

Jihočeská universita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Dodržování Charty práv dětských pacientů v nemocnici

Bakalářská práce

Lenka Rokosová

Ing. Iva Brabcová

2008

Abstrakt

Observing the Charter of Children's Rights in hospital.

My thesis deals with protection of children's rights in the hospital in Pelhrimov. It raises the issue of hospitalized children, their physical, emotional and social needs. The objective was to find out if the child-patient's demands are met in the therapeutic process on the part of the small patients themselves as well as their parents. This is an up-to-date subject. The respect for human rights, especially the rights of the youngest generation, has been emphasized recently.

The Charter of Children's Rights is a legal instrument that came into existence at the first European conference on children in hospital in Leiden in May 1988. It is concerned with the rights of children in hospital. During the stay in hospital steps should be taken to mitigate physical or emotional stress. Children should be in an environment designed, furnished and equipped to meet their needs. The empathetic, patient and highly competent staff are required.

The theoretical part of my thesis gives basic information on the children's ward in the hospital in Pelhrimov, discusses the aspects of the Charter and mentions the history of children's rights.

In the practical part of the thesis the following targets were set: to examine if persons accompanying children in hospital are given enough information on the Charter of Children's Rights; if the Charter is posted up for public inspection at all the children wards in the hospital in Pelhrimov; if the rights are fulfilled. Five hypotheses were suggested: 1/ The persons accompanying child patients to hospital are made familiar with the Charter of Children's Rights at admission to hospital. 2/ An entry is put into the medical record to document that the child's accompanying person was acquainted with the Charter. 3/ The Charter is posted up for public inspection conspicuously. 4/ In the opinion of persons accompanying the child in hospital the Charter is being fulfilled in its full extent. 5/ In the opinion of nurses the Charter is being fulfilled in its full extent. The research was conducted by the quantitative method of a questionnaire. Nurses were asked to answer 26 questions, persons accompanying children were asked 32 questions.

The questions were either closed or semi-closed. The number of nurses working at the children ward in the hospital in Pelhrimov who took part in the investigation was 28 and the number of persons accompanying children hospitalized there in February and March who filled in the questionnaires was 60.

The hypotheses were confirmed. The objectives were achieved. The management of the hospital in Pelhrimov will be provided with these results to benefit from them at the accredit proceedings.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů 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, fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

Datum : 7.5.2008

.....

Podpis studenta

Poděkování

Děkuji Ing. Ivě Brabcové za čas, který mi věnovala, za odborné vedení, cenné rady a připomínky při zpracování této bakalářské práce.

OBSAH

Úvod	3
1. SOUČASNÝ STAV	4
1.1 Práva dětí	4
1.2 Systém péče o dítě v České republice	7
1.3 Dítě a nemoc v jednotlivých věkových obdobích	8
1.3.1 <i>Kojenecký věk</i>	9
1.3.2 <i>Batole</i>	9
1.3.3 <i>Předškolní věk</i>	9
1.3.4 <i>Mladší školní věk</i>	10
1.3.5 <i>Puberta</i>	10
1.3.6 <i>Adolescence</i>	10
1.4 Dítě a bolest	11
1.4.1 <i>Faktory ovlivňující vnímání bolesti u dítěte</i>	12
1.4.2 <i>Proceduální bolest</i>	12
1.4.3 <i>Projevy a hodnocení bolesti</i>	13
1.4.4 <i>Léčba bolesti</i>	14
1.5 Strach u dětí	14
1.5.1 <i>Projevy strachu</i>	15
1.5.2 <i>Prevence strachu</i>	15
1.6 Hospitalizace	16
1.6.1 <i>Kladné stránky pobytu v nemocnici</i>	16
1.6.2 <i>Nebezpečí pobytu v nemocnici</i>	16
1.6.3 <i>Pobyt dítěte v nemocnici</i>	18
1.6.4 <i>Hospitalizace s doprovodem</i>	20
1.7 Nemocnice hrou	21
1.7.1 <i>Vliv prostředí na dítě</i>	22
1.7.2 <i>Škola a školka při nemocnici</i>	23

1.7.3 Herní specialista	24
1.7.4 Dobrovolníci na dětském oddělení	25
1.8 Práce sestry na dětském oddělení	26
1.8.1 Hospitalizace dítěte s doprovodem z pohledu sestry	27
1.8.2 Vzdělávání dětských sester	28
1.8.3 Dětské oddělení nemocnice Pelhřimov	30
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 Charakteristika výzkumného souboru	33
4.VÝSLEDKY	35
4.1 Výsledky výzkumu dotazníku pro sestry	35
4.2 Výsledky výzkumu dotazníku pro doprovázející osoby	42
5. DISKUZE	56
6. ZÁVĚR	64
7.SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	66
8. KLÍČOVÁ SLOVA	71
9. PŘÍLOHY	72

Motto: *„Dítě má jen jedno dětství a má právo prožívat je bez potlačování svých přirozených potřeb a zájmů.“*

John Dewey

Úvod

Pro svou práci jsem si zvolila téma „Charta práv dětí hospitalizovaných v nemocnici.“ Tento soubor práv, nároků, či potřeb, by měl zajistit co nejméně traumatizující pobyt dítěte i rodičů v nemocnici, eliminovat psychické problémy obou a co nejvíce zpříjemnit nutný pobyt ve zdravotnickém zařízení. Je to však pouze psané slovo, jakýsi návod. V praxi to znamená profesionální, vždy citlivé lidské chování, velkou trpělivost, empatii, laskavost a vysokou odbornou úroveň všeho personálu.

Důležitou roli hraje i prostředí. Nyní se dětská oddělení mění ze šedé uniformity na pestrou, barevnou rozličnost. Snahou je co nejvíce se přiblížit domácímu prostředí. Srozumitelná informovanost rodičů malých dětí i těch starších a rozumnějších pacientů ze strany lékařů a sester, rovněž přispívá ke klidnému průběhu hospitalizace a vede k plodné spolupráci obou zainteresovaných stran.

Současná doba postoupila dále. Dnes práva týkající se dětí v nemocnici jsou nejen návodem a doporučením, ale jejich plnění i jedním z hodnotících kritérií úrovně zdravotní péče nemocnic.

Pracuji na dětském oddělení již dvacet let. Prošla jsem všemi jeho úseky. Během mého působení na tomto oddělení došlo dle mého názoru k mnoha změnám v oblasti myšlení a přístupu personálu k uspokojování tělesných a psychosociálních potřeb dětí i rodičů, a nebylo to vždy jednoduché. Nutno podotknout, že také prostory oddělení dostaly vlídnější tvář. Stále je ale co zlepšovat a měnit. Nyní pracuji na témže oddělení jako vrchní sestra a svoje zkušenosti a poznatky bych ráda využila pro maximální spokojenost malých i větších pacientů a jejich rodičů.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Práva dětí

Zdravý a harmonický rozvoj dítěte je velmi důležitý pro základní vývoj celé společnosti. K tomu, aby takový byl, musí být uspokojeny potřeby – požadavky – práva dítěte. Zásadní změny v přístupu k chápání dítěte a jeho potřeb se objevily ve 20. století, proto ho právem nazýváme stoletím dítěte. Vznikla řada mezinárodních organizací a dokumentů týkající se ochrany práv dětí. Vlády mnoha zemí se snaží vytvořit příznivé ekonomické, sociální, zdravotní a kulturní podmínky pro rozvoj dítěte. (3).

Nejprve byla stanovena v roce 1924 Ženevská deklarace práv dítěte, tato deklarace je velmi stručná. V pěti bodech uvádí nejpodstatnější práva dítěte – zajištění normálního tělesného a duševního rozvoje s využitím všech jeho kapacit pro blaho lidstva, ochranu před jakýmkoli strádáním, při čemž požaduje poskytnout pomoc dítěti jako prvnímu (3).

V roce 1959 schválily Spojené národy Chartu práv dítěte, která je již podstatně rozšířena, zdůrazňuje bezprostřední vazbu práv dítěte na Všeobecnou deklaraci lidských práv. Cíleně se zaměřila na prosazování optimálního vývoje každého dítěte a jeho ochrany. Dítě má mít zajištěno ke svému vývoji dostatek lásky a porozumění především u vlastních rodičů. Pokud to není možné, stát musí toto právo náležitě uspokojit. Zvláštní ustanovení se věnují právům dítěte na ochranu před zneužíváním, vykořisťováním, zanedbáváním, obchodem s ním a diskriminací. Charta také zmiňuje význam prenatálního, perinatálního a postnatálního období a kvalitní péči o plod i o matku před a po narození dítěte. Tento dokument významně ovlivnil tehdy připravovaný československý zákon o rodině, přijatý v roce 1963 (3, 4).

Velký význam měl také vznik humanitární organizace UNICEF (Dětský fond organizace spojených národů) v roce 1946. Jejím cílem bylo zajistit pomoc evropským dětem postižených druhou světovou válkou, roku 1953 rozšířila své aktivity na pomoc dětem v rozvojových zemích, žijících v bídě. Od roku 1976 organizace pomáhá dětem

celého světa – rozvojového i vyspělého, vytvářet příznivé podmínky pro jejich zdravý vývoj a ochranu života, obhájí a chrání dětská práva (37).

Jelikož stále nikde ve světě nebyly vytvořeny komplexní podmínky byla v listopadu 1989 přijata Valným shromážděním OSN Úmluva o právech dítěte, jejíž podstatou je specifikace práv dětí, ochrana dětí žijících v těžkých životních podmínkách. Představuje měřítko hodnocení úrovně a postavení národů. Přiznává dětem na celém světě plná lidská práva a zavazuje účastnické státy k právnímu zakotvení těchto základních práv do vlastního zákonodárství. Tento obsažný dokument shrnuje dosavadní poznatky o stavu a vývoji dítěte v normě a patologii, o jeho potřebách a požadavcích. Nezapomíná na povinnosti rodičů je náležitě vychovávat a pečovat o ně, ani na povinnost státu jim v tomto úsilí pomáhat. Dítě zde již není chápáno pouze jako předmět ochrany, ale jeho práva jsou formulována od základních práv na přežití až po aktivní práva, vyjadřující možnost dítěte se dle věku aktivně samo o sobě rozhodnout. Český parlament ji ratifikoval v březnu 1993 a jakožto mezinárodní dokument je nadřazen českým právním normám. Úmluva o právech dítěte požaduje pravidelné zprávy o jejím naplňování. Tyto zprávy pravidelně hodnotí Výbor OSN pro práva dítěte a podává o nich svůj nálezný, který je pro danou zemi závazný. Z České republiky byly hodnoceny dvě zprávy z roku 1997 a 2003. Celkové hodnocení pro nás nevyznělo zcela příznivě a byla vyjádřena celá řada návrhů a možných opatření (4, 5, 10, 30).

Další dokument týkající se práv a rozvoje dítěte je Deklarace o přežití, ochraně a vývoji dětí a na pomoc jejich optimálnímu tělesnému, duševnímu a emocionálnímu vývoji, která byla přijata na Světovém summitu dětí pořádaném UNICEF v New Yorku v září 1990. Zúčastnilo se ho 159 států a jejich představitelé se také zavázali plnit ve svých zemích kromě této Deklarace i Úmluvu o právech dítěte (36).

V květnu 1998 51. Světové zdravotnické shromáždění přijalo novou strategii Světové zdravotnické organizace Zdraví 21 (Zdraví pro všechny do 21. století). Tuto strategii na výzvu WHO projednala a schválila vláda České republiky dne 30.10.2002. Tento dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR obsahuje 21 cílů pro evropský region a opatření ČR pro jejich realizaci. Jsou zde uvedeny

i konkrétní úkoly ministerstvům, poskytovatelům zdravotní péče, vládním i nevládním organizacím a dalším subjektům, které se mohou na dané problematice podílet. Dětského věku se přímo týkají dva cíle Zdravý start do života a Zdraví mladých . To znamená, že ve všech členských zemích evropského regionu by měly mít všechny narozené děti a děti předškolního věku lepší zdraví, umožňující jim zdravý start do života a mladí lidé by měly být zdravější a schopnější plnit svoji roli ve společnosti (23).

Práva týkající se nemocných dětí, hospitalizovaných v nemocnici byla přijata na první Evropské konferenci o hospitalizovaných dětech v roce 1988 v Leidenu organizací „National Association for the Welfare of Children in Hospital (NAWCH)“ se sídlem v Londýně. Stala se kromě jiných analogických dokumentů předlohou české verze Charta práv dětí v nemocnici (příloha 1), která vznikla s iniciativy Markéty a Jiřího Královcových, reprezentantů nadace Klíček. Jmenovaní ve spolupráci s předním českým pediatrem Janem Jandou vypracovali na základě zkušeností z prostředí našich nemocnic návrh, s ním byli dne 23.2.1993 seznámeni členové Centrální etické komise Ministerstva zdravotnictví, kteří jej doporučili k přijetí. V roce 2004 se konala v Lisabonu opět konference týkající se práv hospitalizovaných dětí, kde byly zdůrazněny a více rozvedeny jednotlivé články Charty (8, 27) (příloha 2).

Dětsí pacienti mají své problémy a je třeba jim zaručit určitá práva. Charta obsahuje 10 bodů – zásad, jež by měly být naplněny při péči o děti v nemocnici. Jednotlivé body Charty vychází z poznatků dětské psychologie, biopsychologie, sociálního vývoje a ze zkoumání vlivů hospitalizace na dítě (8, 27).

V současné době je u nás v popředí program zvyšování kvality a bezpečného fungování v našich nemocnicích, akreditace nemocnic. Národní akreditační standardy pro nemocnice slouží jako základní informační příručka pro řízení kvality jakékoli organizace poskytující ústavní zdravotní péči v České republice a pro přípravu k národní akreditaci Spojené akreditační komise České republiky (SAK). Patří mezi ně i standardy týkající se dodržování práv pacientů, jejichž požadavkem je seznamování pacientů s Kodexem práv pacientů a s Chartou práv dětí v nemocnici (24).

1.2 Systém péče o dítě v České republice

Péčí o zdravé, nemocné a defektní děti od jejich narození do 19 let se zabývá lékařský obor nazvaný pediatrie. Péče zahrnuje několik složek, oblast preventivní, diagnostickou, terapeutickou a rehabilitační. Dítě vnímá jako celou osobnost s jeho biopsychosociálními potřebami. Dětský lékař – pediatr spolu s dětskou sestrou (označení sestry se specializací v ošetrovatelské péči v pediatrii) a s vysokoškolským pracovníkem se zdravotně sociálním vzděláním pečuje o správný tělesný mentální, emocionální vývoj s důrazem na sociální vlivy a snaží se zabránit jakémukoliv poškození dítěte. V České republice pediatrická péče má část ambulantní a lůžkovou (33).

Ambulantní péče se uskutečňuje v ordinaci pro děti a dorost, která je základním článkem péče. Zde je poskytována léčebně preventivní péče včetně návštěvní služby praktickým lékařem pro děti a dorost. Praktický lékař pro děti a dorost je financován na základě smluv s pojišťovnami a to kapitačně-výkonovou platbou. Lékaře a pojišťovnu si rodiče svobodně vybírají. S ním spolupracuje sestra, která by měla mít specializaci v ošetrovatelské péči v pediatrii a praxi na lůžkovém oddělení. Pediatrická preventivní péče začíná v novorozeneckém věku a pokračuje preventivními prohlídkami po celý dětský věk. Zaměřuje se dle věku na somatický, psychomotorický a sociální vývoj, vývoj řeči, prevenci neurologických ortopedických a smyslových vad, školní zralost, volbu povolání a sociální zázemí rodiny. Součástí je i očkování dětí dle očkovacího kalendáře, osvětová činnost na podporu kojení, prevence úrazů v dětském věku, prevenci drogových závislostí. Preventivních prohlídek se účastní rodiče. O výsledcích se vede „Záznam o zdraví a nemocech dítěte“, dále se zapisují do zdravotního průkazu dítěte, jehož součástí je očkovací průkaz (36).

Další součástí ambulantní péče jsou odborné ordinace poskytující tzv. sekundární pediatrickou preventivní péči. Děti jsou posílány z primární ordinace po zjištění určitého onemocnění ke konziliárnímu vyšetření příslušného odborníka v oboru. Ten zajistí potřebnou terapii a dítě eviduje. Informuje lékaře základní péče, který sleduje, zda dítě dodržuje pokyny a dispenzarizuje si ho, zodpovídá za terapii

a návštěvy u odborníka. U dětí rozeznáváme jedenáct dispenzárních skupin podle lokalizace nemoci (36).

Pokud stav dítěte neumožňuje ambulantní péči, hospitalizuje se na dětských lůžkových odděleních, která jsou rozčleněna nejčastěji podle věku a jsou začleněna do komplexu nemocnic. Oddělení se pak také rozlišují dle rozsahu péče. Nejvyšší stupeň zajišťují kliniky. Děti v závažném stavu jsou přijímány na dětské jednotky intenzivní a resuscitační péče. Na lůžkových odděleních pracují odborníci jednotlivých pediatrických specializací, kteří mohou provádět péči i ambulantně (33, 36).

Pediatrickou péči poskytují také zdravotně sociální dětská zařízení. Mají různého zřizovatele. Převažuje v nich v různé míře buď péče zdravotní nebo sociální. Patří sem dětské léčebny a ozdravovny pro doléčení chronicky nemocných nebo oslabených dětí, dětská psychiatrická oddělení a léčebny, rehabilitační ústavy, stacionáře s denními i týdenními pobyty dětí, kojenecké ústavy a dětské domovy nahrazující rodinnou péči a výchovné domovy, jesle, ústavy sociálního zabezpečení pro děti s vážným mentálním a tělesným postižením, které nejsou z různých důvodů v rodině, diagnostické ústavy, kontaktní protidrogová centra a azylové domy pro matky a děti (36).

1.3 Dítě a nemoc v jednotlivých věkových obdobích

Pod pojmem nemocné dítě rozumíme dítě trpící akutním, chronickým onemocněním či jakýmkoliv jiným postižením. Dětský pacient je velmi komplikovaný, onemocnění působí nejen na fyzický stav dítěte, ale i na duševní život. Dítě si svou nemoc uvědomuje a prožívá a spolu s ní i jeho okolí. Nesmíme také zapomínat, že nemocné děti mají úplně stejné psychické potřeby jako děti zdravé, duševní vývoj podléhá stejným zákonitostem (29).

Jak bude dítě na nemoc reagovat ovlivňuje několik faktorů. Patří mezi ně věk dítěte, rozsah postižení, osobnost dítěte, jeho tělesné a psychické vlastnosti, rodina a obecně prostředí, z něhož vychází, jaké postoje toto prostředí zaujímá onemocnění dítěte. Dalšími faktory, které působí negativně ve všech věkových kategoriích

a vyplývající z přítomnosti choroby, jsou hospitalizace, odloučení od rodiny, nuda, strach z bolestivých výkonů a jiné (29).

Dítě do 10 až 11 let vnímá nemoc hlavně prostřednictvím rodičů. Děti starší mají již jasnější představu o příčině a následku. Jejím v době nemoci věnována větší pozornost, a to může někdy vést ke zveličování a předstírání choroby. Labilnější typy zase více podléhají strachu a úzkosti (37).

1.3.1 Kojenecký věk

Vytvoření pevného vztahu dítěte k matce je základní úkol tohoto období, které trvá od narození do jednoho roku, a tím dosažení pocitu jistoty a důvěry v okolní svět. V případě nutného oddělení nemocného dítěte od matky může dojít k rozvoji deprese, apatie po období protestů, kdy pláče a volá matku. V tomto věku jsou děti citlivé na nedostatek pohybových a senzorických podnětů. Může dojít k zpomalení vývoje nebo dokonce k jeho regresi (17, 32).

1.3.2 Batole

Ve věku od jednoho roku do tří let se separační úzkost projevuje nejintenzivněji, protože svět pro batole znamenají rodiče, především matka. Snadno vzniká strach z cizích lidí (bílých plášťů) a různé fobie, které mohou trvat celý život. Hospitalizace s matkou je velmi žádoucí. Dítě nemá vytvořeny racionální mechanismy, proto se doporučuje operační a invazivní výkony odsunout na později. Děti mezi prvním a třetím rokem jsou velmi aktivní a tak těžko snášejí omezení pohybu během nemoci (17, 32).

1.3.3 Předškolní věk

I v tomto věku trvajícím od čtyř do šesti let ještě může dojít ke vzniku různých fobií. Narůstá potřeba porozumět světu a s ním jeho fungování. Děti mají bohatou fantazii a snadno vzniká pocit viny. Pokud obtíže nejsou před lékařským zákrokem velké, může je brát jako trest za své chování. Ještě nemají příčinné myšlení, a tak nechápou, jak jim může bolestivý zákrok pomoci, aby se uzdravily. Proto je již nutné

dostatečně dítě připravit na zákrok nebo hospitalizaci předem. Také je ještě velmi důležitý kontakt s rodinou. Věřící tomu, co říkají rodiče (17,32).

1.3.4 Mladší školní věk

Ve věku od sedmi do desíti let se soupeření dětí a výkon ve škole dostává do popředí. Proto u dětí, které trpí smyslovým, tělesným a mentálním postižením, ale často i při opakovaných absencích ve škole, u dětí trpících únavou, může vzniknout celoživotní pocit méněcennosti. Zvýšení výkonnosti se stává významnou motivací při léčbě. Někdy si může vymýšlet, aby těžilo ze své nemoci. Velmi důležitá je skupina vrstevníků pro rozvoj sociálních dovedností, proto se v tomto věku co nejvíce snažíme nutnou izolaci dítěte omezit. V tomto věku ještě věří rodičům, ale ptá se „proč“ a „jak“ (17, 32).

1.3.5 Puberta

V pubertě, tedy v období mezi jedenácti až patnácti lety, si dítě utváří svou jasnou identitu a onemocnění může do ní včlenit. Dále sílí vliv vrstevníků a uvolňuje se vazba k rodině, pak se může objevit i odpor k autoritě. Proto pracujeme s dítětem v nepřítomnosti rodičů. Ale spolupráce s rodiči je stále důležitá. V tomto věku je nezbytné umožnit dítěti větší podíl při rozhodování o postupu léčby. Věřící lékaři, že bude schopen nemoc vyléčit. Významným se stává tělesný vzhled. Důležité je respektování soukromí chlapců a dívek (17,32).

1.3.6 Adolescence

Mezi šestnácti až osmnácti lety věku vazby k rodině slábnou, dotváří se identita dítěte. Sexuální otázky se dostávají do středu zájmu. Protože většinou neznají dobře anatomii a fyziologii těla, řada lékařských výkonů vede k obavám z ohrožení reprodukční schopnosti. V tomto období je aktuální volba povolání, budoucího pracovního uplatnění, rodičovství. I z tohoto hlediska může být jakákoliv nemoc zdrojem stresu. Dítě musíme respektovat, o všem podrobně informovat. Je zranitelné a méně odolné vůči stresu. Intenzivní péče, rehabilitace a mobilizace je nezbytná, jinak

snadno upadá do deprese a hrozí i možnost suicidia. Chápe již závažnost onemocnění. Vadí mu, když jiní lidé před ním debatují o jeho onemocnění. Na druhou stranu se někdy cítí všemocní, je nebezpečí, že nebudou dodržovat léčebný režim (17, 32).

1.4 Dítě a bolest

Bolesti je věnována tato rozsáhlá kapitola, protože dítě má nemoc a pobyt v nemocnici hlavně spojen s bolestí a bolestivými výkony. Je pro něj jedním z největších zdrojů strachu, stresu a úzkosti. Toto má na mysli i bod Charty práv dětí, který říká, že dítě musí být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné (příloha 1).

Bolest je subjektivní zážitek. Má veliký význam, neboť nám signalizuje, že v organismu není všechno v pořádku. Pro kojence a děti ale je to možná nejvíce matoucí a děsivá zkušenost v jejich životě. Malé děti nevědí, jak dlouho bude bolest trvat, ani jak ji odstranit. Jsou zcela závislé na rodičích a zdravotnících, co se týče zmírnění bolesti. Při tom závažnost významu bolesti u dětí bývá podceňována. Mnoho zakořeněných názorů na bolest je nesprávných. Jejich výsledkem je, že dětská bolest bývá často neléčená a nedoléčená. V posledních letech jsme získali mnoho nových poznatků. Musíme překonat bariéry léčby bolesti, jak ze strany zdravotníků, dětí i rodiny (11).

Mezi nejčastější bariéry léčby ze strany zdravotníků patří zastaralé a nedostatečné dovednosti při hodnocení bolesti, nekompletní vědomosti o známkách bolesti u kojenců a dětí, přehlížení bolesti spojené s chronickými stavy, výkony, nepochopení důsledků nedoléčené nebo neléčené bolesti u dětí, nedostatečné znalosti používání analgetik u malých pacientů, nepodložené či přehnané obavy z rizik spojených s terapií opiáty, nedostatečný multidisciplinární přístup, nízká priorita managementu bolesti. Také dítě a jeho rodina mohou tvořit významné překážky léčby. Problémy bývají důsledkem předešlé zkušenosti dítěte a rodičů s bolestí, omezené schopnosti dítěte komunikovat, obav rodičů z poranění, smrti dítěte, metod podávání léků a obav rodičů z léčby opiáty (11).

1.4.1 Faktory ovlivňující vnímání bolesti u dítěte

Vnímání bolesti ovlivňuje mnoho faktorů. Patří mezi ně věk a vývojová úroveň dítěte, způsob léčení a diagnostiky nemoci, ve které se dítě nachází, nemoc a fáze nemoci, v níž se nachází, způsob, jakým sestry dítě ošetřují, psychický stav dítěte, dosavadní zkušenosti s nemocí, bolestí, hospitalizací, bolestivými výkony, jednáním zdravotníků, dále osobnost dítěte, rodinné zázemí, způsob, jakým rodiče reagují na bolest a nemoc, příslušnost dítěte k určité sociální skupině a podmínky, v jakých se péče o dětského pacienta odehrává (materiální, prostorové, světelné, časové) (22).

1.4.2 Procedurální bolest

Pod tímto názvem se skrývá bolest způsobená bolestivými diagnostickými a léčebnými výkony, např. aplikace injekce, odběry krve, lumbální punkce, zhotovování zubní výplně, extrakce zubu, ošetřování popálenin atd. Je nejčastější akutní bolestí u malých dětí, tedy ne násilí či nehody, ale péče zdravotníků. Bolest je relativně krátká, neplní funkci varovného signálu. Trauma je relativně blízko a jeho vykonavatelem je zdravotník. Čím menší dítě, tím obtížněji chápe, proč ten, kdo mu má pomáhat, mu působí bolest. Může si ji vysvětlit jako trest za nějaký čin nebo projev agrese ze strany zdravotníka. Z dětského pohledu má procedurální bolest relativně úzké spektrum příčin, dobře identifikovatelné (vpich injekční stříkačkou, zavádění sondy apod.). Dítě vidí nástroje působící bolest a zapamatuje si je. Obvykle si bolest spojuje s osobou, která výkon provádí (lékař, sestra) i s prostředím, v němž se výkon provádí (11, 22).

Z toho vyplývá, že jedním z nejdůležitějších úkolů zdravotníka je příprava dítěte na diagnostické a léčebné výkony. Poučení přizpůsobujeme věku dítěte. Neznamená to ale, že bolest zcela pochopí. Nebude ji vystaven zcela nečekaně. Důležité je i upozornění rodičů na to, aby tyto výkony nevyužívaly k zastrašování dětí. Jak uvádí Mareš: „ Teprve starší děti dokáží při vhodném způsobu informování rozumově pochopit důležitost bolestivého výkonu, ale negativní emoce zcela nemizí (22, str. 46)“.

1.4.3 Projevy a hodnocení bolesti

Abychom mohli bolest odstranit nebo alespoň zmírnit, musíme znát její projevy v různých fázích dětského věku a umět ji správně zhodnotit.

Výzkumy ukazují, že novorozenci a kojenci cítí bolest, reagují na ni a pamatují si ji. Kojenci a malé děti vyjadřují bolest svým chováním, polohou těla, výrazem tváře, změněným časem krmení a spaní, úrovní pozornosti, jiným druhem pláče, menší utěšitelností rodiči, ochranou té části těla, která ho bolí. Nelze spoléhat jen na pozorování chování. Některé děti trpí bolestí, ale nestěžují si, nebo dokáží odpoutat pozornost. Někdy mohou hluboce spát, ne proto, že nemají bolest, ale že jsou tělesně i psychicky vyčerpané. Děti školního věku dokáží bolest již dobře popsat. Mezi indikátory bolesti patří i fyziologické funkce (9, 11).

Aby bolest nebyla přehlížena, ale včas léčena, nejlépe zajistí spolupráce celého zdravotnického týmu (lékaři, sestry ...). Dalším významným partnerem se stávají rodiče, kteří jsou nejlepším zdrojem informací o svých dětech. Zde je důležitá komunikace, protože řada rodičů si myslí, že dítěti rozumí nejlépe lékař, a naopak zdravotníci předpokládají, že rodiče sdělí všechny potřebné informace (11).

Před zahájením terapie musíme nejdříve provést zhodnocení bolesti adekvátně k věku. Nástroje na hodnocení využívají znalostí projevů bolesti. Nejobtížnější to bývá u dětí předškolního věku. Zdravotník proto musí být dobrý pozorovatel a využívat všechny dostupné informace o dítěti.

Přes intenzivní výzkum dodnes neexistuje všeobecně přijímaný nástroj pro hodnocení bolesti u dětí. Používané postupy zahrnují vlastní hodnocení dítětem, pozorování změn v chování nebo změn fyziologických a laboratorních parametrů. Existují škály využívající kombinace více různých parametrů. Observační škály stanovují míru bolesti tam, kde není možné samohodnocení. Bodují změny v chování podmíněné bolestí. V předškolním věku lze použít stupnici, která má různé výrazy obličeje od smíchu po grimasu zoufalého křiku a pláče nebo metoda barev, kdy např. červená vyjadřuje bolest. Školní děti již mohou využívat analogové škály ve formě pravítek nebo teploměrů, kde je mírou bolesti vzdálenost od levého okraje škály, umějí

také bolest očíslovat nebo oznamkovat, na zvolené stupnici pěti nebo desetistupňové. Oproti dospělým je i zde zvýrazněna emocionální složka . Většina škál je sestavena tak, že hranicí k intervenci bolesti je třetina maximálního bodového hodnocení (9,11).

1.4.4 Léčba bolesti

I velmi malým dětem mohou být podávány opiáty a analgetika bez velkého rizika nežádoucích účinků. Léčba bolesti spočívá nejen v podávání léků, ale i dalších terapeutických postupech například akupunktura, vhodné typy rehabilitace, transkutánní elektrická stimulace nervů a zejména psychologické přístupy, jako je modelování a hraní rolí, arteterapie, rodinná a skupinová terapie. Patří sem i jiné techniky, které přispívají hlavně ke snížení stresu a úzkosti a zvýšení pohodlí a jistoty. Zde je velký prostor právě pro rodiče. Řadíme sem polohování, zabalení, jemné masáže, doteky a odvádění pozornosti hračkou, poslechem pohádek a fyzioterapie, která spočívá v aplikaci tepla a chladu. Existují i doplňkové terapie například muzikoterapie a aromaterapie, mají uklidňující a relaxační účinky. V neposlední řadě Mareš ve své knize *Dítě a bolest* doporučuje změnit roly dítěte z trpného objektu v pomocníka (9, 11).

Zdravotník by neměl nikdy zapomínat, že děti cítí bolest stejně, někdy i více a pro svou psychickou nevyzrálost a křehkost se nedokáží s bolestí tak snadno vyrovnat. Odpovídající léčba bolesti je podmínkou, aby každé nemocné dítě zůstalo dítětem, to znamená mohlo si hrát, prožívat své fantazie, doufat a snít (9).

1.5 Strach u dětí

Omezení vzniku strachu ze ztráty pocitu jistoty a bezpečí spojenou s umístěním dítěte do nemocnice se týkají body Charty práv dětí v nemocnici, které říkají, že dítě má právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci a musí mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své osobní věci.

Strach je negativní citový zážitek. Za normálních okolností signalizuje hrozící nebezpečí, patří teda mezi adaptivní mechanismy. V každém vývojovém období je typický určitý soubor podnětů vyvolávajících strach u dítěte. Strach a úzkost začíná dítě

prožívat již v druhé polovině prvního roku života. Strach z cizích lidí a separační úzkost je součástí normálního vývoje v kojeneckém a batolecím věku. Bohatá fantazie a magické myšlení v předškolním věku bývá zdrojem přechodných strachů až fobií, často strach z hmyzu, zvířat apod. V tomto období není zřetelné odlišení fantazie od reality, proto nejružnější fobie rychle vznikají, nejsou-li posilňovány, i rychle mizí. Dále zvýšeně úzkostné bývají děti ve věku kolem 10 let, kdy dochází k plnému pochopení pojmu smrti s její nezvratností (16).

1.5.1 *Projevy strachu*

Podobně jako u bolesti by měl každý zdravotník znát projevy strachu u dětí, ne vždy jsou jasné, a vědět na co se má při pozorování dítěte zaměřit.

V době nemoci je spojen se změnou situace, bolestí, nepříjemnými výkony, příznaky a odloučením od rodiny. Dítě přicházející do zdravotnického zařízení má skoro vždy strach. Strach se může za určitých okolností až nepřiměřeně vystupňovat. Někdy k tomu přispívá nesprávný postoj rodičů, kteří dítě předem litují nebo naopak straší tím co je u lékaře čeká. Mohou na dítě přenášet i svoji úzkost a zneklidňovat ho. Tento negativní citový zážitek stěžuje u hospitalizovaných dětí adaptaci na nové prostředí, spolupráci s ním a tím i zpomalují léčbu (40).

Strach se u mladších dětí projevuje pláčem, nespoluprací, agresivním chováním. Někdy ale může být nápadně klidné, starší děti ho mohou popírat. Proto pozorujeme výraz tváře, mimiku a sledujeme fyziologické funkce (tep, puls, dech, tlak) (2).

1.5.2 *Prevence strachu*

Jelikož strach má velký vliv na adaptaci, spolupráci a léčbu dítěte, je nutné pomoci dítěti, ale i rodičům překlenout strach a úzkost. Proto se klidným přístupem a porozuměním zdravotník snaží získat jejich důvěru. Dítě uklidňuje, vyslechne. Nikdy na něj nekřičí ani ho nezastrašuje. Závažné informace o zdravotním stavu nesděluje rodičům před dítětem. Neupozorňuje děti na nepříjemné stránky léčby a vyšetření. Snaží se nepříjemné výkony a situace omezit na minimum. Na výkony nebo hospitalizaci ho

připravuje předem. Poslušnost si nevynucuje strašením. Umožňuje vždy přítomnost matky nebo někoho blízkého (1, 40).

Stále při tom platí, že základní prevencí strachu a úzkostných vztahů i reakcí je klidné, harmonické rodinné prostředí a kvalitní vzájemný vztah rodičů, kteří mají dostatek času na dítě a vedou je důsledně, ale neautoritativně. Jako výchovný prostředek volí především pochvalu, domluvu a vlastní příklad (35,40).

1.6 Hospitalizace

Pod termín nemocnice v případě dětí můžeme zařadit všechna zdravotnická zařízení, kde dítě pobývá dlouhodobě, kde je léčeno, ošetřováno, opatrováno apod. Nyní jsou do nemocnice přijímány děti z pravidla v případě, kdy není možná léčba ambulantní a kdy pobyt v nemocnici přináší řadu výhod (25).

1.6.1 Kladné stránky pobytu v nemocnici

Dítě zde má stálý dohled a vždy pomoc po ruce. Dostává se mu odborné lékařské a ošetrovatelské péče. Psychologická výhoda prostředí tkví v menším rozčilení a rozechvění dítěte, které obvykle panuje v domácnosti s nemocným dítětem. Chování sester a lékařů přináší spíše klid a jistotu. Nemocnice je přizpůsobena potřebám dětí. Starším dětem může dát i řadu nových poznatků. Některé děti ze zanedbaného prostředí vlastní rodiny si mohou osvojit potřebné hygienické návyky. Někdy dochází ke zlepšení neurotických potíží nebo poruch chování, pokud jsou vázány na citové konflikty v rodině (25).

1.6.2 Nebezpečí pobytu v nemocnici

Nemocniční pobyt má i záporné stránky. Hospitalismus nebo – li onemocnění z pobytu v nemocnici vyplývá z nepříznivých, hlavně psychických podmínek nemocničního prostředí. Nejčastěji byl pozorován u dětí nezralých, labilních, sociálně závislých, kde se projevuje nejvýrazněji. Dítě duševně strádá, zpomaluje se léčení, může dojít k psychické regresi, kdy se vrátí do předchozích etap vývoje, ztrácí původní

návyky. Citovou reakcí bývá deprese, pláč, protesty, agresivní chování, chorobná uzavřenost, citová otupělost s monotónní aktivitou (opakování slov, kývání těla,...) nebo naopak snadná adaptace na nemocniční prostředí, která nasvědčuje tomu, že dítěti chybí rodinné citové vazby a nemocnice se mu stává náhražkou domova (1, 25).

Dle vyvolávajících vlivů ho můžeme zařadit pod širší pojem psychická deprivace, což je psychický stav, který vzniká v takových životních situacích, kdy dítěti není dána příležitost uspokojení jeho základních duševních potřeb v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu. Nebezpečí deprivace má několik zdrojů souvisejících s psychickým vývojem dítěte. V prvních měsících je pro zdravý duševní vývoj důležité přiměřené množství podnětů. Pokud se jich nedostává, hrozí nebezpečí, že centrální nervová soustava nebude pracovat na plno a nebude se rozvíjet. Dítě se již od kojeneckého věku učí, reaguje na určité podněty, osvojuje si spoustu sociálních dovedností. Žádoucí projevy dítěte jsou zpevňovány souhlasným chováním dospělých. Pokud není nikdo, kdo by reagoval, dítě se nenaučí rozlišit mezi tím, co je a není žádoucí. Dále se rozhoduje o citovém vývoji dítěte. Vytváří si pevná citová pouta, která jsou zdrojem jistoty, bezpečí a vědomí domova. Na dalším vývojovém stupni se dítě seznamuje se společenským životem v kruhu rodiny, pak ve společnosti svých vrstevníků. Nemocniční prostředí je zařízeno účelově, bývá chudší na podněty, patří sem i nedostatek lidského zájmu okolí o dítě, proto je zde velké nebezpečí vzniku psychické deprivace. Tomu se snaží předcházet dva body Charty, které říkají, že děti musejí být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům a musejí mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání dle jejich věku a zdravotnímu stavu (25).

Další zápornou stránkou je separace. Separace znamená náhlé přerušení již vytvořených vztahů. Dítě si vytváří vztah nejen k matce, ale později i k ostatním členům rodiny, prostředí domova, k věcem, hračkám atd. Nepřipravené vytržení dítěte z domova a umístění v nemocnici je teda značnou zátěží pro celý jeho organismus. Jaký bude mít účinek rozhoduje za prvé věk dítěte. Je nebezpečná, pokud je předčasná, ve věku batolecím, předškolním. Později může povzbudit vývoj k samostatnosti. Dále rozhoduje forma separace, zda je postupná, náhlá, úplná, částečná atd. Důležitou roli

mají temperamentové vlastnosti dítěte, předchozí zkušenosti s podobnými situacemi. V neposlední řadě má velkou důležitost chování ošetřujícího personálu. Separace má tři fáze reakcí dětí. Jednotlivé fáze jsou různě dlouhé a nemusí být ve stejném sledu.

První fáze je fáze protestu, kdy dítě křičí, vzteká se, zmítá sebou. Druhá fáze je fáze zoufalství, kde dítě ztrácí naději na přivolání matky, křičí méně, odvrací se od okolí. Třetí fáze je fáze odpoutání od matky. Dítě se připoutá k ošetřujícímu personálu, potlačí pocity k matce nebo ztrácí vztah k lidem (24).

Nesmíme zapomenout, že separační úzkostí jsou postiženi i rodiče. To vysvětluje i nerozumné chování rodičů k ošetrovatelskému personálu. Chování matky ovlivňuje chování dítěte a naopak. Proto se musíme při umístění dítěte v nemocnici zabývat nejen dítětem, ale i jeho rodiči. Potřebují zažívat solidaritu, přátelství, spoluúčast a podporu. Jde často o nesmírně obtížné období celé rodiny. Možnost rodičů otevřeně hovořit o svých problémech s personálem je také zakotvena v Chartě práv dětí v nemocnici (15, 25).

1.6.3 *Pobyt dítěte v nemocnici*

Nutnost přijetí dítěte do nemocnice je velmi náročná situace pro dítě i jeho rodinu. V představě dítěte, ale i dospělých, je nemocnice místem, kde je osamělé, bez rodiny, kde musí podstoupit nepříjemné zákroky, kde nemůže mít stravu, jako má rád a kdy chce, místem, kde se musí přizpůsobovat cizím lidem a dětem (7, 37).

Malé dítě nechápe nutnost dlouhodobého klidu na lůžku, který v něm vyvolává úzkost. Nečinnost vede ke zvýšenému sebezpozorování, vytvoření nežádoucích návyků. Negativně i v dětském věku působí ztráta soukromí, strach z neznáma, nepříjemné pachy a zvuky, neosobnost prostředí. U školních dětí přistupuje ztráta kontaktu se spolužáky a s vyučováním. Mohou se bát, že zůstanou pozadu nebo naopak zpožehdnou (7, 37).

V nemocničním provozu je řada možností, jak předejít nebo ztlumit negativní důsledky hospitalizace. Dítě bychom měli připravit na hospitalizaci předem, pokud je to možné. Přípravu začínáme u rodičů, jejichž postoj k nemoci ovlivní chování dítěte. Seznámíme je s postupem léčby a oni by měli poté dítěti vhodně vysvětlit, proč má být

hospitalizováno, na jak dlouho a co je čeká a ujistit je, že ho budou často navštěvovat. Neslibujeme nic, co nemůžeme splnit. Tato příprava není možná u kojenců a batolat. V některých nemocnicích umožňují návštěvu oddělení před hospitalizací, kde se děti seznámí s prostředím (25, 28, 40).

Další stupeň přípravy probíhá při přijetí dítěte do nemocnice. Snažíme se získat jeho důvěru. Velmi důležitý je první kontakt s personálem. Svojí komunikací hodně ovlivníme jeho vztah k nemocnici. S dítětem zacházíme vlídně, klidně, s porozuměním a upřímným zájmem o jeho problémy, tak aby nám důvěřovali i rodiče. Respektujeme jeho špatnou náladu, pláč, vzdor a neochotu spolupracovat. Od rodičů získáváme informace, které jsou důležité pro určení stupně vývoje a získání zájmu a spolupráce dítěte. Ptáme se na jeho návyky, denní program, záliby. Rodičům naopak sdělíme, jak dítě navštěvovat a jak si mají počínat, aby usnadnili léčbu. Dítěti umožníme, aby si z domova přineslo nějakou svou hračku, osobní předmět. Necítí se tak osamoceno. Rodičům dovolíme, aby se s dítětem v klidu rozloučili, ale zbytečně to neprotahovali. U malých dětí je povzbuzujeme k tomu, aby své dítě doprovázeli při pobytu v nemocnici (25, 40).

Po přijetí bychom dítě popřípadě doprovod měli seznámit s prostředím, spolupacienty, denním režimem a poradit, na koho se má obrátit, bude-li něco potřebovat. Tím předejdeme strachu z neznámého (37).

Během pobytu dbáme, aby mělo dost spánku. Co nejvíce omezíme hluk na oddělení. Pokoj se snažíme co nejvíce přizpůsobit domácímu prostředí. Je třeba vyloučit nebo omezit nepříjemné léčebné úkony a zážitky. Na každý výkon dítě přiměřeně věku a sociální úrovni připravíme, vysvětlíme mu, co se s ním bude dít. Hovoříme klidně, povzbudivě. Svým chováním mu dodáváme důvěru. Při výkonu mu nezakazujeme plakat. Dítě má právo na pláč. Odpovídá jeho psychosociální úrovni. Musíme respektovat jeho strach a úzkost a pokud se nám ho rozhovorem nepodaří uklidnit, necháme ho, aby se projevil, bez toho abychom se mu smáli nebo ho kárali. Dospělí, pokud se nějakého zákroku bojí, odmítnou ho. Za děti rozhodují rodiče, proto jim necháme alespoň volnost projevu (25, 40).

Před dítětem nerozebíráme jeho zdravotní stav. Snažíme se zabránit tomu, aby se nudilo. V tom nám pomáhá škola a školka při nemocnici. V nemocnici náhle neměníme již utvrzené návyky. Není správné, aby dítě prokřičelo několik hodin, protože mu bylo odebráno šidítko (2,25).

Nejlepší zbraní proti dětskému strachu je klid, laskavost a povzbudivé chování ošetřujícího personálu. Dítě brzy pozná, že nemocnice není tak zlá, jak si představovalo.

Návštěvy působí příznivě tím, že poskytují citové uspokojení ze styku se známými osobami a zbavují ho pocitu opuštěnosti. Proto umožňujeme v co největší míře přístup rodičů na oddělení, ale i kamarádů, protože dítě na ně myslí a přeje si, aby se s nimi mohlo stýkat. Mohou mu dodávat odvalu i k návratu do školy (21, 25).

Nesmíme zapomínat i na komplikace při propuštění do domácího ošetřování. Pokud odloučení nebylo dlouhé a rodiče a dítě jsou vyrovnaní, proběhne přechod bez obtíží. Někdy se ale stává, že dítě je nedůtklivé, nepřátelské nebo naopak se bojí být bez matky a je na ní zcela závislé. Na tyto možné komplikace je nutné rodiče upozornit a předejít výchovným chybám (25).

Jak bychom se měli chovat, abychom předešli nebo alespoň ztlumili negativní důsledky hospitalizace nejlépe vystihuje desatero hospitalizovaného dítěte (příloha 3).

1.6.4 Hospitalizace dítěte s doprovodem

Role rodiny je pro dítě zcela zásadní. Proto je přítomnost jednoho z rodičů nebo někoho blízkého například babičky pro dítě velkým přínosem. Léčení může probíhat rychleji při lepším psychickém stavu. Přítomnost rodičů upevní jejich vzájemný citový vztah. Navíc si pod vedením sestry a lékaře mohou osvojit dovednosti k dalšímu ošetřování doma. Během pobytu má dítě u sebe při vyšetřeních, vizitách někoho blízkého. Zvyšuje to jeho pocit jistoty a bezpečí. Naopak rodina je ihned informována o jeho zdravotním stavu. Matka nebo jiný rodinný příslušník se mohou dítěti věnovat celý den, tím se sníží možnost, že se dítě bude nudit. Pro sestru znamená přítomnost někoho z rodiny také laickou kontrolu jejího chování k dětem, lékařům. To může nepřímým způsobem ovlivnit sestru k dodržování profesionální kázně (13, 38).

Kvalitní aktivní spolupráce znamená partnerství rodičů a odborníků, tedy rovnocenný vztah obou stran. Je založena na vzájemném respektování rozdílnosti schopností, dovedností při zachování profesionálních i rodičovských kompetencí (19).

V současné době je o hospitalizace s doprovodem velký zájem, nejen u těch nejmenších, ale využívají ho rodiče školních dětí. Nikdo zvenčí nedokáže stanovit věkovou hranici, kdy by přítomnost rodičů byla „zbytečná“ a „nežádoucí“. Tato hospitalizace by měla být nejen umožněna, ale i nabízena. Pokud to z ekonomických, provozních či jiných důvodů není možné, mělo by oddělení nabízet neomezenou možnost návštěv dítěte (20).

1.7 Nemocnice hrou

Významnou činností dítěte, v předškolním období dokonce hlavní, je hra. Existuje řada pokusů o definici hry a vysvětlení její podstaty. Nejčastěji se zdůrazňuje: „Hra je činnost, která je vykonávána jenom proto, že je libá a přináší dítěti uspokojení sama o sobě, bez vnějšího uloženého cíle (16, str.97)“. Proč si dítě hraje? Jaký má význam pro dítě? Hra ačkoliv sama o sobě je nerozumná, vede k osvojení užitečných dovedností, napomáhá k obnovení sil a k uvolnění a překonání sociálních nároků. Má smysl i sama o sobě, je jednou ze základních potřeb člověka. Je důležitá pro fyzický, mentální a sociální vývoj zdravých i nemocných dětí (16).

Význam hry pro nemocné děti, zejména pro děti hospitalizované a podrobené různým diagnostickým a terapeutickým výkonům, je nesporný. Děti v nemocnici ztrácí kontrolu nad tím, co se s nimi děje. Jsou v nové a stresující situaci, musí se vyrovnat nejen s nemocí a bolestí, ale i se ztrátou rodinného života, kamarádů, zábavy. Hra v nemocnici dítěti pomáhá překonat události, které neumí pochopit rozumem a přispívá ke spolupráci dítěte. Zachovává dítěti část normálního života v nenormální situaci, podporuje normální vývoj dítěte, pomáhá vyrovnat se z úzkostí, strachem a stresy s pojenými s pobytem v nemocnici, pomáhá rodičům vyrovnat se lépe s onemocněním dítěte, usnadňuje péči o dítě pro zdravotnický personál. Je prostředkem pochopení světa kolem nemoci a všeho, co se s ním děje (29).

Pomocí hraček a napodobivé hry poznávají vše, co jim popisují neznámými slovy a co vzbuzuje strach. Hry a hračky mají i terapeutickou hodnotu. Zlepšují koordinaci očí a rukou, regenerují svalstvo, pomáhají dětem chodit, některé plánované programy her zmírní, či zcela napraví některé poruchy duševního vývoje (17).

Dovolí-li to tedy stav dítěte, zaměstnává se co nejvíce hrou, čtením pohádek, kresbou či jinou výtvarnou činností, hrou s maňásky a loutkami, hračkami, které si přinesou z domova a mají k nim citový vztah. Výhodou je, pokud má oddělení hernu, kde si může hrát ve skupině mimo lůžko. Nesmíme ale zapomenout, že hru nenařizujeme a nevnučujeme svoji organizaci. Hru pouze umožníme, popřípadě se do ní zapojíme (2).

Terapie hrou by měla být důležitou součástí všech pediatrických plánů ošetrovatelské péče. Nevyžaduje ani zručnost ani abychom byli odborníky na umění. Potřebnější je rozumět požadavkům dítěte, umět děti pobídnout ke hře, vnést do hry. V nemocnici se mohou podílet na zaměstnání dítěte sestry, učitelky mateřských a základních škol, herní specialisté, rodiče a dobrovolníci z laické veřejnosti. Zaměstnané dítě méně zlobí, méně přemýšlí o své nemoci, rychleji se uzdravuje (16, 17).

1.7.1 Vliv prostředí na dítě

Matějček uvádí: „Žádný organismus nežije izolovaně, ale v každém okamžiku svého života se nachází v nějakém prostředí, s nímž je v neustálém vztahu. Je svým prostředím ovlivňován a sám je ovlivňuje (25, str.12).“ Dítě se narodí do určitého jedinečného prostředí. Není to jen vybavení pokoje, hračky, ale i chování rodičů, příbuzných. V něm vyspívá, roste, aktivně do něj zasahuje, je jeho součástí a zdrojem jistoty a bezpečí. Výrazně ovlivňuje fyzický a emocionální růst a vývoj dítěte. Změna může narušit pocit bezpečí a jistoty. Nedostatek podnětů vede někdy až k regresi ve vývoji dítěte (25).

Proto se vybavení většiny dětských oddělení liší od oddělení pro dospělé ve všech směrech. Je navrženo tak, aby odpovídalo potřebám dětí a jejich rodičů. Veselá atmosféra pomáhá překlenout rozdíl mezi domácím a nemocničním prostředím

a odráží emocionální, vývojové a fyzické potřeby dětí. Děti nosí vlastní oblečení, sestry by měly být oblečeny do pastelových pracovních uniforem. Domácí atmosféru dotváří barevné povlečení postelí, barevně řešené pokoje. Nábytek na oddělení má výšku odpovídající věku. Na většině odděleních je herna, velká prosvětlená místnost, kde jsou k dispozici hračky pro různé věkové skupiny. Na děti zde dohlíží odborník, který jim pomáhá vyplnit volný čas. Pokud dítě nemůže do herny, mělo by se zabavit na lůžku, a to v závislosti na věku a diagnóze. Denní režim na dětských odděleních zdůrazňuje pobyt s rodiči, trvalou přítomnost ošetřujícího personálu a rozvrh dne odpovídající co nejvíce potřebám dětí (17).

Snažíme se vytvořit co nejvíce bezpečné, podnětné a přátelské prostředí, které nepřímo přispívá k omezení vzniku strachu z neznáma, utlumení vnímání bolesti, dobrému psychickému stavu a tím urychlení léčby a zkrácení pobytu v nemocnici.

1.7.2 Škola a školka při nemocnici

Při dětských odděleních nemocnic bývají zřizovány mateřské školky a školy. Učitelky, které zde pracují, zaměstnávají a učí děti po dobu pobytu v nemocnici a tím přispívají k dobrému psychickému stavu dítěte. Vynikající pediatr J. Blecha v roce 1961 napsal: „Učitelka nemocniční školy získá mnoho zkušeností, osvojí si mnoho lékařských pojmů, naučí se hodnotit průběh nemoci, pochopí způsob práce lékařů a sester, ale nestane se – naštěstí – zdravotníkem (20, str. 113)“. V nemocnici zastupuje „civilní“ část světa. Učitelka vnímá dítě jinak, myslí odlišně, má jiné metody práce, zaměřuje se na zabavení dítěte. Nepůsobí mu bolest (20).

Její práce ovlivňuje i zdravotníky. Kontroluje jejich citové působení na děti. Od učitelky dostávají cenné informace o psychickém stavu dítěte. Je chápána jako plnohodnotný člen multidisciplinárního týmu (20).

Práce učitelky v nemocnici je odlišná a psychicky náročná, což je dáno prostředím. Děti zde navštěvují mateřskou školu většinou krátkodobě, proto je dětská skupina proměnlivá. Děti průběžně odcházejí a přicházejí, neabsolvuji celý výchovný program, jen určitou část, jde tedy jen o příležitostnou nabídku aktivit. Jejich spektrum je poměrně úzké, omezené prostorovými a materiálními podmínkami zdravotnického

zařízení a zdravotním stavem dětí. Školní děti si čtou, hrají stolní hry, dívají se na televizi, zabývají se výtvarnou činností. Výuka probíhá většinou individuálně na lůžku (2, 34).

Učitelka pomáhá dítěti s adaptací na nové prostředí, využívá veškeré své znalosti a zkušenosti. Režim dne je pružný. Činnost vyplývá z potřeb a zájmu dětí, podle nálady, onemocnění a nařízené léčbě lékařů. Tím plánované činnosti ustupují do pozadí. V programu je čas na aktivity i odpočinek. Děti mají dostatek času a prostoru pro činnosti, které si vyberou. Převažují činnosti spontánní před řízenými. Záleží na učitelce, jak dítě motivuje a z pozdálí řídí. Učitelka je kamarádkou, pružně reaguje na potřeby a problémy dětí. Prevencí případných konfliktů mezi dětmi je stanovení jasných pravidel a řešení situace se všemi dětmi (34).

Cílem školy a školky v nemocnici je vytvoření citového zázemí, reagování na proměnlivé potřeby dítěte, rozvíjení komunikativních dovedností, udržování lidských tradic a zvyků, vytváření kamarádských vztahů mezi dětmi a vytváření zajímavého, bezpečného prostředí (34).

Prostředky, které škola v nemocnici využívá, jsou hry, pohybové aktivity, praktické činnosti, dostatek názorných materiálů, práce s různým materiálem a technikami, didaktická technika (TV, video, počítače, knihy ze školní knihovny (34).

Nemocniční škola a mateřská školka staví na úzké spolupráci s personálem. Výchovné metody se odvíjí od lékařské diagnózy. Respektuje požadavky lékařů.

1.7.3 Herní specialista

Herní specialista by měl být někdo, kdo je schopný pohlížet na nemocnici a vše, co se v ní odehrává očima dítěte, kdo bude vždycky víc „normálním člověkem“ než technicky zaměřeným profesionálem a také jakýmsi „advokátem dítěte.“ Práce herního specialisty neboli herní práce vychází ze situace a z potřeb konkrétního dítěte a jeho rodiny (12).

Seznamuje dítě a jeho blízké s prostředím nemocnice, mírní tak nejistotu a úzkost z neznámého. Přípravuje dítě na plánované zákroky, vysvětluje v čem spočívají a proč jsou zapotřebí a spolu s rodiče je na zákrok doprovází. Funguje jako

komunikační most mezi dítětem, jeho rodinou a ostatními členy personálu. Stará se o náplň volného času dítěte, zapojuje ho do hry. Pokud využívá oddělení dobrovolníky z řad laické veřejnosti, stará se o jejich koordinaci. Ke své práci využívá hračky i vlastní, speciální panenky, pomůcky a knihy s obrázky (12, 31).

Role herního specialisty je v České republice poměrně nová. V zahraničí je běžnou součástí týmu pracujícího na dětském oddělení. U nás tuto roli do této doby suplovaly dětské sestry a učitelky. Nyní Střední a Vyšší zdravotnická škola v Plzni ve spolupráci s Fakultou humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze a nadačním fondem Klíček zavedla certifikovaný program Specialista pro hru a komunikaci v institucionální a domácí péči pro všechny, kdo mají o tuto práci zájem a splňují podmínky. Uchazeči musí mít složenou maturitní zkoušku. Program poskytuje potřebné vědomosti a dovednosti v oblasti ošetrovatelské a herní práce a komunikace (26).

1.7.4 Dobrovolníci na dětském oddělení

Dobrovolníky se nejčastěji stávají studenti a mladí lidé (často bez zaměstnání) nebo starší lidé v důchodu. Svou pomoc nabízejí z dobré vůle a nejsou za ni finančně odměňováni. Škála činností, které mohou dobrovolníci vykonávat je široká – péče o květiny, knihovnu, hračky nebo přímý kontakt s dětským pacientem. Zásadní je, aby na oddělení byla vyhrazena osoba, která bude mít péči o dobrovolníky a jejich koordinaci na starosti. I když v roli dobrovolníků přicházejí i bývalí zdravotníci, učitelé, duchovní, daleko častěji jsou to laici, jejichž práce je v nemocnici spojena vždy s určitým rizikem. Existuje ale několik způsobů, jak toto riziko minimalizovat. Někdy se dobrovolníci obracejí na oddělení prostřednictvím nějaké neziskové organizace, která má na starost jejich přípravu (12).

Působení dobrovolníků má také velký význam jakési „laické kontroly“. Jelikož nejsou placeni nemocnicí, je jejich postavení daleko svobodnější. Vede je pouze zájem o dítě, pokud jsou svědky očividného ošetrovatelského a medicínského pochybení (12).

Do této skupiny bychom mohli zařadit i občanské sdružení Zdravotní klaun, které pracuje v České republice od roku 2001 (příloha 4). Sdružení má v současné době třicet profesionálních klaunů navštěvujících sedmáct nemocnic. Jsou to profesionální umělci

s dramatickým vzděláním, kteří procházejí uměleckým a psychologickým výcvikem. Dokáží se přizpůsobit individuálním potřebám dětí. Úzce spolupracují s lékaři a sestrami (41).

Jejich posláním je zlepšit psychický stav hospitalizovaných dětí tím, že vnášejí do nemocnic smích a radost prostřednictvím hudby, kouzel, žonglování a pantomimy při pravidelných klauniádách. Dále několikrát do roka pořádají Cirkus Paciento. Děti se při něm učí různým veselým kouskům. Sklíčenost a smutek mizí, a když klauni odejdou, zůstane v pokoji dobrá nálada, úsměv a nově nalezená chuť do života. Sdružení také pořádá semináře „ terapie humorem “ pro sestry a lékaře (41).

Výzkum vlivu návštěv zdravotních klaunů na dětské pacienty ukázal, že jejich pravidelné návštěvy zlepšují psychiku dětských pacientů a zkracují dobu, po kterou si zvykají na nemocniční prostředí (41).

1.8 Práce sestry na dětském oddělení

Dětská sestra by měla hrát úlohu osoby, na kterou se dítě obrací v případě potřeby. Práce s dětmi různého věku je jedinečnou zkušeností, která přináší zvláštní uspokojení. Sestra, která toto chápe a rozumí vývoji a psychosociálním souvislostem dětského věku, velkou měrou přispívá k přizpůsobení dítěte a jeho uzdravení (17).

Sestra pracující na dětském oddělení by měla mít především mateřský přístup, být trpělivá, empatická, umět naslouchat dítěti, ale zůstat vždy objektivní. Nesmí zapomínat, že hospitalizace dítěte působí na celou rodinu (15,17).

Projevuje tedy zájem i o rodiče a radí jim , jak mohou co nejvíce pomoci svému dítěti, edukuje je v péči o dítě. Pokud dítě zůstává v nemocnici samo, snaží se mu je nahradit citlivým přístupem. Od rodičů získává mnoho důležitých informací o dítěti, aby mu mohla co nejvíce zpříjemnit pobyt v nemocnici (25, 38).

Činnosti, které vykonává dětská sestra po získání specializované způsobilosti, přesně vymezuje Vyhláška 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Kromě činností indikovaných lékařem, například podávání léků, odběry biologického materiálu aj., dbá po celou dobu

o bezpečnost dítěte, dodržuje zvláštní bezpečnostní opatření platící pro dětský věk, snaží se předcházet nozokomiálním nákazám. Do její náplně práce patří i rozvíjení hygienických návyků, péče o vhodné stravování a příprava stravy pro kojence a batolata. Dbá o dostatečný odpočinek, kdy respektuje individuální potřebu spánku dítěte. Dále připravuje dítě a jeho blízké na zákroky a doprovází ho na ně. Veškeré zákroky by měla provádět šetrně a snažit se co nejvíce eliminovat ty bolestivé. Jelikož dítě neumí signalizovat všechny své potřeby, neumí specifikovat bolest, dát najevo, co ho trápí, stále ho pozoruje. Sleduje také psychomotorický vývoj, projevy hospitalizmu, účinky léků, celkový stav dítěte. Vše pečlivě zaznamenává do ošetrovateľské dokumentace přizpůsobené potřebám dětského oddělení. Výsledky pozorování jsou velmi důležité pro lékaře a další postup léčby. Velmi důležitou součástí ošetrovateľské péče je zaměstnání dětí ve volném čase a vytváření stimulujícího výchovného prostředí (17, 39).

Ošetrovateľský plán specificky vyjadřuje, co se s každým dítětem bude provádět s ohledem na samotné dítě, nikoliv na zdravotní stav nebo léčbu. Využívá všechny získané informace. Jeho výsledkem by mělo být zkrácení léčby a vyloučení nebo alespoň omezení nežádoucích účinků hospitalizace (17).

1.8.1 Hospitalizace dítěte s doprovodem z pohledu sestry

Hospitalizace doprovodu je nepochybně výhodná nejen pro dítě, ale i pro zdravotnický personál. Lékaři získají při vizitách důležité informace a sestry mají dobrý pocit, že pro děti je uděláno maximum. Doprovod se může dětem věnovat celý den, přebírá běžné ošetrovateľské úkony, jako je krmení, hygiena a také zaměstnání dítěte (6, 18).

To neznamena, že zdravotnický personál má přijetím doprovodu ulehčenou úlohu. Naopak nastupuje povinnost být učitelem, radit, doprovázet a nenápadně kontrolovat, jak o své dítě pečue a ověřovat pravdivost informací, které udává (5).

Občas dochází k situacím, kdy se rodiče (doprovod) na oddělení stávají pro sestru stresujícím faktorem. Jejich velká citová angažovanost může bránit v pochopení jeho provozu. Sestra je také pod nepřetržitým a bedlivým dohledem, musí neustále kontrolovat své chování a vystupování, i to může být zdroj určitého napětí.

Často přichází na oddělení větší počet příbuzných najednou. Maminky (jiné blízké osoby) bývají často nepoučitelné v dodržování hygienických návyků, nerespektují provozní řád oddělení. Někdy se stává, že doprovod nevhodně zasahuje do péče o jiné děti a přitom se nevěnuje svému nebo si s dítětem nehraje, nechte mu, nedokáže ho uklidnit ani zabavit (18, 38).

Proto sestra musí dbát na neustálé zlepšování komunikace s rodiči, naslouchat, být trpělivá, laskavá a přizpůsobovat se různému intelektu a vzdělání doprovodu dítěte. Měla by tak objasnit rodičům nebo jejich zástupcům v nemocnici, že každá práva jsou také spojena s povinnostmi. Vždyť maximum lze udělat jen v pochopené pomoci a součinnosti všech, kteří o dítě pečují, tedy i rodičů a tam patří i takové „drobnosti“ jako spolupráce při ošetřování, při potřebných zákrocích, dodržování léčebného režimu, odstranění pasivního kuřáctví, při prevenci úrazů a jiné. Komunikace s rodiči nemusí být vždy jednoduchá a je třeba se jí učit. Ani pro rodiče nemocných dětí není vždy jednoduché komunikovat s ošetřujícím personálem (14, 38).

1.8.2 Vzdělávání dětských sester

Jeden z bodů Charty práv dětí říká, že dětem se musí dostávat péče náležitě školeného personálu, který si je vědom, fyzických a emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny. Dětský věk charakterizuje prudký tělesný a duševní vývoj, každé vývojové období má své zvláštnosti, z toho plyne, že ošetrovatelská péče o děti je velmi náročná. Proto sestra pracující na dětském oddělení by měla absolvovat specializační vzdělání zaměřené na ošetrovatelskou péči v pediatrii a získat tak specializovanou způsobilost dětská sestra (17).

Historie vzdělání dětských sester začíná už v roce 1949, kdy vznikl čtyřletý obor dětská sestra na středních zdravotnických školách. Toto čtyřleté studium skončilo v roce 1997 a nahradil ho obor dětská diplomovaná sestra na vyšších zdravotnických školách.

Vstupem naší země do Evropské unie přistoupila Česká republika také k naplňování jejích požadavků týkajících se vzdělávání a kompetencí k výkonu nelékařských profesí. Z tohoto důvodu došlo k podstatným změnám legislativy upravujících způsobilost nelékařských zdravotnických povolání. Zcela se změnilo

i začlenění dětské sestry. V souvislosti s přijímáním kritérií Evropské unie k uznávání ošetrovatelských profesí v jiných členských zemích se Česká republika řídila především oborovými směrnici pro uznání kvalifikace všeobecné sestry a porodní asistentky. Proto Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, který nahradil Vyhlášku č. 77/1981 Sb. vycházející ze Zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, neuvádí dětskou sestru jako samostatné ošetrovatelské povolání a od 1. září 2004 ruší obor diplomovaná dětská sestra (42).

Z výše uvedeného vyplývá, že s novou legislativou dochází k zásadním změnám v přípravě pro výkon specializovaného povolání dětské sestry. Specializační vzdělávání je formou celoživotního vzdělávání navazující na získanou odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání. Účelem je získání specializované způsobilosti k výkonu specializovaných činností příslušného zdravotnického povolání. Realizuje se v akreditovaných zařízeních modulovým způsobem (42).

Nyní je tedy dětská sestra označením odbornosti po získání specializace v ošetrovatelské péči v pediatrii. Příprava kvalifikované dětské sestry podle nové legislativy představuje získání maturitní zkoušky po ukončení základní školy, studium 3-4 letého studijního programu Všeobecné sestry na vyšší zdravotnické škole nebo bakalářské studium na vysoké škole, odbornou praxi podle Zákoníku práce a studium modulového programu specializačního vzdělávání. Takže doby přípravy dětské sestry trvá 10-12 let (42).

Náplň činnosti dětské sestry k výkonu specializovaného povolání jsou uvedeny ve Vyhlášce č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (39).

Po absolvování specializačního vzdělávání v oboru ošetrovatelská péče v pediatrii lze získat odbornost dětské sestry, dětské sestry se zaměřením na ošetrovatelskou péči v dětské (dorostové) psychiatrii, dětské sestry se zaměřením na herní aktivity a výchovnou péči, dětské sestry se zaměřením na ošetrovatelskou péči

ve vybraných klinických oborech, dětské sestry se zaměřením na intenzivní péči v pediatrii, dětské sestry se zaměřením na intenzivní péči v neonatologii (42).

1.8.3 Dětské oddělení nemocnice Pelhřimov

Vzhledem k tomu, že výzkumná činnost probíhá na dětském oddělení pelhřimovské nemocnice, uvádím základní informace o tomto oddělení (příloha 5).

Dětské oddělení zajišťuje lůžkovou a ambulantní péči pro děti od narození do dovršení 19 let věku ze spádové oblasti okresu Pelhřimov a dostupných přilehlých částí okresů Benešov, Tábor a Jindřichův Hradec. Zajištění úkolů pracoviště jsou vyčleněna tři patra dětského pavilonu a Novorozenecký úsek v budově Gynekologicko-porodnického oddělení.

Péče o fyziologické novorozence je poskytována systémem roaming in na pokojích šestinedělí (příloha 9). Od roku 2006 má tento úsek statut Baby Friendly Hospital (příloha 10). Toto je označení pro nemocnici, která přijala podmínky prolaktačního programu, propaguje kojení a učí matky, jak mají kojít. Od prosince roku 2007 je v budově dětského oddělení umístěn baby box, pro novorozené děti, jejichž rodiče se o ně nemohou nebo nechtějí starat (příloha 11).

Lůžková péče o nemocné děti je zajišťována na dvou patrech pavilonu. Na třetím patře se nachází jednotka intenzivní a intermediální péče s pěti lůžky a oddělení kojenců a batolat s možností ubytování doprovodů dítěte, které má čtrnáct lůžek (přílohy 6,7). Na druhém patře je umístěno oddělení větších dětí a dorostu s pětadvaceti lůžky (příloha 8). I toto oddělení má možnost ubytování doprovodů. Větší počet lůžek je dán vzhledem k tomu, že je zde zajišťována péče o akutně nemocné děti, všechny děti před a po operačních zákrocích, diagnostické pobyty a pro zajištění epidemiologického režimu snižujícího na minimum nebezpečí nozokomiálních nákaz.

Ambulantní část tvoří odborné dětské ambulance umístěné v prvním patře. Poskytují péči v oblasti dětské revmatologie, gastroenterologie, endokrinologie, nefrologie, echokardiografie, sonografie (příloha 12).

Oddělení řídí primář. Ošetřovatelskou péči organizuje a za kvalitu odpovídá primářka vrchní sestra. Práci na stanicích organizují staniční sestry. O každého pacienta trvale pečuje jeho ošetřující lékař. Na oddělení pracuje šest lékařů, dvacet devět sester,

čtyři pomocní zdravotničtí pracovníci a také jedna učitelka mateřské školy a jedna vychovatelka.

Na oddělení jsou soustředěny všechny hospitalizované děti od narození do dovršení 19 let. Nejčastěji se přijímají děti se zánětlivým onemocněním dýchacích cest, močového ústrojí, gastrointestinálního traktu. Z operačních výkonů jsou to adenotomie, tonzilektomie, kýly, fimozy, orchidopexe, appendektomie a operační řešení zlomenin. Dále zde leží děti po úrazech, otravách, s popáleninami nebo na různá vyšetření. Pokud stav dítěte vyžaduje specializovanou péči, překládá se na klinická pracoviště v Českých Budějovicích, Praze a Brně.

2. CÍLE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

Cíl 1 – Zjistit, zda jsou doprovázející osoby dítěte seznámeny s Chartou práv dětských pacientů v nemocnici.

Cíl 2 – Zjistit, zda je na Dětském oddělení pelhřimovské nemocnici zřetelně vyvěšena Charta práv hospitalizovaných dětí.

Cíl 3 – Zjistit, zda jsou tato práva v nemocnici dodržována.

2.2 Hypotézy

H1- Doprovázející osoby hospitalizovaných dětí jsou při přijetí do nemocnice seznámeny s Chartou práv dětských pacientů v nemocnici.

H2 – O seznámení doprovázejících osob s Chartou práv dětských pacientů v nemocnici je učiněn záznam v ošetřovatelské dokumentaci.

H3 – Na Dětském oddělení pelhřimovské nemocnice je zřetelně vyvěšena Charta práv hospitalizovaných dětí.

H4 – Dle doprovázejících osob je Charta práv hospitalizovaných dětí dodržována ve všech bodech.

H5 – Dle sester je Charta práv hospitalizovaných dětí dodržována ve všech bodech.

3. METODIKA

3.1 Metoda sběru dat

Ke sběru dat jsme zvolili kvantitativní výzkum, metodu dotazování, techniku dat dotazník. S dotazníky jsem seznámila hlavní sestru Nemocnice Pelhřimov (příloha 15) a po dohodě s ní jsem je předala staničním sestrám na jednotlivé stanice dětského oddělení. Dotazníky byly zcela dobrovolné a mohly být vloženy do přiložené obálky, čímž byla zaručena ještě větší anonymita. Všichni dotazovaní této možnosti využili.

Dotazník pro sestry (příloha 14) obsahoval 26 otázek a pro doprovázející osoby (příloha 13) 32 otázek. Oba byly rozděleny na dvě části. První část tvořily otázky vztahující se k identifikačním údajům (pohlaví, věk, vzdělání), druhá část se týkala dodržování práv hospitalizovaných dětí. Otázky byly uzavřené a polouzavřené. Sestry a doprovázející osoby v druhé části zaznamenávaly dodržování jednotlivých práv hospitalizovaných dětí na pětibodové hodnotící škále, kde hodnota 5 znamenala rozhodně ano (daná oblast práv hospitalizovaných dětí je zcela dodržována), 4 spíše ano, 3 něco mezi, 2 spíše ne a hodnota 1 rozhodně ne (daná oblast práv hospitalizovaných dětí není nemocnicí zajištěna). Výsledky byly zpracovány pomocí programu Microsoft Office Excel a to frekvenčním statistickým ukazatelem – váženým průměrem.

Mezní hranici, kdy práva hospitalizovaných dětí jsou nemocnicí dodržována, jsme stanovili na hladině $\geq 4,25$ (z maxima 5). Znamená to, že v každém bodě Charty hospitalizovaných pacientů muselo v **průměru 85% respondentů** odpovědět, že jednotlivá práva dítěte jsou v nemocnici dodržována.

3.2 Výzkumný soubor

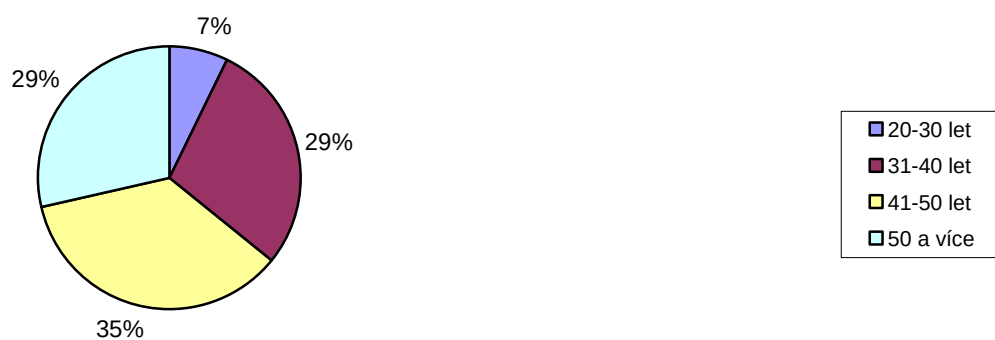
Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na Dětském oddělení Nemocnice Pelhřimov a doprovázející osoby dětí hospitalizovaných na tomto oddělení v průběhu měsíce února a března 2008. Přesný věk respondentů nebyl zjišťován, pouze uvedli věkovou kategorii, do které patří. Mezi doprovázejícími osobami byl pouze 1 muž.

Bylo rozdáno 28 dotazníků pro sestry a 60 dotazníků pro doprovázející osoby. Ke zpracování sestry odevzdaly všechny úplné dotazníky tedy 100% a od doprovázejících osob bylo odevzdáno 58 dotazníků tedy 97%, z toho 2 neúplně vyplněné, k výzkumu bylo použito 56 dotazníků.

4. VÝSLEDKY

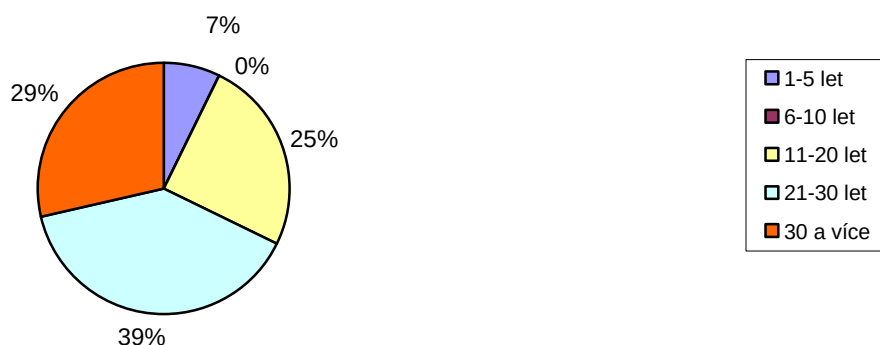
4.1 Výsledný výzkum dotazníku pro sestry

Graf 1 Věkové kategorie sester



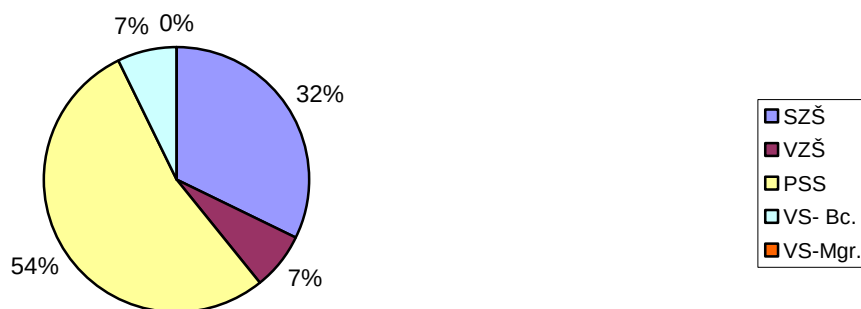
Ve věkové kategorii 20-30 let se nacházely 2 (7 %) sestry, ve věkové kategorii 31-40 let 8 (29 %) sester, ve věkové kategorii 41-50 let 10 (35 %) sester a ve věkové kategorii 50 a více let 8 (29 %) sester.

Graf 2 Délka praxe sester



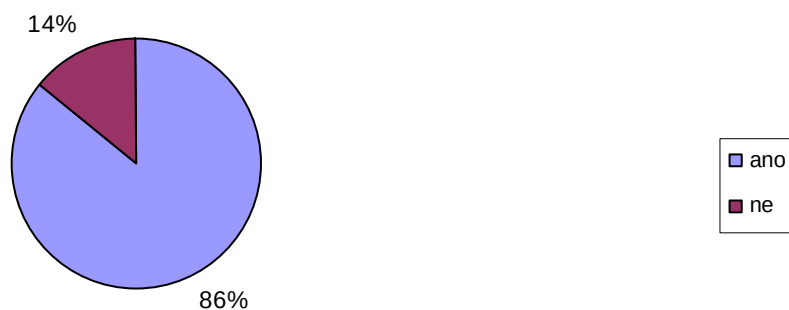
Délku praxe v rozmezí 1-5 let mají 2 (7 %) sestry, v rozmezí 6-10 let žádná sestra (0 %), v rozmezí 11-20 let 7 (25 %) sester, v rozmezí 21-30 let 11 (39 %) sester a v rozmezí 30 a více let 8 (29 %) sester.

Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání sester



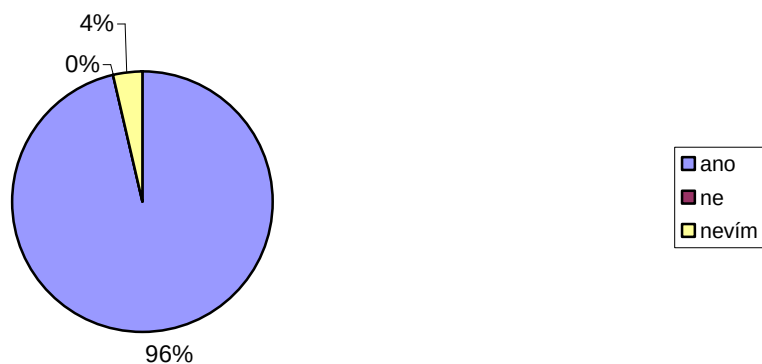
Z dotázaných sester absolvovalo 9 (32 %) sester střední zdravotnickou školu, 2 (7 %) sestry vyšší zdravotnickou školu, 15 (54 %) sester pomaturitní specializační studium, 2 (7 %) sestry vysokoškolské bakalářské studium a žádná sestra (0 %) nemá vysokoškolské magisterské studium.

Graf 4 Specializovaná způsobilost k povolání dětské sestry



Specializovanou způsobilost k povolání dětské sestry získalo 24 (86 %) sester, nezískaly 4 (14 %) sestry.

Graf 5 Zřetelné vyvěšení Charty na oddělení dle sester



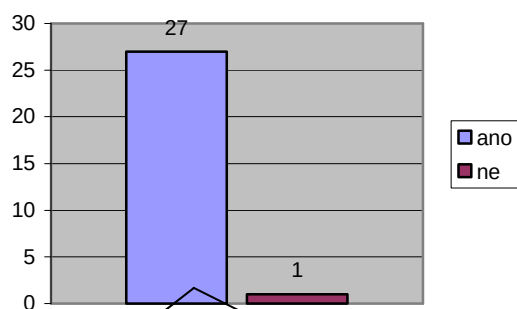
27 (96 %) sester odpovědělo, že na oddělení je zřetelně Charta práv dětí v nemocnici vyvěšena, 1 (4 %) sestra toto nevěděla.

Graf 6/1 Seznamování s Chartou sestrou při přijetí

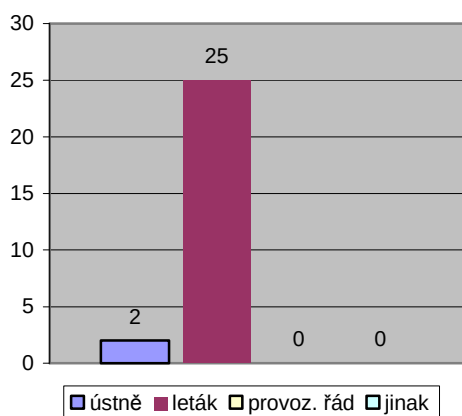
Graf 6/2 Forma seznamování s Chartou

Graf 6/3 Vedení písemného záznamu o seznámení

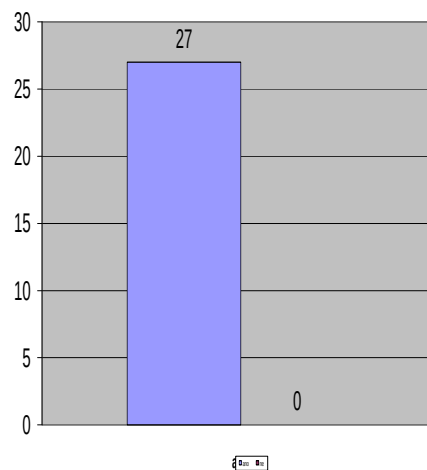
Graf 6/1



Graf 6/2



Graf 6/3

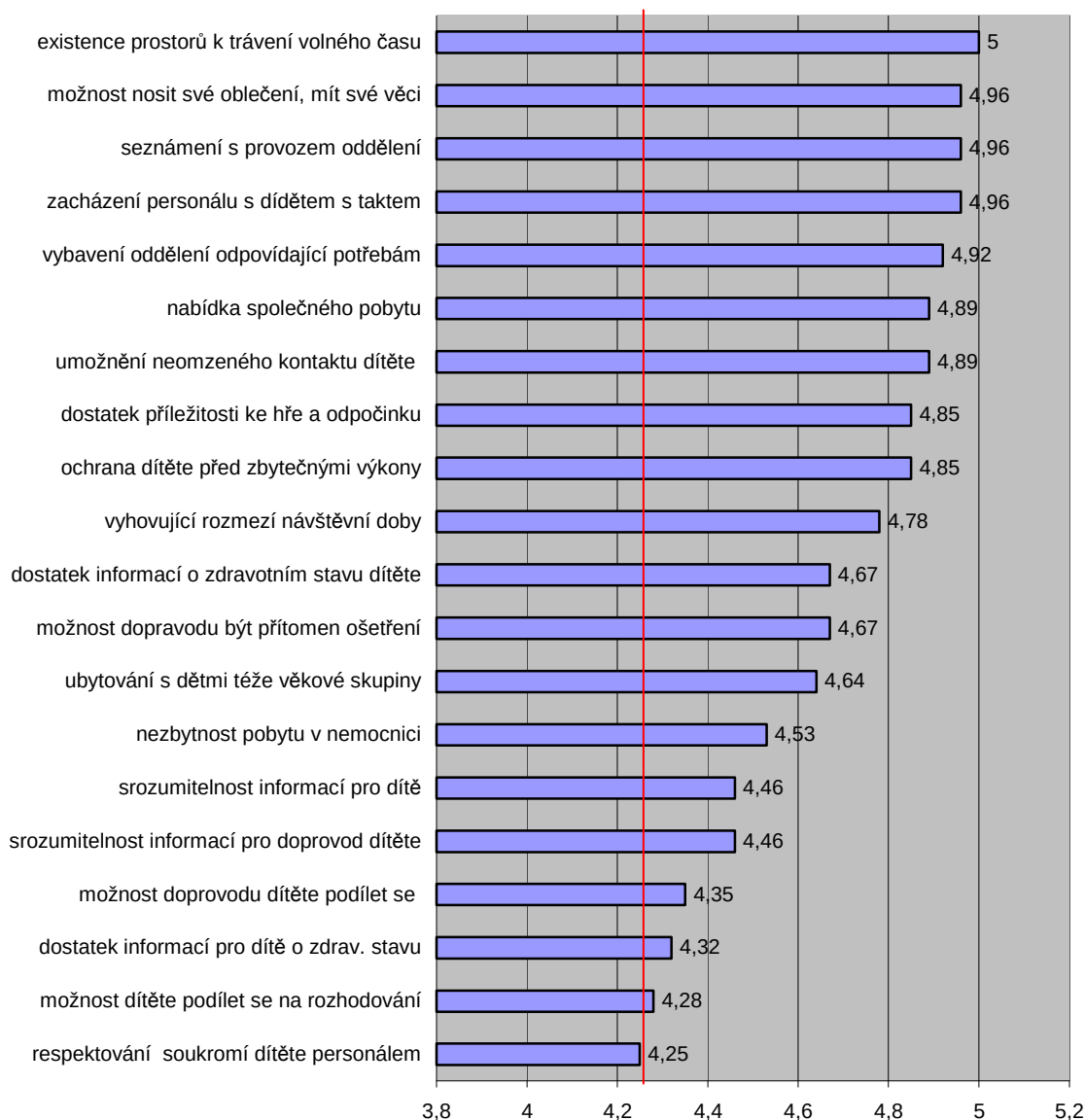


Z celkového počtu 28 (100 %) sester s Chartou při přijetí seznamuje 27 (96 %) sester, z nichž 25 (93 %) uvedlo, že s Chartou seznamují prostřednictvím letáku a 2 (7 %) sestry ústně. Možnost provozní řád a jinak nikdo neoznačil. Vedení písemného záznamu potvrdilo všech 27 (100 %) sester.

1 (4 %) sestra z celkového počtu 28 (100 %) sester uvedla, že s Chartou práv dětí neseznamuje.

Graf 7 Dodržování práv dětí v nemocnici z pohledu sester – celkové výsledky

(rozhodně ano 5, spíše ano 4, něco mezi 3, spíše ne 2, rozhodně ne 1)



Z výsledků vyplývá, že existenci prostorů k trávení volného času potvrdilo všech 28 sester (hodnota 5). Velkou důležitost má pro sestry umožnit dítěti nosit své oblečení během hospitalizace, mít své věci v nemocnici, seznámit dítě a jeho doprovod s provozem oddělení a taktně zacházet s dítětem, v těchto třech bodech Charty uvedlo 27 sester možnost rozhodně ano, 1 sestra uvedla možnost spíše ano (hodnota 4,96).

Většina sester si myslí, že oddělení má dostatečné vybavení odpovídající potřebám dětí, 26 sester odpovědělo rozhodně ano, 2 sestry spíše ano (hodnota 4,92), dle sester provozní řád umožňuje neomezený kontakt dítěte se svými blízkými a oddělení aktivně nabízí společný pobyt někoho z rodiny s dítětem, 25 sester zvolilo možnost rozhodně ano, 3 sestry spíše ano (hodnota 4,89).

Vysoké hodnoty dosáhla oblast práv dítěte, týkající se dostatečné příležitosti ke hře a odpočinku a ochrana dítěte před zbytečnými výkony, 24 sester uvedlo možnost rozhodně ano, 4 sestry spíše ano (hodnota 4,85).

Dostatečně vyhovující je pro sestry rozmezí návštěvní doby, 23 sester odpovědělo rozhodně ano, 4 sestry spíše ano, 1 sestra něco mezi (hodnota 4,78), dostatek informací o zdravotním stavu dítěte, 20 sester zvolilo možnost rozhodně ano, 7 sester spíše ano a jedna sestra něco mezi (hodnota 4,67) a umožnění doprovodu dítěte být přítomen při jeho ošetření, kde 19 sester uvedlo možnost rozhodně ano, 9 spíše ano (hodnota 4,67).

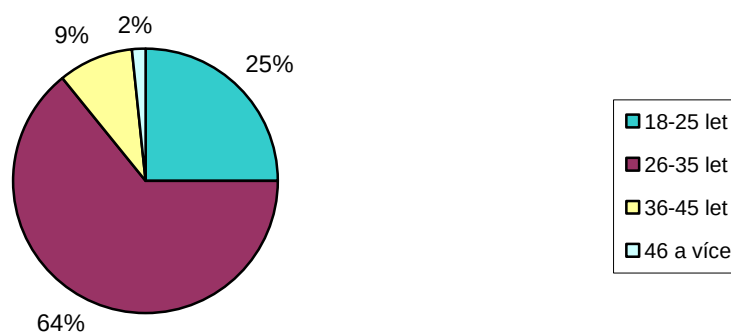
Sestry potvrdily, že děti jsou ubytovány na pokojích dle věkových skupin, 18 sester odpovědělo rozhodně ano, 10 spíše ano (hodnota 4,64) a děti jsou hospitalizovány pouze v nezbytných případech, 20 sester uvedlo rozhodně ano, 3 spíše ano a 1 něco mezi, je pro sestry také důležité (hodnota 4,53).

Na otázku zda jsou dětem podávány srozumitelné informace, 16 sester odpovědělo rozhodně ano, 9 sester spíše ano, 3 sestry něco mezi (hodnota 4,46), na otázku zda zdravotníci podávají informace dítěti, 17 sester označilo možnost rozhodně ano, 7 sester spíše ano, 4 sestry něco mezi (hodnota 4,32) i oblast poskytování informací doprovodu dítěte dopadla lépe, 20 sester zvolilo možnost rozhodně ano, 7 sester spíše ano, 1 sestra něco mezi (hodnota 4,67) a jejich srozumitelnost, 14 odpovědělo rozhodně ano, 13 sester spíše ano, 1 sestra něco mezi (hodnota 4,46), dále možnost dítěte podílet se na rozhodování, 11 sester uvedlo rozhodně ano, 14 sester spíše ano, 3 sestry něco mezi (hodnota 4,28) a jeho doprovodu podílet se na rozhodování ohledně zdravotní péče, 13 sester označilo možnost rozhodně ano, 12 sester spíše ano, 3 sestry rozhodně ano. Nejhůře dopadla oblast práv dítěte týkající se respektování soukromí dětí personálem, 9 sester odpovědělo spíše ano, 6 sester něco mezi (hodnota 4,25).

Červená čára v grafu znázorňuje nejnižší možnou hranici ($\geq 4,25$) pro dodržení jednotlivých práv hospitalizovaných dětí. Všechny hodnoty tuto hranici přesáhly.

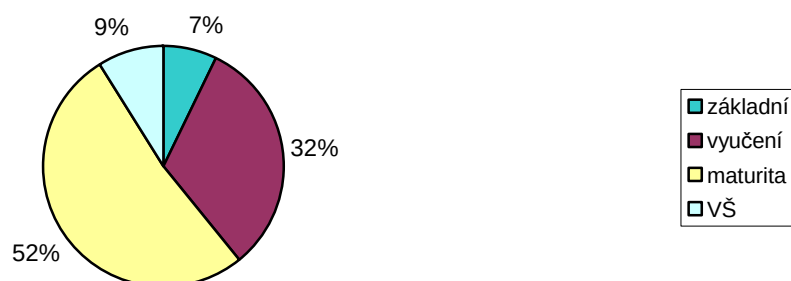
4.2 Výsledky výzkumu dotazníku pro doprovázející osoby

Graf 8 Věkové kategorie doprovodů dětí



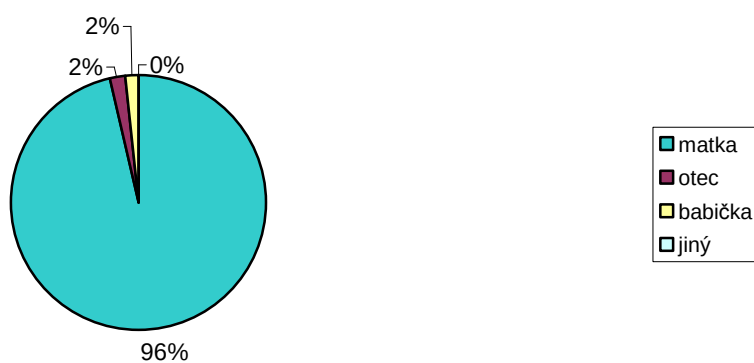
Z celkového počtu 56 (100 %) doprovodů 14 (25 %) osob ve věku 18-25 let, ve věku 26-35 let bylo dotázáno 36 (64 %) osob, v rozmezí 36-45 let bylo 5 (9 %) osob a 1(2 %) osoba byla ve věkovém rozmezí 46 a více let.

Graf 9 Nejvyšší dosažené vzdělání doprovodů dětí



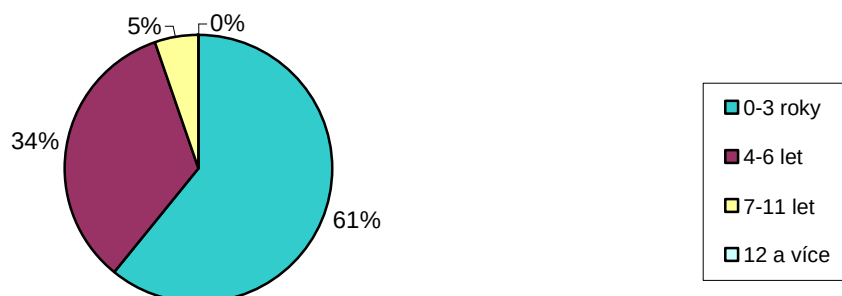
Z celkového počtu 56 (100 %) doprovázejících osob měly 4 (7 %) osoby základní vzdělání, 18 (32 %) osob bylo vyučeno, střední vzdělání mělo 29 (52 %) osob a vysokoškolského vzdělání dosáhlo 5 (9 %) dotázaných.

Graf 10 Vztah doprovodu k dítěti



Z celkového počtu 56 (100 %) doprovázejících osob bylo 54 (96 %) matek, 1 (2 %) otec a 1 (2 %) babička. Jiný vztah neoznačil nikdo.

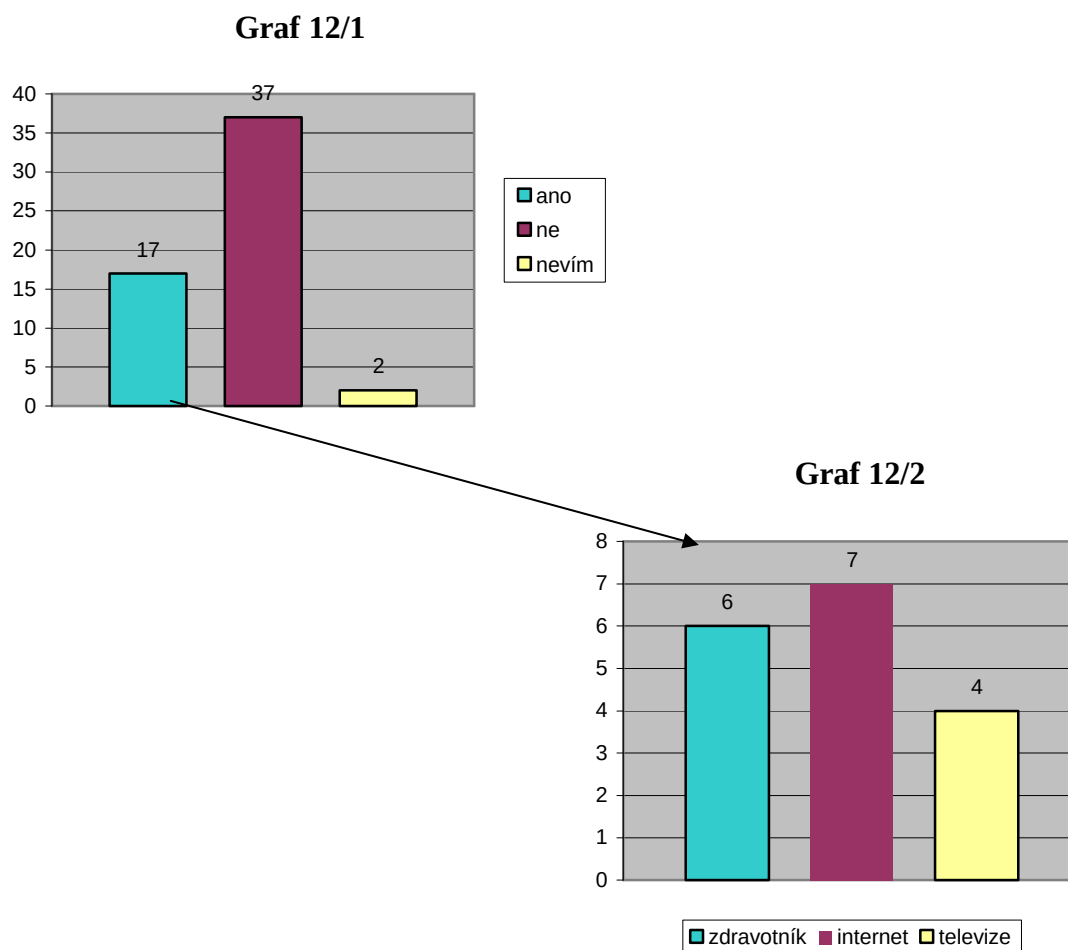
Graf 11 Věk hospitalizovaného dítěte



Z celkového počtu 56 (100 %) dětí bylo ve věkovém rozmezí 0-3 roky 34 (61 %) dětí, ve věku 4-6 let 19 (34 %) dětí a 3 (5 %) děti byly ve věkovém rozmezí 7-11 let. Ve věku 12 a více nebylo žádné dítě (0 %).

Graf 12/1 Informace O Chartě práv dětí v nemocnici před přijetím

Graf 12/2 Způsob seznámení



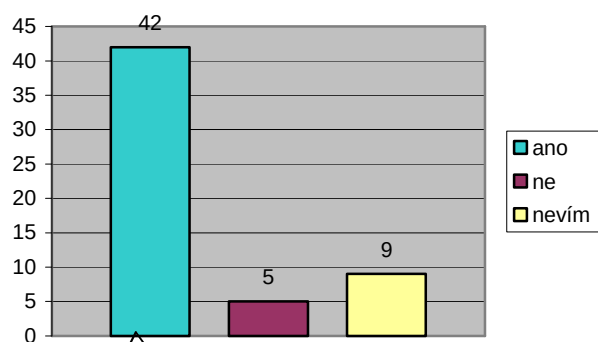
Z celkového počtu 56 (100 %) doprovázejících osob o Chartě práv dětí v nemocnici před přijetím slyšelo 17 (30 %) osob, z nichž 6 (35 %) osob se ní seznámilo prostřednictvím zdravotníka, 7 (41 %) osob o ní získalo informace z internetu a 4 (24 %) osoby z televize. 37 (66 %) osob o ní nikdy neslyšelo a 2 (4 %) osoby označily odpověď nevím.

Graf 13/1 Seznámení s Chartou při přijetí

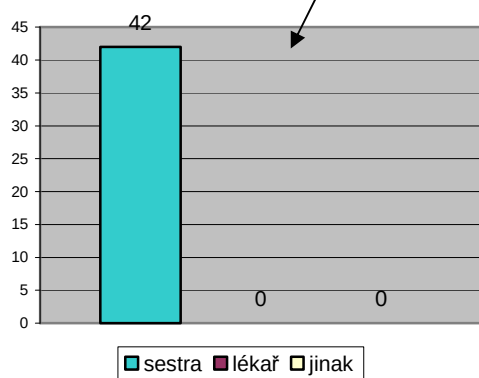
Graf 13/2 Osoba seznamující s Chartou

Graf 13/3 Způsob seznámení s Chartou

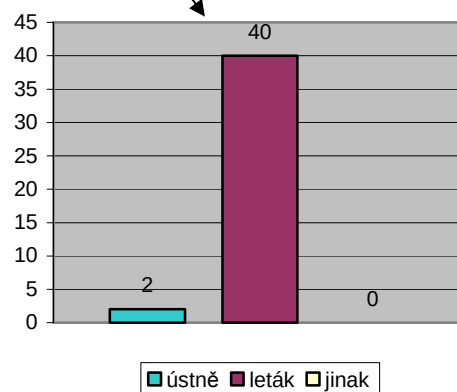
Graf 13/1



Graf 13/2



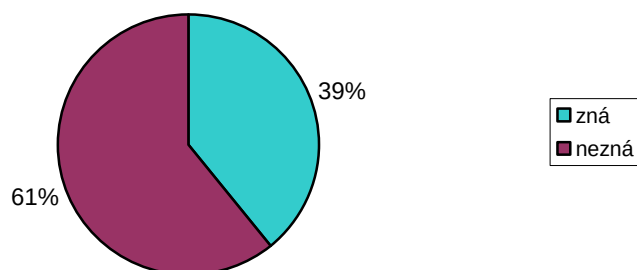
Graf 13/3



Z celkového počtu 56 (100 %) doprovázejících osob uvedlo 42 (75 %) osob, že bylo seznámeno při přijetí s Chartou práv dětí, všech 42 (100 %) osob uvedlo seznámení sestrou, z toho 40 (95 %) osob bylo seznámeno prostřednictvím letáku, 2 (5 %) osoby ústně. Ostatní možnosti lékařem nebo jinak neuvedl nikdo.

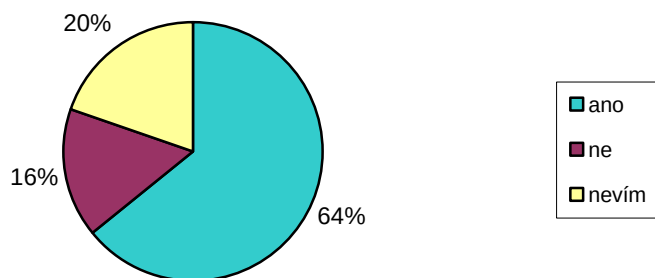
5 (9 %) osob uvedlo, že nebylo seznámeno s tímto dokumentem a 9 (16 %) označilo odpověď nevím.

Graf 14 Znalost konkrétních práv hospitalizovaných dětí



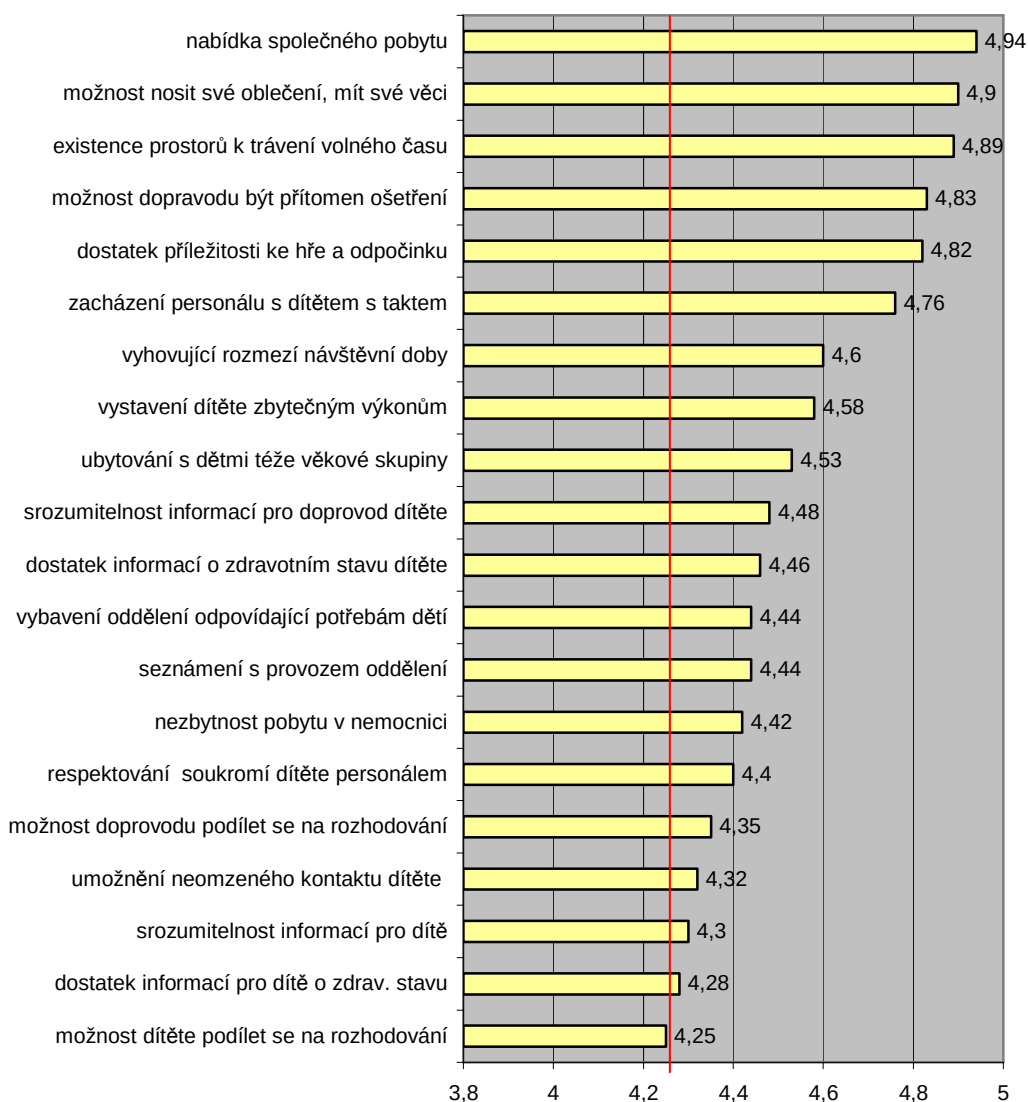
Z celkového počtu 56 (100 %) doprovázejících osob dokázalo vyjmenovat alespoň jedno konkrétní právo hospitalizovaného dítěte 22 (39 %) osob, 34 (61 %) osob odpovědělo, že žádné nezná.

Graf 15 Zřetelné vyvěšení Charty na oddělení



Vyvěšené Charty práv hospitalizovaných dětí na oddělení si všimlo z celkového počtu 56 (100 %) doprovázejících osob 34 (64 %) osob, 9 (16%) osob si nevšimlo a 13 (20 %) odpovědělo nevím.

Graf 16 Dodržování práv dětí v nemocnici z pohledu doprovodu dětí – celkové výsledky
(rozhodně ano 5, spíše ano 4, něco mezi 3, spíše ne 2, rozhodně ne 1)



Nejvíce spokojené byly doprovázející osoby s nabídkou společného pobytu v nemocnici a s možností nosit své oblečení, mít své věci, z celkového počtu 56 doprovázejících osob 53 osob zvolilo možnost rozhodně ano, 3 osoby spíše ano (hodnota 4,94).

Vysokých hodnot dosáhlo hodnocení existence prostorů k trávení volného času, 53 respondentů uvedlo možnost rozhodně ano, 1 osoba spíše ano, 1 něco mezi a jedna

spíše ne (hodnota 4,49) a možnost doprovodu být přítomen ošetření dítěte, kde 49 osob odpovědělo rozhodně ano, 5 spíše ano, 2 osoby něco mezi (hodnota 4,83).

Dotázaní byli dle výsledků spokojení s dostatkem příležitosti k odpočinku a ke hře, 48 dotázaných uvedlo odpověď rozhodně ano, 6 dotázaných spíše ano, 2 něco mezi (hodnota 4,82) a s taktním zacházením personálu s jejich dítětem, 44 respondentů označilo možnost rozhodně ano, 11 spíše ano, 1 osoba něco mezi (hodnota 4,76).

Návštěvní doba rozhodně vyhovovala 39 osobám, spíše vyhovovala 13 osobám, něco mezi 3 osobám a jedné osobě spíše nevyhovovala (hodnota 4,60).

37 respondentů se domnívá, že děti rozhodně nejsou vystavováni zbytečným výkonům, 17 respondentů že spíše nejsou a 2 respondenti uvedli, že spíše jsou (hodnota 4,58). S ubytováním dětí téže věkové skupiny bylo rozhodně spokojeno 35 osob, 6 spíše spokojeno a 5 osob něco mezi (hodnota 4,53).

Pro 30 doprovázejících osob dítěte jsou informace rozhodně srozumitelné, pro 23 spíše srozumitelné a pro 3 něco mezi (hodnota 4,48).

Na otázku týkající se dostatku informací odpovědělo rozhodně ano 33 osob, 18 osob spíše ano, 3 osoby něco mezi a 2 osoby spíše ne (hodnota 4,46).

40 respondentů se domnívá, že oddělení má rozhodně vybavení odpovídající vývojovým potřebám dětí, 11 osob zvolilo možnost spíše má a 5 osob něco mezi (hodnota 4,44).

Rozhodně seznámeno s provozem oddělení bylo 38 osob, 10 osob spíše seznámeno, 4 osoby něco mezi, 3 osoby spíše ne a 1 osoba rozhodně ne (hodnota 4,44).

Za rozhodně nezbytný pobyt v nemocnici považuje 29 respondentů, 22 respondentů za spíše nezbytný a 5 něco mezi (hodnota 4,42).

Na otázku, zda personál respektuje soukromí dětí, odpovědělo rozhodně ano 31 osob, spíše ano 19 osob a 6 osob něco mezi (hodnota 4,4).

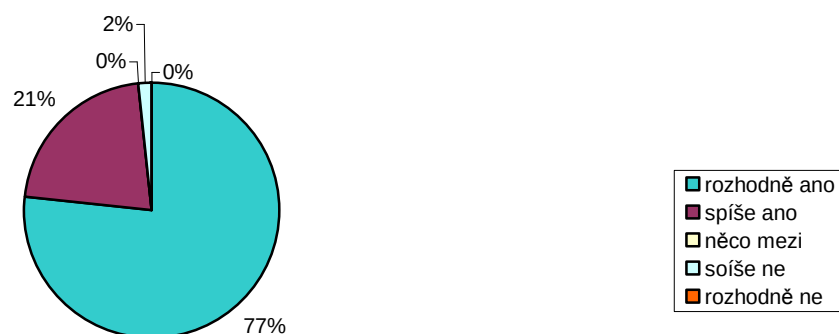
Možnost doprovodu podílet se na rozhodování ohledně zdravotní péče rozhodně mělo 23 respondentů, spíše mělo 25 respondentů a něco mezi 8 respondentů (hodnota 4,35). Neomezený kontakt s dětmi byl rozhodně umožněn 32 osobám, 15 osobám spíše umožněn, 6 osob uvedlo možnost něco mezi, 1 osoba spíše ne a 2 osoby rozhodně ne (hodnota 4,32).

26 osob se domnívá, že jsou informace pro děti rozhodně srozumitelné, 21 osob označilo odpověď spíše ano a 9 osob něco mezi (hodnota 4,30).

Nejnižších hodnot dosáhlo dle doprovodů dostatečné informování dítěte o jeho zdravotním stavu, 26 dotazovaných zvolilo možnost rozhodně ano, 20 spíše ano, 10 něco mezi (hodnota 4,28) a možnost dítěte se podílet na rozhodování ohledně jejich zdravotní péče, kde 22 osob uvedlo možnost rozhodně ano, 26 osob spíše ano a 8 osob něco mezi (hodnota 4,25).

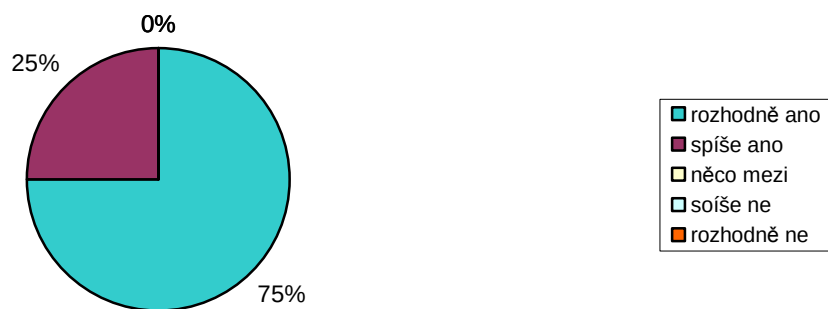
Červená čára v grafu znázorňuje nejnižší možnou hranici ($\geq 4,25$) pro dodržení jednotlivých práv hospitalizovaných dětí. Z pohledu doprovázejících osob jsou všechny body Charty hospitalizovaných dětí v nemocnici dodržovány, přesahují hodnotu 4,25.

Graf 17 Spokojenost s přístupem personálu



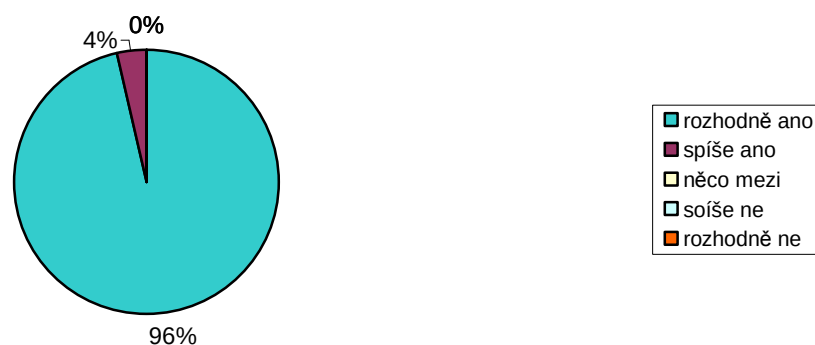
S přístupem personálu bylo z celkového počtu 56 (100 %) doprovázejících osob rozhodně spokojeno 43 (77 %) osob, spíše spokojeno 12 (21 %) osob, 1 (2 %) osoba byla spíše nespokojena, možnosti něco mezi a rozhodně ne nikdo neuvedl.

Graf 18 Znalosti personálu o potřebách dětí



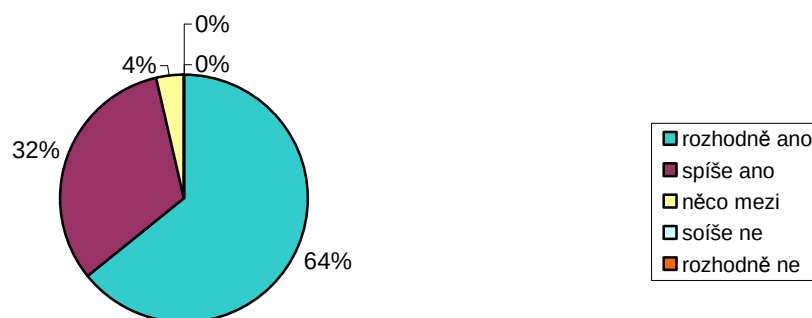
Z celkového počtu 56 (100 %) doprovázejících osob si myslí 42 (75 %) osob rozhodně ano, že personál má znalosti o potřebách dětí, 14 (25 %) osob se domnívá, že spíše ano. Ostatní možnosti nebyly uvedeny.

Graf 19 Možnost doprovodu mít své věci



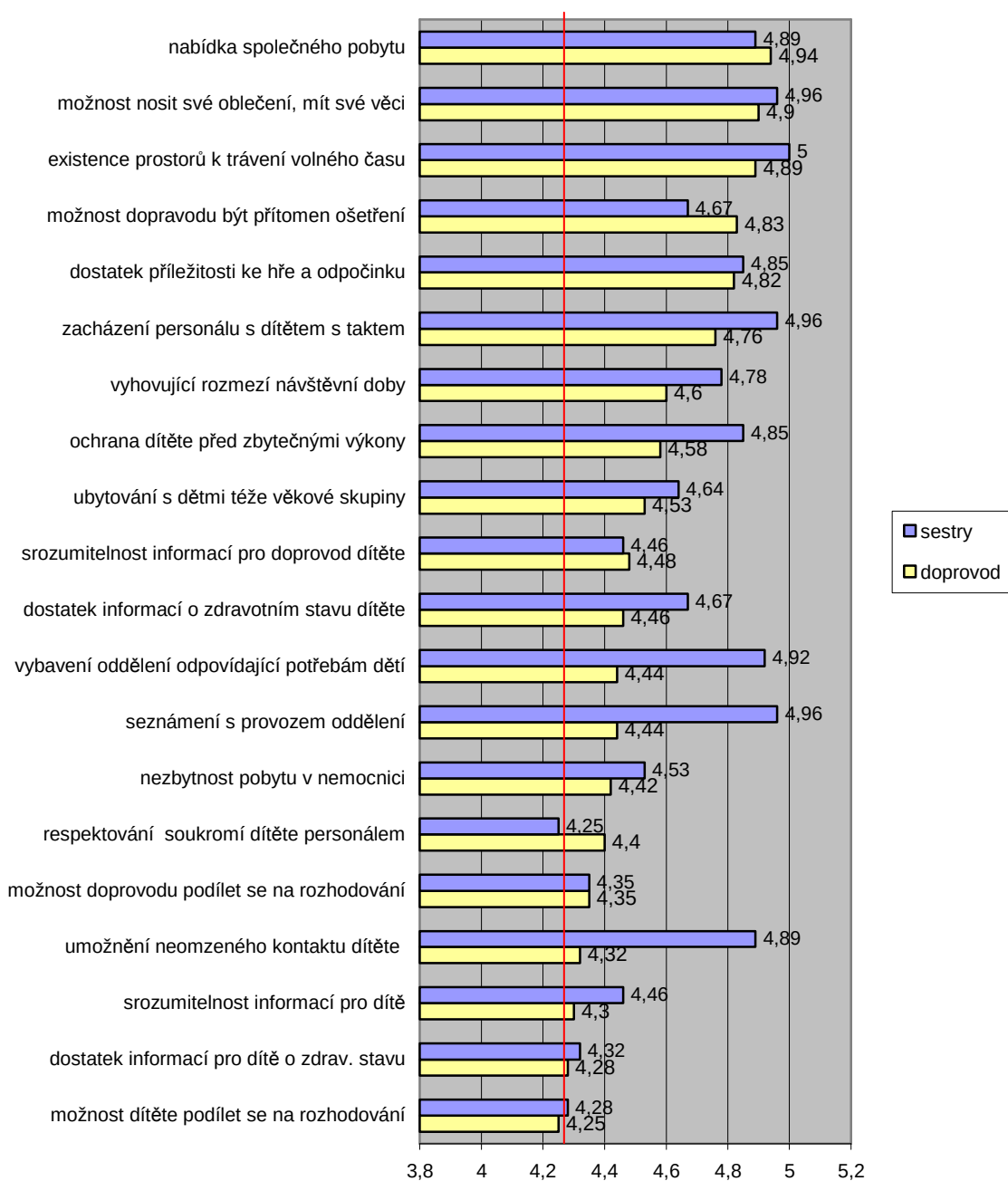
Možnost doprovodu mít své osobní věci z celkového počtu 56 (100 %) osob uvedlo 54 (96 %) osob rozhodně ano, 2 (4 %) osoby spíše ano. Ostatní možnosti nebyly využity.

Graf 20 Doporučení oddělení svým známým



Dětské oddělení by z celkového počtu 56 (100 %) doprovázejících osob rozhodně ano doporučilo svým známým 36 (64 %) osob, spíše ano 18 (32 %) osob, 2 (4 %) osoby uvedly něco mezi. Ostatní možnosti nebyly uvedeny.

Graf 21 Dodržování práv dětí v nemocnici z pohledu sester a doprovodu –
Celkové výsledky (rozhodně ano 5, spíše ano 4, něco mezi 3, spíše ne 2, rozhodně ne 1)



Největší spokojenost dle výsledků byla v nabídce společného pobytu dítěte a doprovázející osoby během hospitalizace (4,89 -4,94), tento bod Charty jako jediný hodnotily doprovázející osoby lépe než sestry (4,89 -4,94). Vysokých hodnot dosáhla oblast práv dětí, která se týká možnosti nosit své oblečení, mít své věci (4,96-4,9) a existenci prostorů pro trávení volného času, kde shodně sestry i doprovázející osoby dosáhly nejvyšších hodnot (hodnoty 5-4,89).

Velmi uspokojivých výsledků dosáhla možnost doprovodu být přítomen ošetření dítěte (4,67 -4,83), dostatek příležitosti ke hře a odpočinku (4,85 -4,82), zacházení personálu s dítětem s taktem a pochopením (4,96 -4,76) a vyhovující rozmezí návštěvní doby (4,78 -4,6). I tady se hodnoty významně nelišily .

Nejvíce patrné byly rozdíly v názorech na ochranu dítěte před zbytečnými výkony (4,85- 4,58), dostatek informací o zdravotním stavu dítěte (4,67 -4,46), vybavení oddělení odpovídající potřebám dětí(4,92 -4,44), seznamování s provozem oddělení (4,96 -4,44) a umožňování neomezeného kontaktu dětí s rodiči a sourozenci (4,89 -4,32), kde rozdíl činil více než dvě desetinná místa.

Shodných výsledků bylo dosaženo i u nejnižše ohodnocených otázek, kam patřilo respektování soukromí personálem (4,25 -4,4), možnost doprovodu podílet se na rozhodování ohledně zdravotní péče o jejich dítě (4,35,4,35) dostatek a srozumitelnost informací pro dítě o jejich zdravotním stavu s ohledem na věk (4,32 -4,28) a možnost dítěte se podílet na rozhodování ohledně zdravotní péče (4,28 -4,25). Červená čára v grafu znázorňuje nejnižší možnou hranici ($\geq 4,25$) pro dodržení jednotlivých práv hospitalizovaných dětí. Z pohledu sester i doprovázejících osob jsou všechny body Charty hospitalizovaných dětí v nemocnici dodržovány, protože přesahují hodnotu 4,25.

5. DISKUSE

V diskusi hodnotíme výsledky získané z dotazníků pro sestry pracující na dětském oddělení nemocnice Pelhřimov (příloha 14) a pro doprovázející osoby dětí hospitalizovaných na tomto oddělení v březnu a únoru 2008 (příloha 13). Zjišťujeme, zda jsou doprovázející osoby seznámeny s Chartou práv dětí v nemocnici a zda je tento dokument na oddělení zřetelně vyvěšen. Hlavní část výzkumného šetření zaměřujeme na zjištění, zda jsou tato práva dětských pacientů na tomto oddělení dodržována, jak z pohledu sester tak z pohledu doprovázejících osob.

Výzkumného šetření se zúčastnilo 28 sester. Z výsledků vyplývá, že na oddělení pracuje většina sester starších 35 let (graf 1), s délkou praxe delší než 11 let (graf 2), téměř polovina z nich se nachází ve věkové kategorii 41-50 let. 15 sester (54 %) má pomaturitní specializační studium v oboru ošetrovatelská péče o děti a dorost (graf 3) a specializovanou způsobilost k povolání dětské sestry získalo 24 sester (86 %) (graf 4). Z výsledků lze usoudit, že právo dítěte být ošetřováno náležitě školeným personálem, který si je vědom fyzických a emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny je z pohledu sester naplňováno.

Věk, nejvyšší dosažené vzdělání doprovázející osoby, vztah k hospitalizovanému dítěti a jeho věk mapují čtyři grafy. Většina rodičů se nachází ve věkovém rozmezí 26-35 let (graf 8), nejčastější nejvyšší dosažené vzdělání osob doprovázející sítě je středoškolské, na druhém místě se umístilo vyučení (graf 9). Z celkového počtu 56 dotázaných byl jeden otec a tedy jeden muž a 1 babička. Ostatní byly matky hospitalizovaných dětí (graf 10). Domníváme se, že možnosti být se svým dítětem nevyužívají pouze matky, je dobrý výsledek. To dokazuje, důležitost blízké osoby v cizím neznámém prostředí i pro laickou veřejnost. Může nás mást nízký počet osob s jiným vztahem než mateřským, ale musíme brát v úvahu poměrně krátké období výzkumného šetření. Totéž platí i pro věk dítěte hospitalizovaného s doprovodem. Většina se nachází ve věkovém rozmezí 0-3 roky, kde je přítomnost matky dnes skoro samozřejmostí, jsou zde ale 3 děti ve věku 7-11 let (graf 11). Určitou roli tu také hraje časové období výzkumného šetření, ale nezanedbatelná je i stránka ekonomická,

přestože doplněná Charta práv dětí v nemocnici z roku 2004 říká, že rodiče by neměli být doprovodem dítěte během hospitalizace vystaveni dodatečným výdajům a trpět ztrátou výdělku (příloha 2).

V rámci výzkumného šetření nás zajímalo, zda doprovázející osoby o Chartě práv dětí v nemocnici slyšely před přijetím do nemocnice a pokud ano, jakým způsobem s ní byly seznámeny. O tomto dokumentu před přijetím do nemocnice překvapivě slyšelo pouze 17 dotázaných osob (30 %) (graf 12/1), z nichž 6 osob (35 %) bylo seznámeno zdravotníkem, 7 osob (41 %) prostřednictvím internetu a 4 osoby (24 %) prostřednictvím televize (graf 12/2). Nízký počet seznámených osob v dnešní době by mohl naznačovat nízkou propagaci práv dětí ve veřejných sdělovacích prostředcích. Za jeden ze stěžejních bodů našeho průzkumu bylo zmapování způsobu, jakým sestry seznamují při přijetí doprovázející osoby s Chartou práv, jakou formou a zda je o tom veden písemný záznam v dokumentaci. Pouze 1 sestra uvedla, že s Chartou práv dětí neseznamuje (graf 6/1). Ostatní k tomu využívají prostřednictvím letáku, 2 sestry seznamují ústní formou (graf 6/2). Všech 27 (96 %) sester o tom vede písemný záznam v dokumentaci (graf 6/3). Z celkového počtu 56 osob (100 %) bylo seznámeno 42 osob (75 %) sestrou (graf 13/2), z nichž 40 (95 %) osob prostřednictvím letáku a 2 osoby (5 %) ústně (graf 13/3), 9 osob (16 %) si nebylo jistých, 5 osob (9 %) nebylo seznámeno (graf 13/1). Na základě těchto výsledků se nám hypotézy **H1: Doprovázející osoby hospitalizovaných dětí jsou při přijetí do nemocnice seznámeny s Chartou práv dětských pacientů v nemocnici a H2: O seznámení doprovázejících osob s Chartou práv dětských pacientů v nemocnici je učiněn záznam v ošetrovatelské dokumentaci, potvrdily.**

Protože se pelhřimovská nemocnice připravuje na akreditační šetření, je velmi potěšující, že splňuje 22. akreditačních standard Spojené akreditační komise české republiky (SAK ČR), který se týká dodržování práv pacientů a ve kterém se říká: „Každý pacient je při přijetí do nemocnice seznámen vhodnou formou se svými právy. O tomto seznámení se učiní zápis do pacientovy dokumentace (Marx, str.36)“.

23. akreditační standard SAK ČR praví „Nemocnice zajistí zřetelné vyvěšení Kodexu práv pacientů, příp. Charty práv dětí v nemocnici na jednotlivých odděleních

(Marx, str. 37)“. Zajímalo nás zjistit, zda je Charta práv dětí v nemocnici zřetelně vyvěšena na dětském oddělení. 27 (96 %) sester zvolilo odpověď ano, pouze 1 sestra (4 %) odpověď nevím (graf 5). 34 doprovázejících osob (64 %) z 56 osob (100 %) si tohoto dokumentu všimlo, 13 (20 %) si nebylo jisto a 9 (16 %) si ho nevšimlo (graf 15). Z uvedených dat vyplývá, že Charta práv dětí je na oddělení zřetelně vyvěšena. Z výše uvedených výsledků lze tedy říci, že třetí hypotéza **H3: Na dětském oddělení pelhřimovské nemocnice je zřetelně vyvěšena Charta práv hospitalizovaných dětí se potvrdila.**

Zároveň odpověď 13 doprovázejících osob (20%), že si nejsou jisti, kde je Charta na oddělení vyvěšena a 9 osob (16%) si Chartu na oddělení dokonce nevšimlo (graf 15), vypovídá, že blízké osoby dětských pacientů si v cizím prostředí a ve stresové situaci, kdy se bojí o své dítě, nemusí vždy její existenci uvědomit. A je na sestrách, jakým způsobem a kolikrát je na tento dokument upozorní.

Na otázku, zda by dokázaly doprovázející osoby vyjmenovat alespoň jedno konkrétní právo dítěte v nemocnici, odpovědělo pouze 22 osob (39 %) kladně (graf 14). Naprostá většina uvedla právo dítěte mít v nemocnici blízkou osobu, někteří odpověděly pouze ano.

Velmi důležitým cílem našeho výzkumného šetření bylo zjistit, zda jsou práva uvedena v Chartě práv hospitalizovaných pacientů v nemocnici dodržována a to jak z pohledu sester, tak z pohledu doprovázejících osob. Proto jsme si stanovili tyto hypotézy: H4: Dle doprovázejících osob je Charta práv hospitalizovaných dětí dodržována ve všech bodech a H5: Dle sester je Charta práv hospitalizovaných dětí dodržována ve všech bodech. Sestry a doprovázející osoby zaznamenávaly dodržování jednotlivých práv hospitalizovaných dětí na pětibodové hodnotící škále, kde hodnota 5 znamenala rozhodně ano (daná oblast práv hospitalizovaných dětí je zcela dodržována), 4 spíše ano, 3 něco mezi, 2 spíše ne a hodnota 1 rozhodně ne (daná oblast práv hospitalizovaných dětí není nemocnicí zajištěna) viz příloha

Mezní hranici, kdy práva hospitalizovaných dětí jsou nemocnicí dodržována, jsme stanovili na hladině $\geq 4,25$ (z maxima 5). Znamená to, že v každém bodě Charty

hospitalizovaných pacientů muselo v **průměru 85% respondentů** odpovědět, že jednotlivá práva dítěte jsou v nemocnici dodržována.

V otázce, zda si respondenti myslí, že do nemocnice jsou přijímány pouze děti, jímž péče, kterou vyžadují, nemůže být poskytována v domácím nebo ambulantním ošetřování, se dotazovaní sice téměř shodli, sestry dosáhly hodnoty 4,53 a doprovázející osoby 4,42 (grafy 7, 16, 21), ale předpokládáme, že k tomuto výsledku dospěly obě strany jiným způsobem. Za důvod, proč ve všech případech neodpověděly rozhodně ano, by sestry označily tzv. sociální hospitalizace a matky, které nezvládají základní péči o své dítě. Pro doprovázející osoby by tato příčina zřejmě tkvěla v přístupu zdravotníků a v obavách o své dítě. Dosažené hodnoty přesahují mezní hranici 4,25, což dokazuje, že je toto právo respektováno.

Další oblast práva se týkala, seznámení dětí doprovázejících osob s provozem oddělení. Z výsledků vyplývá, že se značně liší pohled obou stran, sestry dosáhly hodnoty 4,96 a doprovázející osoby 4,44 (grafy 7, 16, 21). Promítá se zde dle našeho názoru, co si pod pojmem seznámení s provozem představují sestry a co doprovázející osoby. Nezanedbatelný vliv má zřejmě i stres, který prožívají doprovázející osoby při přijímání jejich dítěte do nemocnice bez ohledu na závažnost onemocnění, a při němž často nestačí vstřebat všechny nové informace. Pro vedení dětského oddělení by bylo k zamyšlení, jak zlepšit způsob seznamování s provozem s využitím různých prostředků. Přesto dosažené hodnoty přesahují mezní hranici 4,25, což dokazuje, že je tato oblast práva dětských pacientů v nemocnici dodržována.

V otázce, kde se ptáme doprovodných osob dítěte, zda jim byl nabízen společný pobyt v nemocnici bylo v obou případech dosaženo vysokých hodnot, sestry 4,89 a doprovázející osoby dokonce 4,94 (grafy 7, 16, 21), na což zřejmě mělo vliv nabízení hospitalizace i jiným zdravotnickým pracovníkem. Z tohoto výsledku lze usoudit, že naplňování tohoto práva je v současné době téměř samozřejmostí a je nejvíce v povědomí laické veřejnosti, jak také bylo zjištěno v předchozím šetření.

S rozmezím návštěvní doby, kterého se týkala další otázka, je zcela spokojena většina dotázaných, sestry dosáhly hodnoty 4,78 a doprovody dětí 4,60 (grafy 7,16,

21). Velkou měrou k tomu určitě přispělo prodloužení návštěv do pozdních odpoledních hodin a to, že jsou každý den. Jistě by se našel prostor k jejich rozšíření, ale mohl by být vážně narušen chod oddělení a snaha, aby dítě absolvovalo všechna vyšetření a ošetření v co nejkratší dobu a tím se zkrátila doba jeho hospitalizace. I zde hodnoty přesáhly hranici 4,25 a tedy i tato oblast práva je dodržována.

V otázce, která se dotazuje, zda provozní řád dětského oddělení umožňuje neomezený kontakt s rodiči a sourozenci dítěte, se názory opět lišily, což dokazují dosažené hodnoty sester 4,89 a doprovodů 4,32 (grafy 7, 16, 21). Co pro sestry znamená pojem neomezený, je pro rodiče někdy nedostačující. Nesmíme zapomínat, že rodiče se mohou podílet na zlepšení psychiky dítěte, které bez ohledu na věk hospitalizací trpí. A kdy jindy by mělo dítě mít nablízku někoho blízkého, než v okamžiku, kdy se necítí dobře? Přestože se hodnoty liší, dokazují, že toto právo je dodržováno.

Většina dotázaných na otázku, zda jsou dostatečně informováni o zdravotním stavu dítěte, odpověděla, že je zcela nebo spíše spokojena s podávanými informacemi, sestry dosáhly hodnoty 4,67, doprovod 4,46 (grafy 7, 16, 21). Otázky nebyly specifikovány na informace od sestry a od lékaře, což by mohl také být částečný důvod rozdílných hodnot. Výsledky také ukazují, jak důležitá je komunikace mezi zdravotníkem a pacientem nebo jeho doprovodem. Můžeme je označit za velmi uspokojivé, protože dokazují, že i v této často problematické oblasti je právo dodržováno.

Zároveň odpověď na dotaz zjišťující, zda podané informace o zdravotním stavu dítěte jsou pro doprovázející osoby dostatečně srozumitelné, můžeme označit za potěšující, přestože hodnoty nepatří mezi nejvyšší, protože ukázala větší spokojenost doprovázejících osob s informacemi (4,48) než se sestry domnívaly (4,46) (grafy 7, 16, 21).

Otázky, které také částečně souvisí s předcházejícími, se dotazují, zda i děti jsou dostatečně informovány o svém zdravotním stavu s ohledem na věk a zda jsou jim podané informace srozumitelné (grafy 7, 16, 21). V Úmluvě o právech dítěte není již dítě chápáno pouze jako předmět ochrany, jsou zde formulována i aktivní práva vyjadřující jeho možnost aktivně se samo o sobě rozhodnout. Nižší hodnoty oproti

ostatním výsledkům jak u sester (4,32, 4,46), tak u doprovodů dětí (4,28, 4,30) napovídají o tom, že v této oblasti i přes značné pokroky v myšlení je stále co zlepšovat. Na výsledcích ovšem mohly mít podíl i odpovědi některých doprovázejících osob, které napsaly, že mají příliš malé dítě (věková kategorie 0-3 roky) a zvolily možnost spíše ne nebo rozhodně ne. Avšak hranice stanovená pro dodržení práva byla i zde dosažena.

V oblasti práva rodičů a dětí podílet se na rozhodování o zdravotní péči dosáhly obě skupiny naprosto stejných hodnot (4,35) (grafy 7, 16, 21). Jedna maminka napsala, že otázka je špatně položena, protože o péči rozhoduje lékař. Naštěstí výsledky ukazují, že podobné názory jsou v dnešní době spíše ojedinělé. Je ale otázka, zda pro někoho není vyhovující, když všechnu zodpovědnost za zdraví své i svého dítěte přehodí na zdravotnický personál. Na druhou stranu spousta rodičů má svůj názor na léčbu, ale lékaři se o něm nezmíní. Ať ze strachu, že se lékař urazí, či z nedostatku času na komunikaci. Hodnoty potvrdily, že i toto právo je dodržováno.

Další dotaz se týkal možnosti doprovodu dítěte být přítomen při jeho ošetření, vyšetření. Jak píše Matějček ve své knize: „Je-li matka nablízku, to platí i pro jinou blízkou osobu, má v ní dítě v jakémkoli věku nejvydatnější zdroj jistoty a bezpečí (Matějček 2001, s.108)“. Výsledky ukázaly (4,67, 4,83), že v současné době už je pro zdravotnický personál téměř samozřejmé toto rodičům umožnit (grafy 7, 16, 21).

Dle získaných výsledků v oblasti práva, která se zabývá ochranou dítěte před zbytečnými výkony, si většina sester myslí, že děti nejsou vystavovány zbytečným zákrokům (4,85). Stejný názor měla i převážná většina doprovázejících osob (4,58), někteří s dovětkem pokud to mohou posoudit nebo předpokládají, že ano (graf y 7, 16, 21).

Na taktním a chápavém přístupu k dětem, kterého se týkaly další otázky, se shodly obě dotázané skupiny v naprosté většině (4,96, 4,76) (graf y 7, 16, 21).

Na dotaz týkající se respektování soukromí dítěte personálem, doprovodné osoby odpověděly, že jsou ve velké míře spokojeni (hodnota 4,4). U sester toto právo dosáhlo nejnižší hodnoty (hodnota 4,25) (grafy 7, 16, 21). Domníváme se, že vzaly v úvahu prostorové možnosti oddělení. Soukromí se týká i podávání informací, občas se

zapomíná na to, kde a před kým jsou podávány. Přesto dosažené hodnoty dokazují dodržování tohoto práva.

V odpovědích na otázky zabývajících se možností nosit své vlastní oblečení bylo dosaženo shodně vysokých hodnot (4,96, 4,9) (grafy 7, 16, 21). Obě skupiny dotázaných se tak zcela shodly, že toto právo je naplňováno bezezbytku. Už je dávno pryč doba, kdy se Po oddělení pohybovaly děti ve stejných, ústavních pyžamech, matky v bílých nočních košilích. Zde by ale stálo za zamyšlení, zda je vždy výhodou pro dítě nosit své oblečení. U starších dětí je to jistě opodstatněné, ale u menších dětí bych ponechala obě dvě možnosti.

Jedno z práv Charty se týká ubytování na pokoji s dětmi stejné věkové skupiny. Z výsledků lze usuzovat (4,64, 4,53), že většinou jsou na pokoji děti stejně staré (grafy 7, 16, 21). Musíme brát v úvahu, že na dodržování tohoto práva má jistě vliv aktuální skladba pacientů, charakter onemocnění a prostorové možnosti oddělení.

Dostatek příležitosti ke hře a odpočinku patří také mezi práva dětí v nemocnici. Výsledky potvrdily souhlasný názor obou dotazovaných skupin (4,85, 4,82) na to, že děti mají dostatek možností, jak trávit volný čas (grafy 7, 16, 21). S tím úzce souvisí i otázka týkající se existence prostorů určených k trávení volného času (grafy 7, 16, 21). Všechny sestry a naprostá většina doprovázejících osob (5, 4,89) potvrdila existenci těchto prostor. V dnešní době by spíše bylo zarážející, kdyby na oddělení chyběly.

Na dotaz, zda vybavení oddělení odpovídá vývojovým potřebám a bezpečnostním pravidlům péče o děti sestry převážně odpověděly, že rozhodně ano (hodnota 4,92). Doprovázející osoby většinou uvedly stejný názor (hodnota 4,44). Z výsledků je ale patrný určitý rozdíl (grafy 7, 16, 21). Pro vedení oddělení by bylo jistě zajímavé zjistit jeho příčinu.

Z výše uvedených výsledků vyplývá, že všechny body Charty práv hospitalizovaných pacientů nemocnice dodržuje a to jak z pohledu sester tak z pohledu doprovázejících osob (ve všech oblastech práv dosáhly průměrné hodnoty odpovědí kritické hodnoty 4,25) (grafy 7, 16, 21). Proto můžeme tvrdit, že se hypotézy **H4: Dle doprovázejících osob je Charta práv hospitalizovaných dětí dodržována ve všech bodech** a **H5:**

Dle sester je Charta práv hospitalizovaných dětí dodržována ve všech bodech, potvrdily.

Další oblast výzkumu se týkala spokojenosti doprovázejících osob s přístupem personálu k nim a jejich dítěti. Pouze 1 osoba označila možnost spíše ne, převážná část dotázaných (hodnota 4,73) byla spokojena s chováním sester a lékařů na oddělení. Několik z nich uvedlo, že mělo možnost srovnávat s odděleními v jiných nemocnicích. Napsali, že zde byli velmi spokojeni (graf 17).

Také nás zajímalo, jak hodnotí doprovod dítěte znalosti personálu o fyzických i emocionálních potřebách dětí všech věkových skupin. Z výsledku vyplývá, že názor doprovázejících osob je velmi kladný, 42 osob (75 %) označilo možnost rozhodně ano a 14 osob (25 %) spíše ano (graf 14). Tato otázka doplňovala šetření týkající se naplňování práva dětí být ošetřovány náležitě školeným personálem.

Na závěr našeho výzkumu jsme se zeptali, zda by toto oddělení doprovázející osoby dětí doporučily svým známým či příbuzným (graf 20). Je to jakési shrnutí vztahu dětí a jejich blízkých osob k tomuto oddělení. Nevztahuje se sice přímo ke konkrétním právům Charty práv dětí v nemocnici, ale informuje nás, zda současný způsob péče je pro rodiče vyhovující a zda snaha prosadit dodržování dokumentů chránících práva pacientů má svůj význam. Výsledek pro nás může být velmi potěšující. Pouze 2 osoby uvedly možnost něco mezi. Jako důvod jedna z nich uvedla nedostatečné oddělení infekční části od neinfekční. Většina dotázaných označila možnost rozhodně ano a spíše ano. Jedna maminka napsala „ je tu velmi hodný a příjemný personál. Jsem tu poprvé, ale pokud se mému dítěti něco stane, velice ráda se sem vrátím.“

6. ZÁVĚR

Bakalářská práce se věnovala dodržování základních práv hospitalizovaných dětí, která jsou vyjádřena v dokumentu nazvaném Charta práv dětí v nemocnici.

Každé dítě má plné právo na rozvoj všech tělesných a duševních schopností, celé své osobnosti a každé by mělo prožít své dětství radostně. K tomu mu však musíme vytvořit potřebné životní podmínky. Aby takové byly i v době, kdy se necítí zrovna nejlépe, vznikla Charta práv dětí v nemocnici. Kvalita naší zdravotní péče poskytovaná dětem je na vysoké odborné úrovni, ale neměli bychom zapomínat ani na okolnosti, které činí toto poskytování příjemnější a snesitelnější.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, v jakém rozsahu jsou doprovázející osoby seznámeny s Chartou práv dětských pacientů v nemocnici Pelhřimov a zda je na všech stanicích dětského oddělení pelhřimovské nemocnice zřetelně vyvěšena. Dále jsme si dali za cíl zjistit, zda jsou tato práva v nemocnici dodržována jak z pohledu sester, tak z pohledu doprovázejících osob. Pro splnění cílů jsme si stanovily pět hypotéz: H1: Doprovázející osoby hospitalizovaných dětí jsou při přijetí do nemocnice seznámeny s chartou práv dětských pacientů v nemocnici, H2: O seznámení doprovázejících osob s Chartou je učiněn záznam v ošetrovatelské dokumentaci, H3: Na všech stanicích dětského oddělení pelhřimovské nemocnice je zřetelně vyvěšena, H4: Dle doprovázejících osob je Charta práv dětí v nemocnici dodržována ve všech bodech, H5: Dle sester je Charta práv hospitalizovaných dětí dodržována ve všech bodech.

Na základě výsledků se hypotézy H1 - doprovázející osoby hospitalizovaných dětí jsou při přijetí do nemocnice seznámeny s Chartou práv dětských pacientů v nemocnici, H2 - o seznámení doprovázejících osob s Chartou je učiněn záznam v ošetrovatelské dokumentaci, H3 - na všech stanicích dětského oddělení pelhřimovské nemocnice je zřetelně vyvěšena, H4 - dle doprovázejících osob je Charta práv dětí v nemocnici dodržována ve všech bodech a H5 - dle sester je Charta dodržována ve všech bodech, *potvrdily*. Cíle práce byly splněny, protože byl zjištěn skutečný stav dané problematiky.

Velice uspokojivé výsledky výzkumu zřejmě souvisí se zvýšením všeobecné povědomosti o existenci lidských práv, jak ze strany laické veřejnosti, tak ze strany zdravotníků. Určitý nedostatek lze nalézt v informování veřejnosti o dokumentu, který se týká konkrétních práv, o Chartě práv dětí v nemocnici. Zde je prostor k zamyšlení, jak toto napravit.

Bakalářská práce bude dána k dispozici vedení dětského oddělení, které z ní může čerpat náměty jakým směrem zaměřit pozornost, aby se co nejvíce zvýšila kvalita poskytované péče a zároveň vedení nemocnice Pelhřimov, které se připravuje na akreditační šetření. Pro akreditační komisi by mohla být zdrojem informací o úrovni péče na dětském oddělení.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BOUCHAL, M. *Psychologie v lékařství*. 1. vyd. Brno: Masarykova Univerzita , 1993. 82 s. ISBN 80-210-0641-2.
2. ČECHOVÁ, V.- MELLANOVÁ, A.- ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 174 s. ISBN 80-7013-243-4.
3. DUNOVSKÝ, J. *Sociální pediatrie vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 284 s. ISBN 80-7169-254-9.
4. DUNOVSKÝ, J. *Problematika dětských práv a komerčního sexuálního zneužívání dětí u nás a ve světě*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 252 s ISBN 80-247-1201-6.
5. DUNOVSKÝ, J. Ochrana dětí v České republice a Úmluva o právech dítěte. *Časopis lékařů českých*. 2003, roč. 142, č. 10, s. 630-635. ISSN 0008-7335.
6. FRÜHAUF, P. *Hospitalizace doprovodů na dětských odděleních*. Česko-slovenská pediatrie. Praha: 2006, roč. 61, č. 12, s. 689-691. ISSN0069-2328.
7. GULÁŠOVÁ, I. Psychologický přístup k hospitalizovanému dětskému pacientovi. *Česko-slovenská pediatrie*. Praha: 2004, roč. 59, č. 6, s. 320-321. ISSN 0069-2328.
8. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. rozšířené vyd. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
9. KALOUSOVÁ, J. et al. Bolest u dětí: Hodnocení a některé způsoby léčby. *Pediatrie pro praxi*. 2008, roč. 9, č. 1, s. 7-11. ISSN 1213-0494.

10. KODÝM, M. *Úmluva o právech dítěte*. 1. vyd. Brno: TEOFAKT, 1991. 32 s. ISBN BO-900569-0-3.
11. KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti- příručka pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 356 s. ISBN 80-247-1720-4.
12. KRÁLOVCOVI, M a J. *Nové role v péči o hospitalizované děti* [online], [cit. 2008-08-03], <http://www.klicek.org/hospital/role.html> {cit.}
13. KRÁLOVCOVI, M. a J. Děti v nemocnici I. *Děti a my*. 2006, roč. XXXVI, č. 1, s. 35. ISSN 0323-1879.
14. KRÁLOVCOVI, M. a J. Děti v nemocnici II. *Děti a my*. 2006, roč. XXXVI, č. 2, s. 33. ISSN 0323-1879.
15. KRÁLOVCOVI, M. a J. Děti v nemocnici III. *Děti a my*. 2006, roč. XXXVI, č. 3, s. 35. ISSN 0323-1879.
16. LANGMEIER, J.- KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3.vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 344 s. ISBN 80-7169-195-X.
17. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. 1. české vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 993 s. ISBN 80-247-0668-7.
18. LUDÍKOVÁ, M. Rodiče jsou v nemocnici přínosem. *Děti a my*, 2003, roč. XXXIII, č. 1, s. 47. ISSN 0323-1879.
19. MACKOVÁ, I. Partnerství rodičů a odborníků. *Děti a my*, 2002, roč. XXXII, č. 1, příloha Porozumění, s. 2. ISSN 0323-1879.

20. MAREŠ, J. et al. *Sociální opora u dětí a dospívajících I.* 2. vyd. Hradec Králové: Nukleus, 2001. 154 s. ISBN 80-86225-19-4.
21. MAREŠ, J. et al. *Sociální opora u dětí a dospívajících II.* Hradec Králové: Nukleus, 2002. 188 s. ISBN 80-86225-25-9.
22. MAREŠ, J. et al. *Dítě a bolest.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1997. 320 s. ISBN 80-7169-267-0.
23. MAREŠ, J.-HODAČOVÁ, L. -BÝMA, S. *Vybrané kapitoly ze sociálního lékařství.* 1. vyd. Praha: Karolínium, 2005. 212 s. ISBN 80-246-1062-0.
24. MARX, D., VLČEK, F. *Národní akreditační materiály* [online], [cit. 2007-08-03], <http://www.sakcr.cz/files/metodika/nemocnice.pdf>.
25. MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí.* 3. přepracované vyd. Praha: H & H, 2001. 147 S. ISBN 80-86022-92-7.
26. NADAČNÍ FOND KLÍČEK. *Certifikovaný program specialista pro hru a komunikaci v institucionální a domácí péči* [online], [cit.2008-11-01], Dostupné z: <http://www.klicek.org/playwork/prog.html>
27. NĚMEC, V. *Charta práv dětí v nemocnici. Česko-slovenská pediatrie.* Praha: 2006, roč. 61, č. 11, s. 669-672. ISSN 0069-2328.
28. NĚMEC, V. –ONDRÁČKOVÁ, P. *Jak se nebát nemocnice. Děti a my.* Praha: 2007, roč. 37, č. 6, s. 49. ISSN 0323-1879.
29. PEŠKOVÁ, A. *Nemocné dítě v nemocnici.* Sestra. Praha: 1995, roč. 5, č. 6, s. 18-19. ISSN 1210-0404.

30. *Příloha č.2 k usnesení vlády České republiky ze dne 10. září 2003 č.898.*
31. ŘEZNÍČKOVÁ, A. Herní specialista na dětském oddělení. *Sestra*. Praha: 2000, roč. 10, č. 1, s. 11-12. ISSN 1210-0404.
32. ŘÍČAN, P. –KREJČÍŘOVÁ, D. et al. *Dětská klinická psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1995. 400 s. ISBN 80-7169-168-2.
33. SLEZÁKOVÁ, L. et al. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty II*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2007. 204 s. ISBN 978-80-247-2040-1.
34. *Školní vzdělávací program pro mateřské školy*. Základní a mateřská škola při zdravotnických zařízeních Havlíčkův Brod, Pracoviště Pelhřimov.
35. TŘESOHLOVÁ, L. –ČERNÁ, M. –KŇOURKOVÁ, M. *Dříve než půjde do školy*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0015-6.
36. VELEMÍNSKÝ, M. et al. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 5. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta, 2007. 136 s. ISBN 80-7040-813-8.
37. VESELÁ, K. Prožívání nemoci a hospitalizace dětským pacientem. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 1, s. 50. ISSN 1210-0404.
38. VESELÁ, R. Hospitalizace matky s dítětem. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 1, s. 49. ISSN 1210-0404.
39. *Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 424/2004 Sb.kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.*

40. VYMĚTAL, J. *Úzkost a strach u dětí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 184 s. ISBN 80-7178-830-9.

41. ZDRAVOTNÍ KLAUN [online], [cit. 2007-12-03], www.zdravotni-klaun.cz

42. ZOUKALOVÁ, A. *Způsobilost k výkonu povolání dětské sestry*. *Pediatric pro praxi*. 2005, č. 1, s. 29-30. ISSN 1213-0494.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Dítě

Hospitalizace

Doprovod

Ošetřovatelství

Právo dítěte

9. PŘÍLOHY

Příloha 1 Charta práv dětí v nemocnici

Příloha 2 Charta práv hospitalizovaného dítěte z roku 2004

Příloha 3 Desatero hospitalizovaného dítěte

Příloha 4 Organizace Zdravotní klaun

Příloha 5 Budova Dětského oddělení Nemocnice Pelhřimov

Příloha 6 Oddělení kojenců a batolat pelhřimovské nemocnice

Příloha 7 Jednotka intenzivní péče

Příloha 8 Oddělení větších dětí

Příloha 9 Oddělení novorozenecké

Příloha 10 Ocenění Baby – Friendly Hospital

Příloha 11 Baby box v Pelhřimově

Příloha 12 Odborná ambulance

Příloha 13 Dotazník pro doprovázející osoby

Příloha 14 Dotazník pro sestry

Příloha 15 Žádost o schválení výzkumného šetření na Dětském oddělení Nemocnice
Pelhřimov

Příloha 1 Charta práv dětí v nemocnici

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

Příloha 2 Charta práv hospitalizovaného dítěte v nemocnici z roku 2004

Článek č.1 – Děti mají být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetření nebo při ambulantním docházení.

Článek č.2 – Děti v nemocnici mají mít právo být doprovázeny po celou dobu hospitalizace svými rodiči nebo jejich zástupci.

Článek č.3

3.1 – Ubytování by mělo být nabídnuto všem rodičům a mělo by se jim dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali.

3.2 – Rodiče by neměli být vystavěni dodatečným výdajům a neměli by trpět ztrátou výdělku.

3.3 – Rodiče by se měli aktivně podílet na péči o dítě v nemocnici. Měli by být informováni o chodu oddělení a podporováni v aktivní účasti na něm.

Článek č.4

4.1 – Děti a rodiče mají právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání.

4.2 – Měla by být přijata opatření k zmírnění fyzického a emocionálního stresu a bolesti.

Článek č.5

5.1 – Děti a rodiče mají právo se poučeně podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována.

5.2 – Každé dítě musí být chráněno před zbytečnou léčbou a zbytečnými vyšetřeními.

Článek č.6

6.1 – O děti má být pečováno společně s jinými dětmi, které mají stejné potřeby a jsou na stejné vývojové úrovni. Děti by neměly být přijímány na oddělení dospělých.

6.2 – Neměla by být věková omezení pro návštěvy dětí v nemocnicích.

Článek č.7 – Děti mají mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání přizpůsobenou

jejich věku a zdravotnímu stavu. Děti mají být v prostředí, které je vybaveno a zařízeno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům, uznávaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.

Článek č.8 – Dětem se musí dostávat péče od náležitě školeného personálu, který si je plně vědom fyzických a emocionálních potřeb dětí a jejich rodiny.

Článek č.9 – Nepřetržitá péče o děti by měla být zajištěna týmem zajišťujícím tuto specializovanou péči.

Článek č.10 – S dětmi se musí zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být trvale respektováno jejich soukromí.

Zdroj: 27

Příloha 3 Desatero hospitalizovaného dítěte

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

Zdroj: 28

Příloha 4 Organizace Zdravotní klaun

Historie myšlenky zdravotních klaunů se datuje do roku 1986, kdy Michael Christensen, ředitel organizace s názvem Big Apple Clown Care Unit sdružující profesionální klauny, přišel s nápadem vyzkoušet jejich přítomnost na dětských lůžkových odděleních. Stalo se tak v presbyteriánské nemocnici v New Yorku a právě tady se poprvé na světě ověřila tato myšlenka v praxi. Zjistilo se, že pravidelné návštěvy klaunů přispívají ke zlepšení psychického a tudíž i zdravotního stavu pacientů, a to včetně těžce nemocných. V současnosti jsou profesionální zdravotní klauni považováni za důležitou součást léčebného procesu na dětských odděleních nemocnic nejen v Americe, ale též po celé Evropě.



Koncept „léčby humorem“ rozvinul v České republice Američan Gary Edwards. První nemocnice začal navštěvovat v roce 1998 a po několik let projekt financoval z vlastních úspor. Na základě pozitivních ohlasů ze strany nemocnic inicioval koncem roku 2001 vznik občanského sdružení Zdravotní klaun.

Etický kodex zdravotních klaunů

1. Zdravotní klauni spolupracující s občanským sdružením jsou vyškolení umělci, kteří jsou k profesionálnímu plnění svých úkolů vybaveni potřebným školením, zkušenostmi a dovednostmi.
2. Zdravotní klauni v nemocnicích běžně pracují ve dvoučlenných týmech. V případě nemoci či jiné indispozice svého kolegy může klaun/ka výjimečně vykonat návštěvu sám/a.
3. Zdravotní klauni vykonávají svou práci podle svých nejlepších schopností a možností a pružně ji přizpůsobují léčebnému režimu hospitalizovaných dětí a provoznímu řádu nemocnice.
4. Zdravotní klauni se řídí hygienickými a bezpečnostními předpisy nemocnice.
5. Klaun nesmí provádět návštěvy, je-li nemocný/-á, byť by se jednalo o lehké nachlazení.
6. Před a po návštěvě každého oddělení je nutná důkladná hygiena rukou. V případě potřeby je nutno ruce a rekvizity dezinfikovat.
7. Po vstupu na oddělení je nedílnou součástí návštěvy nemocnice konzultace o aktuálním počtu a zdravotním stavu dětí na oddělení s jednou či více sestrami. Klauni by měli respektovat všechny pokyny nemocničního personálu a informace získané dotazem by měly přispět k lepšímu splnění účelu návštěvy zdravotních klaunů na oddělení.
8. Před vstupem do nemocničního pokoje si musí klaun vyžádat pacientovo svolení a respektovat jeho přání. Důležitou součástí návštěvy je improvizace, v rámci které mohou být do vystoupení zapojeni i rodiče, další návštěvníci a nemocniční personál.
9. Klauni jsou v průběhu návštěvy povinni dbát na bezpečnost pacienta a nesmějí svou činností, rekvizitami či pohybem pacienta ohrozit.
10. Zdravotní klauni nesmějí v nemocnicích vykonávat žádné úkoly či zastávat pozice, které by byly nad rámec jejich umělecké činnosti a za své chování v nemocnici nesou osobní zodpovědnost.
11. Během návštěvy se klaun chová profesionálně a bez předsudků v otázkách pohlaví, etnické příslušnosti, náboženství, tradic, sexuální orientace, společenského postavení, úrovně vzdělání a nemoci.
12. Zdravotní klauni respektují soukromé a osobní záležitosti pacientů a jejich rodin a o zdraví navštívených pacientů neposkytují ani nezprostředovávají žádné informace. Veškeré informace o pacientech získané v průběhu návštěvy či rámci konzultace s nemocničním personálem jsou pokládány za přísně důvěrné.
13. Od zdravotních klaunů se očekává průběžné rozvíjení a zdokonalování klaunských dovedností tak, aby byl průběžně udržován vysoký standard vystoupení. (K tomuto účelu organizuje občanské sdružení specializované umělecké workshopy).

14. Zdravotní klauni by měli rozšiřovat své znalosti z oblasti psychologie hospitalizovaných dětí a získávat v potřebné míře základní informace o dětských nemocech, se kterými se při své práci mohou setkat. (Odborné semináře zajišťuje pro zdravotní klauny občanské sdružení).



Jak se stát zdravotním klaunem?

Noví uchazeči o práci Zdravotního klauna procházejí poměrně náročným sítím výběru, poté školícím programem a následně tříměsíční zkušební lhůtou. Během tohoto úvodního zaškolení jsou připravováni na svou práci nejen po umělecké stránce, ředitelem Gary Edwardsem, ale dostávají také informace týkající se jejich pohybu na dětských lůžkových odděleních. Seznámí se, jakým způsobem se mohou pohybovat po nemocnicích, lékaři jim poskytnou základní informace o různých dětských onemocněních a jejich vlivu na dětskou psychiku, jsou jim popsány základní diagnostické a léčebné metody.

Vzdělávání a mezinárodní spolupráce

K udržení vysoké profesionality týmu zdravotních klaunů organizuje pro ně sdružení pravidelně specializované umělecké workshopy, které vedou čeští i zahraniční lektori. (Nelze stavět na stále stejném programu – zvláště na odděleních s dlouhodobě ležícími pacienty je třeba vymýšlet nové gagy, vtipy a klaunské situace.)

Gary Edwards rovněž zodpovídá za pravidelný 'koučing' klaunů, kdy přímo v nemocnici sleduje jejich vystoupení a radí jim, jak zlepšit a vyladit jejich vystoupení po kreativní i obsahové stránce. Rovněž sdružení zajišťuje odborné semináře vedené lékařem, tak, aby zdravotní klauni získávali další a odbornější informace o dětských nemocech, jak se projevují a jaká omezení dětem přinášejí.

V roce 2006 v rámci mezinárodní spolupráce sdružení zavedlo tzv. výměnné pobyty. Zdravotní klauni tak mají možnost navštívit svoje kolegy v jiné zemi, poznat jejich práci a tím si rozšířit svoje zkušenosti.

Zdroj: 41

Příloha 5 Budova dětského oddělení Nemocnice Pelhřimov



Zdroj: autor práce

Příloha 6 Oddělení kojenců a batolat pelhřimovské nemocnice



Zdroj: autor práce

Příloha 7 Jednotka intenzivní péče



Zdroj: autor práce

Příloha 8 Oddělení větších dětí



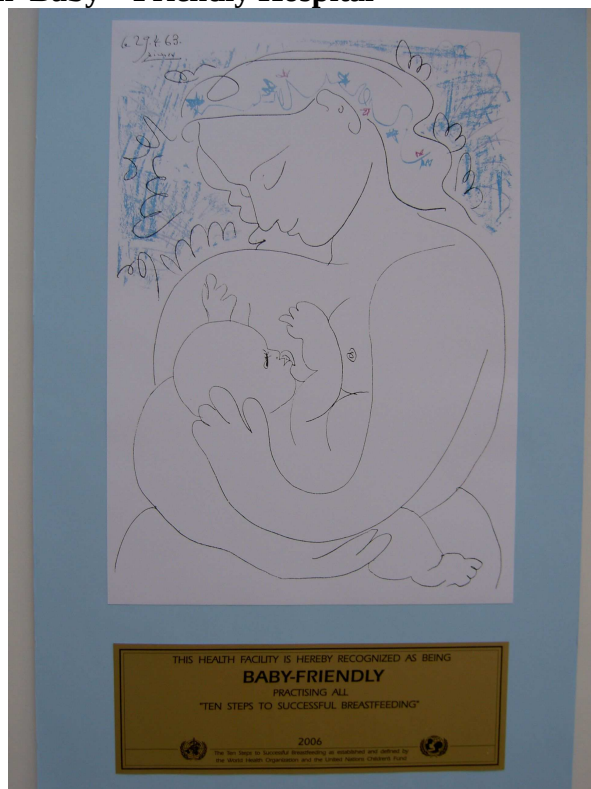
Zdroj: autor práce

Příloha 9 Oddělení novorozenecké



Zdroj: autor práce

Příloha 10 Ocenění Baby – Friendly Hospital



Zdroj: autor práce

Příloha 11 Baby box v Pelhřimově



Zdroj: autor práce

Příloha 12 Odborná ambulance



Zdroj: autor práce

Příloha 13 Dotazník pro doprovázející osoby dětí

Vážená paní, vážený pane.

Jmenuji se Lenka Rokosová, jsem dětská sestra a studuji Zdravotně sociální fakultu Jihočeské university v Českých Budějovicích 3. ročník studijního oboru Všeobecná sestra. Součástí státní zkoušky je vypracování a obhajoba bakalářské práce. Ve své práci bych chtěla zjistit, zda jsou práva hospitalizovaných pacientů na dětském oddělení v Nemocnici Pelhřimov dodržována a zda jsou o nich rodiče/jiné doprovázející osoby / informováni.

Obracím se na Vás s tímto dotazníkem a prosím Vás o spolupráci. Přečtěte si prosím pozorně následující otázky a možnost, která se co nejvíce blíží Vaší odpovědi, zaškrtněte. Vaše odpovědi jsou pro mne velmi cenné.

Dotazník je anonymní, se všemi údaji bude zacházeno jako s důvěrnými a budou použity pouze ke zpracování bakalářské práce.

Po vyplnění vložte dotazník do připravené obálky, obálku zalepte a odevzdejte sestře na oddělení.

Srdečně Vám děkuji.

1. Váš věk:

- a) 18 – 25
- b) 26 – 35
- c) 36 – 45
- d) 46 let a více

2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) základní
- b) vyučení
- c) maturita
- d) vysoká škola

3. V jakém vztahu jste k dítěti přijatému do nemocnice?

- a) matka
- b) otec
- c) babička
- d) dědeček
- e) jiný

4. Věk vašeho dítěte:

- a) 0 – 3 roky
- b) 4 – 6 let
- c) 7 – 11 let
- d) 12 a více

5. Slyšeli jste o Chartě práv dětí v nemocnici před přijetím dítěte do nemocnice?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

5.1. Pokud ano, jak jste se s těmito právy seznámili?

- a) z tisku
- b) z rozhlasu
- c) z televize
- d) z internetu
- e) od příbuzných, známých
- f) prostřednictvím zdravotnického pracovníka
- g) jiným způsobem (uveďte jak).....

6. Byli jste seznámeni s Chartou práv dítěte při příjmu do nemocnice?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Pokud jste v 6. otázce odpověděl/la ano pokračujte doplňující otázkou 6.1 a 6.2., pokud jste odpověděl/la ne nebo nevím, přejděte k 7. otázce.

6.1. Kdo Vás s Chartou práv dítěte při příjmu do nemocnice seznámil?

- a) sestra
- b) lékař
- c) jiná osoba

6.2. Jakou formou jste byli seznámeni s Chartou práv dítěte?

- a) ústním podáním
- b) prostřednictvím letáku
- c) po přečtení provozního řádu
- d) jiným způsobem (uveďte jak)

7. Dokázali byste alespoň jedno právo dítěte v nemocnici jmenovat?

.....

.....

8. Všimli jste si, zda je zřetelně vyvěšena Charta práv dětí v nemocnici na dětském oddělení?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Tato část dotazníku je bodově ohodnocena. Podle Vámi zvolené odpovědi číslo zakroužkujte.

		Rozhodně ano	Spíše ano	Něco mezi	Spíše ne	Rozhodně ne
9	Myslíte si, že péče, kterou nyní vyžaduje Vaše dítě, může být poskytována pouze v nemocnici?	5	4	3	2	1
10	Byl(a) jste při přijetí seznámena s provozem oddělení?	5	4	3	2	1
11	Byl Vám nabídnut společný pobyt s dítětem?	5	4	3	2	1
12	Vyhovuje Vám rozmezí návštěvní doby na tomto oddělení?	5	4	3	2	1
13	Umožňuje provozní řád oddělení neomezený kontakt dítěte s rodiči a sourozenci?	5	4	3	2	1
14	Myslíte si, že máte dostatek informací o zdravotním stavu Vašeho dítěte?	5	4	3	2	1
15	Jsou pro Vás podané informace srozumitelné?	5	4	3	2	1
16	Domníváte se, že je i Vaše dítě bylo dostatečně informováno zdravotníky o svém zdravotním stavu s ohledem na jeho věk?	5	4	3	2	1
17	Jsou Vašemu dítěti podávány informace zdravotníky srozumitelně?	5	4	3	2	1

18	Je Vám umožněno podílet se na rozhodování ohledně zdravotní péče poskytované Vašemu dítěti?	5	4	3	2	1
19	Je umožněno dětem podílet se na rozhodování ohledně zdravotní péče s ohledem na věk dítěte?	5	4	3	2	1
20	Můžete být přítomni při ošetřování, vyšetření Vašeho dítěte?	5	4	3	2	1
21	Myslíte si, že vaše dítě není vystaveno zbytečným výkonům?	5	4	3	2	1
22	Zachází personál s Vaším dítětem s taktem a pochopením ?	5	4	3	2	1
23	Respektuje personál neustále jeho soukromí?	5	4	3	2	1
24	Jste spokojeni s přístupem personálu k Vám a Vašemu dítěti?	5	4	3	2	1
25	Myslíte si, že personál má dostatek znalostí o fyzických i emocionálních potřebách dětí všech věkových skupin?	5	4	3	2	1
26	Je umožněno dítěti nosit své vlastní oblečení a mít sebou své věci?	5	4	3	2	1
27	Je Vám umožněno mít sebou své osobní věci, nosit své oblečení?	5	4	3	2	1
28	Jste ubytováni na oddělení/pokoji společně s dětmi téže věkové skupiny jako je Vaše dítě?	5	4	3	2	1
29	Jsou na oddělení prostory určené k trávení volného času?	5	4	3	2	1
30	Myslíte si, že děti mají dostatek příležitosti ke hře a odpočinku?	5	4	3	2	1
31	Myslíte si, že vybavení oddělení odpovídá vývojovým potřebám a bezpečnostním pravidlům péče o děti?	5	4	3	2	1
32	Doporučil(a) by jste toto oddělení svým známým či příbuzným?	5	4	3	2	1

Děkuji za spolupráci.

Příloha 14 Dotazník pro sestry

Vážené kolegyně.

Jmenuji se Lenka Rokosová . Nyní studuji 3. ročník Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Součástí státní zkoušky je obhajoba bakalářské práce. Ve své práci chci zjistit, jak jsou rodiče seznámeni s právy dětských pacientů a jak jsou v Nemocnici Pelhřimov tato práva dodržována.

Obracím se na Vás s tímto dotazníkem a prosím o spolupráci. Přečtěte si, prosím následující otázky a zaškrtněte možnost, která se co nejvíce blíží Vaší odpovědi.

Dotazník je anonymní, údaje budou sloužit pouze ke zpracování mé bakalářské práce.

Po vyplnění vložte dotazník do připravené obálky na oddělení.

Srdečně Vám děkuji.

1. Váš věk:

- a) 20 – 30 let
- b) 31 – 40 let
- c) 41 – 50 let
- d) 50 a více let

2. Délka praxe:

- a) 1 – 5 let
- b) 6 – 10 let
- c) 11 – 20 let
- d) 21 – 30 let
- e) 30 a více let

3. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) střední zdravotnická škola
- b) vyšší odborná zdravotnická škola
- c) pomaturitní specializační studium
- d) vysoká škola – bakalářské s.
- e) vysoká škola – magisterské s.

4. Získala jste specializovanou způsobilost k povolání dětské sestry?

- a) ano
- b) ne

5. Je na Vašem oddělení zřetelně vyvěšena Charta práv dětí v nemocnici?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

6. Seznamujete při přijetí doprovázející osoby s touto Chartou?

- a) ano
- b) ne

Pokud jste v šesté otázce odpověděla ano, pokračujte otázkou 6.1 a 6.2, pokud ne přejděte na otázku číslo 7.

6.1. Jakou formou?

- a) ústním podáním
- b) prostřednictvím letáku
- c) přečtením provozního řádu
- d) jiným způsobem (uveďte jakým).....

6.2. Vedete o tom písemný záznam?

- a) ano
- b) ne

Tato část dotazníku je bodově ohodnocena . Podle Vámi zvolené odpovědi číslo zakroužkujte.

		Rozhodně ano	Spíše ano	Něco mezi	Spíše ne	Rozhodně ne
7.	Myslíte si, že do nemocnice jsou přijímány děti pouze tehdy, pokud péče, kterou vyžadují , nemůže být poskytnuta v ambulantním ošetřování ?	5	4	3	2	1

8.	Seznamujete dítě a jeho doprovod s provozem oddělení?	5	4	3	2	1
9.	Nabízíte možnost hospitalizace doprovodu s dítětem?	5	4	3	2	1
10.	Myslíte si, že rozmezí návštěvní doby je dostačující?	5	4	3	2	1
11.	Umožňujete dítěti kdykoliv kontakt s rodiči a sourozenci ?	5	4	3	2	1
12.	Poskytujete dostatečné informace o zdravotním stavu dítěte, kdykoliv jste o to požádáni?	5	4	3	2	1
13.	Myslíte si, že jsou Vámi podané informace rodičům srozumitelné?	5	4	3	2	1
14.	Poskytujete dítěti informace o jeho zdravotním stavu přiměřeně jeho věku?	5	4	3	2	1
15.	Myslíte si, že jsou Vámi podané informace dětem srozumitelné?	5	4	3	2	1
16.	Umožňujete rodičům podílet se na rozhodování ohledně jejich zdravotní péče?	5	4	3	2	1
17.	Umožňujete dětem podílet se na rozhodování ohledně jejich zdravotní péče vzhledem k věku?	5	4	3	2	1
18.	Umožňujete doprovodu dítěte být při ošetřování, vyšetřování jejich dítěte?	5	4	3	2	1
19.	Chráníte děti před zbytečnými výkony?	5	4	3	2	1
20.	Zacházíte s dětmi vždy s porozuměním a pochopením?	5	4	3	2	1
21.	Je na oddělení umožněno zachovat soukromí dětí ?	5	4	3	2	1
22.	Umožňujete dětem nosit své oblečení, mít své osobní věci?	5	4	3	2	1
23.	Umístíte na oddělení/pokoj děti přibližně stejné věkové skupiny?	5	4	3	2	1

24.	Myslíte si, že děti mají dostatek příležitosti ke hře a odpočinku?	5	4	3	2	1
25.	Jsou na oddělení prostory určené k trávení volného času?	5	4	3	2	1
26.	Myslíte si, že vybavení oddělení odpovídá vývojovým potřebám a bezpečnostním pravidlům péče o děti?	5	4	3	2	1

Děkuji za pozornost

Příloha 15 Žádost o schválení výzkumného šetření na Dětském oddělení Nemocnice Pelhřimov

Mgr. Jitka Dejmková
Hlavní sestra
Nemocnice Pelhřimov

v Pelhřimově 21.10.2007

Žádost o schválení výzkumného šetření na Dětském odd. Nemocnice Pelhřimov .

Studuji 3. ročník Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích , studijní program Ošetřovatelství . V rámci své bakalářské práce bych se ráda věnovala problematice **dodržování Charty práv dětí v nemocnici** na dětském oddělení. Průzkum bych realizovala prostřednictvím dotazníků , které bych rozdala doprovodům dětských pacientů a sestrám pracujícím na dětském oddělení .

Výsledky budou sloužit k účelům mé bakalářské práce a budou nabídnuty vedení nemocnice. Přínos mé práce vidím ve využití výsledků při přípravě na akreditační proces . Žádám tímto o schválení realizace výzkumného šetření .

Předem děkuji za kladné vyřízení mé žádosti .

Lenka Rokosová
Velká Chyška 24

