



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetrovatelství

Darina Bendová

**Uplatňování Charty práv
hospitalizovaných dětí
Application of the Charter of
hospitalized children**

Bakalářská práce

Praha, duben 2013

Autor práce: Darina Bendová

Studijní program: Všeobecná sestra

Bakalářský studijní obor: Ošetřovatelství

Vedoucí práce: **PhDr. Hana Janečková PhD.**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3.**

LF

Datum a rok obhajoby: 2013-06-17

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval/a samostatně a použil/a jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato diplomová/ bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 17. 6. 2013

Darina Bendová

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat PhDr. Haně Janečkové Ph.D. a MUDr. Davidu Marxovi Ph.D. za odborné vedení a podnětné rady. Poděkovat chci rovněž Ing. Petru Bendovi a celé své rodině za pomoc při realizaci mé práce. Můj dík patří i všem respondentům, kteří se trpělivě podíleli na výzkumném šetření.

ÚVOD	- 7 -
1 TEORETICKÁ ČÁST	- 9 -
1.1 Práva pacientů	- 9 -
1.1.1 Práva dětí	- 10 -
1.2 Pediatrie a její rozvoj.....	- 15 -
1.3 Charakteristika potřeb dítěte v jednotlivých obdobích jeho života-	16
-	
1.3.1 Novorozenecké období.....	- 16 -
1.3.2 Kojenecké období.....	- 17 -
1.3.3 Batolecí období	- 18 -
1.3.4 Předškolní období.....	- 20 -
1.3.5 Mladší školní období.....	- 21 -
1.3.6 Období dospívání	- 22 -
1.3.7 Adolescence	- 23 -
1.4 Dítě a hospitalizace	- 24 -
1.4.1Hospitalizmus	- 27 -
1.4.2 Separace	- 28 -
1.5 Chování zdravotnických pracovníků.....	- 28 -
1.6 Herní aktivity v nemocnici	- 30 -
1.7 Komunikace s hospitalizovanými dětmi	- 31 -
1.9 Shrnutí teoretické části	- 33 -
2 PRAKTICKÁ ČÁST	- 34 -
2.1 Zkoumaný problém:	- 34 -
2.2 Cíl výzkumu	- 34 -
2.3 Výzkumné otázky:.....	- 34 -
2.4 Metody výzkumu a techniky sběru dat:.....	- 35 -
2.5 Soubory respondentů.....	- 36 -
2.6 Výsledky šetření osob doprovázejících hospitalizované děti (matek)-	
37 -	
2.6.1 Srovnání hospitalizace ve FNKV s jinou nemocnicí.....	- 37 -

2.6.2	Názory na společnou hospitalizaci	40 -
2.6.3	Komunikace o zdravotním stavu dítěte a hospitalizaci – informování rodičů.....	40 -
2.6.4	Chování sester	43 -
2.6.5	Možnost aktivní participace rodičů	44 -
2.6.6	Prostředí nemocnice a prostor pro autonomii hospitalizovaného dítěte.....	47 -
2.6.6	Znalost Charty práv hospitalizovaného dítěte	49 -
2.7	Výsledky šetření nelékařského zdravotnického personálu (dětských sester)	50 -
2.7.1.	Informace týkající se Charty práv hospitalizovaného dítěte-	51 -
2.7.2	Informování blízkých osob.....	51 -
2.7.3	Podpora aktivní participace blízkých osob.....	52 -
2.7.4	Prostor pro autonomii hospitalizovaného dítěte.....	53 -
2.7.4	Prostředí pro hospitalizované děti	55 -
2.8	Srovnání výsledků	56 -
2.8.1	Informace z pohledu rodičů a personálu	56 -
2.8.2	Pohled rodičů a personálu na ohleduplnost zacházení s dítětem - 57 -	
2.8.3	Respektování běžného denního režimu dítěte	59 -
2.8.4	Prostředí hospitalizovaných dětí	62 -
2.8.5	Autonomie dítěte	64 -
2.8.6	Seznámení s Chartou práv hospitalizovaného dítěte.....	64 -
2.5	Diskuze.....	65 -
	Závěr.....	76 -
	Seznam použité literatury:.....	78 -
	Přílohy	81 -

ÚVOD

Po roce 1989 došlo v českém zdravotnictví k výrazným změnám. V minulém období, každá vážnější nemoc spojená s hospitalizací znamenala pro dítě velký stres a u menších dětí odloučení od rodiny rovněž návrat o jeden vývojový stupeň zpátky. Proto je přijetí Charty práv hospitalizovaných dětí v roce 1993 Centrální etickou komisí MZČ výrazný počin v oblasti péče a postavení dětského pacienta. Charta práv hospitalizovaných dětí je přehled práv, která mají všechny děti v souvislosti s hospitalizací. V současnosti je povinnost dodržování těchto práv obsažena i v novém Zákoně o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování 372/2011Sb. V dnešní době již nedochází k násilnému přerušování kontaktu dítěte s rodinou, protože většina nemocnic v ČR nabízí možnost hospitalizovat matku nebo jinou blízkou osobu jako doprovod nemocného dítěte. Hospitalizace je nyní pro dítě menším stresem, protože nevede nutně ke ztrátě pocitu bezpečí a jistoty. S přítomností matky na oddělení se ale sestřím změnila rovněž náplň jejich práce. Běžná péče o děti byla přenechána osobám doprovázejícím dítě, samozřejmě pouze v rámci jejich možností. S jejich přítomností na oddělení se ale sestry ocitly také pod jejich drobnohledem. Tyto osoby mají možnost sledovat přístup personálu k jejich dítěti, hodnotit jej a rovněž vidí úroveň vybavení nemocnice.

Důležitým předpokladem úspěšné spolupráce mezi ošetřujícím personálem, dětmi a jejich rodiči je dobrá komunikace. Rodiče se sami aktivně zapojují do ošetrovatelského procesu, a proto musí být řádně informováni o svých právech, resp. právech hospitalizovaného dítěte. Pokud tomu tak není a rodiče hospitalizovaných dětí nejsou dostatečně seznámeni se svými právy a povinnostmi, a stejně tak nejsou seznamováni s dalším postupem v léčbě jejich dítěte, mohou mít pocit nejistoty, úzkosti a ohrožení. Dostávají se do náročné psychické situace, a pokud dojde k selhání komunikace mezi nimi, dítětem a ošetřujícím personálem, dochází ke konfliktním situacím a stížnostem na ošetřující personál. Právě z těchto důvodů mají opakované výzkumné práce na dané téma velký přínos pro zkvalitňování péče na dětských odděleních a rovněž pro předcházení nedorozumění mezi personálem a rodiči, vzniklými nedostatečnou, nebo špatnou komunikací.

V úvodní části bakalářské práce se věnuji především právům hospitalizovaného dítěte. Uvádím některé závazné dokumenty, které podpořily přijetí práv pacientů. Věnuji se historii pediatrie jako samostatného oboru. Dále popisují jednotlivá vývojová období dítěte a jejich zvláštnosti, kterých znalost je pro dětské sestry velice důležitá.

V další části, která se zabývá reakcí dítěte na hospitalizaci, zdůrazňuji přínos společné hospitalizace s blízkou osobou. Je nutné si uvědomit, že neustálá přítomnost blízké osoby na oddělení je i pro ni velkou zátěží a klade na ni velké nároky. Uvádím proto i některá doporučení pro rodiče hospitalizovaných dětí.

V závěru teoretické části se věnuji důležitosti etického chování zdravotnického personálu při komunikaci s pacienty. Předpokládám, že pro personál dětských oddělení bude přínosem konkrétní pojmenování chyb, kterých se při jednání s dětmi i jejich doprovodem dopouštějí a vytvoří se tím lepší podmínky pro jejich odstranění.

V praktické části jsem si stanovila za cíl zjistit, jak jsou na dětských odděleních uplatňovány jednotlivé body Charty práv hospitalizovaných dětí, jak rodiče hospitalizovaných dětí hodnotí zázemí a komunikaci s ošetřujícím personálem. V druhé části se pokusím zjistit, jaký je pohled na danou tematiku ze strany personálu poskytujícího péči pacientům na dětských odděleních. Pro výzkum jsem použila metodu dotazníkového šetření. Jednotlivé otázky v dotazníku jsem směřovala k jednotlivým bodům Charty práv hospitalizovaných dětí. Na základě odpovědí jsem vytvořila grafy. V závěru jsem jednotlivé otázky vyhodnotila a vyvodila některá doporučení pro zkvalitňování péče na dětských odděleních.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Práva pacientů

Problematika práv pacientů patří k velice aktuálním a politicky důležitým tématům v celé Evropské unii. České zdravotnictví se řídí platnými ústavními zákony, zákony, nařízeními vlády a prováděcími vyhláškami MZČR. V České republice definuje a chrání práva pacientů především Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování č.372/2011 Sb.Část čtvrtá Postavení pacienta a jiných osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, Hlava I. Práva a povinnosti pacienta a jiných osob § 28 Práva pacienta, zákon č.48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a vyhláška č. 385/2006 Sb. o zdravotnické dokumentaci.

Jedním z nejzákladnějších dokumentů o právech pacientů je Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny Rady Evropy, zkráceně Úmluva o lidských právech a biomedicině. Tato byla otevřena k podpisu dne 4. dubna 1997 ve španělském Oviedu a dne 1. prosince 1999 vstoupila v platnost. Do dne 30. května 2000 podepsalo Úmluvu 29 států. Česká republika nezůstala stranou a Úmluvu podepsala dne 24. června 1998 a vláda ČR uložila ministerstvu zdravotnictví usnesením č. 403 ze dne 10. června 1998 předložit Úmluvu Parlamentu České republiky k vyslovení souhlasu. Ratifikace Úmluvy měla pro Českou republiku specifický význam. Minulý režim naši společnost izoloval od vývoje medicínského práva, který probíhal v demokratických zemích zejména v poválečném období, která byla v západních zemích érou obnovy úcty k člověku a uvědomení si základního civilizačního významu nezbytnosti ochrany lidských práv.(<http://iham.cz/wp-content/>)

Dodatek této Úmluvy zakazuje klonování lidských bytostí. Členské státy Rady Evropy, další státy a členské státy Evropského společenství, signatáři této Úmluvy se zavázali, že budou chránit důstojnost a svébytnost všech lidských bytostí a každému bez rozdílu zaručí úctu k integritě jeho bytosti a ostatní práva a základní svobody při aplikaci biologie a medicíny. V ČR vstoupila v platnost 1. 10.2001. (Munzarová, 2005. Svaz pacientů ČR)

Při pohledu do minulosti je patrné, že rozšíření lidských práv do oblasti medicíny má poměrně krátkou historii. Slovní spojení „práva pacientů“ znamená ve své podstatě respektování práv jedince na svobodné rozhodování o své osobě. Pacienti již mohou přispívat k optimálnímu poskytování zdravotnické péče sobě a svým blízkým a o této možnosti by měli být dostatečně informováni. Dokumenty, které významně přispěly k novému pojetí práv pacientů, jsou:

- **Amsterodamská deklarace**- v roce 1994 byl pod záštitou Regionální ústředny WHO pro Evropu přijat dokument Principy práv pacientů v Evropě. Dokument pomáhá jednotlivým zemím při formulaci politiky na posílení práv pacientů.
- **Lisabonská deklarace** - na 34. světovém shromáždění Světové lékařské asociace WMA v Lisabonu v roce 1981 byla přijata deklarace pojednávající o šesti základních právech nemocných.
- **Zdraví pro všechny** – v roce 1977 byla přijata rezoluce Světového zdravotnického shromáždění, podle níž zdravotní péče zahrnuje širokou škálu služeb. Podpora a ochrana zdraví, prevence onemocnění, diagnostika, léčba, ošetrovatelská péče a rehabilitace. (Kutnohorská, 2007) V České republice začala pracovat první Centrální etická komise při Ministerstvu zdravotnictví na podzim roku 1990. Na návrh prof. Heleny Haškovcové byl i u nás vypracován, přijat a zveřejněn etický kodex práv pacientů. V současné době jsou již práva pacientů obsažena v Zákoně 372/2011 Sb.o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

1.1.1 Práva dětí

Práva dítěte jsou pojmem relativně mladým, jak s ohledem na jejich zákonnou podobu, tak i společenský dosah. Ve své postatě souvisejí s dějinným vývojem chápání dítěte a jeho postavení ve společnosti. Ten totiž prošel dlouhým vývojem, od pojetí dítěte jako nesvéprávného objektu až k dítěti jako téměř svéprávnému jedinci. (Dunovský, 2004)V období starověku až do 3. století po Kristu, bylo dítě chápáno jako předmět a mělo prakticky nulovou hodnotu. Bylo

považováno za nesvéprávnou osobu a bylo zcela závislé na rozhodnutí především svého otce. Mohl jej prodat do otroctví, zanechat v džungli i zabít. Pojem „dětství“ zde prakticky neexistoval.

Až v 20. století se práva dětí začaly prudce vyvíjet. V roce 1900 vyšel spis Ellen Keyové s názvem „Století dítěte“. Dnes lze říct, že tato dvě slova 20. století, v určitém ohledu opravdu charakterizují. Toto století přineslo velký rozvoj vědních disciplín zabývajících se dítětem, o jejichž poznatky se pak opírali obhájci dětských práv. Ti se snažili na mezinárodní úrovni postupně budovat prostor pro všeobecné uznání dítěte, také jako právního subjektu.

Po 1. světové válce, v roce 1918, byla ve Velké Británii založena organizace „Save the Children“ („Zachraňte děti“), dále byly rovněž uzavírány smlouvy týkající se výlučně práv dítěte (především smlouvy, které se snažily potlačit obchod s dětmi), do popředí se dostala otázka zabývajících se dětskou prací. Mezinárodní organizace práce (ILO) uzákonila nejnižší věk pro přijetí do zaměstnání. V roce 1920 vznikla v Ženevě Mezinárodní unie pomoci dětem (UISE), která se zprvu soustředila zejména na pomoc dětem postiženým válkou. Tato organizace o tři roky později připravila dokument nazvaný Deklarace práv dítěte, kterou v roce 1924 Shromáždění Společnosti národů přijala jako Ženevskou deklaraci práv dítěte. Tato shrnula základní principy, chránící dítě před jakýmkoliv nebezpečím a zajišťující mu optimální tělesný a mentální vývoj. Dokument sice postrádal mezinárodně právní závaznost, ale přesto se stal osnovou pro rodící se systém mezinárodní ochrany práv dítěte.

Otřesné zkušenosti s porušováním základních lidských práv v průběhu 2. světové války se pak staly podnětem ke vzniku Organizace spojených národů a také k přijímání řady dokumentů, týkajících se právě lidských práv a tím samozřejmě i práv dítěte.

Jiří Dunovský uvádí, že „Úmluva o právech dítěte reaguje na poznání vývoje dítěte, jeho potřeb a požadavků ve snaze být všem dětem bez ohledu na jejich geografickou polohu, situaci jejich národů, jejich ekonomické, kulturní, náboženské, politické a obecně lidské podmínky jednotnou či sjednocující normou společenského a právního zajištění jejich nejlepšího zájmu a prospěchu.“

Deklarace o právech dítěte je tak výzvou a návodem, jak dát všem dětem

světa tato stejná práva a stejné šance, ať už žijí kdekoliv.

Děti tvoří v rovněž v oblasti poskytování zdravotní péče zvláštní skupinu, která je charakterizována jejich zranitelností, sníženou schopností rozpoznávat následky svého jednání a hlavně chybějící způsobilosti k právním úkonům.

Přelomovým činem v oblasti práv dětí ale bylo založení fondu UNICEF 11. 12. 1946. Impulzem k založení fondu byla nedostatečná ochrana dětí v poválečné Evropě.

UNICEF je organizace založená při Valném shromáždění OSN. Jeho původní název byl „Mezinárodní fond OSN dětí v nouzi (the United Nations International Children's Fund). UNICEF se zabývá zajištěním, ochranou a rozvojem dětí a poskytováním podpory a pomoci v nouzi. Napomáhá jednotlivým zemím v jejich úsilí zlepšit zdraví, výživu, vzdělání a sociální zabezpečení dětí. Své úsilí obrací do míst, ve kterých již malé finanční částky mohou významně přispět ke zlepšení situace dětí. Patří k nim prevence, zdravotní péče a potravinová pomoc. UNICEF dává do popředí myšlenku, že přidělování prostředků dětem musí mít vždy přednost. Další jeho aktivity spadají do oblasti školení učitelů a zdravotnického personálu a vývoji zdravotnických a sociálních služeb. Součástí poslání UNICEF je kromě ochrany dětí rovněž podpora uznání a plné realizace Úmluvy o právech dítěte. Úmluva se v 50. letech stala jeho hlavní zbraní a cílem jeho poslání. UNICEF spolupracuje s vládami, místními komunitami, nevládními organizacemi a jinými partnery v realizaci programů základní zdravotní péče, výživy, základního vzdělání, zdravotnických zařízení, ochrany vodních zdrojů, emancipace žen a dalších aktivit zlepšujících životní podmínky dětí. Téměř 200 nevládních organizací má vůči UNICEF poradní status a účastní se v národní i mezinárodní rovině formulace politiky, programů a jejich uskutečňování, osvěty a mobilizace společnosti. Hlavním orgánem UNICEF je výkonný výbor složený ze zástupců 36 členských států. Fond spolupracuje s dalšími institucemi působícími v rámci OSN. Náklady na svou činnost pokrývá z dobrovolných příspěvků pocházejících z vládních i nevládních zdrojů. V roce 1965 byl Dětský fond vyznamenán Nobelovou cenou míru.

„Dne 20. 11. 1959 byla Valným shromážděním OSN přijata **Deklarace o právech dítěte**, která navazovala a rozšiřovala Deklaraci z roku 1924. Vycházela

z předpokladu, že „duševní a tělesná nezralost dítěte a neschopnost vést nezávislý život vyžaduje zvláštní záruky, péči a právní ochranu. Stanovila rovnost bez jakéhokoliv rozdílu, právo na jméno a státní občanství, na sociální zabezpečení a pomoc a ochranu před všemi formami zanedbávání, krutosti a vykořisťování.“ (David, 1999, s. 32). Mezníkem ve vývoji mezinárodní spolupráce a ochrany práv dítěte se stala Úmluva o právech dítěte, kterou Polsko předložilo v roce 1979 a přijata byla 20.11.1989. V roce 1990 se v New Yorku konal Světový summit o dětech, který výrazně přispěl k tomu, že do konce 1990 ji ratifikovalo 57 zemí. Díky Úmluvě se děti stávají „nosieli práv v celém jejich spektru, které různé mezinárodní katalogy nabízejí, což jsou základní lidská práva, práva občanské a politické, práva hospodářské, sociální a kulturní, práva menšin a práva na spravedlivý soudní proces. Jinými slovy, změnu přístupu ilustruje také skutečnost, že děti nejsou jen objekty, které mají zvláštní potřeby (potřeba jíst, přístup ke vzdělání a zdravotní péči), jak se do té doby chápalo, ale že se stávají subjekty, nositeli širokého okruhu lidských práv. (David, 1999, str. 34)

1.1.1.1 Práva hospitalizovaných dětí

Změna pohledu na práva hospitalizovaných dětí souvisí se změnami postavení dětí ve společnosti. V České republice se péče o dítě řídí těmito zákony:

- Úmluva o lidských právech a biomedicíně
- Úmluva o právech dítěte
- Zákon č.372 /2011 Sb.o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
- Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník
- Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině
- Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí
- Zákon č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství
- Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů (transplantační zákon).

Česká legislativa v zákoně č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění umožňuje hospitalizovaným dětem přijetí doprovodu, přičemž pobyt doprovodu k

dítěti mladšímu 6 let hradí zdravotní pojišťovna dítěte. MZČR pak ve vyhlášce č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, stanoví platbu za ošetřovací den doprovodu. Souhlas s hospitalizací a informovaný souhlas k výkonu poskytují obvykle zákonní zástupci dítěte, nejčastěji rodiče, protože platí, že u dětí a nezletilých je možné jakýkoliv zákrok v oblasti zdravotní péče včetně vyšetření a preventivních zákroků provést pouze na základě svobodného souhlasu poskytnutého po řádném poučení. Zde je ale nutností individuální posuzování dané situace. Zatímco čtyřleté dítě není schopno situaci posoudit, šestnáctileté je již dostatečně vyzrálé k posouzení situace a je vhodné přihlížet k jeho názoru. Současně s tím mají hospitalizované děti a jejich rodiče právo na informace. Samozřejmě, všechny informace musí být dětem poskytovány úměrně jejich věku a rozumové vyspělosti. Rodičům by měly být poskytnuty jasné a srozumitelné informace, aby měli dostatek informací o nemoci, kterou dítě trpí, dalším postupu léčby i o případných rizicích. (Vacušková, 2009)

1.1.1.2 Charta práv hospitalizovaných dětí

Charta práv hospitalizovaných dětí byla přijata v roce 1988 v holandském Leidenu Evropskou asociací na podporu dětí v nemocnici. Je to jakýsi přehled práv, která mají všechny děti v souvislosti s hospitalizací. K jednotlivým článkům tohoto dokumentu byly později přidány doplňující komentáře, jejichž účelem je usnadnit zavádění Charty práv hospitalizovaných dětí do praxe. V České republice působí Nadační fond Klíček, který je právoplatným členem Evropské asociace na podporu dětí v nemocnici. Nadace Klíček vypracovala Chartu práv hospitalizovaných dětí pro Českou republiku, kterou schválila Centrální etická komise MZČR v roce 1993. Charta práv hospitalizovaných dětí se zavazuje, že:

„Všechna práva a opatření, které jsou z Charty vyvozovány, musejí především vždy být v nejlepším zájmu dítěte a musejí zvyšovat kvalitu jeho života a prožívání.“

Práva uváděná v textu Charty se týkají všech nemocných dětí, bez ohledu na jejich diagnózu, věk či druh postižení, na jejich původ a sociální či kulturní zázemí, a rovněž bez ohledu na to, jaký je konkrétní důvod k poskytování

zdravotnické péče, jaké jsou její formy a kde k jejímu poskytování dochází – ať už jde o péči ambulantní či lůžkovou.

Charta je v souladu s příslušnými závaznými právy, zaručenými Úmluvou o právech dítěte OSN, a za dítě považuje lidskou bytost od narození do 18 let věku.

1.2 Pediatrie a její rozvoj

„Pediatrie se začala vyvíjet jako samostatný vědní obor na přelomu 19. století. Oddělená péče o děti sice začala již v 18. století, ale vzhledem k nedostatečným znalostem o dětských nemocech, o jejich příčinách, projevech, o výživě či hygieně byla na velmi nízké úrovni. Při konstituování oboru se pediatrie zaměřovala především na dvě problémové oblasti. První oblast se týkala zdraví a vývoje každého dítěte ve společnosti. Nedostatečná výživa a vysoký výskyt infekčních chorob podmiňovaly vysokou úmrtnost a nemocnost dětí. Nepříznivý stav zdravotního stavu dětí byl především následkem bídy a hmotného nedostatku. Řešení této problematiky se ubíralo několika směry a vytvářelo základ pro vznik preventivní péče o děti, jako rozhodující složky pozvolna se vytvářející péče společnosti o každé dítě. Druhá oblast byla zaměřena na děti, které potřebovaly zvláštní pomoc společnosti. Péče byla orientována na opuštěné a osiřelé děti, které vyrůstaly v ústavech za velmi špatných podmínek. Výše uvedená problematika postupně rozvíjela pediatrii jako samostatný medicínský obor, který se zabývá naukou o nemocech dětského věku, péči o zdraví dětí ve společnosti a péči o ohrožené a postižené děti“ (Sedlářová P. 2008 s. 13)

Vůbec první dětská nemocnice v Evropě vznikla v Paříži v roce 1802. V Česku byla v roce 1842 založena německá dětská klinika. První česká dětská nemocnice vznikla až v roce 1902. Teprve po vzniku samostatné Československé republiky se dětská oddělení stala běžnou součástí všech velkých nemocnic a poskytovala specializovanou zdravotní péči dětem všech věkových kategorií. Vznik dětských nemocnic ale vyžadoval rovněž specializovaný personál. Proto v roce 1953 vznikla na Karlově Univerzitě Fakulta dětského lékařství, kde byli

lékaři vzdělávání na poskytování specializované péče dětskému pacientovi. Rovněž střední zdravotnické školy reagovaly založením oboru dětská sestra, ovšem první z těchto škol, která byla založena již v roce 1922 jako součást nemocnice Ochrany matek a dětí v Praze-Krči, zůstala v tomto směru osamocena až do roku 1945. Vzdělávání dětských sester až do roku 1990 probíhalo ve specializovaných oborech středních zdravotnických škol a bylo zakončeno maturitní zkouškou. Sestry pracovaly na dětských odděleních, ale rovněž se mohly zaměstnat na odděleních pro léčbu dospělých pacientů. Po změně legislativy v souvislosti se vstupem do Evropské unie se vzdělávání všeobecných, ale hlavně dětských sester radikálně změnilo a k výkonu svého povolání nyní potřebují absolvování vysoké školy a další specializaci. To ovšem vede k současnému nedostatku mladých dětských sester. Zákon určuje, že o děti do tří let věku může pečovat pouze dětská sestra a tak se průměrný věk sester pracujících na dětských odděleních neustále zvyšuje.

1.3 Charakteristika potřeb dítěte v jednotlivých obdobích jeho života

Základy psychického vývoje člověka musíme hledat již v období intrauterinního života plodu. Už v prenatální době získává plod schopnost sociální interakce vedle schopnosti aktivně se účastnit interakce s fyzikálním prostředím. Velice brzy se dostává do určitého aktivního kontaktu s matkou. Matka reaguje na jeho spontánní pohyby a její emoce zase ovlivňují dítě. Znamená to tedy, že již před narozením se vytváří určitý kontakt mezi matkou a dítětem, který se po jeho narození rychle rozvíjí ve smysluplnou neverbální komunikaci. (Langmeier, Krejčířová, 1998)

1.3.1 Novorozenecké období

Přechod dítěte z chráněného intrauterinního života do světa plného nových podnětů znamená nesporně pro tak nezralý organismus značnou zátěž. Novorozenec má ale okamžitě po narození vyvinuty všechny základní

nepodmíněné reflexy, které mu umožňují vyrovnat se dobře s požadavky nového životního prostředí. Vyspělé jsou ale i všechny smysly novorozence. Novorozenec vidí, dokáže lokalizovat zdroj zvuku, má dobře vyvinutý hmat, čich i chuť, vnímá bolest. Jeho křik rovněž není nediferencovaný. Rozdílný je křik bezprostředně po porodu, křik z hladu a při bolesti. Pozorná matka, která je s dítětem neustále ve styku, tyto rozdíly během několika dnů bezpečně rozpoznává a reaguje na ně intuitivně, ale přesto správně. Je tedy zřejmé, že novorozenec potřebuje pro svůj zdárný vývoj mít osobu, která mu věnuje v každé chvíli pozornost a péči. Právě kontakt s matkou v novorozeneckém období má příznivý vliv pro navození úspěšné interakce. Díky těmto poznatkům je již běžný v našich porodnicích systém rooming-in, kdy je matka s dítětem na jednom pokoji a věnuje mu veškerý čas. Problém tedy může nastat, když je dítě po porodu ze zdravotních či jiných důvodů odloučeno od matky. (Jobánková, 2000) I v současné době se ale najdou porodnice, kde systém rooming-in není samozřejmostí a je otázkou, zda a jak se odloučení od matky projeví ve vývoji dítěte a jeho vztahu s matkou.

1.3.2 Kojenecké období

Kojenecké období nastává po 28. dni života a trvá do konce prvního roku života. Někdy je toto období nazýváno jako nejdelší rok lidského života nebo jako vývojová revoluce. Během prvního roku života dochází k nejvýraznějšímu tělesnému i duševnímu vývoji, kdy se z malého nemluvněte vyvine malá osobnost. Okolo prvního roku života zvládá pohyb v prostoru, vzpřímenou chůzi, cílenou manipulaci s předměty, navazuje vztahy se svým okolím a začíná verbálně komunikovat. (Jobánková, 2000), „Dětský organismus je během kojeneckého období nejzranitelnější, nejcitlivější, nejtvárnější, a to jak v kladném i záporném smyslu. Psychický a tělesný vývoj kojence se v tomto období vzájemně podmiňují.“ (Jobánková, 2000, str. 77)

Senzomotorická inteligence kojence je spojena s přímým vnímáním okolí, s právě prováděnou činností a motorickými ataky. (Jobánková, 2000) Rozvíjí se také neverbální i verbální komunikace. Okolo druhého měsíce můžeme pozorovat první cílený úsměv. Kolem 3. měsíce je křik dítěte méně častý a výrazně

diferencovanější. Kojenec začíná vydávat první hlásky. V tomto období se začíná hlasitě smát. Pro rozvoj komunikace je důležité dítě v komunikaci s okolím povzbuzovat, chválit za pokroky, komentovat to, na co se dítě právě dívá nebo co dělá. (Plevová, Slowik, 2010) Navazování kontaktu s okolím probíhá během celého života, ale za zásadní vliv na kvalitu budoucích vztahů, se považuje právě kojenecké období. Okolo 7. měsíce dochází k tzv. specifickému připoutání dítěte k matce nebo k osobě, která ho vychovává. Při nepřítomnosti této osoby dochází u dítěte k tzv. separační úzkosti. Tuto úzkost může u dítěte vyvolat i pouhý odchod této osoby na toaletu. S projevy separační úzkosti souvisí i strach z neznámých lidí. Tyto projevy jsou považovány za nezbytnou součást emocionálního vývoje. U dětí, které jsou dlouhodobě odloučeny od matky, jsou vychovávány v ústavních zařízeních, se tato úzkost neprojevuje. Toto je chápáno jako defekt přirozeného emočního vývoje. (Jobánková, 2000) S přítomností matky po celou dobu hospitalizace k projevům separační úzkosti vůbec nedochází a dítě vnímá pobyt v nemocnici většinou jako pouhou „změnu prostředí“.

1.3.3 Batoletcí období

Období od prvního do třetího roku života. Teprve v tomto období, na začátku druhého roku, se člověk začíná druhově specifickými charakteristiky odlišovat od ostatních živočišných druhů. Chodí vzpřímeně a začíná mluvit. Tyto lidské vlastnosti se velmi rychle rozvíjí, a proto děti v tomto období považujeme za nejroztomilejší, ale současně velmi vzdorovité a náročné na trpělivost a čas rodičů. (Langmeier, Krejčířová 2006) V tomto období je patrný rozvoj hrubé a jemné motoriky. Počátkem této etapy je chůze nejistá, často padá, ale rychle se zdokonaluje, chůze se stává jistější a již v patnácti měsících chodí samostatně. Dvouleté dítě zvládá nerovnosti terénu a chůzi po schodech. Rychle se zdokonalují i pohyby rukou, prstů při uchopování, pouštění a manipulaci s drobnými předměty. (Jobánková, 2000; Langmeier, Krejčířová 2006) „Během druhého roku se většina dětí také učí aktivnímu udržování tělesné čistoty. Jisté je, že již u starších kojenců lze vypracovat cílevědomým postupem neurčitý podmíněný reflex vyprázdnění po vysazení na nočník – ovšem s výsádkami velmi

labilními. Opravdu aktivní spolupráce je možná teprve tehdy, když dítě došlo, začíná si uvědomovat potřebu močení a je schopno ji aktivně slovy sdělovat a vůli kontrolovat svěrače. Právě v této oblasti matky malých dětí nezdravě soutěží a starší pediatriká literatura tomu napomáhá hesly „V jednom roce už ani jednu plenu“. I když je pro matku dodržování tělesné čistoty samotným dítětem jistě úlevou, nelze přehlížet vývojově dané možnosti dítěte“. (Langmeier, Krejčířová, 2006, str. 77) K výraznému rozvoji dochází také v oblasti řeči. V roce života dítě umí jen několik slov jakéhosi dětského žargonu, kterému rozumí jen rodiče. Jsou to většinou výrazy napodobující zvuky nebo hlasy. Teprve v roce a půl děti začínají chápat symbolický význam slov. (Langmeier, Krejčířová, 2006) Kolem druhého roku se rozvíjí symbolické a předpojmové myšlení. Dítě dokáže myslet v představách. Dokáže si vytvořit představu předmětu, osoby či děje lišící se od toho, co právě vidí. Činnosti konané se skutečnými věcmi se mohou měnit na činnosti konané jen v mysli dítěte. Poprvé tak překračuje rámec bezprostředního místa a času. (Jobánková, 2000) Dítě v batolecím období je stále nejsilněji fixováno na matku. Pozvolna si buduje svou pozici v rodině. Začíná navazovat aktivní kontakty s ostatními členy rodiny a domácími zvířaty. Vztahy k nim si utváří podle zkušeností s nimi. Probouzí se v něm zvědavost, zkoumání a emoční napodobování. Získává nové zkušenosti, poznává, že ono samo je iniciátorem mnoha jevů, že může něco mít, že může k někomu přijít i od něj utéct. Začíná si uvědomovat samo sebe, objevuje vlastní „já“. Zkouší, kam až vlastní autonomie sahá. Tato fáze vývoje mezi druhým a třetím rokem života se nazývá fáze vzdoru či negativismu. Dítě tak dává najevo, že je „někdo“ a ne jen „něco“. Typická je odpověď na všechno „ne“ nebo odmítavý postoj k tomu plnit jakýkoliv příkaz. Důležitý je v tomto období postoj rodičů. Dětský vzdor je přirozenou a nevyhnutnou součástí vývoje dítěte. Běžné výchovné metody jsou neúčinné, nepomohou ani tvrdé výchovné postupy, jako je bití a křik. Čím více budeme dítě trestat, tím více bude vzdorovat. Dítěti musíme nastavit pevný řád, stanovit určité hranice, aby poznalo, co smí a co ne. Pro rodiče to znamená naučit se dítě respektovat, trpělivě, laskavě a nenásilně dítěti vysvětlovat, co má dělat a jak se má chovat. Separční úzkost přetrvává i během batolecího období. I v tomto období je pro dítě velmi důležité v případě nutnosti hospitalizace umožnit dítěti

hospitalizaci s matkou, nebo alespoň umožnit matce co nejčastější možnost kontaktu. (Jobánková, 2000) Přítomnost matky pomáhá dítěti překonávat strach z neznámého prostředí, poskytuje mu pocit jistoty a bezpečí a pomáhá mu zvládat zátěžové situace, o které není při hospitalizaci nouze. Dítě se dřív uklidní, léčení probíhá rychleji a při lepším psychickém stavu. (Plevová, Slowik, 2010)

1.3.4 Předškolní období

Předškolní období je období mezi třetím a šestým rokem dítěte, také se mu říká období mateřské školky, a končí nástupem dítěte do 1. třídy základní školy. Rodinná výchova je stále základem. Tělesný a duševní vývoj se oproti předcházejícím období zpomaluje, je plynulejší a pozvolnější. Výrazně se zlepšuje oblast myšlení, paměť, koncentrace pozornosti. Dítě rozvíjí vztahy k dalším lidem a vrstevníkům. Motorický vývoj lze označit jako neustálé zdokonalování. Je zlepšená pohybová koordinace, hbitost, plynulost a elegance pohybu. Řečový projev se během předškolního období také velmi zdokonalí. Tříleté dítě většinou vyslovuje nedokonale, hlásky nahrazuje jinými nebo je vyslovuje nepřesně. Dítě řečový projev zlepšuje a „dětská patlavost“ do nástupu do školy vymizí. Roste zájem o mluvené slovo, rádo naslouchá příběhům a pohádkám i v kolektivu jiných dětí. S vývojem řeči se také rozvíjí poznání. Dítě více komunikuje a žádá vysvětlení a zdůvodnění věcí a situací okolo něj. Komunikační zásadou je trpělivě odpovídat na otázky předškoláka, protože je to důležité pro jeho jistotu. V tomto období je rodič pro dítě stále zárukou jistoty, dítě mu věří a potřebuje jeho vysvětlování. Někdy je toto období nazýváno „obdobím tisícinásobného proč“. V tomto období také opakuje slova, často i nevhodná, která slyší od jiných dětí. Je vhodné dítěti vysvětlit, co dané slovo znamená a vysvětlit mu, že není rozumné takové slova používat. Pro zdárný vývoj je důležité v dítěti podporovat jeho sebevědomí a pochválit ho, když se mu něco podaří nebo dobře udělá. Pokud rodina prožívá nějakou náročnou situaci, je dobré dítěti tuto situaci přiměřeným způsobem vysvětlit. (Plevová, Slowik, 2010) V předškolním věku se rozvíjí názorové (intuitivní) myšlení. Dítě uvažuje v celostních pojmech. Toto myšlení však ještě předškolákovi brání myslet zcela logicky. Jeho závěry jsou zcela

shodné s tím, jak danou situaci vnímalo nebo si představovalo. Charakteristickým rysem jeho myšlení je egocentričnost. Nechápe, že lidé mohou mít odlišný názor. Dalším typickým rysem pro myšlení předškoláka je magičnost. Dítě si dokáže změnit objektivní fakta podle své vůle, má představu, že ono samo danou situaci vyvolalo. Pro předškoláka je také typické antropomorfní myšlení. Má tendenci všechny věci a jevy kolem sebe polidšťovat. Neživým věcem a zvířatům přisuzuje lidské vlastnosti. (Jobánková, 2000) V tomto období roste touha po dětské společnosti, vznikají první přátelské vztahy mezi dětmi. Tyto vztahy jsou nestálé a objevují se první konflikty. Dospělý pak plní roli soudce a učitele zároveň, musí umět dětem vysvětlit, jak se mají správně chovat. (Plevová, Slowik, 2010) Dítě předškolního věku někdy dokáže zvládnout hospitalizaci i bez doprovodu blízké osoby, záleží na jeho temperamentu a osobnosti, ale přesto mu přítomnost matky, nebo i jiné blízké osoby dokáže poskytnout velkou oporu.

1.3.5 Mladší školní období

Toto období začíná vstupem dítěte do 1. třídy základní školy a končí se začátkem projevů pohlavního dozrávání, s průvodními tělesnými a duševními změnami. Psychoanalýza tento věk označuje jako období latence. Důvodem je zdánlivé uklidnění převratného vývoje v předcházejících etapách, a ne tak bouřlivé jako období následující. Označuje se také jako „klid před bouří“. (Langmeier, Krejčířová, 2006) Tělesný růst školáka je rovnoměrný, jemná i hrubá motorika se neustále zlepšuje, roste svalová síla a zlepšuje se pohybová koordinace celého těla. Zdokonaluje se smyslové vnímání, koordinace mezi zrakovou a jemnou motorikou. Svého vrcholu dosahuje představivost. Pro řečový projev je charakteristické rozšíření slovní zásoby, zdokonalení verbálního projevu, roste délka a složitost vět. Osvojuje si nová slova, poznává nové souvislosti. Nastává pokrok v artikulaci, patlavost ze začátku tohoto období většinou samovolně vymizí. S vývojem řeči souvisí i rozvoj paměti. Zdokonaluje se krátkodobá i dlouhodobá paměť, je stabilnější, umožňuje dítěti dobré osvojení a lepší reprodukci probírané látky. Dokáže rozložit svoji pozornost na více oblastí, učí se učit. Názorné myšlení je nahrazeno stadiem konkrétních logických operací. (Jobánková, 2000) Vstup do školy znamená pro dítě výraznou změnu v

socializaci. Rodina ztrácí svoje dominantní postavení, stále větší význam získávají pro školáka další osoby - učitelé, spolužáci. Rodiče by se v tomto období měli zajímat o kamarády svých dětí, protože dítě přestává být do určité míry závislé na názoru rodiče, daleko více vnímá názory a postoje svých kamarádů. (Jobánková, 2000) Dítě v tomto věku zvládá pobyt v nemocnici bez blízké osoby většinou bez problémů, ale časté návštěvy jsou velice žádoucí.

1.3.6 Období dospívání

Období dospívání rozdělujeme na 2 fáze:

- Prepuberta (dívky 10-12 roků, chlapci 11-13 roků). Proměny se připravují. Dochází ke zrychlení tělesného růstu s tělesnou nerovnoměrností, rozvoji druhotných pohlavních znaků a výkyvům duševní pohody.
- Puberta (dívky 12-15 roků, chlapci 13-16 roků). Je to období prudkých změn, vrcholí tělesný růst, doprovázejí ho výrazné duševní a sociální změny.

Období dospívání je dlouhé a rozmanité. Začíná okolo jedenáctého roku života prvními projevy pohlavního zrání. Objevují se sekundární pohlavní znaky, zrychluje se růst, u dívek se dostavuje menstruace, u chlapců první noční poluce. Končí okolo dvacátého roku dovršením pohlavní zralosti a ukončením tělesného růstu. S tělesnými změnami přicházejí i psychické a sociální změny. Pro psychické změny jsou charakteristická emoční labilita, nové pudové tendence, myšlení dosahuje vrcholu až na úroveň abstraktního myšlení. Objevuje se nová forma myšlenkových pochodů, tzv. formální myšlení, myšlení nezávislé na obsahu. Dokáže přemýšlet o daleké budoucnosti, začíná kriticky uvažovat o podstatě a smyslu hodnot, které mu společnost předkládá. Srovnává svět takový, jaký je, se svým ideálním světem, jaký by chtěl mít. Tato konfrontace bývá spojena s pesimismem, kritikou a nespokojením s životní realitou. Pubescent se zabývá pojmy, jako je hmota, čas, pravda, spravedlnost, svoboda, morálka, právo. Emocionalita pubescenta je charakteristická nápadnými výkyvy nálad v obou

směrech. Střídá se u něj období vystupňované aktivity s obdobím ochablosti až apatie, nechutenstvím a poruchami spánku. Jeho jednání je impulzivní a nepředvídatelné. Emoční labilita se projevuje i na školních výsledcích. V období puberty je vyšší riziko suicidálních pokusů. V sociální oblasti dochází k postupnému osamostatňování se od rodiny, hledá nové životní role a nové sebepojetí. Navazuje stále bohatší a hlubší vztahy k vrstevníkům. Získává první sexuální zkušenosti. (Jobánková, 2000) Rodiče by si měli uvědomit, jaký měli oni sami v tomto období vztah s rodiči. V komunikaci by neměli být rychlí a ukvapení. Měli by dítěti důvěřovat a respektovat ho. Domluvit si s dítětem jasná pravidla, důsledně je dodržovat a případně se omluvit za svou chybu. Děti by se rodičům neměly bát svěřovat. Neměly by se ukvapovat v názorech a měly by se naučit kompromisům. Měly by chtít vést otevřenou komunikaci. Rodič má být ten, kdo neustále buduje společný vztah a buduje vzájemnou důvěru. (Plevová, Slowik, 2010) Hospitalizace dítěte v tomto věkovém období již zpravidla nevyžaduje neustálou přítomnost blízké osoby, děti si dokážou rychle najít kamarády mezi jinými rovněž hospitalizovanými dětmi.

1.3.7 Adolescence

Přechod mezi pubescencí a adolescencí je nezřetelný a individuální. Za období adolescence se považuje věk mezi 15- 20 rokem života. Tělesný vývoj pokračuje u chlapců. Jejich postava díky růstu svalové hmoty mužní, hlas mutuje a mohutní. Dívčí postava získává ženské tvary, zvětšují se prsa a boky. Stále pokračuje hledání vlastní identity. Intimní vztahy jsou intenzivnější, hlubší a dlouhodobější. Pokračuje proces separace od rodiny. V tomto období dochází k podstatnému životnímu rozhodnutí – volbě povolání. (Jobánková, 2000) V tomto věku je většina dětí naprosto samostatných a nepřetržitá přítomnost matky, nebo i jiné blízké osoby by vnímaly spíše jako přítěž a kontrolu. Přesto ale časté návštěvy jsou stále žádoucí.

1.4 Dítě a hospitalizace

Hospitalizace dítěte je náročnou životní zkušeností nejen pro dítě, ale i pro celou rodinu. Dítě je odloučeno od rodiny, školy, kamarádů, zvyká si na odlišný režim, nedostatek příležitostí k pohybu. Sestra předchází vzniku separačních fází u dítěte především tím, že umožní, dle technických možností oddělení, hospitalizaci společně s osobou blízkou dítěti. Nemůže-li nebo nechce-li být tato osoba s dítětem hospitalizována, nabídne jí sestra celodenní pobyt s dítětem na nemocničním oddělení nebo návštěvy u dítěte. V případě, že blízká osoba navštěvuje dítě méně často, než by si přálo, nikdy ji neobviňuje z nezájmu, ale naopak hledají společně náhradní řešení, jako jsou návštěvy v podvečerních hodinách, střídání s jinými blízkými osobami apod. (Sikorová, 2011)

To, jak dítě prožívá svou nemoc, je výrazně ovlivňováno i výchovnými postoji v rodině. Dobré vztahy v rodině jsou předpokladem k uzdravování. Pozorování a dlouhodobá sledování rodin s nemocnými dětmi ukazují, že pro další vývoj nemoci dítěte je velmi důležitý nejen výchovný postoj rodičů, ale i vztahy všech členů rodiny a stabilní domácí prostředí. Zejména u menších dětí je pro dítě nejdůležitější matka, ale zároveň má nejtěžší úkol. Protože bývá s nemocným dítětem nejčastěji. Matky také nejvíce trpí při adaptaci na závažnou nemoc dítěte a byla u nich pozorována řada neurotických problémů jako nespavost, bolesti hlavy, úzkost a strach. (Fendrychová, Klimovič et al, 2005)

Charta práv hospitalizovaných dětí uvádí, že děti mají být do nemocnice přijímány pouze tehdy, jestliže péče, kterou jejich stav vyžaduje, jim stejně dobře nemůže být poskytnuta doma nebo při denní ambulantní péči. Ve všech případech mají právo mít u sebe svou blízkou osobu, rodiče nebo prarodiče. Rodiče by měli dítě, které je již ve věku, kdy je schopné to pochopit na plánovanou hospitalizaci předem připravit, měli by zdůrazňovat příjemnější stránky hospitalizace. Trpělivě odpovídat na jeho otázky, aby se nestresovalo a ve svých představách nezveličovalo problémy. V akutních případech musí dítěti emocionální podporu poskytnout zdravotnický personál. (Vacušková, 2009) Dítě v nemocnici ztrácí kontrolu nad tím, co se děje. Je v neznámém prostředí plném neznámých lidí, zvuků, věcí a pachů. Musí se vyrovnat nejen s nemocí a bolestí, ale i s odloučením od svých nejbližších. Na toto reaguje odmítáním, pláčem, zlobou nebo agresí.

Matka, ale i jiná osoba blízká dítěti je pro dítě zdrojem jistoty a bezpečí. Odloučení od ní je pro něj větším zdrojem stresu než nemoc sama. Objevuje se u něj úzkost, strach z neznámého, regrese ve vývoji. Je-li s dítětem přijata i ona, dodává dítěti pocit jistoty a bezpečí. Ne vždy, ale může být někdo blízký přítomen na oddělení s dítětem, někdy nastávají situace, kdy přítomnost blízké osoby je nemožná. Příčiny hospitalizace bez blízké osoby mohou být objektivní:

- Dítě je hospitalizováno na oddělení JIP nebo ARO. Některá tato oddělení umožňují alespoň krátké návštěvy, některá z obavy z možnosti zavlečení infekce nedovolují ani to. Přitom pro toto opatření obvykle chybí věcný důvod.
- Dítě přichází z kojeneckého ústavu, dětského domova nebo jiného zařízení sociální péče. Zaměstnanci těchto ústavů většinou tyto děti nedoprovází.
- V rodině jsou další děti, o které by se neměl kdo v průběhu hospitalizace starat. Problémem může být i finanční situace v rodině, kdy se rodiče obávají ztráty pracovního místa.

Někdy ale společné hospitalizaci brání i subjektivní důvody:

- Rodiče podceňují potřeby dítěte. Myslí si, že jejich dítě je už dost velké nebo naopak ještě malé, a že hospitalizaci zvládne samo. (Sedlářová, 2008)

V současné době jsme bohužel stále častěji svědky situací, kdy i pouhé placení regulačních poplatků je důvodem nepřítomnosti doprovodu dítěte. Rodiny sociálně slabé jsou od placení regulačních poplatků osvobozeny, ale setkáváme se i s rodinami, kde sice finanční situace neopravňuje získat potvrzení o hmotné nouzi, ale přesto několik dní trvající hospitalizace dvou členů rodiny může způsobit finanční problémy. V současné době ale proběhla sdělovacími prostředky informace, že ministerstvo zdravotnictví připravuje změnu v placení regulačních poplatků a děti do 18 let by mohly být od placení úplně osvobozeny.

I krátký pobyt v nemocnici může mít negativní dopad na celou rodinu. Pokud rodičům není umožněno dítě v nemocnici doprovázet, poskytovat mu trvale lásku a péči, konejšit je a ochraňovat, pociťují vinu a selhání ve své

rodičovské roli. Situaci, kdy se musejí vzdát péče o nemocné dítě a svěřit je odbornému personálu, prožívají často jako vysoce stresující. Ztrácejí sebedůvěru, což vede ke snížení schopnosti poskytnout dítěti dostatečnou podporu a pocit jistoty ve chvíli, kdy to dítě nejvíc potřebuje. Odborníci nikdy nemohou nahradit péči rodičovskou, nemohou dítěti zajistit individuální přístup a naplnění všech potřeb. Proto je pro většinu dětí pobyt v nemocnici velmi stresující a může mít vážné psychické následky.

Na základě těchto poznatků vznikl například ve Velké Británii nový systém péče o hospitalizované děti, vycházející z principů Family Centred Care – péče zaměřené na celou rodinu, nejen na nemocné dítě. Tento systém vychází z přesvědčení, že rodiče jsou pro dítě nenahraditelným zdrojem jistoty a bezpečí, nejlépe je znají, a mohou tedy nejlépe reagovat na jeho měnící se potřeby. I v době hospitalizace zůstávají jeho zákonnými zástupci a mají za dítě právní odpovědnost. Není tedy možné vyloučit je z procesu uzdravování jako nekompetentní laiky. Naopak se stávají vítanými spolupracovníky zdravotníků, především sester, (Sedlářová et al, 2008) Tento princip je podle Řezáčové (in Sedlářová et al, 2008) postupně uplatňován i u nás. Pracovníci mnoha dětských oddělení již částečně tyto změny realizují. Podle mínění některých rodičů je však postavení rodiny v české nemocnici stále značně nejisté. Je nutné pokročit dále a vymezit pravidla spolupráce i kritéria poskytování kvalitních služeb. Je třeba si uvědomit, že dobrá spolupráce s rodinou je nutným předpokladem pro naplňování Úmluvy o právech dítěte a Charty práv dětí v nemocnici. (Plevová, Slowik, 2010) Rovněž zvládání bohužel velmi častého projevu nemoci, ale i zákroků prováděných na dítěti při hospitalizaci, bolesti, je v přítomnosti blízké osoby pro dítě jednodušší, snazší. Děti rozumí základnímu pojmu bolesti již od velmi nízkého věku a dokážou popsat její psychické i fyzické aspekty. Nicméně definovat bolest jednoduše a přesně je obtížné, takto ji definuje IASP (International Association for the Study of Pain, Mezinárodní asociace pro studium bolesti) Bolest je: „nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená se skutečným nebo potenciálním poškozením tkáně nebo popsána z hlediska takového poškození.“(1) Bolest je pro dítě vždy stresující faktor bez ohledu na jeho věk, ale již od novorozeneckého věku je zřejmé, že konejšivá

náruč matky dokáže někdy více než léky.

Předcházející příprava na hospitalizaci může tvořit vhodný přechod z domácího prostředí do nemocnice. Žádoucí je, aby přechod do nemocniční péče působil co nejméně traumaticky. Tato příprava se nejčastěji děje v ambulanci střediska, kam dítě přišlo na prohlídku a kde lékař o jeho přijetí do nemocnice rozhodl. Měli bychom začínat nejprve s rodiči, protože v jejich rukou bude příprava do té doby, než dítě do léčebného zařízení přijde. Postoje, které oni zaujmou k nemoci a k léčbě dítěte, ovlivní přirozené chování dítěte. (Matějček, 2001)

Každá rodina by měla vědět, jaký přístup se od ní očekává, když je dítě přijímáno do nemocnice. Věk dítěte a vztah s rodiči mají vliv na to, kdy by měla tato příprava začít a jak by měla probíhat. (Plevová, Slowik 2010)

Pro každé dítě je příchod na nemocniční oddělení negativním zážitkem, a to i přes úsilí jej na hospitalizaci připravit. Sestra může několika činnostmi příjem na oddělení dítěti ulehčit, důležité je pozdravit, představit se, komunikaci orientovat nejdřív na dítě, posléze na jeho doprovod, oslovit dítě, navázat kontakt pomocí hračky apod., ukázat mu oddělení, představit jej dětem na pokoji a trpělivě odpovídat na jeho otázky.

1.4.1 Hospitalizmus

Už v počátcích rozvoje dětských nemocnic došli pediatři k poznatku, že některé děti se v nemocnici neuzdravují tak rychle a tak úspěšně, jak by se dalo při soustředěné léčebné péči očekávat. Naopak se objevovaly potíže a komplikace, jež nebylo možné vysvětlit jinak, než jako důsledek snížené odolnosti organismu pod vlivem nepříznivého duševního stavu dítěte. Vznikla představa, že jde o jakousi zvláštní "nemocniční nemoc", pro kterou se ustálil název hospitalizmus. V současné době se však dává přednost širšímu pojmu označovanému jako psychická deprivace. Definice, kterou uvádí Matějček (2001), vysvětluje psychickou deprivaci jako „psychický stav, který vzniká v takových životních situacích, kdy dítěti není dána příležitost k uspokojení jeho základních duševních potřeb v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu“(Plevová, Slowik.,2010)

V současné době, kdy je hospitalizace dítěte bez doprovodu výjimkou, se hospitalizmus vyskytuje zřídka, vidíme jej snad pouze u dětí, které jsou v nemocnici samy delší dobu, a tahle situace je poměrně zřídka. Rovněž věk dítěte hraje při rozvoji a projevech hospitalizmu velkou roli. Zatím co novorozenci a mladší kojenci hospitalizmem postižení téměř nebývají, starší kojenecký a batolecí věk je pro něj nejvíce rizikový. V předškolním věku projevy postupně ubývají.

1.4.2 Separace

Na rozdíl od psychické deprivace znamená separace náhlé přerušení vztahů již vytvořených. O účinku separace rozhoduje věk dítěte a její forma, která může být náhlá i postupná, úplná i částečná, krátkodobá i dlouhodobá. Roli hrají rovněž povahové vlastnosti dítěte a jeho předchozí zkušenost s podobnými situacemi. Velký význam má rovněž chování zdravotnického personálu. Matějček (2001) uvádí tři typické fáze separačních reakcí dětí:

- Fáze protestu, kdy dítě křičí a vzteká se, zmítá sebou, volá matku a čeká na základě své předchozí zkušenosti, že ona bude na jeho pláč reagovat.
- Fáze zoufalství, kdy dítě postupně ztrácí naději na přivolání matky, křičí méně, odvrací se od okolí ve stavu hluboké stísněnosti.
- Fáze odpoutání od matky, kdy dítě potlačuje své city k matce a buď se připoutá k někomu, kdo je ošetřuje, nebo, není-li někdo takový k dosažení, ztrácí vztah k lidem a upoutává se spíše na věci. (Tato fáze nastupuje ovšem spíše až po dlouhodobém odloučení dítěte od matky či jiné „mateřské osoby“ (Plevová, Slowik, 2010)

1.5 Chování zdravotnických pracovníků

Při ošetřování dětí je důležitá komunikace, navázání kontaktu, trpělivost a vlídnost. Dítě chválíme, usmíváme se na něj. Pokud má dítě oblíbenou hračku, snažíme se navázat komunikaci přes ni. Děti snadno uplatňují mechanismus projekce a své vlastní prožitky a stavy promítají do této hračky. Laskavým

chováním k hračce si můžeme získat důvěru dítěte a ono může být ochotnější s námi spolupracovat. (Plevová, Slowik, 2010)

Už novorozenec reaguje na lidský hlas, umí napodobovat jednoduché mimické výrazy, rozlišuje příjemný dotek. Není úplně bezbranný, naopak ovládá mocnou zbraň-křik. Rychle se učí rozeznávat jeho účinky a posléze začíná používat druhou zbraň-úsměv, kterému zpravidla nikdo neodolá. Znamená to, že ani novorozenec není příliš malý na to, aby s ním zdravotnický personál komunikoval vhodným způsobem. (Plevová, Slowik,2010)

Kojenecký věk nabízí zdravotníkům již více možností ke vhodné komunikaci. Je důležité jednat s dítětem jemně, něžně, naklánět se k němu, mluvit na něj tichým hlasem, spíš vyšším tónem. Je důležité používat neverbální komunikaci, abychom dítě utišili a navázali dobrý kontakt. Neméně důležitá je komunikace s rodiči, rovněž je vhodné zapojovat je do péče o dítě. (Plevová, Slowik,2010)

Dítě batolecího věku je na hospitalizaci velmi citlivé, i krátkodobé odloučení od matky pro něj znamená obrovský stres. Vhodný přístup zdravotníků k němu je ohromně důležitý, zároveň již není tak snadné navázání kontaktu. Dítě oslovujeme jménem, na které je zvyklé z domova. Snažíme se používat slova z jeho slovníku. Používáme snadné a krátké sdělení. Respektujeme denní režim dítěte, snažíme se vyhnout direktivnímu chování. Dětský negativismus v tomto věku je naprosto přirozený, ale přesto zlobení i agresivita můžou být projevem vyrovnávání se se stresem. (Plevová, Slowik, 2010)

Dítě předškolního věku potřebuje, aby se mu naslouchalo. Nešetříme pochvalou, oceňujeme. Pro vysvětlení ošetřovatelských intervencí používáme „terapii hrou“. Dítěti dáváme možnost rozhodnout se. Dítě oceňuje partnerský přístup, podáme mu ruku, představíme se, mluvíme s ním a ne s matkou. Zároveň jej nepodvádíme, nelžeme mu, respektujeme jeho individualitu. (Plevová, Slowik, 2010)

U dítěte školního věku se slovní zásoba prudce rozvíjí, proto je možné navázat s ním vcelku kvalitní slovní komunikaci. Odborníci doporučují podněcovat komunikaci s dítětem použitím vyjádření o třetí osobě: „Některé děti nerady...“ Dobře působí kreativní komunikace, používáme kresbu, dítě

zapojujeme do rozhodování o jeho osobě. Podstatně náročnější je komunikace s dítětem pubertálního věku. Dítě může vystupovat klackovitě, arogantně a často vyžaduje velkou trpělivost zdravotníků.

Dospívající dítě je pro zdravotníky rovněž náročným pacientem. Na jednání s ním musíme klást velký důraz, jinak komunikace nefunguje. Dítě je nutné vyslechnout, ale nesoudit. Oslovujeme jej jménem, spolupráci na ošetřovatelských intervencích vítáme. Respektujeme jeho soukromí a pocit studu. Týká se to rovněž sdělování některých informací rodičům bez vědomí dospívajícího dítěte. (Plevová, Slowik, 2010)

1.6 Herní aktivity v nemocnici

Hra je pro děti v nemocnici obzvláště důležitá. Hračka je pro dítě stejně důležitá jako léky a strava. Pomocí hraček a napodobivé hry lépe porozumí tomu, co se jim dospělí snaží sdělit. Prostřednictvím řízené hry mohou porozumět své nemoci a všemu, co se okolo nich děje. Během volné hry mohou posílit sebedůvěru, sílu a dojde k uvolnění. Herní aktivity mají mnoho podob a můžeme je rozdělit například na herní prvky začleněné do běžné i speciální ošetřovatelské péče, na hru jako součást přípravy dítěte na výkon, hru, kterou děti vyplňují volný čas a terapeutickou hru.

Pro sestru je velmi důležité, aby hru začleňovala do všech ošetřovatelských intervencí. Pomocí hry sestra naváže s dítětem kontakt, získá jeho důvěru, pomůže jí vysvětlit chystaný zákrok, zklidnit a ukonejšit dítě po výkonu. Velice záslužná je v tomto směru práce herních specialistů. Jsou to speciálně vyškolení lidé, kteří umí jednat s dětmi, chápou jejich nálady a stesky. S pomocí alba, panenky či lékařského kufříku dokážou dítě zbavit úzkosti z neznámého. V osobě herního specialisty by mělo dítě najít někoho, kdo je schopný pohlížet na nemocnici a všechno to, co se v ní odehrává, "dětskýma" očima, někoho, kdo bude vždycky víc obyčejným člověkem než zdravotníkem. Tedy někoho, kdo bude do určité míry i jakýmsi ochráncem dítěte. (Sedlářová, 2008)

Záslužná je rovněž práce některých občanských sdružení a nadací, nadací, např. Zdravotní klaun, Loutky v nemocnici, apod. Hlavním posláním občanského sdružení Zdravotní klaun je podporovat psychickou pohodu hospitalizovaných dětí. Pomáhá ke zlepšení jejich celkového psychického a zdravotního stavu. Zdravotní klauni, formou humoru, malé pacienty odreagují od strachu, napětí a od úzkostí spojených s léčbou nebo z neznámého nemocničního prostředí. Členové týmu zdravotních klaunů jsou profesionálové-většinou s dramatickým vzděláním. Je ale mnoho klaunů s přirozeným nadáním klauna bez odborného vzdělání. Důležitým předpokladem je komediální talent, hudební nadání, schopnost improvizace, ale také velká schopnost empatie, trpělivosti a samozřejmě vztah k dětem. (<http://www.zdravotni-klaun.cz>) Občanské sdružení Loutky v nemocnici se věnuje práci na poli dramaterapie. Loutky dokážou u nemocných dětí vykouzlit úsměv, zahnat stesk po domově, pomoci na chvíli zapomenout na bolest a trápení. Prostřednictvím divadelních představení, her a písniček se snaží pomoci v procesu uzdravování, snaží se otevírat prostor ke hře a komunikaci s dětmi. (<http://www.loutkyvnemocnici.cz>).

Nadace Archa Chantal má zase za cíl zateplit studené a neosobní nemocniční prostředí barvami, obrázky, hernami, všemi dostupnými prostředky navodit u nemocných dětí pocit bezpečí, co nejvíce zmírnit jejich duševní strádání, strach a stesk po domově. (<http://www.archa-chantal.cz/>)

1.7 Komunikace s hospitalizovanými dětmi

V případě hospitalizace dítěte s doprovodem, nejčastěji s matkou, je třeba, aby emocionální podporu zdravotnický personál poskytl jak dítěti, tak i matce. Komunikace s dětským pacientem je velmi specifická, Znalost jednotlivých vývojových stádií a jejich specifík je pro sestry pracující na dětských odděleních nezbytná. Dítě je v období nemoci velmi citlivé, matka je v tíživé situaci a právě správná komunikace nám pomůže k dosažení úspěšné vzájemné spolupráce. Správná komunikace s nemocným dítětem a jeho rodiči vyžaduje velkou dávku empatie, trpělivosti, upřímnosti, lidskosti, pochopení, ale i profesionálního

vystupování. (Venglářová, Mahrová, 2006)

Sestra se stává pro dítě kromě rodičů nejbližší kontaktní osobou. Komunikaci s dětmi musíme přizpůsobit jejich věku, abychom se dozvěděli o jejich pocitech, úzkostech a vztazích k ostatním lidem. Větší význam má neverbální komunikace, oční kontakt a hlavně úsměv. Svoji výšku se snažíme přizpůsobit výšce dítěte podřepnutím. Všímáme si gest dítěte. Velkou pozornost věnujeme dotekům. Zde je důležitá velká citlivost, protože dotekem můžeme dítě stejně tak zklidnit, jako rozrušit. Velice důležitá je úprava zevnějšku personálu a taky prostředí. (Venglářová, Mahrová, 2006)

Základní principy komunikace s dětmi shrnují tyto autorky do několika bodů:

- Dítěti nelžeme, vše se mu snažíme srozumitelně vysvětlit s ohledem na jeho věk a rozumové schopnosti, informujeme ho o každém výkonu, co budeme dělat, jak dlouho to bude trvat, jestli musí čekat bolest.
- Uvědomujeme si, že nevědomost u dítěte vyvolává nejistotu a strach. Používáme jednoduchý slovník, přizpůsobený věku dítěte.
- Dítě musí vědět, že nikdy nezůstane samotné. Za každý zvládnutý úkon jej chválíme, povzbuzujeme. Chválíme jej, i když se při výkonu brání a pláče. Oceňujeme každý i sebemenší pokrok v spolupráci s dítětem.
- Používáme vhodné pomůcky k navázání kontaktu, pokud je to možné, začleníme rodiče do plánování péče a staneme se partnery s jasně vymezenými kompetencemi. (Venglářová, Mahrová, 2006)

Tyto autorky rovněž upozorňují na nejdůležitější chyby, které děláme při komunikaci s dítětem:

- Přístupujeme k dítěti jako k malému dospělému, dopouštíme se lhaní, zastírání, zlehčování.
- Nevhodný je příliš autoritativní přístup. Krátkodobě sice může mít přínos, ale dlouhodobě způsobí strach a napětí.

- Devalvujeme citové projevy dítěte, ignorujeme jeho otázky, litujeme jej a srovnáváme dítě s jinými dětmi. (Venglářová, Mahrová, 2006)

1.9 Shrnutí teoretické části

V teoretické části své bakalářské práce jsem se věnovala právům pacientů a zákonům, které zabezpečují jejich dodržování, popsala jsem historický vývoj práv dítěte a význam přijetí Charty práv hospitalizovaných dětí. Věnovala jsem se potřebám dětí v jednotlivých vývojových stádiích a problémům, které nastávají u dítěte v souvislosti s hospitalizací. Uvedla jsem některá doporučení pro rodiče i personál nemocnic jak zacházet s dítětem při hospitalizaci, aby těmto problémům předešly. V empirické části své práce se pokusím získat informace o tom, jak vypadá dodržování práv hospitalizovaných dětí v současné praxi a jaká je znalost základního dokumentu, Charty práv hospitalizovaných dětí, mezi rodiči dětí a mezi zdravotnickým personálem

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 Zkoumaný problém:

Přijetí Charty práv hospitalizovaného dítěte Centrální etickou komisí MZČR v roce 1993 znamenalo obrovský průlom v poskytování péče dětem v nemocnici. Charta práv je přehled práv, které přísluší dětem v souvislosti s hospitalizací. Její jednotlivé body by měly být po dvaceti letech od přijetí již dodržovány pracovníky všech dětských oddělení a s Chartou by měly být přiměřeně věku seznámeny i děti. Neméně důležitá je znalost Charty pro doprovod dítěte, pro rodiče či jiné blízké osoby (viz příloha č. 1)

2.2 Cíl výzkumu

Cílem výzkumné práce je zjistit, jestli jsou na Klinice dětí a dorostu FNKV v Praze dodržovány jednotlivé body Charty práv hospitalizovaného dítěte, jak rodiče hospitalizovaných dětí vnímají jejich uplatňování a komunikaci se zdravotnickým personálem a jaký je pohled na danou problematiku ze strany zdravotnického personálu. Je třeba vzít v úvahu, že kvalitě péče o děti a dodržování jejich práv je na Klinice dětí a dorostu FNKV věnována velká pozornost, s Chartou jsou seznámeni všichni pracovníci a dodržování práv je součástí ošetrovatelských standardů. V neposlední řadě k podpoře práv dětí směřovala i rekonstrukce prostředí kliniky v r. 2011, která proběhla pod gescí a s podporou nadace Chantal Poullain. Na druhé straně však stavební dispozice kliniky neumožnila realizovat tento projekt v plné míře, a např. herní prostory v kojenecké části nejsou zcela optimální. Cílem výzkumu je zachytit vliv těchto faktorů z perspektivy ochrany práv hospitalizovaných dětí.

2.3 Výzkumné otázky:

- Jaké jsou oblasti nespokojenosti s dodržováním práv hospitalizovaných dětí z pohledu jejich rodičů?

- Jaké jsou oblasti nespokojenosti s dodržováním práv u hospitalizovaných dětí z pohledu dětských sester?
- Jsou názory rodičů na dodržování práv hospitalizovaných dětí horší než názory ošetřujícího personálu?
- Jaké jsou nejdůležitější oblasti střetů zájmů rodičů a dětských sester pracujících na klinice?

2.4 Metody výzkumu a techniky sběru dat:

Výzkum směřuje k prozkoumání situace v oblasti dodržování práv hospitalizovaných dětí na příkladu jednoho konkrétního pracoviště, Kliniky dětí a dorostu FNKV. Jde tedy o případovou studii, která využívá kvantitativní metodu sběru dat. Pro realizaci studie byla použita metoda dotazníkového šetření. Šetření rodičů probíhalo ve dnech od 28. 2. 2013 do 28. 3. 2013 se souhlasem náměstkyně pro ošetrovatelskou péči ve FNKV Mgr. Libuše Gavlasové. Šetření personálu probíhalo ve dnech 1. 3. 2013 do 30. 3. 2013. Oba výzkumy se týkaly oddělení kojenců a malých dětí a oddělení větších dětí.

Použila jsem dva nestandardizované anonymní dotazníky, které byly vytvořeny záměrně pro realizaci tohoto výzkumu. Jeden z nich byl určen pro rodiče, resp. jiné doprovázející osoby dětí hospitalizovaných na Klinice dětí a dorostu FNKV, druhý pro dětské sestry zde pracující. Dotazník pro rodiče tvořilo 24 uzavřených i polootevřených otázek. Dotazník měl pomoci zmapovat zkušenosti rodičů, které získali během svého pobytu v nemocnici spolu se svými hospitalizovanými dětmi. Při předávání dotazníku byli rodiče ubezpečeni, že jejich názor je důležitý pro zkvalitňování péče na dětském oddělení a na jejich připomínky bude kladen dostatečný důraz. Aby byla zaručena jejich naprostá anonymita, obdrželi rodiče dotazník spolu se zalepovací obálkou. Ten po vyplnění vhodili do připravené uzavřené schránky. Vyplnění dotazníku bylo zcela dobrovolné a o této skutečnosti byli rodiče náležitě poučeni. V dotazníku pro dětské sestry jsem použila 15 uzavřených a polootevřených otázek, korespondujících svým obsahem s dotazníkem určeným rodičům. Otázky jsem nastavila tak, aby dokázaly zmapovat pohled sester na problematiku společné

hospitalizace dítěte a jeho doprovodu. Vyplnění dotazníku bylo rovněž dobrovolné.

Rodičům doprovázejícím své dítě bylo rozdáno 75 dotazníků, vráceno bylo 68 dotazníků, návratnost tedy byla více než 90%. Čtyři dotazníky bylo třeba ze souboru vyřadit kvůli nedostatečné validitě jejich vyplnění. Ke statistickému zpracování bylo tedy použito 64 dotazníků. Zdravotnickým pracovníkům bylo rozdáno 14 dotazníků, vráceno bylo 14 dotazníků, z toho validních bylo všech 14 dotazníků.

Odpovědi z obou dotazníků jsem zpracovala pomocí deskriptivní statistiky a tam, kde to bylo vhodné, jsem získané výsledky převedla do názorných grafů. V diskuzi jsem odpovědi vztáhla k jednotlivým bodům Charty práv hospitalizovaných dětí, porovnávala jsem odpovědi rodičů a personálu a hledala jsem odpověď na položené výzkumné otázky.

2.5 Soubory respondentů

Jeden soubor respondentů tvořily osoby doprovázející děti při hospitalizaci na oddělení kojenců a malých dětí a oddělení větších dětí na Dětské klinice FNKV. Ačkoliv je zde možná i hospitalizace dítěte s otcem nebo i jiným členem rodiny, v období výzkumného šetření doprovod tvořily ze 100 % matky. Hospitalizace dětí bez doprovodu je na klinice neobvyklá, ale v období šetření se přesto vyskytla u třech dětí, rodiče těchto dětí se výzkumu nezúčastnili. Z celého souboru 64 respondentek, jich bylo nejvíce ve věku 26 až 42 let (86 %), 6 respondentek bylo ve věku do 25 let a pouze 3 respondentky ve věku 43 a více let. Pokud jde o vzdělání, tvořily soubor většinou matky se středoškolským vzděláním (76 %), 20% jich mělo vysokoškolské vzdělání, pouze 5 respondentek bylo vyučeno (4 %).

Co se týče věku hospitalizovaného dítěte, mělo 45 % matek dítě do 1 roku, 42 % mělo dítě od 1 do 3 let a 13 % matek pečovalo o dítě ve věku 3 – 6 let.

Druhým souborem respondentů byl nelékařský zdravotnický personál stejných oddělení Kliniky dětí a dorostu FNKV. Oslovila jsem 14 respondentů. Byly to vesměs ženy, dětské sestry. Jejich věková struktura byla

následovná:nejvíc, tj. 8 respondentek bylo ve věkové kategorii 40-49 let (57 %), ve věkových kategoriích 30-39 let a 50 a více let bylo shodně po 3 respondentkách (21,5 %, 21,5 %)

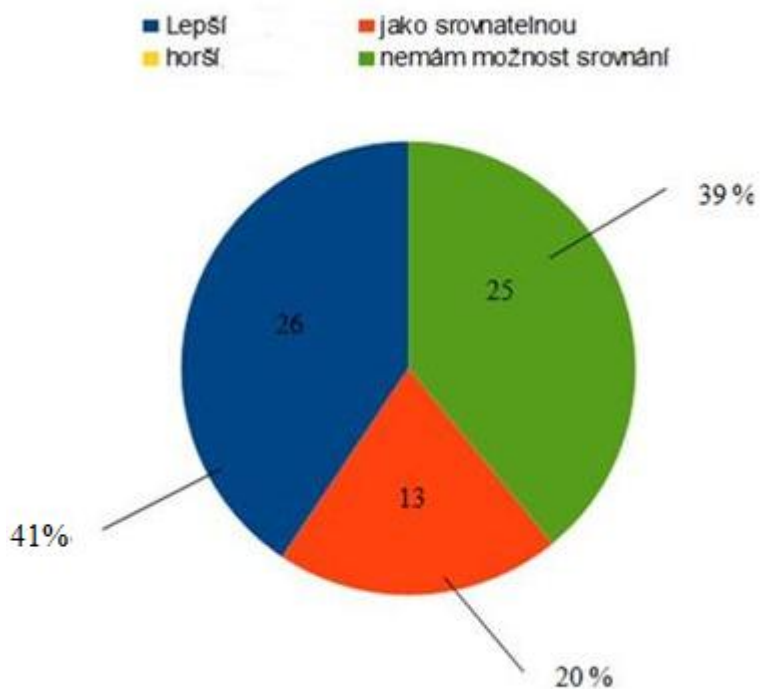
Jejich vzdělání tvořila v 9 případech střední zdravotnická škola (64 %), 2 sestry měly pomaturitní specializační studium (14 %), 3 sestry měly ukončené bakalářské studium (22 %).

2.6 Výsledky šetření osob doprovázejících hospitalizované děti (matek)

2.6.1 Srovnání hospitalizace ve FNKV s jinou nemocnicí

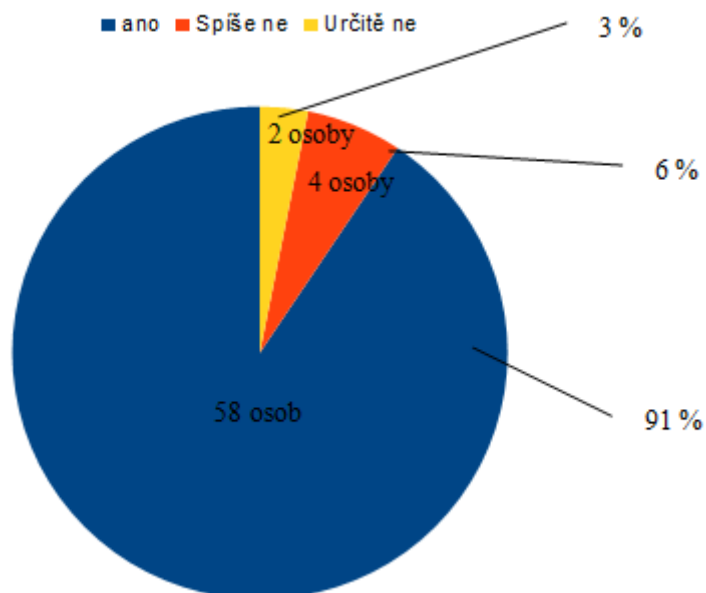
Srovnání kvality péče na klinice dětí a dorostu FNKV a na klinikách či dětských odděleních jiných nemocnic nám umožnila otázka „Máte možnost srovnání nynější hospitalizace s předcházející, v jiné nemocnici? Jestli ano, hodnotíte ji jako...?“ Otázka byla zodpovězena ve dvou krocích – nejprve respondenti odpověděli, zda mají možnost srovnání, teprve potom provedli hodnocení ti z respondentů, kteří měli relevantní zkušenost. Výsledek zobrazuje Graf č. 1

Graf č. 1- Hodnocení hospitalizace dítěte ve FNKV a v jiné nemocnici.



39 respondentek (tj. 61 %) uvedlo, že mají možnost srovnání nynější hospitalizace jejich dítěte se zkušeností s hospitalizací v jiné nemocnici. 26 z nich (tj. 66 %) hodnotí hospitalizaci ve FNKV jako lepší v oblasti vybavení oddělení a v přístupu personálu, 13 z nich (tj. 33 %) hodnotí hospitalizaci v obou nemocnicích jako srovnatelnou. 25 respondentek uvedlo, že nemá možnost srovnání (viz též Graf č. 1)

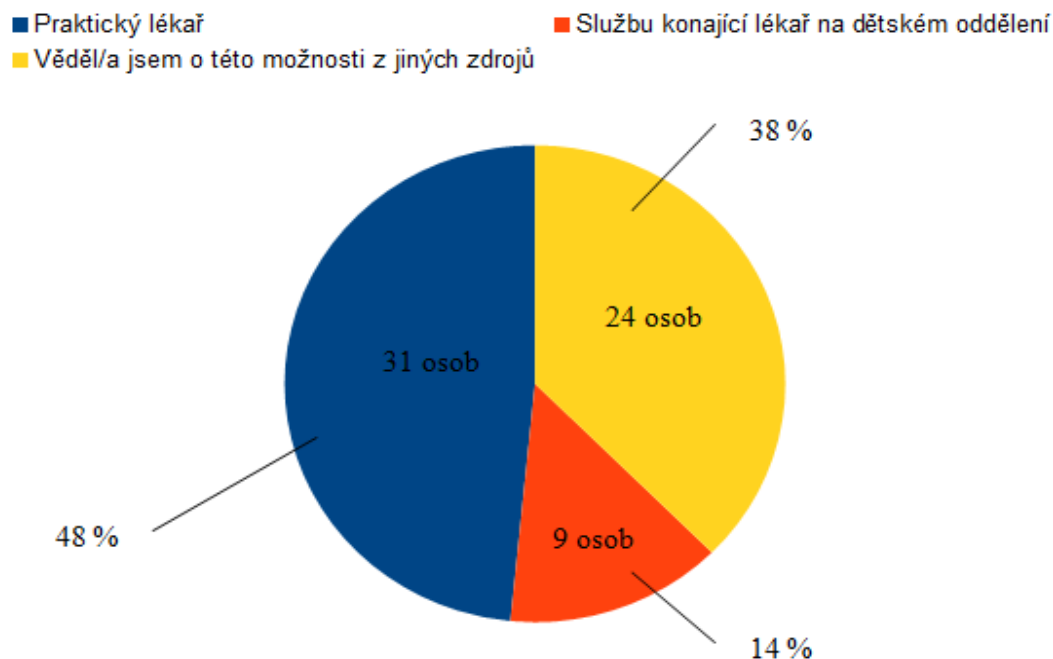
Graf č. 2- Možnost doporučení hospitalizace na oddělení dalším lidem.



Zeptali jsme se také respondentek, zda by kliniku dětí a dorostu FNKV doporučily svým známým, kdyby takovouto péčí pro své dítě potřebovali. Jak ukazuje Graf č. 2, odpovědělo 58 (91 %) respondentek kladně, 4 respondentky projeví menší výhrady a 2 respondentky by určitě hospitalizaci zde známým nedoporučily. Proč, to ale blíže nespecifikovaly.

2.6.2 Názory na společnou hospitalizaci

Graf č. 3 - Zdroj informací o společné hospitalizaci.

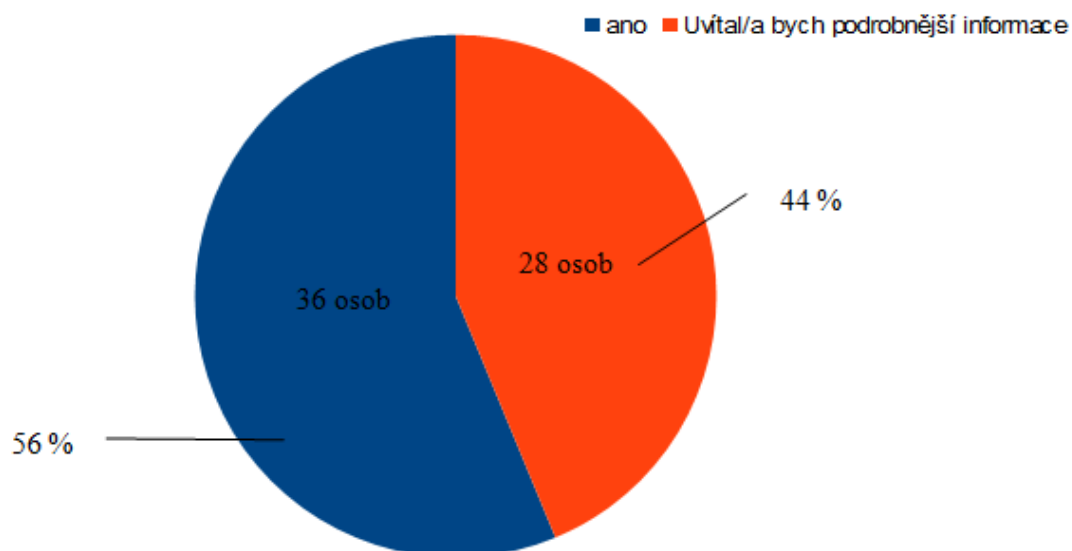


Na otázku kdo je upozornil na možnost společné hospitalizace, matky v polovině případů odpověděly, že to byl praktický lékař (48 %), 9 respondentek informoval službu konající lékař na dětském oddělení a 24 respondentek (38 %) uvedlo, že o této možnosti vědělo již dříve, z jiných zdrojů (viz Graf č. 3).

2.6.3 Komunikace o zdravotním stavu dítěte a hospitalizaci – informování rodičů

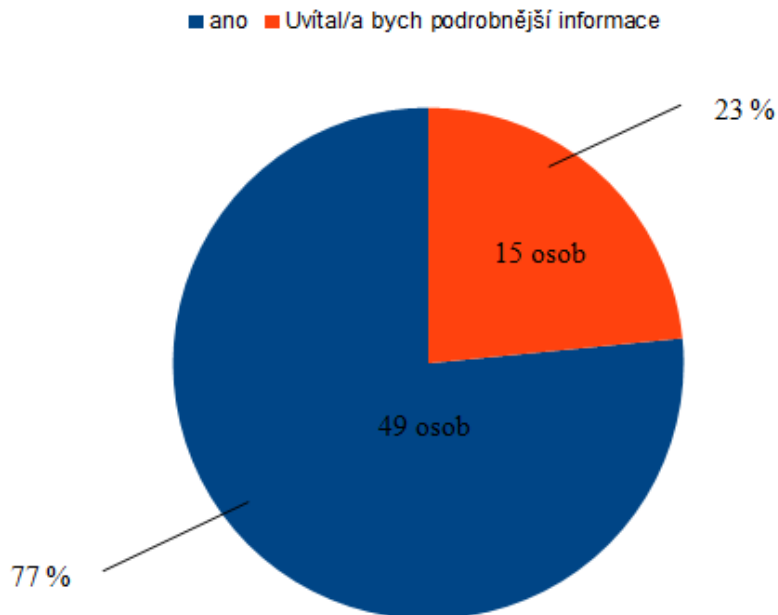
Většina respondentek (97 %) potvrdila, že o důvodu hospitalizace byly srozumitelně informovány. Pouze 2 respondenky (3 %) s vysvětlením důvodů hospitalizace nebyly spokojené.

Graf č. 4- Názor respondentů na dostatečnou informovanost od lékařů o důvodech, provedení a výsledcích vyšetření dítěte.



Na otázku která zjišťovala, zda lékař dostatečně a srozumitelně informuje o důvodech, provedení a výsledcích vyšetření, které Vaše dítě absolvovalo, 36 respondentek (56 %) odpovědělo, že jim lékař podává dostačující informace, 28 (44 %) respondentek nebylo se způsobem a rozsahem informací spokojeno. (viz též Graf č. 4).

Graf č. 5- Spokojenost s informacemi od sester.



Na otázku, která se tázala na to, zda respondentky od sester dostaly dostatečné informace o ošetrovatelské péči, kterou dítě potřebuje, 49 respondentek (77 %) odpovědělo, že považují informace zprostředkované sestrami za dostačující, 15 (23 %) respondentek by uvítalo podrobnější informace. (viz též Graf č. 5).

Při srovnání odpovědí na tyto dvě otázky je zřejmé, že rodiče projevili větší spokojenost s informacemi od sester, je to zřejmě způsobeno tím, že sestry jsou na oddělení přítomné nepřetržitě, takže jsou téměř vždy schopné rodičům na jejich dotazy odpovědět, zatím co lékař na oddělení pouze dochází a při jeho pracovní vytíženosti se velice často stává, že rodiče na informace musí čekat nadměrně dlouhou dobu

2.6.4 Chování sester

Naprostá většina matek (97 %) uvedla, že personál na dětském oddělení zachází s jejich dítětem vždy ohleduplně a s pochopením.

Nicméně 2 respondentky (tj. 3 %) pociťovaly, že v průběhu hospitalizace je někdy péče ohleduplnější jindy méně. Podobně na otázku, jak hodnotí přístup sester 63 respondentek (98 %), projevilo naprostou spokojenost, ale 1 respondentka (2 %) měla špatnou zkušenost a s přístupem sester k ní a k dítěti spokojena nebyla.

Graf č. 6- Znalost vlastních jmen dětských sester, které pečují o dítě.



Důležitým indikátorem chování zdravotnického personálu vůči rodičům a hospitalizovaným dětem je způsob seznámení rodičů s ošetřující osobou. Standard (etický kodex) praví, že by se zdravotničtí pracovníci měli aktivně pacientovi či blízké osobě představit. V našem výzkumu bylo zjištěno, že dle výpovědí respondentek, pouze třem (5 %) z nich se sestra přijímající je na oddělení představila jménem a podáním ruky. 61 respondentek uvedlo, že jména sester znají pouze z jejich jmenovek, anebo z prezenční tabule, která je umístěná na zdi při vstupu na oddělení. (viz též Graf č. 6)

Graf č. 7- Spokojenost matek s reakcí personálu na jejich žádost.



62 (97 %) respondentek odpovědělo, že sestry jim vždy s jakýmkoliv problémem ochotně pomohly, 2 respondenky uvedly, že s reakcí sester na jejich žádost nebyly spokojené.

Pokud se matky na sestru obrátily s nějakým problémem nebo žádostí, bylo jim dle jejich výpovědí v převážné většině případů vyhověno. Graf č. 7 ukazuje spokojenost matek s reakcí personálu na žádost nebo problém

2.6.5 Možnost aktivní participace rodičů

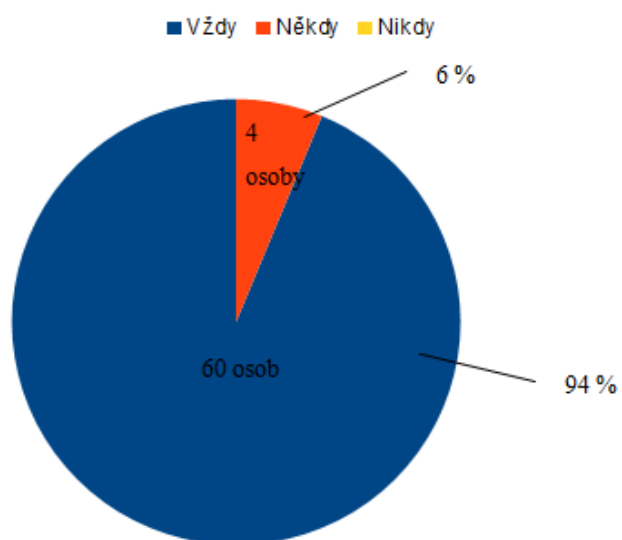
63 respondentek (tj. 98 %) vyjádřilo spokojenost s respektováním denního režimu jejich dítěte ze strany sester, pouze 1 respondentka projevila nespokojenost s tím, že musela probudit spící dítě a jít hned na vyšetření, které se povedlo přednostně zařídit na jiné klinice.

Graf č. 8 - Zapojení doprovodu do aktivní péče o dítě.



Na otázku, jestli byly personálem požádány o pomoc při péči o své dítě, matky většinou uvádějí, že nikoliv (89 %), ale o své dítě stejně chtějí pečovat samy. Pouze 7 matek uvedlo, že o tuto pomoc požádány byly. (viz Graf č. 8)

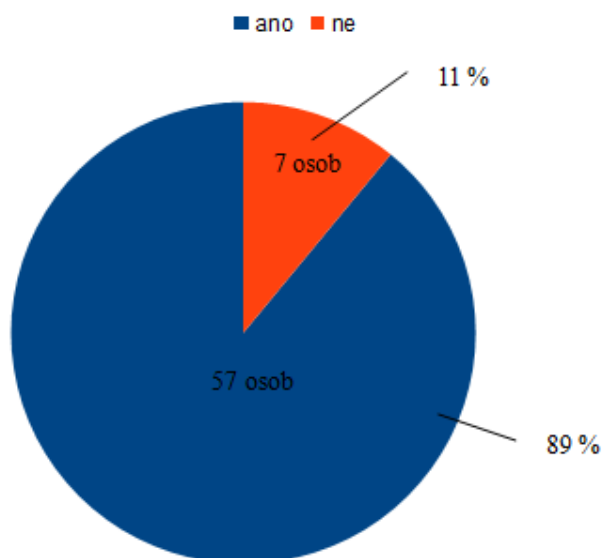
Graf č. 9 - Možnost být přítomen při vyšetřování dítěte.



94 % matek také uvedlo, že mají možnost být přítomny při vyšetřování a ošetřování jejich dítěte a účastnit se výkonů, které, jsou součástí léčebného programu dítěte. Zároveň 4 respondentky uvedly, že jim někdy bylo doporučeno nezúčastnit se některých výkonů prováděných na dítěti. (viz Graf č. 9)

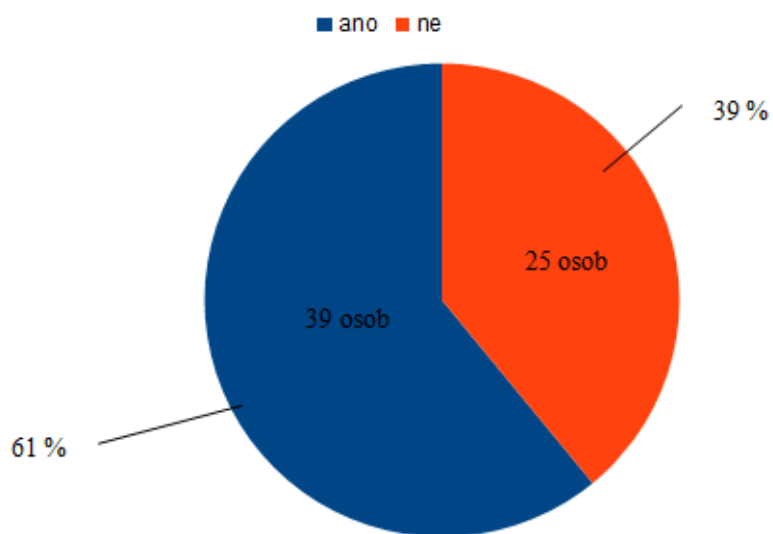
2.6.6 Prostředí nemocnice a prostor pro autonomii hospitalizovaného dítěte

Graf č. 10 - Názor respondentů na vybavení pokoje.



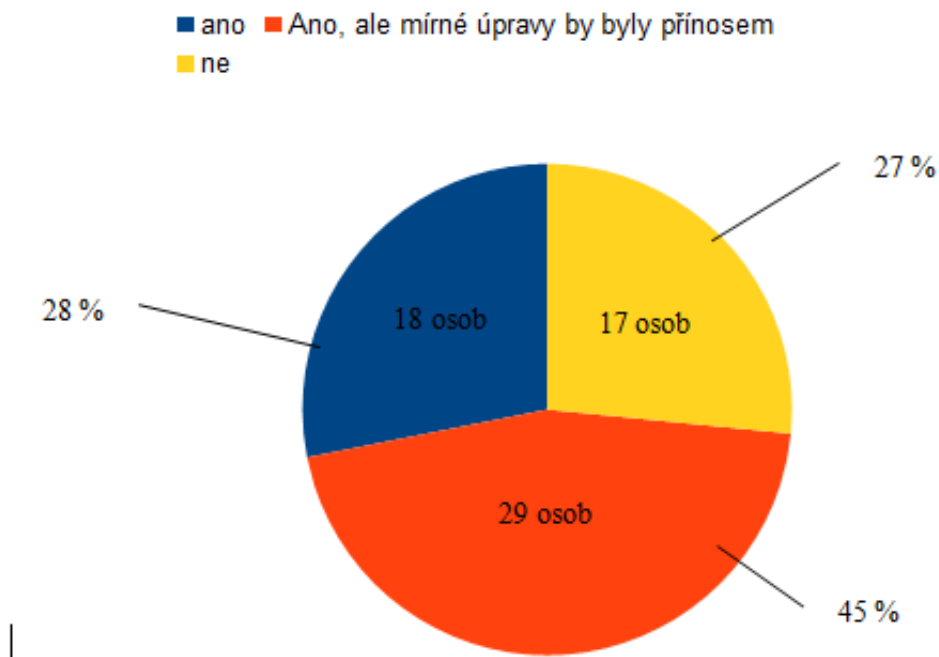
57 (89 %) respondentů projevilo spokojenost s vybavením pokojů, 7 respondentů uvedlo výhrady. Nespokojenost projevili s vrzajícími postelemi, chybějící televizí a ztíženým připojením k internetu.(viz Graf č. 10)

Graf č. 11 - Ubytování na pokoji s dětmi stejné věkové skupiny.



Na otázku jestli byli při hospitalizaci ubytováni na pokoji s dětmi stejné věkové kategorie 39 (61 %) respondentů odpovědělo kladně, 25 respondentů uvedlo, že na pokoji byli ubytováni s dětmi jiné věkové skupiny.(viz Graf č. 11)

Graf č. 12- Vyhovující prostory k trávení volného času.



18 (28 %) respondentů uvedlo, že prostory k trávení volného času jsou plně vyhovující, 29 (45 %) respondentů uvedlo, že prostory by potřebovaly menší úpravy, 17 (27 %) respondentů projevilo s funkčností a vzhledem prostor nespokojenost.(viz Graf č. 12)

2.6.6 Znalost Charty práv hospitalizovaného dítěte

Na dětském oddělení FNKV mají rodiče možnost se seznámit se se zněním Charty práv hospitalizovaného dítěte. Charta je umístěna na zdi, vedle přijímací místnosti, kde rodiče s dítětem čekají na přijetí ošetřujícím lékařem, napsána velkým, dobře čitelným písmem. Zajímalo nás, do jaké míry se rodiče s touto Chartou seznámili.

Graf č. 13 - Seznámení s Chartou práv hospitalizovaného dítěte.



36 (56 %) respondentů odpovědělo, že se seznámili s existencí i zněním Charty práv hospitalizovaného dítěte, 28 respondentů uvedlo, že o její existenci a umístění na klinice dětí a dorostu nevědí. (viz Graf č. 13)

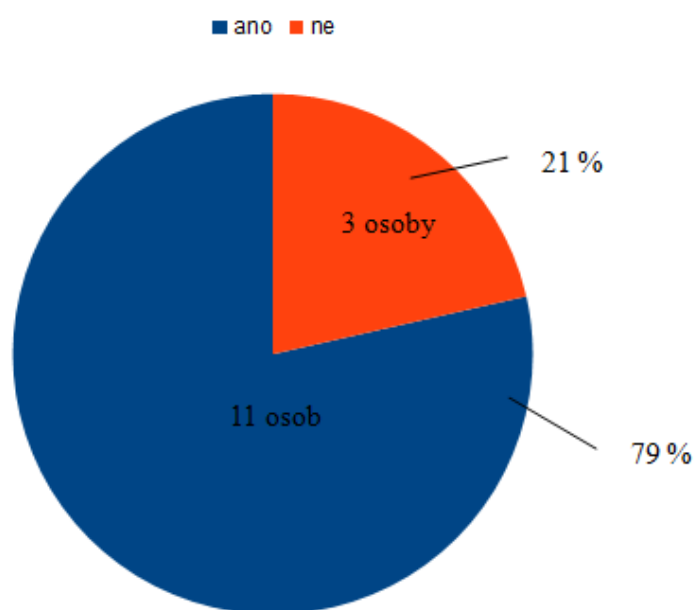
2.7 Výsledky šetření nelékařského zdravotnického personálu (dětských sester)

Výzkumu se zúčastnilo 14 všeobecných sester se specializovanou způsobilostí k povolání dětské sestry. Většina z nich měla středoškolské vzdělání a byla starší 40ti let. (podrobněji viz kap. 2.5 – Popis souborů) Celkově se personál domnívá (100 %), že na dětském oddělení FNKV se zachází s dítětem vždy ohleduplně a s pochopením.

2.7.1. Informace týkající se Charty práv hospitalizovaného dítěte

Na otázku, jestli je na oddělení vyvěšena Charta práv hospitalizovaného dítěte na viditelném místě všech 14, tj. 100 % respondentů odpovědělo kladně.

Graf č. 14 - Seznamování doprovázejících osob s existencí a umístěním Charty práv hospitalizovaného dítěte.



11 tj. 79 % respondentů z řad personálu uvedlo, že doprovázející osoby při sepisování ošetrovatelské dokumentace vždy seznamují s existencí Charty práv hospitalizovaného dítěte a o místě, kde je na oddělení vyvěšena (viz Graf č. 14)

2.7.2 Informování blízkých osob

Odpovědi na většinu otázek ukazují, že jednotlivé body Charty jsou na dětském oddělení FNKV dodržovány. 100 % respondentek odpovědělo, že vždy seznamují osobu doprovázející dítě s provozem oddělení.

Na druhé straně 100 % odpovědělo záporně na otázku, jestli poskytují

dostatečné a srozumitelné informace o dítěti, kdykoliv jsou o to doprovodem požádány a to z důvodu nedostatečných kompetencí k podávání informací o zdravotním stavu dítěte, výsledcích vyšetření a dalších skutečnostech a tím naplňují povinnosti týkající se informování podle vyhlášky 424 /2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

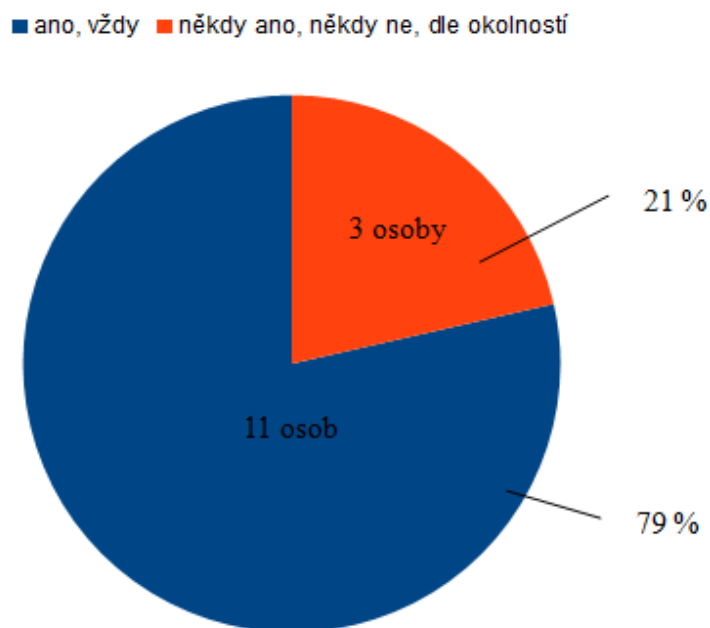
2.7.3 Podpora aktivní participace blízkých osob

Graf č. 15 - Pohled personálu na pomoc doprovodu při péči o dítě.



Většina tj. 12 (86 %) oslovených dětských sester vítá, když se doprovázející osoba podílí v rámci možností na denní péči o dítě, např. koupání, krmení, měření teploty nebo podávání léků. Pouze jedna oslovená sestra má pocit, že je tím zdržovaná od své práce.(viz Graf č. 15)

Graf č. 16 - Přítomnost doprovodu při provádění zákroků u dítěte.



11 (79 %) respondentů odpovědělo, že umožňují osobě, která doprovází dítě, aby byla přítomna při jeho vyšetřování a provádění nutných zákroků.(viz Graf č. 16)

2.7.4 Prostor pro autonomii hospitalizovaného dítěte

Podle Charty by děti měly mít právo být umístovány na pokoje společně s dětmi stejné věkové kategorie.

Dětské sestry se však shodují v názoru, že na Klinice dětí a dorostu FNKV je tato možnost omezena počtem pokojů a lůžek, hlavně na oddělení kojenců a batolat.

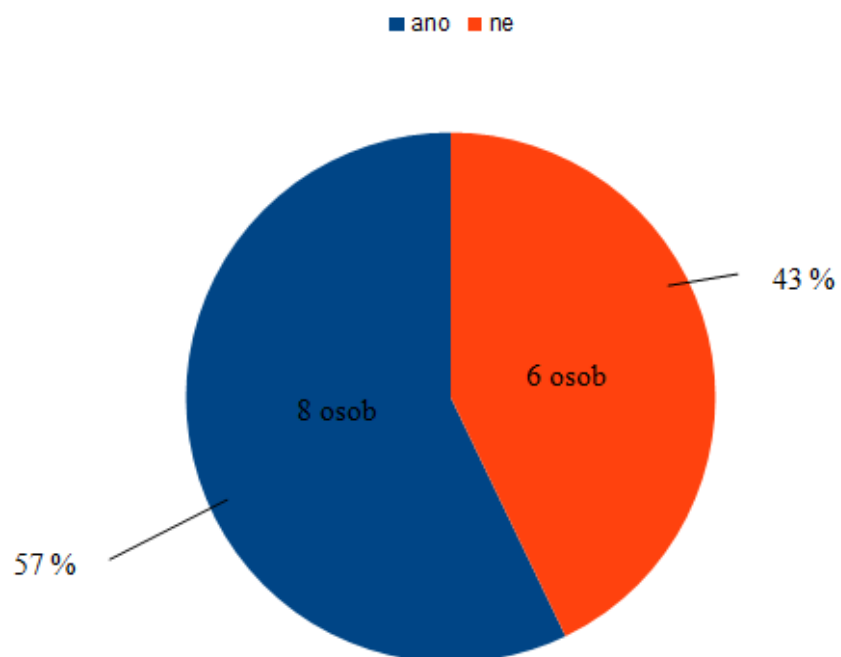
Graf č. 17 - Respektování denního režimu dítěte.



7 (50 %) respondentů odpovědělo, že se vždy snaží respektovat denní režim dítěte, 7 (50 %) respondentů odpovědělo, že někdy je nutné z důvodu dodržování léčebního režimu udělat výjimku.(viz Graf č. 17)

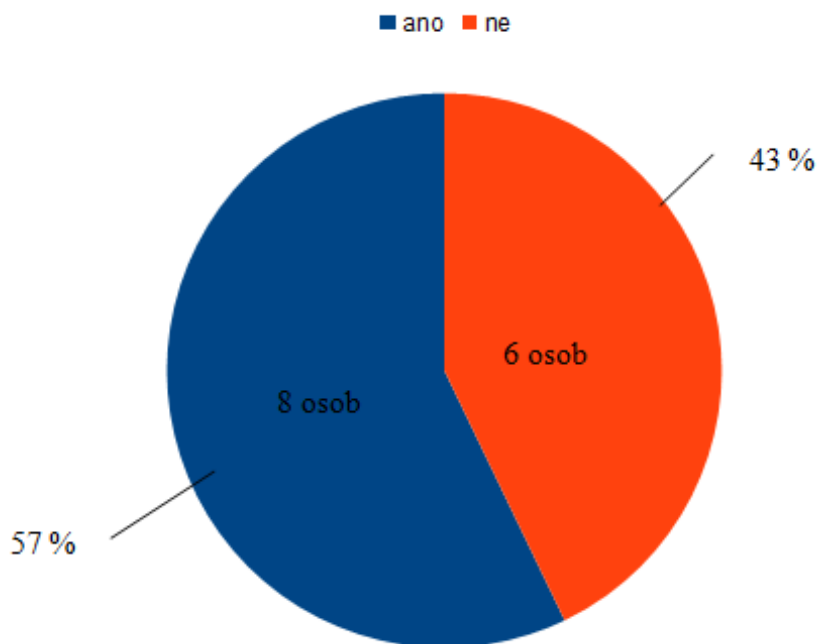
2.7.4 Prostředí pro hospitalizované děti

Graf č. 18 - Názor na úroveň herních prostor.



8 (57 %) respondentů si myslí, že jsou na oddělení vhodně vyřešené prostory určené ke hře a trávení volného času dětí.(viz Graf č. 18)

Graf č. 19 - Spokojenost s vybavením pokojů a oddělení.



8 (57 %) respondentů si myslí, že vybavení oddělení a pokojů odpovídá potřebám dětí (kvalita postýlek, přebalovací pulty a další). (viz Graf č. 19)

2.8 Srovnání výsledků

Srovnali jsme vždy dvě podobné otázky z obou dotazníků. Zjišťovali jsme, jak se lišily odpovědi matek a dětských sester.

2.8.1 Informace z pohledu rodičů a personálu

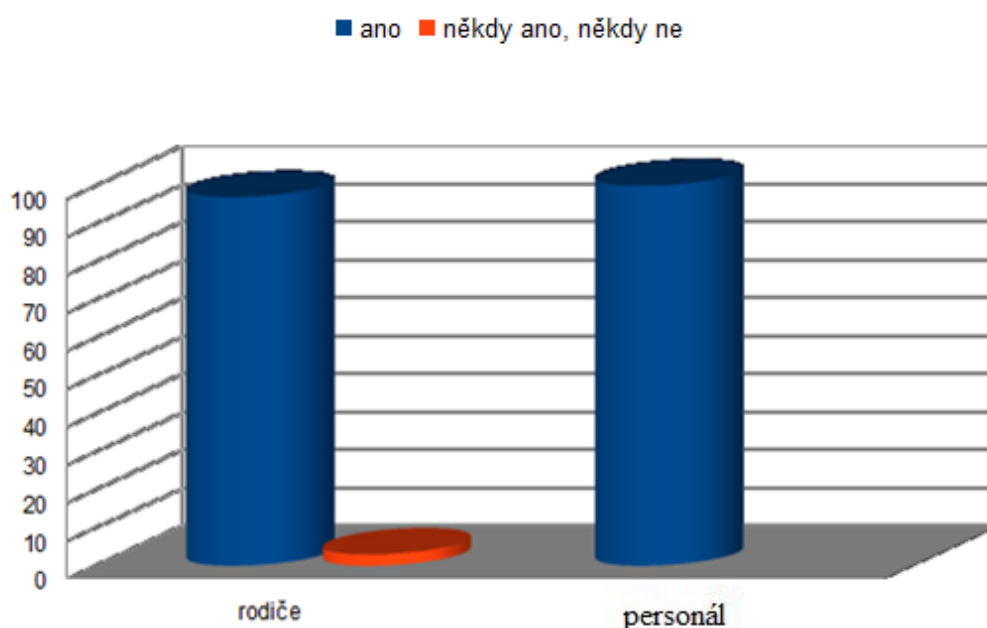
Srovnali jsme otázky č. 11 z dotazníku pro rodiče: „Myslíte si, že jste od sester dostal/a dostatečné informace o ošetrovatelské péči, kterou Vaše dítě potřebuje?“ a otázku č. 7 z dotazníku pro personál: „Poskytujete dostatečné a srozumitelné informace o dítěti, kdykoliv, kdy jste o to doprovodem požádány?“

Zdá se, že v této záležitosti je mezi rodiči a personálem většinou shoda. Více než tři čtvrtiny rodičů jsou spokojeni s omezeným množstvím informací, které je nelékařský personál oprávněn rodičům podávat.

2.8.2 Pohled rodičů a personálu na ohleduplnost zacházení s dítětem

Porovnávali jsme otázku 14 z dotazníku pro rodiče: „Myslíte si, personál na dětském oddělení zachází s dítětem vždy ohleduplně a s pochopením?“ a otázku č. 9 z dotazníku pro personál: „Myslíte si, že zacházíte s dítětem vždy ohleduplně a s pochopením?“

Graf č. 20 - Spokojenost se zacházením s dítětem.



Na otázky týkající se míry ohleduplnosti v zacházení s dítětem 97 % rodičů odpovědělo, že jim jednání personálu připadá dostatečně ohleduplné, 3 % rodičů uvedla, že byli s jednáním personálu spokojeni jen částečně a v některých situacích by uvítali citlivější přístup. Naproti tomu 100 % personálu si myslí, že k pacientům přistupují vždy ohleduplně. V této oblasti je ale třeba i uvedeným 3% nespokojených rodičů věnovat pozornost – zabývat se tím, co bylo příčinou této nespokojenosti.

Otázky 16. – 8.

Porovnávali jsme otázku č. 16 z dotazníku pro rodiče: „Vyžadovali od Vás sestry aktivní zapojení se do standardní péče o vaše dítě?“ a otázku č. 8 z dotazníku pro personál: „Vítáte, když se doprovázející osoba podílí v rámci možností na denní péči o dítě, např. koupání, krmení, měření teploty nebo podávání léků?“

Graf č. 21 - Aktivní zapojení doprovodu do péče o dítě.



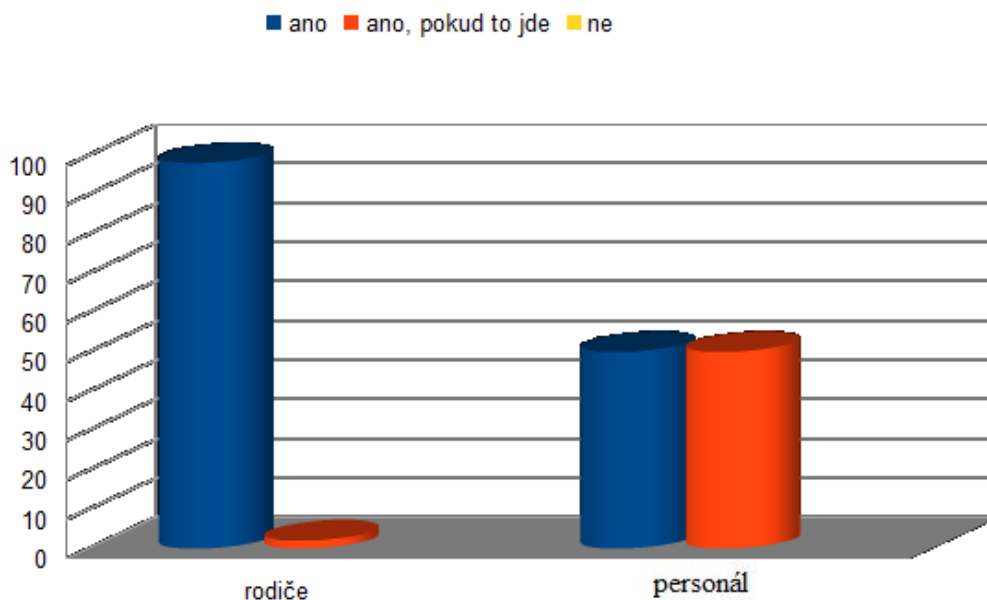
Na otázky věnované zapojení rodičů do denní péče o dítě, 11 % rodičů odpovědělo, že byli personálem požádáni o aktivní účast na péči o své dítě, 89 % sice o zapojení se do ní nikdo nepožádal, ale dělali to dobrovolně, z vlastního přesvědčení, že jejich péče je pro dítě to nejlepší. Naproti tomu 86 % personálu odpovědělo, že je to pro ně samozřejmost, 7 % odpovědělo, že je to vítaná pomoc, 7 % vyjádřilo mírný nesouhlas, protože mají pocit, že je péče rodičů někdy zdržuje při provádění vlastní ošetrovatelské péče.

2.8.3 Respektování běžného denního režimu dítěte

Otázky 17. – 13.

Porovnali jsme otázku č. 17 z dotazníku pro rodiče: „Myslíte si, že sestry respektují denní režim Vašeho dítěte?“ a otázku č. 13 z dotazníku pro personál: „Myslíte si, že respektujete denní režim dětí?“

Graf č. 22 - Respektování denního režimu dítěte.

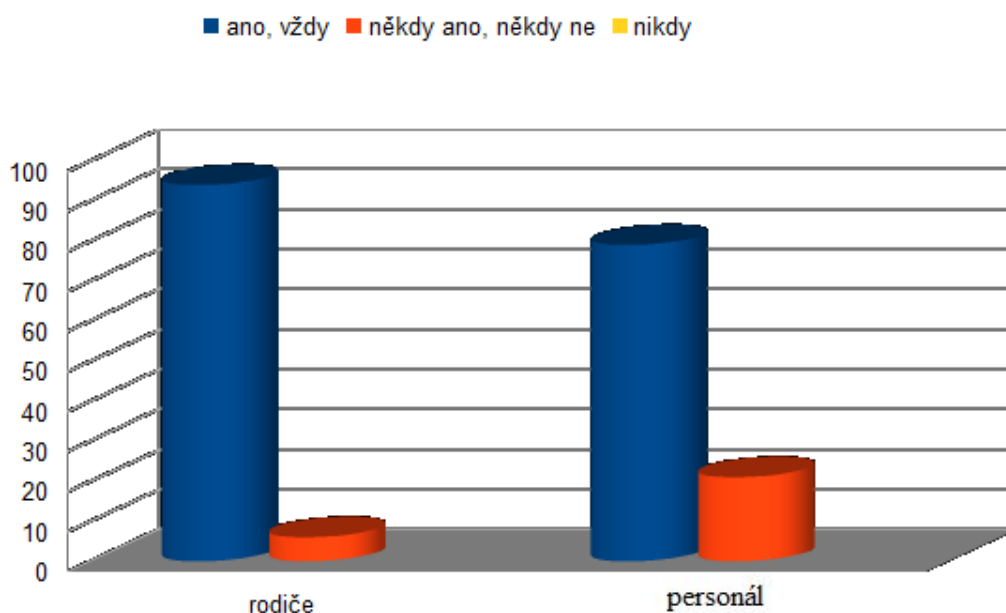


Na otázky věnované respektování denního režimu dítěte 98 % rodičů odpovědělo, že sestry respektují denní režim jejich dítěte, 2 % projevilo mírné výhrady. Naproti tomu 50 % personálu si myslí, že denní režim respektují vždy, ale 50 % jej respektuje pouze, když to není v rozporu s prováděním ošetřovatelské a léčebné péče.

Otázky 19. – 12.

Porovnali jsme otázku č. 19 z dotazníku pro rodiče: „Máte možnost být přítomen/a při vyšetřování a ošetřování Vašeho dítěte?“ a otázku č. 12 z dotazníku pro personál: „Umožňujete osobě, která doprovází dítě, aby byla přítomna při jeho vyšetřování a provádění nutných zákroků?“

Graf č. 23 - Přítomnost doprovázející osoby při zákrocích u dítěte.

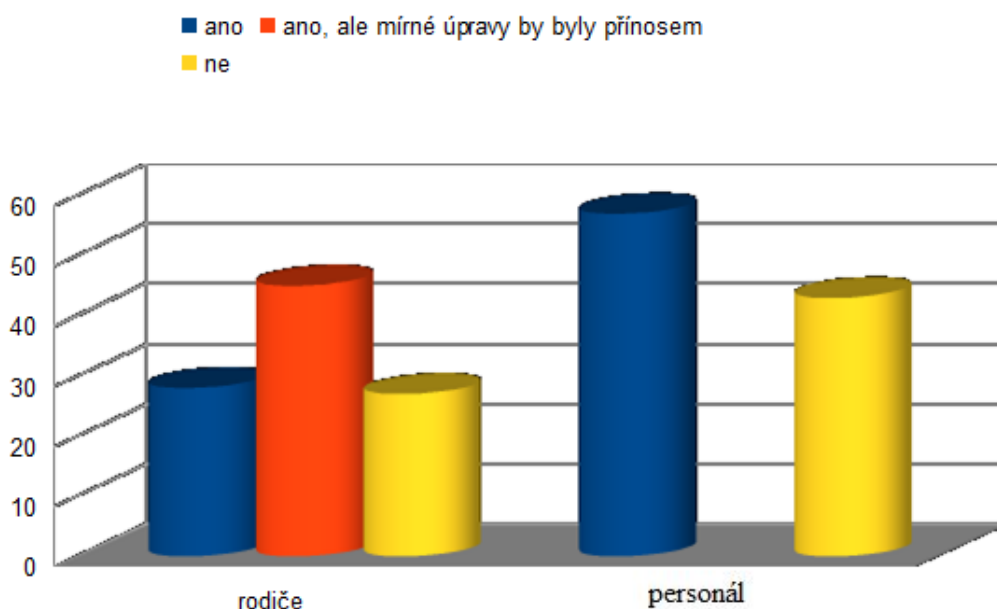


Na otázky týkající se přítomnosti rodiče při zákrocích prováděných na dítěti 94 % rodičů uvedlo, že jim personál nezasahuje nikdy do rozhodnutí být s dítětem u všech zákroků, 6 % uvedlo, že v některých situacích byli požádáni o chvilkovou nepřítomnost u dítěte. Naproti tomu 79 % personálu uvedlo, že přítomnost rodičů u výkonů nikdy neomezují, 21 % si ale myslí, že v některých situacích je jejich přítomnost nežádoucí.

Otázky 22. – 14.

Porovnali jsme otázku č. 22 z dotazníku pro rodiče: „Jsou na oddělení vyhovující prostory k trávení volného času dětí?“ a otázku č. 14 z dotazníku pro personál: „Myslíte si, že jsou na oddělení vhodně vyřešené prostory určené ke hře a trávení volného času dětí?“

Graf č. 24 - Prostory pro trávení volného času.



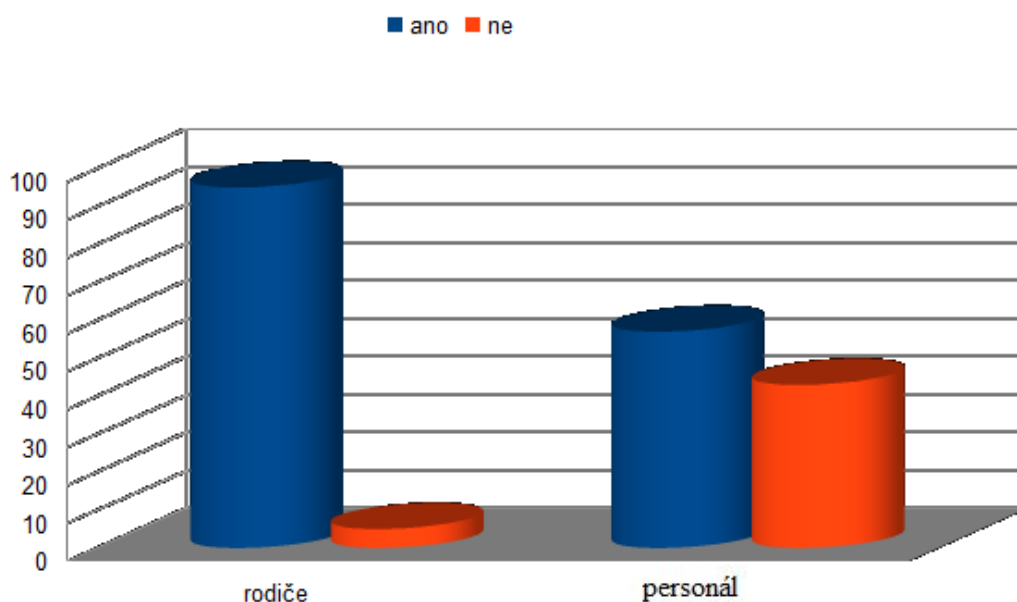
Na otázky z oblasti spokojenosti s prostory pro trávení volného času 28 % rodičů odpovědělo kladně, 45 % by volilo menší úpravy a 27 % projevilo s úrovní herny nespokojenost. Naproti tomu 57 % personálu shledalo prostory pro trávení volného času na oddělení vyhovujícími, ale 43 % odpovědělo záporně. Interpretace těchto rozdílů je ovšem složitá, neboť prostorové uspořádání dětské kliniky je nevyvážené. Výpovědi týkající se kojeneckého oddělení jsou zřejmě kritičtější než výpovědi týkající se oddělení pro starší děti, které je vybaveno velmi dobře.

2.8.4 Prostředí hospitalizovaných dětí

Otázky 18. – 15.

Porovnali jsme otázku č. 18 z dotazníku pro rodiče: „Myslíte si, že prostředí a vybavení pokoje odpovídá potřebám Vašeho dítěte?“ a otázku č. 15 z dotazníku pro personál: „Myslíte si, že vybavení oddělení a pokojů odpovídá potřebám dětí? (kvalita postýlek, přebalovací stoly...)“

Graf č. 25 - Spokojenost s vybavením pokojů.

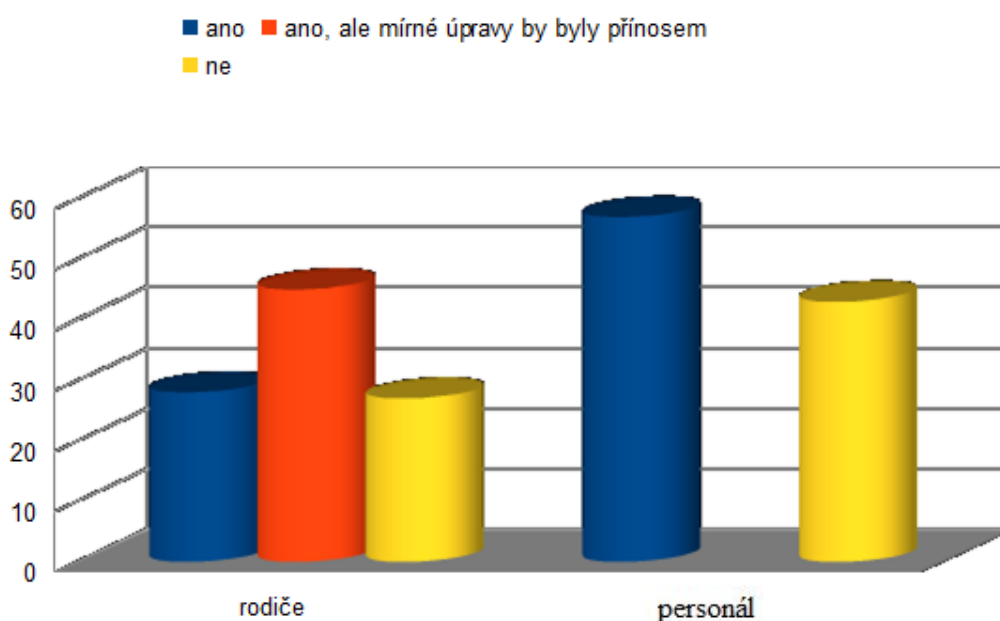


Na otázky týkající se vyhovujícího prostředí na oddělení 95 % rodičů vyjádřilo spokojenost, 5 % uvedlo, že jim zařízení pokojů nevyhovuje. Naproti tomu pouze 57 % personálu je s kvalitou vybavení spokojeno a 43 % uvedlo výhrady.

Otázky 22. – 14.

Porovnali jsme otázku č. 22 z dotazníku pro rodiče: „Jsou na oddělení vyhovující prostory k trávení volného času dětí?“ a otázku č. 14 z dotazníku pro personál: „Myslíte si, že jsou na oddělení vhodně vyřešené prostory určené ke hře a trávení volného času dětí?“

Graf č. 26 - Spokojenost s prostory pro trávení volného času.



Na otázky z oblasti spokojenosti s prostory pro trávení volného času 28 % rodičů odpovědělo kladně, 45 % by volilo menší úpravy a 27 % projevilo s úrovní herny nespokojenost. Naproti tomu 57 % personálu shledalo prostory pro trávení volného času na oddělení vyhovujícími, ale 43 % odpovědělo záporně. Interpretace těchto rozdílů je ovšem složitá, neboť prostorové uspořádání dětské kliniky je nevyvážené. Respondenti z obou skupin z oddělení větších dětí byli s prostory pro trávení volného času naprosto spokojeni, zatím co respondenti z oddělení kojenců a batolat projevili vesměs nespokojenost.

2.8.5 Autonomie dítěte

Otázky 20. – 10.

Odpovědi na otázky které se týkaly možnosti nošení vlastního oblečení při hospitalizaci, odpověděli personál i rodiče shodně, 100% členů obou skupin vyslovilo souhlas.

Otázky 21. – 11.

Porovnali jsme otázku č. 21 z dotazníku pro rodiče: „Jste ubytováni na pokoji společně s dětmi stejné věkové skupiny, jako je Vaše dítě?“ a otázku č. 11 z dotazníku pro personál: „Máte možnost vždy umístit na pokoj děti přibližně stejné věkové skupiny?“

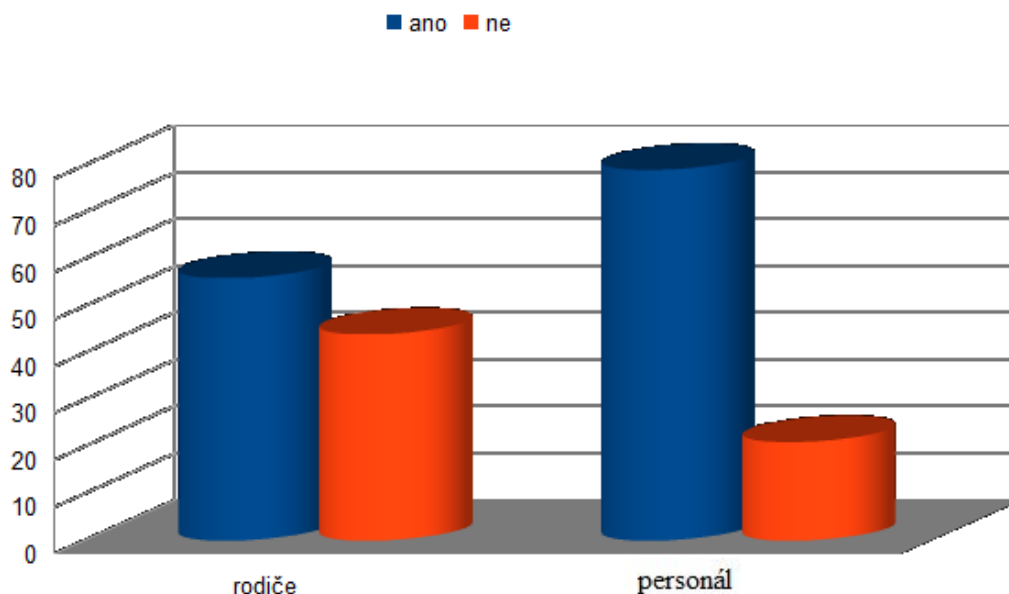
Na tyto otázky 61 % rodičů odpovědělo, že jsou na pokoji s dětmi stejné věkové kategorie, 39 % uvedlo, že nikoliv. S tím korespondují odpovědi personálu, kteří ve 100 % uvedli, že umístit na jednom pokoji pouze děti stejné věkové kategorie vždy nelze. Je potřeba brát v potaz i jiné okolnosti.

2.8.6 Seznámení s Chartou práv hospitalizovaného dítěte

Otázky 24. – 5.

Porovnali jsme otázku č. 24 z dotazníku pro rodiče: „Měl/a jste možnost seznámit se se zněním Charty práv hospitalizovaného dítěte?“ a otázku č. 5 z dotazníku pro personál: „Seznamujete doprovázející osoby při sepisování ošetřovatelské dokumentace s existencí Charty práv hospitalizovaného dítěte a o místě, kde je na Vašem oddělení vyvěšena?“

Graf č. 27 - Seznamování s Chartou práv hospitalizovaného dítěte.



Na otázky týkající se seznámení se zněním Charty práv hospitalizovaných dětí 56 % rodičů odpovědělo, že s Chartou práv měli možnost seznámit se, 44 % rodičů o její existenci vůbec neví. Naproti tomu 79 % personálu uvedlo, že o možnosti seznámit se se zněním Charty práv hospitalizovaných dětí rodiče vždy informují, 21 % odpovědělo, že nikoliv. Mezi pohledem rodičů a dětských sester existuje tedy v tomto případě významný rozpor a bylo by zajímavé zamyslet se nad tím, kde jsou jeho příčiny.

2.5 Diskuze

Charta práv hospitalizovaného dítěte je přehledem práv, která mají všechny děti v souvislosti s hospitalizací. Navazuje na práva všech dětí, ať již hospitalizovaných nebo zdravých. V souvislosti s nemocí dítěte je třeba jeho práva respektovat před hospitalizací, v jejím průběhu anebo po návratu do domácího prostředí. V nedávné minulosti se začalo do popředí zájmu veřejnosti dostávat téma humanizace nemocnic. Význam pojmu humanizace nemocnic je ale zatím poněkud nejasný, převládá představa, že jde o zpříjemnění nemocničního prostředí barevnými stěnami, veselými obrázky, spoustou hraček. Tato oblast spadá ale spíše pod pojem estetizace prostředí. Humanizace znamená především

změnu vztahů mezi lidmi a změnu základních hodnot, které vyznávají naše zdravotnické instituce. Hlavním projevem humanizace nemocnic je změna postojů personálu vůči pacientům, respektování jejich práv a povýšení pacienta do postavení partnera při plánování jeho léčebné i ošetrovatelské péče a při posuzování jeho zdravotního stavu.

Ve svém výzkumném šetření jsem se pomocí dvou nestandardizovaných dotazníků pokusila zjistit, zda jsou na lůžkových odděleních Dětské kliniky FNKV dodržována práva malých pacientů dle jednotlivých bodů Charty práv hospitalizovaného dítěte. Na dětské klinice jsou hospitalizované děti od novorozeneckého věku do devatenácti let, na dvou samostatných odděleních. Na oddělení kojenců a malých dětí jsou umístovány děti do tří let, na oddělení větších dětí, děti od tří do devatenácti let. V případě potřeby oddělení spolupracují a umožňují obsadit volné lůžka pacienty jiné věkové skupiny. Obě oddělení jsou uzpůsobeny tak, aby mohly být děti se svým doprovodem na jednom pokoji. Každý pokoj má svoje sociální zázemí. Jsou zde k dispozici kuchyňky, kde si rodiče mohou uvařit čaj nebo kávu, ohřát jídlo, je zde lednička na kojeneckou stravu stejně jako lednice na jídlo ostatních pacientů. Jako doprovod jsou nejčastěji přijímané matky, ale je možná i hospitalizace s otcem, nebo jiným členem rodiny. V průběhu dotazníkového šetření byly všechny děti přijaty s matkou, tři děti byly hospitalizované bez doprovodu. Jednotlivé otázky v dotaznících byly směřovány k bodům Charty práv hospitalizovaného dítěte. Charta práv je zaměřena na dodržování práv dítěte ze strany lékařského i nelékařského personálu. Ve svém výzkumném šetření jsem důraz kladla především na ošetrovatelskou péči, ale okrajově jsem se dotkla rovněž péče lékařské. Rodičům bylo rozdáno 75 dotazníků, vráceno bylo 69 dotazníků, validních pro daný výzkum bylo 64. Do úvodní části jsem zařadila identifikační údaje. Zjišťovala jsem věk doprovázející osoby, vzdělání, vztah k hospitalizovanému dítěti i jeho věk. Otázky č. 5 a 6 jsem zaměřila na zjištění předchozích hospitalizací a možnosti srovnání se současnou hospitalizací. 61 % respondentů uvedlo, že má možnost srovnání a z nich dvě třetiny označily hospitalizaci ve FNKV jako lepší. Oblasti, ve kterých vidí tuto hospitalizaci jako lepší, jsou především vybavení oddělení a přístup personálu. Ostatní respondenti,

kteří měli zkušenost s jinou nemocnicí, označili hospitalizaci jako srovnatelnou. Jako horší ji neoznačil nikdo.

Další otázky byly orientovány na dodržování Charty práv hospitalizovaného dítěte. První bod Charty práv, jak ji uvádí nadace Klíček na svých internetových stránkách, praví: „Děti by měly být přijímány do nemocnice jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím prostředí, nebo ambulantně.“ Na otázku č. 7, jestli rodičům byly srozumitelně vysvětleny důvody hospitalizace, 97 % respondentů odpovědělo kladně, pouze 3 % respondentů nebyla s vysvětlením spokojena. Druhý bod Charty práv hospitalizovaných dětí říká, že: „Děti v nemocnici mají právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, by se mělo rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.“ Třetí bod říká, že: „Všem rodičům by mělo být nabídnuto ubytování.“ K těmto bodům se vztahují otázky č. 8 a 9. 100 % respondentů možnost společné hospitalizace uvítalo, na tuto možnost je upozornil ve 48 % praktický lékař, ve 14 % službu konající lékař na dětském oddělení a 38 % o této možnosti vědělo předem, z jiných zdrojů.

Čtvrtý a pátý bod Charty práv hospitalizovaných dětí říká, že: „Děti anebo jejich rodiče mají právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Mají mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.“ „Mají také právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Dítě má být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné, a taky před zbytečnými úkony.“ K těmto bodům se vztahují otázky č. 10 a č. 11. Na otázku č. 10 56 % respondentů odpovědělo, že je lékař dostatečně informoval o důvodech, provedení a výsledcích vyšetření, 44 % by uvítalo podrobnější informace. Na otázku č. 11, jestli dostali od sester dostatečné informace, 77 % respondentů odpovědělo kladně, ale 23 % by rovněž uvítalo informace podrobnější. Nicméně sestry jsou v této záležitosti limitovány právními předpisy a jsou si vědomy omezení svých kompetencí, pokud jde o podávání informací. Na otázku č. 15, jestli se mohou na sestru obrátit s jakýmkoliv problémem, 97 % respondentů odpovědělo kladně, a

pouze 3 % respondentů projevila nespokojenost.

Šestý bod Charty práv hospitalizovaných dětí říká, že: „Dětem se má dostávat péče náležitě školeným personálem, který si je plně vědom fyzických i emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny.“ K tomuto bodu se respondenti nemohli vyjádřit, ale jak vyplývá z dotazníku určeného pro personál, na Klinice dětí a dorostu pracují pouze zkušené sestry se specializací dětská sestra. Ve výzkumu jsem se tedy zaměřila na chování a přístup sester k malým pacientům. K tomuto bodu se vztahují otázky č. 13, 14 a 17. Na otázku č. 13, jak hodnotí přístup sester k pacientům, 98 % respondentů projevilo naprostou spokojenost a pouze 2 % respondentů nebyla s přístupem sester spokojena. Podobně na otázku č. 14, jestli personál zachází s dítětem vždy ohleduplně, 97 % respondentů odpovědělo kladně a 3 % uvedla, že přístup je někdy lepší, někdy horší. Na otázku č. 17, jestli sestry respektují denní režim dítěte, 98 % respondentů uvedlo, že nemá žádné výhrady a 2 % odpověděla, že jsou výjimky. Z odpovědí na polootevřené otázky vyplývá, že jim vadilo hlavně buzení dětí kvůli vyšetření a podání léku, ale uznali, že je to někdy nezbytné. Kromě toho měli respondenti občas výhrady k množství mediků, vyšetřujících jejich dítě.

Sedmý bod Charty práv hospitalizovaných dětí říká, že: „Děti mají mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít sebou v nemocnici své věci.“ K tomuto tématu se vztahuje otázka č. 20, jestli mají děti možnost nosit své vlastní oblečení. Na tuto otázku 100 % respondentů odpovědělo kladně, a to ve shodě s personálem.

Osmý bod Charty práv hospitalizovaných dětí říká, že: „O děti má být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny. K tomuto tématu se vztahuje otázka č. 21, jestli jsou děti ubytovány na pokojích spolu se stejně starými dětmi, 61 % respondentů odpovědělo kladně, 39 % odpovědělo záporně. Dle odpovědí sester toho nelze vždy dosáhnout, protože hlavně oddělení kojenců a batolat má omezený počet pokojů i lůžek, a je rovněž žádoucí přihlížet i na onemocnění dítěte a to hlavně z důvodu přenosu nemocí.

Devátý bod Charty práv hospitalizovaných dětí říká, že: „Děti mají být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům a aby zároveň vyhovovalo bezpečnostním pravidlům a

zásadám péče o dítě. K tomuto tématu náleží otázka č. 18, o spokojenosti rodičů s vybavením pokojů. Na tuto otázku 89 % respondentů odpovědělo kladně, 11 % projevilo se zařízením pokojů nespokojenost. Tato nespokojenost vyplývá zejména ze stavu postelí pro doprovázející osoby, někdy ale i postýlek, a taky z malé dostupnosti internetu, týká se hlavně oddělení kojenců a batolat.

Desátý bod Charty práv hospitalizovaného dítěte říká, že: „Děti mají mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání přizpůsobené jejich věku a zdravotnímu stavu.“ Tomuto tématu je věnovaná otázka č. 22, jestli jsou na oddělení vyhovující prostory k trávení volného času. Na tuto otázku 28 % respondentů odpovědělo kladně, 45 % respondentů by vítalo menší úpravy, 27 % odpovědělo záporně. Tento rozporuplný výsledek lze vysvětlit rozdílnou úrovní zařízení herny pro děti na oddělení kojenců a batolat, kde je naprosto nevyhovující, zatím co na oddělení větších dětí s jejím zařízením nikdo nevyjádřil nespokojenost. Ani odpovědi personálu nejsou v tomto bodu jednoznačné, jejich pohled je vesměs totožný s pohledem doprovodu.

Na další otázku č. 12, jestli rodiče znají jména sester, které pečují o jejich dítě, 95 % respondentů uvedlo, že jména sester znají z informační tabule anebo jmenovky a pouze 5 % respondentů se setkalo s tím, že se sestry při příjmu představily.

Na otázku č. 23, jestli by rodiče doporučili toto oddělení svým známým, 91 % respondentů odpovědělo kladně, odpověď „spíše ne“ uvedlo 9 % respondentů.

Na poslední otázku č. 24, jestli měli rodiče možnost seznámit se s Chartou hospitalizovaných dětí, 56 % respondentů odpovědělo kladně a 44 % respondentů záporně. Snahou personálu je, podle jejich odpovědí, tuto informaci rodičům předat, tato snaha však, jak je vidět, není dostatečně účinná.

V dotazníku, který byl určen nelékařskému personálu Kliniky dětí a dorostu FNKV jsem zvolila otázky jednak identifikační a jednak rovněž věnované dodržování Charty práv hospitalizovaných dětí, které částečně korespondují s otázkami věnovanými rodičům. Na otázku č. 1 týkající se věku personálu 21,5% respondentů uvedlo věk 30 až 39 let, 21,5 % byla starších 50ti let a celých 57 % bylo ve věku 40 až 49 let. Z výzkumu je zřejmé, že věkový průměr sester

pracujících na dětském oddělení je vcelku vysoký a daný zřejmě novou legislativou, kdy získání specializace dětské sestry je podmíněné dlouhým a náročným studiem.

Na otázku č. 2, o nejvyšším dosaženém vzdělání odpovědělo 64 % respondentů, že má ukončenou střední zdravotnickou školu, obor dětská sestra, 14% má pomaturitní specializační studium a 22 % má ukončené bakalářské studium. Všechny sestry pracující na dětské klinice mají přiznanou specializaci dětská sestra.

Na otázku č. 4 a 5, o Chartě práv hospitalizovaných dětí 100 % respondentů odpovědělo, že na klinice visí znění Charty na viditelném místě, ale pouze 79 % respondentů seznamuje při příjmu rodiče a děti s její existencí.

Na otázku č. 6, zda seznamují rodiče s provozem oddělení, 100 % respondentů odpovědělo kladně.

Na otázku č. 7, zda sestry poskytují informace o dítěti vždy na požádání, uvedlo 100 % respondentů, že nikoliv, a to proto, že poskytování některých informací není v jejich kompetenci.

Na otázku č. 8, zda personál vítá pomoc rodiče při denní péči o dítě, 86 % respondentů uvedlo, že ano, protože je to pro dítě největším přínosem, 7 % uvedlo, že ano, jelikož je to pro ně vítaná pomoc, ale 7 % respondentů přiznalo, že nikoliv, protože je to občas zdržuje od práce.

Na otázku č. 9, zda personál zachází s dítětem vždy ohleduplně, 100 % respondentů odpovědělo kladně.

Na otázku č. 10, jestli je dítěti umožněno nosit vlastní oblečení, 100 % respondentů odpovědělo kladně.

Na otázku č. 11, jestli umísťuje personál děti na pokoj podle věku, 100 % respondentů odpovědělo váhavě, někdy ano, někdy ne, protože to někdy nedovolují prostory na oddělení a ani diagnózy malých pacientů.

Na otázku č. 12, která se věnuje umožňování přítomnosti doprovodu při výkonech u dítěte, 79 % respondentů uvedlo, že přítomnosti doprovázející osoby při výkonech nebrání nikdy, 21 % odpovědělo, že to záleží na okolnostech.

Na otázku č. 13 o respektování denního režimu dítěte personálem 50 % respondentů odpovědělo kladně a rovněž 50 % uvedlo, že jen, pokud to nenaruší

léčebný režim.

Na otázku č. 14, zda jsou na oddělení vhodné prostory pro hru a vzdělávání 57 % respondentů odpovědělo kladně, 43 % odpovědělo záporně.

Na otázku č. 15, zda vybavení pokojů odpovídá potřebám dětí, 57 % respondentů odpovědělo kladně, 43 % respondentů záporně.

Z výzkumu vyplynulo, že práva dětského pacienta na Klinice dětí a dorostu FNKV jsou vesměs naplňována, ale přesto jsou některé oblasti, kde ještě lze najít prostor pro zlepšení, hlavně v oblasti podávání informací a účelnosti prostor určených pro volný čas hospitalizovaných dětí.

V další části práce jsem srovnala výsledky výzkumu obou dotazníků. V oblasti podávání informací jsou mírné rozdíly ve vnímání problému u rodičů a personálu s rozsahem podávání informací je spokojeno 77 % rodičů, ale ošetrovatelský personál uvedl, a to stoprocentně, že podávají informace v omezené míře zcela záměrně, neboť jim to nařizuje platná legislativa. Mohou podávat informace pouze z oblasti ošetrovatelské péče. K podávání informací z oblasti léčebné péče, výsledků vyšetření a nutnosti některých zákroků má kompetence pouze lékař. Zde rodiče uvedli, že někdy mají pocit, že by mohli být informováni častěji a srozumitelněji.

V otázkách směřujících do oblasti způsobu chování personálu k dítěti projevilo spokojenost 97 % rodičů. Zároveň všichni oslovení respondenti z řad personálu měli pocit, že se ke svým pacientům chovají vždy ohleduplně. V otázkách směřujících k zapojování rodičů do aktivní denní péče o dítě, 89 % rodičů popřelo, že by je personál o spolupráci vysloveně požádal, ale přesto se do péče zapojili rádi sami, protože si myslí, že je to pro dítě to nejlepší. Personál jejich snahu vesměs vítá, pouze malé procento si myslí, že je rodiče občas zdržují při práci. V oblasti respektování denního režimu dítěte rodiče v 98 % projevili spokojenost s přístupem personálu, až na výjimky, které tvořily např. situace, kdy je dítě buzeno ze spaní kvůli podávání léků nebo když se u něho neustále střídají medicí. Rodiče ale mají vždy možnost spolupráci s mediky odmítnout, což ovšem dělají zřídka. Vybavení pokojů vhodným zařízením pro děti rodiče hodnotili v 95 % kladně na rozdíl od personálu, který v této oblasti vidí víc nedostatků. Přes

polovinu respondentů z řad personálu by uvítalo nové, kvalitnější postýlky, přebalovací stoly a také lůžka pro doprovázející osoby. V otázkách týkajících se možností být s dítětem u všech zákroků 94 % rodičů projevilo spokojenost s postojem personálu, který jim nebrání v přítomnosti, ale víc než pětina respondentů z řad personálu si myslí, že někdy je přítomnost rodiče nežádoucí. V otázkách možnosti nosit při hospitalizaci vlastní oblečení odpověděli všichni respondenti kladně a rodiče i personál byli v této otázce v naprosté shodě. Pokud jde o umístování malých pacientů na pokoje podle jejich věku, bylo sice 61 % rodičů spokojeno, ale všichni respondenti z řad personálu uvedli, že důležitějším hlediskem jsou diagnózy, se kterými děti k hospitalizaci přicházejí, protože počet pokojů a lůžek je omezený. Přesto je patrná snaha, umístit na jednom pokoji děti stejné věkové kategorie. Prostory pro trávení volného času hodnotilo pouze 28 % rodičů kladně. Většina by volila minimálně menší úpravy. Více než polovina respondentů z řad personálu prostory hodnotí jako vyhovující. Největší problémy naznačily odpovědi respondentů z oddělení kojenců, kde jsou prostory pro hru nevyhovující, na rozdíl od odpovědi respondentů z oddělení větších dětí, kde k prostoru herny neměl výhrady ani jeden respondent. Na závěr byly porovnány odpovědi z oblasti povědomí respondentů o existenci Charty práv hospitalizovaných dětí. 56 % rodičů se s Chartou práv hospitalizovaných dětí seznámilo, a to i přesto že jedna pětina personálu o její existenci rodiče neinformuje.

Na začátku výzkumného šetření jsem si položila tyto výzkumné otázky:

- Jaké jsou oblasti nespokojenosti s dodržováním práv hospitalizovaných dětí z pohledu jejich rodičů?
- Jaké jsou oblasti nespokojenosti s dodržováním práv hospitalizovaných dětí z pohledu dětských sester?
- Jsou názory rodičů na dodržování práv hospitalizovaných dětí horší než názory ošetřujícího personálu?
- Jaké jsou nejdůležitější oblasti střetů zájmů rodičů a dětských sester pracujících na klinice?

1. Problematice spokojenosti nebo naopak nespokojenosti s dodržováním práv hospitalizovaných dětí byla věnována většina otázek obou dotazníků. Jedním z důležitých bodů byl názor rodičů na srozumitelnost a objem informací o dítěti. 56 % rodičů uvedlo, že dostali uspokojující informace od lékaře, ale 44 % by přivítalo informace podrobnější. 77 % rodičů bylo spokojeno s informacemi od sester, ale 23 % rodičů vidí ještě další možnosti pro zlepšení komunikace. Přístup sester k jejich dítěti kladně hodnotilo 98% rodičů, ale 2 % rodičů projevilo výhrady. Ohleduplnost a pochopení u personálu ocenilo 97 % rodičů, ale 3 % rodičů její míru považuje za nedostatečnou. Ochotu řešit vzniklé problémy sestrami ocenilo 97 % rodičů, ale 3 % z nich měla pocit, že sestry svým přáním obtěžují, a nebylo jim ani vyhověno. Na otázky, které se týkaly možnosti zapojit se do péče o své nemocné dítě, kladně odpověděli všichni respondenti. Ačkoli to 89 % z nich dělalo z vlastního přesvědčení, všichni uvedli, že mají pocit, že jsou sestrami chápáni jako součást ošetrovatelské péče, což ve všech případech považovali za vítanou možnost, jak být svému dítěti neustále nablízku. V oblasti respektování denního režimu dítěte bylo spokojeno 98 % respondentů, ale 2 % měla výhrady. 11 % rodičů nebylo spokojeno s vybavením pokojů, chyběly jim hlavně televizory a připojení k internetu. 6 % rodičů uvedlo, že jim nebylo umožněno doprovázet dítě u všech zákroků. Možnost být na pokoji s dítětem stejné věkové kategorie ocenilo 61 % rodičů, 39 % tuto možnost nemělo. Na otázku, jak jsou rodiče spokojeni s prostory určenými pro trávení volného času, pouze 28 % odpovědělo kladně, ostatní respondenti nebyli spokojeni vůbec, anebo s výhradami.

Z uvedených skutečností vyplývá, že nespokojenost rodičů s dodržováním jednotlivých bodů Charty práv hospitalizovaných dětí na Klinice dětí a dorostu FNKV je soustředěna na **nedostatečné podávání informací o dítěti, nevyhovující vybavení pokojů a prostor určených pro trávení volného času.** V oblasti vztahů mezi personálem a dítětem, nebo jeho doprovodem byly shledány jenom nepatrné nedostatky.

Otázky v dotazníku pro personál byly nastavené tak, aby svým obsahem korespondovaly s otázkami pro rodiče. V otázce o informování rodičů o ošetrovatelské péči a zdravotním stavu dítěte vyjádřil personál shodu v tom, že

možnosti podávat informace jsou pro nelékařský personál omezené jeho kompetencemi. Na otázku věnovanou zapojení rodičů do aktivní péče o nemocné dítě pouze 1 osoba odpověděla, že tuto péči považuje někdy za zdržování od své práce. Personál obecně považuje svůj přístup k dítěti za ohleduplný. 21 % respondentů, z řad personálu shledává problém v umožnění přítomnosti rodičů při všech výkonech prováděných na dítěti. V oblasti respektování denního režimu dítěte 50 % respondentů uvádí, že jsou situace, kdy je nutné dělat výjimku. Na otázku týkající se úrovně prostor určených pro hru dětí odpovědělo 43 % respondentů, že jsou nevyhovující. Stejně tak na otázku týkající se zařízení pokojů 43 % respondentů odpovědělo, že zařízení je zastaralé a nevyhovující.

Nespokojenost personálu s dodržováním Charty práv hospitalizovaných dětí je tedy soustředěna do oblasti informování rodičů, zapojování rodičů do aktivní péče o dítě, možnosti rodičů být přítomen při všech zákrocích prováděných na dítěti, respektování denního režimu dítěte a do oblasti vybavení oddělení a herních prostor.

2. Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že názory rodičů jsou srovnatelné s názory personálu, pouze v otázce o míře ohleduplnosti při zacházení s dítětem, kde všichni respondenti z řad personálu uvedli, že s dítětem zacházejí vždy ohleduplně, cítí 2 % rodičů určité nedostatky. Naopak v otázkách týkajících se vybavení oddělení a herních prostor rodiče projeví větší shovívavost než personál.

3. Nejdůležitější střety mezi názory respondentů z řad rodičů a respondentů z řad personálu byly v otázkách podávání informací, kde rodiče vyžadují srozumitelnější, podrobnější a častější informování, ale nelékařský personál může podávat dle platné legislativy jen informace z oblasti ošetrovatelské péče, což ovšem rodiče někdy odmítají uznat a žádají od nich i informace, k jejichž podávání má kompetence pouze lékař. Protože lékař není na oddělení přítomen celou pracovní dobu a rodiče jsou občas netrpěliví, vznikají zde četné třecí plochy. Střet mezi názory rodičů a personálu vznikl rovněž v oblasti komunikace, kdy personál shledává svůj přístup k dítěti ve všech případech ohleduplný a pozorný, ale malé procento rodičů si myslí, že jsou zde patrné nedostatky, které by bylo vhodné odstranit.

Další oblast, ve které byly rozdíly v odpovědích rodičů a personálu, bylo dodržování denního režimu dítěte, a i když na tuto otázku polovina respondentů z řad personálu uvedla, že o jeho dodržování se sice snaží, ale jsou situace, kdy to není možné, pouhé 2 % rodičů má pocit, že chování personálu v této oblasti není vždy v souladu s jejich představami. Stejná situace nastala v problematice přítomnosti doprovodu dítěte u všech zákroků. Zatímco víc než pětina respondentů z řad personálu uvedla, že přítomnost rodičů je někdy nežádoucí, pouhých 6 % respondentů z řad rodičů přiznalo, že je personál požádal o jejich chvilkovou nepřítomnost u právě prováděného zákroku na dítěti. V otázce umístění dětí stejného věku na jeden pokoj všichni respondenti z řad personálu odpověděli, že musí brát v úvahu také jiné, důležitější věci než je věk dítěte. Je to hlavně diagnóza, s kterou je dítě do nemocnice přijímáno. Nicméně většina rodičů uvedla, že personál je ubytoval na pokoj s dítětem stejné věkové kategorie. Větší rozpory v názorech rodičů a personálu se objevily v oblasti vybavení pokojů a prostorů pro trávení volného času. I v této oblasti ale rodiče vyjádřili vyšší míru spokojenosti než personál. Nejvýraznější rozpor ale nastal v oblasti seznamování pacientů a doprovodu s existencí Charty práv hospitalizovaných dětí. Zde téměř polovina respondentů z řad rodičů uvedla, že nebyli seznámeni s existencí Charty, ale pouze třetina personálu přiznala, že rodiče s touto Chartou neseznamuje. Výzkum ukázal ještě jeden problém v komunikaci mezi rodiči a personálem, a to hned při prvním kontaktu mezi nimi. Téměř všichni respondenti z řad personálu uvedli, že jim dělá potíže představit se rodičům i dítěti jménem, a téměř všichni respondenti z řad rodičů přiznali, že jména ošetrovatelského personálu znají pouze z vizitek a informační tabule u vstupu na oddělení. To, že nelékařský personál má problémy s představováním se pacientům je skutečnost, která by stála za další zkoumáním. Je to pravděpodobně ještě stále pozůstatek minulého režimu, ale především starší sestry považují podání ruky a představení se jménem za počin, který přísluší pouze lékařům.

Závěr

Téma dodržování Charty práv hospitalizovaného dítěte je mezi pracovníky na dětských odděleních předmětem mnoha diskuzí, a přestože v současné době již platí nový zákon o zdravotní péči, ve kterém je hlavní část Charty obsažena, není bohužel její dodržování všude pravidlem. Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda je Charta práv na Klinice dětí a dorostu FNKV dodržována všemi zaměstnanci a jak dodržování jednotlivých bodů vnímají rodiče hospitalizovaných dětí. V teoretické části jsem se zaměřila na práva hospitalizovaných dětí. Popsala jsem jednotlivá vývojová stadia dítěte a jejich zvláštnosti, možné reakce dítěte na hospitalizaci i reakce rodiny. Uvedla jsem některá doporučení pro rodiče hospitalizovaných dětí, jak lépe zvládnout náročnou psychickou situaci spojenou s hospitalizací. Popsala jsem chování zdravotnických pracovníků při komunikaci s nemocnými dětmi. Upozornila jsem na chyby, které při komunikaci s dětmi děláme. Vytvořila jsem přehled, jak s nimi komunikovat v jednotlivých vývojových fázích.

V praktické části jsem si položila čtyři výzkumné otázky. Metodou dotazníkového šetření jsem oslovila rodiče hospitalizovaných dětí a zjistila jejich pohled na společnou hospitalizaci někoho z rodičů spolu s nemocným dítětem. V další části jsem oslovila sestry pracující na dětském oddělení a zjistila jejich názor na vlastní dodržování Charty v každodenní praxi. Výsledky jsou znázorněny graficky. Otázky v dotazníku jsem směřovala k jednotlivým bodům Charty práv hospitalizovaných dětí. Věřím, že teoretická část bude přínosem pro sestry pracující na dětských odděleních. Závěry praktické části ukázaly, že jednotlivé body Charty práv hospitalizovaných dětí jsou naplňovány, přesto ale v názorech sester a rodičů došlo k určitým rozdílům, kterými by bylo v rámci zvyšování kvality péče na dětském oddělení vhodné se zabývat. Protože se vzhledem k medializaci některých případů ze zdravotnictví a zvyšující se finanční spoluúčasti pacientů na léčbě, budou zvyšovat i nároky na poskytovanou lékařskou i ošetrovatelskou péči doporučuji opakovaně provádět výzkumy mínění a názorů pacientů zaměřené na dodržování práv pacientů, informovanost a spokojenost s poskytováním péče, aby byly včas odhaleny nedostatky v této oblasti a dalo se předejít případným konfliktním situacím.

Doporučuji sestřám pravidelně navštěvovat kurzy a semináře zaměřené na problematiku oboru, ve kterém pracují, aby se seznámily s novinkami v oboru a mohly poskytovat ošetrovatelskou péči podle nejnovějších poznatků. Výzkum ukázal, že jednotlivé body Charty práv hospitalizovaných dětí jsou na lůžkových odděleních dětské kliniky ve FNKV naplněny, avšak rodiče hospitalizovaných dětí poukázali na některé nedostatky ve vybavení oddělení. Seznámím proto vedení Kliniky dětí a dorostu FNKV s podněty rodičů, aby některé nedostatky týkající se prostorového uspořádání oddělení mohly být odstraněny.

Seznam použité literatury:

DAVID, R.1999. *Práva dítěte*, 1.vyd. Olomouc: nakladatelství Olomouc, 1999. 175 str. ISBN 80-7182-076-8

FENDRYCHOVÁ, J. KLIMOVIČ, M. et al. 2005. *Péče o kriticky nemocné dítě*, 1. vyd. Brno : NCONZO, 2005, 414 str. ISBN 80-7013-427-5

HAŠKOVCOVÁ, H. 1996. *Práva pacientů*, 3. vyd. Havířov: Nakladatelství Aleny Krtilové, 1996, 176 str. ISBN 80-902163-0-7

JOBÁNKOVÁ, M. et al. 2000. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: IDV PZ, 2000, 203 str. ISBN 80-7013-288-4

KELNAROVÁ, J. MATĚJKOVÁ, E. 2010. *Psychologie 1. díl*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010, 168 str. ISBN 978-80-247-3270-1

KUTNOHORSKÁ, J. 2007. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007, 164 str. ISBN 978-80-247-2069-2

LANGMEIER, J. KREJČÍŘOVÁ, D. 2006. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006, 368 str. ISBN 80-247-1284-9

MUNZAROVÁ, M. 2005. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2005, 156 str. ISBN 80-247-1024- 2

PLEVOVÁ, I. SLOWIK, R. 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010, 256 str. ISBN 978-80-247-2968-8§

SEDLÁŘOVÁ, P. et al. 2008, *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*, 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008, 248 str. ISBN 978-80-247-1613-8

ŠAMÁNKOVÁ, M.-HUŠKOVÁ, M.- MATOUŠOVIČ, K. 2003. *Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult 1. a2. díl.* 1. vyd. Praha : Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0477-9

VACUŠKOVÁ, M. et al. 2009. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii 1.část.* 1. vyd. Brno : NCONZO, 2009, 225 str. ISBN 978-80-7013-491-7

VENGLÁŘOVÁ, M. MAHROVÁ, G. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry.* 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006, 144 str. ISBN 80-247-1262-8

DUNOVSKÝ, J. et al. *Sociální pediatrie: vybrané kapitoly.* Praha: Grada ...2004. 87 s. ISBN 80-7013-405-4

DUNOVSKY, J. Úmluva o právech dítěte a práva děti v České republice. In: *Sborník Dětská práva v praxi.* Česke Budějovice: ZSF JCU, 2002.

(1)Cancer pain relief and palliative care in children. WHO in collaboration with the International Association for the Study of Pain, Geneva, 1998, ISBN 92 4 154512 7, str. 2-3)

(2)Promotion of the rights of patients in Europe, World Health Organization, Kluwer Law International, ISBN 90-411-0100-4, str. 38)

<http://www.detivnemocnici.cz/charter/fcc.htm>

<http://bioetika.ktf.cuni.cz/articles.php?lng=cz&pg=42>

LOUTKY V NEMOCNICI. Dostupné na internetu:

<http://www.loutkyvnemocnici.cz/index.php/cs/o-nas> (online 20. 1. 2011)

NADACE ARCHA CHANTAL. Dostupné na internetu: <http://www.archa-chantal.cz/>.(online 20. 1. 2011)

ZDRAVOTNÍ KLAUN. Dostupné na internetu
<http://www.zdravotniklaun.cz/index.php?str=3>,
<http://www.zdravotni-klaun.cz/index.php?str=8> (online 20. 1. 2011)

Přílohy

Příloha č. 1:

Family-centred care – péče soustředěná na celou rodinu

Podrobná charakteristika Family-centred care byla do češtiny přeložena dr. Olgou Starkovou a přednesena na konferenci „Podpora odborníků a rodičů v náročné životní situaci“ v Praze v roce 2001; citovaný text byl oproti své původní podobě mírně jazykově upraven a věcně doplněn; v tomto znění je obsahem výukových materiálů Nadačního fondu Klíček určených pro profesní přípravu herních specialistů:

Family-centred care (FCC) je filosofie péče, která usnadňuje spolupráci mezi rodinou a odborníky, udržuje rovnováhu mezi potřebami rodiny a radami odborníků, jedná s rodiči jako s rovnocennými partnery v ošetrovatelském týmu a v celém procesu léčebné a ošetrovatelské péče, do nějž odborníci vnášejí své odborné znalosti a z těchto znalostí vycházející služby, a rodiče zase informace o svém dítěti a jeho potřebách.

FCC je filosofie péče, která uznává a respektuje, že rodina má rozhodující význam v životě dítěte, a tak:

- podporuje rodinu v její přirozené pečovatelské roli;
- prosazuje zachování rodinného způsobu života;
- zajišťuje spolupráci rodiny během hospitalizace a léčby;
- zajišťuje poskytnutí zdravotních služeb pro děti.

FCC je filosofie péče, která usnadňuje spolupráci mezi rodinou a odborníky, a to tak, že:

udržuje rovnováhu mezi tím, co rodina chce a potřebuje, a tím, co jí doporučují odborníci;

jedná s rodiči partnersky jako s rovnocennými členy pečovatelského týmu;
odborníci poskytují odborné znalosti a na nich založené služby;
rodiče poskytují informace vycházející ze znalosti jejich dítěte a jeho potřeb.

FCC předpokládá sdílení kompletních a přesných informací a respekt vůči tomu, že:

rodiče mohou mít o tom, jaké informace potřebují, jinou představu než zdravotníci;

je důležité, aby zdravotníci průběžně zjišťovali, jakých informací se rodičům nedostává;

potřeba informací na straně rodin bývá různá – někteří rodiče chtějí vědět všechno, jiní téměř nic;

je třeba, aby zdravotníci rodiče aktivně povzbuzovali k vyjadřování jejich priorit;

je důležité, aby zdravotníci mluvili způsobem, který je konkrétním rodičům srozumitelný, aby s rodiči mluvili tak dlouho, jak bude k pochopení sdělovaných informací zapotřebí, a aby rodičům dávali – a to i v dlouhodobější perspektivě – prostor ke vznášení opakovaných nebo doplňujících dotazů.

FCC respektuje kulturní rozdíly mezi rodinami pacientů a vychází z pochopení toho, že:

životní hodnoty, názory a víra rodičů i zdravotníků vychází z jejich kultury;

názory na zdraví, léčbu nemoci i na výchovu dětí a přístupu k dětem vycházejí z jejich kultury;

názory, životní hodnoty, zkušenosti a víra zdravotníků ovlivňují děti a rodiny, s nimiž pracují

zdravotníci musejí ke způsobu života klientských rodin přistupovat citlivě, obzvláště pak tehdy, liší-li se od jejich vlastního.

FCC uznává též individuální i kulturně-podmíněné rozdíly ve zvládnání náročných životních situací, což v praxi znamená, že:

zdravotníci si musejí být vědomi faktu, že odlišné způsoby, jimiž se rodiny vyrovnávají s obtížnými životními situacemi, mohou být založeny na jejich odlišné kultuře nebo vycházet z jejich svébytného individuálního založení;

tyto rozdíly je nutno respektovat a neodsuzovat je jako nedostatek spolupráce nebo projev nesouhlasu;

tyto rozdíly nesmějí být apriori nahlíženy jako projev osobní averze vůči konkrétnímu zdravotníkovi;

plánování a následné poskytování péče se musí přizpůsobovat individuálním potřebám rodiny a musí být dostatečně flexibilní.

FCC rozvíjí také služby, které se pružně přizpůsobují aktuálním potřebám konkrétních rodin; jde tedy o přístup, který:

podporuje vývoj dítěte a rodiny, nenarušuje existující vazby a vztahy;

dle potřeb a možností nabízí či zprostředkovává různé typy podpory: sociální, finanční, pečovatelskou;

pohotově reaguje na potřeby rodin změnami v poskytované péči a službách;

poskytovaná péče a podpora vychází ze skutečných, ne „papírových“ potřeb konkrétní rodiny;

odpovídá tomu, co považuje za nejdůležitější rodina, což se vždy nemusí krýt s názorem odborníků.

FCC je tedy přístup založený na uznání toho, že rodina má pro formování výsledné podoby péče klíčový význam.

Přístup označovaný jako family-centred care je základní a nezbytnou podmínkou pro plnohodnotný výkon profese herního specialisty. (<http://www.detivnemocnici.cz/charter/fcc.htm>)

Příloha č. 2 :

Charta práv dětí v nemocnici

1. Děti musejí být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení.

2. Děti v nemocnici musejí mít právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, mělo by se rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.

3. Děti a/nebo jejich rodiče musejí mít právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Musejí mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.

4. Děti a/nebo jejich rodiče musejí mít právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě musí být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné, a před zbytečnými úkony podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emocionálního rozrušení.

5. S dětmi se musí zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.

6. Dětem se musí dostávat péče náležitě školeného personálu, který si je plně vědom fyzických i emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny.

7. Děti musejí mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své věci.

8. O děti musí být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.

9. Děti musejí být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům, a aby zároveň vyhovovalo uznaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.

10. Děti musejí mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání, přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu.

Na základě zkušeností z prostředí našich dětských nemocnic, s využitím charty NAWCH pro děti v nemocnici (s laskavým svolením National Association of the Welfare of Children in Hospital, London), vypracovala a Centrální etické komisi předkládá Nadace Klíček

(<http://bioetika.ktf.cuni.cz/articles.php?lng=cz&pg=42>)

Příloha č. 3:

Práva pacientů:

- 1.1 Každý má právo na respektování jeho nebo její osoby jako člověka.
- 1.2 Každý má právo samostatně rozhodovat.
- 1.3 Každý má právo na fyzickou a psychickou nedotknutelnost a bezpečnost.
- 1.4 Každý má právo na respektování jeho či jejího soukromí.
- 1.5 Každý má právo na to, aby jeho morální a kulturní hodnoty a náboženská a filozofická přesvědčení byla respektována
- 1.6 Každý má právo na ochranu zdraví jak je poskytována dle příslušných opatření pro prevenci nemocí a zdravotní péče a na možnost dosáhnout své nejvyšší dosažitelné úrovně zdraví.(2)

Příloha č. 4:

Vážená paní, vážený pane,

Jmenuji se Darina Bendová, jsem dětská sestra a studuji na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze 3. ročník studijního oboru Všeobecná sestra. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma "Dodržování Charty práv hospitalizovaného dítěte." Ve své práci bych chtěla zjistit, zda jsou dodržována práva malých pacientů hospitalizovaných na dětském oddělení a zda jsou doprovázející osoby o nich dostatečně informovány.

Přečtěte si prosím pozorně následující otázky a označte možnost, která se co nejvíce blíží Vašemu názoru. Dotazník je anonymní, se všemi údaji bude zacházeno jako s důvěrnými a všechny poznatky budou sloužit pouze pro účely mé bakalářské práce. Vaše odpovědi jsou pro můj výzkum opravdu cenné. Vašich názorů si velice vážím a za vyplnění dotazníku děkuji.

Darina Bendová

1. Váš věk:

- a) do 25 let b) od 26 do 42 let c) 43 let a více

2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

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

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

- a) matka b) otec c) jiný

4. Věk vašeho dítěte:

- a) 0 – 1 rok b) 1 až 3 roky c) 3 – 6 let

5. Máte možnost srovnání nynější hospitalizace s předcházející , v jiné nemocnici?

- a) ano b) ne

6 Pokud ano, hodnotíte ji jako:.

- a) lepší.....
b) jako srovnatelnou
c) horší.....
d) nemám možnost srovnání

7. Bylo Vám srozumitelně vysvětleno, proč je nutná hospitalizace Vašeho dítěte?

- a) ano, srozumitelně, vyhovujícím způsobem
b) ne, na moje otázky jsem nedostal/a srozumitelné odpovědi

8. Jaký je Váš názor na možnost společné hospitalizace dítěte s doprovodem?

- a) tuto možnost vítám
b) společnou hospitalizaci považuji za zbytečnou

9. Na možnost společné hospitalizace Vás upozornil

- a) praktický lékař
b) službu konající lékař na dětském oddělení
c) věděl/a jsem o této možnosti z jiných zdrojů

10. Myslíte si, že Vás lékař dostatečně a srozumitelně informuje o důvodech, provedení a výsledcích vyšetření, které Vaše dítě absolvovalo?

- a) ano b) uvítal/a bych podrobnější informace

11. Myslíte si, že jste od sester dostal/a dostatečné informace o ošetřovatelské péči, kterou Vaše dítě potřebuje?

a) ano

b) uvítal/a bych podrobnější informace

12. Znáte jména sester, které pečují o Vaše dítě?

a) ano, představily se

b) ano, ale pouze z jejich jmenovky

13. Přístup sester k Vám a Vašemu dítěti hodnotíte jako:

a) naprosto uspokojivý

b) neuspokojivý

14. Myslíte si že personál na dětském oddělení zachází s Vaším dítětem vždy ohleduplně a s pochopením?

a) ano

b) někdy ano, někdy ne

15. Pokud jste se na sestru obrátil/a s problémem, nebo žádostí, bylo Vám vyhověno?

a) ano

b) ano, ale měl/a jsem pocit, že obtěžuji

c) ne

16. Vyžadovaly od Vás sestry aktivní zapojení se do standardní péče o vaše dítě?

a) ano, požádaly mne o pomoc s péčí

b) ne, ale o svoje dítě chci v nemocnici v rámci možností pečovat sám/a

17. Myslíte si, že sestry respektují denní režim Vašeho dítěte?

a) ano

b) ano, až na výjimky, popište jaké.....

c) ne

18. Myslíte si, že prostředí a vybavení pokoje odpovídá potřebám Vašeho dítěte?

a) ano

b) ne

19. Máte možnost být přítomen/a při vyšetřování a ošetřování Vašeho dítěte?

- a) vždy
b) někdy
c) nikdy

20. Je Vašemu dítěti umožněno nosit své vlastní oblečení?

- a) ano
b) ne

21. Jste ubytováni na pokoji společně s dětmi stejné věkové skupiny, jako je Vaše dítě?

- a) ano
b) ne

22. Jsou na oddělení vyhovující prostory k trávení volného času dětí?

- a) ano
b) ano, ale mírné úpravy by byly přínosem
c) ne

23. Doporučil/a by jste toto oddělení svým známým?

- a) ano
b) spíše ne
c) určitě ne

24. Měl/a jste možnost seznámit se se zněním Charty práv hospitalizovaného dítěte?

- a) ano
b) ne

Děkuji za pozornost i Váš čas

Příloha č. 5:

Vážené kolegyně,

Jmenuji se Darina Bendová a jsem dětská sestra. V současnosti studuji na 3. Lékařské fakultě UK v Praze 3. ročník studijního oboru Všeobecná sestra. Ráda bych vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma „Dodržování Charty práv hospitalizovaného dítěte v ošetrovatelské praxi. Ve své práci chci zjistit, jak jsou naplňována práva dětského pacienta na dětském oddělení a zda jsou rodiče o nich dostatečně informováni.

Přečtěte si prosím, následující otázky a označte možnost, která je nejbližší vašim názorům a zkušenostem. Dotazník je anonymní a zjištěné údaje budou použité výlučně pro účely mé bakalářské práce.

Srdečně vám děkuji.

Darina Bendová

1. Váš věk:

- a/ do 29 let b/ od 30 do 39 let c/ od 40 do 49 let
d/ 50 let a více

2. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- a/ střední zdravotnická škola
b/ vyšší odborná zdravotnická škola
c/ pomaturitní specializační studium
d/ bakalářské studium
e/ magisterské studium

3. Máte specializovanou způsobilost k povolání dětská sestra?

- a/ ano
b/ ne

4. Je na Vašem oddělení na viditelném místě vyvěšena Charta práv hospitalizovaného dítěte?

a/ ano

b/ ne

c/ nevím

5. Seznamujete doprovázející osoby při sepisování ošetrovatelské dokumentace s existencí Charty práv hospitalizovaného dítěte a o místě, kde je na Vašem oddělení vyvěšena?

a/ ano

b/ ne

6. Seznamujete vždy osobu doprovázející dítě s provozem oddělení?

a/ ano

b/ ne

7. Poskytujete dostatečné a srozumitelné informace o dítěti, kdykoliv, kdy jste o to doprovodem požádáni?

a/ ano, vždy

b/ ne, protože podávání některých informací není v mé kompetenci

c/ ne, protože na to není čas

8. Vítáte, když se doprovázející osoba podílí rámci možností na denní péči o dítě, např. koupání, krmení, měření teploty nebo podávání léků?

a/ ano, pro dítě je to největším přínosem

b/ ano, je to pro mne vítaná pomoc

c/ ne vždy, někdy mě to zdržuje

9. Myslíte si, že personál na vaše oddělení zachází s dítětem vždy ohleduplně a s pochopením?

a/ ano

b/ někdy ano, někdy ne, podle okolností

10. Umožňujete dětem nosit své oblečení?

a/ ano, vždy

b/ někdy ano, někdy ne, podle okolností

11. Máte možnost vždy umístit na pokoj děti přibližně stejné věkové skupiny?

a/ ano, vždy

b/ někdy ano, někdy ne, závisí to i na stavu oddělení a diagnóze

12. Umožňujete osobě, která doprovází dítě, aby byla přítomna při jeho vyšetřování a provádění nutných zákroků?

a/ ano, vždy

b/ někdy ano, někdy ne, dle okolností

13. Myslíte si, že respektujete denní režim dětí?

a/ ano

b/ ano, pokud to nenarušuje léčebný režim

c/ ne, není to možné

14. Myslíte si, že jsou na oddělení vhodně vyřešené prostory určené ke hře a trávení volného času dětí?

a/ ano

b/ ne

**15. Myslíte si, že vybavení oddělení a pokojů odpovídá potřebám dětí ?
(kvalita postýlek, přebalovací stoly...)**

a/ ano

b/ ne

Děkuji za pozornost a váš čas.

Příloha č. 6



Univerzita Karlova v Praha
3. lékařská fakulta Ruská 87, 100 00 Praha 10
tel.: 267 102 111

Jméno : Darina Bendová

Ročník : třetí

Obor : všeobecná sestra, kombinovaná forma

Bydliště Pod Lysinami 482/20, 147 00 Praha 4

Telefon (mobil) : 602 471 655

ŽÁDOST o provedení dotazníkového šetření

Odůvodnění žádosti :

Prosím o povolení provedení dotazníkového šetření ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady. Dotazník se týká dodržování charty práv hospitalizovaného dítěte v ošetrovatelské praxi. Respondenty jsou NLZP a dospělý doprovod hospitalizovaných dětí. Dotazník je anonymní a jeho výsledky budou použity pouze pro účely mé bakalářské práce.

V Praze dne 08.02.2013

Podpis:

Darina Bendová

Vyjádření vrchní sestry:

Santlová

Vladimíra Krákorová
Bc. Vladimíra Krákorová

FAKULTNÍ NEMOCNICE
KRÁLOVSKÉ VINOHRADY
ŠROBAROVA 87, 100 84 PRAHA 10
KLINKA DĚTÍ A DOROSTU
Tel.: 267 162 552

Vyjádření náměstkyně pro ošetrovatelskou péči:

Santlová

FAKULTNÍ NEMOCNICE
KRÁLOVSKÉ VINOHRADY
ŠROBAROVA 87, 100 84 PRAHA 10
NÁMĚSTEK PRO OŠETROVATELSKOU PÉČI

25. 02. 2013