

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023

Miroslav Váňa

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Kvalita péče očima dětí

Bakalářská práce

2023

Miroslav Váňa

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Miroslav Váňa**
Osobní číslo: **Z19379**
Studijní program: **B5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Zdravotnický záchranář**
Téma práce: **Kvalita péče očima dítěte**
Téma práce anglicky: **Quality of care through the eyes of a child**
Zadávající katedra: **Katedra klinických oborů**

Zásady pro vypracování

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

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

Seznam doporučené literatury:

ČERNOHORSKÁ Iveta, HLAVÁČKOVÁ Eva, HODAČOVÁ Lenka, Česká verze dotazníku Child Care Quality at Hospital. *Ošetrovatelstvo a pôrodná asistencia* [online]. 2021, (1) [cit. 2021-5-18]. ISSN 1339-5920.
KLÍMA, Jiří a kol. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5014-9.
SEDLÁŘOVÁ, Petra, Marie VLACHOVÁ, Alice ŘEZNÍČKOVÁ, Mahulena MOJŽÍŠOVÁ. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1613-8.
SIKOROVÁ, Lucie. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3593-1.
SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetrovatelstvo v pediatrii*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3286-2.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Iveta Černohorská**
Katedra klinických oborů

Datum zadání bakalářské práce: **2. prosince 2020**
Termín odevzdání bakalářské práce: **4. května 2023**

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

L.S.

Mgr. Zuzana Červenková, Ph.D. v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 6. března 2023

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

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

V Pardubicích dne 19. 4. 2023

Miroslav Váňa v.r.

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych rád poděkoval Mgr. Ivetě Černohorské, Ph.D. za vedení bakalářské práce, cenné rady a podněty, které byly důležitým přínosem. Děkuji za ochotu a poskytnutý čas při konzultacích.

ANOTACE

Teoreticko-průzkumná bakalářská práce se zabývá problematikou hodnocení spokojenosti v průběhu hospitalizace očima dětí. Teoretická část je zaměřena na vymezení pojmu kvality péče, její metody pro měření a hodnocení kvality, techniky pro sledování spokojenosti pacientů. Práce je doplněna o charakteristiku a potřeby dětí v určité věkové kategorii. Není opomenuta komunikace sester s dětmi, která je důležitým aspektem ošetrovatelské intervence. Empirická část je zaměřená na hodnocení dat dotazníkového šetření Child Care Quality at Hospital ze tří závěrečných vysokoškolských prací metodou sekundární analýzy.

KLÍČOVÁ SLOVA

děti, dotazník, kvalita, potřeby, péče, spokojenost

TITLE

Quality of care through the eyes of children.

ANNOTATION

Theoretically-exploratory bachelor's thesis deals with the issue of satisfaction evaluation during hospitalization through the eyes of children. The theoretical part is focused on defining the concept of quality of care, its methods for measuring and evaluating quality, techniques for monitoring patient satisfaction. The work is supplemented by the characteristics and needs of children in a certain age category. Communication between nurses and children, which is an important aspect of nursing intervention, is not neglected. The empirical part is focused on the evaluation of data from the Child Care Quality at Hospital questionnaire survey from three final university theses using the method of secondary analysis.

KEYWORDS

children, questionnaire, quality, needs, care, satisfaction

OBSAH

Úvod.....	11
1 Cíle a metody práce	12
1.1 Cíl práce	12
1.2 Metody k dosažení cíle.....	12
Teoretická část	13
2 Kvalita péče v pediatrii	13
2.1 Management kvality péče	13
2.1.1 Akreditace	15
2.1.2 Standard ošetrovatelské péče	16
2.1.3 Indikátor kvality.....	17
2.1.4 Spokojenost pacientů jako ukazatel kvality	18
2.2 Dítě ve věku 7-11 let.....	21
2.2.1 Základní charakteristika vývoje dítěte ve školním období	22
2.2.2 Potřeby dítěte	24
2.2.3 Efektivní komunikace s dětským pacientem jako potřeba dětského pacienta	27
2.3 Dětská sestra v pediatrické péči	30
Praktická část	32
3 Průzkumné otázky.....	32
4 Metodika průzkumné části.....	32
4.1 Průběh průzkumu	33
4.2 Popis průzkumného nástroje	33
4.3 Charakteristika průzkumného souboru	33
5 Výsledky průzkumu.....	35
6 Diskuze	57
7 Závěr	63
8 Použitá literatura	64

8.1	Primární zdroje.....	64
9	Přílohy.....	70

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 - Graf pohlaví respondentů ze závěrečných prací	35
Obrázek 2 - Graf věku respondentů ze závěrečných prací	36
Obrázek 3 - Graf důvodu hospitalizace respondentů ze závěrečných prací	37
Obrázek 4 - Graf délky hospitalizace respondentů ze závěrečných prací	39
Obrázek 5 - Graf možnosti lůžek pro respondenty ze závěrečných prací	40
Obrázek 6 - Graf předchozí pobytu respondentů v nemocnici ze závěrečných prací.....	41
Obrázek 7 - Graf přítomnosti rodičů u respondentů ze závěrečných prací	42
Obrázek 8 - Graf možnosti respondentů ze závěrečných prací mít sestru sám pro sebe	43
Obrázek 9 - Graf přístupu sester k respondentům ze závěrečných prací.....	44
Obrázek 10 - Graf aktivity sester u respondentů ze závěrečných prací I.	45
Obrázek 11 - Graf aktivit sester u respondentů ze závěrečných prací II.	46
Obrázek 12 - Graf činnosti sester u respondentů ze závěrečných prací	47
Obrázek 13 - Graf podaných informací respondentům ze závěrečných prací I.....	48
Obrázek 14 - Graf podaných informací respondentům ze závěrečných prací II.	49
Obrázek 15 - Graf možnosti aktivit pro respondenty ze závěrečných prací I.....	50
Obrázek 16 - Graf možnosti aktivit pro respondenty ze závěrečných prací II.	51
Obrázek 17 - Graf návštěvnosti u respondentů ze závěrečných prací v nemocnici	52
Obrázek 18 - Graf obav respondentů ze závěrečných prací spojené s hospitalizací	53
Obrázek 19 - Graf hodnocení nemocnice respondenty z e závěrečných prací	56
Tabulka 1 Nejčastější příčina hospitalizace respondentů ze závěrečných prací.....	38
Tabulka 2 Kladný zážitek respondentů ze závěrečných prací z nemocnice	54
Tabulka 3 Záporný zážitek respondentů ze závěrečných prací z nemocnice	55

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

CCQH	Child Care Quality at Hospital
ČR	Česká republika
EACH	Charta práv hospitalizovaných dětí
FZS UPa	Fakulta zdravotnických studií Univerzita Pardubice
ISO	Soustava mezinárodních standardů
JCAHO	Společenská komise pro akreditaci organizace zdravotní péče (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization)
JCI	Společenská komise pro mezinárodní akreditaci (Joint Commission Internacional Accreditation)
KZK	Kontinuální zvyšování kvality
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
Sb.	Sbírka zákonů
VOŠZ	Vyšší odborná škola zdravotnická
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)
ZZ	zdravotnické zařízení
ZZS	zdravotnická záchranná služba

ÚVOD

Téma bakalářské práce zní „Kvalita péče očima dětí“. Důvodem ke zvolení daného tématu byla motivace rozvíjet se v odvětví pediatrie. Zjistit pohled dětí na spokojenost s péčí, která jim je v nemocnicích poskytována v době jejich hospitalizace, a jejich očekávání.

Strach, nervozita, úzkost... To jsou pocity, které během pobytu v nemocnici provází snad každého člověka. I pro dítě je hospitalizace náročnou životní zkušeností. Pobyt ve zdravotnickém zařízení přináší pro dítě řadu změn a negativních pocitů. Je odloučeno od rodiny, má strach z neznámého prostředí, ale také z cizích lidí. V péči o dítě má své nezastupitelné místo rodina. Základní článek systému zdravotní péče o dítě tvoří pediatrie. Obor, který se zabývá zdravým i nemocným vývojem dítěte od narození do dospělosti. Provádí prevenci, diagnostiku, léčbu, rehabilitaci, psychologickou a výchovnou péči o dítěte. Sleduje prostředí, ve kterém dítě vyrůstá a žije. Zabývá se i sociálně právní ochrannou normou dítěte. Historie v péči o dítě sahá až do středověku, ta byla především o opuštěné a osiřelé děti. Děti byly v minulosti léčeny doma, pouze ve speciálních případech byly přijímány do nemocnic pro dospělé. Vysoká úmrtnost dětí ukazuje na špatné léčení, ale i hodně namáhavou fyzickou práci, kterou děti v minulosti musely vykonávat (Klíma et al., 2016, s. 17).

Ošetřující personál představují především dětské sestry, které svým profesionálním a sofistikovaným přístupem uspokojují potřeby dětí v oblasti biologické, psychologické, sociální a spirituální. Sestry vycházejí z holistické ošetrovatelské péče, která akceptuje dítě jako integrální součást efektivní komplexní péče v rámci ošetrovatelského procesu. Mezi hlavní priority ve zdravotnictví patří poskytování kvalitní a bezpečné péče. Hodnocení spokojenosti a kvality péče z pohledu pacientů je neoddelitelnou součástí pediatrické praxe. Zpravidla bývá realizováno rodiči dětských pacientů. Názory rodičů se od názoru dítěte mohou lišit. Pro tuto problematiku byl vytvořen finskou autorkou Tiiny Pelander speciální dotazník Child Care Quality at Hospital. Dotazník je určen pro školní děti ve věku 7-11 let. V nemocnicích jsou převážně hospitalizovány děti mladšího věku s doprovodem (Černohorská, Hlaváčková a Hodačová, 2021, s. 51).

Záměrem prezentované práce bylo popsat problematiku kvality péče z dětské perspektivy a realizovat sekundární analýzu dat ze tří různých závěrečných vysokoškolských prací zaměřených na hodnocení kvality péče prostřednictvím dotazníku Child Care Quality at Hospital. Dalším cílem práce bylo vyhodnotit spokojenost hospitalizovaných dětí s přístupem dětských sester, s prostředím nemocnice a množstvím podaných informací od sester.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

1.1 Cíl práce

1. Popsat problematiku hodnocení kvality ošetrovatelské péče z dětské perspektivy.
2. Realizovat sekundární analýzu dat výsledků vybraných závěrečných prací, které byly zaměřeny na hodnocení kvality ošetrovatelské péče očima dítěte pomocí české verze nástroje Child Care Quality at Hospital (CCQH).

1.2 Metody k dosažení cíle

Jedná se o teoreticko-průzkumnou bakalářskou práci, ve které byla zvolena strategie kvantitativního přístupu. Empirická část byla provedena technikou sekundární analýzy dat. Představuje aplikaci analytické metody zaměřené na dokumenty, které byly původně zhotoveny pro jiný účel. Prameny statistických dat jsou dále využívány a vyhodnoceny, např. speciální analýzy publikovaných statistických informací či výsledků průzkumu. Sekundární analýza dat může analyzovat údaje kvalitativní i kvantitativní (Reichel Jiří, 2010, s. 168).

TEORETICKÁ ČÁST

2 KVALITA PÉČE V PEDIATRII

V této kapitole budou podána teoretická východiska bakalářské práce. Bude definován pojem kvalita poskytované ošetrovatelské péče a vymezeny pojmy akreditace, standard ošetrovatelské péče a indikátor kvality. Jedním ze základních indikátorů kvality ve zdravotnických zařízeních (ZZ) je monitoring spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí. Budou popsány techniky sledování spokojenosti pacientů a jejich úskalí.

2.1 Management kvality péče

V posledních letech má zdravotní péče v České republice (ČR), podle demografických měřítek, velmi vysokou úroveň. Péče o zdraví lidu je garantovaná každému, jedinou podmínkou je veřejné zdravotní pojištění. Právní rámec péče tvoří Zákon 372/2011 Sb., o zdravotních službách, o specifických zdravotních službách a občanský zákoník z roku 2014. Základním právem je poskytování péče na základě svobodného informovaného souhlasu. Nejdůležitějším celospolečenským úkolem ovlivňující zdraví celé populace je péče o dítě. Zákon č. 359/1999 Sb., který nese název Zákon o sociálně - právní ochraně dětí v pozdějším znění zaručuje dětem sociálně právní ochranu (Klíma et al., 2016, s. 16; Česko, 2011).

Základním pilířem v péči o dítě je ambulantní péče o děti a dorost. Lze ji charakterizovat jako dostupnou a otevřenou. Pediatrická ústavní zdravotní péče je poskytována celorepublikovou sítí dětských oddělení. Dle zdravotnické ročenky z roku 2019 disponuje ČR přibližně 3208 lůžky na pediatrických odděleních. Počet hospitalizovaných dětí z roku 2019 byl 135763 (ÚZIS ČR, 2020, s. 110-111).

Světová zdravotnická organizace (WHO) hodnotí země, které mají systém primární péče, jako země výkonnější, občany spokojenější a náklady na poskytovanou zdravotní péči nižší (Klíma et al., 2016, s. 16).

WHO definovala již v roce 1966 kvalitu péče jako souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe. Kvalitu péče lze definovat jako nepřítomnost vad, uspokojení klienta, bezproblémový chod nebo také dělat správné věci správným způsobem. Systém kvality péče zahrnuje proces tvorby postupů, stanovení standardů, sběru informací a hodnocení dosažených výsledků. Měřit a hodnotit kvalitu péče poskytovanou zdravotnickým zařízením (ZZ) lze získanými daty

z auditů, z indikátorů kvality nebo od externích odborníků. Hlavní zdroj získaných dat je od pacientů nebo jiných interních a externích klientů (Válková, 2015, s. 12).

Zvyšovat kvalitu poskytované péče mohou ZZ zavedením standardů poskytované péče a metodických opatření k prevenci nežádoucích událostí, které ZZ monitoruje prostřednictvím měření spokojenosti pacientů. Dále ZZ mohou zvyšovat kvalitu získáním oficiálního mezinárodního nebo státního uznání akreditační společností. Získáním certifikátu „spokojený pacient“ nebo „baby friendly hospital“ (Plevová et al., 2012, s. 234).

Evropská asociace na podporu dětí v nemocnici formulovala a přijala Chartu práv hospitalizovaných dětí (EACH), byla přijata v roce 1988 v holandském Leidenu. Jde o přehled práv, která mají všechny děti v souvislosti s hospitalizací. Tato práva jsou etickými pravidly, která jsou legislativně ukotvena pouze částečně, a to v zákoně č. 372/ 2011 Sb., o zdravotních službách. Přijetím úmluvy o právech dítěte byla v ČR v roce 1989 zahájena nová éra pohledu na dítě jako plnohodnotného člověka a nositele většiny lidských práv a svobod. Od té doby, v souladu s EACH, je umožněna hospitalizace rodiče nebo blízkého dítěte. Hovoříme o péči zaměřenou na rodinu, takzvanou „family-centred care“ FCC. Rodič dětského pacienta je posuzovatelem spokojenosti kvality poskytované péče. Ošetrovatelská péče o dětského pacienta by měla probíhat v prostředí navrženém, vybaveném a personálně obsazeném tak, aby odpovídala potřebám dítěte. Platí to jak pro ambulantní zařízení, tak pro všechna místa, kde jsou děti léčeny nebo ošetřovány. O dítě má být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny (Česko, 2011; Valušová, Jarošová, 2013, s. 267-269).

Priority ošetrovatelské péče v pediatrii jsou orientovány na respekt, individuální přístup k dítěti, vyhledávání a uspokojování jeho individuálních potřeb. Vycházejí z nejlepšího zájmu dítěte. Dítě má být do nemocnice přijímáno jen tehdy, pokud péče, kterou vyžaduje nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení. Důležitá je komplexnost v přístupu k dítěti jako k biopsychosociálnímu jedinci. Aktivita sofistikované sestry vychází z hlubokého zájmu o dítě. Kvalitní ošetrovatelská péče se zaměřuje na profesionální přístup i k rodině dítěte. Aby byl léčebný proces úspěšný a přinesl pozitiva, musí být navázána dobrá spolupráce mezi dítětem, rodiči a zdravotníkem. Práva dětí se týkají všech nemocných dětí, bez ohledu na diagnózu, druh postižení, věk, jejich původ, sociální a kulturní zázemí (Česko, 2021a).

V ČR je hodnocení kvality péče a bezpečí zdravotních služeb dáno v právním systému MZ ČR v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, který mimo

jiné upravuje práva a povinnosti pacientů, práva zdravotních služeb a zdravotnických pracovníků při poskytování zdravotních služeb. V rámci tohoto zákona je poskytovatel povinen zajistit kvalitu a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Zaměřit se na pacienta a respektovat jeho práva (Česko, 2011).

2.1.1 Akreditace

Akreditace je dobrovolný proces. Zvyšuje participaci pacientů a jejich blízkých na procesu poskytování zdravotní péče. Poskytuje lepší podmínky pro uspokojování jejich potřeb a respektování jejich práv. Vyžaduje dobrovolnou účast všech zaměstnanců, chuť změnit myšlení, přesvědčení a motivaci (Válková, 2015, s. 33).

ZZ po absolvování získá uznání, způsobilost k poskytování kvalitní zdravotní péče. Disponuje efektivním a funkčním systémem pro posuzování produktivity a pro kontinuální zvyšování kvality. Jeho účelem je posoudit podle hodnotících standardů organizační úroveň poskytování zdravotních služeb, a to z hlediska jejich kvality a bezpečí (Vlček, Marx et al., 2016, s. 5-7).

Vybrané akreditační společnosti, které provádějí akreditační šetření ve ZZ.

Join Commission on Accreditation of Healthcare Organization, JCAHO – společenská komise pro akreditaci nemocnic. Vznikla ve Spojených státech amerických, od roku 1951 tato nezávislá a nezisková organizace začala vytvářet a publikovat standardy. Její prioritou je etika a práva pacientů a jejich rodin (Šupšáková, 2012, s. 71-72).

Join Commission International, JCI – společnost uděluje mezinárodní akreditaci. Cílem je zvyšování kvality poskytované péče v mezinárodním prostředí. Organizace sestavila systém doporučených postupů k prevenci nežádoucích událostí, která shrnuje sledování zásadních nežádoucích událostí. (Šupšáková, 2012, s. 72).

Spojená akreditační komise, SAK o. p. s. - k dispozici má akreditační standardy určeny k aplikaci poskytovatelům akutní péče, všech typů nemocnic. K dispozici jsou i standardy pro následnou, dlouhodobou péči a ambulantní provozy. Od roku 2016 přibyly velmi potřebné a důležité standardy pro zdravotnickou záchrannou službu (ZZS). Poskytuje péči u lidí s náhle vzniklým závažným onemocněním nebo úrazem. Může mít bezprostřední dopad na zdraví pacientů, možné trvalé následky, v mnohých případech i na jejich život, který je závislý na úrovni kvality poskytované péče ZZS (Vlček, Marx et al., 2016, s. 8-11).

Norma ISO, certifikace ISO 9001:2000 – jde o nejrozšířenější model kvality, a to zejména v laboratořích, centrálních sterilizacích a kuchyních. Cílem normy ISO je postupné zlepšování

systemu, tvorba nových zdravotnických standardů. Zaměřená je na klienta, zaměstnance ZZ, procesní řízení kvality a způsob vedení dokumentace (Válková, 2015, s. 37).

Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví, ČSAZ s. r. o. – zaměřuje se na kontinuální zvyšování kvality a bezpečí při poskytování zdravotnických služeb. (MZ ČR, 2012).

2.1.2 Standard ošetrovatelské péče

Ošetrovatelské standardy jsou definované jako dohodnuté závazné normy kvality, vymezují minimální úroveň péče, která má být pacientovi poskytnuta. Zajišťují pacientovi bezpečí a zdravotnické pracovníky chrání před neoprávněným postihem. Společné ošetrovatelské standardy jsou vyjádřeny v doporučeních mezinárodních organizací Evropské unie, WHO a Mezinárodní rady sester (ICN) (Plevová et al., 2012, s. 236).

Slouží jako akreditační nástroj, systémový přístup k posuzování úrovně poskytované péče ZZ. Standardy umožňují objektivní hodnocení poskytované péče. V současné době bez nich nelze systémově řešit vztah mezi kvalitou, cenou a dostupností ve ZZ. Hlavními cíli standardizace je zavádění nových technologií s prokázanou efektivitou zajištění finanční úhrady. Zabránění zavádění technologií s nepodloženou efektivitou. Eliminování zastaralé a neefektivní technologie. Cílem standardizace jsou léčebné i ošetrovatelské postupy, postupy pro manipulaci s léky a léčivy, postupy pro manipulaci se zdravotnickou technikou i postupy informačních technologií ve zdravotnictví (Válková, 2015, s. 19).

Standard je soubor minimálních požadavků k zajištění kvality a bezpečné péče poskytované v bezpečném prostředí. Řídí se jimi nejen personál, který se podílí na zdravotní péči přímo i nepřímo, ale i externí firmy a dodavatelské organizace. Standardy pomocí svých výkonných nástrojů neboli indikátorů slouží ke korektnímu hodnocení zdravotnického zařízení, zda pracuje ve shodě s příslušným standardem. Převážná část akreditačních standardů reflektuje platné národní legislativní normy. Tento proces hodnocení je prováděn způsobem interní kontroly vlastních postupů s danými normami a pravidly, nebo s využitím externích hodnotitelů, tedy prostřednictvím akreditace (Šupšáková, 2012, s. 71-72).

Standardy dělíme na centrální a lokální. Centrální standardy zpravidla vydává MZ ČR jako zákonné nebo podzákonné normy (vyhlášky, nařízení). Lokální standardy jsou rozpracované a přijaté v konkrétním ZZ nebo na konkrétním oddělení v nemocnici. Zpracovává je vrcholový a střední management (Plevová et al, 2012, s. 236-237).

Standardy ošetrovateľskej péče podľa zaměření jsou definovány z důvodu zajištění jednotné péče. Obsahují a stanovují kritéria celkového hodnocení kvality. Jsou to metody a nástroje pro měření, analýzu a hodnocení výsledku. Strukturální nebo manažerské standardy stanoví metody a nástroje k vedení lidí, poskytování zdrojů, vybavení přístroji, prostředí, informační systémy apod. Obvykle jsou označovány jako směrnice a na národní úrovni jsou definovány platnou legislativou (Válková, 2015, s. 19).

Standardy zaměření na proces nebo řídicí standardy stanoví závazné postupy, mají strukturovaný obsah a zaměřují se na popis ošetrovateľských činností a výkonů. Jsou definovány zejména z důvodu zajištění jednotné péče a bezpečného postupu pro pacienta, ale i pro zdravotnického pracovníka. ZZ mají vytvořené formy standardních ošetrovateľských postupů, které korespondují s požadavky akreditačních standardů. Management ZZ rozhoduje o těchto standardech a písemně je definuje. Standardy zaměření na hodnocení výsledků nebo monitorovací standardy stanoví metody a nástroje pro monitorování, měření, analýzu a hodnocení výsledků v daném zařízení na určitém pracovišti. Hodnocení se týká výskytu nežádoucích jevů, jako jsou pády nebo dekubity, spokojenosti pacientů, spokojenosti personálu, a další (Plevová et al., 2012, s. 236-237).

2.1.3 Indikátor kvality

Indikátor kvality je měřitelné kritérium, které v porovnání s určitým standardem, směrnicí nebo požadavkem ukazuje, jak dalece bylo standardu dosaženo. Indikátor ošetrovateľskej péče je definován jako kritérium poskytované péče, které je dopředu dané, konkretizované a relevantní. Indikátory jsou smysluplné a vědecky podložené, zachycují zaručený zřetel zamýšleného návrhu. Lze je shromažďovat, objektivně jsou ověřitelné, výsledek lze opakovaně měřit. Jsou to výstražné značky, které varují, že není něco v pořádku (Plevová et al., 2012, s. 237-238).

Měření kvality formou indikátorů kvality je tedy jedním z důležitých prvků programu kontinuálního zvyšování kvality (KZK) i příprav na akreditaci. Program KZK podporuje uspokojování potřeb pacienta s co nejmenším úsilím a co nejnižšími náklady na potřebné zdroje. Indikátory kvality se mohou týkat struktury, procesu a výstupů. K indikátorům kvality zaměřující se na strukturu patří například kvalifikace sester a lékařů, technické vybavení pracoviště. Mohou být zaměřeny na pozitivní nebo negativní jevy. K indikátorům kvality zaměřující se na proces patří například úroveň zdravotnické dokumentace nebo úroveň ošetrovateľskej péče. K indikátorům, které se týkají výstupů patří například náklady na lůžko/den (Válková, 2015, s. 16).

Výsledek indikátoru musí být zasazen do numerického kontextu, který umožní porovnat „něco s něčím“. Určuje očekávanou úroveň poskytované ošetrovatelské péče a stavu pacienta. Mezi sledovanými indikátory kvality ve zdravotnických zařízeních mohou být pády a zranění pacientů v průběhu hospitalizace, výskyt dekubitů, výskyt nozokomiálních infekcí spojených s poskytováním zdravotní péče, nežádoucí události, spokojenost pacientů, ale i zaměstnanců. Počet stížností a počet poděkování. Úroveň zdravotnické dokumentace - shoda/neshoda se specifickými akreditačními standardy. O zhodnocení indikátorů kvality ZZ jsou zaměstnanci informováni prostřednictvím středního a vrcholového managementu ZZ. Analýzy jsou dostupné na informačním systému ZZ. Indikátory kvality jsou sledovány nejenom v rámci zdravotnického zařízení, ale i na národní a mezinárodní komparaci (Plevová et al., 2012, s. 237-238).

Vyhláška č. 262/2016 Sb., která mění vyhlášku č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče a Věstník MZ ČR č. 13/2021 na základě zákona o zdravotních službách č. 372/2011 Sb., stanovuje aktuální minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. (Česko, 2016a; Česko, 2021b).

2.1.4 Spokojenost pacientů jako ukazatel kvality

Prestiž a konkurenceschopnost mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními zvyšuje i spokojenost pacientů. Proto jedním ze základních indikátorů kvality ve zdravotnických zařízeních je monitoring spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí. Jde o ukazatel úrovně kvality zdravotnického zařízení. Monitoring spokojenosti vstupuje do pozornosti laické i odborné veřejnosti. Uspokojení nebo neuspokojení potřeb pacienta se odráží v hodnocení. Hodnocení spokojenosti je subjektivní záležitostí pacienta. Spokojenost je definována jako pozitivní hodnocení určitých vymezených dimenzí poskytované zdravotní péče. Úroveň spokojenosti pacienta je závislá na povaze onemocnění a typu poskytované péče z medicínského hlediska. Důležité jsou sociálně demografické charakteristiky jako věk, vzdělání, rodinné zázemí, ekonomické postavení klienta a kulturní zázemí (Ondriová, Hudáková a Pavelková, 2013, s. 33-35).

Hodnocení spokojenosti s poskytovanou péčí ve ZZ je rozděleno na dvě části. Hodnocení ambulantní a lůžkové péče. V ambulantní péči hodnotí pacient dostupnost péče, prostor čekárny a prostředí, přístup sestry, návštěvu lékaře, informace o vyšetření, léčbě a lécích. Dále pacient hodnotí následnou péči a celkový dojem z návštěvy ambulance. Z lůžkového oddělení ZZ pacient hodnotí, jak proběhlo přijetí do zařízení, chování a jednání zdravotnického personálu,

hodnotí komunikaci se zdravotníky, zapojení rodiny a blízkých do léčby. Dětský pacient vnímá velmi citlivě prostředí ZZ a pohled pacienta na poskytovanou péči závisí především na očekávání a skutečnosti. Hodnocení spokojenosti z dětské perspektivy je vidět zřídka, spíše se setkáváme s hodnocením prostřednictvím rodiny. V průběhu hospitalizace je pro dětského pacienta důležité jeho tělesné pohodlí, aktivity a hry ve ZZ. (Válková, 2015, s. 62-64).

Dle Ondriové, Hudákové a Pavelkové (2013) hodnotí pacienti také čistotu a hygienu ve ZZ, spokojenost se stravou a s celkovým režimem ZZ (Ondriová, Hudáková a Pavelková, 2013, s. 33-35).

Vybrané techniky hodnocení spokojenosti

Za nejjednodušší výzkumnou metodu při průzkumném šetření je považována **anketa**. Nejpoužívanější ankety jsou poštovní, novinové, telefonické, rozhlasové a televizní. Rozsahem by neměla zahrnovat více jak pět až deset otázek, které by pro snadnou orientaci a pro rychlou odpověď měly být převážně uzavřené. Při použití této metody není kontrolován výběr respondentů, proto nelze hodnotit reprezentativnost výběrového souboru. Výhodou anket je finanční nenáročnost a rychlost (Ondriová, Hudáková a Pavelková 2013, s. 33-35).

Metoda **pozorování** je objektivní sledování. Pozorování je plánované, záměrné, systematické a jasně definované. Zahrnuje sledování objektivní odborné úrovně, zkušenosti, postřeh, osobnostní zaměření, a to nejen při vlastním pozorování, ale i při interpretaci výsledků. Nejdůležitější je přípravná fáze pozorování. Ta zahrnuje vlastní plán, ujasnění, na co se chceme objektivně zaměřit. Součástí této přípravné fáze je příprava systému záznamu pozorování, takzvaný protokol pozorování. Důležitou přípravnou fází pozorování je samotný předvýzkum, který může být realizován formou dotazníků a rozhovorů. Vlastní pozorování je děleno do etap. První etapa je identifikace sledovaného jevu, který chceme objektivně posoudit. Druhá etapa je prohlubující se informace mezi pozorovatelem a pozorovaným jevem. Třetí etapa je registrace, takzvaný záznam pozorovaných jevů. Čtvrtá etapa je rozbor výsledků. Výsledky se mají zpracovávat co nejdříve od provedení metody. Pátá etapa je interpretace vlastních výsledků pozorování. Velké nároky jsou v této metodě kladeny na pozorovatele. Nedostatečná příprava pozorovatele je úskalím v této metodě. Z toho vyplývá nebezpečí povrchnosti, spekulativní závěry, subjektivní postoj pozorovatele, nedostatečné pozorovací schopnosti a jeho nedostatečná odbornost. Pozorovatel se musí oprostít od předsudků. Dalším problematickým aspektem této metody je nedostatečná schopnost dedukce a nezajištění validity a spolehlivosti metody (Válková, 2015 s. 54-55).

Metoda **rozhovoru** je definována jako metoda získávání dat, ale také ovlivňování dalších osob verbálním kontaktem. Rozhovor může probíhat individuálním způsobem, tazatel a respondent. Nebo skupinovým způsobem, který se odehrává buď s náhodně vybranou skupinou respondentů, nebo se skupinou cíleně vybranou podle určitých kritérií (konkrétní diagnóza, hospitalizace na určitém oddělení, věk). Rozlišujeme rozhovor nestrukturovaný nebo volný, který není předem naplánován a jehož průběh je závislý na vývoji komunikace. Dalším typem rozhovoru je strukturovaný standardizovaný rozhovor, který probíhá podle připraveného schématu s předem dohodnutým obsahem otázek i s předem dohodnutou posloupností. Nejčastěji rozhovor probíhá prostřednictvím osobního kontaktu nebo formou telefonického interview. Použití metody rozhovoru je časově i finančně velmi náročné. Vyžaduje pečlivý výběr tazatelů, cílenou přípravu, pořizování elektronického záznamu, získání souhlasu pacientů. Tazatel by měl být uctivý, zdvořilý, se smyslem pro humor, který pomůže zachránit nepříznivě se vyvíjející situaci (Válková, 2015, s. 56).

Dotazníkové šetření je metoda, která se pro sledování spokojenosti pacientů využívá nejčastěji. Je také velmi oblíbená. Může být anonymní nebo neanonymní. Dotazník je soubor otázek, který je předem připravený na tiskopisu. Respondenta má připoutat, ne odradit. Dotazník má zahrnovat všechny podstatné problémy, na které hledáme odpovědi. Existuje mnoho typů otázek. Ty mají být formulované jasně, zřetelně a srozumitelně. Tak, aby respondenti odpovídali bez dlouhého rozmýšlení. Otázka otevřená umožňuje pacientovi volné hodnocení, vyjádření. Otázka uzavřená nabízí výběr možných odpovědí, pacient si tak vybírá vhodnou odpověď. Polootevřená otázka je kombinace otázky otevřené s uzavřenou (Ondriová, Hudáková a Pavelková, 2013, s. 33-35).

Při distribuci, sběru dotazníků a při zpracovávání dat musí být respektována ochrana osobních údajů a právo na anonymitu, té je třeba věnovat mimořádnou pozornost. Data jsou klasifikována jako citlivá. Základním právem pacienta je právo na anonymitu, právo na odmítnutí vyplnit dotazník. Dotazníkové šetření podléhá statistickému zpracování odpovědí respondentů. Základním legislativním předpisem o ochraně osobních údajů je zákon č. 101/2000 Sb. Problematikou ochrany osobních dat se také zabývá zákon o zdravotních službách a vyhláška č. 98/2012, o zdravotnické dokumentaci (Šupšáková, 2017, s. 204-205).

Válková (2015) řadí mezi charakteristiky dotazníkového šetření efektivnost, dobrý poměr počtu respondentů, získání informací od velkého počtu dotazovaných v krátkém čase a relativně nízké náklady. Používání dotazníkového šetření má řadu úskalí, např. kvalita použitého dotazníku,

forma otázek, strategie výběru vzorku respondentů, návratnost dotazníků, způsob sběru vyplněných dotazníků (Válková 2015, s. 62).

Autor dotazníkového šetření musí brát v úvahu obsahovou srozumitelnost. Nesmí přeceňovat a podceňovat vědomosti respondentů, protože ti pocházejí z různých sociálních vrstev. Měl by brát zřetel na jazykovou srozumitelnost, neměl by používat odborné a cizí výrazy. Neměl by v dotazníku používat nejednoznačné otázky, na které neumí respondent jednoznačně odpovědět. Otázky by neměly být dlouhé. Neměl by použít otázky, které jsou formulované tak, že dopředu napovídají očekávanou odpověď. Otázky by neměly být náročné, neohleduplné. Haló efekt vzniká tehdy, pokud autor dotazníku klade více podobných otázek za sebou a první z otázek je spojená s negativní odpovědí. Negativní citový postoj se automaticky přenáší na další odpovědi (Ondriová, Hudáková a Pavelková, 2013, s. 33-35).

Černohorská et al. (2022) uvádí studii s dotazníkem CCQH, která ukazuje náročné aspekty dotazníkového šetření u dětského pacienta. Problém spatřuje v délce dotazníku. Náročnost pro dítě vidí i ve vyplnění dotazníkového šetření bez pomoci rodiče nebo erudované dospělé osoby. Snazší spolupráci uvádí u dítěte, které je pokročilé ve čtení a disponuje jazykovými dovednostmi. V souvislosti s přenosem položek z transkulturního dotazníkového šetření řadí mezi problematické položky nesrozumitelné výrazy pro děti, riziko nepochopení podstaty dětmi, problémy s abstraktními pojmy dětí v mladším školním věku. Dětem činí problém i zadání otázek s pomocí hodnocení pětibodovou a čtyřbodovou škálou Likertova typu zaměřenou pro tento účel (Černohorská, et al., 2022, s. 48-53).

Projekt nazvaný „Spokojenost pacientů s poskytovanou péčí“ vznikl jako reakce na projekt WHO „Zdraví 21“, který je určen evropskému regionu v souladu se zájmy ČR související se začleňováním do Evropské unie. Jeho metodika a zkušenosti se staly základním pilířem pro metodiku Národního hodnocení spokojenosti. MZ ČR podporuje hodnocení kvality péče, která je zaměřená na vnímání kvality ve ZZ jejími spotřebiteli (Válková, 2017, s. 62-67).

2.2 Dítě ve věku 7-11 let

Následující text bude věnován charakteristice vývojového stádia dítěte, jeho specifickým a potřebám dětského pacienta. Nesmíme opomenout efektivní komunikaci s dětským pacientem, která má velký význam v ošetrovatelské péči.

2.2.1 Základní charakteristika vývoje dítěte ve školním období

Důležitým mezníkem dítěte je nástup do školy. Osvojuje si novou roli školáka. Dítě je ovlivněno školou do budoucna, hlavně prožití zbylého dětství. Školní věk můžeme chápat jako oficiální vstup do společnosti (Vágnerová a Lisá, 2021, s. 267).

Podle Vágnerové a Lisé (2021) je školní období je rozděleno na:

- **Raný školní věk 6-9 let** – začíná nástupem do školy, hlavní je změna sociálního postavení, které ovlivňuje posun dětské osobnosti i různých schopností a dovedností.
- **Střední školní věk 9-12 let** – trvá do přechodu na druhý stupeň ZŠ, dítě si vytvoří určité postavení mezi spolužáky, toto období neobsahuje důležité změny (ani biologické či sociální).
- **Starší školní věk 12-15 let** – končí přechodem na SŠ, v tomto období se změna projeví nejvíce na psychice (Vágnerová a Lisá, 2021, s. 267-268).

Podle Stožického a Sýkory et al. (2015) se školní věk dělí na mladší školní věk 6-12 let a starší školní věk 13-15 let (Stožický, Sýkora et al., 2015, s. 41).

V tomto období se vyvíjejí tělesné a psychické schopnosti, jde o období relativně stálého, plynulého růstu. Mohutní svalstvo a kostra. Průměrné nabírání hmotnosti je kolem 2,5 - 3,0 kg za rok, tělesná výška se zvětší asi o 6 cm za rok. Zvyšuje se tělesná síla. Páteř je napříměnější, tělo dítěte je pružné a pohyblivé. U dětí se objevuje zájem o pohybové hry a sportovní výkony vyžadující obratnost, vytrvalost a sílu. Pohybové výkony jsou často závislé na motivaci. Je prokázáno, že tělesná síla a obratnost hrají ve skupině dětí významnou roli v oblíbenosti a obdivu. V tomto období se diferencují potřeby a priority dle pohlaví. U chlapců je významná především hodnota hrubé a jemné motoriky, která se zdokonaluje. U dívek je společenské uplatnění na motorice méně závislé. Problematika pohybového rozvoje se u dívek řeší až v období puberty. Rozvíjejí se rozumové a umělecké vloh, vytváří se porozumění pro kolektivní spolupráci. V této době se rovněž rozvíjí smyslové vnímání, které se stává stále více cílevědomým aktem pozorování. Součástí tohoto období je puberta, která začíná u děvčat kolem 9.-11. roku a u chlapců asi o rok později (Stožický, Sýkora et al., 2015, s. 43).

Mladší školáci mají myšlení konkrétní a realistické. Děti v tomto období jsou schopny uvažovat o tom, co znají, ale neřeší úvahami o jiné volbě. Do určité míry tento postoj děti chrání, představa existence různých možností navyšuje jejich nejistotu. Naopak realismus mladších školáků vede k tomu, že jsou schopni přijímat skutečnost takovou, jaká je. Děti přejímají názory

dospělých a nemají o nich pochybnosti, ani ne z důvodu autority, ale že berou sdělení jako danost (Vágnerová a Lisá, 2021, s. 281).

Komunikace s dítětem mladšího školního věku se významně rozšiřuje. Roste délka a složitost vět, zvyšuje se slovní zásoba, osvojuje si nová slova, poznává nové významy slov, zlepšuje se artikulace. Slova používá s větším porozuměním a v lepších souvislostech. Dítě je schopno se správně gramaticky vyjadřovat. V tomto vývojovém stádiu dítěte je kladen důraz na řešení řečových vad. Rozšiřuje se komunikace s vrstevníky. V tomto vývojovém stádiu by rodič měl dítěti dát prostor pro vlastní rozhodování, vysvětlování a vyjádření vlastního postoje. Velký význam je v období mladšího školního věku kladen také na čtené slovo. Jde o zdroj informací. Dítě se učí vnímat pravdu a lež (Plevová a Slowik, 2010, s. 52).

Většinu svého času tráví mimo domov, dítě je samostatnější, rozšiřuje se jeho společenský okruh, tím se zvětšuje jeho nezávislost. Své vzory a standardy chování vyhledává právě mimo domov, ale rodiče stále zůstávají autoritou (Stožický, Sýkora et al., 2015, s. 43).

Ze zdravotního hlediska je mladší školní věk klidným obdobím, kde se zdravotní problémy vyskytují nejméně v celém dětském věku. V tomto věku se mohou objevit následky chronických onemocnění dýchacího, trávicího a vylučovacího ústrojí. Důležitý je tělesný kontakt a respekt individuálních potřeb dítěte. Pro děti školního věku je omezení pohyblivosti a nedostatek sociálního kontaktu se svými kamarády, stejně tak neúspěchy a postižení, těžkým zásahem do vývoje osobnosti dítěte. To vše se může podílet na trvalých pocitech méněcennosti u dítěte (Kukla et al., 2016, s. 182).

Z Úmluvy o právech dítěte je zřejmé, že je-li dítě schopné vyjádřit své názory, je důležité na ně brát zřetel. U starších dětí může nastat situace, kdy mají rozdílný názor než rodiče. Zákon č. 147/2016 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů uvádí, že názor nezletilého musí být uveden do dokumentace. Pokud nelze názor zjistit, uvede zdravotnický pracovník důvod nezjištěn (Česko, 2016b).

Dítě jako zdroj informací se v posledních letech všeobecně akceptuje u soudu, vyskytuje se ve výzkumném a psychologickém kontextu. Dětská výpověď se zároveň považuje za problematickou. Zejména kvůli vysoké sugestibilitě, podezření z nepochopení podstaty událostí a interakcí. Dítě si někdy v důsledku sugescí vytvoří falešné vzpomínky, které považuje za pravdivé. Dětská paměť je méně spolehlivá, děti si zapamatují méně informací, vštípené informace udrží v paměti po kratší dobu a vybavování vzpomínek je u nich snáze ovlivnitelné rušivými jevy. Určité paměťové stopy a vzpomínky jsou schopné uchovávat i malé děti. Na

některé aspekty života je dítě citlivější než dospělí lidé a podává přesnější informace než jeho rodiče. Pro děti školního věku je vyplnění dotazníku velmi náročné. Ukazuje se však, že rodiče, které uznáváme za kompetentní zdroj informací, se mohou podstatně lišit v pohledu na více aspektů v průběhu hospitalizace dítěte. I dítě se může stát velmi kompetentním zdrojem informací (Uholjeva, 2015, s. 150-159).

Děti uvažují úplně jinak než dospělí. Na rozdíl od dospělých, děti daleko více prožívají, než přemýšlejí. Dospělí se chovají jako velké děti, chtějí po dětech, aby se chovaly jako malí dospělí (Halda, 2020, s. 9).

2.2.2 Potřeby dítěte

Život jedince je charakterizován jako neustálé uspokojování potřeb. Základní lidské potřeby jsou spjaty s existencí každého člověka. Jedná se o základní vztah člověka k sobě samému, k životu, ke svému prostředí. Každá bytost uspokojuje a vyjadřuje své potřeby individuálně, potřeby jsou u každého odlišné. Potřeby dítěte jsou závislé a mění se především věkem, pohlavím, zdravotním stavem a prostředím, ze kterého pochází (Poláková, Tučková a Loučka, 2017, s. 4).

Pobyt dítěte v nemocnici nelze brát na lehkou váhu. Neuspokojené potřeby mohou vést k pocitu frustrace. Frustraci nejčastěji řeší slovní agresí nebo agresí namířenou přímo proti něčemu či někomu. Pokud frustrace přetrvává delší dobu, může z ní vzniknout deprivace. Jedná se o závažný psychický stav, který může negativně poznamenat další vývoj jedince. Případné negativní dopady hospitalizace mohou komplikovat budoucí kontakt dítěte se zdravotnictvím (Langmeier, Matějček 2011, s. 352-355).

Nejznámějším rozdělením potřeb je hierarchické uspořádání potřeb podle amerického psychologa Abrahama Maslowa. Hierarchii zobrazil pomocí pyramidy. Podle této teorie má člověk pět kategorií potřeb, které jsou uspořádány od nejnižších po nejvyšší, kde nejnižšími jsou fyziologické potřeby, následují potřeba jistoty a bezpečí, potřeba lásky a sounáležitosti, potřeba úcty a uznání a potřeba seberealizace. Členění potřeb spočívá v tom, že člověk nejdříve uspokojuje základní potřeby, a teprve pokud je uspokojí, přesune se k naplňování potřeb na dalším, vyšším stupni pyramidy (Dufková, 2013, s. 48-50).

V pediatrickém ošetřovatelství je významný psychologickoetický problém hospitalizace dětského pacienta, která přináší narušení normálního života dítěte, jeho běžných aktivit a kontaktu se sourozenci, příbuznými a kamarády. Ošetřovatelská péče o dítě se odehrává ve

složitým sociálním prostředí, mimořádně náročná je interakce rodič-dítě-zdravotník, to ovlivňuje socializaci dítěte (Ondriová, Sinaiová a Pavelková, 2013, s. 23-24).

Langmeier a Matějček (2011) kladou veliký důraz na to, že žádné dítě všech věkových kategorií, by nemělo zůstat opuštěno a nezaměstnáno (Langmeier a Matějček 2011, s. 352-355).

V nemocnici má dítě právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Rodičům by se mělo dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Pokud je to možné, rodiče by se na péči o své dítě měli podílet. Měli by být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm. Matka je pro dítě základní potřebou jistoty a bezpečí. Odloučení od matky, rodičů je pro hospitalizované dítě zdrojem stresu víc než sama nemoc nebo bolest. Doprovází-li dítě v nemocnici matka nebo jiná blízká osoba, je to právě ona, kdo chrání a pomáhá dítěti od starostí, strachu, nejistoty a převezme ji na sebe. Je pro dítě psychickou oporou. Přítomnost doprovázející osoby je možné regulovat vnitřním předpisem. Důležitá je edukace doprovázející osoby s režimovým opatřením oddělení a organizačními záležitostmi. Je třeba mít na paměti, že právo jednoho člověka nesmí omezovat jiného (MT, 2020, s. A1).

Dítě by mělo mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělávání se v závislosti na věku a zdravotním stavu. Hra zpříjemňuje hospitalizaci a ulehčuje pobyt herní terapií. Vede k rozvoji smyslů, kreativity a intelektu, formuje dětské sebevědomí. Hrou lze v dětském věku říci cokoli. Důležité je naučit chápat tuto myšlenku nás dospělé lidi, především pak členy zdravotnického týmu, kteří s dětmi pracují. Na lůžkových odděleních se setkáme se zaměstnáváním dítěte v jejich volném čase. Herní specialista se stará o příjemné prostředí oddělení, dívá se dětskýma očima, je prostředníkem mezi dítětem, rodičem a zdravotníkem, poskytuje dítěti sociální podporu, zprostředkovává výchovné a zájmové činnosti na oddělení. Nemocné dítě by mělo mít možnost výuky, to však závisí nejen na věku a zdravotním stavu, ale také na personálním zajištění erudovaných pedagogických pracovníků ZZ (Rothová, 2014, s. 28).

Dítě často nedokáže slovy popsat svoje pocity, myšlenky, a tak se stávají hračky dětským jazykem a prostředkem k vyjadřování. Nejen hraním s hračkami dokáže dítě vyjádřit své myšlenky, pocity, emoce, potřeby, přání, ale i pomocí kresby. Pokud chceme, aby dítě něco sdělilo, jak hrou nebo kresbou, musí to provádět vlastním tempem. Sestra nebo herní specialista nesmí zasahovat do jeho hry a jakkoliv ho ovlivňovat. Musí se přizpůsobit pravidlům dítěte. Hra nemocného dětského pacienta je prostředkem k uvolnění agrese, napětí a úzkosti. Pomáhá

mu vyrovnat se s traumatem, které mu nemoc způsobila (Bouchner, Downing a Shemilt, 2014, s. 312).

Čtení knih může mít pro dítě terapeutické účinky, může mu pomoci ke komunikaci, zábavě. Výběr knih je závislý na věkové kategorii, etnickém původu. Správně zvolené knihy mohou dítěti pomoci porozumět citlivým problémům, porozumět různým situacím v životě. Knihy jsou vhodné i pro blízké nemocného dítěte, ať už jsou to rodiče, sourozenci, kamarádi nebo spolužáci (Arruda-Colli, 2017, s. 548-551).

Zajímavá hra a účelné zaměstnání vytváří radostnou náladu, která efektivně přispívá k uzdravení. Významnou roli v uzdravování hraje strach a dětská deprivace. Děti jsou před příchodem do ZZ strašeny kamarády, bohužel i rodiči. Pro zdravotnický personál je důležité získat si dětskou důvěru, aby dítě samo komunikovalo, řeklo co ho bolí, z čeho má strach, co mu je nepříjemné. Dítě musí poznat, že se nemocničního prostředí nemusí bát, proto je důležitý klidný přístup, laskavost a povzbudivé chování od ošetřujícího personálu (Langmeier a Matějček, 2011, s. 352-355).

Pediatrické ošetřovatelství se zaměřuje na kvalitu života a snižování utrpení, které nemocné dítě prožívá. Sestra ovlivňuje potřebu tlumení symptomů, které limitují nebo ohrožují život. Mezi symptomy, které negativně ovlivňují život i chování dítěte patří bolest, únava, dušnost, snížená chuť k jídlu a další. Kromě fyzických symptomů může dětský pacient mít i psychologické problémy, které mohou vést k úzkosti, strachu, depresi nebo beznaději. Všechny zmíněné symptomy lze ovlivnit podáváním farmak, které dle ordinace lékaře podává sestra (Bouchner, Downing a Sheimilt, 2014, s. 305-306).

Bolest lze definovat jako negativní, nepříjemný senzorický a motorický zážitek, který je spojený se skutečným, možným poškozením tkáně. Každé dítě vnímá bolest jinak, proto se nedá vnímat bolest objektivně. Všechny nepříjemné stavy dítě označuje jako bolest. Bolest má řadu specifík spojených s chováním a prožíváním dítěte. Dítě školního věku dokáže popsat, že ho něco bolí, ale intenzitu bolesti nedokáže vyjádřit. Některé dítě školního věku dokáže posoudit bolest pomocí škály uzpůsobené pro tento účel. I když dítě dokáže zhodnotit a popsat svou bolest, na podrobnosti se sestra může doptat rodiče dětského pacienta. Bolest je jedním z nejhůře vnímaných symptomů onemocnění, proto je bolest potřeba tišit farmakologickou i nefarmakologickou léčbou. Nefarmakologická léčba může být účinným doplňkem farmakologické léčby (Amery, 2017, s. 74).

V přístupu k dětskému pacientovi s bolestí je prioritní nutností přiznat dítěti právo na etické jednání v plném rozsahu. Hlavním úkolem sestry je tlumit bolest dětského pacienta na základě vhodně zvolených intervencí a medikace, dle ordinace lékaře. Respektovat a prosazovat maximální dobro a eliminovat negativní vlivy. Nemocné dítě trpí nejen bolestí těla, ale i bolestí duše. Sestra nemůže dítě přinutit, aby se přizpůsobovalo představám dospělého, naopak my dospělí se musíme přizpůsobit potřebám dítěte (Ondriová, Sinaiová a Pavelková, 2013, s. 23-24).

Mezi důležité potřeby patří efektivní komunikace s dítětem, ale i jeho rodiči. Dítě a jeho rodiče mají mít informace v takové podobě, která odpovídá jejich věku a chápání. Zároveň mají mít možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem. Efektivní komunikace je jedním z ukazatelů kvalitní ošetrovatelské péče (Poláková, Tučková a Loučka, 2017, s. 18).

2.2.3 Efektivní komunikace s dětským pacientem jako potřeba dětského pacienta

Řeč je nástrojem myšlení a zároveň prostředkem dorozumívání. Jde o jazykovou dovednost. Efektivní komunikace a empatický přístup ve vztahu k dětskému pacientovi je klíčové zaměření při zefektivňování ošetrovatelské péče. Aktivní a efektivní komunikace s hospitalizovaným dítětem je předpokladem úspěšně vedené ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu. Komunikace s dětským pacientem je specifická. Způsob komunikace je často závislý na rodinném prostředí, charakteru a druhu onemocnění, na pohlaví, osobnosti dítěte, a také na sociální, psychické a emocionální zralosti dítěte. Předpokladem úspěšné a efektivní komunikace sestry s dítětem je respektování zásad, které vycházejí ze specifík vývojových období dítěte od narození až do období adolescence. Vyžaduje profesionální vystupování sestry, velkou dávku trpělivosti, důslednosti, upřímnosti, lidskosti a schopnosti naslouchat nejen sluchem, zrakem, ale i srdcem. Velmi důležité je při vzájemné komunikaci navodit ovzduší důvěry, které pacienta uspokojí, zbaví obav, předsudků a strachu. Na dosažení efektivní komunikace musí sestra respektovat některé požadavky. Sestra musí zjistit vhodné slovní oslovení dítěte a provázet ho úsměvem. Na seznámení s dětským pacientem k prolomení ledů může sestra použít hračku, hru nebo obrázky. V praxi je kladen důraz na dodržování správných zásad verbální i neverbální komunikace. Mezi správné prvky verbální komunikace patří používání srozumitelných vět, jednoduchost slovníku, důvěryhodnost informací a zpětná vazba. Načasovanost rozhovoru by setra měla zohlednit. Individuální přístup k pacientovi je základním požadavkem úspěšné komunikace. Slova, která použije při rozhovoru u jednoho dětského pacienta, se mohou druhého pacienta dotknout nebo vyvolat negativní reakci. Důležitý je citlivý a taktický přístup k pacientovi. Vážít si pacienta vždy a za všech okolností, respektovat ho jako

osobnost, mít úctu k pacientovi, i když bude mít jiný názor, jinou představu než má sestra. Pozitivní vztah k pacientovi se vyvíjí v průběhu vzájemné komunikace. Během hospitalizace dětského pacienta v nemocnici je sestra nejen zdravotníkem, ale také jeho nejbližším kamarádem či přítelem. Děti jsou velmi všímavé a reagují na její chování. Při práci sestry je také velmi důležitý empatický přístup. Umět se vcítit do pocitů a jednání dítěte, vidět svět jeho dětskýma očima (Zacharová, 2016, s. 7-30).

Efektivní komunikace je ve všech aspektech založena na naslouchání a vnímání sebemenších projevů lékařů a sester. Naslouchání je jednou z nejdůležitějších komunikačních dovedností. U dětí je často problém, že neřeknou přímo, co je špatně nebo co jim zrovna prochází hlavou. Dětský pacient naopak komunikuje několika způsoby, řečí těla, hrou a mluveným slovem. Řeč těla je u dětí většinou dobře čitelná, ale jsou schopné sestry i lékaře zmást. Děti jsou velmi vnímavé na řeč těla sester nebo lékařů. Je důležité zaujmout otevřenou, přátelskou a uvolněnou pozici. Děti častěji sdělují informace formou hry než mluveným slovem, pro dítě je důležitou součástí života. Mluvené slovo není primárním komunikačním nástrojem dětí. Sestra si musí při efektivní komunikaci dát pozor na příliš odborné výrazy (Amery, 2017, s. 24).

Při práci sestry je důležité aktivně naslouchat. Pro zefektivnění komunikace se doporučuje přestat mluvit, nechat mluvit druhého a soustředit se na to, čem se mluví. Sestra by měla být pozorná, trpělivá a měla by umět ovládat svůj temperament. Na pacientův projev by měla reagovat klidně, důležité je sledovat gesta a změny hlasu. Klíčová je zpětná vazba, aby pacient viděl, že mu sestra rozumí (Plevová et al., 2012, s. 134).

Důležitou součástí léčebné a ošetrovatelské péče je umět získávat a dobře sdělovat informace dětským pacientům a zákonným zástupcům. Rozhovorem s pacientem sestra navozuje vzájemnou důvěru, pocit bezpečí a spokojenost. Pro dětského pacienta vytvoří vhodné prostředí a atmosféru. Vztah sestry a dětského pacienta by měl být lidsky rovnocenný. Na rozhovor s pacientem by se sestra měla připravit a uvědomit si s kým bude rozhovor vést, co chce říci, kdy to chce říci, kde to chce říci a jak to chce říci. Úprava zevnějšku a oblečení sestry je symbolem profesionality a sociální role, kterou sestra v daném okamžiku zastává (Zacharová, 2016, s. 38).

Nejen slovo, ale i neverbální komunikace může působit na dítě jako signál. Neverbální komunikace je řeč těla, postoj, projevy, které sestra vysílá, aniž by mluvila, nebo kterými řeč doprovází. V práci sestry a ve vztahu pacient - sestra má svůj velký význam proxemika, věda o členění prostoru, chápání prostorové vzdálenosti člověka ke člověku. Při kontaktu s jinými

lidmi může člověk rozlišit čtyři zóny. Zóny jsou individuálně rozdílné. Vliv má prostředí, ve kterém žijeme. Nejvzdálenější hranice je veřejná zóna. Sestra ve vztahu s pacientem se nejvíce ocitá v intimní zóně. V rámci podání ruky, položení ruky na rameno nebo podání léku se sestra setkává s pacientem v takzvané osobní zóně. O společenské zóně mluvíme jako o komunikaci, kde se prohlubuje oční kontakt. Velmi důležitý význam neverbální komunikace má horizontální rovina, komunikace na úrovni očí dítěte. Doteky jsou pro člověka nepostradatelné, doprovázejí nás od narození a máme je spojené s pocitem bezpečí a s vědomím lásky. Komunikace prostřednictvím dotyků se nazývá haptika. Posturologie se zabývá polohou a držením těla. Mimika je komunikace pomocí obličejových svalů, které vyjadřují emoce a psychický stav člověka. Je to nejdůležitější neverbální prostředek k vyjadřování pocitů člověka. Úsměv je nejvýznamnější neverbální prostředek komunikace, který navozuje přátelskou atmosféru a usnadňuje komunikaci mezi sestrou a dětským pacientem. Ve správně zvolené situaci může sestra svým úsměvem pomoci nemocnému zvládnout jeho náročnou situaci, ale také uspokojit psychosociální potřeby. Gestika je nauka o pohybové činnosti člověka. K základním gestům se řadí pohyby hlavy, ramen, rukou. Velmi účinným prostředkem neverbální komunikace je pohled z očí do očí. Oči jsou velkým zdrojem informací, výraz očí vyjadřuje různé emoce. Oční kontakt sestra zpravidla využívá k projevení pozornosti (Zacharová, 2016, s. 54-67).

Komunikace s dětským pacientem se vztahuje k základnímu modelu jasné a věkově přiměřené komunikace. Úspěšnost při ošetrovatelských výkonech a zdravotnických úkonech u dětských pacientů je mnohem více podmíněna odpovídající komunikací než u dospělých pacientů. Komunikace s dětským pacientem musí být vždy vedena jako komunikace s partnerem. Dítě z komunikace nesmí nikdy vynechat. Sestra sděluje důležité informace, učí rodiče, jak pečovat o své dítě. U dlouhodobě nemocných dětí se z nich stávají partneři. Důležitá je trpělivost a náležitě vysvětlování při ošetrovatelských intervencích, eventuálně předvedení samotného úkonu na panence, to snižuje úzkost a strach. Dětský pacient lépe spolupracuje při výkonu a dalších zákrocích. Rodič jako zákonný zástupce dítěte dává samotný informovaný souhlas. Omezování kontaktu v průběhu hospitalizace dítěte s rodičem je nepřijatelné (Ptáček, Bartůněk a Mach, 2013, s. 193-194).

Pro nedostatky v rozhovorech byl zaveden informovaný souhlas pacienta. Ten vychází z právního hlediska a z preventivních opatření vůči možným pochybením, ale také z lékařské etiky. Zákon č. 66/2013, který mění zákon 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, stanovuje poskytovat zdravotní služby pouze s pacientovým svobodným a informovaným souhlasem, pokud zákon nestanoví jinak (Česko, 2013).

2.3 Dětská sestra v pediatrické péči

V návaznosti na průzkumnou část práce bude v této kapitole popsána role dětské sestry, její vzdělání, kompetence a systém rolí. Dětská sestra má ve zdravotnických systémech své nezastupitelné místo. Spolu s dalšími zdravotnickými pracovníky se podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, paliativní, neodkladné a dispenzární ošetrovatelské péči. To je založeno na samostatnosti sestry a týmové spolupráci se členy multidisciplinárního zdravotnického týmu. Sestra vhodnými metodami systematicky a všestranně uspokojuje potřeby dítěte. Plánuje a realizuje komplexní ošetrovatelskou péči ošetrovatelským procesem (Česko, 2021a).

V ČR pracuje na pozicích dětské sestry přibližně 3759 sester (ÚZIS ČR, 2020, s. 130). Profesi všeobecné sestry vykonávají i muži. Pro muže vykonávající profesi všeobecné sestry se v ČR užívá stejný termín, tj. všeobecná sestra, zákon umožňuje používat i pojem všeobecný ošetrovatel. V historii v roli ošetrovatelů dominovali právě muži, pro tuto profesi byli ve starověkém Řecku školeni muži pod vedením Hippokrata. V antickém Římě se zpočátku o nemocné starali muži i ženy společně a se vznikem vojenských nemocnic přešla péče o pacienty výhradně do kompetence mužů (Selementová, 2016).

Dne 1. 9. 2017 vstoupil v platnost zákon č. 201/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. Odbornou způsobilost k výkonu povolání dětské sestry lze získat absolvováním nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu dětské sestry. Další možností je absolvování nejméně tříletého studia v oboru diplomová dětská sestra na Vyšší odborné škole zdravotnické (VOŠZ), nebo absolvováním oboru diplomová dětská sestra na VOŠZ v délce nejméně jeden rok, pokud zdravotnický pracovník získal povolání praktické sestry, všeobecné sestry, zdravotnického záchranáře nebo porodní asistentky a byl přijat do vyššího ročníku než do prvního ročníku vzdělávání (Kordulová, 2017, s. 383-386).

Zákon č. 201/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., ukončil k 1. 9. 2017 registrace nelékařských zdravotnických pracovníků u Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO). Návazné a celoživotní vzdělávání formou kreditního systému bylo ukončeno. Současná registrace je dle novely zákona č. 147/2016 o zdravotních službách v Národním registru zdravotnických pracovníků. Dětské sestry v rámci celoživotního vzdělávání mohou získávat nové informace a poznatky z akreditovaných certifikovaných kurzů MZ ČR (Česko, 2017).

Kompetence dětské sestry v ČR udává vyhláška č. 158/2022 Sb., kterou se mění vyhláška 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Dětská sestra bez indikace lékaře uspokojuje potřeby dítěte, které vznikly v souvislosti s onemocněním. V rozsahu své odborné způsobilosti zajišťuje základní ošetrovatelskou péči. Identifikuje a hodnotí biopsychosociální potřeby dítěte, které vznikly v souvislosti s onemocněním. Zajišťuje a sestavuje plán ošetrovatelské péče k dosažení uspokojování potřeb, navrácení soběstačnosti, zmírňuje bolest a utrpení, klidné umírání. Dětská sestra vykonává ošetrovatelskou péči, nebo koordinuje činnost jiného zdravotnického pracovníka. Vykonává první ošetření novorozence. Zajišťuje preventivní a protiepidemiologické opatření. Hodnotí výsledky ošetrovatelské péče a plánuje další opatření (Česko, 2022).

Povolání sestry patří z hlediska odborné přípravy a profesionálního výkonu mezi povolání náročná. Velký význam je v práci dětské sestry kladen na dodržování žádoucích forem jednání ve vztahu k pacientovi – dítěti a spolupracovníkům. Profesionální a sofistikovaná sestra má působit na prožívání a jednání pacienta, ovlivnit ho a vést správným směrem. Pro dětského pacienta by měla být zdrojem jistoty a porozumění. V neposlední řadě by měla být schopna vyrovnat se s pracovními a rodinnými problémy (Kordulová, 2018, s. 32-35).

Profese sestry zahrnuje určitý systém rolí. Jde o předpokládané společenské chování vyplývající z povolání. V interdisciplinárním týmu má sestra nezastupitelnou roli, poskytuje základní ošetrovatelskou péči v primární péči nebo při hospitalizaci dítěte. Péče je založená na humanisticko-altruistických hodnotách. Je charakterizována lidskostí, dobročinností a lidumilností. Holisticky chápe pacienta, zohledňuje jeho zdraví a prostředí v zájmu uspokojování potřeb. Podílí se na diagnosticko-terapeutické lékařské péči. Sestra připravuje dětského pacienta na vyšetření, asistuje při vyšetření. Zajišťuje terapeutické činnosti dle ordinace lékaře. Pracuje s moderní technikou. Vystupuje v roli poskytovatelky ošetrovatelské péče. Sestra utváří a formuje zodpovědné chování a jednání na upevňování zdraví, prevenci vzniku nemocí a následných komplikací. Plní roli sestry edukátorky nemocného i jeho rodiny. V roli advokátky sestra obhajuje zájmy pacienta. Ošetrování dětí vyžaduje profesionalitu, protože péče vychází z komplexního rozboru celé skutečnosti (Sedláková et al., 2010, s. 14-15).

PRAKTICKÁ ČÁST

Cílem praktické části bakalářské práce byla realizace sekundární analýzy dat výsledků vybraných závěrečných prací, které byly zaměřeny na hodnocení kvality ošetrovatelské péče očima dítěte pomocí české verze nástroje CCQH. Získaná empirická data byla zpracována, zanalyzována a porovnána se zahraničními výzkumy dané problematiky. V současné době se zdravotnická zařízení po celém světě zabývají hodnocením spokojenosti pacienta s poskytovanou péčí.

3 PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

1. Jaké výsledky uvádí vybrané závěrečné práce v oblasti spokojenosti dětí s přístupem dětských sester?
2. Jaké výsledky uvádí vybrané závěrečné práce v množství podaných informací od sester dětem?
3. Jaké výsledky uvádí vybrané závěrečné práce v oblasti spokojenosti dětí s prostředím hospitalizace?

4 METODIKA PRŮZKUMNÉ ČÁSTI

Kvantitativní průzkum byl realizován pomocí metody sekundární analýzy dat. Tato metoda představuje aplikaci analytické metody k určitému průzkumnému šetření s prameny statistických dat realizované dříve, jiným autorem nebo za jiným účelem (Hora, 2018, str. 2).

Průzkumné šetření bylo provedeno analýzou dat ze tří závěrečných vysokoškolských prací na podobné téma. Kritéria pro zařazení práce: téma „**kvalita péče pohledem dítěte zjišťována prostřednictvím dotazníku CCQH**“ a dostupnost elektronické verze na portálu FZS UPa. Jako vhodné byly identifikovány tři závěrečné práce, a to diplomová práce Bc. Lucie Chytilové na téma „Hodnocení kvality péče dětmi hospitalizovanými pro onkologické onemocnění“ z roku 2018. Diplomová práce Bc. Radky Hubalové pod názvem „Hodnocení kvality péče dětmi hospitalizovanými na standardním dětském oddělení“ též z roku 2018. Poslední prací je bakalářská práce Barbory Provazníkové s názvem „Hodnocení hospitalizace dětí“ vypracovanou v roce 2019. Vzhledem k přehlednosti jsou tyto tři závěrečné práce označeny A, B, C. V práci A bylo zpracováno 40 dotazníků, v práci B 142 dotazníků a v práci C 40 dotazníků (Provazníková, 2019, s. 29; Hubalová, 2018, s. 29; Chytilová, 2018, s. 36).

4.1 Průběh průzkumu

Stanovení průzkumných otázek a informační příprava průzkumu probíhala od listopadu 2020 do ledna 2021. Výběr a příprava průzkumných metod se uskutečnily v dubnu 2021. K průzkumu byl získán souhlas o realizaci vedením FZS UPa. Analýza a interpretace průzkumných dat pomocí kódování byla realizována od března 2022 do února 2023.

V rámci procesu kódování dochází k opakovanému studování, ověřování a třídění dat a hodnocení kódů s podobnými vlastnostmi (Hendl a Remr, 2017, s. 230-232).

4.2 Popis průzkumného nástroje

K účelu průzkumu byl použit standardizovaný dotazník finské autorky Tiiny Pelander, CCQH, který vychází z Charty práv dětí. Česká verze dotazníku CCQH (Příloha A) byla realizována dle mezinárodních guidelines pro transkulturní přenos nástrojů ve zdravotnictví. Dotazník obsahuje 61 položek a skládá se z otevřených a uzavřených otázek. Je určený pro děti ve věku 7-11 let. Děti hodnotí kvalitu ošetrovatelské péče ve třech základních oblastech: hodnocení sester, rozsah poskytnutých informací a nemocniční prostředí. Formulace položek je na otevřené a uzavřené otázky U otázek byla respondentům nabídnuta třibodová a čtyřbodová škála (Černohorská, Hlaváčková a Hodačová, 2021, s. 51-56).

Z důvodu požadavků o rozsahu bakalářské práce uvádíme pouze kladné odpovědi respondentů.

4.3 Charakteristika průzkumného souboru

Průzkumný soubor v dotazníkových šetřeních tvořily děti. V občanském a rodinném právu termínem dítě rozumíme fyzickou osobou, která používá celoživotní příbuzenský poměr vůči rodičům. Jde o osobu, která nedosáhla osmnáctého roku života, definujeme ji nezletilé dítě (Hrušková et al., 2017, str. 35). Ochranu zájmů a naplňování práv nezletilého dítěte sleduje zákonný zástupce dítěte, kterým jsou jeho rodiče, popřípadě poručník. Zákonný zástupce zastupuje dítě až do dovršení zletilosti, to je 18 let, kdy dítě nabývá plné svéprávnosti. Postavení rodičů jako zákonných zástupců dítěte vychází z rodičovské odpovědnosti, tu vykonávají rodiče v souladu se zájmy dítěte a ve vzájemné shodě. Náleží stejně oběma rodičům a mají ji oba rodiče, jen v případě, pokud by byl rodič zbaven rodičovských práv je situace jiná. Rodiče mají právo a povinnost zastupovat dítě při právních jednáních, ke kterým není právně způsobilé (Veřejná správa ČR, 2020).

S vyplněním dotazníku musely souhlasit děti i jejich zákonní zástupci. Informovaný souhlas podepsali zákonní zástupci dítěte. Informovaný souhlas pacienta vychází z právního hlediska,

z preventivních opatření možných pochybení a z lékařské etiky. Jde o souhlas pacienta s navrhovaným postupem a provedením zdravotnického výkonu. Svým podpisem pacient stvrzuje vlastní svobodnou volbu s navrhovaným výkonem nebo zákrokem, který doporučuje lékař vzhledem k jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu. Zákon č. 66/2013 Sb., který mění č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování stanovuje poskytovat zdravotní služby pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem, pokud nestanoví zákon jinak (Česko, 2013).

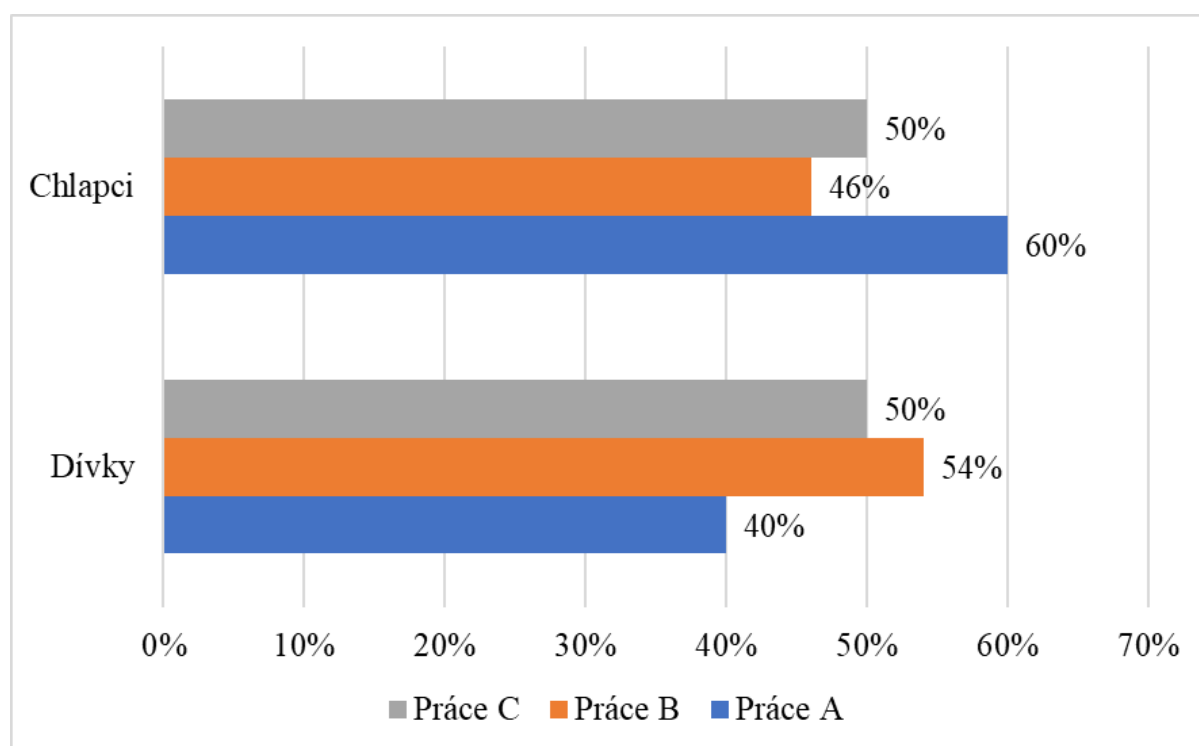
V souvislosti s dotazníkovým šetřením CCQH byla dalším kritériem věková hranice dítěte 7-11 let, v práci C byla rozšířena věková kategorie do 15 let.

Celkem bylo osloveno 222 dětských pacientů, kteří byli hospitalizováni na klinice dětského oddělení. Z toho bylo 113 dívek a 109 chlapců. Nejpočetnější skupinu respondentů, tvořily děti ve věku 7 let. Nejmenší počet respondentů měla skupina ve věku 10 let.

5 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

Tato kapitola je zaměřena na prezentaci výsledků sekundární analýzy dat prostřednictvím dotazníku CCQH. K analýze a interpretaci výsledků průzkumu jsme vyhodnotili množství dat (222) za dostatečný pro matematické zpracování získaných dat. Vzhledem k rozsahu získaných dat z analýzy uvádíme **souhlasné odpovědi respondentů** v souvislosti s požadavkem o rozsahu bakalářské práce. Pro lepší přehlednost jsou výsledky průzkumu znázorněny v podobě grafů a tabulek. Hodnoty jsou uváděny v relativní (%) a absolutní četnosti. V úvodu jsou obrázky grafů a tabulka 1-9 obecnou charakteristikou, obrázky grafů 10-18 jsou syntézou položek 11-58, tabulky 2-3 a obrázek grafu 19 jsou hodnocení hospitalizovaných respondentů z vybraných závěrečných vysokoškolských prací A, B a C. Při zpracování získaných dat byl použit program Microsoft Office Excel a World.

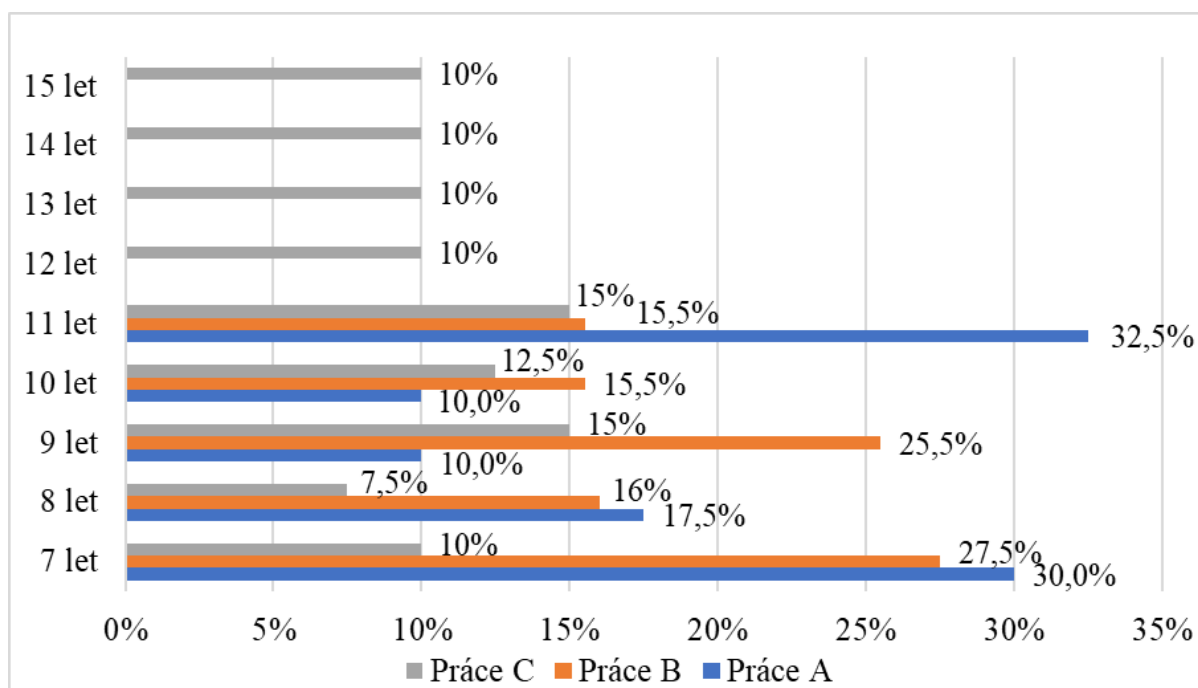
Položka 1 Jsem dívka/chlapec.



Obrázek 1 - Graf pohlaví respondentů ze závěrečných prací

Z celkového počtu 100 % (222) respondentů bylo zastoupeno 50,8 % (113) dívek a 49,2 % (109) chlapců. Nejpočetnější skupinu respondentů je tvořena práce B, 46 % (65) mužského pohlaví a 54 % (77) ženského pohlaví. Shodný počet respondentů, 50 % (20) mužského pohlaví a 50 % (20) ženského pohlaví, uvádí práce C. V práci A bylo zastoupeno 60 % (24) chlapců a 40 % (14) dívek.

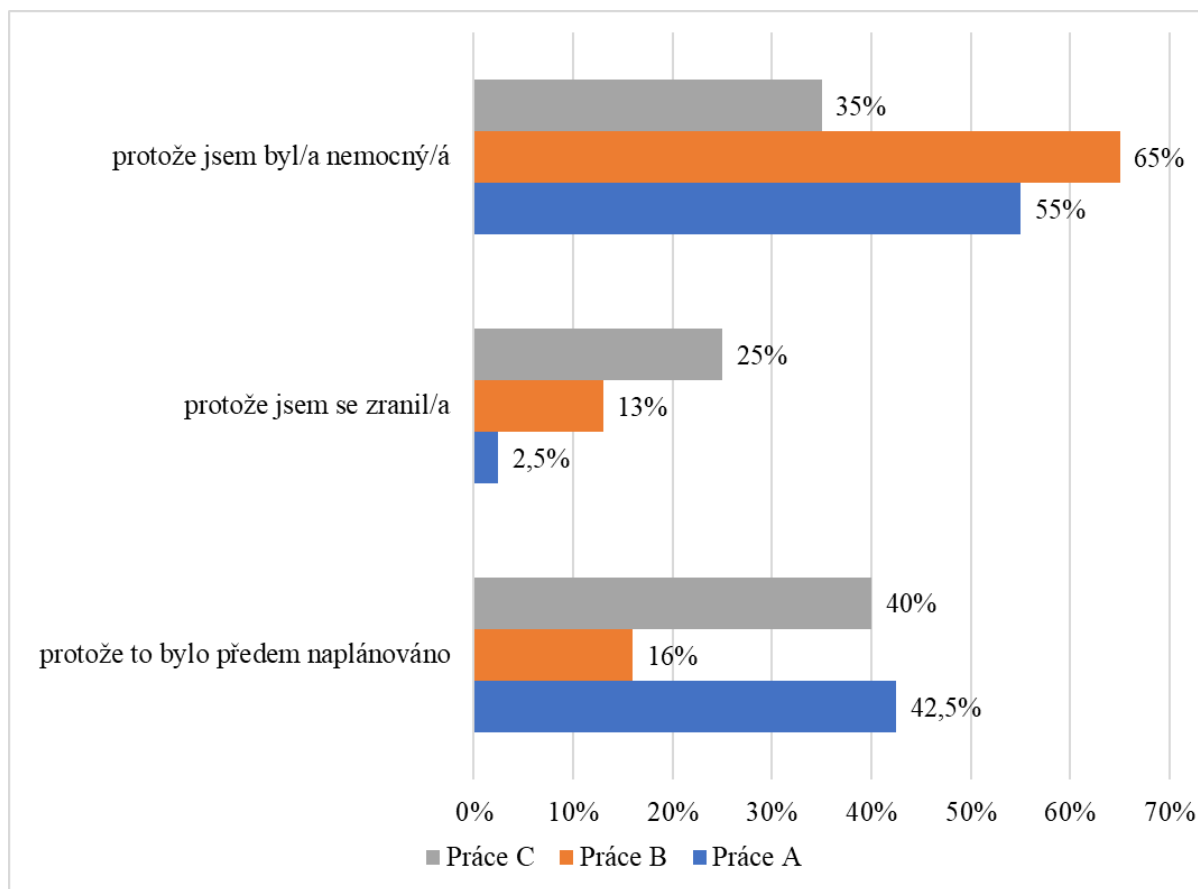
Položka 2 Je mi...let.



Obrázek 2 - Graf věku respondentů ze závěrečných prací

Práce A měla největší zastoupení 32,5 % (13) respondentů ve věku 11 let. V práci B bylo největší zastoupení ve věkové skupině 7 let, tedy 27,5 % (39) respondentů. Největší zastoupení 15 % (6) respondentů ve věkových kategoriích 9 let a 11 let měla práce C. V práci C byla rozšířena věková kategorie do 15 let. Respondentů ve věku 12 let, 13 let, 14 let a 15 let bylo zastoupeno stejným počtem, 10 % (4).

Položka 3 Do nemocnice jsem přišel/přišla:



Obrázek 3 - Graf důvodu hospitalizace respondentů ze závěrečných prací

Nejčastějším důvodem hospitalizace, „byl/a jsem nemocný/á“, uvádí 65 % (92) dotazovaných respondentů z práce B. Důvod plánované hospitalizace uvádí 42,5 % (17) respondentů z práce A a 40 % (16) respondentů z práce C. Hospitalizaci s důvodem úrazu uvádí 25 % (10) respondentů z práce C.

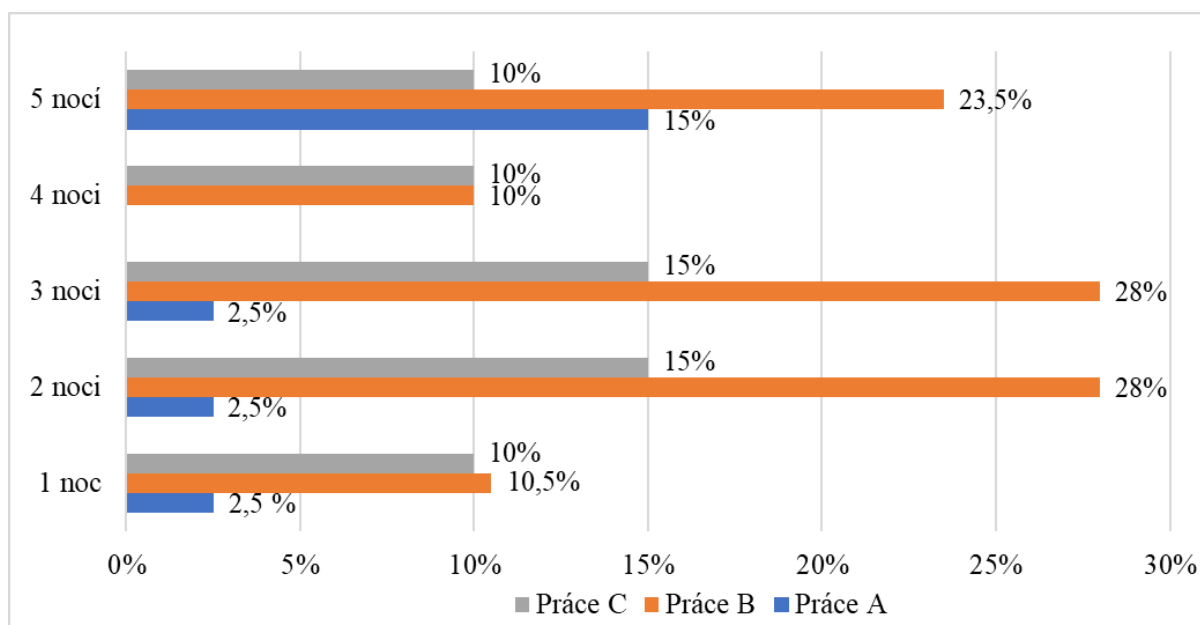
Položka 4 Byl/a jsem v nemocnici, protože...:

Práce A		Práce B		Práce C	
Důvod	Počet respondentů	Důvod	Počet respondentů	Důvod	Počet respondentů
byl/a jsem nemocný/á	37,5%	byl/a jsem nemocný/á	16%	operace	15%
z důvodu léčebných postupů	22,5%	zvracení	6%	úraz	12,5%
horečky a plánované vyšetření	17,5%	horečka	5%	zlomenina	10%

Tabulka 1 Nejčastější příčina hospitalizace respondentů ze závěrečných prací

Nejčastější příčinu hospitalizace „byl/a jsem nemocný/á“ uvedlo 37,5 % (15) respondentů z práce A a v práci B to uvedlo 16 % (23) respondentů. Z důvodu léčebných postupů bylo hospitalizováno 22,5 % (9) respondentů z práce A. Horečky a plánované vyšetření uvedlo 17,5 % (7) respondentů z práce A. Z práce C 15 % (6) respondentů uvedlo operaci jako důvod hospitalizace. Úrazy označilo jen 12,5 % (5) respondentů a zlomeninu 10 % (4) respondentů z práce C.

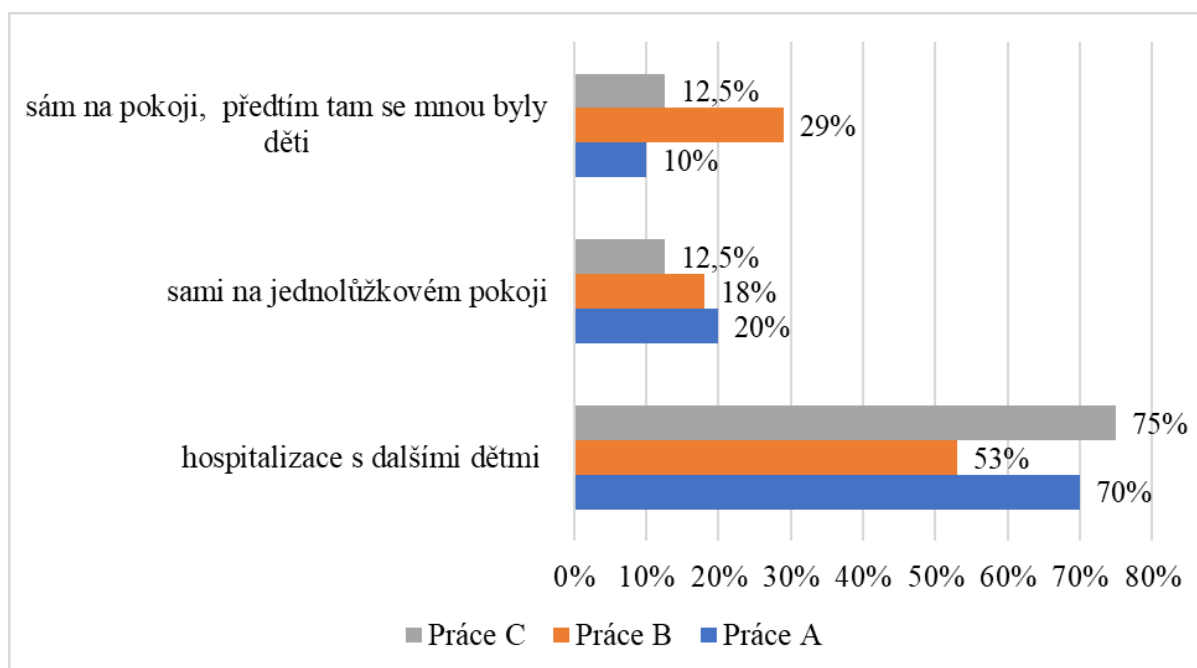
Položka 5 V nemocnici jsem byl/a:



Obrázek 4 - Graf délky hospitalizace respondentů ze závěrečných prací

Délku hospitalizace 5 nocí uvedlo 15 % (6) respondentů v práci A, 23,5 % (33) respondentů v práci B a v práci C 10 % (4) respondentů. Shodnou délku hospitalizace 3 noci a 2 noci uvedlo 2,5 % (1) respondentů z práce A, 28 % (40) respondentů z práce B a 15 % (6) respondentů z práce C. Na jednu noc bylo hospitalizováno 2,5 % (1) respondentů z práce A, 10,5 % (15) respondentů z práce B a 10 % (4) respondentů z práce C.

Položka 6 V nemocnici jsem byla/a:

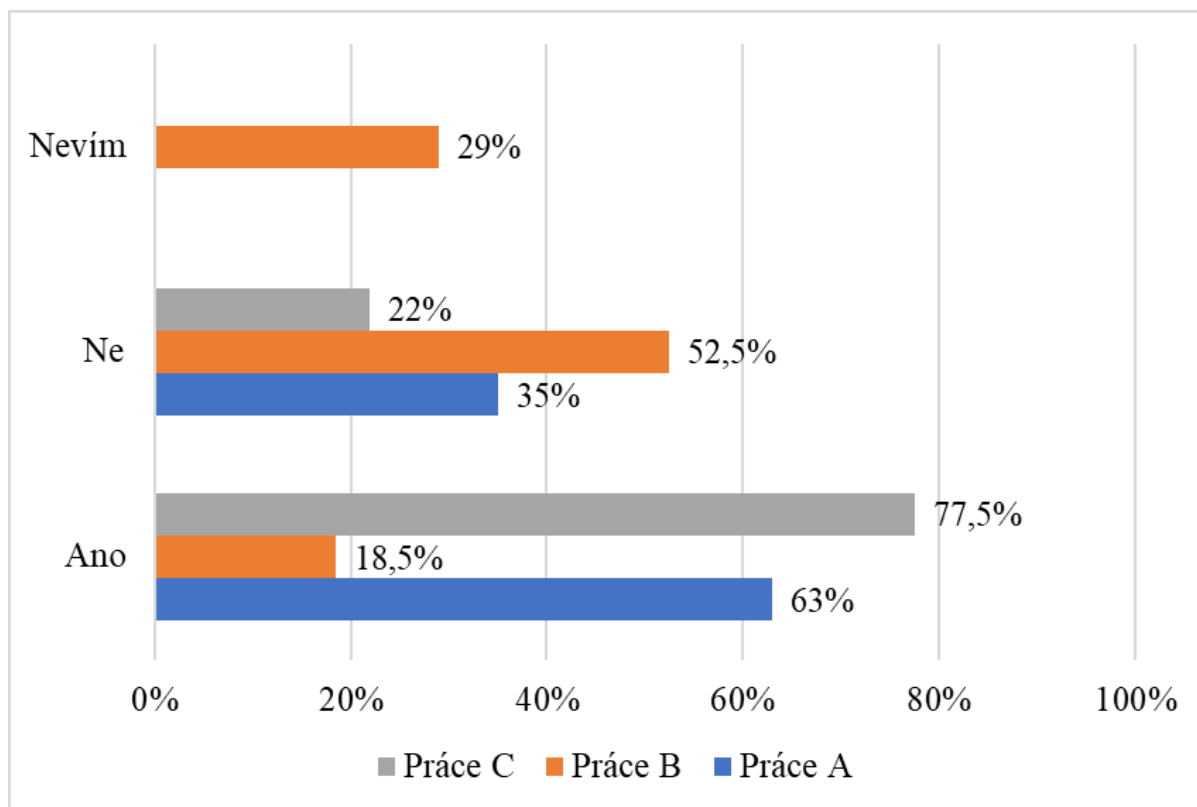


Obrázek 5 - Graf možnosti lůžek pro respondenty ze závěrečných prací

Při hospitalizaci pokoj sdíleli s dalšími nemocnými dětmi uvedlo 70 % (28) respondentů v práci A, 53 % (75) respondentů v práci B, 75 % (30) respondentů v práci C.

Na jednolůžkovém pokoji bylo hospitalizováno pouze 20 % (8) respondentů z práce A, 18 % (26) respondentů z práce B, 12,5 % (5) respondentů z práce C. „Sám na pokoji, i když předtím na pokoji se mnou byly další nemocné děti“ odpovídalo 29 % (41) respondentů z práce B, 12,5 % (5) respondentů z práce C a 10 % (4) respondentů z práce A.

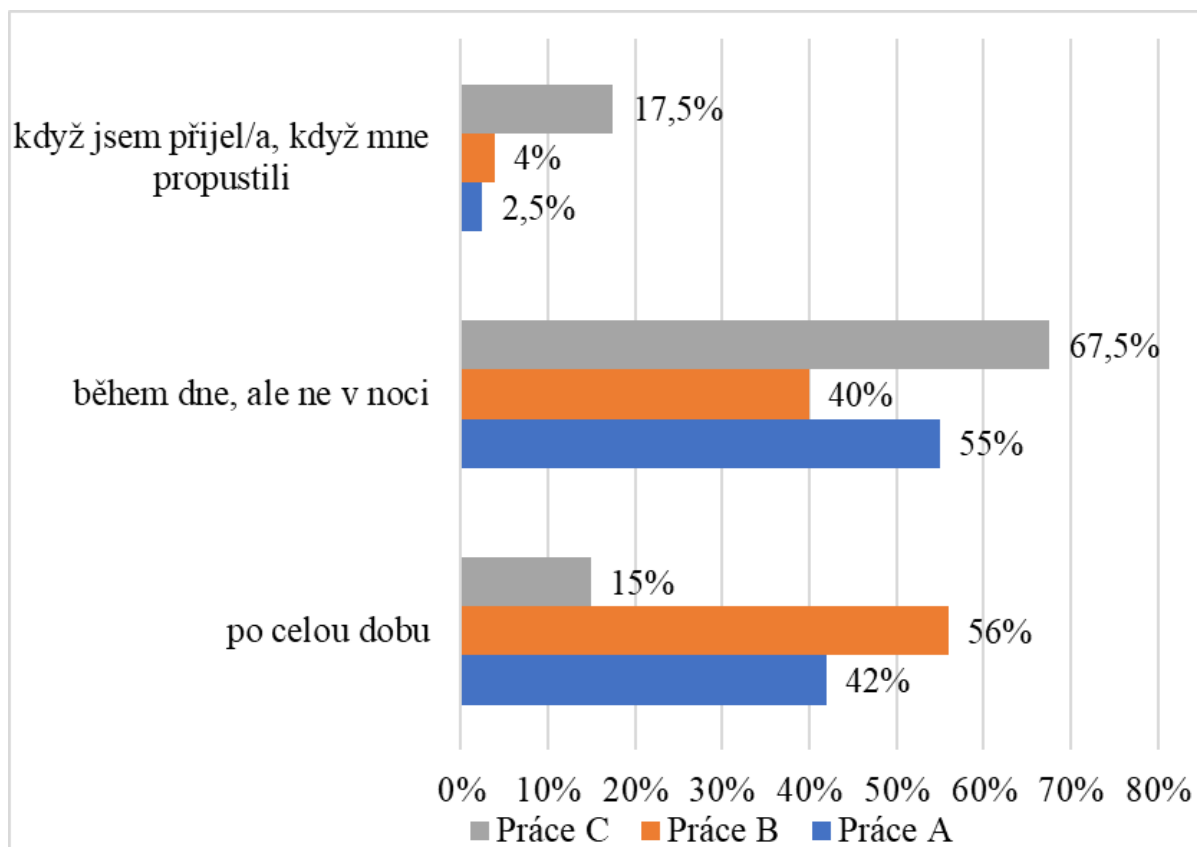
Položka 7 Byl/a jsem v nemocnici už předtím



Obrázek 6 - Graf předchozí pobytu respondentů v nemocnici ze závěrečných prací

Nejčastěji hospitalizováno bylo, již předtím 77,5 % (31) respondentů z práce C, 63 % (26) respondentů z práce A a 18,5 % (26) respondentů z práce B. V nemocnici nebylo hospitalizováno 52,5 % (74) respondentů z práce B, 35 % (14) respondentů z práce A, 22 % (9) respondentů z práce C. 29 % (41) respondentů z práce B odpovědělo, že neví, zda byli již hospitalizováni v nemocnici.

Položka 8 Moji rodiče byli v nemocnici se mnou



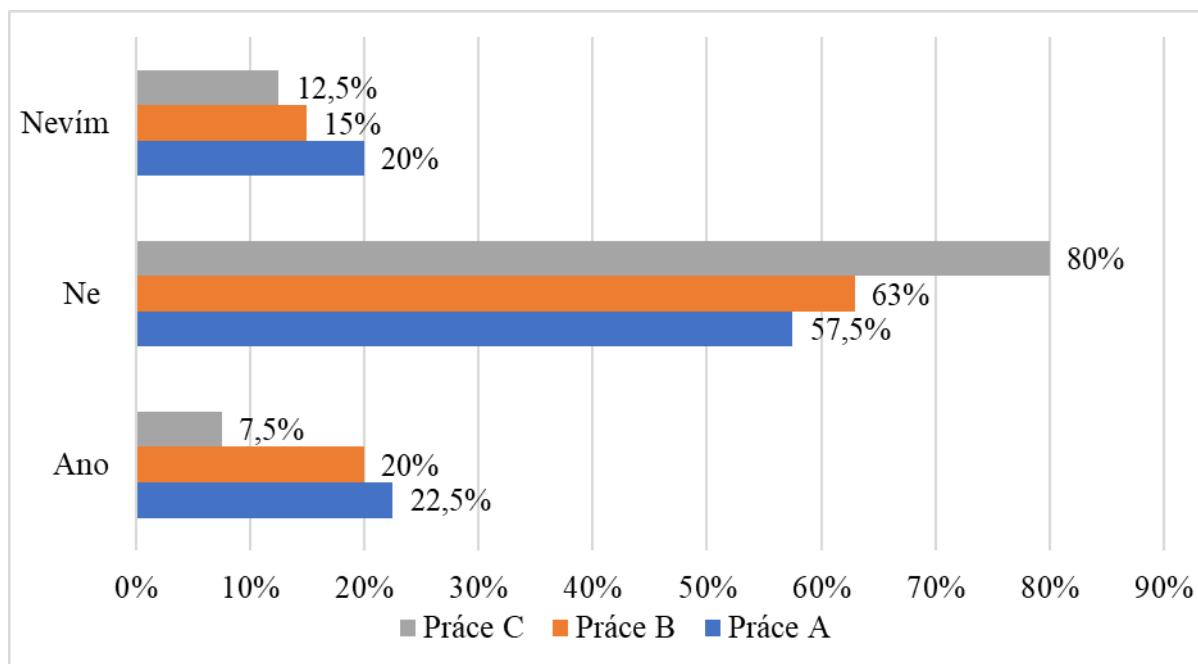
Obrázek 7 - Graf přítomnosti rodičů u respondentů ze závěrečných prací

Nejčastěji rodiče se mnou byli v nemocnici během dne, ale ne v noci, odpovědělo 67,5 % (27) respondentů z práce C, 55 % (22) respondentů z práce A a 40 % (57) respondentů z práce B.

Po celou dobu hospitalizace byli rodiče se mnou v nemocnici nejčastěji odpovědělo 56 % (79) respondentů z práce B, 42 % (17) respondentů z práce A a 15 % (6) respondentů z práce C.

Rodiče se mnou byli v nemocnici při přijetí a v den propuštění odpovědělo 17,5 % (7) respondentů z práce C, 4 % (6) respondentů z práce B a 2,5 % (1) respondentů z práce A.

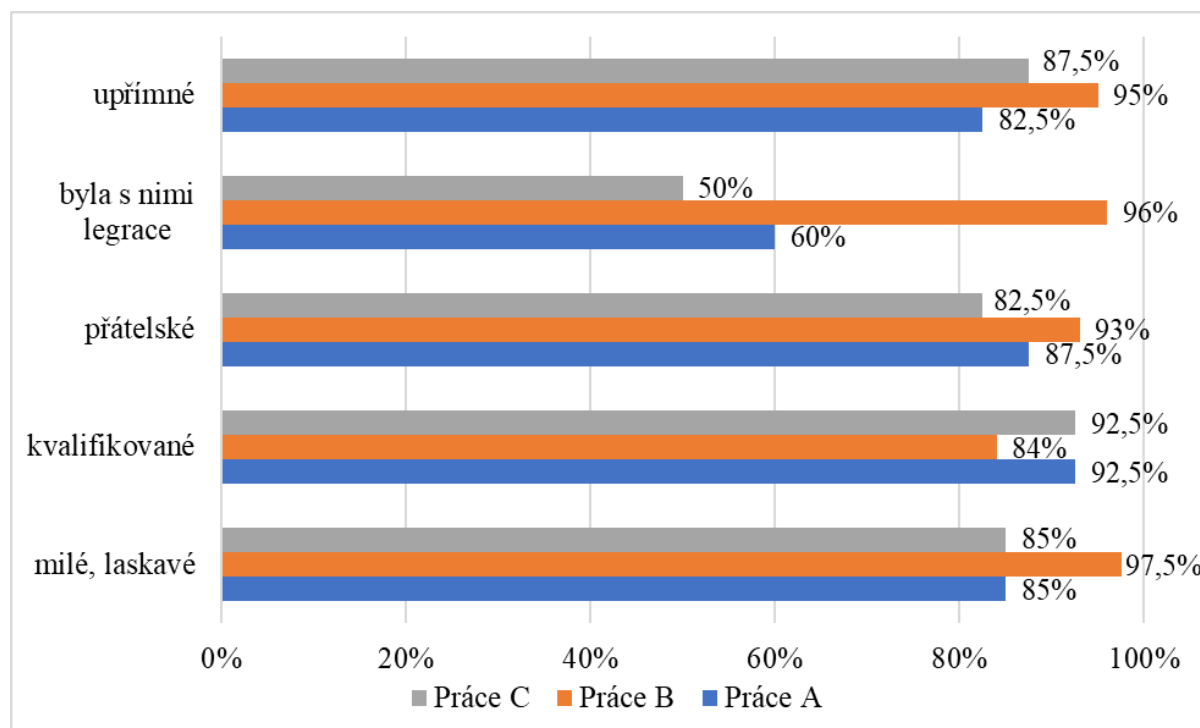
Položka 9 Měl/a jsem sestru jen sám/sama pro sebe:



Obrázek 8 - Graf možnosti respondentů ze závěrečných prací mít sestru sám pro sebe

V průběhu hospitalizace nejčastěji uvedlo, že nemělo sestru pro sebe 80 % (32) respondentů v práci C, 63 % (89) respondentů v práci B a 57,5 % (23) respondentů v práci A. Sestru sám/sama pro sebe uvedlo 22,5 % (9) respondentů z práce A. V práci B uvedlo 20 % (28) respondentů, že mělo sestru pro sebe. Jen 7,5 % (3) respondentů v práci C uvedlo sestru sám/sama pro sebe.

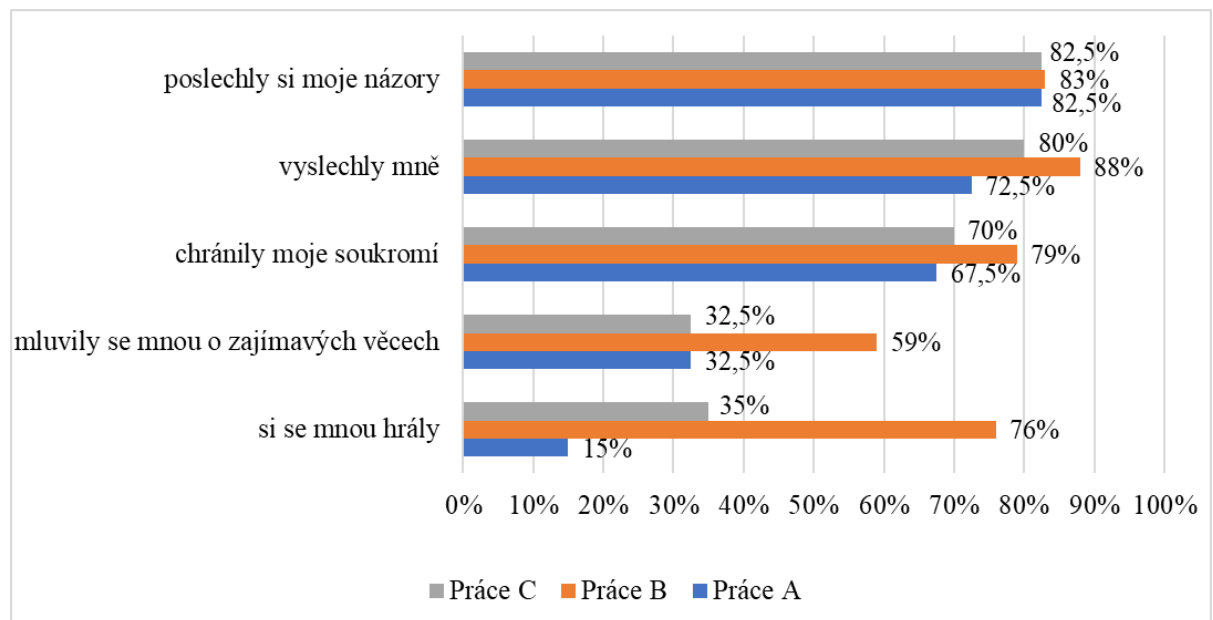
Syntéza položek 10, 11, 12, 13, 14 Jaké byly dětské sestry, které se o tebe staraly, když jsi byl/a v nemocnici? Moje sestry byly milé, laskavé. Kvalifikované (zkušené, šikovné). Přátelské. Byla s nimi legrace. Upřímné.



Obrázek 9 - Graf přístupu sester k respondentům ze závěrečných prací

Sestry v průběhu hospitalizace byly milé a laskavé, tak odpovídalo 85 % (34) respondentů z práce A, 97,5 % (138) respondentů z práce B, 85 % (34) respondentů z práce C. Kvalifikované (zkušené, šikovné) sestry se o mě staraly v průběhu hospitalizace, tak odpovídalo 92,5 % (37) respondentů z práce A, 84 % (119) respondentů z práce B a 92,5 % (37) respondentů z práce C. Přátelské sestry byly pro 87,5 % (35) respondentů z práce A, 93 % (132) respondentů z práce B, 82,5 % (33) z práce C. 60 % (24) respondentů z práce A, 96 % (136) respondentů z práce B, 50 % (35) respondentů z práce C uvedlo, že se sestrami během hospitalizace byla legrace. Upřímné sestry byly pro 82,5 % (33) respondentů z práce A, 95 % (135) respondentů z práce B, 87,5 % (35) respondentů z práce C.

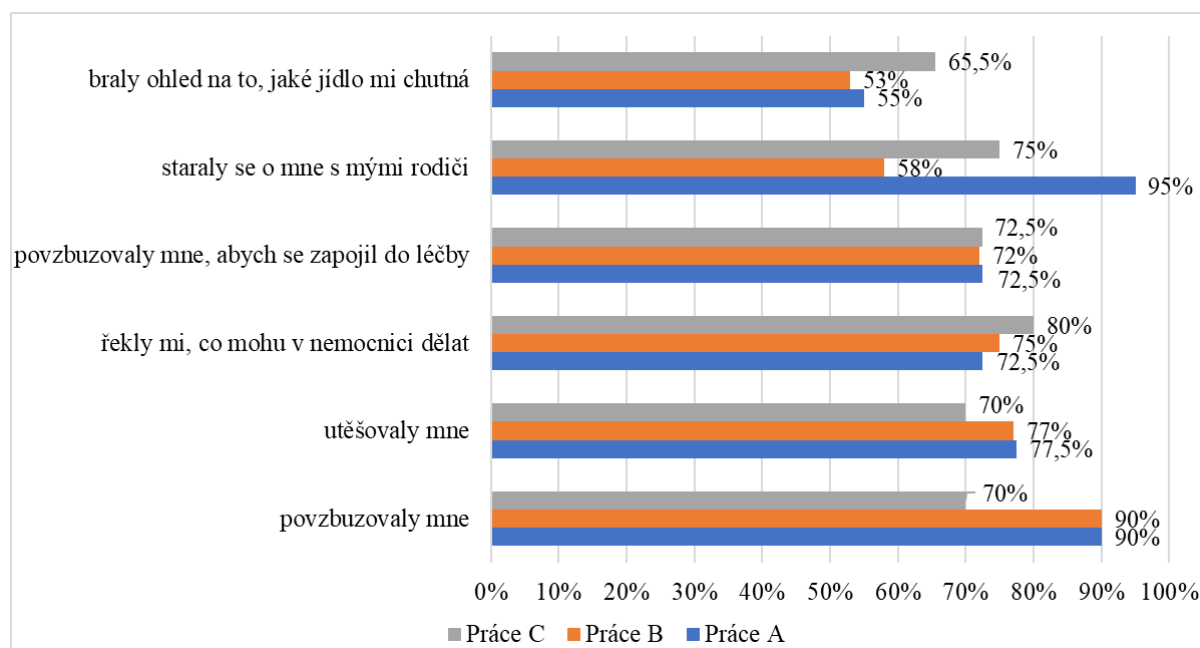
Syntéza položek 15, 16, 17, 18, 19 Jak se k tobě dětské sestry chovaly? Dětské sestry si se mnou hrály. Dětské sestry se mnou mluvily o zajímavých věcech. Dětské sestry chránily moje soukromí (=můj prostor“). Dětské sestry vyslechly mne. Dětské sestry poslechly si moje názory.



Obrázek 10 - Graf aktivity sester u respondentů ze závěrečných prací I.

Z grafu vyplývá, že si sestry poslechly názory hospitalizovaných dětských pacientů. V práci A to uvedlo 82,5 % (33) respondentů, v práci B tuto odpověď volilo 83 % (118) respondentů a v práci C odpovídalo 82,5 % (33) respondentů. 72,5 % (29) respondentů z práce A, 88 % (125) respondentů z práce B a 80 % (32) respondentů z práce C uvedlo, že si je sestry vyslechly. Sestry chránily mé soukromí, tuto odpověď zvolilo 67,5 % (27) respondentů z práce A, 79 % (112) respondentů z práce B a 70 % (28) respondentů z práce C. Sestry se mnou mluvily o zajímavých věcech uvedlo v práci A 32,5 % (13) respondentů, v práci B 59 % (84) respondentů a v práci C 32,5 % (13) respondentů. Respondenti z práce B 76 % (108), z práce C 35 % (14), z práce A jen 15 % (6) odpovídali, že si s nimi sestry hrály.

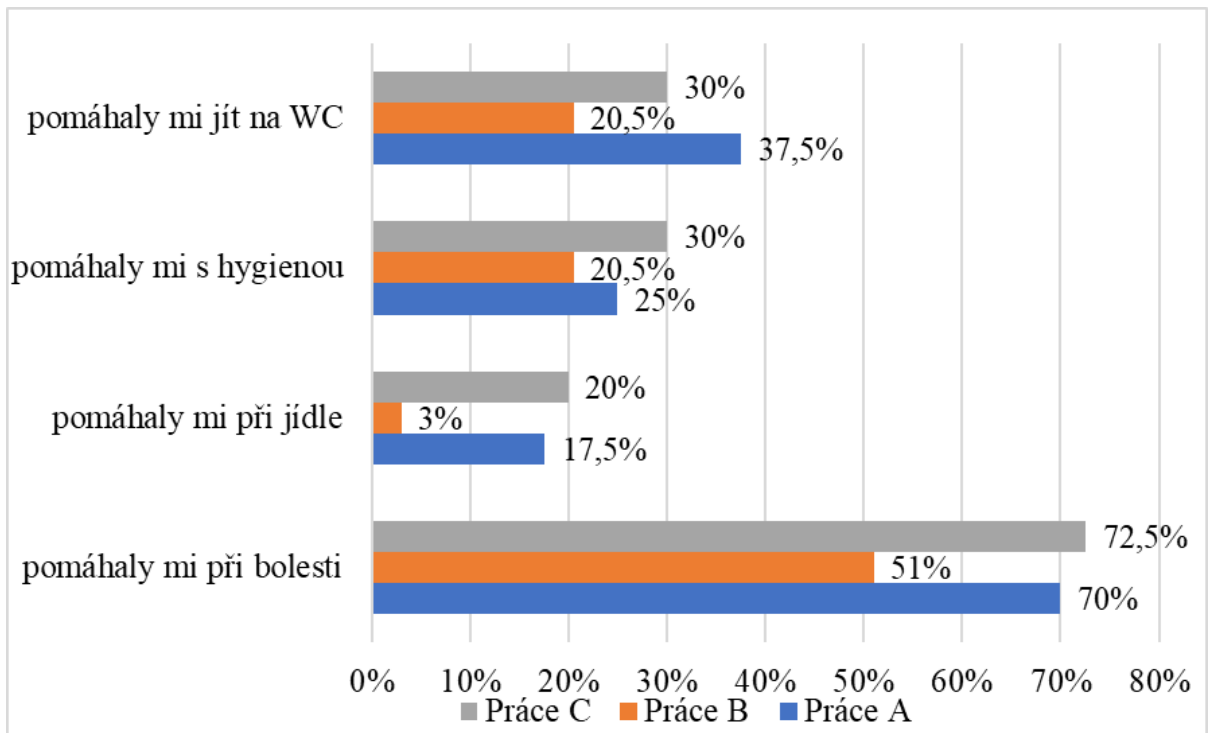
Syntéza položek 20, 21, 22, 23, 24, 25 Jak se k tobě dětské sestry chovaly? Dětské sestry povzbuzovaly mne. Dětské sestry utěšovaly mne. Dětské sestry řekly mi, co mohu v nemocnici dělat. Dětské sestry povzbuzovaly mne, abych se zapojil do léčby. Dětské sestry staraly se o mne s mými rodiči. Dětské sestry braly ohled na to, jaké jídlo mi chutná.



Obrázek 11 - Graf aktivit sester u respondentů ze závěrečných prací II.

Z grafu jasně vyplývá, že sestry povzbuzovaly respondenty v práci A v 90 % (36) případů, v práci B též v 90 % (128) případů a v 70 % (28) případů v práci C. Respondenti uvedli, že je sestry utěšovaly v 77,5 % (31) případů v práci A, 77 % (109) případů z práce B a 70 % (28) případů bylo v práci C. 72,5 % (29) respondentů z práce A, 75 % (107) respondentů z práce B, 80 % (32) respondentů z práce C odpovědělo, že dětské sestry mu poskytly informace, co může v nemocnici dělat. Z práce A 72,5 % (29) respondentů, z práce B 72 % (102) respondentů, z práce C 72,5 % (29) respondentů se vyjádřilo, že sestry je povzbuzovaly, aby se zapojily do léčby. Dětské sestry se staraly s mými rodiči, s touto otázkou se ztotožnilo 95 % (38) respondentů z práce A, 58 % (82) respondentů z práce B, 75 % (30) respondentů z práce C. Respondenti z práce A 55 % (22), z práce B 53 % (75), z práce C 65,5 % (27) uvedli, že sestry v průběhu hospitalizace braly ohled na to, jaké jídlo jim chutná.

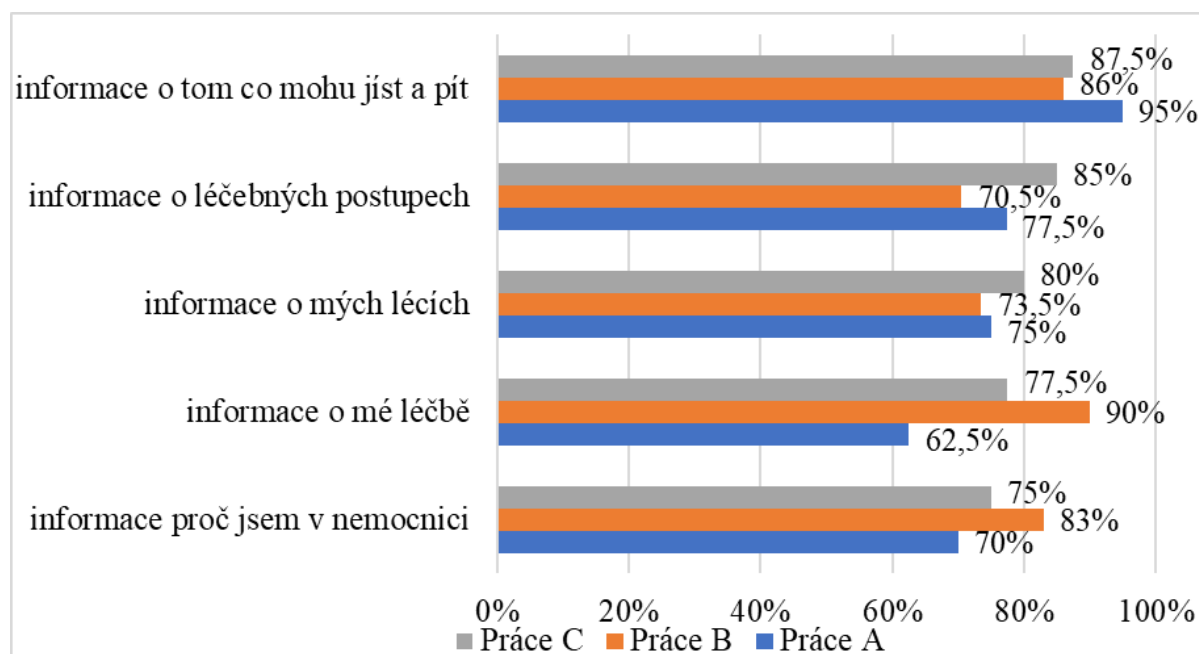
Syntéza položek 26, 27, 28, 29 Potřeboval/a jsi pomoc sester? Neměl/a jsem bolesti/sestry mi pomáhaly při bolesti. Nepotřeboval/a jsem pomoc při jídle, /sestry mi pomáhaly při jídle. Nepotřeboval /a jsem pomoc s hygienou, /sestry mi pomáhaly s hygienou. Nepotřeboval /a jsem pomoc jít na WC, /sestry mi pomáhaly jít na WC.



Obrázek 12 - Graf činnosti sester u respondentů ze závěrečných prací

Nejvíce sestry pomáhaly při bolesti, tak odpovědělo 70 % (28) respondentů z práce A, 51 % (72) respondentů z práce B, 72,5 % (27) respondentů z práce C. Naopak nejmenší pomoc od dětských sester uvedli respondenti pomoc při jídle. Z práce A volilo tuto odpověď 17,5 % (7) respondentů, z práce B 3 % (4) respondentů a z práce C 20 % (26) respondentů. S hygienou sestry pomáhaly 25 % (10) respondentů z práce A, 20,5 % (29) respondentů z práce B, 30 % (12) respondentů z práce C. Doprovod na toalety uvedlo 37,5 % (15) respondentů z práce A, 20,5 % (29) respondentů z práce B, 30 % (24) respondentů z práce C.

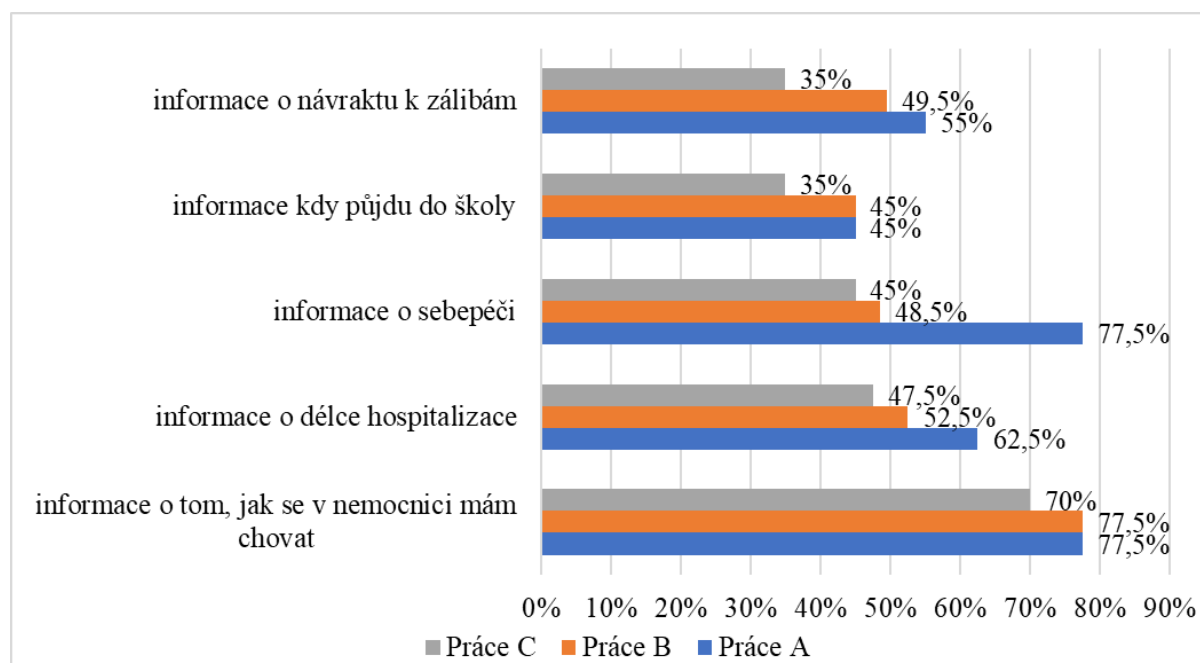
Syntéza položek 30, 31, 32, 33, 34 Kolik informací ti dětské sestry dávaly? Sestry mi říkaly o tom, proč jsem v nemocnici. Sestry mi říkaly o mé léčbě. Sestry mi říkaly o mých lécích. Sestry mi říkaly o léčebných postupech. Sestry mi říkaly, co mohu jíst a pít.



Obrázek 13 - Graf podaných informací respondentům ze závěrečných prací I.

Nejvíce dotazovaných respondentů hodnotilo informace poskytnuté sestrami, proč jsou v nemocnici. Z práce A odpovídalo 70 % (28) respondentů, z práce B to bylo 83 % (118) respondentů a z práce C 75 % (30) respondentů. Informace o jejich léčbě sestry podávaly 62,5 % (25) respondentů z práce A, 90 % (128) respondentů z práce B, 77,5 % (31) respondentů z práce C. Respondenti, 75 % (30) z práce A, 73,5 % (104) z práce B, 80 % (32) z práce C uvedli, že jim dětské sestry poskytovaly informace o lécích, které v průběhu léčby užívali. Informace o léčebných postupech říkaly dětské sestry 77 % (31) respondentů z práce A, 70,5 % (100) z práce B, 85 % (34) z práce C. Dostatek informací o tom, co mohou jíst a pít, mělo v práci A to uvedlo 95 % (38) respondentů, v práci B 86 % (122) respondentů a v práci C 87,5 % (35) respondentů.

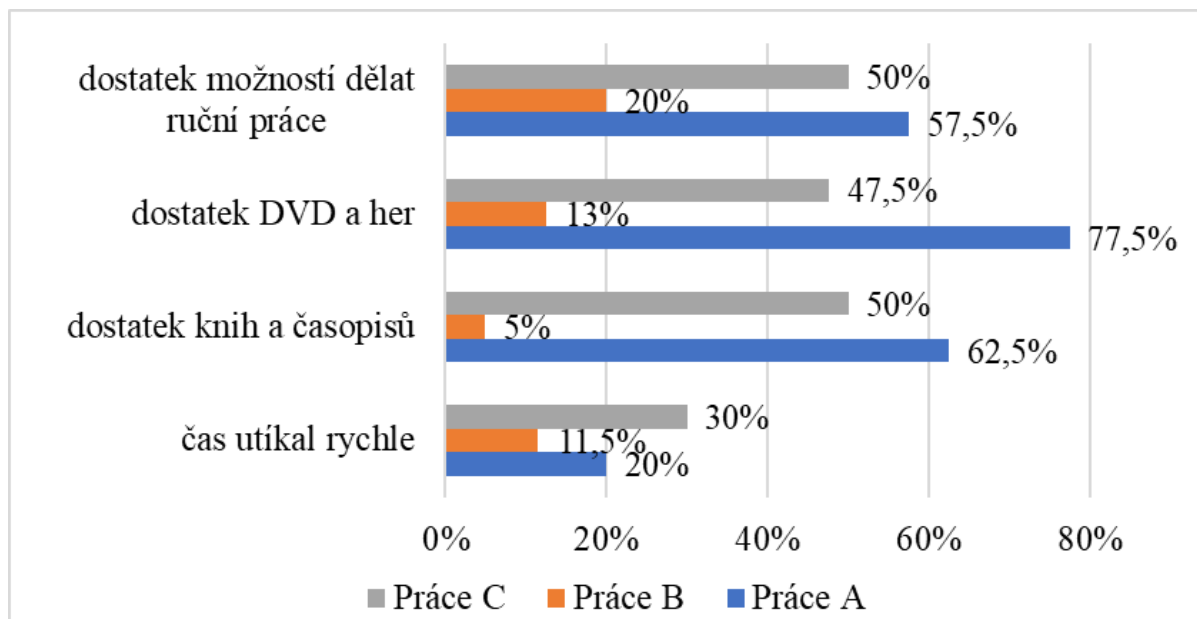
Syntéza položek 35, 36, 37, 38, 39 Kolik informací ti dětské sestry dávaly? Sestry mi říkaly o tom, jak se v nemocnici mám chovat. Sestry mi říkaly, jak dlouho budu v nemocnici. Sestry mi říkaly, jak se o sebe mám starat doma. Sestry mi říkaly, kdy budu moct jít zpátky do školy. Sestry mi říkaly, kdy se budu moct věnovat svým zálibám.



Obrázek 14 - Graf podaných informací respondentům ze závěrečných prací II.

Informace od dětských sester, jak se v nemocnici mám chovat, obdrželo 77,5 % (31) respondentů z práce A, 77,5 % (110) respondentů z práce B a 70 % (28) respondentů z práce C. 62,5 % (25) respondentů z práce A, 52,5 % (74) respondentů z práce B, 47,5 % (19) respondentů z práce C, dostalo informace od sester o délce pobytu v nemocnici. Dětské sestry informovaly respondenty, z práce A 77,5 % (31), z práce B 48,5 % (69), z práce C 45 % (18) o sebeděči v domácím prostředí. Menšímu počtu respondentů sestry poskytovaly informace o návratu do školy, v práci A to uvedlo 45 % (18) respondentů, v práci B 48,5 % (64) respondentů, v práci C 35 % (14) respondentů. V průběhu hospitalizace dětské sestry informovaly respondenty o návratu ke svým zálibám. V práci A tuto odpověď volilo 55 % (27) respondentů, v práci B ji zvolilo 49,5 % (70) respondentů, v práci C ji označilo 35 % (14) respondentů.

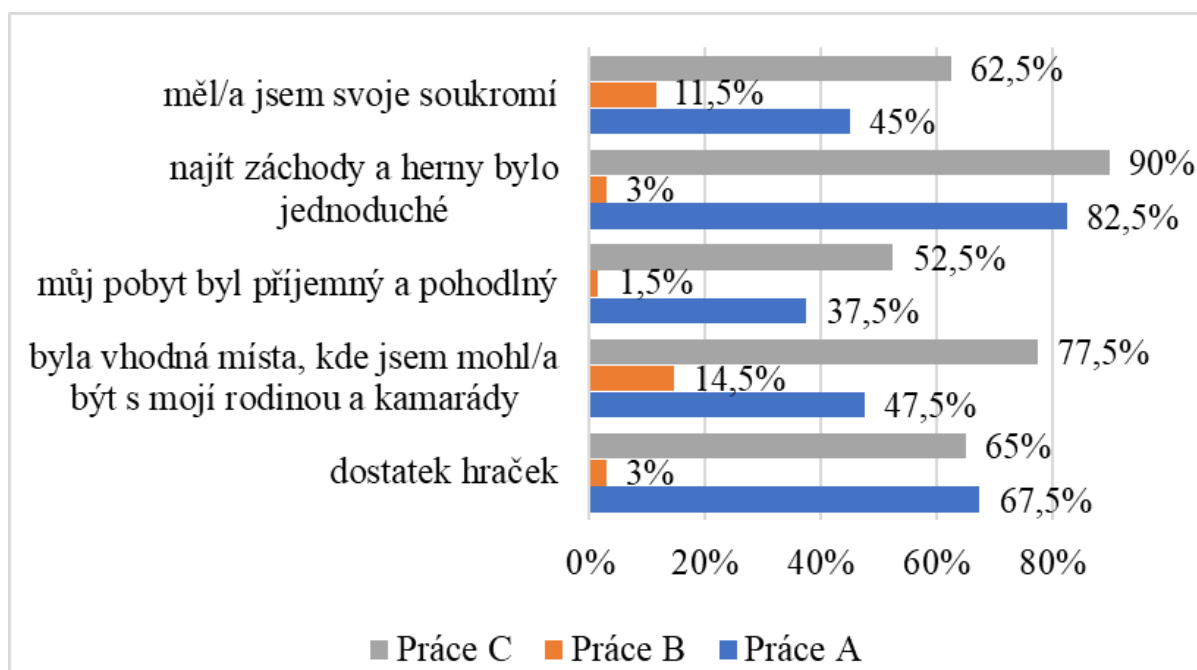
Syntéza položek 40, 41, 42, 43 Co si myslíš o následujících větech? V nemocnici čas utíká rychle. V nemocnici bylo dost knih a časopisů. V nemocnici bylo dost DVD a her. V nemocnici byl dostatek možností dělat ruční práce.



Obrázek 15 - Graf možnosti aktivit pro respondenty ze závěrečných prací I.

Čas respondentům v nemocnici utíkal rychle, v práci A to uvedlo 20 % (8) respondentů, v práci B 11,5 % (29) respondentů, v práci C 30 % (12) respondentů. Respondenti v práci A 62,5 % (25), v práci B 5 % (9), v práci C 50 % (20) se vyjádřili, že měli k dispozici dostatek knih a časopisů. Během hospitalizace měli k dispozici dostatek DVD a her, v práci A to uvedlo 77,5 % (31) respondentů, z práce B to uvedlo jen 12,5 % (18) respondentů a v práci C 47,5 % (19) respondentů. 57,5 % (23) respondentů z práce A, 20 % (28) respondentů z práce B, 50 % (20) respondentů z práce C uvedlo, že měli při hospitalizaci dostatek možností dělat ruční práce.

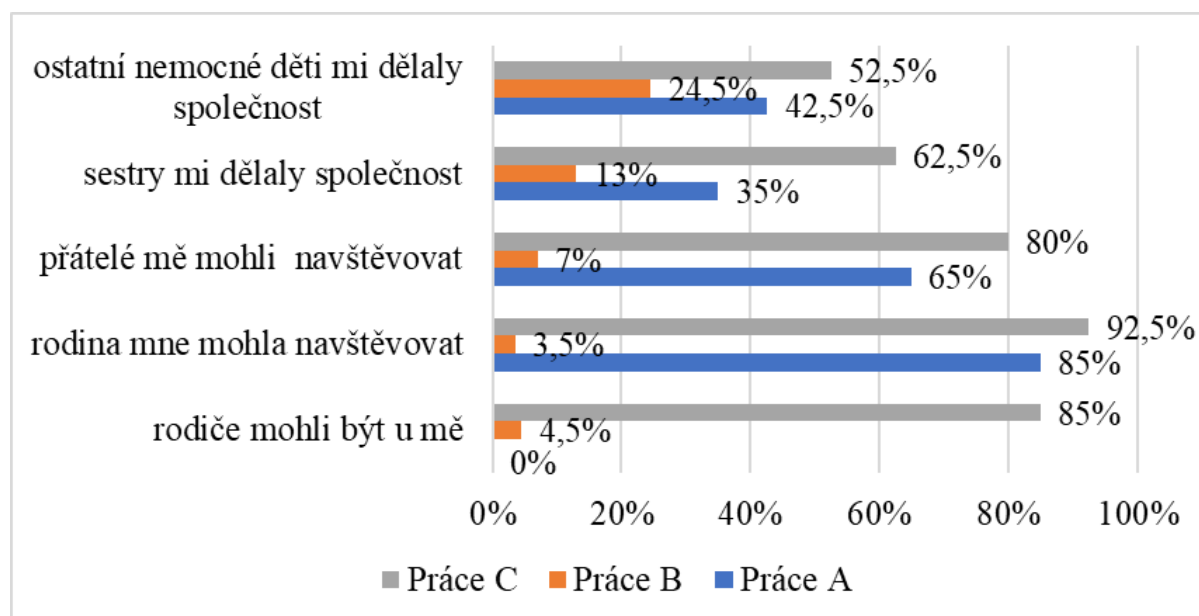
Syntéza položek 44, 45, 46, 47, 48 Co si myslíš o následujících větech? V nemocnici bylo dost hraček. V nemocnici byla vhodná místa, kde jsem mohl/a být s mojí rodinou a kamarády. Můj pobyt v nemocnici byl příjemný a pohodový. Najít záchody a herny bylo jednoduché. V nemocnici jsem měl/a svoje soukromí.



Obrázek 16 - Graf možnosti aktivit pro respondenty ze závěrečných prací II.

Dostatek hraček měli respondenti k dispozici v průběhu hospitalizace, v práci A 67,5 % (27) respondentů, v práci B 3 % (4) respondentů, v práci C 65 % (26) respondentů. Vhodná místa, kde respondenti mohli trávit čas se svojí rodinou, kamarády uvedlo v práci A 47,5 % (19) respondentů, v práci B 14,5 % (20) respondentů, v práci C 77,5 % (31) respondentů. Pobyt v nemocnici hodnotili respondenti za příjemný a pohodlný, v práci A to uvedlo 37,5 % (15) respondentů, v práci B 1,5 % (2) respondentů a v práci C 52,5 % (21) respondentů. Hospitalizovaní respondenti v práci A 82,5 % (33), v práci B 3 % (4), v práci C 90 % (36) uvedli, že bylo jednoduché najít toalety a herny. Své soukromí v průběhu hospitalizace mělo v práci A 45 % (18) respondentů, v práci B 11,5 % (16) respondentů a v práci C 62,5 % (25) respondentů.

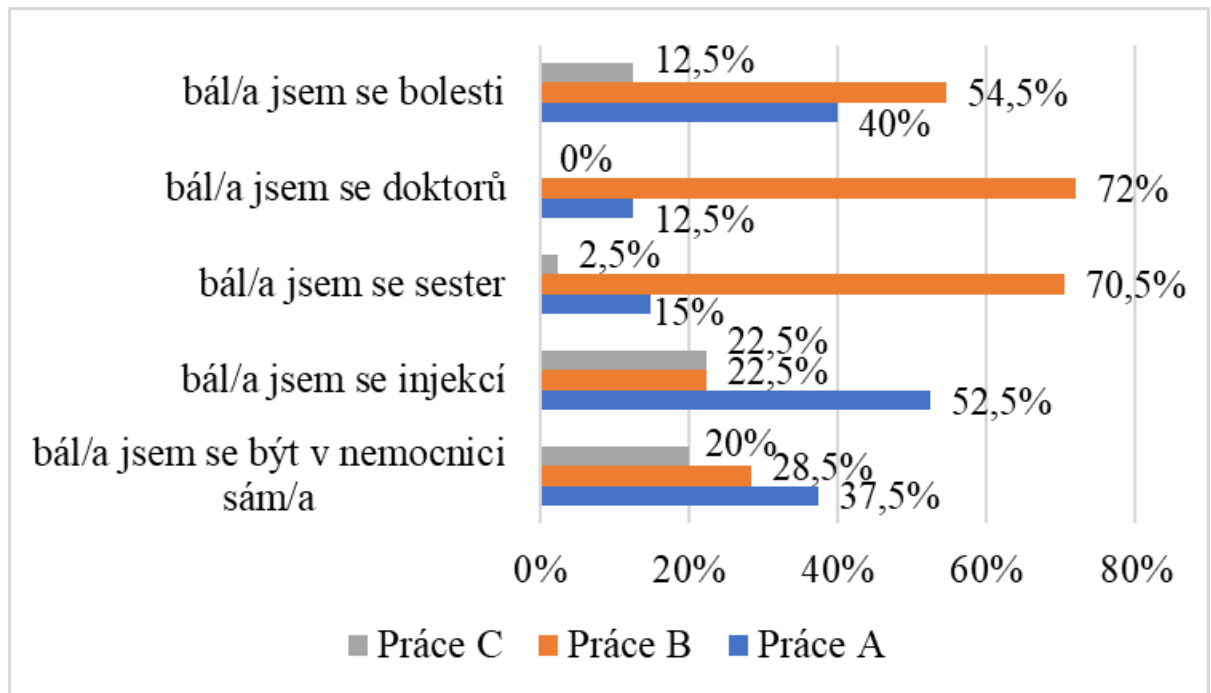
Syntéza položek 49, 50, 51, 52, 53 Co si myslíš o následujících větách. Moji rodiče mohli být v nemocnici u mne. Moje rodina mne mohla v nemocnici navštěvovat. Moji přátelé mne mohli v nemocnici navštěvovat. Sestry mi v nemocnici dělaly společnost. Ostatní nemocné děti mi dělaly společnost.



Obrázek 17 - Graf návštěvnosti u respondentů ze závěrečných prací v nemocnici

Moji rodiče mohli být v nemocnici u mě, tato věta v práci A nebyla zpracovaná. Odpověď rodiče mohli být v nemocnici uvedlo 4,5 % (6) respondentů z práce B, naopak v práci C se s touto větou ztotožnilo 85 % (34) respondentů. Moje rodina mne mohla navštěvovat v nemocnici odpovědělo 85 % (32) respondentů z práce A, 3,5 % (5) respondentů z práce B a 92,5 % (37) respondentů z práce C. V práci A 65 % (26), v práci B 7 % (10), v práci C 80 % (32) se vyjádřili respondenti, že je mohli v nemocnici navštěvovat jejich přátelé. Dětské sestry mi v průběhu hospitalizace dělaly společnost, tak se vyjádřilo 35 % (14) respondentů z práce A, 13 % (18) respondentů z práce B, 62,5 % (25) respondentů z práce C. Společnost v průběhu hospitalizace mi dělaly i ostatní nemocné děti odpovědělo 42,5 % (17) respondentů z práce A, 24,5 % (35) respondentů z práce B a 52,5 % (21) respondentů z práce C.

Syntéza položek 54, 55, 56, 57, 58 Co si myslíš o následujících větech. Báł/a jsem se být v nemocnici sám/a. V nemocnici jsem se báł/a injekcí. V nemocnici jsem se báł/a sester. V nemocnici jsem se báł/a doktorů. V nemocnici jsem se báł/a bolesti.



Obrázek 18 - Graf obav respondentů ze závěrečných prací spojené s hospitalizací

Mezi nejčastější obavy v průběhu hospitalizace v nemocnici, řadili respondenti obavy z lékaře. Tuto odpověď volilo 72 % (102) respondentů z práce B a 12,5 % (5) respondentů z práce A, z práce C 0 % (0) respondentů. Sester se bálo 70,5 % (100) respondentů z práce B, 15 % (6) respondentů z práce A a 2,5 % (1) respondentů z práce C. Respondenti se báli v nemocnici bolesti, tuto variantu odpovědi volilo 54,5 % (77) respondentů z práce B, 40 % (16) respondentů z práce A, 12,5 % (5) respondentů z práce C. Obavy z injekce mělo 52,5 % (21) respondentů z práce A, 22,5 % (32) respondentů z práce B a 22,5 % (9) respondentů z práce C. Obavy z toho, že jsem sám/a v nemocnici, uvedlo 37,5 % (15) respondentů z práce A, 28,5 % (15) respondentů z práce B a 20 % (8) respondentů z práce C.

Položka 59 Podle mého názoru bylo v nemocnici nejlepší...

Práce A		Práce B		Práce C	
Možnosti	Počet respondentů	Možnosti	Počet respondentů	Možnosti	Počet respondentů
bez odpovědi	20%	bez odpovědi	20%	postel, ležení, nic nedělání	25%
hrát si v herně	15%	TV	15%	kamarádi na pokoji	17,5%
přítomnost maminky (rodičů) celý den	12,5%	přišli klauni	15,5%	herna	10%
klauni	12,5%	postel	12,5%	návštěva	7,5%
přístup sester	10%	nevím	11%	přítomnost rodiče	7,5%
vyrábění výrobků	2,5%	hodné sestřičky	10%	sestřičky	7,5%
nic nedělání	2,5%	nemusím do školy/ učit se/ dělat úkoly	8,5%	péče	5%
všechno	2,5%	když jsem šel/šla domů	7%	odchod domů	5%
olympiáda v TV	2,5%	spánek, odpočinek	7%	hraní se studentkou	2,5%
málo učení do školy	2,5%	když jsem dostal/a plyšáka	5,5%	obědy	2,5%
když za mnou měl přijít tatínek	2,5%	zmrzlina po operaci	5,5%	rehabilitace	2,5%
učitelka, knihy, hračky	2,5%	maminka	4%	všechno	2,5%
našla jsem si kamarády	2,5%	hezký pokoj	4%	krátký pobyt	2,5%

Tabulka 2 Kladný zážitek respondentů ze závěrečných prací z nemocnice

Nejčastěji respondenti považují za nejlepší v průběhu hospitalizace postel, ležení a nicnedělání, to uvedlo 25 % (10) respondentů v práci C. V práci A respondenti ve 20 % (11), též ve 20 % (50) v práci B vůbec neodpověděli. Kamarády na pokoji za nejlepší v průběhu hospitalizace pokládají v 17,5 % (7) respondenti v práci C. Příchod klaunů v průběhu hospitalizace za nejlepší považuje v práci B 15,5 % (12) respondentů. Za nejlepší považují respondenti v 15 % (4) v práci A hrát si v herně, stejně tak v 15 % (22) považují respondenti v práci B možnost televize během hospitalizace. V práci A, 12,5 % (5) respondentů uvedlo za nejlepší přítomnost maminky (rodičů) po celý den během hospitalizace v nemocnici a zároveň i stejný počet respondentů, 12,5 % (5) uvedlo příchod klaunů. V práci B, ve 12 % (15) uvedli respondenti postel a v 11 % (9) nevěděli respondenti jakou zvolit odpověď. Respondenti v 10 % (4) v práci A, v 10 % (8) v práci B, v 7,5 % (3) v práci C za nejlepší během hospitalizace považují sestřičky a hodné sestřičky. Nemusím do školy, učit se, dělat úkol, to považuje 8,5 % (6) respondentů z práce B za nejlepší v průběhu hospitalizace. V práci C 5 % (2) respondentů za nejlepší v průběhu hospitalizace hodnotilo péči, v práci B pro 7 % (5) respondentů byl spánek, odpočinek a propuštění z nemocnice.

Položka 60 Podle mého názoru bylo v nemocnici nejhorší...

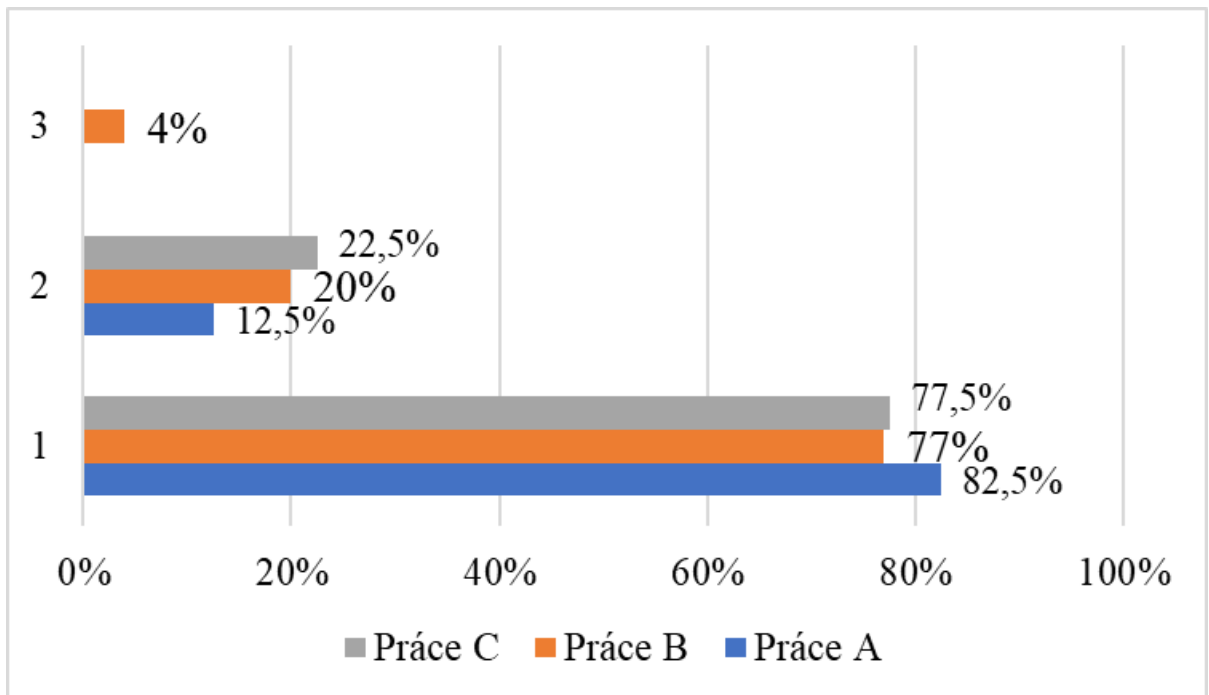
Práce A		Práce B		Práce C	
Možnosti	Počet respondentů	Možnosti	Počet respondentů	Možnosti	Počet respondentů
bez odpovědi	15%	bez odpovědi	25%	nic	45%
léčebné postupy	7,5%	nic	11%	ležení, nuda	15%
injekce, odběry	7,5%	injekce	9%	vyšetření	7,5%
jehly	5%	strava	14%	operace	5%
napichování V-portu	5%	strach	8,5%	probuzení po operaci	5%
jídlo	5%	nesměl/a jsem chodit	8,5%	bolest	5%
odběry	2,5%	nuda	8,5%	odběry krve	5%
vyšetření	2,5%	nemohl/a jsem se dívat na TV	7%	injekce	5%
než jsem měl CVK, tak injekce	2,5%	když mi brali krev	7%	napíchnutí kanyly	2,5%
premedikace ve stříkačce před anestezií	2,5%	čekání až mě pustí	5,5%	lumbální punkce	2,5%
zůstání v nemocnici	2,5%	smutek	5,5%	vyndání drénu	2,5%
nic	2,5%	nemohl/a jsem jíst	5,5%	špatné usínání	2,5%

Tabulka 3 Záporný zážitek respondentů ze závěrečných prací z nemocnice

Nejhorší v průběhu hospitalizace v práci C 45 % (18) respondentů uvedlo, že nic pro ně nebylo nejhorší. V práci B 25 % (35) respondentů vůbec neodpovědělo nebo v 11 % (16) respondenti volili odpověď nic jako v práci C. V práci A opět na tuto otázku neodpovědělo 15 % (7) respondentů a 2,5 % (1) respondentů odpovědělo, že nic nebylo nejhorší.

Za nejhorší v nemocnici respondenti v práci B považovali v 14 % (10) hlad, nedostatek a špatné jídlo v průběhu hospitalizace, v práci A to uvedlo jen 5 % (2) respondentů a v práci C tuto odpověď nezvolil nikdo. Respondenti v práci C 15 % (6) odpověděli, že nejhorší pro ně v nemocnici bylo ležení a nuda. To v práci A, respondenti považovali v 12,5 % (6) injekce, odběry a 7,5 % (3) za nejhorší v průběhu hospitalizace považovali léčebné postupy. Respondenti v práci B odpověděli v 9 % (13), že měli obavy z injekce, v 8,5 % (6) to, že měli strach, ale i to, že nesměli chodit a v nemocnici byla nuda, v 7 % (5) odběr krve. V práci C respondenti odpověděli v 7,5 % (3) vyšetření a v 5 % (2) se respondenti shodli na odběry krve, injekce, operaci, probuzení po operaci, bolest. V práci B, respondenti ještě volili v 5,5 % (4), že nemohli jíst, čekání na propuštění a smutek. V práci A 2,5 % (1) respondentů odpovídalo zůstání v nemocnici, zjištění nemoci a shodný počet respondentů v práci C 2,5 % (1) volilo odpovědi napíchnutí kanyly, lumbální punkce, vyndání drénu, špatné usínání.

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



Obrázek 19 - Graf hodnocení nemocnice respondenty z e závěrečných prací

Známkou jako ve škole, 1 nejlepší až 5 nejhorší, hodnotili respondenti poskytovanou péči v nemocnici. Známkou 1 hodnotilo 82,5 % (33) respondentů v práci A, 77 % (110) respondentů v práci B a v práci C 77,5 % (31) respondentů. Známkou 3 hodnotili 4 % (3) respondentů v práci B.

6 DISKUZE

V této kapitole bakalářské práce bylo téma empirické části zpracováno s ohledem na průzkumné otázky a jejich vztah k výše uvedeným výsledkům. Sekundární analýza dat byla provedena ze tří závěrečných vysokoškolských prací na obdobné téma „Kvalita péče pohledem dětí“. Může se tedy říci, že těmito třemi zdroji lze interpretovat hodnocení spokojenosti dětských pacientů v průzkumném souboru. Výsledky průzkumného šetření byly porovnány s několika zahraničními studiemi, které se zabývaly posouzením kvality péče pomocí validního nástroje CCQH, ale i pomocí jiných dostupných metod.

Jaké výsledky uvádí vybrané závěrečné práce v oblasti spokojenosti dětí s přístupem dětských sester?

První okruh průzkumného šetření byl zaměřen na oblast zjištění spokojenosti dětí s přístupem dětských sester. K této průzkumné otázce se vztahuje 20 položek, 9-29.

V této průzkumné otázce z analýzy dat byla zjištěna shoda. Poznatky z odpovědí na otázku „Měl/a jsem sestru jen sám/sama pro sebe“, ukazují na to, že sestru pro sebe v nemocnici neměla více než polovina dětí. Výzkum, na téma hodnocení kvality ošetrovatelské péče dětí ve věku 6-13 let, provedla Clarke (2021). Zjišťovala názory a pocity hospitalizovaných dětí, když se o ně starala registrovaná dětská sestra. Identifikovala rozdíly a podobnosti ve způsobu, jakým sestry vnímají pobyt dítěte v nemocnici. Bylo zjištěno, že o hospitalizované děti každý den pečovalo více různých sester (Clarke, 2021).

Z dotazníkového šetření lze rozdělit hodnocení sester dětmi na **osobní předpoklady a činnosti sestry z pohledu pacienta**. Na základě analýzy dat téměř všechny hospitalizované děti sestry hodnotí kladně. Dotazované děti vidí sestry jako milé, laskavé, přátelské, upřímné, zkušené a šikovné. Sestry dětem naslouchaly, vyslechly si jejich názory, povzbuzovaly je, utěšovaly a chránily jejich soukromí.

I Clarke (2021) uvádí kladné hodnocení sester dětmi jako velmi laskavé, a že jsou tam vždy pro ně, když něco potřebují. Naslouchaly jim. Dětské sestry, i když je děti měly rády, uznaly, že jsou zaneprázdňené. Zjištění ze studie naznačuje, že špatná komunikace sestry negativně ovlivňuje jejich zkušenost (Clarke, 2021). Další výzkum provedli v Itálii Comparcini et al. (2018) a uvádí výsledky, z upraveného nástroje CCQH, které ukazují na důležitost důvěryhodnosti sestry. Ta by měla být šťastná, milá, přátelská. Autoři zdůrazňují roli lidských aspektů sester při zlepšování představy dětí o jejich celkovém prožití hospitalizace. Uvádí, že osobní charakteristika sestry je velmi důležitým faktorem, který ovlivňuje spokojenost dětí ve

všech věkových kategoriích. Zdůrazňují, že osobní vlastnosti sestry a její schopnost vztahu k dítěti je důležitější než schopnost vykonávat dané úkoly (Comparcini et al., 2018).

Schalkers, Dedding a Bunders (2014) na základě kvalitativní studie v osmi nemocnicích, pediatrických odděleních v Nizozemsku, uvádí pohled dětí na pediatrickou péči. Při hodnocení přístupu dětské sestry výsledky ve studii ukazují, že děti ocenily osobní kvality sester, jako je laskavost, přívětivost, společenskost. Ale zdůrazňovaly důležitost příjemné, otevřené interakce mezi pacientem a sestrou (Schalkers, Dedding a Bunders, 2014).

„Potřeboval/a jsi pomoc sester“. Výsledky průzkumu v této oblasti ukázaly shodu v práci A, B i C. Děti shodně uvedly, že nejméně jim sestry pomáhaly při jídle, ale polovina dětí uvedla, že sestry braly ohled na to, jaké jídlo jim chutná. Tato shoda lze vysvětlit tím, že děti ve věku 7-11 let nepotřebují pomoc při jídle. Předmětem zkoumání však nebyly děti, které by potřebovaly pomoc při jídle z důvodu zdravotního omezení. Z průzkumu dále vyplývá, že sestry dětem méně pomáhaly s hygienou a doprovázením na toalety, to mohlo být v souvislosti se soběstačností dětí.

„Kolik informací ti dětské sestry dávaly“. Poznatky z průzkumu ukazují shodu v práci A, B i C. Sestry poskytly informace o aktivitách na oddělení. Méně si však sestry povídaly o zajímavých věcech s dětmi. Ve dvou ze tří prací děti uvedly nižší produktivitu a hry se sestrou. I když uspokojování potřeby hry dětí má velký význam a je důležitou součástí kvality péče. Výsledek šetření lze přisuzovat nedostatku času ošetřovatelského týmu na dětského pacienta, vzhledem k mnoha dalším povinnostem. Řešením by mohla být přítomnost herního specialisty, jehož pracovním nástrojem je široce pojatá hra a mohl by naplňovat čas hospitalizovaných dětí.

V portugalské studii autoři Loureiro, Araújo a Charepe (2019) použili upravený nástroj CCQH. Byl použit u 252 dětí ve věku od 7 do 11 let, hospitalizovaných kvůli akutnímu onemocnění. Dle výsledků děti od sester očekávají více zábavných aktivit a podnětů, které pomohou dítěti s pozitivním pohledem na ošetřovatelské a léčebné postupy (Loureiro, Araújo a Charepe, 2019).

Nedostatek času mezi ošetřovatelským personálem a spěch uvádí i Schalkers, Dedding a Bunders (2014). Kvůli vysoké zátěži ve zdravotnictví to bohužel neobvyklé není. Poukazovali na to, že zdravotnický personál musí mít dostatek času a pozornosti pro dětského pacienta, kterému jsou ochotni pomoci a odpovídat na otázky (Schalkers, Dedding a Bunders, 2014).

Posouzení spokojenosti dětí s hospitalizací provedli v Íránu, jde o studii autorů Shirdelzade, Tabriz a Gazerani (2014) projektivní techniky dětské kresby. Děti kreslily všechny sestry

šťastné, usmívající se a barevně malované. I sebe děti převážně malovaly šťastné, ležící, odpočívající na lůžku (Shirdelzade, Tabriz a Gazerani, 2014).

Jaké výsledky uvádí vybrané závěrečné práce v množství podaných informací od sester dětem?

Druhý okruh byl zaměřen na oblast množství podaných informací od sester. K této průzkumné otázce se vztahuje 10 položek, 30-39.

V této průzkumné otázce z analýzy vzešla shoda a výsledky ukazují pozitivní zjištění. **Sestry poskytují dětským pacientům informace.** Děti hodnotily množství informací, které dostaly od sester velmi pozitivně. Více než polovině dětí sestry poskytly informace o důvodu hospitalizace, o jejich léčbě, léčebných postupech a lécích, které dostávají. Dostatek informací mají děti i o tom, co mohou jíst a pít nebo o chování v nemocnici.

Menší množství informací již měly děti o délce hospitalizace, o návratu do školy, ke svým zálibám a o péči v domácím prostředí. Tyto informace měla k dispozici jen polovina dětí. Informace o pacientově budoucnosti je ovlivněno pacientovým chováním, názory, sociální interakcí a emocemi. Forma, jakou pacient obdrží zprávu o délce hospitalizace a možném návratu, má významný vliv na následnou spolupráci a léčebné postupy. Sestry edukují a informace podávají velmi uvážlivě. Neříkají konkrétní datum, jen časový rámeček vycházející ze znalostí obvyklého průběhu daného onemocnění.

Comparcini et al. (2018) uvádí, že díky aktivitám sester děti lépe pochopily informace o své léčbě. Zdůrazňují, že věk a vyspělost dítěte nemusí mít vliv na míru schopnosti se zapojit do interakce sestra-pacient v rámci komunikace a jejího pochopení (Comparcini et al., 2018).

Loureiro, Araújo a Charepe (2019) poukazují na poskytování informací, které patří mezi nejvíce ceněné potřeby dětských pacientů. Děti jsou spokojeny, když jim jsou poskytnuty informace o péči způsobem, kterému rozumí, a mohou být aktivní v procesu péče. Naopak, pokud jim nejsou informace podané srozumitelně, vyjadřují svou nespokojenost (Loureiro, Araújo a Charepe, 2019).

Schalkers, Dedding a Bunders (2014) se ve svém výzkumu zaměřili na důležitost efektivní komunikace, včetně toho, jak jsou děti informovány zdravotnickými pracovníky a zda mluví přímo s nimi. Dobře informované děti jsou obecně velmi spokojené. Popisují příklady situací, ve kterých byly dobře připraveny a věděly, co očekávaly. Zdravotničtí pracovníci mluví přímo s nimi. Autoři studie poukazují na chuť dětských pacientů k informacím, ale také ukazují, že

děti jsou spíše bystrými pozorovateli než pasivními příjemci péče. Děti často zdůrazňovaly, že je pro ně důležité být jasně informován o léčbě, plánování a postupech ošetrovatelské péče. Chtějí získat informace a podrobnosti. Ty mohou dospělí považovat za nezajímavé nebo příliš složité pro děti. Například typ léků, které dostávají. Děti si přejí mít slovo a být vyslyšeny, pokud jde o jejich pobyt v nemocnici a o jejich léčbu. Brát jejich úvahy a názory, které jsou založené na zkušenostech z předchozí hospitalizace. To uváděly chronicky nemocné a věkově starší děti, které již byly opakovaně hospitalizovány. Mají zkušenosti, znalosti o svém stavu a léčbě. V této souvislosti to uváděly děti, protože bohužel ne vždy tomu tak bylo (Schalkers, Dedding a Bunders, 2014).

Jaké výsledky uvádí vybrané závěrečné práce v oblasti spokojenosti dětí s prostředím hospitalizace?

Poslední okruh průzkumného šetření byl zaměřen na spokojenost dětí s prostředím. K této průzkumné otázce se vztahuje 21 položek, 40-61.

Analýzy výsledků závěrečných prací ukazují shodu jen dvou prací. Ve třetí práci jsou významné rozdíly. Důvodem může být to, že každé dětské oddělení je jinak vybaveno. Velkou roli hraje množství hraček, knih a nejrůznějších materiálů, které mohou dětem zpříjemnit pobyt v nemocnici.

Ze zhodnocení vyplývá, že jen třetina dětí je spokojena s prostředím a hospitalizaci hodnotí jako příjemnou a pohodlnou, kde čas utíkal rychle.

Polovina dětí v době hospitalizace měla k dispozici dostatek her, knih, DVD a možnost kreativní činnosti. Děti považují za nejhorší zážitek ležení na lůžku a nudu.

Koukourikos et. al (2015) ve svém výzkumu poukazují na to, že hra je důležitý komunikační prostředek a může mít pro nemocné děti zvláštní terapeutickou hodnotu. Hra má mnoho vlastností, pomáhá zkoumat otázky související se zkušenostmi dětí v nemocnici a vede ke snížení intenzity negativních pocitů, které často doprovázejí hospitalizaci. Pokud jsou použity v kontextu léčby, jsou velkým pomocníkem při zlepšování rozvoje dítěte (Koukourikos et al., 2015). I na základě iránské studie autoři Ghabeli, Moheb a Nasab (2014) potvrdili, že používání hraček a heren pro děti je důležitým faktorem ke snížení úzkosti u dětí podstupujících operaci (Ghabeli, Moheb a Nasab, 2014).

Shirdelzade, Tabriz a Gazerani (2014) uvádí, že na kresbách dětí nebyly žádné zábavné přístroje. Děti malovaly jen hračky a knihy (Shirdelzade, Tabriz a Gazerani, 2014).

Schalkers, Dedding a Bunders (2014) se zaměřují na to, co děti oceňují v průběhu hospitalizace. Aktivita, které usnadňují pobyt v nemocnici. Jako je sledování televize, hraní počítačových her, hraní s odborníky, trávení času v herně nebo v pokoji s dalšími pacienty. Z jejich studie vyplývá, že přístup k některým zařízením a jejich fungování byl problematický. Uvádějí špatně fungující počítače, pomalé připojení k internetu, rozbité televizory a poplatky za používání televize a internetu. To bylo zvláště důležité pro děti, jejichž rodiče si nemohli dovolit platit tyto poplatky. Při dlouhodobé hospitalizaci si děti také přály další aktivity pro pacienty ve věku 12 a více let, jako je pořádání zábavného večerního programu pro teenagery. Někteří věkově starší dětští pacienti, zejména ti, kteří zůstali v nemocnici déle než několik dní, měli obavy z toho, že zameškají výuku a budou zaostávat ve škole. Při příjmu do nemocnice si děti přály mít možnost jít do nemocniční školy. Získat individuální výuku nebo využít elektronické učební prostředí, které nabízí mnoho škol, což opět zdůraznilo důležitost přístupu k internetu (Schalkers, Dedding a Bunders 2014).

Dalším zjištěním z analýzy dat bylo, že své **soukromí, místo pro soukromí s rodinou a kamarády v průběhu hospitalizace, měla jen necelá polovina dětí**. Významný rozdíl existoval u návštěvnosti rodiny, kde v jedné z prací byla minimální návštěvnost rodiny dětských pacientů. Schalkers, Dedding a Bunders (2014) uvádí, že děti velmi často také zmiňovaly touhu po soukromé toaletě a sprchovém koutu. To vyplývá převážně z praktických úvah a potřeba většího soukromí byla vyjádřena ve vztahu k dalším environmentálním problémům, jako je například to, že nemáte kde být sami (Schalkers, Dedding a Bunders, 2014).

Poznatky z průzkumu ukazují shodu v práci A a B v otázce „Podle mého názoru bylo v nemocnici nejhorší...“. Z analýzy dat také vyplynula **nespokojenost s jídlem**. Děti v nemocnici mají nedostatek jídla a hlad. To můžeme usuzovat v souvislosti s omezením vyplývajícím z léčebných postupů a podstupujících vyšetření.

Schalkers, Dedding a Bunders (2014) zjistili, že na pár výjimek hodnotily děti stravu v nemocnici negativně. Děti se shodly na nedostatečně tepelně upravené a nechutné stravě. Stěžovaly si na potraviny, které nejsou čerstvé, na malý výběr z jídelního lístku a jídla, která nesplňují zvláštní kulturní nebo náboženské stravovací požadavky. Kladou důraz na důležitost zdravé výživy u dětí, která se může zdát samozřejmá, zejména pokud vezmeme v úvahu, že zdravá pestrá strava přispívá přímo k procesu hojení (Schalkers, Dedding a Bunders, 2014).

Ve studii autorů Loureiro, Araújo a Charepe (2019) hodnotí děti kladně zdravotnický personál, další pacienty a prostředí. Naopak negativně hodnotí pocity, aktivity a jídlo (Loureiro, Araújo a Charepe, 2019).

Schalkers, Dedding a Bunders (2014) zjistili, že děti přikládají velký význam barevné výzdobě, vybaveným pokojům a chodbám více než standardní výzdobě nemocnice. Podle dětí přispívá k říjemné atmosféře světlé a barevné prostředí. Děti si myslí, že je stále co zlepšovat. Proto předložily řadu návrhů, jako jsou vývěsky, prostor pro vystavení pošty (Schalkers, Dedding a Bunders, 2014).

Poznatky z průzkumu ukazují shodu v pracích A, B i C, v položce „v nemocnici bylo nejhorší...“. Z analýzy dat vyplynulo, že nejhorší prožitek je z léčebných postupů, injekcí a odběrů, které však může ovlivnit příjemné prostředí. Veselé a hravé motivy mohou odvést pozornost dítěte od nepříjemných úkonů, zklidnit je a celkově lépe zvládnout vyšetření. Příjemné prostředí působí pozitivně na psychiku nemocných dětí.

Lze říci, že největší odměnou pro zdravotníky je spokojený dětský pacient. Z průzkumného šetření a s porovnáním se zahraničními studii, které se zabývaly posouzením kvality péče, vyplývá shoda. Dětské pacienti si všimají a hodnotí osobní předpoklady a aktivity sestry. Hodnotí i kvalitu a komfort poskytované péče. Můžeme tedy jen souhlasit se zahraničními studii, že děti jsou aktivními pozorovateli a uživateli poskytované ošetrovatelské péče. Efektivní komunikace je klíčová součástí péče a důležitá potřeba dítěte. Z šetření i ze zahraničních studií vyplývá, že děti dostávají potřebné informace od zdravotníků, a zároveň je uspokojována potřeba komunikace. Dotazování se dítěte na jeho zkušenost a vnímání poskytované péče v době hospitalizace je cesta ke zkvalitnění a vytvoření bezpečné, účinné péče o dítě i služeb zaměřené na jeho potřeby. Kvalitní péče a její nové trendy přinášejí vyšší nároky na ZZ a sestry jako poskytovatele péče. V souvislosti s průzkumem bakalářské práce nám nastává pohled sester na kvalitu poskytované péče dětem. Tato otázka zůstává otevřena pro další průzkumy. Výsledky průzkumu mohou sloužit jako podněty pro další zefektivnění péče.

7 ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo popsat problematiku hodnocení kvality ošetrovatelské péče z dětské perspektivy. Realizovat sekundární analýzu dat výsledků z vybraných vysokoškolských závěrečných prací, které byly zaměřeny na hodnocení kvality ošetrovatelské péče očima dítěte pomocí české verze dotazníku Child Care Quality at Hospital.

V teoretické části byl popsán současný stav problematiky kvality péče v pediatrii. Jedním z ukazatelů kvality péče je hodnocení spokojenosti pacienta. Pozornost byla zaměřena na dětského pacienta ve věku 7-11 let, na jeho individuální, komplexní, biologické a psychosociální potřeby, které sestry systematicky a kontinuálně uspokojují. Dalším záměrem byl pohled na povolání dětské sestry, její vzdělání, sofistikovanost a profesionalitu.

Empirická část probíhala pomocí kvantitativní metody, technikou sekundární analýzy dat. Z výsledků průzkumu vyplývá spokojenost dětí s poskytovanou péčí. Děti hodnotily osobnostní předpoklady a činnosti sester velmi pozitivně, jen s nižší úrovní uspokojování potřeby hry a poskytovanou komunikací o zajímavých tématech. Nové trendy v ošetrovatelské péči přináší i vyšší nároky na lidské a morální zásady vzájemné komunikace. Sestry uspokojují potřebu komunikace a hospitalizované děti mají informace, kromě informací zaměřující se na blízkou budoucnost, tyto informace měla jen necelá polovina dětí analyzovaného souboru respondentů. Při zjišťování hodnocení spokojenosti dětí s prostředím hospitalizace data ukazují, že jen třetina dětí je spokojena s prostředím a hospitalizaci hodnotí jako příjemnou a pohodlnou, kde čas utíkal rychle. Polovina dětí má k dispozici dostatek her, knih, DVD a možnost kreativní činnosti. Děti považují za nejhorší zážitek ležení na lůžku a nudu. Své soukromí nebo možnost místa pro soukromí s rodinou a kamarády má necelá polovina dětí analyzovaného souboru respondentů. Významný rozdíl existoval mezi daty u návštěvnosti rodiny, kde v jedné z prací byla minimální návštěvnost rodiny dětských pacientů. Z hodnocení také vyplývá, že hospitalizované děti mají nedostatek jídla a hlad v souvislosti s omezením vyplývající z vyšetření nebo léčebných postupů.

Bakalářská práce na téma Kvalita péče očima dětí, je velice zajímavé a rozsáhlé téma. Z tohoto důvodu bylo velmi obtížné držet se limitujících požadavků o rozsahu bakalářské práce. Jako zdravotnickému záchranáři mi tato práce ukázala smysluplnost hodnocení spokojenosti s kvalitou péče pohledem hospitalizovaných dětí. Rozšířila obzory v péči o dětského pacienta. Přiblížila systematickou týmovou spolupráci všech zdravotnických pracovníků.

8 POUŽITÁ LITERATURA

8.1 Primární zdroje

1. AMERY, Justin. *Opravdu praktický průvodce dětskou paliativní péčí pro doktory a zdravotní sestry kdekoli na světě*. Přeložil Lucie HRDLIČKOVÁ. V Praze: pro Českou společnost paliativní medicíny vydalo nakladatelství Cesta domů, 2017. 516 s. ISBN 978-80-88126-34.
2. ARUDA-COLLI, Marina N. F., Meaghann S. WEAVER, Lori WIENER. *Communication About Dying, Death, and Bereavement: A Systematic Review of Children's Literature*. *Journal of Palliative Medicine* [online]. 2017, 20(5), 548-559 it. 2022-10-09]. ISSN 1096-6218. Dostupné z: Communication About Dying, Death and Bereavement: A Systematic Review of Children's Literature – PMC (nih.gov).
3. BOUCHNER, Sue, Julia DOWNING a Rise SHEMILT. *The Role of Play in Children's Palliative Care*. *Children* [online]. 2014, 1(3) 302–317 [cit. 2022-10-09]. ISSN 2227–9067. Dostupné z: Children The Role of Play in Children's Palliative Care (mdpi.com)
4. COMPARCINI, D., SIMONETTI, V., TOMIETTO, M., LEINO-KILPI, H., PELANDER, T., CICOLINI, G. *Children's Perceptions About the Quality of Pediatric Nursing Care: A Large Multicenter Cross-Sectional Study*. *Journal of Nursing Scholarship* [online]. 2018, 50(3), 287–295 [cit. 2023-02-09]. Dostupné z: doi:10.1111/jnu.12381
5. CLARKE, Sonya. *An Exploration of the Child's Experience of Staying in Hospital from the Perspectives of Children and Children's Nurses using Child-Centered Methodology* [online]. Full article: An Exploration of the Child's Experience of Staying in Hospital from the Perspectives of Children and Children's Nurses using Child-Centered Methodology (tandfonline.com) Pages 105-118 | Received 19 Nov 2020, Accepted 09 Jan 2021, Published online: 01 Apr 2021
6. ČERNOHORSKÁ, Iveta, Eva HLAVÁČKOVÁ a Lenka HODAČOVÁ. *Česká verze dotazníku Child Care Quality at Hospital. Ošetrovatelstvo a pôrodná asistencja*. Časopis Slovenskej komory sester porodných asistentek. [online]. 2021, r. 19 (1) s. 51-56.[cit. 2022-04-01]. ISSN 1339-5920.
7. ČERNOHORSKÁ, Iveta, Eva HLAVÁČKOVÁ, Petra RŮŽIČKOVÁ a Lenka HODAČOVÁ. *Validacia českej verzie dotazníka Child Care Quality at Hospital. Ošetrovatelstvo a pôrodná asistencja*. Časopis Slovenskej komory sester porodných asistentek. 2022, r. 20, č.1. č 48-53. ISSN: 1339-5920.

8. ČERNOHORSKÁ, Iveta. *Kvalita ošetrovatelské péče z pohledu hospitalizovaných dětí*. Pardubice 2023. Disertační práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií.
9. ČESKO, 2011. Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), [online]. 2011. [cit. 2022-09-13] Dostupné z: sb131-11 4729.4904(mzcr.cz)
10. ČESKO, 2013. Zákon č. 66/2013 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), [online]. 2013. [cit. 2022-09-13] Dostupné z: [https://sb143-21 3857.3928 \(mzcr.cz\)](https://sb143-21 3857.3928 (mzcr.cz))
11. ČESKO, 2016a. Vyhláška č. 262/2016 Sb., kterou se mění vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-262>
12. ČESKO, 2016b. Zákon č. 147/2016 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování [online]. 2016. [cit. 2022-10-08] Dostupné z: 147/2016 Sb. Zákon, kterým se mění zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování ... (zakonyprolidi.cz)
13. ČESKO, 2017. Zákon č. 201/2017 Sb., zákon, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-201>
14. ČESKO, 2021a. Věstník MZ ČR, Koncepce ošetrovatelství, 2021, částka 6. [online] 2021 [cit. 2023-01-20]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/cestnik/cestnik-c-6-2021/> Věstník č. 6/2022 Ministerstvo zdravotnictví (mzcr. cz)
15. ČESKO, 2021b. Věstník MZ ČR, 2021, částka 13. [online] 2021 [cit. 2023-01-20]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/cestnik/cestnik-c-13-2021/>
16. ČESKO, 2022. Vyhláška č. 158/2022 Sb., která mění vyhlášku 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků [online] 2022 [cit. 2022-12-20] Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/cestnik/cestnik-c-158-2022-pdf/> (mzcr.cz)

17. DUFKOVÁ, Alena. *Potřeby dětí v nemocnici*. Sestra. Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky, 2013. r. 23, č. 6, s. 48-50. ISSN 1210-0404.
18. GHABELI, Fatemeh, Naeime MOHEB a Seyed Davoud Hosseini NASAB. *Effect of toys and preoperative visit on reducing children's anxiety and their parents before surgery and satisfaction with the treatment process*. [online]. Journal of caring sciences, 2014. r. 3, č.1, 21-28 s. [cit. 2023-01-08] Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4134164/>
19. HALDA, Jiří. *Maličkosti, na které byste při výchově dětí neměli zapomínat*. Didot, spol. s.r.o., 2020. 200 s. ISBN 978-270-8773-0.
20. HENDL, Jan, Jiří REMR. *Metody výzkumu a evoluce*. Praha: Portál 2017. 372 s. ISBN 978-80-262-1192-1
21. HUBALOVÁ, Radka. *Hodnocení kvality péče dětmi hospitalizovanými na standardním dětském oddělení*. Pardubice, 2018. Diplomová práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií.
22. HORA, Ondřej. *Sekundární analýza dat*. [online]. 2018. s. 28 [cit. 2022-7-01]. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/1423/jaro2018/VPL590/um/VPL590_12_2018.pdf
23. HRUŠÁKOVÁ, Milena et al. *Rodinné právo*. Praha: C. H. Beck, 2. vydání, 2017. 400 s. ISBN 9788074006449.
24. CHYTILOVÁ, Lucie. *Hodnocení kvality péče dětmi hospitalizovanými pro onkologické onemocnění*. Pardubice, 2018. Diplomová práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií.
25. KLÍMA, Jiří et al. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2016. 328 s. ISBN 978-80-247-5014-9.
26. KORDULOVÁ, Pavla. *Vzdělání sester v pediatrii*. *Pediatric pro praxi*, 2017. r. 18, č. 6, s. 383–386 s. ISSN 1213-0494.
27. KORDULOVÁ, Pavla. *Dětská sestra v proměnách času*. Florence, Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky, 2018. r.14, č. 4, 3235 s. ISSN 1801 -464X.
28. KOUKOURIKOS, Konstantinos et al. *The Importance of Play During Hospitalization of Children*. [online] *Materia Socio-Medica*, 2015, r.18, č. 6, 2006–2078 s. ISSN 13696513. [cit. 2023-01-015]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4733554/>
29. KUKLA, Lubomír et al. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada, 2016. 456 s. ISBN 978-80-271-9224-3.

30. LANGMEIER Josefa a Zdeněk MATĚJČEK. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum. 2011. 400 s. ISBN 978-80-246-1983-5.
31. LAZZARI, Simona. *Vývoj dítěte v 1.-3. roce*. Praha: Grada 2013. 199 s. ISBN 978-80-247-3734-8.
32. LOUREIRO, Fernanda Manuela, Beatriz Rodrigues ARAÚJO, Zaida Borges CHAREPE. *Adaptation and Validation of the Instrument 'Children Care Quality at Hospital' for Portuguese*. Aquichan. Universidad de La Sabana [online]. 2019, 19(4), 1-13 [cit. 2023-01-27]. Dostupné z: <https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.4.7>
33. MEDICAL TRIBUNE. *Dítě v nemocnici – jak omezit konflikty?* Medical tribune. 2020, roč.16, č.13, s. A1, A2-A3. ISSN 12148911.
34. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví*. [online] 2012 [cit. 2022-09-20]. Dostupné z: https://Opravneni_MZCR.pdf (csaz.cz).
35. ONDRIOVÁ, Iveta., Anna HUDÁKOVÁ a Matilda PAVELKOVÁ. *Spokojenost pacientů jako indikátor kvality péče*. Sestra: Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky. 2013, č.23 (1), s. 33–35. ISSN 1210-0404.
36. ONDRIOVÁ, Iveta, Anna SINAIOVÁ a Matilda PAVELKOVÁ. *Etika v pediatrii a pediatrickém ošetřovatelství*. Sestra: Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky. 2013, č.23 (5), s. 23–24. ISSN 1210-0404.
37. PELANDER, Tiina et al. *The quality of pediatric nursing care: developing the Child Care Quality at Hospital instrument for children*. Journal of advanced nursing [online]. 2008, 65(2) [cit. 2022-11-22]. ISSN 1365-2648. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d98fbddf-352c-416d-9781-d4cd45c4c205%40sessionmgr113&vid=5&hid=10>
38. PLEVOVÁ, Ilona a kolektiv. *Management v ošetřovatelství*. Praha: Grada 2012. 304 s. ISBN 978-80-247-387-0.
39. PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada, 2010. 256 s. ISBN 978-80-247-2968-8.
40. PROVAZNÍKOVÁ, Barbora. *Hodnocení hospitalizace očima dětí*. Pardubice, 2019. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií.
41. POLÁKOVÁ, Kristýna, Anna TUČKOVÁ a Martin LOUČKA. *Potřeby dětí s život limitujícím nebo život ohrožujícím onemocněním a jejich rodin*. Praha“ Sekce dětské paliativní péče ČSPM ČLS JEP, 2017. 77 s. ISBN 978-80-270-3257-0.

42. PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK, a Jan MACH et al. *Lege artis v medicíně*. Praha: Grada, 1. vydání, 2013. 232 s. ISBN 978-80-247-5126-9.
43. REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. Sociologie. ISBN 978-80-247-3006-6.
44. ROTHOVÁ, Michaela. *Herní pracovník jako součást dětských oddělení*. Vox pediatrie. 2014. roč. 14, č.7. 28 s. ISSN 1213-2241.
45. SEDLÁKOVÁ, Gabriela, et al. *Vybrané ošetrovatelské modely a týrané dítě*. Praha: Triton. 2010. 144 s. ISBN 978-80-7387-412-4.
46. SELEMENTOVÁ, Zuzana. *Zdravotní bratři: Síla i přístup se hodí. Proč jich je tak málo? Oslovit muže chce odvahu vždycky. Ale když je muž sestra, to už je oříšek...* 2016 [online]. [cit. 2022-10-9]. Dostupné z: <https://zena.aktuálne.cz/zdravotní-sestra/r~05f82b588b0111e69966002590604f2e>
47. SCHALKERS, Inge., DEDDING, W.M. Christine, BUNDERS, F.G.Joske. *'[I would like] a place to be alone, other than the toilet' – Children's perspectives on paediatric hospital care in the Netherlands. Health Expectations. Volume 18, Issue 6, Pages 2066-2078 2014. ISSN1369-6513. [on-line], [cit. 2023-02-09]. Dostupné z: [I would like] a place to be alone, other than the toilet' – Children's perspectives on paediatric hospital care in the Netherlands - Schalkers - 2015 - Health Expectations - Wiley Online Library*
48. STOŽICKÝ, František a Josef SÝKORA, et al. *Základy dětského lékařství*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum, 2016. 459 s. ISBN 978-80-246-2997-1.
49. ŠUPŠÁKOVÁ, Petra. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb*. 1.vyd. Praha: Grada, 288 s. 2017. ISBN 978-80-271-006-0.
50. UHOLYEVA, Xenie. *Dítě jako zdroj informací: charakteristiky výpovědí a možnosti jejího využití*. Československá psychologie: časopis pro psychologickou teorii a praxi. 2015. roč, 59, č. 2, s.150-161. ISSN 0009-062x
51. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Lůžková péče*. 2020.[online] Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [cit. 2023-01-20]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f008280/zdrroccz-2018.pdf>
52. VÁGNEROVÁ, Marie a Lidka LISÁ. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vydání třetí a přepracované a doplněné. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2021. 542 s. ISBN 978-80-246-4961-0.

53. VALUŠOVÁ, Dana a Darja JAROŠOVÁ. *Hodnocení kvality péče rodiči dětských pacientů*. *Pediatric pro praxi*. 2013, roč.14. č. 4. s 267 - 269. ISSN 1213-0494.
54. VÁLKOVÁ, Monika. *Hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb*. 1. vyd. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví 2015. 78 s. ISBN 978-80-87023-45-7.
55. VEŘEJNÁ SPRÁVA. *Zákonný zástupce dítěte*. [online]. gov.cz .2020 [cit. 2022-12-15]
Dostupné z: *Zákonný zástupce dítěte – gov.cz*
56. VLČEK, František a David MARX a kolektiv. *Akreditační standardy pro zdravotnické záchranné služby* [online]. Spojená akreditační komise, o.p.s. 2016. 1. vydání-pilotní verze [cit. 2022-08-15]. Dostupné z:
<https://www.sakr.cz/files/4570dfb99e6f5d20c4ab346d80270374/zzsak-standardy-zzs-2016-08final.pdf>
57. ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. 1.vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2016. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.

9 PŘÍLOHY

Příloha A - Dotazník pro sledování spokojenosti hospitalizovaných dětských pacientů71

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
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 obličeje 😊, pokud si myslíš, že sestry byly vždycky takové.

Označ křížkem obličeje 😞, pokud si myslíš, že sestry byly někdy takové.

Označ křížkem obličeje 😐, 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	😊	😊	😞

	Vždycky	Občas	Nikdy
Označ kroužkem, pokud jsi potřeboval/a pomoc sestry:			
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	☺	☹	☹
Kolik informací ti dětské sestry dávaly?			
30. Sestry mi říkaly o tom, proč jsem v nemocnici	☺	☹	☹
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 moji 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. Bál/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?