

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Kvalita ošetrovatelské péče z pohledu hospitalizovaných dětí

Autor: Mgr. Iveta Černohorská

Školitel: doc. MUDr. Lenka Hodačová, Ph.D.

Konzultant: Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.

Čestné prohlášení:

Prohlašuji:

Práci s názvem **Kvalita ošetrovatelské péče z pohledu hospitalizovaných dětí** 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., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnici Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 12.12. 2022

Iveta Černožorská

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych ráda poděkovala především doc. MUDr. Lence Hodačové, Ph.D. a Mgr. Evě Hlaváčkové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, a především podporu v průběhu celého studia a psaní této práce.

Mé velké poděkování patří zapojeným dětem, bez kterých by práce nikdy nevznikla. Dále bych ráda poděkovala za spolupráci rodičům těchto dětí, odborníkům v klinické praxi, kolegům z akademického prostředí a autorce originálního dotazníku Tiině Pelander. Děkuji také za finanční podporu realizovanou na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice formou Studentské grantové soutěže a Interní grantové soutěže. V neposlední řadě děkuji mé rodině a především dceři, jejíž hospitalizace mi pomohla vnímat význam kvality poskytované péče z jiné perspektivy.

ABSTRAKT

Hlavním cílem práce bylo popsat hodnocení kvality pediatrické ošetrovatelské péče z pohledu hospitalizovaného dítěte mladšího školního věku. V České republice jsou k dispozici validované nástroje pro hodnocení spokojenosti hospitalizovaných pacientů s poskytnutou péčí pro dospělé pacienty, ne však pro děti. Hlavním výzkumným cílem práce bylo popsat transkulturní přenos nástroje určeného k hodnocení kvality péče o děti ve věku 7–11 let a ověřování psychometrických vlastností nástroje v podmínkách české praxe. V teoretické části jsou uvedena východiska výzkumné práce, popis současné situace v oblasti hodnocení kvality pediatrické ošetrovatelské péče z pohledu pacienta, problematiky metodiky transkulturního přenosu výzkumných nástrojů a výzkumné práce s dětmi ve věku 7–11 let.

Dotazník Child Care Quality at Hospital (CCQH) byl vytvořen a psychometricky ověřen ve Finsku, obsahuje 61 položek a je určen dětem ve věku 7–11 let. V první fázi vlastního výzkumu byla vytvořena česká verze dotazníku CCQH, tento proces respektoval mezinárodní guidelines pro transkulturní přenos nástrojů ve zdravotnictví. V této fázi výzkumu byly identifikovány problematické oblasti nástroje, zejména nesoulad v překladu, potíže s pochopením abstraktních pojmů, délka dotazníku a položky se čtyřbodovou Likertovou škálou.

V další fázi byly psychometrické vlastnosti české verze dotazníku CCQH ověřovány v rámci designu smíšeného výzkumu.

V rámci testování obsahové validity byly realizovány polostrukturované rozhovory s pediatrickými odborníky. Pozitivně byl nástroj hodnocen zejména pro samotnou myšlenku, vytvořit validní dotazník pro děti. Odborníci si dobře uvědomují fakt, že názory dětí a rodičů se mohou lišit. Dotazník CCQH je však podle nich pro malé děti dlouhý, složitý a zahrnuje položky v rozporu s kompetencemi ošetrujícího personálu. Obsahová validita nástroje hodnocená metodou indexu obsahové validity s odborníky z praxe potvrdila výsledky týkající se obtížné terminologie a rozporu v kompetencích.

Testování konstruktové validity české verze dotazníku bylo realizováno v rámci dotazníkového šetření u hospitalizovaných dětí ve věku 7–11 let (n=239). První výsledky, zaměřené na reliabilitu, ukázaly vhodné vlastnosti nástroje. Navazující analýzy týkající se ověřování psychometrických vlastností nástroje však ukázaly nízkou validitu nástroje. Byly identifikovány problematické oblasti, které potvrdily dosavadní zjištění a přinesly upřesňující informace pro nutné změny nástroje.

Obsahová analýza dvou otevřených položek dotazníku ukázala, že ačkoli měly hospitalizované děti tendenci reagovat stručně, podařilo se získat bohatý pohled na jejich zkušenosti.

Na základě výsledků šetření byly ověřovány praktické aspekty dotazníku. Polostrukturované rozhovory s hospitalizovanými dětmi ukázaly interpretaci aktuální dětské zkušenosti s vybranými oblastmi hospitalizace vztahujícími se k dotazníku CCQH. Celkově ukázaly, že negativní zkušenosti, se kterými se tyto děti setkaly, často uváděly jako situaci, kterou zvládly. Šetření potvrdilo specifické požadavky na výzkumná šetření a výzkumníky, zejména aspekty jako důvěryhodnost zapojených osob, přiměřená složitost otázek a motivace ke spolupráci s plnou koncentrací pozornosti dítěte. Zjištění, týkající se praktických aspektů administrace dotazníku, potvrdily nutnost dopomoci dětem s jeho vyplňováním, s vědomím rizika vlivu dospělé osoby. Zjištění se týkala zejména dětí ve věku 7–8 let.

Závěrem práce je, že dotazník CCQH způsobuje menším dětem nepřiměřenou zátěž svou délkou a složitostí některých položek. V české klinické praxi by jej bylo možné používat pouze za podmínek spolupráce dětí s edukovanou dospělou osobou. To však nebylo původním záměrem přínosu tohoto nástroje pro českou klinickou praxi. Doporučením je vytvořit nástroj kratší, věkově přiměřený a plně respektující specifika české klinické praxe. K tomuto účelu byl na základě výsledků výzkumné práce vytvořen návrh položek.

KLÍČOVÁ SLOVA

CCQH, česká verze, dotazník, hospitalizované děti, kvalita péče, psychometrické vlastnosti

THE QUALITY OF NURSING CARE FROM THE PERSPECTIVE OF HOSPITALIZED CHILDREN

ABSTRACT

The main goal of the dissertation is to describe the evaluation of the quality of pediatric nursing care from the perspective of a hospitalized child of younger school age. In the Czech Republic, validated tools are available to assess the satisfaction of hospitalized patients with the care provided for adult patients, but not for children. The main research objective of the dissertation is to describe the transcultural transfer of an instrument designed to evaluate the quality of care of children aged 7 to 11 years and to verify the psychometric properties of the instrument under the conditions of Czech practice. The theoretical part presents the starting points of the research work, the current situation in the area of quality assessment of pediatric nursing care from the perspective of hospitalized children, the issue of the methodology of transcultural transfer of research tools, and the research work with children aged 7–11 years.

The Child Care Quality in Hospital (CCQH) questionnaire was developed and psychometrically validated in Finland, contains 61 items, and is intended for children aged 7 to 11 years. In the first phase of research, the Czech version of the CCQH questionnaire was created; this process respected international guidelines for the transcultural transfer of instruments in the healthcare sector. In this phase of the research, problematic areas of the instrument were identified, especially inconsistencies in translation, difficulties with abstract concepts, the length of the questionnaire, and the items with a four-point Likert scale.

In the next phase, the psychometric properties of the Czech version of the CCQH questionnaire were verified within the framework of a mixed research design.

As part of the content validity testing, semi-structured interviews were conducted with pediatric experts. The tool was positively evaluated, especially for the very idea of creating a valid questionnaire for children. Experts are well aware that the opinions of children and parents can differ. However, according to them, the CCQH questionnaire is long and complex for young children and includes items contrary to the competence of nursing staff. The validity of the tool's content was assessed using the content validity index method with practitioners and confirmed the results on the difficulty of terminology and competency discrepancies.

The construct validity test of the Czech version of the questionnaire was carried out as part of a questionnaire survey of hospitalized children aged 7–11 years (n=239). The first results,

focused on reliability, showed suitable properties of the tool. However, follow-up analyzes regarding the verification of the psychometric properties of the instrument showed a low validity of the instrument. The problem areas were identified, which confirmed the previous findings and provided more detailed information on the necessary changes to the tool.

The content analysis of the two open-ended items from CCQH showed that although hospitalized children tended to respond briefly, a rich insight into their experiences was obtained.

Based on the results of the questionnaire survey, the practical aspects of questionnaire administration were verified. Semi-structured interviews with hospitalized children showed the interpretation of current children's experience with selected areas of hospitalization related to the CCQH questionnaire. In general, the results of this phase showed that the negative experiences experienced by these children were often reported as situations they managed. The investigation confirmed the specific requirements for research investigations and researchers, especially aspects such as the credibility of the persons involved, the appropriate complexity of the questions, and the motivation to cooperate with the full concentration of the child's attention.

The findings related to the administration of the questionnaire confirmed the need to help children complete it, knowing the risk of adult influence. It was found that especially children aged 7 to 8 years have difficulty understanding the instrument.

The work concludes that the CCQH questionnaire causes a disproportionate burden on smaller children due to the length and complexity of some items. In Czech clinical practice, it would be possible to use it only under the conditions of cooperation of children with an educated adult. However, this was not the original intention of the contribution of this tool to Czech clinical practice. The recommendation is to create a shorter and age-appropriate tool that fully respects the specifics of Czech clinical practice. For this purpose, a proposal of questions was created based on the results of the research work, which is an appendix to the dissertation.

KEYWORDS

CCQH, Czech version, questionnaire, hospitalized children, quality of care, psychometric properties

OBSAH

ÚVOD	12
1 ZÁKLADNÍ TEORETICKÁ VÝCHODISKA A PRINCIPY OŠETŘOVATELSTVÍ.....	14
1.1 Principy ošetřovatelství.....	14
1.2 Etické principy ošetřovatelství.....	16
1.2.1 Práva hospitalizovaných dětí	19
2 KVALITA A BEZPEČÍ LŮŽKOVÉ PÉČE Z DĚTSKÉ PERSPEKTIVY	24
3 TRANSKULTURNÍ PŘENOS ZAHRANIČNÍCH NÁSTROJŮ.....	29
4 SPECIFIKA VÝZKUMU S DĚTMI.....	36
4.1 Benefity a úskalí výzkumu s dětmi.....	36
4.2 Etické aspekty výzkumu s dětmi	38
4.3 Metodika výzkumu u dětí	40
4.4 Dotazníkové šetření s dětmi.....	41
4.5 Rozhovory s dětmi.....	44
4.6 Vývojová specifika dětí mladšího školního věku	46
5 CÍLE VÝZKUMU	52
6 METODIKA	53
6.1 Design výzkumu	53
6.2 Etické aspekty výzkumu	54
6.3 Popis výzkumného nástroje Child Care Quality at Hospital	54
6.4 Metodika tvorby české verze dotazníku CCQH	55
6.5 Metodika ověřování psychometrických vlastností dotazníku CCQH.....	57
6.5.1 Obsahová validita české verze dotazníku CCQH	58
6.5.2 Reliabilita a konstruktová validita české verze dotazníku CCQH.....	59
6.5.3 Praktické aspekty české verze dotazníku CCQH.....	63
7 VÝSLEDKY	67

7.1 Překlad nástroje CCQH	67
7.2 Obsahová validita české verze dotazníku CCQH	70
7.3 Reliabilita a konstruktová validita české verze dotazníku CCQH.....	77
7.4 Obsahová analýza otevřených položek dotazníku CCQH	90
7.5 Praktické aspekty české verze dotazníku CCQH.....	95
8 DISKUSE.....	99
8.1 Česká verze dotazníku CCQH	99
8.2 Psychometrické vlastnosti české verze dotazníku CCQH	102
8.2.1 Obsahová validita české verze dotazníku CCQH	102
8.2.2 Reliabilita a konstruktová validita české verze dotazníku CCQH.....	104
8.2.3 Obsahová analýza otevřených položek dotazníku CCQH.....	109
8.2.4 Praktické aspekty české verze dotazníku CCQH.....	111
8.3 Limitace práce.....	114
9 ZÁVĚR	116
10 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	119
11 SEZNAM PŘÍLOH.....	135

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Proces tvorby české verze dotazníku CCQH	56
Tabulka 2 - Překlad dotazníku CCQH z AJ do ČJ	67
Tabulka 3 - Problematické položky zpětného překladu	68
Tabulka 4 - Citace dětí k problematickým oblastem dotazníku CCQH	69
Tabulka 5 - Problematické oblasti dotazníku CCQH – názory expertů	71
Tabulka 6 - Hlavní kategorie, subkategorie a položky dotazníku 10–14	72
Tabulka 7 - Hlavní kategorie, subkategorie a položky dotazníku 15–39	73
Tabulka 8 - Hlavní kategorie, subkategorie a položky dotazníku 40–58	74
Tabulka 9 - Index obsahové validity – doména 1	75
Tabulka 10 - Index obsahové validity – doména 2	75
Tabulka 11 - Index obsahové validity – doména 3	76
Tabulka 12 - Analýza položek – výstupy metody PCA pro 1. latentní proměnnou	78
Tabulka 13 - Analýza položek – výstupy metody PCA pro 2. latentní proměnnou	79
Tabulka 14 - Charakteristika výzkumného vzorku (n = 224)	80
Tabulka 15 - Dvouvýběrový t-test	85
Tabulka 16 - Hodnocení péče na základě věku	85
Tabulka 17 - Chybějící hodnoty u položek 26. – 29.	87
Tabulka 18 - Kaiser-Meyer-Olkin test	88
Tabulka 19 - Explorační faktorová analýza	89
Tabulka 20 - Demografické údaje o souboru respondentů (n = 239)	90
Tabulka 21 - Obsahová analýza dat položky 59	92
Tabulka 22 - Obsahová analýza dat položky 60	93

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 - Design výzkumu	54
Obrázek 2 - Analýza výsledků dle distribuce odpovědí – domény 1, 2	84
Obrázek 3 - Analýza výsledků dle distribuce odpovědí – položka 15	84
Obrázek 4 - Analýza výsledků dle distribuce odpovědí – doména 3	84
Obrázek 5 - Analýza rozhovorů v Atlas.ti s dětmi ve věku 7–8 let	173
Obrázek 6 - „Cloud“ analýza rozhovoru v Atlas.ti – Eliška, 7 let	174
Obrázek 7 - Analýza rozhovorů v Atlas.ti s dětmi ve věku 9–11 let	175
Obrázek 8 - Analýza rozhovorů v Atlas.ti s dětmi ve věku 12–13 let	176

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

CCQH	Child Care Quality at Hospital
CVI	Content validity index
ČR	Česká republika
EFA	Explorační faktorová analýza
FA	Faktorová analýza
FZS UPCE	Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice
ibid.	ibidem, tamtéž
ISPOR	International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin Measure
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
OSN	Organizace spojených národů
S-CVI/AVE	Scale content validity index/averaging method
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
WHO	World Health Organization

ÚVOD

Děti a dospívající představují samostatnou skupinu pacientů, jejich zkušenosti jsou ve výzkumu relativně nedostatečně zastoupeny (Boztepe, Çinar a Ay, 2017; Bromley a kol., 2020; Davison a kol., 2020; Chua, Cyna a Cravero, 2021). Identifikace zkušeností dětských pacientů však může tvořit klíčové aspekty rozvoje “na dítě zaměřené” kvalitní péče (Ryan-Wenger, 2016; Loureiro a kol., 2021). Je třeba zjišťovat perspektivy dětí, protože poskytují jedinečný pohled na zlepšování nemocniční péče (Mendoza, 2021).

Disertační práce sleduje nejlepší zájem dítěte, avšak ne z pohledu dospělého, nýbrž dětí samotných. Hlavním východiskem práce je respektování práv a potřeb dětského pacienta, jakožto základních pilířů kvality pediatrické ošetrovatelské péče. Ačkoli se všeobecně uznává, že děti jsou ochotné, způsobilé a ze zákona oprávněné být aktivními účastníky své zdravotní péče, jsou to zpravidla rodiče, kdo hodnotí péči a služby dětských oddělení než samotné děti (Schalkers, Dedding a Bunders, 2015; Nelson a kol., 2022; Nordlind a kol., 2022). Roli zde hraje tradice, dle které jsou životy dětí zkoumány prostřednictvím názorů a chápání dospělých pečovatелů (Christensen a James, 2017, s. 4).

Ve snaze uplatňovat přístup podporující praxi založenou na důkazech je důležité opírat se nejen o vědecké důkazy pocházející z našeho prostředí, ale čerpat i z vědeckých důkazů publikovaných v zahraničí (Mandysová, 2019b). Podkladem disertační práce byl finský výzkum, jehož výstupem byl psychometricky ověřený dotazník Child Care Quality at Hospital (CCQH), určený pro hodnocení kvality péče dětmi ve věku 7–11 let (Pelander, Leino-Kilpi a Katajisto, 2009). Finsko je zemí, kde je dokumentována dobrá kvalita zdravotní péče (James, Emedo a Hargreaves, 2014; Medipool, 2014). Nástroje jejího hodnocení mají proto předpoklad stát se kvalitním podkladem pro vznik podobných nástrojů i v jiných zemích. Především pak, pokud jsou nástroji ojedinělými (Pelander, Leino-Kilpi a Katajisto, 2009; Comparcini a kol., 2018; Loureiro a kol., 2019).

V Česku, stejně jako v dalších zemích Evropské unie, probíhá hodnocení kvality zdravotních služeb z pohledu pacientů v rámci jejich spokojenosti s péčí. Na národní úrovni jsou však v Česku k dispozici dotazníky pouze pro dospělé klienty a výzkumy spokojenosti s péčí na dětských odděleních jsou realizovány z pohledu rodičů (Exner, Raiter a Stejskalová, 2005; Raiter, 2010; MZ ČR, 2020). Podobně je tomu však i v dalších zemích (Garratt, Bjertnæs a Barlinn, 2007; Tsironi a Koulierakis, 2018; Lapp, 2019; Lima a kol., 2020). Dle názoru zkušených dětských výzkumníků je tak perspektiva dětí a dospívajících „filtrována“

interpretacemi dospělých „zmocněnců“ (Brady a Graham, 2019, s. 2). Faktory ovlivňující spokojenost hospitalizovaných dětí a rodičů se mohou lišit. V souladu s nejnovějšími poznatky, badatelé v posledních letech kladou důraz na účast dětí, jejich vyjadřování a klinické rozhodování (Tallett a Hopwood, 2013; Horstman, 2014; Uholyeva, 2015; Comparcini a kol., 2018; Loureiro a kol., 2019; Brady a Graham, 2019, s. 1; Nordlind a kol., 2022). O kvalitě péče tak, jak ji vidí dětský pacient a o nástrojích na hodnocení péče z pohledu dětských pacientů se odborná literatura zmiňuje zřídka (Nelson a kol., 2022). Důvodem mohou být problematické aspekty dotazníkových šetření u dětí – problémy se srozumitelností výrazů, riziko nepochopení podstaty otázky nebo motivace s ohledem na pozornost (Křeménková a Novotný, 2016).

Hlavním cílem disertační práce je popsat proces tvorby a testování psychometrických vlastností české verze dotazníku Child Care Quality at Hospital (CCQH). Dotazník CCQH je určen hospitalizovaným dětem ve věku 7–11 let. Dle statistických ukazatelů ÚZIS bylo na pediatrických odděleních v ČR v roce 2019 hospitalizováno 271 515 případů, přičemž počet případů ve věku 0–14 let byl 189 445 (69,8 %). Průměrná ošetrovací doba byla 3,2 dne. Na odděleních dětské chirurgie bylo hospitalizováno celkem 19 681 případů, z toho ve věku 0–14 let bylo 15 600 (79,3 %) a průměrná ošetrovací doba činila 2,8 dne. Na odděleních dětské onkologie bylo hospitalizováno 4 632 případů hospitalizace, z čehož bylo ve věku 0–14 let celkem 3 727 (80,5 %) a průměrná ošetrovací doba zde byla 4,5 dne. Dohromady činil počet hospitalizovaných ve věku 0–14 let na všech odděleních celkem 302 947 (12,8 %) případů z celkového počtu 2 368 031 případů (ÚZIS, 2019).

1 ZÁKLADNÍ TEORETICKÁ VÝCHODISKA A PRINCIPY OŠETŘOVATELSTVÍ

Principy ošetřovatelství formovaly dílem filozofické směry humanismus a holismus, dílem etické principy, mezi něž řadíme respektování práv pacientů a etický kodex zvaný Charta práv hospitalizovaných dětí, jež tvoří teoretický rámec práce (Česko, 2021a).

1.1 Principy ošetřovatelství

Ošetřovatelství je klasifikováno jako aplikovaná humanitní věda. Vedle oborů základních, které představují Všeobecné ošetřovatelství, Dějiny ošetřovatelství a Metodologie ošetřovatelství, zde stojí obory dílčí. Pediatrické ošetřovatelství je aplikovaný dílčí obor, zaměřený na komplexní péči o zdravé a nemocné děti na úseku zdravotní a sociální péče (Farkašová a kol., 2006, s. 14; Žiaková, 2009, s. 18; Klíma, 2016).

Principy, jimiž je ošetřovatelství vedeno, vycházejí z filozofických směrů humanismu a holismu (Česko, 2021a). Humanitní disciplíny pomáhají ošetřovatelství zkoumat potřeby člověka. Vycházejí přitom z vědních oborů filozofie, etika, psychologie a sociologie. Ošetřovatelství je považováno za „*integrovanou vědní disciplínu, jejímž hlavním posláním je vhodnými metodami, systematicky a všestranně uspokojovat individuální potřeby člověka, způsobené nemocí a pomáhat těm, co se sami o sebe nemohou, neumí nebo nechtějí starat*“ (Farkašová a kol., 2006, s. 13).

Podle významného amerického humanistického psychologa Abrahama Harolda Maslowa (1908–1970) potřeby motivují chování jedince. Pro lepší orientaci autor vytvořil známou a široce používanou Maslowovu hierarchii potřeb. Hierarchická teorie potřeb zdůrazňuje těsné propojení vědních oborů filozofie a psychologie s návazností na filozofii hodnot (Trachtová, Trejtnarová a Mastiliaková, 2013, s. 13; Greig, Taylor a MacKay, 2013, s. 33).

Humanistické zaměření na děti a mládež skýtá pozitivní přístup k provádění výzkumu s dětmi, který je přitažlivý pro všechny, zajímající se o jejich blaho (Greig, Taylor a MacKay, 2013, s. 35). Humanismus je zdůrazněn v humanistických koncepčních modelech, vycházejících z respektování lidských práv a práv pacientů (Česko, 2021a). Původně pediatrický koncepční model Callisty Roy (tzv. adaptační model) byl založen na poznacích humanistické filozofie, holismu, práci A. Maslowa, sociální interakční teorie a Helsonovy

adaptační teorie. Praktické aplikace modelu Calisty Roy v pediatrickém ošetrovatelství jsou stále aktuální (Ramini, Brown a Buckner, 2008; De Melo a kol., 2011; Kaas a Tóthová, 2015).

Druhým významným filozofickým směrem byl holismus. Holistická teorie vidí živé organismy jako jednotné celky v interakci a zdůrazňuje, že jsou tak více než pouze jejich součet. Porucha jedné části znamená poruchu celého systému. Celostní pohled na člověka tak umožňuje neredukované chápání lidské bytosti v souladu s bio-psycho-sociálním modelem zdraví a nemoci (Trachtová, 2013, s. 9). Na základě holistického přístupu je využíváno mimo poznatků samotného ošetrovatelství i poznatků dalších souvisejících věd (Žiaková, 2009, s. 18). Holistický přístup v pediatrickém ošetrovatelství představuje respekt k meziprofesním výzkumným dovednostem. Spolupráce výzkumu a klinické praxe je bezesporu žádoucí, jelikož usnadňuje holistickou perspektivu při práci s dětmi. Vzájemný respekt jde „ruku v ruce“ se snahou o vzájemné porozumění. Bylo by odsouzeníhodné zaujmout egocentrický pohled a využívat vlastní profesionální zázemí jako důvod kritiky k práci druhých. Současní autoři navíc poukazují na změnu perspektivy s cílem skutečně holistického přístupu k dětem. V rámci jednotlivých profesí v ošetrojícím týmu, na prvním místě zde již není jejich identita a jejich cíle, ale nemocné dítě (Greig, Taylor a MacKay, 2013, s. 9–10).

Dle pojetí filozofie sociálních věd, holismus je důležité chápat s ohledem na skupinovou příslušnost. Podle teorie holismu jsme v podstatě prostředkem, pomocí kterého se vyjadřují kultura a společnost. Jednotlivci jsou tím, čím jsou, díky sociálnímu celku, ke kterému se řadí a lze je chápat jedině na pozadí jejich sociálního kontextu. Ukotvení holismu je tak posilováno multikulturním životním stylem (Fay, 2002, s. 67–70; Petrussek, 2011, s. 89).

Významnou osobností, jež ve své době pomohla propojit filozofii s vědou, byl Jean Piaget (1896–1980). Jako filozof se zajímal o otázky získávání znalostí. Jako biolog se zajímal o popis a systematický záznam fází myšlení, jimiž děti během svého vývoje prochází. O dětském způsobu myšlení a chápání okolního světa pojednávají tzv. kognitivní teorie a Jean Piaget byl jedním z hlavních kognitivních teoretiků (Greig, Taylor a MacKay, 2013, s. 35).

1.2 Etické principy ošetřovatelství

Ošetřovatelství má velkou morálně-etickou hodnotu podmiňující spokojenost člověka (Farkašová a kol., 2006, s. 12). Mezi charakteristické rysy ošetřovatelství patří péče poskytovaná v jasně definovaném etickém rámci (Česko, 2021a).

Etika je definována jako „*filozofická věda o správném způsobu života, vycházející z racionálních přístupů a snažící se nalézt, případně i zdůvodnit, společné a obecné základy, na kterých morálka stojí*“ (Jankovský, 2003). Jednoduše formulováno, je etika filozofickou disciplínou, zkoumající normy chování. Z pohledu zdravotnických pracovníků je významnou oblastí tzv. etika profesní, reprezentována všeobecně známými etickými kodexy (ibid.). Komunitou jsou tyto kodexy přijímány jako všeobecně akceptovaná domluva umožňující další rozvoj (Ferjenčík, 2010, s. 62). Cíle ošetřovatelské etiky jsou spojené s respektováním a obhajobou práv pacientů (Ďurčík a kol., 2017, s. 54). Etický kodex spojený s pediatrickou problematikou v naší zemi je nazýván Charta práv hospitalizovaných dětí (Práva hospitalizovaného dítěte viz Příloha A) a na národní úrovni by schválen Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví České republiky jako platný dokument v roce 1993 (Jankovský, 2003; Nadační fond Klíček, 2005). Jeho účelem je zajistit dětem péči odpovídající jejich specifickým potřebám, ale také právo vyjádřit svůj názor, který by měl být zohledněn. Právo dětí vyjádřit svůj názor a participovat tak na všem, co se jich týká, bylo původně uznáno mezinárodním společenstvím OSN v rámci Úmluvy o právech dítěte (článek 12), jež byla v tehdejší Československu ratifikována v lednu 1991. Základním právem dítěte je dle této normy být aktivním, neformálním účastníkem procesů, jež se jej přímo dotýkají. Článek 12 je popisován jako jeden z nejvíce porušovaných a přehlížených ustanovení téměř ve všech oblastech života dětí (Úmluva o právech dítěte a související dokumenty, 2016, s. 76; Hardy a Hobbs, 2017, s. 55). Komunikaci v pediatrii dala Úmluva o právech dítěte nový směr a význam. Historicky byla pediatrie především zaměřena na druhé dvě zásady tohoto dokumentu, „*provision*“ neboli zájem o zdravý vývoj dítěte a „*protection*“ neboli ochranu dítěte (Greig, Taylor a MacKay, 2013, s. 204–205; Novák in Ptáček a Bartůněk, 2015, s. 398; Brady a Graham, 2019, s. 1).

Pokud se týče vývoje práv dítěte, ta byla na svém počátku spojována s obdobím „*infanticidy*“, ukončeném ve 4. století. Dítě tehdy nemělo žádnou hodnotu. Bylo věcí, jež se prodávala nebo obětovala. Pojem dětství prakticky neexistoval. Na toto období navázal zájem o dítě jako pracovní sílu. V období raného středověku bylo dítě zobrazováno jako malý dospělý. Až

období renesance pomalu přineslo zájem o vývoj a potřeby dítěte (Novák in Ptáček a Bartůněk, 2015, s. 398). Kašparová a Klvaňová (2016) popisují v rámci proměn konceptu dětství tzv. „*koncepti nevinného dítěte*“, vycházející z Rousseauovy filozofie dítěte. Dítě je zde popisováno jako přirozeně dobrá a čistá lidská bytost, která potřebuje podporu dospělých k tomu, aby mohla plně rozvinout svůj potenciál. Autorky uvádí, že se tato koncepce z 18. a 19. století stala základem současného vzdělávání zaměřeného na dítě. V případě veřejných politik znamenala zacílení na uspokojování potřeb dětí v institucích (Kašparová a Klvaňová, 2016). Významnými milníky byly posléze aktivity J. A. Komenského, v 19. století rozvoj oboru pediatrie, vznik zákonů zakazujících dětskou práci, Ženevská deklarace práv dítěte (polovina 20. století) a výše uvedená Úmluva o právech dítěte (Novák in Ptáček a Bartůněk, 2015, s. 398). Úmluva OSN o právech dítěte z roku 1989 do jisté míry nahradila dosavadní konvenční rozmluvy o dítěti novým dialogem o dítěti jako oprávněném občanovi (Kašparová a Klvaňová, 2016; Úmluva o právech dítěte, 2016, s. 5–77).

Základní východiska ošetrovatelské a lékařské etiky tvoří rovněž základní bioetické principy Beauchampa a Childressa: princip spravedlnosti, dobřechinění, nepoškození a respektu k autonomii. Tyto principy byly obohaceny o důvěryhodnost. Jako klíčové charakterové vlastnosti sester, vedle zodpovědnosti, uváděla důvěryhodnost už zakladatelka moderního ošetrovatelství a jedna z prvních teoretiček ošetrovatelství Florence Nightingale (1820-1910). Poprvé v jeho novodobé historii zformulovala etické zásady přístupu sestry k nemocným (Munzarová, 2005; Ďurčák a kol., 2017, s. 54–55). Klíčovým dokumentem je v tomto směru Úmluva č. 96 ze dne 1. října 2001, úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (Česko, 2001).

Na základě uvedeného etického kodexu mají hospitalizované děti zaručen kontakt s rodiči. Zdůrazněna je také potřeba zacházet s dětmi s taktem a porozuměním a potřeba soukromí, vyjadřující respekt k jejich důstojnosti. Jako celek tato etická norma zajišťuje, že hospitalizace bude probíhat v prostředí odpovídajícím dětským potřebám a za účasti odborně i lidsky vhodně vybaveného personálu (Heřmanová, 2012). Mravní zralost sester však nespočívá jen ve znalosti etických kodexů. Zdravotnická etika je součástí celospolečenské etiky. Pacienti se dnes mnohem více než dříve aktivně zapojují do rozhodnutí souvisejících s jejich zdravotním stavem (Ďurčák a kol., 2017, s. 37). Práva dětí v nemocnici jako celek legislativně ukotvena nejsou, jedná se o etická pravidla, jež jsou blíže spojena s individuálním právním vědomím, postoji a morálkou zdravotnických pracovníků (Tóthová in Brabcová a Bártlová, 2015, s. 200–201). Práva pacientů představují jeden z aspektů bezpečné

péče. V současné době je důraz na jejich dodržování vzhledem k aktuálnosti tématu bezpečné péče nesporný nejen u nás. V mezinárodní rovině názory dětí vedly k reformám zdravotní politiky a legislativy, podporující nebo dokonce zavazující k zapojení mladých lidí do rozhodování o jejich zdravotní péči (Schalkers, Dedding a Bunders, 2015). Objektívem péče zaměřené na děti a rodinu, jsou informace dítěte („self-reporty“) zásadními informacemi o poskytované zdravotní péči, v politice, výzkumu a vývoji teorie. Takové postupy respektují Úmluvu OSN o právech dítěte a nejlepší zájmy dítěte (Foster, Whitehead a Arabiat, 2019). Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v platném znění, byl vytvořen v souladu s evropskou legislativou a stanovuje práva a povinnosti pacientům a zdravotnickým pracovníkům (Tothová in Brabcová a Bártlová, 2015, s. 199; Česko, 2011). Je důležité, aby etický kodex práv pacientů znali všichni zdravotníci. Samozřejmě by jej také měli znát ti, kterých se týkají (s ohledem na jejich zdravotní stav). Aktuální výzkumy v ČR potvrzují informovanost o právech pacientů u více než dvou třetin dotázaných pacientů (ibid, 2015, s. 201).

Evropská asociace na podporu dětí v nemocnici (European Association for Children in Hospital – EACH), podílející se na vzniku Charty práv hospitalizovaných dětí, podporuje péči založenou na principech „Child-centered care“ a „Family-centered care“ (EACH, 2022). Pojetí zdravotní péče orientované na dítě a jeho rodinu (Family-centered care), vychází z výzkumné práce o dopadech hospitalizace na děti, realizované v 50. letech ve Velké Británii. Toto pojetí je v rámci západní Evropy s ohledem na doporučení odborných společností shodné (Ratiborský a Fendrychová, 2013, s. 22–28; Ford a kol., 2018, s. 845). Jeho podstatou je partnerství, spolupráce, sdílení informací, respekt a úcta (Bowden a Greenberg, 2016, s. 3–5). V České republice jsou tyto principy legislativně zakotveny v Zákoně o zdravotních službách č. 372/2011 Sb., Sdělení č. 104/1991 Sb. o sjednání Úmluvy o právech dítěte a souvisejících dokumentech (Česko, 1991; Česko, 2011). Komplexní péče o dítě je jednou z nejdůležitějších oblastí celospolečenských úkolů ovlivňující zdraví celé populace (Klíma, 2016, s. 21).

Aplikace termínů „patient-centered care“, „family-centered care“ a „child-centered care“ působí často problémy, dané nejasnostmi, překrýváním nebo rozpory ve významech jednotlivých termínů. V některých případech se termíny „family-centered care“ a „child-centered care“ používají téměř synonymně jako jediný koncept. Nicméně koncept „child-centered care“ zdůrazňuje zaměření na dítě a má nejmladší historii. Oproti „family-centered

care“ je zde tak jistý posun v hierarchii, aby bylo dítě na prvním místě. Typicky se jedná o situace, týkající se zapojení dítěte do péče a rozhodování (Ford a kol., 2018, s. 846).

1.2.1 Práva hospitalizovaných dětí

Principy „family-centered care“ dítěti zaručují, že součástí péče bude i jeho rodina (Shields, 2015). Účast rodičů na péči snižuje úzkost rodiče i dítěte (Çamur a Karabudak, 2021). Pro jeho spokojenost jsou rodiče a rodina zásadní. Podstatou takové péče je spolupráce udržující rovnováhu mezi potřebami rodiny a radami odborníků (Shields, 2015). Dle Charty práv hospitalizovaných dětí, mohou být děti v nemocnici v neustálém kontaktu se svými rodiči a sourozenci. Rodičům by se zde mělo dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Ošetrovatelský proces na dětském oddělení má být realizován dětskými a všeobecnými sestrami s aktivní účastí dětských pacientů a jejich rodin (Tóthová a Hellerová, 2021, s. 22). V Česku je společná hospitalizace dítěte s rodičem možná, je však ovlivněna možnostmi rodičů, kapacitou oddělení a související legislativou. Dle legislativy je v Česku rodičům dětí do ukončeného šestého roku (a rodičům pečujícím o zdravotně hendikepované dítě) umožněna bezplatná hospitalizace. Návštěvy rodičů na oddělení jsou neomezené, čehož často využívají právě rodiče starších dětí (Mach, 2018, s. 98; Koščík, 2020, s. 204 - 205; Česko, 2021b).

V souladu s etickými pravidly, dohodnutými v péči o hospitalizované děti, jsou v úvahu brány nejen názory rodičů, ale i samotných dětí, které se tak učí podílet na péči o své zdraví pod dohledem odborníků (Pelander a Leino-Kilpi, 2010). Dle Charty práv hospitalizovaných dětí mají mít děti a jejich rodiče možnost komunikovat o svých potřebách s personálem a získat informace odpovídající jejich věku a chápání (Nadační fond Klíček, 2005). Výzkumy ukazují, že jednou z častých příčin nespokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí je nevhodně vedená, nedostatečná nebo chybně interpretovaná komunikace (Ptáček a Bartůněk, 2015). Komunikace v pediatrii je specifická svým zaměřením na komunikaci nejen s dítětem, ale i s jeho rodinou (Novák a Eisenreich in Ptáček a kol., 2017, s. 115). Už dítě ve školním věku, vzhledem ke svým vývojovým potřebám, může trpět úzkostí způsobenou neinformovaností. Vhodnou komunikací naopak je u něj budován pocit, že o své léčbě, výkonech a vyšetření spolurozhoduje. U dospívajících je doporučována komunikace „rovného s rovným“, srozumitelná, přesná a věcná. Patřičnou formou je přátelský přístup. Pokud však dítě komunikaci odmítá, je doporučeno to respektovat. Pacienti dnes mají pokročilé schopnosti

vyhledat si informace na internetu. Pokud zdravotníci svým přístupem takové situace vyvolávají (např. nedostatek či nepřesné informace dospívajícím), mohou je pacienti uvést do nepříjemných situací. Informacím musí být věnován dostatek času. Významnou oblastí této problematiky je tzv. informovaný souhlas, poskytovaný jako projev pacientovy vůle (Haškovcová, 2007, s. 25–29; Ptáček a kol., 2017, s. 115). Problematika souvisí s právem dětí a jejich rodičů poučeně se podílet na rozhodování ohledně poskytované péče. Právo na ochranu dětí (např. před zákroky, které nejsou nezbytné) a současně i právo na autonomii (možnost o sobě spolurozhodovat) by mělo být respektováno, a to s vědomím, že v praxi může docházet k nesouladu mezi těmito právy (Nadační fond Klíček, 2005; Ptáček a kol., 2017, s. 115, 273). V ČR platný Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, uvádí hranici dovršených 14 let života dětí k vyslovení souhlasu či nesouhlasu v případě specifických úkonů a podmínek. Obecně však zákon neurčuje přesnou věkovou hranici pro právo rozhodovat o sobě, ale klade důraz na individualitu dítěte. Plně způsobilým k udělení informovaného souhlasu se pak dítě stává dnem svých 18. narozenin, do té doby jej uděluje jeho zákonný zástupce. Situace je však v praxi mnohdy složitá, což dokládá zvyšující se počet rozhodnutí k tomuto tématu u Ústavního soudu a Evropského soudu pro lidská práva. Jednoznačné jsou zde snad pouze situace vážného ohrožení života nebo zdraví dítěte. V závislosti na věku a vyspělosti je doporučeno ve věcech týkajících se jich samých i s dětmi zacházet jako s partnery. Uplatňování zásad participace, v tomto případě respektováním práva dětí na informace a názor, však neznamená, že názory dětí by měly být automaticky schvalovány. Cílem je aktivní zapojení nezletilých, vedoucí k chápání důsledků péče o sebe sama. A to především v etickém, psychologickém a klinickém významu, nežli formální potřebě vyhovět zákonu (Němec in Valenta, 2008. s. 216; Česko, 2012; Ptáček a kol., 2017, s. 73–74, 115–116, 275).

Další článek Charty práv hospitalizovaných dětí se vztahuje k respektování potřeb zacházet s dětmi s taktem a pochopením, zde je uvedena i potřeba soukromí. Děti mají mít možnost mít v nemocnici nejen vlastní oblečení, ale i další své věci. Soukromí nemocných dětí je třeba chránit vždy, bez ohledu na jejich věk a vývojovou úroveň. Nezbytná opatření zahrnují především ochranu před vystavováním tělesné nahoty a ochranu před zacházením, které by poškozovalo jeho sebeúctu nebo vedlo k jeho ponížení. Od určitého věku je pro děti významným právem stáhnout se do ústraní, mít prostor být sám či možnost komunikovat v soukromí (Nadační fond Klíček, 2005; Sedlářová a kol., 2008, s. 140, 240). Ochrana soukromí v závislosti na věku dítěte je velmi důležitou dovedností ošetřujícího personálu. V případě vhodného prvního kontaktu s dítětem pak je možné očekávat jeho dobrou

spolupráci (Němec in Valenta, 2008. s. 217). Především děvčata v tomto věku oproti chlapcům intenzivněji vnímají své tělo a vše, co se s ním děje (Plevová a Slowik, 2010, s. 80).

Velký význam v rámci prvního kontaktu má rovněž vhodné prostředí. Potřeby týkající se fyzického a sociálního prostředí uvádí také Charta práv hospitalizovaných dětí. Prioritou péče i v tomto ohledu jsou bezpečnostní a další zásady péče o děti. Fyzické prostředí by mělo být zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo vývojovým potřebám hospitalizovaných dětí. Sociální prostředí by mělo saturovat jejich potřebu sdílet hospitalizaci společně s jinými dětmi jejich věkové skupiny. Hospitalizace dětí na oddělení určeném pro pobyt dospělých pacientů není vhodná. Prostor určený pro hospitalizaci dětí musí nabízet možnost herních, odpočinkových a vyučovacích aktivit. Zajištění volného času dětí zde kromě rodičů probíhá především v úzké spolupráci s herními specialisty, jež často na oddělení pracují současně jako pedagogičtí pracovníci (Nadační fond Klíček, 2005; Sedlářová a kol., 2008, s. 141, 240; Němec in Valenta, 2008. s. 214).

Děti si uvědomují veškerý pohyb kolem sebe a vnímají význam péče poskytované odborným personálem (Lima a kol., 2020). Florence Nightingale (1820–1910) během ošetrovatelské péče přihlížela ke zvláštnostem dětského věku. Snažila se o zlepšení ošetrovatelského přístupu k hospitalizovaným dětem, budování dětských nemocnic a přípravu sester zaměřenou na péči o děti (Tručková a Brabcová 2016; Kordulová, 2017). Charta práv hospitalizovaných dětí obsahuje požadavek, týkající se péče náležitě proškoleného personálu, který si je plně vědom potřeb dětí každé věkové skupiny (Nadační fond Klíček, 2005; Sedlářová a kol., 2008, s. 240). Začátky respektování rozdílů a potřeby jiného přístupu mezi dětskými a dospělými pacienty v českých zemích jsou datovány přibližně od roku 1921. O oddělení péče o děti od péče o dospělé se zasloužil např. německý pediatr profesor Schlossmann. První dětské nemocnice ve světě i v českých zemích vznikaly přirozeně ve větších městech: v Paříži v roce 1802, v Petrohradu v r. 1834, v Praze v r. 1842, v Brně v r. 1846, Bratislavě v r. 1853. V roce 1922 při nemocnici Ochrany matek a dětí v Praze – Krči byla založena první ošetrovatelská škola pro dětské sestry. Významná byla zejména tím, že byla jedinou českou školou, kde do té doby studovaly dětské sestry. Rok 1995 byl dalším významným milníkem, studium dětské sestry na střední zdravotnické škole (v té době čtyřleté) bylo zrušeno a dětskou sestru bylo možné studovat až po ukončení středoškolského čtyřletého studia zpravidla všeobecné sestry nebo gymnázia, a to v rámci vyššího odborného vzdělání. Dalším změny ve vzdělávání sester přinesl vstup České republiky do Evropské unie a vznik zákona č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání. Obor

Dětská sestra byl přesunut do celoživotního vzdělávání, jehož součástí bylo specializační vzdělávání. Všeobecné sestry (s potvrzením zaměstnavatele o pracovním poměru v pediatrii) mohly absolvovat specializační studium Ošetrovatelská péče v pediatrii a Intenzivní péče v pediatrii v Národním centru ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO). Nebo bylo možné po absolvování bakalářského studia Všeobecná sestra získat specializovanou způsobilost absolvováním magisterského vzdělání v oboru Ošetrovatelská péče v pediatrii (Sedlářová a kol., 2008, s. 14; Tručková a Brabcová 2016; Kordulová, 2017).

V současnosti získávají dětské sestry kvalifikaci dle Zákona č. 201/2017 Sb. a „*odborná způsobilost k výkonu povolání dětské sestry se dle tohoto zákona získává absolvováním:*

a) nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu dětských sester,

b) nejméně tříletého studia v oboru diplomovaná dětská sestra na vyšší zdravotnické škole,

c) studia v oboru diplomovaná dětská sestra na vyšší zdravotnické škole v délce nejméně jeden rok, jde-li o zdravotnického pracovníka, který získal odbornou způsobilost k výkonu povolání praktické sestry, všeobecné sestry, zdravotnického záchranáře nebo porodní asistentky, byl-li přijat do vyššího než prvního ročníku vzdělávání, nebo

d) studijního oboru dětská sestra na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997“ (Česko, 2017).

Ošetrovatelská péče na dětských odděleních v ČR je vzhledem k vývoji systému vzdělávání sester v současnosti zajišťována kvalifikovanými dětskými sestrami i všeobecnými sestrami. Činnosti všeobecné sestry jsou však oproti činnostem dětské sestry omezeny. Legislativně je upravuje Vyhláška č. 2/2016 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (Česko, 2016a).

Ošetrovatelská péče poskytovaná dítěti má mít osobní charakter. Proto účastníci zdravotní péče nezůstávají v anonymitě, ale každý pacient má možnost znát jméno „svého“ ošetřujícího lékaře a „své“ ošetřující sestry. Bohužel, je realizace tohoto opatření často omezena pouze na neosobní formu v podobě nošení jmenovky či informací o seznamu jmen personálu na tabuli na oddělení. Praxe oboustranného osobního představení v rámci prvního kontaktu je spíše výjimkou, přestože pro dítě má význam vědět, kdo jej vyšetřuje a bude léčit (Němec in Valenta, 2008. s. 217; Tothová in Brabcová a Bártlová, 2015, s 203).

Nepostradatelnou se sestra pracující na dětských lůžkových odděleních stává při metodice výchovné péče o dítě (Sikorová, 2011, s. 10). Charta práv hospitalizovaných dětí uvádí, že děti mají mít plnou možnost k herním aktivitám, odpočinku a vzdělávání, a to s ohledem na

jejich věk a zdravotní stav (Nadační fond Klíček, 2005; Sedlářová a kol., 2008, s. 240). Ve skutečnosti má hra význam nejen pro dítě, které je hospitalizováno, ale i pro jeho doprovod a týmovou zdravotní péči, protože umožňuje poskytovat péči více humanizovanou a zamezuje pouhé technické realizaci zákroků. Herních strategií v tomto ohledu existuje celá řada. Jejich prostřednictvím je možné zajistit kontinuitu vývoje dítěte, podpořit pohodu, snížit stres, pocity úzkosti, viny anebo vzdoru. Jednoznačně vedou ke zlepšení komunikace. Dítě, které si může hrát, je klidnější, veselejší a více spolupracuje při léčbě. Především si však prostřednictvím hry uvědomuje, co se s ním děje. Zkušenost s nemocničním pobytem může být za těchto okolností méně traumatizující. Personál, který zavádí hru a humanizovanou péči do své každodenní péče, má také o svých pacientech větší znalosti. Ví, jak s nimi zacházet a má lepší zázemí při provádění i nepříjemných procedur. Lépe chápe, co dítě potřebuje a jak mu účinně pomoci. Především však v každém okamžiku konverzace a herních aktivit buduje pouto důvěry. Výzkumem bylo potvrzeno, že snahu začlenit tuto atypickou praxi do rutiny ošetrovatelského týmu, doprovází potíže od jejího samotného počátku. Je tak potřeba výzkumných prací, které budou hledat nové způsoby, usnadňují tuto praxi a další důkazy o jejím významu (Gama a kol., 2018).

2 KVALITA A BEZPEČÍ LŮŽKOVÉ PÉČE Z DĚTSKÉ PERSPEKTIVY

Gladkij (2003) porovnává různé definice kvality zdravotní péče. Kvalita zdravotní péče je definována jako „*stupeň, v němž péče poskytovaná zdravotnickými institucemi jednotlivcům nebo specifickým populacím zvyšuje pravděpodobnost žádoucích zdravotních výsledků, je konzistentní se současnými odbornými znalostmi a současně přináší spokojenost pacientům i zdravotnickým pracovníkům*“ (Gladkij, 2003, s. 292).

S ohledem na návaznost textu může být kvalita zdravotní péče definována také jako „*dělat správné věci, ve vhodný čas, správným způsobem, správným lidem a dosahovat vzhledem k daným podmínkám nejlepších výsledků*“ (ibid., s. 364).

Výsledky amerického výzkumu provedeného u téměř pětiset hospitalizovaných dětí a mladistvých uvádí v tomto kontextu, že jim ošetřující sestry daly, co potřebovaly, když to potřebovaly; cítily se bezpečně, protože je často kontrolovaly; komunikovaly s nimi a naslouchaly jim (Ryan-Wenger a Gardner, 2012).

V Konceptu ošetřovatelství je zdůrazněna dynamika v definování kvality zdravotní péče a služeb v závislosti na okolnostech. V případě hodnocení kvality z pohledu pacienta záleží na tom, zda „*poskytovaná zdravotní/ošetřovatelská péče splnila jeho očekávání*“. Přičemž pacient „*bude hodnotit úroveň poskytnuté péče včetně hotelových služeb*“ (Česko, 2021a).

Výsledky finské studie týkající se potřeb dětí v oblasti kvality ošetřovatelské péče ukázaly, že děti očekávaly, že sestry budou lidské, spolehlivé, se smyslem pro humor, ale i že je budou ošetřovat v barevném oblečení. Vedle sester čekávaly účast na ošetřovatelských aktivitách i od rodičů, a to zejména kvůli zmírnění obav a potřebě společnosti. Mimo to děti také zdůrazňovaly roli ostatních dětí. V souhrnu od ošetřující sestry očekávaly aktivity pečovatelské a bezpečné, ale i zábavní a vzdělávací (Pelander a Leino-Kilpi, 2004).

V České republice upravuje problematiku hodnocení kvality péče Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění (zákon o zdravotních službách), který stanovuje, že: „*poskytovatel je rovněž povinen v rámci zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb ...*“ (Česko, 2011).

Vyhláška č. 262/2016 Sb., kterou se mění vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, v podobě prováděcího předpisu Zákona o zdravotních službách č. 372/2011 Sb., stanovila minimální hodnotící standardy, ukazatele kvality a bezpečí, způsob jejich tvorby a sledování (Česko, 2016b). Věstník MZ ČR částka 13/2021 na základě Zákona o zdravotních službách č. 372/2011 Sb., uveřejňuje aktuální „*minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb*“. Pro poskytovatele lůžkové a jednodenní péče obsahuje článek „*1.5. Standard: Sledování spokojenosti pacientů*“. Zde uvádí, že: „*Důležité je stanovit způsob a frekvenci sledování spokojenosti pacientů a postup při interpretaci výsledků sledování a jejich začlenění do institucionálního systému sběru dat o kvalitě péče s přijímáním opatření k odstranění zjištěných opodstatněných nedostatků. Stanovený postup musí splňovat kritéria validního sběru a zpracování dat ...*“ (Česko, 2021c).

Koncepce ošetřovatelství uvádí monitorování spokojenosti pacientů jako významný bod sledování a hodnocení kvality ošetřovatelské péče a doporučuje ji sledovat prostřednictvím dotazníků aplikovaných na národní úrovni nebo dotazníků vytvořených vlastní organizací (Česko, 2021a).

MZ ČR zahájilo v roce 2020 realizaci projektu „*Národní hodnocení spokojenosti pacientů*“ (dále jen NHSP) s cílem standardizovat plnění povinnosti poskytovatelů lůžkové zdravotní péče vyplývající z výše uvedených „*Minimálních požadavků pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb*“ (§ 47 Zákona č. 372/2011 Sb.). Hlavním cílem projektu bylo nastavení jednotného systému hodnocení spokojenosti pacientů v ČR a posílení hlasu pacienta v systému poskytování lůžkové péče. Měření kvality a bezpečí ve zdravotnictví se zapojením pacientů je ve světě obvyklým způsobem využívaným pro porovnávání péče jednotlivých zařízení. Pro validní zhodnocení dat je požadován jednotný postup. V rámci projektu se MZ ČR zavázalo vytvořit jednotný dotazník a metodiku na národní úrovni. Pokud se týče benefitů podobných hodnotících nástrojů, řadíme zde mimo jiné zlepšení efektivity péče, porovnávání konzistentních dat mezi institucemi, zvýšení autonomie profese, sledování pokroků v péči a identifikace indikátorů pro hodnocení kvality péče (Vörösová, Solgajová a Archalousová, 2015; MZ ČR, 2020).

„*Určujícím faktorem pro činnosti zdravotnických pracovníků, poskytujících ošetřovatelskou péči, jsou potřeby člověka*“ (Česko, 2021a). Panuje všeobecná shoda, že organizace pediatrické péče vychází z potřeb nemocného dítěte a stejně tak nástroje hodnocení této péče

by měly odpovídat jeho potřebám (Tóthová a Hellerová, 2021). V rámci zvyšování kvality péče na dětských odděleních jsou však většinou realizovány výzkumy z pohledu rodičů. Nástroje pro hodnocení péče z pohledu dětských pacientů nejsou ani ve světě příliš častým jevem. Faktory ovlivňující spokojenost dětí a rodičů se však mohou lišit a odborníci ta kladou důraz na účast dětí na vyjadřování názorů v klinické praxi (Pelander a Leino-Kilpi, 2004).

Nástroje hodnocení kvality ošetrovatelské péče

Používání měřicích nástrojů v ošetrovatelství nám přináší potřebnou zpětnou vazbu a zejména v zahraničí má dlouhou tradici. V českém ošetrovatelství se podobné nástroje objevily až v závěru minulého století a jejich používání je stále omezené (Tóthová a Hellerová, 2021, s. 22). Ošetrovatelství v souladu s legislativou cílí v rámci zlepšení kvality péče především na spokojenost pacientů a jejich bezpečnost. Problematika dětského pacienta je součástí mezinárodních programů věnovaných bezpečnosti hospitalizovaných pacientů. Pozornost je v této souvislosti věnována zejména posuzování rizika pádu. Příkladem z této oblasti je nástroj „*Humpty Dumpty Fall Scale*“ (HDFS), či novější, aktuálně celosvětově rozšířený nástroj „*General Risk Assessment for Paediatric Inpatient Falls Scale*“ (GRAF PIF). V ČR bylo realizováno ověřování psychometrických vlastností nástroje GRAF PIF u hospitalizovaných dětí (n=201) ve věku 3–18 let (Sikorová a Cmoríaková, 2021). Na Slovensku bylo realizováno ověřování psychometrických vlastností sedmipoložkového nástroje „*Humpty Dumpty Scale – Inpatient*“ u dětí (n=100) ve věku 8 měsíců–18 let (Ovšonková a kol., 2018).

Finskými autorkami byly jako klíčové ukazatele zlepšování kvality péče vyzdviženy zejména spokojenost dětských pacientů (za podmínek participace na hodnocení péče) a efektivita řešení jejich bolesti (Pelander, Leino-Kilpi a Katajisto, 2009). Česká publikace s názvem „*Využití měřicích nástrojů v ošetrovatelství*“ věnuje pozornost měření kvality bolesti u dětí v předškolním a mladším školním věku. Česká verze standardizovaného nástroje „*Adolescent Pediatric Pain Tool*“ (APTT) je zaměřena na hodnocení základních aspektů bolesti. Spokojenost s tlumením bolesti byla v tomto případě zjišťována u rodičů a dětí (n = 149) pomocí číselné a obličejové škály (Tóthová a Hellerová, 2021, s. 13–17). České autorky v souladu s finskými autorkami uvádí, že hodnocení bolesti u dětí je dnes v souvislosti s rozvojem poznatků v této oblasti velmi aktuální téma kvality péče. Stejně jako u dospělých, je sebehodnocení u dětí považováno v diagnostice za nejpřesnější a nejspolehlivější. Českými autorkami je zdůrazňován fakt, že hodnocení u dětí je velmi náročné pro svou podmíněnost

vývojovými faktory a odlišností reakcí od dospělých (Pelander, Leino-Kilpi a Katajisto, 2009; Tóthová a Hellerová, 2021, s. 121).

Aktuální doporučení, týkající se hodnocení bolesti dětmi samotnými, má za sebou dlouhou cestu vývoje. Významnou prací v tomto směru u nás byla publikace s názvem „*Dítě a bolest*“. V publikaci je pozornost mimo jiné věnována i mýtům panujícím dlouhá léta o dětské bolesti. V péči o děti platila dnes již paradoxní pravidla, např. čím mladší děti, tím nižší vnímání bolesti. Dítě si bolest nepamatuje a není schopno podat o ní diagnosticky využitelnou informaci. Nebo že dítě není schopno rozhodovat o tlumení své bolesti (Mareš, 1997, s. 13–23). Hodnocení a léčení dětské bolesti bylo celosvětově podceňovanou problematikou až do sedmdesátých let dvacátého století, kdy byly mýty postupně vyvraceny prostřednictvím nových výzkumů. Publikace věnuje pozornost i hodnocení bolesti, prostřednictvím dotazníků určených dětem školního věku (ibid., s. 86–87). Dnes je hodnocení bolesti prostřednictvím ověřených nástrojů důvěryhodným a standardizovaným způsobem realizováno samotnými dětmi již od 4 let. Hodnocení spokojenosti s péčí v pediatrii však dosud většinou názory dětí vylučuje. Přičemž dosavadní výzkum v malých studiích naznačuje ochotu a schopnost dětí ve věku 5–21 let podávat zprávy o svých zkušenostech a spokojenosti s péčí. Limitem těchto studií je, že jsou realizovány zpravidla pouze v rámci specializované péče (akutní péče, psychiatrická péče, onkologická péče), používají nestandardizované položky nebo metody a velikost jejich výzkumného vzorku se pohybuje v rozmezí 15–157 respondentů (Coleman a kol., 2020).

V USA probíhá národní hodnocení spokojenosti na pediatrických odděleních pomocí nástroje „*Child HCAHPS*“. Jedná se o dlouhý a složitý formulář, který je zasílán po propuštění rodičům nebo zákonným zástupcům. Účasti samotných dětí jsou zde, jak naznačuje popis, kladeny velké překážky (Toomey a kol., 2017; Coleman a kol., 2020). Nástroj byl validován také v Belgii a v Kanadě (Kemp a kol., 2018). Anglický národní průzkum, týkající se hodnocení dětí a dospívajících (8–15 let), spojený s hodnocením rodičů, ukázal přiměřenou shodu mezi odpověďmi obou skupin u otázek na úlevu od bolesti a celkovou zkušenost. Průzkum však prokázal mnohem nižší shodu u otázek srovnávajících komunikaci profesionálů s dětmi a jejich rodiči. U dětí a dospívajících bylo významně méně pravděpodobné než u rodičů, že se cítily bezpečně, zapojeni do rozhodování a do hodnocení soukromí. Dle výsledků studie, zapojení dětí a dospívajících do průzkumů zkušeností pacientů je proveditelné a přináší lepší informace než od rodičů (Hargreaves a kol., 2018).

Kvalita ošetrovateľskej péče je základným konceptom v pediatrickém ošetrovatelství. K uvedení konceptu do praxe je však třeba, aby byly k dispozici vhodné nástroje (Choi a Bang, 2010).

3 TRANSKULTURNÍ PŘENOS ZAHRANIČNÍCH NÁSTROJŮ

Přenos zahraničních nástrojů pro výzkum a praxi v ČR je aktuální problematikou. Překlad a validace nástrojů by měly zahrnovat hodnocení jazykové a kulturní rovnocennosti. Cílem je respektovat tzv. transkulturní rovnocennost nástrojů, ne pouze rovnocennost jazykovou. Transkulturní rovnocennost se týká konceptů, jež se prolínají kulturami a jsou v různých zemích chápány stejně. V případě překladu nástroje zahrnujícího tyto koncepty je zaručeno, že je shodný s originálem. Transkulturní rovnocennost zahraničních nástrojů získáváme v procesu transkulturní validace, a to aplikací jak kvalitativní, tak kvantitativní metodiky v různých úrovních transkulturní ekvivalence (WHO, 2019; Mandysová, 2019a, s. 7).

Posouzením obsahové rovnocennosti je zajištěno, že obsah zkoumané oblasti je v obou zemích stejný (např. kvalita péče je v obou zemích posuzována dle shodných kritérií). Posouzením sémantické rovnocennosti je zaručeno, že v nástroji originálním i cílovém budou použity významově ekvivalentní výrazy a formulace. Posouzením kriteriální rovnocennosti je garantováno, že intenzita proměnné je v obou zemích stejná (např. hodnocení intenzity bolesti). Hodnocením konceptuální rovnocennosti je zajištěno stejné chápání konceptu, velký význam má zde kontakt s autorem originálního dotazníku. Vhodným příkladem je koncept rodiny (Mandysová, 2019a, s. 7–11). Dle Purnellova modelu kulturně kompetentní péče, je v pojetí rodiny odlišováno například chápání úzké a široké rodiny v dané kultuře, životního stylu, cílů a priorit, nebo role jejich členů (Purnell, 2013, s. 23–26). Disman (2021) ve své publikaci zdůrazňuje úskalí srovnávacího výzkumu mezi různými kulturami na příkladech z léčebné praxe. I zdánlivě jednoduchý a objektivní koncept může mít v jiném prostředí úplně odlišný význam (Disman, 2021, s. 340–342).

Posledním doporučeným kritériem je tzv. technická rovnocennost, jejímž hodnocením je zajištěno, že nástroj v obou zemích pracuje s daty srovnatelně, např. technická ekvivalence není garantována, pokud sběr dat probíhal odlišně. Důležité je i posoudit srovnatelnost větné skladby, délky otázek či úroveň abstrakce (Mandysová, 2019a, s. 7–11). Obtížným bývá typicky český dvojitý zápor, jež má jiný charakter než např. v angličtině. Komplikací bývá doslovný překlad a zohlednění obou rodů podstatných jmen, jež v případě češtiny výrazně zasahuje do formulace věty na rozdíl od zmiňované angličtiny a činí tak text složitější (Disman, 2021, s. 336). Je důležité doplnit, že dosažení ekvivalence ve všech uvedených úrovních není vždy vhodné (Mandysová, 2019a, s. 7–11).

Adaptované verze nástrojů by měly zahrnovat informace o důvodech případných změn originálního nástroje, spolu s informacemi o postupu ověřování upravené verze. Podmínky používání nástrojů by měly být v obou zemích také srovnatelné (Mandysová a Hlaváčková, 2010). Přenos cizího nástroje v souvislosti s požadavkem na jeho adaptaci prostřednictvím procesu validizace je popisován jako náročný proces. Podobně jako při konstrukci nového nástroje se zde rozlišuje: 1. překlad, 2. překlad a úprava, 3. adaptace, zahrnující překlad a určení validity s odpovídajícím výzkumným vzorkem a 4. standardizace neboli adaptace včetně stanovení norem na velké skupině subjektů (Gavora, 2012, s. 17–20). Protokolem WHO jsou v této souvislosti popsány 4 kroky: překlad ze zdrojového jazyka do cílového, zpětný překlad se zapojením týmu odborníků, pre-test a kognitivní rozhovor a finální verze (Mandysová, 2019a, s. 19; WHO, 2019).

Společností „*International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes*“ (dále ISPOR) byly vytvořeny celosvětově rozšířené guidelines pro překlad a transkulturní validaci nástrojů, určených pro pacienty hlášené výsledky péče. Guidelines zahrnují deset doporučených a zdůvodněných kroků. Každý výzkumník v rámci kritického přístupu sám posuzuje, zda nějaký krok vynechat, přičemž jsou mu známy výhody a rizika takového postupu (Wild a kol., 2005, s. 94–102; Mandysová, 2019a, s. 18–19).

Deset kroků dle doporučení ISPOR:

1. Příprava – úvodní fáze, oslovení autora překladu.
2. Překlad ze zdrojového jazyka do jazyka cílového (min. 2 nezávislé verze překladu).
3. Sjednocení obou verzí do jedné prostřednictvím porovnání nezávislých překladů.
4. Zpětný překlad překladatelem – rodilým mluvčím jazyka originální verze.
5. Zhodnocení zpětného překladu porovnání s originální verzí nástroje.
6. Harmonizace – diskuse odborníků s překladateli, hodnocení konceptuální rovnocennosti.
7. Kognitivní rozhovor s respondenty optimálně potenciálními pacienty.
8. Zhodnocení kognitivního rozhovoru a finalizace zpracování návrhů respondentů.
9. Korektura gramatická.
10. Finální zpráva o procesu překladu (Wild a kol., 2005, s. 94–102).

Technika zpětného překladu je proces, ve kterém je proveden překlad originálního nástroje bilingvním překladatelem (obvykle dvěma nezávislými překladateli) do jazyka cílové populace a následně jiným překladatelem (rodilým mluvčím v jazyce originálního nástroje) realizovaný zpětný překlad, který je poté porovnán s originálním nástrojem. Pokud neexistují

rozpory, překlad je takto považován za dokončený. Tak tomu však zpravidla není. Základem je kvalitní překlad, jenž zajistí, že zjištěné rozdíly v jednotlivých zemích nejsou z důvodu nekvalitního překladu (Chráška a Kočvarová, 2015, s. 15; Mandysová, 2019a, s. 32). Význam zde má přístup výzkumníků k překladu s ohledem na překryv konceptů, tedy používání kulturně specifických výrazů. Kulturně nevhodné otázky by měly být eliminovány. Velkou výhodou zde je již výše doporučený kontakt s autorem originálního nástroje. Jiným krokem validace nástroje je zpětná vazba neboli pre-test, v podobě posouzení přeloženého nástroje potenciálními respondenty s cílem získat jejich hodnocení nástroje. Zde je v rámci metodiky doporučeno využít rozhovor či výpočet indexu obsahové validity (Chráška a Kočvarová, 2015, s. 15; Mandysová, 2019a, s. 32).

S problematikou validace převzatých nástrojů je úzce provázána i tvorba nového nástroje. Prvním významným krokem je v takovém případě definování konstruktů měření a seznam relevantních položek včetně způsobu odpovědí. Všeobecně platí, že položky musí být jednoduché a srozumitelné. Neměly by se používat otázky generující malou variabilitu odpovědí, otázky navádějící či ovlivňující. Položky jsou následně hodnoceny odborníky z dané oblasti prostřednictvím indexu obsahové validity. Důležité je věnovat pozornost i počtu položek. Neexistují žádná pravidla, ale platí, že každý konstrukt nástroje je hodnocen čtyřmi až šesti položkami, přičemž finální verze respektuje výsledky měření konstruktové validity. Dostatečná variabilita mezi respondenty je zajištěna použitím vhodné škály. Třetím krokem je sběr dat a jejich psychometrické testování. Posledním krokem je psychometrická analýza směrem k dalšímu vylepšení nástroje nebo v případě psychometrické kvality dokončení nástroje (Hendl a Remr, 2017, s. 113; Tóthová a Hellerová, 2021, s. 26).

Psychometrické vlastnosti nástrojů

Nástroje musí vycházet z vybrané teorie, která napomáhá při jeho konstrukci a interpretaci dat. Každý nový nástroj má být především objektivní, validní a reliabilní, přičemž validita a reliabilita jsou považovány za základní kritéria (Gavora, 2012, s. 20; Tóthová a Hellerová, 2021, s. 24).

Reliabilitou je označena spolehlivost nástroje s ohledem na přesnost měření (Gavora, 2012, s. 26; Vörösová in Tóthová a Hellerová, 2021, s. 25). Je popsáno několik způsobů jejího stanovení. Jedním z nejvíce používaných je zjišťování interní konzistence nástroje pomocí výpočtu koeficientu Cronbachova vzorce (Cronbachova alfa). Koeficient sdružuje do jednoho čísla informaci o všech korelacích mezi jednotlivými položkami testu. Platí, že u tohoto typu

reliability je jeden nástroj použit jednou u každého respondenta (Gavora, 2012, s. 29; Chráska a Kočvarová, 2015, s. 21; Hendl a Remr, 2017, s. 108). Profesionální výzkumný nástroj by měl mít dle všeobecného pravidla reliabilitu minimálně 0,80. Při popisu nástroje bývá uvedena reliabilita nástroje jako celku, jeho samostatných dimenzí nebo oba údaje. Reliabilita nástroje je ovlivněna mnoha faktory (př. homogenita vzorku, počet položek nástroje, významová podobnost položek). Všeobecně doporučovaný způsob zlepšení reliability je zvýšení počtu jeho položek, čímž se snižuje faktor náhodnosti. Příliš dlouhá délka nástroje je však pro respondenty demotivující. Reliabilita je nezbytnou podmínkou dobrého výzkumného nástroje. Reliabilní nástroje však mohou i nemusí být validní (Gurková, 2011; Gavora, 2012, s. 31; Chráska a Kočvarová, 2015, s. 22; Disman, 2021, s. 63).

Validita znamená, že nástroj zkoumá to, pro co byl vytvořen. Je považována za nejvýznamnější psychometrický ukazatel měření (Gurková, 2011). Informace o validitě významně pomáhají při volbě nástroje a při interpretaci získaných dat. Validita nástroje není absolutní údaj, jedná se o stupeň, kterým zjišťuje, co má zjišťovat (Gavora, 2012, s. 23). Je to jisté rozmezí, ve kterém nástroj měří to, co je předmětem jeho měření (Tóthová a Hellerová, 2021, s. 24). Tímto jsou zpravidla odlišné různé nástroje v posuzování toho samého, přičemž existuje několik druhů validity (Gavora, 2012, s. 23).

Obsahovou validitou (content validity, content-related validity) je určena míra, do jaké obsah a struktura nástroje reprezentují zkoumané vlastnosti nebo jevy. Obsah musí být v souladu s cílem, ke kterému byl určen. Při jeho konstrukci musí výzkumník čerpat z empirického poznání dané oblasti, studia zdrojů a z diskusí s kolegy. Obsahová validita bývá stanovena na základě posudku panelu odborníků v dané oblasti (Gavora, 2012, s. 20; Chráska a Kočvarová, 2015, s.14; Hendl a Remr, 2017, s. 73 - 75). Důležité je, aby každý odborník pracoval nezávisle na druhých, shoda mezi jejich výroky je pak dobrým ukazatelem validity. Individuálně se vyjadřují k jednotlivým položkám s ohledem na jejich reprezentativnost. Jde o stupeň relevance vybraných položek z oblasti možných položek, týkajících se problematiky (Gavora, 2012, s. 20; Hendl a Remr, 2017, s. 73 - 75; Disman, 2021, s. 66). Vzhledem k tomu, že nástroj je určen pro konkrétní populaci, při jeho posuzování na ni musí být brán ohled (Gavora, 2012, s. 20). Položky s nízkou validitou je doporučeno přepracovat a znovu posoudit (Vörösová a kol. in Tóthová a Hellerová, 2021, s. 24).

Zjevná validita (face validity) odpovídá na otázku: Je zjevné, že nástroj měří, co chceme? Dle odborníků se jedná o základní typ validity, který se opírá o první dojem expertů při

posuzování nástroje s pohledu jeho smysluplnosti (Chráška a Kočvarová, 2015, s.15). Její posouzení není považováno za složité, ale ani příliš průkazné (Tóthová a Hellerová, 2021, s. 24).

Konstruktovou validitou (construct validity) jsou zkoumány vlastnosti nástroje, které nejsou pozorovatelné přímo. Cílem posouzení je zjistit, zda nástroj měří konstrukt oblasti zájmu (Gavora, 2012, s. 20). Obtížně měřitelné jsou zejména teoretické konstrukty, které jsou obtížně definovatelné. Tento typ validity musí zajistit, že měřicí nástroj skutečně zachytí proměnlivost konstruktu bez vlivu dalších konstruktů (Tóthová a Hellerová, 2021, s. 25). Obvyklý způsob jejího stanovení je hodnocení expertů. Podobně jako v případě obsahové validity je hodnoceno, do jaké míry se položky nástroje kryjí s tímto konstruktem. Díky metodám vícerozměrné statistiky a dostupnosti PC programů pro zpracování dat, je možné v současné době využít metody faktorové analýzy. Tou je možno ukázat v konstrukci nástroje dimenze kopírující teorii, jež stála u vzniku nástroje. Pokud se tak nestane, konstruktová validita nástroje není potvrzena. Blízkost či vzdálenost dimenzí nástroje ukazují i korelace mezi dimenzemi dotazníku. Vzhledem k rychlosti PC výpočtu dat, bývá tato forma posuzování nástroje nejčastější (Gavora, 2012, s. 20).

Obecně je faktorová analýza (dále FA), jako metoda vícerozměrné statistiky, hodnocena jako složitá problematika. Je využívána ke koncentraci velkého množství dat do menšího počtu faktorů neboli dimenzí, existujících v datech v různých vztazích v latentní podobě. Při validizaci nástrojů je přirozeně předpokládáno, že zde faktory jsou a cílem FA je tyto faktory extrahovat. Podmínkou FA je dostatečný počet respondentů. Padesát respondentů je dle zkušenosti odborníků málo, počet respondentů by neměl být nižší než sto respondentů. V této souvislosti je nutno vzít v úvahu i počet položek nástroje, protože počet subjektů (respondentů) by měl být minimálně třikrát vyšší. Další podmínkou je odhadovaný počet extrahovaných faktorů (počet subjektů by měl být minimálně 20x vyšší). Platí, že vždy je lepší mít více subjektů (Gavora, 2012, s. 34).

Další podmínkou provedení FA je normální rozdělení dat. Pro tento účel je využíván Bartlettův test sféricity a míra KMO (Kaiser-Meyer Olkinova). Jak bylo uvedeno, základem FA je korelační matice, pomocí které můžeme získat první informace o vysoce korelujících položkách, které by měly dále ve výpočtech tvořit základ faktorů. Po vytvoření matice je prostřednictvím různých metod realizována extrakce faktorů (seskupení položek). Nejčastěji využívanou je metoda hlavních složek. Vždy však je na rozhodnutí výzkumníka, jakou

metodu zvolí. Výzkumníkem je poté zkoumána faktorová matice tak, aby byla co nejlépe interpretována. Jsou hledány korelace položek s daným faktorem (dobrá faktorová zátěž má hodnoty nad 0,30). Je snahou, aby každá položka „zapadla“ do jednoho faktoru. Změna výsledného počtu faktorů vždy ovlivňuje interpretaci výsledků FA. Zvyšování počtu faktorů zvyšuje celkovou vysvětlenou variabilitu a naopak. Řešením je tak kompromis. V rámci FA je hodnocena tzv. komunalita (H^2) pro všechny položky. Čím je její číslo vyšší, tím je položka pro faktor důležitější, přičemž maximální možnou hodnotou je jedna. Vztahy mezi dimenzemi jsou zjišťovány rovněž jejich korelací. Tím, že jsou dimenze v určitém vztahu, je potvrzována konstruktová validita nástroje. Základním ukazatelem FA je tzv. vysvětlená variabilita. Cílem je dosáhnout co nejvyšší hodnotu tzv. celkové vysvětlené variability (součet vysvětlené variability všech faktorů). Ve společenských vědách je za dobrý výsledek považována hodnota nad 50 % (Gavora, 2012, s. 35).

Při ověřování konstruktové validity je v současné době často využívána tzv. explorační faktorová analýza (dále EFA), založená na principu korelační analýzy. Realizována je prostřednictvím statistického software, provedením výpočtů korelačních koeficientů mezi všemi položkami nástroje. Na základě jejich shody jsou následně pomocí tzv. rotace rozděleny do faktorů (latentních proměnných) dle jejich míry asociace položky s faktorem neboli faktorové zátěže ($\min > 0,3$). Dojde k rozdělení položek na nejmenší počet vzájemně nezávislých faktorů, které výstižněji vyjadřují obsah nástroje oproti původním jednotlivým položkám. V případě EFA je typický problém velikost výzkumného vzorku. Jako minimum je doporučeno 100 respondentů. Pro rozhodování o vhodnosti dat pro aplikaci EFA jsou doporučeny výše uvedené indikátory kvality vstupních dat (statistické programy) - míra KMO a Barlettův test sféricity. V ČR je při realizaci EFA aplikována velmi dobře interpretovatelná rotace Varimax (přirazuje jednotlivým faktorům menší množství vysoce korelovaných položek), výše jmenovaná metoda hlavních složek nebo metoda hlavní osy. Pro každý faktor i nástroj jako celek je stanovena míra tzv. vysvětlené variance vzhledem ke zkoumanému jevu. V důsledku je však EFA tvořivý proces, kdy konečné rozhodnutí a řešení počtu faktorů a struktury položek vždy záleží na rozhodnutí výzkumníka (Chráška a Kočvarová, 2015, s.16 - 17).

Anthoine a kol. (2014) v přehledovém článku „*Sample size used to validate a scale: a review of publications on newly-developed patient reported outcomes measures*“ uvádí závěry analýz 114 relevantních článků k určení velikosti vzorku pro psychometrické validační studie. V šesti výzkumech byly metody pro stanovení velikosti vzorku buď libovolné, nebo byla

minimální velikost vzorku zvolena dle autorů použité metodické reference, popř. poměr předmětu k položce. Poměr předmětu k položce se však měnil od 1,2 do 10 podle referencí použitých autorů. Velikost vzorku přibližně 100 subjektů je však považována za minimum při provádění vícerozměrných analýz. Nedostatek konsensu ohledně toho, jak vypočítat velikost vzorku byla zdůrazněna ve dvou člancích přehledu. Poměr předmětu k položce je často používanou metodou k určení požadované velikosti vzorku v případě EFA. Avšak s různými doporučeními. U několika autorů je tento poměr částečně určen podle povahy dat, tj. čím silnější jsou data, tím menší může být velikost vzorku. Jako vodítko bylo také uvedeno: 100 = špatné, 200 = spravedlivé, 300 = dobré, 500 = velmi dobré, ≥ 1000 = vynikající (Anthoine a kol., 2014).

Dalším typem validity jsou interní a externí validita. Přičemž interní validita je podmínkou validity externí (Hendl a Remr, 2017, s. 72). Interní validita je nejen vlastností nástroje, nýbrž jedná se o validitu výzkumné situace jako celku. Silnější interní validitu mají laboratorní experimenty. Nízkou interní validitu mají naopak statistická měření, která zjišťují příčinu i efekt ve stejném čase a postrádají tak ověření časové následnosti (Hendl a Remr, 2017, s. 72). Externí validita znamená generalizaci a stupeň přenositelnosti výsledků výzkumu do jiného kontextu (Tóthová a Hellerová, 2021, s. 25). Platí pravidlo, že validita prokázaná v určitém kontextu a pro určitý účel je automaticky platná jen pro tento kontext a stejný účel (Disman, 2021, s. 67).

Kvalita výzkumného nástroje je určena také jeho objektivitou, úzce související s validitou a reliabilitou. Objektivitu nikdy nelze zaručit zcela. V souvislosti s objektivizací je popisována standardizace dat, věnující pozornost dokumentované kvalitě a vzájemné srovnatelnosti dat při vývoji a aplikaci nástrojů. Velmi zjednodušeně věnuje pozornost srozumitelnosti nástrojů v rámci jejich širší aplikace v čase, ale i prostoru napříč různými kulturami (Chráška a Kočvarová, 2015, s.13).

Důležitou vlastností nástroje je jeho citlivost na změny a senzitivita neboli schopnost zachytit rozdíly mezi skupinami pacientů (Gurková in Tóthová a Hellerová, 2021, s. 26).

V současnosti je validita hodnocena v širším kontextu. Mimo statistická a jiná realizovaná měření hodnotí interpretaci výsledků s ohledem na jejich aplikaci v praxi (Chráška a Kočvarová, 2015, s.14). Diskutovanou problematikou praktických aspektů v případě nástrojů je jejich administrace (Křeménková a Novotný, 2016).

4 SPECIFIKA VÝZKUMU S DĚTMI

Realizace výzkumu zaměřeného na malé děti může být s ohledem na širší problematiku v teorii v porovnání k malému počtu zkušeností, jak realizovat takový výzkum v praxi i pro pediatrického odborníka velkou výzvou. Objektívni výzkum u dětí, stejně jako u dospělých, zahrnuje vedle výhod i úskalí a limity. Pozornost je věnována zejména vývojovým specifickým u dětí, etickým aspektům výzkumu s dětmi a aktuálním metodám výzkumu s dětmi.

S vědomím úskalí výzkumu s dětmi, děti a mladiství by však měli být povzbuzováni a podporováni k zapojení do výzkumu a jejich participace by se měla stát prioritou výzkumu, pokud se jedná o zdravotní služby týkající se jejich potřeb (Twycross a Smith, 2017). Dle názorů některých odborníků, jsou především děti a dospívající „odborníky“ na jejich vlastní životy a měli by tak mít jistá práva a svobodu jednání i ve vztahu k výzkumu (Brady a Graham, 2019, s. 104).

4.1 Benefity a úskalí výzkumu s dětmi

Brady a Graham (2019) dělí benefity práce s dětmi do tří směrů: směrem k výzkumu, službám a samotným dětem. Získat pohled, názor a postřehy samotných dětí může vést k lepšímu výzkumu. Děti, jako koncoví uživatelé zdravotních služeb, mohou svým zapojením pomoci lépe cílit při tvorbě programové politiky či priorit péče na specifické věkové skupiny pacientů. Děti, které mají zájem se podílet na výzkumných aktivitách, jsou tímto způsobem povzbuzeny, když vidí, že je jejich právo na vyjádření se k problematice, jež se jich úzce týká, bráno vážně. V konečném důsledku jsou tak vedeny k jejich lepším znalostem a dovednostem týkajícím se jejich přístupu ke zdraví (Brady a Graham, 2019, s. 3).

Vedle benefitů výzkumu s dětmi zde jsou i úskalí. A není jich málo. Autory starších zahraničních odborných publikací je uveden jako častý průvodní jev výzkumu zpochybnování spolehlivosti a validity dat získaných od dětí. Vychází se přitom z běžného předpokladu, že děti nemají dostatečné schopnosti, lžou nebo nedokážou rozlišovat mezi realitou a fantazií. Děti, stejně jako dospělí, mohou lhát výzkumníkům z několika důvodů: aby se vyvarovaly rozhovoru na nepříjemné téma; říkají, co si myslí, že výzkumník chce slyšet; či přes strach, stud nebo touhu chtějí vytvořit příznivý dojem (Punch, 2002; Greig, Taylor a MacKay, 2013, s. 113). Autory zabývajícími se slabinami a přednostmi dětské výpovědi (hodnotou dětského úhlu pohledu) pro psychologický výzkum, je popsáno, jak dítě rozumí okolnímu dění, nakolik

je schopno podávat validní informace (o interakcích, vnitřních stavech) a jakým způsobem od něj získat co nejpřesnější informace (Uholyeva, 2015). Klíčovou roli u dětí hraje jazyková srozumitelnost (Punch, 2002). Důvodem malého počtu publikací o kvalitě péče očima dětí, mohou být mimo problémů se srozumitelností výrazů pro děti i jejich rozdílné jazykové kompetence, riziko nepochopení podstaty, motivace s ohledem na pozornost a dětská sugestibilita. Tato je sice u dětí výrazně snížena nástupem do školy, avšak může být zvýšena pod nátlakem, u dětí úzkostných, v situační úzkosti a u dětí s vyhubou vazbou rodičů. Je nutné si tato úskalí včas uvědomit a pracovat s nimi (Křeménková a Novotný, 2016).

Uholyevou (2015) je dětská sugestibilita popsána jako rozsah, ve kterém individua akceptují a začleňují informace přicházející po události, do vybavování si samotné události. Někdy se v důsledku sugesce skutečně tvoří falešné vzpomínky, jež dítě považuje za pravdivé. Dle zjištění se produkce falešných vzpomínek u pětiletých a sedmiletých dětí nijak výrazně neliší od produkce falešných vzpomínek u dospělých. Roli zde hraje, zda dítě odpovídá na otázky k reálně prožitým událostem, na časovém odstupu mezi událostí a rozhovorem, na významu události pro dítě, emočním náboji události, ale i na postoji důležitého dospělého. Podstatná je také míra nátlaku (zavádějící otázky, opakované otázky, negativní zpětná vazba od experimentátora či zprostředkovaný vrstevnický nátlak). Tradičně byla sugestibilita považována za funkci věku a inteligence. Nyní je ale zřejmé, že problém je složitější. Stále není jasné, jestli v procesu sugesce převažují sociální faktory (dítě mění výpověď, když cítí nátlak), nebo faktory na straně dítěte (kognitivní oslabení; dítě snadněji přijme nabízené informace, pokud fakta zapomnělo). Výzkumy ukazují, že sugestibilita dětí je výrazně snížena v období nástupu do školy. Věk je jako zásadně důležitý faktor popisován u mladších dětí, avšak po nástupu do školy vystupují do popředí jiné proměnné (Uholyeva, 2015).

Další významnou, výše uvedenou oblastí, je administrace výzkumného nástroje, aspekt úzce související s jeho aplikací do praxe. Nástroje mohou být určeny k samostatnému vyplnění respondentem nebo jejich vyplňování může probíhat formou rozhovoru vedeného tazatelem, který respondentovi předčítá otázky a zaznamenává odpovědi. Přítomnost tazatele má svá pro i proti. Vyplňuje-li dotazník tazatel, je nižší riziko zkreslení výsledků a špatného vyplnění nepochopením struktury dotazníku nebo samotných otázek. Na druhou stranu může tazatel výsledky nevhodně ovlivňovat například tím, když dá najevo vlastní postoj k tématu a respondent se bojí nebo stydí nesouhlasit. Děti zvyklé na nerovné rozdělení moci s dospělými (hlavně mladší děti) mohou být takto ovlivněny tazatelem i nevědomky (Křeménková a Novotný, 2016).

4.2 Etické aspekty výzkumu s dětmi

Etické aspekty představují zcela zásadní součást výzkumu s dětmi. Některé otázky s nimi související se odlišují od výzkumu s dospělými. Běžnou praxí je získání souhlasu o zapojení dětí do výzkumu prostřednictvím dospělých zástupců, kteří mohou omezit přístup výzkumníků k dětem. Je důležité si uvědomit, že děti jsou potenciálně zranitelnější vůči nerovným mocenským vztahům mezi dospělým výzkumníkem a dítětem, a etika tak může dominovat debatám o metodologických zájmech (Punch, 2002). Proces testování musí respektovat zejména dobrovolnost účasti, neškodnost, anonymitu, důvěrnost, písemný informovaný souhlas rodičů a ústní souhlas dítěte (Hendl a Remr, 2017, s. 62). Výzkumník musí respektovat to, že získat písemný informovaný souhlas k šetření od rodičů je problematické (Machová a Brabcová, 2018). Twycross a Smith (2017) uvádí mezi klíčovými zásadami pro získávání informovaného souhlasu v případě dětí způsobilých k výzkumu, zejména vyvarování se jakékoli formy nátlaku (např. emocionální manipulace, úplatky, pobídky, podmiňování něčeho jiného souhlasem). Upozorňují na zapojení rodiče do procesu získávání souhlasu, kdykoli je to možné a rozhodně v případech, kdy dítě ještě není způsobilé. Souhlas by měl být považován za dynamický a trvalý proces, který je opakovaně potvrzován, zejména v případě dětí rozrušených. V případě nepříjemných situací jim musí být připomenuto jejich právo kdykoli přestat. Odmítnutí dítěte účastnit se či pokračovat ve výzkumu by mělo být respektováno, děti musí vědět, že odmítnutí účasti nebo odstoupení od výzkumu nebude mít pro ně žádné negativní následky (Twycross a Smith, 2017).

Brady a Graham (2019) věnují etickým aspektům výzkumu ve své publikaci „*Social research with children and young people*“ rozsáhlý prostor. Apelují na to, že etické aspekty výzkumu s dětmi by se neměly stát důvodem, proč se s touto skupinou nepracuje. Obecné etické zásady jsou zde přirozeně obohaceny o další dimenzi, protože je skupinou více zranitelnou a s menšími zkušenostmi. Tyto rozdíly umocňují význam tzv. „strážců brány“ (pozn. autorky: volně přeloženo), tj. zákonných zástupců či dalších osob zodpovědných v dané situaci za ochranu dítěte (Brady a Graham, 2019, s. 59). Výzkumník je zpravidla nucen občas balancovat mezi pravidly minimalizace škod a užitkem pro děti. Přes lákavost rychlého a levného sběru nepřímých dat s dospělými, výzkumník získává přímá data za cenu nutné vyšší obezřetnosti k rizikům. Platí obecné pravidlo, že rizika se zvyšují se zranitelností osob. Jejich identifikace a řešení je zde důležitou součástí (např. riziko ztráty času na hru, psychického diskomfortu či porušené ochrany ohrožením důvěrnosti dat, anonymity respondentů či nevhodná mediální prezentace výzkumu s negativním dopadem na blízkou skupinu dětí).

Užitek spočívá už v participaci dětí na záležitostech, které se jich týkají (srov. Úmluva o právech dítěte, 2016) Balancování mezi kompetencemi a zranitelností dětí při výzkumu popisují i další autoři (Mukherji a Albon, 2018, s. 110). Samostatné vyplňování dotazníku je jistě dobré s ohledem na ochranu soukromí, avšak za cenu rizika úzkosti, vznikající u dětí v případě např. složitých otázek nebo v reakci na nějaké téma. Minimalizaci rizik lze v tomto případě provést zapojením vhodné kvalifikované osoby (Brady a Graham, 2019, s. 59–71).

Významnou součástí výzkumu u dětí je informovaný souhlas. Jeho dílčími prvky jsou autonomie, dobrovolnost a důstojné jednání. V případě výzkumu u dětí je v první řadě udělen informovaný souhlas se zapojením do výzkumu výše uvedeným „strážcem brány“ dítěte a následně má být získán od dítěte samotného. Pro dítě může být obtížné odmítnout souhlas, pokud jeho zákonný zástupce souhlas již udělil. Je třeba mít na vědomí, že děti nemusí svůj souhlas/nesouhlas vyjádřit pouze slovně, ale např. fyzicky. Šestnáctileté dítě bývá již s ohledem na kognitivní schopnosti kompetentní k samostatnému rozhodování o souhlasu k sociálnímu výzkumu. Obecně tedy do tohoto věku výzkumná praxe považuje za zásadní získat nejprve souhlas zákonného zástupce. V případě potřeby mohou vstoupit do rozhodování Zákon o ochraně osobních dat (GDPR), individuální rozdíly u dětí, názory rodičů, názory jiných odborníků nebo výzkumníků (ibid., s. 71–75; Mukherji a Albon, 2018, s. 111). Načasování informovaného souhlasu je rovněž důležité, není vhodné jej získávat dlouho předem, aby nedošlo k zapomenutí tohoto rozhodnutí (Brady a Graham, 2019, s. 85).

K metodologii dotazníkového šetření je s ohledem na etické aspekty zdůrazňováno, aby dotazník obsahoval jednoduché otázky, kterým respondent rozumí a necítí se z důvodu nepochopení nejistě. Stejně tak by dotazník neměl dítěti zabrat příliš času. Je doporučeno nástroj posoudit etickou komisí. Toto je dnes běžnou praxí při schvalování významných výzkumných šetření souvisejících s akademickou půdou (Vévodová a Ivanová, 2015, s. 59; Mukherji a Albon (2018, s. 118–122).

Výzkumníci musí etické aspekty výzkumu s dětmi respektovat a vždy jednat v nejlepším zájmu dítěte. Proto by se na nich měli podílet ti, kteří toto plně chápou (Hardy a Hobbs, 2017, s. 41; Mukherji a Albon, 2018, s. 110).

4.3 Metodika výzkumu u dětí

Veškeré výzkumníkovovo úsilí musí být vynaloženo směrem k pečlivě zvolenému kontextu výzkumu ve vztahu k otázkám: Kdo? Co? Kde? Kdy? Když? Jak? Je třeba si vzhledem k cílové skupině dětí uvědomit citlivé otázky, náročné otázky, otázky na paměť, představivost, přítomnost, znalosti či přesvědčení. Výzkum má probíhat ve známém, bezpečném a přátelském prostředí, kde dítě rozumí tomu, co bude dělat a má k tomu adekvátní časový prostor. V souhrnu jsou tak v modelu dobré praxe zahrnuty především jasné a jednoznačné pokyny, nástroje přiměřené schopnostem dětí a pečlivý výběr kontextu (Greig, Taylor a MacKay, 2013, s. 114, 116).

Metodologie v oblasti společenských věd je podrobně popisována celou řadou autorů, přičemž každým z nich je přizpůsobena s ohledem na výzkumnou orientaci. Volbu metodiky v případě výzkumu u dětí ovlivňuje způsob, jakým výzkumník vnímá postavení dětí. Ti, kteří děti v podstatě nerozlišují od dospělých, používají i stejné metodiky (Punch, 2002). Také Brady a Graham (2019) ve své metodické publikaci zdůrazňují, že přirozený výzkumný přístup k dětem musí odpovídat jejich potřebám, schopnostem atd. V případě výzkumné práce s dětmi je důležité zacházet s výzkumným procesem, jako s vyvíjejícím se dynamickým interaktivním procesem. Volba metody a nástroje se liší u dětí pětiletých, desetiletých či sedmnáctiletých v závislosti na jejich vývoji. Například časově náročné metody mohou kromě diskomfortu pro děti podkopávat etické zásady výzkumu s dětmi a je třeba se jich vyvarovat. Plánujeme-li realizovat výzkum s velkým souborem dětí, musíme vždy myslet na rozličnost tohoto souboru a vyvarovat se nekonečných nástrojů či otázek (otázky musí vzbuzovat u dětí zájem, krátký čas dětské práce radí autoři mezi tzv. „*top tips*“ a výzkumník musí být velmi ostražitý k dětské únavě). S ohledem na dostupnost je v případě velkého souboru nutno zacílit nástroj na osoby s nižší gramotností. Metody a nástroje musí být jasné, aby bylo pro děti snadné sdělit svůj názor, zkušenosti apod. („*top tips*“: tvořit nástroje s dětmi; diskutovat tvorbu s odborníky, zejména pedagogickými; ponechat dostatek času na adaptaci a revizi metodiky, pilotovat s reprezentativní skupinou dětí). Některé malé děti potřebují pomoc při psaní a musíme zvážit vliv dospělé osoby. Zde je doporučena kombinace metod a nástrojů. Činí data dostupnější, robustnější a pomáhá tato rizika obejít (Brady a Graham, 2019, s. 105–113). Greig, Taylor a MacKay (2013) ve své publikaci „*Doing research with children: a practical guide*“ zdůrazňují význam meziprofesionálních výzkumných dovedností a výzkumných tradic v rámci jednotlivých profesí. Připomínají však, s respektem k těmto tradicím, že rigidní či hierarchická perspektiva metodologie a výzkumných strategií může v některých profesích

brzdit inovace. Poukazují tak na význam výzkumných přístupů, založených na neobvyklé kombinaci metod. To lze za předpokladu, že podobné výzkumy jdou cestou pečlivého a systematického postupu a doporučuje změny praxe, založené na spolehlivých a platných datech. V rámci hodnocení výzkumu je vyzdvihována flexibilita a kontextualizace, aplikovaná s citem pro potřeby vlastního výzkumu (Greig, Taylor a MacKay, 2013, s. 9–10, 85).

4.4 Dotazníkové šetření s dětmi

Dotazník je definován jako „soubor položek, které u osob zjišťují faktografické informace, názory, postoje, motivy ...“ (Chráška a Kočvarová, 2015, s. 41). V novější publikaci je charakterizován jako „způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí“ (Chráška, 2016, s. 158). Výhodou dotazníků má být snadná a rychlá administrace a způsob jejich hodnocení. V krátkém čase je možné získat data od velkého počtu respondentů. Nevýhody zahrnují limity vývojové, odvahu sdělit svůj názor písemně či možnost záměrného zkreslení výsledků. Některé z nich lze eliminovat například prostřednictvím anonymního šetření (Svoboda, Krejčířová a Vágnerová, 2015, s. 319–22).

Dítě jako zdroj informací dlouho podceňoval i psychologický výzkum, ale v současné době se situace rychle mění (Uholyeva, 2015; Křeménková a Novotný, 2016; Hardy a Hobbs, 2017, s. 37). Použití dotazníků u dětí je často využíváno v psychodiagnostice. Většina zde využívaných dotazníků vznikla původně v zahraničí a následně byly re-standardizovány pro českou dětskou populaci. Kvalita psychodiagnostických metod (testů) je posuzována podle jejich psychometrických vlastností, mezi které jsou řazeny objektivita (kvalitní manuály s instrukcemi k testům jsou důležitou součástí), reliabilita a validita nástroje, které by měly být i ukazatelem jeho praktické užitečnosti (Svoboda, Krejčířová a Vágnerová, 2015, s. 15–18).

V případě zdravotních služeb Bromley a kol. (2020) uvádí, že nástroje zpětné vazby, týkající se péče poskytované dětem, by měly být opravdu zaměřeny na děti, tedy k dětem přátelské, vývojově adekvátní, ale i genderově neutrální (Bromley a kol., 2020). Je důležité mít neustále na vědomí, že vývojové faktory ovlivňují hodnocení spokojenosti malých pacientů. Už čtyřleté děti umí vyjádřit názor na péči, pokud mají k dispozici vhodné dotazníky. Ovšem je třeba mít na paměti, že věk souvisí s povahou údajů o jejich zkušenostech. Konkrétně děti ve věku 4–6 let poskytují zpravidla krátké, přímé odpovědi, týkající se dopadu hospitalizace na každodenní aktivity. Děti ve věku 7–11 let jsou už schopny poskytnout odpovědi související s

rolí poskytovatelů péče, ale i informace o způsobech, jak podmínky hospitalizace zlepšit. Respondenti ve věku 12–20 let jsou schopny poskytnout už i podrobné návrhy na zlepšení zážitku z nemocnice (Mendoza a kol., 2021).

Křeménková a Novotný (2016) k tvorbě nástrojů určených dětem a dospívajícím uvádí několik metodologických úskalí a požadavků, které odlišují toto téma oproti diagnostice dospělých. Popisují tzv. kompromisní přístup k chápání a posuzování dětí a dospívajících, který připouští, že jsou celkem podobní dospělým, ale současně zdůrazňuje některé odlišnosti např. ve způsobu vnímání reality, interpretaci zkušeností a kognitivních postupech. Toto pojetí umožnilo rozvoj řady inovativních technik a nástrojů (Křeménková a Novotný, 2016).

Základní charakteristikou dětí a dospívajících, vytvářející požadavek na odlišný přístup při jejich hodnocení, je jejich kognitivní vývoj. Zde je možné se opřít o poznatky Piagetovy teorie kognitivního vývoje dítěte (Piaget a Inhelder, 2014). I přes kritiku této teorie, aktuální úroveň kognitivních schopností zůstává základním aspektem v procesu otázka/odpověď, pokud se týče výzkumu dětí. Tento proces je přitom klíčový pro většinu posuzovacích nástrojů, především pro dotazníky. Základem je postupný rozvoj myšlení, od senzomotorického k intuitivnímu, následně konkrétnímu až nakonec k myšlení abstraktnímu. V rámci intuitivního myšlení (4–7 let) se z metodologického hlediska projevují problémy ve vztahu k verbální paměti a porozumění. Otázky je nutné konstruovat tak, aby jim dítě správně porozumělo a dokázalo v paměti najít relevantní odpověď. Toto zmiňují i další psychologické zdroje, jež na tomto základě doporučují dotazníky pro děti nejdříve od středního školního věku a optimálně až od staršího školního věku (Svoboda, Krejčířová a Vágnerová, 2015, s. 319, 330, 377, 385). Omezené schopnosti porozumění abstraktním otázkám u menších dětí je doporučeno řešit alternativní formulací otázek (Greig, Taylor a MacKay, 2007). Dotazníkové položky musí být jasné a jednoduché. Zohledněn musí být problém doslovného chápání vět dětmi. Pokud jsou v položce použity neurčité či nspecifické pojmy, děti mohou odpovídat neadekvátně nebo nejsou schopné odpovědět vůbec. Je proto nutné používat pojmy vztahující se na konkrétní věci. Vedle pochopení otázky je důležité věnovat pozornost také rozvíjejícím se paměťovým schopnostem dětí a jasně definovat referenční období, s preferencí otázek k aktuálnímu časoprostoru. V období konkrétního myšlení (8–11 let) se rozvíjí jazykové schopnosti dětí a čtení. Ke konci tohoto období je tedy možné pomalu aplikovat např. sebeposuzovací metody (dítě vyplňuje samostatně nebo s asistencí). Význam pečlivé volby skladby věty a použitých slov však stále trvá. Časté jsou problémy s negacemi ve větách (Svoboda, Krejčířová a Vágnerová, 2015, s. 321; Křeménková a Novotný, 2016). Autoři dále

varují před použitím dvojího záporu. K problematickým aspektům můžeme přiřadit i potíže s počtem možností odpovědí. Další nesnází je menší schopnost udržet pozornost, především při vyplňování delších nebo nezajímavých nástrojů. Což vede k nespolupráci ze strany dítěte a autoři před takovým nástrojem varují (Puch, 2002; Svoboda, Krejčířová a Vágnerová, 2015, s. 321; Křeménková a Novotný, 2016). Požadavky na konstrukci dotazníků v souladu s výše uvedenými poznatky popisuje i Chráska (2016). Položky dotazníku musí být jasné, stručné, srozumitelné, jednoznačně formulované a nesmí být sugestivní. S ohledem na ochotu respondentů spolupracovat musí být součástí i vhodné pokyny k vyplnění, jež mají v úvodu motivovat, být zajímavé a nenáročné. V souvislosti s jeho délkou, má dotazník zjišťovat pouze nezbytné údaje (Chráska, 2016, s. 164). Děti mají tendenci reagovat při ztrátě motivace a zájmu využitím alternativních, energeticky a kognitivně nenáročných postupů (např. mechanické zaškrťávání odpovědí podle zvoleného klíče). Mimo samotnou otázku konstrukce posuzovacích nástrojů pro děti a dospívající je také nutné upozornit na objevující se problémy při interpretaci výsledků. Výzkumníci, interpretující získané výsledky, mají v některých případech tendenci chápat výsledky na své úrovni kognitivního rozvoje, vnímání světa, znalostí a zkušeností (Křeménková a Novotný, 2016).

Při výběru metod poskytují dotazníky více soukromí a anonymity, mohou být však neadekvátní při hloubkovém průzkumu (Brady a Graham, 2019, s. 108, 111). Vyplnění dotazníku doma sice zajišťuje dítěti maximální komfort, může však být obtížné zajistit, aby dotazník nevyplnil za dítě někdo jiný. Místo výzkumné práce v terénu je důležité, děti by se zde měly cítit uvolněně (např. jsou klidnější na známém místě), pohodlně a bezpečně (Mukherji a Albon, 2018, s. 243; Brady a Graham, 2019, s. 111).

Pro samovyplňovací dotazníky platí minimálně tyto podmínky: schopnost číst, plně porozumět otázce a mít jazykové schopnosti odpovědět. Při fyziologickém tempu vývoje je „*National Children's Bureau*“ doporučena pomoc s vyplněním dotazníku u dětí do dvanácti let, přičemž současně doplňuje, že dotazníky mají být krátké (Brady a Graham, 2019, s. 114–116). Greig, Taylor a MacKay (2013) doporučují vyhnout se nejednoznačnosti a vysvětlit pojmy; uvádět přesně, jaké informace jsou požadovány; nežádat zbytečné osobní údaje a pečlivě zvážit kroky k maximalizaci návratnosti dotazníků (Greig, Taylor a MacKay, 2013, s. 162).

V rámci „*top tips*“ odborníci radí doplnit dotazníkové šetření kvalitativním průzkumem, prozkoumat jej více do hloubky, a to obzvláště „citlivá“ témata, přičemž je nutné dětem ponechat dostatečný prostor se vyjádřit (Brady a Graham, 2019, s. 114–116).

4.5 Rozhovory s dětmi

Kvalitativní hloubkové rozhovory mají v případě dětí a dospívajících mnoho výhod. Umožňují výzkumníkovi vysvětlit dítěti výzkum, ověřit, nakolik všemu porozumělo a případně přeformulovat složité otázky či adekvátně reagovat na citlivé oblasti. Na druhou stranu však postavení 1:1 může být pro dítě příliš intenzivní (vhodné je posadit se trochu stranou a dělat podobnou činnost jako dítě; nedělat si celou dobu rozhovoru poznámky, ale aktivně naslouchat). Především v případě cizí dospělé osoby je riziko, že děti budou odpovídat tak, aby dávaly žádoucí odpovědi. Přítomnost rodiče obvykle zvyšuje pocit bezpečí dítěte, avšak i tento faktor může mít vliv na žádoucí odpovědi, tentokrát ve směru k rodiči. I když je přítomnost rodiče nezbytná, je třeba zohlednit, že může ovlivnit to, co dítě říká (Brady a Graham, 2019, s. 117). Hodnocení reliability kvalitativního výzkumu je odlišné než v případě kvantitativního výzkumu. V případě hloubkového rozhovoru je možné reliabilitu hodnotit jako stupeň nebo míru, do které teoretické analýzy a závěry tzv. sedí na výzkumníkova získaná data. Reliabilita ale také může být v tomto případě hodnocena poctivostí, věrohodností reality, konkrétností kontextu a situace, autenticitou, komplexitou, detaily, hloubkou odezvy a smysluplností pro respondenty (Mukherji a Albon, 2018, s. 32). Validita je v případě kvalitativního výzkumu důležitá zejména ve vztahu k autenticitě. Výzkumník musí být schopen říct, že jeho výzkum je tak přesným, věrným a pravdivým obrazem studované problematiky, jak jen to je možné. Toho lze dosáhnout pečlivou kombinací více metod výzkumu, jež podpoří zjištění konvergenčí různých perspektiv, dále kombinací různých zdrojů dat či kombinací výzkumníků (Mukherji a Albon, 2018, s. 33, 100).

Stejně jako v případě dotazníkového šetření platí, že správné místo a čas pro rozhovor v terénu je důležité proto, aby se děti cítily uvolněně, pohodlně a bezpečně (Mukherji a Albon, 2018, s. 243; Brady a Graham, 2019, s. 111).

Někteří výzkumníci uvádí, že pokud děti neposkytují platná a spolehlivá data, není to chyba dětí, ale výzkumníka kvůli jeho „dospělému“ postoji vůči nim. Problém se stává problémem kritické reflexe a neustálého zpochybňování role výzkumníka a jeho vztahů se zkoumanými dětmi (Punch, 2002; Hardy a Hobbs, 2017, s. 41). Jednou z oblastí otázek při výběru metody

výzkumného rozhovoru jsou tak otázky týkající se schopností a osobnosti výzkumníka (Blaxter in Mukherji, 2012). Psychologové Křeménková a Novotný (2016) popisují roli vztahového aspektu v procesu diagnostikování dítěte či dospívajícího dospělým. Výzkumníci se zde mohou dopustit přehnaného a nežádoucího ochranného přístupu, který děti staví (nevyjádřeně) do role méně schopných či podřízených, potřebujících ochranu a vedení (např. nadměrně zjednodušené instrukce, blahosklonný způsob reagování na dotazy dětí apod.) To může negativně ovlivnit motivaci a ochotu respondentů při poskytování odpovědí. Efektivní strategií je adekvátní reagování dospělého na děti/dospívající. Případně se naopak mohou výzkumníci stavět do pozice odtažitých odborníků, čímž opět zdůrazňují nerovnocenné postavení mezi nimi. To negativně ovlivňuje vytvoření vztahu a atmosféry důvěry, vhodné pro získání relevantních a upřímných výpovědí. Problematiku popisuje ve starší publikaci Punch (2002), uvádí, že děti nejsou zvyklé svobodně vyjadřovat své názory nebo být brány dospělými vážně, kvůli jejich postavení ve společnosti ovládané dospělými. Dále zdůrazňuje význam vytvoření podmínek, které co nejlépe umožní dětem vyjádřit své názory dospělému, jakými je např. časová investice do vytvoření vztahu a získání důvěry dětí. Dopomoci k tomu může citlivě zvolené prostředí výzkumu (Punch, 2002).

Uholyeva (2015) poukazuje na význam míry sociálního nátlaku při rozhovoru, jež ovlivňuje sugestibilitu dětí významněji než způsob formulace otázek, inteligence a jazykové kompetence dětí. Rovněž míra empatie ovlivňuje sugestibilitu osmiletých až jedenáctiletých dětí. Neempatický styl vedení rozhovorů zvyšuje situační úzkost dětí. Zatímco volné vyprávění o události obsahuje prakticky jen přesné informace, pocíťovaný nátlak a nevhodně formulované otázky naopak vedou k produkci nepřesných informací. Dětské spontánní vyprávění o události odpovídá skutečnosti a je smysluplné (zejména při prvním rozhovoru o události), je ale také fragmentární a nekompletní, existuje dokonce termín „dětská stručnost“ („*kiddie conciseness*“). Pokud tazatele získané informace neuspokojí a snaží se získat doplňující informace dalšími a opakovanými otázkami, může to „kontaminovat“ výpověď. Také platí, že větším počtem otázek sice získáme více informací, ale jde o informace z velké části nepřesné. Nejmenší riziko zkreslení odpovědi mají otevřené otázky (Uholyeva, 2015).

Rizikem, které také musíme zohlednit, je nižší kapacita paměti, chudší slovník, případně chybějící motivace k prozrazení toho, co si pamatují. Pokud není akceptován přiznaný nedostatek paměti, dítě může fabulovat, aby vyhovělo požadavku. Je důležité dítěti vysvětlit, že může říct „nevím“, „nepamatuji si“, nebo nesouhlasit s tazatelem. Na začátku je možné dítě požádat, aby vyprávělo o nějaké neutrální události, nebo jej v této situaci pozorovat. Další

informace po stručném volném vybavení lze získat zopakováním toho, co dítě už řeklo nebo předstíranou zmateností. Tak je možné projevit zájem o detailní popis události, aniž by dítě cítilo nátlak. Je lepší ptát se, jestli se to stalo jednou nebo opakovaně, než přesně kolikrát se to stalo (to může vést k sebeobviňování). Pokud dítě uvádí, že se událost opakovala, ptát se, jaké to bylo poprvé, naposledy nebo kterou událost si pamatuje nejlépe. Lepší je ptát se na osoby než na chování. Sugestibilita se zvyšuje, když otázky jsou příliš složité a když tazatel má velkou autoritu. Děti v mladším školním věku už poměrně spolehlivě verbálně rozlišují vlastní vnitřní stavy, ale mají potíže s jemnějšími rozdíly, například mezi úzkostnými symptomy. Záleží tak na povaze zkušenosti, která je naším cílem. Zatímco bolest umí verbálně vyjádřit již předškolní děti, verbální vyjádření negativních emocí je pro děti do 12 let velmi obtížné. Pokud musíme položit sugestivní otázky, pak je dobré nechat je na konec rozhovoru a snažit se přinášet co nejméně nových informací (Uholyeva, 2015).

4.6 Vývojová specifika dětí mladšího školního věku

Vzhledem k rozmanitosti práce s dětmi, musí výzkumníci při plánování metodiky brát v úvahu vývojová specifika cílové skupiny dětí (Brady a Graham, 2019, s. 103). V případě této výzkumné práce je hlavní pozornost zaměřena na děti mladšího školního věku. Dětské interpretace jevů zahrnují specifika v poznávací, kognitivní, afektivní a konativní oblasti (Čáp a Mareš, 2007, s. 416–417).

Dítě ve věku 7–11 let se nachází v období školního věku. V přesnějším určení dalšího členění tohoto vývojového období se autoři liší. Dítěti od 6 do 11 let je autory ve starší literatuře vymezeno období mladšího školního věku (Říčan, 2006, s. 145). Dle novější literatury mladší školní věk trvá od nástupu do školy (přibližně od 6 let) do 9 let. Dále je vymezen střední školní věk, který trvá od 9 do 11–12 let (Vágnerová a Lisá, 2021, s. 267). Doba nástupu do školy nebyla stanovena náhodně, ale na základě vývojových změn, představujících základ potřebné zralosti. Školní připravenost zahrnuje mimo jiné sociální připravenost komunikovat na běžné úrovni. S tím souvisí úroveň jazykových kompetencí (používání obecných pojmů, gramaticky složitých vět), získaných především výchovným působením v rodině. Jestliže dítě nemá dobré vzory, jen obtížně porozumí komunikaci na očekávané úrovni (Říčan, 2006, s. 149; Vágnerová, 2012, s. 255–260; Thorová, 2015, s. 402; *ibid.*).

Zrakové vnímání, týkající se vizuální diferenciací, schopnosti rozeznat rozdíly horizontální polohy (směr vpravo a vlevo), dozrává přibližně ve věku 6–7 let. Ovládnout jej je pro děti

náročnější než diferenciacie vertikální polohy. Senzomotorická koordinace „oko ruka“ je automaticky zvládnutá přibližně v 9. letech. Do té doby je pro dítě nutné se na souhrn očí a ruky soustředit. Vývojově podmíněné je i vidění na blízko s nutností rozlišovat drobné detaily zapojením akomodace čočky (kontinuita čtení na řádku). To vše může být vyčerpávající a malý školák u takové činnosti dlouho nevydrží (Vágnerová, 2012, s. 261, 263; Vágnerová a Lisá, 2021, s. 275, 277).

Vývoj myšlení prochází výraznými změnami, dítě opouští tzv. prelogické myšlení. Dle teorie kognitivního vývoje švýcarského psychologa J. Piageta je období od 6.–7. do 11.–12. roku fází konkrétních logických operací. Na počátku však logické myšlení ještě není zafixováno tak, aby mohlo fungovat v jiných než známých situacích (zvládnány jsou sylogismy na známých situacích, ne však na situacích zahrnující abstraktní postupy, abstraktní myšlení přichází až v adolescenci). Pokud je pro dítě nějaký úkol příliš obtížný, použije již zvládnuté prelogické, intuitivní myšlení (nebude umět využít podané informace). Zásadní je, že myšlení dítěte ve věku 6–9 let je vázáno na realitu (přítomnou, ale i minulou). Přednost je dána konkrétním příkladům před nadřazenými pojmy (Vágnerová, 2012, s. 266-7; Greig, Taylor a MacKay, 2013, s. 36; srov. Piaget a Inhelder, 2014, s. 75–80; Thorová, 2015, s. 404; Vágnerová a Lisá, 2021, s. 280). Výraznou vlastností je schopnost decentrace. Dítě postupně dochází k uvědomění, že ostatní mohou vnímat okolní svět jinak než ono a má tendence vysvětlovat dospělému své hodnocení situace. Současně je schopno lépe využít zpětnou vazbu, kterou mu ostatní poskytují (Vágnerová, 2012, s. 268; Vágnerová a Lisá, 2021, s. 282).

Vývoj induktivního myšlení souvisí s nárustem školních znalostí. Děti dokážou využívat dílčích poznatků i směrem ke zobecnění, mají tendenci poznatky klasifikovat, přičemž je voleno kritérium, které ony samy považují za nejlepší. Volba kritéria ukazuje úroveň jejich myšlení, v mladším věku často volí jako kritérium viditelné znaky objektu. Výraznější schopnost zobecnění objektů pomocí nadřazeného pojmu se objevuje až ve středním školním věku (Vágnerová, 2012, s. 271; Thorová, 2015, s. 405). Pozornost mladších školáků je zaměřena hlavně k informacím, které považují za zajímavé nebo důležité s ohledem na jejich intelektuální úroveň a přirozený vývoj, který je vázaný na realitu a jejich dosavadní zkušenosti (Vágnerová, 2012, s. 283).

Velké pokroky probíhají v chápání kauzality. Děti dávají přednost logickému vysvětlení. Mají silnou potřebu porozumět pravidlům fungování světa. Ale v případě mladšího školního věku je toto podmíněno jejich srozumitelností. Pochopí-li však podstatu nějaké události, potom ji

zvládnou správně vysvětlit. Jakoukoli nahodilost událostí mají školáci potřebu eliminovat, protože je pro ně zdrojem nejistoty (Vágnerová a Lisá, 2021, s. 285).

Pracovní paměť je „*schopnost zpracovat a udržet informace*“ (Vágnerová, 2012, s. 287). Závisí na systému zpracování viděných a slyšených informací. Její vývoj je ve vzájemné interakci s vývojem pozornosti. Platí, co pozornost nezachytí, nemůže paměť podržet. Rychlost zpracování informací se mezi 6.–12. rokem zvyšuje, narůstá i kapacita pracovní paměti. Starší děti si zapamatují delší věty než mladší. Nedostatečná kapacita pracovní paměti může dětem mladšího školního věku činit potíže při řešení úkolu, protože část zadání zapomenou. Složitější zadání si nedokážou zapamatovat děti do 9–10 let, a to především pokud nevyužívá logické souvislosti jim známé. V případě složitějšího zadání může také dojít k tzv. redukci zadání, kdy si dítě vybere v zadání to, čemu rozumí, a zbytku nevěnuje pozornost (s dobrým úmyslem splnit úkol). Výsledkem je špatné porozumění zadání. Specificky mladším školákům často utkví pozornost na počáteční informaci a další části sdělení (specificky početním vztahům), nevěnují pozornost (Říčan, 2006, s. 149; Vágnerová, 2012, s. 289; Vágnerová a Lisá, 2021, s. 294).

Koncentrace pozornosti je definována jako „*schopnost soustředit se žádoucím směrem*“ (Vágnerová, 2012, s. 290). Dozrává na začátku školního věku, schopnost ovládat ji se zlepšuje postupně mezi 8.–11. rokem, avšak i v případě zajímavých podnětů je stále omezená (v 7. letech trvá asi 10 minut, v 10. letech asi 15 minut). Vizualně podané informace mají výhodu nad sluchovými. Odolnost vůči vnějším vlivům (tj. dělat to, co je žádoucí) a schopnost tlumit impulzivní reakce se zlepšuje v průběhu celého školního věku dítěte, přijatelné úrovně přitom dosahuje v 10 letech (Říčan, 2006, s. 149; Vágnerová, 2012, s. 292). Vývoj autoregulačních mechanismů souvisí s vývojem poznávacích procesů (zejména decentrace) a směřuje od emocionální regulace zaměřené na okamžité uspokojení (př. ztížená adaptace na náročné situace) k volní regulaci akceptující povinnost. Vývoj se manifestuje změnou postoje k překážkám. Především mladší děti se tak učí vyrovnat s frustrací. Podpora a pomoc dospělých je nezbytná zejména při volbě strategie. Dítě samo ještě neví, co má dělat. Potřeba vedení a kontroly dospělými je žádoucí, děti v mladším i středním školním věku nejsou vytrvalé a ani nedovedou odhadnout délku potřebné pracovní činnosti (Vágnerová, 2012, s. 292–3).

V případě vhodných podmínek má dítě po nástupu do školy již dostatečnou slovní zásobu a umí ji používat. Tyto znalosti mu umožňují pracovat se složitějším sdělením. Dětský slovník

je specificky individuální a slovní výrazy, které používá, považuje za užitečné dle své dosavadní zkušenosti (jejich prostřednictvím sděluje svoje názory, zvyšují jeho prestiž ve vrstevnické skupině apod.). Ve škole se děti učí porozumět logice větné stavby. Mladší školáci mají potíže s použitím spojek v souvětí, které v hovorové řeči příliš nepoužívají, což způsobuje nepřesnosti ve vnímání věty (Vágnerová, 2012, s. 296–9). Devítileté až desetileté děti dovedou charakterizovat diferencovaněji než mladší (způsob uvažování už není „všechno nebo nic“, užívají slovo „občas“). Desetileté děti již používají obecnější pojmy, tedy generalizovat (Vágnerová, 2012, s. 363).

Schopnost číst a chápat formu a smysl tištěného textu zahrnuje řadu dílčích schopností a dovedností, přičemž některé z nich dozrávají v průběhu školního období. Důležité je respektovat, že vývoj čtenářských dovedností má dvě období, období čtení bez porozumění a čtení s porozuměním. Bez porozumění čte dítě v první třídě, kdy jeho plnou koncentraci má samotný proces čtení (tvar písmen, správný směr čtení), ale obsah mu často uniká. Následuje čtení s porozuměním jednotlivým slovům (tvaru písmen umí dát význam, nejsou to už pouze obrázky), avšak bez porozumění obsahu věty. Na konci 2.–3. třídy je proces čtení automatický natolik, že dítěti zbývá kapacita na porozumění obsahu většího celku. Čtení s porozuměním vyžaduje schopnost snadno odlišit hranice slov, identifikovat slova a určit slovní spojení, které dává smysl. Pokud toto dítě ještě nedokáže, je vhodné zajistit, aby text přečetl správně někdo jiný, takto textu zpravidla porozumí. Pokud dítě čte příliš pomalu, v pracovní paměti poznatky neudrží tak, aby pochopil souvislosti a smysl obsahu. Některými autory bylo v tomto ohledu publikováno, že schopnost dětí číst s porozuměním klesá (Čáp a Mareš, 2007, s. 474; Vágnerová, 2012, s. 301–3; Svoboda, Krejčířová a Vágnerová, 2015, s. 635–636). Vágnerová a Lisá (2021) však v novější publikaci již tuto informaci neuvádí (srov. Vágnerová a Lisá, 2021). Školní psychologie v rámci hodnocení textu určeného dětem hodnotí jeho intenciálnost, čtivost, obtížnost, vnitřní soudržnost, tématickou spojitost či regulativnost (Čáp a Mareš, 2007, s. 485).

Vývoj psaní je podobný jako u čtení. Na konci první třídy již dítě zvládne grafomotoriku psaní a následuje psaní s porozuměním krátkým větám (dvě slova). Písemný projev bez chyb zvládne dítě přijatelným způsobem ve 3. třídě (Vágnerová, 2012, s. 304).

Emoční vývoj se vyznačuje zvýšením emoční stability a odolnosti vůči zátěži. Děti mají tendenci interpretovat dění pozitivním způsobem. Současně děti v tomto období více propojují emoce a rozum, prožitým emocím dávají logické vysvětlení, které je často v souladu

s jejich přáním (např. si nepřipouští strach). Děti školního věku mají tendenci hodnotit emoce svoje i cizí podle vrstevnické normy (např. projevy strachu a úzkosti značí nezralost a selhání). Přibližně kolem 10. roku začínají chápat emoční ambivalenci ve smyslu smíšených emocí vyskytujících se současně. Emoční paměť stabilizuje očekávání, pozitivní očekávání následuje po pozitivních zkušenostech a naopak (Vágnerová, 2012, s. 305–308). Pozitivní vztahy s lidmi tvoří emoční oporu. Pokud je tomu naopak, vztahy jsou zdrojem strachu a nejistoty. Pro mladší školáky tuto oporu představují typicky rodiče a ve středním školním věku postupně vrstevníci. Možnost emočního sdílení se „svými lidmi“ napomáhá zvládnání emočně náročných prožitků (Vágnerová, 2012, s. 308). Rodiče by měli děti v tomto věku učit zvládat stres, rozumět svým emocím ve stresu, mluvit o nich a případně se učit ovládat nejrůznější imaginativní či relaxační techniky (Thorová, 2015, s. 404).

Ve školním věku jsou pro dítě důležité tři sociální oblasti: rodina, škola a vrstevnická skupina. Rodina je vztahovým rámcem, který zahrnuje kromě rodičů i další její členy, jako sourozence či prarodiče. Ti všichni jsou důležitou součástí jeho dětského světa. Rodina uspokojuje většinu jeho potřeb, je součástí jeho identity a funguje jako emoční opora. Demonstovaná závislost se objeví v tomto věku už pouze, pokud se dítě dostane do stavu tísně, který ještě samo nedokáže zvládnout (Vágnerová, 2012, s. 312). Vztahy s rodiči bývají zpravidla rozlišovány. Matka obvykle žije s dětmi v těsnějším vztahu, je součástí jejich každodenního života a zajišťuje plnění jejich tělesných a psychických potřeb. Role otce zpravidla prochází v tomto věku proměnou. Otec doplňuje působení matky, kontakt s ním dítěti umožňuje získat jiné zkušenosti než s matkou, bývá partner v různých činnostech, podporuje děti v samostatnosti, sebejistotě a sebedůvěře. Učí děti ovládat svoje emoce a spolupracovat. Otec je popisován jako „*sváteční autorita*“. Silnější autoritou už je pouze spojení obou rodičů tvořící „*společnou autoritu*“. V případě rozpadlé rodiny se přirozené role zpravidla mění na větší závislost ve vztahu s rodičem, který zůstal s dítětem (Vágnerová, 2012, s. 318–321; Vágnerová a Lisá, 2021, s. 332).

Nástup do školy je spojen s nutností osamostatnění a přijetím zodpovědnosti za vlastní chování. Role školáka může být chápána pozitivně i negativně. Mladší školák ji zpravidla přijímá tak, jak je prezentována dospělými (Vágnerová, 2012, s. 327–331). Ve středním školním věku se již postoj ke škole mění a děti kladou důraz především na spravedlnost a respektování pravidel. Neměnnost takového řádu jim saturuje potřebu jistoty. Hodnocení dospělými uspokojuje psychické potřeby malého dítěte. Positivní hodnocení má význam pro potřebu citové jistoty a potřebu seberealizace, úspěch posiluje sebedůvěru (Vágnerová, 2012,

s. 336–337). Na tuto problematiku se zaměřuje především pedagogická psychologie. Čáp a Mareš (2007) popisují dětská specifika v žákově pojetí učiva (Čáp a Mareš, 2007, s. 411).

Potřeba kontaktu a přijetí vrstevnickou skupinou je jednou z nejdůležitějších potřeb dětí v tomto věku, umožňuje jim rozvoj v jiných oblastech, než na které kladou důraz dospělí. Kamarádi jsou obvykle stejného věku a pohlaví, může si je vybrat (např. na rozdíl od sourozenců) a sdílet s nimi jiné zážitky. Poskytují mu specifickou emoční oporu pro sdílení problému, které s dospělými nechce řešit. Pro pocit jistoty postačí mnohdy jejich pouhá přítomnost. Tato opora však funguje v pozitivním i negativním směru. Získávání znalostí a dovedností od svých vrstevníků je pro ně často zajímavější, srozumitelnější a bližší než dospělé nadřazené autority (Vágnerová, 2012, s. 338–340; Thorová, 2015, s. 413). Ve středním školním věku již dítě potřebuje být přijímáno vrstevníky i dospělými. Dětské sebepojetí je ve značné míře formováno názory a postoji jiných lidí, které dítě nekriticky akceptuje. Názor autorit se může odrazit v současné situaci, ale i v budoucnosti. Požadavky a očekávání jiných lidí představují pro děti školního věku určitou normu požadovaného chování, děti středního školního věku jsou k sobě kritičtější než mladší děti (Vágnerová, 2012, s. 365). V Eriksonově teorii osobnosti je toto životní období stádiem snaživosti. Ohrožujícím prvkem jsou pocity méněcennosti, vznikající po opakujících se příliš obtížných úkolech. „Ctností“ v případě přiměřeného zvládnutí tohoto období je nově vzniklá vnitřní kompetence, důležitá pro další adekvátní vývoj dítěte (Drapela, 2011; Vágnerová, 2012, s. 359; Vágnerová a Lisá, 2021, s. 267).

Ačkoli těmito vývojovými poznatky jsou děti rozlišovány dle věku, je třeba s nimi pracovat kriticky, protože vývoj dětí nelze považovat za univerzální, ale vždy je třeba respektovat sociální a kulturní specifika (Punch, 2002; Křeménková a Novotný, 2016). Stejně tak ani Piagetova vývojová stadia nelze chápat jako univerzální zákonitosti, fungující nezávisle na situaci a prostředí. Vždy je nutné si uvědomit roli kontextu dětského uvažování (Čáp a Mareš, 2007, s. 413). Současní vývojoví psychologové (např. Jerome Kagan, Erica Burman), varují před nadměrným zjednodušováním vývoje a zdůrazňují význam variability a individuality. Kritizují stereotypní pojmání genderu (role matka, otec), nadměrné testování dětí psychometrickými testy a vytváření mýtu průměrného, neexistujícího dítěte (Thorová, 2015, s. 127–129).

5 CÍLE VÝZKUMU

Na základě rešerše a analýzy dostupných vědeckých poznatků v oblasti hodnocení kvality ošetrovatelské péče z pohledu hospitalizovaných dětí byly ve výzkumné rovině práce stanoveny následující cíle:

Vytvořit českou verzi dotazníku CCQH.

Vyhodnotit psychometrické vlastnosti české verze dotazníku CCQH.

DÍLČÍ CÍLE:

Posoudit reliabilitu české verze dotazníku CCQH.

Ověřit obsahovou validitu české verze dotazníku CCQH.

Ověřit konstruktovou validitu české verze dotazníku CCQH.

Zhodnotit praktické aspekty české verze dotazníku CCQH.

6 METODIKA

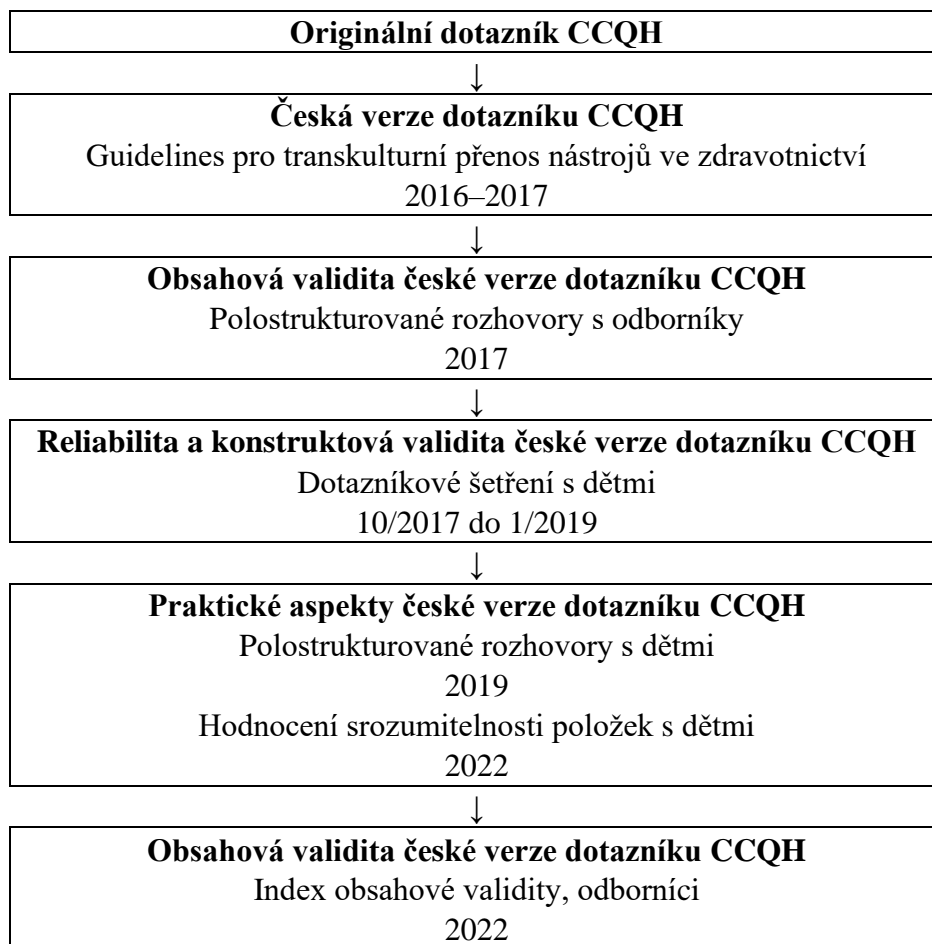
6.1 Design výzkumu

Práce má design smíšeného výzkumu. Teoretický konceptuální rámec byl počáteční verzí, která byla následně v průběhu výzkumu modifikována. Podobný způsob uvádí také Vévodová a Ivanová (2015, s. 17). Smíšený výzkum byl aplikován, protože využívá možnost kombinace prvků kvalitativního a kvantitativního výzkumu, které se v rámci jedné studie vzájemně doplňují. Dle typu se v případě našeho výzkumu jedná o tzv. mixed-model design (smíšený model), kombinaci kvantitativního a kvalitativního přístupu v rámci jednotlivých fází výzkumu. A současně tzv. sekvenční design, jelikož fáze výzkumu probíhaly chronologicky, po ukončení jedné fáze a na základě jejich výsledků byla realizována další fáze. Navazující fáze tak doplňovaly již získané informace. Tento typ výzkumu je doporučen pro disertační práce, neboť výrazně zvyšuje validitu výzkumu. Problematiku popisují Punch a Oancea (2014, s. 338), Vévodová a Ivanová (2015, s. 139–143) a Grove a Gray (2019, s. 475).

Hendl a Remr (2017, s. 161) doporučují dotazník jako silný nástroj sběru dat, za předpokladu, že byl před aplikací pečlivě testován. Základem našeho výzkumu je práce s dotazníkem, jehož testování probíhalo pomocí technik, jež uvádí Obrázek 1.

Metodika výzkumu v ošetrovatelství je úzce provázána s metodikou souvisejících oborů. Sociologičtí odborníci uvádí, že ne vždy na sebe v reálném sociologickém výzkumu navazují jednotlivé části výzkumu tak úhledně, jak je to běžně uváděno. Dodržování pevných schémat může být omezující, protože zpravidla dochází k překrývání a míchání jednotlivých fází (Giddens a kol., 2013, s. 56). Tento poznatek výstižně popisuje i situaci našeho výzkumu, danou částečně jeho originalitou na poli ošetrovatelského výzkumu a dalšími níže uvedenými okolnostmi a faktory. V případě našeho výzkumného šetření, byl na začátku stanoven rámcový plán výzkumu. Avšak některé dílčí části byly zařazeny postupně v rámci reflexe odborné literatury, doporučení odborníků a na základě kritické úvahy vycházející z podmínek a získaných výsledků v reálném čase a prostředí.

Jak ukazují jednotlivé kroky výzkumného šetření, jež znázorňuje Obrázek 1, první hlavní částí výzkumu byla tvorba české verze dotazníku CCQH. Druhou hlavní částí výzkumu bylo testování psychometrických vlastností české verze dotazníku CCQH. Dílčími částmi bylo ověření reliability, validity a praktických aspektů dotazníku v podmínkách české pediatrické péče.



Obrázek 1 - Design výzkumu

6.2 Etické aspekty výzkumu

Etické aspekty doporučené pro výzkum s dětmi byly významnou součástí výzkumu. Celý výzkumný proces respektoval zejména dobrovolnost účasti, neškodnost, anonymitu, důvěrnost, předem získaný souhlas vedení vybraných zdravotnických zařízení, písemný informovaný souhlas rodičů a ústní souhlas dítěte. Dotazníkové šetření bylo schváleno Etickou komisí Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice.

6.3 Popis výzkumného nástroje Child Care Quality at Hospital

Volbě dotazníku předcházelo vyhledávání nástrojů pro hodnocení kvality ošetrovatelské péče dětmi v odborných databázích EBSCOhost a CINAHL. Na základě rešerše literatury byla práce finské autorky Pelander (2009) vyhodnocena jako vhodná, s množstvím kvalitních publikací o procesu tvorby nástroje a výsledcích jeho aplikace.

Originální nástroj Child Care Quality at Hospital (CCQH) je určen k hodnocení kvality péče hospitalizovanými dětmi ve věku 7–11 let. Celkem zahrnuje 61 položek. Nástroj obsahuje stručné úvodní zadání s pokyny k vyplnění, následně zjišťuje demografické údaje (12 položek) a poté hodnocení kvality ošetrovatelské péče ve třech doménách (49 položek). První doména obsahuje charakteristiky ošetřujícího personálu (5 položek). Děti pomocí tříbodové škály se „smajlíky“ mohou vyjádřit svůj názor na to, zda ošetřující dětské sestry vnímaly jako přátelské, upřímné, šikovné a se smyslem pro humor. Ve druhé doméně děti vyjadřují pomocí tříbodové škály se „smajlíky“ své názory na aktivity dětských sester (21 položek). Odpovídají na otázky, zda si s nimi dětské sestry hrály, povzbuzovaly je, utěšovaly, pečovaly o ně spolu s rodiči, respektovaly jejich soukromí, ale také jaké informace měly např. o důvodu hospitalizace, léčebných postupech, délce hospitalizace a o tom, co je třeba vědět a umět po propuštění. Třetí doména je zaměřena na prostředí hospitalizace (19 položek). Zde se děti vyjadřují pomocí čtyřbodové škály s medvídky k tomu, jaké měly v nemocnici možnosti pro herní a jiné aktivity ve volném čase, zda tam byly prostory vhodné pro trávení času s rodinou a kamarády, zda se na oddělení dobře orientovaly, nebo zda měly obavy z injekcí, sester, lékařů či bolesti. Z hlediska forem dotazování se jedná o anonymní nástroj, určený pro písemné dotazování. Ústní dotazování je však vzhledem k věku respondentů v případě potřeby možné. Dotazník má 58 uzavřených položek (výběrových a škálových – Likertova škála) a 3 otevřené položky. Je možné jej vyhodnotit s ohledem na hodnocení položek s tříbodovou a čtyřbodovou Likertovou škálou, ale i dvou otevřených položek. Poslední položka dětem umožňuje hodnotit ošetrovatelskou péči známkou 1–5 (jako ve škole). Dotazník byl vytvořen a psychometricky ověřen ve Finsku (Pelander a Leino-Kilpi, 2004; Pelander a Lehtonen a Leino-Kilpi, 2007; Pelander, Leino-Kilpi a Katajisto, 2007; Pelander, Leino-Kilpi a Katajisto, 2009, s. 443). Následně vznikla jeho italská a portugalská verze (Comparcini a kol., 2018; Loureiro a kol., 2019). Originální nástroj CCQH je obsahem Přílohy B.

6.4 Metodika tvorby české verze dotazníku CCQH

S cílem vytvořit českou verzi nástroje CCQH byl v letech 2016–2017 realizován postup respektující guidelines pro transkulturní přenos nástrojů ve zdravotnictví vytvořené mezinárodní společností International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes

(ISPOR). Tento postup doporučují Wild a kol. (2005, s. 94–102) a Mandysová (2019a, s. 18 – 23). Jednotlivé fáze našeho výzkumného procesu znázorňuje Tabulka 1.

Tabulka 1 - Proces tvorby české verze dotazníku CCQH

Fáze č.	Popis
1.	Přípravná fáze – kontakt autorky nástroje, porovnání podmínek, souhlas s překladem
2.	Překlad nástroje CCQH pomocí dvou nezávislých překladatelů z AJ do ČJ
3.	Sjednocení obou verzí překladu třemi bilingvními odborníky v pediatrii
4.	Zpětný překlad sjednocené verze rodilým mluvčím v AJ s pedagogickou praxí
5.	Zhodnocení 4. bodu s finskou autorkou, identifikace problematických položek
6.	Harmonizace problematických položek s ohledem na konceptuální rovnocennost
7.	Kognitivní rozhovory s dětmi ve věku 7–11 let
8.	Finalizace zapracování návrhů
9.	Gramatická korektura
10.	Finální zpráva o procesu překladu

V rámci první fáze proběhl opakovaně osobní kontakt s finskou autorkou dotazníku. Tiina Pelander navštívila Českou republiku a vybrané dětské oddělení zapojené do výzkumu. Při této příležitosti nám byla poskytnuta anglická, psychometricky ověřená verze dotazníku CCQH. Autorka souhlasila s jeho překladem, ověřením psychometrických vlastností a používáním v podmínkách české pediatrické péče.

Vlastní překlad dotazníku probíhal za účasti tří překladatelů a tří odborníků z oboru pediatrie. Pro jejich výběr do výzkumu byla stanovena následující kvalifikační kritéria: překladatelé s licenci pro překlad z anglického do českého jazyka a současně lingvisté, odborníci v oboru pediatrie se zkušeností s péčí o hospitalizované děti a vysokoškolským vzděláním a rodilý mluvčí v anglickém jazyce ovládající současně jazyk český. Celý proces začal překladem originálního nástroje prostřednictvím dvou nezávislých překladatelů – lingvistů z anglického jazyka do jazyka českého. Oba překladatelé měli zkušenosti s překladem podobných nástrojů na základě dlouhodobé spolupráce s Fakultou zdravotnických studií Univerzity Pardubice, jeden z překladatelů byl současně pedagogickým a vědeckým pracovníkem, oběma bylo zdůrazněno, že dotazník je určen dětem ve věku 7–11 let a jakému má sloužit účelu.

Poté byly obě přeložené verze dotazníku posouzeny třemi bilingvními odborníky v pediatrii (akademičtí pracovníci s pediatrickou praxí), přičemž byla vedena diskuse s cílem porovnat oba překlady a v případě odlišností zvolit vhodnou variantu překladu. Sjednocená verze byla odeslána ke zpětnému překladu, který provedl rodilý mluvčí v anglickém jazyce s pedagogickou praxí v České republice.

Verze nástroje po zpětném překladu byla zaslána finské autorce originálního dotazníku k souhlasu s překladem. V rámci této fáze proběhlo setkání autorky české verze s finskou autorkou ve Finsku. V průběhu tohoto setkání probíhaly odborné diskuse, týkající se problematických položek, identifikovaných v rámci překladu nástroje. Autorky společně navštívily dětské oddělení, kde probíhal vývoj nástroje CCQH. Porovnání obou prostředí a následnou spolupráci s autorkou originálního nástroje lze zpětně hodnotit jako velmi významnou pro následující výzkumnou práci. Od počátku bylo cílem získat nástroj, který bude mimo ověření statistických parametrů i nástrojem vhodným pro aplikaci v klinické praxi.

Následně proběhla harmonizace problematických položek nástroje s ohledem na konceptuální rovnocennost pojmů. Tato fáze probíhala mezi autorkou české verze nástroje a rodilým mluvčím v anglickém jazyce.

V sedmé fázi byly autorkou práce realizovány tzv. kognitivní rozhovory s dětmi ($n = 5$). Výběr dětí byl záměrný (zařazující kritéria: ochota spolupracovat, věk 7–11 let, česká národnost a zkušenost s hospitalizací v ČR) a respektoval etické aspekty výzkumné práce s dětmi. Rozhovory trvaly průměrně 20 minut a po souhlasu byly nahrávány na diktafon.

Závěrem proběhlo finální zpracování návrhů a kontrola gramatiky přeloženého nástroje. Zpráva o procesu překladu byla prezentována v rámci odborných konferencí jak v univerzitním, tak klinickém prostředí a byla publikována v odborném časopise (Černohorská, Hlaváčková a Hodačová, 2021).

6.5 Metodika ověřování psychometrických vlastností dotazníku CCQH

Navazující ověřování české verze nástroje CCQH zahrnovalo nejprve hodnocení obsahové validity metodou polostrukturovaných rozhovorů s pediatrickými odborníky, které byly později doplněny o kvantitativní metodiku, výpočet indexu obsahové validity.

6.5.1 Obsahová validita české verze dotazníku CCQH

Metodika

Obsahová validita testu byla hodnocena nejprve kvalitativní a posléze kvantitativní metodikou. V rámci testování face validity a obsahové validity (Hendl a Remr, 2017, s. 73-109) experti posuzovali, zda dotazník CCQH pokrývá oblast kvality pediatrické péče a je vhodné jeho využití u dětí v daném věku v českém prostředí, případně za jakých podmínek.

Kvalitativní typ výzkumu

Metodou sběru dat byly polostrukturované rozhovory s experty, analýzu dat tvořily prvky zakotvené teorie. Rozhovory probíhaly v soukromí, v prostředí FZS UPCE a ve spolupracujícím zdravotnickém zařízení, v období 7–8/2017. Jednotlivé rozhovory trvaly průměrně 30 minut a po souhlasu byly nahrávány na diktafon. Následně byla provedena doslovná transkripce rozhovorů (význam obsahově tematické roviny) a přepisy byly poskytnuty k autorizaci. Analýza dat byla realizována metodou tužka–papír, základem byly kódovací procedury, otevřené kódování a kategorizace (Švaříček a Šedřová, 2014, s. 84–86, 211, 220; Vévodová a Ivanová, 2015, s. 104–116; Hendl, 2016, s. 251–2; Hendl a Remr, 2017, s. 215; Černohorská a kol., 2022b).

Soubor byl vytvořen záměrným výběrem a zahrnoval celkem osm pediatrických odborníků: šest zaměstnanců dvou dětských oddělení vybraného zdravotnického zařízení (dvě vrchní sestry, dvě učitelky Základní školy při nemocnici, dva dětské lékaři) a dva akademické pracovníky (s odbornou kvalifikací dětská sestra). Zařazujícím kritériem bylo zdravotnické či pedagogické vzdělání a zkušenost s péčí o hospitalizované děti minimálně pět let.

Kvantitativní typ výzkumu

Posouzení přeloženého nástroje bylo doplněno o posouzení experty prostřednictvím tzv. indexu obsahové validity (CVI). Toto posouzení proběhlo v prostorách FZS UPCE v období 1–2/2022. Hodnotící formulář obsahoval hodnocení relevance 49 položek české verze dotazníku CCQH, 12 subkategorií a 3 hlavních kategorií dotazníku (Příloha C). Struktura a obsah hodnotícího formuláře respektovaly hodnocení indexu obsahové validity s experty realizované autorkou originálního dotazníku CCQH ve Finsku. Úkolem odborníků bylo napsat, zda obsah odpovídá výše uvedenému konstrukt (1 = není relevantní, 2 = spíše není relevantní, 3 = spíše je relevantní, 4 = je relevantní). Vysoké známky (3 a 4) znamenaly souhlasné stanovisko a hodnotily konstrukt jako "vhodný" pro použití v ČR. Nízké známky (1

a 2) znamenaly nesouhlasné stanovisko a takové hodnocení vedlo k identifikaci obsahově nevhodných konstruktů. Základem analýzy výsledků byla publikovaná doporučení (Polit a Beck, 2006; Pelander, Leino-Kilpi a Katajisto, 2009; Šoukalová, Prázdny a Doležalová, 2017; Mandysová, 2019a, s. 29 - 30).

Výběr pediatrických odborníků do výzkumného souboru byl záměrný. Zařazujícím kritériem bylo zdravotnické vzdělání a zkušenost s péčí o hospitalizované děti minimálně jeden rok. Soubor zahrnoval dva akademické pracovníky (současně vykonávající profesi dětské sestry) a čtyři zaměstnance dětských oddělení (dětské sestry s magisterským stupněm vzdělání). Celkem tedy šest odborníků. V případě, že hodnocení provádí šest a více odborníků, index obsahové validity položky (I/CVI) má být rovno nebo více než 0,78 (Mandysová, 2019a, s. 30). Index obsahové validity pro jednotlivé části dotazníku, tzv. průměrný index obsahové validity (S-CVI/Ave), má mít hodnotu rovno nebo více než 0,90 (Šoukalová, Prázdny a Doležalová, 2017). Polit a Beck (2022) jako důkaz o dobré obsahové validitě navrhuji hodnotu indexu obsahové validity rovno nebo více než 0,90 (Polit a Beck, 2022, s. 230) .

6.5.2 Reliabilita a konstruktová validita české verze dotazníku CCQH

Ověření těchto psychometrických vlastností nástroje probíhalo ve dvou fázích. V první fázi bylo realizováno dotazníkové šetření s dětmi hospitalizovanými v rámci jednoho zdravotnického zařízení. Vzhledem k úzkému věkovému vymezení a relativně malému počtu respondentů bylo však nutné rozšířit vzorek respondentů o děti hospitalizované v rámci dvou dalších zdravotnických zařízení (označeno jako fáze 2). Významným aspektem sběru dat ve zdravotnických zařízeních byly předem stanovené podmínky pro distribuci a sběr dotazníků, jež kladly maximální důraz na pocit bezpečí respondentů (dotaz devítileté dívky v rámci pre-testu: „*A nebudou se potom na děti zlobit, ty sestřičky?*“). Sběr dotazníků probíhal tak, že děti vyplněné dotazníky vhazovaly do uzamčených boxů uložených přímo na oddělení.

Metodika – fáze 1

Dotazníkové šetření s českou verzí dotazníku CCQH bylo realizováno ve vybraném zdravotnickém zařízení v Pardubickém kraji v období od 10/2017 do 4/2018. Předcházela mu pilotní studie s pěti respondenty. S ohledem na komfort, a především pocit bezpečí dětských respondentů, byl dotazník vyplňován den před ukončením hospitalizace nebo v den ukončení hospitalizace. Dle potřeby dětí pak s asistencí dospělé poučené osoby (poučené, že cílem

dotazníkového šetření, je získat názory hospitalizovaného dítěte, ne dospělého). Děti tedy dotazník vyplňovaly samostatně nebo ve spolupráci s edukovanou dospělou osobou (rodič nebo autorka české verze dotazníku ve spolupráci se dvěma tazateli). Důležitým prvním krokem realizace výzkumu bylo získat písemný informovaný souhlas rodičů (Příloha D) a ústní souhlas dětí (všechny děti a jejich rodiče souhlasili s výzkumem). Rodiče většinou nebyli hospitalizováni s dítětem, což sběr dat velmi komplikovalo, ale toto byla okolnost předem zřejmá.

Výběr respondentů výzkumného souboru byl záměrný, v jistém ohledu by se však dalo mluvit o tom, že se jednalo o výběr dostupný, obsahující zařazující kritéria, ale jehož nedílnou součástí byla i dostupnost dětí a jejich rodičů, kterou nebylo možné zcela organizovaně plánovat, jelikož byla podřízena běžnému chodu na dětském oddělení. Zařazující kritéria pro vzorek respondentů byla: věk 7–11 let, končící hospitalizace, dobrý zdravotní stav, znalost českého jazyka slovem a písmem, schopnost vyplnit dotazník sám nebo s pomocí edukované dospělé osoby.

Děti byly hospitalizované v rámci jednoho zdravotnického zařízení, na dvou vybraných dětských odděleních chirurgického a nechirurgického typu. Do šetření nebyly zahrnuty děti z intenzivní péče, psychiatrického, neurologického ani ambulantního sektoru péče. Kritéria vycházela z původního finského výzkumu (Pelander, Leino-Kilpi a Katajisto, 2009). V první fázi ověřování psychometrických vlastností české verze dotazníku CCQH tvořilo výzkumný soubor 77 respondentů.

Analýza dat

Analýza dat probíhala ve spolupráci se statistikem. Datová matice byla vytvořena v programu Microsoft Excel. Při přepisu do datové matice byly přepsány záměrně všechny dotazníky, tedy i ty vyplněné pouze částečně, a to z důvodu plánované následné analýzy vynechaných položek. Tento postup doporučují Vévodová a Ivanová (2015, s. 63). V rámci analýzy našich dat byl nejprve proveden test shody, nepárový dvouvýběrový Studentův *t*-test. Byly porovnány dva výběrové soubory respondentů dle oddělení (chirurgické – nechirurgické), pohlaví (dívky – chlapci) a věku (7–8 a 9–11 let). Podle výsledku F-testu byl zvolen odpovídající postup pro nepárový *t*-test: dvouvýběrový *t*-test s rovností rozptylů nebo dvouvýběrový *t*-test s nerovností rozptylů. Dále byla posouzena interní konzistence nástroje metodou výpočtu koeficientu Cronbachova alfa (Gavora, 2012, s. 20; Chráška a Kočvarová, 2015, s. 21; Hendl a Remr, 2017, s. 108; Černožorská a kol., 2022b). S cílem zjistit možnosti

redukce položek dotazníku byla dále provedena identifikace vztahů a klíčových položek dotazníku prostřednictvím metod korelační analýzy a analýzy hlavních komponent. Datová matice byla zpracována metodou hlavních komponent (PCA – Principal Component Analysis) v softwaru OPgm² (Pytela, 1995, s. 217).

Metodika – fáze 2

Druhá fáze výzkumu se týkala ověřování psychometrických vlastností české verze dotazníku CCQH pomocí pokročilých metod statistické analýzy. Sběr dat pro tyto analýzy proběhl ve třech vybraných zdravotnických zařízeních Pardubického kraje, Královéhradeckého kraje a Středočeského kraje v období od 10/2017 do 1/2019. Pouze jeden respondent odmítl účast. Důvodem k ukončení sběru dat byla především náročnost procesu vyplňování dotazníku u malých dětí, zejména s ohledem na jeho délku a obtížnost některých položek.

Výzkumný soubor vznikl rozšířením výzkumného souboru fáze 1 (výše uvedený výzkumný soubor byl doplněn o další respondenty). Výběr respondentů byl záměrný. Zařazující kritéria byla stejná jako ve fázi 1: věk 7–11 let, končící hospitalizace, český jazyk slovem a písmem, dobrý zdravotní stav, schopnost vyplnit dotazník sám, s pomocí edukované dospělé osoby (rodič nebo autorka české verze dotazníku ve spolupráci se čtyřmi tazateli). Děti byly hospitalizované na pěti vybraných dětských odděleních chirurgického i nechirurgického typu. Kritéria vycházela z původního finského výzkumu (Pelander, Leino-Kilpi a Katajisto, 2009). Výzkumný soubor tvořilo celkem 239 respondentů. Z analýz však bylo vyřazeno 15 dětí (6,3 %), které odpověděly na méně než 39 položek (\cong 80 %). Finální vzorek pro analýzy tvořilo 224 dětí. Vzorek tvořilo 119 chlapců (53,1 %) a 105 dívek (46,9 %). Věkové rozpětí respondentů bylo od 7 do 11 let ($M = 8,91$; $SD = 1,45$).

Analýza dat

Analýza dat probíhala v rámci spolupráce se statistikem a odborníkem na hodnocení psychometrických vlastností dotazníků pro děti. Veškerá data byla analyzována v softwaru SPSS, JASP a R. Využity byly balíčky psych (Revelle, 2020).

Nejprve byly rekódovány reverzní položky tak, aby vždy nižší hodnota značila vyšší spokojenost s poskytovanou zdravotnickou péčí (označení položky: rec). Jako chybějící hodnoty byly rekódovány možnosti mimo škálu, které značily nemožnost zhodnotit spokojenost s danou oblastí pediatrické péče (označení: missing). V položkách 15 a 16 se jednalo o odpověď “učitelka”, pro položky 26–29 se jednalo o možnost 4 “nebylo třeba” a u

položek rec_45, rec_50 a rec_51 se jednalo o odpověď “zákaz návštěv“ (období sběru dat komplikováno chřipkovou epidemií).

Dotazník CCQH se skládá ze tří domén. V prvních dvou doménách („charakteristiky dětských sester“; „chování dětských sester“) děti odpovídaly na třibodové škále, kde hodnota 1 značila “vždycky”, hodnota 2 “občas” a hodnota 3 “vůbec”. Každá hodnota byla v dotazníku reprezentována „smajlíkem“, aby bylo pro děti snazší odpovídat. V třetí doméně „prostředí“ děti odpovídaly na čtyřbodové škále pomocí škrtání medvídků. Jeden škrtnutý medvídek značil možnost “úplně nesouhlasím”, dva “částečně nesouhlasím”, tři “částečně souhlasím” a čtyři “úplně souhlasím”.

Vzhledem k vývojovým specifikům dětí ve věku 7–11 let (spolupráce při vyplňování dotazníku) bylo zjišťováno, jestli je rozdíl mezi 7–8letými dětmi a dětmi 9–11letými. Vycházelo se přitom z požadavku, aby variabilita ve výsledcích byla způsobena rozdílnou spokojeností s kvalitou péče nikoli věkem dítěte. Pro zjištění rozdílnosti mezi mladšími (věk 7–8 let, $n = 91$) a staršími dětmi (věk 9–11 let; $n = 133$) byl použit dvouvýběrový *t*-test.

Z důvodu jiné škály ve třetí doméně „prostředí“ (charakteristiky“ + aktivity dětských sester děti hodnotily 3bodovou škálou, prostředí děti hodnotily 4bodovou škálou), která se i na základě kvalitativních dat jevila pro děti více náročná, bylo očekáváno riziko vlivu procesů odpovědí. *T*-testy byly z tohoto důvodu založeny vždy na skórech z domén se stejnou škálou. Byl spočítán zvlášť sumační skór pro doménu 1 a 2, kde děti odpovídaly na třibodové škále a zvlášť skór pro doménu 3 se čtyřbodovou škálou. Na základě výsledků Levenova testu homogenity rozptylů byl pro skóre z domén 1 + 2 zvolen dvouvýběrový *t*-test s rovností rozptylů a pro skóre z domény 3 byl zvolen dvouvýběrový *t*-test s nerovností rozptylů.

Interní konzistence dotazníku CCQH byla zjišťována doporučenou a v praxi rozšířenou metodou výpočtu koeficientu Cronbachova alfa. Konstruktová validita byla ověřena explorační faktorovou analýzou (Gavora, 2012, s. 20; Chráška a Kočvarová, 2015, s. 16, 21; Hendl a Remr, 2017, s. 108).

Za účelem získání hlubší znalosti dětské perspektivy týkající se jejich zkušeností s hospitalizací, byla provedena také obsahová analýza dat, získaných prostřednictvím dvou otevřených položek české verze dotazníku CCQH. Položka 59. „Podle mého názoru bylo v nemocnici nejlepší ...“ a 60. „Podle mého názoru bylo v nemocnici nejhorší ...“. Děti zde mohly vyjádřit svůj názor prostřednictvím techniky „dokončení věty“. Tuto techniku doporučují pro děti v mladším školním věku Kohli, Jhanda a Padhy (2018). Analýza dat byla

založena na kvalitativní metodě analýzy obsahu doplněné o kvantitativní zpracování v MS Excel. Jednotkou analýzy byly psané odpovědi, názory hospitalizovaných dětí na jejich nejlepší a nejhorší zkušenosti s hospitalizací. Během analýzy dat byly v rámci tzv. otevřeného kódování vytvořeny ze zapsaných údajů kódy. Následně byly kódy porovnány na základě rozdílů a podobností a rozříděny dle úrovně abstrakce. Zjevný obsah textu byl prezentován v kategoriích a podkategoriích. Témata byla dále popisována výrazy latentního obsahu. Kvantitativní zpracování doplňovalo informaci o množství kódů vytvořených v rámci kategorie. Tato metodika byla zvolena s ohledem na cíle výzkumu a předchozí studie realizované a publikované s nástrojem CCQH ve Finsku a v Portugalsku (Pelander a Leino-Kilpi, 2009; Loureiro a kol. 2020). Také metodika našeho výzkumného procesu byla publikována (Černohorská a kol., 2022a).

6.5.3 Praktické aspekty české verze dotazníku CCQH

Jak bylo uvedeno v kapitole „Dotazníkové šetření u dětí“, jednou z hlavních výhod dotazníku má být jeho snadná a rychlá administrace. Součástí hodnocení psychometrických vlastností nástroje (validity) by měla být i jeho praktičnost (Svoboda, Krejčířová a Vágnerová, 2015, s. 15–18, s. 319–322). V rámci kritické reflexe průběhu dotazníkového šetření byl zaznamenán častý problém s náročností procesu vyplňování dotazníku malými dětmi. V navazujícím kroku tak byla pozornost zaměřena na praktické aspekty administrace dotazníku samotnými dětmi tak, aby byla minimalizována nutná přítomnost dospělých osob při jeho vyplňování a jejich možný vliv na dětské odpovědi (hlavní výhoda výsledků získaných dotazníkem). Cílem této části práce tak bylo zhodnocení praktických aspektů české verze dotazníku CCQH.

Zkušenosti výzkumníci uvádí zkušenosti samotných dětí mezi hlavními aspekty, které je při navrhování nástrojů třeba mít na paměti (Brady a Graham, 2019, s. 103). V rámci našeho výzkumu byla provedena dvě testování (metodiky). První, zaměřené na hlubší průzkum dětské zkušenosti, vnímání a reakce na vybrané okruhy otázek, týkajících se pediatrické péče obsažené v dotazníku CCQH. A druhé testování, týkající se srozumitelnosti terminologie v dotazníku CCQH malým dětem.

Metodika 1 - polostrukturované rozhovory s hospitalizovanými dětmi

Byly realizovány polostrukturované rozhovory s hospitalizovanými dětmi. Metodologický přístup tvořily prvky zakotvené teorie, jež uvádí Švaříček a Šed'ová (2014, s. 84–86) a Mukherji a Albon (2018, s. 243). Okruhy otázek byly zvoleny na základě kritické reflexe předchozích šetření (riziko, že rozhovory s celým dotazníkem by byly pro mladší děti v době hospitalizace nepřiměřeně dlouhé). Celkem bylo vytvořeno 14 okruhů otázek (uvedeny níže), zaměřených na hlubší prozkoumání vybraných oblastí nástroje CCQH z pohledu aktuálních zkušeností hospitalizovaných dětí. Rozhovory byly realizovány dvěma výzkumníky (akademickými pracovníky s pediatrickou praxí více než 6 let, autorka práce ve spolupráci s dalším akademickým pracovníkem) a probíhaly současně ve dvou vybraných zdravotnických zařízeních Pardubického kraje a Královéhradeckého kraje po souhlasu jejich vedení v období 8/2019–12/2019.

Analýza dat byla realizována v PC programu ATLAS.ti 9, základem byly kódovací procedury otevřené kódování a kategorizace (Švaříček a Šed'ová, 2014, s. 211, 220; Vévodová a Ivanová, 2015, s. 104–116; Hendl a Remr, 2017, s. 215). Realizovaný postup byl publikován (Černohorská a kol., 2022b).

14 okruhů otázek k rozhovoru:

1. Důvod hospitalizace.
Příklady otázek: Proč jsi v nemocnici? Bylo tvoje přijetí do nemocnice předem naplánováno nebo ne? Jsi v nemocnici, protože jsi se zranil/a?
2. Zkušenosti s hospitalizací.
Příklady otázek: Byl/a jsi v nemocnici už někdy předtím? Už jsi někdy byl/a hospitalizován/a v této nemocnici?
3. Délka hospitalizace.
Příklady otázek: Kolik dní jsi v nemocnici? Kolik nocí jsi tu už spal/a?
4. Prostředí z pohledu dítěte.
Příklady otázek: Jaký máš pokoj? Jak se tu cítíš? Máš tu nějaké kamarády?
5. Pečující osoby z pohledu dítěte.
Příklady otázek: Jsi spokojený/á s chováním lidí na oddělení? Kdo o tebe zde pečuje? Kdo nejvíce? Jak by sis představoval/a sestřičku, která o děti pečuje?
6. Chování dětských sester z pohledu dítěte.

Příklady otázek: Co sestřičky říkají/dělají, když o tebe pečují? Jak se tváří? Jak ti pomáhají se léčit? Co je ti příjemné/nepříjemné?

7. Potřeba pomoci.

Příklady otázek: Potřeboval/a jsi od sester pomoc? Měl/a jsi bolesti? Měl/a jsi jiné potíže?

8. Stravování z pohledu dítěte.

Příklady otázek: Co ti v nemocnici chutná/nechutná? Měl/a jsi nějaké jídlo zakázané?

9. Soukromí z pohledu dítěte.

Příklady otázek: Máš dost soukromí/prostoru/místa, kde bys mohl/a být chvíli sám nebo s rodiči? Stalo se, že by ses tu musel/a stydět, třeba při vizitě, při převlékání apod.?

Rozumíš slovíčku soukromí? Co si pod tím představuješ?

10. Zábavné aktivity z pohledu dítěte.

Příklady otázek: S kým/čím si tu nejraději hraješ/zabavíš se? Potřeboval/a bys jiné zabavení/vybavení na oddělení?

11. Společnost dítěte.

Příklady otázek: Kdo ti dělal v nemocnici společnost? Jak často za tebou mohly chodit rodiče/návštěvy? Pokud nemohly, proč?

12. Omezení z pohledu dítěte.

Příklady otázek: Bylo zde něco, co jsi během pobytu na oddělení měl/a zakázané?

13. Obavy dítěte.

Příklady otázek: Cítil/a jsi z něčeho strach?

14. Nejlepší a nejhorší zkušenost dítěte.

Příklady otázek: Co se ti v nemocnici nejvíce nelíbilo/líbilo?

Výběr participantů do výzkumného souboru byl záměrný. Zařazující kritéria byla: děti ve věku 7–13 let, hospitalizované ve dvou vybraných zdravotnických zařízeních v období 8/2019–12/2019. Do šetření nebyly zahrnuty děti z oddělení intenzivní péče, psychiatrického, neurologického ani ambulantního sektoru péče. Žádné dítě ani rodič rozhovor neodmítli. Soubor tvořilo celkem 21 hospitalizovaných dětí.

Metodika 2 - ověření srozumitelnosti položek dotazníku CCQH

Na základě kritické reflexe provedeného dotazníkového šetření (náročnost procesu vyplňování dotazníku malými dětmi) bylo rozhodnuto doplnit testování položek zaměřených na hodnocení kvality péče (položky 10–58) s ohledem na jejich srozumitelnost dětem ve věku 7–8 let. V rámci finského výzkumu s originálním nástrojem byla hodnocena jasnost

(„*clarity*“) položek odborníky z praxe (sestrami pracujícími na dětských odděleních) pomocí výpočtu indexu obsahové validity (Pelander, Leino-Kilpi a Katajisto, 2009). V případě české verze dotazníku bylo provedeno testování se samotnými dětmi, a to ve spolupráci s edukovanými rodiči ve vlastním domácím prostředí dítěte (pocit bezpečí, komfort). Tento postup byl zvolen s ohledem na výsledky předchozí metodiky (rozhovory s hospitalizovanými dětmi) a doporučení pediatrických výzkumníků, jež kladou důraz na význam podmínek, které co nejlépe umožní dětem vyjádřit své názory dospělému např. důvěryhodný vztah, známé prostředí a eliminace rizika žádoucích odpovědí při sběru dat s cizími lidmi (Punch, 2002; Brady a Graham, 2019, s. 117).

Sběr dat byl realizován v únoru 2022. Výzkumný soubor v rámci záměrného výběru respondentů zahrnoval děti ve věku 7–8 let se zkušeností s pediatrickou péčí. Soubor tvořilo celkem 8 dětí.

Děti byly metodou rozhovoru dotazovány na srozumitelnost 49 položek prostřednictvím formuláře vlastní tvorby (Příloha E). Odpovědi dětí byly kódovány a analyzovány pomocí čtyřstupňové škály: 1 = obsah není srozumitelný (ani s dopomocí), 2 = obsah spíše není srozumitelný (srozumitelný s velkou dopomocí), 3 = obsah je spíše srozumitelný (srozumitelný s malou dopomocí), 4 = obsah je srozumitelný (dítě rozumí obsahu položky i bez pomoci).

7 VÝSLEDKY

7.1 Překlad nástroje CCQH

V přípravné fázi byly v diskusi s autorkou originálního dotazníku identifikovány pro děti obtížně srozumitelné anglické pojmy: qualified, intimacy/privacy a craft.

Překlad originálního nástroje prostřednictvím dvou nezávislých překladatelů ukázal, že z celkového počtu 61 položek došlo ke shodě u 48 položek, 13 položek bylo přeloženo odlišným termínem a vhodná varianta překladu musela být vybrána v rámci navazující diskuse výzkumníka se dvěma odborníky s pediatrickou praxí a znalostí anglického jazyka na uživatelské úrovni). V případě položky 61 také bylo nutné nahradit finský způsob hodnocení českým (hodnocení 4–10 bylo nahrazeno známkami 1–5). Nejednotně přeložené položky uvádí Tabulka 2, zvolený překlad je označen *kurzívou*.

Tabulka 2 - Překlad dotazníku CCQH z AJ do ČJ

Položka	Originální položka	Sjednání obou verzí překladu
11.	My nurses were qualified.	Sestry byly odborné, povolání/kvalifikované.
13.	My nurses were fun.	Se sestrami byla zábava/legrace.
18.	The nurses listened to me.	Sestry mě poslouchaly/vyslechly mě.
20.	The nurses encouraged me to take part of my care.	Sestry mě povzbuzovaly, abych se účastnil/a mého ošetření/povzbuzovaly, aby se zapojil/a do léčby.
28.	The nurses helped me take a bath.	Sestry mi pomáhaly při koupání/pomáhaly s hygienou.
33.	The nurses told me always the procedures.	Sestry mi vždycky říkaly o léčebných postupech/ o procedurách.
35.	The nurses told me, how to get around in hospital	Sestry mi říkaly o tom, jak se mám v nemocnici chovat/jak se pohybovat v nemocnici.
37.	The nurses told me, the cares I need to take at home.	Sestry mi říkaly o tom, jak se o sebe mám doma starat/na co si musím dávat pozor, až budu doma.
39.	The nurses told me, when I can get back to my leisure activities.	Sestry mi říkaly, kdy se budu moct zase věnovat svým zálibám/kdy se vrátím ke svým volnočasovým aktivitám.

Položka	Originální položka	Sjednocení obou verzí překladu
43.	In hospital, there were enough craft.	V nemocnici byl dostatek možností dělat <i>ruční práce</i> /bylo dost výtvarných činností.
46.	My time in hospital was pleasant and comfortable.	Můj pobyt v nemocnici byl <i>příjemný a pohodlný</i> /čas strávený v nemocnici byl příjemný a uklidňující.
47.	In hospital, it was easy to find the bathrooms and the play areas.	Bylo jednoduché najít koupelny a herny/ <i>Najít záchody a herny bylo jednoduché.</i>
61.	Which grade would you give the hospital for the care you were given?	<i>Jakou známku bys dal/a nemocnici za to, jak se tam o tebe starali/</i> Jakou známku bys dal/a nemocnici za péči, kterou ti dali?

Sjednocená verze byla zaslána ke zpětnému překladu. Po zpětném překladu rodilým mluvčím obsahoval nástroj čtyři významem ne zcela přesně přeložené položky (Tabulka 3) a zpětný překlad musel být po diskusi s překladateli opraven, aby se podařilo získat souhlas autorky originálního dotazníku. Zjištěním zasluhujícím pozornost v našem výzkumu byl překlad položky 26. „Nurses provided pain relief“, jež byla přeložena jako „Nurses gave me painkillers“. Překlad zahrnující léky provedli v našem výzkumu nezávisle na sobě oba překladatelé a následně tomu vznikl odpovídající zpětný překlad.

Tabulka 3 obsahuje v prvním sloupci pojem originálního dotazníku, ve druhém sloupci překlad z anglického jazyka do českého a ve 3. sloupci uvádí zpětný překlad z českého jazyka do anglického.

Tabulka 3 - Problematické položky zpětného překladu

Originální formulace	Překlad AJ – ČJ	Zpětný překlad ČJ – AJ
10. Kind	laskavé, milé	affectionate
14. Honest	upřímné	sincere
17. Protected my intimacy	chránili moje soukromí	protected my privacy
26. Provided pain relief	dávali mi léky proti bolesti	gave me painkillers

Sedmým krokem celého procesu byly rozhovory s dětmi (pre-test). V rámci pre-testu byly identifikovány položky, kterým děti nerozuměly. Naopak děti, které náročným položkám rozuměly, byly požádány o to, aby vysvětlily, jak je chápou, a to svými slovy. Takto byly závorkou s vysvětlením doplněny: „kvalifikované“ („zkušené, šikovné“), „moje soukromí“ („můj prostor“) a „výtvarné činnosti/ruční práce“ naopak omezeny pouze na „ruční práce“. V rámci české verze dotazníku byly identifikovány další dvě potenciálně problematické položky s abstraktními pojmy hygiena a léčba (28. „Sestry mi pomáhaly s hygienou“ a 31. „Sestry mi říkaly o mé léčbě“). V Tabulce 4 jsou uvedeny citací dětí k problematickým oblastem dotazníku. Výsledná česká verze nástroje CCQH je uvedena v Příloze F.

Tabulka 4 - Citace dětí k problematickým oblastem dotazníku CCQH

Chlapec, 9 let	
Milé, laskavé (sestry)	„No, že byly hodný.“
Kvalifikované (sestry)	„No, že byly zkušeny.“
Sestry si se mnou hrály.	„Co mám zaškrtnout? ... Tak občas.“
Měl/a jsem svoje soukromí.	„Že prostě mě nechaly, abych měl svůj prostor.“
Léčba	„Léčba je léky, sádra ...“
4bodová Likertova škála	„To nechápu.“
Dívka, 9 let	
Kvalifikované sestry	„Co je to kva-li-fi-ko-va-né, to já nevím ... ale byly nešikovný teda, píchaly mi to snad 10x, sem, ...“
Přátelské (sestry)	Nebyly přátelské, protože mi nevěřily.
Upřímné (sestry)	„Jakože zmírňuje odpověď, jakože ji obaluje ...“
Sestry si se mnou hrály.	„Sestřičky si se mnou nehrály, ale jinak ty paní učitelky, ty jo, ty hodně. Ty byly hodný.“
Soukromí	„Já nevím.“
Poslechly si moje názory.	„Nevím. Já jsem žádný názory neměla.“
Řekli mi, co mohu v nemocnici dělat.	„Nevím, tomu nerozumím.“
Léčba	„Jak jako o mé léčbě, to nechápu? Co o mé léčbě? Tady není, co o mé léčbě? To se tak neříká.“
Poskytovaly mi úlevu od bolesti.	Jak jako, poskytovaly mi úlevu od bolesti?
Zadání položek 30–38	Já to nechápu, jak tam je vždycky to "o" a nic!

Záliby	„Zálibám? ... Jako koníčkům?“
Ruční práce	„S papírem jo, ale s bavlnou třeba ne.“
Dívka, 10 let	
Soukromí	„Doma ho mám v pokojíčku tak napůl, když mi tam řve Bára. “
Povzbuzovaly mne (sestry)	„Jak jako, povzbuzovaly? ... Fandily mi?“
Řekly mi, co mohu v nemocnici dělat.	„Nevím, tomu nerozumím.“
4bodová Likertova škála	„Kolik jich mám škrtat, těch medvídků?“
Sestry mi pomáhaly s hygienou.	„Tomu nerozumím ... hygienou?“
Dívka, 11 let	
Délka dotazníku	„Mě z toho bolí ruka ... 60 otázek?? To bude psaní! Ježíš Maríá, tady je otázek ... mě se z toho motá hlava ... to je nepříjemný, já už nechci myslet, mě z toho úplně brní hlava.“
Sestry byly milé, laskavé	„Počkat. Sestry nebo i ta, co mě ubytovávala na tom pokoji? Ta nebyla moc milá.“
Soukromí	„Mluvily o mě nahlas před ostatníma dvěma holčičkami ... já jsem tam paní doktorce řekla, že chci na záchod a ona to tam řekla nahlas úplně: jo tak ty chceš na záchod? Já jsem se cítila trapně, to bylo nepříjemný, před těma dvěma holčičkami, oni byly starší.“
Poslechly si moje názory.	„Já nechci na operaci. To si poslechly dostkrát.“
4bodová Likertova škála	„Jak je mám zaškrtnout?“
V nemocnici byl dostatek možností dělat ruční práce.	„A co když máš zlomenou ruku?“

7.2 Obsahová validita české verze dotazníku CCQH

Polostrukturované rozhovory s experty

Názory expertů na dotazník se pohybovaly od pozitivního až po negativní hodnocení. Pozitivní hodnocení zahrnovalo zejména ocenění samotné myšlenky a důraz na nástroj

prevence profesionální deformace. Odborníci se vyjádřili, že mají zájem o názor dětí („*kteřé už nad sebou trochu přemýšlí*“). Negativní hodnocení zahrnovalo názory, že dotazník je pro malé děti příliš dlouhý a složitý (přičemž některé otázky se významem překrývají), obsahuje složité zadání otázek („*než dojdou na konec, zapomenou to*“), obtížně srozumitelné pojmy a některé položky neodpovídají kontextu české praxe, pokud se týče podmínek péče a kompetencí dětských sester. Položky zahrnující problematické oblasti uvádí Tabulka 5.

Tabulka 5 - Problematické oblasti dotazníku CCQH – názory expertů

Problematická oblast	Položky
Složité zadání otázek	26, 27, 28, 29, 40-58
Obtížně srozumitelné pojmy	6, 11, 14, 17, 19, 28, 31, 43, 48
Podmínky péče	9, 13, 15
Kompetence dětských sester	25, 36, 38, 39

Jako pro děti obtížně srozumitelné pojmy byly označeny zejména: kvalifikované sestry, upřímné sestry, soukromí, ruční práce, jednolůžkový pokoj, hygiena, moje názory a léčba. Jako položky problematické s ohledem na podmínky péče byly označeny: „9. Měl/a jsem sestru jen sám/sama pro sebe“ a „15. Dětské sestry si se mnou hrály“. Herní aktivity jsou důležitou součástí pediatrické péče, významnou roli zde mimo sester mají rodiče a herní specialistiky. Tato položka byla z tohoto důvodu zejména v rozhovorech s herními specialistkami hodnocena jako nedostatečná. Ale i v rozhovorech s ostatními odborníky byly vyjádřeny obavy ze špatné interpretace jejích výsledků („*Hráli si se mnou. To prostě nejde se takhle ptát. Mohl si hrát někdo jiný než sestry, nebo to dítě si nemohlo hrát.*“). U položky „13. Se sestrami byla legrace“ byla také vyjádřena obava nad špatnou interpretací („*Po operaci to není k popukání.*“). Jako problematické s ohledem na kompetence dětských sester byly identifikovány položky: „25. Sestry braly ohled na to, jaké jídlo mi chutná. 36. Sestry mi říkaly, jak dlouho budu v nemocnici. 38. Sestry mi říkaly, kdy budu moct jít zpátky do školy. 39. Sestry mi říkaly, kdy se budu moct zase věnovat svým zálibám.“ Analýza zjištěných výsledků poukázala na dvě základní kategorie fenoménů: technické aspekty (složité zadání otázek, 4bodová Likertova škála, délka dotazníku) a obsahovou stránku dotazníku (kompetence dětských sester, podmínky české péče, obtížně srozumitelné a abstraktní pojmy). Všichni odborníci se shodli, že dotazník je z výše uvedených důvodů v původní podobě pro malé děti v české klinické praxi spíše nevhodný.

Zde jsou uvedeny kódy označené problematické oblasti v kontextu plné transkripce rozhovorů (odpovědi odborníků napsány kurzívou):

Podmínky péče:

- Položka 15. *„Braly ohled na jídlo, které mi chutná, to je na přerformování. Jak může brát ohled někdo na jídlo, když mu řeknu, že má dietu, je po operaci a on chce hranolky a smažený sýr. Ano, můžu a dělám výběr, pokud to jde a snažím se, aby to dítě jedlo a domlouváme se už při přijetí, jestli vylučuje nějaké potraviny. Ano, zajímá mě, když to dítě nejí, ale brali ohled na to, že mi chutnají hranolky, palačinky, krupicová kaše? Tohle mi nedaly, takže ne. Ano, zajímá mě, jestli když to dítě nejí a má nějaký jídlo, který nemá v oblibě, jestli se mu vyhoví, ale na tuhle otázku se to nedozvím.“*

Kompetence dětských sester:

- *„Ale 36., 38., 39. není v kompetenci sester.“*

Obtížně srozumitelné pojmy:

- Kvalifikovanost (položka 11), upřímnost (položka 14). *„Tady to jsou prostě pojmy, který nevím, jestli sedmileté dítě za tím má stejný věci v tom výkladu jako jedenáctiletý.“*
- Položka 48. *„V nemocnici jsem měl/a svoje soukromí... Ano, já tomu rozumím, co myslíte, ale nejsem si jistá, že ty děti to pochopí.“*

Složité zadání otázky:

- Položka 54. *„Bál/a jsem se být v nemocnici sám.“ ... „Ano, sedmileté dítě se bude bát, ale když se ho budete ptát s odstupem tak ví, že to zvládlo a už to třeba úplně nepřizná. To samý ostatní věci.“* Položka 55. – 58. *„V nemocnici jsem se bál/a injekcí. V nemocnici jsem se bál/a sester. V nemocnici jsem se bál/a doktorů. V nemocnici jsem se bál/a bolesti. Většinou sedmileté dítě se bojí všeho, co je tady vyjmenovaný, ale co mi to řekne, co tím ovlivním, když ten výsledek budu mít.“*

Index obsahové validity

Strukturu hodnocení dle domén uvádí Tabulka 6 – Tabulka 8.

Tabulka 6 - Hlavní kategorie, subkategorie a položky dotazníku 10–14

Hlavní kategorie (A)	Subkategorie (B)	Položky dotazníku (C)
Charakteristiky	Lidskost	10. Sestry byly milé
	kompetentnost	11. Sestry byly kvalifikované (zkušené, šikovné)
	Lidskost	12. Sestry byly přátelské
	Smysl pro humor	13. Byla s nimi legrace

Hlavní kategorie (A)	Subkategorie (B)	Položky dotazníku (C)
	Důvěryhodnost	14. Sestry byly upřímné

Tabulka 7 - Hlavní kategorie, subkategorie a položky dotazníku 15–39

Hlavní kategorie (A)	Subkategorie (B)	Položky dotazníku (C)
Aktivity	Zábava	15. Sestry si se mnou hrály
	Zábava	16. Mluvily se mnou o zajímavých věcech
	Péče a komunikace	17. Chránily moje soukromí („můj prostor“)
	Péče a komunikace	18. Vyslechly mne
	Péče a komunikace	19. Poslechly si moje názory
	Péče a komunikace	20. Povzbuzovaly mne
	Péče a komunikace	21. Utěšovaly mne
	Podpora	22. Řekly mi, co mohu v nemocnici dělat
	Podpora	23. Povzbuzovaly mne, abych se zapojil do léčby
	Podpora	24. Staraly se o mne s mými rodiči
	Fyzická p. a léčba	25. Braly ohled na to, jaké jídlo mi chutná
	Fyzická p. a léčba	26. Pomáhaly mi při bolesti
	Fyzická p. a léčba	27. Pomáhaly mi při jídle
	Fyzická p. a léčba	28. Pomáhaly mi s hygienou
	Fyzická p. a léčba	29. Pomáhaly mi jít na WC
	Edukace	30. Říkaly mi, proč jsem v nemocnici
	Edukace	31. Říkaly mi o mé léčbě
	Edukace	32. Říkaly mi o mých lécích
	Edukace	33. Říkaly mi o léčebných postupech
	Edukace	34. Říkaly mi, co mohu jíst a pít
	Edukace	35. Říkaly mi, jak se mám v nemocnici chovat
	Edukace	36. Říkaly mi, jak dlouho budu v nemocnici
	Edukace	37. Říkaly mi, jak se o sebe mám starat doma
	Edukace	38. Říkaly mi, kdy budu moct jít zpátky do školy
	Edukace	39. Říkaly mi, kdy se budu zase věnovat zálibám

Tabulka 8 - Hlavní kategorie, subkategorie a položky dotazníku 40–58

Hlavní kategorie (A)	Subkategorie (B)	Položky dotazníku (C)
Prostředí	Fyzické prostředí	40. V nemocnici čas utíkal rychle
	Fyzické prostředí	41. V nemocnici bylo dost knih a časopisů
	Fyzické prostředí	42. V nemocnici bylo dost DVD a her
	Fyzické prostředí	43. V nem. bylo dostatek možností pro ruční práce
	Fyzické prostředí	44. V nemocnici bylo dost hraček
	Fyzické prostředí	45. V nem. byla vhodná místa pro rodinu/kamarády
	Fyzické prostředí	46. Můj pobyt v nemocnici byl příjemný a pohodlný
	Fyzické prostředí	47. Najít záchody a herny bylo jednoduché
	Sociální prostředí	48. V nemocnici jsem měl/a soukromí
	Sociální prostředí	49. Moji rodiče mohly být v nemocnici u mne
	Sociální prostředí	50. Moje rodina mě mohla v nemocnici navštěvovat
	Sociální prostředí	51. Moji přátelé mě mohli v nemocnici navštěvovat
	Sociální prostředí	52. Sestry mi v nemocnici dělaly společnost
	Sociální prostředí	53. Ostatní děti mi v nemocnici dělaly společnost
	Emoční prostředí	54. Bá/a jsem se být v nemocnici sám
	Emoční prostředí	55. V nemocnici jsem se bál/a injekcí
	Emoční prostředí	56. V nemocnici jsem se bál/a sester
	Emoční prostředí	57. V nemocnici jsem se bál/a doktorů
	Emoční prostředí	58. V nemocnici jsem se bál/a bolesti

Výsledky na základě metodiky výpočtu indexu obsahové validity (CVI) v první hlavní kategorii „charakteristiky“ (doména 1), ukázaly položku 14. „Moje sestry byly upřímné“ jako nedostatečně relevantní (0,66) k subkategorii „důvěryhodnost“. Průměrný index obsahové validity (S-CVI/Ave), měl hodnoty více než 0,90. Podrobně výsledky zobrazuje Tabulka 9 (nízké hodnocení je označeno **tučným písmem**).

Tabulka 9 - Index obsahové validity – doména 1

Hlavní kategorie (A)	Subkategorie (B)	Položky (C)	Relevance "C" k "B"	Relevance "B" k "A"	Relevance "B" ke kvalita péče
Charakteristiky	Lidskost	10	1	1	1
	Kompetentnost	11	1	1	1
	Lidskost	12	1	1	1
	Smysl pro humor	13	1	1	0,83
	Důvěryhodnost	14	0,66	1	1
CVI/AVE			0,93	1	0,97

S-CVI/AVE – scale content validity index/averaging method

Výsledky měření v hlavní kategorii „aktivity“ (doména 2) ukázaly nízkou relevanci subkategorie „zábava“ ke kvalitě péče (0,66). Stejnou hodnotu ukazuje hodnocení odborníků, týkající se položky 17. „Dětské sestry chránily moje soukromí“ k subkategorii „péče a komunikace“ (0,66). Nejnížší relevanci označili odborníci u položek „36. „Sestry mi říkaly, jak dlouho budu v nemocnici, 38. Sestry mi říkaly, kdy budu moc jít zpátky do školy a 39. „Sestry mi říkaly, kdy se budu moc zase věnovat svým zálibám“ ve vztahu k subkategorii „edukace“ (0,5). V případě jmenovaných položek 36., 38. a 39. byla rovněž nízkou relevancí označena subkategorie „edukace“ k hlavní kategorii „aktivity sester“ (0,66 a 0,75). Celkově se nízké hodnocení položek k subkategoriím odrazilo i na nízkém průměrném indexu obsahové validity (S-CVI/Ave), spočítaném pro celou hlavní kategorii (0,89). Podrobně výsledky zobrazuje Tabulka 10 (nízké hodnocení je označeno **tučným písmem**).

Tabulka 10 - Index obsahové validity – doména 2

Hlavní kategorie (A)	Subkategorie (B)	Položky (C)	Relevance "C" k "B"	Relevance "B" k "A"	Relevance "B" ke kvalita péče
Aktivity	Zábava	15	0,83	0,83	0,66
	Zábava	16	1	1	1
	P. a komunikace	17	0,66	0,83	0,83
	P. a komunikace	18	1	1	1
	P. a komunikace	19	1	1	1
	P. a komunikace	20	1	1	1
	P. a komunikace	21	1	1	1
	Podpora	22	1	1	1
	Podpora	23	1	1	1
	Podpora	24	1	1	1
	Fyzická p. a léčba	25	0,83	1	1
	Fyzická p. a léčba	26	1	1	1
	Fyzická p. a léčba	27	1	1	1

Hlavní kategorie (A)	Subkategorie (B)	Položky (C)	Relevance "C" k "B"	Relevance "B" k "A"	Relevance "B" ke kvalita péče
	Fyzická p. a léčba	28	1	1	1
	Fyzická p. a léčba	29	1	1	1
	Edukace	30	1	1	1
	Edukace	31	0,83	1	1
	Edukace	32	1	1	0,83
	Edukace	33	0,83	1	1
	Edukace	34	1	1	1
	Edukace	35	1	1	1
	Edukace	36	0,50	0,83	0,66
	Edukace	37	0,83	1	0,83
	Edukace	38	0,50	0,83	0,66
	Edukace	39	0,50	0,83	0,75
CVI/AVE			0,89	0,97	0,93

S-CVI/AVE – scale content validity index/averaging method

Výsledky měření na základě metodiky CVI v hlavní kategorii „prostředí“ (doména 3) ukazují nízkou relevanci položky 40. „V nemocnici čas utíkal rychle“ k subkategorii „fyzické prostředí“ (0,5). Další položka označena nízkou relevancí k subkategorii „fyzické prostředí“, byla položka 46. „Můj pobyt v nemocnici byl příjemný a pohodlný“ (0,66). I zde se nízké hodnocení položek k subkategorii odrazilo na nízkém průměrném indexu obsahové validity (S-CVI/Ave) spočítaném pro celou hlavní kategorii (0,88). Podrobně výsledky zobrazuje Tabulka 11 (nízké hodnocení je označeno **tučným písmem**).

Tabulka 11 - Index obsahové validity – doména 3

Hlavní kategorie (A)	Subkategorie (B)	Položky (C)	Relevance "C" k "B"	Relevance "B" k "A"	Relevance "B" ke kvalita péče
Prostředí	Fyzické prostředí	40	0,50	0,83	0,83
	Fyzické prostředí	41	1	1	1
	Fyzické prostředí	42	1	1	1
	Fyzické prostředí	43	0,83	0,83	0,83
	Fyzické prostředí	44	1	1	1
	Fyzické prostředí	45	1	1	1
	Fyzické prostředí	46	0,66	1	1
	Fyzické prostředí	47	1	1	1
	Sociální prostředí	48	1	1	0,83
	Sociální prostředí	49	1	1	1
	Sociální prostředí	50	1	1	1
	Sociální prostředí	51	1	1	1
	Sociální prostředí	52	0,83	1	0,83

Hlavní (A)	kategorie	Subkategorie (B)	Položky (C)	Relevance "C" k "B"	Relevance "B" k "A"	Relevance "B" ke kvalita péče
		Sociální prostředí	53	0,83	1	0,83
		Emoční prostředí	54	0,83	0,83	0,83
		Emoční prostředí	55	0,83	0,83	0,83
		Emoční prostředí	56	0,83	0,83	1
		Emoční prostředí	57	0,83	0,83	1
		Emoční prostředí	58	0,83	0,83	1
CVI/AVE				0,88	0,94	0,94

S-CVI/AVE – scale content validity index/averaging method

7.3 Reliabilita a konstruktová validita české verze dotazníku CCQH

Fáze 1

Reliabilita české verze nástroje CCQH, hodnocená pomocí výpočtu Cronbachova koeficientu alfa, měla hodnotu 0,88. Přičemž doména „charakteristiky sester“ (5 položek) měla hodnotu 0,81. Doména „aktivity sester“ (21 položek) měla hodnotu 0,85. Doména „prostředí“ (19 položek) měla hodnotu 0,95. Interní konzistenci nástroje lze hodnotit jako dostačující.

Konzistence dat byla dále hodnocena testem shody (Studentův *t*-test). Porovnáním dvou vybraných oddělení (chirurgický a nechirurgický typ), respondentů dle pohlaví a věku (7–8 a 9–11) nebyly v našem souboru respondentů zjištěny statisticky významné rozdíly ($\alpha = 5\%$).

Podrobné výsledky testování shody jsou uvedeny v Příloze G. V doméně „charakteristiky sester“ uvádí výsledky shodu dle oddělení, dle pohlaví respondentů a dle věku (7–8 let a 9–11 let). V doméně „aktivity sester“ uvádí výsledky také shodu dle oddělení, dle pohlaví respondentů a dle věku (7–8 let a 9–11 let). V doméně „prostředí“, ukázaly výsledky rovněž shodu dle oddělení a pohlaví, avšak v případě testování dle věku ukázal F-test různý rozptyl a z tohoto důvodu bylo nutné použít v navazujícím testování dvouvýběrový *t*-test s nerovností rozptylů, jehož výsledky následně ukázaly nevýznamný rozdíl v souborech.

Tabulka 12 a Tabulka 13 uvádí analýzu položek 10–58. Korelací položek zde byly zjišťovány jejich vztahy. Na základě analýzy skupin otázek s vysokou korelací (označeny **tučně**) bylo zjištěno, že spíše než o vztazích ve smyslu vysvětlitelných korelací (závislostí), můžeme hovořit o míře shody v odpovědích („Dětské sestry: 21. utěšovaly mne; 22. řekly mi, co mohu v nemocnici dělat; 23. povzbuzovaly mne, abych se zapojil do léčby; 37. Sestry mi říkaly, jak se mám o sebe starat; 38. Sestry mi říkaly, kdy budu moc jít zpátky domů; Sestry mi říkaly,

kdy se budu moct zase věnovat svým zálibám“). Metoda Analýzy hlavních komponent (PCA) ukázala nízkou variabilitu (komunalita h^2 popisuje míru společné variability pro i -tý sloupec) a modelovací sílu dotazníku (modelovací síla MS popisuje příspěvek i -tého sloupce zdrojové matice k vysvětlení variability zdrojové matice pomocí latentních proměnných). Vysvětlená variabilita pro první latentní proměnnou byla 9,3 % a pro druhou latentní proměnnou byla 19,3 %. Celkem pro první a druhou latentní proměnnou činila 28,6 %.

Prakticky to znamená, že nebyla prokázána dostatečná citlivost dotazníku na sledované jevy.

Tabulka 12 - Analýza položek – výstupy metody PCA pro 1. latentní proměnnou

Otázka číslo	Počet odpovědí n	Směrodatná odchylka s	Korelační koeficient $R(r)$	Komunalita h^2	Modelovací síla MS
10	74	8.209E-01	0.5791	0.3354	0.179
11	73	9.841E-01	0.2122	0.0450	0.016
12	76	9.627E-01	0.2925	0.0855	0.037
13	75	9.043E-01	0.4396	0.1933	0.096
14	74	9.314E-01	0.3801	0.1444	0.069
15	75	9.396E-01	0.3592	0.1290	0.060
16	76	9.076E-01	0.4326	0.1872	0.092
17	73	8.068E-01	0.5984	0.3581	0.193
18	74	8.616E-01	0.5175	0.2678	0.138
19	72	8.575E-01	0.5245	0.2751	0.143
20	74	8.084E-01	0.5962	0.3554	0.192
21	73	7.438E-01	0.6741	0.4544	0.256
22	72	7.543E-01	0.6627	0.4391	0.246
23	73	7.592E-01	0.6570	0.4317	0.241
24	74	9.237E-01	0.3982	0.1586	0.076
25	75	8.464E-01	0.5415	0.2933	0.154
26	73	1.007E+00	0.0011	0.0000	0.000
27	74	1.007E+00	0.0225	0.0005	0.000
28	73	1.007E+00	0.0235	0.0006	0.000
29	74	9.996E-01	0.1205	0.0145	0.000
30	73	8.485E-01	0.5385	0.2900	0.151
31	70	8.079E-01	0.5973	0.3567	0.192
32	71	8.040E-01	0.6024	0.3628	0.196
33	73	8.265E-01	0.5714	0.3264	0.174
34	73	8.280E-01	0.5691	0.3239	0.172
35	72	8.691E-01	0.5052	0.2552	0.131
36	73	9.403E-01	0.3578	0.1280	0.060
37	69	7.576E-01	0.6591	0.4344	0.242
38	69	7.934E-01	0.6163	0.3798	0.207
39	70	7.480E-01	0.6697	0.4485	0.252
40	74	9.018E-01	0.4449	0.1979	0.098
41	74	9.673E-01	0.2779	0.0772	0.033
42	74	8.860E-01	0.4752	0.2258	0.114
43	71	8.676E-01	0.5080	0.2581	0.132
44	74	9.725E-01	0.2591	0.0671	0.027
45	72	9.218E-01	0.4027	0.1622	0.078

Otázka <i>číslo</i>	Počet odpovědí <i>n</i>	Směrodatná odchylka <i>s</i>	Korelační koeficient <i>R(r)</i>	Komunalita <i>h2</i>	Modelovací síla <i>MS</i>
46	74	9.096E-01	0.4289	0.1839	0.090
47	74	9.556E-01	0.3151	0.0993	0.044
48	74	8.164E-01	0.5854	0.3427	0.184
49	76	9.470E-01	0.3395	0.1152	0.053
50	69	9.709E-01	0.2668	0.0712	0.029
51	69	9.742E-01	0.2547	0.0649	0.026
52	74	9.863E-01	0.2012	0.0405	0.014
53	74	9.744E-01	0.2520	0.0635	0.026
54	74	1.005E+00	0.0654	0.0043	0.000
55	73	9.992E-01	0.1246	0.0155	0.001
56	70	1.007E+00	0.0268	0.0007	0.000
57	71	9.899E-01	0.1844	0.0340	0.010
58	73	1.007E+00	0.0115	0.0001	0.000

Tabulka 13 - Analýza položek – výstupy metody PCA pro 2. latentní proměnnou

Otázka <i>číslo</i>	Počet odpovědí <i>n</i>	Směrodatná odchylka <i>s</i>	Korelační koeficient <i>R(r)</i>	Komunalita <i>h2</i>	Modelovací síla <i>MS</i>
10	74	8.243E-01	0.5823	0.3391	0.176
11	73	9.072E-01	0.4470	0.1998	0.093
12	76	9.166E-01	0.4268	0.1822	0.083
13	75	9.004E-01	0.4596	0.2113	0.100
14	74	8.990E-01	0.4625	0.2139	0.101
15	75	9.288E-01	0.4008	0.1607	0.071
16	76	9.137E-01	0.4329	0.1874	0.086
17	73	7.698E-01	0.6510	0.4239	0.230
18	74	8.205E-01	0.5876	0.3452	0.180
19	72	8.516E-01	0.5434	0.2953	0.148
20	74	7.997E-01	0.6148	0.3780	0.200
21	73	7.401E-01	0.6837	0.4675	0.260
22	72	7.425E-01	0.6813	0.4642	0.257
23	73	7.583E-01	0.6640	0.4409	0.242
24	74	9.300E-01	0.3986	0.1589	0.070
25	75	8.413E-01	0.5580	0.3113	0.159
26	73	9.204E-01	0.4199	0.1763	0.080
27	74	8.730E-01	0.5086	0.2587	0.127
28	73	8.777E-01	0.5010	0.2510	0.122
29	74	9.214E-01	0.4174	0.1742	0.079
30	73	8.108E-01	0.6007	0.3609	0.189
31	70	7.964E-01	0.6198	0.3842	0.204
32	71	7.859E-01	0.6325	0.4000	0.214
33	73	8.054E-01	0.6078	0.3694	0.195
34	73	8.209E-01	0.5873	0.3449	0.179
35	72	8.542E-01	0.5394	0.2909	0.146
36	73	9.161E-01	0.4289	0.1840	0.084
37	69	7.597E-01	0.6632	0.4399	0.240
38	69	7.994E-01	0.6163	0.3798	0.201
39	70	7.526E-01	0.6709	0.4501	0.247

Otázka číslo	Počet odpovědí <i>n</i>	Směrodatná odchylka <i>s</i>	Korelační koeficient <i>R(r)</i>	Komunalita <i>h2</i>	Modelovací síla <i>MS</i>
40	74	8.541E-01	0.5390	0.2905	0.146
41	74	8.916E-01	0.4762	0.2268	0.108
42	74	8.458E-01	0.5516	0.3042	0.154
43	71	8.336E-01	0.5701	0.3250	0.166
44	74	7.262E-01	0.6979	0.4871	0.274
45	72	7.737E-01	0.6468	0.4183	0.226
46	74	8.189E-01	0.5897	0.3477	0.181
47	74	8.509E-01	0.5439	0.2958	0.149
48	74	6.919E-01	0.7310	0.5343	0.308
49	76	8.188E-01	0.5895	0.3475	0.181
50	69	7.989E-01	0.6169	0.3806	0.201
51	69	8.673E-01	0.5196	0.2700	0.133
52	74	8.816E-01	0.4940	0.2441	0.118
53	74	9.326E-01	0.3924	0.1540	0.067
54	74	9.834E-01	0.2437	0.0594	0.017
55	73	9.964E-01	0.1867	0.0348	0.004
56	70	1.010E+00	0.0937	0.0088	0.000
57	71	9.908E-01	0.2153	0.0464	0.009
58	73	9.969E-01	0.1838	0.0338	0.003

Fáze 2

Dotazník vyplnilo celkem 239 respondentů. Z analýz bylo vyřazeno 15 dotazníků dětí (6,3 %), které odpověděly na méně než 39 položek ($\cong 80$ %). Finální vzorek pro statistické analýzy tvořilo 224 respondentů. Výzkumný vzorek tvořilo 119 chlapců (53,1 %) a 105 dívek (46,9 %). Věkové rozpětí respondentů bylo od 7 do 11 let ($M = 8,91$; $SD = 1,45$). Tabulka 14 uvádí základní charakteristiky výzkumného souboru fáze 2.

Tabulka 14 - Charakteristika výzkumného vzorku ($n = 224$)

Charakteristiky	n	%
Pohlaví		
Chlapec	119	53,1
Dívka	105	46,9
Věk		
7–8 let	91	40,6
9–11 let	133	59,4
Délka pobytu (počet nocí)		
0	1	0,4
1	23	10,3
2	81	36,2
3	51	22,8
4	20	8,9

Charakteristiky	n	%
5	47	21
6	1	0,4

n – absolutní počet respondentů, % - relativní počet respondentů

Před statistickou analýzou dat byly rekódovány reverzní položky tak, aby vždy nižší hodnota značila vyšší spokojenost s poskytovanou zdravotnickou péčí (lepší známku). Jako chybějící hodnoty byly rekódovány možnosti položek (odpovědi respondentů), které značily nemožnost zhodnotit spokojenost s danou oblastí pediatrické péče. Jednalo se o položky 15 a 16 (respondenti vytvořily čtvrtou variantu „učitelka” v odpovědi na otázky týkající se zábavných aktivit se sestrou), položky 26–29 (respondenti volili nejčastěji možnost „4 - nebylo třeba” u položek zaměřených na pomoc sester s hygienou, jídlem, toaletou a bolestí) a u rekódovaných položek: 45, 50 a 51 (z důvodu chřipkové epidemie v odpovědi „zákaz návštěv”).

Dotazník se skládá ze tří domén. V prvních dvou doménách („charakteristiky dětských sester“; aktivity dětských sester“) respondenti odpovídali na třibodové škále, kde hodnota 1 značila „vždycky”, hodnota 2 „občas” a hodnota 3 „vůbec” (pozitivní hodnocení značilo „vždycky“). Každá hodnota byla v dotazníku reprezentována „smajlíkem“, aby bylo pro děti snazší odpovídat. V doméně „prostředí“ respondenti odpovídaly na čtyřbodové škále pomocí škrtnutí medvídků. Jeden přeškrtnutý medvídek značil možnost „úplně nesouhlasím”, dva „částečně nesouhlasím”, tři „částečně souhlasím” a čtyři „úplně souhlasím” (pozitivní hodnocení značilo „úplně souhlasím“, s výjimkou položek 54–58).

Souhrn výsledků položek 10–58 dle četností odpovědí respondentů

Tabulky četností odpovědí respondentů, týkající se položek 10–58 obsahuje Příloha H. Souhrn výsledků vychází z dat výzkumného souboru o velikosti $n = 224$. V doméně „charakteristiky dětských sester“ (položka 10–14) převažovalo pozitivní hodnocení. Označení možnosti „vždycky“ se vyskytovalo v tomto pořadí: položka 10. „Sestry byly milé, laskavé“ (97 %), 14. „Sestry byly upřímné“ (94 %), 12. „Sestry byly přátelské“ (93 %), 11. „Sestry byly kvalifikované (zkušené, šikovné)“ (87 %). Nejnižší počet kladných hodnocení byl uveden u položky 13. „Byla s nimi legrace“ (78 %). Pouze v jednom případě byla zvolena možnost hodnocení „nikdy“, zbývající hodnocení zahrnovalo možnost „občas“. Subkategorie „lidskost“ a „důvěryhodnost“ tak byly respondenty lépe hodnoceny nežli subkategorie „kompetentnost“ a „smysl pro humor“.

V doméně „aktivity dětských sester“ (položky 15–25) data z našeho výzkumného souboru ($n = 224$) opět ukazovala převážně pozitivní hodnocení. Nejčastěji se hodnocení „vždycky“

vyskytovalo u položek: 18. „Vyslechly mne“ (90 %), 20. „Povzbuzovaly mě“ (89 %), 19. „Poslechly si moje názory“ (86 %), 21. „Utěšovaly mne“ (82 %), 22. „Řekly mi, co mohu v nemocnici dělat“ (79 %), 17. „Chránily moje soukromí, můj prostor“ (79 %), 23. „Povzbuzovaly mne, abych se zapojil do léčby“ (76 %), 24. „Staraly se o mne s mými rodiči“ (63 %), 25. „Braly ohled na to, jaké jídlo mi chutná“ (58 %), 16. „Mluvily se mnou o zajímavých věcech“ (55 %) a 15. „Sestry si se mnou hrály“ (24 %). Poslední dvě položky byly autorkou originálního dotazníku zařazené do subkategorie „zábava“ (viz Tabulka 7). Položka 15. „Sestry si se mnou hrály“ měla současně nejvyšší frekvenci negativního hodnocení (možnost „nikdy“ označilo 52 % respondentů), druhá v pořadí nejhůře hodnocená byla položka 25. „Braly ohled na to, jaké jídlo mi chutná“ (možnost „nikdy“ označilo 25 % respondentů). U ostatních položek se vyskytovalo méně než 10 % negativních odpovědí „nikdy“. Naopak čtyři nejlepší hodnocení byla označena u položek shodně zařazených do subkategorie „péče a komunikace“.

Položky 26–29 zjišťovaly pomoc sester při bolesti, jídle, hygieně a WC. Společným výrazným prvkem těchto položek bylo velké množství chybějících/missing odpovědí. Dle frekvence se nejčastěji vyskytovaly u položky 27. „Sestry mi pomáhaly při jídle/nepotřeboval/a jsem pomoc při jídle“ (83 %). Následovaly položky 28. „Sestry mi pomáhaly s hygienou/nepotřeboval/a jsem pomoc s hygienou“ (70 %), 29. „Sestry mi pomáhaly jít na WC/nepotřeboval/a jsem pomoc jít na WC“ (59 %) a 26. „Sestry mi pomáhaly při bolesti/neměl/a jsem bolesti“ (37 %).

Položky 30–39 zjišťovaly, kolik informací dětské sestry dětem dávaly. Autorkou originálního dotazníku byly zařazené do subkategorie „edukace“. Data z výzkumného souboru (n = 224) opět uváděla převážně pozitivní hodnocení. Dle frekvence byl nejčastěji dostatek informací označen respondenty u položky 31. „Sestry mi říkaly o mé léčbě“ (89 %) a č. 34. Sestry mi říkaly, co mohu jíst a pít (89 %). Následovaly položky 30. „Sestry mi říkaly o tom, proč jsem v nemocnici“ (79 %), 33. „Sestry mi říkaly o léčebných postupech, například o vyšetření“ (77 %), 35. „Sestry mi říkaly o tom, jak se v nemocnici mám chovat“ (76 %), 32. „Sestry mi říkaly o mých lécích“ (74 %), 36. „Sestry mi říkaly, jak dlouho budu v nemocnici“ (57 %), 37. „Sestry mi říkaly, jak se o sebe mám starat doma“ (50 %), 39. „Sestry mi říkaly, kdy se budu moct zase věnovat svým zálibám“ (46 %) a 38. „Sestry mi říkaly, kdy budu moct jít zpátky do školy“ (45 %). Položky 37–39 obsahovaly pozitivní hodnocení pouze v případě 50 % a méně respondentů. Respondenti zde naopak častěji volili možnost „nedostatek

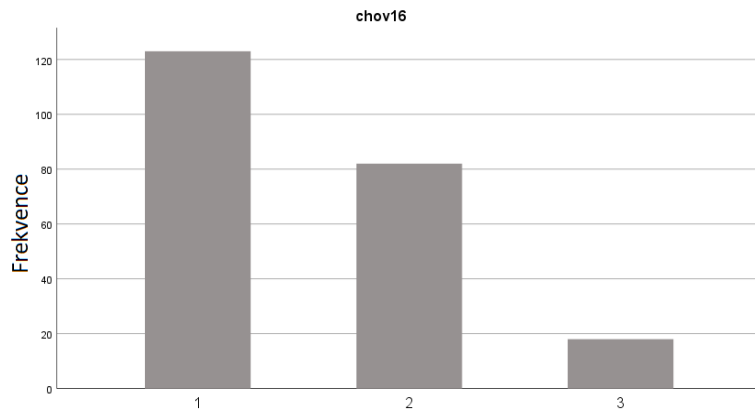
informací“. A to nejčastěji u položky 39 (36 %), následovala 38 (37 %) a 37 (33 %). Všechny tři položky zjišťovaly edukaci, týkající se období po ukončení hospitalizace.

Poslední soubor položek dotazníku zahrnuje doménu „prostředí“ (fyzické, sociální a emoční) a obsahoval položky 40–58. Specifikem této oblasti je hodnocení pomocí 4bodové Likertovy škály (úplný souhlas, částečný souhlas, částečný nesouhlas, úplný nesouhlas) oproti 3bodové u předchozích položek. Analýza výsledků dle tabulek četností (Příloha H) ukazuje, že respondenti v této doméně volili nejčastěji krajní možnosti, což nejlépe zobrazují grafy distribuce odpovědí (Příloha I). Výsledky ukázaly, že více než 50 % respondentů označilo jedno nebo druhé kladné hodnocení nejčastěji v subkategorii „sociální prostředí“ (položky 48, 51, 52 a 53), následovaly položky subkategorie „fyzické prostředí“ (položky 40, 45 a 47) a subkategorie emoční prostředí (položky 54 a 55). Nejlepší hodnocení bylo zjištěno u položky 53. „Ostatní nemocné děti mi v nemocnici dělaly společnost“, kde kladné odpovědi uvedlo 63 % respondentů. Položky 54. „Bál/a jsem se být v nemocnici sám“ a 55. „V nemocnici jsem se bál/a injekcí“ označil kladným hodnocením stejný počet respondentů (59 %). Třetí v pořadí kladných výsledků se týkal položky 45. „V nemocnici byla vhodná místa, kde jsem mohl/a být s mojí rodinou a kamarády“ (58 %). Následovala položka 40. „V nemocnici čas utíkal rychle“ (52 %). Stejný počet respondentů označil kladně odpovědi u položek 47. „Najít záchody a herny bylo jednoduché“, 48. „V nemocnici jsem měl/a svoje soukromí“ a 52. „Sestry mi v nemocnici dělaly společnost“ (51 %). Položku 51. „Moji přátelé mne mohli v nemocnici navštěvovat“ označilo kladně 50 % respondentů. Následují položky s méně než 50 % kladných odpovědí: 43. „V nemocnici byl dostatek možností dělat ruční práce“ a 57. „V nemocnici jsem se bál/a doktorů“ (48 %), 46. „Můj pobyt v nemocnici byl příjemný a pohodlný“ (47 %), 56. „V nemocnici jsem se bál/a sester“ (46 %), 42. „V nemocnici bylo dost DVD a her“ (45 %), 44. „V nemocnici bylo dost hraček“ (43 %), 49. „Moji rodiče mohli být v nemocnici u mne“ a 58. „V nemocnici jsem se bál/a bolesti“ (42 %). Položky 41. „V nemocnici bylo dost knih a časopisů“ a 50. „Moje rodina mne mohla v nemocnici navštěvovat“ označilo kladným hodnocením nejméně respondentů (41 %).

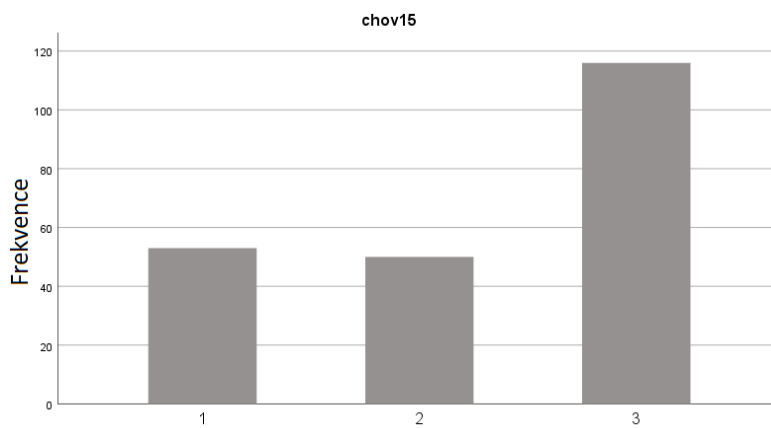
Analýzy výsledků dle distribuce odpovědí

Grafy distribuce odpovědí (Příloha I) ukázaly, že v prvních dvou doménách děti volily nejčastěji (29 položek) možnost 1 = “vždycky” (Obrázek 2). Pouze položka 15. „Dětské sestry si se mnou hrály“ vykazovala opačný trend (Obrázek 3). U třetí domény „prostředí“,

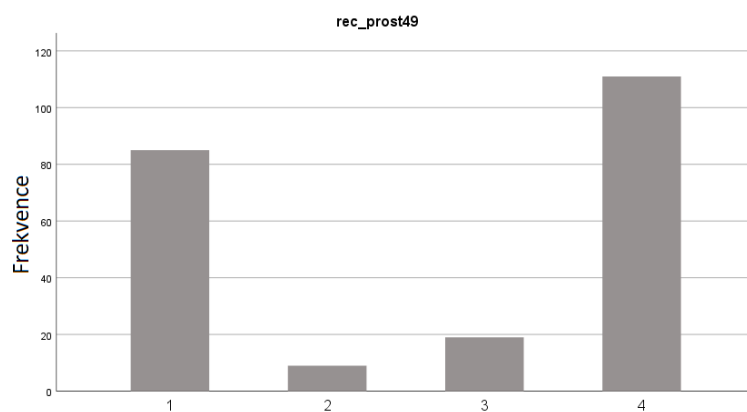
děti nejčastěji, a to ve všech otázkách (celkem 19 položek), zaškrtovaly buďto jednoho nebo čtyři medvídky (Obrázek 4):



Obrázek 2 - Analýza výsledků dle distribuce odpovědí – domény 1, 2



Obrázek 3 - Analýza výsledků dle distribuce odpovědí – položka 15



Obrázek 4 - Analýza výsledků dle distribuce odpovědí – doména 3

T-test

Za účelem analýzy dat na podkladě poznatků vývojové psychologie byli respondenti rozděleni do skupin dle věku. Vzhledem k vývojovým specifickým bylo zjišťováno, jestli je rozdíl mezi 7–8letými a 9–11letými dětmi. Bylo žádoucí, aby variabilita ve výsledcích byla způsobena rozdílnou spokojeností s kvalitou péče nikoli věkem dítěte. Pro zjištění rozdílnosti mezi mladšími (věk 7–8, $n = 91$) a staršími dětmi (věk 9–11; $n = 133$) byl ve spolupráci se statistikem aplikován dvouvýběrový t -test.

Z důvodu použití jiné škály (čtyřbodové) ve třetí doméně „prostředí“, která se jeví pro děti více náročná (viz výsledky kvalitativních dat), bylo nutno očekávat vliv tzv. odpověďových procesů. T -testy byly tudíž založeny vždy na skórech z domén se stejnou škálou.

Byl vypočítán sumační skór pro doménu 1 a 2 („charakteristiky“ a „aktivity“), kde respondenti odpovídaly na třibodové škále a zvláště skór pro doménu 3 („prostředí“) s čtyřbodovou škálou. Na základě výsledků Levenova testu homogenity rozptylů (Tabulka 15) byl pro skóry z domény 1+2 zvolen dvouvýběrový t -test s rovností rozptylů a pro skóry z domény 3 dvouvýběrový t -test s nerovností rozptylů. V obou případech byl patrný rozdíl mezi dvěma věkovými skupinami na zvolené 5% hladině významnosti. U položek na třibodové škále byl rozdíl významnější ($t(222) = -3,857$, $p < 0,001$, $d = -0,525$) než na čtyřbodové škále ($t(176) = 2,016$, $p = 0,045$, $d = 0,281$). Výsledky t -testů ukázaly rozdílnost v hodnocení pediatrické péče na základě věku dítěte. Efekt věku byl pro dva typy škály opačný (Tabulka 16).

Tabulka 15 - Dvouvýběrový t -test

Doména	Levenův test				95% CI		
	F	p	t	df	p2	lower	upper
doména 1+2*	1,974	0,161	-3,857	222	0	-6,477	-2,096
doména 3**	7,034	0,009	2,016	176	0,045	0,106	0,989

* dvouvýběrový t -test s rovností rozptylů; ** dvouvýběrový t -test s nerovností rozptylů

Tabulka 16 - Hodnocení péče na základě věku

Věk	$m_{\text{doména 1+2}}$	$m_{\text{doména 3}}$
7-8 let	34,879	50,604
9-11 let	39,165	45,556

m – průměr

V případě tříbodové škály hodnotily mladší děti pediatrickou péči lépe než děti starší, v případě čtyřbodové škály tomu bylo naopak. Tyto výsledky potvrzují možný vliv rozdílných „odpověďových procesů“. Použití různých škál v jednom nástroji pravděpodobně způsobilo větší zátěž na kognitivní zpracování dětí. Položky se škrtnutím medvídků jsou náročnější na pochopení principu zaškrtnutí odpovědi a děti na ně i s pomocí dospělých odpovídaly jinak než na položky s tříbodovou škálou. Přejít mezi jednotlivými škálami navíc vyžadoval „mentální rotaci“, ve které již nestačilo pouze zakroužkovat jednoho „smajlíka“, ale škrtnout určitý počet medvídků. Vizually se u prvních dvou domén souhlasné odpovědi (pozitivní hodnocení) vyskytovaly na levé straně škály, kdežto u medvídků na pravé straně škály. V doméně „prostředí“ děti totiž musely zaškrtnout při naprosté spokojenosti všechny čtyři medvídky, což vyžadovalo přechod z levé do pravé části Likertovy škály (Příloha F). V doméně „prostředí“ děti odpovídaly i na položky týkající se strachu ze samoty, injekcí, sester, lékařů a bolesti. Zde naopak více přeškrtnutých medvídků značilo větší strach, a tudíž menší spokojenost s pediatrickou péčí.

Zvýšené nároky na kognitivní zpracování dětí, způsobené užitím dvou různých škál v rámci jednoho dotazníku, ovlivnily výsledky a možnost interpretace následných analýz.

Reliabilita

Reliabilita české verze nástroje CCQH (45 položek) hodnocená prostřednictvím výpočtu Cronbachova koeficientu alfa měla hodnotu 0,912 s $95\%CI$ [0,897–0,925]. V případě hodnocení jednotlivých domén měla nízkou hodnotu doména s nejméně položkami. Doména „charakteristiky“ (5 položek) měla hodnotu 0,463 s $95\%CI$ [0,352–0,559]. Doména „aktivity“ (21 položek) měla hodnotu 0,868 s $95\%CI$ [0,843–0,889] a doména „prostředí“ (19 položek) měla hodnotu 0,943 s $95\%CI$ [0,933–0,953]. Interní konzistenci nástroje jako celku lze hodnotit jako dostačující.

Detailní výsledky položkové analýzy obsahuje Příloha J. Hodnoty směrodatné odchylky (SD), vyjadřující míru variability souboru, se v případě tříbodové Likertovy škály v první doméně „charakteristiky“ pohybovaly v rozmezí 0,16 – 0,42. Ve druhé doméně „aktivity“ v rozmezí 0,37 – 0,91. A v doméně „prostředí“ se čtyřbodovou Likertovou škálou byly hodnoty v rozmezí 1,21 – 1,43. V rámci domény „prostředí“ se jako problematické jeví položky 54. „Bál jsem se být v nemocnici sám“ a 55. „V nemocnici jsem se bál injekcí“. Tyto položky měly nízké hodnoty korigované korelace oproti předcházejícím položkám zařazeným v doméně ($r = 0,08$ a $0,12$). Položky byly první dvě v subkategorii emoční prostředí, jež

vyžadovaly v případě souhlasu dítěte s tvrzením v této doméně změnit hodnocení v označení počtu medvídků, tedy výše uvedenou mentální rotaci škály.

Pro analytické zpracování v rámci faktorové analýzy byly problematické položky týkající se potřeby pomoci sester (26. – 29.), v nichž bylo nejvíce chybějících hodnot (Tabulka 17) u zbylých položek bylo vždy dostupných alespoň 218 hodnot.

Tabulka 17 - Chybějící hodnoty u položek 26. – 29.

Položky	26	27	28	29
Platné	141	38	67	92
Chybějící	83	186	157	132

Položky týkající se potřeby pomoci (26–29) byly vyhodnoceny jako pro náš vzorek nerelevantní, neboť ve třech z nich většina dětí danou zkušenost nezažila a pomoc sester tedy nemohla ovlivnit jejich spokojenost. Vzhledem k vysokému množství chybějících hodnot byly položky pomoci pro další analýzy vyřazeny.

Faktorová analýza

Inspekce korelační matice a korelační heatmapy (Příloha K) ukázala na významnější vztahy v rámci domény „prostředí“ a „aktivity“.

U domény „prostředí“ byly u položek 54. „Bál jsem se být v nemocnici sám“ a 55. „V nemocnici jsem se bál injekcí“ pozorovány negativní či nesignifikantní korelace s předešlými položkami.

Pro ověření vhodnosti položek dotazníku spokojenosti s pediatrickou péčí byla využita **explorační faktorová analýza**.

Nejprve byla provedena kontrola předpokladů pro faktorovou analýzu. Bartlettův test sféricity vyšel signifikantní na zvolené 5% hladině významnosti ($\chi^2 = 8444,842$; $df = 990$; $p < 0,001$). Hodnota Kaiser–Meyer–Olkin míry potvrdila adekvátnost pro faktorovou analýzu ($MSA = 0,809$). Podrobně výsledky uvádí Tabulka 18.

Tabulka 18 - Kaiser-Meyer-Olkin test

Položka	MSA	Položka	MSA
char10	0.517	inf37	0.865
char11	0.457	inf38	0.791
char12	0.465	inf39	0.779
char13	0.800	rec_prost40	0.802
char14	0.501	rec_prost41	0.872
chov15	0.904	rec_prost42	0.838
chov16	0.748	rec_prost43	0.818
chov17	0.555	rec_prost44	0.902
chov18	0.410	rec_prost45	0.920
chov19	0.488	rec_prost46	0.896
chov20	0.775	rec_prost47	0.903
chov21	0.693	rec_prost48	0.888
chov22	0.555	rec_prost49	0.883
chov23	0.730	rec_prost50	0.844
chov24	0.758	rec_prost51	0.872
chov25	0.670	rec_prost52	0.915
inf30	0.717	rec_prost53	0.840
inf31	0.645	prost54	0.591
inf32	0.727	prost55	0.594
inf33	0.739	prost56	0.887
inf34	0.673	prost57	0.866
inf35	0.647	prost58	0.850
inf36	0.724	Celkově MSA	0.809

MSA – Measures of Sampling Adequacy, char – charakteristiky, chov – chování, inf – informace, prost – prostředí, rec – rekódovaná položka

Před provedením faktorové analýzy byl odhadován nejvhodnější počet faktorů. Na základě Hornovy paralení analýzy bylo jako nejvhodnější navrženo šestifaktorové řešení (Horn, 1965). Šestifaktorový model obsahoval 45 položek a vysvětloval 54,1 % rozptylu. Indexy shody modelu s daty ukazovaly na špatný fit. Inkrementální index TLI dosahoval hodnoty 0,709 a absolutní index RMSEA 0,098 ($CI_{90} \% = [0,093; 0,102]$). Výsledky explorační faktorové analýzy podrobně zobrazuje Tabulka 19.

Faktor 1 byl nejvíce sycen položkami 40–58 (doména „prostředí“), vyjma již výše komentovaných položek 54. „Bál jsem se být v nemocnici sám“ a 55. „V nemocnici jsem se bál injekcí“. Hodnoty se pohybovaly v rozmezí 0,290 – 0,958. Faktor 2 byl především sycen ve druhé doméně, a to položkami 36. „Říkaly mi, jak dlouho budu v nemocnici. 37. Říkaly mi, jak se o sebe mám starat doma. 38. Říkaly mi, kdy budu moct jít zpátky do školy a 39.

Říkaly mi, kdy se budu zase věnovat zálibám“. Tyto položky patří do subkategorie „edukace“. Celkem byl sycen sedmi položkami v rozmezí hodnot 0,297 – 0,896. Faktor 3 byl především sycen 8 položkami z druhé domény „aktivity“ s hodnotami 0,293 – 0,852. A dále v menším měřítku třemi položkami z první domény „charakteristiky“. Faktor 4 byl nejvíce sycen položkami hodnotícími emoční prostředí (všemi pěti) s hodnotami 0,377 – 0,516. V menším počtu také položkami z druhé domény „aktivity“. Položky domény „charakteristiky“ sytily vedle faktoru 3 částečně také faktor 5 s hodnotami 0,321 a 0,428. Dále byl faktor sycen dvěma položkami domény „prostředí“. Faktor 6 byl především sycen položkami 40–43 s hodnotami 0,301 – 0,527.

Tabulka 19 - Explorační faktorová analýza

Položka	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4	Faktor 5	Faktor 6
char10			0.291			
char11						
char12			0.405			
char13			0.332		0.321	
char14					0.438	
chov15	0.618					0.299
chov16			0.492			
chov17						
chov18					0.477	
chov19			0.293			
chov20			0.539			
chov21			0.301			0.386
chov22						
chov23				0.412	0.300	
chov24		0.418				
chov25				0.408		
inf30			0.577			
inf31			0.852			
inf32			0.480			
inf33		0.297		0.428		
inf34			0.745			
inf35		0.444				
inf36		0.608				
inf37		0.873				
inf38		0.896				
inf39		0.873				
rec_prost40	0.505					0.301
rec_prost41	0.686					0.337

Položka	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4	Faktor 5	Faktor 6
rec_prost42	0.697					0.385
rec_prost43	0.496			-0.316		0.527
rec_prost44	0.909					
rec_prost45	0.780					
rec_prost46	0.895					
rec_prost47	0.945					
rec_prost48	0.908					
rec_prost49	0.926					
rec_prost50	0.958					
rec_prost51	0.851					
rec_prost52	0.864					
rec_prost53	0.630			-0.320		
prost54				0.502		
prost55				0.441		
prost56	0.710			0.413	-0.292	
prost57	0.692			0.516		
prost58	0.290			0.377		0.305

7.4 Obsahová analýza otevřených položek dotazníku CCQH

Obsahová analýza dat získaných od respondentů (n = 239) ukázala, jak děti reagovaly na položky 59. „Podle mého názoru nejlepší v nemocnici bylo“ ... a 60. „Podle mého názoru nejhorší v nemocnici bylo ...“. Výsledky byly zpracovány s ohledem na získané demografické údaje zjišťované dotazníkem CCQH. Podrobné demografické údaje o výzkumném souboru uvádí Tabulka 20. Zastoupeny byly všechny věkové kategorie od 7 do 11 let. Počet chlapců mírně převyšoval počet dívek. Délka hospitalizace byla nejčastěji dvě noci. Děti nejčastěji sdílely pokoj s dalšími dětmi. Společně s rodiči bylo v nemocnici 40,34 % dětí, častěji byli rodiče s dětmi přes den, ne však v noci. Předchozí zkušenost s hospitalizací uvedlo 56,90 % respondentů.

Tabulka 20 - Demografické údaje o souboru respondentů (n = 239)

Proměnná	n	%
Pohlaví		
Dívky	109	45,61 %
Chlapci	130	54,39 %
Věk		
7 let	59	24,69 %

Proměnná	n	%
8 let	41	17,15 %
9 let	57	23,85 %
10 let	37	15,48 %
11 let	45	18,83 %
Délka hospitalizace (počet nocí)		
1	27	11,30 %
2	87	36,40 %
3	51	21,34 %
4	21	8,79 %
≥5	53	22,18 %
Nemocniční pokoj		
Jednolůžkový pokoj	37	15,68 %
Sdílený s ostatními dětmi	145	61,44 %
Jednolůžkový i sdílený pokoj	54	22,88 %
Předchozí hospitalizace		
Ano	136	56,90 %
Ne	95	39,75 %
Nevím/nepamatuji si	8	3,35 %
Přítomnost rodičů v nemocnici		
Celý čas	96	40,34 %
Během dne	124	52,10 %
Během příjmu a propuštění	18	7,56 %

n – absolutní četnost; % - relativní četnost

Výsledky byly strukturovány do 3 skupin (dle pohlaví, věku a délky hospitalizace). Početní rozložení bylo: chlapci (n = 130) a dívky (n = 109); hospitalizace po dobu čtyři a méně dnů (n = 186) a hospitalizace po dobu pěti a více dnů (n = 53); věk dětí 7–8 let (n = 100) a věk dětí 9–11 let (n = 139).

Výsledky obsahové analýzy dat položky 59 „Podle mého názoru nejlepší v nemocnici bylo“ uvádí podrobně Tabulka 21. Konkrétní „specifické“ odpovědi respondentů (f = 233) jsou v tabulce rozděleny do hlavních kategorií A–E a podkategorií A1–E3. Vždy je uvedena také frekvence jejího výskytu (f). Jak můžeme v tabulce vidět, počet respondentů „bez specifické

odpovědi“ byl výrazně nižší a zahrnoval tyto odpovědi: „nevím“ (n = 9), „všechno“ (n = 4), „nic“ (n = 3) a položku bez odpovědi (n = 37).

Hlavní kategorie položky 59 byly na základě společných znaků pojmenovány: „lidé“ (f = 82), „aktivity“ (f = 58), „sekundární zisk z nemoci“ (f = 43), „fyzické prostředí“ (f = 38), a „výsledky“ (f = 12). S ohledem na frekvenci výskytu, „nejlepší v nemocnici byly“ nejčastěji zkušenosti s lidmi, zábavnými aktivitami a možnost odpočinku. Přičemž chlapci, častěji než dívky, uváděli postel, hry a DVD. Dívky pak, že nemusí chodit do školy a odměnu (např. plyšové zvířátko). Chlapci i dívky často uváděli personál (především sestry, dále pak lékaře a paní učitelky). Děti ve věku 7–8 let nejčastěji jako nejlepší doplnily přítomnost rodiče (především matky) a možnost hry. Děti ve věku 9–11 let nejčastěji doplnily personál, přátele a hru. Dlouhodobě hospitalizované děti nejčastěji doplnily přítomnost personálu, postel, zábavné aktivity a to, že nemusí chodit do školy.

Tabulka 21 - Obsahová analýza dat položky 59

A – E kategorie, A1 – E1 podkategorie	Dívky	Chlapci	1–4 noci	5+ nocí	7–8 let	9–11 let
A – Lidé (f = 82)	41	41	61	21	12	70
A1 – Personál (f = 33)	19	14	20	13	3	30
A2 – Rodina, přátelé, jiné děti (f = 20)	8	12	16	4	4	16
A3 – Klauni (f = 18)	8	10	15	3	5	13
A4 – Rodiče (f = 11)	6	5	10	1	7	4
B – Fyzické prostředí (f = 38)	14	24	27	11	17	21
B1 – Postel (f = 18)	4	14	10	8	6	12
B2 – Herna (f = 14)	9	5	11	3	6	8
B3 – Pokoj (f = 4)	0	4	4	0	4	0
B4 – Prostrředí (f = 2)	1	1	2	0	1	1
C – Aktivity (f = 58)	10	48	40	18	18	40
C1 – Hry, hračky (f = 27)	6	21	21	6	11	16
C2 – Zábava, TV, DVD (f = 27)	3	24	19	8	7	20
C3 – Jídlo (f = 4)	1	3	0	4	0	4
D – Sekundární zisk z nemoci (f = 43)	28	15	27	16	19	24
D1 – Možnost odpočinku (f = 18)	12	6	12	6	6	12
D2 – Přístup ke zdravotní péči (f = 7)	3	4	6	1	4	3

A – E kategorie, A1 – E1 podkategorie	Dívky	Chlapci	1–4 noci	5+ nocí	7–8 let	9–11 let
D3 – Nechodit do školy (f = 7)	6	1	1	6	3	4
D4 – Odměna, zkušenost (f = 7)	6	1	4	3	6	1
D5 – Zmrzlina po operaci (f = 4)	1	3	4	0	0	4
E – Výsledky (f = 12)	6	6	11	1	4	8
E1 – Jít domů (f = 8)	3	5	8	0	3	5
E2 – Být bez infuze (f = 3)	2	1	3	0	0	3
E3 – Zlepšení (f = 1)	1	0	0	1	1	0
Bez (specifické) odpovědi (n = 53)	25	28	48	5	34	19

f - frekvence; n - absolutní hodnoty

Výsledky obsahové analýzy dat položky 60. „Podle mého názoru nejhorší v nemocnici bylo“ uvádí podrobně Tabulka 22. Konkrétní „specifické“ odpovědi dětí (f = 160) jsou v tabulce strukturovány do hlavních kategorií A–D a podkategorií A1 – D3. Počet dětí bez odpovědi (n = 43) či bez specifické odpovědi (n = 55) byl zde výrazně vyšší, než tomu bylo v případě položky 59. Hlavní kategorie specifických odpovědí tvořily: „léčebné a vyšetřovací procedury“ (f = 86), „aktivity“ (f = 36), „negativní pocity“ (f = 34) a „prostředí“ (f = 4). S ohledem na frekvenci výskytu, by se za nejhorší zkušenosti daly označit především jevy spojené s léčebnými procedurami (především injekce), operace, omezení v jídle a bolest. Dívky jako nejhorší nejčastěji doplňovaly injekce, operace, smutek, strach, pocity samoty, omezení jídla a bolest. Chlapci nejčastěji doplňovali injekce, operace, omezení jídla a bolest. Mladší děti především injekce, operace a bolest. Starší děti po injekcích nejčastěji doplnily operaci, bolest, omezení jídla a pohybu.

Tabulka 22 - Obsahová analýza dat položky 60

A – D kategorie, A1 – D3 podkategorie	Dívky	Chlapci	1–4 noci	5+ nocí	7–8 let	9–11 let
A – Pocity (f = 34)	18	16	23	11	12	22
A1 – Bolest (f = 16)	6	10	16	0	5	11
A2 – Být nemocný (f = 8)	4	4	5	3	2	6
A3 – Smutek, strach, samota (f = 10)	8	2	2	8	5	5

A – D kategorie, A1 – D3 podkategorie	Dívky	Chlapci	1–4 noci	5+ noci	7–8 let	9–11 let
B – Procedury (f = 86)	36	50	68	18	30	56
B1 – Injekce (f = 36)	18	18	28	8	14	22
B2 – Operace (f = 25)	8	17	22	3	10	15
B3 – Vyšetření (f = 4) "ORL"	1	3	1	3	1	3
B4 – Jídlo/omezení jídla (f = 21)	9	12	17	4	5	16
C – Aktivity (f = 36)	18	18	24	12	4	32
C1 – Omezení pohybu na pokoj/lůžko (f = 12)	8	4	7	5	1	11
C2 – Být bez TV (f = 6)	3	3	6	0	3	3
C3 – Nuda (f = 5)	0	5	5	0	0	5
C4 – Čekání na operaci (f = 3)	2	1	0	3	0	3
C5 – Spánek (f = 5)	2	3	4	1	0	5
C6 – Dlouhý čas v nemocnici (f = 5)	3	2	2	3	0	5
D – Prostředí (f = 4)	0	4	4	0	1	3
D1 – Prostředí (f = 1)	0	1	1	0	0	1
D2 – Soukromí (F = 1)	0	1	1	0	0	1
D3 – Hluk (f = 2) "dětský pláč"	0	2	2	0	1	1
Bez „specifické“ odpovědi (n = 98)	44	54	82	16	59	39

f - frekvence; n - absolutní hodnoty

7.5 Praktické aspekty české verze dotazníku CCQH

Pomocí polostrukturovaných rozhovorů s dětmi byla zjišťována interpretace dětské zkušenosti s vybranými oblastmi hospitalizace/dotazníku CCQH. V souhrnu lze říci, že odpovědi malých dětí byly ve většině případů velmi stručné (Příloha L – Ukázka analýzy rozhovorů s dětmi v programu ATLAS.ti). Na otázky týkající se personálu však reagovaly zpravidla pozitivně, stejně jako na otázky týkající se prostředí oddělení, a to bez ohledu na to, zda měly na pokoji kamarády, rozhodující byla pro ně přítomnost rodiče. Otázky týkající se strachu spojovaly děti nejčastěji s vyšetřením a operací. Otázky týkající se bolesti nejčastěji uváděly ve spojitost s injekcí a intravenózní kanylou. Složitě bylo pro děti odpovídat na otázky týkající se soukromí. Celkově výsledky této fáze výzkumu ukázaly, že negativní zkušenosti, se kterými se tyto děti setkaly, často uváděly jako situaci, kterou zvládly. Šetření dále potvrdilo specifické požadavky na výzkumná šetření a osoby do nich zapojené (vliv dospělých osob na dítě). Zjištění získaná v průběhu šetření byla vyhodnocena jako významná s ohledem na poznatky týkající se administrace nástroje a případné dopomoci jinou osobou.

Výsledky analýz vybraných oblastí dotazníku CCQH dle věku dětí:

Analýza rozhovorů s dětmi ve věku 7–8 let ($n = 3$) ukázala, že děti velmi často potřebovaly pomoc dospělého v odpovědi na položené otázky, přičemž výzkumníkovy otázky nezdědky opakovaly a vliv dospělé osoby (přestože dobře míněný) byl zde evidentní („*S čím si tu nejraději hraješ?*“ Mlčení ... maminka napovídá: „*hrajeme hry a hraješ si v herně, že?*““ „*Hraju si v herně a hrajeme hry.*““ odpovídá Karolínka).

I když stručně, děti dokázaly odpovědět např. na otázky týkající se důvodu hospitalizace, které popisovaly příznaky onemocnění (např. „*bolelo mě ouško*“). Přítomnost a péče matky v nemocnici byla pro jejich spokojenost naprosto zásadní. Dále o ně pečovaly „*hodné*“ sestřičky a např. „*hezky*“ pan doktor („*A jaký byl pan doktor na ORL?*“ „*Hezkej*“). Příznávaly strach především z vyšetření a injekcí. Bolestivé zkušenosti uváděly nejčastěji s pooperačním stavem, injekcí a aplikací léků do kanyly. Na otázky týkající se jídla formulovaly děti odpověď zpravidla bez potíží. Pokud se měly vyjádřit k tomu, co se jim líbilo/ nelíbilo, odpovídaly často: „*nevím*“, „*všechno/nic*“ nebo polohovací postel/moc nábytku (vybavení pokoje). Zabavení měly především s matkou, paní učitelkou, s tabletem nebo v herně. Děti nedokázaly odpovědět na otázky týkající se soukromí a často i např. délky hospitalizace.

Analýza rozhovorů s dětmi ve věku 7–8 let (n = 3) je součástí Přílohy L – Obrázek 5. Cloud analýza rozhovoru se sedmiletou dívkou v programu ATLAS.ti 9 je součástí Přílohy L – Obrázek 6.

Analýza rozhovorů s dětmi ve věku 9–11 let ukázala, že děti až na výjimku (problém s délkou rozhovoru, stesk po domově, stydlivost) dokázaly zpravidla odpovědi více rozvést než děti mladší. Motivace ke spolupráci a udržení pozornosti po celou dobu rozhovoru bylo také méně náročné zvládnout než v případě mladších dětí. Bylo méně potřeba dětem pomáhat (menší vliv dospělého), odpovědi formulovaly sice stručně, ale samy. Pokud se týče náročných otázek, v tomto věku děti často nerady přiznaly, že otázce nerozumí (např. soukromí). Důvody hospitalizace již popisovaly podrobněji a v některých případech znaly i odborný název své nemoci:

- „Protože mám špatný výsledky z krve.“
- „No jakoby, na ruce jsem měl takovou modřinu, kterou jsem si rozškrábal, a dostal se mi nějaká zánět do kolena.“
- „Na přeléčení bakterie, mám cystickou fibrózu.“

S prostředím pokoje i vybavením byly spokojení (především ocenily zásuvku u postele, polohovací postel a obrázky na stěnách). Kamarády zde měly většinou přímo na pokoji. Personál popisovaly opakovaně jako hodný:

- „Já jsem tady seděl a nudil jsem se a přišla sestřička a zeptala se mě, jestli si nechci zahrát karty. Ony jsou všechny hodný.“
- „Takový hodný a jakoby nevím, jak to říct jakoby, no, milý jsou.“

Na otázku „Máš nějakou představu o tom, jaká by sestřička asi měla být?“ Znely odpovědi:

- „Byla by hodná, měla by zkušenosti s dětma.“
- „Aby mi třeba nepíchla do žíly místo inzulínu polívku. Jedna paní umřela tak, že nějaká doktorka se opila a stříkla jí do žíly horkou polívku.“

Pokud se týče strachu, tyto děti jej spojovaly s nemocí, vyšetřením, bolestí, injekcemi, kanylou, inzulínem či s nocí. Pokud děti uváděly zkušenosti s bolestí, spojovaly je nejčastěji s příznaky nemocnic (př. bolest břicha), vyšetřením (př. po lumbální punkci), kanylou (př. aplikace léků) ale také s potřebou odpočinku: „Já jsem si nějak lehnul a ono to vyprchalo. Jak mě daly tu infuzi, tak jsem pak celý den prospal.“

Děti většinou uváděly dobré zkušenosti s jídlem, pokud tedy neměly výrazná omezení, týkající se jejich onemocnění (otázky tazatele jsou psané *kurzívou*):

- Tady jsou hodně dobrá jídla. Mně chutná to maso s tou rýží a maso s tím, jak se to jmenuje ... s knedlíkama. *A měl jsi třeba nebo máš nějaké jídlo které bys nemohl jíst? Já? Ne.*
- *A máš třeba nějaký jídlo, který bys nesměl jíst? Máš něco zakázaného?* No, ani ne. Jako já můžu jíst prý všechno, ale musíme to počítat, kolik to má výměnných jednotek.... Ta hlavní sestřička mi vždycky říká, že třeba, když si jdu dělat jídlo, ať se za 90 minut připravím a pak si mě vyzkouší z počtů a ty mě nejdu. (chlapec s dg. DM I.)

Náročné byly pro ně otázky týkající se soukromí a studu (viz ukázky výňatku textu plné transkripce z rozhovorů, otázky tazatele jsou psané kurzívou):

- „Soukromí v nemocnici? Jo mám. *A víš, co to je, to soukromí?* No, nevím.“
- „*A byla nějaká situace, kdy by ses styděl?* Hm jo. *A kdy to bylo třeba?* No, nechce se mi to říkat... *Když se musíš vyčůrat na posteli nebo tak?* To ne... *A tak třeba když se musíš ráno svléknout, když se umýváš?* To ne, ale prostě nechce se mi to říkat.“

Analýza rozhovorů s dětmi ve věku 9–11 let (n = 12) viz Příloha L – Obrázek 7.

Třetí skupinu dětí tvořilo 6 dětí ve věku 12–13 let (s ohledem na věk, toto již není cílová skupina respondentů dotazníku CCQH). Zde byla pozorována opět výrazně lepší spolupráce a bez problémů koncentrovaná pozornost na rozhovor po celou jeho dobu cca 20 minut. Komunikace dětí byla bohatší a děti často bez rozpaků sdílely i negativní zkušenosti.

Citace plné transkripce z rozhovorů, jež byly podkladem kódování negativních zkušeností (otázky tazatele jsou psané kurzívou):

- „*A jsi tady ještě s někým na pokoji?* Jo. Tenhle je asi o 3 měsíce mladší. A ten, co dneska odjel, to byl takovej autista. *Toho už pustili domů?* Jo naštěstí. On byl takový divný.“
- „*A jaké jsou tu sestřičky?* No některý jsou strašně moc milý a některý takový otrávený z té práce.“

Bohatší reakce dětí na otázky týkající se soukromí:

- „*Myslíš si, že tu máš dostatek soukromí?* Jo, mám. *A co si dokážeš představit pod tím slovem soukromí?* Jakoby že můžu být třeba na 20 minut sama a prostě užívat si tu samotu. *A musela ses třeba někdy stydět tady v nemocnici?* No, ze začátku jsem vůbec nevěděla, jako co a jak, pak mi to řekla.“

- „*Myslíš si, že máš dostatek soukromí?* Jo, jsem na pokoji sám a jo... Soukromí to je jakoby, že máte chvilku prostor na sebe jakoby a na svoje věci a tak. No tak před dvouma rokama jsem byl zrovna na pokoji s takovým, moc jsem s ním nekamarádil, a právě když mi bylo třeba smutno a brečel jsem tak jsem šel radši na záchod, a tak nějak jsem se schovával, jsem se styděl. *A když třeba při vizitě se musíš svléknout nebo tak to si myslíš, že máš soukromí?* „Jo, to jo.“
- „*Co je podle tebe soukromí?* No, když třeba jdu do sprchy a nikdo tam není. Že jsem tam prostě sám. *A to tady máš?* Jo. Dá se říct.“
- „*Máš tady dost soukromí?* Já bych chtěl, aby nás ta holka vedle nešmírovala přes ty žaluzie. *Takže trošku víc soukromí bys potřeboval?* Jenom v tomhle.“
- Bolesti mám jenom, když jdu na záchod, tak jakoby, a když už to řeknu, že když už jsem to ... po tom, tak mně potom bolí zadek a někdy jsem tam měl i trošku krve ...jakoby že, ve stolici jsem nic neměl, ale ze zadku mi vyteklo trošku krve.“
- „Já jsem se tady jako by skoro vůbec nestyděla, protože tam nahoře jako moc návštěvy nebyly, ale tady dole když jsou návštěvy a já jsem ještě nemohla jako na tom vozíčku jet na záchod, tak třeba jak o by je poslaly na chodbu a potom mohly zase jakoby přijít. To bylo dobrý.“

Reakce na bolestivé zážitky a strach děti již měly často takové, že to „zvládly“.

- „Já jsem jako malá totiž měla hroznej strach z odebrání krve, a těch infúzí a tak, ale když jsem sem přijela, a jak mi nejdřív jako by dali ty infúze, tak já jsem si jako by řekla, že prostě se pokusím nehysterčit a přestala jsem se jich jakoby bát, a nedávno, myslím, že před dvouma dněma mi odebírali krev a bylo to úplně už v pohodě, tak se už jako nebojím.“

Analýza rozhovorů s dětmi ve věku 12–13 let (n = 6) viz Příloha L – Obrázek 8.

Srozumitelnost obsahu dotazníku

Podrobné výsledky hodnocení dotazníku v oblasti srozumitelnosti 49 položek dětem ve věku 7 – 8let (n = 8) jsou uvedeny v Příloze M. Problémy se srozumitelností (snížené hodnocení) použité terminologie byly zjištěny zejména u položek již dříve takto označených: 23. „Povzbuzovaly mne, abych se zapojil do léčby.“, 14. „Sestry byly upřímné.“, 33. „Říkaly mi o léčebných postupech.“, 11. „Sestry byly kvalifikované (zkušené, šikovné).“, 17. „Chránily moje soukromí (můj prostor).“.

8 DISKUSE

Hlavním cílem práce bylo vytvořit validní nástroj pro hodnocení kvality ošetrovatelské péče dětmi. Práce vychází z principů kvality a bezpečí stanovených MZ ČR (Česko, 2021a), z principů Charty práv hospitalizovaných dětí (Nadační fond Klíček, 2005) a z mezinárodních trendů poslouchat hlas dětí, umožnit jim vyjádřit svůj názor a respektovat ho (Pelander, Leino-Kilpi a Katajisto, 2009).

8.1 Česká verze dotazníku CCQH

Prvním výzkumným cílem bylo vytvořit českou verzi dotazníku CCQH. Tvorba české verze respektovala doporučení mezinárodních guidelines pro transkulturní přenos nástrojů ve zdravotnictví (Wild a kol., 2005, s. 94–102; Mandysová, 2019a, s. 18 – 23). Významný aspekt této části práce spatřujeme zejména v opakovaném osobním kontaktu s autorkou originální verze nástroje. Jeho prostřednictvím byly již v první fázi přenosu nástroje identifikovány problematické položky originálního dotazníku a mohly tak být v české verzi doplněny v rámci pre-testové fáze.

V rámci pre-testových rozhovorů této práce děti ve věku 9–11 let poskytly návrhy na srozumitelné formulace, doplňující obtížné položky. Podobně postupovaly výzkumnice v rámci tvorby švédského výzkumného nástroje, kterým také oslovené děti dokázaly podat návrhy na vylepšení nejasných položek (Gilljam a kol., 2019). V našem výzkumu se jednalo o pojmy vyžadující abstraktní myšlení („kvalifikované“ a „moje soukromí“). Dle psychologického slovníku je abstraktní myšlení „*charakteristické schopností konceptualizace a zobecňování symbolů verbálních a neverbálních*“. V rámci tzv. kognitivní teorie je spojeno s prací J. Piageta. Dle této teorie je abstraktní myšlení typické pro vývojové stádium začínající zpravidla až před nástupem adolescence a předchází mu myšlení konkrétní, jež je charakteristické doslovností (Hartl a Hartlová, 2010, s. 324). Autorka originálního dotazníku CCQH publikovala podrobné výsledky o procesu tvorby dotazníku s dětmi a k pojetí pojmu „soukromí“ uvádí, že některé finské děti si přály na pokoji společnost, jiné děti nechtěly být rušeny např. „*nikým, kdo křičí a pláče*“ (Pelander a kol., 2004). Plevová a Slowik (2010) uvádí, že v komunikaci s dětmi ve věku 7–12 let lze používat abstraktní pojmy, ale pouze ve vztahu ke konkrétnímu, smysly vnímanému objektu. Při vysvětlování ošetrovatelských intervencí je stále ještě doporučeno používat dětský slovník (Plevová a Slowik, 2010, s. 35,

79). Toto jsou pravděpodobně důvody, proč se v přeloženém dotazníku jeví položky obsahující abstraktní pojmy dětem nesrozumitelné a nedovedly na ně odpovědět.

V rámci české verze dotazníku byly následně identifikovány další dva potenciálně problematické abstraktní pojmy „hygiena“ a „léčba“. Význam zjištění lze spatřovat zejména v tom, že termíny navržené do dotazníku pediatrickými odborníky, mohou být běžnou součástí komunikace personálu s hospitalizovanými dětmi, přestože dětem nemusí být vždy plně srozumitelné. Srozumitelnost terminologie používané odborníky v praxi v komunikaci s hospitalizovanými dětmi by tak jistě byla vhodným tématem pro navazující výzkumné práce věnující se problematice kvality péče očima hospitalizovaných dětí.

V rámci fáze jednocení dvou nezávislých verzí překladu originálního nástroje byly v našem výzkumu zjištěny významem drobné, ale četné terminologické odlišnosti, na které bylo nutno v navazující fázi reagovat s ohledem na použití více vhodného termínu (např. položka 13. „My nurses were fun“ byla přeložena: „Se sestrami byla zábava/legrace“). Přenos kratšího nástroje, než je CCQH, lze v tomto ohledu spatřovat jako výhodu. Vždy ale záleží na posouzení toho, co od výsledků získaných prostřednictvím použití nástroje očekáváme. Další doporučení, založené na našich zjištěních, je při volbě nástroje věnovat pozornost publikacím autora originálního nástroje. Příkladem mohou být podrobně publikované výsledky finské autorky o vzniku položek originálního nástroje CCQH, kde např. uvádí, že děti zařazené v jejím souboru očekávaly, že s dětskou sestrou „*bude legrace*“ (Pelander a kol., 2004). Význam položky po překladu by měl s ohledem na „sémantickou rovnocennost“ zůstat stejný (Mandysová, 2019a, s. 8). Podrobně publikované výsledky byly výhodou, díky které bylo možné použít v české verzi nástroje CCQH významově rovnocenné pojmy.

Hodnocení zpětného překladu sjednocené verze zahrnovalo ověření výše uvedené „sémantické rovnocennosti“ položek dotazníku CCQH. Zjištěním posilujícím význam realizace této fáze je dle našeho názoru překlad položky 26. „Nurses provided pain relief“ jako „Nurses gave me painkillers“. Hodnocení úlevy od bolesti tak mohlo být v případě podcenění této fáze zaměřeno nesprávným směrem. Význam adekvátní péče v případě bolestivých symptomů je nesporný. Sikorová (2011) k této problematice uvádí, že dítě podstupující bolestivou proceduru či výkon, zažívá pocity strachu a úzkosti, posilující zážitek bolesti (rolí zde hraje věk, kognitivní úroveň, pohlaví, předchozí zkušenosti i kulturní a rodinné zázemí). Eliminace strachu a úzkosti tak představuje základní součást péče o tyto děti. Doporučeným prostředkem poskytujícím úlevu od bolesti, je rozptýlení dítěte metodou herní

terapie (s. 141). Význam hry potvrdily i výsledky našich pre-testových rozhovorů s dětmi (u položky 59. „Podle mého názoru bylo v nemocnici nejlepší“ reagovala 11letá dívka: „*Když si nemůžeš hrát, tak tam není nejlepší nic.*“).

V české verzi dotazníku CCQH došlo ke sjednocení termínů „soukromí a intimita“ pod pojem „soukromí“. Jeho význam se v rámci našeho výzkumu (překlad a ověřování psychometrických vlastností dotazníku) opakovaně ukázal především v potřebě dětí „mít svůj prostor“. Je zřejmé, že děti ve věku 7-11 let nechápaly pojem soukromí tak široce, jak je pojato v Chartě práv hospitalizovaného dítěte, která hovoří o ochraně před vystavováním tělesné nahoty; ochraně proti takovému zacházení a chování, jež by poškozovalo sebeúctu dítěte nebo mělo za následek to, že by si dítě připadalo zesměšňované či ponižované; právu stáhnout se do ústraní, být sám; právu komunikovat s personálem o samotě, v soukromí a právu na nenarušovanou vazbu s nejbližšími rodinnými příslušníky a přáteli (Nadační fond Klíček, 2005; Sedlářová a kol., 2008). Přestože, ale i právě proto, že děti tento pojem tak široce nechápou, je třeba s nimi (i rodiči) na tato témata během hospitalizace opakovaně hovořit a v této oblasti důsledně školit personál. Položky hodnotící „soukromí“ není dle našeho názoru vzhledem k jeho významu pro hospitalizované děti vhodné odstranit, spíše lze doporučit srozumitelnou formulaci pojmu.

Pro porovnání lze uvést vznik italské verze nástroje CCQH. Postup překladu zahrnoval podobné kroky, přičemž autorky nepublikovaly podrobnější informace, týkající se položek problematických pro vlastní překlad. Konečná verze dotazníku však byla přizpůsobena kontextu italské pediatrické péče v jiných směrech. Položky 27–29 (pomoc sester s jídlem, koupáním a toaletou) byly vyhodnoceny jako neadekvátní a byly odstraněny s odůvodněním, že v italských nemocnicích se o tyto oblasti péče starají častěji rodiče než dětské sestry. S ohledem na italskou praxi byla změněna 4bodová Likertova škála na 5bodovou. Italský výzkum zahrnoval pouze kvantitativní design, což autorky ve svých závěrech uvedly jako limit studie (Comparcini a kol., 2018).

V případě vzniku portugalské verze nástroje CCQH transkulturní přenos nástroje respektoval stejně jako v případě české verze nástroje mezinárodně doporučené postupy. V rámci pre-testu děti až na drobné výjimky rozuměly položkám nástroje (dětem ve věku 7–8 let musely být vysvětlovány pojmy kvalifikovaná sestra, upřímná sestra a intimita). Avšak vzhledem k tomu, že počet dětí, které ohlásily potíže, byl nižší než 15 % z celkového počtu dotázaných dětí, bylo rozhodnuto zachovat všech 49 položek, které tvořily originální nástroj. Autorky

portugalské verze (stejně jako autorky české verze) uváděly, že pro děti lze počet položek považovat za příliš velký (Pelander, Leino-Kilpi a Katajisto, 2009; Loureiro a kol., 2019).

V rámci závěrečného shrnutí tvorby české verze nástroje lze za významné faktory, ovlivňující kvalitu práce v této fázi, označit především realizovaný osobní kontakt s autorkou originálního dotazníku a porovnání výsledků prostřednictvím publikací popisujících podrobně nejen proces vzniku originálního nástroje, ale i jeho dalších zahraničních verzí. Pokud se týká procesu vzniku zahraničních verzí nástroje CCQH, výzkumníci v obou zemích respektovali podobný postup. Pokud se týká složitosti dotazníku pro děti, zahraniční výzkumy realizované s nástrojem CCQH jí ve svých publikovaných závěrech nevěnovaly až na drobné výjimky pozornost. V případě italské verze nástroje naopak došlo ke změně Likertovy škály na typ vyžadující schopnost dětí charakterizovat diferencovaněji. Z dalších změn nástroje bylo evidentní, že rodiče se zde významně často podílejí na péči o základní potřeby dítěte (Comparcini a kol., 2018).

8.2 Psychometrické vlastnosti české verze dotazníku CCQH

V této části práce je diskuse zaměřena na navazující hodnocení psychometrických vlastností české verze dotazníku CCQH. Vzhledem k mezinárodní aplikaci nástroje byly psychometrické vlastnosti dotazníku posuzovány zejména s ohledem na informace publikované o finské, italské a portugalské verzi nástroje CCQH. Základní charakteristiky výzkumných souborů ve všech zemích vycházely z podmínek daných původním finským výzkumem (viz metodika výzkumu). V případě českého a portugalského výzkumu byly shodné. V případě italského výzkumu byl výzkumný soubor rozšířen o děti ve věku od 4 do 14 let pro lepší reprezentaci nemocniční zkušenosti většiny pacientů. Analýza dat však byla realizována skupinově dle věku, přičemž jedna skupina dětí byla ve věku 7–11 let a částečné porovnání tak bylo možné. Žádný soubor respondentů nebyl reprezentativní pro danou zemi (Pelander, Leino-Kilpi a Katajisto, 2009; Comparcini a kol., 2018; Loureiro a kol., 2019).

8.2.1 Obsahová validita české verze dotazníku CCQH

Za primární aspekt kontroly všech typů validity výzkumných nástrojů je považováno expertní posouzení. Doporučuje se diskutovat s odborníky jak obsah, tak možnosti analýzy dat,

využitelnosti poznatků v praxi a potencionální vliv na zkoumané osoby (Chráska a Kočvarová, 2015, s.15).

Dle názorů pediatrických odborníků v našem souboru by byl v praxi nástroj pro děti vítán, protože názory rodičů už jsou zpravidla známy. Na druhou stranu však dotazník CCQH považovali za dlouhý a složitý, a to zejména pro malé děti. Negativně hodnotili také položky týkající se podmínek péče a kompetencí dětských sester. Závěry hodnocení lze shrnout tak, že obsahově validní dotazník by měl dle našeho zjištění především respektovat kulturní specifika, být krátký a srozumitelný pro cílovou skupinu dětí. Dotazník CCQH nelze v tomto ohledu hodnotit jako obsahově validní nástroj.

Nizozemský výzkum zjišťující názory pediatrických odborníků na participaci dětí na zdravotní péči ukázal, že rodiče někdy brání participaci dítěte a sami vlastní dítě vyloučí z rozhovoru s ošetřujícím personálem. Tito odborníci také vyjádřili potřebu zvýšit účast dětí na hodnocení výsledků péče, protože dosud měli zpětnou vazbu pouze od rodičů. Pociťovali, že děti často vnímají věci jinak než jejich rodiče nebo se zaměřují na jiné aspekty péče. Uvědomovali si však nedostatek specifických hodnotících strategií pro děti, mezi kterými by upřednostňovali dotazník, jehož administrace by vyžadovala málo času (Schalkers a kol., 2016). Sikorová a Valiašková (2020) doporučují pro klinickou praxi volit nástroje, které jsou kratší, než jsou nástroje vhodné pro výzkumné účely.

V rámci našeho výzkumu bylo dále provedeno hodnocení obsahové relevance dotazníku odborníky pomocí indexu obsahové validity (CVI). Nízkou relevancí bylo označeno 7 položek (I/CVI 0,50 – 0,66). Jako nejméně relevantní byly označeny položky ve znění „v nemocnici čas utíkal rychle“ a trojice „sestry mi říkaly, jak dlouho budu v nemocnici“; „sestry mi říkaly, kdy budu moc jít zpátky do školy“; „sestry mi říkaly, kdy se budu moc zase věnovat svým zálibám“ jež byly hodnoceny v rámci „edukace“, která tak získala nízké hodnocení ve vztahu k hodnocení aktivit sester dětmi. Nízkou relevancí byla označena také oblast „zábava“. Průměrný index obsahové validity (S-CVI/Ave), měl hodnoty méně než 0,90 u domény „aktivity“ sester (0,89) a domény „prostředí“ (0,88). V případě českého výzkumu však nebyly problematické položky vyřazeny, ale výsledky doplnily zhodnocení validity české verze dotazníku CCQH.

Výsledky finského výzkumu hodnocení obsahové validity dotazníku CCQH ukázaly, že odborníky zde byly jako nejméně relevantní pro kvalitu péče označeny oblasti týkající se vzhledu (ve finální verzi nástroje byly vyřazeny), smyslu pro humor a kompetence v rámci

charakteristik sester, protože jejich hodnocení by bylo pro děti obtížné posoudit. Subkategorie „edukace“ byla naopak finskými odborníky vysoce hodnocena. Zde je však třeba doplnit, že originální finský výzkum zahrnoval větší soubor (Pelander, Leino-Kilpi a Katajisto, 2009). V případě portugalského výzkumu s nástrojem CCQH bylo dosaženo vysoké hodnoty indexu obsahové validity (0,96). Odborníci zde nebyli ve shodě v případě dvou položek nástroje, obsahujících pojmy soukromí a intimita (Loureiro a kol., 2019).

V australském výzkumu zaměřeném na kvalitu péče o hospitalizované děti výzkumníci prostřednictvím upravené techniky Delphi zjišťovali indikátory takového hodnocení. Odborníci v jejich souboru doporučili hodnocení spokojenosti s celkovou ošetrovatelskou péčí, spokojenosti s léčbou bolesti, spokojenosti s informacemi o vzdělání, praktikování péče zaměřené na rodinu (FCC), stížností na ošetrovatelskou péči a praktikování multikulturní ošetrovatelské péče. Limitací svého výzkumu výzkumníci v závěru označili to, že nezjišťovali názory samotných dětí (Wilson a kol., 2012). Dotazník CCQH tyto oblasti obsahuje.

8.2.2 Reliabilita a konstruktová validita české verze dotazníku CCQH

První statistická analýza dat dotazníkového šetření potvrdila vhodné psychometrické vlastnosti české verze nástroje CCQH. Test shody (Studentův *t*-test) dle oddělení, pohlaví a věku respondentů potvrdil konzistenci dat (na hladině významnosti $\alpha = 5\%$). Hodnota Cronbachova koeficientu alfa nástroje byla 0,88.

Následující statistické výpočty ale ukázaly, že latentní proměnná nebyla s ničím identifikována a nebylo možné určit trend, který by dokázal identifikovat klíčové položky. Nebylo možné určit vztahy (vzájemné korelace) mezi sledovanými jevy a identifikovat klíčové položky s možností redukce dlouhého dotazníku. Důvodem však mohl být malý vzorek respondentů (Černohorská a kol., 2022b; Walker, 2013, s. 169). Ověření konstrukce našeho dotazníku metodami vícerozměrné statistiky proto proběhlo s rozšířeným souborem respondentů v navazující druhé fázi.

Podobný závěr týkající se velikosti výzkumného souboru měl závěr statistické analýzy dat turecké studie, provedené u 130 dětí ve věku 6–12 let (Boztepe, Çinar a Ay, 2017). Portugalští výzkumníci v publikaci popisující psychometrické vlastnosti nástroje CCQH uvádí pro metodické postupy validace nástrojů doporučenou velikost výzkumného souboru mezi 2 a 20 odpovědí/proměnnou (Loureiro a kol., 2019).

Pokud se týká hodnocení interní konzistence dotazníku, Hendl a Remr (2017) uvádí, že koeficient alfa je velmi citlivý na počet položek v nástroji a jeho hodnota může být vysoká, navzdory nízkým vzájemným korelacím mezi položkami. Autoři také uvádí, že úzký rozsah variability proměnných snižuje schopnost odhalit jejich vztah (Hendl a Remr, 2017, s. 71–80; 114). Toto mohla být situace odpovídající výsledkům hodnocení psychometrických vlastností s výzkumným vzorkem 77 respondentů.

Následující druhá fáze statistického ověření české verze dotazníku CCQH s větším výzkumným vzorkem ($n = 224$) ukázala hodnotu Cronbachova koeficientu alfa nástroje 0,91.

Výsledky finského a italského hodnocení interní konzistence dat výpočtem koeficientu Cronbachova alfa ukázaly, že finské i italské verze dotazníku mají hodnoty $>0,70$, naznačující dobrou vnitřní provázanost položek (Pelander, Leino-Kilpi a Katajisto, 2009; Comparcini a kol., 2018). Portugalská validovaná verze nástroje CCQH měla hodnoty Cronbachova alfa v rozmezí 0,66 - 0,82 (Loureiro a kol., 2019). Koeficienty s hodnotou 0,80 a vyšší jsou obvykle považovány za dostačující (Polit a Beck, 2022, s. 154). V souhrnu se tak dá říci, že česká verze dotazníku CCQH měla v porovnání s ostatními verzemi dotazníku srovnatelnou vnitřní konzistenci a dosahovala hodnot považovaných všeobecně za dobré.

Výzkum s dětmi musí rozlišovat jednotlivé vývojové fáze, protože mohou být intervenující proměnnou ohrožující integritu výsledků (Greig, Taylor a MacKay, 2013, s. 116).

V obou případech byl patrný rozdíl mezi věkovými skupinami 7-8 let a 9-11 let. U položek na třibodové škále byl významnější než na čtyřbodové škále. Výsledky *t*-testů ukázaly rozdílnost v hodnocení péče na základě věku, přičemž efekt věku byl pro dva typy škály opačný. V případě třibodové škály hodnotily mladší děti pediatrickou péči lépe než děti starší, v případě čtyřbodové škály tomu bylo naopak. Tyto výsledky (stejně jako předchozí) potvrzují vliv rozdílných „odpověďových procesů“. To může být způsobeno nutností mentální rotace, ale i dalšími faktory danými vývojovými specifiky dítěte mladšího školního věku (Vágnerová a Lisá, 2021, s. 275–319). Vliv mentální rotace je však nutné vnímat jako významný faktor zejména v případě mladších dětí (Jansen a Kellner, 2015). Problematické byly zejména první dvě „rotované“ položky (54. „Bál/a jsem se být v nemocnici sám.“; 55. „V nemocnici jsem se bál/a injekcí.“). Avšak stejně tak může být horší hodnocení spokojenosti s pediatrickou péčí u mladších dětí v doméně „prostředí“ způsobeno také rozdílností obsahu položek napříč doménami. V doméně „prostředí“ se oproti předchozím dvěma doménám vyskytují položky, které pracují s emocemi dětí (strach ze samoty, injekcí, sester, lékařů a bolesti), fyzickým

vybavením oddělení (např. hry, DVD, hračky) a sociálním prostředím (rodina, rodiče, kamarádi). Horší hodnocení v této oblasti ze strany mladších dětí tak může být způsobeno tím, že se těchto věcí přirozeně více bojí a že lépe vnímají a považují za důležitější sociální faktory týkající se charakteristik a aktivit dětských sester v doménách 1 a 2 než například množství hraček v doméně 3 (Sikorová, 2011; Lima a kol., 2020)

Výsledky obsahové analýzy dat otevřených položek dotazníku ukázaly, že děti ve věku 7–8 let nejčastěji za nejlepší v nemocnici považovaly přítomnost rodiče (především matky) a možnost herních aktivit. Starší děti ve věku 9–11 let ocenily především personál, přátele a hry. Mladší děti vnímaly jako nejhorší injekce, operace a bolest. Starší děti po injekcích nejčastěji doplňovaly operaci, bolest, omezení jídla a pohybu. Z toho je zřejmé, že oba faktory, vazba na strachy dětí i kognitivní náročnost položek zjišťujících strachy dětí, jsou možné. Je zde však i otázka, jak moc jsou tyto položky pro měření spokojenosti malých dětí relevantní. Vycházíme-li z toho, že se malé děti samoty nebo injekce bát přirozeně budou, nutně to neznámá, že to ovlivní jejich celkovou spokojenost. Pokud s tím personál nebo rodiče správně pracují, tak by prožívání strachu nemuselo mít na celkovou spokojenost dítěte vliv. Nebo se mohou bát, ale nakonec jsou spokojené, protože strach zvládly. Je třeba vzít v úvahu i fakt, že děti školního věku mají tendenci hodnotit emoce svoje i cizí podle vrstevnické normy např. projevy strachu a úzkosti značí nezralost a selhání (Vágnerová a Lisá, 2021, s. 319–327). Nezkreslenou interpretaci výsledků je důležité při práci s CCQH neopomenout, což ostatně zdůrazňují i výsledky kvalitativních dat našeho výzkumu (rozhovory s odborníky a rozhovory s hospitalizovanými dětmi).

Korelační analýzy dále ukázaly, že u dvou rotovaných položek (54. „Bál/a jsem se být v nemocnici sám.“; 55. „V nemocnici jsem se bál/a injekcí.“), byly zjištěny negativní či nesignifikantní korelace s předešlými položkami v této doméně. Zde se nabízí otázka, jestli je to způsobeno tím, že děti mají přirozeně z těchto věcí při nástupu do nemocnice strach, přičemž to neovlivňuje jejich hodnocení celkové spokojenosti (viz výše), nebo jestli jsou tyto odlišné korelace způsobeny tím, že se jedná o první dvě položky, které jsou v rámci této domény reverzní. Potom by tyto vztahy mohly být způsobeny spíše jejich zvýšenou kognitivní náročností pro dítě, které si jejich hodnocení najednou v hlavě musí otočit (v tom případě by bylo vhodné položky přeformulovat). Poslední tři položky (obavy z doktorů, sester a bolesti) měly již vztahy k položkám této domény signifikantní a kladné.

Použití různých škál v jednom nástroji znamená větší zátěž na kognitivní zpracování. Položky se škrtním medvídků se zdají být náročnější na pochopení principu zaškrtnutí odpovědi a děti na ně i s pomocí dospělých odpovídaly jinak než na položky s tříbodovou škálou. Dotazník navíc vyžadoval mentální rotaci škály, ve které již nestačilo pouze zakroužkovat jednoho „smajlíka“, ale škrtnat určitý počet medvídků. Vizualně se u prvních dvou domén souhlasné odpovědi vyskytovaly na levé straně škály, kdežto u medvídků na pravé. Pozorovaný rozdíl tak může být způsobem obsahovým rozdílem těch dvou setů položek, stejně jako rozdílem v kognitivních procesech, které k odpovědi vedou v závislosti na věku respondentů.

Italské autorky Comparcini a kol. (2018) zjistily statisticky významné korelace v případě charakteristik sestry a označily toto jako faktor významný pro všechny tři zkoumané věkové kategorie (4 – 6 let; 7 – 11 let; 12 – 14 let). Zatímco ošetrovatelské aktivity v jejich výzkumu významně přispěly k celkově vnímané dobré péči pouze v kategorii 7–11 let, faktor ošetrovatelského prostředí neukázal významné korelace v ani jedné ze třech věkových kategorií. Autorky uvádí předpoklad, že děti do 6 let vnímají ošetrovatelské činnosti (léčba, léky, procedury) jako více traumatizující a stresující oproti starším dětem. Faktory prostředí, jako je dostatek her, hraček a společný čas s rodiči, jsou důležité faktory ovlivňující spokojenost u mladších dětí, které prožívají separaci od rodičů jako hlavní zdroj úzkosti a stresu. Jimi provedená regresní analýza potvrdila, že největší příspěvek k celkovému vnímání kvality ošetrovatelské péče dětmi mají charakteristiky sestry, a to bez ohledu na věk dětí. Tato zjištění jsou v souladu s výsledky finské studie s dotazníkem CCQH. Další kategorie dle jejich zjištění naznačují vliv věku dětí na hodnocení kvality péče v této věkové skupině (Pelander, Lehtonen a kol., 2007; Comparcini a kol., 2018). Tato analýza dat v podstatě potvrzuje naše závěry týkající se možnosti odlišného významu obsahu druhé a třetí domény dotazníku CCQH dle věku dětí, který se mohl výrazněji projevit v případě rozšířeného italského souboru respondentů (4–14 let).

Soubor položek, týkající se potřeby pomoci (položky 26–29) byl vyhodnocen jako pro český výzkumný vzorek nerelevantní, neboť ve třech z nich většina dětí danou zkušenost s dětskými sestrami nezažila a pomoc sester tedy nemohla ovlivnit jejich spokojenost. V italském výzkumu byly tyto položky ze stejného důvodu vyřazeny už během překladu dotazníku (Comparcini a kol., 2018). Kvalitativní analýzy těchto položek české verze dotazníku navíc ukázaly, že obsahují dlouhé a složité zadání. Vágnerová a Lisá, (2021) ve vztahu k tomu uvádí, že nedostatečná kapacita pracovní paměti může dětem mladšího školního věku činit

potíže, protože část zadání jednoduše zapomenou. Složitější zadání si dokážou zapamatovat děti až od 9–10 let (Vágnerová a Lisá, 2021, s. 302). Na konci 2.–3. třídy je proces čtení již automatický natolik, že dítěti zbývá kapacita na porozumění obsahu většího celku. Čtení s porozuměním vyžaduje schopnost snadno odlišit hranice slov, identifikovat slova a určit slovní spojení, které dává smysl. Pokud toto dítě ještě nedokáže, je vhodné zajistit, aby text přečetl správně někdo jiný. Takto dítě textu zpravidla porozumí. Pokud dítě čte příliš pomalu, v pracovní paměti poznatky neudrží tak, aby pochopilo souvislosti a smysl obsahu (Vágnerová, 2012).

Výsledky hodnocení konstruktové validity české verze dotazníku CCQH prostřednictvím faktorové analýzy dat ukázaly, že šestifaktorový model obsahoval 45 položek a vysvětloval 54,1 % rozptylu. Indexy shody modelu s daty ukazovaly na špatný fit. Naše zjištění je ve shodě s Chráskou a Kočvarovou (2015), kteří doporučují hodnotit kvalitu modelu indikátory pro tzv. Model Fit, a to především TLI s doporučenou hodnotou $> 0,95$ a RMSEA s doporučenou hodnotou $< 0,06$ (Chráška a Kočvarová, 2015, s. 106).

V rámci hodnocení české verze nástroje CCQH bylo zjištěno, že vzhledem k využití dvou škál a ke zjištěné zvýšené kognitivní náročnosti, není možné výsledky spolehlivě interpretovat, a tedy ani zobecňovat. Výsledky analýz mohou být ovlivněny nejen spokojeností dětí s pediatrickou péčí, ale také tím, jak dobře děti zvládají několik mentálních rotací za sebou. Jak uvádí Tóthová a Hellerová (2021), konstruktová validita zajišťuje, že měřicí nástroj skutečně zachycuje proměnlivost konstruktů bez vlivu dalších konstruktů (Tóthová a Hellerová, 2021). Což v našem případě nelze potvrdit. Naopak náš výzkum ukazuje, že dotazník nejspíš měří i něco jiného než spokojenost s péčí např. kognitivní vývojové faktory.

K posouzení konstruktové validity portugalské verze dotazníku CCQH byla použita metoda analýzy hlavních komponent; Kaiserova metoda a Kaiser-Meyer-Olkinův test spolu s Bartlettovým testem sféricity. Vhodnost modelu k provedení faktorové analýzy byla potvrzena. Faktorová analýza zde byla provedena odděleně, dle subkategorií nástroje a konstruktová validita nástroje byla potvrzena (Loureiro a kol., 2019). V případě finské verze dotazníku CCQH byla faktorová analýza také provedena rozloženě (dle domén). U italské verze nástroje nebylo hodnocení faktorové analýzy provedeno (Pelader, Leino-Kilpi a Katajisto, 2009; Comparcini a kol., 2018). Náš výzkum tak ve srovnání s portugalským a italským přináší nová zjištění týkající se konstruktové validity nástroje CCQH.

Na základě diskutovaných skutečností by bylo vhodné u nástroje CCQH: sjednotit tříbodové a čtyřbodové škály; sjednotit položky týkající se zdrojů zábavy; sjednotit položky zjišťující obavy z lékařů a sester; s ohledem na věk respondentů zvážit, jestli je na základě vývojových specifíků pro mladší děti adekvátní; u položek týkajících se strachu ze samoty a strachu z injekcí zvážit vliv nutnosti mentální rotace oproti ostatním položkám, vliv dětských obav ze separace od rodičů v novém prostředí a obav z injekcí; ověřit, jak moc obavy dítěte ovlivňují jeho hodnocení celkové spokojenosti.

8.2.3 Obsahová analýza otevřených položek dotazníku CCQH

Otevřené položky v dotazníku zpravidla umožňují hlubší proniknutí k pozorovaným jevům a lépe zjišťují opravdové mínění respondentů než položky uzavřené. Výpovědní hodnota otevřených položek však závisí na ochotě a dovednosti respondentů se vyjádřit (Chráška, 2016, s. 160). Za účelem získání hlubší znalosti dětské perspektivy týkající se jejich zkušeností s hospitalizací byla provedena obsahová analýza dat získaných prostřednictvím dvou otevřených položek české verze dotazníku CCQH – položky 59. „Podle mého názoru nejlepší v nemocnici bylo“ ... a položky 60. „Podle mého názoru nejhorší v nemocnici bylo ...“. Výsledky našeho výzkumu jsou zde porovnány především s finskými a portugalskými publikovanými informacemi o nejlepších a nejhorších zkušenostech uváděných dětmi u položek 59 a 60 (Loureiro a kol., 2020; Pelander a Leino-Kilpi, 2010).

Brazilští autoři publikovali literární přehled o zkušenostech hospitalizovaných dětí, jehož závěry ukázaly, že většina studií byla provedena na základě zpráv od rodinných příslušníků anebo odborníků (Lima a kol., 2020). Existuje jen málo studií, kde by děti vypovídaly o svých zkušenostech samy. Zkušenosti našeho souboru hospitalizovaných dětí ukázaly, že „nejlepší v nemocnici byly“ nejčastěji jejich zkušenosti s lidmi (starší děti uváděly nejčastěji personál a přátelé, mladší děti spíše uváděly rodiče), zábavnými aktivitami (např. hry) a možnost odpočinku.

Nejlepší zkušenosti finských dětí tvořily nejčastěji zábavné aktivity, pocit bezpečí a fyzická péče v průběhu léčení (Pelander a Leino-Kilpi, 2010). V portugalské studii mezi nejlepší zážitky děti zařadily jídlo, dále často oceňovaly sociální aspekty hospitalizace, příležitost mít své rodiče neustále u sebe, možnost přijímat návštěvy rodiny a přátel, ale také získat nové přátelé a sdílet zkušenosti s jinými hospitalizovanými dětmi. Trvalá přítomnost rodiče v nemocnici byla v případě portugalských dětí téměř 90% (Loureiro a kol., 2020). V případě

české i finské studie s dotazníkem CCQH byli rodiče nejčastěji přítomni pouze během dne (Pelander a Leino-Kilpi, 2010). V oblasti „fyzického prostředí“ portugalské děti nejčastěji uváděly hru, pokoj a postel. Za nejlepší aktivity portugalské děti nejčastěji uvedly hru a televizi (Loureiro a kol., 2020). Celkově pozitivní zkušenosti hospitalizovaných dětí ukázaly pouze malé rozdíly v porovnávaných výzkumech. Na základě těchto zjištění lze považovat za nejvýznamnější společné pozitivní zkušenosti českých, finských a portugalských dětí především zkušenosti v oblasti sociální a herních aktivit.

Výsledky obsahové analýzy dat položky 60. „Podle mého názoru nejhorší v nemocnici bylo ...“ ukázaly, že v případě českého souboru odpovědělo na tuto položku výrazně méně dětí, než tomu bylo u položky zjišťující nejlepší zkušenosti. Nejhorší zkušenosti měly české děti nejčastěji spojené s léčebnými procedurami (např. injekce), operací, omezením v jídle a bolestí (mladší děti uváděly především injekce, operace a bolest; starší děti po injekcích nejčastěji doplnily operaci, bolest, omezení jídla a pohybu).

Špatné zkušenosti týkající se jídla uváděly také finské a portugalské výzkumy (Pelander a Leino-Kilpi, 2010; Loureiro a kol., 2020). Finské děti měly nejhorší zkušenosti často spojené s nepříjemnými procedurami a negativními pocity (příznaky nemoci, bolesti, pocity odloučení). Prostředí hospitalizace kritizovaly méně často a týkalo se např. omezení na lůžku či soukromí (Pelander a Leino-Kilpi, 2010).

V portugalské studii děti nejčastěji uváděly zkušenosti spojené s negativními pocity. Děti trápily nemoci, se kterými se potýkaly, fyzická omezení v nemocnici (především starší děti), bolest, hluk a pocity samoty (zejména v noci). Aktivity zahrnovaly nejčastěji, podobně jako ve Finsku, nepříjemné bolestivé procedury a vyšetření. Třetí nejhorší zkušenost u portugalských dětí byla spojena s jídlem (Pelander a Leino-Kilpi, 2010; Loureiro a kol., 2020). Na základě našeho porovnání lze uvést, že rovněž v případě negativních zkušeností hospitalizovaných dětí se ukázaly pouze mírné odlišnosti české, portugalské a finské studie s dotazníkem CCQH.

Americký výzkum u hospitalizovaných dětí a mladistvých (věk 6–21 let) také zjišťoval, co se hospitalizovaným dětem líbilo a nelíbilo. Závěry spojené s pozitivními zkušenostmi dětí se nejčastěji týkaly sester, které jim dávaly, co právě potřebovaly, často je kontrolovaly, mluvily s nimi a byly podle nich pěkné a přátelské. V kategorii negativních zážitků spojených s chováním sester děti nejčastěji uváděly nepříjemné a bolestivé procedury (Ryan-Wenger, 2016).

Brazilští autoři literárního přehledu o zkušenostech hospitalizovaných dětí vytvořili pět výstupních kategorií: porozumění okamžiku hospitalizace, vnímání relevance poskytnuté péče, vnímání bolesti, význam doprovodu pacienta a informace získané o přijetí do nemocnice (Lima a kol., 2018). Všechny tyto kategorie zahrnuje ve svých položkách také dotazník CCQH.

Schalkers a kol. (2015) publikovali kvalitativní studii zjišťující pohled dětí a mladistvých (věk 6–18 let) na zkušenosti s kvalitou pediatrické nemocniční péče v Nizozemsku. Analýzou pozitivních a negativních zkušeností dětí bylo identifikováno pět témat: postoje personálu, komunikace s personálem, kontakty s vrstevníky a rodinou, léčebné postupy a nemocniční prostředí. Negativní zkušenosti zde děti spojovaly s pocity osamělosti. Mezi možnostmi, jak zůstat v kontaktu se svými lidmi, autoři doporučili moderní technologie a sociální média (Schalkers a kol., 2015). Lambert a kol. (2014) vyvodil podobné závěry z výzkumu s dětmi (5–8 let), avšak dle jejich zjištění, zdravotní péče nereflektuje globálními pokroky ve využívání sociálních technologií dětmi. Schalkers a kol. (2015) dále zjistili, že většině dětí nevadilo sdílet pokoj. Spolubydlící dle názoru některých dětí snižuje potřebu rodičů v noci. Děti často mluvily o nepříjemných nebo bolestivých procedurách, bohatě hodnotily prostředí a možnosti zabavení (Schalkers a kol., 2015). Také ve finském výzkumu byl kladen důraz na to, aby děti během hospitalizace pokračovaly v komunikaci se svými spolužáky/přáteli a zabránilo se rozvoji pocitů osamělosti a izolace. Zejména v případě delších hospitalizací by mělo být dětem umožněno používat mobilní telefon, internet a sítě sociálních médií (Pelander a Leino-Kilpi, 2010). V rámci tureckého výzkumu bylo zjištěno, že děti, které mohly komunikovat se svými spolužáky, používaly jako nástroj komunikace v 76 % mobilní telefon (Boztepe, Çinar a Ay, 2017).

Všechny zde uvedené studie spojují negativní zkušenosti dětí spojené s bolestivými procedurami. Z hlediska vývojového jsou však i negativní zkušenosti pro děti důležité. Stejně tak je ale důležité být dětem v náročných situacích oporou a pomáhat jim posilovat jejich odolnost. Dotazník CCQH lze v tomto ohledu hodnotit pozitivně, protože se na tyto aspekty péče zaměřuje v otázkách hodnotící aktivity sester.

8.2.4 Praktické aspekty české verze dotazníku CCQH

Součástí hodnocení psychometrických vlastností nástroje by měla být i jeho praktičnost. Jednou z hlavních výhod dotazníku by v tomto ohledu měla být snadná a rychlá administrace (Svoboda, Krejčířová a Vágnerová, 2015).

Administrace nástroje patří mezi významné faktory, které ovlivňují kvalitu měření. Chceme-li zjišťovat názory dětí pomocí dotazníku, mohou se zvláště u těch, které ještě neumí dobře číst, objevit komplikace. V takovém případě je obvyklé řešení, že dotazník je vyplňován ve spolupráci s tazatelem (Greig, Taylor a MacKay, 2007).

Podmínky sběru dat s českou verzí nástroje CCQH vycházely z podmínek sběru dat s jeho originální verzí ve Finsku, ale současně byly zajištěny tak, aby respektovaly podmínky české praxe a děti se cítily bezpečně a komfortně. Vzhledem k tomu, že vyplnění dotazníku mohlo být pro některé děti náročné (samostatné vyplňování je nejnáročnější metodou, vyžadující kompetenci ke čtení, dovednost zaškrtnout správné okénko a řídit se zadáním), probíhal sběr dat u dětí plánovaně ve spolupráci s edukovanými tazateli nebo rodiči. Stejný způsob sběru dat byl zvolen také v případě portugalské a italské verze nástroje CCQH (Pelander, Leino-Kilpi a Katajisto, 2009; Comparcini a kol., 2018; Loureiro a kol., 2019).

Přítomnost jiné osoby je však situační faktor ovlivňující kvalitu měření. Přítomnost proškoleného důvěryhodného tazatele snižuje sice zatížení respondenta a zvyšuje úspěch vyplnění i delších dotazníků. Na druhou stranu je však pomoc tazatele finančně a časově náročnější a odpovědi mohou být jeho přítomností zkreslené. Dostatečný nácvik přirozeného chování tazatele je tak doporučenou technikou, jež tyto faktory eliminuje (Hendl a Remr, 2017, s. 107, 147). Toto je důležitý aspekt našeho hodnocení praktičnosti dotazníku CCQH. Naš výzkum ukázal velké zatížení tazatele a s tím spojený vliv na odpovědi dětí. Je také otázkou, zda má klinická praxe podmínky pro takto časově a personálně náročný nástroj.

Finské autorky rovněž popisují náročnost výzkumu s dětmi a ve spojení s dotazníkem CCQH zdůrazňují snazší spolupráci s dětmi pokročilými ve čtení a jazykových dovednostech. Za náročné označily zejména položky hodnotící, zda byla se sestrami legrace, kvalifikovanost sester, položky týkající se ochrany soukromí, edukace, jídla a pomoci sester (položky 26–29). Pro další práci s nástrojem doporučily navazující ověřování v různých kulturách a studie vedoucí k jeho zkrácení a přeformulování náročných položek prostřednictvím kvalitativního výzkumu (Pelander, Leino-Kilpi a Katajisto, 2009). Naše zjištění potvrdila, že významnými faktory s vlivem na administraci nástroje CCQH je zejména jeho délka a obtížná srozumitelnost. Dotazník CCQH klade zejména na mladší respondenty velké nároky.

V případě italské verze nástroje CCQH autorky uvedly absenci kvalitativního designu výzkumu jako limitující faktor studie (Comparcini a kol., 2018). V rámci ověřování české verze nástroje byly realizovány polostrukturované rozhovory s hospitalizovanými dětmi,

směřující k hlubšímu prozkoumání oblastí nástroje CCQH. Celkově výsledky rozhovorů s dětmi v českém výzkumu ukázaly mimo samotného hodnocení vybraných oblastí péče specifické požadavky na výzkumná šetření s dětmi a osoby do nich zapojené. Zejména důvěryhodnost, nenásilná motivace dítěte k odpovědi a používání vhodné terminologie.

Potíže s porozuměním terminologii užití ve výzkumných nástrojích pro děti potvrzují i další publikace. V rámci nizozemského výzkumu byly zjišťovány názory dětí na zdraví, s cílem vyvinout dětský nástroj pro dialog o zdraví. Analýzou rozhovorů dvou věkových kategorií dětí (8–11 let a 12–18 let) došli k závěrům, že mladší děti měly potíže s porozuměním související terminologie (De Jong-Witjes a kol., 2022).

Čeští autoři Křeménková a Novotný (2016) uvádí ověření srozumitelnosti a způsobu chápání významu položek respondenty jako nezbytné. A to zejména pro obecný trend v současné západní civilizaci, který je charakteristický klesající schopností i ochotou přemýšlet a pracovat s jazykem (Křeménková a Novotný, 2016). Potíže s porozuměním vybraným položkám byly v rámci českého výzkumu s CCQH zaznamenány opakovaně. V závěru tak bylo realizováno testování srozumitelnosti položek pro 7 – 8leté děti. V doméně „charakteristiky sester“ byla zjištěna zejména obtížná srozumitelnost vázaná na nutnost výrazné dopomoci zejména u položek ve znění „sestry byly kvalifikované (zkušené, šikovné)“ a „sestry byly upřímné“. V doméně „aktivity sester“ byla zjištěna obtížná srozumitelnost zejména u položek ve znění „chránily moje soukromí (můj prostor)“, „vyslechly mne“ a „povzbuzovaly mne, abych se zapojil do léčby“. Finská autorka dotazníku CCQH hodnotila „jasnost“ položek dotazníku s odborníky z praxe a její výsledky ukázaly stejně jako v případě českého testování nízké hodnocení u subkategorie „kompetentnost sester“ („sestry byly kvalifikované“). Foster, Whitehead a Arabiat (2019) hodnotili validitu nástroje nejprve prostřednictvím dospělých osob a následně obtížnost zodpovězení nástroje za pomoci 3bodové Likertovy škály, záměrně vybranými zdravými dětmi školního věku, které zažily předchozí hospitalizaci. Původních 65 položek nástroje bylo redukováno na 16 položek (Foster, Whitehead a Arabiat, 2019).

Ohledně množství položek neexistují jasná pravidla, ovšem platí, že krátký nástroj eliminuje u respondentů nudu a únavu a usnadňuje administraci nástroje (Hendl a Remr, 2017, s. 156-161). Dotazník CCQH má celkem 61 položek a u uzavřené odpovědi obsahují dvě různé škály Likertova typu (třibodovou škálu vizualizovanou „smajlíky“ v doméně 1 + 2 a čtyřbodovou

škálu vizualizovanou medvídky v doméně 3). Výsledky našeho výzkumu potvrdily zejména potíže mladších dětí u čtyřbodové škály.

Hendl a Remr (2017) uvádí, že nejčastěji doporučené jsou pětibodová a čtyřbodová škála Likertova typu. Rozsah souhlasu a nesouhlasu s tvrzením však mohou v mnoha případech dostatečně pokrýt volby souhlasíš/nesouhlasíš (Hendl a Remr, 2017, s. 156–161). Jiní autoři doporučují, aby dotazník pro děti mladší deseti let neměl více než tři možnosti odpovědí, a dokonce i u starších dětí by měly být možnosti omezeny na méně než pět (Borgers a kol., 2004; Pelander, Leino-Kilpi a Katajisto, 2009). Použití 3bodové Likertovy škály však může snížit skóre spolehlivosti a omezit variabilitu dat se sníženou citlivostí na změny nebo dopad v průběhu času (Foster, Whitehead a Arabiat, 2019). Tyto oblasti vyžadují další zvážení toho, jaký rozsah škály je s ohledem na věk dítěte vhodný. V případě českého výzkumu měly děti menší problém s třibodovou škálou.

Dobré výsledky přináší použití grafických znázornění jako je např. „smajlík“ (Rebok a kol., 2001). Švédské autorky publikovaly potíže dětí s pochopením možností/reakcí v případě jejich výzkumného nástroje, jež v rámci pestrosti obsahoval různé bodové škály a vizualizace. Závěrečná podoba jejich nástroje pro děti proto obsahovala pouze dvanáct položek a pětibodovou škálu vizualizovanou „smajlíky“. (Gilljam a kol., 2019). Také v případě dotazníku CCQH by bylo vhodné škály sjednotit, a to jak vizualizací např. „smajlíky“, tak počtem bodů Likertovy škály.

8.3 Limitace práce

Výzkumnou část práce realizovanou s hospitalizovanými dětmi doprovázela úskalí, jež jsou však pro toto vývojové období přirozená obzvláště v podmínkách výzkumné práce v prostředí pediatrických oddělení. V tomto směru je důležité uvést potřebu spolupráce s rodiči a dalšími dospělými osobami, která s ohledem na náročnost dotazníku CCQH mohla ovlivnit odpovědi zapojených dětí, přestože byli všichni zapojeni v tomto směru předem edukováni. Za limitaci této výzkumné práce může být považován relativně malý vzorek participantů. Příčinou byla především špatná dostupnost hospitalizovaných dětí ve věku 7–11 let (kritéria výběru pro výzkumný soubor, krátká průměrná délka hospitalizace, špatná dostupnost rodičů s ohledem na předem poskytnutý informovaný souhlas, pandemie COVID-19) a náročnost nástroje s ohledem na děti. Prioritou práce bylo respektovat etické aspekty výzkumu s dětmi, čemuž byly podřízeny také vědecké metody, týkající se ověřování psychometrických vlastností

dotazníku. Soubor respondentů nebyl reprezentativní a výsledky tak nelze zobecňovat. V tomto případě by bylo třeba dalších výzkumů. Na druhou stranu výsledky této práce podpořené i výsledky ze zahraničí ukazují na to, že nástroj přináší dětem nepřiměřenou zátěž. Zobecnitelnost na běžnou populaci nebyl cíl této výzkumné práce a závěry práce jsou prezentovány ve vztahu k tomuto výzkumu. Přes všechny překážky se však podařilo získat cenné informace od poměrně velkého počtu hospitalizovaných dětí a výzkumný soubor splnil doporučené podmínky (Anthoine a kol., 2014; Chráška a Kočvarová, 2015, s.16–17).

9 ZÁVĚR

Výzkum s nástrojem CCQH sledoval stanovené cíle v kontextu hodnocení kvality pediatrické ošetrovatelské péče z pohledu dětí. Přínos práce představuje zejména zrealizovaný transkulturní přenos dotazníku CCQH a ověření jeho psychometrických vlastností v podmínkách ČR. Díky mezinárodní aplikaci nástroje bylo provedeno porovnání výzkumné práce zemí se srovnatelnou úrovní zdravotní péče, vycházející z doporučení WHO pro členské státy (WHO, 2021).

V rámci prvního výzkumného cíle byla vytvořena česká verze dotazníku CCQH, jež respektovala mezinárodní guidelines pro transkulturní přenos nástrojů ve zdravotnictví. V průběhu její tvorby byly identifikovány problematické oblasti dotazníku. Především bylo zjištěno, že nástroj je dlouhý a složitý, a to jak pro překlad odborníky, tak pro vyplnění samotnými dětmi. Významným faktorem této části výzkumné práce byl opakovaný osobní kontakt s autorkou originálního dotazníku.

V rámci druhého výzkumného cíle bylo realizováno ověření psychometrických vlastností včetně posouzení praktických aspektů české verze dotazníku CCQH. Bylo zjištěno, že dotazník má dostatečnou reliabilitu, ale nízkou validitu a praktičnost s ohledem na jeho administraci. Některé položky byly odborníky označeny jako nevyhovující s ohledem na specifika pediatrické praxe. Dotazník způsoboval především mladším dětem nepřiměřenou zátěž svou délkou a složitostí. Sběr dat byl možný pouze za podmínek spolupráce dětí s edukovanou dospělou osobou. Náš výzkum ukázal velké zatížení tazatele a s tím spojený vliv na odpovědi dětí.

V rámci ověření konstruktové validity dotazníku u dětí byl zjištěn rozdíl mezi věkovými skupinami 7–8 let a 9–11 let. Pozorovaný rozdíl mohl být způsoben obsahovým rozdílem dvou setů položek, stejně jako rozdílem v kognitivních procesech, které vedou k odpovědi v závislosti na věku respondentů. Větší zátěž na kognitivní procesy představovalo zejména použití různých škál v jednom nástroji. V rámci hodnocení české verze nástroje CCQH bylo zjištěno, že vzhledem ke zvýšené kognitivní náročnosti, není možné výsledky spolehlivě interpretovat. Výsledky analýz mohly být ovlivněny nejen spokojeností dětí s pediatrickou péčí, ale také tím, jak děti dobře zvládaly kognitivní procesy a nebylo tak možné potvrdit konstruktovou validitu dotazníku.

Obsahová analýza dat získaných prostřednictvím dvou otevřených položek české verze dotazníku CCQH ukázala, že mezi nejlepšími zkušenostmi uváděly hospitalizované děti nejčastěji zkušenosti s lidmi, zábavnými aktivitami a možnostmi odpočinku. Nejhorší zkušenosti měly hospitalizované děti nejčastěji spojené s léčebnými procedurami, bolestí, omezením v jídle či pohybu. Nepříjemné léčebné procedury bývají nedílnou součástí hospitalizace. Důležité je být dětem v náročných situacích oporou a pomáhat jim posilovat jejich odolnost.

Transkulturní přenos dotazníku CCQH, navzdory výsledkům hodnotícím negativně jeho psychometrické vlastnosti, přinesl svou aplikací v kontextu české pediatrie nové poznatky, využitelné v rámci navazujících prací. Práce je příspěvkem k rostoucímu množství znalostí o tom, za jakých podmínek mohou děti zastávat aktivní roli při hodnocení kvality zdravotních služeb za účelem jejího zlepšování. Přístup pomáhá nejen lepšímu zaměření na cílové spotřebitele péče, ale je i motivačním přístupem při získávání nových znalostí a dovedností dětí v péči o své zdraví.

PŘÍNOSY VÝZKUMNÉ PRÁCE A DOPORUČENÍ

V podmínkách české klinické pediatrie péče byla vytvořena česká verze nástroje CCQH a ověřeny jeho psychometrické vlastnosti u dětí ve věku sedm až jedenáct let.

V rámci ověření validity dotazníku byl zjištěn rozdíl mezi věkovými skupinami 7–8 let a 9–11 let. Použití různých škál v jednom nástroji znamenalo větší zátěž na kognitivní procesy. Při použití dotazníku CCQH je nutné zvážit vliv nutnosti mentální rotace škály.

Náš výzkum ukázal, že je dotazník pro děti dlouhý, obsahuje složité zadání otázek a obtížně srozumitelné pojmy. Dotazník je vhodný především pro děti, které mají dostatečnou kapacitu pracovní paměti, zvládnou čtení s porozuměním obsahu většího celku, ovládají senzomotorickou koordinaci „oko ruka“, mentální rotaci a rozumí použitým abstraktním pojmům. S ohledem na věk respondentů je vždy nutné vždy zvážit, jestli je na základě vývojových specifíků pro děti adekvátní. Na základě našich zjištění byl dotazník CCQH vhodný spíše pro děti od 9–10 let.

Náš výzkum ukázal velké zatížení tazatele a s tím spojený vliv na odpovědi dětí. V tomto směru je důležité při práci s dotazníkem poskytnout dětem asistenci vhodného tazatele. Současně je nutné zvážit vliv zapojených tazatelů.

Na základě našich zjištění byla navržena sada zcela nových položek využitelných pro hodnocení kvality péče hospitalizovanými dětmi (Příloha N). Při tvorbě nástrojů pro hodnocení kvality ošetrovatelské péče dětmi doporučujeme věnovat pozornost tomu, zda je nástroj dětem věkově přiměřený, plně respektuje kulturní specifika cílové populace a potřeby konkrétní klinické praxe. V tomto směru se autorka bude problematice věnovat i nadále.

10 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ANTHOINE, Emmanuelle, Leïla MORET, Antoine REGNAULT, Véronique SÉBILLE a Jean-Benoit HARDOUIN, 2014. Sample size used to validate a scale: a review of publications on newly-developed patient reported outcomes measures. *Health and Quality of Life Outcomes* [online]. 12(1) [cit. 2022-10-14]. ISSN 1477-7525. Dostupné z: doi:10.1186/s12955-014-0176-2.

BRADY, Louca-Mai and Berni GRAHAM. *Social research with children and young people: a practical guide*. Bristol: Policy Press, 2019. ISBN 978-1-4473-5114-6.

BORGERS, Natacha, Joop HOX a Dirk SIKKEL, 2004. Response Effects in Surveys on Children and Adolescents: The Effect of Number of Response Options, Negative Wording, and Neutral Mid-Point. *Quality & Quantity* [online]. 38(1), 17-33 [cit. 2022-11-01]. ISSN 0033-5177. Dostupné z: doi:10.1023/B: QUQU.0000013236.29205.a6.

BOZTEPE, Handan, Sevil ÇINAR a Ayşe AY, 2017. School-age children's perception of the hospital experience. *Journal of Child Health Care* [online]. 21(2), 162-170 [cit. 2022-10-05]. ISSN 1367-4935. Dostupné z: doi:10.1177/1367493517690454.

BOWDEN, Vicky a Cindy Smith GREENBERG, 2016. *Pediatric nursing procedures*. ISBN – 13: 978-1-4511-9236-0.

BRABCOVÁ, Iva a Sylva BÁRTLOVÁ, 2015. *Management v ošetrovatelské praxi*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny. ISBN 978-80-7422-402-7.

BROMLEY, Debbie, Liz SAMPSON, Jo BRETTLE-WEST a Michelle O'REILLY, 2020. Hearing the voices of looked-after children: Considering the challenges of obtaining feedback on healthcare services. *Journal of Child Health Care* [online]. 24(4), 502-514 [cit. 2022-07-05]. ISSN 1367-4935. Dostupné z: doi:10.1177/1367493519871774.

COLEMAN, Lael N., Kourtney WATHEN, Mia WALDRON, Janice J. MASON, Sasha HOUSTON, Yunfei WANG a Pamela S. HINDS, 2020. The Child's Voice in Satisfaction with Hospital Care. *Journal of Pediatric Nursing* [online]. 50(xxx), 113-120 [cit. 2022-07-07]. ISSN 08825963. Dostupné z: doi: 10.1016/j.pedn.2019.11.007.

COMPARCINI, Dania, Valentina SIMONETTI, Marco TOMIETTO, Helena LEINO-KILPI, Tiina PELANDER a Giancarlo CICOLINI, 2018. Children's Perceptions About the Quality of Pediatric Nursing Care: A Large Multicenter Cross-Sectional Study. *Journal of Nursing*

Scholarship [online]. 50(3), 287-295 [cit. 2022-10-30]. ISSN 15276546. Dostupné z: doi:10.1111/jnu.12381.

ÇAMUR, Zühal a Seher SARIKAYA KARABUDAK, 2021. The effect of parental participation in the care of hospitalized children on parent satisfaction and parent and child anxiety: Randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Practice* [online]. 27(5) [cit. 2022-07-06]. ISSN 1322-7114. Dostupné z: doi:10.1111/ijn.12910.

ČÁP, Jan a Jiří MAREŠ, 2007. *Psychologie pro učitele*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-273-7.

ČERNOHORSKÁ, Iveta, Eva HLAVÁČKOVÁ a Lenka HODAČOVÁ, 2021. Česká verzia dotazníka Child Care Quality at Hospital. *Ošetrovatel'stvo a pôrodná asistencija: časopis Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek* [online]. Bratislava: Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, 2021, (1), 51–56 [cit. 2022-10-31]. ISSN 1339-5920.

ČERNOHORSKÁ, Iveta, Eva HLAVÁČKOVÁ, Radka HUBALOVÁ a Barbora PROVAZNÍKOVÁ, 2022a. The best and the worst experiences of hospitalized children. In: SEŇ, Marioli, Moniki WÓJTY-KEMPY a Luby ŚŁÓSZARZ. *Rodzina. Zdrowie. Choroba: Scored scientific monograph*. Wrocław: Continuo, s. 193–202. ISBN 978-83-66987-02-9.

ČERNOHORSKÁ, Iveta, Eva HLAVÁČKOVÁ, Petra RŮŽIČKOVÁ a Lenka HODAČOVÁ, 2022b. Validácia českej verzie dotazníka Child Care Quality at Hospital. *Ošetrovatel'stvo a pôrodná asistencija: Časopis Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek* [online]. Bratislava: Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, 2022, (1), 48–53 [cit. 2022-10-31]. ISSN 1339-5920.

ČESKO, 1991. Sdělení č. 104/1991 Sb. Sdělení federálního ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy o právech dítěte. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1991, částka 22.

ČESKO, 2001. Úmluva č. 96 ze dne 1. října 2001, úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. In: *Sbírka mezinárodních úmluv České republiky*. 2001, částka 44.

ČESKO, 2011. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131.

Česko, 2012. Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 33.

ČESKO, 2016a. Vyhláška č. 2/2016 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2016, částka 1.

Česko, 2016b. Vyhláška č. 262/2016 Sb. kterou se mění vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2016, částka 101.

ČESKO, 2017. Zákon č. 201/2017 Sb., zákon, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2017 částka 72.

ČESKO, 2021a. Věstník MZ ČR: Koncepce ošetrovatelství, 2021, částka 6. [online]. [cit. 2022-07-08]. Dostupné z: Koncepce ošetrovatelství – Ministerstvo zdravotnictví (mzcr.cz).

ČESKO, 2021b. Zákon č. 371 ze dne 14. září 2021, o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2021, částka 164.

ČESKO, 2021c. Věstník MZ ČR, 2021, částka 13. [online]. [cit. 2022-07-08]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/11/Vestnik-MZ_13-2021.pdf.

DAVISON, Gail, Martina Ann KELLY, Andrew THOMPSON a Tim DORNAN, 2020. Children's and adolescents' experiences of healthcare professionals: scoping review protocol. *Systematic Reviews* [online]. 9(1) [cit. 2022-07-08]. ISSN 2046-4053. Dostupné z: doi:10.1186/s13643-020-01298-6.

DE JONG-WITJES, Stacey, Marijke C KARS, Marja VAN VLIET, et al., 2022. Development of the My Positive Health dialogue tool for children: a qualitative study on children's views of health. *BMJ Paediatrics Open* [online]. 6(1) [cit. 2022-04-15]. ISSN 2399-9772. Dostupné z: doi:10.1136/bmjpo-2021-001373.

DE MELO, Renata Pereira, Marcos Venícios DE OLIVEIRA LOPES, Thelma leite DE ARAUJO a Marli Teresinha Gimenez GALVÃO. 2011. Aplicación del modelo de adaptación

- de Roy a un cliente pediátrico en el ambiente hospitalario. *Cultura de los Cuidados* [online]. 15(29), 74-81 [cit. 2019-06-27]. DOI: 10.7184/cuid.2011.29.08. ISSN 11381728.
- DISMAN, Miroslav, 2021. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Páté, nezměněné vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 9788024650531.
- DRAPELA, Victor J., 2011. *Přehled teorií osobnosti*. 6. vyd. Přeložil Karel BALCAR. Praha: Portál. ISBN 9788026200406.
- ŘURČÍK, Vladimír, Daniela KOVÁČOVÁ, Daniela KOVALOVÁ, Tatiana RAPČÍKOVÁ a Jana STUDENÁ, 2017. *Etické východiska vybraných profesí*. Banská Bystrica: Vydavatelství Univerzity Mateja Bela – Belianum. ISBN 978-80-557-1339-7.
- EACH [online]. [cit. 2022-04-14]. Dostupné z: <https://each-for-sick-children.org/>.
- EXNER, Lubomír, Tomáš RAITER a Dita STEJSKALOVÁ, 2005. *Strategický marketing zdravotnických zařízení*. Praha: Professional Publishing. ISBN 80-86419-73-8.
- FARKAŠOVÁ, Dana, Mária MUSILOVÁ, Ľudmila KUBICOVÁ a Vlasta ZÁVODNÁ, 2006. *Ošetrovatelství – teorie*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-227-8.
- FAY, Brian, 2002. *Současná filozofie sociálních věd: multikulturní přístup*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-86429-10-5.
- FERJENČÍK, Ján, 2010. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Vyd. 2. Přeložil Petr BAKALÁŘ. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-815-9.
- FORD, Karen, Steven CAMPBELL, Bernie CARTER a Louise EARWAKER, 2018. The concept of child-centered care in healthcare. *JBIS Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* [online]. 16(4), 845-851 [cit. 2022-07-19]. ISSN 2202-4433. Dostupné z: doi:10.11124/JBISRIR-2017-003464.
- FOSTER, Mandie, Lisa WHITEHEAD a Diana ARABIAT, 2019. Development and validation of the needs of children questionnaire: An instrument to measure children's self-reported needs in hospital. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 75(10), 2246-2258 [cit. 2022-10-30]. ISSN 0309-2402. Dostupné z: doi:10.1111/jan.14099.
- GAMA, Daniely Oliveira Nunes, Danielli Oliveira SILVA, Rafaell Batista PEREIRA a Ysnaia Poliana Holanda Colombo CAMARÃO, 2018. The importance of play in the context

of child hospitalization [online]. 12(12), 3484-3491 [cit. 2022-07-07]. ISSN 1981-8963. Dostupné z: doi:10.5205/19818963v12i12a234923p3484-3491-2018.

GARRATT, Andrew M, Øyvind Andresen BJERTNÆS a Jon BARLINN, 2007. Parent experiences of paediatric care (PEPC) questionnaire: reliability and validity following a national survey. *Acta Paediatrica* [online]. 96(2), 246-252 [cit. 2022-07-05]. ISSN 0803-5253. Dostupné z: doi:10.1111/j.1651-2227.2007.00049.x.

GAVORA, Peter, 2012. *Tvorba výskumného nástroja pre pedagogické bádanie*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo – Mladé letá. ISBN 9788010023530.

GIDDENS, Anthony, SUTTON, Philip W., ed., 2013. *Sociologie*. Praha: Argo. ISBN 978-80-257-0807-1.

GILLJAM, Britt-Mari, Susann ARVIDSSON, Jens M. NYGREN a Petra SVEDBERG, 2019. Child participation in health care (ChiPaC)—Development and psychometric evaluation of a self-report instrument for children's participation in health care. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 29(1-2), 107-118 [cit. 2022-07-06]. ISSN 0962-1067. Dostupné z: doi:10.1111/jocn.15063.

GLADKIJ, Ivan, 2003. *Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví: řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví: kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování*. Brno: Computer Press. Praxe manažera (Computer Press). ISBN 80-7226-996-8.

GREIG, Anne, Jayne TAYLOR a Tommy MACKAY, 2013. *Doing research with children: a practical guide*. 3rd ed. Los Angeles, Calif.: SAGE. ISBN 978-0-85702-886-0.

GROVE, Susan K. a Jennifer R. GRAY, 2019. *Understanding Nursing Research: Building an Evidence-Based Practice*. 7. St. Louis, Missouri: Elsevier. ISBN 1416026401.

GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.

HARDY, Julia and Charmian HOBBS, 2017. *Using qualitative research to hear the voice of children and young people: The work of British educational psychologists*. British Psychological Society. ISBN 1854337459.

HARGREAVES, Dougal S, Steve SIZMUR, Jacqueline PITCHFORTH, Amy TALLETT, Sara L TOOMEY, Bridget HOPWOOD, Mark A SCHUSTER a Russell M VINER, 2018. Children and young people's versus parents' responses in an English national inpatient

- survey. *Archives of Disease in Childhood* [online]. 103(5), 486-491 [cit. 2022-07-07]. ISSN 0003-9888. Dostupné z: doi:10.1136/archdischild-2017-313801.
- HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ, 2010. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-686-5.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Informovaný souhlas: proč a jak?* Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-497-3.
- HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0219-6.
- HENDL, Jan a Jiří REMR, 2017. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1192-1.
- HEŘMANOVÁ, Jana, 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3469-9.
- HORSTMAN, Trisha, 2014. Perspectives of Hospitalized Children and Parents on the Quality of the Children's Nursing Care. The Ohio State University. College of Nursing Honors Theses. <https://kb.osu.edu/handle/1811/60284>.
- HORN, John L., 1965. A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika* [online]. 30(2), 179-185 [cit. 2022-10-30]. ISSN 0033-3123. Dostupné z: doi:10.1007/BF02289447.
- CHOI, Miyoung a Kyungsook BANG, 2010. Quality of Pediatric Nursing Care: Concept Analysis. *Journal of Korean Academy of Nursing* [online]. 40(6) [cit. 2022-10-30]. ISSN 2005-3673. Dostupné z: doi:10.4040/jkan.2010.40.6.757.
- CHRÁSKA, Miroslav, 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. Pedagogika. ISBN 978-80-247-5326-3.
- CHRÁSKA, Miroslav a Ilona KOČVAROVÁ, 2015. *Kvantitativní metody sběru dat v pedagogických výzkumech*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. ISBN 978-80-7454-553-5.
- CHRISTENSEN, Pia Monrad a Allison JAMES, 2017. *Research with children: perspectives and practices*. 3rd edition. New York, NY: Routledge. ISBN 978-1-138-10089-3.

- CHUA, Graham C. C., Allan M. CYNA a Joseph CRAVERO, 2021. Satisfaction measures in pediatric anesthesia and perioperative care. *Pediatric Anesthesia* [online]. 31(7), 746-754 [cit. 2022-07-06]. ISSN 1155-5645. Dostupné z: doi:10.1111/pan.14197.
- JANKOVSKÝ, Jiří, 2003. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-329-6.
- JAMES, D., M. EMEDO a D. HARGREAVES, 2014. G44 What are we doing with young people in hospital? A national adolescent inpatient survey. *Archives of Disease in Childhood* [online]. 99(Suppl 1), A18-A19 [cit. 2022-10-30]. ISSN 0003-9888. Dostupné z: doi:10.1136/archdischild-2014-306237.44
- JANSEN, Petra a Jan KELLNER, 2015. The role of rotational hand movements and general motor ability in children's mental rotation performance. *Frontiers in Psychology* [online]. 6 [cit. 2022-01-06]. ISSN 1664-1078. Dostupné z: doi:10.3389/fpsyg.2015.00984.
- KAAS, Jiří a Valérie TÓTHOVÁ, 2015. Možnosti využití adaptačního modelu Calisty Royové v současném ošetrovatelství. *Nursing: Theory, Research, Education / Osetrovateľ'stvo* [online]. 5(2), 43-49 [cit. 2019-06-26]. ISSN 13386263. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&an=112257304&scope=sit>.
- KAŠPAROVÁ, Irena a Radka KLVAŇOVÁ, 2016. Dítě a dětství: proměnlivá konceptualizace pojmů a její vazby na vzdělávání. *Sociológia-Slovak Sociological Review* [on-line]. 48 (4), 377-398. [cit. 2022-07-07]. ISSN 0049-1225.
- KEMP, Kyle A., Sadia AHMED, Hude QUAN, David JOHNSON a Maria J. SANTANA, 2018. Family Experiences of Pediatric Inpatient Care in Alberta, Canada: Results From the Child HCAHPS Survey. *Hospital Pediatrics* [online]. 8(6), 338-344 [cit. 2022-07-07]. ISSN 2154-1663. Dostupné z: doi:10.1542/hpeds.2017-0191.
- KLÍMA, Jiří, 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5014-9.
- KOHLI, Adarsh, Soumya JHANDA a SusantaK PADHY, 2018. The utility of modified version of sentence completion test for children and adolescents. *Industrial Psychiatry Journal* [online]. 27(2) [cit. 2021-11-01]. ISSN 0972-6748. Dostupné z: doi: 10.4103/ipj.ipj_63_18.

- KORDULOVÁ, Pavla, 2017. Nursing education in pediatrics. *Pediatric pro praxi* [online]. 18(6), 383-386 [cit. 2022-07-20]. ISSN 12130494. Dostupné z: doi:10.36290/ped.2017.076.
- KOŠČÍK, Michal, 2020. *Zákon o veřejném zdravotním pojištění: komentář*. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7598-809-6.
- KŘEMÉNKOVÁ, Lucie a Jan Sebastian NOVOTNÝ, 2016. Úskalí tvorby dotazníků pro děti a dospívající: zkušenosti z ohniskových skupin. *Psychologie a její kontexty* [online]. 7(2), 87-98 [cit. 2020-05-06]. ISSN 1805-9023. Dostupné z: <https://www.pablikado.cz/dokument/6L0i44967NScg0id>.
- LAMBERT, V., J. COAD, P. HICKS a M. GLACKEN, 2014. Social spaces for young children in hospital. *Child: Care, Health and Development* [online]. 40(2), 195-204 [cit. 2022-07-08]. p.1–10. ISSN 03051862. Dostupné z: doi:10.1111/cch.12016.
- LAPP, Valerie, 2019. The Patient's Voice: Development of an Adolescent Hospital Quality of Care Survey (AHQOCS). *Journal of Pediatric Nursing* [online]. 49, 43-50 [cit. 2022-10-30]. ISSN 08825963. Dostupné z: doi: 10.1016/j.pedn.2019.08.006.
- LIMA, Luana Nunes, Enoque de Oliveira CARVALHO, Valéria Batista da SILVA a Manuela Costa MELO, 2020. Self-reported experience of hospitalized children: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 73(suppl 4) [cit. 2022-07-07]. ISSN 1984-0446. Dostupné z: doi:10.1590/0034-7167-2018-0740.
- LOUREIRO, Fernanda, Beatriz RODRIGUES ARAÚJO a Zaida BORGES CHAREPE, 2019. Adaptation and Validation of the Instrument 'Children Care Quality at Hospital' for Portuguese. *Aquichan* [online]. 19(4), 1-13 [cit. 2022-10-30]. ISSN 16575997. Dostupné z: doi:10.5294/aqui.2019.19.4.7.
- LOUREIRO, Fernanda Manuela, Ana Vanessa dos Reis Ameixa ANTUNES, Tiina PELANDER a Zaida Borges CHAREPE, 2020. The experience of school-aged children with hospitalisation. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley)* [online]. 30(3/4), 550-558 [cit. 2021-06-04]. ISSN 09621067. Dostupné z: doi:10.1111/jocn.15574.
- MACH, Jan, 2018. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování: Zákon o specifických zdravotních službách*. Praha: Wolters Kluwer. Praktický komentář. ISBN 978-80-7598-103-5.

- MACHOVÁ, Alena a Iva BRABCOVÁ, 2018. Zdravotní gramotnost dětí a adolescentů. *Kontakt* [online]. 20(4), e326-e332 [cit. 2022-09-09]. ISSN 12124117. Dostupné z: doi: 10.1016/j.kontakt.2018.10.007.
- MANDYSOVÁ, Petra a Eva HLAVÁČKOVÁ, 2010. Translating foreign-developed instruments to guide nursing practice in the czech republic: do they encourage evidence-based nursing? *Profese online* [online]. 3(3), 165-174 [cit. 2022-10-30]. ISSN 18034330. Dostupné z: doi:10.5507/pol.2010.015.
- MANDYSOVÁ, Petra, 2019a. *Metody překladu a transkulturní validace zahraničních nástrojů*. [Pardubice]: Univerzita Pardubice. ISBN 978-80-7560-269-5.
- MANDYSOVÁ, Petra, 2019b. Editoriál: Překlad zahraničních hodnotících nástrojů – jaká úskalí v sobě může skrývat? *Ošetrovatelstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online]. 9(2). [cit. 2022-10-30] ISSN 1338-6263.
- MAREŠ, Jiří, 1997. *Dítě a bolest*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-267-0.
- MEDIPOOL, 2014. Vybrané ukazatele ekonomiky zdravotnictví v mezinárodním srovnání. [online]. [cit. 2016-04-20]. Dostupné z: <http://www.medipool.cz/2014/08/vybrane-ukazatele-ekonomiky-zdravotniKozierectvi-v-mezinarodnim-srovnani/>.
- MENDOZA, Beverly A., Michelle A. FORTIER, Lily N. TRINH, Lauren N. SCHMID a Zeev N. KAIN, 2021. Factors impacting parental and child satisfaction in the perioperative setting. *Pediatric Anesthesia* [online]. 31(9), 932-943 [cit. 2022-09-15]. ISSN 1155-5645. Dostupné z: doi:10.1111/pan.14236.
- MZ ČR, 2020. Národní hodnocení spokojenosti pacientů [online]. [cit. 2022-05-06] Dostupné z: <https://spokojenost.mzcr.cz/> .
- MUKHERJI, Penny a Deborah ALBON, 2018. *Research methods in early childhood: an introductory guide*. 3rd edition. Los Angeles: SAGE. ISBN 978-1-5264-2371-9.
- MUNZAROVÁ, Marta, 2005. *Lékařský výzkum a etika*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0924-4.
- NADAČNÍ FOND KLÍČEK, 2005. Charta práv dětí v nemocnici. [online]. [cit. 2016-04-20]. Dostupné z: <http://www.klicek.org/hospital/charta.html>.

- NELSON, Helen J, Catherine PIENAAR, Anne M WILLIAMS, Ailsa MUNNS, Katie MCKENZIE a Evalotte MÖRELIUS, 2022. Patient experience surveys for children's community health services: A scoping review. *Journal of Child Health Care* [online]. 26(1), 154-166 [cit. 2022-10-05]. ISSN 1367-4935. Dostupné z: doi:10.1177/13674935211005874.
- NORDLIND, Anna, Ann-Sofie SUNDQVIST, Agneta ANDERZÉN-CARLSSON, Ann-Charlotte ALMBLAD a Karin ÄNGEBY, 2022. How paediatric departments in Sweden facilitate giving children a voice on their experiences of healthcare: A cross-sectional study. *Health Expectations* [online]. 25(1), 384-393 [cit. 2022-10-05]. ISSN 1369-6513. Dostupné z: doi:10.1111/hex.13396.
- OVŠONKOVÁ, A., MIERTOVÁ, M., ZANOVITOVÁ, M., ANDREÁNSKA, N., 2018. Fall risk assessment in hospitalized children. *Ošetrovatel'stvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], vol. 8, no. 2, pp. 58-64. Dostupné z: <http://www.oseetrovatelstvo.eu/archiv/2018-rocnik-8/cislo-2/posudzovanie-rizika-padu-u-hospitalizovanych-deti>.
- PELANDER, Tiina a Helena LEINO-KILPI, 2004. Quality in pediatric nursing care: children's expectations. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* [online]. 27(3), 139-151 [cit. 2022-10-05]. ISSN 01460862. Dostupné z: doi:10.1080/01460860490497778.
- PELANDER, Tiina, Kimmo LEHTONEN a Helena LEINO-KILPI, 2007. Children in the Hospital: Elements of Quality in Drawings. *Journal of Pediatric Nursing* [online]. 22(4), 333-341 [cit. 2020-05-06]. ISSN 08825963. Dostupné z: doi: 10.1016/j.pedn.2007.06.004.
- PELANDER, Tiina, Helena LEINO-KILPI a Jouko KATAJISTO, 2007. Quality of Pediatric Nursing Care in Finland. *Journal of Nursing Care Quality* [online]. 22(2), 185-194 [cit. 2020-05-06]. ISSN 1057-3631. Dostupné z: doi: 10.1097/01.NCQ.0000263110.38591.9a.
- PELANDER T, LEINO-KILPI H a KATAJISTO J, 2009. The quality of paediatric nursing care: developing the Child Care Quality at Hospital instrument for children. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 65(2), 443-453 [cit. 2018-01-25]. ISSN 03092402. Dostupné z: doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04875.x.
- PELANDER, Tiina a Helena LEINO-KILPI, 2010. Children's best and worst experiences during hospitalisation T. Pelander, H. Leino-Kilpi Children's experiences during hospitalisation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [online]. 24(4), 726-733 [cit. 2019-03-29]. ISSN 02839318. Dostupné z: doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00770.x.

PETRUSEK, Miloslav, 2011. *Dějiny sociologie*. Praha: Grada. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3234-3.

PIAGET, Jean a Bärbel INHELDER, 2014. *Psychologie dítěte*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0691-0.

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

POLIT, Denise F. a Cheryl Tatano BECK, 2006. The content validity index: Are you sure you know what's being reported? critique and recommendations. *Research in Nursing & Health* [online]. 29(5), 489-497 [cit. 2022-10-05]. ISSN 0160-6891. Dostupné z: doi:10.1002/nur.20147.

POLIT, Denise F. a Cheryl Tatano BECK. 2022. *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. 10th ed. PA: Lippincott Williams and Wilkins.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2015. *Lékař a pacient v moderní medicíně: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Grada Publishing. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5788-9.

PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a Jan MACH, 2017. *Informovaný souhlas: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Galén. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 9788074923340.

PUNCH, SAMANTHA, 2002. Research with Children. *Childhood* [online]. 9(3), 321-341 [cit. 2022-04-11]. ISSN 0907-5682. Dostupné z: doi:10.1177/0907568202009003005.

PUNCH, Keith F. a OANCEA, Alis, 2014. *Introduction to research methods in education*. Sage, ISBN 978-1-4462-6073-9.

PURNELL, Larry D. 2013. *Transcultural Health Care: A Culturally Competent Approach* (version Fourth edition) Fourth ed. Philadelphia: F.A. Davis. <http://site.ebrary.com/id/10626850>.

PYTELA, Oldřich, 1995. *Chemometrie: pro organické chemiky*. Vyd. 2., upr. Pardubice: Univerzita Pardubice. s. 217. ISBN 80-7194-023-2.

RAMINI, Sasha Kareema, Richard BROWN a Ellen B. BUCKNER, 2008. Embracing Changes: Adaptation By Adolescents with Cancer. *Pediatric Nursing* [online]. 34(1), 72-79

[cit. 2022-10-05]. ISSN 00979805. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=31402747&scope=site>.

RATIBORSKÝ, Jan a Jaroslava FENDRYCHOVÁ, 2013. Principles of providing palliative and hospice care for children. *Kontakt* [online]. 15(1), 22-28 [cit. 2022-10-05]. ISSN 12124117. Dostupné z: doi:10.32725/kont.2013.004.

RAITER, Tomáš, 2010. *Kvalita očima pacientů: Rating a certifikace. Kvalita očima pacientů, hodnocení nemocnic* [online]. Praha [cit. 2021-04-11]. Dostupné z: <http://www.hodnoceninemocnic.cz/Kategorizace-a-certifikace.html#Certifikace>.

REBOK, G., A. RILEY, C. FORREST, B. STARFIELD, B. GREEN, J. ROBERTSON a E. TAMBOR, 2001. Elementary school-aged children's reports of their health: a cognitive interviewing study. *Quality of Life Research* [online]. 10(1), 59-70 [cit. 2022-10-05]. ISSN 09629343. Dostupné z: doi:10.1023/A:1016693417166.

REVELLE, William, 2020. *psych: Procedures for Personality and Psychological Research*. Evanston, Illinois: Northwestern University. Retrived from <https://CRAN.R-project.org/package=psych> Version = 2.1.3.

RYAN-WENGER, Nancy A. a William GARDNER, 2012. Hospitalized Children's Perspectives on the Quality and Equity of Their Nursing Care. *Journal of Nursing Care Quality* [online]. 27(1), 35-42 [cit. 2022-04-10]. ISSN 1057-3631. Dostupné z: doi:10.1097/NCQ.0b013e31822f71a3.

RYAN-WENGER, Nancy A., 2016. Where are the Patients in Pediatric Patient Satisfaction Surveys? *Journal for Specialists in Pediatric Nursing* [online]. 21(1), 3-3 [cit. 2022-07-06]. ISSN 15390136. Dostupné z: doi:10.1111/jspn.12136.

ŘÍČAN, Pavel, 2006. *Cesta životem: vývojová psychologie*. 2. vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7367-124-7.

SEDLÁŘOVÁ, Petra a kol., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-1613-8.

SHIELDS, Linda, 2015. What is "Family-Centred Care"? *European Journal for Person Centered Healthcare* [online]. 3(2), 139-144 [cit. 2022-10-05]. ISSN 2052-5656. Dostupné z: doi:10.5750/ejpch.v3i2.993.

SCHALKERS, Inge, Christine W. M. DEDDING a Joske F. G. BUNDERS, 2015. ' [I would like] a place to be alone, other than the toilet' - Children's perspectives on paediatric hospital care in the Netherlands. *Health Expectations* [online]. 18(6), 2066-2078 [cit. 2022-07-08]. ISSN 13696513. Dostupné z: doi:10.1111/hex.12174.

SCHALKERS, Inge, Cathleen S PARSONS, Joske FG BUNDERS a Christine DEDDING, 2016. Health professionals' perspectives on children's and young people's participation in health care: a qualitative multihospital study. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 25(7-8), 1035-1044 [cit. 2022-10-05]. ISSN 09621067. Dostupné z: doi:10.1111/jocn.13152.

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

SIKOROVÁ, Lucie a Tatiana VALIAŠKOVÁ, 2020. Psychometric properties of the Czech version of the tool – screening for early eating disorder signs (SEEDS-CZ). *Central European Journal of Nursing and Midwifery* [online]. 11(3), 105-112 [cit. 2022-10-05]. ISSN 23363517. Dostupné z: doi:10.15452/cejnm.2020.11.0016.

SIKOROVÁ, Lucie a Michaela CMORJAKOVÁ, 2021. Evaluation of the risk of falls in hospitalized children using the GRAF PIF scale (General Risk Assessment for Pediatric Inpatient Falls Scale). *Pediatric pro praxi* [online]. 22(3), 240-242 [cit. 2022-10-05]. ISSN 12130494. Dostupné z: doi:10.36290/ped.2021.050.

SVOBODA, Mojmir, Dana KREJČÍŘOVÁ a Marie VÁGNEROVÁ, 2015. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0899-0.

ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.

TALLETT, A. a B. HOPWOOD, 2013. G142(P) Using a Child-Friendly Survey to Obtain Feedback About the Hospital Experience of Young Inpatients. *Archives of Disease in Childhood* [online]. 98(Suppl 1), A67-A67 [cit. 2022-10-05]. ISSN 0003-9888. Dostupné z: doi:10.1136/archdischild-2013-304107.154.

THOROVÁ, Kateřina, 2015. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0714-6.

TÓTHOVÁ, Valérie a Věra HELLEROVÁ, 2021. *Využití měřicích nástrojů v ošetrovatelství*. Praha: NLN. ISBN 9788074228179.

TOOMEY, Sara L., Alan M. ZASLAVSKY, Marc N. ELLIOTT, et al., 2015. The Development of a Pediatric Inpatient Experience of Care Measure: Child HCAHPS®. *Pediatrics* [online]. 136(2), 360-369 [cit. 2022-09-15]. ISSN 0031-4005. Dostupné z: doi:10.1542/peds.2015-0966.

TOOMEY, Sara L., Marc N. ELLIOTT, Alan M. ZASLAVSKY, David J. KLEIN, Sifon NDON, Shannon HARDY, Melody WU a Mark A. SCHUSTER, 2017. Variation in Family Experience of Pediatric Inpatient Care As Measured by Child HCAHPS. *Pediatrics* [online]. 139(4) [cit. 2022-07-07]. ISSN 0031-4005. Dostupné z: doi:10.1542/peds.2016-3372.

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ, 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3., Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-553-2.

TRUČKOVÁ, Zdeňka a Iva BRABCOVÁ, 2016. Historie pediatrie a vzdělávání dětských sester v České republice. *Pediatric pro praxi* [online]. 17(6), 390-393 [cit. 2022-10-05]. ISSN 12130494. Dostupné z: doi:10.36290/ped.2016.089.

TSIRONI, Spyridoula a George KOULIERAKIS, 2018. Factors affecting parents' satisfaction with pediatric wards. *Japan Journal of Nursing Science* [online]. 16(2), 212-220 [cit. 2022-07-05]. ISSN 1742-7932. Dostupné z: doi:10.1111/jjns.12239.

TWYXCROSS, Alison a Joanna SMITH, 2017. Undertaking research with children and young people. *Evidence Based Nursing* [online]. 20(2), 40-41 [cit. 2022-04-10]. ISSN 1367-6539. Dostupné z: doi:10.1136/eb-2017-102619.

UHOLYEVA, Xenie, 2015. Dítě jako zdroj informací: charakteristiky dětské výpovědi a možnosti jejího využití. *Československá psychologie* [online]. 59(2), 150-161 [cit. 2022-10-05]. ISSN 0009062X. Dostupné z:

<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=103209155&scope=site>.

ÚMLUVA O PRÁVECH DÍTĚTE A SOUVISEJÍCÍ DOKUMENTY, 2016. [Praha]: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. ISBN 978-80-7421-120-1.

ÚZIS. Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2019 [online]. [cit. 2021-04-05]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008357/hospit2019.pdf>.

VALENTA, Milan, 2008. *Herní specialista v somatopedii*. 3. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2137-7.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2153-1.

VÁGNEROVÁ, Marie a Lidka LISÁ, 2021. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vydání třetí, přepracované a doplněné. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-4961-0.

VÉVODOVÁ, Šárka a Kateřina IVANOVÁ, 2015. *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4770-4.

VIOTTI, Fernanda, Marta BADIA, M. Begoña ORGAZ, Ana M. ULLÁN a Juan Sebastián URZÚA, 2018. The Adaptation and Psychometric Properties of the Kid-KINDLR for Hospitalized Children in Chile. *Journal of Pediatric Nursing* [online]. 41, e8-e15 [cit. 2022-09-15]. ISSN 08825963. Dostupné z: doi: 10.1016/j.pedn.2018.02.007.

VÖRÖSOVÁ, Gabriela, Andrea SOLGAJOVÁ a Alexandra ARCHALOUSOVÁ, 2015. *Ošetřovatelská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5538-0.

WALKER, Ian, 2013. *Výzkumné metody a statistika z pohledu psychologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3920-5.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019. Process of translation and adaptation of instruments [online]. [cit. 2019-07-23]. Dostupné z: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021. European Programme of Work 2020-2025: United Action for Better Health. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/339209>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

WILD, Diane, Alyson GROVE, Mona MARTIN, Sonya EREMENCO, Sandra MCELROY, Aneesa VERJEE-LORENZ a Pennifer ERIKSON, 2005. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in Health* [online]. 8(2), 94-104 [cit. 2022-04-28]. ISSN 10983015. Dostupné z: doi:10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x.

WILSON, Sally, Yvonne HAUCK, Alexandra BREMNER a Judith FINN, 2012. Quality nursing care in Australian paediatric hospitals: a Delphi approach to identifying indicators. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 21(11-12), 1594-1605 [cit. 2022-09-15]. ISSN 09621067. Dostupné z: doi:10.1111/j.1365-2702.2011.04004.x.

ŽIAKOVÁ, Katarína, 2009. *Ošetrovatel'stvo: teória a vedecký výskum*. 2. vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta. ISBN 978-80-8063-304-2.

11 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Práva hospitalizovaného dítěte	136
Příloha B – Originální nástroj CCQH.....	137
Příloha C – Formulář pro posouzení relevance nástroje CCQH.....	141
Příloha D – Informovaný souhlas pro rodiče.....	144
Příloha E – Formulář pro posouzení srozumitelnosti položek dotazníku CCQH.....	145
Příloha F – Česká verze nástroje CCQH	147
Příloha G – Testy shody dle oddělení, pohlaví a věku dětí	151
Příloha H – Tabulky četností položek 10–58.....	156
Příloha I – Grafy distribuce odpovědí položek 10–58.....	164
Příloha J – Položková analýza	171
Příloha K – Korelační heatmapa	172
Příloha L – Analýzy rozhovorů s dětmi v programu Atlas.ti.....	173
Příloha M – Výsledky hodnocení srozumitelnosti položek 10–58.....	177
Příloha N – Sada položek ke zjišťování kvality péče z pohledu dětí.....	178

Příloha A – PRÁVA HOSPITALIZOVANÉHO DÍTĚTE

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

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

Zdroj: Sedlářová a kol., 2008, s. 240

Příloha B – Originální nástroj CCQH

Pelander©

Answer the questions by putting a cross (X) on the most adequate answers or write it down on the blank spaces available.

1. I'm
 - a) A girl
 - b) A boy

2. I'm _____ years old.

3. I came to the hospital,
 - a) Because it was already scheduled
 - b) Because I've hurt myself
 - c) Because I've been very ill

4. I'm now in hospital, because I have _____.

5. I've been in hospital for
 - a) 1 night
 - b) 2 nights
 - c) 3 nights
 - d) 4 nights
 - e) 5 nights



Continues...

Pelander©

6. In the hospital,
 - a) I'm in a single bedroom on my own
 - b) I'm in a bedroom where there's more ill children
 - c) I'm in a bedroom on my own, although other ill children have been here before.

7. I've been in hospital before
 - a) yes
 - b) no
 - c) I don't know
 - d) I don't remember

8. Both my parents have been in hospital with me
 - a) All the time
 - b) During the day but not at night
 - c) When I arrived and when I got discharged

9. I have a nurse just for myself
 - a) Yes, and she/he's called _____
 - b) No
 - c) I don't know



Continues

Pelander©

How were the nurses that took care of you while you were in hospital?

Put an X on this face 😊, if you think the nurses were **always** like this.

Put an X on this face 😐, if you think the nurses were **sometimes** like this.

Put an X on this face ☹️, if you think the nurses were **never** like this.

My nurses were	Always	Sometimes	Never
10. kind	😊	😐	☹️
11. qualified	😊	😐	☹️
12. friendly	😊	😐	☹️
13. fun	😊	😐	☹️
14. honest	😊	😐	☹️



Continues

Pelander©

How did the nurses treat you?

Put an X on this face 😊, if you agree that the nurses **always** did this to you.

Put an X on this face 😐, if you agree that the nurses **sometimes** did this to you.

Put an X on this face ☹️, if you agree that the nurses **never** did this to you.

The nurses	Always	Sometimes	Never
15. played with me	😊	😐	☹️
16. talked about interesting things	😊	😐	☹️
17. protected my intimacy	😊	😐	☹️
18. listened to me	😊	😐	☹️
19. listened to my opinions	😊	😐	☹️
20. encouraged me	😊	😐	☹️
21. comforted me	😊	😐	☹️
22. told me about what I could do in hospital	😊	😐	☹️
23. encouraged me to take part of my care	😊	😐	☹️
24. cared for me with my parents	😊	😐	☹️
25. respected my food preferences	😊	😐	☹️



Thank you for
your answers

Continues

Pelander©

Put an X on the box if you DIDN'T need the help from the nurses		Always	Sometimes	Never
26. provided pain relief had no pain	<input type="checkbox"/>	😊	😐	😞
27. helped me eat didn't need help	<input type="checkbox"/>	😊	😐	😞
28. helped me take a bath didn't need help	<input type="checkbox"/>	😊	😐	😞
29. helped me go toilet didn't need help	<input type="checkbox"/>	😊	😐	😞

How much and what kind of information the nurses provided you

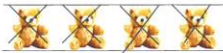
The nurses told me always	Enough information	Some information	Not enough information
30. the reason why I'm in hospital	😊	😐	😞
31. my treatment	😊	😐	😞
32. my medication	😊	😐	😞
33. the procedures (like taking blood and getting an X-ray)	😊	😐	😞
34. what I could eat and drink	😊	😐	😞
35. how to get around in hospital	😊	😐	😞
36. how long I'm going to be in hospital for	😊	😐	😞
37. the cares I need to take at home	😊	😐	😞
38. when I can go back to school	😊	😐	😞
39. when I can get back to my leisure activities	😊	😐	😞




continues

Pelander©

What do you think of the following?

 Cross out 4 teddies if you, **totally agree**.

 Cross out 3 teddies if you, **partially agree**.

 Cross out 2 teddies if you, **partially disagree**.

 Cross out 1 teddie if you, **totally disagree**.

Answer each item

In hospital

40. time went by quickly	
41. there were enough books and magazines	
52. there were enough dvds and games	
43. there were enough craft	
44. there was enough toys	
45. there was appropriate spaces to be with family and friends	
46. my time in hospital was pleasant and comfortable	

Pelander©

47. it was easy to find the bathrooms and the play areas	
48. there was privacy	
49. my parents were able to be by my side	
50. my family could visit me	
51. my friends could visit me	
52. the nurses kept me company	
53. other ill children kept me company	
54. I was afraid to be on my own	
55. I was afraid of the injections	
56. I was afraid of the nurses	
57. I was afraid of the doctors	
58. I was afraid of the pain	



Continues

Pelander©

59. In my opinion, the best thing about the hospital was...

60. In my opinion, the worst thing about the hospital was ...

61. In school you can get grades from 4 to 10. Which grade would you give the hospital for the care you were given _____



Příloha C – Formulář pro posouzení relevance nástroje CCQH

Hlavní kategorie CCQH	Charakteristiky sester				
<i>Subkategorie dotazníku CCQH</i>	<i>lidskost</i>	<i>kompetentnost</i>	<i>lidskost</i>	<i>smysl pro humor</i>	<i>důvěryhodnost</i>
Položky dotazníku CCQH týkající se kvality péče: č. 10–58	10. Sestry byly milé	11. Sestry byly kvalifikované (zkušené, šikovné)	12. Sestry byly přátelské	13. Byla s nimi legrace	14. Sestry byly upřímné
Relevance položky k subkategorii: 4–1					
Relevance subkategorie k hlavní kategorii: 4–1					
Relevance subkategorie k hodnocení kvality péče v ČR: 4–1					
Hlavní kategorie CCQH	Aktivity sester				
<i>Subkategorie dotazníku CCQH</i>	<i>zábava</i>	<i>zábava</i>	<i>péče a komunikace</i>	<i>péče a komunikace</i>	<i>péče a komunikace</i>
Položky dotazníku CCQH týkající se kvality péče: č. 10–58	15. Sestry si se mnou hrály	16. Mluvily se mnou o zajímavých věcech	17. Chránily moje soukromí (můj prostor)	18. Vyslechly mne	19. Poslechly si moje názory
Relevance položky k subkategorii: 4–1					
Relevance subkategorie k hlavní kategorii: 4–1					
Relevance subkategorie k hodnocení kvality péče v ČR: 4–1					
Hlavní kategorie CCQH	Aktivity sester				
<i>Subkategorie dotazníku CCQH</i>	<i>péče a komunikace</i>	<i>péče a komunikace</i>	<i>podpora</i>	<i>podpora</i>	<i>podpora</i>
Položky dotazníku CCQH týkající se kvality péče: č. 10–58	20. Povzbuzovaly mne	21. Utěšovaly mne	22. Řekly mi, co mohu v nemocnici dělat	23. Povzbuzovaly mne, abych se zapojil do léčby	24. Staraly se o mne s mými rodiči
Relevance položky k subkategorii: 4–1					
Relevance subkategorie k hlavní kategorii: 4–1					
Relevance subkategorie k hodnocení kvality péče v ČR: 4–1					
Hlavní kategorie CCQH	Aktivity sester				
<i>Subkategorie dotazníku CCQH</i>	<i>fyzická péče a léčba</i>	<i>fyzická péče a léčba</i>	<i>fyzická péče a léčba</i>	<i>fyzická péče a léčba</i>	<i>fyzická péče a léčba</i>
Položky dotazníku CCQH týkající se kvality péče: č. 10–58	25. Braly ohled na to, jaké jídlo mi chutná	26. Pomáhaly mi při bolesti	27. Pomáhaly mi při jídle	28. Pomáhaly mi s hygienou	29. Pomáhaly mi jít na WC
Relevance položky k subkategorii: 4–1					
Relevance subkategorie k hlavní kategorii: 4–1					

Relevance subkategorie k hodnocení kvality péče v ČR: 4-1					
Hlavní kategorie CCQH	Aktivity sester				
<i>Subkategorie dotazníku CCQH</i>	<i>edukace</i>	<i>edukace</i>	<i>edukace</i>	<i>edukace</i>	<i>edukace</i>
Položky dotazníku CCQH týkající se kvality péče: č. 10-58	30. Říkaly mi, proč jsem v nemocnici	31. Říkaly mi o mé léčbě	32. Říkaly mi o mých lécích	33. Říkaly mi o léčebných postupech (například o vyšetření)	34. Říkaly mi, co mohu jíst a pít
Relevance položky k subkategorii: 4-1					
Relevance subkategorie k hlavní kategorii: 4-1					
Relevance subkategorie k hodnocení kvality péče v ČR: 4-1					
Hlavní kategorie CCQH	Aktivity sester				
<i>Subkategorie dotazníku CCQH</i>	<i>edukace</i>	<i>edukace</i>	<i>edukace</i>	<i>edukace</i>	<i>edukace</i>
Položky dotazníku CCQH týkající se kvality péče: č. 10-58	35. Říkaly mi, jak se mám v nemocnici chovat	36. Říkaly mi, jak dlouho budu v nemocnici	37. Říkaly mi, jak se o sebe mám starat doma	38. Říkaly mi, kdy budu moct jít zpátky do školy	39. Říkaly mi, kdy se budu moct zase věnovat zálibám
Relevance položky k subkategorii: 4-1					
Relevance subkategorie k hlavní kategorii: 4-1					
Relevance subkategorie k hodnocení kvality péče v ČR: 4-1					
Hlavní kategorie CCQH	Prostředí				
<i>Subkategorie dotazníku CCQH</i>	<i>fyzické prostředí</i>	<i>fyzické prostředí</i>	<i>fyzické prostředí</i>	<i>fyzické prostředí</i>	<i>fyzické prostředí</i>
Položky dotazníku CCQH týkající se kvality péče: č. 10-58	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 bylo dostatek možností pro ruční práce	44. V nemocnici bylo dost hraček
Relevance položky k subkategorii: 4-1					
Relevance subkategorie k hlavní kategorii: 4-1					
Relevance subkategorie k hodnocení kvality péče v ČR: 4-1					
Hlavní kategorie CCQH	Prostředí				
<i>Subkategorie dotazníku CCQH</i>	<i>fyzické prostředí</i>	<i>fyzické prostředí</i>	<i>fyzické prostředí</i>	<i>sociální prostředí</i>	<i>sociální prostředí</i>
Položky dotazníku CCQH týkající se kvality péče: č. 10-58	45. V nemocnici byla vhodná místa, kde jsem	46. Můj pobyt v nemocnici byl příjemný a pohodlný	47. Najít záchody a herny bylo jednoduché	48. V nemocnici jsem měla svoje soukromí	49. Moji rodiče mohly být v nemocnici u mne

	mohl/a být s mojí rodinou a kamarády			(můj prostor)	
Relevance položky k subkategorii: 4-1					
Relevance subkategorie k hlavní kategorii: 4-1					
Relevance subkategorie k hodnocení kvality péče v ČR: 4-1					
Hlavní kategorie CCQH	Prostředí				
Subkategorie dotazníku CCQH	<i>sociální prostředí</i>	<i>sociální prostředí</i>	<i>sociální prostředí</i>	<i>sociální prostředí</i>	<i>emoční prostředí</i>
Položky dotazníku CCQH týkající se kvality péče: č. 10-58	50. Moje rodina mě mohla v nemocnici navštěvovat	51. Moji přátelé mě mohli v nemocnici navštěvovat	52. Sestry mi v nemocnici dělaly společnost	53. Ostatní děti mi v nemocnici dělaly společnost	54. Bá/a jsem se být v nemocnici sám
Relevance položky k subkategorii: 4-1					
Relevance subkategorie k hlavní kategorii: 4-1					
Relevance subkategorie k hodnocení kvality péče v ČR: 4-1					
Hlavní kategorie CCQH	Prostředí				
Subkategorie dotazníku CCQH	<i>emoční prostředí</i>	<i>emoční prostředí</i>	<i>emoční prostředí</i>	<i>emoční prostředí</i>	
Položky dotazníku CCQH týkající se kvality péče: č. 10-58	55. V nemocnici jsem se bá/a injekcí	56. V nemocnici jsem se bá/a sester	57. V nemocnici jsem se bá/a doktorů	58. V nemocnici jsem se bá/a bolesti	
Relevance položky k subkategorii: 4-1					
Relevance subkategorie k hlavní kategorii: 4-1					
Relevance subkategorie k hodnocení kvality péče v ČR: 4-1					

Příloha D – Informovaný souhlas pro rodiče

INFORMACE K VÝZKUMNÉMU ŠETŘENÍ A INFORMOVANÝ SOUHLAS

Vážená paní / Vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o zapojení Vašeho dítěte do výzkumného šetření, jehož **cílem je zjistit, jak byly děti spokojené** s poskytnutou ošetrovatelskou péčí v naší nemocnici.

Děti ve věku 7–11 let dostanou před propuštěním z nemocnice dotazník, který mohou vyplnit samy, společně s rodiči, učitelkou základní školy při nemocnici nebo s odborníkem z Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice s kvalifikací všeobecná nebo dětská sestra. Vyplněný dotazník budou děti dávat do uzamčeného boxu, do kterého má přístup pouze kontaktní osoba uvedená na konci tohoto informovaného souhlasu.

Výsledky nám pomohou zjistit, s čím jsou děti při pobytu v nemocnici nespokojeny a co by potřebovaly k tomu, aby se u nás cítily lépe. Budou též použity pro interní hodnocení spokojenosti pacientů v rámci programu Přátelská nemocnice, pro publikování v odborných časopisech a prezentace na vzdělávacích akcích odborníků z dětského lékařství.

Účast na tomto šetření je dobrovolná a nepřináší žádná rizika ve smyslu poškození Vašeho dítěte. Děti nebudou k vyplnění dotazníku nuceny. Odmítnutí účasti, tedy neodevzdání dotazníku, nebude mít žádný dopad na Vás, Vaše dítě či péči, které se Vašemu dítěti dostává. Pocit bezpečí Vašeho dítěte je pro nás prioritou.

Prosíme Vás o vyjádření, zda s účastí Vašeho dítěte ve studii souhlasíte.

Souhlasím/nesouhlasím (nehodící se škrtněte),

aby dítě (doplňte jméno a příjmení)

bylo do studie zařazeno.

Jméno a příjmení zákonného zástupce

V dne Podpis.....

V případě dotazů jsem Vám k dispozici na níže uvedených kontaktech.

Děkuji Vám.

V dne

Podpis výzkumníka

Kontaktní osoba:

Jméno: Mgr. Iveta Černožorská

Pozice: Asistent, Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice

Telefon: 466 037 802

Email: iveta.cernohorska@upce.cz

Příloha E – Formulář pro posouzení srozumitelnosti položek dotazníku CCQH

Věk dítěte:						
Informovaný souhlas		Souhlas dítěte: ano/ne Souhlas rodiče: ano/ne Podpis rodiče:				
Hlavní dotazníku	kategorie	Charakteristiky sester				
Položky		10. Sestry byly milé	11. Sestry byly kvalifikované (zkušené, šikovné)	12. Sestry byly přátelské	13. Byla s nimi legrace	14. Sestry byly upřímné
Srozumitelnost položky 4–1						
Hlavní dotazníku	kategorie	Aktivity sester				
Položky		15. Sestry si se mnou hrály	16. Mluvily se mnou o zajímavých věcech	17. Chránily moje soukromí (můj prostor)	18. Vyslechly mne	19. Poslechly si moje názory
Srozumitelnost položky						
Hlavní dotazníku	kategorie	Aktivity sester				
Položky		20. Povzbuzovaly mne	21. Utěšovaly mne	22. Řekly mi, co mohu v nemocnici dělat	23. Povzbuzovaly mne, abych se zapojil do léčby	24. Staraly se o mne s mými rodiči
Srozumitelnost položky 4–1						
Hlavní dotazníku	kategorie	Aktivity sester				
Položky		25. Braly ohled na to, jaké jídlo mi chutná	26. Pomáhaly mi při bolesti	27. Pomáhaly mi při jídle	28. Pomáhaly mi s hygienou	29. Pomáhaly mi jít na WC
Srozumitelnost položky 4–1						
Hlavní dotazníku	kategorie	Aktivity sester				
Položky		30. Říkaly mi, proč jsem v nemocnici	31. Říkaly mi o mé léčbě	32. Říkaly mi o mých lécích	33. Říkaly mi o léčebných postupech (např. o vyšetření)	34. Říkaly mi, co mohu jíst a pít
Srozumitelnost položky 4–1						
Hlavní dotazníku	kategorie	Aktivity sester				
Položky		35. Říkaly mi, jak se mám v nemocnici chovat	36. Říkaly mi, jak dlouho budu v nemocnici	37. Říkaly mi, jak se o sebe mám starat	38. Říkaly mi, kdy budu moct jít zpátky do	39. Říkaly mi, kdy se budu

			doma	školy	mocť zase věnovat zálibám
Srozumitelnost položky 4–1					
Hlavní dotazníku	kategorie	Prostředí			
Položky	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 bylo dostatek možností pro ruční práce	44. V nemocnic i bylo dost hraček
Srozumitelnost položky 4–1					
Hlavní dotazníku	kategorie	Prostředí			
Položky	45. V nemocnici byla vhodná místa, kde jsem mohl/a být s mojí rodinou a kamarády	46. Můj pobyt v nemocnici byl příjemný a pohodlný	47. Najít záchody a herny bylo jednoduché	48. V nemocnici jsem měla jsem svoje soukromí (můj prostor)	49. Moji rodiče mohly být v nemocnic i u mne
Srozumitelnost položky 4–1					
Hlavní dotazníku	kategorie	Prostředí			
Položky	50. Moje rodina mě mohla v nemocnici navštěvovat	51. Moji přátelé mě mohli v nemocnici navštěvovat	52. Sestry mi v nemocnici dělaly společnost	53. Ostatní děti mi v nemocnici dělaly společnost	54. Bál/a jsem se být v nemocnic i sám
Srozumitelnost položky 4–1					
Hlavní dotazníku	kategorie	Prostředí			
Položky	55. V nemocnici jsem se bál/a injekcí	56. V nemocnici jsem se bál/a sester	57. V nemocnici jsem se bál/a doktorů	58. V nemocnici jsem se bál/a bolesti	
Srozumitelnost položky 4–1					

Příloha F – Česká verze nástroje CCQH

Dotazník pro sledování spokojenosti hospitalizovaných dětských pacientů

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



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

1. Jsem dívka / chlapec.
2. Je milet.
3. Do nemocnice jsem přišel/přišla:
 - a) protože to bylo předem naplánováno
 - b) protože jsem se zranil/a
 - c) protože jsem byl/a moc nemocný/nemocná
4. Byl/a jsem v nemocnici, protože
5. V nemocnici jsem byl/a:
 - a) 1 noc
 - b) 2 noci
 - c) 3 noci
 - d) 4 noci
 - e) 5 nocí

1

6. V nemocnici jsem byl/a:
 - a) sám/sama na jednolůžkovém pokoji
 - b) v pokoji, kde byly i další nemocné děti
 - c) v pokoji sám/sama, ale předtím tam se mnou byly další nemocné děti
7. Byl/a jsem v nemocnici už předtím:
 - a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
 - d) nepamatuji si
8. Moji rodiče byli v nemocnici se mnou:
 - a) po celou dobu
 - b) během dne, ale ne v noci
 - c) když jsem přijel/a, když mne propustili
9. Měl/a jsem sestru jen sám/sama pro sebe:
 - a) ano, jmenovala se
 - b) ne
 - c) nevím

2

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

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

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

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

Moje sestry byly:	Vždycky	Občas	Nikdy
10. milé, laskavé	😊	😐	☹️
11. kvalifikované (zkušené, šikovné)	😊	😐	☹️
12. přátelské	😊	😐	☹️
13. byla s nimi legrace	😊	😐	☹️
14. upřímné	😊	😐	☹️

3

Jak se k Tobě dětské sestry chovaly?

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

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

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

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

4











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

Kolik informací ti dětské sestry dávaly?	Dostatek informací	Trochu informací	Nedostatek informací
30. Sestry mi říkaly o tom, proč jsem v nemocnici	😊	😐	😞
31. Sestry mi říkaly o mé léčbě	😊	😐	😞
32. Sestry mi říkaly o mých lécích	😊	😐	😞
33. Sestry mi říkaly o léčebných postupech (například o vyšetření)	😊	😐	😞
34. Sestry mi říkaly, co mohu jíst a pít	😊	😐	😞
35. Sestry mi říkaly o tom, jak se v nemocnici mám chovat	😊	😐	😞
36. Sestry mi říkaly, jak dlouho budu v nemocnici	😊	😐	😞
37. Sestry mi říkaly, jak se o sebe mám starat doma	😊	😐	😞
38. Sestry mi říkaly, kdy budu moct jít zpátky do školy	😊	😐	😞
39. Sestry mi říkaly, kdy se budu moct zase věnovat svým zálibám	😊	😐	😞










5

Co si myslíš o následujících větách?

Označ kroužkem 4 medvídky, pokud úplně souhlasíš. Označ kroužkem 3 medvídky, pokud částečně souhlasíš. Označ kroužkem 2 medvídky, pokud částečně nesouhlasíš. Označ kroužkem 1 medvídku, pokud úplně nesouhlasíš.

40. V nemocnici čas utíkal rychle.	
41. V nemocnici bylo dost knih a časopisů.	
42. V nemocnici bylo dost DVD a her.	
43. V nemocnici byl dostatek možností dělat ruční práce.	
44. V nemocnici bylo dost hraček.	
45. V nemocnici byla vhodná místa, kde jsem mohl/a být s mojí rodinou a kamarády.	
46. Můj pobyt v nemocnici byl příjemný a pohodlný.	
47. Najít záchody a herny bylo jednoduché.	
48. V nemocnici jsem měl/a svoje soukromí.	
49. Moji rodiče mohli být v nemocnici u mne.	

6

50. Moje rodina mne mohla v nemocnici navštěvovat. 
51. Moji přátelé mne mohli v nemocnici navštěvovat. 
52. Sestry mi v nemocnici dělaly společnost. 
53. Ostatní nemocné děti mi v nemocnici dělaly společnost. 
54. Báł/a jsem se být v nemocnici sám. 
55. V nemocnici jsem se báł/a injekcí. 
56. V nemocnici jsem se báł/a sester. 
57. V nemocnici jsem se báł/a doktorů. 
58. V nemocnici jsem se báł/a bolesti. 

59. Podle mého názoru bylo v nemocnici nejlepší
60. Podle mého názoru bylo v nemocnici nejhorší
61. Ve škole dostáváš známky od 1 do 5. Jakou známku bys dal/a nemocnici za to, jak se tam o tebe starali?



Děkuji ti, nakonec mě prosím ulož do mé krabičky.

Příloha G – Testy shody dle oddělení, pohlaví a věku dětí

Test shody dle oddělení, doména „charakteristiky sester“

<i>Dvouvýběrový F-test pro rozptyl</i>	<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>
Stř. hodnota	5,67	5,47
Rozptyl	1,13	0,77
Pozorování	43	32
Počet stupňů volnosti	42	31
<i>F</i>	1,4609	
<i>P</i>	0,1371	
<i>F krit</i>	1,7717	
F <F krit => shodný rozptyl		
<i>Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů</i>	<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>
Stř. hodnota	5,67	5,47
Rozptyl	1,13	0,77
Pozorování	43	32
Společný rozptyl	0,98	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Počet stupňů volnosti	73	
<i>T</i>	0,8907	
<i>P</i>	0,3760	
<i>t krit</i>	1,9930	
t <t krit => nevýznamný rozdíl		

Test shody dle pohlaví, doména „charakteristiky sester“

<i>Dvouvýběrový F-test pro rozptyl</i>	<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>
Stř. hodnota	5,52	5,62
Rozptyl	1,17	0,91
Pozorování	23	52
Počet stupňů volnosti	22	51
<i>F</i>	1,2885	
<i>P</i>	0,2247	
<i>F krit</i>	1,7545	
F <F krit => shodný rozptyl		
<i>Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů</i>	<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>
Stř. hodnota	5,52	5,62
Rozptyl	1,17	0,91
Pozorování	23	52
Společný rozptyl	0,99	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Počet stupňů volnosti	73	
<i>T</i>	0,3764	
<i>P</i>	0,7077	
<i>t krit</i>	1,9930	
t <t krit => nevýznamný rozdíl		

Test shody dle věku, doména „charakteristiky sester“

<i>Dvouvýběrový F-test pro rozptyl</i>	<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>
Stř. hodnota	5,75	5,35
Rozptyl	1,08	0,77
Pozorování	44	31
Počet stupňů volnosti	43	30
<i>F</i>	1,3971	
<i>P</i>	0,1697	
<i>F krit</i>	1,7811	
F < F krit => shodný rozptyl		
<i>Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů</i>	<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>
Stř. hodnota	5,75	5,35
Rozptyl	1,08	0,77
Pozorování	44	31
Společný rozptyl	0,95	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Počet stupňů volnosti	73	
<i>T</i>	1,729	
<i>P</i>	0,088	
<i>t krit</i>	1,993	
t < t krit => nevýznamný rozdíl		

Test shody dle oddělení, doména „aktivity sester“

<i>Dvouvýběrový F-test pro rozptyl</i>	<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>
Stř. hodnota	38,39	39,68
Rozptyl	64,99	39,63
Pozorování	44	31
Počet stupňů volnosti	43	30
<i>F</i>	1,6400	
<i>p</i>	0,0789	
<i>F krit</i>	1,7811	
F < F krit => shodný rozptyl		
<i>Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů</i>	<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>
Stř. hodnota	38,39	39,68
Rozptyl	64,99	39,63
Pozorování	44	31
Společný rozptyl	54,56	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Počet stupňů volnosti	73	
<i>t</i>	0,7454	
<i>p</i>	0,4584	
<i>t krit</i>	1,9930	
t < t krit => nevýznamný rozdíl		

Test shody dle pohlaví, doména „aktivity sester“

<i>Dvouvýběrový F-test pro rozptyl</i>	<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>
Stř. hodnota	39,10	38,52
Rozptyl	59,46	44,35
Pozorování	52	23
Počet stupňů volnosti	51	22
<i>F</i>	1,3407	
<i>p</i>	0,2289	
<i>F krit</i>	1,9069	
F <F krit => shodný rozptyl		
<i>Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů</i>	<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>
Stř. hodnota	39,10	38,52
Rozptyl	59,46	44,35
Pozorování	52	23
Společný rozptyl	54,91	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Počet stupňů volnosti	73	
<i>t</i>	0,3096	
<i>p</i>	0,7578	
<i>t krit</i>	1,9930	
t <t krit => nevýznamný rozdíl		

Test shody dle věku, doména „aktivity sester“

<i>Dvouvýběrový F-test pro rozptyl</i>	<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>
Stř. hodnota	37,35	40,02
Rozptyl	53,70	52,86
Pozorování	31	44
Počet stupňů volnosti	30	43
<i>F</i>	1,0160	
<i>p</i>	0,4734	
<i>F krit</i>	1,7244	
F <F krit => shodný rozptyl		
<i>Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů</i>	<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>
Stř. hodnota	37,35	40,02
Rozptyl	53,70	52,86
Pozorování	31	44
Společný rozptyl	53,21	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Počet stupňů volnosti	73	
<i>t</i>	1,5598	
<i>p</i>	0,1231	
<i>t krit</i>	1,9930	
t <t krit => nevýznamný rozdíl		

Test shody dle oddělení, doména „prostředí“

<i>Dvouvýběrový F-test pro rozptyl</i>	<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>
Stř. hodnota	56,35	57,11
Rozptyl	85,84	71,31
Pozorování	31	44
Počet stupňů volnosti	30	43
<i>F</i>	1,2037	
<i>p</i>	0,2844	
<i>F krit</i>	1,7244	
F <F krit => shodný rozptyl		
<i>Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů</i>	<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>
Stř. hodnota	56,35	57,11
Rozptyl	85,84	71,31
Pozorování	31	44
Společný rozptyl	77,28	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Počet stupňů volnosti	73	
<i>t</i>	0,3681	
<i>p</i>	0,7139	
<i>t krit</i>	1,9930	
t <t krit => nevýznamný rozdíl		

Test shody dle pohlaví, doména „prostředí“

<i>Dvouvýběrový F-test pro rozptyl</i>	<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>
Stř. hodnota	56,91	56,75
Rozptyl	101,08	67,21
Pozorování	23	52
Počet stupňů volnosti	22	51
<i>F</i>	1,5040	
<i>p</i>	0,1154	
<i>F krit</i>	1,7545	
F <F krit => shodný rozptyl		
<i>Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů</i>	<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>
Stř. hodnota	56,91	56,75
Rozptyl	101,08	67,21
Pozorování	23	52
Společný rozptyl	77,42	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Počet stupňů volnosti	73	
<i>t</i>	0,0740	
<i>p</i>	0,9412	
<i>t krit</i>	1,9930	
t <t krit => nevýznamný rozdíl		

Test shody dle věku, doména „prostředí“

<i>Dvouvýběrový F-test pro rozptyl</i>	<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>
Stř. hodnota	55,87	57,45
Rozptyl	124,85	43,28
Pozorování	31	44
Počet stupňů volnosti	30	43
<i>F</i>	2,8849	
<i>p</i>	0,0008	
<i>F krit</i>	1,7244	
F > F krit => různý rozptyl		
<i>Dvouvýběrový t-test s nerovností rozptylů</i>	<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>
Stř. hodnota	55,87	57,45
Rozptyl	124,85	43,28
Pozorování	31	44
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Počet stupňů volnosti	45	
<i>t</i>	0,7074	
<i>p</i>	0,4830	
<i>t krit</i>	2,0141	
t < t krit => nevýznamný rozdíl		

Příloha H – Tabulky četností položek 10–58

Char10	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	217	96.875	97.309	97.309
2	6	2.679	2.691	100.000
Missing	1	0.446		
Total	224	100.000		

Char11	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	194	86.607	87.387	87.387
2	28	12.500	12.613	100.000
Missing	2	0.893		
Total	224	100.000		

Char12	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	209	93.304	93.722	93.722
2	13	5.804	5.830	99.552
3	1	0.446	0.448	100.000
Missing	1	0.446		
Total	224	100.000		

Char13	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	174	77.679	78.027	78.027
2	49	21.875	21.973	100.000
Missing	1	0.446		
Total	224	100.000		

Char14	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	210	93.750	94.170	94.170
2	13	5.804	5.830	100.000
Missing	1	0.446		
Total	224	100.000		

Char15	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	53	23.661	24.201	24.201
2	50	22.321	22.831	47.032
3	116	51.786	52.968	100.000
Missing	5	2.232		
Total	224	100.000		

Akt16	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	123	54.911	55.157	55.157
2	82	36.607	36.771	91.928
3	18	8.036	8.072	100.000
Missing	1	0.446		
Total	224	100.000		

Akt17	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	176	78.571	78.571	78.571
2	43	19.196	19.196	97.768
3	5	2.232	2.232	100.000
Missing	0	0.000		
Total	224	100.000		

Akt18	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	202	90.179	90.179	90.179
2	18	8.036	8.036	98.214
3	4	1.786	1.786	100.000
Missing	0	0.000		
Total	224	100.000		

Akt19	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	193	86.161	86.937	86.937
2	27	12.054	12.162	99.099
3	2	0.893	0.901	100.000
Missing	2	0.893		
Total	224	100.000		

Akt20	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	200	89.286	89.286	89.286
2	17	7.589	7.589	96.875
3	7	3.125	3.125	100.000
Missing	0	0.000		
Total	224	100.000		

Akt21	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	183	81.696	82.063	82.063
2	36	16.071	16.143	98.206
3	4	1.786	1.794	100.000
Missing	1	0.446		
Total	224	100.000		

Akt22	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	178	79.464	80.180	80.180
2	33	14.732	14.865	95.045
3	11	4.911	4.955	100.000
Missing	2	0.893		
Total	224	100.000		

Akt23	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	171	76.339	76.339	76.339
2	33	14.732	14.732	91.071
3	20	8.929	8.929	100.000
Missing	0	0.000		
Total	224	100.000		

Akt24	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	142	63.393	63.677	63.677
2	60	26.786	26.906	90.583
3	21	9.375	9.417	100.000
Missing	1	0.446		
Total	224	100.000		

Akt25	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	130	58.036	58.036	58.036
2	37	16.518	16.518	74.554
3	57	25.446	25.446	100.000
Missing	0	0.000		
Total	224	100.000		

Pom26	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	129	57.589	91.489	91.489
2	11	4.911	7.801	99.291
3	1	0.446	0.709	100.000
Missing	83	37.054		
Total	224	100.000		

Pom27	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	20	8.929	52.632	52.632
2	9	4.018	23.684	76.316
3	9	4.018	23.684	100.000
Missing	186	83.036		
Total	224	100.000		

Pom28	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	43	19.196	64.179	64.179
2	17	7.589	25.373	89.552
3	7	3.125	10.448	100.000
Missing	157	70.089		
Total	224	100.000		

Pom29	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	46	20.536	50.000	50.000
2	39	17.411	42.391	92.391
3	7	3.125	7.609	100.000
Missing	132	58.929		
Total	224	100.000		

Inf30	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	178	79.464	79.464	79.464
2	34	15.179	15.179	94.643
3	12	5.357	5.357	100.000
Missing	0	0.000		
Total	224	100.000		

Inf31	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	199	88.839	89.640	89.640
2	16	7.143	7.207	96.847
3	7	3.125	3.153	100.000
Missing	2	0.893		
Total	224	100.000		

Inf32	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	166	74.107	74.439	74.439
2	36	16.071	16.143	90.583
3	21	9.375	9.417	100.000
Missing	1	0.446		
Total	224	100.000		

Inf33	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	173	77.232	77.232	77.232
2	42	18.750	18.750	95.982
3	9	4.018	4.018	100.000
Missing	0	0.000		
Total	224	100.000		

Inf34	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	199	88.839	88.839	88.839
2	14	6.250	6.250	95.089
3	11	4.911	4.911	100.000
Missing	0	0.000		
Total	224	100.000		

Inf35	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	171	76.339	76.682	76.682
2	35	15.625	15.695	92.377
3	17	7.589	7.623	100.000
Missing	1	0.446		
Total	224	100.000		

Inf36	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	128	57.143	57.143	57.143
2	57	25.446	25.446	82.589
3	39	17.411	17.411	100.000
Missing	0	0.000		
Total	224	100.000		

Inf37	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	113	50.446	51.131	51.131
2	34	15.179	15.385	66.516
3	74	33.036	33.484	100.000
Missing	3	1.339		
Total	224	100.000		

Inf38	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	100	44.643	45.249	45.249
2	38	16.964	17.195	62.443
3	83	37.054	37.557	100.000
Missing	3	1.339		
Total	224	100.000		

Inf39	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	104	46.429	46.847	46.847
2	38	16.964	17.117	63.964
3	80	35.714	36.036	100.000
Missing	2	0.893		
Total	224	100.000		

Rec_prost40	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	60	26.786	26.906	26.906
2	56	25.000	25.112	52.018
3	33	14.732	14.798	66.816
4	74	33.036	33.184	100.000
Missing	1	0.446		
Total	224	100.000		

Rec_prost41	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	71	31.696	31.839	31.839
2	20	8.929	8.969	40.807
3	26	11.607	11.659	52.466
4	106	47.321	47.534	100.000
Missing	1	0.446		
Total	224	100.000		

Rec_prost42	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	76	33.929	34.081	34.081
2	24	10.714	10.762	44.843
3	34	15.179	15.247	60.090
4	89	39.732	39.910	100.000
Missing	1	0.446		
Total	224	100.000		

Rec_prost43	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	80	35.714	36.199	36.199
2	25	11.161	11.312	47.511
3	34	15.179	15.385	62.896
4	82	36.607	37.104	100.000
Missing	3	1.339		
Total	224	100.000		

Rec_prost44	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	80	35.714	35.714	35.714
2	16	7.143	7.143	42.857
3	17	7.589	7.589	50.446
4	111	49.554	49.554	100.000
Missing	0	0.000		
Total	224	100.000		

Rec_prost45	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	90	40.179	40.541	40.541
2	38	16.964	17.117	57.658
3	9	4.018	4.054	61.712
4	85	37.946	38.288	100.000
Missing	2	0.893		
Total	224	100.000		

Rec_prost46	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	62	27.679	27.679	27.679
2	43	19.196	19.196	46.875
3	44	19.643	19.643	66.518
4	75	33.482	33.482	100.000
Missing	0	0.000		
Total	224	100.000		

Rec_prost47	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	86	38.393	38.393	38.393
2	28	12.500	12.500	50.893
3	16	7.143	7.143	58.036
4	94	41.964	41.964	100.000
Missing	0	0.000		
Total	224	100.000		

Rec_prost48	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	86	38.393	38.393	38.393
2	28	12.500	12.500	50.893
3	32	14.286	14.286	65.179
4	78	34.821	34.821	100.000
Missing	0	0.000		
Total	224	100.000		

Rec_prost49	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	85	37.946	37.946	37.946
2	9	4.018	4.018	41.964
3	19	8.482	8.482	50.446
4	111	49.554	49.554	100.000
Missing	0	0.000		
Total	224	100.000		

Rec_prost50	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	88	39.286	40.367	40.367
2	2	0.893	0.917	41.284
3	17	7.589	7.798	49.083
4	111	49.554	50.917	100.000
Missing	6	2.679		
Total	224	100.000		

Rec_prost51	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	85	37.946	38.991	38.991
2	25	11.161	11.468	50.459
3	16	7.143	7.339	57.798
4	92	41.071	42.202	100.000
Missing	6	2.679		
Total	224	100.000		

Rec_prost52	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	87	38.839	39.013	39.013
2	26	11.607	11.659	50.673
3	35	15.625	15.695	66.368
4	75	33.482	33.632	100.000
Missing	1	0.446		
Total	224	100.000		

Rec_prost53	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	101	45.089	45.291	45.291
2	39	17.411	17.489	62.780
3	20	8.929	8.969	71.749
4	63	28.125	28.251	100.000
Missing	1	0.446		
Total	224	100.000		

Prost54	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	94	41.964	42.342	42.342
2	36	16.071	16.216	58.559
3	27	12.054	12.162	70.721
4	65	29.018	29.279	100.000
Missing	2	0.893		
Total	224	100.000		

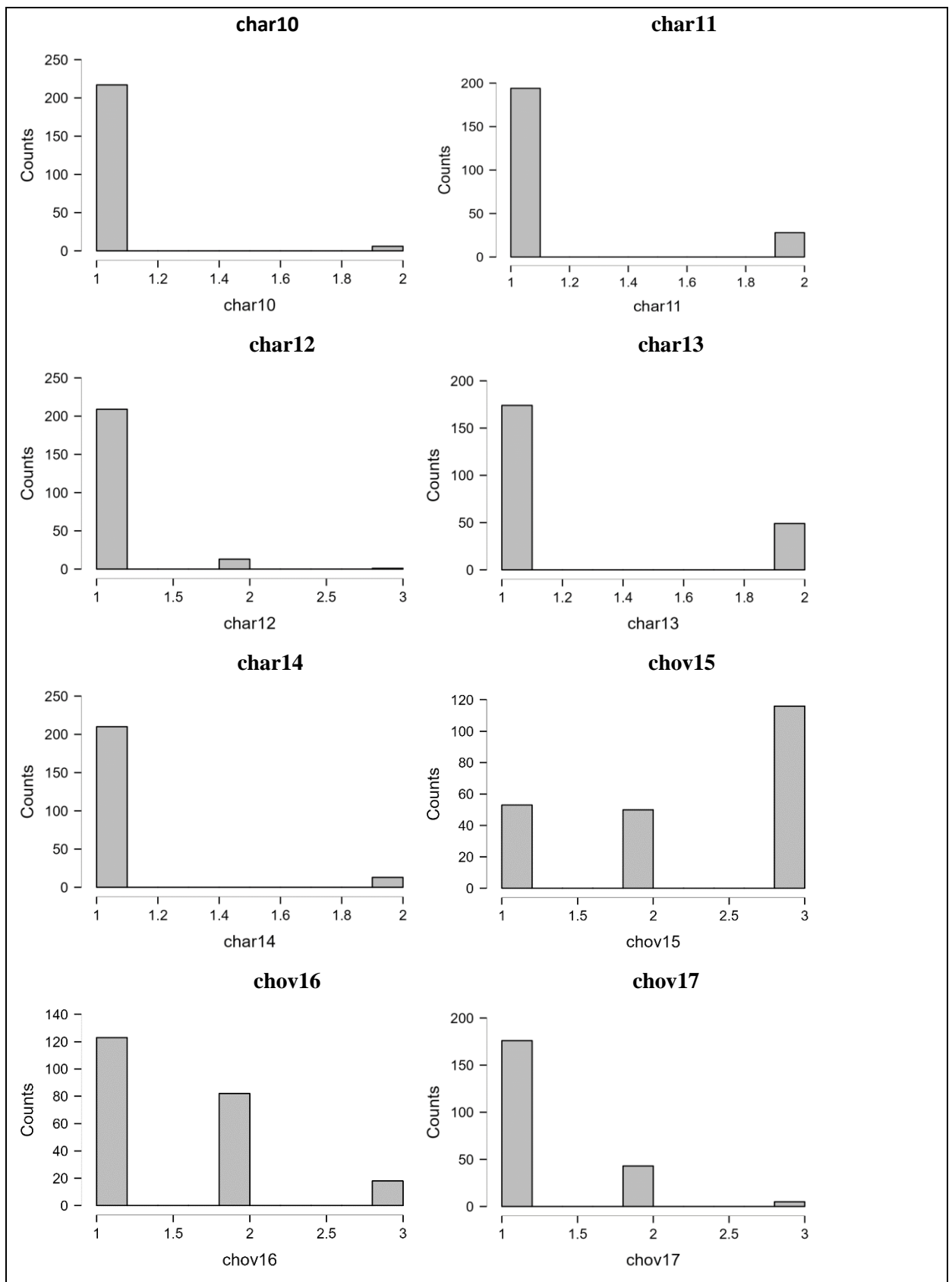
Prost55	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	102	45.536	45.946	45.946
2	30	13.393	13.514	59.459
3	34	15.179	15.315	74.775
4	56	25.000	25.225	100.000
Missing	2	0.893		
Total	224	100.000		

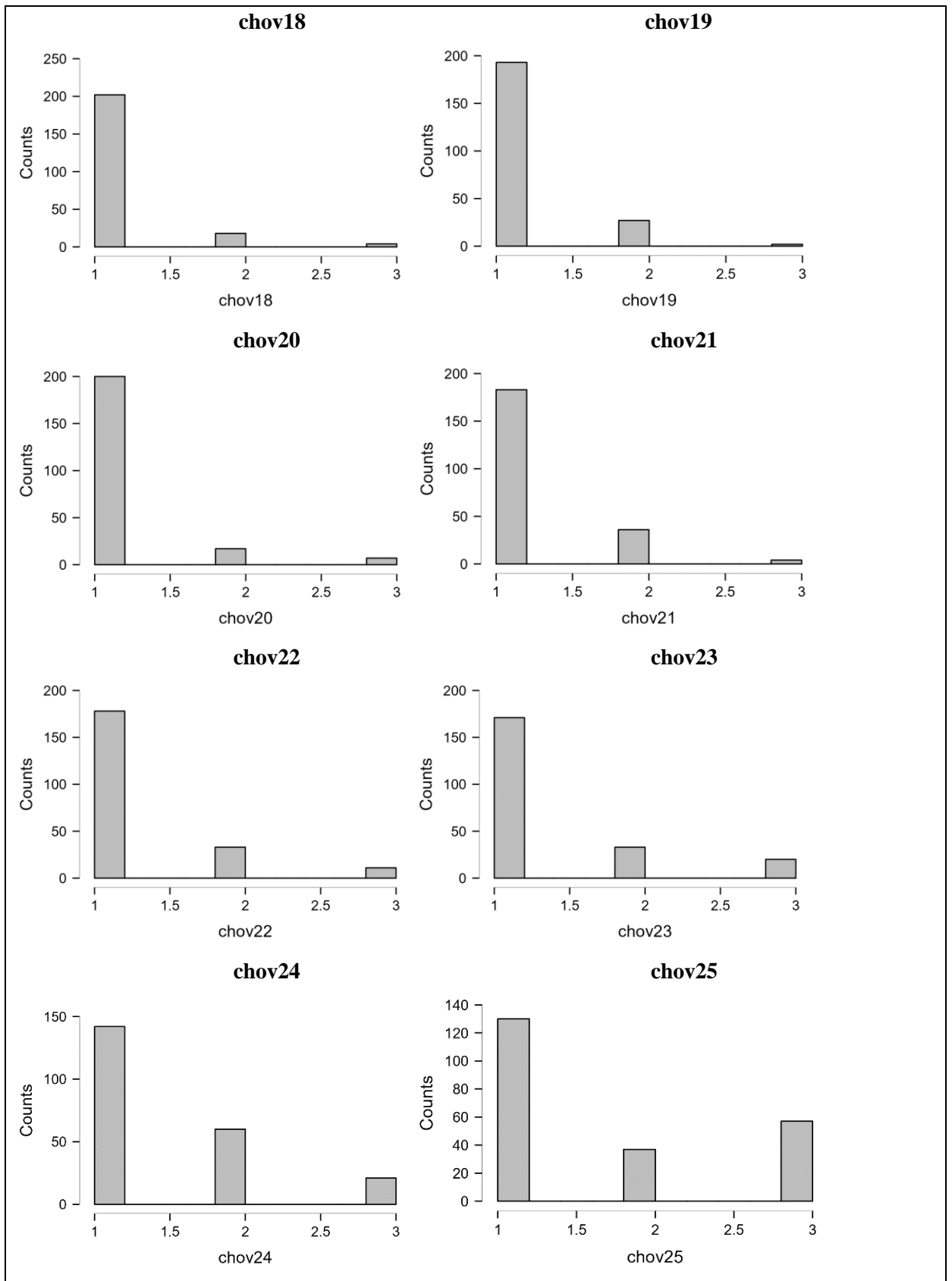
Prost56	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	96	42.857	43.836	43.836
2	5	2.232	2.283	46.119
3	18	8.036	8.219	54.338
4	100	44.643	45.662	100.000
Missing	5	2.232		
Total	224	100.000		

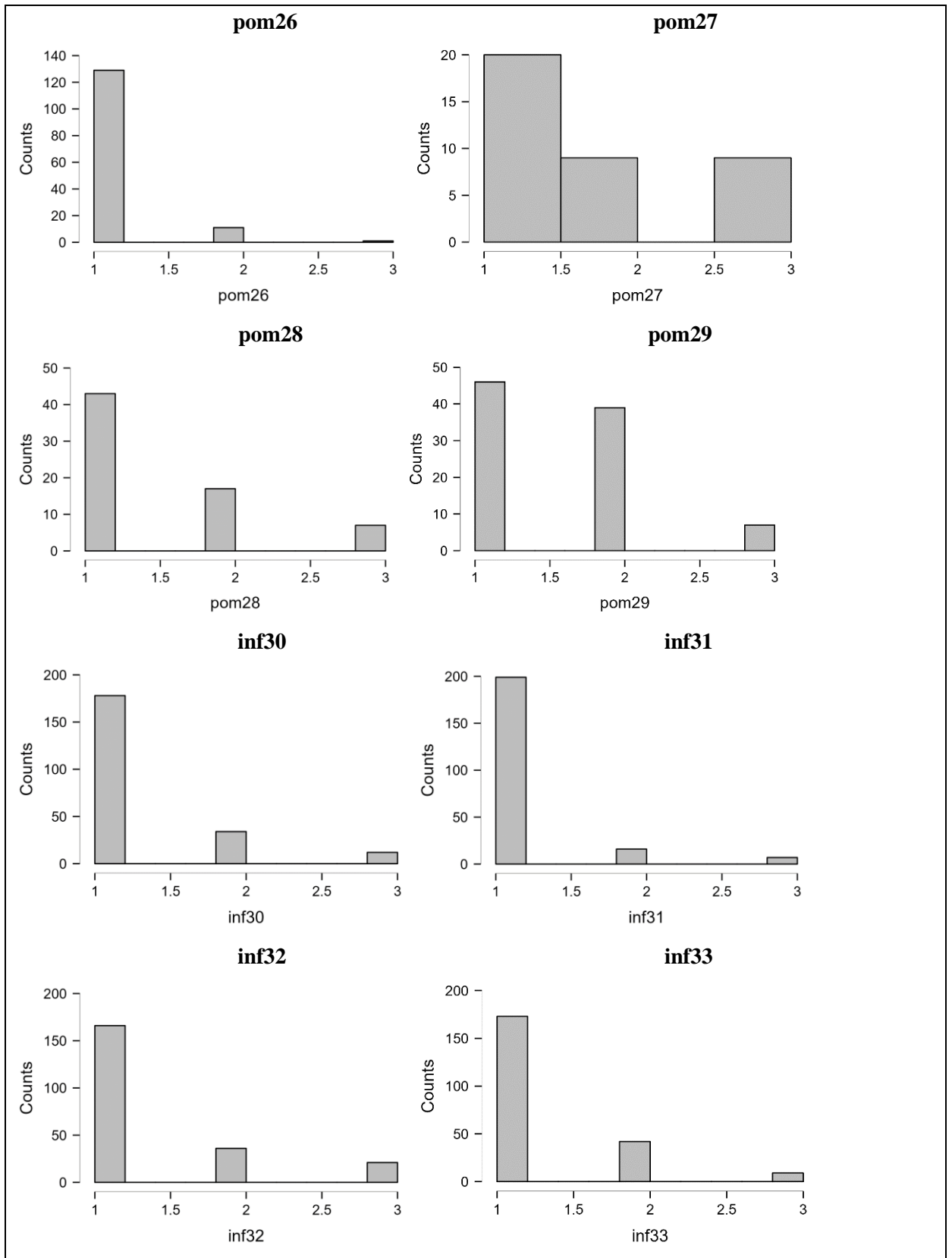
Prost57	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	89	39.732	40.455	40.455
2	16	7.143	7.273	47.727
3	14	6.250	6.364	54.091
4	101	45.089	45.909	100.000
Missing	4	1.786		
Total	224	100.000		

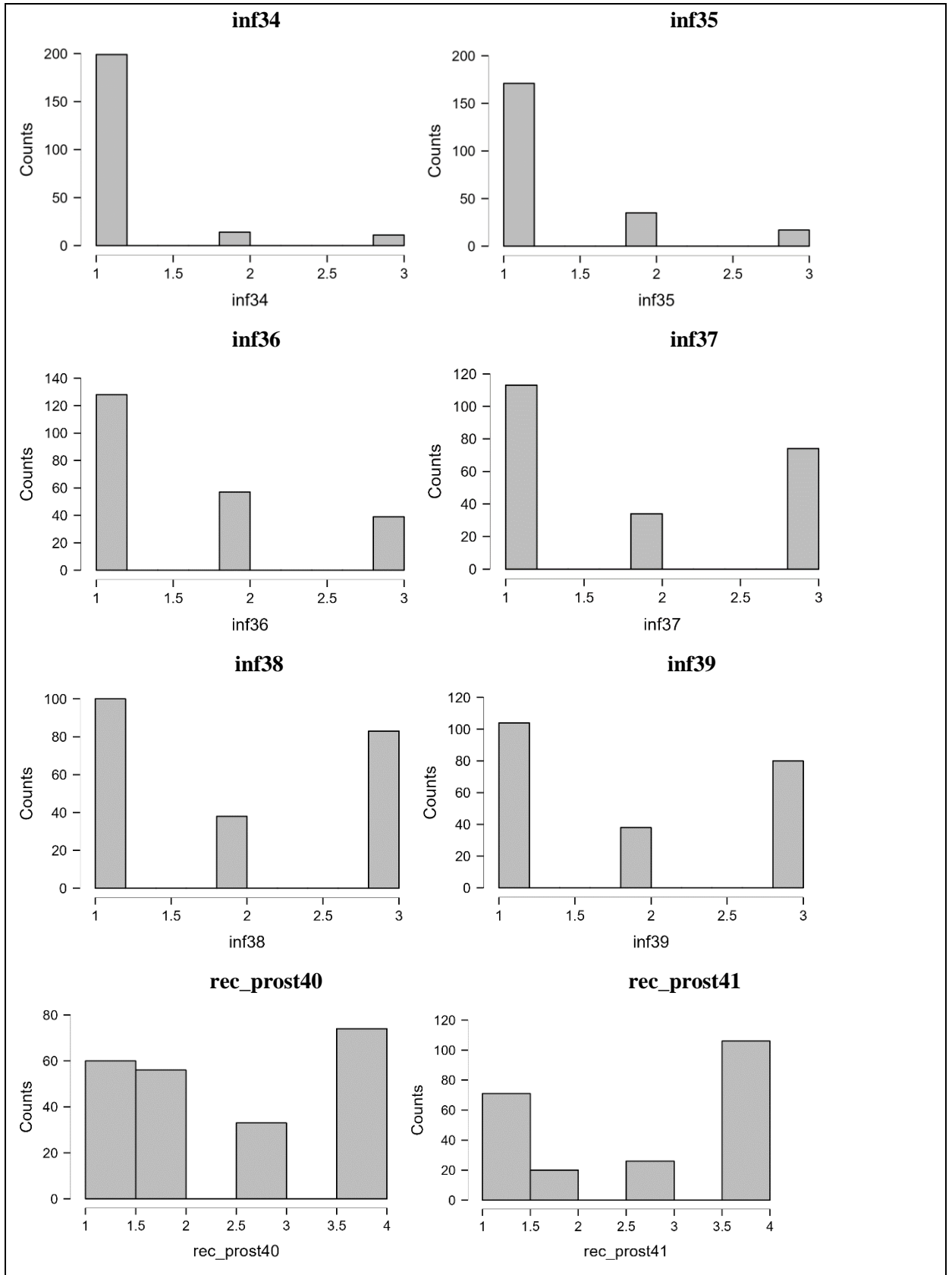
Prost58	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
1	59	26.339	26.457	26.457
2	34	15.179	15.247	41.704
3	40	17.857	17.937	59.641
4	90	40.179	40.359	100.000
Missing	1	0.446		
Total	224	100.000		

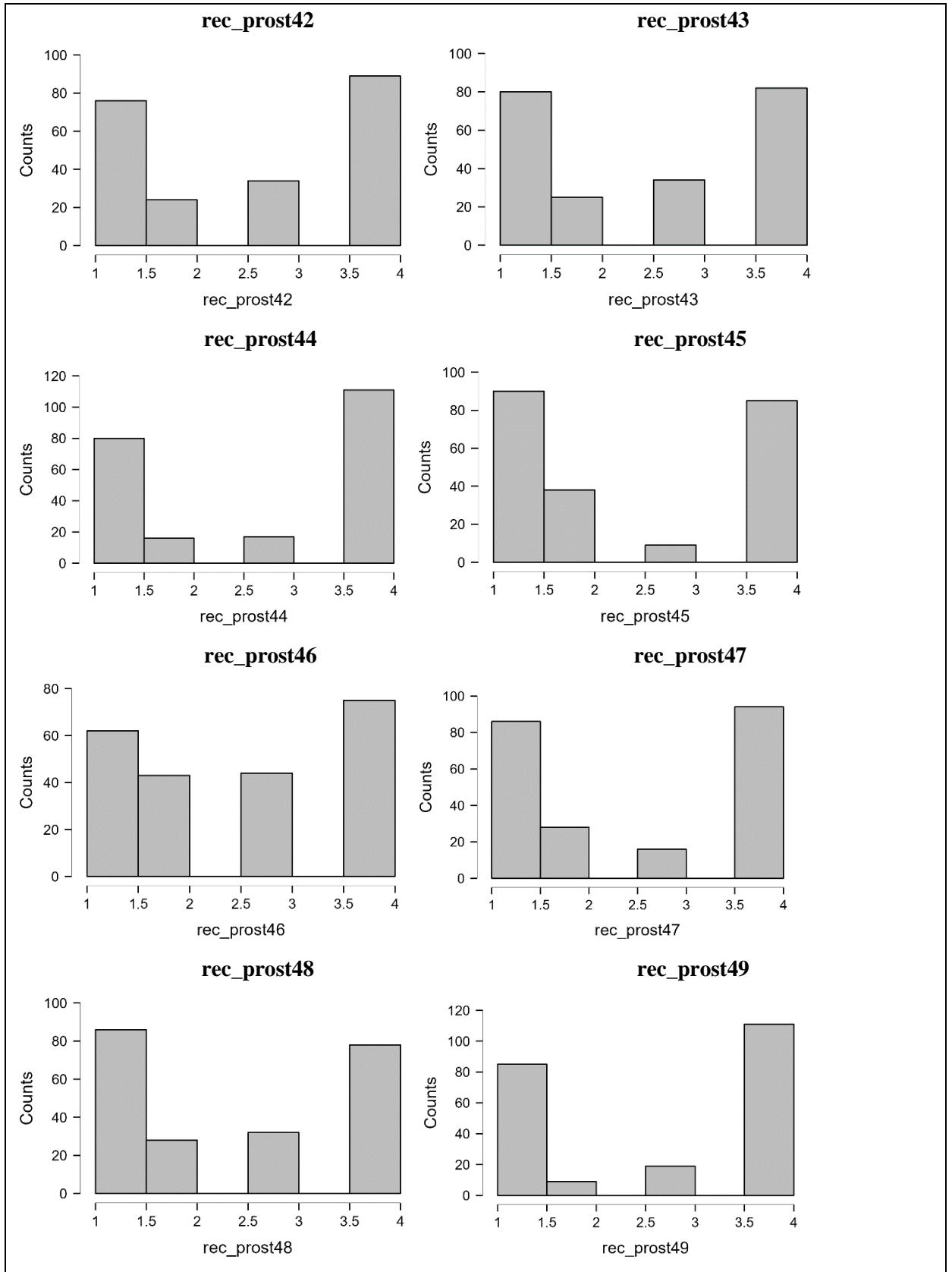
Příloha I – Grafy distribuce odpovědí položek 10–58

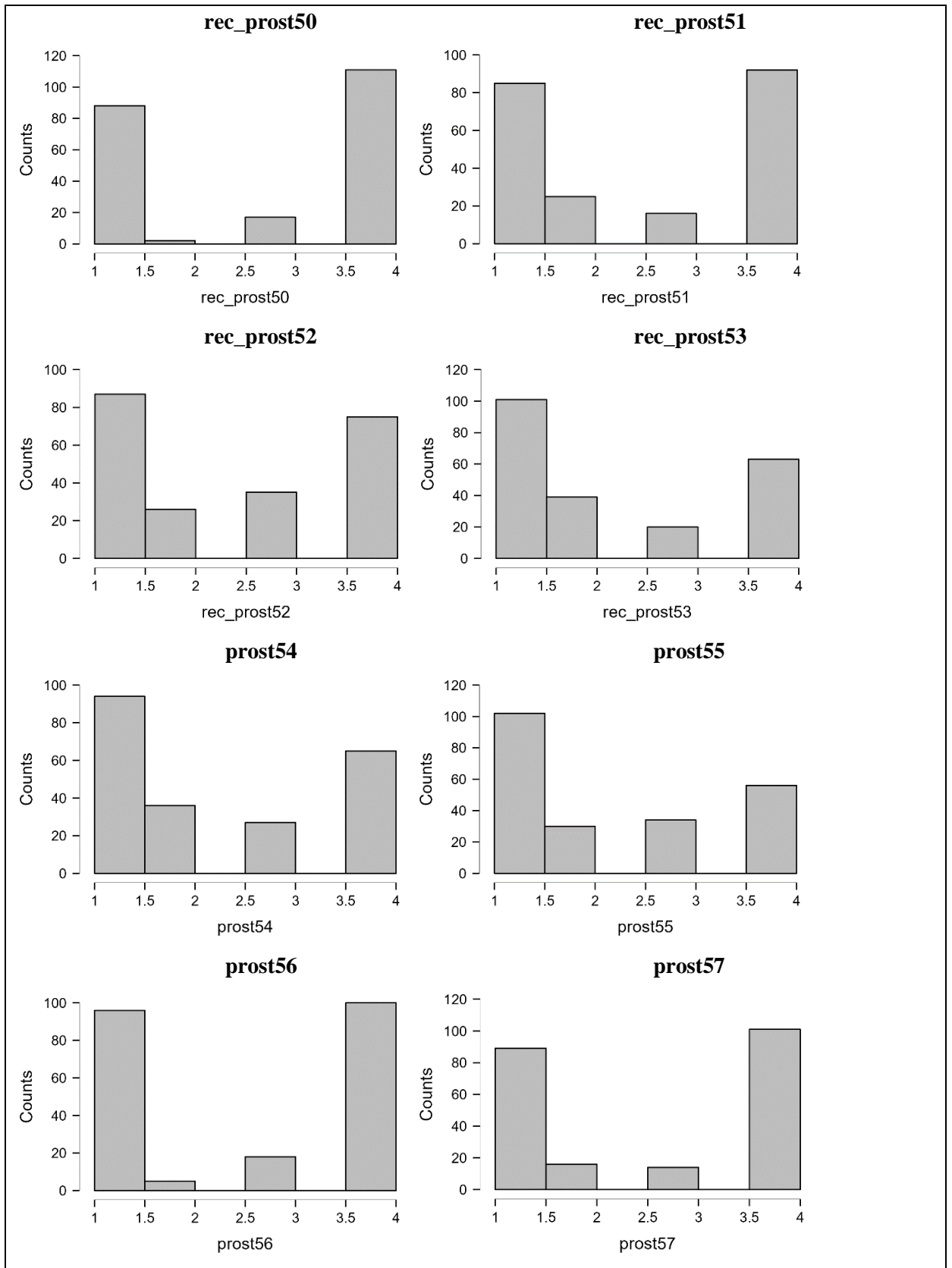


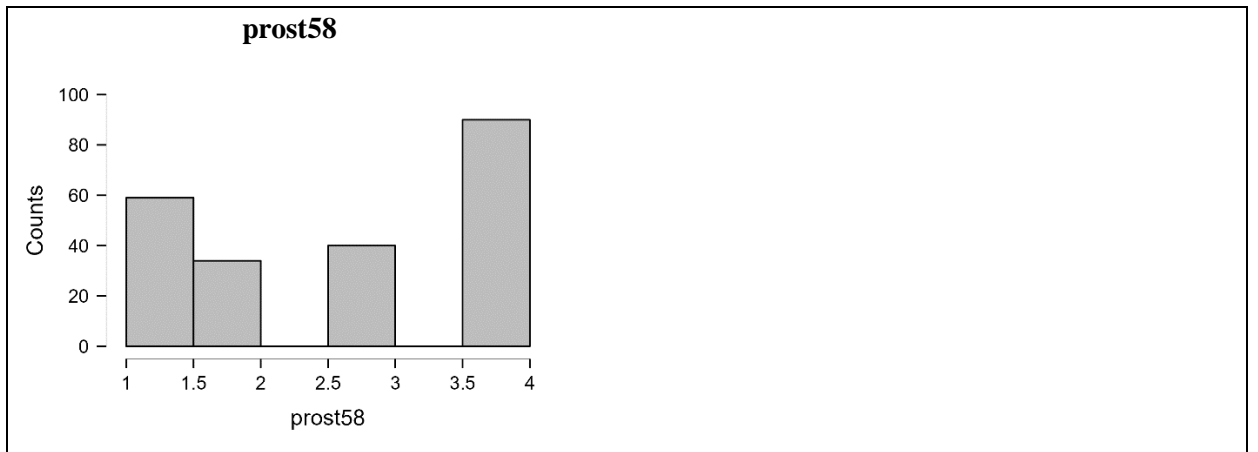












Příloha J – Položková analýza

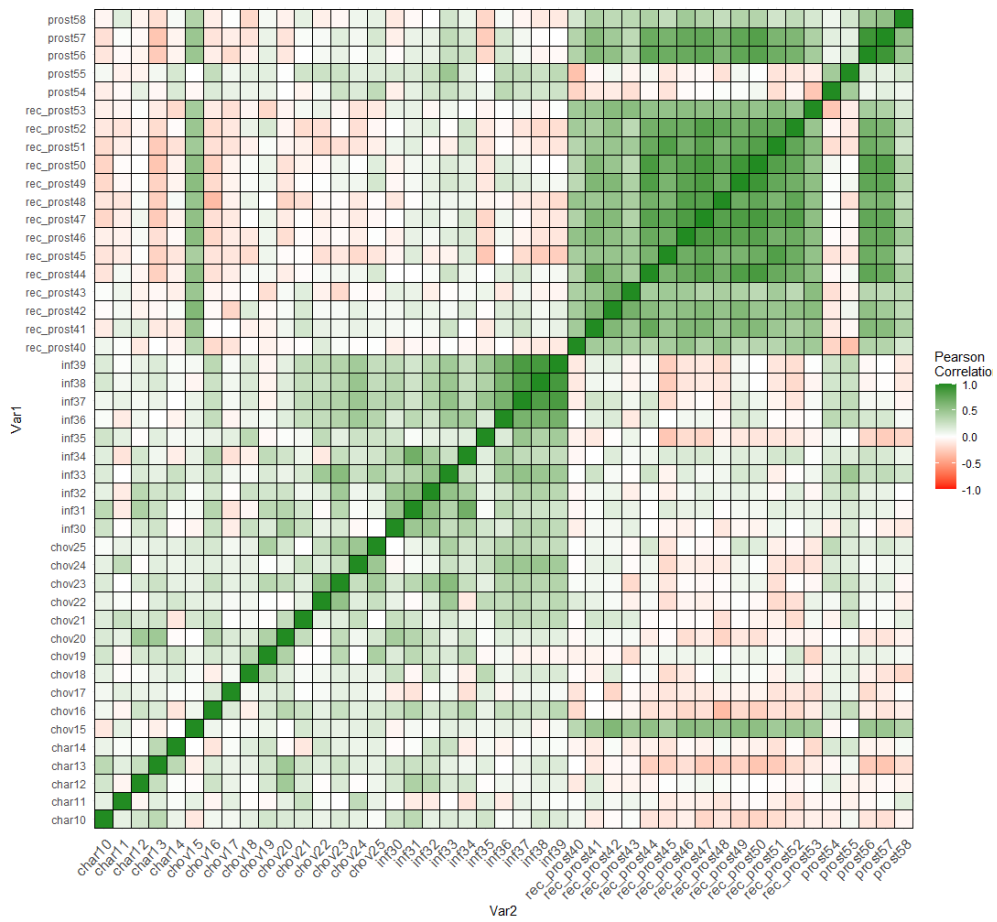
Položka	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r</i>	α
char10	1,03	0,16	0,05	0,91
char11	1,13	0,33	0,06	0,91
char12	1,1	0,27	0,11	0,91
char13	1,12	0,42	-0,12	0,91
char14	1,06	0,24	0,04	0,91
chov15	2,29	0,83	0,64	0,91
chov16	1,53	0,64	0,05	0,91
chov17	1,24	0,48	-0,03	0,91
chov18	1,12	0,37	0,1	0,91
chov19	1,14	0,37	0,12	0,91
chov20	1,34	0,43	0,07	0,91
chov21	1,2	0,44	0,18	0,91
chov22	1,25	0,54	0,17	0,91
chov23	1,33	0,63	0,25	0,91
chov24	1,46	0,66	0,18	0,91
chov25	1,67	0,86	0,24	0,91
inf30	1,26	0,55	0,11	0,91
inf31	1,34	0,43	0,27	0,91
inf32	1,35	0,65	0,26	0,91
inf33	1,27	0,53	0,38	0,91
inf34	1,16	0,48	0,32	0,91
inf35	1,31	0,61	0,06	0,91
inf36	1,6	0,77	0,34	0,91

Položka	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r</i>	α
inf37	1,82	0,91	0,3	0,91
inf38	1,92	0,91	0,18	0,91
inf39	1,89	0,91	0,2	0,91
rec_prost40*	2,54	1,21	0,44	0,91
rec_prost41*	2,75	1,34	0,69	0,91
rec_prost42*	2,61	1,31	0,69	0,91
rec_prost43*	2,53	1,31	0,48	0,91
rec_prost44*	2,71	1,39	0,82	0,9
rec_prost45*	2,4	1,35	0,64	0,91
rec_prost46*	2,6	1,21	0,77	0,91
rec_prost47*	2,53	1,37	0,79	0,9
rec_prost48*	2,46	1,31	0,7	0,91
rec_prost49*	2,7	1,4	0,82	0,9
rec_prost50*	2,69	1,43	0,81	0,9
rec_prost51*	2,53	1,37	0,67	0,91
rec_prost52*	2,44	1,31	0,66	0,91
rec_prost53*	2,2	1,28	0,52	0,91
prost54*	2,28	1,28	0,08	0,92
prost55*	2,2	1,27	0,12	0,91
prost56*	2,56	1,43	0,77	0,91
prost57*	2,58	1,41	0,76	0,91
prost58*	2,72	1,24	0,39	0,91

M - průměr; *SD* - směrodatná odchylka; *r* - korigované korelace; α - α po odstranění položky;

* položky z domény prostředí o čtyřbodové škále

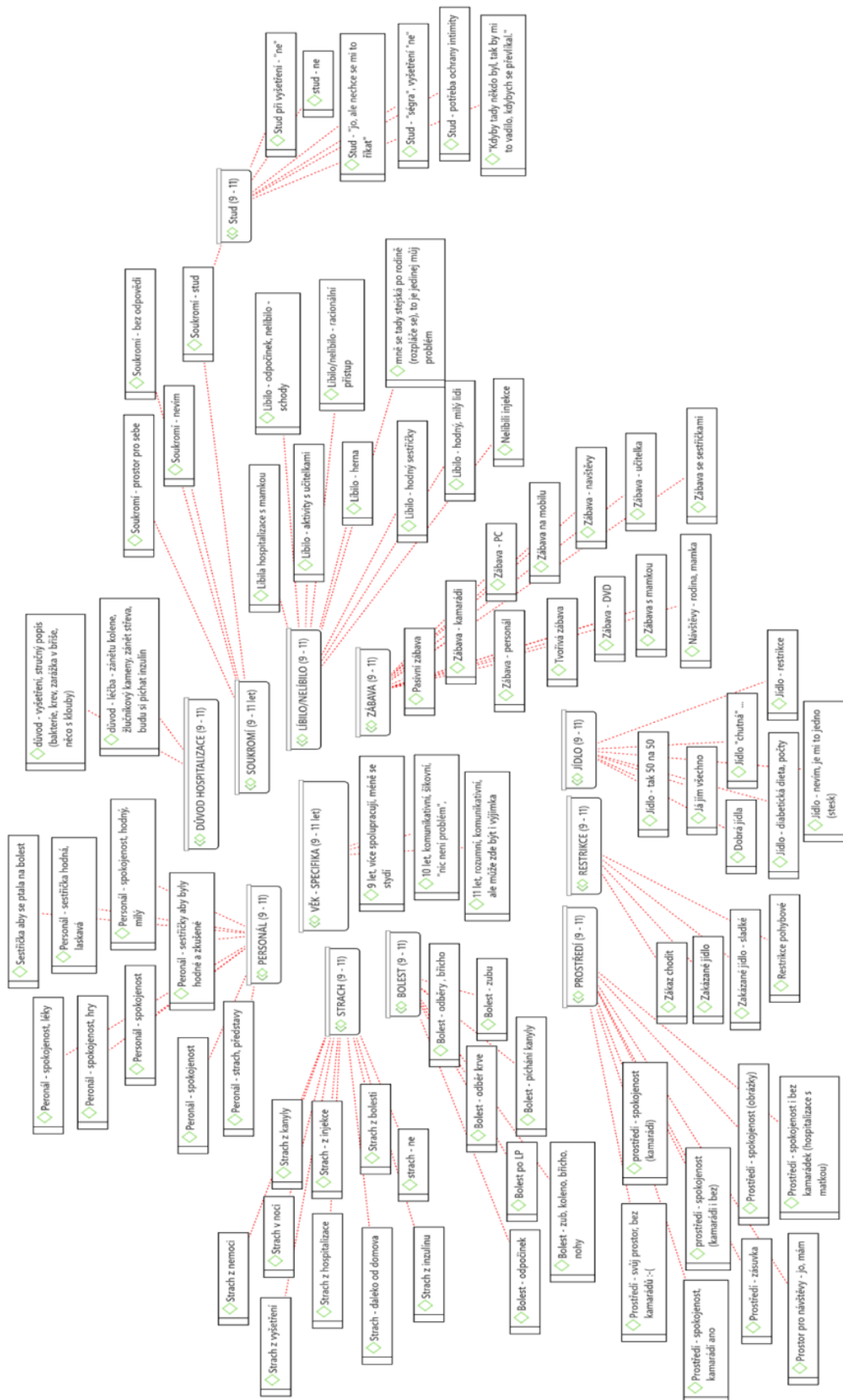
Příloha K – Korelační heatmapa



Příloha L – Analýzy rozhovorů s dětmi v programu Atlas.ti



Obrázek 5 - Analýza rozhovorů v Atlas.ti s dětmi ve věku 7–8 let



Obrázek 7 - Analýza rozhovorů v Atlas.ti s dětmi ve věku 9–11 let

Příloha M – Výsledky hodnocení srozumitelnosti položek 10–58

Položka	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	Průměr
10	4	4	4	4	4	4	4	3	3,875
11	3	2	1	4	4	3	4	3	3
12	4	4	2	4	4	4	4	4	3,75
13	4	4	4	4	3	4	4	4	3,875
14	1	2	2	3	4	3	4	3	2,75
15	4	4	4	4	3	4	4	4	3,875
16	4	3	4	4	4	4	4	4	3,875
17	3	4	3	4	2	4	3	1	3
18	4	2	2	4	3	4	4	4	3,375
19	1	3	3	3	3	4	4	4	3,125
20	1	3	3	4	3	4	4	3	3,125
21	4	4	4	4	3	4	4	4	3,875
22	4	4	4	4	3	4	4	4	3,875
23	1	2	1	3	4	3	3	3	2,5
24	4	4	4	4	4	4	4	4	4
25	3	4	4	3	1	4	4	3	3,25
26	4	4	4	4	3	4	4	4	3,875
27	4	4	4	4	4	4	4	4	4
28	4	4	3	4	1	4	4	3	3,375
29	4	4	3	4	4	4	4	4	3,875
30	4	4	4	4	4	4	4	3	3,875
31	1	4	3	3	4	4	4	3	3,25
32	4	4	3	4	4	4	4	4	3,875
33	1	3	3	3	3	3	4	3	2,875
34	4	4	4	4	4	4	4	4	4
35	4	4	4	4	4	4	4	4	4
36	4	4	4	4	4	4	4	4	4
37	4	3	2	4	4	4	4	4	3,625
38	4	4	4	4	4	4	4	4	4
39	2	3	3	3	4	4	4	3	3,25
40	4	4	3	4	4	4	4	4	3,875
41	4	4	4	4	4	4	4	4	4
42	3	4	4	3	4	4	4	4	3,75
43	3	2	3	3	4	3	4	3	3,125
44	4	4	4	4	4	4	4	4	4
45	4	3	3	4	4	3	4	4	3,625
46	3	3	3	4	4	4	4	4	3,625
47	4	4	4	4	4	4	4	4	4
48	3	4	3	4	4	3	4	2	3,375
49	4	4	4	4	4	4	4	4	4
50	4	4	4	4	4	4	4	4	4
51	4	4	4	4	3	4	4	4	3,875
52	3	4	3	4	3	3	4	4	3,5
53	4	4	3	4	4	3	4	4	3,75
54	4	4	5	4	4	4	4	4	4,125
55	4	4	4	4	4	4	4	4	4
56	4	4	4	4	3	4	4	4	3,875
57	4	4	4	4	3	4	4	4	3,875
58	4	4	4	4	4	4	3	4	3,875

P = participant

Příloha N – Sada položek ke zjišťování kvality péče z pohledu dětí

ODPOVĚDI: ANO 😊 OBČAS 😐 NE ☹️

1. V NEMOCNICI MI ŘÍKALI, CO SE MNOU BUDOU DĚLAT.
2. ROZUMĚL/A JSEM TOMU, CO MI V NEMOCNICI ŘÍKALI.
3. V NEMOCNICI POSLOUCHALI, CO JIM ŘÍKÁM. ZAJÍMALO JE TO.
4. V NEMOCNICI SE KE MNĚ CHOVALI PĚKNĚ.
5. V NEMOCNICI O MNE DOBŘE PEČOVALI.
6. V NEMOCNICI MĚ POVZBUDILI, KDYŽ TO JSEM POTŘEBOVAL/A.
7. V NEMOCNICI MĚ UTĚŠILI, KDYŽ TO JSEM POTŘEBOVAL/A.
8. V NEMOCNICI JSEM MĚL/A SVŮJ PROSTOR, MÍSTO NA MOJE VĚCI.
9. V NEMOCNICI JSEM MOHL/A BÝT SPOLEČNĚ S JINÝMI DĚTMI.
10. V NEMOCNICI JSEM SI MOHL/A HRÁT NEBO SE ZABAVIT.
11. V NEMOCNICI JSEM SE MOHL/A UČIT.
12. V NEMOCNICI JSEM MOHL/A ODPOČÍVAT.
13. ŘEKLI MI, JAK SE MÁM O SEBE STARAT DOMA.
14. V NEMOCNICI MI DOVOLILI MÍT U SEBE NĚKOHO Z RODINY.
15. NAKRESLI NEBO NAPIŠ, CO TI V NEMOCNICI NEJVÍCE POMÁHALO: