

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2018

Bc. Radka Hubalová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Hodnocení kvality péče dětmi hospitalizovanými na standardním dětském oddělení

Bc. Radka Hubalová

Diplomová práce

2018

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Radka Hubalová**
Osobní číslo: **Z16368**
Studijní program: **N5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Ošetřovatelská péče v interních oborech**
Název tématu: **Hodnocení kvality péče dětmi hospitalizovanými na
standardním dětském oddělení**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

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

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

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

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

Seznam odborné literatury:

1. GLADKIJ, Ivan. Management ve zdravotnictví. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-996-8
2. PLEVOVÁ, Ilona. Management v ošetrovatelství. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.
3. NĚMEC, Vladimír. 2006. Charta práv dětí v nemocnici. Československá pediatrie. 2006, roč. 61, č. 11, s. 669-672. ISSN 0069-2328.
4. PELANDER, Tiina. The quality of pediatric nursing care - children perspective. Turku, 2008, 204 s. Disertační práce. Univerzita v Turku. Fakulta ošetrovatelství. Vedoucí práce Professor Helena Leino-Kilpi, PhD, RN
5. PLEVOVÁ, I., SLOWIK R.: Komunikace s dětským pacientem Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-7303-2.
6. MATĚJČEK, Zdeněk. Praxe dětského psychologického poradenství. 2. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0000-0.


Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.**
Katedra klinických oborů

Datum zadání diplomové práce: **13. června 2018**

Termín odevzdání diplomové práce: **17. srpna 2018**


prof. MUDr. Josef Fusek, DiSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horázková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 19. června 2018

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl/byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích, dne 15.8 2018

Bc. Radka Hubalová

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat Mgr. Ivetě Černožorské a Mgr. Evě Hlaváčkové, PhD. za pomoc při konzultacích při psaní diplomové práce. Dále také sestřám na dětském oddělení, které mi ochotně umožnily provádět výzkum a dotazníkové šetření. Nejvíce ale dětem a jejich rodičům, kteří ochotně vyplnili dotazník a zapojili se do hodnocení kvality ošetrovatelské péče.

ANOTACE

KLÍČOVÁ SLOVA

Hodnocení kvality péče dětmi hospitalizovanými na standardním dětském oddělení

Anotace

Diplomová práce je teoreticko-průzkumnou prací, věnující se problematice hodnocení kvality ošetrovatelské péče na dětských odděleních. Během výzkumu bude sledováno hodnocení péče dětmi. Na základě vyplněných dotazníků, bude vyhodnocena kvalita péče. Výsledky dotazníkového šetření ukazují, jak děti hodnotí péči ošetrojícího personálu a jak je důležité poskytnout jim adekvátní nástroj.

Klíčová slova: Dětský pacient, Kvalita, Ošetrovatelská péče

Evaluation of quality of care by children hospitalized at the standard children's ward

Annotation

The thesis is a theoretical and research work devoted to problematics evaluation of the quality of nursing care in children's department. During the research will be monitored evaluation of care by children. Based on completed questionnaires will be evaluated quality of care. The results of the questionnaire research show how children evaluate nursing care and how important it is to provide them with an adequate instrument.

Keywords: Child Patient, Quality, Nursing care

OBSAH

OBSAH	7
ÚVOD.....	11
CÍLE PRÁCE	11
Teoretická část.....	12
1 základní principy kvality	12
2 SLEDOVÁNÍ SPOKOJENOSTI PACIENTŮ.....	15
2.1 Sledování spokojenosti dětského pacienta	16
3 SPECIFIKA HOSPITALIZACE U DĚTÍ.....	18
3.1 Dítě a vnímání nemoci.....	18
3.2 Poskytování zdravotnické péče v pediatrii	20
3.3 Rodič a dítě v nemocnici – Legislativa	20
3.3.1 Dětský hospitalismus.....	22
3.4 Informovaný souhlas	22
3.5 Předávání informace dětem a jejich rodičům (zákonným zástupcům).....	22
3.6 Podílení se na léčbě	23
3.7 Charta práv dětí	24
3.8 Charakteristika věkové kategorie- školní věk (7-11 let)	24
3.9 Dětská sestra	25
3.9.1 Kompetence dětské sestry	26
4 VÝZKUMNÁ ČÁST.....	28
4.1 Metodika výzkumu	28
4.2 Dotazník	28
4.3 Soubor respondentů	29
4.4 Výzkumné otázky	29
5 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	30
5.1 Pohlaví respondentů	30

5.2 Věk dotazovaných	31
5.3 Příjem do nemocnice	32
5.4 Důvod setrvání v nemocnici	33
5.5 Délka hospitalizace	34
5.6 Dispozice pokojů	35
5.7 Předchozí hospitalizace	36
5.8 Přítomnost rodičů	37
5.9 Individuální sestra	38
5.9 Jak působily sestry	39
5.10 Jak se chovaly dětské sestry	40
5.11 Dopomoc sester	43
5.12 Poskytování informací	45
5.13 Volnočasové aktivity	47
5.14 Hodnocení pobytu	48
5.15 Sociální podmínky	49
5.16 Obavy	50
5.17 Co bylo v nemocnici nejlepší	51
5.18 Co bylo v nemocnici nejhorší	52
5.19 Celkové hodnocení	53
10 DISKUZE	54
11 ZÁVĚR	60
12 POUŽITÁ LITERATURA	62
13 PŘÍLOHY	65
Příloha A- Informovaný souhlas	65
Příloha B- Dotazník	66
Příloha C –Charta práv dětí	76
Příloha D- Rozhovor s dětským pacientem	77

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULE

Obrázek 1:Graf pohlaví respondentů.....	30
Obrázek 2:Graf věku dotazovaných	31
Obrázek 3: Graf důvodu přijetí.....	32
Obrázek 4: Graf délky hospitalizace	34
Obrázek 5: Graf situační dispozice.....	35
Obrázek 6:Graf předchozí hospitalizace.....	36
Obrázek 7: Graf přítomnosti rodičů.....	37
Obrázek 8: Graf individuální sestry.....	38
Obrázek 9: Graf Jak působily sestry	39
Obrázek 10: Graf Jak se chovaly sestry I.	40
Obrázek 11: Graf Jak se chovaly sestry II.	41
Obrázek 12: Graf Jak se chovaly sestry III.....	42
Obrázek 13: Graf Dopomoci sester I.	43
Obrázek 14: Graf dopomoci sester II.	44
Obrázek 15: Graf informovanosti nemocného I.	45
Obrázek 16: Graf informovanosti nemocného II.....	46
Obrázek 17: Graf volnočasových aktivit	47
Obrázek 18: Graf hodnocení pobytu v nemocnici.....	48
Obrázek 19: Graf Sociálních podmínek v nemocnici.....	49
Obrázek 20:Graf Obav dětí v nemocnici	50
Tabulka 1: Důvod setrvání v nemocnici.....	33
Tabulka 2: Co bylo v nemocnici nejlepší	51
Tabulka 3: Co bylo v nemocnici nejhorší.....	52

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

atd. – atakdale

CCQH- Child Care Quality at Hospital

JIP- Jednotka intenzivní péče

MZ ČR - Ministerstvo Zdravotnictví České Republiky

SAKČR - Spojená akreditační komise České republiky

tzv. – takzvané

ÚZIS - Ústav zdravotnických informací a statistiky

WHO- World Health Organization

ÚVOD

Kvalita péče ve zdravotnictví se stala téměř samozřejmostí. Péče o člověka se stává službou z hlediska kvality, jako většina produktů a služeb v našem životě. Sledování a hodnocení spokojenosti pacientů ve zdravotnickém zařízení je součástí vyhodnocování kvality péče, a nejen to. Slouží také jako penzum informací, z nichž lze dále využít podněty pro kontinuální zlepšování kvality péče a vyhledávání rezerv, kde lze kvalitu péče a spokojenost s ní související ještě zvýšit. Tato forma zpětné vazby je důležitá pro každé zdravotnické zařízení, které má snahu rozvíjet se nejen v oblasti materiální a kvantitativní, ale také do hloubky a kvalitativně. Hodnocení spokojenosti a kvality péče probíhá běžně na odděleních, kde jsou hospitalizováni dospělí. V pediatrii se s typem tohoto šetření setkáváme minimálně, v České Republice téměř vůbec. (Ondriová, 2013)

Dítě, ocitající se ve zdravotní péči nebo v nemocnici při hospitalizaci přijímá roli pacienta, často i bez souhlasu a s velkým strachem, co se bude dít. Jeho role se stává snadnější v přítomnosti rodiče, který je s dítětem hospitalizován, situaci ovlivňuje i věk. Dospívající dítě vnímá zážitek z hospitalizace jinak než dítě mladšího školního věku. (Plevová, 2010)

Práce se zaměřuje na kvantitativní hodnocení kvality péče očima dítěte. Jako nástroj je použit zahraniční dotazník určený pro děti ve věku 7 – 11 let. Cílem práce je zjistit, jak děti hodnotí péči poskytnutou na dětském oddělení a zda je použitý zahraniční dotazník pro hodnocení dětského oddělení u nás vhodným nástrojem.

CÍLE PRÁCE

1. Uvést základní teoretické poznámky související s hodnocením kvality péče hospitalizovaných dětí.
2. Zjistit, jak je ošetrovatelská péče hodnocena očima hospitalizovaných dětí ve věku 7-11 let.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁKLADNÍ PRINCIPY KVALITY

Pojmy kvalita a jakost jsou významově a z hlediska řízení organizací skoro totéž. V praxi se pojem jakost používá nejvíce v oblasti výroby v souvislosti s výrobky (jakost výrobku), pojem kvalita se používá ve všech ostatních oblastech řízení organizace a v sektoru služeb. Pešek (2003) definuje jakost ve vztahu k zdravotnickému zařízení jako schopnost uspokojit očekávání, potřeby a požadavky pacientů. Bělohávek a kol. vidí kvalitu v tom, že „rozhodující není výrobek jako takový – rozhodující je potřeba zákazníka“. Vysvětlují to tím, že vlastnost, kterou zákazník nepožaduje, není z hlediska jakosti podstatná. To nám potvrzují slova Madara (2004), který uvádí, že kvalita má dvě dimenze: subjektivní – jak jsem spokojen já jako jedinec, a objektivní, která představuje sledování určitých, přesně stanovených a dohodnutých kritérií. Marx (SAKCR, 2018) toto rozdělení potvrzuje s tím, že jedna část je kvantitativní, tedy měřitelná, druhá je kvalitativní a vychází z hodnotového systému. Plevová na závěr dodává, že kvalita je relativní, nikoli absolutní kategorie. (Plevová, 2012)

Pod termínem kvalita péče ve zdravotnictví se skrývá souhrn metod, které organizace potřebuje k soustavnému zvyšování jakosti poskytovaných zdravotnických služeb. Celosvětově patří kvalita ve zdravotnictví mezi primární hodnoty zdravotnictví. Tato hodnota je čím dál důležitější, zejména vlivem rychlého rozvoje medicíny a technologií. Hodnocení kvality zdravotních služeb je stále aktuálnější záležitost. Snaha dosáhnout optimálních výsledků je dnes zabezpečena pomocí řady procesů. Kvalitu lze vnímat z různých úhlů pohledů, je relativní. Obecně lze říci, že jde o uspokojení zákazníka (v našem případě pacienta), vyhnutí se nežádoucím událostem, chybám a snahu o efektivní přístup. (Gladkij a kol., 2003)

Kvalitně poskytovaná péče je ta, která je poskytovaná v souladu s potřebami a požadavky pacientů. Snahou v rámci zvyšování kvality poskytované péče je eliminace chyb, nežádoucích událostí apod. Do procesu kvality péče spadá tvorba postupů, sběr informací, stanovení standardů a následné hodnocení poskytované péče. (Gladkij, 2003)

Existuje mnoho odborných definicí, proto není vůbec jednoduché pojem „kvalita péče“ jednoznačně vymezit. WHO ji vymezilo takto: „Kvalitou zdravotní péče ve zdravotnictví se rozumí souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxí.“ Dále WHO ve „Směrnici pro vývoj strategií

a kvality bezpečnosti v kontextu zdravotnického systému“ formuluje kvalitu jako službu, která co nejefektivnějším způsobem shromáždí zdroje, aby důvěryhodně vyhovely zdravotním potřebám v doméně prevence péče a péče v těch nejpotřebnějších, bez zbytečného rozhazování a v mezích potřeb vyšší úrovně. Snaha dosáhnout optimálních výsledků je dnes zabezpečena pomocí řady procesů. (Gladkij, 2003)

Ministerstvo zdravotnictví České Republiky vydalo 22. března 2012 Vyhlášku 102/2012, která se zabývá hodnocením kvality a bezpečí lůžkové péče. Zaměřuje se na řízení kvality a bezpečné prostředí, péči o pacienty a řízení lidských zdrojů. Dále se zabývá standardy a indikátory kvality a bezpečí, které slouží k vyhodnocování kvality. V neposlední řadě jsou zde definovány také požadavky na personál a na zabezpečení kvalitního chodu zdravotnického zařízení. Vyhláška nabyla účinnosti 1. dubna 2012.. (Vyhláška MZ ČR, 2012).

Vyhodnocování zdravotnických služeb hraje významnou roli ve zlepšování výkonnosti zdravotnického systému. Mezi sedm základních aspektů vyhodnocování zdravotní péče je řazena také kvalita péče, která může být hodnocena na dvou úrovních. Na úrovni jedince (tzn. výsledky péče u každého pacienta) a na úrovni organizace (tj. celkové zdraví populace nebo komunity). (Plevová, 2012)

Kvalitu zdravotní péče můžeme vnímat z různých úhlů pohledu. Ve zdravotnictví rozlišujeme tři dimenze kvality:

1. Z hlediska pacienta: Co pacient vyžaduje a potřebuje za službu.
2. Z hlediska profesionálního: splňují-li služby potřeby pacienta tak, jak jsou vymezeny odborníky a obsahují-li techniky nutné pro plnění služeb vyžadovaných pacientem.
3. Z hlediska řízení: nejvhodnější využití ekonomických a produktivních zdrojů stanovenými nadřízenými a plátcí. (Madar, 2004)

Kvalita zdravotnické péče se hodnotí také na základě pozorování struktury péče. Patří sem prostředí, ve kterém je péče poskytována (vybavení zdravotnického zařízení, finanční prostředky, počet pacientů, personálu, a také jeho kvalifikace.). Dále způsob, kterým je péče poskytována a výsledek poskytnuté péče (dosažení požadovaných cílů ať už krátkodobě, či dlouhodobě. (Mikula, 2008).

Hlavní cíl zvyšování kvality ve zdravotnictví je navýšení spokojenosti pacientů, zlepšení jejich zdravotního stavu a kvality života a nárůst úrovně poskytovaných služeb. Je to zároveň

schopnost předcházet opakovaným chybám, nežádoucím výsledkům a neefektivně vynaloženým nákladům. Mezi hlavní zásady zvyšování kvality patří jasně definovaný záměr zlepšovat kvalitu, vytvoření jednotné a srozumitelné definice kvality, soustavné měření kvality, pochopení vzájemných závislostí jednotlivých součástí celé instituce, potřeba neustálého objasňování příčin nedostatků a využívání prostředků k jejich odstraňování. Účinné zvyšování kvality také vyžaduje změnu rolí a aktivitní působení vedoucích pracovníků. (Gladkij, 2003)

2 SLEDOVÁNÍ SPOKOJENOSTI PACIENTŮ

Spokojenost pacienta s ošetrovatelskou péčí je jeden z mnoha faktorů kvality - indikátorů kvality zdravotních služeb. V současné době je standardně užívaným měřítkem, podle kterého je možné hodnotit kvalitu. Jelikož je v dnešní době pacient nazýván klientem nebo konzumentem, tak právě toto označení podtrhuje novou orientaci ve zdravotnictví. Poskytují se zdravotnické služby a ty znamenají snahu o dosažení spokojenosti pacienta. To znamená, že poskytování zdravotní péče by mělo být zaměřeno na uspokojování potřeb pacientů. Problém, zda je vůbec možné vymezit či definovat spokojenost pacientů, je v odborných kruzích často diskutovaný. Neexistuje jasný a teoretický koncept spokojenosti klientů, který by sloužil jako podklad výzkumných studií a umožňoval by interpretaci získaných výsledků. Úroveň spokojenosti klienta je závislá v první řadě na tom, jaké povahy bylo jeho onemocnění, jaký typ péče z medicínského hlediska mu byl poskytnut. Důležité jsou i sociálně demografické charakteristiky jako věk, vzdělání, ekonomické postavení klienta, kulturní a rodinné zázemí. Spokojenost pacientů však není možné zaměřovat anebo ztotožňovat s klinickou kvalitou. (Ondriová, 2013)

Docenění významu ošetrovatelské péče musí být permanentní součástí procesu zvyšování kvality ve zdravotnictví. V opačném případě se může snížit účinnost celého systému a výrazně zhoršit kvalita poskytovaných služeb. Spokojenost klientů lze vysvětlit i vztahem mezi tím, co si klient přál a očekával, a tím, co si myslel, že dostal. Potom spokojenost ukazuje, do jaké míry byla očekávání a přání klientů splněna. Reálné zkušenosti se zdravotnickou péčí mají až druhotný význam. Někteří autoři zdůrazňují, že je třeba rozlišovat mezi očekáváními klientů a jejich skutečnými požadavky. Klienti mají určité ideální představy o zdravotní péči, kterou by si přáli, avšak tyto požadavky nejsou totožné s reálnou požadovanou péčí. Spokojenost klienta je stav, kdy výrobek anebo služba splňuje všechna očekávání a požadavky klienta a klient nemá žádný důvod být nespokojený. Pojem deklarovaná spokojenost v souvislosti s kontrolou kvality poskytovaných služeb znamená subjektivní spokojenost klientů s poskytovanými službami. (Ondriová, 2013)

Faktory, které spokojenost pacienta ovlivňují, můžeme rozdělit do čtyř oblastí:

1. sociodemografické – vzdělání, pohlaví, rodinný stav, věk, zaměstnání, etnická příslušnost
2. psychologické – životní zkušenosti, očekávání a požadavky klienta

3. zdravotní – akutní a chronická onemocnění, pacientův zdravotní stav, četnost návštěv v zařízení

4. externí – rodina a přátelé klientů, prezentace zdravotnictví a její reformy, sdělovací prostředky (Bártlová, Hnilicová, 2000).

Ošetrovatelská péče tvoří neoddělitelnou součást výše naznačených dimenzí komplexní zdravotní péče. Kvalita ošetrovatelské péče spolu s úrovní diagnosticko-terapeutických postupů, materiálně-technických a hotelových aspektů rozhoduje o celkové spokojenosti pacienta/klienta ve zdravotnickém zařízení. (Ondriová, 2013)

Bártlová a Hnilicová (2000, s. 41) uvádějí jako nejčastější metody hodnocení spokojenosti pacientů rozhovor a dotazníkové šetření. Ondriová, Hudáková, Pavelková (2013) tyto dvě metody rozšiřují ještě o metodu ankety. Anketa je považována za nejjednodušší metodu výzkumu, která nejčastěji využívá uzavřené otázky a tím umožňuje rychlou odpověď. Rozsahem by neměla přesáhnout více jak 10 otázek. Při této metodě není kontrolován výběr respondentů. Výhodou ankety je právě rychlost, nevýhodou je však malá návratnost. (Kutnohorská, 2009)

2.1 Sledování spokojenosti dětského pacienta

Sledování spokojenosti dospělých pacientů s ošetrovatelskou péčí je běžnou součástí hodnocení kvality péči. Existuje mnoho studií (Kratochvílová, 2017, Vondráčková, 2015), kde pacient hodnotí kvalitu péče a tento výzkum je standartní záležitostí v mnoha zdravotnických zařízeních. V pediatrii jsou šetření tohoto typu vidět zřídka. Spíše se setkáváme s hodnocením, prostřednictvím rodičů a zákonného zástupce dětí (Valušová, 2012) V zahraničí, konkrétně ve Finsku zkoumá hodnocení kvality ošetrovatelské péče Tina Pelander. Vytvořila dotazník Child Care Quality at Hospital (CCQH), který slouží jako nástroj hodnocení kvality nejen ve Finsku, ale i v dalších zemích Evropy. Je určen dětem ve věku 7-11 let. (Pelander, 2008) Tento dotazník byl přeložen do angličtiny a následně do češtiny a pomocí něj, probíhá jedno z mála šetření v České Republice. Autorkou české verze se podílela Mgr. Iveta Černošská. Český dotazník má celkem 61 položek a umožňuje pacientům hodnotit kvalitu ošetrovatelské péče ve třech oblastech: charakteristiky ošetrujícího personálu, aktivity ošetrujícího personálu a zdravotnické prostředí. (Hlaváčková, Černošská, 2017)

V rámci psychologického výzkumu dětí a dospívajících se mezi odborníky dlouhodobě uplatňuje jeden ze dvou způsobů vnímání dětí. Odlišná chápání statutu dětí přitom ovlivňují i volbu metod. První přístup vnímá děti jako „v podstatě neodlišitelné od dospělých“

a v důsledku toho jsou voleny stejné metody, jako u dospělých. V tomto pojetí je pak úlohou samotného výzkumníka věnovat pozornost případným odlišnostem. Tento přístup ale při aplikaci často naráží na řadu problémů (např. obtížná přenositelnost dětské zkušenosti v termínech dospělých – jinak řečeno obtížné vyjádření dětské zkušenosti jazykem dospělých, odlišnosti v chápání pojmů a situací dětmi a dospělými, obsahově odlišné významy stejných situací v dětství a dospělosti, srozumitelnost pojmů pro děti a dospívající apod.). Druhý přístup vnímá děti a dospívající jako odlišné od dospělých. Zde se často uplatňuje etnografický přístup a teze, že pro poznání dítěte je potřeba delší čas a opakované setkávání. Problematickým aspektem tohoto přístupu je jeho závislost na výpovědích respondentů a vliv odlišného pohledu dospělých odborníků, kteří se nedokáží plně dostat do sociálního světa dítěte. Křeménková a Novotný navrhují třetí „kompromisní“ přístup k chápání a posuzování dětí a dospívajících. Ten je postaven na myšlence, že děti a dospívající jsou vcelku podobní dospělým, ale zároveň mají některé odlišnosti (např. ve způsobu vnímání reality, interpretaci zkušeností, kognitivních postupech atd.). Dané pojetí představuje most mezi předchozími dvěma přístupy a umožnilo mimo jiné rozvoj řady inovativních technik a nástrojů. (Křeménková, Novotný, 2016)

Děti jsou v období neustálého vývoje, a to jak fyzicky, tak i psychosociálně. Děti nejsou "zmenšení dospělí", jak se uvažovalo před mnoha lety. Mají své vlastní zvláštní požadavky, které musí být splněny specifickými způsoby. Jejich schopnost vyrovnat se s hospitalizací je ovlivněna věkem, vývojovým stupněm a předchozími zkušenostmi. To je důvod, proč se jejich potřeby liší od potřeb dospělých. (Edwards, Coyne, 2013)

3 SPECIFIKA HOSPITALIZACE U DĚTÍ

Děti jsou velmi specifická skupina klientů ve zdravotnickém zařízení. Hospitalizace přináší pro dítě mnoho změn, jako je narušení jejich přirozeného života, vytržení z rutiny denního života a běžných denních aktivit a v neposlední řadě ztrátu kontaktu s rodinou a blízkými. Věci, na které je dítě zvyklé, se během pobytu v nemocnici výrazně mění. Dítě má strach nejen z nového a pro něj neznámého prostředí, ale také z cizích lidí. Vše může být zhoršeno bolestivým vyšetřením a zákroky. Jakákoliv nemoc znamená pro dětský organismus mimořádné zatížení. Jako negativní účinek pobytu dítěte ve zdravotnickém zařízení bývá uváděn strach, stres a úzkost. (Matějčíček, 2011)

To, jak dítě reaguje na hospitalizaci, je ovlivněno mnoha faktory jako věk, rodinné zázemí, předchozí zkušenost s hospitalizací a zdravotnickým personálem a také emocionální vyspělost a zdravotní stav dítěte. Některé děti nejsou schopné pochopit, co se s nimi v nemocnici bude dít ani po pečlivé přípravě a snaze rodičů a zdravotníků. Velký problém představuje odloučení dítěte od jeho rodičů v době, kdy je potřebuje nejvíce. To vše může vést k tomu, že dítě bude vyděšené a nešťastné. Každé dítě reaguje na odloučení od rodiny jinak. Některé děti křičí, prožívají záchvaty vzteku, jiné naopak nekomunikují, nemluví, jsou klidné a zakřiknuté. Děti, které neprojevují své pocity, mnohdy procházejí daleko větším trápením, než dítě, které pláče. Sebevíc vyškolený a připravený zdravotnický personál nenahradí rodiče. Hospitalizace však nemusí být pro dítě pouze negativní zkušeností, je to období, kdy dítěte osobnostně roste a stává se nezávislým. (Leifer, 2014)

3.1 Dítě a vnímání nemoci

Děti v nemocnici nemají kontrolu nad tím, co se s nimi děje. Ocitají se v neznámém, ohrožujícím světě plném divných pachů, zvuků a věcí. Musejí se vyrovnat nejen s nemocí a bolestí, ale i s odloučením rodiny a kamarádů, se ztrátou soukromí. Většinou reagují dobře známým, pochopitelným způsobem – odmítáním, pláčem, apatií, zlobou nebo i agresí. Je povinností zdravotníků, především sester, chápat tuto situaci, vědět o všech negativních aspektech hospitalizace a snažit se dětem co nejúčinněji pomoci. (Sedlářová, 2008)

Každé dítě má odlišné vnímání a prožívání nemoci a na základě toho prožívá i okolní svět, se kterým je v neustálém kontaktu. Pro posouzení celkového stavu nemocného dítěte je třeba zjistit závažnost nemoci, prostředí, ve kterém dítě žije, způsob výchovy, jeho rozumovou a citovou zralost, chronicitu nemoci, jaké má dítě informace o nemoci a vlastní hodnocení situace samotným dítětem. Akutní nemoc probíhá většinou rychle a bez většího vlivu na chod

rodiny i samotné dítě. U většiny dětí nastává po krátké době léčby úprava stavu. Chronicky nemocné dítě je charakterizováno závažnými organickými nebo funkčními změnami, které mají dlouhodobý průběh. Dítě s chronickým onemocněním má možnost uzdravení, ale také se u něj mohou projevit stavy relapsu či remise nemoci. Chronická nemoc nemusí být vždy život ohrožující, ale i déletrvající kašel či atopický ekzém mohou znepříjemnit život rodině i dítěti. (Raudenská, Javůrková, 2011)

Neexistuje jednotný vzorec, jak bude dítě na konkrétní nemoc reagovat. Kukla (2016) rozděluje děti do dvou skupin na senzitivy a represory. Senzitivové mají snahu svoje zkušenosti rozšířit a hledají poučení. Represor omezuje přijetí zkušenosti. Rozdílné přijetí nemoci může záviset na pohlaví. Dívky těžce nesou nemoci spojené s poškozením fyzické stránky a vzhledu. Díky tomu mohou trpět ztrátou identity, pocity méněcennosti či stigmatizací. U dívek je problém s nemocemi, které mění jejich vzhled, jak je to například u ekzému, lupénky nebo akné. Tyto dívky mohou mít sklon kompenzovat svůj handicap lepšími výsledky ve škole. Naopak u chlapců je problém, když nemohou vykonávat sportovní aktivity, na které jsou zvyklí. (Kukla et al., 2016)

V průběhu hospitalizace mohou vznikat i různé psychické změny, které nazýváme regrese, což u dětí znamená návrat do předchozí vývojové etapy. Regresi je možné redukovat důkladným ošetrovatelským zhodnocením schopností dítěte a naplánováním vhodné péče, které bude aktivně podporovat schopnosti dítěte. Zdravotničtí pracovníci mohou motivovat rodiče k tomu, aby chválili své dítě za dosažené schopnosti a naopak regresi ignorovali, v případě, že není způsobena stresem (Leifer, 2014).

3.2 Poskytování zdravotnické péče v pediatrii

Ve větších nemocnicích jsou dětská oddělení rozčleněna nejčastěji dle věku dětí a charakteru jejich onemocnění, např. kojenecké oddělení, oddělení větších dětí, hemato-onkologické oddělení a další. V menších nemocnicích, kde je pouze dětské oddělení, je diferenciací dětí a dospívajících v rámci tohoto oddělení. Děti a dospívající s vážným onemocněním jsou hospitalizováni na dětských jednotkách intenzivní a resuscitační péče. Novorozenecká oddělení tvoří jednotný celek spolu s porodnickým oddělením, poskytují péči novorozencům systémem rooming-in, kdy je dítě umístěno na pokoji společně s matkou. Ve větších nemocnicích jsou zřizována perinatologická centra, ve kterých jsou soustředěni rizikovní novorozenci a kde jim je poskytována specializovaná péče. (Slezáková, 2011)

Na dětské oddělení je dítě přijímáno buď plánovaně, nebo akutně. Při akutním příjmu nelze předem dítě na danou situaci připravit, oproti plánovanému výkonu. (Plevová a Slowik, 2010) Dítě by mělo být přijímáno do nemocnice pouze v případě, kdy jeho zdravotní stav není možné zvládnout v domácí péči nebo v rámci ambulantní péče. (Charta práv hospitalizovaných dětí, viz příloha C.)

3.3 Rodič a dítě v nemocnici – Legislativa

Postup při příjmu dítěte k hospitalizaci se odlišuje také tím, že za dítě podepisují informované souhlasy rodiče, popřípadě jiný zákonný zástupce. U dětí a mladistvých do 18 let věku je vyžadován doprovod k hospitalizaci rodičem nebo zákonným zástupcem. U dětí do 6 let věku je možnost hospitalizovat dospělou osobu (rodiče). Stejnou možnost mají i rodiče dětí starší šesti let, ale ti si už pobyt v nemocnici hradí sami, nikoliv pojišťovna. Hospitalizace je pro dítě náročnou životní situací a díky přítomnosti blízké osoby jí může lépe zvládnout. I pro zdravotnický personál je přítomnost blízkého člověka během hospitalizace dítěte přínosem v komunikaci a při poskytování ošetrovatelské péče (Vytejková et al., 2011, Zákon 372/2011)

Po Sametové revoluci docházelo v českém zdravotnictví k významným změnám. Dětská oddělení začala být přístupná 24 hodin denně, byl zaveden systém Rooming in a doba hospitalizace se postupně zkracuje. Nemocniční pediatrie dokázala před lety v krátké době a bez větší přípravy zavést do praxe systém „dítě s matkou“, a to postupně na porodnických a novorozeneckých odděleních, poté i na dětských odděleních respektive klinikách. Soustavná přítomnost rodiče nejen jako psychické opory dítěte, ale také jako svědka a účastníka při všech úkonech, je zcela novou situací jak pro děti a rodiče, tak i pro personál. Ten se musel mnohému naučit, mnohé pochopit, mnohé změnit, oželeť i tolerovat. V současnosti je systém

dítě s matkou zaveden, funguje, všichni si na něj zvykli a je téměř normou. (Hlaváčková a kol., 2015)

Na jeho zavedení se podíleli zákonodárci, ministerstvo, zdravotní pojišťovny i zdravotníci, svůj podíl mají děti i rodiče, různé nadace a občanská sdružení. Zákonodárci včlenili do zákona č. 48/1997 Sb. paragraf, umožňující přijetí průvodce každému hospitalizovanému dítěti, přičemž u dítěte mladšího 6 let pobyt rodiče hradí zdravotní pojišťovna. Ministerstvo zdravotnictví tuto zásadu aplikovalo do vyhlášky č. 134/1998 Sb. (Grym, 2001)

Matka je pro dítě základním zdrojem jistoty a bezpečí. Odloučení od matky (rodiny) je pro dítě větším zdrojem stresu než sama nemoc nebo bolest. Provází-li dítě v nemocnici matka nebo jiná blízká osoba, je to právě ona, kdo z dítěte sejme a převezme na sebe jeho starosti, strach a nejistotu. Tlumočí mu informace zdravotníků, známými slovy vysvětluje dění kolem. Ne vždy je ovšem dítě v nemocnici s někým blízkým. Důvodů může být několik. Dítě je léčeno na oddělení, které neumožňuje celodenní přítomnost rodičů. Nejčastěji se jedná o jednotky intenzivní péče či anesteziologicko-resuscitační oddělení. Druhým důvodem bývá rodinný problém. Maminka má více dětí a doma ji nemá kdo zastoupit, rodina má vážné finanční problémy, rodiče se obávají ztráty zaměstnání apod. Občas se setkáme i s podceněním potřeb dítěte. Rodiče jsou přesvědčeni, že dítě zvládne pobyt v nemocnici bez nich. V třetím případě jde o děti, které přicházejí do nemocnice z kojeneckých ústavů, dětských domovů, ústavů sociální péče, popř. náhradní rodinné péče. Zaměstnanci těchto zařízení většinou nemohou z provozních důvodů dítě v nemocnici doprovázet. (Sedlářová, 2008)

Negativní vliv hospitalizace na dítě (hospitalizmus) směřoval k definování práv hospitalizovaných dětí. Důležitým momentem ve vývoji mezinárodní spolupráce a ochrany práv dítěte se stala Úmluva o právech dítěte, která byla vyhlášena roku 1989 shromážděním OSN. Charta práv hospitalizovaných dětí v ČR schválila jako platný dokument v roce 1993. Úmluva o právech dítěte v ČR započala novou epochu pohledu na dítě jako plnohodnotného člověka a držitele většiny práv a svobod a je postavena na několika základních právech (právo na život a přežití, právo na rozvoj, právo na ochranu a participační právo, tj. právo na účast). Iniciátorem byli manželé Královcovi z nadace Klíček ve spolupráci s předním českým pediatrem Janem Jandou. (Zacharová, 2010).

3.3.1 Dětský hospitalismus

Díky změnám, které umožňují rodičům být přítomni během hospitalizace svého dítěte, se podařilo regulovat negativní jev, který měl dopad na dětskou psychiku - hospitalizmus. Hospitalismus je důsledek souboru negativních faktorů, které působí na jedince během hospitalizace. Jinými slovy jde o silnou reakci na hospitalizaci. V dnešní době se s dětským hospitalizmem příliš nesetkáváme. Velký podíl na vymizení má kratší doba hospitalizace a možnost hospitalizovat dítě s rodiči. Čím delší je hospitalizace, tím větší je pravděpodobnost vzniku hospitalismu. Hospitalismem jsou častěji postiženy děti, u kterých se somaticko-psychická nezralost a labilita projevuje výrazněji. (Zacharová, 2010)

3.4 Informovaný souhlas

Děti a jejich rodiče mají právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Mají mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.

Informovaný souhlas je souhlas pacienta s provedením zdravotnického výkonu, kdy svým podpisem pacient stvrzuje vlastní svobodnou volbu s podstoupením výkonu nebo zákroku, který doporučuje lékař v jeho aktuálním zdravotním stavu. U dětí podepisuje informovaný souhlas zákonný zástupce. Přední český odborník na lékařskou etiku Jan Payne hovoří o „dohodě poučených“ s tím, že se nejedná o souhlas, jako jednostranný akt, ale o vzájemnou dohodu nebo konsenzus mezi zdravotnickým pracovníkem a pacientem. (Polícar, 2010)

3.5 Předávání informace dětem a jejich rodičům (zákonným zástupcům)

Zákon o zdravotních službách 372/2011 Sb. (Zákon 372/2011 Sb.) stanoví lékařům i dalším zdravotníkům povinnost zachovat mlčenlivost o všech zkušenostech, o kterých se dozvěděli v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Nezletilý pacient, jeho rodiče a případně další osoby mají právo na informace o zdravotním stavu nezletilého, které mohou být poskytnuty buď ústně lékařem, nebo formou nahlédnutí do zdravotnické dokumentace a pořízením výpisů a kopií. Lékař má povinnost zajistit, aby byl pacient srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu a o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, a také mu umožnit klást doplňující otázky vztahující se k jeho zdravotnímu stavu a navrhované péči, které musí být srozumitelně zodpovězeny. Tyto informace mají být vždy poskytnuty při přijetí do péče. Informace v plném rozsahu jsou poskytnuty rodičům a zpravidla též i nezletilému staršímu 15 let nebo schopnému informacím porozumět. V jiném případě se dětskému pacientovi poskytnou informace způsobem zohledňujícím jeho rozumovou vyspělost a schopnost informacím porozumět. Pacient nebo

jeho rodiče mohou při přijetí do péče určit osoby, které mohou být též informovány o zdravotním stavu nezletilého, a současně mohou určit, zda tyto osoby mají též přístup do zdravotnické dokumentace. Nezletilý pacient a jeho rodiče si však nemohou vzájemně zakazovat přístup k těmto informacím. Rodičům právo na informace vyplývá z jejich rodičovské zodpovědnosti, kterou nemůže nezletilý omezit. (Liga lidských práv, 2012, Zákon 372/2011 Sb.)

3.6 Podílení se na léčbě

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. Z Úmluvy o právech dítěte vyplývá, že pokud je dítě schopné vyjádřit své názory, je vhodné na ně brát ohled, v závislosti na duševních schopnostech, které se odvíjí od věku pacienta. Zejména u starších dětí může dojít k tomu, že se jejich názor nebude shodovat s názorem rodičů. Na lékaři je, aby posoudil, zda je dítě rozumově natolik vyspělé, aby si uvědomovalo následek rozhodnutí a vliv svůj zdravotní stav (Neugebauer, 2012).

Navázat kontakt s dítětem není vždy jednoduché, důležitá je snaha se o to pokoušet i v případě, že si nejsme jistí úspěchem. Sestra i lékař by se měli na dítě se opakovaně obracet, ptát se ho, nabízet možnosti volby, žádat dítě o svolení něco udělat, a dát mu pocit, že je důležitou součástí komunikace a může se spolurozhodovat o tom co se s ním děje. Kontakt s dítětem lze navázat i přes jeho oblíbenou hračku, kterou má u sebe. Děti uplatňují mechanismus projekce a své vlastní prožívání a stavy promítají do své oblíbené hračky. Zapojením hračky do komunikace si získáme důvěru dítěte, občas i větší ochotu dítěte s námi spolupracovat. Pokud hračka chybí, sestra se snaží zaujmout dítě nějakým jiným podnětem například obrázkem, nebo může dítě obdarovat hračkou, která by měla být k dispozici na oddělení. Dítě je zvědavé a po dobu, kdy bude zkoumat daný předmět, můžeme od rodičů získat potřebné informace o dítěti a jeho problémech. (Plevová, Slowik, 2010)

3.7 Charta práv dětí

Publikace o Chartě práv hospitalizovaných dětí se týká dodržování práv dětí na dětských odděleních ve zdravotnickém zařízení. Má deset základních článků, ze kterých vychází dotazníky Tiny Pelander (viz. příloha B.) Jednotlivé články popisují základní práva hospitalizovaných dětí a - právo na kontakt s rodiči, informace, odbornou péči a zacházení. Popsány jsou zde i doporučení pro hospitalizaci dětí- možnost podílet se na léčbě, přizpůsobené prostředí, nosit vlastní oblečení, hrát si atd. I když tento dokument není závazný, nemá jen formální význam. Je velmi důležitý k určení konkrétní, pracovišti přizpůsobené péči o dětského pacienta a zároveň informuje také rodiče dětských pacientů o možnosti spolupráce v rámci zdravotnické péče. Vytváření předpokladů ke kvalitnímu naplňování Charty práv hospitalizovaných dětí je vedeno snahou zkvalitnit a podpořit rychlou a účinnou diagnostiku a terapii s omezením příznaků hospitalizmu, nadměrného stresu a obav u nemocných dětí. Empirické a vědecké poznatky ukazují, že odloučení nemocného dítěte od rodičů, blízkých osob a vytržení ze známého prostředí může být pro dítě velmi traumatizující a ve svém důsledku může tento fakt sám o sobě komplikovat diagnostické a terapeutické postupy. (Zacharová, 2010)

Řádná Charta práv dětí je uvedena v příloze. Každý bod charty má své sdělení, poslání a je velmi důležité pro jasnost úplně uvést, co jednotlivé body obsahují (viz. příloha C.)

3.8 Charakteristika věkové kategorie- školní věk (7-11 let)

Ve své práci se zaměřuji na věkovou kategorii mladšího školního věku, proto je nutné zmínit důležité charakterové rysy těchto dětí. Vlastnosti a charakteristika této věkové skupiny se těžko aplikuje na celou kategorii. Rozdíl čtyř let od nejmladšího po nejstarší jedince může přinášet zásadní a výrazné rozdíly. S každým onemocněním a případnou hospitalizací vždy vzniká celá řada komplikací, jako je odloučení od rodiny a známého prostředí, strach, přítomnost bolesti, nepříjemné fyzické pocity, absolvování nepříjemných diagnostických a terapeutických výkonů. Všechny tyto prožitky mají svůj specifický význam a dopad na dětského pacienta s ohledem na jeho osobnost, kvalitu poskytované péče a spolupráci s rodinou. Významným faktorem při zvládnání zátěže spojené s nemocí je věk pacienta (Fendrychová, Klimovič, 2005)

Mladší školní věk označuje časový úsek od začátku školní docházky 6-7 let až do 11–12 let, kdy se začínají projevovat první příznaky dospívání. To je dáno postupným nárůstem emoční

stability a obecně odolnosti dětí této věkové kategorie. Děti mladšího školního věku bývají optimistické a pozitivně laděné.. Během tohoto období se také rozvíjí emoční inteligence, kdy dítě začíná vnímat a lépe chápat svůj vnitřní svět. Svým emocím rozumí, nějakým způsobem si je interpretuje a snaží se jim rozumět. Své emoční prožitky hodnotí podle toho, jak by je asi mohli, posuzovali druzí. Děti si také začínají vytvářet intrapsychické strategie, které jim umožňují vysvětlit si své emoční zážitky přijatelným způsobem. Své vnitřní emoce regulují a chápou, že někdy je nutné je potlačit, obzvlášť např. strach a úzkost. Potlačování emocí probíhá proto, že se dítě snaží být přijato mezi své vrstevníky, což je v tomto období pro jedince důležité. Na začátku školního období jsou pro děti sociální oporou, se kterou mohou své strachy sdílet, rodiče, později se stávají významní právě vrstevníci, kteří jsou dětem blíže a více jim rozumí (Vágnerová, 2012).

V tomto období dochází ke snížení závislosti na rodině. Pokud mají děti naději, zvládnou v tomto věku velmi dobře spolupracovat. Ve školním věku sestra stále používá dětský slovník, doporučuje se podněcovat dítě tím, že se používá vyjádření ve třetí osobě, vhodné jsou kreativní způsoby komunikace. Osobnost a situace, kdy dítě komunikovat nechce, je vhodné respektovat. Náročné je pubertální období, kdy dítě se často projevuje arogantním jednáním, nevhodným chováním a někdy vulgarismy. Příčinou je často nejistota a citlivost (Plevová, Slowik 2010).

Dítě je samostatnější a rozšiřuje se jeho společenský okruh. V tomto období se diferencují potřeby a priority dle pohlaví. U chlapců je významná především hodnota motoriky, u dívek je společenské uplatnění na motorice méně závislé. Náhlé omezení pohyblivosti a nedostatek kontaktu s přáteli či zdravotní postižení jsou zásahem do osobnosti. Problematika pohybového rozvoje se u dívek řeší až v období puberty. Pro děti školního věku je omezení pohyblivosti a nedostatek sociálního kontaktu se svými kamarády, stejně tak jako neúspěchy a postižení, těžkým zásahem do vývoje osobnosti a mohou se podílet na trvalých pocitech méněcennosti. (Fendrychová, Klimovič, 2005)

3.9 Dětská sestra

Sestry jsou přítomny při nejdůležitějších a nejnáročnějších situacích lidského života. Jejich ošetrovatelská role se uplatňuje v péči během porodu, raném a pokročilém dětství. Sestry pracují s pacienty v různých situacích jejich života, proto je vhodné, aby při každé situaci byla trpělivá a měla dostatek znalostí v péči o pacienty (Mauk, Schmidt, 2004).

Dětem se má dostávat péče náležitě školeným personálem, který si je plně vědom fyzických i emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny. Dětská sestra jako profesionál ctí a aplikuje do praxe dodržování práv dětského pacienta (Charta práv dítěte) a pravidelně komunikuje s rodinou dítěte. „*Dětské sestry jsou zapojeny do všech aspektů péče o dítě a jeho rodinu, cílem je podporovat růst a zdravý vývoj dítěte. Funkce jednotlivých sester na dětských odděleních a v ambulantním provozu se liší v závislosti na regionální struktuře*“ .(Sikorová, 2011)

Dětská sestra by měla při příjmu dítěte na oddělení dodržet doporučený postup, který utváří první dojem a začíná si tak budovat vztah a důvěru k dítěti. Při prvním kontaktu by měla pozdravit, představit se. Důležité je orientovat nejdříve komunikaci na dítě, teprve potom na matku, případně na jinou doprovázející osobu. Oslovit dítě a zeptat se ho, jak se jmenuje a oslovovat ho jménem a zjistit, jak je dítě oslovováno v domácím prostředí, ve školním kolektivu a jak by si přálo, aby bylo oslovováno. Navázat kontakt s dítětem je možné pomocí hračky a orientovat pozornost na oblíbenou hračku, když ji má dítě s sebou. Právě tato hračka může pomoci při překonávání strachu a seznámení se se sestrou. Sestra by také měla ukázat oddělení, pokoj, vyšetřovnu; a představit dítě ostatním dětem na pokoji. Důležité je poskytnout dítěti prostor na otázky a na ty trpělivě odpovídat. (Plevová a Slowik,2010)

Sestra by měla mít k dítěti a jeho rodině kladný a smysluplný vztah, musí zjistit jejich potřeby a pocity. Měla by přistupovat tak, aby působila vřelým dojmem a dokázala navázat kontakt s nemocným a jeho doprovodem (Sikorová, 2011).

3.9.1 Kompetence dětské sestry

Dětská sestra provádí následující činnosti:

- podává léčivé přípravky s výjimkou radiofarmak (pokud není dále uvedeno jinak)
- zavádí periferní žilní katetry u dětí ve všech věkových skupin s výjimkou nedonošených novorozenců
- zavádí žaludeční sondy u dítěte při vědomí, pečuje o ně a aplikuje do nich výživu
- provádí screeningová, depistážní a dispenzární vyšetření
- odebírá krev a jiný biologický materiál a hodnotí, zda jsou výsledky fyziologické
- obstarává výplach žaludku u dítěte při vědomí (Vyhláška č.55/2011)

Dále má dětská sestra v kompetenci katetrizaci močového měchýře u dívek (kromě nedonošených novorozenců), podává dítěti klyzma a zajišťuje výměnu a ošetření

tracheostomické kanyly. Dětské sestry mohou pod dohledem lékaře aplikovat nitrožilně krevní deriváty, asistovat při počátku aplikace transfúzních přípravků a dále bez odborného dohledu na základě indikace lékaře ošetřovat pacienta v průběhu aplikace a ukončovat ji. (Vyhláška č.55/2011)

Velmi důležitým úkolem dětské sestry je edukace pacientů a rodičů dětí. S dětmi se má zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí. Edukace dětí a rodičů nevychází z jednorázového poučení, ale je označována jako dlouhodobý proces, který je velmi důležité vždy naplánovat a uskutečňovat po celou dobu hospitalizace. Na počátku edukace je důležité zjistit, do jaké míry mají rodiče i děti znalosti o dané problematice. Sestra je oprávněna edukovat pacienty o ošetrovatelských postupech, připravuje pro ně informační brožury. Rodiče dětských pacientů dále informuje o výchově a péči o děti a pomáhá jim řešit problémy jak zdravotní, tak sociální. Na základě indikace lékaře je oprávněna případně edukovat o postupech diagnostických a terapeutických. Obsahem edukace jsou preventivní programy zaměřené na omezení nebo úplné vyloučení vlivu různých rizikových faktorů. Cílem je změna postoje osob k otázkám preventivních opatření, akceptace zdravého způsobu života a zabránit rozvoji onemocnění a vzniku dalších komplikací (Sedlářová, 2008).

4 VÝZKUMNÁ ČÁST

4.1 Metodika výzkumu

Jedná se o kvantitativní průzkumné šetření. Šetření probíhalo v období říjen 2017- prosinec 2017 v oblastní nemocnici na dětském oddělení. Dětské oddělení má celkem 2 standardní oddělení (děti do 3 let, děti od 3 do 19ti let), jednotku intenzivní péče, oddělení dětské chirurgie a novorozenecké oddělení. Ročně je zde hospitalizováno 4,5 tisíce dětí. Kapacita standardního oddělení, kde šetření probíhalo je 25 lůžek. Dotazník byl rozdán a vyplněn vždy v den propuštění, nebo jeden den před propuštěním, Pokud bylo hospitalizováno dítě v tomto věkovém rozmezí, bylo požádáno autorkou diplomové práce, zda by mohlo vyplnit dotazník. Byly osloveny pouze děti, které mohla autorka práce sama osobně potkat a dotazník jim předat. Po ústním souhlasu dítěte byl požádán zákonný zástupce (rodič) o podpis informovaného souhlasu. Autorka práce dotazník dítěti představila, stručně ukázala jeho jednotlivé úseky a dala prostor dítěti, aby pokládalo otázky. Šetření se zúčastnilo 150 respondentů, z nichž 100 dotazníků bylo vyplněno správně, 42 dotazníků jen částečně, 8 dotazníků se vrátilo nevyplněných. Celkem je analyzováno 142 dotazníků, u otázek, které nebyly vyplněny, je v grafu znázorněna legenda „Bez odpovědi“. Dotazník je striktně anonymní, volnou součástí byl informovaný souhlas, který musel podepsat zákonný zástupce pacienta (viz. příloha A). Dotazník děti vyplňovaly samy, rodiče byli poučeni a požádáni, aby dítěti pomohli maximálně s přečtením, nikoliv s volbou odpovědí. V tomto okamžiku je studie vystavena riziku ovlivnění výsledků šetření, ale cílem není limitovat a omezovat vliv rodiče na dítě. Po vyplnění pacientem byl dotazník vhozen dítětem nebo rodičem do uzavřené schránky u sesterny. Získaná data byla zpracovaná pomocí MS Excel a jsou zobrazena pomocí koláčových grafů, sloupových grafů a tabulek. Výsledky jsou interpretovány dle jednotlivých položek dotazníku, počet respondentů je v každé položce vždy 142.

4.2 Dotazník

Jako výzkumný nástroj byl použit ověřený dotazník CCQH finské autorky Tiiny Pelander, který vychází z Charty práv dětí. Je určený pro děti ve věku 7–11 let hospitalizovaných na standardním dětském oddělení. Umožňuje dětským pacientům hodnotit kvalitu ošetrovatelské péče ve třech základních oblastech: 1. charakteristiky ošetřujícího personálu, 2. aktivity ošetřujícího personálu a 3. zdravotnické prostředí. Obsahuje 61 krátkých, Jasně formulových položek, nenáročných na odpovědi. (Pelander, 2008)

Originální dotazník byl přeložen do českého jazyka metodou zpětného překladu za účasti tří překladatelů, lingvistů a tří odborníků z pediatrie. Autorkou české verze dotazníku je Iveta Černožorská. (Hlaváčková, Černožorská, 2017)

Prvních devět položek dotazníku (viz. příloha B) se týká základních informací o respondentovi, neboli identifikační otázky (věk, pohlaví) dále další otázky: důvod hospitalizace, doba hospitalizace, situační podmínky v nemocnici. Otázky č. 10 – 14, a 15-25 jsou cíleny na charakteristiky dětských sester. Otázky 26 – 29 se dotazují na pomoc sester v rámci dyskomfortu či poruchy soběstačnosti. Ve 30. – 39. otázce je zjišťováno, v jakém rozsahu byl pacient informován, v otázkách č. 40 – 58 se dotazník dotýká širokého spektra pocitů a dojmů nemocného z hospitalizace, zejména možností volnočasových aktivit, kontaktu s rodinou a „dětských strachů“. V posledních třech otázkách je pro dítě možnost vyjádření celkového dojmu z hospitalizace. Otázky č. 59 a 60 jsou otevřené. V dotazníku jsou použity grafické možnosti odpovědi v podobě smajlíků a medvídků. Dítě má také možnost využít hodnocení ve formě škály 1-5, jako známkování ve škole. Další možnosti odpovědi je kroužkování textové odpovědi (A,B,C,D) a prázdný prostor pro vlastní ručně psanou odpověď

4.3 Soubor respondentů

Vytipování pacientů probíhalo výběrem dané věkové kategorie 7 – 11 let, pro kterou je dotazník validován. Průměrný věk respondentů je 8,75 let. Nejvíce respondentů bylo ve věku sedmi let (39 dětí). Nejmenší počet respondentů byl ve věkové kategorii deset let (22 dětí) a jedenáct let (22 dětí). Dotazník vyplňovali obě pohlaví, a to 77 dívek a 65 chlapců. Mezi další kritéria výběru pacientů byl dobrý zdravotní stav. To znamená, že pacient nebyl v akutním stadiu onemocnění a netrpěl žádným psychiatrickým onemocněním.

4.4 Výzkumné otázky

1. Jak jsou děti spokojené s péčí sester během hospitalizace?

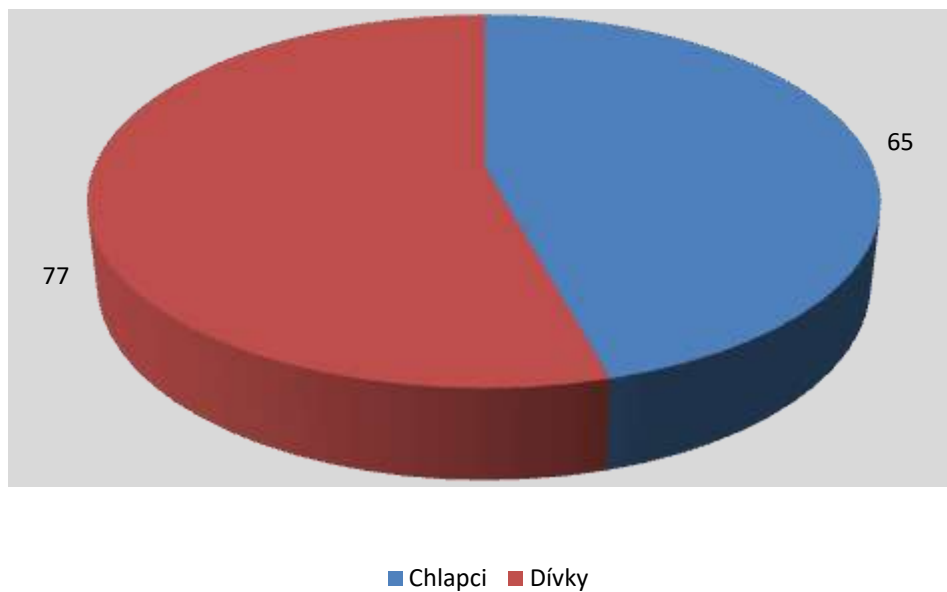
2. Jaká je celková spokojenost dětí s hospitalizací

5 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

5.1 Pohlaví respondentů

První položka zjišťuje pohlaví respondentů. Dotazník vyplnilo 77 dívek (54 %) a 65 chlapců (46 %). Dotazník vyplnily obě pohlaví, chlapci i dívky, poměr chlapců a dívek je znázorněn v grafu č. 1.

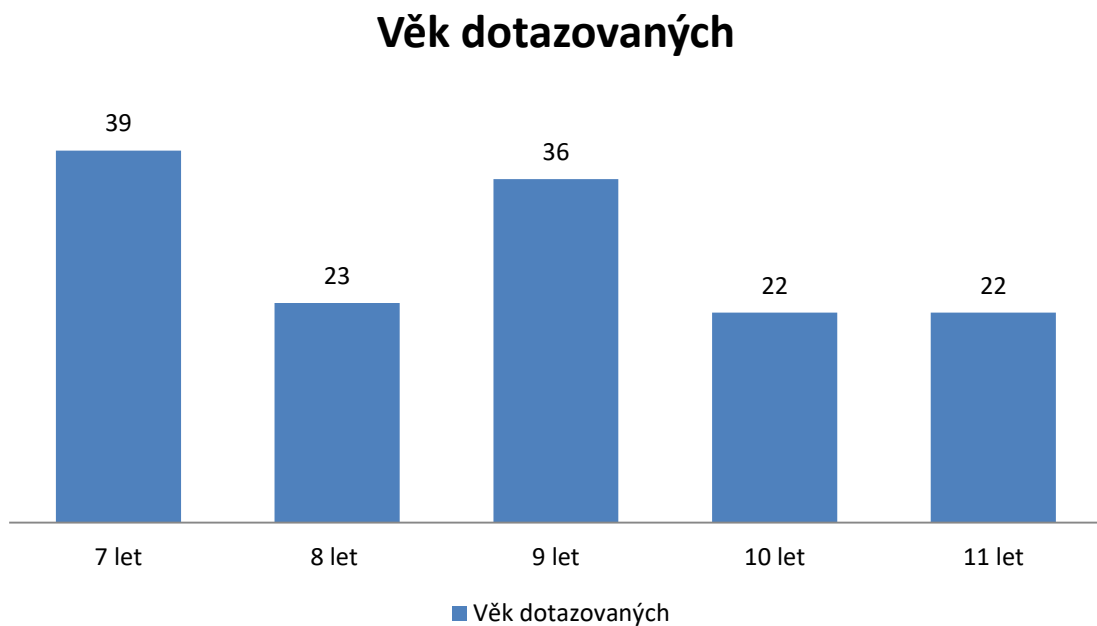
Pohlaví respondentů



Obrázek 1: Graf pohlaví respondentů

5.2 Věk dotazovaných

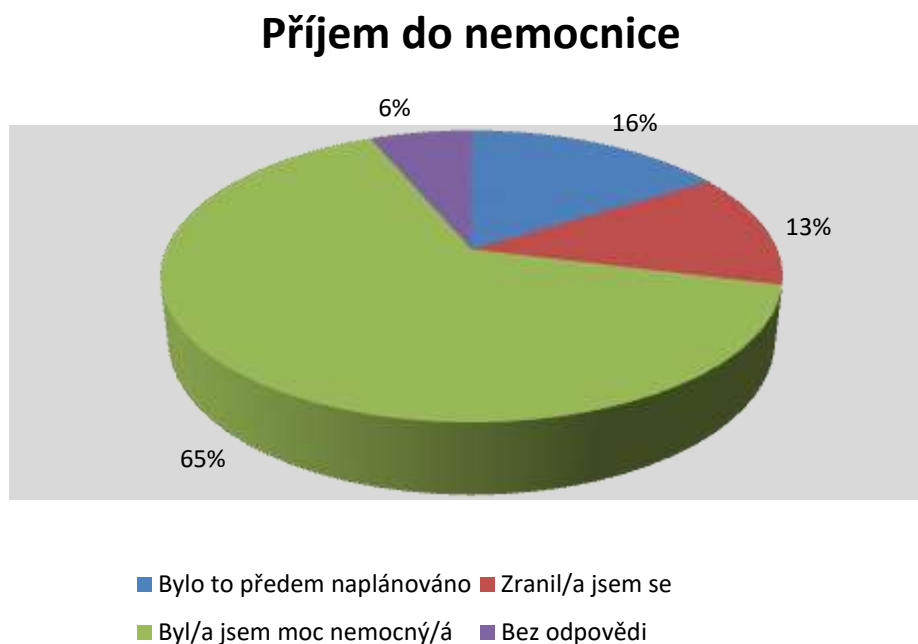
V grafu č. 2 je znázorněno věkové rozmezí bylo dáno od 7 do 11 let. Nejvíce účastníků výzkumu bylo od 7 do 9 let. Medián věku dětí je 9 let. Aritmetický průměr je 8,75 let. Největší počet dětí byl ve věku 7 let, a to 39 (29 %). 8-letých dětí bylo 23 (16 %), druhá největší skupina byla ve věku devíti let (25 %), přičemž zastoupení desetiletých a jedenáctiletých dětí bylo početně stejné (22 dětí v každé kategorii, tj. 15 %).



Obrázek 2: Graf věku dotazovaných

5.3 Příjem do nemocnice

Tato otázka zjišťuje okolnosti příjmu do nemocnice nemocnicí a výsledky prezentuje graf č. 3. Nabízí se předem dané možnosti, z nichž jedna vhodná / odpovídající stavu se zakroužkuje. Děti měly na výběr ze tří možností; Plánovaná návštěva či přijetí (tuto možnost zvolilo 23 respondentů (16 %), Zranění dítěte 18 respondentů (13 %), a pak byla v nabídce odpověď „Byl/a jsem moc nemocný/á“, na kterou odpovědělo až 92 dětí, což byla nadpoloviční většina (65 %). Na tuto otázku neodpovědělo 9 respondentů (6 %).



Obrázek 3: Graf důvodu přijetí

5.4 Důvod setrvání v nemocnici

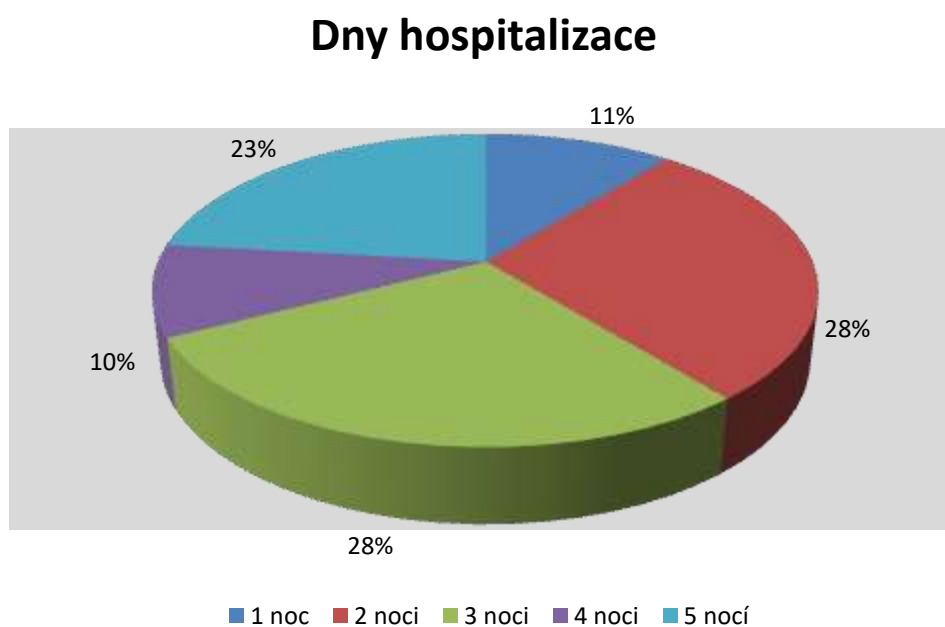
V další otázce, která je otevřená, tzn., poskytující prostor k vlastnímu vyjádření, bylo žádáno, aby se respondenti vyjádřili, co bylo důvodem hospitalizace. Odpovědi jsou zapsané v tabulce č. 1. Nejpočetněji tato otázka zodpovězena nebyla, pětina dětí na tuto otázku neodpověděla. Další, nejpočetnější skupinou byla obecná odpověď „Byl/a jsem nemocná“; tuto formulaci zapsalo až 24 (16 %) dětských pacientů. Další odpovědi byly již konkrétnější; dalším nejčastějším důvodem bylo například zvracení u osmi dětí (6 %), horečku vyplnilo sedm dětí (5 %), otřes mozku byl uveden u šesti dětí (4 %) a operace mandlí či neodkladná operace byla důvodem také u šesti dětí (4 %).

Tabulka 1: Důvod setrvání v nemocnici

Bez odpovědi	28	Nemocné srdce	3
Byl jsem nemocný/á	23	Vyrážka, alergie	3
Zvracení	8	Bolest hlavy	3
Horečka	7	„Omdlel/a jsem“	3
Otřes mozku	6	Nevím	2
Operace neodkladná	6	Zvracení krve	2
Operace mandlí	6	Modřiny	2
Angína	4	Bolest uší	2
Bolesti břicha	4	Diabetes	2
Úraz	4	Průjem a křeče	2
Dechová tíseň (laryngitida)	4	Epilepsie, křeče	2
Zánět ve střevech	3	Salmonela	1
Astma	3	Špatná imunita	1
Krev ve stolici	3	Zánět moč. měchýře	1
Infuze	3	Magnetická rezonance	1
		Vypila jsem kyselinu	1

5.5 Délka hospitalizace

Graf č. 4 ukazuje výsledky položky č. 4, kde byla dotazována délka hospitalizace dětí, která, jak ukazuje graf, byla u většiny respondentů, a to 112 dětí od jednoho do tří dnů (79 %). V nabídce z otázek, které byly uzavřené, byla poslední možnost otevřená, tedy pokud se jednalo o hospitalizaci delší než 5 dnů, byla možnost uvést u poslední varianty počet dní hospitalizace.



Obrázek 4: Graf délky hospitalizace

5.6 Dispozice pokojů

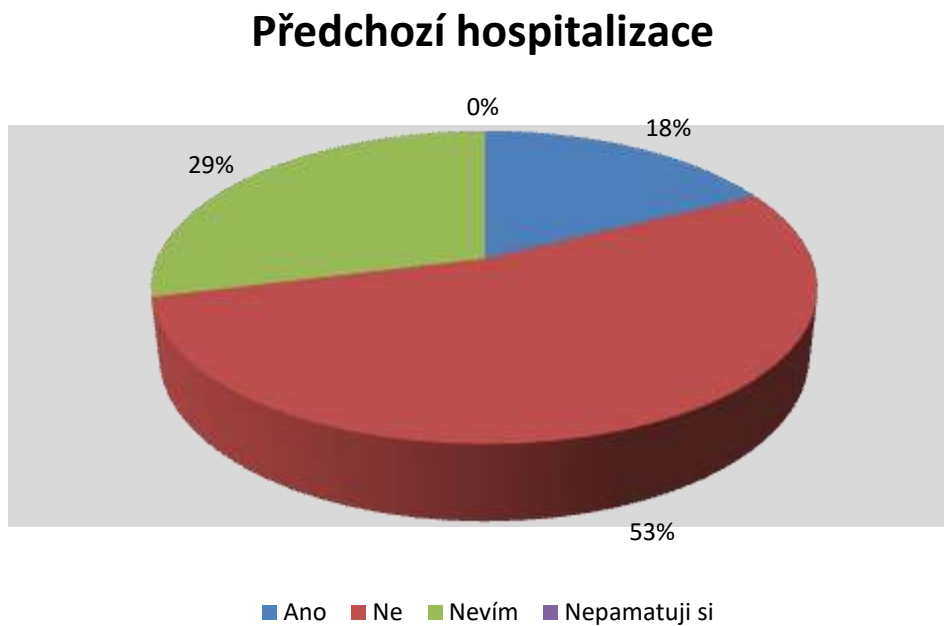
Položka č. 5 zjišťovala podmínky, za kterých byl pacient hospitalizován, tedy přesněji řečeno, na jakém byl pokoji. Graf č. 5 znázorňuje výsledky. Na jednolůžkovém pokoji bylo hospitalizováno celkem 26 dětí (18 %). Na pokoji s dalšími dětmi v předchozích dnech, ale nyní o samotě bylo celkem 41 dětí (29 %). Svůj pokoj sdílelo s dalšími dětmi 75 dětí (53 %), což je polovina respondentů.



Obrázek 5: Graf situační dispozice

5.7 Předchozí hospitalizace

V otázce č. 7 (graf č. 6) byl položen dotaz, zda se respondent nachází v nemocnici poprvé, nebo zda je to již zkušenost, která se opakuje. Nadpoloviční většina respondentů (53 %) uvedla, že je v nemocnici poprvé. Čtyřicet dva respondentů si nebylo jisto, zvolili možnost „Nevím“ (29 %). Zkušenost s hospitalizací potvrdila 26 respondentů (18 %).



Obrázek 6: Graf předchozí hospitalizace

5.8 Přítomnost rodičů

V grafu č. 7 jsou zobrazeny výsledky položky dotazující přítomnost rodičů. Dohromady 79 dětí (56 %) mělo u sebe při hospitalizaci rodiče, ačkoli denní úhrada za doprovod u dítěte nad 6 let při hospitalizaci je v nemocnici cca 250 Kč/den. Pokud nebylo pro rodiče možné setrvat s dítětem i přes noc, je zde významná část dětí (40 %, tj. 57 dětí), které zůstávaly v kontaktu s rodiči i přes to, že s nimi nebyli hospitalizováni.

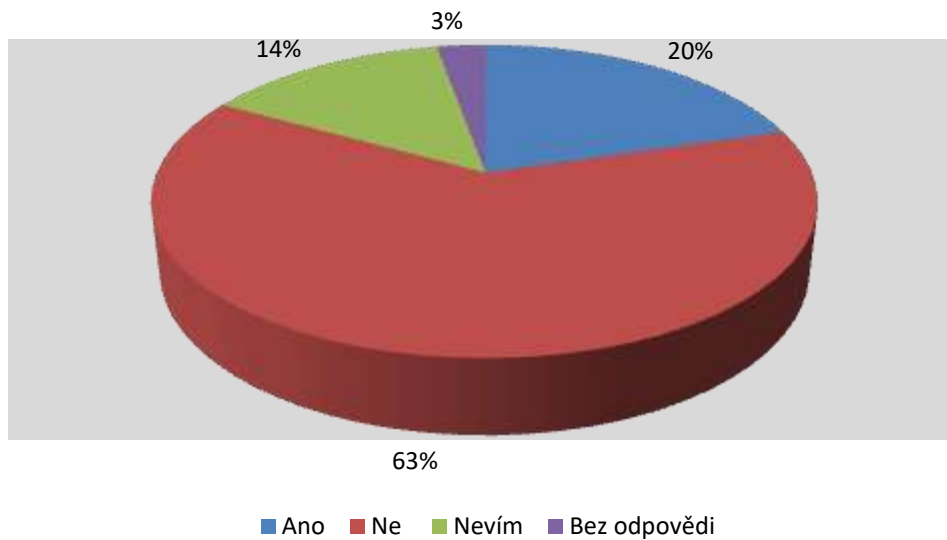


Obrázek 7: Graf přítomnosti rodičů

5.9 Individuální sestra

V dotazníku byl položen dětem dotaz, zda měly přidělenou sestřičku, která by se starala jen o ně. Odpovědi jsou prezentovány v grafu č. 8. Nadpoloviční většina odpověděla „Ne“ (63 %, tj. 89 dětí z celkového počtu 142). Dalších 28 dětí (20 %) se domnívalo, že se o ně stará jen jedna sestřička. Na tuto otázku neodpověděli 4 respondenti.

Sestra, která se starala jen o mě

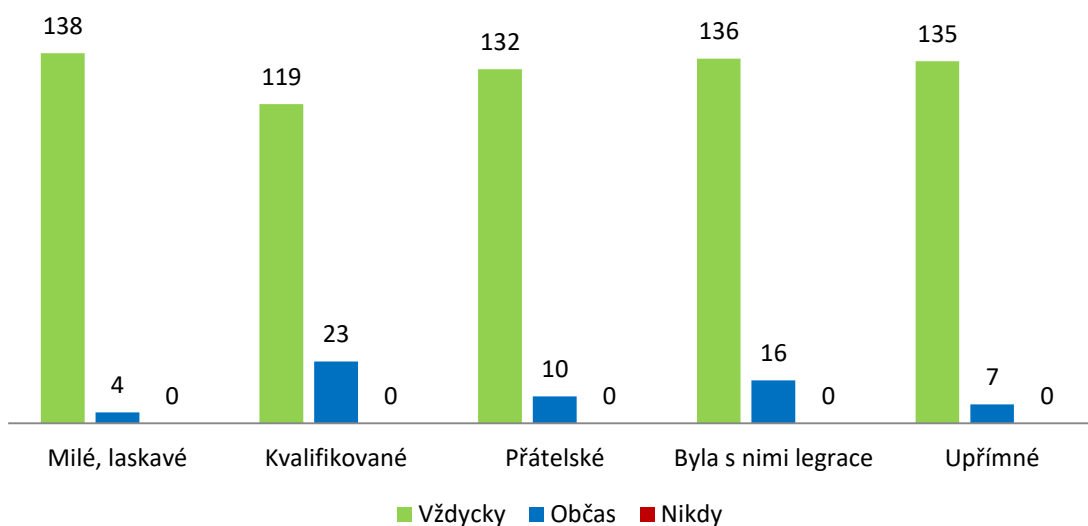


Obrázek 8: Graf individuální sestry

5.9 Jak působily sestry

Položky č. 10-14 se zaměřovaly na charakteristiky ošetřujících dětských sester a jejich výsledky ukazuje graf č. 9. V této velmi důležité oblasti získala image sester od dětských pacientů mnoho pozitivních ohlasů. V této části měly děti ke každému tvrzení na výběr z následujících možností: „Vždycky“, „Občas“ a „Nikdy“. Tímto způsobem hodnotily chování a vlastnosti sester. Možnost „Nikdy“ nevybralo žádné dítě. Téměř všechny děti- 138 se shodly na jednotné odpovědi, a to, že sestřičky byly vždy milé a laskavé (98 %), vždy přátelské označilo 132 dětí (93 %), byla s nimi vždy legrace- 136 dětí (96 %) a byly upřímné- 135 dětí (95 %).

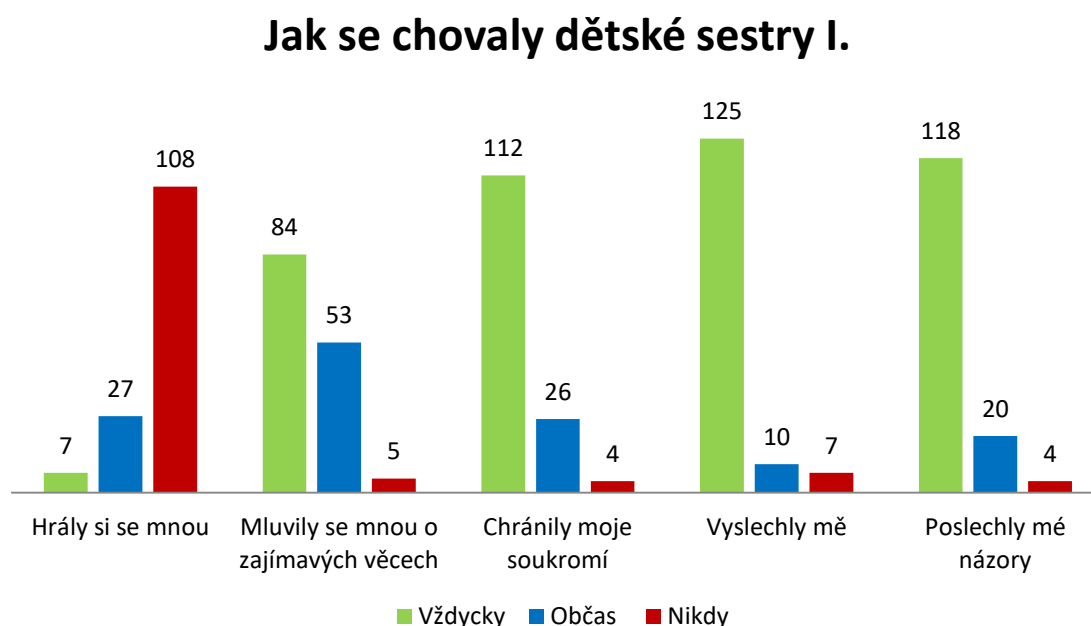
Dojem ze sester z pohledu dětského pacienta



Obrázek 9: Graf Jak působily sestry

5.10 Jak se chovaly dětské sestry

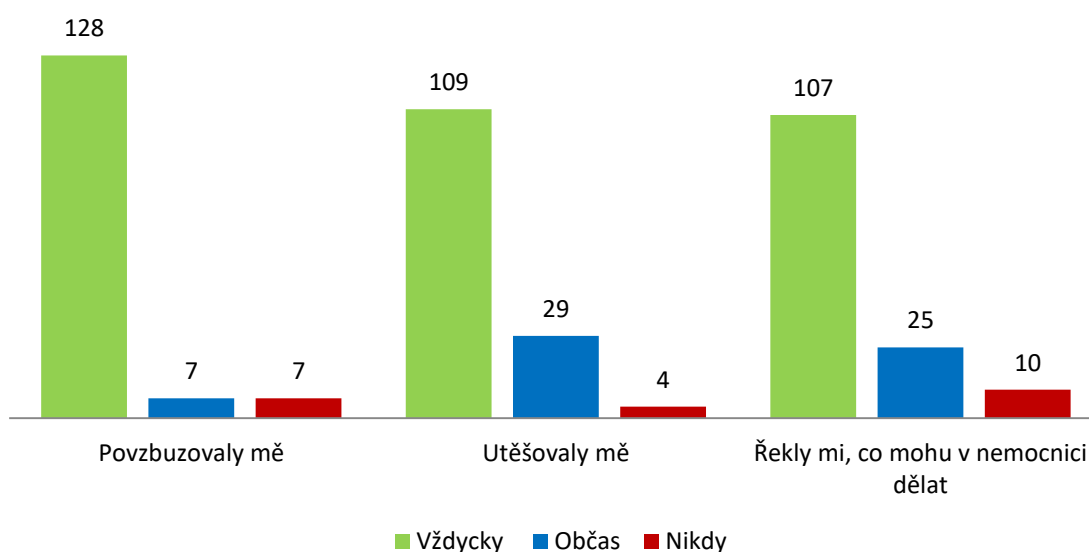
Hodnocení chování dětských sester na oddělení v položkách 15-25 bylo rozděleno do třech grafů I. (graf č. 10) II. (graf č.11) a III. (graf č.12), aby otázky mohly být přehledně interpretovány. V této části měly děti ke každému tvrzení na výběr z následujících možností: „Vždycky“, „Občas“ a „Nikdy“. Toto hodnocení prošlo větší kritikou, zejména v oblasti trávení volného času s dětmi. Většina hospitalizovaných dětí-108 (76 %) se shodla na tom, že sestry si s nimi nikdy nehrály, tato položka je také nejhůře hodnocenou položkou v této části dotazníku. V dalších aspektech chování dětských sester se hodnocení ukázalo jako veskrze pozitivní, jsou patrné rezervy, kolik volného času sestry dětským pacientům by mohly dát. Celkem v 58 případech vytkly děti v této oblasti určité rezervy. Sestry byly i pozitivně ohodnoceny (vždy chránily moje soukromí) -112 dětí (79 %), a také vždy vyslechly dítě-125 dětí (88 %). Vždy respektující sestru označilo 118 dětí (83 %). Nejlépe byly sestry hodnocené v oblasti povzbuzování (položka č. 20) kde 128 dětí (90 %) zvolilo odpověď „Vždycky“.



Obrázek 10: Graf Jak se chovaly sestry I.

V dalším vyhodnocení měly děti ke každému tvrzení na výběr z následujících možností: „Vždycky“, „Občas“ a „Nikdy“ (viz. Graf č. 11) V tomto hodnocení jsou sestry vnímány 128 dětmi jako povzbuzující (90 %). Více respondentů již kritizovalo chybějící utěšování (celkem 23 %, což je zhruba každé 4. dítě), a přibližně stejná část dětí uvedla, že nebyla informována o tom, co mohou v nemocnici dělat (25 %, což je každé 4. dítě).

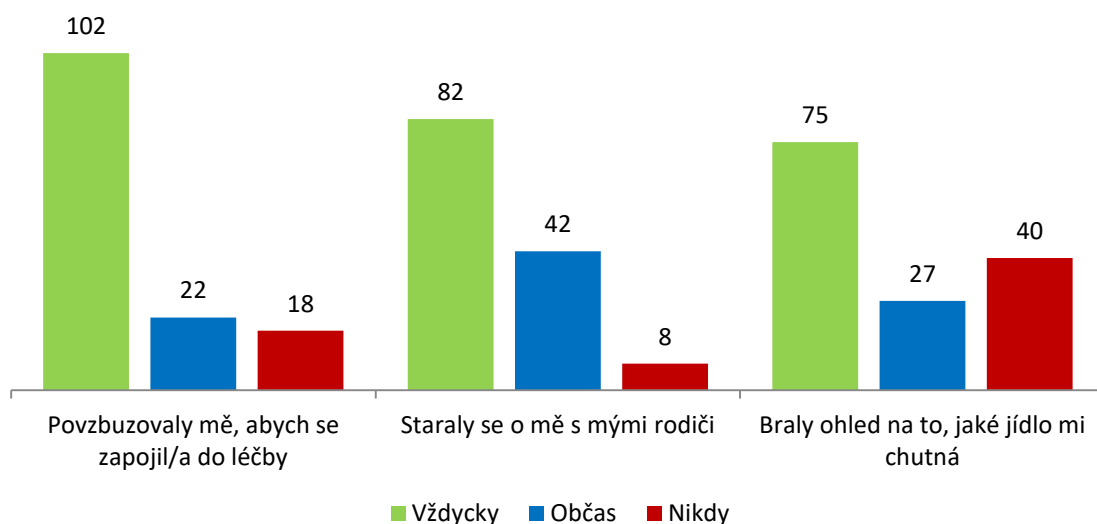
Jak se chovaly dětské sestry II.



Obrázek 11: Graf Jak se chovaly sestry II.

V této části (viz. graf č. 12) měly děti ke každému tvrzení na výběr z následujících možností: „Vždycky“, „Občas“ a „Nikdy“. Celkem 102 dětí, tj. 72 % uvedlo, že sestry vždy povzbuzovaly pacienty, aby se zapojilo do léčby. Další oblastí byla minimální spolupráce rodičů a sester při péči o dítě, celkem v 50 případech (35 %) byla částečná nebo nedostatečná. Dalším bodem byl dotaz, zda sestry braly ohled na to, jaké jídlo dítěti chutná -75 dětí uvedlo, že sestry braly vždy ohled na to, jaké jídlo dětem chutná (53 %), ale 67 dětí (47 %) udává, že sestry nerespektovaly nebo jen občas to, co dítěti chutná.

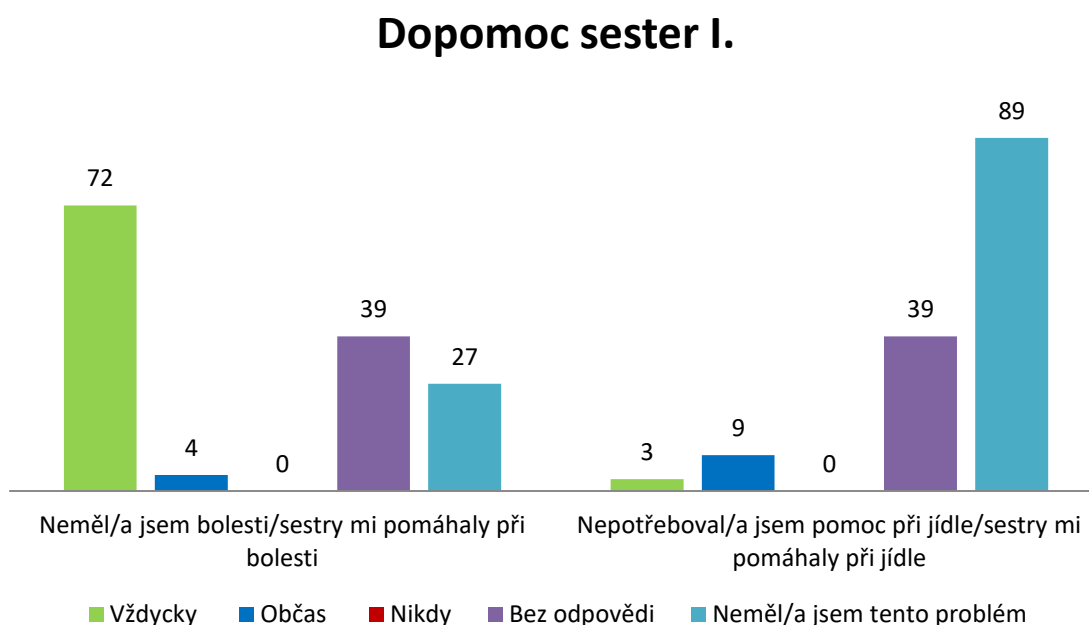
Jak se chovaly dětské sestry III.



Obrázek 12: Graf Jak se chovaly sestry III.

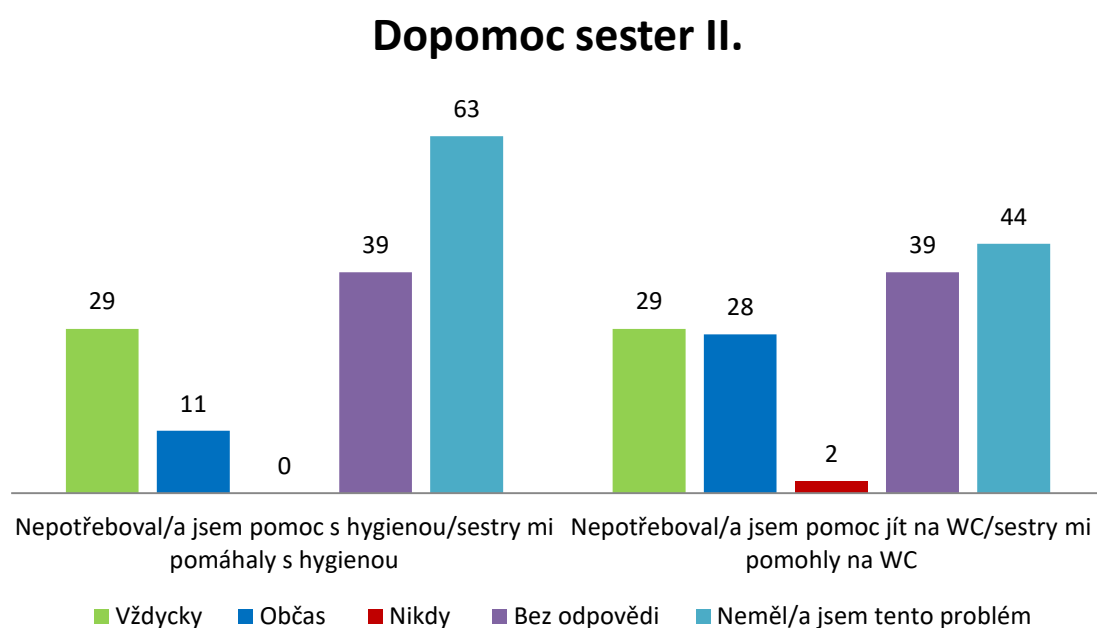
5.11 Dopomoc sester

Další oblastí hodnocení ošetrovatelské péče je dopomoc sester při v dyskomfortu (bolest), či při jídle, při použití toalety, při hygieně. Děti měly možnost na výběr z odpovědí „Vždycky“, „Občas“ a „Nikdy“ anebo mohly uvést, že dopomoc nebyla potřeba. Šetřená oblast je opět rozdělena na 2 části, aby interpretace dat byla přehledná. V I. části (graf č. 13) je hodnocení dopomoci sester při bolesti pacienta. 27 dětí (19 %) udává, že nemělo tento problém. Téměř třetina dětí tuto oblast nevyplnilo (27 %). Ve vedlejším grafu jsou znázorněny hodnotící odpovědi, jak probíhala dopomoc sester při jídle. I zde je stejný počet dětí, které na otázku neodpověděly (27 %), 63 % respondentů tento problém nemuselo řešit, celkem 3 děti uvádějí, že sestry s jídlem nepomohly vůbec, 9 dětí zmiňuje, že dopomoc probíhala jen občas.



Obrázek 13: Graf Dopomoci sester I.

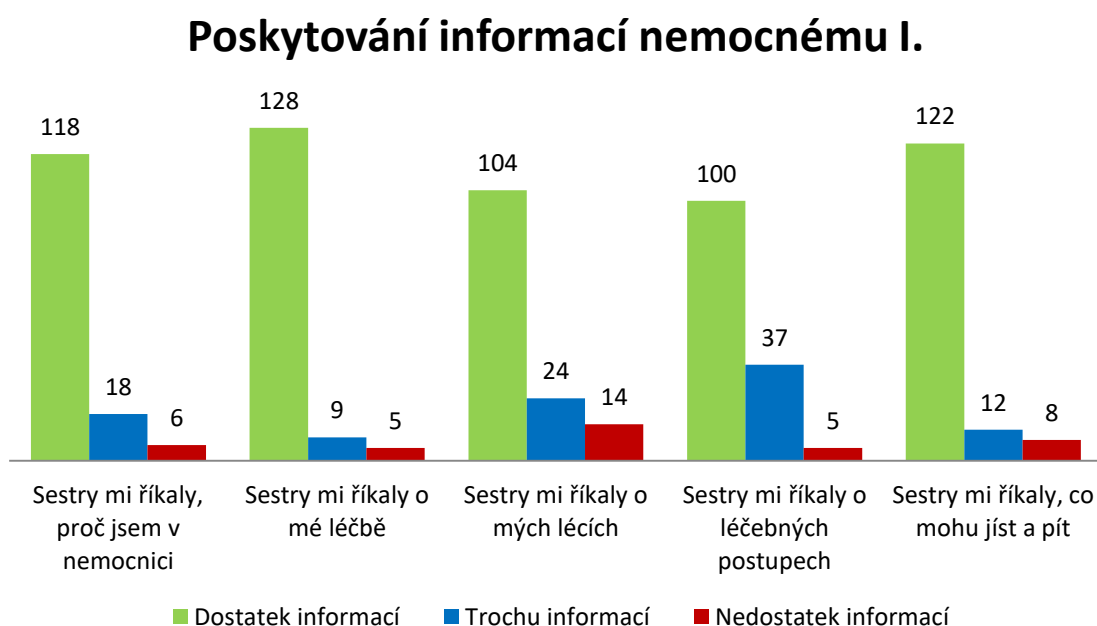
V druhé části položky děti měly možnost na výběr z odpovědí „Vždycky“, „Občas“ a „Nikdy“ anebo mohly uvést, že pomoc nebyla potřeba. Sestry při dopomoci v druhé části (graf č. 14) byly hodnoceny více kriticky zejména při dopomoci s hygienou (8 %) a na WC (20 % poukazovalo na pouze občasnou pomoc, což je každé 5. dítě). A dokonce 1% (2 respondenti) uvedlo, že pomoc na WC neproběhla nikdy. Obě otázky zůstaly bez odpovědi opět v 39 případech (27 %), jako v předchozím grafu.



Obrázek 14: Graf dopomoci sester II.

5.12 Poskytování informací

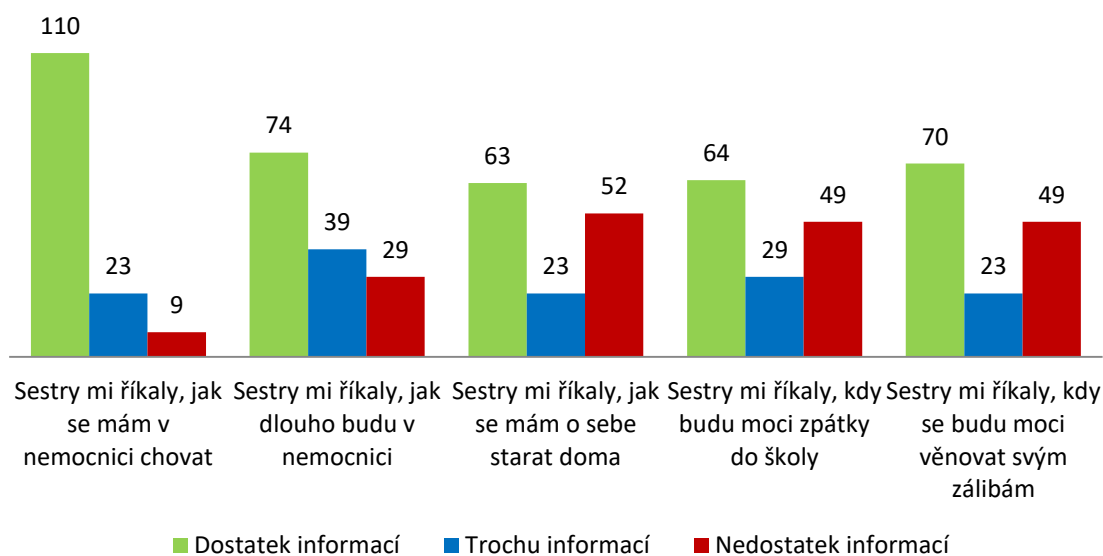
Další oblast dotazníku je opět rozdělena na dvě části pro přehlednost. Grafy jsou označeny římskými číslicemi I. (graf č. 15), II. (graf č. 16). Děti v nemocnici hodnotily rozsah informací, které od sester dostaly. Na výběr bylo z odpovědí, zda sestry poskytovaly „Dostatek informací“, „Trochu informací“ nebo „Nedostatek informací“. Děti hodnotily většinou pozitivně poskytované informace a v drtivé většině, jako dostatečné množství informací. Nejlépe byla ohodnocená položka, zda sestry říkaly pacientům o léčbě. Většina dětí - 128 (90 %) uvedla, že sestry poskytovaly dostatek informací. Více rezerv a nedostatků v oblasti poskytovaných informacích vnímaly děti na úrovni léčebných postupů - 42 dětí (celkem 38 %), informací o lécích - 38 dětí (celkem 30 %) a informací o tom, co dítě může jíst a pít - 20 dětí (14 %).



Obrázek 15: Graf informovanosti nemocného I.

V druhé části šetření (graf č. 16) í poskytování informací dítěti v nemocnici sestrou bylo opět více vnímáno jako nedostatečné to, že nevěděly, jak dlouho ještě budou v nemocnici, uvedlo 68 dětí (celkem 48 %), jak se mají doma o sebe starat-75 dětí (celkem 53 %), kdy budou moci do školy-78 dětí (celkem 55 %), ani kdy se budou moci věnovat svým koníčkům-72 pacientů (51 %). Z uvedených procentuálních poměrů lze říci, že až polovina dětí považuje informace od sestřiček za částečné nebo nedostatečné, a to v oblasti domácího ošetřování. Nejhorší byla hodnocená položka, která hodnotí poskytování informací o péči v domácím prostředí. Třetina respondentů - 52 dětí (37 %) dětí uvedlo, že jim sestry poskytly nedostatečné množství informací.

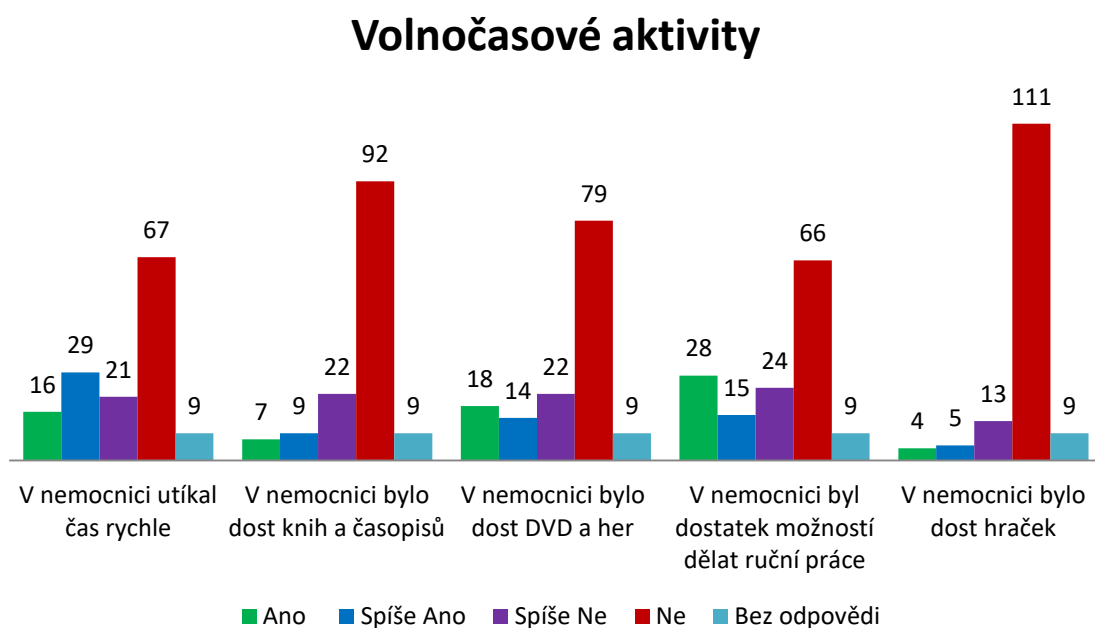
Poskytování informací nemocnému II.



Obrázek 16: Graf informovanosti nemocného II.

5.13 Volnočasové aktivity

V další oblasti dotazníku bylo zjišťováno, jak jsou děti spokojené s možnostmi a rozsahem volnočasových aktivit. Z grafu č. 17 je na první pohled patrné, že 112 dětí vnímalo volnočasové aktivity jako nedostatečné jak při hodnocení dostatku knih a časopisů (celkem 80 %), DVD a her mělo nedostatek 101 dětí (celkem 71 %) a 90 dětí postrádalo ruční práce (63 %). Nejkritičtěji hodnotily množství hraček v nemocnici-124 (87 %).

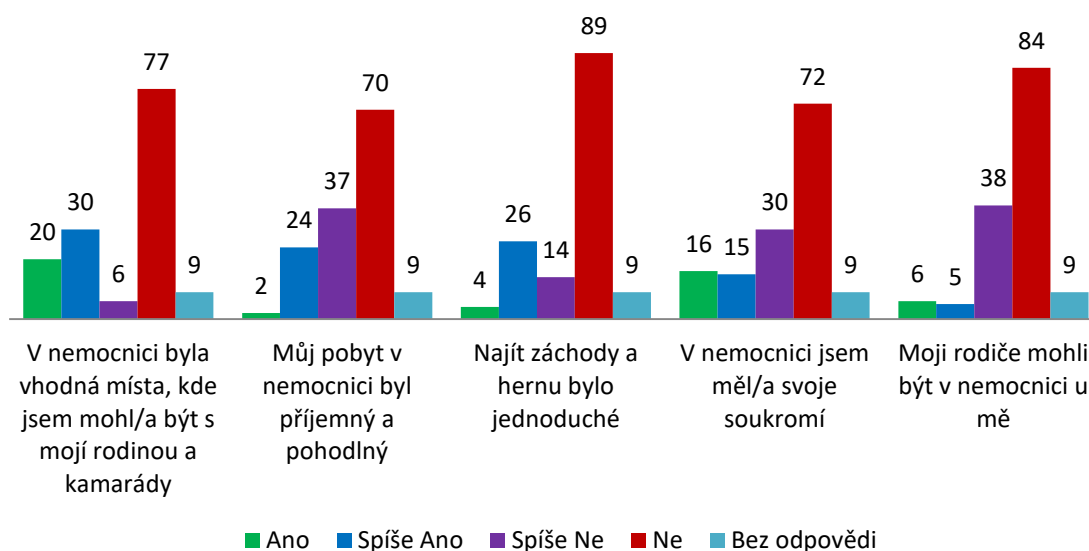


Obrázek 17: Graf volnočasových aktivit

5.14 Hodnocení pobytu

Hodnotící graf pobytu (graf č. 18) v nemocnici je ve výsledku dost kritický, děti vnímaly málo prostoru pro setkání s rodinou a kamarády - 83 dětí (celkem až 58 %), pobyt v nemocnici se jako pohodlný a příjemný většině dětem nejevil - 107 (75 %). Většina dětí měla také potíže najít herny, WC- 103 dětí (až 73 %). Nemocniční prostředí dětem dle průzkumu neposkytovalo dostatek soukromí (celkem 72 % dětí pociťovalo dyskomfort v soukromí). Negativně ohodnotily děti i možnost být v nemocnici s rodiči. 122 dětí z celkového počtu 142 vnímalo přítomnost rodičů jako nedostatečnou nebo chybějící (až 86 %),

Hodnocení pobytu v nemocnici

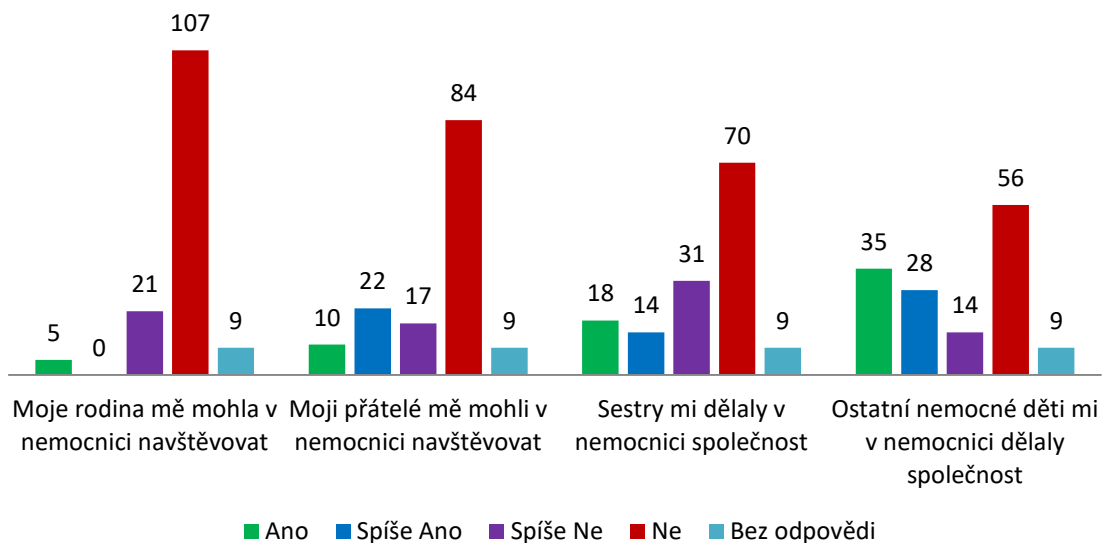


Obrázek 18: Graf hodnocení pobytu v nemocnici

5.15 Sociální podmínky

Možnost kontaktu s rodinou byla šetřena v otázkách č. 50 – 53. Výsledky jsou prezentovány v grafu č. 19. V této oblasti bylo zaznamenáno mnoho kritiky ze strany respondentů, a to z hlediska možnosti návštěv. 107 dětí (75 %) uvedlo, že jejich rodina je nemohla navštěvovat, 84 (59 %) pacientů nemělo možnost návštěv ze strany přátel. Téměř polovině dětem-63 (45 %) dělala společnost sestra.

Sociální podmínky hospitalizace

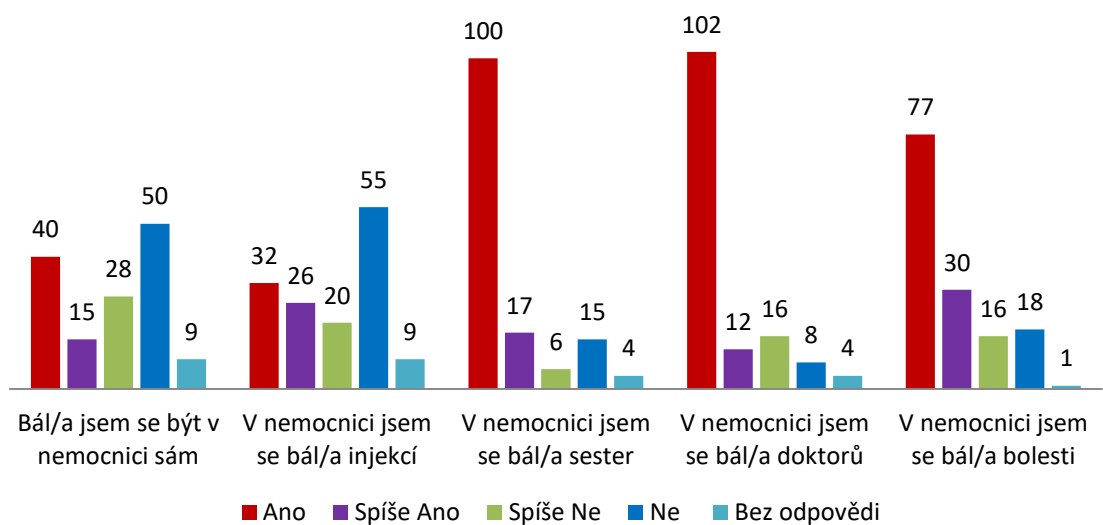


Obrázek 19: Graf Sociálních podmínek v nemocnici

5.16 Obavy

Obavy dětských pacientů byly šetřeny téměř na závěru celého dotazníku (graf č. 20). Více než polovina dětí -78 (celkem 55 %) ve věku 7 – 11 let odpověděla, že se nebojí být sama v nemocnici. Dále téměř stejná část dětí -75 (celkem 53 %) se nebojí injekcí. Ale zato sester se bálo 117 (82 %) dětí a doktorů 114 dětí (80 %). Z bolesti mělo obavy celkem 107 dětí (75 %). Na otázky č. 54 a 55 neodpovědělo 9 dětí, na otázky č. 56 a 57 neodpověděly 4 děti, na otázku č. 58 neodpověděl pouze 1 respondent z celkového počtu 142.

Obavy dětských pacientů



Obrázek 20: Graf Obav dětí v nemocnici

5.17 Co bylo v nemocnici nejlepší

U otázky, která zjišťovala, co bylo v nemocnici nejlepší, lze opět zaznamenat poměrně početné zastoupení dotazníků s chybějící odpovědí. V této otázce chybí odpověď ve 29 případech, což tvoří 20 % z celkového počtu 142 respondentů. Další, nejpočetnější odpovědí byla uvedena televize (22 odpovědí, tj. 15 %). Hned další v pořadí byli kvitováni klauni, kteří dochází na oddělení 1x týdně. Další častou odpovědí byla postel, hodné sestřičky a taky uvědomění si, že děti nemusí do školy. V pěti případech ze 142 děti odpověděly, že nejlepší bylo, když šly domů. Dále byly hodnoceny jako pozitivní momenty v nemocnici např. to, že dítě dostalo plyšovou hračku od sestřiček, přítomnost maminky, jídlo a klid, nebo také možnost odpočinku a spánku. Pozitivně byla hodnocena i zmrzlina po operaci či noví kamarádi v nemocnici. Dvěma respondentům se například líbila jízda sanitkou. Jeden pacient uvedl, že nejlepší bylo, když hrál karty se sestřičkou.

Tabulka 2: Co bylo v nemocnici nejlepší

Bez odpovědi	29	Jídlo a klid	3
Televize	22	Mohu ležet v posteli	3
Přišli klauni	12	Hračky	3
Postel	10	Když už mi nedali kapačku	2
Nevím	9	Jízda sanitkou	2
Hodné sestřičky	8	Sestřičky + paní doktorka s dlouhými vlasy	2
Nemusím do školy/ učit se/ dělat úkoly	6	Nic	2
Když jsem šel/šla domů	5	Když za mnou přišla ségra	1
Spánek, odpočinek	5	Když jsem nebyl/a sám/sama na pokoji	1
Když jsem dostal/a plyšáka	4	Přátelský přístup většiny personálu	1
Zmrzlina po operaci	4	Klid a pomoc, kterou jsem měl/a, když jsem ji potřeboval/a	1
Maminka	3	Když jsem hrál karty se sestřičkou	1
Hezký pokoj	3		

5.18 Co bylo v nemocnici nejhorší

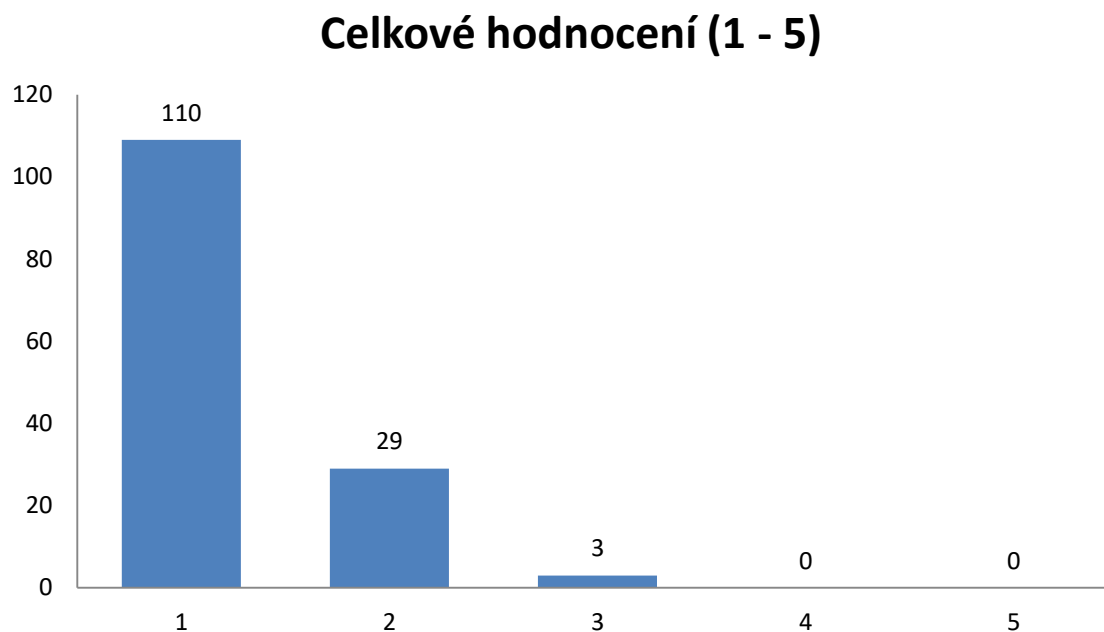
Na dotaz „Co bylo v nemocnici nejhorší?“ neodpovědělo 35 dotazovaných dětí, což tvoří 25 % z celkového počtu 142 pacientů. Velká část pacientů také odpověděla, že „nic“ (11 %). Další nejpočetnější skupinou špatných zážitků jsou injekce. Injekce vadila nejvíce 9 % dětí. Z dalších skutečností, které dětem vadily nejvíce, lze uvést např. hlad, strach, nudu, odběry krve a omezený režim, např. nemohly chodit, případně se nemohli ze závažných důvodů dívat na televizi.

Tabulka 3: Co bylo v nemocnici nejhorší

Bez odpovědi	35	Svědění a vyrážka	3
Nic	16	Maska se vzduchem na obličej	3
Injekce	13	Dlouhý čas	3
Měl/a jsem hlad	6	Bolela mě noha po operaci	2
Strach	6	Když jsem zvracel/a	2
Nesměl/a jsem chodit	6	Nevím	2
Nuda	6	Čekání na operaci	2
Nemohl/a jsem se dívat na TV	5	Píchání do ucha	1
Když mi brali krev	5	Musel jsem jíst jenom jogurty	1
Jídlo	4	Když jsem měl ty křeče	1
Čekání až mě pustí	4	Nemohla jsem si hrát na chodbě	1
Smutek	4	Když jsem se dusil	1
Nemohl/a jsem jíst	4	Čůrání na míse	1
Bolelo mě břicho	4	Kapačky	1

5.19 Celkové hodnocení

Co se celkového hodnocení týče, děti hodnotily i přes některé výtky převážně pozitivně. Hodnocení měli respondenti uvést jako známky ve škole, na stupnici od 1 do 5 (viz graf č. 21). Zámka 4 a 5 nebyla vybrána žádným pacientem. Zámku 3 udělily 3 děti. 29 dětí (20 %, tj. každé 5. dítě) hodnotí zámku 2. „Jedničku“ sestřičky ohodnotilo 110 (77 %) dětí.



Obrázek 21: Graf celkového hodnocení hospitalizace

10 DISKUZE

Diplomová práce se zabývá kvalitou, problematikou dětského pacienta a spokojeností dětských pacientů při hospitalizaci. Průzkum formou dotazníku přinesl odpovědi k výzkumným otázkám, ale také mnoho dalších zajímavých zjištění.

Výzkumná otázka č. 1: Jak jsou děti spokojené s péčí sester během hospitalizace?

Dotazník umožňuje dětským pacientům hodnotit kvalitu ošetrovatelské péče ve třech základních oblastech: 1. charakteristiky ošetřujícího personálu, 2. aktivity ošetřujícího personálu a 3. zdravotnické prostředí. Právě dvě třetiny dotazníku přenáší odpovědi na první výzkumnou otázku.

Položka č. 9 „Měl/a jsem sestru sám/a pro sebe“ v našich podmínkách téměř nerealizovatelná možnost, jen v případě, že by byla minimální obsazenost oddělení. Na oddělení, kde šetření probíhalo, je zavedený tzv. Systém skupinové péče sester. To znamená, že jedna sestra zodpovídá za určitý počet pacientů od začátku směny až do jejího konce. (Vytejková, 2011) Taková sestra je na tomto oddělení na jednu směnu pouze jedna. Ovšem ve všední den, do 15:30 má druhou polovinu pacientů (z celkového počtu hospitalizovaných dětí) na starost staniční sestra, která je po ukončení předá sloužící sestře a ta už zbytek směny má na starost celé oddělení – funkční systém sester. V případě, že by obsazenost oddělení byla minimální (max. 5 pacientů), tak by bylo možné, že by se během jedné směny, starala o dítě opravdu jen jedna sestra a to ta, která slouží od 6:00 do 18:00. Tato situace během šetření nenastala. Pacienti, kteří tuto možnost zvolili, měli nejspíše jednolůžkový nadstandardní pokoj, nebo „izolační režim“, případně nevěnovali pozornost tomu, zda pečuje sestra ještě o další děti. Další důvod, proč je tato položka kritickým bodem šetření, je to, že o děti se starají i ošetrovatelky a sanitářky, které nosí také barevné oblečení, někdy velice podobné tomu, co nosí sestry a může pro ně být obtížné, rozlišit personál.

Otázky č. 10 – 14; „Jakým dojmem sestry působily?“ Výsledek byl velmi pozitivní, nicméně 23 respondentů vyplnilo, že sestry byly kvalifikované „Občas“. U tvrzení, zda byly kvalifikované, je vhodné podotknout, jak chápe dítě mladšího školního věku pojem „kvalifikovaný“ Zda zná význam tohoto slova, nebo si dokáže představit „kvalifikované“ a „nekvalifikované“ jednání sestry i přes to, že v závorce bylo dodáno zkušené/šikovné. (Langmeier, Krejčířová, 2006) Tvrzení by mohlo být spíše formulováno takto: „Sestra působila dojmem, že ví, co dělá“ nebo „Sestra všechny úkony prováděla s jistotou“. Další tvrzení byla „sestry byly přátelské, byla s nimi legrace“, přičemž několik dětí opět vyplnilo t

„Občas“, což ukazuje na možnost, že některé dětské sestry byly vnímány dětmi jako méně příjemné a veselé. Mohlo to také zrcadlit náročnou lůžkovou situaci na oddělení, mnoho práce, personální krizi aj. (Citores, 2018).

Otázka, jestli sestry byly upřímné, bylo několika respondenty také hodnoceno možností „Občas“. Tento jev si lze vysvětlit převážně při podávání informací nemocnému dítěti v případě následného vyšetření nebo výkonu, který může být sestrou zlehčen, aby dítě nemělo strach. A pak může dítě po negativním zážitku ohodnotit sestru, jako „Občas neupřímnou.“ Je nutné podotknout, že v této sérii otázek nebyla ani jednou zvolena možnost „Nikdy“, což lze hodnotit jako velmi pozitivní výstup.

Tvrzení v rámci otázky č. 15 „Sestry si se mnou hrály“ bylo hodnoceno do jisté míry dost kriticky; opět lze podotknout různé roviny této otázky, nelze hodnotit fakt, že děti si se sestrami hrát chtěly, či nechtěly. V této otázce na první pohled, nepůsobí sestra dojem, že si s dětmi chtěla hrát, lze tedy uvažovat o jiné formulaci tohoto tvrzení. Např. „Sestry si se mnou chtěly hrát“. Dále není rozvedeno, proč si sestry s dětmi nehrály, zda jim to nedovolil jejich zdravotní stav, nebo režimové opatření, nebo mnoho práce. Dále u hodnocení dotazu „Sestry braly ohled na to, jaké jídlo mi chutná“ je několik rovin výkladu, což je zavádějící. Dítě s určitou diagnózou při změně stravy či diety může pociťovat určitý dyskomfort (křivdu) a zlobí se na sestřičky (případně na „spolupacienty“, kteří nemají dietní omezení), že musí jíst něco, na co nemá chuť, ať se to týká konzistence či složení stravy či tekutin.

Otázka č. 16 „Sestry si se mnou povídaly o zajímavých věcech“, hodnocení dětmi je většinou pozitivní, je ale více než třetina dětí, které tvrdí, že jen občas. I zde by bylo možné poznamenat, že četnost pozornosti a komunikace opět vnímá každé dítě jinak. Navíc některé děti nemusí mít jednoduše potřebu si se sestrou povídat. A dále je mnoho proměnných – například zda je dítě spíš introvert nebo extrovert, zda je na pokoji sám, nebo není, hraje tu například přítomnost resp. nepřítomnost rodičů, povaha diagnózy (nemoci), délka hospitalizace, režimová opatření. Vlivů a proměnných je mnoho. I u tohoto tvrzení lze říci, že u negativního hodnocení nemusí být vina sestry. (Raudenská, Javůrková, 2011)

Nejvíce pozitivní hodnocení obdržely sestry v položkách 18 (vyslechly mne) a 20 (povzbuzovaly mne). Až 90 % dětí, což je většina, vyplnilo, že takové sestry byly vždy. Empatická dětská sestra, která umí vyslechnout a podpořit je velkým přínosem a může velice ovlivnit to, jak bude dítě hospitalizaci prožívat. (Plevová, 2010)

Část dotazníku (položka 29), kde se děti vyjadřují k dopomoci sester na WC je stěžejní. 44 dětí uvedlo, že pomoc nepotřebovalo. Dvě děti zaškrtnuly odpověď, že sestry nikdy nepomáhaly dítěti dojit na WC. Otázkou zůstává, zda se dětem pomoci nedostalo proto, že jim nepotřebovaly stejně, jako děti, které se tak vyjádřily, nebo proto, že sestra pomoc neposkytnula.

Položky č. 30-39 hodnotí tvrzení o informovanosti nemocného: Zde je nutné podotknout, že se mohou mísit očekávání dítěte a podávání informací sestrou v rámci jejich kompetencí. Navíc v případě věkové kategorie školního věku bývá informován častěji rodič, než samotné dítě. Dle jednotlivých oblastí v tématu informovanosti se více kritických odpovědí vyskytuje u oblastí, které spíše spadají pod kompetenci lékaře. (Zákon 372/2011) Zde se tedy trochu ztrácí v otázkách moment, zda dítě skutečně informace dostalo, ale od lékaře, nebo je dostalo jen v částečném rozsahu od sestry. Dále v době hospitalizace nemusí být ještě jasné, jak dlouho bude muset dítě dodržovat klidový režim doma, kdy se bude moci věnovat svým zálibám aj. Krátce po hospitalizaci je nutná kontrola dítěte v nemocnici, kde lékař zhodnotí, jak rychle dítě regeneruje, jak úspěšně se zotavuje a s přihlédnutím k diagnóze a aktuálnímu stavu pak snáze odhaduje dobu nástupu do školy, zapojení se do sportovních aktivit, aj. Ve věku 7 – 11 let je sice vhodné již vše dítěti vysvětlit, ale ne všechno si dítě zapamatuje, většina informací může být podávána rodičům, což je pro tuto otázku zkreslující. Dítě dostane takový obsah informací, které aktuálně potřebuje, zbytek informací je podán rodiči. Dítě tento fakt může vnímat jako „Trochu informací“ nebo „Nedostatek informací“.

„Dětské strachy“ byly jednou z posledních šetřených oblastí. Otázky se dotýkaly strachu být v nemocnici sám, strachu z injekcí, strachu ze sester, strachu z lékařů a nakonec strachu z bolesti. Dotazované děti vyhodnotily nejvíce strachu ze sester, z lékařů a z bolesti. Je však nutné zdůraznit, že děti vybíraly z dané nabídky, která obsahovala tyto odpovědi, výsledky mohou být tedy zavádějící, protože jim tato odpověď byla nabídnuta. Zde lze říci, že jsou ze strany sester a lékařů určité rezervy, s nimiž lze pracovat, tyto informace lze jistě využít jako doporučení pro personál do praxe. Naopak nelze říci, že obavy a strachy z lékařů a sester mohly být v dětech eliminovány úplně. V porovnání s finskou studií (Pelander, 2008) jsou výsledky výrazně odlišné. Ve Finsku uvedlo, že ze sester má strach pouze 5 % dětí, v Čechách to bylo 82 %. Strach z lékařů, mělo ve Finsku 6 % dětí, v České Republice 80 %. Je možné, že děti v ČR poskytly takové hodnocení proto, že mají ze zdravotníků a lékařů opravdu strach a ve Finsku, je péče poskytována lépe a to tak, že je většina strachu v dětech eliminována. Nevyvracíme, že děti mají ze zdravotnického personálu strach, ale tyto kritické

výsledky, můžeme přiřazovat k nevhodnému zpracování dotazníku a nepochopení položce ze strany dítěte a jejím vyplnění. Hodnocení obav je v závěru dotazníku, který je velmi obsáhlý. Je možné, že děti se už příliš nesoustředily a nevěnovaly vyplňování dostatek pozornosti. V úvahu také připadá i to, že opakované kroužkování dítě příliš nezaujalo a pro dítě se stalo vyplňování nudnou záležitostí. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

Výzkumná otázka č. 2: Jaká je celková spokojenost dětí s hospitalizací?

Celkovou hospitalizaci dotazované děti hodnotí velmi pozitivně a to převážně známkou 1. Velká část respondentů (77 %) respondentů ohodnotilo péčí známkou 1. Největší pozitivum na hospitalizaci byla pro pacienty možnost sledování televize, což není výsledek, který by souvisel konkrétně s ošetrovatelskou péčí, ale spíše s běžným chodem dětského oddělení. Zajímavá odpověď byla ale také to, že bylo nejlepší jít domů. Tuto odpověď vyplnilo pět dětí. Čtyři děti byly hospitalizované s rodiči po celou dobu a jeden respondent zůstal v nemocnici přes noc bez rodičů, ale přes den byli přítomni. Všechny děti procházely nepříjemným akutním onemocněním a jedno dítě bylo před umístěním na standardní oddělení pravděpodobně hospitalizované na JIP. V jednotlivých dotazech a tvrzeních lze ale najít spoustu kritiky ze strany respondentů. Poměrně velká část pacientů nevyužila možnost a prostor pro vyjádření negativních ohlasů. Čtvrtina respondentů se nevyjádřila k otázce: „Co bylo v nemocnici nejhorší“. Na druhém místě byla odpověď „nic“. To, že pro děti nebylo „nic“ špatného můžeme vnímat jako pozitivní a uspokojivé hodnocení. Šest dětí odpovědělo, že nejhorší na hospitalizaci bylo, že měly hlad. Zda to bylo ze zdravotních důvodů, kdy dítě muselo být lačné, nebo mu jídlo nechutnalo. Očekávanou odpovědí bylo, že nejhorší byly injekce. To je pochopitelné, i přes veškerou snahu se během hospitalizace dějí výkony, při kterých způsobujeme dětem bolest a nepříjemné výkony, které by negativně hodnotil i dospělý. (Raudenská, Javůrková, 2011)

Pozitivní vliv na hodnocení péče může mít délka hospitalizace. Dlouhodobá hospitalizace má negativní vliv na psychiku dítěte, v některých případech vede k nespokojenosti rodičů. Následkem toho pak může poskytování zkreslených informací o kvalitě poskytované péče. (Sikorová, 2011). Respondenti udávali v drtivé většině dobu trvání hospitalizace 1 - 3 dny. Porovnání výsledků šetření, které probíhalo v rámci diplomové práce s výsledky statistického šetření ÚZIS z roku 2016, kde je průměrná doba hospitalizace ve věku 5-14 let 4,1 dny. (ÚZIS- Zdravotnická statistika, 2017) není příliš odlišné. Průměrná doba hospitalizace se tedy

téměř shoduje. Hospitalizaci více jak 5 dní neabsolvoval žádný z účastníků průzkumu. Z výsledků plyne, že na šetřeném standardním oddělení jsou hospitalizovány děti převážně krátkodobě, v řádu několika dnů, což je pro děti jistě méně stresujícím faktorem. Pacienti, kteří byli hospitalizováni pouze jeden den, nemusí mít dostatečný čas a možnost poznat oddělení dostatečně. Díky tomu, mohou být některé položky hodnoceny negativně (sociální podmínky) a zkreslovat výsledky šetření. V dalším šetření, by bylo vhodné zvážit, zda je tento dotazník vhodný pro pacienty, kteří jsou hospitalizováni krátkodobě.

Zajímavou položkou dotazníku, byla otázka č. 4 „ Proč jsi byl v nemocnici?“. Odpověď v této položce byla otevřená a dítě mohlo samo napsat, proč je hospitalizované. Nejčastěji byla tato otázka nezodpovězena (28 dětí). Důvodů, proč děti nevyplnily tuto položku, může být několik. Třetina respondentů jsou sedmileté děti, které nejspíš neumí napsat, nebo formulovat vhodnou odpověď, protože nastoupily do první třídy. Pokud odpověď nevyplnilo dítě, nastala situace, kdy se objevují odpovědi na poměrně odborné úrovni (laryngitida, krev ve stolici) a je zřejmé, že tuto položku nevyplnilo dítě, ale rodič. Další možností, proč by dítě použilo odborné termíny, je chronické onemocnění, kdy by dítě už mohlo pojmy znát. Nejvíce vyplněnou odpovědí bylo „byl/a jsem nemocný/á“, což je předpokládaná odpověď v této věkové skupině.

Velice odlišné výsledky se objevily v položce 8 v porovnání s položkami 50-53. V otázce dotazující se na přítomnost rodičů více jak polovina dětí zodpověděla, že měla rodiče celou dobu u sebe. 40 % dětí mělo rodiče přítomné jenom přes den. Bez rodičů byly hospitalizované pouze 4 % dětí. V tomto případě se jednalo o krátkodobé hospitalizace (1-2 dny) a děti byly ve věku 10-11 let. Právý opak a kriticky hodnocené byly položky 50-53 „Moji rodiče mohli být v nemocnici u mne“, „Moje rodina mě mohla v nemocnici navštěvovat“, „Moji přátelé mě mohli v nemocnici navštěvovat“. V těchto položkách velká většina dětí uvádí, že tuto možnost neměly. Když tyto výsledky srovnáme se zněním práv dětí - Děti v nemocnici mají mít právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci (Charta práv dětí, viz příloha C), tak zjistíme, že tyto práva děti nenabýly. Vysvětlení, proč děti hodnotily takto kriticky návštěvnost, zůstává nezodpovězeno, jistě by mohl participovat na tomto výsledku i krátkodobý zákaz návštěv z důvodu chřipkové epidemie nebo izolační režim jednotlivých dětí. Omezené návštěvy z důvodů chřipkové epidemie byly na oddělení téměř polovinu času, kdy šetření probíhalo (od poloviny listopadu) a tím vznikl limit výzkumu v těchto položkách. Proč se ale tak zásadně liší tyto dvě části dotazníků (položka 8 a položky 50-53)? Je třeba brát v potaz volbu grafického zpracování dotazníků v položkách 50-53. Je možné, že děti tento typ

výběru odpovědí – kroužkování medvídků špatně pochopily. Výsledky finské studie Tiny Pelander v položkách 8 a 50-53 nejsou odlišné jako v mém výzkumu. Ve Finsku 96 % dětí uvedlo, že mělo rodiče přítomné celou dobu, 65 % pacientů mělo možnost návštěv ostatních členů rodiny a celkem 40 % dětí mohli navštěvovat přátelé. (Pelander, 2008)

V položce 54, při hodnocení dětí, zda se o ně starala sestra společně s jejich rodiči, je opět nutné vysvětlení, kdy sestra na úrovni zdravotní péče může nahradit (jen do určité míry) matku (rodiče) ve chvíli, kdy je dítě samo. Nicméně v přítomnosti matky samozřejmě sestra omezuje své působení pouze na svou odbornou stránku.

Méně kriticky byly hodnoceny fráze „Sestry mi v nemocnici dělaly společnost“ a „Ostatní nemocné děti v nemocnici mi dělaly společnost“. Hodnocení dopomoci sester může být z velké části ovlivněno přítomností rodiče. V mnoha případech dítě uvede, že pomoc nepotřebovalo, nebo sestra nikdy nepomáhala právě proto, že mu pomoc poskytl rodič, nikoliv sestra. Tato informace je v dotazníku u jednotlivých úkonů zjišťována nejspíše složitějším způsobem, než děti chápou. V této sekci se vyskytlo více nevyplněných odpovědí. Je třeba položit si otázku, zda si dotazované děti nevěděly rady s tím, jak mají odpovědět. Vhodnější by bylo zvolit jednodušší formulaci otázek (např. „Měl/a jsem bolest“: ano x ne; a pokud ano, tak podotázka „Sestry mi pomáhaly zvládnout bolest“)

Co je naopak velmi pozitivní, je fakt, že i přes veškerou negativní kritiku dotazovaných dětí, která v mnoha položkách dosahovala až 90 %, je jejich hospitalizace hodnocena celkovou známkou 1.

11 ZÁVĚR

Hlavním cílem práce bylo zjistit, jak hodnotí kvalitu péče na standardním oddělení děti ve věku 7-11 let a pomocí získaných dat kvalitu péče vyhodnotit. Výsledky se pohybují převážně v pozitivních hodnotách, ale v některých oblastech jsou velmi kritické. K nejlépe hodnoceným položkám patří položky, které se ptají na dojem z dětských sester. Tyto položky nám přinesly odpověď na to, jaká je spokojenost dětí s dětskými sestrami. Většina dětí je hodnotila velmi kladně, což je velmi uspokojivý výsledek. Během šetření jsem vyzorovala, jak děti hodnotí sestru při své práci a co je pro ně během hospitalizace důležité, aby byly spokojenými pacienty. Velmi důležité je pro hospitalizované dítě přítomnost rodiče, která se dostala většině dětí. Děti ale kladou velký důraz na to, v jakém prostředí se nachází a pozitivně hodnotí zázemí oddělení – televize, hračky, zdravotní klauni. Negativní výsledky se dají také přisuzovat nedostatečné srozumitelnosti dotazníku pro děti školního věku, ale určitě i některým nedostatkům ze strany sester a celkovému chodu oddělení. Užitečným zdrojem informací byl kontakt s rodiči, kteří museli s vyplněním dotazníku souhlasit. Ve většině případů jsem se setkala s pozitivním přístupem a nadšením pro zapojení do výzkumu.

Šetření poskytlo také odpovědi k otázce, jaká je spokojenost dětského pacienta se samotnou hospitalizací. Průzkum spokojenosti dětských pacientů s hospitalizací byl vnímán jako velmi přínosná záležitost pro celý tým oddělení, kde šetření probíhalo. Díky dotazníkovému šetření, byly zjištěny kladné a záporné stránky poskytování ošetrovatelské péče, ale především jsme získali zpětnou vazbu, jak tento nástroj používat, popřípadě poupravit do praxe. Některé položky by mohly být zredukovány, aby dotazník nebyl příliš zdlouhavý. Jiné položky lépe vysvětleny, aby je děti školního věku pochopily a mohly poskytnout efektivní zpětnou vazbu. Ve spoustě položek by mohl být zvolen jiný způsob volby odpovědí, konkrétně jednodušší forma výběru. Problémy s porozuměním položce a jejím vyplnění nastával v oblasti dopomoci sester a v rozsáhlé části položek hodnotící aktivity, sociální podmínky a obavy dětí (položky 40-58, viz příloha C), kde děti měly zvolit počet medvídků. Náročnější část byla také v položkách 10-39, myslím, že pro některé děti bylo složité pochopit, jakou zvolit odpověď, aby vyjádřili svůj názor a odpověděli tak jak se sami rozhodnou. Dotazník by měl dětského pacienta bavit a dát mu prostor k vyjádření svého názoru a pocitů z hospitalizace. Určitě je k zamyšlení způsob vyplňování dotazníku za přítomnosti rodiče. Cílem není eliminovat rodiče a omezovat jeho přítomnost u dítěte. Jistý vliv na výsledky a vyplňování

dotazníku jeho přítomnost má a pro přesnější a více objektivní výsledky bychom získali, kdyby dítě vyplňovalo dotazník s jinou nezávislou dospělou osobou, která se na výzkumu nijak nepodílí.

Pro sestry a lékaře by bylo možné také zmínit, že z hlediska kontinuálního zlepšování pracoviště je také potřeba čas. Čas s dětmi, promluvit si s nimi i s jejich rodiči, na všechno je psychicky připravit, vše jim v klidu vysvětlit. Klid a jistotu z dospělého potřebuje dítě cítit. Je důležité vysvětlovat tak často, jak to bude potřeba, že hospitalizace je naprosto normální jev a není třeba tvořit stigmata, že „hospitalizace = bolest“, a bolesti se děti přece bojí. Nejdůležitějším nástrojem je ale komunikace, naše ústa, to, co a zejména jak to dítěti řekneme, rozhoduje o dalším psychickém rozpoložení pacienta. Pro zdárnou eliminaci strachu, který dítě má lze jistě najít ještě mnoho rezerv v oblasti komunikace s dětskými pacienty a jejich rodiči. Vše je také v jednotlivci. Pokud jeden pracovník z ošetrovatelského týmu má málo znalostí v komunikaci s dítětem, nebo jedná neprofesionálně či neeticky, dopad jeho chování pocítí celý ošetrovatelský tým, včetně celkového hodnocení hospitalizace. Hodnocení spokojenosti dětského pacienta poskytuje sebereflexi každého profesionála, který nechce, aby se ho jeho pacienti báli. Profesionála, který se chce neustále zlepšovat.

12 POUŽITÁ LITERATURA

BÁRTOVÁ, S. HNILICOVÁ H. *Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů*. 1.vyd. Brno, 2000. ISBN 80- 7013-311-2.

CITORES, Filip. Za nedostatek lékařů a sester může i zanedbané medicínské školství. *Zdravotnické noviny* [online]. 2018 [cit. 24.4 2018]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickenoviny.com/za-nedostatek-lekaru-a-sester-muze-i-zanedbane-medicinske-skolstvi/>

ČESKO, Vyhláška č.55/2011 Sb., která stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (Autorský zákon), Sbírka zákonů MZ ČR, č. 125, 2011.

ČESKO. Vyhláška č. 102 ze dne 22. března 2012 o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. In: Sbírka zákonů České republiky. 2012, [online]. 2018 [cit. 3.7 2018]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&fulltext=&nr=102~2F2012&part=&name=&rpp=15#seznam>.

ČESKO. Zákon č. 372/2011 ze dne 8. prosince 2011 Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-37>

EDWARDS, Sharon a Imelda COYNE. *A Survival Guide to Childrens Nursing* [online]. Oxford, United Kingdom: Elsevier, 2013 [cit. 2018-01-02]. ISBN 978-0-7020-4227-0. Dostupné z: <https://www.elsevier.com/books/a-survival-guide-to-childrens-nursing/edwards/978-0-7020-4227-0>

FENDRYCHOVÁ, J., KLIMKOVIČ, M. et al. *Péče o kriticky nemocné dítě*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005, 414 s. ISBN 80-701-3427-5.

GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-996-8

HLAVÁČKOVÁ, E. et al. *Herní terapie v českých nemocnicích* [online]. [cit. 2018-26-07]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2015/03/17.pdf>

HLAVÁČKOVÁ, Eva a Iveta ČERNOHORSKÁ. *NURSING OF THE 21ST CENTURY IN THE PROCESS OF CHANGES 2017: Názory expertů na českou verzi dotazníku pro*

hodnocení kvality ošetrovatelské péče hospitalizovanými dětmi [online]. Nitra: Department of Nursing, 2017 [cit. 2018-06-26]. ISBN 978-80-558-1185-7.

KRATOCHVÍLOVÁ, E. *Kvalita ošetrovatelské péče na vybraném oddělení následné péče*. Č. Budějovice, 2017. Diplomová práce JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta

KŘEMÉNKOVÁ, L., NOVOTNÝ, J.S. Úskalí tvorby dotazníků pro děti a dospívající: Zkušenosti z ohniskových skupin. *Psychologie a její kontexty* [online]. Univerzita Ostrava, 2016, 2016, 7(2), 87-98 [cit. 2018-04-16].

KUKLA, L. et al. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing, 2016, 456 s. ISBN 978-80-247-3874-1

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2006, 368 s., ISBN 978-80-247-1284-0

LEIFER, G. *Introduction to maternity and pediatric nursing*. 7th ed. St. Louis: Elsevier, 2014, 864 s. ISBN 978-1-4557-7015-1.

MADAR, Jiří. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení: vážně i nevážně k prosperitě nemocnic a spokojenosti pacientů*. Praha: Grada, 2004. 248 s., ISBN 80-247-0585-0.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Praxe dětského psychologického poradenství*. 2. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0000-0.

MAUK, K., SCHMID T. *Spiritual care in nursing practice*. Lippincott Williams, 2004, ISBN 07-817-4096-7.

MIKULA, Jan, Nina Müllerová. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada Publishing, 2008, 96 s. ISBN 978-80-247-2043-2.

NEUGEBAUER, P. et al. Poznámky k zákonu č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. *Zdravotnické noviny: ZDN* [online]. 2012, roč. 61, č. 7, s. 10-11 [cit. 2014-12-10]. Dostupný z WWW: <<http://zdravi.e15.cz/archiv/mlada-fronta-zdravotnicke-novinyzdn/covers>>. ISSN 1214-7664

ONDŘIOVÁ, I.: *Spokojenost pacientů jako indikátor kvality péče* [online]. 21.1.2013 [cit. 2018-01-07]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/spokojenost-pacientu-jako-indikator-kvality-pece-468686>

PELANDER T., LEINO-KILPI H. & KATAJISTO J. (2009) PELANDER T., LEINO-KILPI H. & KATAJISTO J. (2009) *The quality of paediatric nursing care: developing the Child Care Quality at Hospital instrument for children*. [online]. [cit. 2018-04-24] *Journal of Advanced Nursing* 2009. 65(2), 443–453 Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2008.04875.x>

PELANDER, Tiina. *The quality of pediatric nursing care – children perspective*. Turku, 2008, 204 s. Disertační práce. Univerzita v Turku. Fakulta ošetřovatelství. Vedoucí práce Professor Helena Leino-Kilpi, PhD, RN

PEŠEK, J.: *Tvorba systému jakosti ve zdravotnictví a lékárenství využitím norem ISO*. Praha: Grada 2003, ISBN 978-80-247-6056-8

PLEVOVÁ, I., SLOWIK R.: *Komunikace s dětským pacientem* Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-7303-2.

PLEVOVÁ, I.: *Management v ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3871-0.

POLICAR, R.: *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2358-7.

RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011, 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8.

SEDLÁŘOVÁ, P.: *Základní ošetřovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1613-8.

SIKOROVÁ, L.: *Potřeby dítěte v ošetřovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3593-1.

ÚZIS ČR: *Hospitalizovaní* [online]. Praha: Zdravotnická statistika, 2017 [cit. 2018-03-14]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/hospitalizovani>

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2012, 536 s. ISBN 978-80-246-2153-1

VALUŠOVÁ, Dana. *Hodnocení kvality péče rodiči dětských pacientů*. Ostrava, 2012. diplomová práce (Mgr.). OSTRAVSKÁ UNIVERZITA V OSTRAVĚ. Lékařská fakulta

VONDRÁČKOVÁ, L. *Subjektivní vnímání kvality ošetřovatelské péče u onkologických pacientů*. Ostrava, 2015. diplomová práce (Mgr.). OSTRAVSKÁ UNIVERZITA V OSTRAVĚ. Lékařská fakulta

VYTEJČKOVÁ, R. et al. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada, 2011, 256 s. ISBN 978-80-247-3419-4.

ZACHAROVÁ, E.: *Práva dětského pacienta v ošetřovatelské péči* [online]. [cit. 2018-12-07]. Dostupné z: <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2010/05/13.pdf>

13 PŘÍLOHY

Příloha A- Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Dobrý den,

jmenuji se Radka Hubalová, pracuji na dětském oddělení Oblastní nemocnice Kolín jako všeobecná sestra. Studuji Fakultu zdravotnických studií na Univerzitě Pardubice a v rámci diplomové práce provádím výzkum, který má umožnit dětským pacientům hodnotit kvalitu ošetrovatelské péče.

Souhlasím, že moje dcera/syn, se zúčastní výzkumu v rámci diplomové práce a dávám souhlas k vyplnění dotazníku.

.....

Podpis zákonného zástupce

Příloha B- Dotazník

Dotazník pro sledování spokojenosti hospitalizovaných dětských pacientů

Dotazník je určen pro děti ve věku 7 - 11 let



Zadání pro děti: Odpověz na otázky buď označením do kroužku, nebo napiš odpověď do prázdných políček.

1. Jsem dívka / chlapec.
2. Je milet.
3. Do nemocnice jsem přišel/přišla:
 - a) protože to bylo předem naplánováno
 - b) protože jsem se zranil/a
 - c) protože jsem byl/a moc nemocný/nemocná

4. Byl/a jsem v nemocnici, protože

5. V nemocnici jsem byl/a:

- a) 1 noc
- b) 2 noci
- c) 3 noci
- d) 4 noci
- e) 5 nocí
- f)

6. V nemocnici jsem byl/a:

- a) sám/sama na jednolůžkovém pokoji
- b) v pokoji, kde byly i další nemocné děti
- c) v pokoji sám/sama, ale předtím tam se mnou byly další nemocné děti

7. Byl/a jsem v nemocnici už předtím:

- a) ano
- b) ne
- c) nevím
- d) nepamatuji si

8. Moji rodiče byli v nemocnici se mnou:

- a) po celou dobu
- b) během dne, ale ne v noci
- c) když jsem přijel/a, když mne propustili

9. Měl/a jsem sestru jen sám/sama pro sebe:

- a) ano, jmenovala se
- b) ne
- c) nevím





Jaké byly dětské sestry, které se o tebe staraly, když jsi byl/a v nemocnici?

Označ křížkem obličej 😊, pokud si myslíš, že sestry byly vždycky takové.


Označ křížkem obličej 😐, pokud si myslíš, že sestry byly někdy takové.


Označ křížkem obličej ☹️, pokud si myslíš, že sestry takové nikdy nebyly.


Moje sestry byly:	Vždycky	Občas	Nikdy
10. milé, laskavé	😊	😐	☹️

11. kvalifikované (zkušené, šikovné)			
12. přátelské			
13. byla s nimi legrace			
14. upřímné			

Jak se k Tobě dětské sestry chovaly?

Označ křížkem obličej , pokud souhlasíš s tím, že se sestry k Tobě vždycky chovaly takhle.

Označ křížkem obličej , pokud souhlasíš s tím, že se sestry k Tobě občas chovaly takhle.


































Označ křížkem obličej , pokud souhlasíš s tím, že se sestry k Tobě takhle nikdy nechovaly.













Dětské sestry:




Vždycky




























Občas

Nikdy

15. si se mnou hrály			
16. mluvily se mnou o zajímavých věcech			
17. chránily moje soukromí („můj prostor“)			
18. vyslechly mne			
19. poslechly si moje názory			
20. povzbuzovaly mne			
21. utěšovaly mne			
22. řekly mi, co mohu v nemocnici dělat			
23. povzbuzovaly mne, abych se zapojil do léčby			
24. staraly se o mne s mými rodiči			
25. braly ohled na to, jaké jídlo mi chutná			

Označ kroužkem, pokud jsi potřeboval/a <u>pomoc sester</u> :	Vždycky	Občas	Nikdy
26. neměl/a jsem bolesti / sestry mi pomáhaly při bolesti			
27. nepotřeboval/a jsem pomoc při jídle /sestry mi pomáhaly při jídle			
28. nepotřeboval/a jsem pomoc s hygienou / sestry mi pomáhaly s hygienou			
29. nepotřeboval/a jsem pomoc jít na WC /sestry mi pomáhaly jít na WC			

<u>Kolik informací ti dětské sestry dávaly?</u>	Dostatek informací	Trochu informací	Nedostatek informací
30. Sestry mi říkaly o tom, proč jsem v nemoci			

31. Sestry mi říkaly o mé léčbě			
32. Sestry mi říkaly o mých lécích			
33. Sestry mi říkaly o léčebných postupech (například o vyšetření)			
34. Sestry mi říkaly, co mohu jíst a pít			
35. Sestry mi říkaly o tom, jak se v nemocnici mám chovat			
36. Sestry mi říkaly, jak dlouho budu v nemocnici			
37. Sestry mi říkaly, jak se o sebe mám starat doma			
38. Sestry mi říkaly, kdy budu moct jít zpátky do školy			
39. Sestry mi říkaly, kdy se budu moct zase věnovat svým zálibám			

Co si myslíš o následujících větách?

Označ kroužkem 4 medvídky, pokud úplně souhlasíš.

Označ kroužkem 3 medvídky, pokud částečně souhlasíš.

Označ kroužkem 2 medvídky, pokud částečně nesouhlasíš.

Označ kroužkem 1 medvídku, pokud úplně nesouhlasíš.

40. V nemocnici čas utíkal rychle.



41. V nemocnici bylo dost knih a časopisů.



42. V nemocnici bylo dost DVD a her.



43. V nemocnici byl dostatek možností dělat ruční práce.



44. V nemocnici bylo dost hraček.



45. V nemocnici byla vhodná místa, kde jsem mohl/a být s mojí rodinou a kamarády.



46. Můj pobyt v nemocnici byl příjemný a pohodlný.



47. Najít záchody a herny bylo jednoduché.



48. V nemocnici jsem měl/a svoje soukromí.



49. Moji rodiče mohli být v nemocnici u mne.



50. Moje rodina mne mohla v nemocnici navštěvovat.



51. Moji přátelé mne mohli v nemocnici navštěvovat.



52. Sestry mi v nemocnici dělaly společnost.



53. Ostatní nemocné děti mi v nemocnici dělaly společnost.



54. Bá/a jsem se být v nemocnici sám.



55. V nemocnici jsem se bál/a injekcí.



56. V nemocnici jsem se bál/a sester.



57. V nemocnici jsem se bál/a doktorů.



58. V nemocnici jsem se bál/a bolesti.



59. Podle mého názoru bylo v nemocnici nejlepší

60. Podle mého názoru bylo v nemocnici nejhorší

61. Ve škole dostáváš známky od 1 do 5. Jakou známku bys dal/a nemocnici za to, jak se tam o tebe starali?



Děkuji ti ☺, nakonec mě prosím ulož do mé krabičky.

Příloha C –Charta práv dětí

Charta práv dětí v nemocnici

1. Děti mají být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud to péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení.
2. Děti v nemocnici mají mít právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, by se mělo rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováno o chodu oddělení a povzbuzování k aktivní účasti na něm.
3. Děti a/nebo jejich rodiče mají mít právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Mají mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.
4. Děti a/nebo jejich rodiče mají mít právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě má být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné, a před zbytečnými úkony podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emocionálního rozrušení.
5. S dětmi se má zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.
6. Dětem se má dostávat péče náležitě školeného personálu, který si je plně vědom fyzických i emocionálních 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 vzdělání, přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu.

Příloha D- Rozhovor s dětským pacientem

A-autor

B-pacient

A:Dobrý den, já bych chtěla poprosit, pacientku, jednu ze svých respondentů, která vyplňovala dotazník, který je použitý v diplomové práci a chtěla bych s ní projít otázky v dotazníku a zeptat se, jestli všem rozuměla a jestli ten dotazník byl pro ni dostatečně srozumitelný. Poprosím tě od jedničky, první otázku.

B:Jsem dívka, je mi deset let, do nemocnice jsem přišla, protože mi to bylo předtím naplánováno.

A:Koukám, že ve třetí otázce máš zakroužkováno odpověď A a ještě předtím jsi zakroužkovala „přišla“ v zadání. Pochopila jsi tu otázku správně, že jsi kroužkovala ještě to, že jsi přišla?

B: Ano

A: Dobře, můžeš pokračovat.

B:Byla jsem v nemocnici proto, že mi trhali krční mandle. V nemocnici jsem byla čtyři noci. V pokoji byli i další nemocné děti. Byla jsem v nemocnici už předtím? Ano byla.

A: Takže to není poprvé, co jsi hospitalizovaná, že ležíš v nemocnici?

B:Ano. Moji rodiče byli semnou celou dobu.

A: Takže jsi spala s mamkou, byla s tebou celou dobu?

B: Ano. Měla jsem sestru sama pro sebe? Ne.

A: Staralo se o tebe více sestřiček ne jenom jedna?

B: Ano. Jaké byly dětské sestry, které se o tebe staraly, když jsi byla v nemocnici? Pokud jsi, ehm... Nechápu.

A:Tak, pověz mi čemu nerozumíš, tomu zadání? Co tady máš zakroužkovat?

B: Ano.

A: Tady máš tabulku a podle toho, jak se k tobě sestřičky chovaly, jestli to tak bylo pokaždé, nebo jenom někdy, nebo naopak vůbec. Tak podle toho zaškrtněš ten správný obličej. A nahoře máš to zadání, koukám, že už jsi křížkovala do něj, ale to nemusíš, to je jenom na vysvětlení. Jestli na tebe sestřičky byly milé, laskavé, tak to můžeš tady do toho podle obrázků nakreslit, jak často to bylo, jestli byly takové vždy, nebo jenom občas.

B: Vždy.

A: Dobře.

B:Byly kvalifikované, zkušené a šikovné vždycky.

A: Rozumíš slovu „kvalifikované“ ? Jak poznáš kvalifikovanou zdravotní sestru?

B:Ne.

A: A myslíš, že byly vždycky kvalifikované a zkušené?

B: Nevím.

A: Tak to nevádí, můžeme jít dál.

B:Přátelské, občas. Upřímné, nikdy.

A: Myslíš, že ti neříkaly vždycky pravdu sestřičky?

B: Hm ne.

A:Dobře

Tak tady máš jak se k tobě dětské sestry chovaly, zase tady je zadání s obličejema, je to to samé jako v zadání předtím ano?

B: Ano.

A: Vždy zaškrťáváš ten obličej, podle situace ve které se to dělo.

B: dětské sestry si semnou hrály, nikdy. Mluvily semnou o zajímavých věcech, nikdy. Chránily můj soukromý prostor, nikdy. Vyslechly mě, vždycky. Poslechly si moje názory, vždycky. Utěšovaly mě, vždycky. Řekly mi co mohu v nemocnici dělat, nikdy.

A: Neříkaly ti sestřičky co nesmíš, nezakazovaly ti nic?

B: Ne, já jsem byla hodná.

A: To je dobře.

B: staraly se o mě s mými rodiči, ano vždycky. Braly ohled na to, jaké jídlo mi chutná, ano.

A: Chutnalo ti tu? Ty jsi tu po vyndání krčních mandlí, chutnaly ti ty kašičky, vývary a podobné co jsi tu jedla?

B: Ano.

A: Dobře. Potom je tady otázka, označ kroužkem, pokud jsi potřebovala pomoc sester.

B: Neměla jsem bolesti, nepotřebovala jsem pomoc při jídle, nepotřebovala jsem pomoc s hygienou, nepotřebovala jsem pomoci jít na WC.

A: Takže v otázkách 26-29 jsi neměla potřebu, rozuměla jsi tomu, jak se to má zaškrtnout?

B: Ne.

A: Takže když jsi to vyplnila, pomohla ti s tím mamka, nebo vysvětlil ti to někdo?

B: Ano, máma.

A: Dobře, tak fajn.

B: Kolik informací ti dětské sestry dávaly, sestry mi říkaly o tom, proč jsem v nemocnici dostatek informací. Sestry mi říkaly o mé léčbě dostatek informací. Sestry mi říkaly o mých lécích, nedostatek informací. Sestry mi říkaly o léčebných postupech, například o vyšetření. Vždycky.

A: A rozuměla si tomu, když ti sestřičky vysvětlovaly co se ti bude dělat? Bylo ti to podáno tak, abys to pochopila?

B: Ano

A: Sestry mi říkaly, co mohu jíst a pít. Ne.

A: Neříkaly? Takže když jsi po operaci mandlí tak ti nikdo neřekl, že nemá jíst tvrdé housky, nebo, že by jsi nesměla jíst a pít, abys sis ten krk nepoškodila?

B: Ano, to mi říkaly.

A: Dobře,

B: Sestry mi říkaly, jak dlouho budu v nemocnici. Ano.

A: Dobře a neříkala ti to spíš paní doktorka než sestřičky?

B: Sestřičky i paní doktorka.

A: Dobře.

B: Sestry mi říkaly, jak se o sebe mám starat doma dostatek informací. Sestry mi říkaly kdy budu moct jít zpátky do školy dostatek informací. Sestry mi říkaly, kdy se budu moct zase věnovat svým zálibám trochu informací.

A: Tak teď přicházíme do té části, kde si zakroužkovala medvídky.

B: V nemocnici čas rychle utíkal, čtyři medvídci. V nemocnici bylo dost knih a časopisů, dva.

A: Ještě se tě zeptám, když máš zaškrtnout čtyři medvídky, tak to s tím souhlasíš, ale když je jen jeden tak nesouhlasíš?

B: Ano. V nemocnici bylo dost DVD a her, jeden medvídek. V nemocnici byl dostatek možností dělat ruční práce, čtyři medvídci. V nemocnici bylo dost hraček, čtyři medvídci. V nemocnici byla vhodná místa, kde jsem mohla být s mojí rodinou a kamarády, čtyři medvídci. Můj pobyt v nemocnici byl příjemný a pohodlný, čtyři medvídci. Najít záchody a herny bylo jednoduché, čtyři medvídci. V nemocnici jsem měla svoje soukromí, čtyři medvídci. Moji rodiče mohli být v nemocnici u mě, čtyři medvídci. Moje rodina mě mohla v nemocnici navštěvovat, čtyři medvídci. Moji přátelé mě mohli v nemocnici navštěvovat, čtyři medvídci. Sestry mi v nemocnici dělaly společnost, čtyři medvídci. Ostatní nemocné děti mi v nemocnici dělaly společnost, čtyři medvídci. Bála jsem se být v nemocnici sama, dva medvídci. V nemocnici jsem se bála injekcí, dva medvídci. V nemocnici jsem se bála sester, jeden medvídek. V nemocnici jsem se bála doktorů, jeden medvídek. V nemocnici jsem se bála bolesti, čtyři medvídci.

Podle mého názoru bylo v nemocnici nejlepší, když mě mohla navštěvovat rodina. Podle mého názoru, bylo v nemocnici nejhorší, že jsem musela jít na operaci. Ve škole dostáváš známky od 1 do 10, jakou známku bys dala nemocnici za to, jak se o tebe starali? Jedničku.

A: Ještě se tě zeptám, když tady říkáš, že bylo nejlepší, když tě mohla navštěvovat rodina, myslíš to, že tu s tebou mohla mamka být, nebo že za tebou chodili. Byl za tebou někdo na návštěvě?

B: Ano, tat'ka, děda, babička.

A: Tak jo, jak tě to bavilo vyplňovat dotazník, bavilo tě to?

B: Jo.

A: Rozuměla si tomu?

B: Tak napůl, nějaké otázky ne, nějaké jo.

A: Takže si říkala, že ti mamka s něčím pomáhala? Přečetla ti to, vysvětlila?

B: Ano.

A: Tak já ti moc děkuju, ať se brzo uzdravíš.