se práv dítěte se v různých zemích velmi pozvolna vyvíjely.

Tento vývoj byl však již zcela ovlivněn v průběhu 19. století všemi společenskými změnami, kterými bylo toto období naplněno. Příkladem těchto změn je třeba omezení dětské práce. K jejímu zákazu došlo však až v roce 1885. Přesto zůstává paradoxem, že první zákonná ustanovení na ochranu dítěte přicházejí až ve 20. století. Do té doby chránil zákon dítě pouze před zabitím, ukládal povinnost výživy, blíže však nic stanoveno nebylo (22).

Od počátku 20. století jsou ve všech vyspělých státech schvalovány zákony na ochranu dítěte a rodiny. V roce 1911 František Josef I. uvedl při podepisování jednoho z takových zákonů, že chce vše pro dítě. V průběhu století se dostává problematika vztahu k dítěti do pozornosti i mezinárodních institucí. V roce 1924 vyhlásila společnost národů Ženevskou deklaraci práv dítěte. Následně Organizace spojených národů vydává v roce 1959 Deklaraci práv dítěte a Úmluvu o právech dítěte v roce 1989.

Na celém světě začínají vznikat národní i nadnárodní instituce, různá sdružení a spolky. Všechny vznikají za stejným cílem a to chránit děti (10, 22).

V souvislosti s právy dítěte nelze opomenout Unicef (United Nations Children's Fund) – Dětský fond spojených národů, jež je mezinárodní organizací humanitárního charakteru, jejímž cílem je mimo jiné podporovat, obhajovat a chránit právo dětí na život a optimální vývoj. Jednou z nejpozitivnějších skutečností, která podporuje snahy této organizace, bylo přijetí Úmluvy o právech dítěte Valným shromážděním OSN v listopadu 1989, kterou přijala ČSFR v únoru 1991 a v ČR v roce 1993 (4, 44).

„Ve spolupráci se Světovou zdravotnickou organizací (WHO) se Unicef zaměřuje na primární zdravotní péči, na její realizaci a zkvalitňování, počítaje v tom mateřskou péči, preventivní a kurativní péči o dítě a podporu rozvíjení vztahů a úzkého kontaktu s nemocnicemi, především s dětskými odděleními a nemocnicemi.“ (44 s.18,19)

Přejdeme-li, od dětských práv obecných ke specifickým, zaměříme se na nemocnici. Charta práv hospitalizovaných dětí vznikla v souvislosti s potřebou

specificky definovat práva dítěte v nemocnici, neboť také dětští pacienti mají své problémy a je třeba jim zaručit určitá práva. Návrh Charty práv dětí v nemocnici v ČR vypracovali dva reprezentanti nadace Klíček Markéta a Jiří Královcovi ve spolupráci s předním českým pediatrem Janem Jandou. Od léta roku 1993 byl tento dokument prohlášen za platný v České republice. Předlohou české verze Charty práv dětí v nemocnici se staly některé odborné anglické dokumenty, patří tam i Charta práv hospitalizovaných dětí, jež byla schválena v roce 1988 na I. evropské konferenci o hospitalizovaných dětech. Charta práv dětí v nemocnici v plném znění je uvedena v příloze 3 (10).

1.4 Práva a povinnosti doprovázející osoby

Stejně tak jako mají děti svá práva při hospitalizaci, svá práva a povinnosti má i jejich doprovod, jelikož se stává nepřímým účastníkem ošetrovatelské péče, sdílí s dítětem nemocniční pokoj a to 24 hodin denně a je v permanentním kontaktu se zdravotnickým personálem.

Rodiče popř. rodina hraje dnes při poskytování zdravotní péče nezletilým téměř nezastupitelnou roli. Vyplývá to též z toho, že dítě není způsobilé podepsat souhlas či nesouhlas s doporučenou péčí. Způsobilost k právním úkonům je omezena, popř. vyloučena přímo ze zákona v důsledku nedostatku věku tj. nezletilosti. V současné době to probíhá tak, že tento souhlas učiní za dítě jeho zákonný zástupce zpravidla rodič. Není přípustné, aby dítě vyjádřilo souhlas s výkonem a rodiče ho poskytli až dodatečně. Na druhé straně je velmi důležité, aby rodiče při svém rozhodování brali zřetel na názor dítěte (17, 46).

Je-li k hospitalizaci přijat s dítětem některý z rodičů, pak je základním předpokladem poskytované péče poučení, a to o zdravotním stavu dítěte, postupech vyšetření a léčení, následně o chodu oddělení a právech a povinnostech doprovodu. Dále doprovod (rodič) musí být poučen o povinnostech dodržování denního řádu a bezpečnostních opatřeních stanovených k ochraně hospitalizovaných dětí. Vhodné je, aby doprovod (rodič) toto poučení podepsal (46).

Při společně hospitalizaci dítěte a rodiče vyplývá na povrch též otázka, kdo je vlastně za dítě v průběhu hospitalizace zodpovědný. Za pobyt dítěte v areálu nemocnice, ať je již vycházka indikována a povolena lékařem, či jde o svévolné rozhodnutí doprovodu, nese plnou zodpovědnost doprovod (rodič). Ovšem je povinen, aby odchod i příchod ohlásil službukonající sestře. Sestra je oprávněna zkontrolovat dítě při příchodu z vycházky popř. propustky. Dále platí, že hospitalizované dítě nesmí být svěřeno na vycházku nezletilému příbuznému, například sourozenci.

Jestliže je při hospitalizaci doprovázející rodič s dítětem na pokoji, má za dítě, jež je mu v této době svěřeno do péče, odpovědnost, zejména pokud byl řádně poučen. S tím, že součástí poučení je, že doprovod při hospitalizaci dítěte není oprávněn zasahovat do léčby, tedy nesmí manipulovat s infuzí, měnit čas podávání léků ordinovaných v předepsaných časových intervalech nebo porušovat ordinovanou dietu. V případě, že by ovšem tato situace nastala a rodič některé z těchto pravidel porušil je sestra povinna doprovod poučit a věc oznámit ošetřujícímu lékaři, popřípadě staniční nebo vrchní sestře. Dále je sestra povinna o této závažné příhodě provést záznam do zdravotnické dokumentace (46).

1.5 Jednotlivá vývojová období v souvislost s nemocí a hospitalizací

Duševní život člověka probíhá jako řada navzájem souvisejících změn. Tyto změny jsou vesměs progresivní, postupují od méně dokonalých projevů k dokonalejším a dokonalé projevy a výkony jsou poměrně stálé a nezvratné. Pozorujeme –li větší počet lidí různého věku, není možné si nevšimnout, že určité vývojové změny nastupují v podstatě ve stejných věkových obdobích. Při pečlivém sledování však zjistíme, že duševní vývoj nejen jedince, ale i skupin osob nepostupuje jako plynulý tok. Naopak, člověk prochází různými obdobími vývoje, během kterých vzniká buď poměrně málo projevů nebo naopak obdobími plnými vývojových změn (6).

Psychickým vývojem lidského jedince v jednotlivých vývojových obdobích se zabývá zvláštní odvětví psychologie a to psychologie vývojová. Při ošetřování dětí různého stupně vývoje je potřeba znát a využívat poznatky této vědní disciplíny.

1.5.1 *Novorozenecké období*

Novorozenecké období začíná odstřížením pupeční šňůry a končí 28. dnem života dítěte. Průměrná délka novorozence je 50 centimetrů a hmotnost 3500 gramů. Donošený novorozenec přichází na svět s předpoklady pro dobrou adaptaci na nové prostředí, ale nutně potřebuje péči druhé osoby. Během prvního měsíce postupně dozrává nervový systém, organismus se připravuje k intenzivnímu rozvoji, který bude následovat v dalších měsících života dítěte. Již v novorozeneckém věku dítěte se vytváří základní jednoduché kontakty mezi matkou a dítětem. Velký význam pro další příznivý vývoj dítěte má i zapojení otce do péče o novorozence (3, 43).

Bezprostředně po porodu se doporučuje tzv. rooming-in, což je společné ošetřování matky a dítěte na oddělení šestinedělí.

„Matka má své dítě stále vedle sebe. Prvních 24 hodin po porodu by se však dítěti neměla aktivně věnovat. Měla by odpočívat, ale kojit vždy, když dítě chce pít. Měla by pozorovat práci sestry a naslouchat jejím radám. Teprve pak postupně o dítě začne pečovat. Dětská sestra postupně zaučuje matky v péči o novorozence. Velmi dobrými rádkyněmi jsou však matky, které mají již dítě doma a mají dobré zkušenosti s kojením.“ (43 s.145)

Těsný kontakt matky a dítěte co nejdříve po porodu, má obrovský význam pro další formování emočního vztahu, který se začal mezi matkou a dítětem utvářet již během těhotenství. Matka dotykem intenzivně vnímá novorozence, usmívá se, mluví na něj, snaží se setkat s jeho pohledem, hladí ho, snaží se rozumět jeho reakcím a brzy rozeznává, kdy je dítě unaveno a dopřává mu pocit klidu a pohody (3).

Přesto, že se dítě v novorozeneckém věku nesměje a nemluví je velmi důležité, že se rodiče i jeho okolí chová k dítěti určitým způsobem, snaží se s dítětem komunikovat i bez jeho zjevné odezvy. Jelikož právě tato prvotní, zdánlivě bez odezvy se jevící komunikace je pokladem pro sociální chování dítěte, neboť základním sociálním chováním je pozdější napodobování rodičů a blízkých.

V novorozeneckém období a dále potom i v kojeneckém věku je velmi důležitý rozvoj a udržení kojení neboli laktace. Pokud ovšem není matka schopna kojit, radí se matkám, jak správně odstříkovat čerstvé mateřské mléko a zdůrazňuje se jeho

nenahraditelnost, neboť každé dítě má právo na mateřské mléko jako jedinou potravu plně odpovídající jeho potřebám. Právo dítěte na kojení je zakotveno v Úmluvě o právech dítěte a je součástí našeho Národního programu podpory zdraví a součástí preventivních programů pro 21. století. Světová zdravotnická organizace a Unicef doporučují výlučné kojení v období prvních šesti měsíců života dítěte, a dále se má v kojení pokračovat s postupně zaváděným příkrmem do dvou roků věku dítěte i déle. Řada studií dokazuje, že prosazování a podpora kojení ve zdravotnických zařízeních pozitivně ovlivňuje délku kojení. Faktory, kterými zdravotníci mohou nejvíce ovlivnit kojení jsou shrnuty do Deseti kroků k úspěšnému kojení. Důkazem snahy nemocnic zapojit se do podpory kojení dodržováním zmíněných deseti kroků je získání titulu Baby Friendly Hospital tj. Nemocnice přátelsky nakloněná dětem.

Po propuštění z nemocnice má dále matka možnost v případě potřeby kontaktovat buď laktačního poradce, který je kdykoli ochoten poradit v oblasti kojení i péče o dítě nebo přímo laktační ligu, která poskytuje konzultační a poradenskou činnost pro zdravotníky i kojící matky. V současné době existují i tzv. horké linky kojení (5, 23).

Novorozenec a jeho matka jsou umístěny následně po porodu na neonatologické oddělení, kde v případě fyziologického porodu stráví několik dní a jsou propuštěny do domácího prostředí. Neonatologie je obor medicíny zabývající se péčí o novorozence v široké škále stavů od zdravých donošených novorozenců přes novorozence s vrozenými vývojovými vadami a chorobnými stavy až po extrémně nezralé děti s porodní hmotností kolem 500 gramů. Péče o extrémně nezralé novorozence patří mezi péči vysoce specializovanou a provádí se v rámci perinatologických center na jednotkách intenzivní péče a odděleních intermediární péče pro nedonošené a patologické novorozence. Nejčastější diagnózou u nedonošených dětí je syndrom dechové nedostatečnosti, označovaný jako RDS. Jedná se o plicní onemocnění způsobené nezralostí plicní tkáně a nedostatkem surfaktantu. I pro tyto novorozence jsou po celou dobu jejich léčby vytvořeny veškeré podmínky pro pobyt na oddělení společně s matkami (2, 7).

1.5.2 Kojenecké období

Kojenecký věk v užším slova smyslu začíná 29. dnem života dítěte po narození dítěte a končí posledním dnem 12. měsíce věku. V širším slova smyslu je to věk od narození do dvanácti měsíců věku dítěte. Dá se tedy říci, že podskupinou kojeneckého věku je věk novorozenecký (43).

Pro kojenecké období je charakterický prudký psychický vývoj, tělesný růst a dále zrání centrální nervového systému. Do jednoho roku věku dítě naroste do délky asi o 25 centimetrů a svoji tělesnou hmotnost zvýší přibližně trojnásobně. V průběhu tohoto období dochází také k velikému rozvoji motoriky, vnímání a připravuje se nástup řeči. Pravdou je, že stimulující prostředí rozvoj dovedností mírně urychluje. Zdokonalování motoriky dítěte postupuje směrem od hlavy k patě, dítě postupně ovládá okohybné svaly a mimické svaly a svaly v okolí krční páteře tedy dítě začíná otáčet a zvedat hlavičku. Postupně ovládá dítě i další svaly páteře, takže je schopno se převracet, posazovat a lézt. Na závěr dochází k ovládnutí svalstva dolních končetin a tím k samostatné chůzi. U dítěte se také rozvíjí jemná motorika, již v posledním čtvrtletí kojeneckého období dochází ke zvládnutí úchopu s opozicí palce tzv. „klíčkový“ úchop.

V tomto období dochází dále k rozvoji zrakového a sluchového vnímání, dítě postupně fixuje pohled na předměty v zorném úhlu následně i fixuje pohybuující se předmět a pak se přidává i otáčení hlavičky a celého tělíčka ve směru sledovaného pohybu. Podobně to probíhá u silnějších zvukových podnětů, dítě zpozorní, zastává krátké pohyby a později se otáčí a hledá zdroj zvuku.

Vývoj zrakového i sluchového vnímání úzce souvisí s rozvojem řeči. Zpočátku období dítě vydává jednotlivé zvuky a samohlásky, které opakuje a prodlužuje. Kolem třetího měsíce života je typické, že dítě houká či brouká. Po šestém měsíci života již dítě vydává slabiky, žvatlá, později napodobuje zvuky ale i náznaky jednoduchých slov. Slova s významem přichází až v období mezi devátým a dvanáctým měsícem věku. Řeči ovšem rozumí poněkud dříve, dítě je schopno reagovat na jméno a na některé výzvy např. ne-ne, paci-paci apod. (3)

Základním vývojovým úkolem kojeneckého období je vytvoření pevného vztahu matky a dítěte respektive dítěte k rodičům a na základě tohoto vytvořeného vztahu dosažení pocitu bazální jistoty a důvěry ve svět.

„Utvoření vztahu se pak asi od 6 –8 měsíce projevuje separační úzkostí, o něco později přistupuje strach z cizích osob. V případě nutnosti separace může v tomto věku (a ještě v batolecím období) dojít k rozvoji tzv. anaklitické deprese, kdy dítě po období protestu s pláčem a voláním po matce, upadá do apatie a ztrácí zájem o okolí. Postupně může dojít k adaptaci, dítě se odpoutává od matky (rodičů) a začíná navazovat vztahy k náhradním osobám. Vztah k matce ovšem musí být po ukončení separace znovu utvořen a separační úzkost u těchto dětí často přetrvává až do školních let a může interferovat s plněním dalších vývojových úkolů.“(36 s.67)

U dětí v kojeneckém věku se nesmí zapomínat na to, že jsou velmi citlivé na senzorickou a pohybovou deprivaci a při dlouhodobější hospitalizaci může dojít k vývojovému regresi nebo ke zpomalení vývojového tempa dítěte. Z hlediska zvládnání nemoci je tedy v tomto věku nejdůležitější maximálně omezit separaci dítěte od rodiny a zavádět důsledně stimulační programy (36).

1.5.3 Batolecí období

Batole nazýváme dítě ve věku jednoho roku až tři let. V batolecím věku dochází k výraznému rozvoji řeči a motoriky, jak hrubé, tak jemné. V období prvních narozenin se očekávají první krůčky dítěte, jež jsou významným mezníkem v jeho vývoji. Možnost samostatného pohybu znamená, že dítě přestává být do jisté míry závislé na dospělé osobě, neboť je již schopno pohybovat se samo. Radost z nového pohybu, zvyšuje aktivitu batolete, a to vyžaduje zvýšený dozor rodičů nad dítětem, jelikož v tomto věku velmi často dochází k úrazům a otravám dítěte.

V řečových schopnostech dítěte dochází v tomto období k největšímu pokroku. Na začátku batolecího věku dítě užívá několika málo jednoduchých slov a na konci období je dítě schopno souvislé komunikace. Většina dětí na konci batolecího období mluví ve větách, s dospělými se dokáží relativně dobře domluvit (1, 3).

Dále se v průběhu tohoto věku rozvíjí především osobnost dítěte, dochází k uvědomění si sebe sama, batole o sobě začíná říkat „já“, což bývá často doprovázeno tzv. obdobím negativismu, prvního vzdoru. To představuje situace, kdy dítě odmítá pomoc dospělého např. při oblékání, chce se realizovat samostatně, protestuje a křičí „já sám“. Dítě vzdoruje, odmítá přijmout pokyny a nabídky, na vše odpovídá „nechci, nebudu, neudělám“.

Ke konci období se batole stává samostatnějším, učí se samostatně jíst, oblékat, udržovat osobní čistotu. Ovšem stále je značně závislé na své matce a obtížně zvládá situaci, kdy je od ní odloučeno (3, 43).

V tomto období trvá silná separační úzkost a strach z cizích lidí, zároveň snadno vznikají fobie především strach z „lidí v bílém plášti“, který pak může přetrvávat i po celý život. Jen obtížně se u batolete dají tyto strachy zpracovávat, protože dítě dosud nemá vytvořeny racionální mechanismy zvládání. I z tohoto důvodu vycházejí obecná doporučení, že pokud to stav dítěte dovolí, je vhodné odložit všechny invazivní či operační výkony na nejpozději, co jen je to možné.

Další co je typické u děti ve věku mezi prvním a třetím rokem života je velká pohybová aktivita, tudíž děti velmi špatně snášejí omezení v pohybu, kterou s sebou nemoc přináší. Vzhledem k rozvoji pohybových schopností je dítě v pohybu neustále a současně všechen jeho čas bdění vyplňuje hra. Snaží se vylézat, podlézat, přelézat, hraje si s míčem, má rádo hry s pískem, vodou. Začíná napodobovat různé činnosti dospělých např. vaření, mytí nádobí, ošetřuje „nemocnou“ panenku aj. Nutné je hru dítěte podporovat, neboť při hře dítě rozvíjí velmi intenzivně nejen pohybové dovednosti, ale i svou fantazii (3, 24, 36).

„Podle Eriksona je základním vývojovým konfliktem tohoto období autonomie oproti hrozcím pocitům studu a pochybností. Významná je proto především aktivizace dítěte a dostatek prostoru pro jeho autonomii při jeho pevně stanovených limitech chování.“ (36 s.68)

K nemocnému dítěti však rodiče a okolí přistupují velmi často příliš ochranně, jejich péče je přehnaně intenzivní a tím omezují dětskou přirozenost a bezprostřednost, ale současně neposkytují dostatečně pevné vedení. To vede k tomu,

že pro dítě se hranice stávají nejasnými a brání mu to v dosažení bezpečného pocitu samostatnosti bez prožitků studu a nejistoty (36)

1.5.4 Předškolní věk

Předškolním věkem se rozumí období od tří do šesti let, do nástupu dítěte do školy. Pro začátek tohoto období je typické, že dítě nastupuje do předškolního zařízení, tj. do mateřské školky a tím si postupně zvyká na odloučení od matky. Zpočátku je z její nepřítomnosti nejisté, ale postupem času si ověří, že se matka pro něj do školky vždy vrátí.

Řekne-li se předškolní věk, jedná se o věk, kdy dochází k zrychlenému růstu a duševnímu vyspívání dítěte. Dítě je vystaveno realitě a začíná vnímat stresové situace. Tento věk je charakterizován spíše zkvalitňováním dovedností, větší rychlostí a lepší koordinací pohybů a rychlejšími reakcemi ve všech situacích. Během předškolního věku se dítě zdokonaluje v sebeobsluze, zvyšuje se jeho míra samostatnosti, samo jí, samo se obléká, koncem období zvládne už i náročnější dovednosti jako např. zaváže si tkaničku u bot, zapne si knoflíky. Tedy je schopno se bez problémů a samostatně obléci a obouti si boty.

Dále v tomto období dochází k rozvoji řeči i kresleného projevu. Dítě se vyjadřuje v souvětích a rozšiřuje se jeho slovní zásoba. Při nástupu do školy užívá dva až tři tisíce slov. Rozvíjí se i zrakové a sluchové vnímání, což je též nezbytné k přípravě pro výuku čtení a psaní. Předpokladem pro nástup do školy je, aby dítě bylo připraveno v oblasti emoční, sociální a pracovní. Po pátém roce dochází dítě k praktickému lékaři pro děti a dorost na preventivní prohlídku, která je zaměřená kromě jiného i na zralost či nezralost ke školní docházce. Nutné je posoudit soustředěnost dětí, vjemovou schopnost aj. Nesmí se opomenout ani nedostatky dítěte ve výslovnosti (3, 43).

V předškolním věku značně narůstá potřeba dítěte porozumět okolnímu světu, ale i vlastnímu tělesnému fungování. Při nemoci dítěte je nezbytné vysvětlování a dostatečné informování dítěte, neboť díky rychlému rozvoji řeči a komunikace je také již možná přímá příprava dítěte na zákrok či hospitalizaci. Intenzivní kontakt s rodinou zůstává pro dítě i v tomto období velmi důležitý, vzhledem k častým emočním regresům

dětí ve zhoršeném zdravotním stavu. Výskyt separační úzkosti je ostatně znám u dětí v předškolním věku i ve věku školním (36).

1.5.5 Mladší školní věk

Období mladšího školního věku zahrnuje věkovou kategorii od šesti let tedy od nástupu dítěte do školy, do ukončení prvního stupně školy, přibližně do jedenácti let. Je to období relativního klidu.

V tomto období se do popředí dostává snaha dítěte o výkon ve škole i mimo ni a soupeření s ostatními dětmi. Vlivem školního výkonu se u dětí utváří sebehodnocení. U dětí, které nemají ve škole žádné výraznější potíže se utváří kladné sebehodnocení, ale u dětí málo úspěšných naopak sebehodnocení nízké. V případě selhání mohou vzniknout i pocity méněcennosti, které mohou přetrvávat po celý život. Nejvíce ohroženy jsou děti se smyslovým, tělesným nebo mentálním postižením, ale také děti s poruchou koncentrace pozornosti. a děti s chronickým onemocněním užívající léky, jejichž vedlejší účinky snižují jejich výkonnost (3, 36).

Během školní docházky dítě zvládá čtení, psaní a počítání a to mu umožňuje další získávání informací a lepší a samostatnější orientaci v okolní světě. I v tomto věku je pro dítě rodina velmi důležitá, neboť mu úplná rodina poskytuje vhodný model mužské a ženské role.

Tento věk je také typický pro výskyt psychosomatických onemocnění. Někdy jsou počáteční potíže ve škole zapříčiněny menším nadáním dítěte nebo specifickou poruchou učení např. dyslexií - poruchou čtení. Tyto děti neplní požadavky, které jsou na ně ze strany školy a rodičů kladeny a dítě pod tlakem nároků reaguje úzkostně s tendencí úniku z obtížné situace. Takovéto děti přestávají být veselé a spokojené a mohou se u nich vyskytnout somatické potíže nebo neurotické prvky chování jako okusování nehtů, noční pomočování apod. nebo naopak reagují provokativně, zlobí, předvádějí se a snaží se upoutávat pozornost. Tyto děti potom přicházejí do ordinace dětského lékaře s nejasnými obtížemi, bolestmi hlavy, břicha, zvýšené teploty aj. Bývají přijímány na dětské kliniky, je možné se s nimi setkat v ozdravovnách a dětských psychiatrických léčebnách. V průběhu péče na oddělení je sestra s těmito dětmi

nejčastěji ve styku a díky jejich pozorování má možnost najít příčiny jejich změněného chování. V přístupu k nim je třeba vyjadřovat porozumění pro jejich těžkosti, přijímat je takové jaké jsou a vytvářet pro ně situace, kde mohou prožívat radost z úspěchu a tím si posilovat sebevědomí (3, 24).

Mladší školní věk je současně obdobím realismu, děti často mívají snahu dospělým vyhovět a to by mohlo být významnou motivací při léčbě i k tomu aby se dítě stalo zdatnějším. Děti si často hledají své kulturní „hrdiny“ s nimiž se snaží identifikovat. Hrdinou se pro dítě může stát i lékař nebo jiné dítě, které podobnou situaci zvládlo. Dále je ve školním věku důležitá skupina vrstevníků. Dostatek příležitostí pro kontakt s ostatními dětmi je nutný k tomu, aby se u dítěte rozvinuly sociální dovednosti, aby si osvojilo sociální role i vlastní sexuální identitu. Zejména v tomto věku je nutno omezit případnou nutnou izolaci dítěte ve zdravotnickém zařízení na minimum (36).

1.5.6 Starší školní věk

Je to období mezi jedenáctým a patnáctým rokem věku dítěte, bývá též označováno jako puberta nebo pubescence. V tomto věku dítě plní povinnou školní docházku na druhém stupni základní školy. Puberta je obdobím rychlého fyzického růstu a velkých psychických změn. Dochází k rozvoji myšlení logického, kombinačního a systematického, k hypotetickým úvahám a přemýšlení o budoucnosti v souvislosti s volbou budoucího povolání. Je to období utváření jasné identity oproti pocitům nejistoty o své vlastní roli. Dále v tomto věku roste vliv vrstevnické skupiny a současně se uvolňují vazby v rodině (3, 36).

Na začátku tohoto období dochází zejména k růstu končetin a ke změně proporcí a přechodnému narušení koordinace pohybů. Kromě zrychleného růstu náleží tomuto období i zrychlené zvyšování hmotnosti. Dívky zpravidla vyrostou dříve než chlapci, ale chlapci je během dvou let většinou předhoní. Vyvíjejí se ortopedické onemocnění, především vady páteře, mohou vznikat též poruchy zraku. U dívek přichází první menstruace, u chlapců první poluce, pozvolna se vyvíjí ochlupení a zvětšují se pohlavní orgány.

Charakteristická je emoční labilita, která je domněle podmíněná vnitřními změnami v organismu jedince. Jsou typické časté a nápadné změny nálad, zejména směrem k negativním rozladám, impulzivita jednání, nestálost a nepředvídatelnost reakcí (3, 24).

Častým problémem spolupráce v nemocnici je pak odpor a rozpolcený postoj dítěte vůči autoritě. V tomto věku je nutné pracovat i s dítětem samotným v nepřítomnosti rodičů. Ovšem práce s rodiči zůstává stále důležitá. Je nezbytné poskytnout dítěti dostatek příležitostí k otázkám a umožnit mu co největší podíl rozhodování o dalším postupu léčby, současně se přesouvá odpovědnost za léčbu z rodičů na dítě samotné.

Dospívající jsou velmi citliví na svůj vzhled, někteří jsou pyšní, jiní se stydí za probíhající změny, což souvisí s dosavadním vývojem osobnosti i chováním dospělých v okruhu dospívajícího. Jelikož je tělesnému vzhledu ze strany dítěte přikládán obrovský důraz může např. malá jizva po operaci být pro dítě tohoto věku silně ohrožující. Může se vystupňovat až ve stav tzv. dysmorfofobii tj. chorobný strach z vlastní ošklivosti, který může vést až k sociální izolaci (36).

Jedním ze základních vývojových úkolů tohoto období je odpoutávání se od rodin, které bývá značně ztíženo u dětí postižených, ale i vážněji nemocných.

1.5.7 Období adolescence

Toto období se dá nazvat obdobím rizikovým, neboť dochází k přeměně dítěte v dospělého člověka a s tím souvisí psychické, sociální a tělesné přeměny, s kterými má nový jedinec často značné problémy. Pojem adolescence zahrnuje věkové období od ukončení základní školy do ukončení studia tedy přípravy na povolání. Dochází k dotváření identity dospívajícího dítěte a vazby v rodině nadále slábnou. V průběhu adolescence by mělo dojít k přijetí vlastního vzhledu a smíření se s klady i nedostatky své postavy. Adolescent již často navazuje kontakty s druhým pohlavím, přichází první lásky. Do popředí zájmu se dostávají stále více sexuální otázky, i když se mnohdy dospívající ostýchají zeptat a téměř nikdy o nich nehovoří v přítomnosti rodičů. Skutečnou anatomii a fyziologii sexuálních orgánů však dospívající často dobře neznají

a řada onemocnění či lékařských zásahů pak může pro ně představovat výrazný stres i obavy z ohrožení reprodukční schopnosti. V tomto období nastupují i závažné otázky volby povolání, budoucího pracovního uplatnění a plánování rodičovství. Zpravidla však dospívající není dost zralý pro uzavírání manželství a pro rodičovství (3, 36, 43).

Velký význam má v adolescentním věku stále vrstevnická skupina, která zpočátku tohoto období ovlivňuje jedince víc než rodina, ale v závěru období adolescent již nachází svou vlastní cestu i lépe vychází s rodiči.

V případě, že se v tomto období postihne adolescenta nemoc či úraz a následná operace, jež vede k více či méně trvalému omezení funkcí, příkladem může být amputace končetiny, je nezbytná intenzivní práce s dítětem, jeho časná mobilizace a rehabilitace. Dospívající děti totiž snadno upadají do deprese a je u nich vážné riziko suicidia, která jsou v tomto věku obecně dosti častá.

„Celé období dospívání (od počátku puberty) je obdobím specifické zranitelnosti a snížené odolnosti vůči stresu, při spolupráci je potřeba dítě plně respektovat a kvalitní komunikace s lékaři a podrobná informovanost dítěte jsou pro zvládnutí nemoci rozhodující.“(36, s..69)

1.6 Nemocné dítě

Jak dítě nemoc přijme a snáší závisí především na několika aspektech. Důležitá je osobnost dítěte, sociální reaktivita, schopnost získat dostatek pozornosti a péče z prostředí, síla a energie dítěte. Významný je i věk, ve kterém k onemocnění došlo, dosavadní zkušenosti a vztah dítěte k lékaři i množství odpovědnosti udílené dítěti.(ŘÍČ

Nemoc lze zařadit mezi jeden ze stresových vlivů působících nejen na dítě ale i na chod a stabilitu rodiny. Onemocnění je činitel velmi silný a vesměs velmi destruktivní, jelikož mění situaci nekontrolovatelným způsobem, což ještě více zvyšuje nejistotu a zhoršuje adaptaci. Nemoc vstupuje do hry jako zákeřný nepřítel, proti kterému nemá rodina vypracovanou obranu, narušuje rovnováhu, postupně ničí vztahy a vyvolává negativní pocity (13).

Když je člověk nemocný, znamená to kromě jiného, že spoustu věcí nemůže dělat, že „funguje“ jakoby omezeně. Mění se jeho pohybové schopnosti, ale i schopnost koncentrace, má sníženou míru únavnosti a více vnímá sám sebe, bolest a blízké okolí.

Děti se o svou nemoc zajímají, šíře jejich zájmu je úměrná jejich věku. Malé děti se ptají, jestli bude vyšetření bolet, a kdy budou zdraví a budou moci jít domů za maminkou. Starší děti již přemýšlí o tom, proč se najednou změnil jejich zdravotní stav a jaké to přinese následky pro jejich další život (34).

1.6.1 Dítě a bolest

Bolest je jedním z největších ošetrovatelských problémů. Na jedné straně je užitečná a účelná, neboť nemocného varuje, informuje o poruše funkce a zabraňuje zhoršení stavu tím, že nemocný vyhledá pomoc a zahájí léčbu. Na straně druhé bolest doprovází spoustu lékařských i ošetrovatelských výkonů a zhoršuje průběh léčby. Dále ztěžuje spolupráci s nemocným a proces adaptace, často vede ke snaze vyhnout se výkonům a zatajování zdravotních potíží. Bolest působí také na psychiku nemocného, jelikož vzbuzuje strach a úzkost, čímž se bolest stává horší a méně snesitelnou. Pokud ovšem prožívá bolest dětský pacient, průběh bolesti, její monitorace i proces zvládnutí bude komplikovanější (11).

V minulosti existovalo mnoho názorů, kdy přesně děti začínají cítit bolest a zda-li ji za stejných podmínek pociťují ve stejné intenzitě jako dospělí. Ovšem tyto polemiky jsou již vědecky vyvráceny, dítě vnímá bolest od novorozeneckého období stejně jako dospělý jedinec. Problém spočívá v tom, že reakce novorozenců a mladších kojenců není často tak zřetelná, takže je podceňována rodiči a někdy i lékaři. Dále platí, že u dětí i u dospělých existují výrazné interindividuální rozdíly v toleranci vůči bolesti (43).

Již novorozené dítě v prvním týdnu života reaguje na bolestivý podnět. Hodnocení bolesti u malých dětí je obtížné pro sestry i lékaře. Při posuzování bolesti u dětského pacienta hrají důležitou roli i matky, které zcela jednoznačně poznají

dyskomfort svých potomků. I právě proto by s nimi měli zdravotníci spolupracovat a jejich poznatky akceptovat.

To, že dítě něco bolí, se pozná podle jeho chování. Dítě při bolesti zaujímá určitou nezvyklou polohu, má zvýšené svalové napětí na horních či dolních končetinách, uhýbá určitým manévřům. U některých kojenců je typické, že omezují pohyb, jiní právě naopak. U dalších malých dětí pozorujeme gesta, grimasy, kňourání křič nebo pláč. Bolest se může projevit i zvracením, třesem a křečemi (9).

Starší děti, které už umí mluvit, jsou schopny, na otázku, kde je to bolí, ukázat na bolestivé místo rukou. Ovšem přesná lokalizace bývá už pro ně obtížná. Například při bolesti žaludku ukáží na celou oblast břicha. Při hodnocení bolesti u dětí se využívají zejména obrázkové a grafické metody jako např. obrázky dětských obličejů s odstupňovanou mimikou od výrazu spokojenosti přes výraz neutrální až k silně bolestnému výrazu obličeje, dále se užívá například teploměr bolesti aj.

V případě bolesti dítěte je typická reakce dospělých snaha dítě utiшит, aby dítě bolest neverbalizovalo, např. i po vážném úraze se má dítě „za pláč stydět“. Pramení to ze skutečnosti, že pokud dítě bolest verbalizuje, bývá často označováno za problémové nebo „hysterické.“ Ovšem pokud dítě nedává bolest najevo či si klidně hraje, bývá to mnohými dospělými interpretováno, jako by bolest neprožívalo. Nedostatečné tlumení bolesti u dětí narušuje důvěru pacienta k lékaři a zhoršuje chování dítěte. Většina neobvyklého či maladaptivního chování dětí trpící bolestí signalizuje potřebu pomoci (36).

Jisté je, že děti mají s bolestí méně zkušeností než dospělí, mají problémy s vyjádřením její intenzity a kvality a topologie. Děti často nechápou příčinu bolesti a mají horší schopnost jejího zvládnutí. Nedovedou se na bolest dobře připravit, potřebují dostatečnou sociální oporu. Brání se bolestivým výkonům někdy ze strachu z injekce bolest i zatajují. Ne zřídka mezi zdravotníkem a dítětem chybí určitá míra spolupráce, mnohdy to ovšem bývá vina samotných zdravotníků. Je nutné si uvědomit, že i děti velmi malé si všechny zážitky ukládají do paměti a negativní zkušenost s bolestí v útlém věku je může ovlivnit na celý život (28).

Mezi principy zvládání bolesti u malých pacientů na dětském oddělení lze zařadit kromě přítomnosti rodiče, jež je na prvním místě, také aktivní přístup zdravotníků a pedagogů, navázání důvěrného vztahu, zapojení dětského pacienta a jeho rodičů do péče, podpora jejich aktivity, dále odvádění pozornosti od bolesti např. abeceda pozpátku nebo tělesný pohyb např. sevření pěsti. Programy zaměřené na zvládání bolesti jsou obecně neúčinnější, jsou-li zaměřeny především na prevenci strachu a úzkosti. Při zvládání bolesti u dětí se využívá i dostatečná informovanost a maximální možná míra kontroly situace a dále může využít i relaxační hudby (11, 36).

1.7 Reakce dítěte na hospitalizaci

Změna v chování dítěte při hospitalizaci je stejně jako u dospělého jedince vyvolána změnou prostředí, odloučením a celou neobvyklou situací. Pokud je dítě ještě přijímáno do nemocnice bez doprovodu rodiče je možné k tomuto přidat ještě šok ze ztráty matky. Pro dítě je nejen choroba, ale i hospitalizace životní změna, na kterou se musí přizpůsobit. Obecně se dá říci, že nejobtížněji se přizpůsobují děti ve věku 18- 24 měsíců. Ovšem těžko se přizpůsobují bez ohledu na věk i ty děti, u nichž každá změna vyžaduje delší anebo velmi těžkou adaptaci. Po přijetí do nemocnice většina dětí prochází fázemi přizpůsobení se.

Proces adaptace dětí na nemocniční prostředí na základě sledování reakcí u 18 – 24 měsíčních dětí během pobytu v nemocnici detailně popsali J. Robertson a J. Bowlby. Zjistili tři typické fáze v chování dětí, odloučených od matek a umístěných v neosobním prostředí ústavů či nemocnice.

První fáze je charakterizovaná tím, že dítě křičí a zmítá sebou a čeká na základě své předchozí zkušenosti, že matka bude na jeho křik reagovat. Tato fáze byla nazvána *fází protestu*. Druhou fází je *fáze zoufalství*, kdy dítě pomalu ztrácí naději na přivolání matky, prožívá bezmocnost, je apatické, křičí méně a odvrací se od okolí ve stavu hluboké stísněnosti. Poslední třetí fáze je *fáze popření touhy po matce*. Dítě potlačí své city k matce, připoutá se k tomu, kdo ho ošetřuje anebo ztrácí vztah k lidem a upoutává

se spíše na věci. Vzbuzuje dojem přizpůsobeného dítěte, ve skutečnosti je to pouze obranná reakce, která může v dalším vývoji dítěte působit velmi nepříznivě (30, 31, 33).

Procesem adaptací dětí v nemocnici se zabývala i V. Zlámalová, která popsala také tři fáze adaptace dítěte na nové neznámé prostředí. Fázi *aktivního negativismu*, *fázi rezignace* a *fázi přizpůsobení* charakterizovala velmi podobně jako Robertson a Bowlby.

Podstatné je, že každá z těchto fází může u dítěte trvat různě dlouho a ne každé dítě musí projít každou z nich. Nejtěžší pro přizpůsobení je období do šesti let dítěte, které vyžaduje několikadenní adaptaci, přibližně tři až devět dní.

Podle průběhu adaptace se dají rozlišit tři typy dětí. Děti přizpůsobivé hned od počátku pobytu, které se cítí hned jako doma, děti přizpůsobující a dále děti nepřizpůsobivé po celou dobu pobytu v nemocnici.

Hospitalizace ne vždy musí poškozovat každé dítě v jeho vývoji. Většinou děti je hospitalizace dobře snášena, některé děti jsou nešťastné a jen některé mají trvalé následky, jež se projeví v jejich vývoji osobnosti. Mezi kladné stránky hospitalizace patří třeba to, že dítě se ocitá v odborné lékařské a ošetrovatelské péči, je pod stálým dohledem a v případě potřeby je pomoc stále po ruce. Dále je zde i výhoda psychologická, v nemocnici není takové rozčilení a rozechvění, jaké panuje obvykle v domácnosti, kde je někdo vážněji nemocen. Tudíž chování lékařů a sester poskytuje malému pacientovi spíše klid a jistotu, že „není tak zle“. Nemocnice je zařízení právě pro potřeby nemocných, oproti domácnosti, která je přizpůsobena lidem zdravým (30, 33).

Je možné, že nemocnice může přinést staršímu dítěti i řadu nových zajímavých poznatků. U některých dětí, které vyrůstaly v nevyspělém a zanedbávaném prostředí vlastní rodiny a neměly příležitost osvojit si potřebné hygienické návyky, může se nemocnice stát místem nápravy a nové orientace výchovy. Není ani vzácností, že pobyt v nemocnici vede u některých dětí ke zlepšení jejich neurotických obtíží nebo poruch chování, které byly vázány na citové konflikty v rodině či ve škole nebo na těžkosti zapojování do dětského kolektivu. Příkladem je, že při pobytu v nemocnici leckdy

vymizí noční pomočování, nechutenství a ustoupí zlostné výbuchy i agresivní projevy dítěte (30).

1.7.1 Hospitalismus

Pro výše uvedené kladné stránky nemocničního pobytu nesmíme ovšem zapomínat na nebezpečí, jež může hospitalizace dítěti přinášet. Pokud si bude každý zdravotnický pracovník těchto nebezpečí vědom, najde se snáze způsob, jak jim předcházet.

Hospitalismus neboli zvláštní „nemocniční nemoc“ patří k negativním vlivům hospitalizace dítěte. Už od začátku rozvoje dětských nemocnic si dětští lékaři všímali, že některé děti se v nemocnici neuzdravují tak úspěšně a rychle, jak by se dalo předpokládat. Naopak se objevovaly obtíže a komplikace. Tyto komplikace bylo možné vysvětlit jedině jako důsledek snížené odolnosti organismu pod vlivem nepříznivého duševního stavu dítěte (30).

Pojem hospitalismus se neobjevuje jen v souvislosti s pobytem v nemocnici, ale všude tam, kde se dítěti na počátku jeho životní dráhy nedostává dost vývojových podnětů a kde jsou děti ve stavu „duševní podvýživy“ nebo strádání. Jsou to děti vychovávané bez matky a bez rodiny v podnětově ochuzeném prostředí tedy v dětských domovech, léčebných zařízeních a v ústavech sociální péče.

Příčinou hospitalizmu je psychicko senzoričná deprivace, emocionální strádání a emocionální deprivace. Dítě je pasivní, nemá dostatek podnětů pro činnost. Ke vzniku hospitalismu mohou přispívat i zdravotničtí pracovníci, kteří nerespektují zásady individuálního přístupu. Chovají se autoritativně a nutí dítě k pasivnímu přizpůsobení se nemocničnímu režimu a tím mohou velmi přispět k vzniku hospitalismu (3, 30).

Hospitalismus má své projevy a to vývojovou regresi, odmítání interakce a komunikace, sklíčenost, pláč, hněv, agresivitu, ztrátu chuti k jídlu, úbytek hmotnosti, apatii, ztrátu zájmu o hračky, zaostávání po psychické stránce, „cucání“ palce ruky, tiky, stereotypní kývavé pohyby apod. Účinnou cestou, jak se bránit v nemocničním prostředí vzniku hospitalismu je dítě v nemocnici dostatečně stimulovat a uplatňovat

humanizovanou léčebnou péčí tzn. realizovat novodobé poznatky z vývojové a klinické psychologie v nemocničním provozu. Do nemocnice tedy nepřichází jen nemoc nebo jiný defekt, ovšem přichází s ním celé dítě. Dětské oddělení nemocnice tak přestává být pouze místem ošetřování, a léčebných zákroků, ale stává se i místem výchovy a psychologické péče (3, 33).

1.7.2 *Psychická deprivace*

„Definice psychické deprivace říká, že je to psychický stav, který vzniká v takových životních situacích, kdy dítěti není dána příležitost k uspokojení jeho základních duševních potřeb v dostatečné míře a po dosti dlouhou dobu.“ (Matějček, s. 76)

Je tedy pochopitelné, že hospitalizace dítěte v nemocnici může být jednou z takových situací, obzvlášť jedná-li se o pobyt dlouhodobý a je-li jím postiženo dítě v útlém věku. Psychická deprivace souvisí s psychickým vývojem dítěte.

Pro zdravý duševní vývoj dítěte v prvních měsících života je důležité, aby na dítě působilo přiměřené množství podnětů z okolí, a to tak, aby odpovídaly zralosti jeho nervového systému. Pokud se dítěti podnětů nedostává, centrální nervový systém nepracuje naplno, necvičí se a nerozvíjí. Důsledkem toho je, že i když se dítě později ocitá v prostředí bohatším na podněty nebude už schopno přivodit podnětů zpracovávat, nedokáže se vyrovnat s normálními nároky, dítě bude vývojově zaostávat (25, 30).

V kojeneckém věku, který je charakteristický tím, že se dítě učí, je důležité „žádoucí“ projevy dítěte upevňovat souhlasným chováním. Protože to, co je dítěti přirozené a příjemné má tendenci znovu opakovat. Jestliže tu však není někdo, kdo na úsměv dítěte reaguje též úsměvem a jeho první slovní projevy nenacházejí v okolí žádnou radostnou odezvu a jestliže touhy, přání a odpor končí bez odezvy, dítě bude těžko rozlišovat, mezi tím, co je žádoucí a co není. Dítě opět zaostává a je ohrožena i jeho základní schopnost učit se. Přibližně v sedmém měsíci se začíná utvářet tzv. specifický citový vztah dítěte k mateřské osobě. Dítě začíná dávat někomu zpravidla matce přednost před ostatními a velmi protestuje, je-li od této osoby odloučeno. Matka dává pocit jistoty, vědomí domova, pocit sounáležitosti se společenstvím lidí, kteří jsou vázáni citovými pouty a to se stává základnou pro další

sociální vývoj dítěte. Děti, které vyrostly v prostředí citově bohatém a vřelém jsou schopny později navázat pevná přátelství a mají předpoklad stát se dobrými životními partnery a šťastnými rodiči (25, 30).

Je-li situace opačná a dítě nemá dostatek příležitostí k navázání trvalých hlubokých a pevných citových pout je přirozeně ohrožen vývoj jeho osobnosti. Ve vyšším vývojovém stupni se dítě seznamuje se společenským životem od kruhu rodinného počínaje po široká lidská společenství konče. Dítě poznává základní společenské role, které nejprve napodobuje ve hře ale později je prožívá v přirozeném běhu života.

U dětí dlouhodobě umístěných v nemocnici vznikají nebezpečí na všech uvedených úrovních, neboť nemocniční prostředí bývá zařízeno účelově. Prostředí nemocnice bývá znatelně chudší na vývojovou stimulaci než prostředí rodiny (30).

1.7.3 Separáční úzkost

Nejdříve by bylo vhodné vymezit rozdíl mezi separací a psychickou deprivací. Jak je již uvedeno výše, psychická deprivace je stav, který vzniká v souvislosti s dlouhodobým pobytem dítěte v „ochuzeném“ životním prostředí, jehož následkem je dítě trpící nedostatkem smyslovým, citových a sociálních podnětů. Ovšem pojem separace se dá vysvětlit jako náhlé přerušování vztahů již vytvořených (30).

Poněvadž biologická závislost dítěte na matce se přetváří teprve v druhé polovině prvního roku života dítěte na závislost citovou, je možné předpokládat, že separace bude pro dítě zvláště tíživá nebo dokonce otřesná právě v době přibližně od 7. měsíce života a výše.

Stejně tak, jako si dítě utváří specifický vztah k matce, si velmi brzy vytváří vztahy k ostatním členům rodiny a všem, kdo se jím zabývají. Citovou vazbu pociťuje dítě i k prostředí domova, k atmosféře, která v rodině vládne, k věcem, které tam jsou, a ke svým hračkám. Proto každé nepřipravené vytržení dítěte z domova a umístění do nemocnice bývá narušením celé této složité soustavy vztahů a značnou zátěží pro celý organismus dítěte (30).

Od pojmu separace je možné přejít k pojmu separační úzkost, jež se dá definovat jako úzkostná reakce dítěte na skutečné či hrozící odloučení dítěte od matky eventuelně od jiné pro dítě důležité osoby. Vývoj separační úzkosti a procesu separace- individuace dítěte podrobně popsala ve svých klasických pracích M. Mahlerová (1975). Tento typ úzkosti může být reaktivován traumatickým zážitkem, ztrátou nebo odloučením v rodině, ale např. i úmrtím nebo přestěhováním kamaráda. Klinicky se tato patologická úzkost projevuje v době, kdy je dítě nuceno matku opustit, může se jednat i o odchod do školy. S pojmem separační úzkost se často setkáváme v souvislosti se školní docházkou, ovšem můžeme se s ní setkat právě i v souvislosti s pobytem v nemocnici (36).

O účinku separace rozhoduje na prvním místě věk dítěte, jelikož každé dítě, které prochází přirozeným vývojem za normálních okolností se postupně uvolňuje ze závislosti na matce a na rodině, až se stává samostatným dospělým jedincem. Nebezpečí separace tedy hrozí, je-li odloučení předčasné, postihuje-li dítě v batolecím nebo předškolním věku. Dítě je v tomto věku ještě pro osamostatnění nezralé a je silně závislé na matce, takže může při odloučení těžce strádat. A pokud se pak separace protáhne na delší dobu, může být podkladem psychické deprivace. Naopak dojde –li k situaci, že např. školní dítě je umístěno na čas do nemocnice, může toto odloučení od rodiny povzbudit jeho vývoj k samostatnosti.

Na druhém místě o účinku separace rozhoduje samostatná forma separace. Ta může být náhlá, postupná, úplná či částečná, dále krátkodobá i dlouhodobá. Na vzniku separace se podílí i konstituční temperamentové vlastnosti dítěte a jeho předchozí životní zkušenosti s podobnými situacemi. Možné je, že dítě může být dřívější separací připravenější, zkušenější a odolnější proti separaci další, ovšem pokud má špatnou zkušenost z minulosti může být citlivější a vnímavější vůči škodlivým vlivům separace pozdější (30).

Nesmí se zapomenout na skutečnost, že důležitou roli při separaci dítěte hraje chování ošetřovatelského personálu, kvalita náhradní mateřské péče, které se dítěti v době separace dostává a řada dalších okolností.

Nutno je dále zmínit i fakt, že postiženo není pouze dítě, ale i jeho rodiče. Stejně tak, jak je dítě separováno od matky, je separovaná matka od dítěte. Tudíž i u matky se může projevit separační úzkost a to nejen ve vztahu k nemocnému dítěti, ale i ve vztahu k ostatním členům rodiny a k ostatním lidem. Tím si lze vysvětlit, proč se někteří „rozumní“ rodiče při hospitalizaci svého potomka chovají nerozumně ve vztahu k lékařům, ošetřujícímu personálu, léčebným doporučením a předpisům (30).

1.8 Ošetřovatelský proces na dětském oddělení a jeho specifika

Hovoříme-li, o ošetřovatelském procesu obecně dá se definovat následovně: „Ošetřovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče. Ošetřovatelský proces je cyklický, což znamená, že jeho složky následují za sebou v logickém pořadí, ale v jednom určitém čase může být v činnosti víc než jedna složka.“(20 s.166)

Ošetřovatelský proces má celkem pět částí. Jednotlivými částmi jsou posuzování, diagnostika, plánování, realizace a zhodnocení. Ošetřovatelský proces lze aplikovat na jednotlivce, rodinu ale i společnost.

Rodina a to hlavně u dětského pacienta hraje výraznou roli při získávání informací a hodnocení pacienta, neboť blízcí příbuzní mohou být velmi užitečným informačním zdrojem. Při rozhovoru s nimi může dojít k doplnění a objektivizování údajů, které jsme nebyli schopni získat od pacienta samotného. Rodina se ovšem uplatňuje i ve všech následujících fázích ošetřovatelského procesu. Tudíž navázání dobrého kontaktu s rodinou má také velmi dobrý terapeutický vliv, neboť za podpory rodiny nemocný zpravidla lépe spolupracuje se zdravotníky (20, 39).

„Ošetřovatelský proces u dítěte lze souhrnně charakterizovat jako jednotu příznivě působících vlivů na osobnost dítěte s poměrným zastoupením složky zdravotní, vývojové a výchovné.“(47 s.136).

Plánování procesu má vycházet ze sběru dat, promyšlení ošetřovatelských činností a jejich realizace, v závěrečné fázi zhodnocení výsledků a plán dalších postupů.

Pediatrické ošetřovatelství má svá specifika a to přesto, že u některých ošetřovatelských aktivit lze najít obdobu s ošetřováním dospělého (hlavně u staršího dítěte).

V chování dítěte lze najít jisté odlišnosti od chování dospělého. Dítě se zpravidla ve svém chování řídí přítomností a jedná emotivně (nikoli rozumově), neovládá sociální a komunikativní dovednosti jako dospělý jedinec, nepředvídá události, nemá vypracované sebeobslužné dovednosti. A hlavně v neznámém prostředí a bez přítomnosti rodičů se cítí ohroženo (47).

Dále je u ošetřování dítěte důležité dbát na mateřský přístup k dítěti a zajistit dítěti bezpečnost. Všechny diagnostické i terapeutické zákroky je důležité dobře připravit a velmi šetrně je provést, aby se nemusely opakovat a nemusel se znovu vyvolávat zbytečný stres a bolest dítěti. Dítě snáší bolest mnohem hůře než dospělý jedinec. Zdravotničtí pracovníci by u dětského pacienta měli být ohleduplní k prožívání bolesti, v jejich jednání by měla převládat snaha o trpělivý přístup a uklidnění dítěte.

V neposlední řadě se při hospitalizaci dítěte nesmí zapomínat na rozvíjení hygienických návyků dítěte, péči o vhodné stravování dítěte, dostatek spánku, neboť dětský odpočinek je "posvátný". Ne zřídka trpí dítě v nemocnici nechutenstvím. Ošetřovatelská péče musí být přizpůsobena individuálním a věkovým zvláštnostem dítěte (16).

1.8.1 Způsobilost pro práci dětské sestry

Výchova a vzdělávání dětských sester, odborníků na poskytování ošetřovatelské i výchovné péče dětem, má v Evropském regionu více než 100 letou tradici. V pramenech ošetřovatelské literatury lze najít i přímé souvislosti s úsilím zakladatelky ošetřovatelství Florence Nightingalové, zaměřené na zlepšení přístupu k ošetřování hospitalizovaných dětí, budování dětských nemocnic a výchovu sester pro péči o děti (50).

V období po druhé světové válce až do roku 1996 se dětské sestry vzdělávaly na středních zdravotnických školách ve čtyřletém nebo dvouletém pomaturitním studiu. V roce 1996 došlo ke změně a byly schváleny učební dokumenty oboru diplomovaná

dětská sestra pro Vyšší zdravotnické školy. Toto studium trvalo 3 roky a bylo ukončeno absolutoriem a získáním diplomu Diplomovaný specialista se zkratkou Dis.

Vstupem naší země do Evropské unie se zcela změnilo i začlenění povolání dětských sester. Česká republika přistoupila k naplňování požadavků EU týkajících se vzdělávání a kompetencí k výkonu nelékařských profesí. V této souvislosti bylo nutno učinit podstatné změny legislativy, upravující způsobilost nelékařských zdravotnických povolání (50, 52).

Vyhláška č. 77/1981 Sb., která vycházela ze zákona č. 20/1966 Sb., o péči a o zdraví lidu, ošetřovala způsobilost zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků ve zdravotnické profesi. V roce 2004 však pozbyla platnosti zněním vyhlášky MZ ČR č. 393/2004 Sb. a byla nahrazena u nelékařských profesí zákonem č. 96 z téhož roku, který upravuje podmínky získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (tj. zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

Zákon 96/2004 Sb. přináší také změny pro uznávání kvalifikace. Uvádí jako jedinou ošetřovatelskou profesi, která má způsobilost k výkonu povolání bez odborného dohledu, všeobecnou sestru. Dětské diplomované sestry a dětské sestry podle tohoto zákona nabývají způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry, diplomovaná dětská sestra má v zákoně uvedenu specializovanou způsobilost. Zákon ruší přípravu sester v kvalifikačním studiu na vyšších zdravotnických školách, a to od 1. září 2004 počínaje prvním ročníkem. Poslední diplomované dětské sestry ukončily studium v roce 2006. Příprava dětských sester se posouvá do specializačního vzdělání pro všeobecnou sestru jakožto jedna z forem celoživotního vzdělání (50, 52).

Podle nařízení vlády č. 463/2004 Sb., jeho přílohy, je dětská sestra označením odbornosti pro získání specializace v ošetřovatelské péči v pediatrii. Příprava kvalifikované dětské sestry dle nové legislativy představuje, že se podstatně prodlouží doba vzdělávání pro přípravu dětské sestry, a to tak, že budoucí sestra po ukončení základní školy a získání maturitní zkoušky na střední škole bude muset pokračovat 3-4 letým studiem programu všeobecné sestry na vyšší zdravotnické škole nebo

bakalářským studiem na vysoké škole. Po ukončení studia na střední i vyšší odborné škole by dle Zákoníku práce měly následovat jeden až dva roky odborné praxe. Dále je pro sestry možné pokračovat v modulovém programu specializačního vzdělávání. Po splnění všech podmínek absolvování atestační zkoušky, získává sestra doklad o vykonání atestační zkoušky tedy diplom dětské sestry specialistky.

Dále změny týkající se výkonu nelékařských zdravotnických pracovníků vymezují nové nebo upravené požadavky na výkon a nové povinnosti stanovené zákonem. Podmínka pro vykonávání stanovených povolání bez odborného dohledu je získání osvědčení k výkonu profese bez odborného dohledu a registrace v registru zdravotnických pracovníků (52).

Výkon profese bez odborného dohledu je přesně definován v § 4 v odstavci 3 zákona č. 96.

„Za výkon povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu se považuje výkon činností, ke kterým je zdravotnický pracovník způsobilý na základě indikace lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta a které provádí bez ohledu na přítomnost nebo dosažitelnost rady a pomoci lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta“ (49).

Tento zákon a prováděcí právní předpis (tj. vyhláška MZ ČR č. 424/2004 Sb.) stanoví činnosti, které zdravotnický pracovník může vykonávat i bez indikace lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta. Součástí výkonu povolání bez odborného dohledu je též kontrolní činnost podle zvláštního právního předpisu.

Stejně jako předchozí právní norma, ukládá zákon č. 96/2004 Sb. povinnost celoživotního vzdělávání. Dále i uvádí formy celoživotního vzdělávání a to specializační vzdělávání, certifikované kurzy, inovační kurzy, odborné stáže a akreditovaných zařízení, účast na různých konferencích, školicích akcích, kongresech a sympoziích. Mezi formy celoživotního vzdělávání se řadí i publikační činnost, pedagogická i vědecko-výzkumná činnost, a samostudium odborné literatury. (49, 52).

1.8.2 Úloha sestry na dětském oddělení

Dětská sestra má své nezastupitelné místo v oboru pediatrie, neboť se podílí v rámci svých kompetencí na komplexní péči o dítě od narození až do skončeného

19. roku života ve všech zdravotnických zařízeních. Její práce spočívá v organizaci a řízení ošetrovatelské péče v pediatrii. Dětská sestra ošetřuje zdravé i nemocné děti včetně novorozenců i adolescentů. Zaměřuje se na spolupráci s rodinou, protože jejím cílem je zapojit rodinu do léčebného procesu a preventivní a výchovné péče (37).

Poskytování odborné ošetrovatelské péče dětem i adolescentům má své individuální zvláštnosti, proto je velmi náročné na osobnostní vlastnosti a profesionální kompetence poskytovatele. Dále proto, že prožívání poruch zdraví, onemocnění a případná hospitalizace ve zdravotnickém zařízení je u dětí různého věku zcela odlišné a specifické. Velmi výstižně se vyjádřil k ošetřování dětí německý pediatr, profesor Schlossmann, jehož historický výrok je aktuálním poučením, kterým bychom se měli řídit v dnešní době: „Děti nejsou žádným zmenšeným vydáním dospělých. Dětská péče je něco podstatně jiného než péče o dospělé.“(50 s. 206)

Děti jsou vždy úrazem nebo nemocí zasaženy v dynamickém procesu růstu a vývoje. V souvislosti s tím se mění hierarchie jejich potřeb, intenzita jejich pocíťování a způsob, jakým je značen jejich deficit. Dětská sestra musí vždy, hlavně však u malých dětí počítat s nedobrovolným vstupem dítěte do zdravotnického zařízení, neboť dítě se v něm ocitá na základě rozhodnutí a souhlasu svého zákonného zástupce. Získání důvěry dítěte a motivaci ke spolupráci při diagnosticko - léčebném procesu vyžaduje mnohdy veliké úsilí.

Úlohu sestry v ošetrovatelské péči vymezují teoretické modely ošetrovatelství, které jako abstraktní konstrukce pomáhají sestře shromažďovat informace a ošetrovatelskou anamnézu, dále plánovat ošetrovatelskou péči, zjišťovat problémy související s klinickou praxí a studovat výsledky ošetrovatelských činností a zásahů. Model funkčního zdraví M. Gordonové vychází z hodnocení kvality zdraví jedince, a to z hlediska funkčního stavu jeho organismu. Tento model je založen na interakci jedince a prostředí a vyjadřuje jeho bio-psycho-sociální celistvost. Sestra jej používá při sběru informací a sestavování ošetrovatelské anamnézy např. u kojence a jeho rodičů tak, že do dvanácti základních oblastí vkládá informace a výpovědi rodičů dále informace o rodičích a údaje získané pozorováním dítěte. Poté v ošetrovatelských diagnózách dle

NANDA systému vyjadřuje dysfunkční stav zdraví dítěte a dle kritérií funkčního zdraví připravuje plán individualizované péče, cíle a úspěšnost péče (18).

Dětská sestra se stává psychickou oporou dětem i rodičům v účinném zvládnání obtíží, které nemoc dítěte přináší a ocitá v situacích, kdy jsou všechny medicínské možnosti vyčerpány a je nucena akceptovat nezvratitelný osud dítěte. V této situaci se od ní očekává péče založená na profesionálním doprovázení umírajícího dítěte i jeho rodiny. Důležité je ale také, aby sestra „chtěla“ dítěti pomáhat, měla prostor pro svou pomoc a uměla ji účinně poskytnout (40, 50).

„Dětská sestra je při výkonu povolání konfrontována celou řadou situací a problémů etického charakteru. Týkající se například narození a budoucí kvalita života postiženého dítěte a osudu jeho rodiny, možností pomoci dítěti týranému, zanedbávanému a zneužívanému a výskytu chudoby dětí v protikladu s jejich právy na rovnost šancí podle Úmluvy o právech dítěte.“(50 s. 205).

Úkoly dětské sestry lze rozdělit do dvou stěžejních oblastí, za prvé jsou to úkoly související s posilováním a upevňováním zdraví dětí a mládeže včetně vedení rodičů ke správné výchově a péči a za další je to včasné hledání rizik. Dětská sestra je vzdělaná tak, aby nejen citlivě reagovala na vývojové zvláštnosti potřeb dítěte a vhodně volila výchovné a ošetrovatelské činnosti, ale i poučila i naučila matku nebo rodiče zodpovědné péči o dítě, především raného věku.

Působení dětské sestry již není soustředěno pouze na děti nemocné, nýbrž společenské významnosti stále více nabývá potřeba jejího výchovného a preventivního působení v období nejranějšího dětství tj. výchova dětí od narození do tří let, dále začíná být potřebná její spolupráce i na poradenské a návštěvní službě v rámci ordinace praktického lékaře pro děti a dorost (50).

Zdravotní výchova dětí a mládeže je jednou z priorit v péči o zdraví Světové zdravotnické organizace. Dětská sestra v ní zaujímá důležité postavení. Kompetence dětské sestry v prevenci a zdravotní výchově jsou legislativně stanoveny v § 51, odst. 1 vyhlášky č. 424/2004 Sb., která přesně vymezuje činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků a to tak, že např. v bodu pět stojí, že sestra sleduje psychomotorický vývoj dítěte, činí opatření k zamezení vzniku psychických deprivací,

dále vhodným výchovným přístupem předchází negativním vlivům v dalším vývoji dítěte. Nebo například bod osm říká, že sestra edukuje rodiče v péči a výchově o děti v jednotlivých vývojových obdobích, pomáhá jim řešit zdravotní i sociální problémy atd. (48, 51).

V praxi to znamená, že dětská sestra vede rodiče ke správnému a vhodnému organizování režimu dne dítěte, neboť to co v současné době rodičům nabízí reklama, komerční trh nebo mediální vzory osobností často neodpovídá potřebám dítěte, které jeho matka neumí nebo se nesnaží citlivě vnímat a uspokojit. Dále dětská sestra ukazuje rodičům, jak pěstovat hygienické návyky a jak postupně pěstovat soběstačnost dítěte v úkonech sebeobsluhy a jak zdravě rozvíjet jeho pohybové dovednosti a rozumové schopnosti. A to vše v atmosféře radostného prožitku a prohlubování vzájemného citového stavu.

1.8.3 Komunikace s dítětem

Dětský pacient je velmi citlivý, křehký a zranitelný tvor a toho jsou si dětští lékaři vědomi. U dětského pacienta se většinou účastní léčby také dětský psycholog, jehož rada velmi prospěšně též upravuje postoje a přístupy rodičů a pomáhá najít správnou cestu a účelná řešení. Psycholog mnohdy i lépe naváže vztah s dítětem a pomocí metod například kresby může u dítěte včas rozpoznat změny v jeho psychickém vývoji.

Dítě přichází do zdravotnického zařízení se strachem a své onemocnění vnímá více emocionálně než rozumově. Pro zdravotníky přicházející do kontaktu s dětskými pacienty je komunikace o to náročnější, proto musí velmi dobře znát a ovládat zásady a způsoby profesionální komunikace.

Než přejdeme k tomu, jak s dítětem komunikovat, je důležité si objasnit na jakém komunikačním stupni se dítě nachází v jednotlivých fázích vývoje. Počátek komunikace u vyvíjejícího jedince je již v období prenatalním, kdy probíhá neverbální komunikace mezi matkou a plodem tj. reakce na zvuky, na matčin stres, na nevhodnou polohu apod. S dítětem je tedy možné navázat něžný a intenzivní vztah ještě dříve, než dojde k narození a prvnímu skutečnému doteku. V kojeneckém období pak převažuje

neverbální komunikace, kdy velmi brzy dítě napodobuje mimiku, komunikuje svým tělem (např. ve 3. měsíci – „komplex oživení“). Dětský pacient v kojeneckém věku má jisté řečové projevy – broukání, žvatlání, první slabiky a slova. Většinou do dvou let začíná být mimoslovní úroveň komunikace doplňována slovně. V období od dvou do sedmi let dochází k postupnému porozumění morálním pravidlům a sociálním konvencím. Po sedmém roce se u dítěte rozvíjí i schopnost samostatně vytvářet určitá pravidla a uzavírat dohody o jejich dodržování. Od dvanácti let si děti vytváří svá pravidla pro situace, se kterými se setkávají poprvé (29).

V komunikaci s dítětem má nezastupitelnou roli kromě laskavosti a vlídných slov také dotek. Lidský dotek ve chvílích akutní tísně může být pro dítě velkou útěchou. Sestra však musí citlivě poznat, kdy se nemocného dítěte může dotknout. U doteku rozeznáváme dvě formy. Dotek funkční při výkonu různých postupů v medicíně a dotek terapeutický, kdy se zdravotníci snaží uklidnit a utišit nemocného. Jak je již zřejmé, nejčastěji se terapeutický dotek používá právě na dětských odděleních (26, 42).

Při komunikaci s dětmi by se měl zdravotník vyvarovat několika chyb. Za prvé malým dětem se dávají prosté rady bez užití slov „musíš“, „nesmíš“ Takže místo: „Toho medvídka nesmíš nosit z pokoje.“ Je vhodné použít větu: „Toho medvídka nech tady v pokoji, protože by se ti mohl venku poškodit.“ Dále by zdravotníci neměli dítěti vše příliš do hloubky vysvětlovat, neboť malé děti mají rády stručné a jasné pokyny. Až přibližně kolem třináctého roku začínají s rodiči i zdravotnickým personálem diskutovat a filozofovat. Chybou někdy také bývá tzv. předpokládání, které je založeno na domněnce, že jisté věci jsou jasné a není třeba o nich s dítětem mluvit. U dětí není radno předpokládat, že si něco domyslí, když po nich něco chceme, měli bychom jim to říct přímo – na rovinu. I vyjadřování soucitu dítěti by mělo mít své zásady, např. při úraze nebo vyčerpání z bolesti není vhodné příliš mluvit, ale spíše dítě přivínout k sobě a počkat, až přestane plakat. Ale pláč nezakazujeme! Není dobré ani vyjadřovat soucit větami začínajícími: „Ty můj chudáčku...“ Důležité je pamatovat na to, že zvládnutí zátěže vede dítě k vytváření odolnosti.

Podmínky profesionální komunikace sestry platí i pro komunikaci s dětským pacientem. Sestra i dítě musí chtít komunikovat dále oba musí umět komunikovat a oba by měli mít možnost komunikovat (29).

1.8.4 Komunikace s rodiči

Komunikaci je možné definovat jako sdělování informací prostřednictvím nejrůznějších signálů a prostředků. Je to proces, ve kterém se vyměňují mezi dvěma či více lidmi informace, sdělení a pocity za použití verbálních a neverbálních znaků. Ve výkladových slovnících je uvedeno, že komunikace je způsob nebo prostředek, který napomáhá k dorozumění nebo také spojení. Spojení zahrnuje i možnost spolenectví. A pravdou je, že rodič a lékař by měli být spojenci na společné cestě. Měli by mít i společný cíl cesty a to nejrychlejší možné uzdravení nemocného dítěte (14, 42).

„Mezi pojmy, které tvoří podstatu komunikace a utváření vztahů, patří pozornost, poslouchání, vnímání, zájem, objevování (poznávání), akceptování, empatie, opravdovost a úcta.“ (26 s. 44)

Zdravotničtí pracovníci jsou skupinou profesionálů, kteří pracují v tzv. interpersonálních oborech tedy značnou část dne stráví v kontaktu s jinými lidmi. Proto je pro ně velmi důležité studovat mezilidské vztahy, naučit se jednat s lidmi i v nejsložitějších situacích a v tomto umění se celoživotně vzdělávat a zdokonalovat. Zejména sdělování závažné diagnózy a jednání s rodiči, jejichž nemocné dítě je hospitalizováno v nemocnici k velmi složitým situacím bezesporu patří (42).

Při mnoha ošetrovatelských činnostech, např. při příjmu nemocného, přeložení a propuštění dětského pacienta, předoperační a pooperační péči, instruování dítěte a přípravě na všechny lékařské i ošetrovatelské zákroky, musí sestra zahajovat, podněcovat a udržovat vhodnou komunikaci nejen s dětským pacientem, ale i s rodičem a musí tak učinit jasně a jednoznačně (26).

Jelikož je v současnosti široce přijímán názor, že účinně vedená komunikace s pacientem je jádrem kvality poskytované zdravotní péče a základním nástrojem, kterým lékař navazuje vzájemný vztah s pacientem ve snaze dosáhnout příznivého léčebného efektu. V případě hospitalizace dítěte společně s rodičem je nutné, aby se lékař snažil navázat vzájemný vztah nejen s dítětem ale i s jeho rodičem. Rodiče, kteří

se setkávají ve zdravotnických zařízeních s dobrou interpersonální komunikací, budou spokojenější s poskytovanou zdravotní službou a budou lépe spolupracovat s lékařem a ostatním zdravotnickým personálem, protože lépe pochopí jejich doporučení a rady.

Přejdeme-li již k praktické stránce, prioritou komunikace je, co a proč chceme něco říci. Velmi důležité je však také, v jakém prostředí a jakým způsobem je informace podána. Například závažné výsledky vyšetření není vhodné rodiči sdělovat na pokoji před ostatními pacienty během vizity, kde se taková informace okamžitě stane kolektivním vlastnictvím. Zvláště nepříznivé zprávy vyžadují sdělení v soukromí a sdělovat by je měl člověk, jež je vybaven značnou mírou empatie a velmi dobrými komunikačními schopnostmi (14).

Dále je nutné u zdravotníků zdůraznit dovednost aktivního naslouchání dítěti i jeho rodičům, jakožto doprovodu dítěte. Umět naslouchat a vhodně klást otázky zůstává stále základním uměním jak v medicíně, tak v ošetrovatelství, neboť je opakovaně zjišťováno, že by bylo možné ušetřit četná nákladná vyšetření i zátěž nemocného, kdyby bylo věnováno více času účinné komunikaci s pacientem.

Další problémy v průběhu komunikace mohou vznikat, když zdravotník a dětský pacient a jeho doprovod nemluví stejnou řečí. Nejde o vzácnou situaci, často se stává, že doprovod nerozumí terminologii, kterou lékař použije, aniž si toho je sám vědom. Proto je velmi důležitá tzv. zpětná vazba (feedback), pomocí které lékař popř. ošetrovatelský personál zjistí, zda mu rodič dítěte rozumí, čeho se obává a jak se na danou situaci dívá. Dále v komunikaci hraje stěžejní roli dostatek času a v neposlední řadě styl, kterým komunikujeme (14, 42).

„Komunikační styl je nesmírně důležitý. Pod drsnou skořápkou může být možná skryto dobré jádro, ale pokud si na skořápce vylámu zuby, nikdy se o jádru nic nedozvím a navíc mi zůstane pocit, že mi ta skořápka ublížila.“(13 s.141)

1.9 Organizace nemocniční péče v ČR

Dětské lékařství je obor zabývající se vyvíjejícím jedincem tvoří základní článek komplexní péče o dítě a podle potřeb poskytuje péči ambulantní a lůžkovou. Svým

rozsahem největší objem zdravotnických služeb zaujímá ambulantní primární péče. V případě nutnosti řešit závažné stavy ohrožení zdraví nebo života na primární péči navazuje nemocniční lůžková péče. Lůžková pediatrická péče je tvořena sítí dětských oddělení, které jsou součástí různých typů nemocnic. Nemocnice s dětským oddělením mohou být územní, soukromé nebo přímo zřízené ministerstvem zdravotnictví. Péče poskytovaná dětskými odděleními se dá rozdělit na péči ambulantní, základní i specializovanou diagnostickou a léčebnou, jejíž součástí jsou i preventivní opatření (19, 37).

Nemocniční péče se dělí na standardní, intenzivní a dlouhodobou. Dětská oddělení jsou většinou tvořena třemi základními stanicemi, a to oddělením kojenců a batolat, oddělením větších dětí a novorozeneckým úsekem. Dále dětská oddělení využívají konziliárních (poradních) služeb všech specialistů a odborníků dalších oborů zastoupených v nemocnicích. Při dětských odděleních též fungují odborné poradny např. nefrologie, kardiologie, revmatologie a jiné.

V odůvodněných případech jsou dětské pacienty předávány k hospitalizaci z dětských oddělení okresních nemocnic na oddělení krajských nebo fakultních nemocnic, neboť při dětských odděleních krajských nemocnic nalezneme také jednotky intenzivní a resuscitační péče. Lůžková oddělení fakultních nemocnic nabízejí navíc i péči v rámci nadregionálních či celorepublikových center, např. pro kardiochirurgii, transplantace, specializovanou chirurgii novorozeneckého a kojeneckého věku (19, 37).

1.9.1 Aspekty hospitalizace

Také nemocnice má svou atmosféru, kterou vytvářejí zejména vzájemné kontakty lidí na pracovišti a kterou je dítě schopno bezpečně vnímat. Dětský pacient přichází do neznámého prostředí. Jeho životní postoj se tímto najednou zúží na nemocniční pokoj, někdy dokonce pouze na lůžko a stolek. Pokud nemá omezen pohybový režim má ještě k dispozici prostory jídelní, učební a herní. I přesto, že ze stěn již mizí bílá barva a je nahrazena odstíny pastelové barvy mnohdy dokonce obrázky zvířátek nebo oblíbených dětských postavíček, prožívá dítě v prvních chvílích pocity omezenosti a bezmocnosti. Dítě může i špatně snášet odloučenost od blízkých

a kamarádů. Po chodbách dětského oddělení chodí lékaři a sestry, na vedlejších postelích leží neznámé děti. Při přizpůsobení se nemocničnímu režimu a rovněž tak i v navazování nových přátelských vztahů do značné míry záleží na schopnostech a míře adaptability dítěte (34).

1.9.2 Přítomnost doprovázející osoby

Při hospitalizaci dítěte je obrovským přínosem přítomnost jednoho z rodičů. Nejčastěji touto osobou bývá matka, jelikož je zpravidla dítěti na blízku od narození a mívá s dítětem nejintenzivnější vztah. Dítě při společné hospitalizaci s matkou je klidnější, netrpí úzkostí a dochází ke zmírnění nepříznivého působení neznámého prostředí na jeho psychiku. Velký vliv na uzdravování dítěte má zejména pocit jistoty a bezpečí, které mu matka poskytuje.

Matka sama doprovází svého potomka a je přítomna při všech vyšetřeních a zná ihned jejich výsledek, účastní se i vizit, takže je plně informována o zdravotním stavu a způsobu léčby potomka.

Při společné hospitalizaci matky a dítěte se dostává sestra do situace, kdy musí současně poskytovat své služby dvěma klientům. Zároveň je však sestra vystavena obrovské konkurenci ve smyslu autority pro dítě. V tomto pomyslném trojúhelníku vztahů dětská sestra – dítě – doprovázející osoba nemůže za každou cenu sestra usilovat o prosazení své dominantní pozice u dítěte, jelikož pro dítě z přirozených zákonitostí je matka vždy na prvním místě. Nelze tedy produkovat ovzduší rivality o přízeň dítěte, ale je naopak nutné navázat vzájemný vztah důvěry a spolupráce mezi dětskou sestrou a matkou (45, 50).

Dále přítomnost matky s sebou přináší, že je sestra pod trvalým a bedlivým dohledem a matky se tak občas mohou stát pro sestru stresujícím faktorem, zátěží. Citová angažovanost matek a obava o jejich dítě může až bránit v pochopení provozu oddělení. Proto se musí stále dbát na zlepšování komunikace mezi rodiči a sestrou, ale i sestrou a lékařem.

Přítomnost maminky na oddělení může mít ale také negativní stránky, a to že matky bývají občas nepoučitelné v dodržování hygienických návyků a nerespektují

provozní řád oddělení. Někdy se stává, že nevhodně zasahují do péče jiných dětí a přitom se nevěnují dostatečně péči o své dítě. Bývá překvapivé, že jsou typy matek, které si s dětmi nehrají, nechtou jim, nedokážou je uklidnit ani zabavit (45).

1.9.3 Herní a vzdělávací aktivity u dětí v nemocnici

Každé dítě má mít možnost hrát si a vzdělávat se, a to i pokud je přijato do zdravotnického zařízení k hospitalizaci. Podle Listiny základních práv a svobod, Úmluvy o právech dítěte i podle Charty práv dětí v nemocnici mají děti právo na přiměřený růst a vývoj a zároveň i na vzdělávání. Proto již mnoho let existují v naší zemi Speciální školy při nemocnici, které poskytují vzdělávání nemocným dětem, jedná-li se o žáky základní školy, a výchovnou péči dětem věku předškolního.

V posledních letech se začali objevovat na některých dětských odděleních noví odborníci tzv. herní specialisti. Náplní práce herního specialisty je pečovat o dobrých psychický stav dětí i jejich blízkých a reagovat na jejich individuální potřeby. Dále seznamuje dítě i jeho rodiče s nemocničním prostředím a stará se o vyplnění volného času dětí různými druhy herních aktivit. Někdy herní specialista působí jako komunikační most mezi dítětem a jeho rodiči a zdravotnickými pracovníky (21, 37).

Hra je neodmyslitelnou součástí dětství, neboť je pro děti důležitým faktorem růstu a zdrojem velké radosti. Pro dítě v nemocnici je hra obzvláště důležitá. Pomocí napodobivé hry a hraček děti lépe poznají vše, co jim dospělí popisují neznámými slovy a co v nich vzbuzuje strach a úzkost související s pobytem v nemocnici. Prostřednictvím řízené neboli edukační hry mohou děti porozumět vlastní nemoci a všemu, co se s nimi v nemocnici děje. Naopak volná hra přináší dětem radost, potěšení, a pomáhá získat sílu a sebedůvěru. Hra je pro dítě i vhodnou příležitostí, jak se seznámit s ošetřující sestrou nebo lékařem. A v neposlední řadě děti, které si mohou v nemocnici hrát jsou mnohem uvolněnější a lépe komunikují (37).

Zkušenosti ovšem dokazují, že nemocné děti si většinou samy spontánně nehrají. Potřebují, aby jim pečující personál aktivně nabízel příležitosti ke hrám a pomohl jim se do hry plně zabrat. Nepracuje-li na dětském oddělení herní specialista, je pro ošetřující tým těžké a velmi časově náročné uspokojit všechny „herní „ potřeby dětí. Je tedy velmi

důležité, aby sestra hru a herní prvky zapojila do ošetrovatelských intervencí. Hra sestře může pomoci navázat kontakt s dítětem, získat jeho důvěru, vysvětlit chystaný zákrok, zklidnit popř. ukonejšit dítě po nepříjemné proceduře.

Stejně tak jako herní aktivity je pro hospitalizované děti ve školním věku velmi důležité duševní zaměstnávání. Řadu potíží nemocných dětí v prostředí nemocnice odstraňuje škola při nemocnici, jelikož nejúčinnější cestou k udržení dobrého psychického stavu je právě vhodné zaměstnávání dítěte. Vyučované děti v nemocnici neztrácejí základní učební návyky a nezapomínají probrané učivo a k tomu získávají i nové poznatky. Obzvláště u dětí dlouhodobě nemocných vyučování ve škole při nemocnici výrazně usnadňuje návrat do školního kolektivu. Přínosem je i to, že nezřídka pedagog může pomoci lékaři svým pozorováním dítěte. Mezi pedagogické a terapeutické aktivity též patří ruční práce, kreslení, vystřihování, modelování. Tyto aktivity pomáhají při obtížné rehabilitaci po úraze a operacích rukou nebo nohou, po operacích či úrazech očí, dále při parézách jako následcích po zánětech centrálního nervového systému apod. (34).

Nemocniční prostředí vytváří specifické podmínky pro vyučování a práci učitele, neboť musí být především respektován léčebný proces dítěte. Výuka se podřizuje dennímu režimu na oddělení (vizity, odběry, převazy aj.) a nenadálým změnám jako může být například zpoždění vizity. Zároveň učitel v nemocnici není dopřáno prožít uspokojení z odvedené práce a sledovat vývoj znalostí dětí po celý rok. Ovšem učitel si plně uvědomuje, že jeho práce má kromě výchovně vzdělávacího poslání také terapeutický význam, který je tolik potřebný v ozdravném procesu.

2 Cíl práce, hypotézy a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cílem mé práce bylo zjistit spokojenost s ošetrovatelskou péčí o hospitalizované dítě z pohledu doprovázející osoby.

2.2 Hypotézy

- H1. Doprovázející osoba je spokojena s ošetrovatelskou péčí o dítě v nemocnici.
- H2. Doprovázející osoba je spokojena s přístupem všeobecných sester .
- H3. Doprovázející osoba se při pobytu s dítětem v nemocnici cítí dostatečně informována o léčebném režimu dítěte.
- H4. Doprovázející osoba je spokojena s úpravou prostředí v nemocnici.

2.3 Výzkumné otázky

1. S čím jsou nejvíce spokojeny doprovázející osoby při společném pobytu s dítětem v nemocnici?
2. Co označují doprovázející osoby jako největší negativum při společné hospitalizaci s dítětem?

3 Metodika výzkumu

3.1 Použité metody a techniky

V empirické části diplomové práce bylo použito kvantitativního a kvalitativního šetření. Kvantitativní šetření probíhalo pomocí dotazníkového šetření. Dotazník obsahoval celkem 25 otázek, z nichž bylo 20 otázek uzavřených, 4 otázky otevřené a jedna polootevřená. V případě, že dotazované byly respondentky neonatologického oddělení byl použit modifikovaný dotazník, ve kterém chyběla otázka č.17. Dotazník byl zaměřen na spokojenost s ošetrovatelskou péčí o hospitalizované dítě. Získaná data byla graficky vyhodnocena v programu Microsoft Excel 2000 a pomocí třídění druhého stupně byla data rozdělena podle nemocnic. Kvalitativní šetření probíhalo technikou hloubkového rozhovoru. Formou nestandardizovaného rozhovoru byly získány informace a za použití diktafonu byly zaznamenány. Při rozhovorech byly použity rámcové otázky (viz příloha 2). Následně byly rozhovory přepsány. Výzkum byl realizován v období červen - červenec roku 2008.

3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Jako zkoumaný vzorek byly zvoleny doprovázející osoby, které byly společně hospitalizované s dítětem v nemocnicích Jihočeského kraje. Do výzkumu byly zapojeny všechny nemocnice Jihočeského kraje tj. Nemocnice Český Krumlov, a.s., Nemocnice Prachatice, a.s., Nemocnice Písek, a.s., Nemocnice Strakonice, a.s., Nemocnice Tábor, a.s. dále Nemocnice Jindřichův Hradec, kde kromě dětského oddělení bylo zapojeno i oddělení ORL a Nemocnice České Budějovice a.s. Na dětském oddělení v Nemocnici České Budějovice, a.s. byl výzkum odmítnut. Do výzkumného vzorku byly přiřazeny i respondentky neonatologické oddělení úseku intermediární péče pro nedonošené a patologické novorozence v Nemocnici České Budějovice, a.s., neboť zde je délka hospitalizace respondentek delší a v souvislosti s tím jsou jejich připomínky nesmírně

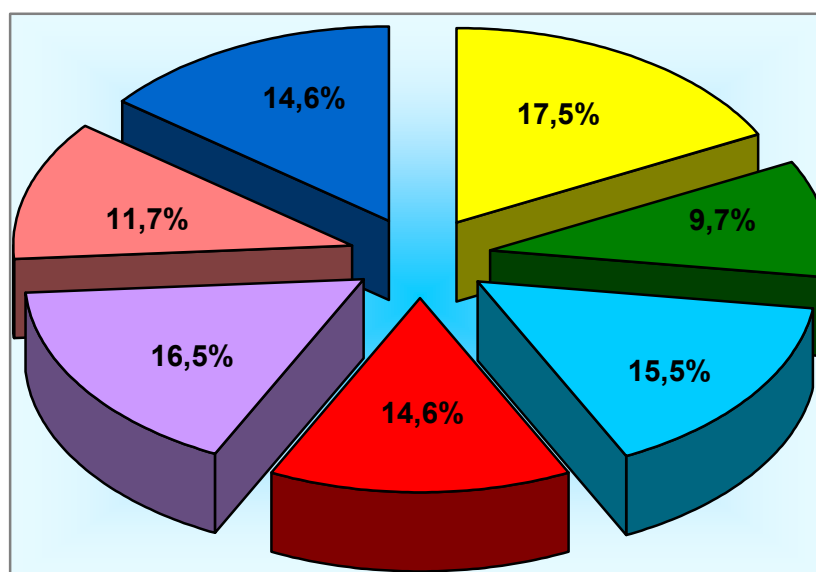
cenné. Rozhovory byly uskutečněny čtyři, a to s náhodně vybranými respondentkami, které byly ochotny účastnit se šetření.

Z celkového počtu 120 dotazníků se vrátilo 112 dotazníků , z toho byly vyřazeno pro neúplnost 9 dotazníků. Návratnost činila 103 dotazníků tj. 85,8 %.

4 Výsledky

4.1 Výsledky kvantitativního šetření

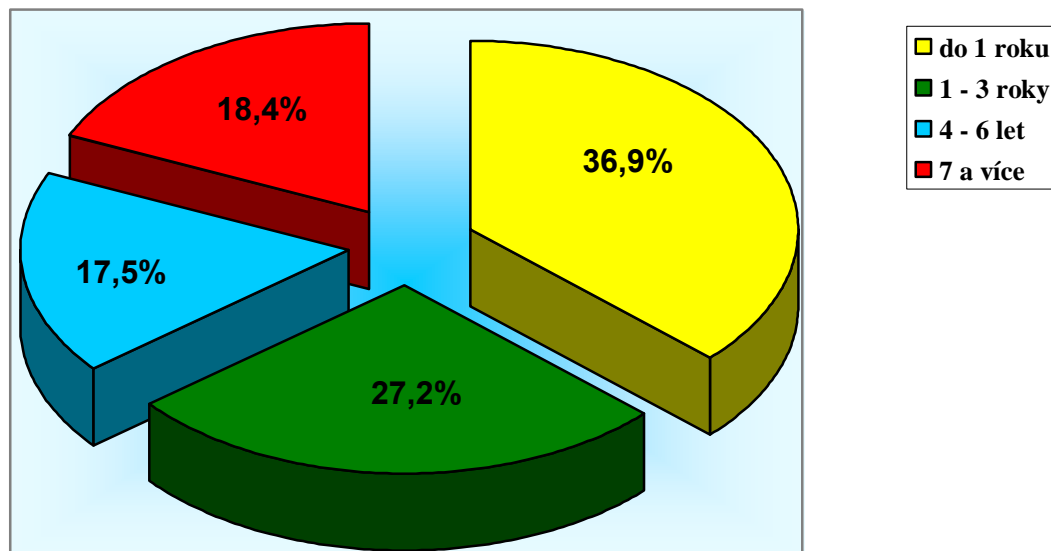
Graf 1 Zastoupení respondentů v jednotlivých nemocnicích Jihočeského kraje



■ Nemocnice Ě. Budějovice, a.s.	■ Nemocnice Prachatice, a.s.
■ Nemocnice Strakonice, a.s.	■ Nemocnice Písek, a.s.
■ Nemocnice J. Hradec	■ Nemocnice Ě. Krumlov, a.s.
■ Nemocnice Tábor, a.s.	

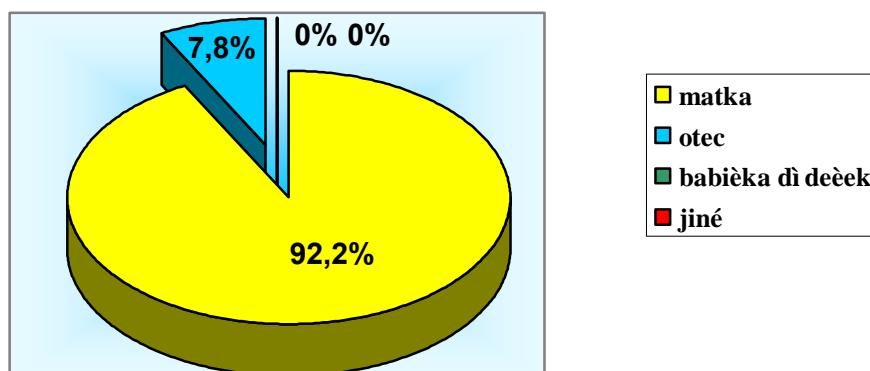
Z celkového počtu 103 respondentů bylo 18 respondentů (17,5 %) z Nemocnice České Budějovice, a.s. z neonatologického oddělení z úseku pro nedonošené a patologické novorozence, 17 respondentů (16,5 %) z Nemocnice Jindřichův Hradec. Dále 16 respondentů (15,5 %) bylo z Nemocnice Strakonice, a.s. a 15 respondentů (14,6 %) z Nemocnice Písek, a.s. 15 respondentů (14,6 %) bylo také z Nemocnice Tábor, a.s. a 12 respondentů (11,7 %) z Nemocnice Prachatice, a.s. Z Nemocnice Prachatice, a.s. bylo 10 respondentů (9,7 %).

Graf 2 Stáří dítěte



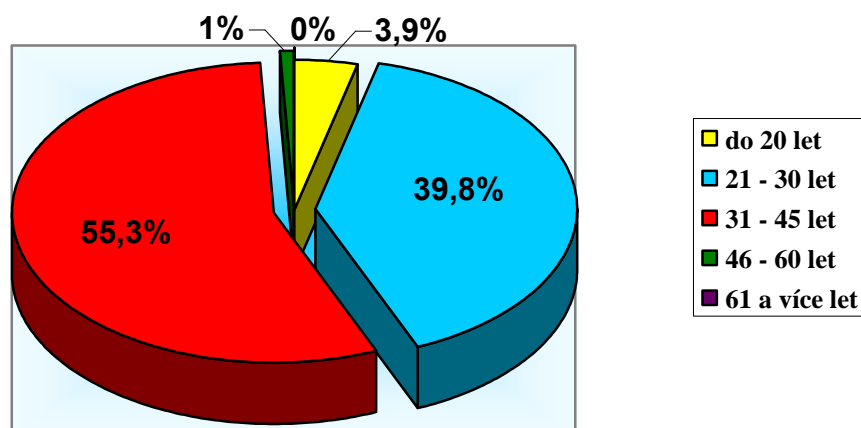
Z celkového počtu 103 respondentů (100 %) bylo 38 respondentů (36,9 %) hospitalizováno s dítětem ve věku do jednoho roku, 28 respondentů (27,2 %) s dítětem ve věku od jednoho roku do tří let, 18 respondentů (17,5 %) bylo hospitalizováno s dítětem od čtyř do šesti let. 19 respondentů (18,4 %) uvedlo, že byli hospitalizováni s dítětem ve věku sedm let a více.

Graf 3 Vztah doprovázející osoby k dítěti



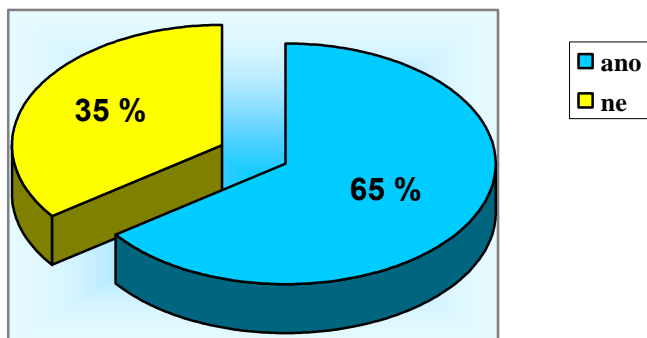
Z celkového počtu 103 respondentů (100 %) bylo hospitalizováno společně s dítětem 95 matek (92,2 %) a 8 otců (7,8 %). Ani jeden respondent 0 % neuvedl, že je babička nebo dědeček hospitalizovaného dítěte. Možnost jiného vztahu k dítěti též nebyla uvedena 0 %.

Graf 4 Věk doprovázející osoby



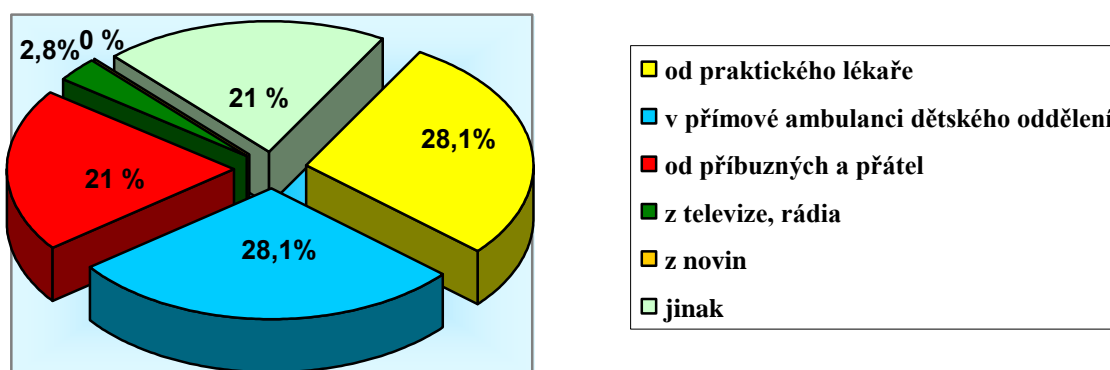
Z celkového počtu 103 respondentů (100 %) byl věk doprovázející osoby uveden takto: 4 respondenti (3,9 %) byli ve věku do 20 –ti let, 41 respondentů (39,8 %) bylo ve věku od 21 do 30-ti let a 58 respondentů (55,3 %) bylo ve věku od 31 do 45 let. 1 respondent (1 %) uvedl věk od 46 do 60 -ti let. Možnost 61 a více let nebyla uvedena 0 %.

Graf 5 První společná hospitalizace



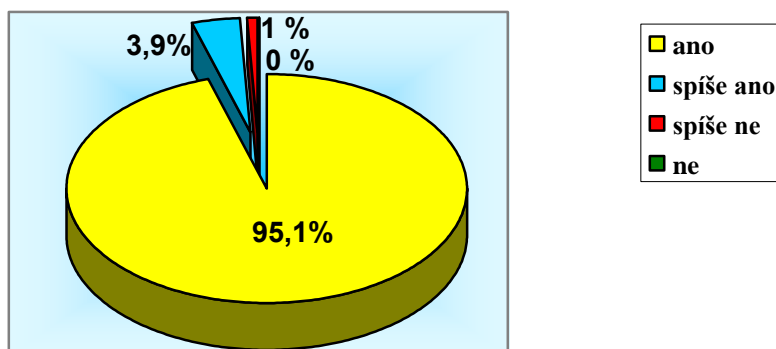
Z celkového počtu 103 respondentů (100 %) uvedlo 67 respondentů (65 %), že jsou s dítětem v nemocnici poprvé a 36 respondentů (35 %) uvedlo, že byli společně s dítětem hospitalizováni již dříve.

Graf 6 Zdroj informací o možnosti společného pobytu



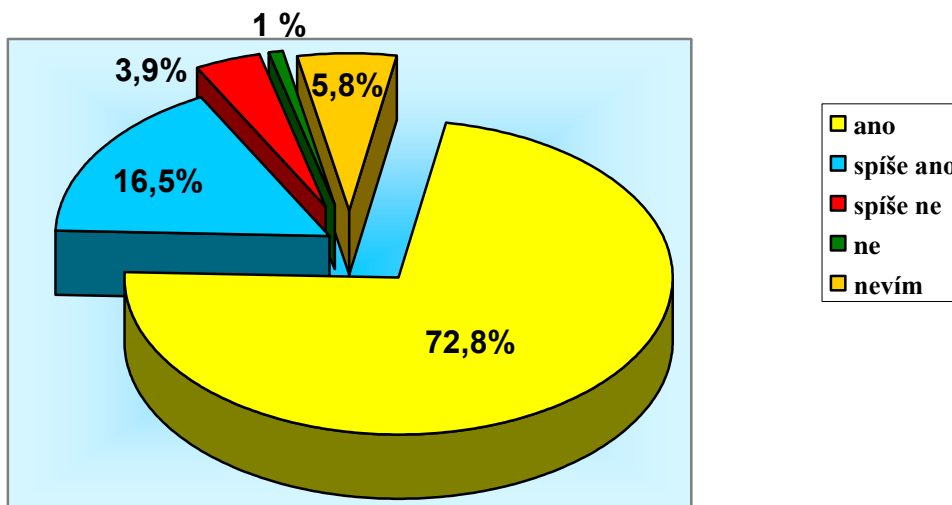
Z celkového počtu 103 respondentů (100 %) uvedlo 29 respondentů (28,1 %), že se o možnosti společného pobytu s dítětem v nemocnici dozvěděl od praktického lékaře, 29 respondentů (28,1 %) uvedlo, že tuto informaci získali v příjmové ambulanci dětského oddělení. 22 respondentů (21 %) se dozvěděl o možnosti společné hospitalizace od příbuzných a přátel, 3 respondenti (2,8 %) z televize, rádia, nikdo (0%) nevěděl, že se tuto informaci dozvěděl z novin. 22 respondentů (21 %) uvedlo možnost jiné.

Graf 7 Uvítání nabídky společné hospitalizace



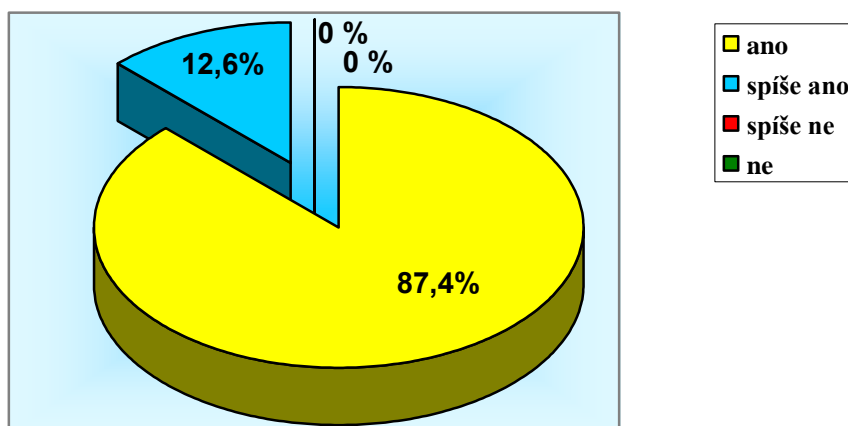
Z celkového počtu 103 respondentů (100 %) uvedlo 98 respondentů (95,1 %) ano, tedy že uvítali nabídku společné hospitalizace s dítětem, 4 respondenti (3,9 %) odpověděli spíše ano. Spíše ne odpověděl jeden respondent (1 %), odpověď ne neuvedl nikdo 0 %.

Graf 8 Informovanost o léčebném režimu dítěte



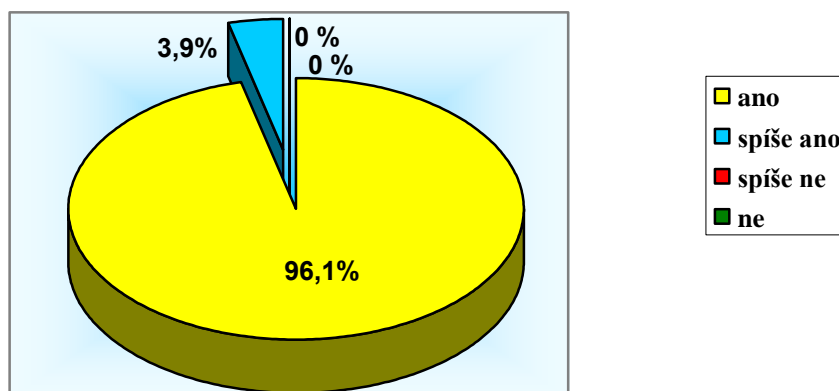
Z celkového počtu 103 respondentů (100 %) uvedlo 75 respondentů (72,8 %), že se cítí dostatečně informováni o léčebném režimu dítěte. 17 respondentů (16,5 %) uvedlo odpověď spíše ano, 4 respondenti (3,9 %) odpovědělo spíše ne. Jeden respondent (1 %) se cítí nedostatečně informován o léčebném režimu dítěte. 6 respondentů (5,8 %) uvedlo, že neví, zda-li jsou dostatečně informováni o léčebném režimu dítěte.

Graf 9 Srozumitelnost informací od ošetřujícího personálu



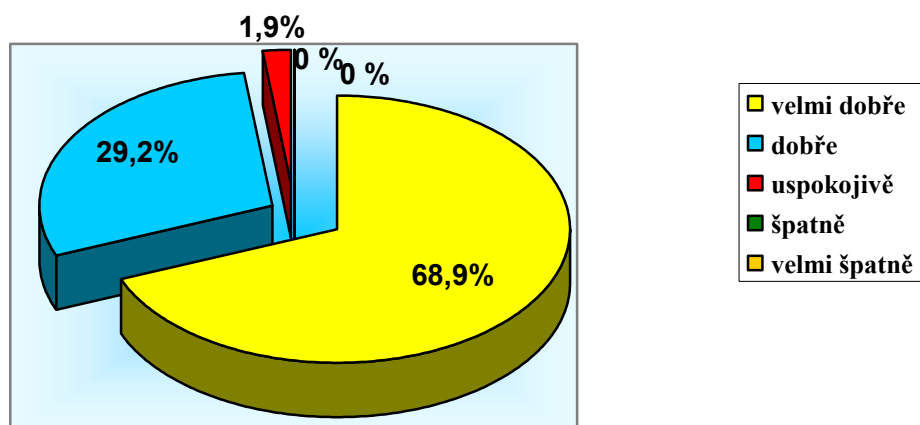
Z celkového počtu 103 respondentů (100 %) uvedlo 90 respondentů (87,4 %), že informace od ošetřujícího personálu byly srozumitelné. 13 respondentů (12,6 %) na otázku, zda-li informace byly srozumitelné, odpovědělo spíše ano. Žádný respondent (0%) neuvedl odpověď spíše ne, ani jeden respondent (0 %) neuvedl odpověď ne.

Graf 10 Spokojenost s ošetřovatelskou péčí o dítě



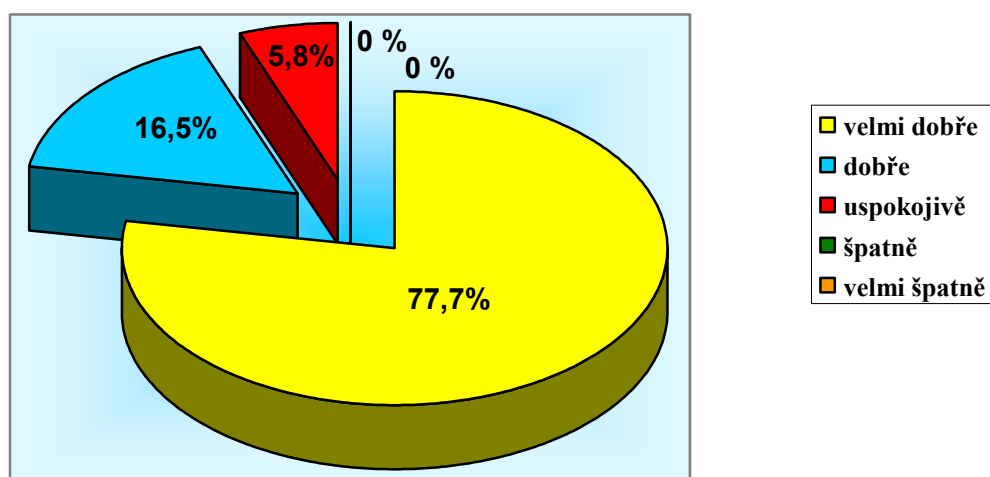
Z celkového počtu 103 respondentů (100 %) uvedlo 99 respondentů (96,1 %), že bylo spokojeno s poskytovanou ošetřovatelskou péčí o hospitalizované dítě. Spíše ano odpověděli 4 respondenti (3,9%). Žádný z dotazovaných doprovázejících osob neuvedl, že by byl nespokojen s ošetřovatelskou péčí o hospitalizované dítě.

Graf 11 Hodnocení přístupu sester k dítěti



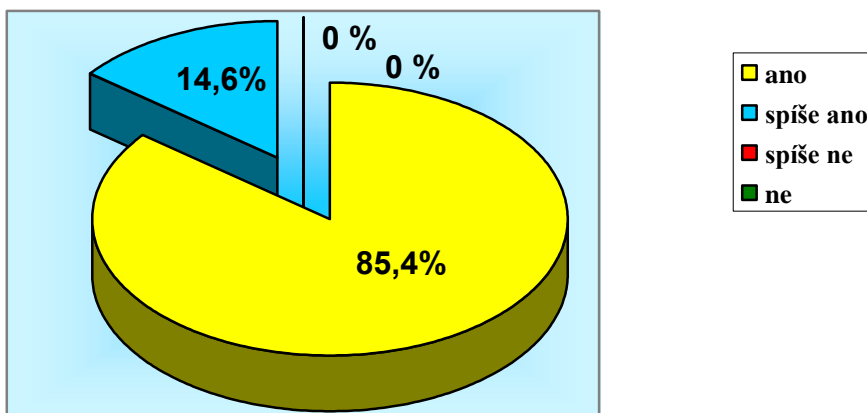
Z celkového počtu 103 respondentů (100 %) 71 respondentů (68,9 %) hodnotí přístup sester k hospitalizovanému dítěti velmi dobře, 30 respondentů (29,2 %) hodnotí dobře a 2 respondenti (1,9 %) uspokojivě. Žádný z respondentů nevedl, že přístup sester k dítěti byl špatný.

Graf 12 Hodnocení přístupu sester k doprovázející osobě



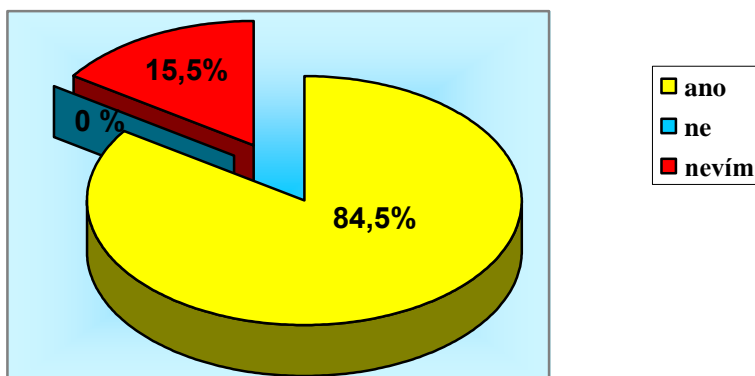
Z celkového počtu 103 respondentů (100 %) 80 respondentů (77,7 %) hodnotí přístup sester k sobě velmi dobře, 17 respondentů (16,5 %) hodnotí dobře a 6 respondentů (5,8 %) uspokojivě. Žádný z respondentů nevedl, že přístup sester k doprovázející osobě byl špatný.

Graf 13 Dostupnost sestry v případě potřeby



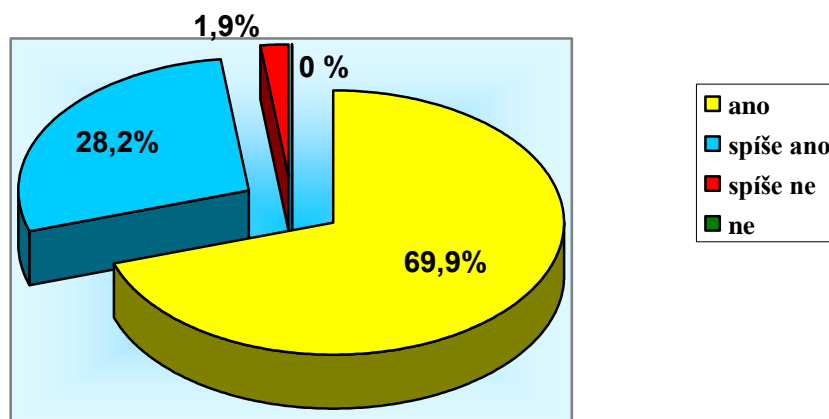
Z celkového počtu 103 respondentů (100 %) uvedlo 88 respondentů (85,4 %), že sestra byla k zastižení, když jí potřebovali. 15 respondentů (14,6 %) zvolilo odpověď spíše ano, žádný respondent (0%) neodpověděl spíše ne. Žádný z respondentů nevedl, že sestra v případě potřeby nebyla k zastižení.

Graf 14 Dodržování intervalů a způsobu podání léků z pohledu doprovázející osoby



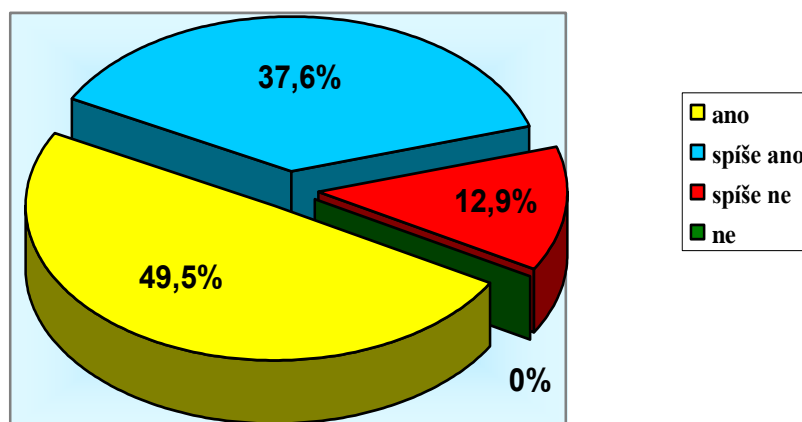
Z celkového počtu 103 respondentů (100 %) uvedlo 87 respondentů (84,5 %), že byly dodržovány intervaly i způsob podání léků. Nikdo z dotazovaných nevěděl, že nebyly dodržovány intervaly a způsob podání léků. 16 respondentů (15,6 %) zvolilo odpověď nevím.

Graf 15 Spokojenost dítěte s režimem oddělení



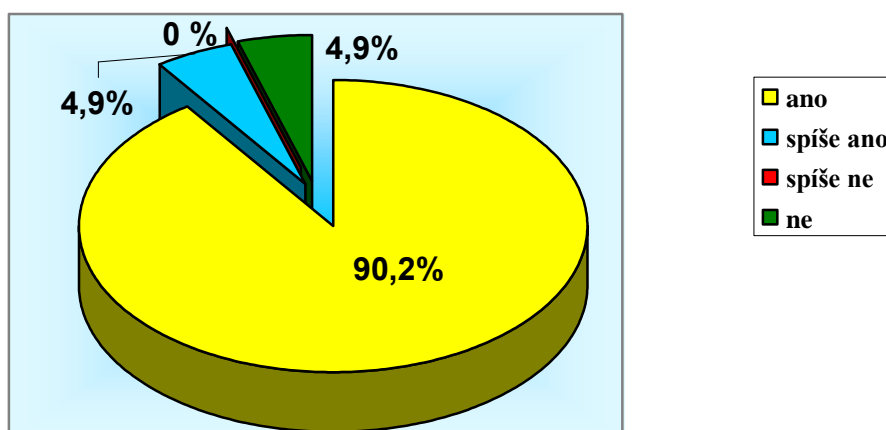
Z celkového počtu 103 respondentů (100 %) uvedlo 72 respondentů (69,9 %), že jejich dítěti vyhovoval režim oddělení. 29 respondentů (28,2 %) zvolilo odpověď spíše ano a 2 respondenti (1,9 %) uvedli spíše ne. Žádný z respondentů (0 %) nevěděl, že by dítěti nevyhovoval režim oddělení.

Graf 16 Spokojenost dítěte se stravou



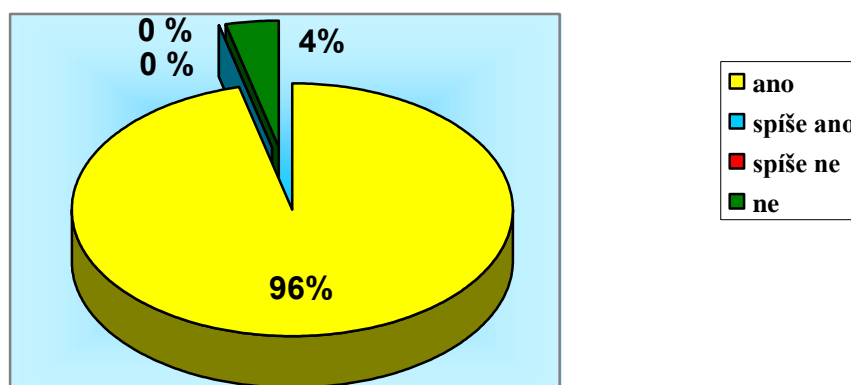
Z celkového počtu 85 respondentů (100 %) uvedlo 42 respondentů (49,5 %), že jejich dítě bylo spokojeno se stravou v nemocnici, 32 respondentů (37,6 %) odpovědělo na otázku o spokojenosti dítěte se stravou spíše ano a 11 respondentů (12,9 %) spíše ne. Žádný z repondentů (0 %) neodpověděl, že dítě nebylo spokojeno se stravou.

Graf 17 Spokojenost s čistotou oddělení



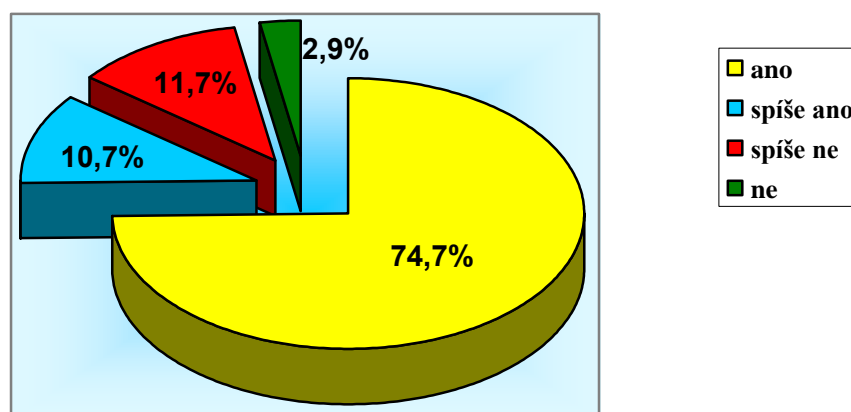
Z celkového počtu 103 respondentů (100%) uvedlo 93 respondentů (90,2 %), že bylo spokojeno s čistotou oddělení, 5 respondentů (4,9 %) odpovědělo spíše ano, žádný respondent (0%) spíše ne. 5 respondentů (4,9 %) uvedlo, že nebyli spokojeni s čistotou oddělení.

Graf 18 Spokojenost s čistotou ložního prádla



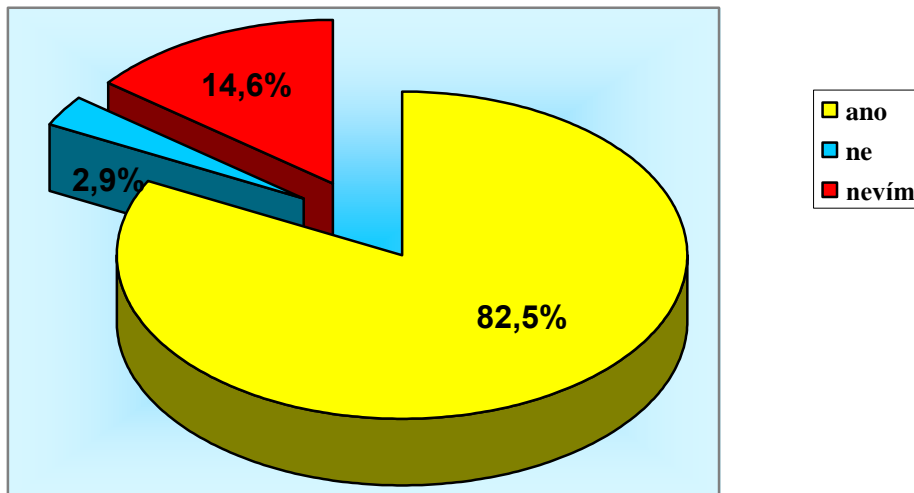
Z celkového počtu 103 respondentů (100 %) uvedlo 99 respondentů (96,1 %), že bylo spokojeno s čistotou ložního prádla, žádný respondent (0 %) nezvolil odpověď spíše ano, žádný respondent (0 %) nezvolil odpověď spíše ne. 4 respondenti (3,9 %) nebyli spokojeni s čistotou ložního prádla.

Graf 19 Přízpůsobenost prostředí dítěti



Z celkového počtu 103 respondentů (100 %) uvedlo 77 respondentů (74,7 %), že oddělení, na kterém byli hospitalizováni bylo dostatečně přizpůsobené jejich dítěti, 11 respondentů (10,7 %) odpovědělo spíše ano, 12 respondentů (11,7 %) uvedlo odpověď spíše ne. 3 respondenti (2,9 %) si myslí, že oddělení nebylo dostatečně přizpůsobené dítěti.

Graf 20 Zájem o toto oddělení v případě potřeby další hospitalizace



Z celkového počtu 103 respondentů (100 %) uvedlo 85 respondentů (82,5 %), že v případě potřeby další hospitalizace by zvolili opět toto oddělení, 3 respondenti (2,9 %) odpověděli, že by nechtěli být hospitalizováni znovu na tomto oddělení a 15 respondentů (14,6 %) zvolilo odpověď nevím.

Tabulka 1 Zpracování otevřené otázky - co se nejvíce líbilo na oddělení

Odpovědi respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Přístup personálu	45	43,7
Nevím	13	12,6
Možnost společného pobytu - nejbližší kontakt s dítětem	12	11,7
Prostředí a vybavení oddělení	8	7,8
Péče o dítě	7	6,8
Dostatek hygienických pomůcek a čistého prádla pro dítě	3	2,9
Celková spokojenost	3	2,9
Dostatečné soukromí	2	1,9
Ošetřovatelská péče	2	1,9
Klid na oddělení	2	1,9
Informovanost o léčebném režimu	2	1,9
Volný režim doprovázející osoby - žádná omezení volného času	1	1
Koupelna a toaleta na pokoji	1	1
Samostatný pokoj pro matku a dítě	1	1
Rychlost vyšetření	1	1
Celkový počet odpovědí	103	100

Tabulka 2 Zpracování otevřené otázky - co nejvíce rušilo na oddělení

Odpovědi respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Nic nerušilo	80	77,6
Hluk	9	8,6
Úklid pokojů v nevhodný čas – v době, kdy je nejvíce péče kolem dítěte	5	4,8
Osvětlení oddělení v noci	1	1
Nedostatek soukromí v koupelně	1	1
Malý prostor v pokoji, spěch při krmení, nedostatek odsávaček	1	1
Mříže v oknech	1	1
Pláč ostatních dětí	1	1
Pokoj společný pro více matek	1	1
Organizace propuštění	1	1
Ranní měření tělesné eploty	1	1
Toaleta není v blízkosti pokoje	1	1
Celkový počet odpovědí	103	100

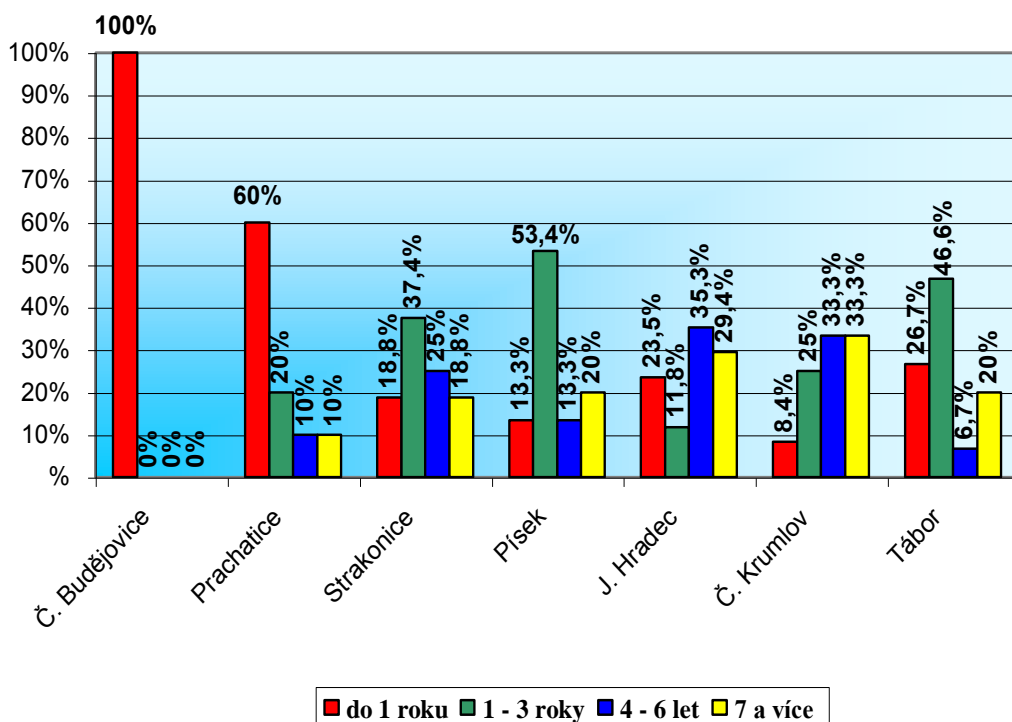
Tabulka 3 Zpracování otevřené otázky – co chtějí respondenti změnit na oddělení

Odpovědi respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Nic bych neměnil/a	72	69,9
Modernější vybavení pokojů	6	5,8
Toaleta a sprcha jako součást každého pokoje	5	4,8
Nevím	5	4,8
Zlepšit organizaci návštěv	4	3,9
Úpravit oddělení v dětském duchu	3	2,9
Zvýšit počet ošetrovatelského personálu	2	1,9
Celková modernizace oddělení	1	1
Více přizpůsobit stravu dítěti	1	1
Zavést internet a vzdělávací programy pro děti na oddělení	1	1
Zlepšit zásobování hygienických potřeb	1	1
Zřídit odpočinkovou místnost pro rodiče	1	1
Zvětšit prostor na pokojích	1	1
Celkový počet odpovědí	103	100

Tabulka 4 Zpracování otevřené otázky – náměty/ připomínky ke zkvalitnění ošetrovatelské péče

Odpovědi respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Nemám připomínky	90	87,3
Ošetrovatelská péče zde je kvalitní – jsem spokojena /a	7	6,8
Zvýšení spokojenost personálu	2	1,9
Více se zaměřit a kontrolovat techniky kojení	1	1
Možnost darovat mateřské mléko dítěti v příbuzeneckém vztahu, bez pasterizace a se souhlasem matky	1	1
Přizpůsobit porce stravy dítěti	1	1
Nevhodná strava – studená večeře pro dítě po operaci, byl by vhodnější teplý vývar	1	1
Celkový počet odpovědí	103	100

Graf 21 Stáří dítěte dle jednotlivých nemocnic

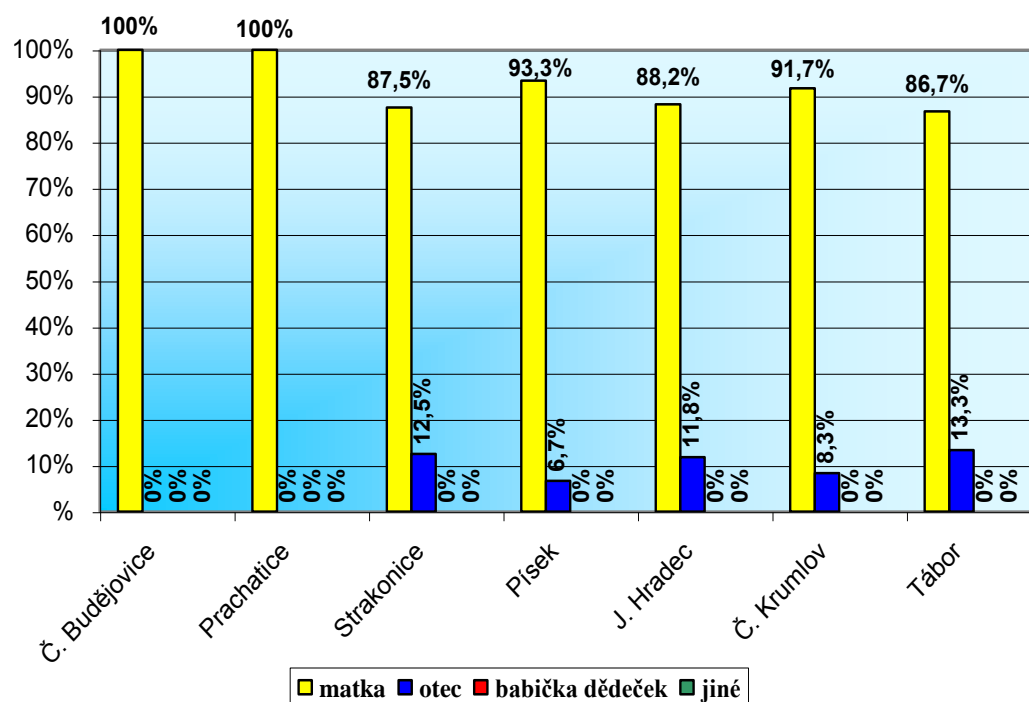


Tabulka 5 Stáří dítěte dle jednotlivých nemocnic

	Č. Budějovice	Prachatice	Strakonice	Písek	J. Hradec	Č. Krumlov	Tábor
do 1 roku	18	6	3	2	4	1	4
1-3 roky	0	2	6	8	2	3	7
4 – 6 let	0	1	4	2	6	4	1
7 let a více	0	1	3	3	5	4	3
celkem	18	10	16	15	17	12	15

V grafu 21 je znázorněno stáří dětí hospitalizovaných s rodiči v jednotlivých nemocnicích. Pod grafem je tabulka, kde je uvedena absolutní četnost. V nemocnici České Budějovice, a.s. je 18 krát (100 %) zastupena věková skupina do 1 roku, neboť výzkum probíhal na neonatologickém oddělení - úseku pro nedonošené a patologické novorozence. V nemocnici ve Strakonících, v Písku a v Táboře je nejvíce dětí hospitalizovaných s doprovodem ve věku 1 – 3 roky. V nemocnici v Jindřichově Hradci a v Českém Krumlově je věkové zastoupení dětí ve věkových kategoriích různé.

Graf 22 Vztah doprovázející osoby k dítěti dle jednotlivých nemocnic

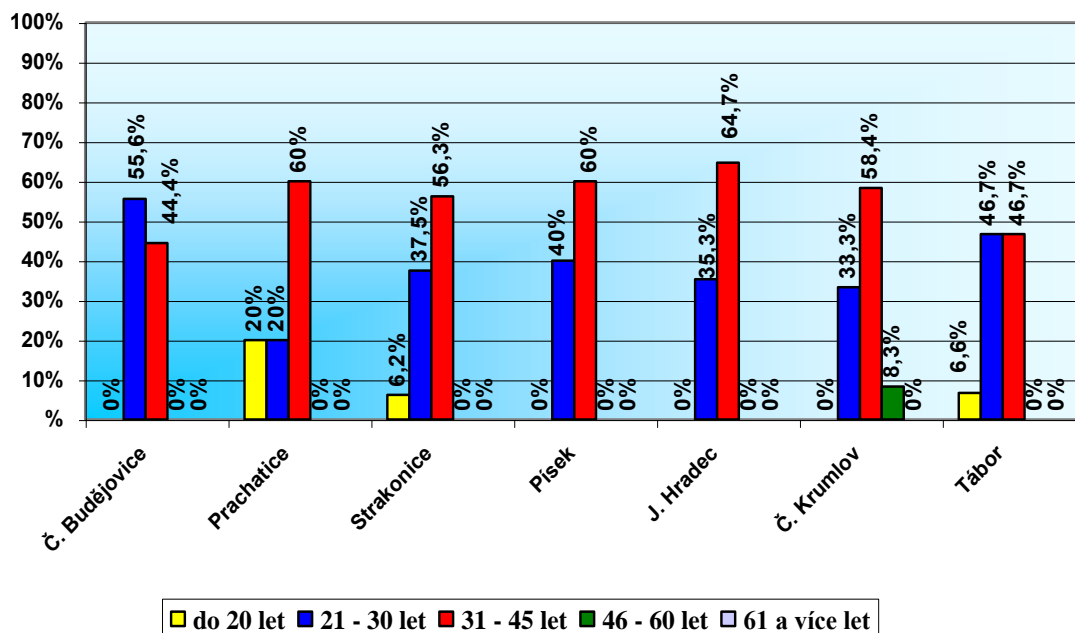


Tabulka 6 Vztah doprovázející osoby k dítěti dle jednotlivých nemocnic

	Č. Budějovice	Prachatice	Strakonice	Písek	J. Hradec	Č. Krumlov	Tábor
matka	18	10	14	14	15	11	13
otec	0	0	2	1	2	1	2
prarodič	0	0	0	0	0	0	0
jiné	0	0	0	0	0	0	0
celkem	18	10	16	15	17	12	15

V grafu 22 je prezentován vztah doprovázející osoby k dítěti. Ve všech nemocnicích Jihočeského kraje převažuje odpověď, že doprovázející osobou je matka dítěte. Dále bylo uvedeno, že doprovodem dětí v nemocnici jsou i otcové. Nejvíce otců hospitalizovaných s dítětem bylo v Nemocnici Strakonice, a.s., kde z celkového počtu 16 respondentů (100 %) byli 2 respondenti otcové (12,5 %), dále v Nemocnici Jindřichův Hradec, kde z celkového počtu 17 respondentů (100 %) byli doprovodem také 2 otcové (11,8 %) a v Nemocnici Tábor, a.s., kde byli z celkového počtu 15 dotazovaných (100 %) též 2 otcové (13,3 %).

Graf 23 Věk doprovázející osoby dle jednotlivých nemocnic

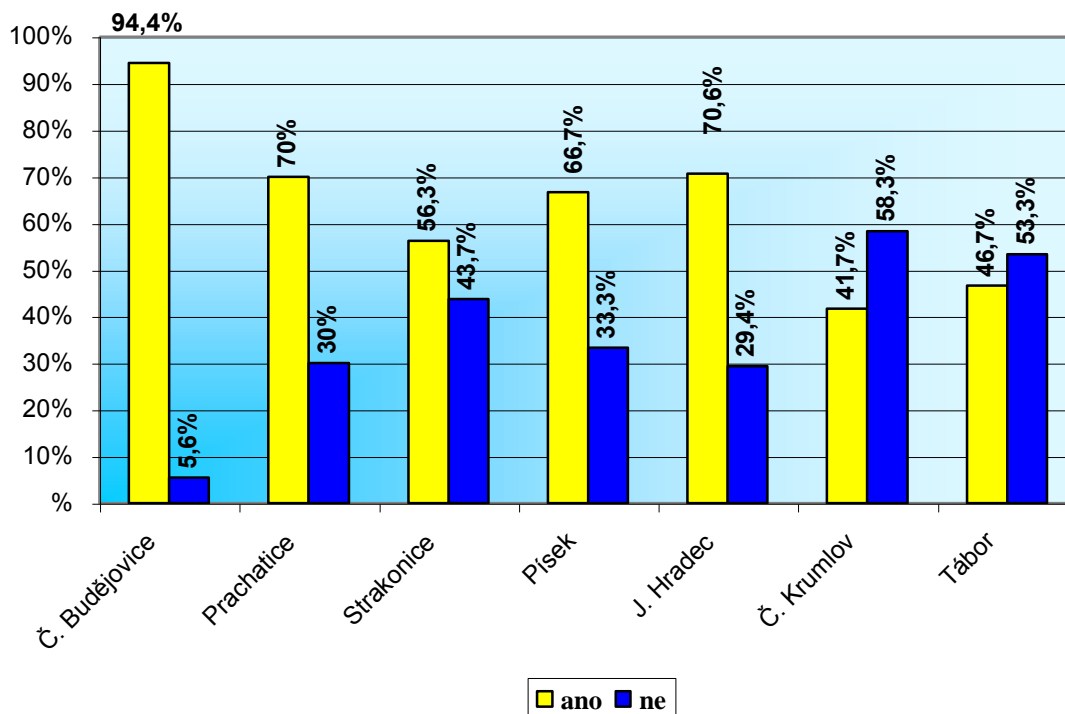


Tabulka 7 Věk doprovázející osoby dle jednotlivých nemocnic

	Č. Budějovice	Prachatice	Strakonice	Písek	J. Hradec	Č. Krumlov	Tábor
do 20-ti let	0	2	1	0	0	0	1
21 – 30 let	10	2	6	6	6	4	7
31 – 45 let	8	6	9	9	11	7	7
46 – 60 let	0	0	0	0	0	1	0
61 a více let	0	0	0	0	0	0	0
celkem	18	10	16	15	17	12	15

V grafu 23 je znázorněno stáří doprovázející osoby. Téměř ve všech nemocnicích je nejvíce zastoupena věková skupina 31 – 45 let, pouze v Nemocnici Č. Budějovice, a.s. je nejvíce respondentů ve věku 21 – 30 let, a to z celkového počtu 18 (100 %) 10 respondentů (55,6 %). Doprovázející osoby ve věku do 20-ti let byly hospitalizovány pouze v Nemocnici Prachatice, a.s. a to 2 respondenti (20 %), dále v Nemocnici Strakonice, a.s. 1 respondent (6,2 %) a v Nemocnici Tábor, a.s. 1 respondent (6,6 %). Věková skupina 46 – 60 let byla zastoupena pouze v Nemocnici Č.Krumlov, a.s.

Graf 24 První společná hospitalizace dle jednotlivých nemocnic

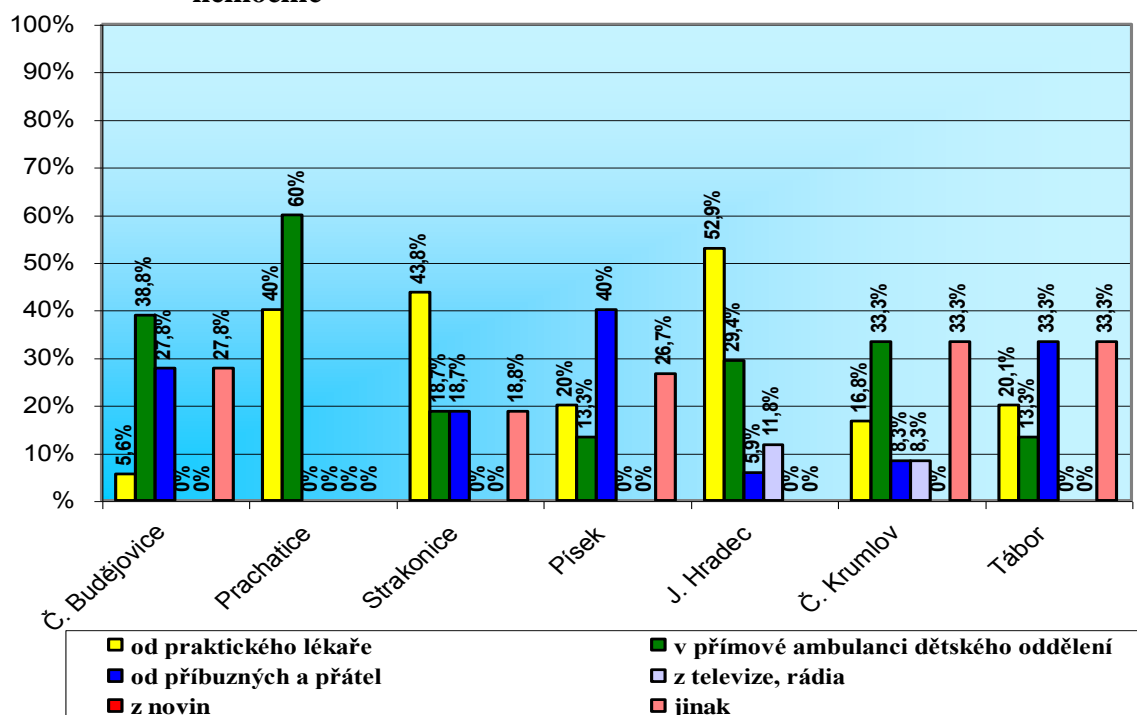


Tabulka 8 První společná hospitalizace dle jednotlivých nemocnic

	Č. Budějovice	Prachatice	Strakonice	Písek	J. Hradec	Č. Krumlov	Tábor
ano	17	7	9	10	12	5	7
ne	1	3	7	5	5	7	8
celkem	18	10	16	15	17	12	15

Graf 24 znázorňuje odpověď na otázku, zda-li jsou respondenti s dítětem v nemocnici poprvé. U většiny nemocnic převažuje odpověď ano. Pouze v Nemocnici Český Krumlov, a. s. a v Nemocnici Tábor, a.s. byla uvedena častěji záporná odpověď.

Graf 25 Zdroj informací o možnosti společného pobytu dle jednotlivých nemocnic

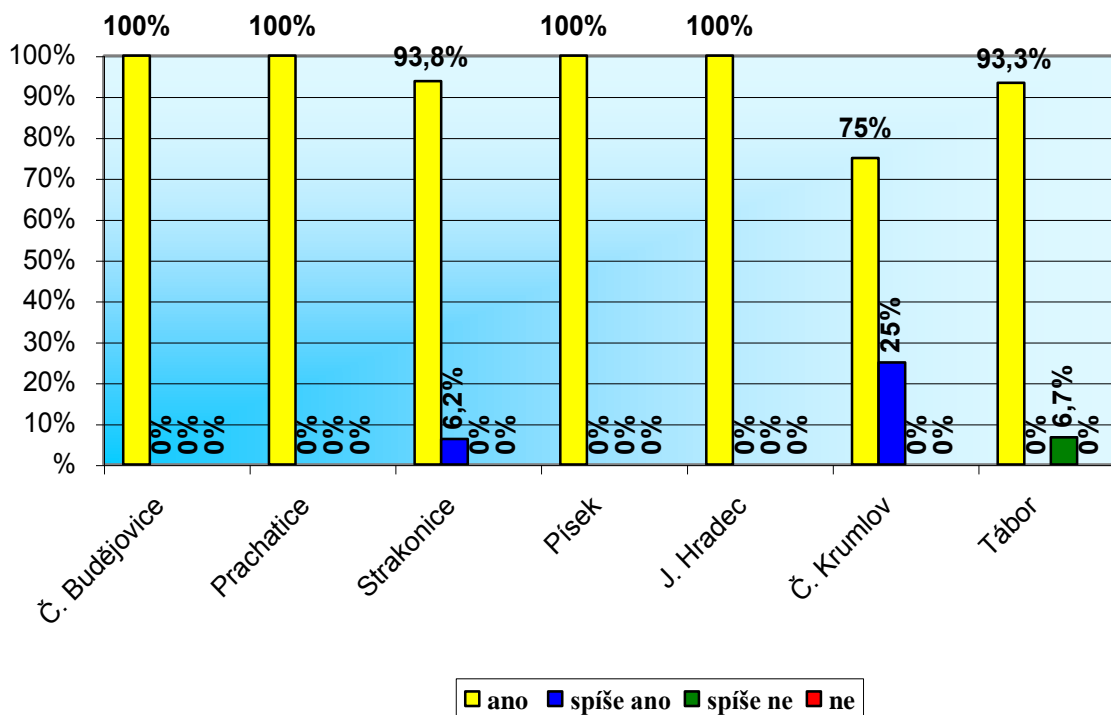


Tabulka 9 Zdroj informací o možnosti společného pobytu dle jednotlivých nemocnic

	Č. Budějovice	Prachatice	Strakonice	Písek	J. Hradec	Č. Krumlov	Tábor
od praktického lékaře	1	4	7	3	9	2	3
v příjmové ambulanci	7	6	3	2	5	4	2
od příbuzných, přátel	5	0	3	6	1	1	5
z rádia, televize	0	0	0	0	2	1	0
z novin	0	0	0	0	0	0	0
jinak	5	0	3	4	0	4	5
celkem	18	10	16	15	17	12	15

V Nemocnici České Budějovice, a.s. a v Nemocnici Prachatice, a.s. se respondenti nejčastěji dozvěděli o možnosti společného pobytu v příjmové ambulanci oddělení, v Nemocnici Strakonice, a.s. a v Nemocnici Jindřichův Hradec od praktického lékaře. V Nemocnici Písek, a.s. informaci o možnosti společné hospitalizace získalo nejvíce respondentů od příbuzných a přátel. V nemocnici v Českém Krumlově a v Táboře volili respondenti nejčastěji odpovědi v příjmové ambulanci, od praktického lékaře a z jiných zdrojů, ovšem neuvedli z jakých.

Graf 26 Uvítání nabídky společné hospitalizace s dítětem dle jednotlivých nemocnic

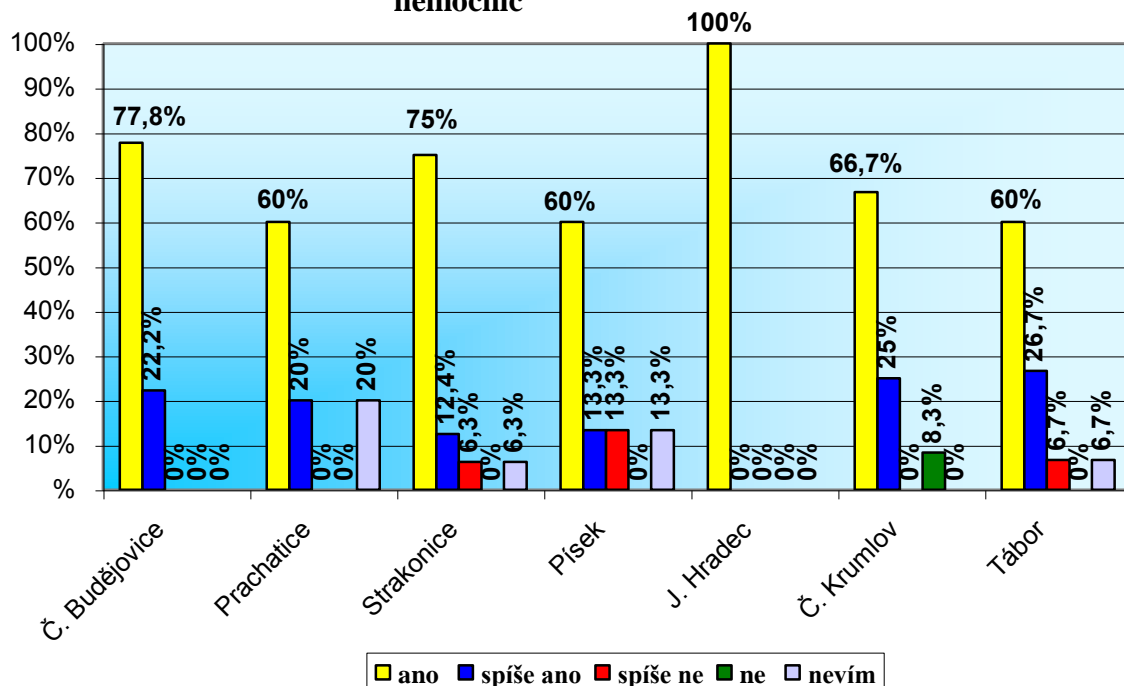


Tabulka 10 Uvítání nabídky společné hospitalizace s dítětem dle jednotlivých nemocnic

	Č. Budějovice	Prachatice	Strakonice	Písek	J. Hradec	Č. Krumlov	Tábor
ano	18	10	15	15	17	9	14
spíše ano	0	0	1	0	0	3	0
spíše ne	0	0	0	0	0	0	1
ne	0	0	0	0	0	0	0
celkem	18	10	16	15	17	12	15

Graf 26 informuje o tom, zda -li respondenti vítají nabídku společné hospitalizace. Ve většině nemocnic dotazovaní uvedli, že uvítali nabídku společné hospitalizace s dítětem. Pouze v Nemocnici Tábor, a.s. z celkového počtu 15 respondentů (100 %) uvedl 1 respondent (6,7 %) odpověď spíše ne.

Graf 27 Informovanost o léčebném režimu dítěte dle jednotlivých nemocnic

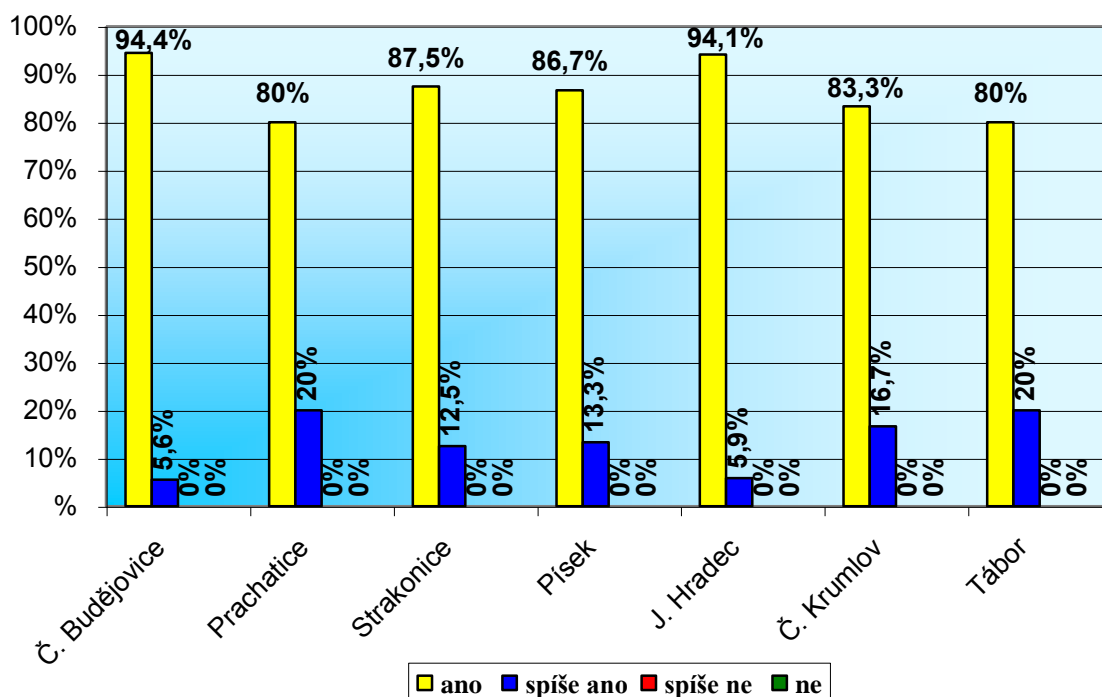


Tabulka 11 Informovanost o léčebném režimu dítěte dle jednotlivých nemocnic

	Č. Budějovice	Prachatice	Strakonice	Písek	J. Hradec	Č. Krumlov	Tábor
ano	14	6	12	9	17	8	9
spíše ano	4	2	2	2	0	3	4
spíše ne	0	0	1	2	0	0	1
ne	0	0	0	0	0	1	0
nevím	0	2	1	2	0	0	1
celkem	18	10	16	15	17	12	15

Většina repondentů v jihočeských nemocnicích odpovídala kladně, na otázku týkající se informovanosti o léčebném režimu. Pouze v Nemocnici Český Krumlov, a.s. uvedl 1 respondent (8,3 %) že nebyl dostatečně informován. Objevovala se i odpověď nevím resp. respondenti neví, zda-li byli dostatečně informovaní. Takto odpověděli v Nemocnici Prachatice 2 respondenti (20 %), v Nemocnici Písek, a.s. 2 respondenti (13,3 %), v Nemocnici Strakonice, a.s. 1 respondent (6,3 %), a v Nemocnici Tábor, a.s. také 1 respondent (6,3 %). Nejlépe dopadla Nemocnice Jindřichův Hradec, kde všichni respondenti hodnotili otázku týkající se informovanosti o léčebného režimu kladně.

Graf 28 Srozumitelnost informací od ošetřujícího personálu dle jednotlivých nemocnic

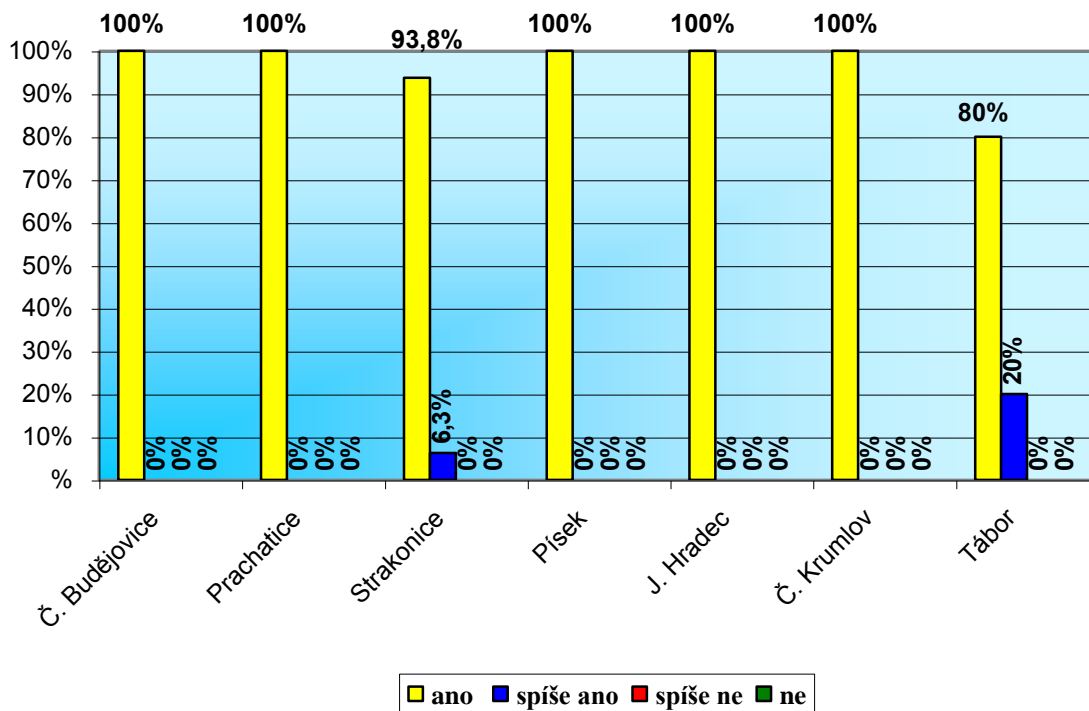


Tabulka 12 Srozumitelnost informací od ošetřujícího personálu dle jednotlivých nemocnic

	Č. Budějovice	Prachatice	Strakonice	Písek	J. Hradec	Č. Krumlov	Tábor
ano	17	8	14	13	16	10	12
spíše ano	1	2	2	2	1	2	3
spíše ne	0	0	0	0	0	0	0
ne	0	0	0	0	0	0	0
celkem	18	10	16	15	17	12	15

Na otázku, zda-li byli informace od ošetřujícího personálu srozumitelné odpovídali respondenti ze všech nemocnic kladně. Nejčastěji tak uváděli respondenti z Nemocnice Č. Budějovice, a.s. – 17 (94, 4 %) respondentů a z Nemocnice Jindřichův Hradec - 16 (94, 1 %) respondentů.

Graf 29 Spokojenost s ošetrovatelskou péčí o dítě dle jednotlivých nemocnic

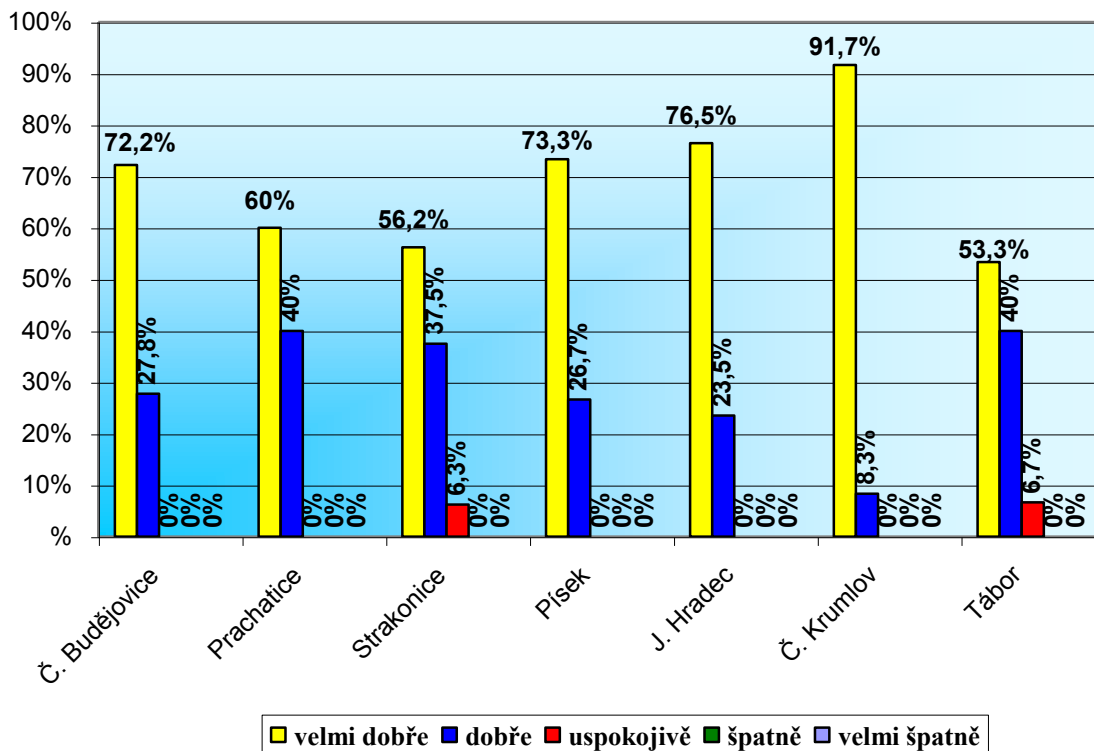


Tabulka 13 Spokojenost s ošetrovatelskou péčí o dítě dle jednotlivých nemocnic

	Č. Budějovice	Prachatice	Strakonice	Písek	J. Hradec	Č. Krumlov	Tábor
ano	18	10	15	15	17	12	12
spíše ano	0	0	1	0	0	0	3
spíše ne	0	0	0	0	0	0	0
ne	0	0	0	0	0	0	0
celkem	18	10	16	15	17	12	15

Graf 27 ukazuje spokojenost respondentů s ošetrovatelskou péčí. Spokojenost respondentů v nemocnicích Jihočeského kraje je vysoká. Většina respondentů odpověděla ano. Pouze v Nemocnici Tábor, a.s. uvedli 3 respondenti (20 %) a v Nemocnici Strakonice, a.s. 1 respondent (6,3%) možnost spíše ano.

Graf 30 Hodnocení přístupu sester k dítěti dle jednotlivých nemocnic

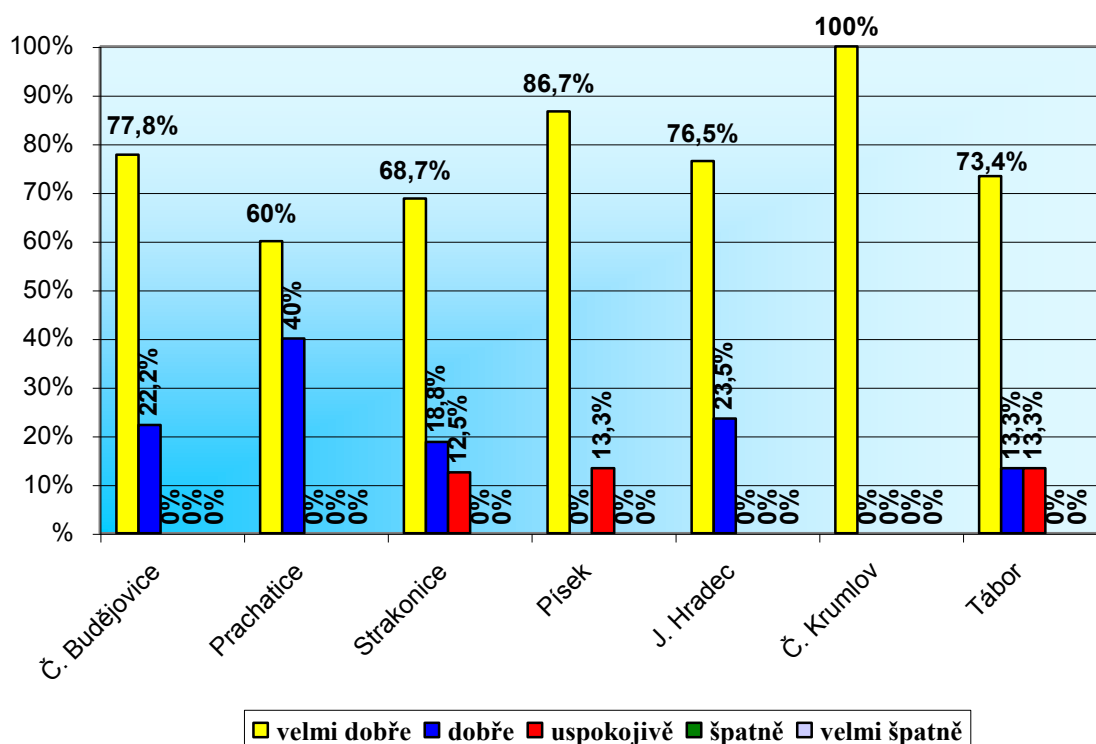


Tabulka 14 Hodnocení přístupu sester k dítěti dle jednotlivých nemocnic

	Č. Budějovice	Prachatice	Strakonice	Písek	J. Hradec	Č. Krumlov	Tábor
Velmi dobře	13	6	9	11	13	11	8
dobře	5	4	6	4	4	1	6
uspokojivě	0	0	1	0	0	0	1
špatně	0	0	0	0	0	0	0
velmi špatně	0	0	0	0	0	0	0
celkem	18	10	16	15	17	12	15

Přístup sester k dítěti hodnotili dotazovaní kladně. Pouze 1 respondent (6,7 %) v Nemocnici Tábor, a.s a 1 respondent (6,3 %) v Nemocnici Strakonice, a.s. uvedli, že chování sester k dítěti bylo uspokojivé.

Graf 31 Hodnocení přístupu sester k doprovázející osobě dle jednotlivých nemocnic

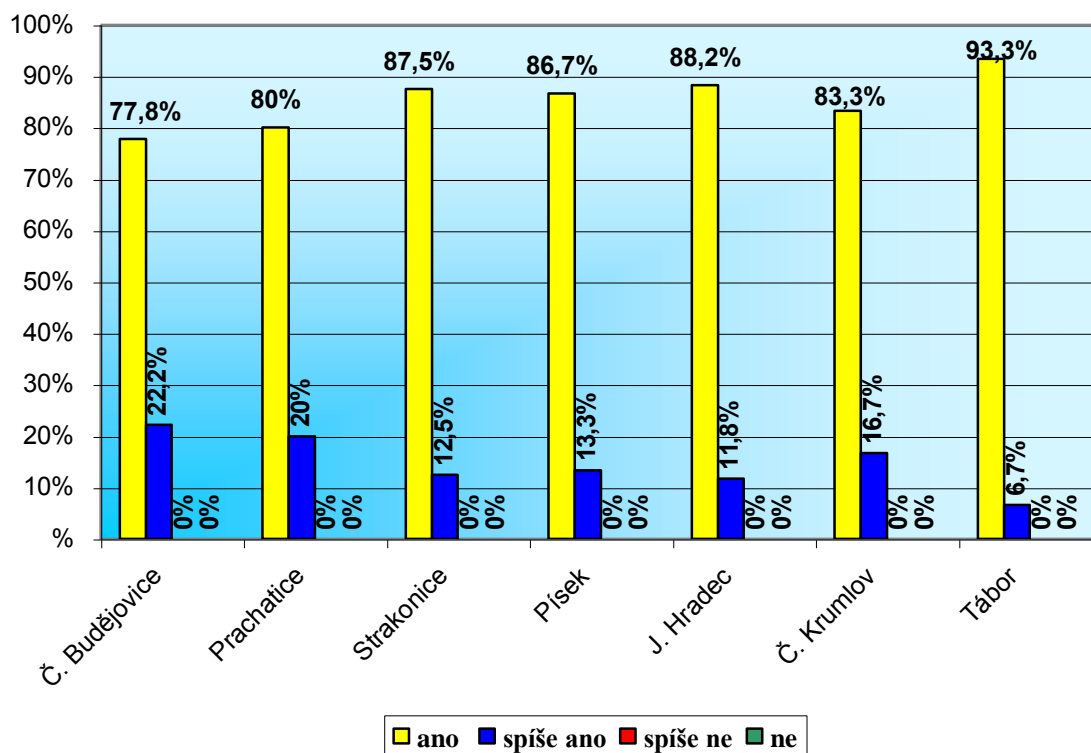


Tabulka 15 Hodnocení přístupu sester k doprovázející osobě dle jednotlivých nemocnic

	Č. Budějovice	Prachatice	Strakonice	Písek	J. Hradec	Č. Krumlov	Tábor
Velmi dobře	14	6	11	13	13	12	11
dobře	4	4	3	0	4	0	2
uspokojivě	0	0	2	2	0	0	2
špatně	0	0	0	0	0	0	0
velmi špatně	0	0	0	0	0	0	0
celkem	18	10	16	15	17	12	15

Přístup sester respondenti hodnotili kladně. Většinou uvedli, že se k nim sestry chovaly velmi dobře nebo dobře. V nemocnici v Písku, v Táboře a ve Strakonících se objevily po dvou i odpovědi uspokojivě. V Nemocnici Český Krumlov, a.s. uvedli všichni dotazovaní, že chování sester bylo velmi dobré.

Graf 32 Dostupnost sestry v případě potřeby dle jednotlivých nemocnic

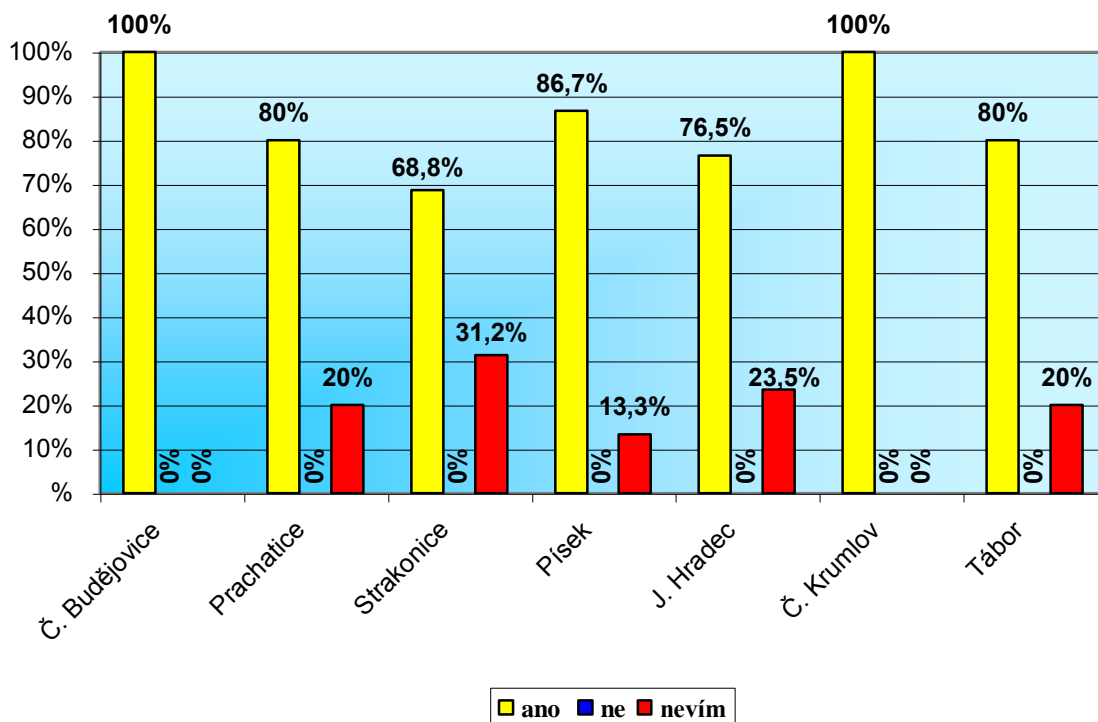


Tabulka 16 Dostupnost sestry v případě potřeby dle jednotlivých nemocnic

	Č. Budějovice	Prachatice	Strakonice	Písek	J. Hradec	Č. Krumlov	Tábor
ano	14	8	14	13	15	10	14
spíše ano	4	2	2	2	2	2	1
spíše ne	0	0	0	0	0	0	0
ne	0	0	0	0	0	0	0
celkem	18	10	16	15	17	12	15

Graf 32 znázorňuje otázku, zda li byla sestra vždy k zastížení v případě potřeby. U všech nemocnic převažuje kladná odpověď dotazovaných.

Graf 33 Dodržování intervalů a způsobu podání léků z pohledu doprovázející osoby dle jednotlivých nemocnic

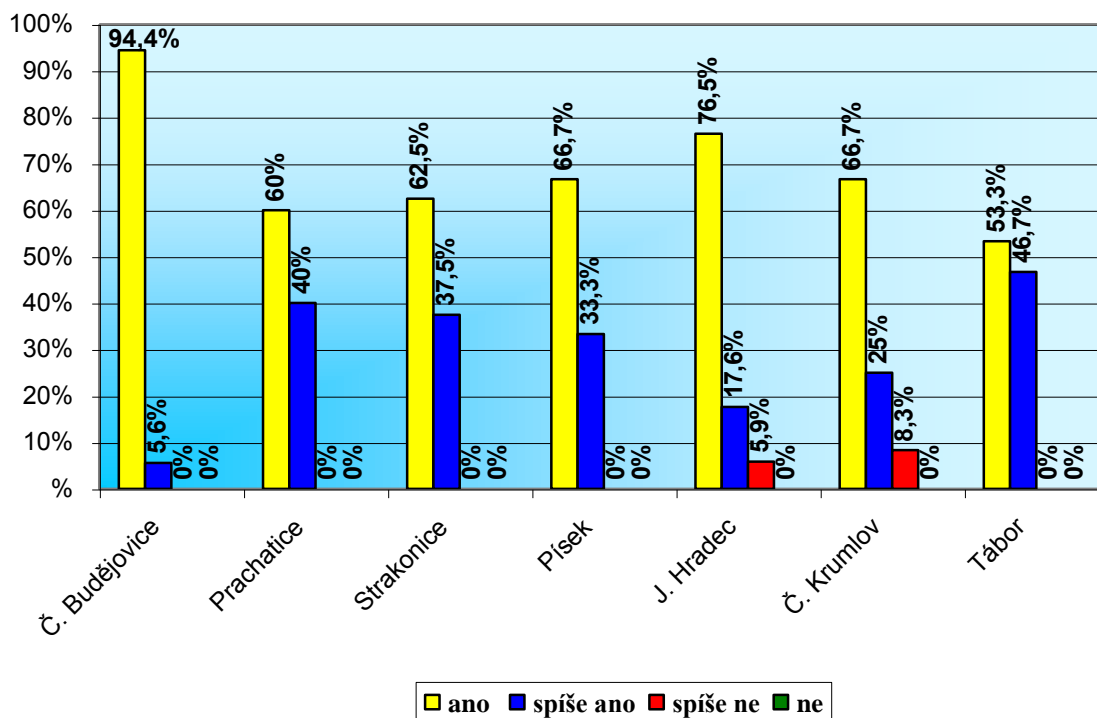


Tabulka 17 Dodržování intervalů a způsobu podávání léků z pohledu doprovázející osoby dle jednotlivých nemocnic

	Č. Budějovice	Prachatice	Strakonice	Písek	J. Hradec	Č. Krumlov	Tábor
ano	18	8	11	13	13	12	12
ne	0	0	0	0	0	0	0
nevím	0	2	5	2	4	0	3
celkem	18	10	16	15	17	12	15

V grafu 33 jsou znázorněny odpovědi, zda byly u dítěte dodržovány intervaly a způsob podávání léků. Nejvíce informovaní a největší povědomí o podávání léků dítěti mají respondenti v Nemocnici České Budějovice, a.s. a v Nemocnici Český Krumlov, a.s., neboť jednoznačně uvedli, že intervaly i způsob podání léků u jejich dítěte byly dodržovány.

Graf 34 Spokojenost dítěte s režimem oddělení dle jednotlivých nemocnic

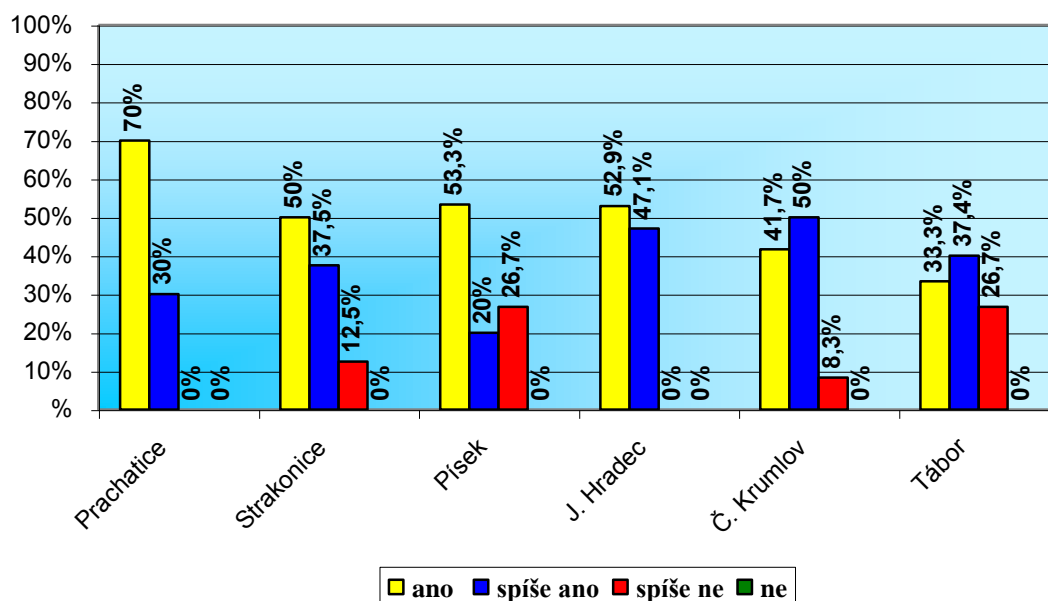


Tabulka 18 Spokojenost dítěte s režimem oddělení dle jednotlivých nemocnic

	Č. Budějovice	Prachatice	Strakonice	Písek	J. Hradec	Č. Krumlov	Tábor
ano	17	6	10	10	13	8	8
spíše ano	1	4	6	5	3	3	7
spíše ne	0	0	0	0	1	1	0
ne	0	0	0	0	0	0	0
celkem	18	10	16	15	17	12	15

Dotazovaní uváděli, že jejich dítěti vyhovoval režim oddělení. Pouze v Nemocnici Jindřichuv Hradec z celkového počtu 17 respondentů (100 %) uvedl 1 respondent (5,9 %), že dítěti spíše nevyhovoval režim oddělení. Též v Nemocnici Český Krumlov, a.s. z celkového počtu 12 respondentů (100%) uvedl 1 respondent (8,3 %) odpověď spíše ne.

Graf 35 Spokojenost dítěte se stravou dle jednotlivých nemocnic

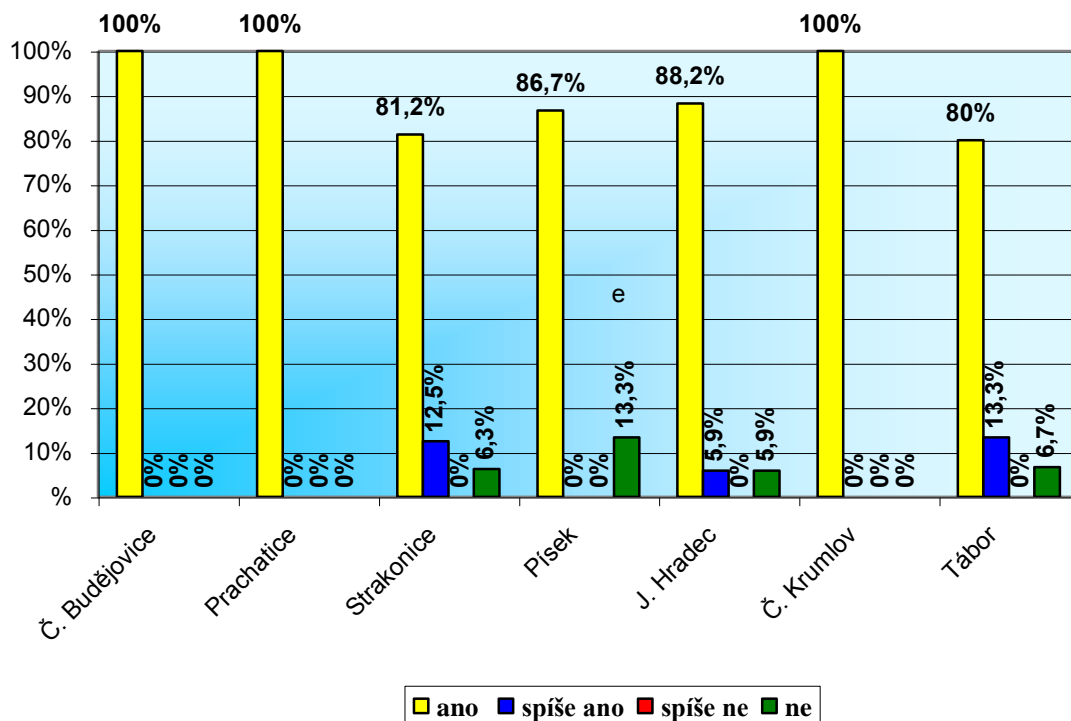


Tabulka 19 Spokojenost dítěte se stravou dle jednotlivých nemocnic

	Prachatice	Strakonice	Písek	J. Hradec	Č. Krumlov	Tábor
ano	7	8	8	9	5	5
spíše ano	3	6	3	8	6	6
spíše ne	0	2	4	0	1	4
ne	0	0	0	0	0	0
celkem	10	16	15	17	12	15

Graf 35 znázorňuje, jak bylo spokojeno hospitalizované dítě se stravou v jednotlivých nemocnicích. V Nemocnici České Budějovice, a.s. byla tato otázka vynechána, neboť výzkum probíhal na neonatologickém oddělení, kde nelze zjistit spokojenost dítěte se stravou. Pouze kladné hodnocení stravy uvedli respondenti z Nemocnice Prachatice, a.s. a z Nemocnice Jindřichův Hradec. Nejvíce nespokojeni se stravou byli respondenti v Nemocnici Písek, a.s., kde z celkového počtu 15 (100 %) uvedli 4 respondenti (26,7 %) odpověď spíše ne a v Nemocnici Tábor, a.s., kde též z celkového počtu 15 respondentů (100 %) uvedli 4 respondenti (26,7 %) spíše ne.

Graf 36 Spokojenost s čistotou oddělení dle jednotlivých nemocnic

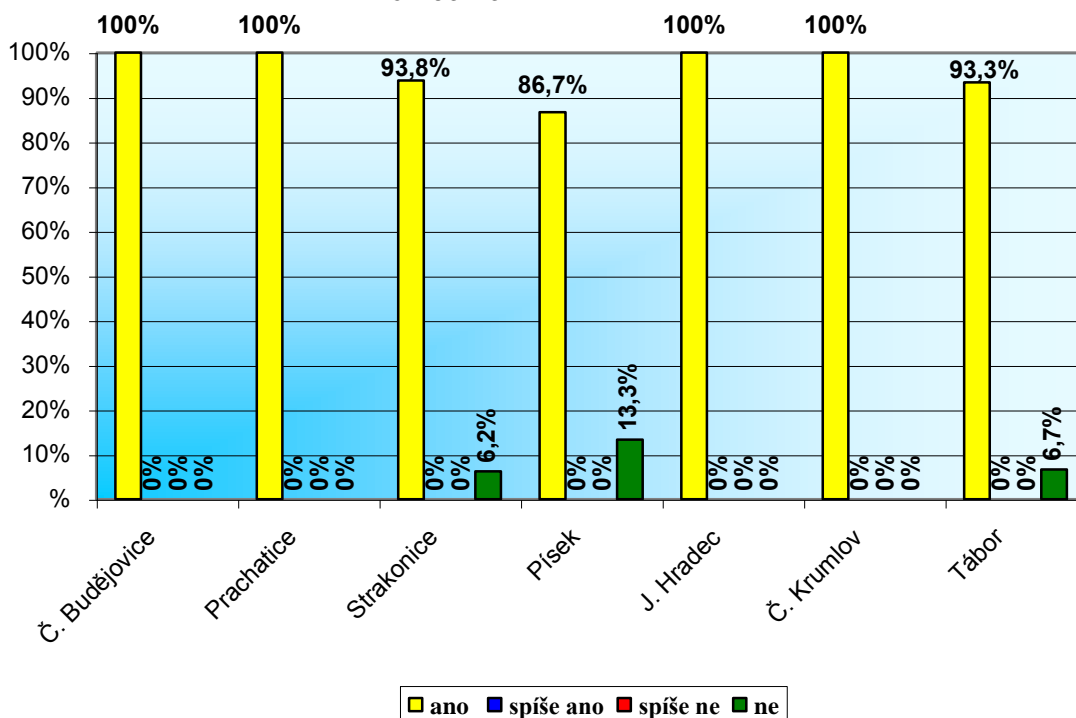


Tabulka 20 Spokojenost s čistotou oddělení dle jednotlivých nemocnic

	Č. Budějovice	Prachatice	Strakonice	Písek	J. Hradec	Č. Krumlov	Tábor
ano	18	10	13	13	15	12	12
spíše ano	0	0	2	0	1	0	2
spíše ne	0	0	0	0	0	0	0
ne	0	0	1	2	1	0	1
celkem	18	10	16	15	17	12	15

Graf 36 znázorňuje hodnocení čistoty oddělení v jednotlivých nemocnicích. Stoprocentní spokojenost s čistotou oddělení byla zjištěna v Nemocnici České Budějovice, a.s., v Nemocnici Prachatice, a.s. a v Nemocnici Český Krumlov, a.s. V Nemocnici Písek, a.s., z celkového počtu 15 respondentů (100 %) uvedli 2 respondenti (13,3 %), že nebyli spokojeni s čistotou oddělení. V Nemocnici Strakonice, a.s., v Nemocnici Jindřichův Hradec a v Nemocnici Tábor, a.s. byla uvedena vždy 1 záporná odpověď.

Graf 37 Spokojenost s čistotou ložního prádla dle jednotlivých nemocnic

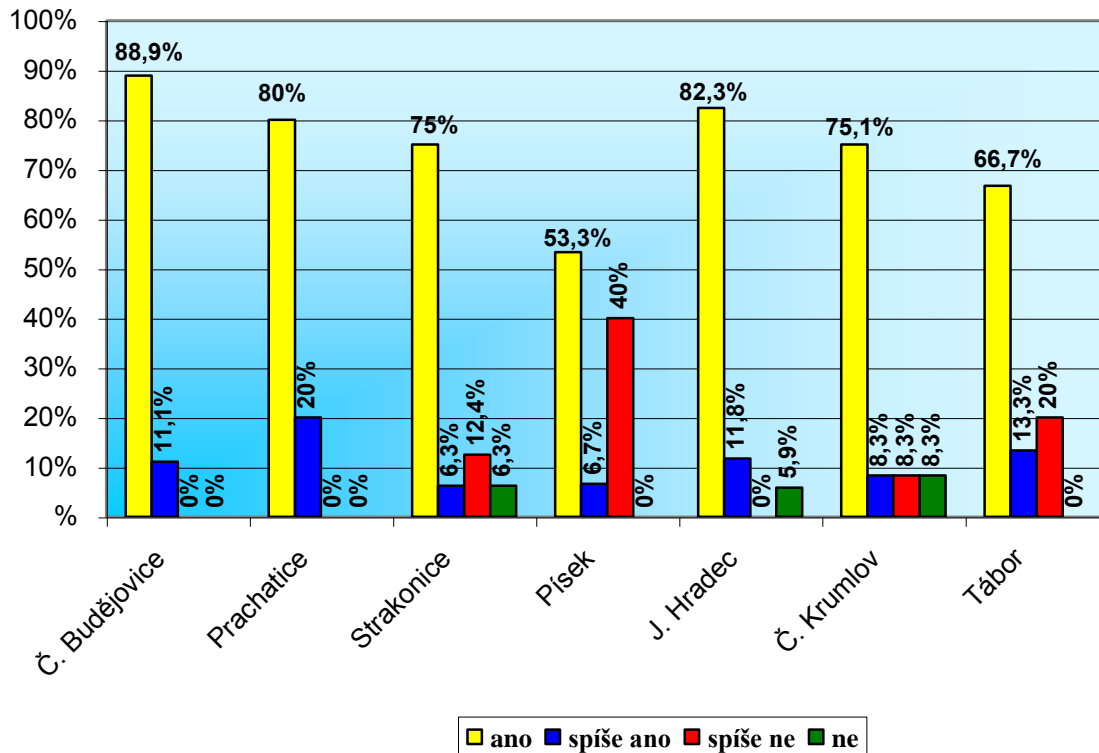


Tabulka 21 Spokojenost s čistotou ložního prádla dle jednotlivých nemocnic

	Č. Budějovice	Prachatice	Strakonice	Písek	J. Hradec	Č. Krumlov	Tábor
ano	18	10	15	13	17	12	14
spíše ano	0	0	0	0	0	0	0
spíše ne	0	0	0	0	0	0	0
ne	0	0	1	2	0	0	1
celkem	18	10	16	15	17	12	15

Graf 37 prezentuje spokojenost s čistotou ložního prádla. Uvedeny byly pouze odpovědi ano a ne. Stoprocentně spokojeni s čistotou ložního prádla byli respondenti Nemocnice České Budějovice, a.s., Nemocnice Prachatice, a.s., Nemocnice Jindřichův Hradec a Nemocnice Český Krumlov, a.s. Záporné odpovědi se objevily v Nemocnici Písek, a.s., kde je uvedli 2 respondenti (13,3 %) dále v Nemocnici Strakonice, a.s., kde záporně odpověděl 1 respondent (6,2 %) a v Nemocnici Tábor, a.s., kde též 1 respondent (6,7 %) uvedl nespokojenost s čistotou ložního prádla.

Graf 38 Přizpůsobenost prostředí oddělení dítěti dle jednotlivých nemocnic

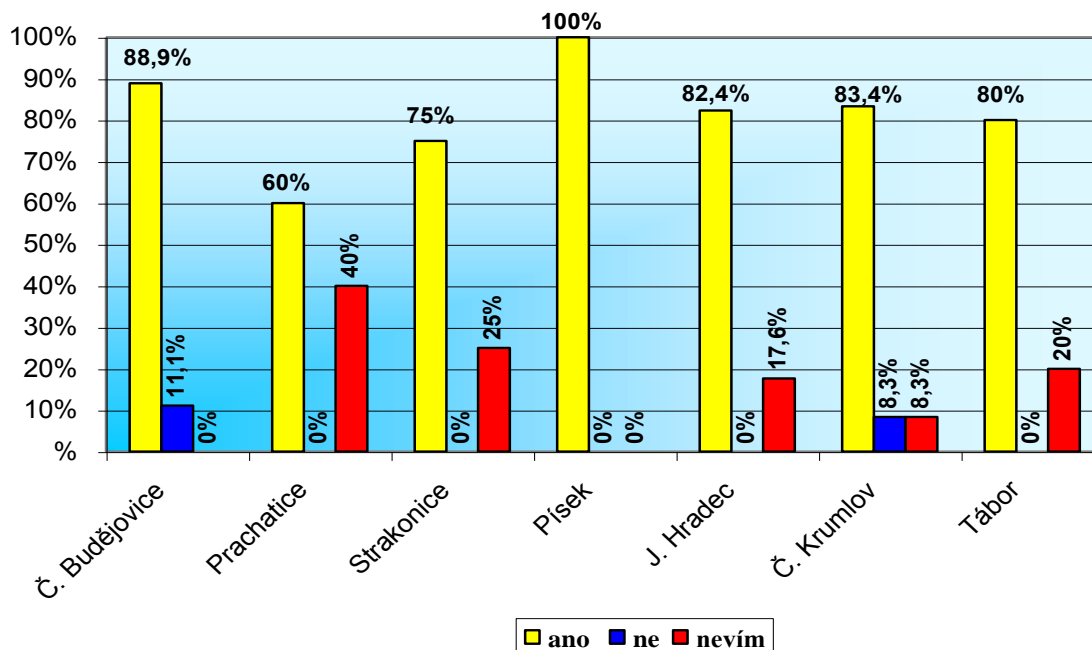


Tabulka 22 Přizpůsobenost prostředí oddělení dítěti dle jednotlivých nemocnic

	Č. Budějovice	Prachatice	Strakonice	Písek	J. Hradec	Č. Krumlov	Tábor
ano	16	8	12	8	14	9	10
spíše ano	2	2	1	1	2	1	2
spíše ne	0	0	2	6	0	1	3
ne	0	0	1	0	1	1	0
celkem	18	10	16	15	17	12	15

Nejlépe hodnotili respondenti z hlediska přizpůsobenosti prostředí dítěti Neonatologické oddělení v Nemocnici České Budějovice, a.s. Kladně bylo hodnoceno i dětské oddělení v Nemocnici Prachatice, a.s. V ostatních nemocnicích se objevovalo i negativní hodnocení. Na otázku, zda-li je prostředí oddělení dostatečně přizpůsobeno dítěti byly uvedeny odpovědi spíše ne v nemocnici v Písku, ve Strakonících a v Táboře. Odpověď ne byla uvedena v nemocnici ve Strakonících, v Jindřichově Hradci a v Českém Krumlově.

Graf 39 Vybraly by si doprovázející osoby stejné oddělení ve stejné nemocnici znovu



Tabulka 23 Vybraly by si doprovázející osoby stejné oddělení ve stejné nemocnici znovu

	Č. Budějovice	Prachatice	Strakonice	Písek	J. Hradec	Č. Krumlov	Tábor
ano	16	6	12	15	14	10	12
ne	2	0	0	0	0	1	0
nevím	0	4	4	0	3	1	3
celkem	18	10	16	15	17	12	15

Graf 39 znázorňuje, zda by si respondenti v případě potřeby další hospitalizace dítěte vybrali opět oddělení, na kterém jsou v současné době hospitalizováni. V Nemocnici Písek, a.s. odpověděli všichni respondenti kladně. Záporně odpověděli pouze 2 respondenti (11,1 %) v Nemocnici České Budějovice, a.s. a 1 respondent (8,3 %) v Nemocnici Český Krumlov, a. s. Odpověď nevím uvedli 4 respondenti (40 %) v Nemocnici Prachatice, a.s., 4 respondenti (25 %) v Nemocnici Strakonice, a.s., 3 respondenti (17,6 %) v Nemocnici Jindřichův Hradec, 3 respondenti (20 %) v Nemocnici Tábor, a.s. a 1 respondent v Nemocnici Český Krumlov, a.s.

Tabulka 24 Zpracování otevřené otázky – co se nejvíce líbilo na oddělení dle jednotlivých nemocnic

Odpovědi respondentů	Nemocnice České Budějovice, a.s.		Nemocnice Prachatice, a.s.		Nemocnice Strakonice, a.s.		Nemocnici Písek, a.s.		Nemocnice Jindřichův Hradec		Nemocnice Český Krumlov, a.s.		Nemocnice Tábor, a.s.	
Přístup personálu	6	33,3 %	4	40 %	8	50 %	5	33,3 %	9	52,9 %	6	50 %	7	46,6 %
Nevím	0	-	2	20 %	4	25 %	1	6,7 %	3	17,6 %	2	16,7 %	1	6,7 %
Možnost společného pobytu - nejblíže kontakt s dítětem	5	27,8 %	3	30 %	0	-	2	13,3 %	0	-	0	-	2	13,3 %
Prostředí a vybavení oddělení	0	-	0	-	0	-	4	26,7 %	0	-	0	-	4	26,7 %
Péče o dítě	4	22,2 %	0	-	3	18,8 %	0	-	0	-	0	-	0	-
Dostatek hygienických pomůcek a čistého prádla pro dítě	2	11,1 %	0	-	1	6,2 %	0	-	0	-	0	-	0	-
Celková spokojenost	0	-	0	-	0	-	1	6,7 %	0	-	2	16,7 %	0	-
Dostatečné soukromí	0	-	0	-	0	-	2	13,3 %	0	-	0	-	0	-
Ošetrovatelská péče	0	-	0	-	0	-	0	-	2	11,8 %	0	-	0	-
Klid na oddělení	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	2	16,7 %	0	-
Informovanost o léčebném režimu	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5,9 %	0	-	1	6,7 %
Volný režim doprovázející osoby - žádná omezení volného času	1	5,6 %	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Koupelna a toaleta na pokoji	0	-	1	10 %	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Samostatný pokoj pro matku a dítě	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5,9 %	0	-	0	-
Rychlost vyšetření	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5,9 %	0	-	0	-
celkem	18	100 %	10	100 %	16	100 %	15	100 %	17	100 %	12	100 %	15	100 %

Tabulka 25 Zpracování otevřené otázky - co nejvíce rušilo na oddělení dle jednotlivých nemocnic

Odpovědi respondentů	Nemocnice České Budějovice,a.s		Nemocnice Prachatice,a.s.		Nemocnice Strakonice,a.s.		Nemocnici Písek, a.s.		Nemocnice Jindřichův Hradec		Nemocnice Český Krumlov, a.s.		Nemocnice Tábor, a.s.	
Nic nerušilo	10	55,5 %	9	90 %	15	93,7 %	11	73,3 %	14	82,3 %	9	75 %	12	80 %
Hluk	0	-	0	-	0	-	3	20 %	2	11,8 %	2	16,7 %	2	13,3 %
Úklid pokojů v nevhodný čas - v době, kdy je nejvíce péče kolem dítěte	5	27,7 %	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Osvětlení oddělení v noci	1	5,6 %	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Nedostatek soukromí v koupelně	1	5,6 %	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Malý prostor v pokoji, spěch při krmení, nedostatek odsávaček	1	5,6 %	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Mříže v oknech	0	-	0	-	1	6,3 %	0	-	0	-	0	-	0	-
Pláč ostatních dětí	0	-	1	10 %	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Pokoj společný pro více matek	0	-	0	-	0	-	1	6,7 %	0	-	0	-	0	-
Organizace propuštění	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5,9 %	0	-	0	-
Ranní měření tělesné teploty	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	8,3 %	0	-
Toaleta není v blízkosti pokoje	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	6,7 %
celkem	18	100 %	10	100 %	16	100 %	15	100 %	17	100 %	12	100 %	15	100 %

Tabulka 26 Zpracování otevřené otázky – co chtějí respondenti změnit na oddělení dle jednotlivých nemocnic

Odpovědi respondentů	Nemocnice České Budějovice, a.s		Nemocnice Prachatice, a.s.		Nemocnice Strakonice, a.s.		Nemocnici Písek, a.s.		Nemocnice Jindřichův Hradec		Nemocnice Český Krumlov, a.s.		Nemocnice Tábor, a.s.	
Nic bych neměnil/a	6	33,2 %	9	90 %	11	68,7 %	12	80 %	13	76,4 %	11	91,7 %	10	66,6 %
Modernější vybavení pokojů	0	-	1	10 %	0	-	1	6,7 %	1	5,9 %	1	8,3 %	2	13,3 %
Toaleta a sprcha jako součást každého pokoje	5	27,8 %	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Nevím	1	5,6 %	0	-	2	12,5 %	0	-	1	5,9 %	0	-	1	6,7 %
Zlepšit organizaci návštěv	3	16,7 %	0	-	0	-	0	-	1	5,9 %	0	-	0	-
Upravit oddělení v dětském duchu	0	-	0	-	2	12,5 %	1	6,7 %	0	-	0	-	0	-
Zvýšit počet ošetrovatelského personálu	2	11,1 %	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Celková modernizace oddělení	0	-	0	-	1	6,3 %	0	-	0	-	0	-	0	-
Více přizpůsobit stravu dítěti	0	-	0	-	0	-	1	6,7 %	0	-	0	-	0	-
Zavést internet a vzdělávací programy pro děti na oddělení	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	6,7 %
Zlepšit zásobování hygienických potřeb a ručníků	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5,9 %	0	-	0	-
Zřídit odpočinkovou místnost pro rodiče	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	6,7 %
Zvětšit prostor na pokojích	1	5,6 %	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
celkem	18	100 %	10	100 %	16	100 %	15	100 %	17	100 %	12	100 %	15	100 %

Tabulka 27 Zpracování otevřené otázky – náměty/ připomínky ke zkvalitnění ošetrovatelské péče dle jednotlivých nemocnic

Odpovědi respondentů	Nemocnice České Budějovice, a.s		Nemocnice Prachatice, a.s.		Nemocnice Strakonice, a.s.		Nemocnici Písek, a.s.		Nemocnice Jindřichův Hradec		Nemocnice Český Krumlov, a.s.		Nemocnice Tábor, a.s.	
Nemám připomínky	11	61,1 %	10	100 %	16	100 %	14	93,3 %	14	82,4 %	11	91,7 %	14	93,3 %
Zvýšení spokojenosti personálu	2	11,1 %	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Více se zaměřit a kontrolovat techniky kojení	1	5,6 %	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Možnost darovat mateřské mléko dítěti v příbuzeneckém vztahu, bez pasterizace a se souhlasem matky	1	5,6 %	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Přizpůsobit porce stravy dítěti	0	-	0	-	0	-	1	6,7 %	0	-	0	-	0	-
Nevhodná strava – studená večeře pro dítě po operaci, byl by vhodnější teplý vývar	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	6,7 %
Ošetrovatelská péče zde je kvalitní – jsem spokojena /a	3	16,6 %	0	-	0	-	0	-	3	17,6 %	1	8,3 %	0	-
celkem	18	100 %	10	100 %	16	100 %	15	100 %	17	100 %	12	100 %	15	100 %

4.2 Výsledky kvalitativního šetření

Rozhovor 1

Respondentka, která si během rozhovoru přeje být oslovena křestním jménem, žije ve společné domácnosti s manželem a třemi dětmi v Týně nad Vltavou. Tento rok jí bylo 34 let. V současné době je hospitalizována již 3. den se svojí čtyřletou dcerou na dětském oddělení nemocnice Písek, a.s. Důvod hospitalizace dcery je odstranění nosních mandlí, neboť dcerka trpěla neustále se opakující rýmou, několikrát prodělala zánět středního ucha a kulturační nález při výtěru mandlí prokázal přítomnost bakterie hemofila. Respondentka považuje vzhledem k věku dítěte společnou hospitalizaci s dcerou za nutnou. Chce, aby její dítě i ona sama byly v klidu a aby dcerka neprožívala stres způsobený odloučením od matky. Její názor je, že pokud v rodině jsou udržovány alespoň trochu „normální“ vztahy a rodina není ve finanční nouzi, měla by společné hospitalizace využít každá matka.

První den, tedy den přijetí do nemocnice popisuje respondentka/matka jako relativně klidný a bez komplikací, jak pro ni, tak pro její dítě. Ráno ještě před příchodem na dětské oddělení matka s dcerou navštívily lékaře, ORL specialistu, ke kterému dcerka pravidelně dochází, a u kterého se ambulantně léčí přibližně jeden rok ORL specialista byl zároveň lékař, který operační zákrok dítěte provedl, a který je ve své ordinaci ráno v den přijetí do nemocnice řádně poučil, jak bude probíhat jejich společný příjem na dětském oddělení, a jak bude probíhat léčebný postup. Poskytl jí k podpisu informovaný souhlas se zákrokem, jehož součástí byl i seznam možných komplikací operačního výkonu.

Po příchodu do nemocnice se matka nahlásila na dětském oddělení, kde se sestrou vyplnila dokumenty potřebné pro přijetí. Následně vyčkala společně s dcerou na příchod lékařky, která provedla příjmovou anamnézu a fyzikální vyšetření dítěte. Dále poskytla matce k pročtení a podpisu souhlas s anestezií dítěte. Poté matka s dítětem byly za doprovodu sestry odvedeny na pokoj určený k jejich hospitalizaci. Hned po příchodu na pokoj jim sestra ukázala, jak funguje zdejší signalizační zařízení, tedy způsob spojení

mezi nimi a sestrou, a kde se nachází sociální zařízení. Matka byla velmi spokojena s organizací dne přijetí do nemocnice i s milým přístupem, jak sestry, tak lékaře. Vstupní informace považuje za dostačující a podané srozumitelnou formou. U dítěte nepozorovala v den přijetí žádné negativní změny v chování, myslí si, že to bylo z části způsobeno psychickou přípravou dítěte již doma. Vysvětlila dítěti důvod hospitalizace i operačního zákroku, pokud půjde dítě na odstranění mandlí, přestane mít neustálé problémy s rýmou a nebude mít zalehlá ouška. Zároveň dítě ujistila, že bude po celou dobu s ním a hospitalizace nebude trvat dlouhou dobu.

Respondentka má již předchozí zkušenost s ambulantním ošetřením starší dcery po úraze horní končetiny, a to v Nemocnici České Budějovice, a.s. Chválila dobrou organizaci péče o její zraněné dítě, oproti srovnání s péčí v jiných zemích. Hodnotí kladně, že lékař na ambulanci dítě nejdříve vyšetřil, zeptal se jen na nutné informace, které byly stěžejní pro stanovení diagnózy a zvolení způsobu léčby a dítě ošetřil, teprve potom následovalo sepsání veškeré potřebné administrativy. Matka měla možnost srovnání se Spojenými státy americkými, kde měla její sestřenice zkušenost, že při příchodu do nemocnice se zraněným dítětem, probíhala organizace ošetření úplně v jiném sledu, nejdříve byla vyzvána k vyplnění veškeré dokumentace a po nezbytné době čekání bylo teprve provedeno ošetření.

V případě indikované hospitalizace k odstranění nosních mandlí dcerky nyní vyslovila respondentka též spokojenost s poskytovanou péčí. Nepopisuje nic, co by mohla sestře nebo lékaři vytknout a co by se mohlo v péči o její dítě změnit. Sestra se na pokoj chodila několikrát za den ptát, na celkový stav dítěte. Matka považuje tento kontakt za dostačující, neboť operační zákrok i pobyt dcery proběhl bez komplikací. Pouze jedenkrát přivolala matka sestru pomocí signalizačního zařízení, když dcera zvracela. Sestra byla na pokoji do dvou minut a situaci ihned vyřešila. Dále respondentka uvedla, že zkušenost s ošetřovatelským zásahem sestry neměla, neboť dcera žádnou bolest v souvislosti se zákrokem neprožívala. Matka popisuje, že dcera snášela hospitalizaci „pohodově“. Při odstraňování intravenózní kanyly po operaci, dcera se sestrou komunikovala a spolupracovala. Matka uvádí, že takový klidný přístup od dcery nečekala.

Respondentka z důvodu krátkodobé hospitalizace ani nevyužila možnost návštěv. Uvedla, že se sestra zajímala o to, zda je všechno v pořádku, a zda ji přijde někdo navštívit.

Používání rukavic u ošetřujícího personálu nehodnotí negativně, chápe sestru, která je denně ve styku s různými dětmi a s různými onemocněními, že sama sebe chrání a brání přenosu infekce z jednoho dítěte na jiné.

Stravu v nemocnici považuje respondentka za dostačující. Uvedla, že případná méně výrazná chuť pokrmů má jistě svůj důvod. Strava v nemocnici přináší určitá dietní omezení. Též množství stravy považuje za dostačující, věří, že odborník pro výživu v nemocnici má přesně stanoven kalorický přísun, tak aby se příjem rovnal výdeji.

Práci lékaře popsala matka jako velmi dobrou, vyslovila plnou důvěru ke způsobu léčby dcery a zvolenému léčebnému režimu. Jediné s čím měla dcera potíže bylo dodržování klidu na lůžku, hned jak přišla úleva po operaci a narkóze nechtěla zůstat v klidu na postýlce.

Respondentka je s dcerou uložena na speciálním pokoji, který je vyhrazen pro krátkodobé hospitalizace matek a dětí po drobných chirurgických zákrocích. Tento pokoj je určen pro čtyři děti a jejich čtyři matky. V současné době je tam pouze sama se svou dcerou. Byl jí nabídnut i samostatný pokoj, ale ten respondentka odmítla. Uvedla, že je pro ní lepší být v kontaktu s ostatními matkami, se kterými může pohovořit o situaci, která je spojuje.

Vybavení v pokoji označila jako dostačující, stěny jsou sice bíle vymalované a bez obrázků, ale vzhledem ke krátkému pobytu, v tom matka nevidí problém. Pokoje přímo na dětském oddělení, které je umístěno o podlaží níž, považuje za dobře vybavené. Kladně hodnotí skleněné okénko u dveří pokojů, kde má sestra neustále přehled o dění v pokoji. Jako příjemné označila obrázky na stěnách dětských pokojů a vhodně vybavenou hernu, kterou se svým dítětem také jednou navštívila. Mile ji překvapilo pestré vybavení herny, kde nechybí knížky, hračky ani televize. Považovala by za vhodné snad doplnit vybavení o DVD přehrávač, aby děti mohly sledovat pohádky.

K režimu na oddělení nemá respondentka žádné připomínky, popisuje ho jako „volnějš“, což jí i její dceři velmi vyhovuje. Moc se jí líbilo, že neprobíhalo žádné drastické brzké ranní buzení.

Rozhovor 2

Respondentka byla oslovována standardním způsobem tedy paní a příjmení klientky. Během rozhovoru sdělila, že je prvorodička a že celková délka její hospitalizace je necelé 4 týdny. Nejdříve dva týdny „ležela“ na oddělení rizikového těhotenství, dále jeden týden na jednotce intenzivní péče na gynekologicko-porodnickém oddělení. Poté následoval jeden týden v domácím léčení, během kterého bylo dítě hospitalizováno na neonatologické jednotce intenzivní péče samostatně a matka za ním docházela.

V době, kdy byl uskutečněn tento rozhovor byla dotazovaná matka hospitalizována již jeden týden na neonatologickém oddělení intermediární péče pro nedonošené a patologické novorozence společně s dítětem. Jako důvod, proč se rozhodla pro společnou hospitalizaci, uvedla, že došlo ke zlepšení stavu dítěte a mohla začít podávat dítěti odstříkované mateřské mléko a mohla začít s léčebnou metodou tzv. „klokánkováním“. Jako základní diagnózu dítěte uvedla nedonošenost (termín porodu byl plánován až na 4.září) se kterou souvisí i problémy s dýcháním, které jsou způsobené nezralostí organismu dítěte. Matka doplnila, že se jedná o její první společnou hospitalizaci s dítětem.

Ošetrovatelskou péčí o dítě na neonatologickém oddělení respondentka popisuje jako velmi dobrou. Zvláště vyzdvihuje práci sester i lékařů na neonatologické jednotce intenzivní péče, tamější péči označila jako perfektní. Moc se jí líbilo poučení o bariérové péči i její dodržování ze strany lékařů i ošetrovatelského personálu. Respondentka popisuje, že péče na neonatologickém oddělení je stoprocentně zaměřená na dítě a matka je zde na druhém místě, s čímž souhlasí.

První den na zdejším oddělení si již do detailů nevybavuje, ale proběhl bez zvláštních komplikací. Respondentka byla uložena na dvoulůžkovém pokoji společně s druhou maminkou a to označila, jako velmi pohodlné. Konkrétně popisuje, že „je fajn být tu ve dvou, moci si s někým popovídat o stejné situaci, která obě potkala.“ Pobyt ve dvou na pokoji má význam i proto, že zde není signalizační zařízení, což považuje respondentka za negativum. Pokoj, na kterém je v současné době uložena, popisuje jako standardně vybavený. I s čistotou na pokoji byla zatím vždy spokojena. Velmi mile jí překvapilo dostatečné množství plenek a hygienických pomůcek pro dítě, nikdy neměla pocit, že by něco scházelo a musela by pak s pomůckami nadměrně šetřit. Jako nepohodlné na oddělení označila, že toaleta a sprcha není součástí každého pokoje. Jinak ohodnotila, že prostředí neonatologického oddělení je vyhovující a dobře přizpůsobené pro ni i pro její dítě.

K informovanosti na zdejším oddělení respondentka uvedla, že je spokojená, že vše co potřebovala vědět, se od lékařů nebo sester dozvěděla. Na její otázky, vždy personál reagoval a vše jí bylo buď okamžitě nebo dodatečně zodpovězeno. Velmi ocenila okamžité informování o změně zdravotního stavu dítěte, neboť měla s rychlým informováním ze strany personálu vlastní zkušenost. U jejího syna došlo ke zhoršení stavu, začalo u něj kolísat množství kyslíku v krvi a na podkladě toho byl v noci převezen na jednotku intenzivní péče. Respondentku personál informoval hned v noci.

V průběhu rozhovoru se respondentka jsme se s respondentkou dostaly i k hodnocení režimu dne na oddělení. Popisuje, že zpočátku pro ni bylo náročné zvyknout si celkově na nový režim, který narození dítěte přináší a k tomu dodává, že i pobyt v nemocnici sebou nese jistá omezení. K režimu dne na oddělení uvádí: „Režim na oddělení se zde řídí do značné míry podle krmení dítěte. Pokud to stav dítěte dovolí, matka může mít dítě u sebe na pokoji od šesté hodiny ráno do 18 hodin večer. Režim krmení je nastaven tak, že každé tři hodiny matka kojí nebo připraví mateřské mléko, které vždy těsně před krmením odtřikává. V době krmení nás vždy navštíví sestra a v případě, že krmení neprobíhá tak jak má, sestra pomáhá zvládnout techniku kojení nebo krmení. S tímto zavedeným systémem jsem velmi spokojená, protože zpočátku jsem často pomoc sestry potřebovala“.

Dále respondentka uvedla, že si zpočátku musala zvykat na to, že je na oddělení neustále rozsvíceno. I když přes noc je světlo tlumenější, popisuje, že měla problémy s usínáním.

Organizaci návštěv na oddělení respondentka označuje jako vyhovující. Návštěvy probíhají tak, že rodinný příslušník může přijít téměř kdykoliv a zůstat může do té doby, do kdy to neruší ostatní spolupacientky. Ze strany personálu jsou pouze vyzývány, aby se na spolupacientky bral velký ohled.

Závěrem respondentka uvedla, že je velmi ráda, že jí byla nabídnuta společná hospitalizace s dítětem a že dítěti může být pořád na blízku a je neustále informována o změnách stavu dítěte a výsledcích vyšetření.

Rozhovor 3

Respondetka, která si přeje býti oslovoována příjmením, je povoláním všeobecná sestra a žije ve společné domácnosti s manželem v obci v okolí Tábora. Před dvěma měsíci předčasně porodila dvojčata a to bylo důvodem, proč je v současné době hospitalizovaná na oddělení intermediární péče pro nedonošené a patologické novorozence v Nemocnici České Budějovice, a.s. Uvedla, že svým dětem chce být neustále nablízku, proto využila nabídky společné hospitalizace s dětmi. Základní diagnózou dětí je předčasné narození. Chlapec a holčička přišli na svět 12 týdnů před stanoveným termínem porodu (předpokládaný termín porodu byl 16.8.2008). Jelikož porod proběhl císařským řezem, hospitalizaci zde předcházela hospitalizace na jednotce intenzivní péče na gynekologicko-porodnickém oddělení. Nyní je respondentka na neonatologickém oddělení hospitalizována se svými dětmi již sedmý týden.

Organizaci prvního dne na oddělení označila dotazovaná matka jako velmi dobrou. Popisuje, že jí sestra doprovodila na čtyřlůžkový pokoj, ukázala jí vybavení pokoje, toaletu a sprchu. Poté ji seznámila se spolupacientkami a domácím řádem oddělení.

Za nepohodlné při pobytu na zdejší oddělení respondentka uvedla málo prostoru na pokoji. K tomu podotkla, že si uvědomuje, že to zatím asi jinak řešit nelze, než aby byly matky uloženy na pokojích ve větším počtu. S malými prostory souvisí i nemožnost uložit si své věci. Maminky bývají na tomto oddělení hospitalizovány delší dobu, a proto by respondentka navrhovala, aby na pokoji kromě stolečku byla umístěna alespoň malá skříňka, kam by si matky mohly své věci uložit. Dále označila za nepohodlné, že sprcha a toaleta je společná pro šest matek. Celkově k vybavení oddělení podotýká, že pro dítě je velmi vhodně přizpůsobené. Jako perfektní ve vybavení oddělení popisuje dostatek plen, hygienických pomůcek a čistého oblečení pro její děti.

K ošetrovatelské péči uvádí, že je zde plně zaměřena na dítě. To považuje za správné, ale přece jen by uvítala, kdyby se někdo zeptal na to, jak daří matce dítěte. Matka může též pociťovat pocity nepohody nebo bolesti. Předmětem zájmu tohoto oddělení není matka, ovšem pokud bude matka v nepohodě, může se tento pocit přenést i na její dítě.

Sestry na oddělení popisuje jako ochotné kdykoli pomoci. Respondentka uvádí, že sestra dochází na pokoj vždy v době krmení dětí, kdy poradí nebo ukáže matce správnou techniku kojení a prozradí zkušenosti z praxe. Dotazovaná matka jako prvorodička tuto skutečnost velice uvítala. V rozhovoru dále uvedla, že velmi ocenila pohotovost a rychlé jednání sestry, když při kojení dcerky došlo ke spazmu laryngu a dítě nemohlo dýchat. Spolupacientka z pokoje doběhla pro sestru a sestra ihned reagovala, kontaktovala lékaře a dítě poskytla první pomoc. Dítě bylo poté převezeno na jednotku intenzivní péče, kde bylo napojeno na dýchací přístroj a bylo čtyři dny pod bedlivým dohledem personálu. Při vzpomínce na tuto situaci respondentka uvádí jako negativum, že na pokoji chybí signalizační zařízení. A dodává, že neví, jak by mohla tuto situaci sama vyřešit s dítětem v náručí, bez pomoci spolupacientky. Spojení se sestrou považuje zde za nedostačující.

Respondentka se dále vyjádřila k léčebnému režimu a poskytované péči o její děti na zdejší oddělení. Poskytovanou péči na oddělení intermediární péče pro nedonošené a patologické novorozence označila za vysoce specializovanou a

profesionální. Ale uvádí, že z jejího pohledu na tomto oddělení pokulhává informovanost, za strany lékařů. Uvedla : „Vadilo mi, že jsem informace musela vždy zjišťovat samostatně, doslova jsem se po nich musela „pídit“. Trvalo delší dobu, než jsem se něco konkrétního o zdravotním stavu svých dětí dozvěděla, a to zvyšovalo můj pocit nejistoty a hlavně strach o děti.“

Poslední, co klientka doplnila je, že úklid na oddělení je dostačující, ale bohužel uklízení probíhá dvakrát denně a vždy v nevhodnou dobu. První úklid probíhá ráno těsně před vážením dítěte. Matka upozorňuje, že podlaha je mokrá a kluzká a snadno by mohlo dojít k úrazu. Druhý úklid probíhá těsně před dobou krmení, kdy se matky zrovna připravují a odstříkují mateřské mléko pro své děti.

Rozhovor 4

Respondentka z Nemocnice Jindřichův Hradec je v současné době hospitalizovaná se svým 6 –ti letým synem na dětském pokoji na oddělení ORL (ušní nosní, krční oddělení). Důvod hospitalizace je provedení operačního výkonu, odstranění nosních madlí, pro jejich zbytnění, které narušovalo dítěti sluch. U dítěte docházelo v posledních měsících k výraznému zhoršení sluchu. Respondentka žije ve společné domácnosti s manželem, spolu mají dvě děti, z nichž je nyní hospitalizovaný mladší syn. Matka se rozhodla ke společné hospitalizaci z důvodů, aby předešla možným negativním psychickým následkům odloučení dítěte od matky při hospitalizaci.

Dotazovaná matka uvedla, že jde o první společnou hospitalizaci se synem, ovšem syn již hospitalizován byl před třemi lety v Nemocnici Prachatice. Bylo to z důvodu neobvyklého průběhu streptokokové infekce, kdy dítě mělo problémy se stabilitou těla a s koordinací pohybů. Dítě bylo přijato na čtyřdenní pozorování. Návštěvy dítěte probíhaly pouze telefonicky, důvodem bylo zbytečné rozrušení dítěte přítomností matky. Toto vysvětlení označila respondentka jako zvláštní. Společný pobyt s dítětem matce tehdy nabídnut nebyl.

Nyní se vrátíme ke společné hospitalizaci dítěte a matky na ORL oddělení v nemocnici v Jindřichově Hradci. První den společné hospitalizace popisovala matka jako perfektní. Hned po příchodu na oddělení s ní sestra vyplnila potřebnou dokumentaci, která se vztahovala k přijetí do nemocnice, následně je odvedla na pokoj. Po prvotním zabydlení na pokoji, přišla za matkou a dítětem ošetřující lékařka. Matku překvapil milý přístup ošetřující lékařky, která podala veškeré potřebné informace o průběhu celého pobytu a operačním výkonu a dala matce prostor pro podepsání nezbytných souhlasů s výkonem a anestezií. Výkon vysvětlila i přijatelnou formou dítěti, které zároveň uklidnila, že ho nečeká žádná injekce, že dítě bude pouze „nafukovat balónek“ a pak usne. Informace, které byly podány byly srozumitelné pro matku i dítě. Celkově přístup lékařky k ní i k dítěti po celou dobu pobytu hodnotí respondentka jako bezvadný.

K přístupu sester respondentka uvedla, že vše bylo v pořádku. Se sestrami příliš do kontaktu nepřišla, vzhledem k tomu, že se u dítěte nevyskytly žádné komplikace. První den s nimi sestra sepsala potřebné dokumenty a dovedla je na pokoj, který byl společný pro dvě matky. Respondentka neočekávala, že bude na pokoji sama se synem a dodala, že samostatný pokoj ani nevyžadovala. Jediné, co jí trochu zaskočilo je, že jí nebylo ukázáno, kde se nachází sociální zařízení a koupelna. K tomu uvedla, že je pouze jedno sociální zařízení a koupelna na celém ORL oddělení. Dalo se to sice zvládnout, ale bylo by příjemnější, kdyby alespoň děti a jejich rodiče měly koupelnu a toaletu svou.

Jako dost nepříjemné uvedla, že na pokoji nebylo signalizační zařízení, a pokud bylo, tak o něm nevěděla. V případě potřeby sestry nevěděla, jak má sestru kontaktovat, jestli má zavolat nebo pro ni dojít. Nakonec se odhodlala a pro sestru došla na inspekční pokoj. Druhá matka z pokoje pohlídala jejího syna, jelikož se respondentka bála odejít od dítěte, které bylo ještě zmatené pod vlivem anestezie a mohlo by spadnout z postele. Sestra poté přišla a pomohla matce s dítětem na toaletu, neboť matka nevěděla, zda může dítě po operačním výkonu vstávat.

Jako trochu nepříjemné matka uvádí, že nevěděla čas operace, tudíž po dlouhém čekání byly zaskočeni náhlým odvozem na operační sál. Respondentka uvedla, že by bylo dobré vědět přibližný čas nebo aspoň pořadí v operačním programu.

Za vynikající však popisuje, že mohla společně s dítětem odejít na sál a mohla s ním být až do doby, než začala působit anestézie a dítě usnulo. Následně odešla čekat na pokoj, kam jí dítě po výkonu přivezli. Respondentka uvedla, že by si ani nepřála být přítomna operaci. O léčebném režimu byla dostatečně informována a to jí stačilo, dítě svěřila s důvěrou do péče lékařů.

K vybavení a úpravě prostředí se vyjádřila, že oddělení je zastaralé, přesto čisté. Na pokoji má dítě k dispozici hračky, knížky a společenské hry, což dítě i matka přivítaly. Jako příjemné označila, že ona i dítě mohly jíst přímo na pokoji. Na oddělení je jídelna přímo na chodbě a to respondentce nevyhovovalo. Ke stravě měla pouze jednu připomínku. Pro dítě, které by bylo hospitalizováno delší dobu, by považovala za vhodné přidat svačiny, neboť jídlo třikrát denně je pro dítě nedostačující. Dále ocenila volnější režim a klid na oddělení.

V den výkonu, došlo i k propuštění a tento den byl proveden i rozhovor. Matka měla připomínku k tomu, že v den výkonu dochází k propuštění do domácího ošetření kolem 15 hodiny odpoledne, ovšem dítě muselo opustit postel a pokoj již ve 12,30 a zbývající čas bylo nuceno strávit s matkou čekáním na chodbě. Dle respondenty by dítě mělo mít do hodiny odchodu k dispozici postel, kde může odpočívat po anestézii, aby mělo dostatečný čas a prostor k rekonvalescenci.

Jinak respondentka uvedla, že na tomto oddělení byla spokojena s péčí o ni i o dítě.

Výsledky kvalitativního šetření zobrazené v tabulce

Tabulka 28 Odpověď doprovázející osoby, s čím byly nejvíce spokojeny při společném pobytu s dítětem v nemocnici

Názor doprovázející osoby	Spokojenost s informovaností	Spokojenost s péčí o dítě	Dostatek plen, hygienických pomůcek	Pohotový zásah sestry
Počet odpovědí	3	2	2	1

V rozhovoru uváděly respondentky více odpovědí. Z celkového počtu 8 odpovědí byla uvedena 3 krát spokojenost s informovaností o léčebném režimu dítěte. 2 krát byla uvedena spokojenost s péčí sester i lékařů o dítě a 2 krát bylo uvedeno jako velice příjemné, že na oddělení byl dostatek dětských plen, hygienických pomůcek a čistého oblečení pro dítě. Jedenkrát byla obzvláště chválena pohotová a rychlá reakce sestry.

Tabulka 29 Největší negativum při společné hospitalizaci dítěte a doprovodu

Názor doprovázející osoby	Chybí signalizační zařízení na pokoji	Nedostatek toalet a sprch	Nedostatečná informovanost	Organizace propuštění
Počet odpovědí	3	2	1	1

V rozhovoru na otázku, jaké je největší negativum při pobytu v nemocnici uváděly respondentky též více odpovědí. Z celkového počtu 7 odpovědí, bylo 3 krát uvedeno, že chybí signalizační zařízení na pokoji, tudíž je ztížena komunikace mezi respondentkou a sestrou. 2 krát byla uvedeno, že na oddělení není dostatek toalet a sprch. Jedenkrát byla uvedena nespokojenost s informovaností o zdravotního stavu a léčebném režimu dítěte. Jedenkrát byla uvedena špatná organizace propuštění.

4.3 Seznam grafů a tabulek

Graf 1	Zastoupení respondentů v jednotlivých nemocnicích Jihočeského kraje
Graf 2	Stáří dítěte
Graf 3	Vztah doprovázející osoby k dítěti
Graf 4	Věk doprovázející osoby
Graf 5	První společná hospitalizace
Graf 6	Zdroj informací o možnosti společného pobytu
Graf 7	Uvítání nabídky společné hospitalizace
Graf 8	Informovanost o léčebném režimu dítěte
Graf 9	Srozumitelnost informací od ošetřujícího personálu
Graf 10	Spokojenost s ošetrovatelskou péčí o dítě
Graf 11	Hodnocení přístupu sester k dítěti
Graf 12	Hodnocení přístupu sester k doprovázející osobě
Graf 13	Dostupnost sestry v případě potřeby
Graf 14	Dodržování intervalů a způsobu podání léků z pohledu doprovázející osoby
Graf 15	Spokojenost dítěte s režimem oddělení
Graf 16	Spokojenost dítěte se stravou
Graf 17	Spokojenost s čistotou oddělení
Graf 18	Spokojenost s čistotou ložního prádla
Graf 19	Přizpůsobenost oddělení dítěti
Graf 20	Zájem o toto oddělení v případě potřeby další hospitalizace
Graf 21	Stáří dítěte dle jednotlivých nemocnic
Graf 22	Vztah doprovázející osoby k dítěti dle jednotlivých nemocnic
Graf 23	Věk doprovázející osoby dle jednotlivých nemocnic
Graf 24	První společná hospitalizace dle jednotlivých nemocnic
Graf 25	Zdroj informací o možnosti společného pobytu dle jednotlivých nemocnic
Graf 26	Uvítání nabídky společné hospitalizace dle jednotlivých nemocnic
Graf 27	Informovanost o léčebném režimu dítěte dle jednotlivých nemocnic

Graf 28	Srozumitelnost informací od ošetřujícího personálu dle jednotlivých nemocnic
Graf 29	Spokojenost s ošetrovatelskou péčí o dítě dle jednotlivých nemocnic
Graf 30	Hodnocení přístupu sester k dítěti dle jednotlivých nemocnic
Graf 31	Hodnocení přístupu sester k doprovázející osobě dle jednotlivých nemocnic
Graf 32	Dostupnost sestry v případě potřeby dle jednotlivých nemocnic
Graf 33	Dodržování intervalů a způsobu podání léků z pohledu doprovázející osoby dle jednotlivých nemocnic
Graf 34	Spokojenost dítěte s režimem oddělení dle jednotlivých nemocnic
Graf 35	Spokojenost dítěte se stravou dle jednotlivých nemocnic
Graf 36	Spokojenost s čistotou oddělení dle jednotlivých nemocnic
Graf 37	Spokojenost s čistotou ložního prádla dle jednotlivých nemocnic
Graf 38	Přizpůsobenost oddělení dítěti dle jednotlivých nemocnic
Graf 39	Vybraly by si doprovázející osoby stejné oddělení ve stejné nemocnici znovu
Tabulka 1	Zpracování otevřené otázky - co se nejvíce líbilo na oddělení
Tabulka 2	Zpracování otevřené otázky - co nejvíce rušilo na oddělení
Tabulka 3	Zpracování otevřené otázky – co chtějí respondenti změnit na oddělení
Tabulka 4	Zpracování otevřené otázky – náměty/ připomínky ke zkvalitnění ošetrovatelské péče
Tabulka 5	Stáří dítěte dle jednotlivých nemocnic
Tabulka 6	Vztah doprovázející osoby k dítěti dle jednotlivých nemocnic
Tabulka 7	Věk doprovázející osoby dle jednotlivých nemocnic
Tabulka 8	První společná hospitalizace dle jednotlivých nemocnic
Tabulka 9	Zdroj informací o možnosti společného pobytu dle jednotlivých nemocnic
Tabulka 10	Uvítání nabídky společné hospitalizace dle jednotlivých nemocnic
Tabulka 11	Informovanost o léčebném režimu dítěte dle jednotlivých nemocnic

Tabulka 12	Srozumitelnost informací od ošetřujícího personálu dle jednotlivých nemocnic
Tabulka 13	Spokojenost s ošetrovatelskou péčí o dítě dle jednotlivých nemocnic
Tabulka 14	Hodnocení přístupu sester k dítěti dle jednotlivých nemocnic
Tabulka 15	Hodnocení přístupu sester k doprovázející osobě dle jednotlivých nemocnic
Tabulka 16	Dostupnost sestry v případě potřeby dle jednotlivých nemocnic
Tabulka 17	Dodržování intervalů a způsobu podání léků z pohledu doprovázející osoby dle jednotlivých nemocnic
Tabulka 18	Spokojenost dítěte s režimem oddělení dle jednotlivých nemocnic
Tabulka 19	Spokojenost dítěte se stravou dle jednotlivých nemocnic
Tabulka 20	Spokojenost s čistotou oddělení dle jednotlivých nemocnic
Tabulka 21	Spokojenost s čistotou ložního prádla dle jednotlivých nemocnic
Tabulka 22	Přizpůsobenost oddělení dítěti dle jednotlivých nemocnic
Tabulka 23	Vybraly by si doprovázející osoby stejné oddělení ve stejné nemocnici znovu
Tabulka 24	Zpracování otevřené otázky - co se nejvíce líbilo na oddělení dle jednotlivých nemocnic
Tabulka 25	Zpracování otevřené otázky - co nejvíce rušilo na oddělení dle jednotlivých nemocnic
Tabulka 26	Zpracování otevřené otázky – co chtějí respondenti změnit na oddělení dle jednotlivých nemocnic
Tabulka 27	Zpracování otevřené otázky – náměty/ připomínky ke zkvalitnění ošetrovatelské péče dle jednotlivých nemocnic
Tabulka 28	Odpověď doprovázející osoby, s čím byly nejvíce spokojeny při společném pobytu s dítětem v nemocnici
Tabulka 29	Největší negativum při společné hospitalizaci dítěte a doprovodu

5 Diskuse

Cílem diplomové práce bylo zjistit spokojenost s ošetrovatelskou péčí o hospitalizované dítě z pohledu doprovázející osoby.

Výzkum probíhal na dětských odděleních v nemocnicích v Jihočeském kraji a na neonatologickém oddělení intermediární péče pro nedonošené a patologické novorozence v Nemocnici České Budějovice, a.s. Toto oddělení bylo do výzkumu zahrnuto z několika důvodů. Neonatologické oddělení v Českých Budějovicích poskytuje vysoce specializovanou péči o extrémně a těžce nedonošené novorozence a novorozence patologické v rámci Jihočeského kraje a části kraje Vysočina a patří k největším pracovištím v České republice, která umožňují matkám společný pobyt s dítětem. Na oddělení intermediární péče je celkem 38 lůžek z toho je 21 určených pro společný pobyt. Hospitalizace doprovázejících osob je na tomto oddělení delší, nežřídka trvá několik měsíců, a v souvislosti s tím jsou připomínky těchto respondentů nesmírně cenné. Zároveň důvodem byla snaha, aby zkoumaný vzorek byl kompletní a byly v něm zastoupeny všechny nemocnice v Jihočeském kraji, neboť účast ve výzkumu byla odmítnuta pouze dětskou klinikou v Nemocnici České Budějovice, a.s.

První část výzkumu probíhala kvantitativním šetřením pomocí dotazníkového šetření. Spolupráce s dětskými odděleními byla velmi dobrá. Setkala jsem se s vstřícným chováním představitelů managementu. V řadě nemocnic projeví primáři oddělení i náměstci pro ošetrovatelskou péči zájem o výsledky výzkumného šetření. Návratnost dotazníků byla poměrně vysoká - 85,8 %.

Úvodní otázky dotazníku jsou zaměřené na charakteristiku zkoumaného souboru tj. v jaké nemocnici je respondent hospitalizován, věk dítěte, věk doprovázející osoby a jejich příbuzenský vztah. Nejvíce dotazovaných 17,5 % bylo z neonatologického oddělení intermediární péče z Nemocnici České Budějovice, a.s., nejméně respondentů 9,7 % bylo z Nemocnici Prachatic, a.s.

Druhá otázka se týkala stáří hospitalizovaného dítěte. Jak se dalo předpokládat, nejvíce hospitalizovaných dětí s doprovodem bylo v nejnižší věkové kategorii do 1 roku a to 36,9 %. Nejméně dětí hospitalizovaných s doprovázející osobou 17,5 % bylo ve věku 4 – 6 let. V třídění II. stupně, stáří dětí podle nemocnic bylo zjištěno, vyjma

neonatologické oddělení v Nemocnice České Budějovice, a.s., kde byla uvedena jen věková kategorie do 1 roku, že nejvíce hospitalizovaných doprovázejících osob s dítětem ve věku do 1 roku bylo v Nemocnici Prachatice, a.s., a to 60 %. Více než polovina respondentů 53,4 % v Nemocnici Písek, a.s., 46,6 % v Nemocnici Tábor, a.s. a více než 1/3 respondentů v Nemocnici Strakonice, a.s. byla hospitalizována s dítětem ve věku od 1 –3 let. Pro tento věk je typické, že je dítě velmi ohroženo separační úzkostí a vznikem psychické deprivace v souvislosti s pobytem v nemocnici (30).

V následující otázce měli respondenti uvést vztah k hospitalizovanému dítěti. Doprovázejícími osobami v nemocnicích v Jihočeském kraji byly pouze rodiče dítěte a v 92,2 % jsou s dětmi hospitalizovány matky. Otců hospitalizovaných s dítětem bylo v Nemocnici Tábor, a.s. 13,3 %, v Nemocnici Strakonice, a.s., 12,5 % a v Nemocnici Jindřichův Hradec 11, 8 %. K této skutečnosti je třeba podotknout, že atribut moderní doby, kterým je budování kariéry a emancipace žen, s sebou nese větší zapojení mužů do výchovného procesu dítěte.

Otázka 4 v dotazníku zjišťovala věk doprovázejících osob. Více než polovina respondentů byla ve věku od 31 – 45 let. Dále velký počet respondentů 39,8 % byl ve věkové kategorii 21 –30 let. Nejstarší doprovázející osoba byla ve věku 46 – 60 let v Nemocnici Český Krumlov, a.s. I toto zjištění potvrzuje, skutečnost uvedenou výše. Mladé ženy i muži dávají přednost vysokoškolskému studiu, studijním nebo pracovním pobytům v zahraničí a lákavým pracovním příležitostem a tím odsouvají rodičovství na pozdější dobu.

Následující tři otázky dotazníku se týkaly možnosti společné hospitalizace s dítětem. Nabídka společné hospitalizace s dítětem nyní poprvé využilo 65 % respondentů. Ze sedmi nemocnic Jihočeského kraje převažují v pěti nemocnicích odpovědi respondentů, že jsou hospitalizováni s dítětem poprvé.

Odpovědi na otázku 6, odkud se respondenti dozvěděli o možnosti společného pobytu s dítětem v nemocnici byly nejčastěji uvedeny odpovědi od praktického lékaře a v příjmové ambulanci oddělení. V příjmové ambulanci se o možnosti pobytu dozvědělo nejvíce respondentů v Nemocnice České Budějovice, a.s. a v Nemocnici Prachatice, a.s. Od praktického lékaře nejčastěji získali tuto informaci respondenti v nemocnici ve

Strakonících a v Jindřichově Hradci. V Nemocnici Písek, a.s. se o možnosti společné hospitalizace dozvědělo nejvíce respondentů od příbuzných a přátel.

Z odpovědí na sedmou otázku je zřejmé, že nabídku společné hospitalizace s dítětem vítá 95,1 % respondentů. V Nemocnici Tábor, a.s. uvedl pouze jeden respondent, že nabídku spíše nevítá.

Otázka 8, vztahující se k **hypotéze 3**, zjišťovala, jak se cítí dotazovaní, informovaní o léčebném režimu dítěte. Dostatečně informováno se cítí 89,4 % respondentů a **tím potvrzujeme tuto hypotézu**. Nejlépe informovaní o léčebném režimu se cítí respondenti v Nemocnici Jindřichův Hradec, kde 100 % respondentů uvedlo, že se cítí dostatečně informován/a. Výsledek jindřichohradecké nemocnice byl potvrzen i v rozhovoru 4, ve kterém respondentka uvedla: „Překvapil mě milý přístup ošetřující lékařky, která mi poskytla veškeré potřebné informace o průběhu celého pobytu i o operačním výkonu, dala mi prostor pro podepsání nezbytných souhlasů s výkonem a anestezií. Výkon vysvětlila i přijatelnou formou mému dítěti, které zároveň uklidnila, že ho nečeká žádná injekce, že dítě bude pouze „nafukovat balónek“ a pak usne. Informace, které byly podány byly srozumitelné pro mě i mé dítě.“

Na srozumitelnost poskytovaných informací od ošetřujícího personálu byla zaměřena další otázka dotazníku. Informace od ošetřujícího personálu byly srozumitelné pro 87,4 % respondentů. Ve všech nemocnicích Jihočeského kraje respondenti odpověděli kladně na otázku, zda pro ně byly informace od ošetřujícího personálu srozumitelné.

Otázka 10 zjišťovala spokojenost s ošetřovatelskou péčí o dítě v nemocnici. 96,1 % respondentů odpovědělo kladně, což znamená, že spokojenost s ošetřovatelskou péčí byla vysoká a **potvrzuje hypotézu 1**. Tento výsledek není tolik překvapivý, neboť i ve všech průzkumech, týkajících se spokojenosti pacientů je obvykle zjišťována vysoká míra spokojenosti (38). Podobné zkušenosti jsou referovány jak z vyspělých západních zemí, tak i ze zemí méně rozvinutých (viz např. Tangcharoensathien Viroj et al., 1999 – Spokojenost pacientů v Bangoku).

Do závěru dotazníku byla zařazena otevřená otázka, která se též vztahuje ke spokojenosti s ošetřovatelskou péčí. Otázka vyzývá respondenty k vyjádření námitek a

připomínek, které by mohly přispět ke zkvalitnění ošetrovatelské péče. 87,3 % respondentů uvedlo, že nemá připomínky a 6,8 % respondentů označilo ošetrovatelskou péči jako kvalitní, 1,9 % respondentů uvedlo, že je třeba zvýšit spokojenost personálu.

Na základě tohoto šetření vzniká otázka k zamyšlení, zda je poskytovaná péče o dítě v nemocnici natolik perfektní a není co zlepšovat nebo zjištěná vysoká míra spokojenosti s ošetrovatelskou péčí je ovlivněna obavami o dítě, které jsou u rodičů velmi intenzivní, a zároveň strachem z porušení anonymity tedy že negativní hodnocení a vyjádřená nespokojenost by se mohly odrazit v další péči o dítě?

V průzkumech spokojenosti pacientů v nemocnici je tendence pacientů vyjadřovat spíše spokojenost než nespokojenost s obdrženou péčí výrazná a má pravděpodobně hluboké psychologické kořeny (12). Bude tomu tak i u doprovázejících osob?

Otázka 11 a 12 zjišťovala přístup sester k dítěti a k doprovázející osobě. Došlo k **potvrzení hypotézy 2**, neboť výsledky šetření ukazují, že doprovázející osoba je spokojena s přístupem sester. 98,1 % respondentů ohodnotilo chování sester k dítěti a 94,1 % chování k sobě, jakožto doprovodu dítěte velmi dobře nebo dobře.

Za zajímavý výsledek lze považovat, že 77,7 % respondentů uvedlo nejvyšší spokojenost s přístupem sester k doprovázející osobě, ale méně respondentů 68,9 % uvedlo nejvyšší spokojenost s přístupem sester k dítěti. (Graf 11 a Graf 12) Jak uvádí autorka Hnilicová (12), je třeba mít na paměti, že i malé odchylky od hodnot nejvyšší spokojenosti mohou mít velkou vypovídací hodnotu. Ukazují na reálné existující problémy, se kterými je potřeba se zabývat. Netýká se to ovšem Nemocnice v Českém Krumlově, kde byla 100 % spokojenost respondentů s přístupem personálu k doprovázející osobě.

Dále u těchto odpovědí je patrný tzv. „stropní efekt“, kdy většina odpovědí respondentů je situována na jedné, a to pozitivní straně posuzovací škály (12).

Otázka 13 zjišťovala, zda z pohledu doprovázející osoby, sestry projevovaly dostatečný zájem o dítě. Ve výsledcích práce chybí graf k této otázce, neboť všichni tzn. 103 respondentů odpovědělo kladně a tudíž odpovědi nebyly graficky zpracovány.

Další otázka v dotazníku se dotazovala respondentů, zda byla sestra k zastižení vždy, když jí potřebovali. 85,4 % respondentů odpovědělo ano a 14,6 % spíše ano. Jiné odpovědi nebyly uvedeny. V grafu 32 můžeme vidět, výsledky šetření dle jednotlivých nemocnic. Ve všech nemocnicích, zařazených do výzkumného šetření převažuje kladná odpověď, tzn. sestra byla vždy k zastižení, když jí potřebovali. K této otázce chci podotknout, že nejméně respondentů 77,8 %, kteří uvedli ano, bylo sice v Nemocnici České Budějovice, ovšem v tomto ohledu není vyvážené porovnávat neonatologické oddělení intermadiální péče pro nedonošené a patologické novorozence s dětskými odděleními, neboť specializace a náplň práce sester těchto oddělení je odlišná.

Otázka 14 zjišťovala, jaké povědomí o léčebném režimu dítěte mají doprovázející osoby. Domnívám se, že tato otázka do jisté míry souvisí s informovaností doprovázející osoby o léčebném režimu dítěte a do značné míry vypovídá o kvalitě poskytované péče. 84,5 % respondentů uvedlo, že byly u jejich dítěte dodržovány intervaly a způsob podání léků. V porovnání nemocnic je zřejmé, že 100 % respondentů na neonatologickém oddělení v Nemocnici České Budějovice, a.s. uvedlo, že u jejich dítěte jsou dodržovány intervaly a způsob podání léků. Tento výsledek se dal předpokládat, neboť na tak vysoce specializovaném pracovišti, kde může být dítě často v ohrožení života, mají dotazovaní povědomí o podávání léků a pečlivě sledují, zda jsou u jejich dítěte, dodržovány intervaly a způsoby podání léků.

Následující otázky dotazníku se týkaly spokojenosti dítěte s režimem oddělení a se stravou. 98,1% respondentů uvedlo, že dítěti vyhovoval režim oddělení. Pouze 2 respondenti uvedli odpověď spíše ne, a to jeden z Nemocnice Jindřichův Hradec a jeden z Nemocnici Český Krumlov, a.s. Graf 34 ukazuje, že ve všech nemocnicích Jihočeského kraje převažuje u dotazovaných spokojenost s režimem oddělení. U odpovědí na tuto otázku je též patrný „stropní efekt“ zmíněný již výše.

Nejmenší spokojenost respondentů z celého šetření byla zjištěna v oblasti stravy. 49,5 % respondentů uvedlo, že jejich dítě bylo spokojeno se stravou, 37,6 % uvedlo ke spokojenosti dítěte se stravou odpověď spíše ano a 12,9 % respondentů uvedlo spíše ne. Potvrzuje se zde skutečnost, která je známá i z průzkumů spokojenosti pacientů, že

negativní odpovědi a výhrady, které uvádějí respondenti se často netýkají podstaty léčebné péče, ale týkají se stravy a hotelových služeb poskytovaných v nemocnici (12). V Grafu 35 můžeme vidět, jak si v hodnocení stravy stojí jednotlivé nemocnice.

Otázka 18 a 19 sledovala spokojenost respondentů s čistotou oddělení a čistotou ložního prádla. 90,2 % respondentů bylo spokojeno s čistotou oddělení a 96,1 % respondentů vyjádřilo spokojenost s čistotou ložního prádla. Nespokojeno s čistotou na oddělení bylo 4,9 % respondentů a nespokojeno s čistotou ložního prádla 3,9 % respondentů. Hodnoty těchto výsledků jsou téměř srovnatelné s výsledky průzkumů spokojenosti pacientů, ve kterých se uvádí, že negativní odpovědi se týkají většinou pouze asi 5 % respondentů (15).

Graf 36 znázorňuje hodnocení čistoty oddělení v jednotlivých nemocnicích. Stoprocentní spokojenost s čistotou oddělení byla zjištěna v Nemocnici České Budějovice, a.s., Nemocnici Prachatice, a.s. a v Nemocnici Český Krumlov, a.s. Graf 37 prezentuje spokojenost s čistotou ložního prádla. Uvedeny byly pouze odpovědi ano a ne. Stoprocentně spokojeni s čistotou ložního prádla byli zase respondenti Nemocnice České Budějovice, a.s., Nemocnice Prachatice, a.s., Nemocnice Český Krumlov, a.s. a Nemocnice Jindřichův Hradec. Negativní odpovědi respondentů se objevily v Nemocnici Písek, a.s., Nemocnici Strakonice, a.s. a v Nemocnici Tábor, a.s.,

Otázka 20 zjišťovala, zda je, dle názorů doprovázejících osob, oddělení přizpůsobeno dítěti. 85,4 % respondentů odpovědělo kladně. Graf 38 znázorňuje, že nejlépe hodnotili respondenti z hlediska přizpůsobenosti prostředí dítěti neonatologické oddělení v Nemocnici České Budějovice, a.s. a dětské oddělení v Nemocnici Prachatice, a.s. V ostatních nemocnicích se v nepatrném množství objevovala i negativní hodnocení. Na otázku, zda je prostředí oddělení dostatečně přizpůsobeno dítěti, byly uvedeny odpovědi spíše ne v nemocnici v Písku, ve Strakonících a v Táboře. Odpověď ne byla uvedena v nemocnici ve Strakonících, jednou v Jindřichově Hradci a jednou v Českém Krumlově.

Tyto tři otázky, vztahující se **k hypotéze 4**, zjišťovaly spokojenost doprovázejících osob s úpravou prostředí v nemocnici. Výše uvedenými výsledky **došlo k potvrzení této hypotézy**.

Otázka 21 byla poslední uzavřená otázka dotazníku a dotazovala se respondentů, zda by si v případě potřeby další hospitalizace dítěte, vybrali znovu oddělení této nemocnice. 82,5 % respondentů odpovědělo kladně. 14,6 % respondentů zvolilo odpověď nevím a 2,9 % respondentů uvedlo, že by si nevybralo znovu oddělení, na kterém jsou nyní hospitalizováni. Kladně odpověděli všichni respondenti v Nemocnici Písek, a.s.

Dále do dotazníku byly zařazeny otevřené otázky. Respondenti měli uvést, co se jim na oddělení nejvíce líbilo, co je nejvíce rušilo, co by se mělo změnit a jakou změnu by navrhovali. Nejvíce respondentů (43,7 %) uvedlo, že se jim líbil přístup personálu, např. uváděli vstřícné chování nebo trpělivost sester a milý přístup lékařů. Možnost společného pobytu a nejbližší kontakt s dítětem uvedlo 11,7 % respondentů.

Na otázku, co respondenty nejvíce rušilo na oddělení odpovídali nejčastěji (77,6 %), že nebyli ničím rušeni. Na druhém místě byl uveden hluk 8,6 % a dále úklid pokojů v nevhodný čas - v době, kdy je nejvíce péče kolem dítěte. Všech 5 respondentů, kteří toto uvedli bylo z oddělení intermediární péče pro nedonošené a patologické novorozence z Nemocnice České Budějovice, a.s.

V otázce 24 měli respondenti možnost navrhnout změny, které by uvítali na oddělení, kde jsou v současné době hospitalizováni se svým dítětem. Uvedeno bylo například modernější vybavení pokojů, toaleta a sprcha, jako součást každého pokoje, zlepšení organizace návštěv a upravení oddělení více v dětském duchu. Ovšem nejčastěji respondenti uvedli, (69,9 %) že by nic neměnili.

Nyní přejdeme k druhé části výzkumného šetření. K dokreslení a prohloubení získaných informací bylo použito kvalitativního šetření, které probíhalo technikou hloubkového rozhovoru. Rozhovory byly uskutečněny čtyři, z toho dva na neonatologickém oddělení intermediární péče pro nedonošené a patologické novorozence v Českých Budějovicích, jeden na dětském oddělení Nemocnici Písek, a.s. a jeden v Nemocnici Jindřichův Hradec.

V průběhu rozhovorů nejvíce respondentky chválily informovanost o zdravotním stavu i léčebném režimu dítěte, uvedly tak tři respondentky ze čtyř. Informace, které jim byly poskytnuty považují za dostačující a podané srozumitelnou

formou. Hezky informovanost popsala a v rozhovoru rozvedla respondentka z jindřichohradecké nemocnice (viz Rozhovor 4). Jedna z respondentek neonatologického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. se vyjádřila k informovanosti takto: „Z mého pohledu na tomto oddělení pokulhává informovanost, za strany lékařů. Vadilo mi, že informace jsem si musela vždy zjišťovat samostatně, doslova jsem se po nich musela „pídit“. Trvá delší dobu, než se něco konkrétního o zdravotním stavu svých dětí dozvím a zvyšuje to u mě pocit nejistoty a hlavně strach o děti.“

Dále dotazované označily, že se jim velice líbila péče o dítě ze strany lékařů i ošetrovatelského personálu. Dotazovaná matka z Nemocnice České Budějovice, a.s. označila poskytovanou péči o dítě na oddělení intermediární péče pro nedonošené a patologické novorozence jako vysoce specializovanou a profesionální. Další respondentka, též z oddělení intermediární péče v Nemocnici České Budějovice, a.s., popisuje péči o dítě jako velmi dobrou. Zvláště vyzdvihuje práci sester i lékařů na neonatologické jednotce intenzivní péče, tamější péči označila jako perfektní. Velmi se jí líbilo poučení o bariérové péči i její dodržování ze strany lékařů i ošetrovatelského personálu.

Obě respondentky z neonatologického oddělení intermediární péče v Českých Budějovicích se shodly, že se jim velmi líbilo, že na oddělení měly k dispozici vždy dostatek hygienických pomůcek a čistého oblečení pro dítě.

Jako negativum, zjištěné při společné hospitalizaci s dítětem uvedly v rozhovorech tři dotazované matky, že na pokojích chybělo signalizační zařízení, tudíž bylo ztížené spojení mezi matkou a sestrou. Respondentka z Nemocnice Jindřichův Hradec uvedla: „V případě potřeby sestry jsem nevěděla, jak mám sestru kontaktovat, jestli mám zavolat nebo pro ni dojít. Nakonec jsem se odhodlala a došla jsem pro sestru na inspekční pokoj. Druhá matka z pokoje mi pohlídala syna, protože jsem se bála nechat ho samotného. Byl ještě zmatený pod vlivem anestezie a mohl by spadnout z postele a zranit se.“ Další respondentka, tentokrát z neonatologického oddělení v Českých Budějovicích uvedla, že jí na pokoji též chybělo signalizační zařízení. Při

rozhovoru si vzpomněla na situaci, kdy její dítě při kojení přestalo dýchat a sestru musela přivolat spolupacientka.

Jedenkrát bylo při rozhovorech uvedeno, že se respondentce nelíbila organizace propuštění. Propuštění bylo plánováno na 15 hodin v den, kdy byl proveden operační výkon odstranění nosních mandlí. Ovšem dítě muselo opustit postel a pokoj již v půl jedné a zbývající čas bylo nuceno strávit čekáním na chodbě. Dotazovaná matka se domnívá, že by dítě mělo mít k dispozici postel až do hodiny odchodu z oddělení, neboť by mělo odpočívat po anestézii a mělo by mít čas nabrat nové síly.

Další zmíněná negativa dotazovaných se týkala pouze služeb a vybavení oddělení. Dvě respondentky uvedly, že by ocenily více sprch a toalet na oddělení. Dotazovaná matka z Nemocnice Jindřichův Hradec zmínila, že na tamějším ORL oddělení je pouze jedno sociální zařízení a k tomu dodala, že by bylo příjemnější, kdyby alespoň děti a jejich rodiče měly koupelnu a toaletu svou.

Celkově z rozhovorů vyplývá, že respondentky jsou velmi rády, že jim bylo umožněno být s dítětem v nemocnici a být mu pořád nablízku a že výhrady a námitky, které byly uvedeny se nevztahují k poskytované ošetrovatelské péči.

6 Závěr

Cílem práce bylo zjistit spokojenost s ošetrovatelskou péčí o hospitalizované dítě z pohledu doprovázející osoby. Uvedeného cíle bylo dosaženo pomocí čtyř stanovených hypotéz a dvou výzkumných otázek.

Došlo k potvrzení všech čtyř hypotéz. Hypotézy 1 Doprovázející osoba je spokojena s ošetrovatelskou péčí o dítě v nemocnici, hypotézy 2 Doprovázející osoba je spokojena s přístupem všeobecných sester, hypotézy 3 Doprovázející osoba se při pobytu s dítětem v nemocnici cítí dostatečně informována o léčebném režimu dítěte i hypotézy 4 Doprovázející osoba je spokojena s úpravou prostředí v nemocnici. Též byly zodpovězeny obě výzkumné otázky. Výzkumná otázka 1 zněla: „S čím jsou nejvíce spokojeny doprovázející osoby při pobytu s dítětem v nemocnici?“ Výzkumná otázka 2 zněla: „Co označují doprovázející osoby jako největší negativum při společné hospitalizaci s dítětem?“

V rozhovorech bylo nejčastěji uvedeno jako negativum při společné hospitalizaci s dítětem chybějící signalizační zařízení na pokojích tedy nedostatečné spojení se sestrou v případě potřeby pomoci. Nejvíce byli respondenti během společné hospitalizace spokojeni s informovaností o zdravotním stavu a léčebném režimu dítěte.

Cíl práce byl naplněn.

Výsledky diplomové práce je možno využít ke zhodnocení kvality ošetrovatelské péče na dětských odděleních a na oddělení intermediární péče pro nedonošené a patologické novorozence. Dále pak k navržení nápravných opatření v dané oblasti, což by mělo vést ke zvýšení spokojenosti v péči o hospitalizované dítě a doprovázející osobu v nemocnici. V řadě nemocnic Jihočeského kraje již primáři oddělení a náměstci pro ošetrovatelskou péči projevíli zájem o výsledky tohoto výzkumného šetření.

7 Seznam použitých zdrojů

1. BACUS, A. *Vaše dítě ve věku od 1 do 3 let*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. 176 s. ISBN 80-7178-743-4.
2. BAŤOVÁ, J. Ošetrovatelská péče o nedonošeného novorozence. *Sestra*. Praha: 2007, roč. XVII. č. 3 .Tematický sešit. s. 54 –55. ISSN 1210-0404.
3. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A. *Psychologie a pedagogika pro 3. ročník středních zdravotnických škol a pro obory sociální*. 1. vyd. Jinočany: Nakladatelství H & H Vyšehradská, s. r. o., 1999. 143 s. ISBN 80-86022-42-0.
4. ČESKÝ VÝBOR PRO UNICEF. *O dětských právech*. [online].[cit. 2008-06-01]. Dostupně z WWW:
< <http://www.unicef.cz/index.php?pg=2&id=30&zp=1>>
5. ČESKÝ VÝBOR PRO UNICEF. *Podpora kojení v ČR*. . [online].[cit. 2008-06-06]. Dostupně z WWW:
< <http://www.unicef.cz/index.php?pg=2&id=41&zp=17>>
6. ČÍŽKOVÁ, J. et al. *Přehled vývojové psychologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2001. 175 s. ISBN 80-7067-953-0.
7. DORT, J. *Neonatologie: vybrané kapitoly pro studenty LF*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2004. 101 s. ISBN 80-246-0790-5.
8. FAKULTNÍ NEMOCNICI BRNO. *Možnosti pobytu rodičů a návštěv ve Fakultní nemocnici* [online]. 2007, [cit. 2008-06-22]. Dostupné z WWW:
< <http://www.ditevnemocnici.cz/index.php?clanek=13>>

9. HAK, J. *Bolest u kojence*. [online].[cit. 2008-05-22]. Dostupně z WWW:
< <http://www.rodina.cz/clanek5064htm>.>
10. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. rozšířené vyd. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
11. HLAVÁČKOVÁ, E., BENDOVIÁ, M. Zvládání pooperační bolesti u dětí. *Sestra*. Praha: 2004, roč.XIV. č. 10, s. 8 - 9 ISSN 1210-0404.
12. HNILICOVÁ, H., BÁRTLOVÁ, S. *Vybrané metody a techniky výzkumu, zjišťování spokojenosti pacientů*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2000. 118 s. ISBN 80-7013-311-2.
13. HONZÁK, R. *I v nemoci si buď přítelem*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1989. 160 s.
14. HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*. 1.vyd. Praha: Galén, 1997. 159 s. ISBN 80-85824-60-4.
15. HOPTON, J. L., HOWIE, J. G., Porter, M. A. The need for another look at the patient in general practice satisfaction surveys. *Family Practice*. 1993, 10. pp. 82 –87.
16. JUŘENÍKOVÁ, P. et al. *Ošetrovatelství – učební text pro střední zdravotnické školy2. část –chirurgie, pediatrie, gerontologie*. 1. vyd. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám Uherské hradiště. 1999. 236 s.
17. KAHOUN, V., KUČEROVÁ, B. Práva pacienta - dítěte. In *Nové trendy v ošetrovatelství. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí: VI. Jihočeské ošetrovatelské dny*. 1.vyd. České Budějovice: ZSF JCU, 2007, 148 –160 s. ISBN 978-80-7040-992-3.

18. KIM, H.S., KOLLAK, I. *Nursing Theories, Conceptual and Philosophical Foundations*. New York: Springer Publishing, 1999. ISBN 0-8261-1287-0.
19. KLÍMA, J. et al. *Pediatre*. 1. vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 2003. 320 s. ISBN 80-86432-38-6.
20. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Martin: Osvěta, 1995. 1474 s. Přel. z: *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process and Practice*. ISBN 80-217-0528-0.
21. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
22. KŘÍŽ, J. *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých*. 2. vyd. České Budějovice: ZSF JCU, 2004. 127 s. ISBN 80-7040-724-7.
23. LAKTAČNÍ LIGA. *Metodická doporučení pro ČR*. [online].[cit. 2008-07-02]. Dostupně z WWW:
<<http://www.kojeni.cz/doporuceni.php>>
24. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
25. LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1963. 297 s.
26. *Lemon 2: Učební texty pro sestry a porodní asistentky*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1997. 134 s. ISBN 80-7013-238-8.

27. MANDL, PE. *Rooming –in: history, advantages, and methods*. In: Programmes to promote breastfeeding, edited by Derrick B. Jelliffe and E. F. Patrice Jelliffe. Oxford, England, Oxford University Press, 1988.: 286-94. Popline Document Number: 055292 [online].[cit. 2007-12-10]. Dostupně z WWW:
<<http://www.popline.org/docs/0835/055292.html>.>
28. MAREŠ, J. *Dítě a bolest*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 1997. 317 s. ISBN 80-7169-267-0.
29. MARTINKOVÁ, V. *Komunikace s dětským pacientem*. [online].[cit. 2008-06-18]. Dostupně z WWW:
<http://www.diagnoza.info/?sec=redaction&lang=cz&red_id=38>
30. 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.
31. MATĚJČEK, Z. et al. *Z výzkumů o ústavní deprivaci*. [online].[cit. 2008-06-10]. Dostupně z WWW:
< <http://www.fod.cz/stranky/klokane/vyzkumy.htm>>
32. MATĚJČEK, Z., POKORNÁ, M., KARGER, P. *Rodičům na nejhezčí cestu*. 1. vyd. Jihočany: Nakladatelství H & H Vyšehradská, s. r. o., 2004. 189 s. ISBN 80-7319-023-0.
33. OLÁH, M., ČUŘÍKOVÁ, D. *Psychické a sociálne aspekty hospitalizovaných detí. Zdravotníctvo a sociálna práca*. Bratislava: 2006. roč. I. č. 3. s. 12-23. ISSN 1336-9326.

34. PLEVOVÁ, M. *Dítě v nemocnici*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 1997. 52 s. ISBN 80-210-1551-9.
35. 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.
36. ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. *Dětská klinická psychologie*. 3. přepracované vyd. Praha: Grada Publishing, s. r. o., 1997. 456 s. ISBN 80-7169-512-2.
37. SEDLÁŘOVÁ, P. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
38. SITZIA, J. How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies, *International Journal for Quality in Health Care*, 1999. Vol. 11. No. 4. pp. 319 –328.
39. STAŇKOVÁ, M. *Jak provádět ošetrovatelský proces*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 66 s. ISBN 80-7013-283-3.
40. ŠEMBEROVÁ, J. Hospitalizace dítěte v raném období vývoje. In *Nové trendy v ošetrovatelství II. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí: II. Jihočeské ošetrovatelské dny*. 1.vyd. České Budějovice: ZSF JCU, 2003, 193 –198 s. ISBN 80-7040-636-4.
41. TANGCHAROUNSATHIEN, VIROJ, BENNET, S. et al. Patient satisfaction in Bangkok: the impact of hospital ownership and patient payment status. *Internacional Journal for Quality in Health Care*, 1999. Vol. 11, No 4, pp. 309 –317.

42. VÁLKOVÁ, L. *Úvod praktického lékařství a komunikačních dovedností*. 1. vyd. Praha: Galén, 1999. 36 s. ISBN 80-7262-000-2.
43. VELEMÍNSKÝ, M. *3 krát 333 otázek pro dětského lékaře*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. 247 s. ISBN 80-7254-290-7.
44. VELEMÍNSKÝ, M. et al. *Vybrané kapitoly z pediatrie pro studující ZSF JCU*. 4. vyd. České Budějovice: ZSF JCU, 2003. 167 s. ISBN 80-7040-813-8.
45. VESELÁ, R. Hospitalizace dítěte a matky. *Sestra*. Praha: 2007. roč. XVII. č. 1 s. 49. ISSN 1210-0404.
46. VONDRÁČEK, L. Rodiče při poskytování zdravotní péče jejich dítěti. *Florence*. Praha 2006. roč. II. č. 10. s. 50. ISSN 1801-464X.
47. VUČKOVÁ, J. et al. *Ošetrovatelství – IV pro 4.ročník středních zdravotnických škol*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství učebnic Fortuna, 1997. 168 s. ISBN 80-7168-507-0.
48. Vyhláška 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků [online].[cit. 2007-12-10]. Dostupně z WWW: <<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?sn=y&hledany=424%2F2004&refid=0&key=20040916DSG6YQW7TDqqWGOL&zdroj=sb04424&cd76&typ=r>>
49. Zákon 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povolání) [online].[cit. 2007-12-10]. Dostupně z WWW:

<[http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?sn=y&hledany=96%2F2004&zdroj=sb04096 &cd=3&typ=r](http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?sn=y&hledany=96%2F2004&zdroj=sb04096&cd=3&typ=r)>

50. ZOUHAROVÁ, A. Kam směřuje dětská sestra v České republice na počátku 21. století. In Změny v roli sestry na počátku nového tisíciletí. *Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí*. Brno: NCO NZO, 2006. 204 -208 s. ISBN80-7013-449-6.
51. ZOUHAROVÁ, A. Úkoly dětské sestry v prevenci rizikového chování dětí a mládeže. *Pediatric pro praxi*. Olomouc: 2005. roč. VI. č. 4 s. 314 - 315. ISSN 1213-0494.
52. ZOUHAROVÁ, A. Způsobilost k výkonu zdravotnického povolání. *Pediatric pro praxi*. Olomouc: 2005. roč. VI. č. 1 s. 29 - 30. ISSN 1213-0494.

8 Klíčová slova

hospitalizované dítě

hospitalizace

doprovázející osoba

sestra

komunikace

deprivace

hospitalismus

9 Přílohy

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Rozhovor - rámcové otázky

Příloha 3 Spádové oblasti pro lůžková zařízení v Jihočeském kraji

Příloha 4 Charta práv hospitalizovaných dětí

Příloha 1 Dotazník

Dotazník

Vážená maminko, vážený tatínku,

ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který je zaměřen na Vaši spokojenost s ošetrovatelskou péčí o Vaše hospitalizované dítě. Všichni si přeci přejí, aby pobyt dítěte i jeho rodičů v nemocnici byl co nejpříjemnější. Vaše podněty i připomínky jsou proto velmi důležité a měly by přispět ke zkvalitnění ošetrovatelské péče o hospitalizované děti.

Dotazník je anonymní, proto jej prosím nepodepisujte.

Dotazník a všechny získané informace plně podléhají anonymitě dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Veškeré získané údaje použiji jen ke zpracování své práce.

Křížkem označte odpověď, která nejlépe vystihuje Váš názor.

Předem Vám děkuji za pravdivé zodpovězení všech otázek, za ochotu a čas, který jste věnovali vyplňování tohoto dotazníku.

Bc. Veronika Cabajová

1. Vy a Vaše dítě jste hospitalizováni na dětském oddělení:

- Nemocnice České Budějovice, a.s
- Nemocnice Prachatice, a.s
- Nemocnice Český Krumlov, a.s.
- Nemocnice Písek, a.s.
- Nemocnice Strakonice, a.s.
- Nemocnice Jindřichův Hradec
- Nemocnice Tábor, a.s.

2. Jak staré je Vaše dítě?

- do 1 roku
- 1 – 3 roky
- 4 - 6 let
- 7 a více let

3. Jaký je Váš příbuzenský vztah k dítěti?

- jsem matka
- jsem otec
- jsem babička, dědeček
- jiný

4. Váš věk je:

- do 20 let
- 21-30 let
- 31- 45 let
- 46 -60 let
- 61 a více let

5. Jste s dítětem v nemocnici poprvé?

- ano
- ne

6. Odkud jste se dozvěděli o možnosti pobytu v nemocnici společně s dítětem?

- od praktického lékaře
- v příjmové ambulanci dětského oddělení
- od příbuzných, přátel
- z televize, z rádia
- z novin
- jinak.....

7. Uvítali jste nabídku společné hospitalizace s dítětem?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

8. Cítíte se dostatečně informován/a o léčebné režimu Vašeho dítěte?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- nevím

pokud ne, jaké informace Vám chyběly.....

9. Byly pro Vás informace od ošetřujícího personálu srozumitelné?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

10. Jste spokojen/a s ošetrovatelskou péčí o Vaše dítě na tomto oddělení?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

11. Jak byste dle Vašeho názoru hodnotila přístup sester k Vašemu dítěti během pobytu na tomto oddělení?

- velmi dobře
- dobře
- uspokojivě
- špatně
- velmi špatně

12. Jak byste dle Vašeho názoru hodnotila přístup sester k Vám během pobytu na tomto oddělení?

- velmi dobře
- dobře
- uspokojivě
- špatně
- velmi špatně

13. Měl/a jste pocit, že sestry projevovaly dostatečný zájem o Vaše dítě?

- ano
- ne

14. Byla sestra vždy k zastížení, když jste ji potřebovali?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

15. Byly z Vašeho pohledu vždy dodržovány intervaly a způsob podání léků pro Vaše dítě?

- ano
- ne
- nevím

16. Vyhovoval Vašemu dítěti režim na tomto oddělení?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

17. Vyhovovala Vašemu dítěti strava?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

18. Byl/a jste spokojen/a s čistotou na tomto oddělení?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

19. Byl/a jste spokojen/a s čistotou ložního prádla?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

20. Měl/a jste pocit, že prostředí na dětském oddělení je dostatečně přizpůsobené Vašemu dítěti?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

21. Vybral/a byste si toto oddělení v případě potřeby opakované hospitalizace Vašeho dítěte?

- ano
- ne
- nevím

22. Co se Vám na tomto oddělení nejvíce líbilo?

.....

23. Co Vás na tomto oddělení nejvíce rušilo?

.....

24. Co byste chtěl/a na tomto oddělení změnit?

.....

25. Máte ještě nějaký námět nebo připomínku, o které jsem se v dotazníku nezmínila a domníváte se, že by mohla přispět ke zkvalitnění ošetrovatelské péče o hospitalizované dítě?

.....

Příloha 2 Rozhovor – rámcové otázky

ROZHOVOR

Dobrý den,

jmenuji se Veronika Cabajová a jsem studentkou posledního ročníku magisterského studia Ošetrovatelství na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Píši diplomovou práci na téma „ Pobyť dítěte v nemocnici z pohledu doprovázející osoby.“ Jedním z úkolů mé práce je zjistit spokojenost doprovázejících osob při pobytu s dítětem v nemocnici. Budu Vám pokládat řadu otázek týkajících se pobytu Vás a Vašeho dítěte na tomto oddělení. Při tomto rozhovoru je uplatňováno zajištění Vaší anonymity to znamená, že nikde nebude uvedeno Vaše jméno, příjmení, bydliště, rodné číslo a další kontaktní údaje.

Rámcové otázky rozhovoru

- 1) Jak si přejete být osloven/a?
- 2) Nyní Vás poprosím o krátké představení, uveďte Váš věk, věk dítěte, důvod a délku hospitalizace dítěte a proč jste se rozhodl/a pro pobyt s dítětem v nemocnici?
- 3) Vybavte si první den na tomto oddělení a pokuste se popsat, jak probíhal?
- 4) Vzpomeňte si prosím na celý Váš pobyt na tomto oddělení, co se Vám během pobytu líbilo, co se Vám naopak nelíbilo?
- 5) Kdybyste měla popsat ošetrovatelskou péči na zdejším oddělení, co byste uvedla?
- 6) Prosím, vyjádřete se k přístupu sester a lékařů na tomto oddělení?
- 7) Jak byste se vyjádřila k léčebnému režimu Vašeho dítěte?
- 8) Bylo něco během hospitalizace, s čím jste byl/a nespokojen/a?
- 9) Jak byste zhodnotila prostředí a vybavení tohoto oddělení?

Příloha 3 Spádové oblasti pro lůžková zařízení v Jihočeském kraji



Zdroj: Ústav zdravotnických a statistických informací ČR [online]. [cit. 2008- 02-10].
Dostupné z WWW:
<<http://www.uzis.cz>>

Příloha 4 Charta práv hospitalizovaných dětí

Charta práv dětí

- Děti mají být přijímány do nemocnice pouze tehdy, jestliže péče, kterou vyžadují, jim nemůže být stejně dobře poskytnuta doma, nebo při denní hospitalizaci
- Děti v nemocnici mají vždy právo mít u sebe své rodiče nebo jejich zástupce.
- Ubytování by mělo být nabídnuto všem rodičům a ti by měli být podporováni v tom, aby zůstali. Pro rodiče by to nemělo být finanční zátěží a neměli by trpět ztrátou výdělků. Aby se mohli podílet na péči o své dítě, měli by být rodiče trvale informováni o chodu oddělení a měla by být podporována jejich aktivní účast.
- Děti a rodiče mají právo být informováni způsobem odpovídajícím jejich věku a úrovni chápání. Měla by být učiněna opatření ke zmírnění fyzického a emočního stresu.
- Děti a rodiče mají právo na informovanou účast ve všech rozhodnutích týkajících se péče o ně. Každé dítě má být chráněno před zbytečnou léčbou a výzkumem.
- Děti mají být ošetřovány spolu s dětmi, se kterými mají stejné vývojové potřeby a nemají být přijímány na oddělení dospělých. Pro návštěvníky dětských oddělení by neměla platit žádná omezení, pokud se týká věku.
- Děti mají mít veškeré podmínky ke hrám a odpočinku a vyučování vhodnému pro jejich věk a stav a mají být v účelném, nábytkem vybaveném a stimulujícím prostředí, které má být vybaveno v souladu s jejich potřebami.
- O děti má pečovat personál, jehož vzdělání a zkušenosti mu umožňují reagovat na fyzické, emoční a vývojové potřeby dětí a jejich rodin.
- Kontinuita péče by měla být zajišťována týmem pečujícím o děti.
- S dětmi má být zacházeno s taktem a pochopením a jejich soukromí má být vždy respektováno.

Charta práv hospitalizovaných dětí byla schválena na I. evropské konferenci o hospitalizovaných dětech v květnu 1988.

Český a Slovenský výbor pro UNICEF

Zdroj: Klatovská nemocnice [online]. [cit. 2008- 02-10]. Dostupné z WWW:
<http://www.nemkt.cz/htm/charta_prav_deti.htm>