

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

Michaela Jánská

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Přítomnost rodičů na dětském oddělení při hospitalizaci dítěte

Bakalářská práce

2024

Michaela Jánská

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Michaela Jánská**
Osobní číslo: **Z21031**
Studijní program: **B0913P360004 Všeobecné ošetřovatelství**
Téma práce: **Přítomnost rodičů na dětském oddělení při hospitalizaci dítěte**
Téma práce anglicky: **The Presence of Parents in the Ward During the Child's Hospitalisation**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky
2. Stanovení cílů a metodiky práce
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky
4. Analýza a interpretace získaných dat
5. Zhodnocení výsledků práce

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ, Magdalena; MATĚJEK, Jaromír a STEINLAUF, Barbora, 2023. *Etika v pediatrii a neonatologii*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3263-8.
2. KIMPLOVÁ, Tereza; JOCHMANNOVÁ, Leona a SVOBODA, Jan, 2023. *Psychologie rodiny*. Psyché (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3064-1.
3. KUKLA, L. et al. 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí* Praha:Grada. 456 s. ISBN 978-80-247-3874-1
4. ŠKAMPOVÁ Venuše, 2023. Metodický pokyn k přítomnosti zákonných zástupců a osob blízkých u dětí při poskytování zdravotních služeb [online] Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2024-01-02]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/metodicky-pokyn-k-přítomnosti-zakonných-zastupcu-a-osob-blízkych-u-děti-při-poskytování-zdravotních-sluzeb/>
5. ZACHAROVÁ, Eva, 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0155-9.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Petra Růžičková**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2022**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2024**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

L.S.

Mgr. et Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 7. března 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Přítomnost rodičů na dětském oddělení při hospitalizaci dítěte jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 22. 04. 2024

Michaela Jánská v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí bakalářské práce Mgr. Petře Růžičkové za odborné vedení, trpělivost, ochotu a cenné rady, kterými napomohla k vypracování této práce.

Děkuji také všem respondentům, kteří vyplnili dotazník a přispěli tím ke zpracování průzkumné části bakalářské práce.

ANOTACE

Bakalářská práce je zaměřena na přítomnost rodičů na lůžkovém oddělení při hospitalizaci dítěte. Práce je rozdělena na teoretickou a průzkumnou část. Teoretická část práce je zaměřena na problematiku hospitalizace dítěte. V průzkumné části jsou interpretovány výsledky dotazníkového šetření týkající se problematiky přítomnosti rodičů na dětském oddělení při hospitalizaci dítěte. Z výsledků vyplývá, že rodiče využívají velmi často možnost přítomnosti u svého dítěte během hospitalizace, kdy se často stávají chtěnými a aktivními členy týmu a podílejí se tak na péči o dítě.

KLÍČOVÁ SLOVA

děti, hospitalizace, rodiče, sestry

TITLE

The Presence of Parents in the Ward During the Child's Hospitalisation

ANNOTATION

My bachelor thesis deals with the presence of parents in the ward during the child's hospitalisation. The work contains two parts, the theoretical part, and the research part. The theoretical part deals with the topic of child's hospitalisation. In the research part I present the results of my questionnaire survey dealing with the topic of presence of parents in the children's ward during the hospitalisation. The results show that parents very often use the possibility of their presence during the child's hospitalisation, and very often become a wanted and active part of the team involved in child's care and treatment.

KEYWORDS

children, hospitalization, parents, nurses

OBSAH

Úvod.....	11
1 Cíle a metody práce	12
1.1 Cíl práce.....	12
1.2 Metody k dosažení cíle	12
Teoretická část	13
2 Hospitalizace dítěte.....	13
2.1 Příprava dítěte k hospitalizaci.....	15
2.2 Dětský hospitalismus	15
2.3 Komunikace s dítětem	16
2.4 Family Centered Care	16
3 Možnosti zkvalitnění pobytu dítěte v nemocnici	18
3.1 Herní terapie a herní specialista.....	18
3.2 Zdravotní klaun.....	19
3.3 Dobrovolnictví	20
3.4 MŠ a ZŠ při nemocnici	20
4 Metodický pokyn k přítomnosti zákonných zástupců a osob blízkých u dětí při poskytování zdravotních služeb	21
5 Práva dětí	23
5.1 Charta práv hospitalizovaných dětí.....	23
6 Dětská sestra	25
6.1 Vzdělávání dětských sester v minulosti.....	25
6.2 Vzdělávání dětských sester po roce 2004	26
6.3 Kompetence dětské a všeobecné sestry	26
Praktická část	27
7 Metodika průzkumu a zpracování dat.....	27
7.1 Průzkumné otázky.....	28

8	Interpretace výsledků.....	29
9	Diskuze	47
10	Závěr	53
11	Použitá literatura	54
12	Přílohy.....	58

SEZNAM GRAFŮ A TABULEK

Graf 1 – Pracovní zařazení.....	29
Graf 2 – Nejvyšší dosažené vzdělání	30
Graf 3 - Typ oddělení.....	31
Graf 4 - Délka praxe	31
Graf 5 – Přítomnost rodiče u dítěte.....	32
Graf 6 – Osoba nejčastěji přítomna u dítěte	32
Graf 7 - Nabízení společné hospitalizace	33
Graf 8 - Možnost střídání rodičů.....	33
Graf 9 - Domluva s rodiči o rozdělení péče.....	35
Graf 10 - Preference v péči o dítě	35
Graf 11 - Stres z rodiče na dítě	36
Graf 12 - Zásah do kompetencí.....	36
Graf 13 - Nadměrná kontrola.....	38
Graf 14 - Agresivní chování vůči zdravotníkovi	38
Graf 15 - Nepřetržitá přítomnost	40
Graf 16 - Vztah práva k rodičům současně.....	42
Graf 17 - Vhodné podmínky.....	43
Graf 18 - Přání dítěte ohledně přítomnosti rodiče	44
Graf 19 - Přítomnost rodiče u všech vyšetření/výkonů	44
Graf 20 - Rodiče jako součást týmu.....	46
Tabulka 1 - V čem jsou rodiče nejvíce nápomocni?.....	34
Tabulka 2 - Zásah do kompetencí sester.....	37
Tabulka 3 - Možné důvody vzniku agresivního chování.....	39
Tabulka 4 - Z jakého dokumentu vychází právo dítěte na nepřetržitou přítomnost rodiče?	41
Tabulka 5 - Za jakých okolností může být právo rodiče na nepřetržitou přítomnost u dítěte omezeno?	42
Tabulka 6 - Výkony, u kterých není možná přítomnost rodiče	45

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

Apod.	A podobně
CŽK	Centrální žilní katétr
Č.	Číslo
FCC	Family Centered Care
Mj.	Mimojiné
MŠ	Mateřská škola
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
Např.	Například
PŽK	Periferní žilní katétr
Sb.	Sbírka zákonů
Tj.	To je
Tzn.	To znamená
Tzv.	Takzvaně
VOŠZ	Vyšší odborná škola zdravotnická
ZŠ	Základní škola

ÚVOD

Bakalářská práce je zaměřena na aktuální problematiku týkající se přítomnosti rodičů na lůžkovém oddělení při hospitalizaci dítěte. Hospitalizace je stresující nejen pro samotné dítě, ale i pro rodiče a další členy rodiny. Jestliže je dítě během pobytu v nemocnici separováno od rodiny, může dojít k rozvoji závažných reakcí, jež mohou přetrvávat až do dospělosti. Pokud jsou rodiče u dítěte přítomni, nejčastěji plní funkci citové a psychické podpory (Kimplová et al., 2023, s. 169). V případě, že se rodiče chtějí aktivně zapojit do péče o dítě během hospitalizace, často pomáhají v sebeobslužných činnostech dítěte. Míru zapojení rodičů do péče o dítě během hospitalizace je vždy nutno řešit individuálně s ohledem na stav dítěte. Snahou rodiče je např. dítě zabavit a dohlížet na jeho bezpečný pohyb (MZ ČR, 2023b). Díky systému péče Family Centered Care výrazně posílila role rodičů, kteří se stávají aktivními členy týmu pečujícího o dítě. Rodičům se nově dostala možnost objektivně hodnotit přístup zdravotnického personálu, organizaci práce, poskytované služby a vybavenost dětských oddělení, všechny tyto aspekty prošly za posledních 20 let mnoha změnami (Hlaváčková et al., 2015, s. 198).

Právo na přítomnost zákonného zástupce u hospitalizovaného dítěte vychází ze zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), dále také z Charty práv hospitalizovaných dětí a z metodického pokynu, který vydalo MZ ČR v roce 2023. Právo být přítomný u svého dítěte se vztahuje na oba rodiče současně, v praxi je však z prostorových a provozních omezení často náročné zajistit přítomnost obou rodičů současně, a proto je nutné s ohledem na konkrétní situaci určit, v jakých případech je nepřetržitá přítomnost obou zákonných zástupců možná a kdy je nutné ji omezit (MZ ČR, 2023b). Pobyt doprovázející osoby dítěte do 6 let věku je hrazen ze zdravotního pojištění (Klíma et al., 2016, s. 22). Přítomnost matky či jiné blízké osoby má pozitivní vliv na délku pobytu v nemocnici. Přestože možnost být hospitalizován s dítětem s sebou přináší řadu výhod, může pro zdravotnický personál představovat psychickou, materiální i časovou zátěž. Je ovšem důležité dodat, že tyto nevýhody nepřevažují výhody, která společná hospitalizace či přítomnost rodiče u dítěte přináší (Fendrychová et al., 2018, s. 43).

Bakalářská práce se dělí na dvě části, a to teoretickou a průzkumnou. V teoretické části je popsána problematika hospitalizace dítěte. V praktické části jsou interpretovány výsledky dotazníkového šetření, které probíhalo na dětských lůžkových odděleních.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

1.1 Cíl práce

Zjistit, jak je na daném pracovišti přístupováno ke společné hospitalizaci či přítomnosti rodiče/doprovodu u hospitalizovaného dítěte.

Dílčí cíle práce:

Zjistit, v čem jsou rodiče nebo jiný doprovod dítěte nejvíce nápomocni ošetřujícímu personálu a v čem mohou zasahovat do kompetencí sester.

Zjistit, zda se sestry během své praxe setkaly s agresivním chováním rodiče a jaké důvody k tomu dle sester vedly.

Zjistit, zda sestry vnímají rodiče jako součást týmu v péči o dítě.

1.2 Metody k dosažení cíle

Pro zjištění cílů byl vytvořen nestandardizovaný dotazník vlastní tvorby obsahující 26 otázek, který byl předán k vyplnění sestrám dětského lůžkového oddělení v nemocnici fakultního typu. Výsledky byly zpracovány v programu Microsoft Excel a interpretovány do grafů a tabulek.

TEORETICKÁ ČÁST

První kapitola teoretické části práce je zaměřena na problematiku hospitalizace dítěte, na kterou dále navazuje kapitola o možnostech zkrácení pobytu v nemocnici. Následující kapitola je věnována *Metodickému pokynu k přítomnosti zákonných zástupců nebo osob blízkých při hospitalizaci dítěte* vydanému v roce 2023 Ministerstvem zdravotnictví, na což navazuje kapitola o právech dětí, včetně Charty práv hospitalizovaných dětí. Poslední kapitola se věnuje profesi dětské sestry a historii a současnosti vzdělávání v tomto oboru.

2 HOSPITALIZACE DÍTĚTE

Hospitalizace je pro dětské pacienty velmi stresující zkušeností, která však neovlivňuje pouze samotné dítě, ale také celou jeho rodinu. Dítě se nachází v pro něj novém a neznámém prostředí, které v něm může vyvolávat pocity strachu a nejistoty (Kimplová et al., 2023, s. 168).

Adaptace na hospitalizaci je pro dítě velmi obtížná. Čím je dítě mladší, tím pro něj bývá adaptace náročnější. Pobyt v nemocnici může traumatizovat dětskou psychiku. Na dětských odděleních se mohou léčit děti a adolescenti do 19 let věku (Klíma et al., 2016, s. 22)

V současné době je dítě přijímáno do nemocnice jen tehdy, pokud není možné ho nadále léčit ambulantně. Délka hospitalizace by měla být co nejkratší, přičemž pro úspěšnou a efektivní léčbu je klíčové, aby dítě bylo v pozitivním psychickém rozpoložení. Jestliže je dítě separováno od rodiny a nemá dostatek citových a smyslových podnětů, může dojít k rozvoji závažných reakcí, které mohou přetrvávat až do dospělosti. Avšak pokud dítě může být hospitalizováno s rodičem, rodič zde plní funkci psychické a citové podpory. Rodiče mají možnost se o své dítě starat v maximálním možném rozsahu, v němž uspokojují jeho základní potřeby, přičemž sestra provádí ošetrovatelské výkony (Kimplová et al., 2023, s. 169).

Dle *Charty práv hospitalizovaných dětí* by se o děti měl starat především kvalifikovaný a vyškolený zdravotnický a pedagogický personál, jenž by měl být rozšířený o herního terapeuta. Adaptace na nemocniční prostředí je pro děti velmi obtížný proces, který lze pozitivně ovlivnit vhodnou vybaveností dětského oddělení, ale především dodržováním denního režimu, na který je dítě zvyklé, včetně přítomnosti členů rodiny (Růžičková et al., 2022, s. 73).

Pobyt rodiče v nemocnici je pozitivním faktorem, který napomáhá při adaptaci dítěte na nové prostředí a mírní nežádoucí vlivy, jež na něj působí. Výzkumy prokázaly, že přítomnost matky nebo jiné blízké osoby má pozitivní vliv na délku pobytu v nemocnici. Děti, které byly

hospitalizované s matkou nebo jiným členem rodiny, strávily v nemocnici kratší dobu než děti, které byly hospitalizované samy. Hospitalizace matek nebo jiných osob společně s dítětem však představuje větší psychické, materiální, ale i časové nároky pro zdravotnický personál. Tyto nevýhody jsou ovšem vyváženy značnými pozitivními účinky a jinými výhodami, které společná hospitalizace přináší. Zahraniční zkušenosti ukazují, že přítomnost rodičů je velmi přínosná i u závažných medicínských intervencí, např. u resuscitace (Fendrychová et al., 2018, s. 43–44).

Pokud jsou kojenci a batolata odloučeni od matky, může u nich dojít ke ztrátě pocitu bezpečí a jistoty. Při hospitalizaci dětí tohoto věku je důležité dbát na uspokojování jejich potřeb. Hospitalizace navozuje u kojenců a batolat pocit ohrožení, který může mít za následek negativní vliv na následný vývoj a který se může podílet na vzniku deprivčních syndromů či separační úzkosti (Kimplová et al., 2023, s. 169).

U dětí předškolního věku je důležitá přítomnost rodiče, který se aktivně zapojí do péče. Děti v tomto věku se bojí cizích lidí a velmi dobře si pamatují všechny bolestivé prožitky, které se poté mohou promítat do jejich chování a tím ovlivňovat další spolupráci během poskytování ošetrovatelské péče. Při opakování bolestivých a nepříjemných procesů je u dítěte předškolního věku zvýšené riziko vzniku deprivace a narušeného vývoje (Kimplová et al., 2023, s. 169).

Ve většině nemocnic se stal společný pobyt rodičů s dětmi téměř samozřejmostí, zejména proto, že přináší dětem benefity v podobě pocitu bezpečí a jistoty. Od doprovodu se očekává, že bude dítěti oporou a že se bude zapojovat do některých úkonů, např. krmení nebo mytí. V současnosti je možné, aby doprovod měl postel ve stejném pokoji jako dítě, což se upřednostňuje zejména u kojících matek. Další možností je ubytování matek v samostatném pokoji na témže oddělení, kde je však ztížen nebo zcela znemožněn pobyt otce. Poslední možností je pobyt doprovodu pouze přes den. Pokud rodič nemůže být přítomen s dítětem na oddělení, je vhodné, aby dítě dostalo nějakou věc, která mu bude rodinu připomínat, ideálním předmětem je rodinná fotografie nebo oblíbená hračka (Fendrychová et al., 2018, s. 44–45).

V praxi však nemusí být společná hospitalizace ze strany personálu vždy podporována. Rodiče bývají informováni o možnosti společné hospitalizace a zároveň se jim dostává ujištění, že o jejich dítě bude velmi dobře postaráno (Kimplová et al., 2023, s. 169–170).

Ze zdravotnického personálu je to právě sestra, která tráví s dítětem během hospitalizace nejvíce času a díky ní může být adaptace dítěte na nové prostředí rychlejší a lepší. Přítomnost rodičů na oddělení však může sestře komplikovat její práci, neboť bývá tzv. pod drobnohledem ze strany rodičů, kteří chtějí a vyžadují pro dítě co nejlepší péči, avšak o konkrétní podobě takové péče mohou mít zkreslené představy, pokud jsou z pohledu zdravotní péče laici. Takovýto postoj rodičů může přinášet nežádoucí stres nejen sestře či jinému zdravotnímu personálu, ale ve výsledku i hospitalizovanému dítěti (Plevová a Slowik, 2010, s. 61).

2.1 Příprava dítěte k hospitalizaci

Dítě, u kterého je naplánována hospitalizace, by mělo být pravdivě informováno o všem, co ho během pobytu v nemocnici čeká. Příprava k hospitalizaci je často v rukou rodičů, protože své dítě znají nejlépe, a díky tomu dokážou určit jednak potřebné množství informací, které dítěti sdělí, jednak způsob jejich sdělení. U starších dětí je vhodné začít s přípravou již několik týdnů dopředu, neboť musí mít prostor na smíření se s hospitalizací a na kladení otázek. U mladších dětí je naopak vhodnější kratší časový rozestup. Pokud je s dítětem veden rozhovor o hospitalizaci, je nutné mluvit klidně a přesvědčivě, neboť dítě potřebuje cítit, že pobyt v nemocnici je pro něj bezpečný (Řezníčková, 2017).

Při přípravě k hospitalizaci se dítěti nemají zdůrazňovat nepříjemnosti, které jej čekají, naopak je potřeba vyzdvihnout pozitiva. Jako pozitivní lze vnímat možnost poznání nových kamarádů, být opět zdravý apod. Příprava k hospitalizaci není možná u kojenců a batolat (Fendrychová et al., 2018, s. 33).

2.2 Dětský hospitalismus

Pokud je dětem do 6 měsíců poskytována láskyplná péče, pak viditelně netrpí, jsou-li odloučeny od matky. U dětí předškolního věku se stává odloučení od matky téměř vždy škodlivé. Pro děti školního věku může být hospitalizace přínosem, kdy mohou získat nové kamarády a nabýt nové zkušenosti. Pokud je s dítětem do nemocnice přijata i matka, může pomoci snížit negativní vliv hospitalizace na dítě (Zacharová, 2017, s. 90).

Reakce na hospitalizace probíhá ve 3 fázích:

1. **fáze protestu** – dítě na základě pláče čeká na příchod matky a jiné dospělé odmítá, tato fáze trvá hodiny až dny,
2. **fáze zoufalství** – dítě ztrácí naději na přivolání matky, je tiché a uzavírá se do sebe,

3. fáze odpoutávání od matky – dítě potlačuje své city k matce a upoutává se k ošetřující osobě. Po návratu do domácího prostředí se mohou objevit psychické poruchy, díky kterým se dítě může začít pomočovat, trpět nespavostí a nočními děsy (Zacharová, 2017, s. 90).

Pokud se dítěti během hospitalizace nedostává dostatek péče od pečujících osob, může dojít až k citovému vyhladovění. Jako prevence hospitalismu je vnímáno především umožnění častých návštěv, úprava prostředí a nemocničního režimu, popřípadě společná hospitalizace rodiče s dítětem, spolupráce s rodinou a snaha omezit hospitalizaci na co nejkratší dobu (Zacharová, 2017, s. 90).

2.3 Komunikace s dítětem

Při komunikaci s dítětem je vhodné používat k oslovení jeho jméno, případně jinou alternativu, na kterou je zvyklé. Komunikace by měla probíhat pomocí jednoduchých a lehce srozumitelných vět. Průběh rozhovoru může ovlivnit mimika, gesta a zevní úprava zdravotníka. Dítě nesmí být z komunikace vyloučeno, nelze hovořit pouze o něm, nýbrž s ním (Kelnarová a Matějková, 2014, s. 26–27).

Komunikace je ovlivněna zdravotním stavem dítěte, typem onemocnění a intenzitou klinických příznaků. Dále je ovlivněna psychickým stavem a aktuálním prožíváním dětského pacienta. Dítě je třeba vnímat nejen sluchem, ale i zrakem, jelikož sestra sleduje projevy neverbální komunikace. S dítětem lze komunikovat prostřednictvím hračky nebo jiné oblíbené věci. Pro navázání dobré spolupráce s dítětem je třeba jej dostatečně chválit, motivovat, a pokud je to možné, dávat mu možnost volby a samostatného rozhodování (Plevová et al., 2019, s. 53).

Při komunikaci s dítětem je důležité vyvarovat se chybám, které by pak mohly ovlivnit další vztah s ním. Dítěti se nemá lhát, nemělo by být káráno, ani srovnáváno s jinými dětmi. Zdravotnický personál by neměl mít autoritativní přístup, který sice krátkodobě přináší žádoucí efekt, ale často vyvolává stres a napětí (Kelnarová a Matějková, 2014, s. 27-28).

2.4 Family Centered Care

Průkopnicí *Family Centered Care* (dále jen FCC) byla June Jollyová, zdravotní sestra a sociální pracovnice, která svůj pohled na danou problematiku shrnula v knize *The Other Side of Pediatrics*. FCC je koncept péče soustředící se nejen na samotné dítě, ale na dítě v konceptu celé jeho rodiny. Tato filozofie péče usnadňuje spolupráci odborníků s rodinou (Chvílová-Weberová et al., 2023, s. 81).

Navázání vztahu mezi zdravotnickým personálem, dítětem a jeho rodinou je klíčové pro správné fungování filozofie FCC. Péče zaměřená na rodinu bude fungovat pouze tehdy, pokud zdravotník dokáže přizpůsobit veškerou péči tak, aby odpovídala aktuálním potřebám rodiny (Shields, 2015, s. 141).

V systému FCC výrazně posílilo postavení rodičů, kteří se z pasivních pozorovatelů stávají členy multidisciplinárního týmu při péči o dítě. Rodiče mohou hodnotit vybavenost oddělení, organizaci práce a přístup zdravotníků, čímž napomáhají neustále zvyšovat kvalitu poskytované péče (Hlaváčková et al., 2015, s. 198).

3 MOŽNOSTI ZKVALITNĚNÍ POBYTU DÍTĚTE V NEMOCNICI

Většina ze služeb, jež zkvalitňují pobyt dítěte v nemocnici, vznikla především díky iniciativě rodičů. Možnosti, které dříve začínaly jako nesmělé pokusy, např. možnost společné hospitalizace rodiče s dítětem, neomezené návštěvy na dětských odděleních aj., se nyní běžně uplatňují v nemocnicích napříč celou Českou republikou. Díky těmto službám mají děti v nemocnici větší pocit jistoty a bezpečí (Fendrychová et al., 2018, s. 35–36).

Psycholog nebo psychoterapeut bývá součástí odborného týmu dané nemocnice. Pracuje přímo s dětmi, ale také s jejich rodinnými příslušníky. Často bývá rovněž k dispozici zdravotnickému personálu, především pak ke zvládnutí dlouhodobého pracovního vypětí a zvládnutí náročných situací (Fendrychová et al., 2018, s. 36).

Další možností jsou rodičovské skupiny sloužící ke sdílení prožitků, což je jedním z nejúčinnějších psychoterapeutických mechanismů. Jedná se o skupiny rodičů, jejichž děti trpí podobným či stejným onemocněním. Skupiny mohou být organizovány přímo oddělením nebo zcela svépomocně (Fendrychová et al., 2018, s. 36).

Mimo somatických a psychologických potřeb, které jsou dnes velmi dobře uspokojovány v rámci nemocniční péče, má každý člověk i potřeby duchovní. V krizových stavech bývají často oslovováni duchovní nebo pastoři. Duchovní hodnoty jsou často uznávány i ateisty. Právě spiritualita se významně podílí na vyrovnávání se s nemocí a hledání jejího smyslu. Je proto nepřijatelné, aby spirituální potřeby jedince a praktikování náboženského života bylo ze strany personálu či ostatních hospitalizovaných dětí bagatelizováno či dokonce zesměšňováno. Zdravotnický personál by měl umožnit provozovat navyklé praktiky náboženského života, pokud neohrožují život pacienta nebo nejsou v rozporu s etickými normami (Fendrychová et al., 2018, s. 36–37).

Pokud si rodina dítěte přeje přivést léčitele a jeho metody nejsou v rozporu s etickými normami a léčebnými postupy, není důvod této návštěvě bránit. Přivedení léčitele nemá být bráno jako vyslovení nedůvěry, a nemá být ani zesměšňováno či povrchně odmítnuto (Fendrychová et al., 2018, s. 37).

3.1 Herní terapie a herní specialista

Na konci 20. století se herní terapie dostala do českých nemocnic. Výzkumy opakovaně potvrzují její pozitivní vliv nejen na dětské pacienty, ale i na jejich rodiče a zdravotnický

personál. Herní terapie podporuje emocionální pohodu dětí během hospitalizace, je velmi nápomocná při překonávání strachu a poznávání nemocničního prostředí. Pokud je to možné, využívá se při přípravě hospitalizovaných dětí na zákroky, během vlastních zákroků a po nich (Hlaváčková et al., 2015, s. 198).

Během nemoci může u dětí docházet k regresi na nižší vývojovou úroveň, proto by dítě nikdy nemělo být kritizováno za to, že si hraje s hračkami pro menší děti nebo chce hrát hru, jež neodpovídá jeho věku. Stále je třeba pamatovat na to, že hra má dítěti přinášet radost (Bužgová et al., 2019, s. 91).

Hra je využívána u dětí do středního školního věku, u dospívajících se volí forma rozhovoru a názorná ukázka (např. fotografie). Pomocí hry se specialista snaží u dětí navodit radost, předejít nudě, zároveň slouží i ke zpracování těžkých emočních zážitků. Pokud čeká dětského pacienta operace nebo zákrok, herní specialista mu s předstihem objasní, jak bude vše probíhat. K vysvětlování se používají speciálně upravené pomůcky, na kterých lze předvést výkony, jež má dítě absolvovat. Herní specialista je součástí multidisciplinárního týmu pečujícího jak o dětského pacienta, tak o jeho rodiče či sourozence (Kokešová Kleinová et al., 2022, s. 68).

Herní specialista je vyškolený odborník zaměřující se na podporu dítěte v náročných situacích. Snaží se u dítěte zmírnit stres a úzkost a navodit lepší spolupráci se zdravotnickým personálem. Je třeba jej odlišovat od zdravotního klauna nebo pedagoga pro mateřské a základní školy (Hlaváčková et al., 2015, s. 198).

Herní specialista by měl být ideálně na každém oddělení, neboť je to odborník, který rozumí nejen problematice psychologie dítěte, ale zároveň také zdravotnické problematice. Měl by být schopen dítě společně s jeho rodinou provázet celým procesem pobytu v nemocnici a poskytovat jim vysvětlení plánovaných vyšetření, jejich průběhu apod. Stává se jakýmsi mostem mezi zdravotníky, dítětem a jeho rodiči (Fendrychová et al., 2018, s. 38).

3.2 Zdravotní klaun

Počátky působení zdravotních klaunů se datují již od roku 1986, kdy v nemocnici v New Yorku začali chodit na návštěvy speciálně vyškolení klauni. Občanské sdružení *Zdravotní klaun* funguje od roku 2001 v České republice. Pravidelné návštěvy zdravotních klaunů mají pozitivní vliv na zlepšení psychického stavu dětského pacienta, a to včetně těžce nemocných. Zdravotní klauni procházejí školícím programem a poté zkušební lhůtou trvající 3 měsíce. V rámci školení dostávají od lékaře informace o vlivu určitých onemocnění na dětskou psychiku. Jsou

seznámeni se základními léčebnými a diagnostickými metodami a jsou rovněž seznámeni s provozem nemocnice (Fendrychová et al., 2018, s. 39).

Zdravotní klauni jsou komičtí umělci, kteří se snaží zaujmout své publikum pomocí hudby, pantomimy a barevných kostýmů. Úsměv na tváři mohou vykouzlit také pomocí žonglování, zpívání nebo vyprávění příběhu. Cílem jejich návštěvy je vytvořit pozitivní atmosféru a podpořit nejen dítě, ale i rodiče během pobytu v nemocnici. Zdravotní klauni jsou součástí zdravotnického týmu a spolupracují se zdravotnickým personálem (Bukvová, 2023, s. 20).

3.3 Dobrovolnictví

Další možností, jak zpestřit pacientovi pobyt v nemocnici, se stalo dobrovolnictví, které bylo na základě kladných zkušeností ze zahraničí převzato i do nemocnic v České republice. Jako velmi přínosní se považují dobrovolníci především na odděleních dlouhodobě hospitalizovaných dětí a v léčebnách dlouhodobě nemocných (Fendrychová et al., 2018, s. 38).

Jedná se o činnost, kterou ve zdravotnictví poskytují lidé, většinou nezdravotníci a bez nároku na finanční odměnu. Dobrovolníci vyplňují pacientům volný čas pomocí čtení, her nebo procházek. Pořádají také výtvarné nebo tvořivé dílny a mohou si rovněž připravit divadelní představení. Dobrovolníci často přispívají k lepšímu zvládnutí stresu, čímž pomáhají urychlit adaptaci na pobyt v nemocnici. Věnují se také rodinám pacientů, kterým pomáhají s udržením psychické pohody a dobré nálady (MZČR, 2022).

3.4 MŠ a ZŠ při nemocnici

Již více než 100 let se mohou dětští pacienti během hospitalizace vzdělávat díky provozování mateřských a základních škol fungujících při nemocnicích. Nevyučuje se však pouze v nemocnicích, nýbrž i v dětských léčebnách, sanatoriích a lázních. Výuka v nemocnici se odlišuje od klasické, na kterou jsou děti zvyklé, mnoha aspekty. Pedagogové jsou členy multidisciplinárního zdravotnického týmu, jehož zájmem je kvalitní péče o dětského pacienta. Učitelé vyučují podle učebního plánu kmenové školy, přihlížejí ke zdravotnímu stavu dítěte, k jeho schopnostem, motivaci a aktuálním potřebám. Učitel zde neplní pouze výchovně-vzdělávací roli, ale zaobírá se dítětem jako celkem. Jelikož je nemoc obvykle záležitostí psychosomatickou, často učitel plní i roli psychoterapeuta nebo psychologa. Důležitý je vztah mezi dítětem a pedagogem (Mareš a Žofka, 2016, s. 60–61).

4 METODICKÝ POKYN K PŘÍTOMNOSTI ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ A OSOB BLÍZKÝCH U DĚTÍ PŘI POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Ministerstvo zdravotnictví vydalo k 1. červnu 2023 *Metodický pokyn k přítomnosti zákonných zástupců a osob blízkých u dětí při poskytování zdravotních služeb* (dále jen metodický pokyn) s cílem zajistit jednotný přístup mezi poskytovateli zdravotních služeb ohledně práva nezletilých pacientů mít při poskytování zdravotních služeb přítomné své zákonné zástupce nebo blízké osoby. Cílem je tedy zaručit, že nezletilí pacienti nebudou při lékařských zákrocích nebo léčbě odloučeni od svých rodinných příslušníků nebo jiných důležitých osob, pokud je to možné a v souladu s lékařskými standardy. Ministerstvo zdravotnictví tím reagovalo na podnět Kanceláře veřejného ochránce práv (MZ ČR, 2023a).

Nezletilí do 18 let věku jsou při poskytování zdravotních služeb velmi ohroženou skupinou. Od narození jsou zcela závislí na svých rodičích nebo osobách blízkých, avšak s postupujícím časem získávají a nabývají samostatnosti a rozumové vyspělosti. U nezletilých ovšem neexistuje věková hranice, po jejímž dosažení už své pečovatele nepotřebují. Separace od rodičů představuje pro dítě zásadní stresor. Přítomnost rodičů nebo blízkých osob má pozitivní vliv na psychiku dítěte, ale i jeho rodičů. Pokud je hospitalizováno chronicky nemocné dítě, rodiče mohou přítomností v nemocnici získat cenné informace a osvojit si péči, kterou pak využijí v domácím prostředí. Být přítomný u dítěte během hospitalizace vede u rodičů k menšímu stresu a k větší spokojenosti s poskytovanou péčí. V pooperační péči ovlivňuje přítomnost rodiče u dítěte jeho časnou rekonvalescenci, dále má také pozitivní vliv na management bolesti u dítěte (MZ ČR, 2023b).

Pokud je to možné, jsou rodiče či osoby blízké zapojeni do péče o dítě, přičemž pomáhají se sebeobslužnými činnostmi. Dále zajišťují psychickou podporu, zabavení dítěte a dbají na jeho bezpečnost. Míru zapojení do péče je potřeba vždy stanovit předem a individuálně (MZ ČR, 2023b).

Dítě má právo na nepřetržitou přítomnost zákonného zástupce při poskytování zdravotních služeb, přičemž se toto právo vztahuje na oba zákonné zástupce. V praxi je obtížné zajistit přítomnost obou zákonných zástupců současně, ať už z prostorových, nebo provozních omezení, proto je nutné individuálně vyhodnocovat, kdy je přítomnost obou zákonných zástupců nutná a kdy ji lze omezit. Nemůže dojít k situaci, při níž poskytovatel zdravotní péče

zcela odepře jednomu zákonnému zástupci kontakt s dítětem, zároveň nesmí upřednostňovat zákonného zástupce na základě pohlaví (MZ ČR, 2023b).

Právo na nepřetržitou přítomnost může být ze zákona omezeno, pokud se doprovod chová agresivně či násilně, vykazuje známky infekčního onemocnění nebo intoxikace. Právo může být rovněž vyloučeno, pokud je podezření, že je dítě danou osobou týráno či zneužíváno. Právo na nepřetržitou přítomnost se týká všech oddělení, výjimkou jsou infekční oddělení, kde může být dané právo omezeno či zcela vyloučeno. Rozumově vyspělé dítě může určit, zda si přeje přítomnost zákonného zástupce nebo osoby blízké, či nikoliv. Rozumovou a volní vyspělost dítěte je třeba posuzovat individuálně (MZ ČR, 2023b).

U dětí do 6 let je pobyt zákonného zástupce (tzv. průvodce) placen z veřejného zdravotního pojištění. U starších dětí si pobyt hradí zákonný zástupce, pokud úhradu neodsouhlasí zdravotní pojišťovna (MZ ČR, 2023b).

Právo na nepřetržitou přítomnost rodiče je zakotveno také v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále jen zákon o zdravotních službách). Neumožnění přítomnosti zákonných zástupců u dítěte během hospitalizace může být hodnoceno jako přešůpek a poskytovateli zdravotních služeb může být uložena pokuta (Chvílová-Weberová et al., 2023, s. 418).

5 PRÁVA DĚTÍ

Během dlouhých staletí bylo dítě a jeho práva na okraji zájmu společnosti. Zlom nastal ve druhé polovině 19. století, kdy se lékaři ve světě začali zajímat o práva dětí. Ve 20. století, jemuž se také říká „*století práv dítěte*“, se za pomoci pediatriů vytvořily základní právní normy v zájmu ochrany práv dětí po celém světě. Vytvoření právních norem a mezinárodních dohod o právech dítěte, jako je *Úmluva o právech dítěte*, která byla přijatá v roce 1989, bylo klíčovým krokem k zajištění komplexní bezpečnosti a rozvoje pro všechny děti. Mezi další důležité mezníky ve vývoji práv dětí se řadí *Ženevská deklarace práv dítěte* z roku 1924, *Charta práv dítěte* z roku 1959 a *Světová deklarace o přežití, ochraně a rozvoji dětí* z roku 1990 (Kukla et al., 2016, s. 133).

Mezi základní právní normy ve vztahu k dítěti jsou řazeny zejména principy, ve kterých se prosazuje nejlepší zájem dítěte, ochrana před i po narození, plnohodnotné zastoupení zájmu a prospěchu dítěte, dále nepostradatelný význam rodiny a respektování názoru dítěte, je-li schopno jej formulovat. Diskriminace je nepřijatelná (Kukla et al., 2016, s. 134).

Úmluva o právech dítěte je mezinárodně-právní dokument, který je platný v 193 zemích. Byl přijat v roce 1989 Organizací spojených národů. Klíčovým pojmem této právní úpravy je: „*zájem dítěte a jeho blaho*“. Tím byla smluvním státům uložena povinnost poskytnout dítěti takovou úroveň péče a ochrany, aby bylo zachováno jeho blaho (Kukla et al., 2016, s. 135–136).

Úmluva mj. stanovuje, že dítě nemůže být odloučeno od svých rodičů proti jejich vůli, pokud nerozhodly příslušné úřady na základě soudního rozhodnutí, že přítomnost rodičů není v nejlepším zájmu dítěte (MZ ČR, 2023b).

5.1 Charta práv hospitalizovaných dětí

Charta práv hospitalizovaných dětí (dále jen Charta) byla přijata v roce 1988 v Holandsku. Jedná se o přehled práv, které mají všechny děti před, během i po hospitalizaci. Jedno ze základních práv, jež Charta obsahuje, je právo dítěte mít u sebe během pobytu v nemocnici rodiče či jinou blízkou osobu. V roce 1993 byla Charta přijata i v České republice. (Pojerová, 2022, s. 12-13)

I přes její obsáhlost se *Charta práv hospitalizovaných dětí* opírá o 4 základní principy:

1. respekt přirozeného fyzického prostředí dítěte,
2. respekt přirozeného sociálního prostředí dítěte,

3. respekt autonomie dítěte,
4. respekt vývojových potřeb dítěte.

Charta práv hospitalizovaných dětí formuluje základní práva, která jsou podložena několikaletým zkoumáním dětských potřeb. Tento soubor práv je dnes známý pod názvem *Charta EACH (European Association for Children in Hospital)* (Chvílová-Weberová et al., 2023, s. 79).

Celé znění *Charty práv hospitalizovaných dětí* je zahrnuto do Přílohy A.

6 DĚTSKÁ SESTRA

Dětská sestra je nelékařský zdravotní pracovník specializující se na péči o děti. V rámci svých kompetencí se podílí na komplexní ošetrovatelské péči o děti, od novorozenců až po adolescenty, a je zodpovědná za její kvalitu (NZIP, b.r.).

Dětské sestry se však nevěnují pouze péči o dětské pacienty, ale poskytují i emocionální podporu rodičům, sourozencům nebo jiným blízkým osobám dítěte. Díky tomu je jejich práce jedinečná, přestože to s sebou přináší značnou míru stresu (Bartoníčková et al., 2022).

6.1 Vzdělávání dětských sester v minulosti

Florence Nightingalová, která vytvořila první koncepci ošetrovatelství, jako jedna z prvních upozorňovala na problematiku rozdílů mezi ošetrováním dospělých a dětí. Aktivně se snažila o vybudování dětských nemocnic a vzdělávání sester se zaměřením na péči o děti. V roce 1922 vznikla v Pražské Krči ošetrovatelská škola pro dětské sestry. Probíhaly zde roční kurzy zaměřené na péči o děti a jejich potřeby. Později tyto kurzy trvaly pouhých 6 měsíců. Škola byla zřízena s cílem poskytovat specializované vzdělání pro ošetrování dětí. Sestry, které prošly tímto kurzem, sice byly velmi vážené pro jejich získané zkušenosti a dovednosti, v praxi však pracovaly pouze za ubytování a stravu, nikoliv za peníze. Do roku 1945 byla tato škola jediná, kde mohly dětské sestry studovat. V roce 1946 se v Praze otevřela Švejcarova škola pro vzdělávání dětských sester. Od roku 1947 se nově vyučovalo na Škole pro ošetrování nemocných v Praze. Zákon č. 95/1948 Sb., o základní úpravě jednotného školství (školský zákon) z roku 1948 sjednotil všechny školy, kde doposud probíhalo vzdělávání dětských sester, na střední zdravotnické školy. Příprava na profesi dětské sestry nově trvala 4 roky a byla zakončena maturitní zkouškou. Od roku 1960 bylo možné v Praze studovat magisterské studium, v ten samý rok byl v Brně založen Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, který je dnes známý jako Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (Tručková, 2016, s. 392–393).

Ve školním roce 1996/1997 se naposled otevřelo čtyřleté denní studium na střední zdravotnické škole, které připravovalo budoucí dětské sestry. Toto studium bylo do roku 2004 nahrazeno tříletým studijním oborem diplomovaná dětská sestra na vyšších odborných zdravotnických školách (dále jen VOŠZ). Vstup České republiky do Evropské Unie v roce 2004 přinesl změny v podmínkách pro vzdělávání sester. Evropská unie, Světová zdravotnická organizace a Mnichovská deklarace podporovaly akademickou úroveň vzdělávání sester. Tím došlo k přesunu oboru dětská sestra do celoživotního vzdělávání v souladu se zákonem

o nelékařských zdravotnických povoláních. V rámci těchto změn byla zavedena povinná registrace nelékařských pracovníků a kreditní systém pro celoživotní vzdělávání. Práce bez odborného dohledu byla podmíněna registrací, což přineslo nové standardy a požadavky pro vykonávání odborných činností v oblasti zdravotní péče (Kordulová, 2017, s. 384).

6.2 Vzdělávání dětských sester po roce 2004

Vzdělávání sester dělíme na kvalifikační a celoživotní dle *Koncepce ošetrovatelství* z roku 2004. Kvalifikační vzdělání je možné získat na VOŠZ v tříletém studijním oboru diplomovaná dětská sestra nebo studiem bakalářského programu dětská sestra na lékařských či zdravotnických fakultách. Celoživotní vzdělání je možné získat pomocí specializačního vzdělání na akreditovaných pracovištích nebo také pomocí certifikovaných odborných kurzů. Nově je možné studovat v systému 4+1, při němž jedinec, který vystudoval střední zdravotnickou školu v oboru praktická sestra nebo má potřebnou kvalifikaci pro výkon všeobecné sestry, zdravotnického záchranáře či porodní asistentky, může absolvovat pouze rok studia na VOŠZ v oboru diplomovaná dětská sestra. Délka studia se odvíjí podle ročníku, do kterého je zájemce přijat, přičemž o zařazení do daného ročníku rozhodují znalosti a délka praxe. Toto studium je zakončeno absolutoriem a absolvent získá neakademický titul DiS. (diplomovaný specialista). Skončila také povinnost registrace a sběr kreditů (Kordulová, 2017, s. 384).

6.3 Kompetence dětské a všeobecné sestry

Dětská sestra má na dětském lůžkovém oddělení nezastupitelné místo, neboť se mezi její kompetence řadí činnosti, které nemůže provádět všeobecná sestra. Rozdílné kompetence může dětská sestra využít např. při sledování a hodnocení psychomotorického vývoje dítěte, též se může podílet na rozvíjení komunikačních dovedností jedince, v edukaci rodiče ve výchově a ošetrovatelské péči v jednotlivých obdobích vývoje. Dále se podílí na vytváření stimulačního prostředí pro správný vývoj dítěte, při čemž vyhledává rizikové faktory ovlivňující vývoj dítěte. V jejich kompetencích je také příprava stravy pro děti do 3 let věku. Dětská sestra smí ošetřovat novorozence a edukovat matky v péči o ně. Na základě indikace lékaře může zavádět periferní žilní katétr dětem všech věkových kategorií (Česko, 2011). Kompetence dětské sestry vycházejí z vyhlášky 55/2011, jež byla novelizována 1.7.2022. Celý výčet kompetencí dětské sestry viz. příloha B. Pokud na dětském oddělení pracuje všeobecná sestra, pak nemůže zavádět periferní žilní katétr a podávat ordinovanou medikaci nitrožilně u dětí mladších 3 let, stejné věkové omezení platí i při katetrizaci močového měchýře u dívek. Dětská sestra není v mnoha činnostech omezena věkem dítěte na rozdíl od všeobecné sestry (Česko, 2011).

PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části byl využit nestandardizovaný dotazník vlastní tvorby, který byl předán sestřím pracujícím na dětském lůžkovém oddělení. Vyplnění dotazníku a následné zařazení do průzkumu bylo zcela dobrovolné a anonymní.

7 METODIKA PRŮZKUMU A ZPRACOVÁNÍ DAT

Průzkumná část bakalářské práce pracuje s výsledky získanými v rámci kvantitativního průzkumu. K průzkumu byl použit vlastní nestandardizovaný dotazník obsahující 26 otázek. Úvodní 4 otázky měly za cíl zjistit základní informace o respondentovi, jeho pracovní zařazení, nejvyšší dosažené vzdělání, typ oddělení, na kterém pracuje a délku praxe. Následovaly otázky zaměřené na zodpovězení průzkumných otázek. Dotazník se skládal z 15 uzavřených otázek a 1 polouzavřené otázky s jednou možnou odpovědí, ze 3 doplňujících otevřených otázek, jejichž cílem vždy bylo rozšířit předchozí uzavřenou otázku, a 2 uzavřených otázek a 1 polouzavřené otázky s více možnými odpověďmi. Nakonec měli respondenti možnost přidat vlastní komentáře a připomínky.

Průzkum byl prováděn po souhlasu vrchní sestry dětské kliniky a náměstkyně pro ošetrovatelskou péči. Dotazníkové šetření probíhalo v březnu 2024 na lůžkových odděleních dětské kliniky v nemocnici fakulturního typu. Konkrétně se jednalo o standardní lůžkové oddělení větších dětí, kojenců a nedonošených a jednotku intenzivní péče pro větší děti. Při roznášení dotazníků na jednotlivá oddělení byla vždy pro zajištění anonymity přiložena obálka na vyplněné dotazníky. Sběr dat probíhal 2 týdny. Celkem bylo rozdáno 68 dotazníků s návratností 63 dotazníků, což představuje 92,6 %. Nicméně 4 dotazníky musely být vyřazeny z důvodu špatného vyplnění, proto je průzkumná část tvořena z 59 dotazníků. Po ukončení šetření byla následně data interpretována do grafů a tabulek v programu Microsoft Excel. Relativní četnost je zaokrouhlována na jedno desetinné číslo.

Před samotným dotazníkovým šetřením byla provedena pilotní studie, jež měla za cíl zjistit jasnost a srozumitelnost jednotlivých otázek a jejich odpovědí. Při pilotní studii je především vnímána vhodnost připraveného výzkumného nástroje. Jedná se o jakousi předběžnou recenzi dotazníku (Urban, 2022, s. 79). Do pilotní studie bylo zapojeno celkem 5 sester, kterým byl dotazník předán k posouzení srozumitelnosti otázek a nabízených odpovědí. Dotazník byl shledán jako vhodný a srozumitelný, bez nutnosti dalších úprav, proto bylo možné další den začít se samotným průzkumem. Zmíněných 5 dotazníků vyplněných v rámci pilotní studie nebylo zařazeno do průzkumu.

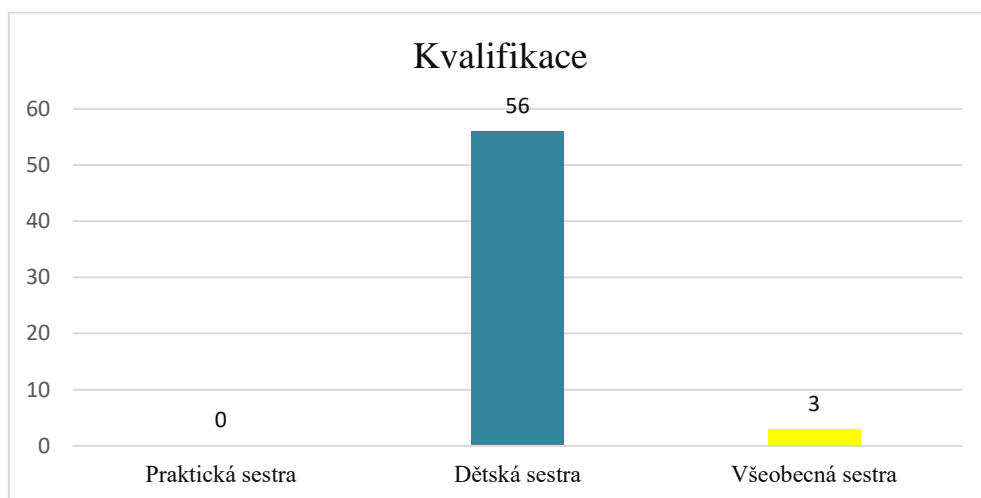
7.1 Průzkumné otázky

1. Jak je přistupováno ke společné hospitalizaci rodiče s dítětem či jeho časté přítomnosti?
2. Jaká je úroveň informovanosti sester v problematice nepřetržité přítomnosti rodiče u dítěte?
3. Při jakých činnostech rodiče nejčastěji pomáhají při péči o dítě?
4. Setkaly se sestry se zásahem do kompetencí od rodičů? Pokud ano, jak?
5. Setkaly se sestry s agresivním chováním rodiče? Jaké byly možné důvody tohoto chování?
6. Vnímají sestry rodiče jako součást týmu při péči o dítě?

8 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

V této kapitole jsou interpretovány výsledky dotazníkového šetření pomocí grafů a tabulek. Grafy jsou využívány u otázek, u nichž respondenti mohli vybrat pouze jednu odpověď, naopak tabulky jsou využívány v případě, že se jednalo o otázku s více možnými odpověďmi nebo o otevřenou otázku.

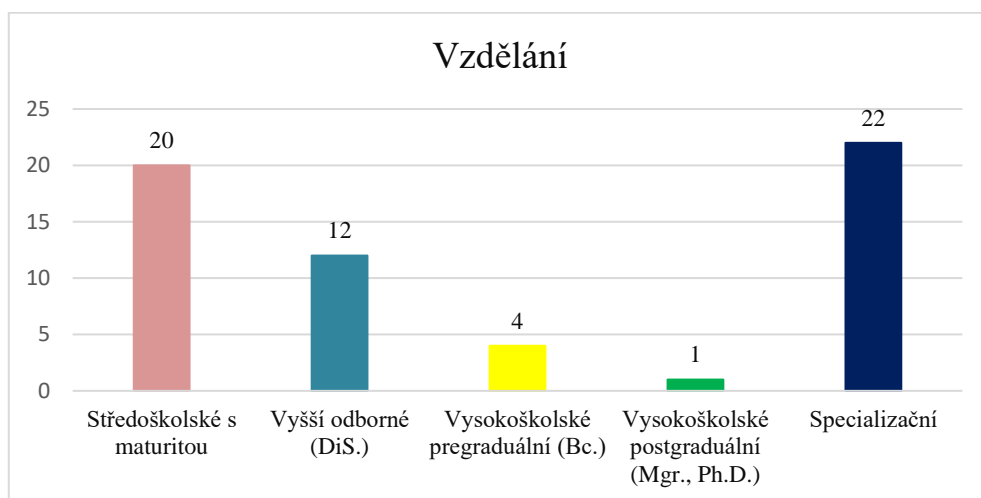
Otázka č. 1: „Jste?“



Graf 1 – Pracovní zařazení

Jak je patrné z grafu č. 1, mezi respondenty převažují zejména dětské sestry v počtu 56 respondentů (94,9 %). Průzkumu se dále účastnily 3 všeobecné sestry (5,1 %), praktické sestry nejsou vůbec zastoupeny.

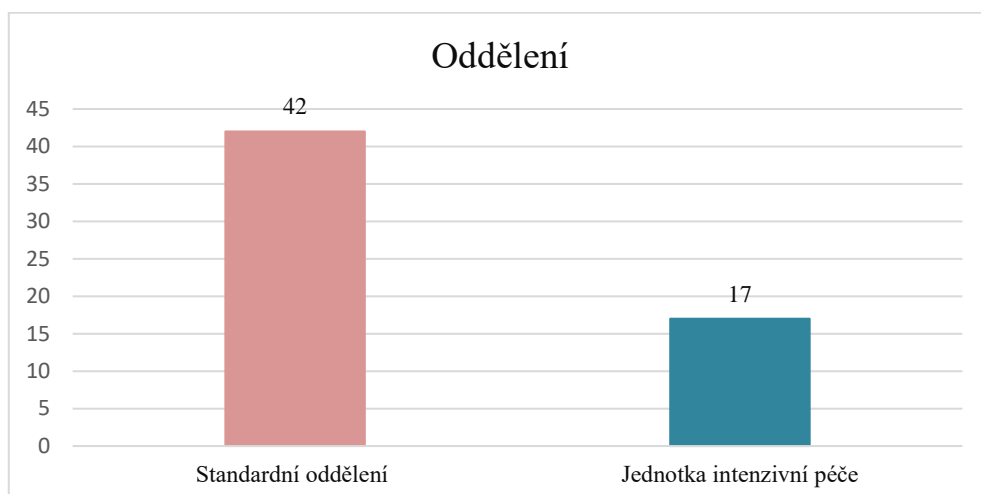
Otázka č. 2: „Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?“



Graf 2 – Nejvyšší dosažené vzdělání

Jak znázorňuje graf č. 2, nejpočetněji zastoupená skupina v součtu 22 respondentů (37,3 %) uvádí dosažení specializačního vzdělání. 20 dotázaných (33,9 %) uvedlo středoškolské vzdělání s maturitou. Vyšší odborné vzdělání uvádí 12 respondentů (20,3 %). 4 respondenti (6,8 %) jsou absolventy vysokoškolského pregraduálního studia a pouze 1 respondent (1,7 %) uvedl dosažení vysokoškolského postgraduálního studia.

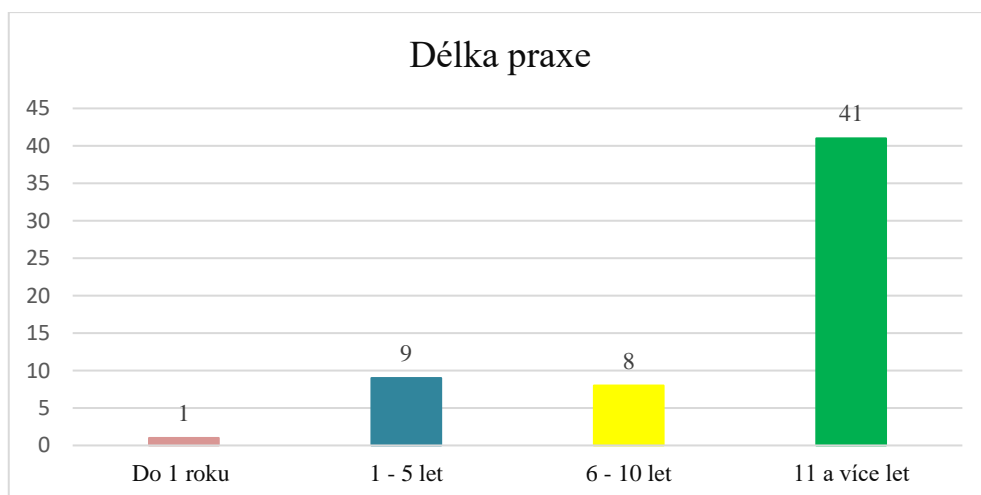
Otázka č. 3 „Kde pracujete?“



Graf 3 - Typ oddělení

Graf č. 3 zobrazuje typ oddělení, na kterém respondenti pracují. 42 dotazovaných (71,2 %) pracuje na standardním oddělení. 17 dotázaných (28,8 %) uvedlo jako své pracoviště jednotku intenzivní péče.

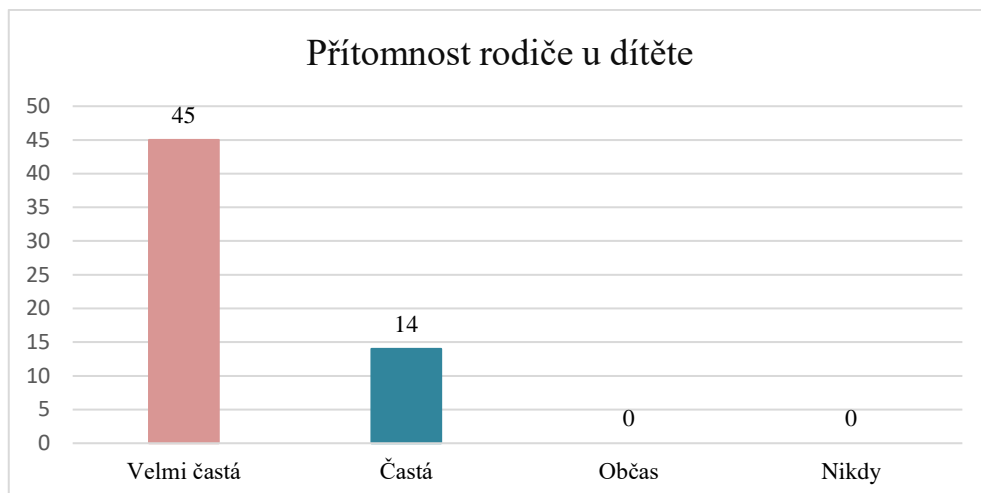
Otázka č. 4 „Délka praxe na dětském lůžkovém oddělení?“



Graf 4 - Délka praxe

Graf č. 4 znázorňuje délku praxe respondentů, přičemž pouze 1 respondent (1,7 %) uvedl délku praxe do 1 roku. V průzkumu jsou nejvíce zastoupeni respondenti s praxí delší než 11 let, konkrétně 41 (tj. 69,5 %). 9 respondentů (15,2 %) uvedlo délku praxe v rozmezí 1–5 let, 8 respondentů (13,6 %) mají praxi na dětském oddělení v rozmezí 6–10 let.

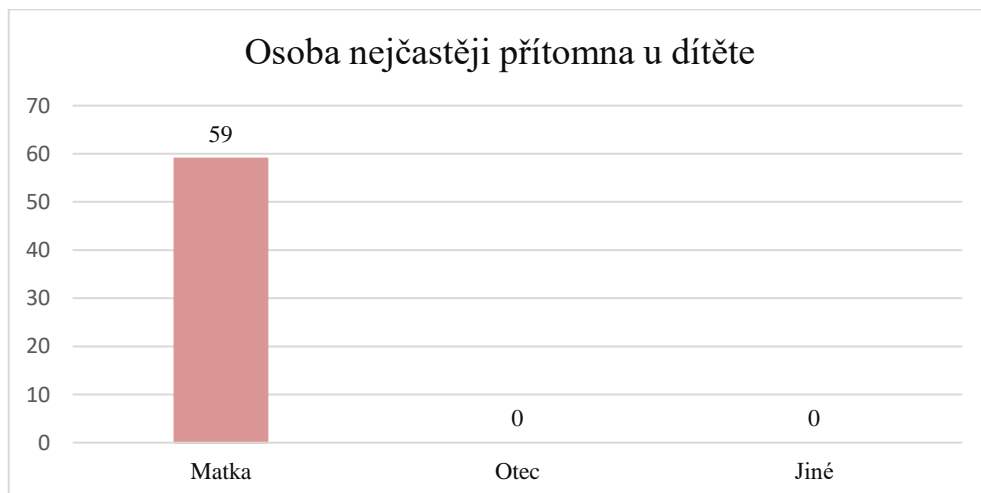
Otázka č. 5 „Jak častá je u Vás na pracovišti přítomnost rodiče u hospitalizovaného dítěte?“



Graf 5 – Přítomnost rodiče u dítěte

Z grafu č. 5 lze vyčíst, jak často jsou rodiče přítomni u dítěte. 45 respondentů (76,3 %) uvedlo přítomnost jako velmi častou, 14 respondentů (23,7 %) uvedlo přítomnost rodičů jako častou. Žádný z respondentů neoznačil odpověď „občas“ a „nikdy“.

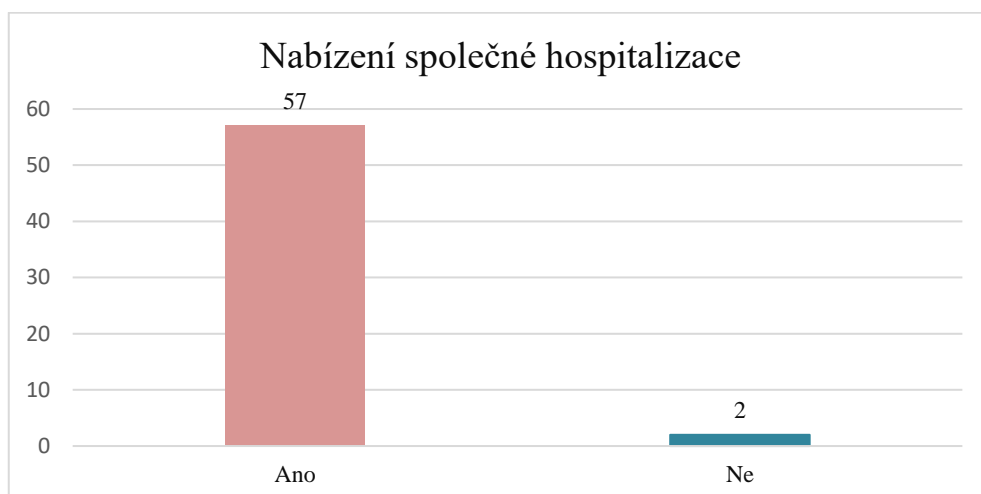
Otázka č. 6 „Kdo je nejčastěji přítomen u dítěte během hospitalizace?“



Graf 6 – Osoba nejčastěji přítomna u dítěte

Z grafu č. 6 je patrné, že všech 59 respondentů (100 %) označilo matku jako nejčastěji přítomnou osobu u dítěte během hospitalizace.

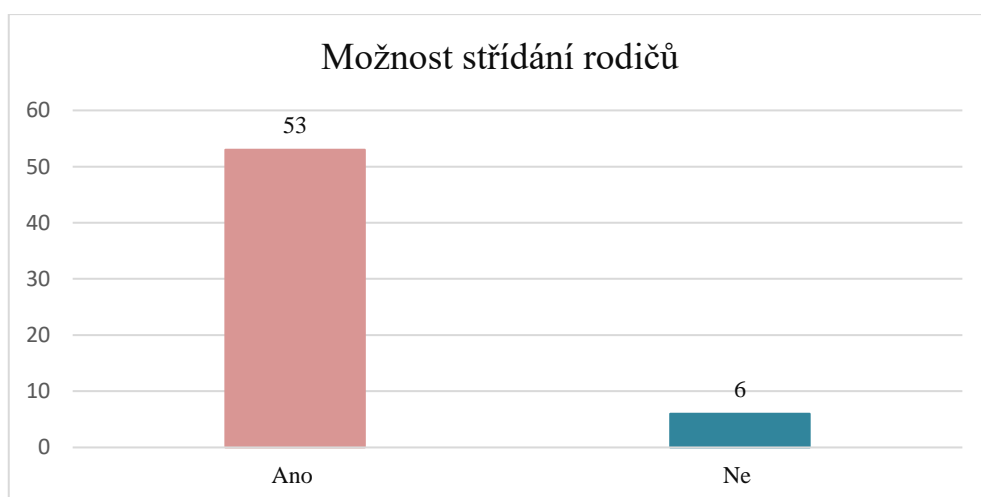
Otázka č. 7 „Je rodičům aktivně nabízená možnost společné hospitalizace s dítětem?“



Graf 7 - Nabízení společné hospitalizace

V otázce č. 7 uvedlo 57 respondentů (96,6 %), že je rodičům aktivně nabízena možnost společné hospitalizace, viz graf č. 7. Pouze 2 respondenti (3,4 %) uvedli, že rodičům tato možnost není nabízena aktivně.

Otázka č. 8 „Je u Vás na pracovišti možné, aby se rodiče u dítěte střídali?“



Graf 8 - Možnost střídání rodičů

Na většině pracovišť je střídání rodičů v případě potřeby možné, uvedlo to až 53 respondentů (89,8 %), viz graf č. 8. Pouze 6 respondentů (10,2 %) uvedlo, že střídání rodičů možné není, přičemž 1 respondent ke své odpovědi připsal poznámku: „Oddělení není přizpůsobeno na přítomnost otce (toalety, koupelna).“

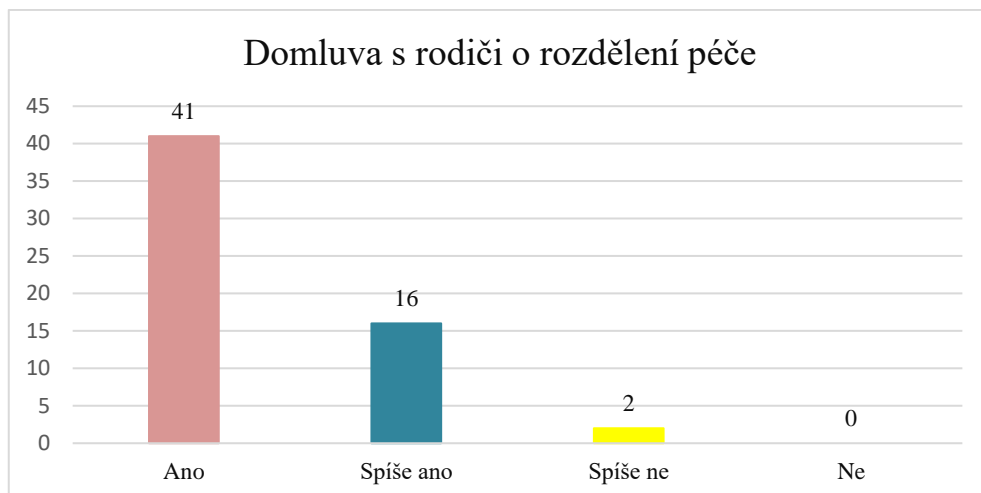
Otázka č. 9 „V čem jsou rodiče nejvíce nápomocni ošetřujícímu personálu?“ (Lze vybrat více možností)

Tabulka 1 - V čem jsou rodiče nejvíce nápomocni?

Činnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zajištění základních potřeb dítěte (hygiena, krmení, oblékání)	59	100 %
Dopomoc při podávání některé medikace (např. inhalace)	49	83 %
Dohled na dítě při dodržování léčebného režimu	45	76,3 %
Psychická a fyzická příprava dítěte před plánovaným vyšetřením nebo zákrokem	36	61 %
Zabavení dítěte	51	86,4 %
Psychická podpora dítěte	48	81,4 %
Mírnění negativního dopadu hospitalizace na dítě	42	71,2 %
Jiné (doplňte)	0	0 %

Jak ukazuje tabulka č. 1, respondenti vnímají jako největší pomoc od rodičů zajištění základních potřeb dítěte, tuto odpověď označilo celkem 59 respondentů (100 %). Druhou nejčastěji volenou odpovědí bylo zabavení dítěte, kterou označilo 51 respondentů (86,4 %). Významný podíl odpovědí získaly také dopomoc při podávání některé medikace (označilo celkem 49 respondentů, tj. 83 %), psychická podpora dítěte (uvedlo 48 respondentů, tj. 81,3 %) a mírnění negativního dopadu na dítě, což označilo celkem 42 respondentů (71,2 %). Nejméně volenou odpovědí byla psychická a fyzická příprava dítěte před plánovaným vyšetřením nebo zákrokem, kterou označilo 36 respondentů (61 %). Žádný z respondentů nevyužil možnost doplnit vlastní odpověď.

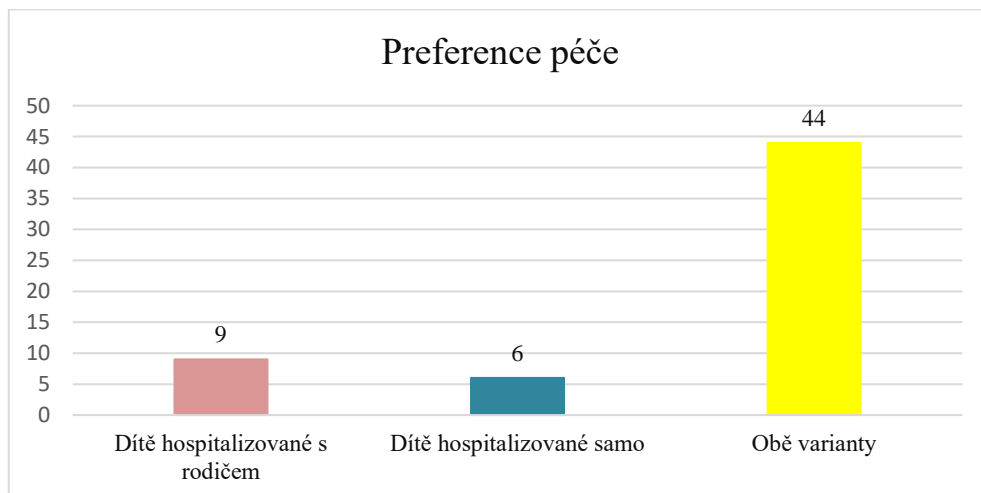
Otázka č. 10 „Domlouváte se s rodiči na rozdělení péče o dítě při zajištění základních potřeb, pokud je to možné?“



Graf 9 - Domluva s rodiči o rozdělení péče

Graf č. 9 znázorňuje, že většina respondentů, konkrétně 41 (tj. 69,5 %), se s rodiči domlouvá ohledně rozdělení péče o dítě. 16 respondentů (27,1 %) označilo odpověď „spíše ano“ a pouze 2 respondenti (3,4 %) označili odpověď „spíše ne“. Bez zastoupení zůstala odpověď „ne“.

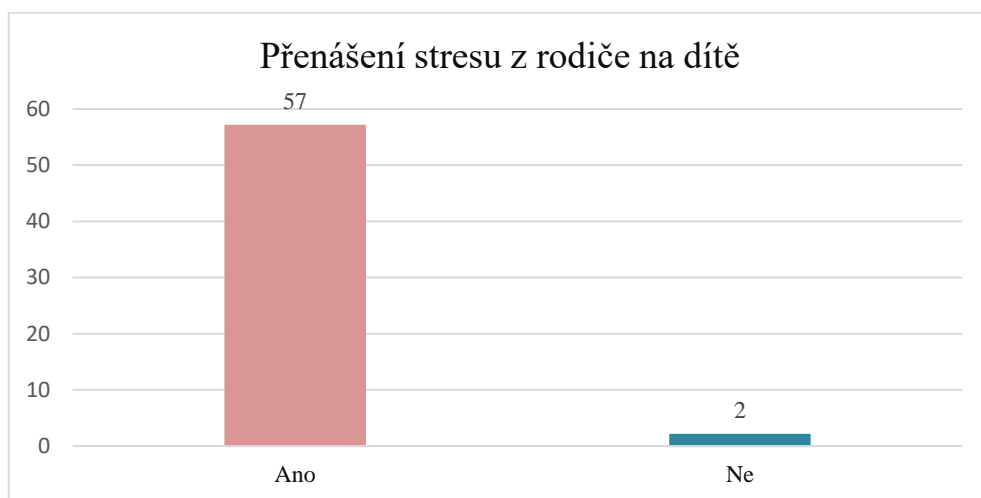
Otázka č. 11 „Pečujete raději o:“



Graf 10 - Preference v péči o dítě

Z grafu č. 10 lze zjistit, že 44 respondentů (74,5 %) uvedlo, že platí obě varianty, čímž neudávají preferenci v péči o dítě. 9 respondentů (15,3 %) uvedlo, že raději pečují o dítě, jež je hospitalizované s rodičem. Pouze 6 respondentů (10,2 %) uvedlo, že raději pečují o dítě, které je hospitalizované samo.

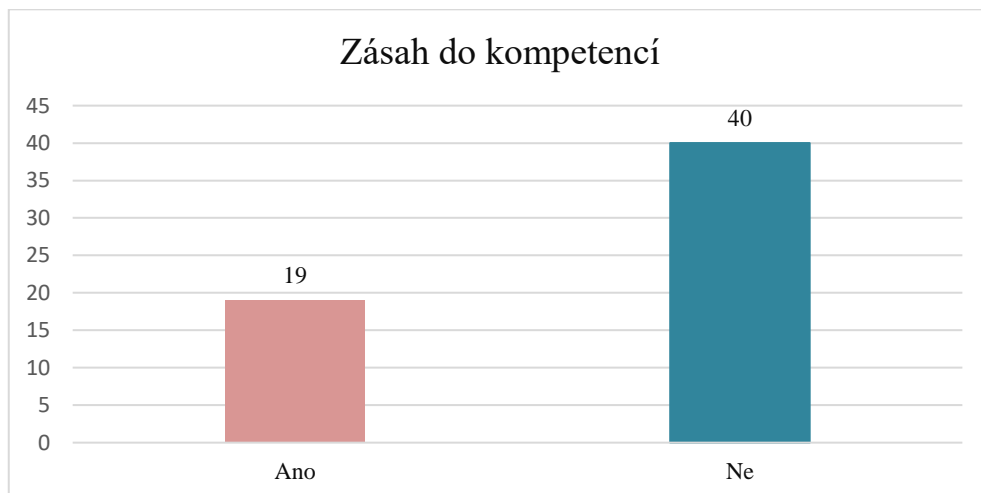
Otázka č. 12 „Myslíte si, že vystresovaný rodič může stres přenášet i na dítě?“



Graf 11 - Stres z rodiče na dítě

Jak je patrné z grafu č. 11, většina respondentů, celkem 57 (tj. 96,6 %), se domnívá, že vystresovaný rodič skutečně může přenášet stres i na dítě. Pouze 2 respondenti (3,4 %) tento názor nesdílí.

Otázka č. 13 „Stalo se Vám někdy, že rodič zasáhl do kompetencí sester? (např. odpojil dítě od infuze, sám korigoval rychlost infuze)“



Graf 12 - Zásah do kompetencí

Celkem 19 respondentů (32,2 %) uvedlo, že se setkali s rodičem, který zasáhl do jejich kompetencí. Nicméně většina, konkrétně 40 respondentů (67,8 %), tuto zkušenost nemá. Graf č. 12 znázorňuje výsledky otázky č. 13.

Otázka č. 14 „Pokud jste na otázku č. 13 odpověděli „Ano“, popište prosím, co přesně rodič udělal:“

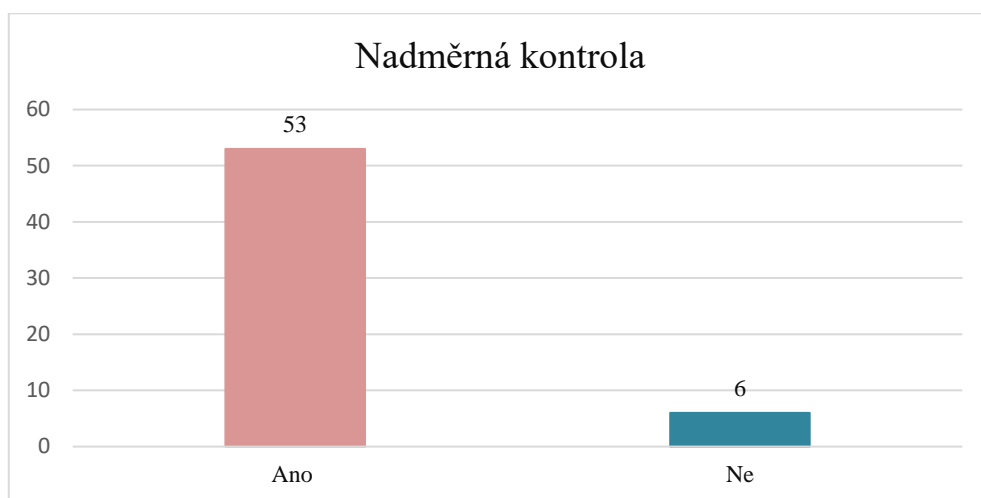
Otázka č. 14 byla rozšiřující otázkou pro otázku č. 13, tzn. pokud respondent odpověděl „ano“ v předchozí otázce, měl zde popsat, jak přesně mu rodič zasáhl do jeho odborných kompetencí. Všichni respondenti, kterých se otázka týkala, tj. 19, ji vyplnili. Respondenti uváděli 1 a více zkušeností.

Tabulka 2 - Zásah do kompetencí sester

Jak bylo zasazeno do kompetencí:	Absolutní četnost	Relativní četnost
Odpojení dítěte od infuze	11	57,9 %
Zastavení infuze	3	15,8 %
Manipulace s rychlostí infuze	3	15,8 %
Vypnutí monitoru vitálních funkcí	2	10,5 %
Manipulace s kyslíkem	2	10,5 %
Vypínání alarmů	2	10,5 %
Zásah do dietního režimu dítěte	1	5,3 %
Zapnutí infuze	1	5,3 %
Odpojení pulzního oxymetru	1	5,3 %

Z tabulky č. 2 je patrné, že nejčastěji se respondenti setkali s odpojením dítěte od infuze, tato odpověď byla zaznamenána celkem 11 respondenty (57,9 %). 3 respondenti (15,8 %) uvedli, že rodič či jiný doprovod zastavil infuzi. Taktéž 3 respondenti (15,8 %) uvedli manipulaci s rychlostí infuze. 2 respondenti (10,5 %) se setkali s vypínáním monitoru vitálních funkcí. Neoprávněnou manipulaci s kyslíkem uvedli 2 respondenti (10,5 %), vypínání alarmů uvedli taktéž 2 respondenti (10,5 %). Zásah do dietního režimu dítěte uvedl 1 respondent (5,3 %). Taktéž pouze 1 respondent (5,3 %) uvedl, že se setkal se situací, při níž si otec sám napojil a spustil dítěti infuzi. Odpojení pulzního oxymetru u dítěte uvedl také 1 respondent (5,3 %).

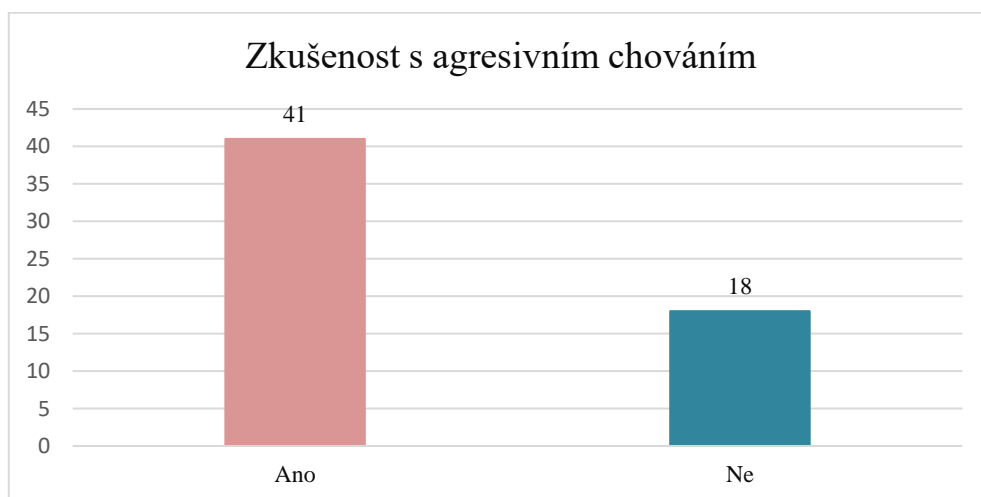
Otázka č. 15 „Měli jste někdy pocit, že Vás rodič nadměrně kontroluje při péči o dítě?“



Graf 13 - Nadměrná kontrola

S pocitem nadměrné kontroly se dle odpovědí setkala 53 dotazovaných (89,8 %), viz graf č. 13. Zbýlých 6 respondentů (10,2 %) se s tímto pocitem během své praxe nesešlo.

Otázka č. 16 „Setkali jste se někdy s agresivním chováním rodiče dítěte vůči Vám nebo jinému zdravotníkovi?“



Graf 14 - Agresivní chování vůči zdravotníkovi

Celkem 41 respondentů (69,5 %) uvedlo, že se během své praxe setkali s agresivním chováním rodiče vůči zdravotníkovi. Zbýlých 18 respondentů (30,5 %) tuto zkušenost neudává. Graf č. 14 interpretuje výsledky otázky č. 16.

Otázka č. 17 „Pokud jste na otázku č. 16 odpověděli „Ano“, stručně popište možné důvody tohoto jednání...“

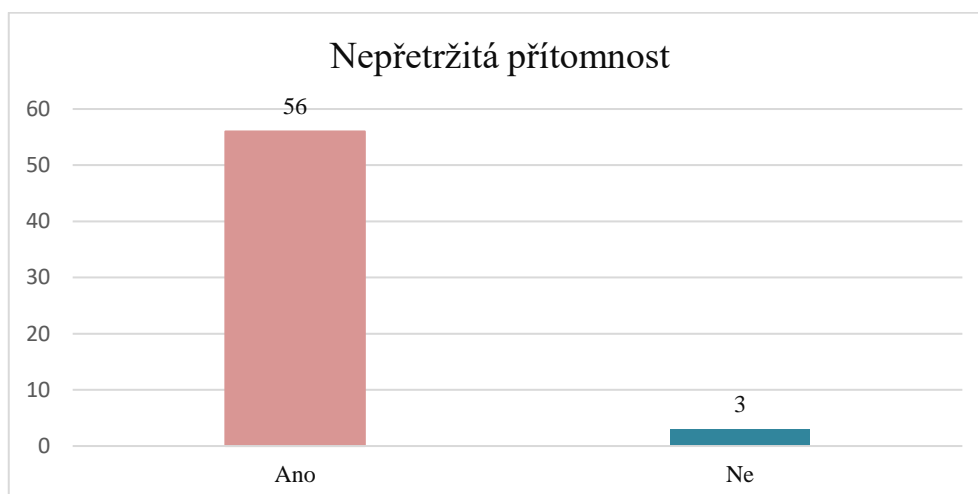
Otázka č. 17 byla rozšiřující otázkou pro otázku č. 16, tzn. pokud respondent odpověděl „ano“ v předchozí otázce, měl zde stručně popsat možné důvody tohoto jednání. Všichni respondenti, kterých se otázka týkala, tj. 41, ji vyplnili, přičemž každý respondent uvedl 1 a více možných důvodů.

Tabulka 3 - Možné důvody vzniku agresivního chování

Možné důvody vzniku agresivního chování	Absolutní četnost	Relativní četnost
Stres rodičů	17	41,4 %
Strach o dítě	11	26,8 %
Arogantní a neslušné chování rodičů	4	9,8 %
Nedůvěra zdravotníkům	4	9,8 %
Nesouhlas s léčebným postupem	4	9,8 %
Nepochopení závažnosti stavu	3	7,3 %
Hledání viníka za stav dítěte	3	7,3 %
Slovní i fyzické odmítání zavedení PŽK	2	4,9 %
Výčitky	2	4,9 %
Rodiče nedostali pokoj, který si přáli	2	4,9 %
Neschopnost respektovat pravidla	1	2,4 %
Nespokojenost s péčí	1	2,4 %

Z tabulky č. 3 je patrné, že nejvíce respondentů, tj. 17 (41,7 %), považuje stres rodičů za možný důvod vzniku agresivního chování. Druhým nejčastějším důvodem, uvedlo jej celkem 11 respondentů (26,8 %), je strach o dítě. Následně respondenti uváděli důvody jako arogantní a neslušné chování rodičů (4 respondenti, tj. 9,8 %), nedůvěra vůči zdravotníkům (4 respondenti, tj. 9,8 %) a nesouhlas s léčebným postupem (4 respondenti, tj. 9,8 %). Jako další možné důvody respondenti uváděli nepochopení závažnosti stavu (3 respondenti, tj. 7,3 %), hledání viníka za stav dítěte (3 respondenti, tj. 7,3 %), slovní a fyzické odmítání zavedení PŽK (2 respondenti, tj. 4,9 %), výčitky (2 respondenti, tj. 4,9 %) nebo nedostání pokoje, který si rodiče přáli (2 respondenti, tj. 4,9 %). Jeden respondent (2,4 %) uvedl jako důvod „neschopnost respektovat pravidla“ a důvod „nespokojenost s péčí“ se také objevil pouze jednou (2,4 %).

Otázka č. 18 „Umožňuje Vaše oddělení nepřetržitou přítomnost rodiče?“



Graf 15 - Nepřetržitá přítomnost

Graf č. 15 ukazuje, že celkem 56 dotazovaných (94,9 %) pracuje na oddělení, které umožňuje nepřetržitou přítomnost rodiče. Pouze 3 dotázaní (5,1 %) uvedli, že nikoliv. 2 respondenti, kteří uvedli „ano“ připsali ke své odpovědi doplňující komentáře, přičemž jeden dodal „ale bez lůžka“ a druhý doplnil: „Ale je mu doporučeno, pokud nemá lůžko, aby po 21. hodině odešel a ráno může opět přijít“.

..

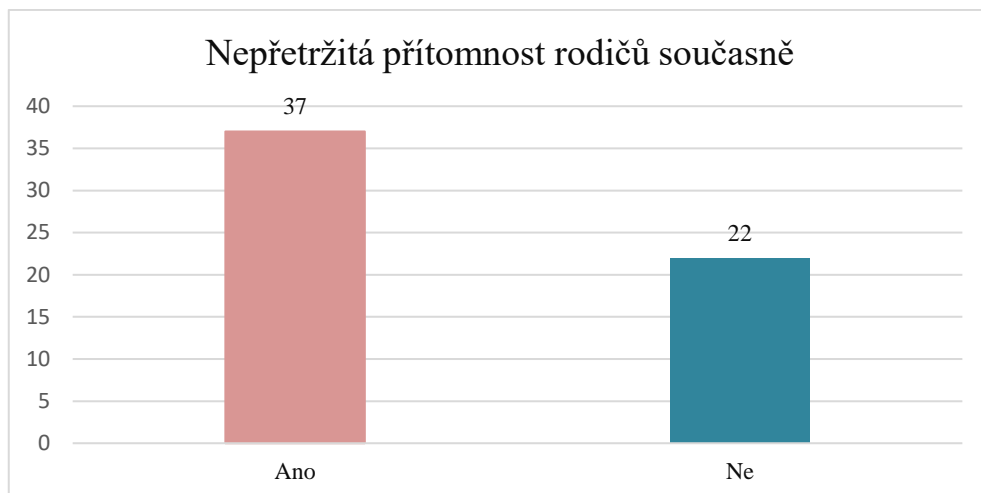
Otázka č. 19 „Z jakého dokumentu vychází právo dítěte na nepřetržitou přítomnost rodiče? (Lze vybrat více možností)“

Tabulka 4 - Z jakého dokumentu vychází právo dítěte na nepřetržitou přítomnost rodiče?

Dokumenty, z nichž vychází právo na nepřetržitou přítomnost rodiče	Absolutní četnost	Relativní četnost
96/2004 Sb. Zákon o nelékařských zdravotnických službách	0	0 %
Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví z roku 2023	17	28,8 %
373/2011 Sb. Zákon o specifických zdravotních službách	2	3,4 %
Charta práv hospitalizovaných dětí	54	91,5 %
Nevím	4	6,8 %

Z tabulky č. 4 lze vyčíst, že nejvíce zastoupenou odpovědí je Charta práv hospitalizovaných dětí, kterou označilo 54 respondentů (91,5 %). Druhou nejčastěji volenou odpovědí byl metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví z roku 2023, který zvolilo celkem 17 respondentů (28,8 %). Celkem 4 respondenti (6,8 %) uvedli, že neví. Pouze 2 respondenti (3,4 %) zvolili zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách. Žádný z respondentů nezvolil zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických službách.

Otázka č. 20 „Vztahuje se právo na nepřetržitou přítomnost rodiče u hospitalizovaného dítěte na oba rodiče současně?“



Graf 16 - Vztah práva k rodičům současně

Celkem 37 dotázaných (62,7 %) správně odpovědělo, že oba rodiče mají právo na nepřetržitou přítomnost u hospitalizovaného dítěte (viz graf č. 16). 22 respondentů (37,3 %) uvedlo nesprávnou odpověď, že toto právo nemají.

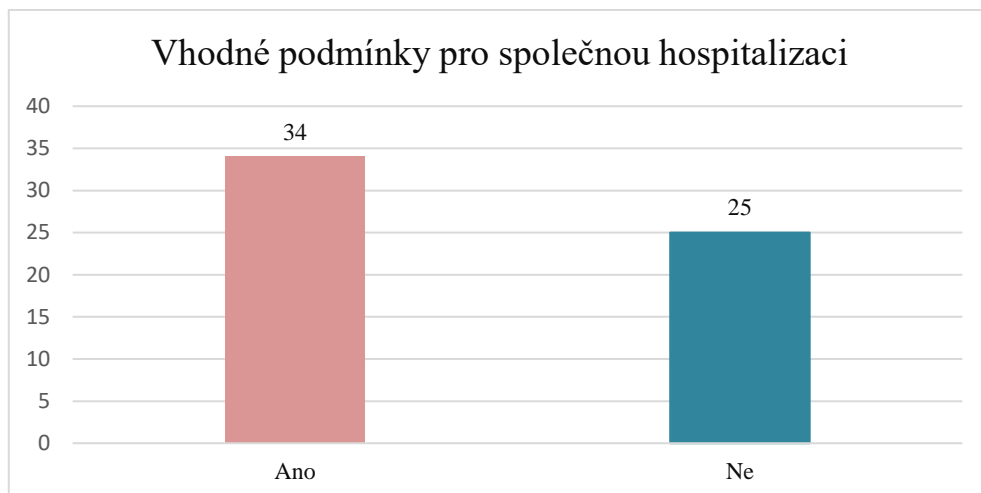
Otázka č. 21: „Za jakých okolností může být právo rodiče na nepřetržitou přítomnost u dítěte omezeno? (Lze vybrat více možností)“

Tabulka 5 - Za jakých okolností může být právo rodiče na nepřetržitou přítomnost u dítěte omezeno?

Okolnosti omezení práva na nepřetržitou přítomnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Agresivní či násilné chování rodiče	50	84,7 %
Rodič pod vlivem návykových látek nebo alkoholu	56	94,9 %
Infekční onemocnění rodiče	40	67,8 %
Konec návštěvních hodin na oddělení	0	0,0 %
Týrání nebo zneužívání dítěte rodičem	54	91,5 %

Jak je patrné z tabulky č. 5, nejčastěji respondenti uváděli okolnost, při níž je rodič pod vlivem návykových látek nebo alkoholu, což označilo celkem 56 respondentů (94,9 %). Druhou nejčastěji volenou odpovědí bylo týrání nebo zneužívání dítěte rodičem, kterou označilo 54 respondentů (91,5 %). Častou odpovědí bylo rovněž agresivní či násilné chování rodiče, jež označilo 50 respondentů (84,7 %). 40 respondentů (67,8 %) uvedlo okolnost, při níž mají rodiče infekční onemocnění. Žádný z respondentů neuvedl konec návštěvních hodin na oddělení.

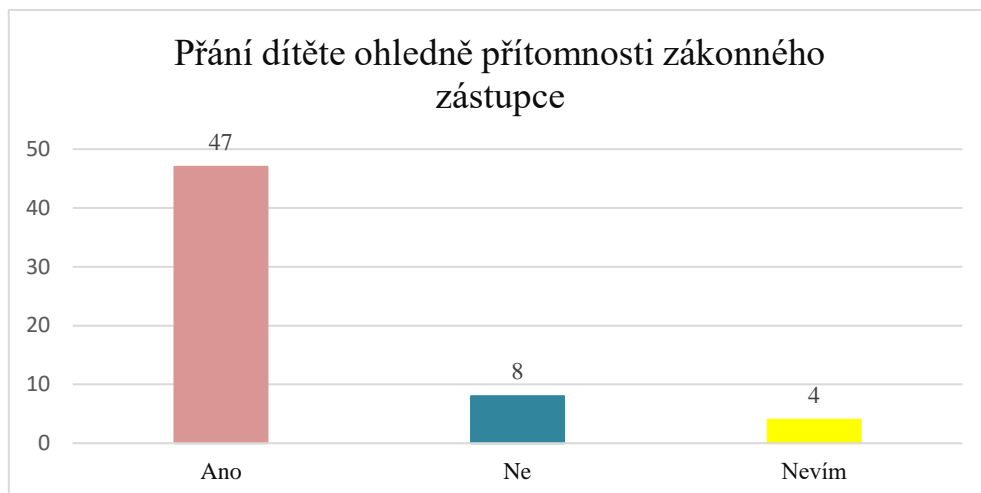
Otázka č. 22: „Myslíte si, že jsou na Vašem oddělení vhodné podmínky pro nepřetržitou přítomnost rodiče při hospitalizaci dítěte?“



Graf 17 - Vhodné podmínky

Z grafu č. 17 lze vyčíst, že 34 respondentů (57,6 %) považuje podmínky pro nepřetržitou přítomnost rodičů na oddělení za vhodné. Avšak 25 respondentů (42,4 %) si myslí, že na jejich oddělení nejsou vhodné podmínky pro nepřetržitou přítomnost rodičů, přičemž 2 z těchto respondentů připsali ke své odpovědi komentáře. Jeden respondent doplnil: „*Není dostatečné stavební uspořádání pro hospitalizaci rodiče (chybí např. sociální zázemí), budova je velmi stará, dříve se s přítomností rodiče nepočítalo.*“ Další respondent dodal: „*Pokud není možnost rooming pokoje.*“

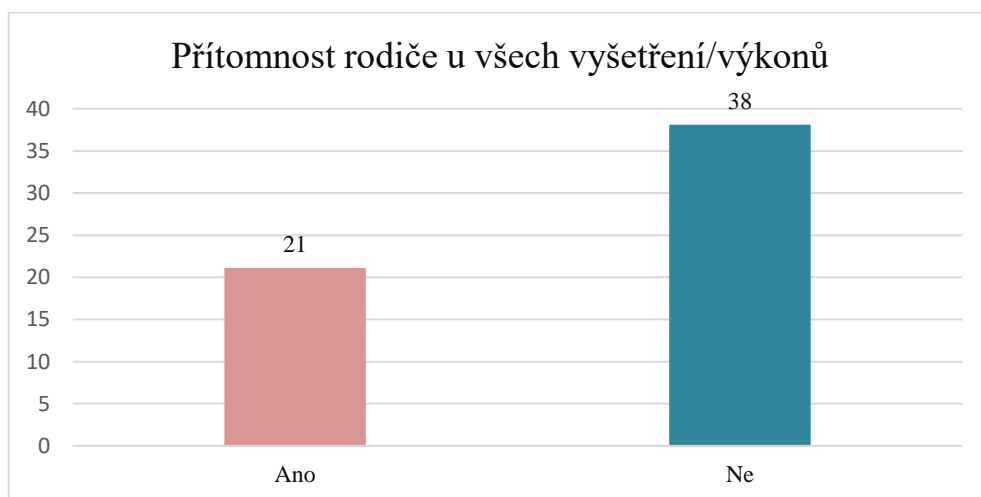
Otázka č. 23: „Může dítě vzhledem k jeho věku a úrovni chápání určit, zda si přeje přítomnost zákonného zástupce či nikoliv?“



Graf 18 - Přání dítěte ohledně přítomnosti rodiče

Jak je patrné z grafu č. 18, většina respondentů, konkrétně 47 (79,7 %), má za to, že dítě je schopno vzhledem k danému věku a úrovni chápání určit, zda bude rodič přítomen či nikoliv. Pouze 8 respondentů (13,5 %) uvedlo, že o tom dítě nemůže rozhodnout. 4 respondenti (6,8 %) uvedli, že neví.

Otázka č. 24: „Je u všech výkonů/vyšetření možná přítomnost rodiče?“



Graf 19 - Přítomnost rodiče u všech vyšetření/výkonů

Z grafu č. 19 je patrné, že podle 21 dotázaných (35,6 %) je přítomnost rodiče možná u všech vyšetření/výkonů. Avšak 38 respondentů (64,4 %) nepovažuje za možné, aby rodič byl přítomen u všech výkonů a vyšetření.

Otázka č. 25: „Pokud jste na otázku č. 24 odpověděli „Ne“, uveďte prosím, jakých výkonů/vyšetření se toto týká...“

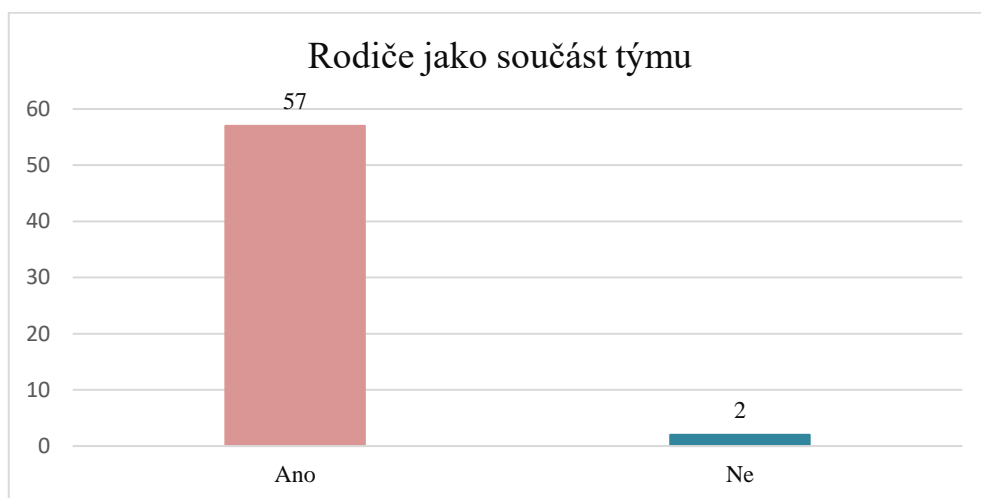
Otázka č. 25 byla rozšiřující otázkou pro otázku č. 24, tzn. pokud respondent odpověděl v předchozí otázce „ne“, měl zde stručně uvést, kterých výkonů či vyšetření se toto týká. Všichni respondenti, kterých se otázka týkala, tj. 38, ji vyplnili, přičemž každý respondent uvedl 1 a více možných důvodů.

Tabulka 6 - Výkony, u kterých není možná přítomnost rodiče

Výkony, u kterých není možná přítomnost rodiče	Absolutní četnost	Relativní četnost
Výkony na operačním/základním sále	28	73,7 %
Magnetická rezonance	9	23,7 %
Sternální punkce	6	15,8 %
Lumbální punkce	6	15,8 %
Výkony v celkové anestezii	6	15,8 %
Jiné sterilní výkony	4	10,5 %
Zavádění CŽK	2	5,3 %
Intubace	1	2,6 %
Odběry krve	1	2,6 %

Z tabulky č. 6 lze vyčíst, u jakých výkonů respondenti nepovažují přítomnost rodiče za možnou. Celkem 28 respondentů (73,7 %) uvedlo, že přítomnost rodiče není možná při výkonech na operačním/základním sále. 9 respondentů (23,7 %) uvedlo, že rodiče nemohou být u dítěte při magnetické rezonanci. 6 respondentů (15,8 %) uvedlo, že přítomnost rodiče není možná při lumbální punkci, a rovněž 6 respondentů (15,8 %) uvedlo i sternální punkci. Při výkonech v celkové anestezii není přítomnost možná dle 6 respondentů (15,8 %). Dále respondenti uváděli jiné sterilní výkony (4 respondenti, tj. 10,5 %), zavádění CŽK (2 respondenti, tj. 5,3 %), intubaci (1 respondent, tj. 2,6 %) a odběry krve (1 respondent, tj. 2,6 %).

Otázka č. 26: „Vnímáte rodiče jako součást týmu v péči o dítě?“



Graf 20 - Rodiče jako součást týmu

Graf č. 20 prezentuje odpovědi získané v otázce č. 26, ve které většina respondentů, konkrétně 57 (96,6 %) uvedlo, že rodiče považuje za součást týmu při péči o dítě. Pouze 2 respondenti (3,4 %) uvedli, že rodiče za součást týmu nepovažují.

Poslední část dotazníku byla věnována pro komentáře a připomínky zúčastněných respondentů. Z 59 respondentů využil tuto možnost pouze 1, který napsal: „*Sestry i lékaři většinou vítají přítomnost rodiče, bohužel nemáme dostatek lůžek rooming pro doprovody, chybí dostatečné sociální zázemí. Stále více rodičů bývá agresivních, uráží personál, často ani nedodrží domácí řád oddělení. Snažíme se vylepšit podmínky pro rodiče, aby mohly být neustále u dítěte přítomny!*“

9 DISKUZE

V této kapitole jsou srovnávány výsledky vlastního dotazníkového šetření s jinými bakalářskými či magisterskými závěrečnými pracemi.

Průzkumná otázka č. 1: Jak je přistupováno ke společné hospitalizaci rodiče s dítětem či jeho časté přítomnosti?

Na tuto průzkumnou otázku jsou odpovědi získávány z otázek č. 5–8, 10–12, 18, 22, 24–25. V rámci dotazníkového šetření bylo zjištěno, že rodiče velmi často využívají možnost hospitalizace se svým dítětem, přičemž nejčastěji bývá u dítěte podle respondentů přítomna matka. Respondenti uváděli, že se s rodiči domlouvají na rozdělení péče o dítě, což je předpokladem pro dobře fungující systém péče a spokojenost všech zúčastněných. Pro lepší komfort rodičů a dětí je dle respondentů aktivně nabízena možnost společné hospitalizace, která má pozitivní vliv např. na délku hospitalizace dítěte. Dle většiny respondentů se rodiče mohou u dítěte střídat. Respondent, který uvedl negativní odpověď, doplnil, že oddělení není vhodně zařízeno pro pobyt otců. V otázce, zda respondenti raději pečují o dítě hospitalizované s rodičem nebo samostatně, označilo nejvíce respondentů neutrální odpověď, bez určené preference, ve které platí obě varianty. Respondenti si dále myslí, že vystresovaný rodič může přenášet stres na dítě, čímž může negativně ovlivňovat jeho zdravotní stav. Značná část respondentů měla během své praxe zkušenost s pocitem nadměrné kontroly při péči o dítě ze strany rodiče, což může do jisté míry ovlivňovat práci sester. Většina respondentů uvedla, že jejich oddělení umožňuje nepřetržitou přítomnost rodiče. V otázce, zda si respondenti myslí, že jsou na jejich oddělení vhodné podmínky pro nepřetržitou přítomnost rodiče, došlo téměř k vyrovnanému počtu záporných a kladných odpovědí. Jedním respondentem bylo zmiňováno též nevyhovující uspořádání budovy, které je zapříčiněno faktem, že dříve se s pobytem rodičů nepočítalo. V otázce, zda rodiče mohou být přítomni u všech vyšetření či výkonů, uvedla větší část respondentů, že nemohou. V navazující otázce respondenti uváděli konkrétní vyšetření a výkonů, kterých se to týká, přičemž především byly zmiňovány zákroky na operačním/základním sále a jiné sterilní výkony (sternální punkce, lumbální punkce, zavádění CŽK apod.). Z vyšetření byla uváděna např. magnetická rezonance. Z odpovědí je ale zřejmé, že nepřítomnost rodiče u vyšetření/výkonu je spíše způsobena charakterem samotného vyšetření/výkonu (sterilní zákroky atd.), než odmítáním jejich přítomnosti ze strany personálu.

Z výsledků bakalářské práce „*Dodržování práv dětských pacientů na dětských odděleních*“ autorky Pojerové (2022, s. 36) vyplývá, že celkem 64 respondentů (87 %) uvedlo, že je na

dětském oddělení nabízena společná hospitalizace rodičů s dítětem. Dále 4 respondenti (5 %) označili odpověď „spíše ano“ a odpovědi „spíše ne“ a „ne“ označilo celkem 6 respondentů. Možnost neustálého kontaktu s rodiči a dítětem umožňuje 38 respondentů (51 %), dalších 29 respondentů (39 %) uvádí, že neustálý kontakt spíše umožňují.

Žajdlíková (2017, s. 47–49) se v bakalářské práci „*Problematika ošetrovatelské péče o dítě hospitalizované s doprovodem*“ též zabývala problematikou hospitalizace dítěte. V otázce, zda sestry aktivně nabízí možnost společné hospitalizace s nemocným dítětem, došla k výsledkům, že 47 respondentů (50 %) tuto možnost aktivně nabízí. 4 respondenti (4 %) aktivně tuto možnost nenabízí a 44 respondentů (46 %) jedná na základě dané situace. Dále autorka zjišťovala, zda sestry podporují rodiče, kteří váhají, zda se nechat s dítětem hospitalizovat či nikoliv. Došla ke zjištění, že 81 respondentů (86 %) uvedlo, že rodiče ke společné hospitalizaci skutečně podporují. Záporně pak odpovědělo pouze 13 dotázaných (14 %). Dále se autorka zabývala otázkou, zda může nastat situace, při níž nebude možné z kapacitních důvodů přijmout společně s dítětem k hospitalizaci také jeho rodiče. Z 94 dotázaných odpovědělo 57 respondentů (61 %), že tato situace může nastat. 30 respondentů (32 %) uvedlo, že tato situace může nastat jen výjimečně a pouze 7 respondentů (7 %) toto vylučuje.

Autorka Soušková (2013, s. 61–65) v bakalářské práci „*Hospitalizace dítěte s doprovodem a bez*“ v průzkumu zjišťovala, zda je sestra více ve stresu, pokud provádí výkon, u něhož je přítomen doprovod dítěte. 20 respondentů (56 %) uvedlo, že ve stresu nejsou. Pouze 1 respondent (3 %) uvedl, že je ve stresu, a 10 dotázaných (28 %) uvedlo, že je ve stresu pouze občas. 5 respondentů (14 %) nedokázalo na danou otázku odpovědět. Dále autorka zjišťovala, zda je problém ubytovat na oddělení doprovod dítěte, pokud se jedná o zástupce mužského pohlaví. Z průzkumu vzešlo, že 24 dotázaných (67 %) uvedlo, že ubytovat muže jako doprovod dítěte skutečně problém je. Zbýlých 12 respondentů (33 %) v tomto problému neshledalo.

V bakalářské práci autorky Žákové (2008, s. 57–60) s názvem „*Problematika hospitalizace dítěte na dětském oddělení s rodiči*“ byly dotazovány sestry pracující na dětském lůžkovém oddělení. V průzkumu uvedlo 58 respondentů (85 %), že se rodičům dostává možnost být hospitalizovaný s dítětem. Pouze 10 dotázaných (15 %) s tímto tvrzením nesouhlasí. V další průzkumné otázce, autorka zjistila, že 39 respondentů (67 %) aktivně rodičům tuto možnost nabízí, zatímco 19 dotázaných (33 %) čeká, až se rodiče zeptají. Autorka se též zabývala tématem, zda má přítomnost rodičů vliv na stres sester, zde došla ke zjištění, že 17 respondentů (25 %) je ve větším stresu, pokud jsou rodiče hospitalizováni s dítětem, 3 sestry (4 %) uvedly,

že jim daná situace občas způsobuje větší stres. 35 sester (52 %) uvedlo, že ve větším stresu nejsou, a 13 sester (19 %) uvedlo, že nevědí, jestli jsou ve větším stresu.

Při srovnání, zda je rodičům nabízena společná hospitalizace, lze vidět zvyšující se počet kladných odpovědí v jednotlivých průzkumech. V průzkumu Žákové z roku 2008 to bylo 67 % dotazovaných, v průzkumu Žejdlíkové z roku 2017 to sice bylo jen 50 % dotazovaných, nicméně v tomto výzkumu 46 % respondentů uvedlo, že jedná na základě dané situace. V průzkumu Pojerové z roku 2022 uvedlo 87 % respondentů, že je na dětském oddělení tato možnost nabízena. Ve vlastním průzkumu uvedlo přes 96 % dotázaných, že je společná hospitalizace rodiče s dítětem aktivně nabízena.

Průzkumná otázka č. 2: Jaká je úroveň informovanosti sester v problematice nepřetržité přítomnosti rodiče u dítěte?

K posouzení průzkumné otázky č. 2 byly použity odpovědi na otázky č. 19–21 a 23. Právo na nepřetržitou přítomnost rodiče při hospitalizaci dítěte vychází z nově publikovaného metodického pokynu Ministerstva zdravotnictví z roku 2023, ale také jej zmiňuje Charta práv hospitalizovaných dětí, kterou správně označila většina respondentů. Metodický pokyn však označila zhruba čtvrtina dotázaných. V otázce, zda se právo vztahuje na oba rodiče současně, byly odpovědi respondentů téměř vyrovnané. Právo na nepřetržitou přítomnost lze omezit v jasně definovaných situacích, mezi něž se skutečně neřadí konec návštěvních hodin na oddělení, tuto možnost však neoznačil žádný z respondentů. V otázce, zda dítě může určit, jestli si přeje nebo nepřeje přítomnost zákonného zástupce, uvedla většina respondentů, že může. Avšak několik respondentů uvedlo odpověď „ne“ a „nevím“. Z průzkumné otázky č. 2 vyplývá, že by úroveň informovanosti sester v dané problematice mohla být lepší.

Průzkumná otázka č. 3: Při jakých činnostech rodiče nejčastěji pomáhají při péči o dítě?

K posouzení průzkumné otázky č. 3 byly použity odpovědi na otázku č. 9. Během hospitalizace jsou rodiče velmi nápomocni sestřám v zajišťování základní péče o dítě, nezajišťují ovšem odbornou péči. Nejčastěji pomáhají s hygienou, krmením, oblékáním, ale také zabavením dítěte během volného času. Velmi často také napomáhají při podávání medikace. Dále dohlíží na dítě při dodržování léčebného režimu a podílí se na zajištění jeho psychické pohody. Nejméně často se dle respondentů rodiče zapojují do psychické a fyzické přípravy dítěte před plánovaným vyšetřením nebo zákrokem.

Žajdlíková (2017, s. 40–41) se v bakalářské práci též zabývala otázkou, v čem respondenti spatřují úlohu přítomného doprovodu/rodiče během hospitalizace. Respondenti mohli volit více odpovědí. 87 respondentů (93 %) označilo odpověď „*být dítěti psychickou oporou*“. Odpověď „*být bezprostředně informován o změnách zdravotního stavu dítěte a o léčebném plánu*“ zvolilo celkem 61 respondentů (65 %). Úkol rodičů „*podílet se na ošetřování dítěte*“ označilo celkem 60 respondentů (64 %). Odpověď „*naučit se ošetřovat dítě v době nemoci*“ označilo 59 respondentů (63 %). Překvapivě odpověď „*kontrolovat, zda je o dítě dobře pečováno*“ označilo pouze 15 respondentů (16 %).

Sáčková (2012, s. 52–53) se ve výzkumné části své diplomové práce na téma „*Problematika hospitalizace dítěte s doprovodem*“ zabývala zapojením rodiče do péče o dítě, což je podle respondentů jeden z hlavních přínosů společné hospitalizace, protože se dětskému pacientovi dostává péče, na kterou je zvyklé z domácích podmínek. Při příjmu se sestry ptají, s čím bude matka nebo jiný doprovod během péče o dítě potřebovat pomoc. Dále respondenti uvádí, že některé matky mají problém s podáváním léků nebo měřením teploty, sestry si pak předávají, s čím je potřeba u daného dětského pacienta vypomoci, čímž je zajištěna kontinuální péče založená na komunikaci mezi sestrami a rodiči. Matky ve výpovědích uvádí, že je naplňuje, když se mohou zapojit do péče o své dítě a nenechat celou péči pouze na sestřích.

Soušková (2013, s. 59–60) se v bakalářské práci zabývala podobnou problematikou, přičemž zjistila, že 13 respondentů (36 %) vnímá doprovod dítěte jako pomoc při péči o dítě, odpověď „*spíše ano*“, označilo 22 respondentů (61 %) a pouze 1 respondent (3 %) zvolil odpověď „*spíše ne*“. V navazující otázce autorka zjišťovala, v čem jsou rodiče sestrám nejčastěji nápomocni, přičemž na tuto otázku odpovídalo celkem 35 respondentů (100 %). Respondenti mohli v této otázce označit více odpovědí. 35 respondentů (100 %) uvedlo, že rodič pomáhá dítě zabavit, druhou nejčastěji odpovědí bylo vykonávání hygienické péče, která byla zvolena 33 respondenty (94,2 %). Odpověď týkající se výpomoci při výkonech, jako jsou měření teploty, podávání léků, byla označena 28 respondenty (80 %). 17 respondentů (48,6 %) uvedlo, že rodiče pomáhají s přípravou dítěte na vyšetření/základní.

Papoušková (2007, s. 55–58) ve své bakalářské práci s názvem „*Spolupráce rodič, sestra, dítě v ošetrovatelském procesu*“ zjišťovala, do jakých úkonů sestry nejčastěji zapojují rodiče v péči o dítě. Bylo zjištěno, že 47 respondentů (97,9 %) zapojuje rodiče do hygieny dítěte, 1 respondent (2,1 %) uvedl, že zapojuje jen některé rodiče. Do péče o vyprazdňování a stravování zapojuje rodiče 46 respondentů (95,8 %), pouze 2 respondenti (4,2 %) zapojují jen

některé rodiče. Do péče o pitný režim zapojuje rodiče 45 respondentů (93,7 %), 3 respondenti (6,3 %) zapojují pouze některé rodiče. Do péče o spánek a do péče o volný čas zapojuje rodiče 48 respondentů (100 %).

Výsledky výzkumu Žajdlíkové (2017) ukázaly, že hlavní roli rodičů vidí respondenti v tom „*být dítěti psychickou oporou*“, kdežto ve vlastním průzkumu byla odpověď „*psychická podpora dítěte*“ označena 48 respondenty (81,4 %). S výzkumem Papouškové (2007) se vlastní průzkum shoduje v míře zapojování rodičů do péče o hygienu a základní potřeby dítěte. S výzkumem Souškové (2013) bylo dosaženo téměř podobných výsledků.

Průzkumná otázka č. 4: Setkaly se sestry se zásahem do kompetencí od rodičů? Pokud ano, jak? K posouzení průzkumné otázky č. 4 byly použity odpovědi z otázek č. 13 a 14.

Celkem 19 sester z 59 dotazovaných se během své praxe setkalo se zásahem do jejich profesních kompetencí z řad rodičů nebo jiného doprovodu dítěte. Nejčastěji se respondenti setkali se situací, ve které rodič neoprávněně manipuloval s infuzí, ať už s její rychlostí, či jej úplně zastavil. Jeden respondent uvedl, že se setkal se situací, kdy si otec sám dítěti infuzi napojil a spustil. Jeden respondent též uvedl zásah do dietního režimu dítěte. Dále respondenti uváděli např. vypínání monitorů vitálních funkcí, manipulování s kyslíkem a vypínání alarmů u monitorů.

V bakalářské práci došla autorka Papoušková (2007, s. 54) k výsledkům, ve kterých 7 sester (14,6 %) uvedlo, že rodiče porušují dietní opatření dítěte a podávají jim pro ně nevhodnou stravu.

Z výše uvedeného vyplývá, že se zásahem do odborných kompetencí, se ve vlastním průzkumu setkala více než třetina dotázaných. K porovnání byla použita práce autorky Papouškové (2007). V jejím průzkumu uvedlo zásah do dietního režimu dítěte 7 sester, ve vlastním byla tato odpověď zaznamenána pouze jednou.

Průzkumná otázka č. 5: Setkaly se sestry s agresivním chováním rodiče? Jaké byly možné důvody tohoto chování? K posouzení průzkumné otázky č. 5 posloužily otázky č. 16 a č. 17 z dotazníkového šetření.

41 sester z 59 dotazovaných má zkušenost s agresivním chováním rodiče vůči zdravotníkovi. Respondenti se domnívají, že nejčastějšími důvody, proč se rodiče takto zachovávají, je právě stres a strach o dítě. Dále respondenti uváděli důvody jako např. hledání viníka, nepochopení závažnosti situace, výčitky a nespokojenost s poskytovanou péčí. Ovšem respondenti se také

setkaly s agresivním chováním, po tom, co rodiče nedostali během hospitalizace vytoužený pokoj.

Autorka Matushincová (2015, s. 46) ve své diplomové práci „*Agresivní rodič ve zdravotnickém zařízení*“ zjistila, že s agresivním chováním rodičů se setkala 151 dotázaných sester (94 %). Dotazovaní se nejčastěji setkali se slovní agresí. Možné důvody vzniku tohoto chování autorka nezjišťovala.

Z uvedeného lze usoudit, že výskyt agresivního chování vůči zdravotníkovi, není v poměrech dnešního zdravotnictví nikterak neobvyklý.

Průzkumná otázka č. 6: Vnímají sestry rodiče jako součást týmu při péči o dítě?

Na tuto průzkumnou otázku byly odpovědi získávány z otázky č. 26. Ve vlastním průzkumu bylo zjištěno, že rodiče jsou skutečně sestrami vnímáni jako součást týmu, který se společně podílí na blahu dítěte.

Z bakalářské práce Souškové (2013, s. 57), vyplývá že 32 respondentů (89 %) z dětské kliniky vnímá rodiče jako partnery při péči o dítě, 4 respondenti (11 %) rodiče nevnímají jako partnera v péči o dítě, ale jako kontrolory své práce.

Žáková (2008, s. 62) ve výzkumu bakalářské práce došla ke zjištění, že pouze 21 respondentů (31 %) si myslí, že s rodiči tvoří tým v péči o dítě. 22 sester (32 %) si tuto skutečnost nemyslí, 18 dotázaných sester (26 %) označilo odpověď „nevím“ a 7 dotázaných (11 %) si myslí, že s rodiči tvoří jeden tým jen občas.

Z bakalářské práce Papouškové (2007, s. 49) vyplynulo, že 32 respondentů (66,7 %) vnímá rodiče jako aktivní spolupracovníky, 14 respondentů (29,2 %) uvedlo neutrální postoj a pouze 2 respondenti (4,1 %) uvedli, že rodiče vnímají jako pasivního přihlížejícího.

Soušková (2013) došla ve svém průzkumu v roce 2013 k podobnému výsledku. S Žákovou (2008) a Papouškovou (2007) nebylo dosaženo podobných výsledků. Do jisté míry to může být ovlivněno skutečností, že zmíněné autorky připravily pro své respondenty více možných odpovědí, ve kterých mohli respondenti též uvést neutrální postoj. Dalším možným vysvětlením je skutečnost, že jejich průzkumy probíhaly v letech 2007–2008.

10 ZÁVĚR

Bakalářská práce *Přítomnost rodičů na dětském oddělení při hospitalizaci dítěte* si kladla za cíl zjistit, jak je z řad sester přistupováno ke společné hospitalizaci a k přítomnosti rodičů na dětském oddělení. Dílčími cíli bylo zjistit, jestli sestry vnímají rodiče jako členy týmu při péči o dítě a v čem jim jsou během péče o dítě nejvíce nápomocní. Dalšími dílčími cíli bylo zjistit, zda se sestry během své praxe setkaly se situací, při níž jim rodiče svým činem zasáhli do odborných kompetencí a zda se ve své praxi setkaly s agresivním chováním rodiče nebo jiného doprovodu dítěte. Ke zjištění cílů byl vytvořen vlastní nestandardizovaný dotazník, který byl rozdán sestřím pracujícím na dětském lůžkovém oddělení daného pracoviště. V rámci vlastního průzkumu bylo zjištěno, že sestry rodičům aktivně nabízejí možnost společné hospitalizace s dítětem a nejčastěji bývá u dítěte přítomna právě matka. Rodiče tuto možnost využívají velmi často, přičemž mohou být sestřím velmi nápomocní při zajišťování péče o dítě. Nejčastěji se starají o uspokojování základních potřeb dítěte a vyplňují jeho volný čas zábavou. Sestra tím může získat více času na plnění svých odborných činností, do kterých by rodiče již zasahovat neměli, přestože se to dle odpovědí respondentů v některých případech děje. Více než 69 % dotázaných mělo se ve své praxi setkali s agresivním chováním rodiče vůči zdravotníkovi. Přesto více než 95 % sester považuje rodiče za členy týmu v péči o dítě. Nepřetržitá přítomnost rodiče na dětském oddělení či společná hospitalizace se dnes stává jakýmsi standardem nabízeným dětskými odděleními. Z této možnosti plyne řada výhod jak pro dětského pacienta, tak i pro samotné rodiče a zdravotníky. Možné nevýhody jsou převažovány výhodami, která tato možnost přináší všem zúčastněným. Komunikace mezi sestrou, rodičem a dítětem je základem pro zajištění dobře fungující péče.

Doporučení pro praxi:

S ohledem na výsledky dotazníkového šetření by bylo vhodné, aby sestry pracující na dětském oddělení v začátku hospitalizace pečlivě vysvětlily rodičům, s čím mohou a nemohou během pobytu v nemocnici manipulovat. Dále je poučily o možných rizicích, co by se mohlo stát, když budou neoprávněně zasahovat do odborných kompetencí sester. Pokud rodiče např. vypínají alarmy monitoru vitálních funkcí či manipulují s infuzí, je důležité jim vysvětlit, že toto počínání může ublížit jejich dítěti. Dále by bylo pro praxi přínosné, aby se sestry mohly zúčastnit kurzu zaměřeného na komunikaci s rodiči nemocných dětí. Součástí kurzu by také mohlo být řešení vypjatých situací, s nimiž má zkušenost téměř 70 % dotázaných sester. Při výstavbě nových budov nebo nových oddělení by se mohl též brát větší zřetel na možný pobyt otců, kteří chtějí být také přítomni u svého dítěte v době hospitalizace.

11 POUŽITÁ LITERATURA

BARTONÍČKOVÁ, Daniela; KALÁNKOVÁ, Dominika; BEČVÁŘOVÁ, Romana a MAZALOVÁ, Lenka, 2022. Faktory ovlivňující práci sester v pediatrii – přehled kvalitativních studií. Online. *Pediatrie pro praxi*. Roč. 23, č. 2, s. 145–147. ISSN 12130494. Dostupné z: https://www.pediatriepropraxi.cz/artkey/ped-202202-0016_faktory_ovlivnujici_praci_sester_v_pediatrii_-_prehled_kvalitativnich_studii.php. [cit. 2024-02-22].

BUKVOVÁ, Pavla, 2023. *Zdravotní klaun v intenzivní péči*. Online, diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: <https://theses.cz/id/oladws/>. [cit. 2024-03-09]. Diplomová práce.

BUŽGOVÁ, Radka; SIKOROVÁ, Lucie et al., 2019. *Dětská paliativní péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0584-7.

ČESKO, 2011. *Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. Online, databáze. Znění účinné od 14. 3. 2011. In: Beck-online. Praha: C. H. Beck, © 2017. Dostupné z: <https://www.beck-online.cz/>. [paywall]. [cit. 2024-03-10].

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava; KLIMOVIČ, Michal et al., 2018. *Péče o kriticky nemocné dítě*. Vydání: druhé přepracované a rozšířené. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-592-1.

HLAVÁČKOVÁ, Eva; URBANOVÁ, Jana a ŠKVRŇÁKOVÁ, Jana, 2015. Herní terapie v českých nemocnicích. Online. *Pediatrie pro praxi*. Roč. 6, č. 3, s. 198–200. ISSN 1803-5264. Dostupné z: https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2015/03/17.pdf?fbclid=IwAR1W_N3mSdKKiZ4J4o3G9FKGm32WfgQGxV1OrpikKDKIpOw3zqfdyXrqizE. [cit. 2024-01-02].

CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ, Magdalena; MATĚJEK, Jaromír; STEINLAUF, Barbora et al., 2023. *Etika v pediatrii a neonatologii*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3263-8.

KELNAROVÁ, Jarmila a MATĚJKOVÁ, Eva, 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*. 2. přepr. dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5203-7.

KIMPLOVÁ, Tereza; JOCHMANNOVÁ, Leona a SVOBODA, Jan, 2023. *Psychologie rodiny*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3064-1.

KLÍMA, Jiří et al., 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5014-9.

KOKEŠOVÁ KLEINOVÁ, Gražina; ŘEZNÍČKOVÁ, Alice a HRDLIČKOVÁ, Lucie, 2022. Herní specialista a jeho úloha v péči o onkologicky nemocné děti a dospívající. Zahraniční zkušenosti psychologa podpůrného týmu. Online. *Onkologie*. Roč. 16, č. 2, s. 67–70. ISSN 18024475. Dostupné z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2022/02/03.pdf>. [cit. 2024-02-22].

KORDULOVÁ, Pavla, 2017. Vzdělávání sester v pediatrii. Online. *Pediatric pro praxi*. Roč. 18, č. 6, s. 383–386. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2017/06/12.pdf?fbclid=IwAR3FvZ-uIVyL1HnxeEWDs-UsVSpNLYWI4u75WWEImVFJ9FnJrBEADdLr9B0dOxBexytU>. [cit. 2024-01-02].

KUKLA, Lubomír et al., 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3874-1.

MAREŠ, Jiří a ŽOFKA, J., 2016. Školy při nemocnicích a dalších zdravotnických zařízeních. Online. *Česko-slovenská pediatrie*. Roč. 71, č. 2, s. 59–67. ISSN 1805-4501. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/cesko-slovenska-pediatrie/2016-2-2/skoly-pri-nemocnicich-a-dalsich-zdravotnickych-zarizenich-58090>. [cit. 2024-03-14].

MATUŠINCOVÁ, Petra, 2015. *Agresivní rodič ve zdravotnickém zařízení*. Online, diplomová práce. Ostrava: Ostravská univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: <https://theses.cz/id/b7fyz5/>. [cit. 2024-04-15].

MZ ČR – MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2022. Informace o dobrovolnictví ve zdravotních službách. Online. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky*. Dostupné z: https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2022/04/dobrovolnictvi_A5_brozura_fin_nahled-1.pdf. [cit. 2024-04-17].

MZ ČR – MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2023a. Ministerstvo připravilo metodický pokyn k přítomnosti zákonných zástupců a osob blízkých u dětí při poskytování zdravotních služeb. Online. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky*. Poslední aktualizace: 16. 6. 2023. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/tiskove-centrum-mz/ministerstvo-pripravilo-metodicky-pokyn-k-pritomnosti-zakonnnych-zastupcu-a-osob-blizkych-u-deti-pri-poskytovani-zdravotnich-sluzeb/>. [cit. 2024-03-14].

MZ ČR – MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2023b. Metodický pokyn k přítomnosti zákonných zástupců a osob blízkých u dětí při poskytování zdravotních služeb. Online, PDF. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Poslední aktualizace: 13. 6. 2023. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2023/06/Methodicky-pokyn-k-pritomnosti-zakonnych-zastupcu-a-osob-blizkych-u-deti-pri-poskytovani-zdravotnich-sluzeb.pdf>. [cit. 2024-04-16].

NZIP – NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL, b. r. *Dětská sestra*. Online. In: nzip.cz. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/995>. [cit. 2024-03-09].

PAPOUŠKOVÁ, Kateřina, 2007. *Spolupráce rodič, sestra, dítě v ošetrovatelském procesu*. Online, bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: <https://theses.cz/id/2tpsn3/>. [cit. 2024-04-15].

PLEVOVÁ Ilona a SLOWIK, Regina, 2010. *Komunikace s dětským pacientem* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2968-8

PLEVOVÁ, Ilona et al., 2019. *Ošetrovatelství II. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0889-3.

POJEROVÁ, Natálie, 2022. Dodržování práv dětských pacientů na dětských odděleních. Online, bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: https://theses.cz/id/1hfohw/BP_-_Natalie_Pojerova.pdf. [cit. 2024-04-15].

RŮŽIČKOVÁ, Petra; HLAVÁČKOVÁ, Eva a ČERNOHORSKÁ, Iveta, 2022. Pohled na hospitalizaci očima dětských pacientů – kvalitativní šetření. Online, PDF. *Pediatric pro praxi*. Roč. 23, č. 1, s. 73–76. ISSN 12130494. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/ped/2022/01/15.pdf>. [cit. 2024-02-22].

ŘEZNÍČKOVÁ, Alice, 2017. Psychická příprava dítěte na hospitalizaci. Online. In: *Srdíčkáři. Stránky rodičů dětí se srdeční vadou*. Poslední aktualizace: 14. 5. 2017. Dostupné z: <http://www.srdickari.cz/2017/05/14/psychicka-priprava-ditete-na-hospitalizaci/>. [cit. 2024-02-22].

SÁČKOVÁ, Kateřina, 2012. *Problematika hospitalizace dítěte s doprovodem*. Online, diplomová práce. Ostrava: Ostravská univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: <https://theses.cz/id/dt1ko4/>. [cit. 2024-04-15].

SHIELDS, Linda, 2015. What is “family-centred care”? Online. *European Journal for Person Centered Healthcare*. Vol. 3, no. 2, p. 139–144. ISSN 2052-5656. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.5750/ejpch.v3i2.993>. [cit. 2024-03-09].

SOUŠKOVÁ, Lenka, 2013. *Hospitalizace dítěte s doprovodem a bez*. Online, Bakalářská práce. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Dostupné z: <https://theses.cz/id/d7mpdw/>. [cit. 2024-04-15].

TRUČKOVÁ, Zdeňka a BRABCOVÁ, Iva, 2016. Historie pediatrie a vzdělávání dětských sester v České republice. Online, PDF. *Pediatrie pro praxi*. Roč. 17, č. 5, s. 390–394. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2016/06/15.pdf>. [cit. 2024-01-02].

URBAN, Lukáš, 2022. *Sociologie: klíčová témata a pojmy*. 2., doplněné vydání a aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3056-6.

ZACHAROVÁ, Eva, 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0155-9.

ŽAJDLÍKOVÁ, Veronika, 2017. *Problematika ošetrovatelské péče o dítě hospitalizované s doprovodem*. Online, bakalářská práce. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Dostupné z: <https://theses.cz/id/l2ngxs/>. [cit. 2024-04-15].

ŽÁKOVÁ, Lucie, 2008. *Problematika hospitalizace dítěte na dětském oddělení s rodiči*. Online, bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: <https://theses.cz/id/elsu8n/>. [cit. 2024-04-15].

12 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Charta práv hospitalizovaných dětí</i> (Klíma et al., 2016)	59
Příloha B – <i>Kompetence dětské sestry</i> (Česko, 2011)	60
Příloha C – <i>Dotazník vlastní konstrukce</i>	63

Příloha A – *Charta práv hospitalizovaných dětí* (Klíma et al., 2016, s. 23)

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

Příloha B – *Kompetence dětské sestry* (Česko, 2011)

Dětská sestra

(1) Dětská sestra vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace a v souladu s diagnózou stanovenou lékařem nebo zubním lékařem poskytuje nebo zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu o zdravé i nemocné děti všech věkových kategorií. Přitom zejména může

a) účastnit se porodů, provádět první ošetření novorozence, zahájit a podílet se na kardiopulmonální resuscitaci, zajišťovat transport novorozence na následná pracoviště, zajišťovat termoneutrální prostředí, sledovat a hodnotit poporodní adaptaci, edukovat matky v péči o novorozence po dobu hospitalizace i po propuštění do domácí péče,

b) připravovat stravu novorozencům, kojencům nebo dětem do 3 let věku; podávat stravu dětem všech věkových kategorií, včetně využití alternativních postupů podávání; vést matky k správnému přístupu ve výživě dítěte, edukovat je v technikách kojení a dohlížet na jeho správné provedení, podporovat rozvoj a udržení laktace, poskytovat poradenskou činnost,

c) sledovat a vyhodnocovat psychomotorický vývoj dítěte, vytvářet stimulující prostředí pro zdravý vývoj dítěte, činit opatření k zamezení vzniku psychických deprivací a retardací, rozvíjet komunikační schopnosti dítěte, vyhledávat rizikové faktory ohrožující zdravý vývoj dítěte,

d) vykonávat činnosti ošetrovatelské péče poskytované dítěti v domácím prostředí i během hospitalizace,

e) poskytovat ošetrovatelskou péči v rámci primární péče, vykonávat návštěvní službu, hodnotit domácí prostředí z hlediska zajištění zdravého vývoje dítěte, poskytovat rady a pomoc v oblasti hygieny, výživy, kojení, vyprazdňování, zajišťování naplňování plánu povinného očkování, preventivních prohlídek a dispenzární péče, prevence úrazů, agresivních poruch chování a závislostí v dětském věku,

f) metodicky vést a organizovat výchovnou péči o děti všech věkových kategorií, vypracovávat programy výchovné péče a výchovných aktivit, doporučovat úpravu prostředí, vhodné hračky a výchovné pomůcky, komunikovat s dětmi i jejich rodinami,

g) edukovat rodiče nebo jiného zákonného zástupce dítěte ve výchově a ošetrovatelské péči o dítě v jednotlivých vývojových obdobích, spolupracovat s ostatními institucemi v oblasti péče o dítě a rodinu, vést rozhovory s rodiči v náročné životní situaci,

h) vykonávat činnosti ošetrovatelské péče poskytované dítěti, které má poruchy duševního zdraví.

(2) Při poskytování vysoce specializované péče může dětská sestra pod odborným dohledem dětské sestry se specializovanou způsobilostí nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem nebo zubním lékařem vykonávat činnosti podle § 4 odst. 1 písm. a) až j).

(3) Dětská sestra může vykonávat bez odborného dohledu na základě indikace lékaře nebo zubního lékaře činnosti při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné, paliativní a dispenzární péče. Přitom zejména připravuje děti všech věkových kategorií k diagnostickým a léčebným výkonům, na základě indikace lékaře nebo zubního lékaře je provádí nebo při nich asistuje, zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich; zejména může

a) zavádět periferní žilní katetry dětem všech věkových kategorií, b) podávat léčivé přípravky s výjimkou radiofarmak, pokud není dále uvedeno jinak,

c) provádět screeningová, depistážní a dispenzární vyšetření, odebírat krev a jiný biologický materiál a hodnotit, zda jsou výsledky fyziologické,

d) provádět výplach žaludku u dítěte při vědomí, zavádět gastrické sondy u dítěte při vědomí, včetně zajištění jejich průchodnosti a ošetření, a aplikovat enterální výživu,

e) provádět katetrizaci močového měchýře dívek s výjimkou katetrizace nedonošených novorozenců,

f) podávat dítěti klyzma,

g) provádět výměnu a ošetření tracheostomické kanyly.

(4) Dětská sestra pod odborným dohledem lékaře může

a) aplikovat nitrožilně krevní deriváty,

b) asistovat při zahájení aplikace transfúzních přípravků a dále bez odborného dohledu na základě indikace lékaře ošetřovat pacienta v průběhu aplikace a ukončovat ji,

c) zpracovávat dentální materiály v ordinaci,

d) vykonávat činnost zubní instrumentářky podle § 40 odst. 1 písm. c).

(5) Dětská sestra dále vykonává činnosti podle § 4 odst. 1 a 3 písm. c), e), f), l) u dětí všech věkových kategorií.

(6) Dětská sestra pod odborným dohledem dětské sestry se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru může na základě indikace lékaře podávat léčivé přípravky do epidurálního katetru.

(7) Dětská sestra bez odborného dohledu a bez indikace v rozsahu své odborné způsobilosti může provádět výchovu a poradenství v oblastech podpory zdraví a zdravého způsobu života,

včetně prevence vzniku, šíření a omezení výskytu onemocnění, připravovat programy ochrany a podpory zdraví a účastnit se v rozsahu své odborné způsobilosti jejich realizace.

Příloha C – Dotazník vlastní konstrukce

Dobrý den,

Jmenuji se Michaela Jánská a jsem studentkou 3. ročníku Všeobecného ošetrovatelství na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku pro moji bakalářskou práci, jejíž název je „**Přítomnost rodičů na dětském oddělení při hospitalizaci dítěte**“. Dotazník je zcela anonymní a dobrovolný. Vyplněním dotazníku dáváte souhlas s jeho dalším zpracováním ve výzkumu. Výsledky dotazníku budou sloužit pro praktickou část mé bakalářské práce. Za vyplnění dotazníku předem velmi děkuji. V případě nejasností nebo dotazů, mě můžete kontaktovat na michaela.janska@student.upce.cz

- Vaše odpovědi označte kroužkem
- Vaše komentáře a jiné připomínky můžete vepsat do poslední části dotazníku

Michaela Jánská

1. Jste:

- a) Praktická sestra
- b) Dětská sestra
- c) Všeobecná sestra

2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) Středoškolské s maturitou
- b) Vyšší odborné (DiS.)
- c) Vysokoškolské pregraduální (Bc.)
- d) Vysokoškolské postgraduální (Mgr., Ph.D.)
- e) Specializační

3. Kde pracujete?

a) Standardní oddělení

b) Jednotka intenzivní péče

4. Délka praxe na dětském lůžkovém oddělení:

a) Do 1 roku

b) 1–5 let

c) 6–10 let

d) 11 a více let

5. Jak častá je u Vás na pracovišti přítomnost rodiče u hospitalizovaného dítěte?

a) Velmi častá

b) Častá

c) Občas

d) Nikdy

6. Kdo je nejčastěji přítomen u dítěte během hospitalizace?

a) Matka

b) Otec

c) Jiné: (doplňte) ...

7. Je rodičům aktivně nabízena možnost společné hospitalizace s dítětem?

a) Ano

b) Ne

8. Je u Vás na pracovišti možné, aby se rodiče u dítěte střídali?

a) Ano

b) Ne

9. V čem jsou rodiče nejvíce nápomocni ošetřujícímu personálu? (Lze vybrat více možností)

a) Zajištění základních potřeb dítěte (hygiena, krmení, oblékání)

b) Dopomoc při podávání některé medikace (např. inhalace)

c) Dohled na dítě při dodržování léčebného režimu

d) Psychická a fyzická příprava dítěte před plánovaným vyšetřením nebo zákrokem

e) Zabavení dítěte

f) Psychická podpora dítěte

g) Mírnění negativního dopadu hospitalizace na dítě

h) Jiné (doplňte) ...

10. Domlouváte se s rodiči na rozdělení péče o dítě při zajištění základních potřeb, pokud je to možné?

a) Ano

b) Spíše ano

c) Spíše ne

d) Ne

11. Pečujete raději o:

a) Dítě hospitalizované s rodičem

b) Dítě hospitalizované samo

c) Obě varianty

12. Myslíte si, že vystresovaný rodič může stres přenášet i na dítě?

a) Ano

b) Ne

13. Stalo se Vám někdy, že rodič zasáhl do kompetencí sester? (např. odpojil dítě od infuze, sám korigoval rychlost infuze...)

a) Ano

b) Ne

14. Pokud jste na otázku č. 13 odpověděli „Ano“, popište prosím, co přesně rodič udělal: ...

15. Měli jste někdy pocit, že Vás rodič nadměrně kontroluje při péči o dítě?

a) Ano

b) Ne

16. Setkali jste se někdy s agresivním chováním rodiče dítěte vůči Vám nebo jinému zdravotníkovi?

a) Ano

b) Ne

17. Pokud jste na otázku č. 16 odpověděli „Ano“, stručně popište možné důvody tohoto jednání...

18. Umožňuje Vaše oddělení nepřetržitou přítomnost rodiče?

a) Ano

b) Ne

19. Z jakého dokumentu vychází právo dítěte na nepřetržitou přítomnost rodiče? (Lze vybrat více možností)

a) 96/2004 Sb. Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních

b) Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví z roku 2023

c) 373/2011 Sb. Zákon o specifických zdravotních službách

d) Charta práv hospitalizovaných dětí

e) Nevím

20. Vztahuje se právo na nepřetržitou přítomnost rodiče u hospitalizovaného dítěte na oba rodiče současně?

a) Ano

b) Ne

21. Za jakých okolností může být právo rodiče na nepřetržitou přítomnost u dítěte omezeno? (Lze vybrat více možností)

a) Agresivní či násilné chování rodiče

b) Rodič pod vlivem návykových látek nebo alkoholu

c) Infekční onemocnění rodiče

d) Konec návštěvních hodin na oddělení

e) Týrání nebo zneužívání dítěte rodičem

22. Myslíte si, že jsou na Vašem oddělení vhodné podmínky pro nepřetržitou přítomnost rodiče při hospitalizaci dítěte?

a) Ano

b) Ne

23. Může dítě vzhledem k jeho věku a úrovni chápání určit, zda si přeje přítomnost zákonného zástupce či nikoliv?

a) Ano

b) Ne

c) Nevím

24. Je u všech výkonů/vyšetření možná přítomnost rodiče?

a) Ano

b) Ne

25. Pokud jste na otázku č. 24 odpověděli „Ne“, uveďte jakých výkonů/vyšetření se toto týká...

26. Vnímáte rodiče jako součást týmu v péči o dítě?

a) Ano

b) Ne

Prostor pro Vaše komentáře a připomínky:

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

.....

.....

.....

.....