



## ETICKÉ PROBLÉMY PŘI HOSPITALIZACI DÍTĚTE ETHIC PROBLEMS DURING CHILD HOSPITALIZATION

Žaneta Beránková

*Oddělení dětské chirurgie, Slezská nemocnice v Opavě  
Department of Children's surgery, Silesian Hospital in Opava*

### Abstrakt

**Cíl:** Cílem výzkumu bylo popsat zkušenosti hospitalizovaných dětí (adolescentů), doprovodu hospitalizovaných dětí předškolního a mladšího školního věku a všeobecné sestry s etickými problémy při hospitalizaci dítěte na standardním dětském lůžkovém oddělení. **Metodika:** Byl proveden kvalitativní výzkum. Pro sběr dat byl použit nestandardizovaný rozhovor. Výzkumný soubor tvořilo osm informátorů, osoby doprovázející dítě při hospitalizaci ( $n = 5$ ), hospitalizované děti v adolescentním věku ( $n = 2$ ) a dětská sestra ( $n = 1$ ). Na základě kvalitativní analýzy dat byly vytvořeny 4 kategorie (1. informovaný souhlas, 2. přítomnost blízkého člověka, 3. srozumitelné informace a 4. péče sester), které byly dále členěny do podkategorií. **Výsledky:** Mezi nejčastější etické problémy při hospitalizaci dítěte na standardním lůžkovém oddělení respondenti uvedli: problémy s informovaným souhlasem v neúplných rodinách, nedostatečnou informovanost o nemoci a zdraví dítěte, deficit v oblasti edukace, nedostatek komunikace se sestrou a nedostatečnou péči. Adolescenti považovali za etický problém při hospitalizaci pocit malého respektování vlastní autonomie u rozhodování o sobě sama, potřebu většího soukromí a respektu k pocitům studu. **Závěr:** Většinu etických problémů lze předcházet zvládnutím efektivní komunikace a dostatečné informovanosti a to již před hospitalizací dítěte v ambulanci praktického lékaře pro děti a dorost, případně v odborné ambulanci.

**Klíčová slova:** etika, etický problém, hospitalizované dítě, zákonný zástupce, sestra.

### Abstract

**Objective:** The aim of the research was to describe the experience of hospitalized children (adolescents), accompaniment of hospitalized children preschool and younger school age and general nurses with ethical problems during the hospitalization of children on the standard children's ward. **Methods:** Qualitative research was conducted. For data collection was used non-standardized interview. The research group consisted of eight informants, persons accompanying the child during hospitalization ( $n = 5$ ), hospitalized children in adolescence age ( $n = 2$ ) and child nurse ( $n = 1$ ). Based on qualitative data analysis were created four categories (1. informed consent, 2. the presence of a loved one, 3. understandable information 4. care of nurses), which were further divided into subcategories. **Results:** The most common ethical problems in the child's hospitalization on the standard ward respondents were stated: problems with informed consent in single-parent families, lack of information about the child's disease and child's health, the deficit in the area of education, lack of communication with the nurse and lack of care. Adolescents considered as the ethical problem during hospitalization the feeling of little respect for autonomy in deciding of themselves, the need for greater privacy and respect for the feelings of shame. **Conclusion:** Majority of ethical problems can be prevented by mastering effective communication and sufficient awareness, and this can be achieved before the hospitalization of child in the ambulance of GP for children and adolescents, or in specialist clinic.

**Keywords:** ethics, ethical problem, hospitalized child, legal guardian, nurse.

### Úvod

Přijetím Úmluvy o právech dítěte v roce 1989 započala nová éra pohledu na dítě jako plnohodnotného člověka a nositele většiny lidských práv a svobod (Sedlářová et al., 2008, s. 155). Tento

dokument je základním pravidlem pro přístup k dítěti v nemocnici a jeho blízkým. Mezi základní myšlenky Charty patří integrita dítěte s jeho rodinou. Jednotlivá práva jsou dále uvedena v etickém kodexu Charta práv hospitalizovaných dětí. Pokud už je hospitalizace nevyhnutelná, je nezbytné umožnění neustálého kontaktu dítěte s rodinou, práva na informace, na spolurozhodování a na soukromí.

---

korespondence: beraza@seznam.cz

---

Specifikem péče o dětského pacienta je současná péče soustředěná na celou jeho rodinu. Tato idea je převzata z britského systému Family Center Care - péče zaměřená na celou rodinu (Královci, 2006, s. 34).

Hospitalizace zasahuje do života dítěte, jeho životního stylu, zvyklostí a sociálních, v první řadě rodinných vazeb. Dítě je nuceno komunikovat s cizími lidmi, zažívá nové zkušenosti, nezřídka se setkává s bolestí. Ze všech členů ošetřovatelského týmu je to právě sestra, která s ním tráví nejvíce času. A je to právě ona, která má největší vliv na adaptaci dítěte a může pozitivně ovlivnit celou hospitalizaci (Boledovičová, 2010, s. 41). Při své práci se setkává s mnoha etickými problémy, nejčastěji s tzv. zdravotnickou etikou běžného dne, to je především slušné, vstřícné chování a vystupování, respektováním jedinečnosti a práv každého nemocného člověka, vnášení jistoty a naděje, respekt k etnickým jedinečnostem jedince a v neposlední řadě také dodržování povinné mlčenlivosti (Haškovcová, 2000, s. 24). Výzkumu etických problémů při hospitalizaci dítěte není věnována v ČR dostatečná pozornost.

## Cíle

Cílem výzkumu bylo metodou kvalitativního výzkumu popsat zkušenosti hospitalizovaných dětí (adolescentů), doprovodu hospitalizovaných dětí předškolního a mladšího školního věku a všeobecné sestry s etickými problémy při hospitalizaci dítěte na standardním dětském lůžkovém oddělení.

## Soubor

Do výzkumného souboru bylo záměrně vybráno 8 respondentů, z nichž byly 4 matky hospitalizovaných dětí, jedna babička, dva adolescenti a jedna dětská sestra. Kritériem zařazení do souboru bylo: doprovod hospitalizovaného dítěte, hospitalizované dítě, sestra

s délkou praxe na dětském oddělení min. 5 let, ochota ke spolupráci. Matky hospitalizovaných dětí byly ve věku 20 - 40 let, dvě matky žily společně s otcem dítěte v manželství, dvě matky nežily v jedné domácnosti s otcem dítěte. Dvě matky byly zároveň hospitalizovány se svými dětmi (děti byly v předškolním věku – 3,5 a 4 roky), dvě nikoliv (děti byly v mladším školním věku – 8 a 11 let). Adolescenti byli chlapec (15 let) a dívka (16 let) hospitalizovaní na standardním dětském oddělení. Výzkum byl proveden v době od listopadu 2010 do února 2011.

## Metodika

Kvalitativní data byla získána pomocí nestandardizovaného rozhovoru. Rozhovor byl veden s respondenty po ukončené hospitalizaci. Respondenti byli dotázáni, s jakými etickými problémy se setkali při hospitalizaci dítěte a dále na dané téma volně hovořili. Rozhovor byl zaznamenán na diktafon a doslovně přepsán (úplná transkripce). Rozhovor s adolescenty byl prováděn se souhlasem jejich rodičů. Analýza dat byla provedena metodou barvení textu. Na základě analýzy dat (výpovědi v textu, které se nejčastěji opakovaly) byly vytvořeny čtyři kategorie (1. informovaný souhlas, 2. přítomnost blízkého člověka, 3. srozumitelné informace a 4. péče sester) a následně podkategorie. Výsledky jsou popsány v jednotlivých kategoriích, přímé výpovědi respondentů jsou uvedeny kurzívou.

## Výsledky

### 1. Informovaný souhlas

Rozdíly ve vnímání etických problémů popsali jinak matky úplných rodin, jinak matky neúplných rodin (nežily ve společné domácnosti s otcem dítěte) a jinak teenageři. V tab. 1 je uvedeno, kteří respondenti o daném tématu hovořili.

Tab. 1 Výpovědi respondentů v kategorii „Informovaný souhlas“

| Podkategorie   | Sestra<br>Dagmar | Paní<br>Anna | Paní<br>Eva | Paní<br>Jana | Paní<br>Klára | Paní<br>Eliška | Pacient<br>Josef | Pacient<br>Tereza |
|----------------|------------------|--------------|-------------|--------------|---------------|----------------|------------------|-------------------|
| Úplná rodina   | -                | -            | +           | -            | +             | -              | -                | -                 |
| Neúplná rodina | +                | +            | -           | +            | -             | -              | -                | -                 |
| Teenageři      | -                | -            | -           | -            | -             | -              | +                | +                 |

+ k tématu se informátoři vyjádřili, - k tématu se informátoři nevyjádřili

### Podkategorie „Úplná rodina“

Matky z úplných rodin vnímaly problematiku informovaného souhlasu odlišně od matek

samostatně pečujících o dítě. Podepsání informovaného souhlasu nepovažovaly za problém. Paní Eva uvádí: „Na ortopedické ambulanci už

dostali nějaké souhlasy s operací. S manželem jsme je prostudovali, celkem jsme byli obeznámeni o tom, co bude probíhat, nebo co vlastně na té operaci bude“. Paní Klára však uvedla, že nebyla dostatečně informována: „V průběhu hospitalizace, asi uprostřed týdne mi přinesli jakési formuláře ohledně souhlasu k podpisu. Bez jakéhokoliv vysvětlení. Na názor otce se nás nikdo neptal“. Zdravotnické zařízení v případě paní Kláry nepožadovalo vyjádření otce, jednalo se o akutní hospitalizaci.

### Podkategorie „Neúplná rodina“

Matky, které nežily s otcem dítěte v jedné domácnosti, hodnotily podepsání informovaného souhlasu jako problém, zejména z důvodu nedostatečné informovanosti. Ženy popisovaly tento problém jako emotivní a zatěžující a to pro případ akutní i plánované hospitalizace. Paní Anna uvedla: „Já jsem nevěřila vlastním očím, sestřička mě poučila, že musí být souhlas k operaci od obou rodičů. Jedná se totiž o to, že už jsem šest let rozvedená. Nikdy nikdo mi neřekl, že pokud by nastala taková situace, tak že bych někde musela po republice shánět bývalého manžela k tomu, aby mi podepsal nějaké papíry. On se sám o syna nezajímá. Kluk byl už psychicky připravený, v práci o tom věděli. A všechno by se muselo zorganizovat úplně jinak. Jak to má člověk udělat, když opravdu o tom není předem informován. Nejenom dětskou lékařkou, která by už měla vědět, že nějaký takový problém nastane, ale třeba právě rovnou už tím soudem“.

Paní Jana vnímala tento problém podobně při akutní hospitalizaci svého dítěte: „Kámen úrazu pro mne bylo to, že jsem musela mít souhlas otce. Což mě docela rozhodilo, musela jsem v jednu ráno volat manželovi, teda ještě manželovi, poněvadž nejsme ještě rozvedeni, i když žijeme odděleně“. Nutnost podpisu informovaného souhlasu druhého rodiče rodiny v rozvodovém řízení nebo po rozvodu vnímaly jako etický problém při hospitalizaci dítěte.

Na tento problém poukázala také dětská sestra paní Dagmar: „Rodiče třeba kolikrát měli nějaké neshody. Teď musíte shánět vyjádření obou těch rodičů, museli jsme to s nimi řešit. Pochopitelně, ten lékař tam na tom oddělení není po celou dobu. Takže rodiče to na sestry zkoušejí, prostě, jestli by to nemohli podepsat tak, nebo nemohl to podepsat někdo jiný. My to vlastně stejně musíme řešit...“.

### Podkategorie „Teenageři“

Šestnáctiletá pacientka vnímala potřebu souhlasu svých rodičů částečně jako narušení její autonomie. „Já jsem to tatkově moc nechtěla říkat, protože to je trapas, mluvit s ním o prsou a tak. Navíc, u nás je to dost tabu, tyhle ty holčičí věci. Skončilo to tak, že mamka napsala, že otec souhlasí a podepsala to. Navíc já jsem si myslela, že to je můj život, moje věc, moje prsa a vůbec prostě nechápu, proč bych měla žádat o souhlas“. Problémem je určit hranici rozumové vyspělosti dospívajícího dítěte, stanovit míru jeho autonomie a schopnost samostatně rozhodnout a projevit vůli. Hospitalizovaný patnáctiletý Josef nepovažoval informovaný souhlas za důležitý: „Na ambulanci jsme vyplňovali nějaké papíry. Vyplnili jsme tam nějaké ty blbosti“. Za důležité považoval vyjádřit se pouze k přítomnosti studentů připravujících se na budoucí povolání, se kterou nesouhlasil a vnímal ji jako problém: „Se mnou se tam bavila nějaká učeňka, ale mi se s ní o tom problému moc bavit nechtělo. Nejvíce mě štvaly ty učeňky“.

## 2. Přítomnost blízkého člověka

Na problematiku přítomnosti dospělého u lůžka hospitalizovaného dítěte měli informátoři různé názory. Na toto téma hovořili všichni zúčastnění, viz tab. 2. Rozdílně vnímali přítomnost dospělého u dítěte rodiče dětí předškolního, mladšího školního věku a jinak teenageři.

Tab. 2 Výpovědi respondentů v kategorii „Přítomnost blízkého člověka“

| Podkategorie                | Sestra Dagmar | Paní Anna | Paní Eva | Paní Jana | Paní Klára | Paní Eliška | Pacient Josef | Pacient Tereza |
|-----------------------------|---------------|-----------|----------|-----------|------------|-------------|---------------|----------------|
| Hospitalizace doprov. osoby | +             | +         | -        | +         | +          | +           | -             | -              |
| Denní pobyt                 | +             | +         | +        | +         | -          | -           | +             | +              |

+ k tématu se informátoři vyjádřili, - k tématu se informátoři nevyjádřili

### Podkategorie „Hospitalizace doprovodné osoby“

Zejména rodiče předškolních dětí cítili velmi intenzivně potřebu být přítomen u nemocného dítěte.

V období předškolního věku dětí není přirozené déletrvající odloučení od matky. Nepřítomnost osoby blízké při hospitalizaci je pro mnohé rodiče i děti

nepřijatelná. Paní Klára uvedla: „*O možnosti, že rodič může být, snad až do šesti let věku jsem věděla a určitě jsem ji chtěla využít, protože bych nerada nechávala dítě samotné*“. Paní Jana hodnotila svoji přítomnost při hospitalizaci jako pomoc pro ošetřující personál: „*S dcerou, která opravdu špatně mluvila, asi by jí sestřičky ani nerozuměly. Je fakt, že jsem jí rozuměla pouze já, protože má foniatickou vadu sluchu*“.

Sestra Dagmar popisovala problematiku hospitalizace rodičů jako velmi individuální záležitost. „*Ta spolupráce je pokaždé jiná, někdy rodiče spolupracují, někdy ta spolupráce je horší, děti jsou plačtivé, nespolupracují, ani ti rodiče nějak nepomáhají dětem nebo prostě nesnaží se jim pomoci*...“. Viděla jak nevýhody neustálé přítomnosti rodičů na oddělení: „*Děti to před těmi rodiči zkouší, zkouší to na nás*...“, tak i výhody: „*Rodiče nám zase pomůžou s péčí, ale jak kdy*“.

### Podkategorie „Denní pobyt“

Rodiny dětí v mladším školním věku upřednostnily možnost denního pobytu na oddělení. Denní pobyt doprovodné osoby na dětském lůžkovém oddělení je bez poplatku, zpravidla bývá umožněn v kteroukoliv denní dobu. Doprovodná osoba však nemá nárok na poskytnutí lůžka, jídla a pracovní neschopnosti. Paní Alena zvolila tuto možnost zejména z důvodu finančních: „*Bohužel, nemůžu si dovolit zůstat se synem v nemocnici po celou dobu jeho hospitalizace. Jednak z finančních důvodů, protože jsem sama matka pečující o toto dítě... hlavně jsem chtěla být se synem doma po tom, co ho propustí z nemocnice... mohla jsem přijít v kteroukoliv denní, a věřím, že i noční hodinu by mi sestry dovolily*“. Paní Eva hovoří o možnosti denního pobytu při hospitalizaci svého dítěte negativně: „*Na dotaz, jestli tady s ní můžu nebo nemůžu pobýt, moc sestřičky nereagovaly, spíše se snažily, abych se jako spíše vzdálila nebo odešla z oddělení. Měla jsem pocit, že tam jsem taková nějaká nevídaná nebo navíc*“. Někteří respondenti

poukázali na problém práva přítomnosti obou rodičů při hospitalizaci dítěte u rodin v rozvodovém řízení nebo po rozvodu. Paní Jana popisuje svoji zkušenost takto: „*V odpoledních hodinách, přišel (otec dítěte) na návštěvu, což prostě mně nedělalo dobře, poněvadž jsem z toho byla špatná, těžce, velice těžce jsem to nesla... když přišel na návštěvu, tak jsem se obrnila, držela jsem se, ať se nerozpláču, snažila jsem se hrát divadlo, aby to vypadalo, že jsme zůstali s manželem kamarádi, že prostě se jako nic neděje, že jako spolu vycházíme velice dobře, aby dcera byla co nejvíce v klidu, aby nebyla nějakým způsobem rozhozená. Ale bohužel, když odešel, tak jsem zase poprosila sestřičku a šla jsem do koupelny, kde jsem se prostě úplně totálně vybrečela*“. Teenageři shodně vypovídali o pocitu narušení vlastního soukromí častou přítomností rodiny spolupacientů na pokoji. Josef uvedl: „*Bylo jako dost trapný, hlavně ta mamka se sestrou, ta měla stále nějaké otázky... já jsem z daleka od toho Olomouce, takže tam za mnou naši přijížděli jenom nakrátko, zhruba na dvě hodiny, kdežto ta jeho rodina tam byla furt a byli tam všichni. Od babiček po rodiče. No, hrozný*“. Podobné informace sdělila i druhá nemocná, pacientka Tereza: „*Dost nepříjemný, no. Návštěvy u holek, jejich mámy, ty mi ani tak nevadily, ale když tam třeba přišel táta nebo kluk, co říkala, že je její brácha, no, tak to mi celkem dost vadilo. Všichni mě viděli, jak zvracím... fakt trapas, hlavně jak na mě všichni zírali*...“. Oba respondenti vnímali jako nepříjemné, že i návštěvy si mohly domyslet jejich (intimní) zdravotní problém. Tereza uvádí: „*Na košili jsem měla prostě flek od krve, no tak jako všichni věděli, že mám asi něco s prsem*“.

### 3. Srozumitelné informace

Informace o zdravotním stavu i ošetřovatelské péči považovali respondenti za podstatné pro kvalitu poskytované péče. K tématu se vyjádřili všichni respondenti, viz tab. 3.

Tab. 3 Výpovědi respondentů v kategorii „Srozumitelné informace“

| Podkategorie    | Sestra Dagmar | Paní Anna | Paní Eva | Paní Jana | Paní Klára | Paní Eliška | Pacient Josef | Pacient Tereza |
|-----------------|---------------|-----------|----------|-----------|------------|-------------|---------------|----------------|
| O dítěti/ stavu | +             | +         | +        | +         | +          | +           | -             | -              |
| Edukace         | +             | -         | -        | +         | -          | +           | +             | +              |

+ k tématu se informátoři vyjádřili, - k tématu se informátoři nevyjádřili

**Podkategorie „Informovanost o dítěti, jeho zdravotním stavu“**

K této podkategorii se vyjádřilo šest informátorů. Hovořili o potřebě informací o stavu dítěte z ošetřovatelského hlediska. Dle jejich výpovědi působilo pozitivně na jejich psychiku, pokud měli dostatek informací, získali tím větší důvěru k ošetřovatelskému týmu. Paní Anna uvádí: „Samozřejmě, lékařské informace mi sestry nemohly říct. Ale alespoň řekly kolik snědl, kolik vypil, jestli si pohrál během dne, jestli ho třeba navštívila paní učitelka... Je mi jasné, že mi více říci nemohly a ani já sama jsem to po nich nechtěla. Byla jsem spokojená“. Zvláště u náhlého onemocnění vzniká potřeba opakovaných informací. Paní Jana vyzdvihla klady opakovaně podávaných informací. „Já jsem byla tak vynervovaná, že jsem opravdu nevěděla pomalu ani jak se jmenuji. Musím říct, že opravdu s velkou dávkou trpělivosti a se vstřícností mi sestřičky všechno řekly, vysvětlily a byly ochotné. Byly opravdu skvělé“.

Zcela odlišně vypovídali informátoři, kteří pociťovali naprostý deficit informací. Tento deficit se týkal nejen informací směrem od zdravotníků k respondentům, ale i opačně. Paní Klára s paní Eliškou popsaly absenci sesterského zhodnocení: „Na osobní detaily ohledně syna se nikdo neptal, rozhodně se ptala paní doktorka při příjmu na rodinnou anamnézu, na případné alergie, léky, operace a tak. Co se týče zvyků, jídla... se sestry neptaly“. Stejně popisovaly i sdělování informací o zdravotním stavu dítěte: „... sestry mi odmítaly cokoli sdělit. Nevím, do jaké míry mohou nebo nemohou sdělovat stav pacientů. Na druhou stranu v té nejistotě, v jaké jsme byli, bych docela ráda uvítala jakékoli zhodnocení, i kdyby to nebylo přímo od kompetentní osoby a na nejvyšší odborné úrovni, já ostatně těm odborným termínům tolik nerozumím. Několikrát jsem prosila, aby mi někdo podal informace, čekala jsem v podstatě celý den, než v podvečer přišel lékař, aby mě vůbec informoval. Rizika vyplývající z toho stavu bezvědomí jsme vlastně s manželem hledali na internetu“.

Podobné negativní zkušenosti si z nemocnice odnesla i paní Eva. V den přijetí pociťovala ze strany sester nezáměr o informace o dceři: „Já jsem si myslela, že se na něco budou ptát“. Totožný postup ze strany ošetřujících popisovala i v následných dnech: „Nebyly mi schopny říct konkrétní věci... Odcházela jsem víceméně s pocitem takovým nepříjemným, s tím, že jsem se vlastně nedozvěděla celkem vůbec nic... . Nevím, buď sestřičky neměly čas, nedokážu si to vysvětlit. Vůbec jsem neměla žádné informace.“

*Zřejmě je nepodávají nebo nemůžou, jakoby si hleděly jen dělat nějakou svou práci. Měla jsem takový pocit, že nemůžou nebo nejsou tam zvyklí jako mluvit s rodiči“.*

K podávání informací se vyjádřila i dětská sestra Dagmar „Rodičům někdy stačí naše takové informace ty ošetřovatelské – jak se to dítě má, jestli je v pořádku, ale, co se týká ostatních informací, to už musí lékař“. Jako problém uvedla, že rodiče požadují informace, které nemohou poskytnout: „Volají během dopoledne několikrát, protože ví, že dítě mělo nějaké různé vyšetření a chtějí znát informace... z mého hlediska je hloupé jim prostě, jim neříct výsledek, když ho vím. Sdělování výsledků není moje pravomoc, takže kolikrát nevím jako jak postupovat. Pořád se vymlouvat, prostě, že tam ten lékař není....“.

**Podkategorie „Edukace“**

Teenageři některé informace popisovali jako nedůležité. Zde se ukázala zásadní důležitost přítomnosti rodičů u předávání informací. Pacient Josef chtěl zpočátku vyřešit svůj zdravotní problém sám: „Tak jsem si vlastně našel na internetu, co to mám vlastně za problém a kde to mám jít řešit“. Edukacím a informacím o léčbě však nevěnoval vždy, jak sám sdělil patřičnou pozornost „Sestřičky vždycky přišly, řekly mi, co můžu, co nemůžu, daly mi podepsat nějaké ty papíry. Já jsem to chtěl mít rychle za sebou, tak jsem to podepisoval, ani nevím co...“. Naopak průběžné informace považoval za nedostatečné: „Z ruky a z břicha mi trčely nějaké dvě hadice a vlastně to bylo hned první, co jsem si po té operaci všimnul. Ještě, že jsem měl u postele pytel s nějakou žlutou tekutinou. To jsem nevěděl, co to je. Za chvíli přiletěla sestra, hned mě zdrbala, jak jsem se posazoval, a řekla mi, že se nemůžu posadit, protože mě píchali do zad. Tak, že musím ležet celý den. No, to mě vlastně pěkně seřvala, že jsem si sedl, ale měla mi to říct předem“.

Podobný postoj k edukacím zaujímal i pacientka Tereza: „Sestra ještě něco jako mamce říkala, já jsem je sice moc neposlouchala, měla jsem MP3. Tak mě obě ještě zdupaly, ať poslouchám, že to je důležité a tak. A tak jako říkaly takové blbosti, že se nemám koupat a mastit a tak“.

Jako problém však popisovala, že neměla předem informace o nutnosti souhlasu s hospitalizací a operací od obou rodičů. „Já jsem si prostě v té chvíli připadala jako úplně největší lhářka, podvodnice, protože mi to v té chvíli přišlo tak strašně líto. Jako, že přece jenom jsem to tátovi měla říct, protože je to přece jenom můj táta“.

Dětská sestra poukazuje na nedostatečnou přípravu a edukaci před hospitalizací: „Setkáváme se s tím, že rodiče ty děti nezvládají, straší injekcemi, sestřičkou, ty děti potom pláčou, nejsou vůbec připraveny. Má to pochopitelně vliv na psychiku toho dítěte, je opravdu nutné tomu dítěti vysvětlit, proč jsou ty injekce důležité, proč jsou ty různé léky, proč je pícháme a ne jen prostě strašit to dítě injekcemi... To vyžaduje spolupráci s tou rodinou, opravdu, když je to dítě dobře připraveno, rodič dobře připravený, tak ta

spolupráce je naprosto jiná, to dítě se jinak chová, bych řekla, že se i líp uzdravuje, bere to všechno jinak, i od těch rodičů“.

#### 4. Péče sester

O etické problematice samotné péče sester se zmínilo nejméně respondentů ze všech kategorií, viz tab. 4. Oblast péče opět hodnotili respondenti dle svých zkušeností s hospitalizací dítěte.

Tab. 4 Výpovědi respondentů v kategorii „Péče sester“

| Podkategorie    | Sestra Dagmar | Paní Anna | Paní Eva | Paní Jana | Paní Klára | Paní Eliška | Pacient Josef | Pacient Tereza |
|-----------------|---------------|-----------|----------|-----------|------------|-------------|---------------|----------------|
| Dostatečná péče | -             | +         | +        | +         | -          | -           | -             | -              |
| Nekvalitní péče | -             | -         | -        | -         | +          | +           | -             | -              |

+ k tématu se informátoři vyjádřili, - k tématu se informátoři nevyjádřili

#### Podkategorie „Dostatečná péče“

Spokojenost s poskytovanou ošetrovatelskou péčí vyjádřila paní Jana: „Opravdu, sestry byly velmi profesionální, co se týče péče, tak přístupu. Oni jí vždycky řekly, neboj se, vždycky ti všechno řekneme, co budeme dělat, nebudeme ti dělat nic, aniž bychom ti o tom neřekly. Musím říct, že jsem byla opravdu nadmíru spokojená s přístupem těch sestřiček na tom dětském oddělení“. Podobně hovořila také paní Anna, která vše shrnula větou: „Byla jsem spokojená“.

#### Podkategorie „Nekvalitní péče“

Jako zcela nekvalitní péči popisovaly své zkušenost paní Klára a paní Eliška. Od vstupu na oddělení shledaly sesterskou péči zcela nedostatečnou. „Na pokoj nás dovedla sestra, s tím, že otevřela dveře, pustila nás dál a zavřela za sebou zvenčí. Postupně se několikrát ještě vrátila, během té doby, co jsem byla přítomna, aby nám donesla čaj, košili pro dospělého a pyžamko pro dítě. Tím celé uvítání končilo“. Pochybení popisovaly také v průběhu hospitalizace: „Než mi sestřička donesla léky, to bylo možná dvě hodiny, položila je na stůl, byla to bílá tableta... teplota lezla už ke čtyřicítce, tak jsem utíkala na ošetrovnu, aby mi dali něco jiného nebo prostě něco přidali. Vzápětí na to, prostě oči ve sloup a začal křečovat, prostě upadl do bezvědomí. Pak jsme se dohadovali, jak dlouhé to bezvědomí bylo... Ale on by vysílený, byl špatný, ty průjmy nepřestávaly. Dali mi tam pár podložek, já si vím rady s dítětem, tak jsem si ho dala na pořádek. No ale přesto, když má to dítě infusi, tak přece je dobré,

kdyby tam třeba sestra pomohla...“. Stejnou nespokojenost popisovala i paní Klára: „Já žádná sestra nejsem, se zdravotnictvím nemám žádné zkušenosti – s ošetrovatelskou péčí – a ten přístup pokračoval i v následujících dnech. To znamená, že bez zavolání nedošel nikdo, s výjimkou jídel a vizity. Dokonce jsem se musela upomínat o antibiotika, musela jsem si vyžádat rozhovor s lékařem, musela jsem prosit o antipyretika, musela jsem prosit o čisté oblečení, o nějaké prostředky na očištění tělesnou. Dokonce hned první večer se stala nepříjemnost, volala jsem manželovi, aby donesl nějaké podložky, protože sestra se nedostavila“.

#### Diskuse

Problematice vnímání etických problémů při hospitalizaci dítěte není ve výzkumu věnována velká pozornost. Na základě literární rešerše nebyl nalezen publikovaný výzkum na dané téma.

Respondenti v tomto výzkumu hovořili v souvislosti s etickými problémy při hospitalizaci dítěte zejména o problematice **informovaného souhlasu**. Jedním ze základních předpokladů poskytování ošetrovatelské a zdravotní péče je, že s tím bude pacient, potažmo jeho zákonný zástupce souhlasit (Úmluva o lidských právech a biomedicíně, kapitola II, čl. 2). Nutný je souhlas s přijetím k hospitalizaci, konkrétními výkony, poskytováním informací o zdravotním stavu, invazivními vyšetřeními nebo výkony, s nahlížením do dokumentace, s přítomností studentů připravujících se na budoucí povolání (Vondráček, Withová, 2009, s. 35). U nezletilých udělují informovaný souhlas zákonní zástupci (nejčastěji

rodiče, případně opatrovník stanovený soudem). Soud stanoví opatrovníka tam, kde je nebezpečí střetu zájmů mezi rodiči navzájem nebo mezi rodiči a dítětem či jeho nejlepším zájmem (Vacuškova, 2009, s. 31). Jedinec získává způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu až po dosažení zletilosti. Před dosažením zletilosti je jedinec způsobilý jen k právním úkonům přiměřeným rozumové a volní vyspělosti, která odpovídá jejich věku (Vondráček, Wirthová, 2009, s. 16). Tyto právní úkony však nejsou nikterak specifikovány. Neexistuje také žádná objektivní metoda, která by se vyjádřila a stanovila míru rozumové a volní vyspělosti. Právní úkon je neplatný, je-li svým obsahem v rozporu se zákonem (nesouhlas osoby mladší 18 let) (Vondráček, 2008, s. 25).

Přestože jsou v současnosti písemně informované souhlasy především lékařskou záležitostí, jsou součástí zdravotnické dokumentace, a proto jsou nedílnou součástí práce všeobecné sestry. V ideálním případě je dítě přijímáno k hospitalizaci za přítomnosti a souhlasu obou rodičů, jež jsou také zároveň jeho zákonní zástupci. Ve skutečnosti však, obzvláště u akutních hospitalizací, jde o krizovou situaci v životě dítěte i jeho rodiny. Nečastěji přichází zpravidla jeden rodič, matka. Nezřídka však dítě přichází bez svých zákonných zástupců, s prarodičem, tetou, vedoucím z tábora, trenérem nebo učitelem. V takovýchto urgentních případech rozhoduje o přijetí a léčbě lékař a přebírá tak právní zodpovědnost na sebe. Je-li dítě ohroženo na životě, přebírá právní zodpovědnost lékař a to i proti nesouhlasu zákonných zástupců (zákon č. 20/1966 Sb. O zdraví a péči lidu, §23 odstavec 3).

Nemalé problémy nastávají u rodin, kdy rodiče jakožto zákonní zástupci mají zjevně rozporuplné pohledy na řešení zdravotní situace dítěte. Stává se, že se do nemocnice dostane dítě, které žije v neúplné rodině pouze s jedním rodičem. Tento fakt však neopravňuje zdravotníky, ani pečujícího rodiče rozhodovat za druhého rodiče. Jedná se především o rodiny jevící některé ze známek poruch rodiny (Klíma, 2003, s. 28). Zvláště v emočně vypjatých situacích, kdy jsou rodiče zaměstnáni vzájemným bojem proti sobě a berou dítě coby rukojmí, spojence, soudce nebo dokonce původce své vlastní pře, je dítě těžce traumatizováno. Rozchod rodičů je pro dítě stejně zraňující, zdrcující, ochromující a bolestný zážitek, jako smrt rodičů (Malá, Bečvářová, Schmidtová, 2007, s. 106). Tento problém byl uveden oběma ženami v realizovaném průzkumu, které pečovaly o své děti bez partnera.

Zdravotnické zařízení nesmí opomíjet rodičovská práva nepřítomného rodiče a musí si vždy vyžádat souhlasy obou zákonných zástupců. Pokud jde o odkladný zdravotní problém, vyčkává se na souhlas obou zákonných zástupců. Jestliže se rodiče nedokáží shodnout, je vhodné obrátit se na soud, aby spor rodičů rozhodl (Vondráček, Wirthová, 2009, s. 36).

Dalším tématem, o kterém respondenti v našem výzkumu hovořili, byla **přítomnost blízkého člověka**. Rodina je základní jistotou citové oblasti, poskytuje dítěti jakýsi přístav, kam se dítě uchyluje, když má bolest, pocit nejistoty (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 153). Negativní dopady hospitalizace dnes lze zmírnit tak, že je s dítětem hospitalizována osoba jemu blízká. Také v etickém kodexu Charta práv dětí v nemocnici je zakotveno právo dítěte i jeho rodičů na zohlednění jejich žádosti o společnou hospitalizaci. S dítětem může být hospitalizován někdo z rodiny, obvykle rodiče či prarodiče, může to být i jiná osoba jemu blízká nebo na níž je fixováno.

Právo dítěte na přítomnost rodiče při jeho hospitalizaci však zaručuje Ústava České republiky, Listina základních práv a svobod, článek 32, odstavec 4., kde je psáno: "Péče o děti a jejich výchova je právem rodičů; děti mají právo na rodičovskou výchovu a péči. Práva rodičů mohou být omezena a nezletilé děti mohou být od rodičů odloučeny proti jejich vůli jen rozhodnutím soudu na základě zákona." Hospitalizace rodičů či osoby blízké je účinný nástroj v boji proti hospitalismu (Vacuškova et al., 2009, s. 44-45).

Dotazovaní rodiče v našem výzkumu hodnotili svoji přítomnost při hospitalizaci jako nutnou. Problém s přítomností blízkých uvedli pacienti v adolescentním věku. Pro náctileté spolupacienty, ale nejen pro ně a jejich rodiče může být nežádoucí celodenní přítomnost rodiče opačného pohlaví. Management těchto situací je v rukou sestry ve službě. Každá situace je jiná a vyžaduje individuální přístup, přesnou orientaci v potřebách dětí a jejich rodin, znalostí možností oddělení a využití umění efektivní komunikace. Sestra je koordinátorkou těchto situací a intervenuje s ohledem na základní principy ošetrovatelské etiky, jako jsou princip nonmaleficence, beneficence, respektu k autonomii a justice. A to s ohledem nejen na konkrétního pacienta a jeho rodinu, ale také s ohledem na ostatní pacienty a jejich rodiny, kteří jsou hospitalizováni současně s ním. Sestra je nucena zasáhnout také ve chvíli, kdy jeden rodič zabraňuje druhému v kontaktu s dítětem. Sestra si musí být vědoma toho, že odtržení dítěte od milovaných osob mu způsobuje duševní trauma

(Malá, Bečvářová, Schmidtová, 2007, s. 106). Sestra není soudcem, je tady především pro dítě a jeho potřeby a takto těžká rozhodnutí musí přenechat na rodičích dítěte, případně na soudu.

Třetí stanovenou kategorií byla kategorie: **Srozumitelné informace.** Vzájemná důvěra mezi rodinou (zákonnými zástupci), sestrou a dítětem je základním předpokladem korektních vztahů mezi nimi. Klienti sdělují citlivé informace o sobě, své rodině a to nejen ty, které se týkají samotného onemocnění, ale také například povolání, náboženství, finanční situace, sexuální orientace a dalších velmi intimních stránek svého života. Svěřují se sestře se svými starostmi, potřebami, s důvěrou a předpokladem, že tyto skutečnosti nebudou nikdy zneužity či sdělovány dál. Stejně tak očekává validní informace o sobě, svém zdraví a nemoci, výsledcích vyšetření a prognóze ze strany zdravotníků.

Nemocný sděluje sestře informace o své osobě a svých potřebách. Vyhledávání a identifikace lidských potřeb je základním pilířem moderního ošetrovatelství a zásada mlčenlivosti je nedílnou a samozřejmou součástí ošetrovatelského procesu a patří k základním etickým předpokladům v ošetrovatelství. Zákon č. 20/1966 Sb. ukládá povinnou mlčenlivost všem fyzickým osobám podílejících se na poskytování zdravotnické péče. Pamatuje na ni také etický kodex Práva pacientů. Za porušení povinné mlčenlivosti se považuje nejen verbální akt, ale také umožnění neoprávněným osobám nahlížet do zdravotnické dokumentace, ať již vědomě nebo nevědomě – z nedbalosti (Vondráček, Wirthová, 2009, s. 59-60).

Úmluva o lidských právech a biomedicíně zajišťuje každému právo na všechny informace o jeho zdravotním stavu včetně respektu k přání nebýt informován. Právní nárok vzniká každému, bez ohledu na věk, způsobilost k právním úkonům, fyzické nebo psychické zdraví. Toto právo je zakotveno také v Chartě práv dětí v nemocnici. Informace mají být poskytovány s ohledem na kognitivní vyspělost dítěte a v neposlední řadě také rodičů. V případě, že je nereálné, aby toto právo využívala nezletilá osoba, je využíváno přes zákonné zástupce, zpravidla rodiče (Vacušková, 2009, s. 22-23).

Informace o zdravotním stavu, výsledcích vyšetření, terapii, prognóze onemocnění podává lékař. Sestra sděluje informace týkající se ošetrovatelství a to jen zákonným zástupcům nebo osobám, jež zákonní zástupci napsali do zdravotnické dokumentace. Rozpor v potřebě rodičů, doprovodné osoby či dítěte samotného mít validní informace o zdravotním stavu,

průběhu a prognóze léčby kdykoli, když tuto potřebu aktuálně pocítují, vzniká v době fyzické nepřítomnosti lékaře na lůžkovém oddělení. Na většině standardních oddělení není lékař, na rozdíl od sestry, přítomen po celou denní dobu (lékař plní své další pracovní povinnosti i mimo lůžkovou jednotku) a po dobu jeho nepřítomnosti se s žádostí o informace obrací potřební na sestru. Ta je však limitována užšími kompetencemi a nemůže ze své pozice podávat všechny informace. Je důležité, aby toto potřebným vysvětlila, zodpověděla jejich dotazy týkající se ošetrovatelské péče a byla jim nápomocna v procesu sestavování a přípravou dotazů směřujícím k lékaři. Respondenti v našem výzkumu popsali problém nesdělování informací jako stresující.

Pokud rodiče nemohou být společně s dítětem v nemocnici, potřebují také informace o svém dítěti. To také plyne i z výpovědí účastníků průzkumu. Horší, než špatná komunikace je žádná komunikace. Prožívání těžké životní situace, jakou hospitalizace dítěte je, se odvíjí u každého jedince a každé rodiny jinak a odráží se zde také momentální psychické, sociální, finanční i spirituální rozpoložení rodiny, do níž nemoc vstoupila. Multidisciplinární spolupráce, vzájemný respekt, citlivý přístup, sociální inteligence asertivita a znalost této problematiky u sestry je základní nutností pro kvalitní ošetrovatelskou péči o děti. Strach o dítě je přirozenou součástí krizové situace rodiny a potřeba získání informací je samozřejmá.

Poslední zjištěnou kategorií byla **péče sester**. Péče o nemocného je základním kamenem ošetrovatelství. Sestra je zodpovědná za vykonávanou ošetrovatelskou péči v ošetrovatelské, etické i právní úrovni.

## Závěr

Dle výpovědí respondentů mezi nejčastější etické problémy při hospitalizaci dítěte na standardním lůžkovém oddělení patřily: problémy informovaného souhlasu v neúplných rodinách, nedostatečná informovanost o nemoci a zdraví dítěte, deficit v oblasti edukace, nedostatek komunikace se sestrou a nedostatečná péče. Adolescenti považovali za etický problém při hospitalizaci pocit malého respektování vlastní autonomie u rozhodování o sobě sama, potřebu většího soukromí a respektu k pocitům studu. Dětská sestra považovala za etický problém zátěž pro sestru pracující na lůžkovém dětském oddělení, která plyne z nutnosti řešit partnerské rozpory rodičů dítěte v době hospitalizace a nízkou míru připravenosti dětí a rodičů k hospitalizaci. V praxi je nutné zvýšit informovanost o

informovaném souhlasu zejména u rozvedených rodičů nebo nežijících v jedné domácnosti a zajistit vyšší míru soukromí u pacientů v adolescentním věku.

Otevření těchto témat může také napomoci k široké diskusi a tak i získání povědomí mezi laickou i odbornou veřejností. Sestra přebírá při hospitalizaci dítěte roli pečovatele, na kterého se dítě i jeho doprovod obrací se svými potřebami. Na setkávání se s etickými problémy a s jejich řešeními by se měla připravovat nejen v průběhu svého studia, ale celoživotně. Základem je umění komunikace a edukace. Sestra při včasné eliminaci nejednou zbytečných sporů aktivním přístupem, předcházením etickým problémům také zvyšuje pocit vlastního pracovního úspěchu a seberealizace. Klidné zvládnutí hospitalizace a uzdravení dítěte je pro všechny zainteresované tou největší motivací.

### Etické aspekty a konflikt zájmu

Studie byla provedena podle základních pravidel Helsinské deklarace (2002). Autorka deklaruje, že studie nemá žádný konflikt zájmu.

### Seznam bibliografických zdrojů

BERÁNKOVÁ, Ž. 2011. *Současné etické problémy při hospitalizaci dítěte*. Ostrava, 2011. 60 s. Bakalářská práce (Bc.). Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta. Ústav ošetrovatelství a porodní asistence.

BOLEDOVIČOVÁ, M. et al. 2010. *Pediatrické ošetrovatelství*. 3. preprac. a dopl. Martin: Osveta, 2010. 216 s.

Česko. Ústava ČR: Ze dne 16. prosince 1992. In *Ústava České republiky*. 1993, Hlava první, s. článek 1 - článek 113. Dostupný také z WWW: <<http://www.hrad.cz/cs/ceska-republika/ustava-cr.shtml>>.

Česko. Zákon č. 20 ze dne 17. března 1966 o zdraví a péči lidu, §23, odstavec 3. In *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupný také z WWW: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=20/1966&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy.>](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=20/1966&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.>).

EU. Předpis č. 96/2001 Sb: Úmluva O Lidských Právech A Biomedicině. In *Sbírka mezinárodních smluv ročník 2001*. 1997, 44, s. 97. Dostupný také z WWW: <<http://www.webtempus.cz/dokumenty.php?item.id=71380&do%5Bload%5D=1&filterCategory.id=9>>.

HAŠKOVCOVÁ, H. 2000. *České ošetrovatelství 5: Manuálek o etice*. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 46 s.

KLÍMA, J. et al. 2003. *Pediatric*. 1. Praha: Eurolex Bohemia, 2003. 320 s.

KRÁLOVCOVI, M. a J. 2006. Dítě v nemocnici V. *Děti a my*. 2006, roč. 36, č. 5, s. 34-35.

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. 2006. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada publishing a.s., 2006. 368 s.

MALÁ, E., BEČVÁŘOVÁ, V., SCHMIDTOVÁ, J. 2007. *Dítě a stres*. 1. vyd. Praha: Tigis, spol. s.r.o., 2007. 143 s.

SEDLÁŘOVÁ, P. et al. 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 248 s.

VACUŠKOVÁ, M. et al. 2009. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii: 1. část*. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. 225 s.

VONDRÁČEK, L., VONDRÁČEK, J. 2008. *Pochybení a sankce při poskytování chirurgické péče*. 1. Praha: Grada publishing, 2008. 96 s.

VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. 2009. *Právní minimum pro sestry: Příručka pro praxi*. 1. Praha: Grada Publishing, 2009. 95 s.