

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství

Michaela Lupačová

Kvalita informovanosti rodičů hospitalizovaných dětí na Klinice dětské chirurgie ve FN Motol

Bakalářská práce

Praha 2015

Autor práce: **Michaela Lupačová**

Vedoucí práce: **Mgr. Marie Vlachová**

Oponent práce: **PhDr. Eva Švarcová, PhD.**

Datum obhajoby: **2015**

Bibliografický záznam

LUPAČOVÁ, Michaela. *Kvalita informovanosti rodičů hospitalizovaných dětí na Klinice dětské chirurgie ve FN Motol*. Praha: Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství, 2015. 67 s. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Marie Vlachová.

Abstrakt

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaká je informovanost rodičů hospitalizovaných dětí na Klinice dětské chirurgie ve FN Motol. Teoretická část je zaměřena na komunikaci všeobecně, rozdělení komunikace, zásady komunikace, chyby v komunikaci, komunikaci s dětským pacientem v různých věkových kategoriích, a také s rodiči. Je zde také malá část věnující se rozhovoru a jeho druhy. Dále si definujeme pojem informovanost. Okrajově je také zmíněna vývojová psychologie. Cílem empirické části bylo zjistit, zda se informace podávané rodičům shodují, jak mezi jednotlivými pracovišti, tak mezi ošetřujícím personálem a na jaké oblasti jsou informace nejvíce zaměřeny. Kvantitativní výzkum byl proveden dotazníkovým šetřením mezi rodiči, kteří byli hospitalizováni spolu s dětmi.

Abstract

The aim of this thesis was to investigate the awareness of parents with children hospitalized at the Clinic of Pediatric Surgery at the University Hospital Motol. The theoretical part is focused on communication in general, the distribution of communications, principles of communication, communication errors, communication with the patient in different age categories, and also with parents. There is also little part dedicated to dialogue and its kinds. The concept of awareness is defined as well. Marginally the developmental psychology is also mentioned. The aim of the empirical part was to determine whether the information provided by the parents is identical among the wards and within the medical staff and what areas the information are most focused on. Quantitative research was conducted by questionnaire survey among parents who were hospitalized with the children.

Klíčová slova

Dítě; rodiče; hospitalizace; vztah sestra-rodič; komunikace; informovanost; hospitalizované dítě; psychologie hospitalizovaného dítěte

Keywords

Child; parents; hospitalization; nurse-parent relationship; communication; information (awareness); hospitalized child; hospitalized child psychology

Zadávací protokol

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

2. lékařská fakulta

Ústav ošetrovatelství

Akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Michaela Lupačová**

Studijní program: **Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Děkan fakulty Vám podle zákona č. 111/1998 Sb. určuje tuto bakalářskou práci:

Název práce: **Kvalita informovanosti rodičů hospitalizovaných dětí na Klinice dětské chirurgie ve FN Motol**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce musí splňovat požadavky uvedené v Opatření děkana 2. LF UK č. 12/2010. Zpracováním bakalářské práce student/ka prokáže, že se umí samostatně orientovat ve studovaném oboru a že v průběhu studia získal/a a zároveň je i schopen/a v praxi uplatňovat teoretické poznatky a praktické postupy (metody). Bakalářská práce musí být původním a samostatně zpracovaným odborným textem. Při zpracování bakalářské práce se student/ka může opírat o výsledky a zkušenosti získané jinými autory, avšak vždy musí tyto výsledky a zkušenosti konfrontovat s vlastními názory, úvahami, hodnoceními a závěry. Rozsah bakalářské práce vyplývá z povahy zpracovávaného tématu, přičemž její minimální rozsah činí 40 stran normovaného textu. Referenční seznam musí obsahovat nejméně 25 položek časopiseckých, literárních či elektronických zdrojů informací. Do referenčního seznamu se nezapočítávají pouhá abstrakta. Zpracováním bakalářské práce musí student prokázat schopnost pracovat s aktuální odbornou literaturou vztahující se k řešené problematice, včetně práce s cizojazyčnou literaturou a s dalšími prameny. Citace typu "ústní sdělení" a "nepublikovaná data" (s výjimkou vnitřních předpisů a standardů) nelze v bakalářské práci použít.

Seznam odborné literatury:

VENGLÁŘOVÁ, Martina, MAHROVÁ Gabriela. Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. ISBN 978-80-247-1262-8.

ŠATĚNKOVÁ, Naděžda, KRÁLOVÁ, Jaroslava. Základní otázky komunikace, komunikace (nejen) pro sestry. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2009. ISBN 978-80-7262-599-4.

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

MIKULÁŠTÍK, Milan. Komunikační dovednosti v praxi. Praha: Grada Publishing a.s., 2010. ISBN 978-80-247-2339-6.

DE VITO, Joseph A. Základy mezilidské komunikace. 6. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2018-0.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Vlachová Marie**

Oponenti: **PhDr. Švarcová Eva, Ph.D.**

Konzultanti: **Mgr. Nikodemová Hana**

Datum zadání bakalářské práce: 20.3.2014

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku



.....
Vedoucí katedry

V Praze dne 20.3.2014



.....
Děkan

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
2. lékařská fakulta
Ústav ošetřovatelství
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
IČO: 00216208 DIČ: CZ00216208

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením Mgr. Marie Vlachové, uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky. Dále prohlašuji, že stejná práce nebyla použita pro získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze 13. 4. 2015

Michaela Lupačová

Poděkování

Poděkování patří především mé vedoucí práce Mgr. Marii Vlachové za odborné vedení, cenné rady, trpělivost a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování bakalářské práce věnovala. Dále chci poděkovat rodičům hospitalizovaných dětí a personálu na Klinice dětské chirurgie ve FN Motol za spolupráci při dotazníkovém šetření.

OBSAH

ÚVOD.....	11
1 KOMUNIKACE.....	12
1.1 ZÁKLADNÍ DĚLENÍ KOMUNIKACE.....	13
1.2 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE.....	13
1.3 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE.....	14
1.3.1 Složky verbální komunikace.....	15
1.3.2 Kritéria verbální komunikace.....	15
1.4 CHYBY VE VERBÁLNÍ KOMUNIKACI.....	15
1.5 DOPORUČENÍ PRO SPRÁVNOU VERBÁLNÍ KOMUNIKACI.....	16
1.6 ROZHOVOR.....	17
1.6.1 Druhy rozhovoru.....	17
1.6.2 Nedirektivní rozhovor.....	18
1.7 KOMUNIKACE S RODIČI HOSPITALIZOVANÝCH DĚTÍ.....	18
1.7.1 Spolupráce s rodiči.....	20
1.7.2 Přítomnost rodičů v nemocnici.....	20
1.8 KOMUNIKACE S DĚTSKÝM PACIENTEM.....	21
1.8.1 Význam neverbální komunikace s dětmi.....	23
1.9 ASERTIVNÍ CHOVÁNÍ.....	25
1.9.1 Desatero asertivních lidských práv.....	25
1.9.2 Asertivní techniky.....	26
1.10 ZÁKLADY EDUKACE.....	26
1.10.1 Dělení edukace.....	27
1.10.2 Didaktické zásady edukace.....	28
1.10.3 Edukace při přijetí.....	29
1.10.4 Edukace při propuštění.....	30
2 INFORMOVANOST.....	31
3 ZÁKLADY VÝVOJOVÉ PSYCHOLOGIE.....	32
3.1 OBDOBÍ NOVOROZENECKÉ.....	32
3.2 OBDOBÍ PRVNÍHO ROKU ŽIVOTA (KOJENECKÉ OBDOBÍ).....	32
3.3 OBDOBÍ DO TŘÍ LET VĚKU (BATOLECÍ OBDOBÍ).....	32
3.4 OBDOBÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU.....	33
3.5 OBDOBÍ ŠKOLNÍHO VĚKU.....	33
3.6 OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ (ADOLESCENCE).....	33
4 EMPIRICKÁ ČÁST.....	35
4.1 CÍLE A HYPOTÉZY PRÁCE.....	35
4.2 METODIKA ŠETŘENÍ.....	35
4.3 ORGANIZACE PRÁCE.....	36
4.4 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU A POPIS.....	36
4.5 VÝSLEDKY VLASTNÍ PRÁCE A JEJICH ANALÝZA.....	37
4.5.1 Statistické výsledky hypotéz.....	38
4.5.2 Další položky dotazníku.....	40
5 DISKUZE.....	47
ZÁVĚR.....	52
REFERENČNÍ SEZNAM.....	54
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	57
SEZNAM TABULEK.....	58
SEZNAM PŘÍLOH.....	59
PŘÍLOHY.....	60

ÚVOD

Téma své bakalářské práce „Kvalita informovanosti rodičů na Klinice dětské chirurgie ve FN Motol“ jsem si zvolila především ze dvou důvodů. Prvním je, že jsem na zmíněné klinice zaměstnána již několik let, a proto mám k této problematice velmi blízko. Druhým je, že se často objevují potíže v komunikaci mezi personálem a rodiči hospitalizovaných dětí.

Setkáváme se také se sdělováním rozdílných informací rodičům od ošetřujícího personálu jak mezi odděleními, tak mezi odděleními a ambulancí, ale také od jednotlivých členů ošetřovatelského týmu na celé klinice.

V teoretické části mé práce se zaměřuji především na komunikaci, její správné zásady, ale také chyby v komunikaci, kterým je nutné se vyvarovat. Komunikace s rodičem nemocného dítěte je velmi náročná a musíme být opatrní při sdělování informací. Rodiče jsou ve velkém stresu, mají strach o své dítě, nevědí, co je čeká a proto si z velkého množství podávaných informací zapamatují jen malou část, především z tohoto důvodu jsou informace podávány ústně i písemně. Rodiče mají samozřejmě možnost vždy položit doplňující dotazy nejen při příjmu, ale i v průběhu celé doby hospitalizace, avšak ne všichni této možnosti využijí. Sdělované informace musí být především srozumitelné, nejlépe bez odborných výrazů, aby nám rodiče jako laici porozuměli.

Chyby v komunikaci mezi rodiči a personálem nejčastěji vznikají pouhým vzájemným nepochopením se a tato drobná nedorozumění mohou vést až ke konfliktům končících stížnostmi.

Cílem empirické části bylo zjistit kvalitu informovanosti rodičů. Zda jsou podávané informace dostačující, na co jsou dle rodičů nejvíce zaměřeny, zda se shodují mezi jednotlivými pracovišti kliniky a mezi jednotlivými členy ošetřovatelského týmu, jakou formu sdělení informací upřednostňují apod. Stanovila jsem 4 hypotézy, některé byly potvrzeny, jiné vyvráceny. Výzkum byl proveden formou dotazníkového šetření, které bylo realizováno na odděleních Kliniky dětské chirurgie ve FN Motol.

1 KOMUNIKACE

Než se začneme podrobněji zabývat komunikací, tak je důležité si říci, co komunikace vlastně je. V jednotlivých odborných publikacích se setkáváme s různými definicemi, já zvolila mé profesi nejbližší. „Komunikovat znamená poskytovat zprávy, sdílet informace, vyměňovat si myšlenky a vyjadřovat se takovým způsobem, aby si účastníci komunikace vzájemně porozuměli. V ošetrovatelském procesu je komunikace výměnou informací týkajících se zdraví a péče mezi pacientem a sestrou, přičemž oba účastníci komunikace jsou zároveň vysílačem i přijímačem informací.“ (Špatenková, Králová, 2009)

V této kapitole si vymezíme základní dělení komunikace, zásady správné komunikace, ale také chyby, které v komunikaci děláme často i nevědomky. Komunikace ve zdravotnictví je velmi důležitá, sdělujeme jejím prostřednictvím důležité informace týkající se zdravotního stavu pacienta, o standartním průběhu hospitalizace, ale také o řádu a chodu oddělení. Na dětských odděleních komunikujeme nejen s dětmi různých věkových kategorií, ale také s jejich rodiči. Komunikace s rodiči hospitalizovaných dětí je velmi náročná, nacházejí se ve velké stresu a strachu o své dítě, netuší, jaký bude postup ošetrovatelské péče od jednotlivých členů zdravotnického týmu, obávají se komplikací a často se bojí na jakékoliv informace zeptat. Jak při příjmu, tak i v průběhu hospitalizace je důležité věnovat rozhovoru s rodiči dostatek času, nekomunikovat ve spěchu, volit vhodná slova, aby nám jako laici snadno porozuměli a vždy dát možnost položit doplňující dotazy a pokusit se na ně odpovědět.

Komunikace s dětskými pacienty se liší podle různých věkových kategorií, ale také s každým dítětem musíme komunikovat jinak, mít trpělivost, pokud tomu odpovídá již jeho věk, tak mu pečlivě a srozumitelně vysvětlit, co přesně ho čeká a věnovat vysvětlení dostatek času. Při komunikaci s dětmi můžeme využít různé pomůcky podle věku, můžeme předvést na hračky, jaký výkon dítě čeká, dát mu příležitost osahat si pomůcky, pokud to používané pomůcky dovolují, dát mu čas zeptat se na vše co ho zajímá.

1.1 Základní dělení komunikace

Při komunikaci využíváme i různé druhy současně. Kdy, kde a jak s pacientem nebo rodiči komunikujeme, se odvíjí především od informace, kterou jim chceme sdělit. Ve většině situací je nejlepší komunikovat s rodiči hospitalizovaných dětí i pacientem v soukromí, nejlépe na pokoji nebo k tomu určené místnosti. Komunikaci dělíme na verbální a neverbální, níže si uvedeme bližší specifika.

1.2 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace je komunikace beze slov, jedná se v podstatě o řeč těla. Nejčastěji doprovází verbální komunikaci, ale někdy ji může i zcela nahradit. Ve zdravotnictví jsou projevy neverbální komunikace významnější, je zde větší potřeba dorozumění. Neverbální komunikace obsahuje několik podkategorií.

Nejčastěji používané členění je podle Jara Křivohlavého. Do neverbální komunikace zařazuje: výraz obličeje (mimika), přiblížení a oddálení (proxemika), dotek (haptika), fyzický postoj (posturologie), pohyb (kinezika), gesta. (Křivohlavý, 1993). Dále sem můžeme zařadit paralingvistické projevy.

V mimice se jedná o výraz obličeje, jde z něj vyčíst mnoho. Mimikou můžeme sdělit i kulturně tradovaná gesta (např. tzv. zdvořilostní úsměv) a instrumentální pohyby (např. výraz při kýchnutí). Ve výrazu obličeje lze spolehlivě vyčíst primární lidské emoce, kterými jsou štěstí – neštěstí, neočekávané překvapení – splněné očekávání, strach – pocit jistoty, radost – smutek, klid – rozčilení, spokojenost – nespokojenost, zájem – nezájem. Vyznat se v obličeji druhého není tak lehké. Úsměv obecně považujeme za přátelské gesto, ale může být pochopen i jako výsměch. Pomocí úsměvu můžeme také zakrývat emoce. Sestra může pomocí výrazu obličeje ovlivnit celkovou atmosféru při komunikaci s pacientem či rodiči. Sestra může z výrazu obličeje pacienta vyčíst také bolest, která se v obličeji odráží zcela mimovolně.

Další oblastí neverbální komunikace je proxemika. Proxemika je definována jako vzdálenost, kterou mezi sebou lidé mají při jednání či společné činnosti. Každý z nás má určité hranice tělesného kontaktu. Můžeme je rozdělit na intimní zónu, osobní zónu, společenskou a veřejnou zónu. V intimní zóně se jedná o vzdálenost asi 15 – 30 cm. Patří sem blízcí přátelé, milenci, rodinní příslušníci. Narušení této zóny člověkem, který do ní nepatří, je námi vnímáno jako vlezlé a komunikace často vážne. V osobní zóně mluvíme o vzdálenosti 45 – 75 cm. Jedná se např. o úřední jednání dvou lidí. Společenská zóna odpovídá 2,1 – 3,6 m, můžeme sem zařadit obchodní jednání, skupinové diskuse. Veřejná zóna je v oblasti od 3,6 do 7,6 m. Řadíme sem herecká vystoupení, politické činitele.

Dále do oblasti neverbální komunikace patří haptika. Zabývá se tím, jak se sebe lidé navzájem dotýkají. Mluvíme především o stisku ruky, kterým se zdravíme, seznamujeme. Patří také k prvnímu kontaktu s pacientem, kdy se mu představujeme, pokud je to možné. Podání ruky je také projevem zdvořilosti.

Posturologie je oblast, která se zabývá držením těla a fyzických postojů. Existují 3 základní polohy, vestoje, vsedě, vleže. Nejlépe se lidé domluví, když sedí. Při podávání a získávání informací od pacienta nebo rodičů je poloha vsedě nejvhodnější a dalo by se říct, že i nezbytná. V rozličných postojích je jasná dominance jednoho či druhého účastníka rozhovoru.

Kinezika zahrnuje pohyby těla a jeho částí. Zabývá se především rychlostí, trváním, ohraničením, akcelerací, prostorovostí a souladem pohybu.

Gesta jsou pohyby, které mají významný sdělovací účel. Měla by naznačovat to, co chceme sdělit slovem v situaci, kdy je vhodnější to názorně ukázat. Gesta mohou doplňovat a zdůraznit verbální projev.

Pohledy můžeme zařadit také do mimiky i kineziky. Jak naše oči mluví se zaměřením pohledu, délkou, četností pohledů apod. Některé pohledy můžeme vnímat příjemně a jiné zase nepříjemně.

Do neverbální komunikace můžeme zahrnout i úpravu zevnějšku. U sestry je tato část velmi důležitá. Pro pacienta i rodiče je příjemnější a snadnější komunikovat a sdělovat informace sestře, která je upravená. (Venglářová, Mahrová, 2006)

1.3 Verbální komunikace

Verbální komunikací se rozumí sdělování pomocí slov. Činiteli ve verbální komunikaci jsou situační kontext, kterým rozumíme situaci, ve které komunikace

probíhá. Vnitřní dispozice jedince, které si s sebou nosíme po celý život a nejdůležitější je učení v rodině. Posledním činitelem je motivace komunikovat, kam zařadíme ochotu a vůli komunikovat. (Venglářová, Mahrová, 2006)

1.3.1 Složky verbální komunikace

Do složek verbální komunikace řadíme rychlost řeči, hlasitost, pomlky, výšku hlasu, přítomnost embolických slov, délku projevu a intonaci. Rychlost řeči by měla být přiměřená naší znalosti tématu, která však nemusí být stejná u posluchače. Různou hlasitost volíme např. při potřebě upoutat pozornost. Nepřiměřeně a zbytečně hlasitý projev působí netaktně a nepříjemně. Rodiče i pacienti často ztiší hlas při intimnějším tématu hovoru, strachu či nejistotě. Pomlky v rozhovoru mohou mít různé příčiny. Sestra tak může dát prostor pacientům nebo rodičům doprovázejících děti na hospitalizaci prostor k dotazům, přemýšlení o sdělených informacích nebo o tom co naopak chtějí sdělit nám. (Venglářová, Mahrová, 2006)

1.3.2 Kritéria verbální komunikace

Do kritérií úspěšné verbální komunikace patří jednoduchost, stručnost, zřetelnost, vhodné načasování a adaptabilita (přizpůsobivost).

Jednoduchostí myslíme především to, že sdělení by mělo být stručné a měli bychom používat běžné a hlavně srozumitelné formulace a výrazy. Velmi důležité je ověřit si, zda příjematel porozuměl sdělovaným informacím.

Stručné informace působí více profesionálně, naopak okličky vzbuzují nedůvěru. Stručnost by neměla být na úkor srozumitelnosti a jako zdravotníci bychom neměli používat zkratky, které laici nemusí znát.

Při komunikaci musíme jasně vyjádřit podstatu věci a neměli bychom zapomínat na využití a vliv neverbálních projevů. Důležité je také vhodné načasování. Podmínkou při sdělování a přijímání osobních informací od pacientů je klid, soukromí, dostatek času, a pokud to dovolují podmínky, tak nerušený prostor. Přizpůsobení stylu rozhovoru by mělo být provedeno v závislosti na reakcích rodičů či pacientů. (Venglářová, Mahrová, 2006)

1.4 Chyby ve verbální komunikaci

Nyní si uvedeme nejčastější chyby ve verbální komunikaci, kterým je nutné se co nejvíce vyvarovat.

Mezi nejčastější chyby ve verbální komunikaci můžeme zařadit:

- Neuspořádané myšlenky před zahájení komunikace.
- Nepřesné vyjadřování.
- Snaha sdělit příliš mnoho informací v jednom rozhovoru.
- Sdělení příliš mnoha informací, která nemají pro příjemce vzájemnou logiku.
- Informační zahlcení příjemce.
- Sestra neregistruje reakce pacienta či rodičů dětí a podstatné momenty v jejich odpovědích.

Verbální komunikaci s pacientem nebo doprovody hospitalizovaných dětí mohou dále komplikovat:

- Příkazování.
 - Moralizování, kázání.
 - Souzení, kritika, obviňování.
 - Podceňování pacienta nebo doprovodu dětí.
 - Povyšování se.
 - Srovnávání s jinými, nebo se sebou.
 - Vyrušování soukromými telefonáty.
 - Ironie, nevhodný humor, etiketizace, stereotypizace.
- (Špatenková, Králová, 2009)

1.5 Doporučení pro správnou verbální komunikaci

V této podkapitole si zmíníme některá správná doporučení pro efektivní verbální komunikaci.

- Pozorně naslouchat pacientovi/doprovodu dětí.
- Dávat najevo svůj zájem.
- Pomáhat pacientovi/doprovodu formulovat.
- Přání pacienta brát vážně a respektovat ho.
- Mluvit s pacientem/doprovodem o tom, co potřebuje.
- Povzbuzovat pacienta/doprovod k hovoru.
- Být pozitivní, ocenit pacienta/doprovod.
- Všimnout si změn u pacienta/doprovodu.
- Slova volit obezřetně a s opatrností.
- Mluvit méně, spíše naslouchat.

- Nelitovat času, který jsme věnovali komunikaci.
(Špatenková, Králová, 2009)

1.6 Rozhovor

Rozhovor je základem v komunikaci. V této podkapitole si vymezíme především druhy rozhovoru a jejich vedení.

Existuje spousta různých definicí rozhovoru, např.: „*Rozhovory jsou formou interpersonální komunikace, ve které se setkávají dva lidé a prostřednictvím otázek a odpovědí dosahují svých cílů.*“ (Joseph A. DeVito, 2001, str. 217)

Pro zdravotní sestru jsou v rozhovoru s pacientem nebo doprovody dětí důležité především následující kroky:

- Úcta - vážíme si pacienta jako člověka a současně jako rovnocenného partnera v rozhovoru.
- Důvěryhodnost.
- Ochota dávat, nejen přijímat. Dialog není jednostrannou záležitostí.
- Ochota odložit masku – nelze předstírat, hrát si na někoho jiného.
- Citlivé odkrývání překážek v rozhovoru.
- Přátelská atmosféra.

1.6.1 Druhy rozhovoru

Ve zdravotnictví se nejčastěji setkáváme s rozhovorem terapeutickým, informačním a edukačním.

Při terapeutickém rozhovoru se sestra setkává s pacientem v bezprostřední blízkosti a tráví s ním nejvíce času. Nejčastější pocity, se kterými se setkáváme, jsou strach, smutek, úzkost, zklamání, vztek a tíseň. O přijímání pocitů v rozhovoru mluvíme jako o akceptaci. Akceptovat pocity znamená dávat druhým najevo, že vnímáme, co prožívají. V tomto rozhovoru je důležité nehodnotit a nezlehčovat pocity druhých. Mohlo by se stát, že se pacient/rodič uzavře a ztratíme tak jeho důvěru.

Účelem informačního rozhovoru je sdělování a přijímání informací. Na dětském oddělení získáváme informace především od doprovodů pacientů/starších dětí. Sestra nejčastěji sděluje informace o řádu a chodu oddělení při příjmu pacienta, informace týkající se vyšetření a ošetrovatelské péče během hospitalizace. Naopak od rodičů získává informace o jejich dítěti, např. o stravě, chování, soběstačnosti, oblíbené hračky apod.

Edukativní rozhovor spočívá v naučení pacienta/rodičů něčemu. Stále častěji se pacienti nebo rodiče zapojují do léčby o sebe nebo o jejich děti, z tohoto důvodu je edukativní rozhovor velmi důležitý. Odvíjí se především od diagnózy pacienta/dítěte a od toho, jakou péči jeho zdravotní stav vyžaduje. Nevhodné je odbytí rodičů či pacienta brožurkou nebo návodem. Naopak nejvhodnější je názorná ukázka a postupné zaučení v postupu ošetrovatelského výkonu. (Venglářová, Mahrová, 2006)

1.6.2 Nedirektivní rozhovor

Základními principy vedení nedirektivního rozhovoru jsou:

Nedirektivita, kdy by měl zdravotník být aktivní v podporování rozhovoru, měl by povzbuzovat pacienta/rodiče ke sdílnosti.

Empatie je vcítění se do pocitů a situace jiného člověka. Umožňuje nám předpokládat, jak bude nemocný/rodič reagovat. Profesionální sestra se snaží o aktivní empatické vystupování. Měla by se pokusit vcítit do celkové situace nemocného nebo rodičů nemocného dítěte a dát jim dostatek času při sdělení jejich emocí a obav.

Emoční blízkostí dáváme najevo zájem o situaci nemocného a nezajímáme se pouze o provedení ošetrovatelských léčebných výkonů.

Mezi dovednosti používané při vedení nedirektivního rozhovoru patří:

- Aktivní naslouchání.
- Podporování nemocného v rozhovoru.
- Reflexe – osvědčuje se reflektovat sdělení pacienta/rodičů.
- Vyjádření porozumění.
- Akceptace a úcta.
- Autentičnost.

1.7 Komunikace s rodiči hospitalizovaných dětí

Na začátek této kapitoly bych ráda uvedla desatero komunikace s rodiči dětského pacienta, které popisují Zuzana Candigliota a Radkin Honzák (2012).

1. Vřelost přístupu sestry pro rodiče znamená mnohem více než její kompetence. Je pro ně důležitý především lidský přístup a empatie.
2. Na prvním místě pro sestry by mělo být vždy vyřešení problému. Ve vypjatých situacích je důležité, zklidnit atmosféru a vysvětlit rodičům proč situaci řešíme právě zvoleným způsobem.

3. Často slyšíme od rodičů, že si přejí k operaci jejich dítěte konkrétního lékaře, docenta, pana primáře. Domnívají se, že když si zdravotnickou péči náležitě zaplatí, tak bude profesionálnější a dostane se jim vzdělanějších sester, které požadují a lékařů na vyšších pozicích.
4. Při kladení dotazů rodiči a získávání informací o stavu jejich dítěte musíme být velmi trpěliví. Mají o své dítě především strach a často i pocit, že jim informace zatajujeme. Měli bychom rodiče v klidném prostředí vyslechnout a pokusit se jim požadované informace sdělit, abychom zmírnili jejich obavy.
5. Ať už na písemné nebo slovní napadení musíme reagovat asertivně, výjimkou je agrese. Důležité je rodiče uklidnit, uklidnit celou situaci a znovu si případný konflikt projít a v klidu jej probrat a vyřešit.
6. Často se při rozhovoru s rodiči stane, vlivem kladení dotazů, že odbočíme k jiné záležitosti, než kterou jsme chtěli s rodiči původně probrat. Rodičům odpovíme na kladené dotazy, ale po té se musíme vrátit zpět k původně projednávané záležitosti.
7. To, že rodiče mají jiný názor na léčbu nebo ošetrovatelskou péči neznamena, že zpochybňují naši autoritu nebo kompetence. Ve většině případů je to zapříčiněno strachem o jejich dítě. Je důležité rodičům zdůvodnit, proč byl zvolen právě tento postup.
8. Při komunikaci s rodiči dochází ke sdělování obav o jejich dítě. Tyto obavy musíme brát v úvahu, zopakovat a teprve potom odpovídat na jejich dotazy. Je důležité rodiče nejdříve uklidnit, pokusit se je zbavit úzkosti a teprve potom nasadit logiku.
9. Při rozhovoru s rodiči se musíme vždy přesvědčit, zda nás dobře slyšeli a hlavně, zda nám porozuměli. Nejlépe to zjistíme tak, že jej požádáme, aby nám zopakoval naše argumenty. Stejně tak se musíme přesvědčit my, zda jsme správně rozuměli rodičům. Obě strany mohou položit doplňující dotazy, kterými se ujistí o správném pochopení se.
10. V úvahu musíme brát i názory lidí z okolí rodiče dítěte (alternativců, léčitelů, babiček atd.). Může nám to pomoci ve vytvoření představy o prostředí, ve kterém se dítě i rodič pohybuje a žije.

1.7.1 Spolupráce s rodiči

Onemocnění dítěte je velmi zátěžovou situací nejen pro dítě samotné, ale také pro rodiče a širší okruh rodiny. Naší povinností a také v zájmu dítěte je především získat spolupráci rodičů při péči o dítě. Hospitalizace dítěte je velmi psychicky zátěžovou situací pro dítě i pro rodiče. Sestra se musí snažit pochopit a vcítit se do obav rodičů i dítěte. Vlivem stresu se rodiče často chovají jinak, než za běžných okolností. Musíme vyslechnout jejich obavy, pocity a správnou komunikací se pokusit je uklidit a těchto pocitů je zbavit. Důležité je rodičům i dítěti vysvětlit co přesně bude hospitalizace obnášet, vysvětlit jim v čem spočívají vyšetření, která musí jejich dítě absolvovat a také zdůraznit, kterých vyšetření se mohou zúčastnit spolu s dítětem a u kterých to nelze. Jedním z rodičovských práv je právo na informovanost. Proto pokud má dítě podstoupit operační zákrok, tak je spíše na lékaři, aby rodičům vysvětlil, o jaký zákrok se konkrétně jedná, v čem spočívá příprava před výkonem, jaká bude péče po výkonu i jaké mohou nastat komplikace. Po sdělení všech základní informací a zodpovězení všech dotazů dochází k podepsání informovaného souhlasu lékařem a rodiči. Sestra by samozřejmě tyto informace měla znát také, i když ne v takovém rozsahu, protože s rodiči i dítětem tráví více času, a proto se rodiče často obrací s těmito dotazy i na sestry. V takové situaci je povinností sestry zajistit lékaře, který rodičům vše potřebné vysvětlí a pokusí se je zbavit obav z operačního výkonu.

Při příjmu dítěte rodiče dostávají spoustu informací od lékaře i od sester, a proto je zcela pochopitelné, že ne všechny si zapamatují. Proto je důležité, aby sestra byla ochotna rodičům informace i několikrát během hospitalizace zopakovat. Při komunikaci s rodiči i širší rodinou bychom neměli používat odbornou terminologii, jako laici nám nemusí rozumět.

Důležité je, aby sestra i ostatní ošetrovatelský personál znali své kompetence, a aby věděli, jaké informace mohou rodičům či staršímu dítěti sdělit a jaké informace již musí sdělovat lékař. (

1.7.2 Přítomnost rodičů v nemocnici

Každé dítě do 6 - ti let má právo na přítomnost rodičů při hospitalizaci. Rodiče dětí do 6 - ti let svůj pobyt v nemocnici nehradí, pokud se jedná o děti starší, rodiče si musí již pobyt uhradit. Význam přítomnosti rodičů je důležitý především u kojenců, batolat a dětí předškolního věku. Při nepříjemných a bolestivých výkonech může přítomnost rodičů zajistit pocit bezpečí a může usnadnit zvládání stresových situací.

Když je matka přijata s dítětem, dítě se také většinou dříve uklidní a celá hospitalizace může probíhat lépe. Mohou ale také nastat situace opačné, kdy přítomnost rodičů může být pro dítě více stresující. Při náročnějších výkonech můžeme matku požádat, aby pokoj nebo místnost, ve kterém budeme výkon provádět, opustila. U nepříjemných výkonů záleží na tom, zda je rodič přítomen nebo ne. Děti se na něj často obracejí s prosbou pomoci, křičí, pláčou, vzpírají se. Pokud uvidí v rodiči zastánce, pokusí se tuto strategii použít při dalším výkonu znovu a může to tak výrazně zhoršit podmínky pro ošetřující personál.

Přítomnost matky během hospitalizace může být také přínosem pro ošetřující personál, ale i naopak. Rodiče jsou ve velkém stresu, a proto kontrolují každý krok sestry. Především chování k jejich dítěti, ale i k lékařům a ostatním sestřím. Často rodiče reagují nepřiměřeně na situaci a mohou požadovat jiný ošetřující personál či léčebný postup. Často se také setkáváme se situacemi, kdy léčebný postup stanovaný lékařem nedodržují, úkolem sestry v takových situacích by mělo být především vysvětlení proč je důležité doporučení lékaře dodržovat. V případě neúspěchu další vysvětlení závisí na ošetřujícím lékaři. Všechna nedorozumění je nutné řešit mimo pokoj nemocného dítěte nejlépe za přítomnosti další sestry, lékaře nebo nadřízené staniční sestry. Nutné je při řešení vždy zachovat klid a vyslechnout všechny obavy rodičů. Nedorozuměním a konfliktům můžeme předejít dobrou informovaností doprovodu dítěte.

Přítomnost doprovodu u dítěte je důležitá hlavně v situacích, kdy je nutné rodiče edukovat v ošetřovatelských výkonech, které vyžaduje péče o dítě v domácím prostředí.

Je nutné si uvědomit, že celá situace, kdy je rodič hospitalizován spolu s dítětem, je pro oba velmi náročná psychicky i fyzicky. Oba se nacházejí v neznámém prostředí, rodiče neznají ošetřovatelské postupy a bojí se, že jejich dětem může být ublíženo jejich zaviněním, nebo i ze strany personálu. Každý ošetřovatelský výkon či postup je nutné rodičům i starším dětem do detailu vysvětlit a popsat jak bude prováděn. Dostatečnou informovaností můžeme předejít konfliktům, nedorozuměním, ale také můžeme zmírnit strach dítěte i rodičů. (Plevová, Slowik, 2010)

1.8 Komunikace s dětským pacientem

Komunikace s dětskými pacienty je velmi specifická. Komunikaci bychom měli vždy přizpůsobit věku dítěte. Správná a aktivní komunikace s dítětem je základem k úspěšné ošetřovatelské péči. Při komunikaci s dítětem musíme být především trpěliví,

důslední, zachovat si lidský přístup a být schopni mu naslouchat. (Plevová, Slowik, 2010)

Nyní bych ráda zmínila základní kroky, jak uvádí Kristová (2004), které by měla sestra při příjmu dítěte provést. Tyto kroky jsou závislé na věku dítěte.

- Pozdravit a představit se.
- Nejprve orientovat komunikaci na dítě, až po té na doprovod.
- Oslovit dítě, zeptat se ho jak se jmenuje. Dítě oslovovat pouze jménem.
- Zjistit jak jej oslovují v domácím prostředí, a také ho tak oslovovat.
- Navázat kontakt s dítětem pomocí hraček.
- Zjistit oblíbenou hračku dítěte a pozornost zaměřit na ni.
- Ukázat dítěti i doprovodu pokoj i oddělení.
- Pokud dítě není na pokoji samo, tak mu představit ostatní děti.
- Ukázat dítěti hernu, hračky, knihy.
- Poskytnout mu prostor na otázky i odpovědi.

Důležitým poznatkem psycholingvistiky je ten, že děti jsou již od narození schopny učení. Dítě všeobecně začíná mluvit, když začne vyslovovat svá první slova, která jsou již smysluplná pro dospělého. První slova se objevují nejčastěji mezi 12. - 18. měsícem věku dítěte. (Průcha, 2011)

Komunikaci s dětskými pacienty můžeme rozdělit dle věku dítěte do několika kategorií. Jsou to komunikace s novorozenci, kojenci, batolaty, dětmi předškolního věku, školního věku a dospívajícími.

Komunikace s novorozenci není bezvýznamná, jako si spousta laiků, ale i profesionálů myslí. Již dítě v novorozeneckém věku je schopno reagovat na hlas, rozlišovat příjemné a nepříjemné pocity. Vlastní jednu z nejmocnějších zbraní, a tou je křik. S jeho pomocí si přivolá pomoc, velmi rychle pochopí souvislost mezi křikem a péčí (pomocí), která je mu po té poskytnuta (přebalení, nakrmení, pochování).

Navázání komunikace s kojenci je velmi podobné jako u novorozenců. Důležité je mluvit něžně, klidně, usmívat se. Podstatná je také neverbální komunikace, jako jsou doteky, hlazení, chování, vede k utišení dítěte a navázání dobrého vztahu. Potřeby kojence musí být co nejrychleji uspokojeny (nakrmení, přebalení, pochování) a je důležité do této péče zapojit i rodiče a spolupracovat s nimi.

V batolecím věku je důležité dítě oslovovat jménem, tak jako v domácím prostředí. Někdy můžeme také užívat slova, která dítě používá. Používáme krátká a

jasná sdělení, respektujeme čas dítěte na odpočinek. Pokud to podmínky dovolují, tak povolíme dítěti používat známé předměty a hračky, aby se cítilo v novém prostředí co nejbezpečněji. V tomto období je zcela typické období vzdoru, dítě se tímto způsobem může vyrovnávat se stresem, ve kterém se v nemocnici nachází. U každého batolete se projevuje jinak. Můžeme jej zaskočit tím, že budeme reagovat stejně (např. postavením se před dítě a dupat nohou). Ke každému dítěti musíme přistupovat individuálně, a respektovat výchovu jeho rodičů. Na citlivější a úzkostnější děti můžeme lépe zapůsobit mateřským přístupem.

U dětí předškolního věku se musíme vyjadřovat jasně, stručně a především srozumitelně. Nutné je používat krátké věty a jednoduchá slova, mluvit klidně a pomalu. Pokud nám dítě chce něco sdělit, nesmíme ho přerušovat. Nasloucháme mu, chválíme ho. Pro ošetřovatelské výkony můžeme využít názorných ukázek např. na oblíbené hračky a využíváme terapii hrou. Dáme také příležitost dítěti, aby se rozhodovalo samo třeba v tom, co by si dalo raději k snídani. Děti také velmi oceňují dospělácký přístup, podání ruky, představení se vzájemně, důležité je mluvit k dítěti a ne o něm s doprovázející osobou. Rozdíly v komunikaci jsou také mezi chlapci a děvčaty. Chlapci se častěji uzavírají do sebe, mají zájem o jiné hračky než děvčata. Tyto rozdíly v pohlaví musíme respektovat, navázat kontakt s děvčátkem je jednodušší, jsou více komunikativní a rády si s někým popovídají na rozdíl od chlapců.

S dětmi školního věku (6-12 let) se dá již snadněji komunikovat vzhledem k velkému rozvoji řeči v tomto období. Při vysvětlování ošetřovatelských výkonů ale stále používáme jednoduché výrazy. Náročným komunikačním obdobím je počínající puberta, respektujeme, když dítě komunikovat nechce. Příčinou tohoto jednání může být nejistota, křehkost, zranitelnost. (Plevová, Slowik, 2010)

U dospívajících dětí je důležité je vyslechnout a nesoudit. Dospívající oslovujeme jménem a vykámé. Podporujeme jej v zodpovědnosti za jeho zdravotní stav. Používáme správné odborné výrazy, které se týkají jeho těla, vyšetření a zdravotního stavu, avšak nesmíme opomenout srozumitelnost sdělovaných informací. Je nutné respektovat pacientovo soukromí a stud. (Špatenková, Králová, 2009)

1.8.1 Význam neverbální komunikace s dětmi

Neverbální komunikace je pro dětský vývoj velmi důležitá. Neverbální komunikací u dětí můžeme označit chování, při kterém se nevyskytuje řeč. Do neverbálního chování novorozenců a kojenců můžeme zařadit vrozené reflexy. Kojenci,

ale i starší děti využívají k neverbální komunikaci i pláč, uvědomují si, že pláčem vždy vyvolají nějakou reakci dospělého. Komunikace je částečně vrozenou genetickou výbavou, vývoj je ale dán především zkušenostmi. (Doherty-Sneddon, 2005)

Neverbální signály jsou nedílnou součástí komunikace s dětmi. Kromě novorozenců a kojenců mají tyto signály velký význam také u dětí mentálně postižených či těžce nemocných.

Mimika u dítěte nám může mnoho prozradit, projevované pocity jsou pravdivé. Můžeme z ní vyčíst strach, bolest, smutek i radost. Při komunikaci dodržujeme oční kontakt.

Sestra nejčastěji zaujímá s dítětem intimní nebo osobní zónu. V intimní zóně se předpokládá použití tělesného kontaktu zejména v akutním stadiu onemocnění, při příjmu, vyšetřeních či ošetrovatelské péči. Osobní zóna se využívá zejména při edukaci rodičů nebo staršího dítěte.

V oblasti haptiky se nejčastěji využívá pohazení po tváři, hlavičce, ručičce či zádech. Dotykem můžeme dítě uklidnit, ale také jej rozrušit. U batolat a kojenců můžeme dítě vzít do náručí a můžeme si tak vytvořit vztah důvěry.

Postojů, polohy a držení těla by si sestra měla všimnout od prvního kontaktu s dítětem i rodiči. Všimáme si především vytváření bariér, které tlumí komunikaci, např. překřížené horní končetiny na hrudníku, překřížené dolní končetiny. V oblasti posturiky si sestra musí všimnout především bolestivých projevů, zda se dítě nedrží bolestivé části těla při chůzi nebo i na lůžku.

Gestikulace u dětí je velmi bohatá. Nejčastějšími gesty jsou pohyby rukou. Svá gesta rukou by měla ovládat i sestra, měla by být přiměřená a některým by se měla zcela vyhýbat (zvednutí prstu, poklepání na stůl atd.).

Sestra by si měla všimnout také celkového vzhledu dítěte. Čistoty oděvu a obuvi, úpravy vlasů a nehtů. Jedná se o informace ze sociálního zázemí nejen dítěte, ale celé rodiny. Samozřejmě sestra nesmí opomenout svůj zevnějšek. Měla by mít čistou uniformu, nevýrazné líčení, upravené a čisté ruce a nehty.

Důležité je také prostředí nemocnice. Měli bychom se pokusit o vytvoření co nejpřirozenějšího prostředí. Barevné stěny, hračky, vhodné obrázky a knihy pro děti. (Plevová, Slowik, 2010)

1.9 Asertivní chování

„Asertivita je způsob, jak prosadit svůj oprávněný požadavek, či říkat ne, aniž by byla dotčena práva druhých. Je to možnost, jak dávat najevo své emoce, přání a požadavky. Asertivní člověk umí dát najevo své stanovisko, nebojí se oponovat, umí říkat ne a umí i požádat o laskavost, aniž by se u toho cítil trapně. Asertivita učí jak dělat přiměřené kompromisy.“ (Venglářová, Mahrová, 2006, str. 67)

Nyní si zmíníme druhy asertivity, které ve své publikaci uvádí Mikuláščík (2010).

Simplexní (prostá) asertivita spočívá v přijmutí nebo odmítnutí neoprávněného sebezprosazování komunikačního partnera.

Empatická asertivita je ohleduplný způsob odmítnutí komunikačního partnera, který nám nesobecky pomáhal, ale my si chceme dělat věci po svém.

V **konfrontační** asertivitě se jedná o požádání partnera, spolupracovníka o vysvětlení, proč nedodržel správný postup.

Eskalační asertivita je stupňovaný nátlak na partnera v komunikaci, který si neplní své povinnosti.

Defenzivní asertivita je postup, kdy jsme ochotni změnit svůj dosavadní názor.

Přehnaná asertivita se často projevuje u manažerů nebo pracovníků na vedoucích pozicích.

Ironizující a přehlížející asertivita je hraniční formou asertivity, kdy zlehčujeme útoky člověka, který nás neoprávněně napadá.

Sebeotevírající asertivita je asertivita kdy hovoříme o svých kladech i nedostacích a jsme připraveni přistupovat k řešení problémů.

1.9.1 Desatero asertivních lidských práv

Níže zmíněné desatero je součástí všech publikací, které se zabývají asertivitou.

1. Člověk má právo posuzovat své chování, myšlenky i emoce a být za ně odpovědný.
2. Člověk má právo nenabízet žádné omluvy a výmluvy, ospravedlňující chování.
3. Člověk má právo posoudit nakolik a jak je zodpovědný za řešení problémů druhých lidí.
4. Člověk má právo změnit svůj názor.
5. Člověk má právo říci „já nevím“.

6. Člověk má právo být nezávislý na dobré vůli ostatních.
7. Člověk má právo dělat chyby a být za ně také zodpovědný.
8. Člověk má právo dělat nelogická rozhodnutí.
9. Člověk má právo říci „já ti nerozumím“.
10. Člověk má právo říci „je mi to jedno“. (Mikuláščík, 2010)

1.9.2 *Asertivní techniky*

Asertivní techniky by neměly být chápány jako návody k chování, které jsou zárukou úspěšnosti. Každý z nás má právo rozhodovat sám za sebe.

Technika **obebrané gramofonové desky** je taktika, která nám umožní čelit manipulacím a prosadit oprávněný nárok nebo naopak odmítnout neoprávněné požadavky na nás. Tato technika spočívá v trvání si na uplatnění svého nároku bez vzteku. Tuto techniku je vhodné uplatňovat při reklamacích, které jsou odmítány ze strany prodejce.

Technika **otevřených dveří** se uplatňuje především při neoprávněné kritice. Je nutné umět rozlišovat, co je výmysl a co je pravda. Měli bychom reagovat pouze na pravdivé informace.

Vyrovňávání se s kritikou, souhlas s oprávněnou kritikou. Kritika bývá často využívána jako nástroj napadení. Vyjádřením souhlasu s oprávněnou kritikou se orientujeme na nápravu stavu a dochází tak k odzbrojení kritika.

Dotazování na nedostatky je technika zakládající se na zjištění pravé příčiny kritického postoje. Pokud je nám vytčena nějaká chyba, nemáme se bránit, ale informovat se na další nedostatky.

Příjemný kompromis je postup, který je často zárukou spokojenosti na obou stranách. Jedná se o nejlepší řešení v mezilidských vztazích. Vždy ale musíme být připraveni v některých záležitostech ustoupit.

Zvládání negativní asertivity je technika, která spočívá ve zvládání vlastních chyb a omylů. Je důležité nebát se přiznat si své nedostatky a souhlasit s kritikou. (Mikuláščík, 2010)

1.10 Základy edukace

Proces edukace lze definovat jako „proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech“. (Juřeníková, 2010)

Komunikace během edukačního procesu nejčastěji probíhá formou verbální i neverbální komunikace.

Důležité je, abychom si vymezily základní pojmy, které se v edukaci používají.

Edukační proces je činnost, během které dochází k učení lidí. Tyto procesy probíhají po celý život.

V edukačním procesu dále rozeznáváme 4 podkategorie:

Edukanty, což jsou lidé, kteří se učí a to bez rozdílu věku nebo prostředí, kde edukace probíhá. Ve zdravotnickém prostředí je to nejčastěji nemocný dospělý pacient, dětský pacient nebo jeho doprovod.

Edukátory, kteří provádějí proces učení. Může jím být lékař, sestra, fyzioterapeut apod.

Edukační konstrukty jsou plány, edukační standardy, které stanovují úroveň edukačního procesu.

Edukační prostředí je místo, kde edukace probíhá. Při edukacích pacientů nebo rodičů hospitalizovaných dětí je důležité klidné prostředí, správné osvětlení a dostatek času věnovaného edukaci. (Juřeníková, 2010)

1.10.1 Dělení edukace

Jak uvádí ve své publikaci Juřeníková (2010), tak edukaci můžeme rozdělit na základní, reedukační a komplexní, a dále do 5 fází.

Základní edukace je ta, při které dochází k předání nových vědomostí či dovedností edukantům. Můžeme sem zařadit edukaci matek při nových ošetrovatelských výkonech, které vyžaduje zdravotní stav jejich dítěte.

Za **reedukační** edukaci považujeme tu, při které navazujeme na předchozí sdělení vědomostí a dovedností edukovaného.

Do **komplexní** edukace zařadíme tu, při které jsou předávány ucelené vědomosti a budovány dovednosti, které vedou ke zlepšení nebo udržení zdraví. Tato edukace nejčastěji probíhá v kurzech.

Edukace se nejčastěji rozděluje do 5 fází:

1. Fáze počáteční pedagogické diagnostiky – v této fázi se edukátor snaží odhalit úroveň vědomostí a dovedností edukanta a zajišťuje jeho edukační potřeby. V této fázi je nejčastěji využíván rozhovor a je důležitá ke stanovení cílů edukace.

2. Fáze projektování – v této fázi má za úkol edukátor naplánovat cíle edukace, zvolit formu, obsah a pomůcky k edukaci.
3. Fáze realizace – základem této fáze je dostatečná motivace edukanta, na tu navazuje expozice, při které sdělujeme nové poznatky. Dalším krokem je fixace. Úkolem fixace je upevnění a procvičování získaných vědomostí a dovedností. Dále navazuje průběžná diagnostika, kdy zjišťujeme pochopení daného učiva. Poslední krokem v této fázi je aplikace, při které se snažíme, aby edukant dokázal získané vědomosti a dovednosti použít.
4. Fáze upevnění a prohlubování učiva – tato fáze je nezbytná k uchování vědomostí v dlouhodobé paměti. Ve zdravotnictví je důležité tuto fázi neopomíjet.
5. Fáze zpětné vazby – v této fázi hodnotíme výsledky edukanta, ale také naše.

1.10.2 Didaktické zásady edukace

Zásada názornosti spočívá v možnosti edukanta zapojit co nejvíce smyslové vnímání a myšlení.

Zásada spojení teorie s praxí – vědomosti a dovednosti, které edukanti získají během edukačního procesu, by měli být schopni uplatnit v praxi.

Zásada vědeckosti – sdělované vědomosti v edukačním procesu by měli být v souladu se současnými poznatky vědy a techniky či poznatky z oblasti zdravotnictví.

Zásada přiměřenosti – obsah a náročnost informací v edukačním procesu musí být vhodně zvolen vzhledem ke schopnostem edukanta.

Zásada aktuálnosti – při získávání informací o edukantovi se snažíme získat informace o jeho vědomostech, dovednostech a návycích.

Zásada zpětné vazby (feedbacku) – během celé edukace si edukátor musí ověřovat zda edukant porozuměl informacím, které získal během edukace.

Zásada uvědomělosti a aktivity – tato zásada je požadavkem na edukanta, aby cítil potřebu a nutnost aktivně se zapojit do edukace.

Zásada individuálního přístupu – náplň edukačního procesu by měla vždy přihlížet k celkovému psychickému i fyzickému stavu edukanta.

Zásada soustavnosti – obsah edukačního procesu by měl být uspořádán do logických celků.

Zásada trvalosti – tato zásada vyžaduje schopnost edukanta zapamatovat si získané vědomosti a dovednosti trvale.

Zásada kulturního kontextu – při dodržování této zásady musíme respektovat odlišnosti kultur, sociálních skupin a pohlaví a během edukace k těmto odlišnostem přihlížet. (Juřeníková, 2010)

1.10.3 Edukace při přijetí

Přijetí dítěte a jeho doprovodu je velmi zátěžovou situací pro obě strany. Rodiče potřebují dostatek informací a také na ně mají právo. Edukace je prostředkem, kdy sdělujeme především rodičům potřebné informace a zejména dovednosti týkající ošetrovatelské péče po operačních výkonech a vyšetřeních, vedou zejména k prevenci komplikací. Součástí edukačního procesu je zpětná vazba, kterou si ověřujeme zda nám rodiče rozumí. Příkladem edukace je péče o výživu po operaci, pohybový režim, péče o operační ránu po propuštění do domácí péče apod. Zpětnou vazbou se rozumí např. vyjmenování vhodných potravin, zopakování pohybového režimu, zopakování péče o operační ránu apod.

Vstupní rozhovor s rodiči je velmi důležitý, sestra si během něj může získat důvěru rodičů, ale i dítěte. Pokud získáváme informace o malých dětech, tak je to prováděno prostřednictvím matky. Starší děti rády komunikují sami.

Nyní se zaměřím na přijetí dítěte a doprovodu na kojenecké oddělení Kliniky dětské chirurgie. Po přijetí od lékaře, jsou rodiče i dítě uloženi na pokoj, kde nejčastěji probíhá sdělení informací především o chodu oddělení a také sběr anamnézy, v průběhu hospitalizace se zde také nejčastěji provádí edukační proces. Rodiče mají dostatek času na „zabydlení se“, během kterého si sestra připravuje potřebnou dokumentaci. Edukace probíhají ústně, písemně použitím odpovídajících edukačních materiálů a v případě ošetrovatelských výkonů i praktickou ukázkou a nácvikem. Všechny informace, které rodiče od nás obdrží v písemné podobě, jim také sdělujeme ústně. Během celého procesu sdělování informací při příjmu a edukace v průběhu hospitalizace mají rodiče možnost položit jakékoliv doplňující dotazy, které jsou jim zodpovězeny. Při příjmu se informace od sester zaměřují na chod a řád oddělení, na ubytování doprovodu na pokoji, na nárok doprovodu na stravu, na péči o dítě před operačním výkonem nebo vyšetřením, ale také po vyšetření či operačním výkonu. Z praxe mohu potvrdit, že nejčastěji se dotazy rodičů zaměřují právě na před a pooperační péči o jejich dítě. Po větších operačních výkonech jsou děti po operacích přeloženy na jednotky intenzivní péče, i na tato oddělení rodiče zaměřují své dotazy, především ze strany jejich ubytování s dítětem na pokoji.

Po dokončení informačního a edukačního procesu, který se provádí v průběhu hospitalizace i opakovaně na různé ošetrovatelské výkony po operacích či vyšetřeních a následně na domácí péči po propuštění, doprovod dítěte podepíše Informační a edukační záznam. (Příloha č. 2) Dalším podepsaným dokumentem při příjmu k hospitalizaci je interní dokument Kliniky dětské chirurgie, který obsahuje podrobnější a již ústně sdělené informace. (Příloha č. 3)

Podepsání těchto dokumentů je důležité především v situacích, kdy se setkáváme se zapřením podaných informací, často i s popřením provedené edukace.

1.10.4 Edukace při propuštění

Při propuštění dítěte do domácí péče je nutná edukace doprovodu v následné domácí péči. Pokud se opět zaměřím na kojenecké oddělení Kliniky dětské chirurgie, tak edukaci při propuštění provádí sestra i lékař. Informace a edukace od lékaře obnášejí především sdělení termínu kontroly, předání propouštěcí zprávy, omezení týkající se především fyzické aktivity po operačních výkonech a také doporučení. Sesterská edukace je zaměřena spíše na hygienickou péči, a také dodržování doporučeného léčebného režimu. Důležité je předat rodičům kontakt na oddělení, aby nás v případě dalších dotazů či podezření na vznik komplikací mohli kontaktovat. Po dokončení edukace již rodiče nepodepisují edukační záznam, ale povinností edukátora je provést záznam o edukaci v tomto záznamu.

2 INFORMOVANOST

Pod pojmem informovanost si můžeme zjednodušeně řečeno představit znalost, množství a kvalitu sdělených informací. Červená Vlasta uvádí definici informovanosti jako „*být zpravený o něčem, poučenost, znalost něčeho*“. (2003)

Informovanost je spjata také s edukací a především do ní zařazujeme seznámení s informovanými souhlasy s hospitalizací, výkonem, observací, vyšetřením apod.

V informovaném souhlasu by měly být uvedeny všechny informace týkající se zákroku či vyšetření, které pacient podstoupí. Nejčastěji je v písemné podobě a zakládá se do dokumentace pacienta. Informované souhlasy v podstatě chrání zdravotnický personál před nařčením od pacientů či doprovodů dětí, že se jim nedostalo informací, na které mají nárok. Pacient nebo doprovod nezletilého pacienta potvrdí svým podpisem seznámení s informacemi a vyslovuje tak souhlas s hospitalizací, provedením výkonu nebo vyšetřením. Před podepsáním informovaného souhlasu má pacient i doprovod nezletilých pacientů vždy možnost položit doplňující dotazy.

Pokud je pacient v ohrožení života, tak mohou být diagnostická nebo léčebná opatření provedena bez informovaného souhlasu pacienta.

Za nezletilé pacienty či pacienty zbavené svéprávnosti podepisují souhlas zákonní zástupci či soudem určený opatrovník. (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011)

Může také nastat situace, kdy pacient s výkonem, vyšetřením apod. nebude souhlasit, jedná se o informovaný nesouhlas, který je definován jako „*písemné prohlášení pacienta o tom, že po náležitém vysvětlení odmítá potřebnou, lékařem doporučenou zdravotní péči. Jde o nesmírně důležitý dokument tam, kde lékař nebo jiný zdravotnický pracovník způsobilý k příslušnému výkonu pacientovi doporučil určitý zákrok, výkon nebo péči a pacient toto odmítl.*“ (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, str. 454)

Odmítnutí péče pacientem musíme akceptovat, avšak je nutné jej seznámit se všemi riziky, které může jeho rozhodnutí způsobit. Pacient nebo zákonný zástupce nezletilého dítěte po té podepíše informovaný nesouhlas (revers), který dále musí podepsat lékař, který pacienta s riziky odmítnutí péče seznámil a sestra, která byla při poučení pacienta či doprovodu přítomna jako svědek.

3 ZÁKLADY VÝVOJOVÉ PSYCHOLOGIE

V této kapitole si pouze okrajově zmíníme vývoj dítěte, zejména řeči, od narození až do období dospívání.

3.1 Období novorozenecké

Zdravý novorozenec je již po porodu vybaven soustavou reflexů, které potřebuje ke svému přežití. K nejdůležitějším řadíme pátrací a sací reflex, díky kterým může přijímat potravu. Rozvinuté jsou i smysly, které zajišťují kontakt s okolím. Velmi dobře je vyvinut sluch, čich umožňuje orientaci v okolním prostředí. Chut' je také rozvinuta již po narození a každý novorozenec dává přednost sladké chuti. Zrak se vyvíjí postupně, fixace a sledování v zorném poli se objevuje do dvou měsíců od narození. (Sedlářová a kol., 2008)

3.2 Období prvního roku života (kojenecké období)

Co se týká psychosociálního vývoje, tak dítě v prvních týdnech života se dorozumívá především pláčem. Kolem třetího měsíce pláče ubývá a dítě reaguje i úsměvem a dotykem. Po prvním roce života dítě získává postupně schopnost manipulovat s předměty. V tomto období se také objevuje první napodobování. Přichází také strach dítěte z odloučení a z cizích osob. Tyto obavy většinou mizí kolem dvou let věku dítěte. Vývoj motoriky postupně směřuje k dosažení vzpřímené polohy těla a k chůzi. Hrubá motorika je důležitá pro objevování okolí, naopak jemnou motoriku lze nejlépe pozorovat na vývoji úchopu (3. - 4. měsíce úchop celou dlaní, 5. měsíc zapojení palce, 7. měsíc opozice palce, 9. měsíc jemný klíčkový úchop). (Sedlářová a kol., 2008)

3.3 Období do tří let věku (batolecí období)

V tomto období se objevují počátky nezávislosti a samostatnosti. Dítě si začíná uvědomovat sebe sama, také začíná vnímat city druhých a postupně se tak vyvíjí základy empatie. Dochází k velkému vývoji mozku a ukončování myelinizace. Komunikace je důležitá již od samotného narození. V 6. – 10. měsíci se objevuje první žvatlání a dítě opakuje slabiky bez významu. Fáze žvatlání vrcholí ve 12. měsíci a dítě pak začíná používat konkrétní slova sloužící k označení předmětů nebo činností. V 1. roce zná asi 10 slov, v 18 měsících je to již 20-50 slov. Důležité je s dítětem dostatečně

komunikovat, aby docházelo ke správnému vývoji řeči. Vývoj řeči může být narušen např. vrozenými vadami sluchu nebo častými záněty středouší. Koncem 2. roku dítě začíná již skládat slova do nejčastěji dvouslovných vět. Dítě zná své jméno, někdy dokáže pojmenovat části těla. (Sedlářová a kol., 2008)

3.4 Období předškolního věku

Největší pokroky ve vývoji se projevují v oblasti sociálního chování a samostatnosti v praktickém životě. Ve svých vyprávěních děti často opouští realitu a těžko odlišují skutečnost od fantazie. Toto nereálné myšlení vrcholí mezi 3. a 5. rokem. Důležité jsou hry na role a později konstruktivní hry, kdy dítě tvoří. Růst v tomto období je vyrovnaný a klidný a růstové tempo mírně klesá (7,5 cm za rok v 3. roce života, 5 cm před počátkem puberty). (Sedlářová a kol., 2008)

3.5 Období školního věku

Dítě v tomto období navazuje kontakt se svými vrstevníky, což je dáno především vývojem mozkové tkáně. Vyzrává schopnost přijímat úkoly, motivace k řešení, výdrž a koncentrace. Do popředí zájmu se dostávají znalosti jako je rozpoznávání čísel, písmen, slov, počítání a psaní. Fantazijní myšlení ustupuje, dítě je schopno vysvětlovat situace či souvislosti.

V mladším školním věku je pro dítě stále nejdůležitější uspět ve škole a ve skupině vrstevníků. (Sedlářová a kol., 2008)

3.6 Období dospívání (adolescence)

Období začíná nejčastěji na počátku druhého desetiletí života fyzickým dospíváním (pubertou). Puberta je hormonálně podmíněný proces fyzického zrání a růstového výšvihu. Puberta končí v okamžiku, kdy je člověk schopen reprodukce. Endokrinní vývoj vede k funkčnímu zrání pohlavních orgánů, k vývinu specifických sekundárních znaků a zástavě růstu.

U chlapců dochází ke zvětšování skrota, varlat a penisu, k vývoji pubického ochlupení. V další fázi puberty dochází k růstu hrtanu a mutaci hlasu. Narůstá objem svalové hmoty a ke změně kostry (rozšíření ramen).

U dívek je prvním projevem puberty růst prsů, který začíná mezi 8 a 13 lety. Pubické ochlupení se většinou objevuje po začátku růstu prsů. Menarche se nejčastěji objevuje okolo 13 - ti let. Dochází k růstu pánve a její ženské utváření.

V období dospívání dochází i ke změně emocionální situace dospívajícího jedince. Dochází ke změnám myšlení, dospívající často přemýšlejí o svém jednání, přemýšlejí o morálce, zvyšuje se význam norem chování a respekt k nim. V pozdní adolescenci se ustálí dospělé normy chování, je vyvinuta skutečná schopnost empatie. Tento proces trvá různě dlouho a jsou jedinci, kteří psychosociální zralosti nikdy nedosáhnou. (Sedlářová a kol., 2008)

4 EMPIRICKÁ ČÁST

V empirické (praktické) části jsou uvedeny cíle a hypotézy práce. Dále je popsána metodika šetření, organizace práce, výsledky šetření a analýza statisticky zpracovaných dat.

4.1 Cíle a hypotézy práce

Pro svou bakalářskou práci jsem stanovila tyto cíle a pracovní hypotézy.

Cíl 1: Přinést přehled relevantních poznatků o řešené problematice, analýzou českých i zahraničních literárních, časopiseckých a elektronických zdrojů informací.

Cíl 2: Zjistit, zda informace podávané na ambulanci a při příjmu pacienta na oddělení jsou dostačující.

Hypotéza 1: Předpokládám, že informace podávané na ambulanci jsou stručnější než na oddělení.

Hypotéza 2: Domnívám se, že pro rodiče do 30 - ti let je dostačující ústní forma sdělení informací.

Cíl 3: Zjistit, zda podávané informace od zaměstnanců Kliniky dětské chirurgie FN Motol jsou jednotné.

Hypotéza 3: Předpokládám, že informace od jednotlivých lékařů a jednotlivých sester se shodují.

Cíl 4: Zjistit, zda sdělované informace vyvolávají u rodičů zpětnou vazbu.

Hypotéza 4: Lze předpokládat, že matky častěji pokládají doplňující dotazy během hospitalizace než otcové.

Hypotéza 5: Domnívám se, že rodiče nad 40 let budou častěji pokládat doplňující dotazy než rodiče do 40 - ti let.

4.2 Metodika šetření

Ke sběru dat byl proveden kvantitativní výzkum, který byl uskutečněn formou anonymního dotazníkového šetření. Dotazníky byly rozdávány doprovodům

hospitalizovaných dětí a to na Klinice dětské chirurgie ve FN Motol. Dotazník obsahoval 17 otázek s volbou jediné odpovědi. Plná verze dotazníku je uvedena v příloze č. 1. Šetření probíhalo od července do konce září 2014.

4.3 Organizace práce

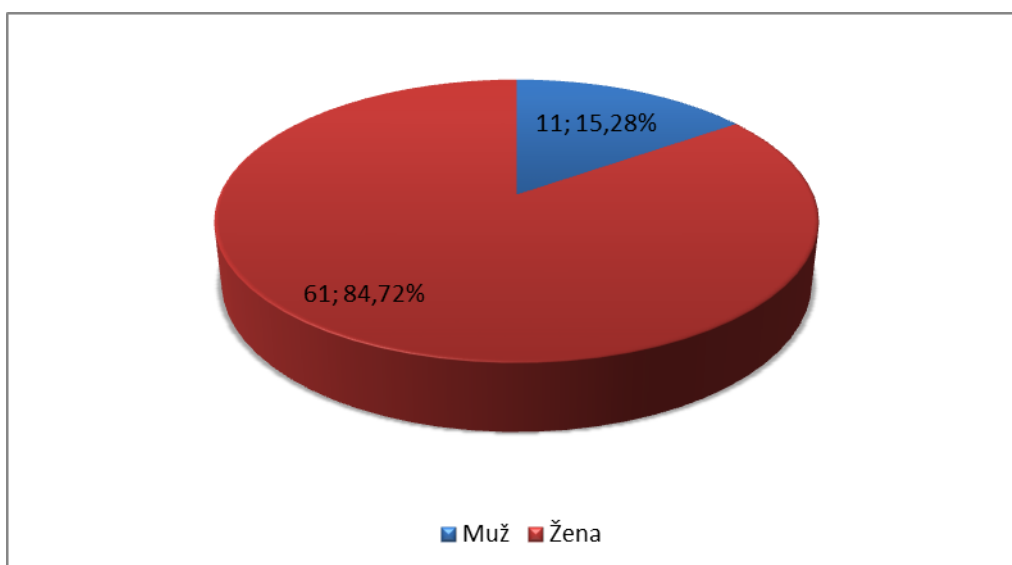
Kvantitativní výzkum formou dotazníkového šetření probíhal ve FN Motol na Klinice dětské chirurgie 2. LF UK. Žádost o umožnění dotazníkového šetření byla schválena náměstkyní pro ošetrovatelskou péči Mgr. Janou Novákovou, MBA a je uvedena v příloze č. 6.

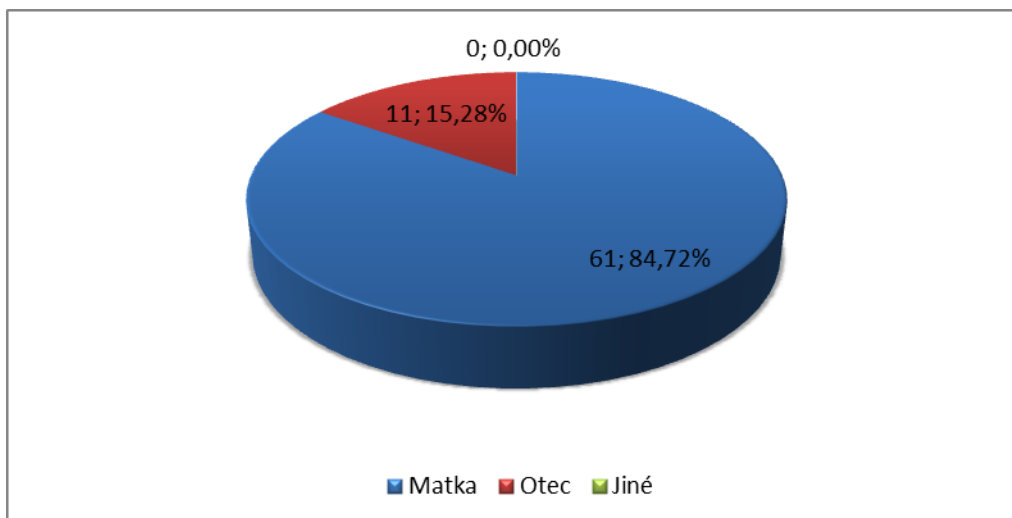
Celkem bylo rozdáno 72 dotazníků a návratnost byla 100%. Ke zpracování dat získaných z dotazníků do tabulek obsahujících četnost jednotlivých odpovědí byl použit program *Microsoft Excel 2010* a k získání statistických výpočtů a výsledků byl použit program *STATISTICA*.

4.4 Charakteristika zkoumaného vzorku a popis

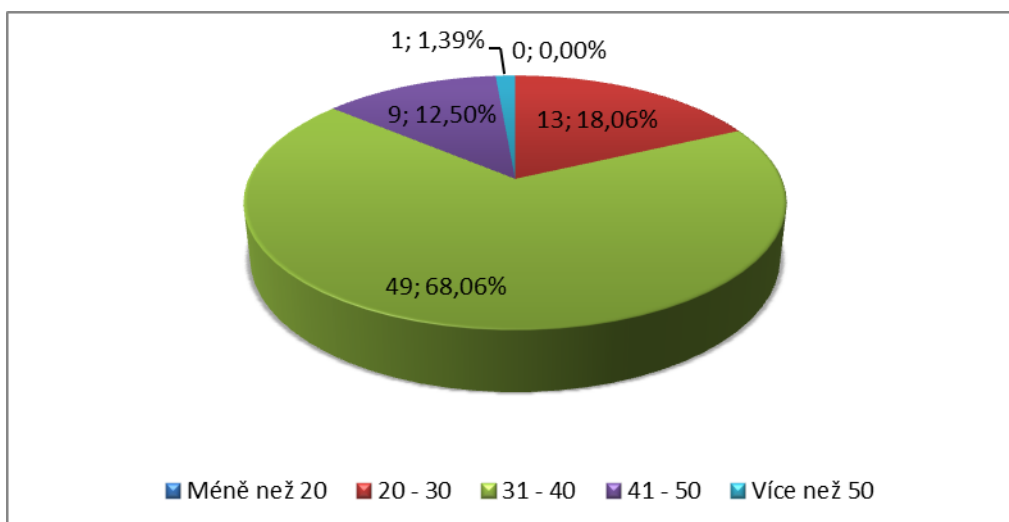
Dotazníkové šetření bylo zaměřeno na doprovod hospitalizovaných dětí. Jak je znázorněno na obrázku č. 1 a 3, tak z celkového počtu vrácených dotazníků se výzkumu účastnilo dle odpovědí na otázky č. 1 a 3, 11 mužů (otců; 15,28%) a 61 žen (matek; 84,72%). Jiné příbuzenské vztahy se od dotazovaných v odpovědích nevyskytovaly. Níže uvedené obrázky jsou pro větší přehlednost číslovány podle čísel otázek v dotazníku.

Obrázek č. 1: Pohlaví respondentů



Obrázek č. 3: Vztah k hospitalizovanému dítěti

Níže uvedený obrázek č. 2 zobrazuje, v jaké věkové kategorii se nejčastěji doprovody hospitalizovaných dětí nacházejí. Věková kategorie doprovodů byla druhou otázkou v dotazníku. Nejčastější vyskytovanou věkovou kategorií byla skupina 31 – 40 let (49; 68,06%), 13 dotázaných odpovědělo v kategorii 20 – 30 let (18,06%), 9 v kategorii 41 – 50 let (12,50%), a jeden z respondentů v kategorii více než 50 let (1,39%).

Obrázek č. 2: Věkové kategorie doprovodů hospitalizovaných dětí

4.5 Výsledky vlastní práce a jejich analýza

V této části práce jsou uvedeny výpočty z programu *STATISTICA*, jejich zpracování, analýza a jsou prezentovány pomocí grafických zobrazení. Jednotlivé

položky z dotazníku byly zpracovány v programu *Microsoft Excel 2010* do tabulek, které jsou v této části práce zobrazeny a popsány.

4.5.1 Statistické výsledky hypotéz

Cíl 2: Zjistit, zda informace podávané na ambulanci a při příjmu pacienta na oddělení jsou dostačující.

Hypotéza 1: Předpokládám, že informace podávané na ambulanci jsou stručnější než na oddělení.

H_0 – Neexistuje statisticky významná závislost mezi informacemi sdělenými na oddělení a ambulanci.

H_A – Existuje statisticky významná závislost mezi informacemi sdělenými na oddělení a ambulanci.

Tabulka č. 1: Pearsonův chí-kvadrát k hypotéze 1.

Statistika	Chí – kvadrát	Sv	p
Pearsonův chí - kvadrát	22,28133	df=1	p=,00000

p=0,0000 < 0,05

Vypočítaná hodnota Pearsonova chí – kvadrátu je nižší než 0,05% hladina významnosti.

Dle hodnoty p lze tedy přijmout alternativní hypotézu, to znamená, že na 5% hladině významnosti existuje statisticky významná závislost a prokázali jsme tak, že informace sdělované na ambulanci jsou stručnější než na oddělení.

Hypotéza 2: Domnívám se, že pro rodiče do 30 - ti let je dostačující ústní forma sdělení informací.

H_0 – Neexistuje statisticky významná závislost mezi věkem rodičů a formou sdělení informací.

H_A – Existuje statisticky významná závislost mezi věkem rodičů a formou sdělení informací.

Tabulka č. 2: Pearsonův chí-kvadrát k hypotéze 2.

Statistika	Chí - kvadrát	Sv	p
Pearsonův chí - kvadrát	6,455601	df=6	p=,37413

$p=3,7413 > 0,05$

Vypočítána hodnota Pearsonova chí – kvadrátu je vyšší než 0,05% hladina významnosti.

Dle hodnoty p vyvracíme alternativní hypotézu o statistické významnosti znaku. Přijímáme nulovou hypotézu, to znamená, že na 5% hladině významnosti neexistuje statisticky významná závislost mezi věkem rodičů a formě sdělení informací.

Cíl 3: Zjistit, zda podávané informace od zaměstnanců Kliniky dětské chirurgie FN Motol jsou jednotné.

Hypotéza 3: Předpokládám, že informace od jednotlivých lékařů a jednotlivých sester se shodují.

H_0 – Neexistuje statisticky významná závislost.

H_A – Existuje statisticky významná závislost mezi informací od sester a lékařů.

Tabulka č. 3: Pearsonův chí-kvadrát k hypotéze 3.

Statistika	Chí - kvadrát	Sv	p
Pearsonův chí - kvadrát	16,21199	df=2	p=,00030

$p=0,0030 < 0,05$

Hodnota Pearsonova chí – kvadrátu je nižší než 0,05% hladina významnosti. Na základě této hodnoty zamítáme nulovou hypotézu o nezávislosti znaku a přijímáme alternativní hypotézu, tudíž na 5% hladině významnosti existuje statisticky významná závislost, že informace sdělené od sester a lékařů se shodují.

Cíl 4: Zjistit, zda sdělované informace vyvolávají u rodičů zpětnou vazbu.

Hypotéza 4: Lze předpokládat, že matky častěji pokládají doplňující dotazy během hospitalizace než otcové.

H_0 – Neexistuje statisticky významná závislost mezi znaky vztah k hospitalizovanému dítěti a položení doplňujících dotazů.

H_A – Existuje statisticky významná závislost mezi znaky vztah k hospitalizovanému dítěti a pokládání doplňujících dotazů.

Tabulka č. 4: Pearsonův chí-kvadrát k hypotéze 4.

Statistika	Chí - kvadrát	Sv	p
Pearsonův chí - kvadrát	,0845947	df=1	p=,77116

p=7,7116 > 0,05

Vypočítaná hodnota Pearsonova chí – kvadrátu je vyšší než 0,05% hladina významnosti. Zamítáme tak alternativní hypotézu a přijímáme hypotézu nulovou o nezávislosti znaku, to znamená, že na 5% hladině významnosti neexistuje statisticky významná závislost mezi znaky vztah k hospitalizovanému dítěti a položení doplňujících dotazů.

Hypotéza 5: Domnívám se, že rodiče nad 40 let budou častěji pokládat doplňující otázky než rodiče do 40 - ti let.

H_0 – Neexistuje statisticky významná závislost mezi věkem rodičů a pokládání doplňujících dotazů.

H_A – Existuje statisticky významná závislost znaky věk rodičů a pokládání doplňujících dotazů.

Tabulka č. 5: Pearsonův chí-kvadrát k hypotéze 5.

Statistika	Chí - kvadrát	Sv	p
Pearsonův chí - kvadrát	1,240296	df=3	p=,74336

p=7,4336 > 0,05

Vzhledem k výsledné hodnotě Pearsonova chí – kvadrátu, kdy je hodnota vyšší jak 0,05% hladina významnosti, vyvracíme alternativní hypotézu a přijímáme hypotézu nulovou o nezávislosti znaku. Na 5% hladině významnosti neexistuje statisticky významná závislost mezi znaky věk rodičů a pokládání doplňujících dotazů během hospitalizace.

4.5.2 Další položky dotazníku

V této podkapitole jsou uvedeny jednotlivé odpovědi z dotazníkového šetření, které byly zpracovány do tabulkových a grafických zobrazení v programu Microsoft Excel 2010. Uvedena jsou pouze tabulková zpracování.

Položky týkající se pohlaví, věku a vztahu k hospitalizovanému dítěti respondentů jsou zmíněny již výše a jsou zobrazeny v grafické podobě.

Čtvrtá otázka dotazníku (tabulka č. 6) se respondentů dotazovala na informace podávané na dětské chirurgické ambulanci.

Tabulka č. 6: Informace podávané na ambulanci

4. Informace poskytnuté na chirurgické ambulanci pro Vás byly?		
Proměnná	n	%
Příliš stručné	3	4,17%
Dostačující	69	95,83%
Nedostačující	0	0,00%
Nepřesné, uveďte v čem	0	0,00%
Celkem	72	100,00%

V této otázce respondenti odpovídali, jaké pro ně byly informace podávané na chirurgické ambulanci. Nejčastěji byla označena možnost dostačující a to 69 respondenty (95,83%), pouze ve 3 případech se objevila možnost příliš stručné (4,17%).

Tabulka č. 7: Zaměření informací na ambulanci

5. Informace poskytnuté na ambulanci byly nejvíce zaměřené na?		
Proměnná	n	%
Diagnózu	58	80,56%
Předoperační péči	5	6,94%
Pooperační péči	5	6,94%
Komplikace po operaci	0	0,00%
Oddělení, kde budete hospitalizováni	4	5,56%
Jiné	0	0,00%
Celkem	72	100,00%

V páté položce dotazníku respondenti odpovídali na zaměření podávaných informací na ambulanci. Nejčastější odpovědí bylo zaměření na diagnózu (58; 80,56%), dále předoperační a pooperační péče, každá z těchto dvou položek byla označena 5 respondenty (6,94%). Pouze ve 4 případech se informace zaměřovaly nejvíce na oddělení, kde bude jejich dítě hospitalizováno (5,56%).

Tabulka č. 8: Doplnující dotazy na ambulanci

6. Měli jste možnost položit na ambulantním pracovišti doplňující dotazy?		
Proměnná	n	%
Ano	66	91,67%
Ne	6	8,33%
Celkem	72	100,00%

Další otázka se zaměřovala na možnost položení doplňujících dotazů na ambulantním pracovišti. V 66 (91,67%) případech mohli respondenti položit doplňující dotazy. V 6 případech (8,33%) se na doplňující informace dotázat nemohli.

Tabulka č. 9: Informace podávané na lůžkovém oddělení

7. Informace poskytnuté na lůžkovém oddělení pro Vás byly?		
Proměnná	n	%
Příliš stručné	4	5,56%
Dostačující	68	94,44%
Nedostačující	0	0,00%
Nepřesné, uveďte v čem	0	0,00%
Celkem	72	100,00%

V otázce číslo 7 respondenti odpovídali na rozsah informací, které byly podávané na lůžkovém oddělení, kde byly hospitalizováni. Pro 68 respondentů (94,44%) byly informace dostačující, pro 4 (5,56%) dotazované doprovody byly příliš stručné.

Tabulka č. 10: Zaměření informací na lůžkovém oddělení

8. Informace poskytnuté na lůžkovém oddělení byly nejvíce zaměřeny na?		
Proměnná	n	%
Předoperační péči	27	37,50%
Pooperační péči	19	26,39%
Komplikace po operaci	1	1,39%
Chod, řád oddělení apod.	25	34,72%
Jiné	0	0,00%
Celkem	72	100,00%

Podle odpovědí respondentů na osmou otázku se informace sdělované na lůžkovém oddělení nejvíce zaměřují na předoperační péči (27; 37,50%), hned za touto

odpovědi se dále nejčastěji objevovalo zaměření informací na chod a řád oddělení (25; 34,72%), dále na pooperační péči (19; 26,39%) a pouze v jednom případě se vyskytla označená odpověď komplikace po operaci (1; 1,39%).

Tabulka č. 11: Zodpovězené dotazy

9. Dostali jste po dobu hospitalizace odpověď na všechny Vaše dotazy?		
Proměnná	n	%
Ano	69	95,83%
Částečně	2	2,78%
Ne	1	1,39%
Celkem	72	100,00%

Dále následovala otázka týkající se odpovědi na dotazy doprovodů hospitalizovaných dětí. V drtivě většině případů byly zodpovězeny všechny dotazy doprovodů dětí v průběhu hospitalizace (69; 95,83%), pouze ve dvou případech jen částečně (2; 2,78%) a je jednou se objevila odpověď, kdy dotazy doprovodu zodpovězeny nebyly (1; 1,39%).

Tabulka č. 12: Forma poskytnutí informací

10. Jaká forma poskytnutí informací je pro Vás snáze zapamatovatelná?		
Proměnná	n	%
Ústní	29	40,28%
Písemná	13	18,06%
Bez rozdílu	30	41,67%
Celkem	72	100,00%

V další otázce, která se dotazovala na více vyhovující formu sdělovaných informací, se nejvíce v dotaznících objevila odpověď, že respondenti nepreferují ani jednu z uvedených možností (30; 41,67%), ve 29 případech je více upřednostňována ústní forma (40,28%) a písemnou formu preferuje 13 respondentů (18,06%).

Tabulka č. 13: Shoda informací z ambulance a lůžkového pracoviště

11. Základní informace k diagnóze a k ošetrovatelské péči Vašeho dítěte sdělené na ambulantním a lůžkovém pracovišti byly?		
Proměnná	n	%
Shodné	60	83,33%
Rozdílné v obsahu	1	1,39%
Rozdílné v rozsahu	11	15,28%
Jiné	0	0,00%
Celkem	72	100,00%

Další položka v dotazníku se zaměřovala na shodu informací, které byly podávány doprovodům dětí na ambulantním a lůžkovém pracovišti. V 60 (83,33%) případech se informace shodovaly, rozdílné v rozsahu byly u 11 respondentů (15,28%) a pouze v jednom případě se informace rozcházejí v obsahu (1,39%).

Tabulka č. 14: Shoda informací od lékařů a sester

12. Informace od lékařů a sester byly?		
Proměnná	n	%
Shodné	62	86,11%
Rozdílné v obsahu	4	5,56%
Rozdílné v rozsahu	6	8,33%
Jiné	0	0,00%
Celkem	72	100,00%

Dále jsem se dotazovala na shodu informací od lékařů a sester. V 62 případech byly informace shodné (86,11%), rozdílné v rozsahu byly v 6 případech (8,33%) a rozdílné v obsahu u 4 respondentů (5,56%).

Tabulka č. 15: Shoda informací od lékařů

13. Informace od jednotlivých lékařů byly?		
Proměnná	n	%
Shodné	67	93,06%
Rozdílné v obsahu	0	0,00%
Rozdílné v rozsahu	5	6,94%
Jiné	0	0,00%
Celkem	72	100,00%

Otázka číslo 13 se zaměřovala na shodu podávaných informací od lékařů. 67 respondentů uvedlo, že byly shodné (93,06%) a 5 respondentů uvedlo, že byly rozdílné v rozsahu (6,94%).

Tabulka č. 16: Shoda informací od sester

14. Informace od jednotlivých sester na oddělení byly?		
Proměnná	n	%
Shodné	65	90,28%
Rozdílné v obsahu	4	5,56%
Rozdílné v rozsahu	3	4,17%
Jiné	0	0,00%
Celkem	72	100,00%

Další položka v dotazníku byla zaměřena na shodu informací, které byly sdělovány sestrami. 65 (90,28%) respondentů uvedlo shodu v informacích od jednotlivých sester, odpověď rozdílné v obsahu byla označena 4 respondenty (5,56%) a rozdílnost v rozsahu se objevila u 3 respondentů (4,17%).

Tabulka č. 17: Doplnující dotazy během hospitalizace

15. Využili jste možnost položit během hospitalizace doplňující dotazy?		
Proměnná	n	%
Ano	61	84,72%
Ne	11	15,28%
Celkem	72	100,00%

Otázka číslo 15 byla zaměřena na využití možnosti položit doplňující dotazy. 61 respondentů tuto možnost využilo (84,72%), 11 (15,28%) dotazovaných této možnosti nevyužilo.

Tabulka č. 18: Porozumění informacím

16. Ověřily si sestry, zda jste porozuměli informacím?		
Proměnná	n	%
Ano	68	94,44%
Ne	4	5,56%
Celkem	72	100,00%

Předposlední položka dotazníku se dotazovala na ověření porozumění informacím, které sestry respondentům při příjmu sdělily. V 68 situacích si sestry tuto skutečnost ověřily (94,44%), ve 4 (5,56%) případech si sestry porozumění informacím neověřily.

Tabulka č. 19: Informace při ukončení hospitalizace

17. Byly pro Vás informace sdělené při ukončení hospitalizace dostatečné? (např. dieta, pooperační péče a její rizika, následná péče u obvodního lékaře, termín kontroly, fyzická aktivita...)		
Proměnná	n	%
Ano	72	100,00%
Ne	0	0,00%
Celkem	72	100,00%

Poslední otázka v dotazníku byla zaměřena na informace při ukončení hospitalizace. Všech 72 respondentů odpovědělo, že informace sdělené při propuštění z nemocnice byly dostatečné (100,00%).

5 DISKUZE

V této části práce jsou zhodnoceny výsledky stanovených hypotéz a jednotlivé položky dotazníku. Hlavním cílem empirické části bylo zjistit kvalitu informovanosti rodičů, zaměření podávaných informací a také jejich shodu mezi jednotlivými pracovišti a také členy ošetrovatelského týmu.

Dotazníkové šetření probíhalo anonymně, bylo uskutečněno na Klinice dětské chirurgie 2.LF UK a FN Motol a bylo směřováno na rodiče hospitalizovaných dětí. Dotazník obsahoval 17 otázek s volbou jedné odpovědi, která nejvíce vyhovovala z nabízených možností. Celkem bylo rozdáno 72 dotazníků na 3 oddělení Kliniky dětské chirurgie, a to na oddělení menších dětí (kojenců), oddělení větších dětí a jednotka intenzivní péče pro větší děti. Na tuto kliniku jsem se zaměřila především proto, že zde pracuji a zajímá mě, jak jsou informace pro doprovod dětí srozumitelné a co by bylo možné v této oblasti zlepšit, aby se spokojenost na naší klinice ještě navýšila.

Z dotazníkového šetření vyplývá, že největší procento doprovodů hospitalizovaných dětí tvoří matky (61; 84,72%) a nejčastěji ve věkové kategorii 31 – 40 let (49; 68,06%). Domnívám se, že to souvisí se současným trendem pozdějšího otěhotnění a také s vývojově danou skutečností emocionální vazby dítěte na matku. Věková kategorie já závislá na věku dítěte, se kterým je doprovod přijat a také na trendu pozdějšího prvního těhotenství.

Další 2 položky v dotazníku se respondentů dotazovaly na informace podávané na dětské chirurgické ambulanci. Dle odpovědí respondentů jsou informace podávané na ambulanci pro rodiče dostačující (69; 95,83%) a nejvíce se zaměřují na stanovenou diagnózu (58; 80,56%), dále na předoperační a pooperační péči a v poslední řadě na chod oddělení, kde budou spolu se svým dítětem hospitalizováni. Ambulance je prvním místem, kde se rodiče setkávají se sdělováním informací, které jsou pro ně velmi důležité a proto je zcela jasné, že se nejvíce zaměřují právě na diagnózu jejich dítěte a že dotazy rodičů jsou také nejvíce směřovány tímto směrem.

Třetí otázka v dotazníku se dotazovala respondentů, zda měli možnost položit doplňující dotazy sestřám a lékařům právě na ambulanci. V 66 (91,67%) rodiče tuto možnost měli, v 6 případech tuto možnost bohužel nedostali (8,33%). Myslím, že každému z rodičů by mělo být umožněno položit další dotazy, ať už se týkají stanovené

diagnózy, předoperační či pooperační péče apod. Rodiče se nacházejí ve velkém stresu a mají strach z toho, co bude následovat a především o to, zda bude jejich dítě brzy v pořádku a proto je zcela pochopitelné, že nejsou plně soustředění a že informace, které jim na ambulanci sděluje lékař nebo sestra si nemusí ihned zapamatovat nebo je také mohou snadno přeslechnout.

Následující 4 otázky v dotazníku se zaměřovaly na lůžkové oddělení. Nejprve jsem se dotazovala, zda byly informace podané při příjmu na oddělení vyhovující. Většina respondentů odpověděla, že byly informace dostačující (68; 94,44%). Dle odpovědí na další otázku se informace zaměřovaly nejvíce na předoperační péči (27; 37,50%), dále na chod a řád oddělení a pooperační péči. Informace podávané sestrami při příjmu k hospitalizaci se zcela logicky nejprve zaměřují především na chod a řád oddělení. Je nutné rodiče a větší děti informovat o pravidlech oddělení, domácím řádu, právech dítěte a také je seznámit s celým oddělením. Rodiče jsou seznámeni s tím, kde se nachází sesterna, odpočinková místnost pro doprovod dětí a herna pro děti. Především musí znát svou ošetřující sestru. Další průběh rozhovoru se zaměřuje na dotazy rodičů. Ze zkušenosti mohu říci, že se rodiče opravdu nejvíce zaměřují na předoperační péči a přípravu a po té na následnou péči po operaci nebo vyšetření dítěte.

Další otázka, která se týkala lůžkového oddělení, se zaměřovala na to, zda doprovody dětí dostaly odpověď na všechny dotazy v průběhu hospitalizace. V 69 (95,83%) případech byla označena odpověď ano. Rodiče při příjmu dostávají velké množství informací a je nepravděpodobné, že si vše ihned zapamatují. Některé jsou pro ně samozřejmě více důležité než jiné, a proto je nutné umožnit rodičům pokládat dotazy v průběhu celé hospitalizace a na jen při příjmu a pokusit se na ně odpovědět. Pokud není odpověď na dotaz v kompetenci sestry či jiného ošetřovatelského personálu, je jejich povinností zajistit přítomnost nadřízeného pracovníka nebo lékaře, aby na dotaz rodičům odpověděl.

Následující položka v dotazníku byla zaměřena na formu sdělení informací. 30 (41,67%) respondentů uvedlo, že nepozorují rozdíl mezi ústním a písemným sdělením. 29 (40,28%) respondentů uvedlo, že upřednostňují ústní formu podání informací. Informace na Klinice dětské chirurgie jsou sdělovány doprovodem ústně i písemně. Při ústním sdělení rodičům v podstatě podáváme základní informace nejen o oddělení, které jsou uvedeny také v písemné formě, kterou rodiče dostanou k podrobnějšímu přečtení a stvrzují sdělení informací svým podpisem. Při ústním sdělení jsou rodiče provedeni po oddělení, po poskytnutí základních informací mohou rodiče vždy položit doplňující

dotazy a po té je jim předložena písemná forma režimu v době hospitalizace. Domnívám se, že rodiče upřednostňují ústní sdělení především proto, že mohou ihned položit doplňující dotazy. Často se totiž setkáváme se situacemi, kdy se rodiče v průběhu hospitalizace bojí ošetřujícího personálu na doplňující informace zeptat, i přesto že jsou k této činnosti pobízeni.

Dále jsem se rodičů dotazovala, zda informace na dětské chirurgické ambulanci a lůžkovém oddělení byly shodné. Nejčastěji označenou odpovědí byla shodnost informací (60; 83,33%), v 11 (15,28%) případech se objevila odpověď rozdílnost v rozsahu a 1 se vyskytla (1,39%) rozdílnost v obsahu. Shodnost informací by měla být samozřejmostí, rozdílnost v rozsahu se odvíjí především od času, který rozhovoru s rodiči věnujeme. Bohužel se v ambulantním i lůžkovém provozu objevují situace, kdy rodičům nemůžeme poskytnout tolik času, kolik chtějí a potřebují oni sami nebo pro své dítě, ale ani tolik, kolik bychom chtěli my, jako ošetrovatelský personál. Tyto situace nastávají především z důvodu velkého počtu pacientů a tím samozřejmě i doprovodů, o které musí jedna sestra na oddělení pečovat. Dochází tak k časové vytíženosti personálu nejen na oddělení, ale také na ambulanci, kde je také velký počet pacientů čekajících často i hodiny na ošetření či přijetí.

Následující otázka se týkala informací od lékařů a sester a jejich shody. Velká část respondentů uvedla ve výběru možností shodu v podaných informacích (62; 86,11%), 6 respondentů uvedlo rozdíly v rozsahu (8,33%) a 4 rozdíly v obsahu (5,56%). Komunikace mezi lékaři a sestrami je důležitá hlavně pro jednotnost a tím vytvoření bezpečného prostředí pro dítě a jeho rodiče. Sestra tráví s pacientem i rodiči samozřejmě více času než lékař a pro rodiče i dítě je snadnější ji oslovit v případě dotazů. Rozdíly v obsahu jsou dány spíše specifikou dotazů a také kompetencí sestry na ně odpovědět, proto je často nucena povolát lékaře, aby rodičům odpověď sdělil.

Informace od jednotlivých lékařů se v 67 případech zcela shodovaly (93,06%) a u 5 (6,94%) respondentů byly rozdílné pouze v rozsahu, což je nejčastěji dáno časovou vytížeností lékaře.

Informace od sester na oddělení byly shodné u 65 respondentů (90,28%), rozdílné v rozsahu ve 3 (4,17%) případech a rozdílnost v obsahu se objevila u 4 respondentů (5,56%). Komunikace mezi sestrami je velmi důležitá z pohledu ošetrovatelské péče a také pro správné a shodné podávání informací rodičům dítěte. Rozdílnost v rozsahu je především dána často také osobnostními důvody, některé sestry jsou více a jiné méně komunikativní.

Možnosti položit doplňující dotazy využilo 61 respondentů (84,72%), 11 respondentů (15,28%) možnost nevyužilo. Domnívám se, že je to především proto, že se rodiče bojí na informace zeptat, ať už se týkají chodu na oddělení, průběhu hospitalizace, ošetrovatelské péče, plánovaných vyšetření či výsledků vyšetření. Mají strach z odmítnutí nebo ze sdělení špatných zpráv. Často se při rozhovorech s rodiči setkáváme především s tím, že nás nechtějí obtěžovat i přesto, že jsou ze strany personálu pobízeni k tomu, aby se nezdráhali na jakékoliv informace dotázat i opakovaně.

Při podávání informací a edukaci při příjmu k hospitalizaci, ale také v průběhu hospitalizace je vždy úkolem a povinností sestry ověřit si zda doprovod dítěte či dítě samotné (dle věku) sděleným informacím porozuměl. Tato skutečnost byla dle odpovědí respondentů ověřena v 68 případech (94,44%), u 4 respondentů (5,56%) si sestry tuto skutečnost neověřily.

Poslední otázka v dotazníku se respondentů dotazovala na informace sdělené při ukončení hospitalizace. Všech 72 respondentů (100,00%) uvedlo, že informace byly dostatečné. Při propuštění pacienta lékař předává do rukou zákonného zástupce (doprovodu) propouštěcí zprávu. Důležité informace jako je termín kontroly na ambulanci, následná péče u obvodního lékaře, domácí pooperační péče, prevence komplikací, dodržování dietního režimu, omezení fyzické aktivity, hygienická péče lékař sděluje především ústně, ale některé z nich jsou také uvedeny v předané propouštěcí zprávě.

Pro empirickou část jsem stanovila tyto cíle a k nim odpovídající hypotézy. Všechny stanovené cíle byly splněny, některé hypotézy byly přijaty, jiné naopak přijaty být nemohly.

Cíl 2: Zjistit, zda informace podávané na ambulanci a při příjmu pacienta na oddělení jsou dostačující.

Hypotéza 1: Předpokládám, že informace podávané na ambulanci jsou stručnější než na oddělení.

Hypotéza 2: Domnívám se, že pro rodiče do 30 - ti let je dostačující ústní forma sdělení informací.

Cíl 2 byl splněn, vyhodnocením dotazníků bylo zjištěno, že informace sdělené na ambulanci i lůžkovém oddělení jsou dostačující.

Hypotéza 1 byla přijata. Na hypotézu 1 se dotazovaly v dotazníku otázky č. 4 a 7. Dle výsledků chí-kvadrátu a zhodnocení odpovědí z dotazníků lze říci, že informace podávané na dětské chirurgické ambulanci jsou stručnější než ty, které jsou doprovodem dětí podány na oddělení při příjmu k hospitalizaci. Hypotéza 2 nebyla přijata. K hypotéze 2 byly v dotazníku položeny otázky č. 2 a 10. Podle hodnoty chí-kvadrátu a vyhodnocení dotazníků nebyla prokázána závislost mezi věkem rodičů a upřednostňovanou formou sdělení informací.

Cíl 3: Zjistit, zda podávané informace od zaměstnanců Kliniky dětské chirurgie FN Motol jsou jednotné.

Hypotéza 3: Předpokládám, že informace od jednotlivých lékařů a jednotlivých sester se shodují.

Cíl 3 byl splněn, po vyhodnocení dat z dotazníkového šetření bylo dosaženo cíle a zjištěno, že informace od zaměstnanců jsou jednotné. K této hypotéze se nejvíce vztahovaly otázky č. 13 a 14 v dotazníku.

Hypotéza 3 byla přijata. Dle vyhodnocení dotazníků a získané hodnoty chí-kvadrátu lze hypotézu přijmout, můžeme tak říci, že se informace od lékařů a sester shodují.

Cíl 4: Zjistit, zda sdělované informace vyvolávají u rodičů zpětnou vazbu.

Hypotéza 4: Lze předpokládat, že matky častěji pokládají doplňující dotazy během hospitalizace než otcové.

Hypotéza 5: Domnívám se, že rodiče nad 40 let budou častěji pokládat doplňující dotazy než rodiče do 40 - ti let.

Cíl 4 byl splněn, po vyhodnocení dat z dotazníků bylo zjištěno, že většina respondentů využila možnost položit doplňující dotazy ke sděleným informacím.

Hypotéza 4 nebyla přijata. Z výsledné hodnoty chí-kvadrátu a získaných dat z dotazníků můžeme říci, že neexistuje závislost mezi vztahem k hospitalizovanému dítěti a četností pokládání doplňujících dotazů během hospitalizace. K hypotéze 4 byly použity otázky č. 3 a 15 v dotazníku. Hypotéza 5 nebyla přijata. K této hypotéze se vztahují otázky č. 2 a 15 z dotazníku. Z dat získaných v dotazníkovém šetření a z vypočítané hodnoty chí-kvadrátu nebyla prokázána závislost mezi věkem rodičů a četností položení doplňujících dotazů ošetřujícímu personálu.

ZÁVĚR

Záměrem bakalářské práce na téma „Kvalita informovanosti rodičů hospitalizovaných dětí na Klinice dětské chirurgie ve FN Motol“ bylo zjistit především na kolik jsou rodiče spokojeni se systémem podávání informací na zmíněné chirurgické klinice, zda se informace podávané rodičům (doprovodům) dětí shodují mezi pracovišti kliniky, ale také mezi jednotlivými členy ošetrovatelského týmu, což je velmi důležité zejména pro správnou ošetrovatelskou péči o každého dětského pacienta, ale také v získání důvěry rodičů i dětí.

Teoretická část práce byla věnována z větší části komunikaci, dále byla definována informovanosti a okrajově je v ní zmíněna vývojová psychologie dětí v jednotlivých věkových kategoriích.

V empirické části jsem vycházela především z poznatků, které jsem získala během své dosavadní praxe na Klinice dětské chirurgie, na kterou je tato práce zaměřena. Z poznatků, které považuji při edukaci a sdělování informací rodičů za nejdůležitější jsem stanovila cíle a následně k nim odpovídající hypotézy. Všechny stanovené cíle byly splněny, některé ze stanovených hypotéz byly přijaty, jiné dle výsledků šetření přijmout nelze. K získání potřebných dat byl proveden kvantitativní výzkum formou dotazníkové šetření, který byl zaměřen právě na doprovody hospitalizovaných dětí.

Po vyhodnocení dat získaných z dotazníkového šetření lze výzkum hodnotit víceméně kladně. Velmi příjemným výsledkem byla především shoda podávaných informací jak mezi jednotlivými pracovišti kliniky, tak mezi sestrami i lékaři. Shoda sdělovaných informací týkajících se nejen organizačních záležitostí a řádu oddělení, ale také celkové ošetrovatelské péče by měla být samozřejmostí. I přesto se ale mohou objevit nepatrné rozdíly, které mohou nastat pouze nesrozumitelností podané informace. Často také slyšíme od rodičů věty typu: „Vaše kolegyně nám to dovolila.“ nebo „Druhá sestřička říkala něco jiného.“ Vždy se budou objevovat situace, ve kterých bude jeden zdravotnický pracovník benevolentnější než jiný, důležité ale je si tyto informace mezi sebou při péči o pacienta předávat a pokusit se pro všechny dětské pacienty, ale především v naší situaci pro rodiče stanovit dodržování stejných pravidel. Bohužel se často setkáváme i se situacemi, kdy rodiče na jednotlivé členy ošetrovatelského týmu zkoušejí věci, které jim třeba předchozí směna či jiná sestra nepovolila. V těchto

situacích je velmi důležitá komunikace mezi zdravotníky, aby nedocházelo ke zbytečným nedorozuměním a konfliktům mezi sestrami a rodiči.

Jelikož informace, které rodičům při příjmu podáváme, jsou v písemné i ústní podobě, zaměřila jsem se také na to, kterou formu rodiče preferují. Předpokladem bylo, že rodiče upřednostní ústní formu. Po zpracování získaných dat bylo zjištěno, že rodiče rozdíl v této záležitosti nepocítují. Výhodou pro zdravotnický personál je písemná forma, kterou rodiče po přečtení a také ústním sdělení podepisují. I přesto se ale setkáváme se situacemi, kdy nám rodiče podané základní organizační informace popřou. V těchto situacích rodičům vycházíme vstříc opakovaným pobízení, aby bez pochyb položili jakékoliv dotazy v průběhu celé hospitalizace. S přihlédnutím ke stresové situaci v jaké se rodiče nacházejí při hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení je totiž zcela pochopitelné, že si veškeré informace nemohou zapamatovat. Měla by na to pamatovat nejen každá sestra, ale i ostatní pracovníci, kteří s rodiči komunikují.

Celkově bych výzkum hodnotila pozitivně. Z dat získaných z dotazníkového šetření vyplývají pozitivní poznatky. Nejdůležitějším z nich je shoda ve sdělovaných informacích.

Zjištěné pozitivní výsledky mohou být potěšující především pro sestry a další zdravotnické pracovníky, kteří s rodiči komunikují nejčastěji a po většinu pracovní směny. Vždy je ale co zlepšovat a proto bych kladla důraz především na správnou a vhodnou komunikaci s rodiči a na vyvarování se častých chyb v komunikaci. Správnou komunikací můžeme velmi snadno předejít nedorozuměním a konfliktům nejen mezi sestrami a rodiči, ale také mezi členy ošetrovatelského týmu.

V současné době pracujeme na sjednocení předávaných informací a shodné edukaci. Postupně tvoříme edukační listy pro nejčastější intervence na našem pracovišti.

REFERENČNÍ SEZNAM

CANDIGLIOTA, Zuzana, Radkin HONZÁK. *Jak úspěšně zvládnout poskytování péče nezletilému: zásady komunikace a práva pro praktické dětské lékaře*. Brno: Liga lidských práv, 2012. ISBN 9788087414088.

ČERVENÁ, Vlasta. *Slovník spisovné češtiny pro školu a veřejnost: s Dodatkem Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy České republiky*. Vyd. 3., opr. Praha: Academia, 2005, 647 s. ISBN 80-200-1080-7.

DATTA, Parul. *Pediatric nursing*. New Dehli: Jaypee Bros, 2007. ISBN 81-806-1970-2.

DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace: 6. vydání*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 502 s. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-2018-0.

DOHERTY-SNEEDON, Gwyneth. *Neverbální komunikace dětí: jak porozumět dítěti z jeho gest a mimiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 197 s. ISBN 80-7367-043-7.

HOCKENBERRY, Marilyn J. *Wong's essentials of pediatric nursing*. 7th ed. St. Louis, Mo.: Mosby, c2005. ISBN 9780323025935.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 77 s. Manažer. ISBN 978-802-4721-712.

KRISTOVÁ, Jarmila. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, c2004, 211 s. ISBN 80-8063-160-3.

LANGMEIER, Josef, Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006, 368 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.

LINHARTOVÁ, Věra a Petr BARTŮNĚK. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 152 s. ISBN 978-802-4717-845.

LITTLEJOHN, Stephen W a Karen A FOSS. *Theories of human communication*. 9th ed. Belmont, CA: Thomson/Wadsworth, c2008. ISBN 04-950-9587-7.

MCWILLIAM, R. *Working with families of young children with special needs*. New York: Guilford Press, c2010, xiii, 265 p. What works for special needs learners.

MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2010, 325 s. Manažer. ISBN 978-80-247-2339-6.

OKORONKWO, Stella. *Effective communication with children and youth: a guide for parents and youth workers*. Vyd. 3., dopl. Bloomington, IN: Authorhouse, 2010, 104 s. ISBN 978-145-2020-235.

PEASE, Allan. *Řeč těla: jak porozumět druhým z jejich gest, mimiky a postojů těla*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 137 s. ISBN 80-717-8582-2.

PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK. *Komunikace s dětským pacientem*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 247 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2968-8.

PRŮCHA, Jan. *Dětská řeč a komunikace: poznatky vývojové psycholingvistiky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 199 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3603-7.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně: s Dodatkem Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy České republiky*. Vyd. 3., opr. Praha: Grada, c2011, 528 p. ISBN 978-802-4739-762.

SEDLÁŘOVÁ, Petra a Gabriela MAHROVÁ. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 248 s. Manažer. ISBN 978-802-4716-138.

SIKOROVÁ, Lucie. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, 208 s. ISBN 978-80-247-3593-1.

SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Galén, c2012, 63 s. ISBN 978-807-2628-452.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, c2009, 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 144 s. Manažer. ISBN 80-247-1262-8.

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. Sestra. ISBN 9788024720685.

FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE, 2015. *Charta práv dětí v nemocnici*, Dostupné z: <http://www.fnmotol.cz/o-nas/provozni-rad/>.

FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE, 2015. *Informační a edukační záznam*. Dostupné z: Interní dokument Kliniky dětské chirurgie.

FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE, 2015. *Informace pro rodiče*. Dostupné z: Interní dokument Kliniky dětské chirurgie.

MEZINÁRODNÍ RADA SESTER. *Etický kodex sester*. Dostupné z: http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn_2012.pdf

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1: Pohlaví respondentů	36
Obrázek č. 2: Věkové kategorie doprovodů hospitalizovaných dětí	37
Obrázek č. 3: Vztah k hospitalizovanému dítěti	37

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Pearsonův chí-kvadrát k hypotéze 1	38
Tabulka č. 2: Pearsonův chí-kvadrát k hypotéze 2	38
Tabulka č. 3: Pearsonův chí-kvadrát k hypotéze 3	39
Tabulka č. 4: Pearsonův chí-kvadrát k hypotéze 4	40
Tabulka č. 5: Pearsonův chí-kvadrát k hypotéze 5	40
Tabulka č. 6: Informace podávané na ambulanci	41
Tabulka č. 7: Zaměření informací na ambulanci	41
Tabulka č. 8: Doplnující dotazy na ambulanci	42
Tabulka č. 9: Informace podávané na lůžkovém oddělení	42
Tabulka č. 10: Zaměření informací na lůžkovém oddělení	42
Tabulka č. 11: Zodpovězené dotazy	43
Tabulka č. 12: Forma poskytnutí informací.....	43
Tabulka č. 13: Shoda informací z ambulance a lůžkového pracoviště.....	44
Tabulka č. 14: Shoda informací od lékařů a sester	44
Tabulka č. 15: Shoda informací od lékařů	44
Tabulka č. 16: Shoda informací od sester	45
Tabulka č. 17: Doplnující dotazy během hospitalizace	45
Tabulka č. 18: Porozumění informacím.....	45
Tabulka č. 19: Informace při ukončení hospitalizace	46

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník	60
Příloha č. 2: Informační a edukační záznam.....	63
Příloha č. 3: Informace pro rodiče	65
Příloha č. 4: Charta práv dětí v nemocnici.....	67
Příloha č. 5: Etický kodex sester.....	68
Příloha č. 6: Žádost o umožnění dotazníkového šetření	70

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Dotazník

Dotazník pro doprovod hospitalizovaného dítěte

Vážení rodiče,

jsem studentkou 2. lékařské fakulty Karlovy univerzity, bakalářského oboru všeobecná sestra. Ve své bakalářské práci se chci zaměřit na kvalitu informovanosti rodičů hospitalizovaných dětí na Klinice dětské chirurgie ve FN Motol. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, kterým mi pomůžete získat potřebné informace ke zpracování a následnému vyhodnocení.

Dotazník je anonymní, proto vás prosím o pravdivé odpovědi, aby byly výsledky šetření co nejvíce objektivní. Při vyplňování prosím zaškrtněte jednu z uvedených možností, přeložte a předejte na sesternu.

Děkuji Vám za Váš čas, který jste věnovali vyplnění dotazníku, ochotu a spolupráci.

Michaela Lupačová.

1. Pohlaví:

1. Muž
2. Žena

2. Váš věk?

1. Méně než 20
2. 20 – 30
3. 31 – 40
4. 41 – 50
5. Více než 50

3. Váš vztah k hospitalizovanému dítěti?

1. Matka
2. Otec
3. Jiné.....

4. Informace poskytnuté na chirurgické ambulanci pro Vás byly?

1. Příliš stručné
2. Dostačující
3. Nedostačující
4. Nepřesné, uveďte v čem:.....

5. Informace poskytnuté na ambulanci byly nejvíce zaměřené na?

1. Diagnózu
2. Předoperační péči
3. Pooperační péči
4. Komplikace po operaci
5. Oddělení, kde budete hospitalizováni
6. Jiné.....

- 6. Měli jste možnost položit na ambulantním pracovišti doplňující dotazy?**
1. Ano
 2. Ne
- 7. Informace poskytnuté na lůžkovém oddělení pro Vás byly?**
1. Příliš stručné
 2. Dostačující
 3. Nedostačující
 4. Nepřesné, uveďte v čem:.....
- 8. Informace poskytnuté na lůžkovém oddělení byly nejvíce zaměřeny na?**
1. Předoperační péči
 2. Pooperační péči
 3. Komplikace po operaci
 4. Chod, řád oddělení apod.
 5. Jiné, uveďte.....
- 9. Dostali jste po dobu hospitalizace odpověď na všechny vaše dotazy?**
1. Ano
 2. Částečně
 3. Ne
- 10. Jaká forma poskytnutí informací je pro Vás snáze zapamatovatelná?**
1. Ústní
 2. Písemná
 3. Bez rozdílu
- 11. Základní informace k diagnóze a k ošetrovatelské péči vašeho dítěte sdělené na ambulantním a lůžkovém pracovišti byly?**
1. Shodné
 2. Rozdílné v obsahu
 3. Rozdílné v rozsahu
 4. Jiné, uveďte:.....
- 12. Informace od lékařů a sester byly?**
1. Shodné
 2. Rozdílné v obsahu
 3. Rozdílné v rozsahu
 4. Jiné, uveďte:.....
- 13. Informace od jednotlivých lékařů byly?**
1. Shodné
 2. Rozdílné v obsahu
 3. Rozdílné v rozsahu
 4. Jiné, uveďte:.....
- 14. Informace od jednotlivých sester na oddělení byly?**
1. Shodné
 2. Rozdílné v obsahu

3. Rozdílné v rozsahu
4. Jiné, uveďte:.....

15. Využili jste možnost položit během hospitalizace doplňující dotazy?

1. Ano
2. Ne

16. Ověřily si sestry, zda jste porozuměli informacím?

1. Ano
2. Ne

17. Byly pro Vás informace sdělené při ukončení hospitalizace dostatečné? (např. dieta, pooperační péče a její rizika, následná péče u obvodního lékaře, termín kontroly, fyzická aktivita...?)

1. Ano
2. Ne

Příloha č. 2: Informační a edukační záznam

INFORMAČNÍ A EDUKAČNÍ ZÁZNAM

FN MOTOL, V ÚVALU 84, PRAHA 5

FN MOTOL

List č.

Datum/čas: Informovaná osoba: <input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> rodinný příslušník:	<input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> pacient	Datum/čas: Edukováná osoba: <input type="checkbox"/> rodinný příslušník: <input type="checkbox"/> pacient	Datum/čas: Edukováná osoba: <input type="checkbox"/> rodinný příslušník: <input type="checkbox"/> pacient
Práva pacientů Domácí řád odd. Monitorování bolesti Identifikační náramky Možnost podání stížnosti Psychospirituální podpora Péče po propuštění Signalizační zařízení Prevence pádu Kamerateový systém Dotazník ankety Spokojený pacient Zdravotní transport Spolupráce s rodinou a jejich blízkých na rozhodování o poskyt. zdrav. péči Centrum léčby závislosti na tabaku Jiné:		Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že místem určeným k odložení větší částky peněz a cennosti po dobu mé hospitalizace ve FN Motol je administrativní příjem. <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Odloužení těchto věcí na tomto místě odmítám, přestože mi bylo skutečně umožněno. <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Klíč od nočního stolku, sítě předány pacientovi. <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE (důvod záznamu do ošetř. péče) Operační výkon: Klíče do úsečny. <input type="checkbox"/> ANO	
Schopen přijímat informace: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		Použitá metoda: <input type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> neschopen edukace <input type="checkbox"/> leták, brožura <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> audio, video, tv	
Podpis zdravotnického pracovníka:		Použitá metoda: <input type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> neschopen edukace <input type="checkbox"/> leták, brožura <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> audio, video, tv	
Podpis informovaného:		Použitá metoda: <input type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> neschopen edukace <input type="checkbox"/> leták, brožura <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> audio, video, tv	
Poznámky:		Poznámky:	
Reakce edukované osoby: <input type="checkbox"/> porozuměl/a <input type="checkbox"/> odmítá edukaci <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nezájem o edukaci <input type="checkbox"/> nepochopil/a		Reakce edukované osoby: <input type="checkbox"/> porozuměl/a <input type="checkbox"/> odmítá edukaci <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nezájem o edukaci <input type="checkbox"/> nepochopil/a	
Podpis edukujícího:		Podpis edukujícího:	

FN Motol 400 – 09/10/13

Příloha č. 3: Informace pro rodiče



FN MOTOL

FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE

150 18 PRAHA 5 – MOTOL, V Úvalu 84

Klinika dětské chirurgie

Přednosta: prof. MUDr. Jiří Šnajdauf, DrSc.

Tel.: 224 432 400 Fax: 224 432 420

Vážení rodiče,

dovoľte, abychom Vás přivítali na našem oddělení a ujistili Vás, že budeme dělat vše pro to, aby se Vaše dítě co nejdříve uzdravilo.

Ze zkušenosti víme, že nemoc dítěte a jeho hospitalizace Vám způsobuje spoustu starostí a obav, které jsou, kromě jiného, mnohdy způsobeny neznalostí prostředí, provozu a pokynů pracoviště, na kterém je vaše dítě uloženo. Dovoľujeme si Vám proto předložit několik informací o našem oddělení, abychom předešli zbytečnému nedorozumění a aby společná péče o Vaše dítě přispěla k jeho rychlému uzdravení a zajistila i jeho bezpečnost.

Pokyny pro rodiče hospitalizované společně s dítětem:

- společně s dítětem je možné přijmout pouze jednoho z rodičů;
- doprovod dítěte i návštěvy musí být bez infekce – rýma, kašel, opar apod. Vaše zdravotní problémy mohou ohrozit zdravotní stav dětí na oddělení.
- **u dětí do 6 let** věku je pobyt včetně stravy jednoho z rodičů hrazen zdravotní pojišťovnou;
- **doprovody dětí starších 6ti let** musí uhradit poplatek 120,-Kč za noc (tento poplatek je pouze za ubytování, tzn. , že v něm není zahrnuta strava doprovodů);
- strava pro doprovázející osoby je podávána v závodní jídelně:

<i>snídaně</i> 6.30 – 8.30 hod.	<i>sobota, neděle, svátek</i> 7.30 - 8.30 hod.
<i>oběd</i> 11.00 -15.00 hod.	12.00 -14.00 hod.

Studené večeře pro doprovody pacientů se vydávají současně s obědem.
- Maminka/doprovod dítěte obdrží poukázku na stravu od sestry, v den příjmu dostane až večeři, v den propuštění je poslední jídlo oběd;
- **na našem oddělení je možnost ubytovat doprovody dětí do 6 let věku společně se svým dítětem na pokoji.** Při plně obsazeném oddělení pacienty, mají vždy přednost v ubytování na oddělení plně kojící maminky. Pro spaní na pokoji máte k dispozici rozkládací křeslo/lůžko. Toto křeslo/lůžko musí být **přes den složené**, aby zdravotnický personál měl možnost lepšího přístupu k pacientům. **Proto Vás prosíme o složení lůžka před ranními pracemi sestry**, které začínají u pacientů v 7.00 hodin. Na rozložené lůžko pro doprovod nepokládejte svoje dítě, je to nebezpečné, dítěti hrozí pád z lůžka a není to vhodné ani z hygienických důvodů.
- **rodiče starších dětí** (pokud o to mají zájem) ubytujeme na ubytovně, která je v areálu nemocnice;
- rodič může být přítomen u dítěte po celý den, nejdříve však od 7:00 hod, aby svým příchodem nerušil spánek dětí na oddělení;
- prosíme **Vás o dodržování nočního klidu**, tzn. že od 21.00 hodin budou vypnuté televizory, DVD atd., zhasnutá světla nebo alespoň ztlumená;
- prosíme rodiče/doprovody, aby si **nesedali na lůžko (postel) dítěte a přebalovací stoly**, které jsou určeny pouze pro děti;
- **žádáme Vás také o dezinfekci vaničky, přebalovacího stolu a váh po každém použití.** Při nedodržování těchto zásad jsou děti na pokoji více vystaveny přenosu různých infekcí;
- po manipulaci se špinavým prádlem, použitými plenami si vždy umyjte ruce a následně je dezinfikujte;
- potřebujete-li mléko, čaj pro Vaše dítě z mléčné kuchyňky, požádejte prosím servírku (event.sestru). **Rodiče z hygienických důvodů do kuchyňky nemají povolen vstup.**
- Čaj v plastové konvici na pokoji je určen pouze pro hospitalizované pacienty, ne pro doprovody pacientů a návštěvy.
- na oddělení **není možné**, aby maminky vařily jídlo pro své děti. Děti dostávají stravu na základě lékařem ordinované diety a uvařené v nemocniční kuchyni. Nejste-li spokojeni s jídlem, které Vaše dítě dostává, je možná konzultace s dietní sestrou.
- z hygienických důvodů, ale i z důvodu úrazu není vhodné, aby Vás dítě doprovázelo do závodní jídelny, kde se stravuje personál nemocnice, rodiče, ale i veřejnost;
- na oddělení je **oddechová místnost pro hospitalizované doprovody**. Je vybavena varnou konvicí, lednicí a mikrovlnou troubou pro potřeby hospitalizovaných doprovodů.
- pro hospitalizované rodiče je možnost bezplatného parkování v krytém parkingu, v případě Vašeho zájmu požádejte sestru o formulář, a to v den příjmu na oddělení;

Pokyny, které se týkají hospitalizovaných i nehospitalizovaných doprovodů a návštěv:

- na pokojích s velkými lůžky mohou být přítomny maximálně dvě osoby u jednoho pacienta, na kojeneckých pokojích tyto návštěvy omezte na krátkou dobu. Tento požadavek je především v zájmu Vašich dětí. Vyšší počet osob na pokoji pacientů znamená pro dítě zvýšené riziko infekce. Je tu však možnost vystřídaní členů rodiny během dne.
- před návštěvou si prosím, ve vlastním zájmu, odložte svrchní oděv v nemocniční šatně v přízemí dětského monobloku, před vchodem na dětskou polikliniku. Šatna je otevřena od pondělí do pátku od 7.00 hod do 15.30 hod., v zimním období, tzn. do 31.3. V případě, že se na návštěvě zdržíte déle, jsou Vaše svršky přeneseny do šatny na dospělé části, která je v provozu do 17.00 hod. Za odložené svršky na oddělení neručíme.
- z hygienických důvodů je nezbytně nutné použít na oddělení před vstupem na pokoj pacienta návléký na obuv. Po natažení návléků na obuv si prosím dezinfikujte ruce. Dezinfekční prostředek je umístěn na chodbě, v místě, kde si návléký oblékáte.
- prosíme Vás, aby návštěvy, které přijdou za hospitalizovanými maminkami, probíhaly mimo pokoj dítěte, například na oddechové místnosti pro doprovody nebo mimo oddělení;
- sestra musí vědět o každé příchozí i odcházející osobě na/z oddělení, včetně hospitalizovaných maminek. Maminky nepouštějte při Vašem odchodu, či příchozí na oddělení žádnou osobu bez vědomí sestry, je to v zájmu bezpečí našich pacientů.
- nezapomínejte zavírat postýlky dětí při odchodu z pokoje, i když Vaše dítě spí. Rovněž nenechávejte dítě samotné na váze nebo přebalovacím stole.
- toaleta pro návštěvy je umístěna mimo oddělení, na chodbě výtahů. Toalety na chodbě oddělení jsou určeny pouze pro personál a na pokojích pacientů pro pacienty nebo doprovázející maminky pacientů.
- bez souhlasu ošetřující sestry nepodávejte svému dítěti žádné léky, ani ty, které užívá pravidelně doma. O pravidelně užívaných lécích musíte informovat lékaře hned při příjmu Vašeho dítěte do nemocnice.
- nepodávejte svému dítěti, ani ostatním dětem na pokoji, žádné nápoje a jídlo bez souhlasu ošetřující sestry. Dítě může být před vyšetřením nebo výkonem, které bude muset být z důvodu podání stravy nebo tekutiny odloženo.;
- Vaše dítě leží na chirurgickém oddělení, kdy stav pacientů vyžaduje mnohdy rychlý zásah zdravotnického týmu, proto Vás prosíme o opuštění pokoje, kdykoliv o to budete požádáni zdravotnickým personálem;
- pokud dítě spí, respektujte, prosím potřebu klidu po operačním výkonu a dítě nebudíte;
- pokud svému dítěti necháváte na oddělení mobilní telefon nebo jiné cenné věci, uvědomte si prosím, že dítě z hlediska svého zdravotního stavu není schopno si tyto cennosti ohlídat. Při provozu, jaký na oddělení je, není možné, aby za ně ručil zdravotnický personál.;
- informace o zdravotním stavu dítěte podává lékař pouze rodičům a osobám, které jsou uvedeny v tiskopisu : „Souhlas rodiče/zákonného zástupce s hospitalizací dítěte ve FN v Motole“;
- prosíme Vás o dodržování zásad při třídění odpadu. O způsobu třídění Vás informuje sestra při příjmu na oddělení.;
- nenoste na oddělení živé květiny, z hygienických důvodů to není přípustné;
- se svými dotazy, nejasnostmi, ale i návrhy a podněty na zlepšení situace, které by Vám i ostatním rodičům pomáhaly lépe snášet nelehkou situaci spojenou s nemocí Vašeho dítěte a pobytem v nemocnici, se obračejte na zdravotnický personál. V případě nespokojenosti s naší péčí o Vaše dítě, je možné podat stížnost ústně nebo písemně na sekretariátu ředitele nemocnice nebo na Odboru vnitřního auditu a kontroly v budově ředitelství nemocnice na(ve) 2. patře.

Předpokládáme, že s naší pomocí a při dodržování výše uvedených pokynů se snadněji a aktivně zapojíte do léčebného procesu a rovněž se nám společně podaří vytvořit přátelské prostředí mezi nemocnými dětmi, rodiči a zdravotnickým personálem.
Děkujeme.

Kolektiv zdravotnického personálu oddělení CDS2 Kliniky dětské chirurgie.

Podpis zákonného zástupce :

Dne :

Příloha č. 4: Charta práv dětí v nemocnici**CHARTA PRÁV DĚTÍ V NEMOCNICI:**

(Podle organizace National Association for the Welfare of Children in Hospital (NAWCH) se sídlem v Londýně. Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky text upravila, schválila a prohlásila za platný 25. února 1992.)

1. Děti mají být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně poskytnuta v domácím léčení nebo při ambulantním docházení.
2. Děti v nemocnici mají mít právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, mělo by se rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.
3. Děti, případně jejich rodiče, mají právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Musí mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.
4. Děti, případně jejich rodiče, mají 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 emočního 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 proškoleného personálu, který si je plně vědom fyzických i emočních potřeb dětí každé věkové skupiny.
7. Děti mají mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své věci.
8. O děti má být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.
9. Děti mají být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům, a aby zároveň vyhovovalo uznaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.
10. Děti mají mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělávání, přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu.

Příloha č. 5: Etický kodex sester**ETICKÝ KODEX SESTER:**

Často se vyskytují situace, kdy sestry nejsou seznámeny a neznají svá práva a povinnosti. Níže zmíněný etický kodex sester byl vypracován mezinárodní radou sester, poslední revize proběhla roku 2000 a přijata byla v roce 2003 Etickou komisí a Prezidiem ČAS.

Sestry a spoluobčan:

Sestra spoluzodpovídá za péči poskytovanou občanům, kteří ji potřebují.

Při poskytování ošetrovatelské péče sestra vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity.

Sestra zaručuje, aby byly jednotlivým osobám poskytnuty dostatečné informace, z nichž může vycházet jejich souhlas s péčí a související terapií.

Sestra dodržuje povinnost mlčenlivosti, chrání důvěrné informace pacienta. Tyto informace sděluje dalším lidem pouze na základě souhlasu pacienta a lékaře.

Sestra se spolupodílí na zahájení a podpoře aktivit zaměřených na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb občanů, zejména občanů patřících do ohrožených skupin.

Sestra je také spoluzodpovědná za zachování přirozeného prostředí a jeho ochranu před znehodnocováním, znečišťováním, úpadkem a ničením.

Sestry a jejich ošetrovatelská praxe:

Sestra nese osobní odpovědnost za ošetrovatelské činnosti a za udržování své kvalifikace na potřebné výši průběžným celoživotním studiem.

Sestra je povinna realizovat co možná nejvyšší úroveň poskytované péče.

Sestra pečuje o své vlastní zdraví, aby nebyla narušena její schopnost poskytovat péči.

Sestra pečlivě posuzuje svou kvalifikaci a své schopnosti při přijímání určité povinnosti a stejně tak posuzuje kvalifikaci a schopnosti osob, které pověřuje plněním určité povinnosti.

Sestra za všech okolností dodržuje pravidla slušného chování, vytváří profesionální image a prestižní postavení sester ve společnosti, což přispívá k budování dobré pověsti profese a zvyšuje důvěru občanů.

Sestra při poskytování péče usiluje o to, aby se při užívání nové techniky a uplatňování vědeckého pokroku dbalo na bezpečnost, důstojnost a lidská práva občanů/pacientů.

Sestry a profese:

Sestra hraje rozhodující roli při určování, vytváření a realizaci norem ošetrovatelské praxe, řízení, výzkumu a vzdělávání.

Sestra se aktivně podílí na rozvoji základní soustavy odborných znalostí vycházejících z vědeckého poznání.

Sestra se prostřednictvím profesní, odborové nebo jiné organizace podílí na vytváření a zachování spravedlivých sociálních a ekonomických pracovních podmínek v ošetrovatelství.

Sestry a jejich spolupracovníci:

Sestra úzce spolupracuje se všemi spolupracovníky oboru ošetrovatelství a dalších oborů.

Sestra je povinna účinně zasáhnout, pokud je péče o nemocného ohrožena jejím spolupracovníkem nebo kteroukoliv jinou osobou.

Příloha č. 6: Žádost o umožnění dotazníkového šetření

Oddělení ošetrovatelské péče

V Praze dne 16.6.2014

Mgr. Jana Nováková, MBA

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

FN Motol

Vážená paní náměstkyně,

žádám Vás o umožnění průzkumného šetření k bakalářské práci na téma „Kvalita informovanosti rodičů na Klinice dětské chirurgie ve FN Motol“.

Průzkum se uskuteční na Klinice dětské chirurgie 2. LF UK a FN Motol.



Děkuji, Michaela Lupačová.

FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE
150 06 Praha 5 - Motol, V Úvalu 84
náměstkyně pro oš. péči
IČO: 00064203 DIČ: CZ00064203

SOUHLASÍM

Mgr. Jana Nováková, MBA
náměstkyně pro oš. péči FN Motol