

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2018

Bc. Lucie Chytilová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Lucie Chytilová**
Osobní číslo: **Z16174**
Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Ošetrovatelská péče v interních oborech**
Název tématu: **Hodnocení kvality péče dětmi hospitalizovanými pro onkologické onemocnění**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

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

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

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 50 stran

Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

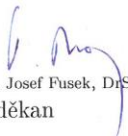
1. KOUTECKÝ, J., KABÍČKOVÁ, E., STARÝ, J.. Dětská onkologie pro praxi. 1. vydání. Praha: TRITON, 2002. 179 s. ISBN 80-7254-288-5.
2. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, H., VORLÍČKOVÁ, H. et al. Klinická onkologie pro sestry. 2. vydání. Praha: Grada, 2012. 450 s. ISBN 978-80-2473742
3. FENDRYCHOVÁ, J., KLIMKOVIČ, M. et al.. Péče o kriticky nemocné dítě. 1. vydání. Brno: NCONZO, 2005. 414 s. ISBN 80-7013-427-5.
4. ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. Dětská klinická psychologie. 4. vydání. Praha: Grada, 2006. 604 s. ISBN 80-247-1049-8.
5. VÁGNEROVÁ, M. Základy psychologie. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2007. 358 s. ISBN 80-246-0841-3.

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.


Katedra klinických oborů

Datum zadání diplomové práce: 1. prosince 2016

Termín odevzdání diplomové práce: 4. května 2018


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 2. března 2018

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Hodnocení kvality péče dětmi hospitalizovanými pro onkologické onemocnění

Bc. Lucie Chytilová

Diplomová práce

2018

PROHLÁŠENÍ AUTORA

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

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

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

V Pardubicích dne 27. 4. 2018

Bc. Lucie Chytilová

PODĚKOVÁNÍ

Mé velké poděkování patří Mgr. Evě Hlaváčkové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, její cenné rady, laskavý přístup, chápavé jednání a konzultace při zpracování diplomové práce.

Dále děkuji všem dotazovaným za jejich ochotu a čas strávený při odpovídání na otázky a také vedení pracoviště kliniky dětské onkologie za vstřícnost a pozitivní přístup.

Nakonec bych chtěla poděkovat celé své rodině za podporu a trpělivost během mého studia.

ANOTACE

Tato diplomová práce je zaměřena na hodnocení kvality péče dětmi hospitalizovanými pro onkologické onemocnění. Práce se skládá z části teoretické a výzkumné. Teoretická část vymezuje pojem kvality péče z pohledu dětských pacientů, nejčastější onkologická onemocnění charakteristická pro dětský věk a multioborový tým. Výzkumná část práce je provedena formou kvantitativně kvalitativního výzkumu. Výzkum probíhal prostřednictvím standardizovaného dotazníku, který se týkal spokojenosti dětí s poskytovanou péčí a je doplněný dvěma rozhovory se zdravotnickým personálem z kliniky dětské onkologie. V závěru práce jsou uvedeny výsledky šetření, připomínky k výsledkům a doporučení pro zlepšení fungování v některých oblastech.

KLÍČOVÁ SLOVA

Kvalita péče, hodnocení spokojenosti, hospitalizované děti, onkologické onemocnění

TITLE

Quality of care assessment by Children hospitalized for oncological diseases

ANNOTATION

This diploma thesis is focused on evaluation of care quality from the point of view of hospitalized children with oncological diseases. The thesis consists of a theoretical and a research part. The theoretical part defines the care quality from the pediatric patients' point of view, the most common oncological diseases typical for childhood and multidisciplinary team. The research part of the thesis was executed in the form of a quantitative qualitative research. The research was performed by a standardized questionnaire on the satisfaction of children with the care and was complemented by two interviews with medical staff from the Clinic of Pediatric Oncology. At the end of the thesis there are the results of the survey, comments on the results and recommendations for improvements in some areas.

KEYWORDS

Quality of care, Satisfaction assessment, hospitalized Children, Oncological diseases

OBSAH

ÚVOD.....	14
1 CÍLE PRÁCE.....	15
2 TEORETICKÁ ČÁST	16
2.1 Kvalita péče.....	16
2.2 Měření a hodnocení kvality péče	17
2.2.1 Akreditace	18
2.2.2 Standardizace	19
2.2.3 Indikátory kvality zdravotních služeb.....	20
2.2.4 Ošetrovatelský audit	21
2.3 Hodnocení kvality péče dětmi.....	21
2.3.1 Příprava na hospitalizaci	21
2.3.2 Příchod na oddělení	22
2.3.3 Příprava na vyšetření	23
2.3.4 Prostředí oddělení	24
2.3.5 Strach dítěte v nemocnici.....	24
2.3.6 Charta práv hospitalizovaných dětí.....	25
2.4 Nejčastější onkologická onemocnění dětského věku.....	25
2.4.1 Leukémie	26
2.4.2 Nádory mozku a míchy.....	27
2.4.3 Osteosarkom	28
2.4.4 Lymfomy	28
2.5 Multioborový tým pečující o hospitalizované děti s onkologickým onemocněním ..	30
2.5.1 Kompetence všeobecné sestry	30
2.5.2 Kompetence dětské sestry.....	32
2.5.3 Práce psychologa na dětské onkologii.....	32

2.5.4	Spolupráce sestry	33
3	VÝZKUMNÁ ČÁST	35
3.1	Metodika výzkumu.....	35
3.2	Analýza dat.....	38
3.2.1	Zpracování a znázornění získaných dat	38
3.2.2	Statistické zpracování	59
3.2.3	Rozhovory s experty z kliniky dětské onkologie.....	71
3.2.4	Interpretace výsledků rozhovorů	72
4	DISKUZE	75
5	ZÁVĚR	81
6	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	83
7	SEZNAM PŘÍLOH.....	88

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 – Grafické znázornění počtu chlapců a dívek	38
Obrázek 2 – Grafické znázornění věkového rozdělení respondentů	39
Obrázek 3 – Grafické znázornění příchodu do nemocnice	40
Obrázek 4 – Grafické znázornění důvodu hospitalizace	41
Obrázek 5 – Grafické znázornění doby hospitalizace	42
Obrázek 6 – Grafické znázornění hospitalizace na pokoji	43
Obrázek 7 – Grafické znázornění předchozí návštěvy nemocnice	44
Obrázek 8 – Grafické znázornění přítomnosti rodičů během hospitalizace	45
Obrázek 9 – Grafické znázornění možnosti mít sestru jen pro sebe.....	45
Obrázek 10 – Grafické znázornění přístupu sester k dětským pacientům	46
Obrázek 11 – Grafické znázornění chování sester – I. část hodnocení	47
Obrázek 12 – Grafické znázornění chování sester – II. část hodnocení	48
Obrázek 13 – Grafické znázornění potřeby sester	50
Obrázek 14 – Grafické znázornění ochoty sester při dopomoci	50
Obrázek 15 – Grafické znázornění poskytování informací nemocnému – I. Část	51
Obrázek 16 – Grafické znázornění poskytování informací nemocnému – II. Část.....	52
Obrázek 17 – Grafické znázornění trávení volného času dětskými pacienty po dobu hospitalizace.....	53
Obrázek 18 – Grafické znázornění možnosti kontaktu s rodinou a sociální zázemí na oddělení I. část.....	54
Obrázek 19 – Grafické znázornění možnosti kontaktu s rodinou a sociální zázemí na oddělení II. část.....	55
Obrázek 20 – Grafické znázornění obav dětí v souvislosti s hospitalizací.....	56
Obrázek 21 – Grafické znázornění celkového hodnocení dětskými pacienty od 1 do 5	59

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Počet hospitalizovaných dětí a počet dotazníků	37
Tabulka 2 – Co bylo v nemocnici nejlepší	57
Tabulka 3 – Co bylo v nemocnici nejhorší	58
Tabulka 4 – Kontingenční tabulka pohlaví a odpovědí hospitalizace na pokoji	60
Tabulka 5 – Pearsonův chí-kvadrát 1	60
Tabulka 6 – Kontingenční tabulka pohlaví a odpovědí důvodu hospitalizace	61
Tabulka 7 – Pearsonův chí-kvadrát 2	61
Tabulka 8 – Kontingenční tabulka pohlaví a odpovědí strach být v nemocnici sám	62
Tabulka 9 – Pearsonův chí-kvadrát 3	62
Tabulka 10 – Kontingenční tabulka pohlaví a odpovědí strach z injekcí	63
Tabulka 11 – Pearsonův chí-kvadrát 4	63
Tabulka 12 – Kontingenční tabulka pohlaví a odpovědí strach ze sester	63
Tabulka 13 – Pearsonův chí-kvadrát 5	63
Tabulka 14 – Kontingenční tabulka pohlaví a odpovědí strach z doktorů	64
Tabulka 15 – Pearsonův chí-kvadrát 6	64
Tabulka 16 – Kontingenční tabulka pohlaví a odpovědí strach z bolesti	64
Tabulka 17 – Pearsonův chí-kvadrát 7	64
Tabulka 18 – Kontingenční tabulka důvodu hospitalizace a odpovědí strach být v nemocnici sám	65
Tabulka 19 – Pearsonův chí-kvadrát 8	65
Tabulka 20 – Kontingenční tabulka důvodu hospitalizace a odpovědí strach z injekcí	66
Tabulka 21 – Pearsonův chí-kvadrát 9	66
Tabulka 22 – Kontingenční tabulka důvodu hospitalizace a odpovědí strach ze sester	66
Tabulka 23 – Pearsonův chí-kvadrát 10	66
Tabulka 24 – Kontingenční tabulka důvodu hospitalizace a odpovědí strach z doktorů	67
Tabulka 25 – Pearsonův chí-kvadrát 11	67
Tabulka 26 – Kontingenční tabulka důvodu hospitalizace a odpovědí strach z bolesti	67
Tabulka 27 – Pearsonův chí-kvadrát 12	67
Tabulka 28 – Kontingenční tabulka hospitalizace na pokoji a odpovědí strach být v nemocnici sám	68
Tabulka 29 – Pearsonův chí-kvadrát 13	68

Tabulka 30 – Kontingenční tabulka hospitalizace na pokoji a odpovědí strach z injekcí	69
Tabulka 31 – Pearsonův chí-kvadrát 14	69
Tabulka 32 – Kontingenční tabulka hospitalizace na pokoji a odpovědí strach ze sester	69
Tabulka 33 – Pearsonův chí-kvadrát 15	69
Tabulka 34 – Kontingenční tabulka hospitalizace na pokoji a odpovědí strach z doktorů	70
Tabulka 35 – Pearsonův chí-kvadrát 16	70
Tabulka 36 – Kontingenční tabulka hospitalizace na pokoji a odpovědí strach z bolesti	70
Tabulka 37 – Pearsonův chí-kvadrát 17	70

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

aj.	a jiné
ALL	Akutní lymfoblastická leukémie
AML	Akutní myeloidní leukémie
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
CML	Chronická myeloidní leukémie
CNS	Centrální nervová soustava
ČR	Česká republika
CT	Computed Tomography – počítačová tomografie
FF	fyziologické funkce
GIT	gastrointestinální trakt
HCI	HealthCare Institute
i. m	intramuskulární
IOCP	International Psycho-Oncology Society
ISO	International Organization for Standardization
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations Commission
JCI	Joint Commission International
JIP	Jednotka intenzivní péče
KDO	klinika dětské onkologie
KVS	kardiovaskulární systém
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NHL	Nehodgkinův lymfom
SAK ČR	Spojená akreditační komise České republiky
tzv.	takzvaný, takzvaně
WHO	World Health Organization
ZZ	zdravotnické zařízení

ÚVOD

Název diplomové práce zní „Hodnocení kvality péče dětmi hospitalizovanými pro onkologické onemocnění“. Jedná se o téma aktuální a velmi přínosné pro zvyšování kvality zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních. Je také zajímavým a citlivým tématem, o kterém je v současné době často diskutováno. Toto téma jsem si vybrala na základě vlastní zkušenosti s cílovou skupinou dětí s onkologickým onemocněním, jelikož pracuji na klinice dětské onkologie.

Kvalita ve zdravotnictví je široký pojem zahrnující celou řadu postupů z oblasti standardizace, akreditace a metod měření, řízení kvality péče a vzdělávání. Sledování kvality ošetrovatelské péče se stalo v českých nemocnicích běžným standardem. Běžně se také do mnoha sledovaných dimenzí kvality zahrnuje hodnocení spokojenosti pacientů. Jedná se ale pouze o pacienty dospělé, nikoliv děti. Názory dětí se z různých důvodů nesledují, ačkoli jsou děti specifickou skupinou pacientů, které je třeba věnovat zvláštní pozornost.

Je mnoho faktorů, které zhoršují kvalitu péče dětí v nemocnici. Děti procházejí neustálým vývojem, jak psychickým, tak fyzickým. Mají své vlastní požadavky, které musíme plnit určitými způsoby. Jejich pobyt ve zdravotnických zařízeních přináší řadu změn, jako je narušení jejich přirozeného a normálního života, běžných denních aktivit, odloučení od sourozenců apod. Věci, na které je dítě zvyklé, se během pobytu v nemocnici radikálně mění. Dítě má strach nejen z nového a pro něj neznámého prostředí, ale také z cizích lidí. Všechno může být zhoršeno bolestivými vyšetřeními a zákroky, které pro dětský organismus znamenají obrovskou zátěž.

U dětí s onkologickým onemocněním zhoršuje hospitalizaci už jen zjištění, že toto onemocnění mají. Vzhledem k náročnosti, které s sebou onkologické onemocnění nese, má nemoc dítěte vliv i na celou jeho rodinu a vztahy v ní. Je velkou zátěží nejen na fyzickou, ale také na psychickou a sociální stránku dítěte. Léčba onkologického onemocnění u dítěte vyžaduje vícečetné a opakované hospitalizace ve zdravotnickém zařízení a jsou to právě sestry, které tráví s dítětem oproti jiným zdravotním pracovníkům během jeho hospitalizace nejvíce času a mohou pozitivně ovlivnit jeho adaptaci na hospitalizaci.

Cílem této diplomové práce není pouze zjistit, jak hodnotí kvalitu péče onkologicky nemocné děti hospitalizované ve vybraném zdravotnickém zařízení, ale také zjistit názory expertů na českou verzi dotazníku pro hodnocení kvality ošetrovatelské péče.

1 CÍLE PRÁCE

Cíl č. 1: Zjistit, jak hodnotí kvalitu péče onkologicky nemocné děti hospitalizované ve vybraném zdravotnickém zařízení.

Cíl č. 2: Zjistit názory odborníků na českou verzi dotazníku pro hodnocení kvality ošetrovatelské péče hospitalizovanými dětmi.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 KVALITA PÉČE

Poskytování kvalitní a bezpečné zdravotní péče náleží již několik let mezi primární hodnoty v oblasti veřejného zdraví. Tato hodnota je čím dál důležitější, a to zejména pod vlivem rychlého rozvoje medicíny a technologií. Kvalita péče je ve zdravotnictví rozsáhlý pojem, který zahrnuje celou řadu postupů v oblasti standardizace, akreditace a metod měření, řízení kvality péče a vzdělávání. Hodnocení kvality zdravotních služeb je stále aktuálnější záležitostí. Slovo jakost neboli kvalita je v dnešní době často používaný termín. V ČR je hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb formulováno v *zákoně č. 372/2011 Sb.*, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a ve *Vyhlášce 102/2012 Sb.*, o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Minimální požadavky a metodický návod pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí uveřejnilo MZ ČR ve *Věstníku MZ č. 16/2015*. (Pešek, 2003; Věstník MZ ČR č. 12/2015)

Monitorování kvality zdravotní péče klienty/pacienty patří mezi významné rozměry kvality zdravotních služeb. Kvalita služeb hodnocená z pohledu pacienta závisí především na dvou veličinách, a to očekávání a skutečnost. Spokojenost nebo naopak nespokojenost pacienta závisí na rozdílu mezi tím, co pacient očekává, a tím co pacient skutečně získává. Důležité je to, že pacienti nehodnotí kvalitu zdravotní péče dle standardů a pracovních postupů, ale hodnotí ji podle přístupu zdravotních pracovníků, jak se k němu chovají, jak jednájí, jak komunikují apod. Mezi faktory ovlivňující hodnocení kvality péče, patří jednání a aktivita zdravotních sester, řešení pacientova daného problému, kultivovanost projevu zdravotních sester, jejich úprava zevnějšku aj. (Seifert, 2001)

Existuje mnoho odborných definicí, proto definovat pojem „kvalita péče“ není zcela vůbec jednoduché, v literatuře nalézáme mnoho interpretací.

Definice dle WHO zní: „*Kvalitou zdravotní péče ve zdravotnictví se rozumí souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxí.*“ (Gladkij, 1999, s. 19)

Dále WHO ve „Směrnici pro vývoj strategií a kvality bezpečnosti v kontextu zdravotnického systému“ formuluje kvalitu jako službu, která co nejefektivnějším způsobem pořádá zdroje, aby důvěryhodně vyhověly zdravotním potřebám v doméně prevence péče a péče v těch

nejpotřebnějších, bez zbytečného rozhazování a v mezích potřeb vyšší úrovně. Snaha dosáhnout optimálních výsledků je dnes zabezpečena pomocí řady procesů.

Lékařský i nelékařský zdravotnický personál vyhodnocuje stav pacienta, reguluje léčbu a péči, kooperuje v multidisciplinárním týmu, uspokojuje potřeby vytvořené především v souvislosti s onemocněním pacienta a participuje na výuce ať sebe sama či klienta. Kvalitu péče hodnotí pacient na základě spokojenosti s nemocničními službami, přístupu ošetřujícího personálu včetně projevu úcty, empatie, pomoci aj. (Škrála, Škrlová, 2003)

Pod termínem kvalita péče ve zdravotnictví se skrývá souhrn metod, které organizace potřebuje k soustavnému zvyšování jakosti poskytovaných zdravotnických služeb. Kvalitně poskytovaná péče je ta, která je poskytovaná v souladu s potřebami a požadavky pacientů. Snahou v rámci zvyšování kvality poskytované péče je eliminace chyb, nežádoucích událostí apod. Do procesu kvality péče spadá tvorba postupů, sběr informací, stanovení standardů a následné hodnocení poskytované péče. (Gladkij, 2003)

2.2 Měření a hodnocení kvality péče

Na kvalitu zdravotní péče se můžeme dívat z mnoha úhlů pohledu. Hodnotit kvalitu péče můžeme podle tří stanovisek a to:

- *Kvalita zdravotní péče z pohledu klienta* – co pacient od péče očekává.
- *Kvalita zdravotní péče z pohledu profesionálního* – vhodné procesy a řízení, jednání lege artis.
- *Řízení kvality zdravotní péče* – ekonomické a produktivní využití zdrojů ve sféře mezní hodnoty a omezení. (Madar et al, 2004)

Kvalitu můžeme hodnotit také kvantitativně, kde jedno z měřitelných kritérií je pomocí standardů nebo indikátorů. Kvalitativní metoda k hodnocení kvality péče se vyhodnocuje prostřednictvím zkušeností a spokojenosti samotných pacientů.

Kvalitu zdravotní péče hodnotíme také pomocí pozorování, a to na základě *struktury péče*, co zahrnuje prostředí, ve kterém je zdravotní péče poskytována – počet zaměstnanců i pacientů, kvalifikace zaměstnanců, vybavení zařízení aj. Dále ji hodnotíme podle *procesu péče*, a to jakým způsobem je péče poskytována (dané postupy apod.). Nakonec do hodnocení kvality spadají *výsledky péče*, kam patří dosažení požadovaných cílů, ať už jsou krátkodobé či dlouhodobé (Gladkij, 2003)

Kvalita péče obsahuje několik dimenzí, podle kterých je hodnocena. Ty jsou:

- *dostupnost a přijatelnost* z hlediska ekonomického, geografického a časového
- *bezpečnost* – redukovat pochybení a vznik komplikací nebo je zcela vyloučit
- *efektivnost* – péče, služby a veškeré úkony, které mají za účel dosáhnout očekávaných výsledků
- *kompetence* – znalosti, dovednosti a pravomoci jednotlivce v souladu s nabízenou péčí a zákroky
- *efektivita* – hospodárnost a dosažení výsledků s nejšetrnějším využitím zdrojů
- *kontinuita* – návaznost postupů (nabízet nepřerušované a koordinované služby)
- *přiměřenost* – poskytovaná péče na stupni vědeckého poznání (odpovídá stavu a potřebám pacienta)
- *přístup* – vnímavost a úcta zdravotnického personálu (jakým způsobem personál respektuje soukromí pacienta, lidskou důstojnost a individuální odlišnosti). (Madar et al, 2004; Škrála, Škrlová, 2003)

Měření a hodnocení kvality péče můžeme provádět pomocí několika nástrojů. Patří do nich: akreditace, certifikace, indikátory zdravotních služeb, standardizace, zdravotnický audit (interní a externí), hodnocení kvality poskytované péče pacienty a benchmarking. (Škrála, Škrlová, 2003)

2.2.1 Akreditace

Pojem akreditace, lze definovat jako formální proces, jehož cílem je poskytovat bezpečnou zdravotní péči na co nejvyšší možné úrovni kvality, sloužící k posouzení výkonu daného ZZ. Nejedná se o administrativní kontrolu orientovanou na formální a věcnou korektnost vnitřních předpisů. Jedná se o vysoce praktický postup, který se zakládá v přešetření všech činností daného zařízení, které mohou ovlivňovat péči o pacienta. Většina států ve světě vlastní své národní akreditace. V České republice funguje Spojená akreditační komise ČR tzv. SAK, e-ISO, Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví, T Cert, EURO CERT CZ, CZECH QUALITY UNION, LL-C (Certification) Czech Republic aj. Mezinárodně nejčestnější je certifikát společnosti Joint Commission International tzv. JCI. (Bártlová, Hnilicová, 2010; Marx, 2011; Mahútová, Svobodová, 2010; MZ ČR, 2017)

Hlavním cílem akreditací je zvyšovat kvalitu péče a zajistit bezpečné prostředí pro pacienty i zaměstnance. Významem je vytvořit systém věnující se nepřetržitému zvyšování kvality poskytované péče ve zdravotnictví jako celku. (Bártlová, Hnilicová, 2010)

Celý proces akreditace je dobrovolný a zakládá v posouzení zdravotnického zařízení podle předem ustanovených měřítek externí státní organizací.

Obsahuje 3 stádia: rozhodnutí vstoupit do akreditačního zařízení, přípravu akreditačního řízení a realizaci akreditačního šetření a získání certifikátu. Akreditace má pro dané ZZ pozitivní přínos. Akreditace se řídí specifickými normami, nazývanými se akreditačními standardy, jejichž cílem je propojit akreditační standardy se standardy jednotlivých zařízení a jejich následné správné a stálé dodržování. (JCI, 2008; SAK ČR, 2010; Škrála, Škrlová, 2003)

2.2.2 Standardizace

Dalším nástrojem pro měření kvality péče jsou standardy ošetrovatelské péče. Jsou nástrojem, který patří k nedílné součásti systému řízení kvality péče. Pomáhají k efektivnímu zvyšování kvality péče. Pojem standard znamená určitou a přesně popsanou kvantitativní či kvalitativní úroveň kritéria péče, považovanou v daném okamžiku za projev dobré kvality. Pokud má být daná péče na kvalitní úrovni, měla by podléhat normovaným standardům. Smysl standardů je hájit personál před neoprávněným postihem a pacienty před nebezpečným zacházením. Týkají se postupů a jejich individualitě při daných diagnózách, pracovních postupů, apod. Standardy jsou tzv. návodem, podle kterého je možné recenzovat, zda je poskytovaná péče na požadované úrovni. (Gladkij, 1999; Jarošová, 2000)

Existuje spousta dělení standardů, zde je uvedeno dělení podle doporučení profesora Donabediana (Mášova, Havrdlíková, 2009), který dělí standardy do 3 kategorií:

- *Strukturální standardy* – tzv. *manažerské standardy (směrnice)* - stanovují personální, technické, hygienické a organizační prostředky, které jsou ideální a umožňují dosahovat stanovenou kvalitu. Normalizují i vzdělání, kvalifikaci, kompetence a počet zaměstnanců.
- *Procesuální standardy* – formulují a konkrétně popisují jednotlivé činnosti, výkony a záznamy tak, aby docházelo k jejich paušálnímu plnění. Chrání jak pacienta, tak zaměstnance.

- *Standardy hodnocení výsledků – standardy monitorovací* – uveřejňují metody a nástroje pro monitoring, analýzu a hodnocení kvality poskytované péče v daném ZZ, na určitém pracovišti. Patří do nich sledování výskytu nežádoucích událostí, výskyt dekubitů a pádů, hodnocení spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí aj. (Mášova, Havrdlíková, 2009; MZ ČR, 2013)

2.2.3 Indikátory kvality zdravotních služeb

Pro pozorování a hodnocení jakosti, jak již bylo výše zmíněno, máme několik nástrojů, jedním z nich jsou také indikátory kvality zdravotních služeb. K tomu, aby mohlo k měření dojít, musíme mít stanoven indikátor neboli ukazatel, což je kvantitativní údaj o kvalitě procesu, který nabízí srovnání v čase a mezi zúčastněnými jednotkami tzv. benchmarking. (Škrla, Škrlová, 2003)

Indikátory kvality zdravotních služeb jsou měřitelná kritéria, u kterých je přijatelné porovnávat a tím i odhalit, zda bylo dosaženo požadovaného cíle normovaného např. standardem či směrnicí. Pomocí indikátorů kvality péče můžeme monitorovat řadu jevů. Na základě získaných údajů můžeme porovnávat různé éry apod. Rozeznáváme dva druhy indikátorů kvality zdravotnických služeb a to indikátory poměrové a indikátory strážní (Škrla, Škrlová, 2003)

Indikátory poměrové jsou založeny na sběru dat, která jsou sbírána v různých frekvencích a neustále se opakují. Poměrovými indikátory lze sledovat výskyt dekubitů, pády pacientů, počet propuštěných pacientů, **spokojenost pacientů** apod. (Škrla, Škrlová, 2003)

Indikátory strážní neboli sentinelové se zaměřují na mimořádné či nežádoucí události, které je potřeba dále vyšetřit (z hlediska spokojenosti pacientů to mohou být např. stížnosti). (Škrla, Škrlová, 2003)

Poté můžeme indikátory kvality zdravotní péče rozdělit podle přednosti a závažnosti na indikátory rizikové, klíčové, popisné a na nedůležitá data. (Škrla, Škrlová, 2003)

Každé zdravotnické zařízení je specifické a má jiné aspekty, nelze proto vytvořit indikátory univerzální a každé zdravotnické zařízení by si mělo vytvořit indikátory přesně na své oddělení a vytyčit důležité jevy, které budou sledovat. Výběr, získávání dat a jeho vyhodnocování si může každé pracoviště upravit dle vlastním požadavků. (Škrla, Škrlová, 2003)

2.2.4 Ošetrovatelský audit

Audity patří k neodmyslitelné součásti měření jakosti ve ZZ. Týkají se zdravotnické a lékařské péče. Auditem rozumíme kontrolu, revizi, prověřování a také podrobné vyhodnocování jednotlivých kritérií struktury, procesu a výsledků. Zjišťuje rozdíl mezi skutečností a standardem. Audit posuzuje, zda je daný standard stále platný, aktuální, či není potřeba provést dané změny. Audity jsou zaměřené na poskytování kvality ošetrovatelské péče, vedení dokumentace, provádění odborných výkonů, zajištění bezpečnosti pacientů apod. (Kelnarová a kol., 2009; Škrála, Škrlová, 2003)

2.3 Hodnocení kvality péče dětmi

Specifickou kategorií klientů ZZ jsou dětské pacienti. Hospitalizace dětí dle Matějčka (2001) přináší řadu změn, jako je narušení jejich přirozeného a normálního života, běžných denních aktivit, vytržení z rutiny denního života, ztrátu kontaktu se sourozenci a příbuznými apod. Věci, na které je dítě zvyklé, se během pobytu v nemocnici radikálně mění. Dítě má strach nejen z nového a pro něj neznámého prostředí, ale také z cizích lidí. U dítěte se také může objevit tzv. syndrom bílého pláště – bílý a tradiční oděv zdravotnického personálu, co u dítěte může vzbuzovat úzkost a neklid. Vše může být zhoršeno bolestivým vyšetřením a zákroky. Jakákoliv nemoc znamená pro dětský organismus mimořádné zatížení. Jako negativní účinek pobytu dítěte ve ZZ bývá uváděn strach, stres a úzkost. Kdy stres může mít za následek vznik jiných problémů, jako jsou problémy gastrointestinálního traktu (GIT) či kardiovaskulárního systému (KVS). (Matějček, 2001; Plevová, Slowik, 2010)

V příloha C je uvedeno desatero hospitalizovaného dítěte. Během hospitalizace může dítě prožít neznámé a bolestivé zkušenosti a musí komunikovat s cizími lidmi. Sestra stráví s dítětem v průběhu jeho hospitalizace v ZZ ve srovnání s ostatními členy zdravotnického týmu nejvíce času a může pozitivně i negativně ovlivnit jeho adaptaci na hospitalizaci.

2.3.1 Příprava na hospitalizaci

Příprava na takovou dramatickou změnu je důležitá nejen pro dítě, ale také pro rodiče. Autoři Boledovičová et al., vidí význam také v upraveném nemocničním prostředí. To by mělo přinášet a poskytovat pohodlí pro každé nemocné dítě a jeho rodinu, uspokojovat citové a vývojové potřeby. Předcházející příprava na pobyt v nemocničním zařízení může tvořit plynulý přechod z domácího prostředí do nemocnice a působit co nejméně traumaticky. Tato příprava se nejčastěji děje v ambulanční nebo domácí péči, záleží na tom, zda je hospitalizace plánovaná

či nikoliv. Postoje, které rodiče zaujmou k nemoci a k léčbě dítěte, můžou přirozeně ovlivnit i jeho chování. (Boledovičová, 2006; Matějček, 2001; Plevová, Slowik, 2010)

2.3.2 Příchod na oddělení

Každá rodina by měla vědět, co se od ní očekává, když je dítě přijímáno do nemocnice. Důležitou roli hraje také věk dítěte a jeho vztah s rodiči. Lékař jako první poskytuje informace o cíli, terapeutickém plánu a očekávaných výsledcích hospitalizace. Poté přicházejí na řadu rodiče, kteří by měli být hlavním zprostředkovatelem informací pro dítě a měli by se podílet na vysvětlování týkající se hospitalizace. Dítěti musíme zcela otevřeně říct, že půjde do nemocnice, abychom ho ušetřili nepříjemného překvapení, stavů úzkosti a deprese. Proto dítě nijak nepodvádíme a nic mu nezatajujeme. (Fendrychová, Klimovič a kol., 2005; Plevová, Slowik, 2010)

Obecně se může zpráva o hospitalizaci dětem do sedmi let sdělit dva týdny před přijetím, kdy jsou schopné to pochopit. Dětem školního věku můžeme důvody hospitalizace vysvětlit důkladněji, odpovídáme ochotně na jejich případné otázky a snažíme se vytvořit atmosféru vzájemné důvěry. I pro děti předškolního věku bychom měli najít způsob jak vysvětlit nutnost pohybu ve ZZ. (Plevová, Slowik, 2010)

Podle autora Matějčka (2001) bychom neměli dítěti zdůrazňovat nepříjemnosti, které pobyt provázejí, ale zdůrazňovat věci příjemné a lákavé např. poznání nových dětí. Čím je dítě mladší, tím kratší by měla být doba, kdy dítě informujeme o pobytu ve ZZ. Pro každé dítě je příchod na nemocniční oddělení negativním zážitkem, a to i přes velké úsilí zdravotníků a rodičů, proto se nelze na tuto situaci dopředu připravit. (Fendrychová, Klimovič a kol., 2005; Matějček, 2001; Plevová, Slowik, 2010)

Autorka Kristová (2004) uvádí základní činnosti, které by sestra měla při příjmu dítěte na oddělení dodržet. Tyto činnosti mají velký význam a velký podíl na dobré adaptaci dítěte na hospitalizaci, prevenci úzkosti strachu, ovlivňují celkový pobyt dítěte v nemocnici, jeho stav i spokojenost. Sestry by měly dodržovat následující posloupnost činností při příjmu na oddělení:

- pozdraví a představí se,
- orientuje komunikaci v první linii na dítě, ve druhém na matku (případně jinou doprovázející osobu),
- osloví dítě a zeptá se ho, jak se jmenuje a dále ho oslovuje jménem,

- zjistí, jak dítě oslovují v domácím prostředí, ve školním kolektivu, anebo jak by si dítě přálo být oslovováno,
- naváže kontakt s dítětem pomocí hračky, knihy apod.,
- orientuje pozornost na jeho oblíbenou hračku, když ji má dítě s sebou (hračka může pomáhat při překonávání strachu),
- ukáže dítěti oddělení, pokoj, vyšetřovnu,
- představí dítě ostatním dětem na pokoji a děti jemu,
- ukáže mu hernu, hračky, knihy aj.,
- povypráví dítěti o lidech v nemocnicích – lékařích, sestrách, učitelce a nových kamarádech,
- poskytne dítěti prostor na jeho otázky, na které trpělivě odpovídá. (Kristová, 2004; Plevová, Slowik, 2010)

Čím bylo méně příležitostí připravit dítě doma na hospitalizaci, tím více záleží na prvních dojmech dítěte z nového prostředí. Matějčíček (2001) vidí možnost využít prvního styku s dítětem a s rodiči následovně: důležité je s dítětem zacházet klidně a s porozuměním, aby k nám nabyli důvěry jeho rodiče. Následně s nemenším porozuměním musíme jednat také s rodiči, aby k nám mohlo nabýt důvěry dítě. (Matějčíček, 2001; Plevová, Slowik, 2010; Říčan, Krejčířová, Vorlíčková, 2006)

Následně je doporučováno od rodičů získat informace o dítěti, podle kterých určíme jeho vývojovou úroveň a učiníme představu o jeho individuálním charakteru. Tyto informace získáváme i tehdy, kdy je matka hospitalizována s dítětem a je nám plně k dispozici. Musíme se snažit zjistit obvyklý denní program dítěte v domácím prostředí (jeho návyky, záliby, zábavy, oblíbené hračky apod.), abychom později mohli získat jeho spolupráci a vyvarovali se radikálních zásahů do soustavy jeho návyků. (Plevová, Slowik, 2010)

2.3.3 Příprava na vyšetření

Příprava dítěte na zákrok či vyšetření je další kapitolou, na kterou by mělo být dítě připraveno a mělo by být o něm informováno. Ne vždy ale rodiče s touto přípravou souhlasí. Někteří rodiče odmítnou a nepřejí si, aby bylo cokoli dítěti předem sdělováno. Dávají přednost strategii překvapení a přemožení dítěte, třeba i silou. Jít proti jejich přesvědčení není správné, proto si vyslechneme jejich argumenty a slíbíme, že neuděláme nic, s čím nebudou souhlasit a požádáme je, aby si vyslechli naše argumenty. Dítě toho dokáže dost vycítit, proto pociťuje

a tuší, že se děje něco nezvyklého, vidí strach a rozrušené rodiče. Když dítěti nikdo nevysvětlí, co se bude dít, posiluje to jeho podezření, že se bude něco strašlivého. Dle autora Matějčka (2001) rodiče nakonec většinou přiznají, že pocítují potřebu, aby dítě rozumělo situaci, a jsou rádi, když jim zdravotnický personál s informováním pomůže. (Matějček, 2001; Plevová, Slowik, 2010)

2.3.4 Prostředí oddělení

Pro utváření lidské psychiky má základní význam činnost. Potřeba hravé aktivity přetrvává i u nemocného dítěte a je významným léčebným aspektem, jelikož zlepšuje citový stav dítěte a ulehčuje přizpůsobení na změněný zdravotní stav a prostředí. Dále poskytuje náhradní uspokojení na činnosti a zájmy, které jsou díky hospitalizaci omezeny či vyloučeny. Pomáhají vytvářet vztahy jistoty, důvěry a spolupráce. Na dětském oddělení by měla být herna, ale ne vždy stav dítěte umožňuje hernu využívat – což má vztah k oddělení, kde je prováděna výzkumná část práce. Vybavení herny by se mělo řídit zásadami pro vybavení herny v mateřských školách. Také vybavení nemocničního pokoje by se mělo řídit určitými zásadami, aby se nelišilo příliš od domova. Pokoje nesmí odpuzovat svou chladností a holostí. Mělo by v nich být útulno a děti by se zde měli cítit příjemně. Výzdoba na stěnách by měla přitahovat jejich pozornost a příliš je neodrazovat. Pokud bude dítě hospitalizované delší dobu, měl by se zajistit pokoj tak, abychom zajistili malému pacientovi i kus intimity a soukromí. (Plevová, Slowik, 2010)

2.3.5 Strach dítěte v nemocnici

Velkou roli hraje u dětí v nemocnici strach. Některé děti jsou vystrašeny z domova či od svých kamarádů a bojí se bolesti, násilných zákroků, krutého zacházení, nových lidí a situací. Někdy se děti nepřiznají ke svému strachu, a to z důvodu, že by mohli utřít posměch. Svěřují se ale druhým dětem, čímž svůj strach na sebe přenášejí a straší se pak navzájem. Autor Matějček (2001) ve své publikaci uvádí, že k získání důvěry dítěte, aby nám sdělilo, co ho trápí a čeho se bojí, tkví klíč v tom, abychom ho zaměstnávali a udržovali v dobré náladě. Nejlepší zbraní proti dětskému strachu je klid, laskavost a povzbuzující chování personálu. (z toho dítě vycítí, že nemocnice není zdaleka tak zlá, jak si představovalo). (Matějček, 2001; Plevová, Slowik, 2010)

Rodiče vnímají nemoc dítěte jako velmi stresující záležitost, která se odráží nejen na jejich vystupování, ale také jednání. Dítě vše podvědomě vnímá a neklid a úzkost rodičů u dítěte může

vyvolávat strach. Malé dítě není schopno vyjádřit svůj strach a obavy. (Matějček, 2001; Plevová, Slowik, 2010; Říčan, Krejčířová, Vorlíčková, 2006)

2.3.6 Charta práv hospitalizovaných dětí

Mezníkem ve vývoji mezinárodní spolupráce a ochrany práv dítěte se stala Úmluva o právech dítěte, která byla vyhlášena roku 1989 shromážděním OSN. Úmluva o právech dítěte v ČR započala novou epochu pohledu na dítě jako plnohodnotného člověka a držitele většiny práv a svobod a je postavena na několika základních právech (právo na život a přežití, právo na rozvoj, právo na ochranu a participační právo, tj. právo na účast). Podmětem k vypracování Charty práv hospitalizovaných dětí byli manželé Královcovi z nadace Klíček ve spolupráci s předním českým pediatrem Janem Jandou. Tento dokument podpořila v roce 1993 Centrální etická komise MZ v ČR. Charta práv hospitalizovaných dětí viz Příloha C. (MPSV, 2005; Sedlářová a kol., 2008; Plevová, Slowik, 2010; Zacharová, 2017)

Je mnoho faktorů, které zhoršují kvalitu péče dětí v nemocnici. U dětí s onkologickým onemocněním to zhoršuje už jen fakt, že toto onemocnění mají. Léčba onkologického onemocnění u dítěte vyžaduje vícečetné a opakované hospitalizace ve ZZ. Ošetrovatelská péče o dětského onkologického pacienta je orientovaná na zajištění jeho maximálního fyzického, psychického, emocionálního a sociálního pohodlí.

Mezi nejčastější nespecifické celkové příznaky patří změny v chování, poruchy spánku, neprospívání, únava, malátnost, nechutenství, úbytek na váze, bledost, nevysvětlitelné horečky, zvracení, průjem nebo zácpa apod. Specifické příznaky představují rozsáhlou škálu symptomů ze strany postiženého orgánu. U dětí je celková nespecifická symptomatologie, která se projevuje ztrátou zájmů o kamarády a hry, nastávají u nich změny v chování (mrzutost, plačtivost, záchvaty vzdoru, negativismus aj.), všeobecné neprospívání (únava, malátnost, nechutenství, bledost, poruchy spánku). (Koutecký, Kabíčková, Starý, 2002; Plevová, Slowik, 2010)

2.4 Nejčastější onkologická onemocnění dětského věku

Nádorová onemocnění dětí patří mezi onemocnění vzácná. Jedná se o onemocnění nepřenositelná a pouze minimálně dědičná. Druhové spektrum nádorů se mění v jednotlivých věkových obdobích. U nejmenších dětí ve věku do 5 let dominují leukémie, nefroblastom, neuroblastom, rabdomyosarkom, retinoblastom a hepatoblastom. U dětí ve věku 5–10 let převládají nádory centrální nervové soustavy (dále CNS), lymfomy, nádory měkkých tkání a kostí.

V postpubertálním období se začínají vyskytovat nádory typické pro dospělý věk. Nádory dětského věku se významně liší od nádorových onemocnění dospělých (rychlá progresse nádoru a časně metastazování). (Bajčiová, Tomášek, Štěrba a kol., 2011; Koutecký, Kabíčková a Starý, 2002; Plevová a Slowik, 2010; Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012)

Pro tuto kapitolu, byly vybrány čtyři nejčastěji se vyskytující druhy onkologického onemocnění, které jsou spojené s dětským věkem ve věkovém rozmezí 7–11 let, a to z důvodu standardizovaného dotazníku, který se týká zmiňované věkové kategorie. Jedná se o leukémie, nádory mozku a míchy, osteosarkom, lymfomy.

2.4.1 Leukémie

U dětí do 15 let věku je akutní lymfoblastická leukémie (dále ALL) nejčastějším typem leukémie a také nejčastěji léčený druh nádorového onemocnění. (Bajčiová, Tomášek, Štěrba a kol., 2011)

Podle patologicky změněné buněčné linie rozlišujeme leukémie na lymfatické a myeloidní. ALL je zhoubné nádorové onemocnění, vycházející z nekontrolovaného bujení nezralých krvetvorných buněk v kostní dřeni. Akutní myeloidní leukémie (dále AML) je nemoc, která vzniká maligní transformací kmenové hematopoetické buňky. (Adam, Krejčí, Vorlíček et al, 2010, str. 263)

Dle průběhu se rozdělují na leukémie akutní a chronické. Leukémie tvoří 30 % všech zhoubných nádorů v dětské populaci. V dětském věku se vyskytuje až z 95 % leukémie akutní a u více než 80 % se jedná o ALL, v 15 % jde o akutní myeloidní leukémie (AML), v 5 % o chronické myeloidní leukémie (CML). (Koutecký, Cháňová, 2003; Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012)

Leukémie se objevuje nejčastěji u dětí mezi prvním a pátým rokem života, kdy chlapci jsou poněkud častěji postiženi než děvčata (1,3:1). (Bajčiová, Tomášek, Štěrba a kol., 2011; Koutecký, Cháňová, 2003; Mayer, Starý, 2002)

Klinický průběh ALL probíhá často spíše vlekle než prudce. U dětí se objevují nespecifické příznaky jako je anémie (bledost), kterou má až 85 % pacientů, dále nejasná horečka, krvácivé kožní a slizniční projevy, bolesti v kostech a kloubech připomínající virový infek. Narůstající nedostatečnost kostní dřene vede k anémii, trombocytopenii a závažným infekcím. Prognóza dětí s ALL a její doba přežití bez recidivy je v dnešní době vyšší než 81 % a to především díky

standardizované léčbě velkého počtu dětí v rámci mezinárodních protokolů a obrovskému pokroku v podpůrné léčbě, imunologii a molekulární genetice. (Adam, Krejčí, Vorlíček, 2008; Bajčiová, Tomášek, Štěrba a kol., 2011; Koutecký, Cháňová, 2003; Mayer, Starý, 2002; Vokurka, 2008; Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012)

Klinický průběh AML je častěji kratší a násilnější než u ALL. Další ojedinělostí u AML je výrazná lymfadenopatie (tzv. neurčité zvětšení lymfatických uzlin), diseminovaná intravaskulární koagulace (tzv. zvýšená koagulační aktivita s tvorbou trombů v periferní cirkulaci, kdy dochází k vyčerpání koagulačních faktorů a vede to ke zvýšení krvácivosti) apod. Prognóza u dětí s AML je ovlivněna řadou činitelů. Pacienti s AML neodpovídají příliš dobře na léčbu. Při celkovém počtu uzdravených dětí cca 50 – 60 % se šance na vyléčení u AML v posledních letech výrazně zlepšila. (Bajčiová, Tomášek, Štěrba a kol., 2011; Koutecký, Cháňová, 2003; Krejčí a kol., 2008; Mayer, Starý, 2002; Šrámková, 2006; Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012)

2.4.2 Nádory mozku a míchy

Po leukémiích jsou nádory mozku a míchy druhou nejčastější malignitou a tvoří 20 – 25 % všech nádorů dětské populace. Věkový průměr se pohybuje kolem šestého roku života. Onemocnění postihuje častěji chlapce než dívky. Nádory v této lokalizaci se rozdělují podle typu buněk, ze kterých vycházejí. (Koutecký, Cháňová, 2003)

Záleží na místě v nervové soustavě, ze kterého nádor vychází a také na rychlosti růstu nádoru. Zvláště u pomalu rostoucích nádorů může někdy propuknutí příznaků trvat a postupně se zhoršovat až několik měsíců, než je nemoc odhalena. Diagnóza mozkových nádorů bývá stanovena u dvou třetin dětí až po více než 4 týdnech a u benigních nádorů často po roce. Nespecifickými symptomy jsou bolest hlavy, zvracení, změny chování aj. Zvýšený intrakraniální tlak může zapříčinit vznik městnavé papily, parézu očních nervů (tzv. ochrnutí očních nervů), kdy dochází k náhlému vzniku strabismu (tzv. šilhání) nebo neurologické poruchy, jako jsou poruchy koordinace pohybů, částečné ochrnutí nebo obrna mozkových nervů. Vzniknout mohou také záchvaty křečí a poruchy vízu. Z lokalizace tumoru vyplývají neurologické příznaky. U nádorů postihující oblast zadní jámy lební, je nápadná porucha rovnováhy, kdy pacient má poruchu koordinace jemných pohybů zhoršující se např. při psaní. U nádorů v mozkových hemisférách se projeví porucha hybnosti končetin či celé poloviny

těla – slabost v končetině, poruchy chůze, napadání na končetinu apod. (Bajčiová, Tomášek, Štěrba a kol., 2011)

Prognóza mozkových nádorů je u dětí s pětiletým přežitím kolem 60% a to i přes to, že méně než jejich polovina je vysoce maligních. Prognóza záleží na histologickém typu a stupni malignity, lokalizaci nádoru, operabilitě a stáří dítěte. (Bajčiová, Tomášek, Štěrba a kol., 2011)

2.4.3 Osteosarkom

Je nejčastějším zhoubným nádorem kostí v dětském věku s věkovým průměrem kolem 10 let, kdy chlapci jsou postiženi více než dívky. Jedná se o vysoce maligní vřetenobuněčný nádor, který vychází z kosti vytvářející matrix. Nejčastěji se objevuje v metafýzách dlouhých rourovitých kostí (v 50 % jsou lokalizovány v blízkosti kolenního kloubu). Nejčastějšími primárními lokalizacemi jsou distální femur (33 %), proximální tibie (14 %) a proximální humerus 10 %. (Bajčiová, Tomášek, Štěrba a kol., 2011)

Klinický průběh u osteosarkomů se projevuje zduřením, bolestí a omezení hybnosti postižené končetiny. Dále se objevuje zarudnutí a místně zvýšenou teplotou. Při stanovení diagnózy bývají již u 20 % pacientů přítomny metastáze. Klíčem k úspěchu je radikální chirurgické odstranění nádoru, jak amputací nebo častěji kostní náhradou. Nádor nejčastěji metastázuje do plic a skeletu. Dlouholetá léčebná šance se v současné době pohybuje kolem 70 %. Čím menší je objem nádoru a čím je umístěn periferněji primární nádor, tím je prognóza příznivější. S nemožností radikální operace (např. nádory pánve a páteře), špatnou odpovědí na chemoterapii nebo s přítomností plicních metastáz, se šance na vyléčení úměrně snižuje. (Bajčiová, Tomášek, Štěrba a kol., 2011)

2.4.4 Lymfomy

Dalším nejčastějším onkologickým onemocněním u dětí jsou lymfomy, jejichž výskyt je kolem 12 % z celkového počtu. Lymfomy se většinou objevují v druhé dekádě života a zasahují dospívající děti. Existuje mnoho podtypů lymfomů, mezi nejzákladnější dělení je Hodgkinův a Nehodgkinův lymfom (NHL). Obě skupiny zasahují lymfatický systém, který je součástí imunitního systému. Hodgkinova choroba je onemocnění mízního systému, které představuje 7 % nádorového onemocnění u dětí. Nejčastěji postihuje děti školního věku do 15 let. Prognóza Hodgkinova onemocnění patří k nejlepším, bez rozdílu rozsahu onemocnění a jeho rizika, je možné vyléčit 90 % pacientů. Lymfomy se řadí k nejrychleji rostoucím nádorům, kdy čas

potřebný ke zdvojnásobení počtu nádorových buněk, může být pouhých 12 hodin. (Bajčiová, Tomášek, Štěrba a kol., 2011; Koutecký, 2008)

Podíl NHL u dětí představuje 7 %, kdy chlapci jsou postiženi dvakrát častěji než dívky. Průměrný věk při stanovení diagnózy je udáván cca 9 let. Nejčastěji se jedná o malobuněčný lymfom neboli Burkittův lymfom, který je z 50 % u dětí nejčastější. Mezi celkové příznaky, které mohou předcházet viditelnému tumoru, patří recidivující horečky, nevysvětlitelný váhový úbytek, noční pocení, nechutenství, celková slabost apod. U téměř tří čtvrtin dětí a mladistvých je nebolestivá adenopatie (nespecifické onemocnění mízních uzlin) lokalizována na krku či nadkličku. Mediastinální nádory mohou způsobit dechové obtíže a přivodit syndrom horní duté žíly (odvádí odkysličenou krev z horní poloviny těla do pravé síně srdeční). Abdominální nádory se projevují hmatnou rezistencí a bolestí. Při postižení lymfatických uzlin v hrudníku se nádor projeví suchým kašlem, obtížným dýcháním a někdy i otokem obličeje. Vzhledem k velmi rychlému růstu tumoru, vzniká od počátku v těle mnoho rozpadových buněčných produktů, jako je např. kyselina močová. Ta se usazuje v ledvinách a situace může vyústit až v selhání ledvin. Prognóza přežití bez recidivy je 90% dětí s lokalizovaným onemocněním a 60 – 75 % pacientů s pokročilým onemocněním v době diagnózy. (Bajčiová, Tomášek, Štěrba a kol., 2011; Koutecký, Cháňová, 2003)

Léčba je pro onkologicky nemocné děti většinou již od počátku spojena se silnou psychickou zátěží. Dítě se na hospitalizaci ocitá pro něj v neznámém prostředí, dějí se kolem něho věci, kterým ze začátku vůbec nerozumí a obává se jich. Rodina bývá šokována onkologickou diagnózou. Prožívání dětí a jejich rodičů je velmi úzce provázáno, přestože se rodiče snaží skrývat před očima dítěte svou úzkost a obavy, dítě vytuší, že se děje něco závažného. Pozornost je zapotřebí také věnovat nejen léčeným pacientům, ale také dětem vyléčeným a jejich rodinám. Následky onkologického onemocnění si totiž vyléčené dítě může nést celý život a důsledky se mohou objevovat v oblasti psychického fungování, proto musíme udělat vše potřebné, abychom dítěti usnadnili návrat do běžného denního života. (Říčan, Krejčířová, Vorlíčková, 2006; Štěrba et al., 2008)

Onkologické onemocnění vždy postihuje člověka jako celek, tedy komplexně. Zasáhne jej nejen v oblasti somatického zdraví, ale také do úrovně psychické a komplexně ovlivňuje jeho psychosociální fungování. Mezinárodní psychoonkologická společnost (International Psycho – Oncology Society – IOCP) vydala tzv. Prohlášení o standardech a klinických postupech

v onkologické léčbě. V prohlášení se uvádí, že v základní péči o onkologicky nemocného pacienta musí být obsaženy psychosociální aspekty a strádání by mělo být měřeno jako jedna ze základních životních funkcí. (Grassi, Riba, 2012; Štěrba et al., 2008; Tschuschke, 2004)

Z posledních výzkumů bylo zjištěno, že 30 – 40 % onkologicky nemocných pacientů se důsledkem onemocnění a následné léčby neadaptovalo a byly u nich prokázány stavy úzkosti, deprese a poruchy přizpůsobení a emocionální poruchy, proto je práce psychologa na příslušných pracovištích velice důležitá. (Mitchell et al., 2011)

Onkologicky nemocné děti zažívají extrémně psychicky a fyzicky náročnou léčbu. Trpí také narušením vlastní emocionální rovnováhy ztrátou sociálních kontaktů a druhotně často sociálním propadem celé rodiny. To je způsobeno dlouhodobou zátěží léčby, která znemožňuje dětem pravidelnou školní docházku, běžné dětské aktivity a kontakty, sportovní kroužky apod. Dítě je zcela vytrženo ze svého přirozeného prostředí, které mu umožňuje plynulý socializační vývoj a rozvoj. Proto je důležité, aby na oddělení kliniky dětské onkologie pracoval kvalifikovaný multioborový tým, o kterém pojednává následující kapitola.

2.5 Multioborový tým pečující o hospitalizované děti s onkologickým onemocněním

Náročné onkologické onemocnění, se kterým souvisí náročná léčba, dlouhodobé a opakované pobyty v nemocnici apod., vyžadují kvalitní péči poskytovanou multioborovým týmem a specialisty v různých oborech. Patří zde lékaři, všeobecné a dětské sestry, psychologové, herní terapeuti, rehabilitační pracovníci, nutriční terapeut, učitelé, mateřská školka apod. Vzhledem k tomu, že práce je zaměřena na hodnocení práce sester, jsou více rozepisovány oblasti jejich kompetencí.

2.5.1 Kompetence všeobecné sestry

Všeobecná sestra provádí následující činnosti:

- vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů,
- sleduje a hodnotí FF funkce pacientů,
- pozoruje, hodnotí a zaznamenává stav pacienta,
- zajišťuje herní aktivity pro děti,
- zajišťuje a provádí vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou,
- provádí odsávání sekretů z horních cest dýchacích,

- hodnotí poruchy celistvosti kůže a chronické rány (ošetřuje stomie, centrální a periferní vstupy),
- provádí spolu s fyzioterapeutem a ergoterapeutem rehabilitaci,
- zajišťuje edukaci pacientů,
- hodnotí potřebnost spolupráce sociálního pracovníka,
- zajišťuje konání ve smyslu přijímání, přemístování a propouštění pacientů,
- provádí psychickou podporu pro umírající pacienty a jejich blízké (zajišťuje péči o mrtvé tělo),
- přejímá, kontroluje a ukládá léčivé přípravky, a to i včetně návykových látek,
- přejímá, kontroluje a ukládá zdravotnické přípravky. (Štěpánková, 2016)

Všeobecné sestry mohou vykonávat bez odborného dohledu na základě indikace lékaře aktivity při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. Zejména připravují pacienty k diagnostickým a léčebným postupům, na základě indikace lékaře je provádí nebo při nich asistují, obstarávají ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich:

- podávají léčivé přípravky s výjimkou nitrožilních injekcí nebo infuzí u novorozenců a dětí do 3 let a s výjimkou radiofarmak,
- zavádějí a udržují kyslíkovou terapii,
- provádějí screeningová a depistážní vyšetření,
- odebírají biologický materiál a orientačně hodnotí, zda jsou výsledky fyziologické,
- provádějí ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů,
- provádějí katetrizaci močového měchýře žen a dívek nad 10 let, pečují o močové katétry pacientů všech věkových kategorií, včetně výplachů močového měchýře,
- provádějí výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádí nazogastrické sondy pacientům při vědomí u pacientů starších 10 let (pečují o ně, aplikují výživu sondou u pacientů všech věkových kategorií),
- provádějí výplach žaludku při vědomí u pacientů starších 10 let. (Štěpánková, 2016)

Od 18. ledna 2016 došlo k rozšíření činností všeobecné sestry, které je oprávněna vykonávat bez odborného dohledu a bez indikace. Do vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, byla vyhláškou č. 2/2016 Sb. doplněna v § písmena p, q a r. Podle nich všeobecné sestry:

- motivují a edukují jednotlivce, rodiny a skupiny k přijetí zdravého životního stylu a péči o sebe,
- analyzují, zajišťují a hodnotí kvalitu a bezpečnost poskytované ošetrovatelské péče,
- v rozsahu svých odborných způsobilostí provádějí opatření při řešení následků mimořádných událostí nebo krizových situací. (Štěpánková, 2016)

Všeobecné sestry pod odborným dohledem lékaře aplikují nitrožilně krevní deriváty, asistují při zahájení aplikace transfúzních přípravků a dále bez odborného dohledu na základě indikace lékaře ošetřují pacienta v průběhu aplikace a ukončují ji. (Štěpánková, 2016)

2.5.2 Kompetence dětské sestry

Dětská sestra provádí následující činnosti:

- zavádí periferní žilní katetry u dětí ve všech věkových skupin s výjimkou nedonošených novorozenců,
- podává léčivé přípravky s výjimkou radiofarmak (pokud není dále uvedeno jinak),
- provádí screeningová, depistážní a dispenzární vyšetření,
- odebírá krev a jiný biologický materiál a hodnotí, zda jsou výsledky fyziologické,
- obstarává výplach žaludku u dítěte při vědomí,
- zavádí gastrické sondy u dítěte při vědomí a pečuje o ně, včetně perkutánní endoskopické gastrostomie nebo jejunostomie a aplikuje enterální výživu. (Zdravotnický deník, 2017)

Dětská sestra provádí katetrizaci močového měchýře u dívek (s výjimkou nedonošených novorozenců), podává dítěti klyzma a provádí výměnu a ošetření tracheostomické kanyly. Dětské sestry mohou pod dohledem lékaře aplikovat nitrožilně krevní deriváty, asistovat při počátku aplikace transfúzních přípravků a dále bez odborného dohledu na základě indikace lékaře ošetřovat pacienta v průběhu aplikace a ukončovat ji. (Zdravotnický deník, 2017)

2.5.3 Práce psychologa na dětské onkologii

Mezi velmi důležitou složku pro člověka s rakovinou tvoří možnost psychologické podpory, která je poskytována na klinice dětské onkologie. Práce psychologa na dětské onkologii je značně široká. Psychologická péče na onkologii představuje práci s psychicky zdravými lidmi v silně zátěžových situacích, proto by psycholog neměl být primárně zaměřen na oblast psychopatologie, ale rozvíjet u sebe schopnost podpory a porozumění. Psycholog se věnuje jak dětem, tak rodičům. Veškeré pocity, co prožívají rodiče při onemocnění svého dítěte,

at' už se jedná o šok, hněv, lítost, bezmoc a mnoho dalšího, jsou bez výhrady akceptovány. Psychologické pomoci je výhodné využít, aby rodiče svým pocitům porozuměli a mohli je postupně zvládnout či překonat (Říčan, Krejčířová, Vorlíčková, 2006; Vágnerová, 2004; Vlčková, 2009)

2.5.4 Spolupráce sestry

Sestra není jediná, kdo přichází do kontaktu s malými pacienty. Důležitou součástí týmu tvoří **pedagogičtí pracovníci**, kteří společně s psychologem řeší možnosti vzdělávání pro nemocné děti a posuzují, zda by malí pacienti měli dále pokračovat ve školní docházce. Pedagogové požadují po psychologovi pedagogicko – psychologickou diagnostiku. Dlouhodobě nemocné děti mají možnost pokračovat ve vzdělání formou individuálního výukového plánu. (Štěrba et al., 2008; Vlčková, 2009)

Dále součástí týmu jsou **sociální pracovníci**, které zajišťují především příspěvky, na které mají rodiče pacienta v průběhu nemoci nárok, kompenzační pomůcky apod. Služby sociální pracovníce jsou pro rodiče hospitalizovaných dětí velmi důležité. Rodiče mohou zažádat o příspěvek na péči o nemocné dítě, prodloužení rodičovského příspěvku, zvýšení sociálního příplatku z důvodu dlouhodobé nemoci u dítěte apod. (Štěrba et al., 2008; Vlčková, 2009)

Dále se o dětské pacienty starají fyzioterapeuti, kteří zajišťují další aktivity, které jsou absolvovány i mimo ZZ. (Vyhlídal, Ješina et al., 2014)

- *Rehabilitační péče* – rehabilitační oddělení zajišťuje rehabilitační servis pro dětské onkologicky nemocné pacienty jak ambulantně, tak při hospitalizaci. Cílem rehabilitační péče je prevence následků dlouhodobé hospitalizace, mezi které patří pohybová inaktivita, cytostatická nebo jiná terapie. Velmi se uplatňuje také snížení bolesti, která může vznikat v průběhu onkologického onemocněním, a to již v kontextu s dlouhodobým pobytem na lůžku, souvislostí s léčbou aj. Rehabilitační péče je zcela individuální a cílená. Každému pacientovi se stanovuje jak dlouhodobý, tak krátkodobý rehabilitační program. (Nadační fond dětské onkologie Krtek, 2008)

Sestra na klinice dětské onkologie může spolupracovat s několika sdruženími a organizacemi, které zahrnují především:

- *Dobrovolnické organizace* – na klinice působí dobrovolnické sdružení Motýlek, kdy dobrovolníci z tohoto sdružení nabízí dětem různé aktivity a pomáhají jim trávit čas

v nemocnici. Cílem dobrovolníka je společně s nemocným dítětem nalézt možnost vzájemného kontaktu a setkání. Je zcela na dobrovolnících, jak volný čas vyplní. Většinou využívají čtení knih, hraní společenských her, věnují se různým technikám výtvarné činnosti nebo vyrábění dárků a jiných předmětů. (Štěrbá et al., 2008)

- *Nadační fond dětské onkologie – KRTEK* – jeho činnost spočívá především ve zkvalitnění a zpříjemnění pobytu dětí v nemocnici, péče o ně v průběhu celé léčby a pomoc při vyrovnávání se s jejími následky. Dále nadační fond dětské onkologie KRTEK zajišťuje dovybavení pracovišť kliniky dětské onkologie, přispívá na výzkum a na vzdělání lékařů a zdravotnického personálu. (Vyhlídal, Ješina et al., 2014)

Po náročné a dlouhodobé onkologické léčbě podporuje nadační fond postupný návrat dětských pacientů zpět do běžného života prostřednictvím rekondičních a resocializačních aktivit, jako jsou letní či zimní tábory, prodloužené víkendy pro rodiny s dětmi, zahraniční zájezdy pro adolescenty a další. Dále také mimo jiné komunikuje s dárci, pořádá charitativní akce a veřejné sbírky. Nadační fond KRTEK také úzce spolupracuje s dalšími nevládními neziskovými tuzemskými i zahraničními organizacemi, zaměřující se na onkologicky nemocné děti. (Vyhlídal, Ješina et al., 2014)

- *Zdravotní klaun* – mezi významnou profesi uplatňující se v nemocničním prostředí patří profese zdravotního klauna, což jsou profesionální umělci, kteří prošli stanoveným konkurzem, poté školícím programem a jsou vzděláváni pro práci ve ZZ. Zdravotní klauni pomáhají dětem, aby se přeladili z pasivní role pacienta k aktivitě. U dětí zdravotní klauni vyvolávají kladné emoční reakce, jako je zájem a radost, čímž tento projekt svým charakterem splňuje terapeutické principy. Zdravotní klauni pořádají v měsících červenec a srpen Cirkus patiento, který je určen především dlouhodobě nemocným dětem. Čtyřdenní příprava vrcholí slavnostním vystoupením, na kterém děti předvádí své nově získané cirkusové dovednosti. (Vlčková, 2012; Vyhlídal, Ješina et al., 2014)
- *Výtvarná dílna – ERGOTERAPIE* – jejímž úkolem je vyplnění volného času nemocných dětí, kde psycholog zprostředkovává kontakt mezi pacientem a výtvarnou dílnou. Pro děti jsou voleny vždy techniky vyhovující jejich psychickému rozpoložení a zdravotnímu stavu. (Vyhlídal, Ješina et al., 2014)

3 VÝZKUMNÁ ČÁST

V této části diplomové práce jsou popsány a zpracovány jednotlivé fáze výzkumu. Nejprve jsou uvedeny cíle práce, následuje metodika výzkumu a charakteristika výzkumného vzorku. Výsledky z dotazníkového šetření jsou uvedeny v kapitole „Analýza dat“. Výzkumnou část zakončuje diskuze a závěr.

Hlavní cíle práce jsou:

Cíl č. 1: Zjistit, jak hodnotí kvalitu péče onkologicky nemocné děti hospitalizované ve vybraném zdravotnickém zařízení.

Cíl č. 2: Zjistit názory odborníků na českou verzi dotazníku pro hodnocení kvality ošetrovatelské péče hospitalizovanými dětmi.

3.1 Metodika výzkumu

Výzkumná část práce je provedena formou kvantitativně kvalitativní. Data byla sbírána pomocí: a) standardizovaného dotazníku a za b) rozhovorů.

Standardizovaný dotazník (příloha B), byl přeložen z psychometricky ověřeného dotazníku od finské autorky Tiiny Pelander a vychází z práv hospitalizovaného dítěte – ty jsou uvedeny v příloze D. Je určený pro děti ve věku 7–11 let a umožňuje hodnotit kvalitu ošetrovatelské péče ve třech základních oblastech jako je: charakteristika ošetrujícího personálu, aktivity ošetrujícího personálu a zdravotnické prostředí. Dotazník obsahuje 61 krátkých a jasně formulovaných položek, které byly nenáročné na odpovědi. Standardizovaný dotazník se skládá z otázek otevřených a uzavřených. Druh uzavřených otázek byl variabilní, některé otázky byly kroužkovány formou „smajlíků“, druhé zase kroužkovány pomocí medvídků. Originální dotazník byl přeložen do českého jazyka metodou zpětného překladu za účasti tří překladatelů, lingvisty a tří odborníků z pediatrie. (Pelander, Leino - Kilpi, Katajisto, 2009)

Výzkumný soubor byl tvořen dětskými respondenty. Dětské respondenty byli hospitalizováni ve sběrném období září 2017–březen 2018 na klinice dětské onkologie na standardním oddělení a na dvou jednotkách intenzivní péče. Pro sběr dat byla použita explorativní, tj. dotazovací metoda, přičemž jednotlivé dotazníky byly k dispozici na standardním oddělení a dvou jednotkách intenzivní péče na klinice dětské onkologie. Personál kliniky dětské onkologie, konkrétně sestry, měly za úkol vybízet dětské respondenty k jejich vyplnění. Vzhledem k tomu,

že pracuji na klinice dětské onkologie, mohla jsem si sběr dat korigovat a hlídat. Pracovníci dětské onkologie souhlasili a přijali výzkumné šetření pozitivně a kladně. Dotazníky byly dětským pacientům rozdávány kolem třetího dne hospitalizace, kdy vyplněné dotazníky měli pacienti vložit do uzamčené krabice, do které měli přístup pouze manažeři kvality pověřeni jejich vybíráním.

V rámci šetření bylo pacientům na klinice dětské onkologie rozdáno celkem 70 dotazníků. První fáze byla zaměřena na věk, kdy byly vyřazeny děti, které uváděly jiný věk, než je věkový interval pro sběr dat. Vysoký odpad bych zdůvodnila rozdíly mezi rodnými čísly a reálným věkem, což bych mohla zařadit také do diskuze. V dalším kroku byla kontrolována úplnost a správnost vyplněných dotazníků. Z toho počtu bylo pro výzkum použito 40 dotazníků, které byly vyplněny kompletně a správným způsobem. Bylo rozdáno celkem 40 dotazníků dětem ve věku 7–11 let a dětí splňujících zmiňované věkové rozhraní bylo 46, tudíž návratnost byla 87 %.

Po zjištění statistických dat ve sledovaném zařízení v Tabulka 1, bylo ve sběrném období 09/17–03/18 hospitalizováno celkem 208 dětí (kde byla vícečetná hospitalizace dětí). Ve sběrném období 09/17–03/18, bylo hospitalizováno pouze 46 dětí, které spadají do věkového rozhraní dotazníku, tedy 7–11 let. Tudíž pro potřebu kontrolního šetření je 40 (100 %) dotazníků vyplněných správným způsobem. Šest z hospitalizovaných dětí, které spadaly do věkového rozhraní, nevyplnily dotazník vůbec, a to z důvodu jejich špatného zdravotního stavu.

Z celkového počtu 208 hospitalizovaných dětí ve sběrném období 09/17–03/18, bylo na standardním oddělení 23–113 chlapců a 76 dívek, na JIP 31–5 chlapců a 5 dívek a na JIP 7–7 chlapců a 2 dívky. Z požadovaného intervalu 7–11 let, bylo hospitalizováno 46 dětí ve sběrném období 09/17–03/18, z toho na oddělení 23 bylo hospitalizováno 30 chlapců a 15 dívek, na JIP 31 nebylo hospitalizováno žádné dítě, které by splňovalo daný interval a na JIP 7, byla hospitalizována 1 dívka, která splňuje věkovou kategorii dotazníků.

Získané dotazníky z každého oddělení byly postupně vyhodnoceny pomocí programu Microsoft Excel. Data byla dále zpracována ve statistickém software STATISTICA ©.

Tabulka 1 – Počet hospitalizovaných dětí a počet dotazníků

Rok 2017 - 2018	Počet hospitalizovaných dětí ve sběrném období 09/17 - 03/18	Počet hospitalizovaných dětí ve věku 7 - 11 let ve sběrném období 09/17 - 03/18	Počet dotazníků ve sběrném období 09/17 - 03/18
Oddělení 23	189	45	39
JIP 7	9	1	1
JIP 31	10	0	0
Celkem	208	46	40

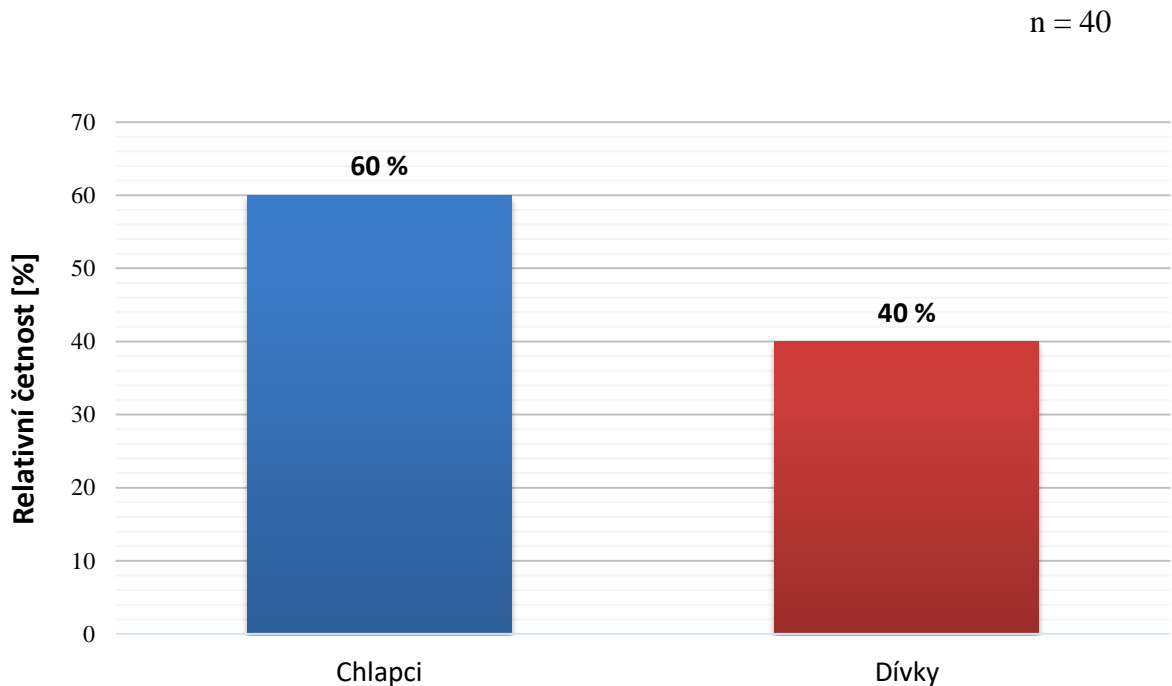
Kvantitativní šetření bylo doplněno rozhovory. Standardizované rozhovory byly provedeny se zdravotnickým personálem pracujícím na klinice dětské onkologie. Výběr respondentů pro rozhovory byl záměrný. Byli osloveni zaměstnanci ZZ, ve kterém šetření probíhalo, konkrétně jednou všeobecnou sestrou a jednou dětskou sestrou. Tito experti byly zvoleni na základě nejdelší pracovní zkušenosti na klinice. Experti posuzovali jednotlivé položky dotazníku a hodnotili jeho praktičnost a možnost využití v českém prostředí. Dotazníky obdrželi respondenti 2 týdny před plánovaným rozhovorem, aby si ho mohli v klidu prohlédnout, seznámit se s ním a připravit se na rozhovor. Rozhovory byly provedeny v lednu 2018. Následně, byl každý respondent dotazován zvlášť, kde shledává negativa a pozitiva dotazníku, který je poskytnut na oddělení kliniky dětské onkologie a také co by mohli na dotazníku vyzdvihnout. Rozhovory trvaly průměrně 5 minut, byly nahrávány na mobilní zařízení, doslovně přepsány a následně analyzovány.

3.2 Analýza dat

3.2.1 Zpracování a znázornění získaných dat

OTÁZKA č. 1

V otázce č. 1 jsem se respondentů dotazovala na jejich pohlaví. Z celkového počtu 40 respondentů, bylo 24 chlapců (60 %) a 16 dívek (40 %).

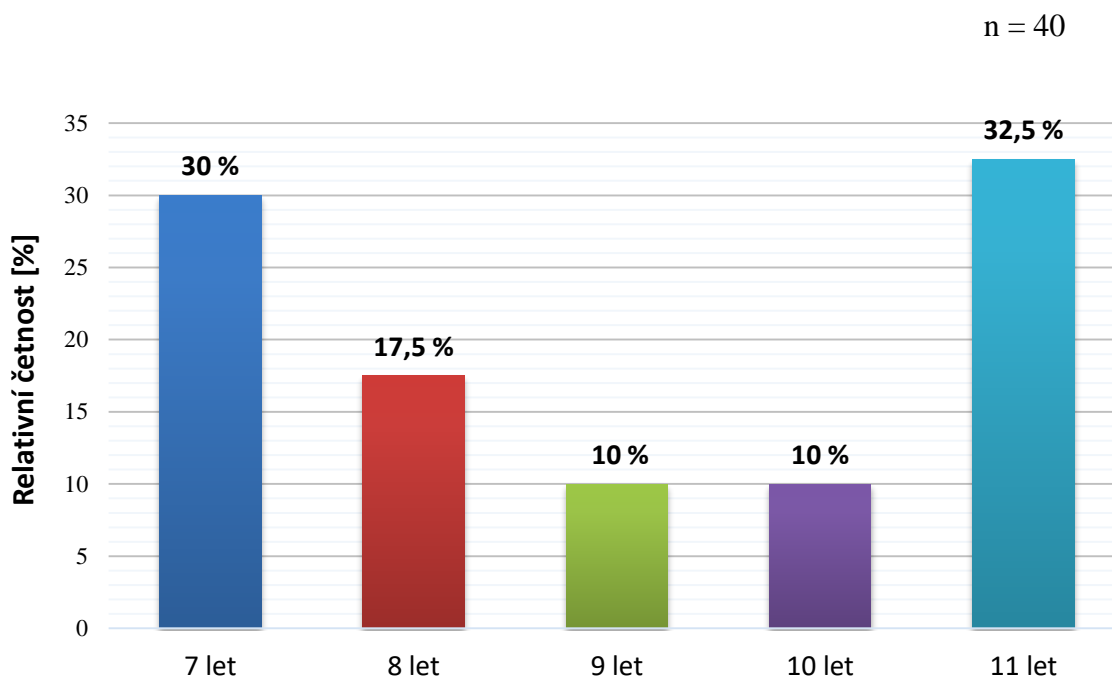


Obrázek 1 – Grafické znázornění počtu chlapců a dívek

Dotazování se na pohlaví respondentů je významné, a to kvůli správnému vymezení zkoumaného souboru. Managementu zařízení dává možnost dozvědět se, kdo dotazník vyplňoval (chlapec x dívka) a následně usnadnit pochopení toho, proč se daný člověk u jednotlivých odpovědí takto učinil rozhodnutí. Management zdravotnického zařízení může zaznamenat různé potřeby či nároky chlapců a dívek, ze kterých by měl následně při zajišťování kvalitní péče vycházet.

OTÁZKA č. 2

V této otázce jsem se dotazovala pacientů, kolik jim je let. Dotazníkové šetření bylo pro děti ve věku 7–11 let, proto histogram obsahuje 5 sloupců. Ze souboru 40 respondentů odpovědělo 30 % respondentů 7 let, 17,5 % dotazovaných mělo 8 let, 10 % respondentů odpovědělo 9 let a 10 let a 32,5 % dotazovaných bylo ve věku 11 let.

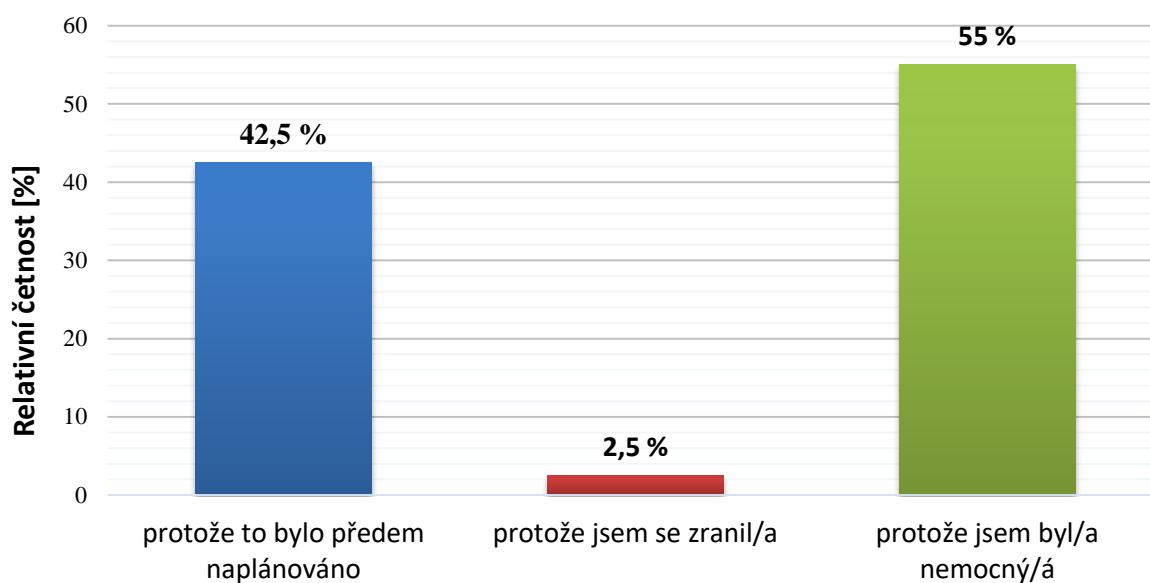


Obrázek 2 – Grafické znázornění věkového rozdělení respondentů

OTÁZKA č. 3

Na otázku č. 3 odpovídali respondenti, proč do nemocnice přišli a co je vedlo k jejich návštěvě. 42,5 % respondentů zvolilo odpověď – protože to bylo předem naplánováno, 2,5 % dotazovaných odpovědělo – protože jsem se zranil/a. Největší skupinou, tedy 55 % respondentů uvedlo odpověď – protože jsem byl/a nemocný/á. Shrnutí na Obrázek 3.

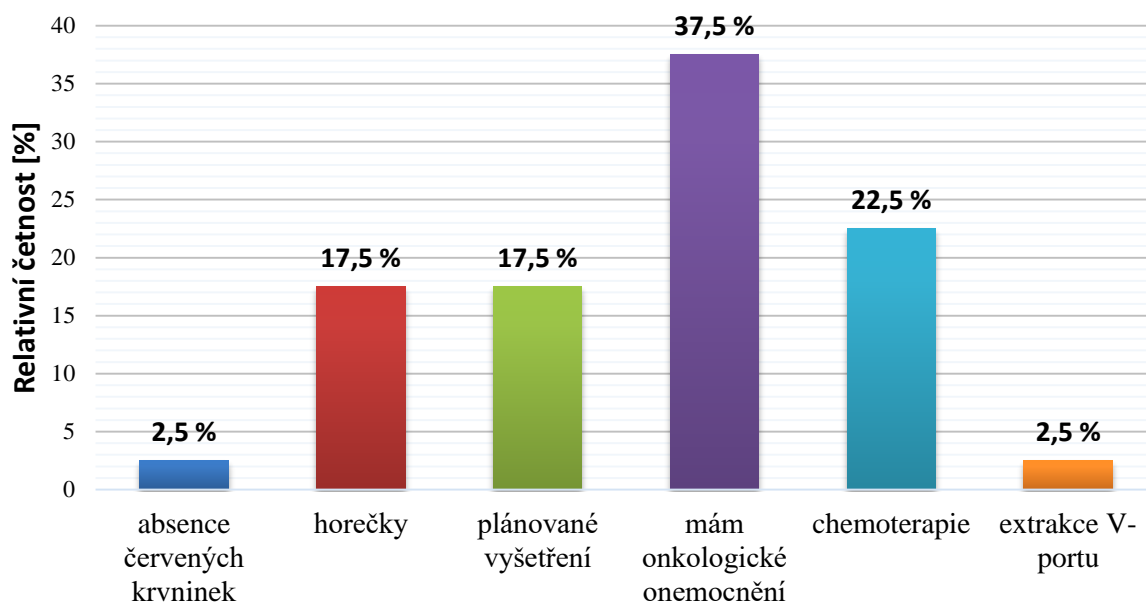
n = 40



Obrázek 3 – Grafické znázornění příchodu do nemocnice

OTÁZKA č. 4

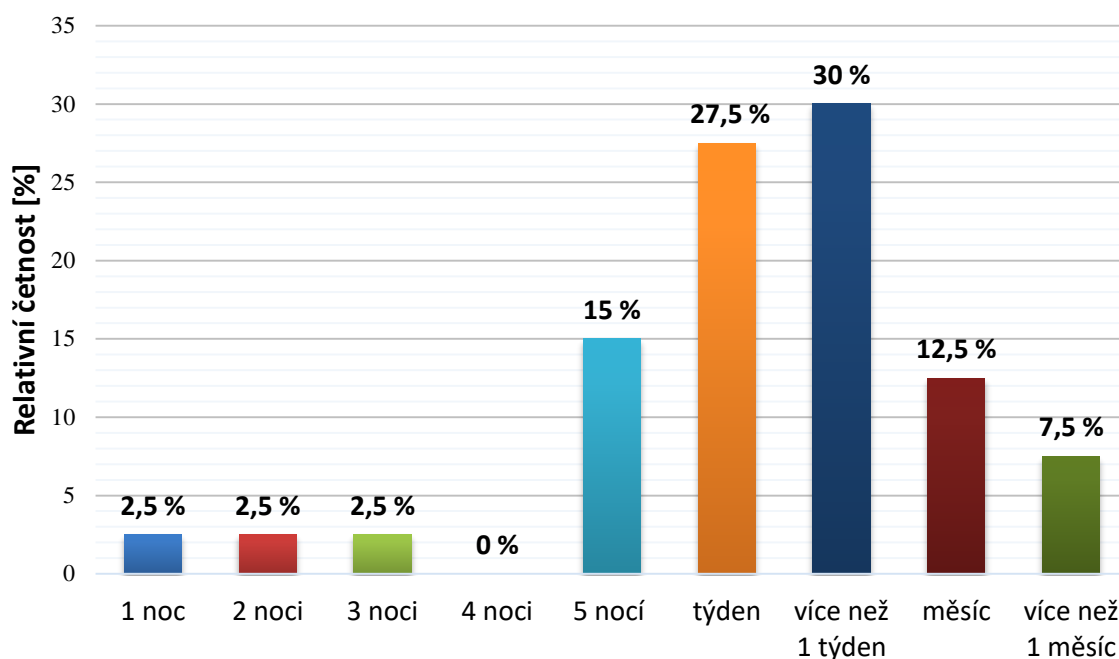
Otázka č. 4 byla otázkou otevřenou, kdy dětští respondenti zde měli možnost napsat, proč jsou v nemocnici hospitalizováni. Odpovědi byly vyhodnoceny do 6 skupin. Nejčastěji byly uváděny odpovědi, jako např. mám leukémii, mám tumor, mám onkologické onemocnění apod., proto byly všechny podobné odpovědi zařazeny do skupiny – mám onkologické onemocnění. Tuto skupinu tvoří 37,5 % respondentů. 22,5 % respondentů uvádělo, že jsou hospitalizováni z důvodu chemoterapie. Dvě odpovědi se stejným počtem 17,5 % zaujímají odpovědi: horečky a plánované vyšetření. Hospitalizace z důvodu absence červených krvinek 2,5 % a extrakce V – portu (intravenózní port) uvedl také jeden respondent, tedy 2,5 %. Celkové shrnutí na Obrázek 4.



Obrázek 4 – Grafické znázornění důvodu hospitalizace

OTÁZKA č. 5

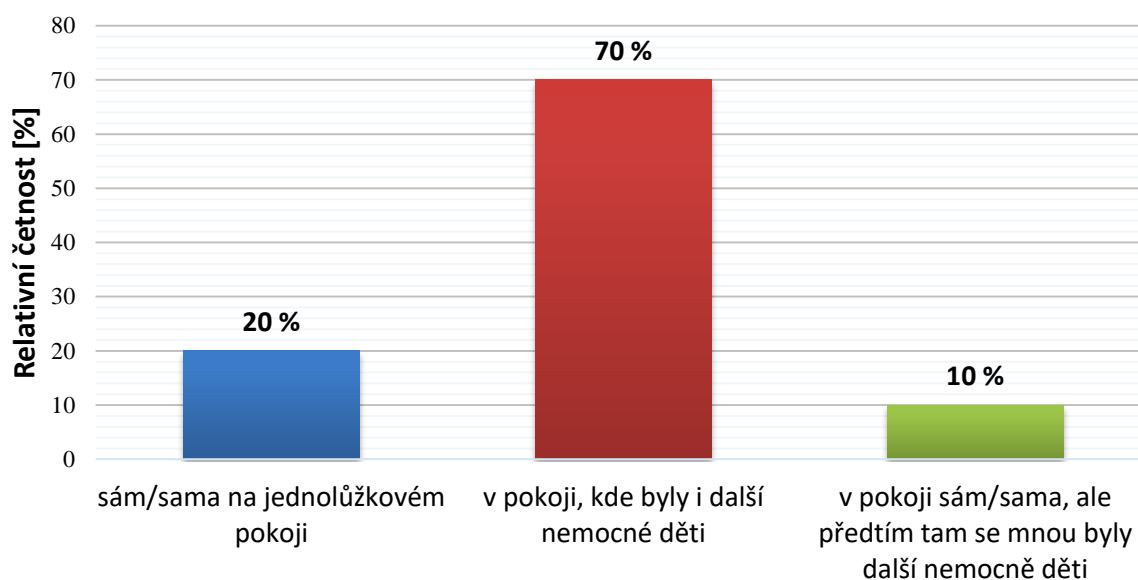
Na otázku č. 5 odpovídali respondenti, jak dlouho byli hospitalizováni. Odpovědi zde byly jak uzavřené, tak jedna otevřená – pokud se v otázce nenacházela odpověď, mohli v odpovědi za f) vypsát svou vlastní. Tato otázka není moc vhodná na toto specializované pracoviště – a to z důvodu opakované hospitalizace onkologicky nemocných dětí. A to jak kvůli chemoterapiím, přešetřením, nežádoucím reakcím na cytostatickou léčbu aj. V odpovědi za f) uváděli respondenti odpovědi: týden, více než týden, měsíc a déle než měsíc. Pro lepší přehlednost byla otázka rozdělena do 9 skupin, viz Obrázek 5. Dotazovaní uváděli nejčastěji odpověď 'více než jeden týden' a to 30 %. Druhá nejčastější odpověď byla 'týden' a tu odpovědělo 11 respondentů (27,5 %). 12,5 % dotazovaných odpovědělo 'měsíc' a 7,5 % 'více než 1 měsíc'. Tři odpovědi byly po 2,5 % a to odpovědi '1 noc', '2 noci' a '3 noci', kdy tito pacienti byli hospitalizováni kvůli plánovanému vyšetření, jako např. magnetická rezonance, CT apod.



Obrázek 5 – Grafické znázornění doby hospitalizace

OTÁZKA č. 6

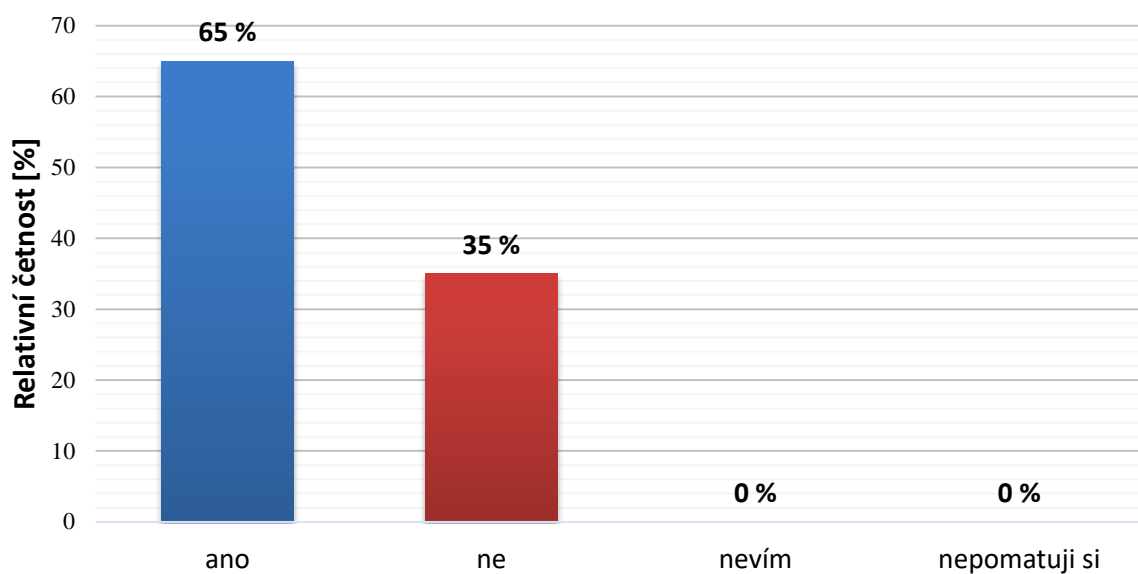
V další otázce byla zjišťována hospitalizace na pokoji. 70 % z dotazovaných zvolilo odpověď, že byli na pokoji, kde byly hospitalizovány i další nemocné děti. 20 % respondentů uvedlo hospitalizaci, kde byli sami na jednolůžkovém pokoji. Poslední možnost z výběru obsahovala odpověď: v pokoji jsem byl sám/a, ale předtím tam se mnou byly další nemocné děti, kterou zvolilo 10 % respondentů. Celkové shrnutí na Obrázek 6.



Obrázek 6 – Grafické znázornění hospitalizace na pokoji

OTÁZKA č. 7

Na otázku č. 7 odpovídali dotazovaní, jestli byli v nemocnici již před touto hospitalizací. Měli na výběr z možností ano, ne, nevím a nepomatuji si. Vzhledem k tomu, že dotazovaní respondenti neustále podstupují hospitalizace dokola – kvůli onkologické léčbě, byla nejčastější odpověď ano a to 65 %. Odpověď ne uvedlo 35 % z dotazovaných. Odpověď nevím a nepomatuji si neuvedl žádný z respondentů. Viz Obrázek 7.

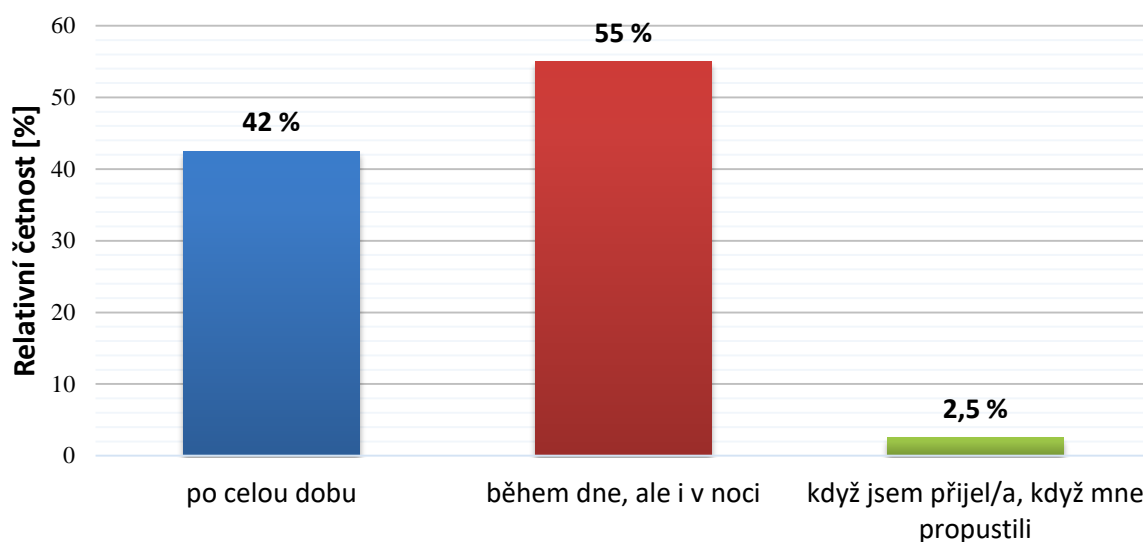


Obrázek 7 – Grafické znázornění předchozí návštěvy nemocnice

OTÁZKA č. 8

Dále se v dotazníku zjišťovala přítomnost rodičů u pacienta. 55 % respondentů odpovědělo, že rodiči byli s ním během dne, ale ne v noci. 42,5 % z dotazovaných zvolilo variantu, že rodiče byli u pacienta po celou dobu hospitalizace. Odpověď moji rodiče byli v nemocnici se mnou: když jsem přijel/a, když mne pustili, zvolil jeden respondent (2,5 %). U pacientů do 4 let, je možnost hospitalizace spolu s rodinným příslušníkem. U dětí nad 4 roky, jsou jejich rodiče (či rodinní příslušníci) ubytováni na tzv. ubytovně matek, což je hrazeno zdravotní pojišťovnou. Celkové shrnutí na Obrázek 8.

n = 40

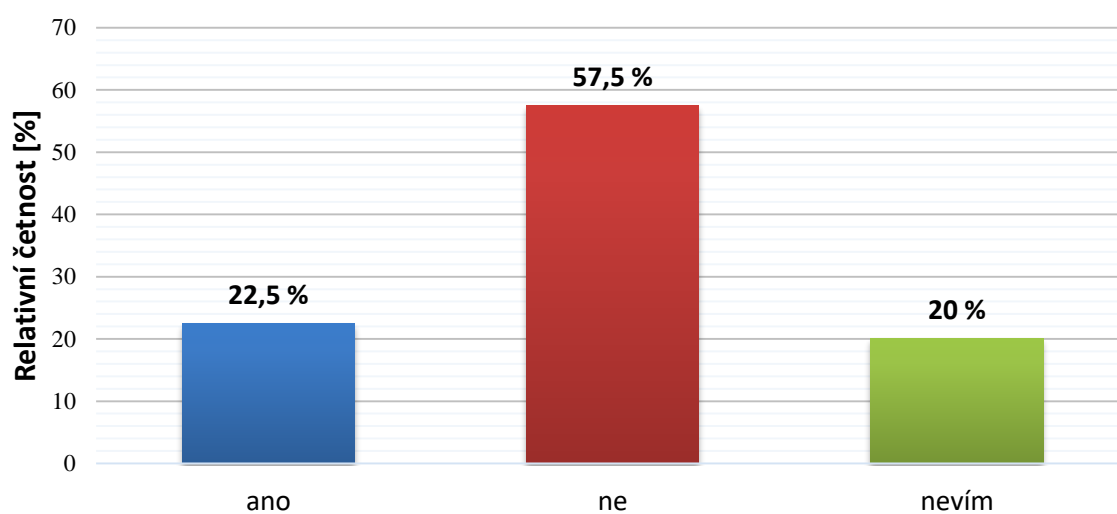


Obrázek 8 – Grafické znázornění přítomnosti rodičů během hospitalizace

OTÁZKA č. 9

V další otázce bylo zjišťováno, zda dětská respondentka měla sestru jen samu pro sebe. Odpověď ano zvolilo 22,5 % respondentů, ne zvolilo 57,5 % z dotazovaných a odpověď nevím, zvolilo 20 % respondentů. Tato otázka by mohla být předmětem do diskuze.

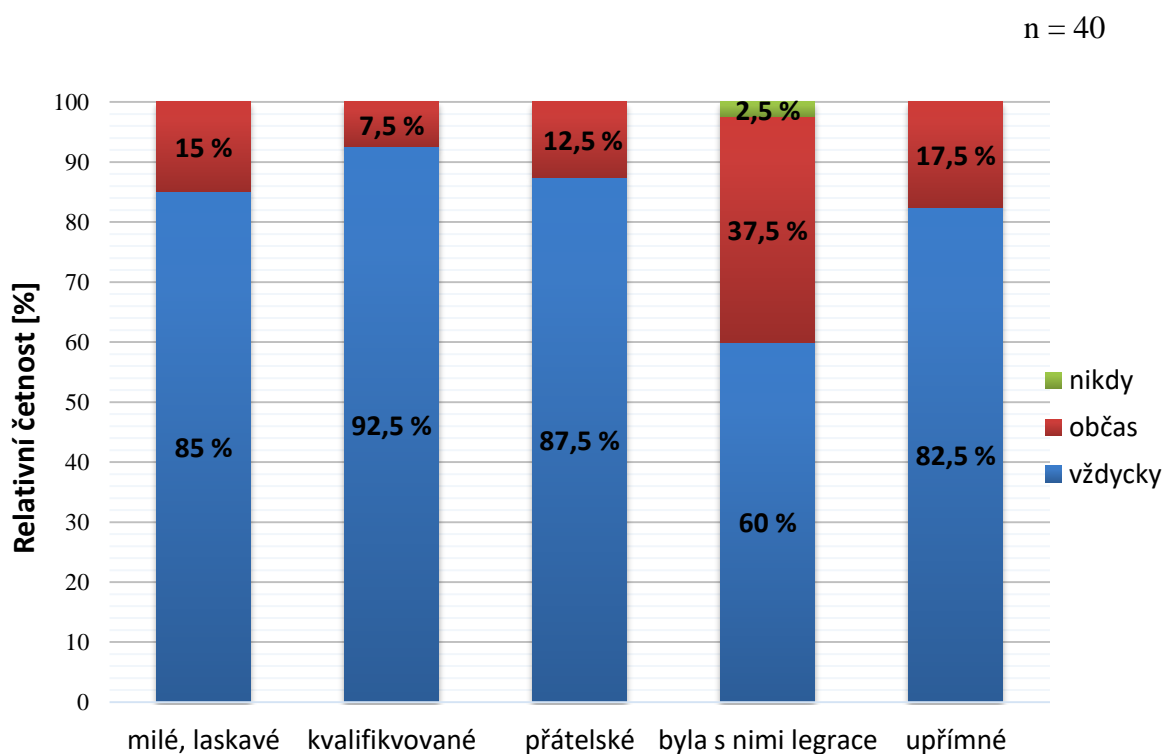
n = 40



Obrázek 9 – Grafické znázornění možnosti mít sestru jen pro sebe

OTÁZKY č. 10 – č. 14

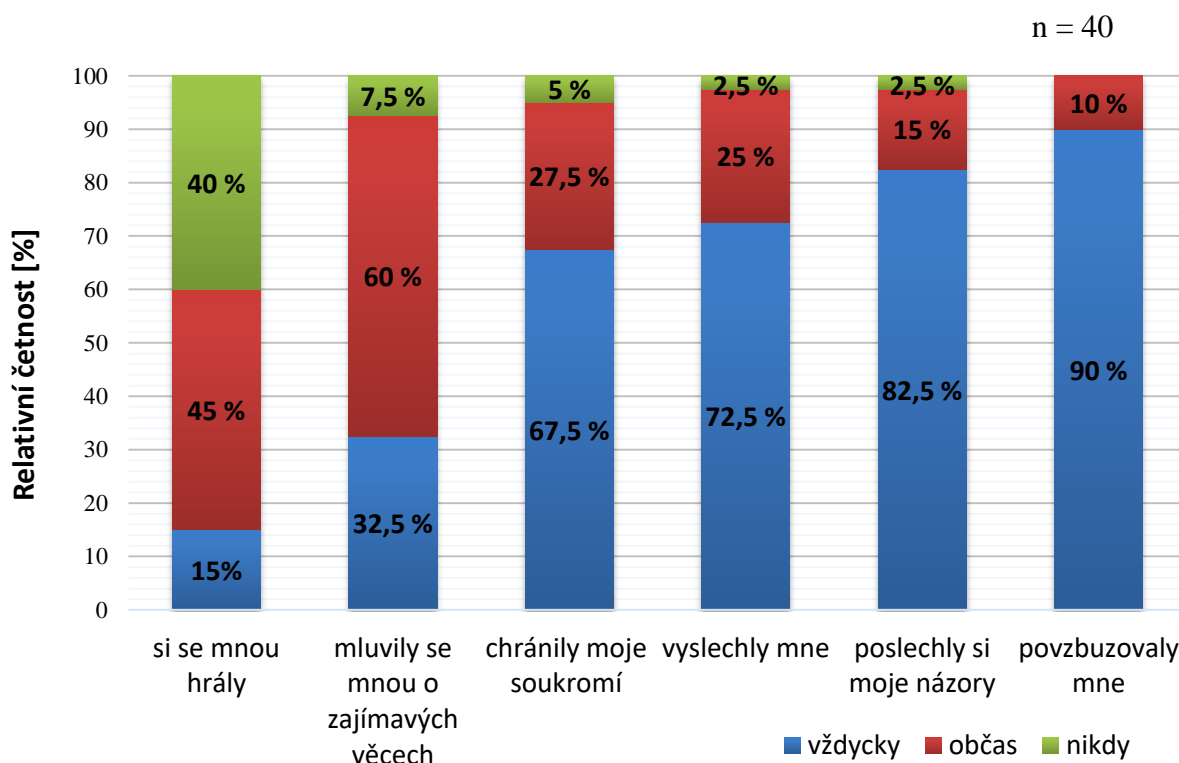
Drtivá většina byla spokojena s přístupem personálu a volilo mezi odpovědí vždycky. Jen jeden respondent (2,5 %) uvedl odpověď: nikdy, a to na otázku, zda se sestrami byla legrace. Na otázku, zda jsou sestry milé a laskavé odpovědělo 85 % respondentů vždycky. 92,5 % respondentů zvolilo, že jsou sestry kvalifikované. Zda sestry byly přátelské, uvedlo odpověď vždycky 87,5 % a 12,5 % zvolilo občas. 60 % dotazovaných zvolilo odpověď vždycky na otázku, zda je sestrami legrace a občas uvedlo 37,5 % respondentů. Na otázku: sestry byly upřímné, uvedlo vždycky 82,5 % respondentů.



Obrázek 10 – Grafické znázornění přístupu sester k dětským pacientům

OTÁZKY č. 15–25

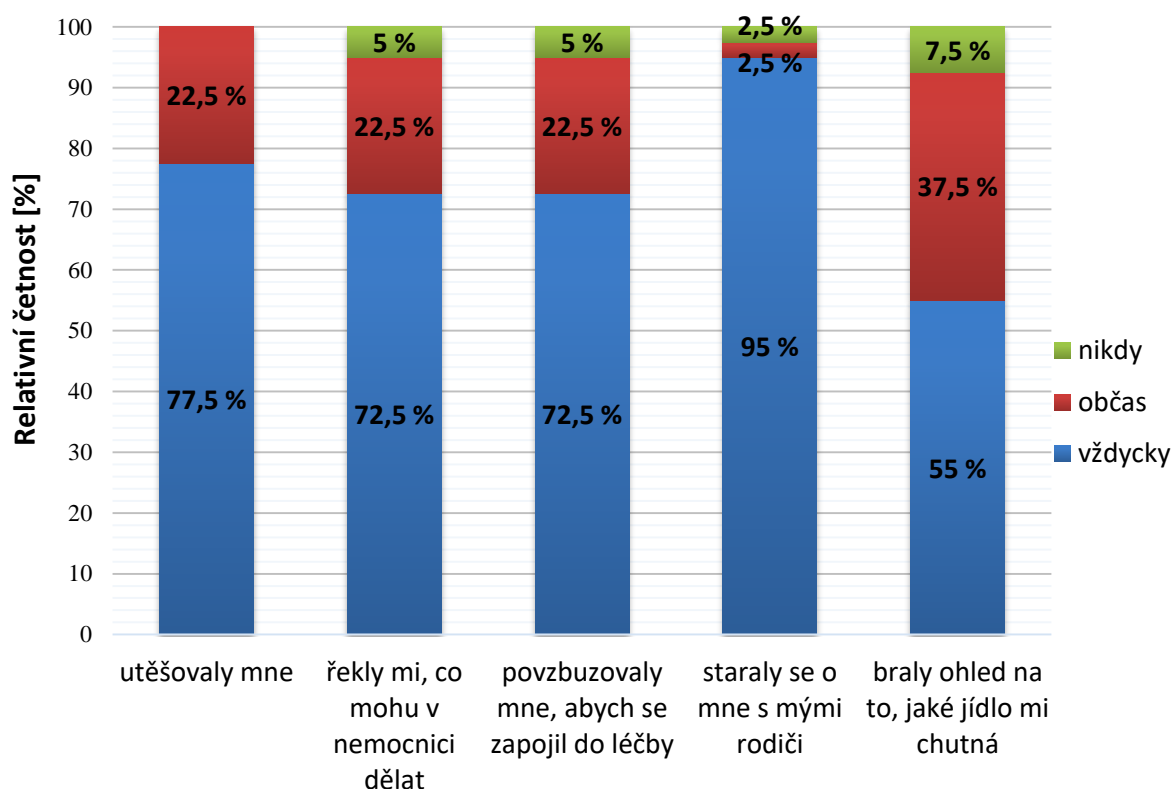
Další otázky byly také zaměřeny na spokojenost s chováním personálu k pacientům a respondenti hodnotili, jak se o ně sestry staraly, když byli respondenti hospitalizováni. Otázky jsou opět rozděleny do tří kategorií na: vždycky, občas a nikdy. Hodnocení bylo převedeno následně do dvou grafů, aby otázky mohly být přehledně interpretovány. Velkou kritiku sklídila otázka, zda si sestry se mnou hrály, kde téměř většina hospitalizovaných dětí, přesněji 45 % uvedla odpověď občas a 40 % zvolilo odpověď nikdy, tudíž z toho vyplývá nespokojenost hospitalizovaných dětí, že si sestry s dětmi nehrají a netráví s nimi volný čas, ačkoliv to mají v kompetenci práce, což by mohlo být předmětem do diskuze. V následující otázce, zda sestry se mnou mluvily o zajímavých věcech, dominovala odpověď občas, kterou zvolilo 24 respondentů (60 %). Z toho je patrné, že by děti uvítali, kdyby s nimi zdravotní sestry mluvily o něčem, co by je zajímalo. V odpovědích, zda sestry chránily moje soukromí (67,5 %), vyslechly mne (72,5 %), poslechly si moje názory (82,5 %) či zda mne povzbuzovaly (90 %), odpověděla valná většina vždycky, kde sestry byly pozitivně ohodnoceny. Vytkla bych ale odpovědi občas u otázek chránění soukromí a vyslechnutí dětských respondentů, kdy odpovědi přesahovaly 25 %. V otázce, zda je sestry povzbuzovaly, odpovědělo dokonce 90 % respondentů.



Obrázek 11 – Grafické znázornění chování sester – I. část hodnocení

Celých 95 % respondentů uvedlo, že se o ně staraly spolu s jejich rodiči, kde můžeme vidět velkou spolupráci sester s rodiči dětských pacientů. Zda sestry braly ohled na to, co dětem chutná zvolilo 37,5 % odpověď občas a 7,5 % nikdy (55 % zvolilo pozitivní hodnocení vždycky). Tuhle skutečnost můžeme obhájit dodržováním diety při onkologické léčbě a režimem dítěte při hospitalizaci. Více respondentů uvádělo kritiku v odpovědích, zda je sestry utěšovaly, zda jim řekli, co mohou v nemocnici dělat a povzbuzovali je, abych se zapojili do léčby – kde u zmiňovaných otázek odpovědělo po 22,5 % respondentů občas.

n = 40



Obrázek 12 – Grafické znázornění chování sester – II. část hodnocení

OTÁZKY č. 26–29

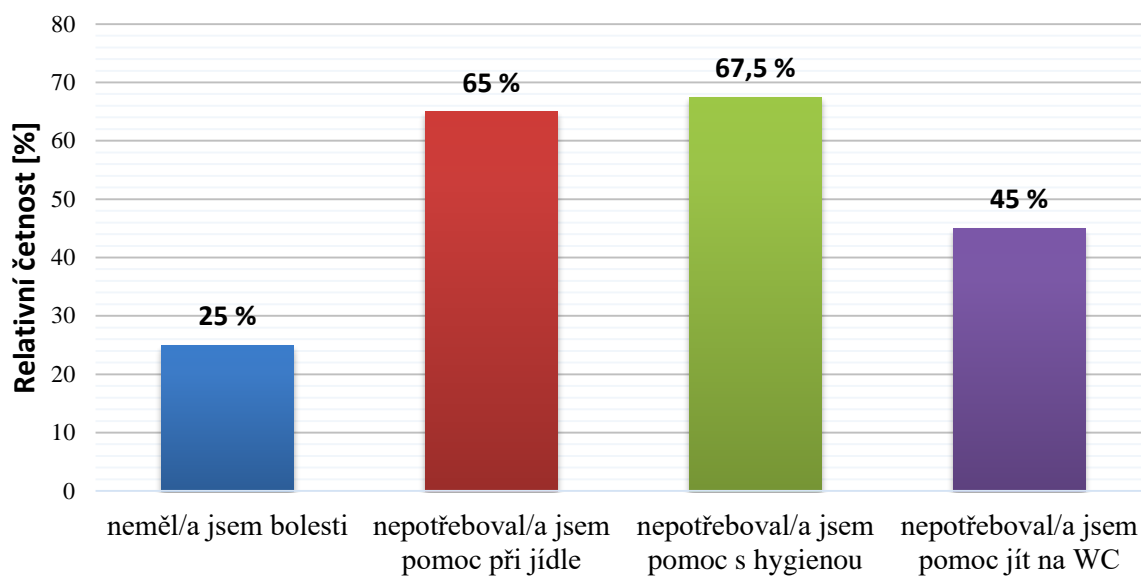
Následující otázky byly rozděleny do dvou kategorií, kde respondenti kroužkovali, zda potřebovali pomoc sester během hospitalizace. Otázky byly zaměřeny na bolest, pomoc při jídle, pomoc s hygienou a pomoc jít na WC. Pokud respondenti během hospitalizace neměli bolesti, nepotřebovali pomoc při jídle, hygieně ani s potřebou jít na WC, kroužkovali dotazovaní první polovinu otázky. Pokud se zmíněnými potřebami či bolestí pomoc potřebovali, respondenti kroužkovali druhou polovinu otázky a vybírali z možností vždycky, občas nebo nikdy.

Tabulka 2 – Potřeba pomoci sester

Potřeba pomoc sester			Vždycky	Občas	Nikdy
26. neměl/a jsem bolesti	10	sestry mi pomáhaly při bolesti	28	2	0
	25 %		70 %	5 %	0 %
27. nepotřeboval/a jsem pomoc při jídle	26	sestry mi pomáhaly při jídle	7	6	1
	65 %		17,5 %	15 %	2,5 %
28. nepotřeboval/a jsem pomoc s hygienou	27	sestry mi pomáhaly s hygienou	10	3	0
	67,5 %		25 %	7,5 %	0 %
29. nepotřeboval/a jsem pomoc jít na WC	18	sestry mi pomáhaly jít na WC	15	7	0
	45 %		37,5 %	17,5 %	0 %

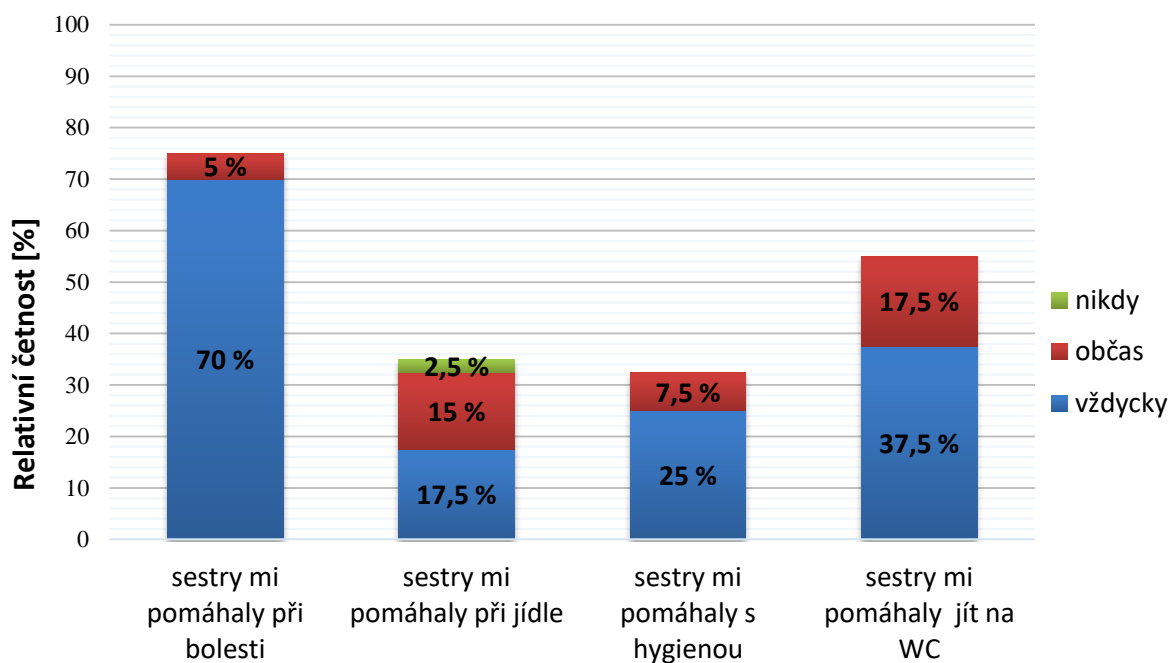
Celkové shrnutí Obrázek 13 a Obrázek 14, je patrné, že 25 % respondentů nemělo bolesti, a pokud se během hospitalizace vyskytly, tak 70 % z dotazovaných uvedlo, že sestry vždycky pomáhaly respondentovi bolesti odstranit. V otázce č. 27. a č. 28 zvolilo nad 65 %, že nepotřebovali pomoc jak při jídle, tak hygieně. V otázce č. 29 uvedlo 45 % z dotazovaných, že nepotřebovali pomoc jít na WC, pokud pomoc potřebovali, 37,5 % respondentů zvolilo, že mu sestry pomohly. V otázkách týkající se bolesti, pomoc s hygienou a s potřebou jít na WC, žádný z respondentů neuvedl odpověď nikdy, pokud potřeboval pomoc, jen v otázce č. 27, uvedl 1 respondent (2,5 %), že mu nikdy nebyla poskytnuta pomoc při jídle, když ji potřeboval. V tomto stylu položení otázek měli děti problém, spousta se jich dotazovala, jak jsou položené otázky myšleny, což je spíše otázkou do diskuze.

n = 40



Obrázek 13 – Grafické znázornění potřeby sester

n = 40

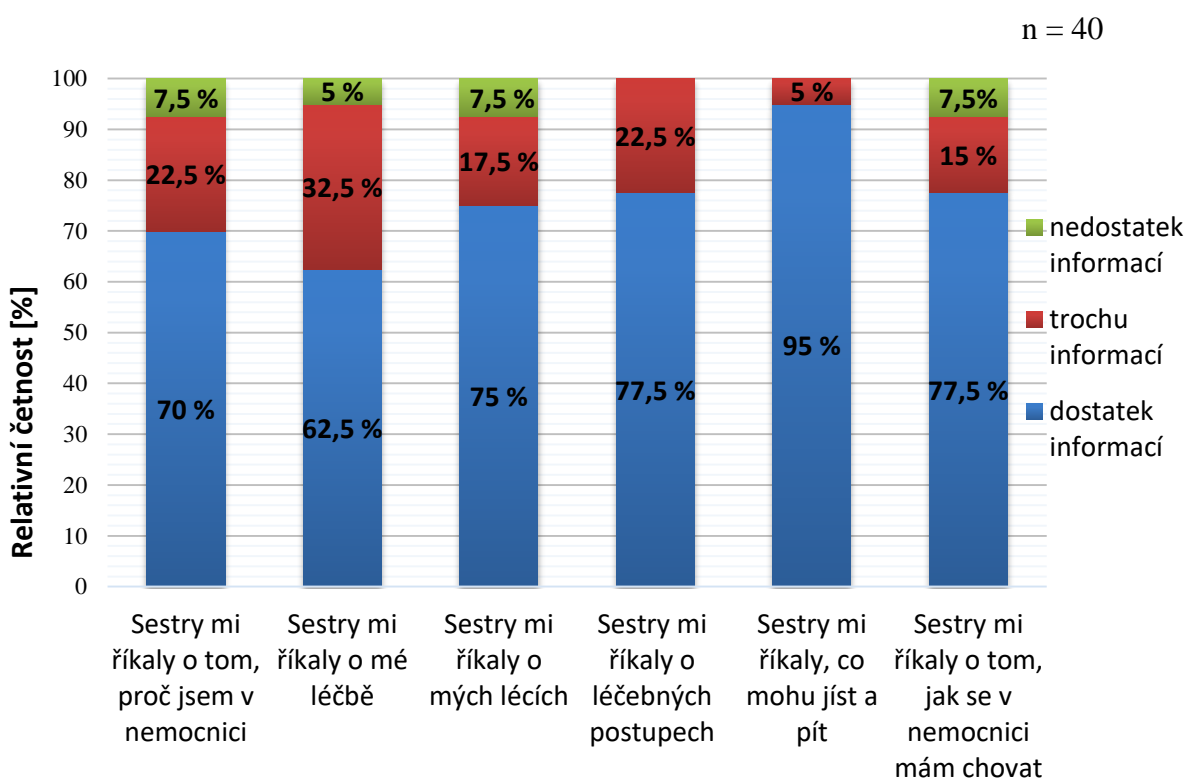


Obrázek 14 – Grafické znázornění ochoty sester při dopomoci

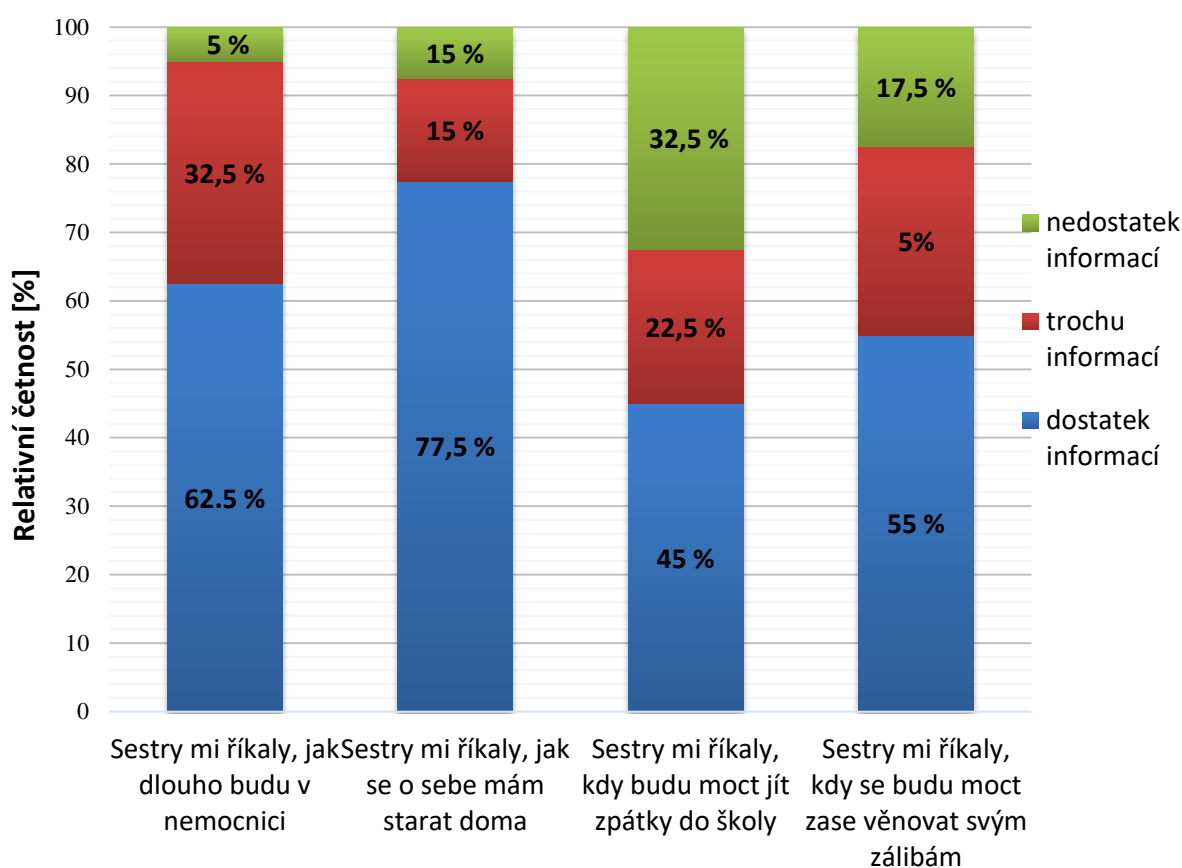
OTÁZKY č. 30–39

Otázky č. 30–39 zjišťovaly, kolik informací dostávali respondenti od dětských sester. Každá otázka byla rozdělena do tří kategorií a to na: dostatek informací, trochu informací a nedostatek informací. Pro lepší přehlednost a lepší orientaci jsou otázky rozděleny do dvou částí.

Hospitalizované děti v otázkách 30–39, mohli hodnotit rozsah poskytování informací od sester. V Obrázek 15 můžeme pozorovat, že děti velmi kladně hodnotili rozsah informací, které od sester dostaly. Více rezerv dětské pacienti hodnotili v oblasti týkající se léčby (32,5 %), léčebných postupech (22,5) a také proč se dítě zrovna nachází v nemocnici (22,5 %). V Obrázek 16 je patrné kritické hodnocení v otázce, sestry mi říkaly, jak dlouho budu v nemocnici a to 32,5 % a zda sestry říkaly, kdy budu moct do školy (22,5 %) - což bych také zařadila do diskuze.



Obrázek 15 – Grafické znázornění poskytování informací nemocnému – I. Část



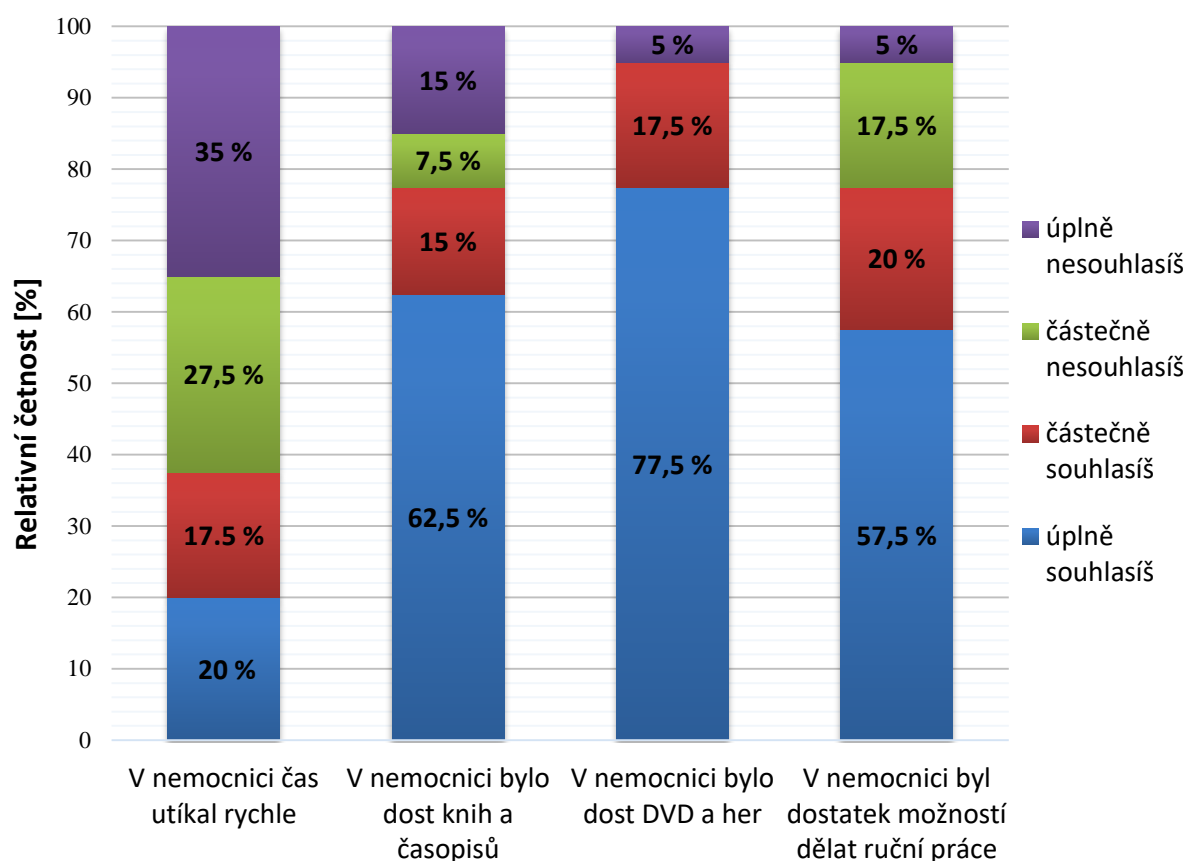
Obrázek 16 – Grafické znázornění poskytování informací nemocnému – II. Část

OTÁZKY č. 40–58

V následující oblasti bylo zjišťováno, jak jsou hospitalizované děti spokojeny s možnostmi volnočasových aktivit. Pro lepší přehlednost byly následující výsledky interpretovány do 4 grafů (Obrázek 17, 18, 19, 20).

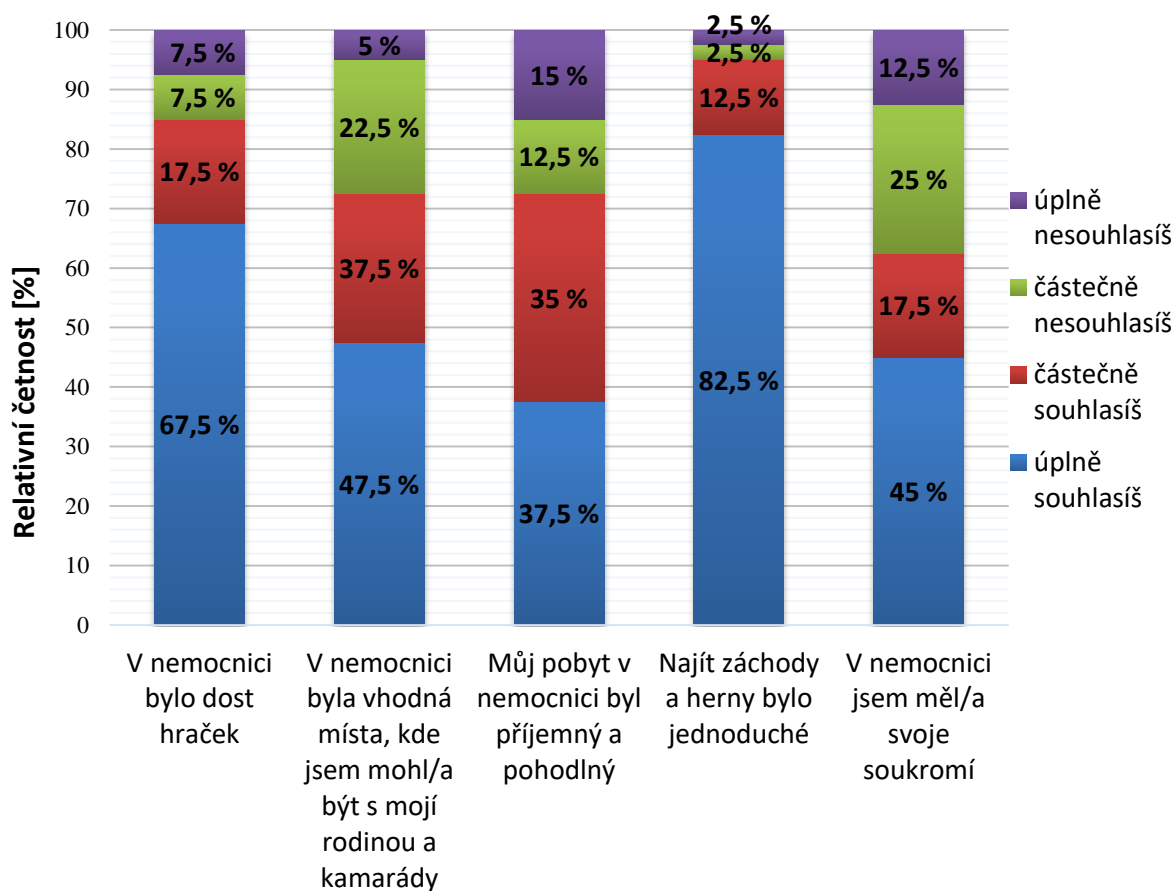
Na první pohled je patrné v Obrázek 17, kde hospitalizované děti vnímaly volnočasové aktivity během hospitalizace velmi kladně. Celkem 77,5 % respondentů udávalo, že mělo dostatek knih a časopisů, celkem 95 % hospitalizovaných dětí souhlasilo s dostatkem DVD a her. Jestli byla v nemocnici možnost dělat ruční práce, zvolilo celkem 77,5 %, že souhlasí. Viz Obrázek 17.

n = 40



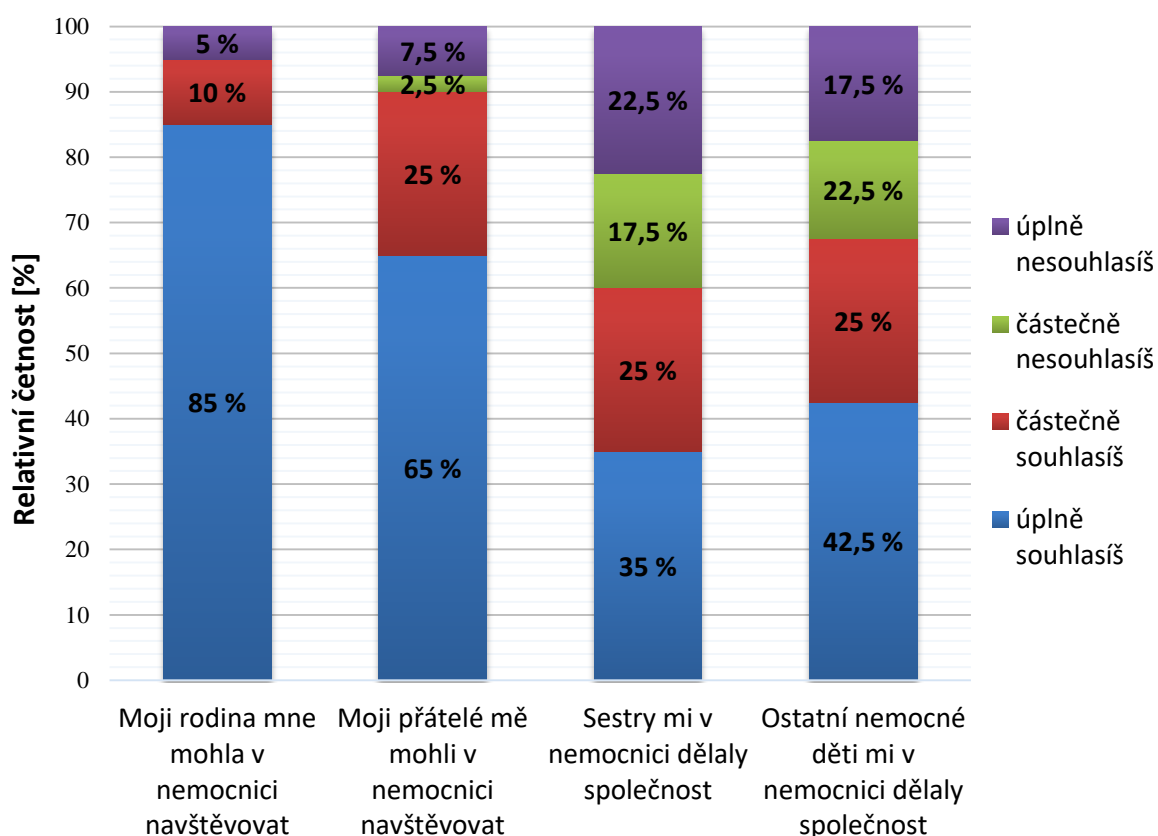
Obrázek 17 – Grafické znázornění trávení volného času dětskými pacienty po dobu hospitalizace

Dostatek hraček dětští respondenti také hodnotili velmi kladně, celých 85 % uvedlo, že souhlasí. Kritickou částí byla otázka týkající se soukromí, což uvedlo 37,5 % negativní hodnocení. Rozmístění záchodů a herny se také dle hodnocení jeví jako jednoduché, kde 95 % uvedlo kladné hodnocení. Celkové hodnocení na Obrázek 18.



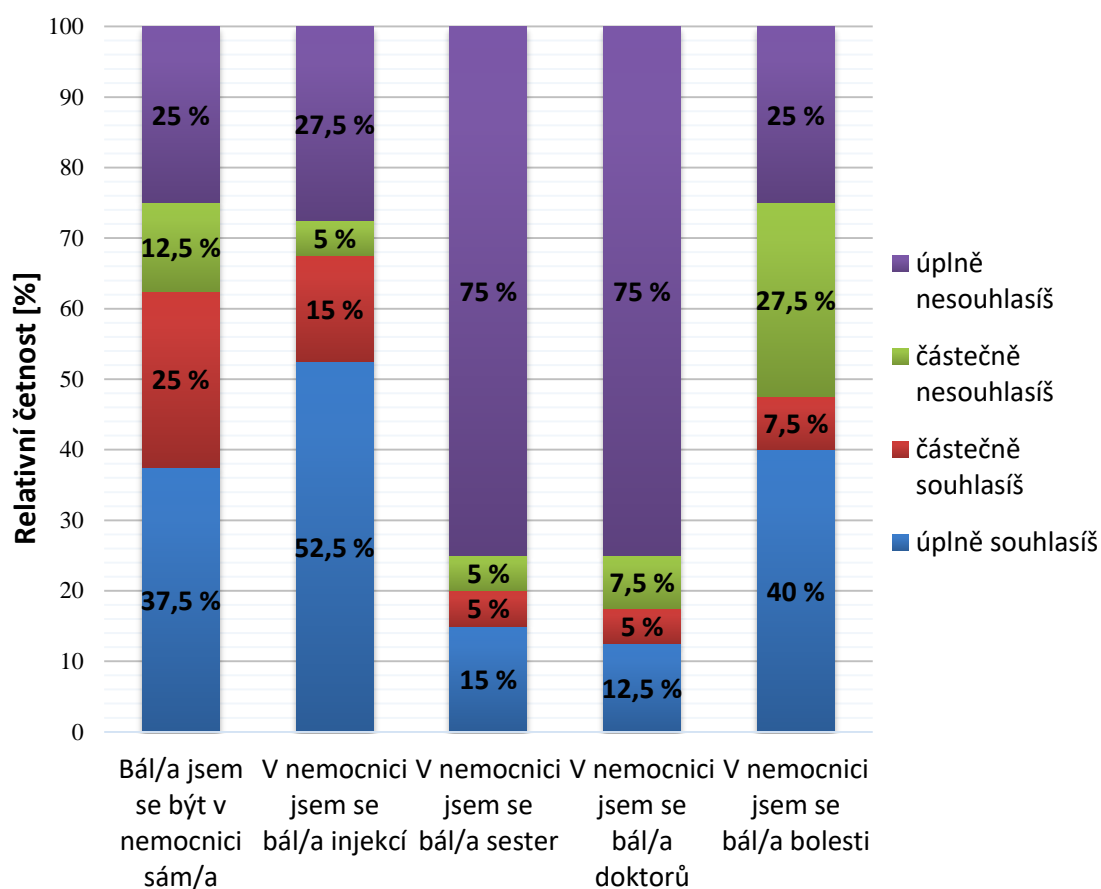
Obrázek 18 – Grafické znázornění možnosti kontaktu s rodinou a sociální zázemí na oddělení I. část

Možnost kontaktu s rodinou a přátel dětských respondentů, bylo hodnoceno velmi kladně. A to z důvodu možnosti návštěv na klinice dětské onkologie bez časového rozmezí. Kritiku shledávám v otázce, zda sestry dělaly dětským respondentům společnost, což 40 % uvedla negativní hodnocení, což může být předmětem do diskuze. Viz Obrázek 19.



Obrázek 19 – Grafické znázornění možnosti kontaktu s rodinou a sociální zázemí na oddělení II. část

Mezi poslední uzavřený okruh otázek patřilo zjišťování dětských obav během hospitalizace, které přinesly zajímavá zjištění. Na otázku, zda se děti bojí být v nemocnici sami, uvedlo 37,5 % respondentů, že nesouhlasí, což je překvapivé. Dále na otázky, zda se respondenti bojí sester, odpovědělo celkem 85 % nesouhlas. Dále téměř stejná většina (82,5 %) uvedla, že se nebojí doktorů. Na otázku, zda se báli v nemocnici bolesti, odpověděla více než polovina respondentů (52,5 %), že nesouhlasí, což jsou velice přívětivé výsledky. Viz Obrázek 20.



Obrázek 20 – Grafické znázornění obav dětí v souvislosti s hospitalizací

OTÁZKA č. 59

Na otázku, co pro dětské pacienty bylo nejlepší během hospitalizace, neuvedlo žádnou odpověď 8 respondentů, což tvoří 20 %. Nejčtenější odpověď (15 %) byla hrát si v herně, poté po 12,5 % uváděli dotazovaní přítomnost maminky nebo rodičů celý den a klauni. Další skupinou byly sestřičky, které tvořily 7,5 %. Celkové shrnutí v Tabulka 2.

Tabulka 2 – Co bylo v nemocnici nejlepší

Podle mého názoru bylo v nemocnici nejlepší	Počet respondentů
hrát si v herně	6
přítomnost maminky (rodičů) celý den	5
klauni	5
vyrábění výrobků	1
nicnedělání	1
všechno	1
přístup sester a lékařů	1
olympiáda v TV	1
málo učení do školy	1
když za mnou měl přijít tatínek	1
učitelka, knihy, hračky	1
sestřičky	3
našla jsem si kamarády	1
jídlo	1
WIFI, pohodlí	1
odměna za statečnost	1
školka	1
bez odpovědi	8

OTÁZKA č. 60

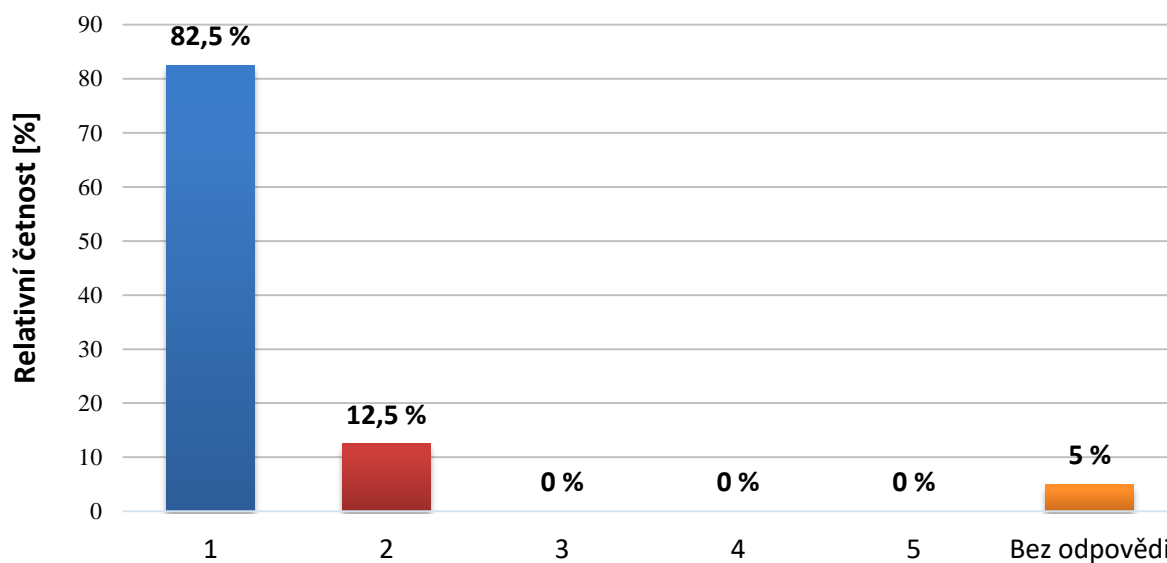
Na otázku, co bylo v nemocnici nejhorší, neodpovědělo 6 respondentů (15 %). Dále mezi nejčtenější odpovědi se řadila chemoterapie (7,5 %), jehly (5 %), napichování V – portu (5 %), bolest (5 %), jídlo (5 %), injekce a odběry (7,5 %). Viz Tabulka 3.

Tabulka 3 – Co bylo v nemocnici nejhorší

Podle mého názoru bylo v nemocnici nejhorší	Počet respondentů
když mi zjistili tuto nemoc	1
chemoterapie	3
odběry	1
jehly	2
napichování V – portu	2
být v nemocnici	1
nuda	1
vyšetření	1
než jsem měl CVK, tak injekce	1
premedikace ve stříkačce před anestezií	1
zůstání v nemocnici	1
nic	1
bolest	2
jídlo	2
injekce, odběry	3
neutropenie	1
nevolnost	1
následky léčby a jídlo	1
neměl jsem tu kamarády	1
nuda	1
vidět trpící děti na onkologickém oddělení	1
když maminka musela odejít na oběd a snídani	1
když jsem tady musela ležet	1
nevolnost při chemoterapii	1
když jsem musela jít na operaci	1
strach z operace	1
bez odpovědi	6

OTÁZKA č. 61

V poslední otázce hodnotili respondenti celkové hodnocení nemocnice pomocí známky od 1 do 5, jak ve škole. Kdy 1 znamená nejlepší hodnocení a 5 nejhorší. Na Obrázek 21 můžeme vidět, že odpověď 3, 4 a 5 neuvedl žádný z respondentů. Valná většina (82,5 %) odpověděla známkou 1, což je velice skvělý výsledek. 12,5 % z dotazovaných, uvedla známku 2. Tuto otázku neplnilo 5 % respondentů. Celkové shrnutí v Obrázek 21.



Obrázek 21 – Grafické znázornění celkového hodnocení dětskými pacienty od 1 do 5

3.2.2 Statistické zpracování

Stanovila jsem si hypotézy, které byly ověřeny na základě dat získaných při dotazníkovém šetření. Celkový soubor činil 40 respondentů, viz metodika práce. Pro statistické zpracování byly vybrány následující oblasti:

- a) pohlaví (chlapec x dívka),
- b) návštěva nemocnice (předem naplánováno x nemoc),
- c) hospitalizace na pokoji (sám na jednolůžkovém pokoji x v pokoji kde byli i další nemocné děti),
- d) strach být v nemocnici sám,
- e) strach z injekcí,
- f) strach ze sester,
- g) strach z doktorů,
- h) strach z bolesti.

Jako první byla zformulována nulová a alternativní hypotéza. Nulová hypotéza (H_0) udává to, že mezi sledovanými jevy není statisticky významný rozdíl. Oproti tomu alternativní hypotéza (H_A) udává, že mezi sledovanými jevy je statisticky významný rozdíl. O přijetí či zamítnutí se rozhoduje na základě testování nulové hypotézy. (Chrástka, 2007)

Testování bylo provedeno na hladině významnosti 5 % ($\alpha = 0,05$). Hladinou významnosti je vyjádřena pravděpodobnost, že nesprávně zamítneme nulovou hypotézu. Dále pomocí programu STATISTICA © byla spočítána pomocí Pearsonova χ^2 hodnota p . Následně byla porovnána hodnota p s $\alpha = 0,05$. Pokud je p menší než 0,05 – nulovou hypotézu zamítáme. Znamená to, že pravděpodobnost, že by pozorované rozdíly i závislosti vznikly, je menší než 5 %. Pokud je hodnota p větší než 0,05 – nulovou hypotézu nezamítáme. (Chrátka, 2007)

1. Vzájemná souvislost mezi pohlavím a hospitalizací na pokoji

V nemocnici jsem byl:

- sám/sama na jednolůžkovém pokoji*
- v pokoji, kde byly i další nemocné děti*
- sám/sama ale předtím tam se mnou byli i další nemocné děti*

Odpovědi a (*sám/sama na jednolůžkovém pokoji*) + c (*sám/sama ale předtím tam se mnou byli i další nemocné děti*), byly sloučeny do jedné – *sám/sama na jednolůžkovém pokoji*.

- **H₀**: Mezi pohlavím a odpovědí respondentů na hospitalizaci na pokoji není statisticky významný vztah.
- **H_A**: Mezi pohlavím a odpovědí respondentů na hospitalizaci na pokoji je statisticky významný vztah.

Tabulka 4 – Kontingenční tabulka pohlaví a odpovědí hospitalizace na pokoji

Pohlaví	Pokoj (další nemocné děti)	Pokoj (jednolůžkový pokoji)	Celkem
Chlapci	17	5	22
Dívky	11	7	18
Celkem	28	12	40

Tabulka 5 – Pearsonův chí-kvadrát 1

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	1,231361	df=1	p=,26714

Testování hypotéz:

Pomocí Pearsonova χ^2 bylo zjištěno, že hodnota $p > 0,05$. Tudíž H_0 hypotézu nezamítám. Nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi pohlavím a odpovědí respondentů na spokojenost s hospitalizací na pokoji na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

Interpretace: Na základě testování bylo zjištěno, že mezi pohlavím a hospitalizací na pokoji není statisticky významný vztah. Děšší respondenti, ať chlapci či dívky hodnotí stejně otázku hospitalizací na pokoji v závislosti na pohlaví.

2. Vzájemná souvislost mezi pohlavím a důvodem hospitalizace

Do nemocnice jsem přišel:

- a) *Protože to bylo předem naplánováno*
- b) *Protože jsem se zranil/a*
- c) *Protože jsem byl/byla moc nemocný/nemocná*

Odpovědi b (*Protože jsem se zranil/a*) + c (*Protože jsem byl/byla moc nemocný/nemocná*), byly sloučeny do jedné – *Protože jsem byl/byla moc nemocný/nemocná*.

- **H₀:** Mezi pohlavím a odpovědí respondentů na důvod hospitalizace není statisticky významný vztah.
- **H_A:** Mezi pohlavím a odpovědí respondentů na důvod hospitalizace je statisticky významný vztah.

Tabulka 6 – Kontingenční tabulka pohlaví a odpovědí důvodu hospitalizace

Pohlaví	Důvod hospitalizace (nemoc)	Důvod hospitalizace (naplánováno)	Celkem
Chlapci	12	10	22
Dívky	11	7	18
Celkem	23	17	40

Tabulka 7 – Pearsonův chí-kvadrát 2

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	,1746364	df=1	p=,67602

Testování hypotéz:

Pomocí Pearsonova χ^2 bylo zjištěno, že hodnota $p > 0,05$. Tudíž H_0 hypotézu nezamítám. Nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi pohlavím a odpovědí respondentů na spokojenost s důvodem hospitalizace na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

Interpretace: Na základě testování bylo zjištěno, že mezi pohlavím a spokojeností s důvodem hospitalizace není statisticky významný vztah. Respondenti, ať chlapci či dívky hodnotí stejně otázku důvod hospitalizace v závislosti na pohlaví.

3. Vzájemná souvislost mezi pohlavím a strachem

Co si myslíš o následujících větách?

a) Strach být v nemocnici sám

b) Strach z injekcí

c) Strach ze sester

d) Strach z doktorů

e) Strach z bolesti

- Označ kroužkem **4** medvídky, pokud úplně souhlasíš

- Označ kroužkem **3** medvídky, pokud částečně souhlasíš

- Označ kroužkem **2** medvídky, pokud částečně nesouhlasíš

- Označ kroužkem **1** medvídky, pokud úplně nesouhlasíš

- **H_A**: Mezi pohlavím a odpovědí a, b, c, d, e je statisticky významný vztah.
- **H_O**: Mezi pohlavím a odpovědí a, b, c, d, e není statisticky významný vztah.

Tabulka 8 – Kontingenční tabulka pohlaví a odpovědí strach být v nemocnici sám

Pohlaví	Strach být v nemocnici sám (1)	Strach být v nemocnici sám (2)	Strach být v nemocnici sám (3)	Strach být v nemocnici sám (4)	Celkem
Chlapci	6	4	4	8	22
Dívky	4	1	6	7	18
Celkem	10	5	10	15	40

Tabulka 9 – Pearsonův chí-kvadrát 3

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonů v chí-kv.	2,289562	df=3	p=,51452

Testování hypotéz:

Pomocí Pearsonova χ^2 bylo zjištěno, že hodnota $p > 0,05$. Tudíž H_0 hypotézu nezamítám. Nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi pohlavím a odpovědí respondentů na strach být v nemocnici sám na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

Interpretace: Na základě testování bylo zjištěno, že mezi pohlavím a strachem být v nemocnici sám není statisticky významný vztah. Děťští respondenti, ať chlapci či dívky hodnotí stejně otázku strach být v nemocnici sám v závislosti na pohlaví.

Tabulka 10 – Kontingenční tabulka pohlaví a odpovědí strach z injekcí

Pohlaví	Strach z injekcí (1)	Strach z injekcí (2)	Strach z injekcí (3)	Strach z injekcí (4)	Celkem
Chlapci	9	1	2	10	22
Dívky	2	1	4	11	18
Celkem	11	2	6	21	40

Tabulka 11 – Pearsonův chí-kvadrát 4

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	4,817001	df=3	p=,18570

Testování hypotéz:

Pomocí Pearsonova χ^2 bylo zjištěno, že hodnota $p > 0,05$. Tudíž H_0 hypotézu nezamítám. Nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi pohlavím a odpovědí respondentů na strach z injekcí na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

Interpretace: Na základě testování bylo zjištěno, že mezi pohlavím a strachem z injekcí není statisticky významný vztah. Respondenti hodnotí stejně otázku strach z injekcí v závislosti na pohlaví.

Tabulka 12 – Kontingenční tabulka pohlaví a odpovědí strach ze sester

Pohlaví	Strach ze sester (1)	Strach ze sester (2)	Strach ze sester (3)	Strach ze sester (4)	Celkem)
Chlapci	16	2	2	2	22
Dívky	14	0	0	4	18
Celkem.	30	2	2	6	40

Tabulka 13 – Pearsonův chí-kvadrát 5

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův v chí-kv.	4,444445	df=3	p=,21730

Testování hypotéz:

Pomocí Pearsonova χ^2 bylo zjištěno, že hodnota $p > 0,05$. Tudíž H_0 hypotézu nezamítám. Nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi pohlavím a odpovědí respondentů na strach ze sester na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

Interpretace: Na základě testování bylo zjištěno, že mezi pohlavím a strachem ze sester není statisticky významný vztah. Respondenti hodnotí stejně otázku strach ze sester v závislosti na pohlaví.

Tabulka 14 – Kontingenční tabulka pohlaví a odpovědí strach z doktorů

Pohlaví	Strach z doktorů (1)	Strach z doktorů (2)	Strach z doktorů (3)	Strach z doktorů (4)	Celkem
Chlapci	15	3	1	3	22
Dívky	15	0	1	2	18
Celkem	30	3	2	5	40

Tabulka 15 – Pearsonův chí-kvadrát 6

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	2,828283	df=3	p=,41887

Testování hypotéz:

Pomocí Pearsonova χ^2 bylo zjištěno, že hodnota $p > 0,05$. Tudíž H_0 hypotézu nezamítám. Nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi pohlavím a odpovědí respondentů na strach z doktorů na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

Interpretace: Na základě testování bylo zjištěno, že mezi pohlavím a strachem ze sester není statisticky významný vztah. Děšití respondenti hodnotí stejně otázku strach z doktorů v závislosti na pohlaví.

Tabulka 16 – Kontingenční tabulka pohlaví a odpovědí strach z bolesti

Pohlaví	Strach z bolesti (1)	Strach z bolesti (2)	Strach z bolesti (3)	Strach z bolesti (4)	Celkem
Chlapci	5	7	1	9	22
Dívky	5	4	2	7	18
Celkem	10	11	3	16	40

Tabulka 17 – Pearsonův chí-kvadrát 7

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	1,011631	df=3	p=,79844

Testování hypotéz:

Pomocí Pearsonova χ^2 bylo zjištěno, že hodnota $p > 0,05$. Tudíž H_0 hypotézu nezamítám. Nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi pohlavím a odpovědí respondentů na strach z bolesti na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

Interpretace: Na základě testování bylo zjištěno, že mezi pohlavím a strachem z bolesti není statisticky významný vztah. Respondenti hodnotí stejně otázku strach z bolesti v závislosti na pohlaví.

4. Vzájemná souvislost mezi důvodem hospitalizace a strachem

Co si myslíš o následujících větách?

a) Strach být v nemocnici sám

b) Strach z injekcí

c) Strach ze sester

d) Strach z doktorů

e) Strach z bolesti

- Označ kroužkem **4** medvídky, pokud úplně souhlasíš

- Označ kroužkem **3** medvídky, pokud částečně souhlasíš

- Označ kroužkem **2** medvídky, pokud částečně nesouhlasíš

- Označ kroužkem **1** medvídky, pokud úplně nesouhlasíš

- **H₀**: Mezi důvodem hospitalizace a odpovědí a, b, c, d, e není statisticky významný vztah.
- **H_A**: Mezi důvodem hospitalizace a odpovědí a, b, c, d, e je statisticky významný vztah.

Tabulka 18 – Kontingenční tabulka důvodu hospitalizace a odpovědí strach být v nemocnici sám

Důvod hospitalizace	Strach být v nemocnici sám (1)	Strach být v nemocnici sám (2)	Strach být v nemocnici sám (3)	Strach být v nemocnici sám (4)	Celkem
Nemoc	7	1	5	10	23
Naplánováno	3	4	5	5	17
Celkem	10	5	10	15	40

Tabulka 19 – Pearsonův chí-kvadrát 8

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	4,262575	df=3	p=,23447

Testování hypotéz:

Pomocí Pearsonova χ^2 bylo zjištěno, že hodnota $p > 0,05$. Tudíž H_0 hypotézu nezamítám. Nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi důvodem hospitalizace a odpovědí respondentů na strach být v nemocnici sám na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

Interpretace: Na základě testování bylo zjištěno, že mezi důvodem hospitalizace a strachem z bolesti není statisticky významný vztah. Respondenti hodnotí stejně otázku strach být v nemocnici sám v závislosti na důvodu hospitalizace.

Tabulka 20 – Kontingenční tabulka důvodu hospitalizace a odpovědi strach z injekcí

Důvod hospitalizace	Strach z injekcí (1)	Strach z injekcí (2)	Strach z injekcí (3)	Strach z injekcí (4)	Celkem
Nemoc	6	1	5	11	23
Naplánováno	5	1	1	10	17
Celkem	11	2	6	21	40

Tabulka 21 – Pearsonův chí-kvadrát 9

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	1,949048	df=3	p=,58305

Testování hypotéz:

Pomocí Pearsonova χ^2 bylo zjištěno, že hodnota $p > 0,05$. Tudíž H_0 hypotézu nezamítám. Nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi důvodem hospitalizace a odpovědí respondentů na strach z injekcí na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

Interpretace: Na základě testování bylo zjištěno, že mezi důvodem hospitalizace a strachem z bolesti není statisticky významný vztah. Respondenti hodnotí stejně otázku strach z injekcí v závislosti na důvodu hospitalizace

Tabulka 22 – Kontingenční tabulka důvodu hospitalizace a odpovědi strach ze sester

Důvod hospitalizace	Strach ze sester (1)	Strach ze sester (2)	Strach ze sester (3)	Strach ze sester (4)	Celkem
Nemoc	19	0	1	3	23
Naplánováno	11	2	1	3	17
Celkem	30	2	2	6	40

Tabulka 23 – Pearsonův chí-kvadrát 10

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	3,307758	df=3	p=,34656

Testování hypotéz:

Pomocí Pearsonova χ^2 bylo zjištěno, že hodnota $p > 0,05$. Tudíž H_0 hypotézu nezamítám. Nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi důvodem hospitalizace a odpovědí respondentů na strach ze sester na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

Interpretace: Na základě testování bylo zjištěno, že mezi důvodem hospitalizace a strachem ze sester není statisticky významný vztah. Děšší respondenti hodnotí stejně otázku strach ze sester v závislosti na důvodu hospitalizace.

Tabulka 24 – Kontingenční tabulka důvodu hospitalizace a odpovědi strach z doktorů

Důvod hospitalizace	Strach z doktorů (1)	Strach z doktorů (2)	Strach z doktorů (3)	Strach z doktorů (4)	Celkem
Nemoc	19	1	0	3	23
Naplánováno	11	2	2	2	17
Celkem	30	3	2	5	40

Tabulka 25 – Pearsonův chí-kvadrát 11

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	3,853367	df=3	p=,27774

Testování hypotéz:

Pomocí Pearsonova χ^2 bylo zjištěno, že hodnota $p > 0,05$. Tudíž H_0 hypotézu nezamítám. Nebyl prokázáný statisticky významný rozdíl mezi důvodem hospitalizace a odpovědí respondentů na strach z doktorů na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

Interpretace: Na základě testování bylo zjištěno, že mezi důvodem hospitalizace a strachem z doktorů není statisticky významný vztah. Dětsí respondenti hodnotí stejně otázku důvod hospitalizace v závislosti strach z doktorů.

Tabulka 26 – Kontingenční tabulka důvodu hospitalizace a odpovědi strach z bolesti

Důvod hospitalizace	Strach z bolesti (1)	Strach z bolesti (2)	Strach z bolesti (3)	Strach z bolesti (4)	Celkem
Nemoc	7	4	1	11	23
Naplánováno	3	7	2	5	17
Celkem	10	11	3	16	40

Tabulka 27 – Pearsonův chí-kvadrát 12

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	4,195923	df=3	p=,24107

Testování hypotéz:

Pomocí Pearsonova χ^2 bylo zjištěno, že hodnota $p > 0,05$. Tudíž H_0 hypotézu nezamítám. Nebyl prokázáný statisticky významný rozdíl mezi důvodem hospitalizace a odpovědí respondentů na strach z bolesti na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

Interpretace: Na základě testování bylo zjištěno, že mezi důvodem hospitalizace a strachem z bolesti není statisticky významný vztah. Dětsí respondenti hodnotí stejně otázku důvod hospitalizace v závislosti strach z bolesti.

5. Vzájemná souvislost mezi hospitalizací na pokoji a strachem

Co si myslíš o následujících větech?

a) Strach být v nemocnici sám

b) Strach z injekcí

c) Strach ze sester

d) Strach z doktorů

e) Strach z bolesti

- Označ kroužkem **4** medvídky, pokud úplně souhlasíš

- Označ kroužkem **3** medvídky, pokud částečně souhlasíš

- Označ kroužkem **2** medvídky, pokud částečně nesouhlasíš

- Označ kroužkem **1** medvídky, pokud úplně nesouhlasíš

- **H₀**: Mezi hospitalizací na pokoji a odpovědí a, b, c, d, e není statisticky významný vztah.
- **H_A**: Mezi hospitalizací na pokoji a odpovědí a, b, c, d, e je statisticky významný vztah.

Tabulka 28 – Kontingenční tabulka hospitalizace na pokoji a odpovědi strach být v nemocnici sám

Pokoj	Strach být v nemocnici sám (1)	Strach být v nemocnici sám (2)	Strach být v nemocnici sám (3)	Strach být v nemocnici sám (4)	Celkem
S ostatními	7	3	8	10	28
Sám	3	2	2	5	12
Celkem	10	5	10	15	40

Tabulka 29 – Pearsonův chí-kvadrát 13

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	,7936508	df=3	p=,85099

Testování hypotéz:

Pomocí Pearsonova χ^2 bylo zjištěno, že hodnota $p > 0,05$. Tudíž H_0 hypotézu nezamítám. Nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi hospitalizací na pokoji a odpovědí respondentů na strach být v nemocnici sám na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

Interpretace: Na základě testování bylo zjištěno, že mezi hospitalizací na pokoji a strachem být v nemocnici sám není statisticky významný vztah. Respondenti hodnotí stejně otázku strach být v nemocnici sám v závislosti na hospitalizaci na pokoji.

Tabulka 30 – Kontingenční tabulka hospitalizace na pokoji a odpovědi strach z injekcí

Pokoj	Strach z injekcí (1)	Strach z injekcí (2)	Strach z injekcí (3)	Strach z injekcí (4)	Celkem
S ostatními	10	1	4	13	28
Sám	1	1	2	8	12
Celkem	11	2	6	21	40

Tabulka 31 – Pearsonův chí-kvadrát 14

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	3,358071	df=3	p=,33964

Testování hypotéz:

Pomocí Pearsonova χ^2 bylo zjištěno, že hodnota $p > 0,05$. Tudíž H_0 hypotézu nezamítám. Nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi hospitalizací na pokoji a odpovědi respondentů na strach z injekcí na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

Interpretace: Na základě testování bylo zjištěno, že mezi hospitalizací na pokoji a strachem z injekcí není statisticky významný vztah. Respondenti hodnotí stejně otázku strach z injekcí v závislosti na hospitalizaci na pokoji.

Tabulka 32 – Kontingenční tabulka hospitalizace na pokoji a odpovědi strach ze sester

Pokoj	Strach ze sester (1)	Strach ze sester (2)	Strach ze sester (3)	Strach ze sester (4)	Celkem
S ostatními	22	0	1	5	28
Sám	8	2	1	1	12
Celkem	30	2	2	6	40

Tabulka 33 – Pearsonův chí-kvadrát 15

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	5,714286	df=3	p=,12637

Testování hypotéz:

Pomocí Pearsonova χ^2 bylo zjištěno, že hodnota $p > 0,05$. Tudíž H_0 hypotézu nezamítám. Nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi hospitalizací na pokoji a odpovědi respondentů na strach ze sester na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

Interpretace: Na základě testování bylo zjištěno, že mezi hospitalizací na pokoji a strachem ze sester není statisticky významný vztah. Respondenti hodnotí stejně otázku strach ze sester v závislosti na hospitalizaci na pokoji.

Tabulka 34 – Kontingenční tabulka hospitalizace na pokoji a odpovědi strach z doktorů

Pokoj	Strach z doktorů (1)	Strach z doktorů (2)	Strach z doktorů (3)	Strach z doktorů (4)	Celkem
S ostatními	22	1	2	3	28
Sám	8	2	0	2	12
Celkem	30	3	2	5	40

Tabulka 35 – Pearsonův chí-kvadrát 16

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	3,174603	df=3	p=,36548

Testování hypotéz:

Pomocí Pearsonova χ^2 bylo zjištěno, že hodnota $p > 0,05$. Tudíž H_0 hypotézu nezamítám. Nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi hospitalizací na pokoji a odpovědí respondentů na strach z doktorů na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

Interpretace: Na základě testování bylo zjištěno, že mezi hospitalizací na pokoji a strachem z doktorů není statisticky významný vztah. Dětská respondenti hodnotí stejně otázku hospitalizace na pokoji v závislosti strach z doktorů.

Tabulka 36 – Kontingenční tabulka hospitalizace na pokoji a odpovědi strach z bolesti

Pokoj	Strach z bolesti (1)	Strach z bolesti (2)	Strach z bolesti (3)	Strach z bolesti (4)	Celkem
S ostatními	7	8	1	12	28
Sám	3	3	2	4	12
Celkem	10	11	3	16	40

Tabulka 37 – Pearsonův chí-kvadrát 17

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	2,150072	df=3	p=,54185

Testování hypotéz:

Pomocí Pearsonova χ^2 bylo zjištěno, že hodnota $p > 0,05$. Tudíž H_0 hypotézu nezamítám. Nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi hospitalizací na pokoji a odpovědí respondentů na strach z bolesti na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

Interpretace: Na základě testování bylo zjištěno, že mezi hospitalizací na pokoji a strachem z bolesti není statisticky významný vztah. Respondenti hodnotí stejně otázku strach z bolesti v závislosti na hospitalizaci na pokoji.

3.2.3 Rozhovory s experty z kliniky dětské onkologie

1. Rozhovor s odborníkem – všeobecnou sestrou (A – autor, S1 – sestra)

A: Ahoj, poskytla jsem ti dotazník, abys měla čas se na něj připravit a chtěla jsem se zeptat:

„Kde vidíš negativa v dotazníku a čeho by se měl dotazník příště vyvarovat?“

S1: Já jsem tam našla pár takových „drobnůstek“ **Nepatrná výtka** a to: tady hned na té jakoby úvodní stránce, si myslím, jako když je dítě opakovaně hospitalizováno **vícečetný pobyt v nemocnici** tak neví vlastně, jestli má zrovna odpovědět, jestli je právě teď v nemocnici nebo to byla právě ta první hospitalizace nebo kterou. Pro člověka, co je opakovaně hospitalizovaný, **vícečetný pobyt v nemocnici** to není úplně ideální dotazník. **Nedokonalost**

S1: V otázce číslo 6, ale to jsem pak našla v nějaké další otázce tak, že tam chybí, že byl hospitalizován s rodičem, ale poté vidím, že je to tady v další otázce uvedeno.

S1: Pak mi přišlo zvláštní: V nemocnici jsem byl, ale jsem na pokoji sám/sama a předtím tam se mnou byli další děti. Buď to jsem teda v nemocnici teď a můžou tam se mnou být další. Tam to „byl,, mi tam úplně nesedí. **Nevhodná formulace otázky**

S1: Pak mi ještě přišla zvláštní otázka, **Nevhodná formulace otázky** jestli pacient měl sestru jen sám pro sebe, protože on to nemůže vědět, **Nepodstatné info o personálu** podle mě, když má děti na různých pokojích a to jak se jmenovala „sestřička“, mi přijde jako něco úplně nedůležitého **Nepodstatné info o personálu**. A nevím moc, co to pak říká.

S1: Pak tady mám malinkou „poznámečku k tomu, že mi sestry říkaly o léčbě a o tom proč jsem v nemocnici. Jestli jsou k tomu sestry kompetentní.“ **Zpochybnění odpovědnosti personálu** Ale věřím, že to je myšleno v nějakých drobnostech, **Nepatrná výtka** tak by to nebylo úplně špatně. A to je všechno

A: A nějaké klady dotazníku? Nebo je něco, co bys na dotazníku vyzdvihla?

S1: Přišlo mi, že byl dotazník dobře srozumitelný, **celková srozumitelnost** až na nějaké ty drobnosti **Nepatrná výtka** co jsem říkala s tou opakovanou hospitalizací. **Vícečetný pobyt**

v nemocnici Ale jinak bych řekla, že na věk dětí je dotazník normálně srozumitelný. *Odpovídající*

věku A velmi se mi líbily všechny ty otázky se „smajlíkama“ a „medvídky“. *Použití vhodných*

piktogramů Jednak to je srozumitelné a jednak je to snadné pro to dítě na vyplnění.

2. Rozhovor s odborníkem – dětskou sestrou (A – autor, S2 – sestra)

A: Ahoj, poskytla jsem ti dotazník, abys měla čas se na něj připravit a chtěla jsem se zeptat: „Kde vidíš negativa v dotazníku a čeho by se měl dotazník příště vyvarovat?“

S2: Takže negativa vidím v tom, že ten dotazník není úplně vhodný *nevhodná formulace* pro opakovanou hospitalizaci. *Vícečetný pobyt v nemocnici* V otázce číslo 5, se mně třeba moc nelíbí formulování, *nevhodná formulace* kolik nocí tady pacient strávil, a není to úplně moc zřejmý a není to hlavně moc praktický. Otázka číslo 4. Byl jsem v nemocnici protože, aby to tak doplňovaly, mi taky nepříjde moc vhodné. *Nevhodná formulace*

S2: A potom v otázce č. 9 - jestli jsem měl sestru sám pro sebe, tak mě přijde zbytečné, aby věděli, jak se sestra jmenuje, *nepodstatné otázky* což mi nepříjde vhodné. *Nevhodná formulace* A sestru sám pro sebe, *nepodstatné info* to taky pacient neví, zda má sestra na starosti jen jeho nebo více pacientů, tak mi tato otázka nepříjde srozumitelná. *Nevhodná formulace*

S2: Jinak tam moc negativa nevidím. *Celková srozumitelnost* A pozitiva ...

A: A nějaké ty pozitiva, co bys na dotazníku vyzdvihla?

S2: Dotazník mi přijde srozumitelně napsaný, srozumitelně pochopitelné otázky *celková srozumitelnost* a hlavně líbivé obrázky, *použití vhodných piktogramů* což je super. To bych vyzdvihla, jako velký klad.

A: Tak děkuji moc.

3.2.4 Interpretace výsledků rozhovorů

Abychom zjistili názory odborníků na českou verzi dotazníku pro hodnocení kvality ošetrovatelské péče hospitalizovanými dětmi, byla použita kvalitativní metoda výzkumu formou polostrukturovaných rozhovorů se dvěma účastníky výzkumu, kterými byly sestry (konkrétně jedna všeobecná a jedna dětská sestra). Nahrávky rozhovorů byly nejprve přepsány

do písemné podoby a poté otevřeným kódováním byla vytvořena základní struktura kódů. Tyto kódy byly následně spojeny do kategorií a subkategorií. Tím vznikly dvě kategorie, z nichž první je rozdělena do tří subkategorií a druhá kategorie je rozdělena do dvou subkategorií.

První kategorií jsou **NEGATIVA DOTAZNÍKU**

Subkategorie drobné výtky

Podle praktických sester má dotazník nepatrné výtky, ke kterým se vyjádřily. Sestra S1 se vyjádřila takto: „*Já jsem tam našla pár takových „drobnůstek“... Při jiné příležitosti také sestra S1 sdělila: „...věřím, že je to myšleno v nějakých drobnostech, tak by to nebylo úplně špatně.“*

Subkategorie špatně formulované otázky

Negativní hodnocení praktickými sestrami se týkalo také špatně formulovaných otázek v dotazníku. Otázky se dotýkaly vícečetného pobytu dětí v nemocnici. Sestra S1 to komentovala takto: „*...jako když je dítě opakovaně hospitalizované, to není úplně ideální dotazník.*“ Také sestra S2 se vyjádřila negativně ke stejné problematice: „*...ten dotazník není úplně vhodný pro opakovanou hospitalizaci.*“ K jinému typu otázky, které se praktickým sestrám zdály v dotazníku špatně položeny, se sestry také vyjádřily. Sestra S2 svoji připomínku komentovala: „*...kolik nocí tady pacient strávil, a není to úplně moc zřejmý a není to hlavně moc praktický.*“

Subkategorie nepodstatné otázky

Podle sester se v dotazníku také objevily nepodstatné otázky. Sestra S1 se vyjádřila: „*...a to jak se jmenovala sestřička, mi přijde jako něco úplně nedůležitého.*“ Ke stejné otázce reagovala také sestra S2. Řekla: „*...aby věděli, jak se sestra jmenuje, což mi nepřijde vhodné.*“ Sestra S1 také sdělila: „*...jestli pacient měl sestru jen sám pro sebe, protože on to nemůže vědět.*“ Na totéž reagovala sestra S2 takto: „*...zda má sestra na starosti jen jeho nebo více pacientů, tak mi tato otázka nepřijde srozumitelná.*“

Druhou kategorií jsou **POZITIVA DOTAZNÍKU**

Subkategorie zvláštní výhody dotazníku

Ke zvláštním výhodám dotazníku se praktické sestry vyjádřily. Sestra S1 reagovala takto: „*...bych řekla, že na věk dětí je dotazník normálně srozumitelný.*“ Sestry také ocenily další výhody dotazníku. Sestra S1 to ohodnotila takto: „*A velmi se mi líbily všechny ty otázky se*

smajlíkama“ a „medvídky“. Sestra S2 se vyjádřila takto: *„...a hlavně libivé obrázky, což je super.“* Sestra S1 ještě dodala: *„...je to snadné pro to dítě na vyplnění.“*

Subkategorie obecné zhodnocení

V rámci celkového zhodnocení dotazníku se praktické sestry vyjádřily. Sestra S1 reagovala takto: *„Přišlo mi, že byl dobře srozumitelný“* Sestra S2 se vyjádřila takto: *„Dotazník mi přijde srozumitelně napsaný.“* Také dodala: *„...srozumitelné pochopitelné otázky.“* Sestra S2 to ještě komentovala takto: *„To bych vyzdvihla jako velký klad.“*

Konkrétní reakce sester a jejich vyjádření k negativům dotazníku se shodovala a týkala se jak drobných nedostatků, tak nevhodné formulace některých otázek, ale také otázek, které praktickým sestram přišly v dotazníku zbytečné. Celkově však praktické sestry hodnotily dotazník velmi pozitivně, je podle nich srozumitelný a oceňují vhodné využití emotikonů a obrázků, které jsou sestrami oceňovány v souvislosti s věkem respondentů, kteří se účastnili dotazníkového šetření.

4 DISKUZE

Práce je zaměřena na hodnocení kvality péče dětmi. Konkrétně jde o hodnocení očima dětských pacientů hospitalizovaných pro onkologické onemocnění.

Téma pro hodnocení kvality péče je v dnešní době velice aktuální. Monitorování spokojenosti dětí s poskytovanou péčí patří k důležitým ukazatelům hodnocení ošetrovatelské péče. Odpůrci namítají, že se do hodnocení dítěte promítá řada emocionálních vlivů a subjektivních zkreslení. Je pravdou, že dítě posuzuje poskytovanou ošetrovatelskou péči z jiných hledisek než odborník. Pro dětského pacienta jsou důležité dojmy a pocity, které kontakt se zdravotnickým zařízením a zdravotnickými pracovníky zanechávají. (Plevová, Slowik, 2010)

Dnešní společnost požaduje poskytování zdravotní péče a služeb na vysoké úrovni. Management kvality se opírá o různá měřítka při hodnocení kvality péče, jako jsou vnitřní a vnější audity, akreditace, indikátory kvality (kam řadíme výskyt nežádoucích událostí, výskyt pádů a dekubitů aj.), standardizace apod. Hodnocení pacientů, konkrétně očima dětí patří mezi důležitý aspekt ke kontinuálnímu zvyšování kvality. Pokud se budeme v nemocnici snažit vycházet výtkám dětí vstříc, snažit se uzpůsobovat prostředí k jejich spokojenosti, bude to mít celkový vliv na zisk dobrého kreditu u veřejnosti. (Plevová, Slowik, 2010; Škrála, Škrlová, 2003)

Subjektivní názory pacientů jsou pro zdravotnické zařízení užitečné, neboť názory pacientů a jejich připomínky mohou být pro management inspirující. V rámci výzkumné části bylo provedeno hodnocení kvality péče dětmi na specializovaném oddělení, konkrétně klinice dětské onkologie, pomocí převzatého dotazníku od autorky Tiny Pelander přeloženého do českého jazyka, podrobněji viz metodika práce. Některé otázky byly porovnány prostřednictvím kontingenčních tabulek, abychom zjistili závislost mezi určitými jevy. Dále jsou součástí výzkumu dva rozhovory zjišťující názory expertů na českou verzi dotazníku pro hodnocení kvality ošetrovatelské péče hospitalizovanými dětmi a mohli je porovnat s dotazníkem. (Pelander, Leino - Kilpi, Katajisto, 2009)

V diskuzi jsou shrnuty výsledky, které byly získány zpracováním dat z dotazníkového šetření a rozhovorů s experty.

Cíl č. 1: Zjistit, jak hodnotí kvalitu péče onkologicky nemocné děti hospitalizované ve vybraném zdravotnickém zařízení.

Okruh otázek zabývající se **přístupem sester** k dětem, dopadl dobře. Děti byly spokojené s přístupem sester a uváděné odpovědi byly hodnoceny vždy nad 82 %. Dětsí respondenti hodnotily, že sestry byly kvalifikované, milé a laskavé, upřímné a přátelské a byla s nimi legrace.

Další část se zabývala **spokojeností dětí s chováním sester**. Zde dětsí respondenti hodnotili, jak o ně bylo postaráno v průběhu hospitalizace. Nepředpokládala jsem, že tato kategorie bude mít tak negativní hodnocení. Velkou kritiku shledávala otázka: *„Sestry si se mnou hrály“*, kdy 40 % respondentů uvedlo odpověď nikdy a 40 % respondentů uvedlo občas, což když tyto dva údaje sečteme je 80 %, tedy drtivá většina uvedla, že sestry neobstarávají herní aktivity u hospitalizovaných dětí, ačkoliv to mají v jejich kompetenci práce. Možná bychom mohli polemizovat, zda na tak specializovaném pracovišti na to mají sestry čas, ale i přesto je tento údaj dost alarmující. Ne každé dítě může být v nemocnici se svou matkou, proto je důležité zajistit pro dítě program odpovídající jejich věku. Názory expertů, konkrétně pedagogů na českou verzi dotazníku pro hodnocení kvality ošetrovatelské péče hospitalizovanými dětmi uvádějí, že byly jako nedostatečné hodnoceny otázky posuzující oblast herní terapie. (Hlaváčková, Černohorská 2017). Chybí zde rozvinutí otázky, proč si sestry s dětmi nehrály (neměly čas nebo ten čas měli, ale netrávily ho hraním her s dětmi apod.). Tato podkategorie otázky by sloužila k lepšímu vyhodnocení, proč tak kritický počet dětských respondentů uvedl, že si sestry s nimi nehrály.

Ve stejné otázce byl dost překvapivý výsledek v otázce *„Sestry chránily moje soukromí“*, kdy v součtu odpovědí nikdy a občas, celkově 32,5 % dětských respondentů uvedlo negativní hodnocení. Což je téměř třetina. Měli bychom toto zjištění brát v potaz a pozastavit se nad ním. I když jsou to děti, mají svou intimitu a my jako sestry bychom ji měly dodržovat. Tuto skutečnost máme uvedenou i v Chartě práv hospitalizovaných dětí (viz Příloha C), aby bylo neustále respektováno jejich soukromí. Zaměřila jsem se jak na nahotu fyzickou, tak i psychickou. Fyzická nahota je popsána jako odkrytí části těla, která je pro pacienta choulostivá. Obvykle jsou to intimní místa, jizvy po operacích, části těla, která neodpovídají představě daného jedince Psychická nahota je sdělována pomocí citlivých oblastí ze života jedince, kdy se zdravotnický personál pacienta ptá na věci z jeho osobního, sociálního i sexuálního života. Obvykle jsou tyto otázky spjaty se získáváním anamnézy. (Ivanová, 2005)

Tudíž jako nápravu tohoto zjištění bych viděla ukládat na pokoj dětské pacienty stejného pohlaví, pokud to nejde, tak umisťovat mezi lůžka posuvnou přepážku. To samé patří s intimitou při vyprazdňování. Pokud je to možné, tak doprovodit pacienta na WC, pokud nikoliv, tak zajistíme intimitu, aby mělo dítě na vykonávanou potřebu určité soukromí. Pokud provádíme anamnézu, zajistíme dostatečné soukromí, aby se nám dítě nebálo a nestydělo říci citlivé údaje.

Dále více než polovina dětských respondentů uvedla negativní hodnocení, **zda sestry braly ohled na to, co dítěti chutná**. Na klinice dětské onkologie dochází každý den dietní sestra a snaží se s každým jednotlivcem vybrat jídlo na následující den. Je pochopitelné, že onkologicky nemocné děti musejí dodržovat určitá pravidla, co se týče stravování. Tuhle skutečnost negativního hodnocení můžeme obhájit dodržováním diety při onkologické léčbě a režimem dítěte při hospitalizaci.

Vyzdvihla bych zde otázku v dotazníku, **zda sestry děti povzbuzovaly**, kde 90 % dětských respondentů uvedlo kladné hodnocení. Myslím si, že povzbuzování dětí s onkologickou léčbou je velice důležitým aspektem na tomto specializovaném pracovišti, má vliv na léčbu a celkově na hospitalizaci dítěte.

Okruh otázek zaměřující se **na potřebu sester v průběhu hospitalizace**, bych věnovala krátkou kapitolu. Okruh otázek byl rozdělen na část, nepotřeboval jsem pomoc (při jídle, hygieně, oblékání apod.) a potřebou sestry při jistých úkonech, kdy dětské respondenty měli zvolit mezi odpověďmi vždycky, občas a nikdy. U tohoto okruhu potřebovaly děti osobní vysvětlení a nepochopily, jak jsou otázky myšleny a co mají kroužkovat. Proto se obracely na sestry, aby jim otázku vysvětlily. Časté reakce dětí na otázky: „*Když jsem neměl bolesti tak mi sestry pomáhaly abych je neměl, takže mám zakroužkovat obě možnosti?*“, „*Nechápu, jak je to myšleno*“, „*Mám zakroužkovat, jen když jsem potřeboval sestry, nebo i když jsem je nepotřeboval?*“. Tento okruh otázek by měl být lépe formulován, aby dětské respondenty neměli problém s jeho vyplněním. Musíme brát v úvahu, že dotazník je pro děti ve věkové kategorii 7–11 let, tudíž by otázky pro děti měly být lehce pochopitelné. Postoje expertů na českou verzi dotazníku pro hodnocení kvality ošetrovatelské péče hospitalizovanými dětmi zmiňují: „*Dotazník je příliš složitý a výsledky mohou být velmi zkreslené*“. (Hlaváčková, Černožská 2017). Srovnáme-li některé reakce dětí na dotazník s názory expertů na českou verzi dotazníku,

tak bychom se měli zamyslet, zda dotazník není pro danou věkovou kategorii 7–11 let zbytečně moc složitý.

V následujícím okruhu otázek bylo zjišťováno, **kolik informací dostávali děti od sester**. Kritické hodnocení získaly otázky: „*Sestry mi říkaly o mé léčbě*“, „*Sestry mi říkaly, jak dlouho budu v nemocnici*“ a „*Sestry mi říkaly, kdy budu moci jít zpátky do školy*“. V rozhovoru se zdravotní sestrou, která zmiňovala, zda neví, zda jsou sestry kompetentní, aby pacientovi říkali o léčbě. Také názory expertů na českou verzi dotazníku pro hodnocení kvality ošetrovatelské péče hospitalizovanými dětmi poukazují následující: „Pro české prostředí jsou nepoužitelné zejména položky posuzující, zda sestra dítě dostatečně informovala o tom, jak dlouho bude v nemocnici, kdy bude moci zpátky do školy nebo kdy se bude moci zase věnovat svým zálibám“. Odborníci se domnívají, že tyto položky jsou v rozporu s kompetencemi sester v ČR. (Hlaváčková, Černožorská 2017). Zde je nutné podotknout, že se mohou mísit očekávání dítěte a podávání informací sestrou v rámci jejich kompetencí. Navíc v případě věkové kategorie 7–11 let, bývá informován nejprve rodič, než samotné dítě. Dle jednotlivých oblastí v tématu informovanosti se více kritických odpovědí vyskytuje u oblastí, které spíše spadají pod kompetenci lékaře. V otázce není značné, zda dítě skutečně informace dostalo, ale od lékaře, nebo je dostalo jen v částečném rozsahu kompetencí od sestry.

Kladné hodnocení v kategorii otázek s názvem Co si myslíš o následujících větech, uváděli dětští respondenti, že v nemocnici bylo dostatek hraček, knih a časopisů, her a DVD a možnost dělat ruční práce. Což nám poukazuje na dobrou vybavenost oddělení. Děti zde mají možnost využívat volné chvíle dle jejich libosti.

Možnost kontaktu s rodinou a přáteli dětských respondentů v průběhu hospitalizace, byla jako otázka hodnocena velmi kladně. Na kliniku dětské onkologie mohou docházet rodinní příslušníci a přátelé dětí každý den a to kdykoliv. Návštěvy zde nejsou nijak časově omezeny. Kritiku shledávám v otázce: „*Sestry dělaly dětským respondentům společnost*“, kde 40 % respondentů uvedla negativní hodnocení. Dostáváme se zde k předchozí otázce „*Sestry si se mnou hrály*“. Z výzkumu vyplývá, že sestry netvoří dětem společnost a netráví s nimi volný čas. Zde bych navrhovala stejné opatření zmiňované v okruhu „*Sestry si se mnou hrály*“.

Dále byly vybrané otázky porovnány prostřednictvím kontingenčních tabulek, abychom zjistili závislost mezi určitými jevy. Byly stanoveny hypotézy, které byly následně testovány pomocí Pearsonova χ^2 na hladině významnosti α jak je podrobněji popsáno ve statistickém zpracování. K testování byly vybrány následující otázky: pohlaví, důvod hospitalizace, hospitalizace na pokoji a „dětské strachy“.

Mezi testovaným jevy: pohlaví x důvod hospitalizace, pohlaví x hospitalizace na pokoji není vzájemná souvislost. Ať chlapani či dívky hodnotí stejně otázky důvod hospitalizace a hospitalizaci na pokoji.

V další části výzkumu byly vybrány **otázky zabývající se strachem** (strach z bolesti, strach z injekcí, strach být v nemocnici sám, strach ze sester a strach z doktorů), které byly srovnávány s pohlavím x důvodem hospitalizace x hospitalizací na pokoji, kde se pátralo, zda mezi těmito proměnnými není vzájemná souvislost. Na základě testování bylo zjištěno, že mezi strachem a hospitalizací na pokoji, pohlavím a důvodem hospitalizace není statisticky významný vztah.

V poslední otázce dotazníku měli možnost dětskí respondenti hodnotit oddělení známkami jako ve škole, kde 1 byla nejlepší hodnocení a 5 byla hodnocení nejhorší. Zde byly uváděné odpovědi známkami 1 a 2. Další známky zde uvedené nebyly. 82,5 % uvedlo známku 1 a 12,5 % uvedlo známku 2. Což jsou velmi pozitivní celkové výsledky.

Cíl č. 2: Zjistit názory odborníků na českou verzi dotazníku pro hodnocení kvality ošetrovatelské péče hospitalizovanými dětmi.

Abychom zjistili názory odborníků na českou verzi dotazníku pro hodnocení kvality ošetrovatelské péče hospitalizovanými dětmi, byla použita kvalitativní metoda výzkumu formou polostrukturovaných rozhovorů se dvěma účastníky výzkumu, konkrétně jednou všeobecnou a jednou dětskou sestrou.

Negativa dotazníku byla rozdělena do tří subkategorií na špatně formulované otázky, nepodstatné otázky a drobné výtky. Mezi špatně formulované otázky patřily již zmiňované otázky, které se dotýkaly vícečetného pobytu dětí v nemocnici. Zde obě respondentky zmiňovaly fakt, že tento dotazník není vhodný pro opakovanou hospitalizaci dětí. V kategorii nepodstatné otázky se obě respondentky shodly na tom, že neví, co vypovídá otázka, jestli měli sestru sami pro sebe. Zmiňovaly také fakt, že jim přijde nepodstatné, aby děti věděly jméno sestry, která se o ně starala, což je něco nedůležitého a není to předmětem výzkumu. Myslím

si, že dítě má právo znát jméno sestry, která se o něj stará, i v Chartě práv hospitalizovaných dětí, viz příloha C, je uvedeno: „*Děti mají právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání*“. Konkrétní reakce sester a jejich vyjádření k negativům dotazníku se shodovala a týkala se jak drobných nedostatků, tak nevhodné formulace některých otázek, ale také otázek, které sestřám přišly v dotazníku zbytečné.

Další kategorií byla **pozitiva dotazníku**, kde se sestry vyjádřily, že dotazník je srozumitelný. Dále zmiňovaly, že dotazník obsahuje otázky vhodné pro děti, které umožňují jeho snadné vyplnění, jako např. odpovědi formou medvídků a „*smajlíků*“. Názory expertů na českou verzi dotazníku pro hodnocení kvality ošetrovatelské péče hospitalizovanými dětmi můžeme vidět z závěr: *Podrobná analýza zjištěných výsledků poukázala na dvě základní kategorie fenoménů: formální a obsahovou stránku dotazníku. Experti se kriticky vyjadřovali k rozsahu dotazníku, k jeho formální úpravě (např. nejednotnosti ve způsobu nabízených odpovědí – děti v některých položkách pracují se „smajlíky“, v jiných s medvídky). Děti oproti tomuto názoru pozitivně uvítali různé využívání emotikonů v dotazníku a chválili si ho.* (Hlaváčková, Černožorská 2017)

Když srovnáme dotazníkové šetření s rozhovory, vidíme zde ale jejich protipól. Sestry hodnotily dotazník velmi pozitivně, je podle nich srozumitelný a oceňují vhodné využití emotikonů a obrázků, které jsou sestrami oceňovány v souvislosti s věkem respondentů, kteří se účastnili dotazníkového šetření. Oproti tomu, na některé otázky, jak bylo zmiňováno výše, dětští respondenti potřebovali znát vysvětlení.

Názory expertů na českou verzi dotazníku pro hodnocení kvality ošetrovatelské péče hospitalizovanými dětmi, hodnotili dotazník od zcela pozitivního přijetí („*je dobře, že něco takového existuje, dotazník je dobrý v boji proti stereotypu a profesní slepotě sester*“), až po jeho celkové odmítnutí („*pro české prostředí je tento dotazník absolutně nevhodný, je příliš složitý, realizace výzkumu s ním příliš komplikovaná, výsledky mohou být velmi zkreslené*“). (Hlaváčková, Černožorská 2017)

5 ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo zhodnotit úroveň kvality péče očima dětských pacientů hospitalizovanými pro onkologické onemocnění na klinice dětské onkologie pomocí převzatého dotazníku. Dalším cílem bylo zjistit názory odborníků na českou verzi dotazníku pro hodnocení kvality ošetrovatelské péče hospitalizovanými dětmi. Všechny zvolené cíle byly splněny.

Teoretická část popisuje kvalitu péče, hodnocení kvality péče očima dětských pacientů a nejčastější onkologická onemocnění pro dané rozmezí dotazníku, tedy 7–11 let a multioborový tým, který zajišťuje péči o onkologicky nemocné dítě.

Ve výzkumu bylo počítáno s 40 dotazníky, které vyplnili respondenti ve sběrném období (září 2017–březen 2018) na klinice dětské onkologie. Na základě jejich vyplnění, byla provedena analýza spokojenosti dětí s poskytovanou péčí. Druhou polovinu výzkumu obsahovaly dva krátké rozhovory s respondenty z daného zařízení a zjišťovaly se názory na českou verzi dotazníku.

Z výzkumu vyplývá, že děti jsou spokojené s přístupem sester po profesionální stránce, sestry jsou dle hodnocení dětí kvalifikované, milé a laskavé, přátelské a je s nimi legrace.

Kvantitativní výzkum také prokázal kritické výsledky, že si sestry s dětmi nehrají (80 %) a málo chrání jejich soukromí (32,5 %). Tyto zjištěné údaje slouží k zamyšlení a nápravnému řízení.

Dále z dotazníků vyplývá nespokojenost dětských respondentů, že sestry nebraly ohled co dítěti chutná. Což bylo vyvráceno důvodem onkologické léčby a dietním opatřením při ní.

Otázky zaměřené na potřebu sester jsou dle výpovědi dětí špatně formulované a potřebovaly ne ně znát vysvětlení. Otázky v dotazníku zaměřující se na to, kolik informací děti dostávaly od sester, byly také kriticky hodnoceny. Tyto položky stojí na zvážení, zda nejsou v rozporu s kompetencemi sester v ČR.

Součástí kvantitativního výzkumu byla statistická část práce, kde byla zkoumána vzájemná souvislost mezi zvolenými otázkami (pohlaví x hospitalizace na pokoji x důvod hospitalizace x „dětské strachy“). Mezi proměnnými nebyl prokázán statisticky významný rozdíl. Mezi určitými jevy není vzájemná souvislost.

Z rozhovoru s odborníky vyplývají údaje, že dotazník není vhodný pro opakovanou hospitalizaci, je přehledný, srozumitelný a obsahuje vhodné emotikony, které jsou vhodné pro děti k jejímu snadnému vyplnění. Dle názorů expertů na českou verzi dotazníku pro hodnocení kvality ošetrovatelské péče hospitalizovanými dětmi se všichni respondenti shodli na tom, že dotazník je v původní podobě pro české prostředí nevhodný.

Dlouhodobým cílem je nabídnout české odborné veřejnosti validní nástroj, který umožní spokojenost dětí s ošetrovatelskou péčí sledovat. Vyžaduje ale ještě dlouhou cestu k jeho definitivní verzi.

Výsledky výzkumu byly předány klinice dětské onkologie a celkové hodnocení ve formě tabulek odevzdáno hlavnímu vedení oddělení. Pro validitu a objektivnost dat by byl žádoucí přímý a osobní rozhovor s dětmi, aby se předešlo zmanipulování dat personálem nemocnic a výzkum by tak byl objektivnější.

6 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK. *Hematologie: přehled maligních hematologických nemocí*. 2., dopl. a zcela přeprac. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 9788024725024.
2. BAJČIOVÁ, Viera, Jiří TOMÁŠEK a Jaroslav ŠTĚRBA. *Nádory adolescentů a mladých dospělých*. Praha: Grada, 2011, 363 s. ISBN 978-80-247-3554-2. Dostupné také z: http://katalog.k.utb.cz/F/?func=item-holdrequest&doc_library=UTB50&adm_doc_number=000068390&item_sequence=000030.
3. BÁRTLOVÁ, Sylva, Helena HNILICOVÁ. *Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000, 118 s. ISBN 978-807-0133-118.
4. BOLEDOVIČOVÁ, Mária et al. *Pediatrické ošetrovatel'stvo*. 2. Martin: Osveta, 2006, 209 s. ISBN 80-8063-211-1.
5. FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO. Současnost kliniky [online]. [cit. 2018-03-05]. Dostupné z: <https://www.fnbrno.cz/detska-nemocnice/klinika-detske-onkologie/soucasnost-kliniky/t2680>.
6. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Michal KLIMOVIČ. *Péče o kriticky nemocné dítě*. Brno: Národní centrum ošetrovatel'ství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-701-3427-5.
7. GLADKIJ, Ivan, Leoš HEGER a Ladislav STRNAD. *Kvalita zdravotnické péče a metody jejího soustavného zlepšování*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-272-8. 8.
8. GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-996-8.
9. HEALTHCARE INSTITUTE. O nás. HealthCare Institute: Zvyšování kvality a efektivity ve zdravotnictví [online]. 2013 [cit. 2014-04-13]. Dostupné z: <http://www.hc-institute.org/cz/o-nas.html>.
10. HLAVÁČKOVÁ, Eva a Iveta ČERNOHORSKÁ. *NURSING OF THE 21ST CENTURY IN THE PROCESS OF CHANGES 2017: Názory expertů na českou verzi dotazníku pro hodnocení kvality ošetrovatelské péče hospitalizovanými dětmi* [online]. Nitra: Department of Nursing, 2017 [cit. 2018-04-25]. ISBN 978-80-558-1185-7.

11. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 80-247-1369-1.
12. IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIRUDOVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ. *Multikulturní ošetrovatelství 1*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 248 s. ISBN 80-247-1212-1
13. JANDA, Jan. *Dětská nefrologie*. Praha: Galén, 2006. Trendy soudobé pediatrie. ISBN 80-726-2378-8.
14. JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha: ISV nakladatelství, 2000, 133 s. ISBN 80-85866-55-2.
15. KOUTECKÝ, Josef, Edita KABÍČKOVÁ a Jan STARÝ. *Dětská onkologie pro praxi*. Vyd .1. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-725-4288-5.
16. KELNAROVÁ, Jarmila, a kol. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty – 1. ročník*. Praha: Grada Publishing, 2009, 236 s. ISBN 978-802-4728-308.
17. KOUTECKÝ, J. *Život mezi beznadějí a úspěchem*, Praha: Academia, 2008, 504s. ISBN 978-80-200-1672-0.
18. KOUTECKÝ, Josef, Edita KABÍČKOVÁ a Jan STARÝ. *Dětská onkologie pro praxi*. Praha: Triton, 2002, 179 s., [8] s. barev. obr. příl. ISBN 80-7254-288-5.
19. KOUTECKÝ, Josef a Markéta CHÁŇOVÁ. *Děti s nádorovým onemocněním I: rady rodičům*. Praha: Triton, 2003, 215 s., [4] s. obr. příl. Odborná léčba v moderní medicíně. ISBN 80-7254-332-6.
20. KRISTOVÁ, Jarmila. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. 3. Osveta, 2004, 212 s. ISBN 80-8063-160-3.
21. LUIGI GRASSI, MD, Michelle RIBA a MS. *Clinical psycho-oncology: an international perspective*. 3. ed. Oxford: Wiley-Blackwell, 2012. ISBN 978-047-0974-322.
22. MADAR, Jiří. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení: vážně i nevážně k prosperitě nemocnic a spokojenosti pacientů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, 248 s. ISBN 80247-0585-0.
23. MAHÚTOVÁ, M., SVOBODOVÁ, D. *Kvalita péče ve zdravotnických zařízeních*. Praha: A.R. Garamond, 2010. [online]. [cit. 2011-11-17]. Dostupné na: http://www.ftn.cz/vzdelavani/files/Skripta_kurzNovinky.pdf.
24. MARX, D. *Principy akreditace v následné a dlouhodobé péči*, Spojená akreditační komise, o.p.s., [online]. [cit. 2011-11-28]. Dostupné na: <http://www.sakcr.cz/czostatni/prezentace-z-konference-pro-np-2011/>.

25. MÁŠOVÁ, Renata a Markéta HAVRDLÍKOVÁ. *Standardy ošetrovatelské péče podle Donabediána*. Sestra [online]. 2009, roč. 9, [cit. 2015-01-03]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/standardy-osevrotatelske-pece-podle-donabediana444784>.
26. MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přeprac. vyd. Jinočany, 2001. ISBN 80-860-2292-7.
27. MAYER, Jiří a Jan STARÝ. *Leukémie*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-716-9991-8.
28. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Ukazatele kvality zdravotních služeb* [online]. 2013 [cit. 2014-04-05]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/ukazatele-kvalityzdravotnichsluzeb_2150_1066_3.html.
29. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Seznam oprávněných osob* [online]. 2015, 05.10.2017 [cit. 2018-04-24]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/seznam-opravnenych-osob-_3205_29.html.
30. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Standardy ošetrovatelské péče* [online]. 2013 [cit. 2014-04-05]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/dokumenty/standardy-osevrotatelskepece_7399_2849_29.html.
31. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Práva hospitalizovaných dětí* [online] [cit. 2016-03-03]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/839>.
32. MITCHELL, Alex J., et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a metaanalysis of 94 interview-based studies. *The lancet oncology*, 2011, 160- 174. Dostupné z: [http://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(11\)70002-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(11)70002-X/fulltext).
33. NADAČNÍ FOND DĚTSKÉ ONKOLOGIE KRTEK. *Průvodce pro rodiče pacientů Kliniky dětské onkologie FN Brno*. 1. Brno: Nadační fond dětské onkologie Krtek, 2008, s. 142.
34. PELANDER, Tina, helena LEINO-KILPI a Jouko KATAJISTO. The quality of paediatric nursing care: developing the Child Care Quality at Hospital instrument for children. *JAN: Journal of advanced nursing*. Blackwell Publishing, 2009, 65, 443-453.
35. PEŠEK, Jaromír. *Tvorba systému jakosti ve zdravotnictví a lékárenství s využitím norem ISO*. Praha: Grada, 2003, 110 s. ISBN 80-247-0551-6.

36. PLEVOVÁ, Ilona. *Management v ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2012, 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.
37. PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada, 2010, 247 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2968-8. Dostupné také z: http://katalog.k.utb.cz/F/?func=item-hold-request&doc_library=UTB50&adm_doc_number=000058016&item_sequence=000030.
38. ŘÍČAN, Pavel, Dana KREJČÍŘOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1049-8.
39. SEDLÁŘOVÁ, Petra. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
40. SEIFERT, Bohumil. *Měření spokojenosti pacientů*. Programy kvality a standardy léčebných postupů. Praktická příručka pro nemocnice, polikliniky a ambulantní péči. Praha: Verlag Dashofer, 2001.
41. ŠKRLA, Petr, Magda ŠKRLOVÁ. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion, 2003. ISBN 80-7172-841-1.
42. ŠRÁMKOVÁ, L. *Dětská leukémie: průvodce pro rodiče*. Vyd. 1. V Praze: Haima - Unie pro pomoc dětem s poruchou krve tvorby, 2006, 57 s. ISBN 80-239-89049.
43. ŠTĚPÁNKOVÁ, Ivana. *Rozšířené kompetence všeobecné sestry* [online]. Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR, 2016 [cit. 2018-04-16]. Dostupné z: <http://osz.cmkos.cz/cz/clanky/12-2-2016-rozsirene-kompetence-vseobecne-sestry.aspx>.
44. ŠTĚRBA, Jaroslav. *Podpůrná péče v dětské onkologii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. ISBN 978-80-7013-483-2.
45. TSCHUSCHKE, Volker. *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-717-8826-0.
46. VÁGNEROVÁ, Marie. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0841-3.
47. VĚSTNÍK MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. In: . MZ ČR, 2015, ročník 2015, číslo 12. Dostupné také z: https://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/vestnik-c12/2015_10587_3242_11.html.

48. VLČKOVÁ, Irena. *Pacient a rodina: Pracoviště psychologa kliniky dětské onkologie v Brně* [online]. Fakultní nemocnice Brno, Klinika dětské onkologie, 2009 [cit. 2018-03-13]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/pomoc-v-nemoci/psychologicka-pomoc/mapa-psychoonkologicke-pece/psychologicka-pece-na-onkologických-pracovistich/pracoviste-psychologa-kliniky-detske-onkologie-v-brne/>.
49. VOKURKA, Samuel. *Základní hemato-onkologická onemocnění a jejich charakteristiky*. 1. vyd. Praha: Galén, 2008, 89 s. ISBN 978-80-7262-553-6.
50. VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3742-3.
51. VYHLÍDAL, Tomáš, Ondřej JEŠINA a kol. *Pohybové aktivity v dětské onkologii*. 1. vyd. Praha: Powerprint., 2014, 191 s. ISBN 978-80-87994-21-4.
52. ZACHAROVÁ, E.: Práva dětského pacienta v ošetrovatelské péči [online]. [cit. 2017-12-07]. Dostupné z: <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2010/05/13.pdf>
53. ZDRAVOTNICKÝ DENÍK: *Úprava vyhlášky o činnostech zdravotnických pracovníků je na světě, mnohým posiluje kompetence* [online]. 2017 [cit. 2018-04-08]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2017/07/uprava-vyhlasky-cinnostech-zdravotnickych-pracovniku-svete-mnohym-posiluje-kompetence/>.

7 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – *Žádost o sběr/poskytnutí informací pro studijní účely*

Příloha B – *Dotazník pro sledování spokojenosti hospitalizovaných pacientů*

Příloha C – *Charta práv hospitalizovaných dětí (MPSV, 2005, s. 23)*

Příloha A – Žádost o sběr/poskytnutí informací pro studijní účely



FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO
Jitřavská 20, 602 00 Brno
M: 532 231 111

ODBOR ORGANIZAČNÍCH, PRÁVNÍCH
VĚCÍ A PERSONALISTIKY (ODPVV)
Vedoucí úřadu:
JUDr. Alena Tobásková, MBA
tel.: 532 232 108 , fax: 532 232 260
e-mail: tobaskova.alena@fnbrno.cz

ŽÁDOST O SBĚR DAT/POSKYTNUTÍ INFORMACE PRO STUDIJNÍ ÚČELY v souvislosti se závěrečnou diplomovou (odbornou) prací studentů škol

Vyplňuje žadatel:

Jméno a příjmení žadatele: Bc. Lucie Chytilová

Datum narození: 11. 4. 1993

Telefon: 731529585

E-mail: lucinka.chyta@gmail.com

Adresa trvalého bydliště: Nad Ovčírnou 1046, Zlín 760 01

Přesný název školy/fakulty: Univerzita Pardubice – Fakulta zdravotnických studií

Obor studia: Ošetrovatelská péče v interních oborech

Forma studia:

prezenční

kombinovaná

Téma závěrečné práce: Hodnocení kvality péče dětmi hospitalizovanými pro onkologické onemocnění

Účel žádosti:

sběr dat/zjišťování informací pro zpracování diplomové/bakalářské práce

sběr dat/zjišťování informací pro zpracování seminární/odborné práce

sběr dat/zjišťování informací pro jiný účel: (uveďte):

Žadatel je zaměstnancem/rodinným příslušníkem zaměstnance FN Brno:

ANO Pracoviště/Jméno zaměstnance FN Brno: Klinika dětské onkologie

NE

(informace slouží k posouzení žádosti v případě dotazníkové akce – benefit pro zaměstnance FN Brno a rodinné příslušníky)

Požadavek na (zaškrtněte):

V případě, že žadatel potřebuje získat informaci o počtech vyšetření/ošetření a předem má souhlas konkrétního pracoviště, že tato data mu budou poskytnuta vedením tohoto pracoviště bez nutnosti jeho nahlášení do zdravotnické dokumentace pacientů, vyplní oddíl „Ostatní – statistická data“. Jinak vyplní oddíl „Nahlášení do zdr. dokumentace“.

Dotazníková akce

pro pacienty FN Brno pro zaměstnance FN Brno

Počet respondentů, kteří budou vyplňovat dotazník: 100

Termín, kdy proběhne vyplnění dotazníků: od..... září 2017do:března 2018

Pracoviště, kde bude dotazníková akce probíhat: Klinika dětské onkologie

K vyplněné žádosti je nutno doložit vzor vašeho dotazníku!

Nahlášení do zdravotnické dokumentace

Předpokládaný počet kusů zdravotnické dokumentace, do které bude žadatel nahlížet:

Termín, ve kterém bude žadatel nahlížet do zdravotnické dokumentace: od do

Pracoviště, ze kterého/kterých bude zdravotnická dokumentace pacientů:

Přesná specifikace co bude žadatel vyhledávat ve zdravotnické dokumentaci:

Ostatní

kazuistika – počet:

vedení rozhovoru s pacientem FN Brno – počet pacientů: z kterého pracoviště:

vedení rozhovoru se zaměstnancem FN Brno – počet zaměstnanců: povolání:
z kterého pracoviště:

statistická data – informace o počtech např. zdravotnických výkonů, vyšetření, určité agendy (např. porodnost), přístrojích

5-292/16/6

jiné (specifikujte):
Za které období budou data zjišťována:
Kdy proběhne sběr dat žadatelem: od: do:
Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat:
Přesná specifikace co bude žadatel zjišťovat:

Budete FN Brno uvádět jako „zdroj dat“ ve své práci? ANO NE

Poznámka: Žadatel here na vědomí, získaná data mohou být použita pouze pro účel uvedený v této žádosti. Další nakládání s daty bez souhlasu FN Brno pro jiný účel je považováno za neoprávněné.

Žadatel souhlasí se zpracováním jeho osobních údajů v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění pro účely této žádosti. Zároveň se zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat/informací. V případě, že žadatel uvádí FN Brno jako „zdroj informací“, je jeho povinností předložit zpracované výsledky ke schválení příslušnému vedoucímu zaměstnanci přímo podřízenému řediteli FN Brno, který žádost o sběr dat/poskytnutí informace ve FN Brno povolil. Prezentace výsledků s uvedením jména Fakultní nemocnice Brno je možná pouze s jeho souhlasem.

Vyplněnou žádost odešlete do FN Brno:

a) elektronicky (bez vašeho podpisu, který je nahrazen tím, že odesíláte žádost ze své e-mailové adresy) na adresu: Kostovova.Jarmila@fnbrno.cz

b) nebo v listinné formě (s vašim podpisem na žádosti) na adresu:
Fakultní nemocnice Brno
Oddělení organizace řízení – Jarmila Kostovová
Jihlavská 20,
625 00 Brno

Datum: Podpis:

Vyplňuje a potvrzuje FN Brno:

Oddělení organizačních, právních věcí a personalistiky - Oddělení organizace řízení:

Zaevidováno na OOR dne: 23-01-2019 pod číslem: 2019/12394/FN/BRNO-1437

Vyjádření vedoucího zaměstnance příslušného útvaru, kde bude probíhat sběr dat/informací:

souhlas/nesouhlas - úvar: E.O.

Vedoucími zaměstnanci v přímé podřízenosti ředitele FN Brno postoupeno dne 26-01-2019

Žadatel je zaměstnancem FN Brno od: 11.7.2016 útvaru: KBO na pozici: W. Jarmila Kostovová

Žadatel je rodinným příslušníkem zaměstnance FN Brno: z útvaru:
Fakultní nemocnice Brno
Jihlavská 20, 625 00 Brno

V Brně dne 26-01-2019

referent/vedoucí OOR

Oddělení organizačních, právních věcí a personalistiky - Oddělení organizace řízení:

V případě placené služby dle Ceníku EO č. 45/2013-09.5:

souhlas žadatele s placenou službou nesouhlas žadatele s placenou službou, požadavek na storno žádosti ze strany žadatele

Způsob platby: na pokladně FN Brno fakturou na účet FN Brno

Částka připsána na účet FN Brno dne: Fakultní nemocnice Brno
Jihlavská 20, 625 00 Brno

Žádost uzavřena dne: 29-01-2019

podpis vedoucího/referenta OOR

Příloha B – Dotazník pro sledování spokojenosti hospitalizovaných pacientů

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Dobrý den,

jmennuji se Lucie Chytilová, pracuji na Klinice dětské onkologie v Brně jako všeobecná sestra. Studuji Fakultu zdravotnických studií na Univerzitě Pardubice a v rámci diplomové práce provádím výzkum, který má umožnit dětským pacientům hodnotit kvalitu ošetrovatelské péče.

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

.....
Podpis zákonného zástupce

Podklady k rozhovoru s experty

Cíle rozhovoru: Zjistit názory odborníků na jednotlivé položky převzatého dotazníku, a to s ohledem na adekvátnost otázek pro daný věk 7-11 let a využití v klinické praxi. Zjistit, zda obsahuje zbytečné otázky/nevhodné otázky anebo naopak dotazník některé otázky postrádá.

Dotazník byl přeložen z finského psychometrický ověřeného dotazníku, určeného pro děti ve věku 7-11 let. Dotazník zjišťuje dětské vnímání charakteristik a aktivit ošetrojícího personálu a prostředí dětských oddělení.

Dotazník pro sledování spokojenosti hospitalizovaných dětských pacientů |

Dotazník je určen pro děti ve věku 7 - 11 let.



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

1. Jsem dívka / chlapec
2. Je mi let.
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
 - a) 1 noc
 - b) 2 noci
 - c) 3 noci
 - d) 4 noci
 - e) 5 noci
5. V nemocnici jsem byl/a:

f)

6. V nemocnici jsem byl/a:
- a) sám/sama na jednolůžkovém pokoji
 - b) v pokoji, kde byly i další nemocné děti
 - c) v pokoji sám/sama, ale předtím tam se mnou byly další nemocné děti
7. Byl/a jsem v nemocnici už předtím:
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
 - d) nepamatuji si
8. Můj rodiče byli v nemocnici se mnou:
- a) po celou dobu
 - b) během dne, ale ne v noci
 - c) když jsem přijel/a, když máe 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 byla v nemocnici?

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

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

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

Moje sestry byly:	Vždycky	Občas	Někdy
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 obličeje 😊, pokud souhlasíš s tím, že se sestry k Tobě vždycky chovaly takhle.

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

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

Dětské sestry:	Vždycky	Občas	Nikdy
15. si se mnou hrály	😊	😐	😞
16. mluvil/y se mnou o zajímavých věcech	😊	😐	😞
17. chránily moje soukromí („můj prostor“)	😊	😐	😞
18. vyslechl/y mne	😊	😐	😞
19. poslouchaly si moje názory	😊	😐	😞
20. povzbuzovaly mne	😊	😐	😞
21. urušovaly mne	😊	😐	😞
22. řekly mi, co mohu v nemocnici dělat	😊	😐	😞
23. povzbuzovaly mne, abych se zapojil do léčby	😊	😐	😞
24. staraly se o mne s mými rodiči	😊	😐	😞
25. braly ohled na to, jaké jídlo mi chutná	😊	😐	😞

Označ kroužkem, pokud jsi potřeboval/a pomoc sestry:	Vždycky	Občas	Nikdy
26. nemal/a jsem bolesti / sestry mi pomáhaly při bolesti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. nepotřeboval/a jsem pomoc při jídle / sestry mi pomáhaly při jídle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. nepotřeboval/a jsem pomoc s hygienou / sestry mi pomáhaly s hygienou	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. nepotřeboval/a jsem pomoc jít na WC / sestry mi pomáhaly jít na WC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kolik informací ti dříve sestry dávaly?			
	Dostatek informací	Trochu informací	Nedostatek informací
30. Sestry mi říkaly o tom, proč jsem v nemocnici	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Sestry mi říkaly o mé léčbě	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Sestry mi říkaly o mých lécích	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Sestry mi říkaly o léčebných postupech (například o výšetření)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Sestry mi říkaly, co mohu jíst a pít	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Sestry mi říkaly o tom, jak se v nemocnici mám chovat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Sestry mi říkaly, jak dlouho budu v nemocnici	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Sestry mi říkaly, jak se o sebe mám starat doma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Sestry mi říkaly, kdy budu moci jít zpátky do školy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Sestry mi říkaly, kdy se budu moci zase věnovat svým zálibám	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>









Co si myslíš o následujících větách?












Označ kroužkem 4 mešvídky, pokud úplně souhlasíš.

Označ kroužkem 3 mešvídky, pokud částečně souhlasíš.

Označ kroužkem 2 mešvídky, pokud částečně nesouhlasíš.

Označ kroužkem 1 mešvídka, 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 možnosti dělat ruční práce. 
44. V nemocnici bylo dost hraček. 
45. V nemocnici byla vhodná místa, kde jsem mohl/a být s mojí rodinou a kamarády. 
46. Můj pobyt v nemocnici byl příjemný a pohodlný. 
47. Najít zachody a herny bylo jednoduché. 

48. V nemocnici jsem měl/a svoje sestr/omni. 
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 nemocní 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 bolet. 

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?



Děkují ti 😊, nakonec mě prosím ulož do mé krabičky.

Příloha C - Charta práv hospitalizovaných dětí

1. Děti mají být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení.
2. Děti v nemocnici mají právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, by se mělo rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.
3. Děti a/nebo jejich rodiče mají právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Mají mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.
4. Děti a/nebo jejich rodiče mají mít právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě má být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné, a před zbytečnými úkony, podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emocionálního rozrušení.
5. S dětmi se má zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.
6. Dětem se má dostávat péče náležitě školeným personálem, který si je plně vědom fyzických i emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny.
7. Děti mají mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své věci.
8. O děti má být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.
9. Děti mají být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům a aby zároveň vyhovovalo bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.
10. Děti mají mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání, přizpůsobené jejich věku a zdravotnímu stavu. (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2005)