

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Přístup sester k hospitalizovaným dětem z pohledu rodinného
příslušníka**

Bakalářská práce

Mgr. Dita Nováková, Ph.D.

Barbora Cízlerová

2010

Abstract

Lack of time, lack of staff, unwillingness of nurses, poor communication and cooperation of nurses with family members, and non-satisfaction of a child's needs are the faults of nurses that affect their approach to the hospitalized children. These alarming facts are connected with hospitalization of children and, as a matter of course, influence the way a child feels in hospital, the way the parents look on hospitalization of their child, and the way the parents of a child regard the approach of nurses to their children during hospitalization in hospital.

The objective of the thesis was to ascertain an opinion of a family member about the nurses' approach to the hospitalized children, and whether family members approve or disapprove the nurses' approach. The objective of the thesis has been attained.

Three hypotheses were raised in the thesis. The first hypothesis ascertained whether a family member hospitalized with a child is more satisfied with the nurses' approach than a family member not hospitalized with a child. This was the sole hypothesis that has not been confirmed. The second hypothesis was to confirm that family members were informed about the nursing care of the hospitalized child. This hypothesis has been confirmed and revealed that despite occurrence of communication and awareness faults the parents often show initiative so they have the information they want to know and they need. The third hypothesis was to verify whether family members of a child were satisfied with the nurses' approach to the hospitalized child. The last hypothesis has also been confirmed.

The data for the research were collected by means of a quantitative research. Family members were provided with anonymous questionnaires. The research set were family members of children hospitalized in hospitals Nemocnice České Budějovice, a.s., Nemocnice Tábor, a.s. and in one of the hospitals in the capital city of Prague in the period from February to March 2010.

This bachelor thesis could make nurses think and try to remedy the faults occurring in their approach to the hospitalized children. Together with the questionnaire focused on satisfaction with the nursing care, used by individual child wards for

feedback purposes, the thesis may be used to identify deficiencies and faults and to facilitate their remedy.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Přístup sester k hospitalizovaným dětem z pohledu rodinného příslušníka vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích.....

podpis studenta

PODĚKOVÁNÍ

Poděkování patří mé vedoucí práce Mgr. Ditě Novákové, Ph.D., za její odborné vedení mé bakalářské práce, užitečné, cenné rady a připomínky, její ochotu, čas a trpělivost.

Ráda bych také poděkovala kolegyním v práci, které mě psychicky podporovaly a navzájem jsme si poskytovaly rady. A ráda bych poděkovala své rodině, která byla se mnou trpělivá a tolerantní. A nejvíce bych poděkovala všem, co mi pomohli zrealizovat výzkum a všem rodičům dětí, kteří mi poskytli informace pro tuto bakalářskou práci.

OBSAH

Úvod.....	9
1. Současný stav.....	11
1.1 Organizace dětského lékařství v České Republice.....	11
1.1.2 Ambulantní péče.....	11
1.1.3 Lůžková péče.....	12
1.2 Vzdělávání dětských sester a postavení dětské sestry v pediatrii.....	12
1.3 Vývoj dítěte v souvislosti s nemocí a hospitalizací v jednotlivých vývojových obdobích.....	13
1.3.1 Novorozenecké období.....	13
1.3.2 Kojenecké období.....	14
1.3.3 Batolecí věk.....	14
1.3.4 Předškolní věk.....	15
1.3.5 Mladší školní věk.....	15
1.3.6 Puberta.....	16
1.3.7 Adolescence.....	16
1.4 Práva hospitalizovaného dítěte.....	17
1.4.1 Charta pracovníků ve zdravotnictví.....	17
1.5 Reakce dítěte na hospitalizaci.....	18
1.5.1 Reakce rodičů na hospitalizaci.....	18
1.6 Hospitalismus u dítěte.....	19

1.6.1 Psychická deprivace u dítěte.....	20
1.6.2 Separční úzkost.....	21
1.6.3 Vztah rodič – dítě.....	22
1.6.4 Vztah mezi nemocným, rodinou a zdravotníky.....	22
1.6.5 Zvládání nemoci a bolesti u dětí.....	23
1.7 Programy zaměřené na zvládání nemoci a bolesti v dětství.....	25
1.7.1 Programy orientované na rodinu.....	25
1.7.2 Programy orientované na dítě.....	25
1.8 Spolupráce s rodiči.....	26
1.8.1 Přítomnost blízkého člověka u nemocného dítěte.....	28
1.8.2 Herní a vzdělávací struktury u dětí v nemocnici.....	29
1.9 Komunikace ve zdravotnictví.....	29
2. Cíle práce a hypotézy.....	32
2.1 Cíle práce.....	32
2.2 Hypotézy.....	32
3. Metodika.....	33
3.1 Metoda sběru dat.....	33
3.2 Výzkumný soubor.....	33
4. Výsledky.....	34
5. Diskuse.....	56
6. Závěr.....	64

7. Seznam použitých zdrojů.....	66
8. Klíčová slova.....	69
9. Přílohy.....	70

Úvod

„Právě tak, jako byste se neměli pokoušet léčit oči bez hlavy a hlavu bez těla, neměli byste léčit tělo bez duše.“

Sókrates

Hospitalizace rodičů s dětmi se řeší už řadu let. V 18. století vedly veškerá fakta k rozdělení matky a dítěte při hospitalizaci v nemocnici. V polovině 20. století nastává obrat, kdy se postupně ve většině nemocnic stává pobyt rodičů s dětmi prakticky samozřejmostí, s pozitivním výsledkem na dětskou psychiku. V opačné situaci, kdy dítě nemá u sebe přítomného rodinného příslušníka, má časté střídání sester a ošetřovatelek negativní a stresující vliv na dětskou psychiku. Tato nová situace přinesla dětem větší pocit jistoty a bezpečí. Spoustu let bylo během péče o hospitalizované dítě zapomínáno na jeho rodiče. Péče o dítě v nemocnici byla zaměřena na tělesné zdraví, křehké dětské duši bylo věnováno jen málo pozornosti. V dnešním 21. století by již měla být pozornost zdravotnického personálu zaměřena na dítě se všemi jeho potřebami. U malého dítěte je jednou z nedůležitějších potřeb jistota, bezpečí a láska, kterou mu zajišťuje rodič, jenž hraje v jeho životě nenahraditelnou úlohou. Sestry mají možnost od rodinných příslušníků dítěte získat cenné informace, které mohou urychlit celkovou dobu léčení dítěte.

Mojí motivací psát bakalářskou práci na téma přístup sester k hospitalizovaným dětem z pohledu rodinného příslušníka jsou děti. Z vlastní zkušenosti vím, že všechny potřeby dítěte jsou důležité, jakákoliv dlouhodobě neuspokojená potřeba může mít v životě dítěte vážnější následky a to nejen v nemocničním prostředí. Sestra, která o dítě pečuje, by měla mít chuť pracovat s dětmi, vidět dítě jako holistickou bytost a umět spolupracovat s rodiči a sama rozpoznat u dítěte jakékoliv problémy. Dítě málokdy dokáže slovně vyjádřit, co ho přesně trápí. Jak se říká: „Dětská duše je upřímná a složitá“.

Cílem této práce je zjistit pohled rodinného příslušníka na přístup sester k hospitalizovaným dětem. Zjistit, jak jsou rodinní příslušníci spokojeni s ošetrovatelskou péčí a vyskytují-li se výtky k této péči. Zjistit jak jsou rodiče spokojeni s přístupem sester, jak jsou informováni o ošetrovatelské, lékařské péči a zdravotním stavu dítěte.

1 Současný stav

V 18. století vedly fakta k rozdělení dítěte a matky při hospitalizaci. Obrat nastává přibližně v polovině 20. Století, kdy se postupně ve většině nemocnic stává pobyt rodičů s dětmi prakticky samozřejmostí. Ošetrovatelská péče se zaměřuje na dítě jako na celek se všemi jeho bio-psycho-sociálními a také duchovními potřebami. Děti spolu s jejich rodinnými příslušníky jsou zapojeny do péče o sebe sama a stávají se partnery zdravotníků.

1.1 Organizace dětského lékařství v České Republice

V České republice je pediatrický obor organizován a rozlišován na lůžkovou část a ambulantní část. Každá tato součást má své specifické činnosti, které se zde provádějí. Ambulantní část má i úlohu preventivní, kde může probíhat poradna výživy, očkování nebo preventivní prohlídky dětí různých věkových období. Tyto činnosti jsou pak zaměřeny spíše na zdravé děti (23, 26).

1.1.2 Ambulantní péče

Ambulantní péče se zaměřuje na péči primární, specializovanou a zvláštní péči. V primární péči jsou jejími nepostradatelnými představiteli praktický lékař pro dítě a dorost a dětská sestra, kteří přicházejí do prvního kontaktu s dítětem. Primární péče by měla obsahovat komplexní zdravotně – sociální péči. V péči by měli být zahrnuti činnosti, které souvisejí s podporou zdraví, prevencí, diagnostikou, léčením, rehabilitací, ošetřováním. V primární péči je důležité, aby se respektovaly bio-psycho-sociální potřeby dítěte a všechny výše uvedené činnosti byly poskytovány co nejlépe sociálnímu prostředí dítěte. Děti spadají pod praktického lékaře pro dítě a dorost od 0 do 19 let života, je jim poskytována komplexní pediatrická péče ve zdraví i v nemoci formou preventivní i kurativní péče (23, 26).

Specializovaná péče je poskytována ve specializačních zařízeních, kde ji zajišťuje pediatr s příslušnou kvalifikací, např. kardiolog (23, 26).

1.1.3 Lůžková péče

V nemocniční péči je poskytována specializovaná péče a je poskytována lékařem s příslušnou kvalifikací, např. nefrolog, gastroenterolog, kardiolog. Základem této péče je spolupráce s ostatními lékařskými odborníky. Nemocniční péči o dítě bychom mohli také rozdělit na standardní, intenzivní a dlouhodobou (23, 26).

Dětské oddělení v nemocnici by měly tvořit základní stanice – stanice kojenců a batolat, stanice větších dětí a novorozenecká stanice, ke kterým bývají zřízeny odborné poradny např. neurologie, endokrinologie, kardiologie a jiné (23).

Dětské oddělení se svojí stavbou a vybavením od oddělení standardního pro dospělé liší. Pediatrické oddělení je navrženo tak, aby odpovídalo potřebám dětí a jejich rodičů. Oddělení by mělo obsahovat místnost, kde lékař vyšetřuje děti, což je dobré, kvůli odbourání stresu dětí. Pokud lékař vyšetřuje v jedné místnosti více dětí, může je to zbytečně stresovat. Dále by zde měla být učebna, herna, která by měla být dostatečně velká a osvětlená, vybavená hračkami, nástěnkami, květinami, a měla by z ní vyzařovat příjemná atmosféra, aby se zde dítě cítilo dobře. Zde by na děti měl dohlížet nějaký pedagog, či vychovatel, popřípadě jiný odborník. Celé oddělení by mělo být vybaveno nábytkem odpovídající výšky a mělo by být i barevné. Stěny bývají pomalovány obrázky, nebo stěny tvoří barevné řešení tak, aby oddělení vypadalo příjemně, vesele, vyvolávalo domácí atmosféru, a co nejméně působilo na dítě stresově (23, 26).

Lůžková péče není poskytována jen v nemocničních zařízeních, ale i v dalších zařízeních pro děti a dorost. Jsou to odborné léčebné ústavy, lázeňské léčebny, sanatoria, ozdravovny, kojenecké ústavy a dětská centra (23).

1.2 Vzdělávání dětských sester a postavení dětské sestry v pediatrii

Spolu se zakládáním dětských nemocnic se začalo rozvíjet i vzdělávání dětských ošetřovatelek, a to v roce 1918. Nejdříve byl v Praze zahájen jednoletý kurz na Státní ošetřovatelské škole. První ošetřovatelská škola pro dětské sestry byla založena v roce 1922 při nemocnici Ochrany matek a dětí v Praze – Krči, ta byla jedinou českou školou, která připravovala dětské sestry do praxe a to až do osvobození v roce 1945 (23).

O rok později byla v Praze otevřena Švejcárova škola pro výuku a výchovu dětských sester. V roce 1948 byly všechny školy, kde byly vychovávány dětské sestry přeměněny na střední odborné školy a byly čtyřleté. Později v roce 1951 bylo studium na těchto školách zkrácené na tři roky, ale to bylo pouze na přechodnou dobu. V roce 1955 byla výuka opět prodloužena na čtyři roky (23).

Postavení dětské sestry má v pediatrii nezastupitelnou roli. Sestra se účastní veškeré komplexní péče o dítě od narození až do ukončeného 19. roku života. Sestra starající se o dítě organizuje a řídí ošetrovatelskou péči v pediatrii. Jejím úkolem je pečovat o dítě zdravé i nemocné, ať už je to novorozenec nebo adolescent. Velice důležité je spolupracovat s rodinou dítěte, od které sestra a lékař získává potřebné údaje a informace o dítěti, potřebné ke stanovení správné péče. Cílem by mělo být zapojení rodiny do procesu léčení, preventivní a výchovné péče tak, aby péče byla kvalitní a to jak ve zdraví, tak i v nemoci (23).

1.3 Vývoj dítěte v souvislosti s nemocí a hospitalizací v jednotlivých vývojových obdobích

Během vývojových období člověka, dochází k duševnímu rozvoji, který je individuální pro každého jedince. Pro sestru je důležité, aby při ošetrování dětí, využívala jednotlivé poznatky typické pro každé vývojové období, protože reakce dítěte na nemoc a s tím související hospitalizaci je ovlivněna fází vývoje, ve které se dané dítě nachází.

1.3.1 Novorozenecké období

Toto období začíná narozením dítěte a končí 28 dnem života dítěte. Fyziologický novorozenec se narodí v rozmezí 38 a 42. týdne, má průměrnou hmotnost 3300g až 3400g a měří okolo 50 cm. Toto období je především obdobím adaptace na nové prostředí (2, 25).

Matka v tomto období představuje pro dítě velice důležitý zdroj podnětů. Matka pro dítě není neznámou bytostí, dítě si pamatuje její hlas a dokáže na něj reagovat. Dítě ve vztahu s matkou není pasivní. Chování, pláč, grimasy i pohyby končetin u dítěte

upoutávají pozornost a aktivizují specifické reakce matky nebo jakékoliv blízké osoby (25).

1.3.2 Kojenecké období

Kojenecké období nastává po prvním měsíci života a trvá do prvního roku života. V tomto období je rychlý rozvoj mnoha schopností, které jsou důležité k dalšímu vývoji a postupnému osamostatňování se (25).

V tomto období je důležité, aby žádoucí pozitivní zkušenosti převažovaly nad nepříjemnými. Pozitivní zkušenosti neodrazují dítě od kontaktu s okolím. Dítě získává základní důvěru k okolnímu světu. Vytváří se zde pevný vztah dítěte k oběma rodičům. Vytvoření vztahu se asi od 6. – 8. měsíce projevuje separační úzkostí při oddělení dítěte od blízké osoby a o něco později u dítěte pozorujeme strach z cizích osob. To může vést až k rozvoji anaklitické deprese. Při této depresi dítě po období protestu pláče a voláním po matce upadá do apatie, nemá zájem o okolí. Později dojde až k adaptaci, dítě se od rodiny odpoutává a začíná navazovat vztah s novými osobami. Vztah k matce musí být později stejně znovu utvořen, aby nebyl narušen vývoj dítěte. V kojeneckém období bývají děti citlivé na sensorickou a pohybovou deprivaci a při delší hospitalizaci může dojít ke zpomalení vývojového tempa. V tomto případě je dobré zavádět stimulační programy (2, 22).

1.3.3 Batolecí věk

Dítě v batolecím věku je dítě od jednoho roku života do tří let. V tomto období dochází k rozvoji mnoha oblastí včetně dětské osobnosti. Dítě je samostatnější, aktivnější, je si vědomo své existence a svých možností (2, 22).

Dítě v tomto věku může trpět separační úzkostí, má strach z cizích lidí a v tomto období mohou vzniknout i některé fobie. Například strach z lidí „v bílém plášti“, který může trvat až celý život. Tyto strachy se u dítěte těžko překonávají, protože tak malé dítě ještě nemá vytvořeny dostatečné mechanismy pro jejich zvládnání. Proto je snahou jakékoliv operace nebo invazivní vstupy u dítěte odkládat na co nejpozdější dobu (2, 22).

Děti v batolecím období se začínají hodně pohybovat, pokud onemocní a nemoc s sebou nese omezení v pohybové aktivitě, dítě to špatně snáší a mnohokrát nevydrží dodržovat léčebný režim (ležet), jak by mělo. „Podle Eriksona je základním vývojovým konfliktem tohoto období autonomie oproti hrozcím pocitům studu a pochybností.“ (22, str. 68). Proto je pro dítě důležité, aby mělo dostatek prostoru pro vyjadřování svojí funkční samostatnosti, ale musí mít pevně stanovená pravidla chování. K nemocnému dítěti se spíše přistupuje tak, že omezujeme jeho spontánnost, ale neposkytujeme mu dostatečně pevné vedení (15, 25).

1.3.4 Předškolní věk

V předškolním věku dítě řeší vývojový konflikt mezi pocitem viny a vlastní iniciativou. Dítě v tomto věku chce porozumět světu ale i samo sobě: proč to tak dělá, jak funguje jeho tělo apod. Dítě má velice bohatou fantazii, při které velice snadno vzniknou pocity viny. Příkladem je lékařský zákrok, který může brát jako trest tam, kde dostatečně nechápe důvod lékařského zákroku, protože jeho zdravotní obtíže nejsou tolik zřetelné. Stále zde mohou vznikat fobie (2, 25).

V tomto věku musíme dítě dostatečně informovat a vhodně mu vysvětlit jeho zdravotní stav, vyšetření či lékařský zákrok, který dítě čeká. Dítě má v tomto období rychlý rozvoj řeči, a tak je možné ho lépe připravit na zákrok či hospitalizaci. Nezbytný je pro dítě intenzivní kontakt s rodinou (2, 25).

1.3.5 Mladší školní věk

Mladší školní věk je období, kdy dítě vyvíjí snahu, aby podalo nějaký výkon ve škole i mimo ni, všude soupeří se svými vrstevníky (např. ve škole, kdo má nejvíc jedniček). V případě selhávání mohou u dítěte vzniknout pocity méněcennosti. Tyto pocity vznikají ve velké míře u dětí se smyslovým, mentálním nebo tělesným postižením. Mohou ale vznikat i u dětí, které mají častější absenci ve škole z důvodu nemoci, jsou unavení a nemají takovou výkonnost jako jeho spolužáci (2, 25).

Děti v tomto vývojovém období už začínají být realistické, snaží se dospělým vyhovět. Jako motivaci jim můžeme „nabídnout“, že si zlepší svojí výkonnost, budou

zdatnější a zas se svými silami vyrovnají vrstevníkům. Další motivací pro dítě může být jejich vzor/idol. V tomto věku si hledají různé kulturní hrdiny nebo i osoby z okolí, kterým by se chtěly vyrovnat. Dítě by nemělo být izolované od svých vrstevníků, kontakt s ostatními dětmi je výhodou pro rozvoj jeho dovedností, sebepojetí a poznání vlastní identity (2, 25).

1.3.6 Puberta

V pubertě si dítě utváří jasnou identitu, pocity nejistoty o svém vlastním já pomalu mizí. Při chronickém onemocnění se dítě musí s tímto onemocněním sžít, musí být zahrnuto do jeho vlastního já a dítě na své onemocnění musí brát ohled. Děti v tomto období preferují spíše vazby k vrstevnickým skupinám než k rodičům. Zde je důležité pracovat přímo s dítětem samotným bez přítomnosti rodičů, protože pro tento věk je typický odpor a ambivalentní postoj vůči autoritě. I když práce s rodiči je stále důležitá. Dítěti dáváme prostor pro rozhodování. Je schopno rozhodnout o dalším postupu léčby a pokládat otázky týkající se jeho léčby. Tělesné schéma je pro dítě velmi důležité, i malá jizva po operaci může pro dítě být ohrožující. Jedním ze základních vývojových úkolů bývá odpoutání od rodiny, což bývá značně ztíženo u dětí, které jsou handicapované nebo vážněji nemocné (2, 25).

1.3.7 Adolescence

V adolescenci slábnou čím dál víc vazby k rodině a identita se u dospívajícího dítěte dokončuje. Dospívající dítě se začíná zajímat o budoucí povolání, pracovní uplatnění a budoucí rodičovství. V souvislosti s rodičovstvím se u nich začíná probouzet sexualita. Stále více se zajímají o sexuální otázky, o kterých ale často nemluví, protože se ostýchají. Mají strach, aby jakákoliv operace či onemocnění neovlivnilo jejich reprodukční schopnosti (2, 25).

S dítětem bychom měli pracovat intenzivně, včas ho rehabilitovat, zvláště tam, kde onemocnění či postižení mohou vést k více či méně trvalému omezení funkcí. Děti mohou upadat do deprese a je zde vážné riziko suicidálního chování, které v tomto věku nebývá výjimkou (2, 25).

Dospívající dítě je zranitelnější a má sníženou odolnost vůči stresu, proto je třeba dítě respektovat, je nutné s ním přiměřeně komunikovat a dobře ho informovat o jeho stavu, onemocnění, léčbě (2, 25).

1.4 Práva hospitalizovaného dítěte

Práva pacientů, která jsou přijata v České Republice, jsou jen obecnou verzí, která by se měla dále specifikovat na problémy různě postižených či nemocných. I dětské pacienti mají své problémy, a proto je důležité, aby měly svá práva. U nás práva dětí sepsali Markéta a Jiří Královci, kteří zastupují nadaci Klíček. Návrh Charty práv dítěte (příloha 1) vytvořili ve spolupráci s předním českým pediatrem Janem Jandou. V létě roku 1993 byla Charta práv dětí prohlášena za platnou (5, 27).

Česká Charta práv dětí vychází z některých analogických dokumentů, jako je např. Charta práv hospitalizovaných dětí, která byla schválena na I. Evropské konferenci o hospitalizovaných dětech v roce 1988 (3, 5).

1.4.1 Charta pracovníků ve zdravotnictví

Je známo, že existuje určitý vztah mezi hippokratovskou etikou a křesťanskou morálkou. Ovšem jaký je obsah křesťanské morálky v dnešním moderním lékařství, není úplně známo, to je spíše tušeno. V dnešní době žijeme v kulturním prostředí, kde jsou tolerovány různé formy náboženství. Dnešní svět je hodně ovlivněn křesťanstvím, a proto by měli ať už věřící nebo nevěřící pracovníci ve zdravotnictví se seznámit s cenným dokumentem: „Charta pracovníků ve zdravotnictví“. Text tohoto dokumentu je velice rozsáhlý, jeho úplný text vydalo pražské nakladatelství „Zvon“ jako samostatnou publikaci. Každý zde může najít zdroj poučení v oblasti etického vědění, citění a chování. Dokument je členěn na tři tematické části: „Plození, Život, Umírání“ (5).

1.5 Reakce dítěte na hospitalizaci

Dítě je citlivá osobnost, která ve svém okolí vše vnímá. Jeho reakce na hospitalizaci je závislá na mnoha faktorech. Do těchto faktorů můžeme zahrnout věk dítěte, předchozí přípravu, jistotu domácího života, jaké mělo zkušenosti s předchozí hospitalizací, zda vůbec dítě předtím hospitalizované bylo, jakou cítí v rodině podporu a jakou podporu cítí ze strany lékařského personálu, v neposlední řadě zde hraje velkou roli emocionální zdraví dítěte. Mnoho dětí nechápe, co se s nimi v nemocnici bude dít, ať byly na hospitalizaci sebelíp připravení. Cítí se být ohroženi, nemají nablízku své rodiče, když je potřebují nejvíce, jsou najednou v cizím prostředí, s cizími lidmi a dostávají jídlo, které pro ně může mít neznámou chuť. Pokud si dítě začne stěžovat na bolesti břicha, je to typický obraz vystrašeného a nešťastného dítěte (2, 13, 15).

Každé dítě je individuální typ, a proto reaguje vždy odlišnými reakcemi. Některé dítě má záchvaty vzteku, jiné je zakřiknuté. Je však třeba si uvědomit, že dítě, které na sebe neupozorňuje, má stejné problémy, jako dítě dávající hlasitě najevo svou nespokojenost. Někdy zakřiknuté a tzv. „hodné“ děti mohou procházet větším trápením než dítě, které brečí a vzteká se. Může se stát, že pokud dítě je hospitalizované v nemocnici dlouhodobě, potom je pro něj sestra náhradou za rodiče, děti v ní cítí jistotu a hledají u ní útěchu (2, 13).

Největší strach mají děti z invazivních zákroků. Jejich prožívání strachu ale závisí samozřejmě na vývojovém věku, na přístupu rodičů a na dalších faktorech jako jsou kultura, náboženství či ekonomické zázemí. (2, 13).

1.5.1 Reakce rodičů na hospitalizaci

Pokud je dítě hospitalizované v nemocnici, týká se to celé rodiny, včetně jeho sourozenců. Zdraví sourozenci se mohou cítit dotčeni, že pozornost je upřednostněna na jejich nemocného sourozence. Rodiče hospitalizovaného dítěte jsou napjatí a vyděšení, proto je třeba, aby lidé okolo nich projevovali zájem o jejich fyzické a emocionální potřeby, dítě je totiž citlivé a napjatost z rodičů velice brzy vycítí (13).

Rodiče si mnohokrát kladou nemoc dítěte za svoji vinu. Myslí si, že dítě mají dobře znát, a tak příznaky nemoci měli rozeznat mnohem dříve, nebo zabránit nehodě (13, 15).

Málokdy se rodiče stanou příčinou přímé hospitalizace dítěte. I v případě týrání nebo zneužívání dítěte není dobrým řešením, že začneme obviňovat rodiče. Oni sami jsou vyděšení, cítí újmu bezmoc, že ztratili ochrannou roli u dítěte, což může vyvrcholit až v paniku. Je důležité, aby ošetřující sestra přistupovala k rodičům neutrálně, byla jim oporou i celé rodině, dokázala jim vyjádřit slova empatie, dokázala vyzdvihnout jejich důležité postavení po boku dítěte. Sestra by měla povzbuzovat pozitivní přístup rodiny, s lékařem podávat informace o zdravotním stavu dítěte, léčbě a ošetřovatelské péči (13, 15).

V dnešní době se hodně prosazuje zapojení rodičů do péče o dítě, ale v některých nemocnicích bohužel není zcela ujasněná role rodičů a role sestry ve spolupráci s rodiči. Dnes je výhodný tzv. „rooming-in“. Kdy je rodič přítomen s dítětem na pokoji. Je to výhodné z důvodu, že rodič, který je hospitalizovaný s dítětem, dítě dobře zná a jakékoliv zvláštnosti v chování dítěte může okamžitě hlásit sestře. Dalším kladem je, že je to méně stresující pro dítě a doba hospitalizace je kratší. Špatná komunikace mezi zdravotnickým personálem a rodiči může vést k mnoha zbytečným neshodám, k obavám rodičů a následně ke zbytečnému zneklidnění dítěte (13, 15).

Rodiče svoje pocity mohou ventilovat hněvem, pláčem nebo „řečí těla“. Oni sami mohou mít negativní zkušenost z raného dětství, a proto to nemusí být jen reakce na aktuální situaci. Přední vlastností pediatrické sestry by mělo být porozumění a akceptování dětí (a jejich rodičů) s jejich problémy (13).

1.6 Hospitalismus u dítěte

Hospitalizace může, jak jsme již zmiňovali, mít na dítě velice stresující vliv, a naopak ji dítě může snášet až překvapivě dobře. Zde je nutné nezapomenout na hospitalismus nebo česky řečeno „nemocniční nemoc“. Ta patří k negativním vlivům hospitalizace dítěte. Pokud se dítě neuzdravuje tak, jak má, musíme brát ohled na jeho

duševní stav. Už lékaři v dřívějších dobách na tzv. „nemocniční nemoc“ poukazují. Všimli si totiž, že děti se neuzdravují tak, jak mají (12, 22).

Hospitalismus, ale nemusí být spjat jen s nemocničním prostředím. Můžeme na něj pomyslet všude tam, kde u dítěte v raném dětství můžeme prokázat strádání anebo „duševní podvýživu“. Do této skupiny patří děti, které jsou vychovávány bez matky, nebo v dětských domovech, léčebných zařízeních, ústavech sociální péče (22).

Hospitalismus způsobuje psychicko-senzorická deprivace, emocionální strádání a emocionální deprivace. Takové dítě je pasivní, nemá dostatek podnětů pro činnost. Hospitalismus u dítěte mohou způsobit i zdravotničtí pracovníci, kteří nerespektují každé dítě jako individuální osobu se svými potřebami (2, 12, 22).

U dítěte, které je postiženo hospitalismem, můžeme pozorovat vývojovou regresi, odmítání komunikace se svým okolím, sklíčenost, pláč, hněv, agresivitu, ztrátu chuti k jídlu a tím i úbytek hmotnosti, apatii, ztrátu zájmu o hračky, tiky, stereotypní kývavé pohyby. Hospitalismu u dítěte v nemocnici můžeme předcházet např. tím, že dítě budeme dobře stimulovat, nebudeme se zaměřovat jen na nemoc, nebo jiný defekt, ale budeme brát dítě jako celou osobu se všemi jeho potřebami (2, 22).

1.6.1 Psychická deprivace u dítěte

U dětí, které jsou hospitalizované, a obzvláště ty, které jsou hospitalizované dlouhodobě, můžeme pozorovat projevy psychické deprivace. Profesor Matějček uvádí ve své knize definici. „Psychická deprivace je 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“ (15, str. 76).

Psychická deprivace může souviset s psychickým vývojem dítěte. Dítě potřebuje již od narození vidět, že na jeho potřeby a podněty (úsměv...) někdo z blízkých osob reaguje. A naopak, aby blízké osoby působili na dítě dostatečnými podněty, které je dítě schopno přijmout a odpovídají zralosti jeho centrální nervové soustavy. Pokud se dítěti nedostávají tyto podněty tak, jak mají, je zde riziko, že dítě bude vývojově zaostávat. Z tohoto hlediska je pro dítě velmi důležité kojenecké období, kdy by mělo dostávat dostatečné odezvy na své projevy a činy, které jsou správné a žádoucí (2, 12, 22).

Pokud je dítě pochváleno a vidí pozitivní reakci na to, co právě udělalo, rádo to znovu opakuje. Přibližně okolo sedmého měsíce se u dítěte vytváří specifický vztah k matce. Dítě dává přednost matce před ostatními členy, pokud je od matky odloučeno, nebo dítě někdo bere od matky na delší čas, dítě dává pláčem a vztekem najevo, že se mu to nelíbí a chce být zpět u matky. Matka v tomto období dává dítěti pocit jistoty, bezpečí, domova (2, 22).

Pokud se k dítěti během jeho vývoje dostává malé množství podnětů, či má nedostatek citů, nevytváří si dítě během svého života okolo sebe pevné vztahy a přátelství, a může psychicky a vývojově zaostávat. Později se tyto vztahy, citové pouta učí ve formě her a tyto hry aplikuje do běžného života (12, 22).

1.6.2 SeparáčnÍ úzkost

SeparáčnÍ úzkost můžeme pozorovat většinou u kojenců ve věku 6. měsíců a více. Nejvíce výrazná je u batolat. Projevuje se třemi fázemi: protestem, zoufalstvím a odmítnutím nebo lhostejností. Když dítě není vážně nemocné a komunikuje, dává najevo svou opuštěnost hlasitým protestem. Děti v období batolecím obvykle vyhlížejí rodiče a naslouchají, zda neuslyší nějaký známý zvuk, který by je upozornil, že se blíží někdo z rodičů. Svoji samotu dávají najevo pláčem. VerbálnÍmi projevy jsou opakované volání maminky, a kdykoliv se přiblíží někdo z cizích lidí, jejich křik zesílí (1.fáze). Druhá fáze - zoufalství nastává, když dítě přestane plakat. Dítě, je ale smutné a v depresi. Jeho pohybová aktivita je menší, vyhýbá se kontaktu s cizími lidmi, ztrácí veškerý zájem o hračky. Při třetí fázi odmítnutí nebo lhostejnosti už děti při návštěvě rodičů nejevÍ zájem o jejich návštěvu, tváří se lhostejně. V této fázi se naopak věnují více hračkám a kamarádům. Vypadá to, že dítě si na pobyt v nemocnici zvyklo. Zdravotnický personál by si však měl uvědomit, že u dítěte může probíhat separáčnÍ úzkost, a měl by rozpoznat její fáze. Dítě se tímto chováním snaží vyrovnat se svojÍ emocionálnÍ bolestí. Tato úzkost, může při delším odloučení od rodičů vyvolat porušení vazby mezi rodičem a dítětem. Někteří zdravotnickí pracovníci, kteří neznají fáze separáčnÍ úzkosti, označují dítě při jeho pláči a křiku za zlobivé a až při poslední fázi separáčnÍ úzkosti, si myslí, že je dítě hodné a dobře se přizpůsobuje pobytu

v nemocnici. Špatné vyhodnocení této situace může vést k tomu, že zdravotníci neposkytnou bezodkladnou pomoc dítěti. Dítě by nemělo dospět do poslední fáze lhostejnosti. Ošetřující sestra by měla rodiče upozornit na to, aby dítěti nedávali falešné naděje, že s ním zůstanou, a pak odešli, jakmile se dítě zabaví jinou činností (12, 22).

1.6.3 Vztah rodič – dítě

Pro většinu rodičů je první úsměv dítěte ten nejkrásnější zážitek ze všech. Dítě se poprvé neusměje dříve než v šesti týdnech života. Ve druhé polovině prvního roku života si děti vytváří silné a jedinečné pouto obvykle s matkou. V tomto období je důležité, aby dítě mělo pocit jistoty a mělo uspokojeny kromě základních potřeb i potřeby psychické a sociální. Pokud toto není dítěti zajištěno, dochází k poruchám jeho fyzického vývoje, narušení psychického vývoje, stranění se kolektivu, nezáměr o okolí. Rodiče by měli mít na své dítě vliv, měli by se zajímat o jeho potřeby a starosti. Dítě by mělo mít pocit, že někam patří, mít pocit jistoty a domova. Pokud tomu tak není, může se u něj v období puberty objevit patologické chování či jednání, může si ubližovat a ničit své zdraví. Rodiče by neměli přenášet na dítě své starosti a „nakládat“ mu věci, které není schopno vyřešit. Může to vést ke zbytečnému stresu, pod kterým je schopný ublížit nejen sobě (9).

Rodiče by měli znát své dítě a vědět, co je schopno zvládnout a být mu vždy nablízku a oporou. Řešit situace v afektu mnohdy ubližuje úplně zbytečně jak dítěti, tak později i rodičům (9).

1.6.4 Vztah mezi nemocným, rodinou a zdravotníky

V dnešní době, je velice důležitá role rodiny v ošetrovatelské péči. Pacient sám se většinou chce aktivně podílet na udržování či návratu svého zdraví, být soběstačný ve většině denních úkonů (1, 22).

V ošetrovatelském procesu může mít rodina několik funkcí. První z nich může být, že rodina slouží jako zdroj informací, kdy pomáhá ošetřující sestře si vytvořit o pacientovi komplexnější obraz. Jednou z dalších funkcí je rodina, která se přímo účastní na ošetrovatelské péči u nemocného, plněním funkce ochranné péče (tady je

důležité, aby si pacient příliš neuvědomoval, že je závislý na jiných). Dále plní funkci preventivní, kdy rodina upravuje léčebný režim v domácnosti, aby předcházeli zhoršení stavu. Plní také funkci podpůrnou, kdy pomáhá pacientovi po fyzické i psychické stránce. K tomu všemu, je ale důležitá úzká spolupráce rodiny, zdravotnického personálu a samozřejmě pacienta samotného (22, 24).

Vztah mezi nemocným, jeho rodinou a zdravotní sestrou, bývá většinou viděn jako autoritativní, což není úplně nejvhodnější způsob komunikace s rodinou. Lepší je vztah partnerský, který pak vyjadřuje vztah autority a pravdivosti, vyjadřuje vzájemnou úctu, respekt a rodina cítí porozumění, empatii (1, 22, 24).

K tomu patří samozřejmě také podmínky, které rodina musí splňovat. Rodina pacienta by měla být funkční. Funkční rodina, v souvislosti s ošetrovatelskou péčí, znamená, že rodina má zájem o pacienta, chce se o něj starat a citové vztahy v rodině jsou dobré. Když toto v rodině existuje, je rodina schopna pochopit a plnit výše uvedené funkce v ošetrovatelské péči (1,22).

1.6.5 Zvládání nemoci a bolesti u dětí

Když onemocní dítě, které je starší a má doma již nějaké povinnosti, přizpůsobí se tomuto stavu rodina častěji lépe, než když onemocní některý z rodičů (10).

Na druhou stranu ale rodiče a rodina pocítuje obavy z nemoci dítěte, protože nikdy neví, kam až choroba dítěte může vyústit. Dítě může utrpět závažnější tělesné poranění nebo trpí vážnější chorobou, která má vliv na vzdělání dítěte, na jeho budoucí zaměstnání a uspokojování životních potřeb. Celé rodině se mění dosud navyklý běh života a od všech jejích členů se vyžaduje jistá tolerance, pomoc, neboť dítě s největší pravděpodobností bude závislé na rodině do konce svého života. Finanční zodpovědnost za dítě, jakkoliv postižené, může být problémem nejen mladých rodičů (10).

Sourozenci takto nemocného nebo i méně nemocného dítěte se mohou cítit odstrčení a méněcenní. Rodiče věnují veškerou pozornost nemocnému sourozenci. Nebo rodiče vynakládají příliš mnoho energie na nemocné dítě a na sebe nedbají. Tato situace může vést až k manželské krizi a rozchodu. V opačném případě může dojít ke stmelení rodiny (10).

Zvládání akutní bolesti a onemocnění u dítěte je těžké. Dítě pláče, nechce se mu mluvit. Rodiče v tomto případě většinou vezmou dítě a jedou k lékaři či na pohotovost. Kde lékař dítěti pomůže. Dítě, je ale většinou brzy zdravé. Jakmile je mu lépe, vrací se dítě do normálního života mezi kamarády, své hračky a většinou s sebou toto onemocnění nenese žádné dlouhodobé omezení v životním stylu dítěte (12).

U chronického onemocnění je tomu trochu jinak. Chronickou nemocí je postiženo 7 – 10 % dětské populace. Onemocnění může být léčitelné, ale ne v krátkém časovém intervalu. Chronická nemoc znamená stres nejen pro dítě, ale i pro rodinu. Dlouhodobější onemocnění provází bolest, léčebné procesy, strach z léčebných procesů a strach z cizích lidí, může ho provázet i omezení pohybu nebo i dietní opatření. Dále onemocnění může provázet delší izolace od kamarádů, vrstevníků, změna denního režimu. Tyto problémy závisí na věku dítěte a druhu onemocnění (12).

Přenášení odpovědnosti z lékaře na pacienta, u chronicky nemocných dětí na jejich rodiče, je jedním z nejdůležitějších faktorů při zvládání chronického onemocnění. Pro dobrou spolupráci při léčbě je velmi důležitá motivace dítěte. Není jednoduché zajistit dítěti motivaci, ač je to jeden z nejdůležitějších úkolů pro rodiče. Dítě nedostane při dodržování léčebného procesu hned odměnu a zas naopak, při nedodržování léčebného režimu nedostane hned trest, protože projevy obtíží následkem nedodržení režimu se projeví až v pozdějším stádiu. Proto je obtížné dítě motivovat (12).

Pro dobrou spolupráci lékaře a sestry je nutná dobrá informovanost rodiny a dítěte. Dítě je schopné informace přijmout již v předškolním věku, samozřejmě vysvětlení musí být přiměřené věku dítěte. Nemůžeme na pětileté dítě mluvit odbornými názvy a říkat jen, co nesmí. Vysvětlení musíme přizpůsobit věku a stavu dítěte. Tendence, kdy se dítě informuje až v adolescenci, protože jsou obavy, že to dítě nepochopí, bude mít zkažené dětství, jsou špatné. Dítě ve starším věku může daleko hůř přijmout informaci o onemocnění a omezení, které sebou nemoc nese (12).

U chronicky nemocných dětí je velice úzce spjat psychický stav se zdravotním stavem. Pokud dítě není v dobrém psychickém stavu, je s ním horší spolupráce a později může dojít ke zhoršení příznaků. Z vývojového hlediska je důležitý věk, kdy k onemocnění došlo (12).

1.7 Programy zaměřené na zvládání nemoci a bolesti v dětství

V České republice existují programy zaměřené na zvládání nemoci a bolesti u dětí. Tyto programy jsou zaměřeny buď přímo na nemocné děti, nebo nepřímo na jejich rodiče. Mohou být např. ve formě verbální, videoprogramu nebo přímého nácviku potřebných dovedností.

1.7.1 Programy orientované na rodinu

Pro dítě je hlavní klid, který by mělo dostávat od rodičů. Pro tento klid je dobré rodičům zadat konkrétní úkol, jak mohou dítěti pomoci. I pro rodiče je konkrétní úkol dobrý, zbavuje je úzkosti. Zde mohou být účinné psané informace, např. před plánovaným zákrokem, dále přímé zapojení rodičů při hospitalizaci rodičů nebo přítomnost rodičů při lékařských procedurách. Rodiče mají právo být detailně informováni o průběhu onemocnění dítěte a o průběhu vyšetření, které dítě čeká. Rodiče pak mohou zdravotnickému personálu pomoci s přípravou dítěte na jednotlivé procedury, povídají si s dítětem o tom, co je čeká, mohou jim to názorně ukázat za pomoci různých pomůcek, naučit je relaxaci. Někteří rodiče velice ocení účast v rodičovských skupinách vedených odborníky, kde se dozví zkušenosti ostatních rodičů, což jim může pomoci (22).

1.7.2 Programy orientované na dítě

Dítě, které je dobře a pravdivě informované o tom, co ho čeká, má větší důvěru v lékaře a snižuje to jeho úzkost ze zákroku nebo vyšetření, jenž ho čeká. Vysvětlení můžeme poskytnout verbálně. Lze využít také videoprogramy. Pokud dítě čekají opakované zákroky, je možné využít přímý nácvik, který je nutný u každého dítěte individualizovat a najít s dítětem jemu přednostnější způsob zvládání bolesti. S dítětem můžeme nacvičovat svalovou relaxaci, autogenní trénink, imaginaci, soustředění se na rytmický dech. U menších dětí může být výhodou, pokud budou dopředu seznámeni s prostředím a s lékařskými nástroji, kterých by se mohly bát. Účinné mohou být i obrázkové knížky nebo názorná ukázka na hračkách (22).

Pokud je dítě závažně chronicky nemocné, mělo by být zajištěno i jeho dlouhodobé psychologické vedení. Za pomoci terapeuta mu je umožněno ujasnit si a prožít situaci nemoci a samo vyjadřovat všechny své pocity tak, jak chce. Cílem této terapie je kromě emoční podpory i dosažení toho, aby dítě aktivně spolupracovalo při léčbě. Také by mělo pomoci dítěti vyřešit jeho vnitřní konflikty a to nejen vývojové. Napomáhá i tomu, aby se dítě lépe hodnotilo. Terapeut může dítěti pomoci nalézt v těžké životní situaci reálné cíle a perspektivy, i když mohou být krátkodobé (22).

1.8 Spolupráce s rodiči

Pro nemocné dítě jsou rodiče základní a nenahraditelnou potřebou. Pokud je dítě hospitalizované v nemocnici, může to pro něj, ale i rodinu, být traumatizující životní zkušenost, a to i při krátkém pobytu v nemocnici. Rodiče se často cítí bezmocní, nerozumí situaci, která nastala, nevědí, jak pomoci dítěti a potřebují pomoc a rady od zdravotníků. Nejistota u rodičů nebo jiných rodinných příslušníků může vyústit až v negativní vnímání léčby a nedůvěru rodičů k ošetřujícímu personálu. To se u rodičů může projevit pasivitou, sebelítostí, pocitem selhání, bezradností, až se rodič otevřeně staví proti ošetřujícímu personálu. V očích dítěte se však snaží být ti hodní, co nesouhlasí s tím, co se s jejich dítětem děje, zlobu dítěte se snaží přesměrovat na zdravotníky. Když tato situace nastane, je důležité s rodiči opakovaně mluvit o jejich pocitech, povzbuzovat je a pomáhat jim s vysvětlením léčby pro dítě (14, 23).

Na základě poznatků, že odborníci nikdy nemohou zcela nahradit péči rodičů, vznikl ve Velké Británii nový systém péče o hospitalizované děti, vychází z principů Family Centred Care. Je to péče zaměřená na celou rodinu, a ne jen na nemocné dítě, tudíž je na dítě pohlíženo holisticky. Rodiče své dítě nejlépe znají a mohou tak reagovat na jeho měnící se potřeby a na jeho změněné chování a zdravotnický personál tak upozornit na veškeré změny, které u dítěte nastaly. V českých nemocnicích se tento systém začíná uplatňovat, i když stále ještě existují pracoviště, kde bohužel sestra neví, jak přesně zapojit člena rodiny do ošetrovatelského procesu (14, 23).

K podmínkám dobré spolupráce zdravotníků s rodiči patří umožnit rodičům pečovat o dítě po celou dobu hospitalizace, a to znamená, že alespoň jednomu z rodičů

by mělo být umožněno pečovat o dítě nepřetržitě. Dnes již jsou dětská oddělení vybavená pokoji, kde je hospitalizované dítě s rodičem, tento typ hospitalizace bývá upřednostňován u rodičů kojenců a batolat, nebo na oddělení bývá alespoň pokoj pro rodiče, kde mohou přespávat, a pokud ani toto není možné zajistit, rodiči by mělo být nabídnuto místo na nemocniční ubytovně. Záleží na zařízení, ale v každé nemocnici by měly být vytvořeny takové podmínky, aby rodič, který s dítětem chce zůstat, tu možnost měl. Stará-li se o dítě v nemocnici někdo blízký, měla by se tato osoba dohodnout se sestrou na takzvané „dohodnuté péči“. Dohodnutá péče je dohoda mezi sestrou a rodiči - kdo, kdy a jak zajišťuje péči u konkrétního dítěte. Sestra by měla během vstupního rozhovoru zjistit, co si konkrétně rodina představuje, jaké má možnosti. Sestra je ale vždy odpovědná za ošetrovatelskou péči, ať je dítě v nemocnici samo, nebo je s blízkou osobou. Druhou podmínkou pro dobrou spolupráci je přijmout rodiče jako partnery a rovnocenné spolupracovníky. Rodiče se mohou v nemocnici cítit pouze jako pasivní pozorovatelé, proto je důležité, aby vždy byly zachovány jejich práva. Je proto opravdu důležité, pokud mají rodiče zájem, přijmout je do ošetrovatelského procesu. Oni potřebují vědět, že zdravotnický personál chápe jejich náročnou situaci. Někdy se stane, že rodina snáší nemoc dítěte špatně, a tak je s ní obtížná spolupráce. V takové situaci je nutné zachovat klid a uvědomit si, že rodiče mají právo na stres. V takovém případě je dobré na oddělení mít místnost, kam se mohou rodiče v případě potřeby uchýlit, v klidu si popřemýšlet, nebo slzami vyventilovat své pocity. Třetí podmínkou je umožnit rodičům ovlivňovat ošetřování a režim dítěte. Tady je důležité zjistit režim dítěte doma a v nemocnici zajistit, aby se co nejméně lišil. Každé dítě vyžaduje individuální přístup. Pokud má dítě podstoupit vyšetření nebo nějaký výkon, a dítě zrovna usnulo a odpočívá, nebudeme ho budít, pokud by tento výkon neovlivnil jeho život. Je důležité vysvětlit matce, jaké věci jsou důležité udělat hned a které počkají v případě, že dítě spí. Největší úlohu zde hraje tolerance ze strany rodičů i zdravotnického personálu. Další podmínkou je poskytovat rodičům opakované a srozumitelné informace. Při komunikaci a podávání informací pacientům musíme stále myslet, že jsou to laici a trpělivě jim vše vysvětlit. Pokud se rodiče v situaci dobře orientují a rozumí jí, tím lépe se na ní připraví. Po ukončení rozhovoru s rodičem

použijeme zpětnou vazbu, zda rodič všemu dobře rozuměl, zda má nějaké dotazy, v mnoha případech se lidé potřebují ujistit, že správně vše pochopili, mluvit o problému opakovaně. V dnešní době je nutné podávat informace ve správném znění, pokud sdělujeme název diagnózy nebo název vyšetření je nutné říct správný název, i přestože je odborný a následně vysvětlit, co to vše znamená. Někdy je také lepší podávat informace v písemné podobě. Samozřejmě to nenahrazuje ústní podání informace, ale písemné informace ty ústní můžou doplnit a rodičům umožňují si vše v klidu přečíst a promyslet si, co přesně chtějí vědět. Je dobré využít i brožury, které dají rodičům širší pohled na dotyčnou problematiku (14, 23).

1.8.1 Přítomnost blízkého člověka u nemocného dítěte

Když je dítě hospitalizované v nemocnici, velkou výhodou je přítomnost blízké osoby, zejména matky, která pro dítě může znamenat jistotu, bezpečí, je velkou pomocí i pro sestry, kterým může sdělit jakékoliv změny v chování dítěte, navíc matka převezme jakoby strach a nejistotu dítěte a je to ona, která dokáže dítěti vše vysvětlit slovy, které dítě zná. V dnešní době ale existují i možnosti, kdy matka nebo někdo z blízké rodiny nemůže být hospitalizován s dítětem, např. z rodinných důvodů. Tyto důvody se můžou týkat např. situace, kdy matka musí být doma se sourozencem dítěte, protože doma ji nemá kdo pomoci a postarat se o zdravé děti. Dále se dítě může nacházet na anesteziologicko resuscitačním oddělení nebo jednotce intenzivní péče a rodiče s dítětem nemůžou být neustále. Dalším důvodem pro nepřítomnost rodičů v nemocnici u dítěte může být, že dítě přichází z kojeneckého či dětského domova (17, 18, 23).

V dnešní době je zjištěno, že pokud s dítětem je v nemocnici hospitalizovaný někdo z blízké osoby, pobyt dítěte v nemocnici je zkrácený, dítě se rychleji uzdravuje. Hospitalizace s dítětem je i výhodou pro rodiče, kteří ve spolupráci se sestrou se učí a jsou edukováni, jak se o dítě starat při domácím ošetřování, dokážou dítě povzbudit k léčbě, více rozumí jeho potřebám, protože ho znají. Na druhou stranu jsou rodiče, co s dětmi nemůžou být hospitalizováni, ať už nám důvod sdělí nebo ne, mají na to právo. Zdravotnický personál by měl chápat jejich rozhodnutí a nekoukat na blízkou osobu

„skrz prsty“. Mají proto jistě své důvody. Sami se mnohokrát obviňují, že nemají na dítě čas, mají výčitky svědomí. Proto je důležité se s nimi domluvit na nějaké variantě, která je pro obě strany vyhovující, např. navštěvovat dítě střídavě nebo v podvečerních hodinách, o víkendu (8, 17, 18, 23).

1.8.2 Herní a vzdělávací struktury u dětí v nemocnici

Hra je při hospitalizaci dítěte v nemocnici velmi důležitá. Na každém dětském oddělení by měla být zařízená herna pro děti různých věkových kategorií, nebo umožněno hraní si v posteli, dále místnost, kde se starší děti mohou učit. Hra může dítěti pomoci pochopit více svoji nemoc a vyšetření, které podstupuje. To bychom mohly nazvat jako hry edukační. Naopak volnou hrou mohou získat větší sebedůvěru, děti mají z této hry radost, potěšení, zapojují do ní svoji vlastní fantazii. Hry s dětmi bychom mohli dát do několika skupin. Hrou můžeme dítě začlenit do běžné i speciální ošetrovatelské péče, taky hru můžeme pojmut jako edukační přípravu (2, 23).

Ve většině případů si děti samy v nemocnici nehrají, stávají se pasivními, nemají zájem ani o oblíbené hračky. Zde je třeba pomoci dospělých - rodičů nebo herních specialistů, vychovatelů, co se o děti starají a vymýšlejí jim hry (23).

I pro sestry by měla hra s dítětem být důležitá, hra se může vyskytovat ve všech možných intervencích, použijeme ji i při získání důvěry dítěte, při vysvětlení určitého vyšetření anebo při uklidnění dítěte po nepříjemném zákroku (23).

Hra může sestře pomoci k lepší komunikaci s dítětem, ke kvalitnějšímu ošetrovatelskému procesu a k lepší spolupráci dítěte. Důležité pro hru a pro dobrou komunikaci je zjistit si o dítěti co nejvíce informací (23).

1.9 Komunikace ve zdravotnictví

Komunikace bývá definována různě. „Komunikace je v obecné rovině definována jako sdělování informace prostřednictvím nejrůznějších signálů a prostředků: ústně, písemně, mimikou, gesty a dalším neverbálním chováním, a to především mezi dvěma či více lidmi.“ (7, str. 9).

Při komunikaci s pacientem jsou kladeny určité požadavky jak na lékaře a sestru, tak i na pacienta. Lékař či sestra by při komunikaci s pacientem měli pozorně poslouchat, vysvětlit mu vše jasně a srozumitelně a za pomoci zpětné vazby si vždy ověřit, zda nám pacient rozuměl. Lékař i sestra kladou pacientovi na srdce, aby byl poctivý a čestný, dále by měli zjistit, je-li něco, co by mohlo jejich spolupráci s pacientem stěžovat a jak lékař, tak i sestra, by měli pacientovo přání respektovat. Také z pohledu pacienta existují různé požadavky. Pacient by se měl lékaře a sestry ptát na vše, co považuje za nejasné nebo nesrozumitelné. Je důležité lékaři poskytnout všechny informace a naopak pacient by měl dodržovat lékařovi pokyny a léčbu, kterou mu lékař určil, což zaručuje právě správná informovanost (2, 7).

Po narození má každé dítě své biologické i psychosociální potřeby s bezprostředními reakcemi, jakými jsou například pláč na nepříjemné podněty či úsměv na podněty příjemné. Dítě si vytváří základy citových vazeb, které jsou z počátku stavěné na silném citovém svazku mezi dítětem a matkou. Později se tyto vazby rozšiřují na rodinu a blízké okolí. Dítě vyjadřuje své pocity, názory uvolněně, v určitém směru by se dalo říci, že je sobecké, ale určitě je plně závislé na svém okolí. Říkává se, že dítě je nejupřímnější člověk. Dítě si svůj obzor poznání rozšiřuje hledáním, které můžeme označit, například jako pokus / omyl. Například výchovnými vlivy dítě poznává, že některé chování je odměňováno a některé trestáno nebo odmítáno (7).

Je důležité vědět, že dítě potřebuje lásku, bezpečí, jistotu a taky hodně tělesného kontaktu, který může rodič vyjádřit hlazením a mazlením. A ač si v pozdějším věku děti myslí, že pohlazení a pomazlení se s rodiči je trapné, tato potřeba stále zůstává uvnitř nich. Může to vést k tomu, že se člověk cítí sám, nemilován a jeho postoj a chování k okolnímu světu se může změnit k horšímu. Dítě, které nemá za kým jít, nemá, kdo by ho pohladil, či se s ním pomazlil, na sebe upozorňuje jinými způsoby, např. oštipováním, anebo jinými až bolestivými projevy (7).

A pokud se mu ani tehdy nedostane pozornosti, dítě by se mohlo uchýlovat ke krádežím, jiným trestným činům, mohlo by mít suicidiální myšlenky, které potom ovlivňují dítě i jako dospělého jedince (např. narušení citové vazby či hodnotového

systemu osobnosti). Proto se snažíme uspokojovat u dětí bio-psycho-sociálně-duchovní potřeby ve zdraví, nemoci a samozřejmě také při hospitalizaci (7).

2 Cíle a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cíl 1 Zjistit pohled rodinného příslušníka na přístup sester k hospitalizovaným dětem.

2.2 Hypotézy práce

Hypotéza 1 Rodinný příslušník hospitalizovaný s dítětem je spokojenější s přístupem sester než rodinný příslušník, který není hospitalizovaný s dítětem.

Hypotéza 2 Rodinní příslušníci jsou informováni o ošetrovatelské péči u hospitalizovaného dítěte.

Hypotéza 3 Rodinní příslušníci dítěte jsou spokojeni s přístupem sester k hospitalizovanému dítěti.

3 Metodika

3.1 Metoda sběru dat

Ke sběru dat pro šetření v bakalářské práci byla použita metoda dotazování – technika dotazníků. Ve výzkumu byly použity dotazníky pro rodinné příslušníky dětí. Vyplnění dotazníku bylo pro rodinné příslušníky zcela anonymní. Dotazník tvořily otevřené, polouzavřené a uzavřené otázky. Rodinní příslušníci měli možnost vyjádřit své názory na přístup sester k jejich dětem. Dotazník pro rodinné příslušníky obsahoval 23 otázek. V tomto dotazníku byly použity 4 identifikační otázky (nemocnice, kde je dítě hospitalizováno; kdo je rodinným příslušníkem; věk dítěte; věk rodiče). V otázkách 5, 6, 7, a 8 je od rodinných příslušníků zjišťováno, zda jsou v nemocnici hospitalizováni s dítětem, kde získali informaci o možnosti hospitalizace s dítětem, zda-li jim byla tato možnost nabídnuta. Ostatní otázky v dotazníku byly zaměřeny na cílené zjišťování spokojenosti rodinných příslušníků s přístupem sester k jejich dětem v době hospitalizace a o dostatečné informovanosti rodinných příslušníků.

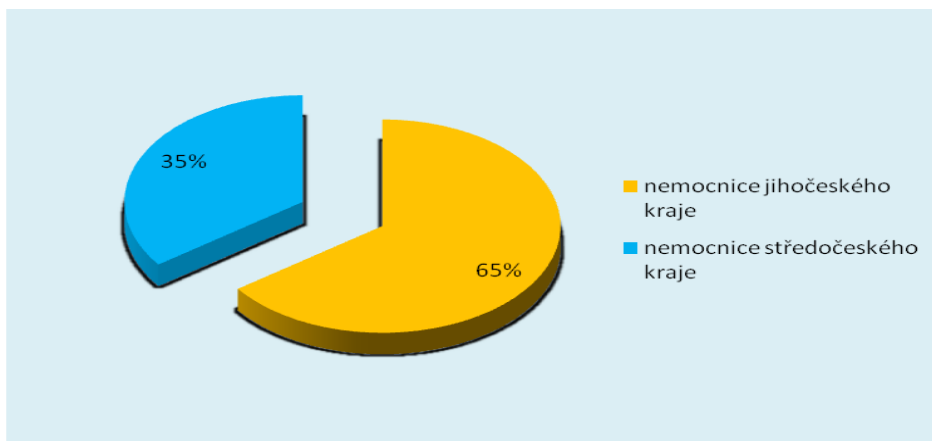
3.2 Výzkumný soubor

Výzkumným souborem pro bakalářskou práci byli rodinní příslušníci dětí hospitalizovaných na dětských odděleních v nemocnicích v Jihočeském kraji (Nemocnice České Budějovice, a.s.; Nemocnice Tábor, a.s) a v jedné z nemocnic hlavního města Prahy. Rozdávání dotazníků bylo provedeno se souhlasem náměstkyně ošetrovatelské péče Nemocnice České Budějovice, a.s. Mgr. Jiřiny Otáskové, MBA. V Nemocnici Tábor, a.s. bylo rozdávání dotazníků provedeno taktéž se souhlasem hlavní sestry Mgr. Heleny Plockové. Stejně tomu bylo v nemocnici hlavního města Prahy.

Rodinným příslušníkům bylo rozdáno celkově 150 kusů dotazníků. Vráceno bylo 98 dotazníků. Pro neúplnost jsme museli vyřadit 6 dotazníků. Návratnost byla 65 %. Celkem ke zpracování bylo zařazeno 92 dotazníků od rodinných příslušníků dětí hospitalizovaných v nemocnici. Dotazníky byly rozdávány v období únor a březen 2010.

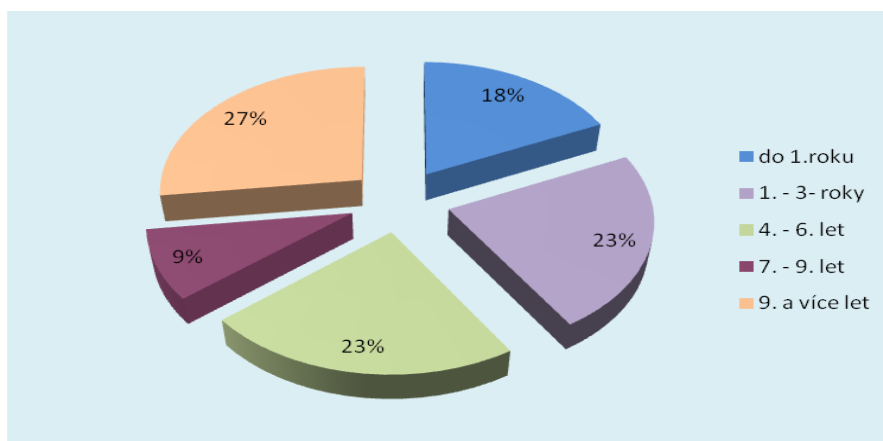
4. Výsledky

Graf 1 Nemocnice, ve které je dítě hospitalizované



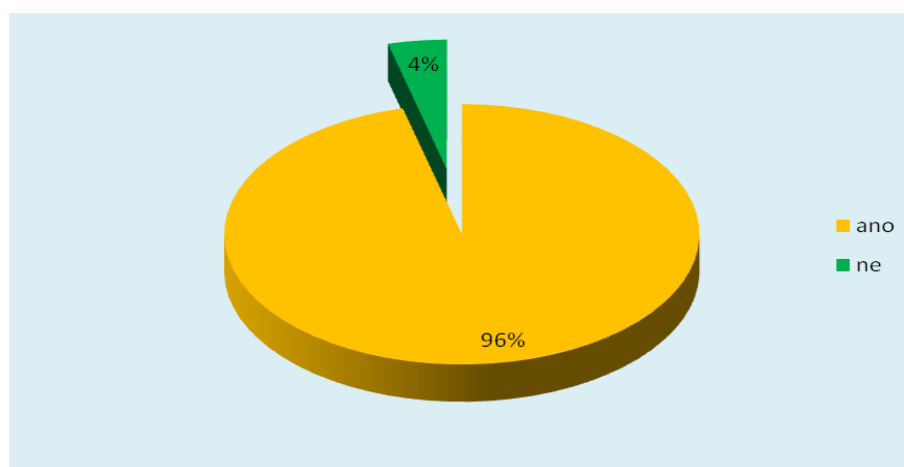
Z celkového počtu 92 dětí (100 %) hospitalizovaných v nemocnici, bylo 60 (65 %) dětí hospitalizovaných v nemocnici v Jihočeském kraji, a 32 (35 %) dětí hospitalizovaných v nemocnici ve Středočeském kraji.

Graf 2 Věk dítěte



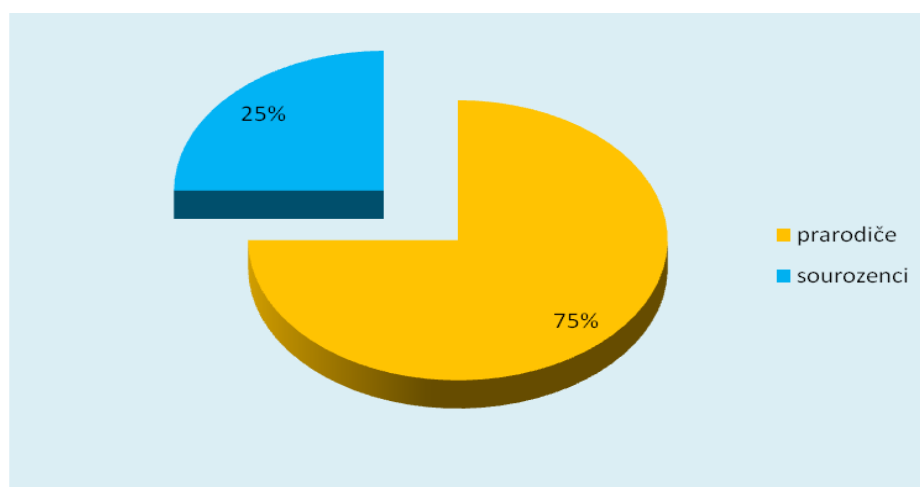
Z celkového počtu 92 (100 %) dětí bylo 25 dětí (27 %) ve věkovém období 9 a více let. 21 dětí (23 %) bylo ve věkové kategorii 4 – 6 let, 21 dětí (23 %) bylo ve věku 1 - 3 roky. Ve věkové hranici do 1 roku bylo 17 dětí (18 %). A ve věkové skupině 7 – 9 let, se nachází 8 dětí (9 %).

Graf 3 Příbuzenský vztah s dítětem - rodič



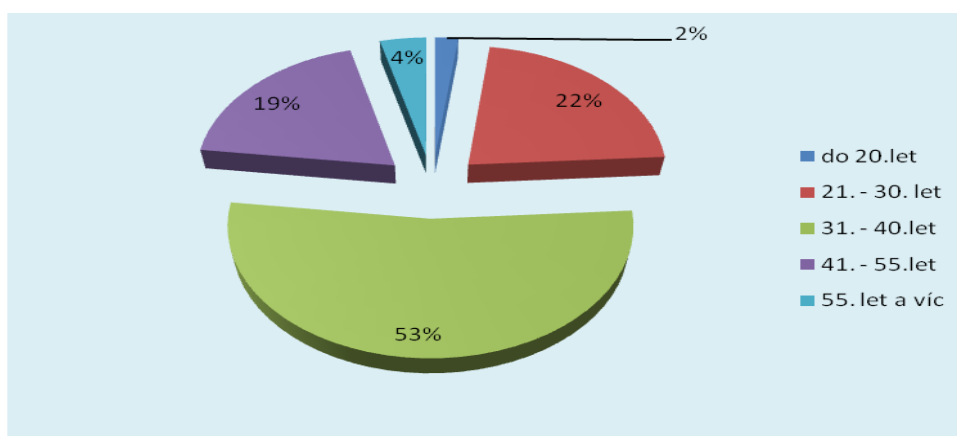
Z celkového počtu 92 rodinných příslušníků (100 %) uvedlo 88 rodinných příslušníků (96 %), že jsou rodiči dítěte. 4 rodinní příslušníci (4 %) uvedli, že nejsou rodiči dítěte.

Graf 4 Příbuzenský vztah s dítětem



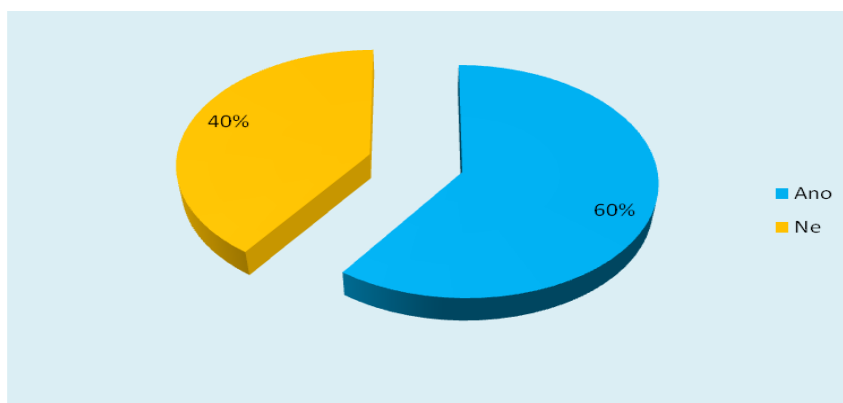
Z celkového počtu 4 respondentů (100 %), kteří uvedli, že nejsou rodiči dítěte, jsou 3 respondenti (75 %) prarodiči dítěte. 1 respondent (25 %) uvedl, že je sourozenec dítěte.

Graf 5 Věk rodinných příslušníků



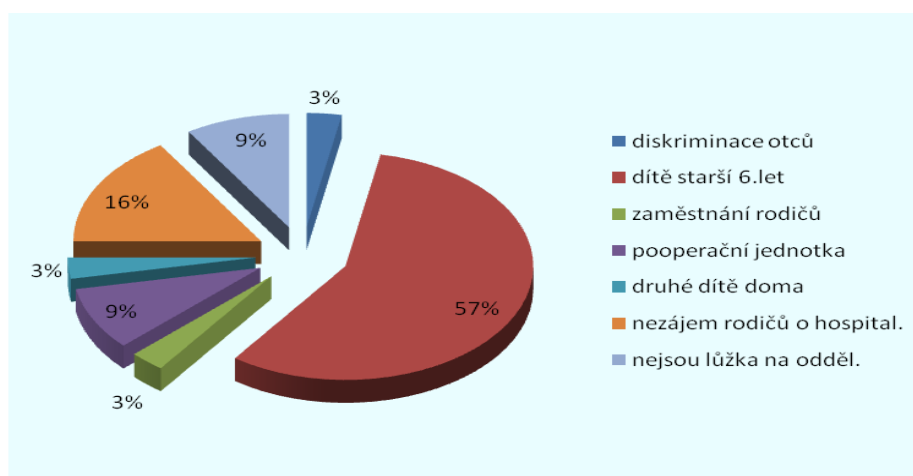
Z celkového počtu 92 rodinných příslušníků (100 %) bylo 49 rodinných příslušníků (53 %) ve věkovém období 31 – 40 let, 20 rodinných příslušníků (22 %) je ve věkovém období od 21 – 30 let. Ve věkové skupině rodinných příslušníků 41 – 55 let je 17 rodinných příslušníků (19 %), 55 let a víc tvoří 4 rodinní příslušníci (4 %). Ve věkovém období, do 20 let se nachází 2 rodinní příslušníci (2 %).

Graf 6 Hospitalizace rodinného příslušníka s dítětem



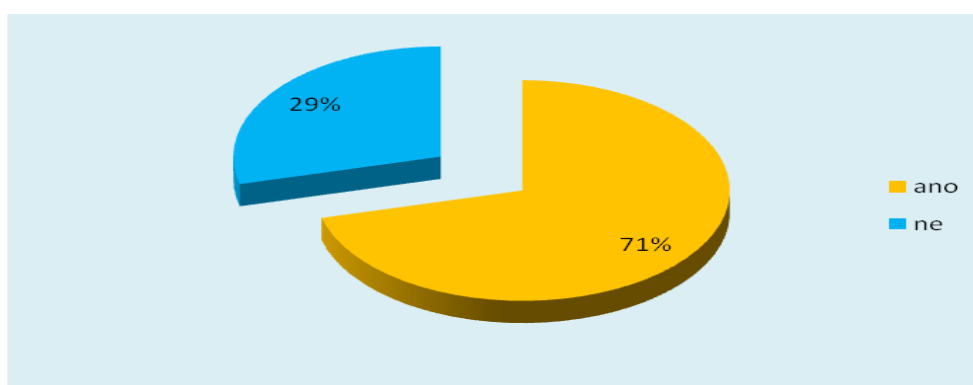
Z celkového počtu 92 (100 %) rodinných příslušníků uvedlo 55 rodinných příslušníků (60 %), že jsou nyní hospitalizováni v nemocnici se svým dítětem. 37 rodinných příslušníků (40 %) uvedlo, že nejsou hospitalizováni se svým dítětem.

Graf 7 Důvod nemožnosti hospitalizace rodinného příslušníka s dítětem



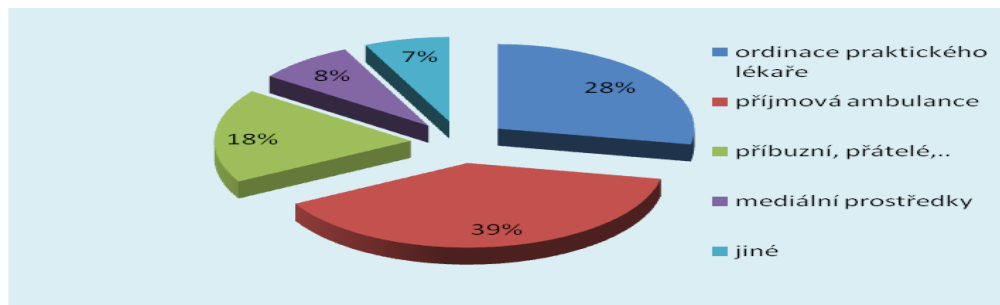
Z celkového počtu 32 rodinných příslušníků (100 %) uvedlo 18 rodinných příslušníků (57 %), že nemůže být hospitalizováno s dítětem, protože dítě je starší 6 let. 5 rodinných příslušníků (16 %) nemělo zájem o hospitalizaci s dítětem, 3 rodinní příslušníci (9 %) uvedli, že pro ně nebyla volná lůžka na oddělení. 3 rodinní příslušníci (9 %) uvedli, že jejich dítě je hospitalizované na pooperační jednotce, 1 rodinný příslušník (3 %) uvedl, že příčinou je zaměstnání, 1 rodinný příslušník (3 %) uvedl, že má druhé dítě doma. Diskriminaci otců uvedl 1 rodinný příslušník (3 %).

Graf 8 Přání rodinných příslušníků být hospitalizován s dítětem



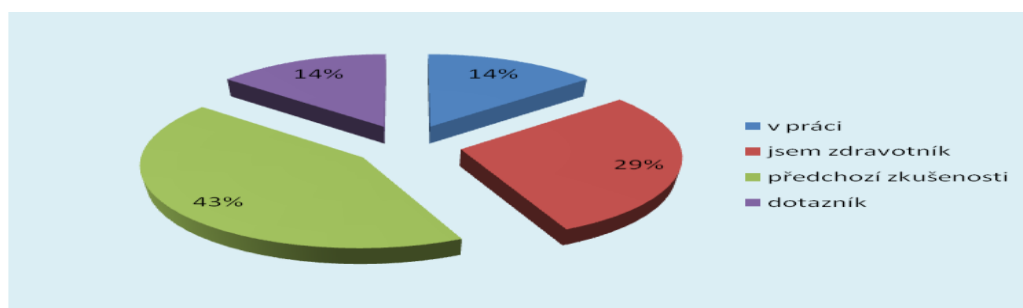
Z celkového počtu 92 rodinných příslušníků (100 %) si 65 rodinných příslušníků (71 %) přálo být hospitalizováno se svým dítětem, 27 rodinných příslušníků (29 %) si nepřálo být hospitalizováno s dítětem.

Graf 9 Zdroj informací o možnosti hospitalizace rodinného příslušníka s dítětem



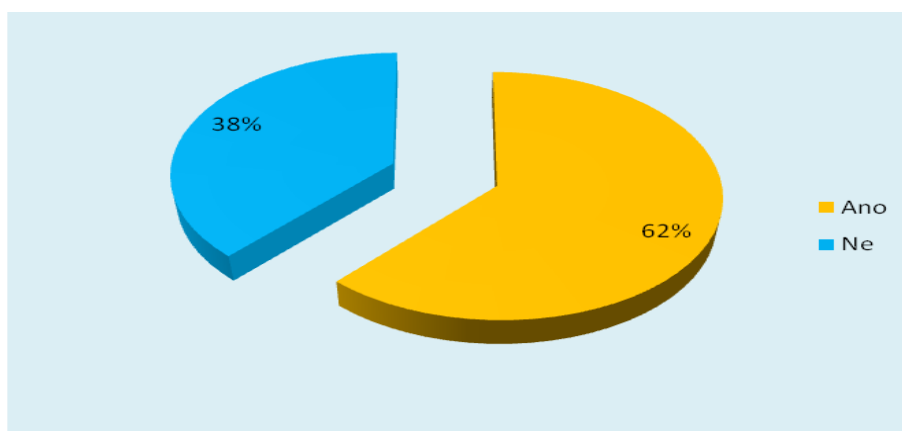
Z celkového počtu 104 (100 %) odpovědí, respondenti měli možnost označit více odpovědí, vyplynulo že 41 rodinných příslušníků (39 %) se o možnosti hospitalizace s dítětem dozvědělo v příjmové ambulanci nemocnice, 29 rodinných příslušníků (28 %) se o této možnosti dozvědělo v ordinaci praktického lékaře, 19 rodinných příslušníků (18 %) uvádí jako zdroj informací příbuzné, přátelé, sousedy. 8 rodinných příslušníků se o této možnosti dozvědělo v médiích, a 7 rodinných příslušníků (7 %) uvedlo jiný zdroj informací.

Graf 10 Jiný zdroj informací o možnosti hospitalizace rodinného příslušníka s dítětem



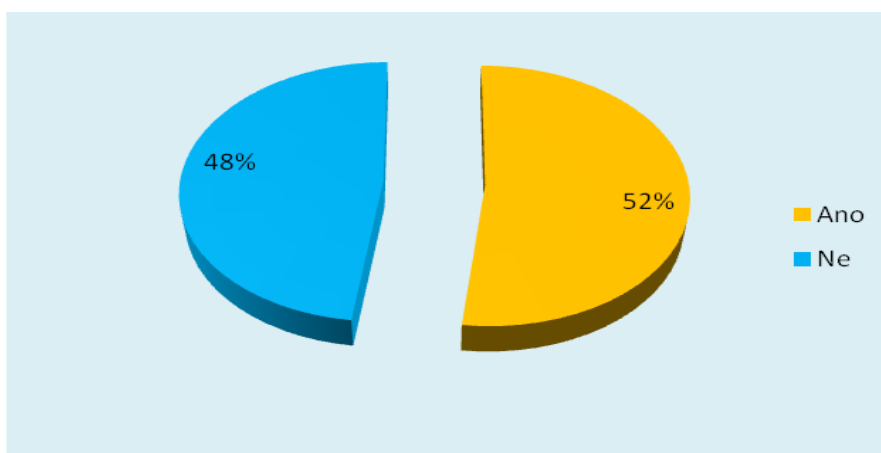
Z celkového počtu 7 rodinných příslušníků (100 %), kteří uvedli jiný zdroj získání informací o možnosti hospitalizace s dítětem, uvedli 3 rodinní příslušníci (43 %) jako jiný zdroj předchozí zkušenosti, 2 rodinní příslušníci (29 %) uvedli, že jsou zdravotníci, 1 rodinný příslušník (14 %) uvedl, že jiným zdrojem informací byl dotazník. V práci se o možnosti hospitalizace s dítětem dozvěděl 1 rodinný příslušník (14 %).

Graf 11 Nabídka společné hospitalizace s dítětem při příjmu na oddělení



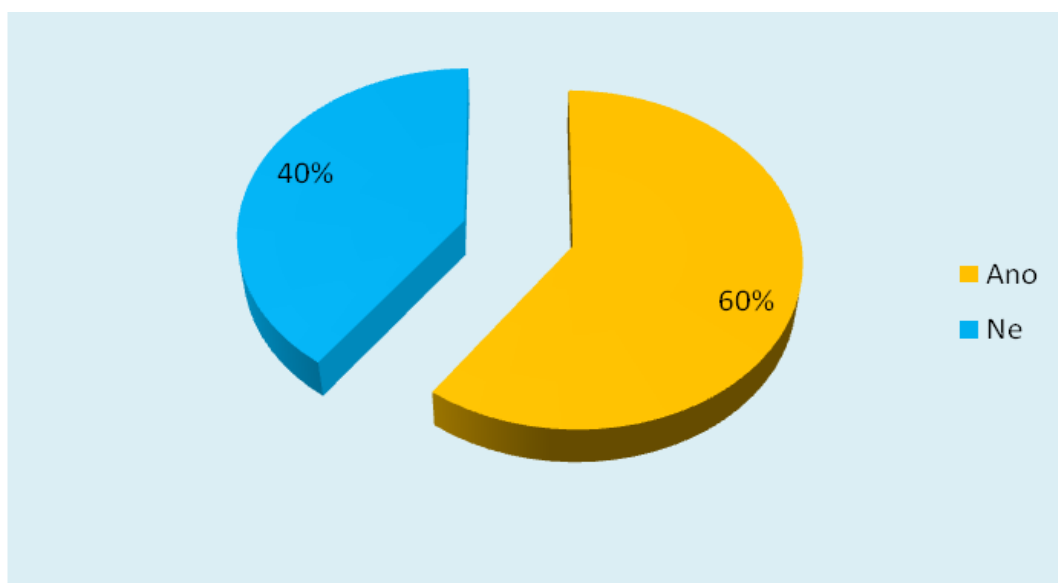
Z celkového počtu 92 rodinných příslušníků (100 %) byla nabídnuta možnost hospitalizace rodinného příslušníka s dítětem 57 rodinným příslušníkům (62 %). 35 rodinných příslušníků (38 %) uvádí, že jim tato možnost nabídnuta nebyla.

Graf 12 První hospitalizace dítěte



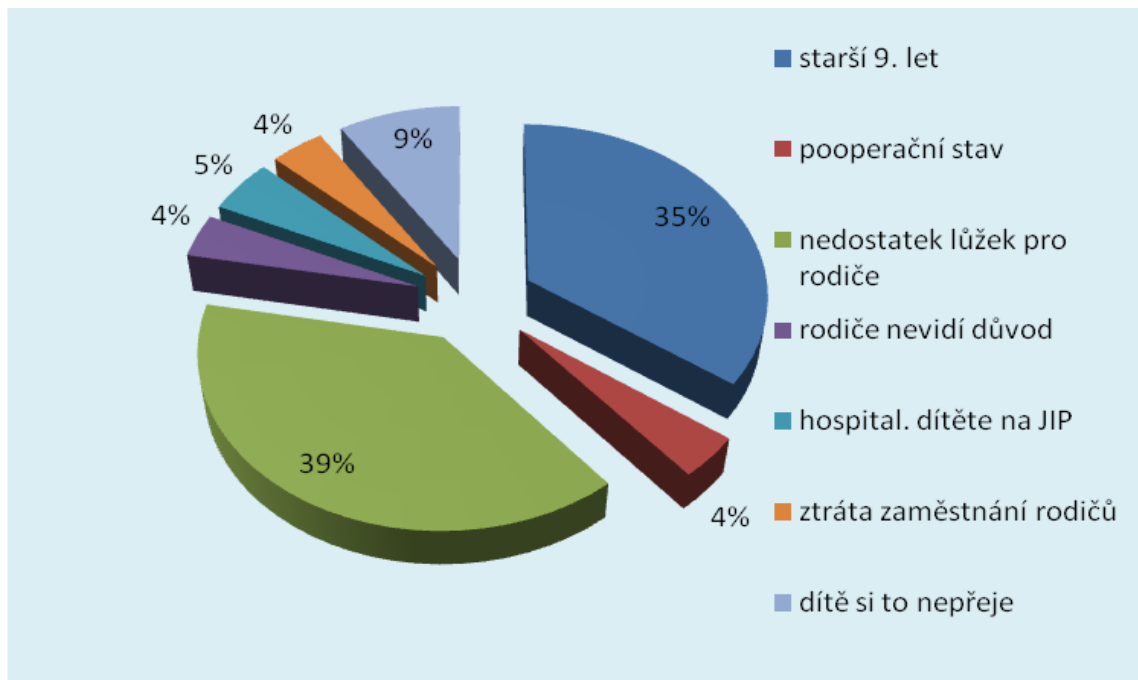
Z celkového počtu 92 rodinných příslušníků (100 %) uvedlo 48 rodinných příslušníků (52 %), že jejich dítě je v nemocnici hospitalizované poprvé, 44 rodinných příslušníků (48 %) uvedlo, že jejich dítě již hospitalizované v nemocnici bylo.

Graf 13 Hospitalizace dítěte samotného nebo s rodinným příslušníkem



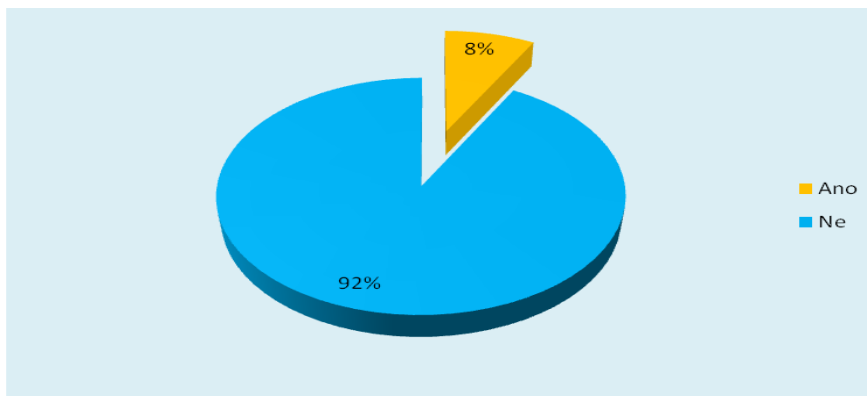
Z celkového počtu 58 rodinných příslušníků (100 %) uvedlo 35 rodinných příslušníků (60 %), že byli vždy hospitalizováni se svým dítětem v nemocnici, 23 rodinných příslušníků (40 %) uvedlo, že nebyli vždy hospitalizováni se svým dítětem.

Graf 14 Důvod hospitalizace dítěte bez rodinného příslušníka při opakované hospitalizaci



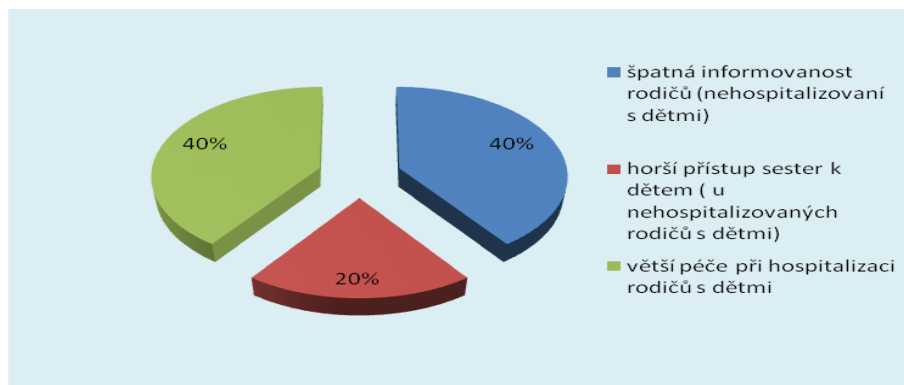
Z celkového počtu 23 rodinných příslušníků (100%), kteří při opakované hospitalizaci svého dítěte nebyli hospitalizováni s ním uvedlo 9 rodinných příslušníků (39 %), že důvodem proč nebyli vždy hospitalizováni se svým dítětem byl nedostatek lůžek pro rodiče, 8 rodinných příslušníků (35 %) uvedlo, že jejich dítě bylo starší 9.let. 2 rodinní příslušníci (9 %) uvedli, že jejich dítě si nepřálo být hospitalizované s rodinným příslušníkem, 1 rodinný příslušník (5 %) uvedl, že jeho dítě bylo hospitalizované na JIP, 1 rodinný příslušník (4 %) uvádí, že dítě je v pooperačním stavu, 1 rodinný příslušník (4 %) neviděl důvod ke společné hospitalizaci s dítětem, 1 rodinný příslušník (4 %) uvedl jako důvod možnou ztrátu zaměstnání.

Graf 15 Rozdíl v přístupu sester k dětem hospitalizovaným s rodinným příslušníkem a k dětem hospitalizovaných bez rodičů



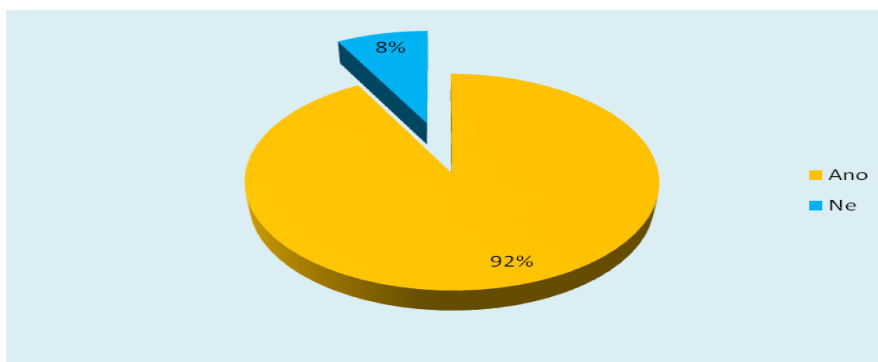
Z celkového počtu 51 (100 %) rodinných příslušníků, kteří uvedli svou odpověď, vidí 4 rodinní příslušníci (8 %) rozdíl v přístupu sester k dětem hospitalizovaných s rodiči a bez rodičů. 47 rodinných příslušníků (92 %) nevidí žádný rozdíl v přístupu sester.

Graf 16 Konkrétní rozdíl v přístupu sester k dětem hospitalizovaných s rodinným příslušníkem a bez rodinného příslušníka



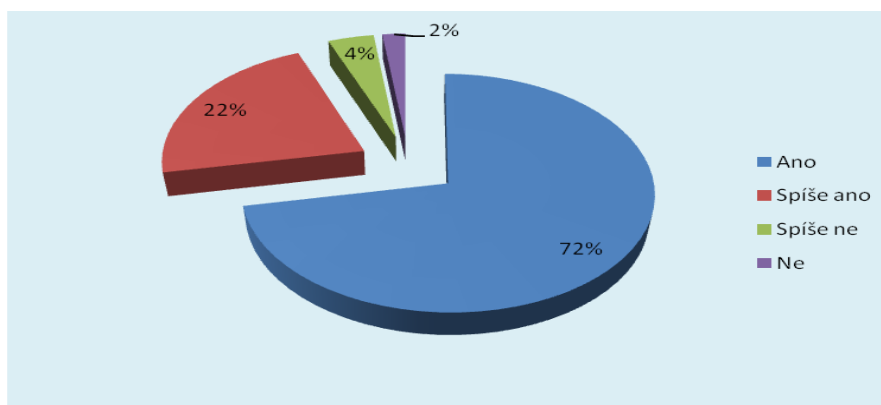
Z celkového počtu 5 rodinných příslušníků (100 %), kteří uvedli konkrétní rozdíl v přístupu sester u hospitalizovaných dětí s rodiči nebo bez rodičů, vidí 2 rodinní příslušníci (40 %) rozdíl v přístupu sester k hospitalizovaným dětem s rodiči a bez rodičů a to ve špatné informovanosti rodičů, 2 rodinní příslušníci (40 %) vidí rozdíl ve větší péči sester o děti, kteří jsou hospitalizováni s rodiči. 1 rodinný příslušník (20 %) vidí rozdíl v horším přístupu sester k dětem, kteří nejsou hospitalizováni s rodiči.

Graf 17 Informovanost o zdravotním stavu dítěte



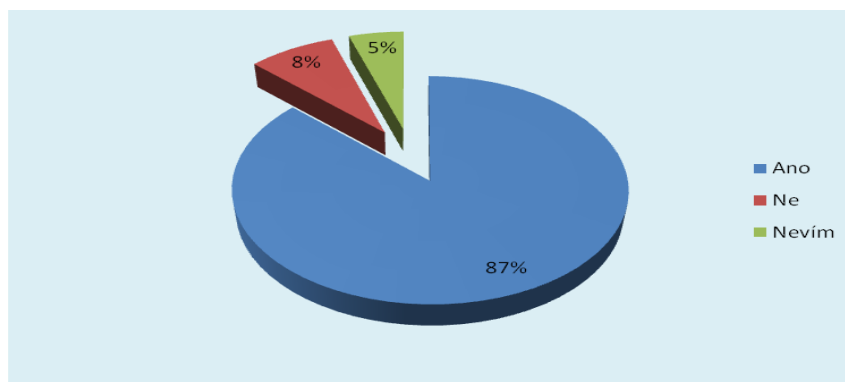
Z celkového počtu 92 rodinných příslušníků (100 %) uvedlo 85 rodinných příslušníků (92 %), že je dostatečně informováno o zdravotním stavu dítěte, 7 rodinných příslušníků (8 %) uvedlo, že nejsou dostatečně informováni o zdravotním stavu jejich dítěte.

Graf 18 Informovanost o ošetrovatelském režimu dítěte v nemocnici



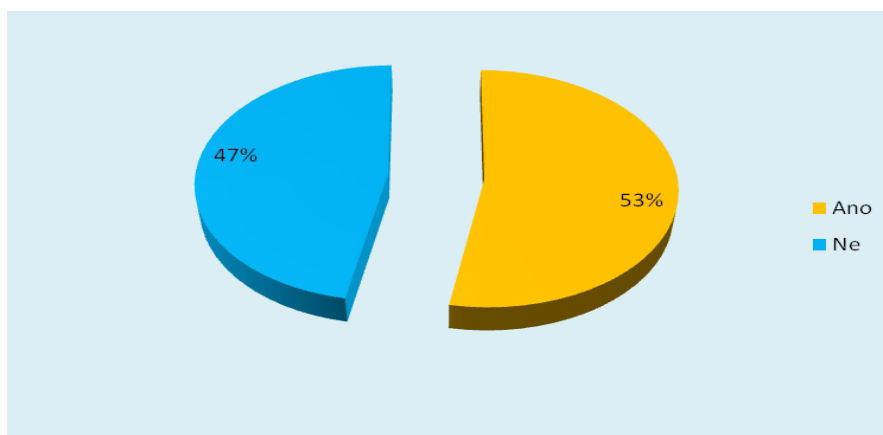
Z celkového počtu 92 (100 %) rodinných příslušníků je 66 rodinných příslušníků (72 %) informováno o ošetrovatelském režimu jejich dítěte v nemocnici, 20 rodinných příslušníků (22 %) je nejspíš informováno o ošetrovatelském režimu dítěte v nemocnici, 4 rodinní příslušníci (4 %) se domnívají, že nejspíš nejsou dostatečně informováni o ošetrovatelském režimu dítěte v nemocnici. 2 rodinní příslušníci (2 %) nejsou informováni o ošetrovatelském režimu jejich dítěte.

Graf 19 Ochota personálu poskytnout informace



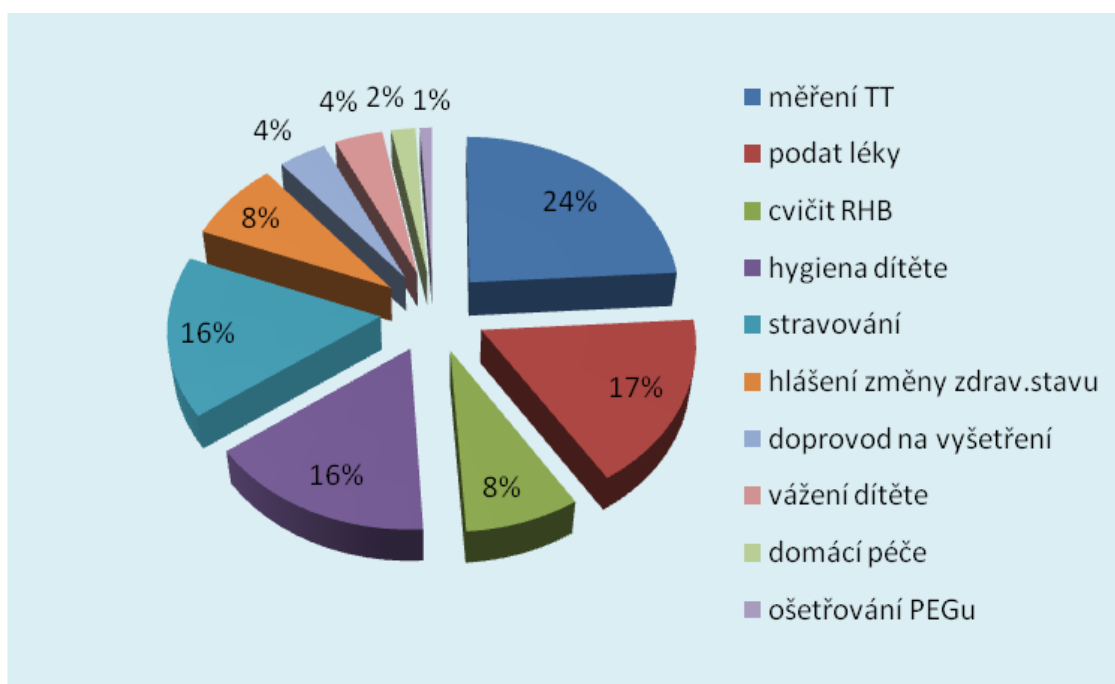
Z celkového počtu 92 (100 %) rodinných příslušníků bylo 80 rodinným příslušníkům (87 %) ochotně poskytnuty informace kdykoliv, 7 rodinným příslušníkům (8 %) informace kdykoliv poskytnuty nebyly, a 5 rodinných příslušníků (5 %) neví, zda jim byly informace poskytnuty ochotně kdykoliv.

Graf 20 Obdržení informací o zapojení se do ošetrovatelské péče o dítě



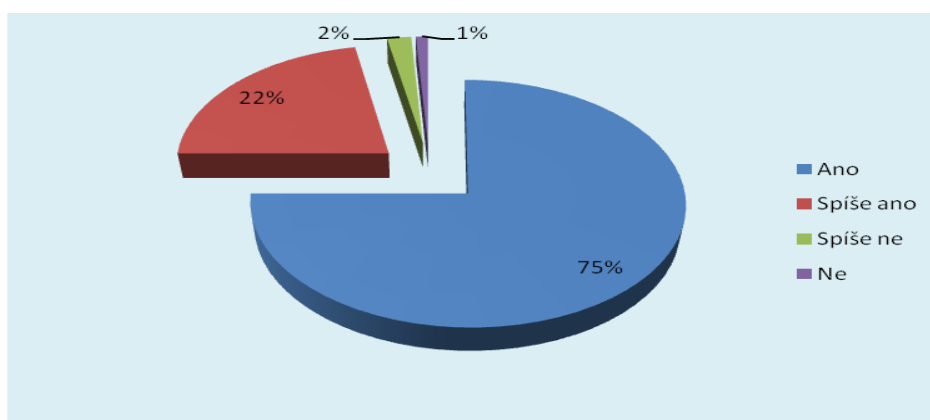
Z celkového počtu 92 rodinných příslušníků (100 %) dostalo 49 rodinných příslušníků (53 %) možnost zapojit se do ošetrovatelské péče o dítě, 43 rodinných příslušníků (47 %) tuto možnost nedostali.

Graf 21 Možnosti zapojení se do ošetrovatelské péče o dítě



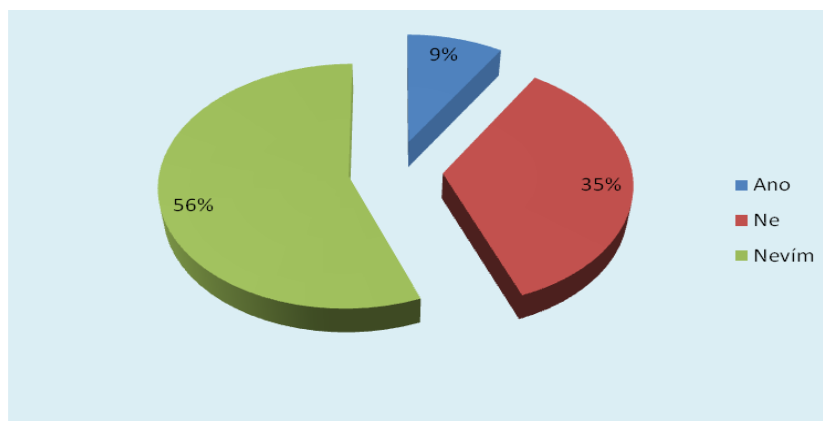
Z celkového počtu 83 odpovědí rodinných příslušníků (100 %), 20 rodinných příslušníků (24 %) mělo možnost měřit tělesnou teplotu dítěti, 14 rodinných příslušníků (17 %) podávalo léky dítěti, 13 rodinných příslušníků (16 %) mělo možnost provádět hygienu u dítěte, stejně tak 13 rodinných příslušníků (16 %) podávali stravu dítěti, 7 rodinných příslušníků (8 %) s dítětem rehabilitovalo, 7 rodinných příslušníků (8 %) mělo za úkol hlásit jakoukoliv změnu ve zdravotním stavu dítěte, 3 rodinní příslušníci (4 %) doprovázeli své dítě na vyšetření, 3 rodinní příslušníci (4 %) sledovali přibývání či ubývání na váze dítěte, 2 rodinní příslušníci (2 %) dostali možnost zapojením se do ošetrovatelské péče prováděním plnohodnotné domácí péče po propuštění dítěte z nemocnice, 1 rodinný příslušník (1 %) ošetřoval svému dítěti PEG.

Graf 22 Porozumění všem informacím od ošetřujícího personálu



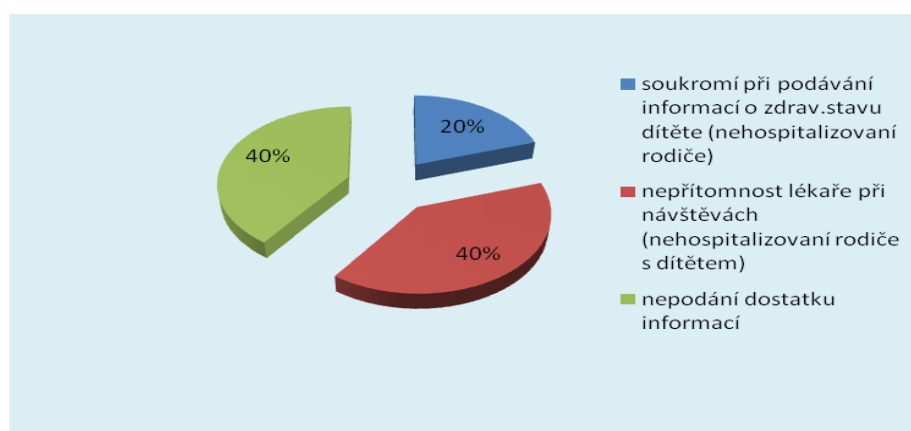
Z celkového počtu 92 rodinných příslušníků (100 %) porozumělo 69 (75 %) rodinných příslušníků všem informacím od ošetřujícího personálu, 20 rodinných příslušníků (22 %) nejspíše porozumělo všem informacím od ošetřujícího personálu, 2 rodinní příslušníci nejspíš všem informacím neporozumělo, a 1 rodinný příslušník (1 %) nerozuměl všem informacím od ošetřujícího personálu.

Graf 23 Rozdíl v informovanosti rodičů hospitalizovaných s dítětem a rodičů, kteří nejsou hospitalizovaní s dítětem



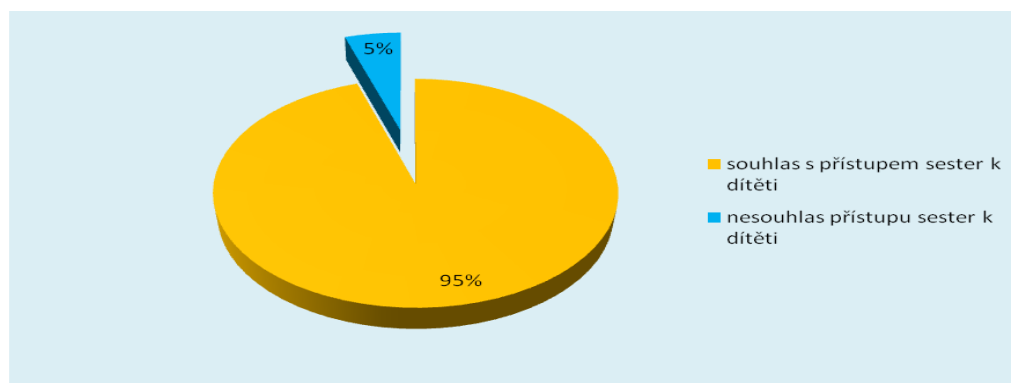
Z celkového počtu 92 rodinných příslušníků (100 %) 52 rodinných příslušníků (56 %) neví zda je rozdíl v informovanosti rodičů hospitalizovaných s dítětem a dítětem hospitalizovaného bez rodičů. 32 rodinných příslušníků (35 %) nevidí žádný rozdíl a 8 rodinných příslušníků (9 %) vidí rozdíl v informovanosti rodičů.

Graf 24 **Rozdíly v informovanosti rodičů**



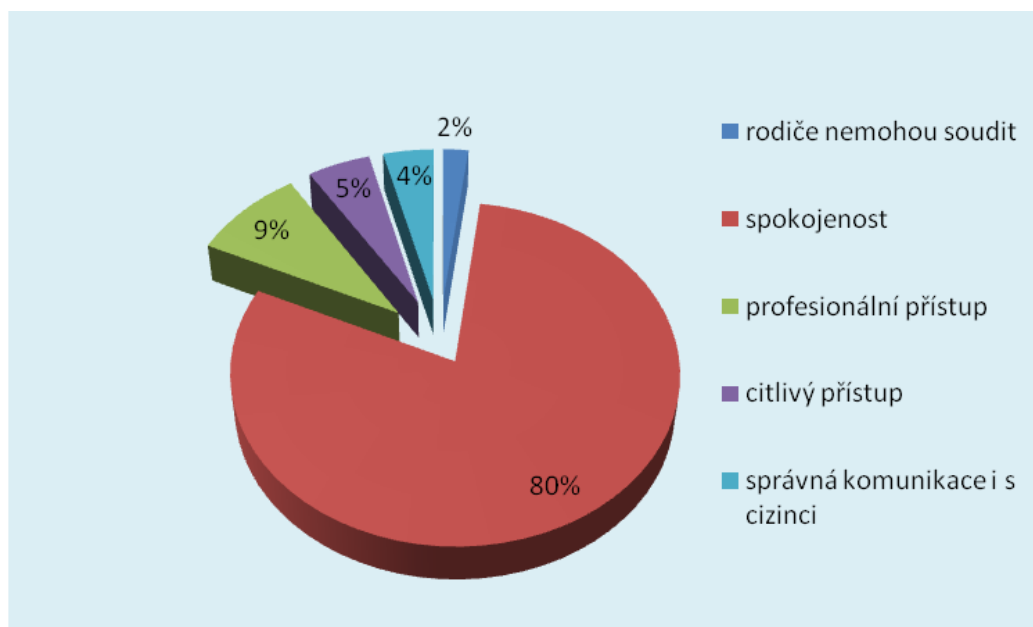
Z celkového počtu 5 rodinných příslušníků (100 %), kteří vidí rozdíly v informovanosti rodičů, 2 rodinní příslušníci (40 %) vidí rozdíl v nepřítomnosti lékaře při návštěvách (rodiče, kteří nejsou hospitalizováni s dítětem), 2 rodinní příslušníci (40 %) nedostávají tolik informací, jako rodinní příslušníci hospitalizovaní s dítětem, a 1 rodinný příslušník (20 %) nemá soukromí při podávání informací o zdravotním stavu dítěte (rodič hospitalizovaný s dítětem).

Graf 25 **Spokojenost rodinných příslušníků s přístupem sester k dítěti**



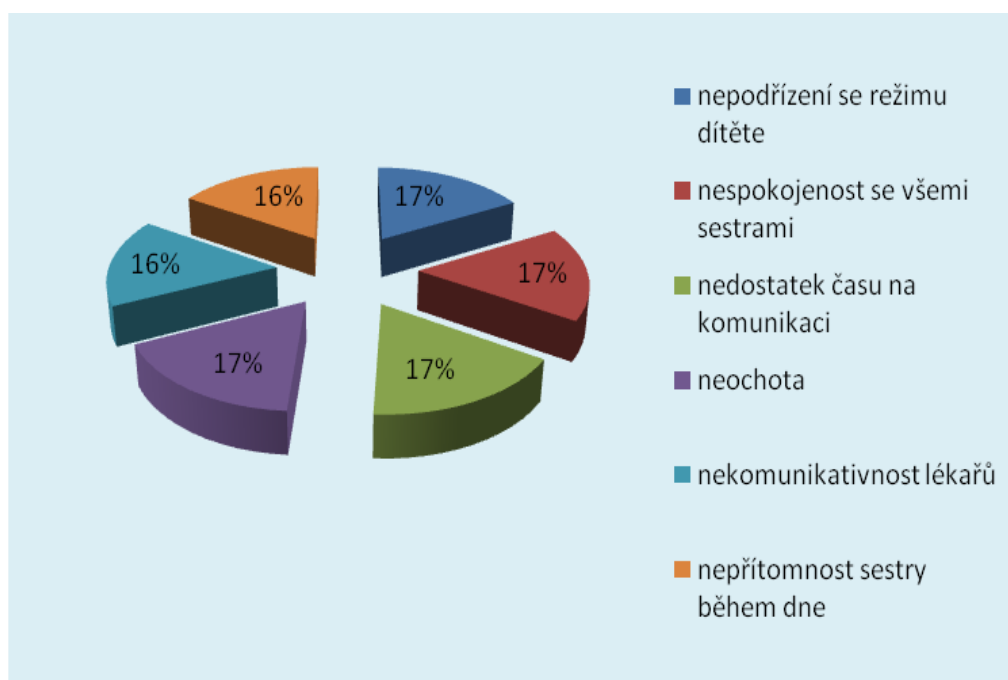
Z celkového počtu 113 (100 %) odpovědí (možnost více názorů u respondentů) je 107 odpovědí (95 %) kladných a rodinní příslušníci jsou spokojeni s ošetrovatelskou péčí, 6 odpovědí rodinných příslušníků (5 %) je negativních a rodinní příslušníci nejsou spokojeni s ošetrovatelskou péčí o dítě.

Graf 26 **Souhlas s přístupem sester**



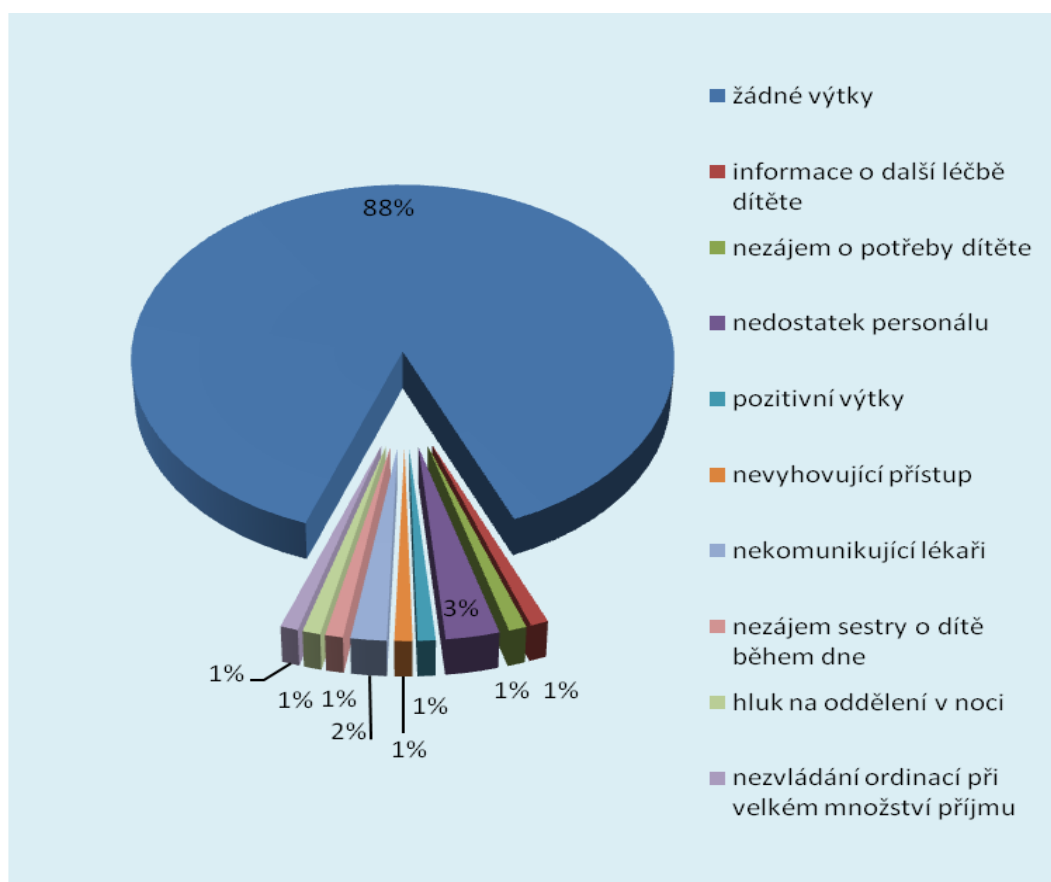
Z celkového počtu 107 (100 %) kladných odpovědí (respondenti měli více možných odpovědí), je 86 rodinných příslušníků (80 %) celkově spokojeno s ošetrovatelskou péčí, 25 rodinných příslušníků (9 %) je spokojeno s profesionálním přístupem ošetrovatelského personálu, 5 rodinných příslušníků (5 %) je spokojeno s citlivým přístupem sester k dětem, 4 rodinní příslušníci (4 %) jsou spokojeni s komunikací sester ke členům rodiny a dětem a jsou spokojeni i s komunikací sester s rodiči cizinci, kteří neumějí česky. 2 rodinní příslušníci (2 %) souhlasí s ošetrovatelskou péčí, ale nemohou soudit s čím ano a s čím ne.

Graf 27 Nesouhlas s přístupem sester



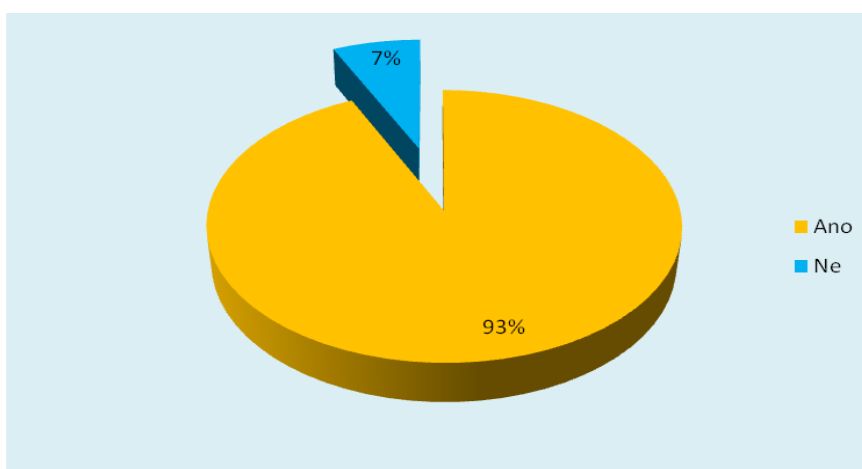
Z celkového počtu 6 odpovědí rodinných příslušníků (100 %), kteří ze 113 odpovědí uvedli že s přístupem sester nesouhlasí, uvedl 1 rodinný příslušník (17 %) nesouhlas s nepodřízením se sester režimu dítěte, 1 rodinný příslušník (17 %) je nespokojen se všemi sestrami, 1 rodinný příslušník (17 %) nesouhlasí s nedostatkem času na komunikaci sester s dětmi i rodinnými příslušníky, 1 rodinný příslušník (17 %) vidí u sester neochotu, 1 rodinný příslušník (16 %) nesouhlasí s nekomunikativností lékařů s rodiči a dětmi. S nepřítomností sestry během dne nesouhlasí 1 rodinný příslušník (16 %).

Graf 28 Výtky k ošetrovatelské péči na oddělení



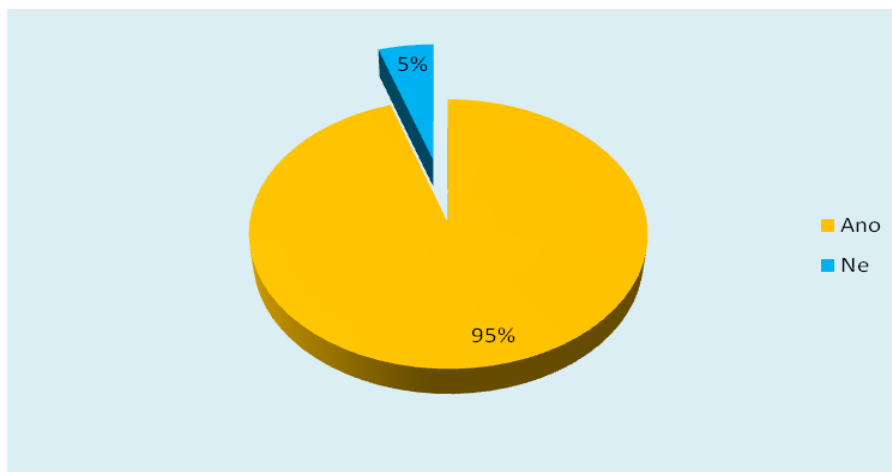
Z celkového počtu 94 (100 %) odpovědí rodinných příslušníků (respondenti měli možnost uvést více názorů) nemá 83 rodinných příslušníků (88 %) žádné výtky k ošetrovatelské péči, 3 rodinní příslušníci (3 %) jsou nespokojeni s nedostatkem ošetrovatelského personálu, 1 rodinnému příslušníkovi (1 %) chyběly informace o další léčbě dítěte, 1 rodinný příslušník (1 %) je nespokojen s nezájmem o potřeby dítěte, 1 rodinný příslušník (1 %) měl pozitivní výtky k ošetrovatelskému personálu, 1 rodinný příslušník (1 %) měl výtku k nevyhovujícímu přístupu sester k dětem, 1 rodinnému příslušníkovi (2 %) se nelíbí, že s nimi lékař nekomunikuje, 1 rodinnému příslušníkovi (1 %) se nelíbí nezájem sestry o dítě během dne, 1 rodinný příslušník (1 %) nesouhlasí s hlučným prostředím na oddělení během noci, a 1 rodinný příslušník (1 %) nesouhlasí s nezvládnutím ordinací u sester při velkém množství příjmů na oddělení.

Graf 29 Projevovaný zájem sester o dítě během pobytu v nemocnici



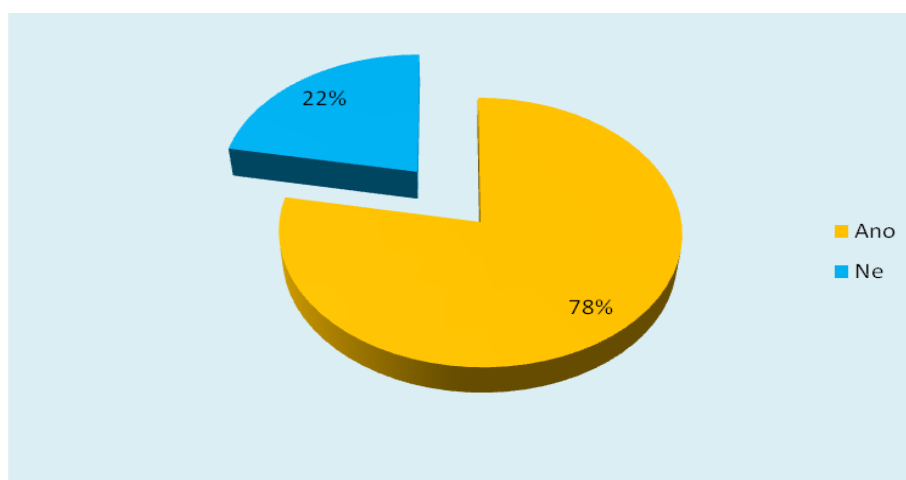
Z celkového počtu 92 rodinných příslušníků (100 %) je 86 rodinných příslušníků (93 %) spokojeno s projevovaným zájmem sester o jejich dítě, 6 rodinných příslušníků (7 %) si myslí, že nebyl projevovaný dostatečný zájem o jejich dítě v nemocnici.

Graf 30 Tolerance sester k jakýmkoliv potřebám dítěte



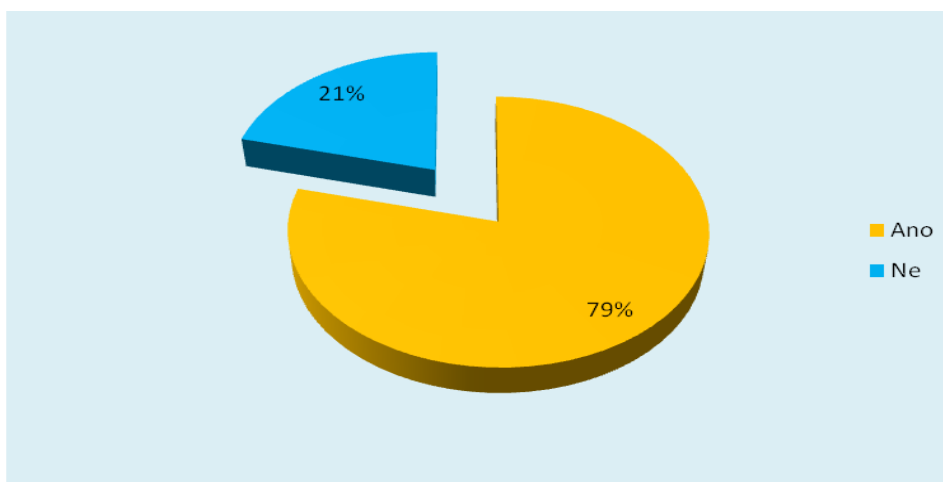
Z celkového počtu 92 rodinných příslušníků (100 %) má 87 rodinných příslušníků (95 %) pocit, že sestry braly ohled na jakékoliv potřeby dítěte, 5 rodinných příslušníků (5 %) není spokojeno s bráním ohledů na potřeby jejich dítěte.

Graf 31 Informování o ošetřovatelském plánu dítěte při příjmu



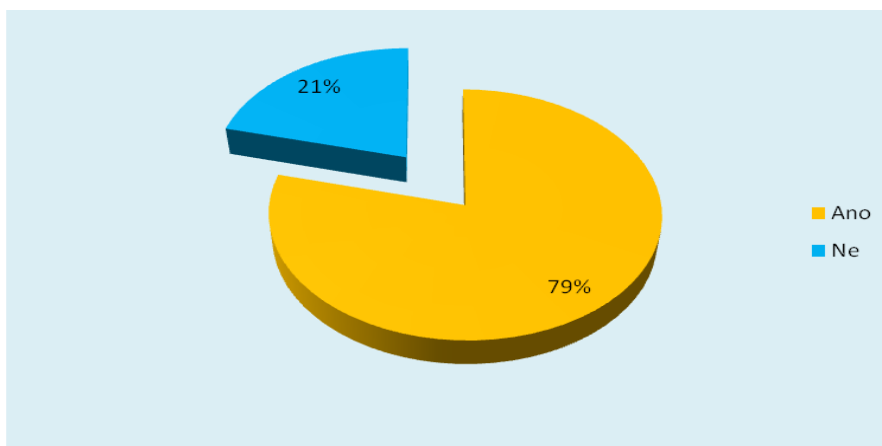
Z celkového počtu 92 rodinných příslušníků (100 %) bylo 72 rodinných příslušníků (78 %) informováno o ošetřovatelském plánu dítěte, 20 rodinných příslušníků (22 %) nedostalo informace o ošetřovatelském plánu.

Graf 32 Informovanost rodičů o léčbě dítěte



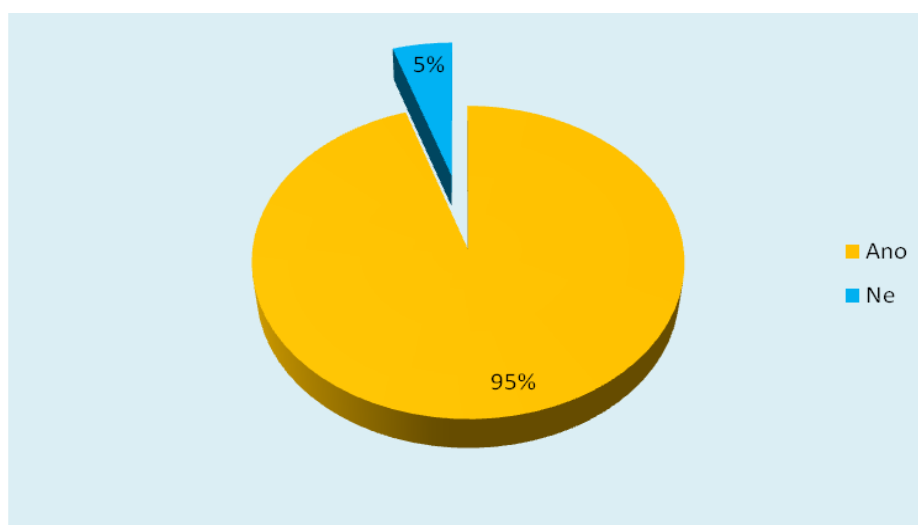
Z celkového počtu 92 rodinných příslušníků (100 %) je 73 rodinných příslušníků (79 %) informováno o léčbě, které užívá jejich dítě, 19 rodinných příslušníků (21 %) nezná léky, které užívá jejich dítě.

Graf 33 Informovanost o ošetřujícím lékaři a sestře dítěte



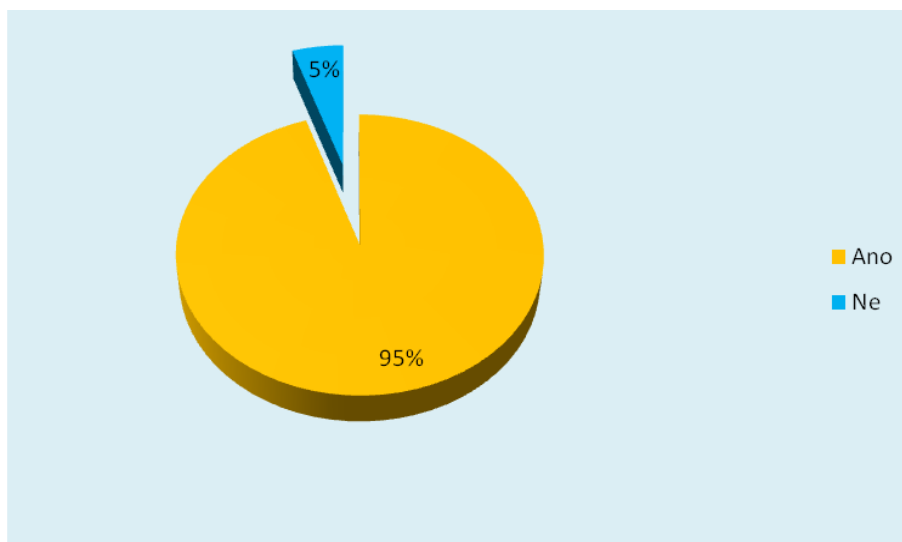
Z celkového počtu 92 rodinných příslušníků (100 %) zná 73 rodinných příslušníků (79 %) ošetřujícího lékaře a sestru svého dítěte, 19 rodinných příslušníků (21 %) nezná ošetřujícího lékaře a sestru svého dítěte.

Graf 34 Informovanost o absolvovaném lékařském vyšetření dítěte



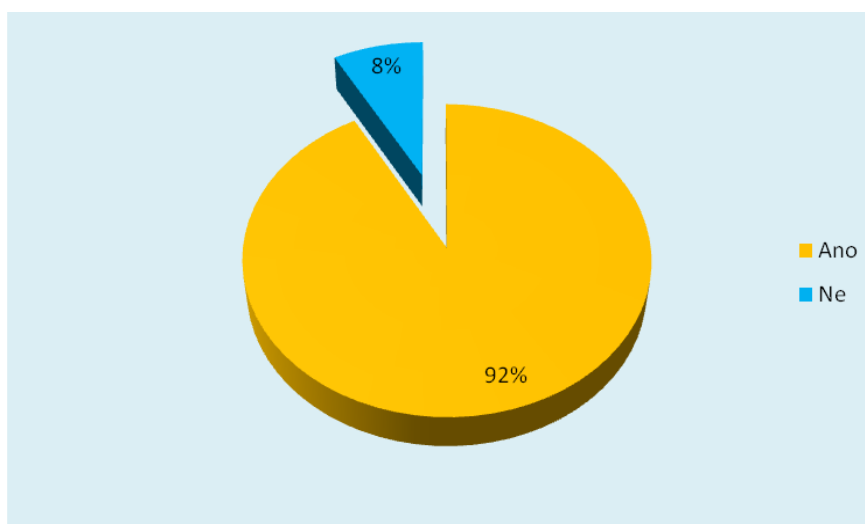
Z celkového počtu 92 rodinných příslušníků (100 %) 87 rodinných příslušníků (95 %) ví jaké lékařské vyšetření dítě absolvovalo, 5 rodinných příslušníků (5 %) nezná lékařské vyšetření, které jejich dítě absolvovalo.

Graf 35 Informovanost o zdravotním stavu dítěte



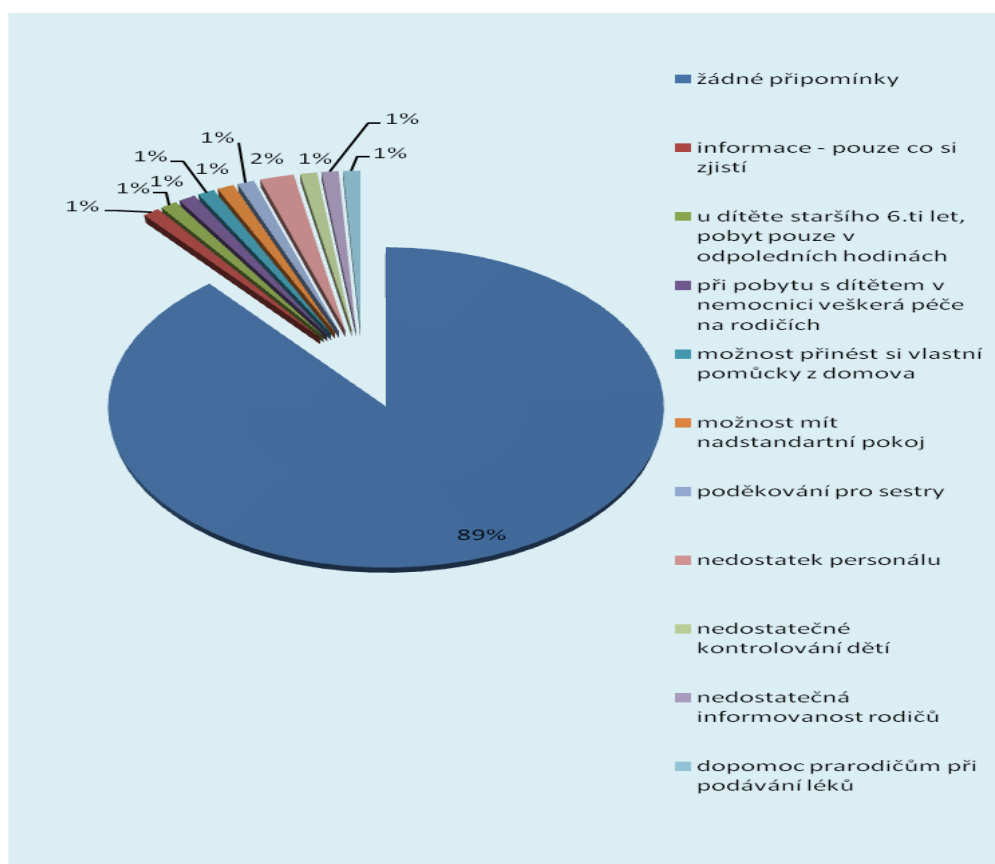
Z celkového počtu 92 rodinných příslušníků (100 %) je 87 rodinných příslušníků (95 %) průběžně informováno o zdravotním stavu dítěte, 5 rodinných příslušníků (5 %) nedostává průběžné informace o zdravotním stavu dítěte.

Graf 36 Informovanost o výsledcích dítěte u absolvovaných vyšetření



Z celkového počtu 92 rodinných příslušníků (100 %) je 85 rodinných příslušníků (92 %) informováno o jednotlivých výsledcích z vyšetření, které dítě absolvovalo, 7 rodinných příslušníků (8 %) nezná výsledky z jednotlivých vyšetření dítěte.

Graf 37 Připomínky rodinných příslušníků (nezmíněné v dotazníku)



Z celkového počtu 92 rodinných příslušníků (100 %) 82 rodinných příslušníků (89 %) nemá žádné připomínky, 2 rodinní příslušníci (2 %) si stěžují na nedostatek personálu, 1 rodinný příslušník (1 %) dostane pouze takové informace, co si sám zjistí, 1 rodinný příslušník (1 %) si stěžuje, že být s dítětem na oddělení u dítěte staršího 6 let je možný pouze v odpoledních hodinách, 1 rodinný příslušník (1 %) uvádí, že při pobytu rodiče s dítětem v nemocnici je veškerá péče na rodičích, 1 rodinný příslušník (1 %) uvádí kladnou připomínku, že má možnost přinést si vlastní potřebné pomůcky pro dítě z domova, 1 rodinný příslušník (1 %) udává jako kladnou připomínku možnost mít nadstandardní pokoj, 1 rodinný příslušník (1 %) zde vyjádřil poděkování pro sestry. 1 rodinný příslušník (1 %) udává, že sestry nedostatečně kontrolují děti, 1 rodinný příslušník (1 %) není spokojen se svojí informovaností, 1 rodinný příslušník (1 %) by byl rád, kdyby mu sestry dopomohly s podáváním léků dítěti.

5. Diskuse

Šetření v bakalářské práci byl zaměřen na zjištění spokojenosti rodinných příslušníků s přístupem sester k jejich dětem. Cílem tohoto šetření bylo zjistit, jaký pohled má rodinný příslušník na přístup sester k jejich hospitalizovaným dětem, jak jsou rodinní příslušníci informováni o ošetrovatelském procesu, o možnosti zapojení se do ošetrovatelské péče o své dítě, zda mají rodinní příslušníci možnost hospitalizace s dítětem, zda vidí rodinní příslušníci rozdíl v přístupu sester u hospitalizovaného dítěte s rodičem a bez rodiče.

Výzkumné šetření bylo prováděno na dětských odděleních v Nemocnici České Budějovice, a.s., v Nemocnici Tábor, a.s., a v jedné z nemocnic hlavního města Prahy. V jihočeském kraji bylo dotázáno 60 rodinných příslušníků, zatímco v jedné z nemocnic hlavního města Prahy bylo dotázáno pouze 32 rodinných příslušníků (graf 1). V nemocnici hlavního města Prahy byly dotazníky rozdávány rodinným příslušníkům dětí, byla zde sledována jejich reakce při vyplňování dotazníků. Dotazník byl vytvořen pro rodinné příslušníky dětí. Rozdáno bylo 150 dotazníků pro rodinné příslušníky. Do výzkumu jich bylo použito 92.

Věková hranice hospitalizovaných dětí ukazuje, že nejvíce hospitalizovaných dětí bylo ve věku 9 a více let a to v 27 %, tyto děti už většinou neměly možnost být hospitalizováni se svým rodičem, tato možnost se nejčastěji vyskytuje do 6 let dítěte. Další dvě vyrovnané skupiny tvoří děti ve věku 1 – 3 let a 4 – 6 let, v těchto věkových kategoriích bylo hospitalizováno 23 % dětí. Do 1 roku bylo hospitalizováno 18 % dětí a jen 9 % dětí bylo ve věku 7 – 9 let (graf 2).

V grafu 3 vyšlo, že nejčastějším rodinným příslušníkem hospitalizovaným s dítětem v nemocnici je rodič dítěte, a to v 96%, pouze ve 4% případech nebyly děti hospitalizovány s rodičem. Nejčastěji zastupují role rodičů při hospitalizaci u dítěte prarodiče dítěte a to v 3 případech, v 1 případě tuto roli zastával i starší sourozenec (graf 4). Při rozdávání dotazníku jsem se setkala s jednou babičkou dítěte, která bývá s vnukem hospitalizována poměrně často. Tato pani mi odmítla vyplnit dotazník z důvodu, že přístup některých lékařů k jejímu vnukovi se jí nelíbí, a ona ví, že ještě nějaká hospitalizace ji bude čekat. A jak sama řekla, není úplně spokojena s péčí

zdejších lékařů a má strach, že by se to mohli lékaři dozvědět, co si myslí.

Věková hranice rodinných příslušníků je také poměrně různorodá. Největší zastoupení má věková skupina 31 – 40 let a to v 53 %. Další větší skupinou byla věková skupina 21 – 30 let tu zastupovalo 22 % rodičů. Nejstarší věkovou skupinu obsadili 4 % rodinných příslušníků, tuto skupinu samozřejmě tvoří prarodiče dítěte. Nejmenší počet rodinných příslušníků patří do skupiny do 20 let. Je vidět, že dnešní trend mít dítě v pozdějším věku je opravdu pravdivý, mladých rodičů, jak ukazuje graf 5, příliš není, a to je do této skupiny zahrnutí sourozenci dítěte.

Další dvě otázky v dotazníku se týkaly hospitalizace rodičů s dětmi. Rodinní příslušníci si přáli být hospitalizováni s dítětem v 71 % a ve 29 % si nepřáli být s dětmi hospitalizováni (graf 8). Z 92 dotazovaných rodinných příslušníků byla hospitalizována spolu s dítětem většina a to 60 % (graf 6). Zbylých 40 % rodinných příslušníků nebylo hospitalizováno s dítětem nejčastěji z důvodu, že dítě bylo starší 6 let (57 %). Ostatní rodinní příslušníci uvedli jako příčinu: neprojevovaný zájem rodinných příslušníků o hospitalizaci s dítětem, nedostatek lůžek pro rodiče, mladší dceru nebo syna doma, ztrátu zaměstnání, diskriminace otců, dítě hospitalizované na pooperační jednotce (graf 7).

O možnosti hospitalizace s dítětem se rodinní příslušníci nejčastěji dozvěděli v příjmové ambulanci (39 %) a v ordinaci praktického lékaře (28 %). Tyto výsledky jsou totožné s výzkumem, který probíhal v diplomové práci obhájené před dvěma lety, kde jsou jako nejčastější odpovědi uvedeny ordinace praktického lékaře (především v nemocnicích ve Strakoniciích a Jindřichově Hradci) a v příjmové ambulanci oddělení (a to v nemocnici v Českých Budějovicích a v Prachaticích). Další nejčastější odpovědí bylo, že rodinní příslušníci získali informaci od příbuzných, přátel a sousedů. V menším počtu pak se o této možnosti dozvěděli z mediálních prostředků (graf 9). 7 % rodinných příslušníků uvedlo, že se informace o možnosti hospitalizace s dítětem dozvěděli z dotazníku, mají je z předchozích zkušeností, někteří rodinní příslušníci jsou sami zdravotníci, nebo se o této možnosti dozvěděli v práci (graf 10).

V grafu 11 můžeme pozorovat, že 62 % rodinných příslušníků byla nabídnuta možnost hospitalizace s dítětem v nemocnici. Ke zbylým 38 % se tato možnost vůbec

nedostala.

V otázce, zda bylo dítě hospitalizované poprvé byly odpovědi rozdílné jen o pár procent. 52 % rodinných příslušníků uvedlo, že jejich dítě je v nemocnici poprvé, a 48 % rodičů uvedlo, že jejich dítě již hospitalizované bylo (graf 12). Na tuto otázku navazovala otázka týkající se skutečnosti, zda rodinní příslušníci byli vždy hospitalizováni se svým dítětem. 60 % tudíž většina, uvedla, že ano (graf 13). Ze 40 % rodinných příslušníků, kteří nebyli při opakované hospitalizaci dítěte vždy hospitalizováni s ním, uvedlo jako důvod nedostatek lůžek pro rodiče a dítě starší 9 let (graf 14), tyto odpovědi jsou uvedeny i v grafu 7 a ukazují na to, že tyto důvody nejsou problémem jen nyní, ale byly i problémem v minulosti.

Při dotazování rodinných příslušníků, zda vidí nějaký rozdíl v chování a přístupu sester k jejich dětem při hospitalizaci dítěte s rodičem nebo při hospitalizaci samotného dítěte, uvedlo 92 % rodinných příslušníků, že nevidí žádný rozdíl v chování a přístupu sester k jejich dětem (graf 15). Zbýlých 8 % rodinných příslušníků uvedlo, že rozdíl vidí ve špatné informovanosti rodičů, kteří nejsou hospitalizováni s dítětem, mají pocit, že rodiče, kteří jsou s dítětem hospitalizováni v nemocnici, mají více informací jak oni. A stejné množství rodičů vidí, že o dítě, které je hospitalizováno s rodiči je více pečováno. Pouze malé množství rodinných příslušníků (1) si myslí, že sestry mají horší přístup k dětem, kteří nejsou v nemocnici s rodičem (graf 16). *Touto otázkou se nepotvrdila hypotéza 1. Rodinní příslušník hospitalizovaný s dítětem není spokojenější s přístupem sester než rodinný příslušník, který není hospitalizovaný s dítětem. Dotazování rodinní příslušníci nepozorují rozdíl v přístupu sester.*

V dalších otázkách týkajících se informovanosti rodinných příslušníků o zdravotním stavu dítěte, o ošetřovatelském režimu dítěte, o podávání informací rodinným příslušníkům byly jen kladné výsledky. Dostatečně informováno o zdravotním stavu dítěte se cítí být 92 % rodinných příslušníků (graf 17). O ošetřovatelském režimu bylo od sestry informováno 72 % rodinných příslušníků a 22 % se domnívají, že mají dostatek informací (graf 18). Velkému množství rodinných příslušníků (87 %) byl zdravotnický personál ochotný poskytnout informace kdykoliv (graf 19). Srozumitelnost informací, které poskytl zdravotnický personál

hodnotilo kladně 75 % rodinných příslušníků, 22 % rodinných příslušníků se domnívá, že všemu rozumělo (graf 22). I když občas si rodiče, kteří nebyli hospitalizováni s dítětem stěžovali, že lékaři nejsou v návštěvní době k zastížení. Informace, které rodinní příslušníci vyžadují se týkají převážně zdravotního stavu dítěte, tyto informace sestra není oprávněna dle svých kompetencí podávat. Sestra může podat informace o ošetrovatelské péči nebo režimu dítěte. Informace o zapojení rodičů do ošetrovatelské péče o dítě obdrželo 53 % rodinných příslušníků, je překvapující, že toto procento je téměř shodné s počtem rodičů, které tyto informace neobdrželi (graf 20). Na otázky týkající se zapojení do ošetrovatelské péče odpovídali rodinní příslušníci následovně: 24 % rodinných příslušníků se zapojilo do ošetrovatelské péče měřením tělesné teploty, 17 % podáváním léků dítěti, 16 % podáváním stravy dítěti, 16 % prováděním hygieny u dítěte, dále se zapojovali prováděním rehabilitace u dítěte, hlášením jakékoli změny zdravotního stavu nebo doprovázením na vyšetření (graf 21). V tomto případě si myslím, že zrovna doprovod dítěte na vyšetření rodičem je pro dítě důležité. Snižuje to strach dítěte, a díky rodičům, kteří by u něj byli, se bude dítě cítit alespoň trochu v bezpečí, protože u sebe má osobu, které věří. *Výsledky této části šetření jsou až překvapivě dobré a byla jim potvrzena hypotéza 2. Rodinní příslušníci jsou informováni o ošetrovatelské péči u hospitalizovaného dítěte.*

V různých literaturách je uváděno, jak by měli zdravotní pracovníci komunikovat s dítětem a jeho rodinným příslušníkem, je pravda, že ne vždy je toto dodržováno. V průběhu sběru dat, si velká řada rodičů stěžovala na nedostatek soukromí. Během výzkumu jsem se setkala s maminkou vietnamkou, které jsem pomáhala tento dotazník vyplňovat, velice mě zajímaly výsledky tohoto dotazníku, bylo dosti obtížné se s ní domluvit, aby správně pochopila co po ní chci. Myslím si, že ani lékaři a sestry to nemají jednoduché. Matka je hospitalizována na pokoji, své dítě má na JIP, ale tráví u něj co nejvíce času, chodí ho krmit, starat se o něj, je domluvená se sestrami, že pro ní dojdou, kdykoli by jim mohla nějak pomoci, obdivuju tyto sestry, že se snaží dorozumět s matkou cizinkou, která příliš neumí česky a na téměř vše řekne: „ano“. Sama matka je jim za to také moc vděčná.

V grafu 23 vidíme, že 56 % rodinných příslušníků neví o rozdílu při podávání

informací rodičům hospitalizovaných s dětmi a rodičům, kteří nejsou s dětmi v nemocnici hospitalizováni. A dalších 35 % rodinných příslušníků nevidí žádný rozdíl. Jen 9 % rodičů rozdíly vidí. Rozdíly jsou pozorovány vždy rodinným příslušníkem, který není hospitalizován s dítětem, především v nepodávání dostatek informací, v nepřítomnosti lékaře při návštěvách, a nedostatku soukromí při podávání informací o zdravotním stavu dítěte (graf 24).

Následující otázka se vztahuje k hypotéze 3. Otázka 18 z dotazníku zjišťuje spokojenost rodinných příslušníků s přístupem sester k jejich dítěti, s čím rodinní příslušníci souhlasí a s čím ne. V této otázce bylo zjištěno, že 95 % rodinných příslušníků souhlasí s přístupem sester k jejich dítěti (graf 25). Při zjišťování v otázce 18 v dotazníku, s čím rodinní příslušníci přesně souhlasí v přístupu sester k jejich dítětem, uvedlo 80 % rodinných příslušníků, že jsou celkově spokojeni s přístupem sester, dalších 9 % rodičů vyzdvihlo profesionální přístup sester, rodinným příslušníkům se dále líbil citlivý přístup sester, správná komunikace s matkami, které neumí česky a malé množství rodičů uvedlo, že nemohou soudit, s čím jsou spokojeni, ale nemají výhrady k přístupu sester (graf 26). Naopak při zjišťování, s čím rodiče nesouhlasí, se ukázalo, že rodinným příslušníkům se nelíbí nepodřízení se režimu dítěte, někteří rodiče nebyli spokojeni ani s jednou sestrou na oddělení, dále se rodičům nelíbí, že sestry nemají dostatek času na komunikaci s dítětem a jeho doprovodem, některým rodičům se sestry zdají neochotné, dále mají výhrady k lékařům, kteří nekomunikují, rodiče je musejí nahánět sami, pokud chtějí vědět něco o zdravotním stavu jejich dítěte. Přibližně stejné množství rodičů si stěžují na nepřítomnost sestry během dne, rodinní příslušníci vidí chybu v sestře, která ví, že dítě má u sebe svého rodiče, který se o něj postará, tudíž ona se tam během dne příliš neukáže, nemá zájem o zdravotní stav dítěte, či zájem aby dohlédla na rodiče, zda plní dobře ošetrovatelskou péči o své dítě. Tento postup určitě není správný, v každé literatuře se uvádí, jak by měla sestra být partnerem pro rodiče, pomáhat mu při ošetrovatelské péči, vyslechnout a naopak od rodičů získávat co nejvíce informací, aby se dítě cítilo co nejlépe, a kvůli ošetrovatelské péči, která by díky tomu mohla být efektivnější. Že sestra nemůže být přítomna u jednoho dítěte celou směnu je pochopitelné, ale aby se neukázala celý den, je jistě špatný přístup

sestry (graf 27). *Vzhledem k velkému procentu spokojenosti dotazovaných rodinných příslušníků s přístupem sester, jak je uvedeno výše, byla touto otázkou potvrzena hypotéza 3. Rodinní příslušníci dítěte jsou spokojeni s přístupem sester k hospitalizovanému dítěti.*

Výtky k ošetrovatelské péči na dětských odděleních neměla většina rodinných příslušníků (88 %). V malém procentuálním množství byly výtky k nepodání dostatku informací o další léčbě dítěte, k nezájmu sester o potřeby dítěte, rodinní příslušníci si povšimli, že na oddělení je nedostatek personálu, přístup k ošetrovatelské péči jim přišla nevyhovující, opět se zde rodičům nelíbil nekomunikativní přístup lékařů, pak již zmiňovaný problém s nepřítomností sester během dne, v neposlední řadě hluk na oddělení v nočních hodinách a nezvládání ordinací v situacích, kdy mají sestry velké množství příjmů dětí na oddělení. Tato poslední výtka, dalo by se říci, pravděpodobně souvisí s nedostatkem sester na oddělení (graf 28).

Graf 29 nám jednoznačně ukazuje, že 93 % rodinných příslušníků si myslí, že sestry projevovaly dostatečný zájem o jejich dítě při pobytu na dětském oddělení. 95 % rodinných příslušníků si myslí, že sestry berou ohled na jakékoliv potřeby jejich dítěte (graf 30). Tyto dvě otázky ve výzkumném šetření nám ukazují, že sestry se ve většině případů o děti starají, projevují zájem o dítě a o jeho potřeby.

Další soubor otázek je zaměřen na informovanost rodinných příslušníků o ošetrovatelském plánu jejich dítěte. V dotazníku byly uvedeny kontrolní otázky, které měly u rodičů ověřit, zda jsou opravdu informováni o základních věcech týkajících se zdravotního stavu a ošetrovatelského plánu dítěte. 78 % rodinných příslušníků uvedlo, že si myslí, že jsou o ošetrovatelském plánu svého dítěte informováni (graf 31). Stejně procento rodinných příslušníků (79 %) zná léky, které jeho dítě užívá, a zná ošetřujícího lékaře a sestru svého dítěte (graf 32 a 33). Zde někteří rodiče uvedli, že kdyby si sami nepřčetli jmenovku lékaře či sestry, tak se jméno nedozví, protože ani lékař ani sestra se jim osobně nepředstavili. Lékařské vyšetření, které jejich dítě absolvovalo zná 95 %, tudíž většina rodinných příslušníků (graf 34). Stejně množství rodičů je průběžně informováno o zdravotním stavu jejich dítěte (graf 35). O jednotlivých výsledcích z vyšetření, které dítě absolvovalo je informováno 92 % rodinných příslušníků, ale i zde

několik rodičů napsalo poznámku, že kdyby se sami nezajímali, aktivně nevyhledávali lékaře nebo se často nedotazovali sestry, nejsou si jisti, že by jim výsledky byly od lékaře oznámeny (graf 36).

V poslední otázce v dotazníku měli rodinní příslušníci možnost vyjádřit připomínku, kterou jsem v dotazníku zapoměla zmínit, nebo která je podle mínění rodinných příslušníků důležitá pro zlepšení přístupu sester k jejich dětem. Většina rodinných příslušníků (89 %) nevedla žádné připomínky nebo uvedli, že jsou spokojeni. Zbytek rodinných příslušníků uvedlo pár připomínek, které se již v tomto výzkumném šetření vyskytly. Např. nepodávání dostatku informací, rodiče mají informace o svém dítěti pouze ty, co si zjistí, dále pak u dítěte staršího 6 let je možné být s dítětem na oddělení pouze v odpoledních (návštěvních) hodinách. Další připomínky se týkaly veškeré ošetrovatelské péče přenechané rodičům při jejich hospitalizaci s dítětem, kladnými připomínkami byly, že děti můžou mít sebou vlastní pomůcky nebo hračky pro svoji potřebu u sebe, což splňuje právo dítěte č. 7 uvedené v Chartě práv hospitalizovaného dítěte: „Děti mají mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své věci“. Dalšími dvěma kladnými připomínkami byly: možnost být s dítětem ubytován na nadstandartním pokoji a myslím si, že pro sestry potěšující připomínkou bylo poděkování pro sestry za jejich práci, ochotu a profesionální přístup i v nelehkých situacích. Poslední připomínky už v průběhu práce byly řečeny, je to nedostatek personálu, nedostatečné kontrolování dětí sestrou, nedostatečná informovanost rodičů jak od sester, tak od lékařů, a poslední připomínka nebo spíše prosba je, kdy prarodič prosí o pomoc při podávání léků dítěti (graf 37).

Cíl práce jsme měli stanovený jen jeden. Zjistit pohled rodinného příslušníka na přístup sester k hospitalizovaným dětem. Cíl byl splněn.

V bakalářské práci jsme zjišťovali pohled rodinného příslušníka na přístup sester k jejich dětem. Zjištěno bylo, že rodinný příslušník je spokojen s přístupem sester k jejich dítěti, že sestry mají profesionální přístup, citlivý přístup. Většina rodičů taktéž neprojevila žádné výtky k ošetrovatelské péči na tomto oddělení. V neposlední řadě se rodiče domnívají, že je o jejich dítě při hospitalizaci v nemocnici na dětském oddělení

dostatečný zájem a mají i pocit, že sestry berou ohled na jakékoliv potřeby dítěte.

6. Závěr

Přístup sester k hospitalizovaným dětem je sledován v každé nemocnici. Při svém šetření jsem se setkala s „dotazníkem spokojenosti“, který byl umístěn na chodbě nemocnice a hodnotil spokojenost rodinných příslušníků s péčí na oddělení a přístupem sester a lékařů k jejich dítěti. Přestože se chyby u sester vyskytují, jsou rodiče převážně spokojeni s přístupem sester. V dnešní době, jsou daleko větší možnosti, upřednostňuje se hospitalizace dítěte s rodičem a brání dítěte jako holistické bytosti. Sestry a lékaři bojují proti stresu dítěte přizpůsobením se dítěti.

Bakalářská práce se zabývala problematikou přístupu sester k hospitalizovaným dětem z pohledu rodinného příslušníka. Cílem této práce bylo zjistit, na základě vyhodnocení dotazníků, které byly získány od rodinných příslušníků hospitalizovaných dětí, pohled rodinného příslušníka na přístup sester k hospitalizovaným dětem. Uvedený cíl byl úspěšně splněn. Rodinní příslušníci jsou s přístupem sester převážně spokojeni, jak ukázaly výsledky šetření.

Hypotéza 1 „Rodinný příslušník hospitalizovaný s dítětem je spokojenější s přístupem sester než rodinný příslušník, který není hospitalizovaný s dítětem“ se nepotvrdila.

Hypotéza 2 „Rodinní příslušníci jsou informováni o ošetrovatelské péči u hospitalizovaného dítěte“ se potvrdila.

Hypotéza 3 „Rodinní příslušníci dítěte jsou spokojeni s přístupem sester k hospitalizovanému dítěti“ se taktéž potvrdila.

Na základě šetření lze říci, že rodinní příslušníci jsou převážně spokojeni s přístupem sester k jejich dětem, že není ve většině případů rozdíl v přístupu sester k dětem hospitalizovanými s rodiči nebo hospitalizovanými bez rodičů. Kladně hodnotí rodinní příslušníci i svoji informovanost o ošetrovatelské péči u svého dítěte. Přesto se našly u sester nedostatky, které vyplývají z nedostatku času, který mají, s nedostatkem personálu a s tím související občasné nezvládnutí ordinací stanovených lékařem při velkém množství práce. Dále pokud je rodič přítomen u dítěte v nemocnici, sestry přenechávají veškerou péči na rodičích, někteří rodiče si stěžují na nemožnost sehnat lékaře při návštěvních hodinách k podání informací o zdravotním stavu dítěte nebo

nedostatečné informování, rodiče musí sami pátrat po lékařích a po informacích. Dále byly zmíněny nedostatky, týkající se nezájmu sester o potřeby dítěte, nepodřízení se sester dennímu režimu dítěte. Nedostatky a chyby nejsou zjištěny ve velkém množství, přesto se vyskytují a sestry vede k zamyšlení, jak se chybám vyvarovat, např. být empatická a sžít se s rolí a pozicí rodiče v nemocnici.

Výsledky bakalářské práce by mohly vést sestry k zamyšlení a pokusu zlepšit chyby, které se v jejich přístupu k hospitalizovaným dětem objevují. Spolu s dotazníkem spokojenosti ošetrovatelské péče, který využívají ke zpětné vazbě jednotlivá dětská oddělení, může práce sloužit k upozornění na nedostatky a chyby, a tím umožnit jejich napravení.

7. Seznam použitých zdrojů

1. BAVOROVÁ, J., KOMÁREK, D., ZDEŇKOVÁ, H. Dětský pacient a jeho rodina. *Scan*. Tišnov: 2002, roč.XII. č. 3, s. 17-18 ISSN 1211-295X.
2. CABAJOVÁ, V. *Pobyt dítěte v nemocnici z pohledu doprovázející osoby*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. Katedra ošetrovatelství, 2008. 116 s., 4 s. příloh. Vedoucí diplomové práce doc. PhDr. Bártlová Sylva, Ph.D
3. ČESKÝ VÝBOR PRO UNICEF. *O dětských právech*. (online). Dostupně z: <http://www.unicef.cz/index.php?pg=2&id=30&zp=1> [cit. 2009-06-01].
4. FRÜHAUF, P., SCHNEIBERG, F. Ovlivňuje přijetí doprovodu s dítětem délku hospitalizace na dětském oddělení? *Praktický lékař*. Praha: 2000, roč. LXXX, č. 11, s. 621- 622. ISSN 0032-6739.
5. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. rozšířené vyd. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
6. HNILICOVÁ, H., BÁRTLOVÁ, S. *Vybrané metody a techniky výzkumu, zjišťování spokojenosti pacientů*. 1.vyd. Brno: NCONZO, 2000. 118s. ISBN 80-7013-311-2.
7. HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*. 2. doplněné vyd. Praha: Galén, 1999. 165s. ISBN 80-7262-032-0.
8. JUŘENOVÁ, H., Úloha rodiny a nejbližšího sociálního prostředí v ošetrovatelské péči. [(online). Dostupně z: <http://www.urologiepropraxi.cz/artkey/uro-200501-0010.php> [cit.2009-09-18].
9. KASSIN, S. *Psychologie*. 1. vyd. Brno: Computer press, 2004. 771 s. ISBN 978-80-251-1716-3.

10. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. *Ošetrovatelstvo I.* 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
11. KRÁLOVEC, J., KRÁLOVCOVÁ, M. Děti a rodiče v nemocnici. Hospitalizace dětí a problémy s ní spojené. *Aperio*. Praha: 2007, roč. VI. č. 5, s. 22 – 25. ISSN 1214-7389.
12. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
13. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 988 s. ISBN 80-247-0668-7.
14. LUDÍKOVÁ, M. Rodiče jsou v nemocnici přínosem. *Děti a my*. Praha: 2003, roč. XXXIII. č. 1, s. 47 ISSN 0323-1879.
15. 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.
16. NEJEDLÁ, M., SVOBODOVÁ, H., ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetrovatelství III/ 1*. 1.vyd. Praha: Informatorium, 2004. 245s. ISBN 80-7333-030-X.
17. NĚMEC, V. Nemocné dítě a jeho rodiče v nemocnici. *Můžeš*. Pardubice: 2002, roč. X. č. 3, s. 1, 7. ISSN 1210-7174.
18. NOVOTNÁ, H., HEJTMANOVÁ, V. Dlouhodobé zkušenosti s rodiči hospitalizovaných dětí z pohledu sestry. *Česko – slovenská pediatrie*. Velká Bystřice: 2000, roč. LV. č. 8, příl. s. XV. ISSN 0069-2328.
19. ONDŘICHOVÁ, L. Dítě bych v nemocnici samotné nenechala. *Medical Tribune*. Praha: 2006, roč.II. č. 7, s. 16. ISSN 1214-8911.

20. RAUDENSKÁ, J. Musíme do nemocnice. *Děti a my*. Praha: 2002, roč. XXXII. č. 1, s. 10 – 11. ISSN 0323-1879.
21. ŘEZNÍČKOVÁ, A. Podpora rodiny hospitalizovaného dítěte. *Děti a my*. Praha: 2002, roč. XXXII. č. 1, s. 4 – 5. ISSN 0323-1879.
22. ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D., a kol. *Dětská klinická psychologie*. 3. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2000. 456 s. ISBN 80-7169-512-2.
23. SEDLÁŘOVÁ, P. et al. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
24. VACUŠKOVÁ, M., DOLENSKÁ E. Spolupráce s rodinou – součást ošetrovatelského procesu v pediatrii. *Česko – slovenská pediatrie*. Velká Bystřice: 2000, roč. LV. č. 8, příl. s. 13. ISSN 0069-2328.
25. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8.
26. VELEMÍNSKÝ, M. *3x 333 otázek pro dětského lékaře*. 1.vyd. Praha: Triton, 2007. 259 s. ISBN 978-80-7254-929-0.
27. VONDRÁČEK, J. Práva a povinnosti dětí a rodičů při poskytování zdravotní péče. *Dimenze moderního ošetrovatelství*. Praha: 2007, roč. I. č. 2, s. 65. ISSN 1802-4084.
28. VONDRÁČEK, L. Rodiče při poskytování zdravotní péče jejich dítěti. *Florence*. Praha: 2006, roč. II. č. 10, s. 50. ISSN 1801-363X.

8. Klíčová slova

Hospitalizované dítě

Rodinní příslušníci

Sestra

Komunikace

Hospitalizace

Spolupráce

9. Seznam příloh

1. Charta práv hospitalizovaných dětí
2. Dotazník pro rodinné příslušníky hospitalizovaných dětí

Příloha č. 1 Charta práv hospitalizovaných dětí

Charta práv dětí v nemocnici

1. Děti mají být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení.
2. Děti v nemocnici mají mít právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, by se mělo rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.
3. Děti a/nebo jejich rodiče mají mít právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Mají mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.
4. Děti a/nebo jejich rodiče mají mít právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě má být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné, a před zbytečnými úkony podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emocionálního rozrušení.
5. S dětmi se má zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.
6. Dětem se má dostávat péče náležitě školeného personálu, který si je plně vědom fyzických i emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny.
7. Děti mají mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své věci.
8. O děti má být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.

9. Děti mají být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům a aby zároveň vyhovovalo uznaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.
10. Děti mají mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání, přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu.

Zdroj (5)

Příloha č. 2 Dotazník pro rodinné příslušníky hospitalizovaných dětí

Vážená maminko, Vážený tatínku,

Jsem studentkou 3. ročníku Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulty, oboru všeobecná sestra. Ráda bych Vás poprosila o vyplnění dotazníku, který slouží jako podklad pro výzkum na bakalářskou práci na téma: „Přístup sester k hospitalizovaným dětem z pohledu rodinného příslušníka“. Tento dotazník má sloužit ke zjištění spokojenosti vás rodičů, s přístupem sester k vašim dětem při pobytu v nemocnici a pomoci popřípadě tento přístup sester k hospitalizovaným dětem zlepšit.

Dotazník je anonymní, proto se pod něj nepodepisujte, všechny údaje budou sloužit pouze pro podklady na moji bakalářskou práci. Křížkem označte vaši odpověď, která nejvíce vystihuje vaše myšlenky.

Předem Vám mockrát děkuji za ochotné a pravdivé vyplnění tohoto dotazníku a za váš čas, který jste tomu věnovali.

Barbora Cízlerová

1. V jaké nemocnici na dětském oddělení jste hospitalizováni s vaším dítětem, nebo je vaše dítě hospitalizováno?
 - Nemocnice Jihočeského kraje
 - Nemocnice Středočeského kraje

2. Kolik je vašemu dítěti let?

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

3. Jste rodič dítěte?

- ano
- ne

Pokud ne uveďte váš příbuzenský vztah?

.....

4. Jaký je váš věk?

- do 20. let
- 21. – 30. let
- 31. – 40. let
- 41. – 55. let
- 55. let a víc

5. Jste nyní hospitalizováni se svým dítětem společně v nemocnici?

ano

ne

Pokud ne, proč?

.....
.....

6. Přáli jste si být hospitalizováni společně s dítětem?

ano

ne

7. Odkud jste se dozvěděli o možnosti hospitalizace s dítětem?(Je možno označit více odpovědí)

v ordinaci praktického lékaře pro dítě

v ambulanci při příjmu dítěte

od příbuzných, přátel, sousedů

z mediálních prostředků

jiný.....

8. Byla vám tato možnost nabídnuta při příjmu dítěte na oddělení?

ano

ne

9. Je vaše dítě hospitalizované v nemocnici poprvé? Jestliže ano, přejděte k otázce č. 12.

ano

ne

10. Byl(a) jste vždy hospitalizován(a) v nemocnici s vaším dítětem?

ano

ne

Pokud ne, proč???

.....

11. Vidíte nějaký rozdíl v chování a přístupu sester k vašemu dítěti, při vaší hospitalizaci s dítětem a při tom, kdy dítě pouze navštěvujete v nemocnici?

Uveďte jaký:

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

12. Myslíte si, že vám bylo poskytnuto dostatek informací o zdravotním stavu vašeho dítěte?

ano

ne

13. Myslíte, že vám sestra poskytla dostatek informací o ošetrovatelském režimu vašeho dítěte v nemocnici?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

14. Byl ošetřující personál ochotný poskytnout vám informace kdykoliv?

- ano
- ne
- nevím

15. Dostala jste informace o možnosti vašeho zapojení se do ošetrovatelské péče o vaše dítě? Jestliže ano, uveďte příklad:

- ano
- ne
- příklad.....

16. Rozuměl(a) jste všem informacím, které vám ošetřující personál poskytnul?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

17. Vidíte nějaký rozdíl při podávání informací rodičům, které jsou přítomny s dítětem v nemocnici a u rodičů, které dítě v nemocnici pouze navštěvují.

Pokud ano, uveďte jaké:

ano

ne

nevím

rozdíl:

18. Jak jste spokojen(a) s přístupem sester k vašemu dítěti? Uveďte s čím souhlasíte a s čím nesouhlasíte?

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

19. Máte nějaké výtky k ošetrovatelské péči na tomto oddělení?

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

20. Myslíte si, že sestry projevovaly dostatečný zájem o vaše dítě při pobytu na dětském oddělení?

ano

ne

21. Máte pocit, že sestry braly ohled na jakékoliv potřeby vašeho dítěte?

ano

ne

22. Byla jste při příjmu informována o ošetřovatelském plánu vašeho dítěte?

Ano

Ne

Znáte léky, které vaše dítě užívá?

Ano

Ne

Znáte ošetřujícího lékaře a sestru vašeho dítěte?

Ano

Ne

Víte, jaké lékařské vyšetření absolvovalo vaše dítě?

Ano

Ne

Informuje vás průběžně lékař o zdravotním stavu vašeho dítěte?

Ano

Ne

Jste informováni o jednotlivých výsledcích z vyšetření, které absolvovalo vaše dítě?

Ano

Ne

23. Pokud máte nějakou připomínku, o které jsem se v dotazníku zapomněla zmínit, a myslíte si, že by mohla přispět ke zlepšení přístupu sester k vašim dětem, uveďte jakou:

.....

.....

.....

.....

.....