

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Lenka Soušková

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení. **Lenka SOUŠKOVÁ, DiS.**
Osobní číslo: **Z10B0048K**
Studijní program. **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor. **Všeobecná sestra**
Název tématu. **Hospitalizace dítěte s doprovodem a bez**
Zadávací katedra. **Katedra ošetřovatelství a porodní asistence**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma
- Stanovit cíl kvalifikační práce
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS
- Popsat metodiku praktické části
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS
- Dodržet citační normu

Rozsah grafických prací.

Rozsah pracovní zprávy.

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury.

- **JOBÁNKOVÁ, Marta. Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 225 s.**
- **LANGMEIER, Josef; KREJČÍŘOVÁ, Dana. Vývojová psychologie. Praha : Grada, 2006. 368 s.**
- **LANGMEIER, Josef; MATĚJČEK, Zdeněk. Psychická deprivace v dětství. Praha : Karolinum, 2011. 399 s.**
- **PLEVOVÁ, Ilona; SLOWIK, Regina. Komunikace s dětským pacientem. Praha : Grada, 2010. 247 s.**
- **PRŮCHA, Jan. Dětská řeč a komunikace: poznatky vývojové psycholinguistiky. Praha : Grada, 2011. 199 s.**

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Lenka Kroupová

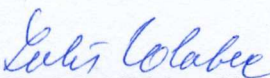
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce:

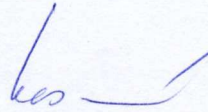
15. ledna 2012

Termín odevzdání bakalářské práce:

31. března 2013


Doc. MUDr. Luboš Holubec, CSc.
děkan




Mgr. Lucie Kašová
vedoucí katedry

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Lenka Soušková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

HOSPITALIZACE DÍTĚTE S DOPROVODEM A BEZ

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

PLZEŇ 2013

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne:

.....
vlastnoruční podpis

Poděkování:

Poděkování bych chtěla věnovat Mgr. Lence Kroupové za odborné vedení mé bakalářské práce, poskytnutí cenných rad, podporu a čas, který mi věnovala. Dále děkuji vedení FN Plzeň, všem staničním a všeobecným sestřám, které se podílely na realizaci průzkumného šetření. V neposlední řadě děkuji celé své rodině a příteli za psychickou podporu v průběhu celého studia.

ANOTACE

Příjmení a jméno: Soušková Lenka

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Hospitalizace dítěte s doprovodem a bez

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

Počet stran - číslované: 65

Počet stran – nečíslované: 31

Počet příloh: 8

Počet titulů použité literatury: 27

Klíčová slova: nemocné dítě, hospitalizace, lidské potřeby, komunikace, vývoj dítěte

Souhrn:

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku hospitalizace dítěte v přítomnosti a bez přítomnosti doprovodu. Teoretická část seznamuje s jednotlivými vývojovými obdobími dětství a dospívání, přibližuje jaké je prožívání nemoci dítětem. Popisuje lidské potřeby a problematiku hospitalizace. Dále přibližuje komunikaci s dítětem a doprovodem a prostředí nemocnice.

Cílem praktické části je posoudit vliv doprovodu na průběh hospitalizace. Kvantitativní výzkum proběhl dotazníkovou metodou. V závěru práce navrhuji informační leták se souhrnnými informacemi pro doprovázející osoby hospitalizovaného dítěte.

ANNOTATION

Surname and name: Soušková Lenka

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Hospitalization of children with and without accompaniment

Consultant: Mgr. Lenka Kroupová

Number of pages - numbered: 65

Number of pages – unnumbered: 31

Number of appendices: 8

Number of literature items used: 27

Key words: sick child, hospitalization, human needs, communication, child development

Summary:

The thesis is focused on the issue of hospitalization of a child in the presence of the accompanying person. Theoretical part introduces various developmental periods of childhood and adolescence also brings experience of illness and hospitalization of the child describes human needs and problems of hospitalization. It also describes the communication with the child and escort and hospital environment.

The aim of the practical part is to assess the impact of the accompanying person to the course of hospitalization. Quantitative research was conducted using questionnaires.

In the end of the bachelor work I've made the show-card with a summary of information for the accompanying person of the hospitalized child.

OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 DĚTSTVÍ A JEHO VÝVOJOVÉ ETAPY	12
1.1 Novorozenecké období	12
1.2 Kojenecké období	13
1.3 Batolecí období	16
1.4 Předškolní věk.....	19
1.5 Školní věk	21
1.5.1 Nástup dítěte do školy.....	21
1.5.2 Mladší školní věk	22
1.6 Dospívání	23
1.6.1 Pubescence (starší školní věk)	23
1.6.2 Adolescence	25
2 PROŽÍVÁNÍ NEMOCI DÍTĚTEM.....	27
2.1 Vliv nemoci na psychiku dítěte	27
2.2 Zvládání nemoci u dětí	27
2.3 Zvládání nemoci u kojenců a malých batolat	28
2.4 Zvládání nemoci batolat a dětí předškolního věku	28
2.5 Zvládání nemoci dětí školního věku.....	28
2.6 Zvládání nemoci dětí v období puberty a dospívání.....	28
3 LIDSKÉ POTŘEBY	29
3.1 Bariéry naplnění lidských potřeb	29
3.2 Dělení lidských potřeb	29
3.3 Psychické potřeby nemocných dětí.....	30
4 HOSPITALIZACE.....	33
4.1 Strach a úzkost	33
4.2 Bolest	34
4.3 Separace	35
4.4 Hospitalizmus	36
4.5 Psychická deprivace.....	37
5 KOMUNIKACE S DĚTSKÝM PACIENTEM A S RODIČI	38
5.1 Komunikace s novorozencem	38

5.2	Komunikace s kojencem	38
5.3	Komunikace s batoletem.....	39
5.4	Komunikace s dítětem v předškolním věku.....	39
5.5	Komunikace s dítětem v mladším školním věku	40
5.6	Komunikace s pubescentem a adolescentem	40
5.7	Komunikace s rodiči	41
6	NEMOCNIČNÍ PROSTŘEDÍ.....	42
6.1	První kontakt sestry a dítěte	42
6.2	Přítomnost rodičů v nemocnici	42
6.3	Možnost hry a vzdělávání v rámci hospitalizace	43
6.4	Příprava dítěte na vyšetření.....	43
6.5	Nespolupracující dítě	44
6.6	Specifika péče o umírající dítě.....	45
7	PRAKTICKÁ ČÁST	47
7.1	FORMULACE PROBLÉMU	47
7.2	CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU.....	47
7.3	PILOTNÍ STUDIE.....	47
7.4	METODIKA	48
7.5	HYPOTÉZY	48
7.6	VZOREK RESPONDENTŮ	48
7.7	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	49
8	DISKUSE.....	68
	ZÁVĚR.....	74
	SEZNAM ZDROJŮ	
	SEZNAM GRAFŮ	
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	
	SEZNAM PŘÍLOH	

ÚVOD

Hospitalizace dítěte je jak pro dítě, tak i pro jeho rodinu stresujícím zážitkem. Dítě se ocitá v neznámém prostředí, kolem něj je spousta cizích lidí a jeho doprovod je jedinou jistotou, kterou má. Doprovod poskytuje dítěti pocit jistoty a bezpečí, ale ne vždy je možnost hospitalizovat doprovod spolu s dítětem. Příčiny mohou být buď na straně nemocnice, kdy nejsou kapacitně schopni poskytnout ubytování všem, kdo mají zájem, přímo s dítětem. Ale často je příčinou sám doprovod, který nemůže nebo nechce být hospitalizován s dítětem. Jeho důvody mohou být např. nemožnost uvolnit se ze zaměstnání, péče o další dítě nebo nemoc.

Pro doprovod je situace stejně tak náročná - neznámé prostředí, noví lidé, stres z toho, co bude dál. Pokud navíc není doprovod hospitalizace přítomen, je pro něj situace o to složitější. Navíc se přidává strach, co se děje s dítětem v jeho nepřítomnosti a doprovod tak často reaguje jinak, než sám zamýšlí. Druhou stranou hospitalizace s doprovodem se pak stává problematika, kdy doprovod reaguje nepřiměřeně, je ve stresu, může být až agresivní a pak to vše přenáší na dítě, které odmítá spolupracovat se zdravotníky.

Vzhledem k tomu, že pracuji již několik let jako sestra na dětském oddělení a uvědomuji si, že pro nás zdravotníky je důležité mít stále na paměti, že dítě sice potřebuje naši pomoc, ale doprovod je pro něj nejdůležitější. A že společně s doprovodem máme společný cíl a to zlepšit zdravotní stav dítěte a umožnit mu návrat domů. Setkala jsem se ale i s názorem, že někteří zdravotníci vnímají i přítomnost doprovodu u dítěte jako problém. Doprovod pro ně znamená nutnost věnovat péči také doprovodu, podávat větší množství informací, a také některé děti v přítomnosti doprovodu hůře spolupracují.

Bakalářskou prací jsem se chtěla dozvědět více o této problematice a zjistit jak tuto problematiku vidí všeobecné sestry na většině dětských oddělení ve FN Plzeň.

Teoretická část je rozdělena do šesti kapitol. První kapitola je zaměřena na rozdělení dětského věku. Druhá kapitola je zaměřena na prožívání nemoci dítětem. Ve třetí kapitole je obsažena problematika lidských potřeb. Ve čtvrté kapitole je problematika hospitalizace. V páté kapitole je uvedena komunikace s dítětem a rodiči. V šesté kapitole je seznámení s prostředím nemocnice.

Výzkumnou část práce jsem zaměřila na problematiku hospitalizovaného dítěte a jeho doprovodu, na posouzení vlivu doprovodu na průběh hospitalizace. Cílem je posoudit zda přítomnost doprovodu zlepšuje adaptaci dítěte na hospitalizaci, zda jsou vytvořené podmínky pro přítomnost doprovodu v rámci nemocnice a zda je doprovod dítěte přínosem také pro personál.

TEORETICKÁ ČÁST

1 DĚTSTVÍ A JEHO VÝVOJOVÉ ETAPY

Každý člověk je jedinečnou osobností s vlastními zájmy, postoji, názory. Přesto však existují obecné zákonitosti, které jsou typické pro způsob chování a prožívání v jednotlivých vývojových obdobích a jsou všem jedincům do určité míry společné. Znalost vývojové psychologie je pro zdravotníka důležitá, aby se dokázal přiměřeně chovat k lidem různého věku, aby začlenil tyto znalosti do psychologického přístupu k nim a dokázal porozumět jejich psychickým potřebám.

V rámci vývojové psychologie jsou rozlišována tato období: novorozenecké období, kojenecké období, batolecí období, předškolní období, školní věk, dospívání, dospělost a stáří. (1, 2)

1.1 Novorozenecké období

Novorozenecké období je období od narození do ukončeného 28. dne života. To se ještě dále dělí na časné, které trvá od narození do 7. dne života a na pozdní, které zahrnuje období od 8. do 28. dne života. Fyziologický novorozenec je narozen ve 38. až 42. týdnu těhotenství a jeho porodní hmotnost je kolem 3400 g. (3)

Jedná se o období adaptace, kdy dítě přechází z intrauterinního života do prostředí plného nových podnětů a přizpůsobuje se jeho podmínkám. Toto období znamená pro nezralý organismus dítěte velkou psychickou i fyzickou zátěž, a aby nebyla zátěž ještě zvyšována, doporučuje se „něžný“ porod a šetrné ošetření novorozence. Vhodná jsou ztlumená světla, ticho, blízkost matky položením dítěte na její břicho a první přiložení dítěte k prsu matky. Po porodu je pak doporučován tzv. systém roaming-in, což je společný pobyt matky s dítětem 24 hodin denně. U novorozence jsou vyvinuté základní nepodmíněné reflexy, které jsou důležité pro jeho přežití a další vývoj a umožňují mu vypořádat se s požadavky nového prostředí. Jsou to reflexy obranné, orientační, hledací, sací, polykací, vyměšovací, polohové a úchopové. Tyto reflexy postupem vymizí, což svědčí o přirozeném průběhu vývoje. (1, 2)

Vývoj motoriky

V rámci motoriky je novorozené dítě nezralé a je odkázané na pečující osoby. Jeho spontánní pohyby jsou živé, ale omezené. Při zvednutí do vzpřímené polohy neudrží hlavičku, jeho ruce jsou většinou zaťaté v pěsti a v poloze na zádech zaujímá takzvanou polohu šermíře, kdy je hlavička stočena k jedné straně, a končetiny na stejné straně jsou v extenzi a na straně opačné jsou ve flexi. (1, 4)

Vývoj kognitivních funkcí

Koncentrace pozornosti je u novorozence velmi krátká, smyslové podněty ho upoutají po dobu několika sekund. Pro novorozence je charakteristická doba spánku, která je kolem 20 hodin denně a je střídána krátkými úseky bdění. Ty jsou asi 7 – 8 x denně a to nejčastěji z pocitu vlhka nebo hladu.

Novorozenec se prostřednictvím smyslů a vnímání orientuje v prostředí. Zrakem vnímá objekt, který se nalézá v jeho zorném poli ve vzdálenosti 20 – 30 cm. Dítě v tomto věku ještě nedokáže aktivně objekt sledovat ani akomodovat a pro další vývoj je nutná vizuální stimulace. Dává přednost složitým vzorcům, ostrým kontrastům a zvláště přitažlivý je pro něj lidský obličej. V oblasti sluchového vnímání novorozenec rozlišuje vysoké tóny, preferuje ženské hlasy a to zvláště hlas své matky před cizím. Dobře vyvinutý je i hmat, novorozenec pozitivně reaguje na teplo a taktilní uklidňování, a dále chuť a čich, po kterém pozná vlastní matku. (1, 2, 4)

Sociální vývoj

Již v novorozeneckém věku se objevuje schopnost učit se a to především v rámci sociální interakce, tedy s osobami, které o novorozence pečují. Novorozenec není pouze tím, kdo pasivně přijímá péči a podněty z okolí, ale je aktivním účastníkem. Na některé podněty reaguje pozitivně, jiné aktivně odmítá či ignoruje. Učí se, že je vztah mezi vlastním chováním a následky tohoto chování (např. při doteku s hračkou se hračka hýbe) a učí se vyhledávat příjemné a nepříjemnému se vyhýbat. (1, 2, 4)

1.2 Kojenecké období

Období kojenecké je mezi 28. dnem a jedním rokem života. V oblasti tělesného vývoje dítě v pěti měsících zdvojnásobí a v jednom roce ztrojnásobí svou porodní hmotnost, vyroste o 25 až 30 cm a dochází ke zmnožení tukové tkáně. Mezi 8. a 9. měsícem je kojeneček nejbaculatější. V kojeneckém období dochází k prořezávání mléčného

chrupu, který se skládá z 20 zubů a jeho vývoj končí ve 3 letech. První zub se objevuje kolem 6. měsíce a v roce má dítě zubů 6 – 8. (3)

V prvním roce života dochází u dítěte k prudkému psychickému a tělesnému vývoji, který je dán tělesným růstem a zráním centrální nervové soustavy. Rozvoj pohybů probíhá kefalokaudálním směrem, tedy od hlavy k patě – dítě začíná ovládat nejprve hlavičku, pak koordinuje ruce, sedí, leze a nakonec stojí a chodí. Rozvoj motoriky se odvíjí od osy těla do stran, tedy směrem proximálně distálním – od nekoordinovaných pohybů končetin po jemnou motoriku prstů. (1, 4)

Vývoj motoriky

Kolem 2. – 3. měsíce dochází ke změně z flekčního asymetrického do symetrického držení těla v lehu na zádech s hlavičkou ve střední poloze, k volnému otáčení hlavou, při držení v sedu dítě udrží chvíli hlavu vzpřímenou, ale hlava se ještě stále kymácí, pěsti jsou otevřené, nejčastěji držené v oblasti úst, předměty uchopuje oběma rukama. V poloze na břicho se začíná opírat o předloktí a zvedá hlavu. Při držení ve stoji se dítě vzpírá jen málo.

Ve 3. – 6. měsíci zvládá v poloze na břicho zvednout hrudník a hlavu kolmo k podložce, opírá se o dlaně a hlavou otáčí do stran, zvládne se obrátit na záda, ale ze zad na břicho až později. Tažením za ruce si dítě sedá, hlava jde napřed a je již vzpřímená, při sedu s oporou je páteř zakřivena v bederní oblasti, vydrží chvíli v sedu i bez opory, v takzvaném „žabím“ sedu – předklon s oporou o ruce. Při držení ve stoji se již výrazně vzpírá dolními končetinami. Hračku, která je v dosahu aktivně uchopí a orálně i vizuálně zkoumá. Palec je při úchopu používán spolu s ostatními prsty – chybí opozice palce.

V 6. – 12. měsíci se dítě postupně samo posazuje a poté sedí jistě, pevně a vzpřímeně, i když se otáčí nebo předklání. Dochází k první aktivní lokomoci, kterou je lezení po čtyřech, čímž se dostane k předmětům mimo jeho dosah. Postupně se zvládne vytáhnout za ruce do stoje, pokud se má čeho držet a na konci období chodí za ruku a dělá první samostatné krůčky. Dlaňový úchop se mění na úchop s opozicí palce a ke konci období na klešťový úchop, kdy je dítě schopno vzít drobný předmět mezi ukazovák a palec. Rozvoj těchto dovedností umožňuje větší samostatnost dítěte, které si kolem 8. měsíce zvládne držet samo lahvičku, začíná pít z hrnku nebo si samo drží rohlík. Kolem 9. – 10. měsíce se také objevuje schopnost aktivního pouštění předmětů, které je obtížnější než úchop, kdy vyhazuje předměty z postýlky a sleduje jejich pád.

Hra je u dítěte kojeneckého věku experimentální. Prozkoumává hračky, prostor a zkouší, co vše je možné s hračkami dělat. (1, 3, 4)

Vývoj kognitivních funkcí

Zrak má velký význam pro udržení pozornosti a aktivity dítěte a je zdrojem informací a orientace v okolí. Tříměsíční měsíční dítě pozoruje předmět ležící v jeho zorném poli a v dostatečné blízkosti, pohybující se předmět sleduje plynule očima a pohybem hlavy ve všech směrech. Začíná se koordinovat zrak a motorika – pozoruje věci, které drží v ruce a s kterými pohybuje. V barvách dává přednost červené a modré. Zlepšuje se periferní vidění. Po 6. měsíci kojeneček dokáže vnímat prostor a zraková ostrost se již téměř podobá ostrosti u dospělých. (3, 4)

Sluch je na rozdíl od zraku vyvinutý již od novorozeneckého období. Dítě ve věku 1. měsíce je schopno rozlišit řeč od jiných zvuků. Po 2. měsíci vyhasíná schopnost určit směr zvuku, kterou měl novorozenec a znovu se rozvíjí mezi 3. – 4. měsícem a to učením. Sluch umožňuje rozvoj řeči.

K rozvoji řeči je nutné, aby dítě mělo možnost vnímat mluvenou řeč, aby se naučilo ji rozlišovat a napodobovat. Od 2. – 3. měsíce věku začíná dítě tvořit určité samohlásky a souhlásky a začíná vokalizace – broukání. V 6. měsíci začíná vyslovovat slabiky, nejprve jednotlivé později reduplikované (zdvojené) – žvatlání. Děti opakují, co je zaujalo, a poslouchají vlastní projev. V 9. měsíci dítě rozumí jednoduchým výzvám, reaguje na své jméno, chápe větší počet slov a objevují se první slova. Na konci kojeneckého období dítě používá 2 – 4 slova. (1, 3, 4)

V oblasti myšlení je kojenecké období označováno jako fáze senzomotorické inteligence – podle J. Piageta – kdy hlavní úlohu má vnímání a motorika. Období mezi 1. a 4. měsícem se nazývá fází primární kruhové reakce. Dítě se koncentruje na své tělo a jeho projevy, jako například pohyby rukou, nohou, začíná koordinovat – dívá se na to, co drží v ruce a strká to do úst. To, co ho zaujme, stále dokola opakuje (proto kruhové reakce) a získává zkušenosti. Pohyby kojence jsou opakovány z radosti, kterou činnost přináší, ale jsou bez snahy dosáhnout nějakého cíle. Mezi 4. a 8. měsícem je fáze sekundární kruhové reakce. Kojeneček projevuje stále větší zájem o své okolí a vlastní činnost, která ho už sama o sobě přestává bavit, se stává prostředkem k dosažení cílů. Zpočátku objevuje efekt svého chování náhodně (neúmyslně uhodí do hračky, která vydává zvuk), líbí se mu to a tuto činnost zopakuje. Učí se, že jeho aktivita je příčinou něčeho dalšího a vzniká tak záměrné

jednání. V 8. měsíci věku se také objevuje schopnost chápat trvalost předmětu v čase, kdy dítě ví, že lidé nebo věci existují, i když je zrovna nevidí. Mezi 7. a 12. měsícem je fáze kombinované sekundární kruhové reakce, ve které dítě začíná rozlišovat prostředek a cíl. Dítě si stanoví nějaký cíl a hledá takovou aktivitu nebo prostředek, které zná z předchozí doby, jež vedou k jeho dosažení. (1, 4)

Sociální vývoj

K socializaci dítěte dochází prostřednictvím sociálního učení v rámci mezilidských vztahů a dítě má pro takový kontakt vrozené dispozice. Upřednostňuje podněty sociálního charakteru (lidský hlas, obličej) a svými vrozenými projevy (mimika, křik, broukání) vyvolává u dospělých intuitivní rodičovské chování, které je pro dítě zdrojem sociálního učení.

Ve 2. až 3. měsíci kojenec rozlišuje osoby a předměty a reaguje na lidský obličej. Objevuje se první úsměv. Ve 3. měsíci je úsměv označován jako sociální úsměv a dítě jím projevuje zájem o kontakt s lidmi, začíná se i hlasitě smát. Úsměv vyvolává zatím každá tvář bez rozlišení.

Mezi 3. a 6. měsícem se ve vztahu dítě-dospělý objevují jednoduché sociální hry. Ve 3. měsíci si dítě vezme od dospělého hračku, v 6. měsíci rozlišuje i lidi, kteří mu ji nabízejí. Začíná tedy rozlišovat lidi známé a neznámé.

V 7. – 8. měsíci se projevuje strach z cizích lidí a od 7. měsíce reaguje nelibě na odloučení od matky a hledá ji. Při odloučení vzniká separační úzkost. U dětí mladších se separece neobjevuje, pokud jsou zachovány jejich zvyklosti a dostatečná péče.

U dítěte, které je kladně přijímáno rodiči a u kterého jsou uspokojovány jeho potřeby, dochází během prvního roku života k vytvoření životního pocitu jistoty a bezpečí. (2, 3, 4)

1.3 Batolecí období

Období batolete zahrnuje dobu od 1 do 3 let věku dítěte. V tomto období postupně klesá intenzita růstu, na hmotnosti přibývá 2 – 3 kg ročně a výška se mění ve 2. roce o 11 cm a ve 3. roce o 9 cm. Dochází k úbytku tukové tkáně a tím se z baculatého kojence stává hubenější a svalnatější batole. Je to také období první emancipace, dítě je více samostatné a výrazně se vyvíjí dětská osobnost. (2, 3)

Vývoj hrubé motoriky

Kolem prvního roku začíná dítě s prvními samostatnými, ale ještě nedokonalými kroky. Teprve po 13. měsíci začíná chodit samostatně – rozejde se z volného postoje, udělá několik kroků a zase se zastaví, aniž se něčeho drží. Chůze je zatím nejistá, často padá na zadeček. Od 15. měsíce je chůze jistější, padá minimálně. Ve 2 letech dítě utíká, zvládá nerovnosti terénu, umí poskočit snožmo, rytmicky se pohybovat, skáče do výšky, ale skok vpřed zvládá až ve 3 letech. Ve 3 letech zvládá i jízdu na tříkolce, hází míč horním obloukem.

Schody představují pro batole problém svou velikostí, protože jsou přizpůsobené dospělým. V 18. měsících zvládá chůzi do schodů, když je vedené za ruku. Ve 2 letech jde do schodů bez přidržování s přísouváním jedné nohy. V 2,5 letech jde do schodů se střídáním nohou. Chůze ze schodů je pro dítě obtížnější a zvládá ji až ve 3 letech. (1, 4)

Vývoj jemné motoriky

V 1 roce zvládá batole postavit na sebe dvě kostky, v 18 měsících postaví věž z několika kostek. Ve 2 letech napodobuje stavění svislých a vodorovných řad z kostek a ve 3 letech napodobí most ze tří kostek. Třileté dítě zvládá i navlékání přiměřeně velkých korálků na provázek, začíná stříhat nůžkami, zapne si knoflík, na který vidí.

V počátku batolecího období dítě zachází s tužkou jako s jiným předmětem – mává s ní a tluče do stolu. V 1,5 roce se snaží napodobit čáry předkreslené dospělým, ale bez ohledu na směr a často mimo papír. Ve 2 letech vede tužku cílevědoměji, snaží se zachovat vertikální směr čáry a napodobit kruhový pohyb. Ve 3 letech napodobí podle předlohy kruh a nepřesný křížek. (1, 4)

Vývoj kognitivních funkcí

Rozvoj řeči je u batolete významný. V prvním roce dává najevo porozumění řeči nějakou reakcí na výzvu (např. ukáže na obrázek) či na zákaz. V roce a půl roce začíná chápat symbolický význam slov. Rozumí většímu počtu slov a také je začíná víc používat. V 1 roce užívá 6 slov, v 1,5 roce 20 – 30 slov a ve 2 letech 200 – 300 slov. Dítě chápe, že každá věc má své jméno a proto se opakovaně ptá „Co to je?“. Zhruba do 2 let o sobě mluví ve třetí osobě a teprve od třetího roku používá první osobu „já“. Věty se zpočátku skládají ze slov jdoucích za sebou. Až na konci batolecího období dítě skloňuje a časuje. (1, 2, 4)

V oblasti myšlení dochází v 1,5 – 2 letech k ukončení vývoje senzomotorické inteligence a začíná etapa symbolického a předpojmového myšlení. V 1 roce dítě ještě jedná podle svých potřeb a jeho činnost se shoduje s tím, jak bezprostředně vnímá skutečnost. Po 2. roce si již dovede představit nějakou činnost a její výsledek, aniž by tuto činnost provádělo. Tuto činnost si dokáže ověřit na symbolické úrovni, tedy v mysli, v představě. (1, 4)

Sociální vývoj

Tím, že je dítě schopno si samo dojít kam chce, vzít si co chce, se stává samostatnějším. Autonomie se projevuje v oblasti sebeobsluhy a udržování čistoty. Batole se učí jíst lžičkou, pít z hrnku, aktivně pomáhá při svlékání a oblékání. Úplné samostatnosti při udržování čistoty je dítě schopné po dozrání. Teprve pak je schopno uvědomit si potřebu močení a vůlí kontrolovat svěrače (okolo 2. roku).

S větší mírou autonomie u batolete se pojí i rozvoj pojetí sebe sama. Ve třech letech, kdy o sobě dítě začíná mluvit v první osobě „já“, si sebe uvědomuje jako samostatnou bytost. Začíná se více prosazovat a začíná období prvního vzdoru (negativismu). Tato vzdorovitost patří k vývoji a je dána narážením na překážky a omezením při úsilí o autonomii.

I v tomto věkovém období je dítě stále silně závislé na matce a i při krátkodobém odloučení se objevuje separační reakce. Batole se už začíná samo aktivně vzdalovat od matky, ale separační úzkost v něm vyvolá situace, kdy je cizí osobou násilně od matky odvedeno a slova typu „zítra, brzo“ jsou pro něj bezvýznamná.

U batolete také dochází k rozšiřování okruhu jeho sociálních vztahů. Kromě matky si vytváří vztah k otci, sourozencům, prarodičům. Pozvolna si vytváří svou sociální roli, která je dána jeho pohlavím, chováním, jedná podle očekávání druhých a očekává odpovědi na své projevy. Kolem dvou let pak batole navazuje vztah i k jiným dětem svého věku. Zpočátku je tento vztah omezen na tahanice o hračky nebo podávání hračky druhému. Neradi se dělí o své oblíbené hračky. Děti si zatím nehrají spolu, ale vedle sebe, jedná se tedy o paralelní hru. Kolem třetího roku má hra podobu spolupráce nebo soupeřivosti, charakter hry je však zatím stále omezen na jednoduchou manipulaci. (2, 3, 4)

1.4 Předškolní věk

Předškolní období trvá od 3 do 6 let. Konec předškolního období není určen pouze věkem, ale hlavně nástupem do školy. Tempo růstu je pro tento věk nejnižší z celého dětského věku. Hmotnostní nárůst je cca 2 kg ročně a výška se mění o 6 – 8 cm ročně. (2, 3)

Vývoj motoriky

Tříleté dítě zvládá chůzi plně po způsobu dospělých po rovném i nerovném terénu, chodí do schodů i ze schodů bez držení, udrží rovnováhu. Dochází ke stálému zdokonalování pohybové obratnosti, koordinace, ke zlepšení hbitosti a eleganci pohybů. Čtyřleté dítě leze po žebříku, skáče, vydrží stát déle na jedné noze, samo jí, svléká se a obléká.

Svou zručnost si cvičí při hrách s plastelínou, s pískem a hlavně při kresbě, kterou vyjadřuje vlastní představu. Tříleté dítě napodobí různý směr čáry včetně kruhu a když něco načmárá, dodatečně to pojmenuje, i když se to znázorněnému předmětu vůbec nepodobá. Čtyřleté dítě zvládá kresbu křížku a obrázky jsou realističtější, ale zatím jen v hrubých obrysech. Kresba člověka je znázorněna hlavou s ústy a očima, nohama – tzv. hlavonožec. V pátém roce dítě napodobí čtverec a kresba je mnohem detailnější, odpovídá stanovené představě. Postava již má hlavu, trup, nohy, ruce (zatím znázorněné čarami). V šesti letech pak zvládne napodobit trojúhelník a kresba je vyspělejší po všech stránkách. (1, 3, 4)

Vývoj kognitivních funkcí

Vývoj myšlení se kolem čtyř let mění z předpojmového (symbolického) na názorné (intuitivní) myšlení. Uvažuje již v celostních pojmech, usuzování (např. čeho je víc a čeho méně) je však vázané na vnímanou skutečnost. Dítě se zaměřuje na to, co vidí nebo vidělo. Myšlení ještě plně nerespektuje zákony logiky. Myšlení je navíc egocentrické (ulpívání na subjektivním pohledu, nebere v úvahu jiné než vlastní hledisko), antropomorfní (polidšťuje neživé věci), magické (zapojuje do úsudku vlastní fantazii), artificialistické (myslí si, že vnější svět někdo udělal).

Dochází k rozvoji chápání prostorových vztahů (blízko, daleko, nahoře a začíná rozlišovat vpravo a vlevo) a k pomalému rozvoji chápání pojmu času. (4)

Sociální vývoj

V předškolním období dochází ke zdokonalování řeči. Výslovnost u tříletého dítěte je nedokonalá a mnohé hlásky nahrazuje jinými. Během tohoto období dochází k téměř úplnému vymizení patlavosti, i když ne u všech dětí. Začínají používat delší věty i souvětí, nápodobou se učí gramatická pravidla. Často se objevují otázky, jak a proč se co dělá, čímž dochází k objasňování příčin a funkce a tím k rozšíření slovní zásoby a obohacení znalostí. Objevuje se také egocentrická řeč, kdy dítě mluví samo pro sebe. Touto řečí si dítě reguluje své chování, plánuje úkony, opravuje se, komentuje svou činnost a ta se tak stává prostředkem myšlení.

Socializace člověka probíhá po celý jeho život, ale v předškolním období se projevuje hlavně v oblasti osvojování sociálních kontrol a sociálních rolí. Vývoj sociálních kontrol (schopnost seberegulace), se objevuje ve třetím roce života. Do té doby uposlechne příkaz rodiče, ale řízení je vnější. Postupně se začíná řídit vlastními instrukcemi, zpočátku hlasitě vyjadřovanými, které se mění ve vnitřní sociální kontroly, tzv. svědomí. Vlivem sociálních tlaků pak narůstá regulace chování a snižují se okamžité emoční reakce. Objevují se také pocity spojené s vlastním sebehodnocením, jako jsou vina, hrdost, stud. Vývoj seberegulace je podporován odměnou, pochvalou či trestem. (1, 4)

Osvojování rolí je v předškolním období nejvýznamnější v uvědomění si a přijetí role pohlaví. Děti již rozlišují, jak se chová a jak vypadá chlapec a dívka. Akceptují roli svého pohlaví, preferují odpovídající hračky, oblečení, při hře dávají přednost dětem stejného pohlaví, odmítají věci typické pro opačné pohlaví. Předškolák přijímá ale i další role a to hlavně mimo rodinu, např. role žáka mateřské školy či role v dětské skupině. Kontakt s vrstevníky je pro dítě důležitý, aby se naučil komunikovat a prosazovat ve vztazích. Dospělí pro něj nejsou konkurencí, s níž by mohl spolupracovat či soupeřit nebo se učit empatii, zvládnutí agresivity, ovládnutí vlastních potřeb.

Hlavní činností dítěte předškolního věku je hra. Hra předškoláka je odlišná od předchozího vývojového období. Nemá již charakter experimentování a zkoumání věcí, ani procvičování pohybů vlastního těla, ale je rozvinutější, má daný cíl nebo úmysl. Hry mají různou formu. Některé jsou zaměřené na vytvoření nových věcí – hry konstrukční, jiné se zaměřují na zkoušení sociálních rolí (prodavač, princezna) – hry námětové nebo úkolové. Hra je v tomto období kooperativní, děti si hrají spolu. Fantazie umožňuje dítěti přizpůsobit si realitu a chovat se podle svých představ. (1, 2, 4)

1.5 Školní věk

O školním věku mluvíme v období mladšího školního věku, i když povinná školní docházka trvá ještě i v období pubescence. Je to období, které začíná vstupem dítěte do školy. (1)

1.5.1 Nástup dítěte do školy

Vstup dítěte do školy je náhlou a velkou změnou v jeho životě. Znamená pro něj značnou zátěž a novou roli – roli školáka. Nástup do školy je limitován dosažením určitého věku, ale také odpovídající vývojové úrovně a je to věk 6 – 7 let. Dítě musí být na školu zralé a připravené a to se posuzuje podle tělesné, kognitivní, emoční a sociální zralosti. (1, 4)

Tělesná zralost

V době nástupu do školy dochází k první proměně tělesné stavby, kdy se mění tělesné proporce dítěte. Dochází k protažení postavy, prodlužují se končetiny, tím se poměrově zmenšuje velikost hlavy, oplošťuje se trup a odlišuje se hrudník od břicha. Tyto změny vedou k dosažení tzv. filipínské míry – ruka natažená přes hlavu dosáhne na druhé straně na ušní lalůček. Dítě také lépe dokáže ovládat své tělo, je schopno přesnějších pohybů, lépe šetří silami, koordinuje lépe automatické i volní pohyby a také lépe koordinuje svou mimiku. Svou roli zde hraje i výška a hmotnost dítěte. (1, 4)

Kognitivní zralost

Kognitivní zralost souvisí se zráním CNS, což ovlivňuje i lateralizaci ruky a senzomotorickou koordinaci. Dítě dokáže kvalitněji koncentrovat pozornost, lépe se soustředí. Také se rozvíjí schopnost analyticko-syntetické činnosti, díky které dítě rozlišuje části vjemů, ty dříve vnímalo jako celek. Dozrívá koordinace očních pohybů, což umožňuje zaměřit se na to, co potřebuje vidět – řádek textu. Zralé dítě lépe rozlišuje podobná písmena. Rozvoj schopnosti sluchové diferenciaci pomáhá rozlišovat podobně znějící hlásky. (1, 4)

Emoční a sociální zralost

Dosáhnout emoční a sociální zralosti je pro dítě důležité, aby pro něj školní docházka nepředstavovala nadměrnou psychickou zátěž. Emoční zralost znamená pro dítě schopnost přiměřeně kontrolovat své city a impulzy a odložit splnění svých přání, aby dokončilo započatý úkol a zvládlo vytrvalejší činnost. Dosažení sociální zralosti je nutné proto, aby dítě bylo schopné se na čas odloučit od své rodiny, podřídit se nové autoritě, rozlišovat sociální role, respektovat běžné formy chování a vědět, jak se chovat k učiteli. (1, 4)

1.5.2 Mladší školní věk

Mladší školní věk je období od 6-7 let, tedy vstupu do školy, do 11-12 let, kdy se objevují první známky pohlavního dospívání, včetně průvodních psychických projevů. Je to období adaptace na novou situaci, spojenou se zahájením školní docházky. Ale jinak se jedná o období klidového stavu, ve kterém nedochází významným vývojovým proměnám. Období je spojeno s relativně stálým růstem, hmotnost se zvyšuje o 2,5 – 3 kg ročně a tělesná výška o 6 cm za rok. Páteř je napřímenější a tělo je pružné a pohyblivé. Kolem 6-7 roku, se objevuje první stolička, která je prvním zubem stálého chrupu. Celkem má 32 zubů. (1, 2, 3)

Vývoj motoriky

Během celého období se zlepšuje hrubá a jemná motorika. Pohyby se při praktických výkonech soustřeďují nejprve na ramenní a loketní kloub a teprve delší cvičení vede k jemnější koordinaci zápěstí a prstů. Zdokonalování jemné motoriky je důležité pro rozvoj psaní. Motorické schopnosti jsou orientovány k aktivitám a hrám, které vyžadují rychlejší pohyby a svalovou sílu – kolektivní hry, sportovní výkony. (1, 4)

Kognitivní vývoj

K velkému pokroku dochází v oblastech, hlavně zrakového a sluchového, vnímání. Dítě je vytrvalejší, pečlivé, pozornější, vše zkoumá a to po částech. Nevnímá už věci jako celek. Vnímání se tak stává pozorováním. Svého vrcholu dosahuje i představivost – eidetismus.

Období mladšího školního věku je označováno jako věk střízlivého realismu. Školák se plně zaměřuje na to, co je a jak to je. Skutečnost přijímá jako danou a nemá potřebu ji měnit. Jeho poznávání je zaměřeno na pochopení okolního světa a věcí v něm,

jak jsou a ne na to, jaké by to mohlo být. Nemá tedy vlastní kritický názor na svět kolem a nepochybuje o autoritě rodičů ani učitele. Dítě je otevřené světu, rádo čte v encyklopediích, které ho naučí něčemu novému.

Myšlení přechází z názorného do fáze konkrétních logických operací. Dítě vychází z vlastních zkušeností a je vhodné používat při výuce praktické činnosti.

Rozvíjí se krátkodobá i dlouhodobá paměť a je stabilnější. Dítě se učí strategií opakování a postupně je schopno logických operací. (1, 4)

Sociální vývoj

V mladším školním věku se stále rozvíjí řeč, ta je předpokladem učení, pamatování. Rozvíjí se slovní zásoba, délka a složitost vět, gramatika.

Vstupem do školy získává dítě nové role a setkává se s dalšími osobami, podle kterých, kromě rodičů, se učí modelovat své chování – učitel, nebo se učí pomáhat, soupeřit či spolupracovat – spolužák. Tím se vyvíjí i schopnost seberegulace, kdy je dítě schopno odložit své momentální potřeby a věnovat se školní práci. Kolem desátého roku pak nabývá na důležitosti vrstevnická skupina.

Sebehodnocení se stává stabilnější kolem osmého roku života, kdy se dítě při popisu zaměřuje již i na psychologické vlastnosti a schopnosti a ne pouze na objektivní charakteristiky.

Hra je důležitá i ve školním věku, má rozvíjející charakter, ale i relaxační funkci. Zejména jsou to společenské hry, ale vedle nich se objevuje práce, tedy schopnost vykonat i nepříjemný úkol pro zamýšlený cíl. (1, 4)

1.6 Dospívání

Období dospívání je zhruba od 12 do 20 let. Je ale velmi individuální. Liší se i mezi pohlavími, takže se z biologického hlediska vymezuje prvními známkami pohlavního zrání a dovršením pohlavní zralosti. Celé období rozdělujeme na dvě části – pubescence a adolescence. (1, 3, 4)

1.6.1 Pubescence (starší školní věk)

Pubescence je první fáze dospívání a probíhá okolo 11 -15 let. Toto období se dělí na dvě fáze:

1. Fáze prepuberty, která probíhá mezi 11. a 13. rokem a začíná prvními známkami sekundárních pohlavních znaků. Ve fázi prepuberty nedochází k významné změně

výšky nebo hmotnosti dítěte, ale mění se tělesné složení. U dívek dochází k ukládání tuku kolem boků, na hýždích a stehnech a chlapci se stávají svalnatějšími.

2. Fáze vlastní puberty probíhá mezi 13. a 15. rokem věku a končí dosažením pohlavní zralosti vnitřních pohlavních orgánů. Dochází k nejdramatičtějšmu růstu do výšky (dívky 8 cm a chlapci 10 cm za rok) a po tomto maximu dochází i k nárůstu hmotnosti. Prodlužují se končetiny a dochází k pohybové neobratnosti. U dívek se zaobluje postava a vytváří se ženský tvar těla se širokou pánví a u chlapců mužský tvar těla se širokými rameny. (3, 4)

Motorický vývoj

Stále se vyvíjí motorika, pohybová koordinace a smysl pro rovnováhu a od toho se odvíjí zvýšený zájem o sport, ve kterém dochází i k posílení ohroženého sebevědomí.

S proměnami hormonálních funkcí souvisí kolísavost emočního ladění. Navenek se změna projevuje větší impulzivitou a nedostatečným sebeovládáním, což přispívá ke vzniku konfliktů. (3, 4)

Kognitivní vývoj

Vizuální vnímání souvisí více s abstraktním myšlením a zřetelně klesá schopnost eidetismu (podrobné vybavení si detailů). Abstraktní myšlení není vázáno pouze na minulost nebo přítomnost a dospívající uvažují také o své budoucnosti.

S nástupem puberty dochází ke změně myšlení a nastává stadium formálních logických operací. Učení je na základě poznání logických souvislostí a roste schopnost naučit se vědomosti, které nedávají smysl a musí se memorovat. Teprve nyní chápe dospívající pojmy jako je pravda nebo spravedlnost. Tento abstraktní způsob myšlení dovoluje kritický přístup k vlastnímu i cizímu myšlení a má následky pro postoj dospívajícího ke světu a hlavně k lidem. Srovnává si existující poměry s ideály, které si vytvořil ve své mysli. Odtud se pak objevuje častá kritičnost, zklamání, nespokojenost a pesimismus. Myšlením ve stadiu formálních operací umožňuje také morální hodnocení a to nejen druhých, ale i sebe sama. S tím souvisí schopnost introspekce, kdy se dospívající zaměřuje na své pocity, myšlenky a objevuje svůj vnitřní svět.

Z pocitů nejistoty vyplývá pubertální vztahovačnost, projevující se přecitlivělostí na reakce lidí, které dospívající vnímá jako kritické. Pro dospívání typická je také zvýšená uzavřenost s neochotou projevovat navenek city. (1, 4)

Sociální vývoj

V období dospívání dochází k uvolňování z přílišné závislosti na rodičích a k navazování významnějších vztahů k oběma pohlavím. Velký význam mají vrstevníci, vrstevnické skupiny. Roste potřeba přátelství, které poskytuje určitý druh jistoty a bezpečí a umožňuje sdílet důvěrné pocity, názory a tajemství. Objevuje se první, často platonická, zamilovanost. V tomto věku dospívající více vnímají své tělo, jsou přecitlivější a kritičtí ohledně vlastního vzhledu a je nutno respektovat jejich stud.

Zvýšená kritičnost dospívajících se projevuje v postojích vůči učitelům, kdy neakceptují jejich názory bezvýhradně a odmítají podřízenou roli. Součástí rozvoje identity je i volba povolání.

Ve vztahu k rodičům dochází k proměně. Dospívající je již nevnímá jako moudré a všemocné jako dříve, ale všímá si jejich nedostatků a je zklamán, že neodpovídají jeho ideálu. Chce získat větší svobodu a objevuje se negativismus a často opačný názor než mají rodiče. (1, 2, 4)

1.6.2 Adolescence

Adolescence je druhá fáze období dospívání a je vymezena zhruba 15. až 20. rokem života. Na začátku období dochází k dosažení reprodukční zralosti. Tělesná stavba dosahuje proporcí dospělého člověka. Je to období přípravy na dospělost a urovnání si vlastních hodnot, postojů a cílů. Vzhled je stále stejně důležitý jako v předchozím období. (1, 3)

Dotváří se identita, kdy adolescent zná své vlastnosti, silné a slabé stránky. Uvědomuje si své limity a má realistické cíle, chce vědět kdo je a kam patří. Identitu hledá experimentováním, střídáním zájmů, novými zážitky. U některých adolescentů se objevuje potřeba setrvat v období dospívání, kdy odkládají definitivní řešení ve vztazích či ve výběru povolání. Potřebují větší volnost a to je označováno termínem psychosociální moratorium.

Důležitými mezníky tohoto období jsou první pohlavní styk, ukončení studia na střední škole či učilišti a nástup na vysokou školu nebo do zaměstnání, získání řidičského průkazu a právní odpovědnosti v 18-ti letech. Získání řidičského průkazu a častá potřeba experimentování nebo riskování může být velmi nebezpečnou kombinací, která může končit úrazem s možnými trvalými následky nebo až smrtí. (1, 2, 4)

Ve vnímání adolescenta klesá představivost. Zdokonaluje se styl myšlení, učí se dokonaleji používat formálně logických operací. Myšlení je pružné, otevřené, nezatížené zkušenostmi a proto dokáží dospívající nalézat nová řešení logických problémů – fluidní inteligence.

Svět dospělých je stále podrobován kritice, připadá jim nudný, zastaralý, pokrytecký. Všimají si nespravedlnosti, hledají ideály, chtějí žít jinak. Ke konci období se dokončuje separace ze závislosti na rodině. Kritikou rodičů hledají vlastní identitu. Polemizováním s nimi si ujasňují názory a pokud je rodiče berou vážně, diskutují s logickými argumenty, tak vede emancipace od rodiny k obnovení pozitivního vztahu k rodičům. (1, 4)

2 PROŽÍVÁNÍ NEMOCI DÍTĚTEM

Nemoc je pro téměř každého člověka náročnou životní situací. Přináší potíže, je obtížně zvládnutelná a často je vnímána jako nezvládnutelná. Člověku je v době nemoci narušen obvyklý způsob života, je omezován ve svých stereotypch a zvyklostech a dochází u něj k neuspokojování mnoha potřeb. Nemoc klade zvýšené nároky na psychiku člověka. Mění mezilidské vztahy a nutí navazovat nové vztahy ke zdravotníkům či spolupacientům. Vyžaduje zvýšenou míru adaptace na změněné životní podmínky, na bolestivé výkony, na případná omezení. U dětí pak může očekávání nepříjemné události způsobit nechutenství nebo poruchy spánku. (5)

2.1 Vliv nemoci na psychiku dítěte

Nemoc vždy znamená mimořádné přetížení dětského organismu včetně jeho nervové soustavy. Každé dítě je individualita, uvědomuje si svou nemoc a nějak ji prožívá. Ať už se jedná o omezení pohybu, izolaci od kamarádů nebo odloučení od rodiny. To všechno vyvolává v dítěti úzkost a to následně může trpět pocity viny nebo se děsí představou smrti či trvalých následků. Psychické následky nemoci se promítají do celé osobnosti dítěte a jeho reakce nabývají osobité podoby. Zároveň u dítěte dochází ke změnám životní situace. To, jak se dítě dokáže s danou situací vyrovnat, závisí na jeho osobnosti, ale z velké části i na jeho okolí. Jinak bude vypadat reakce dítěte klidného, vyrovnaného, ukázněného a zvyklého na spolupráci a jinak u dítěte výbušného, rozmazleného či u zvýšeně úzkostného. Dítě neobyčejně silně vnímá postoj rodičů a dalších lidí na vzniklou situaci – jejich nálady, projevy nejistoty a úzkosti nebo změny v chování k dítěti a to jeho reakce velmi ovlivňuje. Podstatné je, aby vliv prostředí na dítě nebyl rušivý, ale naopak uklidňující, povzbuzující. (6)

2.2 Zvládání nemoci u dětí

S každou nemocí a hospitalizací je spojena řada komplikací, mezi které patří např. změna prostředí, odloučení od rodiny, bolest, nepříjemné výkony a mnoho dalších. To jak se pacient dokáže s těmito komplikacemi vyrovnat je ovlivněno jeho osobností, spoluprací s rodinou a hlavně věkem. U dětí do 11 let je časté to, že nemoc vnímají prostřednictvím svých rodičů nebo dochází k objevení „výhody“ nemoci, kdy si dítě uvědomuje zvýšenou

péči a pozornost rodičů, ztrátu povinností a mohou předstírat či zveličovat příznaky nemoci. (7, 8)

2.3 Zvládání nemoci u kojenců a malých batolat

V raném dětství je, pro další vývoj osobnosti člověka, mimořádně důležité uspokojování základních biologických, psychických, smyslových a citových potřeb. Pro dítě kojeneckého a počátku batolícího věku je největším nebezpečím ztráta pocitu bezpečí a jistoty při nucené separaci, nedostatečná stimulace a kontakt s mnoha cizími lidmi. Pro dítě, které je motoricky a sociálně omezené hospitalizací, vzniká nebezpečí ohrožení vývoje rozumových schopností a povahového vývoje a mohou se objevit projevy separace či deprivace. (7)

2.4 Zvládání nemoci batolat a dětí předškolního věku

Základem batolícího věku je autonomie. Dítě se učí prosazovat vlastní vůli a těžko se vyrovnává s omezením autonomie a pohybu. Nadále trvá nebezpečí vzniku deprivace a opoždění vývoje a navíc se objevuje při opakování nepříjemných zážitků vznik úzkosti až fobického charakteru – např. z lékaře, injekce. (7)

2.5 Zvládání nemoci dětí školního věku

Ve školním věku je dítě samostatnější a rozšiřuje se jeho společenský okruh. Při omezení přirozeného kontaktu s kamarády, pohybu a objevení se různých postižení a neúspěchů, dochází k zásahu do rozvíjející se osobnosti a mohou se objevit trvalé pocity méněcennosti. (7)

2.6 Zvládání nemoci dětí v období puberty a dospívání

U dětí v tomto období dochází k výkyvům pozornosti, nálad, k častější únavě a je nutno počítat s velkou citlivostí na kritické poznámky dospělých. Je pro ně zraňující vše, co omezuje jejich autonomii a zasahuje do vytvářející se identity. Důležité je respektovat zvýšenou potřebu intimity. (7)

3 LIDSKÉ POTŘEBY

Lidská potřeba je stav, který vzniká z pocitu nedostatku naplnění potřeby nebo naopak z pocitu nadbytku naplnění některé potřeby či z touhy něčeho dosáhnout a tím tuto potřebu uspokojit. Jak velké jsou intenzita a množství potřeb mimo jiné závisí na pohlaví a věku člověka, na jeho inteligenci, temperamentu, zdravotním stavu, životních zkušenostech a na prostředí ve kterém vyrůstal.

Povinností každého zdravotnického pracovníka je uspokojovat základní biologické potřeby (nabízet stravu a tekutiny, pomoci nemocnému s vyprazdňováním, zajistit vhodné prostředí ke spánku, apod.) a dále potřeby psychické, sociální a duchovní. (9)

3.1 Bariéry naplnění lidských potřeb

Překážek pro nenaplnění lidských potřeb je velké množství a bývají odlišné ve zdraví a v nemoci. Mezi možné bariéry patří např.: nemocniční prostředí, nemoc, vývojové stadium člověka, osobnost, stud vyslovit své přání, nedůvěra ke zdravotníkovi, intimní sdělení, nepochopení informací, neschopnost pojmenovat to, co je konkrétní příčinou pocitu nedostatku či nadbytku.

Při neuspokojené saturaci potřeb se objevují pocity vzteku, napětí, úzkosti, nesoustředění, agrese, deprese.

Zdravotníci by si měli všimnout možného vzniku bariér v naplňování lidských potřeb a počítat s nimi a tím jejich vzniku předcházet. V této prevenci je nejdůležitější komunikace. Při vedení rozhovoru je nutno dodržet srozumitelnost a respektovat věk, zdravotní stav, vzdělání. Pečlivě naslouchat všemu, co pacient říká a dávat najevo svůj zájem. (9, 10)

3.2 Dělení lidských potřeb

Jedno ze základních dělení potřeb je dělení na potřeby biologické, psychické, estetické, sociální, sociálně-kulturní a duchovní. Jedním z nejvýznamnějších výzkumníků v oblasti lidských potřeb, byl americký psycholog Abraham Harold Maslow, který uvedl v roce 1943 pyramidu potřeb (viz. Příloha č. 1). Podle něj má každý člověk vlastní, hierarchicky uspořádaný systém motivů, které jsou různé intenzity. Potřeby člověka jsou v hierarchickém systému řazeny podle své naléhavosti a dochází k tomu, že neuspokojené

nižší potřeby převládají v konfliktu nad neuspokojenými vyššími potřebami. Teprve po uspokojení nižší potřeby může být uspokojena i vyšší. (9, 10)

V průběhu onemocnění se potřeby jedince mění, některé mizí, jiné se objevují v souvislosti s onemocněním samotným.

Fyziologické potřeby jsou po dlouhou dobu nemoci v popředí zájmu nemocného. Ale s trváním nemoci ztrácejí pacienti o ně zájem a v případě nutnosti je povinností zdravotníků převzít zabezpečení fyziologických potřeb, aby nemocný netrpěl nedostatkem. Nemocný člověk má v první řadě potřebu nemít bolest. Nemoc sebou také přináší ztrátu jistoty, nemocný chce vědět, že nezůstane sám a opuštěný. Potřeba lásky a příslušnosti by měla být naplněna rodinou a přáteli, zdravotníci by měli dávat najevo porozumění, toleranci a zájem o pacientovu osobnost. Důležité je dbát o pacientovo soukromí a čistotu. Dávat mu najevo, že i v nemoci je stále člověkem a tím uspokojit jeho potřebu uznání a úcty. Potřeba seberealizace s nemocí téměř zaniká. (9)

3.3 Psychické potřeby nemocných dětí

Dětství bývá spojováno s elánem, radostí, ale bohužel i některé děti jsou postižené, chronicky či smrtelně nemocné. V nemoci má dítě stejné potřeby, jako mělo v době plného zdraví, ale mění se důležitost jejich uspokojování. Nejvíce je ohroženo uspokojování psychických potřeb dítěte. Výrazně se projevuje pocit ohrožení. Malé dítě se přitom necítí ohroženo nemocí samotnou, ale lidmi, kteří mu chtějí pomoci, tedy zdravotníky, bolestivými zákroky. Malé dítě žije přítomností a nechápe, že mu tyto nepříjemnosti pomohou v budoucnosti. V dospívání potom získává na naléhavosti výhled do budoucna, a proto se objevuje potřeba otevřené budoucnosti a perspektivy. (9)

Základní psychické potřeby dítěte uvedli do praxe Langmeier a Matějček a jsou to:

Potřeba určitého množství, proměnlivosti a kvality vnějších podnětů

Uspokojení této potřeby umožní naladění organismu dítěte na žádoucí úroveň aktivity. V době nemoci jsou podněty redukovány. Dítě nemůže aktivně vyhledávat podněty v okolí, protože je omezeno v pohybu. Smysly dítěte jsou méně stimulované a je tím méně aktivní ve vyhledávání podnětů. Bariérou této potřeby může být i okolí dítěte, které mu brání, v dobrém úmyslu, v jeho výpravách za podněty.

Pro správné uspokojování této potřeby je nutné z hlediska zdravotníků často mluvit na dítě, zajímat se o jeho hračky, knížky, povzbuzovat ho k činnosti, ukazovat mu

předměty. Správnému uspokojení potřeby napomáhá také prostředí nemocnice, které by mělo být barevné, plné obrázků a hraček. (9)

Potřeba určité stálosti, řádu a smyslu v podnětech

Uspokojení této potřeby je základní podmínkou pro učení, kdy se z jinak chaotických podnětů stávají poznatky a zkušenosti. Uspokojení potřeby bývá v nemoci narušeno nejen obtížnou předvídatelností nemoci, ale i obavami dospělých sdělovat dětem pravdivé informace. Dítě pak často nerozumí situaci, ve které se ocitlo a reaguje apatií, uzavřeností, strachem, beznadějí a ztrátou důvěry k dospělým.

V rámci ošetrovatelské péče je tedy nutné dítěti předem a přiměřeně věku vysvětlit veškeré výkony, věnovat pozornost jeho otázkám, neslibovat, že výkon nebude bolet a opakované výkony provádět stejným postupem, aby byly předvídatelné. (9)

Potřeba prvotních citových a sociálních vztahů

Uspokojení této potřeby je podmínkou pro vývoj osobnosti dítěte a dává mu pocit životní jistoty. V nemoci je nutné dítě ujišťovat, že neztrácí lásku nejbližších, protože nemoc je zdrojem pocitu ohrožení. Neznamená to ale projevovat lásku benevolencí ve výchově, jinak si dítě může osvojit nesprávnou strategii úniku do nemoci, bude-li něco chtít.

U dospívajících mají význam již také vztahy mimo rodinu a nemoc může způsobit ztrátu sociálních vztahů s vrstevníky či ztrátu sociální atraktivity, která je u dívek spojena se vzhledem a u chlapců spíše s výkonností.

Z pozice zdravotníků je vhodné povzbuzovat rodiče ve fyzickém kontaktu s dětmi, i když jsou např. napojené na přístroje, umožnit jim soukromí, naslouchat dítěti, když mluví o své rodině, nekritizovat jeho blízké a v případě nutnosti zajistit odbornou pomoc. (9)

Potřeba identity, tj. potřeba společenského uplatnění a společenské hodnoty

Z této potřeby vychází uvědomění vlastního já, což je podmínkou osvojení společenských rolí a životních hodnot. V době nemoci je pozornost často zaměřena na negativa a dítě si více uvědomuje, co nedokáže.

Zdravotníci by měli obrátit pozornost k jeho schopnostem a možnostem tím, že budou věnovat pozornost jeho zájmům, povzbuzovat ho k novým činnostem a oceňovat jeho kvality. (9)

Potřeba otevřené budoucnosti nebo životní perspektivy

Význam této potřeby stoupá spolu s věkem a je zdrojem životní aktivity. V době nemoci není možné vývoj dítěte zastavit, ale právě naopak by mělo být povzbuzováno v přípravě na budoucnost, v učení. Dodá mu to naději na zlepšení stavu. Tam kde není naděje na zlepšení, je nutno ukazovat možnosti budoucího života s omezením, ale nedávat klamné naděje.

Zdravotníci spolu s rodinou by měli hledat jiné varianty v oblasti, ve které dítě perspektivy ztrácí. Pozitivně a bez lhaní otevírat různé možnosti budoucnosti. (9)

4 HOSPITALIZACE

V dnešní době je velká snaha o to, aby do nemocnice bylo dítě přijímáno pouze v nezbytném případě, kdy není možná ambulantní péče a pokud pobyt v nemocnici představuje pro dítě rychlejší návrat zdraví a jiné výhody. Dítě se zde dostává do rukou odborníků v oblasti lékařské a ošetrovatelské péče, je pod neustálým dohledem a v případě potřeby je pomoc ihned dostupná. I přes tyto kladné stránky hospitalizace je však nutné mít stále na paměti nebezpečí, která pobyt v nemocnici může dítěti přinášet. Mezi tato nebezpečí patří strach, bolest, separace, hospitalizmus a psychická deprivace. Nemocniční prostředí má usnadnit zdravotnické výkony a ošetřování dítěte. Je tedy zařízeno účelově a zpravidla bývá chudší na stimulaci. Pokud je dítě hospitalizováno delší dobu, zvyšuje se riziko vzniku některého z těchto negativních jevů a každý zdravotník by měl vědět jak jim předcházet, případně jak napravovat jejich následky. (6)

4.1 Strach a úzkost

Strach a úzkost jsou emoce, které jsou přítomny v životě každého člověka. Jsou důležité pro formování osobnosti člověka a jeho socializaci. Upozorňují na nebezpečí a ohrožení, motivují k dalšímu jednání a usnadňují adaptaci na nově vzniklé podmínky. Pokud se ale tyto emoce objevují v nadměrném množství, jsou příčinou trápení a zpomalují osobnostní vývoj dítěte. Projevy strachu a úzkosti v oblasti psychické, tělesné i v mimice a chování jsou dány biologickými dispozicemi a zkušenostmi získanými během života.

Mezi nejčastější dětské strachy a úzkosti patří strach z lékaře. Dále mezi ně patří strach z bolesti, odloučení od matky a nemožnost úniku. Vytvářejí se v dětství vlastní zkušeností. Velmi důležité je již preventivně mírnit nepřiměřený strach z návštěvy lékaře a z hospitalizace. Před každou návštěvou lékaře či před hospitalizací je vhodné dítěti vše uklidňujícím a pravdivým způsobem vysvětlit. Vysvětlení by mělo být srozumitelné, jasné a stručné, s přihlédnutím k věku. Dále je vhodné dítě neustále chválit, povzbuzovat a nakonec odměnit. (11)

Strach

Strach je nepříjemný prožitek, který je spojený s konkrétním objektem nebo situací, které vyvolávají obavu z ohrožení. Je tedy vázaný na poznané nebezpečí a má signální a obrannou funkci. Mezi projevy strachu patří pocit napětí, neklidu, ochromení, zrychlená

činnost srdce, sucho v ústech, zvýšené svalové napětí. Mimika je strnulá, vyděšený výraz, obličej bledý. (11)

Úzkost

Úzkost je reakce na neznámé a tušené nebezpečí. Není spojena s konkrétním objektem nebo situací, ale je oproti strachu hůře vnímána, neboť je spojena s očekáváním neznámého. Úzkost je doprovázena bezradností až panikou. Projevy jsou stejné jako u strachu. U některých somatických nemocí je úzkost primárním příznakem vyplývajícím z přímého ohrožení organismu. Jsou to převážně onemocnění spojená s dušností (edém plic, angina pectoris, plicní embolie).

Hranice mezi strachem a úzkostí není striktně rozlišena, často přecházejí tyto emoce jedna v druhou a vzájemně spolu splývají. (11)

4.2 Bolest

Potřeba nemít bolest patří mezi nejdůležitější potřeby všech lidí a potřeba chránit před bolestí by měla patřit mezi základní povinnosti zdravotníků. U dětí bývá bolest velmi často podceňována a existují i mýty o dětské bolesti (viz příloha č. 2). Bolest se dělí na chronickou a akutní. Chronická bolest trvá déle než 3 měsíce, rozvíjí se pomaleji, je difuzní a vyskytuje se u dětí, které žijí s nemocí déle, např. onkologicky nemocní. Akutní bolest trvá kratší dobu než 3 měsíce, je ostrá, intenzivní a lokalizovaná a signalizuje poškození organismu.

Odtažením při odběru amniotických vzorků reaguje již dítě v prenatálním období. Novorozenec reaguje na bolest pláčem, bolestivou grimasou, změnou fyziologických funkcí. U kojence se projevuje vyhýbavé chování na podnět doprovázený bolestí a úzkostí. Batole již má s bolestí zkušenosti (pády, nemoc) a učí se zvládat bolest individuálním způsobem a dokáže bolest lokalizovat a ukázat místo bolesti. Je pro ně důležitá určitá možnost kontroly, např. vybrat ruku k odběru krve. V předškolním věku dítě začíná chápat zdroj bolesti a je proto nutné vysvětlování proč to bolí a upozornění, že to bude bolet a proč. V tomto věku se dá dobře odvádět pozornost, protože dochází k mísení fantazie se skutečností. Ve školním věku dítě dokáže bolest popsat verbálně i neverbálně, ale i ji zatajit. U adolescentů je důležité individuální vnímání a hodnocení bolesti. (12, 13)

Bolest je subjektivně hodnocena pomocí škál bolesti (viz. Příloha č. 3). Objektivně je hodnocena pomocí tepové frekvence, dechu, krevního tlaku a potivostí dlaní.

Při výkonech, se kterými se děti setkávají v průběhu hospitalizace, se objevuje bolest procedurální. Ta je spojena s omezeným trváním somatické bolesti a psychickým diskomfortem při výkonu. Chování dítěte při bolestivém zákroku je individuální a naučené. Pro zdravotníky je důležité znát tuto problematiku. Mezi důležité faktory k zvládnutí invazivního výkonu patří míra bolestivosti, věk dítěte, emoční okolnosti, temperament, vliv rodiny a předchozí zkušenosti s bolestí. Velmi nevhodné je strašit dítě injekcemi, lékaři nebo operací, protože to pak výkon chápe jako trest.

K tlumení bolesti jsou využívány jak farmakologické tak nefarmakologické prostředky. Farmakologickými prostředky jsou analgetika. Mezi nefarmakologické prostředky patří vhodná příprava na bolestivý výkon podáním dostatečného množství informací srozumitelnou formou a ve vhodný čas, větším dětem výkon a nástroje ukázat, event. nechat vyzkoušet na pomůcce k nácviu výkonů. Pokud možno nenechávat dítě na výkon dlouho čekat, snažit se odpoutat pozornost. Mezi další možnosti tlumení bolesti patří přikládání teplých či studených obkladů, masáže, hlazení, polohování, muzikoterapie.

Hranicí, kdy dítě dokáže popsat bolest, samo zaujmout plevovou polohu nebo si dávkovat analgetika, je 8 let věku. (12, 13)

4.3 Separace

Separace znamená náhlé omezení nebo úplné přerušení již vytvořených vztahů dítěte a jeho sociálního prostředí. Tedy osob, které byly pro něj zdrojem citového uspokojení, ale i odloučení od oblíbených hraček, známého prostředí, apod. V průběhu kojeneckého věku se mění u dítěte závislost na matce z biologické na citovou. Kolem 7. měsíce věku je tedy odloučení od matky pro dítě velmi těžké. A pokud dojde v této době k hospitalizaci, znamená to pro dítě velkou psychickou zátěž.

O tom jak bude separace probíhat a jaké bude mít následky, rozhoduje hlavně věk dítěte. Separace je nebezpečná pouze v případě, že je předčasná. Dítě školního věku může odloučení od rodiny povzbudit k samostatnosti. Ale dítě v batolecím věku, které je pro osamostatňování ještě nezralé a je na matce silně závislé, může odloučením velmi trpět. Svou roli v účinku separace hraje kromě věku dítěte, také temperament dítěte, předchozí zkušenost s odloučením, chování personálu a další faktory. (6, 14)

Separáční úzkost je nejintenzivnější ve věku od zhruba 7. měsíce do 3 až 4 let věku dítěte. Charakteristické jsou pro ni tři fáze, kterými dítě prochází. U jednotlivých dětí se

průběh a doba trvání jednotlivých fází mohou lišit, každá může trvat od několika hodin do několika týdnů a může být různé intenzity.

1. Fáze protestu – v průběhu této fáze dítě pláče, křičí, vzteká se, volá matku a očekává, že ho přijde utěšit, odmítá zdravotnické pracovníky.

2. Fáze zoufalství – v této fázi dítě ztrácí naději na příchod matky, méně pláče, odvrací se od okolí, pociťuje stísněnost, zoufalství.

3. Fáze odpoutání od matky - dítě potlačuje své city k matce a hledá oporu v někom z ošetřujícího personálu. Pokud není v jeho okolí nikdo, ke komu by se mohl připoutat, ztrácí důvěru k lidem a váže své city na věci.

Druhá a třetí fáze jsou obrannými fázemi a někdy mohou být mylně pokládány za příznaky přizpůsobení se. Pokud se však tyto fáze vůbec nedostaví, může to znamenat, že dítě nemělo v rodině vytvořené příliš pevné citové vazby. Zdravotník by měl rodičům vysvětlit, že pro dítě jsou velmi důležité návštěvy a to i přes opakovaný pláč dítěte, aby se dítě nedostalo do fáze odpoutání. Pokud dojde k fázi odpoutání a dítě odmítá rodiče, je nutné rodiče uklidnit, situaci jim vysvětlit. Rodiče musejí k dítěti přistupovat s trpělivostí a s láskou si opět získat jeho důvěru. (6, 14)

4.4 Hospitalizmus

Děští lékaři si již od počátku rozvoje dětských nemocnic všímali, že se některé děti neuzdravují tak úspěšně, jak by se podle poskytované péče dalo očekávat. U dětí se projevovaly obtíže a komplikace, které vznikaly následkem snížení obranyschopnosti v důsledku zhoršeného psychického stavu dítěte. Zvyšovala se nemocnost a bohužel i úmrtnost dětí bez jakékoliv souvislosti s epidemiologickou situací v okolí. Lékaři pojmenovali tento jev jako tzv. „nemocniční nemoc“, jiným názvem hospitalizmus. (6)

Hospitalizmus se však nemusí projevit pouze u dětí hospitalizovaných, ale u všech, kteří nemají dostatek smyslových, citových a intelektových podnětů. Takovým prostředím se tedy mohou stát i dětské domovy, ústavy sociální péče a zařízení podobného typu. Výjimkou však není ani prostředí rodinné a to zejména rodiny neúplné, dítě vychovávané bez matky či dítě vychovávané chladně, bez citového pouta. Mezi projevy hospitalismu u dětí patří regrese, negativismus, požívačnost a stereotypní pohyby. (6)

4.5 Psychická deprivace

Psychická deprivace znamená nedostatečné uspokojování základních psychických potřeb v dostatečné míře a dostatečně dlouho a následné strádání dítěte tímto nedostatkem. Dítě potřebuje pro správný vývoj hlavně lásku, dostatek podnětů a citovou vřelost. (14)

Nebezpečí psychické deprivace ohrožuje dítě ve všech úrovních vývoje. V prvních měsících života je pro dítě velmi důležité, aby dostávalo ze svého okolí přiměřené množství podnětů odpovídajících zralosti jeho nervového systému. Pokud tyto podněty nedostává, jeho nervový systém se nerozvíjí a nepracuje naplno. Je zde nebezpečí, že ani v případě, že se dítě dostane do prostředí na podněty bohatšího, nebude již schopno je zpracovávat a bude vývojově zaostávat.

Pro kojenecký věk je charakteristickou schopností učení. Dítě si osvojuje sociální dovednosti. Na obličejích lidí reaguje úsměvem, sahá po nabízených předmětech, učí se chodit na nočník. Jsou-li jeho projevy odměněny souhlasem, či úsměvem má dítě tendenci je zopakovat. Jestliže však žádná reakce na jeho úsměv nebo slovní projev není, pak dítě těžko rozpozná co je a co není žádoucí. V takovém případě je u dítěte ohrožena schopnost učení a to i v pozdějším věku, i když je jeho inteligence normální.

Na vyšším vývojovém stupni dochází k seznamování dítěte se společenským životem. Zpočátku je to v rodinném kruhu, dále ve společnosti dětí stejného věku při společných hrách a nakonec se rozšiřuje na celou společnost. Pokud nemá dítě možnost vyzkoušet si základní společenské role při hře, prožít a osvojit si je v běžném životě, pak je brzděno v sociálním vývoji. Takové dítě neumí navazovat kontakt se svým okolím a je ostatními odmítáno a zatlačováno do izolace.

Kromě psychické deprivace se projevuje deprivace také v oblasti motorické, senzorické, emoční a sociální. (6)

5 KOMUNIKACE S DĚTSKÝM PACIENTEM A S RODIČI

Komunikace je způsob, jakým lidé navazují vzájemný kontakt a sdělují si své myšlenky, pocity, postoje a prožitky. Rozdělujeme ji na verbální a neverbální.

Verbální komunikace je předávání informací prostřednictvím slov, řeči.

Neverbální komunikace znamená předávání si informací beze slov (řečí těla). Do neverbální komunikace patří mimika (výrazy obličeje), proxemika (sdělování přiblížením a oddálením), gesta (pohyby rukou), posturologie (posto těla), kinetika (pohyby těla a chůze) a haptika (doteky). Neverbální signály přinášejí velké množství informací a je důležité je vnímat hlavně v raném věku, kdy děti ještě nejsou zcela vybaveni jazykovými dovednostmi. Dítě prostřednictvím neverbální komunikace komunikuje se svým okolím a dává mu najevo své pocity, znalosti a chápání. Při dětském pláči může rodič zjistit z neverbálních gest, zda je příčinou pláče bolest, například z bolestivé grimasy, ze zvuku pláče. Děti již kolem deseti měsíců se snaží vyjádřit svou touhu či přání natahováním ruky nebo ukazováním na určitý předmět. Pokud na tato gesta dospělí reagují, pomáhají dítěti pochopit, že gesta slouží ke komunikaci. Při vyjadřování emocí je významný obličej, ostatní neverbální signály neurčují konkrétní emoce, ale jejich intenzitu. (15, 16)

5.1 Komunikace s novorozencem

Žádné dítě, tedy ani novorozenec, není příliš malé na komunikaci. U novorozence se objevují vrozené způsoby chování. Patří mezi ně například to, že vnímá doteky a dokáže rozlišit příjemný od nepříjemného, napodobuje mimické výrazy, reaguje na lidský hlas a rozezná hlas své matky. Tímto chováním si udržuje pozornost a navozuje kontakt. Svou nelibost dává najevo křikem, kterým si dokáže přivolat pomoc a upozorňuje tak na své potřeby. (17, 18)

5.2 Komunikace s kojencem

Pro navázání kontaktu s kojencem je velmi důležitá neverbální komunikace, především doteky, hlazení. Pro kontakt s okolím jsou v tomto období důležitá ústa, kterými se snaží vše prozkoumat. Při verbální komunikaci by řeč měla být klidná, něžná, doprovázena úsměvem a vzdálenost by měla být asi 30 cm od obličeje. Kojenci preferují lidský obličej před jiným vizuálním podnětem a jejich pozornost také upoutávají předměty, které se pohybují. Mezi 8. a 10. měsícem začínají děti chápat význam některých slovních

výrazů, jako např. nesmíš, dej. Vývoji řeči předchází tzv. předřečová fáze, do které patří od 3. měsíce broukání, od 6. měsíce žvatlání a kolem 1. roku první samostatná slova. (17, 18)

5.3 Komunikace s batoletem

V batolecím období nastává znatelný vývoj řeči. Ve věku 12. – 18. měsíců se dítě vyjadřuje jedním slovem, v 19. – 24. měsíci řadí více slov volně za sebou. Kolem 2. roku používá primárních vět, kdy kombinuje jednotlivá slova do dvouslovných sdělení a mezi 2. a 3. rokem si osvojují základy gramatiky. Dítě se dovede lépe vyjádřit a lépe také rozumí sdělení od jiných lidí. Při verbální komunikaci s dítětem je vhodné používat krátká, jasná sdělení. Používat jeho výrazy, např. pro jídlo, oslovovat dítě jeho jménem a nepoužívat direktivní způsob chování, na které dítě často reaguje vzdorem. Mezi 2. a 3. rokem je období vzdoru u dítěte přirozené a projevuje se výroky jako: „Já sám!“ „Ne!“, které mohou být provázeny dupáním a vztekáním se. Vzdorovitost dítěte vyvolává i strach, např. při ošetření. Je vhodné odvést pozornost dítěte jiným směrem. (17, 18)

5.4 Komunikace s dítětem v předškolním věku

Předškolní věk je obdobím fantazie, představivosti, které dítě přizpůsobuje svým potřebám. Komunikace je ovlivňována egocentrismem dítěte, tj. ulpíváním na vlastním názoru a přehlížení jiných. V tomto období je při komunikaci vhodné využít hru nebo kresbu, ve které dítě vyjádří realitu tak, jak ji chápe. V rámci verbální komunikace se objevují slova „proč“ a „jak“, které jsou důležité jak pro učení se novým slovům, tak pro rozvoj správného vyjadřování. Dítě také používá tzv. egocentrickou řeč, která je určena pro něj a ne pro jinou osobu. Slouží k uvědomování si a k řešení problémů. Příkladem může být potřeba mít kamaráda, kdy má dítě imaginárního společníka, se kterým mluví, přisuzuje mu vlastnosti a přizpůsobuje se mu. V tomto věku to není nic patologického. Při vyšetření dítěte, je nutné si uvědomit, že racionálně není schopno pochopit, co se s ním děje, na ošetření bylo přivedeno, není tedy přítomno dobrovolně a může reagovat vzdorovitě. Pokud dítě něco sděluje, není vhodné ho přerušovat, ale naopak mu dobře naslouchat. Mluvit na něj pomalu, klidně, stručně a srozumitelně. Hodně chválit a pokud možno ho nechat, aby mohlo samo rozhodovat (např. jaké tričko si chce obléct). (17, 18)

5.5 Komunikace s dítětem v mladším školním věku

Dítě ve školním věku oficiálně vstupuje do společnosti, kterou představuje škola. Je to období píle a snaživosti. Pokud je dítěti tohoto věku vysvětlováno něco ohledně výkonů, zákroků či hospitalizace, je vhodné stále ještě používat dětský slovník. Školák již dokáže uvažovat komplexněji, uvědomuje si, že jiný člověk může mít vlastní názor či jiné potřeby než on sám. V tomto období má dítě dostatečnou slovní zásobu. Dochází k velkému rozvoji řeči, má jazykové dovednosti a používá je, a proto s ním je možno dobře verbálně komunikovat. V rámci komunikace je důležité s dítětem diskutovat, nechat ho spolurozhodovat, respektovat jeho názory a nezapomínat na jeho fantazii. Vysvětlovat všechny výkony a zákroky, v opačném případě fantazie podněcuje strach. Při vyšetření dítěte mluvit vždy přímo k němu. Představit se mu a případně s ním domluvit pravidla ošetření, aby mělo pocit kontroly nad situací a zvládlo tak svůj strach. Podstatné je dítěti nikdy nelhat. Neslibovat, že to nebolí nebo že se nebude nic dít a pak udělat pravý opak. Dítě tak ztrácí důvěru. Je mnohem lepší nepříjemný zákrok dítěti přiblížit popisem něčeho, co samo zná, např. že to bolí jako štípnutí od komára. (17, 18)

5.6 Komunikace s pubescentem a adolescentem

Dospívající usilují o svobodu rozhodování a o co největší množství práv, ale jen velmi neochotně přijímají zodpovědnost a povinnosti dospělých. Při komunikaci s dospívajícím je důležité naslouchání, oslovování jeho jménem, respektování jeho soukromí a studu. Používat správné odborné výrazy, ale ujistit se, že jim rozumí. Nepoužívat direktivní styl komunikace a přistupovat k němu jako k jedinečné osobnosti. Dospívající bývají přecitlivělí, vztahovační a nadměrně kritičtí. Objevují se také rozdíly mezi chlapci a děvčaty. Dívky mají větší sklon k tajnůstkářství, urážení, více komunikují, potřebují mluvit o svých pocitech. Více vnímají své tělo a vše co se s ním děje, jsou emocionálnější, tedy úzkostnější, ale i empatičtější. Chlapci jsou vedeni spíše k tomu, aby své emoce, hlavně strach a smutek, skrývali. Nedávají je tedy najevo, a pokud ano, tak často skrytě v podobě agresivity či vulgárního chování. Jsou méně komunikativní a obtížněji přijímají pomoc, protože jsou vedeni k samostatnosti. K rozhovoru je dospívající častěji přístupnější při společné činnosti, např. při chůzi na vyšetření. (17, 18)

5.7 Komunikace s rodiči

Pro rodiče je nemoc dítěte zátěžovou situací a je velmi důležité, aby sestra pochopila změny v jejich chování. Povzbuzovala je v péči o dítě a aktivní účasti na léčbě a tím u rodičů zajistila pocit důvěry ve zdravotníky. Pro rodiče je důležité, aby dostávali dostatečné množství informací o zdravotním stavu svého dítěte, aby jim byly vysvětleny postupy ošetrovatelských a lékařských výkonů, aby pochopili příčiny a vznik onemocnění jejich dítěte. Veškeré informace, které zdravotník poskytuje, musí být jasné a srozumitelné. Zdravotník podává informace opakovaně a ujistí se, že rodič rozuměl a správně pochopil sdělení. Pokud rodiče nemají dostatek informací, nerozumí situaci, ve které se ocitli, nevědí jak pomoci dítěti a ulevit mu. To může vyústit v negativní vnímání léčby, nedůvěru ve zdravotníky či v agresivní chování. Mohou se u nich objevit pocity beznaděje, sebelítosti, selhání a otevřeně se staví proti personálu. Tyto pocity jsou tak přenášeny i na dítě, které trpí spolu s rodiči. V tomto případě je nutné s rodiči opakovaně mluvit o jejich pocitech, povzbuzovat je a spolu s nimi se snažit dítěti vysvětlit, že léčba vede k jeho uzdravení. Při rozhovoru se nedoporučuje používat příliš odborné terminologie, avšak k pojmenování např. konkrétního onemocnění nebo léčivého přípravku použít správný výraz. Důležité je povzbuzovat rodiče, aby si udělali čas na své potřeby. Budou mít pak více síly vypořádat se s krizí. A také aby se podělili o své pocity, ať už se zdravotnickým personálem nebo s jinými postiženými rodiči.

Při sdělování informací rodičům, zvláště závažné diagnózy, je vhodné informace podávat oběma rodičům současně, vyjadřovat se zcela srozumitelně, mít dostatečný časový prostor a vhodné místo. Podle závažnosti sdělení zvážit i přítomnost psychologa při rozhovoru. (12, 16)

6 NEMOCNIČNÍ PROSTŘEDÍ

Nemocniční prostředí může velmi podstatně ovlivnit proces uzdravování. Ideální prostředí je to, které v pacientech nevyvolává strach a úzkost z toho, co se bude dít. Nepřipomíná jim izolaci od rodiny a nevyvolává v nich pocit opuštění. Optimální léčebné prostředí neznámá jen prostředí fyzické, např. hluk, barvy. Oproti bílým chodbám mají přednost pastelové barvy, zvláště na dětských odděleních. Nebo vhodné aktivity, jako jsou četba, poslech hudby, televize, k čemuž jsou vytvořené oddechové koutky a na dětském oddělení jsou to herny. Optimální léčebné prostředí znamená také prostředí psychicko-duchovní. To je z hlediska pacientů velmi důležité a sem patří chování a empatický přístup zdravotníků k pacientům a celková atmosféra v týmu oddělení. (19)

6.1 První kontakt sestry a dítěte

Žádný zdravotnický pracovník, který pracuje s dětmi a chce svoji práci vykonávat dobře, se neobejde bez psychologického přístupu při kontaktu s nimi. Dětská sestra se při své práci setkává převážně s dětmi nemocnými a na ně působí nejen odbornými výkony, ale také celou svou osobností, vztahem k dítěti, úrovní svých profesionálních vlastností a schopností komunikace. Psychologický přístup musí sestra použít při každém kontaktu s dětským pacientem, ať už je to přívětivý přístup při prvním kontaktu, trpělivé zacházení při negativismu dítěte nebo odborná příprava na bolestivé výkony. Stále musí myslet na to, že dítě nechápe mnohé nově vzniklé okolnosti, je vystrašené, bezradné. Navíc ho ovlivňují subjektivní potíže, bolest, ocitá se v cizím, neznámém prostředí, je traumatizované různými vyšetřeními. Pocity a prožitky dítěte jsou velmi intenzivní. Tyto pocity dítěte si sestra musí neustále připomínat, aby si zachovala vnímavý, chápající a citový přístup, aby nezapadla do rutiny a profesionální deformace. Komunikace sestry s dítětem se bude lišit podle věku dítěte a podle charakteru a intenzity onemocnění. Na malé děti reaguje sestra emocionálněji, ke starším přistupuje racionálněji. Při rozhovoru je důležité, aby sestra komunikovala s dítětem a nepřehlížela ho. Aby nepoužívala nadřazený tón a projevovala zájem o jeho názory a myšlenky. Dítěti se nevysmívala. (20)

6.2 Přítomnost rodičů v nemocnici

V ideálním případě by měl být s dítětem k hospitalizaci přijímán i doprovod, který o něj může pečovat nepřetržitě a zajistí mu pocit bezpečí a jistoty. U dětí do šesti let věku

hradí doprovodu pobyt pojišťovna. U dětí starších je možnost pobytu doprovodu také, ale hradí si jej sám. Ale ne všechna oddělení mají vhodné podmínky pro ubytování rodičů. Přednostně se možnost ubytování přímo na pokoji dítěte poskytuje rodičům kojenců a batolat. Další možností je rodičovský pokoj v rámci oddělení nebo nemocniční ubytovna. Vždy se musí brát ohled i na zdravotní stav dítěte a individuálně pak rozhodnout, jaký způsob ubytování zvolit. Pokud není možnost nabídnout doprovodu ubytování, např. při plném stavu, je vždy nutné umožnit neomezenou možnost pobytu u dítěte. (7, 12)

6.3 Možnost hry a vzdělávání v rámci hospitalizace

Podle Charty práv dítěte (Příloha č. 4) mají děti v nemocnici právo na vzdělání. Proto existují Základní školy při nemocnicích, kdy pedagogové docházejí přímo na jednotlivá oddělení nemocnic, aby děti vyučovali. Cílem školy při nemocnici je doplňovat mezery ve vědomostech, které děti získávají nepřítomností ve vlastní škole. Výuka probíhá individuálně dle zdravotního stavu dítěte a jeho možností. (12, 21)

V oblasti hry již dnes mnohé nemocnice mají tzv. herní specialisty. Herní specialista usnadňuje komunikaci mezi dítětem, rodiči a zdravotníky. Stará se o jejich psychické potřeby, seznamuje děti a rodiče s prostředím v nemocnici. Připravuje je na vyšetření, vysvětluje, co je čeká, formou hry zjišťuje individuální potřeby dítěte a mírní jeho nejistotu a strach a vyplňuje jejich volný čas herními aktivitami. V nemocnici je hra pro dítě velmi důležitá, aby dokázalo ventilovat vlastní pocity, ale hospitalizované děti si v neznámém prostředí spontánně nehrají. Úlohou herního specialisty je povzbuzovat je ke hře, organizovat program v herně a nabízet herní aktivity i dětem upoutaným na lůžko. (12)

Kromě herních specialistů se dětem v nemocnicích věnují také zdravotní klauni. Občanské sdružení Zdravotní klaun funguje v České republice od roku 2001 a zajišťuje na dětských odděleních pravidelné návštěvy speciálně vyškolených klaunů, kteří zlepšují psychický a tím i zdravotní stav nemocných dětí. (7)

6.4 Příprava dítěte na vyšetření

Příprava na vyšetření znamená hlavně podání dostatečného množství informací a to jak dítěti, tak jeho rodičům. Dítě netuší, co ho čeká, je zaskočené a proto nemůže adekvátně reagovat. Příprava nedokáže dítě úplně zbavit strachu, ale pomůže mu zlepšit sebevědomí a připravit se na to, co se bude dít. Dítě je vnímavé k pocitům dospělých a

proto je důležité edukovat také rodiče, aby nepřenášeli na dítě vlastní strach a úzkost, ale naopak z nich cítilo jistotu a klid. (12)

Příprava batolat, dětí předškolního a mladšího školního věku

Děti tohoto věku je vhodné připravovat vždy společně s rodiči. Nutné je rozlišit, kterému dítěti informace pomohou a které naopak zbytečně vystraší. Je třeba přihlížet k věku, k psychické zralosti, ke zkušenostem s hospitalizací. U malých dětí je nejčastější příprava formou hry a méně informací znamená více, není nutné vysvětlovat, např. jaké přístroje bude lékař používat, pokud to dítě neuvidí. Pouhé slovní vyjádření dítěti nestačí, potřebuje si situaci ujasnit. Ke hře je možno použít vlastní hračku dítěte nebo hračku určenou k edukaci a zdravotnické pomůcky, ale možné je použít také knihu nebo omalovánky. (12)

Příprava starších dětí a mladistvých

Starším dětem je vhodné dát na výběr, zda chtějí být edukováni s rodiči či samostatně. Edukaci je dobré začít rozhovorem o nutné přípravě před výkonem a je dobré ho doplnit obrázky např. přístrojů, které budou použité. Pokud má dítě zájem, může si pomůcky vyzkoušet. Důležité je zodpovědět veškeré dotazy. Pokud dítě nechce slyšet o výkonu, pak by měla být příprava zaměřena na posílení jeho důvěry ke zdravotníkům a na zklidnění a vynechat detaily jako u malých dětí. (12)

6.5 Nespolupracující dítě

Děti, které snášejí pobyt v nemocnici velmi špatně, často nespolupracují a jsou negativistické. Tyto projevy zaměřují většinou proti zdravotníkům, ale často i proti rodičům. Takové děti mají strach, jsou zoufalé ze všeho, co se s nimi děje a mají pocit, že nemohou nic ovlivnit. Své pocity dávají najevo pláčem a prosbami, ale pokud odezva nepřichází, začnou se bránit po svém, např. odmítáním jídla, přestanou komunikovat, jsou apatické. Rodiče často nevědí jak v této situaci jednat a cítí se nešťastní a vyděšení.

Aby zdravotník mohl dítěti pomoci, musí si získat jeho důvěru, aby dítě cítilo, že mu na něm záleží. Po nepříjemných výkonech by měla následovat hra, jako možnost ventilace stresu a úzkosti. Zpočátku postačí, že dítě nepláče nebo se usměje při kontaktu. I pokud dítě kontakt odmítá tak je to způsob komunikace a zdravotníka to nesmí odradit. Naopak se musí stále vracet s novou nabídkou činnosti a tím si získávat důvěru a hledat k dítěti cestu. (12)

6.6 Specifika péče o umírající dítě

Paliativní péče o dítě je velmi psychicky náročná a musí být komplexní. Jejím cílem je optimalizovat kvalitu života dítěte a jeho rodiny. Důležitou součástí paliativní péče je komunikace a stejně tak i léčba symptomů. Mezi nejčastější patří, bolest, únava, nevolnost, zvracení, dušnost, poruchy polykání, nechutenství, apod. Při poskytování paliativní péče je nutné brát v úvahu věk dítěte, jeho předchozí zkušenosti se smrtí, jeho osobnost zralost a duševní vyspělost. (22)

To, jak dítě chápe pojem smrti, závisí na věku. Dítě do tří let věku nechápe pojem smrti, nerozlišuje mezi živým a mrtvým. Děti od tří do šesti let se smrtí setkávají např. v pohádkách, ale berou smrt neosobně, nerozumějí ji a berou ji jako něco, co se přihodí druhým. Smrt spojují se spánkem a je pro ně dočasnou, nikoliv trvalou realitou. Ve věku šest až jedenáct let se děti přizpůsobují tvrzení, že smrt je nevyhnutelná, konečná a osobní. Smrt si představují jako bytost a objevuje se strach z těchto bytostí. Ani u dětí letálně nemocných se však neobjevuje strach ze smrti, což je dáno absencí abstraktního myšlení. K pochopení permanence a univerzality smrti dochází zhruba mezi desátým a jedenáctým rokem, kdy dítě správně chápe vývoj pojmu času a prostoru a dokáže rozlišit odchod od umírání a fantazii od vzpomínek. Vývoj pojmu smrti vrcholí kolem třinácti let, kdy je dítě schopno chápat smrt rozumově jako dospělý člověk. U dospívajících se již objevuje strach ze smrti, což je spojeno s vnitřním osamostatňováním a chápáním sebe sama jako individuality. (23)

U letálně nemocných dětí nabývá velký význam komunikace, která může být pro zdravotníky velmi náročná. Mohou se objevit otázky typu „Umírám?“ nebo „Co bude, až umřu?“. Na takové otázky je vhodné připravit i rodinu. Důležité je „nechránit“ dítě před smrtí. Pokud s ním nebude komunikováno na toto téma a nedostane odpovědi na své otázky, tak nepochopí svou situaci. Udělá si nepřesné představy a nedokáže se vyrovnat s vlastními pocity. Pokud chce dítě mluvit o vlastních pocitech, tak je důležité mu naslouchat, ale nenutit ho do rozhovoru. Odpovědi by měly být specifické a srozumitelné. Stejně tak je důležité respektovat, pokud chce být dítě o samotě. (22)

Umírání je těžkým obdobím pro všechny zúčastněné strany. Je vždy osobní zkušeností jednotlivce. Přesto má určité společné prvky, které se během umírání objevují v relativně stálém pořadí.

Nejznámější je rozdělení podle Kübler-Rossové, která dělí průběh umírání do pěti fází – *šok, zlost, smlouvání, deprese, akceptace*. Tyto fáze se objevují u umírajících pacientů starších 9 let. Ne každý musí všemi fázemi projít. Některá fáze může chybět či naopak se může po určitém čase opakovat a teprve poté dochází k posunu dále. Umírající může také v některém stadiu zůstat, aniž by se dopracoval ke konečné akceptaci.

Umírání dítěte je velmi traumatizujícím zážitkem pro rodinu. Každý její člen se musí s nemocí dítěte vyrovnat individuálně a v prožívání jednotlivých fází často zaostává za prožíváním dítěte.

Když nemocné dítě umírá, nastává proces truchlení. Truchlení je přirozená reakce všech lidí a je nutná, aby se člověk vyrovnal se ztrátou a přijal ji. Má několik fází – *fáze šoku, fáze propukajících emocí, fáze hledání sebe – nalézání a odpoutání a fáze adaptace*.
(23, 24)

7 PRAKTICKÁ ČÁST

7.1 FORMULACE PROBLÉMU

Hospitalizace dítěte bez doprovodu je pro dítě vysoce stresující záležitostí. Ocítá se v neznámém prostředí, mezi cizími lidmi a cítí se osaměle a má strach. U dítěte mohou vzniknout projevy, které vznikají v důsledku nedostatečné stimulace podněty, protože zdravotnický personál nemůže v plné míře nahradit doprovod u všech dětí. Musí tak řešit více problémů, hlavně s psychickým stavem dítěte.

Domnívám se ale, že někteří zdravotníci vnímají jako problém i přítomnost doprovodu u dítěte. Doprovod pro ně znamená nutnost věnovat péči také doprovodu, podávat větší množství informací, a také některé děti v přítomnosti doprovodu hůře spolupracují.

7.2 CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU

Cílem bakalářské práce bylo posoudit vliv doprovodu dítěte na průběh hospitalizace z pohledu sester.

Hospitalizace dítěte, by měla být v možnostech léčby až poslední volbou, pokud není možná léčba ambulantní. Pokud k ní ale dojde, měl by být umožněn doprovodu dítěte společný pobyt. Jsou ale vytvořené podmínky pro doprovod v rámci nemocnice? A jak vnímají sestry samotný doprovod? Je pro ně přínosem? Vnímají sestry hospitalizaci dítěte s doprovodem jako výhodu nebo naopak větší zdroj stresu pro dítě? Není doprovod naopak příčinou, že dítě se zdravotníky nespolupracuje?

Z pohledu sester byly posuzovány tři oblasti a to, jaký vliv má doprovod na průběh hospitalizace dítěte, zda je přítomnost doprovodu pomocí i pro sestry a jaké jsou podmínky při hospitalizaci pro samotný doprovod. Výzkumná část práce byla určena všeobecným sestram pracujícím na dětských odděleních FN Plzeň.

7.3 PILOTNÍ STUDIE

Před distribucí dotazníků jsem provedla na vlastním pracovišti pilotní studii. Rozdala jsem 7 dotazníků. Na základě odpovědí jsem pak pro upřesnění informací doplnila ještě jednu otázku. Jinak nebyly žádné připomínky a tak jsem distribuovala dotazníky respondentům.

7.4 METODIKA

Výzkumná část bakalářské práce byla prováděna metodou kvantitativního výzkumu pomocí dotazníkového šetření. Kvantitativní druh výzkumu jsem zvolila z toho důvodu, že umožňuje oslovit širší vzorek respondentů.

Nestandardizovaný dotazník obsahoval 19 otázek a byl anonymní. V dotazníku bylo použito 14 uzavřených, 4 polootevřených, 1 otevřená otázka. Dotazník vychází ze stanovených hypotéz a z teoretické části bakalářské práce.

Ve výzkumné části jsou porovnávány odpovědi mezi všeobecnými sestrami z Dětské kliniky a sestrami z ostatních klinik s dětskými lůžky ve FN Plzeň.

Údaje z dotazníků byly zpracovány do grafů pomocí programu Microsoft Office Excel a byly doplněné slovním komentářem.

7.5 HYPOTÉZY

1. Přítomnost doprovodu má pozitivní vliv na rychlost adaptace dítěte při hospitalizaci.

Kritérium hodnocení: minimálně tři z pěti otázek (v dotazníku č. 4, 5, 6, 7, 8) hypotézu potvrzují.

2. Přítomnost doprovodu dítěte je přínosem i pro personál.

Kritérium hodnocení: minimálně tři z pěti otázek (v dotazníku č. 9, 10, 11, 12, 13) hypotézu potvrzují.

3. V nemocnicích jsou vytvořené vhodné podmínky pro doprovod dítěte při hospitalizaci.

Kritérium hodnocení: minimálně tři otázky z šesti (v dotazníku č. 14, 15, 16, 17, 18, 19) hypotézu potvrzují.

7.6 VZOREK RESPONDENTŮ

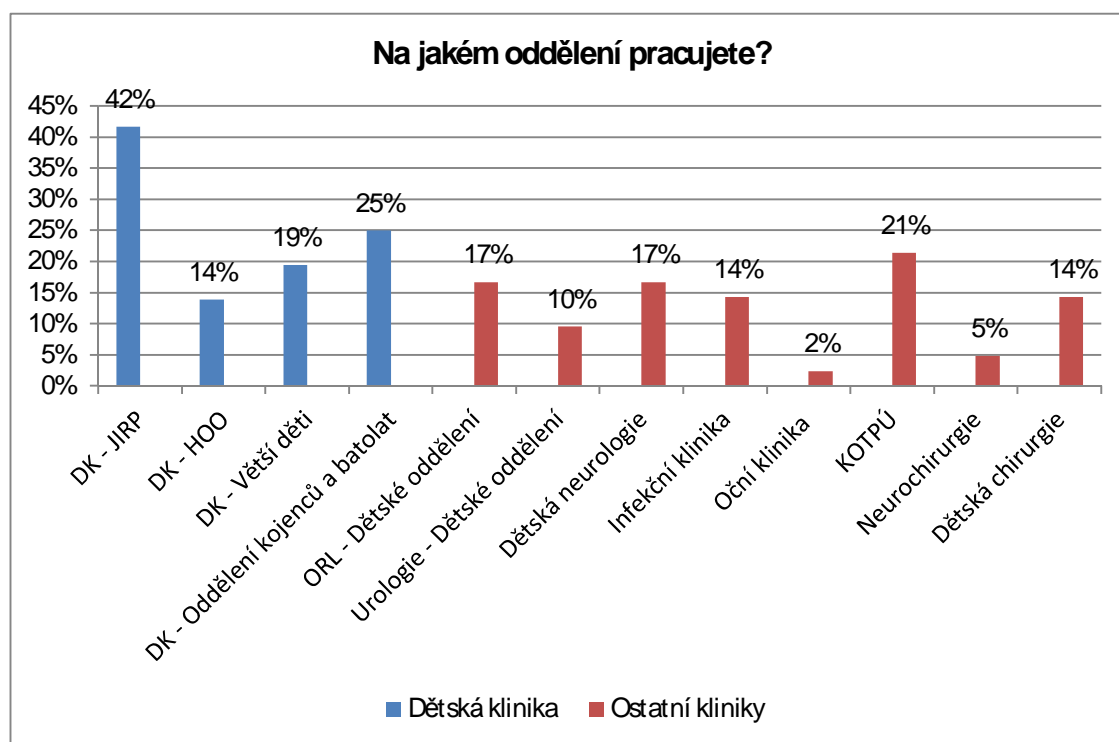
Dotazníky byly určeny dětským a všeobecným sestram, pracujícím na lůžkových odděleních. Pro dotazníkové šetření byla vybrána dětská oddělení FN Plzeň: dětská oddělení Dětské kliniky (oddělení Větších dětí, oddělení Kojenecké a batolecí, JIRP, oddělení dětské Hematoonkologie), dětské oddělení Infekční kliniky, kliniky ORL, Urologické kliniky, Oční kliniky, Chirurgické kliniky, Neurologické kliniky, kliniky Ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí (dále KOTPÚ) a Neurochirurgické oddělení.

Celkem bylo rozdáno 110 dotazníků. Z celkového počtu se vrátilo 88 dotazníků, tedy 80%. Dalších 10 dotazníků bylo vyřazeno z důvodu nesprávného či nedostatečného vyplnění. Návratnost byla tedy 78 dotazníků.

Výzkumné šetření proběhlo v únoru 2013 ve FN Plzeň po písemném souhlasu od náměstkyně pro ošetrovatelskou péči (Příloha č. 7).

7.7 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Graf 1 Pracoviště respondentů

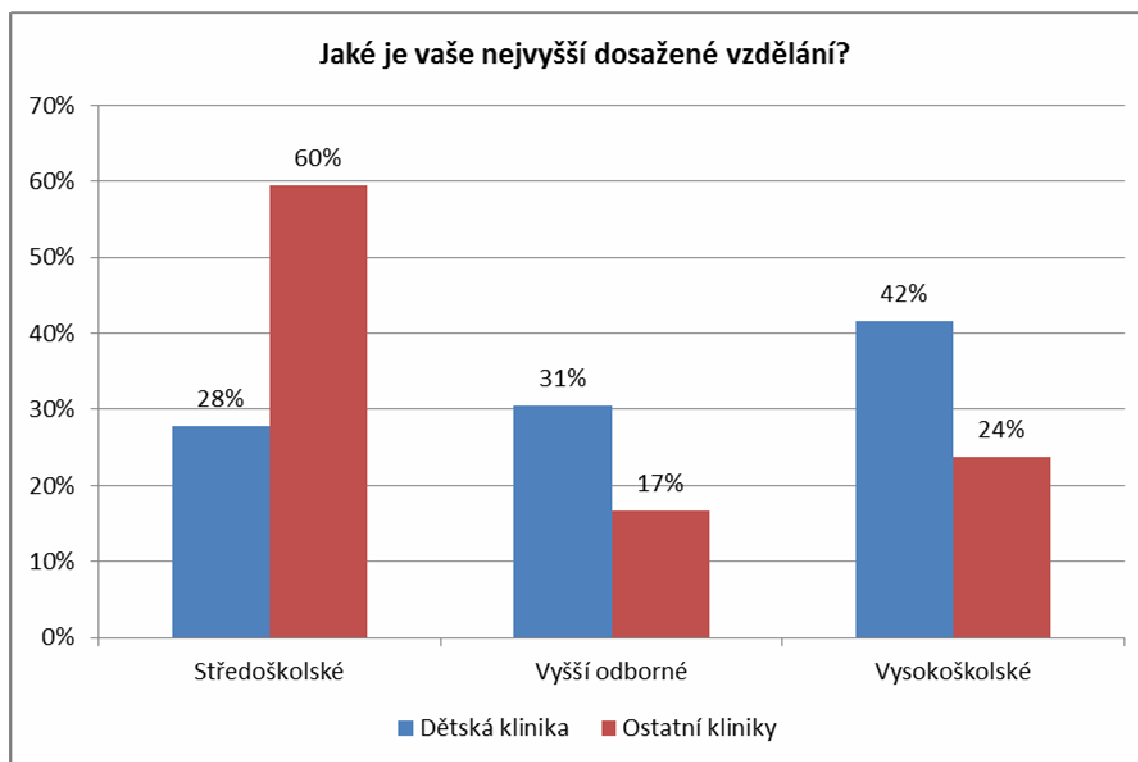


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 36 (100%) respondentů z Dětské kliniky, pracovalo 15 (42%) respondentů na oddělení DK – JIRP, 5 (14%) respondentů na DK – HOO, 7 (19%) respondentů na DK – Oddělení větších dětí, 9 (25%) respondentů na DK – Oddělení kojenců a batolat.

Z ostatních klinik odpovídalo 42 (100%) respondentů a z toho pracovalo 7 (17%) respondentů na dětském oddělení ORL, 4 (10%) na Dětské urologii, 7 (17%) respondentů na Dětské neurologii, 6 (14%) respondentů na dětském oddělení Infekční kliniky, 1 (2%) respondent na Oční klinice, 9 (21%) respondentů na dětském oddělení KOTPÚ, 2 (5%) respondenti na Neurochirurgickém oddělení a 6 (14%) respondentů na Dětské chirurgii.

Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

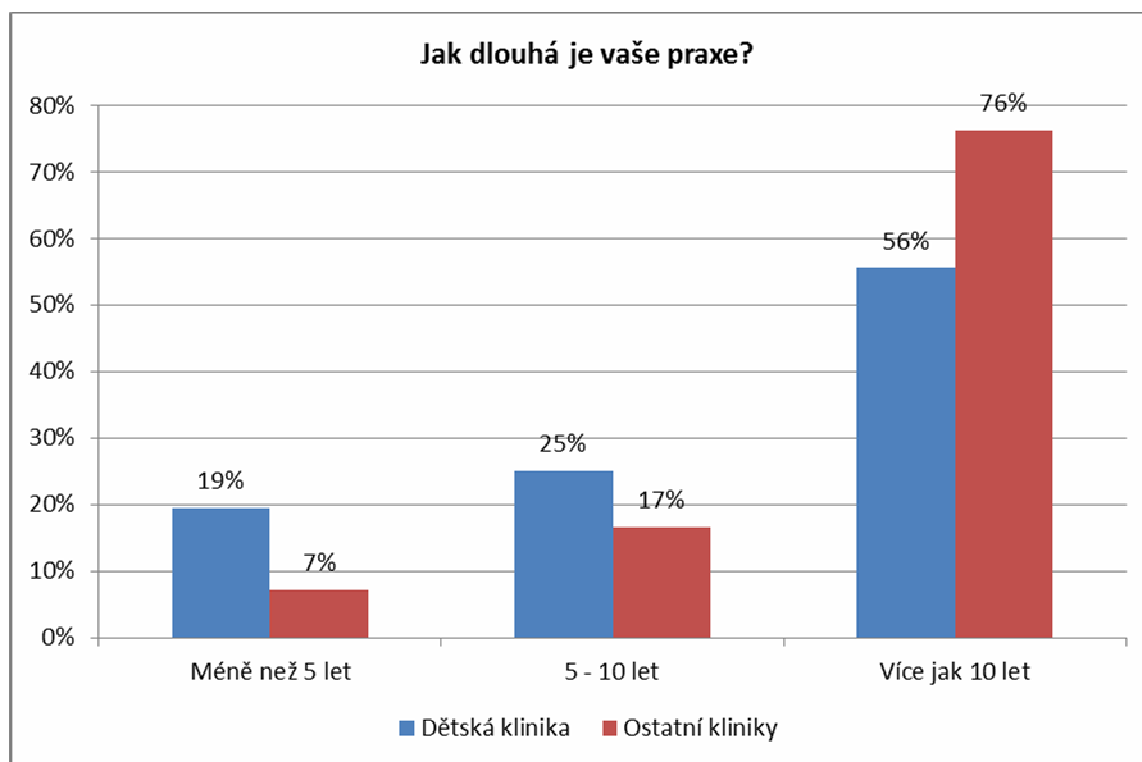


Zdroj: vlastní

Nejvíce respondentů z Dětské kliniky, tj. 15 (42%) má vysokoškolské vzdělání. Vyšší odborné vzdělání má 11 (31%) respondentů a 10 (28%) respondentů má středoškolské vzdělání.

Z ostatních klinik FN Plzeň má 25 (60%) respondentů středoškolské vzdělání, 7 (17%) respondentů vyšší odborné vzdělání a 10 (24%) respondentů vysokoškolské vzdělání.

Graf 3 Délka praxe respondentů

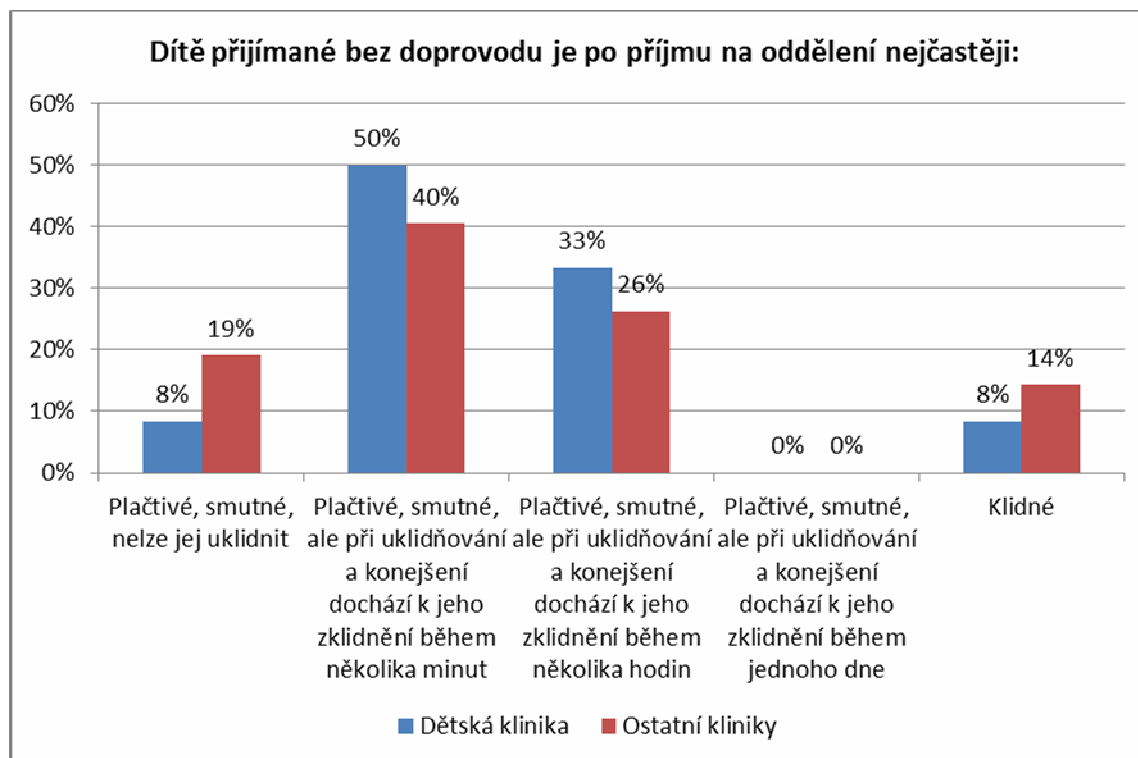


Zdroj: vlastní

Z grafu vyplývá, že na Dětské klinice, pracuje 20 (56%) respondentů více jak 10 let. Mezi 5 a 10 lety je délka praxe u 9 (25%) respondentů a 5 let délky praxe nepřesáhlo 7 (19%) respondentů.

Z ostatních klinik FN Plzeň je nejvíce respondentů s délkou praxe nad 10 let, a to 32 (76%). Praxi mezi 5 – 10 lety má 7 (17%) respondentů a pod hranicí 5 let jsou 3 (7%) respondenti.

Graf 4 Nejčastější reakce dítěte po příjmu na oddělení



Zdroj: vlastní

Nejvíce respondentů z Dětské kliniky, 18 (50%), i z ostatních klinik, 17 (40%), zvolilo k otázce č. 4 odpověď, že dítě je při příjmu na oddělení plačtivé, smutné, ale při uklidňování a konejšení dochází k jeho zklidnění během několika minut.

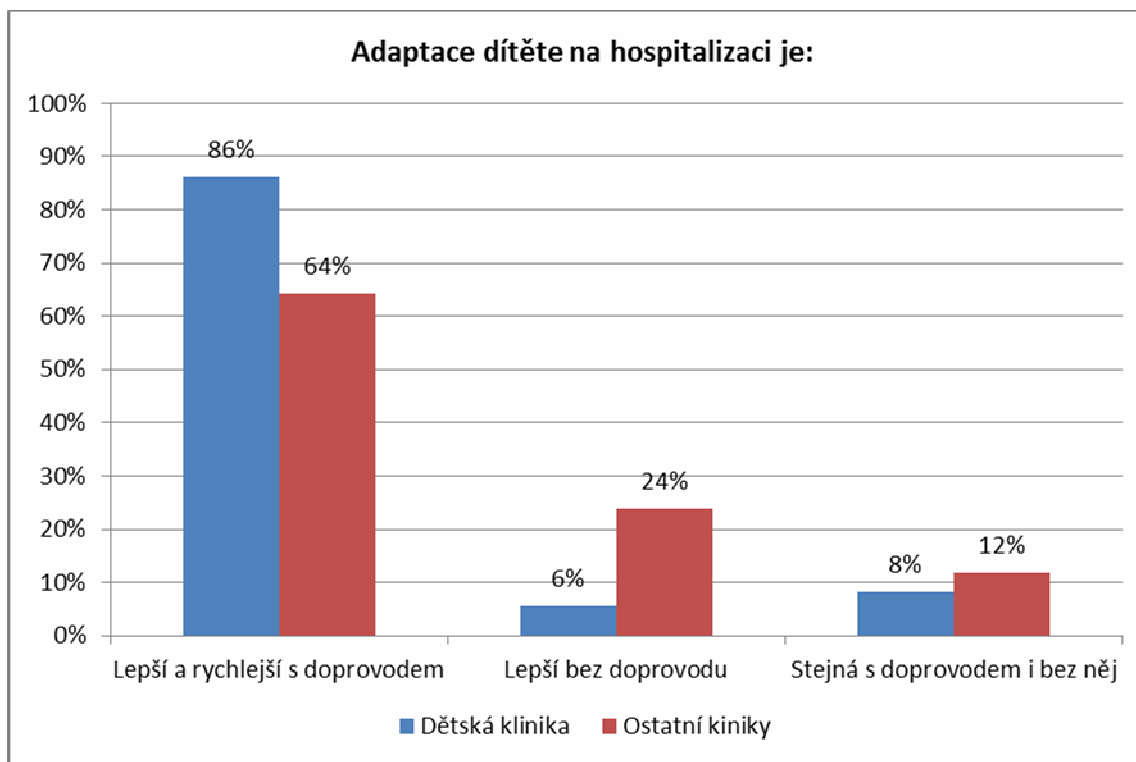
Odpověď, že dítě je při příjmu na oddělení plačtivé, smutné, ale při uklidňování a konejšení dochází k jeho zklidnění během několika hodin, zvolilo z Dětské kliniky 12 (33%) respondentů a z ostatních klinik 11 (26%) respondentů.

Odpověď, že dítě je při příjmu na oddělení plačtivé, smutné, ale při uklidňování a konejšení dochází k jeho zklidnění během jednoho dne, nezvolil z žádné kliniky žádný respondent.

S odpovědí, že dítě je při příjmu plačtivé, smutné a nelze jej uklidnit souhlasilo z Dětské kliniky 3 (8%) respondenti a z ostatních klinik 8 (19%) respondentů.

Odpověď, že je dítě při příjmu klidné zvolili 3 (8%) respondenti z Dětské kliniky a 6 (14%) respondentů z ostatních klinik.

Graf 5 Adaptace dítěte na hospitalizaci

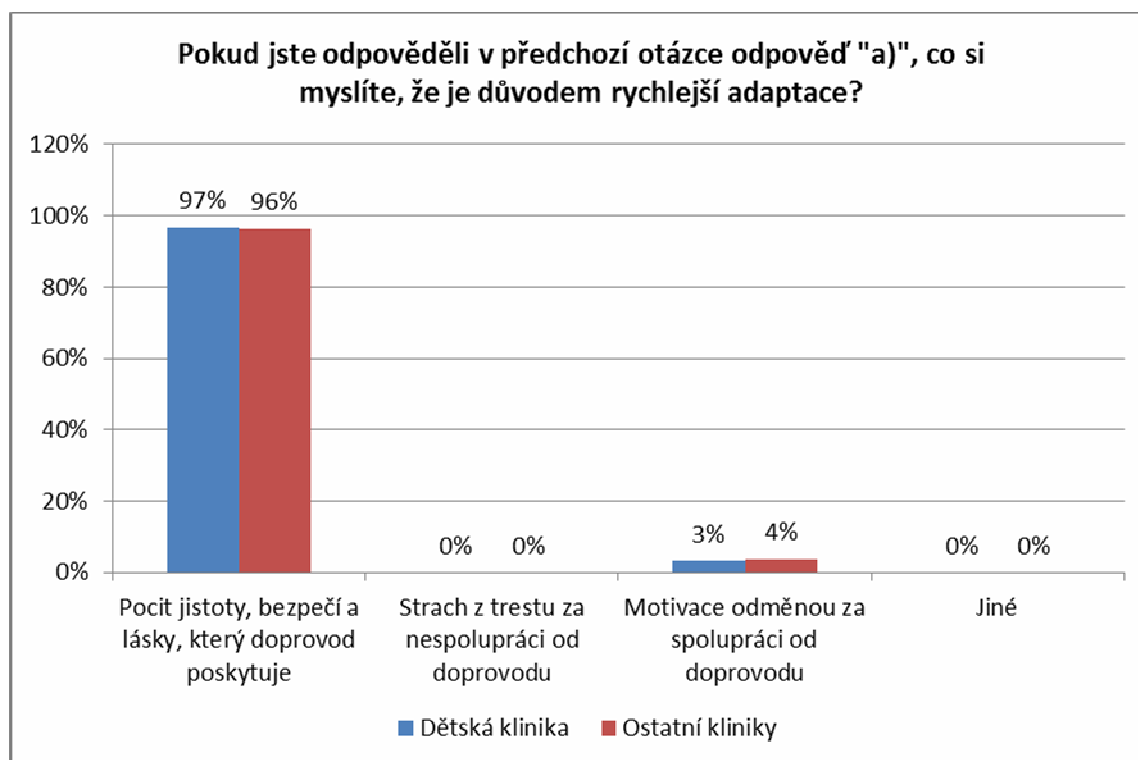


Zdroj: vlastní

31 (86%) respondentů z Dětské kliniky uvádí, že adaptace dítěte na hospitalizaci je lepší a rychlejší s doprovodem. 3 (8%) respondenti označili, že adaptace dítěte je stejná s doprovodem i bez něj. 2 (6%) respondenti uvádí, že adaptace dítěte je lepší bez doprovodu.

Z ostatních klinik označilo 27 (64%) respondentů, že adaptace dítěte je lepší a rychlejší s doprovodem. 10 (24%) respondentů si myslí, že adaptace dítěte je lepší bez doprovodu a 5 (12%) respondentů zvolilo možnost, že je adaptace dítěte stejná s doprovodem i bez něj.

Graf 6 Důvod rychlejší adaptace dítěte



Zdroj: vlastní

Na otázku č. 6 odpovídali pouze ti respondenti, kteří v předchozí otázce uvedli odpověď, že adaptace dítěte je lepší a rychlejší s doprovodem.

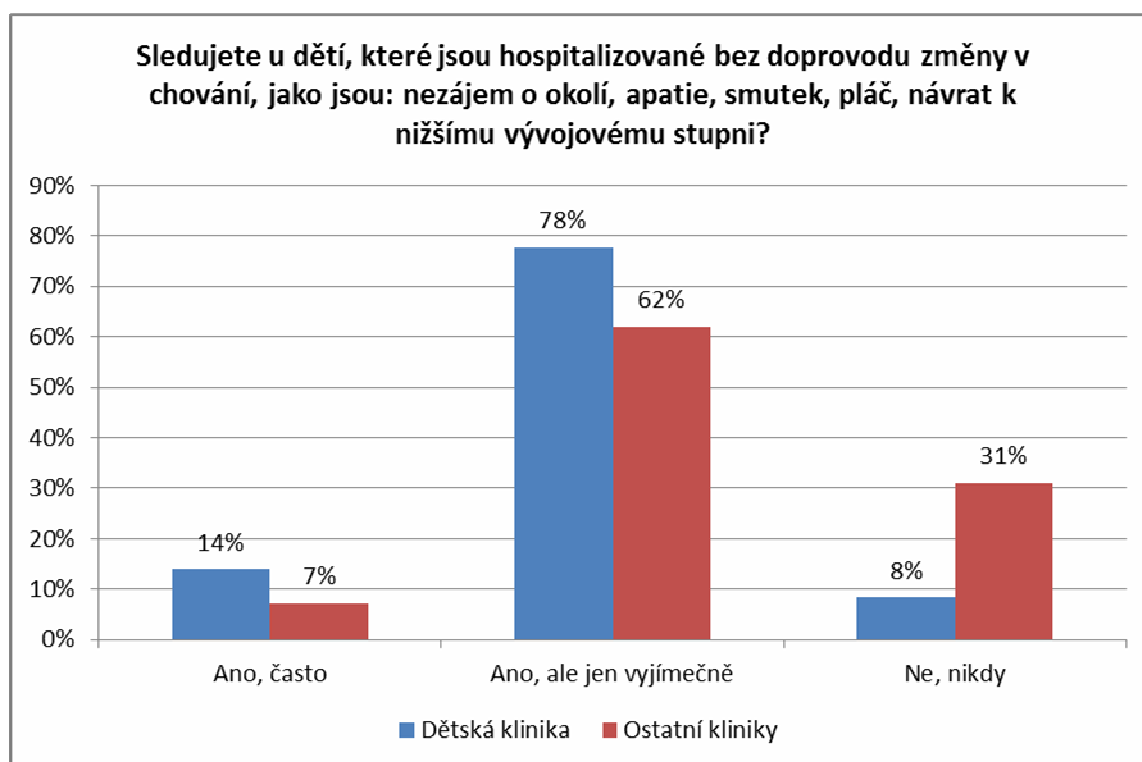
Na tuto otázku odpovědělo z Dětské kliniky 31 (100%) a z ostatních klinik 27 (100%) respondentů.

Z dětské kliniky odpovědělo 30 (97%) respondentů, že důvodem rychlejší adaptace dítěte je pocit jistoty, bezpečí a lásky, který doprovod poskytuje. Stejnou odpověď uvedlo z ostatních klinik 26 (96%) respondentů.

1 (3%) respondent z Dětské kliniky a 1 (4%) respondent z ostatních klinik uvedli, že důvodem je motivace odměnou za spolupráci od doprovodu.

Odpověď, že důvodem je strach z trestu za nespolupráci od doprovodu ani odpověď jinou nikdo nevedl.

Graf 7 Přítomnost změn v chování hospitalizovaného dítěte

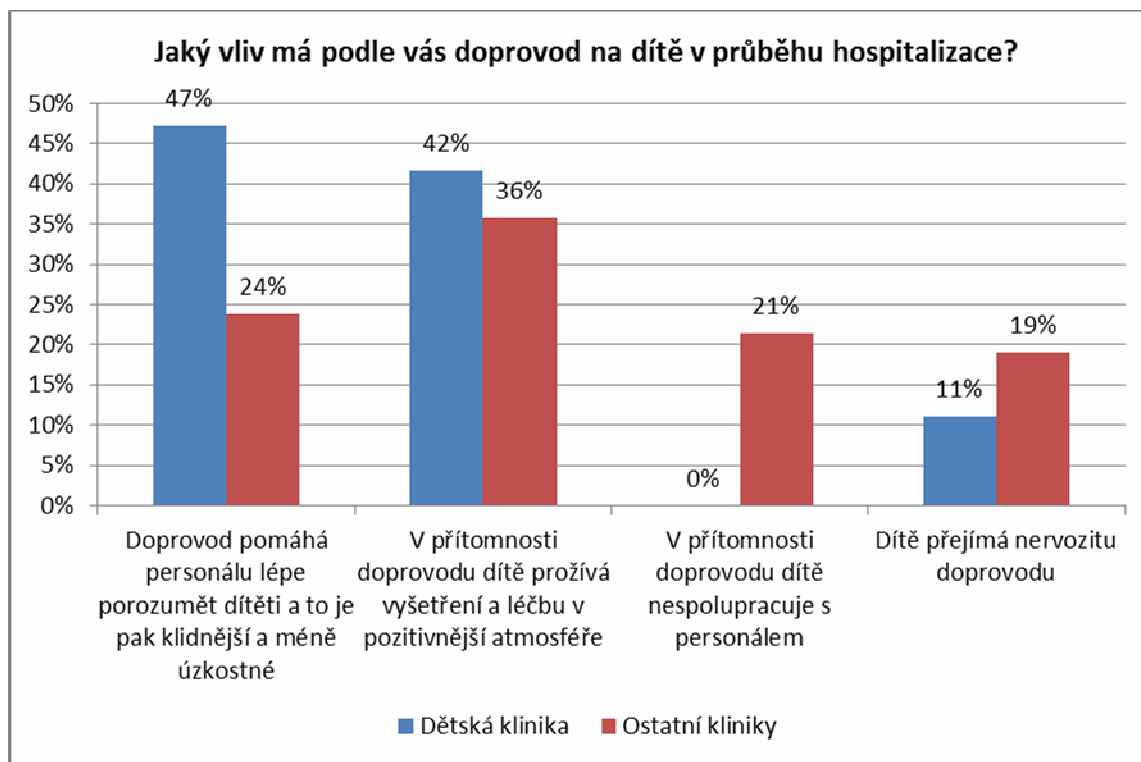


Zdroj: vlastní

Na Dětské klinice se u hospitalizovaných dětí bez doprovodu setkává jen výjimečně se změnami v jejich chování, jako jsou: nezájem o okolí, apatie, smutek pláč, návrat k nižšímu vývojovému stupni, 28 (78%) respondentů. 5 (14%) respondentů se setkává se změnami v jejich chování často a 3(8%) respondenti se neseťkávají s těmito změnami v chování dětí nikdy.

Na ostatních klinikách se se změnami v chování u hospitalizovaných dětí bez doprovodu setkává 26 (62%) respondentů jen výjimečně, 3 (7%) respondenti se s těmito změnami setkávají často a 13 (31%) respondentů se s nimi neseťkává nikdy.

Graf 8 Vliv doprovodu na dítě



Zdroj: vlastní

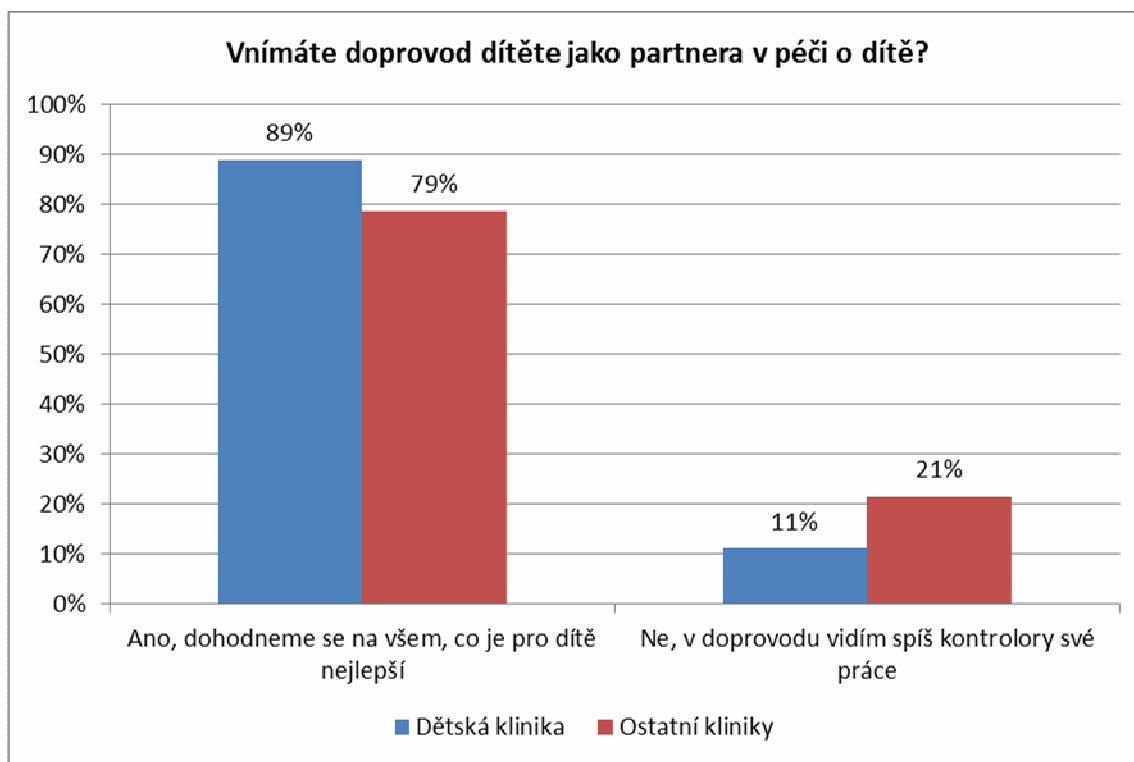
Z grafu vyplývá, že nejvíce respondentů z Dětské kliniky, a to 17 (47%), zvolilo k otázce č. 8 odpověď „Doprovod pomáhá personálu lépe porozumět dítěti a to je pak klidnější a méně úzkostné“. Z ostatních klinik tuto možnost označilo 10 (24%) respondentů.

Odpověď „V přítomnosti doprovodu dítě prožívá vyšetření a léčbu v pozitivnější atmosféře“ zvolilo z Dětské kliniky 15 (42%) respondentů a z ostatních klinik také 15 (36%) respondentů.

Odpověď „V přítomnosti doprovodu dítě nespolupracuje s personálem“ si z dětské kliniky nevybral nikdo a z ostatních klinik takto odpovědělo 9 (21%) respondentů.

S odpovědí „Dítě přejímá nervozitu doprovodu“ souhlasili z Dětské kliniky 4 (11%) respondenti a z ostatních klinik 8 (19%) respondentů.

Graf 9 Vnímání doprovodu v péči o dítě

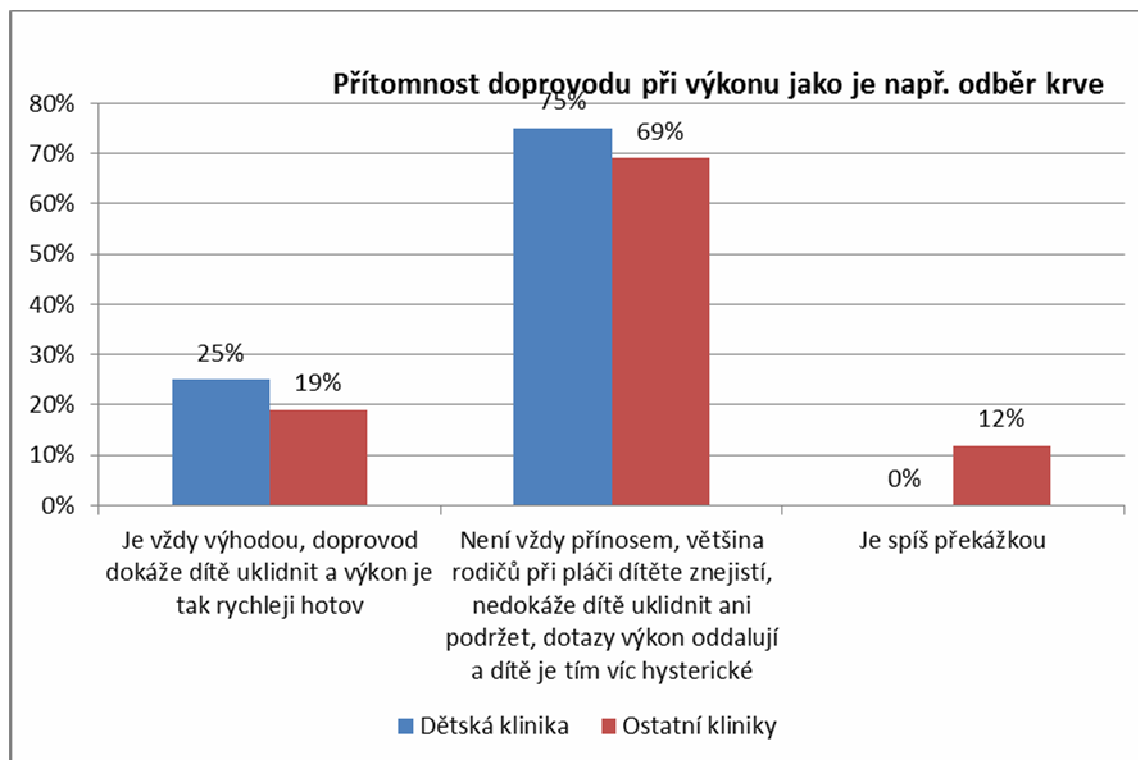


Zdroj: vlastní

Z Dětské kliniky 32 (89%) a z ostatních klinik 33 (79%) respondentů vnímají doprovod dítěte jako partnera v péči o dítě a dohodnou se s ním na všem, co je pro dítě nejlepší.

4 (11%) respondenti z Dětské kliniky a 9 (21%) respondentů z ostatních klinik nevnímají doprovod jako partnera v péči o dítě a vidí v něm spíš kontrolory své práce.

Graf 10 Přítomnost doprovodu při výkonu



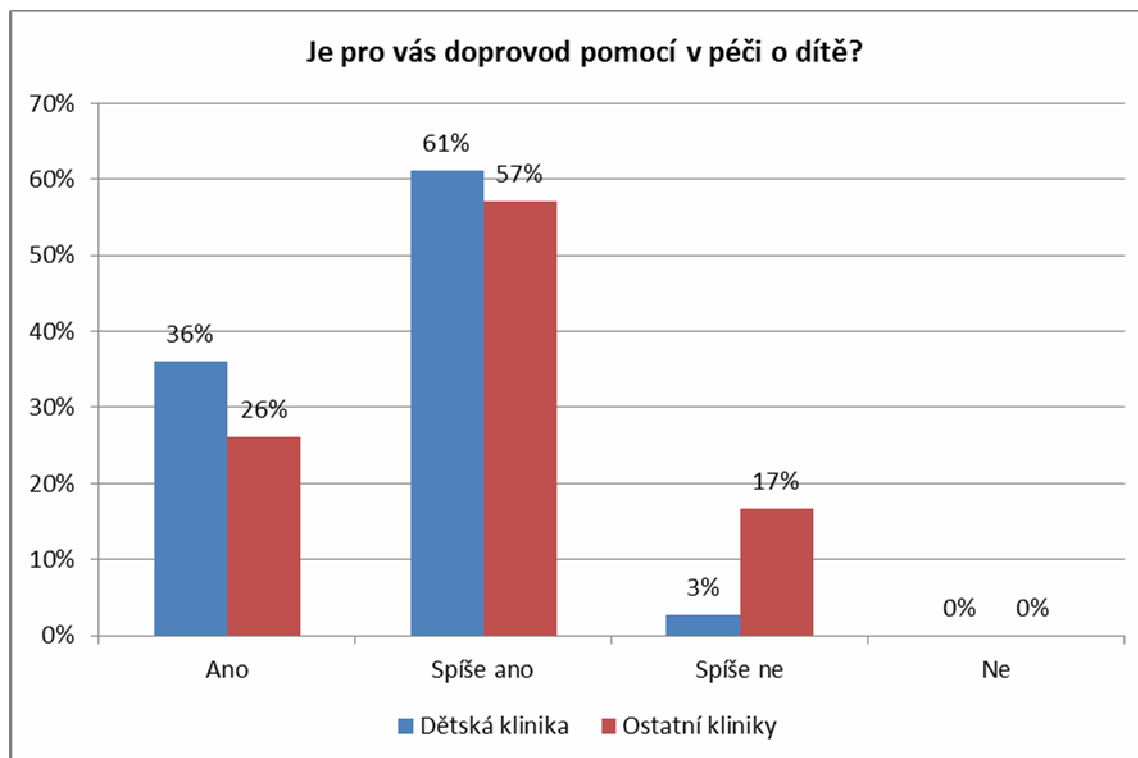
Zdroj: vlastní

Na otázku č. 10 odpovědělo nejvíce respondentů z Dětské kliniky, 27 (75%), i z ostatních klinik, 29 (69%), že přítomnost doprovodu při výkonech není vždy přínosem, většina rodičů při pláči dítěte znejistí, nedokáže dítě uklidnit ani podržet, dotazy výkon oddalují a dítě je tím víc hysterické.

9 (25%) respondentů z Dětské kliniky a 8 (19%) respondentů z ostatních klinik uvedlo, že přítomnost doprovodu při výkonu je vždy výhodou, protože dokáže dítě uklidnit a výkon je tak rychleji hotov.

To, že přítomnost doprovodu při výkonu je spíš překážkou si z Dětské kliniky nemyslí nikdo a z ostatních klinik si to myslí 5 (12%) respondentů.

Graf 11 Pomoc doprovodu v péči o dítě



Zdroj: vlastní

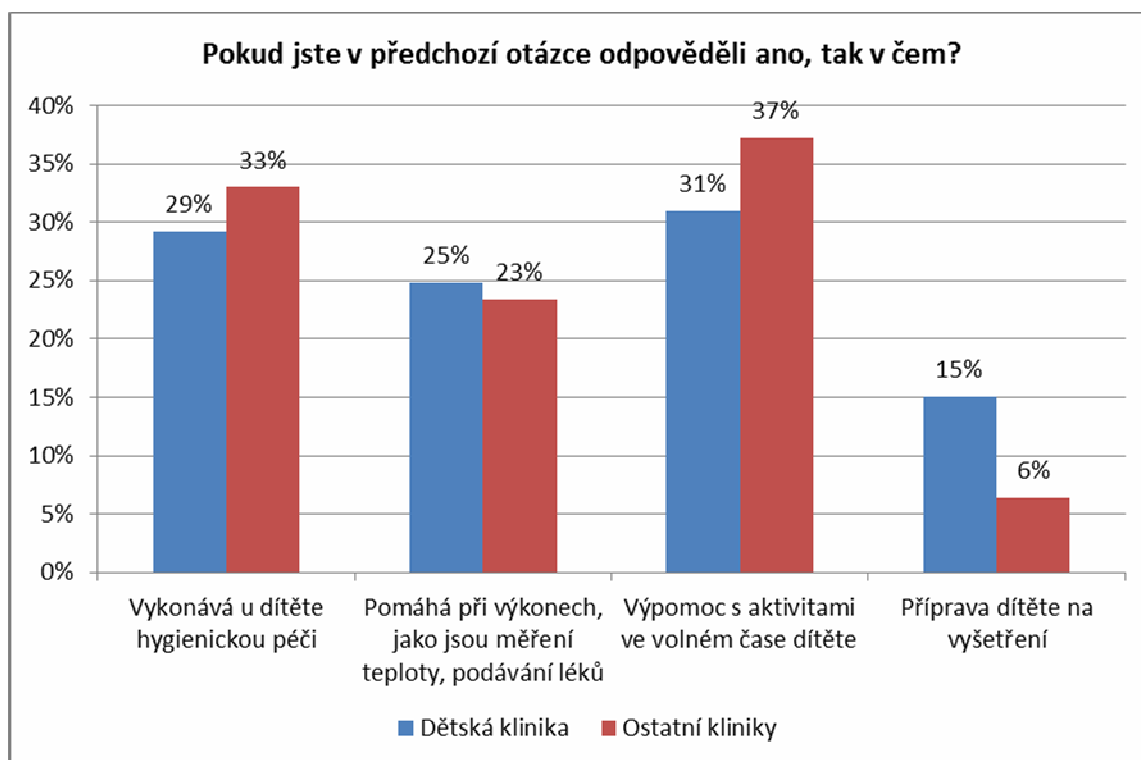
Z Dětské kliniky 13 (36%) respondentů a z ostatních klinik 11 (26%) respondentů vnímá doprovod jako pomoc v péči o dítě.

Odpověď „Spíše ano“ odpovědělo 22 (61%) respondentů z Dětské kliniky a 24 (57%) respondentů z ostatních klinik.

Odpověď „Spíše ne“ zvolil z Dětské kliniky 1 (3%) respondent a z ostatních klinik 7 (17%) respondentů.

Odpověď „Ne“ nebyla nikým zvolena.

Graf 12 Pomoc doprovodu

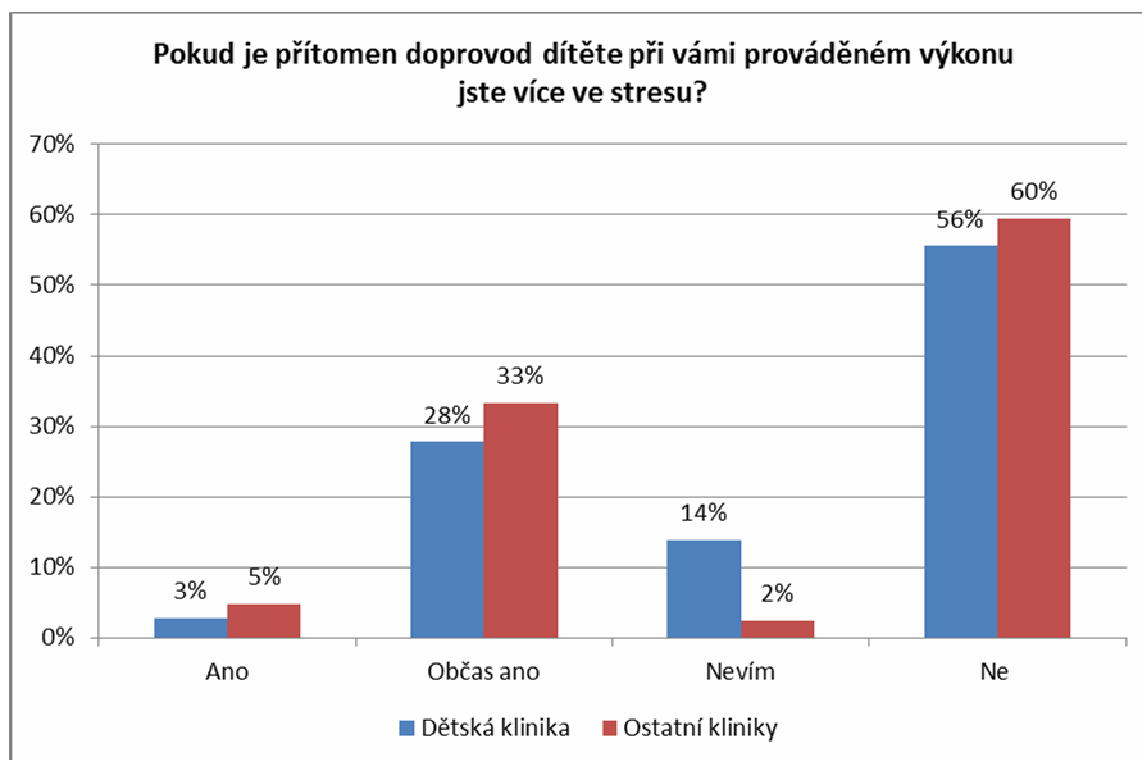


Zdroj: vlastní

Na otázku č. 12 odpovídali pouze respondenti, kteří v předchozí otázce zvolili odpověď „Ano“ a „Spíše ano“. Z Dětské kliniky to bylo 35 (100%) a také z ostatních klinik 35 (100%) respondentů. Respondenti v této otázce mohli zvolit více odpovědí.

Z Dětské kliniky 33 (29%) respondentů a z ostatních klinik 31 (33%) respondentů uvádí, že doprovod pomáhá tím, že u dítěte vykonává hygienickou péči. 28 (25%) respondentů na Dětské klinice a 22 (23%) respondentů na ostatních klinikách uvedlo, že doprovod pomáhá při výkonech, jako jsou měření teploty, podávání léků. 35 (31%) respondentů na Dětské klinice a shodně i 35 (37%) respondentů z ostatních klinik uvádí, že doprovod pomáhá s aktivitami ve volném čase dítěte. Odpověď, že doprovod pomáhá připravit dítě na vyšetření, uvedlo z Dětské kliniky 17 (15%) a z ostatních klinik 6 (6%) respondentů.

Graf 13 Přítomnost doprovodu a stres



Zdroj: vlastní

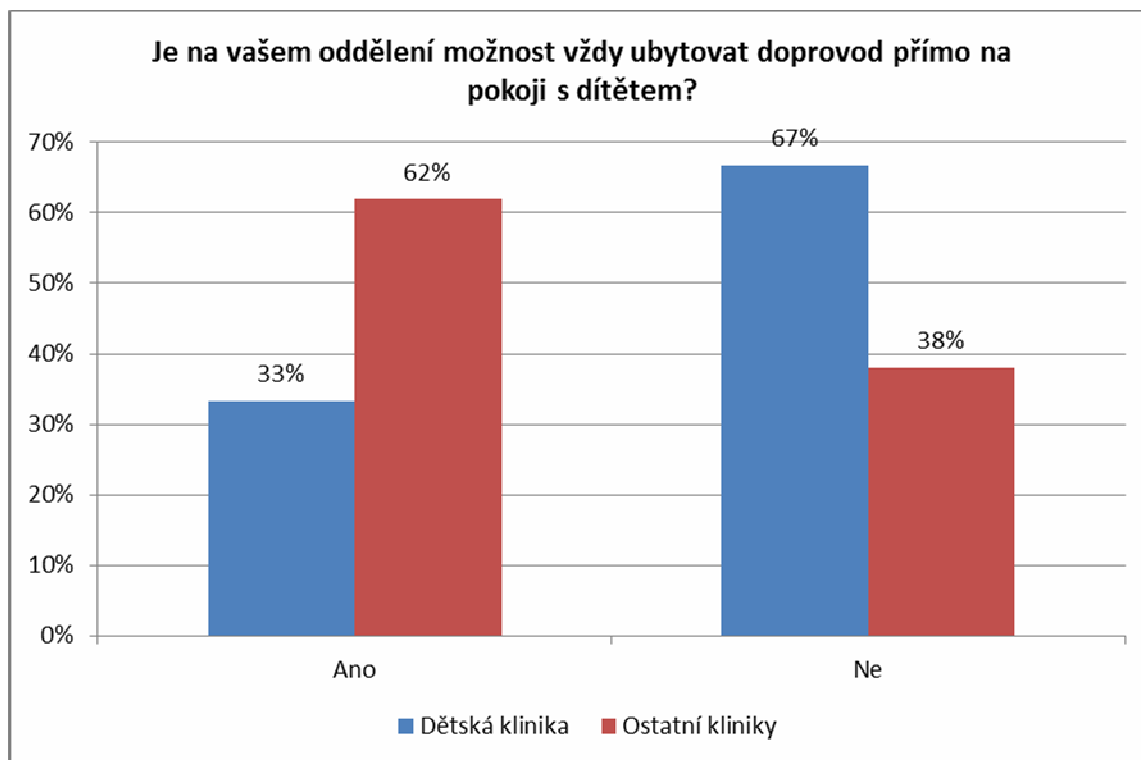
Z grafu vyplývá, že na Dětské klinice 20 (56%) respondentů není ve stresu při provádění výkonu za přítomnosti doprovodu, na ostatních klinikách to stejně vnímá 25 (60%) respondentů.

1 (3%) respondent z Dětské kliniky a 2 (5%) respondenti z ostatních klinik vnímají přítomnost doprovodu při jimi prováděném výkonu jako stres.

Odpověď, že jsou více ve stresu občas, uvedlo z Dětské kliniky 10 (28%) respondentů a z ostatních klinik 14 (33%) respondentů.

Odpověď „Nevím“ uvedlo 5 (14%) respondentů z Dětské kliniky a 1 (2%) respondent z ostatních klinik.

Graf 14 Ubytování doprovodu na pokoji

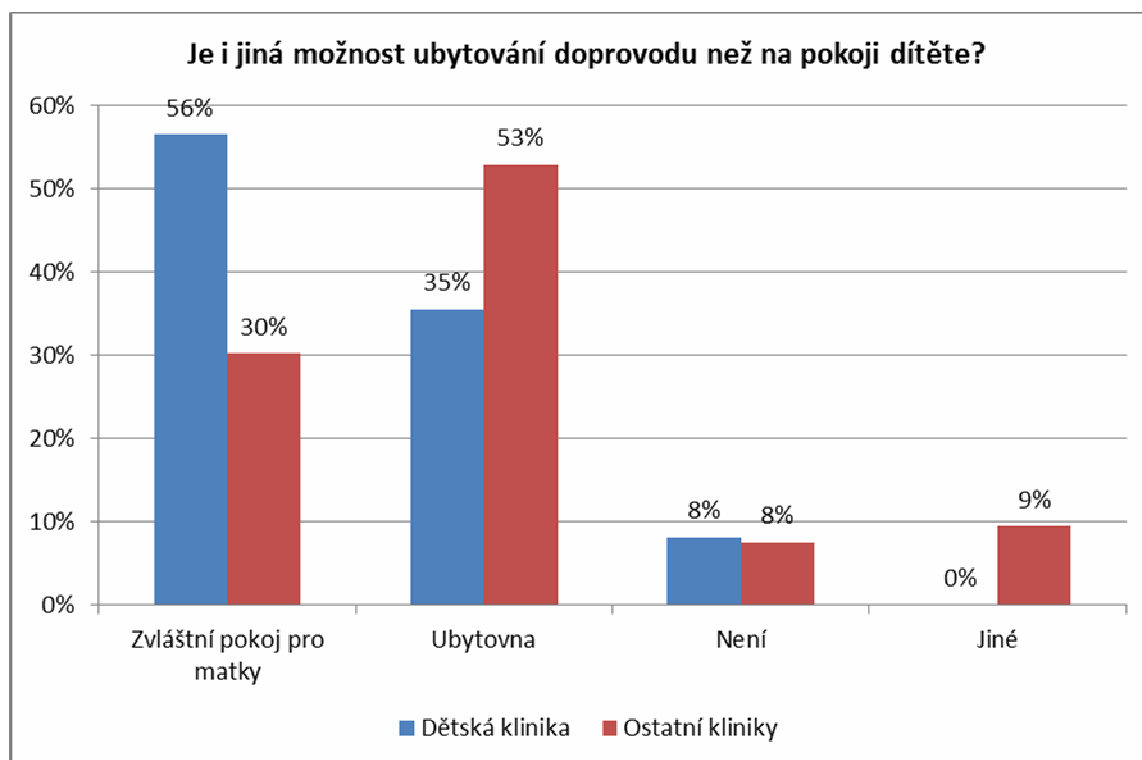


Zdroj: vlastní

24 (67%) respondentů z Dětské kliniky uvádí, že není možno vždy ubytovat doprovod přímo na pokoji s dítětem a 12 (33%) respondentů uvádí, že je možno vždy ubytovat doprovod přímo na pokoji s dítětem.

Z ostatních klinik uvádí 26 (62%) respondentů, že je možno ubytovat doprovod přímo na pokoji s dítětem a 16 (38%) respondentů, že není možno ubytovat doprovod přímo na pokoji s dítětem.

Graf 15 Jiná možnost ubytování doprovodu



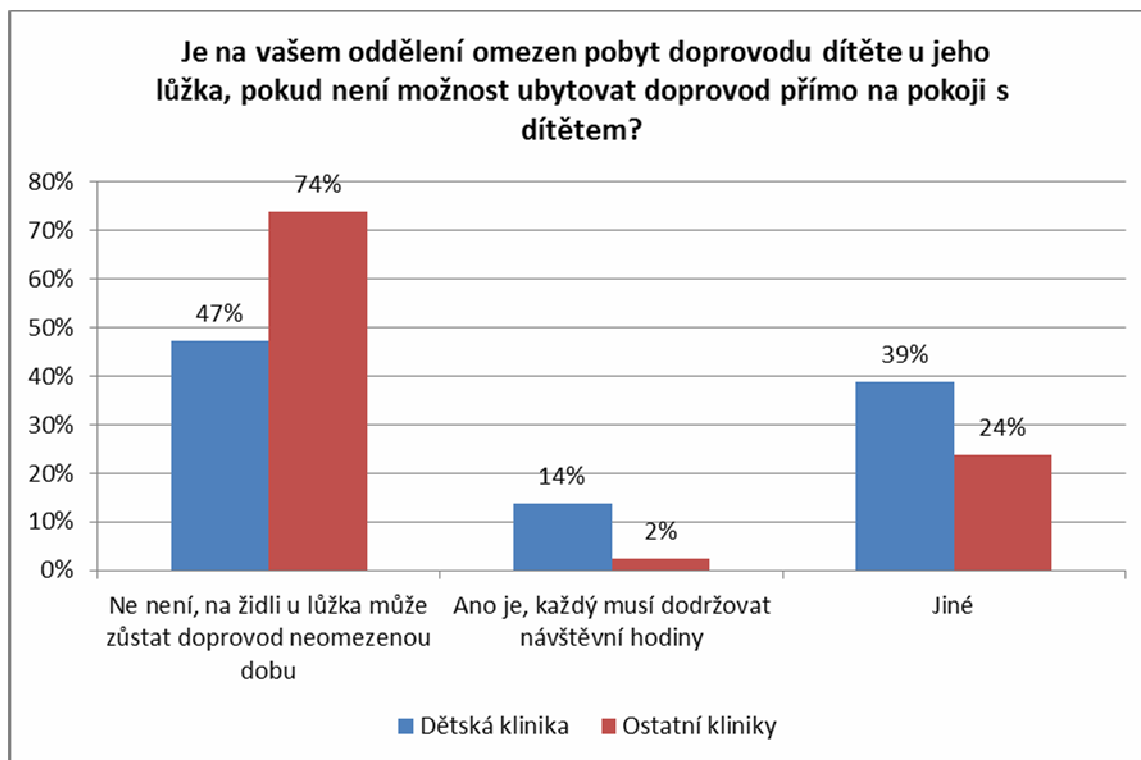
Zdroj: vlastní

V otázce č. 15 bylo možno zvolit více odpovědí.

Na Dětské klinice uvedlo 35 (56%) respondentů, že jinou možností ubytování doprovodu než na pokojí s dítětem je zvláštní pokoj pro matky, 22 (35%) respondentů uvedlo ubytovnu, 5 (8%) respondentů uvedlo, že jiná možnost není a možnost „Jiné“ neuvedl nikdo.

Z ostatních klinik uvedlo 16 (30%) respondentů zvláštní pokoj pro matky, 28 (53%) respondentů ubytovnu, 4 (8%) respondenti uvedli, že není jiná možnost ubytování doprovodu a odpověď „Jiné“ uvedlo 5 (9%) respondentů, kde dopsali možnosti: nadstandard, doprovod si musí zajistit vlastní ubytování.

Graf 16 Omezení pobytu doprovodu u lůžka dítěte



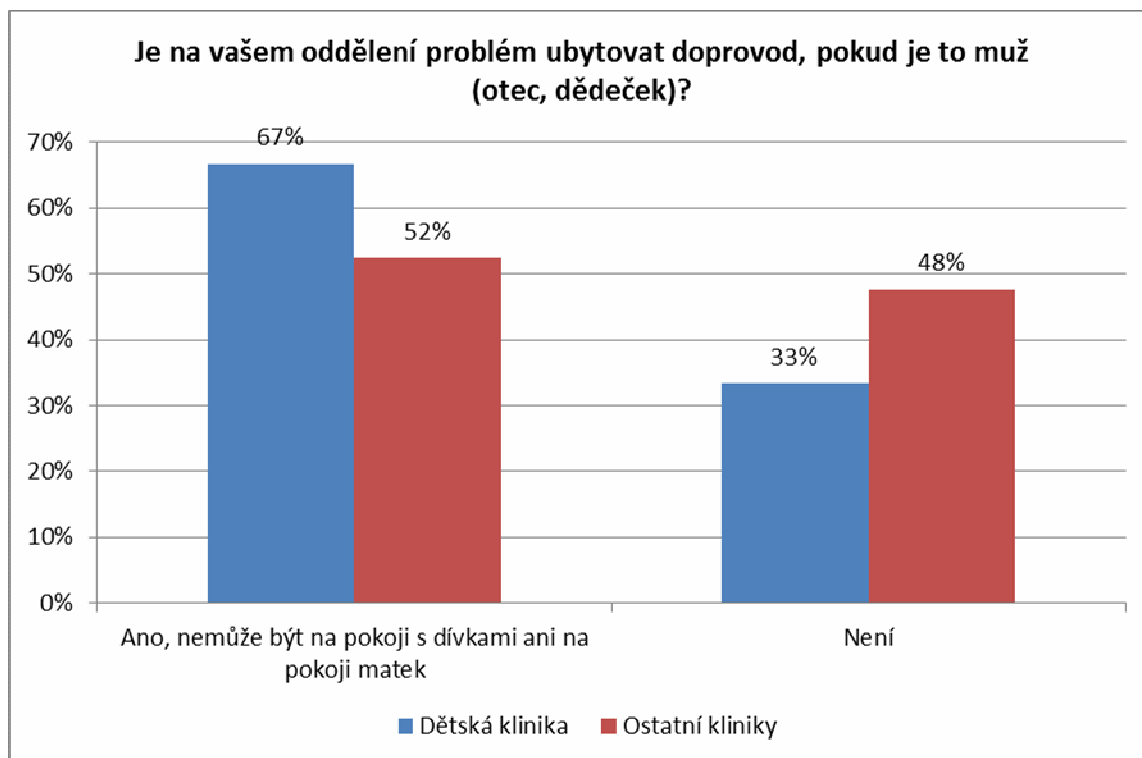
Zdroj: vlastní

Na otázku č. 16 si vybralo odpověď „Ne, není, na židli u lůžka může zůstat doprovod neomezenou dobu“ z Dětské kliniky 17 (47%) a z ostatních klinik 31 (74%) respondentů.

Odpověď „Ano je, každý musí dodržovat návštěvní hodiny“ si vybralo z Dětské kliniky 5 (14%) respondentů a z ostatních klinik 1 (2%) respondent.

Odpověď „Jiné“ si z Dětské kliniky vybralo 14 (39%) respondentů a dopsali odpovědi: návštěvy u dítěte několikrát za den na 15 minut, po domluvě s lékařem, dle výkonů u ostatních dětí. Z ostatních klinik si odpověď „Jiné“ zvolilo 10 (24%) respondentů a zvolili odpovědi: v noci není možno být u lůžka dítěte – zvláštní místnost, dle domluvy a vnitřního řádu FN.

Graf 17 Problém ubytovat doprovod – muže

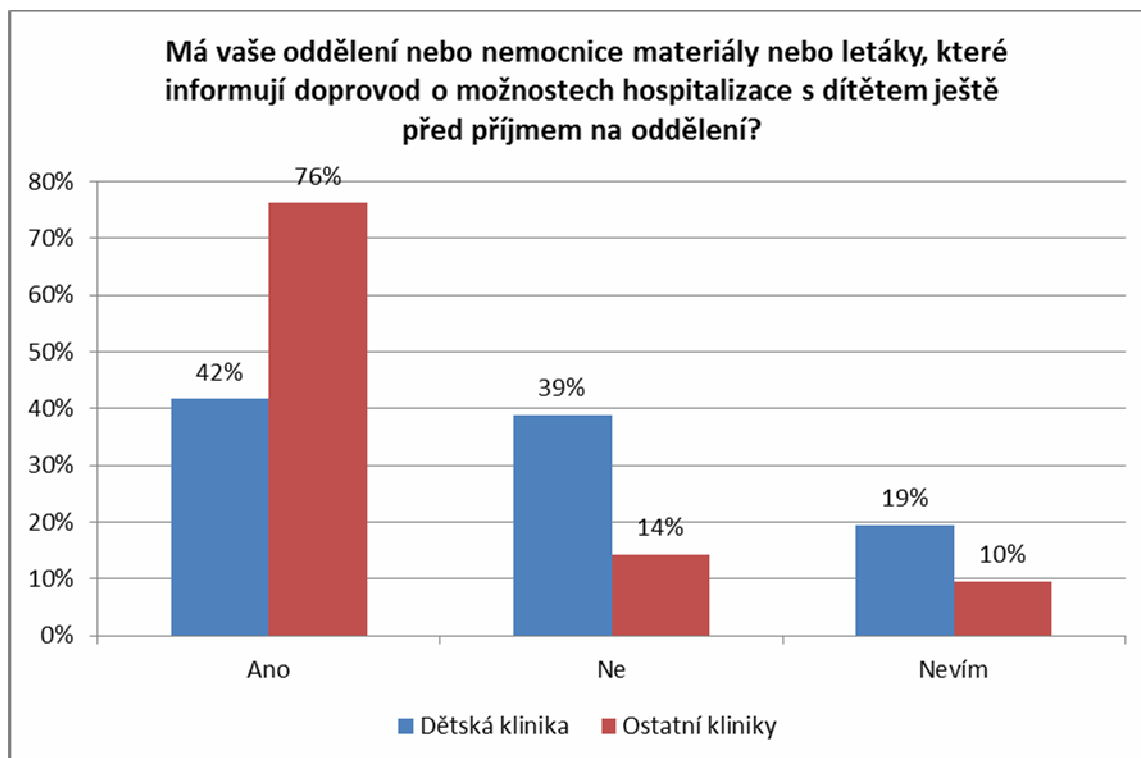


Zdroj: vlastní

Z Dětské kliniky odpovědělo 24 (67%) respondentů, že je problém ubytovat doprovod pokud je to muž, protože nemůže být na pokoji s dívkami ani na pokoji matek. Stejnou odpověď zvolilo z ostatních klinik 22 (52%) respondentů.

12 (33%) respondentů z Dětské kliniky odpovědělo, že není problém ubytovat doprovod, ani pokud je to muž, stejně odpovědělo 20 (48%) respondentů z ostatních klinik.

Graf 18 Materiály o možnostech hospitalizace doprovodu



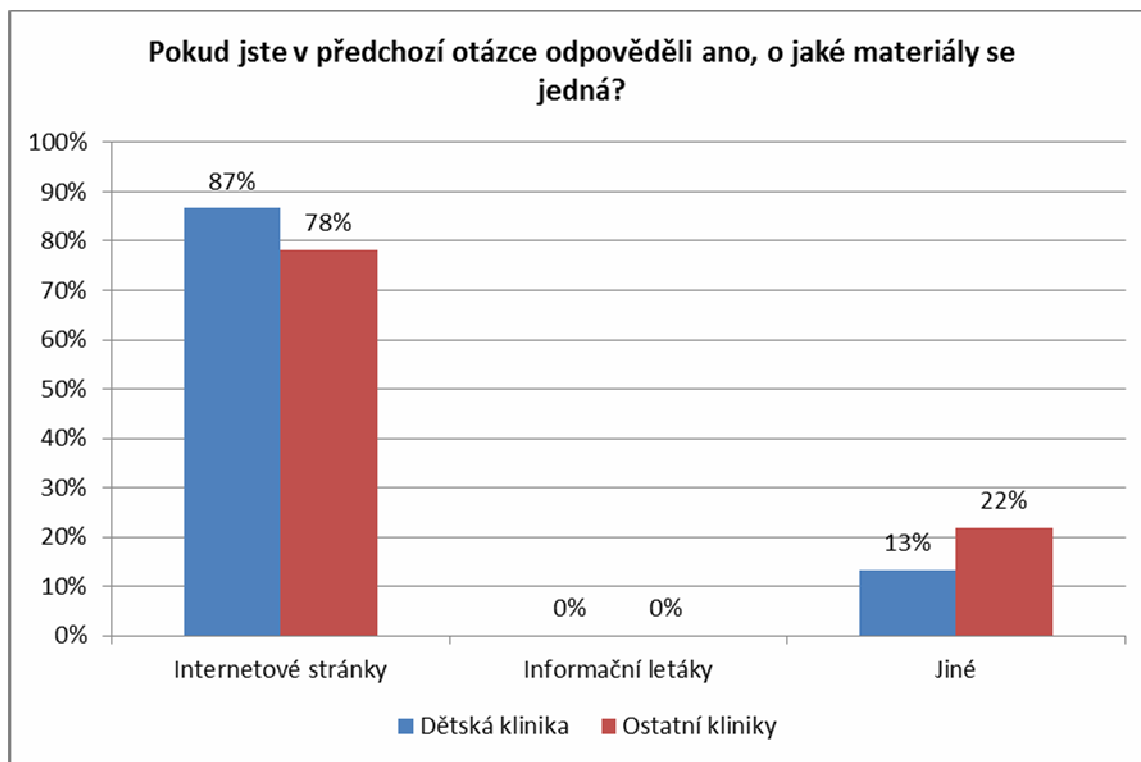
Zdroj: vlastní

Z dětské kliniky 15 (42%) respondentů a z ostatních klinik 32 (76%) respondentů uvedlo, že jejich oddělení nebo nemocnice mají materiály, které informují doprovod o možnostech hospitalizace s dítětem ještě před příjmem na oddělení.

14 (39%) respondentů z Dětské kliniky a 6 (14%) respondentů z ostatních klinik uvedlo, že takové materiály nemají.

7 (19%) respondentů z Dětské kliniky a 4 (10%) respondentů z ostatních klinik neví, jestli takové materiály jsou.

Graf 19 Druh materiálu o možnostech hospitalizace



Zdroj: vlastní

Na otázku č. 19 odpovídali pouze ti respondenti, kteří v předchozí otázce uvedli odpověď „Ano“. Odpovídalo 15 (100%) respondentů z Dětské kliniky a 32 (100%) respondentů z ostatních klinik.

Z Dětské kliniky 13 (87%) a z ostatních klinik 25 (78%) respondentů uvedlo, že se jedná o materiály v podobě internetových stránek.

Odpověď, že se jedná o informační letáky, neuvedl nikdo.

Odpověď „Jiné“ uvedli z Dětské kliniky 2 (13%) respondenti a z ostatních klinik 7 (22%) respondentů a jako další odpověď uvedli: informace od přijímací sestry, informace od jiných rodičů.

8 DISKUSE

Cílem mé bakalářské práce bylo posoudit vliv doprovodu na průběh hospitalizace z pohledu sester. Z pohledu sester byly posuzovány tyto tři oblasti: jaký vliv má doprovod na průběh hospitalizace dítěte, zda je přítomnost doprovodu pomocí i pro sestry a jaké jsou podmínky při hospitalizaci pro samotný doprovod. Výzkumná část práce byla určena všeobecným sestřím pracujícím na dětských odděleních FN Plzeň.

Ve své práci jsem porovnávala odpovědi mezi sestrami pracujícími na Dětské klinice (dále DK) a sestrami pracujícími na ostatních klinikách, kde mají dětská lůžka. Zajímalo mne, zda budou výsledky rozdílné, když na Dětské klinice se zaměřují pouze na dětské pacienty a péči o ně a tedy i veškeré úpravy, malby, prostory jsou určeny jen dětem, kdežto na ostatních klinikách je dětské oddělení jen jedním z mnoha a ostatní oddělení jsou zaměřena na dospělé pacienty.

První tři otázky byly věnovány vstupním údajům: pracovišti respondentů, nejvyššímu dosaženému vzdělání a délce praxe.

Z celkového počtu 78 všeobecných sester, které se dotazníkového šetření účastnily, jich 36 pracuje na DK a 42 na ostatních klinikách.

V rámci DK odpovídalo 36 (100%) respondentů, pracujících na odděleních: JIRP, kde odpovídalo 15 (42%) sester, na Oddělení hemato-onkologickém 5 (14%) sester, na Oddělení větších dětí 7 (19%) sester a na Oddělení kojenců a batolat 9 (25%) sester.

Na ostatních klinikách odpovídalo 42 (100%) respondentů, a to 7 (17%) sester z dětského oddělení ORL, 4 (10%) sester z Dětské urologie, 7 (17%) sester z Dětské neurologie, 6 (14%) sester z dětského oddělení Infekční kliniky, 1 (2%) sestra z Oční kliniky, 9 (21%) sester z dětského oddělení KOTPU, 2 (5%) sestry z Neurochirurgie a 6 (14%) sester z Dětské chirurgie.

U otázky zjišťující nejvyšší dosažené vzdělání sester mne překvapila rozdílná úroveň vzdělání mezi sestrami na DK a sestrami na ostatních klinikách a také počet sester se středoškolským vzděláním, zvláště v dnešní době, kdy je trendem a také prioritou nemocnic stálé zvyšování kvalifikace a odbornosti sester. Je pravda, že sestřím se středoškolským vzděláním by toto vzdělání mělo dostačovat, pokud ho získaly ještě v oboru Všeobecná sestra a ne Zdravotnický asistent, jak uvádí článek „*Jak to bude se vzděláváním zdravotnických pracovníků?*“ (25) Ale z vlastní praxe vím, že FN Plzeň požaduje po svých zaměstnancích doplnit si vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání. A

jak uvádí článek, od školního roku 2015/2016 získá způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry již pouze absolvent bakalářského studia. Na DK bylo nejvíce sester, a to 15 (42%) s vysokoškolským vzděláním, 11 (31%) sester vyšším odborným a 10 (28%) sester se středoškolským vzděláním. Sestry z ostatních klinik byly v největším počtu, a to 25 (60%) sester se středoškolským vzděláním. Dále mělo 10 (24%) sester vysokoškolské vzdělání a 7 (17%) sester vyšší odborné vzdělání.

Výsledky odpovědí na další otázku, ve které jsem zjišťovala délku praxe respondentů, částečně souvisí s tím, kolik sester má středoškolské vzdělání. Nejvíce sester, 20 (56%), na DK, a zároveň i nejvíce sester z ostatních klinik, 32 (76%), je v praxi více jak 10 let. Podle mého názoru je to spojeno s tím, že dříve stačilo absolvovat střední zdravotnickou školu a absolventka mohla v plném rozsahu vykonávat své povolání, oproti dnešním požadavkům, kdy musí sestry po střední škole dál studovat minimálně 3 roky. Sester s délkou praxe mezi 5 a 10 lety je z DK 9 (25%) a z ostatních klinik 7 (17%). Hranici 5 let praxe nepřesáhlo z DK 7 (19%) a z ostatních klinik 3 (7%) všeobecné sestry.

Hypotéza č. 1 zněla: *Přítomnost doprovodu má pozitivní vliv na rychlost adaptace dítěte při hospitalizaci.* K této hypotéze se vztahovaly v dotazníku otázky č. 4, 5, 6, 7, 8. Tato hypotéza se potvrdila. Všeobecné sestry nejčastěji odpovídaly na otázku „Jaké jsou nejčastější reakce dítěte přijímaného na oddělení bez doprovodu?“, že dítě je plačtivé a smutné, i když při uklidňování a konejšení dochází k jeho zklidnění během minut. Tuto možnost označilo z DK 18 (50%) a ostatních klinik 17 (40%) sester. Druhou nejčastější odpovědí bylo, že dochází ke zklidnění plačtivého a smutného dítěte během hodin, kterou označilo z DK 12 (33%) a z ostatních klinik 11 (26%) sester. Několik sester, z DK 3 (8%) a z ostatních klinik 8 (19%), odpovědělo, že dítě je při příjmu plačtivé, smutné a nelze jej uklidnit. Pouze 3 (8%) sestry z DK a 6 (14%) sester z ostatních klinik odpovědělo, že je dítě bez doprovodu při příjmu klidné.

Další otázka, která tuto hypotézu potvrdila, zjišťovala názor sester na adaptaci dítěte na hospitalizaci. Nejvíce sester z DK 31 (86%) a také nejvíce sester z ostatních klinik 27 (64%), uvedlo, že adaptace dítěte na hospitalizaci je lepší a rychlejší s doprovodem než bez něj. To, že je adaptace dítěte na hospitalizaci stejná s doprovodem i bez něj, si myslí z DK 3 (8%) sestry a z ostatních klinik 5 (12%) sester. Názor, že je adaptace dítěte na hospitalizaci lepší bez doprovodu, zastávají z DK 2 (6%) sestry a z ostatních klinik 10 (24%) sester. Důvodem rychlejší adaptace dítěte na hospitalizaci

v přítomnosti doprovodu je podle většiny sester (97% z DK a 96% z ostatních klinik) pocit jistoty, bezpečí a lásky, který doprovod poskytuje. Já si také myslím, že to je ten nejdůležitější důvod, protože v doprovodu známé a blízké osoby není dítě v psychické nepohodě a proto by se měl doprovod hospitalizovat s dítětem, pokud je to možné. Druhým nejčastějším důvodem je motivace odměnou za spolupráci od doprovodu.

Velká část sester, které se podílely na výzkumném šetření, sledují u dětí hospitalizovaných bez doprovodu změny v chování, jako jsou: nezáměr o okolí, apatie, smutek, pláč, návrat k nižšímu vývojovému stupni. 28 (78%) sester z DK a 26 (62%) sester z ostatních klinik, se s těmito změnami u dětí setkávají, ale jen výjimečně. 5 (14%) sester z DK a 3 (7%) sestry z ostatních klinik se s těmito reakcemi u dětí setkávají často. 3 (8%) sester z DK a 13 (31%) sester z ostatních klinik se s těmito reakcemi nesetkávají nikdy. Tato otázka sice potvrdila mou hypotézu, ale zároveň mne překvapilo, jak velké procento sester se setkává s takovými reakcemi dítěte při hospitalizaci. Já sama se setkávám s reakcemi, jako je pláč a smutek dítěte, ale naštěstí jsem se nikdy nesetkala s vážnější reakcí dítěte na odloučení od rodiny. Jak píše Matějček ve svých knihách, jsou tyto reakce projevem psychické deprivace a vznikají na základě nedostatečného uspokojování základních psychických potřeb dítěte. Nebezpečí psychické deprivace ohrožuje dítě ve všech úrovních vývoje. (6)

Při zjišťování vlivu, jaký má doprovod na dítě v průběhu hospitalizace, odpovědělo 17 (47%) sester z DK a 10 (24%) sester z ostatních klinik, že doprovod pomáhá personálu lépe porozumět dítěti a to je pak klidnější a méně úzkostné. 38% všech sester odpovědělo, že v přítomnosti doprovodu dítě prožívá vyšetření a léčbu v pozitivnější atmosféře. Podle odpovědí části sester je patrné, že vliv doprovodu na dítě v průběhu hospitalizace není vždy úplně pozitivní, protože dítě přejímá nervozitu doprovodu, a to podle 4 (11%) sester z DK a 8 (19%) sester z ostatních klinik. S tím, že v přítomnosti doprovodu dítě nespolupracuje s personálem, souhlasilo 9 (21%) sester z ostatních klinik.

Hypotéza se potvrdila a při porovnání mezi sestrami z DK a z ostatních klinik, došlo ke shodě. Výsledky jsem srovnala s výzkumným šetřením z roku 2010, kdy shodně vyšlo, že je přítomnost doprovodu pro dítě přínosná a dítě se pak lépe psychicky a následně i fyzicky vyrovná s hospitalizací. Výzkumné šetření bylo součástí bakalářské práce Pavly Strouhalové, na téma Pohledy sester na hospitalizaci dětí do předškolního věku spolu s doprovodem. (26)

Hypotéza č. 2 zněla: *Přítomnost doprovodu dítěte je přínosem i pro personál.* K této hypotéze se v dotazníku vztahovaly otázky č. 9, 10, 11, 12, 13. Tato hypotéza se potvrdila. S jednoznačnou převahou odpověděly sestry, že vnímají doprovod jako partnera v péči o dítě a dohodnou se s ním na všem, co je pro dítě nejlepší. Odpovědělo tak 32 (89%) sester z DK a 33 (79%) sester z ostatních klinik. Pouze 4 (11%) sester z DK a 9 (21%) sester z ostatních klinik nevnímají doprovod jako partnera v péči o dítě a vidí v něm spíše kontrolory své práce. U vyhodnocení otázky, jak je to s přítomností doprovodu při výkonu, jako je např. odběr krve, se podle mého názoru objevil lehce protichůdný závěr vzhledem k výsledku předchozí otázky. Nejvíce sester totiž zvolilo odpověď, že přítomnost doprovodu při výkonech není vždy přínosem, většina rodičů při pláči dítěte znejistí, nedokáže dítě uklidnit ani podržet, dotazy výkon oddalují a dítě je tím víc hysterické. Takto odpovědělo 27 (75%) sester z DK a 29 (69%) sester z ostatních klinik. 5 (12%) sester z ostatních klinik dokonce uvedlo, že přítomnost doprovodu při výkonu je spíš překážkou. Pro 9 (25%) sester z DK a 8 (19%) sester z ostatních klinik je přítomnost doprovodu při výkonu vždy výhodou, doprovod dokáže dítě uklidnit a výkon je pak rychleji hotov. Podle mého názoru je vždy výhodou doprovod u dítěte, i když i já vím, že nevhodné reakce rodičů jsou celkem časté, ale přesto si myslím, že bez doprovodu je jakýkoliv výkon pro dítě o to horší. O tom, zda je doprovod pomocí v péči o dítě pro sestry, není pochyb. Z DK 13 (36%) sester a z ostatních klinik 11 (26%) sester odpovědělo „Ano“. Odpověď „Spíše ano“ odpovědělo 22 (61%) sester z DK a 24 (57%) sester z ostatních klinik. Nejčastěji, podle 35 (31%) odpovědí sester z DK a 35 (37%) odpovědí sester z ostatních klinik, pomáhá doprovod tím, že pomáhá s aktivitami ve volném čase dítěte. Dále tím, že vykonává u dítěte hygienickou péči, jak uvedlo 33 (29%) sester z DK a 31 (33%) sester z ostatních klinik. Další častou odpovědí bylo, že doprovod pomáhá při výkonech, jako jsou měření teploty nebo podávání léků a to uvedlo 28 (25%) sester z DK a 22 (23%) sester z ostatních klinik. A odpověď, že doprovod pomáhá připravit dítě na vyšetření, uvedlo z DK 17 (15%) a z ostatních klinik 6 (6%) respondentů. Poslední otázka, která mi potvrdila hypotézu č. 2, zní: „Pokud je přítomen doprovod dítěte při vámi prováděném výkonu, jste více ve stresu?“. Překvapil mne výsledek, kdy 20 (56%) sester z DK a 25 (60%) sester z ostatních klinik uvedlo, že ve stresu nejsou. A jen 10 (28%) sester z DK a 14 (33%) sester z ostatních klinik uvedlo, že občas jsou. Já sama více ve

stresu jsem a předpokládala jsem, že každý bude pod bedlivým pohledem starostlivého rodiče nervózní, ale výsledek mne utvrdil v opaku.

Tato hypotéza se potvrdila. A výsledky mezi sestrami z DK a ostatních klinik jsou opět shodné. Také z dotazníkového šetření Strouhalové je patrné, že sestry vnímají doprovod dítěte kladně. (26)

Hypotéza č. 3 zněla: *V nemocnicích jsou vytvořené vhodné podmínky pro doprovod dítěte při hospitalizaci.* K této hypotéze se vztahují otázky z dotazníku č. 14, 15, 16, 17, 18, 19. Tato hypotéza se potvrdila. Odpovědi na to, jestli je vždy možnost ubytovat doprovod přímo na pokoji s dítětem, se při porovnání mezi sestrami z DK a ostatních klinik rozcházejí. Na DK, podle 24 (67%) sester není možné ubytovat doprovod přímo na pokoji s dítětem a podle 12 (33%) sester to možné je. Já sama na DK pracuji, tak vím, že možné to je hlavně na Dětské hematologii, a na Oddělení kojenců a batolat, kde mají nadstandardní pokoje a jelikož zde jsou děti do tří let, kde je nutná hospitalizace matky, protože často ještě kojí. Vysoké procento odpovědí, že to není možné, je podle mého názoru dáno tím, že na JIRP není možno doprovod ubytovat vůbec a na Oddělení větších dětí nejsou nadstandardní pokoje. Na ostatních klinikách odpovědělo více sester, 26 (62%), že je možno ubytovat doprovod přímo na pokoji s dítětem. A 16 (38%) sester uvedlo, že není možno doprovod vždy ubytovat přímo na pokoji. Podle mého názoru i tady hraje rozhodující roli, zda mají nadstandardní pokoje. Pokud ale není možné ubytovat doprovod na pokoji s dítětem, je i jiná možnost, kde doprovod může být ubytován. Na DK je nejčastější ubytování doprovodu ve zvláštním pokoji pro matky, uvedlo 35 (56%) sester, dále je možností ubytovna, uvedlo 22 (35%) sester. Na ostatních klinikách je nejčastější možností ubytovna, podle 28 (53%) sester, potom je to zvláštní pokoj pro matky, uvedlo 16 (30%) sester a 5 (9%) sester uvedlo odpověď „Jiné“, kde uvedly: nadstandard a to, že si doprovod zajistí vlastní ubytování. Myslím si, že důležitou informací z tohoto šetření je, že je více možností ubytování a je tedy možno umožnit pobyt doprovodu ve většině případů.. Pokud není možné ubytovat doprovod na pokoji s dítětem a doprovod nechce být ubytován jinde, tak není ani na DK, podle 17 (47%) sester, ani na ostatních klinikách, podle 31 (74%) sester, problém, aby byl neomezenou dobu na židli u lůžka dítěte. Podle charty práv hospitalizovaného dítěte mají dokonce na neomezený kontakt děti i rodiče právo. Při ubytování doprovodu je problém, pokud je doprovod muž (otec, dědeček), protože nemůže být na pokoji s dívkami ani na pokoji matek, shodli se na tom sestry z DK – 24 (67%) i

sestry z ostatních klinik – 22 (52%). Podle 12 (33%) sester z DK a 20 (48%) sester z ostatních klinik to problém není. Podle mého názoru je to opět spojeno s tím, zda jsou na oddělení nadstandardní pokoje. Z odpovědí na další otázku v dotazníku jsem zjistila, že nemocnice má informační materiály, které informují doprovod o možnostech hospitalizace s dítětem ještě před příjmem na oddělení, uvedlo to 15 (42%) sester z Dětské kliniky a 32 (76%) sester z ostatních klinik. Dodatečnou otázkou jsem zjišťovala, o jaké materiály se jedná, a zjistila jsem, že většina sester uvedla internetové stránky. Další uvedly odpověď jiné a doplnily: informace od přijímací sestry či informace od jiných rodičů. Myslím si, že nejsou takové informace dostatečné, protože pokud není dítě nemocné, tak si asi rodiče nezjišťují z internetu, jaké mají možnosti hospitalizace s dítětem. A pokud dojde k akutnímu příjmu dítěte, tak zase nemají rodiče čas hledat informace na internetu. Proto jsem se rozhodla, že vytvořím leták se základními informacemi pro doprovod dítěte, který by mohl být součástí čekáren praktických pediatrů a ambulancí Dětské kliniky FN Plzeň.

Možnosti ubytování pro doprovod jsou v nemocnici vytvořené, došlo tedy k potvrzení hypotézy. Ale jak zjišťovala ve výzkumném šetření Strouhalová (26), jsou možnosti nemocnic značně omezené a chybí určitý komfort a soukromí pro doprovod. Myslím si, že je to hlavně o finančních možnostech nemocnice a doufám, že se situace bude zlepšovat.

ZÁVĚR

Dítě v nemocnici je velmi citlivým tématem dnešní doby. Nejvíce se tato problematika dotýká samotného dítěte, pro které hospitalizace znamená omezení pohybu, kontaktu s kamarády, bolest, strach. Hospitalizace dítěte ovlivňuje také jeho rodiče, i pro ně znamená stres, strach o dítě, problémy v zaměstnání, omezení kontaktů. A v neposlední řadě se tato problematika dotýká zdravotnického personálu, který se o vystresované rodiče a vystrašené dítě musí postarat, uklidňovat a nebrat si osobně případné útoky.

V teoretické části práce je popsán psychomotorický vývoj dítěte v jednotlivých vývojových obdobích. Znalost této problematiky je podle mého názoru základem práce sester na dětských odděleních, protože jedině tak, mohou porozumět chování dítěte a jeho potřebám. Nemoc dítěte má vliv na jeho psychiku. Ovlivňuje jeho osobnost, reakce na stres, bolest a nezáleží jen na něm, ale také na jeho okolí, jak svou nemoc zvládne. Nemocí dítěte jsou velmi ohrožené jeho, převážně psychické potřeby. Dítě každého věku, potřebuje stimulaci, dostatek podnětů a prostoru pro svůj správný vývoj. K hospitalizaci dítěte by mělo dojít pouze v nezbytném případě, pokud jej nelze léčit ambulantně. Při hospitalizaci se u dětí mohou objevit pocity, jako jsou strach a úzkost, bolest, nebo dokonce projevy separace či psychické deprivace. Komunikace s dětským pacientem a rodiči, je další z kapitol rozebraná v teoretické části. Komunikace sester s dítětem a rodiči je základem jejich práce. Při každém výkonu, edukaci, úsměvu, pohlazení, utěšování, komunikuje a měla by vědět, jak komunikuje dítě v jednotlivých vývojových stádiích. Také nemocniční prostředí ovlivňuje hospitalizaci. První kontakt sestry a dítěte, vybavení nemocnice, příprava na vyšetření, může dítě ovlivnit ve vnímání celé hospitalizace.

Cílem práce bylo posoudit vliv doprovodu na průběh hospitalizace. Dotazníkové šetření bylo zaměřeno na sestry a zjišťovala jsem z jejich pohledu jaký vliv má doprovod na průběh hospitalizace dítěte, zda je přítomnost doprovodu pomocí i pro sestry a jaké jsou podmínky při hospitalizaci pro samotný doprovod.

Určila jsem si tři hypotézy, které se potvrdily. V rámci výzkumu jsem porovnávala dvě skupiny sester. Jedna skupina byla z Dětské kliniky, kde mají pouze dětské pacienty a podmínky pro dítě i doprovod předpokládám, že mají nejlepší. Druhá skupina byla z ostatních klinik, kde mají dětská lůžka, ale také oddělení pro dospělé. Porovnání vyšlo shodně, což mne ze strany druhé skupiny příjemně překvapilo.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, tak jako je tomu v literatuře, že i sestry z praxe vnímají doprovod při hospitalizaci jako velmi vhodný pro dítě. Dítě bez doprovodu je při příjmu plačtivé, objevují se u něj dokonce projevy jako, apatie, smutek, návrat k nižšímu vývojovému stupni. Podle většiny sester je pro dítě lepší hospitalizace dítěte s doprovodem, protože ten dodává dítěti pocit bezpečím jistoty a lásky. Navíc doprovod pomáhá dítěti v pozitivnější atmosféře zvládat vyšetření a léčbu, je klidnější a méně úzkostné.

Také pro personál je, jak jsem zjistila z výzkumného šetření, doprovod dítěte přínosem. Většina sester vnímá doprovod dítěte jako partnera v péči o dítě a dohodnou se s ním na tom nejlepším pro dítě. Doprovod je pro ně i pomocí a hlavně v tom, že u dítěte pomáhá s hygienou, s měřením teploty, zaměstnávají dítě ve volném čase a pomáhají s přípravou na vyšetření. Problematickou oblastí jsou ale výkony u dítěte, kdy pláčem dítěte doprovod znejistí, svými dotazy výkon oddalují a dítě je pak ještě víc plačtivé.

Doprovod sám má podle většiny sester vytvořené vhodné podmínky při hospitalizaci. Může být umístěn na pokoji s dítětem a tam kde to možné není, je mu nabídnuta možnost ubytování na ubytovně či pokoji pro matky, kde ale nemůže být umístěn doprovod – muž.

Z výzkumného šetření jsem dále zjistila, že informační materiály jsou jen v internetové podobě, což podle mě není dostatečné. Asi nikdo z rodičů si neplánuje dopředu hospitalizaci dítěte a tak ani nečtou, jaké mají možnosti hospitalizace. Proto jsem, jako výstup ze své práce vytvořila informační leták (Příloha č. 8), který poskytuje rodičům základní informace o možnostech hospitalizace. Pokud by informace v této podobě byly například v čekárnách u pediatrů, kam chodí rodiče i se zdravými dětmi, v rámci preventivních prohlídek, a v odborných ambulancích Dětské kliniky FN Plzeň, budou tyto informace v povědomí širší veřejnosti.

Při zpracovávání bakalářské práce a vyhodnocování výsledků jsem zjistila, že by bylo vhodné zaměřit pozornost také na problematiku informovanosti doprovodu. Jakým způsobem jsou doprovodu podávány informace před výkonem dítěte? Jsou jim sdělovány informace o vyšetření, aby došlo ke snížení úzkosti? Je jim sděleno jakou konkrétní spolupráci od nich u dítěte potřebujeme? Tuto problematiku by bylo vhodné doporučit pro další praxi.

SEZNAM ZDROJŮ

1. MINIBERGEROVÁ, Lenka, JIČÍNSKÁ, Kateřina. *Vybrané kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2010, 78 s. ISBN 978-80-7013-513-6.
2. SKORUNKOVÁ, Radka. *Úvod do vývojové psychologie*. 3. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2008, 69 s. ISBN 978-80-7041-490-3.
3. STOŽICKÝ, František et al. *Základy dětského lékařství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008, 359 s. ISBN 978-80-246-1067-2.
4. LANGMEIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006, 368 s. ISBN 978-80-247-1284-0.
5. ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ, ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. *Zdravotnická psychologie - Teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
6. MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. vyd. Jinočany: H&H, 2001, 147 s. ISBN 80-86022-92-7.
7. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava et al. *Péče o kriticky nemocné dítě*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005, 414 s. ISBN 80-7013-427-5.
8. VESELÁ, Kateřina. Prožívání nemoci a hospitalizace dětským pacientem. *Sestra* [online]. 2007, č. 1 [cit. 2013-03-02]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/prozivani-nemoci-a-hospitalizace-detskym-pacientem-285328>
9. ŠAMÁNKOVÁ, Marie et al. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
10. TRACHTOVÁ, Eva et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2010, 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
11. VYMĚTAL, Jan. *Strach a úzkost u dětí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004, 181 s. ISBN 80-7178-830-9.
12. SEDLÁŘOVÁ, Petra et al. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.

13. SIKOROVÁ, Lucie. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 208 s. ISBN 978-80-247-3593-1.
14. LANGMEIER, Josef, MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychická deprivace v dětství*. 4. vyd. Praha: Karolinum, 2011, 399 s. ISBN 978-80-246-1983-5.
15. DOHERTY-SNEDDON, Gwyneth. *Neverbální komunikace dětí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, 208 s. ISBN 80-7367-043-7.
16. PLEVOVÁ, Ilona, SLOWIK, Regina. *Komunikace s dětským pacientem*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 256 s. ISBN 978-80-247-2968-8.
17. ŠPATENKOVÁ, Naděžda, KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Semily: Galén, 2009, 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.
18. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I.: Dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008, 467 s. ISBN 978-80-246-0956-0.
19. ŠKRLA, Petr. Transformace nemocničního prostředí - globální trend. *Sestra* [online]. 2008, č. 2 [cit. 2012-10-12]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra-priloha/transformace-nemocnicniho-prostredi-globalni-trend-346024>
20. KRÁK, Egon, Ivan ŠTŮR, ZLÁMALOVÁ, Viola. *Psychológia v práci detskej sestry*. 2. vyd. Martin: Osveta, 1991, 79 s. ISBN 80-217-0423-3.
21. HERINGHOVÁ, Janka. Poslanie a úloha špeciálnych pedagógov v komplexnej starostlivosti o choré deti v nemocnici. *Ošetrovatel'stvo a pôrodná asistencia*. 2011, roč. 9, č. 1, s. 9-10. ISSN 1336-183X.
22. O'CONNOR, Margaret, ARANDA, Sanchia. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
23. VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003, 400 s. ISBN 80-7178-740-X.
24. KUBÍČKOVÁ, Naděžda. *Zármutek a pomoc pozůstalým*. 1. vyd. Praha: ISV, 2001, 267 s. ISBN 80-85866-82-X.
25. HLADÍKOVÁ, Lenka, ŠMÍDOVÁ, Alena. Jak to bude se vzděláváním zdravotnických pracovníků?. *Sestra* [online]. 2012, č. 11 [cit. 2013-03-10]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/jak-to-bude-se-vzdelavanim-zdravotnickych-pracovniku-467691>

26. STROUHALOVÁ, Pavla. *Pohledy sester na hospitalizaci dětí do předškolního věku spolu s doprovodem*. Zlín, 2010. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.
27. FARKAŠOVÁ, Dana. *Výzkum v ošetřovatelství*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006, 87 s. ISBN 80-8063-229-4.

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Pracoviště respondentů

Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Graf 3 Délka praxe respondentů

Graf 4 Nejčastější reakce dítěte po příjmu na oddělení

Graf 5 Adaptace dítěte na hospitalizaci

Graf 6 Důvod rychlejší adaptace dítěte

Graf 7 Přítomnost změn v chování hospitalizovaného dítěte

Graf 8 Vliv doprovodu na dítě

Graf 9 Vnímání doprovodu v péči o dítě

Graf 10 Přítomnost doprovodu při výkonu

Graf 11 Pomoc doprovodu v péči o dítě

Graf 12 Pomoc doprovodu

Graf 13 Přítomnost doprovodu a stres

Graf 14 Ubytování doprovodu na pokoji

Graf 15 Jiná možnost ubytování doprovodu

Graf 16 Omezení pobytu doprovodu u lůžka dítěte

Graf 17 Problém ubytovat doprovod – muže

Graf 18 Materiály o možnostech hospitalizace doprovodu

Graf 19 Druh materiálu o možnostech hospitalizace

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

Apod.	a podobně
DK	Dětská klinika
Event.	eventuálně
FN	Fakultní nemocnice
HOO	Hemato-onkologické oddělení
JIRP	Jednotka intenzivní a resuscitační péče
KOTPÚ	Klinika ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí
Např.	například
ORL	Otorhinolaryngologická klinika

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Maslowova pyramida potřeb a hodnot

Příloha 2 Mýty o dětské bolesti

Příloha 3 Deskriptivní škály pro hodnocení bolesti

Příloha 4 Charta práv hospitalizovaných dětí

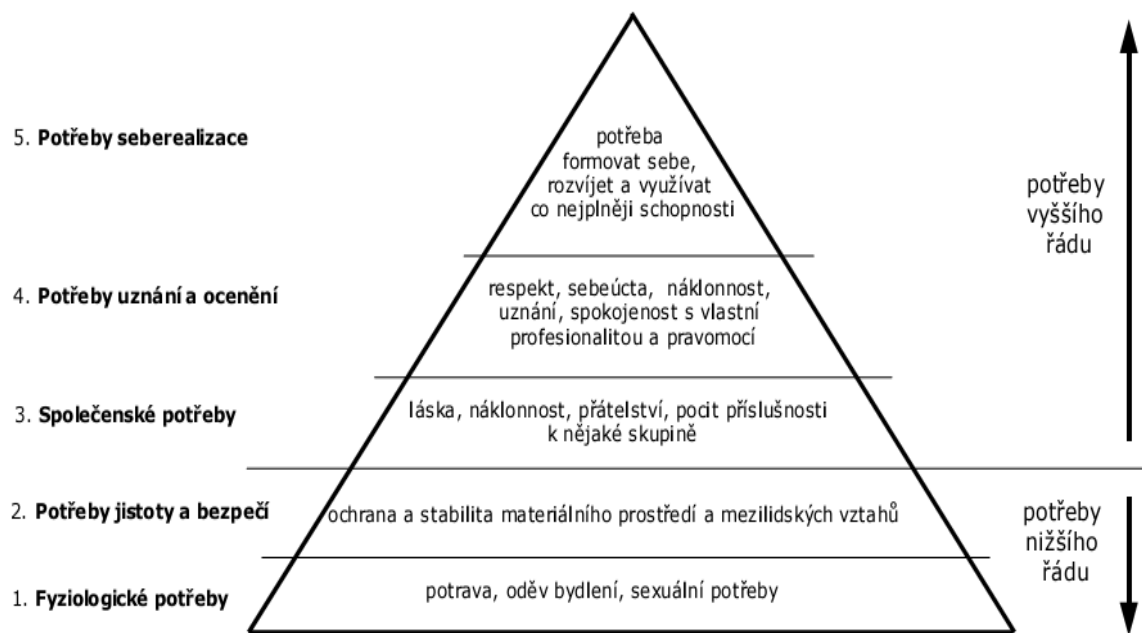
Příloha 5 Charta práv umírajících

Příloha 6 Dotazník pro dětské a všeobecné sestry

Příloha 7 Souhlas s prováděním výzkumného šetření ve FN Plzeň

Příloha 8 Informační leták

Příloha 1 Maslowova pyramida potřeb a hodnot



(Zdroj: <http://www.skuhry.com/img/maslow.gif>)

Příloha 2 Mýty o dětské bolesti

1. Dětský nervový systém je nezralý - čím je dítě mladší, tím méně vnímá bolest.

Toto tvrzení vychází z chybných závěrů špatně koncipovaných prvních výzkumů o dětské bolesti. Tento mýtus byl vyvrácen výzkumy z konce 20. století, které jednoznačně prokazují, že jak dráhy pro vedení bolesti, tak i mozková centra pro vnímání bolesti jsou velmi dobře vyvinuty i u dětí nedonošených. Dokonce již šestiměsíční plod je vybaven anatomickými strukturami, které mu umožňují vnímat nepříjemné pocity.

2. Dítě si bolest nepamatuje.

Tento mýtus vychází ze zkušenosti, že dítě se obvykle k prožité bolesti spontánně nevrací a nevypravuje o ní. Z toho se vyvozuje, že bolest u dětí má maximálně přechodný efekt. Přesto však dítě, které se dostane do obdobné situace, kdy bolest již zažilo, pozná, že jej čeká cosi nepříjemného a podle toho začne také reagovat. Spouštěcím signálem může být například bílý plášť, určitý nástroj či nemocniční zápach.

3. Bolest se dá stanovit podle laboratorních a klinických ukazatelů.

Zde je problém, že zdravotníci jsou zvyklí vycházet při svém rozhodování z objektivních ukazatelů. Těmi jsou v tomto případě například dechová či srdeční frekvence, hladina kortikosteroidů apod. Potíž je v tom, že tyto ukazatele nám podávají spíše informace o stupni negativních emocí, typu úzkosti a strachu, než aby vypovídaly o intenzitě bolesti. Navíc jsou použitelné spíše při stanovení akutní bolesti než chronické.

4. Nejlepším ukazatelem dětské bolesti je chování dítěte.

Chování dítěte při bolesti totiž patří mezi nespécifické projevy. S podobným chováním se můžeme setkat i u dítěte, které žádnou bolest necítí a má například hlad či je unavené nebo vystrašené. Naopak existují děti, které se snaží s danou bolestí vyrovnat a, ač ji pociťují, v jejich chování se žádné ukazatele bolesti neobjevují.

5. Dítě není schopno o své bolesti podat informaci, která by mohla být využitelná.

Část zdravotníků je totiž dodnes přesvědčena, že dítě není schopno vyjádřit bolest, kterou prožívá. Celosvětové poznatky však ukazují, že vyškolený zdravotnický personál disponující vhodnými metodami je schopen získat od dětí solidní informace o jejich bolesti.

6. Lze vytvořit univerzální algoritmus pro léčení dětské bolesti.

Je velice užitečné, když existují konkrétní doporučení pro léčbu dané nemoci. U bolesti je však situace složitější, protože mívá nejen rozdílné příčiny, a tím i rozdílné typy bolesti, ale i proto, že její vnímání je velice subjektivní.

7. Metabolismus analgetik je u dítěte odlišný než u dospělého, proto je u dětí velké nebezpečí drogového návyku.

Obavy z navození lékové závislosti jsou jedním z nejčastějších argumentů, proč se lékaři někdy zdráhají ordinovat dětem opioidy, takže větší dětské bolesti nebyvají vždy adekvátně tlumeny. Viz třeba prohlášení: takhle z něj "vychováme narkomana". Zde nelze popřít, že riziko lékové závislosti obecně skutečně existuje. Dosud však nebylo dokázáno, že by léčba opioidy sama o sobě prokazatelně vyvolala u dětí trvalou tělesnou či psychickou závislost.

8. Není nutno dítě na bolest speciálně připravovat.

V některých případech je podceňována příprava dítěte na bolest s odůvodněním, že: "Starší dítě to vydrží a mladší bude řvát stejně. Když to bude provedeno rychle, brzo na to zapomene." V těchto případech jsou ignorovány dlouhodobé následky takového počínání, jako je strach z návštěvy lékaře až po snahu o zatajování zdravotních obtíží. Proto se dnes doporučuje připravit dítě i rodiče na bolest způsobem, který odpovídá věku dítěte, zvláštnostem rodičů a charakteru výkonu.

9. Dítě není schopno rozhodovat o tlumení bolesti.

Pro některé lékaře zůstává nejen předškolní dítě, ale mnohdy i dítě školního věku pasivním objektem, který je léčen a který o své bolesti a nemoci patrně ani neuvažuje. Přitom však, je-li dítě aktivně zapojeno do terapie, obvykle to rádo učiní. Dokonce je schopné si podle vlastní potřeby dávkovat analgetika pomocí speciální elektronické pumpy. V tomto případě obvykle nespotřebuje ani tak velké dávky jako tehdy, jsou-li podávána podle odhadu lékaře. Navíc bývá z psychologického pohledu klidnější a spokojenější, protože je to ono samo, kdo si řídí běh událostí.

10. Bolest je nevyhnutelná a pro vývoj jedince přínosná.

Někteří se mylně domnívají, že snášením bolesti se dítě jaksí otužuje, stává se odolnějším a utvrzují se některé jeho charakterové vlastnosti. Přitom víme, že funkcí bolesti jako takové je upozornit, že došlo k poškození organismu. Pokud však nedojde k náležitým protiopatřením, nabývá bolest na škodlivosti a může vést v některých případech k těžkým škodám.

(Zdroj: http://www.medicina.cz/verejne/clanek.dss?s_id=4069)

Příloha 3 Deskriptivní škály pro hodnocení bolesti

Typy deskriptivní škál pro hodnocení intenzity bolesti doporučené ve FN Plzeň

Neverbální hodnocení

VAS – vizuální analogová škála

/-----/

Bez bolesti Nesnesitelná bolest

NRS – Číselná (Numerická) hodnotící škála

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Bez bolesti Nesnesitelná bolest

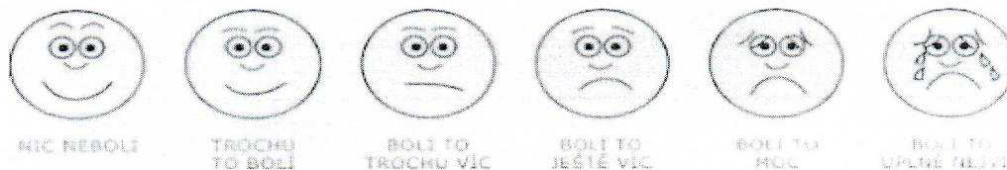
Jednoduchá deskriptivní škála

0-----1-----2-----3-----4-----5

Žádná bolest Mírná Střední Silná Velmi silná Nesnesitelná bolest

Výrazová (Obličejová) škála

Je vhodná u dětí, seniorů, u osob s jazykovou bariérou či minimálním vzděláním, funkční problémy P (tracheotomie).



Verbální hodnocení

Melzakova škála intenzity bolesti

MELZAKOVA ŠKÁLA BOLESTI	
0	žádná
1	mírná bolest
2	nepříjemná bolest
3	silná bolest
4	krutá bolest
5	nesnesitelná bolest

Deník bolesti

Pro pacienty s chronickou bolestí. Záznam opakovaných měření, věrohodně udávaná informace o průběhu bolesti a účinnosti léčby. P zaznamenává i nežádoucí účinky (např. ospalost, nevolnost, nepříjemné sny, problémy s příjmem potravy a tekutin).

Ověřil: Monika Sotáková	Správce dokumentů: M. Sotáková, kl. 2444	Zpracoval/datum: Bc. V. Kaslová/14.12.2010	Schválil/datum: Bc. A. Mašínová, MBA/31.12.2010
----------------------------	---	---	---

Příloha 4 Charta práv hospitalizovaných dětí

1. Děti musejí být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení.
2. Děti v nemocnici musejí 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 musejí mít právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Musejí mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.
4. Děti a/nebo jejich rodiče 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. S dětmi se musí zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.
6. Dětem se musí dostávat péče náležitě školeného personálu, který si je plně vědom fyzických i emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny.
7. Děti 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.

Tento dokument vychází z textu Charty práv dětských pacientů organizace National Association for the Welfare of Children in Hospital (NAWCH) se sídlem v Londýně. Materiál v tomto znění podpořila Centrální etická komise při Ministerstvu zdravotnictví ČR.

(Zdroj: Fendrychová, Péče o kriticky nemocné dítě)

Příloha 5 Charta práv umírajících

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 »O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících. «

1. Posláním rady Evropy je chránit lidskou důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.

2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud nevléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodloužení života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.

3. V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo parlamentní shromáždění, »že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel. « Doporučení číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že »prodloužení života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení. «

4. Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí.

5. Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevléčitelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.

6. Jak v minulosti i v současnosti ukázaly mnohé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Tak jako lidská bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak potřebuje ochranu a podporu, když umírá.

7. Základní práva odvozená z důstojnosti nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory: -Nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti

-Častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychické, sociální a spirituální potřeby

-Umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů, nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného

-Nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči

-Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích

-Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží

-Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli

-Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevléčitelně nemocných nebo umírajících

-Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti

8. Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nebezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni, a to zejména:

-Umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení, atd.)

-Prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli

-Umírání o samotě a v zanedbání

-Umírání se strachem, že jsou sociální zátěží

-Omezováním život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů. Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících 83

9. Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a ochránily důstojnost nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:

a) že uznají a budou hájit nárok nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:

-aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech

-aby byl všem nevléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči

-aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče

-aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně

-aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta

-aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající

-aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tato léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince

-aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standarty

-aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii

-aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti

-aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny

b) tím, že budou chránit právo nevléčitelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření:

-aby se prosadilo právo nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován

-aby měla každá nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího

-aby bylo zajištěno, že žádná nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být zvážena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem

-aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (loving will), v »pořízení« nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (advance directives), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí.

Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti a aby jen o ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení

-aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností

-aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány

c) že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:

-uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že »nikdo nemá být úmyslně zbaven života«

-uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby

-uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt

Text tohoto doporučení byl přijat Parlamentním shromážděním 25. června roku 1999 na jeho 24. zasedání převážnou většinou hlasů, kdy 6 hlasů bylo proti.

Z anglického originálu přeložil MUDr. Zdeněk Bystřický“.

(Zdroj: Haškovcová, Thanatologie – nauka o umírání a smrti, s. 201-205).

Příloha 6 Dotazník pro dětské a všeobecné sestry

Vážené kolegyně, vážení kolegové,
jmenuji se Lenka Soušková a studuji třetím rokem bakalářské studium na Západočeské univerzitě v Plzni, obor Všeobecná sestra, kombinovaná forma. Ráda bych vás touto cestou požádala o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma „Hospitalizace dítěte s doprovodem a bez“. Cílem tohoto dotazníku je posoudit vliv doprovodu dítěte na průběh hospitalizace. Dotazník je anonymní a jeho výsledky budou použity v mé bakalářské práci.

Označte, prosím, vždy jen jednu odpověď, pokud nebude uvedeno jinak.

Děkuji za vaši spolupráci a čas, který jste věnovali k vyplnění tohoto dotazníku.

Lenka Soušková

1. Na jakém oddělení pracujete?

.....

2. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) středoškolské
- b) vyšší odborné
- c) vysokoškolské

3. Jak dlouhá je vaše praxe?

- a) méně než 5 let
- b) 5 – 10 let
- c) více jak 10 let

4. Dítě přijímané bez doprovodu je po příjmu na oddělení nejčastěji:

- a) plačtivé, smutné, nelze jej uklidnit
- b) plačtivé, smutné, ale při uklidňování a konejšení dochází k jeho zklidnění během
 - několika minut
 - několika hodin
 - jednoho dne
- c) klidné

5. Adaptace dítěte na hospitalizaci je:

- a) lepší a rychlejší s doprovodem
- b) lepší bez doprovodu
- c) stejná s doprovodem i bez něj

6. Pokud jste odpověděli v předchozí otázce odpověď „a“, co si myslíte, že je důvodem rychlejší adaptace?

- a) pocit jistoty, bezpečí a lásky, který doprovod poskytuje
- b) strach z trestu za nespolečnost od doprovodu
- c) motivace odměnou za spolupráci od doprovodu
- d) jiné

7. Sledujete u dětí, které jsou hospitalizované bez doprovodu změny v chování, jako jsou: nezáměr o okolí, apatie, smutek, pláč, návrat k nižšímu vývojovému stupni?

- a) ano, často
- b) ano, ale jen výjimečně
- c) ne, nikdy

8. Jaký vliv má podle vás doprovod na dítě v průběhu hospitalizace?

- a) doprovod pomáhá personálu lépe porozumět dítěti a to je pak klidnější a méně úzkostné
- b) v přítomnosti doprovodu dítě prožívá vyšetření a léčbu v pozitivnější atmosféře
- c) v přítomnosti doprovodu dítě nespolupracuje s personálem
- d) dítě přejímá nervozitu doprovodu

9. Vnímáte doprovod dítěte jako partnera v péči o dítě?

- a) ano, dohodneme se na všem, co je pro dítě nejlepší
- b) ne, v doprovodu vidím spíš kontrolory mé práce

10. Přítomnost doprovodu při výkonu jako je např. odběr krve:

- a) je vždy výhodou, doprovod dokáže dítě uklidnit a výkon je tak rychleji hotov
- b) není vždy přínosem, většina rodičů při pláči dítěte znejistí, nedokáží dítě uklidnit ani podržet, dotazy výkon oddalují a dítě je tím víc hysterické
- c) je spíše překážkou

11. Je pro vás doprovod pomocí v péči o dítě?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

12. Pokud jste v předchozí otázce odpověděli ano, tak v čem? (možno zaškrtnout více odpovědí)

- a) vykonává u dítěte hygienickou péči
- b) pomáhá při výkonech, jako jsou měření tělesné teploty, podávání léků
- c) výpomoc s aktivitami ve volném čase u dítěte
- d) příprava dítěte na vyšetření

13. Pokud je přítomen doprovod dítěte při vámi prováděném výkonu jste více ve stresu?

- a) ano
- b) občas ano
- c) nevím
- d) ne

14. Je na vašem oddělení možnost vždy ubytovat doprovod přímo na pokoji s dítětem?

- a) ano
- b) ne

15. Je i jiná možnost ubytování doprovodu než na pokoji dítěte? (možno zaškrtnout více odpovědí)

- a) zvláštní pokoj pro matky
- b) ubytovna
- c) není
- d) jiné

16. Je na vašem oddělení omezen pobyt doprovodu dítěte u jeho lůžka, pokud není možnost ubytovat doprovod přímo na pokoji s dítětem?

- a) ne není, na židli u lůžka může zůstat doprovod neomezenou dobu
- b) ano je, každý musí dodržovat návštěvní hodiny
- c) jiné

17. Je na vašem oddělení problém ubytovat doprovod, pokud je to muž (otec, dědeček)?

- a) ano, nemůže být na pokoji s dívkami ani na pokoji matek
- b) není

18. Má vaše oddělení nebo nemocnice materiály nebo letáky, které informují doprovod o možnostech hospitalizace s dítětem ještě před příjmem na oddělení?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

19. Pokud jste v předchozí otázce odpověděli ano, o jaké materiály se jedná?

- a) internetové stránky
- b) tištěné letáky
- c) jiné

(Zdroj: vlastní)

Příloha 7 Souhlas s prováděním výzkumného šetření ve FN Plzeň



Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči

Dr. E. Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Vážená paní
Lenka Soušková

Studentka, Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň uděluji povolení ke sběru dat pomocí dotazníku, určeného zdravotnickým pracovníkům na Vámi vybraných pracovištích FN Plzeň:

- Kliniky – dětská, infekční, chirurgická, neurologická, otorinolaryngologická, urologická, oční a Klinika ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí
- Neurochirurgické oddělení

Vaše šetření budete provádět – za níže uvedených podmínek - na dětských stanicích uvedených ZOK a to v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce na téma „Hospitalizace dítěte s doprovodem a bez“.

Podmínky pro umožnění sběru dat tazatelům ve FN Plzeň (v rámci studentských / výzkumných / dotazníkových šetření):

- VNELZP (vrchní sestry) oslovených pracovišť souhlasí s Vaším šetřením.
- Osobně rozdáte a seberete dotazníky.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického řádu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372 / 2011 Sb..
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete ZOK FN Plzeň závěry Vašeho výzkumu, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK zájem.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků dotazník vyplnit, pokud by vyplnění dotazníku narušovalo plnění jejich pracovních povinností či pokud by vyplnění dotazníku narušovalo jejich soukromí. Vyplnění dotazníku je dobrovolné a je vyjádřením ochoty ke spolupráci oslovených zaměstnanců FN Plzeň s tazatelkou.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr., Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.: 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzen.cz

15. 2. 2013



Informace pro doprovod dětí hospitalizovaných ve FN Plzeň

Doprovod rodičů znamená pro dítě
psychickou podporu a dodává mu
pocit jistoty a bezpečí.

Doprovod dítěte do 6 let věku

- Pojišťovna hradí stravu a pobyt
- Doprovod hradí regulační poplatek

Doprovod dítěte nad 6 let věku

- Doprovod hradí stravu a pobyt dle aktuálního ceníku Fakultní nemocnice
- Doprovod nehradí regulační poplatek



Možnosti hospitalizace doprovodu dítěte:

- Na lůžkových odděleních
(dle možností jednotlivých klinik)
- Na pokoji pro doprovod dítěte
(dle možností jednotlivých klinik)
- Na ubytovně Fakultní nemocnice
(po dohodě se staniční sestrou)

I v případě, že není doprovod s dítětem hospitalizován, je mu umožněn celodenní pobyt u lůžka dítěte.

Fakultní nemocnice Plzeň

alej Svobody 80
304 60 Plzeň-Lochotín
Tel: 377 103 111
Fax: 377 103 959
fnplzen@fnplzen.cz

jsme připraveni pomáhat...

Fakultní nemocnice Plzeň
ZČU FZS Plzeň

Informace pro doprovod
dětí hospitalizovaných ve FN Plzeň

(Zdroj: vlastní)